

[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)



**BIBLIOTEKA**  
Szpitala im. Karola i Marii  
Dla Dzieci  
Nr. 556

NAUKA

PSYCHOLOGIA I PSYCHIATRIA



Prof. Dr. ALFRED SOKOŁOWSKI.



WYKŁADY KLINICZNE  
CHORÓB DRÓG ODDECHOWYCH.

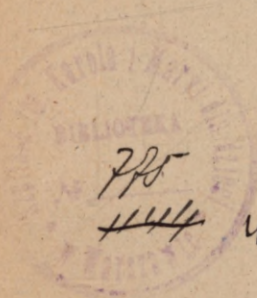
BIBLIOTEKA  
Szpitala im. Karola i Jędrzejki  
Dla Dzieci

I.

Nr. 556

NAUKA O SUCHOTACH  
PŁUCNYCH

WYKŁADY, WYGŁOSZONE W UNIWERSYTECIE WARSZAWSKIM  
W ROKU AKADEMICKIM 1920/21.



225  
1144

441 im.



WARSZAWA — E. WENDE I S-ka.  
POZNAŃ — FISZER I MAJEWSKI. ŁÓDŹ — LUDWIK FISZER.  
LWÓW — H. ALTENBERG.



DRUKARNIA i LITOGRAFJA  
p. f. „JAN COTTY“  
W WARSZAWIE, KAPUCYŃSKA № 7.

**Biblioteka Główna**

**WUM**



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

WARSZAWSKIEMU  
TOWARZYSTWU LEKARSKIEMU

W SETNĄ ROCZNICĘ ZAŁOŻENIA.

## TREŚĆ WYKŁADÓW.

	str.
PRZEDMOWA . . . . .	I
WYKŁAD I. Doniosłość nauki o suchotach płucnych z punktu widzenia społecznego i lekarskiego. Określenie suchot płucnych. Zarys historyczny rozwoju pojęć naukowych o gruźlicy płucnej. Piśmiennictwo . . . . .	I
WYKŁAD II. Lasecznik gruźliczy; jego własności morfologiczne, biologiczne i chemiczne. Sposoby barwienia. Odmiany lasecznika gruźliczego. Lasecznik <sup>1</sup> rzekomo gruźlicze. Źródło pochodzenia laseczników. . . . .	9
WYKŁAD III. Drogi przedostawania się lasecznika gruźliczego do organizmu ludzkiego. Zakażenie przez skórę, drogi oddechowe, kanał pokarmowy, narządy płciowe. Wrażliwość organizmu ludzkiego na zarazek gruźliczy. Dane statystyczne anatomo-patologiczne w tej kwestji. Częstość zakażeń gruźliczych na podstawie spostrzeżeń klinicznych. Zaraźliwość suchot płucnych. Czynniki, usposabiające do suchot płucnych. Dziedziczność. Dane statystyczne i kliniczne. Cechy fizyczne dziedzicznie obciążonych osobników. Teoria zwyrodnienia; cechy zwyrodnienia. Suchoty w rasie semickiej. . . . .	15
WYKŁAD IV. Czynniki usposabiające do gruźlicy nabyte. Złe warunki społeczno-ekonomiczne, t. z. pauperyzm. Niedostateczne odżywianie, niehigieniczne mieszkania, ciężka praca, alkoholizm. Nadużycia płciowe. Cięża, porody i karmienie; choroba cukrowa, wiek i płeć, żoły, syfilis, cierpienia dróg oddechowych, narządów krążenia, przewodu pokarmowego. Czynniki, utrudniające rozwój gruźlicy (antagonizm). Obraz pewnych chorób i zawodów. Uodpornienie na gruźlicę (immunisatio). Częstość suchot płucnych. Dane statystyczne u nas i za granicą. . . . .	23
WYKŁAD V. Rys ogólny anatomji patologicznej gruźlicy, gruzełek i jego przemiany, zapalenie wysiękowe. Zmiany w płucach w suchotach; rozwój ognisk gruźliczych i ich przemiany; stwardnienia szyfrowate; zapalenie serowate; jamy gruźlicze, krwawienia; zmiany w opłucnej. Odrębne postacie anatomiczne suchot płucnych i ich charakterystyka. . . . .	39
WYKŁAD VI. Podział kliniczny suchot płucnych. 1. Okres poczynających się suchot płucnych a) z objawami mniej lub więcej wyraźnemi ze strony dróg oddechowych. Dwa typy podstawowe chorych tej kategorii. Objawy ogólne. Objawy ze strony dróg oddechowych. . . . .	47

WYKŁAD VII. Okres poczynających się suchot płucnych, przebiegający wśród objawów skrytych: rzekoma blednica; postać rzekomo sercowa; postać rzekomo zimnicza; postać rzekomo żołądkowokiszkowa; postać rzekomo opłucnowa; postać rzekomo oskrzelowa; postać rzekomo krtaniowa i postać rzekomo rozedmowa. Postać rzekomo Basedowowa. . . . .	str.  54
WYKŁAD VIII. Objawy fizykalne poczynających się suchot płucnych. Oglądanie klatki piersiowej. Opukiwanie i wysłuchiwanie. Płwocina. Badanie za pomocą spirometru. Wazenie chorych. Stosowanie tuberkuliny. Metoda aglutynacji. Diazoreakcja. Prześwietlanie klatki piersiowej promieniami Roentgena. Okres trwania poczynającej się gruźlicy. Rokowanie. . . . .	61
WYKŁAD IX. Symptomatologia ogólna i szczegółowa wyraźnie rozwiniętych okresów suchot płucnych. Ogólny obraz kliniczny tego okresu. Objawy ze strony narządów oddechowych; wygląd klatki piersiowej; objawy przedmiotowe: duszność, kaszel, płwocina i jej własności; zakażenie mieszane; własności chemiczne płwociny; krwiotłucie i krwotoki płucne; bóle w klatce piersiowej. . . . .	69
WYKŁAD X. Objawy fizykalne ze strony narządów klatki piersiowej w przebiegu wyraźnie rozwiniętych suchot płucnych; opukiwanie, wysłuchiwanie; objawy wysłuchowe i wypukowe w okresie wyraźnych jam. Objawy ze strony stanu ogólnego chorych; gorączka, wpływ zakażeń wtórnych na typ gorączki (zakażenia mieszane); poty; wychudnienie; przemiana materji u suchotników; stan psychiczny i nerwowy chorych; sen. . . . .	80
WYKŁAD XI. Powikłania i objawy gruźlicze w drogach oddechowych (gardzieli i krtani). Objawy gruźlicze i powikłania ze strony kanału pokarmowego. Zakażenia i zmiany w narządach krążenia, w układzie nerwowym, w mięśniach, kościach, skórze i narządach moczowopłciowych. . . . .	93
WYKŁAD XII. Określenie włóknistej postaci suchot; rys historyczny rozwoju. Momenty przyczynowe. Ogólny obraz kliniczny suchot włóknistych i odrębne postacie tego cierpienia: zwykła postać i postać rozedmowa. Rozbiór szczegółowy objawów. Objawy ogólne, objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej; zmiany w innych narządach. Rozpoznanie różniczkowe. Przebieg i rokowanie. Zmiany anatomopatologiczne. . . . .	118
WYKŁAD XIII. Gruźlica ostra. Zarys historyczny nauki o ostrych postaciach suchot płucnych. Stosunek ostrej gruźlicy płuc do przewlekłej. Ostre serowate zapalenie płuc ogniskowe i rozlane. a) Zapalenie płuc ogniskowe; obraz kliniczny, rozwój i przebieg tej postaci; objawy ogólne i miejscowe, zejście, rozpoznanie. b) Zapalenie serowate rozlane; rozwój, objawy kliniczne, zejście, rozpoznanie. . . . .	131
WYKŁAD XIV. Ostra prosówkowata gruźlica płuc ( <i>tuberculosis miliaris</i> ). Etiologia i patogeneza. Objawy kliniczne: 1) Ostra gruźlica o postaci tyfusowej; obraz jej kliniczny. 2) Ostra gruźlica, przebiegająca wśród objawów ze strony narządów oddechowych: postać zaduszająca i jej charakterystyka kliniczna, postać oskrzelowa i jej objawy. Ostra gruźlica opłucnej. . . . .	144
WYKŁAD XV. Przebieg suchot płucnych. Zależność przebiegu od natężenia zarazka i właściwości organizmu. Suchoty dziedziczne. Wpływ alkoholizmu, syfilisu, choroby cukrowej, ciąży i karmienia na przebieg suchot płucnych. Suchoty płucne u dzieci i u starców. Jak długo trwają suchoty płucne. Zejście suchot płucnych. Wyleczalność. . . . .	157
WYKŁAD XVI. Rozpoznawanie suchot płucnych. Dane wytyczne w rozpoznawaniu początkowych okresów suchot (tuberkulina i serodjagnostyka). Rozpoznawanie rozwi-	

niętych suchot płucnych. Rozpoznawanie postaci rzekomo rozedmowej. Rozpoznawanie nacieczeń gruźliczych od nacieczeń w przebiegu zapaleń nieżytowych i ciał obcych w oskrzelach. Różniczkowanie suchot włóknistych od przewlekłego śródmiąższowego zapalenia płuca, od raka i syfilisu płuca; różniczkowanie rozpadowych postaci suchot od rozszerzonych oskrzeli, zgorzeli płuca, ropnia opłucnej, promienicy i bąblowca płuca. Rokowania w suchotach płucnych. Podstawowe czynniki w rokowaniu: stan ogólny (gorączka), charakter i rozległość zmian miejscowych, warunki życiowe chorego, powikłania . . . . .

175

### LECZENIE SUCHOT PŁUCNYCH.

- WYKŁAD XVII.** Zapobieganie (profilaktyka) gruźlicy. Niszczenie i usuwanie zarazka, zawartego w wydzielinach chorych i w produktach spożywczych. Usuwanie chorych. Rola państwa i społeczeństwa w profilaktyce gruźlicy. Polepszenie warunków życiowych społeczeństwa i podniesienie oświaty. Wychowanie dzieci i młodzieży. Małżeństwo suchotników. Uodpornianie (*immunisatio*) chorych drogą wprowadzania lub wytwarzania antytoksyn. . . . . 190
- WYKŁAD XVIII.** Leczenie suchot płucnych. Leczenie swoiste; środki farmaceutyczne, przeciwnilne i balsamiczne; kreozot i jego przetwory, ichtiol, siarka, terpeny i olejki eteryczne, arsenian i jego przetwory. Wziewanie. Tuberkulina Kocha i inne surowice. Wskazania do stosowania leków. . . . . 201
- WYKŁAD XIX.** Leczenie higieniczno-djetetyczne. Teorja Brehmera. Podstawowe czynniki tej metody: powietrze, odżywianie, mleko i jego przetwory, kefir, kumys; sztuczne przetwory odżywcze, tłuszcze (kakao, oliwa, tran, alkohol). Wskazania do racjonalnego odżywiania. Zabiegi wodolecznicze. Gimnastyka płucna. Higiena ubrania. Zabiegi lecznicze dla suchotników. Sanatorja; ich strony dodatnie i ujemne. Typy sanatorjów. Wyniki leczenia zakładowego. Zakłady dla biednych suchotników. Leczenie suchotników w szpitalach miejskich. Rola przychodni przeciwgruźliczych. 216
- WYKŁAD XX.** Leczenie klimatyczne suchot płucnych. Klimat górski, jego właściwości i wpływ na ustrój suchotnika. Wskazania i przeciwwskazania do leczenia klimatem górskim. Stacje klimatyczne górskie i podgórskie. Klimat stepowy i leczenie kumysem. Klimat morski i jego właściwości; wskazania; stacje klimatyczne nadmorskie; podróże morskie. Klimat południowy; czynniki tego klimatu; wskazania; stacje klimatyczne południowe. Leczenie wodami mineralnymi. Leczenie chirurgiczne. 243
- WYKŁAD XXI.** Leczenie objawowe. Łagodzenie i usuwanie kaszlu w rozmaitych okresach suchot płucnych. Leczenie krwioplucia i krwotoku płucnego. Leczenie przeciwgorączkowe. Usuwanie i ograniczenie potów nocnych. Łagodzenie bólów w klatce piersiowej. Leczenie duszności. . . . . 261
- WYKŁAD XXII.** Leczenie powikłań: ze strony krtani i gardzieli; ze strony narządów trawienia i otrzewnej; ze strony nerek i narządów moczopłciowych; ze strony układu nerwowego. Syfilis. Cięża. Cierpienia zewnętrzne natury gruźliczej. Streszczenie wskazań leczniczych w rozmaitych okresach i postaciach suchot płucnych. . . . . 276
- DODATEK.** Obawa suchot (*Phthisophobia*) . . . . . 287
- Literatura.** . . . . . 290



## OD AUTORA.

---

Przed dwudziestu laty w przedmowie do pierwszego tomu podręcznika mojego „Chorób dróg oddechowych“ zaznaczyłem wielką doniosłość wydawania oryginalnych podręczników dla naszej młodzieży, studjującej nauki lekarskie. Z braku podręczników pisanych w języku ojczystym słuchacze medycyny, czy też lekarze muszą z konieczności posiłkować się podręcznikami w obcych językach. Taki stan rzeczy pociąga za sobą wielokrotnie skutki ujemne. Posiłkowanie się obcym podręcznikiem wymaga przede wszystkim dokładnej znajomości języka, aby mózg wnikać należycie w myśl i ducha autora. Takiej gruntownej znajomości języków zachodniej Europy większość naszej młodzieży nie posiada, zmuszona więc bywa najczęściej poprzestawać na bardzo nieraz lichych przekładach. Tłumacz sam nie zrozumiawszy często wątpliwych i zagadkowych dla niego zwrotów oryginału, wyraża je po swojemu i daje tekst błędny, mogący poprowadzić czytelnika na manowce. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że o wiele większą korzyść odnosi czytelnik, kiedy podstawowe zasady każdej specjalnej nauki odczytuje w swej mowie ojczystej, dokładnie rozumiejąc wszystkie szczegóły i śledząc ściśle bieg myśli autora. Jednakże nawet przy gruntownej znajomości obcego języka lub odczytywaniu dzieła dokładnie i ściśle tłumaczonego, dobre, oryginalne podręczniki, zwłaszcza w dziedzinie medycyny praktycznej, przynoszą bezspornie więcej pożytku, niż podręczniki cudzoziemskie. Sprawy bowiem patologiczne nie u wszystkich narodów przedstawiają ten sam charakter w objawach przebiegu swojego, kształtują się one odmiennie w naszym klimacie, aniżeli w innym, wśród zupełnie odmiennych warunków kulturalnych, djetetycznych i t. p. innego narodu (np. Włochy, Północna Ameryka). Najwyraźniej da się to odczuwać w kwestjach dotyczących etjologii lub djetektyki chorób. Dla wielu z nas momenty etjologiczne tam w grę wchodzące, a szczególnie stosowana tam djeta i terapia, są nieraz niezrozumiałe zupełnie.

Inaczej jest z podręcznikiem oryginalnym, naturalnie o ile ten nie stanowi tylko kompilacji dzieł zagranicznych. Autor podaje tutaj doświadczenie zdobyte

na ludności naszej i wśród naszych warunków życiowych. Stąd też i obrazy chorobne, kreślone przez niego odpowiadają w zupełności temu, co czytelnik widział wielokrotnie; odrazu więc między czytelnikiem a piszącym nawiązuje się spójnia duchowa: czytelnik nabiera zaufania do autora, do jego poglądów i wniosków. Ma to również wielkie znaczenie w dziale djetetyki i terapii, przepisy bowiem higieniczno-djetetyczne muszą nie tylko być oparte na podstawie racjonalnej, właściwej danemu cierpieniu, lecz winny w wysokim stopniu uwzględnić przyzwyczajenie, a nieraz nawet i przesady ludności, istniejące w danym kierunku. W leczeniu klimatycznym, odgrywającym tak ważną rolę w chorobach dróg oddechowych, podręczniki zagraniczne nie mogą naturalnie, a nawet nieraz tendencyjnie nie chcą uwzględnić niczego, z wyjątkiem swoich miejscowości leczniczych. Stąd często nasz lekarz ma w tej kwestji błędne pojęcie, nie wie, jak i jakie w danym razie zastosować czynniki swojskie. Udziela więc informacji błędnych, lub też takich, które dla przeciętnego naszego chorego są niemożliwe do osiągnięcia z punktu widzenia ekonomicznego; a przecież pamiętać należy, iż zadaniem lekarzy być zawsze winno udostępnienie środków i metod leczniczych, nie tylko dla jednostek wyjątkowych, lecz także dla ogółu cierpiącej ludzkości.

Minęło lat dwadzieścia od chwili skreślenia powyższych uwag, a liczba naszych oryginalnych podręczników powiększyła się bardzo nieznacznie; dziś więc ze wzrostem liczby młodzieży, studjującej medycynę na naszych wszechnicach, sprawa wydawnictwa polskich podręczników stała się wprost palącą. Odczuwając głęboko ten brak, wydamę pierwszą i najważniejszą część wykładów klinicznych chorób dróg oddechowych t. j. *Naukę o suchotach płucnych*, które były przedmiotem moich wykładów klinicznych w roku ubiegłym. Staralem się w niej uwzględnić przedewszystkiem stronę kliniczną przedmiotu, mającą doniosłą wartość dla lekarza praktyka. W mniejszym nieco zakresie uwzględniłem działy teoretyczne i starałem się je skreślić w myśl panujących obecnie najnowszych poglądów. Co się tyczy piśmiennictwa obcego, to starałem się, o ile można było, cytować je jak najmniej, uważam bowiem liczne cytaty w podręczniku klinicznym za balast niepotrzebny zupełnie; przytaczałem oczywiście prace zasadnicze, ogłoszone przez obcych. Polskich natomiast autorów usiłowałem zawsze uwzględnić, o ile tylko ich prace przyniosły choć jakikolwiek najmniejszy istotny przyczynek do danej kwestji.

Warszawa, czerwiec 1921.

## WYKŁAD I.

**Doniosłość nauki o suchotach płucnych z punktu widzenia społecznego i lekarskiego. Określenie suchot płucnych. Zarys historyczny rozwoju pojęć naukowych o gruźlicy płucnej. Piśmiennictwo.**

---

Rozpoczynając w dniu dzisiejszym <sup>1)</sup> specjalny kurs teoretyczno-praktyczny nauki o suchotach płucnych, winienem przedewszystkiem wyjaśnić panom przyczynę, dla której Wydział Lekarski naszej Wszechnicy na mój wniosek powołał do życia powyższe wykłady, aby uzupełnić w tym kierunku nasze nauczanie kliniczne. W klinice wewnętrznej spotykaliście panowie chorych dotkniętych suchotami płucnymi, najczęściej w ostatnim okresie tej choroby będących, ludzi nad wyraz nieszczęśliwych, którym niestety sztuka lekarska może jedynie łagodzić ich cierpienie, a szpital dać im przytułek. Chorzy więc ci wzbudzają w słuchaczu bardziej litość, aniżeli interes naukowy. Poza tą jednakże liczną falangą istnieją całe legjony chorych, dotkniętych suchotami, w różnych okresach choroby, którzy nietylko nie zalegają szpitali, lecz przeciwnie żyją pozornie życiem normalnym, a większość ich, szczególnie ludności biednej, proletarjackiej, pracuje nieraz z wielkim wysiłkiem wśród lichych warunków na chleb powszedni dla siebie i swoich blizkich, — pracują naksztalt konia pociągowego, który pada wśród ostatecznego wysiłku w swoim nędznym własnym ognisku, o ile z łaski nie będzie przyjęty na zamarcie do szpitala. Na szczęście, nie wszystkich suchotników spotyka ten los nadzwyczaj smutny, gdyż stosunkowo duży z nich procent, nawet wśród nędznych warunków, poprawia się, ciągnąc w pozornym uiby zdrowiu nieraz całe lata, niektórzy z nich nawet uzyskują zupełne zdrowie, a nawet długowieczność.

Jest to więc odrębny świat istot żyjących wśród normalnego społeczeństwa, świat mający swoją odrębną fizjognomję, odrębny nastrój psychiczny, odrębny

---

<sup>1)</sup> 11.IV.1920 r.

nieraz sposób życia i zachowania się, a nam medykom należy w pierwszej linii poznać ten świat odrębny, gdyż stanowi on olbrzymią ilość jednostek w każdym społeczeństwie, tak wielką, że zapewne panowie sprawy sobie bliżej z tego nie zdawali. I tak w okresie przedwojennym w latach między 1896 a 1905 na 10 tysięcy żyjących osób umierało na suchoty płucne we Włoszech 17,2, w Anglii 18,2, w Holandji 18,7, w Prusach 20,0, w Saksonji 20,2, w Danji 21,2, w Belgji 21,2, w Szwajcarji 26,2, w Bawarji 29,6, w Austrii 33, na Węgrzech 37; w Rosji obliczano, że na gruźlicę płuc umierało rocznie około 450 tysięcy osób, w Warszawie umierało przed wojną przeciętnie 1400 osób, a śmiertelność w roku 1912 wyniosła przeciętnie 20 na 10 tysięcy mieszkańców; w Galicji między 1901—06 umierało przeciętnie 31,3 na 10 tys. mieszkańców. Są to więc liczby wielce wymowne, a staną się one przerażającami, jeśli zwrócimy uwagę na dwie okoliczności: 1) że w chorobie długotrwałej, jaką są suchoty, należy mnożyć przez 5—6 razy liczbę zmarłych, aby mieć pojęcie o liczbie ogólnej suchotników, żyjących w danej miejscowości. I tak: w Prusach przed wojną obliczano przeszło  $\frac{1}{2}$  miliona osobników gruźliczych żyjących, a właściwie wegetujących na koszt społeczeństwa w państwie pruskim. W Warszawie przed wojną liczba osobników, żyjących jednocześnie wynosiła niemniej niż 15 tys. osób, z których nie mniej niż połowa, nie mogąc pracować, żyła na koszt społeczeństwa; a w całym Królestwie przypuszczam, że stale przebywało conajmniej 150 tys. suchotników, w różnych okresach choroby będących; 2) pamiętać przytem należy, że lata klęskowe, a przede wszystkim wojna obecna, wzmogła ogromnie w całej Europie, a więc i u nas, śmiertelność i zachorowywanie na gruźlicę i tak: w Warszawie w 1915 roku umarły 2644 osoby, w 1916 — 4032, a w 1917 w pierwszym półroczu — 5391, w ciągu zaś lat 3 $\frac{1}{2}$  wojny zmarło w Warszawie około 17 tys. osób na gruźlicę płuc. W okresie przedwojennym na każde 17 zgonów przypadały 2 zgony z powodu gruźlicy płucnej, w czasie zaś wojny na 7 zgonów przypadły 2 zgony z powodu gruźlicy, to jest niemal co trzecia osoba umierała na tę fatalną chorobę, a stosunek zgonów suchot do liczby ludności był 5 razy większy niżeli przed wojną (223 — 1135 na 100 tys. mieszkańców).

Powyższe dane, sędzę, że dostatecznie was pouczą, jak ważną rolę odgrywają suchoty w patologji człowieka, jak często lekarz musi spotykać się z tą chorobą, a stąd wynika ważność dokładnej znajomości jej całokształtu, poczynając od pierwszych okresów rozwoju, dalej jej przyczyn, przebiegu, zapobiegania i leczenia. Niestety, w klinikach oficjalnych, jak to już wyżej wzmiankowałem, znajdują się przeważnie chorzy w ostatnich okresach choroby, przedstawiający jedynie interes djiagnostyczny lub autopsyjny, więc i uczniowie lekceważyli sobie tą kategorię chorych, z którymi niestety lekarze-praktycy spotykali się następnie na każdym kroku i byli zupełnie bezradni, gdyż nie widzieli wcale form poczynającej się choroby i nie byli wcale obznajomieni z nowoczesnymi metodami jej leczenia, a jednakże w ciągu lat ostatnich 30 nietylko patologia,

ale i terapia suchot płucnych wielkie uczyniła postępy; okazało się bowiem, że w większej części przypadków suchoty płucne w pierwszych okresach są wyleczalne, i że odpowiednie metody lecznicze, zwane higieniczno-dietetycznymi, i inne, przyczynić się mogą bardzo do tego pomyślnego zejścia. Powstała więc odrębna gałąź nauki lekarskiej ftyzeologią zwana, która obejmuje całokształt tej nauki, posiada ogromną specjalną literaturę i duże zastępy lekarzy pracujących w sanatorjach, przychodniach dla gruźlików i t. p. Nawet w ostatnim dziesiątku lat w Berlinie i w Paryżu przy uniwersytetach powstały oddzielne katedry tej najnowszej gałęzi wiedzy. W tych klinikach studenci wyższych kursów medycyny mogą pod kierunkiem odpowiednich kierowników poznać dokładnie w ciągu jednego lub dwu semestrów całokształt ftyzeologii z punktu widzenia teoretycznego i praktycznego.

Jestem nad wyraz szczęśliwy, że moje całożyciowe doświadczenie na polu nauki o suchotach płucnych jestem obecnie w stanie zastosować praktycznie, aby was zaznajomić z tą, tak wielce ważną dziedziną medycyny wewnętrznej, co będzie uzupełnieniem waszych studjów klinicznych i stanie się, jak sądzę, wysoce pożytecznym w waszej przyszłej działalności, jako lekarzy-praktyków.

Obok zajęć praktycznych, demonstracji i badań chorych część czasu poświęcimy i na wykład teoretyczny, aby chociaż pokrótce zaznajomić was z całokształtem w mowie będącej nauki.

Obecnie musimy przedewszystkiem dać określenie kliniczne suchot płucnych. Pod nazwą suchot płucnych rozumiemy wielce różnorodnie przedstawiające się pod względem anatomopatologicznym sprawy płucne o klinicznie nadzwyczaj zmiennym i nietypowym początku, przebiegu i zejściu. Sprawy te powstają jedynie pod wpływem łasecznika gruźliczego, występują najczęściej pierwotnie w płucach, przebiegają najczęściej przewlekłe, od czasu do czasu przyjmując nasilenie mniej lub bardziej ostre, powoli wyniszczają cały organizm i wreszcie doprowadzają do zejścia śmiertelnego. W stosunkowo rzadkich przypadkach ograniczają się w zupełności; natomiast częściej już zatrzymują się w rozwoju na pewien krótszy lub dłuższy okres czasu. Z postępowaniem sprawy proces chorobny szerzy się zazwyczaj i na inne narządy, doprowadzając je podobnie jak płuca do stopniowego zniszczenia, ograniczenia i zaburzenia ich czynności normalnych, i wywołując tą drogą jeszcze szybciej wyniszczenie i upadek stanu ogólnego chorych.

Tym sposobem gruźlica płuc, przedstawiając klinicznie wielce różnorodne, nieraz zupełnie do siebie niepodobne typy, cechuje się dwiema podstawowymi właściwościami: popierwsze jednorodnym momentem przyczynowym — łasecznikiem gruźliczym i powtórnie ostatecznym w więk-

szości przypadków zejściem niepomyślnym, na drodze stopniowego wycieńczenia i wyczerpania czynności całego organizmu, czego wyrazem jest w naszym języku ludowe dobitne określenie choroby: „suchoty“, odpowiadające również odwiecznemu wyrażeniu „phthisis“ — od słowa greckiego „φθίειν“ — schnąć.

Ta odwieczna nazwa ludowa stanowi najlepszy dowód historyczny niezwykłej dawności choroby, co zarazem stwierdzają dawniejsze opisy i wzmianki o niej nie tylko w lekarskiej lecz i w historycznej literaturze. I tak u ojca historyków Herodota, pisarza greckiego żyjącego w VI wieku przed naszą erą, a więc na kilkadziesiąt lat przed praojcem medycyny Hippokratesem, znajdujemy wyraźną wzmiankę o suchotach płucnych.

Od autorów jednak starożytnych i średniowiecznych, tak historyków jako też lekarzy, nie możemy nabrać najmniejszego pojęcia o częstotliwości tej sprawy. Z opisów lekarzy różnych epok możemy jedynie wnosić, że suchoty zdarzały się bardzo często, gdyż poświęcano im wiele prac; musiały więc być uważane nie tylko przez lekarzy lecz i przez ogół ludności za chorobę bardzo ciężką, najczęściej nieuleczalną.

Zanim przystąpimy do właściwego opisu patologii suchot płucnych, sądzę, że nie będzie zbytecznym, jeśli chociaż pokrótce, podamy zarys historyczny rozwoju pojęć naukowych o gruźlicy płuc. Historia bowiem tych pojęć jest wielce ciekawą ilustracją o rozwoju wogóle pojęć lekarskich. Największe bowiem umysły lekarskie, poczynając od Hippokratesa, pozostawiły w nauce o suchotach ślad mniej lub więcej wybitny swoich produkcji umysłowych, odnoszących się do doktryn lub też kliniki choroby. Dla braku czasu ograniczymy się tutaj jedynie do najważniejszych danych historycznych.

Hippokrates musiał znać dokładnie i badać wielu suchotników, jeśli na podstawie ówczesnych metod badania podał doskonały opis suchot nie tylko pod względem symptomatologicznym lecz i etjologicznym. Suchoty podług niego są następstwem ropienia lub owrzodzenia płuc lub opłucnej, wskutek spływania do nich przez gardziel zawartości śluzowej owego wielkiego gruczołu, za który uważali starożytni mózg. H. opisuje szczegółowo ostre i przewlekłe postacie suchot, stawiając je w zależności od ostrego zapalenia płuc, krwotoków płucnych, wreszcie twierdzi nawet, że suchoty mogą powstać wskutek zapalenia opłucnej, wywołującego ostrą postać choroby. Wspomina on także, że suchoty przewlekłe powstają wskutek wytworzenia się w płucach t. z. phymata. Być może, że miał na myśli gruźelki, jak chcą jedni autorowie, lub też ogniska ropne, jak to sądzą inni. Opisuje również powiększone gruczoły chłonne i ropienie tychże, towarzyszące suchotom płucnym. Jednym słowem, genialny ten autor dotknął w swych pracach najróżnorodniejszych kwestyj, odnoszących się do suchot, a jasność jego opisu, zwłaszcza kliniczna, po prostu w zdumienie wprowadza czytającego je dzisiaj z rozwagą lekarza. I tak w opisie odmy piersiowej, *pneumothorax* — podaje te klasyczne objawy (*suc-*

*cusio*), które po dziś dzień stanowią jeden z najkapitałniejszych objawów tej ciężkiej komplikacji. Liczni inni starożytni autorowie greccy i rzymscy, jak Areteusz z Kappadocji (50 r. przed Chr.), słynny rzymski lekarz Galenus, Celsus i wielu innych pisali również obszerne rozprawy o suchotach, opierali się jednakże na nauce Hippokratesa, dorzucając do niej pewne kliniczne przyczynki. To samo działo się w ciągu całych wieków średnich, w których nietylko medycyna lecz i inne nauki szły torem scholastycznym, a lekarze owej obszernej doby komentowali jedynie autorów greckich i rzymskich. Dopiero w epoce odrodzenia nauk słynny anatom włoski, żyjący w XVI wieku, Sylviusz, na podstawie badań pośmiertnych pierwszy ściśle określił gruźlicę, nazwawszy je *tuberculum*, stawił, je jednakże w zależności od ropiejących gruczołów chłonnych płuc. Opisał dokładnie ich wygląd i rozpad przez nie w płucach wywołany (kawerny). Sylviusz więc pierwszy dał podwaliny naukowe anatomii patologicznej suchot, wiążąc je etjologicznie z żołąkami (*scrofulosis*).

Te pojęcia Sylviusza przetrwały przeszło sto lat bez zmiany i dopiero angielski autor Morton (w 1780 r.) posunął naukę o suchotach znacznie naprzód pod tym względem, że gruźlicę w płucach postawił w ścisłym związku z suchotami, twierdząc, że sprawa ta powstaje zawsze z rozpadu gruźliczków, które stanowią okres wstępny owrzodzeń płuc. Na tym punkcie trwała nauka o suchotach znowu niemal całe stulecie, a dopiero w pierwszej ćwierci XIX w. nauka o suchotach z punktu widzenia klinicznego i anatomopatologicznego zaczyna nabierać rzeczywistej czysto naukowej ścisłości, zawdzięczając pracom dwóch niezwykle wybitnych francuskich autorów Bayle'a i Laennec'a.

Bayle wytworzył pierwszy pojęcie swoistości suchot, zwąc je djatezą gruźliczą, polegającą na rozwoju swoistej sprawy gruźlicy płuca, której nie należy wiązać ze zwykłą sprawą zapalną. Przedstawił dokładnie zmiany anatomiczne, opisując odrębne postacie kliniczne, odpowiadające danym zmianom anatomicznym (np. *phth. tuberculosa*, *phthists granulosa*, *ulcerosa* i inne). Wreszcie jeden z najgenialniejszych lekarzy od czasów Hippokratesa Laennec (1781 — 1826) twórca fizykalnej djagnostyki płuc, w pracy swojej nieśmiertelnej „*Traité de l'auscultation médiante et des maladies du poumon et du coeur*“, w r. 1821, którą dziś jeszcze z wielką korzyścią i zajęciem odczytać można, opisał 3 podstawowe odmiany gruźlicy (gruźlicę prosową, żółtą i naciek gruźliczy), które stanowią tylko pewien stopień rozwoju gruźlicy, wszystkie bowiem mają swoje jednolite źródło, t. j. gruźlicę prosową, który, powoli zlewając się z innymi, wytwarza guziki większe, ulegające następnie rozmiękczeniu, rozpadowi, i wreszcie jamy, czyli owrzodzenie płuc. Opis anatomopatologiczny Laennec'a niesłychanie ścisły i dokładny zastanawia swoją jasnością i konsekwencją, z jaką ten autor przeprowadził pogląd unitarny na gruźlicę płucną, opierając się wyłącznie na badaniach makroskopowych.

Gruźlica płuc stanowi, podług Laennec'a, sprawę swoistą, spowodowaną przez gruźlicę, który jest wytworem obcym dla organizmu i żyjący specjalnym,

sobie właściwym sposobem. Niemniejszą genialnością odznacza się i opis kliniczny suchot, podany przez Laenec'a, który pierwszy wprowadził auskultację w zastosowaniu do różnych objawów i postaci suchot. Opis Laenec'a jest tak dokładny, że rzeczywiście bardzo niewiele da się do niego dorzucić. To samo da się powiedzieć o opisie pojedynczych objawów i przebiegu choroby. Laenec przytem pierwszy wypowiedział zdanie, że suchoty płucne mogą być uleczalne i to nawet w daleko posuniętej postaci. O zaraźliwości suchot wypowiedział niestychanie trafne zdanie: „Istnieją liczne fakty, przemawiające za tem, że choroba, która zazwyczaj nie bywa zaraźliwą, może się nią stać w pewnych sprzyjających okolicznościach“. Stąd też zaleca ostrożność w obchodzeniu się z rzeczami suchotników i utrzymywanie w czystości mieszkania suchotnika, szczególnie ciemnych pomieszczeń, przez liczną rodzinę zajętych. Nauka Laenec'a stanowi jednolity przepiękny odlew, była w ciągu pół wieku przedmiotem różnorodnych krytyk i uzupełnień przez licznych bardzo autorów, którzy uzupełniali przyczynkami podstawową naukę Laenec'a. (Andral, Louis Schönlein, Rokitsky, Clarc, Stokes i inni).

W epoce rozwoju badań drobnowidzowych, t. j. w 2-iej połowie XIX wieku, niezwykle wybitny patolog niemiecki Virchow zaatakował silnie jednolitą naukę unitarną Laenec'a, twierdząc, że suchoty płucne mają podwójne źródło: jedno w gruzełku, który stanowi sprawę nowotworową, powstałą z rozwoju tkanki łącznej i jest przyczyną ostrej, t. j. prosowatej postaci gruźlicy; tak zwane zaś nacieki gruźlicy Laenec'owskie, są niczem innym podług Virchowa, jak tylko przewlekłą sprawą zapalną płuc, w której produkty zapalenia, zgromadzone w komórkach, ulegają zwyrodnieniu, nazwanemu przez niego serowatem, i następnie rozpadowi, czyli, że większość postaci suchot płucnych, a zwłaszcza przewlekłych, nie jest bynajmniej zależna od sprawy gruźliczej, lecz od serowatego zapalenia płuc. Te poglądy Virchowa zachwiały czasowo fundamentalną naukę Laenec'a o suchotach, i wytworzył się pewien chaos w pojęciach. szczególnie w klinice, tembardziej że niezwykle powaga Virchowa, jako patologa, poparta była i przez wybitnych klinicystów, jak Niemeyer w Niemczech a Jacoud we Francji, których podręczniki pisane z talentem przez kilkadziesiąt lat utrwaliły pogląd dualistyczny wśród ogółu lekarzy. Jednakże zaczęto znowu powracać, i to we Francji, do poglądów Laenec'a i to już nie tylko na podstawie badań klinicznych, lecz i histologicznych (Charcot, Cornil, Grancher i inni).

A sprawa wątpliwa i chaotyczna rozjaśniona dopiero została ostatecznie w r. 1865 na korzyść Laenec'a przez niepospolitego lekarza francuskiego Villemin'a, który na podstawie bardzo szczegółowych badań eksperymentalnych, t. j. szczepień zwierzętom materiału gruźliczego, pochodzącego z jam nacieków serowatych, gruczołów uległych zserowaceniu i t. p., otrzymywał zawsze jeden i ten sam wynik, t. j. gruźlicę rozsianą prosowatą w różnych narządach i doszedł do stanowczego wniosku, że gruźlica płuc we wszystkich swych postaciach jest chorobą swoistą, a przyczynę jej stanowi czynnik i że gruźlica winna być zaliczona



do chorób zakaźnych. Liczni następni badacze w Niemczech i we Francji potwierdzili w zupełności wyniki Villemin'a, a w umysłach lekarskich znowu zapanował pogląd unitarny Laennec'a o swoistości suchot płucnych, warunkowanych swoistym zarazkiem; pozostawało tylko wykryć go i niejako naocznie wykazać. Dokonał tego w r. 1882 wybitny lekarz niemiecki Robert Koch, wykrywszy we wszystkich produktach gruźliczych za pomocą odpowiedniej metody barwienia swoisty lasecznik, zwany powszechnie po dziś dzień lasecznikiem Kocha. Badacz ten potwierdził ostatecznie i niezbitnie naukę Villemin'a, pojęcie swoistości i zakaźnej natury gruźlicy, a w historii rozwoju nauki o suchotach płucnych zajęł obok Laennec'a i Villemin'a niepoślednie miejsce. Odtąd nauka o suchotach płucnych zaczęła się bujnie rozwijać tak w kierunku anatomopatologicznym, jako też i klinicznym, dzięki szeregowi bardzo licznych w tej dziedzinie pracowników, których wspomnę najglówniejsze nazwiska: z literatury francuskiej Sée'a, Hérard'a i Cornil'a, Grancher'a, Straus'a, Marfan'a i innych; z niemieckiej Rühle'a, Cornet'a, Liebermeister'a, Turbana, Fraenkel'a i innych; z włoskiej Renzi'ego; z angielskiej Williams'a, Powell'a, Lindsay'a i innych, których bliżej wliczać nie będę, aby nie obarczać nadmiernie waszej pamięci, a jedynie jeszcze na zakończenie tego działu wspomnieć chociaż pokrótce o literaturze polskiej, odnośnie suchot płucnych. Choroba ta musiała i w Polsce szeroko panować, gdyż w najdawniejszej pracy lekarskiej polskiej, t. zw. „Zielniku“, wydanym przez Spiczyńskiego, lekarza nadwornego Zygmunta Augusta, znajdujemy nietylko wzmiankę o suchotach, lecz bardzo charakterystyczne określenie tej choroby w następujących słowach: „Suchoty albo wędnienie, kiedy się ciało nie tuczy, a żawzdy z niego nieco odchodzi, a nic nie przybywa, stąd zbytnia szczurość a marskość przychodzi“. Z innych prac wspomnę o Krupińskim ze Lwowa, który w obszernem dziele swoim, wydanem w r. 1775, traktującym całokształt medycyny i chirurgji, poświęca osobny rozdział suchotom płucnym, podaje symptomatologję choroby, odrębne jej postacie, podział i terapię. Zwraca baczną uwagę przytem na momenty dziedziczne, pisząc wielce charakterystyczne uwagi, że leczenie suchot dziedzicznych polega na tem, aby się człowiek, do suchot dziedziczenia, zarażenia skłonny, od przyczyn owych uchroniał i obraniał, które suchoty pobudzić mogą“, a przyczyn tych wlicza wieką liczbę: niedostateczność mleka mamek, skorbut, pracę nadmierną, różne afekta, wole, a nawet starość.

W XVIII wieku również dr. Kłosowski prof. akademji w Krakowie, wydał w 1790 r. obszerny dykcjonarz medycyny, w którym obszerny rozdział poświęcił suchotom płucnym, zwracając uwagę na możliwość zarażenia się tą chorobą. Na początku XIX wieku wybitny wileński profesor Józef Frank w swojej znakomitej encyklopedji (w 1842 r.) lekarskiej poświęcił obszerny rozdział suchotom płucnym, w którym istnieje wiele trafnych i oryginalnych poglądów, odnoszących się do całokształtu tej choroby. W terapii zwraca uwagę na odżywienie, kurację mleczną, oraz leczenie klimatem południowym. Z kliniki jego wyszedł

również szereg dySSERTacyj, poświęconych niektórym objawom właściwym suchotom płucnym.

Nie wspominam o innych pracach, gdyż jak wszędzie, tak i u nas dopiero w ostatniej ćwierci XIX wieku z bujnym rozwojem nauki i piśmiennictwa polskiego, zjawily się również różne przyczynki do nauki o suchotach płucnych, z dziedziny anatomopatologicznej i kliniki tej choroby. Wśród licznej gromady autorów, wspomnę nazwiska, z dziedziny anatomopatologicznej i patologii ogólnej Brodowskiego, Herynga, Obrzuta, Bujwida, Jakowskiego, Dmochowskiego z dziedziny kliniki Dobrzyckiego, Korczyńskiego, Chełchowskiego, Sokołowskiego i innych; w dziale etjologii i terapii Baranowskiego, Białokura, Dunina, Hewelkego, Zielińskiego, Fidlera, Sterlinga, Dębińskiego, Dłuskiego i innych. Co się dotyczy wreszcie całkowitego wykładu nauki o suchotach płucnych to wydałem go w 1906 r.; stanowi on 3-ci tom obszernego mojego podręcznika wykładów klinicznych chorób dróg oddechowych, w którym panowie znaleźć mogą bliższe szczegóły, tak odnoszące się do literatury, jako też i do całokształtu nauki o suchotach płucnych.

---

## WYKŁAD II.

**Lasecznik gruźliczy; jego własności morfologiczne, biologiczne i chemiczne. Sposoby barwienia. Odmiany lasecznika gruźliczego. Laseczniki rzekomo gruźlicze. Źródło pochodzenia laseczników.**

Na poprzedzającym wykładzie staraliśmy się wykazać, że zawdzięczając badaniu całego szeregu wybitnych umysłów lekarskich, zdołano ściśle zbadać istotę suchot płucnych i wykryć i wyodrębnić swoisty czynnik gruźlicy płucnej t. j. tak zw. lasecznik Kocha. Sądzę więc, że obecnie niezbyt cennym będzie, jeśli przypomnę wam chociaż pokrótce biologiczne właściwości tego niezwykle złośliwego pasorzyta. W wykładach bakterjologii omawiane są bliżej różnorodne właściwości lasecznika. Tutaj przypomnę więc tylko, że lasecznik Kocha należy do grupy grzybków rozsiewkowych i jest w pewnym powinowactwie z grzybkiem promienicy. Lasecznik ten, badany pod drobnowidzem (w znacznym powiększeniu — immersja) przedstawia się pod postacią cienkiej laseczki, której średnia długość równa się ćwierci lub połowie czerwonego ciałka krwi. Laseczniki te bywają proste, smukłe lub też nieco zgięte, zazwyczaj leżą pojedynczo albo w oddzielnych grupkach, w hodowlach postać laseczników nieco się zmienia, są one drobniejsze i cieńsze, zwykle są nieruchome, chociaż niektórzy autorowie twierdzą, że laseczniki posiadają ruch ograniczony. Lasecznik gruźliczy z trudnością się barwi zasadami barwnikami anilinowymi, zachowuje to zabarwienie trwale, nie odbarwiając się ani alkoholem, ani kwasami, jak to bywa u innych pasorzytów, a co stanowi jego rys charakterystyczny, pokrewny jedynie niektórym rodzajom t. zw. rzekomej gruźlicy.

Lasecznik również hoduje się dość łatwo na rozmaitych podłożach (agar glicerynowy, żelatyna glicerynowa, ziemniaki i t. p.) i do swego rozwoju wymaga pewnego ciepła (30°—38° C). Lasecznik gruźliczy odznacza się niezwykłą złośliwością, a produkty zawierające go (plwocina, kał i t. p.) szczepione zwierzętom w ogromnej większości przypadków wywołują rozsianą gruźlicę,

a nawet u zwierząt wyższych (małp) sprawy analogiczne z suchotami płucnymi; podobnie jak hodowle posiadają laseczniki niezwykłą złośliwość i odporność na czynniki zewnętrzne. I tak plwocina suchotników, zawierająca laseczniki, po powolnem wysuszeniu zachowuje swoją złośliwość nawet miesiące całe, a wysuszona i sproszkowana przy 30° nie traci w niczem swojej żywotności; dopiero ciepłota 100° niszczy szybko zupełnie jej jadowitość. Pod wpływem wilgoci i gnicia po upływie 5–20 dni nie zmniejsza się jej żywotność, a zamrażanie nawet do — 8° nie wpływa na jej osłabienie. Para gorąca zabija laseczniki przy 70° po upływie 5–10 minut.

W mleku ogrzanem zawierającym laseczniki, temperatura 60° zabija je dopiero w godzinę, 70° w 10 minut, 90° 1–2 minut; tym sposobem tylko mocne zagotowanie mleka niszczy w niem w zupełności laseczniki. Natomiast wpływ bezpośredni światła słonecznego stanowi najdzielniejszy środek, zabijający laseczniki gruźlicze; dla zupełnego jednakże zniszczenia jadowitości trzeba laseczniki wystawić w ciągu 2–3 godzin na działanie silnych promieni słońca. Środki odkażające niszczą je w zupełności w mniejszym lub dłuższym przeciągu czasu; i tak 5-cio procentowy kwas karbolowy niszczy hodowlę laseczników w ciągu 30 sekund, tymol 3‰ w ciągu 2 godzin; 1‰ eter jodoformowy w ciągu 5 minut i t. p. Laseczniki zawarte w plwocinie tracą same przez się swą żywotność w różnym przeciągu czasu, zależnie od warunków w których się znajdują; na miejscach otwartych, wystawionych na działanie powietrza i słońca (szerokie ulice, place) giną dość szybko, w pokojach zaś zamkniętych nie przewietrzanych, pozbawionych słońca mogą zachować swoją żywotność po upływie nawet kilku miesięcy. Lasecznik gruźliczy odznacza się jeszcze tem, że nawet obumarły wskutek działania np. wysokiej ciepłoty zachowuje jeszcze długo swoją złośliwość, a zaszczerpiony zwierzętom nie wywołuje wprawdzie gruźlicy, lecz silne podrażnienie tkanek, a nawet ropienie. Obok powyższych właściwości laseczników należy jeszcze dodać, że nowsze badania, a szczególnie Muchy, wykazały, że laseczniki składają się z dwu odrębnych składowych części: z otoczki woskowato-tłuszczowej, barwiącej się fuksyną i t. zw. ziarenek Muchy, nie posiadających otoczki, nie barwiących się fuksyną; barwią się one metodą Gramm'a i składają się prawdopodobnie z białka i węglowodanów. Te ziarenka Muchy uważa za zarodniki lasecznika, gdyż mają te same własności biologiczne barwne; natomiast odporność ich na temperaturę wysoką, na wysuszenie, na antyseptyki nie jest tak znaczna, jak ta, którą posiadają zarodniki innych drobnoustrojów. Znaczenie więc tych ziarenek dotychczas nie jest należycie wyjaśnione, a z klinicznego punktu widzenia nie mają większego znaczenia, trudno jest odróżnić te ziarenka gruźlicze od gronkowców, paciorkowców, które również barwią się metodą Muchy. Ziarenka więc Muchy mają dotychczas znaczenie bardziej teoretyczne. W klinice przedewszystkiem należy w produktach podejrzanych o pochodzenie gruźlicze, szczególnie w plwocinie, starać się wykazać obecność laseczników Kocha za pomocą różnorodnych metod je ujawniających.

Nie mogę tutaj bliżej przytaczać panom tych wszystkich różnorodnych metod badania, zajęłoby to bowiem nam zbyt dużo czasu, tem bardziej, że opisane one zostały bardzo szczegółowo w pracy Dr. Dębińskiego <sup>1)</sup> i K. Dąbrowskiego <sup>2)</sup> które mogą pod tym względem panom polecić, a ograniczę się jedynie do przytoczenia metod najważniejszych. 1) Metoda barwienia stanowi najdawniejszy i najpopularniejszy sposób wykrycia laseczników i stosowanie jej, winno być dokładnie znane każdemu lekarzowi-praktykowi. Najpopularniejszą, najprostszą i najbardziej w życiu będącą jest metoda Ziehl-Neelsena, polegająca na barwieniu podwójnym roztworem karbolu i fuksyny, w odpowiedniej proporcji (1 gram fuksyny, 10 gr. alkoholu 5 gr. karbolu krystalicznego; mieszaninę pozostawia się na 24 godziny; po upływie tego czasu dodaje się wody przegotowanej do 100 gr.). Fuksyna ta jest związkim kwaśnym, barwi laseczniki na kolor czerwony, kwas azotny odbarwia wszystko z wyjątkiem laseczników i ujawnia doskonale laseczniki na polu zabarwionem następnie błękitem metylovym. Całe postępowanie przy tem da się szybko w ciągu minut 20 skutecznic, a preparat badany pod mikroskopem imersją, ujawni doskonale wyraźne laseczniki. Z innych metod wspomnę o również popularnej metodzie Gabetty (błękit metylovym, kwas siarkowy) dalej metody Kühna, Erlicha (roztwór anilinowy violet-genciany i podbarwienie euzynowe) Kocha ( roztwór błękitu metylowego podbarwienie wezuwiną) i t. p. Przy pomocy powyższych prostych i łatwych metod niezawsze da się wybric istniejące w plwocinie laseczniki, w przypadkach więc, w których badanie wypadu ujemnie, użyć należy innych nieco skomplikowanych metod; i tak przedewszystkiem metody homogenizacyjnej, która ma za zadanie zamienić ciągnącą się niejednostajną masę plwociny na płyn rzadki i jednostajny i osadzić znajdujące się w nim laseczniki za pomocą wirówki lub też pozostawić go przez pewien czas w spokoju, albo rozpuścić zarodź i jądra komórek odpowiednimi środkami; metod homegenizacyjnych, których jest cały szereg, nie będę bliżej szczegółowo opisywał, odsyłając po szczegóły do powyższych podręczników, przypomnę tylko, że najczęściej używana jest metoda Biederta, polegająca na tem, że plwocina rozpuszcza się w ługu (4-ro krotnej ilości) i skłóca w próbówce, dopóki nie zmieni się na jednostajną masę; wtedy wylewa ją się na porcelanowy talerzyk i ogrzewa do zagotowania, następnie dodaje się 1—2 kropli fenoftaleiny i kilka kropel kwasu octowego, następnie centrifuguje się i z osadu wykonywa się preparaty.

Z metod jeszcze bardziej skomplikowanych, ale dających wyborne wyniki godna polecenia jest metoda Uhlenhuta i Nylandera przy pomocy antyforminy, którą w roztworze 25%-owym miesza się z plwociną w stosunku 2 lub 4:1, po skłóceniu mieszaninę wiruje się, a osad otrzymany przemywa wodą i utrwała w ogniu. Również dobre

<sup>1)</sup> Dyagnostyka gruźlicy, metody kliniczno-laboratoryjne. Warszawa 1912.

<sup>2)</sup> Metody badania narządu oddechowego; praca zbiorowa wydana pod przewodnictwem prof. Sokołowskiego 1920.

wyniki dają inne metody np. antyforminy z ligroina, których bliżej opisywać nie będę, dodam tylko, że metoda antyforminy jest stosunkowo najłatwiejsza i daje dobre wyniki. Dębiński w badaniach u chorych w moim oddziale na 44 plwociny badane porównawczo wykrył laseczniki Kocha metodą antyforminy 5 razy w tych przypadkach, gdzie bez homogenizacji laseczników nie znajdowano. Jednakże i powyższe metody nie zawsze wykrywają laseczniki w podejrzaney o gruźlicę plwocinie. W tych więc wyjątkowych przypadkach należy się uciec do metody bardzo ściślej t. j. do hodowli laseczników gruźliczych na odpowiednich pożywkach. Naturalnie wymaga to większego zachodu i czasu, chociaż metody te zostały w ostatnich czasach uproszczone, tak że przy pomocy niektórych z nich (pożywka Jochmana) otrzymuje się hodowle laseczników gruźliczych już po upływie 24 godzin.

Nie mogę tu bliżej opisywać sposobu przygotowywania pożywek, wspomnę tylko, że przeważnie składają się one z agaru-gliceryny z domieszką soli kuchennej (pożywka Hajdena) i t. p. i że tej metody należy zawsze użyć w wątpliwych przypadkach, gdyż nie tylko laseczniki wykryte w hodowli stanowią niezbity dowód sprawy gruźliczej, lecz nawet sam wygląd kultur jest niestychanie charakterystyczny, różniący się znacznie od kultur różnych innych pasożytów, a przede wszystkim t. zw. rzekomej gruźlicy. Wkrótce bowiem po wykryciu laseczników Kocha okazało się, że na gruźlicę zapadają nie tylko ludzie i różne zwierzęta ssące, a przede wszystkim krowy, lecz ptactwo, ryby, padalce, również zapadają na gruźlicę, a laseczniki wykrywane u powyższych rodzajów stworzeń z wyglądu i odczynu barwnego nie różnią się niczem od laseczników gruźliczych człowieka, i różnica występuje jedynie w właściwościach hodowli; ztąd też i niektórzy autorowie dochodzą do wniosków, że laseczniki powyższych rodzajów stanowią tylko odmiany jednego pierwotnego gatunku. Co się zaś dotyczy laseczników rzekomogruźliczych, to nie mogąc się bliżej nad nimi rozwodzić, przypomnę tylko, że wykryto cały szereg laseczników, mających wygląd podobny w zupełności do prątków gruźliczych człowieka i posiadających te same własności barwienia się, a nawet niektóre z nich, szczepione świnkom morskim wywoływały sprawę chorobną, przypominającą gruźlicę; z liczby tych pseudo-laseczników wymienię: lasecznik łożu napletkowego (*bacillus smegmae*) które łatwo stać się mogą powodem mylnego rozpoznania gruźlicy narządu moczowego, laseczniki trawy tymotejki (wykryte przez Möllera) rozwijające się na tymotejce i jej pokrewnych trawach, laseczniki znalezione w gnoju, wreszcie największe praktyczne znaczenie mające laseczniki z masła, wykryte w maśle, mleku i serze, nadzwyczajnie podobne do prawdziwych gruźliczych, barwiące się tak samo. Wszystkie powyższe pseudo-laseczniki różnią się zasadniczo od laseczników rzeczywistych dopiero na drodze hodowli. Wreszcie w przypadkach wątpliwej pod względem rozpoznania gruźlicy w podejrzaney plwocinie uciec się można do najpewniejszej i najściślej metody rozpoznawczej t. j. do szczepienia zwierzętom plwociny lub innego materiału podejrzanego o gruźlicę. W tym celu plwocinę,

ropę i t. p. materiał rozpuszcza się w wodzie wyjałowionej, szczepi się do otrzewnej lub pod skórę najlepiej śwince morskiej; po upływie 3—4 tygodni zabija się zwierzę i wówczas nawet przy najmniejszej ilości prątków gruźliczych w płwocinie otrzymuje się na autopsji zwierzęcia wielce charakterystyczne zmiany w organach, a mianowicie obrzmienie lub zserowacenie gruczołów w sąsiedztwie zastrzyknięcia, w innych organach zaś, a szczególnie śledzionie, wątrobie i otrzewnej, charakterystyczne gruzelki prosowate, w których przy roztarciu i badaniu pod mikroskopem preparatów zabarwionych, wykrywają się charakterystyczne laseczniki Kocha, które są stanowczym dowodem gruźliczego pochodzenia szczepionego zwierzętom materiału. Metoda ta jest naturalnie jedną z najbardziej ścisłych rozpoznawczych metod gruźlicy, do ujemnych jednakże jej stron należy ta okoliczność, że wynik otrzymać dopiero można po kilku tygodniach i, że wykonać ją można jedynie w odpowiednio urządzonej pracowni. Tem niemniej metoda ta stosowana winna być w niektórych wyjątkowo trudnych do rozpoznawania przypadkach.

Zaznaczyliśmy już wyżej, że lasecznik gruźliczy, odznacza się wielką złośliwością, należy więc obecnie parę słów powiedzieć, na czym polega, a przede wszystkim od czego zależy owa złośliwość laseczników? Otóż złośliwość ta polega na tem, że laseczniki, znalazwszy grunt odpowiedni, rozmnażają się niezwykle szybko np. w płwocinie człowieka, dotkniętego gruźlicą płucną, wytwarzają się one w ilościach niewiarogodnych; podług obliczeń niektórych autorów, w obficie odpluwanej płwocinie ilość laseczników wynosi liczne miliony, a nawet miliardy, jak twierdzą niektórzy, a one nie tylko że zawierają w swoim ciele toksyny, lecz jednocześnie są w stanie produkować obficie wielce złośliwe dla organizmu ludzkiego trucizny; lasecznik bowiem gruźliczy należy do tych pasyży, które szkodliwe są dla organizmu przez produkcję trucizn na endo i egzogennej drodze. Co się tyczy rodzaju tych trucizn, to mimo bardzo szczegółowych prac licznych autorów, poczynając od Kocha, Nenckiego, Hammerschläga, Hoffmana, Freunda i innych nie zostały one bliżej ściśle sformułowane, chemicznie składają się z lecytyny, tłuszczów oraz różnorodnych substancyj białkowych (toalbuminy o składzie bliżej nieznanym) nawet w wynikach badań tych substancyj istnieją wielce różnorodne i sprzeczne poglądy. Na czym zaś polega specyficzne działanie lasecznika gruźliczego, czy zmiany patologiczne, przez niego wywołane, są następstwem działania samego lasecznika, czy jego produktów, wreszcie z czego się składają te szkodliwe substancje — dotychczas stanowczo nie rozstrzygnięto. W ostatnich czasach sprawę tą starali się nieco posunąć naprzód przez swoje w tym kierunku ciekawe badania Deyche i Much, którzy twierdzą, że pierwiastek czynny laseczników gruźlicy nie jest substancją jednolitą, lecz składa się z kilku składników, z których każdy posiada działanie swoiste, a składnikom tym dają nazwę antygenów (wywoływaczy) cząstkowych, dalej twierdzi Much, że lasecznik gruźliczy może być rozłożony na poszczególne grupy czynne: tak pod działaniem kwasu mlecznego lasecznik Kocha rozpada się na 2 grupy,

przesącz i pozostałość na sączku. Przesącz stanowią właściwe toksyny, a z pozostałości przez wyciąganie alkoholem otrzymuje się płyn, składający się z mieszaniny kwasów tłuszczowych i lipidów; w reszcie przesączu znajdują się ciała białkowe. Te trzy oddzielne grupy substancyj, których pod względem chemicznym nie można uważać za czyste, nazywają autorowie wywoływaczami cząstkowemi; są one w stanie wywołać sprawę gruźliczą jako też ciała uodporniające we krwi. Poglądy te jednakże wymagają jeszcze potwierdzenia.

Obecnie rodzi się pytanie gdzie znajduje się źródło tak szkodliwych dla organizmu pasożytów. Otóż odpowiedź na to może być kategoryczna, że wszędzie tam, gdzie egzystują istoty, dotknięte gruźlicą, które produkują w swoim dotkniętym gruźlicą organizmie lasecznika, wyrzucanego nazewnątrz, a więc przedewszystkiem ludzie dotknięci gruźlicą, głównie płucną, którzy obficie odpluwają i wyrzucają na zewnątrz plwocinę, zawierającą laseczniki, które przy sprzyjających warunkach mogą się dostać do organizmu zdrowych jednostek i przez to drogą zarażenia wywołać chorobę. O wiele rzadziej źródłem laseczników są również gruźlicą dotknięte zwierzęta, a szczególnie domowe, żyjące w bliskości człowieka, a przedewszystkiem krowy, których produkty, zwłaszcza mleko, sery, a rzadziej mięso przy rozwiniętej gruźlicy zawierają, jak to wykazały liczne doświadczenia, laseczniki pełne swej żywotności; należy tem samem przypuszczać, że i po przedostaniu się produktów, zawierających żywotne laseczniki, do organizmu człowieka, a szczególnie dziecka, gruźlica rozwinąć się może. Co do tego ostatniego punktu t. j. zaraźliwości drogą lasecznika bydłowego, to pomimo poglądów Kocha, który twierdził, że nie jest on zaraźliwym dla człowieka, badania liczne innych autorów wykazały niezbicie, że takim lasecznikiem może być zakażony organizm ludzki. I tak angielscy autorowie (Park) wykazali, że w 1038 przypadkach, w których ściśle określono pochodzenie prątków ludzkich i bydłych przez hodowle i szczepienie, z 686 osobników starszych ponad lat 16 tylko u 9 skonstatowano prątki bydłowe, a natomiast u 132 dzieci od lat 5—16 stwierdzono 99 razy typ ludzki, 33 bydłowy, wreszcie u 220 dzieci poniżej lat 5 znaleziono 161 razy prątki pochodzenia ludzkiego, 59 — bydłowego; tym więc sposobem zakażenie pochodzenia bydłowego jest małej wagi dla człowieka dorosłego, odwrotnie ma duże znaczenie u dzieci, czyli że być może że laseczniki bydłowe mogą się akomodować do organizmu ludzkiego, zmieniając się na laseczniki typu ludzkiego, zgodnie z poglądami Behringa i innych autorów.

Powyższe dane powinny nas doprowadzić do stanowczego wniosku, że głównem i przeważnem źródłem zakażenia gruźlicą jest gruźlicą dotknięty człowiek, a niebezpieczeństwo zarażenia się nią dla zdrowych jest tem większe, im większa ilość suchotników jest skupiona na niewielkich przestrzeniach (wielkie miasta, ciasne i złe mieszkania i t. p.



## WYKŁAD III.

**Drogi przedostawania się lasecznika gruźliczego do organizmu ludzkiego. Zakażenie przez skórę, drogi oddechowe, kanał pokarmowy, narządy płciowe. Wrażliwość organizmu ludzkiego na zarazek gruźliczy. Dane statystyczne anatomopatologiczne w tej kwestji. Częstość zakażeń gruźliczych na podstawie spostrzeżeń klinicznych. Zaraźliwość suchot płucnych. Czynniki, usposabiające do suchot płucnych. Dziedziczność. Dane statystyczne i kliniczne. Cechy fizyczne dziedzicznie obciążonych osobników. Teoria zwyrodnienia; cechy zwyrodnienia. Suchoty w rasie semickiej.**

---

Obecnie rodzi się kwestja, w jaki sposób ów, tak szkodliwy pasożyt wdraża do organizmu ludzkiego? Pytanie to nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśnione; liczne doświadczenia na zwierzętach w celu wywołania zarażenia lasecznikiem gruźliczym drogą szczepienia podskórnego, inhalacji roztworów wysuszonej, sproszkowanej plwociny i t. p., aczkolwiek dawały wyniki dodatnie, jednakże robione były w warunkach, które z trudnością dadzą się porównać z warunkami, w których może nastąpić zarażenie człowieka, zależne nie tylko od właściwości i natężenia zarazka, ale też i od indywidualnych właściwości danego osobnika. Otóż przez skórę wdrażenie laseczników i zarażenie tą drogą człowieka może nastąpić w wyjątkowych tylko okolicznościach, t. j. w razie obrażenia naskórka i przy zetknięciu wniknięcia zarazka; możliwe to jest u dzieci, pełzających po podłodze, na której znajduje się kurz, zawierający laseczniki gruźlicze, przy sekcji włók gruźliczych i zranieniu się, u dzieci żydowskich przy rytualnem obrzędowaniu, jeżeli osobnik, dopełniający tego obrządku dotknięty jest gruźlicą i t. p. Natomiast, wobec tego, że gruźlica najczęściej w ogromnej większości przypadków umiejscawia się pierwotnie w płucach, należy przypuszczać, że lasecznik, znajdujący się w wysuszonej plwocinie dostaje się przez wdychanie do pęche-

ryzków płucnych i tam jest w stanie pierwotnie wyrzucić chorobotwórczą swoją działalność. Poparte to zresztą zostało licznymi doświadczeniami, które wykazały, że w płucach drogą wdychania gromadzą się wielkie ilości drobnych cząsteczek mineralnych lub organicznych (pył węglowy, kamienny, żelazny i t. p.), cząsteczki te dostają się do płuc wraz z falą powietrzną, przechodzą przez najdrobniejsze oskrzela do płuc, lub też przez migdały do gruczołów szyjnych i śródpiersia; nic więc dziwnego, że laseczniki zawarte w pyłe, wraz z kurzem dostawać się mogą do pęcherzyków płucnych lub też do gruczołów śródpiersia. Liczne bowiem badania, szczególnie Corneta, Straussa i wielu innych, wykazały, że w kurzu mieszkań źle przewietrzanych, ciasnych, zamieszkałych przez suchotników, znajdowano laseczniki na podłodze, w kątach, tapetach, dywanach; przy poruszeniu powietrza, np. przy zamiataniu na sucho, z łatwością dostać się mogą laseczniki do dróg oddechowych osobników zdrowych. Straus nawet wykazał, że w szpitalach, gdzie leżeli suchotnicy, laseczniki znajdować się mogą w jamie nosowej osób zdrowych (studentów, pielęgniarzy). I tak, na 29 osób u 9-ciu wykrywano żywotne laseczniki.

Również laseczniki dostać się mogą do powietrza podczas kaszlu suchotnika, i pozostawać czasowo zawieszonymi w drobnitkich cząsteczkach w płwocinie, jak to wykazał Flügge. Jakkolwiek zdarza się to tylko w wyjątkowych wypadkach, ale z tą możliwością liczyć się należy gdyż nietylko u dorosłych, jak to dawniej twierdzono, najczęstszym sposobem zakażenia gruźlicą jest wniknięcie lasecznika do dróg oddechowych, a jak wykazały liczne badania anatomopatologiczne (Parrot, Küss, Albrecht, Ciechanowski, Medina i inni), pierwotne ogniska zakażenia gruźliczego są najczęściej umiejscowione u dorosłych w płucach u dzieci zaś laseczniki wdrążają najczęściej do gruczołów chłonnych i tam na długo się osiedlają, przechodząc następnie na płuca. Zdaje się więc nie ulegać kwestji, że najczęstszym źródłem zakażenia są drogi oddechowe, przez inhalację, pomimo że niektórzy badacze przy rozpylaniu kurzu z sal szpitalnych, w których znajdowali się suchotnicy, otrzymywali przy inhalacji u zwierząt wyniki ujemne.

Dane te jednakże nie mogą być miarodajne, wiadomo bowiem, że nowoczesne sale szpitalne są dobrze wentylowane, higienicznie zbudowane i powietrze ich nie może być porównane z powietrzem zanieczyszczonym w małym, ciasnym, niechlujnym i wcale nie przewietrzanym mieszkaniu, w którym zamieszkują biedni suchotnicy, szczególnie znajdujący się w ostatnich okresach choroby, pluający na podłogę, pościel, ściany i t. p.

Drugą najczęstszą drogą wnikania zarazka gruźliczego jest kanał pokarmowy, przez pośrednictwo pokarmów, a szczególnie mleka, zawierającego laseczniki gruźlicze, którem karmione są sztucznie ssawce i małe dzieci. Badanie krów na gruźlicę w różnych krajach wykazało, że mniej więcej połowa krów dotknięta jest gruźlicą i mleko ich w dużym odsetku przypadków zawiera złośliwe laseczniki, które przy spożywaniu mleka dostają się do błony śluzowej kiszek dzieci, a stąd z łatwością wchłaniane bywają do gruczołów

limfatycznych, wywołując ich gruźlicze zwyrodnienie (pospolicie skrofułami lub zolzami zwane). Otóż, podług niektórych autorów, a przedewszystkiem wysokiej miary uczonego Behringa, sprawa gruźlicza powstaje pierwotnie u małych dzieci w gruczołach limfatycznych, zarażonych przez karmienie mlekiem, laseczniki gruźlicze zawierającym, trwa całe lata, kończy się niepomyślnie u dzieci do 5-go roku życia wskutek rozwoju gruźlicy kiszek, gruczołów lub opon mózgowych, w większości zaś przypadków wylecza się w zupełności lub też pozostaje tłącą w organizmie, aby w latach 20-ych przejść z gruczołów oskrzelowych na płuca, i spowodować typową gruźlicę płucną, która, jak się obrazowo wyraża ten autor, jest zakończeniem smutnej piosenki, zanuconej dziecku u jego kołębki.

Nie ulega najmniejszej kwestji, że ta niezwykle ponętna teoria jest słuszna, lecz jednakże do pewnego tylko stopnia i to nie w tych rozmiarach, w jakich sądzi autor, który na potwierdzenie swojej teorii przytacza fakty, że w Prusach największa śmiertelność u dzieci na gruźlicę jest w pierwszym roku życia (473 na tysiąc), tymczasem pomiędzy 10 — 15 rokiem zaledwie 3 na tysiąc. Przeciwnicy jednakże tej teorii słusznie twierdzą, że gdyby kanał pokarmowy był najczęstszą drogą zakażenia, to pierwotna gruźlica jelit byłaby częstą, w rzeczywistości zaś występuje bardzo rzadko.

Z innych dróg, któremi wtargnąć może lasecznik gruźliczy do organizmu ludzkiego wspomnę o organach płciowych, któremi przedostać się może zarazek podczas stosunków płciowych z osobnikiem dotkniętym gruźlicą tych narządów. Drogą tą jednakże zakażenie może nastąpić chyba tylko w wyjątkowych wypadkach. To samo da się powiedzieć o możliwości przechodzenia zarazka od rodzica gruźliczego na dziecko z chwilą urodzenia (przez łożysko gruźliczej matki, nasienie gruźliczego ojca). Zarazek ten ma pozostawać w organizmie skrycie, aż do chwili, gdy przez odpowiednią przyczynę okolicznościową nastąpi ujawnienie jego, t. j. stan czynny. Ta droga wtargnięcia zarazka oparta na badaniach eksperymentalnych Baumgartena, da się zastosować do człowieka chyba w wyjątkowych tylko przypadkach, u większości bowiem chorych gruźliczych wtargnięcie zarazka, jak to wyżej powiedziałem, ma miejsce drogą oddechową lub przez kanał pokarmowy.

Obecnie należy się zastanowić, w jakim stopniu organizm ludzki jest wrażliwy na zarazek gruźliczy, czyli z jaką łatwością ulega on zarażeniu się przez zetknięcie się z zarazkiem. Sądząc z doświadczeń na zwierzętach, które są wrażliwe na zarazek gruźlicy, chociaż nie wszystkie rodzaje w jednakowym stopniu, należałoby przypuszczać, że i u człowieka dziać się musi coś podobnego, tembardziej wobec nadzwyczajnego szerzenia się suchot płucnych wśród wszystkich warstw społecznych. Materjał, zawierający laseczniki, a przedewszystkiem plwocina, znajduje się na każdym niemal kroku i rzeczywiście, jak to już wyżej wzmiankowaliśmy, ogromny odsetek ludzi umiera na suchoty, badania zaś anatomopatologiczne wykazały

dalej, że olbrzymia ilość ludzi bo przeszło 60% ulega zarażeniu się, ale szczęśliwie je zwalczą, bądź wyleczając się zupełnie, bądź też żyjąc we względnym zdrowiu nieraz nawet bardzo długie lata; anatomowie Naegli, Bartel i inni wykazali, że niemal każdy człowiek dorosły był w mniejszym lub większym stopniu w pewnym okresie życia dotknięty sprawą gruźliczą, zakończoną pomyślnie. Fakty powyższe ujawniły wysoce ciekawy i pocieszający fakt, że wogóle ród ludzki jest wysoce usposobiony do gruźlicy, lecz mało usposobiony do spraw gruźliczych, kończących się śmiertelnie. Usposobienie bowiem do zejścia śmiertelnego, bardzo nieznaczne w wieku dziecięcym (1 do 5 roku życia), wzrasta się potem stopniowo między 18 — 30 rokiem życia, poczem znów zmniejsza się liczba przypadków śmiertelnych, natomiast zwiększa się stopniowo liczba przypadków zagojonej gruźlicy.

A więc mimo wielkiej wrażliwości organizmu ludzkiego na zarazek gruźliczy nie wszyscy na gruźlicę zapadają, a z liczby zapadłych jedynie tylko pewien procent umiera, stąd też należy pokrótce omówić z jednej strony te momenty, które mogą ułatwić zarażenie, z drugiej zaś te, które pozwalają oprzeć się mu, lub też skutecznie zwalczyć zarazek, który wtargnął do organizmu.

Pojęcie zaraźliwości suchot, aczkolwiek, jak to wyżej wzmiankowałem, ściśle naukowo stwierdzone zostało dopiero na drodze doświadczalnej przez Villemin'a, jednakże w pojęciu ogólnem istniało od wieków, nie tylko u lekarzy, począwszy od Hippokratesa, ale i u ogółu publiczności, szczególnie w XVII i XVIII wieku. We Francji i Włoszech pojęcie to było tak powszechnem, że suchotnika unikano podobnie jak zadżumionego, a nawet istniało pewien czas we Francji prawo, nakazujące suchotników zamykać w domach odosobnionych, rzeczy ich palić, a za niedoniesienie o wypadku suchot karano lekarzy nie tylko grzywnami, ale nawet więzieniem.

I wśród naszego ludu pojęcie zaraźliwości suchot do dziś dnia jest powszechne; sam niejednokrotnie słyszałem od chorych na suchoty, właściwie szukających mej porady, że przypuszczają, że zarazili się suchotami przez noszenie ubrania, a zwłaszcza bielizny po zmarłym suchotniku, używanie poduszek, kołder i t. p. Można nawet powiedzieć, że lud nasz ma dotychczas mocno utrwalone, a nawet przesadzone to pojęcie, co naturalnie musi się opierać na faktach spostrzeganych oddawna. I w nowym okresie nauki o suchotach płucnych, t. j. w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, zaczęto bliżej zastanawiać się i badać fakty, odnoszące się do tej kwestji, obok bowiem gorliwych zwolenników nauki o zarażeniu, byli niemniej gorliwi przeciwnicy, którzy, odrzucając zarażenie wprost, kładli jedynie nacisk na usposobienie danych jednostek do zapadnięcia.

Otóż fakty, sumiennie, bezstronnie i licznie obserwowane drogą licznych ankiet w całej Europie i Ameryce, dały następujące wyniki: aczkolwiek rzadko zdarzały się wypadki zarażenia się suchotami jednego ze zdrowych współmałżonków, od drugiego, dotkniętego daleko posuniętą gruźlicą płuc, to jednak spostrzegano zarażenie się osobliwie u kobiet, które gorliwie, nieraz całe miesiące nie

Nr. ....

wychodząc z domu, pielęgnowały chorego męża suchotnika, szczególnie jeśli to miało miejsce w mieszkaniu szczupłym i źle przewietrzanym. Możliwość zarażenia drogą wdychania powietrza, zawierającego laseczniki, śluzu, plwociny przy pocałunkach i t. p., jest zupełnie uzasadniona, tembardziej, że w tych razach i momenty psychiczne natury przygnębiającej, osłabiające cały organizm, odgrywają również niepoślednią rolę. Do tej kategorii zaliczają się również fakty zapadnięcia na suchoty służby, dozorującej chorych w zakładach dla suchotników, a przede wszystkim zakonnicy, zwłaszcza szarytek, z których ogromny procent umiera na suchoty. I tak, w Warszawie podług zebranej przezemnie statystyki, z liczby około 670 stałych, pracujących jako szarytki w szpitalach warszawskich i prowincjonalnych, zmarło w ciągu lat 5-ciu (1913—17) ogółem 68 osób w tem na suchoty 18, t. j. 30,7%. O niższej służbie naszych szpitali nie mogłem zebrać pod tym względem ściślejszych danych, gdyż zmienia się ona zbyt często z powodu niepomysłnych warunków bytu, wszelako powszechnie zauważono, że służba ta, z powodu tych złych warunków; zapada dość często na choroby zakaźne, a szczególnie gruźlicę (bliższe szczegóły w mojej pracy: „Choroby proletariatu“ — 1918).

To samo spostrzegano dawniej w więzieniach, domach karnych, szpitalach dla obłąkanych, źle urządzonej i źle przewietrzanych, w których przebywają suchotnicy bardzo długo, nieraz z daleko posuniętą chorobą, w towarzystwie zdrowych somatycznych obłąkanych. W szpitalu dla obłąkanych w Tworkach, względnie dobrze urządzonej, w ciągu roku 1901—2, z liczby 241 osób zmarłych, 45 t. j. prawie 20% zmarło na suchoty. To samo spostrzegano w fabrykach, w warsztatach, w biurach, kantorach źle urządzonej i źle przewietrzanych, gdzie wśród personelu pracującego byli suchotnicy, plujący naokoło siebie i na podłogę. Spostrzegano to szczególnie w fabrykach wśród robotników fabrycznych, których nieraz całe rodziny wymierały wskutek gruźlicy płucnej (Biegański).

Fakty powyższe zdają się przemawiać za tem, że suchoty wśród powyższych złych warunków, mogą drogą zarażenia udzielić się zupełnie zdrowym jednostkom, doświadczenie bowiem wykazało również, że w fabrykach, więzieniach i tym podobnych zakładach, gdzie szeroko panowała gruźlica płucna, po wprowadzeniu odpowiednich higienicznych urządzeń, a przede wszystkim po oddzieleniu daleko posuniętych suchotników, wprowadzeniu sopluczek, dobrem przewietrzaniu sal i t. p., liczba zapadających i umierających suchotników znakomicie się zmniejszyła. Już wyżej zaznaczyliśmy, że są osobniki, które mimo złych warunków przebywania i stałego zetknięcia z materiałem gruźliczym, nie ulegają jednakże zarażeniu, np. robotnicy w niektórych, nawet najbardziej niezdrowych fabrykach (szlifiernie); z drugiej zaś strony, zarażają się i ulegają chorobie jednostki pozornie zdrowe, przebywające w zupełnie dobrych warunkach higienicznych. Istnieć więc muszą jeszcze inne czynniki, które stanowią momenty, usposabiające do zarażenia się. Czynniki owe są wielce różnorodne, omówić je

tutaj możemy tylko ogólnikowo, odsyłając słuchaczy po bliższe szczegóły do mojego wyżej wzmiankowanego podręcznika. Wogóle powiedzieć możemy, że wszystko to, co w drodze wrodzonej czy nabytej osłabi zdolność życiową komórki, wpływa pośrednio na ułatwienie zarażenia, odwrotnie, wszystko to, co wzmacnia organizm i stawia w dobre warunki, uodpornia tem samem i komórkę, zmniejszając jej skłonność do zarażenia się.

Z główniejszych momentów przyczynowych uwzględnimy następujące: 1) dziedziczność. Możliwość oddziedziczenia suchot płucnych po rodzicach w ciągu szeregu wieków, wszczęła się do tego stopnia w umysły lekarzy, a nawet ogółu publiczności, że usposobienie dziedziczne i suchoty przyjmowano za pojęcia równoznaczne, uważając osobnika z rodziców suchotniczych za napewno skazanego na rozwój u niego tego fatalnego cierpienia. I rzeczywiście, doświadczenie codziennie wskazywało, że wymierały na tę straszną chorobę nie tylko pojedyncze jednostki, lecz nawet całe pokolenia. Aczkolwiek nowoczesne pojęcia o zaraźliwości gruźlicy drogą przedostania się lasecznika z zewnątrz stanowią postulat niewzruszony, przyczem dziedziczność odgrywać ma rolę podrzędną, to jednakże dane życiowe statystyczne, między innymi i moje, wykazują, że co najmniej w 20 przeszło procentach przypadków, dało się wykazać usposobienie dziedziczne do suchot. W jaki zaś sposób następuje istotne zarażenie, to pod tym względem istnieją różne poglądy: jedni twierdzą, że lasecznik może być wprost oddziedziczony, lub też rozwijać się następczo dopiero w dzieciństwie po dostaniu się do organizmu drogą kanału pokarmowego (Behring). Większość jednakże autorów, do których ja się przychylam, dopatruje w dzieciach, zrodzonych z rodziców gruźliczych, jedynie pewnych wadliwości w budowie klatki piersiowej, w systemacie krwionośnym, wadłość ogólną tkanek, lub też pewien ogólny typ zwyrodnienia, odbijającego się bądź na budowie klatki i powłok zewnętrznych ciała, bądź na zboczeniu w narządach wewnętrznych, co, razem wzięwszy, ułatwia przy sprzyjających okolicznościach wnikanie zarazka gruźliczego do organizmu i rozwój suchot płucnych. Z powyższych przyczyn oddawna, bo już od czasów Hippokratesa, zwracano uwagę na klatkę piersiową, zauważono bowiem, że u osobników usposobionych dziedzicznie, już od urodzenia, zanim jeszcze ujawni się choroba piersiowa, klatka piersiowa przedstawia pewien charakterystyczny wygląd, który Engel w roku 1841 opisał jako klatkę płaską, paralytyczną (*torax paralyticus*); klatka taka posiada zmniejszony wymiar poprzeczny, wskutek czego wydaje się spłaszczoną, wymiar jej natomiast podłużny dzięki szerokim przestrzeniom międzyżebrowym jest większy, klatka więc przedstawia się jako płaska i długa. Bardzo liczni autorzy zagranicą i u nas (Rehn, Giovanni, Hart, Nowicki i inni) zajmowali się tą sprawą. Najbardziej jednakże przyczynili się do wyjaśnienia tej kwestji Freund, Hart i Nowicki. Freund starał się wykazać, że przyczyna usposobienia dziedzicznego polega na zmniejszonym górnym otworze klatki wskutek nienormalnego rozwoju chrząstki pierwszego żebra, a przez to zmniejszonej ruchomości klatki. Nowicki ze Lwowa,

który w ostatnich czasach szczegółowo zbadał tą kwestję, dochodzi do wniosku, że nie można zaprzeczyć istnienia pewnego związku między gruźlicą szczytową płuc, a pewnymi zboczeniami, w wielkości górnego otworu klatki piersiowej. Zboczenia te jednakże polegają nietylko na wąkości otworu i krótkości chrząstek pierwszych żeber ile raczej na nieumiarowości, która cechuje typ płasko-owalny górnego otworu klatki piersiowej i może prowadzić do znacznego zwężenia; skostnienie zaś stawu mostkowego, utrudniające ruchy spiralne pierwszych chrząstek, przyczynia się do unieruchomienia szczytów i szkodliwych jego następstw.

Powyższe dane anatomiczne mogą pod pewnym względem wyjaśnić przyczyny, wsktek których lasecznik u tej kategorii osobników, dostawszy się drogą wdychania do szczytów, więźnie w nich, a następnie wywołuje w nich sprawę gruźliczą. Inni autorzy sądzili, że usposobienie dziedziczne do suchot polega na pewnych wrodzonych zaburzeniach w układzie krwionośnym, a więc na małym sercu (H. Brehmer), a stąd niedostatecznym ukrwieniu stosunkowo wielkich płuc, na niedorozwoju systematu naczyniowego (Benecke) i t. d. Teorje te okazały się jednostronnemi, gdyż doświadczenie anatomopatologiczne wykazało, że u wielu suchotników istniały przeciwnie, nie małe, lecz powiększone serca, a u większości dobry rozwój systematu cyrkulacyjnego. Na bliższą jednakże uwagę zasługuje jeszcze teoria, starająca się wyjaśnić przyczyny dziedziczności na podstawie zwyrodnienia (Entartungs-Theorie); podług tej teorji suchotnicy przedstawiać mają pewien typ zwyrodnienia, odbijający się nie tylko na budowie klatki piersiowej, lecz i na zboczeniu w różnych narządach wewnętrznych, gruźlica zaś, jako choroba ogólnoludzka, rozwija się na podstawie odziedziczenia, które podlega pewnym warunkom etnologicznym i antropologicznym.

Liczni zwolennicy tej teorji (Reibmajer, Riefel i wielu innych, a u nas Biegański, Polański, E. Zieliński i inni), opisali szczegółowo różnorodne cechy suchotników, wykrywane bądź to za życia lub po śmierci (małe serce, cienkie ściany aorty, zboczenie w położeniu kiszek, odrębne uwłosienie części sromnych i t. p.). Teorje te, wielce ciekawe z punktu widzenia naukowego, nie wyjaśniły nam jednakże w zupełności istoty dziedziczności suchot. Świadczą one jednakże, że momenty dziedziczne w wysokim stopniu uspasabiają dane jednostki do zapadania na suchoty, czyli wytwarzają u nich zmniejszoną odporność na zarzek gruźlicy, wskutek czego wymierają na suchoty całe rodziny, a nawet plemiona (mieszkańcy południowej Afryki, Indjanie północnej Ameryki i inne) przy zetknięciu się z zarzkiem gruźliczym. Odwrotnie istnieje u pojedynczych osobników, całych rodzin, a nawet plemion i ras zwiększona odporność na zarzek gruźliczy, co się wyraźnie daje zauważyć w rasie semickiej. Badaniom nad tą kwestją poświęciłem oddawna szczegółowe studjum, wykazawszy na podstawie śmiertelności suchot za lata 1900—03, że wbrew oczekiwaniu śmiertelność u żydów w Warszawie z suchot płucnych była mniejsza od śmiertelności wśród chrześcijan, pomimo fatalnych warunków higienicznych, w jakich znajduje się przeważnie większość ubogiej ludności żydowskiej; odsetek śmier-

telności suchotników w stosunku do ogólnej śmiertelności był w roku 1900 dla chrześcijan 11,5%, dla żydów 9%; w roku 1901 dla chrześcijan 11%, dla żydów 8%, w 1903 — dla chrześcijan 13%, dla żydów 10%. Do podobnych wniosków doszedł i Zakrzewski, w zestawieniu śmiertelności na gruźlicę w Warszawie wedle wyznań. W roku 1912 w Warszawie z liczby 100 tys. mieszkańców zmarło na suchoty katolików 262, a z odpowiedniej liczby żydów 114. Również ciekawe dane okazały badania porównawcze za lata 1903—1912 zależnie od dzielnic zamieszkania: i tak w cyrkule bielańskim, w którym było żydów 92%, z liczby 100 tys. mieszkańców zmarło 131; w cyrkulach zaś nowej i starej Pragi, w których ludności chrześcijańskiej było więcej niż 60%, śmiertelność wyniosła u chrześcijan 289 do 300 na 100 tys. i t. p.<sup>1)</sup>. Do podobnych wniosków jak moje doszli inni badacze, studjujący tę kwestję w Wiedniu, Berlinie, New-Yorku i innych miastach; wszędzie okazała się śmiertelność u żydów mniejsza niż u chrześcijan. Takie same wyniki otrzymałem również, zestawivszy z mojej praktyki prywatnej liczbę zapadających na suchoty chrześcijan i żydów: okazało się, że żydzi zapadali na suchoty w stosunku 35,4, a chrześcijanie 40,26. Szczegółowe dane, odnoszące się do wieku, płci i zajęcia zestawilem w odnośnych tablicach.

Ciekawy wielce ten fakt, dla czego mimo złych warunków higienicznych ludność żydowska Warszawy zapada rzadziej na suchoty, wyjaśniam sobie w następujący sposób. Ludność żydowska naszych miast i miasteczek, pozostając od wieków w obrębie miast i to w wysoce niezdrowych warunkach, zwłaszcza pod względem mieszkania i życia, a przytem łącząc się jedynie pomiędzy sobą, zaadoptowała się poniekąd do tych lichych nad wyraz warunków. Najbardziej słabe jednostki zginęły, a pozostałe uodporniły się na zarazek gruźliczy, Biedna natomiast ludność chrześcijańska, przybywająca ze wsi na zarobek do Warszawy, stanowiąca potomstwo ludności zdrowej, często zupełnie wolnej od suchot, żyjącej na powietrzu i odżywiającej się względnie nieźle, w Warszawie, wskutek zmienionych na gorsze warunków mieszkania i życia (co dotyczy szczególnie pewnych kategorii: stróże, wyrobnicy dzienni i t. p.), szybko i niezwykle często umiera na suchoty. Podobnie również rzecz się ma u kafrów i mieszkańców Ameryki Północnej i Australji, którzy z chwilą osiedlenia się w miastach, w złych warunkach bytu, zapadają często na szybko przebiegające suchoty, formalnie ich dziesiątkującej, a dopiero następne pokolenia powoli akomodują się, i mniej się zarażają, gdyż są już częściowo uodpornione. Żydzi również lecz już przed wielu wiekami złożyli wielką daninę ofiarną suchotom płużnym.

<sup>1)</sup> Szczegóły patrz w mojej pracy, ogłoszonej w r. 1912 w „Gazecie Lekarskiej” p. t.: Czy ludność żydowska częściej niż chrześcijańska zapada na suchoty płucne?.



## WYKŁAD IV.

**Czynniki usposabiające do gruźlicy nabyte. Złe warunki społeczno-ekonomiczne, t. z. pauperyzm. Niedostateczne odżywianie, niehigieniczne mieszkania, ciężka praca, alkoholizm. Nadużycia płciowe. Cięża, porody i karmienie; choroba cukrowa, wiek i płeć, zołży, syfilis, cierpienia dróg oddechowych, narządów krążenia, przewodu pokarmowego. Czynniki, utrudniające rozwój gruźlicy (antagonizm). Obraz pewnych chorób i zawodów. Uodpornienie na gruźlicę (immunisatio). Częstość suchot płucnych. Dane statystyczne u nas i zagranicą.**

---

Jedną najczęstszych przyczyn, ułatwiających zarażenie się gruźlicą płucną, jest bezspornie bieda społeczna, t. j. pauperyzm, właściwy proletariatu, szczególnie w wielkich miastach przebywającemu; ztąd też i słusznie suchoty płuc zwą chorobą proletariacką, a liczne badania w ciągu kilku ostatnich dziesiątków lat we wszystkich niemal krajach wykazały bezspornie fakt, że rozwój suchot płucnych jest związany ściśle z warunkami społeczno-ekonomicznymi danych osobników, rodzin i całych nawet społeczeństw. Im w gorszych warunkach społeczno-ekonomicznych żyje dane społeczeństwo, tem częściej jego członkowie zapadają na suchoty. Z licznych danych, potwierdzających powyższe prawo, przytoczę niektóre dane, pochodzące z okresu przedwojennego, a zebrane w krajach, w których dokładnie prowadzone są statystyki. I tak Kőrösy dla Budapesztu zestawiał następujące dane: z liczby 100 tys. żyjących mieszkańców umiera na suchoty ludzie zamożnych 40, średnio zamożnych 62, biednych 77, a w nędzy będących 97. Roths dla mieszkańców Kopenhagi wykazał mniej więcej te same dane, z których wynika, że ludności biednej, zwłaszcza męskiej umiera na suchoty w pewnych okresach życia 2 razy, a nawet 3 razy więcej, niż ludzi zamożniejszych. Dla Ham-

burga zestawiono również ciekawą statystykę, wykazującą procentowy stosunek zmarłych na suchoty do wysokości płaconego podatku dochodowego. I tak w latach 1901–05 na 100 tys. mieszkańców z liczby płacących podatek dochodowy od

900—1200 mk. rocznie zmarło na suchoty	482 osób
2000 „ „ „ „ „	447 „
3500 „ „ „ „ „	274 „
5000 „ „ „ „ „	252 „
powyżej tej sumy „ „ „ „ „	120 „

Niemniej ważne i ciekawe dane w tym kierunku podane są z instytucji niemieckiej „Zabezpieczeń robotników od starości i chorób“, z której okazuje się, że u jedenastu przeszło procent robotników przyczyny niedołęstwa stanowiły suchoty. Okazało się przytem, że u robotników pracujących w fabrykach przeszło w połowie przypadków przyczynę niedołęstwa stanowiły suchoty płucne. Odwrotnie o wiele rzadszą przyczyną niedołęstwa były suchoty u robotników, pracujących na wsiach <sup>1)</sup>. Niestety, my nie mamy jakichkolwiek ściślejszych w tym kierunku danych, sądzę jednakże, że i u nas dzieje się to samo, t. j. że pauperyzm stanowi jedną z najważniejszych przyczyn suchot płucnych. W szpitalach bowiem naszych suchotnicy rekrutują się z najbiedniejszej, przeważnie z wyrobniczej klasy ludności. Na wsiach dzieje się to samo, o czym przekonać się mogłem z ankiety, przezemnie podjętej przed laty kilkunastu za pośrednictwem proboszczów Królestwa Polskiego, z których wielu odpowiadało, że za przyczynę suchot uważali biedę, w jakiej żył zmarły suchotnik, lub też, że dany suchotnik nabawił się choroby w mieście, gdzie pracował w biedzie i t. p. Jeśli pauperyzm stanowi tak poważny czynnik etjologiczny suchot, to sądzę, że słusznie będzie jeśli chociaż pokrótce zastanowimy się nad głównymi czynnikami, których całokształt stanowi tak zwany pauperyzm, I tak 1) niedostateczne jakościowo lub ilościowo p o z y w i e n i e; czynnik ten jest zdaniem mojem niesłychanej wagi, prowadzi on bowiem do upadku żywotności tkanek, wytwarzając podatne podłoże do rozwoju sprawy suchotniczej, brak bowiem takim organizmom odporności do naturalnej i samoobronnej walki z gruźlicą; o tem, że czynnik ten odgrywa pierwszorzędną rolę w etjologii suchot, przekonała nas najlepiej wojna obecna, która doprowadziła w pierwszej linii do wzmagającej się stopniowo nędzy i zupełnie niedostatecznego odżywiania, szczególnie klas proletarjackich wielkich miast, jak u nas w Warszawie. Jak to już bowiem na wstępie zaznaczyłem, śmiertelność na suchoty stała się 5 razy większą aniżeli przed wojną (z 223 na 1135 na 100 tys. mieszkańców). Podobne zjawisko zauważono w całej Europie, w krajach o wiele zamożniejszych od naszego, w Niemczech, Francji i Włoszech, śmiertelność na suchoty wzmożyła się niesłychanie, a w sposób istnie przerażający ujawniła się najbardziej w Niemczech, w obozach koncentracyjnych jeńców,

<sup>1)</sup> Blizsze szczegóły w tej wielce ciekawej kwestji patrz w pracy dr. Alfreda Groffeau, „Sociale Pathologie“ 1915, oraz w wykładach moich „Wielkie klęski społeczne“ 1917.

których odżywianie było literalnie mniej niż niedostateczne (kartofle, brukiew, zgniłe ziemniaki i t. p.). Dopiero w przyszłości będziemy mieli obiektywnie opracowane odnośne dane statystyczne, które będą wprost przerażające; ja sam spostrzegalem na swoim oddziale szpitalnym licznych suchotników, przybyłych z niewoli niemieckiej, którzy przybywszy tam jako zdrowi, chorobę swoją słusznie przypisywali głodowi. Jak kwestja wzmożonej śmiertelności na suchoty przedstawia się na wsiach naszych w czasie wojny, trudno ściśle coś wypowiedzieć, z rozmów jednakże z licznymi kolegami z prowincji doszedłem do wniosku, że i na wsiach suchoty wzmożyły się w czasie wojny. 2) Drugim czynnikiem pauperyzmu są złe i ciasne mieszkania, jak to bowiem już wyżej zaznaczyłem, złe warunki mieszkania, brud, ciasnota, nieprzewietrzanie przy obecności w nich chorego suchotnika, ułatwiają drogą wdychania zarażenie się zdrowych osobników, że zaś ciasne mieszkania są atrybutem ludności proletarjackiej, o tem świadczą jednogłośnie statystyki wszystkich miast wielkich; nadmienię, tu że w Berlinie przeszło 12% ludności mieszkało zbyt ciasno t. j. od 4—6 osób w jednym pokoju, okazało się przytem, że z liczby 14 tys. osób, 1100 było chorych na płuca i umierało w jednej izbie ze zdrowymi, a w 133 przypadkach mieszkało nawet więcej niż 5 osób w jednej izbie; to samo spostrzegano i w Monachjum (1910 r.), gdzie skonstantowano wielokrotnie po 6—8 osób, mieszkających w jednej ciasnej izbie z suchotnikiem; i u nas w Warszawę nie działa się lepiej przed wojną, statystyki bowiem miast Warszawy i Łodzi (Ciemniewski, Adamski, Schönajch i inni) wykazały, że w Warszawie jest przeszło 64% mieszkań jednopokojowych, średnio zaś w jednej izbie zamieszkuje 5—4 osób. (Adamski) Statystyki towarzystw przeciwgruźliczych, Warszawskiego i Łódzkiego, wykazały, że np. w Łodzi w 35% mieszkań jednoizbowych, mieszkało średnio 5 osób na jedną izbę, a wogóle przeszło 40% jednoizbowych mieszkań posiadało 2 razy więcej osób niż łózek, a wśród tej ciasnoty i nędzy mieścili się chorzy suchotnicy, nieraz w ostatnich okresach suchot się znajdujący. Te same mniej więcej dane wykazała i ankieta Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego (Dębiński). I tak w Warszawie na 778 zbadanych izb, w których mieszkali suchotnicy, mieściło się przeciętnie 5,4 osób na izbę, były jednakże i izby w których mieszkało po 10, a nawet więcej osób, a większość chorych gruźliczych (68%) spała z innymi chorymi lub zdrowymi, a tylko 32% spało każdy w swoim łóżku. Nic więc dziwnego, że całokształt złych nad wyraz czynników, jakie przedstawiają mieszkania obok marnych warunków odżywiania, stanowić musi bezspornie czynnik pierwszorzędnej doniosłości w rozwoju i szerzeniu się suchot płucnych.

3). Trzecim czynnikiem składowym pauperyzmu jest ciężka a z a w o d o w a praca, a szczególnie fabryczna, stąd też i słusznie zauważono oddawna, że ludność biedna, pracująca w różnorodnych fabrykach i rzemiosłach, szczególnie nawiedzana bywa przez suchoty płucne.

Dawniejsi autorzy sądzili, że rodzaj zajęcia, a szczególnie połączonego z wdychaniem pyłu, stanowi istotną przyczynę suchot, gdyż jak wiadomo pył

najróżnorodniejszy z łatwością przenika i usadawia się w płucach i wywołując stwardnienie tkanki, wytwarza znane oddawna cierpienia, pylicami zwane (węglowa, żelazna i t. p.), o których tu bliżej wspominać nie będę. Na tej drodze i pasorzyty gruźlicze z łatwością wdrażać do płuc mogą, wywołując gruźlicę tem łatwiej im pył, dostający się do płuc, ma ostrzejsze kandy (pył w tokarniach metalowych, stalowych, szlifierniach kamieni, djamentów i t. p.). Okazało się jednak przy bliższych badaniach, że nietylko sam rodzaj zajęcia sprzyja mniej lub więcej do rozwoju gruźlicy płucnej, lecz że współdziałają tutaj jeszcze i inne współzręcznie szkodliwie wpływające na zdrowie i usposabiające do suchot czynniki, a mianowicie: ciężkość pracy, wiek robotnika, warunki pracy t. j. czy zajęcie prowadzone jest w zamkniętych warsztatach, fabrykach, gorzej lub lepiej pod względem higieny urządzonych, lub we własnym mieszkaniu. Wyniki bardzo licznych badań, na zachodzie Europy w tym kierunku robione, wykazały, że w istocie suchoty płucne są najczęstszą chorobą rzemieślników i robotników, pracujących w fabrykach wielkich miast. Podług zestawienia Rabla, w Wiedniu przeszło 50% tej kategorii ludności umierało na suchoty. Dalej okazało się, że najbardziej usposabiają do suchot zajęcia w zamkniętych warsztatach, mieszkaniach ciasnych, przy jednocześnie siedzącej lub zgiętej pozycji ciała (szewcy, krawcy, malarze porcelany, kwiatciarki i t. p.). Wpływ szkodliwy wzmacnia się, jeśli robota wytwarza atmosferę pylną lub gazową, a bardziej jeszcze jeśli pył składa się z ostrych metalicznych cząsteczek, już nietylko drażniących, lecz nawet mechanicznie raniących drogi oddechowe (robotnicy w tokarniach metalowych, pilnikarze, szlifierze w fabrykach noży, djamentów i t. p.). Przeciwnie, robotnicy, pracujący w kurzu lecz przy zajęciach, związanych z ruchem, zwłaszcza na świeżym powietrzu (kamieniarze szosowi, młynarze, górnicy i t. p.) są względnie mniej usposobieni do suchot. Niektórzy autorzy zestawili ściśle kategorie zajęć, mniej lub więcej usposabiające do suchot. I tak Sommerfeld na podstawie wielkiego materiału wykazał, że również w Berlinie jak i w Wiedniu około 50% pracujących w pyłe zapada na suchoty. Jako najszkodliwsze zajęcia okazały się szlifierskie, szczególnie szlifierzy stalowych, zecerskie, pracowników w fabrykach cygar i t. p. Przytem jeden z autorów wiedeńskich, Wikk, dochodzi do wielce interesującego wniosku, że im niższą w danej fabrykacji hierarchiczną, że tak można powiedzieć, rolę zajmuje robotnik i im mniej jest płatny, tem częściej zapada na suchoty; stąd też pomocnicy częściej chorują niż czeladzie, czyli, że jak to wyżej zazaczyłem, obok samego rzemiosła niepoślednią rolę odgrywają i inne współzręczne czynniki t. j. mieszkanie, odżywianie, nałogi i t. p.

Przytem nie należy zapominać, że w niektórych rzemiosłach wielki wpływ wywiera znaczny wysiłek fizyczny, który zużytkowuje szybko siły wątłych i źle odżywionych osobników. Naturalnie wszystkie powyższe momenty ułatwiają zakażenie, zmniejszając odporność organizmu, a poprawa warunków pracy w jakimkolwiek kierunku wpływa bezspornie na zmniejszenie się usposobienia do zarażenia, o czem najlepiej przekonowują dane zaczerpnięte ze szlifierni sta-

lowych w Niemczech i Anglii, gdzie po wprowadzeniu ulepszeń w fabrykach (dobra wentylacja, zmniejszenie godzin pracy, zwiększona opłata i t. p.), śmiertelność suchot znakomitej uległa redukcji.

Zaznaczyłem wyżej, że pracownicy na świeżem powietrzu, a szczególnie na wsiach w zajęciu połączonym z ruchem, o wiele rzadziej zapadają na suchoty; i tu pod tym względem ciekawe są dane statystyczne.

I tak podług angielskiego autora Ogla umierało w Anglii w wieku od 45—65 lat z suchot płucnych z równej ilości osobników:

Z A J Ę C I E		Suchoty	Choroby płuc.	R a z e m
Na otwartem powietrzu	Rybacy . . . . .	55	45	100
	Ogrodnicy . . . . .	61	56	117
	Robotnicy wiejscy . .	62	79	141
W zamkniętych przestrzeniach	Sklepiarze . . . . .	84	59	143
	Subjekci w skł. sukna.	152	65	217
	Krawcy . . . . .	144	94	238
	Zecerzy . . . . .	233	84	317

Nie będę tu przytaczał innych wiele ciekawych danych, ogłoszonych zagranicą, szczególnie w Niemczech, opartych na wynikach, otrzymanych w kasach chorych. My, niestety, statystyk podobnych nie posiadamy nawet w zawiązku; ja osobiście na moim oddziale szpitalnym, gdzie rok rocznie widuję od lat przeszło 30-u znaczną liczbę suchotników, pracujących w różnych rzemiosłach najczęściej spostrzegałem suchoty u rzemieślników, pracujących w zawodach, które wymagają mniejszej siły fizycznej, ale za to pozycji siedzącej (szewcy, krawcy, tapicerzy i t. p.) rzadziej u murarzy, kominiarzy, strażaków, rzeźników i t. p. t. j. w zawodach, wymagających do pracy znacznej siły fizycznej.

Nie ośmieliłbym się jednak wyprowadzić wniosku kategorycznego co do większej szkodliwości zawodów pierwszej kategorii niż drugiej, gdyż do zawodów lżejszych oddawani zazwyczaj bywają chłopcy gorzej zbudowani, wężsi, którzy przez to i tak są bardziej usposobieni do suchot płucnych.

Na oddziale moim szpitalnym widuję rok rocznie pewną liczbę suchotników, ze wsi pochodzących; po większej części są to bezrolni wyrobnicy wiejscy, rzadziej gospodarze. Prawdopodobnie u tej pierwszej kategorii, pomimo że przebywali na świeżem powietrzu, na usposobienie do suchot złożył się całokształt ich bardzo nędznych warunków społecznych; byli to więc prawdziwi proletariusze wiejscy.

4) Czwartym czynnikiem, wpływającym bezspornie na rozwój suchot u biednej, a szczególnie robotniczej klasy ludności, jest alkoholizm. Działa

on na organizm szkodliwie nie tylko bezpośrednio, sprowadzając utratę apetytu i stopniowo wzmagające się zaburzenia w trawieniu, lecz nawet przez podrażnienie dróg oddechowych usposabia je do nieżyłtów i czyni wrażliwymi na bodźce chorobotwórcze, a przede wszystkim na zarazek gruźliczy.

Głównie jednakże alkohol pośrednio wpływa na rozwój suchot płucnych, przyczyniając się w wysokim stopniu do zwiększenia już istniejącej biedy u danego osobnika. Wydatek codzienny i to dość znaczny na napoje wysokokowe musi ograniczać z konieczności inne niezbędne wydatki; sprowadza więc złe odżywianie, zaniedbanie, nieopalanie mieszkania, wreszcie wywołuje niezdrową moralnie atmosferę w rodzinie pijaka. Jak wielki jest rzeczywiście ten pośredni wpływ alkoholizmu na rozwój suchot płucnych, dowodzi następujące moje zestawienie.

Z liczby 150 suchotników, leczonych na moim oddziale szpitalnym, istniał u 30% mniej lub więcej znaczny stopień alkoholizmu. Stosunek ten jednakże u nas jest wiele mniejszy, niż wśród biednej klasy robotniczej na zachodzie, zwłaszcza w Anglii i Belgji, w których to krajach w okresie przedwojennym notowano 50—60% alkoholików wśród biednych suchotników; niektóre zaś zajęcia związane z użyciem alkoholu (kelnerzy, szynkarze, restauratorzy i t. p.) wykazują jeszcze większe odsetki suchotników. Wpływ alkoholizmu na częstość suchot zaznaczono nawet wśród ludności wiejskiej; w pewnych okolicach, powiatach nawet parafjach, gdzie bywa bardziej uprawiane pijaństwo, więcej ludzi pada ofiarą suchot, niż w okolicach, których ludność odznacza się wstrzemięźliwością, gdzie istnieją stowarzyszenia antyalkoholiczne, domy ludowe i t. p. Również statystyki wyraźnie zaznaczają, względnie o wiele mniejszą śmiertelność wśród zawodów, u których alkoholizm jest mniej rozpowszechniony <sup>1)</sup>.

Oprócz powyższych podstawowych czynników składowych pauperyzmu, a pośrednio usposabiających do suchot, istnieją jeszcze i inne związane ściśle z biedą i złymi warunkami bytu ludności proletarjackiej. Do nich zaliczyć należy: stan przygnębienia psychicznego, tak często związanego z biedą i troską o niepewne jutro, dni całe przebyte wśród głodu w okresach bezrobocia lub różnych klęsk rodzinnych. Jeśli do tego dodamy jeszcze najrozmaitszego rodzaju dłużej lub krócej trwające cierpienia, wycieńczające organizm, przemęczenie pracą, niedostateczne ubranie zimą i t. p. liczne szkodliwe wpływy, które szczególnie stały się częstymi w czasie obecnej wojny, to stanie się zrozumiałem, że wszystkie te szkodliwe czynniki, działając ciągle i bezustannie, muszą z nieubłaganą koniecznością podkopać zdrowie i zniszczyć najbardziej odporny, nieraz herkulesowo zbudowany organizm, a wywołując zwątlenie ogólne ustroju, ułatwić wdrążenie doń pasorzytów gruźliczych.

<sup>1)</sup> Blizsze szczegóły w tej sprawie patrz w rozdziale o alkoholizmie w mojej pracy *Wielkie klęski społeczne*<sup>\*</sup>.

Naturalnie, o ile warunki bytu są gorsze, o ile przeważa mniej lub więcej którykolwiek z powyższych szkodliwych czynników, o tyle prędzej nastąpi rozwój fatalnej choroby. Ztąd też widzimy, że biedni robotnicy mężczyźni częściej zapadają na suchoty niż kobiety, które mają jeszcze i tę przewagę, że stosunkowo, rzadziej oddają się pijaństwu. Odwrotnie robotnice, pracujące w zamkniętych fabrykach, warsztatach (tkalnie, fabryki kwiatów i t. p.), zapadają częściej niż robotnicy mężczyźni, mający zajęcia, związane z ruchem lub pracujący w polu.

Czynniki jednakże odporności organizmu ludzkiego na zarazek gruźliczy są tak wielkie, że nawet wśród tych wszystkich tak niekorzystnych, jak to wyżej zaznaczyliśmy, warunków, nawet w najfatalniejszych warunkach (szlifierze, zecerzy) jedynie 50% zapada i umiera na gruźlicę.

Powyżej rozważaliśmy warunki, z powodu których ludność proletarjacka, szczególnie miejska, pada tak często ofiarą fatalnej choroby, jaką jest gruźlica; sądzę, że nie będzie zbytecznym, szczególnie w dzisiejszych czasach, poruszenie jeszcze i innej kwestji, mianowicie, o ile i jak często zapadają na suchoty proletariusze innej kategorii t. j. umysłowo pracujący; tę kategorię stanowi liczna rzesza zajęć wolnych, jak artyści, lekarze, nauczyciele, adwokaci i t. p., którzy w dzisiejszych ciężkich warunkach są niemniej godni politowania, jak proletariusze w ścisłym tego słowa znaczeniu. Jeszcze przed wojną, wskutek coraz cięższych warunków walki o byt ta wielka falanga pracowników umysłowych, znajdowała się wszędzie w Europie w trudnych warunkach bytowych, a praca ich umysłowa wytężona, połączona nieraz z pracą fizyczną (lekarze) powodowała w ogromnym procencie u nich przedwczesne wyczerpanie organizmu i częste choroby, wśród których suchoty niepoślednie zajmowały miejsce. Kwestję tę wielce ciekawą i ważną rozstrzygnąć mogą jedynie spostrzeżenia, oparte na wielkich danych statystycznych, jakie zebrane zostały jedynie w Anglii i Niemczech w okresie przedwojennym. I tak, w Anglii na podstawie olbrzymiej urzędowej statystyki okazuje się, że zmarło w różnych zawodach (przyjmując 100 za liczbę podstawową) na suchoty płucne: duchownych 9,7; adwokatów 11,6; dependentów adwokackich 27,2; lekarzy 10,5; nauczycieli 11,1; artystów 14,6; muzyków 32,0 podczas gdy ogólna śmiertelność całej ludności na gruźlicę wynosiła 19,2, a śmiertelność na tę chorobę w okręgach przemysłowych wynosiła 22,3. Dane te są wielce ciekawe, np. adwokaci angielscy t. j. osobniki żyjące i pracujące w dobrych warunkach, zapadają na gruźlicę niemal 3 razy rzadziej niż ich personel biurowy, żyjący w warunkach o wiele gorszych. Lekarze zapadają na gruźlicę stosunkowo rzadziej, niż ogół ludności. Za to w Niemczech, podług ciekawej statystyki Wirtemberskiej, lekarze zapadali na gruźlicę rzadziej w latach młodszych, niż późniejszych w porównaniu ze śmiertelnością wskutek tej choroby całej ludności. I tak w wieku od lat 25—34 zmarło lekarzy 36,5 z ogółu zaś ludności męskiej 37,8; od lat 35—44 zmarło lekarzy 20,9, a z ogółu ludności męskiej 41,9 na 10 tys. żyjących. Co się wreszcie dotyczy lekarzy szpitalnych, to według statystyki Ham-

mel'a zebranej w całej Austrii, śmiertelność wśród nich na gruźlicę nie jest zbyt wysoka, albowiem u lekarzy naczelnych wynosi 0,70% całego personelu, u asystentów 0,27, u praktykantów na oddziałach wewnętrznych 0,40. Co do nauczycieli, to we wszystkich niemal rubrykach chorób, nie wyłączając gruźlicy, mają oni odsetki wielce korzystne; zapadają oni wogóle na gruźlicę stosunkowo rzadziej niż lekarze, lecz wogóle dosyć często szczególnie w latach późniejszych. Natomiast artyści i muzycy zapadają niestychanie często w porównaniu z ogółem ludności. Niestety u nas nie mamy w tym kierunku jakichkolwiek bliższych danych, podług moich własnych spostrzeżeń z liczby przeszło 50 młodych lekarzy, którzy jako asystenci pracowali w moim oddziale szpitalnym w ciągu lat 30-tu, zachorował na gruźlicę tylko jeden. Natomiast, jak to już wyżej podałem, szarytki w szpitalach warszawskich przedstawiały wielką śmiertelność z powodu gruźlicy; liczba zgonów wznosi 30,7% ogólnej liczby zmarłych (z ogólnej liczby 670 zmarło w ciągu lat 5-ciu 1913—1917 68 osób)<sup>1)</sup>. Z powyższych, przytoczonych szczegółowo danych, sądzę, możecie nabrać dostatecznego przekonania, że o ile ciężkie warunki bytu i bieda klas proletarjackich w wysokim stopniu usposabiają do suchot płucnych, o tyle wśród inteligencji nadmierne wysiłki umysłowe, walka o byt, u wielu z nich niedostateczne odżywienie pociąga za sobą te same skutki, co i u klas fizycznie pracujących, to jest upadek ogólny organizmu, a stąd znniejszoną odporność na zarażenie się gruźlicą.

Jednakże gruźlica płuc zabiera ofiary nietylko wśród biednej ludności. I u ludzi zamożniejszych, nieraz wybornie zbudowanych i odżywianych, żyjących w dobrych warunkach higieniczno-dietetycznych, pochodzących z rodzin zupełnie zdrowych, spotykamy, i to znów niezbyt rzadko, suchoty; rozwijają się one u nich zależnie od pewnych czynników, wywołujących, podobnie jak i u ludzi biednych, lecz na innej drodze, upadek odżywiania, a stąd poniekąd i pewien stan charłactwa, usposabiający do rozwoju gruźlicy płucnej. Do przyczyn tej kategorii zaliczamy nadużycia wszelkiego rodzaju, przedewszystkiem płciowe u młodych chłopców i mężczyzn, a więc onanizm i *abusus in Baccho et Venere*. Naturalnie, że nadużycia ostatniego rodzaju najczęściej są jednocześnie związane z nadmiernym spożywaniem wysoko, niedospaniami nocami i wogóle życiem hulaszczem, które, jak doświadczenie pokazuje, doprowadza ludzi młodych, uprzednio zupełnie zdrowych, do rozwoju nieraz szybko postępujących suchot.

U kobiet znowu występują suchoty najczęściej wskutek szybko po sobie idących częstych porodów; zdarza się to najczęściej u kobiet, które i przed zamążpójściem niezupełnie były zdrowe. Dalej i to stosunkowo często rozwijają się suchoty u kobiet nieraz uprzednio zupełnie zdrowych pod wpływem długotrwałego karmienia (przeszło rok). Przypadki tej ostatniej kategorii spoty-

<sup>1)</sup> Bliższe szczegóły w sprawie gruźlicy, w stosunku do różnych zawodów, patrz w pracy mojej „Choroby proletariatu“.



kałem u nas dosyć często nie tylko u ludności biednej, lecz i zamożnej, miejskiej i wiejskiej; a przypadki te łatwo dadzą się objaśnić całym szeregiem niekorzystnych wpływów, działających na organizm kobiety. Długotrwałe karmienie samo przez się znacznie wyczerpuje stan ogólny kobiety, lecz jednocześnie jest ono związane z długim przebywaniem w mieszkaniu, tradycyjalnie ze względu na małe dziecko źle przewietrzaniem, nadmiernie zimą opalanem, z niewywcześnie nocnym, niepokojem o dziecko często chorowite; jednym słowem współdziała tutaj cały szereg szkodliwych momentów, warunkujących upadek stanu ogólnego, usposabiających do zakażenia gruźlicą. Sprawa ta wielce aktualna zajmowała w ostatnim dziesiątku lat bardzo wielu autorów i doprowadziła do wniosku, że ciąża, poród, a szczególnie karmienie mogą być stanowczo u niektórych nawet uprzednio zdrowych kobiet istotnym momentem przyczynowym suchot. Cięża i poród mogą również wpływać mniej lub więcej niekorzystnie na stan zdrowia kobiet, dotkniętych mniej lub bardziej rozwiniętą sprawą suchotniczą (o czym jeszcze później bliżej wspomnimy).

Choroba cukrowa (diabetes mellitus) stanowi bezspornie bardzo często przyczynę suchot płucnych, cukromocz bowiem, jako choroba *par excellence* wycieńczająca organizm, a występująca często u uprzednio zdrowych osobników, stanowi wybitny przykład wytworzenia sztucznego usposobienia na tle ogólnego upadku odżywiania tkanek.

Powyżej szczegółowo rozebrane główne momenty etjologiczne stanowią poniekąd podstawowe i zasadnicze dane przyczynowe powstawania usposobienia do gruźlicy płuc. Każdy z tych czynników, oddzielnie wzięty, chyba tylko wyjątkowo stanowić może moment usposabiający, w ogromnej jednakże większości przypadków działanie chorobotwórcze występuje na podstawie współdziałania różnych, wymienionych czynników. W podręcznikach omawiane są przez różnych autorów jeszcze liczne inne momenty przyczynowe, usposabiające do suchot. I tak, sądzono, że w pewnych okresach życia, a przede wszystkim w latach między 18 a 30 rokiem organizm ludzki jest usposobiony do rozwoju suchot. Badania jednakże w ciągu ostatnich dziesiątków lat wykazały, że i małe dzieci, i ludzie starsi i nawet starcy zgrzybiali, bynajmniej nie są zabezpieczeni od rozwoju tej choroby.

I tak, w Prusach, podług Cornetta, w ciągu lat 16 z liczby 10 tys. mieszkańców umierało:

między 1— 2 rokiem	mężczyzn	20,8	kobiet	20,8
"	5—10	"	"	4,5
"	10—15	"	"	6
"	15—20	"	"	4,8
"	20—25	"	"	8,9
"	25—30	"	"	17,6
"	30—40	"	"	9,8
				32,3
				25,3
				36,6
				32,8
				43,5
				37,5

między 40—50 rokiem	mężczyzn	54,7	kobiet	38,1
„ 50—60	„	75,8	„	49,5
„ 60—70	„	99	„	68
„ 70—80	„	69,3	„	45,6

czyli że na suchoty zapadają ludzie we wszystkich okresach życia, i że odsetek zachorowań stopniowo wzrasta z wiekiem. Te same wyniki otrzymał i u nas Zakrzewski, który zestawiał śmiertelność z gruźlicy płuc w m. Warszawie podług wieku; w latach 1903—1912 w stosunku do 10 tys. mieszkańców umierało:

niżej 1 roku	25,0
między 1— 4 rokiem	16,0
„ 5— 9	5,0
„ 10—19	11,0
„ 20—29	22,0
„ 30—39	21,0
„ 40—49	35,0
„ 50—59	37,0
„ 60—69	35,0
„ 70—79	26,0
ponad 80	9,0

w Warszawie przeto największa śmiertelność wypada w wieku między 50 i 59 rokiem życia.

Różnicy w częstości suchot u kobiet i mężczyzn zdaje się że niema; śmiertelność wyższą w późniejszych okresach życia po latach 50-iu, sędzę, że tłumaczyć sobie można zmniejszoną odpornością organizmu po ciężko przepracowanych latach i mocnym wysiłku energii, ujawnionej w ciągu lat 30-tu, t. j. między 20—50-ym rokiem życia. Z różnorodnych przyczyn, którym przypisywali lekarze wzmożone usposobienie do suchot, wspomnę o zołzach, syfilisie, różnych cierpieniach dróg oddechowych, koklusz, odrze, grypie, zapaleniu opłucnej i t. p. Wszystkie te jednakże powyższe czynniki nie mogą stanowić istotnej przyczyny rozwoju suchot, jak to dawniej twierdzono, są one tylko momentami przyczynowymi, które wpływają na rozwój suchot w dwojaki sposób: albo osłabiają organizm same przez się (syfilis, zołży, długotrwały tyfus i t. p.) i przez wycieńczające leczenie i tą drogą usposabiają go do zachorzenia, lub też u osobników, u których sprawa gruźlicza płuc istniała skrycie, pobudzają jej rozwój, i sprawę drzemiącą przeobrażają na ostrą lub podostrawą (influenca, zapalenie opłucnej i t. p.). Zauważono również, że osobniki, dotknięte różnemi skrzywieniami kolumny kręgosłupa (garbaci), często zapadają na suchoty; bywa to jednakże warunkowane tem, że osobniki garbate zapadają często na katary oskrzeli, zrazikowe zapalenia płuc, które również uspasabiają do gruźlicy płuc. Wspomnieć tu muszę o jednym momencie przyczynowym, ważnym z punktu widzenia sądowno-lekarskiego, t. j. o urazie klatki pier-

siowej (*trauma*), po którym nieraz u uprzednio zdrowych osobników rozwijają się suchoty płuc. Moment ten etjologiczny odwieczny, bo wspomniany nawet przez ojca historyków Herodota, do ostatnich czasów był przedmiotem różnych sporów naukowych. Jednakże liczna kazuistyka, ściśle rozważona, doprowadziła mnie, jak i innych autorów, do wniosku, że w większości przypadków istniała już przedtem skrycie i powoli przebiegająca gruźlica, wyjątkowo chyba możnaby przypuścić pewien ściślejszy związek między urazem, a rozwojem w następstwie suchot, w skutek naruszenia całości płuca (obfity krwotok) u osobników do tego usposobionych, pozostających po urazie w warunkach nieodpowiednich, mogących ułatwić zakażenie gruźlicze (szpital źle urządzony, gdzie przebywają jednocześnie suchotnicy). To samo da się powiedzieć i o zapaleniu opłucnej, po którym często rozwijały się suchoty; doświadczenia jednakże szczegółowe wykazały, że większość tych zapaleń należała do kategorii zapaleń gruźliczych, przytem w większości przypadków zapalenie poprzedzała skrycie przebiegająca gruźlica płucna.

Jeśli rozważaliśmy dotychczas różnorodne przyczyny i choroby usposabiające do suchot, to należy wspomnieć chociaż pokrótce o pewnych sprawach patologicznych, które podług niektórych autorów miały wykluczać, a przynajmniej utrudniać rozwój gruźlicy płucnej; wspomniano, że suchoty nie rozwijają się w wysokich górach, na stepach i t. p., badania jednakże przekonały, że pogląd ten jest niesłuszny, że rzadkość suchot u górali lub mieszkańców stepu zależna była od życia w znakomitych warunkach klimatycznych i ekonomicznych, oraz od braku fabryk, zanieczyszczających powietrze. Jednocześnie z powstaniem w tych okolicach fabryk, gdy zwiększyła się liczba ludności i zjawiła się nędza, zaczęły wśród górali Europy i Ameryki szerzyć się suchoty, może rzadziej niż na równinach, w każdym razie często. U górali np. tatrzańskich, zamieszkujących powiat nowotarski, śmiertelność z suchot nie była przed wojną niższa, niż w powiatach niżej położonych (Merunowicz).

Przypuszczano również, że pracujący w niektórych fabrykach, jak ołowiu, wapna i cementu, w kopalniach węgla kamiennego, mają zapadać rzadziej na suchoty. Bliższe jednak badania rozwiały te złudzenia; górnicy zapadają stosunkowo rzadziej, zawdzięczają to jednakże innym okolicznościom pobocznym, jak ruchowi na świeżem powietrzu, lepszemu odżywianiu i t. p. Niektóre postacie wad zastawkowych serca, a szczególnie zwężenie i niedomykalność otworu lewego żylnego, miały wykluczać rozwój gruźlicy płucnej (Rokitansky, Potain); badania dokładniejsze wykazały, że rzeczywiście w razie istnienia tej wady rozwijają się suchoty stosunkowo bardzo rzadko, a nawet, rzecz szczególniejsza, o czem sam przekonać się mogłem, u chorych tej kategorii, przebywających w moim oddziale nieraz wiele miesięcy wśród chorych gruźliczych, nie znajdowano po śmierci zmian gruźliczych w płucach. Być może, że istniejący w tych sprawach utrudniony odpływ krwi z żył płucnych, przepojenie stałe płuc surowicą krwi, wywołuje ów antagonizm na podstawie bakterjobójczych właści-

wości surowicy krwi (podobnie jak w doświadczeniach Biera). I u osobników, dotkniętych rozedmą płuc, również gruźlica rozwija się niezbyt często, pomimo że i ta kategoria chorych przebywa lata całe w szpitalach. Należyte wytłumaczenie owego antagonizmu jest rzeczą trudną, tembardziej, że mamy w rozedmie stan zupełnie odwrotny w płucach, niż w przypadkach wad zastawkowych, t. j. bezkrwistość narządu i zanik znacznej części naczyń. Widocznie w tych zmienionych warunkach pasorzyt gruźliczy niema odpowiedniego gruntu do swego rozwoju. Osobniki, dotknięte t. zw. usposobieniem artretycznym, miały również, podług poglądu dawniejszych autorów, nie zapadać na suchoty płucne. W pracach swych dawniejszych, dotyczących tej kwestji, wykazałem, że pogląd ów o tyle jest usprawiedliwiony, że w usposobieniu artretycznym, podobnie jak w rozedmie płucnej, gruźlica występuje stosunkowo rzadko i posiada pewien odrębny przewlekły charakter, który bliżej skreślę w opisie postaci klinicznych suchot.

Po rozważeniu szczegółowem najróżnorodniejszych momentów przyczynowych, usposabiających organizm i powodujących rozwój suchot płucnych, mogliśmy śmiało dojść do przekonania, że ciężkie warunki bytu ogromnej większości mieszkańców całego świata, a szczególnie wielkich miast nowoczesnych, niemal na każdym kroku sprzyjają zapadaniu na suchoty, stąd też i odrazu można wywnioskować, że choroba ta musi być niesłychanie częstą, że jest ona w istocie nowoczesną plagą i wielką klęską społeczną. I rzeczywiście wszystkie statystyki, dokładnie prowadzone w tym kierunku, zwłaszcza w państwach zachodniej Europy, w zupełności stwierdzają to, co powyżej było powiedziane. Podaję tutaj panom dla przykładu jedynie niektóre najważniejsze dane. I tak, w latach między 1896—1905 umierało na suchoty z liczby 100 tys. mieszkańców w Anglii 127, Danji 136, Belgji 130, Holandji 133, Szwajcarji 189, Norwegji 198, Niemczech 194, Włoszech 211, Francji 257, Szwecji 236, Austrii 330, Węgrzech 370; w Rosji, gdzie stale brak było szczegółowych danych statystycznych, w roku 1899 na zjeździe międzynarodowym przeciwgruźliczym obliczano przypuszczalnie śmiertelność w tym wielkim kraju około 400 na 100 tys. mieszkańców.

Wogóle liczby powyższe nie są zupełnie ścisłe, gdyż przymusowa rejestracja śmiertelności w całym kraju t. j. i w miastach i na wsiach odbywa się tylko w niektórych krajach (Anglii, Norwegji, Saksonji). A jedyne ścisłe dane obejmują tylko wielkie miasta, w których niemal wszędzie odbywa się przymusowa rejestracja. Dlatego też zestawiam tutaj dane, zaczerpnięte z urzędowych źródeł, opracowanych w biurze statystycznym w Amsterdamie w roku 1911. I tak z liczby 100 tys. mieszkańców umierało na suchoty: w Gandawie 97, w Londynie 131, w Hamburgu 131, w Kopenhadze 132, w Amsterdamie 141, w Hadze 112, w Berlinie 178, w Dreźnie 177, w Zurychu 160, w Rzymie 125, w Neapolu 134, w Paryżu 330, w Peszcie 331, Niccy 292, w Odesie 310, w Petersburgu 274, w Moskwie 272, w Wiedniu 271, w Medjolanie 224, we Florencji 234, w Chrystjanji 215 i t. d. Co się tyczy miast polskich, w których istnieje rejestracja,

to śmiertelność wynosiła w tymże roku 1911 w Warszawie 250, w Poznaniu 255, w Łodzi 389, w Krakowie 615, we Lwowie 622. Śmiertelność więc suchot była stosunkowo niska w Warszawie i Poznaniu, znaczna w Łodzi, a wysoka w Krakowie i Lwowie, wogóle bowiem w Galicji śmiertelność suchot w okresie przedwojennym była ogromna; podług zestawienia przypuszczalnego, dokonanego przed laty kilkunastu przez Merunowicza, miało podówczas umierać w Galicji rocznie na gruźlicę i choroby zapalne narządu oddechowego 6,7 na 1 tys. ludności t. j.  $\frac{1}{5}$  część ogólnej liczby zmarłych. Te smutne dane statystyczne dla Galicji potwierdzają również badania anatomopatologiczne. W instytucie anatomji patologicznej w Krakowie, podług Merunowicza, przy badaniu pośmiertnym zwłok wykryto w 28,6% przypadków gruźlicę jako przyczynę śmierci. Dalej Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń w Krakowie w ciągu 25-letniego istnienia straciło przeszło 25% swoich członków wskutek gruźlicy. W Wielkopolsce przed wojną śmiertelność suchot stale się zmniejszała (w latach między 1903—05 przeszło 25%) chociaż jeszcze w roku 1897 wynosiła w poznańskim śmiertelność 173 na 100 tys. mieszkańców. Co się tyczy Królestwa, to oprócz wyżej wspomnianych danych, odnoszących się do wielkich miast, absolutnie żadnych ściślejszych danych pod tym względem nie mamy. Dane bowiem odnośne, pomieszczone w statystyce Grabskiego za rok 1911, podług których miało zachorować w tym roku na gruźlicę płuc w Królestwie około 39 tysięcy osób, wydają mi się wielce nieściśłymi t. j. zbyt małymi, podobnie jak i liczby śmiertelności dla 24 miast Królestwa. Tym więc sposobem o istotnej liczbie suchotników, znajdujących się w Królestwie w okresie przedwojennym, ściśłego pojęcia nie mieliśmy; jedynie możnaby sądzić z analogji z sąsiednimi państwami, w których istnieje dobrze zorganizowana rejestracja. I tak, podług Grotjana, w Niemczech przed wojną miało się znajdować około  $\frac{1}{2}$  miliona mieszkańców, dotkniętych suchotami płucnymi, z których  $\frac{1}{4}$  część znajdowała się w okresie daleko rozwiniętej choroby. Ponieważ przyjmują liczbę żyjących suchotników w stosunku 6:1 zmarłego, więc dla Królestwa przypadałaby przypuszczalna cyfra 150 tysięcy. Naturalnie jest to cyfra tylko przypuszczalna, a jedynie ściślejsze dane można wyprowadzić dla m. Warszawy, w której roczna liczba suchotników, szukających pomocy w szpitalach cywilnych wyniosła w latach 1909—10 bez mała 5000 osób (4958) t. j. prawie 2500 rocznie; z nich zmarło przeszło 33%, a reszta, jak nas poucza doświadczenie szpitalne, znajdowała się w okresach daleko posuniętej choroby. Jeśli więc wzorem statystyki niemieckiej te liczby uważać będziemy jako  $\frac{1}{4}$  część ogólnej liczby suchotników, to wypadnie nam, że rok rocznie przebywa w Warszawie co najmniej około 10 tys. suchotników z najbardziej niebezpiecznej klasy ludności we wszystkich okresach życia. Wśród nich, jak poucza interesująca statystyka Kopia, dzieci, należących do ubogiej ludności Warszawy, 12—13% cierpi na gruźlicę. Takie smutne dane pod względem suchot, panujących w Warszawie, były w okresie przedwojennym; jak mówiłem już wyżej, że w Warszawie w okresie panującej wojny, suchoty wzmożyły się w zastraszający sposób i że w tym okresie

śmiertelność suchot zwiększyła się niemal czterokrotnie, a więc i liczba przybywających suchotników w naszym mieście odpowiednio wznódsz się musiała.

Smutne te dane potwierdzają w zupełności wywody nasze, wyżej wyłożone, że usposobienie do zapadnięcia na suchoty jest w ścisłym związku z rozwojem biedy i nędzy, warunkującej w pierwszej linii upadek ogólnego odżywiania. A nie ulega dla mnie przynajmniej najmniejszej kwestji, że owa zwiększona śmiertelność na suchoty płucne, którą obecnie stwierdzamy — zjawisko zresztą spostrzegane w całej Europie — jest tylko sprawą przejściową i musi ulec poprawie z chwilą ustania wojny, a przede wszystkim z poprawą warunków ekonomicznych w kraju. Organizm bowiem ludzki, wogóle biorąc, jak to już wyżej zaznaczyłem, posiada tę wysoce ważną w stosunku do suchot właściwość, że, o ile jest wysoce skłonny do zapadania na gruźlicę, o tyle z drugiej strony ma wysoką tendencję nietylko do samoobrony przed zakażeniem, ale nawet do ograniczenia, i co więcej, do czasowego lub nawet stałego zablźniania się sprawy gruźliczej w płucach i w innych organach, naturalnie w sprzyjających okolicznościach. A okoliczności te są wielce różnorodnej natury; już wyżej wspominaliśmy, muszą one niechybnie stale i postępowo działać w tym kierunku, zauważono bowiem w całej Europie, a szczególnie w krajach zachodnich od przeszło  $\frac{1}{4}$  wieku niesłychanie pocieszający fakt stopniowego i postępującego spadku śmiertelności z gruźlicy płucnej, pomimo zwiększonego przemysłu, wzmagającego się przeludnienia w miastach, wielkiej gonitwy za zarobkiem, bezrobocia i t. p. Fakt zmniejszenia się zapadań na gruźlicę stwierdzono przede wszystkim w Anglii, w której od lat prawie stu istnieją szczegółowe dane statystyczne, odnoszące się do śmiertelności suchot. I tak, w Anglii między latami 1861—1865 śmiertelność suchot wynosiła 25,3 na 10 tys. mieszkańców; między latami 1871—1875 — 22,2; między 1881—1885 — 18,3; między 1886—1890 — 14, 6; między 1891—1895 — 12,1; między 1896—1898 — 11,4, czyli, że w ciągu lat 45 nastąpił równomierny spadek śmiertelności.

To samo zjawisko w ciągu tego samego okresu lat zanotowano i w Szkocji (z 25,3 na 13,6). W Niemczech między r. 1896—1905 śmiertelność z 36,1 spadła na 19,6. W Holandji między 1891—98 r. z 18,9 na 12,7, w tymże okresie w Belgji z 16,5 na 10,2, we Włoszech z 13,7 na 12,3, w Danji z 26,2 na 13,4, natomiast w innych krajach, jak np. Francji, śmiertelność nietylko się nie zmniejszyła, lecz nieco się zwiększyła: z 25,5 w r. 1891 na 27,7 w r. 1908. W Niemczech zmniejszenie się śmiertelności na gruźlicę płuc w różnorodnych prowincjach państwa w latach między 1886—1905 rozkłada się wielce nierównomiernie w różnych okręgach państwowych. I rzecz szczególna, w okręgach przemysłowych, położonych nad Renem, wynosiła około 50%, podczas gdy w okręgach rolniczych (Prusy Wschodnie, Poznańskie, Śląsk) wynosiła 10—30%. Niemieccy autorowie tłumaczą ten większy spadek śmiertelności suchot na zachodzie wzrastającym stopniowo dobrobytem wśród ludności pracującej, polepszeniem warunków higienicznych w fabrykach i t. p. My, niestety, tylko dla jednej

Warszawy posiadamy w tym kierunku również ciekawe dane statystyczne. I tak, podług zestawienia urzędowego p. Zakrzewskiego śmiertelność suchot wynosiła:

w latach między 1881—1890	334	na 10.000 osób
" " " 1891—1900	213	" " "
" " " 1901—1910	223	" " "
" " " 1911—1912	200	" " "

Czyli, że w ciągu lat ostatnich 30-tu spadek śmiertelności z suchot wyniósł w Warszawie około 40%. W tablicy szczegółowej, zestawionej przez tego autora w atlasie, wydanym przez Towarzystwo Przeciwgruźlicze, wykazane są wielce ciekawe różnice w wahaniach w poszczególnych latach, zależnie od wieku i t. p. Co się tyczy kwestji, o ile spadek śmiertelności nastąpił i w całym kraju, trudno cośkolwiek pozytywnego powiedzieć; sądząc jednakże z analogji w innych krajach, należy przypuszczać, że i w całym kraju naszym następował przed wojną również spadek śmiertelności z suchot, gdyż dane, otrzymane w wielkich miastach, służą niejako wskaźnikiem w tym kierunku dla całego kraju.

Ten spadek śmiertelności z suchot, spostrzegany w większości krajów środkowej Europy, stanowi fakt niezwyklej doniosłości nie tylko z punktu widzenia epidemiologicznego, lecz społecznego i ogólnopatologicznego. Stąd warto choć kilka chwil nad nim się zastanowić. Autorowie niemieccy przypuszczają, że stoi on w związku z odkryciem Kocha, t. j. bliższem poznaniem istoty zarazki gruźliczej, i szerokiem zastosowaniem środków higienicznych, mających na celu uchronienie ludzkości od zarażenia (niszczenie plwociny, pouczanie szerokich mas o jej szkodliwości, odosobnianie suchotników, zastosowanie na szeroką skalę leczenia sanatoryjnego i t. p.). Tym jednakże słusznym, pozornie argumentem przeczy doświadczenie, zrobione w Anglii, w której, jak wyżej było powiedziane, już od r. 1861 t. j. na dwadzieścia kilka lat przed odkryciem Kocha, zauważono niewątpliwy i stale dotychczas postępujący spadek śmiertelności z suchot; okres ten związany jest w Anglii z epoką wielkich państwowych reform sanitarnych t. j. budowy kanalizacji i wodociągów, burzenia całych niezdrowych dzielnic w wielkich miastach, budowy na wielką skalę zdrowych domów dla robotników, zakładania ogrodów, parków, podniesienia płacy robotnikom i t. p. A ten spadek śmiertelności z suchot szedł w parze ze spadkiem śmiertelności i z innych chorób zakaźnych (głównie tyfusów) był więc poniekąd wskaźnikiem wzrostu odporności ogółu biednej ludności na różnorodne czynniki chorobotwórcze, gdyż nie tylko z chorób zakaźnych lecz i ogólna śmiertelność w Anglii w tym okresie czasu zaczęła się stopniowo i postępowo zmniejszać. Zdaniem zaś mojem powyższe zjawisko spostrzegane w Anglii ma przy ocenianiu śmiertelności z suchot znaczenie pierwszorzędne. Spostrzegany i wyżej zaznaczony spadek śmiertelności z suchot w Warszawie musi być również związany z reformami sanitarnymi, zaprowadzonymi w tym okresie czasu w Warszawie, a przede wszystkim z budową kanalizacji i wodociągów, gdyż spadek ten śmiertelności z suchot szedł ręką w rękę

ze spadkiem ogólnej śmiertelności, która począwszy od r. 1882 z cyfry 29 na 10 tys. mieszkańców, stopniowo spadała i doszła w latach 1912—13 do 19,0 a nawet niżej, oraz ze spadaniem stopniowem śmiertelności z chorób zakaźnych, która również z liczby 32,8 (w okresie 1882—1901) spadła w r. 1912 do 28,0. Nie można bowiem przypuszczać, aby spadek stopniowy śmiertelności z suchot mógł być w zależności od uświadomienia ogółu o nowoczesnych pojęciach o istocie zaraźliwości suchot, od reform w leczeniu suchot (budowa sanatorjów dla biednych suchotników) i t. p., gdyż pod tym względem u nas w Warszawie do ostatnich niemal czasów dla ogółu biednych suchotników prawie nic nie zrobiono. Muszą więc wchodzić w grę i inne jeszcze czynniki, wśród których, sądzę, uodpornienie biednej ludności na zarazek gruźliczy, t. j. wytworzenie naturalnej odporności, podobnie jak u rasy żydowskiej, musi również pewną ważną rolę odgrywać. Zjawisko bowiem spadku śmiertelności z suchot u nas jest analogiczne z tem, co zauważono na zachodzie Europy; przeto i u nas, podobnie jak tam, muszą wpływać różnorodne czynniki, a więc reformy sanitarne, poprawa warunków ekonomicznych biednej ludności, a jak to tylko co wzmiankowałem, i stopniowo występująca odporność na zarazek gruźliczy wogóle, a przedewszystkiem ludności wielkich miast. Powyższe fakty są dla nas niezwykle pocieszające, wzbudzają bowiem niechybną nadzieję, że wielka plaga ludzkość, jaką są suchoty, stopniowo i stale zmniejszać się będzie; zachęcać one winny przedewszystkiem nas lekarzy do walki z tą chorobą, co osiągnąć można przedewszystkiem na drodze gruntownej znajomości całokształtu rozwoju nauki o suchotach płucnych; w tym kierunku nie powinniśmy się zrażać wielkim alarmem, robionym obecnie z powodu wielkiego wzmożenia się suchot w okresie wojennym, zjawisko bowiem to jest stanowczo tylko przejściowe, a ja przynajmniej osobiście jestem najmocniej przekonany, że z chwilą ustania wojny, i z chwilą poprawy warunków ekonomicznych kraju, wielce dobroczynne zjawisko spadku stopniowego zachorowań i śmiertelności z suchot zacznie się ujawniać na nowo; stanowi ono bowiem tylko jedno z ogniw stopniowo wzrastającej, ogólnej kultury społecznej. W pracy nad jej rozwojem nasz naród, podobnie jak inne narody zachodu, musi wziąć udział niepośledni.

---



## WYKŁAD V.

**Rys ogólny anatomji patologicznej gruźlicy, gruzełek i jego przemiany, zapalenie wysiękowe. Zmiany w płucach w suchotach; rozwój ognisk gruźliczych i ich przemiany; stwardnienia szyfrowate; zapalenie serowate; jamy gruźlicze, krwawienia; zmiany w opłucnej. Odrębne postacie anatomiczne suchot płucnych i ich charakterystyka.**

---

Zmiany anatomopatologiczne, jakie napotykamy w suchotach płucnych, poczynając od Laennec'a, który je pierwszy gruntownie opisał, zostały bardzo szczegółowo opisane przez licznych autorów (Kaufmann, Ribbert, Letulle i inni, u nas przez Kucere, Dmochowskiego), do których odsyłam słuchaczy po bliższe szczegóły. Ja chcę tylko panom podać podstawowe zarysy zmian anatomopatologicznych, właściwych suchotom, gdyż jak we wszystkich innych chorobach, tak i w suchotach anatomja patologiczna stanowi podstawę do zrozumienia objawów klinicznych. W dzisiejszym stanie nauki te tylko zmiany uważamy za gruźlicze, które powstają w organach i tkankach pod wpływem lasecznika gruźliczego lub jego toksyn. Wszystkie zmiany gruźlicze, powstałe pod wpływem powyższych bodźców, są przejawem zapalenia, a więc składają się na nie: wysięk i zwyrodnienie. Gruźlica płuc jednakże nawet anatomicznie posiada pewne odrębne od innych spraw zapalnych cechy; mianowicie zmiany wytwórcze w początkach powstają na ściśle ograniczonej przestrzeni (gruzełki), rzadko kiedy ulegają wessaniu i wreszcie zwykle ulegają martwicy, tak zwanemu zserowaceni. Jednakże i owe ograniczone zjawiska (gruzełki) nie są stałemi i wyłącznemi cechami gruźlicy, jak to twierdzono dawniej, albowiem podobne ogniska mogą powstawać pod wpływem innych bodźców; zserowaceni uleż również może nie tylko gruzełek, lecz i ziarniniaki syfilityczne, nowotwory i t. p. Atoli w gruźlicy tkanka ziarninowa (gruzełek) występuje w postaci tak typowej i charakterystycznej, że poniekąd można ją uważać za twór swoisty i właściwy gruźlicy. Dlatego też należy nam pokrótce przypomnieć właściwości budowy gruzełka.

Gruzełek, który nie uległ jeszcze rozmaitym zmianom następczym, przedstawia się jako ograniczony guziczek barwy szarawej, wielkości ziarnka prosa i stąd zwiemy go gruzełkiem prosówkowatym (*tuberculum miliare*). Konglomerat pojedynczych gruzełków zwiemy ogniskiem gruźliczym, które bywa wielkości od ziarnka grochu do orzecha laskowego i t. d. Co się tyczy budowy histologicznej, to pod mikroskopem widzimy, że gruzełek składa się z wielkich komórek łącznotkankowych, które z wyglądu przypominają zupełnie komórki tkanki ziarninowej; noszą one nazwę komórek nabłonkowatych. Dookoła tkanki ziarninowej widoczna jest szeroka warstwa o budowie odmiennej, tak zwana warstwa nacieczenia zapalnego; w skład jej wchodzi te same komórki nabłonkowe obwodowych części gruzełka, resztki mięszu narządu, w którym gruzełek się rozwija i bardzo znaczna ilość leukocytów. Prócz tego w typowych gruzełkach spotykamy jedną lub kilka t. zw. komórek olbrzymich, w których jądra układają się często u obwodu komórki w postaci wieńca; komórki te w gruźlicy posiadają znaczną ilość wyrostków; naczyń krwionośnych świeże gruzełki nie posiadają. Laseczniki gruźlicze w gruzełkach znajdujemy mniej lub więcej obficie; leżą one najczęściej w komórkach nabłonkowych. Co się tyczy substancji międzykomórkowej, to w warstwach obwodowych gruzełka istnieje delikatna siateczka z włókien łącznotkankowych. Histogeneza gruzełka nie jest dotychczas ściśle określona; jedni autorzy twierdzą, że gruzełek powstaje wskutek bujania nabłonka i tkanki łącznej, zadrażnionych przez lasecznik gruźliczy i jego produkty (Baumgarten), inni uważają białe ciało wielojądrowe za główny materiał, z którego powstaje tkanka ziarninowa (Miecznikow i inni). Co do zmian, którym ulega gruzełek, to najczęściej występuje zserowacenie wskutek martwicy koagulacyjnej tkanek gruzełka, a produkty rozpadu wysychają, przyjmując postać gęstej, żółtawej masy, podobnej do sera. Przyczyną zserowacenia są z jednej strony niekorzystne warunki odżywiania gruzełka (brak naczyń), z drugiej zaś strony prawdopodobnie produkty toksyczne laseczników gruźliczych.

Rzadziej występują zmiany nie niszczące, lecz korzystne dla organizmu. Gruzełek może ulegać przemianie włóknistej wskutek przemiany komórek ziarninowych na komórki tkanki łącznej. Powstają ogniska śródmiąższowego wytwórczego zapalenia, prowadzące do częściowego lub całkowitego zabliznienia ognisk gruźliczych; niekiedy w masach serowatych odkładają się sole wapienne, masy serowate twardnieją, w końcu przechodzą w twarde ogniska, otoczone warstwą twardą łącznotkankową.

Obok gruzełka cechą podstawową sprawy gruźliczej jest jeszcze wysięk, jako produkt zapalny (zapalenie gruźlicze); zależy on nie tylko od działania laseczników gruźliczych, lecz powstaje często pod wpływem współzależnym innych pasorzytów chorobotwórczych (*streptococci*, *staphylococci*). Tym sposobem powstają różne postacie zapaleń płuc, występujące w gruźlicy współcześnie lub kombinujące się w różnorodny sposób.

Całokształt sprawy gruźliczej płuc podług Riblert'a przedstawia się mniej więcej w następujący sposób: w początkach rozwoju sprawy gruźliczej w płucach widać gołym okiem na przecięciu szarawe, ściśle ograniczone, wznoszące się nad powierzchnią guziczki; badanie drobnowidzowe wykazuje, że składają się one z grupy pęcherzyków płucnych, wypełnionych wysiękiem, złożonym z włókniaka, złuszczonego nabłonków i białych ciałek krwi. Ogniska te powstały wskutek sprawy wysiękowej i bujania tkanki śródmiąższowej. Następnie w środku zwiększającego się ogniska występuje ciemnożółtawe zabarwienie, jako oznaka poczynającego się zserowacenia, w tkance zaś śródmiąższowej widać tu i owdzie świeżo powstałe gruzełki. Dalszy rozwój sprawy zmienia się w swoim obrazie zależnie od tego, który z podstawowych elementów sprawy gruźliczej, t. j. wysięk czy bujanie bierze przewagę; jeśli przeważa sprawa wysiękowa, to ognisko szybko się zwiększa, a sprawa postępuje, natomiast przy przewadze sprawy wytwórczej zapalenie postępuje powoli, wytwarzając ogniska bardziej stałe. Pierwotne ogniska gruźlicze powstają najczęściej w szczycie płucnym i mogą się w nim na długo lub nawet na stałe umiejscowić, najczęściej jednak wskutek tworzenia się nowych ognisk sprawa posuwa się na dolne części płuc. Ogniska takie zlewają się ze sobą, zdrowe pęcherzyki wypełniają się wysiękiem, sprawa serowata rozwija się stopniowo i szybko zaciera się kontury ognisk. W pojedynczych lub też zlanych ogniskach może się rozwijać bujanie tkanki łącznej, które doprowadzić może do wytworzenia tkanki bliznowatej o wyglądzie szyfrowatym; czasem ogranicza się ona do samego środka ogniska, podczas gdy w warstwach obwodowych powstają coraz nowe i świeże ogniska; w innych przypadkach całe ognisko przemienia się w tkankę bliznowatą, wśród której widać plamki jaśniejsze jako pozostałość rozpadu serowatego; wreszcie tkanka bliznowata nieraz bardzo gruba, otacza ogniska serowate, które, wysychając, stopniowo przemieniają się w masę zwapniałą; widzujemy to dość często w szczycie płucnym w następstwie zagojonej gruźlicy szczytowej, co odpowiada klinicznemu pojęciu t. zw. wyleczenia. Najczęściej jednakże sprawa, zabliźniwszy się w jednym miejscu, rozwija się dalej powoli w głębszych odcinkach płuc, a ogniska gruźlicze, zwiększając się ciągle ilościowo, powiększają stopniowo swe rozmiary, następnie rozpadają się wskutek zwyrodnienia serowatego, wytwarzając powoli masy serowate. Sprawa gruźlicza, szerząc się w kierunku ścian oskrzeli i naczyń limfatycznych okołooskrzelowych, stopniowo dąży ku wnętrzu płuc. Rozwija się więc zapalenie gruźlicze oskrzeli i tkanki okołooskrzelowej, a produkty zapalne ścian oskrzela mogą również ulegać serowatemu zwyrodnieniu. Obok spraw powyższych wytwarzają się jednocześnie w płucach obszerniejsze zgęszczenia, zależne od dołączającego się serowatego zapalenia płuc. Ogniska te z początku ograniczone, powoli zlewają się z sobą, tracąc swoje pierwotne granice, wytwarzają duże szarawobiałe, następnie żółtawe masy, zwane serowatami. Takie zapalenia serowate (*pneumonia caseosa*), szerząc się szybko, zajmują znaczne przestrzenie, przechodzą szybko w rozpad, wywołując powstawanie podostrawych postaci

suchot płucnych, zwanych suchotami galopującymi (*phthisis florida*). Jednocześnie występują w rozwoju sprawy jamy gruźlicze (*cavernae*). Powstają one wskutek martwicy i rozpadu ognisk gruźliczych z następczym wydzielaniem mas serowatych nazewnątrz przez odpluwanie. Jamy mogą się tworzyć również jako rozszerzenia oskrzeli. Jamy gruźlicze znajdują się najczęściej w odcinku górnego zrazu płucnego. Liczba ich bywa czasem dość znaczna, a wielkość, poczynając od ziarnka fasoli do wielkości jaja kurzego, a nawet pięści. Jamy sąsiednie często łączą się z sobą, wytwarzając większe przestrzenie, a przedzielające je przegrody ulegają powolnemu zniszczeniu, przyczem powstają po nich długie sznurkowate twory, ciągnące się w poprzek jamy (*trabeculae*). Zawartość jamy składa się z szarozółtawych mas, nieraz mocno cuchnących, w innych przypadkach zawierają one żółtozieloną ropę czasem zabarwioną krwią. Badanie mikroskopowe zawartości świeżych jam wykazuje duże ilości laseczników gruźliczych.

W jamach starszych, o ścianach gładkich, laseczników bywa mało, a czasem wcale nie daje się ich wykryć. Oprócz laseczników, w zawartości jam znajduje się większa ilość innych pasoyrztów, które odgrywają rolę saprofitów lub też wywołują sprawy ropne i zgorzelinowe. Jamy zwykle stopniowo się powiększają, rzadko tylko zmniejszają się ich wymiary, lub też jamy zupełnie nikną, wskutek bujania naokoło tkanki łącznej. To szczęśliwe zejście (zabliźnienie) możliwe jest w przypadkach jam niewielkich, w chronicznej postaci suchot, rzadziej tylko w ograniczonej sprawie serowatej. Tworzenie się jam stanowi jedną z najtypowszych cech przewlekłej i ostrawej gruźlicy płucnej; one to nadają chorobie główne piętno, wywołując stopniowo ilościowe zmniejszenie się tkanki płucnej. Ztąd też i powstała nazwa charakterystyczna dla tej choroby: *phthisis pulmonum*, schnięcie, czyli suchoty płucne.

W taki sposób przedstawiają się w krótkich zarysach zmiany anatomopatologiczne, rozwijające się w płucach w przebiegu gruźlicy przewlekłej. Sprawa zazwyczaj trwa bardzo długo, nieraz całe lata, nawet dziesiątki lat, a różnorodne zmiany, wyżej opisane, istnieją nieraz jednocześnie obok siebie w tym samym płucu. W sprawach, przebiegających powoli, znajdujemy w górnych zrazach stwardnienia, mniej lub więcej rozległe, zawierające w środku jeszcze serowate masy, obok można spotkać jamy często o gładkich ścianach; dalej ku dołowi natrafia się na uległe już zupełnemu zabliźnieniu drobne białoszarawe ogniska, które w dolnych odcinkach są coraz drobniejsze, mniej liczne, porzucane po mięszu. W przypadkach, szybko prowadzących do zejścia śmiertelnego, napotyka się obok starych stwardnień w górnych zrazach świeże i liczne ogniska serowate w dolnych odcinkach. Najczęściej zajęte bywają oba płuca, ale przedstawiają niejednolite zmiany pod względem jakości i stopnia ich rozprzestrzenienia.

Organa sąsiednie ulegają stale pewnym zmianom. Przedewszystkiem opłucna w ogromnej większości przypadków suchot, szczególnie przewlekłych, przed-

stawia objawy zapalenia, lub też pozostałości po niem pod postacią t. zw. zrostów. Szczyty płucne rzadko tylko nie są przyrośnięte, a z biegiem czasu wytwarzają się zrosty i w innych częściach opłucnej; obok tego opłucna może uleść gruźliczemu zapaleniu z następczem zserowaceniem, przyczem powstają przetoki płucno-opłucnowe, przez które przedostaje się z płuc nie tylko powietrze i powstaje odma piersiowa (*pneumothorax*), lecz jednocześnie wylewa i zawartość ogniska serowatego lub jamy, dzięki czemu wytwarza się następnie zapalenie surowicze lub ropne opłucnej (*pneumopyothorax*). W przebiegu gruźlicy płucnej, zwłaszcza przewlekłej, rozwijają się często zmiany gruźlicze i w innych narządach: w krtani, kiszkiach, otrzewnej i t. p., lub też zmiany niegruźlicze, warunkowane zakażeniem natury mieszanej. Sprawy te nie mogą być z punktu widzenia anatomopatologicznego bliżej tu omawiane. Wspomniemy tylko jeszcze, że bardzo często, zwłaszcza w przewlekłe przebiegających suchotach, występuje rozszerzenie i przerost prawej komory serca, wskutek stałych zaburzeń w krążeniu płucnym.

Należy jeszcze opisać pokrótce postacie anatomopatologiczne suchot płucnych, co jest rzeczą ważną dla klinicznego podziału suchot. Otóż różni autorowie robią różne podziały; nie będę ich tu wyszczególniał, nadmienię tylko, że zdaniem mojem Dmochowski w swoim podręczniku anatomji patologicznej podaje podział bardzo racjonalny, który poniekąd odpowiada głównym postaciom klinicznym choroby: 1) Gruźlica prosówkowata, 2) gruźlica guzowata, 3) gruźlica wrzodziejąca, 4) gruźlica włóknista, 5) gruźlicze serowate zapalenie płuc. Trzymając się tego podziału, opiszemy pokrótce charakterystyczne cechy każdej postaci, odsyłając po szczegóły do wyżej wspomnianego podręcznika.

1) Prosówkowata gruźlica płuc bywa ogólna lub częściowa. Przy ogólnej w płucach, jak i w innych narządach, rozwijają się prosówkowate gruźelki, wskutek raptownego dostania się dużej ilości laseczników gruźliczych do ogólnego krwiobieg. Wraz z lasecznikami dostają się do krwi produkty gruźlicze trujące, które wywołują w płucach silne, zapalne przekrwienie, a nawet obrzęk. Typowe gruźelki prosówkowate powstają szybko w tych miejscach w płucach, w których zatrzymują się laseczniki, a więc w tkance śródmiąższowej w przegrodach międzypęcherzykowych, w tkance okołoskrzelowej i okołonaczyniowej. Gruźelki szerzą się stąd na sąsiednie pęcherzyki płucne, powiększają się, a następnie ulegają zserowaceni; tworzą się więc ogniska, otoczone świeżym procesem zapalnym; w innych przypadkach laseczniki gruźlicze wywołują odrazu powstawanie licznych ognisk zapalenia płuc zrazikowego; ogniska te ulegają następnie zserowaceni i szybkiemu rozpadowi. Wygląd płuca, w którym rozwinęła się sprawa prosówkowata, jest następujący: płuco jest powiększone, przekrwione, obrzękłe, na powierzchni przekroju widać równomiernie usiane twarde, wypuklające się gruźelki wielkości mniej więcej ziarna prosa, z powierzchni przekroju wypływa duża ilość słabopienistego krwawego płynu. Gruźelki mają jednakową postać na całej powierzchni płuc, w dolnych płatach są zwykle bar

dzo drobne, szare lub czerwone, w miarę zaś zbliżania się do wierzchołka płuc, są coraz większe, tak że dochodzą do wielkości ziarnka prosa, nawet małego grochu, są przytem nieprzezroczyste, szarawe. Gruźlica prosówkowata, ograniczona do samych tylko płuc lub ich części, powstaje drogą krwi, po przebicium się ogniska serowatego do gałązki tętniczki płucnej, lub też, gdy laseczniki przedostają się do płuc drogą naczyń chłonnych; następuje to np. wtedy, gdy gruczoł uległy zserowaceniu otwiera się wprost do naczyń chłonnych, lub też w przypadkach zapalenia gruźliczego kręgów lub żeber. Gruźelki w tych postaciach rozwijają się przedewszystkiem naokoło starego ogniska serowatego, są w tem miejscu duże, często serowato zwyrodniałe, im dalej zaś ku obwodowi, tem stają się coraz rzadsze i mniejsze, a miąższ płuca, w którym rozwijają się gruzełki, nie przedstawia zwykle wyraźnych cech zapalnych. Przebieg ograniczonej gruźlicy prosówkowej bywa ostry głównie u dzieci, u dorosłych zaś jest zazwyczaj bardzo przewlekły.

2) Gruźlica guzowata płuc (*tuberculosis nodosa pulm*). W tej postaci gruźlicy spotykamy w płucach guzy wielkości od ziarnka grochu do laskowego, a nawet włoskiego orzecha, mało natomiast znajdujemy gruzełków prosówkowatych, rozpadów i jam. Guzowata postać gruźlicy powstaje zwykle jako następstwo zapalenia gruźliczego tkanki okołoskrzelowej, jednocześnie rozwija się zapalenie okołonaczyniowe, szerzące się wzdłuż naczyń limfatycznych. Sprawa w dalszym ciągu przechodzi na ścianę samych oskrzeli, a wreszcie i na same płuca. Gruźelki, z których składają się guzy gruźlicze, ulegają zserowaceniu lub też przekształcają się we włóknistą tkankę łączną. Płuco, w którym rozwija się gruźlica guzowata, bywa powiększone, a w głębi wyczuwają się w niem twarde ograniczone guzy różnej wielkości, umiejscowione najczęściej w górnych płatach płuca. Badanie mikroskopowe wykazuje w środku ogniska oskrzele w stanie zapalenia nieżyłowego, wypełnione złuszczonego nabłonkiem i dużą ilością leukocytów. Tkanka łączna okołoskrzelowa jest silnie nacieczona i usiana gruzełkami w rozmaitych okresach rozwoju.

3) Gruźlica wrzodziejąca płuc (*tuberculosis pulmonum ulcerosa*). Pod tą nazwą pojmujemy taką postać gruźlicy, w której w płucach na plan pierwszy występują jamy, czyli t. zw. kawerny. Postać ta anatomiczna odpowiada klinicznej najczęstszej postaci przewlekłych suchot płucnych, które, rozwijając się stopniowo, doprowadzają do ostatnich okresów choroby. Rozwój jam gruźliczych był wyżej opisany, dodamy tutaj, że krwawienia tak częste w tej postaci pochodzą z pęknięcia naczyń przebiegających w ścianach jamy, lub w samej jamie (drobne tętniaczki). W gruźlicy wrzodziejącej dominują więc zmiany rozpadowe, naturalnie obok nich istnieją współcześnie różnorodne inne zmiany, napotykanne zwykle w przewlekłych suchotach, a więc świeże, nie uległe jeszcze rozpadowi mniejsze lub większe ogniska serowate, stwardnienia łącznotkankowe i t. p. Obok spotykamy rozmaite sprawy natury mieszanej, wywołane przez współdziałanie innych pasorzytów chorobotwórczych, a więc ropne, zgorzelinowe i inne.

4) Zapalenie serowate płuc (*pneumonia tuberculosa seu broncho-pneumonia caseosa tub.*). Sprawa ta, o której było wyżej już wspomniane, polega również na działaniu laseczników gruźliczych i ich produktów na pęcherzyki płucne. Zapalenie serowate charakteryzuje się tą właściwością, że gruzelki nie wytwarzają się wcale, a natomiast powstają ogniska o charakterze zapalenia wysiękowego, ulegające bardzo szybko martwicy i zserowaceni. Ogniska te bywają czasem drobne, wielkości pojedynczego zrazika płucnego, czasem przez stopniowe łączenie się dochodzą do rozmiarów znacznie większych, zajmując nawet znaczne części, całe płaty płuc, i przypominając ostre płatowe zapalenie płuc, tem bardziej, że najczęściej umiejscawiają się w dolnych płatach, a początek swój zawdzięczają aspiracji przez oskrzela produktów ze starych ognisk, znajdujących się w sąsiednich lub dalszych częściach płuc. To rozlane, rzekomo zrazowe (*pseudo-lobaris*) serowate zapalenie płuc powstaje wskutek szybkiego zlewania się oddzielnych ognisk zrazikowych; płuco takie stwardniałe na przecięciu jest gładkie o wyglądzie galaretowatym (zapalenie galaretowate), a badanie mikroskopowe ognisk wykazało, że ściany pęcherzyków z całą ich zawartością uległy zserowaceni; w starych ogniskach spotyka się warstwę pęcherzyków płucnych, wypełnionych charakterystycznie ułożonymi komórkami wielokątnymi lub wrzecionowatymi i komórki nabłonkowe o jądrach wyraźnych. (*zone embryonnaire Grancher'a*). Charakterystyczną cechą zapalenia serowatego jest z jednej strony wysięk, a z drugiej sprawy wytwórcze. Wysięk powstaje wcześniej i dlatego występuje na plan pierwszy. Masy serowate zapaleń rozlanych zawierają różne ilości laseczników, a czasem nawet nie wykrywa się w nich nietylko laseczników, lecz żadnych innych drobnoustrojów. Prawdopodobnie pierwotna przyczyna zapalenia polega na działaniu nie samych laseczników, lecz ich produktów aspirowanych ze starych ognisk serowatych (Frenkel). Zapalenie serowate w ogniskach drobnych występuje anatomicznie i klinicznie o wiele częściej aniżeli w ogniskach wielkich i dołącza się do przebiegu różnych postaci gruźlicy, obostrzając je; umiejscawiają się zazwyczaj w dolnym, rzadziej w górnym zrazie płuca, dochodzą do wielkości ziarnka grochu i większej.

5) Gruźlica włóknista płuc (*tuberculosis fibrosa pulm.*). Zmiany włókniste, t. j. rozrost tkanki łącznej, wywołujące stwardnienia większe lub mniejsze ognisk gruźliczych, doprowadzające nieraz nawet do zupełnego ich zabliznienia, występują niezwykle często w przebiegu różnych postaci gruźlicy płuc, a nawet nieraz od samego początku tej sprawy, gdyż niemal w każdym przypadku gruźlicy płucnej obok zmian serowatych i rozpadowych napotykałyśmy rozrosty łącznotkankowe. Jednakże istnieją pewne postacie, nietylko anatomiczne, ale i kliniczne, w których rozrosty włókniste są objawem dominującym, a nieraz jedynym; stąd należy je wyodrębnić, aczkolwiek są, właściwie mówiąc, jedynie zejściem szczęśliwym różnorodnych postaci gruźlicy. Rozrosty włókniste występują pod postacią ograniczonych guzów różnych wielkości, umiejscawiających się u szczytów płucnych bądź to pod postacią rozlaną, zajmującą nieraz cały płat

(najczęściej górny). Wielkość guzów bywa rozmaita od ziarnka grochu do orzecha włoskiego, lub jeszcze większe, na przekroju składają się z tkanki szarej, jednolitej, w której widać małe czarne plamy złogów węglowych; często w środku takiego guzika znajdują się otorbione masy serowate lub złogi wapienne, lub też odwrotnie środek guza składa się z twardej tkanki łącznej, a na obwodzie tworzą się nowe ogniska serowate. Miąższ płucny, nie dotknięty gruźlicą włóknistą i leżący pomiędzy guzami, znajduje się w stanie zapadnięcia (*collapsus*) co jest wynikiem zamknięcia oskrzela. Wczęściach płuc oddalonych od miejsc stwardniałych rozwija się zwykle rozedma wyrównawcza; płuca wskutek tego mogą dochodzić do znacznej objętości, przyczem powstaje mniej lub więcej znaczne rozszerzenie prawej komory serca. Badania mikroskopowe guzów włóknistych wykazują, że składają się one z włóknistej, silnie nacieczonej tkanki łącznej, w której spotykamy nieco gruzełków włóknistych z komórkami olbrzymimi; w bliznach starych widzimy tylko gdzieś porozrzucane komórki olbrzymie w pośrodku słabo nacieczonej tkanki łącznej; czasem nie widać już ani komórek olbrzymich, ani nacieczeń. W razie znacznego rozszerzenia się sprawy włóknistej rozrosty tkanki łącznej występują w postaci stwardnień rozlanych, podobnych do tych, jakie widuje się w zapaleniu śródmiąższowem płuc. Takie rozlane stwardnienia zajmują czasem cały płat, a nawet całe jedno płuco. Na powierzchni ich przekroju rzucają się w oczy jasne, niemal białe smugi, przechodzące przez stwardniały miąższ. Pasma te są objawem przerostu śródmiąższowej tkanki płucnej. Pośród stwardnień rozlanych spotykamy często ogniska złogów wapiennych, mas serowatych i mniejsze lub większe jamy, które różnią się tem od zwykłych kawern, że ściany ich tworzy twarda, biała, bliznowata tkanka łączna. Często w rozlanych stwardnieniach występują rozszerzenia oskrzeli. Przy badaniu mikroskopowem stwardniałego płuca znajdujemy znacznie zgrubienie ścian pęcherzyków płucnych, gdzieś w nich napotykanne bywają małe włókniste gruzełki. Stwardnienia [rozlane rzadko stosunkowo rozwijają się w górnych płatach, zazwyczaj w środkowych lub dolnych; obecność ich nie wyklucza stwardnień guzowatych w innych miejscach płuc (Dmochowski).



## WYKŁAD VI.

**Podział kliniczny suchot płucnych. 1. Okres poczynających się suchot płucnych a) z objawami mniej lub więcej wyraźnemi ze strony dróg oddechowych. Dwa typy podstawowe chorych tej kategorii. Objawy ogólne. Objawy ze strony dróg oddechowych.**

---

Objawy kliniczne suchot płucnych. Zanim rozpoczniemy opis objawów klinicznych, właściwych gruźlicy płucnej, należy nam wspomnieć pokrótce o podziale klinicznym tej sprawy. Podobnie jak z anatomopatologicznego punktu widzenia gruźlica płuc przedstawia dwie podstawowe postaci: gruźlicę płuc ostrą i przewlekłą, tak i w klinice można rozróżnić te dwie fundamentalne formy. Gruźlica ostra przebiega mniej lub więcej szybko, przedstawia nietylko z punktu widzenia anatomopatologicznego, lecz i klinicznego, pewne stałe właściwości. Przebieg jej jest zazwyczaj szybki, i najczęściej kończy się fatalnie. Na szczęście choroba ta w porównaniu z przewlekłymi suchotami, jest stosunkowo rzadką. Inaczej zupełnie przedstawia się przewlekła gruźlica; jest ona najpospolitszem ze wszystkich cierpień, dotyczących rodzaj ludzki. Ciągnie się nieraz całe lata, umiejscawia się przedewszystkiem ściśle w płucach, może się zabiżnić w zupełności; najczęściej jednakże posuwa się i rozwija stopniowo, wywołując coraz bardziej szerzące się zaburzenia w tkance płucnej; i w tym okresie może również ograniczyć się w rozwoju, zabiżnić, lub przycichnąć na czas pewien, aby znowu posunąć się dalej i doprowadzić wreszcie do ogólnego wyniszczenia organizmu. Tym więc sposobem przewlekłe suchoty w ciągu swojego bardzo długiego przebiegu stanowią sprawę nietylko z punktu widzenia anatomopatologicznego, lecz i klinicznego wielce złożoną. To nam wyjaśnia niezwykłą różnorodność, jaką widzimy w klinicznym przebiegu suchot, tej tak pospolitej chorobie, w której niemal każdy oddzielny przypadek ma swoją odrębną, że tak powiedzieć można, fizjognomję kliniczną i odrębny prze-

bieg. Ztąd też sprawa o takim przebiegu nie da się tak łatwo klasyfikować i dzielić na pewne odrębne okresy, jak to ma miejsce w innych, zazwyczaj mniej lub bardziej typowo przebiegających chorobach; stąd też pomimo ogromnej ilości dokonywanych w tym kierunku usiłowań, nie posiadamy ani jednej klasyfikacji, któraby w zupełności odpowiadała temu, co widzimy w przebiegu klinicznym suchot. Wszystkie klasyfikacje grzeszą pewną jednostronnością, oparte są bowiem bądź na przebiegu wyłącznie klinicznym, bądź też na zmianach anatomopatologicznych bez uwzględnienia ogólnych klinicznych właściwości. Uważam za zbyt liczne wyliczać owe najróżnorodniejsze klasyfikacje, pozwolę sobie tylko podać mój podział, uwzględniający i zmiany anatomopatologiczne i przebieg kliniczny.

Suchoty przewlekłe dzielę na następujące okresy:

1. Okres poczynających się suchot płucnych, przebiegający:
  - a) wśród objawów mniej lub bardziej wyraźnych ze strony dróg oddechowych i
  - b) wśród objawów skrytych (skryte postacie suchot płucnych).
2. Suchoty wyraźnie rozwinięte:
  - a) z objawami zgęszczeń bez wyraźnych objawów rozpadowych, z gorączką lub bez gorączki;
  - b) z objawami mniej lub bardziej wyraźnych zniszczeń (*phthisis ulcerosa*), przebiegających z gorączką stałą.
3. Suchoty płuc włónisty (*phthisis pulmonum fibrosa*).

Jestem sam najmocniej przekonany, że i ten podział również jest tylko schematyczny i nie odpowiada wszystkim obrazom klinicznym. Sądzę jednakże, że schemat ten odpowiada większości napotykanych w praktyce przypadków i że ułatwi on opis i zrozumienie tej pospolitej, a jednak tak skombinowanej sprawy, jaką są właśnie przewlekłe suchoty płuc.

1. Okres poczynających się suchot płucnych: a) z objawami mniej lub bardziej wyraźnymi ze strony dróg oddechowych. Opis nasz kliniczny rozpoczynamy od tego początkowego okresu choroby, gdyż rozpoznanie sprawy w jej początkach ma niezwykle znaczenie praktyczne, w tym bowiem okresie wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie może w większości przypadków być uwieńczone pomyślnym zejściem, t. j. wyleczeniem, lub zatrzymaniem się sprawy w rozwoju; osiąga się to natomiast z trudnością, stosunkowo rzadko, lub też nie udaje się tego osiągnąć w okresach dalej rozwiniętej choroby.

Okres poczynających się suchot nie jest okresem zwiastunów choroby, przeciwnie w okresie tym istnieją wyraźne zmiany anatomiczne w pęcherzykach płucnych, warunkowane usadowieniem się w nich swoistego pasorzyta gruźliczego. Zmiany te są drobne, ograniczone, mało lub wcale niedostępne dla badania fizykalnego, a jednakże powodują one nietylko podrażnienie miejscowe, lecz przez działanie toksyn wywołują pewien wpływ na cały organizm; powstają więc nie-

tylko miejscowe ale i ogólne zaburzenia w organizmie. Zależnie zaś od natężenia charakteru zarazka, a także w wysokim stopniu od osobniczych właściwości danego organizmu, występują na plan pierwszy zaburzenia ze strony stanu ogólnego lub też miejscowego.

Na pierwszym miejscu w tym okresie choroby, na którą najczęściej zapadają osobniki młode, mamy do czynienia w większości przypadków przedewszystkiem z objawami ze strony stanu ogólnego; zaliczyć do nich należy przedewszystkiem stopniowe wychudzenie chorego (*denutritio*), które występuje często jako jedna z najwcześniejszych oznak choroby i idzie najczęściej w parze ze stopniowym osłabieniem chorego. Chorzy nieraz sami są mocno zaniepokojeni tym objawem i określają go dosadnie następującymi słowy: „Nie wiem co mi takiego, jem i śpię dobrze, nie mam żadnego kłopotu, nic mi nie dolega, a jednakże chudnę i marnieję z dnia na dzień“. Utrata na wadze w ciągu kilku miesięcy często jest bardzo znaczna, dochodzi nawet do czwartej części poprzedniej wagi. Utrata wagi wywołuje pewien charakterystyczny suchy wygląd skóry z obfitem łuszczeniem się naskórka. Często w tym okresie występują na skórze charakterystyczne żółtawe plamy, znane oddawna pod nazwą *pityriasis versicolor*, a zależne od swoistej mikozy skóry tejże nazwy. Wychudnienie nadmierne wywołuje już nieraz w owym okresie choroby wielce typowy wygląd końcowych członków palców u rąk, które grubieją, wyglądają jakby nieco zbręknięte (opisał je już Hippokrates). Co się tyczy przyczyny wychudnienia, to zdaje się nie ulegać najmniejszej kwestji, że podstawę jego stanowią toksyny chorobotwórcze, wskutek wtargnięcia do organizmu laseczników gruźliczych i produkowanych przez nie toksyn, wywołują one bowiem wzmózoną przemianę materji wskutek utraty przez organizm substancji mineralnych, zwłaszcza fosforanów i chlorków (Robin), a dalej te same toksyny wywołują stan gorączkowy, który w większości przypadków dołącza się szybko do wychudnienia i również przyspiesza i wzmacnia wyniszczenie.

Gorączka jest jednym z najstalszych objawów poczynającego się okresu suchot, rozwija się ona skrycie, nietypowo, często zjawia się tylko godzinami w różnych okresach dnia, nie przekraczając nieraz wiele więcej nad  $37^{\circ}$ , a o istnieniu jej w tym okresie choroby przekonać się można dopiero przez dokładne mierzenie ciepłoty nie mniej niż 4 razy na dobę; wówczas przekonywamy się, że podczas gdy ranne i wieczorne temperatury nie przekraczają  $37^{\circ}$ , w godzinach południowych dochodzą do  $38^{\circ}$  i wyżej. Najczęściej jednakże ciepłota gorączkowa występuje wieczorami, chociaż nierzadko bywają okresy gorączkowe jedynie w godzinach rannych, stąd też i słusznie twierdzić można, że jeśli jest jakikolwiek typ dla gorączki suchotniczej, to przedewszystkiem jej nietypowość. Gorączce często towarzyszą dreszyczki, występujące również w pewnych ściśle określonych porach dnia. Do właściwości tej kategorii gorączki zaliczamy jeszcze fakt, że u chorych, w tym okresie będących, mało lub wcale nie gorączkujących, po pewnym wysiłku fizycznym (dłuższy spacer i t. p.) występuje podniesienie

ciepłoty nieraz o pół stopnia i wyżej, trwające godzinę i dłużej; u kobiet zaś ma to również miejsce przed perjodem. U innych znowu wzniesienie ciepłoty następuje stale po jedzeniu. Gorączce towarzyszą często poty. Występują one w chwilach spadku gorączki najczęściej w nocy lub nad ranem; chorzy budząc się, mają spocone przeważnie okolice klatki piersiowej i tułowia; czasami jednakże już w poczynających się okresach choroby występują bardzo obfite poty, chorzy mają całą bieliznę przemoczoną, czują jednocześnie nadzwyczajne osłabienie i doznają uczucia przestraszenia. Poty takie z pewnymi modyfikacjami w natężeniu trwać mogą całe tygodnie, a nawet miesiące i powodują wraz z gorączką stopniowe wychudzenie i powoli rozwijającą się niedokrwistość; chorzy bledną, co występuje głównie na jaw u osobników o skórze delikatnej i uprzednio bladej, u blondynów, u kobiet; bladeść jest wyraźna i coraz się wzmacnia, zwłaszcza na twarzy i błonach śluzowych. Anemja ta, występująca w pierwszych okresach choroby, jest warunkowana pewnymi zmianami we krwi, polegającymi na zmniejszeniu się ilości czerwonych krążków, utracie barwnika, lub też na rozwodnieniu krwi bez wyraźnego zmniejszenia się ilości ciałek czerwonych, co ma być zależnym, podług Biernackiego, od ogólnej utraty przez organizm ciał białkowatych. Niedokrwistość w ogromnej większości przypadków zjawia się dopiero po dłuższym trwającym wychudzeniu, czasem jednakże stanowi ona jeden z pierwszych objawów, o czym jeszcze wkrótce bliżej pomówimy.

Tętno w początkowych okresach suchot bywa w większości przypadków stale przyspieszone (70—100) lub też przyspiesza się wskutek najmniejszego wrażenia psychicznego, co zależy od podrażnienia sfery naczynioruchowej, wskutek prawdopodobnie działania toksycznego jadu gruźliczego; w większości jednak przypadków przyspieszenie tętna stoi w zależności od wahań gorączkowych tak częstych, jak to wyżej wspomnieliśmy, w tym okresie choroby. Tętno stale przyspieszone w okresach bezgorączkowych może być ważnym momentem rozpoznawczym poczynającej się gruźlicy, naturalnie przy uwzględnieniu innych objawów, a przede wszystkim wychudzenia. W tym okresie w wielu przypadkach istnieje również obniżenie ciśnienia krwi.

U niektórych osobników w tym okresie daje się czasem zauważyć wyraźna zmiana głosu. Głos traci swą dźwięczność i siłę, a nawet występuje przemijająca chrypka. Objaw ten zależy nie od zmian w krtani, lecz jest w związku z ogólnym osłabieniem i bezkrwistością; wyjątkowo tylko występuje porażenie mięśni zwieraczy głośni.

Bóle w klatce piersiowej zjawiają się nieraz w najwcześniejszych okresach gruźlicy płuc i stanowią często przez długi czas jedyny przedmiot dolegliwości chorych. Te bóle dają się podzielić na 2 kategorie: 1) bóle głuche, występujące w różnych okolicach klatki piersiowej, przeważnie w okolicy mostka, o różnym natężeniu, zawyczaj nie dokuczają zbyt chorym, którzy je określają jako ból głuchy, głęboko w piersiach tkwiący; czasem głębokie oddychanie powiększa ból, w większości przypadków jednakże oddychanie odbywa

się zupełnie swobodnie. Bóle występują okresami po kilka dni z rzędu; zdarza się, że występują co parę tygodni, wyjątkowo trwają one uparcie nieraz w ciągu całych miesięcy. Bóle te są ważnym znakiem rozpoznawczym poczynającej się gruźlicy, naturalnie o ile wykluczona będzie inna przyczyna ich pochodzenia: reumatyzm, przymiot lub t. p. 2) drugi rodzaj bólów bywa ograniczony do ściśłych punktów klatki piersiowej, mianowicie do międzyżebry; mają one wyraźne cechy nerwobólów międzyżebrowych, występują najczęściej pod obojczykami w drugim lub w trzecim międzyżebry; wskutek nacisku wzmagają się wyraźnie i szerzą się w kierunku nerwu międzyżebrowego; rzadziej występują z tyłu między łopatkami. Bóle te nie bywają zbyt silne, trwają krótko, zjawiają się najczęściej rano przy wstawaniu. Z wystąpieniem wyraźniejszych objawów w szczytach bóle te powoli znikają, wyjątkowo tylko u wrażliwych chorych trwają długo, nawet w okresie daleko posuniętej choroby. Wyjątkowo w tym okresie bóle umiejscawiają się w stawach rąk lub nóg, symulując reumatyzm stawowy. Bóle powyższych obu kategorii w poczynających się okresach prawdopodobnie są również zależne od działania toksyn gruźliczych, w późniejszych bezspornie zależne są one od wcześniej rozwijającego się zapalenia opłucnej u szczytów płuc, czasem nawet okostnej pochodzenia gruźliczego (bóle głowy), lub też nawet od zapalenia nerwu międzyżebrowego (bóle ściśle umiejscowione w międzyżebry). Czy bóle tej ostatniej kategorii nie mogą być pochodzenia newralgicznego w zależności również od toksyn gruźliczych, trudno jest ściśle określić.

Brak łaknienia jest jednym z bardzo stałych objawów poczynającej się gruźlicy; w większości przypadków stoi on w ściśłym związku z poruszeniami gorączkowymi, chociaż nieraz występuje uparcie i w okresie bezgorączkowym; często dojść może do zupełnej utraty apetytu albo nawet do wstrętu do jedzenia. Ten brak apetytu bywa czasem zależny od jednocześnie występujących zaburzeń żołądkowych (różne rodzaje dyspepsji, najczęściej kwaśne) i ustępuje po odpowiednim leczeniu djetetycznym; uparty zaś brak apetytu bez zmian żołądkowych najczęściej również przemija wraz z poprawą stanu ogólnego chorych; u niektórych jednakże chorych w ciągu całej choroby, nieraz parę miesięcy trwającej, istnieje stale brak apetytu, stanowiący często podstawową skargę chorych.

Drugim objawem, zjawiającym się jako następstwo upadku stanu ogólnego chorych, jest szereg zaburzeń ze strony układu nerwowego, a więc chorzy stają się nadmiernie wrażliwymi, łatwo się irytują i wybuchają, inni wpadają w nastrój hipochondryczny. Nastroje te jednakże zazwyczaj przemijają z wystąpieniem wyraźniejszych objawów choroby. U niektórych chorych w tym okresie występują różne nerwobóle, migrena i t. p. objawy, które nieraz nawet maskować mogą istotną przyczynę choroby.

Objawy ze strony dróg oddechowych. Kaszel stanowi jeden z najczęstszych, a zarazem najstałych objawów poczynającej się gruźlicy i w większości przypadków bywa pierwszym i głównym przedmiotem skargi

chorego. Kaszel występuje najczęściej pod postacią kaszlu suchego z objawami podrażnienia, szczególnie tkwiącego, jak chorzy określają, głęboko w gardzieli lub też w górnej okolicy mostka. Kaszel ten nabiera charakteru napadowego, jest mniej lub więcej silny, zależnie od wrażliwości osobniczej: u osób spokojnych występuje nieznaczne pokasływanie, u osób zaś wrażliwych, uprzednio nerwowych (u rasy semickiej), kaszel ma charakter napadowy, spazmatyczny, kończący się często wymiotami. Taki suchy kaszel trwać może całe tygodnie, dopiero powoli łagodnieje, staje się mniej duszącym, a chorzy zaczynają potrochu, przeważnie rano, odpluwać śluzowo-ropiastą plwocinę. Wogóle jednakże biorąc, ten rodzaj kaszlu nie przedstawia nic charakterystycznego dla sprawy poczynającej się gruźlicy, podobny bowiem rodzaj kaszlu występuje i w innych cierpieniach dróg oddechowych niegruźliczego pochodzenia. To samo da się powiedzieć i o plwocinie skąpej, w tym okresie odpluwanej, w której badanie mikroskopowe wykrywa śluz, komórki nabłonkowe, ciała śluzowo-ropne i zwykle saprofyty; wyjątkowo tylko w tym okresie wykrywa się obecne w plwocinie laseczniki gruźlicze, co naturalnie (o ile badanie jest śliste) stanowi niezbity, niemal matematyczny dowód rozwoju sprawy gruźliczej w płucach.

Duszność występuje wyjątkowo rzadko w pierwszych okresach choroby; za duszność chorzy często uważają łatwość męczenia się podczas chodzenia lub wskutek innych wysiłków fizycznych, co zależy od upadku ogólnego stanu i od niedokrwistości. Dusznność właściwa występuje dopiero w dalszym rozwoju choroby.

Krwioplucie stanowi jeden z najistotniejszych i najbardziej ważnych objawów poczynających się suchot (u 50 do 60% chorych) tembardziej, że często nawet jest ich najpierwszą oznaką. Krwioplucie w tym okresie tłumaczy się tem, że gruźlica poczynająca się często ma swe źródło w najdrobniejszych tętniczkach płucnych (*arteritis tuberculosa*), a sprawa przebiega skrycie: naczynko zajęte ulega nadżarci, i u pozornie zdrowego człowieka zjawia się, najczęściej po jakimś wysiłku fizycznym, mniej lub więcej obfite krwioplucie; może ono również wystąpić w tym okresie wskutek mocnego przekrwienia płuc po większym wysiłku fizycznym, a szczególnie po mocnym napadowym kaszlu. Krwioplucie najczęściej w tym okresie występuje bez żadnych zwiastunów; chory doświadcza uczucia drapania w gardle, czuje potrzebę odchrząknięcia i w tej chwili, mając wrażenie jakby przelewania się ciepłego płynu w okolicy mostka ku górze, odrazu ku swojemu wielkiemu zdziwieniu i przerażeniu zaczyna wykrztuszać czerwoną, pianistą krew. W przypadkach, w których krwawienie jest dość obfite, chorzy wyrzucają krew jednocześnie nosem, a nawet ją połykają. Przestkach wywołuje u chorych przyspieszenie tętna, bladeść twarzy, poty, a nieraz nawet znaczne osłabienie, chorzy na wpeł omdleni drżą i trzęsą się jak w febrze. Naturalnie przestkach otoczenia potęguje jeszcze przerażenie chorego. Krwioplucie, występujące w następstwie mocnego kaszlu nie wywołuje zwykle tych objawów, chyba u bardzo nerwowych chorych. Sam fakt, że krwioplucie poprzedził mocny

atak kaszlu, stanowi dla nich, jako też i dla otoczenia, moment łagodzący i nie srowadza ogólnej paniki. Krwiopłucia pierwotne najczęściej przebiegają łagodnie, nie towarzyszy im gorączka wyraźniejsza z wyjątkiem wyżej opisanych wahań ciepłoty. Jedynie w przypadkach, w których rozwija się ostrawa postać gruźlicy, zjawia się już w dni kilka mocna i stała gorączka, a objawy w płucach ujawniają się coraz widoczniej, w gruźlicy zaś przewlekłej objawy fizykalne z początku bardzo niewyraźne, stają się wyraźniejszymi dopiero po pewnym przeciągu czasu po kilkakrotnem krwiopłuciu. W ogromnej większości przypadków powtarza się ono i poprzedza rozwój innych objawów już wyraźnie rozwiniętej choroby. Krwiopłucie wskutek tego stanowi zawsze jeden z najwcześniejszych i najważniejszych objawów rozpoznawczych poczynającej się gruźlicy; a znaczenie jego rozpoznawcze jest o tyle pewniejsze, o ile uwzględnione zostaną jednocześnie inne, wyżej wzmiankowane objawy ze strony stanu ogólnego chorych. Znaczenie jego ma szczególniejszą doniosłość u osobników wątłych, a bardziej jeszcze dziecinnie obciążonych nawet uprzednio zupełnie zdrowych. Obfite krwawienie zawsze należy uważać za objaw bardzo poważny, pamiętając, że nawet dawniej opisywane postaci „*phthisis ab haemoptoe*” oraz krwotoki pochodzenia urazowego, wlokące za sobą w następstwie suchoty, najczęściej powstają u osobników, u których w szczycie płucnym istniały skrycie przebiegające zmiany gruźlicze. Po ustąpieniu krwiopłucia chorzy zwykle kaszlą więcej niż przedtem i nieco odpluwają, a w skąpej płwocinie niekiedy odrazu można wykryć laseczniki gruźlicze. Stąd też należy przyjąć za prawidło konieczność mikroskopowego badania płwociny w kilka dni po krwiopłuciu, chociażby nawet uprzednie badania dały wynik ujemny co do obecności laseczników gruźliczych.

---

## WYKŁAD VII.

**Okres poczynających się suchot płucnych, przebiegający wśród objawów skrytych: rzekoma blednica; postać rzekomo sercowa; postać rzekomo zimnicza; postać rzekomo żołądkowokiszkowa; postać rzekomo opłucnowa; postać rzekomo oskrzelowa; postać rzekomo krtaniowa i postać rzekomo rozedmowa. Postać rzekomo Basedowowa.**

b. Skryte postaci suchot płucnych. Pod tą nazwą rozumiemy tę kategorię przypadków poczynających się suchot, w których występują na plan pierwszy nie objawy ze strony dróg oddechowych lub stanu ogólnego, lecz objawy ze strony innych narządów, w wysokim stopniu maskujące rozwój gruźlicy. Ta kategoria przypadków znana była i wspominana przez różnych autorów. Ja starałem się w r. 1890 postaci te bliżej określić i ująć w syndrom kliniczny, nazwany przezemnie „Skrytymi postaciami suchot płucnych“ (*Phthisis larvata*). W pracy <sup>1)</sup>, która zyskała prawo obywatelstwa w nauce, rozróżniłem dziewięć różnorodnych postaci, opisując je szczegółowo z punktu widzenia klinicznego. Są to: 1) rzekoma blednica, 2) postać rzekomo sercowa, 3) rzekome żoły, 4) rzekoma zimnica, 5) postać rzekomo żołądkowokiszkowa, 6) postać rzekomo krtaniowa, 7) rzekoma rozedma płuc, 8) postać rzekomo opłucnowa, 9) postać rzekomo grypowa. Nie będę tu opisywał szczegółowo tych postaci, zwrócę jedynie uwagę na najważniejsze z punktu widzenia praktycznego. I tak: 1) rzekoma blednica (*Pseudochlorosis*) u młodych dziewczyn może w wysokim stopniu i nieraz bardzo długo maskować podstawowe cierpienie t. j. gruźlicę. Ta rzekoma blednica charakteryzuje się następującymi cechami: a) chore na pierwszy rzut oka przedstawiają wybitną bladość, przypominającą w wysokim stopniu blednicę; różni się

<sup>1)</sup> O skrytych postaciach suchot płucnych, studjum kliniczne. Warszawa 1890. To samo po niemiecku „Ueber die larvierten Formen der Lungentuberkulose“. Wien 1891.



ona jednakże tem, że bledność w istotnej daleko posuniętej blednicy przybiera barwę woskową z odcieniem nieraz zielonawym, w blednicy rzekomej przeciwnie skóra bywa blado-szarawa z ziemistym nieraz odcieniem. To samo da się powiedzieć i o błonach śluzowych; nigdy w pseudochlorozie nie widzimy tego stopnia bledności dziąseł i warg, jaki jest niemal typowy dla blednicy zwykłej; b) chudnienie stopniowe jest najstalszym objawem, towarzyszącym blednicy rzekomej w przeciwstawieniu do blednicy zwykłej, w której w większości przypadków chore nie chudną wcale lub chudną w nieznacznym stopniu; c) uczucie zmęczenia, duszność i częste bicie serca są objawami, stale towarzyszącymi zwykłej blednicy. W blednicy rzekomej objawy te występują nie od początku, lecz z rozwojem choroby, a duszność występuje nie tylko podczas forsownego ruchu, lecz nieraz i w czasie zupełnego spokoju; d) zaburzenia w trawieniu stale towarzyszą blednicy rzekomej; najstalszym objawem jest zupełny brak apetytu; natomiast w blednicy zwykłej łaknienie bywa zmienne; brak łaknienia przechodzi naprzemian w uczucie niemal żarłoczności; istnieje przytem pociąg do różnych dziwacznych potraw, czego nie spostrzegamy w blednicy rzekomej; e) zaburzenia w miesiączkowaniu zdarzają się często, perjody są skąpe i blade, nieraz jednakże bywają obfite. W zwykłej blednicy perjody występują rzadko, a nieraz nawet na dłuższy przeciąg czasu zupełnie ustają; f) w blednicy zwykłej występują w sercu wyraźne szmery anemiczne, natomiast w rzekomej blednicy szmery są niewyraźne; na pierwszy zaś plan występuje w rzekomej blednicy stale przyspieszenie tętna, z czym w parze idą już w bardzo wczesnym okresie choroby nieznaczne nasilenia gorączkowe, nietypowe, których nigdy nie spostrzegamy w zwykłej blednicy. Krew wyjątkowo tylko przedstawia w rzekomej blednicy te zmiany, które zaznaczyliśmy już wyżej; g) kaszel krótki, suchy, rodzaj pokastywania, występujący wieczorami, stale towarzyszy rzekomej blednicy, czego nie widzimy w zwykłej chlorobie. Kaszel ten po kilku tygodniach, a czasem miesiącach wzmagają się, staje się bardziej upartym, dołącza się do niego płwocina, dalej krwioplucie, które przy innych stopniowo rozwijających się objawach (chudnienie, gorączka) ujawnia ostatecznie nieraz po wielu miesiącach istotną przyczynę choroby, t. j. gruźlicę. W tej to postaci dość częściej u młodych dziewczyn ocena krytyczna wszystkich wyżej opisanych objawów pozwoli lekarzowi rozpoznać poczynającą się gruźlicę, zanim wystąpią wyraźne objawy fizyczne ze strony szczytów płucnych.

2) Postać rzekomo sercowa. Drugą postacią, pod którą dość często poczynają się skrycie suchoty płucne, jest forma z przeważającymi objawami ze strony układu krwionośnego i naczynioruchowego. Występuje ona przeważnie u młodych chłopców, w latach od 16 do 20, najczęściej dziedzicznie do gruźlicy usposobionych, źle odżywianych i wątłych, często wyniszczonych masturbacją lub zbyt wczesnymi nadużyciami płciowymi. Chłopcy ci zaczynają doświadczać bicia serca przy znacznie większym wysiłku fizycznym, a nawet i bez tego. Męczą się łatwo, słabną i chudną. Z czasem, nieraz dopiero po wielu miesiącach, do-

łącza się suchy krótki kaszel, a później jeszcze i lekkie krwioplucie. Badanie w tych razach nie wykrywa w szczytach płucnych jakichkolwiek zmian wyraźnych; badanie zaś serca oprócz przyśpieszonej jego czynności nic nieprawidłowego również nie wykazuje. W niektórych przypadkach wykrywa się lekki szmer podmuchowy skurczowy u wierzchołka. W tych właśnie przypadkach lekarze niekiedy błędnie rozpoznają wadę sercową. W okresie tym, trwającym nieraz kilka miesięcy, badanie ścisłe termometryczne, kilka razy dziennie dokonywane, wykaże często wahania nieznaczne, nietypowe gorączkowe, co w wysokim stopniu przyczynić się może do rozpoznania poczynającej się skrytej gruźlicy u osobników, prawdopodobnie posiadających wrodzone małe serce i wąskie naczynia, o czym wspomniałem w rozdziale, dotyczącym etiologii suchot.

3) Postać rzekomo zimnicza (*pseudomalaria*). Zdarzają się przypadki stosunkowo rzadkie, w których gruźlica u pozornie poprzednio zdrowych osobników rozpoczyna się od pewnej typowej gorączki, występującej na plan pierwszy, i przebiegiem swym przypominającej napady zimnicy (malarja). Gorączkę tę poprzedzają mocne, nieraz wstrząsające dreszcze z następczemi mocnymi potami; występuje ona codziennie regularnie, lub nawet co drugi lub co trzeci dzień, nabiera wyraźnego typu gorączki przepuszczającej (*febris intermittens*). Jeśli ten typ gorączki występuje bez kaszlu szczególnie u osobników, którzy kiedyś przebywali zimnicę, lub przemieszkowali w krajach, w których stale panuje ta choroba (Pińszczyzna, Kaukaz, Turkiestan i t. p.), to łatwo może nastąpić błędne rozpoznanie i przeoczenie podstawowej choroby t. j. gruźlicy. Od błędu rozpoznawczego uchronią nas następujące cechy: w zimnicy istotnej w okresach bezgorączkowych chorzy czują się zupełnie dobrze i absolutnie nie gorączkują. W postaci pseudozimniczej w okresach swobodnych od dreszczy i mocnej gorączki chorzy gorączkują zazwyczaj nieznacznie, czują przytem stałe osłabienie i kaszlą potrochu, a czasem nawet wyrzucają plwocinę. Obok tego skarżą się na duszność i męczą się łatwo przy najmniejszym wysiłku fizycznym. Zazwyczaj po kilku tygodniach występują znamienne objawy istotnego cierpienia, krwioplucie, zmiany szczytowe, przyczem i same napady dreszczów łagodnieją, lub zmieniają swój typ (najczęściej na codzienny) co, razem wzięwszy, ułatwia rozpoznanie poczynającej się gruźlicy. Naturalnie już w samych początkach ujemny wysiłek badania krwi na pasorzyta zimniczego winien zwrócić baczną uwagę lekarza, że mamy do czynienia z innym poważnym cierpieniem, a nie z zimnicą.

4) Postać rzekomo żołądkowokiszkowa. Wyżej było zaznaczone, że w przebiegu poczynających się suchot płucnych występują różnorodne zaburzenia żołądkowe, a przede wszystkim brak apetytu, z gorączką i ogólnym upadkiem odżywiania. Są jednakże przypadki, w których zaburzenia w kanale pokarmowym występują na pewien mniej lub bardziej długi przeciąg czasu przed rozwojem wyraźniejszych objawów gruźlicy płucnej; w zupełnym braku gorączki maskują one istotną przyczynę cierpienia i tak nieraz wybitnie występują na plan pierwszy, że pozwalają przeoczyć cierpienie płucne; jedyną i stałą niemal

skargą chorego są zaburzenia żołądkowe, do których przede wszystkim zaliczyć należy uparty brak łaknienia; chorzy czują się przytem dobrze i zajmują się swemi zwykłemi zajęciami. Chemizm żołądka w tych razach najczęściej nie wykazuje żadnych zbroceń, a różnorodne środki lekarskie, w tym kierunku stosowane, nie podnoszą bynajmniej apetytu. Stan taki trwa nieraz całe miesiące, powoli jednakże zaczynają chorzy nieco kaszlać, przeważnie sucho, i chudnąć, oraz z lekka gorączkują; jeśli wówczas lekarz zwróci baczną uwagę na chorego, wykryje najczęściej ku swemu zdziwieniu mniej lub więcej wyraźne zajęcie szczytu płucnego i, rzecz szczególniejsza, z chwilą rozwoju wyraźniejszej sprawy i zwrócenia w tym kierunku terapii (klimatyczno-dietycznej) łaknienie powraca w miarę poprawy stanu ogólnego i przycichania objawów szczytowych. Nie ulega najmniejszej kwestji, że w tej kategorii przypadków brak łaknienia zależy jest od szkodliwego wpływu toksyn gruźliczych na ustrój chorego. W innej kategorii przypadków na plan pierwszy występuje obok braku łaknienia szereg innych objawów ze strony żołądka, jako to: odbijanie, gnieceń, wzdęcie po jedzeniu, a często i wymioty, nieraz nawet występują nerwobóle z charakterem wyraźnego nerwobólu żołądkowego; najczęściej jednakże towarzyszą objawom gastrycznym wymioty, poprzedzone krótkim męczącym kaszlem, który poczytywany bywa za kaszel pochodzenia żołądkowego. Objawy powyższe trwają nieraz całe miesiące, doprowadzając chorego do stopniowego wychudnienia i osłabienia co wszystko kładzione bywa na karb upartej sprawy żołądkowej. Jednakże to wycieńczenie ogólne u osobników uprzednio zupełnie zdrowych, młodych, winno być wielce doniosłą wskazówką dla lekarza, pobudzić go do szczegółowego zbadania chorego, a podówczas najczęściej ujawni się i stan gorączkowy i mniej lub więcej wyraźne objawy szczytowe. W dalszym przebiegu sprawy w przypadkach niepomysłnych obok objawów płucnych powyższe zaburzenia gastryczne trwają bez przerwy; w przypadkach zaś o pomysłnem zejściu w miarę poprawy stanu ogólnego i owe objawy żołądkowe stopniowo przycichają.

U innej kategorii pacjentów, szczególnie u dzieci, jako z pierwotnym objawem choroby, maskującym skrycie przebiegającą gruźlicę, mamy do czynienia z rozwolnieniem. U dzieci kilku- nieraz kilkonastoletnich uprzednio pozornie zdrowych zjawia się uparte rozwolnienie bez bólów, kilka razy na dzień powtarzające się, trwające tygodnie, a nieraz miesiące całe uparcie, pomimo stosowania najróżnorodniejszej terapii. Gorączki zazwyczaj nie bywa u tej kategorii pacjentów wcale, występuje ona dopiero najczęściej jako wieczorne nasilenia po kilku tygodniach lub miesiącach, a wówczas badanie dokładne klatki piersiowej wykaże u dzieci powiększone gruczoły śródpiersia (Roentgen) i ogniska, najczęściej usadowione w okolicy wnęki płucnej, co wszystko razem nie pozwoli wątpić o naturze gruźliczej sprawy. Wyjątkowo tylko w tym okresie choroby badanie kału ujawnia laseczniki gruźlicze, co doraźnie decyduje o rozpoznaniu. Rozwolnienia, maskujące rozwój gruźlicy, występują również lecz rzadziej u dorosłych, szczególnie u ludzi starszych, u których istniały od lat

wielu pewne zmiany włókniste szczytowe po przebytej szczęśliwie przed wielu nieraz bardzo laty sprawie gruźliczej. Ludzie ci uważają się za zupełnie zdrowych, nie kaszlą, nie plują nawet wcale, a jedyny przedmiot ich skargi stanowi uparte rozwolnienie od kilku tygodni, nieraz i miesięcy trwające, bez bólu, powtarzające się kilkakrotnie. Chudną oni powoli, marnieją i dopiero po dłuższym przeciągu czasu, lecz i to nie zawsze, występuje nieznaczna gorączka i bardziej wyraźne objawy w jednym ze szczytów płucnych, w którym zmiany induracyjne były uprzednio mało wyraźne, z powodu wtórnej rozedmy. Rozpoznanie tych postaci często jest trudne, ułatwić je powinien, a) szczegółowy rozbiór wywiadów, który wykaże przebytą niegdyś ciężką chorobę płucną z pozostałymi wyraźnymi objawami induracyjnymi w jednym ze szczytów, b) charakter wyżej opisanego rozwolnienia, przy zachowanym łaknieniu, nie ustępującego po najracjonalniejszym leczeniu djetetycznym, c) badanie mikroskopowe kału, w którym można czasem wykryć laseczniki gruźlicze, d) wreszcie stopniowy upadek stanu ogólnego, nie dający się objaśnić jakimikolwiek innymi zaburzeniami w organizmie.

5) Rzekome z ołzy (*pseudoscrofulosis*). O postaci tej wspomnę tylko pokrótce. U dzieci bowiem najczęściej do lat 10-ciu pierwotna sprawa gruźlicza, co omawialiśmy bliżej w rozdziale o etiologii, występuje pod postacią gruczolową, t. j. charakteryzuje się powiększeniem całego systemu gruczołów chłonnych; ujawnia się to nazewnątrż przez mniej lub więcej wybitne powiększenie gruczołów szyjnych, i z nimi ściśle związanych gruczołów śródpiersia (badanie za pomocą promieni Roentgena) rzadziej gruczołów pachwinowych lub pachowych. Jedne dzieci przytem mają wygląd nalany, jakby były otyłe i obrzęknięte, inne przeciwnie mimo obecności gruczołów są chude i blade. Pomimo to jednakże w większości przypadków dzieci czują się dobrze, nie kaszlą, mają apetyt, i sprawa nie budzi u rodziców zwykle niepokoju, a poczytywana bywa za zwykłe skrofuły, z których dzieci z wiekiem wyrosną; nie uważają przytem za potrzebne aby poddawać dzieci jakimukolwiek leczeniu, co najwyżej jest mowa o jakiejś letniej kuracji solankowej. Niestety jednakże jest to tylko początek sprawy gruźliczej, która istotnie wybucha najczęściej dopiero w latach młodzieńczych, często jednak w tych przypadkach ujawnia się gruźlica i w latach wczesnych. Dzieci zaczynają chudnąć, marnieć, tracić apetyt, a zalecone mierzenie ciepłoty wykazuje najczęściej wahanie, aczkolwiek nieznaczne, gorączki (często niewiele wyżej nad 37° i to okresowo jedynie w pewnych porach dnia) która trwa uparcie w ciągu całych miesięcy, a nawet lat, ustępując lub zwalniając nieraz na tygodnie lub miesiące całe. Gorączka ta ma typ gorączki toksycznej, hamowanej w większym rozwoju przez wytwarzające się stale lub czasowo w większej lub mniejszej ilości antytoksyny gruźlicze, które mogą i po dłuższym przeciągu czasu doprowadzić sprawę do zupełnego spokoju, co rzeczywiście ma miejsce w większości przypadków; dzieci powoli się poprawiają, tracą stopniowo gorączkę, rozwijają się, stopniowo zyskując normalny wygląd, gruczoły stopniowo zmniejszają się, po-

wraca sprawność organizmu. W pewnej jednakże kategorii, i to nie rzadkiej, szczególnie w klasie mało zamożnej lub biednej, gdzie dzieci są zaniedbane, źle żywione, gorączka nie ustępuje, dzieci zaczynają kaszlać z początku sucho, potem coraz mocniej i uparciej, występuje duszność przy każdym wysiłku fizycznym, dzieci marnieją stopniowo, tracą apetyt, badanie fizykalne, a bardziej jeszcze metoda Roentgena, ujawnia obok powiększonych gruczołów śródpiersia najczęściej jeszcze i ognisko w płucach, nie pozwalające wówczas wątpić o istocie stopniowo rozwijającej się gruźlicy płucnej; z czasem dołącza się powoli i zajęcie gruźlicze innych organów, (kiszek, otrzewnej, stawów i t. p.) doprowadzające dziecko nieraz po wielu latach do zejścia fatalnego. Stąd też pamiętając o tem, cośmy powyżej mówili, lekarz winien zwracać niezwykłą uwagę na tą kategorię małych pacjentów i badać dokładnie każde dziecko z powiększonymi gruczołami; szczególnie należy je poddać przez dłuższy przeciąg czasu badaniu termometrycznemu, wykonywanemu kilka razy dziennie, co, obok zastosowania reakcji Pirqueta, i badania promieniami Roentgena, pozwoli rozpoznać wczesnie tę postać skrycie przebiegającej gruźlicy. Z punktu widzenia praktycznego posiada to niezwykłą doniosłość, gdyż wczesne rozpoznanie, a z niem w parze idące racjonalne leczenie (klimatyczne, sanatoryjne i t. p.) jest w stanie w wielu razach przywrócić zupełne zdrowie lub też zatrzymać rozwój groźnej choroby nieraz na długie czasy.

6) Postać rzekomo opłucnowa (*pseudopleurítica*) spotyka się w klinice stosunkowo często. Nieraz u osobników uprzednio zupełnie zdrowych rozwija się wysiękowe zapalenie opłucnej, które, robiąc pozornie wrażenie zwykłego t. zw. reumatycznego zapalenia opłucnej, jest tylko przejawem wczesnym gruźlicy; objawy bowiem płucne, istniejące uprzednio, przebiegały skrycie, a dołączający się wysięk ukrywał je jeszcze bardziej. Sprawy tej kategorii, z powodu ich ważności, opiszę jeszcze szczegółowo w rozdziale o powikłaniach suchot, tutaj tylko nadmienię, że w niektórych przypadkach zapalenie opłucnej jest wstępem do podestrawo w dalszym ciągu przebiegającej gruźlicy (*phthisis florida*) której objawy stopniowo się ujawniają nietylko po stronie, w której występuje wysięk, lecz i w płucu uprzednio zdrowym. Stąd i rozpoznanie sprawy gruźlicy podestrawej będzie łatwe i szybkie. W większości przypadków sprawa wysiękowa po kilku tygodniach ustępuje i chorzy wracają do pozornego zdrowia, najczęściej jednakże gorączka nie ustępuje w zupełności; występują nieznaczne wahania wieczorne, a badanie fizykalne wykazuje zajęcie jednego ze szczytów najczęściej po tej stronie, po której był wysięk. Chorzy zaczynają kaszlać i odpluwać plwocinę, w której często odrazu wykrywa się laseczniki, a całokształt sprawy nawet i bez nich pozwala z łatwością rozpoznać gruźlicę płucną. Stąd też lekarz winien w każdym wypadku zapalenia opłucnej, trwającego dłużej niż 2 tygodnie, zwracać baczną uwagę na całokształt cierpienia (badanie mikroskopowe wysięku, ściśle mierzenie ciepłoty, badanie plwociny i t. p.) aby zawczasu rozpoznać istotną naturę zwykłego na pozór zapalenia opłucnej.

7) Postać pseudolobarna charakteryzująca się tem, że sprawa gruźlicza o przebiegu ostrym lub podostrawym przedstawia się pod postacią ostrego płatowego zapalenia płuc (*pneumonia fibrinosa*); będzie ona opisana szczegółowo w dziale, traktującym o ostrej gruźlicy płuc.

8) Postać t. zw. rzekomo krtaniowa, charakteryzująca się rozwojem sprawy gruźliczej w krtani bez wyraźnych objawów ze strony płuc; opiszemy ją w rozdziale o powikłaniach suchot. Postać zaś 9) rzekomo rozedmową, stanowiącą od początku do końca w swoim przebiegu pewną odrębność, przedstawimy bliżej w rozdziale o suchotach płuc włóknistych.

W ciągu ostatniego dziesiątka lat niektórzy autorowie opisywali jeszcze inne postacie skrytej gruźlicy płuc. Z tych zasługuje na bliższą uwagę opisana przez Białokura z Jałty w r. 1910 (*Gazeta lekarska*) postać, przebiegająca przy objawach przypominających nietypowe przypadki syndromu choroby Basedowa. A więc występuje u chorych, szczególnie u młodych dziewczyn na plan pierwszy bicie serca, zdenerwowanie, drzenie, biegunka, lekki wytrzeszcz (*exophthalmus*), powiększenie gruczołu tarczowego i t. p. Przy badaniu jednakże bliższem chorych okaże się, że najczęściej gorączkują oni nietypowo, kaszlą sucho od dłuższego czasu, a badanie klatki piersiowej wykrywa u nich mniej lub więcej wyraźne objawy zajęcia szczytu płucnego. A w dalszym przebiegu choroby najczęściej objawy pseudo-tarczycowe zostają bez zmiany, lub nawet zmniejszają się natomiast objawy płucne stają się bardziej wyraźnymi, a gruźlicza natura sprawy staje się wyraźną. Spostrzeżenia Białokura potwierdzili inni autorowie zagraniczni, a u nas Janowski. Sprawa ma występować podług Białokura w Jałcie dosyć często, u 10% wszystkich chorych, dotkniętych gruźlicą płucną. Podług moich spostrzeżeń u nas występuje ta sprawa stosunkowo rzadko, widywałem ją przeważnie u młodych dziewczyn, uskarżających się na bicie serca, kaszel suchy i osłabienie, zwykle znajdowałem obok nieznacznego wola stan gorączkowy lub podgorączkowy i wyraźne zajęcie szczytu płucnego. Postać ta jest ważna pod tym względem, że dokładne zbadanie chorego z objawami pseudo-Basedowa, mogą wcześniej ułatwić rozpoznanie gruźlicy płucnej i skierować terapię na właściwą drogę, często w tych wczesnych okresach, kończąca się pomyślnie. W każdym razie postać ta jest pod tym względem ciekawą, że daje pewne odrębne piętno wielce różne od powyżej opisanych skrytych postaci.

## WYKŁAD VIII.

**Objawy fizykalne poczynających się suchot płucnych. Oglądanie klatki piersiowej. Opukiwanie i wysłuchiwanie. Plwocina. Badanie za pomocą spirometru. Ważenie chorych. Stosowanie tuberkuliny. Metoda aglutynacji. Diazoreakcja. Prześwietlanie klatki piersiowej promieniami Roentgena. Okres trwania poczynającej się gruźlicy. Rokowanie.**

---

Objawy fizykalne poczynających się suchot płucnych są zazwyczaj mało wyraźne, tem niemniej w większości przypadków jesteśmy w stanie drogą badania fizykalnego wykryć pewne charakterystyczne cechy, które w połączeniu z objawami ze strony stanu ogólnego ułatwią rozpoznanie sprawy. Stąd też, w każdym przypadku, w którym podejrzewamy poczynającą się gruźlicę płucną, winien lekarz dokładnie zbadać nawet kilkakrotnie organa klatki piersiowej; doświadczenie bowiem poucza, że badanie fizykalne w tym okresie choroby może dawać jednego dnia wynik ujemny, a nieraz w dni kilka ujawnić wyraźny objaw fizykalny patologiczny. Badanie fizykalne klatki, zapoczątkowane przez prace podstawowe Laënnec'a, zostało w ciągu ubiegłego stulecia doprowadzone przez licznych autorów do niezwyklej doskonałości; opisywane ono bywa szczegółowo w podręcznikach, poświęconych djaagnostyce fizykalnej, my więc na tem miejscu zwrócimy tylko uwagę na najważniejsze zmiany, zachodzące w tym okresie choroby. A więc:

a) Oglądanie klatki piersiowej wykazuje często zmiany charakterystyczne, wyżej już opisane, t. j. tak zwaną klatkę paralityczną, długą a wąską, z szerokimi międzyżebzami i odstającymi łopatkami i obojczykami. Podczas oddechu daje się zauważyć czasem ograniczoną ruchomość jednej strony klatki, bardziej wyraźną w górnym odcinku, nieraz daje się wyraźnie zauważyć nawet zmniejszoną o kilka centymetrów objętość jednej strony klatki (za pomocą zwykłej miarki centymetrowej). Przy oglądaniu można czasem zauwa-

żyć rodzaj zapadnięcia jednej z okolic nadobojczykowych, w innych przypadkach znowu widzimy pozorne wypuklenie tejże okolicy nadobojczykowej, co zależy od powiększonych gruczołów, o czym dopiero przekonać się można za pomocą obmacywania palcem. W okolicach nadgrzebieniowych znowu daje się zauważyć w tym okresie choroby zwiększone nieco drżenie i ograniczone ruchy klatki piersiowej, wywołane z jednej strony poczynającym się naciekiem gruźliczym w pęcherzykach płucnych, z drugiej zaś strony nieraz już od początku wytwarzają się zrosty opłucnej, upośledzające ruchy klatki piersiowej, przede wszystkim w górnym jej odcinku.

b) Opukiwanie daje nam nieraz już w początkowych okresach charakterystyczne objawy, t. j. zmiany normalnego odłosu płucnego na bardziej krótki, wyższy ton, zwany pospolicie stłumieniem. Zjawisko to daje się zauważyć przede wszystkim w tych okolicach, w których, jak patologia wykazuje, zwykle najpierw umiejscawia się gruźlica, a zatem w szczytach płucnych. Wytwarzające się w nich złogi gruźlicze z następczemi zmianami, powodującemi zatkanie małych oskrzelików i pęcherzyków, modyfikują głos opukowy, nadając mu wzmiankowany charakter. Ta zmiana opukowa daje się najwyraźniej zauważyć w okolicy, odpowiadającej szczytowi płucnemu, którego granica sięga z przodu od 3—5 centymetrów ponad obojczyk, z tyłu zaś dochodzi do drugiego kręgu szyjnego; ważne więc będzie zawsze określenie wysokości położenia szczytu płucnego i określenie jego w porównaniu ze szczytem drugim, co osiągamy za pomocą delikatnej perkusji okolic nadobojczykowych; w poczynającej się gruźlicy wykaże ona obniżenie szczytu płucnego, wskutek zmniejszonego dopływu powietrza, lub nawet wykaże stłumienie w porównaniu z wynikiem opukiwania drugiego szczytu.

Opukiwać należy delikatnie, najlepiej palcem, pamiętając, że w okolicy nadobojczykowej jedynie w środkowej części ton opukowy płucny jest normalny, w części zewnętrznej ze względu na sąsiedztwo warstwy mięśniowej ton opukowy normalnie ma nieco wyższy dźwięk, w okolicy zaś położonej bardziej na wewnątrz, z powodu sąsiedztwa tchawicy występuje ton opukowy z charakterem nieco bębnowym. W poczynającej się gruźlicy zmiany opukowe w okolicy nadobojczykowej i nadgrzebieniowej występują stosunkowo rzadko, natomiast w tych okolicach występuje częściej inny rodzaj zmiany tonu opukowego, t. j. normalny głos płucny przybiera przy opukiwaniu odcień nieco bębniasty, zależny od zmian w sprężystości tkanki płucnej wskutek nacieczenia głębokich części szczytu płucnego, i od rozedmy, jaka występuje w okolicy sąsiedniej. W tych razach odgłos opukowy w szczycie zdrowym wyda nam się stłumionym i możemy wziąć łatwo ten szczyt zdrowy za patologicznie zmieniony; ale od błędu uchroni nas ta okoliczność, że obok tonu bębnowego pod obojczykiem znajdziemy na obojczyku ton krótszy i wyraźne skurczenie się szczytu; przeciwnie z drugiej strony klatki, pomimo pozornego stłumienia w okolicy podobojczykowej, nad obojczykiem stosunki opukowe okażą się zupełnie normalne.



c) **Wysłuchiwanie.** Za pomocą tej metody wykrywamy, jak to już zwrócił na to uwagę Laennec, nieraz w poczynających się okresach choroby zmiany bardzo wyraźne, modyfikujące normalny oddech, przedewszystkiem w okolicy szczytów płucnych. Zmiany te określił doskonale Grancher, zaznaczając następujące zбочenia: 1) zmianę w charakterze wdechu, który, normalnie słaby i delikatny (miękki), staje się bardziej wyraźnym i zmienia się stopniowo na wdech szorstki; 2) drugą modyfikację momentu wdechowego stanowi wdech przerywany (*inspiration saccadée*), opisany po raz pierwszy przez Raciborskiego; polega on na tem, że moment wdechowy, a nawet i wydechowy odbywa się nie w jednym tempie, jak to bywa zwykle, lecz przeciwnie podczas aktu tego jest kilka wyraźnych przerw. Ten typ oddechu, uważany niegdyś za patognomiczny niemal dla poczynającej się gruźlicy szczytu, występuje stosunkowo rzadziej, a zależy on również jak i pierwsza zmiana od zwężenia oskrzelików, a być może i od zmian jednoczesnych w opłucnej, utrudniających normalny i równy akt oddychania. Aczkolwiek ten ostatni typ oddechu spostrzegano czasem i u niegruźliczych chorych, w każdym razie stanowić on będzie tam, gdzie go się wykryje, ważną cechę rozpoznawczą, dowodzącą zajęcia szczytu; 3) rodzaj zmienionego oddechu stanowi znacznie osłabiony oddech, wysłuchiwany w jednym szczycie w porównaniu z normalnym oddechem w drugim. Ten oddech słaby, uważany również przez niektórych autorów za patognomiczny, spotyka się i w innych cierpieniach, niezależnych od gruźlicy (np. zwężenie uciskowe oszrzelia i t. p.); często zaś nawet ów osłabiony wdech w szczycie bywa tylko pozorny i zależy jedynie od chwilowego zatkania oskrzelików śluzem; po mocnem odkaszlnięciu występuje oddech wyraźny. Zwykle obok tych zmian wdechu występuje u szczytu w momencie wydechowym zmieniony oddech, który w stanie normalnym jest prawie niesłyszalny. W poczynających się okresach choroby wydech staje się coraz wyraźniejszy i robi wrażenie mocno wydłużonego, lecz z początku jeszcze miękkiego wydechu. Powoli wydech wydłużony nabiera charakteru szorstkiego, tak że niekiedy podczas badania odrazu uderza nas ów wydech szorstki i mocno wydłużony. Przyczyna tego zjawiska polega na zwężeniu drobnego oskrzelika, warunkowanem obrzękiem i zatkaniem przez tworzące się złoży gruźlicze. Ten mocno wydłużony oddech spotykamy również i w innych cierpieniach płuc, w ostrych katarach, przekrwieniu płuc i t. p. Jednakże jedynie w gruźlicy spotykamy ten typ wydechu ściśle umiejscowiony w szczycie płucnym, szczególnie pod obojczykiem i w okolicy nadgrzebieniowej, podczas gdy w innych okolicach tegoż płuca, jako też w drugim szczycie płucnym, istnieje oddech normalny. Należy jednakże nie zapominać, że rozpoznawcze znaczenie posiada ten rodzaj oddechu jedynie wtedy, kiedy ściśle się ogranicza do szczytu i kiedy chory oddycha powoli i bez wysiłku. W okolicy bowiem międzyłopatkowej, zwłaszcza prawej, z powodu bliskości grubego oskrzela, stale słyszymy wydech mocno wydłużony. Ten sam charakter wydechu występuje w szczytach nawet i przy forsownem oddychaniu, szczególnie u osobników młodych, u dzieci, jakoteż u lu-

dzi mocno wychudzonych. Ze zmianą oddechu często jednocześnie występują u szczytu rżenia. Rżenia świszczące, przemawiające za nieżytem oskrzelików, zjawiają się najczęściej przejściowo i nie mają żadnego wybitniejszego znaczenia rozpoznawczego. Natomiast obecność krótkich i suchych rżeń z pewnym muzycznym charakterem, stale umiejscowionych w szczycie, nie ustępujących po kaszlnięciu, ani po głębokim wdechu, stanowi objaw dość charakterystyczny dla poczynającej się gruźlicy. Rżenia te, zwane przez francuzów *craquement*, występują głównie w momencie wdechowym. Objawowi temu jednakże nie można nadawać zbyt ważnej doniosłości rozpoznawczej, najczęściej bowiem spostrzegałem go wraz z innymi objawami, przemawiającymi za zajęciem szczytu. Rżenia te nieraz ujawniają się dopiero po mocnym zakaszlnięciu, należy więc zawsze podczas auskultacji szczytu kazać choremu zakasłać, a ujawnione wówczas takie rżenia obok wydłużonego oddechu, przemawiać będą z wielkim prawdopodobieństwem za zajęciem szczytu pochodzenia gruźliczego. Niekiedy w poczynających się okresach gruźlicy mamy do czynienia z powtarzającym się od czasu do czasu suchym zapaleniem opłucnej, które zwykle przebiega nawet bez wyraźniejszego kłócia, a rozpoznać się daje jedynie lekkim tarcie występującym w różnych okolicach klatki; często i w szczycie płucnym. Tarcie to ma zwykle charakter niezbyt szorstki i łatwo może być wzięte za suche rżenie. Nie występuje ono podczas kaszlu, po uciśnięciu zaś stetoskopem odpowiedniego miejsca wzmaga się wyraźnie. Po kilku dniach, najdalej po tygodniu, objaw ten zazwyczaj znika. Ten rodzaj suchego zapalenia opłucnej, zwłaszcza umiejscowiony u szczytu, występujący bez wyraźnego odczynu ze strony stanu ogólnego chorego, może stanowić nieraz ważną wskazówkę rozpoznawczą poczynającej się gruźlicy szczytu.

**Plwocina.** W ogromnej większości przypadków chorzy w poczynającym się okresie gruźlicy nic nie odpluwają, kaszlą przeważnie sucho, Plwocina skąpa śluzowa zjawia się najczęściej dopiero po kilku tygodniach, a nawet miesiącach od chwili rozwoju sprawy. Plwocinę tą należy zawsze poddać badaniu drobnowidzowemu, które wykrywa najczęściej elementy morfologiczne, przemawiające za obecnością nieżytu, nie zaś sprawy gruźliczej (ciałka śluzoworopne, złuszczone nabłonki pęcherzyków, kryształki Charcot-Leyden'a i t. p.). Czasem jednakże wykrywa się w plwocinie odrazu laseczniki gruźlicze, które naturalnie sprawę gruźlicy ostatecznie rozstrzygają.

Tak się przedstawiają najważniejsze objawy, spostrzegane w okresie poczynającej się gruźlicy. Jeśli będziemy krytycznie rozbierali poszczególnie każdy z tych objawów, to żaden z nich z wyjątkiem laseczników gruźliczych w plwocinie (i to jeśli nie zaszła omyłka przy badaniu np. nieczyste szkiełko, zamiana preparatu i t. p.) nie może stanowić sam przez się stanowczego momentu rozpoznawczego. Jedyne zaś szereg objawów, zestawionych razem, może dopiero przemawiać z pewną stanowczością za obecnością gruźlicy. Wogóle mówiąc, rozpoznanie tego okresu choroby jest trudne, błędy zaś rozpoznawcze czynią

lekarze w podwójnym kierunku. Przeceniają jeden tylko objaw np. mocny wydłużony oddech u szczytu, który może być zależny od sprawy dawno zakończonej, i na tej podstawie rozpoznają świeżą gruźlicę; objaw bardzo ważny rozpoczynającej się gruźlicy, t. j. krwioplucie może być zależne od skrycie przebiegającego zapalenia wsierdza; również gruźlicę nieraz rozpoznają na podstawie ogólnego wyniszczenia i kaszlu, co może zależeć od innej ogólnej przyczyny (ciężka neurastenja, połączona z suchym kaszlem, cukromocz i t. p.). Z drugiej strony na podstawie ujemnego wyniku badania na laseczniki gruźlicze lekarze odrzucają możliwość gruźlicy, podczas gdy stopniowe wychudnienie i poruszenia gorączkowe w wysokim stopniu przemawiają za jej rozwojem.

Pokrótko muszę jeszcze wspomnieć o jednym z objawów, któremu dawniej przypisywano ważne znaczenie rozpoznawcze dla suchot płucnych t. j. o zmniejszonej objętości powietrza w klatce piersiowej, którą określić można za pomocą spirometru, przyrządu, zaleconego w połowie zeszłego stulecia przez angielskiego lekarza Hutchinson'a. Otóż liczne badania wykazały, że ilość powietrza u osób dotkniętych gruźlicą, nawet poczynającą, jest o wiele mniejsza od normalnej ilości powietrza; stąd też ta prosta metoda określania ilości powietrza miała mieć doniosłe znaczenie nie tylko w kierunku rozpoznania ale i rokowania w suchotach płucnych. Liczne jednakże badania, między innymi i moje, doprowadziły do wniosku, że na zasadzie wyników badania spirometrem nie jesteśmy w stanie rozpoznać poczynającej się gruźlicy. Znaczne bowiem zmniejszenie się objętości powietrza, spotykane istotnie w przebiegu gruźlicy, występuje również u chorych dotkniętych zupełnie innymi sprawami (rozedma, zrosty po przebytem zapaleniu opłucnej i t. d.). Natomiast wykrywałem nieraz u osobników, dotkniętych nie ulegającą kwestji poczynającą się gruźlicą, ogromną pojemność płuc (5 do 6 tys. centym. sześciennych).

Ważenie chorych winno być zawsze stosowane w przypadkach, wzbudzających podejrzenie gruźlicy; określi ono bowiem ściśle stopień ogólnego wyniszczenia. Wahania wagi, od czasu do czasu notowane (od 2—4 tygodni), dają ważne wskazówki w sprawie dalszego rozwoju choroby lub też poprawy.

Z nowszych metod rozpoznawczych poczynającej się gruźlicy muszę bliżej nieco omówić rozpoznanie za pomocą tuberkuliny i jej preparatów. Podstawę tej metody stanowi fakt, opisany już przez Kocha, że roztwór tuberkuliny (0,1 miligram i wyżej), wstrzyknięty pod skórę osobnika nie gorączkującego, z gruźlicą, przebiegającą skrycie, wywołuje znaczne podniesienie ciepłoty na dobę i dłużej, a jednocześnie wywołuje i t. zw. odczyn miejscowy t. j. wykrywa ogniska gruźlicze skryte w płucach, (wystąpienie rzężeń na ograniczonej przestrzeni płuc, szorstkiego oddechu i t. p.). Fakty powyższe, sprawdzone w ciągu szeregu lat, wykazywały istotnie, że u większości chorych, dotkniętych skrycie przebiegającą gruźlicą, występowały wyżej wzmiankowane objawy; jednakże okazało się, że reakcja występuje nie u wszystkich, a z drugiej strony u osobników, uprzednio zupełnie dobrze się mających, wywołuje krócej lub

dłużej trwające ogniskowe zapalenie płuc zrazikowate. Dlatego też zaniechano powoli tej, skądinąd niepospolitej metody rozpoznawczej, a natomiast zaczęto w praktyce stosować metodę odczynu miejscowego sposobem Pirquet'a, Wolff-Eisnera i innych.

Najbardziej popularną z nich jest metoda Pirquet'a, polegająca na wcieraniu w skórę, pozbawioną naskórka (jak przy szczepieniu ospy), kilku kropli 25%-owego roztworu glicerynowego tuberkuliny Kocha. Zazwyczaj po upływie 1—2 doby występuje na skórze w miejscu szczepienia charakterystyczna wysypka, znikająca po upływie dni kilku; wysypka ta, podług Pirquet'a, stanowi swoisty odczyn, zależny od t. zw. allegrji, t. j. zmienionej reakcji organizmu na zarazek gruźliczy, który już uprzednio w organizmie wywarł swój wpływ swoisty i pozostaje w nim stale. Reakcja ta, szczególnie u dzieci, nie wywołuje żadnych szkodliwych następstw i w ogromnej większości przypadków stanowi wyborny odczynnik na obecność skrytej gruźlicy w organizmie. Jednakże zachodzą pewne wyjątki, i tak: 1) statystyka wykazała i stwierdzono to badaniem pośmiertnym, że w 86 przypadkach szczepień na 48 chorych gruźliczych, 96% reagowało dodatnio, na 38 zaś chorych, u których zmian gruźliczych po śmierci nie wykryto, ani w jednym przypadku nie wystąpił odczyn swoisty, 2) w pewnym odsetku przypadków, niemniej 10%, występował odczyn, szczególnie u dorosłych, nie dotkniętych gruźlicą, 3) dodatni odczyn ujawnia istniejące ognisko gruźlicze w organizmie, ale bynajmniej nie przemawia za stanem czynnym sprawy; wykazuje jedynie, że dany organizm w chwili obecnej lub kiedyś dawniej był dotknięty sprawą gruźliczą, 4) odczyn występuje czasem u gruźliczych z wyraźnymi, nieraz daleko posuniętymi zmianami w płucach, 5) odczyn dodatni nie może dawać najmniejszych wskazówek pod względem rokowania. Pewną modyfikację sposobu Pirquet'a stanowi metoda, zalecona przez Mantoux i Roux, polegająca na wstrzykiwaniu w powierzchowne warstwy skóry jednej kropli jednoprocetowego roztworu tuberkuliny, rozpuszczonej w 50 kroplach roztworu fizjologicznego soli; u osób, dotkniętych gruźlicą, występuje bardzo charakterystyczne nacieczenie w tej części skóry, w którą zrobione było zastrzyknięcie. Odczyn ten występuje w ciągu pierwszej doby i niknie w ciągu dwóch następnych; podobnie jak Pirquet'owski nie wywołuje żadnych szkodliwych skutków dla organizmu. W wątpliwych przypadkach, szczególnie u dorosłych, jak to wielokrotnie na swym oddziale przekonać się mogłem, może istotnie oddawać usługi. Lecz i ten odczyn niezawsze występuje dodatnio, nawet w przypadkach niewątpliwiej gruźlicy i podobnie jak Pirquet'owski, często nie przemawia za tem, czy sprawa gruźlicza jest w stanie czynnym, czy w stanie spokoju; jednym słowem powyższe reakcje mogą być czynnikiem bardzo poważnym pod względem rozpoznawczym w przypadkach skrytej gruźlicy, lecz jedynie przy uwzględnieniu jednoczesnym innych metod wyżej wskazanych.

Z innych reakcyj swoistych wspomnę tylko o bardzo efektywnej reakcji Calmette'a, polegającej na wstrzyknięciu kilku kropli 0,5%-owego roztworu tuber-

kuliny do worka łącznicowego, poczem w ciągu doby występuje u osób gruźliczych bardzo charakterystyczne zaczerwienienie łącznicy, przechodzące na twar-dówkę i znikające w ciągu dni kilku. Odczyn ten, aczkolwiek rzadko, wywołuje jednak czasem poważniejsze zaburzenia błon ocznych (nieraz ciężkie i długotrwałe zapalenie), stąd też z powyższych względów nie może być zalecany w praktyce. Innych metod laboratoryjnych (Wright'a t. j. metody obsoninowej, Bordet, Gagnou i t. p.), nie opisuję; wymagają one techniki laboratoryjnej, bardzo nieraz złożonej, stąd też małe mają zastosowanie w praktyce, tem bardziej że nie stoją bynajmniej wyżej od metod opisanych uprzednio. To samo da się powiedzieć i o metodzie aglutynacyjnej, podanej przez Arloinga i Courmonta, którzy twierdzili, że metoda ta jest najściślejsza do rozpoznania poczynającej się gruźlicy; tymczasem badania dalsze wykazały, że wartość jej jest bardzo wątpliwa, technika zaś dosyć trudna. Tak zwana diazzo-reakcja w urynie wyjątkowo tylko występuje w poczynających się okresach gruźlicy.

Badanie klatki piersiowej za pomocą promieni Roentgena stanowi niezwykle zdobycz djagnostyczną w różnorodnych cierpieniach wnętrza klatki piersiowej; winno być ono również zastosowane i tam, gdzie to jest możliwe w celu rozpoznawania rozpoczynającej się gruźlicy. Liczne prace w tym kierunku, i moje osobiste doświadczenie, wykazały, że drogą samej rentgenoskopji nie jesteśmy w stanie określić jakości ogniska, wykrytego w płucach za pomocą tych promieni. Ognisk drobnych, umieszczonych u szczytu, w poczynających się okresach choroby nie daje się często określić, gdyż ich wykryciu przeszkadza cień mięśni i kości tej małej przestrzeni, w której mieści się szczyt płuca. Na mocy mojego osobistego doświadczenia, zdobytego w naszej pracowni szpitalnej na znacznej liczbie chorych, doszedłem do wniosku, że wyraźne obrazy zaćmieni szczytu widuje się jedynie w tych przypadkach, w których istnieją również mniej lub więcej wyraźne zmiany fizykalne; widywałem nawet przypadki, w których, pomimo istniejącej niechybnie poczynającej się zmiany szczytowej, prześwietlenie nie dawało najmniejszego cienia. Zresztą obecność zaciemnienia nie określa jeszcze absolutnie jakości ogniska. Na podstawie więc dotychczasowego doświadczenia można powiedzieć, że metoda ta jest uzupełnieniem innych metod badania fizykalnego, sama zaś przez się nie stanowi kryterjum poczynającej się gruźlicy płucnej. W każdym razie metoda ta, jako środek rozpoznawczy poczynającej się gruźlicy, ma przed sobą wielką przyszłość, gdyż opiera się na ściśłych danych fizycznych.

Jak długo trwać może okres poczynającej się gruźlicy? Jest to kwestja, której się nie da ująć w pewne cyfry. Rzecz to niestety indywidualna. Często okres ten trwa zaledwie parę tygodni, poczem objawy w płucach i w stanie ogólnym nie pozostawiają żadnej wątpliwości co do istoty sprawy. Nieraz znowu w ciągu wielu miesięcy, a czasem i roku, jesteśmy niepewni, z jakim cierpieniem mamy do czynienia; zwykle jednak w owym długim przeciągu czasu występuje nagle epizod (krwotok, wysoka gorączka lub t. p.),

kióry potwierdza pierwotne przypuszczenie. Wogóle można powiedzieć, że w większości przypadków okres ten trwa od kilku miesięcy do pół roku. Bardzo często okres wstępny choroby po kilkomiesięcznym trwaniu przycicha w zupełności; podejrzane objawy miejscowe w płucach stają się mniej wyraźnymi, stan ogólny chorych poprawia się znacznie, chorzy czują się zupełnie dobrze. Naturalnie, równie często poprawa ta bywa tylko czasowa; po kilku miesiącach, czasem później, występuje nowy nawrót choroby, tym razem bardziej uparty, dający już wyraźne objawy sprawy gruźliczej tak miejscowe, jak i ogólne. Słuszne też i sam Laennec zaznaczył to, pisząc w swem wiekopomnym dziele: „wydaje mi się bardziej niż prawdopodobnem, że prawie żaden suchotnik nie ginie przy pierwszym ataku choroby gruźliczej, a zakończenie pomyślne jest mylnie rozpoznawane jako nieżyt i t. p., lekkie cierpienia, sprawa bowiem podstawowa t. j. gruźlica przebiega skrycie, nie daje żadnych, bardziej wyraźnych i cięższych objawów“. Przypuszczenie to Laennec'a potwierdziły w zupełności badania anatomopatologiczne ostatnich czasów (Naegeli i inni).

Powyższe dane pozwalają nam w dzisiejszych czasach zapatrywać się względnie optymistycznie na r o k o w a n i e w poczynających się okresach gruźlicy płucnej, nie ulega bowiem kwestji, że większość przypadków kończy się zupełnie pomyślnie, a sprawa pozostaje w płucach zabliznioną ostatecznie. Naturalnie w pewnym szeregu przypadków sprawa jedynie przycicha, aby po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu wybuchnąć na nowo. Wreszcie w pewnym procencie i to niezbyt małym przypadków poczynające się okresy są tylko wstępem do szybko rozwijającej się gruźlicy, skąd też i rokowanie nawet w pierwszych okresach należy stawiać z pewną rezerwą i dopiero po dłuższej obserwacji chorego można się wypowiadać z pewną stanowczością.

---

## WYKŁAD IX.

**Symptomatologia ogólna i szczegółowa wyraźnie rozwiniętych okresów suchot płucnych. Ogólny obraz kliniczny tego okresu. Objawy ze strony narządów oddechowych; wygląd klatki piersiowej; objawy przedmiotowe: duszność, kaszel, plwocina i jej własności; zakażenie mieszane; własności chemiczne plwociny; krwioplucie i krwotoki płucne; bóle w klatce piersiowej.**

---

II. Suchoty płucne, wyraźnie rozwinięte (okres rozmięczenia i rozpadu). W okresie wyraźnie ujawnionych nacieków gruźliczych w płucach objawy ze strony stanu ogólnego, wyraźnie zaakcentowane w okresie wstępnym (chudnienie, poruszenia gorączkowe), przycichają nieraz, a natomiast na pierwszy plan występuje kaszel z plwociną, stopniowo wzmagająca się duszność i od czasu do czasu zjawiające się krwioplucie. Podobnie jak w okresie poprzedzającym, objawy i przebieg wyraźnie rozwiniętych suchot płucnych bywają tak różnorodne, tak wysoce zależne od indywidualnych właściwości danego osobnika, jego warunków życiowych i otoczenia, że nie dadzą się stanowczo podciągnąć pod jakiegokolwiek typowe wzory; śmiało rzec można, że każdy przypadek ma swoją poniekąd odrębną charakterystykę. Na podstawie jednakże wielkiego szeregu i dłużej spostrzeganych przypadków mimowoli wytworzyły się w moim umyśle pewne, najczęściej spotykane typy. Najpospolitszy typ przewlekłej gruźlicy stanowią przypadki, w których zmiany gruźlicze bywają ściśle umiejscowione w ciągu dłuższego czasu w jednym ze szczytów płucnych; zmiany te wywołują tylko objawy miejscowe, nie wpływając bynajmniej przez dłuższy przeciąg czasu na stan ogólny chorych. Chorzy tej kategorii, po przebyciu wstępnego okresu, (krwotok, gorączka, upadek stanu ogólnego), zaczynają się poprawiać, gorączka niknie; pozostaje jedynie kaszel, dotkliwy z początku, z czasem coraz łagodniejszy; chorzy zaczynają odpluwać obfitą śluzoworopną plwociną, zawierającą zwykle mniejszą lub większą ilość laseczników. W płucach wykrywamy wyraźny

naciek szczytowy (oddech zaostrozony, rżenia drobnowilgotne). Chorzy czują się dobrze, większość z nich nawet nie zasięga porady lekarskiej, zajmując się zwykłą pracą zawodową. Ten jednakże pozornie zadawalający stan zdrowia przerywają od czasu do czasu pewne niepokojące objawy (dreszczyki, gorączka kilkodniowa, krwioplucie). Ale objawy te znów przycichają, i pod wpływem jakiejś kuracji klimatycznej lub też nawet bez niej, następują całe miesiące spokoju, nawet poprawy w stanie ogólnym, epoka łudzenia się, w której podejmowane są nowe projekty, zmiany warunków życiowych, nieraz nawet małżeństwo. Sprawa jednakże gruźlicza milczkiem postępuje naprzód; stępienie najczęściej nie rozszerza się, lecz staje się bardziej wyraźnym, rżenia są obfitsze, przybierają powoli charakter dźwięczny. W tej epoce, która zazwyczaj przypada mniej więcej po upływie roku, chorzy już sami zaznaczają, że plują coraz obficie, pobudzenia kaszlowe są mocniejsze; jednocześnie występuje łatwe męczenie się, brak tchu przy wysiłku, szczególnie przy wchodzeniu na schody i ogólne osłabienie; chorzy czują konieczną potrzebę wypoczynku, gdyż zwykła praca ich męczy. Nieraz po dłuższym spokoju lub po wyjeździe na powietrze występuje znowu czasowa poprawa, jednakże o wiele mniej wybitna, niż w pierwszym roku choroby; poprawa ta szybko przemija; po kilku tygodniach, jak to z rozpaczą chorzy zaznaczają, wszystko na nowo powraca, okazuje się, że wszelki wysiłek, a nawet wielka ofiara pieniężna na nic się nie przydały. Sprawa powoli posuwa się naprzód; charakterystyczne tutaj jest to, że już nietylko sprawa miejscowa w płucach czyni stopniowe postępy, dając wyraźne objawy zniszczeń tkanki, lecz rozwija się jednocześnie i w drugim, dotychczas wolnym szczycie, a jednocześnie stopniowo i stale podupada stan ogólny pacjentów: chudną oni i nikną wyraźnie. W tym bowiem okresie zjawia się gorączka, o typie coraz wybitniej hektycznym, wywołując obok stopniowego upadku sił jeszcze coraz bardziej akcentowaną utratę łąknienia. Jednocześnie i kaszel staje się bardziej upartym. Chorzy kaszłą i plują nietylko w dzień ale i w nocy, co pozbawia ich snu i przyczynia się również do zwiększającego się wyniszczenia.

I w tym nawet okresie występują chwilowe poprawy; gorączka zmniejsza się, nieraz niktne na kilka tygodni, łąknienie wzrasta, kaszel staje się mniej męczącym, chorzy czują się nieco zwawszymi; niektórzy nawet, szczególnie oddani pracy naukowej, są w stanie nieco pracować, żywiąc otuchę na przyszłość. Wkrótce jednakże następuje nowy etap gorączki, wzmożony zanik sił i nasilenie ciężkich objawów, tem dotkliwsze, że w okresie tym dołączają się i powikłania ze strony innych narządów, najczęściej krtani i kiszek. Powikłania, zwłaszcza ze strony kiszek (uparte rozwolnienie), wyczerpują szybko chorych, którzy giną zwykle w końcu drugiego roku choroby przy objawach ostatecznego wyniszczenia, lub też w następstwie krwotoku, odmy piersiowej, ostrej prosówki opon mózgowych i t. p.

Ten typ zaliczam do najpospolitszych; cechę jego stanowi nie ciągłość sprawy, lecz pewne etapy wyraźnej poprawy i pogorszeń, przemawiające za pewnem



wyczerpywaniem się siły toksycznej zarazka, czasową przewagą wytwarzającej się odporności organizmu, która jednakże w ogromnej większości przypadków tej kategorii jest tylko chwilowa i niewystarczająca; element bowiem toksyczny bierze ostatecznie przewagę.

Typ drugi stanowią przypadki, w których odporność organizmu jest większa, a sprawa wytwórcza łącznotkankowa idzie ręką w rękę ze sprawą gruźliczą niszczącą; nie dochodzi więc tutaj do zniszczeń większych i do szerokiego rozwoju sprawy, jak w typie pierwszym. Przeciwnie, sprawa przebiega długo, nieraz całe lata z wyraźnym charakterem sprawy czysto miejscowej, ograniczonej najczęściej do jednego płuca. Chorzy po przejściu okresu wstępnego choroby poprawiają się, wyglądają nieraz wybornie, pomimo że przed kilku miesiącami pluli krwią obficie, gorączkowali przez czas dłuższy i znacznie marnieli ogólnie. Badając ich, znajdujemy nieraz bardzo rozległe stłumienie u szczytu płucnego, oddech oskrzelowy, pokryty rżeniami nieraz o dźwięcznym charakterze. Chorzy kaszlą niewiele, utrzymują, że kaszlą jedynie rano, aby odrzucić plwocinę śluzowopną, najczęściej jednak zawierającą łaseczniki. Stan ten względnego zdrowia, pozwalający w zupełności na zajmowanie się pracą zawodową, trwa miesiące całe a nawet i lata; badanie fizykalne, od czasu do czasu powtarzane, wykazuje przycichanie powolne wybitnych objawów, t. j. ograniczenie stopienia, zmniejszanie się lub nawet znikanie rżeń, znikanie łaseczników w plwocinie, tak że w rezultacie pozostaje jedynie u szczytu wzmóżony głos i oddech. Są to szczęśliwe przypadki, stosunkowo jednakże rzadkie, które przechodzą powoli w zupełne zablźnienie, a tem samem i wyleczenie.

U większości jednakże chorych tego typu objawy miejscowe nie ustępują; przeciwnie, pomimo że stan ich ogólny jest stale dobry, całe miesiące a nieraz i lata pozostaje stłumienie u szczytu i rżenia, chorzy kaszlą i pluą obficie; z biegiem czasu objawy miejscowe stają się coraz wyraźniejsze, występują rżenia dźwięczne, nawet przelewanie, jednym słowem u względnie dobrze czującego się osobnika, nie gorączkującego stale, występują objawy powoli idącego zniszczenia tkanki płucnej. Plwocina staje się coraz bardziej obfitą, ropiastą, zawiera łaseczniki nieraz w bardzo nieznacznej ilości. Ten stan względnego zdrowia trwa długo; chorzy powoli jednakże zaczynają chudnąć i marnieć, a na pierwszy plan występuje stopniowo wzmagająca się duszność. Wreszcie zaczyna się zjawiać nietypowa gorączka, wytwarzają się świeże ogniska w dolnym odcinku chorego płuca a nawet i w drugim płucu, i chorzy giną wskutek szybko postępującej, niszczącej sprawy; w innych przypadkach zabija ich raptowny krwotok płucny z pękniętego naczynia starej kawerny; rzadziej rozwija się zgorzel jej ściany, lub też chorzy umierają wskutek dołączającego się, jak w pierwszym typie przypadków, powikłania: gruźlicy krtani, kiszek lub nawet nerek.

Odrębny typ stanowią przypadki, w których sprawa, przebiegając z początku z objawami rozległych zmian szczytowych, przycicha w ciągu pierwszego roku rozwoju. Chorzy poprawiają się w stanie ogólnym w zupełności, sprawa zaś

w płucach nie zabliznia się, lecz przyjmuje powoli charakter sprawy łącznotkankowej (*phthisis fibrosa*) o odrębnym przebiegu klinicznym wielce przewlekłym; postać tę szczegółowo omówimy jeszcze następnie.

W wyraźnie już rozwiniętych suchotach płucnych na pierwszy plan występują objawy ze strony narządów oddechowych, które pokrótce szczegółowo musimy rozpatrzyć, a więc, 1) klatka piersiowa powoli przybiera kształt charakterystyczny: występują zakłębnięcia w okolicach podobojczykowych i mniej widoczne w okolicy nadgrzebniowej, oraz coraz wyraźniejsze odstawanie łopatek. O ile okolice powyższe stopniowo zapadają i ograniczają się w swych ruchach, o tyle dolne odcinki klatki rozszerzają się wskutek następczej rozedmy; jednocześnie występuje stale przyśpieszona akcja oddechowa. Powoli występuje niezwykle charakterystyczny typ klatki: w górnej części jest ona zapadnięta, podczas gdy dolny odcinek jest rozszerzony; przypomina to klatkę piersiową beczkową, właściwą osobnikom, dotkniętym rozedmą. Jeśli zapadnięcie klatki ma miejsce z lewej strony, a przez to ściągnięte zostaje płuco, to serce odkryte bywa na znacznej przestrzeni, i to jest powodem, że ujawnia się wyraźne tętnienie serca, widoczne i wymacalne na znacznej przestrzeni. Wyjątkowo tylko występują duże nasięki z następczemi jamami w dolnych odcinkach płuca, które powodują ograniczenie ruchu, a nawet nieznaczne zakłębnięcie tych okolic, przypominające zapadnięcie klatki, spostrzegane w sprawach śródmiąższowych płuc (*cirrhosis*). 2) Ograniczenie ruchów klatki piersiowej wywołuje stopniowo wzmagającą się duszność, która z początku ma charakter wyrównawczy. To kompensacyjne przyśpieszenie oddechu wyrównywa nieraz na długo normalny proces utleniania do tego stopnia, że często mimo znacznych obustronnych zgęszczeń płucnych, na skórze kończyn chorego nie widzimy najmniejszych objawów niedostatecznego utleniania krwi (sinica i t. p.). Skóra na twarzy zazwyczaj bywa biała, dopiero u chorych w daleko posuniętych okresach choroby występuje odcień sinawy kończyn i twarzy. Ten wyrównawczy przyśpieszony oddech powoduje, że chorzy, dotknięci już nieraz znacznym zgęszczeniem szczytu płuc, nie odczuwają duszności, są w stanie szybko chodzić, nawet wspinać się na wysokie piętra i góry; duszność zaś zaczynają odczuwać dopiero w miarę rozwoju większych nacieczeń i rozpadów i to z początku jedynie podczas wysiłków fizycznych (wchodzenie na schody). Podczas spokoju czują się zupełnie dobrze, są w stanie nieraz bardzo długo mówić, nawet wykladać i spełniać swoje nieraz ciężkie obowiązki, nie odczuwając wyczerpania; jedynie w końcowych okresach choroby chorzy odczuwają znacznie większą duszność, nawet podczas najmniejszego wysiłku. U niektórych z nich nie tylko mówienie, ale nawet spożywanie pokarmu w tym okresie wywołuje duszność. Wogóle jednak niemal do ostatniej chwili suchotnicy oddychają względnie nieźle, nie doświadczają nigdy tej duszności, jaką spostrzegamy w końcowych okresach wad serca, pomimo że badanie pośmiertne, ku wielkiemu zdumieniu, nie wykrywa u nich niemal ani kawałka wolnego od sprawy chorobowej płuca. 3) Kaszel stanowi najistotniejszy objaw, towarzyszący temu okresowi choroby.

On to nadaje chorobie znamioną cechę i stanowi nieraz nietylko objaw najstarszy, lecz zarazem i podstawową i niemal jedyną skargę chorych. Objaw ten jednakże tak pospolity nie da się podciągnąć pod pewne formuły, gdyż z kaszlem dzieje się to samo co i z innymi objawami właściwymi suchotom; niemal w każdym przypadku suchot posiada on pewne odrębne właściwości, zależne nietylko od postaci i przebiegu choroby, lecz również od właściwości indywidualnych danego osobnika. Stąd też u niektórych chorych w ciągu całej choroby dominuje, że się tak wyrazić można, element kaszlowy, nietylko w okresie pierwotnym, lecz nawet w okresie wyraźnego rozpadu; pomimo obfitej plwociny, stale poprzedzają jej wykrztuszenie mocne napady kaszlu. Ten napadowy kaszel widzimy przede wszystkim u neurasteników, u kobiet, u osobników, u których istniały przed wybuchem choroby cierpienia jamy nosowogardłowej, u dzieci z jednoczesnym zajęciem płuc i gruczołów okołoskrzelowych. Odwrotnie inna kategoria chorych prawie wcale nie kaszle, jedynie w okresach rozpadu wyrzuca plwocinę, zlekka odchrząkując. Widujemy to najczęściej w przypadkach, przebiegających bardzo powoli, z drugiej zaś strony u osobników z odpornym układem nerwowym (włościan, osobników starszych i t. p.). Pora pojawiania się kaszlu również bywa wielce różnorodna. Niektórzy suchotnicy, a nawet większość ich, przeważnie kaszlą nad ranem, inni znowu wielokrotnie w nocy, niektórzy dostają gwałtownego kaszlu z chwilą położenia się do łóżka. I otoczenie, w którym chorzy się znajdują, wpływa w wysokim stopniu na charakter i częstość kaszlu; niektórzy chorzy, wrażliwi na zmianę powietrza, zamknięci w swoim, źle przewietrzonym pokoju kaszlą nadmiernie po wyjściu na powietrze, szczególnie chłodne; większość jednakże odwrotnie, pod wpływem świeżego powietrza kaszle mniej. Wogóle na kaszel u suchotników w tym okresie wpływają również momenty psychiczne; chorzy kaszlą mniej podczas ożywionej rozmowy, przy zajęciu się, natomiast więcej w samotności, podczas bezsennej nocy i t. p. Znaczny wpływ również na pogorszenie kaszlu wywierają u suchotników niektóre powikłania, a przede wszystkim gardzielowokrtaniowe, które niemal u każdego z nich wywołują pogorszenie pod postacią suchego, drażniącego, często do wymiot prowadzącego kaszlu. Wymioty występują często przy kaszlu suchym, u osobników nerwowych, podobnie jak to wspominaliśmy i w okresie poczynających się suchot. Co się wreszcie tyczy t. zw. timbre'u kaszlowego, to i ten ulega różnym zmianom, zależnym od okresu choroby; w okresach początkowych kaszel ma dźwięk głośny, doniosły; w okresach późniejszych przybiera odcień coraz bardziej niski, bywa głuchym, jakby zgłębi wydobywającym się. Na zmianę przydźwięku kaszlowego wpływa w wysokim stopniu stan krtani, a przede wszystkim strun głosowych. O ile w przebiegu choroby tworzą się owrzodzenia na strunach, wywołującymi chrypkę, o tyle kaszel traci przydźwięk wysoki.

4) **Plwocina.** Wyjątkowo tylko w przebiegu przewlekłej gruźlicy kaszlowi nie towarzyszy wyrzucanie plwociny; i w tych przypadkach ten brak plwociny najczęściej bywa pozorny, w rzeczywistości bowiem chorzy tej kategorii plwo-

cinę połykają, a dopiero po zwróceniu na to uwagi, przekonywują się, że płwocina nieraz jest bardzo obfita. Wogóle mówiąc, płwocina suchotników w sprawie wyraźnie rozwiniętej nie przedstawia, z wyjątkiem obecności laseczników, nic bardziej typowego i charakterystycznego, a cechy, które dawniej uważano za typowe dla tej sprawy, nie różnią się niczem od właściwości płwociny, spotykanej w różnorodnych innych sprawach chorobnych, a przede wszystkim w rozmaitych postaciach przewlekłych niezbyt oskrzeli. Płwocina w pierwszych okresach przedstawia się pod postacią śluzowego, ciągnącego się, szklanego płynu, zawierającego powietrze. Z rozwojem choroby staje się ona coraz bardziej zbitą i gęstą, zaczynają przebijać się w niej coraz bardziej widoczne białozółtawe strzępki, które powiększając się ilościowo nadają płwocinie wygląd białozółtawych mas, pływających na powierzchni. Taka płwocina śluzoworopna w naczyniu z wodą zajmuje jej górną powierzchnię, od której zwieszają się ku dołowi naczynia długie nitki śluzu. Kolor jej bywa białozółtawy, przechodzący w zielony, nieraz różowawy z powodu domieszki nieznacznej ilości krwi. W miarę rozwoju choroby, charakter płwociny staje się coraz bardziej wyraźnym do tego stopnia, że płwocina przyjmuje jednolity żółtozielonawy wygląd. Wlana do naczynia z wodą przeważnie opada na dno. Płwocina w okresie poczynającego się rozpadu zaczyna się wydzielać pod postacią okrągłych zbitych mas, przypominających kulki, jednakże niezbyt równe, nieco strzępiaste, czasem w postaci grudek, przypominających cząsteczki sera, a opadające na dno w naczyniu z wodą. Płwocina suchotników w ogromnej większości przypadków jest bezwonna, czasem ma mdły zapach, jedynie tylko w przypadkach zgorzeli ścian jamy posiada płwocina zapach mocno cuchnący. Ilość płwociny bywa bardzo zmienna, przeciętnie 15 - 20 ctm. sześć. na dobę. Niektórzy jednakże chorzy, szczególnie w okresie szybko rozwijającej się sprawy rozpadowej, wyrzucają znaczne ilości płwociny, pół a nawet i więcej litra na dobę. Z chwilą tworzenia się ograniczonej jamy, płwocina poprzednio obfita, ropna i kulista, staje się coraz mniej obfita, tak że chorzy wyrzucają jedynie rano kilka uformowanych kawałków. W postaciach przewlekłych, włóknistych płwocina bywa zazwyczaj niezbyt obfita, przeważnie śluzoworopna i również wydziela się głównie rano. Ta ogólna charakterystyka płwociny ulega jeszcze najróżnorodniejszym zmianom, zależnie od stałych lub czasowych pogorszeń, jakoteż od różnorodnych powikłań, występujących w przebiegu choroby, (ostre katary, krwioplucie i t. p.). Wyjątkowo tylko w płwocinie suchotników i to w ostatnich okresach choroby, dają się spostrześć drobne odlewy włóknika. Badanie drobnowidzowe płwociny wykazuje najróżnorodniejsze elementy morfologiczne, które wogóle spotykamy w płwocinie, wydalanej w niezbytach przewlekłych oskrzeli, a więc nabłonki jamy ust, gardła, krtani, nabłonki z pęcherzyków płucnych, dobrze zachowane lub uległe zniszczeniu komórki eozynofilowe; białe ciała krwi znajdują się stale i licznie, a w mniejszej lub większej ilości ciała czerwone, najczęściej w okresie rozpadu będące. Na szczególniejszą uwagę zasługują jednakże znajduwane w płwocinie suchotników, najczęściej w sprawie dalej posuniętej, t. zw. włókna sprężyste.

Aczkolwiek spotykamy je i w niektórych innych sprawach niszczących płuc (ropień, zgorzel), to jednak w każdym razie obecność ich w płwocinie świadczy z wielkiem prawdopodobieństwem nietylko o istnieniu gruźlicy płucnej, lecz i o jej okresie rozpadowym. W epoce, poprzedzającej odkrycie laseczników Kocha, badanie płwociny na obecność włókien sprężystych miało niezwykle ważne znaczenie, a prace nad tą kwestją, poczynając od Schroeder Van der Kolk'a, Clark'a, a przedewszystkiem Fenwick'a, który w roku 1866 po raz pierwszy zwrócił uwagę na doniosłość rozpoznawczą włókien sprężystych, były bardzo liczne. Ja sam, jeszcze w roku 1877, ogłosiłem w tej kwestji pracę, opartą na badaniu płwociny na włókna sprężyste u 70-ciu chorych, dotkniętych gruźlicą płucną w różnych okresach rozwoju. Z pracy tej okazało się, że z 40-tu chorych z objawami mniejszych lub większych zgęszczeń tkanki płucnej bez wyraźnych objawów rozpadowych, prawie u  $\frac{3}{4}$  znajdowałem włókna sprężyste w płwocinie, a nawet z liczby 24-ch chorych, którzy przedstawiali bardzo ograniczone zmiany, u 8-miu znajdowaliśmy również włókna sprężyste. Badanie na włókna sprężyste w dzisiejszych czasach stosuje się względnie rzadziej; mojem zdaniem czyni się to niesłusznie, gdyż może ono wykazać wielokrotnie stopień rozwoju choroby (poczynające się zniszczenie) nawet w tych przypadkach, w których badanie fizykalne bynajmniej tego nie określa; może ono nawet z pewnem prawdopodobieństwem przemawiać za gruźlicą wówczas, gdy laseczników, jak się to czasem zdarza, nie udaje się odrazu wykryć.

W celu wykrycia w płwocinie włókien sprężystych najlepiej posługiwać się metodą Fenwick'a, polegającą na dodaniu 2 części liqu. natri caustici na 2 cz. wody do takiejże ilości płwociny i na gotowaniu w kolbce w ciągu 4—5 minut; przy tem postępowaniu wszystkie części płwociny rozpuszczają się, a jedynie strzępki włókien pozostaną i dadzą się z łatwością wyszukać po wlaniu przegotowanej masy do płaskiego naczynia z wodą. Wyłowione kawałki należy poddać badaniu mikroskopowemu, zabarwiwszy je uprzednio roztworem fuksyny. Wówczas dadzą się wykryć włókna bądź to odosobnione, bądź pod postacią pospajanych i powikłanych nici.

Laseczniki Kocha wynajduje się w płwocinie najczęściej dopiero w okresie rozwiniętej gruźlicy płucnej; wówczas występują one stale w zmiennej ilości; najobficiej w chwili rozpoczynającego się rozmiękczenia ognisk i swobodnego ich połączenia z oskrzelami. Nieraz, mimo już istniejących wyraźnych zmian fizykalnych, laseczniki nie wydzielają się z płwociną z powodu braku możliwości wydzielania ich przez oskrzele. Również w suchotach płucnych o charakterze włóknistym najczęściej nie napotyka się laseczników; to samo widzimy i w starych jamach gruźliczych, wydzielających dużo ropnej wydzieliny. Oprócz powyższych przypadków należy przyjąć za zasadę, że w każdym przypadku wyraźnie rozwiniętej gruźlicy, poczynając od najwcześniejszych okresów, choroby, bądź stale, bądź też od czasu do czasu wyrzucają mniej lub więcej obficie z płwociną laseczniki gruźlicze. Należy jednakże pamiętać, że szczególnie

w przewlekłe przebiegającej postaci mogą być przez całe tygodnie, a nieraz i miesiące stale wydzielane laseczniki, a następnie może znowu przez dłuższy przeciąg czasu nie być ich zupełnie. Stąd też, o ile wykrycie laseczników w płwocinie stanowi dowód niezbity gruźlicy płucnej, o tyle ujemny wynik badania bynajmniej nie przemawia przeciw gruźlicy, szczególnie w przypadkach, w których mamy wyraźne inne objawy, przemawiające za istnieniem tej sprawy; w razie więc ujemnego wyniku należy badanie powtórzyć kilkakrotnie w odstępie kilkodniowym, zwłaszcza zaś z chwilą pojawienia się jakiegokolwiek pogorszenia u chorych (wystąpienie gorączki, świeży katar oskrzelowy i t. p.).

Co się tyczy ilości laseczników, znajdujących w płwocinie gruźliczych chorych, to pod tym względem zachodzą ogromne wahania. Często już w początkach choroby laseczniki występują niezwykle obficie, odwrotnie znowu w wypadkach z dużymi nawet zniszczeniami tkanki płucnej, wykrywamy jedynie bardzo nieliczne pojedynczo leżące laseczniki. Ilości laseczników w płwocinie nadawali niektórzy autorowie znaczenie prognostyczne; ja osobiście, na podstawie bardzo licznego doświadczenia, nie przywiązuję absolutnie żadnej wagi do mniejszej lub większej ilości laseczników w płwocinie po jednorazowym jej badaniu. Widywałem bowiem i to nierzadko znaczne ilości laseczników u chorych nie gorączkujących, którzy poprawiali się stopniowo, i u których nawet sprawa kończyła się zupełnie pomyślnie. Odwrotnie widywałem nieliczne laseczniki u chorych gorączkujących, ze sprawą płucną stale postępującą. Są to naturalnie przypadki rzadkie. Wogóle bowiem w formach postępujących, a szczególnie w okresie znacznego rozpadu, zazwyczaj laseczników wydziela się dużo. Odwrotnie, w postaciach o zmianach niewielkich, ulegających stopniowej poprawie, laseczników bywa stosunkowo mało, a nawet nikną one w zupełności w razie uspokojenia się sprawy. Stały więc brak laseczników w płwocinie, przy wielokrotnem od czasu do czasu powtarzaniem badaniu, może naturalnie, po uwzględnieniu innych klinicznych danych, przemawiać z wielkim prawdopodobieństwem za zablżnieniem się sprawy. O metodach badania płwociny na laseczniki gruźlicze mówiliśmy już wyżej.

Oprócz laseczników gruźliczych, znajdujemy jeszcze bardzo licznie, różnorodne pasorzyty chorobotwórcze lub też saprofity zwykłe (*streptococcus, staphylococcus, pneumococcus* i inne). Pasorzytom tym niektórzy autorowie przypisywali doniosłą rolę w rozwoju dalszych okresów suchot; mianowicie kładli oni nacisk na przyłączenie się do sprawy gruźliczej zakażeń mieszanych. Poglądy te jednakże są dość jednostronne, być może, że pasorzyty te, a szczególnie ropne, odgrywają pewną rolę czynną w okresach rozpadowych, chociaż pamiętać należy, że pasorzyty ropne znajdują się również w płwocinie ropnej w przewlekłych nieżytach okrzeli. To samo da się powiedzieć o innych pasorzytach jak: *pneumococcus tetragenes*, lasecznikach podobnych do błoniczych i t. p. Jednym słowem, pomimo znacznej ilości prac w tej kwestji, doniosłość chorobotwórcza tych różnych pasorzytów, napotykanych jednocześnie w płwocinie

gruźliczej, dotychczas nie jest dostatecznie wyjaśniona. Własności chemiczne płwociny, stanowiące przedmiot badań licznych bardzo autorów, dają się do tego sprowadzić, że płwocina suchotnika w początkowych okresach choroby nie różni się wcale składem chemicznym od płwociny w przewlekłych nieżytach oskrzeli; dopiero w późniejszych okresach stopniowo zmienia się jej skład: przede wszystkim zwiększa się ilość białka, kwasów tłuszczowych, lecytyny i zjawia się nukleina, pochodząca z ognisk serowatych i z rozpadu ciałek ropnych. W przypadkach istnienia kawern wykrywano jeszcze amonjak, siarkowodór, różne kwasy tłuszczowe, wskutek działania bakterij na rozpad białka i t. p. Odczyn świeżej płwociny bywa zwykle alkaliczny, jedynie tam, gdzie już w kawernach następuje jej rozkład, występuje odrazu odczyn kwaśny. Z nieorganicznych soli wykrywano w płwocinie chlorki, fosforany, siarczany, a niektórzy autorowie przypuszczali nawet, że utrata soli i białka (szczególnie fosforanów) przy bardzo obfitej ekspektoracji suchotników jest główną przyczyną wychudnienia chorych. Inni znowu wiązali to z utratą białka, zawartego w płwocinie, gdyż, jak to wykazał w ostatnich latach Wanner i inni, płwocina suchotników zawiera duże ilości białka, i suchotnik tą drogą może tracić dziennie przeszło 4 gramy materij białkowej. Również starano się wykazać, że większa ilość białka, znajduwana w płwocinie, szczególnie w poczynających się okresach, może przemawiać nie tylko za obecnością gruźlicy, ale nawet mieć pewne znaczenie prognostyczne. Badania jednakże innych autorów wykazały mylność tego poglądu, gdyż białko znajduje się niemal zawsze i w płwocinie ropnej niegruźliczego pochodzenia, a często w przebiegu gruźlicy, i to daleko posuniętej, ilości białka bywają stosunkowo bardzo nieznaczne.

Krwioplucie i krwotoki płucne występują niezwykle często w przebiegu daleko posuniętej gruźlicy płucnej i, rzec można nawet, że wyjątkowo tylko późniejsze okresy suchot przebiegają bez powtarzających się od czasu do czasu krwawień, które często bardzo przybierają wielce groźny charakter, przyczyniając się bądź to swoim upartem i długim trwaniem, bądź też obfitością do ostatecznego wyniszczenia; nierzadko nawet gwałtowny krwotok sam przez się zabija chorego. Krwawienia te, szczególnie obfite, zdarzają się w skutek przeżarcia przez sprawę rozpadową najdrobniejszych naczyń krwionośnych płucnych; trwają one nieraz bardzo długo, całe tygodnie nieraz, powtarzają się z dziwną perjodycznością co dni kilka i powodują przez to znaczne osłabienie chorych. W okresie rozpadu nieraz występują wielkie krwotoki (kilka szklanek na raz) wskutek raptownego przeżarcia większego naczynia przy szybko postępującym rozpadzie. Nieraz po takim krwotoku występuje mocna i ciągła gorączka i objawy szerokiego nacieczenia, przeważnie w dolnych ustępach płuca; sprawa kończy się fatalnie nieraz już w ciągu jednego lub kilku tygodni. Krwioplucia mniej lub więcej obfite występują i w formach przewlekłych, nierozpadowych, w sprawach włóknistych lub też zgęszczeniach, mających tendencję łagodną, dążącą do zatrzymania się w rozwoju. Krwawienia w tych formach, pochodzące

z rozwiniętych szerokich naczyń, leżących wśród tkanki śródmiąższowej, bywają nieraz bardzo obfite; najczęściej powoduje je jakiś nadmierny wysiłek fizyczny. Krwawieniu tej kategorii nie towarzyszy gorączka, chorzy zaś najczęściej, mimo nieraz znacznej utraty krwi, dość szybko powracają do poprzedniego stanu zdrowia. Najczęstszą jednakże i najgroźniejszą kategorię krwawień spotykamy w okresach rozwiniętych wyraźnych jam suchotniczych; źródłem krwawień bywa tu albo pęknięcie drobnych naczyń tkanki ziarninowej ściany kawerny, lub też drobnych tętniaczków tętniczek płucnych, leżących w ścianach kawerny. Krwotoki, pochodzące z naczyń ziarniny, bywają zazwyczaj niezbyt obfite, lecz za to długotrwałe, ciągną się nieraz całe tygodnie, powtarzając się co dni kilka. Widzimy je przeważnie w okresach daleko posuniętej choroby, przy stopniowo postępującym rozpadzie. Natomiast krwotoki, pochodzące z pęknięcia tętniaczków, występują w bardziej przewlekłych postaciach, w których mamy do czynienia z dużymi jamami, oddawna istniejącymi u chorych nie gorączkujących, których stan ogólny przedstawia się względnie niezłe. Gwałtowny krwotok bardzo obfity (nieraz parę szklanek krwi i więcej) występuje nagle, powodując nawet raptowną śmierć chorego wskutek uduszenia. Najczęściej jednakże chorzy, aczkolwiek mocno osłabieni, poprawiają się powoli, i chociaż krwotoki powtarzają się wielokrotnie, jeśli chorzy nie gorączkują, mogą w względnie zdrowiu dość długo wegetować. Wreszcie u niektórych chorych, w późniejszych okresach choroby spostrzegamy niemal codziennie nieznaczne stałe krwawienia, występujące przeważnie rano po obudzeniu się. Krwioplucie takie ma wszelkie cechy krwawienia zastoinowego, wywołanego słabą działalnością serca u chorych znacznie wycieńczonych. Przyczyną tych różnorodnych krwawień, są, jak to zaznaczyłem wielokrotnie, zmiany patologiczne w tkance płucnej i w naczyniach w okresie daleko posuniętej sprawy gruźliczej płuc. W występowaniu krwawień mogą współdziałać inne dodatkowe momenty, jak: znaczny wysiłek fizyczny, mocny atak kaszlowy, gwałtowne wzruszenie i t. p. Zauważono również w stacjach klimatycznych, że krwawienia u wielu chorych występują nieraz perjodycznie, zależnie od pewnych wpływów atmosferycznych: (raptownego spadku ciśnienia, wiatrów halnych i t. p.). Trudno jest w ogóle rozstrzygnąć, z jakiego miejsca w płucu ściśle pochodzi w danej chwili krwawienie i określić to można dokładnie chyba tylko w tych przypadkach, w których zmiany są ściśle umiejscowione w jednym ze szczytów; w przypadkach o ogniskach licznych, obustronnych, a nawet w razie obecności wyraźnej kawerny, w wyjątkowych tylko razach można określić bliżej umiejscowienie krwawienia; zresztą ma to małe znaczenie praktyczne.

Bóle w klatce piersiowej występują równie często w rozwiniętych suchotach, jak i w poczynających się ich okresach. Najczęściej występują w przednich częściach klatki, rzadziej w bocznych; zależne są one w większości przypadków od zrostów opłucnej, stale towarzyszących daleko posuniętej gruźlicy przewlekłej. Kaszel gwałtowny, w tych okresach stale niemal istniejący, powoduje mechaniczne targanie tych zrostów, co chorzy określają charakterystycznie, jako



głęboką bolesność, tkwiącą w klatce piersiowej. Występują również i bóle w międzyżebkach, z charakterem newralgicznym, zapewne zależne od wpływów toksycznych i podrażnienia nerwów międzyżebrowych. U ciężko chorych suchotników gorączkujących, ze sprawą postępującą, zjawiają się nieraz gwałtowne bóle w klatce piersiowej w przednich lub rzadziej tylnych jej częściach. Bóle te umiejscowione są w międzyżebkach, wzmagają się przy dotykaniu tych okolic, jako też podczas silnego wdechu. Objaw ten daje wrażenie świeżego zajęcia opłucnej, wskutek jej podrażnienia przez świeże ognisko gruźlicze; drążące ku obwodowi; ból uspakaja się zazwyczaj po kilku dniach, z chwilą gdy ognisko ujawni się wyraźnie (rzężenie ograniczone). Obok bólów powyższych kategorii, występuje jeszcze w przebiegu daleko posuniętej sprawy różnego rodzaju nadwrażliwość skóry w różnych okolicach klatki piersiowej, która idzie w parze z podobną nadczułością skóry innych okolic, np. skóry rąk, nóg i t. p.; czasem zaś obok miejsc nadczułych, spotykamy na pewnej ograniczonej przestrzeni miejsca ze zmniejszoną wrażliwością, co zapewne zależne jest albo od upadku ogólnego odżywiania, a więc i ośrodków nerwowych, lub też występuje jako objaw zwrotny, dążący z miejsc dotkniętych chorobą płuc i opłucnej drogą nerwu zwrotnego i międzyżebrowego, lub przez połączenie zwojów nerwów płucnych z nerwami grzbietowymi.

---

## WYKŁAD X.

**Objawy fizykalne ze strony narządów klatki piersiowej w przebiegu wyraźnie rozwiniętych suchot płucnych; opukiwanie, wysłuchiwanie; objawy wysłuchowe i wypukowe w okresie wyraźnych jam. Objawy ze strony stanu ogólnego chorych; gorączka, wpływ zakażeń wtórnych na typ gorączki (zakażenia mieszane); poty; wychudnienie; przemiana materji u suchotników; stan psychiczny i nerwowy chorych; sen.**

---

Objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej. W okresach daleko posuniętej choroby badanie fizykalne wykrywa najistotniejsze dane, pozwalające nie tylko określić samą sprawę, lecz ściśle oznaczyć jej rozległość, szerzenie się lub też ograniczenie w rozwoju. Stąd też należy nam pokrótce rozważyć otrzymywane tą drogą dane.

**O p u k i w a n i e.** Słumienie odgłosu opukowego występuje wyraźnie przede wszystkim w okolicach nad i podobojczykowej i nadgrzebieniowej; w większości przypadków słumienie ogranicza się do jednego płuca, zajmuje coraz rozleglejszą przestrzeń, której granice w praktyce określamy liczbą żebra, do którego się rozciąga. Zazwyczaj w pierwszych miesiącach choroby słumienie dosięga do trzeciego żebra, a z tyłu zajmuje okolicę nadgrzebieniową, w miarę rozwoju sprawy występuje słumienie i w drugim szczycie lub szerzy się dalej, zajmując środkowe części klatki piersiowej; wtenczas możemy już mówić o rozległym stępieniu. Świeże ogniska, tworzące się najczęściej w dolnych zrazach płuc, nie wywołują słumienia, dopiero w razie zlania się znacznych ich ilości; lub w razie obecności nacieczenia (zapalenie serowate) i w tych okolicach występuje obszerne słumienie. Najczęściej jednak u suchotników w rozwiniętym okresie choroby nieraz nawet do samej śmierci słumienie ogranicza się do górnych odcinków, pomimo że sprawa gruźlicza ogniskowa rozsiana jest u nich niemal po całych płucach. Jeśli naciek zaczyna ulegać rozpadowi i jeśli tworzą się wyraźne kawerny, to występuje

szereg objawów właściwych jamom. W razie jeśli zgęszczenia nie ulegają rozpadowi, to stępienie w okolicy szczytu staje się stopniowo mniej rozległym, a nawet odgłos opukowy nabiera odcienia zlekka bębniściego wskutek rozwoju rozedmy naokoło ogniska gruźliczego. W miejscach istniejącego stępienia występuje wzmożone drżenie klatki piersiowej. W razie istnienia jam różnej wielkości odgłos opukowy posiada cechy wielce charakterystyczne: o ile jama jest niemniejsza od włoskiego orzecha, wewnątrz nie przepelniona zawartością i swobodnie komunikująca się z oskrzelem, to przy opukiwaniu szczególnie okolicy podobojczykowej słyszymy odgłos tympaniczny, nieraz z przydźwiękiem metalicznym, lub z odgłosem, jaki jeszcze Laennec określił nazwą odgłosu stłuczonego garnka (*bruit de pôt fêlé*). W większości jednakże przypadków, nawet w razie tworzenia się jam, odgłos opukowy przytępiony nie ulega zmianie, zwłaszcza jeśli jamy leżą głęboko, centralnie, lub bardziej od tyłu w okolicy łopatki.

**Wysłuchiwanie (*auscultatio*).** Z rozwojem sprawy płucnej w okresie dalej posuniętej choroby wydech wydłużony przybiera stopniowo charakter oddechu nieokreślonego i przechodzi powoli w wydech o charakterze oskrzelowym; chociaż często wydech u szczytu bardzo długo nie zmienia swego charakteru, jednakże ulega wyraźnym modyfikacjom, zależnie od postępu sprawy i od jej umiejscowienia. Najszybciej przechodzi w oskrzelowy w okolicach podobojczykowych, natomiast w tylnych okolicach klatki, pokrytych grubą warstwą mięśniową, a zwłaszcza łopatką, zmiany oddechu bywają mniej wyraźne. Rozwijające się w dalszym przebiegu choroby nowe ogniska porzrucane w środkowych i dolnych odcinkach płuc mogą nie dawać najmniejszych zбочeń w oddechu. W okresie wyraźnego nacieczenia szczytów w okolicy podobojczykowej, zwłaszcza lewej, słyhać nieraz bardzo głośny podmuch skurczowy, zależny od ucisku tętnicy podobojczykowej lewej lub tętnicy bezimiennej. W razie obszernych zgęszczeń zajmujących górny lewy zraz płucny, słyszy się jednocześnie bardzo silnie wzmożone tony serca o wyraźnym, nieraz prawie metalicznym charakterze. Zjawisko to zależy od dobrego przewodnictwa tonów przez bardzo zgęszczoną tkankę płucną.

Obok zmian w oddechu napotyamy stale w gruźlicy przewlekłej różnorodne dodatkowe jeszcze szmery, zwane pospolicie **r z ę ż e n i a m i**. W początkujących się okresach choroby, jak to już zaznaczyliśmy, występują z początku przeważnie rżenia suche, umiejscowione u jednego ze szczytów; z postępowaniem sprawy rżenia stają się coraz wyraźniejsze, powoli tracą swój charakter, przechodząc coraz bardziej w rżenia drobnopęcherzykowe, z początku nieliczne, słyszalne przy końcu wdechu, i głównie przy wdechu głębokim, lub też po odkaszlnięciu przez chorego; występują one przytem przeważnie u szczytów płucnych. W miarę rozwoju sprawy rżenia zajmują coraz większą przestrzeń fazy wdechu i wydechu, wreszcie pokrywają szmer wdechowy. Charakter ich dźwięku zmienia się także, przybierają one coraz głośniejsze wysokie natężenie, które nadaje im

pewien odrębny typ wielce charakterystyczny, zwany pospolicie dźwięcznym (*ronchi consonantes*). Jeśli rozpad postępuje i wytwarzają się większe lub mniejsze jamy, to charakter tych rzężeń znowu się zmienia, pęcherzyki stają się większe i obfitsze, charakter dźwięczny jest jeszcze bardziej wyraźny, i podczas oddechu występuje ich taka obfitość, że zamiast szmerów oddechowych słychać wyraźnie jakby przelewanie się płynu; przypomina to w wysokim stopniu odgłos mocnego gotowania się i bulgotania wrzącej wody. Ten rodzaj rzężeń zwany od czasu Laennec'a przelewaniem (*gargouillement*), spotykamy dopiero w okresie znacznego rozpadu tkanki.

Wszystkie opisane rodzaje rzężeń występują przedewszystkiem w okolicach szczytów płucnych, w późniejszych okresach rżenia towarzyszą również stale objawom nasięków, występujących w dalszych okolicach płuc.

Ogniska drobne, porzrzucane w płucach, nawet w późniejszych okresach choroby nie dają wyraźnych zmian ani wypukowych, ani wysłuchowych; jeżeli jednak rżenia stale umiejscowione są w dolnej okolicy, szczególnie w okolicach dolnych i środkowych zrazów płucnych, i jeżeli nie ustępują przy kaszlu, to stanowią one, zdaniem mojem, ważną cechę rozpoznawczą świeżo powstających, najczęściej centralnie położonych, ognisk zapalenia płuc gruźliczego. W przypadkach, w których nie dochodzi do rozpadu tkanki płucnej, a sprawa przybiera charakter łagodny, włóknisty, wysłuchujemy stale u szczytu rżenia drobnopęcherzykowe, które nikną dopiero po bardzo długim przeciągu czasu, gdy następuje zupełne zabliznienie ogniska; powracają one jednak znowu w teje samej okolicy w okresie świeżych nieżytów oskrzelowych, występujących od czasu do czasu. Różnorodne powikłania, występujące w przebiegu gruźlicy przewlekłej (odma, zapalenie opłucnej, obrzmienie gruczołów limfatycznych u dzieci, zwężenie gruźlicze krtani i t. p.), modyfikują w mniejszym lub większym stopniu, stale lub czasowo wyżej opisane objawy fizykalne.

Jak już wyżej wzmiankowałem, w okresie rozpadu wytwarzają się u większości suchotników jamy, które dają pewne odrębne dość charakterystyczne objawy fizykalne, zwane objawami jam. W dawniejszych czasach, przed odkryciem Kocha, przywiązywano niezwykłą wagę do ścisłego rozpoznawania tych jam, gdyż ich obecność przekonywała o istnieniu gruźlicy rozpadowej; w obecnych jednakże czasach, jak wyżej wzmiankowałem, badanie na leseczniki i włókna sprężyste stanowią daleko dokładniejsze i o wiele pewniejsze metody rozpoznawcze rozpadowej gruźlicy płucnej. Mimo to wypada choć pokrótce przedstawić objawy fizykalne, właściwe jamom płucnym. Jamy niewielkie, a nawet i większe, dochodzące do wielkości orzecha włoskiego lub jaja gołębiego, mogą nie dawać absolutnie żadnych objawów fizykalnych, jeżeli leżą głęboko w miększu i są otoczone względnie zdrową tkanką, lub mocno stwardniałą, a przedewszystkiem jeśli są wypełnione rozpadającą się zawartością i nie komunikują się jeszcze swobodnie z oskrzelem. Jeśli jamy leżą dość powierzchownie, szczególnie w okolicy podobojczykowej, mają ściany gładkie i swobodnie komunikują się z oskrzelem,

to wówczas otrzymujemy wyżej wzmiankowany odgłos wysoki bębenkowy, zmiany wysokości tonu podczas głębokiego wdechu, oraz przy otwartych i zamkniętych ustach; w tym ostatnim razie odgłos opukowy jest niższy (objaw Wintricha); jednocześnie jeśli klatka piersiowa jest sprężysta i ściany jam powierzchownych podatne u osobników młodych, to wówczas występować jeszcze może i odgłos rozbitego garnka (*bruit de pôt fêlé*). Drogą opukiwania również starano się określić i kształt jamy (różnica wysokości tonu w leżącym i siedzącym położeniu metoda Gerhardta) co jednakże niema żadnego bardziej praktycznego znaczenia.

Przy wysłuchiwanie jam otrzymujemy zazwyczaj jasny i wysoki oddech oskrzelowy, brzmienie oskrzelowe i obfite rżenia dźwięczne grubopęcherzykowe. W razie bardzo znacznej obfitości rżeń często może nie być słycać oddechu, a jedynie występuje rodzaj charakterystycznego przelewania. Jeżeli jama nie zawiera wcale płynu, to wysłuchujemy jedynie sam oddech oskrzelowy bez rżeń. Przy odpowiedniej wielkości jam i gładkości ich ścian, rżeniom towarzyszy rodzaj metalicznego przydźwięku, który nadaje oddechowi oskrzelowemu charakter oddechu dzbanowego (amforycznego). Kawerny czasem mogą się przebijać nazewnątrz i przedstawiać się pod postacią guza miękiego w jednym z międzyżebry; mogą one nawet otwierać się nazewnątrz, wytwarzając różnej głębokości przetoki. Jamy duże, właściwe postępującej sprawie rozpadowej, są słusznie uważane za synonim fatalnego zejścia sprawy; zdarzają się jednakże wyjątki, jakie i sam spostrzegalem, że kawerny nawet duże mogą się zasklepić, a nawet całkowicie zablizniać wskutek powolnego rozrostu z zewnątrz i wewnątrz tkanki łącznej. U osobników takich, u których istniały najbardziej typowe objawy jam, powoli w ciągu lat przelewanie i rżenia zmniejszały się stopniowo, wreszcie znikaly zupełnie, klatka w odpowiednim miejscu zaczęła się zapadać, oddech oskrzelowy stawał się coraz mniej wyraźny, wreszcie w danej okolicy pozostało jedynie stłumienie i głos wzmożony. Naturalnie w miarę postępującego zabliznienia ginęły i inne cechy sprawy gruźliczej, a stan ogólny chorych poprawiał się w zupełności.

**Gorączka.** W okresie wyraźnych nasięków gorączka przedstawia jeden z wybitnych objawów choroby. Obecność jej stała lub czasowa, wysokość natężenia i długość trwania jest tak ściśle związana z rozwojem gruźlicy, że objaw ten sam przez się często pozwala wnosić o postępie lub zatrzymaniu się sprawy o wiele wcześniej, niż ujawnić to mogą inne cechy otrzymane przy pomocy badania fizykalnego. Stąd też badanie gorączki w tych okresach choroby, jeśli nie codziennie, to co kilka dni powtarzane, i to nie mniej niż trzy razy dziennie, jest bardzo ważne, gdyż wynik badania fizykalnego wtedy dopiero należycie ocenić możemy, jeśli wiemy dokładnie, czy i w jakim stopniu chory gorączkuje. Gorączka w okresie nacieczeń i poczynającego się rozpadu przebiega nietypowo, wyjątkowo tylko chorzy w tym okresie nie gorączkują i to tylko czasowo; najczęściej zaś gorączka się zjawia pod postacią nieregularnych napadów o pewnych porach dnia, trwa krótko, godzinę lub dwie; niekiedy napady występują co dni parę. Ta nietypowa perjodyczna gorączka, badana ściśle, wykaże nieraz bardzo znaczne

nasilenia, do 39° i wyżej, krótkotrwałe wprawdzie, lecz pociągające za sobą ogólne osłabienie i wyczerpanie chorych. Gorączka suchotników oddziałuje w pewien jej tylko właściwy sposób na stan ogólny chorych. Nieraz chorzy wysoko gorączkujący (39 i wyżej) czują się względnie dobrze, nie doznają ogólnego rozbicia i rozłamania, jak to bywa w innych chorobach gorączkowych; przeciwnie, do pewnego stopnia czują świeżość (*euphoria*), bywają mocno pobudzeni, a nieraz nawet przy wysokiej gorączce oddają się zwykłym zajęciom, czując się jedynie wyczerpanymi pod wieczór, co kładą na karb przepracowania, irytacji i t. p. ubocznych wpływów. To nieznaczące oddziaływanie gorączki, nieraz bardzo wysokiej, na stan ogólny chorych bywa czasem tak uderzające, że chorzy opierają się wszelkiemu leczeniu, uważając się poniekąd za zdrowych, i dopiero po ścisłym mierzeniu temperatury przekonywują się, że są naprawdę chorzy. Poruszenia gorączkowe występują najczęściej w godzinach południowych (2—3 g.), rzadziej późno wieczorem, i bywają jednym z momentów przyczynowych bezsenności chorych, kładzionej na karb bólu głowy, neurastenji i t. p. Powyższy typ gorączki po pewnym krótszym lub dłuższym przeciągu czasu ustępuje w zupełności w tych przypadkach, w których sprawa zatrzymuje się w rozwoju; występuje jednak znowu po pewnym czasie o podobnym lub innym typie przy nowym nasileniu, świeżem ognisku, lub posuwającym się dalej rozpadzie. W większości przypadków, powyższy nieregularny, napadowy typ gorączki wraz z rozwojem sprawy i poczynającym się rozpadem, przyjmuje charakter wyraźnej stałej gorączki, w której również dopatrzyć się można pewnych typów. Najczęściej widzimy długo, całe miesiące trwającą stałą gorączkę, występującą stale jedynie wieczorami (38°—39°), podczas gdy rano i w ciągu dnia ciepłota bywa normalna; od czasu do czasu jednakże rano lub też w południe dają się zauważyć pewne wahania do 38 i wyżej. U innej grupy chorych przeważa typ gorączki ciągłej mniej lub bardziej wyraźnie remittującej; a więc rano ciepłota normalna lub podgorączkowa (37,6—38), wzniesienie gorączkowe około południa, wzmagające się stopniowo do późna w nocy (39 i wyżej). Ten typ u tych samych chorych ulega licznym wahanom; nieraz po kilkotygodniowym trwaniu przychodzi typ zupełnie odwrotny z mocnymi nasileniami rannymi, spadkami prawie do normy wieczorem, lub też nasileniami maksymalnymi południowymi. Czasem występuje gorączka o wybitnym charakterze przepuszczającym, z towarzyszeniem mocnych dreszczy, powtarzająca się codziennie lub co drugi dzień i t. p. Wogóle w tym okresie choroby gorączka, jak i inne objawy, jest w wysokim stopniu zależna od indywidualności danego chorego; każdy bowiem niemal suchotnik przedstawia odrębny typ gorączki, poniekąd jemu właściwej. Wogóle powiedzieć mogę, że postaci zwalnającej gorączki towarzyszą formom łagodniejszym, powoli przebiegającym; w sprawach, dążących do zatrzymania się, odstępów bezgorączkowe bywają częstsze, nasilenia mniej wysokie, gorączki o typie przepuszczającym rzadkie. Przeciwnie gdy nacieczenie dąży do coraz wyraźniejszego rozpadu tkanki, gorączka zaczyna przyjmować typ bardziej stały: występuje go-

rażka o typie tak zwanym hektycznym z mniej lub więcej znacznymi najczęściej rannymi zwolnieniami, a mocniejszymi nasileniami wieczornymi. W okresie wyraźnych jam występują najczęściej codziennie wielkie wahania gorączki pod postacią spadków przeważnie rannych, nieraz poniżej normy (36,5 i niżej), po których w kilka godzin później, lub nad wieczorem dochodzi ciepłota do 39–40 °C. Jednym słowem występuje typ, spotrzegany w sprawach ropnicowych, a szczególnie w zakażeniach paciorkowcowych. Stąd też w ostatnich latach krzywą gorączki z powodu jej charakterystycznych wahań, nazwano paciorkowcową (*Streptococcurre*). Niezawsze jednakże widzimy taką gorączkę w tym okresie choroby. Często typ jej bywa zmienny, przypominający typy wyżej opisane, nawet w razie dużych kawern może gorączka być bardzo nieznaczna, lub też nie bywa jej wcale w ciągu całych tygodni. W przypadkach, w których pomimo wytworzenia się jam stan ogólny zaczyna się poprawiać, spostrzegamy zazwyczaj stopniowe obniżanie się gorączki, występowanie jej czasowe, a wreszcie stan zupełny bezgorączkowy, i chorzy przychodzą do względnego zdrowia. W większości jednakże przypadków po kilku miesiącach poprawy gorączka powraca, wywołuje ją bowiem świeże ognisko i dalszy rozpad tkanki płucnej. Wreszcie najczęstszą postacią gorączki, bo gorączkę ciągłą i wysoką z nieznaczными zwolnieniami, spotykamy w przewlekłej gruźlicy, najczęściej daleko posuniętej, z chwilą gdy do niej dołącza się sprawa gruźlicza rozsiana (*tub. miliaris*) lub też świeże rozlane serowate zapalenie płuc. Gorączka w tych razach przebiega w tempie złośliwym (wysoka i stała) do samej śmierci chorych, sprawy te bowiem stanowią ostateczne i fatalne powikłanie suchot.

Co się tyczy wreszcie ważnego pytania, co stanowi właściwą istotę gorączki, spostrzeganej w późniejszych okresach choroby, bo bezspornie, jak to już wyżej wspominaliśmy, jest ona zależna od toksyn t. j. produktów laseczніка gruźliczego, o których wyżej już mówiliśmy, a które wytwarzają t. zw. substancje gorączkotwórcze. Stwierdzone to zostało dostatecznie eksperymentalnie, a w klinice najlepiej przemawia za tem fakt, że w poczynającej się gruźlicy, w której brak zupełnie plwociny, podobnie jak i w postaci prosówkowatej, gorączkę uzależnić można jedynie od działania toksyn gruźliczych. Nierozstrzygnięta jest dotychczas kwestja, czy w późniejszych okresach gruźlicy, szczególnie rozpadowej, z chwilą gdy chorzy wyrzucają dużo plwociny, w której znajdowano i inne pasorzyty gorączkotwórcze (łańcuszkowce, paciorkowce, pneumococci i t. p.), gorączka zależy od t. zw. zakażenia mieszanego, jak to twierdzą niektórzy autorowie (Kitasato, Babes, Petruschky i inni). Na podstawie jednakże licznych prac eksperymentalnych (Schroeder i inni) i doświadczenia klinicznego, twierdzą, inni autorowie, że gorączkę u suchotników w zupełności wyjaśnia obecność laseczніка gruźliczego, łańcuszkowce zaś i paciorkowce, spotykane w plwocinie, posiadają jedynie, jak to wykazały hodowle i szczepienia, niezłośliwy charakter. Przytem wielokrotnie tam, gdzie w plwocinie suchotników znajdowano obficie pasorzyty ropotwórcze, gorączki nie spostrzegano wcale. Ja osobiście skłaniałbym się do poglądu tych

autorów, którzy twierdzą, że w pewnej stosunkowo nielicznej grupie przypadków (form rozpadowych) przypuszczać można mieszaną formę zakażenia, wywołującą charakterystyczny typ gorączki (o wielkich spadkach). W większości jednak przypadków za źródło gorączki należy uważać wyłącznie lasecznik gruźliczy i jego toksyny,

Poty nocne występują, jak to już wyżej było wspomniane, w przebiegu suchot i w poczynających się okresach choroby. Właściwe jednakże poty występują dopiero w okresach daleko posuniętej choroby, dlatego też nazywano je dawniej potami rozplywówemi t. j. towarzyszącymi t. zw. rozplywowemu okresowi choroby (*st. colliquationis*). W tym okresie istnieją stałe, mniej lub więcej wysokie nasilenia gorączki; można nawet zauważyć pewną równoległość tych dwóch objawów, gdyż sprawom, przebiegającym z wysoką i stałą gorączką, towarzyszą obfitsze poty, niż sprawom z niewielkimi wzniesieniami ciepłoty. Najobfitsze poty spostrzegamy w końcowych okresach choroby, przy typie gorączki o wielkich wahaniach codziennych, lub też i przy typie przepuszczającym; natomiast w przypadkach suchot, przebiegających bardzo przewlekłe, stałe bez gorączki, poty nie występują wcale, lub też są przemijające i niezbyt obfite. Pocenie się suchotników jest związane z mocnym przekrwieniem skóry, zależnym od podrażnienia ośrodków potowych, zapewne wskutek wpływu toksycznego produktów gruźliczych, a momentem, ułatwiającym pocenie, zdają się być chwile ogólnego spokoju podczas snu, nie zaś nasilenie lub spadek gorączki, jak to dawniej powszechnie przypuszczano; poty bowiem u suchotników występują po pierwszym mocniejszym zaśnięciu t. j. przed północą. W tym czasie poty występują tak obficie, że chorzy budzą się jakby skapani; u niektórych poty zlewają całe ciało, u innych ograniczają się do twarzy, szyi lub tylko klatki piersiowej. Ten pierwszy wczesny napad pocenia powtarza się nieraz nad rankiem, najczęściej między 2—5 g. i bywa równie jak pierwszy obfity; czasem to drugie pocenie jest słabsze; u niektórych znów chorych występują poty dopiero nad ranem. Pocenie się podobnie jak gorączka przybiera typ regularny, do tego stopnia, że całe tygodnie z rzędu chorzy pocią się o pewnej stałej godzinie. O tem, że chwila wystąpienia potów najczęściej jest związana z pierwszym głębokim snem, a nie z porą dnia (nocą), świadczy fakt, że ci sami chorzy doświadczają również potów, jeżeli mocniej zasną wśród dnia. Tym więc sposobem pocenie się suchotników, występujące przeważnie wśród snu, jest ściśle związane z tym faktem fizjologicznym i prawdopodobnie, jak to wykazały badania Peyera, pod pewnym względem ze wzmożonym normalnie w okresie nocnym t. zw. przeziwem skórny. Poty nocne suchotników w przeciwstawieniu do potów, które spostrzegamy w ostrych chorobach gorączkowych w okresie przelomu, nie wywołują uczucia przyjemnego ciepła, lecz przeciwnie sprawiają uczucie zimna i wielce przykre wrażenie ogólne; chorzy czują po potach niezwykle osłabienie i rozbicie. Poty tym sposobem stanowią u chorych nie tylko jeden z bardzo męczących i osłabiających objawów, lecz jednocześnie odznaczają się swoją uporczywością, trwają



bez przerwy całe tygodnie i miesiące, nie zmieniając swego natężenia i doprowadzając chorych do prawdziwego zwątpienia. Szczególnie uparcie występują poty w okresach daleko rozwiniętej i fatalnie kończącej się sprawy, i trwają do samej śmierci nieraz, zjawiając się nawet w te dni, w których gorączka się zmniejsza lub też nie występuje wcale. W tych okresach choroby poty bywają nieraz tak obfite, że nietylko bielizna i pościel, ale nawet i materac bywa zmoczony, koszula chorego jest tak mokra, że prawie pot z niej wyjąć można. Co się tyczy przyczyn wywołujących poty nocne, to, jak już wyżej zaznaczyłem, w dzisiejszym stanie nauki, należy je uważać za objaw, zależny od wchłaniania toksyn gruźliczych, a być może i produktów zakażeń mieszanych. Być więc bardzo może, jak twierdzi Schrötter, że toksyny drażnią wcześniej ośrodki potowe niż ośrodek gorączkowy i że ośrodek potowy jest bardziej na nie wrażliwy, coby tłumaczyło fakt istnienia potów w okresach bezgorączkowych choroby, jako też w okresie poczynającym, w którym gorączka nie ujawniła się jeszcze wcale. Naturalnie, obok powyższej podstawowej przyczyny potów istnieć muszą i inne jeszcze przyczyny dodatkowe. Do nich zaliczyć należy przekrwienie skóry wywołane przez mocne przykrycie ciała, najczęściej w ogrzonym nadmiernie pokoju, obfite picie płynów (woda, mleko) z powodu pragnienia, stałe towarzyszącego gorączkowym okresom choroby i t. d.

Sądzę, że nadmierna ciepłota pokoju chorych, obawa przed przewietrzaniem gwoli starych przesądów o „przeziębieniu“, odgrywa w powstawaniu potów pewną dodatkową lecz ważną rolę. Doświadczenie bowiem poucza, że chorzy tej kategorii, mocno i stale pocący się w domu, pomieszczeni w sanatorjach, gdzie stosowane jest stale nawet w nocy dobre przewietrzanie, a nawet otwieranie okien nocą, przestawali wkrótce albo stale się pocić, lub też poty zmniejszały się znacznie, co chorzy zaznaczali wyraźnie jako wpływ dobroczynny sanatorjum. To samo spostrzegaliśmy u chorych szpitalnych mojego oddziału, gdzie stale zimą i latem są otwierane okna na sali chorych, a bardziej jeszcze u chorych, którzy całą dobę przebywali na otwartej werandzie. Również zaznaczyć muszę, że poty ograniczały się znacznie u chorych, którzy poprzednio pijali dużo płynów, a potem mieli siłę woli, aby powstrzymać się od płynów. Co się wreszcie tyczy właściwości chemicznej potów gruźliczych, to znajdowano w nich mocznik, amonjak, ciała eteryczne i t. p., a całkowita ilość ciał azotowych wynosiła 0,3%, z których  $\frac{1}{3}$  przypada na mocznik; stąd wnosić by można, że przy bardzo obfitem i stałym poceniu się organizm suchotników ponosi względnie dość znaczną utratę substancji azotowych. Wreszcie chciałem zaznaczyć ciekawy z punktu widzenia praktycznego fakt, że na podstawie doświadczeń Mattei'ego z Rzymu, dokonanych na zwierzętach, pot suchotników okazał się zupełnie niezaraźliwym.

Wychudnienie ciała, t. j. stopniowa utrata jego wagi wskutek zaniku nietylko tłuszczu, lecz i substancji mięśniowej, stanowi jeden z najwybitniejszych i niemal stałych objawów rozwiniętej gruźlicy płucnej, w okresach zaś rozpadu-

wych — najbardziej niepokojący chorego i rzucający się odrazu w oko objaw chorobny. Wychudnienie, które częstokroć stanowi, jakżeśmy to wyżej zaznaczyli, jeden z najpierwszych objawów poczynającej się gruźlicy, występuje jednakże na jaw przeważnie dopiero w okresach rozwiniętej choroby. Można poniekąd przyjąć za zasadę, że jeśli chorzy w tym okresie chudną stopniowo mimo odpowiedniego odżywiania, to sprawa ich płucna nie przedstawia tendencji do poprawy, przeciwnie dąży do okresu rozpadowego, w którym utrata wagi jest stała, postępująca; wyjątkowo tylko chorzy, poprawiający się w tym okresie choroby, mogą czasowo nie tracić na wadze, a nawet nieraz przy forsownem odżywianiu, zyskiwać. Natomiast w okresach zgęszczeń waga z chwilą poprawy stanu chorych może powracać do normy, i nieraz chorzy mogą przy odpowiednim leczeniu tyć znacznie, i dochodzić do wagi o wiele większej, niż w normalnym stanie i poprawa ta może pozostać stale. W większości jednakże przypadków, chorzy przedstawiają różnorodne okresy wahaniasię ich wagi, zależnie od okresów poprawy lub pogorszenia się sprawy. Można poniekąd przyjąć za normę, że utrata wagi jest wskaźnikiem pogorszenia się stanu chorych i odwrotnie. Wyjątkowo bowiem tylko można spostrzegać przy pogorszeniach stanu miejscowego brak utraty wagi, a nawet nieraz powiększenie się wagi. Chudnienie i utrata wagi bywa nadzwyczaj różna. Są chorzy, którzy w ciągu kilku miesięcy tracą po 10, 20, a nawet i więcej funtów na wadze, inni chudną szybko dopiero w okresie gorączkowym. Zazwyczaj zanika tłuszcz w tych miejscach, w których normalnie gromadzą się większe ilości; spada więc coraz bardziej brzuch, zapadają policzki, uda i pośladki, powoli występuje zanik substancji mięśniowej, co się wyraźnie odbija na nogach i rękach; w okresach końcowych choroby przedstawiają niemal skórę i kości. Są to żyjące niemal szkielety, które z powodu zaniku mięśni z trudnością z boku na bok poruszyć się mogą i jedynie po błyszczących, głęboko zapadniętych oczach, głosie zupełnie wyczerpanym, z powodu zaniku mięśni krtani, rozpoznać można, że są to istoty żyjące. Chorzy tacy dochodzą do utraty 40%, a nawet 50% swej pierwotnej wagi.

Co stanowić może przyczynę stopniowego spadania z ciała suchotników? Pytanie to było przedmiotem bardzo licznych badań, wkraczających w dziedzinę przemiany materji u suchotników. Dawniej sądzono, że przyczynę chudnienia stanowi gorączka; badania jednakże wykazały, że często w okresach bezgorączkowych suchotnicy tracą na wadze; to samo da się powiedzieć i o utracie apetytu, wielu bowiem suchotników chudnie przy zachowanym dobrze apetycie. Nie mogąc bardziej szczegółowo przytaczać licznych prac w tym przedmiocie, podaję jedynie następujące wyniki badań: na chudnienie w przebiegu suchot płucnych wpływają przedewszystkiem substancje trujące, które, wchłaniając się z pierwotnego ogniska gruźliczego, wywołują w niem cały szereg różnorodnych szkodliwych wpływów, a mianowicie: 1) działając na układ nerwowy, wywołują brak łaknienia, co w wysokim stopniu wpływa na chudnienie chorego wskutek niedostatecznego pokrywania normalnych strat organizmu; 2) tą drogą

wywołany upadek odżywiania powoduje zmniejszoną odporność organizmu i wytwarza tym sposobem podatny grunt do szerzenia się choroby; 3) w większej ilości wchłonięte toksyny gruźlicze wywierają wprost szkodliwy wpływ na protoplazmę komórek, powodując rozpad jej substancyj białkowych; jeżeli trwa to dłuższy przeciąg czasu, to może już nie nastąpić wyrównanie, a natomiast w krótkotrwałej sprawie regeneracja komórek może w zupełności nastąpić; 4) mocniejsze nasilenia toksyczne stale wywołują gorączkę, przy której przemiana materji nie różni się niczem od przemiany, występującej przy gorączce z innych powodów; występuje więc znaczniejszy rozpad białka, podczas gdy rozpad materji tłuszczowych występuje dopiero, gdy się przyłączy duszność, dreszcze i t. p. (May). Stąd też mocniejsze wpływy toksyczne i najszybszy rozpad substancyj tłuszczowych spostrzegany bywa w serowatę gruźliczem zapaleniu płuc. Oprócz białka i tłuszczu wydzielanie innych pierwiastków organicznych i nieorganicznych ulega w przebiegu gruźlicy pewnemu zaburzeniu; i tak kwas fosforowy, jako fosforan wapna lub też pod postacią związków organicznych, jako lecytyna i nukleina, ulega zwiększonemu wydzielaniu. Kwas fosforowy, związany z sodą, amonjakiem, magnezją i potasem pod postacią odpowiednich soli mineralnych, wydziela się z moczem, a w części z kałem. Wogóle ilość wydzielanych soli mineralnych, a szczególnie związków magnezji i wapna, zwiększa się przeważnie w końcowych okresach choroby, wywołując to, co francuscy autorowie trafnie określają jako demineralizację organizmu suchotników. W okresach gorączkowych bywa również zwiększone wydzielanie amonjaku, wydzielanie indykanu zwiększa się w przypadkach powikłanych gruźlicą kiszek, jako też w razie gnilnego rozpadu jam; w końcowych okresach choroby wydziela się w dużych ilościach fenol i skatol. Wreszcie co się tyczy wymiany gazów, to autorowie znajdowali w przebiegu suchot płucnych dość znacznie zwiększoną przemianę oddechową, t. j. zwiększenie wchłaniania tlenu i wydalania kwasu węglanego w porównaniu ze zdrowym organizmem (8% i więcej — Robin).

Powyższe dane wykazują drogi, prowadzące do upadku stanu ogólnego chorych. Przedewszystkiem powoduje go stopniowy rozpad białka, tłuszczów i ciał mineralnych, warunkowany w pierwszej linii gorączką, a następnie zapotrzebowaniem tych pierwiastków przez organizm, niedostatecznie odżywiany, bądź wskutek upośledzonego łąknienia, bądź też wskutek niezupełnego wchłaniania pokarmów z powodu towarzyszących suchotom różnorodnych zaburzeń w trawieniu, przedewszystkiem z powodu wymiotów i rozwolnienia.

W szeregu zaburzeń w stanie ogólnym chorych należy jeszcze wspomnieć o zaburzeniach w stanie psychicznym suchotników. Nic dziwnego, że cierpienie tak długie i ciężkie, jakim są suchoty, wyczerpujące chorych nie tylko fizycznie lecz rujnąjące nieraz ich i rodziny materialnie i moralnie, łamiące widoki najpiękniejszych karier, druzgoczące w zaraniu wielkie talenty, musi niechybnie odbijać się na stanie psychicznym chorych. U większości ich, szczególnie z klasy inteligen-

tnej pochodzących, można w przebiegu choroby skonstatować różnorodne objawy neurasteniczne, histeryczne lub hysteroneurasteniczne. Najczęściej jednakże objawy neurasteniczne, a bardziej jeszcze typowo histeryczne, widywałem przede wszystkim u suchotników, którzy już uprzednio, przed zapadnięciem na suchoty, dotknięci byli temi cierpieniami. U tej to kategorii suchotników (często pochodzącej z rasy semickiej), nieraz już w początkowych okresach gruźlicy występują objawy, które w rzeczywistości należy uważać tylko za neurasteniczne: uparte wymioty, nieraz po pewnych pokarmach, do których chorzy uprzednio nie byli przyzwyczajeni, lub nawet i bez powodu, podczas mocniejszego kaszlu. Dalej spostrzegamy u nich uparte ataki suchego kaszlu, nie motywowane istniejącymi zmianami w płucach, duszność, bicie serca i t. p. Cały szereg powyższych objawów, wybitnie neurastenicznych, dominuje w tej kategorii chorych w przeciągu całej choroby i stanowi poniekąd ciężkie jej powikłania, uniemożliwiające nie tylko leczenie racjonalne, lecz nawet utrudniające rozróżnienie i ocenienie doniosłości poszczególnych objawów. W większości jednakże przypadków, z rozwojem dalszych okresów choroby i istotnych ciężkich objawów, a szczególnie gorączki, zmniejsza się natężenie objawów neurastenicznych, które występują jaskrawo jedynie od czasu do czasu w chwilach pogorszeń, związanych z objawami czuciowymi t. j. bólem (np. suche zapalenie opłucnej) lub też wywołującymi przestrasz (np. krwioplucie).

Objawy neurastenji u osobników, uprzednio nerwowo zrównoważonych, widywałem w klasie inteligentnej przeważnie u tych, którzy, zdając sobie dokładnie sprawę ze swego stanu, widzieli, że po długiej upartej walce z chorobą ostatecznie zostali przez nią pokonani, że wszelkie wysiłki, a nieraz wielkie koszty ponieśli daremnie, że zrezygnować muszą nieraz ze swojej bardzo wybitnej pozycji socjalnej. Innych znowu do stanu nadmiernego rozdrażnienia nerwowego doprowadzała myśl o ciężkim losie rodziny, która w skutek długiej choroby, zwłaszcza ojca, pozbawiona została środków do dalszej egzystencji. Owa troska o rodzinę, tęsknota za domem, za krajem u osobników, przebywających długo w zakładach leczniczych, monotony sposób życia, stanowi również jeden z ważnych momentów stopniowo rozwijającej się neurastenji w różnych jej przejawach. Wogóle widywałem ją częściej u mężczyzn, prowadzących uprzednio życie czynne, niż u kobiet, które w większości przypadków przywykają do swego cierpienia, a system ich nerwowy nie reaguje nadmiernie.

Objawy neurastenji występują u suchotników w bardzo różnorodnych, właściwych temu cierpieniu przejawach. Występuje więc ogólne rozdrażnienie, niezwykła nierówność usposobienia, upór, przykry stosunek z najbliższem otoczeniem, osłabienie krytycznego myślenia, nawet u uprzednio bardzo inteligentnych chorych, osłabienie woli, lekkomyślność w postępowaniu, wielki optymizm, łatwość wyczerpywania się pamięci i myślenia, czasem ciężkość kojarzenia pojęć (Heinzelmann). U innej kategorii chorych występuje znowu nastrój stale przygnębiony, przechodzący niemal w stan hipochondryczny lub melancholijny. Psy-

chiczne przygnębiecie rozwija się u suchotników na tle ich cierpienia; myśl, że nie mogą być uleczeni, doprowadza ich nieraz do samobójstwa, wśród pełnej po-niekąd samowiedzy. Nie ulega kwestji, że na rozwój tych stanów psychicznych u suchotników wpływają nietylko przytoczone wyżej momenty, lecz jednocześnie działają niektóre jeszcze dodatkowe czynniki, wśród których na pierwszym miej-scu postawiłbym nadużycie napojów wysokowych; napoje te, które przez kilka dziesiątków lat stanowiły jeden z ważniejszych czynników w leczeniu suchot, obecnie zostały na szczęście zupełnie z terapii tej choroby wyrugowane. Obok nadużyć wysokowych pod pewnym względem działa osłabiająco na układ ner-wowy niektórych suchotników, szczególnie młodych mężczyzn, *abusus in Venere*. Nadużycia tej kategorii popełniają oni najczęściej pod wpływem podnieconego alkoholem układu płciowego, bądź też wskutek życia bezczyнного i nieodpo-wiedniego otoczenia, jak to bywa często w miejscach kąpielowych; wreszcie do nadużyć prowadzi chęć użycia rozkoszy życiowych wobec, jak twierdzą, tak niedługiego życia.

U drugiej kategorii suchotników nie spotykamy bynajmniej w ciągu całego przebiegu choroby jakichkolwiek objawów; zdradzających wyżej wymienione zmiany psychiczne nastroju. Przeciwnie, odznaczają się oni stale równem uspo-sobieniem, znoszą z nadzwyczajną cierpliwością cały przebieg cierpienia w róż-nych fazach jego rozwoju, niektórzy nawet przedstawiają zdumiewającą energję i siłę woli, z jaką starają się zwalczyć chorobę; niezrażając się przeciwnościami, kłopotami materialnemi, lub raptownem pogorszeniem, jakie wystąpiło po osią-gniętej już znakomitej poprawie i opóźniło tak gorąco upragnione wyzdrowienie, powrót do pracy i uprzedniego stanowiska społecznego. Widziałem sporą liczbę takich chorych, a stała ich pogoda umysłu wśród ciężkiej choroby, owa niezwykła siła woli i chęć wyzdrowienia, wzbudzały we mnie niezwykły dla ich charakteru podziw, Robili oni na mnie wrażenie wielkich bojowników, którzy siłą woli usuwali wszelkie przeszkody, aby ostatecznie osiągnąć upragnione zwy-cięstwo. Tę kategorię osobników widywałem przeważnie wśród mężczyzn ze sfery inteligentnej, najczęściej wśród Niemców lub Amerykanów; spotykałem ich jednakże i wśród naszego społeczeństwa. O wiele częściej spotykamy brak objawów neurastenicznych u suchotników, pochodzących z biednej klasy, posia-dających odporny układ nerwowy. Chorych takich, szczególnie pochodzących ze stanu włościańskiego, widywałem przeważnie w praktyce szpitalnej. Znoszą oni suchoty, nie zdradzając najmniejszych objawów neurastenicznych, nie żalą się najczęściej na żadne dolegliwości, ale jedynie trapi ich kaszel, który również nie posiada tego męczącego charakteru, jaki widujemy u suchotników nerwowych. Pracują oni do ostatka, przychodzą do szpitala, można powiedzieć na umarcie. Zdają sobie nieraz dokładną sprawę ze swego stanu do tego stopnia, że wypisują się czasem ze szpitala na kilka dni przed śmiercią, z zupełną samowiedzą, aby umrzeć wśród swoich, a niektórzy nawet, aby nie uleść badaniu pośmier-tnemu. W okresach daleko posuniętej choroby, szczególnie w ostatnich mie-

siącach, lub tygodniach przed śmiercią, zmienia się zazwyczaj nastrój psychiczny chorych. Osobniki, którzy przedstawiali różnorodne objawy neurasteniczne, a szczególnie z charakterem podrażnienia, niepokoju, a nawet zwątpienia, stają się spokojnymi, a uczucie zwątpienia przechodzi nieraz w dziwne uczucie optymizmu. Zdaje im się, że stan ich poprawił się znacznie, uprzednie niedowierzanie i krytycyzm przechodzi niemal w dzieciinną łatwowierność, z jaką dają sobie wmówić, najbardziej błahe przyczyny niemożności wyjazdu dalekiego na południe, dokąd się gwałtownie wybierali. Optymizm ten jednakże nie zawsze występuje i w tym okresie choroby; u niektórych chorych prawie do samej śmierci istnieje dziwna świadomość krytyczna i jasne zdawanie sobie sprawy z przybliżającego się końca życia.

Należy jeszcze wspomnieć parę słów o śnie w przebiegu suchot płucnych. W większości przypadków sen bywa nieprawidłowy; chorzy budzą się w nocy z powodu kaszlu, który szczególnie u nerwowych występuje w nocy co parę godzin, nieraz i częściej. Tę kategorię upartej bezsenności spotykamy we wszystkich okresach choroby. U innych znowu chorych przyczyną bezsenności stanowi wysoka gorączka wieczorna; chorzy pod jej wpływem czują się mocno podnieconymi, doświadczają często jednocześnie i bólu głowy, zasypiają zwykle nad ranem z chwilą zwolnienia gorączki. Tę kategorię bezsenności napotykamy najczęściej w niezbyt późnych okresach choroby, lub też w okresie występowania świeżych ognisk, albo w razie powikłań, którym towarzyszy gorączka. W okresach późnych, przy gorączce ciągłej, chorzy najczęściej mogą spać, a sen ich przerywa jedynie kaszel. Bezsenność w tym okresie może być również warunkowana dusznością, lub też niezwykle obfitemi potami; po przebudzeniu się chorzy zasypiają z trudnością, z obawy przed nowym atakiem potów. Suchotnicy, przedstawiający wyraźne objawy neurasteniczne, doznają bezsenności nawet w braku przyczyn, wyżej wyszczególnionych. Leżą oni całymi godzinami, nie mogąc zasnąć, jedynie z obawy przed mogącym wystąpić w nocy pogorszeniem, np. krwiopluciem, którego kiedyś w nocy doświadczyli; u innych występują niepokoje sercowe, inni wreszcie, położywszy się, zaczynają doświadczać smutnego nastroju, którego pozbyć się nie mogą, i który zasnąć im nie pozwala; zasnąwszy wreszcie, budzą się wkrótce pod wpływem jakichś ciężkich sennych widziadeł. Bezsenność u tej kategorii pacjentów bywa zazwyczaj bardzo uparta, trwa całe miesiące, ustępuje najczęściej dopiero ze znaczną poprawą ich stanu, czasem ze zmianą miejscowości lub nieraz odwrotnie po powrocie do ognisk domowych. Wreszcie bezsenność u suchotników może być sztucznie wywołana środkami pobudzającymi, przede wszystkim alkoholem, użytym w znacznej ilości na noc (często nawet z zalecenia lekarskiego).

## WYKŁAD XI.

**Powikłania i objawy gruźlicze w drogach oddechowych (gardzieli i krtani).  
Objawy gruźlicze i powikłania ze strony kanału pokarmowego. Zakażenia  
i zmiany w narządach krążenia, w układzie nerwowym, w mięśniach, kościach, skórze i narządach moczowopłciowych.**

---

Rzadko sprawa gruźlicza ogranicza się tylko do płuc, przebiegając wszystkie wyżej opisane fazy. W ogromnej większości przypadków suchot dalej rozwiniętych, zwłaszcza niepomysłnie przebiegających, rozwijają się zmiany gruźlicze i w innych narządach, jako mniej lub więcej ciężkie powikłania pierwotnej choroby. W opisie tych zmian zajmiemy się tylko sprawami, najczęściej spotykanymi i najważniejszymi z punktu widzenia klinicznego. O innych, występujących rzadziej lub też stanowiących pewien interes jedynie anatomopatologiczny, wspomnimy pokrótce. Obok wyżej wzmiankowanych powikłań, które, właściwie mówiąc, stanowią tylko dalsze przejawy sprawy gruźliczej w innych narządach, w przebiegu suchot płucnych występują również często i powikłania w ścisłym tego słowa znaczeniu. A więc zupełnie przypadkowo grypa, tyfus, zapalenie płuc włóknikowe, syfilis i t. p. lub też powikłania, w pewnym stopniu związane ze sprawą gruźliczą, t. j. na podstawie t. zw. zakażeń mieszanych, zależne od różnorodnych pasorzytów, szczególnie ropnych, które wywoływać mogą u suchotników różnorodne sprawy zapalne natury ropnej w opłucnej, oskrzelach i innych organach, i stanowią istotne nieraz bardzo ciężkie powikłania. Wreszcie występują w przebiegu przewlekłych suchot zmiany na podstawie długotrwałego złego odżywiania naczyń, pod wpływem toksyn gruźliczych; dalej zmiany lub zwyrodnienia całych organów (nerek, wątroby). Zmiany te zwane w ostatnich czasach „paraftyzycznymi“ stanowią również w ostatniej poniekąd instancji wynik zaburzeń w odżywianiu na

podstawie długotrwałego działania na organizm substancji toksycznych gruźliczych, a być może i mieszanej natury. Wszystkie zaburzenia powyższych kategorii będziemy określali ogólną nazwą „powikłań“, opisując je kolejno w różnych narządach.

Powikłania w drogach oddechowych. Objawy ze strony krtani występują w przebiegu gruźlicy przewlekłej nadzwyczaj często. Przemijające kataru krtani, warunkujące mniej lub więcej upartą chrypkę, spotykamy we wszystkich okresach choroby. Stanowią one najczęściej powikłania łagodne i przejściowe, przede wszystkim u suchotników, którzy już przedtem podlegali podobnym niezytom. Chrypka, trwająca dłużej (parę tygodni), wzbudza zawsze podejrzenie rozwoju gruźlicy krtani, która stanowi jedno z najpospolitszych powikłań suchot płucnych; występuje bowiem conajmniej u trzeciej części suchotników. Aczkolwiek w ogromnej większości przypadków, gruźlica krtani zjawia się w okresie wyraźnie rozwiniętej choroby płucnej, to jednakże występować ona może i w okresach wczesnych, stanowiąc nieraz niemal pierwotny jej objaw i maskując bardzo długo objawy płucne; stanowi ona jedną z postaci skrycie przebiegających suchot, którą nazwałem postacią rzekomokrtaniową (*pseudolaryngea*). Te przypadki zasługują na baczną uwagę lekarza praktyka i dlatego też podaję pokrótce ich symptomatologję. Najczęstrzym objawem tej formy gruźlicy krtani bywa uparta chrypka, występująca u zupełnie lub pozornie zdrowych osobników. Aczkolwiek badanie krtani wzornikiem wykaże jedynie objawy zwykłego niezytu, przeważnie strun głosowych, to jednakże w tych razach umiejscowienie sprawy bywa jednostronne, a jedna ze strun głosowych, najczęściej prawdziwa przedstawi się nietylko zaczerwienioną, lecz jednocześnie zgrubiałą; przytem ruchy jej podczas fonacji są nieco ograniczone. Chrypka trwa uparcie całe tygodnie, a nawet miesiące; aczkolwiek chorzy twierdzą, że czują się zupełnie dobrze, to jednak bliższe badanie wykaże, że kaszlą i chudną, a najczęściej znajdziemy i oddech u szczytu podejrzany. U innych chorych objawy pierwotne występują w krtani odrazu pod postacią mniej lub więcej rozległych owrzodzeń, umiejscowionych głównie na prawdziwych strunach głosowych, przeważnie na ich tylnych końcach. Owrzodzenia oprócz strun mogą się rozwijać pierwotnie i na tylnej ścianie krtani, głównie w okolicy międzynałewkowej, wytwarzając wielce charakterystyczne wzniesienia t. zw. wyrośnięte gruźlicze, przypominające nieco grzebień koguci. W innych wreszcie przypadkach na tylnej ścianie krtani występuje równomierne zgrubienie całej jej przedniej powierzchni, które przedstawia się pod postacią czerwonego wału. Rzadziej pierwotny nasiek występuje na nagłośni, która w tych razach przedstawia się jako zgrubiały wał czerwony, traci swe normalne kształty, przyczem jedna, lub obie fałdy nalewkonagłośniowe również bywają zgrubiałe. W razie zajęcia pierwotnego tylnej ściany krtani i nagłośni, chorzy mogą mieć z początku nawet głos zupełnie czysty, a uskarżają się jedynie na mniejszy lub większy ból podczas łykania, promieniujący nieraz do ucha. Tak się przedstawiają w ogólnych zarysach objawy



gruźlicze w krtani, występujące pierwotnie. Rozpoznanie stanowcze wyżej opisywanych zmian krtani, jako gruźliczych, opierać się zawsze winno nietylko na badaniu krtani, lecz zawsze na szczegółowym rozważeniu ogólnego stanu chorych, a przede wszystkim na szczegółowym zbadaniu płuc.

Najczęściej jednak sprawy gruźlicze krtani występują w okresach wyraźnie rozwiniętych suchot płucnych, częściej w okresach rozpadu niż nacieków. Występują one w tych okresach suchot głównie pod postacią nasięków lub owrzodzeń. Nasięki (infiltraty) gruźlicze przedstawiają się różnie, zależnie od umiejscowienia; występują one zwykle powoli, zajmując stopniowo różne części krtani; nieraz zaś niemal do samej śmierci chorego sprawa może się ograniczyć do jednej tylko okolicy np. nagłośni, strun; w przypadkach szybko rozwijających się, niemal wszystkie części krtani bywają zajęte sprawą gruźliczą. Nasięki nagłośni występują bardzo często i przez długi czas stanowią nieraz jedyną zmianę gruźliczą krtani. Badanie wziernikiem wykazuje wówczas nagłośnię zupełnie pozbawioną wyglądu normalnego; przybiera ona postać czerwonego guza, nieraz znacznej grubości; często wytwarzają się na niej rozległe płaskie owrzodzenia, szerzące się powoli, pokryte żółtoszarawą wydzieliną; na dnie owrzodzeń, a nieraz i na brzegach, można zauważyć drobne, czerwone, przeświecające, prosówkowate gruzełki. W niektórych przypadkach nagłośnia szybko nleża rozpadowi, nieraz przedstawia się jakby przepołowioną, w innych znowu razach ulega częściowemu zniszczeniu. Nasięki na tylnej ścianie krtani przedstawiają się, podobnie jak w formie pierwotnej, pod postacią czerwonych zgrubiałych wałów, często z owrzodzeniami, umiejscowionych w okolicy międzynałekowej (ekskrescencje). Nasięki strun prawdziwych przedstawiają się jako grube wałki, ostre ich brzegi nikną, struna traci swój połysk, przyjmuje barwę ciemnoczerwonawą. Owrzodzenia, powstałe z rozpadu tych nasięków, zajmują albo tylko pojedyncze odcinki strun, najczęściej tylne końce, albo też szerzą się szybko po całej powierzchni strun, zajmując całą jej powierzchnię, jako jedno obszerne owrzodzenie. W innych razach owrzodzenie ogranicza się tylko do wolnego brzegu, nadając mu charakterystyczny wygląd zębiasty; w innych wreszcie formach, szczególnie przewlekłych, na brzegach owrzodziałych strun występuje bujanie tkanki łącznej, powstają twory polipowate, które mogą wywoływać objawy zwężenia głośni. Podobne naciekowe i rozpadowe zmiany rozwijają się i na strunach fałszywych, zmieniających się wówczas na grube, czerwone nieforemne wały; wytwarzające się na nich owrzodzenia mają wyżej opisany wygląd. Sprawa gruźlicza w dalszym ciągu przechodzi na ochrzęstną, warunkuje swoiste jej zapalenie (*perichondritis tuberculosa*), czemu najczęściej podlega wyrostek głosowy; stąd sprawa szerzy się na chrząstkę nalewkową; wówczas błona śluzowa, pokrywająca chrząstkę brzęknie, a odpowiednia struna wskutek unieruchomienia stawu nalewkowoobraczkowego staje się nieruchomą i zbliża się stale do części środkowej krtani, przyjmując t. zw. położenie trupie; chrząstka niekiedy zupełnie się wydziela, pozostawiając głęboką jamę, wypełnioną serowatoropną wydzieliną. Sprawa

z ochrzęstnej może również szerzyć się na chrząstkę pierścieniową; wytwarza się wówczas zgrubienie i obrzęk nie tylko tylnej ściany, lecz i okolicy podgłośniowej, co nieraz powoduje znaczne zwężenie otworu głośni i objawy zwężenia krtani. Sprawa gruźlicza zająć również może chrząstki tarczowe, w postaci zgrubień bolesnych, wyczuwalnych na zewnętrznych powierzchniach obu chrząstek.

Objawy podmiotowe, właściwe tym różnorodnym postaciom suchot krtaniowych, występują pod trzema głównymi postaciami. Przedewszystkiem uparta chrypka, która stanowi najstały objaw, zjawia się od początku i zwykle w późniejszych okresach przechodzi w zupełny bezgłos. Zresztą chrypka, towarzysząca suchotom krtaniowym, sama przez się nie przedstawia nic charakterystycznego i nie stanowi cechy rozpoznawczej. Drugim objawem jest ból oraz utrudnione połykanie; występuje on głównie w razie nasięków nagłośni i tylnej ściany i stanowi nieraz jeden z pierwotnych objawów; często ból ten rozprzestrzenia się ku uszom. Łykanie w razie zajęcia nagłośni i tylnej ściany bywa zazwyczaj utrudnione; w jednych przypadkach pokarmy stałe, w innych znowu płyny bywają trudniej połykane. W wysokich stopniach nasięków i obrzęków tylnej ściany i nagłości, a głównie w razie zajęcia ochrzęstnej, może wystąpić niemożność łykania, co w znacznym stopniu przyczynia się do ostatecznego wyniszczenia chorego. W przypadkach rozległych owrzodzeń strun prawdziwych, połączonych z rozrostami polipowatemi może dojść do zwężenia krtani, wymagającego nawet nieraz przecięcia tchawicy (*tracheotomia*).

Czasem obok gruźlicy krtani, występuje współcześnie lub też nieco później, wyjątkowo nawet wyprzedzając ją, gruźlicze zajęcie gardzieli (*tuberculosis pharyngis*); umiejscawia się ono w różnych częściach, a więc na podniebieniu, migdałkach gardzielowych, na tylnej ścianie, lub nawet na stropie gardła. Gruźlica gardła występuje pod postacią drobnych, na wpół przezroczystych, porzrzucanych gruzełków, które następnie zlewając się i rozpadając, wytwarzają podobnie jak w krtani owrzodzenia gruźlicze. Owrzodzenia te, umiejscowione przeważnie na podniebieniu miękkim i jęczyczku, przedstawiają się pod postacią owrzodzeń drobnych, drążących głęboko, o dnie sadłowatym; na brzegach ich i na dnie daje się spostrzegać ziarnina i jeszcze nierozpadłe przeświecające gruzełki. Czasem owrzodzenia zlewają się, tworząc jedną ogromną powierzchnię owrzodziałą. Na łukach tylnych gardła owrzodzenie przyjmuje postać długich i głębokich bródz, pokrytych szarobrudnawym nalotem. Na migdałkach tworzą się najczęściej liczne, drobne, kraterowate owrzodzenia, nieraz głęboko między łukami skryte. Objawy podmiotowe owrzodzeń gruźliczych gardła są zwykle bardzo ciężkie. Chorzy skarżą się na stały ból, który wzmagają się znacznie podczas połykania pokarmów, wywołując czasem prawie zupełną niemożliwość łykania, skutkiem czego chorzy chudną i wpadają szybko w stan ostatecznego wyniszczenia.

Gruźlica krtani i gardzieli stanowi zazwyczaj bardzo ciężkie powikłanie gruźlicy płucnej i w większości przypadków przyczynia się do niepomysłnego zejścia.

choroby. Jedynie niezbyt rozległe owrzodzenia gruźlicze krtani mogą się goić, lecz tylko u chorych, u których sprawa płucna jest niedaleko posunięta, a sami chorzy są odporni i nie gorączkują. Rozpoznanie gruźlicy gardzielowokrtaniowej, w razie istniejącej już wyraźnej gruźlicy płucnej, nie powinno przedstawiać żadnych trudności, a obraz laryngoskopowy może nasuwać pewne wątpliwości rozpoznawcze jedynie w rzadkich przypadkach, występujących pierwotnie. W tych razach sprawę gruźliczą można by zmieszać z owrzodzeniami przymiotowemi u młodych osobników, a z nowotworem u starszych. Przebyty syfilis, brak wyraźnych zmian w płucach, poruszeń gorączkowych i t. p. cech, właściwych poczynającej się gruźlicy, przemawiać będzie przy jednoczesnym dodatnim odczynie Wassermanna, za sprawą przymiotową. U osobników zaś starszych wygląd charłaczy, powiększone gruczoły szyjne, brak wyraźnych zmian w płucach przemawiać będą za nowotworem złośliwym. Zresztą po bliższe rozpoznawcze cechy tych spraw odsyłamy do podręczników laryngologicznych.

Z rzadkich powikłań nadmienimy tu tylko jeszcze o owrzodzeniach gruźliczych nosa, występujących również w daleko posuniętej gruźlicy płucnej, a wyjątkowo tylko w okresach jej wczesnych. Sprawa występuje pod postacią owrzodzeń różnej wielkości, wytworzonych wskutek rozpadu gruzełków; umiejscawia się tuż przy wejściu do nosa na przegrodzie, rzadziej na muszlach; owrzodzenia drążą nieraz głęboko, dochodząc do ochrząstki. Wyjątkowo tylko gruźlica nosa przedstawia się pod postacią wyrosła pseudopolipowatych, stanowiących zbiór ziarniny gruźliczej (na przegrodzie nosa).

Ze spraw nieswoistych występują bardzo często w drogach oddechowych w przebiegu suchot płucnych świeże nieżyty oskrzeli; powstają one najczęściej wskutek wpływów atmosferycznych (t. zw. przeziębienie, zgrzanie się i t. p.) i występują przeważnie pod postacią nieżytów suchych; chorzy odczuwają wówczas znacznie wzmożoną duszność, kaszel męczący suchy, rżenia w piersiach i t. p. objawy. Katarz takie trwają zazwyczaj kilka tygodni, przyczyniając się znacznie do osłabienia stanu ogólnego chorych. Czasem nawet pod wpływem mocnych ataków kaszlowych wystąpić może u chorych mniej lub więcej obfite krwioplucie.

Zapalenie płuc włóknikowe płatowe (*pneumonia acuta fibrinosa*), aczkolwiek rzadko, występować może w najróżnorodniejszych okresach gruźlicy przewlekłej i kończy się nawet typowym przełomem. Zapalenie to częściej mieszane bywa z ostrem serowatym gruźliczym zapaleniem (*pneumonia caseosa*) które szczegółowo będzie opisane w rozdziale o ostrej gruźlicy. O wiele częściej, zwłaszcza w czasie epidemii grypy, spotykamy w przebiegu gruźlicy ostre zrazikowe zapalenie płuc (*bronchopneumonia acuta*) w różnorodnych postaciach; powoduje ono u suchotników zwiększenie się duszności i kaszlu, a nawet spowodować może zejście śmiertelne. Ogniska zrazikowego zapalenia płuc występują u suchotników najczęściej w dolnych i środkowych zrazach płuc. Towarzyszy im mocna gorączka o typie nieregularnym; stąd też i ogniska

świeże można tylko z trudnością, szczególnie w pierwszych dniach choroby, odróżnić od świeżych ognisk zrazikowego zapalenia gruczliczego, powstających tak często w przebiegu przewlekłej gruźlicy. Gorączka nietypowa, towarzysząca tej sprawie, może stanowić jedynie wówczas wskazówkę rozpoznawczą, kiedy suchotnik przedtem nie gorączkował i zapadł od razu wśród objawów ostrych inflenzy, panującej podówczas; jeśli zaś suchotnik gorączkował przedtem, to rozpoznanie zapalenia zrazikowego charakteru niegruczliczego, na razie niemal niemożliwe, stanie się możliwem dopiero po kilku tygodniach, gdy świeże ogniska ulegną powolnemu wessaniu, w przeciwstawieniu do ognisk gruczliczych, które, jeżeli raz powstały, szerzą się coraz dalej i głębiej. Ogniska jednej i drugiej kategorii wykazują niemal identyczne objawy fizykalne (oddech zaostrozony, rzężenia suche, lub drobnowilgotne, stale w jednym miejscu zlokalizowane); w sprawie niegruczliczej występują ogniska wielorakie, objawy ich bywają zmienne, przycichają pewnego dnia, by stać się znowu wyraźnemi w kilka dni, przyczem stan ogólny chorych zachowuje się względnie niezłe, nieodpowiednio do ciężkiej gorączki i duszności; natomiast w razie świeżych ognisk gruczliczych stan ogólny podupada stale i wyraźnie.

Rozedma płuc stanowi stałe następstwo suchot przewlekłych, występuje szczególnie w postaciach przewlekłych, a więc przeważnie w włóknistych, z mocnym suchym kaszlem.

Zgorzel płuc (*gangraena pulmonum*) występuje rzadko, jako powikłanie bardzo ciężkie daleko posuniętej gruźlicy w okresie istnienia znaczniejszych jam. Charakteryzuje się obecnością mocno cuchnącej plwociny, przypominającej w zupełności plwocinę, towarzyszącą cuchnącym nieżytom oskrzeli lub zwykłej zgorzeli płuc. Istotę sprawy stanowi rozpad zgorzelinowy ściany jamy gruczliczej, co najczęściej ma miejsce na krótko przed śmiercią chorego. Czasem u niektórych chorych z wyraźnemi jamami występuje cuchnąca plwocina jedynie przemijająco, zapewne wskutek rozpadu powierzchownego i ograniczonego ściany kawerny gruczliczej.

Choroby opłucnej nietylko niezwykle często wikłają przewlekłe suchoty płucne, lecz nieraz stanowią nawet wstęp do rozwoju gruźlicy płuc. Występują więc zapalenia opłucnej suche, surowicze, ropne, krwawe, a nawet cuchnące. Surowicze zapalenie natury gruczliczej występuje najczęściej w poczynających się okresach choroby; w przebiegu natomiast spostrzegamy suche, rzadziej krwawe, lub ropne zapalenie opłucnej po stronie płuca względnie zdrowego. Przesięki w jamie opłucnej w przebiegu przewlekłej gruźlicy widujemy wyjątkowo rzadko ze względu na to, że w ogromnej większości przypadków mamy do czynienia z mocnemi zrostami opłucnej.

Gruczoły śródpiersiowe bywają stale powiększone, a bardzo często zwłaszcza u dzieci ulegają zwyrodnieniu gruczliczemu, wytwarzają u nich nieraz nawet odrębne cierpienie t. j. gruźlicę gruczołów śródpiersia z odrębną symptomatologją, której tutaj bliżej opisywać nie możemy, gdyż przekraczałoby to program naszych wykładów.

Odma piersiowa (*pneumothorax*) stanowi stosunkowo rzadkie ale za to jedno z najcięższych powikłań suchot płucnych. Sprawa ta, polegająca na nagromadzeniu się w jamie opłucnej mniejszej lub większej ilości powietrza, występuje w przebiegu gruźlicy płucnej najczęściej we wczesnych okresach szybko przebiegającej choroby, wskutek pęknięcia rozmiękłego ogniska gruźliczego, znajdującego się pod opłucną trzewną; tylko wyjątkowo rzadko powstaje odma piersiowa wskutek pęknięcia jamy gruźliczej; ma to miejsce jedynie w tych rzadkich przypadkach, w których nie doszło do zupełnego zarośnięcia opłucnej; wówczas występują na jaw objawy odmy ograniczonej. Za moment, ostatecznie powodujący powstawanie odmy w przebiegu gruźlicy płucnej, należy uważać męczący kaszel, lub nawet raptowny wysięk fizyczny. Są jednakże przypadki, w których odma piersiowa występuje w czasie zupełnego spokoju chorego. Nie mogę tu bliżej opisywać mechanizmu i symptomatologii tej wielce ciekawej i ciężkiej pod względem djagnostyki fizykalnej choroby, i muszę odesłać słuchaczy po bliższe szczegóły do mojego podręcznika chorób opłucnej; tutaj tylko nadmienię w krótkości, że w przebiegu gruźlicy otwór powstały w płucu wskutek rozpadu tkanki gruźliczej może być nierówny, otoczony strzępami tkanki gruźliczej, i że sama przetoka oskrzelowopłucna bywa zatokowato kręta, wskutek czego wytwarza się charakterystyczny wielce rodzaj odmy, zwanej odumą zastawkową (*Ventilpneumothorax*). W tej postaci odmy powietrze w czasie wdechu dostaje się swobodnie do jamy opłucnej, natomiast przy wydechu, wskutek kurczenia się mocno uciśniętego płuca lub też zastawki powstałej z resztki naderwanej tkanki płucnej, nie może wejść napowrót do płuca. Stąd też ilość powietrza w jamie opłucnej zwiększa się stopniowo, a ciśnienie wzrasta dopóty, dopóki nie nastąpi chwila, w której nawet w czasie wdechu powietrze do otworu już dostać się nie może. Dopiero dzięki powolnemu wchłanianiu się powietrza, ciśnienie zmniejsza się, co znowu ułatwia możliwość przedostania się powietrza do opłucnej. Najczęściej jednakże otwór zasklepia się błonami, wskutek powstałego wtórnie zapalenia opłucnej, i wytwarzający się wysięk, rugując stopniowo powietrze, przemienia odmě piersiową na wysiękowe surowicze lub ropne zapalenie opłucnej (*sero. v. pyopneumothorax*). Wysięk więc stanowi niejako normalne następstwo odmy. W odmie gruźliczej wysięk zależy od współdziałania laseczników gruźliczych, które przedostają się do opłucnej w razie przebicia się do niej rozpadłego ogniska gruźliczego lub też przy współdziałaniu i ropnych drobnoustrojów, przechodzących z zawartości jamy gruźliczej. Stąd też w większości przypadków odmy gruźliczej wysięki bywają charakteru surowiczego, i badanie bakteriologiczne najczęściej nie wykazuje obecności żadnych drobnoustrojów. Dopiero drogą szczepienia da się napewno stwierdzić gruźlicza ich natura. Wysięki surowicze w większości przypadków przechodzą powoli w wysięki ropne, nawet nieraz w cuchnącoropne. Wysięk przyczynia się niekiedy do zagojenia odmy. Jeśli przed wystąpieniem odmy w opłucnej znajdowały się znaczniejsze zrosty, unieruchamiające większą część płuca, to odma będzie ograniczona na

mniejszej lub większej przestrzeni, co najczęściej ma miejsce w gruźlicy w przedniotylnych odcinkach klatki i nie powoduje zmian uciskowych w narządach.

Objawy kliniczne odmy piersiowej, występujące u suchotników w ogromnej większości przypadków nagle, stanowią niezwykle charakterystyczny obraz, wielokrotnie pełen wysokiej dla chorego i jego otoczenia dramatyczności. Osobnik suchotniczy, jako tako się mający, doświadcza raptownie gwałtownego bólu w piersiach z uczuciem jakby rozrywania się w nich czegoś, jednocześnie zjawia się niezwykle mocna duszność, uniemożliwiająca najmniejszy ruch. Chory czuje, że dusi się formalnie, co zaznacza słabym i ledwo dosłyszalnym głosem; przyjmuje on najchętniej pozycję siedzącą z podpartą o rękę głową i pokryty bywa obfitym zimnym potem; twarz jego wyraża uczucie mocnego przestachu; gałki oczne mocno się wypuklają; twarz z początku blada, przejawia stopniowo odcień sinawy; chory wykonywa bezustannie szybkie ruchy oddechowe; pierś faluje mocno; łąknie on ciągle powietrza, każe szeroko otwierać okna, zdradzając ciągle mocny niepokój i obawę śmierci. Stan ten nad wyraz ciężki kończy się wkrótce śmiercią, albo też chory po wielu godzinach ciężkiej walki zaczyna się nieco uspakajać i organizm poniekąd przyzwyczaja się do zmienionych nagle warunków krążenia i ciśnienia wewnątrzpiersiowego; ból zmniejsza się, oddech staje się mniej gwałtownym i nie tak częstym, i chory może położyć się na boku najczęściej dotkniętym sprawą chorobną; objawy sinicy zmniejszają się stopniowo. Chory jest w stanie przełknąć nieco pokarmu, najmniejszy jednakże ruch, a nawet mowa, wywołują znowu fatalną duszność. W tym okresie choroby, w której dominują przedewszystkiem objawy ostrej niedomogi sercowej, badanie chorego wykazuje typowe fizykalne objawy właściwe odmie: a więc ton opukowy bębniasty na całej przestrzeni połowy klatki dotkniętej chorobą, rozszerzenie jej z wygładzeniem międzyżebry. Przy wysłuchiowaniu w większości przypadków nie słycać wcale szmeru oddechowego. Dopiero zazwyczaj w kilka dni występują znane powszechnie z djagnostyki wysoce charakterystyczne objawy, jako to: przydźwięk metaliczny, rżenia metaliczne, oddech dzbankowy, objaw t. zw. kropli spadającej (*gutta cadens*). Szmer pluskania (*succussis hippocratica*) i t. p. Nieraz w przebiegu gruźlicy objawy odmy występują nie z wyżej opisaną gwałtownością lecz bardzo powoli, nieraz nawet jakby skrycie. Chorzy doświadczają kilka dni z rzędu bólu w boku, który bywa kładziony na karb suchego zapalenia opłucnej, ponieważ badanie nie wykrywa wyraźniejszych zmian; dopiero w dni kilka występują typowe fizykalne objawy odmy. Nieraz nawet u suchotników z daleko posuniętymi zmianami, leżących już stale w łóżku, przywykłych i niejako przystosowanych do stałej duszności, rozwijać się może odma przejściowa poniekąd nawet zupełnie skrycie, powodując tylko nieznaczne wzmożenie duszności; przyczyna jej może być łatwo przeoczona, a jeśli chory dokładnie nie będzie zbadany to odma piersiowa ujawniona dopiero zostanie na stole sekcyjnym. Objawy odmy, wyżej naszkicowane, subiektywne jako też i obiektywne, ulegają różnorodnej modyfikacji, szczególnie jeśli odma staje się przewlekłą i dołącza

do niej wysięk. Wówczas wybitne i charakterystyczne objawy fizykalne, wyżej skreślone, stopniowo stają się mniej wyraźne, a natomiast na pierwszy plan występują objawy wysiękowe opłucnej; wreszcie objawy odmy giną zupełnie, aby znowu się zjawić w miarę wchłaniania się lub sztucznego opróżnienia wysięku; a nawet w przypadkach, w których otwór w płucu zasklepił się w zupełności (otwory niewielkie) objawy odmy nie występują wcale nawet po zrezorbowaniu się lub opróżnieniu wysięku. W dziale symptomatologii odmy piersiowej omawiane są szczegółowo różnorodne objawy właściwe niektórym odrębnym postaciom odmy piersiowej, a więc odmie całkowitej, odmie z objawami obecności płynu w jamie opłucnej, odmie piersiowej zupełnie otwartej, wreszcie odmie częściowej. Nie uważam za właściwe, aby przytaczać tu szczegółowo te różnorodne dane; po szczegóły odsyłam do wyżej wzmiankowanej mojej pracy o chorobach opłucnej.

Rozpoznanie odmy piersiowej, występującej w przebiegu suchot płucnych, w ogromnej większości przypadków nie powinno, jak widać z powyższego, przedstawiać dla lekarza poważniejszych trudności rozpoznawczych. Jedynie odma ograniczona często, szczególnie w pierwszych dniach po wytworzeniu się, może budzić pewne wątpliwości. Szczegółowa jednakże obserwacja (rozdzielenie od wielkich jam), a przede wszystkim badanie za pomocą promieni Roentgena ujawni szybko i stanowczo, z czym mamy do czynienia.

Zejsście odmy piersiowej, występującej w przebiegu suchot płucnych, w ogromnej większości przypadków bywa niepomysłne. Według bowiem zestawień Westa, opartych na wielkim materiale, połowa chorych umiera w ciągu pierwszego tygodnia, a trzy czwarte z ogólnej liczby chorych w ciągu dni 15-tu od początku choroby. Jeśli chory przeżyje parę tygodni, to zazwyczaj umiera następczo wskutek dalszego rozwoju sprawy gruźliczej i postępującego wyniszczenia. Spostrzegano jednakże wyjątkowe przypadki, które również sam pamiętam, w których chorzy po przebyciu ciężkiej odmy z następczym wysiękiem surowicznym lub ropnym, powoli poprawiali się, a nawet przychodzili do względnego zdrowia. Są to jednakże przypadki niezwykle wyjątkowe i one to dały nawet impuls do metody leczniczej suchot za pomocą wytwarzania sztucznej odmy piersiowej, o czym przy omawianiu terapii suchot szczegółowo mówić będziemy.

Objawy gruźlicze i powikłania ze strony kanału pokarmowego. Opisując zaburzenia ze strony żołądka, spotykane w początkowych okresach choroby, zaznaczyliśmy, że jedną z najstalszych ich oznak stanowi brak łaknienia, a w niektórych przypadkach i różnorodne inne objawy niestrawności (odbijanie, ból po jedzeniu, wymioty). Otóż z rozwojem choroby w okresach nasięków spostrzegamy pod tym względem dwie odrębne kategorie. U jednych, zwłaszcza u tych, którzy przestali gorączkować, łaknienie powraca, inne objawy dyspeptyczne znikają, chorzy zaczynają się odżywiać prawidłowo, a często nawet, szczególnie jeśli przebywają na świeżym powietrzu i jedzą obficie, a spr-

wność ich żołądkowa pozostaje stale dobrą, to i stan ich ogólny może się bardzo poprawić. W drugiej kategorii przypadków, choroby przy wyraźnie rozwiniętej chorobie, pomimo utraty gorączki, nie odzyskują w zupełności łaknienia, znoszą jedynie lekkostrawne pokarmy, a najmniejsze wykroczenie w diecie, powoduje krócej lub dłużej trwający stan dyspeptyczny. Badanie chemiczne i mechaniczne żołądka u tej kategorii chorych, podług licznych autorów wykazało najczęściej osłabienie trawienia, pewien niewielki stopień rozszerzenia żołądka ze zwiększoną zwykle ogólną kwaśnością, a zmniejszeniem lub nawet brakiem wolnego kwasu solnego; wyjątkowo tylko znajdowano nadmierną ilość tego kwasu. Zmiany powyższe powstają u suchotników na tle stałego zatrucia toksynami gruźliczymi z wytwarzaniem się nienormalnych produktów fermentacyjnych. To zaburzenie sprawności żołądka warunkuje jednocześnie stałe obłożenie języka, a pod względem ogólnym pewien nastrój przygnębiony. Objawy powyższe bywają jednakże zmienne, często chorzy odzyskują apetyt na czas jakiś, aby przy najmniejszym przekroczeniu diety stracić go znowu. W okresach rozpadowych choroby u wszystkich niemal bez wyjątku chorych istnieje uparty brak łaknienia, który dochodzi wreszcie do zupełnego wstrętu do przyjmowania pokarmów; na sam widok jedzenia chorzy odwracają się, wybuchając nieraz gniewem na otoczenie, które ich do jedzenia namawia. Obok braku apetytu w tym okresie występują bardzo często wymioty, powstające pod wpływem mocnego kaszlu, które znowu ze swej strony wywołują nadmierną wrażliwość żołądka; najmniejszy łyk pokarmu, zwłaszcza płynu, nieraz nawet i bez kaszlu uprzedniego wywołuje wymioty, doprowadzające do ostatecznego wyniszczenia chorych. Warunki powstawania tych końcowych dyspepsyj suchotniczych polegają, podług badań autorów, najczęściej na braku kwasu solnego, obecności kwasu młecznego, niemożności trawienia białka i t. p., a zmiany te wyjaśnia dostatecznie cały szereg różnorodnych zaburzeń, istniejących u chorych tego okresu, a więc wchłanianie produktów gruźliczych, przelykana obficie płwocina, znaczna niedokrwistość błony śluzowej żołądka, gorączka, zastój, a nawet w niektórych przypadkach zmiana mączkowata naczyń żołądka. Zmiany te jednakże nie przedstawiają dla gruźlicy nic swoistego, spotyka się je bowiem i w innych wycieńczających organizm sprawach, a nawet i w cierpieniach płucnych niegruźliczego pochodzenia np. w rozedmie. Co się tyczy istotnych zmian gruźliczych, spotykanych w przewodzie pokarmowym suchotników, to do nich zaliczyć należy owrzodzenia gruźlicze jamy ustnej, a mianowicie warg i dziąseł. Zmiany te występują bardzo rzadko. Na wargach owrzodzenia umiejscawiają się przeważnie na wardze dolnej pod postacią drobnych guziczków prosówkowatych, które, zlewając się powoli, tworzą owrzodzenie mniej lub więcej głębokie, o typowym błedem dnie, pokrytem serową wydzieliną z usianiem na niem i na jego brzegach drobnymi gruzełkami. Owrzodzenia te bywają dość bolesne. Rzadziej jeszcze występuje gruźlica dziąseł, wywołująca mocne puchnięcie, a następnie



owrzodzenia, doprowadzające do przetok ropnych; w następstwie sprawa szerzy się dalej na okostną.

Gruźlica języka występuje stosunkowo częściej pod dwiema postaciami. W pierwszej postaci powstają mniejsze lub większe guziczki, siedzące głęboko pod błoną śluzową na wolnych brzegach i na górnej powierzchni języka; sprawa przebiega powoli, doprowadzając ostatecznie do tworzenia się owrzodzeń głębokich z usianiem po brzegach gruzełkami prosowatemi. Sprawa, szerząc się wgłąb, wywołuje bolesność podczas jedzenia i utrudnia do pewnego stopnia łykanie i mówienie. W drugiej postaci, stosunkowo częściej, występują na błonie śluzowej języka, a szczególnie na wolnych jego brzegach, rozsiane drobne guziczki, które ulegając szybkiemu rozpadowi, wytwarzają liczne drobne, powierzchowne owrzodzenia o bladym dnie, pokryte wydzieliną serowatą. Takie owrzodzenia wywołują zwykle bardzo dotkliwy ból podczas jedzenia, a obok tego wydzielanie się śliny, nieprzyjemny odór z ust i t. p. Owrzodzenia niewielkie, powstałe w okresach niedaleko posuniętej choroby, mogą się goić i zbliznić w zupełności, powstałe zaś w okresach późniejszych nie goją się wcale, lub podgojone w jednym miejscu, wytwarzają się w sąsiednich.

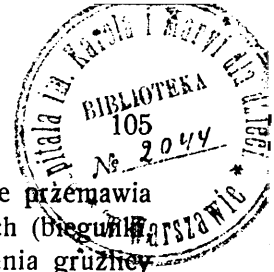
Istotne owrzodzenia gruźlicze błony śluzowej żołądka należą do zjawisk wyjątkowo rzadkich, występują w daleko posuniętych sprawach gruźliczych płuc i w razie owrzodzeń rozległych w kiszkach; obecność ich, wobec różnorodnych innych ciężkich zaburzeń, nie daje bliższych właściwych im objawów i dopiero badanie pośmiertne wykrywa ich istnienie.

Objawy ze strony kiszek w różnorodnej postaci występują niezwykle często w przebiegu rozwiniętej gruźlicy płucnej. Najczęściej spotykamy rozwolnienie, które w pewnej kategorii przypadków, szczególnie u osobników, nie zachowujących odpowiedniej diety, może być warunkowane nadmierną ilością przyjmowanych pokarmów, a przede wszystkim mleka. To nadmierne użycie mleka, nieraz po kilka litrów dziennie, wywołuje bardzo uparte, kilka tygodni trwające rozwolnienie, które po odstawieniu mleka i przy odpowiedniej diecie ustępuje zazwyczaj w zupełności. Najczęściej jednakże rozwolnienie uparte, spostrzegane u suchotników, szczególnie w daleko posuniętych okresach choroby, zależy od owrzodzeń gruźliczych kiszek, które występują u większej części suchotników (50—70%). Owrzodzenia gruźlicze umiejscawiają się przeważnie w okolicy кишки ślepej i jelita biodrowego i albo przedstawiają wrzody pojedyncze różnej wielkości, albo też, wskutek zlania się owrzodzeń sąsiednich, obejmują cały poprzeczny wymiar кишки. Owrzodzenia gruźlicze kiszek w ogromnej większości przypadków stanowią sprawę wtórną i są zazwyczaj dalszym ciągiem sprawy gruźliczej innych organów (płuca, naczynia i gruczoły chłonne u dzieci i t. p.). Owrzodzenia gruźlicze w kiszkach mogą nieraz przebiegać bez jakichkolwiek wyraźniejszych objawów klinicznych, co zależy od ich rozległości, a przede wszystkim od umiejscowienia. Owrzodzenia, ograniczone do кишки cienkiej, mogą nie dawać żadnych objawów za życia, natomiast owrzodzenia w kiszce

grubej, szczególnie w prostnicy, wywołują pewne stałe objawy, przedewszystkiem ból uparty, zależny od drażnienia obnażonych zakończeń nerwów czuciowych przez napływającą miazgę pokarmową i występujący wtórnie skurcz ścian kiszkowych; ból może prócz tego mieć źródło w jednocześnie rozwijającym się wtórnym, ograniczonym zapaleniu otrzewnej, przytykającej do owrzodzenia. Ból może być umiejscowiony do danej okolicy kiszek, lub też promieniować na dalsze okolice brzucha, a nawet do uda; zwykle umiejscawia się ściśle do okolicy ślepej кишки i pępka. Drugim objawem podstawowym owrzodzeń gruźliczych kiszek jest biegunka, która najczęściej jest stała i trwa tem uporczywiej, im owrzodzenia są rozleglejsze i o ile leżą w dolnych odcinkach кишки grubej i prostej. Naturalnie biegunkę wywołuje nie tylko wzmożony ruch robaczkowy kiszek, lecz jednocześnie i działanie toksyczne produktów gruźliczego rozpadu owrzodzeń.

Częstość wypróżnień bywa bardzo różnorodna: z początku odfite rozwolnienie występuje raz dziennie, w miarę zaś postępu sprawy i szerzenia się owrzodzeń wzmagają się częstość ich i obfitość. Wypróżnienia z początku na pół płynne, żółtawe, stają się coraz płynniejsze, przybierając kolor szarawy, nieraz nawet brunatny wskutek domieszki krwi. Zapach ich bywa bardzo przykry; szczególnie w ostatnich okresach choroby przyjmują niemal trupi odór. W kale, oprócz normalnych zawartości, napotkać można często śluz, krew i ropę w różnej ilości. Składniki te jednakże nie przemawiają za owrzodzeniem gruźliczym; mogą one znajdować się i w innych wrzodziejących sprawach kiszek. Za bardziej charakterystyczną dla owrzodzeń gruźliczych można uważać jedynie większą domieszkę ropy. Oprócz różnorodnych pasorzytów w kale tych chorych znajdują się bardzo często laseczniki gruźlicze, które jednakże nie przemawiają stanowczo za sprawą gruźliczą w kiszkiach, gdyż mogą one pochodzić z płwociny gruźliczej, połkniętej przez chorych i jedynie w tych razach można twierdzić o ich pochodzeniu kiszkiowym, jeśli chorzy nie plują wcale, lub gdy badana płwocina daje stałe wynikiem ujemny na laseczniki.

Przebieg gruźlicy kiszkowej bywa prawie zawsze fatalny; rozwolnienie nie ustępuje, przyczyniając się do szybkiego wyniszczenia i upadku stanu ogólnego chorych. W niektórych przypadkach zejście fatalne przyspiesza otworzenie się owrzodzeń do jamy otrzewnej i następcze szybko kończące się zapalenie otrzewnej. W wyjątkowych tylko razach owrzodzenia gruźlicze mogą się goić; lecz pociągają za sobą zwężenie kiszki i zrosty, wywołujące różnorodne, właściwe im zaburzenia. Rozpoznanie gruźlicy kiszek w ogromnej większości przypadków nie powinno przedstawiać większych trudności. Uparta bowiem biegunka, nie ustępująca pomimo odpowiedniego djetetycznego leczenia u osobnika, dotkniętego wyraźnymi zmianami w płucach, a szczególnie w okresach rozpadowych, przemawia z wielkim prawdopodobieństwem za gruźliczym cierpieniem kiszek. Co się tyczy badania na laseczniki, to mówiliśmy wyżej, że ono jedynie może ułatwić rozpoznanie, lecz w tych tylko przypadkach, w których jednocześnie w wypróżnieniach znajduje się krew, a przedewszystkiem w większej ilości ropę;



należy przytem pamiętać, że sama obecność laseczników w kale nie przemawia za ich pochodzeniem z kiszek, jako też, że brak objawów kiszkowych (bieguny, bólu) i laseczników w kale bynajmniej nie wyklucza napewno istnienia gruźlicy kiszek, czyli, że w większości przypadków gruźlica kiszek nie daje pewnych wybitnych objawów. Jedynie na zasadzie dwóch cech, bólu, a przedewszystkiem upartego rozwolnienia, można ją przypuszczać u większości suchotników z daleko posuniętą sprawą gruźliczą. Pierwotną gruźlicę kiszek rozpoznać trudno, chyba, co się wyjątkowo zdarza, że wykryje się odrazu laseczniki w kale. Można ją jedynie podejrzewać, jeśli upartemu rozwolnieniu towarzyszy stopniowy upadek sił i gorączka, a inne przyczyny rozwolnienia (np. nowotwór kiszek), dadzą się wykluczyć.

Gruźlica kiszek, umiejscawiając się w pewnych odcinkach kiszek, może dawać odrębne objawy, właściwe innej kategorii cierpień, maskujących gruźlicę. I tak, owrzodzenia z кишки ślepej mogą przenieść się na wyrostek robaczkowy, albo nawet występować w nim pierwotnie i dawać obraz zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis tuberculosa*). Cierpienie to, dołączając się najczęściej do gruźlicy przewlekłej płuc i kiszek, rozwija się zwykle skrycie i powoli, a dopiero wytworzenie się guza w okolicy podbrzuszej prawej lub też wystąpienie objawów zwężenia światła kiszek, zwraca uwagę chorych. Od czasu do czasu występuje jednakże obostrzenie, zależne od wytwarzających się zrostów, lub nawet przedziurawień wyrostka, wywołujące objawy ostrego zapalenia wyrostka. Czasem wytwarzają się ropnie ograniczone w otrzewnej wskutek przejścia zapalenia na otrzewną i na sąsiednie narządy, np. u kobiet na więzy szerokie, jajniki i t. p. Również owrzodzenia gruźlicze, ograniczone do samej tylko кишки ślepej, bez zajęcia wyrostka, wskutek nacieczenia ściany кишки i otaczającej ją otrzewnej, wytwarzają guzy, w wysokim stopniu przypominające zapalenie wyrostka robaczkowego, kończące się ropniami, przebijającymi się do sąsiednich narządów i t. p.

Należy jeszcze wspomnieć o sprawach gruźliczych, rozwijających się w dolnym odcinku кишки prostej, które wytwarzają t. zw. przetoki stolcowe (*fistula ani*). Cierpienie to stosunkowo dość często spotykamy u suchotników nawet w początkowych się okresach choroby. Sprawa powstaje bądź wskutek owrzodzeń na samej błonie śluzowej, bądź też, co ma najczęściej miejsce, wskutek zapalenia gruźliczego tkanki okołostolcowej (*periproctitis*). Sprawa rozpoczyna się ostro, z mocną gorączką i z wytworzeniem ropnia, przebijającego się do кишки, lub też, co się częściej zdarza, zapalenie gruźlicze rozwija się powoli, a dopiero powstałe przetoki stolcowe zwracają uwagę chorych. Przetoki bywają rozmaitej głębokości, ślepe lub też komunikujące się z kiszka. Najczęściej bywają one kręte z luźnymi bocznymi odnogami; otwór ich wewnętrzny leży w okolicy zwieracza wewnętrznego, a zewnętrzny w okolicy bocznej otworu stolcowego lub też nierzadko na kroczu; otwór ten przedstawia się pod postacią wrzodu gruźliczego, z brzegami mocno nadżartymi i z przetoki wydziela się mniej lub

bardziej obfita wydzielina; sprawa tego rodzaju najczęściej nie przyczynia dolegliwości choremu, a jedynie przy oddawaniu stolca daje się odczuwać nieznaczny ból. Przetoki nieraz mogą w zupełności zagoić się, o ile stan ogólny chorych ulega poprawie; w ogromnej jednakże większości przypadków nie goją się wcale, pozostając nieraz przez całe miesiące, a nawet lata, bez zmiany. Często jednakże szerzą się w głąb, wywołują nacieczenia sąsiedniej okolicy (krocza), wytwarzają ropnie, przebijające się do kiszek i t. p. cierpienia, które wkraczają w dziedzinę patologii chirurgicznej i nie mogą być tutaj bliżej omawiane.

Do tej dziedziny patologii wkraczają również cierpienia gruźlicze otrzewnej (*peritonitis tuberculosa*), stanowiące stosunkowo rzadkie powikłania przewlekłej gruźlicy płucnej (około 5% ogólnej liczby). Zapalenie gruźlicze otrzewnej występuje najczęściej na drodze przedostawania się zarazka gruźliczego przez naczynia chłonne (przy cierpieniu opłucnej, osierdzia, gruczołów limfatycznych) lub też bezpośrednio z kiszek w razie ich owrzodzeń, z gruczołów kiszkowych, narządów moczopłciowych, z kręgów i t. p. lub nawet za pośrednictwem krwi w ostrej gruźlicy. Najczęściej w klinice widzimy je w cierpieniu gruźliczem kiszek, wskutek bezpośredniego przedostania się z nich sprawy zakaźnej. Stąd też i w praktyce widzimy kilka odrębnych anatomicznie jako też i klinicznie postaci. tej stosunkowo rzadkiej sprawy. Z punktu anatomicznego należy rozróżnić zwykłą gruźlicę otrzewnej, występującą pod postacią gruzełków, powstających wtórnie przy owrzodzeniach kiszek, zserowaciałych gruczołach, lub też przy ostrej ogólnej gruźlicy, i tak zwane gruźlicze zapalenie otrzewnej, które przedstawia się pod postacią zrostów, sklejających ze sobą narządy jamy brzusznej; przestrzenie między zrostami wypełnia różnego charakteru wysięk (krwawy, włóknikoworopny lub ropny). W innych przypadkach zrosty są nieliczne, natomiast otrzewna, szczególnie sieć, usiana jest drobnymi guziczkami serowatemi, w jamie zaś otrzewnej istnieje mniej lub więcej obfity żółtawy lub mętny, czasem krwią zabarwiony płyn. Tym podstawowym postaciom anatomicznym odpowiadają i postaci kliniczne. Najczęściej w praktyce widzimy postać o wolnym wysięku otrzewnej; występuje ona u dzieci kilku lub kilkunastoletnich, wysięk zbiera się zazwyczaj powoli, poprzedza go szereg różnorodnych objawów ze strony stanu ogólnego. Mali pacjenci zaczynają chudnąć stopniowo, mimo nieraz zupełnie dobrze zachowanego apetytu, gorączkują nieznacznie, żalą się od czasu do czasu na bóle brzucha, zaparcie stolca naprzemian z rozwolnieniem. Badanie wykrywa w tych razach często już w poczynających się okresach choroby wyraźne zajęcie szczytu płucnego, przy czym chorzy kaszlą bardzo nieznacznie; w innych razach znowu nawet za pomocą promieni Roentgena zmian wyraźnych w szczytach nie wykrywa się. Do objawów ogólnych zaczynają się powoli dołączać i objawy miejscowe, a mianowicie ból brzucha staje się częstszym i mocniejszym, wzmagą się przy ucisku głębszym, chorzy tracą apetyt, zaparcie staje się mocniejszym lub też przechodzi w biegunkę, zjawiają się nieraz wymioty. Badaniem brzucha stwierdzamy

obecność płynu, który przeważnie nie zajmuje równomiernie całej jamy brzusznej lecz, wskutek istniejących już zrostów, ograniczony bywa do pewnego jej odcinka; w niektórych znów przypadkach istnieje w pewnej części brzucha płyn otorbiony, a w innej wolny. Wysiłek bywa najczęściej surowiczy, albo surowiczokrwawy; w tej postaci zapalenia wysięki ropne bywają rzadko; w razie takiego wysięku wytwarza się zwykle na skórze ograniczony ropień, który otwiera się nazewnątrz, najczęściej w okolicy okołopępkowej. W okresie wyraźnego wysięku chorzy zwykle gorączkują, stale niewysoko, bóle brzucha bywają częstsze; stan ogólny podupada szybko; zmiany w płucach występują wyraźnie, a chorzy giną przy objawach ogólnego wycieńczenia. W niektórych jednakże przypadkach i to niezbyt rzadkich sprawa po kilku miesiącach zaczyna się powoli uspakajać; wysięk wchłania się stopniowo, a chorzy powracają do względnego zdrowia.

Względnie o wiele częściej spotykamy w przewlekłych suchotach płucnych zapalenie otrzewnej drugiej kategorii, polegające na tworzeniu się zrostów bądź włóknistych, bądź z istniejącymi wśród nich masami serowatemi, a nawet wysięków otorbionych różnorodnego charakteru. Zwykle sprawy tej kategorii widzimy u suchotników, dotkniętych owrzodzeniami kiszek; występuje u nich od czasu do czasu ból gwałtowniejszy w brzuchu, poczem zjawia się w tem miejscu brzucha zgrubienie, jako następstwo zrostów, które mogą przybierać nawet postać guzów nierównych, zależnych od zgrubień sieci; najczęściej wyczuwamy je w okolicy nadbrzuszej. W przypadkach, w których wytwarza się ograniczone otorbione wysiękowe zapalenie, bóle mogą być bardzo gwałtowne, a chorzy całymi dniami i nocami wiją się niemal z bólu. Badanie brzucha bywa w tych razach bardzo trudne, gdyż najmniejsze dotknięcie sprawia gwałtowny ból, szerzący się na cały brzuch. Droga jednakże opukiwania jesteśmy czasem w stanie określić ograniczony wysięk. Ta kategoria wysięków może się powoli otarbiać, i bóle stopniowo słabną. Najczęściej jednakże po pewnym czasie występuje bolesność w sąsiednim miejscu, wskutek powstania nowego ogniska zapalnego; objawowi temu towarzyszy podwyższenie już istniejącej gorączki i wyczerpanie stanu ogólnego. W przypadkach, w których wysięki miały charakter ropny, ropa może przebić się do kiszki, lub też do sąsiednich narządów, a nawet czasem nazewnątrz, co powoduje tworzenie się przetok ropnych. Chorzy najczęściej giną przy objawach przewlekłej ropnicy lub też wskutek zaciśnięcia kiszek z następczem ostrem zapaleniem otrzewnej. Zejście więc i tej kategorii zapalenia otrzewnej bywa prawie zawsze niepomyślne. W niektórych wyjątkowo rzadkich przypadkach spostrzegalem włóknistozrostową postać zapalenia otrzewnej, dołączającą się u dorosłych do przewlekłe przebiegającej gruźlicy płuc bez wyraźnych objawów gruźlicy kiszkowej. W tych razach sprawa przebiegała bardzo powoli, całe miesiące i dłużej, chorzy gorączkowali nieznacznie od czasu do czasu, bóle niewielkie istniały stale, wzmagając się niekiedy; w końcu jednakże występowały wyraźne objawy zwężenia kiszek, stopniowo rozwijające się charłactwo wskutek

ciągłych bólów, braku apetytu i niedostatecznego odżywiania, gdyż przyjmowanie pokarmów wywoływało u chorych zazwyczaj wzdęcie i ból. Przypadki przewlekłego zapalenia otrzewnej, dołączające się do istniejącej już gruźlicy płucnej, przy uwzględnieniu wyżej opisanych objawów, nie mogą przedstawiać poważniejszych trudności rozpoznawczych. Przeciwnie zapalenie otrzewnej wysiękowe, rozwijające się w poczynających się okresach choroby płucnej, nieraz nawet pierwotnie, może rodzić poważne trudności rozpoznawcze, można je bowiem mieszać z różnorodnymi cierpieniami, (rak otrzewnej, zwykle zapalenie otrzewnej, zapalenie śródmiąższowe wątroby i t. p.). Nie mogę tu bliżej rozważać djagnostyki różniczkowej tych spraw, nadmienię tylko, że za gruźlicą otrzewnej przemawiać będzie wiek młody, lub średnie lata chorych, poruszenia gorączkowe, stopniowy upadek stanu ogólnego chorych, a wreszcie choćby najmniej wyraźne zmiany w szczytach płucnych. U dzieci ważną wskazówkę rozpoznawczą w kierunku gruźlicy stanowić będzie dodatni odczyn swoisty na gruźlicę (Pirquet i t. p.).

Zaburzenia i zmiany w narządach krążenia. W ciągu przebiegu gruźlicy przewlekłej spotykamy wyraźne zmiany w składzie morfologicznym i chemicznym krwi. W pierwszych okresach choroby, jak to już wzmiankowałem, krew może nie przedstawiać zmian wyraźniejszych lub też składnikami swymi może przypominać jedynie krew chorych na blednicę. W późniejszych okresach krew ma się odznaczać pewną gęstością t. j. ma zawierać względnie dużo części stałych, barwnika, czerwonych ciałek i t. p. Zgęszczenie to ma być skutek krążących we krwi toksyn, lub też z powodu stopniowej utraty w tym okresie części mineralnych. W okresie daleko posuniętej choroby krew przedstawia wszelkie cechy, właściwe daleko posuniętej anemji i charłactwu. Ilość hemoglobiny w pierwszym okresie choroby waha się między 43—95%, ilość ciałek czerwonych między 3—6 mil., a ciałek białych 5—15 tys.; w trzecim okresie: hemoglobiny 40—45%, ciałek czerwonych 2—4 mil., białych 15—20 tys. Ilość więc białych ciałek bywa w gruźlicy stale znacznie powiększona, ilość zaś czerwonych ulega zmniejszeniu wybitnemu dopiero w ostatnim okresie choroby. We krwi, jak to już wyżej wspominałem, w wyjątkowych przypadkach wykrywano laseczniki gruźlicze (gruźlica ostra), a w okresach gorączkowych rozpadowej postaci suchot i inne drobnoustroje (paciorkowce, gronkowce). Co się tyczy składu chemicznego czerwonych ciałek krwi, to Biernacki wykazał, że zawierają one stosunkowo dużo żelaza, które tracą dopiero w późniejszych okresach. Co do innych składników, to podług Moraczewskiego w pierwszym okresie znajduje się dużo włóknika, a krew gruźlicza traci stopniowo w przebiegu choroby białko, barwnik i żelazo, potem fosforany i potas, zatrzymuje natomiast aż do końca sole sodowe.

Co się tyczy serca, to wspominaliśmy już, omawiając etjologję gruźlicy płuc, że wielokrotnie widywano u suchotników serce małe, co dało nawet niektórym autorom pohop do budowania na tym fakcie teorii powstawania gruźlicy. U suchotników jednakże małe serce występuje w mniejszości przypadków, nato-

tomiast przerost serca spostrzegano u przeszło  $\frac{1}{4}$  części suchotników, zwłaszcza u tych, którzy uprzednio nadużywali napojów wysokowych. Autorowie francuscy opisują jeszcze zwyrodnienie sklerotyczne mięśnia sercowego. Wogóle zmiany w mięśniu sercowym występują stosunkowo rzadko. Stąd też objawy niedomogi serca widzimy w przebiegu przewlekłych suchot nieczęsto; jedynie w postaciach włóknistych występują wyraźniejsze objawy niedomogi z obrzękami i to w późniejszych okresach choroby (drobne tętno, duszność). Zmiany w mięśniu sercowym odbijają się w przebiegu suchot przedewszystkiem na charakterze tętna, które stale niemal w ciągu wszystkich okresów choroby bywa przyspieszone i miękkie, a ciśnienie tętnicze jest stale niskie. W pierwszych okresach choroby te właściwości tętna mogą być zależne od wpływów toksycznych, a nawet i od mechanicznego ucisku, wywieranego przez powiększone gruczoły śródpiersia na nerw błędny (u dzieci). Stąd też przyspieszenie tętna, tak stale spostrzegane w przebiegu suchot, warunkują różnorodne współcześnie działające momenty, do czego zwyrodnienie mięśnia sercowego, wywołane długotrwałą gorączką, w znacznym stopniu przyczynić się może. Zapalenie osierdzia suche, lub też wysiękowe, jako też zapalenie wsierdzia, bywa rzadko w przebiegu suchot płucnych, i może być pochodzenia gruźliczego, lub też mieszanego. Zapalenia te towarzyszą najczęściej ostrym lub ostrawym postaciom gruźlicy i bywają najczęściej za życia nie rozpoznawane, objawy ich bowiem nie przedstawiają nic charakterystycznego. O stosunku wad zastawkowych serca do gruźlicy wspominaliśmy już wyżej w rozdziale o etiologii. Autorowie francuscy (Teissier) opisują jeszcze zapalenie wsierdzia natury sklerotycznej, które ma występować dosyć często u suchotników wskutek przewlekłego zatrucia gruźliczego, nie zdradza się ono jednakże żadnymi wyróżnieszemi objawami klinicznymi.

Zmiany w naczyniach krwionośnych w przebiegu chronicznej gruźlicy płuc, jak to zaznaczyliśmy w części anatomopatologicznej, występują stale i to we wczesnych okresach choroby; występuje mianowicie zapalenie gruźlicze naczyń, powodujące krwioplucie, wskutek pęknięcia zwyrodniałych ich ścian. Wyjątkowo rzadko spotykamy zatory tętnicy płucnej, powodujące śmierć nagłą suchotników; natomiast stosunkowo dosyć często spotykamy w przebiegu suchot płucnych, szczególnie w ostatnich okresach choroby, zapalenie żył, zwłaszcza na kończynach dolnych (*phlegmasia alba dolens*), wywołujące ból i obrzęk nóg, i powodujące bezsenność i znaczne wyczerpanie chorych.

Układ chłonny podlega w przebiegu gruźlicy stałym zaburzeniom, dotyczącym przedewszystkiem gruczołów chłonnych. Powiększone zwyrodniałe gruczoły, szczególnie śródpiersia (okołoskrzelowe), wywołują przedewszystkiem u dzieci odrębne cierpienie, t. j. gruźlicę gruczołową, która przechodzi powoli na inne gruczoły, a przedewszystkiem otrzewnej, wywołując u dzieci postać chorobną, znaną oddawna i zwaną *tabes mesaraica*; gruczoły bywają w niej tak powiększone, że można je przez powłoki brzuszne wyraźnie wymacać. O sprawie

tej z punktu widzenia klinicznego wspomnimy jeszcze później w opisie suchot płucnych u dzieci.

Zaburzenia i zmiany w układzie nerwowym. W opisie objawów ze strony klatki piersiowej mówiliśmy już wyżej o różnych nerwobólach, występujących szczególnie w daleko posuniętych okresach choroby. Bóle te zjawiają się nie tylko w klatce piersiowej, lecz i w innych okolicach, z przejawami wyraźnych nerwobólów (*neuralgia supraorbitalis, neuralgia facialis, ischias*). Spostrzegamy je przeważnie u kobiet, najczęściej u osobników, u których uprzednio już występowały różnorodne bóle neuralgiczne. Inny rodzaj bólów spotykamy u leżących już suchotników w szyi i w karku, w kończynach dolnych, w klatce piersiowej, a szczególnie w okolicach stawów. Występują one głównie przy dotykaniu i nieraz są ściśle ograniczone do pewnych tylko przestrzeni. Są to, właściwie mówiąc, różnorodne nadczułości skóry; obok nich istnieć mogą w sąsiedztwie miejsca ze zmniejszonym, a nawet zniesionym czuciem, co widzimy przeważnie na palcach rąk lub nóg suchotników. Opisywano również istotne zapalenia nerwów, którym podlegają najróżnorodniejsze nerwy, przede wszystkim gałązki czuciowe, wywołując u suchotników zaburzenia w czuciu; a czasem i gałązki ruchowe, co powoduje porażenie pojedynczych nerwów, a nawet całych ich grup (*polineuritis*). Sprawy te, które autorowie słusznie stawiają w związku z przewlekłym zatruciem toksynami gruźliczymi, lub też z degeneracyjnymi zmianami nerwów, opisane są szczegółowo w podręcznikach neuropatologicznych.

I w ośrodkach nerwowych występują u suchotników bardzo różnorodne zaburzenia, będące w ścisłym i bezpośrednim związku z rozwijającymi się w płucach zmianami gruźliczymi, bądź też wnikającymi je jedynie, jako następstwo zakażeń mieszanych. Można powiedzieć, że wogóle większość zaburzeń z dziedziny patologii ośrodków nerwowych napotykana bywa u suchotników. I nic dziwnego; w przebiegu bowiem tak długotrwałej, miesiące, a nieraz wiele lat ciągnącej się, wycieńczającej choroby, u osobników, często już uprzednio mających układ nerwowy i krwionośny zwyrodniałe wskutek alkoholizmu, syfilisu i t. p. szkodliwych czynników, rozwijają się te różnorodne cierpienia. Wogóle w klinice widzimy je przeważnie w ostatnich okresach choroby, a nawet w ostatnich tygodniach lub dniach życia chorego, dlatego też najczęściej bywają wykrywane dopiero podczas badania pośmiertnego. Symptomatologia ich, o ile za życia bywają rozpoznane, nie różni się niczym od objawów tych samych cierpień, powstałych z innych przyczyn; stąd też nie możemy dawać szczegółowego ich opisu klinicznego, ograniczymy się tylko do wymienienia najważniejszych powikłań. Stosunkowo najczęściej widzimy u suchotników z a p a l e n i e g r u ź l i c z e o p o n m ó z g o w y c h (*meningitis tuberculosa*). Cierpienie to, występuje, jak wiadomo, w klasycznej swojej postaci przede wszystkim u małych dzieci, nieraz jako pierwotny objaw gruźlicy. U dorosłych zjawia się najczęściej jako sprawa współrzędna, towarzysząca ostrej gruźlicy, w suchotach zaś przewlekłych, jako epizod końcowy w różnych okresach choroby, najczęściej jednakże w sprawach daleko



posuniętych. A u tej kategorii chorych powikłanie to występuje stosunkowo dosyć często, u większości bowiem suchotników występują przed śmiercią mniej lub więcej wyraźne zaburzenia ze strony ośrodków nerwowych, które bywają kładzione jedynie na karb innych przyczyn, poprzedzających zwykle agonję, jak anemja mózgu, rozstrój i t. p. Ja przynajmniej, otwierając w swoim czasie u wszystkich suchotników przy badaniu pośmiertnym jamę czaszkową, widywałem często gruźlicze zapalenie opon u tych, którzy przed śmiercią bynajmniej nie przedstawiali objawów właściwych temu cierpieniu. Słusznie też Chantemesse zauważył, że gruźlicze zapalenie opon u dorosłych wyjątkowo tylko wywołuje typowe objawy, widywane tak często u dzieci, a więc okres wstępny choroby, dalej drgawki, przykurczenia, zwolnienia tętna, porażenia i t. p. Przeciwnie u dorosłych sprawa może występować jedynie przy objawach nieprzytomności, bredzenia z towarzyszeniem gorączki, a nawet bez niej, wreszcie kończy się upartą śpiączką. W innych znowu przypadkach mogą występować drgawki częściowe, przejściowe, nawet przypominające objawy ogniskowe; wyjątkowo tylko spotykamy mocne drgawki, najczęściej zaś, szczególnie u chorych szpitalnych, widywałem bredzenie ciche, przerywane od czasu do czasu chwilową zupełną świadomością, przy źrenicach stale zwężonych, tętnie jednak przyśpieszonym; jedynie wyjątkowo istniało gwałtowne bredzenie z objawami manjakkalnemi (zrywanie się ciągle chorych, chęć ucieczki, szarpanie się z otoczeniem). Niejednokrotnie również spostrzegałem suchotników, którzy na jakiś czas przed śmiercią w okresie bezgorączkowym bredzili stale, przypominając w zupełności psychopatów; pamiętam nawet takich, którzy bredzili, chodząc jeszcze na jakiś czas przed śmiercią. Przypadki tej kategorii dadzą się objaśnić chyba znaczną niedokrwiistością mózgu, jak to wykazały badania pośmiertne (Peter). Objawy mózgowo pod postawą drgawek częściowych, lub innych zaburzeń, zdradzających cierpienia ogniskowe mózgu, spotykamy przy wyjątkowo rzadko występujących u dorosłych gruźliczych guzach w mózgu. Względnie nieco wcześniej zjawiają się objawy ze strony rdzenia i jego opon, warunkowane sprawą gruźlicą, rozwijające się pierwotnie, lub wtórnie w gruźliczym cierpieniu kręgow. Rzadko również spotykamy w narządach nerwowych ośrodkowych zmiany natury gruźliczej, jako to: krwotoki mózgowo, albo rdzeniowe z następczem rozmiękczeniem, zakrzepy w zatokach opony twardej i inne, wywołujące różnorodne właściwe tym zaburzeniom objawy, a więc porażenia z utratą mowy częściowe lub połowiczne, obustronne porażenie kończyn i t. p. Zmiany te wywoływane bywają albo sprawami, niezależnymi od gruźlicy, albo też jak np. krwotoki mózgowo i rdzeniowe, mogą zależeć od zwyrodnienia gruźliczego tętnic mózgowych lub rdzeniowych.

Zmysł wzroku rzadko bardzo cierpi w przebiegu suchot płucnych. Gruźlicze zapalenie tęczówki występuje w gruźlicy opon mózgowych. Natomiast stosunkowo często spostrzegamy w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc cierpienia ucha, a mianowicie: zapalenie ropne ucha środkowego, które niezbyt

rzadko doprowadza do próchnienia kości skalistej, i do wtórnego zapalenia opon mózgowych, ropnia mózdzku i t. p.

Zmiany w mięśniach, kościach i skórze. Mięśnie ulegają w przebiegu suchot płucnych stopniowemu zanikowi, który występuje wyraźnie dopiero w okresach gorączkowych daleko posuniętej choroby; wyjątkowo tylko zanik taki występuje we wczesnych okresach choroby. Zanik obejmuje stopniowo wszystkie mięśnie, najbardziej bywa wyraźny na kończynach dolnych, które nieraz w przebiegu długotrwałych suchot literalnie sprawiają wrażenie kości, pokrytych skórą. Jednocześnie występuje u chorych rodzaj niedowładu w kończynach; przy próbie podnoszenia się lub siadania, zjawia się drżenie w kończynach, co się objawia zanikiem mięśni, lub ich zwyrodnieniem w zależności od długotrwałego działania toksyn gruźliczych.

Kości. O ile pierwotne gruźlicze zapalenie kości występuje stosunkowo często o tyle w przebiegu suchot płucnych zmiany te występują stosunkowo rzadko. Najczęściej widzimy gruźlicze zapalenie żeber (*caries tbc.*) lub mostka z tworzeniem się ropni i następnie długo ropiejących przetok. Pewne swoiste zapalenie ostatnich członków palców, wywołujące charakterystyczny wygląd palców suchotników (*osteoarthropathiae hypertrophisante pneumonique*), stawiają autorzy francuscy w zależności od zaburzeń w odżywianiu tkanek; zgrubienie to może występować nie tylko na palcach rąk, lecz i nóg, w stawach rąk i nóg, w obojczyku i t. p. Pospolicie napotykaną u suchotników zgrubienie umiarkowane ostatnich członków palców ze zmianą jednocześnie kształtu paznogi, zależy także prawdopodobnie od działania swoistych toksyn. Nie jest ono jednakże dla suchot swoiste; widzimy je bowiem i w innych chorobach wycieńczających, między innymi w rozedmie płuc. Wogóle cały układ kostny suchotników przedstawia pewną kruchość, i tem tłumaczy się samodzielne złamanie lub nadłamanie żeber, występujące podczas mocnego kaszlu suchotników, szczególnie w ostatnich okresach choroby.

Skóra. W przebiegu suchot zjawiają się dość często gruźlicze owrzodzenia skóry, wytwarzające ograniczone; dość bolesne powierzchowne wrzodziki z podminowanymi brzegami. Usadwiają się one na skórze przeważnie w miejscach przejścia jej do jam (okolice ust, odbytnica i t. p.), jako też na rękach, uszach i t. p. Do gruźlicy skóry również zalicza się t. zw. *onychia maligna*, cierpienie polegające na tworzeniu się na brzegu paznogi bolesnego zbrzękniętego miejsca, na którym powstają owrzodzenia z cuchnącą wydzieliną, bardzo uparte i gojące się powoli. Do gruźlicy skóry zaliczają również dermatologowie różnorodne rodzaje wysypek, zwane tuberkulidami; występują one przeważnie u dzieci skrofulicznych; natomiast u dorosłych suchotników występuje często wysypka, zwana *pityriasis tabescentium* i *pityriasis versicolor*, pochodzenia parazytarnego, o której wyżej już była mowa w opisie symptomatologii poczynających się okresów suchot.

Zmiany w narządach moczopłciowych. Mocz w przebiegu suchot przedstawia różnorodne zmiany. Ilość jego bywa rozmaita, zależnie od ilości płynnych i jakości stałych pokarmów, pocenia się, rozwolnienia, gorączki i t. p. Nieraz spostrzegana bywa poliurja we wczesnych okresach choroby, u innych znowu zmniejszona ilość uryny, przeważnie w późniejszych okresach choroby. Ilość części stałych bywa wogóle nieco zwiększona z powodu t. zw. demineralizacji. W okresach gorączkowych ilość sodu spada, ilość zaś soli potasu bywa największa podczas gorączki, sole wapnia i magnezu mają się wydzielać w większej ilości; ilość chlorków ulega zmniejszeniu w czasie okresów gorączkowych. Wogóle, podług autorów, ilość kwasów fosforowych zwiększa się w okresach rozpadowych, wskutek rozpadu białka, to samo aceton, fenol i krezol; ilość mocznika, kwasu moczowego, kreatyniny, leucytyny i tyrozyny zwiększa się w początkowych okresach, aby spadać stopniowo w okresach rozpadowych. Białko w rozmaitych formach, jako surowicze, pepton, albumoza, występuje bardzo często w przebiegu suchot. Peptonurja i t. zw. albumosurja ma występować w przebiegu suchot dosyć często, szczególnie w okresach gorączkowych. Sprawy te jednakże i związek ich z gorączką nie zostały jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Dodać tu jeszcze muszę, że nieznaczne ilości białka w moczu mogą występować u suchotników wskutek użycia nadmiernej ilości środków balsamicznych, jako też jodoformu. Cukier wykrywamy w moczu w razie jednoczesnego powikłania chorobą cukrową. Najczęściej jednak w miarę szybkiego rozwoju gruźlicy rozpadowej ilość cukru zmniejsza się stopniowo, a nawet znika zupełnie; to samo nieraz widzimy w razie występowania u suchotników obfitej ilości białka.

Toksyczność moczu suchotników ma być wogóle mniejsza, niż toksyczność normalnego moczu. Laseczniki Kocha wykrywa się w moczu w przypadkach gruźlicy dróg moczowych (nerki, pęcherz i t. p.).

Muszę jeszcze nadmienić parę słów o t. zw. diazoreakcji Erlicha, którą w ostatnich dwóch dziesiątkach lat zajmowano się szeroko, sądząc, że ona może stanowić bardzo ważny czynnik w rozpoznawaniu i rokowaniu gruźlicy. Reakcja ta, jak wiadomo, polega na charakterystycznym różowym zabarwieniu moczu przez dodanie do niego odczynników: kwasu sulfanilowego, natrum nitrosum i amonjaku. Otóż reakcja ta miała nie występować u zdrowych, lecz jedynie w różnorodnych sprawach chorobnych, przeważnie gorączkowych (tyfus, zapalenie płuc i t. p.), w suchotach zaś występować miała jakoby bardzo często, szczególnie w początkowych okresach i w okresach pogorszeń spraw chronicznych, stąd też i sądzono, że odczynnik ten będzie stanowił ważny środek nie tylko pod względem rozpoznania, ale i rokowania w suchotach, gdyż stałe występowanie diazoreakcji miało dawać złe rokowanie. Spostrzeżenia jednakże dalsze licznych autorów wykazały, że diazoreakcja, która mogłaby mieć znaczenie diagnostyczne w początkowych, wątpliwych okresach choroby, występuje w tym okresie stosunkowo rzadko, w późniejszych zaś okresach choroby również nie zawsze wy-

stępuje, stąd znaczenie jej rozpoznawcze, wobec innych charakterystycznych cech w tym okresie może mieć znaczenie bardzo podrzędne.

Zapalenie nerek przewlekłe, najczęściej miąższowe, rzadziej śródmiaższowe, występuje dosyć często w przebiegu szczególnie daleko posuniętych suchot płucnych. Jest ono wyrazem bądź to zakażeń wtórnych, bądź też następstw długotrwałego działania toksyn gruźliczych. Zjawia się wskutek upadku ogólnego stanu chorych, lub jako wyraz ogólnego charłactwa, jako zwyrodnienie mączkowate nerek, idące w parze z tego rodzaju zwyrodnieniem innych narządów, a przede wszystkim śledziony i naczyń. Zwyrodnienie mączkowate nerek występuje stosunkowo dosyć często w mniejszym lub większym stopniu. Wszystkie rodzaje zapalenia nerek zjawiają się najczęściej w długotrwałych, przewlekłych sprawach, w okresach daleko posuniętej choroby, przeważnie nie wywołują one wyraźniejszych, właściwych im objawów, gdyż nieraz i białko w moczu bywa wykrywane tylko w nieznacznej ilości, a nawet może go nie być wcale. Naturalnie wyższy stopień zajęcia nerek, a szczególnie zwyrodnienie mączkowate daje zwykłe objawy, właściwe tym sprawom, a więc mniej lub bardziej obfity białkomocz, wałeczki w osadzie, obrzęki, bladość skóry, zwiększenie duszności, szybko postępujące charłactwo. Swoiste, przez sprawę gruźliczą wywołane zajęcie nerek sprowadza istotną gruźlicę nerki (*tuberculosis s. phthisis renalis*). Sprawa ta stosunkowo rzadko występuje jako powikłanie przewlekłych suchot płucnych; najczęściej zaś zjawia się jako pierwotne cierpienie przeważnie jednej nerki, lub też występuje jako sprawa wtórna przy wstępującej gruźlicy sąsiednich narządów t. j. moczowodów, miedniczek nerkowych, przyjądrza, gruczołu krokowego, jajowodów i t. p. Gruźlica nerek przewlekła rozwija się w substancji rdzeniowej pod postacią ognisk serowatych, które następnie szerzą się w kierunku miedniczek lub też odwrotnie z miedniczek przechodzi na substancję nerkową. Ogniska serowate szerzą się stopniowo, przechodząc aż do substancji korowej, a rozpadając się, tworzą jamy na podobieństwo kawern płucnych. Jamy te mogą komunikować się z miedniczkami, a sprawa, szerząc się powoli, niszczy całą nerkę, wypełniając ją masą ropną, zawierającą obficie laseczniki. Sprawa zazwyczaj schodzi ku dołowi: występuje zajęcie gruźlicze moczowodów, pęcherza, a stąd następnie narządów sąsiednich, często nawet moczowód ulegać może zatkaniu ropą i masami serowatymi (*pyonephrosis*).

Objawy nerki gruźliczej, jeśli tylko sama nerka jest sprawą dotkniętą, nie przedstawiają z początku nic wyraźnego. Czasem chorzy skarżą się na bóle w okolicy nerkowej, nieraz występuje rodzaj bólów napadowych wskutek przedostawania się mas rozpadowych do moczowodu. Mocz bywa kwaśny, białka nie zawiera, nieraz występują krwawienia. Chorzy gorączkują od czasu do czasu, a stan ich ogólny nie ulega wyraźnym zmianom. W tym więc okresie sprawa przebiega poniekąd skrycie; dopiero gdy przechodzi na miedniczki nerkowe i moczowody, a dalej na pęcherz, co w ogromnej większości przypadków ma

miejsce, występują objawy wyraźne pod postacią zapalenia gruźliczego miedniczek nerkowych. Zjawia się więc przy kwaśnym odczynie ropa w moczu, w której udaje się nieraz wykryć laseczники gruźlicze; od czasu do czasu powtarzają się krwawienia, chorzy gorączkują stale, lub też okresowo, a nawet czasem gorączka przedstawia charakter posocznicowy (wysokie podniesienie ciepłoty z następczemi znacznymi spadkami, dreszcze i t. p.). Chorzy marnieją w stanie ogólnym, krwawienia i bóle stają się częstsze, co razem wzięte, wobec wyraźnej gruźlicy płucnej, pozwala rozpoznać cierpienie gruźlicze nerek.

Gruźlica pęcherza najczęściej idzie w ścisłym związku z cierpieniami nerek, jako sprawa zstępująca, charakteryzująca się bólami podczas oddawania uryny, ropną w niej zawartością, w której często dają się wykryć laseczники gruźlicze. Naturalnie w przypadkach, w których laseczników nie wykrywamy, rozpoznanie opierać się będzie na objawach ze strony stanu ogólnego, a przede wszystkim na obecności gruźlicy płucnej. Należy również pamiętać, że objawy powyższe, pęcherzowe i miedniczkowe mogą być również pochodzenia niegruźliczego i mogą wikać suchoty płucne, jako zwykłe ropne zapalenie nerek, pochodzenia kamicowego (*nephrolithiasis*). Muszę tu jeszcze wspomnieć, że wyjątkowo do przewlekłych suchot płucnych może się dołączyć zapalenie gruźlicze nadnercza, powodując ciemne zabarwienie skóry, właściwe chorobie Addisona.

Gruźlica narządów płciowych męskich zdarza się względnie dość często. Dotknięte nią bywają przede wszystkim jądra, gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne. Najczęściej jednakże spotykamy gruźlicę przyjadrza, która nawet występować może jako sprawa pierwotna; częściej jednak zjawia się jako cierpienie wtórne w razie istniejących zmian gruźliczych w płucach, jako też w narządach moczowych. Najczęściej więc obok przyjadrza i jądra, zajęte są jednocześnie inne części narządów moczopłciowych. Najpierw najczęściej ulega gruźlicy przyjadrze, które powiększa się wskutek rozwijających się w niem ognisk serowatych; masy te szerząc się i rozpadając, wytwarzają jamki, wypełnione zawartością serowatą. W sprawach przewlekłych rozwija się jednocześnie i tkanka łączna, tworząc stwardniałe guzy. Sprawa może ograniczyć się do samego tylko przyjadrza, najczęściej jednak szerzy się drogą naczyń limfatycznych lub drogą przewodów nasiennych na jądro. Rozwijają się w niem również guzy serowate, ulegając następnie rozpadowi. Z jądra szerzy się sprawa na błony okołojądrowe, powstać więc może przebicie na zewnątrz z wytworzeniem przetok. Sprawa wskutek wydzielenia się mas serowatych może ograniczyć się, a nawet zagoić w zupełności, częściej jednakże, szczególnie w razie upadku stanu ogólnego i postępującej sprawy gruźliczej w płucach, gruźlica przyjadrza nie zagaja się, przetoki pozostają, a sprawa szerzy się na inne narządy. Gruźlica przyjadrza występuje najczęściej u młodych osobników; widziano ją nawet powstającą w ostry sposób, w następstwie urazu lub ostrej rzeżączki, połączonej z zapaleniem przyjadrza. Objawy kliniczne gruźlicy przyjadrza i jądra są dosyć charakterystyczne. Występuje powolne powiększenie się przyjadrza

jednego, a czasem i obu jednocześnie i najczęściej powstaje ono bez bólu, a zwraca na się uwagę chorego dopiero z chwilą dojścia gruczoła do rozmiarów znaczniejszych. Ból zjawia się jedynie w razie rozwoju wtórnego zapalenia błon otaczających przyjądrze. Twarde guzowate miejsca ulegają rozmiękczeniu, stopniowo wykazują chęłbotanie, z następczem tworzeniem się przetoki. Naturę grzliczą cierpienia rozpoznajemy z powyższych właściwości i na zasadzie obecności grzliczy innych narządów, a przedewszystkiem płuc. W razie braku wyraźniejszych zmian w płucach można sprawę zmieszać z przymiotem; naturalnie, o ile chory przebywał uprzednio przymiot, rozpoznanie skłaniać się winno na korzyść tego cierpienia, lub też w kierunku nowotworu złośliwego, jeśli wykluczyć się da grzlicę i przymiot i o ile mamy doczynienia z osobnikiem starym, z objawami wyraźnego charłactwa, zajęciem okolicznych gruczołów chłonných i t. p. cech, których tutaj wyliczać nie możemy, odsyłając do specjalnych podręczników chirargji.

W związku z zaburzeniami w narządach moczopłciowych, towarzyszącemi grzlicy płucnej wspomnieć jeszcze muszę o popędzie płciowym suchotników. Istnieje powszechnie, a nawet wśród lekarzy, pojęcie, że u suchotników nawet w dalej posuniętych okresach choroby, popęd płciowy bywa zachowany, a często nawet spotęgowany. Pogląd ten jest z gruntu fałszywy. Jeśli bowiem w poczynających się okresach choroby, szczególnie u osobników uprzednio zdrowych, przeważnie dobrze jedzących, a często i pijących, pędzących życie beczynne w zakładach leczniczych, daje się zauważyć istotnie nieraz wzmożenie popędu płciowego, to widujemy to u tych, którzy już uprzednio dopuszczali się w tym kierunku nadużyć. U większości zaś chorych, zwłaszcza w okresie choroby rozwiniętej, popęd płciowy zmniejsza się, a nawet w zupełności zanika. Przypadki, w których i w tym okresie chorzy zachowali popęd płciowy, a nawet popełniali nadużycia w tym kierunku, należą w każdym razie do wyjątkowo rzadkich.

Grzlicca narządów płciowych kobiecých występuje również jako sprawa pierwotna lub też wtórna w razie grzliczego cierpienia narządów sąsiednich (otrzewna, kiszki, pęcherz i t. p.). Umiejscawia się najczęściej w jajowodach, rzadziej w jajnikach macicy i pochwie. Pierwotnie powstawać może wskutek zarażenia się drogą stosunków płciowych, o czem mówiliśmy wyżej, w dziale etjologii. Symptomatologii szczegółowej tych spraw nie opisujemy bliżej, objawy ich bowiem są analogiczne z ograniczonym zapaleniem otrzewnej. Występują więc ograniczone guzy np. w okolicy jajników, zapalenie zlepane, ropnie, przebijające się do sąsiednich organów; bliższym ich opisem zajmują się podręczniki ginekologiczne.

Wspomniemy na zakończenie niniejszego działu jeszcze o zaburzeniach w miesiączkowaniu w przebiegu grzlicy płucnej. W poczynających się okresach suchot perjody mogą być prawidłowe, nieraz nawet obfite. W większości jednakże przypadków już i w tym okresie choroby występuje zmniej-

szenie się i opóźnianie się perjodu, a w dalszym rozwoju sprawy najczęściej miesięczkowanie w zupełności ustaje. W przypadkach zaś, w których następuje poprawa, perjody mogą znowu powracać do normy. Widujemy jednakże przypadki, w których kobiety mimo postępującej sprawy, mają perjody regularne, a nawet zachodzą w ciążę; tylko w rozpadowych suchotach płucnych, przebiegających z gorączką, perjody bywają zachowane wyjątkowo. U kobiet, w okresach niedaleko posuniętej sprawy, zauważyć można nieraz wzmożenie się objawów chorobnych podczas miesięczkowania lub nieco przedtem; spostrzegano więc w tych okresach wzmożenie się kaszlu i duszności, czasem krwioplucie, powtarzające się niekiedy regularnie w każdym okresie przed perjodem. Spostrzegano nawet podniesienie się gorączki lub stany podgorączkowe u chorych niegorączkujących; widziano również w tych okresach obostrzenie się w płucach objawów chorobnych, które znowu łagodniały wraz z ustąpieniem perjodów. Jako przyczynę tych obostrzeń możnaby uważać przekrwienia płuc, które zjawić się może u kobiety pod wpływem ogólnego podrażnienia narządu naczynioruchowego w okresie perjodu, a przedewszystkiem przed nim.

---

## WYKŁAD XII.

**Określenie włóknistej postaci suchot; rys historyczny rozwoju. Momenty przyczynowe. Ogólny obraz kliniczny suchot włóknistych i odrębne postacie tego cierpienia: zwykła postać i postać rozedmowa. Rozbiór szczegółowy objawów. Objawy ogólne, objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej; zmiany w innych narządach. Rozpoznanie różniczkowe. Przebieg i rokowanie. Zmiany anatomopatologiczne.**

---

III. Włóknista postać suchot płucnych. (*Phthisis fibrosa pulmonum*). Pod nazwą włóknistych suchot płucnych rozumiemy odrębną postać przewlekłej gruźlicy, w której podstawę anatomiczną stanowi nadmierny rozwój tkanki łącznej, powstającą pierwotnie, lub co ma pospolicie miejsce, następnie po ostrawych, a najczęściej po przewlekłych cierpieniach płuc lub opłucnej natury gruźliczej. Postać tą charakteryzuje *par excellence* przewlekły i zazwyczaj bezgorączkowy przebieg; trwa ona lata, a nawet dziesiątki lat i ma niezwykłą skłonność do zatrzymywania się w rozwoju; w późniejszych jednakże okresach choroby postać ta może przybierać znowu charakter zwykłych suchot płucnych, przedstawiając jednakże i wówczas pewne odrębne, jej tylko właściwe objawy. Włóknistą postać suchot płucnych należy przytem ściśle odróżniać od włóknistych zwyrodnień tkanki płucnej, powstałych wskutek zejść różnorodnych stanów zapalnych płuc, ostrych lub przewlekłych, niegruźliczego pochodzenia, które wywołują t. zw. śródmiąższowe (cyrotyczne) stwardnienia płuc.

Włóknista postać suchot płucnych, mająca wielce doniosłe znaczenie z punktu widzenia klinicznego, została opracowana i uwzględniona należycie dopiero w ciągu ostatnich kilku dziesiątków lat, aczkolwiek różni autorowie, przeważnie angielscy i francuscy (Andrew, Clarc, Powell, Bard, Beneke i inni) poświęcali tej postaci suchot baczną uwagę. Dopiero jednakże wkońcu ubiegłego wieku zaczęli



się tak klinicyści jakoteż anatomopatologowie bliżej zajmować tą sprawą i poświęcać jej oddzielne studja. Ja byłem jednym z pierwszych, który jeszcze w roku 1885 <sup>1)</sup> ogłosił szczegółowe studjum kliniczne o suchotach włóknistych, a praca ta była poniekąd wzorem, na którym inni, u nas i w Niemczech, (Biegański, Fraenkel i inni) oparli swoje spostrzeżenia kliniczne, przyjmując za wzór mój opis, jakoteż moje podziały choroby. W opisach anatomopatologicznych ostatnimi czasy autorowie starają się również tę postać suchot wyodrębnić. I tak Dmochowski, o czym już wyżej wspominaliśmy w rozdziale anatomji patologicznej, wyraźnie w swoim podręczniku zaznacza, że na stole sekcyjnym widzimy formy takie, w których rozrosty włókniste są objawem dominującym i prawie jedynym, a nawet są przyczyną zupełnego zablźnienia się sprawy.

Istotną przyczynę włóknistej postaci suchot płucnych stanowi, podobnie jak i przyczynę zwykłej przewlekłej gruźlicy, lasecznik Kocha. Jednakże sprawa gruźlicza nie przyjmuje zwykłej wrzodziejącej i rozpadowej postaci, lecz przeciwnie przewagę bierze rozrost tkanki łącznej, doprowadzający do rozległych nieraz stwardnień włóknistych; rozrosty te albo w zupełności zagłuszają i ograniczają rozwój istotnej sprawy gruźliczej, powodując jej zablźnienie, albo też wytwarzają sprawę niezwykle przewlekłą, w której tkwiące obok głęboko ogniska gruźlicze nieraz dopiero po wielu latach przyjmują rozpadowy charakter, lub też uogólniają nawet sprawę gruźliczą. Badania anatomopatologiczne, w odnośnym dziale szczegółowo skreślone, wykazały właściwości anatomiczne tej sprawy. Przypominamy tutaj tylko, że badania drobnowidzowe wykazują w guzach włóknistych obok ogromnego wzrostu tkanki łącznej i gruzełki włókniste z komórkami olbrzymiemi, czasem laseczniki, a nawet w bliznowatej na pozór tkance wykrywane bywają jeszcze komórki olbrzymie. Czasem w rozległych stwardnieniach, zajmujących nieraz cały płąt, obok stwardnień rozlanych widać złogi wapienne, masy serowate otorbione, a niekiedy większe lub mniejsze jamki.

Jeżeli jednak sprawa gruźlicza stanowi najistotniejszą przyczynę choroby, to z drugiej znowu strony musi istnieć jeszcze niemniej ważna kategoria przyczyn, które warunkują to, że zwykle w ogromnej większości przypadków normalnie rozwijająca się i postępująca sprawa gruźlicza przyjmuje inny obrót, a mianowicie nie zwykły, rozpadowy, lecz łącznotkankowy.

Autorowie francuscy (Grancher) widzą przyczyną skłonności gruzełka do wytwarzania z jednej strony sprawy serowatej, z drugiej zaś sprawy wytwórczej włóknistej, w przewodzie jednego z tych elementów. Wyjaśnienie to jednakże, oparte na podstawie anatomopatologicznej, nie daje nam bliższych warunków

<sup>1)</sup> A. Sokołowski. O włóknistej postaci suchot płucnych Gazeta Lekarska 1885.

„ Ueber die fibrose Formen der Lungentuberculose. Deutsches Archiv für klinische Medizin 1886.

„ Die larvirten Formen der Tuberculose. Klinische Zeit-und Streitfragen. Wien 1890.

powstawania owej wielce dobroczynnej dla ustroju skłonności. To samo da się powiedzieć o poglądzie Beneckiego, który starał się tę przyczynę upatrywać w ogólnych ustrojowych właściwościach organizmu do wytwarzania tkanki łącznej; na tej zasadzie należałoby włóknistą postać suchot uważać poniekąd za sprawę pierwotną, a nie wtórną, jak to w ogromnej większości przypadków ma miejsce. Problemat więc tej istotnej przyczyny rozwoju tkanki łącznej włóknistej nie został bynajmniej rozwiązany, zależy on bowiem prawdopodobnie od pewnych indywidualnych właściwości komórki, które dotychczas nie zostały bliżej wykryte. Z różnorodnych momentów przyczynowych, które poniekąd możnaby uważać za mające pewien związek z powstawaniem tej sprawy, wspomnimy tu pokrótce o najważniejszych.

I tak dziedziczność, tak ważną odgrywająca rolę w powstawaniu zwykłych suchot, o czym wyżej w rozdziale etjologii szczegółowo mówiliśmy, zdaje się, że w powstawaniu włóknistej formy odgrywa rolę nieznaczną, przynajmniej tak pouczają moje i innych autorów doświadczenia, w tym kierunku robione.

Wiek: podług zdania większości autorów choroba ta występuje w późniejszym wieku przeciwstawieniu do zwykłych suchot przewlekłych, a mianowicie między 40-ym a 60-ym rokiem życia. Moje jednakże osobiste spostrzeżenia doprowadziły mnie do wniosku, że jeśli w istocie widzimy częściej tę postać chorobną u nieco starszych osobników, to jedynie dlatego, że jest ona bardzo przewlekła, poczynając się nieraz w młodym wieku, ciągnie się lata, a nawet dziesiątki lat; stąd też większość tych chorych widzimy w latach między 40—60.

Zajęcie. Niektórzy autorowie twierdzą, że rodzaj zajęcia, a szczególnie dobrobyt chorych, wpływać może na powstawanie tej postaci. Ja widziałem suchoty włókniste nie tylko u osobników zamożniejszych, lub też i u pracujących wśród dobrych warunków higieniczno-djetetycznych, jako to: u rolników, księży, lekarzy i t. p., lecz przeciwnie, spotykałem je wśród najbiedniejszej ludności wielkomiejskiej, a nawet w zawodach bardzo niehigienicznych jak to: u krawców, szewców, praczek i t. p. Przypuszczano również, że przymiot, który jak wiadomo wywołuje w organizmie pewną skłonność do rozwoju tkanki łącznej, może się przyczynić do rozwoju również i w płucach włóknistej postaci suchot. Pogląd ten jednakże nie jest słuszny; przebyty bowiem przymiot, jak to już wzmiankowaliśmy w rozdziale o etjologii gruźlicy, bynajmniej nie wpływa na rozwój spraw włóknistych w płucach, lecz przeciwnie widzimy w jego przebiegu najczęściej rozpadowe postaci suchot. Rozwój zaś tkanki łącznej, jeśli bywa napotykanym w wyjątkowo rzadkich przypadkach w płucach u tej kategorii osobników, jest zależny od sprawy specyficznej, przymiotowej. To samo da się powiedzieć o zimnicy, której pewni autorowie przypisywali związek etjologiczny z włóknistą postacią suchot. Przypuszczenie zaś, że nadużycie napojów wyskokowych przyczynić się może do rozwoju włóknistej postaci suchot, jest z gruntu fałszywe. Przeciwnie, jak to wykazaliśmy wyżej, alkoholizm w wysokim stopniu usposabia do rozpadowej, a często szybko prze-

biegającej gruźlicy płucnej. Natomiast t. zw. usposobienie artretyczne może pod pewnym względem wpływać na rozwój włóknistej postaci suchot; doświadczenie bowiem wykazało, że suchoty płucne, rozwijające się u osobników, dotkniętych wyraźną diatezą artretyczną, mają w przebiegu pewien odrębny charakter. Ja sam zwróciłem od dawna na tę kwestję uwagę i jeszcze w roku 1890 starałem się bliżej scharakteryzować tę klinicznie odrębną formę suchot, która w przebiegu swoim przypomina włókniste postaci suchot o wielce przewlekłym przebiegu. Zazwyczaj jednakże sprawa do samego końca przedstawia się pod postacią zmian marskich, nie daje objawów zniszczeń, które spostrzegamy często w końcowych okresach spraw włóknistych gruźliczych. Usposobienie artretyczne można pod pewnym względem wiązać z postaciami włóknistymi suchot. Być może, że diateza artretyczna, która stanowi *par excellence* cierpienie t. zw. opóźnionej przemiany materji, wpływa na powolny rozwój sprawy gruźliczej, usposabiając płuca do rozwoju tkanki łącznej.

Wreszcie z cierpień dróg oddechowych zasługuje jeszcze na uwagę rozedma w której przebiegu, jak to wyżej zaznaczyliśmy, rzadko występuje gruźlica, a jeżeli występuje, to często w postaci włóknistej, o pewnym nawet odrębnym charakterze klinicznym. W jaki sposób rozedma wpływa na rozwój tej postaci, nie jest dotychczas jasno zrozumiałe. Być może, że odgrywa tu rolę do pewnego stopnia sprawa zastoinowa w płucach, warunkowana rozszerzeniem prawej komórki serca, i zarazem pewien stan opóźnionej przemiany materji, co podobnie jak i u artryków, jest charakterystyczne dla chorych na rozedmę. Powyższe różnorodne przyczyny, jak również i inne nie wyjaśniają nam jednakże należycie istoty sprawy włóknistej postaci suchot płucnych. Sądzę, że jedynie ściślejsze badania chemiczno-biologiczne, będą w stanie w przyszłości rzucić pewne światło na istotną etiologję tej odrębnej i wielce doniosłej klinicznej postaci suchot.

Ogólny obraz kliniczny suchot włóknistych. Z klinicznego punktu widzenia należy wyodrębnić dwie różne postaci tego cierpienia. 1) Zwykłe suchoty włókniste (*phthisis fibrosa simplex*); 2) suchoty włókniste, towarzyszące rozedmie płucnej, nazwane przezemnie *phthisis fibrosa ab emphysemate*. Wreszcie pod pewnym względem za nieco odrębną postać uważałbym jeszcze włóknistą postać, spostrzeganą u artryków.

Co się tyczy pierwszej postaci z wykłych suchot włóknistych, to obraz chorobny tej sprawy przedstawia się w ogólnych zarysach w następujący sposób. Cierpienie rozwija się z początku poniekąd skrycie, nie wywołując żadnych wyraźniejszych objawów ani ze strony dróg oddechowych, ani ze strony stanu ogólnego chorych. Ludzie, uważający się za zupełnie zdrowych, kaszlą nieco, przeważnie rano, z początku sucho, następnie wyrzucają nieco plwociny, na kaszel jednakże nie zwracają wcale uwagi, przypisując go paleniu papierosów, katarowi gardła i t. p. ubocznym okolicznościom. Kaszel trwa jednakże stale, miesiące i lata, a dopiero zjawienie krwioplucia lub nawet większych krwawień zaniepokaja chorych. Jednakże i to zaburzenie kończy się pomyślnie w ciągu

dni kilku, nie wywołując najczęściej odczynu gorączkowego. Badanie fizykalne, dokonane w tym okresie choroby, wykazuje nam, pomimo nieraz znakomitego stanu ogólnego, wyraźne zajęcie szczytu płucnego, a więc pewne przytępienie, wydech mocno wzmożony i najczęściej mniej lub więcej obfite drobne wilgotne rżenia. W płwocinie zwykle mimo kilkakrotnego badania nie wykrywa się ani laseczników gruźliczych, ani włókien sprężystych. Do kaszlu, stale trwającego, zaczyna się powoli dołączać duszność, z początku nieznaczna, stopniowo jednakże wzmagająca się. Jednocześnie kaszel staje się częstszym, płwocina obfitsza. Stan ogólny chorych jest stale dobry, oprócz kaszlu i lekkiej duszności nic im zazwyczaj nie dolega, zajmują się dalej swą nieraz nawet ciężką pracą zawodową, kładąc duszność na karb poczynającej się astmy lub rozedmy płucnej. Ten okres choroby pozostaje bez zmiany bardzo długo, wiele lat z rzędu. Wprawdzie od czasu do czasu, szczególnie zimową porą, przychodzą czasowe pogorszenia, warunkowane przemijającymi świeżymi nieżyłtami oskrzeli; wogóle jednakże choroby, nietylko pod względem stanu ogólnego lecz i miejscowego, nie zmieniają się w ciągu szeregu lat, szczególnie jeśli zachowują odpowiednie przepisy higieniczno-djetetyczne. W większości jednakże przypadków po pewnym szeregu lat następuje wyraźny zwrot ku gorszemu, i powoli zaczyna się rozwijać drugi okres choroby, charakteryzujący się objawami niedomogi oddechowej i sercowej. W tym to okresie duszność występuje na plan pierwszy; chodzenie nawet po równej przestrzeni staje się ciężkiem; wszelki zaś wysiłek fizyczny, a szczególnie chodzenie po schodach, staje się wielce męczącym. Jednocześnie i kaszel przybiera coraz bardziej duszący charakter, różniący się jednakże tem od podobnego kaszlu, spotykanego w rozedmie, że chorzy odpluwają bardzo dużo, i płwocina bywa od czasu do czasu zabarwiona krwią, a nawet czasem zjawia się czysta płwocina krwawa. Chorzy w tym okresie, aczkolwiek z trudnością, najczęściej jednakże zajmują się swymi zwykłymi czynnościami, nie gorączkują wcale, a stan ich ogólny przedstawia się nienajgorzej, apetyt mają znośny, śpią niezle. Z biegiem czasu, nieraz po upływie wielu miesięcy, zaczyna podupadać i stan ogólny choroby, dotychczas dobrze wyglądający, zaczynają stopniowo chudnąć, łaknienie znika, zjawia się bezsenność i zaparcie stolca, występujące naprzemian z rozwołnieniem. Wreszcie przychodzi okres końcowy choroby, w którym wzmaga się stopniowo ogólne wycieńczenie, wywołane ciągłą dusznością, kaszlem i bezsennością, lub też zjawia się jeszcze uparte rozwołnienie, białkomocz, lub gruźlica krtani, które to powikłania ostatecznie dobijają chorego. W tym okresie badanie fizykalne płuc wykazuje zwykłe objawy daleko posuniętych suchot płucnych, a więc: rozległe, najczęściej już obustronne, zgęszczenia z objawami rozpadowymi, nawet jamy, owrzodzenia krtani, laseczniki w płwocinie i t. p. Jednakże i w tym okresie dominują pewne, dosyć charakterystyczne objawy dla tej postaci: 1) stale trwająca silna duszność, stanowiąca niemal wyłączny przedmiot skarg chorych, 2) najczęściej brak zupełnie gorączki lub bardzo niewielkie wa;

hania gorączkowe, 3) brak potów lub nieznaczne poty nocne, spotykane niemal stale w okresach końcowych zwykłych rozpadowych suchot.

W innej kategorii przypadków suchoty włókniste poczynają się w odmienny sposób: nie skrycie, powoli, lecz przeciwnie początek ich bywa wyraźny, przypominający w zupełności poczynający się okres zwykłej gruźlicy płucnej; a więc, zjawia się początkowo krwioplucie, zajęcie opłucnej, objawy nacieczenia szczytu z towarzyszącą mu gorączką i t. p. Nieraz występują powyższe objawy z towarzyszeniem wysokiej, czasem nawet wiele tygodni trwającej gorączki o typie hektycznym. Powoli jednakże gorączka i ostre objawy przycichają w zupełności, kaszel się zmniejsza, a pozostają wyraźne objawy nacieczenia szczytów. Stan ogólny stan chorych poprawia się stopniowo, wreszcie powracają oni do swego pierwotnego dobrego wyglądu, kaszlą niewiele, odpluwają nieco. Zmiany jednakże w szczycie pozostają stale, a chorzy, uważając się niemal za zupełnie zdrowych, powracają do swoich zajęć, cały zaś obraz chorobny w dalszym rozwoju przedstawia się podobnie, jak określiliśmy powyżej.

Włóknista postać suchot, występująca u artrytyków, rozwija się również najczęściej skrycie, a różnorodne dolegliwości artrytyczne maskują nieraz w zupełności objawy płucne, czasem nawet bardzo rozległe, wywołujące jednakże stosunkowo nieznaczne zaburzenia ze strony dróg oddechowych. Tą postać suchot włóknistych charakteryzują następujące objawy: 1) dominujące objawy stanowią zaburzenia nie ze strony narządów oddechowych, lecz przeciwnie ze strony stanu ogólnego, lub też ze strony innych narządów; chorzy uskarżają się na ogólne osłabienie, dolegliwości żołądkowokiszkowe, bóle artrytyczne w stawach, zjawiające się od czasu do czasu, napady kolki nerkowej lub wątrobowej i t. p.; 2) zazwyczaj, i to nieraz długie lata, choroba przebiega bez gorączki, pomimo że częstokroć w płucach wykrywamy daleko posunięte zmiany; 3) u większości chorych, co stanowi rys charakterystyczny, zaburzenia ze strony narządów oddechowych są nader nieznaczne (niewielki kaszel, duszność), są nawet chorzy, którzy zupełnie nie uskarżają się na dolegliwości ze strony klatki piersiowej, i dopiero przy badaniu ze zdumieniem wykrywamy miejscowe, nieraz już daleko posunięte zmiany; 4) stan ogólny chorych w większości przypadków przedstawia się licho, co zależy od długotrwałych, wycieńczających organizm spraw natury artrytycznej (przewlekła niestrawność, rozwolnienie, kolka nerkowa, zapalenie miedniczek, bóle w stawach i t. p.); wyjątkowo tylko stan ogólny chorych przedstawia się dobrze; 5) co się tyczy objawów przedmiotowych ze strony klatki piersiowej, to badanie fizykalne wykrywa takie same zmiany, jakie wyżej opisaliśmy dla zwykłej postaci suchot włóknistych. Zazwyczaj jednakże do samego końca życia chorych istnieją tylko zmiany induracyjne, a nie rozpadowe, jakie spostrzegamy zazwyczaj w końcowych okresach zwykłych suchot włóknistych.

Drugą postać włóknistych suchot stanowi postać rozedmowa (*phthisis fibrosa ab emphysemate*); występuje ona zazwyczaj u osobników między 40—50

rokiem życia. U chorych tej kategorii istnieją w ciągu kilku, a nieraz i kilkunastu lat zwykle objawy, właściwe rozedmie płucnej, a więc: kaszel, przeważnie suchy, ze skąpą plwociną, lekka duszność i t. p. Badanie fizykalne klatki wykrywa u nich również typową budowę i inne objawy rozedmy. Stan ogólny chorych przedstawia się dobrze, nie gorączkują wcale. Powoli zaczyna się zjawiać od czasu do czasu lekkie krwioplucie i chorzy zaznaczają wówczas, że kaszel, który był dotychczas przeważnie suchy, staje się coraz bardziej upartym, i wydzielina coraz obfitszą. Męczą się oni coraz bardziej podczas chodzenia, a jednocześnie i stan ogólny pogarsza się stopniowo: zaczynają wyraźnie chudnąć i niszczyć. W tym okresie choroby badanie fizykalne wykazuje obok zmian, właściwych rozedmie płuc, jeszcze objawy zgęszczenia w jednym lub, co ma miejsce częściej, w obu szczytach płucnych (oddech wydłużony, pokryty rżęciami, głos wzmożony, słumienie z powodu rozedmy zazwyczaj bywa mało wyraźne). Charłactwo występuje coraz wyraźniej, duszność wzmagą się, a objawy miejscowe w płucach stają się bardziej wyraźne; występuje słumienie i rżenia dźwięczne. Plwocina staje się coraz obfitszą i zawiera liczne, śluzoworopne masy, oraz zawarte w nich włókna sprężyste i laseczniki. Duszność bywa tak znaczna, że najmniejszy wysiłek ruchowy, mowa nawet, wzmagają ją znacznie; ataki zaś kaszlu zwiększają duszność, wywołując jednocześnie sinicę, warunkowaną występującą coraz bardziej na jaw niedomogą mięśnia sercowego. Wreszcie występują obrzęki kończyn, przesięki do jamy brzusznej i opłucnej i chorzy giną przy objawach ostatecznego wyniszczenia, oraz zatrucia kwasem węglanym. W innych razach nie dochodzi do tych ostatecznie ciężkich objawów, natomiast dobija chorych uparte rozwolnienie lub też powikłanie ze strony nerek (mocznicą i t. p.). Zresztą cierpienie to w drugim i końcowym okresie choroby przedstawia analogiczne właściwości z poprzedzającą odmianą; i tu bowiem w ciągu całego przebiegu nie występuje ani gorączka, ani poty, właściwe heptycznemu okresowi zwykłych suchot płucnych. Jeśli zaś widzimy od czasu do czasu w tych postaciach gorączkę, to jedynie w następstwie jakiegoś przejściowego powikłania, niezależnego od podstawowej sprawy.

Obecnie musimy jeszcze pokrótce wspomnieć o najważniejszych objawach, właściwych obu postaciom suchot włóknistych. I tak, wygląd i stan ogólny chorych w większości przypadków, jak to już zaznaczyliśmy, w początku choroby przedstawia się wogóle dobrze. W późniejszych jednakże okresach choroby barwa twarzy przybiera odcień bladoziemisty, i chorzy przedstawiają obraz, przypominający chorych sercowych. W okresach ostatecznych marnieją stopniowo, nigdy jednakże nie przedstawiają tego stopnia wycieńczenia, jaki widzimy pospolicie w ostatnich okresach zwykłych suchot płucnych. W postaci rozedmowej wygląd chorych w dalszych okresach choroby przedstawia się nieco odmiennie: skóra twarzy przedstawia odcień sinicy i bywa przytem nieco zbrzęknięta wskutek zastoju żylnego, warunkowanego stale postępującą niedomogą serca (względna niedostateczność zastawki trójdzielnej).

Tętno nie przedstawia w pierwszych okresach choroby nic bardziej charakterystycznego, w okresach późniejszych bywa przyspieszone i miękkie.

**Gorączka.** Jak już to wyżej nadmieniałem, charakterystyczną cechą włóknistej postaci suchot stanowi przebieg bezgorączkowy. Tylko w początkowych okresach choroby, które właściwie mówiąc są wstępem do właściwej sprawy, występują okresy gorączkowe, krócej lub dłużej trwające. Z chwilą jednakże, gdy choroba przybiera właściwy włóknisty charakter, gorączka niknie. Nawet w końcowych okresach choroby, w której istnieją objawy jam, gorączki typowej niema. Spostrzegałem jednakże wyjątkowo chorych tej kategorii, którzy od czasu do czasu gorączkowali, jedynie tylko przemijająco i to niezbyt wysoko; zależy to najczęściej od jakiegoś przejściowego powikłania (zapalenie opłucnej, świeży nieżyt oskrzeli, grypa i t. p.). To samo, co o gorączce, da się powiedzieć i o potach nocnych; widujemy je również rzadko w przebiegu omawianego cierpienia, natomiast spostrzegamy nieraz u chorych tej kategorii skłonność do pocenia się w dzień; poty te jednakże występują przeważnie na twarzy i pierśsiach w następstwie silnego, duszącego kaszlu, co ma miejsce szczególnie w rozedmowej postaci choroby.

Kaszel i plwocina przedstawiają się wielce rozmaicie, zależnie od okresu choroby. W pierwszych okresach wogóle kaszel jest bardzo nieznaczny, przeważnie suchy, z wydzieliną bardzo skąpą, rano czasem występują napady duszącego kaszlu. W dalszych okresach choroby kaszel staje się częstszym; występuje nie tylko rano, ale i w ciągu dnia przeważnie po wysiłkach fizycznych (wejście na schody i t. p.). Jednocześnie plwocina zmienia swój charakter, staje się coraz bardziej gęstą. Wreszcie w ostatnich okresach choroby niemal bezustannie kaszlą, wyrzucając znaczne ilości plwociny, częściowo pianistej i śluzowej, częściowo w postaci mas zbitych, gęstych, uformowanych, opadających na dno. W postaci rozedmowej w początkach choroby przeważnie bywa kaszel suchy z bardzo skąpą plwociną. Badanie drobnowidzowe plwociny wykazuje złuszczone nabłonki, białe ciała krwi, uległe stłuszczeniu i t. p., a w ostatnich okresach choroby skąpe włókna sprężyste. Co się tyczy laseczników gruźliczych, to w okresach wcześniejszych choroby, a szczególnie w okresie stacjonarnym, trwającym całe lata, zazwyczaj albo wcale nie daje się wykryć laseczników, albo też wykrywa się je jedynie od czasu do czasu w nieznacznej ilości; w późniejszych natomiast okresach choroby, znajduje się w plwocinie laseczniki niemal stale, lecz w niewielkiej ilości; nieraz, aby je wykryć, trzeba powtarzać badanie wielokrotnie; skonstatowałem to w jednym przypadku, w którym badanie pośmiertne wykazało w jednym ze szczytów obok zmian włóknistych sporą kawernę, wypełnioną nieznaczną ilością serowatej wydzieliny.

**Duszność** obok braku gorączki stanowi jeden z bardziej typowych objawów choroby. W pierwszych okresach duszność występuje głównie po pewnych wysiłkach fizycznych, z postępowaniem czasu staje się ona objawem stałym i wówczas szybsze chodzenie, głośnie i dłuższa rozmowa, większe napełnienie żołądka, ka-

szel i t. p., wywołują większy lub mniejszy brak tchu. Z dalszym rozwojem choroby duszność występuje stale, a najmniejszy wysiłek wzmagają ją znacznie; jedynie leżąc w łóżku, chorzy nie odczuwają jej zbyt. Wreszcie w ostatnich okresach duszność trwa stale i wzmagają się od czasu do czasu, szczególnie po kaszlu, dochodząc niemal do ataków zaduszania. Szczególnie w postaci rozdmowej duszność stanowi objaw wczesny i stale wzmagający się, a w okresach daleko posuniętych, zjawiają się u chorych, szczególnie w nocy, ataki rzekomo astmatyczne, będące wyrazem chwilowej niedomogi serca.

Krwioplucie stanowi również jeden z bardzo stałych objawów włóknistej postaci suchot płucnych. Krwioplucie bywa mniej lub więcej obfite, a nieraz nawet występuje pod postacią krwotoków. Częstość krwioplucia bywa bardzo rozmaita: nieraz mijają całe miesiące bez niego; później u chorych występują stale kilka razy do roku mniej lub więcej obfite krwawienia; czasem znowu po pewnym szeregu lat krwawienie ustępuje zupełnie, a wyjątkowo tylko przebiegają suchoty włókniste bez krwioplucia. Najczęściej krwawienie zjawia się w następstwie jakiegoś mocniejszego wysiłku fizycznego (taniec, wiosłowanie i t. p.); chorzy bowiem, uważając się za niemal zdrowych, oddają się nieraz z zamiłowaniem zajęciom sportowym. Widywałem również obfitsze krwawienia u tej kategorii chorych po forsownych górskich wycieczkach, po nadużyciach wszelkiego rodzaju, a szczególnie po picu. Wogóle mówiąc, wyjątkowo tylko możemy mieć do czynienia z przypadkiem krwawienia, w którym nie jesteśmy w stanie wykryć pewnego momentu wywołującego; stanowi to rys charakterystyczny krwawień w przebiegu suchot włóknistych, różniący je zasadniczo od krwawień w zwykłych postaciach suchot, w których, jak to mówiliśmy wyżej, krwotoki występują najczęściej bez widocznej przyczyny zewnętrznej, jedynie wskutek postępującej sprawy rozpadowej. Krwawienia te jednocześnie charakteryzują się jeszcze i tem, że przebiegają one zawsze i stale bez gorączki i najczęściej nie wywołują żadnych wyraźniejszych zaburzeń w ustroju, naturalnie z wyjątkiem przemijającego osłabienia, zależnego od utraty krwi. Niektórzy chorzy tak się do krwawień przyzwyczajają, uważając je za zjawisko małej wagi, że natychmiast po przebytem krwiopluciu, powracają do swych zwykłych zajęć zawodowych, a nawet często nie porzucają ich podczas napadów krwioplucia. Co się tyczy przyczyn owych częstych krwawień, towarzyszących gruźlicy włóknistej, to źródło ich jest dwojakie: większe krwotoki, podobnie jak i krwotoki w gruźlicy zwykłej, pochodzą z pęknięcia ścian większych naczyń, przebiegających w starych kawernach; w części anatomicznej mówiliśmy, że w sprawach włóknistych, obok stwardnień istnieją w płucach często jamy, różniące się jednakże od zwykłych jam tem, że ściany ich stanowi twarda, prawie bliznowata tkanka, i że przebiegające w nich naczynia pękając, trudno ulegają zatkaniu; stąd też powstają krwotoki uparte. Ponieważ kawerna nie zawiera świeżych mas serowatych gruźliczych, więc i krew aspirowana do płuc nie wywołuje świeżych ognisk gruźliczych, jak to często ma miejsce w zwykłej rozpadowej postaci



suchot, sprawa więc przebiega po krwotoku bez wyraźnego odczynu gorączkowego. Co się tyczy obfitych i częstych krwiopłuc, to zapewne stawiać je należy w związku ze zmianami, zachodzącymi w oskrzelach, wskutek rozwijającego się stale przerostowego, przewlekłego, nieżyłowego zapalenia oskrzeli (*bronchitis chronica hypertrophica*). W tego rodzaju przerostowych zapaleniach oskrzeli błona śluzowa ulega bardzo ważnym zmianom; wytwarza się zapalenie wytwórcze z rozwojem tkanki ziarninowej; wewnątrz powierzchnia błony śluzowej przedstawia się nieraz złożoną z tkanki ziarninowej z licznymi naczyniami, które są mocno rozszerzone i wypełnione krwią (Dmochowski). Nic więc dziwnego, że łąda wzmożenie ciśnienia, spowodowane mocniejszym kaszlem, wysiłkiem fizycznym i t. p., wywołuje krwawienie z owej mocno unaczynionej błony śluzowej.

Objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej przedstawiają się różnie, zależnie od okresu choroby. W okresach wcześniejszych występuje mniej lub więcej rozległe stłumienie, najczęściej w okolicy jednego, rzadziej w obu szczytach płucnych. Stłumienie przytem zazwyczaj jest wyraźniejsze w okolicach nadobojczykowych, niż podobojczykowych, w których rozwija się następczo rozedma; nawet z biegiem czasu występuje pod obojczykiem ton opukowy jasny. Przy wysłuchiowaniu w powyższych okolicach słyszeć się daje w ciągu pierwszych miesięcy choroby oddech wzmożony i rżenia drobno pęcherzykowe, pokrywające zupełnie oddech. Objawy te trzymają się bez zmiany przez całe lata z tą tylko różnicą, że obfitość rżeń bywa mniejsza lub większa, a niekiedy nawet zjawiają się one dopiero po mocniejszym kaszlu. U chorych, u których sprawa włóknista nie szerzy się dalej, lecz ogranicza się w rozwoju, i kończy się ostatecznie zabliznieniem, rżenia mogą zniknąć, oddech staje się mocno wydłużonym, niekiedy znów słabym wskutek rozwijającej się w sąsiednich częściach płuca rozedmy, i jako jedyny objaw fizykalny pozostaje mocne wzmożenie głosu (*bronchophonia*). W większości jednakże przypadków w razie spraw rozleglejszych pozostają stale wyraźne objawy zgęszczenia (oddech wzmożony, rżenia). W późniejszych okresach choroby nieraz dopiero po upływie wielu lat występują znowu, podobnie jak w początku cierpienia, coraz wyraźniejsze objawy fizykalne; rżenia są liczniejsze, przybierają charakter rżeń dźwięcznych, oddech nabiera cechy oddechu nieokreślonego, a wyjątkowo tylko występuje oddech oskrzelowy i t. zw. przelewanie (*gargouillement*). W pozostałych częściach płuc, przedewszystkiem w dolnych odcinkach, spotykamy oddech osłabiony, warunkowany rozedmą. W suchotach rozedmowych przedewszystkiem uderza beczkowaty kształt klatki piersiowej, w przeciwstawieniu do klatki dobrej budowy lub nawet częściowo zapadniętej w górnych odcinkach, jaką widzimy w zwykłej postaci suchot włóknistych, w której jedynie dolne odcinki klatki piersiowej bywają wskutek wtórnej rozedmy nieco rozszerzone. Opukiwanie daje na całej przestrzeni zwykły, jasny ton płucny, właściwy rozedmie, a jedynie badanie wysłuchowe wykrywa w jednym ze szczytów oddech mocno wydłużony,

chuchający, pokryty często drobnymi trzeszczeniami. Dopiero po wielu miesiącach oddech w tej okolicy staje się bardziej szorstki, zjawiają się rżenia i ton dźwięczny, a jednocześnie występuje i wzmożenie głosu. Z rozwojem sprawy, szczególnie ze zjawieniem się objawów niedomogi serca, powstają objawy zastoinowe i obrzękowe w dolno-tylnych odcinkach obu płuc, a więc liczne drobno-pęcherzykowe rżenia; z przodu zjawiają się świsty. Wraz ze wzmagającą się niedomogą serca, w okresie przesieków objawy zastoinowo-obrzękowe szerzą się ku górze, a stąd i obraz pierwotnych zmian szczytowych zaciera się bardzo. Badanie jednakże dokładne i w tym nawet okresie wykrywa w okolicy pierwotnie stwardniałego szczytu rżenia o innym charakterze niż w pozostałych częściach płuca, jakoteż wzmożenie głosu.

Zmiany w innych narządach. Jak to już wielokrotnie zaznaczyłem, postać włóknistą suchot płucnych charakteryzuje brak powikłań ze strony innych narządów; chorzy długie szeregi lat oprócz kaszlu i duszności nie doświadczają żadnych innych dolegliwości. W późniejszych okresach zjawia się wycieńczenie, również zależne od mocnego kaszlu, duszności, bezsennych nocy i braku apetytu, tem bardziej że chorzy w tych okresach choroby, szczególnie zimą, pozostawać muszą ciągle w domu. Jednakże, aczkolwiek rzadko, w tem cierpieniu występować mogą różnorodne powikłania, a do najczęstszych zaliczyć należy przewlekłe zapalenie nerek; sprawa gruźlicza może również w końcowych okresach choroby wystąpić znowu jako sprawa świeża, bądź pod postacią świeżych ognisk gruźliczego zapalenia płuc, bądź też gruźliczego zajęcia innych organów, np. krtani, kiszek. W postaci rozedmowej suchot włóknistych występuje stale niedomoga mięśnia sercowego, warunkowana zwyrodnieniem tłuszczowem która stanowi istotną przyczynę objawów, spotykanych w końcowych okresach choroby t. j. silnej duszności, sinicy, tętna małego, napadów zemdlenia, białkomoczu, a wreszcie obrzęków.

Rozpoznanie różniczkowe. Z wyżej przytoczonego obrazu klinicznego suchot przewlekłych włóknistych sądzę, że rozpoznanie cierpienia tego nie powinno przedstawiać większych trudności dla lekarza. Jedyną bowiem sprawą, z którą możnaby zmieszać tę chorobę stanowią zwykłe postaci przewlekłych suchot. Przy rozpoznaniu różniczkowem obu tych spraw pamiętać należy, że włóknista postać suchot stanowi jedynie zejście pomyślnie zwykłej gruźlicy, a rozpoznać to pomyślnie jej zejście można na podstawie długiego przebiegu cierpienia i szczegółowego rozbiórki danych wywiadowych, które wykażą długi przebieg, brak gorączki, dobry stan ogólny, nie idący w parze z rozległymi często zmianami w płucach. Ostatnie okresy choroby różnią się mało od zwykłych suchot rozpadowych, a rozpoznanie w tym okresie opiera się również na wywiadach i pewnych odrębnych właściwościach w przebiegu; braku gorączki, wielkiej duszności, obrzękach i objawach niedomogi serca. Co się tyczy rozedmowej postaci suchot, to często bywa ona rozpoznawana jako zwykła rozedma płucna; badanie jednakże szczegółowe chorego i wykryte przytem objawy stwardnienia

szczytowego, charakterystyczna płwocina, zawierająca czasem nawet laseczniki, częste krwioplucie, zapadnięcie okolic podobojczykowych, pozwolą łatwo rozpoznać sprawę, jako suchoty rozedmowe. Ze spraw, z którymi możnaby mieszać suchoty włókniste, wspomnieć jeszcze musimy o stwardnieniach zwykłych płuc (*cirrhosis pulmonum*) umiejscowionych wyjątkowo rzadko w górnym odcinku płuc. Od błędu rozpoznawczego uchroni rozbiór szczegółowy wywiadów, z których dowiemy się o przebytej przed wielu laty gruźlicy, o krwiopluciach i t. p. objawach. Przytem zapadnięcie klatki piersiowej we włóknistej postaci suchot bywa stosunkowo nieznaczne i nie dosięga do tego stopnia, jaki widzujemy w stwardnieniu płuc zwykłym, które zwykle bywa jednostronne, podczas gdy suchoty włókniste często zajmują oba szczyty. Sprawa włóknista w suchotach stanowi poniekąd zakończenie, i to pomyślnie, sprawy pierwotnej t. j. gruźliczej; przeciwnie w zwykłym stwardnieniu w większości przypadków sprawa postępuje, a tkanka płucna kurczy się coraz bardziej, doprowadzając do stopniowo zwiększającego się rozszerzenia oskrzeli i t. p. zmian, właściwych tej ostatniej sprawie; wreszcie płwocina w zwykłych stwardnieniach wydziela się bardzo obficie i nie zawiera nigdy laseczników. Możliwość jeszcze mieszać suchoty włókniste z włóknistą postacią (sklerotyczną) syfilisu płuc. Rozpoznanie tej sprawy, jako przymiotowej, dokonane być może na podstawie ścisłych wywiadów, jakoteż wyraźnych pozostałości po przebytych przymiotach (blizny) i t. p. cech, właściwych tej rzadkiej formie przymiotu płucnego.

**Przebieg i rokowanie.** Włóknistą postać suchot pod względem przebiegu można uważać za najbardziej typowy przykład cierpień przewlekłych; choroba ta bowiem ciągnie się nie tylko lata, ale nawet dziesiątki lat. W jednym moim przypadku trwała ona lat przeszło 40, a sprawy ciągnące się lat 20—30 nie należą bynajmniej do rzadkich wyjątków. Rokowanie więc w suchotach włóknistych jest względnie dobre i o wiele lepsze niż rokowanie w zwykłych przewlekłych suchotach. Wprawdzie rokowanie nie jest korzystne pod względem wyleczenia zupełnego, gdyż sprawa tylko w wyjątkowych przypadkach ogranicza się w zupełności, co widzujemy częściej w zwykłej, niezbyt rozległej gruźlicy płucnej; przeciwnie włókniste postacie stanowią sprawę nie zablizniającą się; za to dotknięte nią osobniki mogą dożyć nawet do późnej starości, o ile nie wystąpi jakiegokolwiek z wyżej wymienionych powikłań. Na długotrwały przebieg choroby składają się dwie okoliczności: przedewszystkiem sama natura cierpienia, charakteryzująca się dążnością *par excellence* przewlekłą, a powtóre w wielu przypadkach i ta okoliczność, że ludzie przerażeni początkiem rozwoju choroby, dającej nieraz objawy zwykłej gruźlicy o dość szybkim przebiegu, starają się w dalszym ciągu swojej egzystencji prowadzić tryb życia regularny, unikać zwykłych szkodliwości i nadużyć, a tą drogą jak sądzę, mogą w wysokim stopniu współdziałać tendencji naturalnej choroby do zejścia łagodnego. Pod tym względem znane mi są całe szeregi odnośnych przykładów, gdzie z mojej porady zmieniono fundamentalnie warunki życia, zawód, miejsce zamieszkania i t. p.,

dzięki czemu choroba, z początku groźna, z postępem lat przyjęła charakter sprawy włóknistej. Nie należy jednakże zapominać, że podstawę istotną stanowi bliżej jeszcze nieokreślone usposobienie organizmu do wytwarzania tkanki łącznej; postać tę bowiem spostrzegałem, i to niezbyt rzadko, wśród najgorszych i najmniej higienicznych warunków życiowych i przy najmniej pomyślnej pracy zawodowej.

---

## WYKŁAD XIII.

**Gruźlica ostra. Zarys historyczny nauki o ostrych postaciach suchot płucnych. Stosunek ostrej gruźlicy płuc do przewlekłej. Ostre serowate zapalenie płuc ogniskowe i rozlane. a) Zapalenie płuc ogniskowe; obraz kliniczny, rozwój i przebieg tej postaci; objawy ogólne i miejscowe, zejście, rozpoznanie. b) Zapalenie serowate rozlane; rozwój, objawy kliniczne, zejście, rozpoznanie.**

---

Suchoty płucne w ogromnej większości przypadków mają przebieg przewlekły; ciągną się nieraz całe lata. W przeciwstawieniu do tych postaci przewlekłych widzimy w klinice stosunkowo o wiele rzadziej przypadki suchot, przebiegających szybko, nieraz bardzo gwałtownie, mających wszelkie znamiona ostrych chorób zakaźnych, dlatego też i w klinice znane one były oddawna pod nazwą ostrych suchot (*phthisis acuta*). A już Laennec zaznaczył ich wyraźną odrębność kliniczną, mówiąc, że ostre suchoty (*phthisie aigue*) są, równie jak przewlekłe postaci, wynikiem sprawy gruźliczej w płucach, które przebiegając z początku skrycie, wybuchają następnie ostro i przebiegają z towarzyszeniem ciągłej gorączki, osłabienia i wogóle tak ciężkich objawów, iż chory ginie nieraz po upływie kilku tygodni; badanie pośmiertne wykazuje obok gruzełków odosobnionych i masy gruźlicze, uległe znacznemu rozmięczeniu. To niepospolite określenie Laennec'a ostrych postaci suchot z punktu widzenia anatomopatologicznego i klinicznego mimo zupełnie przeciwnych poglądów późniejszej szkoły niemieckiej z Virchowem i Niemeyerem na czele, zostało przez badania późniejszych autorów, o których wyżej wspominaliśmy, w zupełności potwierdzone, a jeśli w dzisiejszym stanie kliniki rozróżniamy postaci ostre suchot, to czynimy to przeważnie z punktu widzenia praktycznego, a bardziej jeszcze pedagogicznego, aby dać możliwość lekarzowi orjentowania się w tej kategorii przypadków. Sprawa ta bowiem ma nieraz odrębny kliniczny charakter, tak wielce różny od zwykle napotykanych przewlekłych suchot, że może sprawiać wrażenie cierpienia, nale-

żącego do zupełnie innej kategorii chorób. I rzeczywiście, w ogromnej większości przypadków, ostre postacie suchot, jak to zaznaczył genialny umysł Laennec'a, stoją w pewnym związku ze zwykłymi, przewlekłymi sprawami tej kategorii. Najczęściej bowiem widzimy, że nasięk gruźliczy w płucu, szybko się wytwarzając i przebiegając z wysoką gorączką, robi wrażenie ostrej postaci suchot, a jednakże nieraz po pewnym czasie ostry charakter cierpienia powoli przycicha, a sprawa przyjmuje zwykły, względnie łagodny przebieg. I w ciągu już rozwiniętych przewlekłych suchot spotykamy również okresy, w których sprawa przewlekła przyjmuje nagle, najczęściej bez bliżej wiadomej przyczyny, przebieg ostry, gorączkowy z wystąpieniem świeżych, mniej lub więcej rozległych ognisk w płucach. I w tych przypadkach cierpienie, robiące wrażenie sprawy ostrej końcowej, niejednokrotnie po pewnym czasie przycicha powoli, a choroba powraca znowu do swego poprzedniego stanu chronicznego. Przypadki tej kategorii zdarzają w przebiegu chronicznych suchot stosunkowo często. Natomiast stosunkowo rzadziej ostrość dołącza się, jako epizod końcowy, do przewlekłych suchot płucnych; powstają wówczas ogniska zapalenia serowatego z towarzyszeniem wysokiej gorączki, najczęściej stałej, a zejście śmiertelne następuje przy objawach ostatecznego wyniszczenia. Nie zawsze jednak ostre suchoty są tylko niejako epizodem przewlekłych suchot; spotykamy przypadki, w których od początku do końca gruźlica ma przebieg o wyraźnym typie ostrym i przedstawia się z punktu widzenia klinicznego, jako istotnie odrębna postać, aczkolwiek często w płucach lub w innych narządach badanie anatomopatologiczne wykazuje stare ogniska lub złoży gruźlicze, które były podstawą świeżego wybuchu choroby. W każdym jednakże razie z klinicznego punktu widzenia ostro powstałe sprawy tej kategorii można uważać poniekąd za pierwotne, występują bowiem one u osobników albo zupełnie zdrowych, albo też u takich, którzy przebywali przed laty jakieś cierpienie płuc lub gruźli, czuli się jednakże następnie przez całe szeregi lat zupełnie zdrowymi.

Ostro przebiegające postacie suchot dzielimy na dwie główne kategorie, mianowicie. 1) Ostre serowate gruźlicze zapalenie płuc; i 2) ostrą prosówkowatą gruźlicę. Charakterystykę anatomopatologiczną obu tych postaci rozebraliśmy w rozdziale, poświęconym anatomii patologicznej. Przypominamy tu tylko, że aczkolwiek serowate zapalenie płuc powstaje zawsze pod wpływem działania laseczników gruźliczych, to jednakże typowych gruzełków nie spotykamy; wytwarzają się jedynie w płucach ogniska mniej lub więcej ograniczone o charakterze zapalenia wysiękowego, i wysięk szybko ulega zserowaceni i rozpadowi. W sprawie tej odgrywają również rolę nie tylko gruźlicze, lecz i inne pasorzyty, czyli że mamy do czynienia z zakażeniem mieszanym. Przeciwnie w gruźlicy prosówkowej powstają gruzełki prosówkowate, porozrzucone po całych płucach; gruzełki te nie ulegają rozpadowi, ani dalszym przemianom wstecznym, gdyż przy szybkim rozwoju sprawa następuje w krótkim czasie zejście fatalne. Jednakże nie tylko z punktu widzenia anatomopatologicznego, lecz i klinicznego, rzadko się daje widzieć typowe postacie tych spraw, a w większości przypadków widzimy typy

mieszane t. j. kombinacje różnych postaci, a przede wszystkim zapaleń serowatych lub też ostrej gruźlicy na tle zmian starych, przewlekłych. Jak to jednakże wyżej zazaczyłem, z punktu widzenia praktycznego należy nam formy te wyodrębnić i szczegółowo pod względem klinicznym rozważyć.

I. Ostre serowate zapalenie płuc (*pneumonia caseosa, phthisie aigue caséuse, phthisie galopante* — autorów francuskich. — *Die pneumonische Form der akuten Lungentuberculose* — autorów niemieckich. — *Phthisis florida, s. tuberculosis subacuta pulmonum.* — *Gruźlica ostrawa, albo suchoty galopujące* — autorów polskich). Z przytoczonych powyżej licznych synonimów powyższego cierpienia sądziłbym, że za najwłaściwszą uważać należy nazwę *tuberculosis subacuta* t. j. ostrawa postać gruźlicy. Nazwa ta bowiem nie tylko odpowiada etjologii sprawy (gruźlicy), lecz jednocześnie charakteryzuje i najważniejszą kliniczną jej właściwość, a mianowicie przebieg sprawy ostrawy, różniący ją znacznie od gruźlicy prosówkowatej oddawna posiadającej i anatomicznie i klinicznie słusznie utartą nazwę gruźlicy ostrej (*tuberculosis acuta*). Z punktu widzenia anatomopatologicznego, który w zupełności odpowiada i klinicznym przejawom choroby, rozróżniamy dwie podstawowe postaci gruźlicy ostrawej, mianowicie: a) zapalenie serowate ogniskowe (*bronchopneumonia caseosa lobularis*); i b) zapalone serowate rozlane (*pneumonia caseosa diffusa*).

a) Zapalenie serowate ogniskowe, odznacza się nie tylko swoim przebiegiem, lecz często i zupełnie ostrym początkiem. Osobniki zwykle młode (w wieku 10—15—25 lat) dostają bez żadnej widocznej przyczyny przejmujących dreszczów, poczem rozwija się u nich wysoka gorączka (39° i wyżej) o typie ciągłym lub nieraz mocno zwalniającym; odrazu czują się mocno osłabionymi i są zmuszeni do położenia się do łóżka. Często nawet z początku nie kaszlą wcale, dopiero po upływie kilku dni zjawia się kaszel suchy, męczący, najczęściej pozbawiony płwociny. W rzadkich przypadkach u osobników, jakoby uprzednio zupełnie zdrowych początek cierpienia występuje pod postacią obfitego krwopłucia, a nawet krwotoku. Wtórnie rozwijającą się ostrawą gruźlicę spostrzegamy u dzieci po przebytych ostrych wysypkowych chorobach, a szczególnie po odrze i kokluszu; zwłaszcza po odrze widzimy tę sprawę bezpośrednio po przebytej wysypce, tak że nieraz już po kilku tygodniach istnieją wyraźne objawy gruźlicy. Gruźlica ostrawa rozwija się również u młodych osobników po przebytej grypie; najczęściej jednak ma to miejsce u osobników dziedzicznie obarczonych lub też u takich, u których istniały już uprzednio pewne zmiany w płucach (skryta gruźlica), a grypa tym sposobem była niejako momentem wywołującym. Rzadziej stosunkowo widzimy ostrawą gruźlicę u starców, u osobników uprzednio wycieńczonych i osłabionych różnorodnymi przewlekłymi cierpieniami, np. u dotkniętych cukromoczem, przewlekłym zapaleniem nerek, u alkoholików i t. p. Aczkolwiek ostrawa gruźlica rozwijać się może u zupełnie zdrowych poprzednio osobników, to jednakże w większości przypadków szczegółowe wywiady wykażą,

że albo istniało w rodzinie chorego usposobienie dziedziczne do gruźlicy, albo też chorzy miewali w ciągu pewnego czasu przed wybuchem choroby takie przypadłości, jak krwioplucia, kaszel w połączeniu z gorączką, lub też chorowali na tak zwaną przez nich influencję i t. p. Wnosić z tego można, że chorzy ci już wówczas przebywali ogniskowe głębokie gruźlicze zajęcie płuc, które na razie przechodziło pomyślnie. Przekonywa o tem najczęściej badanie pośmiertne, podczas którego obok świeżego ogniska zapalenia serowatego znajdujemy w szczycie stare ognisko gruźlicze.

Po krótkim, zazwyczaj tydzień do dwóch tygodni trwającym, okresie wstępnym choroby, występuje jasno rozwinięta sprawa, charakteryzująca się nietylko ciężkimi objawami ze strony stanu ogólnego chorych (gorączka, szybkie wyniszczenie), lecz jednocześnie wyraźnymi i szybko szerzącymi się zmianami miejscowymi i dolegliwościami ze strony dróg oddechowych. Objawy ze strony stanu ogólnego chorych jakoteż i miejscowe są w zupełności podobne do tych objawów, które występują w przewlekłych suchotach płucnych w okresie rozpadu. Różnica między obydwiema sprawami polega w rzeczywistości tylko na tem, że choroba nie ciągnie się latami, lecz kończy się w kilka miesięcy; zwykle w przebiegu jej nie spostrzegamy przerw w rozwoju, tak charakterystycznych dla gruźlicy płucnej przewlekłej; tutaj przeciwnie sprawa idzie w większości przypadków w jednym nieprzerwanem tempie, i dąży do fatalnego zejścia. Z chwilą rozwoju choroby gorączka ciągła lub też czasowo zwalnająca istnieje stale, a obok niej są niezwykle obfite poty nocne, stanowiące często główną skargę chorych. Prócz stałej gorączki i wycieńczenia, istnieje uparty kaszel, z początku suchy, męczący, potem powoli zjawia się śluzoworopna wydzielina, przechodząca w końcu w wydzielinę ropiastą, od czasu do czasu nawet krwią zabarwioną. W okresie pełnego rozwoju choroby występują na jaw objawy zgęszczeń, warunkowanych coraz bardziej szerzącymi się ogniskami serowatego zapalenia płuc; ogniska te, szybko ulegając rozpadowi, wywołują niemal z dnia na dzień zmianę objawów fizykalnych. Zmiany początkowo jednostronne, dające objawy ograniczonych ognisk, nieraz już po tygodniu wykazują cechy poczynającego się rozpadu; a w kilka nieraz tygodni od początku choroby otrzymujemy objawy fizykalne rozległego rozpadu. Wyjątkowo tylko i to w przypadkach, przebiegających niezbyt ostro, sprawa ogranicza się do jednego płuca i pojedynczego zrazu; w większości zaś przypadków po kilku tygodniach występują objawy ogniskowe w drugim płucu; i tu ogniska również szybko ulegają rozpadowi. Po kilku miesiącach znajdujemy najczęściej oba płuca do tego stopnia całkowicie usiane rozpadającymi się ogniskami, że zdumiewa nas nieraz, w jaki sposób przy tak obszernem zajęciu miąższu płucnego chorzy byli w stanie jako tako oddychać, mówić swobodnie, a nawet odżywiać się należycie; w większości bowiem przypadków, co stanowi wielce charakterystyczny objaw tych postaci, chorzy zachowują niemal do ostatka życia janknienie. W ostatnich okresach choroby wśród stałej gorączki chorzy marnieją szybko, z trudnością mogą się poruszać z powodu znacznego braku sił i kaszlu,



który w tym okresie bywa połączony z płwociną, wydzielającą się obficie dniem i nocą. Pomimo takiego rozpaczliwego stanu chorego w większości przypadków zachowują zupełną swobodę umysłu, łudząc się stale możliwością poprawy, a nawet wyzdrowienia. Zejście fatalne w przebiegu ostrawej gruźlicy występuje przy objawach ostatecznego wyniszczenia; stosunkowo rzadko przyczyniają się do tego jeszcze powikłania pod postacią upartego rozwolnienia pochodzenia gruźliczego, a stosunkowo rzadko widzimy w tej postaci w okresie końcowym zapalenie gruźlicze opon mózgowych lub gruźlicę krtani.

Objawy kliniczne szczegółowe w podstawowej gruźlicy, wogóle biorąc, nie różnią się w niczym od tych objawów, które podaliśmy w opisie przewlekłych suchot; suchoty bowiem przewlekłe różnią się od ostrych jedynie tylko swym charakterem przewlekłym. Najbardziej podstawowym i dominującym objawem w ciągu całego przebiegu choroby jest bezspornie gorączka ciągła, która posiada wszelkie cechy nie tylko gorączki gnilnej (septycznej), gruźlicę bowiem ostrawą, jakśmy już wyżej zaznaczyli, należy uważać za zakażenie mieszane. Stąd też w przebiegu jej, a szczególnie w poczynającym się okresie, spotykamy często typ gorączki, zwany przezemnie pseudozimniczym; występują więc codziennie lub co drugi dzień mocne dreszcze z następczem wysokim podniesieniem ciepłoty, nieraz do 40°, z mocnymi następczemi potami i apyrekcją, a nawet spadkami ciepłoty niżej normy. Dreszcze jednakże zmieniają swój typ, występują w różnych porach dnia i z różnym natężeniem, a dokładne badanie ciepłoty wykazuje, że gorączka powoli zmienia swój typ; okresy z brakiem zupełnym gorączki stają się coraz rzadsze, a zjawia się gorączka stała o typie mocno zwalniającym, najczęściej jedynie z rannymi zwolnieniami (37—38°), a południowymi lub wieczornymi nasileniami (38,5 do 39,5 i wyżej). W okresach zupełnie rozwiniętej choroby najczęściej dreszcze i typ pseudomalaryczny ustępują, a gorączka posiada niemal do samej śmierci typ wyżej wskazany ciągły, wyraźnie zwalniający; przebieg jednak i tego typu bywa wielce nieprawidłowy. I w końcowych okresach choroby gorączka trwa bez przerwy, o zmiennym i nieprawidłowym typie, a jest ona tak stałą towarzyszką tej choroby, że nie opuszcza chorego do ostatnich chwil, a nieraz nawet na kilka godzin przed śmiercią podnosi się wysoko. Gorączce towarzyszą niemal stale poty nocne, które w tej postaci suchot bywają szczególnie obfite, trwają nieraz całe tygodnie a nawet miesiące z rzędu, posiadają wszystkie cechy tak zwanych potów rozplywowych suchotników i przyczyniają się wraz z gorączką do wyczerpania stanu ogólnego chorych. Niemoc ogólna ujawnia się bardzo szybko szczególnie w rannych godzinach; w przeciwstawieniu do przewlekłych suchot, w których mimo gorączki chorego odczuwają bardzo długo pewną energję życiową i z niechęcią kładą się do łóżka, a nieraz mimo gorączki zrywają się wcześniej rano, w przebiegu podostrowej gruźlicy chorego są ociężali, niechętnie wstają i radziby jaknajdłużej lub stale pozostawać w łóżku. To wyczerpanie sił jako efekt wpływu toksycznego, ujawnia się nieraz bardzo szybko, już w pierwszych

tygodniach choroby, i jest w pewnej rażącej sprzeczności ze stanem ogólnego odżywiania chorych. Naturalnie przy dłuższym, kilkomiesięcznym przebiegu i odżywianie ogólne chorych zaczyna stopniowo podupadać; jednakże nawet w końcowych okresach choroby chorzy nie przedstawiają tego ostatniego stopnia wyniszczenia, jaki widzimy w zwykłych przewlekłych suchotach; należy to, zdaje się, stawiać w związku z szybkim przebiegiem choroby, brakiem w większości przypadków powikłań (rozwołnienia) i względnie dobrze zachowanym łąknieniem.

Z objawów ze strony dróg oddechowych przedewszystkiem należy wspomnieć o kaszlu, który stale towarzyszy podostrawej gruźlicy. W pierwszych okresach bywa nieznaczny i ogranicza się nieraz, szczególnie u starszych dzieci, do lekkiego pokastywania. Natomiast w późniejszych okresach choroby kaszel staje się uporczywym i męczącym przeważnie z powodu konieczności bezustannego odpluwania obficie wydzielającej się plwociny, w której w pierwszych tygodniach wykrywamy nieraz obficie znajdujące się laseczniki; wogóle jednakże dopiero w późniejszych okresach choroby wykrywamy je stale, chociaż i pod tym względem mogą istnieć wyjątki. Obok laseczników gruźliczych, wykrywają się stale w plwocinie zwykłe ropotwórcze pasorzyty przeważnie łańcuszkowce i gronkowce. Zwykle w późniejszych okresach choroby znajdują się obficie w plwocinie włókna sprężyste; plwocina przytem od czasu do czasu jest mniej lub więcej obficie zabarwiona krwią.

Bóle w klatce piersiowej występują u chorych dosyć często, mają one charakter bólów głuchych, głęboko tkwiących w klatce, umiejscowionych w przednich lub bocznych okolicach klatki.

Duszność stanowi stały objaw gruźlicy podostrawej, a zwiększa się ona stopniowo w miarę postępu sprawy. Często nawet już w poczynających się okresach choroby duszność występuje na plan pierwszy; w ostatnich zaś okresach choroby duszność bywa stała i występuje przy najmniejszym ruchu chorego; jednocześnie występują stopniowo na jaw i objawy niedomogi serca: sinica twarzy i kończyn i stale mocno przyspieszone i drobne tętno, które występuje często już w pierwszych okresach choroby.

Objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej w poczynających się okresach choroby występują głównie pod dwiema postaciami. Najczęściej mamy do czynienia jedynie z objawami rozległego nieżyty oskrzeli; a zatem występują świsty, tu i owdzie porozrzucane suche rżenia, bez wyraźniejszych zmian w oddechu, lub w odgłosie opukowym. Objawy te trwać mogą nieraz nawet parę tygodni, pomimo istniejącej stale gorączki, budzącej obawę sprawy głębszej. Powoli zjawiają się objawy ognisk, umiejscowionych bądź to u szczytu, bądź też porozrzucanych w średnich lub dolnych zrazach płucnych. Wykrywamy więc rżenia drobne wilgotne, stale w danej okolicy umiejscowione, bez wyraźnych zmian w oddechu i w odgłosie opukowym; jednym słowem występują objawy właściwe ogniskowemu zapaleniu płuc (*bronchopneumonia*

*acuta*). Wkrótce jednakże w danej okolicy występuje zmiana typu oddechu, który przybiera bardzo szorstki charakter, a rżenia drobno wilgotne przybierają wyraźny charakter dźwięczny. Jednocześnie, zwłaszcza u szczytów, występuje zmiana odgłosu opukowego i cały obraz zmienia się tak szybko, że czasem już po upływie tygodnia od wystąpienia objawów ogniskowych mamy do czynienia w danej okolicy z wyraźnym stępieniem i rżeniami dźwięcznymi. Ta sama zmiana ujawnia się i w innych ogniskach, które, jak to ma miejsce szczególnie u szczytów, powoli zlewają się, występuje obszerne stłumienie, oddech nieokreślony, rżenia grubopęcherzykowe o charakterze dźwięcznym, przechodzące w wyraźne przelewanie (*gargouillement*). Te same zjawiska spostrzegamy i w dolnym odcinku płucnym jednym i drugim. Zmiany powyższe w późniejszym okresie choroby występują w tempie tak szybkim, iż poniekąd z dnia na dzień rozszerzają się widocznie. Wogóle jednakże w przypadkach o średnio długim przebiegu (około 3—4 miesięcy) nie występują objawy klasyczne jam, lecz jedynie obfite przelewanie; jamy bowiem stale są przepelnione zawartością i mają ściany nierówne, z powodu ciągle naprzód postępującego rozpadu. Jedynie w przypadkach, dłużej trwających, występują, podobnie jak w przewlekłych postaciach suchot, zwykłe objawy jam.

W drugiej kategorii przypadków, stosunkowo rzadkich spostrzegamy odrazu po bardzo niedługim przebiegu objawy nasięku szczytu płucnego, a więc wyraźne i nieraz dosyć obszerne stępienie w okolicy podobojczykowej, oddech słaby, a nieraz nawet i głos nieco osłabiony, jednym słowem objawy jakby ograniczonego zapalenia opłucnej u osobnika, który był dotąd zdrowy, kaszał niewiele i zaczął dopiero gorączkować od niedawnego czasu. Powoli jednakże, nieraz nawet po upływie tygodnia, występuje w tem miejscu oddech wyraźniejszy, i rżenie przy kaszlu coraz obfitsze, a sprawa sama rozwija się dalej podobnie jak i w pierwszej kategorii przypadków, t. j. występują coraz wyraźniejsze rżenia dźwięczne i wreszcie objawy rozpadu tkanki. Jak już wyżej wzmiankowałem, powikłania w tej postaci suchot ze strony klatki piersiowej występują rzadko; wyjątkowo dołącza się zapalenie opłucnej suche lub wysiękowe, rzadziej jeszcze odma piersiowa.

Apetyt i trawienie, jak to już zaznaczyłem, najczęściej nie ulegają zaburzeniu i chorzy do samej nawet śmierci jedzą i trawią dobrze. Czasem jednakże w końcowych okresach choroby łaknienie podupada, czasem dołącza się pod koniec i rozwolnienie. W przypadkach, w których w końcowych okresach choroby istnieje męczący kaszel, występują zależne od niego wymioty, przyczyniające się szybko do wyniszczenia chorych.

Zaburzeń wyraźnych ze strony **o r g a n ó w m o c z o w y c h** zazwyczaj w przebiegu gruźlicy ostrawej nie spostrzegamy.

Układ nerwowy nie przedstawia również wyraźniejszych zaburzeń. W większości przypadków chorzy znoszą spokojnie ciężkie dolegliwości, a nawet nastrój ich psychiczny zachowuje niemal do końca życia pewien stopień opty-

mizmu; wyjątkowo tylko chorzy wyrażają lekarzowi pewne wątpliwości, najczęściej jednak w tym celu, aby otrzymać tą drogą zapewnienie pomyślnego zejścia choroby, w które oni stale wierzą. Zaburzeń ze strony nerwów czucia i różnych innych zmian ze strony układu nerwowego, tak często spotykanych w przewlekłej gruźlicy płucnej, w przebiegu ostrych suchot zazwyczaj nie spotykamy.

Halucynacje i bredzenie w końcowym okresie choroby, podobnie jak w zwykłych suchotach płucnych, albo zależą od dołączającego się zapalenia gruczliczego opon mózgowych, co widzujemy stosunkowo rzadko, albo też bywają następstwem wyczerpania (*Inanitionsdelirium*).

Zejście. Jak już sama nazwa sprawy określa, ostrowa gruźlica płuc przebiega szybko, a w bardzo złośliwych postaciach zejście śmiertelne następuje po 3—4 tygodniach. Takie szybkie jednakże zejście widzujemy tylko wyjątkowo rzadko; najczęściej zaś sprawa przeciąga się do kilku miesięcy (3—4) nieraz nawet do pół roku. Czasem sprawa trwa dłużej, przybierając powoli charakter suchot przewlekłych. Zdarza się to jednakże rzadko, chociaż nie tak znowu wyjątkowo, jak powszechnie lekarze mniemają; pojęcie bowiem suchot galopujących było poniekąd i jest niemal dotychczas synonimem niechybnej śmierci chorego. Tak jednakże nie jest, gdyż nawet sam osobiście spostrzegłem przypadki, w których sprawa, przebiegająca w ciągu kilku miesięcy z objawami ostremi (z licznymi lasecznikami w płwocinie), zatrzymywała się powoli w rozwoju, przechodziła w postać przewlekłą, a nawet kończyła się zupełnie pomyślnie <sup>1)</sup>.

Rozpoznanie. W początkowych okresach choroby niemal w każdym przypadku zachodzą poważne trudności rozpoznawcze, szczególnie jeśli sprawa z charakterem wybitnie ostrym występuje u osobników uprzednio pozornie przynajmniej zdrowych, a do tego jeszcze nie usposobionych do suchot płucnych. W tych razach lekarz najczęściej rozpoznaje ostry nieżyt oskrzeli, influencję, ostre nieżytowe zapalenie płuc, a nawet zapalenie płuc włóknikowe i t. p., szczególnie jeśli sprawa zjawia się u dzieci po przebytej odrze, kokluszku i t. p. U dorosłych w początkowych okresach najczęściej rozpoznawana bywa grypa (*influenza*), gdyż nie tylko ostry początek wśród dreszczów i ogólnego rozbicia, lecz i objawy rozlanego nieżytku oskrzeli przypominają z początku w ludzający sposób tę sprawę; winien jednak lekarz pamiętać, że w grypie po kilku dniach objawy ogólne u zdrowych uprzednio osobników zazwyczaj znacznie zwalniają w natężeniu, nawet jeśli nieżyt oskrzeli trwa uparcie dalej, to gorączka ustępuje; przeciwnie bywa w gruźlicy: gorączka, raz ujawniona, nie opuszcza chorych wcale. W dalszym przebiegu sprawy mogą się rodzić wątpliwości, azali przedłużająca się grypa nie wywoła ognisk bronchopneumonicznych, które mogłyby usprawiedliwić gorączkę i kaszel. Otóż przy różniczkowym rozpatrywaniu tych obu spraw należy pamiętać, że: 1) w ostrych nieżytych ogniskowych zapaleniach

<sup>1)</sup> Odnośną ciekawą kazuistykę ogłosiłem w moim wykładzie „Chorób dróg oddechowych“ T. 3-cí, str. 554.

płuc, spotykanych często u starszych dzieci, ogniska pierwotne występują zwykle w dolnym odcinku płuc i do tego najczęściej w obu płucach, u szczytów zaś rozwijają się rzadko; w ostrawej zaś gruźlicy odwrotnie — ogniska rozwijają się najczęściej z początku u szczytów. 2) Ogniska zapalenia zrazikowego zwykłego bywają niewielkie, nie dają objawów opukowych, a jedynie z obecności umiejscowionych rzeżeń możemy wnosić o ich obecności; przeciwnie ogniska gruźlicze szerzą się szybko i dają wyraźne i coraz bardziej ujawniające się objawy fizykalne. 3) Przebieg gorączki również może dawać pewne wskazówki: w zapale niach nieżytowych najczęściej nasilenia bywają niezbyt wysokie lub trwają krótko, czasem bywają dni zupełnie bezgorączkowe lub też gorączka występuje tylko w pewnych godzinach; przeciwnie w gruźlicy gorączka bywa ciągła, jedynie ze zwalnającym typem. 4) Z wywiadów dowiadujemy się często, że chociaż choroba powstała jakoby nagle u zdrowych uprzednio osobników, to jednak chorzy nie czuli się zupełnie dobrze, od pewnego czasu chudli i czuli się osłabionymi, nieco kaszlali i że pochodzili często z rodziny, usposobionej do suchot i t. p. 5) Naturalnie jedną z najbardziej podstawowych cech rozpoznawczych dla obu spraw będzie wykrycie w płwocinie laseczników gruźliczych, które, jak to już wyżej wspominałem, mają się zjawiać już we wczesnych okresach choroby. Naturalnie w razie ujemnego wyniku należy badanie powtarzać wielokrotnie, gdyż w późniejszych okresach choroby laseczniki występują stale.

Wogóle jednakże biorąc, pomimo powyższych różnorodnych cech rozpoznawczych dla obu spraw, rozpoznanie istotne przedstawiać będzie w początkach choroby w większości przypadków rzetelne trudności, i słusznie lekarz roztropny uczyni, jeśli się wstrzyma od kategorycznego orzeczenia, szczególnie w kierunku gruźlicy; w większości bowiem przypadków przebieg cierpienia bardzo szybko ujawni istotę sprawy. U dzieci już nawet w końcu drugiego tygodnia wystąpią wyraźne objawy fizykalne, nie pozwalające wątpić o istocie sprawy gruźliczej. U osobników starych, kahektyków, a najczęściej u dotkniętych cukromoczem, sprawa gruźlicza ogniskowa rozwija się często skrycie, i może nie być należycie rozpoznana nieraz przez dłuższy przeciąg czasu, gdyż upadek stanu ogólnego kładziony bywa na karb chorób charłacznych, w których tak często występują nieżyty oskrzeli, a nawet zapalenie płuc ogniskowe. Uniknąć mylnego rozpoznania za życia będziemy mogli tylko przez dokładne i częste badanie chorych, które ujawni rozwijające się i szerzące się szybko ogniska zapalenia serowatego, jakoteż przez dokładne mierzenie ciepłoty i badanie płwociny. Rozpoznanie gruźlicy ostrawej, dołączającej się do przewlekłej gruźlicy płucnej, bądź też do gruźlicy przewlekłej w innych narządach (gruźlicy, kości, i t. p.) nie powinno przedstawiać poważniejszych trudności; świeżo powstałe ogniska powinny być z łatwością rozpoznane. Przytem jednakże pamiętać należy, że pacjenci, dotknięci gruźlicą chroniczną, zapadać mogą na przemijające ostre choroby gorączkowe (grypa i t. p.), stąd też w rozpoznawaniu gruźlicy ostrawej należy nawet i w tych przypadkach w ciągu pierwszego tygodnia gorączki być wielce ogłędnym.

II. Rozlane serowate gruźlicze zapalenie płuc. (*Pneumonia caseosa deffusa. Phthisie aigue caseeuse pseudolobaire. Acute pseudolobäre käsige Pneumonie. Wrzekome ostre zapalenie płuc*). Sprawy tej kategorii stanowią drugą, stosunkowo o wiele rzadziej spotykaną w klinice postać serowatego, gruźliczego zapalenia płuc, znanego od dawna patologom (Virchow, Orth, Cornil). Sprawa polega na zapaleniu wysiękowym, zajmującym znaczną przestrzeń płuc, przeważnie płaty dolne, i ulegającym szybko zserowaceniowi z wytworzeniem licznych gruźliczych, mniejszych lub większych jam. Zapalenie to w klinice spotykamy stosunkowo rzadko w typowych postaciach; a przedstawiają się one wogóle z punktu widzenia etiologicznego dosyć ciemno; występują one bowiem nieraz u osobników uprzednio zupełnie zdrowych, dobrze zbudowanych, najczęściej u dorosłych. Widziałem raz tę sprawę u dwudziestokoletniego, zupełnie przedtem zdrowego i tęgo zbudowanego oficera, raz u młodej dwudziestokoletniej o kwitnącym wyglądzie nauczycielki, na oddziale szpitalnym spostrzegłem również typowy przypadek, u 50-letniego spracowanego i wycieńczonego druciarza. Aczkolwiek sprawa w typowych postaciach występuje u ludzi uprzednio zdrowych, to jednakże widzimy ją przeważnie u tych osobników, którzy uprzednio przebywali gruźlicze cierpienie szczytów zakończone pomyślnie, lub też u których pozostały w szczytach stare ogniska serowate otorbione. Obok przypadków pierwszej kategorii, poniekąd samoistnych, występujących rzadko, spotykamy w klinice względnie już niezbyt rzadko przypadki rozlanego serowatego zapalenia w przebiegu przewlekłych suchot płucnych, i to najczęściej u chorych, u których rozpadające się świeże ogniska gruźlicze wywołują obfite krwawienia; aspirowana podczas kaszlu do dolnych płatów krew, zmieszana z plwociną, zawierającą laseczniki, wywołuje szerokie płatowe nacieczenie z następczym przebiegiem ostrym, klinicznie najczęściej w zupełności przypominające typowe przypadki pierwotne. Podobne sprawy widywane były również u osób wycieńczonych, kahektyków, przeważnie u diabetyków.

Rozwój i początek sprawy w obu powyższych kategoriach zapalenia w wysokim stopniu przypomina zwykłe włóknikowe zapalenie płuc. Występują więc mocne dreszcze, raz lub wielokrotnie powtarzające się, dotkliwe klucie w boku z towarzyszeniem kaszlu, połączonego z wyrzucaniem typowej, rdzawej plwociny; jednocześnie zjawia się gorączka wysoka, stała. Chorzy czują się mocno rozbitymi i doświadczają znacznej duszności; w innych przypadkach w początku cierpienia występuje obfite krwioplucie lub nawet krwotok. Badanie fizykalne w pierwszych dniach choroby potwierdza, zgodnie z powyższymi objawami, przypuszczenie rozwoju zwykłego, płatowego zapalenia płuc, a więc wykazuje rozległe stępienie najczęściej w dolnotylnym odcinku płuca, oddech oskrzelowy i t. p. cechy. W ciągu całego tygodnia sprawa przebiega z jednakowym mniej więcej natężeniem; wkrótce jednakże zwraca uwagę stan ogólny chorych, który przedstawia się jako bardzo ciężki, przypominający asteniczne zapalenia płuc; tętno bywa szybkie i drobne. Z początkiem drugiego tygodnia gorączka stale

wysoka zaczyna nieco zwalniać, a nawet występują ranne lub wieczorne spadki do normy, pomimo że stan ogólny chorych podupada stale, a objawy fizykalne nie ulegają wyraźnej zmianie. Plwocina rdzawa trwa nieraz stale, duszność wzmagą się znacznie. W okresie, odpowiadającym zwykłemu przełomowi, nie występuje poprawa; przeciwnie cierpienie przyjmuje coraz bardziej wyraźny dynamiczny charakter: tętno staje się bardzo szybkim, zjawia się coraz wyraźniejszy upadek sił, kaszel bywa bardzo męczący; w okolicy, odpowiadającej nacieczeniu płuca, objawy nie zmniejszają się, przeciwnie występuje stępienie rozleglejsze, oddech staje się słabym, jednym słowem występują objawy, wzbudzające podejrzenie obecności płynu w opłucnej; wzmożony jednakże głos, a nieraz i próbne przekłucie z wynikiem ujemnym usuwają podobne przypuszczenia. W większości przypadków wkrótce na miejscu stępienia występują obfite drobnopęcherzykowe rżenia, pokrywające w zupełności oddech. Stan ogólny chorych podupada stale, gorączka przedstawia różne nieprawidłowe wahania, duszność wzmagą się, od czasu do czasu zjawia się bredzenie, a zazwyczaj w końcu trzeciego lub czwartego tygodnia chorzy umierają przy objawach upadku działalności serca. Jeżeli sprawa przeciąga się dłużej to natężenie jej słabnie i przyjmuje charakter właściwy gruźlicy ostrawej, wyżej opisanej.

W drugiej kategorii przypadków t. j. takich, w których rozlane serowate zapalenie występuje w przebiegu gruźlicy przewlekłej i to najczęściej po świeżem krwawieniu płucnym, przebieg, aczkolwiek często również gwałtowny, nie bywa tak typowy, jak w pierwszej kategorii przypadków. Jednym z pierwszych objawów, który zwraca uwagę chorego i lekarza, jest stopniowo wzmagająca się duszność z towarzyszeniem stałej wysokiej gorączki. Kaszel bywa niezbyt gwałtowny, chorzy najczęściej odpluwają w dalszym ciągu krwawą plwocinę. Zazwyczaj w tym okresie, ze względu na świeżo przebyte lub istniejące jeszcze krwiopłucie, chorzy nie bywają od tyłu szczegółowo badani; jeżeli zaś dokonamy badania po upływie dni kilku, to uderzy nas fakt, że obok starych zmian szczytowych wykryjemy najczęściej poniżej kąta łopatki tej samej strony rozległe stępienie, głos wzmożony, wydech oskrzelowy; jednym słowem objawy fizykalne, przypominające rozległe, ostre, włókniste zapalenie płuca. W dalszym przebiegu duszność istnieje stale, a w niektórych przypadkach powtarza się niemal codziennie mniej lub więcej obfite krwiopłucie; gorączka wysoka o typie ciągłym z niewielkimi zwolnieniami dopełnia obraz rozwijającej się ciężkiej choroby ze stopniowym i postępującym upadkiem stanu ogólnego. Chorzy przy objawach niedomogi serca i znacznej duszności umierają już nieraz w końcu drugiego lub trzeciego tygodnia, przyczem objawy fizykalne zmieniają się niewiele.

Postacie, tak ostro przebiegające, na szczęście w praktyce widzujemy stosunkowo rzadko. Najczęściej sprawa po upływie 2—3 tygodni powoli zmienia swój ciężki charakter; gorączka słabnie, i zmienia się na typową gorączkę heptyczną; duszność zmniejsza się także; na miejscu rozległego stępienia znika oddech oskrzelowy, a występują coraz bardziej ujawniające się rżenia drobnowilgotne,

przybierające powoli charakter dźwięczny, i sprawa cała przechodzi w sprawę ostrawą; ujawniają się przytem coraz bardziej na miejscu stępienia rżenia dźwięczne, przelewanie, t. j. objawy rozpadu tkanki płucnej. Chorzy zaś giną, podobnie jak i chorzy pierwszej kategorii, w trzecim lub czwartym miesiącu przy objawach ostatecznego wyniszczenia, przyczem duszność stale trapi ich do końca. Spozrzegałem jednakże przypadki, w których i te rozpaczliwe stany ulegały stopniowej poprawie; po wielu miesiącach gorączka ustępowała zupełnie i objawy fizykalne rozległego zgęszczenia stopniowo się zmniejszały, chorzy odzyskiwali względne zdrowie.

**Objawy kliniczne.** Początek choroby bywa nagły, przypomina ostre zapalenie płuc włóknikowe z kluciem w boku i wyrzucaniem lepkiej, rdzawej plwociny, w której udaje się nieraz już w pierwszych dniach choroby wykryć laseczniki gruźlicze, co odrazu wyjaśnia naturę sprawy; w większości jednakże przypadków badanie na laseczniki daje rezultat ujemny, a w płwocinie wykrywamy jedynie śluz i bardzo obficie złuszczone nabłonki pęcherzykowe i różne drobnoustroje, często w obfitości pneumokoki. Dopiero pod koniec choroby zjawia się plwocina śluzoworopna, zawierająca liczne laseczniki.

Krwioplucie skąpe bywa nieraz widoczne w plwocinie od pierwszych dni choroby, w niektórych jednakże stosunkowo rzadkich przypadkach występuje odrazu obfite, krwioplucie, powtarza się w ciągu całego szeregu dni, przy jednocześnie wysokiej gorączce, nadając tem samem charakterystyczny rys chorobie słusznie nazwanej przez autorów francuskich postacią krwotoczną ostrawych suchot płucnych (*phthisie aigue à forme hémorragique*).

Kłucie w boku od początku choroby występuje jako ból ostry, utrudniający oddychanie; słabnie ono w miarę postępu choroby, a chorzy skarżą się jedynie na ciężkość w boku. Wyjątkowo tylko bólu nie bywa wcale.

Duszność stanowi najstalszy objaw, występuje ona od początku i trwa do końca choroby. Jednocześnie występują i objawy sinicy, jako znamiona stopniowo wzmagającej się niedomogi serca; czasem pod koniec choroby zjawia się i obrzęk stóp.

Tętno bywa stale mocno przyspieszone (120 i wyżej) i miękkie, a przy najmniejszym ruchu częstość jego znacznie się wzmagają.

Z objawów, odnoszących się do stanu ogólnego chorych, uderza szybko występujący upadek sił; chorzy z trudnością podnoszą się; badanie ich bywa trudne, a po badaniu zwykle upadają wyczerpani na poduszki, przyczem tętno słabnie i występuje wyraźna sinica. Jednocześnie istnieje zupełny brak łaknienia, co przy istniejącem osłabieniu powoduje szybko postępujące wychudnienie chorych.

Gorączka bywa stała (39—40°) i podobnie jak w ostrawej gruźlicy o typie bardzo nieregularnym. W niektórych przypadkach, podobnie jak w ostrem zapaleniu płuc, posiada typ ciągły z nieznacznymi zwolnieniami. W większości przypadków zwolnienia bywają znaczne, a nawet bywają spadki do normy i ni-



żej, mogą nawet wyjątkowo występować dni bezgorączkowe; jednakże tętno stale jest bardzo przyspieszone. Czasem już od początku choroby, częściej jednakże pod koniec, zjawiają się obfite poty.

Objawy fizykalne, jak to już było zaznaczone, od początku rozwoju sprawy świadczą o rozległym zgęszczeniu mięszu płucnego, zajmującym najczęściej tylną część dolnego płatu płucnego; mamy więc rozległe stępienie, wydech oskrzelowy, czasem oddech słaby, a następnie obfite rżenia, przyjmujące zazwyczaj szybko charakter dźwięczny.

**Zejsście.** W ogromnej większości przypadków rozlane serowate zapalenie, występujące pierwotnie, kończy się niepomyślnie zazwyczaj w końcu trzeciego tygodnia choroby, rzadziej cierpienie przeciąga się dłużej, 4–6 tygodni. W przypadkach występujących wtórnie, t. j. w przebiegu rozwiniętej gruźlicy płucnej (głównie po krwotokach), zejście w większości przypadków również bywa fatalne, przewleka się ono zazwyczaj, a sprawa kończy się niepomyślnie po 2 do 3 miesięcznym przebiegu, wyjątkowo zaś tylko może się wstrzymać w rozwoju.

**Rozpoznanie.** Przypadki rozlanego serowatego zapalenia płuc, występującego raptownie w dolnym płacie płucnym u uprzednio przynajmniej pozornie zdrowych osobników, w ciągu pierwszego tygodnia choroby, bywają nawet przez najbiegłych lekarzy rozpoznawane jako ostre, włóknikowe zapalenie płuc. Wątpliwości dopiero występować zwykły w końcu pierwszego, a bardziej jeszcze w początkach drugiego tygodnia choroby; a bywają one doraźnie rozstrzygnięte, jeśli w płwocinie wykryte będą laseczniki gruźlicze. Laseczniki jednakże rzadko wydzielają się w początkach choroby; rozpoznanie więc natury gruźliczej sprawy opierać się będzie na braku przełomu typowego, właściwego zapaleniu włóknikowemu, na znacznej i stałej duszności i szybko postępującym upadku sił i stanu ogólnego oraz działalności serca chorego. W przypuszczalnym rozpoznaniu utwierdzać będą jeszcze wywiady, z których najczęściej dowiadujemy się od otoczenia, że chory już od pewnego czasu nie czuł się zupełnie dobrze, miewał dreszczyki, chudł, że kiedyś kaszlał dłużej, a nawet krwią płu i t. p. W końcu drugiego tygodnia, a bardziej jeszcze z początkiem trzeciego sprawa nie przedstawia zwykle poważniejszych wątpliwości rozpoznawczych, z dnia bowiem na dzień, występują coraz wyraźniejsze objawy poczynającego się rozpadu tkanki płucnej, laseczniki w płwocinie i szybko postępujący upadek stanu ogólnego chorych, zwiastujący zbliżającą się katastrofę. W pierwszym okresie choroby, jak to już wyżej wzmiankowaliśmy, mogą zachodzić wątpliwości rozpoznawcze, czy nie mamy do czynienia z ostrem zapaleniem opłucnej; od błędu w tym kierunku uchroni nas analiza szczegółowa objawów fizykalnych (ograniczone stępienie, nie przechodzące ku przodowi, rżenia po kaszlu), a przede wszystkim nakłucie próbne, które wykaże najczęściej płyn krwawy, lub też nieznaczne ilości płynu surowiczokrwawego, w którym badanie wykaże obok czerwonych ciałek krwi, liczne limfocyty, jednym słowem właściwości wysięków gruźliczych.

## WYKŁAD XIV.

**Ostra prosówkowata gruźlica płuc (*tuberculosis miliaris*). Etiologia i patogenеза. Objawy kliniczne: 1) Ostra gruźlica o postaci tyfusowej; obraz jej kliniczny. 2) Ostra gruźlica, przebiegająca wśród objawów ze strony narządów oddechowych: postać zaduszająca i jej charakterystyka kliniczna, postać oskrzelowa i jej objawy. Ostra gruźlica opłucnej.**

---

Ostra prosówkowata gruźlica płuc (*tuberculosis acuta seu tuberculosis milliaris pulmonum*), stanowi najrzadszą, ale zarazem najcięższą postać ostro przebiegających suchot płucnych. W sprawie tej mamy bowiem do czynienia już nie tylko z zajęciem płuc, lecz w ogromnej większości przypadków, z zakażeniem całego organizmu zarazkiem gruźliczym, który przedostał się do ogólnego krwiobiegu, wywołując ostrą, zakaźną chorobę, przypominającą w wysokim stopniu inne cierpienia tej kategorii, jak tyfus, posocznicę i t. p.

Ostra gruźlica od czasów klinicysty praskiego Wallera, który ją po raz pierwszy w roku 1854 szczegółowo opisał i wyodrębnił jako oddzielną postać chorobną, była przedmiotem bardzo licznych prac anatomopatologów i klinicystów; dała przytem pole do licznych sporów naukowych, które dopiero klasyczne eksperymentalne prace Villemaina, a wreszcie wykrycie laseczników Kocha, ostatecznie rozstrzygnęły, wykazawszy, że podstawę etiologiczną ostrej gruźlicy stanowi swoisty pasożyt gruźliczy. Obecność jego bowiem w ostrej gruźlicy wykazano nie tylko w produktach gruźliczych różnych narządów, dotkniętych tą sprawą (płuco, opony mózgowie, opłucna i t. p.), ale nawet wykryto go w niektórych przypadkach we krwi, płwocinie i innych wydzielinach chorych. Co się zaś tyczy stosunku gruźlicy przewlekłej do ostrej, oraz bliższych warunków i dróg, któremi następuje przedostanie się zarazka do organizmu, to pod tym względem badania licznych autorów (Ponfika, Corneta, Weigerta) wykazały, że w ostrej gruźlicy materiały zakaźny, t. j. laseczniki, w znacznej ilości dostają

się bezpośrednio do ogólnej masy krwi; stwierdzono bowiem, że w gruźlicy ostrej gruźelki sadowią się przedewszystkiem naokoło naczyń, na błonie wewnętrznej żył, a nawet na błonie wewnętrznej kanału piersiowego; tym sposobem istnieje wielka łatwość przedostania się laseczników do ogólnego krwiobiegu bądź bezpośrednio, bądź też pośrednio przez układ limfatyczny. Tym więc sposobem zakażenie człowieka w ostrej gruźlicy przychodzi do skutku drogą naczyń, a sprawę należy uważać jako gruźlicę, pochodzącą z krwi (*haematogenes*). Czy jednakże ta droga stanowi jedyne źródło zakażenia, zdaje się że tego na pewno twierdzić nie można, również bowiem dogodny punkt wejścia stanowić mogą naczynia limfatyczne; obfitość naczyń limfatycznych w płucach i opłucnej w wysokim stopniu ułatwić może szerzenie się sprawy tą drogą. Trudno jest również przesądzać, czy gruźlica ostra nie może się rozwinąć u człowieka przez zarażenie na drodze oddychania, przy którym ogromne ilości laseczników dostają się od razu do narządów oddechowych i wywołują ostrą gruźlicę na podobieństwo takiej samej sprawy, otrzymywanej drogą doświadczalną u zwierząt.

Co się tyczy bliższych warunków powstawania ostrej gruźlicy, to przedewszystkiem zaznaczyć należy, że z punktu widzenia ogólno-etjologicznego należy rozróżnić gruźlicę ostrą pierwotną i wtórną. Pierwotna, aczkolwiek wyjątkowo rzadko, występuje nie tylko u osobników uprzednio zupełnie zdrowych, lecz nawet takich, u których dokładne badanie pośmiertne nie wykryło najmniejszego ogniska gruźliczego w narządach lub tkankach organizmu; należało więc przypuszczać, w tych wyjątkowych przypadkach, że zarazek w bliżej niewykryty sposób dostał się wprost do krwi. W ogromnej jednakże większości przypadków ostra gruźlica występuje jako cierpienie wtórne, przy istniejących już nieraz oddawna skrycie przebiegających zmianach gruźliczych w szczytach płucnych lub w innych narządach, jak kościach, stawach, gruczołach limfatycznych, skórze i t. p., co stanowczo potwierdzają badania anatomopatologiczne.

Jeżeli jednak na tej ostatniej drodze można w ogromnej większości przypadków wykryć w jakimkolwiek narządzie, a szczególnie w płucach, stare złoże gruźlicze, to inaczej zupełnie przedstawia się sprawa z punktu widzenia klinicznego. Do ostrej bowiem prosówkowatej gruźlicy zaliczamy te przypadki, które z punktu widzenia anatomicznego należałoby uważać za wtórne, gdyż jakkolwiek istnieją w organizmie stare ogniska gruźlicze, nie zdradzają się one żadnymi wyraźniejszymi objawami, a chorzy aż do chwili zapadnięcia na ostrą sprawę uważają się za zupełnie zdrowych. Do tej więc kategorii przypadków zaliczamy chorych, którzy kiedyś przed wielu laty przebywali sprawę gruźliczą szczytową, zakończoną zupełnie pomyślnie, a następnie wiele lat uważają się za zupełnie zdrowych; dalej chorych, którzy kiedyś miewali krwioplucie, u których istniały oddawna powiększone gruczoły limfatyczne, ale uważali je za rzecz, nie mającą znaczenia, czuli się bowiem zresztą zupełnie zdrowymi i t. p.

Mechanizm powstawania ostrej gruźlicy, polegający, jak to wyżej wspomniałem, na raptownym przedostaniu się mas serowatych lub też laseczników

w dużej ilości do ogólnego krwioobrotu, wydaje się bardzo prostym i jasnym; jednakże muszą jeszcze zachodzić pewne okoliczności, ułatwiające lub też przeszkadzające takiemu masowemu przedostawianiu się laseczników do krwi i wywoływaniu sprawy ogólnej. Ostrą bowiem gruźlicę w typowej postaci widzimy w klinice stosunkowo bardzo rzadko; nawet w razie już istniejących i daleko rozwiniętych suchot płucnych, końcowe zejście w ostrą gruźlicę bywa również względnie rzadko, pomimo że cierpienie gruźlicze naczyń bywa tak często, a tem samem przypuszczaćby można *a priori* łatwość przedostawiania się laseczników do krwi. Istnieć więc muszą różnorodne okoliczności, bądź miejscowe bądź ogólne, które z jednej strony przeszkadzają takiemu masowemu przedostawianiu się laseczników do krwi, a z drugiej strony muszą również istnieć u niektórych osobników pewne momenty, usposabiające do rozwoju tej sprawy. Nie będziemy tu powtarzali tych warunków anatomopatologicznych, które szczegółowo były omówione w rozdziale, poświęconym anatomii patologicznej ostrej gruźlicy, ani rozpatrywać bliżej tych różnych momentów przyczynowych, usposabiających do gruźlicy, które szczegółowo omówiliśmy w rozdziale ogólnej etjologii suchot płucnych. Przyczyny zaś, podawane przez autorów, jako momenty, wywołujące specjalnie ostrą gruźlicę, jako to: influenza, tyfus, szybkie opróżnienie wysięków gruźliczych, raptowne przebiecie się ropotoku, alkoholizm i t. p., można po krytycznem rozpatrzeniu, a zwłaszcza wobec wielkiej rzadkości ostrej gruźlicy, uważać za odgrywające w wybuchu tej choroby jedynie rolę podrzędną.

Co się tyczy wieku, to ostra gruźlica występować może we wszystkich okresach życia; częściej jednakże widywano ją u dzieci i u starców, niż u ludzi dorosłych, co tłumaczyćby można łatwiejszą przepuszczalnością u dzieci systemu limfatycznego dla materji zakaźnej, u starców zaś wogóle zmniejszoną odpornością tkanek.

Ostrą gruźlicę widuje się we wszystkich stanach, jako też i klimatach. U mężczyzn widywano ją częściej, podobnie jak to ma miejsce i w gruźlicy przewlekłej.

Objawy kliniczne. Na powstawanie objawów właściwych ostrej gruźlicy, składają się dwa odrębne czynniki. Jednym z nich są trujące pierwiastki produktów gruźliczych, które, wchłonięte w znacznej ilości do krwi, wywołują szereg zjawisk toksycznych, wielce różnorodnego natężenia, zależnych bądź od ilości wchłoniętych mas, bądź też nawet od ich jakości; jedne bowiem ogniska gruźlicze mogą wytwarzać bardziej lub mniej złośliwe produkty trujące, niż inne. Naturalnie odgrywa tu niepoślednią rolę sposób, w jaki zawartość ogniska gruźliczego przedostaje się do układu krwionośnego; jeśli bowiem przebiecie się następuje odrazu przez szeroki otwór do naczyń, to, rzecz prosta, nagle, a tem bardziej jeszcze w wielkiej ilości wchłonięte produkty gruźlicze wywołują ciężkie objawy toksyczne; przeciwnie zaś przedostawanie się stopniowe niewielkich ilości tych substancji wywoła objawy ogólne niezbyt gwałtowne i rozwijające się powoli. W jednej i drugiej kategorii przypadków powstawanie objawów za-

każnych mniejszego lub większego natężenia zależne także będzie od własności osobniczych organizmu, t. j. oddziaływania tkanek na bodźce toksyczne; mniejsza lub większa sprawność w tym kierunku organizmu, możliwość wytwarzania antytoksyn, działalność fagocytarna białych ciałek krwi i t. p., bliżej jeszcze nie zbadane czynniki wpłyną na wystąpienie bardziej lub mniej wybitnych objawów ogólnych ze strony organizmu.

Drugi czynnik, warunkujący objawy kliniczne w przebiegu ostrej gruźlicy, stanowi masowe i szybkie wytwarzanie się gruzełków prosówkowatych nie tylko w mięszu płuc, lecz w ogromnej większości przypadków i w innych narządach, a przede wszystkim w oponach mózgowych, śledzionie, błonie naczyniowej oka i t. p. Masowe wytwarzanie się gruzełków w płucach powodować musi już nie tylko przeszkody mechaniczne w oddychaniu i krążeniu, oraz utrudnienie w wymianie gazów, lecz jednocześnie i podrażnienie zakończeń nerwowych, wskutek czego występują mniej lub więcej ciężkie zaburzenia naczyniowe i naczynioruchowe. Nowopowstałe przytem w olbrzymiej ilości gruzełki wytwarzają świeże produkty toksyczne, które, wchłaniając się znowu do ogólnej masy krwi, przyczyniają się do wywołania nowych toksycznych objawów.

Tym więc sposobem w ostrej gruźlicy będziemy mieli do czynienia z dwiema podstawowymi kategorjami objawów: 1) ogólnymi toksycznymi, warunkowanymi obecnością produktów toksycznogruźliczych we krwi, i 2) miejscowymi, zależnymi od obecności gruzełków prosówkowatych w mięszu płucnym. Objawy ogólne występują zazwyczaj wcześniej, niż objawy miejscowe, i wytwarzają z początku mało charakterystyczny okres zwiastunów. W ciągu rozwiniętej już choroby objawy ogólne również nadają charakter dominujący cierpieniu; często nawet występują stale na plan pierwszy, maskują objawy miejscowe, nadając chorobie jedynie piętno ostrej sprawy toksycznej, przypominającej cierpienia grupy tyfusowej. W rzadkiej kategorji przypadków objawy toksyczne są mniej wyraźne, a natomiast występują odrazu lub po pewnym czasie na plan pierwszy objawy miejscowe ze strony dróg oddechowych (duszność, kaszel). Wreszcie w większości przypadków oba te czynniki działają współrzędnie, wywołując jednocześnie obok objawów toksycznych i zaburzenia różnorodne ze strony dróg oddechowych.

Poczynając od Wallez'a, liczni autorowie starali się najróżnorodniejsze postacie, spostrzegane w przebiegu ostrej gruźlicy, podporządkować pod pewne odrębne formy chorobne tego cierpienia, skąd też i wytworzyli liczne postacie, które jednakże w klinice rzadko dają się spostrzegać w scharakteryzowanych przez nich formach. Są to więc podziały sztuczne. W przebiegu bowiem ostrej gruźlicy daje się spostrzegać to samo zjawisko, o którym wielokrotnie mówiliśmy w opisie gruźlicy przewlekłej, mianowicie, że istnieje w niej dziwny polimorfizm, charakteryzujący się brakiem klasycznych typów, a każdy oddzielny przypadek stanowi *sui generis* typ indywidualny. Wogóle jednakże biorąc, jeśli chcemy koniecznie (co ma z punktu widzenia pedagogicznego pewne znaczenie), i ostrą gruźlicę podciągnąć pod pewne odrębne kliniczne postacie, to uważałbym za

najlepszy jeszcze podział na dwie podstawowe grupy: 1) ostrą gruźlicę, przebiegającą z dominującymi objawami ogólnymi toksycznymi (postać tyfusowa) i 2) gruźlicę ostrą, przebiegającą z przeważającymi objawami ze strony dróg oddechowych.

1. Ostra gruźlica o postaci tyfusowej (*Typhobacillose, septemie baccillaire tuberculeuse* — autorów francuskich). W postaci tej, która stanowi najczęstszą postać ostrej gruźlicy, występują odrazu na plan pierwszy ogólne objawy mocnego zakażenia, w wysokim stopniu przypominające tyfus; stąd też i w praktyce w większości przypadków cierpienie to bywa rozpoznawane jako tyfus, szczególnie w tych miejscowościach, w których tyfus panuje stale, jako też u tych osobników, którzy uprzednio uważali się za zupełnie zdrowych. W ostrej gruźlicy, podobnie jak i w cierpieniach tyfusowych, sprawa nie występuje odrazu; zwykle poprzedza ją w ciągu dni kilku lub nieraz kilkunastu, rodzaj objawów zwiastunowych, nie dających się ściśle określić, a przytem zależnych od stanu indywidualnego chorych. U jednych więc występują przemijające bóle głowy, dreszczyki, u innych ogólne rozbicie, brak apetytu, snu, zdenerwowanie; w większości zaś przypadków uskarżają się chorzy na stopniowy upadek sił, wzmagającą się niechęć do pracy, u innych już w tym okresie zjawia się duszność i suchy kaszel. Z drugiej jednakże strony są znane przypadki, w których objawy zwiastunowe nie istniały wcale, a chorzy do ostatniej chwili mogli nawet ciężko pracować. Wogóle więc biorąc, objawy zwiastunowe nie przedstawiają nic bardziej typowego, a różnice szczegółowe między objawami zwiastunowymi gruźlicy i tyfusu, podawane przez autorów, nie wykazują żadnych danych, któreby pozwalały cierpienie to już w tym okresie rozpoznać.

Z chwilą rozwoju choroby występują na plan pierwszy objawy ogólne; chorzy zaczynają mocno i stale gorączkować, uczuwają znaczne i stopniowo wzmagające się osłabienie, zmuszające ich do położenia się do łóżka lub udania się do szpitala; gorączka zwiększa się znacznie i przybiera typ gorączki ciągłej, z nieznacznymi zwolnieniami dziennymi, tętno bywa szybkie i słabe. Chorzy uskarżają się na mocny ból głowy, z dnia na dzień się wzmagający, odpowiadają niechętnie na pytania, tracą zupełnie łaknienie, język staje się coraz bardziej suchy; pragnienie bywa silnie wzmożone; występują wieczorne bredzenia, brzuch i cała skóra bywa bardzo wrażliwa na dotyk; śledzionę wyczuwa się wyraźnie, upadek sił z dnia na dzień staje się wyraźniejszy. Jednym słowem występuje całokształt objawów klinicznych, który łudząco przypomina przebieg pierwszych tygodni tyfusu brzuszego, tem bardziej jeszcze, że zjawić się może nawet nieznaczna wysypka na skórze, jako też i rozwolnienie; obraz tyfusu staje się jeszcze bardziej łudzącym, gdy chorzy zaczynają sucho kasłać, a w płucach daje się wysłuchać porozrzucane świsty, również, jak wiadomo, stale występujące w tyfusie w końcu pierwszego tygodnia. Z początkiem drugiego tygodnia do postępującego stopniowo upadku sił i do objawów niedomogi mięśnia sercowego w ogromnej większości przypadków zaczynają się dołączać objawy podrażnienia

opon mózgowych, a więc: bredzenie stałe, przechodzące w zupełną nieprzytomność, śpiączka, przemijające porażenia; duszność i objawy niedomogi serca zwiększają się stale, chorzy gorączkują stale wysoko o typie nieprawidłowym. Zdarzają się nawet dni pozornej poprawy, świadomość powraca, spadki gorączki są wyraźniejsze; w dniach jednakże następnych choroba w pełnej grozie występuje znowu, a chorzy najczęściej przy zupełnej utracie przytomności umierają w końcu trzeciego lub w czwartym tygodniu choroby. W innych przypadkach objawy mózgowie nie bywają tak jaskrawe, występuje tylko bredzenie chwilowe i chorzy leżą nawpół senni, zlekka bredzą, z ciężkością odpowiadają na pytania, użalając się na ból głowy i osłabienie, które, wzmagając się coraz bardziej, doprowadza chorych do śmierci, przy objawach upadku działalności serca, sinicy i duszności. Jeśli w przypadku, zakończonym śmiercią, nie dokonano badania pośmiertnego, które ujawni ostrą gruźlicę, to lekarz do ostatka będzie przekonany, że miał do czynienia z ciężką formą tyfusu adynamicznego.

Nieco odmiennie przedstawiają się przypadki, w których ostra gruźlica o formie tyfoidalnej dołącza się do istniejących już suchot przewlekłych. W tej kategorii przypadków chorzy, którzy czuli się względnie nieźle, nie gorączkowali wcale, lub też jedynie w pewnych porach dnia miewali nieco podniesioną ciepłotę, zaczynają nagle gorączkować wysoko, często doświadczając w ciągu dnia dreszczyków. Powstaje duszność, pomimo, że nie zwiększył się kaszel, a w płucach badanie fizykalne nie wykrywa nowych i świeżych ognisk, jedynie słychać porozrzucane świsty; cierpienie sprawia wrażenie świeżego ostrego nieżytu oskrzeli, lub też, co bywa częściej, grypy, o ile ta panowała podówczas w danej miejscowości. Jednakże po upływie dni kilku gorączka nie tylko nie zmniejsza się, lecz przeciwnie wzmagą się, dołącza się mocna duszność, b. szybkie i drobne tętno, oraz szybki upadek sił i stanu ogólnego chorych. Objawy mózgowie, a przede wszystkim bredzenie, zjawiają się już w pierwszym okresie choroby, powoli występuje stan przygnębienia, senność, znaczny upadek sił i działalności serca, a nieraz już w końcu drugiego tygodnia chorzy giną przy objawach porażenia ośrodków nerwowych. Wyjątkowo tylko u tej kategorii pacjentów sprawa przeciąga się do kilku tygodni, przyjmując charakter, zbliżony do wyżej opisanej postaci. Uprzednio istniejące wyraźne objawy w płucach, usuwają możliwość w tych razach błędnego rozpoznania tyfusu; rozpoznane więc bywa najczęściej gruźlicze zapalenie opon mózgowych, prosówkowatą zaś gruźlicę można jedynie podejrzewać, nigdy zaś na pewno rozpoznać jej nie można.

Powyższy opis przebiegu tyfusowej postaci ostrej gruźlicy, ulega najróżnorodniejszym odmianom, i poszczególne objawy także przedstawiają się rozmaicie.

Gorączka stanowi jeden z najstalszych objawów, a charakter jej ciągły (39—40 z nieznacznymi zwolnieniami) przypomina gorączkę tyfoidalną brzusznią. W innych jednakże przypadkach gorączka występuje pod postacią napadów ze znacznymi zwolnieniami lub nawet spadkami do normy; w innych znów przebieg

gorączki bywa zupełnie nieprawidłowy a typ jej zmienia się z dnia na dzień; wyjątkowo wreszcie cały przebieg może być zupełnie bezgorączkowym.

Ogólne wyczerpanie i wychudnienie postępuje szybko, stanowiąc charakterystyczny objaw; nie idzie ono w parze ze stanem gorączkowym, gdyż istnieje i w przypadkach w których gorączki nie ma wcale lub jest nieznaczna. Wychudnienie więc musi być związane ze sprawą toksyczną gruźliczą.

Tętno bywa stale mocno przyspieszone (120 i wyżej); w razie jednak wyraźnych objawów mózgowych, tętno zmienia znacznie swój charakter, bywa wolne, nieregularne i przerywane.

Duszność istnieje stale, nieraz dochodzi do wysokiego stopnia natężenia, jest ona jednakże poniekąd związana z mocnym przekrwieniem i obrzękiem błony śluzowej najdrobniejszych oskrzeli, o czym świadczą wykrywane przy badaniu klatki liczne świsty i suche rżężenia. Czasem jednakże objawy nieżytu oskrzeli są nieznaczne, a istnieje mocna duszność, zależna od przekrwienia płuc z jednej strony i toksycyzmu z drugiej. Często u chorych istnieje przy badaniu klatki wielka nadczułość.

Kaszel wogóle bywa nieznaczny, przeważnie suchy, wyjątkowo tylko występuje płwocina śluzowa, czasem krwią zabarwiona. W płwocinie tej wyjątkowo tylko wykrywa się laseczniki gruźlicze.

Z objawów nerwowych przeważa zazwyczaj w początkach spokojne bredzenie i ból głowy. W okresach zaś końcowych występują objawy o charakterze przygnębienia, senność, apatja, a jedynie w razie wysypywania się gruźleńców na oponę mózgową, objawy podrażnienia, drgawki, zrywanie się, napady niemal manjakkalne, wymioty, rozszerzenie źrenic, a nawet porażenia częściowe nerwów czaszkowych.

Z narządów zmysłów zasługuje jeszcze na uwagę występujące nieraz już w początkach choroby osłabienie wzroku, które może być zależne od obecności prosówkowatych gruźleńców na błonie naczyniowej oka i które można wykryć drogą badania wziernikiem ocznym; stanowi to ważny objaw rozpoznawczy, ale występuje stosunkowo rzadko (20—40%).

W narządach trawienia, z wyjątkiem stałego braku apetytu, nie bywa najczęściej ważniejszych zaburzeń; czasem występuje rozwolnienie, a w razie zajęcia opon mózgowych wymioty, śledziona w większości przypadków bywa powiększona, czasem nawet wyczuwa się jako wyraźny bolesny guz.

W moczu nie wykrywa się zmian wyraźniejszych.

We krwi wyjątkowo tylko wykrywano laseczniki gruźlicze.

Skóra bywa zazwyczaj w ciągu całego przebiegu obficie potem zroszona; wyjątkowo tylko widywano na niej wysypkę, przypominającą różyczkę tyfusową.

Obok przypadków gruźlicy ostrej o wyraźnym charakterze tyfusowym, występują przypadki o natężeniu słabszym, w których gorączka bywa niezbyt wysoka lub występuje jedynie perjodycznie, brak cech t. zw. stanu tyfoidalnego, a natomiast istnieją objawy stopniowego upadku sił i wyczerpania ogólnego,



obok dominujących stale objawów żołądkowokiszkowych t. j. zupełnego braku łaknienia, przyczem język bywa suchy, brzuch wzdęty; jednym słowem istnieje szereg objawów, przypominających lekkie postacie spraw tyfoidalnych, co i dało pohop niektórym autorom do wyodrębnienia tej postaci, nazywając ją postacią żołądkową ostrej gruźlicy (*phthisie aiguë à forme d'embaras gastrique*). Przypadki tej kategorii widuje się przeważnie u ludzi starszych; przedstawiają się one w swoim przebiegu niemal do samego końca zupełnie niejasno, z wyjątkiem tych przypadków, w których były już uprzednio wyraźne zmiany w płucach, lub w których pod koniec choroby występuje wyraźne zajęcie opon mózgowych. Przebieg tej formy bywa zazwyczaj zupełnie niepomysłny; choroba trwa zwykle 3—6 tygodni.

Rozpoznanie ostrej gruźlicy o postaci tyfoidalnej napotyka zazwyczaj w praktyce rzetelne trudności; u większości chorych, nawet przez najwprawniejszych badaczy, rozpoznawany bywa zazwyczaj tyfus brzuszny o nieprawidłowym przebiegu, szczególnie rozpoznawanie początkowych okresów choroby jest niemal niemożliwe, gdyż wszystkie cechy, właściwe tyfusowi brzuszemu, napotykane być mogą i w ostrej gruźlicy, a dopiero w końcu drugiego tygodnia mogą w umyśle lekarza rodzić się pewne wątpliwości. Objawy, które pod tym względem zwracają uwagę, są: zupełnie nieprawidłowy typ gorączki, obfite poty, mocna duszność, sinica i tętno stale bardzo przyspieszone. Objawy te tembardziej powinny wzbudzić podejrzenie w kierunku gruźlicy, jeżeli istnieje usposobienie dziedziczne do suchot, a wywiady wykażą jakieś przebywane kiedyś gorączkowe choroby płucne z krwiopluciem i t. p. objawami. Jedynie krytyczna ocena tych wszystkich danych może naprowadzić rozpoznanie na właściwe tory, gdyż objawy mózgowie, a nawet wyraźne oznaki zajęcia opon (sztywność karku, porażenie nerwów czaszkowych i t. p.), mogą występować również w ciężkich sprawach tyfusowych. Do objawów, które mogą decydująco wpłynąć na rozpoznanie ostrej gruźlicy ewentualnie tyfusu należą przedewszystkiem; 1) wykrycie drogą kultury lub reakcji Vidala sprawy tyfusowej, 2) laseczników Kocha w płwocinie, krwi, lub płynie mózgowordzeniowym, 3) wykrycie gruzełków w oku drogą wziernika ocznego. W przypadkach, w których ostra, prosówkowata gruźlica dołącza się do istniejącej już wyraźnie przewlekłej gruźlicy, nagle wystąpienie mocnej gorączki w połączeniu ze znaczną dusznością i objawami mózgowymi, może i to z wielką słuszością wzbudzić podejrzenie ostrej gruźlicy, chociaż i w tym razie napewno tej sprawy rozpoznawać nie można, a jedynie można ją podejrzewać, gdyż dołączające się gruźlicze zajęcie opon mózgowych może się ograniczyć tylko do samych opon. W większości jednakże przypadków mylić się nie będziemy jeśli przypuszczać będziemy rozwój gruźlicy prosówkowatej i w płucach.

II. Ostra gruźlica, przebiegająca wśród objawów ze strony narządów oddechowych. Drugą grupę ostrej gruźlicy płucnej stanowią przypadki stosunkowo o wiele radsze, w których przeważają w ciągu przebiegu objawy ze strony narządów klatki piersiowej. I w tej grupie rozróżniamy pewne

odrębne postaci. Względnie najczęściej, chociaż wogóle rzadko, w klinice spotykamy postać, opisaną po raz pierwszy jeszcze przez Andral'a, postać z aduszającą ostrą gruźlicą (*forme asphyxique de la phthisie aiguë* lub *asphyxie tuberculeuse aiguë*). Sprawa ta występować może samoistnie lub też dołączać się do przewlekłych suchot, powstaje najczęściej u osobników młodych (w 20—30 roku); widywano ją nawet u zupełnie zdrowych i dobrze zbudowanych żołnierzy. Postać ta może występować i u dzieci w następstwie koklusz lub odry, rzadziej u starców. Anatomiczna podstawa tej postaci nie różni się niczem od form poprzedzających; i tu bowiem powstają w płucach w znacznej ilości małe prosówkowate gruzelki. Z punktu widzenia klinicznego formę tę charakteryzuje wielka duszność (do 60 i więcej oddechów na minutę), która stanowi jeden z najstalszych i dominujących objawów choroby, i przypomina napad astmatyczny. W większości jednakże poprzedza ją kaszel i ogólne osłabienie. Z chwilą zjawienia się duszności występuje wysoka gorączka i objawy wyczerpania ogólnego ze stale bardzo przyśpieszonym tętnem. Duszność stanowi nie tylko dominujący objaw choroby, rzucający się przedewszystkiem w oczy lekarzowi, lecz jednocześnie jest głównym, a czasem i jedynym przedmiotem skargi chorych. Wzmagając się stopniowo, nie pozwala im ani leżeć, ani spać; chorym się zdaje, że lada chwila się zaduszą; kaszlą oni przytem niewiele, gorączkują stale, nietypowo. Przy objawach ciągłej duszności, sinicy i tętna częstego i drobnego, oraz ostatecznego wyczerpania giną w końcu 2-go lub najdalej 3-go tygodnia choroby, zachowując nieraz do samej śmierci przytomność.

Z objawów właściwych tej postaci obok duszności wspomnieć trzeba jeszcze o tętnie, które również od samego początku, jak wogóle w ostrej gruźlicy, bywa w ciągu całego przebiegu choroby mocno przyśpieszone. Jednakże w tej postaci przyśpieszenie to jest nadzwyczaj wielkie, tak że wytwarza się istotna nadruchliwość serca; ilość skurczów może dochodzić od 180 do 200 na minutę (Pawiński). Częstość tętna w tych przypadkach idzie w parze ze zwiększoną ilością oddechów, jednakże stosunek ten nie bywa stale zachowany; podwyższenie ciepłoty nie wywiera wpływu na częstość tętna. Przyczyny nadmiernie przyśpieszonego oddechu szukać należy z jednej strony w znacznie zmniejszonej pojemności oddechowej płuc, wskutek szybkiego wysypywania się w mięszu prosówkowatych gruzelków, a stąd utrudnionej wymiany gazów, z drugiej zaś strony wskutek podrażnienia przez też gruzelki gałązek nerwu błędnego. Co się tyczy nadmiernej częstości tętna, to trzeba sądzić, że zależy ona od porażenia włókien, hamujących ruchy serca; składają się na to różnorodne czynniki, a przedewszystkiem suchy męczący kaszel, towarzyszący zwykle tym sprawom, który przyczynia się do zwiększenia ciśnienia wewnątrzoskrzelowego. Podrażnienie to, przenosząc się zapomocą gałązek czuciowych nerwu błędnego na ośrodek mózgowy tegoż nerwu, osłabia jego pobudliwość i zmniejsza napięcie nerwów hamujących ruchy serca.

Gorączka w tej postaci nie różni się niczem od gorączki w formie poprzedzającej.

Kaszel może być nieznaczny, częściej jednakże bywa uparty, suchy; w niektórych zaś przypadkach kaszel trwa nieustannie, nie dając chwili odpoczynku chorym, przyczem towarzyszyć mu może ściskanie w gardle i ból w okolicy mostka.

Objawy fizykalne są bardzo zmienne; wogóle ograniczają się do świstów lub też rzężeń, porozrzucanych w płucach, jednym słowem do oznak nieżyty drobnych oskrzeli. Oddech bywa równomiernie wzmożony, czasem osłabiony. Zmian opukowych zazwyczaj nie wykrywamy z wyjątkiem przypadków, w których istnieją uprzednie zmiany gruźlicze w szczytach.

Płwociny chorzy nie wykrztuszają, wyjątkowo spostrzegano płwocinę śluzową, pianistą, nawet zabarwioną krwią, przypominającą płwocinę, wydalaną w sprawach obrzękowych płuc. Laseczników zazwyczaj w tej płwocinie nie wykrywano.

Rozpoznanie tej postaci ostrej gruźlicy jest jedynie możliwe w tych przypadkach, w których istnieją wyraźne stare zmiany szczytowe, u ludzi zaś uprzednio zdrowych rozpoznanie, szczególnie w początkach, jest prawie niemożliwe. U ludzi uprzednio zdrowych można na razie myśleć o ciężkim napadzie astmy oskrzelowej, a w formach bezgorączkowych o duszności, zależnej od raptownej niedomogi serca w przypadkach wad zastawkowych, a przede wszystkim w razie zwężenia otworu żylnego lewego i zatkania tętnic wieńcowych serca. W rozpoznaniu różniczkowym należy pamiętać, że w powyższych cierpieniach serca występującą nadmierną duszność poprzedzają obrzęki kończyn, przesięki i t. p. objawy; charakterystyczne są przytem wywiady. Również możnaby zmieszać tę postać z ostrym obrzękiem płuc, występującym nagle przy skrycie przebiegającym zapaleniu śródmiąszowem nerek; w tych jednakże razach ujawnienie w moczu białka odrazu wyświetli istotę sprawy.

Drugą odmianę ostrej gruźlicy płuc, o przeważających objawach ze strony dróg oddechowych, stanowi postać, zwana przez autorów oskrzelową, lub też bronchopneumoniczną; w tej bowiem postaci na pierwszy plan występują objawy nieżyty najdrobniejszych oskrzeli, lub też objawy ogniskowe zrazikowego zapalenia płuc. Ta postać w większości przypadków dołącza się u dorosłych, jako końcowa sprawa, do przewlekłe przebiegających suchot, u dzieci zaś (co ma miejsce częściej), jako następstwo zapaleń ogniskowych płuc po przebytych chorobach wysypkowych (odrze, koklusu lub rzadziej po grypie). I w tej postaci, podobnie jak w poprzednich, występuje wysoka i nietypowa gorączka, trwająca uparcie, raptowny i szybki upadek sił, szybko wzmagająca się duszność; objawy fizykalne wykazują obok zmian uprzednich bądź to natury gruźliczej, bądź też ognisk zwykłego, nieżykowego zapalenia płuc, jedynie nieżyt najdrobniejszych oskrzelików; występują więc porozrzucane trzeszczenia, świsty, lub też ograniczone

do pewnych ścisłych przestrzeni drobne wilgotne rżenia, zlewające się nieraz w większe ogniska, mogące wywołać wzmożony głos, a nawet zmiany opukowe. Jeśli te objawy dołączają się u dzieci do istniejącej sprawy ogniskowej płuc, to bynajmniej nie mogą one dawać jakichkolwiek wskazówek, na których opierać by się mogło rozpoznanie gruźlicy prosówkowatej. Jedynie więc na podstawie szybko, nieraz w ciągu kilku dni, występującej i zwiększającej się duszności, drobnego i częstego tętna w połączeniu z sinicą i szybkim osłabieniem ogólnym, oraz na podstawie zjawiających się objawów zajęcia ośrodków nerwowych (bredzenie, senność, czasem drgawki) można przypuszczać rozwój ostrej gruźlicy. Prędzej już u dorosłych, przy istniejących przewlekłych suchotach, duszność, powstała w ciągu dni kilku i wzmagająca się stopniowo przy mocnej gorączce i objawach rozlanego nieżytu oskrzeli może naprowadzać na właściwe rozpoznanie, jeśli jednocześnie występuje szybki upadek stanu ogólnego. Wogóle jednakże ostra gruźlica o postaci oskrzelowej występuje rzadko; najczęściej w klinice widzimy formy mieszane, objawy bowiem oskrzelowe, jakieśmy to już wyżej zaznaczyli, mogą istnieć i w postaci tyfusowej i w zaduszającej.

Do kategorii ostrej gruźlicy zaliczyć również należy wyjątkowo rzadko występującą ostrą gruźlicę opłucnej (*Tuberculose milliaire aiguë à forme pleurale*), na którą pierwszy zwrócił uwagę Empis. Występuje ona nieraz u uprzednio zdrowych osobników, częściej jednakże u dziedzicznie obciążonych, z objawami gwałtownie rozwijającego się zapalenia opłucnej, wśród dreszczów, wysokiej gorączki i kłucia w boku. W innych przypadkach, na jakiś czas przedtem, zjawia się ogólne niedomaganie, sprawa rozwija się powoli wśród objawów nie tak burzliwych. Zazwyczaj już w pierwszych dniach choroby występują objawy wysięku jednostronnego, a czasem obustronnego, który wzmagają się ciągle przy wysokiej gorączce i duszności. W przypadkach, bardzo szybko przebiegających, już wcześniej dołączają się ogólne objawy toksyczne: bredzenie, puls drobny, senność, i chorzy przy ciągłej duszności, pomimo wypuszczenia wysięku, giną w końcu 2-go, a nieraz 3-go tygodnia choroby; czasem sprawa przewleka się, wysięk się zmniejsza nawet, natomiast zjawiają się objawy płucne i występuje obraz gruźlicy ostrawej opłucnopłucnej, wyżej szczegółowo opisany. W przypadkach, przebiegających do ostatka wśród oznak wyłącznie opłucnych, występują na plan pierwszy objawy toksyczne, nieraz tak dominujące, że sprawa uważana być może za tyfus, jeśli lekarz z powodu ciężkiego stanu chorego nie może zbadać dokładnie klatki piersiowej. Obok więc toksycznych, rzekomo tyfusowych objawów (wysoka gorączka, bredzenie, język suchy i t. p.), w postaci tej będziemy mieli do czynienia ze znaczną dusznością, częstym i drobnym tętnem i objawami szybko zjawiającej się niedomogi sercowej. Fizykalne zaś objawy ujawnią już w pierwszych dniach choroby wyraźne dane, przemawiające za mniejszym lub większym nagromadzeniem się płynu w jamie opłucnej (stępienie, osłabienie oddechu i drżenie klatki piersiowej, często pod obojczykiem z odpowiedniej strony ton bębenkowy i t. p.). Charakter płynu, otrzymanego za

pomocą próbnego przekłucia, bywa różny, najczęściej surowiczny, lub surowiczowłóknikowy, czasem krwawy, lub ze znaczną domieszką białych ciałek krwi. Badany pod drobnowidzem wykazuje te wszystkie własności wysięków gruzliczych (formuła limfocytarna), które omawiane bywają przy opisie wysięków gruzliczych w jamie opłucnej.

W niektórych przypadkach postaci opłucnej dołącza się jeszcze sprawa gruzlicza i w otrzewnej, z mniej lub więcej obfitym wysiękiem; wysięk ten bywa nawet nieraz tak obfity, że objawy ze strony otrzewnej mogą występować na plan pierwszy, dając obraz ostrego zapalenia otrzewnej, o którym już wyżej wspominaliśmy. Gruzlica pierwotna opłucnej w większości przypadków, podobnie jak i inne wyżej opisane postaci, kończy się szybko (2—3 tygodnie) śmiertelnie, najczęściej wskutek zajęcia gruzliczego opon mózgowych; rzadziej sprawa po kilkutygodniowym ostrym przebiegu powoli przechodzi w przewlekłą, wysięk się zmniejsza, a nawet niemal zupełnie wchłania; natomiast występują na jaw coraz wyraźniej objawy ze strony płuc, gorączka zmienia się na ciągłą, a sprawa przybiera postać gruzlicy ostrawej płuc; opisywano również przypadki, w których po pozornej poprawie i spadku gorączki, a nawet po wypuszczeniu wysięku wybuchła znowu raptownie ogólna prosówkowata gruzlica, kończąca się szybko niepomyślnie.

Rozpoznanie ostrej gruzlicy opłucnej natrafia w pierwszym tygodniu na poważne trudności; rozpoznanie bowiem sprawy wysiękowej, a nawet podejrzenie na gruzlicze jej pochodzenie na podstawie drobnowidzowego badania płynu, otrzymanego drogą przekłucia próbnego, daje tylko ogólną etjologiczną wskazówkę, dotyczącą charakteru wysięku, bynajmniej nie przemawia jeszcze za ostrą gruzlicą opłucnej; jedynie dalszy szybki i złośliwy przebieg z objawami toksycznymi, mózgowymi i szybkim upadkiem stanu ogólnego może naprowadzić lekarza na przypuszczenie rozwoju u chorego tej właśnie postaci. Cierpieniem, z którym najczęściej możnaby mieszać tę postać chorobną, jest również tyfus, przyczem płyn w opłucnej możnaby uważać za wysięk, wtórnie rozwijający się w ciągu tej choroby, o ile naturalnie chorego nie obserwowano ściśle od początku choroby. W wyjątkowych przypadkach podobny obraz chorobny dawać może ostro powstająca sprawa rakowata opłucnej, rozwijająca się bądź pierwotnie, bądź najczęściej wtórnie pod postacią prosówkowatych gruzełków rakowatych; powstaje tym sposobem zapalenie wysiękowe o objawach ciężkich, przypominających przebiegiem wyżej skreślone objawy gruzlicy opłucnej.

Powyżej zaznaczałem wielokrotnie, że wszystkie postaci ostrej gruzlicy w ogromnej większości przypadków kończą się fatalnie po upływie 3—4 tygodni, rzadziej sprawa przewleka się dłużej (4—6 tygodni), przechodząc przytem formy ostrawej gruzlicy, w których występują objawy rozpadu gruzełków. I w tej kategorii przypadków sprawa może nawet zatrzymać się u rozwoju i przejść w formę przewlekłej gruzlicy. Wyjątkowo nawet spostrzegali, i to wysoce kompetentni

klinicyści (Waller, Wunderlich i inni), wyleczenie ostrej gruźlicy. Naturalnie przypadki tej kategorii zawsze wzbudzać będą wątpliwość, czy w danym razie istniała gruźlica prosówkowata, a nie inne cierpienie. Że jednakże podobne szczęśliwe zejście ostrej gruźlicy jest w zasadzie możliwe, potwierdzają przypadki pomyślnego zejścia zapalenia gruźliczego opon mózgowych, którego natura gruźlicza stanowczo wykazana została przez wykrycie laseczników w płynie mózgowordzeniowym, otrzymanym drogą nakłucia lędźwiowego (Freyhan, Fürbringer i inni).

---

## WYKŁAD XV.

**Przebieg suchot płucnych. Zależność przebiegu od natężenia zarazka i właściwości organizmu. Suchoty dziedziczne. Wpływ alkoholizmu, syfilisu, choroby cukrowej, ciąży i karmienia na przebieg suchot płucnych. Suchoty płucne u dzieci i u starców. Jak długo trwają suchoty płucne. Zejście suchot płucnych. Wyleczalność.**

---

W poprzedzających wykładach raz patrzyliśmy objawy kliniczne podstawowych postaci suchot płucnych. Wszystkie te postaci do tego stopnia różnią się jedna od drugiej, że robią wrażenie zupełnie odrębnych już nie postaci, lecz chorób; posiadają jednakże, jakśmy to wielokrotnie zaznaczyli, wspólny etiologiczny czynnik, którym jest lasecznik gruźliczy; u jednych osobników wywołuje on ostro przebiegającą sprawę (ostrą gruźlicę), kończącą się fatalnie nieraz w ciągu kilku tygodni, u innych cierpienie, trwające lata całe, a nieraz nawet dziesiątki lat (suchoty włókniste). Nie ulega więc najmniejszej kwestji, że istnieć muszą pewne swoiste właściwości bądź to zarazka gruźliczego, bądź danego organizmu, które warunkują rozwój tej lub innej postaci suchot. Te podstawowe momenty t. j. natężenie zarazka i właściwości osobnicze organizmu, odgrywają w rozwoju i przebiegu suchot płucnych, podobnie jak i w rozwoju każdej innej choroby zakaźnej, rolę główną. W przebiegu jednakże gruźlicy muszą istnieć jeszcze najróżnorodniejsze czynniki wspomagające, które warunkują szybszy lub powolniejszy rozwój choroby. Rozważaliśmy je szczegółowo w dziale etiologii, zastanawiając się, o ile te czynniki (dziedziczność, warunki społeczne, alkoholizm, ciąża, uraz i t. p.) mogą wogóle przyczynić się do rozwoju sprawy gruźliczej.

Co się tyczy natężenia zarazka, to jakśmy to już wykazali, zdaje się nie ulegać kwestji; że przedostanie się do organizmu odrazu, szczególnie do systemu krwionośnego, znacznej ilości zarazka powoduje sprawę gruźliczą ostrą. Czy jednakże obok ilości odgrywa rolę i natężenie zarazka? Zdaje się, że tak

być musi, prace bowiem doświadczalne (Auclair, Kossel i inni) wykazały, że zarazek gruźliczy pod wpływem różnorodnych czynników może ulegać osłabieniu i wywoływać łagodne postaci zakażenia. Właściwości więc danego organizmu t. j. gleby, na którą pada zarazek gruźliczy, i oddziaływanie jego tkanek i soków, a przede wszystkim składników krwi (białe ciała, surowica) na zarazek, odgrywają bezspornie ważną rolę w rozwoju różnych postaci gruźlicy; pod tym względem badania doświadczalne znajdują potwierdzenie w spostrzeganych od wieków faktach, zaczerpniętych z kliniki suchot płucnych. Fakty odrębnego przebiegu suchot u różnej kategorii osobników (dzieci, starcy), w przebiegu różnych chorób, lub nawet stanów fizjologicznych (ciąża, karmienie) były tak widoczne, że nawet starano się je wyodrębnić w osobne grupy. Sądzono, że niektóre postaci np. suchoty u dyjabetyków, mają odrębną etiologię. Jak jednakże zaznaczyliśmy już wyżej, wszystkie owe postaci mają jedną etiologię t. j. lasecznik gruźliczy, a tylko właściwości organizmu, warunki życiowe, a może i zarazka, wpływają na charakter przebiegu. Nie należało ich przeto wyodrębniać w oddzielne postaci z punktu widzenia etiologicznego; wychodząc jednakże z punktu widzenia pedagogicznego, sądzę, że będzie pożytecznie, jeśli chociaż w krótkim zarysie naszkicuję indywidualne własności przebiegu niektórych ważniejszych odmian tej kategorii, zaznaczając jednakże, że i w tych różnorodnych postaciach niema, jak wogóle w przebiegu suchot płucnych, żadnej ścisłej reguły, ani szematu.

Suchoty dziedziczne (*phthisis pulmonum hereditaria*). Wpływ dziedziczności na rozwój sprawy gruźliczej wogóle i różnorodne odnośne teorie, panujące w tej kwestji, rozbieraliśmy szczegółowo w rozdziale, poświęconym etiologii. Już rozwinięta choroba u tej kategorii osobników, podług powszechnie panującego poglądu lekarzy wszystkich epok, poczynając od Hippokratesa, miała się odznaczać pewnym złym charakterem, szybkim przebiegiem i małą skłonnością do zatrzymania się w rozwoju. Poglądy te w ogromnej większości przypadków i po dziś dzień są w zupełności usprawiedliwione, najczęściej bowiem, jak to już wyżej zaznaczyłem, postaci t. zw. suchot galopujących spotykamy u tej kategorii osobników, przyczem choroba zjawia się najczęściej u osobników młodych (16—20 lat), przedstawiających obok usposobienia dziedzicznego wszystkie cechy wyżej opisane t. zw. wyglądu suchotniczego (*habitus phthisicus*). Jednakże na szczęście powiedzieć można, że nie wszyscy osobnicy tej kategorii zapadają na suchoty i mogą dożyć późnej starości; zdarza się nawet, że rozwinięta u nich w młodym wieku choroba nie przebiega fatalnie, lecz kończy się zatrzymaniem w rozwoju lub nawet zupełnym zabliznieniem sprawy. Ten szybki i złośliwy rozwój sprawy gruźliczej dziedzicznej widywałem przede wszystkim u tych osobników, których organizm przedstawiał pewne nieprawidłowości w układzie kostnym i mięśniowym oraz nadmierny rozwój układu chłonnego (gruczołowego), jednym słowem u osobników, których tkanki i płyny ustrojowe nie mogły się oprzeć wtargnięciu laseczników gruźliczych z powodu braku odporności całego organizmu. Podobny jednakże przebieg występuje również, co winienem



zaznaczyć, u osobników dziedzicznie nie obciążonych, u których organizm wskutek różnych okoliczności przedstawiał podobne warunki (onaniści, ludzie wycieńczeni nadmierną pracą, djabetycy, alkoholicy i t. p.).

Alkoholizm, którego znaczenie wogóle w rozwoju suchot płucnych rozbieraliśmy w dziale etiologii, podług opinii różnych autorów, ma również nadawać pewne odrębne piętno przebiegowi suchot, które mają przebiegać szybko; gruźlica prosówkowata ma się u alkoholików rozwijać częściej niż u innej kategorii osobników. Inni jednakże autorowie twierdzili przeciwnie, utrzymując nawet że u alkoholików suchoty przebiegają powoli i mają tendencję do rozwoju postaci włóknistych. Doświadczenie moje osobiste pod tym względem, zaczerpnięte szczególnie ze spostrzeżeń szpitalnych, doprowadziło mnie do wniosku, że w istocie można przypuszczać, że gruźlica u alkoholików, na ogół biorąc, ma przebieg złośliwszy, niż u osobników nie nadużywających trunków; włókniste bowiem postaci suchot spostrzegamy u nich względnie rzadziej, natomiast częściej formy rozpadowe. Również i powikłania ze strony krtani gardła i kiszek widywaliśmy częściej u alkoholików. To samo da się powiedzieć i o krwiopłuciaciach, a szczególnie o krwotoku płucnym, który u dotkniętych przewlekłą sprawą suchotników-pijaków występować może nieraz bezpośrednio po mocnem przepiciu. W każdym jednak razie na wpływ alkoholu na złośliwy przebieg suchot należy się, mojem zdaniem, zapatrywać krytycznie, mając na względzie i tę jeszcze ważną okoliczność, że u pijaków istnieje obok nadużycia alkoholu zazwyczaj cały szereg innych szkodliwych na organizm wpływających momentów (bieda, niedostateczne odżywianie i t. p.), które mogą wpływać na osłabienie organizmu, a tem samem umożliwić rozwój spraw gruźliczych o przebiegu szybkim i złośliwym.

Suchoty płucne, rozwijające się u osobników, którzy przebywali syfilis lub też zostają jeszcze pod wpływem tej choroby, przedstawiają nieraz pewne odrębne właściwości. Przebiegają one przeważnie jako sprawa wrzodziejąca (*phthisis ulcerosa*), nie przedstawiają dążności do zatrzymania się w rozwoju, przeciwnie choroba szerzy się stopniowo przy objawach gorączki i najczęściej po upływie roku kończy się fatalnie. U syfilityków również, jak spostrzegałem, występują stosunkowo częściej niż u innych suchotników, powikłania gruźlicze ze strony krtani, nieraz nawet we wczesnych okresach choroby, gdy jeszcze zmian wyraźnych w płucach nie było, a w płwocinie laseczników nie wykrywano, chorzy tacy zwykle poddawani podówczas energicznemu leczeniu antysyfilitycznemu, marnieją szybko. Wprawdzie nie można kategorycznie twierdzić, aby wogóle u syfilityków gruźlica przebiegała szybko, moje jednakże osobiste doświadczenie szpitalne wykazało, że u większości chorych tej kategorii sprawa przebiegała złośliwie i stosunkowo szybko. Wogóle zaś ja przynajmniej osobiście odniosłem to wrażenie, zarówno z praktyki szpitalnej, jak i prywatnej, że syfilis szczególnie u młodych osobników wywiera niekorzystny wpływ na rozwój gruźlicy, warunkując w większości przypadków złośliwy jej przebieg, a wyjątkowo tylko rzadko wpływa na rozwój sprawy o typie włóknistym.

Osobniki, dotknięte chorobą cukrową, kończą w większości przypadków (około 50% podług Frerichsa) na suchoty płuc. Gruźlica, rozwijająca się u djabetyków, przedstawia w swoim przebiegu pewne odrębne właściwości. Charakteryzuje się mianowicie: 1) skrytym rozwojem, 2) szybkim przebiegiem z wytwarzaniem nieraz w ciągu krótkiego czasu rozległych zniszczeń tkanki, 3) w wielu przypadkach przebieg bywa albo bezgorączkowy, albo też gorączkowe nasilenia nie przyjmują tego charakteru, jaki widzimy w szybko przebiegających i rozpadowych postaciach suchot. Co się tyczy skrytego rozwoju który powszechnie zaznaczają autorowie, to, na podstawie moich spostrzeżeń, zależy on w większości przypadków od tej okoliczności, że u osobnika, dotkniętego zwłaszcza ciężką postacią cukromoczu (powyżej 5% cukru w urynie), wszystkie objawy chorobne, stale zwiększające się, szczególnie upadek sił, wyczerpanie, a nawet i kaszel nieznaczny, kładzione bywają na karb zasadniczej choroby cukrowej. Jeśli jednakże zbadamy dokładnie podówczas płuca i polecimy ściśle mierzyć ciepłotę, to przekonamy się, że często już w tym okresie istnieją zmiany w szczycie płucnym, nieraz nawet laseczniki i stan podgorączkowy. Stan taki trwać może czasem wiele miesięcy, chorzy nie gorączkują pozornie wcale, kaszlą nieznacznie, tylko chudną i marnieją w stanie ogólnym; aż nagle występuje gwałtowny krwotok z następczem rozlanem serowatem. Zapaleniem płuc natury gruźliczej i sprawa nieraz już w ciągu kilku tygodni kończy się fatalnie, jako epizod ostateczny oddawna przebiegającej skrycie gruźlicy przewlekłej szczytu. Do szybkiego przebiegu gruźlicy u djabetyków przyczynić się również może nieraz rozpad zgorzelinowy ściany kawerny. Wiadomo bowiem, że w przebiegu choroby cukrowej, sprawy zakaźne wtórne natury ropnej lub ropnozgorzelinowej występują dosyć często w różnych tkankach i organach, a w płucach, w razie istnienia kawern, powodują zgorzelinę ich ścian. Aczkolwiek u djabetyków dołączająca się gruźlica płuc może mieć przebieg i bardziej chroniczny, to jednakże w większości przypadków trwa ona kilka zaledwie miesięcy, i chorzy umierają bądź wskutek powikłania, zależnego od sprawy gruźliczej (krwotok, odma piersiowa, zgorzel), bądź też, co się najczęściej zdarza, wskutek ogólnego wyczerpania, na które składają się objawy ciężkiej choroby. Objawy fizykalne w gruźlicy u djabetyków są takie same, co i w gruźlicy ostrawej lub też w serowatem gruźliczem zapaleniu płuc. W niektórych przypadkach chorzy kaszlą bardzo nieznacznie, natomiast zazwyczaj obficie wykrztuszają, szczególnie w późniejszych okresach, śluzoworopiastą plwociną; w okresach początkowych choroby plwocina zawiera cukier, który w okresach późniejszych najczęściej znika w plwocinie i moczu.

O wpływie ciąży i karmienia na rozwój gruźlicy płuc u kobiet mówiliśmy obszernie w rozdziale o etiologii suchot, tutaj wspomnę tylko pokrótce o przebiegu gruźlicy podczas ciąży. Otóż kobiety, dotknięte gruźlicą wyraźnie już rozwiniętą, a zwłaszcza w okresie gorączkowym, wyjątkowo tylko zachodzą w ciążę; u kobiet bowiem tej kategorii z rozwojem sprawy gruźliczej zwykle

niknie regularność; jednakże bywa to niezawsze, gdyż u niektórych kobiet trwa ona bez przerwy niemal do ostatnich okresów choroby; więc zdarzyć się może, że chore zachodzą w ciążę, która stanowczo wywołuje znaczne pogorszenie i przyspiesza najczęściej zejście fatalne. Zazwyczaj wówczas już w pierwszej połowie ciąży następuje poronienie lub poród przedwczesny, często z zejściem fatalnym. Jeśli jednakże przypadki ciąży w suchotach daleko posuniętych widzujemy wyjątkowo rzadko, to natomiast kobiety, dotknięte poczynającymi się sprawami gruźliczymi, skrycie przebiegającą sprawą lub suchotami włóknistymi, niezbyt rzadko zachodzą w ciążę, która przeważnie wpływa również niekorzystnie na rozwój nieraz zupełnie łagodnie przebiegającego cierpienia. Aczkolwiek niektórzy autorowie dawniejsi twierdzili, że niejednokrotnie ciąża wpływa korzystnie na przebieg już istniejącej gruźlicy, sprowadzając nawet jej wyleczenie, to jednakże fakty tego rodzaju należy uważać za wyjątkowe, lub też za oparte na błędnym rozpoznaniu. Mogę bowiem potwierdzić poglądy licznych autorów, że u większości tej kategorii kobiet, przezemnie spostrzeganych, ciąża wyjątkowo tylko przebiegać może nie pogarszając podstawowej sprawy i nie wywołując cięższych zaburzeń; w ogromnej natomiast większości przypadków ciąża, dołączająca się do suchot nawet w okresie wczesnym, wywołuje pogorszenie, polegające na wystąpieniu ciężkich objawów podmiotowych lub też pogorszeniu się samej sprawy gruźliczej. Najczęściej u chorych z rozwojem ciąży występuje duszność, której uprzednio nie doświadczały. Duszność ta wzmagą się stopniowo, nie pozwala im spać ani leżeć, a tem samem przyczynia się powoli do wyczerpania ich stanu ogólnego. U innych znowu kaszel nabiera znacznej siły, bywa suchy, wywołujący niemal napady zaduszania, szczególnie w późniejszych okresach ciąży. Kaszlowi temu najczęściej towarzyszą wymioty, a często i krwiopłucie, które nawet może dochodzić do znacznych rozmiarów. Wszystkie powyższe objawy wyczerpują znacznie chore, stąd też chudną one i marnieją szybko, pomimo że nie gorączkują, i że objawy fizykalne nie świadczą, aby zmiany w płucach posuwały się naprzód. U niektórych tej kategorii kobiet występuje wskutek upartego kaszlu i innych prawdopodobnie niekorzystnych warunków ciąży poród przedwczesny. Czasem objawy ciężkie łagodnieją nieco w drugiej połowie ciąży. W innych wreszcie i to bardzo wyjątkowych przypadkach, pomimo ogólnego wycieńczenia, poród odbywa się szczęśliwie w czasie właściwym, a chore poprawiają się w stanie ogólnym bez wyraźnych oznak pogorszenia sprawy gruźliczej w płucach; u większości zaś kobiet, dotkniętych gruźlicą, jak to wyżej wspomniałem, następuje pogorszenie nieraz już w pierwszych miesiącach ciąży. Chore dostają najczęściej krwiopłucia, zaczynają gorączkować o typie nieregularnym, w płucach powstają świeże porozrzucone ogniska, a sprawa przybiera charakter gruźlicy rozpadowej. Najczęściej po kilkotygodniowym okresie gorączki występuje poronienie, które jednak w większości przypadków nie wpływa dodatnio; przeciwnie, sprawa postępuje w szybkim tempie ku fatalnemu końcowi. U innych znowu kobiet, co się zdarza stosunko-

wo rzadziej, po kilkotygodniowej gorączce, w czasie której pomimo znacznej duszności nie można wykryć wyraźniejszych objawów w płucach, występuje obraz gruźlicy ostrej, kończącej się w kilka tygodni fatalnie, wśród objawów mózgowych. Przeważnie jednakże sprawa rozwija się powoli; w drugim okresie ciąży pacjentki zaczynają nieco gorączkować, kaszlać i doświadczać wzmagającej się duszności. U niektórych ciąża może dobieść szczęśliwie do kresu, a nawet po rozwiązaniu sprawa może powstrzymać się w rozwoju na czas jakiś, pozostawiając jednakże wyraźne pogorszenie w miejscowym stanie płuc. U większości jednakże po rozwiązaniu gorączka zaczyna się wzmacniać, przybiera typ hektyczny, objawy fizyczne stają się coraz wyraźniejsze, a cała sprawa przyjmuje charakter szybko postępującej gruźlicy (*phthisis florida*). Niektórzy autorowie wspominają, że nieraz w przebiegu ciąży gruźlica ostroawa może występować u zupełnie przedtem zdrowych kobiet. Jest to, zdaniem moim, rzecz wysoce wątpliwa, moje bowiem doświadczenie wykazało, że w większości przypadków tej kategorii kobiety przed porodem nie były zdrowe na płuca, a często nawet choroba uprzednia była świadomie ukrywana, np. przez rodziców, których córka przez zamążpójście miała zrobić dobrą partję, a to w tym celu, aby wiadomość o uprzedniej chorobie (np. o krwiopluciu), nie wpłynęła na rozchwianie się pozornie świetnych widoków. Znam pod tym względem bardzo smutną kazuistykę, gdzie nieraz w kilka tygodni po ślubie, u pozornie uprzednio zdrowej kobiety występowały obfite krwioplucia lub krwotoki, które jednakże, jak się okazało, nie były pierwszymi, pomimo że rodzice narazie twierdzili, że córka ich uprzednio była zupełnie zdrowa i dopiero rozwój ciąży miał być przyczyną owego nieszczęścia. Jeżeli u kobiet z gruźlicą, ograniczoną tylko do płuc, ciąża wywołuje tak częste pogorszenia sprawy, to częściej i w większym jeszcze stopniu ma to miejsce w przypadkach powikłań gruźliczych w innych narządach, a przedewszystkiem w krtani. Powikłanie to, samo przez się ciężkie, istniejące u chorej jeszcze przed zajściem w ciążę, bądź też dołączające się do sprawy płucnej w czasie ciąży, wpływa stanowczo fatalnie na przebieg choroby; ze względu bowiem na utrudnione połykanie występuje szybki upadek stanu ogólnego, a sprawa miejscowa w krtani, podobnie jak w płucach, zazwyczaj przebiega szybko i nie daje się niczem powstrzymać, nie ogranicza się ona do jednej okolicy krtani, lecz pod postacią powiększających się nacieczeń, zajmuje wszystkie części krtani, wywołując nieraz znaczne zwężenie, wymagające nawet dokonania przecięcia tchawicy. Wyjątkowo tylko przy tem ciężkiem powikłaniu sprawa przewleka się, a jeszcze rzadziej wstrzymuje się na czas jakiś w rozwoju.

Niemniej fatalny wpływ wywiera ciąża na przebieg gruźliczego zajęcia kiszek, które wskutek częstych rozwołnień przyczynia się do szybkiego i ostatecznego wyniszczenia chorych. To samo da się powiedzieć i o cierpieniu nerek, występującem nieraz w ostatnich miesiącach ciąży u pacjentek dotkniętych gruźlicą.

W przebiegu karmienia, szczególnie długo trwającego (rok i więcej), występują nieraz u kobiet pozornie zdrowych, najczęściej jednakże u takich, które były do gruźlicy dziedzicznie usposobione, suchoty płucne. Przebieg tej kategorii suchot bywa najczęściej skryty. Kobiety karmiące zaczynają po pewnym przeciągu czasu, najczęściej w drugiej połowie roku, tracić siły i chudnąć stopniowo, pomimo że mają apetyt dobry i nie czują żadnych innych dolegliwości oprócz osłabienia. Objawy te stawiane bywają naturalnie w zależności od karmienia; często jednakże, nawet pomimo odstawienia dziecka, chore chudną i marnieją w dalszym ciągu. Jeśli w tym okresie zbadamy dokładnie chorą, to często wykryjemy wyraźne objawy szczytowe; okaże się przytem najczęściej, że chore gorączkują wieczorami, kaszlą sucho, doświadczają duszności. Jeśli w tym okresie względnie wczesnym, karmienie zostanie przerwane, to chore mogą poprawiać się, i sprawa może przycichnąć pod wpływem odpowiedniego leczenia higieniczno-dietetycznego. W większości jednakże przypadków pacjentki z różnorodnych względów karmią dalej i przerywają karmienie dopiero wtedy, gdy faktycznie z powodu braku łaknienia i stanu gorączkowego tracą ostatecznie pokarm. I w tych razach zazwyczaj sprawa rozwija się pośpiesznie, przedstawiając w dalszym ciągu wszystkie objawy właściwe ostrom postaciom suchot, (*phthisis florida*) i kończąc się zazwyczaj fatalnie po upływie kilku miesięcy do pół roku. W niektórych przypadkach rozwijają się suchoty u tej kategorii pacjentek tak dalece skrycie, że widywałem czasem już daleko posunięte rozpadowe zmiany w płucach u kobiet długo karmiących, które skarżyły się jedynie na ogólne osłabienie i wyczerpanie; kaszlały przytem tak mało, że jedynie na katagoryczne zapytanie odpowiadały, iż od czasu do czasu kaszlą nieznacznie, wykrztuszając bardzo nieznaczną ilość płwociny, ale że nie pocią się wcale. Obfite wydzielanie się mleka musi, widocznie, wpływać na ograniczenie płwociny: z zaprzestaniem bowiem karmienia chore zaczynają więcej kaszlać i płuć obficie, przyczem zjawiają się i inne zwykłe objawy szybko postępującej gruźlicy. Te skrycie rozwijające się w przebiegu długiego karmienia suchoty bywają, że tak powiem, zaniedbane i przeoczone przez otoczenie, a nieraz i przez lekarzy z tego względu, że występują najczęściej nie przy pierwszym karmieniu, lecz dopiero po szeregu i to szybko następujących po sobie porodów, a pacjentki, które przy uprzednich karmieniach również pod koniec marniały, szybko przychodziły do zdrowia po skończeniu karmienia; stąd też nie zwracają się o poradę, sądząc, że wycieńczenie zależy jedynie od karmienia i licząc na to, że po odstawieniu dziecka zaczną się tak jak i przedtem szybko poprawiać. W niektórych przypadkach tej kategorii występuje już wczesnie krwioplucie, i dopiero ten objaw stanowi dla chorej i otoczenia istotny znak alarmowy.

Wiek chorych wywiera wielokrotnie stanowczy wpływ na rozwój różnych postaci, a poniekąd na odrębny przebieg suchot płucnych. Pod tym względem widzimy wybitne różnice u dzieci i starców w porównaniu z przebiegiem i rozwojem suchot u osobników dorosłych.

Suchoty płucne u dzieci. Gruźlica u dzieci, szczególnie do piątego roku życia, bywa cierpieniem stosunkowo częstym, jak to już zaznaczyliśmy w części etjologicznej. W przeciwstawieniu do gruźlicy dorosłych u dzieci charakteryzuje się ona, stałą skłonnością do rozwoju sprawy nie tylko w płucach, lecz jednocześnie i w innych narządach, a szczególnie w gruczołach oskrzelowych; a im dziecko jest młodsze, tem więcej narządów gruźlica obejmuje. Stąd też przejawy gruźlicy wieku dziecięcego bywają wielce różnorodne, gdyż na plan pierwszy występuje nie cierpienie płuc, lecz innych narządów: gruczołów, kości, opon mózgowych, otrzewnej i t. p.

Spraw tych bliżej szczegółowo omawiać nie mogę, odsyłając słuchaczy po szczegóły do podręczników, poświęconych chorobom dzieci. Na tem zaś miejscu ograniczyć się muszę jedynie do zwrócenia uwagi na pewne odrębności w przebiegu gruźlicy płuc u dzieci.

Objawy kliniczne, charakteryzujące gruźlicę płucną u dzieci, odpowiadają ściśle zmianom anatomicznym, właściwym gruźlicy wieku dziecięcego. Jak mówiliśmy, zajęcie gruźlicze płuc występuje jednocześnie z zajęciem ostrem lub przewlekłym, innych narządów; wybitną rolę w tym kierunku odgrywają gruczoły oskrzelowe, które często, a nawet jak chcą niektórzy autorowie (Ribbert i inni) niemal zawsze są pierwotnym punktem wyjścia sprawy; wtórnie dopiero rozwija się cierpienie płuc, które wskutek tego umiejscawia się przeważnie nie w szczytach, lecz w zrazie środkowym płuc w bliskości wnęki. Umiejscowienie sprawy gruźliczej w szczycie, stanowiące niemal regułę u dorosłych, występuje u dzieci, zwłaszcza małych, stosunkowo rzadko. Co się tyczy zmian anatomicznych, to najczęściej występują u małych dzieci sprawy gruźlicze serowate, ogniskowe lub rozlane. U dzieci starszych (ponad lat 10) występować może i zwykła wrzodziejąca postać; właściwe jednakże jamy, a szczególnie większe, widzimy stosunkowo rzadko. Sprawy wrzodziejące ulegają szybkiemu rozpadowi, a wyjątkowo tylko u dzieci spostrzegana bywa skłonność do rozwoju włóknistej postaci. Klinicznie więc spotykamy, podobnie jak u dorosłych, ostre, ostrawe i przewlekłe postacie. Od drugiego roku życia spotykamy najczęściej gruźlicę ostrą, będącą następstwem skrycie przebiegającej gruźlicy gruczołowej, lub też gruźlicę ogólną przewlekłą, występującą pod postacią ogólnego charłactwa. Między 2—8 rokiem życia często spotykamy postacie ostre i ostrawe, a przedewszystkiem ostre serowate zapalenie zrazikowe w następstwie chorób zakaźnych. Dopiero u dzieci po 8-ym roku życia występują właściwe suchoty płucne z umiejscowieniem szczytowym i właściwym przebiegiem; natomiast postacie ostre występują u nich stosunkowo rzadziej. Postacie ostre u dzieci występują w tych samych głównych przejawach, jakie szczegółowo podaliśmy wyżej w opisie szybko przebiegających suchot. Widujemy więc postacie o przebiegu tyfusowym, dalej postacie o typie oskrzelowym z wielką dusznością i wysoką gorączką, kończące się najczęściej fatalnie przy objawach zajęcia opon mózgowych. Postacie te, jak to szczegółowo było już wzmiankowane, podobnie jak u dorosłych z trudnością bywają rozpoznawane,

szczególniej w pierwszym okresie choroby, brane bywają za tyfus, lub ostre zapalenie płuc zrazikowe; dopiero coraz wyraźniejsze objawy ze strony opon mózgowych naprowadzają na rozpoznanie ostrej gruźlicy. Najczęściej jednakże u drobnych, a nawet starszych dzieci widzujemy w praktyce ostre serowate gruźlicze zapalenie płuc o tych postaciach i objawach, jakie również wyżej szczegółowo skreśliliśmy. Zapalenie serowate rozlane (*pneumonia pseudolobaris*) występuje u dzieci stosunkowo rzadziej; zwykle umiejscawia się w dolnym albo w średnim zrazie płuca (blisko wnęki). Rozwija się wskutek przejścia zapalenia gruźliczego z gruczołów na płuca (przebiecie się zserowaciącego gruczołu i aspiracja zawartości); występują więc objawy, przypominające ostre zapalenie płuc, o ciężkim adynamicznym przebiegu ze znaczną dusznością i sinicą, szybkim upadkiem stanu ogólnego, kończące się najczęściej fatalnie w końcu drugiego tygodnia choroby wskutek stopniowego zaduszania lub też dołączających się objawów zajęcia opon mózgowych. Częściej występuje u dzieci, szczególnie między 1 a 5 rokiem ich życia, serowate gruźlicze ogniskowe zapalenie płuc (*bronchopneumonia tuberculosa lobularis caseosa acuta*) w postaci ognisk porozrzucanych. Sprawa ta występuje przeważnie u dzieci wątłych, krzywicowych, źle odżywianych, chowanych w niehigienicznych mieszkaniach. Wybuchu ona ostro w następstwie ostrego nieżytu oskrzeli, najczęściej w przebiegu lub bezpośrednio po ostrych chorobach zakaźnych: odrze, kokluszku lub grypie. Z punktu widzenia klinicznego omawialiśmy tę sprawę w rozdziale ostrej gruźlicy; tutaj tylko przypomnimy, że sprawa ta przebiega z wysoką gorączką, z towarzyszeniem znacznej duszności, i mocnego suchego kaszlu, podobnie jak to ma miejsce i w zwykłym ostrem zrazikowym zapaleniu płuc u dzieci; umiejscawia się ona również nie w szczytach, lecz w dolnych odcinkach płuc. Stąd też rozpoznanie i odróżnienie tych obu spraw bywa wielce trudne, a nieraz i niemożliwe, tem bardziej że dzieci drobne, jak wiadomo, nie odpluwają wcale plwociny, jedynie czasem uda się ją zbadać w wymiotowanych masach i wykryć laseczki gruźlicze, rozstrzygające rozpoznanie. Reakcja Pirqueta również nie rozstrzyga sprawy, gdyż dodatni jej wynik przemawia jedynie za obecnością w organizmie dziecka jakiegoś ogniska-gruźliczego. To samo da się powiedzieć o objawach fizykalnych, które są zupełnie identyczne z objawami, jakie widzujemy w zwykłym ogniskowym zapaleniu płuc (porozrzucane świsty, drobne rżenia, brak wyraźnego stępienia i t. p.). Jedynie więc przebieg, przy którym następuje szybki upadek stanu ogólnego chorych i brak poprawy miejscowej, a natomiast zjawiają się coraz bardziej ujawniające się świeże ogniska z cechami coraz wyraźniejszego zajęcia miąższu płucnego, pozwala rozpoznać sprawę gruźliczą. Zwykle dołączają się w końcu objawy zajęcia opon mózgowych, doprowadzające do zejścia fatalnego po upływie 4—6 tygodni od początku choroby. W niektórych tylko przypadkach sprawa zwalnia nieco, objawy ogólne (gorączka, osłabienie), zmniejszają się, natomiast występują coraz bardziej uwydatniające się objawy miejscowe w płucach z charakterem wyraźnych nacieków, ulegających stopniowemu rozpadowi;

zjawia się więc stępienie w okolicy szczytów lub w dolnych odcinkach klatki, rżenia dźwięczne i przelewanie; kaszel i duszność trwa uparcie, dziecko powoli marnieje i umiera wreszcie po upływie 2—3 miesięcy.

Przewlekła postać suchot, przypominająca swoim przebiegiem i objawami podobną postać u dorosłych, występuje u dzieci starszych, powyżej 8 lat i to wogóle stosunkowo rzadko. Sprawa zaczyna się podobnie jak u dorosłych, bądź to ostro (po grypie, zapaleniu opłucnej i t. p.) po czym po kilkotygodniowym przebiegu ostre objawy, właściwe ostremu zrazikowemu zapaleniu płuc, ustępują, a sprawa przyjmuje przebieg przewlekły z coraz bardziej ujawniającymi się objawami, umiejscowionymi w szczycie (zmiany w oddechu, stępienie, rżenia i t. p.), bądź też rozwija się skrycie pod postacią rzekomej blednicy, zwłaszcza u starszych dziewczynek, lub z objawami rzekomo żołądkowymi, (brak apetytu i t. p.), a powoli dopiero występują coraz wyraźniejsze zmiany płucne.

Z właściwości odrębnych, charakteryzujących przewlekłą postać gruźlicy u dzieci, należy mieć na uwadze, że:

1) Zazwyczaj dzieci nawet starsze, kaszlą w początkach stosunkowo mniej niż dorośli.

2) Wyjątkowo tylko nawet w końcowych okresach choroby wykrztuszają plwocinę.

3) Krwioplucie występuje rzadko w początkowym okresie, a względnie również rzadko w okresach późniejszych, krwotoki większe widywano wyjątkowo.

4) Duszność bywa również względnie niewielka i nie idzie w parze ze zmianami nawet bardzo rozległymi w płucach, pomimo których dzieci nieraz szybko biegają, goniąc się z towarzyszami.

5) Stan ogólny chorych, aczkolwiek dzieci słabną i chudną, nie przedstawia tych ostatecznych stopni wychudzenia i wynędznienia, jakie widzimy u dorosłych,

6) To samo da się powiedzieć o gorączce i potach nocnych, które nie przedstawiają wybitnych heptycznych objawów, towarzyszących późniejszym okresom suchot u dorosłych.

Co się tyczy objawów fizykalnych, to w późniejszych okresach nie różnią się one niczem od tych objawów, które napotykamy u osobników dorosłych. W poczynających się jednakże okresach objawy fizykalne są bardzo niewyraźne, a nawet nieraz trudno je ściśle określić; jak bowiem wiadomo, u dzieci ze względu na sprężystość klatki i łatwość powstawania rozedmy, objawy opukowe bywają zwodnicze (często odgłos bębny pod obojczykami, u zdrowych nawet, stale szorstki oddech w górnych odcinkach klatki i t. p.) i mogą wprowadzić w błąd co do ich zależności od istniejących zmian w mięszu płucnym. Dlatego też rozpoznanie, w okresach poczynających się suchot u dzieci powinno się opierać na uwzględnieniu stanu ich ogólnego i na krytycznej ocenie wszystkich objawów i metod badania (reakcja Pirqueta, Roentgen i t. p.), przyczem



pamiętać należy że umiejscowienie sprawy u szczytów, będące niemal prawidłem w gruźlicy poczynającej się u dorosłych, stanowi wyjątek u dzieci.

I w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc u dzieci, zjawia się również skłonność do generalizacji sprawy; po pewnym więc dłuższym lub krótszym przeciągu czasu występują objawy gruźlicze ze strony innych narządów, najczęściej otrzewnej, kiszek, lub opon mózgowych, a nawet i krtani które przyspieszają zejście śmiertelne. Nawet w przypadkach przebiegających do ostatka z umiejscowieniem wyłącznie płucnem sprawa zazwyczaj nie trwa tak długo, jak u dorosłych (rok, dwa do trzech najwyżej) i kończy się fatalnie bądź przy objawach ostatecznego wyniszczenia, bądź wskutek wystąpienia raptownego ciężkiego powikłania, jak odmy piersiowej, krwotoku i t. p. Wogóle gruźlica przewlekła u dzieci kończy się najczęściej fatalnie, a sprawy przechodzące w zwyrodnienie włókniste (*phthisis fibrosa*) widzujemy w praktyce wyjątkowo rzadko.

Suchoty płucne u osobników starszych przebiegają często z pewnemi odrębnymi właściwościami. W przeciwstawieniu do gruźlicy płuc u dzieci, która jak wyżej zaznaczyliśmy ma przeważną skłonność do ostrego przebiegu i generalizacji w rozmaitych narządach, gruźlica u starców przebiega przewlekłe, nieraz nawet bardzo długo umiejscawiając się w jednym tylko narządzie t. j. w płucach. Sprawa charakteryzuje się przytem stosunkowo bardzo nieznacznym odczynem podmiotowym: chorzy kaszlą mało, odpluwają z łatwością, nie doświadczają bólów w klatce, a nawet nieraz objawy subiektywne są tak nieznaczne, że przybywają oni najczęściej do szpitala ze skargami jedynie na ogólne osłabienie, niemożność chodzenia, zawroty głowy i t. p. ogólne dolegliwości, bynajmniej nie uskarżając się na dolegliwości, właściwe zaburzeniom ze strony dróg oddechowych. A jeśli przy szczegółowem badaniu lekarz wynajdzie nieraz nawet rozległe zmiany w płucach, to wtenczas wypytywani chorzy w tym kierunku odpowiadają, że kaszlą od wielu lat, plują, lecz zarazem dodają, że objawy te wcale im nie dokuczają i trwają od niepamiętnych czasów. Postaci te, które właściwie mówiąc, wykazują objawy tak zwanych włóknistych suchot, wyżej szczegółowo opisanych, charakteryzują się jeszcze i tą podstawową właściwością, że przebiegają bez gorączki. A ten brak w suchotach starców reakcji gorączkowej zdaje się być zależnym od utrudnionego wchłaniania ciał proteinyowych gruźliczych, wskutek słabego krążenia i wąskości naczyń chłonnych w przeciwstawieniu do dzieci (Cornet). Jabym jednakże sądził, że należałoby raczej przypuszczać, że u starców mamy do czynienia przeważnie z włóknistą postacią suchot płucnych, które rozwinęły się u nich nie w wieku starszym, lecz na wiele, nieraz kilkanaście lub kilkadziesiąt lat przedtem, stanowiąc nieraz szczęśliwe zejście zwykłych suchot płucnych. U starców bowiem widzujemy i ostre lub ostrawe postaci suchot, które nie mogłyby się rozwinąć gdyby powyższe przypuszczenie Corneta było słuszne. Ostrawe suchoty (*phthisis florida*) widywałem u starszych osobników niezbyt znowu rzadko; najczęściej dołączały się one do skrycie przebiegającej moczówki cukrowej; występowały po grypie, albo też

stanowiły okres końcowy od wielu lat przebiegającej przewlekłej gruźlicy. Przebieg tych postaci u starców niczem zwykle nie różni się od podobnego przebiegu u ludzi dorosłych; występuje bowiem u nich i dość wysoka gorączka o typie hektycznym i poty nocne; jedyną chyba właściwością jest szybki upadek stanu ogólnego, raz bowiem rozpoczęta sprawa rozpadowa nie zatrzymuje się w rozwoju i w ciągu dwóch do trzech miesięcy doprowadza do fatalnego zejścia wśród objawów ostatecznego wyniszczenia.

O ile na przebieg suchot płucnych wpłynąć mogą, różnorodne inne jeszcze okoliczności, jako to: rodzaj zajęcia, klimat, nałogi, stopień zamożności i t. p., trudno dziś orzec stanowczo. We wszystkich tych bowiem warunkach mamy do czynienia z tak skomplikowanymi czynnikami, że trudno określić, który właściwie wpłynął nie tylko na rozwój lecz i na charakter sprawy. Powiedzieć da się tutaj to samo, co już zaznaczyliśmy w dziale etjologii suchot, że same dane statystyczne nie wiele nas w tej sprawie pouczą, ze względu na tak skomplikowany charakter cierpienia, jakim są suchoty. I tak w części etjologicznej zaznaczyliśmy wzmagającą się częstość suchot w zależności od stanu materialnego chorych, złych mieszkań i t. p. Czy jednakże te, stanowczo ujemnie działające na rozwój i częstość suchot, warunki również działają niekorzystnie i na sam przebieg, trudno jest stanowczo orzec; wśród bowiem najbiedniejszej ludności, leczącej się w szpitalach, a dotkniętej suchotami płucnymi, widzujemy łagodnie i złośliwie przebiegające przypadki, postaci ostrawe i włókniste, podobnie jak to widzujemy i u ludzi zamożniejszych, wśród których formy włókniste spotykamy nie częściej niż w praktyce szpitalnej. Odgrywają więc tutaj pierwszorzędą rolę bliżej jeszcze ściśle nie zbadane indywidualne właściwości organizmu. Pod tym względem ciekawą byłaby kwestja, o ile właściwości rasowe odgrywają rolę w przebiegu suchot. Obserwując od lat wielu znaczną liczbę suchotników pochodzenia semickiego, wyniosłem to przekonanie, że wogóle suchoty przebiegają u nich ciężiej, niż u ludności pochodzenia polskiego. U żydów bowiem, wskutek właściwego tej rasie usposobienia neurastenicznego, od początku choroby występują ciężkie, uparte objawy podmiotowe. Gwałtowny kaszel, częste wymioty, wielki niepokój, uparta bezsennność, dziwna obawa i strach przy najmniejszym krwiopluciu, niemożność przeprowadzenia należytego odżywiania, ze względu na stale już od początku choroby istniejący stan dyspeptyczny, połączony z brakiem apetytu, nieznoszenie przez wielu mleka i innych szczególnie tłustych potraw, — wszystko to razem sprawia, że suchoty przebiegają u nich zazwyczaj ciężko i szybciej doprowadzają do upadku stanu ogólnego i wyniszczenia, niż to spostrzegamy wśród ludności nieżydowskiej. Z drugiej jednakże strony muszę nadmienić, że i u żydów nawet najbiedniejszych spotykałem bardzo przewlekłe przypadki suchot ze znaczną poprawą czasową lub stałą, a nawet typowe przypadki włóknistych postaci suchot.

Jak długo trwają suchoty płucne? Nad tem pytaniem, szczególnie w ostatnich czasach, zastanawiali się różni autorowie, chcąc na tej drodze obliczyć ogólną liczbę suchotników w danej miejscowości; w tym celu określano przeciętną długość choroby (t. zw. wskaźnik gruźliczy Corneta). Jeśli więc, na przykład, w danej miejscowości umierało na gruźlicę tysiąc osób, to przyjmując, jak to dla Niemiec Cornet podawał, przeciętną długość życia suchotnika na lat trzy, można przypuszczać, że w danej miejscowości średnio stale przebywa trzy tysiące suchotników. Ta liczba jednakże, podana przez Corneta, różni się znacznie od liczb podanych przez licznych autorów niemieckich, podług których ów wskaźnik gruźliczy może się wahać między trzema a siedmiu nawet latami. I nas zachodzą również pewne znaczne wahania w tej wielce ważnej nie tylko z punktu widzenia teoretycznego, lecz i praktycznego kwestji. Podług bowiem obliczeń Dunina, wskaźnik gruźliczy miał wynosić w Warszawie około lat sześciu; tymczasem podług obliczeń Cybulskiego, na podstawie materiału szpitalnego, obejmującego 150 chorych z mojego oddziału w szpitalu Ś-go Ducha, wypada, że przeciętna długość ich życia, t. j. trwania choroby wynosi  $2\frac{3}{5}$  roku; tenże autor, zestawiając jednocześnie historję 50 chorych z klasy zamożniejszej na podstawie historii chorób, pochodzących z mojej praktyki prywatnej, określił przeciętną długość ich choroby na lat cztery. Na długość choroby dziedziczność, zdaje się, wywierała wpływ; dziedzicznie bowiem obarczeni chorowali średnio  $1\frac{3}{4}$  roku, a nieobarczeni  $2\frac{4}{5}$ . Z powyższego okazuje się, jak wiele odbiegają od siebie dane u różnych autorów (2—7 lat). I nic dziwnego, gdyż wiemy, jak trudno jest oznaczyć, szczególnie u chorych szpitalnych, istotny początek ich choroby; nawet w klasie zamożniejszej i inteligentnej wielu osobników nie zdaje sobie ściśle sprawy co do początku cierpienia, a wiemy z drugiej strony, jak często nieraz długo przebiega gruźlica płucna zupełnie skrycie. W każdym razie przebieg suchot płucnych waha się zależnie od osobnika; jeśli jednakże wykluczmy postaci włókniste, trwające całe dziesiątki lat, to sądzę, że zwykle przewlekłe suchoty trwają nie dłużej niż 2—3 lat przeciętnie. Dotychczasowe jednakże dane, bynajmniej nie upoważniają nas do wyprowadzania tak zwanego wskaźnika gruźliczego, który nie da się stanowczo w dzisiejszym stanie wiedzy ściśle obliczyć. Prędzej już możnaby coś podobnego zrobić dla ostrej postaci suchot, która, jakśmy to wyżej zaznaczyli, kończy się w większości przypadków nieomyślnie i trwa od kilku tygodni, najwyżej do 6—9 miesięcy.

**Zejście suchot płucnych. Wyleczalność.** Śmierć jest, niestety najczęstszem i najpospolitszem zejściem wszystkich postaci, tak ostrych jak i przewlekłych, suchot płucnych, a aforyzm znakomitego ftyzjologa Louis'a, wypowiedziany przed przeszło 70 laty w jego klasycznej monografji o suchotach płucnych: „*la phthisie se termine presque toujours par la mort*“, do dziś dnia niestety, wogóle mówiąc, nie stracił na swej fatalnej doniosłości. Świadczy o tem nie tylko doświadczenie lekarzy, lecz i dane statystyczne, już wyżej przez nas

przytoczone, że przed wielką wojną mniej więcej siódma część ludności w całej Europie wymierała na suchoty, a 30—40% zmarłych wogóle pada ofiarą gruźlicy płucnej. I tak np., w Dreźnie 37% badanych pośmiertnie w tamtejszym instytucie patologicznym zwłok zmarłych przypadało na suchoty płucne; to samo podawały statystyki niemieckie i szwajcarskie z odnośnych instytucji patologicznych. I u nas przed wojną widzieliśmy niestety również to smutne zjawisko, że w Krakowie i w Warszawie przeszło 30% ogólnej liczby zmarłych w szpitalach chorych przypadało na suchoty płucne, a nawet w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie w r. 1890 z liczby 278 suchotników zmarło 135, t. j. prawie połowa. Jak znacznie ów fatalny procent zwiększył się w ciągu okresu wojennego, zaznaczyliśmy już wyżej, wskazując, że cyfra ta przekracza nawet 50%. Naturalnie, te ostatnie cyfry, jako wyjątkowe, nie mogą służyć za ogólne prawidło.

Zejście śmiertelne u suchotników następuje najczęściej wskutek stopniowego wyniszczenia, któremu podlegają wszystkie niemal narządy; chory gaśnie powoli na podobieństwo lampki, w której stopniowo do ostatniej kropli niknie materiał palny; najczęściej przy tego rodzaju zejściu końcem śmierci następuje nagle, a chory umiera wśród rozpoczętej rozmowy, niedokończonego posiłku, czasem nawet w nocy wśród snu, tak że rodzina zastaje go martwym, a zejścia śmiertelnego nie poprzedza zwykła walka przedśmiertna. Ostateczną przyczyną tej kategorii śmierci bywa porażenie zwyrodniałego mięśnia sercowego. Śmierć mniej lub więcej nagle następuje również u suchotników wskutek innych jeszcze przyczyn w okresie, w którym organizm nie doszedł jeszcze do ostatecznego wyniszczenia. I tak: 1) wskutek gwałtownego krwotoku płucnego, gdy chory się dusi wskutek aspiracji krwi do względnie zdrowego płuca; takie zejście, stosunkowo rzadkie, następuje u suchotników uprzednio mocno osłabionych, jeśli krwotok zdarza się w nocy, a chory nie jest w stanie unieść się, aby wyrzucić szybko napływającą krew; aspiruje ją więc i umiera nagle, 2) wskutek przedostania się powietrza do żył podczas krwotoku płucnego, 3) wskutek zatoru tętnicy płucnej w razie zakrzepu żył kończyn, 4) wskutek zakrzepu tętnicy mózgowej, 5) wskutek raptownej znacznej niedokrwistości ośrodków nerwowych w razie istniejącej już i tak niedokrwistości ogólnej.

Najczęściej jednakże zejście śmiertelne w suchotach płucnych widujemy wskutek wystąpienia jednego z licznych powikłań, towarzyszących tej sprawie, a więc wskutek zapalenia opon mózgowych, odmy piersiowej, obrzęku płuc, obrzęku głośni, napadu mocznicowego, w razie powikłania chorobą Brighta, ataku apoplektycznego, szczególnie u starszych suchotników i t. p. W suchotach o przebiegu ostrym najczęściej następuje zejście śmiertelne wskutek zajęcia grucznego opon mózgowych.

O wiele rzadziej następuje szczęśliwe zakończenie gruźlicy płuc, t. j. wyleczenie. Już najdawniejsi autorowie wspominali wprawdzie, że w wyjątkowych przypadkach suchoty płucne, dające wszystkie objawy rozwiniętej choroby, kończą się po pewnym, dłuższym, lub krótszym przebiegu, zupełnie pomyślnie,

i osobniki pozostają stale zdrowymi. Naturalnie w przypadkach takich w epoce, w której nie badano dokładnie chorych, mogły zachodzić pomyłki rozpoznawcze. Dopiero Laennec na podstawie ścisłych badań anatomopatologicznych wykazał, że zejście szczęśliwe jest zupełnie możliwe nawet w tych przypadkach, w których istniały za życia dosyć rozległe zmiany natury rozpadowej (kawerny), badania zaś nowoczesnych anatomopatologów (Rindfleisch, Hanseman, Naegele i inni), wykazały z wszelką stanowczością możliwość zabliznienia dosyć rozległych nasięzków gruźliczych i nawet jam wskutek tworzenia się na ich miejscu tkanki bliznowatej. Hanseman nawet opisał szczegółowo zmiany, występujące w tego rodzaju sprawach, odróżniając trzy ich grupy: 1) przypadki w których występują blizny bez śladu w nich poprzednich zmian gruźliczych, 2) przypadki, w których wśród szfrowatej, bliznowatej tkanki wykryć się dają zwapniałe ogniska, 3) w których wśród tkanki bliznowatej są jeszcze obecne stale jamy wielkości fasoli, a nawet większe; jamy te są wypełnione powietrzem i komunikują się czasem swobodnie z oskrzelem, ściany ich są pokryte błoną śluzową i otoczone naokoło zbitą tkanką łączną. O ile jednakże, jak to zgodnie zaznaczają patolodzy, zabliznienie większych ognisk gruźliczych i jam widuje się na stolekcyjnym względnie rzadko, o tyle często napotykają się drobne zabliznione ogniska w płucach, jak to wykazały liczne prace dawniejsze i nowoczesne (Naegeli). Jednakże o ile te dane anatomopatologiczne są ważne z punktu widzenia ogólnopatologicznego, o tyle posiadają znaczenie tylko względne z punktu widzenia ogólnej kwestji, dotyczącej wyleczalności; w przypadkach tych bowiem spotykamy się ze sprawą bliznowatą ograniczoną, a nie znając historii chorego, trudno nieraz orzec stanowczo nawet anatomopatologowi, czy rzeczywiście ognisko bliznowate wyłącznie tylko sprawie gruźliczej zawdzięczało swoje pochodzenie. Wprawdzie badania w ostatnich czasach dokonywane były z wielką ścisłością (badania histologiczne); jednakże trudno jedynie na ich podstawie wyprowadzać co do wyleczalności pewne stanowcze i do tego liczbowe (statystyczne) wnioski.

Drugi szereg faktów, dowodzących z punktu widzenia anatomopatologicznego wyleczalności gruźlicy, stanowią badania sądowolekarskie osobników przedtem zupełnie zdrowych, a zmarłych nagłą lub też wypadkową śmiercią; w przypadkach tych, jak dowodzi kazuistyka sądowolekarska (Vibert'a w Paryżu) u przeszło 10% znajdowano zabliznione ogniska gruźlicze. Te przypadki sądowo lekarskie stanowią cenne wskazówki, świadczące o tem, że gruźlica może przebiegać skrycie i kończyć się zupełnie pomyślnie, nawet wśród najbardziej niekorzystnych warunków życiowych. Najważniejsze jednakże dane, dotyczące wyleczalności suchot płucnych winny się opierać na ścisłej obserwacji klinicznej. Jakkolwiek od najdawniejszych czasów lekarze opisywali przypadki wyleczenia suchot płucnych, to jednakże dopiero w końcu ubiegłego stulecia zaczęto wszędzie gromadzić dane, tyżące się do tej niesłychanie ważnej kwestji. Sprawę tą pounięto jeszcze bardziej, szczególnie w Niemczech i w Szwajcarii z chwilą powstania w tych krajach licznych uzdrowisk dla chorych suchotników, w których

badanie systematyczne w tym kierunku licznych bardzo chorych coraz bardziej doprowadzało do przekonania o względnej częstości wyleczeń suchot, szczególnie w pierwszych okresach. Nawet w tym kierunku zaczął panować pewien zbyt entuzjastyczny, jeśli nie tendencyjny, twierdzenie, że zjawisko wyleczalności jest stosunkowo bardzo częste i że suchoty w poczynających się okresach dają niemal 80–90% wyleczalności. Naturalnie owe przesadzone poglądy, zwykle oparte na stosunkowo małym i często jednostronnym materiale zakładów prywatnych, a stojące w dziwnej sprzeczności z faktami, spostrzeganymi przez ogół lekarzy, wkrótce wywołać musiały odwrotną reakcję. Przekonano się bowiem, że owo jakoby stałe wyleczenie było najczęściej tylko czasową poprawą, a dani chorzy nieraz już po krótkim przeciągu czasu po powrocie do swoich normalnych zajęć zapadał znowu, sprawa posuwała się dalej i kończyła się często fatalnie; z drugiej znowu strony ogłaszane były obszerne statystyki, które wykazywały, że, aczkolwiek stosunkowo rzadko, jednakże istnieją niechybne fakty kliniczne, dowodzące wyleczalności nawet nieraz daleko posuniętej sprawy; a fakty kliniczne podobnej kategorii, dobrze i długo spostrzegane, chociażby w niewielkiej liczbie, stanowią niechybne zdobycze naukowe, potwierdzające dane, otrzymane na drodze badań anatomopatologicznych. Ja osobiście znam dobrze szeregi pacjentów, którzy przed wielu laty przebywali niechybnie, nieraz ciężkie postaci gruźlicy płucnej, przytem z długotrwałą gorączką i lasecznikami w płwocinie, a jednakże po dłuższym lub krótszym czasie, po licznych kuracjach klimatycznych, a nieraz nawet i bez nich, powoli się poprawiali i ostatecznie wyzdrowieli w zupełności, powrócili do swoich zwykłych zajęć, niekiedy nawet uciążliwych i niezdrowych (adwokaci, lekarze, rzemieślnicy). Sprawa ostatecznie zagoiła się, objawy fizyczne stawały się z roku na rok coraz mniej wyraźnymi i pozostały wreszcie tylko objawy bliznowatego zwyrodnienia szczytu. Chorzy ci tracili nawet w zupełności kaszel i przestali wykrztuszać płwocinę, nie doświadczając wogóle żadnych dolegliwości ze strony dróg oddechowych. Kobiety, których również pewną ilość tej kategorii spostrzegałem, wychodziły za mąż, przechodziły nawet wielokrotnie porody, a pomimo to sprawa nie odnawiała się. Razem jednakże wzięwszy, liczba tych moich szczęśliwych spostrzeżeń jest stosunkowo bardzo mała w stosunku do ogromnej liczby spostrzeganych przezemnie przypadków suchot z zejściami niepomysłnymi.

Jeśli przypadki stanowczego uleczenia gruźlicy należą po dziś dzień jeszcze do stosunkowo rzadkich, co już przed przeszło pół wiekiem zaznaczył znakomity klinicysta angielski Stokes w słowach: „wyleczenie suchot płucnych, daleko posuniętych, jest przypadkowe i nigdy nie zależy od metody leczniczej“, to zupełnie inaczej rzecz się przedstawia z wyleczeniem czasowym, z zatrzymaniem się nieraz na bardzo długi przeciąg czasu choroby, często w pełnym rozwoju będącej. A pod tym względem doświadczenie kliniczne, zdobyte przeważnie w ciągu kilku ostatnich dziesiątków lat, daje nam kategorię i stanowczą odpowiedź, że takie pomysłne zejście sprawy zdarza się rzeczywiście i to na szczęście niezbyt znowu

rzadko; a nie ulega przytem, przynajmniej dla mnie, najmniejszej wątpliwości, że takie zejście szczęśliwe w większości przypadków przypisać należy odpowiedniemu higienicznodjetetycznemu leczeniu, szeroko stosowanemu w ostatnich dziesiątkach lat w miejscowościach klimatycznych i sanatorjach dla chorych piersiowych. Każdy lekarz zna dokładnie takich chorych, których w swoim czasie uważał za straconych, przedstawiających obok daleko posuniętych zmian w płucach, nieraz zmiany gruźlicze i w innych narządach (owrzodzenia w krtani, ropienie gruczołów chłonnych i t. p.) gorączkujących całymi tygodniami, a nieraz i miesiącami, często i obficie krwią plujących, którzy jednakże pod wpływem kuracji klimatycznej lub nawet szpitalnej poprawiali się znakomicie w stanie ogólnym, tracili w zupełności gorączkę, objawy w płucach ograniczały się, kaszel się zmniejszał, wracali więc do pewnej równowagi życiowej, tak że mogli nawet po pewnym czasie powracać do swoich zawodowych zajęć. Znam osobiście i obserwuję stale od wielu lat całe szeregi podobnych pacjentów, których sprawa chorobna, ulegając od czasu do czasu pogorszeniu, znów się poprawia. Nieraz proces cichnie na dłuższy przeciąg czasu (rok, nieraz i dłużej); stan ogólny chorych nie pozostawia nic do życzenia, objawy fizykalne zmniejszają się znacznie, a sprawa cała robi wrażenie choroby już niemal skończonej, zabliznionej; po pewnym jednakże czasie chory się zjawia u lekarza z powodu krwioplucia lub też gorączki; w szczytach występują znów liczne rżenia, w płwocinie laseczniki, stan podgorączkowy i t. p. i znowu po pewnym przeciągu czasu sprawa słabnie, aby nareszcie wybuchnąć w formie ostatecznej, końcowej. Podobne przypadki znacznej poprawy i zatrzymania się sprawy w rozwoju spostrzegamy nietylko w klasie zamożniejszej, lecz i w zupełnie biednej; w praktyce szpitalnej spostrzegałem chorych, którzy w ciągu szeregu lat z rzędu od czasu do czasu przybywali do szpitala, i poprawiwszy się znacznie wracali znowu do swych zajęć, aby po pół roku lub później znowu powrócić, najczęściej z pogorszeniem. Znamy jednakże i takie przypadki, w których chorzy nawet ze znacznymi zmianami poprawiali się stale i byli w stanie zajmować się i dalej ciężko pracować.

Powyższe spostrzeżenia kliniczne zgodne są w zupełności z faktami, spostrzeganymi przez anatomopatologów. W przypadkach tych bowiem, obok spraw bliznowatych w płucach, są jeszcze ogniska gruźlicze, otoczone tkanką pozornie bliznowatą, zawierającą laseczniki; ogniska tej kategorii, nie zawierające nawet laseczników, mogą wywoływać gruźlicę u szczepionych zwierząt i jedynie zupełnie bliznowata tkanka lub też zwapniałe masy nie dawały rezultatu dodatniego przy szczepieniu; we wszystkich zaś innych przypadkach zmian bliznowatych w szczytach, w których istniały najbardziej ograniczone i zupełnie otorbione zwapniałe masy serowate, wynik szczepienia na gruźlicę u zwierząt był stale dodatni (Krułow, Bollinger, Szlenker i inni). Wprawdzie nie można na podstawie powyższych badań patologicznych twierdzić, że nawpół zwapniałe ognisko stanowi zawsze groźbę dla organizmu; ognisko bowiem to, aczkolwiek gruźlicze, zamknięte w pniekąd bliznowatej skorupie, uniemożliwiającej wchłanianie, może do końca życia

pozostać nieczynnie, a dane osobniki uważać się mogą poniekąd za zdrowych. I rzeczywiście, w praktyce spotykamy przypadki, w których stale w ciągu szeregu lat wykrywamy w szczycie objawy, świadczące o istnieniu jakiejś niewielkiej jamy otoczonej tkanką włóknistą, a pomimo to chorzy czują się zupełnie dobrze jedynie od czasu do czasu wśród objawów świeżego nieżyty oskrzeli występują wyraźniejsze objawy w szczycie, w połączeniu z przemijającą dusznością i kaszlem.

Lekarza, obserwującego dłużej większą liczbę chorych, musi uderzyć fakt, dlaczego u niektórych z nich, nieraz znajdujących się w fatalnych warunkach życiowych, sprawa gruźlicza, nawet daleko posunięta, zatrzymuje się, lub nawet niekiedy kończy się zupełnie pomyślnie, podczas gdy w innych przypadkach sprawa gruźlicza, raz powstała, mimo najlepszych warunków, postępuje szybko bez zatrzymania się ku fatalnemu końcowi.

Rodziłaby się więc kwestja bardzo ważna, od czego zależeć mogą owe szczęśliwe zwroty, okresy zatrzymywania się w rozwoju? Czy zależą od warunków, w samym organizmie będących, czy też od natężenia czynnika chorobotwórczego t. j. lasecznika gruźliczego i jego produktów. Zdaje się, jak to już wyżej szczegółowo w etjologii omawialiśmy, że warunki osobnicze danej jednostki, odporność jej tkanek, sprawność fagocytarna odgrywają niechybnie pierwszorzędną rolę. Zapewne i warunki, wśród których żyją dane osobniki muszą poniekąd i w tym kierunku odgrywać rolę niepoślednią. W każdym jednakże razie i właściwości lasecznika, dotychczas jeszcze w tym kierunku ściśle nie zbadane, zapewne odgrywać muszą niepoślednią rolę.

Badania eksperymentalne nowych autorów (Cosel, Weber i inni) wykazały, że lasecznik gruźlicy może posiadać różnorodne stopnie jadowitości, i u zwierząt natrafić można na bardzo zaraźliwe laseczniki, z których jedno po szczepieniu wywołują sprawę ogólną, a inne tylko miejscową. Być więc może, że i w patologji człowieka mamy doczynienia z tem samym, mianowicie że raz lasecznik o charakterze złośliwym wywołuje sprawę ciężką i postępującą, a innym razem miejscową, ograniczającą się i kończącą zabliznieniem.

Naturalnie, poglądy te, wysoce ciekawe z punktu widzenia ogólnopatologicznego, rzucają pewne światło na ową nadzwyczajnie ciemną kwestję wyleczalności sprawy gruźliczej; jedynie dalsze prace w tym kierunku łącznie z obserwacją kliniczną mogą dać należyte jej wyjaśnienie.



## WYKŁAD XVI.

**Rozpoznawanie suchot płucnych. Dane wytyczne w rozpoznawaniu początkowych okresów suchot (tuberkulina i serodjagnostyka). Rozpoznawanie rozwiniętych suchot płucnych. Rozpoznawanie postaci rzekomo ropedmowej. Rozpoznawanie nacieczeń gruźliczych od nacieczeń w przebiegu zapaleń nieżytych i ciał obcych w oskrzelach. Różniczkowanie suchot włóknistych od przewlekłego śródmiąższowego zapalenia płuc, od raka i syfilisu płuc; różniczkowanie rozpadowych postaci suchot od rozszerzonych oskrzeli, zgorzeli płuc, ropnia opłucnej, promienicy i bąblowca płuc. Rokowania w suchotach płucnych. Podstawowe czynniki w rokowaniu: stan ogólny (gorączka), charakter i rozległość zmian miejscowych, warunki życiowe chorego, powikłania.**

---

W opisie szczegółowym symptomatologii form typowych i różnych odrębnych postaci suchot płucnych rozebraliśmy wszystkie ich cechy podmiotowe i przedmiotowe oraz wskazaliśmy, o ile dane objawy są mniej lub więcej charakterystyczne dla omawianej postaci. Właściwe więc rozpoznanie suchot w ich najróżnorodniejszych przejawach i postaciach polegać będzie na zgrupowaniu danych patologicznych, odnośzących się do stanu ogólnego i miejscowego chorych i na krytycznej ich ocenie. Omawiając więc rozpoznawanie suchot, należy pokrótce zestawić dane, wyżej szczegółowo rozebrane, a przede wszystkim, na co już dawniejsi autorowie, a szczególnie Frank, zwracali uwagę, pamiętać o tem, że najważniejszym zadaniem lekarza będzie rozpoznanie poczynających się okresów choroby; suchoty bowiem, wyraźnie rozwinięte po dokładnem zbadaniu chorych nie mogą przedstawiać jakichkolwiek poważniejszych trudności rozpoznawczych.

Przedewszystkiem więc przypomniemy i zestawimy pokrótce dane wytyczne, tyczące się rozpoznania początkowych okresów choroby. W gruźlicy, poczynając od najpierwotniejszych jej okresów, najpozytywniejszy i niechybny znak rozpoznawczy stanowi wykazanie w płwocinie swoistego lasecznika; gdzie go wykrywamy napewno, tam rozpoznanie gruźlicy nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, nawet w tych przypadkach, w których nie mamy żadnych objawów fizykalnych, przemawiających za zajęciem gruźliczem płuc. Przypadki jednakże tej kategorii są stosunkowo rzadkie; najczęściej bowiem w poczynających się okresach gruźlicy chorzy nie odpluwają wcale, lub też skąpa płwocina może długo nie zawierać wcale laseczników. W przypadkach więc tej kategorii należy rozpoznanie opierać na: 1) szczegółowym rozbiorze wywiadów, przy czem zwrócić należy uwagę na momenty dziedziczne, przebyte cierpienia (skrofuły, zapalenie opłucnej i t. p.), chudnienie i marnienie chorego od pewnego czasu; 2) z objawów, odnoszących się do stanu ogólnego, obok chudnienia zwrócić uwagę na istnienie chociażby nieznacznej gorączki u chorego za pomocą dokładnego, najmniej trzy razy dziennie dokonywanego, mierzenia ciepłoty; 3) z objawów miejscowych kaszel dłużej trwający, kłucie w piersiach, a szczególnie nawet nieznaczne krwiopłucie stanowią ważne cechy rozpoznawcze, o nie występują u osobnika młodego, chudnącego, a bardziej jeszcze gorączkującego, tembardziej, że objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej w tym okresie choroby bywają, w ogóle biorąc, bardzo niewyraźne (wydłużony oddech i t. p.) i nie mogą same przez się stanowić wskazówki rozpoznawczej. Dalej pamiętać należy, że gruźlica płuc w okresie poczynającym się występuje często pod postacią skrytą, zamaskowaną nieraz przez długi czas objawami ze strony innych cierpień i organów (blednicy, żołądka, serca i t. p.). Wszystkie te skryte postaci, niezwykle ważne z punktu widzenia rozpoznawczego, omówiliśmy szczegółowo wyżej, wykazując jednocześnie dane różniczkowe, właściwe każdej postaci. Nadmienimy tu tylko, że najczęściej w praktyce skryta gruźlica, szczególnie u dziewcząt, przebiega pod postacią wrzekomej blednicy, u chłopców pod postacią niepokojów sercowych, a u osobników starszych jako wrzekoma rozedma płuc. Naturalnie szczegółowa znajomość tych postaci pozwoli lekarzowi nieraz w zupełnie wczesnym okresie rozpoznać gruźlicę, przebiegającą zupełnie skrycie.

Mimo powyższych podstawowych danych, polegających na krytycznej ocenie wszystkich objawów, nieraz dopiero dłuższa obserwacja, podczas której wystąpi wyraźniej objawy ogólne lub miejscowe (krwiopłucie obfitsze, mocniejsza gorączka, bardziej ujawniające się objawy szczytowe i t. p.), pozwoli poczynającą się sprawę gruźliczą z większą stanowczością przypuszczać. Naturalnie w tej kategorii przypadków dopiero zjawienie się laseczników w płwocinie stanowczo potwierdzi rozpoznanie; stąd też, spostrzegając takie wątpliwe przypadki, należy płwocinę badać wielokrotnie w pewnych odstępach czasu (najlepiej raz na tydzień). W wątpliwych przypadkach, szczególnie u dzieci, stosować jeszcze

można reakcję tuberkulinową za pomocą jednego ze sposobów, wyżej szczegółowo (str. 65) opisanych (metody Pirqueta, Mantoux i t. p.); jak to jednakże już tam szczegółowo omawialiśmy, należy pamiętać, że powyższe odczyny ujawniają jedynie istniejące nieraz stare ognisko gruźlicze (np. w gruczołach, kościach i t. p.) bynajmniej jednakże nie określają gdzie tkwi siedlisko ogniska, oraz czy ono jest czynne czy nieczynne. W każdym jednakże razie u dzieci odczyny powyższe w wątpliwych przypadkach mogą być ważnym czynnikiem rozpoznawczym. To samo da się powiedzieć i o prześwietlaniu klatki promieniami Roentgena, które chyba b. wyjątkowo ujawnić mogą zmiany w płucach w poczynającym się okresie choroby. Aczkolwiek na podstawie wszystkich wyżej przytoczonych danych w większości przypadków okaże się możliwym, po pewnej krótszej lub dłuższej obserwacji, rozeznanie gruźlicy, to jednakże istnieją przypadki, w których mimo najstaranniejszej i nawet czas dłuższy trwającej obserwacji, nie jesteśmy w stanie określić stanowczo, czy mamy u danego osobnika do czynienia z gruźlicą, i możemy ją jedynie podejrzewać. Dotyczy to przeważnie młodych osobników, którzy od pewnego czasu chudną i marnieją, kaszlą a nawet od czasu do czasu gorączkują, a jednakże po upływie kilku miesięcy zaczynają poprawiać się stopniowo, przybierają na wadze, przestają kaszlać i gorączkować i wreszcie powracają do swego normalnego stanu. W przypadkach podobnych należy zawsze przypuszczać, że mieliśmy do czynienia z poczynającą się gruźlicą płucną o ognisku niewielkiem lub głębokiem, które uległo zupełnemu zablężnieniu, lub też, co ma miejsce w większości tej kategorii przypadków, sprawa powstrzymała się w rozwoju. U wielu chorych bowiem, czujących się dobrze, występuje po kilku miesiącach znowu gorączka, zjawia się nieraz raptowny krwotok, a jednocześnie ujawniają się i objawy fizykalne, nie pozwalające już tym razem wątpić o gruźlicy płucnej. Stąd też i lekarz w tej kategorii przypadków, zakończonych nawet czasowo pomyślnie, nie powinien po wystąpieniu poprawy i ustąpieniu objawów chorobnych podawać w wątpliwość swego pierwotnego rozpoznania poczynającej się gruźlicy, lecz przeciwnie winien kategorycznie zaznaczyć choremu lub rodzinie podejrzenie na poczynającą się gruźlicę, co może mieć nieraz niezwykle ważny wpływ na przyszłe losy chorego (wybór lub zmiana zawodu, kwestja małżeństwa i t. p.).

Zestawiając wszystko wyżej powiedziane o rozpoznawaniu poczynającej się gruźlicy płucnej, winniśmy jeszcze raz zaznaczyć, że z wyjątkiem łaseczników, występujących w tym okresie nadzwyczaj rzadko, nie posiadamy żadnej cechy znamiennej dla tej sprawy i rozpoznanie nasze oprzeć się winno na uwzględnieniu wszystkich objawów, krytycznej ich ocenie i na wykluczeniu tych spraw chorobnych, które mogłyby wywołać zaburzenia, zależne przypuszczalnie od poczynającej się gruźlicy.

A więc za pomocą badania moczu należy wykluczyć skrycie przebiegające śródmiąższowe zapalenie nerek, wywołujące chudnienie i upadek sił, to samo cukromocz, ciężkie postacie niedokrwistości, warunkowane szczególnie u kobiet

zaburzeniami w narządach płciowych, niedokrwistość zależną od obecności pasożytów kiszkowych, ciężkie i uparte przewlekłe nieżyty żołądka, zapalenie osierdzia, ciężkie postaci neurastenji i hysterji i t. p.

Wszystkie te stany patologiczne dadzą się wykluczyć za pomocą dokładnego zbadania chorych i uwzględnienia objawów, dotyczących powyższych różnorodnych cierpień.

Muszę tu jeszcze wspomnieć parę słów o hysterji, która w swej ciężkiej postaci wywołuje nieraz objawy łudząco podobne do poczynającej się gruźlicy. Chore bowiem chudną, marnieją, kaszlą gwałtownie, a nawet krwią odpływają i jakoby gorączkują. Dokładna jednakże obserwacja, brak istotnych poruszeń gorączkowych (o których chore umyślnie i przesadnie nieraz mówią), brak zmian wyraźnych w płucach, jako też obecność wyraźnych cech hysterji, pozwolą sprawę należycie rozpoznać. To samo da się powiedzieć i o męczyznach, wybitnych neurastenikach, którym wydaje się, że są dotknięci suchotami; i u tych badanie szczegółowe i obserwacja wykluczy gruźlicę.

Gruźlica rozpoczyna się czasem nie w płucach lecz w innym narządzie. Charakterystykę bliższą tych spraw (zapalenie gruźlicze otrzewnej, kiszek, gruczołów oskrzelowych, krtani i t. p.), podaliśmy szczegółowo w opisie powikłań gruźlicy płucnej; przypadki te wogóle nie są częste, w praktyce względnie jeszcze najczęściej u dorosłych napotykaamy zajęcie gruźlicze krtani lub gardła u osobników, u których w płucach zmian wyraźnych nie wykrywamy i w stanie ogólnym nie występują wyraźniejsze zaburzenia. W przypadkach tych, które można bardzo wczesnie rozpoznać za pomocą badania wziernikiem krtaniowym, najczęściej występują wkrótce zaburzenia ze strony stanu ogólnego (chudnienie, gorączka), jako też i zmiany w szczytach płucnych, które przy jednoczesnych, nieraz bardzo charakterystycznych zmianach krtaniowych pozwolą również rozpoznać sprawę w jej wczesnych okresach. Nieraz nawet tam, gdzie niema kaszlu ani płwociny, udaje się w wydzielinie owrzdzenia krtaniowego lub gardlanego, wykryć laseczniki, które rozstrzygają od razu wątpliwości rozpoznawcze.

Suchoty płucne rozwinięte przedstawiają z punktu widzenia praktycznego w dzisiejszym stanie wiedzy wyjątkowo tylko pewne poważniejsze trudności rozpoznawcze, obok bowiem wyraźnie ujawnionych zmian fizykalnych w płucach, a przede wszystkim w ich szczytach, w większości przypadków w płwocinie chorych, wykrywamy od razu lub po kilkakrotnem badaniu laseczniki gruźlicze, które obok zmian istniejących i charakterystycznej anamnezy, gorączki, chudnienia i t. p., ostatecznie potwierdzają rozpoznanie suchot.

Rozpoznawszy zmiany w płucach jako gruźlicze, należy jeszcze oznaczyć okres choroby, z którym w danej chwili mamy do czynienia, a przede wszystkim orzec, czy sprawa znajduje się w okresie zgęszczenia (infiltratu), czy też poczynającego się lub wyraźnego rozpadu mięszu. Rozpoznanie to ma wielką doniosłość z punktu widzenia praktycznego. Za okresem zgęszczeń przemawiać będą odnośne objawy fizykalne, a więc: stępienie, oddech nieokreślony lub wydech

oskrzelowy, rżenia drobnopełcherzykowe, ściśle odpowiadające miejscom stępienia i t. p. Z objawów ze strony stanu ogólnego — brak stałych poruszeń gorączkowych, względnie dobry stan ogólny, stosunkowo mały brak tchu; w płwocinie zaś brak włókien sprężystych obok istniejących lub od czasu do czasu występujących laseczników.

Za poczynającym się rozpadem przemawiać będzie: upadek stopniowy stanu ogólnego, poruszenia gorączkowe stałe lub od czasu do czasu występujące; z objawów zaś fizykalnych coraz wyraźniejsze rżenia z charakterem dźwięcznym. Wyjątkowo tylko, jak to zaznaczyłem, rodzić się mogą w tym okresie po dokładnym zbadaniu chorych wątpliwości rozpoznawcze, tembardziej, że liczba spraw chorobnych, które mogłyby być mieszane z suchotami rozwiniętymi, jest stosunkowo mała. Najczęściej stosunkowo popełniany bywa błąd rozpoznawczy u osobników starszych, dotkniętych przewlekłym nieżytem oskrzeli ze współcześnie istniejącą rozedmą płuc, która może maskować stępienie szczytowe, a liczne rżenia można kłaść na karb świeżo obostrzonego kataru oskrzeli. Postać tę, jako rozedmową postać suchot włóknistych, pod względem rozpoznawczym opisałem wyżej (strona 123); odsyłamy więc tam po bliższe szczegóły.

Nasięki płucne gruźlicze szczytowe lub też i w innych narządach umiejscowione, dające wyraźne objawy fizykalne z towarzyszeniem gorączki, mogą być mieszane z nasiękami, występującymi nawet nieraz u dorosłych, częściej u dzieci, w przebiegu ostrych, ogniskowych, nieżytowych, a szczególnie influencowych zapaleń o charakterze rozlanym. Różniczkowe rozpoznanie opisałem już szczegółowo w opisie sprawy gruźlicy i serowatego gruźliczego zapalenia płuc (strona 123).

Stwardnienia przewlekłe szczytowe, przebiegające bez gorączki, mogą być jeszcze mieszane z wyjątkowymi przypadkami ciał obcych w oskrzelach, które usadowiły się ostatecznie w okolicy szczytu płucnego i wywołały tam wskutek zapalenia następcze objawy zgęszczenia szczytu. Przypadki takie, które nawet wywołują nieraz obfite krwiopłucia, w wysokim stopniu przypominają mogą przewlekłe suchoty płucne. U takich chorych charakterystyczna anamneza, brak chudnienia i gorączki, brak laseczników w płwocinie, mimo wielokrotnego badania, a przede wszystkim ujawnienie ciała obcego za pomocą promieni Roentgena wyjaśnia należycie sprawę.

Przewlekłe śródmiąższowe zapalenie płuc (*cirrhosis pulmonum*), umiejscowione w górnym zrazie płucnym, może być mieszane z włóknistą postacią suchot płucnych. W rozdziale, obejmującym suchoty włókniste, opisałem szczegółowo cechy różniczkowe, właściwe tej sprawie, przypominamy tu tylko, że sprawa włóknista w szczytach stanowi poniekąd zakończenie sprawy i że zapadnięcie klatki bywa nieznaczące; przeciwnie w śródmiąższowym zapaleniu sprawa zwykle postępuje, a tkanka płucna kurczy się coraz bardziej, wskutek czego zjawia się znacznie większe zapadnięcie klatki, wytwarzają się coraz wyraźniejsze objawy rozszerzenia oskrzeli z wykrztuszaniem obfitej płwociny, czasem cuchnącej, lecz nigdy nie zawierającej laseczników.

Nowotwory płuc, zwłaszcza złośliwe (rak, mięsak), przedstawiają w poczynających się okresach nieraz niezwykle trudności rozpoznawcze; jeśli sprawa, co się czssem także zdarza, umiejscawia się w postaci ograniczonej w szczycie lub górnym płacie, to może być zmieszana z przewlekłym zgęszczeniem gruźliczym natury włóknistej, tembardziej że rakowi płuc towarzyszą częste i nieraz bardzo obfite i uparte krwotoki płucne, a mięsakom czasem nawet i gorączka. W rozpoznaniu jednakże przeciw przewlekłej postaci suchot przemawiać będzie brak w wywiadach danych, właściwych suchotom włóknistym, szybko postępujące wyniszczenie i charłactwo chorego, najczęściej brak gorączki, wiek podeszły, stały brak laseczników w płwocinie. Z objawów zaś fizykalnych uderza rozległe stępienie o nieregularnej postaci (występujące bardzo typowo przy prześwietlaniu promieniami Roentgena) oddech osłabiony lub nawet zupełnie niesłyszalny i inne objawy, właściwe tej sprawie, a przedewszystkiem szybki, niemal z dnia na dzień postępujący upadek stanu ogólnego z objawami charłactwa <sup>1)</sup>).

Syfilis płuc, rozwijający się w rzadkich przypadkach pod postacią kilaków, wytwarzających obszerne nacieki lub nawet rozpadające się masy, nieraz nawet z towarzyszeniem gorączki, może dać pohop do wzięcia tej sprawy za nasięki gruźlicze, ulegające rozpadowi. Różnienie tych spraw natrafia nieraz na poważne trudności; wskazówką rozpoznawczą przedewszystkiem będzie anamneza, wskazująca przebyty syfilis najczęściej o ciężkiej postaci, często lecz nie zawsze typowa reakcja Wassermana, nieżele najczęściej zachowany stan ogólny, brak gorączki i stała nieobecność w płwocinie laseczników gruźliczych. Powyższe dane popierać poniekąd będzie umiejscowienie nasięków w płucach najczęściej w okolicach średniotylnych płuc; dane te mogą często zawodzić, sprawie bowiem syfilitycznej towarzyszyć może czasowa gorączka, przebyty syfilis może być utajony, lub zapomniany; a w tych wyjątkowych przypadkach jedynie ważną wskazówką rozpoznawczą będzie stały brak laseczników w płwocinie i brak wyraźnego zajęcia szczytu płucnego, a wreszcie w zupełnie wątpliwych przypadkach wynik dodatni leczenia antysyfilitycznego. Syfilis płuc o postaci sklerotycznej wytwarza sprawę włóknistą, mniej lub więcej rozlaną, stanowiącą, właściwie mówiąc, zejście przymiotu płuc; umiejscowienie jego w szczycie płucnym może robić wrażenie włóknistej postaci suchot. Brak jednakże charakterystycznych wywiadów i innych cech, właściwych sprawie włóknistej, ochroni od błędu rozpoznawczego, tembardziej że stwardnienia takie, stanowiąc sprawę bliznowatą skończoną, nie dają wyraźniejszych objawów przedmiotowych (kaszlu, płwociny) z wyjątkiem mniejszej lub większej duszności, i to jedynie przy istnieniu rozległych stwardnień.

W przypadkach suchot płucnych, w których mamy do czynienia z mniej lub bardziej rozległym rozpadem tkanki płucnej i wytworzeniem się jam (kawern),

<sup>1)</sup> Patrz bliższe szczegóły w moim odczycie klinicznym p. t. „O rozpoznawaniu nowotworów złośliwych płuc i opłucnej”. Wydawnictwo Gazety Lek. 1918.

wątpliwości rozpoznawcze co do ich natury wyjątkowo tylko chyba wydarzyć się mogą; niezwykle bowiem jasno występujące objawy fizykalne obok gorączki ciągłej, ogólnego wyniszczenia i innych cech, właściwych temu okresowi choroby, pozwolą lekarzowi sprawę szybko i z łatwością rozpoznać, nawet bez uciekania się do badania bakterjologicznego płwociny. Zmieszać można chyba ten okres choroby z dużymi rozszerzeniami oskrzeli (*bronchiectasis*) które wywołać mogą objawy analogiczne z objawami kawern gruźliczych, tem bardziej, że u wielu chorych, szczególnie przy wieloletnim trwaniu choroby, występuje znaczne wyniszczenie w stanie ogólnym, a nawet nieraz bywają od czasu do czasu i podwyższenia ciepłoty. Od błędu rozpoznawczego w kierunku gruźlicy uchronią z jednej strony charakterystyczne wywiady, przemawiające za wieloletnim trwaniem sprawy ze stałym odpluwaniem obfitej ropnej płwociny przeważnie w pewnych porach dnia, od czasu do czasu nawet cuchnącej; w płwocinie przytem oprócz jej typowych cech (trzy warstwy) nie wykrywamy nigdy laseczników Kocha. Prócz tego rozszerzenia oskrzeli, dające objawy fizykalne analogiczne z objawami dużej kawerny gruźliczej, umiejscowione bywają najczęściej w dolnotylnych odcinkach płuc, gdzie jednocześnie występuje wyraźne zapadnięcie odpowiedniej części klatki piersiowej; zapadnięcie to może występować również w razie dużych kawern gruźliczych, umiejscowionych w górnym płacie płucnym, rozszerzenia zaś oskrzelowe wyjątkowo tylko umiejscawiają się tamże. Przytem w przypadkach rozszerzenia oskrzeli gorączka, jeśli istnieje, to bywa czasowa, niewysoka, i nie przedstawia cech gorączki hektycznej, właściwej rozpadowym okresom suchot. Zresztą trudności te wynikać mogą w przypadkach, w których przy wyraźnych kawernach, jak to czasem ma miejsce, płwocina nie zawiera laseczników. W razie obecności jam gruźliczych występuje czasem mocne cuchnienie wydzielanej płwociny, przypominające zgorzel płuc (*gangraena pulm*). Zdarza to się jednakże najczęściej w ostatnich dniach życia suchotnika, wskutek rozpadu zgorzelinowego ściany kawerny: od rozpoznania zwykłej zgorzeli płuc uchronią wywiady, objawy daleko posuniętej gruźlicy i laseczniki w płwocinie.

Ropień opłucnej, który się przebił samodzielnie do oskrzela, szczególnie jeśli sprawa ropienia w opłucnej występowała w górnym odcinku opłucnej jako sprawa otorbiona (*pleuritis interlobaris*), może dawać wrażenie gruźlicy rozpadowej, jeśli lekarz widzi chorego wkrótce po przebicu ropnia do oskrzela; mamy bowiem podówczas stępienie w górnym odcinku płucnym (pod obojczykiem) z wyraźnym przelewaniem (*gargouillement*), wysoką gorączką i obfitem odpluwaniem ropnej płwociny. Od błędu rozpoznawczego w tych przypadkach, sosunkowo rzadkich, w kierunku gruźlicy, uchroni szczegółowy rozbiór wywiadów, wykazujących istnienie cierpienia od niedawna (kilka tygodni), bez uprzedniego kaszlu, krwioplucia, u ludzi najczęściej uprzednio zdrowych, dalej zjawienie się raptowne objawów przebicia z wyrzucaniem naraz znacznych ilości ropnej płwociny, w której badanie mikroskopowe wykryje jedynie ciała ropne i wykaże brak laseczników gruźliczych; wreszcie stopniowa poprawa chorego i znikanie

bardzo szybkie nieraz w ciągu dni kilku objawów fizykalnych, przypominających jamę gruźliczą, rozstrzygnie ostatecznie wszelkie wątpliwości.

Istnieją jeszcze dwie stosunkowo rzadkie sprawy patologiczne płuc, które mogą dać powód do błędów rozpoznawczych w kierunku gruźlicy rozpadowej; t. j. promienica (*actinomycosis*) i bąbłowiec (*echinococcus*) płuca.

Promienica o postaci płucnoopłucnej, umiejscawiająca się najczęściej w dolnych lub średnich odcinkach płuca, może czasem umiejscawiać się i w górnym zrazie płucnym, a w okresie rozpadu daje objawy wyraźnej i nieraz dużej kawerny. Ponieważ sprawa ma przebieg przewlekły, najczęściej gorączkowy, połączony ze stopniowem znacznem chudnieniem chorego, może więc swoim przebiegiem i objawami przypominać gruźlicę płucną. Rozpoznanie ułatwi i określi stanowczo badanie plwociny, która w okresie rozpadu wydziela się zwykle w wielkich ilościach, bywa mocno cuchnąca, a mikroskop wykryje w niej grzybki promienicy; inne bowiem objawy (ból w klatce, gorączka i t. p.), towarzyszące promienicy płucnej, nie przedstawiają nic dla niej charakterystycznego, spotykamy je bowiem również i w gruźlicy płuc.

Wyjątkowo rzadko spotykany szczególnie u nas bąbłowiec płuca może również umiejscawiać się w górnym płacie, a w razie przebiccia się do oskrzela może wywoływać po wyrzuceniu błon (których chory mógł nie zauważyć, gdyż najczęściej towarzyszy temu obfite krwioplucie) objawy miejscowe, w zupełności przypominające kawernę gruźliczą. Rozpoznanie ułatwia wykrycie w plwocinie wielce charakterystycznych błon bąblowca, które zazwyczaj po przebicciu się pasorzyta do oskrzela wydzielają się z plwociną przez dłuższy przeciąg czasu; inne objawy są zupełnie niepewne i przypominają chroniczną gruźlicę; jedynie stały brak laseczników w plwocinie, najczęstsze umiejscowienie w dolnym odcinku przeważnie płuca prawego, współcześnie istniejące powiększenie wątroby, mogą rozpoznanie skierować na bąblowca.

Odma piersiowa otorbiona (*pneumothorax partialis*), o której wspominaliśmy wyżej w opisie powikłań gruźlicy, może dawać objawy, w wysokim stopniu przypominające dużą jamę gruźliczą. Ponieważ jednakże sprawa powyższa w ogromnej większości przypadków jest tylko następstwem daleko posuniętej gruźlicy, stąd też i rozpoznanie nieraz jest bardzo trudne, gdyż tego rodzaju odma występuje najczęściej u suchotników w ostatnim okresie choroby, kiedy dokładne badanie jest bardzo ciężkie, i zresztą ustalenie rozpoznania ma jedynie pewne znaczenie pod względem rokowania. Cechy różniczkowe, pozwalające rozróżnić te obiedwie sprawy, podaliśmy wyżej; przypomnę tu tylko, że ból, raptowna duszność i wystąpienie objawów fizykalnych, przypominających dużą kawernę w niezwykłym dla tej sprawy miejscu (dolnytylny odcinek płuc—linja pachowa) będą stanowić najważniejsze kryterjum rozpoznawcze.

Co się wreszcie tyczy rozpoznawania różnorodnych postaci ostrej gruźlicy, to podstawy jego rozpatrzyliśmy wyżej szczegółowo w opisie każdej z tych form.



Rokowanie (*prognosis*). O rokowaniu w suchotach płucnych, z wyłączeniem naturalnie ostrych postaci, które w ogromnej większości przypadków kończą się niepomyślnie, da się wogóle biorąc, powiedzieć to, co mówiliśmy już, opisując rozpoznanie tej choroby.

Mówiliśmy mianowicie, że o ile suchoty posunięte kończą się przeważnie po krótszym lub dłuższym przebiegu niepomyślnie, a tem samym dają rokowanie z pewnem ścisłem prawdopodobieństwem niepomyślnie—wyleczenie bowiem, lub nawet zatrzymanie się sprawy stanowi wyjątek, a zejście niefortunne poniekąd regułą—o tyle poczynające się i niedaleko posunięte sprawy suchotnicze nawet dla bardzo doświadczonego lekarza przedstawiają niezwykle trudne zadanie w znaczeniu prognostycznym. Ja osobiście zaznaczyć muszę na podstawie własnego bardzo rozległego w tym kierunku doświadczenia, co zresztą stwierdzają i inni autorowie, że im więcej widzimy i spostrzegamy przypadków, tem powściągliwsi stajemy się w rokowaniu w poczynających się okresach suchot. Każdy bowiem pojedynczy przypadek nietylko pod względem symptomatologicznym, jak to już niejednokrotnie zaznaczyliśmy, przedstawia typ odrębny, ale i pod względem przebiegu i rokowania. A pod tym ostatnim względem codzienne niemal doświadczenie poucza, jak nieraz poczynające się sprawy u osobników przedtem zupełnie zdrowych i znajdujących się w dobrych warunkach higieniczno-dietetycznych, przy najracjonalniejszem leczeniu, szybko kroczą ku fatalnemu kresowi. U innych znowu wprost przeciwnie, sprawa, rozpoczęta ze złem poniekąd zacięciem, przebiegająca odrazu z ciągłą gorączką i postępującem wychudnieniem, u osobników nieraz wątłych, dziedzicznie obarczonych, w złych nieraz warunkach życiowych pozostających, po pewnym krótszym lub dłuższym czasie pozornie złośliwego przebiegu zatrzymuje się, a nawet kończy wyzdrowieniem. Naturalnie powyższe, że tak mogę powiedzieć, krańcowe przypadki, ilustrujące dosadnie trudności rzetelne w rokowaniu, nie mogą być uważane za prawo ogólne; jedynie winny ostrzegać lekarzy przed zbyt pohopnem rokowaniem w złym lub dobrym kierunku w początkowych okresach choroby. Doświadczenie jednakże lekarskie daje w tych okresach pewne wskazówki, na podstawie których z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem możemy opierać swe dane prognostyczne. Jest to niezmiernie ważne; gdyż o rokowanie w każdym przypadku natrączywie bywa zapytywany lekarz, nietylko przez samego chorego, lecz i przez jego otoczenie, na rokowaniu bowiem lekarza opiera się nietylko cała przyszłość chorego, lecz często i los całej jego rodziny.

Poczynające się okresy choroby, jak to powszechnie zaznaczają autorowie, szczególnie w sprawozdaniach sanatoryjnych mają dawać w ogromnym odsetku przypadków rokowanie względnie pomyślne; sprawa, czy to pod wpływem leczenia, czy też w ogromnej większości przypadków samodzielnie, zatrzymuje się w rozwoju, lub też kończy się zupełnem wyleczeniem. Statystyki te, aczkolwiek nie przesadzamy ich wiarogodności, grzeszą jednostronnością, gdyż chorzy, zapadający na suchoty, które od początku mają przebieg złośliwy, niepomyślny,

zostają w domu i w większości przypadków nie bywają skierowywani do zakładów leczniczych (sanatorjów); dlatego też odpada pewien odsetek przypadków które i w poczynających okresach dają rokowanie niepomyślne. Pouczająca pod tym względem jest statystyka, aczkolwiek szczupła, prof. Thomayera z Pragi, oparta na materiale poliklinicznym, obejmującym 81 przypadków poczynających suchot; z liczby tej 36 chorych doznało poprawy, dziesięciu zaś zmarło w ciągu pierwszego roku.

W rokowaniu w poczynających się i niedaleko rozwiniętych okresach suchot winien lekarz kierować się czterema podstawowymi momentami wytycznymi 1) stanem ogólnym chorych 2) miejscowymi zmianami i niektórymi objawami choroby 3) warunkami, w których przebywa chory; a wreszcie 4) powikłaniami, jeśli one u danego chorego istnieją.

Co się tyczy pierwszego momentu t. j. stanu ogólnego chorego i objawów ogólnych, to zaznaczyć należy, że właśnie one stanowią najkardynalniejszą podstawę w rokowaniu, niezależnie od większych lub mniejszych zmian w płucach. U osobników więc starych, chęlnych, wybitnych alkoholików, dotkniętych cukromoczem, białkomoczem i t. p., u których wystąpią choćby poczynające się objawy gruźlicy płucnej, należy być z rokowaniem nadzwyczaj ostrożnym; najczęściej bowiem u tej kategorii osobników raz rozpoczęta sprawa zazwyczaj nie zatrzymuje się w rozwoju, lecz szybko lub z pewnymi przestankami postępuje naprzód, przechodząc mniej lub bardziej szybko wszystkie okresy choroby. Wskaźnik w rokowaniu u wszystkich powyższych kategorii osobników stanowić będzie nie jakość i rozległość objawów miejscowych, lecz poprawiający się lub pogarszający się stan sił, poprawa apetytu lub jego zmniejszanie się, przybytek lub ubytek wagi; naturalnie upadek w tych kierunkach stanu ogólnego stanowczo przemawiać będzie za rokowaniem coraz gorszym, pomimo że zmiany w płucach nie występują wyraźniej, pomimo że chorzy czasowo mniej kaszlą i odpluwają, a nawet tracą gorączkę czasowo, lub też nasilenia gorączkowe ulegają znacznemu osłabieniu. Przeciwnie, osobniki młode, odporne, uprzednio zupełnie zdrowe, cieszące się stale, mimo rozwijającej się choroby dobrym apetytem, niezależnie nieraz od wystąpienia odrazu w płucach zmian gruźliczych nawet rozleglejszych dawać będą zawsze rokowanie względnie pomyślniejsze, tem bardziej jeszcze, jeśli po pewnym przeciągu czasu stan ich ogólny poprawia się, waga przybywa, a nastrój chorego psychiczny, nieraz z początku mocno przygnębiony, poprawia się stale.

Drugim podstawowym momentem, wpływającym zasadniczo na rokowanie w poczynających się i nie zbyt daleko rozwiniętych suchotach płucnych jest gorączka. Objaw ten, będący w tych okresach choroby w ścisłym związku z działaniem toksyn gruźliczych na organizm, stanowi, że tak powiezieć można, alfę i omegę rokowania u danego suchotnika. Lekarz powinien postawić sobie jako kardynalną zasadę w rokowaniu u suchotników, że dopóki chory dotknięty nawet najbardziej ograniczonymi zmianami w płu-

cach gorączkują stale lub nawet czasowo, dopóty rokowanie jest zawsze wątpliwe. W organizmie bowiem gorączkującego chorego odbywa się stałe wyrabianie i wchłanianie toksyn gruźliczych, grozi mu więc stale nie tylko rozwijanie się i posuwanie miejscowej sprawy gruźliczej w płucach i innych narządach, lecz nawet, co ważniejsze ogólne zakażenie t. j. gruźlica o postaci ostrej lub podostrawej. Jedynie więc z chwilą zupełnego ustąpienia gorączki i niezjawienia się jej w ciągu co najmniej pół roku od chwili rozwoju pierwotnej sprawy, może być mowa o zatrzymaniu się sprawy w rozwoju, a tem samem mówić możemy o rokowaniu względnie pomyślnem. Z drugiej zaś strony jednakże pamiętać należy, że gorączka gruźlicza trwać może bardzo długo, całe miesiące, a nawet lata, a jednakże może nie doprowadzić do zmian rozleglejszych, ustąpić nareszcie, a chory przyjść nawet może do względnego zdrowia. Jeśli więc z jednej strony obecność gorączki a szczególnie stałej, winna być poważnem ostrzeżeniem i dawać zawsze pewną wątpliwość w kierunku prognostycznym, to z drugiej strony i dłużej trwająca gorączka nie może upoważniać lekarza do złego rokowania, jeśli z nią w parze nie idą stopniowe i stale posuwające się naprzód zmiany gruźlicze w płucach (*phthisis florida*). Naturalnie, w sprawach gruźliczych, przebiegających od początku i stale bez gorączki (co jednakże tylko wyjątkowo się zdarza), rokowanie będzie względnie pomyślne. Co się tyczy rozległości zmian jakie zajmuje sprawa gruźlicza w płucach, to, jak nas poucza doświadczenie, zdobyte przy badaniu chorych metodą prześwietlenia Roentgena, pamiętać należy że badanie fizykalne wykrywa jedynie ogniska gruźlicze większe, a przedewszystkiem położone powierzchownie, mogą więc istnieć szczególnie w poczynających się okresach choroby objawy fizykalne, dowodzące bardzo ograniczonego zajęcia naprzykład szczytu płucnego jednego, a tymczasem w rzeczywistości jak to ujawnia badanie promieniami Roentgena, mogą się znajdować w miąższu płucnym liczne drobne porzrucane ogniska gruźlicze, warunkujące gorączkę i rozwój sprawy postępującej. Objawy więc ognisk ograniczonych, nie mogą same przez się stanowić wskaźnika prognostycznego; a zawsze objawy, wykazujące liczne umiejscowienia w obu płucach, stanowić będą rokowanie względnie gorsze, niż zmiany nawet nieco rozleglejsze, lecz umiejscowione ściśle w jednym tylko szczycie płucnym. Wogóle przytem należy jeszcze pamiętać, że szczególnie zmiany tej ostatniej kategorii (jednostronne) mogą być nieraz względnie bardzo rozległe, a jednakże zejście może być pomyślne; nie należy bowiem zapominać, że w gruźlicy szczytu płucnego występują niezbyt rzadko zapalenia zrazikowe wtórne pochodzenia niegruźliczego, warunkowane zakażeniem mieszanem w okolicy najbliższej ogniska gruźliczego, i że takie zapalenia t. j. nasięki, przez nie wywołane, mogą się kończyć pomyślnie, a samo nacieczenie uleść zupełnemu wchłonięciu. O tych wtórnych zakażeniach należy pamiętać w orzeczeniu co do rokowania, i nie kierować się rozległością sprawy lecz jej charakterem. Istotne gruźlicze nacieczenia, zajmujące znaczną przestrzeń, mniej więcej cały płat górny, a szczególnie obustronne, przytem z objawami rozpadu,

dają wogóle rokowanie bardzo wątpliwe, jeśli nawet stan ogólny bywa względnie dobrze zachowany, a nasilenia gorączki niewielkie; zmiany bowiem tej rozległości, jak poucza doświadczenie anatomopatologów, nie mogą ulegać zablźnieniu i po dłuższym lub krótszym czasie doprowadzają do zejścia śmiertelnego. Prędzej jeszcze może w wyjątkowych przypadkach nastąpić zagojenie lub zatrzymanie się w rozwoju sprawy rozległej rozpadowej, ograniczone do jednego szczytu płucnego. Naturalnie, myśleć o podobnym zejściu szczęśliwym, a stąd o rokowaniu pomyślnem, można jedynie u tych osobników, których stan ogólny przedstawia się dobrze, a okres gorączkowy choroby minął oddawna bezpowrotnie. Należy jednakże pamiętać, że tej kategorii osobnikom grozi stale szereg powikłań niespodziewanych, mianowicie: krwotok gwałtowny z jamy, rozpad zgorzelinowy ściany jamy, wtórne zakażenie i t. p. zupełne bowiem zablźnienie większej jamy następuje jedynie w wyjątkowych i nigdy z góry nie dających się określić okolicznościach. Stwardnienia o charakterze czysto włóknistym (*phthisis fibrosa*), o ile ściśle tej kategorii sprawa została rozpoznana, dają rokowanie, jak wogóle włókniste suchoty, względnie dobre; jeżeli jednakże stwardnienie zajmuje dość znaczną część płatu, to rokowanie o tyle jest mniej pomyślne, że pozostaje u chorych stały brak tchu, a z czasem występują coraz bardziej ujawniające się zaburzenia w krążeniu (niedomoga serca).

Z objawów podmiotowych wspomnimy w sensie prognostycznym o duszności. Szczególniej w poczynającym się okresie suchot duszność stała, stanowi znak prognostyczny niezbyt pomyślny, tem bardziej jeśli niema gorączki lub nasilenia jej bywają nieznaczące; duszność bowiem przemawia za istnieniem w głębi miąższu licznych ognisk gruźliczych. Przy rozwiniętej zaś sprawie postępującej, szczególnie z wysoką gorączką, duszność znaczna przemawiać będzie z pewnym prawdopodobieństwem za istnienie rozsianej sprawy gruźliczej.

Kaszel sam przez się nie ma wybitniejszego znaczenia w kierunku prognostycznym; ma on jednakże o tyle znaczenie, że jeśli trwa uparcie, jest ciężki, suchy, to pozbawiając snu chorego, a często nawet wywołując wymioty, wpływa pośrednio na osłabienie i upadek sił chorego.

Przyspieszone stale tętno, zgodnie z poglądem wielu autorów, szczególnie w poczynających się okresach, uważane jest za względnie niepomyślny znak prognostyczny; należy jednak nie zapominać o tem, że u wielu neurasteników nawet w łagodnie przebiegającej sprawie suchotniczej tętno bywa nieraz stale przyspieszone.

Krwioplucie samo przez się nie ma wybitniejszego znaczenia prognostycznego, krwioplucia bowiem nawet niewielkie, a często powtarzające się, którym towarzyszy gorączka, dają rokowanie o wiele gorsze, nie obfite nieraz krwotoki: pierwsze bowiem mają swe źródło w niszczącej i stale postępującej sprawie, drugie zaś występują wskutek pęknięcia naczynia, przebiegającego w ścianie jamy; jeśli więc chorego nie zabijają doraźnie, to same przez się nie powodują złego rokowania, chyba że powtarzając się, wpływają pośrednio na upadek stanu

ogólnego chorych. To samo da się powiedzieć i o często powtarzających się krwotokach, towarzyszących włóknistej postaci suchot. Krwawienia te występujące, jak wiadomo, bez gorączki następczej, nie wpływają bynajmniej ujemnie na rokowanie, wywołując jedynie pewne, zwykle szybko przechodzące osłabienie i wyczerpanie stanu ogólnego chorych. Wogóle krwioplucia, towarzyszące suchotom płucnym, o tyle jeszcze wpływają ujemnie na rokowanie, że u większości chorych wywołują pewne, nieraz dość wybitnie wyrażone przygnębienie stanu psychicznego, które u wrażliwych i nerwowych osobników powoduje za każdym razem wysoki stopień rozdrażnienia nerwowego, naturalnie ujemnie odbijającego się na stanie ogólnym.

Wydzielanie plwociny nie ma wyraźniejszego znaczenia prognostycznego. Bardzo obfita plwocina ropna, właściwa końcowym okresom choroby, może przyczynić się w pewnym stopniu do upadku stanu ogólnego chorych przez utratę tą drogą substancyj białkowatych. Co się zaś tyczy laseczników gruźliczych, zawartych w plwocinie, to o ile obecność ich w plwocinie posiada stanowcze i decydujące znaczenie rozpoznawcze, o tyle ilość ich większa lub mniejsza w danej plwocinie, zdaniem mojem, nie posiada wyraźniejszego wpływu na rokowanie; często bowiem w poczynających się okresach choroby wydziela się nieznaczna ich ilość, w innych razach u tych samych chorych całe pole mikroskopowe bywa niemal niemi usiane. Często nawet w przebiegu już podgajającej się i bez gorączki przebiegającej sprawy zjawia się wiele laseczników, odwrotnie, w ostrawej sprawie (*phthisis florida*) długo nie wydzielają się laseczniki, w suchotach włóknistych nie zjawiają się najczęściej wcale lub jedynie od czasu do czasu, a nieraz w pozornie już zabliznionych sprawach zjawić się mogą czasem nawet w większej ilości. W znaczeniu więc prognostycznym ilość laseczników, a także zmniejszanie się ich ilości odgrywać może rolę chyba w tych przypadkach, w których w ciągu wielomiesięcznego perjodycznego badania ilość laseczników zmniejsza się stale i znika wreszcie ostatecznie; w tych razach objaw ten może być uważany za korzystny, przemawia bowiem za sprawą gojenia. Co się tyczy wreszcie włókien sprężystych, to dopóki występują one w plwocinie, a szczególnie w większej ilości współcześnie z lasecznikami, możemy stanowczo twierdzić, że sprawa niszcząca płuc postępuje naprzód, a tem samem i rokowanie jest niedobre odwrotnie; zniknięcie zupełnie włókien przemawiać będzie za zatrzymaniem się sprawy w rozwoju.

Wystąpienie w moczu tak zwanej diazoreakcji, o której wyżej szczegółowo była mowa, ma jedynie złe prognostyczne znaczenie w ostatnich okresach choroby, jeśli jednocześnie istnieją i inne objawy, przemawiające za niepomyślnem rokowaniem.

Różnorodne reakcje na tuberkulinę nie mogą mieć najmniejszego znaczenia prognostycznego, o czem mówiliśmy wyżej w opisie szczegółowym tychże reakcyj. Dodatni bowiem ich wynik świadczy jedynie o obecności

w organizmie jakiegoś ogniska gruźliczego, bynajmniej nie wyjaśniając, czy ognisko to jest w stanie czynnym czy nieczynnym.

Warunki, w jakich znajdują się chorzy, mogą do pewnego stopnia wpływać dodatnio, lub ujemnie na rokowanie. Ludzie zamożni, mający możliwość wczesnego i długiego odpowiedniego leczenia, posiadają o wiele większe szanse wyleczenia lub zatrzymania sprawy w rozwoju, niż ludzie biedni, żyjący w złych i niekorzystnych dla zdrowia warunkach. Sprawę tę omawialiśmy już szczegółowo, opisując warunki, wpływające na możliwość gojenia się suchot. Nadmienimy tutaj tylko, że same one nie stanowią podstawowych w tym kierunku danych. Widzimy bowiem niejednokrotnie, że u ludzi zamożniejszych, leczących się odpowiednio od samego początku, choroba kończy się jednakże niepomysłnie, i przeciwnie, większość samoistnych zabliznień napotykaemy w klasie ludności zupełnie biednej, o czym najlepiej przekonywają badania pośmiertne szpitalne, dokonywane, jak wiadomo, na zwłokach najbiedniejszej klasy ludności. Względnie pomyślniejsze rokowanie przedstawiają również osobnicy, posiadający odporny układ nerwowy, tacy, o których popularnie powiadają, że nie dają się chorobie, posiadający pewien spokój ducha, wiarę w możliwość wyleczenia się, wspierający pod pewnym względem samą naturę i usiłowania lekarza; tacy pewniej odzyskują zdrowie, niż neurastenicy, szczególniej jeszcze z wybitnym odcieniem przygnębienia, którzy odrazu zwątpiwszy o możliwości wyleczenia, nietylko nie wypełniają zaleceń lekarza, lecz wielokrotnie postępują wbrew jego wskazówkom, żyją niehigienicznie, popełniają różnorodne nadużycia i t. p.

Różnorodne powikłania, omówione szczegółowo wyżej, występujące w przebiegu suchot płucnych, wpływają w wysokim stopniu na rokowanie, szczególnie w sensie ujemnym. I tak: zapalenie opon mózgowych daje zawsze nie tylko złe rokowanie, lecz jednocześnie przyspiesza zejście śmiertelne. Niepomysłnie również wpływają i powikłania, rozwijające się w sposób przewlekły, a więc: gruźlica krtani i gardzieli znacznie pogarsza rokowanie, chociaż, aczkolwiek rzadko, powikłanie to kończyć się może pomyślnie; natomiast gruźlica kiszek daje rokowanie zupełnie niepomysłne i stale przyspiesza zejście fatalne; to samo da się powiedzieć o gruźliczym zapaleniu otrzewnej, pomimo że pierwotne zapalenie otrzewnej u dzieci, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, kończyć się może nieraz zupełnie pomyślnie.

Białkomocz, występujący w przebiegu suchot, najczęściej jako objaw zwyrodnienia mączkowego nerek, lub też jednocześnie z cukromoczem, daje również rokowanie zupełnie niepomysłne.

Odma piersiowa (*pneumothorax*), występująca najczęściej w przebiegu daleko posuniętych suchot, daje rokowanie w ogromnej większości przypadków niepomysłne, aczkolwiek zdarza się, że i to ciężkie powikłanie, szczególniej jeśli wystąpi w niezbyt daleko posuniętej gruźlicy płucnej, może zakończyć się pomyślnie. Znane są w literaturze przypadki, ja sam również pewną liczbę ich widziałem, w których chorzy po szczęśliwym przebyciu odmy piersiowej popra-

wiali się, a nawet przychodzili do względnego zdrowia. Ta to kategoria przypadków dała nawet pochop do stosowania sztucznej odmy, jako metody leczniczej, o czym bliżej w dziale terapii suchot będzie mowa.

Do tej kategorii chorób, które miały jakoby pomyślnie wpływać na przebieg suchot zaliczano również niektóre ostre zakażenia, jak różę, ostre włóknikowe zapalenie płuc i t. p. sprawy, po przebyciu których nieraz nawet daleko posunięci suchotnicy mieli się poprawiać znacznie. Naturalnie przypadki te, bardzo nieliczne, nie mogą stanowić ogólnej reguły, wiemy bowiem, że powikłania suchot przez cięższe ostre choroby (tak zwane zakażenia mieszane), a szczególnie zapalenie ostre płuc i opłucnej, grypa i t. p., w większości przypadków pogarszają znacznie nie tylko stan ogólny chorych lecz często i miejscowy (np. grypa). Pamiętać więc zawsze należy, że organizm suchotników bywa nieraz niesłychanie odporny nie tylko na zasadnicze cierpienie gruźlicze, lecz nawet na różnorodne przypadkowe powikłania ciężkiej natury; stąd też i w tym kierunku należy być wielce ostrożnym. A dotyczy to także kwestji związanej poniekąd z rokowaniem, o którą bywa często zapytywany lekarz przez otoczenie chorego, t. j. jak długo pożyć jeszcze może suchotnik, znajdujący się najczęściej w ostatnim okresie choroby, przedstawiający objawy ostatecznego wyniszczenia. Otóż i pod tym względem niektórzy z chorych odznaczają się tak wielką do ostatnich chwil odpornością, że żyją niemal bez pulsu, literalnie prawie bez jedzenia, wśród powtarzającej się zapaści, nie dnie i godziny, jakby to sądzić można było, lecz nieraz nawet całe tygodnie. Spostrzegałem chorych, którzy w podobnych stanach na własne natarczywe żądanie lub też na żądanie otoczenia, odbywali wiele dni z rzędu trwające podróże, wracając do domu lub szukając szczęścia w jakimś dalekiem uzdrowisku.

---

# LECZENIE SUCHOT PŁUCNYCH.

---

## WYKŁAD XVII.

**Zapobieganie (profilaktyka) gruźlicy. Niszczenie i usuwanie zarazka, zawartego w wydzielinach chorych i w produktach spożywczych. Usuwanie chorych. Rola państwa i społeczeństwa w profilaktyce gruźlicy. Polepszenie warunków życiowych społeczeństwa i podniesienie oświaty. Wychowanie dzieci i młodzieży. Małżeństwo suchotników. Uodpornianie (*immunisatio*) chorych drogą wprowadzania lub wytwarzania antytoksyn.**

---

Zanim rozpoczniemy omawianie szczegółowe leczenia suchot, sądzę, że przede wszystkim należy nam się zastanowić nad profilaktyką, t. j. zapobieganiem rozwojowi suchot płucnych. Najtrafniej bowiem do gruźlicy płucnej da się zastosować aforyzm francuski: „*prévenir vaut mieux que guerir*“. I rzeczywiście podstawą nowoczesnej działalności lekarskiej w chorobach zakaźnych jest szeroko pojęta profilaktyka, nie tylko w chorobach zakaźnych ostrych, lecz i w przewlekłych, do których *par excellence* należy gruźlica płuc, a kierunek zapobiegawczy terapii gruźlicy, stanowił przedmiot, nad którym pracowały najpoważniejsze umysły lekarskie wszech czasów, a szczególnie wieku XIX, i uczony tej miary co Rudolf Verchow przed przeszło pół wiekiem wypowiedział następujące zdanie: „Zadaniem ludzkości być winno przewyciężenie gruźlicy, podobnie jak zwyciężono skorbut“.

Usiłowania lekarzy w tym kierunku spotęgowały się szczególnie w ostatnich kilku dziesiątkach lat, kiedy po wykryciu zarazka gruźliczego tuszono sobie i słusznie, że, poznawszy istotę choroby, łatwo można będzie osiągnąć na podstawie właściwości biologicznych i sposobu szerzenia się lasecznika, odpowiednie środki do jego zwalczania. Niestety jednakże dotychczasowe dane teoretyczne i laboratoryjne, nie doprowadziły, pomimo licznych w tym kierunku prac, do należytych wyników praktycznych. Słusznie też zwrócono się w ostatnich dwóch dziesiątkach lat, szczególnie na Zachodzie Europy, w Niemczech, Angli, Skan-



dynawji, t. j. w krajach, w których władze państwowe wzięły czynny udział w walce z gruźlicą, do środków ogólnopaństwowych, mających na celu podniesienie ogólnej zdrowotności, t. j. higieny publicznej, licząc, że na tej drodze da się bezpośrednio wpłynąć i na profilaktykę gruźlicy. Ta potrzeba ogólnopaństwowej interwencji, okazała się sprawą niestety niepalącą w czasie i po ustaniu obecnej wielkiej wojny, podczas której, jak to wzmiankowałem w dziale etjologii, wskutek pogorszenia się ogólnych warunków sanitarnych i złego odżywiania, śmiertelność z suchot w całej Europie wzmożła się znacznie. Wogóle biorąc, o istotnej racjonalnej profilaktyce gruźlicy dzisiaj jeszcze mówić nie możemy, gdyż nie znamy jeszcze zupełnie ściśle sposobu rozwoju i szerzenia się suchot u człowieka. Panujące dziś w nauce prądy są sprzeczne, a większość autorów, zdaniem moim, słusznie kładzie nacisk na właściwości organizmu człowieka, które mają odgrywać pierwszorzędną, a przynajmniej nie mniej ważną od lasecznika, rolę. Stąd też omawiając profilaktykę gruźlicy, wybitny niemiecki badacz Behring powiedział: „problemat zwalczania gruźlicy dopóty w zupełności nie będzie rozwiązany, dopóki nie zostanie dokładnie wyjaśnione, dlaczego jedne osobniki padają ofiarą suchot, żyjąc wśród tych samych warunków, w których inne bynajmniej nie ulegają tej chorobie“. Również trafnie wypowiedział to wybitny higienista francuski Duclaux: „przedmiotem walki przeciwgruźliczej powinien być nie lasecznik gruźliczy, jeno człowiek. Nie dość jest zachować środki ostrożności względem suchotników, troszczyć się o to, gdzie się dostanie ich plwocina, bielizna osobista i stołowa: trzeba się starać także o ich wzmocnienie, jeśli chcemy powiększyć ich odporność wobec nieprzyjaciela ukrytego. Należy także zająć się wzmocnieniem ich otoczenia, jeżeli pragniemy uczynić nieškodliwymi zarazki, które na przekór najtroskliwszym staraniom wydostają się z pokoju, a nawet mieszkania chorego“.

Powyższe więc dane stanowiąc będą główne wytyczne profilaktyki gruźlicy płucnej, a środki, w tym kierunku stosowane, podzielićby można na dwie zasadnicze kategorie. Do pierwszej grupy zaliczyć należy środki, mające na celu niszczenie, usuwanie a tem samem i ochronę organizmu ludzkiego od działania nań zarazka gruźliczego, t. j. lasecznika i jego produktów. Do drugiej zaś grupy zaliczają się ogólnospołeczne środki, mające na celu poprawę bytu i złych warunków, szczególnie wśród ludności ubogiej, która, jak wiadomo, najczęściej i najliczniej zapada na suchoty. Te dwie kategorie środków są ściśle związane z trzecim podstawowym w tej sprawie czynnikiem ogólnopaństwowym, mianowicie podniesieniem ogólnej oświaty klas biednej ludności. Wypełnienie bowiem odpowiednich przepisów prawodawczosanitarnych, jest ściśle związane ze stopniem kultury danego społeczeństwa; im wyżej ono w tym kierunku stoi, tem większa jest nadzieja ścisłego i sumiennego wypełniania przepisów, gdyż słusznie mówi cytowany już wyżej higienista francuski Duclaux „że prawa i rozporządzenia nie wystarczają tam, gdzie obyczaje nie dojrzały“. Stąd też w społeczeństwach wysoko kulturalnych, jak w Danji, Skandynawji, Anglii, Niemczech,

widzieliśmy w ciągu ostatniego dziesiątka lat przed wojną, niezwykle dodatni wynik walki z gruźlicą w postaci wyraźnie i stanowczo zmniejszonej liczby śmiertelności z tej choroby.

Co się więc tyczy sprawy podstawowej, t. j. niszczenia źródła zarazka, to kwestja ta powinna być, właściwie mówiąc, najistotniejszym i najważniejszym czynnikiem w profilaktyce gruźlicy. Ten wzgląd był prawdopodobnie jednym z najważniejszych czynników olbrzymiego entuzjazmu, jaki powstał po wykryciu lasecznika przez Kocha. Przypuszczano, że walka z nim będzie łatwa, a przez jego usunięcie zniknie owo straszne widmo ze świata. Niestety, doświadczenie praktyczne wykazało, że zniszczenie tego, tak łatwo ujawnić się dającego czynnika, t. j. lasecznika, bynajmniej nie jest łatwe, że drogi, któremi wnika do organizmu, są liczne, że pasorzyt znajduje się wszędzie tam, gdzie przebywa człowiek lub zwierzę dotknięte gruźlicą; walka z zarazkiem jest ciężka i trudna, w grę bowiem wchodzi czynniki biologiczne zarazka, zupełnie dotychczas nie wyjaśnione i warunki, w których dany osobnik ulega zakażeniu. W każdym razie z punktu widzenia praktycznego pozostaje dla nas konkretny i żadnej wątpliwości nie ulegający fakt, że lasecznik gruźliczy jest owym czynnikiem, bez udziału którego gruźlica rozwinąć się nie może, należy więc przypuszczać, że po usunięciu i zniszczeniu laseczników możność rozwoju gruźlicy u człowieka byłaby zupełnie wykluczona. Logiczna konsekwencja tego twierdzenia będzie ta, że abstrahując od wątpliwych i jeszcze niejasnych kwestyj dotyczących samego aktu zarażenia się człowieka, winniśmy stale dążyć do niszczenia i unieszkodliwiania zarazka, co stanowić będzie najkardynalniejszą zasadę profilaktyki. W części, opisującej biologję lasecznika, wykazaliśmy, że najobfitszem i najpospolitszem źródłem żyjących i jadowitych laseczników jest plwocina, wykrztuszana przez suchotników. Wykazaliśmy również, jak olbrzymie ilości laseczników może produkować jeden suchotnik, a cóż dopiero całe legjony tych nieszczęśliwych, znajdujących się wszędzie.

Walka więc z plwociną, odkażanie jej, niszczenie stanowi nietylko podstawowy czynnik walki z gruźlicą, lecz i profilaktyki gruźlicy. Plwocina, o ile się znajduje w stanie płynnym, nie jest szkodliwa, gdyż z ośrodka płynnego lasecznik nie może przedostać się do powietrza; natomiast plwocina wyschnięta przedostaje się z łatwością wraz z lasecznikami pod postacią drobnego pyłu do dróg oddechowych człowieka i tam najczęściej początkowo rozwija się gruźlica. Na podstawie powyższych właściwości plwociny suchotniczej można z łatwością sformułować następujące środki zapobiegawcze: 1) plwocina, wyrzucana przez suchotników, winna być zawsze i stanowczo odpluwana do odpowiednich sopluczek, wypełnionych w części wodą lub jakimkolwiek płynem odkażającym. Zawartość sopluczek winna być codziennie wylewana do ognia, a same naczyńka starannie płukane we wrzącej wodzie. Plwocina nie powinna być wylewana do śmietników, na ziemię, pola ogrodowe i t. p., gdyż może się stać szkodliwą nietylko przez

wyschnięcie, lecz spożyta przez zwierzęta lub ptactwo domowe może zarazić je gruźlicą. Spluwaczki należy nie tylko umieszczać w pokoju chorego, dotkniętego gruźlicą, lecz również rozstawiać we wszystkich miejscach publicznych, jako to: na schodach domów, salach szpitalnych, warsztatach, fabrykach, wagonach, kościołach, teatrach, koszarach i t. p., wogóle we wszystkich miejscach, w których przebywa czasowo lub stale znaczna liczba osób, gdyż zawsze wśród nich znajdzie się pewna liczba suchotników, odpluwających plwocinę, zawierającą laseczniki. 2) Bielizna suchotników, szczególnie ciężko chorych zwykle bywa zanieczyszczona plwociną; należy więc prać ją oddzielnie po uprzednim pogrążeniu na pewien czas we wrzącej wodzie. 3) Unikać stanowczo spania w łóżku, w którym przebywał lub przebywa suchotnik, a pokój zamieszkały przez tegoż, winien być uprzednio starannie zdezynfekowany; jeśli zaś osoba zdrowa zmuszona jest mieszkać w jednym pokoju z osobnikiem, dotkniętym gruźlicą, to powinna bardzo dbać o staranne przewietrzanie pokoju, jako też o to, aby plwocina nie była wykrztuszana na podłogę, ścianę, bieliznę i t. p., lecz w odpowiednie naczynie. Suchotnicy, nieobłożnie chorzy, winni mieć kieszonkowe spluwaczki, najlepiej szklane, które należy oczyszczać codziennie starannie po spalaniu zawartości.

Powyższe przepisy, sformułowane jeszcze w roku 1888 przez Villemina w Paryżu, nic nie straciły po dziś dzień na swojej aktualności, dodać by tylko w tej kwestji można o użyteczności w tym kierunku napisów, umieszczanych w miejscach publicznych, zabraniających plucia na podłogę. Napisy te jednakże, umieszczane w fabrykach, warsztatach i innych miejscach publicznych, winny posiadać krótkie, uzupełniające napisy wyjaśniające, że drogą plwociny, pochodzącej nawet nie od ciężko chorego, mogą po jej wyschnięciu zarazić się zdrowi, współtowarzysze więc zdrowi we własnym interesie sami będą pilnować ścisłego spełniania owego prostego przepisu higienicznego, zmuszając kaszlących współtowarzyszy do plucia w spluwaczkę. Ta własna samoobrona zdrowych będzie o wiele skuteczniejszym środkiem, niż przepisy administracyjno-policyjne, nawet pod grozą kar pieniężnych.

Inne wydzielin y osobników dotkniętych gruźlicą (kał, mocz, ropa i t. p.), mogą również zawierać laseczniki (cierpienia gruźlicze kiszek, nerek i t. p.) i stanowić źródło zakażenia. Wydzielin y jednakże tych ostatnich kategorii przedstawiają niebezpieczeństwo daleko mniejsze dla zdrowego człowieka, są one bowiem oddawane w oddzielne naczynia i zwykle szybko usuwane; zarażenie więc jedynie szerzyć się może przez bieliznę zawałaną kałem lub moczem, zawierającym laseczniki gruźlicze; należy więc, jak to wyżej była mowa, zanurzać ją w gorącej wodzie i następnie starannie spierać.

Brak czasu nie pozwala mi bliżej opisywać różnego rodzaju spluwaczek, oraz sposobów odkażania i niszczenia plwociny, sprawy te omawiane są w wykładach higieny i opisywane w odnośnych broszurach popularnych.

Lasecznik gruźliczy, pochodzący z chorego zwierzęcia, może, jak to mówiliśmy wyżej, przez przedostanie się do organizmu człowieka wywierać również swoje szkodliwe działanie; stąd też z punktu widzenia zapobiegawczego należy mieć na względzie i tę okoliczność i pamiętać, że lasecznik gruźliczy znajdować się może nie tylko o narządach, lecz i w wydzielinach chorego zwierzęcia, a więc nie tylko w mięsie bydłem lecz przede wszystkim w mleku krwi i jego przetworach. Co się tyczy mięsa, to możliwość przedostania się tą drogą gruźlicy do organizmu człowieka jest niesłychanie mała, gdyż gotowanie i pieczenie mięsa zabija laseczniki; jednakże w mięsie na wół gotowanym lub wędzonym mogą się znajdować jadowite laseczniki i wywoływać gruźlicę przez oddziaływanie na kanał pokarmowy wprost lub też pośrednio na inne narządy człowieka. Zadaniem więc profilaktyki w tym kierunku będzie w drodze nadzoru weterynaryjnego usuwanie z handlu mięsa wołów lub krów, dotkniętych tak zwaną perlicą.

Mleko, stanowiące niezbędny i pożądaną środek spożywczy, zwłaszcza dla dzieci, może być niesłychanie łatwym przenośnikiem zarazki gruźliczego, tem bardziej że perlica u krów jest wszędzie w Europie bardzo rozpowszechniona. O możliwości zakażenia gruźlicą zwłaszcza dzieci drogą spożywania mleka, zawierającego laseczniki gruźlicze, mówiliśmy szczegółowo w rozdziale etjologii. Na profilaktykę gruźlicy w tym kierunku zwrócono w ostatnich czasach niesłychanie baczną uwagę. Zapobieganie polegać powinno w pierwszej linii na usuwaniu z obór krów, dotkniętych gruźlicą, której rozpoznanie drogą zastrzyknięć tuberkuliny jest dziś niesłychanie łatwe; leżyć to winno w interesie właściciela obory, tem bardziej, że odsuwając wcześniej zwierzę, dotknięte gruźlicą, unika się zarażenia innych sztuk i stopniowego zmarnowania całej obory. W niektórych nawet państwach, jak w Danji, wprowadzone zostały prawodawczo obowiązkowe oględziny bydła. W tym kierunku u nas należałoby się starać, aby Towarzystwa Rolnicze za pomocą odpowiednich publikacji uświadamiały szczególnie właścicieli małych gospodarstw o cechach właściwych gruźlicy krów i o sposobach uchronienia ich od jej rozwoju.

Mleko, zawierające laseczniki gruźlicze, przestaje być szkodliwym dla organizmu po mocnem zagotowaniu, ponieważ zaś w życiu codziennym jest niemożliwą rzeczą badanie w domu mleka na obecność laseczników, należy więc przyjąć za правило, wobec częstości perlicy u krów, aby mleko używane do karmienia, szczególnie niemowląt, było stosowane jedynie po uprzednim kilkakrotnem zagotowaniu; i dorośli nawet winni unikać picia mleka surowego, aczkolwiek możliwość zarażenia się tą drogą dorosłych jest względnie mała.

O wiele trudniej przedstawia się sprawa z serami, a szczególnie z masłem, w których to produktach również znajdować się mogą laseczniki gruźlicze. Tutaj proponowano przygotowanie tych produktów z gotowanego mleka, naturalnie o ile z punktu widzenia technicznego dałoby się to zastosować. W każdym razie możliwość zakażenia się tą drogą jest bardzo niewielka, gdyż produkty te

nie bywają spożywane przez niemowlęta; w każdym razie i w tym kierunku profilaktyka polegać będzie na usuwaniu z obór krów dotkniętych gruźlicą.

Rodziłoby się obecnie doniosłe pytanie, czy nie dałoby się najskuteczniej ochronić osobników zdrowych od zarażenia się gruźlicą przede wszystkim przez usunięcie chorych i uniemożliwienie zetknięcia się ich ze zdrowymi jednostkami. O ile jednakże środek ten z punktu widzenia teoretycznego byłby najradykałniejszym, o tyle w praktyce okazałoby się absolutnie niemożliwym; po pierwsze dlatego, że przy olbrzymiej ilości suchotników nie wystarczyłoby środków nawet w najbogatszych społeczeństwach, aby te legjony nawet tylko ciężko chorych umieścić i utrzymać w odpowiednich zakładach; powtóre, nietylko ciężko chorzy, ale nawet dotknięci poczynającymi się sprawami lub postaciami przewlekłymi, czujący się nieraz względnie jeszcze dobrze, przedstawiają również niebezpieczeństwo dla otoczenia, gdyż plują nieraz bardzo obficie; i tych więc należałoby mimo ich woli zaamykać w zakładach, co naturalnie w dzisiejszym stanie pojęć jest wprost niemożliwe. Pomimo to jednakże władze państwowe na podstawie odnośnego prawodawstwa winny przedsięwziąć akcję w kierunku zabezpieczenia zdrowych od szkodliwego wpływu na nich chorych osobników.

Akcję tę winny prowadzić w podwójnym kierunku 1) starając się otwierać z funduszków państwowych lub przy pomocy kas chorych sanatoria, odpowiednio urządzone w różnych miejscowościach kraju, w których biedni suchotnicy znajdowałiby bezpłatnie, lub za niewielką opłatą; odpowiednie pomieszczenie, 2) otwierając w miastach specjalne oddziały przy szpitalach dla ciężko chorych suchotników, a na wsiach dla tejże kategorii chorych skromnie urządzone przytułki, usuwając ich w ten sposób z mieszkań najczęściej ciasnych i przepełnionych. To usuwanie poniekąd przymusowe ciężko chorych, mieszkających w ciasnych i złych mieszkaniach wspólnie ze zdrowymi (po odpowiednim zameldowaniu przez lekarza chorych) możliwe jest w tych krajach (Skandynawja, Saksonja) w których istnieje odpowiednia liczba miejsc w sanatorjach i przytułkach, dzięki czemu każdy wskazany przez lekarza chory znajduje w jaknajkrótszym czasie odpowiednie pomieszczenie. Niestety u nas, nawet gdyby podobne prawo powstało, pozostanie ono jeszcze na długo literą martwą. Należy więc w tem smutnem położeniu działać pośrednio, niejako częściowo, przez odpowiednie przepisy policyjno-sanitarne, które ochraniałyby społeczeństwo od zgubnego wpływu chorych gruźliczych na zdrowe jednostki; a więc ściśle przestrzeganie dezynfekcji mieszkań po zmarłych suchotnikach, przestrzeganie higienicznych przepisów w hotelach, domach zdrowia i t. p. polewanie dostateczne ulic i miejsc, w których gromadzi się dużo kurzu i t. p. Prawidła te w wyższym jeszcze stopniu stosują się do fabryk, więzień, koszar i t. p. miejsc, w których oględziny lekarskie sanitarne winny nietylko dbać o dobre warunki sanitarne, lecz specjalnie zwracać uwagę na pracowników dotkniętych gruźlicą, poddawać ich specjalnym badaniom, udzielać rad odnoszących się do higieny ich życia prywatnego, a bardziej chorych umieszczać na koszt tych instytucji w sanatorjach i szpitalach.

Sądzę, że w tym kierunku wiele działań będą mogły u nas wchodzić w życie kasy chorych, które podobnie jak w Niemczech powinny się zatroszczyć o los swoich członków, dotkniętych gruźlicą, tworząc własne sanatoria i przychodnie dla chorych z poczynającymi się sprawami, oraz szpitale lub przytułki dla dalej posuniętych suchotników. Sprawa ta jest niestety ważna, gdyż w Niemczech np. okazało się, że u połowy przeszło niezdolnych do pracy robotników fabrycznych główną przyczynę stanowiła gruźlica płucna. 3) Szczególniejszą uwagę w kierunku gruźlicy winni mieć zwróconą lekarze wojskowi, aby niedopuszczyć chorych gruźliczych nawet w poczynających się okresach, do spełniania służby wojskowej, a tem samem do zamieszkiwania wspólnego ze zdrowymi żołnierzami. Jak bowiem wykazało doświadczenie w ciągu obecnej wojny, wskutek zaniedbania powyższych przepisów gruźlica w armjach szeroko się rozpostarła. Należy więc zwrócić niezwykle baczną uwagę na rekrutów podczas przyjmowania ich do wojska przez odpowiednie ścisłe badanie, a następnie szybko usuwać z armji żołnierzy, przedstawiających wyraźne objawy gruźlicze i pomieszczać ich w odpowiednich sanatoriach.

Obok instytucji państwowych i komunalnych, które winny, jak to powiedziałem wyżej, stosować podstawowe zasady profilaktyki gruźlicy, współdziałać z nimi będą i instytucje filantropijne t. zw. Ligi przeciwgruźlicze, szeroko rozgałęzione w całej Europie; one bowiem za pomocą odpowiednio urządzonych przychodni, wchodzi za pośrednictwem swych członków w bliższy stosunek z rodzinami chorych, dotkniętych gruźlicą, starają się nie tylko o umieszczenie chorego w odpowiednim zakładzie, lecz jednocześnie udzielają rady i pomocy lekarskiej lżej chorym, wspierają chorych i ich rodziny, pouczają za pomocą odczytów i odnośnych publikacji o konieczności właściwego rachowania się i zabezpieczenia zdrowych członków od zapadnięcia na tę chorobę. W tych kierunkach działa wysoce pożyteczne, zorganizowane przezemnie w r. 1909 przy pomocy garstki ludzi dobrej woli, Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, które rozszerza się stopniowo, organizując nawet w ostatnich latach filje w większych miastach naszego kraju.

Dotychczas rozpatrzyliśmy pokrótce kwestję profilaktyki z punktu widzenia infekcyjnego, kładąc nacisk na środki, ochraniające organizm od dostania się doń wprost zarazka gruźliczego. Doświadczenie jednakże wykazało, jak to wielokrotnie wspominałem, że obok lasecznika do rozwoju gruźlicy potrzeba jeszcze pewnej właściwości organizmu, zwanej powszechnie usposobieniem. Wyżej w rozdziale etjologii rozbieraliśmy szczegółowo warunki, uspasabiające do gruźlicy; w dzisiejszym jednakże stanie wiedzy nie jesteśmy w możności określić bliżej tych warunków, które zrobiłyby organizm ludzki stanowczo odpornym na zarazek gruźliczy.

Jak to wykazaliśmy wyżej, sprawa powstawania gruźlicy jest przedewszystkiem związana z ogólnym pauperyzmem, jest to bowiem choroba właściwa biednej, a przedewszystkiem fabrycznej, miejskiej ludności; z drugiej zaś strony

wiemy, że ze wzrostem dobrobytu suchoty występują rzadziej, i że w zamożniejszej klasie ludności, występują przeważnie u osobników wątłych, źle zbudowanych, oddających się różnym nadużyciom i t. p. Podstawowym więc postulatem, mogącym wzmocnić odporność organizmu tych wszystkich jednostek, winno być dążenie do tego, aby usunięte były wszystkie szkodliwe czynniki, rozebrane, szczegółowo w rozdziale o etiologii, a więc: złe mieszkania, brud i zaduch w nich, niedostateczne i niewłaściwe pożywienie, nadużycie napojów spirytusowych; z drugiej zaś strony dążyć należy do poprawy warunków higienicznych w fabrykach, warsztatach, w więzieniach, trzeba ograniczać liczbę godzin pracy, kwalifikować robotników do odpowiedniego zajęcia, zależnie od ich konstytucji, ograniczać pracę małoletnich, budować na szeroką skalę mieszkania odpowiednie dla robotników z ogródkami, zaprowadzać dobrą wodę do picia, kontrolę sanitarną nad produktami spożywcami, budować dobrze urządzone szkoły szczególnie ludowe i t. p. Wszystkie powyższe środki zaradcze wkraczają w dziedzinę ogólnie państwowych urządzeń społecznych, które wprowadzane być mogą u nas tylko stopniowo na drodze prawodawczej. Doświadczenie bowiem zdobyte w Europie zachodniej od kilku dziesiątków lat, wykazało, że instytucje państwowe, dążące w tym kierunku, osiągnęły stopniową poprawę warunków higienicznych, dzięki czemu nie tylko ogólna śmiertelność znacznie się zmniejszyła, lecz i liczba umierających na gruźlicę osobników, stopniowo i stale ulegała zmniejszeniu. Fakt ten najbardziej dał się zauważyć w Anglii, w której najenergiczniej, z punktu widzenia prawodawczego, wystąpiło państwo, wydając szereg uchwał, mających na celu ochronę zdrowia publicznego. Obok owych podstawowych czynników prawodawczych współdziałać winna jeszcze w tym kierunku i akcja społeczna pod postacią np. stowarzyszeń budowy zdrowych mieszkań i ogródków dla robotników, towarzystw wstrzemięźliwości, kąpeli ludowych, opieki nad ciężarnymi kobietami, niemowlętami (t. zw. kropla mleka) i t. p. Również w tym kierunku doniosłe znaczenie posiadają instytucje, mające na celu ochronę zdrowia dzieci, szczególnie zaś zrodzonych z rodziców suchotników, dzieci żółzowatych, rachitycznych i t. p. Do tych pożytecznych instytucji zaliczamy szpitale nadmorskie dla dzieci skrofalicznych, kolonje letnie nie tylko dla słabowitych, lecz i zdrowych biednych miejskich dzieci i t. p. Instytucje powyższe, szeroko rozwinięte na zachodzie Europy, bez wątpienia stanowią jeden z potężnych czynników profilaktyki gruźlicy. I u nas, aczkolwiek powoli, powstają podobne instytucje, jak np. szpital dla dzieci żółzowatych w Ciechocinku, Rabce, kolonje letnie w Warszawie, Łodzi, park Jordana w Krakowie, ogródki im. Raua w Warszawie i t. p.

Niezmierną doniosłość również w kierunku profilaktyki gruźlicy we wszystkich warstwach społecznych, posiada odpowiednie fizyczne wychowanie dzieci, a bardziej jeszcze młodzieży przez urządzenie rozmaitych zajęć sportowych, gimnastyki, pływania, gry w piłkę, wycieczek pieszych, konnej jazdy i t. p. Sporty te, szeroko wprowadzone w Anglii i Niemczech, a obecnie i u nas (skauci), są bodaj najskuteczniejszym środkiem przeciw rozwojowi gruźlicy u młodzieży,

powszechnie zaniedbującej u nas w czasie studjów zajęcia sportowe. Odnosi się to szczególnie do młodzieży, pochodzącej z rodziców gruźliczych, która od najmłodszych lat w tym kierunku winna być metodycznie tresowana. Rzecz szczególniejsza, że u nas w tym kierunku istniało do ostatnich lat zupełne zaniedbanie, pomimo że genialny nasz lekarz i przyrodnik Jędrzej Śniadecki w niepospolitym na owe czasy traktacie, „O fizycznym wychowaniu dzieci“ wydanym w r. 1822 t. j. prawie przed 100 laty, pomieścił oddzielny rozdział pod tytułem: „Wychowanie dzieci z urodzenia słabych lub też niedołącznych“, w którym pisze między innymi: „Od wychowania po większej części zawisło, że te przyrodzone usposobienia do suchot, albo trwają, rosną i w chorobę się zamieniają, albo się powściągają, ograniczają, lub niszczą zupełnie“. A dalej „Ile albowiem uważać mogłem źle zbudowana młodzież, żyjąc twardo w niewygodach, pracy, nie wystrzegając się niczego, ale żyjąc skromnie przy często nawet wybuchających katarach nie dostawała suchot, dla czego wojskowa służba lub pracowite życie gospodarskie na wsi najlepiej im służy. Jeszcze znam takich, którzy z poczynającą się niemal chorobą wszedłszy do wojska, po odbyciu najpracowitszych kampanji, powracali zdrowi i czerstwi. W miastach osoby takie najczęściej padają niechybnie ofiarą wygodnego życia i uciech“. Te niepospolite, rozumne, a trafne przepisy higieniczne, dowodzące ważności ruchu, świeżego powietrza i życia skromnego w profilaktyce gruźlicy u kształcącej się młodzieży, wypowiedziane pod adresem lekarzy przed stu niemal laty, zostały w zupełności zapomniane, a dopiero w ostatnich dziesiątkach lat zaczęliśmy je bliżej omawiać i stosować, zaczerpując je od obcych, jako niezwykłą nowość.

Odpowiednie więc wychowanie fizyczne dzieci i młodzieży i gruntowna reforma w tym kierunku, przedewszystkiem szkół średnich z uwzględnieniem sportu na wzór szkół angielskich, będzie jednym z najważniejszych środków profilaktyki gruźlicy; a samo z siebie wynika, że jednocześnie w młodzież winny być wpajane zasady rozumnej higieny życiowej, znaczenie powietrza, ruchu, szkoldliwości wysokości i nadużyć wszelkiego rodzaju. Oględziny lekarskie metodyczne, polegające na konstatowaniu wczesnych zaburzeń w drogach oddechowych, ewentualnie umieszczanie ucznia chorego na poczynającą się gruźlicę w odpowiednim sanatorium, powinno być również ważnym środkiem współdziałającym. Samo pomieszczenie szkolne, a przedewszystkiem szkół ludowych, winno stanowić wzór urządzeń higienicznych; w tym kierunku instytucje miejskie i gminne powinny wyteżać całą uwagę i nie żałować ofiar materialnych, pamiętając o słowach wyrzeczonych, przez naszego wielkiego lekarza i społecznika Diettla na Sejmie lwowskim w r. 1866. „Pieniądze, które wydacie na rzecz oświaty, nie są wydane, tylko pożyczone, bo oświata — to najrzetelniejszy dłużnik; oświata, która rodzi wolność, moralność i zamożność, wynagrodzi z lichwą pieniędzy na jej rzecz wypożyczony“. W szkole więc i to elementarnej powinien uczeń od nauczyciela, biegłego nie tylko w przedmiotach ogólnych, lecz i higienie, czerpać podstawowe wiadomości, odnoszące się do profilaktyki gruźlicy. Dobra więc



szkoła jest, zdaniem mojem, jednym z najważniejszych postulatów w walce z gruźlicą pośród naszego ludu wiejskiego, wśród którego niestety gruźlica, szczególnie po wojnie, szerzy się nadmiernie.

Ze względu na doniosłość dziedziczności w powstawaniu suchot wynikałoby z punktu widzenia profilaktycznego nadzwyczaj ważne i poniekąd podstawowe prawidło, aby osobniki, dotknięte sprawą gruźlicą, nie zawierały związków małżeńskich. Pytanie to niezwykle doniosłe w ogromnej większości przypadków pozostanie z wielce różnorodnych względów pytaniem czysto akademickiem. Jednakże istnieją w praktyce i pod tym względem wyjątki, że lekarz pytany bywa o radę w tej poważnej kwestji; odpowiedź jego winna być we wszystkich przypadkach, w których mamy do czynienia z wyraźnie już ujawnionymi zmianami gruźliczemi w płucach, stanowczo i kategorycznie odmowna, zwłaszcza u kobiet, u których, jak wyżej widzieliśmy, małżeństwo z następczą ciężą stanowi wielką groźbę i w większości przypadków wywołuje szybko i złośliwie postępującą sprawę gruźliczą. Nawet osobnikom pozornie zdrowym, wątlwym, a bardziej jeszcze dziedzicznie usposobionym, i również przedewszystkiem kobietom, należy pozwalać na wstępowanie w związek małżeński jedynie w nieco starszym wieku, przy pełnym rozwoju organizmu, mając przytem w wysokim stopniu na względzie warunki materjalne, w jakich żyć będzie przyszłe małżeństwo. O ile bowiem te warunki będą lepsze, o tyle łatwiej zachowane być mogą odpowiednie przepisy higieniczno-djetetyczne, stanowiące nietylko profilaktykę dla danych osobników, lecz jednocześnie przedstawiające korzystniejsze warunki pod tym względem dla przyszłych pokoleń; u dzieci bowiem, zrodzonych z rodziców wątlwych lub usposobionych do gruźlicy, winno być stosowane niemal od pierwszej chwili ich życia odpowiednie higieniczno-djetetyczne wychowanie.

Warunkowo jedynie możnaby się zgadzać na małżeństwo w tych przypadkach, w których sprawę uważamy za wyleczoną, w której przynajmniej od lat kilku nie było objawów świeżego jej nasilenia, w których płwocina łaseczników wcale nie zawiera, a stan ogólny przedstawia się dobrze. I tego rodzaju osobniki ze względu na możliwe nawroty, winny zachować w wysokim stopniu odpowiednie przepisy higieniczno-djetetyczne (dobre mieszkanie, oddzielne, jeśli to możliwe, sypialne pokoje, a conajmniej łóżka), pamiętając zawsze o możliwości udzielenia się choroby zdrowemu współmałżonkowi.

Nareszcie wypada mi jeszcze wspomnieć o pewnych poglądach bardziej teoretycznej niż praktycznej natury, a mianowicie o t. zw. immunizacji przeciw gruźlicy. Sprawa ta polega na podstawie osiągniętej odporności u zwierząt na gruźlicę za pomocą szczepienia coraz mocniejszych hodowli gruźliczych wprost, lub też osiągnięcia immunizacji pośrednio za pomocą szczepienia antytoksyn, tą pierwszą drogą osiągniętych. Opierając się na szczegółowych pracach i doświadczeniach, niektórzy badacze jak Maragliano, Behring, a w ostatnich czasach Much, Deycke, Jusset i inni, otrzymali istotne uodpornienie u zwierząt, i na tej podstawie przypuszczali, że można będzie w przyszłości osiągnąć

również u ludzi podobną odporność za pomocą metodycznego stosowania u nich bądź surowicy, pochodzącej od zwierząt zupełnie uodpornionych, bądź nawet przez użycie wewnętrzne wydzielin jak np. mleka, które u tej kategorii zwierząt również zawiera czynne antytoksyny i t. zw. ciała zabezpieczające (*Antikörper*). Behring przypuszczał nawet, że karmienie tego rodzaju mlekiem niemowląt mogłoby je zabezpieczyć od zarażenia się gruźlicą. Naturalnie owe teoretycznie bardzo pojęte poglądy pozostały dotychczas w dziedzinie hipotez. To samo da się powiedzieć i o poglądach Maragliano, który usiłował uodparniać ludzi na gruźlicę przez wywoływanie na skórze (przedramienia) powierzchownego ogniska gruźliczego, które ma być źródłem powolnego wytwarzania się na drodze poniekąd czynnej substancji zabezpieczających. Szczepienia te miały wykazywać stopniowo wzmagającą się siłę aglutynacyjną krwi u szczepionych osobników. Czy jednakże szczepienia te istotnie zabezpieczą człowieka od rozwoju gruźlicy, trudno jest obecnie powiedzieć cośkolwiek stanowczego, gdyż nie możemy pod tym względem opierać się na równoległych doświadczeniach na zwierzętach, jak to czynił Maragliano, które okazały się zupełnie zabezpieczonymi od rozwoju gruźlicy nawet w razie zaszczepienia im jadowitych laseczników gruźliczych. Wogóle sprawa ta, wysoce doniosła z punktu widzenia naukowego, nie może mieć obecnie znaczenia praktycznego, poglądy bowiem Maragliano i nowszych autorów podlegają bardzo licznym naukowym wątpliwościom i kontrolersom.

---

## WYKŁAD XVIII.

**Leczenie suchot płucnych. Leczenie swoiste; środki farmaceutyczne, przeciwnilne i balsamiczne; kreozot i jego przetwory, ichtiol, siarka, terpeny i olejki eteryczne, arsenik i jego przetwory. Wziewania. Tuberkulina Kocha i inne surowice. Wskazania do stosowania leków.**

---

Podjęcie skutecznych zabiegów terapeutycznych możliwe jest w każdej sprawie patologicznej tylko wówczas, kiedy na podstawie ścisłych faktów klinicznych i anatomopatologicznych istnieją stanowcze dane, dowodzące jej uleczalności. Powyżej przytoczyliśmy odpowiednie dane, dowodzące, że suchoty płucne są stanowczo wyleczalne i to we wszystkich okresach, a stosunkowo często w początkujących się okresach; również często sprawa gruźlicza w płucach zatrzymuje się w rozwoju na dłuższy lub krótszy przeciąg czasu, dając t. zw. wyleczenie czasowe. Tym więc sposobem suchoty płucne we wszystkich okresach przedstawiają stałą tendencję do wyleczenia stałego lub czasowego, przecząc poniekąd złej opinii, jakie posiadała ta choroba wśród ogółu publiczności, a nawet lekarzy, do ostatnich niemal czasów; widziano w niej bowiem cierpienie *par excellence* bez wyjścia t. j. niewyleczalne. Opinia ta niekorzystna powstała z tego powodu, że za suchoty uważano tylko sprawy, znajdujące się w okresach rozpadowych, t. j. rozpaczliwych choroby; dopiero w ostatnich dziesiątkach lat, z postępem dyagnostyki fizykanej, a przede wszystkim z wykryciem laseczników, zaczęto rozpoznawać wczesne okresy choroby, przekonywać się wobec ich zejścia pomyślnego o możliwości wyleczenia. To pojęcie wyleczalności powoli przenika i do ogółu, a nawet w ostatnich dwóch dziesiątkach lat spostrzegamy kierunek wprost przeciwny, t. j. pewne zbyt entuzjastyczne zapatrywanie się ogółu lekarzy na sprawę wyleczalności suchot. Naturalnie prawda leży pośrodku, a w dzisiejszym stanie wiedzy możemy jedynie stanowczo twierdzić, że suchoty płucne stanowią cierpienie, posiadające w ciągu całego swojego przebiegu

u wielu osobników stałą dążność do zatrzymania się w rozwoju, a nawet do zupełnego wyleczenia. Ta więc naturalna dążność do samoograniczenia stanowi podstawową zasadę leczenia suchot, a aforyzm Hippokratesa „*medicus minister et non magister naturae*“ najbardziej da się tutaj zastosować. Skuteczne leczenie jakiegokolwiek sprawy, a więc i suchot, powinno się opierać na dokładnej znajomości tych warunków, w jakich samoograniczenie sprawy przychodzi do skutku, a jak wykazaliśmy wyżej, zabliznienie częściowe lub stałe gruźlicy płucnej odbywa się za pomocą rozwoju tkanki łącznej; bliżej jednakże nie wiemy, jakimi drogami się to uskutecznia, stąd też i brak nam kardynalnych podstaw, mogących stanowić wskazówki terapeutyczne do osiągnięcia tą lub inną drogą zupełnego wyleczenia.

Sprawie leczenia suchot, ze względu na częstość tego cierpienia, lekarze wszystkich wieków i szkół poświęcali baczną uwagę. Dlatego też posiadamy nieskończoną liczbę środków, a nawet całych metod leczniczych, które przetrwały krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, aby ulec zapomnieniu; ich miejsce zajmowały inne w tej samej lub zmienionej postaci. Historia lecznictwa suchot płucnych stanowi niesłychanie ciekawą i pouczającą materjał dla krytycznie myślącego lekarza; wykazuje ona, jak skądinąd nawet najkrytyczniejsze umysły lekarskie wpadały w tym kierunku w jednostronny pogląd, jak poświęcano gwoźli sformułowanej nieraz bardzo sztucznej teorii najelementarniejsze zasady zdrowej logiki, jak łatwo wmówić można w ogół lekarzy przekonanie o skuteczności leku i jak nawet bezwartościowe metody i leki utrzymywały się całymi dziesiątkami lat w arsenale lekarskim. Wreszcie w najnowszych czasach widzimy fakt nierównie smutniejszy, mianowicie, zalecane bywają szeroko nowe, różnorodne, jakoby na suchoty skuteczne leki, poparte nieraz opinią powag lekarskich, a stanowiące najczęściej tylko reklamę fabrykantów-producentów. Stąd też w leczeniu szczególnie farmaceutycznym suchot panował i panuje istotny chaos, w którym niezwykle trudno jest zorientować się lekarzowi. Przyczynę tego chaosu upatrywać należy w następujących okolicznościach. Ogromny procent przypadków gruźlicy wylecza się samodzielnie i stosowanym w tych razach lekom, lub metodom leczniczym, nie mającym nieraz żadnej podstawy naukowej; czasem nawet wprost szkodliwym dla organizmu suchotnika, przypisywano ów wynik dodatni, trzymając się zasady „*post hoc, ergo propter hoc*“. Autorowie tych metod i proponowanych leków działali najczęściej w dobrej wierze, a dodatnie wyniki, otrzymane przez nich w kilku lub kilkunastu przypadkach, zawodziły w zupełności u innego szeregu chorych, lek jednakże i metoda pozostawały dalej w użyciu. Jedną również z ważnych przyczyn owego chaosu terapeutycznego stanowi szeroko będąca w użyciu w ciągu ostatnich dziesiątków lat metoda statystyczna, która o ile może być wielce pożyteczna w innych gałęziach wiedzy lekarskiej, o tyle prowadzi do błędów w sprawie leczenia; stąd też i słusznie zwrócił na to uwagę już przed kilkudziesięciu laty genialny twórca metody doświadczalnej w medycynie Claude Bernard, pisząc „nigdy. statystyka nie wyja-

śniła i nie wyjaśni nam istoty zjawisk“. To samo właśnie da się powiedzieć o statystykach, ułożonych w celu wykazania skuteczności danej metody leczniczej, ponieważ niepodobna jest wyrachować z danej liczby chorych tych, którzy wyzdrowieli samodzielnie, przytem statystyka nie poucza o sposobie działania leku. Prócz tego autorowie nowych, skutecznych leków powołują się często na statystykę, opartą na kilku lub kilkunastu przypadkach i nietylko wyprowadzają fałszywe wnioski, lecz nawet obliczają odsetek, w jakim ów lek lub metoda doprowadziła do wyleczenia. Wreszcie niepoślednią rolę w tej kwestji odgrywają nieraz niedokładne, zbyt pochopne wnioski, bez dłuższej, często nawet niemożliwej obserwacji chorych.

Powyższe najgłówniejsze przyczyny doprowadziły teorię suchot do chaotycznego bezkrytycyzmu. Wyliczenie nawet pobieżnie tych najrozmaitszych leków i metod stanowiłoby jedynie niepotrzebny balast; ograniczę się więc w niniejszym wykazie do krótkiego opisu li tylko najważniejszych metod, usprawiedliwionych długoletniem doświadczeniem klinicznym, i opierać się będę przeważnie na wyniku moich osobistych spostrzeżeń. Po bliższe szczegóły odsyłam do III Tomu mojego podręcznika „Chorób dróg oddechowych“.

Leczenie swoiste (specyficzne). Pod nazwą leczenia swoistego suchot rozumiemy już nietylko pojedyncze leki najróżnorodniejszego pochodzenia, które miały posiadać, podług ich wynazców właściwości leczenia suchot, lecz także metody, złożone z kombinacji różnorodnych leków, środków djetycznych, czynników fizycznych (woda zimna, gorąca, promienie słoneczne i t. p.); wszystkie tej kategorii środki wykrywano bądź to na drodze czysto empirycznej, to jest na drodze spostrzegania wyniku dodatniego pewnego leku, lub też, jak to ma miejsce w ostatnich dziesiątkach lat, na podstawie badań naukowych, opartych na patologji doświadczalnej lub też na ścisłej lekarskiej klinicznej obserwacji. Leków czysto empirycznych, stosowanych w leczeniu suchot jest liczba nieskończenie wielka, a większość ich w dzisiejszych czasach uległa niemal zupełnemu zapomnieniu. Wyliczanie ich nawet uważam za zbyteczne, wspomnę tylko, że jeszcze przed kilku dziesiątkami lat, jako specyfiki w leczeniu suchot uważano: jod, rtęć, antymon, fosfor, fosforany alkaliczne, przetwory wapna, nawet złoto i cjan i wiele bardzo innych. Do drugiej kategorii leków należą te środki metody leczniczej, których zalecanie przeciw suchotom oparte było na wynikach patologji doświadczalnej, szczególnie po wykryciu laseczników, i na pracach nad bichemicznymi jego własnościami. Sądono więc przedewszystkiem, że środki, które niszczą laseczniki, lub uniemożliwiają dalszy ich rozwój, wywrą skuteczny wpływ na suchoty płucne. Patologja doświadczalna wykazała cały szereg leków z grupy antyseptyków, które działały zabójczo na rozwój laseczników, a więc: sublimat, karbol, jodoform, tymol, mentol, kreozot i wiele bardzo innych, i słusznie sądzono, że leki te powinny być skuteczne u człowieka, dotkniętego-

gruźlicą. Niestety jednakże dodatnie wyniki, otrzymane w pracowni, w zupełności zawiodły w praktyce; nie tylko bowiem nie zdołano osiągnąć przy pomocy owych środków zatrzymania w rozwoju gruźlicy, sztucznie wywołanej u zwierząt, lecz i doświadczenie kliniczne, t. j. wieloletnie stosowanie tej grupy środków (wewnętrznie, podskórnym, drogą wziewną, wcierań i t. p.), w rozmaitych postaciach i okresach suchot płucnych dało naogół wyniki ujemne. Ja osobiście stosowałem metodycznie w ciągu kilku dziesiątków lat najróżnorodniejsze leki, należące do tej grupy, w praktyce zakładowej, szpitalnej i prywatnej i ostatecznie doszedłem do wniosku, zgodnego ze spostrzeżeniem większości klinicystów, że żaden z tych licznych leków nie wywiera swoistego działania na gruźlicę płucną. Wprawdzie przy stosowaniu niektórych tych środków widywałem u chorych czasową lub nawet stałą poprawę; spostrzegałem ją jednak i w tych razach, w których zalecałem tylko leczenie higijencjonalno-dietetyczne i objawowe. Niektórzy autorowie uznawali skuteczność pewnych leków tej grupy, lecz nie w sensie działania swoistego, a pośredniego, mianowicie pobudzenia trawienia, ułatwienia odpluwania, oczyszczania wydzieliny i t. p. Stąd też, pomimo że większość leków tej grupy uległa szybkiemu zapomnieniu, niektóre z nich dla tych pośrednich dodatnich swych właściwości pozostały dotychczas w użyciu lekarskim; o nich to więc wypada mi pokrótce pomówić.

Jako główny przedstawiciel tej grupy, do dziś dnia cieszący się nie tylko wśród lekarzy, lecz i u publiczności pewną reputacją swoistą, jest kreozot i jego najróżnorodniejsze przetwory. Środek ten, który jest mieszaniną różnorodnych substancji (gajakolu, fenolu, metyl-propylgallolu i innych), zalecano w suchotach, opierając się na tym poglądzie, że kreozot, dodawany do hodowli gruźliczych, wpływał niekorzystnie na rozwój laseczników, a nawet w roztworach mocniejszych (1—2<sup>o</sup>/<sub>100</sub>), wstrzymywał zupełnie ich rozwój. Sądono więc, że i w ustroju ludzkim uda się po zastosowaniu kreozotu również powstrzymać rozwój sprawy gruźliczej, tembardziej, że kreozot przy użyciu wewnętrznym wydziela się nie tylko drogą nerek, lecz i płuc, przepajając niejako cały organizm produktami swojego rozkładu. Spostrzeżenia jednakże kliniczne, na olbrzymią skalę w ciągu wielu lat przedsiębrane, zawiodły niemal w zupełności powyższe teoretyczne przypuszczenia teoretyczne, tembardziej, że następcze badania doświadczalne wykazały, że kreozot nie powstrzymuje rozwoju gruźlicy u zwierząt (Cornet, Yersen i inni).

W ogromnej większości przypadków i przy wielu różnorodnych sposobach stosowania kreozotu, liczba laseczników nie zmniejszała się, ani też nie wywierał on wpływu na gorączkę gruźliczą, t. j. na podstawowy element choroby. W wielu jednakże przypadkach, szczególnie w okresach niezbyt daleko posuniętej sprawy, u chorych niegorączkujących, w przypadkach wielce przewlekłych suchot, w formach włóknistych z obfitą wydzieliną — lek ten wywoływał nieraz pewien wpływ dosyć korzystny, podnosząc apetyt i zmniejszając wydzielinę. Działanie to bezspornie korzystne dla organizmu, ma polegać na wpływie hamującym

kreozotu na nienormalną fermentację treści żołądka, a znosząc ją, ma podnosić trawienie. U wielu jednakże chorych kreozot przeciwnie, z powodu drażnienia błony śluzowej, wywoływał niekorzystny wpływ na trawienie, powodował odbijanie, wzdęcie, zmniejszenie i nawet zupełną utratę apetytu, co zmuszało bardzo szybko do odstawienia tego leku. Ja osobiście, stosując kreozot u bardzo wielu chorych, widywałem pręcej ujemne, aniżeli korzystne działanie na trawienie. Co się wreszcie tyczy wpływu kreozotu na zmniejszanie się wydzieliny i ułatwianie odpluwania, co ma zależeć od tego, że kreozot, wydzielając się przez drogi oddechowe, działa przeciwnie na różnorodne drobnoustroje, będące podstawą zakażenia mieszanego, to i to działanie korzystne kreozotu również widuje się niezawsze, a nawet u wielu chorych spostrzegałem zjawisko wprost przeciwne, t. j. wyraźne podrażnienie dróg oddechowych ze zwiększeniem wydzieliny.

Do użycia wewnętrznego kreozot zalecany bywa najczęściej w jakiejś mieszaninie aromatycznej, 1:10—20 np. tinctura cinamomi lub tinctura gentiannae, albo wprost dodawany bywa po kilka kropli (2—10) do mleka lub tranu. W tych jednakże postaciach, jako środek przykry, chorzy niechętnie go przyjmują i daleko lepiej zalecać go w kapsułkach żelatynowych, zawierających 0,01—0,02 kreozotu czystego, albo w połączeniu z balsamem toluzańskim lub tranem. Kapsułek takich przyjmują chorzy 4—6 a nawet i więcej dziennie. Kreozot wogóle w ostatnich latach coraz bardziej wychodzi z użycia, a zastępują go inne przetwory tej grupy, których liczba jest bardzo rozległa. Przetwory te stanowią przedewszystkiem przedmiot przemysłu handlowo-lekarskiego; stąd też i uważamy za zbyteczne nawet wyliczać je szczegółowo, ograniczając się jedynie do najbardziej będących w użyciu w ostatnich latach.

Kreozol przedstawia się jako płyn gęstawy, pozbawiony zapachu i nieprzykry w użyciu, pomimo że zawiera 92% kreozotu. Działanie jego na organizm jest w zupełności analogiczne z działaniem kreozotu, a ze względu, że jest zupełnie pozbawiony własności trujących, i przytem o wiele znośniejszy w użyciu od kreozotu, w zupełności może go zastąpić. Dawka jego wynosi 20—30 kropli kilka razy dziennie w mleku lub tranie.

Gwajakol, podstawowy czynnik działający kreozotu, jest również preparatem przykrym w użyciu; wytworzono więc połączenie jego z kwasem węglanym pod nazwą węglanu kreozolu, albo duotalu. Przetwór ten w ostatnich latach szeroko stosowany w gruźlicy, przedstawia biały bezbarwny i zupełnie pozbawiony zapachu proszek, trudno rozpuszczalny w wodzie; zawiera on przeszło 90% gwajakolu, a jako środek nieprzykry w użyciu, bywa chętnie w opłatku przez chorych przyjmowany, w dawce 0,5—1,0 kilka razy dziennie. O działaniu jego na organizm istnieją liczne prace, lecz wielce sprzeczne. Jako środek bakterjobjójczy nie ma on żadnej wartości; jednakże ma on u chorych gruźliczych pobudzać trawienie, zmniejszać wydzielinę, poprawiać stan ogólny. Wogóle przypisują mu te same własności dodatnie co i kreozotowi; jest on przy-

tem najmniej szkodliwy ze wszystkich preparatów tej grupy. Czy jednakże wywiera jakiś wpływ bardziej dodatni na gruźlicę, śmiem wątpić; w każdym razie posiada tę niechybną zaletę, że przynajmniej, jak inne leki tej grupy, nie szkodzi choremu, a być może nieco ułatwia odpluwanie. To samo da się powiedzieć w zupełności i o innym jeszcze preparacie, mocno w ostatnich latach reklamowanym przez zagranicznych producentów t. j. tiokolu (*thiocol* kwas ortosulfogwajakolowy), stanowiący śnieżno-biały proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie; zalecany bywa w dawkach 0,5–1,0 kilka razy dziennie. Dalej t. zw. sirolin, który stanowi 10%-owy roztwór tiokolu w syropie pomarańczowym, zalecany bywa w ilości 1–2 łyżeczek od kawy kilka razy dziennie, przeważnie u dzieci, które go znoszą na ogół dobrze. Preparat ten jednakże podobnie jak tiokol, jako specyfik zagraniczny, jest drogi, a niczem nie różni się od gwajakolu.

Odrębną grupę stanowią leki swoiste grupy ichtioli, których działanie korzystne w leczeniu suchot ma polegać już nietylko na właściwościach bakterjobójczych, lecz jednocześnie na wpływie opóźniającym przemianę materji w gruźlicy. Ma to zależeć od zawartej w ichtioli siarki, która ma się w znacznym procencie wchłaniać, krążyć we krwi i wydalać następnie przez nerki; z drugiej zaś strony siarka, wydzielając się przez drogi oddechowe, ma korzystnie wpływać na wydzielinę, kaszel i t. p. Do pojęcia więc bakterjobjącego, które poniekąd objaśniało proste i zrozumiałe, przypuszczalnie korzystne działanie grupy kreozotowej, w prowadzono jeszcze wyjaśnienie o opóźnionej przemianie materji suchotników, co, jakśmy to już wyżej zaznaczyli, dotychczas bynajmniej nie zostało jeszcze należycie wytlomaczone i przedstawia wiele punktów spornych. W rezultacie po licznych doświadczeniach zastosowano ostatecznie do ichtioli analogiczny pogląd, jak i do kreozotu, mianowicie, że środek ten wielce przypominający w działaniu gwajakol, nie posiada własności swoistych w leczeniu gruźlicy, lecz stanowi pożyteczny dodatkowy lek w terapii higienicznodjetetycznej tego cierpienia. Ichtiole, który stanowi produkt destylacji skał bitumicznych, przedstawia się pod postacią płynu oleistego, zawierającego około 10% siarki; przez odpowiednie połączenia fabryczne wytworzono szereg preparatów sodowych, amonowych, litynowych i t. p. Do użycia wewnętrznego stosuje się zwykle przetwór amoniakowy (*amonium sulfoichtiolicum*) przedstawiający płyn smolisty syropowaty, łatwo rozpuszczalny w wodzie, o smaku niezbyt przykrym; zaleca się go w roztworze wodnym (w równych częściach) po 2–30 kropli kilka razy dziennie, lub też w pigułkach i kapsułkach, zawierających 0,1 ichtioli (4–6 pigułek dziennie). Z ichtioli, podobnie jak z kreozotu, wytworzono całe szeregi różnorodnych kombinacji chemicznych, z których wymienimy: Ichtalbinę — połączenie białkowe, przedstawiające się pod postacią proszku brunatnego, która dopiero w kiszkaach ma się stopniowo rozkładać na białko i ichtiole i w ten sposób ma działać korzystnie na zaburzenia w trawieniu; zalecana bywa w kapsułkach po 0,3–0,5 kilka razy dziennie.



Siarka, która ma stanowić środek podstawowy działania ichtiolu, stosowana była już w odległych wiekach w gruźlicy płucnej pod postacią okadzań (fumigacje). Siarkowodorowi zawartemu w niektórych wodach siarczanych pirenejskich (*Eaux Bonnes*) przypisują lekarze francuscy wpływ dodatni w leczeniu gruźlicy. Wobec jednakże istniejących w tych miejscowościach wybornych warunków klimatycznych, kwestja ta jest wielce sporna, tem bardziej, że wody te, stosowane gruźliczym chorym w miastach, o czem osobiście przekonać się mogłem, nie wywierały dodatniego wpływu, przeciwnie siarkowódór wywoływał nieraz zaburzenia w trawieniu.

Do teje grupy środków zaliczyć jeszcze należy lignosulfit, substancję otrzymywaną przy fabrykacji celulozy, składającą się z różnych smół, olei eterycznych, a przedewszystkiem dioxydu siarki. Środek ten, używany do wziewania, miał podług niektórych autorów wywierać niezwykle dobroczynny wpływ na przebieg różnorodnych, nawet późniejszych okresów suchot, szczególnie powikłanych owrzodzeniami krtani; miał nawet sprowadzać często ich zagojenie. I ten środek, podobnie jak inne, przy dalszem użyciu nie usprawiedliwił pokładanych w nim nadziei. Ja osobiście zalecałem go w swoim czasie i muszę zaznaczyć, że u wielu chorych wpływa dodatnio: łagodzi kaszel, ułatwia odpluwanie; zmniejsza nawet duszność; niejednokrotnie spostrzegałem korzystny wpływ jego na podgajanie się sprawy gruźliczej krtani. I ten więc lek nie może być zaliczony do specyfików, wielokrotnie jednakże współdziała wielce pożytecznie ze stosowaną jednocześnie terapią higienicznodjetetyczną, a u suchotników z niedaleko posuniętymi zmianami stanowi nieraz dobry lek objawowy. Lignosulfit przepisujemy do inhalacji od 10—20 kropli na 25 gramów wody, za pomocą aparatu Siegl'a, lub też zalecając wprost dodawać tę samą ilość kropli do  $\frac{1}{2}$  kwarty wrzącej wody i oddychać przez parę minut kilka razy dziennie wprost parą, wydzielającą się z naczynia.

Terpeny i różnorodne olejki eteryczne (eucalyptus, menthol, thymol, olej kamforowy i t. p.) dla znanych oddawna właściwości przeciwgruźliczych znalazły również szerokie zastosowanie w leczeniu suchot, szczególnie zaś pochodne od nich terpentyny jako to: olejek terpentynowy, eukaliptowy, i różne ich przetwory: terpińa, terpinol, eucaliptol i t. p. Wartość ich leczniczą objaśniają obecnie autorowie w ten sposób, że wydzielając się z organizmu drogą płuc, wywierają nietylko wpływ bakterjobójczy, lecz jednocześnie drogą krwi działają hemotaktycznie t. j. wzmagają leukocytozę w tkankach, dotkniętych sprawą gruźliczą, i na tej drodze przyczyniają się pośrednio do wywołania zapalenia wytwórczego z następczem zabliznieniem. Doświadczenie kliniczne istotnie wykazuje, że powyższe przetwory wielokrotnie, zwłaszcza w postaciach przewlekłej gruźlicy, działają korzystnie, wpływając na ułatwienie, często na ograniczenie wydzieliny, zmniejszenie cuchnących jej własności, a pośrednio i na poprawę stanu ogólnego chorych; nieraz nawet wywierają wpływ bezpośredni na poprawę łaknienia. Szczególniej wyraźny wpływ po dłuższem użyciu

tych środków daje się zauważyć na ograniczenie wydzieliny ropiastej. Wogóle większość chorych, szczególnie nie gorączkujących, znosi przetwory terpentynowe dobrze, i może je nawet przez dłuższy czas używać; u wyjątkowych tylko osobników bywa, i to najczęściej tylko przejściowo, odbijanie, gnienie w dołku, niesmak i utrata apetytu. Stosując od wielu lat przetwory tej kategorii, a szczególnie olejek eukaliptowy u wielkiej liczby chorych szpitalnych i prywatnych, mogę śmiało powiedzieć, że ma on pewną doniosłość w leczeniu gruźlicy przewlekłej. Za specyfik nie można go uważać, w każdym jednakże razie stanowi on szczególnie w praktyce szpitalnej i u biednych suchotników niewątpliwie dobry środek, wspierający terapię djetetyczno-higieniczną. Z preparatów tej kategorii najchętniej zalecam czysty olejek eukaliptowy eteryczny w kapsułkach żelatynowych po 3—5 kropli, 2—3 kapsułek dziennie, lub też wprost 2—5 kropli olejku w ciepłym mleku ( $\frac{1}{4}$  szklanki) lub łyżce tranu rano i wieczór. W tej postaci jest on trochę przykrzejszy w użyciu niż w kapsułkach, lecz większość chorych szybko doń przywyka, przyjmując go stale całe tygodnie, a nawet i miesiące z rzędu. Przy zjawiających się wyjątkowo objawach dyspeptycznych (odbijanie, niesmak i t. p.) należy na dni kilka preparat odstawić i znowu do niego powrócić, zaczynając od 2-ch i stopniowo dochodząc do 5 i do 10-ciu kropli 2 razy dziennie. Przy mocnym kaszlu w dalej posuniętych sprawach do eukaliptu dodawać można środek kojący, kodeinę lub heroinę w formule następującej: Rp. Olei Eucalypti gl. 3,0. Spir. vini 30,0 Heroini 0,10 Ms. Po 10, 15—20 kropli rano i wieczór w  $\frac{1}{2}$  szklance ciepłego mleka.

Podobnież i w tej samej dawce, jak eukaliptus, zalecany bywa i czysty olejek terpentynowy w mleku lub kapsułkach żelatynowych.

Terpinę (dwuwodan terpentyny) przepisujemy w proszku lub w pigułkach po 0,10 do 0,25 *pro dosi* samą przez się lub w połączeniu ze środkiem kojącym (np. Terpini 6,0. Codeini 0,20. Ext. q. sat. u. f. pil. 60 DS. Po 2 pigułki 2—3 razy dziennie). Preparat ten chorzy znoszą wybornie nawet przez czas dłuższy, nie wywołuje on nigdy, podrażnienia nerek, które czasem się widuje po dłuższym użyciu olejku terpentynowego.

Z grupy olejków lotnych zalecano jeszcze Menthol i Thymol; pierwszy z nich wewnątrznie w pigułkach po 0,1—0,2 kilka razy dziennie, lub też pod postacią wziewań, tymol zaś pod postacią wziewań lub też do wstrzykiwań wewnątrzchawicznych. Środki te, aczkolwiek usilnie z początku zalecane, wyszły wkrótce z użycia, nie przedstawiały bowiem bardziej wybitnych dodatnich właściwości w leczeniu gruźlicy. To samo da się powiedzieć i o olejku kamforowym, zalecanym do systematycznego użycia u suchotników pod postacią wstrzykiwań podskórnych. Środek ten, dzięki swym właściwościom pobudzającym serce i system naczynioruchowy, jakoteż i pewnym własnościami odkażającym, okazał się często pożytecznym jedynie w kierunku wzmożenia czynności serca, poprawy krążenia, czasem zmniejszenia potów nocnych; poprawa ta jednakże

najczęściej była przemijająca, a jakichkolwiek właściwości swoistych w leczeniu gruźlicy kamfora nie wykazała.

Odrębną całość stanowią leki grupy kwasu cynamonowego i jego przetwory, a więc balsam peruwjański, tolutański, kwas cynamonowy i jego przetwory t. j. cynamonian sodu (*Natrium cinnamyllicum*) inaczej hetolem zwany. Leczenie suchot hetolem (podskórnie lub wprost do żył), zalecane przez Lenderera, jako oddzielna metoda lecznicza, oparte było na pracach doświadczalnych i na obserwacji klinicznej po stosowaniu balsamu peruwjańskiego w różnych postaciach gruźlicy chirurgicznej. Hetol, wstrzyknięty do żył zwierząt zakażonych gruźlicą, miał wywoływać znaczne wzmożenie leukocytozy, głównie w okolicy ognisk gruźliczych, i powodować następnie około nich zapalenie aseptyczne z wytworzeniem tkanki łącznej; w ostatecznym rezultacie dochodziło do otorbienia i zablźnienia ognisk gruźliczych. Doświadczenia jednakże bardzo liczne przy stosowaniu hetolu w gruźlicy płucnej nie dały pożądanego wyniku; osiągnano najczęściej jedynie poprawę przemijającą. Jednakże z preparatów tej grupy zasługują na uwagę balsam peruwjański który od wielu lat stosuję w różnych postaciach suchot płucnych pod postacią pigułek lub kapsułek (0,1 — 0,2, po 2 kapsułki 2 — 3 razy dziennie); zalecam go przeważnie u chorych, dotkniętych gruźlicą przewlekłą, nie gorączkujących, w razie obfitej często trudnej ekspektoracji. Środek ten, dla którego wskazanie jest mniej więcej analogiczne, jak dla olejku eukaliptowego, zalecam tam, gdzie eukaliptus nie jest dobrze znoszony, lub zmieniam po pewnym czasie jeden środek na drugi. O skuteczności balsamu peruwjańskiego po stosowaniu go u wyżej wzmiankowanych kategorii suchotników mogę powiedzieć mniej więcej to samo, co o eukalipcie, że środek ten nie jest specyfikiem, lecz okazał się wielce pożytecznym środkiem objawowym w leczeniu gruźlicy, zastępując często nawet w dalszych okresach choroby przy obfitej ekspektoracji środki narkotyczne. U chorych tej ostatniej kategorii czasem łączę balsam z niewielką ilością środka kojącego, ułatwiając i ograniczając tą drogą nadmierną wydzielinę i spowodowane przez nią podrażnienie kaszlowe: Rp. Balsami peruv. 6,0. Codeini 0,15. Pulv. Gumos. q. sat. u. f. pillul. № 60 DS. Trzy razy dziennie po 2—3 pigułek.

Arszenik i jego preparaty zajmuje bardzo wybitne miejsce w leczeniu suchot płucnych. Stosowany niemal od wieków i po dziś dzień nie utracił nic na swej w tym kierunku wziętości. Niektórzy nawet autorowie starali się nadać temu środkowi znaczenie swoiste, twierdząc, że powstrzymuje on rozwój sprawy gruźliczej, gdyż wzmacnia odporność tkanek przeciw działaniu laseczników. Dodatni wpływ arszeniku na organizm suchotnika objaśniają autorowie tem, że ma on ograniczać przemianę materji i zmniejszać wydzielanie się kwasu węglanego. Inni znowu badacze, a szczególnie niemieccy, widzieli po użyciu arszeniku zwiększenie się ilości czerwonych ciałek krwi w szpiku kostnym i nawet wogóle w całym organizmie. Poglądy te, oparte na farmakologii doświadczalnej, popierają powszechnie stwierdzone doświadczenie kliniczne, które przemawia

za korzystnym wpływem arseniku na odżywianie suchotników, szczególnie w pierwszych okresach choroby. Najczęstszym bowiem dodatnim objawem użycia arseniku u tej kategorii chorych jest poprawa nieraz oddawna zmniejszonego łaknienia. Ja osobiście przypisuję arsenikowi w leczeniu suchot płucnych niechybnie dodatnie znaczenie i mogę twierdzić na podstawie obszernego doświadczenia, że środek ten przewyższa w swoim działaniu wszystkie powyżej opisane jakoby swoiste leki. Ale i arsenik również nie może być poczytywany za lek swoisty przeciw gruźlicy; swoistość zaś jego, jeżeli tak wyrazić się można, polega na poprawie łaknienia i ogólnego odżywiania chorych. Arsenik jednakże wywiera ów wpływ dodatni w okresach poczynającej się lub niezbyt daleko posuniętej gruźlicy płucnej, i w tych okresach, szczególnie u chorych, wcale lub nieznacznie tylko gorączkujących, odpowiednio stosowany, bywa wogóle przez większość chorych dobrze znoszony. Dalej arsenik zalecam również w przebiegu przewlekłej sprawy (przyjmującej charakter włóknisty) w tych okresach, w których od czasu do czasu występuje pogorszenie stanu ogólnego chorych, bądź wskutek przebytego świeżego nieżyty oskrzeli, a nawet świeżego ogniska gruźliczego, bądź wskutek wyczerpania chorych pracą, zwłaszcza umysłową. Natomiast arsenik nie wywołuje pożądanego wpływu w okresach daleko rozwiniętej choroby, jakoteż i we wcześniejszych, połączonych z wybitniejszą gorączką; nigdy bowiem wbrew twierdzeniu niektórych autorów nie mogłem stwierdzić przeciwgorączkowego działania arseniku u tej kategorii pacjentów. Aby arsenik mógł wywrzeć swój wpływ skuteczny u wyżej wzmiankowanej kategorii chorych, winien być stosowany przez czas dłuższy, w ciągu całych tygodni a nawet miesięcy z rzędu, w dawkach bardzo niewielkich, co stanowi, zdaniem moim, punkt bardzo ważny; zalecany bowiem odrazu w dozach większych, bywa zazwyczaj źle znoszony przez chorych, wywołuje objawy podrażnienia żołądka (nudności, ból w dołku i t. p.), zmuszające do zaprzestania użycia tego wielce korzystnego środka. Arsenik zalecany bądź pod postacią kwasu arsenawego czystego, bądź w postaci znanych powszechnie związków *Kali arsenicosum (Solutio Fowleri)* lub *Natrium arsenicosum (Solutio Pearsoni)*. Najlepiej wogóle znoszą go chorzy w postaci pigułek, do których najczęściej dodają niewielką ilość środka kojącego: kodeiny lub extr. Belladonna, w formule następującej: Acidi arsenicosi 0,06, Codeini 0,30, Extr. Liq. q. sat. u. f. pillul. № 60 MDS. 2—3—4 pigułek dziennie albo Rp. Acidi arsenicosi 0,06, Codeini, Extr. Belladonna, aa 0,15, Extr. Liquir. q. sat. u. f. pillul. № 60 MDS. 2—3—4 pigułek dziennie. Każda pigułka zawiera 0,001 arseniku; albo też przepisuję: Solutio Fowleri 2,0, Aq. Melissae 20,0 DS. 2 razy dziennie po 20—30 kropli; i t. p. W tych dozach chorzy znoszą arsenik wogóle bardzo dobrze, nawet przez czas dłuższy, a wyjątkowo tylko występuje podrażnienie żołądka (ból w dołku, odbijanie), które zniewala do wstrzymania leku na dni kilka. We Francji ordynują wodę Mont Dore lub Bourboule, zawierającą niewielkie ilości arseniku, w Austrii wody Tyrolskie Roncegno lub Levico. Wody te, jako zawierające dużo stosunkowo żelaza

a minimalne ilości arszeniku i pozbawione kwasu węglanego, suchotnicy wogóle niezbyt dobrze znoszą. Jeśli więc chodzi o skombinowanie preparatu żelaza z arsenikiem, co może okazać się pożytecznym w poczynających się okresach suchot, przebiegających przy objawach mniej lub więcej wyrażonej niedokrwistości (*pseudochlorosis*), to w tych razach polecam zazwyczaj: Trae ferri pomati 30,0, Sol. Fowleri 3,0, po 20—30 kropli 2—3 razy dziennie, do dłuższego użycia, a kombinację tę naogół biorąc, znoszą chorzy bardzo dobrze. Przytem dodać należy, że pogląd dawniejszy, jakoby w gruźlicy przetwory żelaza były przeciwwskazane z obawy, że usposabiają one do krwawień płucnych, nie wytrzymuje bynajmniej krytyki, gdyż, jak zaznaczyliśmy wyżej, krwawienia w przebiegu suchot płucnych występują niesłychanie często niezależnie od użycia żelaza.

W ostatnim dziesiątku lat zaczęto we Francji i u nas stosować u suchotników, zwłaszcza w poczynających się okresach, arsenik podskórną pod postacią związków kakodylowych, a przedewszystkiem kakodylatu sodu. Preparaty te, zawierające 30—50% kwasu arsenawego, znoszą chorzy naogół dobrze; zastrzykuje się je w ilości 0,05—0,10 kakodylatu z odpowiednio przygotowanych sterylizowanych ampułek w ciągu tygodnia, co dzień, poczem robi się przerwę tygodniową, a następnie znowu stosuje się przez tydzień, i w ten sposób prowadzi się leczenie w ciągu całych miesięcy. Co do wartości leczenia arsenikowego metodą podskórną, to osobiście zgadzam się z poglądem tych autorów, którzy twierdzą, że nie widzieli z użycia tej metody jakichkolwiek wyników lepszych, aniżeli z użycia wewnętrznego innych preparatów arszeniku; wskazania do podskórnych wstrzykiwań widziałbym jedynie u tych osobników, którzy nie znoszą arszeniku w użyciu wewnętrznym. Pamiętać przytem należy, że i przy stosowaniu podskórnym arszeniku mogą czasem wystąpić objawy, przemawiające za trującym działaniem (mdłości, wymioty, rozwolnienie i t. p.).

Większość wyżej rozpatrzonych środków, zwłaszcza grupy przeciwnilnej i olejków eterycznych, zalecano także do wziewań za pomocą zwykłych inhalatorów, przy jednoczesnym użyciu zgęszczonego powietrza, lub też za pomocą *ad hoc* zbudowanych przyrządów; wieloletnie jednakże stosowanie najróżnorodniejszych leków doprowadziło wszystkich, krytycznie zapatrujących się, autorów do wniosku, że leczenie gruźlicy płucnej drogą wziewań nie daje stałych dodatnich wyników.

To samo da się powiedzieć i o wielu innych metodach, zalecanych w ostatnich czasach, mianowicie leczeniu promieniami Roentgena, radem, elektrycznością, organoteracją i t. p.

Na zakończenie tego rozdziału muszę jeszcze omówić pokrótce metodę *par excellence* swoistą leczenia gruźlicy płucnej drogą stosowania tuberkuliny Kocha i surowic przeciwgruźliczych.

Tuberkulina Kocha, stanowiąca wyciąg glicerynowy hodowli gruźliczych, podana została w r. 1890 przez Kocha, jako środek, za pomocą którego można będzie w poczynających się okresach choroby osiągnąć wyleczenie. Tuberkulina

bowiem, jak twierdził Koch, po zastrzyknięciu pod skórę osobnikom, dotkniętym gruźlicą, wywołuje nietylko odczyn ogólny (wysoką gorączkę), lecz jednocześnie wywiera wpływ na ogniska gruźlicze, pobudzając drogą reakcji zapalnej do nekrozy tkanki; usuwając tem samym grunt, na którym rozwijała się sprawa gruźlicza, przez następcze stopniowe wydzielanie się schorzałej tkanki, umożliwia zbliżenie się ogniska. Doświadczenia kliniczne, na szeroką skalę podówczas wykonane w całej Europie i Ameryce na ogromnych liczbach chorych, przekonały niestety nietylko o zupełnej bezskuteczności tego środka, lecz jednocześnie wykazały wielce szkodliwy wpływ jego na organizm chorego. Tym sposobem metoda ta została zupełnie zaniechana, a tuberkulina pozostała jedynie, jak to wyżej wzmiankowaliśmy, środkiem dagnostycznym.

Jednakże w Niemczech nie zaniechano leczenia tuberkuliną, zmodyfikowano tylko znakomicie jej dawkę (do  $\frac{1}{100}$  miligrama) i stosowano jedynie w okresach poczynających się gruźlicy u chorych, albo wcale albo tylko nieznacznie gorączkujących. Ze stosowania systematycznego tej metody, szczególnie w sanatorjach ludowych, mieli otrzymywać autorowie wyniki bardzo dodatnie (Möller, Petruschky i inni).

Na tej to podstawie zaczęto w ostatnich dziesiątkach lat znowu w Niemczech i Anglii bliżej studjować teoretycznie i klinicznie działanie tuberkuliny Kocha, starając się wywołać u chorych, szczególnie w poczynających się okresach, immunizację na drodze czynnej lub biernej. Przy pierwszym sposobie (czynnym), wprowadza się do organizmu nieznaczne ilości toksyn gruźliczych, pobudzając tą drogą organizm do wyrabiania t. zw. przeciwciał (*Antikörper*). Przy sposobie biernym dostarczamy organizmowi przeciwciała gruźlicze, uprzednio już wytworzone w organizmie zwierzęcym. Nie mogę tutaj bliżej zajmować się rozbiorem najróżnorodniejszych hipotez, odnoszących się do działania tuberkuliny na organizm. Sprawy tej nie wyjaśnia bliżej ani hipoteza Pirqueta (o t. zw. alergji), ani teoria Wolff-Eisnera, Sahlégo i t. p., gdyż słusznie powiada znany w tym kierunku badacz Much, że dotychczas nie są znane dokładnie te ciała, które wywołują odporność gruźliczą i nie wiadomo, czy one się znajdują w tkankach, czy też w surowicy; przytem trzeba pamiętać, że odporność, otrzymana u zwierząt po stosowaniu tuberkuliny nie jest identyczna z odpornością na gruźlicę, tembardziej że nie znamy dokładnie składu chemicznego tuberkuliny. Również i doświadczenia kliniczne nie wyjaśniają bliżej sposobu działania tego środka na organizm. Wyniki dodatnie, otrzymywane w sanatorjach niemieckich, dotyczą przeważnie przypadków w poczynających się okresach choroby, w których i samo leczenie sanatoryjne daje wyborne wyniki, jak to zestawiają inni autorowie, twierdząc, że, co najwyżej, tuberkulina jest środkiem wspomagającym leczenie sanatoryjne. Cytowane na poparcie swoich poglądów liczne statystyki mało przekonywują, gdyż inne statystyki dają wyniki odwrotne; tak np. statystyka Brauna (w sanatorjum w Adirondac w Ameryce Półn.), oparta na bardzo wielkim materiale, wykazuje bardzo nieznaczne różnice liczbowe w wynikach po

leczeniu sanatoryjnym łącznie z tuberkuliną lub bez niej. Wogóle biorąc, pomimo bardzo licznych spostrzeżeń, możemy dziś dojść jedynie do wniosku, że jeżeli tuberkulina działa w gruźlicy korzystnie, to jedynie tylko w poczynających się okresach choroby. Obok tuberkuliny Kocha w ciągu ubiegłych dwóch dziesiątków lat liczni autorowie podali cały szereg zmodyfikowanych preparatów tuberkuliny, o małym stopniu toksyczności, które mają korzystnie wpływać na sprawę gruźliczą; są to: tuberkulina Denysa, Landmana, Beranecka, Jacoba, Spenglera, Friedmanna i wielu innych. Niepodobna tu bliżej opisywać składu ani sposobu działania tych najróżnorodniejszych preparatów, które jednym autorom dawały wielce dodatnie wyniki, a inni nie mogli ich u swoich chorych stwierdzić. Najbardziej rozpowszechniło się w ostatnich czasach użycie tuberkuliny Beranecka, pozbawionej prawie zupełnie jadowitości. Stosowano ją głównie w Szwajcarii. Prof. Sahli z Bernu, wielki zwolennik tego środka, twierdzi, że po długim i metodycznym użyciu nastąpić może zupełna odporność organizmu; należy go jednakże stosować, stopniowo powiększając dawki, przez całe miesiące, a nawet lata, aż do zupełnego zatrzymania się w rozwoju sprawy gruźliczej. Ta właśnie ostatnia okoliczność stanowi rzetelną trudność w ocenianiu istotnej wartości tego leku, o którym inni doświadczeni klinicyści nie odzywają się zbyt entuzjastycznie. W każdym jednakże razie środek ten, jako zupełnie nieszkodliwy dla organizmu i dający podług opinii poważnych autorów korzystne wyniki może być, zdaniem mojem, stosowany u chorych w poczynających się okresach choroby.

O innych tuberkulinach bliżej się nie rozpisuję, gdyż powodzenie ich najczęściej było przemijające. Wszystkie rodzaje tuberkulin stosuje się pod postacią wstrzykiwań podskórnych, gdyż tylko ten sposób stosowania daje pewność, że środek dostał się do organizmu. Oprócz tego stosowano tuberkuliny i w postaci lewatyw, wdechania i pod postacią kapsułek wewnątrznie. Te sposoby jednak, a szczególnie przez kanał pokarmowy, są bardzo niepewne i nieściste, gdyż toksalbuminy bardzo trudno przechodzą przez nabłonek kanału pokarmowego, a tym sposobem większość środka pozostaje w kiszkiach i wydalana się z kałem, a jednocześnie i fermenty trawienne rozkładają i osłabiają jego działanie. To samo ma miejsce i w razie stosowania preparatów tuberkulinowych przez kishkę stolcową; wyjątkowo tylko przy tym sposobie stosowania wywołują one pewną reakcję, o czym przekonałem się stosując surowicę Marmorka.

Z najnowszych preparatów tuberkuliny wspomnieć jeszcze muszę o preparacie Deycke i Much'a, wytworzonym na podstawie wywoływaczy cząsteczkowych (Partial-Antigene), o czym wyżej już wspominałem; trudno o nim cośkolwiek dotychczas orzec, tembardziej że samo stosowanie tej metody jest wielce skomplikowane, długie i bardzo utrudnione.

O drugim sposobie immunizacji, drogą pasywną, wspominaliśmy już wyżej, mówiąc o profilaktyce gruźlicy. Sposób ten polega na wprowadzeniu do organizmu gotowych antytoksyn, otrzymanych z surowicy krwi zwierząt uprzednio immunizowanych. W tym kierunku istnieje ogromna ilość badań takich autorów,

jak Maragliano, Koch, Nencki, Behring, Babes, Marmorek i inni, którzy otrzymywali odpowiednie surowice i stosowali je następnie u ludzi, w celu uodporniającym, leczniczym lub zapobiegawczym. Najszerzej stosowana była surowica Maragliana, która wywołała początkowo wielki entuzjazm, lecz ostatecznie została zupełnie zaniechana w praktyce. To samo da się powiedzieć o niemniej rozgłoszonej surowicy Marmorka z Paryża, wielce pomysłowo wytworzonej, zawierającej jednocześnie i surowicę streptokokową; okazała się ona pomocną przeważnie w cierpieniach gruźliczych natury chirurgicznej, natomiast w gruźlicy płucnej, o czym z osobistego doświadczenia przekonać się mogłem, dała wyniki wprost ujemne. Wogóle mówiąc o leczeniu swoistem gruźlicy drogą szczepionek lub też surowic i zastanawiając się nad olbrzymim materiałem, opublikowanym w tym przedmiocie w ciągu ostatnich lat 30-tu a wielce sprzecznym, ja osobiście na podstawie powyższej i własnego dość obszernego w tym kierunku doświadczenia sądziłbym, że terapia ta, stosowana w początkowych okresach choroby, ma pewne szanse powodzenia i może w przyszłości rozwiązać ten wielce sporny, a tak pożądany dla ludzkości problemat.

Jednakże w obecnej chwili musimy jedynie zbierać odnośne materiały, których ocena krytyczna pozwoli dopiero w przyszłości rozstrzygnąć istotną wartość leczniczą tych najróżnorodniejszych preparatów; z drugiej strony ściśle prace laboratoryjne, winny dążyć do poprawienia dawnych lub wytworzenia nowych preparatów. Jednym słowem dziś kwestja ta nie może być uważana za rozstrzygniętą; drogi bowiem, dążące do jej rozwiązania, są wielce trudne i jeśli przypadkowe odkrycie, jak to się często zdarzało w medycynie, nie rozstrzygnie ostatecznie tego problematu, to prace w tym kierunku, ciężkie i mozolne, są nieodzowne dla chorego i dla lekarza — świadka ciągłego tych wysiłków heroiczych, najczęściej bezskutecznych, organizmu w walce z tak strasznym wrogiem, jakim jest gruźlica. Dlatego też nie powinniśmy się bynajmniej dziwić, że nie tylko publiczność, ale i lekarze mają często takie zaufanie do nowych leków, a powyższe okoliczności usprawiedliwiają lekarza, że nieraz bez wiary przepisuje nowe reklamowane środki. Bo nowy lek, jak to słusznie powiedział Taine, to nowa nadzieja dla nieuleczalnego chorego. Tem niemniej my, lekarze, winniśmy stać na straży i krytycznie zapatrywać się na ową falę nowoczesnych leków, a będąc zmuszeni w wielu przypadkach stosować je, dzięki różnorodnym warunkom, jakie za sobą pociąga życie, powinniśmy pamiętać o podstawowej zasadzie terapii, wypowiedzianej już przez Hippokratesa „*Primum non nocere*“, t. j. przede wszystkim nie szkodzić choremu.

Jeśli obecnie po rozpatrzeniu owego, może zbyt obszernego szeregu leków, zapytamy, jaki jest pożytek z ich stosowania u chorych na gruźlicę, jakie są wskazania do ich użycia, to na pytania te, nasuwające się bezwarunkowo moim słuchaczom, ośmieliłbym się odpowiedzieć w następujący sposób:

1. Żaden z powyższych leków i żadna z metod leczniczych, z wyjątkiem być może tuberkuliny, nie wywiera swoistego wpływu leczniczego na gruźlicę.



Niektóre z nich mogą wpływać korzystnie na przebieg sprawy, szczególnie w tych przypadkach, które same przez się mają pewną naturalną dążność do zejścia pomyślnego, przez działanie pośrednie, bądź na wzmożenie apetytu i ogólną poprawę stanu chorych, bądź też wpływają łagodząco na niektóre objawy (kaszel, płwocina i t. p.). Działanie więc tych leków nie będzie swoiste, lecz pośrednio dodatnie, przyczem wpływ sugestji na chorych odgrywa pewną w tym kierunku rolę.

2. Wskazane one będą przedewszystkiem w okresach wczesnych u chorych, którzy nie są w możności odbyć leczenia sanatoryjnego; w okresach zaś rozwiniętych choroby wskazane są tam, gdzie okaże się potrzeba wpływania pośrednio na poprawę stanu ogólnego chorych drogą zmniejszania nadmiernej wydzieliny, złagodzenia objawów ze strony kiszek, krtani i t. p.

3. Przy wyborze leków kierować się winniśmy przedewszystkiem tą okolicznością, aby lek nie wywoływał ubocznego ujemnego wpływu na organizm, a głównie nie psuł apetytu i nie wywoływał zaburzenia w trawieniu. Przytem lek nie może być przykrym w użyciu, i tutaj należy w wysokim stopniu uwzględnić i indywidualność chorego; lek bowiem nieraz przykry w użyciu (np. kreozot lub eukaliptus w kroplach), wielu chorych znosi wybornie, podczas gdy u innych wywołuje on wstręt, czasem wymioty, odbijanie i t. p. objawy. Tenże sam lek w innej formie podany, np. w kapsułkach, ci sami chorzy znoszą często zupełnie dobrze. W wyborze więc środków należy w wysokim stopniu uwzględniać powyższe okoliczności, mając na widoku unikanie, szczególnie w praktyce biednej, specyfików nowych, opatentowanych, a przez to bardzo drogich, zanim dłuższe doświadczenie kliniczne nie wykaże ich przynajmniej względnej pożyteczności. I tak np. drogi preparat *Tiocol*, w zupełności może być zastąpiony tańszym i również dobrze znoszonym węglanem gwajakolu, hetol — balsamem peruwiańskim i t. p. Prócz tego nie należy nigdy tych leków stosować w wielkich zwykle przez fabrykantów zalecanych dozach, gdyż wiele z tych środków, nawet najlepiej znoszonych, wywołuje pewne wpływy uboczne, drażniące żołądek, a nieraz nerki. Pożytecznym również będzie przerywanie od czasu do czasu danego leku na czas pewien, lub też zamienianie go innym, do podobnej grupy należącym, co nieraz korzystnie wpływa na chorego z punktu widzenia sugestji <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> W ostatnich czasach autorowie francuscy (Renon, Grenet i inni), zaczęli stosować przy leczeniu gruźlicy roztwory koloidalne t. z. ciężkich metali (Ceru, Erbu, Toru i innych), podskórnice lub wewnątrz dożylnie. Mają one działać korzystnie na podstawie znacznie wzmożonej leukocytozy. Wyniki jednakże dotychczasowe różnych autorów są dosyć sprzeczne i wymagają dalszych licznych doświadczeń. To samo da się powiedzieć i o koloidalnym roztworze miedzi (t. z. Elektrocuprol), z użycia podskórnego którego nie widziałem dodatnich wyników u moich chorych szpitalnych.

## WYKŁAD XIX.

**Leczenie higieniczno-dietetyczne. Teoria Brehmera. Podstawowe czynniki tej metody: powietrze, odżywianie, mleko i jego przetwory, kefir, kumys; sztuczne przetwory odżywcze, tłuszcze (kakao, oliwa, tran, alkohol). Wskazania do racjonalnego odżywiania. Zabiegi wodolecznicze. Gimnastyka płucna. Higiena ubrania. Zabiegi lecznicze dla suchotników. Sanatorja; ich strony dodatnie i ujemne. Typy sanatorjów. Wyniki leczenia zakładowego. Zakłady dla biednych suchotników. Leczenie suchotników w szpitalach miejskich. Rola przychodni przeciwgruźliczych.**

---

W poprzedzającym wykładzie wykazaliśmy, że kwestja leczenia swoistego gruźlicy, t. j. skierowanego przeciw istotnej przyczynie gruźlicy, t. j. lasecznikowi i jego produktom, dotychczas nie została w należyty sposób rozwiązana. Musimy więc zwrócić się do drugiego wytycznego punktu, który nazwałby można ustrojowym (konstytucjonalnym). W etjologii omówiliśmy szczegółowo tę ważną w powstawaniu suchot rolę organizmu, który, na podobieństwo podłoża sztucznego, nie zawsze stanowi dobrą glebę dla rozwoju lasecznika, lecz przeciwnie, i to niezbyt rzadko, dzięki właściwościom swych tkanek, zwalcza w zupełności istniejący już w organizmie lasecznik. Aczkolwiek w dzisiejszym stanie wiedzy nie możemy ściśle naukowo określić tych warunków, które przyczynić się mogą do wzmoczenia odporności, to jednakże wielowiekowe doświadczenie kliniczne wskazało je poniekąd. Warunki te możnaby sformułować w następujący sposób: należy podnieść czynność całego podupadłego organizmu, pobudzić wszystkie pierwiastki do przemiany materji w zupełnie innym kierunku, wytworzyć to, co dziś w patologji nazywamy odpornością komórek i tkanek w walce z drobnoustrojami, jednym słowem, postawić organizm w warunkach korzystnego odżywiania, przeciwnych tym, wśród których przebywał. Takie są kardynalne

podstawy leczenia higieniczno-dietetycznego suchot, które ze wszystkich dotychczasowych najróżnorodniejszych metod leczniczych daje względnie najlepsze wyniki. Metoda ta, zwana jeszcze metodą klimatyczno-dietetyczną, albo sanatoryjną, z wielką słuszością cieszy się dotychczas niemal wszędzie należytem uznaniem, gdyż czynniki jej składowe, t. j. świeże powietrze, dobre odżywianie, spokój, stanowią naturalne środki, mogące wpłynąć korzystnie na wzmocnienie ustroju. Aczkolwiek pojedyncze składowe czynniki tej metody, jak np. leczenie klimatyczne, dobre odżywianie, zalecane były od wieków i to z korzyścią dla suchotników, to jednakże ujęcie ich w całość kształt ściśle określonej metody, bezspornie zawdzięczamy niepospolitemu umysłowi lekarza niemieckiego Hermana Brehmera, którego współpracownikiem miałem zaszczyt być w ciągu lat kilku (1874—80). Przed laty przeszło sześćdziesięciu założył on w Goerbersdorfie na Śląsku południowym, w górach Sudetach, pierwsze odpowiednie sanatorium i w niem teoretycznie obmyślane zasady leczenia suchot wprowadził w wykonanie praktyczne. Punktem wyjścia teorii Brehmana było spostrzeżenie dawniejszych patologów (Louis, Rokitansky), jakoby suchotnicy posiadali przeważnie małe serce i jakoby tym sposobem istniały w ich organizmie stale niekorzystne warunki ukrwienia płuc, powodujące skłonność do stanów zapalnych i do następczego zserowacenia, w myśl panujących podówczas poglądów Virchowa. Ztąd też w leczeniu suchot, podług Brehmera, należało dążyć do podniesienia działalności serca, resp. dobrego ukrwienia płuc, co przedewszystkiem osiągnąć się dawało za pomocą długiego przebywania chorych w klimacie górskim, względnie wolnym od suchot płucnych i działającym podniecająco na czynność serca. Obok tego zasadniczego działania były momenty wspomagające: dobre, forsowne niemal odżywianie chorego pokarmami mieszanymi, obfitującymi w tłuszcz i białko, oraz pobudzanie czynności skóry za pomocą odpowiednich zabiegów wodoleczniczych. Leczenie odbywać się winno w zakładach ściśle zamkniętych, dobrze urządzonych pod względem higienicznym, pod stałą kontrolą lekarską i z uwzględnieniem osobniczych właściwości chorego.

Pomimo że teoria Brehmera nie wytrzymała ściślejszej krytyki naukowej, jednakże metoda jego w zastosowaniu praktycznym okazała się bardzo skuteczną; wyniki jej przewyższyły znacznie rezultaty wszystkich, do owej pory stosowanych, sposobów leczenia suchot. Ztąd też i sanatorium Brehmera stało się wzorem, podług którego powstały w całej Europie i Ameryce setki podobnych zakładów.

Należy nam obecnie jeszcze omówić pokrótce podstawowe czynniki metody sanatoryjnej, tembardziej że mogą one być wszędzie stosowane u chorych. Nie mogę tu rozwodzić się nad różnorodnymi warunkami topograficznymi, jakim odpowiadać winno dobrze położone i zbudowane sanatorium; w sprawie tej odsyłam do odpowiedniej literatury, nadmienię tylko, że pogląd dawniejszy, jakoby sanatorja wymagały specjalnych warunków klimatycznych, a szczególnie położenia górskiego, został dzisiaj w wysokim stopniu zachwiany, gdyż wyniki, otrzymane w sanatorjach, zbudowanych nad morzem, na równinach i wśród lasów,

nie ustępowały bynajmniej rezultatom, osiąganym w lecznicach górskich. Stąd też i dzisiaj panuje powszechne przekonanie, że w każdej zdrowej miejscowości, o gruncie suchym i przepuszczalnym, leżącej zdala od wielkich miast i fabryk, nie posiadającej zbyt krańcowych ciepłot i gwałtownych zmian tellurycznych, może być zbudowane sanatorium, którego budynek i urządzenie wewnętrzne winno odpowiadać wszelkim wymaganiom nowoczesnej higieny szpitalnej (kanalizacja, ogrzewanie centralne, wentylacja, oświetlenie elektryczne, duży park lub las w blizkiem sąsiedztwie zakładu i t. p.).

Co się tyczy czynników składowych, na których opiera się leczenie sanatoryjne. to do nich zaliczamy dwa najbardziej podstawowe, t. j. leczenie powietrzem i dobre odżywianie.

1. Leczenie powietrzem. Już dawniejsi autorowie, poczynając od Celsa aż do Laenneca, zaznaczali w swych pismach doniosłość dobrego i świeżego, a przede wszystkim południowego powietrza w leczeniu suchot; dopiero w drugiej połowie ubiegłego wieku M. Cormak w Anglii i Brehmer w Niemczech zaznaczyli, że w każdym klimacie przeprowadzić można leczenie powietrzne i że największą szkodę przynosimy suchotnikom przez zamknięcie ich w pokoju, jak to zwykle robiono zimą w ciągu całych miesięcy. Starali się oni zwalczyć obawę przeziębienia chorych wogóle, a specjalnie piersiowych, przez co założyli fundamentalne podstawy leczenia powietrzem. Sposób stosowania kuracji powietrznej w zakładach leczniczych jest bardzo prosty; polega on na tem, aby chorzy, o ile można, najdłużej pozostawali pod wpływem świeżego powietrza; w tym celu latem przebywają dzień cały w parkach zakładowych, spacerując lub siedząc, chorzy zaś gorączkujący lub słabi leżą na powietrzu w tak zwanych leżalnicach (werendach), noce zaś spędzają w pokojach sypialnych lub salach przy stale otwartych oknach. I zimą nawet w klimacie surowym, jak nasz, chorzy odpowiednio ubrani mogą przebywać wiele godzin dziennie w leżalnicach, szczególnie w dniu słonecznym, lub przebywać na spacerze, a w porze nocnej, przy ogrzewaniu centralnem, śpią, podobnie jak latem, przy otwartych oknach. Do tego rodzaju metodycznego użycia powietrza chorzy, po przewyciężeniu początkowej obawy, przywykają szybko, a czując odrazu dobroczynny jego wpływ na oddychanie, kaszel i poprawę łaknienia, sami ochotnie w dalszym ciągu poddają się jego działaniu i nawet nieraz dochodzą do przesady. Wogóle mówiąc, organizm suchotników jest dziwnie odporny na dość zimne nawet i surowe powietrze. Widziałem u siebie w szpitalu suchotników, którzy nawet w listopadzie przy mrozie kilkostopniowym sami napraszali się, aby nie tylko dzień, lecz i całą noc mogli spędzać na werandzie szpitalnej, zupełnie nie ogrzanej, wiedząc, że każdorazowy powrót na salę szpitalną i przepędzenie tam nocy powoduje wzmożenie kaszlu i doszności. W dawniejszych latach w sanatorjach większość chorych używała kuracji powietrznej, starając się powoli chodzić, głęboko przytem oddychać, a nawet wprawiać się stopniowo we wchodzenie na niewysokie wzniosłości. Później jednakże zaczęto powszechnie stosować w sanatorjach werendo-

wanie (Liegekur), trwające wiele godzin dziennie, z ograniczeniem do minimum ruchu. Metoda ta, szeroko dziś stosowana w zakładach, grzeszy jednostronnością, o ile bowiem u chorych gorączkujących i wynędzniałych okazuje się wielce korzystną, o tyle u innych, a szczególnie silniejszych, mało lub wcale nie gorączkujących, jest o wiele mniej pożyteczną. Wprawdzie przy leczeniu tego rodzaju chorzy tyją, nabierają tłuszczu, lecz nie zawsze osiągają istotną poprawę pod względem płuc; przeciwnie, poprawiają się szybciej przy metodycznym ruchu. Wielu bowiem suchotników, zwłaszcza dziedzicznie usposobionych, ma małe serce, wąły mięsień sercowy i wąły układ naczyniowy. Wzmocnienie przeto serca drogą umiarkowanego ruchu musi bezwarunkowo odbić się korzystnie nie tylko na krwiobiegu płucnym lecz pośrednio i na czynnościach całego organizmu, przez osiągnięcie lepszych warunków przemiany materji.

Co się tyczy kwestji teoretycznej, w jaki sposób metodyczne użycie powietrza oddziaływa korzystnie, t. j. lecząco, na suchoty płucne, to pod tym względem trudno jest cośkolwiek ściślejzego powiedzieć; zdaje się, że wpływ korzystny wynika z istotnej czystości powietrza, pozbawionego przymieszek organicznych i mineralnych, jaką się odznacza powietrze nie tylko górskie, lecz i nadmorskie, i wogóle powietrze miejscowości, leżących zdala od wielkich miast, fabryk i t. p. Nie ulega przytem kwestji, że muszą tu, obok aseptycznych właściwości powietrza, odgrywać niepoślednią rolę i inne czynniki, a szczególnie promienie słoneczne; stąd też i usprawiedliwiony jest odwieczny fakt, że suchotnicy czują się lepiej i poprawiają się szybciej w miejscach słonecznych, powietrze zaś świeże, stale przyływające, oddziaływa pobudzająco na ich drogi oddechowe i jest, jeśli się tak wyrazić można, najlepszym dla nich środkiem wykrztuśnym; wiadomo bowiem, że chorzy zaczynają odkastywać i odpluwać swobodnie z chwilą wyjścia rano na świeże powietrze. Ten wpływ świeżego powietrza na lepszą wentylację płuc, na oswobodzenie najdrobniejszych oskrzelików z zalegającej plwociny, umożliwiający o wiele obfitsze wchłanianie tlenu do krwi, musi się odbić bezwarunkowo korzystnie i na innych funkcjach organizmu, a przedewszystkiem na najważniejszym czynniku dla suchotnika, t. j. poprawie jego łaknienia, co stanowi jeden z najczęstszych wyników dobroczynnego wpływu na suchotnika leczenia powietrznego i pozwala na stosowanie drugiego podstawowego czynnika leczenia sanatoryjnego, t. j. dobrego odżywiania chorych.

**Odżywianie chorych.** Chudnienie suchotników, które stanowi najwybitniejszą cechę początkowych okresów suchót, zależy, jakśmy to wyżej mówili, od wpływu toksyn, a następnie od wzmożonej utraty substancyj azotowych, niedostatecznego odżywiania z powodu tak często istniejącego braku apetytu. Zadośćuczynienie więc pierwszemu wskazaniu, t. j. wyrównanie strat przez dostarczenie zwiększonej ilości substancyj pokarmowych, stanowi zadanie łatwe jedynie wówczas, gdy nie mamy do czynienia z brakiem łaknienia. W tych bowiem przypadkach wszelkie usiłowania w celu wzmożonego odżywienia rozbijają się zawsze o niechęć do jedzenia. Stąd też tak zwane forsowne leczenie od-

żywcze suchotników, przeprowadzane w szpitalach miejskich i w praktyce prywatnej, bez udziału powietrza zawodzi w zupełności; odwrotnie, jak to wyżej mówiliśmy, suchotnik w zakładzie przy racjonalnie prowadzonej kuracji powietrznej, w większości przypadków powoli odzyskuje apetyt.

Skoro zaś chory apetyt odzyska, winno go się żywić dobrze, poniekąd nadmiernie, aby pokryć i nadmierne stałe straty (szczególniej u gorączkujących), i wyrównać stratę nie tylko w tkance tłuszczowej lecz i w innych tkankach; w przebiegu bowiem suchot odżywianie wszystkich tkanek jest upośledzone wskutek stałego wchłaniania toksyn gruźliczych. Więc nie tylko substancje azotowe i ich pochodne, lecz tłuszcze i sole mineralne winny być doprowadzane do organizmu w nadmiernej ilości, przewyższającej co najmniej o 25 do 50% normę pierwiastków odżywczych, wymaganą przy odżywianiu człowieka zdrowego. Wogóle biorąc, żywienie suchotnika zbliża się w zupełności do schematu prawidłowego odżywiania zwykłego człowieka; djeta mieszana, zwiększona z jednej strony ilościowo, a z drugiej jakościowo, uwzględniająca większe zapotrzebowanie przez organizm pierwiastków tłuszczowych. Te zasadnicze podstawy, zastosowane do wyboru oddzielnych pokarmów, natrafiają w praktyce na wielce różnorodne trudności, pożywność bowiem pokarmu nie zawsze idzie w parze za strawnością, a przedewszystkiem nie zawsze odpowiada wielce indywidualnym właściwościom narządu trawienia danego chorego. Dlatego też trudno podawać odpowiednie schematy; doświadczenie jednakże, szczególnie zakładowe, doprowadziło pod tym względem do następujących wniosków: suchotników pod względem sposobu ich odżywiania podzielić można na trzy główne kategorie. Do pierwszej należą tacy, którzy posiadają stale zupełnie dobry apetyt i trawienie, lub też którzy odzyskali apetyt szybko pod wpływem leczenia powietrznego, jedzą zazwyczaj dużo; u tych należy stosować zwykłą mieszaną djetę, w której oprócz mięsa w różnych postaciach, nie wykluczając mięsa tłustego, wieprzowiny, baraniny, tłustych ryb i t. p., należy zalecać obfite spożywanie jarzyn, tłuszczów (masło, słonina), oraz węglowodanów w postaci chleba, bułek, kartofli i t. p. W tego rodzaju odżywianiu odgrywać winny rolę dwie nader ważne okoliczności a) umiejętna i odpowiednia różnorodność w układaniu i kombinacji potraw, b) rozdział jedzenia na kilka oddzielnych posiedzeń (4—5), aby żołądek chorego nie był narażony przy wzmożonym apetycie na przyjmowanie naraz zbyt wielkich ilości jedzenia. Przyjęta wogóle w zakładach zasada, wprowadzona niegdyś jeszcze przez Brehmera, żywienia chorych 5 razy dziennie została w zupełności uzasadniona w praktyce, naturalnie ulegając różnym modyfikacjom, zależnie od kraju i właściwości indywidualnych pod tym względem danego narodu. Mniej więcej trzymają się w zakładach następujących przepisów. Na pierwsze śniadanie (około 8 rano) chorzy dostają kawę lub herbatę mleczną, mleko 1—2 szklanek, chleb lub bułki z masłem, miód, w niektórych zakładach np. w Danji podawana bywa i kasza owsiana. Na drugie śniadanie między 10—11 chorzy dostają mleko, chleb, masło, wędliny, jajka, ser i t. p. Na obiad, między 1 a 2, zupa

najczęściej tłusta, dwie potrawy mięsne, jarzyna, kompot, legomina. Podwieczorek między 4—5 składa się znowu z mleka, kawy mlecznej, herbaty, pieczywa i masła; a kolacja, podawana między 7—8 wieczorem, z potrawy mięsnej zimnej lub gorącej z jarzyną, mleka, masła i sera. W większości zakładów w Niemczech i Francji chorzy piją do obiadu i kolacji lekkie wino lub piwo. W ostatnich jednakże latach napoje wysokokowe bywają coraz rzadziej zalecane, natomiast chorzy piją bądź to wodę czystą, bądź gazową mineralną.

Do drugiej kategorii zaliczyć należy pacjentów u których istnieje od początku cierpienia brak apetytu. Tutaj należą również chorzy, będący w dalszych okresach choroby, gorączkujący, a także ci, którzy jeszcze przed zapadnięciem na sprawę piersiową, doświadczyli zaburzeń żołądkowych, mieli upośledzone trawienie i apetyt wybredny. U tej grupy suchotników wyżej opisane żywienie zakładowe, poniekąd szablonowe, musi być nieraz od początku w wysokim stopniu modyfikowane z uwzględnieniem nawet kaprysów chorego. Jedni bowiem nie znoszą zimnego mięsa, inni tłustego, a często nawet mleka i jaj. Stąd lekarz winien, że tak powiem, umiejętnie manewrować,znaczając z początku potrawy lżej strawne (białe mięso, mleko, jaja, owsiankę, szynkę, mięso skrobane i t. p.) i powoli przechodząc do innych potraw. Przy tego rodzaju modyfikacjach djety niezbyt znowu rzadko i ta kategoria chorych pod wpływem kuracji powietrznej powoli odzyskuje apetyt i powoli przechodzi nawet na normalną djety. W pewnym jednakże szeregu przypadków ta specjalna djety, przy której chorzy poprawiają się nawet stale, musi być zachowana i nadal, gdyż każde wykroczenie przeciw niej wywołuje objawy niestrawności, pogarszającej stan ogólny chorych. Indywidualna djety winna być również konsekwentnie stosowana u chorych wysoko gorączkujących; tylko bowiem wyjątkowo znoszą oni zwykłe jedzenie zakładowe. Chorzy tej kategorii powinni otrzymywać przeważnie lekko strawne na wół płynne pokarmy: mleko, jajka, kaszkę, owsianki, mięso skrobane i t. p. I tutaj również należy przestrzegać, aby chorzy jedli mało i często, już nie pięć razy, lecz częściej co 2 a nawet co 1½ godziny potrochu. Zasada ta powinna być przeprowadzana konsekwentnie, a chorych należy usilnie namawiać do jedzenia; wielokrotnie bowiem tą drogą udaje się mimo istniejącej gorączki osiągnąć poprawę stanu ogólnego chorych. Żywienie takie stosowane być winno również w razie różnorodnych powikłań, a przedewszystkiem w razie krwotoków płucnych.

Wreszcie do trzeciej kategorii zaliczyć należy takich chorych, których apetyt upada w zupełności wskutek postępującej sprawy chorobnej; dalej chorych, dotkniętych gruźliczemi owrzodzeniami kiszek, zapaleniem nerek i t. p. W tej kategorii przypadków absolutnie nie można liczyć, aby drogą leczenia djetetycznego cokolwiek osiągnąć się dało, nawet najlżejsza pozornie i najracjonalniejsza djety zawodzi. Wielu bowiem chorych nie znosi mleka, jajek i wogóle płynnej djety, znosząc znowu mięso, chleb i inne pozornie niestrawne pokarmy. Djety więc u nich jest tak ściśle związana z indywidualnością danego chorego, że u każdego z nich trzeba stosować odrębną djety, i to nietylko zależnie od siły trawienia,

lecz nawet od indywidualnych przyzwyczajzeń, wielce nieraz sprzecznych z ogólnymi pojęciami dietetycznymi.

Właściwości indywidualne i rasowe chorych odgrywają w odżywianiu suchotników, szczególnie dwóch ostatnich kategorii, niepoślednią rolę. Ludzie z klasy biedniejszej, zwłaszcza pochodzący ze wsi, wogóle znoszą dobrze potrawy mleczne i mączne, odwrotnie chorzy z klasy zamożniejszej, mieszkańcy miast znoszą przeważnie dietę mięsną. Żydzi na ogół źle znoszą w większej ilości mięso i tłuszcz, lepiej zaś ryby, potrawy mączne i słodkie. Owe właściwości organizmu winien lekarz w wysokim stopniu uwzględniać przy zalecaniu diety.

Podaliśmy w ogólnym zarysie podstawy żywienia suchotników. Jest to dział zbyt obszerny, aby go można było szczegółowo rozebrać, wkracza on bowiem w zasady ogólnej dietetyki chorych. Jedynie na zakończenie pozwolę sobie zacytować słuszną uwagę Leberta, że u suchotników należy w wysokim stopniu uwzględniać ich poprzedni sposób żywienia się, rzadko bowiem nagła zmiana wychodzi im na dobre, chyba jeśli odnosi się do wyjątkowo wadliwych pod względem higienicznym przyzwyczajzeń.

Obecnie omówimy niektóre środki, mające wyjątkową doniosłość w odżywianiu suchotników.

1. Mleko, które posiada idealny układ pierwiastków odżywczych, już z tego samego względu, że jednoczy w sobie wszystkie bardziej wymagalne dla odżywiania suchotnika części (tłuszcz, białko, węglowodany, sole), powinno być uważane, już nawet z teoretycznego względu, za środek *par excellence* odżywczy u suchotników. I rzeczywiście już w najodleglejszej starożytności mleko uważane było niemal za specyfik w leczeniu suchot. Mleko, które większość suchotników znosi wybornie, jednoczy w sobie przymioty nie tylko dobrego i łatwo strawnego pokarmu, lecz jednocześnie jest w czasach normalnych względnie tanie i wszędzie łatwe do nabycia, co naturalnie, szczególnie u biedniejszych chorych, odgrywa pierwszorzędną rolę. Wychodząc jednakże z dzisiejszego punktu widzenia, musimy odmówić mleku jakichkolwiek swoistych właściwości w leczeniu suchot, a jedynie zaliczyć je możemy do środków, które obok innych potraw odgrywają wysoce pożyteczną rolę odżywczą. Spożywanie samego mleka lub nawet tylko djeta przeważnie mleczna jest możliwa w wyjątkowych razach, organizm bowiem dorosłego człowieka potrzebowałby nie mniej niż 3—4 litrów, aby pokryć swój bilans rozchodowy (100 ctm. mleka dostarcza zaledwie 70 kaloryj). Tak wielką ilość mleka wyjątkowo i to przez pewien tylko czas są w stanie znosić chorzy, u większości zaś nadmierne spożywanie mleka wywołuje wstręt do mięsa, utratę apetytu, a często nawet niestrawność i uparte rozwolnienie. W tych przypadkach, w których mleko bywa znoszone w dużych ilościach przez dłuższy przeciąg czasu, spostrzegamy wprawdzie u chorych przybytek na wadze i utycie; wyraża się ono jednakże przeważnie przyrostem podkładu tłuszczowego, wygląd zaś chorych pozostaje bladym; robią oni wrażenie anemików, skarżą się charakterystycznie, mówiąc „cóż mi z tego przybytku wagi kiedy siły niema“. — Należy



więc przyjąć za prawidło, aby przy zalecaniu djety suchotnikom mleko stanowiło integralną część ich pożywienia, ale nie przeważną lub, co gorzej, wyłączną. Wogóle 4—6 szklanek w normalnych warunkach trawienia stanowi maksymalną ilość mleka; jedynie czasowo i w wyjątkowych stanach, jako to przy wysokiej gorączce, połączonej ze wstrętem do jedzenia, w pierwszych dniach po mocnym krwawieniu płucnym i t. p., można ilość mleka podnieść do 2-ch lub 3-ch litrów dziennie, o ile chory znosi je dobrze. Mleko w większej ilości okazuje się bardzo pożytecznym w przewlekłej niestrawności, towarzyszącej późniejszym okresom suchot; odwrotnie, w razie rozwolnienia, zależącego od sprawy gruźliczej kiszek, mleko bywa źle znoszone przez chorych, i bez względu na sposób podawania nawet niewielka ilość mleka przyczynia się do pogorszenia stanu przez wywołanie jeszcze częstszych i obfitszych wypróżnień. Zalecając mleko, należy pamiętać przedewszystkiem o tem, że wartość jego odżywcza jest ściśle związana z jego dobrocią, stąd też należy kłaść niezwykle nacisk na to, aby mleko pochodziło z pewnego źródła (dobrej obory), nie było fałszowane i nie zawierało szkodliwych drobnoustrojów. Wprawdzie mocne przegotowanie niszczy szkodliwe domieszki, lecz jednocześnie czyni mleko dla wielu osobników niesmacznym, a nieraz nawet mniej strawnym; stąd też i w wielu zakładach leczniczych starają się mieć własne obory lub też poddają mleko t. zw. pasteryzacji. Naturalnie w praktyce domowej, gdzie nie jesteśmy pewni dobroci mleka, należy je poniekąd z musu przegotować, byle nie nadmiernie, a następnie ochłodzone zalecać chorym, gdyż w tej formie większość chorych najlepiej je znosi; przytem mleko należy podawać między większemi jedzeniami, najlepiej w godzinę do dwóch po jedzeniu. Wogóle lekarz, mając na widoku wysoką wartość pożywną mleka, nie powinien zrażać się nigdy twierdzeniem chorych, że mleka nigdy nie znosili i znosić nie będą; przekonałem się bowiem wielokrotnie, że można ostatecznie dojść do tego, że chory znosi mleko wybornie. W niektórych przypadkach należy próbować dodawania do mleka odwarów śluzowych, kaszy jęczmiennej, owsianej, ryżu, sucharków. W razie skłonności do rozwolnienia pod wpływem mleka (nie na tle owrzodzeń gruźliczych) udaje się często ograniczyć biegunkę przez dodanie do mleka 1—2 łyżek wody wapiennej.

Oprócz mleka krowiego, zalecane być mogą również z korzyścią dla chorych i inne rodzaje mleka, a przedewszystkiem mleko kozie, które jest pożywniejsze od krowiego, gdyż zawiera większą ilość tłuszczu i białka niż krowie. Niestety jednakże z powodu swoistego odoru chorzy niechętnie je piją.

Nie tylko mleko, lecz i inne jego składowe części i przetwory, mogą być z wielką korzyścią używane w djecie suchotników, a szczególnie tam, gdzie mleko samo przez się dobrze nie bywa znoszone. Tu należy przedewszystkiem śmietanka, zawierająca około 15% czystego tłuszczu (a centryfugowana nawet do 60%) obok innych składowych części mleka, jak białka i cukru. Śmietankę wogóle chorzy znoszą dobrze, naturalnie winna być ona słodka, a nie kwaśna,

i w tej postaci sama przez się lub z dodatkiem kawy albo herbaty stanowić może wyborny środek odżywczy, szczególnie u gorączkujących suchotników.

Przetworem mleka, stanowiącym również pokarm wysoce odżywczy u chorych gruźliczych jest masło, zawierające przeciętnie około 80% tłuszczu, obok nieznacznej ilości białka i cukru mlecznego. Masło ze względu na znaczną zawartość oleiny wchłania się doskonale w kiszki, a ze wszystkich rodzajów tłuszczów choroby znoszą je najlepiej. Stąd też w dietach zakładowych masło odgrywa niepoślednią rolę, a chorzy są w stanie nieraz spożywać je w dużych ilościach (jako dodatek do pieczywa).

Sery, a szczególnie t. zw. śmietankowe, zawierające duże ilości (około 40%) tłuszczu i substancji białkowych (25%), stanowią przetwory niezwykle pożywne. Niestety jednakże ser wogóle rozpuszcza się trudno w sokach trawiennych, stąd też zalecać go można jedynie chorym, posiadającym zupełnie sprawne funkcje trawienia.

Do przetworów mleka zaliczyć jeszcze należy serwatkę (żentycę), którą niegdyś bardzo zalecano suchotnikom. Stanowiła ona poniekąd swoiste leczenie w stacjach klimatycznych górskich. Wartość pożywna serwatki jest bardzo nieznaczna, zawiera ona bowiem niewielką ilość białka, a głównie cukier mleczny i sole. Stąd też produkt ten wywołuje najczęściej rozwolnienie i może być zalecany chyba tylko w tych przypadkach postaci włóknistej, w których istnieje otłuszczenie ogólne i objawy t. zw. zawału brzuszego (*plethora abdominalis*).

Jednym z przetworów mleka, posiadającym niepospolite własności odżywcze i w wysokim stopniu pożyteczne w leczeniu djetetycznym suchot, jest kefir który, jak wiadomo, wyrabia się z mleka krowiego za pomocą specjalnego fermentu, wytwarzanego przez t. zw. grzybki kefirowe, t. j. rodzaj drożdży, znajdujących się na Kaukazie (*sacharomyces kefir*) i mieszaniny kilku drobnoustrojów, a mianowicie: dwóch rodzajów łańcuszkowców (*streptococcus*) oraz łasecznika (*bacillus causicus*). Powyższe rodzaje drobnoustrojów wywołują następujące przemiany w mleku: 1) pewna część cukru mlecznego rozszczepia się na kwas mleczny 2) kwas mleczny osadza kazeinę w postaci drobniutkich kłaczków 3) jednocześnie część substancji białkowych mleka przechodzi w t. zw. acidalbuminę, hemialbumozę i propepton 4) pozostałe części cukru mlecznego przechodzą w galaktozę i dekstrozę, które następnie wytwarzają 5) kwas węglany i alkohol (Freudenreich). Co się tyczy składu chemicznego kefiru to bywa on różny zależnie od długości fermentacji: jednodniowy zawiera 0,20—0,40% alkoholu, dwudniowy 0,5—0,7%, a trzedniowy 0,8—1,2%; to samo odnosi się i do kwasu mlecznego, którego ilość waha się od 0,5% do 1%. Ogólna ilość ciał białkowych wynosi około 3,4%, tłuszczu około 2,7%, cukru mlecznego 1,8%. Zawartość kwasu węglanego jest tem większa im kefir jest starszy. Tym więc sposobem kefir posiada obok pożywnych części składowych mleka krowiego pewne odrębne właściwości, a mianowicie: białko ścięte pod postacią drobnych kłaczków, łatwostrawne, kwas mleczny i kwas węglany, oraz alkohol, pobudza-

jące błonę śluzową żołądka do szybszego wchłaniania. Jednocześnie jako płyn, posiadający smak kwaskowaty i ostrawy ze względu na zawartość kwasu węglanego i mlecznego, bywa chętnie przez chorych przyjmowany i szczególnie w stanach gorączkowych i niestrawności, wogóle łatwiej i w większych ilościach znoszony niż mleko. Niektórzy autorowie twierdzą, że kefir wpływa kojąco na kaszel dzięki zawartości kwasu węglanego, wogóle zaś kefir, obok własności odżywczych, ma pobudzać działalność wydzielniczą gruczołów i żywszą przemianę materji, poprawiać apetyt i ułatwiać asymilację pokarmów. Ja sądzę jednakże, że wiele właściwości dodatnich, przypisywanych kefirowi, należy odnieść do współzrędnego działania innych jeszcze czynników, a przede wszystkim, świeżego powietrza, gdyż kuracje kefirowe stosowane bywają w sanatorjach i stacjach klimatycznych. W każdym razie powiedzieć mogę na podstawie własnego doświadczenia, że większość suchotników znosi kefir bardzo dobrze i to w większych ilościach niż mleko. W przypadkach rozwoleń wogóle, a szczególnie gruźliczych, podobnie jak mleko, zawodził, pomimo że, zwłaszcza trzydniowy, miał być specjalnie wskazany w zaburzeniach kiszkowych ze skłonnością do rozwoleń. Wogóle najlepiej znoszony bywa kefir dwudniowy, który, tak jak i mleko, należy uważać za środek odżywczy dodatkowy i zalecać go w ilościach 4—6 szklanek najwyżej; jedynie w wyjątkowych tylko razach (mocna gorączka, zupełny brak apetytu), o ile chorzy przyjmują go chętnie i znoszą dobrze, można go zalecać i w większych ilościach. I kefir, podobnie jak mleko, nie wszyscy chorzy znoszą i u niektórych wywołuje on niesmak, a nawet podrażnienie żołądka; spostrzegamy to szczególnie u osobników, nie znoszących napojów zimnych i drażniących (kobiety). Nie należy więc ich zmuszać do picia kefiru, gdyż nieraz mleko ciepłe lepiej trawią. O kefirze wreszcie da się powiedzieć to, co i o mleku, że jeśli ma wywrzeć działanie skuteczne, powinien pochodzić z pewnego źródła, być zrobiony czysto i z mleka dobrego.

Analogiczny skład i właściwości fizjologiczne, co kefir, posiada kumys, otrzymywany z mleka kłaczy za pomocą odpowiedniego fermentu. Wyrabiają go w stepach Kirgizkich i wielu innych miejscowościach wschodniej Rosji. U nas przed wojną istniał zakład kumysowy w Sławucie na Wołyniu i w Pohulance na Białorusi. Użycie jednakże kumysu możliwe jest tylko latem podczas sezonu w powyższych miejscowościach, a działanie jego korzystne u wielu suchotników jest ściśle związane z leczeniem klimatycznym, stepowem lub leśnem, o czym w następstwie będzie mowa.

Należy nam jeszcze pomówić pokrótce o niektórych sztucznych przetworach odżywczych, a przede wszystkim białkowatych, które nieraz, jako środki odżywcze dodatkowe, mogą być użyteczne w dziecie suchotników, osłabionych i posiadających małą sprawność narządów trawienia, a przede wszystkim żołądka. Preparaty te, dodane do zwykłych potraw (np. mleka), mogą podnosić ich pożywność; tym sposobem chory, spożywając mniejszą ilość jedzenia, otrzymuje w zwiększonej ilości pierwiastki odżywcze i nie obarcza przytem narządów

trawienia. W handlu, a szczególnie w Niemczech, powstała ogromna ilość podobnych, wielce reklamowanych i opatentowanych preparatów, wyrabianych przeważnie z przetworów białkowych (kazeiny, albumoz i t. p.) jak to: somatoza, nutroza, eukazylna, phytina i t. p. Wogóle jednakże nie należy sobie wiele obiecywać od tych różnorodnych sztucznych preparatów; wartość ich jest bardzo względna, są one przytem na ogół drogie, a przy umiejętnie skombinowanej djece można najczęściej obejść się bez nich, gdyż w małych ilościach, w jakich je zwykle zalecamy, części istotnie pożywnych będzie mało. Ja osobiście przypuszczam, że większa część powodzenia tych środków wypływa z suggestywnego działania nowego reklamowanego leku.

Z preparatów tłuszczowych, odgrywających, jak to zaznaczyliśmy wyżej, tak doniosłą rolę w odżywianiu suchotników, oprócz wyżej wyliczonych (masło, ser i t. p.) wspomnieć jeszcze musimy o niektórych innych przetworach, do jakich należy k a k a o. Używane jako napój, stanowi doskonały środek odżywczy dla suchotników, oprócz bowiem białka i węglowodanów zawiera około 30% tłuszczu, który doskonale znoszą chorzy, zwłaszcza skłonni do rozwolnienia i nie trawiący większej ilości mleka. Podobnie pożywnymi i pożytecznymi okazują się różne rodzaje dobrej czekolady.

Z innych tłuszczów pożyteczną być może i zwykła czysta oliwa prowanska, którą wielu chorych znosi dobrze samą przez się (kilka łyżek dziennie) lub też z dodatkiem cukru i żółtka. Tak zwana lipanina jest sztuczną mieszaniną kilku tłuszczów, a przedewszystkiem oliwy, nad którą nie posiada jakichś wybitniejszych zalet. Największą jednakże reputacją i powszechną popularnością od dawna cieszy się tran. Jest to tłuszcz, pochodzący z dorsza, mieszanina różnorodnych olejów tłuszczowych (przeważnie oleiny i margaryny), zawiera jeszcze w swym składzie najróżnorodniejsze ciała, jak: lecytynę, kwas fosforowo-glicerynowy, butylaminę, ślady jodu i t. p. Stosowany zazwyczaj w praktyce dobrze oczyszczony tran, składa się przeważnie z pierwiastków tłuszczowych i jedynie jako tłuszcz może mieć znaczenie w leczeniu suchot; działanie bowiem innych jego pierwiastków jest wielce problematyczne. Tran uważany był dawniej, szczególnie przez lekarzy francuzkich, nie tylko za środek odżywczy, lecz poniekąd za specyfik; zalecano go wszystkim suchotnikom i to w dużej ilości (4—12 łyżek dziennie). W tej dużej dozie mógł on w istocie działać korzystnie na odżywianie. W ogromnej jednakże większości przypadków nasi chorzy nie znoszą większych ilości tranu, który szybko wywołuje u nich utratę apetytu, a nawet dłuższą trwającą niestrawność. Stąd też dziś wogóle utracił tran dawniejszą reputację i może być zalecany jedynie jako środek tłusty w niewielkich ilościach (2—3 łyżek stołowych dziennie) tym chorym, którzy go znoszą dobrze. W praktyce mojej szpitalnej zalecam tran z dodatkiem 2—3 kropli olejku eukaliptusowego na łyżkę tranu; w tej bowiem formie tran bywa dobrze znoszony i stanowi uzupełnienie ubogiej wogóle w tłuszczu naszej djeły szpi-

talnej. U chorych jednakże klasy zamożniejszej tran daleko słuszniej należy zastąpić innymi tłuszczami, np. masłem, śmietanką lub t. p.

**A l k o h o l**, zalecany oddawna u suchotników w Anglii pod postacią wina, piwa, koniaku i t. p., stanowił również jedną z integralnych części metody odżywczej Brehmera. Alkohol jednakże w metodzie tej był środkiem nie tyle odżywczym, ile pobudzającym działalność serca, w myśl wyżej opisanej teorii autora. Stąd też i dawki alkoholu, zalecane suchotnikom, były umiarkowane (1—2 kieliszków lekkiego wina węgierskiego dziennie, łyżeczka koniaku do szklanki mleka na noc). Dopiero niektórzy uczniowie Brehmera, a głównie Detweiler, nadali alkoholowi w leczeniu suchot wybitne znaczenie, zalecając go nie tylko jako środek pobudzający serce, lecz jako odżywczy, w sensie ochraniającym, przeciwgorączkowym, jakoteż pobudzającym apetyt i trawienie; poglądy te opierali oni przeważnie na danych doświadczalnych Binza, który wykazał, że alkohol, utleniając się wybornie i spalając w zupełności, jest środkiem nie tylko oszczędzającym w ustroju tłuszcz i białko, lecz jednocześnie środkiem odżywczym. Na tej więc podstawie zaczęto nie tylko w zakładach lecz wogóle u suchotników zalecać alkohol *larga manu* pod postacią mocnych win, koniaków i t. p. Terapia ta ze względu na to, że trafiała do gustu chorych, i dogadzała właścicielom zakładów, była przez dłuższy przeciąg czasu wielce popularna, szczególnie w Niemczech. Trzeźwe jednakże doświadczenie kliniczne przekonało wkrótce, że to nadmierne użycie alkoholu u większości chorych, a przeważnie u kobiet, doprowadziło do wielce ujemnych wyników. Alkohol bowiem u suchotników wywoływał powszechnie znane szkodliwe skutki, szczególnie wpływał źle na układ nerwowy, powodując objawy podrażnienia, bezsenność, zmniejszając apetyt, a wielokrotnie nawet upośledzając zupełnie trawienie. Stąd też i słusznie w ostatnich latach powstała reakcja pod tym względem, tembardziej, że i nowsze doświadczenia farmakologiczne nad działaniem alkoholu (Rosenman, Fick, Neumann, Dogiel i inni) aczkolwiek poniekąd potwierdziły doniosłość jego jako środka, oszczędzającego tłuszcz, z drugiej strony wykazały, że jest on jednocześnie środkiem trującym dla protoplazmy komórek gdyż wywołuje zwiększony rozpad ciał białkowych. Własności jego trujące przewyższają o wiele własności odżywcze i pobudzające, które mogą z łatwością być zastąpione innymi środkami, bynajmniej dla organizmu nieszkodliwymi, a przytem o wiele tańszymi, niż przetwory wyskokowe. Zresztą i inne jakoby dodatnie właściwości alkoholu w leczeniu suchotników, jako to: przeciwgorączkowe, pobudzające apetyt i układ nerwowy, zostały również na drodze doświadczenia klinicznego zakwestjonowane i pozwalają z łatwością zastąpić alkohol innymi środkami, nie wywierającymi na organizm ubocznego, szkodliwego wpływu. Obecnie więc, i słusznie, w sanatorjach dla suchotników, szczególnie ludowych, alkohol bądź wcale nie bywa zalecany, i jest zastępowany kefirem i różnorodnymi napojami, wolnymi od wyskoku (lemoniady, piwa o bardzo słabej zawartości alkoholu i t. p.), bądź też, co znów ma miejsce w sanatorjach dla zamożniejszych chorych, zalecany bywa pod formą

**BIBLIOTEKA**

Szpitalna - Karola i Marii

Dla Dzieci

Nr. \_\_\_\_\_

niewielkiej ilości lekkiego wina, samego lub z wodą, albo wreszcie niewielkiej ilości słabego piwa.

Wszystkie powyżej omówione metody odżywcze, przy jednoczesnym leczeniu powietrznym, w ogromnej większości przypadków, szczególnie u nie gorączkujących chorych, wywołują poprawę stanu ogólnego, objawiającą się na zewnątrz lepszym wyglądem, zwiększeniem sił i stopniowym przybytkiem na wadze. Te objawy dodatnie idą najczęściej ręka w rękę ze zmniejszeniem się innych objawów chorobnych: kaszlu, gorączki i t. d., jakoteż i ograniczeniem się zmian patologicznych w płucach. Tym więc sposobem przybytek na wadze stanowi poniekąd barometr stanu chorego. W jaki jednakże sposób ów przybytek na wadze wpływa tak dobroczynnie na przebieg sprawy gruźliczej, trudno jest dziś ściśle orzec; zdaje się, że jest on tylko poniekąd widowym wyrazem poprawy ogólnych warunków biologicznych, lepszego odżywiania komórek, pobudzania ich upadłej odporności do wytwarzania przeciwtucznych, t. j. do skutecznego przeciwdziałania posorzytom i toksynom gruźliczym. Nie zawsze jednakże samo zyskanie na wadze, nieraz nawet znaczne, idzie w parze z istotną poprawą stanu chorego; nawet przy forsownym odżywianiu i kuracji leżącej chorzy często gorączkują dalej i stan ich miejscowy stopniowo się pogarsza. Na fakt ten zwracałem dawno uwagę, twierdząc, że nie należy identyfikować utycia suchotnika z jego rzetelną poprawą; wychodząc bowiem z fałszywego założenia, starano się w zakładach podnieść do możliwego maximum wagę suchotnika, t. j. tuczyć go, uważając to za nieodzowny warunek poprawy. Tymczasem, jak to powiedziałem, u wielu rzecz ma się przeciwnie: tyją lecz nie poprawiają się, a nawet u niektórych, szczególnie u cierpiących na przewlekłe włókniste postacię suchot, występują przy nadmiernym tyciu zaburzenia w krążeniu i narządach oddechowych (duszność, osłabienie i t. p.), właściwe osobnikom nadmiernie tłustym. Stąd też nadmierne odżywianie suchotników winno mieć pewne granice i ścisłe wskazania, zamiast bowiem pożytku, szkodę jeno przynosić będzie. Żywić nadmiernie suchotników można w okresach początkowych choroby, wycieńczonych i wychudzonych, najczęściej gorączkujących; również w przebiegu przewlekłej sprawy, ilekroć zaczyna podupadać stan ogólny chorego wskutek dołączania się świeżego obostrzenia sprawy. Z chwilą jednakże, gdy chorzy powracają do swojej uprzedniej wagi, należy zaniechać forsownego tuczenia, zmniejszając powoli nie tylko ilość, lecz i jakość pokarmów, a głównie ograniczając tłuszcze i węglowodany. Naturalnie, żywienie nadmierne wskazane będzie i w okresach gorączkowych, o ile chorzy znosić je będą, gdyż gorączka gruźlicza pociąga za sobą brak apetytu i upośledzone trawienie pokarmów tłustych i mącznych. Natomiast przeciwwskazane będzie tuczenie osobników, dotkniętych czystą włóknistą postacią suchot, leczenie bowiem tuczące i leżące wywołuje u nich, wraz z utyciem, objawy niedomogi serca; i tak już krótki oddech przechodzi przy tyciu w duszność stałą, nawet z napadami astmy sercowej, a objawy te ustępują, gdy chorzy schudną.

To samo da się powiedzieć o artrytycznej postaci suchot i o suchotnikach o typie tłustym (*phtisiques gras.*). W djeie więc tych kategorii chorych należy unikać większych ilości tłuszczów, mięsa i alkoholu, a zalecać chude mięso, w obfitości jarzyny i owoce, sporo ruchu, zimne obmywania ciała, i wogóle środki, regulujące objawy zastojów w żyłach wrotnej (wody mineralne słone i t. p.), a wogóle mówiąc, leczenie zakładowe mniej będzie dla nich wskazane, niż klimatyczne w połączeniu z odpowiednimi wodami mineralnymi, co następnie szczegółowo będę omawiał.

Obok leczenia powietrznodjetetycznego, stanowiącego podstawowy czynnik metody higienicznodjetetycznej, stosujemy jeszcze szereg środków, wspomagających to leczenie, i tak:

a) Różne zabiegi wodolecznicze (*hydrotherapia*) mogą być z wielką korzyścią stosowane pod różną postacią u wielu chorych. I tak, zimne natryski (tusze) uchodziły za integralną część pierwotnej metody Brehmera, który stosował je niemal u wszystkich, a nawet i u nieco gorączkujących suchotników. W pracy mojej, poświęconej temu przedmiotowi, ogłoszonej jeszcze w roku 1876, wykazałem na podstawie obszernego odpowiedniego materiału doniosłość zimnych natrysków w leczeniu suchotników. Jednocześnie podałem ściśle wskazania do tego zabiegu, mianowicie: dają się one z korzyścią zastosować jedynie przy ogólnym dobrym stanie chorych i przy ograniczonych, nie rozpadowych zmianach w płucach; lichego stanu ogólnego, bladłość skóry, a także najmniejsze poruszenia gorączkowe będą stanowczo przeciwwskazaniem do tej metody leczniczej, która tej kategorii chorym wyraźną szkodę wyrządzić może. W ten sposób sformułowane wskazania służyły mi za podstawę do użycia zimnych natrysków w późniejszych latach działalności mojej w zakładzie Brehmera. W ostatnich latach wogóle w sanatorjach, wobec szerokiego zastosowania metody leżenia, zimne natryski zalecane bywają rzadko i to, zdaniem mojem, niesłusznie, gdyż codzienne, krótkie zimne natryski, odpowiednio zastosowane stanowią wyborczy czynnik naturalny, w wysokim stopniu wspomagający leczenie powietrznodjetetyczne. Natryski bowiem zimne wpływają na poprawę zazwyczaj upośledzonego u suchotników odżywiania skóry, wywołują za pośrednictwem nerwów naczynioruchowych większą sprawność naczyń skórnych do szybszego oddziaływania na bodźce zewnętrzne, a przede wszystkim na zimno, wywołując po dłuższym użyciu uodpornienie skóry, t. zw. zahartowanie jej na szybkie zmiany atmosferyczne; powtórnie, poprawiając upośledzone odżywianie skóry, wzmagają przebieg skóry, ułatwiają wymianę gazów i być może ułatwiają również tą drogą wydzielenie się toksyn gruźliczych; wreszcie wpływają one pośrednio, przez wzmocnienie krwioobiegu skórnoego, na przemianę materji. Aby jednakże natryski przyniosły korzyść choremu, winny mieć ciepłotę niezbyt niską (14—16° R.) i trwać bardzo krótko (15—30 sekund) z następczem mocnem natarciem skóry; stosować je najlepiej rano, w godzinę mniej więcej po pierwszym śniadaniu. Nie wszyscy jednakże suchotnicy, nawet ze zmianami przewlekłymi ograniczonymi, dobrym stanem ogólnym, znoszą dobrze

zimne natryski; niektórzy doświadczają po nich pewnego podrażnienia stanu nerwowego, czasem bezsenności i t. p. U tej kategorii natryski należy przerwać stale lub czasowo, albo zastąpić je krótkimi stopniowo, ochładzanymi, półkąpielami, o ciepłocie niezbyt niskiej ( $22-23^{\circ}$  R.) i trwającymi nie dłużej nad parę minut. Podobne kąpiele wskazane będą przeważnie we włóknistej postaci suchot, a jeśli chorzy dobrze je znoszą, to mogą brać je nie tylko w zakładach leczniczych, lecz i następnie w domu, nawet zimą, naturalnie w dobrze urządzonych pokojach kąpielowych, nigdy zaś, zwłaszcza zimą, poza domem.

Zimne nacierania bądź to całego ciała za pomocą zarzucania zimnego wyżętego prześcieradła i mocnego wytarcia, bądź też stopniowego nacierania oddzielnych części ciała, stanowią zabieg wysoce pożyteczny u większości suchotników; nawet gorączkujący niezbyt wysoko winni być codziennie rano szybko nacierani wodą o ciepłocie umiarkowanej ( $16-18^{\circ}$  R.). U mocno gorączkujących należy używać wody nieco cieplejszej. Działanie nacierania jest o wiele mniej doniosłe, lecz poniekąd analogiczne z działaniem natrysków; regulują one czynność skóry i poniekąd ją uodporniają, a u gorączkujących oczyszczają skórę od potu, wywołując przytem przyjemne uczucie chłodu. Nacierania ranne zimną wodą całego ciała lub tylko górnej połowy polecam zazwyczaj suchotnikom chroniczom, chodzącym; stają się oni przez to mniej wrażliwi na zimno i stosują się chętniej do przepisanej im przewietrzania mieszkań, zachowywania w domu niezbyt wysokiej temperatury i t. p. przepisów higieny domowej. Bardzo często przytem zimne nacierania są dobrym środkiem wykrztuśnym, chorzy bowiem pod wpływem bodźca zimnego zmuszeni są do głębokich wdechów, przy których wydziela się zaległa płwocina z oskrzeli.

Wspomnę na zakończenie o kąpielach ciepłych u suchotników. Otóż przesąd odwieczny, uparcie istniejący wśród publiczności, uważa ciepłą kąpiel za przeciwwskazaną nie tylko u suchotnika, lecz wogóle u każdego kaszlącego chorego. Stąd widzimy nieraz suchotników w okresie zablźnienia, doskonale odżywionych, poprostu porośłych brudem, tem bardziej że większość z nich używa rozmaitych nacierania i maści, przyczyniających się do zanieczyszczenia skóry. Aby przeciwdziałać temu fatalnemu, szczególnie w naszym społeczeństwie zakorzenionemu przesądowi, należy przyjąć za prawidło, że każdy suchotnik, naturalnie z wyjątkiem ciężko chorych gorączkujących, powinien co najmniej raz na miesiąc, wziąć zwykłą higieniczną kąpiel ciepłą ( $27-28^{\circ}$  R.). Kąpiel taka, 5—10 minut trwająca, nigdy choremu szkody nie przynosi, a natomiast oczyszczając skórę, jest wyborynym środkiem higienicznym. Kąpiel, szczególnie zimą, należy brać w mieszkaniu, w dobrze ogrzanym i przewietrzonym pokoju kąpielowym.

Co się tyczy wreszcie użycia latem krótkich rzecznych lub morskich kąpeli, to, zdaniem mojem, zalecać je można jedynie suchotnikom, przedstawiającym sprawy gruźlicze już ukończone (*induratio fibrosa*), przy jednocześnie dobrym stanie ogólnym i małej wrażliwości na niskie ciepłoty.



Gimnastyka płucna stanowi bardzo pożyteczny dodatek w stosowaniu metody higienicznej. Polega ona na zalecaniu chorym wykonywania na świeżym powietrzu codziennie szeregu głębokich wdechów, najlepiej w postaci stojącej, przy uniesieniu jednoczesnym obu rąk w górę. Głębokie wdechy wywołują lepsze przewietrzanie płuc, a nawet po pewnym czasie zwiększenie ich pojemności. Co się tyczy różnorodnych przyrządów gimnastycznych, to uważam je, u suchotników za zupełnie zbyt liczne, tembardziej że stosowanie ich może mieć miejsce w salach, a jedynie gimnastyka na świeżym powietrzu przynosi istotny pożytek chorym. Gimnastyka forsowna przy pomocy hantli, drabinek i t. p. wywołuje u suchotników, szczególnie w okresie świeżo rozwiniętej sprawy, przekrwienie płuc lub nawet krwioplucie. U chorych niegorączkujących, z objawami stwardnień niezbyt rozległych, mogą się okazać pożytecznymi gry na świeżym powietrzu, niezbyt forsownie prowadzone, jako to: krokiet, gra w piłkę lawn-tennis, zajęcie lekkie w ogrodzie i t. p.

Higijena mieszkania. Zaznaczyliśmy wyżej, że w zakładach leczniczych higienicznie urządzone mieszkanie stanowi jeden z kardynalniejszych warunków; stąd też u osobników, leczących się w domu, lekarz winien zwracać baczną uwagę na higienę mieszkania. Chory winien, o ile tylko można, posiadać dla siebie wyłącznie przeznaczony pokój, w nim jak najmniej mebli, szczególnie wyściełanych, portjer, dywanów i t. p. sprzętów, łatwo zatrzymujących kurz. Niezbędnym warunkiem mieszkania jest jego słoneczność, dobry piec i okna, łatwo dające się otwierać, gdyż jedynie tą drogą można uskutecznić dobre przewietrzanie. W miastach zalecam wprawić w zewnętrzną ramę lufcika siatkę drucianą i tym sposobem przez wiele godzin z rzędu, a nieraz stale, chory znajduje się pod wpływem świeżego powietrza, nie odczuwając wiatru i zimna, jedynie od czasu do czasu zimą, przy znaczniejszym spadku temperatury, lufcik zewnętrzny bywa zamykany. Naturalnie, w pokoju winien się znajdować stale termometr w celu kontrolowania, aby ciepłota nie wynosiła mniej niż 12 i nie była wyższa niż 14° R. Wogóle doszedłem do wniosku, że u nas chorzy suchotnicy nawet i zimą znoszą doskonale taką ciepłotę i przebywać mogą przy podobnym przewietrzaniu całe doby, czując się przytem dobrze i oddychając swobodnie; czasem tak się przyzwyczajają do tej kuracji powietrznej, że zamknięcie lufcika wywołuje uczucie duszności. Należy więc z całą stanowczością przekonywać chorych, a bardziej jeszcze otoczenie, o pożyteczności tej metody. Samo przez się wynika, że latem w sypialni, o czem wielokrotnie wspominałem, bez przestanku w ciągu dnia i nocy okna winny być otwarte.

To pedantyczne wietrzenie jeszcze w wyższym stopniu stosować należy w mieszkaniach suchotników, mieszkających wspólnie z innymi, zdrowymi osobnikami; zresztą o szkodliwości ciasnych mieszkań i wpływie ich na rozwój gruźlicy mówiliśmy obszernie w rozdziale o etjologii suchot.

Higijena ubrania suchotnika winna być również troskliwie przestrzegana. Zwyczaj panujący, szczególnie u nas, zbyt ciepłego ubierania chorych,

nie tylko przy wyjściu na ulicę lecz nawet w mieszkaniu i podczas snu jest wielce wadliwy, gdyż ubranie zbyt ciężkie utrudnia swobodę ruchów, wywołuje pocenie się i męczy chorego. Latem ubranie winno być zupełnie swobodne i lekkie, a zimą ciepłe lecz nie ciężkie. Koszulki wełniane w naszym klimacie są pożyteczne; zamiast ciężkiego i długiego pałta należy nosić króciutkie lekkie futerko lub t. zw. serdak. W mieszkaniu nawet zimą ubranie winno być niezbyt ciężkie, a na noc nigdy nie należy zalecać ciężkiej wełnianej koszuli; choremu wystarczy zupełnie koszula płócienna i kołdra wełniana. Nadmierne bowiem przykrycie w nocy wywołuje u większości suchotników poty, niepokój, a często bezsenność. Zresztą w ubraniu, jak wogóle we wszystkim u suchotników, należy uwzględnić indywidualne ich właściwości; jedni bowiem, szczególnie niedokrwieńsi, potrzebują cieplejszego ubrania, inni, przeciwnie, znoszą lepiej ubranie lżejsze. Wreszcie gorączkujący, leżący w łóżku, najczęściej potrzebują cieplejszego okrycia, szczególnie nóg. Ciepłe również ubranie należy stosować u chorych, przebywających szczególnie zimą na otwartych werendach.

Całokształt leczenia higieniczno-djetetycznego, które powyżej w ogólnym zarysie skreśliłem, najkorzystniej dla chorych daje się zastosować w zamkniętych zakładach leczniczych (sanatorjach). Tam bowiem realizują się w najlepszym gatunku wszystkie omówione wyżej czynniki lecznicze, a nadto istnieje tam jeszcze czynnik niepospolitego znaczenia, t. j. oderwanie chorych od ich zwykłego, najczęściej niehigienicznego sposobu życia, wyczerpującego jednych fizycznie, a drugich umysłowo. Jednocześnie cały system leczniczy odbywa się pod kierunkiem lekarza, który umiejętnym indywidualizowaniem prostych środków higienicznych potrafi nieraz szybko osiągnąć chociażby subiektywną poprawę u chorego i tą drogą odrazu wzbudzić jego zaufanie i wiarę w daną metodę leczniczą, oraz zachęcić do wytrwałości na podstawie przykładów poprawy u najbliższych sąsiadów. Ten wpływ psychiczny (sugestywny) lekarza zakładowego odgrywa w praktyce sanitarnej niepospolitą rolę; większe powodzenie i wyniki lecznicze jednych zakładów w porównaniu z drugimi najczęściej, zdaniem moim, zależą nietylko od większego komfortu lub lepszego urządzenia i lepszego położenia topograficznego, ile od indywidualnych właściwości ich kierownika, który, oprócz odpowiedniego wykształcenia fachowego, winien posiadać niezwykle zalety charakteru i umysłu, aby mógł ów sugestywny wpływ z korzyścią na chorych wywierać.

Zakłady lecznicze obok wysoce dla chorych korzystnych warunków mają jeszcze znaczenie, które poniekąd nazwałoby można pedagogicznym. Chory bowiem, przebywszy w sanatorium krótszy lub dłuższy okres czasu, wdraża się w system higienicznego życia i, o ile jest niezbyt lekkomyślnego charakteru, stara się w dalszym ciągu w domu nieraz przez całe życie doń stosować. Chorzy tacy nieraz, wróciwszy do swoich ognisk domowych, wpajają w otoczenie zasady racjonalnej higieny, a przykład dobrego wyniku leczenia zakładowego pobudza innych chorych, we wczesnych okresach choroby będących, do szu-

kania pomocy na tejże drodze. Sanatorja jednakże, obok tych wielce dodatnich stron, posiadają i strony ujemne. I tak, doświadczenie wykazuje, że w większości zakładów dla chorych zamożnych, szukają pomocy suchotnicy, będący w okresach daleko posuniętej choroby; dlatego też dla chorych w okresach wcześniejszych, bezustanne towarzystwo, szczególnie w zimowych miesiącach, suchotników, jeśli tak wyrazić się można, na ostatnich nogach będących, robi pobyt nadzwyczaj przykrym, a nawet dla wielu mocno wrażliwych wprost niemożliwym. Bezustanny kaszel i plucie, krwotoki co chwila na prawo i lewo wydarzające się, ciągła rozmowa chorych o gorączce, kawernach, krytyka leczenia i lekarzy, a wreszcie śmierć, niezbyt rzadko szczerby robiąca w towarzyszach niedoli, wywołuje uczucie przygnębienia i zmusza do opuszczenia zakładu, który zkądną na ich sprawę chorobną dodatni wpływ poczyna wywierać. Naturalnie, właściciele, resp. dyrektorzy zakładów, jako instytucyj niefilantropijnych, lecz finansowych, wyjątkowo tylko robić mogą wybór chorych, lecz najczęściej, o ile jest miejsce wolne, przyjmują wszystkich zgłaszających się.

Drugi ujemny czynnik sanatorjów stanowi ta okoliczność, że większość ich pomimowoli ma pewne sezony, t. j. okresy, w których gromadzi się większa liczba chorych; w jednych ma to miejsce latem, a w innych, np. w Davos lub Zakopanem, zimą; stąd też w chwilach owego przeludnienia, szczególnie w zakładach większych, cały system zakładowy nabiera charakteru szablonowej rutyny; indywidualność chorego zatracą się, ścisła kontrola i dozór nad chorymi stają się iluzorycznymi, a żywienie w tych sezonach przedstawia wielokrotnie wiele do życzenia. O innych ujemnych stronach zakładów, np. o wielce wygórowanych cenach, dostępnych jedynie dla bogatych ludzi, o pewnych zbyt szablonowych kuracjach i t. p., nie będę się bliżej rozwodził, są to bowiem zarzuty względnie mniejszej doniosłości.

Jeśli zakłady lecznicze mają istotnie odegrać w przyszłości wielką i słuszną przynależną im rolę w leczeniu suchot, co, zdaniem mojem, nie ulega najmniejszej wątpliwości, to winny one rozwijać się w następujących kierunkach: 1) należy tworzyć zakłady średniej wielkości na 30, najwyżej 50 chorych, 2) dzielić je na dwa odrębne oddziały: dla chorych w początkowych okresach choroby i dla chorych w okresach dalej rozwiniętej choroby, 3) obok zakładów dla ludzi zamożnych należy przede wszystkim zakładać sanatorja dla osób średnio zamożnych (inteligentów: nauczycieli, lekarzy, urzędników, studentów i t. p.), z mniejszym komfortem i mniejszymi wymaganiami, za to pod względem ceny dla nich dostępne, jak to ma miejsce w Anglii. O sanatorjach dla biednych suchotników wspomnę jeszcze później.

Jacy chorzy nadają się do sanatorjów, czyli jakie są dla nich wskazania? Odpowiedź na to da się sformułować jedynie w ten sposób: w zasadzie wszystkie formy i okresy suchot najwłaściwiej i najstosowniej powinno się leczyć w zakładach, gdyby zakłady te były zreformowane w sposób wyżej wzmiankowany. Właściwie więc nie wska-

zania, lecz przeciwwskazania wynikają z tego, co wyżej powiedziano. Zawsze i przede wszystkim najwciążniejszym materiałem dla kuracji sanatoryjnej będą chorzy, znajdujący się we wczesnych okresach choroby, a szczególnie osobniki młode, pozbawione bliższej opieki. Tacy bowiem chorzy, jak smutne doświadczenie zbyt często wykazuje, puszczeni luzem po miejscach kąpielowych, zamiast leczenia, oddają się różnorodnym nadużyciom, męczącym wycieczkom i t. p., a tą drogą zstępują szybko, nieraz nawet w najlepszych stacjach klimatycznych, w okresie pełnego rozwoju choroby. A nieraz i chorzy z daleko posuniętą chorobą, w dobrych warunkach zakładowych, przy stałej opiece i dobrze kierowanej odpowiedniej terapii, wielokrotnie znakomitą poprawę osiągnąć mogą. Natomiast mniej nadawać się będą do leczenia sanatoryjnego osobniki mocno zdenerwowane, osobniki, dotknięte przewlekłymi postaciami suchot włóknistych, przy ogólnym dobrem odżywianiu, a nawet pewnym stopniu otyłości, osobniki, u których na pierwszy plan występują zaburzenia w trawieniu, wymagające specjalnej diety, dalej osobniki starsze, spokojne, trudno dające się w późniejszym wieku nakłonić do pewnego ścisłego systemu, zmiany trybu życia i t. p. Te kategorie chorych w zakładach zamkniętych nie czują się dobrze; najczęściej szybko je opuszczają, a natomiast poprawiają się często, mieszkając w miejscach kuracyjnych osobno, stosując indywidualną dla siebie dietę i sposób życia, do którego przywykli.

Istniejące dotychczas w Europie zakłady lecznicze dla suchotników dają się podzielić na trzy główne kategorie: 1) zakłady o podstawie czysto higieniczno-dietetycznej, w których pewne odrębne właściwości klimatyczne, z wyjątkiem naturalnie dobrego i zdrowego położenia, schodzą na plan drugi. Typ podobnego zakładu urzeczywistnił Dettweiler, uczeń Brehmera, w założonym i długo przez siebie wzorowo prowadzonym zakładzie w Falkenstein pod Frankfurtem nad Menem, w miejscowości zdrowo położonej wśród lasów, lecz nie wysoko wzniesionej (około 400 metrów), 2) do drugiej, wprost przeciwnej kategorii zaliczyć należy zakłady o podstawie, jeśli tak nazwać można, klimatyczno-górskiej. W nich bowiem główną zasadę leczenia stanowi wpływ przypuszczalnie swoisty klimatu *par excellence* górskiego, naturalnie obok leczenia higieniczno-dietetycznego. Pierwowzorem tego rodzaju zakładów jest cały szereg sanatorjów w Davos w Szwajcarii, wzniesionych na 1600—1800 metrów nad poziom morza. Miejscowości te, powołane do życia przed przeszło czterdziestu laty przez znakomitego lekarza szwajcarskiego d-ra Spenglera ojca, są wybornie osłonięte od wiatrów, zimą mocno usłonecznione, posiadają szereg urządzeń w wysokim stopniu higienicznych, realizujących wszystkie warunki niezbędne dla terapii klimatyczno-dietetycznej. Wielkie wzniesienie tych miejscowości nad poziom morza, a tem samym pewne znaczenie w tym kierunku przy leczeniu suchot płucnych (o czym później jeszcze będzie mowa), obok wzorowych urządzeń i pewnej tradycji leczniczej wytworzyło z Davos jedną ze znakomitszych stacyj klimatycznych dla suchotników. Do ujemnych stron zakładów wysoko-górskich zaliczyć należy to,

że mają one sezon ograniczony, gdyż miesiące wiosenne od maja do czerwca stanowią epokę topnienia śniegów, podczas której panują tam stale mocne suche górskie wiatry, usposabiające chorych do świeżych nieżytych oskrzeli, zapaleń płuc i t. p. Stąd też chorzy w tym okresie muszą się przenosić do innych niżej położonych miejscowości, co stanowi nieraz okoliczność niezbyt pożądaną, 3) trzecim typem sanatorjów są zakłady o podstawie mieszanej, w których, obok leczenia klimatycznego górskiego, dzięki mniejszemu lub większemu wzniesieniu nad poziomem morza, jest stosowana metoda higieniczno-djetetyczna. Do tej kategorii należy prototyp zakładów leczniczych sanatorjum Brehmera w Goerbersdorfie na Śląsku południowym, położone na wysokości około 600 metrów nad poziomem morza we wspaniałym sosnowym parku, otoczonym górami, porośniętymi lasem iglastym. Obok odpowiednich urządzeń przechowuje zakład ten dotychczas tradycje lecznicze, przekazane przez swego twórcę: ścisły nadzór lekarski, obfite pożywienie, znaczne uwzględnienie ruchu przez stopniowe wchodzenie po łagodnie wznoszących się drogach, użycie hydroterapii w odpowiednich przypadkach i t. p. Do tej ostatniej kategorii sanatorjów zaliczyć należy powstałe w ciągu dwudziestu lat ostatnich zakłady lecznicze dla suchotników na wyspach lub wybrzeżach morskich; w tych sanatorjach, obok leczenia higieniczno-djetetycznego, odgrywa bezspornie ważną rolę świeże i *par excellence* czyste morskie powietrze. Prototypem tych sanatorjów jest zakład leczniczy dla suchotników w Ventnor na wyspie Wight w Anglii, w Vejle w Danii i t. p.

Na wzór owych trzech typów, powstały w Europie i Ameryce w ostatnich trzydziestu latach całe setki najróżnorodniejszych zakładów, prowadzących leczenie suchotników na wyżej omówionych podstawach. Uważam za zbyt liczne wyliczać te zakłady; ograniczę się do wymienienia najważniejszych. I tak: w Szwajcarii, gdzie dominuje typ sanatorjów górskich, obok Davosu zasługują na uwagę: Arosa (1890 metrów), Leysin (1450), Les Avants (1000), Glions, Caux (nad jeziorem Genewskim) i wiele innych; w Niemczech: Goerbersdorf, Reiboldssgrün (700 m.); w Saksonii: St. Blasien (1800 m.) i Wehrwald (862 m.); w Badeńskim: Schömberg; w Wirtemberskim: Andreasberg w górach Harcu i t. p. Na Węgrzech w ziemi Orawskiej: Smakowiec (Szmeks), położony w najpiękniejszej części Karpat; w Tyrolu południowym: w Arco, Meranie, Wiener Wald pod Wiedniem. W Danii: Vejlefiord; w Jutlandii: nad przepięknym fiordem Vejle. W Norwegii: sanatorjum Tonaasen (między Beyen a Chrystjanją). We Francji: Canigou (we wschodnich Pirenejach 700 m.); w Durtol (Puy de Dôme 520 m.), w Trespoëy blisko Pau w Pirenejach, w Gorbio blisko Mentony i t. d. W Anglii istnieją bardzo liczne sanatoria szczególnie nad kanałem na wyspie Wight, w Torquay, Bournemouth i t. p.

Od lat kilkunastu posiadamy w Zakopanem jedno z piękniejszych sanatorjów górskich (1000 m.), imienia D-ra Dłuskiego, uroczo położone, w najpięk-

niejszej części Tatr, w miejscu doskonale osłoniętem od wiatrów, wybornie usłonecznionem; jednocześnie wewnętrzne urządzenie sanatorium nie pozostawia nic do życzenia (centralne ogrzewanie, światło, windy elektryczne, obszerny park i t. p.). Zakład mieści do 80 chorych, a wyniki leczenia nie ustępują w niczem wynikom, otrzymywanym w sanatorjach górskich szwajcarskich. W Zakopanem znajduje się również kilka mniejszych sanatoriów, szereg pensjonatów, urządzonych na wzór małych sanatoriów szwajcarskich, w których, również z korzyścią zimą i latem przebywają chorzy piersiowi. W Zakopanem, które wogóle biorąc, nie ma zbyt przykrego wiosennego okresu topnienia śniegów, chorzy mogą przebywać rok cały; zimowe miesiące, podobnie jak w innych wysokich górach, przedstawiają bardzo odpowiedni okres dla leczenia: mocne usłonecznienie, brak kurzu, powietrze mroźne a suche bez gwałtownych zmian atmosferycznych, pozwalają chorym wiele godzin z rzędu pozostać na powietrzu.

U nas istnieje również od lat prawie trzydziestu szereg małych sanatoriów w Otwocku pod Warszawą (około 30 kilometrów od Warszawy). Otwock jest położony w miejscowości bardzo zdrowotnej, na równinie wśród lasów sosnowych, kilka mil kwadratowych obszaru mających. Wyniki lecznicze, które sprawdzałem u bardzo wielu chorych, przebywających rokrocznie tam na kuracji tak latem, jak zimą, są naogół wielce dodatnie; szczególnie w poczynających okresach choroby nie ustępują one wynikom, otrzymanym w sanatorjach zagranicznych tego typu. Wreszcie w 1906 r. otwarte zostało również pod Warszawą z ofiarności publicznej, wybornie urządzone i w doskonałej lesistej miejscowości położone sanatorium w Rudce, mogące pomieścić około 80 chorych; było ono zainicjowane przez d-ra Teodora Dunina i pierwotnie przeznaczone do leczenia mniej zamożnych chorych z inteligencji. Mimo zawieruchy wojennej funkcjonuje ono dotychczas sprawnie; w ciągu kilkunastoletniej egzystencji dało wyborne wyniki, szczególnie w poczynających się okresach choroby.

W Finlandji w miejscowościach, uroczo położonych wśród lasów sosnowych, istniał przed wojną cały szereg małych prywatnych, doskonale urządzonych sanatoriów (Pitkojarvi); w Lindheim w Lifflandji, w Krymie parę również sanatoriów prywatnych i Czerwonego Krzyża, wybornie i uroczo nad brzegiem morskim położonych. Pod Petersburgiem, już w granicach Finlandji, istniało wielkie i wybornie urządzone sanatorium dla mniej zamożnych chorych w Halilla, dalej sanatorium na Kaukazie (Gagry) i inne.

Wyniki leczenia sanatoryjnego w zakładach dla zamożnych chorych podług sprawozdań ich kierowników są dosyć sprzeczne; wogóle przeciętna, oparta na ogromnej liczbie kilkunastu tysięcy chorych, wynosi podług Powell'a około 50% popraw. Wyniki procentowe lepsze z wielu zakładów dają się tłumaczyć tem, że w nich przebywał na leczeniu większy kontyngens chorych w poczynających się okresach choroby. Wogóle dziś na pewno twierdzić można, że wyniki osiągnięte tą drogą, przewyższają wyniki wszystkich

innych metod leczniczych, dotychczas stosowanych u suchotników.

Wielce pomyślne wyniki leczenia sanatoryjnego dotyczą niestety tylko nieukończenie małej części ogólnej liczby suchotników, sanatoryjne bowiem leczenie dostępne bywa jedynie dla bardzo zamożnych chorych. Lekarze jednakże mocno uspołecznieni, idąc za śladem Anglii, w której od wielu dziesiątków lat utworzono specjalne szpitale dla suchotników, nie tylko w Londynie, Edyburgu ale i nad morzem <sup>1)</sup>, pomyśleli o pomocy odpowiedniej dla niezamożnych chorych, urządzając dla nich specjalne zakłady, naturalnie z mniejszym nakładem pieniężnym, prostej konstrukcji, realizujące jednakże podstawowe zasady leczenia sanatoryjnego przez dostarczenie chorym pomieszczenia w zdrowych wiejskich warunkach przy jednocześnie dobrem ich odżywianiu. Szeroka agitacja w tym kierunku, pobudzająca ofiarność publiczną przy pomocy rządu rozwinęła się pięknie, zwłaszcza w końcu ubiegłego wieku w Niemczech, dzięki usilnej pracy wielu wybitnych lekarzy (Dettweiler, Leyden, Fraenkel, Gerhardt, Ziemssen i wielu innych), którzy powoływali do życia, poczynając od roku 1894, coraz to nowe sanatoria w różnych okolicach Niemiec. Sprawa przyjęła jeszcze większe rozmiary praktyczne, gdy towarzystwa zyskały opiekę rządową i szeroką subwencję od kas, zabezpieczających robotników od starości i na wypadek choroby; poświęcono z tych sum całe dziesiątki, a nawet setki milionów na budowę nowych zakładów, przekonano się bowiem, że połowa robotników fabrycznych zapada na gruźlicę, a leczenie sanatoryjne, we wczesnym okresie poczęte, nie tylko wstrzymuje chorobę w rozwoju, lecz i nadal, i to nieraz na długie lata, czyni chorych zdolnymi do pracy. I tak np. w r. 1902 kosztem kasy zabezpieczeń leczono się w różnorodnych zakładach około 17000 suchotników, z których około 78% uzyskało znakomitą poprawę, a z nich 31% jeszcze po upływie lat pięciu zachowało zdrowie i zdolność do pracy. Wprawdzie w samych Niemczech niektórzy autorowie poddawali przed samą wojną pewnej krytyce działalność sanatorjów ludowych, a szczególnie wyniki stałego wyleczenia, twierdząc że nawet wyleczeni i zdolni do pracy w połowie przypadków najdalej po latach sześciu utracali ową sprawność, a nawet chorzy, będący w pierwszym okresie wyleczeni, nie dłużej niż po dziesięciu latach zapadali znowu. Zarzuty powyższe są, zdaniem mojem, zupełnie niesłuszne, a nawet liczby, podane, przez krytyków leczenia sanatoryjnego przemawiają za wielką pożytecznością tej metody, szczególnie w poczynających się okresach choroby. Mimo więc krytyk działalność sanatorjów ludowych w Niemczech rozwijała się nawet podczas wojny coraz szerzej, ogarniając jeszcze inne współrzędne urządzenia wysoce pożyteczne w walce z gruźlicą wśród pracującej ludności (przychodnie, szkoły na powietrzu, kolonje rolnicze i t. p.). Aby dać obraz tej wysoce pożytecznej i humanitarnej instytucji, podaję nastę-

<sup>1)</sup> Patrz w tym kierunku bardzo ciekawą pracę p. t.: *The Control and Eradication of Tuberculosis*. Edinburgh, 1911.

pujące ciekawe dane: podług urzędowego sprawozdania znajdowało się w roku 1918 w całych Niemczech sanatorjów ludowych dla dorosłych 161, dla dzieci 160, pierwsze liczyły ogółem 16 tysięcy łóżek, drugie 12.200. Oprócz tego 139 stacyj leśnych (półsanatorja) 16 szkół na wolnem powietrzu, trzy kolonje letnie dla dorosłych i dwie dla dzieci; oddziałów dla chorych gruźliczych w szpitalach miejskich, dla inwalidów i schronisk razem 814; przychodni i ambulatorjów dla chorych gruźliczych 2000. (Germania 3.VI. 1918). Zaiste są to niezwykle wymowne i godne naśladowania liczby. Dodam do tego, że w Bawarji i Saksonji istnieje prawo, na mocy którego każdy chory gruźliczy, przedstawiający niebezpieczeństwo zakażenia dla otoczenia (gruźlica otwarta w ciasnem mieszkaniu) musi być pomieszczany w sanatorjum lub odpowiednim szpitalu. Podobne prawodawstwa istnieją i w Danji, Szwecji i Norwegji, gdzie sprawa walk z gruźlicą jest pod szczególnym patronatem państwa i gdzie w ostatnim dziesiątku lat zorganizowano po całym kraju bardzo liczne, lecz skromnie urządzone sanatorja oraz przytułki dla suchotników. Ponadto prawodawstwo norweskie przewiduje pewną indemnizację dla rodziny chorego, np. ojca, który przebywa na leczeniu w sanatorjum ludowem na koszt gminy przy subwencji państwowej. W Anglji istnieją całe setki sanatorjów i szpitali dla suchotników, zbudowanych głównie nad morzem. Akcja przeciwgruźlicza w Anglji rozwinęła się szeroko w ostatnim dziesiątku lat, t. j. po wprowadzeniu przymusowego ubezpieczenia pracującej klasy na wypadek choroby i starości.

W zupełnie ostatnich czasach powstał nawet w Anglji projekt ustanowienia osobnego departamentu walki z gruźlicą przy Ministerjum Higjeny Publicznej.

We Francji walka z gruźlicą opierała się do czasów wojny przeważnie na działalności instytucji filantropijnej prywatnej, t. zw. Lig przeciwgruźliczych, które obok sanatorjów organizowały głównie t. zw. przychodnie dla chorych zagrożonych gruźlicą (*Dispensaires pour les tuberculeux*) przeważnie w miastach, udzielające pomocy nie tylko lekarskiej, lecz i materialnej chorym gruźliczym i ich rodzinom (mięso, mleko, węgle, łóżka, sopluczek, szczoteczki do zębów i t. p.). Ponadto wywiadowczynie, stale pracujące przy przychodniach, zwiedzają perjodycznie mieszkania chorych, udzielając i w czyn wprowadzając różnorodne higieniczne przepisy w sprawie walki z gruźlicą. Ambulatorja te, zapoczątkowane przez d-ra Calmette'a w Lille i utworzone we wszystkich większych miastach Francji i sąsiedniej Belgji, stanowią niezwykle ważny i pożyteczny dodatek do leczenia sanatoryjnego. Dopiero jednakże w czasie wojny, a głównie po jej ukończeniu, gdy zauważono we Francji, co zresztą spostrzegano i w całej Europie, kolosalny wzrost gruźlicy płucnej nie tylko wśród ludności cywilnej, ale i wśród armji, wszczęto ze strony lekarskiej ogromny alarm, którego wynikiem było zajęcie się nie tylko społeczeństwa lecz i władz administracyjnych i prawodawczych tą palącą kwestją. Przy pomocy więc ofiarności publicznej, szczodrych zasiłków państwowych, jakoteż niezwyklej pomocy Amerykańskiego Czerwonego Krzyża i funduszu Rockefellera zorganizowano bardzo szybko całe dziesiątki sanatorjów,



rozrzuconych po całym kraju, setki przychodni przeważnie o charakterze propagatorskim, osobnych oddziałów dla chorych gruźliczych w szpitalach paryskich i prowincjonalnych i t. p. Koroną jednakże tej działalności przeciwgruźliczej stanowi zastosowanie przez Izby prawodawcze osobnego prawa<sup>1)</sup>, które zobowiązuje gminy i miasta w całej Francji do organizacji kosztem gmin i departamentów przy pomocy subsydjów państwowych dostatecznej liczby przychodni i sanatorjów ludowych. Wysoce rozumne i humanitarne to prawo, bardzo drobniawo wskazujące kierunek walki z gruźlicą, jest jedynym racjonalnym i radykalnym sposobem rozwiązania kwestji walki z gruźlicą.

Na zakończenie muszę omówić pokrótce, co u nas zrobiono w sprawie walki z gruźlicą wśród biednej ludności, wśród której, jak to wielokrotnie zaznaczyłem, suchoty w czasie wojny wzmogły się niezwykle. Otóż u nas, w Królestwie, za rządów rosyjskich literalnie prawie nic pod tym względem nie zrobiono, mimo że my lekarze usilnie w tym kierunku w ciągu dwóch dziesiątków lat, poprzedzających wojnę, prowadziliśmy odpowiednią propagandę w piśmienictwie lekarskim, na zjazdach lekarskich polskich, w odczytach popularnych i t. p., rząd nie tylko nie popierał tej wysoce pożytecznej działalności, lecz robił wszelkie możliwe trudności, np. przy zatwierdzeniu ustawy Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Otóż to ostatnie Towarzystwo, które zorganizowałem w roku 1906 przy pomocy garstki ludzi dobrej woli, przeważnie lekarzy, rozpoczęło pierwsze u nas organizować pomoc dla biednych suchotników, otworzywszy w Leśniczówce pod Warszawą małe sanatorjum bezpłatne dla biednych suchotników, w poczynających okresach choroby będących, które doskonale funkcjonowało aż do początku wojny; dalej Towarzystwo otworzyło w czterech punktach Warszawy przychodnie dla chorych, dotychczas wielce sprawnie rozwijające swoją działalność głównie w kierunku przeciwgruźliczym. Dalej Towarzystwo organizowało odczyty popularne, wydawnictwa i t. p.

Naturalnie zakres działalności był szczupły z powodu braku większych fundusów. Z chwilą powstania naszego Państwa w kierunku walki z gruźlicą nastąpiło pewne ożywienie. Magistrat m. Warszawy udzielił zapomogi Towarzystwu na rozszerzenie działalności przychodni, a Ministerjum Zdrowia na organizację przy Towarzystwie kursów dla pielęgniarek przeciwgruźliczych. Jednocześnie Magistrat m. Warszawy otworzył w Otwocku sanatorjum na 120 łóżek dla suchotników, oraz sanatorjum dla dzieci, zagrożonych suchotami. To samo nastąpiło w Łodzi, gdzie tamtejsze Towarzystwo przeciwgruźlicze zorganizowało wzorową przychodnię, a miasto sanatorjum w okolicy Łodzi, w Chojnach, dla biednych suchotników tego miasta i t. p. Zresztą w całym kraju jesteśmy w dziedzinie projektów organizacji walki z gruźlicą. Nielepiej działo się w Galicji, gdzie zorganizowane było niewielkie sanatorjum ludowe pod Lwowem (Hołosko), i ko-

<sup>1)</sup> La législation antituberculeuse en France: 1) Loi de Dispensaires (15/IV 1916) i 2) Loi de Sanatorium (7/IX 1919). Presse Médicale № 3. 1920.

lonje dla dzieci, usposobionych do suchot w Rabce i Zakopanem, oraz w ostatnich czasach szereg przychodni przeciwgruźliczych. Kasy chorych zorganizowały sanatorium ludowe pod Poznaniem Oborniki i Smukały pod Bydgoszczą. Bratnia Pomoc w Zakopanem urządziła niewielkie Sanatorium dla ubogiej Młodzieży Akademickiej i inne.

Oto mniej więcej i wszystko. Obecnie więc nasze Ministerjum Zdrowia ma przed sobą niezwykle doniosłe zadanie, t. j. zorganizowanie na racjonalnych zasadach opartej walki z gruźlicą na obszarach całej Polski. Nie mogą naturalnie na tem miejscu rozierać nawet w najogólniejszych zarysach podstaw tej ogromnej pracy; sądziłbym jednak, że ona powinna się oprzeć, jak we Francji, na odpowiednim prawodawstwie, które zmuszałoby przedewszystkiem te gminy i miasta, w których okaże się, że gruźlica rozwija się nadmiernie, do urządzania przy pomocy subwencji ze strony państwa i kas chorych odpowiednich, skromnie zbudowanych sanatoriów, przychodni, oraz przytułków dla chorych gruźliczych. Działalność ta powoli ogarnąć powinna cały kraj, aby powyższe instytucje, mające na celu zapobieganie i leczenie gruźlicy płucnej, powstały w każdym powiecie, a nawet gminie większej. Naturalnie, kolosalne wydatki z tem związane pokryte być muszą z odpowiednich podatków i z subwencji państwowej, obok czego instytucje filantropijne (ligi przeciwgruźlicze), pomagając będą przez urządzanie wspomagających instytucyj, jako to domów dla rekonwalescentów, szkół na powietrzu dla słabowitych dzieci, kolonij ogrodniczo-rolnych i t. p. Naturalnie, akcja powyższa może postępować i rozwijać się planowo jedynie w ciągu całego długiego szeregu lat, ale właśnie ona tylko doprowadzić może do tak wielce dla naszego kraju pożądanego wyniku, t. j. ograniczenia w rozwoju stale obecnie rozwijającej się gruźlicy.

Ale co robić obecnie? Pytanie związane jest ściśle z innym, a mianowicie: czy tak proste leczenie higieniczno-dietetyczne nie da się przeprowadzić zewnątrz zakładów leczniczych. Ku pytaniu temu mimowoli skłania nas chociażby i ta okoliczność, że, jak zaznaczyliśmy już wyżej, są chorzy i są pewne postacie suchot, dla których leczenie sanatoryjne nie jest zbyt odpowiednie, a nawet nieraz jest przeciwwskazane. Z drugiej zaś strony, leczenie w sanatoriach prywatnych jest zbyt kosztowne, a sanatoria ludowe w dostatecznej liczbie nie prędko będziemy posiadali. Nie ulega kwestji, że dla chorych zamożniejszych leczenie sanatoryjne, szczególnie w pierwszych okresach choroby, jest jedynie wskazane. Suchotnicy z przewlekłą postacią choroby, nie gorączkujący, osoby starsze, osobniki bardzo zdenerwowane, mogą leczenie sanatoryjne odbyć w jakiegokolwiek stacji klimatycznej, zależnie od indywidualnego dla nich wskazania; ludzie zaś mniej zamożni leczenie to mogą odbyć na wsi, tak dobrze latem, jak i zimą, o ile naturalnie warunki miejscowości, w których przebywać będą, jako też pomieszczenie i żywienie będą odpowiadać tym podstawowym zasadom, któreśmy wyżej przy rozpatrywaniu każdego z czynników terapii higje-

nicznej szczegółowo omawiali. Na podstawie bardzo obszernego pod tym względem doświadczenia, mogę napewno twierdzić, że u bardzo wielu chorych, nie mogących z różnorodnych względów leczyć się w sanatorjach, z pobytu na wsi w Otwocku, Skolimowie i t. p. miejscowościach) widziałem nieraz wyniki, nie ustępujące wynikom po pobycie w sanatorjum. Naturalnie, do przeprowadzenia tego prostego leczenia na wsi, zwłaszcza zimą, trzeba silnej woli i wytrwałości. Wielokrotnie pomyślny wynik osiągałem w ten sposób, że mniej zamożnym chorym zalecałem z początku choćby kilkotygodniowy pobyt w sanatorjum (np. w Zakopanem lub w Otwocku), a następnie wielomiesięczne leczenie odbywali oni na wsi, będąc uprzednio nie tylko wdrożeni i wyrutynowani w leczeniu sanatoryjnym, lecz przede wszystkim pozbawieni przesądów co do przewietrzania mieszkania, odbywania spacerów w zimną pogodę i t. p. W miastach, szczególnie większych, leczenie sanatoryjne jest wprost niemożliwe ze względu na brak świeżego powietrza i na inne niekorzystne warunki życia miejskiego. Wprawdzie wyrutynowani pacjenci zakładowi, stosując się do przepisów higieniczno-dietetycznych, mogą poniekąd dalej prowadzić tę higieniczną metodę życia, jednakże przy zwykłym ich zajęciu i wobec innych niekorzystnych miejskich warunków jest to jedynie półśrodek, podtrzymujący ich zdrowie; winni oni od czasu do czasu, latem czy zimą, a szczególnie w czasie pogarszania się sprawy (świeże katary, lekka gorączka), opuszczać miasto, aby na prawdziwie świeżem powietrzu, odbyć kilkotygodniową lub kilkomiesięczną kurację istotnie sanatoryjną. Tą drogą mogą suchotnicy o przewlekłej postaci nieraz bardzo długie lata utrzymywać się we względnie dobrym stanie zdrowia, zajmując się w dużych miastach nieraz bardzo ciężką pracą zawodową (lekarze, nauczyciele, adwokaci i t. p.).

O ile więc suchotnicy średnio zamożni mogą nieraz z korzyścią leczyć się i zewnątrz zakładów, o tyle zupełnie biedni suchotnicy, których liczba ogromnie przeważa, znajdują się, szczególnie u nas, w najfatalniejszym, wprost graniczącym z rozpaczą położeniu. Większość ich, szczególnie mężczyźni, zmuszeni jednocześnie do ciężkiej wyrobniczej pracy dla wyżywienia swoich rodzin, pracuje do ostatka sił, pomimo nieraz znacznych zniszczeń tkanki płucnej i mocnej gorączki, i w ostateczności dopiero szuka ratunku, a właściwie mówiąc, przytułku w szpitalach miejskich, dla których stanowi prawdziwy balast; stanowią oni bowiem np. w Warszawie ogromny kontyngens chorych, bo niemal piątą, lub jak obecnie nawet większą część wszystkich chorych, dotkniętych chorobami wewnętrznymi; a z liczby 100 suchotników 60 znajduje się w okresach ostatecznych choroby; niemal więc połowa z nich przychodzi do szpitala nie po to, aby się leczyć, lecz aby w nich umierać. Suchotnicy ze zmianami, niezbyt daleko posuniętymi, do szpitali albo nie udają się wcale, albo dostawszy się do nich, nie znajdują czynników odpowiednich do leczenia. W braku więc sanatorjów ludowych, należy bezwarunkowo w szpitalnictwie naszym zaprowadzić pewne reformy czasowe, a mianowicie: 1) W szpitalach już istniejących, winny

być utworzone istotne specjalne oddziały dla suchotników, jakie już przed kilkudziesięciu laty powstały w Londynie; w takich bowiem jedynie oddziałach, można dokładnie przeprowadzić leczenie powietrzem, bez uszczerbku dla innych chorych, zastosować odpowiednie i właściwe odżywianie, a nawet tą drogą izolować innych chorych od możliwego niebezpieczeństwa zarażenia się. 2) Należałoby przy podobnych oddziałach pobudować odpowiednie werandy, na których chorzy mogliby stale w ciągu kilku letnich miesięcy przebywać dzień i noc, a w zimie, szczególnie w dni słoneczne, po kilka godzin dziennie. Od kilkunastu lat istnieje przy moim oddziale w szpitalu św. Ducha weranda drewniana prostej konstrukcji, na której chorzy suchotnicy w różnych, przeważnie dalej posuniętych okresach choroby, przepędzają letnie sezony stale w ciągu całej doby (od maja do końca września), zimą zaś po kilka godzin, leżąc na łózkach odpowiednio ciepło przykryci. Doświadczenie wykazało, że chorzy znoszą wybornie to leczenie powietrzne, a wielu z nich, znajdujących się w okresach niezbyt daleko posuniętej choroby, traciło gorączkę, poprawiało się znacznie w stanie ogólnym, a nawet miejscowym, a większość, nawet w daleko posuniętych sprawach, doświadczała stanowczej ulgi w przykrych objawach podmiotowych, jako to: kaszlu, duszności i t. p. Naturalnie, tego rodzaju leczenie w warunkach powietrza miejskiego jest tylko półśrodkiem; w każdym jednakże razie jest w stanie dać biednym suchotnikom, nie mogącym wyjechać na świeże powietrze, o wiele lepsze warunki, niż obecne szpitale. Dla suchotników biednych, będących w okresach niezbyt daleko posuniętej choroby, zmuszonych pracować, okazały się wysoce pożytecznymi wyżej wspomniane przychodnie przeciwgruźlicze; W niektórych miastach, jak: Berlinie, Brukselli, Liège i innych, stowarzyszenia przeciwgruźlicze pourządzały w okolicznych lasach odpowiednie werandy, w których latem mogą przebywać suchotnicy, chociażby po kilka godzin dziennie i gdzie dostają mleko lub inne pożywienie, zależnie od funduszków danego stowarzyszenia. Tylko więc drogą tych różnorodnych kombinacji, powoli w ciągu całych dziesiątków lat, udostępnić będzie można leczenie dla ogółu biednych suchotników w okresach poczynającej się sprawy suchotniczej, gdyż dla suchotników w daleko posuniętych okresach choroby najodpowiedniejszym przytułkiem będą szpitale, we właściwym, jak wyżej wspomniałem, kierunku zreformowane.

## WYKŁAD XX.

**Leczenie klimatyczne suchot płucnych. Klimat górski, jego właściwości i wpływ na ustrój suchotnika. Wskazania i przeciwwskazania do leczenia klimatem górskim. Stacje klimatyczne górskie i podgórskie. Klimat stepowy i leczenie kumysem. Klimat morski i jego właściwości; wskazania; stacje klimatyczne nadmorskie; podróże morskie. Klimat południowy; czynniki tego klimatu; wskazania; stacje klimatyczne południowe. Leczenie wodami mineralnymi. Leczenie chirurgiczne.**

---

Jak to poprzednio omówiliśmy, leczenie powietrzne stanowi jeden z najważniejszych czynników metody higienicznej i może być przeprowadzone wszędzie, gdzie istnieją ku temu odpowiednie warunki. Odwieczne przekonanie, że dla leczenia powietrznego potrzebne są pewne specjalne klimatyczne właściwości danej miejscowości, zostało w ostatnich czasach, z chwilą wprowadzenia leczenia sanatoryjnego, usunięte na plan drugi. Autorowie zaczęli odmawiać klimat, poprzednio uważanym za korzystnie oddziaływające na przebieg suchot, jakiegokolwiek wpływu bardziej dodatniego, sprowadzając działanie wszystkich wogóle klimatów wyłącznie do działania świeżego powietrza. Doświadczenie jednakże kliniczne wykazuje, że pogląd ten jest zbyt jednostronny. Jeśli bowiem stanowczo dziś twierdzić nie możemy, że nie znamy klimatów, działających swoiście na suchoty płucne, jak to dawniej twierdzono, to istnieją niechybnie pewne klimaty, które wskutek swoich właściwych czynników składowych wspomagają wpływ środków higieniczno-djetetycznych, stosowanych w leczeniu suchot. Dlatego też jedne klimaty bardziej, inne mniej kwalifikują się do tak zwanych kuracyj powietrznych. Z drugiej znów strony doświadczenie kliniczne wykazuje, że pewne kategorie suchotników poprawiają się lepiej w jednych, niż w innych klimatach, i że pod tym względem również indywidualność chorego odgrywa niepoślednią rolę. Z tego też względu należy nam omówić pokrótce

właściwości różnych klimatów w zastosowaniu do leczenia suchot i podać właściwe do tego leczenia wskazania.

Jednym z klimatów, który najbardziej urzeczywistnia działalność dodatnią w kierunku terapii suchot płucnych, jest bezspornie klimat górski. Pierwsi badacze (Lombard, Brehmer i inni) doniosłość leczniczą klimatu górskiego opierali przede wszystkim na fakcie nieobecności albo rzadkości suchot płucnych w wysoko położonych miejscowościach Alpejskich, i nawet w miastach, położonych w wysokich górach (Meksyk i inne). Badania jednakże późniejsze wykazały, że chociaż rzeczywiście częstość suchot np. w Szwajcarii zmniejsza się w stosunku odwrotnym do wzniesienia nad poziom morza, to jednakże faktu tego nie można tłumaczyć samem tylko wzniesieniem; współrzędnie bowiem z niem działają inne, wielce różnorodne czynniki, jako to: mniejsza gęstość zabudowań, brak fabryk, zajęcie ludności nie fabryczne, lecz rolnicze i pasterskie i t. p.

Powietrze górskie wywiera swój wpływ dodatni na organizm człowieka na podstawie następujących swoich głównych właściwości: 1) zmniejszonego w miarę wznoszenia się ciśnienia atmosferycznego, 2) znacznego, szczególnie zimą, natężenia promieni słońca, sprawiających, że mimo nieraz znacznego mrozu, chorzy mogą długo przebywać na powietrzu, 3) niezwyklej czystości powietrza, pozbawionego kurzu, zwłaszcza zimą, i pasorzytów, jak to wykazały liczne badania, dzięki czemu powietrze wysokich gór można uważać w istocie za aseptyczne, 4) względnie znacznej suchości powietrza, większej jego ozonizacji i t. p. Powyższe czynniki wywołują szereg wielce korzystnych zmian w ustroju suchotników, a mianowicie: wzmocnienie i poprawę działalności serca i całego układu krążenia, przyspieszenie oddechu, zmiany jego typu, a tym sposobem wzmocnienie wymiany powietrza przez płuca, poprawę odżywiania płuc, i wogóle lepsze napełnienie krwią naczyń obwodowych, a tem samym poprawę odżywiania tkanek wogóle resp. i krwi. Nie ulega bowiem kwestji, że dłuższy pobyt chorych w górach zwiększa ilość hemoglobiny we krwi, co należy uważać za następstwo zbiorowego działania na organizm powyższych czynników. Ważnym również czynnikiem jest suchość powietrza; skóra bowiem, tracąc stale znaczną ilość wody przez parowanie, nie poci się; przewód zaś pokarmowy jest również w możności wchłonąć i strawić większą ilość płynów odżywczych, np. mleka. Suchość przytem powietrza, jako złego przewodnika ciepła, tłumaczy nam znany fakt, że chorzy w górach znoszą wybornie nawet bardzo niskie stopnie ciepłoty i bez zaziębnienia mogą dłuższy przeciąg czasu przebywać na świeżem powietrzu. Płuca przytem w suchem powietrzu oddają, podobnie jak skóra, dużo wody, przedstawiając powierzchnię bardziej suchą, dzięki czemu owrzodzenia gruźlicze nabierają skłonności do zablizniania się. Pobyt w górach wywołuje powszechnie znane zjawisko pobudzenia łaknienia u chorych i poprawę funkcji całego kanału pokarmowego. Układ nerwowy i sfera psychiczna bywają w górach również znacznie pobudzone pod wpływem pięknej natury, malowniczego otoczenia, zmian

w oświetleniu, stałej pogody, szczególnie zimą i t. p. Przemiana materji wogóle zdaje się również być przyspieszoną.

Taki wpływ w ogólnym zarysie wywiera klimat górski na organizm suchotnika. Jeśli do tego dodamy jeszcze dobre warunki higieniczno-dietetyczne, a szczególnie pobyt w sanatorjach górskich, to zrozumiałem będzie, dlaczego klimat górski szczyć się może zasłużoną sławą leczniczą. Nie wszyscy jednakże chorzy znoszą dobrze, szczególnie zimą, klimat wysokich gór i nie wszyscy nadają się do tego leczenia. Najpiękniejsze wyniki z pobytu w wysokich górach osiągają osobniki młode z dziedzicznym usposobieniem do suchot, nie przedstawiający jeszcze wyraźnych lub posiadający bardzo nieznaczne zmiany w szczytach płucnych. Przez długotrwały pobyt w górach, nieraz lata całe, zmienia się niemal zupełnie wadliwa konstytucja ich organizmu: klatka piersiowa płaska zmienia swój kształt, mięśnie wzmacniają się, krążenie krwi staje się prawidłowem, usposobienie do nieżytów i kaszlu znika. Ta kategoria młodych ludzi, zmuszona wielokrotnie wskutek częstego zapadania na zdrowiu do przerywania rozpoczętej nauki, może nawet w dalszym ciągu odbywać naukę w górskich stacjach, gdyż w niektórych z nich (Davos, Zakopane), istnieją obok zakładów i instytucje wychowawcze.

W rozwiniętych już wyraźnie suchotach płucnych klimat górski nadaje się w tych wszystkich przypadkach, w których sprawa gruźlicza nie jest jeszcze zbyt daleko posunięta, gdzie nie mamy do czynienia z wybitną gorączką trawiającą, gdzie niema wyraźnych powikłań ze strony kiszek, krtani i innych narządów; słowem wszędzie tam, gdzie stan ogólny chorego przedstawia odżywianie niezłe, a tem samem dostateczną odporność do znoszenia dość zimnego klimatu.

Klimat górski znoszą zazwyczaj źle, zwłaszcza zimą, osobniki mocno niedokrweste, wrażliwe na wahania temperatury, osoby, które obok zmian w płucach przedstawiają jeszcze pewne wady w krążeniu (wady serca, miażdżyca naczyń), lub rozległe sprawy włókniste ze znaczną wtórną rozedmą płuc i poczynającą się niedomogą serca. Niektóre osoby mocno nerwowe również nie znoszą zimą klimatu górskiego. Nieznaczne natężenie gorączki bynajmniej nie jest przeciwwskazaniem do leczenia klimatem górskim; to samo da się powiedzieć o usposobieniu do krwioplucia i krwotoków płucnych; wbrew panującej opinii wielu lekarzy mogą potwierdzić poglądy tych, którzy twierdzą odwrotnie, że pobyt w górach dla tej kategorii chorych bynajmniej nie jest przeciwwskazany.

Za miejscowości klimatyczne górskie, właściwe dla suchotników, należy uważać takie, które leżą w Europie na wysokości nie mniejszej niż 800, i nie większej niż 2000 metrów, w których istnieją jednocześnie i inne dogodnie dla chorych warunki, a najlepiej sanatorja. Posiadamy w Europie ogromną ilość stacyj klimatycznych górskich. Podzielić je można na dwie kategorie: 1) takie, w których sezon trwa cały rok, i 2) takie, w których leczenie odbywa się tylko w lecie. Do stacyj pierwszej kategorii, a tem samem najważniejszych, gdyż, jak to wzmiankowałem, zimowe kuracje są niezwykle korzystne dla suchotników,

zaliczamy miejscowości szwajcarskie: Davos, S. Moritz, Leysin i t. p., a u nas Zakopane, w których jednocześnie istnieją odpowiednio urządzone sanatoria.

Do drugiej kategorii stacyj klimatycznych górskich zaliczamy te miejscowości, które, aczkolwiek posiadają *par excellence* klimat górski, urządzone są jedynie dla letników, dzięki czemu i doniosłość ich lecznicza w suchotach płucnych jest mniejszej wagi. W każdym razie i w tych miejscowościach, posiadających sezon około 3-miesięczny, mogą z korzyścią przebywać latem suchotnicy, dla których klimat górski wogóle jest wskazany. Z ogromnego szeregu miejscowości tej kategorii wyliczam tu najważniejsze. W Szwajcarii w t. zw. Berner-Oberlandzie-Gruendelwaldzie (1060 metrów), St. Beatenberg (1150 metrów), Myrren (1630 metrów), Seewis, Samaden, les Avants (nad jez. Genewskim). W Austrii: Mendelpas (1300 metrów), Semmering (1000 metrów), Aussee (800 metrów). W Niemczech: w Alpach Bawarskich—Kreuth (850 metrów); w Szwarzwaldzie — St. Blasien i t. d. We Francji: Chamounix (1050 metrów) u stóp Montblanc, Mont Revart (1450 metrów) ponad Aix-les-Bains, Mont-Dore (1050 metrów) Bourboule, Luchon, Eaux-Bonnes w Pirenejach i t. d.

Na Kaukazie istnieje kilka pięknych wysoko położonych stacji górskich, czynnych również tylko latem, jak to: Żelezowodsk (700 metrów), Kisłowodsk (1000 metrów) Abastuman i inne. W miejscowościach tych istnieją jednocześnie urządzenia kumysowe.

U nas, jak już wspomniałem, jedyną stacją klimatyczną górską jest Zakopane (900 metrów). Miejscowość ta, wybornie nadająca się do kuracji klimatem górskim i posiadająca, jak już wyżej powiedziałem, doskonałe sanatorium, przedstawia i latem dobre warunki dla pobytu suchotników. Większość jednakże stacyj suchotniczych, do których dotychczas kierują lekarze na pobyt letni, położona jest w klimacie podgórskim; miejscowości te obok niewielkiego wzniesienia (300—800 metrów) posiadają łagodny klimat, lekko pobudzający, odpowiednie urządzenia dla pobytu chorych (parki, lasy i t. p.); a większość tych miejscowości posiada obok warunków klimatycznych pewne dodatkowe czynniki lecznicze pod postacią różnorodnych wód mineralnych (szczawy czyste, alkaliczno-solne, żelaziste, solanki, wody siarczane i t. p.), dalej w niektórych stacjach istnieją urządzenia do kuracji serwatkowej lub mlecznej, w innych zakłady wodolecznicze, pneumatyczne, inhalacyjne i t. p. Chociaż dzięki tradycji, uświęconej całymi dziesiątkami lat, do miejscowości takich (Ems, Gleichenberg, Szczawnica, Salzbrun, Reichenhall i inne) bywają wysyłani suchotnicy, to jednakże stacje te, o ile okazują się pożytecznymi w różnorodnych cierpieniach dróg oddechowych niegruźliczego pochodzenia, o tyle chorym gruźliczym przynoszą korzyści stosunkowo niewielkie. Pochodzi to stąd, jak to już wyżej zaznaczyłem, że leczenie suchot, choroby *par excellence* przewlekłej, winno być konsekwentne i długie; cały zaś ustrój miejscowości tej kategorii jest obliczony na termin krótki na t. zw. sezony; a chory, kończący swój sezon, 4—6 tygodni trwający, musi ustępować miejsca innemu, a stąd też i całe leczenie jest szybkie i ściśle do owego pojęcia sezonu



przez chorych, a nawet i lekarzy dostosowane. Dalej w większości tych miejscowości istniejące wody lub zakłady wodolecznicze nie zawsze się nadają do stosowania ich u suchotników. Wreszcie cały ustrój życia w podobnych kurortach, gdzie jednocześnie obok chorych przebywa i wiele osób zupełnie zdrowych, żądnych zabaw i uciech światowych, stanowi w wysokim stopniu atmosferę najmniej odpowiednią dla spokojnego wypoczynku przeciętnego suchotnika. Pomimo jednakże tych ujemnych stron omawianych miejscowości, stacje te mogą być w niektórych przypadkach pożyteczne i dla chorych, dotkniętych suchotami płucnymi. Chorzy spokojnego temperamentu, nieco starsi wiekiem, kobiety, lub też ludzie młodszy pod opieką starszych, dotknięci niezbyt rozległymi sprawami, nie gorączkujący, bez powikłań w innych narządach, chorzy z różnorodnymi postaciami włóknistych suchot w połączeniu z rozedmą, a nie znoszący klimatu górskiego, mocno anemiczni, dotknięci nieżyłtami górnego odcinka dróg oddechowych, a wreszcie osobniki bardzo nerwowe, nie mogące się w żaden sposób przystosować do regulaminu zakładowego, mogą i w tych miejscowościach w ciągu letnich miesięcy osiągnąć nieraz znaczną poprawę.

Tego rodzaju miejscowości, których liczba jest bardzo wielka, dają się podzielić na 2 kategorie. Do pierwszej zaliczamy miejscowości, położone mniej więcej w klimacie podalpejskim, posiadające równocześnie różnego składu źródła mineralne, w Niemczech Reinerz, Salzbrunn na Śląsku, Gleichenberg w Styrii, Reichenhall w Bawarii, Ems nad Renem i t. p. We Francji Eaux Bonnes, Mont-Dore w Pirenejach i inne. Wszystkie te miejscowości posiadają latem klimat łagodny, dobre urządzenia, zakłady inhalacyjne, hydropatyczne i t. p. Niektóre, jak Gleichenberg, Reichenhall, Soden ze względu na swój łagodny klimat i dobre urządzenia wiewalni, kwalifikują się do leczenia suchotników mocno wrażliwych na wahania temperatury, z niedaleko posuniętymi zmianami w krtani natury gruźliczej.

Z bliżej nas obchodzących miejscowości do powyższej kategorii zaliczamy przede wszystkim: Szczawnicę, uroczą, położoną w Pieninach i posiadającą typowy klimat podgórski (500 metr.). Uosabia ona w sobie wszystkie dodatnie i ujemne strony tej kategorii miejscowości. W formach suchot płucnych włóknistych, wikłanych rozedmą i suchym nieżyłtem oskrzeli, w postaciach, wikłanych nieżyłtem gardzielnokrtaniowym, Szczawnica może być pożyteczna na równi z innymi wyżej wzmiankowanymi miejscowościami zagranicznymi, jakoteż stanowić miejsce przejściowe do leczenia klimatem czysto górskim w Zakopanem. Krynica (600 metr.) posiada urządzenia dobre, klimat podalpejski, dobrze urządzony zakład hydropatyczny. Chorzy z nieznacznymi włóknistymi zmianami w płucach, potrzebujący jednocześnie obok leczenia powietrzem podalpejskim i pewnych zabiegów wodoleczniczych, mogą z korzyścią przebyć kilka miesięcy letnich w Krynicy. Rabka (560 metr. źródła solne), położona zdrowo i uroczą, posiada klimat podgórski, wyborny, wskazana jest u dzieci w postaciach suchot płucnych żółzowych, w nieżyłtach szczytowych u dzieci, usposobionych do gruźlicy z jednoczesnym zajęciem gruczołów chłonnych. Pobyt w Rabce dla tej

kategorji gruźliczych dzieci, przy użyciu wewnątrznie umiarkowanej ilości solanki i ostrożnem stosowaniu kąpeli solnych, okazuje się wielce pożytecznym. To samo, co o Rabce, da się powiedzieć i o Iwoniczu.

Do drugiej kategorii należą stacje czysto klimatyczne, położone bądź to w miejscowościach podgórskich, bądź też na równinie, najczęściej wśród lasów iglastych. Miejscowości tej kategorii istnieje ogromna ilość w każdym kraju, niepodobna więc nam bliżej zajmować się niemi. Z miejsc zagranicznych, bliżej nas leżących, wspomnę Graefenberg na Śląsku Austr. (600 metr.) wśród pięknych lasów sosnowych położony, Schreiberau, Landeck, w górach Olbrymich na Śląsku Pruskim, Johannisbad w Czechach, Reichenau, Ischl, Gmunden w Dolnej Austrii, dalej bardzo liczne t. zw. „sommerkurdy“ w Tyrolu, a zwłaszcza w Szwajcarii, położone nad pięknymi jeziorami (Czterech Kantonów, Thun, Genewskiem) oddawna cieszą się wielką renomą z powodu ładnego położenia i dobrych urządzeń (Interlaken, Beatenberg, Spitz i t. p.). To samo da się powiedzieć o różnych uroczą położonych miejscowościach nad jeziorami włoskimi (Pallanza, Bellaggio, Locarno i t. p.). U nas posiadamy również dość znaczną ilość tej kategorii uzdrowisk letnich, a więc Ojców, Piaskowa skała, Druskieniki, Nałęczów, Czarniecka góra, Poronin, Jaremcze i t. p. Posiadamy również szereg zdrojowisk leśnych, położonych w bardzo obszernych leśnych przestrzeniach sosnowych, których powietrze realizuje poniekąd odrębne właściwości t. j. obok czystości i pewnej wilgotności posiada jeszcze obfitość ozonu wskutek wyziewów żywicznych. Do miejscowości tej kategorii zaliczamy Sławutę na Wołyniu, pięknie położoną nad Horyniem wśród olbrymich przestrzeni leśnych, z zakładem kumysowym, dalej Szepietówkę również na Wołyniu, Pohulanekę pod Dynaburgiem, Otwock pod Warszawą i inne.

Ze spostrzeżeń czysto empirycznych skonstatowano, że jakoby w rozległych stepach Kirgiskich na Uralu, oraz t. zw. prerjach północno-amerykańskich nie miano wcale spostrzegać u tubylców, a specjalnie u Kirgizów, suchot płucnych, i wyniesiono stąd przekonanie, że klimat stepowy, może być środkiem swoistym w leczeniu suchot płucnych. Działanie klimatu tego wspomagać ma w wysokim stopniu, a nawet podług innych, wpływać również swoiście na suchoty płucne, używany przez tamtejszych mieszkańców za pożywienie i napój, dziś powszechnie znany i słusznie ceniony środek odżywczy, o którym już była mowa — kumys. Leczenie stepowo-kumysowe suchot płucnych dotychczas cieszy się wielkiem wzięciem u lekarzy rosyjskich. Tysiące chorych rokrocznie latem odbywa tę kurację w miejscowościach, położonych w stepach południowo-wschodniej Rosji (gub. Samarskiej, Ufimskiej, Orenburskiej). Klimat tych olbrymich równin odznacza się wysoką ciepłotą w lecie, niską w zimie, znacznymi wahaniami temperatury dobowej, oraz nadzwyczaj małą ilością opadów atmosferycznych; deszcze padają tam latem bardzo rzadko. Powietrze więc jest suche, ciepłe i niezwykle czyste. Obok powietrza podstawę leczenia stanowi kumys,

który posiada skład i właściwości analogiczne z kefirem (kumys średni podług Stange'go zawiera alkoholu 1,8%, cukru 1,6%, kwasu węglanego 0,6%, tłuszczu 2,0%, soli 0,3%, białka 2,2%). Wogóle leczenie stepowokumysowe suchot podług wieloletnich obserwacji licznych autorów okazuje się wielce korzystnym, jednakże przedewszystkiem w pierwszych okresach choroby; chorzy bowiem z rozwiniętą chorobą żadnej korzyści nie odnoszą. Wogóle wyniki lecznicze są poniekąd analogiczne z temi, jakie otrzymuje się z leczenia metodą sanatoryjną. Najlepsze zakłady istnieją pod Orenburgiem (Carrika), które pod względem położenia i urządzenia odpowiadają wszelkim nowoczesnym wymaganiom, dalej w pobliżu stacji Aksenewo dr. zel. Samarsko-Złotoustowskiej (D-ra Warawki). Należy jednakże pamiętać, że już przed wojną zakłady te odznaczały się wysokimi cenami, a podróz latem w dni upalne długą i męczącą znosili jedynie dosyć odporni i wytrzymali.

Klimat nadmorski był również przez niektórych autorów uważany za swoiście poniekąd działający w leczeniu suchot płucnych. Laennec, a przeszło w pół wieku po nim Benecke, wielcy zwolennicy tej terapii w suchotach, starali się bliżej wyjaśnić i podali pewne hipotezy, objaśniające ową swoistość. Jednakże dalsze spostrzeżenia nie potwierdzały słuszności poglądów tych autorów; pozostał jednakże fakt kliniczny niewątpliwy, że wielu bardzo suchotników w niezbyt posuniętych okresach choroby doznaje z pobytu nad morzem, szczególnie latem, mniejszej lub większej poprawy. Należy więc nam i ten rodzaj leczenia klimatycznego, wielce rozpowszechnionego, zwłaszcza we Francji i Anglii, pokrótce omówić.

W ogólnym zarysie klimat nadmorski odznacza się nieznacznymi dobowymi wahaniami ciepłoty, perjodycznymi prądami wiatrów, a przedewszystkiem niezwykłą czystością powietrza, pozbawionego wszelkich przymieszek organicznych, a zawierającego mniejszy lub większy procent soli kuchennej, oraz pewne nieznaczące niestałe przymieszki soli bromu i jodu. Własności fizjologiczne klimatu nadmorskiego zostały zbadane w szeregu prac Benecke'go, dokonanych na wyspie Norderney. Autor ten wykazał między innymi, że nad morzem utrata ciepłoty przez ciało jest większa niż na równinach, że przemiana materji odbywa się szybciej; dalej w przeciwstawieniu do powietrza górskiego zauważył on nad morzem zmniejszenie liczby oddechów i tętna obok pewnego uspakajającego działania na cały układ nerwowy, szczególnie u mocno podnieconych osobników. Wskazania do stosowania klimatu nadmorskiego u suchotników możnaby sformułować w następujący sposób. Klimat ten wskazany będzie u tych suchotników, dla których powietrze *par excellence* górskie uważamy za przeciwwskazane, a więc: w formach włóknistych, połączonych ze znaczną rozedmą płuc, u suchotników ze zmianami przewlekłymi niezbyt rozległymi, u mocno niedokrwiowych, a tem samem mocno wrażliwych na szybkie zmiany ciepłoty; u suchotników nerwowych, jak również w gruźlicy płuc, wikłanej zaburzeniami w krwiobiegu (wady zastawek, niedomoga mięśnia sercowego).

Zresztą wskazania względne mieć będziemy i dla takich chorych, którzy pomimo wskazania dla nich klimatu górskiego, w rzeczywistości jednakże z pobytu w nim nie odnieśli należytej korzyści; wreszcie nawet w suchotach dalej posuniętych pobyt nad morzem latem okaże się nieraz pożytecznym i przyniesie i tym chorym pewną ulgę podmiotową. Klimat nadmorski posiada jednakże i pewne ujemne właściwości: do nich zaliczyć należy przede wszystkim to, że w latach dżdżystych, co się znowu niezbyt rzadko zdarza w miejscowościach, od nas najbliższej położonych (Bałtyk), bywają często dni przykre — wilgotne i zimne, źle znoszone przez suchotników, usposabiające do świeżych niezżytów oskrzeli, reumatyzmów i t. p. spraw, związanych z tego rodzaju zmianami atmosferycznymi. Miejscowości nadmorskie nad Adrjatykiem lub Atlantykiem, ze względu na ich południowe położenie, są mniej narażone na tego rodzaju ewentualności. Z ogromnej liczby stacyj klimatycznych nadmorskich, a dla naszych chorych bardziej dostępnych, wyliczyć należy cały szereg miejscowości, leżących nad Bałtykiem, których większość obok klimatu morskiego, posiada piękne i rozległe lasy sosnowe na wybrzeżach; a więc: Sopoty i Oliwa pod Gdańskiem i szereg małych miejscowości na naszym polskim wybrzeżu (Puck, Hela i inne), wyżej Połoga, Dubbeln pod Rygą, wyspa Rugja, Kołobrzeg i wiele innych. Wszystkie powyższe miejscowości mają dobre urządzenia i warunki pobytu, nie posiadają jednakże sanatorjów. Stąd też wysyłani mogą być do nich latem jedynie suchotnicy niegorączkujący, z niedaleko posuniętymi zmianami, z pewną dość znaczną odpornością, a dalej dzieci z objawami gruźlicy gruźlicowej i t. p. Na morzu Północnem leży wyborna stacja Norderney, gdzie istnieje sanatorjum dla niezamożnych dzieci gruźliczych. Panują jednakże tam nawet latem mocne i przykre wiatry, powietrze jest wyjątkowo czyste i ożywcze. W ostatnich latach urządzone tam zostały pomieszczenia na zimowy pobyt chorych. Na wybrzeżach kanału La Manche, szczególnie po stronie angielskiej, odznaczającej się łagodnym klimatem, istnieje cały szereg dobrze urządzonych miejscowości oraz sanatorjów dla suchotników, jako to: Hastings, Ventnor na wyspie Wight, Bournemouth, przepięknie położone w otoczeniu lasów sosnowych, Torquay i wiele innych. Na wybrzeżu francuskiem w Bretanii i Normandji istnieje cały szereg przymorskich stacyj dobrze urządzonych, jako też sanatorjów dla dzieci gruźliczych w okolicach Calais (Berck sur mer) Hawru — (Roscoff) — w Bretanii i t. p. Nad Atlantykiem różne miejscowości w okolicach Nantes (La Boule), na wyspie Oleron, w Arcachon, Biarritz i t. p. W Danji oprócz sanatorjum nadmorskiego w Veile (w Jutlandji), istnieje cały szereg pięknie i zdrowo położonych miejscowości nad Sundem (Marjalist, Skotborg, Klampenborg) i t. p. W Belgji w okolicach Ostendy i Blankenberghe. Wszystkie wyżej wspomniane miejscowości służą przeważnie na pobyt letni, są bowiem, właściwie mówiąc, miejscami, przeznaczonemi do kąpielii morskich. Dopiero w ostatnich dwóch dziesiątkach lat wysyłani bywają i suchotnicy, a szczególnie dzieci gruźlicze lub usposobione do gruźlicy (zołzy);

stąd też urządzono tam i sanatoria, odpowiednie na pobyt nie tylko letni ale i zimowy (Oleron, Arcachon) i t. p.

Niektórzy autorowie, a głównie angielscy, zalecają suchotnikom w okresach niedaleko posuniętej choroby dalekie podróże morskie, (do Capu, Australji i t. p.). Pobyt na morzu w ciągu kilku miesięcy, wśród idealnie czystego powietrza strefy ciepłej, u wielu chorych miał rzeczywiście wywierać wielce dodatni wpływ na przebieg sprawy suchotniczej. Spostrzeżenia jednakże dalsze wykazały, że tego rodzaju podróże, pominiawszy ich wygórowane koszty, nie wszyscy chorzy dobrze znoszą. Brak ruchu, przy mało urozmaiconem jedzeniu (szczególniej na żaglowcach), u wielu chorych wpływa niekorzystnie na stan kanału pokarmowego, wywołując wreszcie zaburzenia, upośledzające stan ogólny. Stąd też i wskazania do tego rodzaju podróży są zbyt ograniczone i dotyczyć mogą jedynie chorych wyjątkowych, znoszących dobrze długą podróż morską i posiadających odporny kanał pokarmowy.

Klimat południowy. Z rozbioru warunków i wskazań do leczenia klimatem górskim doszliśmy do wniosku, że pewna kategoria suchotników, dla których pobyt zimą w górach jest nieodpowiedni, z wielką korzyścią może spędzać zimę na południu. Należy więc nam obecnie omówić pokrótce wartość leczniczą stacyj klimatycznych południowych dla leczenia suchot płucnych.

Pojęcie o doniosłym znaczeniu ciepłej atmosfery dla suchotników ma za sobą tradycję odwieczną. Już bowiem Celsus uważał klimat południowy za jedyne niemal lekarstwo na suchoty płucne. Nic więc dziwnego, że ta tradycja wyrobiła nie tylko w opinii lekarzy, lecz i szerokiego ogółu mniemanie o swoistości niemal ciepłego powietrza, resp. pobytu we Włoszech lub Egipcie, w leczeniu suchot. Stąd też przez kilka dziesiątków lat ubiegłego wieku dyskutowano szeroko w kołach lekarskich, jakie kategorie stacyj klimatycznych południowych okazują się skuteczniejsze w leczeniu gruźlicy płucnej. Punkt zaś ciężkości kładziono przeważnie na przeciętny stopień temperatury miesięcy zimowych; inne warunki pomijano, doprowadzając w tym kierunku poglądy lekarskie do pewnych niemal absurdów; zalecając na przykład na pobyt suchotników wielkie i wysoce niezdrowe miasta południowe jak na przykład Neapol, Cairo i t. p. Dopiero zawdzięczając gruntownym pracom Lombarda i innych, zaczęto zwracać uwagę przy wyborze stacyj południowych na inne jeszcze własności atmosferyczno-teluryczne oprócz ciepła, formułując ściśle warunki dobrej stacji klimatycznej. Oprócz więc ciepła zwrócono uwagę na brak silnych wiatrów, brak kurzu, grunt przepuszczalny, stopień wilgotności, dobrze urządzone mieszkania i t. p. Tą drogą olbrzymią ilość stacyj południowych zredukowano znakomicie, tak że dziś możemy tylko mówić o stosunkowo niewielu miejscach, którym przysługuje miano stacyj klimatycznych południowych. Wszystkie te stacje, dzięki tym różnorodnym warunkom klimatycznym, dadzą się podzielić na trzy główne działy: 1) stacje, w których mamy do czynienia jedynie z kuracją powietrzną, w miej-

sowości zdrowej, na równinie lub płaskowzgórzu południowem położonej; 2) miejscowości, położone w klimacie południowym nadmorskim; 3) powietrze ciepłe pustyń, idealnie czyste, a zarazem ciepłe i suche (Egipt, Sahara Algierska i t. p.). Wspólne dla tych wszystkich stacyj jest południowe słońce, ów niezwykle doniosły czynnik biologiczny, który na każdego chorego, a szczególnie na mieszkańca północy, wywiera wpływ psychiczny niezwykle, potęgowany wspaniałą południową roślinnością. Powyższe czynniki, pozwalające nawet ciężko choremu przebywać zimą cały niemal dzień na świeżym powietrzu i słońcu, stanowią niezwykle ważne momenty, umożliwiające u pewnej kategorii chorych przeprowadzenie kuracji powietrzno-dietetycznej i niejako przedłużenie tych dobrych warunków, które znajdowali latem i w innych miejscowościach. Klimat jednakże południowy posiada liczne strony ujemne. Do nich należy zaliczyć przede wszystkim dla naszych chorych wielką odległość, wymagającą nieraz wiele dni z rzędu trwającej jazdy, wyczerpującej ich siły; stąd też słabi chorzy muszą odbywać męczące odpoczynki w miastach, co pogarsza nieraz stan choroby. Podróż zaś sama i pobyt na południu dwóch najczęściej osób (towarzysz chorego) stanowi w naszych warunkach rzecz bardzo kosztowną i jedynie dostępną dla ludzi bardzo zamożnych. Dalej dodać należy, że i same warunki klimatyczne przedstawiają w wielu razach czynniki dość ujemne: szybkie przejście z gorąca do zimna, lodowe nieraz wieczory po zachodzie słońca, wiatry, które zwłaszcza na wybrzeżach Adrjatyku w miesiącach wiosennych nabierają niezwykle natężenia, a wreszcie w większości stacyj klimatycznych źle urządzone mieszkania (często bez pieców) i jedzenie, nie odpowiadające warunkom leczenia dietetycznego. W ostatnich jednakże dziesiątkach lat zaczęto i na południu urządzać dobre pensjonaty, a nawet sanatoria, umożliwiające odpowiednie leczenie chorym piersiowym. Lekarze dawniejsi, uważając klimat południowy za czynnik *par excellence* leczniczy w suchotach płucnych, wszystkie postacie i okresy tej choroby uważali dla niego za wskazany; dopiero w ciągu ostatnich dwóch dziesiątków lat sformułowano ściślejsze wskazania do stosowania klimatu południowego u suchotników, a w ogólnym zarysie możemy powiedzieć to, co już wyżej wspominaliśmy, że do tego leczenia kwalifikują się suchotnicy przeważnie w początkujących się, lub niedaleko posuniętych okresach choroby, osobniki mocno niedokrwiłe, wrażliwe na zmiany ciepłoty, przedstawiający jednocześnie różne zaburzenia w krążeniu (wady zastawkowe, wady mięśnia sercowego, rozedma), dotknięci chociażby lekkim stopniem białkomoczu, wreszcie suchotnicy ze skłonnością do spraw umiejscowionych w krtani (uparte nieżyty, niewielkie owrzodzenia gruczkowe). Co się tyczy tego ostatniego punktu, to należy przyjąć za prawo, że do klimatu południowego kwalifikują się suchotnicy jedynie z niedaleko posuniętą sprawą krtani, bez utrudnionego połykania, ze znośnym stanem ogólnym i nie gorączkujący. U takich chorych rzeczywiście widywałem wielokrotnie znakomitą poprawę, a nieraz nawet wyleczenie tego ciężkiego powikłania. Natomiast za przesadę należy uważać twierdzenia lekarzy kurortowych, jakoby nawet

daleko posunięte sprawy tej kategorii, nawet z gorączką mogły się na południu znacznie poprawiać, a nawet ulegać wyleczeniu; zapewne mogą się zdarzać i podobne wyjątkowe przypadki, nie mogą one jednakże służyć za normę do wskazań lekarskich, chorych tej kategorii bowiem najlepiej pozostawiać na zimę w domu, lub odsyłać do blisko położonych zakładów leczniczych. To samo tyczy się innych postaci suchot płucnych, będących w dalszych okresach rozwoju, a bardziej jeszcze z gorączką. Naturalnie wskazania, powyżej określone dla klimatu południowego, podlegają rozmaitym indywidualnym modyfikacjom. Nieraz, mimo ściśle zrobionych wskazań, podobny chory nie czuje się dobrze na południu a lepiej w górach, o czym rozstrzygą dopiero nieraz pobyt w danej miejscowości.

Podobnie jak w opisie innych rodzajów stacyj klimatycznych, ograniczymy się i tutaj do wyliczenia najgłówniejszych, mając na względzie przede wszystkim warunki stacyj południowych, dostępnych dla naszych chorych.

Do pierwszej kategorii miejscowości w których mamy do czynienia jedynie z działaniem południowego czystego powietrza, zaliczamy przede wszystkim miejscowości, położone na płaskowzgórzu południowego Tyrolu. Z ich liczby na pierwszym planie postawić należy znaną od bardzo dawna miejscowość Meran, położony na wysokości około 300 mtr. w uroczej górskiej miejscowości; łączy on w sobie warunki klimatu podalpejskiego z klimatem południowym. Wprawdzie miesiące zimowe bywają w Meranie nieco chłodne, posiadają jednakże dużo słońca i mało stosunkowo wiatrów; ma wyborne mieszkania, doskonałe pensjonaty i sanatorja i piękne promenady. Jesień i wiosna bywa tam bardzo piękna, dzięki czemu chorzy wiele godzin z rzędu są w stanie przebywać na świeżym powietrzu. Chorzy więc w Meranie mogą spędzać 8—9 miesięcy, nie będąc narażeni na dalsze męczące podróże. Gries pod Meranem, dalej Gardone-Riviera nad samem jeziorem Garda są również dobrze położone, usłonecznione i mają dobre, podobnie jak Meran, warunki pobytu, posiadając jednocześnie szereg urządzeń pomocniczych, pożytecznych w leczeniu różnych postaci suchot, jako to: zakłady wodolecznicze, inhalacyjne, pneumatyczne i t. p.

Do analogicznych miejscowości zaliczyć należy szereg bardzo licznych stacyj klimatycznych, znajdujących się na południowym brzegu jeziora Genewskiego w Szwajcarii, jako to: Moutreux, Vevey, Glion i wiele innych, jako też szereg miejscowości nad jeziorami włoskimi: Locarno, Pallanza, Bellaggio, Lugano i t. p. Miejscowości te wyborne urządzone, posiadają przez całą zimę łagodny klimat, są późną jesienią i wiosną mniej odpowiednie dla chorych wrażliwych, ze względu na to, że w tych porach bywają tam często dni mocno mgliste i wilgotne.

Z miejscowości tej kategorii dalej od nas położonych: Paux i Amelies-Bains w Pirenejach, mają zimę łagodną, powietrze dość wilgotne i wyborne urządzenia.

Do drugiej kategorii stacyj klimatycznych południowych, położonych przeważnie nad morzem, a które łączą w sobie właściwości klimatu południowego i morskiego, zaliczamy przedewszystkiem szereg miejscowości, leżących na wybrzeżu morza Śródziemnego, zwanego Riviera-di-Ponente. Wszystkie, a bardzo licznie, znajdujące się tam stacje, jako to: Nicea, Hyeres, Cannes, Mentona, Bordighera, Monte-Carlo, San-Remo, Ospedaletti, Nervi — posiadają mniej więcej analogiczne warunki klimatyczne; dużo słońca, doskonale ostonięcie od wiatrów północnych, brak niemal zupełny mrozów i śniegu, przepiękną roślinność, jednym słowem wszelkie cechy prawdziwego klimatu południowego. Posiadają one przytem i wszystkie ujemne warunki klimatu południowego, wyżej wykazane. Większość także tych stacyj, jak np. Nicea i Monte-Carlo, ze względu na ruch przyjezdnych i inne warunki, właściwe wielkim kurortom, są zupełnie nieodpowiednie na pobyt dla suchotników, natomiast odpowiednie są miejsca mniejsze i spokojniejsze, jako to: Mentona, San-Remo, Nervi, Alassio i t. p., w których to miejscowościach powstały w ostatnich czasach i sanatoria (Gorbio i inne). Z miejscowości, położonych na południowym wybrzeżu Atlantyku we Francji, wspomniemy jeszcze o Arcachon i Biarritz. Szczególniej pierwsza z tych miejscowości posiada dobre warunki pobytu na zimę (sanatoria dla dzieci), a Biarritz na miesiące wiosenne i jesienne. Istnieje jeszcze znaczna liczba stacyj klimatycznych nadmorskich, położonych na dalekiem południu, które dawniej przy leczeniu suchot płucnych cieszyły się wielką reputacją. Miejscowości te jednakże z biegiem czasu straciły swą pierwotną sławę, kliniczne bowiem spostrzeżenia nie wykazały jakichkolwiek ich wyższości nad wspomnianymi stacjami Rivieri; a przytem odległość ich jest zbyt od nas daleka, a w wielu z nich brak odpowiednich urządzeń dla chorych; stąd w ostatnich czasach coraz to mniejszą liczą liczbę zwolenników, aczkolwiek niektóre z nich posiadają wyborne warunki klimatyczne. Z szeregu tej ostatniej kategorii wymienię przezemnie osobiście zwiedzane następujące miejscowości. W południowych Włoszech na wyspie Sycylii, wśród przepięknej przyrody Taormina, niedaleko Katanji, Syrakuzy, okolice miasta Palermo, posiadają naogół wyborne warunki klimatyczne, nie mają jednakże odpowiednich urządzeń dla chorych. Ajaccio na wyspie Korsyce, posiada bardzo łagodną zimę (śnieg nie pada wcale) przepiękną roślinność, bliskość gór z lasami sosnowymi, umożliwiającą i pobyt letni. Długa jednakże i przykra podróż morską (12 godzin od Marsylii) i brak odpowiednich dla chorych urządzeń, robią miejsce to skądinąd wyborne, możliwem jedynie dla chorych odpornych, ze zmianami w płucach niezbyt rozległemi i z dobrym stanem przewodu pokarmowego. To samo da się powiedzieć o bardzo odległej od nas (5 — 6 dni podróży morskiej z Anglii) wyspie Maderze, uchodzącej niegdyś za Eldorado suchotników, ze względu na ciepły, równomierny klimat i brak mocniejszych wiatrów. Funchal, stolica Madery, przepięknie położona na brzegu Oceanu, z bajeczną podzwrotnikową roślinnością, otoczona wysokimi górami zadrzewionymi, lasami podzwrotnikowymi



(mahoń, eukaliptus, laury i t. p.), posiada nawet dla chorych dobre urządzenia, o czym przekonać się mogłem z pobytu w tem mieście zimą w 1910 r. Klimat łagodny, brak zupełny kurzu, lecz wielka odległość od nas, drogi przejazd i pobyt tamże robi tę miejscowość jedynie dostępną dla wyjątkowych osobników. To samo da się powiedzieć o dalszej jeszcze miejscowości, przepięknie położonej wśród oceanu, wyspie Teneryfie, którą również zwiedzałem w 1910 r. Na wyspie tej nad oceanem, u stóp olbrzymiego pasma gór Teneryfskich (ponad 3700 mtr.) leży urocza miejscowość Orotawa, jedna z najpiękniejszych miejscowości świata, podług orzeczeń Humbolda, która ma cały rok klimat łagodny, zimą nie niżej 10 R., mało wiatrów, dużo słońca, klimat ożywczy morski i przepiękną podzwrotnikową roślinność. W Orotawie urządzenia higieniczne są doskonałe, istnieje nawet rodzaj sanatorium, w którym przebywali chorzy piersiowi przeważnie Anglicy i Niemcy. Mniej więcej to samo da się powiedzieć o Algierze; pobyt w tej miejscowości nie przedstawia dla suchotników nic korzystniejszego, niż pobyt na Rivierze. O ile jednakże osobiście przekonać się mogłem z pobytu mojego zimą 1905 r. w różnych miejscowościach Algieru, to miejscowości te, a szczególnie położone w okolicach, sąsiadujących z miastem Algierem (Mustafa, Superior, Birmandreis i inne) posiadają pod wielu względami lepsze warunki klimatyczne, niż Riviera (zima i wiosna przeciętnie o wiele cieplejsza, roślinność o wiele bujniejsza, więcej słońca). W ostatnich przytem czasach przed wojną pobudowano tam wygodne hotele wśród pięknych parków, umożliwiające pobyt niezbyt ciężko chorym piersiowym. Z dalszych miejscowości Algierji, położonych już na samej Saharze francuskiej, wspomnę o Biskrze, miasteczku arabsko-francuskim, położonem na oazie tegoż nazwiska; miejscowość ta posiada klimat suchy i ciepły; urządzenia hotelowe nienajgorsze; panują tam jednakże częste i mocne wiatry z pustyni, podnoszące tumany kurzu, i bywają mocne spadki nocne temperatury, co wobec braku odpowiednich urządzeń dla chorych, czyni miejscowość tę, wielce zachwalaną w ostatnich czasach przez lekarzy francuskich, zdaniem mojem niezbyt odpowiednią, zwłaszcza dla nieco cięższych chorych suchotników; natomiast czuć się tam mogą dobrze chorzy, dotknięci włóknistemi postaciami suchot, dużo plujący, o stanie ogólnym dobrym, znoszący dobrze podróż morską i niewygodne jazdy tamtejszemi kolejami.

Nad wybrzeżem Ądrjatyku, powstał w ostatnich dziesiątkach lat szereg klimatycznych zimowych miejscowości: Abbazia, Cirkwenica, Lowrana, Lussin-Piccolo, Ragusa i inne. Większość tych miejscowości, posiada dobre urządzenia na pobyt zimowy i zima w nich jest wogóle łagodna; wiosną jednakże panują częste przykre wiatry, połączone nieraz ze śnieżycą: stąd też i pobyt dla chorych, przeważnie mniej wrażliwych na zimno, jest tam bardziej odpowiedni w miesiącach jesiennych i zimowych.

Jak już wyżej wspominałem, i w Anglii nad kanałem istnieje cały szereg miejscowości o bardzo łagodnej zimie, w których z korzyścią przebywają su-

choćnicy, jako to: Brighton, Bournemouth, Torquay, a szczególnie liczny szereg miejscowości na pięknej wyspie Wight (Ventnor), gdzie istnieją doskonale urządzone sanatoria dla suchotników.

Na wybrzeżu południowym Krymu Jałta i jej okolice (Ałupka, Gurzuf i inne) są również z korzyścią zalecane zwłaszcza przez lekarzy rosyjskich, jako stacje klimatyczne jesienne i zimowe dla suchotników. Na doniosłość leczniczą Krymu w tym kierunku zwrócił uwagę jeszcze prof. Józef Frank z Wilna, w początkach ubiegłego wieku. Dopiero jednakże w ciągu ostatnich kilku dziesiątków lat spostrzeżenia meteorologiczne i badania kliniczne wielu lekarzy wykazały, że miejscowości te posiadają w istocie bardzo łagodną zimę i warunki klimatyczne, nadające się do leczenia gruźlicy płucnej w niedaleko posuniętych okresach. Leczenie klimatyczne bywa tam kombinowane z leczeniem kumysem i winogronami. Dodatnią stroną Krymu stanowi długość sezonu, chorzy bowiem mogą tam przebywać niemal cały rok, spędzając letnie upalne miesiące w sąsiednich górach. Ja sam spostrzegałem znaczną liczbę suchotników w różnych okresach choroby, którzy po pobycie w Krymie, wracali z mniej lub więcej znaczną poprawą swego stanu. W ostatnich czasach powstały w okolicy Jałty dobrze urządzone specjalne sanatoria, co jeszcze bardziej podnosi znaczenie lecznicze tych miejscowości. Do ujemnych stron Krymu należy kurz wapienisty, panujący na całym uroczym wybrzeżu, odległa droga od nas, połączona z przeszło dobrą trawającą z Odesy podróżą morską.

Wreszcie do ostatniej kategorii stacyj klimatycznych południowych zaliczamy miejscowości, posiadające ciepły, a zarazem bardzo suchy klimat przy jednocześnie czystym powietrzu. Tę kategorię miejsc znajdujemy w Egipcie i północnym Algierze, w których pourządzano odpowiednie stacje klimatyczne: w Egipcie: Heluan pod Kairem, Fajum, Assuan, Luksor, a w Algierze wyżej już wzmiankowana Biskra. Wszystkie powyższe miejscowości posiadają powietrze czyste i suche, klimat zimą ciepły, a urzędnienia dla chorych w angielskich hotelach wyborne; z korzyścią więc mogą być zalecane suchotnikom o przewlekłej postaci choroby, połączonej z nadmierną wydzieliną. Stacje te jednakże są bardzo od nas odległe, wymagają długiej (5 — 7 dni) męczącej i kosztownej podróży morskiej; stąd też zalecane być mogą wyjątkowym osobnikom.

Leczenie wodami mineralnymi. Użycie różnorodnych wód mineralnych było od wieków zalecane suchotnikom; niektóre nawet wody uchodziły niemal za swoiste w leczeniu suchot. Z rozwojem jednakże metody higieniczno-dietetycznej poczęto coraz krytyczniej oceniać znaczenie wód, uważając i poniekąd słusznie, że wyniki, otrzymywane przy leczeniu niemi, należy bardziej uzależniać od leczenia klimatyczno-dietetycznego, gdyż, jak to mówiliśmy wyżej, źródła wód mineralnych położone są przeważnie w bardzo dobrych warunkach klimatycznych. Ten pogląd potwierdziło i powszechne doświadczenie, gdyż różnorodne wody, działające jakoby korzystnie na przebieg suchot u samego źródła,

nie wywierały wpływu dodatniego, jeżeli były pite w domu, a szczególnie w miastach. Stąd też i użycie wód stało się w ostatnich latach coraz rzadszem, gdyż nawet u samych źródeł leczniczych suchotnikom albo wcale ich nie zalecają, ograniczając się do leczenia higieniczno-djetetycznego, albo też przepisują je w tak małych ilościach, że o wpływie ich właściwym na organizm suchotnika mowy być nie może. Jeśli jednakże wody mineralne nie odgrywają roli istotnego czynnika leczniczego, to nie ulega najmniejszej kwestji, że niektóre z nich mogą mieć u pewnej kategorii chorych wielce pożyteczne dodatkowe znaczenie lecznicze. Przytem, jak to wykazały nowoczesne badania, dyfuzyjne i osmotyczne właściwości roztworów odgrywają niepoślednią rolę w odżywianiu i przemianie materji; zwiększenie bowiem koncentracji krwi przez roztwory solne, wywołuje odwodnienie tkanek, zmniejszenie wydzieliny błon śluzowych, wzmożenie ilości moczu i t. p. Roztwory alkaliczne wpływają na pobudzenie czynności gruczołów błony śluzowej dróg oddechowych, a roztwory solne bezpośrednio pobudzają trawienie i ułatwiają asymilację. Te wywody teoretyczne w zupełności potwierdza doświadczenie kliniczne, wykazujące, że umiarkowane użycie wód słonych lub słono-alkalicznych (Rabka, Soden, Ems, Szczawnica, Gleichenberg i t. p.) u pewnej kategorii suchotników, a przedewszystkiem u dzieci z mocno powiększonymi gruczołami limfatycznymi, upośledzonym trawieniem, dalej u suchotników z dominującymi objawami ze strony górnego odcinka dróg oddechowych (nieżyty suche gardła, oskrzeli, wikłane rozedmą i t. p.) u suchotników z objawami dyspeptycznymi, nie gorączkującymi—przynosi bezsporną korzyść przy jednoczesnem leczeniu higieniczno-djetetycznem. Naturalnie wody będą pożyteczniejsze, jeśli chory jednocześnie przebywać będzie w odpowiedniej stacji klimatycznej lub w sanatorium. Muszę jednak dodać, że widywałem wielokrotnie pewien dodatni efekt po stosowaniu wód mineralnych powyższych kategorii nawet zimą u suchotników, w miastach zamieszkałych, o ile zjawily się u nich wyżej wzmiankowane objawy, zwłaszcza zaostrzone suche nieżyty, w których niechybną ulgę sprawiają wody alkaliczno-słone (Szczawnicka, Soden, Gleichenberska i t. p.).

**Leczenie chirurgiczne.** Dążność do leczenia suchot płucnych drogą czysto chirurgiczną ma za sobą również przeszło półwiekowe doświadczenie. Leczenie chirurgiczne polegało na wycięciu kawałka uległego gruźlicy płuca lub też na otwarciu na drodze operacyjnej jamy gruźliczej i leczeniu jej chirurgicznem. Większość jednakże tego rodzaju śmiałych prób zakończyła się niepomyślnie, stąd też i zaniechano powyższych ciężkich rękoczynów. W ostatnich dwóch dziesiątkach lat zjawily się nowe w tym kierunku metody chirurgiczne, i tak: 1) metoda Freunda, polegająca na wytworzeniu sztucznego stawu (*pseudoarthrosis*) na miejscu skróconej i jednocześnie skostniałej chrząstki pierwszego żebra. Freund bowiem na podstawie swoich badań anatomopatologicznych, o czem wyżej w części etjologicznej była mowa, doszedł do wniosku, że istotną

przyczyną umiejscowienia sprawy gruźliczej w szczycie płucnym jest wąskość górnego otworu klatki piersiowej, stąd też Freund radził podobną operację wykonywać nie tylko z celem profilaktycznym, ale nawet leczniczym w poczynających się okresach gruźlicy płucnej. I rzeczywiście, niektórzy chirurdzy niemieccy dokonali kilku podobnych, bardzo ciężkich rękoczynów przy szybko rozwijającej się gruźlicy szczytu płucnego, jakoby z niezłymi wynikami, gdyż na 5 operowanych, jakoby u jednego miano osiągnąć pomyślny wynik. Naturalnie, taki ciężki, ryzykowny rękoczyn mógłby być wskazany w poczynającym okresie gruźlicy jedynie w przypadkach, w których żadna inna terapia nie daje wyniku dodatniego, co się zaś tyczy stosowania samego tego rękoczynu, jako metody profilaktycznej, to osobiście bardzo wątpię czy znalazłby się sumienny lekarz, który chciałby narazić skądinąd zdrowego człowieka na tego rodzaju ryzykowny eksperyment, 2) metoda rezekcji kilku żeber, podana przez Quincke'go, a wykonana przez Lenhartz'a, Garre'go, Tuffier'a i innych, stosowana bywa u suchotników z chronicznie przebiegającą jednostronną, daleko posuniętą gruźlicą z tendencją do zabliznienia. Tą drogą przez usunięcie niepodatnych żeber miało być ułatwione zabliznienie sprawy. Podobny rękoczyn zalecano również i w gruźliczych ropnych wysiękach, nie gojących się lub też otwierających się samoistnie nazewnątrz klatki piersiowej. Powyższe równie ciężkie rękoczyny, stosowane wielokrotnie w Niemczech miały w niektórych przypadkach dawać wynik zadowalający.

Ja osobiście widziałem kilka podobnych operacji, dokonanych w Warszawie z zejściem niepomyślnym u chorych, którzy, zdawało się, że przedstawiają wyraźne wskazania do podobnego rękoczynu. Zapewne, dopiero przyszłe badania, oparte na licznej materjale, będą mogły cośkolwiek stanowczego w tej sprawie zdecydować. 3) Natomiast w zupełności zasługuje na uwagę w leczeniu suchot płucnych rękoczyn mało niebezpieczny dla chorych, t. j. wytworzenie sztucznej odmy piersiowej (*pneumothorax*), podanej i w czyn wprowadzonej przez prof. Forlaninie'go z Pawji, który nie tylko operację zaproponował, lecz jednocześnie opracował technikę i wskazania, oparte na bardzo znacznym materjale klinicznym. Metoda ta bardzo szybko spopularyzowała się wszędzie i jest dzisiaj w powszechnym użyciu. Punkt wyjścia do tej metody stanowił fakt, oddawna spostrzegany w klinice, że czasem suchotnik z daleko posuniętą sprawą po wystąpieniu samodzielnie odmy piersiowej poprawiał się znacznie, a nawet sprawa gruźlicza, przebiegająca nieraz w sposób podostrawy, zatrzymywała się w rozwoju, płuco bowiem dotknięte gruźlicą, mocno uciśnięte przez powietrze, a następnie przez wysięk, wykluczone poniekąd z normalnych warunków oddechowych i cyrkulacyjnych, powoli goiło się zupełnie. Forlanini, chcąc naśladować ten szczęśliwy, naturalny przebieg, starał się za pomocą nakłucia cienkim trójgrańcem wytworzyć sztuczną odmę przez wprowadzenie do jamy opłucnej azotu w stopniowo zwiększającej się ilości za pomocą odpowiedniego przyrządu i pod kontrolą manometru. Zabieg ten odbywa się albo wprost przez

przekłucie igłą klatki, jak to robi Forlanini i inni, lub też po uprzednim nacięciu międzyżebrza (Brauer). Samo przez się rozumie się, że rękoczyn ten może być dokonany jedynie w przypadkach, w których listki opłucnej nie są wcale zrosnięte lub przynajmniej tylko częściowo zlepione. Jeden i drugi sposób operowania ma swoich zwolenników. Wogóle metoda zwykłego przekłucia stanowi łatwy i prosty zabieg, i metodę tę stosujemy od wielu lat na moim oddziale szpitalnym za pomocą prostego przyrządu Saugmana. Wdmuchiwanie azotu stanowi zabieg mało bolesny i bywa przez chorych doskonale znoszone, a niewielkie ilości gazu wtłoczonego (300—400 cc.) nie wywołują bynajmniej jakichkolwiek zaburzeń w krążeniu. Zabieg ten jednakże, który co kilka tygodni powtarzać należy przez całe miesiące z rzędu, stanowi metodę wysoce znużającą i wymagającą wiele cierpliwości ze strony lekarza i chorego. Z ogromnej kazuistyki, odnoszącej się do powyższego rękoczynu, i na podstawie własnego doświadczenia powiedzieć dziś mogę, że u pewnego odsetku chorych i to w przypadkach dość rozpaczliwych wystąpiła nietylko poprawa podmiotowa, ale, na co kładą przedewszystkiem nacisk zwolennicy tej metody, zmniejszenie, a nawet ustąpienie gorączki, ze stopniową w stanie ogólnym poprawą, trwającą całe miesiące, a nawet dłużej. O istotnej poprawie świadczą również badania pośmiertne, które wykazały w zmniejszeniu i uciśnięciu płucu pewne tendencje do rozwoju tkanki łącznej. W jaki sposób sztuczna odma działa pomyślnie na zatrzymanie w rozwoju postępującej sprawy gruźliczej, nie jest dotychczas należycie wyświetlone; większość autorów sądzi, że ucisk powolny na płuco wywołuje nietylko znaczne osłabienie w niem oddychania, lecz i krążenia, a przedewszystkiem limfy, przez co osłabia się pęd wchłaniania toksyn gruźliczych i sprzyja wytwarzaniu antytoksyn i następczemu tworzeniu się tkanki łącznej.

Wskazania do sztucznej odmy nie są po dziś dzień ściśle sformułowane, gdyż i różni autorowie podają mniej lub bardziej szerokie wskazania. Sądziłbym, że do tego rękoczynu nadają się przedewszystkiem przypadki jednostronnej, szybko z gorączką przebiegającej gruźlicy, w których sprawa jest ograniczona ściśle tylko do jednego płuca, przyczem nie istnieją wcale zrosty opłucnej; również i w bardziej przewlekłych przypadkach tej kategorii, realizujących dwa ostatnie warunki, może być wskazana odma sztuczna. W ostatnich czasach Forlanini i inni zwolennicy tej metody znacznie rozszerzyli te wskazania, stosując ją i w sprawach serowatych obustronnych, w upartych krwotokach płucnych, jakoby dla chorych z korzystnym wynikiem. Wogóle jednakże akta tej sprawy, a szczególnie wskazań, nie są zamknięte i przy formułowaniu wskazań lekarz jeszcze pamiętać winien, że i sam zabieg, aczkolwiek w większości przypadków znoszony bywa dobrze przez chorych, może jednakże, jak to wykazało doświadczenie, powodować groźne objawy, jako to: mocne i długotrwałe bóle międzyżebrowe, gwałtowną duszność, drgawki, a nawet śmierć, a w następstwie nieraz długotrwałe wysięki surowicze, a nawet ropne i t. p. W każdym jednak razie niewątpliwym jest fakt, że zabieg ów, stanowiąc pewien postęp

w kierunku nowoczesnej terapii chirurgicznej gruźlicy płucnej, nie rozwiązuje bynajmniej ciężkiego zagadnienia leczenia dalej rozwiniętych suchot płucnych, i że sztuczna odma piersiowa może mieć zastosowanie u chorych dotkniętych gruźlicą płuc jedynie jako *ultima ratio* po bezskutecznym zastosowaniu wszelkich dotychczasowych metod leczniczych.

---

## WYKŁAD XXI.

**Leczenie objawowe. Łagodzenie i usuwanie kaszlu w rozmaitych okresach suchot płucnych. Leczenie krwioplucia i krwotoku płucnego. Leczenie przeciwgorączkowe. Usuwanie i ograniczenie potów nocnych. Łagodzenie bólów w klatce piersiowej Leczenie duszności.**

---

Leczenie objawowe, polegające jak wiadomo, na usuwaniu lub łagodzeniu poszczególnych objawów chorobnych, posiada doniosłe znaczenie w leczeniu suchot płucnych. Jeśli bowiem w okresach poczynających się leczenie objawowe schodzi na plan drugi, to natomiast w sprawie rozwiniętej bierze ono często przewagę nad innymi metodami, aby wreszcie w okresach końcowych choroby stać się jedynie możliwym. Leczenie rozmaitych objawów suchot płucnych nie wymaga odrębnych metod postępowania: opiera się ono, jak zawsze, na pewnych wskazaniach terapeutycznych i odpowiednich środkach; dlatego też przy usuwaniu lub łagodzeniu bólu czy też kaszlu u suchotników posługujemy się temi samymi środkami, co i w innych cierpieniach (zapalenie płuc, opłucnej i t. p.). Jednakże wielowiekowe doświadczenie lekarskie wykazało pewną grupę środków, czy też metod leczniczych, które w leczeniu objawów gruźlicy płucnej okazały się bardziej lub mniej skutecznymi. Stąd też należy nam obecnie zastanowić nad temi środkami, pamiętając jednakże, że i w leczeniu objawowym suchotników indywidualne właściwości ich organizmu odgrywają ważną rolę, a o tem winien lekarz stale pamiętać, jeśli nie zechce być narażony na przykry zawód. W leczeniu objawowym należy również zwracać baczną uwagę na to, czy dany objaw zależy od sprawy suchotniczej wprost, lub też pośrednio, albo też czy jest od niej niezależny; kaszel np. może pochodzić od świeżego kataru oskrzeli lub nawet od podrażnienia gardła, zupełnie niezależnego od sprawy suchotniczej.

Kaszel często już w samym początku rozwoju choroby stanowi główny przedmiot skargi chorych, nie tylko bowiem męczy ich nadmiernie, lecz nieraz

wywołuje wymioty i pozbawia snu. Ten suchy kaszel należy odrazu łagodzić, ale nie za pomocą środków wykrztuśnych, lecz wyłącznie kojących (*narcotica*), wydzieliny bowiem w tym okresie wcale jeszcze nie ma, a kaszel jest wynikiem swoistego podrażnienia najdrobniejszych oskrzelików (*bronchiolitis tbr.*). Z licznej grupy środków kojących każdy w odpowiedniej dawce wywiera wpływ pożądany; osobiście najchętniej zalecam kodeinę czystą lub jej sole (fosforan) w roztworze 0,01—0,02—0,03, kilka razy dziennie. Preparat ten wogóle wybornie znoszą suchotnicy; nie wywołuje on ubocznych wpływów właściwych innym narkotykom, a wpływ swój dodatni wywiera przez to, że działanie narkotyczne kodeiny na wyższe ośrodki mózgowie jest o wiele słabsze niż morfiny, na ośrodek zaś oddechowy działa zupełnie skutecznie (Meyer). Stąd też przy stosowaniu jej u suchotników nawet przez czas dłuższy nie ma niebezpieczeństwa morfinizmu. Z chwilą zmniejszenia się pobudliwości kaszlowej, co zwykle następuje po pewnym czasie w przypadkach, nie mających odrazu złej tendencji, należy użycie narkotyku stopniowo ograniczyć, zalecając go jedynie na noc, lub nawet dopiero w nocy z chwilą zjawienia się mocnego napadu kaszlu.

Jeśli z jakichkolwiek względów nie można było zastosować u chorego kodeiny, to można ją zastąpić pokrewnymi środkami tej samej grupy, o wiele jednakże mocniejszymi: dioniną lub heroiną w dawkach po 0,01—0,03, podobnie jak kodeina, w roztworze w postaci kropli jako *heroinum hydrochloricum*. O ile w poczynającym się cierpieniu stosowanie środka kojącego okazuje się wysoce pożytecznym, o tyle w rozwiniętej już wyraźnie chorobie należy, o ile można, unikać jego użycia. Kaszel bowiem w okresach rozwiniętej choroby występuje jako odruch wskutek nagromadzenia się wydzieliny, trudno oddzielającej się, i zmusza nieraz chorych do bezustannych i męczących ruchów kaszlowych. Narkotyk, stosowany w tym okresie, tamuje chwilowo odruch kaszlowy; skutecniejszym od niego środkiem okazuje się zawsze nauczenie chorych zapamiętania nad kaszlem. Chorzy, szczególnie inteligentniejsi, doskonale rozumieją wagę tego postępowania, a niejednokrotnie po kilku dniach są w stanie opamiętać nadmierny odruch i kaszlą dopiero z chwilą nagromadzenia się większej ilości płwociny. Obok siły woli w tego rodzaju kaszlu pomagają i inne dodatkowe środki: u wielu łagodzi pobudzenie kaszlowe łyk wody zimnej u innych przeciwnie napój ciepły (woda selcerska lub emska z gorącym mlekiem, roztwór mentolu, lub eukaliptolu pod postacią t. zw. wziewań suchych, lub cukierków <sup>1)</sup>) i t. p. Wziewania te okazują się skutecznymi w napadach suchego kaszlu u suchotników przy jednoczesnym podrażnieniu jamy gardłowo-krtaniowej. Wielokrotnie łagodzi kaszel i ułatwia odpluwanie, szczególnie ranne, założenie na noc t. zw. rozgrzewających krzyżowych opasek na piersi i plecy z wody pokojowej

<sup>1)</sup> Oddawna zalecam do t. zw. suchych wziewań następujący roztwór. Rp. Mentholi 5,0. Eucalyptoli. Terpinoli aa 2,5. Olei pini pumilionis 1,5 MDS. do wdychania po 6—8 kropli przy pomocy inhalatora suchego, lub wprost przez wpuszczanie kropli na watę i wdychanie.



lub słonej, przyczem chory nie powinien odczuwać ziębienia, przeciwnie doznawać uczucia przyjemnego ciepła. Opaski takie, o ile je chory znosi dobrze, mogą być stosowane z korzyścią nawet w ciągu całych tygodni.

W niektórych przypadkach tej kategorii zamiast opasek stosować można u chorych mało gorączkujących środki odciągające na skórę, a więc jodnowanie, lub stawianie małych pryszczyc deł (*vesicatoria*) najlepiej t. zw. *Mouches de Milan*, na odpowiednie okolice klatki piersiowej. Środki te, szeroko stosowane we Francji, okazują się nieraz u tej kategorii chorych wielce skutecznymi, zmniejszają suchy kaszel, kłucie i duszność podrażnienie bowiem skóry usuwa świeże przekrwienie płuc i opłucnej, zjawiające się tak często u suchotników i doprowadzające nieraz do tworzenia się świeżych ognisk zapalnych a nawet gruźliczych. Działanie to jest zresztą zgodne z wynikami doświadczeń Fr. Franka, Brown-Sequarda, Heidenheina i innych, które wykazały, że przez drażnienie obwodowych nerwów skóry można wywoływać zmiany w czynnościach nerwów naczynioruchowych. Jako środki odciągające w tym sensie zalecane bywają także synapizma (t. zw. plaster Rigolot), suche bańki, a nawet paklenizacja i t. p. Środki te jednakże w działaniu swem ustępują wezykatorjom; jedne z nich bowiem działają zbyt krótko lub powierzchownie (synapizma), inne znowu są zbyt drażniące i bardzo przykre dla chorych (np. olejek krotonowy i t. p.).

Na ułatwienie odpluwania, a tem samem zmniejszenie kaszlu, wpływają t. zw. środki wykrztuśne. U suchotników jednakże zwykle stosowane leki wykrztuśne (*ipecacuanha*, *natrium benzoicum*, *senega* i t. p.) nie wywierają dodatniego wpływu, chyba jeśli dodajemy do nich środki kojące (kodeinę i t. p.). O wiele skuteczniej działają środki balsamiczne: terpina, eukaliptus, balsam peruwjański i inne. Ja osobiście najchętniej zalecam olejek eukaliptowy w kapsułkach lub w ciepłym mleku po 3 do 5 kropli 2—3 razy dziennie.

Wody mineralne alkalicznosolne (Ems, Gleichenberg, Szczawnica) również ułatwiają odpluwanie, zwłaszcza jeśli mamy do czynienia z podrażnieniem górnego odcinka dróg oddechowych; wodę stosujemy z ciepłym mlekiem lub pod postacią ciepłych wzięwań za pomocą inhalatorów.

Jodek potasu (*kali jodatum*), jak wiadomo, w niewielkich nawet dawkach jest dobrym środkiem wykrztuśnym, u suchotników jednakże z zalecaniem jego należy być wielce oględnym, gdyż zawodzi on w zupełności w przypadkach suchego kaszlu, występującego jako wynik miejscowego podrażnienia wskutek wytwarzającej się sprawy gruźliczej; w tych razach jodek potasu wywiera skutek wprost przeciwny, gdyż wskutek obrzęku błony śluzowej wywołuje duszność. Działa on natomiast skutecznie w suchotach przewlekłych włóknistych, w których od czasu do czasu występuje utrudniona ekspektoracja i u tej kategorii chorych małe ilości jodku potasu w połączeniu z kofeiną, ułatwiają wydzielanie plwociny, zmniejszają duszność, doprowadzając chorych w ciągu kilku dni do uprzedniej równowagi. Zalecam zazwyczaj w tych razach następującą formułę: Rp. Coffeini

natro-benzoici 2,50. Aq. Laurocerasi 25,0. Natri iodati 0,75—1,0 MDS. po 20 kropli w mleku 3—4 razy dziennie.

W przebiegu przewlekłej, niezbyt daleko posuniętej sprawy gruźliczej występują również okresy męczącego suchego kaszlu, związane w wypadkowym, ostrym niezłym oskrzeli, pod wpływem zmian atmosferycznych, influency i t. p. Kaszel w tych wypadkach jest połączony zwykle z dusznością, a towarzyszą mu mniejsze lub większe nasilenia gorączkowe; w celu leczenia zalecamy chorym pozostanie kilka dni w domu, a co lepiej w łóżku, salipirynę do wewnątrz, ciepły napój alkaliczny w większej ilości (woda selcerska z ciepłym mlekiem), suche bańki na piersi i plecy, ew. na noc lekki środek kojący (kodeina). Suchy kaszel, lecz bardziej uparty, występuje również w przebiegu tego okresu choroby w razie wytwarzania się świeżych ognisk gruźliczych z towarzyszącą mniej lub więcej silną gorączką. I w tych razach chory powinien pozostać w łóżku, dopóki gorączka nie ustąpi, oprócz tego zalecamy kompresy ogrzewające (opaski krzyżowe), oraz środek kojący sam lub w połączeniu ze środkiem balsamicznym, terpiną lub eukaliptem. (Terpini hydrici 6,0, Codeini 0,20. Extr. et pulv. Magnesia q. s. u. f. pil. № 60 MDS. 2 razy dziennie po 2 pigułki).

W okresie daleko posuniętych suchot rozpadowych, jako też w okresach ostatecznych choroby kaszel stanowi najcięższy objaw, a w wielu przypadkach nieszczęśliwi ci chorzy kaszlą dzień i noc bezustannie. Tutaj okazują się bezskutecznymi wszelkie omówione przeciwkaszlowe leki, a alfę i omegę terapii stanowić będzie narkotyk, którego w tym okresie nigdy choremu odmawiać nie należy, aczkolwiek bowiem narkotyk nie usuwa zupełnie kaszlu, lecz łagodzi go na czas jakiś, pozwalający choremu na parę godzin zasnąć; zazwyczaj bowiem uparty kaszel, połączony z obfitą płwociną, odbiera chorym sen i apetyt, wywołuje mocne bóle głowy i wymioty. Należy jednakże pamiętać, że chory nadzwyczaj szybko przyzwyczaja się do danego leku, co pociąga za sobą konieczność zwiększenia dawki. Należy więc leki zmieniać, przechodząc stopniowo całą gamę, a więc stosować kolejno kodeinę, heroinę, makowiec, a wreszcie morfinę. Morfinę najlepiej stosować w roztworze albo podskórnie, od 0,005 do 0,01, a nawet od 0,015 do 0,02, z początku na noc jedynie, z postępowaniem zaś cierpienia, kilka razy na dobę.

Krwioplucie i krwotok płucny stanowi objaw najbardziej zatrważający chorego i jego otoczenie i stąd też wymaga szybkiej pomocy lekarskiej. Ta okoliczność wprowadziła do terapii krwioplucia cały arsenał leków, stosowanych najczęściej naprędce i bezkrytycznie; powodzenie zaś swe nieraz długotrwałe zawdzięczają pewne leki tej kategorii jedynie zasadzie „*post hoc ergo propter hoc*”. Zwykle bowiem chorzy, a nawet lekarze, w razie krwioplucia lub krwotoku stosują jakkolwiek lek, jakoby w tym kierunku skutecznie działać mający. A jednakże w ogromnej większości przypadków krwioplucia, a nawet obfite krwotoki płucne, ustępują same przez się, dzięki wytworzeniu się w naczyniach zakrzepu lub wskutek wypełnienia jamy krwią i tą drogą zatkania krwawiącego naczynia. Jeśli sobie przytem przypomnimy patogenezę krwawień

płucnych, a mianowicie, że w ogromnej większości przypadków powstają one wskutek nadżarcia gruźliczo zwyrodniałego naczynia płucnego, a tylko wyjątkowo i to w formach włóknistych są one następstwem przekrwienia czynnego lub zastoinowego, to zrozumiemy łatwo, dlaczego większość zalecanych środków nie wytrzymuje ścisłej krytyki. Nie ulega bowiem najmniejszej kwestji, że nie mamy dotychczas leku, który byłby w stanie, i to doraźnie, wywołać skurcz lub zakrzep w zwyrodniałem gruźliczo naczyniu. Pomimo powyższych trudności w wyjaśnieniu działania leków i metod hemostatycznych w krwawieniach płucnych, należy nam jednakże omówić niektóre najważniejsze środki, a zarazem wskazać postępowanie lecznicze przy tak doniosłym i często napotykanym w praktyce objawie. Krwawieniu, które występuje wskutek pęknięcia zwyrodniałego gruźliczo naczynia, towarzyszy najczęściej zwiększenie ciśnienia krwi<sup>1)</sup>, warunkowane przestraciem i wzmoczoną działalnością serca oraz suchym kaszlem wskutek podrażnienia błony śluzowej oskrzeli wylaną krwią; w krwotokach większych kaszel a czasem i duszność występuje wskutek obecności krwi w oskrzelach. Pierwszem więc zasadniczem wskazaniem będzie przy każdym krwawieniu płucnem zmniejszenie ciśnienia krwi, co osiągnąć możemy: 1) przez spokojne ułożenie chorego, 2) oddziaływanie psychiczne, t. j. uspokojenie mocno zatrwożonego chorego, zapewniając go, że objaw ten nie ma żadnego groźnego dla życia i zdrowia znaczenia; to działanie psychiczne ma niezwykłą doniosłość i każdy lekarz myślący mógł się dostatecznie przekonać, o ile ono jest ważniejsze od szablonowego zastrzykiwania ergotyiny lub inflego środka; zanim bowiem lek zostanie przyniesiony z apteki, napięcie i częstość tętna spada, częstość oddechu się zmniejsza, krążenie wraca do normy. I kaszel odruchowy, gwałtowny, przy którym chorzy chcą odpluć zalegającą krew lub nawet przekonanie się, czy rzeczywiście krew pochodzi z płuc, również pod wpływem psychicznym uspokaja się znacznie; w przeciwnym razie należy bezzwłocznie zalecić choremu środek kojący do wewnątrz lub podskórnie (kodeinę, morfinę i t. p.). W ogromnej większości przypadków powyższe postępowanie t. j. spokój, uspokojenie chorego i lekki środek kojący wystarczają w zupełności do opanowania krwawienia. Choremu należy zalecić w dalszym ciągu kilkodniowy jeszcze spokój, djetę lekko pożywną (niekoniecznie zupełnie zimną i płynną, jak chce uświęcony zwyczaj). Następnie po ustąpieniu krwawienia chory może ostrożnie powrócić do dawnego trybu życia, a jeśli znajdował się już w trakcie leczenia lub jeśli krwiopłucie było pierwotnym objawem, to postępowanie dalsze winno być skierowane przeciw zasadniczemu cierpieniu, t. j. gruźlicy (najlepiej leczenie sanatoryjne).

W razie krwawienia, które idzie w parze, co się nieraz widuje, z nadmierne wzmoczoną działalnością serca, odpowiedniemi się okaże zalecenie naparstnicy

<sup>1)</sup> Marfan: Nouvelles recherches sur la tention arterielle dans la tuberculose pulmonaire chronique. Annales de Médecine № 1. 1920.

(najlepiej w naparze 1 na 200,0 co 2—3 godziny, łyżkę stołową); środek ten również odpowiedni będzie w krwiopluciach, warunkowanych zastojem krwi (włókniste postaci z rozedmą). W przypadkach krwiopłucia bardziej upartego i przez dłuższy przeciąg czasu powtarzającego się, obok powyższej terapii można stosować i szereg innych środków, a mianowicie: 1) zimne okłady (worek z lodem) na okolicę przednią klatki piersiowej; środek ten cieszy się oddawna popularnością wśród publiki i lekarzy, wpływ jego dodatni da się, jak sądzę, najlepiej objaśnić na podstawie uspokojenia wzmożonej akcji serca, a być może i poprawy krążenia; 2) wywołanie napływu krwi do sąsiednich lub dalszych narządów (t. zw. działanie rewulsyjne), może okazać się pożytecznym w krwawieniach upartych, a szczególnie w przypadkach, w których krwawienie jest warunkowane sprawą gruźliczą postępującą, przy jednoczesnym silnym przekrwieniu. W tym celu stosujemy suche bańki na tułów i piersi, a nieraz i środki czyszczące (Inf. sennae comp., wodę gorzką), które, wzmagając wydzielinę kiszkową, wywołują przez czas pewien znaczny napływ krwi do jamy brzusznej i zmniejszają tem samym przekrwienie narządów klatki piersiowej; 3) przewiązanie kończyny górnej lub dolnej za pomocą opaski i wywołanie w niej tym sposobem zastój. Środek ten, prosty w użyciu, często okazuje się skuteczny, gdyż nagłe wykluczenie z obiegu znacznej ilości krwi obniża ciśnienie i może się przyczynić do wytworzenia zakrzepu; 4) wreszcie do tejże kategorii środków zaliczyć należy i upust krwi z żyły. Był on niegdyś szeroko stosowany, szczególnie we Francji przy upartych krwotokach; z biegiem czasu u chorych gruźliczych został on zupełnie zaniechany; jednakże czasem okazuje się pożytecznym, jak to moje osobiste doświadczenie poucza, w upartych krwawieniach w gruźlicy włóknistej przy mocnym zastój w małym krążeniu i rozszerzeniu prawej komory serca.

Z innych środków, wypełniających pierwsze wskazania, wymienimy jeszcze użycie wewnętrzne soli kuchennej w ilości 1—2 łyżek stołowych w wodzie (środek popularny ludowy). Skuteczność jego objaśniano wywoływaniem derywacji na kanał pokarmowy lub też zgęszczeniem krwi, co wydaje mi się dosyć problematycznym. Dalej zalecano jeszcze jodek potasu, nitroglicerynę, atropinę (0,001 podskórnie), adrenalinę i bardzo wiele innych.

Do drugiej grupy środków zaliczamy leki, które mają wpływać na zwiększenie krzepliwości krwi. Zadanie to teoretycznie byłoby uzasadnione, a w upartych krwotokach bardzo pożądane, gdybyśmy w istocie posiadali środki napewno wywołujące wytwarzanie skrzepu w gruźliczo zwyrodnionem naczyniu.

Z liczby środków tej grupy wspomnimy o olejku terpentynowym, podawanym wewnątrznie w ilości 5—10 kropli kilka razy dziennie w mleku. Środek ten ma podług Weysmayr'a działać często skutecznie w krwawieniach dzięki swym właściwościom hemotaktycznym; wytwarza on rodzaj fermentu, ułatwiającego krzepliwość krwi. Dalej wielce polecana w ostatnich czasach żelatyna sterylizowana pod postacią podskórnych wstrzykiwań, wlewań do kiszki lub też

do wewnętrznego użycia. Środek ten, podobnie jak terpentyna, ma wywoływać zwiększenie krzepliwości krwi. W początkach widziano jakoby wielce pomyślne wyniki z podskórnego użycia 2—6% żelatyny; powoli jednakże entuzjazm przeszedł, gdyż lek ten nie wykazał jakichkolwiek bardziej wybitnych zalet w upartych krwawieniach; okazało się przytem, że wstrzykiwania podskórne są mocno bolesne, wywołują nieraz ropnie, długotrwałe stwardnienia i t. p. Jeszcze najbezpieczniej jest stosować żelatynę wewnętrzną pod postacią galarety żelatynowej. Z innych środków tej grupy wymienię: *taninę*, *plumbum aceticum*, *liquor ferri sesquichlorati* i t. p.

Do trzeciej wreszcie grupy zaliczamy środki, mające wywoływać skurcz naczyń i tą drogą wpływać na zatrzymanie krwawienia. Już wyżej wspomnieliśmy o wielce wątpliwem działaniu tej grupy środków, przypisywanego im na podstawie fałszywego komentowania doświadczeń farmakologicznych, dokonywanych na zdrowych naczyniach. Z grupy tych środków wymienimy przedewszystkiem sporysz (*secale cornutum*) i jego różnorodne przetwory, między innymi ergotynę, zalecaną do wewnątrz w pigułkach i roztworze lub, co ma miejsce najczęściej, w postaci wstrzykiwań podskórnych. Ergotyna w terapii krwawień płucnych odgrywa po dziś dzień niepospolitą rolę, i rzadko widzimy chorego, dotkniętego mocniejszym krwawieniem, któremu nie zastrzykiwanoby pod skórę tego leku; niestety, obok swojej bezskuteczności odznacza się on jeszcze tem, że zastrzykiwania wywołują zazwyczaj mocny ból, a czasem pozostawiają długotrwałe mniej lub więcej bolesne stwardnienia. Bezskuteczność ergotyny mogę poprzeć swem własnym, bardzo obszernem w tym kierunku doświadczeniem. To samo da się powiedzieć i o innych lekach tej grupy, jako to: *Elixir hydrastis canadensis*, *stypticinum (cotarninum hydrochloricum)*, *stypolum*, *hamamelis* i t. p.

Jeśli obecnie po krytycznym przeglądzie środków farmakologicznych należałoby mi sformułować postępowanie lekarskie w przypadkach krwawień gruźliczych, to streściłbym je w sposób następujący: 1) Przy krwiopluciach w początkujących się okresach choroby spokój, napój kwaskowaty, a w razie mocniejszego kaszlu, lekki środek kojący (kodeina). Po przekonaniu się o gruźliczem pochodzeniu krwawienia, zalecić należy najlepiej leczenie sanatoryjne. 2) W krwiopluciach i w krwotokach w okresie już wyraźniej rozwiniętej gruźlicy zalecić należy dłuższy spokój i wewnątrz narkotyk. Wspomagającym środkiem będzie worek z lodem na okolicę serca; przy stale przyspieszonym tętnie — naparstnica. 3) W krwotokach wielkich, występujących u suchotników z wyraźnymi kawernami, należy umiejętnie kombinować wyżej wskazane środki, zależnie od indywidualnych w danym przypadku wskazań, a więc: spokój absolutny, zastrzyknięcie morfiny w razie mocnego kaszlu, przewiązanie kończyn, u osobników dobrze odżywionych przy phthisis fibrosa środek czyszczący, lód na okolicę serca, przy pulsie stale szybkim — naparstnica. 4) Najbardziej przykre i ciężkie do opanowania bywają krwotoki w przypadkach postępującej sprawy gruźliczej, której towarzyszy gorączka; trwają one bowiem nieraz całe tygodnie z rzędu.

W tych razach lekarz jest nieraz w zupełnej rozpacz, gdyż najracjonalniejsze leczenie zawodzi, a krwawienie najczęściej ustępuje raptownie, po wydzieleniu nazewnątrz mas gruźliczych, lub też gdy naczynie ulegnie zatkaniu, wskutek szerzącej się dalej sprawy swoistej. I w tych rozpaczliwych przypadkach stosować należy jedynie środki mechaniczne, a więc: spokój, lód, a z leków — narkotyki.

Obok leczenia farmaceutycznego należy jeszcze parę słów wspomnieć o leczeniu higjeniczno-djetetycznym. W miastach należy pamiętać o dobrem przewietrzaniu pokoi, otwieraniu okien latem, a lufcika zimą i o temperaturze pokoju nie wyższej niż 13—14° R. Chory powinien spokojnie leżeć w łóżku; za przesadę atoli należy uważać unieruchomianie chorych, zakaz obracania się w łóżku, co w wysokim stopniu jest niedogodnym i wielce męczy chorego. Przeciwnie, chory powinien nawet zmieniać pozycję i zmieniać bieliznę, a tylko wszelki ruch gwałtowniejszy musi mu być stanowczo wzbroniony. Co się tyczy żywienia chorych, to pod tym względem panuje wśród lekarzy jednostronny pogląd, polegający na tem, że chorym z najmniejszym nawet krwiopluciem zalecają djetę płynną i zupełnie zimną. Zazwyczaj w tych razach stosowane, nieraz w ogromnej ilości, mleko zupełnie zimne, a nawet z lodu, u wielu chorych wywołuje bóle w brzuchu, biegunkę i przez to osłabia i tak już wyczerpanych utratą krwi chorych. Mleko więc najlepiej, o ile chorzy je znoszą, podawać zimne, nie z lodu, i to w umiarkowanej ilości (4—6 szklanek dziennie), obok lekkiej mieszanej pożywnej djety (jajko, kaszka, ryż, bułka z masłem i t. p.); jedynie w przypadkach krwioplucia z towarzyszeniem mocnej i stałej gorączki, djeta winna być delikatniejsza, przeważnie płynna, gdyż zazwyczaj w tych razach z powodu gorączki istnieje utrata łaknienia, a nawet nieraz zupełny wstręt do przyjmowania pokarmów stałych.

W przebiegu krwioplucia, a bardziej jeszcze krwotoków obfitych, zdarzyć się może, że chory nagle doznaje mocnego braku tchu z uczuciem zaduszania wskutek zatrzymania się w drogach oddechowych większego skrzepu krwi. Przypadki takie są wielce groźne i wywołać nawet mogą śmierć nagłą chorych. W tego rodzaju powikłaniu należy chorego unieść i starać się pobudzić, o ile możliwości, oddech; a więc sprysnąć twarz wodą, zastosować sztuczne oddychanie, zastrzyknąć środek pobudzający (kofeinę, kamforę), a wewnątrz zalecić bez obawy kieliszek wina. Wogóle należy przeciwdziałać niesłusznemu zwyczajowi, zabraniającemu z obawy przed mogącem się powtórzyć krwawieniem, odchrząkiwać i odpluwać nagromadzającą się w oskrzelach plwocinę i skrzepy. Przeciwnie należy zawsze na drugi lub trzeci dzień po przebytem krwawieniu polecić chorym odchrząkiwać i wyrzucać ostrożnie nagromadzoną zawartość; zatrzymanie jej bowiem wywołać może zatkanie oskrzeli i mocną duszność; z drugiej zaś strony krew i plwocina, zawierająca laseczniki, zalegając głęboko w oskrzelikach, może dać pochop do dalszej infekcji z wytworzeniem świeżych ognisk gruźliczych.

Gorączka jest' bezspornie jednym z najpoważniejszych objawów gruźlicy płuc a nietylko z punktu widzenia rozpoznawczego, lecz i co do rokowania

posiada znaczenie pierwszorzędne; dopóty bowiem nie może być mowy nietylko o wyleczeniu, lecz i o poprawie stanowczej, dopóki dany suchotnik przedstawia chociażby nawet od czasu do czasu zjawiające się poruszenia gorączkowe. Nic więc dziwnego, że gorączce w gruźlicy płucnej poświęcili lekarze szczególną uwagę, opracowali jej semiotykę, jakoteż starali się z punktu widzenia terapeutycznego wynaleźć metody i leki, za pomocą których możnaby było wpłynąć na usunięcie lub choćby złagodzenie tego objawu. Dlatego też posiadamy olbrzymi arsenał najróżnorodniejszych leków, mających jakoby skutecznie oddziaływać na gorączkę. W leczeniu gorączki nie mamy szerokiego pola do łudzenia się skutecznością różnorodnych leków (jak to ma miejsce np. w krwiopluciu), gdyż termometr szybko i stanowczo przekona o bezskuteczności zachwalanego leku przeciwgorączkowego; przytem gorączka gruźlicza nie posiada, jak to wyżej omówiliśmy, najczęściej wyraźnego typu, i przebiega często zupełnie nieprawidłowo. Stąd też kardynalną podstawę leczenia przeciwgorączkowego gruźlicy stanowi dokładne zbadanie przebiegu i natężenia dobowego gorączki. Odnosnie leczenia gorączki gruźliczej możemy dziś wypowiedzieć stanowczo, że: leku usuwającego napewno gorączkę gruźliczą nie znamy; jedynie posiadamy leki i środki, które ową gorączkę mogą przełamać czasowo, zmodyfikować jej typ, obniżyć ją mniej lub więcej i opóźnić jej zjawienie się. Jednym z najcharakterystyczniejszych wyników działania leków przeciwgorączkowych u suchotników jest zmiana typu gorączki; np. gorączka, uprzednio zjawiająca się w południe lub wieczór, i to w średnim natężeniu, wybucha późno w nocy lub nad ranem z niezwykłym nasileniem, podczas gdy w ciągu dnia pod wpływem danego leku słabnie lub nawet waha się w granicach normalnych. Stąd też w ocenie działania przeciwgorączkowego najróżnorodniejszych leków stale zadawałem sobie pytanie, czy rzeczywiście leki te, coraz to nowsze, przynoszą jakikolwiek pożytek chorym i czy działanie ich jakoby skuteczne, nie jest tylko pozorne, łudzące, suggestyjujące chorego, a często i lekarza. Dalej, obserwacja doprowadziła mnie również do drugiego pytania, azali antytermiczne środki, działające deprymująco na gorączkę, resp. toksyny, a nie niszczące ich, nie wywołują przez to ujemnego wpływu na organizm suchotnika i tak już nieraz nadmiernie wycieńczony. Jednym słowem rodziłaby się kwestja, czy i kiedy właściwie wskazane będzie owo przeciwgorączkowe leczenie suchotników? Otóż przedewszystkiem zaznaczyć musimy, że oddziaływanie gorączki na organizm suchotnika jest wielce różne i w wysokim stopniu zależne od indywidualności chorego i pod tym względem istnieją dwa zupełnie odrębne typy chorych. Do pierwszego zaliczamy suchotników (nieraz nawet niezależnie od okresu choroby), którzy znoszą wybornie gorączkę, nawet bardzo wysoką, nie odczuwając, z wyjątkiem tylko ogólnego osłabienia, żadnych dolegliwości; gorączka nie psuje im apetytu, snu, ani humoru, słabną i chudną jedynie w razie jej dłuższego trwania. Do drugiej grupy na-

leżą osobniki, u których gorączka, nieraz już w poczynających się okresach, wywołuje ogólny niepokój. Otóż doświadczenie kliniczne poucza, że stosowanie środków przeciwgorączkowych u pierwszej kategorii chorych, jedynie dlatego, że ciepłomierz wskazuje gorączkę, mija się zupełnie z celem; zalecone bowiem środki, zmieniając typ i nasilenie gorączki, przez to samo nieraz wywołują niepożądane objawy, dotychczas przez chorych nie odczuwane (ból głowy, bezsenność, utratę łaknienia i t. p.). U chorych więc tej kategorii stosować winniśmy jedynie ogólne metody lecznicze, a gorączkę zostawić normalnemu biegowi. Doświadczenie bowiem, szczególnie sanatoryjne, poucza, że gorączki tego typu, nieraz nawet długo trwające, jedynie pod wpływem kuracji powietrznej zmniejszają się stopniowo w natężeniu i powoli nikną zupełnie, a jednocześnie z tem poprawia się stan ogólny i miejscowy chorych. U drugiej kategorii chorych gorączka, oddziałując szybko ujemnie na ich stan ogólny, wywołuje jednocześnie inne objawy ujemne, wymagające zabiegów ku jej usunięciu.

Obecnie wypada nam omówić pokrótce metody i leki, które stosowane bywają w leczeniu gorączki u suchotników. I tutaj na pierwszym planie postawić należy ogólne metody lecznicze, a więc przedewszystkiem leczenie powietrzne najlepiej w odpowiednim sanatorjum, gdzie zazwyczaj nawet u nieco gorączkujących chorych stosują metodę leżenia na świeżem powietrzu. Wpływ leczenia powietrzem, szczególnie chorych, którzy uprzednio pozostawali, zwłaszcza zimą, zamknięci w pokojach, jest często zdumiewający; niektórzy z nich nieraz po kilku lub kilkunastu dniach przestają gorączkować, a u większości, o ile nie znajdują się w daleko posuniętych okresach choroby, gorączka słabnie, zmniejsza się stopniowo i ustępuje wreszcie w zupełności. Przypisywano niektórym klimatom, a głównie górskiemu, wpływ wielce dodatni na gorączkę suchotniczą. Wyniki jednakże dodatnie, otrzymywane w tym kierunku przy leczeniu sanatoryjnym na równinach lub nad morzem, nie ustępowały bynajmniej rezultatom, otrzymywanym w górach. Leczenie powietrzne wywiera nieraz wpływ dodatni na gorączkę nawet w szpitalu przy użytkowaniu werandy, o czem się przekonałem u moich szpitalnych gorączkujących suchotników; nawet częściowo osiągnąć to można i w mieszkaniach chorych, pozostawiając ich w łóżku przy stałe, nawet zimą, otwartem oknie.

Obok leczenia powietrznego na przebieg gorączki korzystnie wpłynąć mogą niektóre lżejsze zabiegi wodolecznicze, a przedewszystkiem szybkie obmywanie wodą (14—15° R.) czystą lub z dodatkiem spirytusu całego ciała 2 do 3 razy dziennie. Dawniej stosowałem również w tym celu w Goerbersdorfie worek z lodem na klatkę piersiową, podobnie jak to obecnie się stosuje w krwotoku płucnym. Zabieg ten stosowany był u chorych gorączkujących nieraz przez całe tygodnie z rzędu po kilka godzin dziennie i dłużej, głównie w godzinach nasilonej gorączki (wieczorami). Zimno, w ten sposób stosowane, nie usuwało gorączki lecz obniżało ją w granicach  $\frac{1}{2}$ —1 stopnia, wywołując jednocześnie u większości chorych orzeźwiający wpływ na stan ogólny



i zmniejszenie duszności; w wielu przypadkach lód, stosowany wieczorem na 1—2 godzin, wpływał dodatnio na upartą bezsenność. Ta prosta i pożyteczna terapia lodowa z trudnością jednakże da się konsekwentnie przeprowadzić w praktyce prywatnej wobec różnorodnych zakorzenionych przesądów wśród większości naszej publiczności (obawa przeziębnienia, zapalenie płuc i t. p.). Z innych zabiegów hydropatycznych stosowane bywają jeszcze w gorączce zimne opaski krzyżowe na klatkę piersiową, zmieniane 2—3 razy na dobę; wpływ ich jednakże na gorączkę jest naogół mało znaczący; niektórzy przytem chorzy doświadczają pod opaską uczucia ściśnięcia i duszności.

Czynnikiem wspomagającym powyższe naturalne leczenie gorączki będzie również i odpowiednia dieta, gdyż rzadko tylko mocniej gorączkujący suchotnicy mają zupełnie normalny apetyt, u większości gorączka upośledza trawienie, odbiera apetyt, a nieraz nawet wywołuje zupełny wstręt do jedła. U nich to więc należy dietę w wysokim stopniu urozmaicać, żywić ich bardziej płynnymi pokarmami (mleko, jajka na miękko, niewiele mięsa zimnego, galaretki, świeże jarzyny i t. p.). U wielu ujawnia się łaknienie w okresach spadku lub osłabienia gorączki, a moment ten należy zużytkować odpowiednio w celu żywienia chorych. U niektórych odwrotnie łaknienie spada z chwilą spadku gorączki, u innych znowu zjawia się łaknienie z chwilą sztucznego obniżenia gorączki. Wogóle na żywieniu chorych gorączkujących winien lekarz położyć wielki nacisk, większy niż na leki obniżające gorączkę, gdyż przez umiejętny dobór diety, urozmaicenie potraw i podawanie posiłku w odpowiedniej porze pokrywać można częściowo chociaż straty, jakie ponosi organizm przez gorączkę.

Przystępując obecnie do rozbioru środków farmaceutycznych, obniżających gorączkę, winniem przedewszystkiem nadmienić, że całe legjony tych różnorodnych leków dawnych i nowych, co dzień niemal powstających, stanowią przedmiot, szczególnie w Niemczech, bardzo intratnego przemysłu handlowo-lekarskiego, obliczonego głównie na eksport, i dlatego bywają one pseudonaukowo reklamowane.

Niektóre z tych nowych leków posiadają istotne i cenne własności, większość jednakże ma wartość niewielką, przejściową, a niektóre nawet wywierają różnorodne wpływy ujemne na organizm wogóle (wysypki, działanie szkodliwe na serce, obfite poty i t. p.). Stąd też lekarz w stosowaniu ich winien być wielce ostrożny, aby nie narazić na szwank chorego. Należy wogóle używać leków wypróbowanych dłuższem doświadczeniem klinicznym, a nie świeżo reklamowanych, pamiętając o tem, że wszystkie one w działaniu na gorączkę suchotniczą odgrywają rolę jedynie symptomatyczną: obniżają gorączkę, lecz nie usuwają jej; wszystkie w mniejszym lub większym stopniu wpływają ujemnie na organizm suchotnika, wywołując bądź to obfite poty, osłabiające chorego, bądź niepokoje sercowe, podrażnienie żołądka i t. p. Wreszcie zazwyczaj suchotnik szybko przyzwyczaja się do danego leku, którego dawki należy powiększać, a tem samem i podnosić uboczne ujemne wpływy. Z powyżej wyłożonego

względu należy unikać, o ile można, u suchotników stosowania tych leków, a uważać je jedynie, jako zło konieczne w tych przypadkach, w których jesteśmy zniewoleni do ich użycia. Pożytecznym również będzie z chwilą zmniejszenia się gorączki zaniechanie lub przerwanie na czas pewien leku; godną także będzie polecenia zmiana od czasu do czasu jednego preparatu na drugi, gdyż osobnicze właściwości organizmu suchotnika są tak różnorodne, że jedni z nich wybornie znoszą dany preparat, podczas gdy inni przeciwnie, w tych samych warunkach i w tym samym okresie choroby, nie znoszą go zupełnie lub też pozostaje on u nich bez wpływu na gorączkę.

Chinina była dawniej szeroko stosowana w gorączce suchotników, szczególnie w postaciach rzekomo zimniczych. Lek ten, posiadający istotne antyseptyczne właściwości, obniża ciepłotę u suchotników czasowo, nie wywołuje jednakże istotnego wpływu na przebieg gorączki, a bardziej jeszcze na przebieg choroby. W większych przytem dawkach, chinina działa ujemnie na trawienie, wywołuje szum w uszach i t. p. nieprzyjemne dla chorych objawy. Chinina jednakże, podług moich doświadczeń, okazuje się pożyteczną u suchotników w okresach rozpadowych choroby, w których zjawiają się dreszcze i mocna następcza gorączka, jako objaw mieszanego zakażenia. Lek zalecam w dawkach niewielkich: 0,25 dwa razy dziennie sam przez się lub razem z salolem (0,5 pro dosi) na godzinę do dwóch przed okresem wystąpienia dreszczów. Wielokrotnie leczenie to łagodzi wielce przykre dla chorego objawy (dreszcze). W powyższej formie i dawce lek ten nie wywołuje żadnych ubocznych ujemnych wpływów, dzięki czemu chorzy znoszą go dobrze nawet przez czas dłuższy.

Preparaty salicylowe, a przedewszystkiem *natrium salicylicum*, uważane niegdyś niemal za specyfik w leczeniu gorączki suchotników, w istocie obniża ją i to nieraz znacznie, a nawet, stosowane w dużych dawkach, przerywa gorączkę, lecz tylko na czas pewien. Przetwórcy ten niema znaczenia swoistego. Nie ulega jednak najmniejszej kwestji, że w pewnych przypadkach, a szczególnie w sprawach przewlekłych, w których występuje od czasu do czasu gorączka wskutek nowego rozpadu, zależnego prawdopodobnie również od zakażenia mieszanego, preparaty salicylowe okazują się pożytecznymi. Należy je stosować w dawkach niewielkich (0,10—0,15—0,25) większe bowiem dozy wywołują u suchotników prawie zawsze nudności, wymioty, utratę łaknienia, obfite poty i t. p. Preparat ten zalecać można również w połączeniu z arsenikiem w postaci pigułek Hoedemakarsa, będących w szerokim użyciu w sanatorjach szwajcarskich (Rp. Acidi arsenicosi 0,01, Natri salicylici 10,0 Amyli q. s. ut f. pil. № 100 Ne conspergas 2 — 3 razy dziennie po 2—3 pigułek). Pigułki te większość chorych znosi dobrze.

Z preparatów salicylowych można polecać również aspirynę (*acid. aceto-salicylicum*). Lek ten w niewielkich dozach (0,25 — 0,5) stosowany 2 — 3 razy dziennie większość chorych dobrze znosi; wskazany jest w tych samych przypadkach, co i powyższe leki. Antypiryna, dzięki swoim istotnie prze-

ciwgorączkowym właściwościami, łagodnemu działaniu i przez to, że większość suchotników znosi ją dobrze, stała się jednym z najpopularniejszych leków przeciwgorączkowych w suchotach; preparat ten jednakże nie posiada swoistych właściwości, obniża jedynie gorączkę, a często, szczególnie w większych dawkach, wywołuje bardzo obfite poty. Zalecam ją w przypadkach, w których suchotnik traci apetyt wskutek gorączki, zjawiającej się szczególnie w porze obiadowej; w tych razach przepisuję ją na 2 — 3 godziny przed wystąpieniem nasilenia gorączkowego w ilości 0,75 — 1,0 pro dosi. W ostatnich czasach antypirynę zaczęto zastępować salipiryną (połączenie *natrium salicylicum* z antypiryną). Lek ten, wielce analogiczny w działaniu z antypiryną, bywa przepisywany w tych samych dawkach co i antypiryna (0,5—1); wogóle chorzy dobrze go znoszą, jednakże przy dłuższem użyciu wywołuje, z powodu obecności salicylu, podrażnienie żołądka; stąd też nie nadaje się do dłuższego użycia; z pobocznych objawów wywołuje, jak i antypiryna, obfite pocenie się.

Piramidon sam lub z kamforą bywa również w ostatnich czasach szeroko stosowany, jako niemal specyfik przeciw gorączce u suchotników. Wogóle, zalecany w niezbyt dużych dawkach, po 0,15 — 0,20 (w proszku lub w roztworze), bywa przez większość chorych dobrze znoszony nieraz w ciągu całych tygodni i wywołuje umiarkowane obniżenie gorączki. U niektórych jednakże chorych nawet niewielkie dawki wywołują bardzo obfite poty i osłabienie z upadkiem tętna. Stąd też lek ten należy zawsze rozpoczynać od dawek bardzo niewielkich (0,10—0,15) i przerywać zawsze z chwilą wystąpienia wyżej wspomnianego ubocznego działania. Zresztą, ja osobiście nie widziałem po użyciu piramidonu u suchotników jakiegoś bardziej dodatniego wpływu, aniżeli po stosowaniu innego z powyżej wzmiankowanych leków.

Z innych leków z grupy pochodnych anilinowych wspomnę tylko jeszcze fenacetynie, która działa podobnie jak antypiryna (0,25 — 0,50) i o cytrofenie.

W przebiegu suchot płucnych, oprócz gorączki, zależnej od sprawy gruczołowej, występują dość często ostre gorączkowe napady wskutek różnorodnych powikłań, bądź to związanych z samą sprawą chorobną (zapalenie opłucnej, otrzewnej, gruczołów chłonnych i t. p.), bądź też z powodu powikłań przypadkowych (influenca, ostra pneumonia, angina i t. p.). W leczeniu tych różnorodnych powikłań gorączkowych, które należy leczyć podług właściwych wskazań dla odnośnej choroby, należy przedewszystkiem szczegółowo zbadać chorego, aby móc orzec, czy wysoka gorączka, która wystąpiła u danego suchotnika, wcale przedtem lub nieznacznie gorączkującego, zależna jest od sprawy podstawowej, czy też od powikłania przypadkowego. Wogóle zaś mówiąc, wszelkie gorączkowe powikłania u suchotników należy traktować bardzo poważnie, kłaść chorych do łóżka, gdyż sprawy gorączkowe wpływają zazwyczaj osłabiająco na stan ogólny chorych, i tak często podupadły.

Poty nocne. W rozdziale o symptomatologii, zaznaczyliśmy już, że z wprowadzeniem zasad leczenia higieniczno-dietetycznego, a szczególnie dobrego przewietrzania mieszkań suchotników, utrzymywania w pokoju umiarkowanej temperatury, poty nocne, ten objaw wielce dokuczliwy dla chorych, daje się coraz rzadziej spostrzegać. I rzeczywiście, jednym z najpierwszych dodatków wpływów, jaki spostrzegamy u chorych po przybyciu na leczenie do sanatorjów, zwłaszcza górskich, jest znikanie już nieraz w ciągu dni kilku potów. To samo spostrzegałem i u siebie w szpitalu nie tylko u chorych, przebywających na werandzie, lecz i na sali szpitalnej, gdzie przewietrzanie odbywa się stale przez otwieranie okien przez całą noc i dzień, zimą i latem. Powyższe dane służyć powinny za istotną wskazówkę do leczenia potów nocnych u suchotników. Polegać ono winno przedewszystkiem na pedantycznym przewietrzaniu pokoju chorych, niedopuszczaniu w nim ciepłoty wyższej niż 13°R, na lekkim przykryciu chorych w nocy, na spaniu w koszuli lekkiej płóciennej, a nie w ciężkich kaftanach wełnianych, na pielęgnowaniu skóry przez nacieranie jej zimną wodą lub spirytusem i na zachowaniu wogóle przepisów higieniczno-dietetycznych, o których wyżej była mowa. W wyjątkowych przypadkach, w których powyższe przepisy higieniczne nie wystarczają, uciec się można do zastosowania rozmaitych środków bądź zewnętrznych, bądź wewnętrznych. Zewnętrznie skutecznie nieraz działają nacierania wodą z octem lub spirytusem mentolowym (10%), albo słabym roztworem formaliny (5%), dalej pudrowanie ciała mieszaniną proszków, jako to pudrem salicylowym, lub tanoforem (przetwór formaldehydu z talkiem w stosunku 1:2) i t. p. Z ogromnej liczby szczególnie dawniej polecanych środków wewnętrznych wspomnimy przedewszystkiem o atropinie, która w istocie, w dawce 0,0005 — 0,001 na noc, wpływa stanowczo na uśmierzenie nieraz bardzo obfitych potów nocnych. Środek ten jednakże wywołuje przykre uboczne objawy, jak uczucie niezwykłej suchości w gardle, rozszerzenie źrenic, które nie pozwalają na dłuższe jej użycie. Inne środki, jako to: *extr. hydrastis* (20 kropli na noc), *tra salviae*, *ergotinum*, *plumbum tannicum*, *kwas kamforowy* i wiele innych, działają wogóle bardzo niepewnie. Względnie najlepiej jeszcze działa staroświecki lek — *pulv agaricae albae* w ilości 0,25 na noc w proszku lub w pigułkach lub też jego przetwór — *agaricyna* w ilości 0,001 — 0,002 na noc w pigułce. U niektórych chorych zmniejsza poty wstrzymanie się od picia napojów na noc, a szczególnie, jak to ma miejsce u nas, dużej ilości herbaty gorącej. U innych znowu szklanka mleka zimnego z dodatkiem łyżeczki koniaku, wypita na noc, wywiera pożądaný skutek. Wogóle jednakże działanie powyższych leków wewnętrznych jest niepewne.

Bóle w klatce piersiowej. W pierwszych okresach choroby bóle głucho w klatce występują stosunkowo rzadko, wyjątkowo tylko bywają bardziej dokuczliwe bóle o charakterze nerwobólów. W tych razach środki kojące, a przedewszystkiem antypiryna lub fenacetyna łagodzą lub usuwają te bóle.

Przeciw bólom głuchym wystarczają wycierania spirytusem mentolowym (10%), a przedewszystkiem uspokojenie chorych, że bóle nie mają poważniejszego znaczenia. W późniejszych okresach choroby bóle w klatce, jak to mówiliśmy w symptomatologii, mają różnorodne źródło (świeże suche pleuryty, zapalenie otoczki nerwu, naderwanie włókienek mięśni przy mocnym kaszlu i t. p.) i czasem stanowią dominującą skargę chorych. Przeciw tym bólom, a szczególnie u chorych, znajdujących się w ostatnich okresach choroby, najskuteczniejsze będą środki kojące, a przedewszystkiem morfina. Łagodzić je mogą również ciepłe okłady, kompresy rozgrzewające, a w bólach pochodzenia opłucnego — suche bańki, jodynowanie lub niewielkie pryszczydło (*vesicans.*).

Duszność w pierwszych okresach choroby odczuwają chorzy jedynie przy różnorodnych powikłaniach, a przedewszystkiem ostrych, rozlanych nieżytach oskrzeli, zapaleniu opłucnej i t. p. W tych przypadkach leczenie duszności jest ściśle związane z usuwaniem jej przyczyn. W okresach daleko posuniętej choroby, a szczególnie w końcowych, duszność jest przedmiotem stałej skargi chorych, na którą, niestety, mało pomóc możemy; największą pod tym względem ulgę czują chorzy, leżąc na werandach lub w pokojach przy otwartych lufcikach, w łóżku odpowiednio wysoko ułożeni; często nawet najlepiej się czują, siedząc stale w wygodnym fotelu. Przy atakach zaduszania, występujących w ostatnich okresach choroby, zależnych częściowo także od niedomogi serca, pomagają czasowo środki nasercowe i pobudzające (kofeina, kamfora, wino mocne i t. p.). Przy stałej znacznej duszności w tych okresach niekiedy sprawia ulgę wdechanie tlenu; najlepiej jednakże łagodzi uczucie braku powietrza zastrzykiwanie podskórne kilka razy dziennie morfiny, lub wewnętrzne jej użycie. Duszność, jak to mówiliśmy w odpowiednim miejscu, towarzyszy stale włóknistej, zwłaszcza rozedmowej postaci suchot płucnych. W tej kategorii przypadków z korzyścią można stosować środki, odciągające na skórę (suche bańki, pryszczydła i t. p.), a wewnątrz środki nasercowe (naparstnica, kofeina i t. p.) lub małe dawki jodku potasu; w postaci rozedmowej, leczenie zgęszczonem powietrzem, najlepiej latem w odpowiednich stacjach klimatycznych (Reichenhall, Ems, Szczawnica i t. p.).

## WYKŁAD XXII.

**Leczenie powikłań: ze strony krtani i gardzieli; ze strony narządów trawienia i otrzewnej; ze strony nerek i narządów moczopłciowych; ze strony układu nerwowego. Syfilis. Cięża. Cierpienia zewnętrzne natury gruźliczej.**  
**Streszczenie wskazań leczniczych w rozmaitych okresach i postaciach suchot płucnych.**

---

Najróżnorodniejsze powikłania suchot płucnych które szczegółowo były przez nas omówione, wymagają odpowiednich zabiegów leczniczych, zależnie od ich natężenia i nie mogą być bliżej omawiane z punktu widzenia ogólnoterapeutycznego. Naturalnie, w leczeniu tych powikłań zawsze należy w wysokim stopniu uwzględniać sprawę podstawową, t. j. gruźlicę i tak np. w często wikłającej suchoty sprawie grypowej należy pamiętać, że cierpienie to często spowoduje pogorszenie sprawy gruźliczej; grypowy więc nieżyt oskrzeli należy doszczętnie usunąć, często nawet do przesady stosując leczenie klimatyczne i t. p. W nieswoistych cierpieniach kanału pokarmowego, kamicy żółciowej lub nerkowej, cukromoczu i t. p. sprawach, występujących u suchotników, należy odpowiednio modyfikować przepisy dietetyczne, właściwe dla tych chorób, aby przez zastosowanie ściślejszej, i osłabiającej chorego diety lub odpowiednich wód mineralnych (Karlsbad) nie podkopać odżywiania chorego.

Co się tyczy leczenia powikłań drugiej kategorii czyli, właściwie mówiąc, dalszych przejawów sprawy gruźliczej w innych organach niż w płucach, co było omówione obszerniej w odpowiednim miejscu (str. 93) to z punktu widzenia terapeutycznego omówimy tylko te powikłania, które wywołują ciężkie zaburzenia i wymagają odpowiedniej terapii, jaką winien znać dokładnie każdy lekarz-praktyk. Z powyższego względu zasługują przedewszystkiem na omówienie powikłania ze strony górnego odcinka dróg oddechowych, a głównie gardła i krtani, której symptomatologię podaliśmy już szczegółowo w odpowiednim rozdziale. Leczenie tych zaburzeń, stanowiących całokształt gruźlicy gardłano-

krtańowej, czyli t. zw. pospolicie suchot gardłanych, opierać się winno przede wszystkim na leczeniu podstawowej choroby, t. j. gruźlicy płucnej za pomocą odpowiednich metod, a przede wszystkim za pomocą leczenia sanatoryjnego. Leczenie to jednakże, a zwłaszcza klimatyczne, u tej kategorii suchotników, winno ulegać pewnym modyfikacjom. Doświadczenie bowiem poucza, że dla nich częstokroć pożyteczne są latem miejscowości klimatyczne o niewysokim wzniesieniu, w których, obok podstawowego leczenia klimatycznego, korzystać mogą z dodatkowych pomocniczych metod leczniczych, jako to z wzięwań alkalicznych, słonych, żywicnych (Ems, Soden, Gleichenberg, Szczawnica); natomiast na zimę najodpowiedniejsze dla nich są miejsca o klimacie łagodnym lub ciepłym, a więc różnorodne stacje klimatyczne, wyżej szczegółowo rozebrane, i najlepiej pomieszczenie się tam w sanatoriach. Chorzy tej kategorii, nie mogący wyjechać na zimę na południe, winni, zostając z musu w miastach, albo też na wsi, wychodzić na powietrze tylko w dni pogodne i suche, natomiast zwracać pilną uwagę na przewietrzanie swych mieszkań. Lekarz winien z całą konsekwencją zwalczać przesady, jakoby chorzy, dotknięci cierpieniami krtań gruźliczego pochodzenia, nie powinni zimą wcale wychodzić na powietrze, a pozostawać stale w mieszkaniu w ciepłej atmosferze. Przeciwnie, jak to wyżej wielokrotnie zaznaczyłem, chorzy tacy i w naszym klimacie mogą, przy zachowaniu pewnych ostrożności, osiągnąć rzetelną korzyść z przebywania na powietrzu. Tym więc sposobem nawet w najwcześniejszych okresach gruźlicy krtań wskazane będzie przede wszystkim leczenie ogólne. Obok niego jednakże niejednokrotnie okazuje się wielce pożyteczne i leczenie miejscowe. Nie możemy tu bliżej zajmować się opisem techniki, przyrządów, różnorodnych środków, niezbędnych do miejscowego leczenia krtań, stanowiącego dziś oddzielną specjalność; szczegóły znajdzie czytelnik w podręcznikach laryngologicznych<sup>1)</sup>. Na tem miejscu musimy się ograniczyć do wskazania tylko najważniejszych metod, dostępnych dla lekarza praktyka. I tak: w razie owrzodzeń strun, wywołujących mniej lub więcej upartą chrypkę, zalecamy wzięwania za pomocą inhalatorów, rozpylaczy, lub wprost z garnka środków ściągających, odkażających, lub balsamicznych, często z dodatkiem środków kojących.

1) Rp. Resorcini 3,0. Aquae destillatae 300,0. Cocaini muriatici 0,5—1,0 MDS. Na wpół z ciepłą wodą do inhalacji lub pulweryzacji 2—3 razy dziennie, 2) Thymoli 0,10. Mentholi 1,0. Spir. vini 20,0 DS. Po 20—30 kropli na kieliszek ciepłej wody do inhalacji. 3) Balsami Peruviani 3,0—5,0. Mentholi 10—2,0. Spir. vini 30,0 MDS. Po 20 kropli na  $\frac{1}{2}$  kwarty wody wrzącej 2—3 razy dziennie (w praktyce biednej bez inhalatora) i t. p. Powyższe, jakoteż liczne inne jeszcze środki należy zmieniać od czasu do czasu, gdyż, zależnie od indywidualności chorego, bywają znoszone lepiej lub gorzej; przytem jedni chorzy wolą ciepłe wzięwania, inni chłodne rozpylania. W przypadkach, w których przy

<sup>1)</sup> Patrz monografię T. Herynga p. t. Leczenie miejscowe suchot krtań. 1905.

istniejących owrzodzeniach występuje ból podczas łykania, do powyższych środków należy dodawać leki kojące, kokainę lub makowiec w postaci nalewki.

W dmuchiwanie różnorodnych proszków za pomocą tak zwanych insuflatorów krtaniowych pod kontrolą lusterka krtaniowego a nawet przy pewnej wprawie i bez niego, jak to nieraz sami chorzy doskonale dokonywać mogą, stosujemy w owrzodzeniach, jeżeli jednocześnie istnieje ból przy łykaniu. Ze znacznej liczby zalecanych proszków wymienimy: jodol, ortoform, pyoktanię i t. p., w razie bólu mocniejszego łączyć je należy z kokainą lub morfiną: Rp. Iodoli 4,0. Cocaini mur. pulv. 0,2—0,4. Rp. Ortoformi 5,0. Cocaini pulv. 0,25 i t. p. W okresach późniejszych choroby przy rozległych nasiętkach i owrzodzeniach, wywołujących nie tylko mocny ból przy przełykaniu, lecz nieraz nawet zupełną niemożność połykania stałych i płynnych pokarmów należy wprawną ręką stosować skombinowane leczenie miejscowe nie tylko za pomocą inhalacji i wdmuchiwań, lecz za pomocą pędzlowań krtani różnorodnymi środkami (kwas mleczny, karbol-menthol, chlorek cynku i t. p.). Na podstawie mojego wieloletniego doświadczenia szpitalnego za względnie najskuteczniejszy z tych środków uważałem karbol-menthol w formule następującej: Rp. Acidi carbolici, Mentholi aa 2,5—5,0. Glycerini 50,0. Spir. vini q. s. ad solutionem DS. Do pędzlowania krtani codzień, co drugi lub trzeci dzień. Kwas mleczny stosowany bywa w roztworze 50% po uprzednim zakokainowaniu krtani (10—20% roztworem). Środek ten okazuje się pożytecznym przy głębokich owrzodzeniach tylnej ściany krtani, powodujących ból i mocno utrudnione łykanie. W ostatecznych okresach choroby, przy mocnym bólu i niemożności przełykania, najskuteczniejszymi okazują się pulweryzacje krtani za pomocą odpowiednich pulweryzatorów z roztworu 1—5% kokainy, kilka razy dziennie przed samym jedzeniem. Czasem znowu skutecznie działają w tym okresie wlewania za pomocą szprycki krtaniowej wyżej wzmiankowanego roztworu karbol-mentholu, lub też roztworu antypiryny z kokainą: Rp. Antipyrini 2,0. Cocaini 1,0. Aq. destill. 20—30 i t. p. Naturalnie, w tym okresie choroby współdziałać miejscowemu leczeniu będą stosowane wewnętrznie lub podskórnie środki kojące, a przede wszystkim morfina. W przewlekłej gruźlicy krtani, ograniczonej do tylnej ściany lub nagłośni, przy niezłym stanie ogólnym, u chorych niegorączkujących ze skłonnością do zejścia choroby płucnej w sprawę włóknistą wskazane być może i leczenie chirurgiczne (t. zw. kiuretowanie krtani). Nad metodą tą, jako wkraczającą w specjalną dziedzinę laryngo-chirurgiczną, bliżej rozwodzić się nie mogę. Przy znacznych zwężeniach krtani, wywołanych rozległymi nasiętkami strun i tylnej ściany, z jednoczesnym unieruchomieniem stawów nalewkowoobraczkowych (*perichondritis crico-arytenoidea*) wskazane będzie, jako *indicatio vitalis*, rozcięcie tchawicy (*tracheotomia*), po dokonaniu którego można dopiero, nieraz nawet skutecznie, stosować różnorodne leczenie miejscowe.

W gruźlicy gardła, przy obecności owrzodzeń, zwykle mocno bolesnych i utrudniających łykanie, stosujemy podobnie, jak w owrzodzeniach krtani, pę-



działanie karbol-mentholem lub kwasem mlecznym. Przy owrzodzeniach niezbyt rozległych i niezłym bezgorączkowym stanie chorych można wyskrobywać za pomocą ostrej łyżeczki dno owrzodzenia, a dopiero potem stosować pędzlowanie.

Miejscowe leczenie gruźlicy krtani naszkicowaliśmy tylko ogólnikowo; wielokrotnie w tak ciężkim cierpieniu musi być ono modyfikowane, nieraz nawet na czas pewien zaniechane, często bowiem zdarza się, że zbyt energiczne leczenie mało pomaga, a zaniechane zupełnie lub ograniczone do leków kojących sprowadza ulgę. Stąd też lekarz powinien uwzględniać indywidualność chorego, a przede wszystkim jego oddziaływanie nerwowe, które nieraz nie pozwala na stosowanie bardziej energicznych środków miejscowych. Jednocześnie, jak to już zazaczyłem, leczenie ogólne, a przede wszystkim klimatyczne, odgrywa pierwszorzędną rolę w leczeniu gruźlicy krtani, lecz jedynie w okresach niedaleko posuniętej choroby. Przeciwnie, w okresach dalej posuniętych nie należy nigdy chorym tej kategorii doradzać, szczególnie zimą, dalekich wyjazdów. Nawet i latem chorych tych nie należy wysyłać do zdrojowisk, lecz do blisko położonych sanatorjów, gdzie, oprócz leczenia ogólnego, znajdują, jak to ma dziś miejsce wszędzie, odpowiednią pomoc laryngologiczną w swoim ciężkim cierpieniu krtaniowem.

Ze strony narządów trawienia najczęstszą skargę chorych w początkującym się okresie choroby stanowi brak łaknienia; zależny on jest najczęściej od stanu gorączkowego; nieraz więc, łagodząc gorączkę, wpływamy tem samem pośrednio i na poprawę łaknienia. W innych jednakże przypadkach brak apetytu trwa uparcie i po ustąpieniu gorączki; w tych razach często pomaga wyjazd chorego na powietrze lub pobyt w sanatorjum, gdzie jest poniekąd zmuszany do jedzenia. U niektórych chorych z korzyścią działają czasem przy braku łaknienia środki uznane powszechnie za pobudzające apetyt, a więc: *Tra Chinae comp.* *Tra Nuc. vomic.* *Tr. Condurango*, czasem połączenie tych środków ze słabym roztworem przetworów arsenikowych i t. p. Najkorzystniej jednakże na brak apetytu oddziałują pobyt na świeżem powietrzu, ruch umiarkowany i lekkie zabiegi hydropatyczne. Przy objawach istotnej niestrawności przewlekłej zalecamy zwykle w tych razach stosowane środki, a przede wszystkim odpowiednią djetę, a więc przy objawach nadkwaśności i bólów w okolicy żołądka pokarmy mało drażniące żołądek (mleko, kaszki, białe mięso i t. p.), z leków wody alkaliczne (*Vichy*), bismut, magnezję i t. p. W późniejszych okresach choroby występuje najczęściej istotny, przewlekły niezbyt żołądka, jako objaw zastoju, upadku odżywiania, chronicznego toksycyzmu i t. p. Ten rodzaj niezytu, w którym zazwyczaj wydzielanie kwasu solnego jest upośledzone, zwykle jest bardzo uparty, tembardziej, że w postępującej naprzód zasadniczej chorobie istnieją stale usposabiające doń warunki. Chorym więc takim zalecać należy lekką djetę (mleko, kasza, białe mięso, kleiki i t. p.), unikanie pokarmów drażniących i pobudzających, przyczem jedzenie winno być wielce urozmaicone. Osłabione trawienie w tych razach pobudzić może czasem kwas solny, zalecany po kilka kropli po jedzeniu, niekiedy, przynajmniej na czas pewien, poprawiają

trawienie wody mineralne alkaliczno-solne (Kissingen, Wisbaden, Szczawnica) kompresy rozgrzewające na noc i t. p. środki. Wogóle jednakże niestrawność tej kategorii jest ściśle związana z postępowaniem sprawy zasadniczej i wtedy tylko ulega poprawie, gdy stan ogólny chorych się polepsza.

Ze strony kiszek u większości suchotników w niedaleko posuniętych okresach choroby najczęściej mamy do czynienia z mniej lub więcej upartym zaparciem stolca, przeciw któremu nie należy zbyt energicznie działać, zalecając jedynie lewatywy z ciepłej wody, wyjątkowo lekkie środki czyszczące (cascara, magnesia, pulvis liquiritiae i t. p.). W późniejszych okresach choroby występują rozwolnienia, w ogromnej większości przypadków warunkowane owrzodzeniami gruźliczemi w kiszki. To powikłanie, zwane powszechnie biegunką suchotniczą, stanowi objaw niezwykle uparty, a jeśli istotnie polega na gruźlicy kiszek, to rzadko ustępuje w zupełności pod wpływem leczenia. Należy jednakże pamiętać, że nie każdą biegunkę występującą u suchotników uważać zaraz trzeba za biegunkę gruźliczą. Często bowiem rozwolnienie u suchotnika zależy może od nieodpowiedniej diety (np. nadmiar mleka i t. p.) i taka biegunka ustępuje zwykle przy zmianie rodzaju pożywienia. W razie istotnej biegunki gruźliczej stosujemy z jednej strony lekko strawną dietę, nieraz nawet usuwając zupełnie mleko, a zalecając jedynie kleiki, zupę owsianą, tapiokę, kaszkę, mięso skrobane, kakao i t. p., naturalnie modyfikując tę dietę, zależnie od indywidualności chorego. Wogóle, mleko źle bywa znoszone, niektórzy trawią je dobrze z dodatkiem wody wapiennej (łyżka—dwie na szklanek mleka). U innych zmniejszają biegunkę napoje, zawierające garbnik, a więc: czarna kawa, herbata z winem czerwonym i t. p. Z leków stosujemy również przetwory ściągające, jako to: taninę, tanalbinę i t. p. Najlepsze jednakże stosunkowo usługi oddają przetwory bizmutu, a przedewszystkiem bizmut salicylowy, albo dermatol (*bismut. subgallicum*). Jeśli jednakże chcemy osiągnąć dodatnie działanie bizmutu, to należy go zapisywać w dawkach dużych: łyżeczkami od kawy po każdym jedzeniu; po takich dawkach widywałem wielokrotnie znaczne poprawy, nawet w upartych biegunkach gruźliczych. Bizmut może być przepisywany również w formie lewatyw ( $\frac{1}{4}$  litra ciepłej wody z dodatkiem 1—2 łyżeczek bizmutu). Tę formę stosowania zaleca się przy owrzodzeniach, umiejscowionych w dolnych odcinkach kiszek grubej. Obok bizmutu w upartych biegunkach należy stosować jeszcze leki kojące, a przedewszystkiem makowiec i to wszędzie tam, gdzie rozwolnienie jest połączone z mniejszą lub większą bolesnością brzucha, zależną od podrażnienia otrzewnej. Makowiec w tych razach przepisujemy sam przez się, w postaci nalewki (3—5 kropli i więcej kilka razy dziennie) lub też w połączeniu z taniną. Od dawna posługuję się następującą formułą: Rp. Acidi tannici 6,0, Extr. Laudani 0,30, Massae pilul. q. s. ut fiant pilulae № 60 DS, 2—3 pigulek 3 razy dziennie. O innych bardzo licznych lekach, zalecanych przez różnych autorów, nie wspominam, jak np. *Colombo*, *Catechu*, *Argentum nitricum* i t. p., gdyż działanie ich nie jest bynajmniej skuteczniejsze od wyżej wspo-

mnianych środków. Że chorym, dotkniętym owrzodzeniami gruźliczymi kiszek, należy zalecać pozostawanie w domu nie zaś kurację klimatyczną lub zakładową, to samo z siebie wynika wobec istotnej nieuleczalności tych spraw.

Przetoki кишки stolcowej (*fistula ani*), tak często występujące u suchotników, jeśli chorzy nie są w okresach daleko rozwiniętej choroby, należy bezwarunkowo leczyć na drodze czysto chirurgicznej; wielokrotnie bowiem spostrzegałem ciepienie to, wielce dokuczliwe dla chorych, kończące się zupełnym zagojeniem po odpowiednim rękoczynie. Stąd też za przesąd niczem nieuzasadniony należy uważać twierdzenie, zakorzenione wśród publiczności, że zagojenie przetoki ma wpływać ujemnie na dalszy przebieg sprawy gruźliczej. Również leczeniu chirurgicznemu podlegać winny wytwarzające się w różnych okresach choroby ropnie okołokiszkowe (*periproctitis*).

Zapalenie otrzewnej wysiękowe, występujące przeważnie u dzieci nieraz nawet przed zjawieniem się objawów płucnych, kończy się wielokrotnie pomyślnie przy spokojnym leżeniu, dobrem odżywianiu, a szczególnie przy leczeniu słoneczno-powietrznem (w górach). Obok tego, zalecane bywają wcierania szarego mydła, jodwazogenu, wstrzykiwania emulsji jodmoformowej do otrzewnej i t. p. Leczenie czysto chirurgiczne (laparatomia) uważane było do niedawna za jeden z najradykałniejszych środków w powyższym cierpieniu. Doświadczenia jednakże chirurgów z ostatniej epoki bynajmniej nie wykazują większej skuteczności leczenia chirurgicznego ponad wewnętrzne.

Wikłające gruźlicę przewlekłe cierpienia nerek, bądź pierwotne, bądź też wtórne, zależne od sprawy gruźliczej wstępującej (*pyelitis tuberculosa*) lub od mączkowego zwyrodnienia nerek, charakteryzujące się białkomoczem i innymi objawami miejscowymi (ból, krwawy mocz i t. p.), występującymi przy istotnej gruźlicy nerek, wymagają przede wszystkim leczenia dietetycznego (mleko, kasza, ryż i t. p.); równocześnie zalecane bywają środki moczopędne, najlepiej pod postacią wód mineralnych (Vichy, Wildungen i t. p.). W razie obecności ropy w moczu podajemy środki przeciwdziałające rozkładowi, a więc urotropinę po 0,25—0,50 kilka razy dziennie, lub salol 0,5 — 1,0, również kilka razy dziennie, w krwawieniach nerkowych taninę, *plumbum aceticum* i t. p., w przypadkach wyraźnie rozwiniętej gruźlicy jednej nerki, jeśli stan ogólny chorego jest znośny, a gruźlica płuc niezbyt daleko posunięta, może być wskazane wycięcie całkowite gruźliczo zwyrodniałej nerki.

Zmiany gruźlicze w różnorodnych częściach narządów moczopłucnych mężczyzn (jądra, przyjądrza, pęcherzyki nasienne, *vas deferens*), występują niezbyt często w przebiegu przewlekłych suchot. Najczęściej widujemy gruźlicze cierpienia jądra, nawet nieraz w okresach bardzo wczesnych gruźlicy płucnej; w tych razach wskazane będzie również leczenie czysto chirurgiczne, t. j. wycięcie jądra, które w większości przypadków, wcześniej operowanych, doprowadza do zupełnego wyleczenia.

Zaburzenia ze strony układu nerwowego, występujące pod postacią nerwobólów i t. p., niezależne od sprawy gruźliczej (w pierwszych okresach choroby) lub też z nią ściśle związane (w ostatnich okresach) neuryty toksyczne leczone bywają za pomocą środków ból usmierzających (antypiryna opiaty i t. p.), zależnie od indywidualnych dla każdego przypadku właściwości. Ciężkie zaburzenia centralne ze strony mózgu i jego opon stanowią, jak to omówiliśmy wyżej (str. 110) najczęściej objawy końcowe gruźlicy. Stąd też i leczenie tych ciężkich powikłań ogranicza się jedynie do uspokajania ciężkich objawów (drgawki, bezsenność) za pomocą okładów lodowych i leków, podtrzymujących działalność serca. Objawy neurasteniczne, towarzyszące tak często przewlekłym suchotom płucnym, niedaleko posuniętym, o ile występują w niewielkim stopniu, nie wymagają specjalnych zabiegów, sanatoryjne bowiem leczenie, związane z ruchem na powietrzu, lekką hydropatją i oderwanie się od zwykłego zajęcia wpływa zazwyczaj dodatnio i na stan nerwowy. Zdarza się jednakże czasem i odwrotnie, t. j., że przy dłuższym pobycie w zakładzie neurastenja wzmagą się; wówczas należy chorych usunąć z sanatorium i polecić im pobyt latem nad morzem, zimą na południu lub, w razie niemożności zalecić im na czas pewien powrót do swych ognisk rodzinnych; ta zmiana otoczenia, nowe wrażenia, inna przyroda lub też atmosfera rodzinna zazwyczaj szybko doprowadza ich do równowagi nerwowej. Wogóle u chorych, dotkniętych włóknistą postacią suchot, często występują na plan pierwszy objawy neurasteniczne, stąd też, niezależnie od zmian w płucach, chorzy tacy z korzyścią latem przebywać mogą w zdrowo położonych miejscowościach, przy jednoczesnym zastosowaniu lekkiej hydropatii; w sanatorjach bowiem dla chorób piersiowych, jak to już niejednokrotnie wspominałem, ta kategoria suchotników nie czuje się dobrze.

Syfilis (przymiot) pod postacią różnorodnych, najczęściej późnych objawów, występujący w przebiegu gruźlicy płucnej, niedaleko posuniętej lub w postaci włóknistej, wymaga odpowiedniego swoistego leczenia (rtęć, salwarsan lub jod), które ostrożnie stosować można u suchotników, bez obawy pogorszenia stanu miejscowego płuc. Należy jednakże unikać stosowania u nich większych dawek jodu, oraz kąpiei gorących, szczególnie siarczanych, a ograniczyć się na niezbędnych od czasu do czasu kąpielach ciepłych. Jeśli to możliwe, to leczenie swoiste należy odbywać zimą w klimacie południowym. Samo się przez się rozumie, że u chorych gruźliczych, z daleko posuniętą sprawą, a szczególnie mocno gorączkujących, mimo obecności objawów, które by postawić można w zależności od przebytej kiedyś sprawy przymiotowej, leczenia swoistego nie należy stosować, wpływa ono bowiem zawsze ujemnie na chorych, pogorszając przede wszystkim i tak już w upadku będący stan ich ogólny.

Ciąża, jak to już szczegółowo zaznaczyliśmy, omawiając etjologję i przebieg suchot, wywiera niekorzystny wpływ na przebieg, szczególnie nieco dalej rozwiniętej, gruźlicy płucnej do tego stopnia, że niektórzy autorowie (Maragliano

i inni) uważali za bezwarunkowo wskazane dokonywanie, o ile można najwcześniej, przerwania ciąży w każdym bezwarunkowo przypadku zajścia w ciążę suchotnicy. Poglądy jednakże powyższe grzeszą zbyt dużą przesadą; z jednej bowiem strony każdemu praktykowi znane są przypadki, w których kobiety — suchotnice, nieraz nawet z daleko posuniętymi zmianami, przebywały doskonale ciążę i okres połogowy, i stan miejscowy w płucach nie ulegał pogorszeniu. Z drugiej zaś strony znane są przypadki, w których u suchotnicy dokonane poronienie lub poród przedwczesny nie tylko nie wpływał dodatnio, lecz przeciwnie, sprawa gruźlicza płuc ulegała szybkiemu pogorszeniu, prowadząc do zejścia fatalnego. Stąd też w ostatnich czasach różni wybitni akuszerowie i interniści doszli do przekonania, że aczkolwiek ujemny wpływ ciąży na przebieg suchot płucnych w większości przypadków nie ulega najmniejszej kwestji, to jednakże ze względu, iż przerwanie ciąży niezawsze wywołuje zwrot pomyślny, a nieraz przeciwnie, przyspiesza fatalny przebieg, należy być z wykonaniem poronienia, a bardziej jeszcze porodu przedwczesnego niezbyt pochopnym i wielce ostrożnym, w wysokim stopniu uwzględniając indywidualne właściwości każdego przypadku. Poronienie należy stosować, i to zależnie od wielu okoliczności, jedynie w przypadkach, w których od początku ciąży stan ogólny chorej ulega ciągłemu, stopniowemu pogorszeniu (wzmagająca się duszność, powtarzające się krwiopłucie, wystąpienie gorączki i t. p.). W przypadkach zaś, w których ciąża przebiega prawidłowo, chora nie gorączkuje, nie marnieje, lepiej zachować się obojętnie, gdyż zdarza się i to niezbyt rzadko, że ciąża kończy się pomyślnie, nie wywołując pogorszenia w stanie ogólnym i miejscowym chorych. Zresztą nie ulega najmniejszej kwestji, że szczęśliwe zejście ciąży u suchotnic, zależy w wysokim stopniu od warunków społecznych, w których się one znajdują; ztąd też im warunki są gorsze, tem, *caeteris paribus*, prędzej mogłoby być u nich wskazane przerwanie ciąży. Jeśli z powyższych względów okaże się wskazaniem poronienie, to winno ono być dokonane, co jednogłośnie zaznaczają autorowie, o ile można wcześniej, to jest w pierwszych miesiącach ciąży (między 8 a 10 tygodniem). Ciąża wpływa fatalnie na suchotnice, dotknięte jednocześnie sprawą gruźliczą krtani i ogromna większość ich ginie z powodu szybkiego upadku stanu ogólnego, warunkowanego dusznością, niemożnością połykania, bezsennością i t. p. objawami, nieraz nawet formalnie zaduszają się wskutek szybko powstającego zwężenia głośni. Stąd też w tej kategorii wysoce tragicznych przypadków wywołanie poronienia bywa najczęściej zupełnie bezcelowe, przeciwnie, przyspiesza fatalne zejście. Pomoc lekarska winna się w tych razach ograniczyć na łagodzeniu ciężkich objawów łykania za pomocą leków i środków, które wyżej podaliśmy w opisie leczenia gruźlicy krtaniowej. W przypadkach zaś, w których występują wyraźne objawy zwężenia krtani, należy zawczasu dokonać przecięcia tchawicy. Poronienie mogłoby być wskazane jedynie w pierwszych tygodniach ciąży, jeśli odrazu występują wyraźne objawy ciężkiej postaci gruźlicy krtani, co jednakże spotykamy bardzo rzadko.

Różnorodne cierpienia zewnętrzne natury gruźliczej, jako to: cierpienia stawów, kości, gruczołów chłonnych i t. p., winny być traktowane na drodze chirurgicznej, odpowiednio do danego przedmiotu. Przypomnieć tu jednakże muszę, że nowocześni chirurdzy starają się postępować w gruźliczych cierpieniach bardziej konserwatywnie, kładąc nacisk na ogólne leczenie gruźlicy. Zwrot ten widzimy szczególnie w szkole francuskiej w tak często wikłających nieraz pierwsze okresy choroby zajęciach i ropieniach kości, a szczególnie ropieniach gruczołów chłonnych szyi. O ile dawniej starano się gruczoły takie jaknajwcześniej otwierać i usuwać doszczętnie, o tyle obecnie nawet w razie przetok zalecają jedynie środki opatrunkowe i przedewszystkiem leczenie ogólne, a zwłaszcza klimatyczne (klimatem górskim). Ja, na podstawie obszernego doświadczenia, skłaniam się również do podobnego postępowania; widziałem bowiem niejednokrotnie zmniejszenie się gruczołów mocno nacieczonych i ustąpienie upartego ropienia w przetokach pod wpływem pobytu w górach lub na wsi i podawania wewnętrznego tranu i arseniku. Przeciwnie, widziałem czasem wyniki ujemne po bardzo energicznem, czysto chirurgicznem leczeniu tych spraw.

---

Omówiwszy szczegółowo różnorodne najważniejsze metody leczenia suchot i ich powikłań i podawszy przy każdej metodzie odpowiednie dla niej wskazania należy nam obecnie streścić i sformułować najważniejsze wskazania terapeutyczne dla różnych okresów i postaci suchot płucnych.

1. W okresach poczynającej się sprawy gruźliczej, dającej, jak wielokrotnie mówiliśmy, najlepsze wyniki, wskazane będzie przedewszystkiem wytrwałe leczenie sanatoryjne (w górach lub na równinach), a u chorych niezamoznych—pobyt w sanatorjach ludowych, na wsi, przy dobrem odżywianiu i stosowaniu wewnętrznem środków ogólnie wzmacniających (arszenik, tran, kefir, ewentualnie ostrożnie stosowana tuberkulina).

2. W suchotach, wyraźnie już rozwiniętych, w okresie nasięków i poczynającego się rozpadu przy stanie bezgorączkowym lub niewysokiej gorączce, wskazane będzie również wytrwałe leczenie sanatoryjne lub pobyt w górach, w miejscowościach podgórskich lub przymorskich, zależnie od pory roku i indywidualnego stanu chorych; dla niezamoznych pobyt w sanatorjum ludowem lub na świeżem powietrzu. Obok dobrego odżywiania należy zalecać wewnątrznie t. zw. leki swoiste (gwajakol, ol. eucalipti, balsam peruwjański i t. p.), obok leczenia objawowego.

3. W suchotach, znajdujących się w okresie wyraźnego rozpadu, przy objawach gorączki stałej i ciężkich powikłaniach (krtań, nerki,

kiszki i t. p.), jak również w gruźlicy ostrowej (*phthisis florida*), chorzy powinni, szczególnie zimą, pozostawać w domu lub w szpitalach specjalnych dla gruźliczych i być poddani jedynie leczeniu symptomatycznemu: latem w postaciach rozpadowych o przebiegu niezbyt gwałtownym chorzy mogą być wysyłani na wieś i do pobliskich sanatorjów, gdzie również poddawani będą jedynie leczeniu objawowemu. W wyjątkowych przypadkach może być stosowana odma piersiowa.

4. W postaciach suchot włóknistych, będących następstwem pomyślnego zejścia sprawy gruźliczej, chory, będący w możności zajmowania się swoim zwykłym fachem, winien raz na rok lub lepiej dwa razy przebyć kilka tygodni na świeżym powietrzu — latem w górach lub podgórszych klimatycznych stacjach, ew. na dobrej wsi, w razie możności zimą lub wiosną na południu, przy jednoczesnym użyciu lekkiej hydropatji. Wewnątrz wskazane będą od czasu do czasu przy pogarszającym się stanie i nasileniach nieżytu oskrzeli środki, ułatwiające odkrztuszanie i ograniczające płwocinę (balsamica, wody alkaliczne i t. p.). Przy objawach poczynającej się niedomogi serca wskazany będzie latem pobyt na wsi lub w miejscach podgórskich od czasu do czasu środki nasercowe, ew. pobyt zimą na południu. W postaci artrytycznej suchot u osobników otyłych leczenie djetetyczne, lekkie zabiegi wodolecznicze i t. p. środki, pobudzające ogólną przemianę materji.

5. W gruźlicy u dzieci wskazane będzie konsekwentne i dłuższe przebywanie na powietrzu, na wsi (całe miesiące, a nawet lata), lub też, szczególnie latem, nad morzem w odpowiednich sanatorjach, albo w miejscowościach podgórskich, przy jednoczesnym użyciu wewnątrz solanki, słonych obcierań, a nawet przy umiarkowanym stosowaniu słonych kąpiel. Zimą wskazany będzie ewentualny pobyt na wsi i użycie wewnątrz jodku żelaza przy dobrym odżywianiu.

6. W suchotach płucnych, występujących u starców, kończących się zwykle szybko niepomyślnie, należy pozostawiać ich w domu, a co najwyżej wysyłać na wieś do blizkich miejscowości; nie narażać jednak na wyjazdy, szczególnie dalsze. Obok opieki domowej, wskazane będzie jedynie leczenie symptomatyczne.

7. To samo wogóle da się powiedzieć i o suchotach występujących u osobników dotkniętych cukromoczem. I u nich wszelkie dalsze wyjazdy są przeciwwskazane, a jedynie wskazana jest troskliwa opieka domowa zmodyfikowana djetą i leczenie objawowe, przyczem środki kojące, a głównie makowiec, odgrywają pierwszorzędną rolę.

8. Suchotnicy wyleczeni grupują się przeważnie w dwie kategorie: jedni, u których istniały objawy ograniczone gruźlicze w płucach, i sprawa zakończyła się pomyślnie i nie pozostawiła wyraźnych zmian ani podmiotowych

ani przedmiotowych; ci pacjenci winni lata całe prowadzić odpowiedni higieniczny tryb życia, wystrzegając się wszelkich nadużyć, stale uprawiając sport pieszy; rokrocznie powinni udawać się na kilkotygodniowy odpoczynek na wieś lub, co jeszcze lepiej, w góry. U drugiej, liczniejszej kategorii suchotników wyleczonych pozostają zmiany w płucach o charakterze włóknistym, powodujące odpowiednie objawy; leczenie ich higieniczno-dietetyczne stosować się winno do tych wskazań, jakie powyżej, odnośnie suchot włóknistych, zostały podane.

---



## DODATEK.

### Obawa suchot (*Phthisophobia*).

---

Niejednokrotnie zdarza się lekarzowi spostrzeżać osobników skądinąd zdrowych, którym się zdaje, że są dotknięci suchotami płucnymi. Pacjenci tacy, pomimo dokładnego zbadania i zapewnienia, że są zupełnie zdrowi, przyjmują orzeczenie to z niedowierzaniem, domagają się usilnie odpowiednich środków leczniczych, lub też wskazania im najodpowiedniejszej miejscowości leczniczej dla ich cierpienia. Gdy lekarz zapewni ich powtórnie, że są zdrowi i nie potrzebują leczenia, twierdzą, że widocznie są już straceni, jeśli im lekarz odmawia porady. Jeśli zaś odwrotnie lekarz przepisze im leczenie lub wskaże miejscowość kuracyjną, uważają to znowu za dowód, że rzeczywiście są chorzy i wpadają w zwątpienie. Już wygląd ich zewnętrzny, zdradzający niepokój, mowa szybka, akcentowanie nadmierne jakiegoś urojonego objawu (ból piersi, gardła i t. p.) wskazują odrazu wprawnemu lekarzowi, że ma do czynienia z neurastenikiem, co zresztą potwierdza badanie chorego. Pacjenci tacy rekrutują się najczęściej z rodzin neurastenicznych, w których zdarzył się przypadek suchot płucnych, a rozwój choroby przypisują oni bądź to zarażeniu się bezpośrednio, np. przez przebywanie wspólne z suchotnikiem lub nawet nieraz przez używanie pewnego przedmiotu, który należał do osoby zmarłej na suchoty (chusteczka na szyję, ubranie i t. p.). U innych obawę rozwoju suchot wytwarza zjawienie się u nich jakiegoś objawu, który widzieli lub nawet znają ze słyszenia, jako właściwy sprawie suchotniczej, a więc suchy kaszel, ból w piersi, a najczęściej jakaś żyłeczka krwi, wydobyta przy mocnem chrząkaniu lub kaszlu. Szczególniej ten ostatni objaw wywołuje u nich nadmierny niepokój; chorzy drżą literalnie, nie śpią, nie jedzą, boją się aby znowu nie zakaszać i aby krew się nie pokazała, gdyż, jak to słyszeli, krwotok następczy może ich zabić. Zdarza się często, że wpływ psychiczny rozumnego lekarza uspakaja ich w zupełności, a chorzy powoli

wracają do swojego normalnego stanu. Jeśli jednakże lekarz okaże pewne wahanie, nie zaakcentuje dostatecznie, że nic im nie grozi, a co jeszcze gorzej, zapisze jakiś renomowany i na dobie będący lek przeciwgruźliczy, to stan nerwowy pacjenta ulega coraz większemu rozdrażnieniu, zaczyna on gwałtownie szukać pomocy, przerzuca się od jednego lekarza do drugiego, słyszy ciągle zdania sprzeczne i różne poglądy na swe cierpienie, wreszcie najczęściej wpada w ręce szarlatanów, którzy, wyzyskawszy go materialnie, doprowadzają jego stan nerwowy do zupełnego wyczerpania. Najskuteczniejszym leczeniem tej kategorii neurasteników będzie psychoterapia, odpowiednie wzmacnianie ich systematu nerwowego. Naturalnie terapia ta powinna być poprzedzona gruntownym zbadaniem chorego i nabraniem przez lekarza rzeczywistego przekonania, że objawy, zaznaczone przez chorego, nie mają nic wspólnego z gruźlicą, a jedynie stanowią objawy neurasteniczne.

Do drugiej grupy ftyzofobów odnieść należy chorych, którzy kiedyś, nieraz przed wielu laty, przebywali istotne cierpienie płuc, nieznaczne zajęcie szczytu, krwioplucie i t. p., sprawa jednakże zakończyła się pomyślnie lub pozostawiła włókniste ograniczone zmiany szczytowe. Zresztą czuli się oni całe szeregi lat zupełnie zdrowymi. Otóż nieraz występują u nich pewne objawy, najczęściej nawet niezależne od sprawy przebytej, jak nieżyty oskrzeli grypowego pochodzenia, suche nieżyty oskrzeli, połączone z dusznością, a nawet nieznaczne krwioplucie, które u osobników, dotkniętych sprawą włóknistą, może się zjawić, jako objaw przekrwienia płuc pod wpływem wysiłku fizycznego, pobudzenia serca, nadużycia alkoholu i t. p. Zjawienie się powyższych objawów, a szczególnie krwioplucia, wywołuje nadmierną panikę u chorych; zdaje im się, że sprawą, niegdyś szczęśliwie przebyta, znów występuje w całej swej grozie i to podówczas, gdy zdobyli już pewne stanowisko, posiadają rodzinę, którą muszą utrzymywać; wszystko więc przepadnie i znów odżyje oddawna trapiąca ich zhora, t. j. suchoty. U tej kategorii pacjentów występuje nieraz formalna rozpacz, a skądinąd umysłowo tędy wpadają nieraz w ciągu dni kilku w stan takiej desperacji, że drżą, płaczą na widok świeżej krwi lub nieco podniesionej ciepłoty. I u nich psychoterapia odgrywa pierwszorzędną rolę, aczkolwiek zadanie lekarza jest wielce trudne. Staże on bowiem wobec niezbitego faktu przebytej ongi choroby płucnej, a nieraz nawet wyraźnych pozostałości w płucach. Po należytych jednakże krytycznym rozbiórce objawów i dojściu do przekonania, że sprawa świeża, którą są dotknięci chorzy jest niezależna lub też tylko pośrednio związana z przebytą niegdyś, winien lekarz kategorycznie wypowiedzieć to choremu, zapewniając go, że sprawa świeża przejdzie i nie wpłynie bynajmniej na odezwanie się uprzedniej choroby. Tą drogą wzbudzone zaufanie najczęściej uspakaja chorego; bez wybuchów podrażnienia przebędzie on świeże cierpienie i wraca po pewnym czasie do uprzedniego zdrowia i do swego zajęcia. W przeciwnym razie zbytne akcentowanie przez lekarza związku świeżego cierpienia z przebytem, zalecanie od razu kuracji wyjazdowej, szczególnie zimą na południe, wywołuje

ogromny niepokój, szybkie pogorszenie objawów neurastenicznych, utratę apetytu, raptowne chudnienie. W innych znowu przypadkach chorzy, po przebytem szczęśliwie świeżem powikłaniu, przedstawiają znaczny stopień wyniszczenia, a szczególnie znaczne wyczerpanie systematu nerwowego; zdarza się to przeważnie u tych chorych, u których ze względu na ich stan materialny zalecany im wyjazd na południe nie może przyjść do skutku, a on to właśnie miał ich zupełnie postawić na nogi, stąd zwątpienie i wyczerpanie nerwowe. Wreszcie inni chorzy tej ostatniej kategorii z wielkim wysiłkiem i ofiarami nieraz całej rodziny wyjeżdżają zimą na parę miesięcy na dalekie południe. Niestety jednakże, najczęściej kosztowna ta wycieczka nie wywołuje pożądanego efektu. Chorzy bowiem, zazwyczaj mało zasobni w fundusze, zmuszeni liczyć się z każdym groszem, źle pomieszczeni i odżywiani, zaziębiają się już często w drodze, a na miejscu zapadają na cierpienia żołądkowe, stołując się w lichych hotelach, trapią się stale panującą tam drożyzną, tęsknią za domem i wracają wychudzeni, zdenerwowani, nieraz zrozpaczeni swym stanem, gdyż nawet owo cudowne południe, albo sławny Davos, nie zdołały im pomóc. W domu jednakże zazwyczaj poprawiają się i uspakajają, co naturalnie uważają jako dalszy dobroczynny wpływ południa. Z nastaniem następnej zimy, szczególnie przy zjawieniu się najmniejszego kaszlu, trapią się znowu swym pogorszeniem, a szczególnie tem, że nie będą w stanie znowu wyjechać na zimą na południe, a przecież, jak mówią, wiedzą dobrze, bo o tem zapewniał ich lekarz kurortowy, że do zupełnego ich wyleczenia trzeba kilka zim z rzędu przebyć na południu, a oni już na to niestety, zdobyć się nie mogą. Stąd wyradza się coraz większe ich zniechęcenie do pracy; neurastenja na tle obawy suchot rozwija się coraz bardziej, doprowadzając cały układ nerwowy do coraz większego rozstroju; kończą wreszcie tem, że mimo zapewnień lekarza, że nic im nowego ze strony płuc nie zagraża, przestają pracować, rzucają nieraz bardzo korzystne zajęcia, pozbywają się resztek swojego mienia, aby znowu na południe wyjechać. Wreszcie najczęściej pędzą dalej smutny żywot neurasteników, pozbawionych siły woli, żyjąc ze wsparcia rodziny bliższej lub dalszej, twierdząc ciągle o swej nieuleczalnej chorobie piersiowej, wymagającej wielkich wygód, dobrego odżywiania, ciepłego klimatu, na które nie posiadają środków. Widuję rokrocznie sporo podobnych wykołejonych osobników: studentów, nauczycieli, a nawet lekarzy i innych fachowców obojga płci, którzy, nieopatrznie skierowani dzięki nieodpowiedniej poradzie do kurortu południowego albo górskiego, wykołejili się w zupełności, gdy tymczasem w innych warunkach mogli byli być wielce pożytecznymi członkami swojego społeczeństwa.

## LITERATURA.

Z olbrzymiej liczby prac literatury wszechświatowej, odnoszącej się do gruźlicy płucnej, podajemy niektóre nowsze prace, zawierające całokształt nauki o suchotach płucnych. I tak:

### I. W języku angielskim:

- 1) Lindsay I. A. Clinical Lectures of Diseases of the Lungs. 2 ed. London, 1906.
- 2) Powell and Hartley. Diseases of the Lungs. 5 ed. London, 1911.
- 3) The Control and Eradication of Tuberculosis by many Authors. Edinburgh, 1911.

### II. W języku francuskim:

- 1) Herard, Cornil et Hanot. La phtisie pulmonaire. Paris, 1884.
- 2) Grancher. Maladies de l'appareil respiratoire. Tuberculose et auscultation. Paris, 1890.
- 3) Marfan. Traité de Médecine. Charcot-Bouchard. II Ed. Paris, 1901.
- 4) Sergent. Études cliniques sur la tuberculose. Paris, 1908—1918.
- 5) Calmette A. L. Infection bacillaire et la tuberculose. Paris, 1920.
- 6) Letulle. La tuberculose pleuro-pulmonaire. Paris, 1918.

### III. W języku niemieckim:

- 1) Fraenkel A. Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten. Wien, 1904.
- 2) Cornet. Die Tuberculose. II Auf. Wien, 1907. (W dziele tem znajduje się całkowita literatura cudzoziemska w sprawie gruźlicy, zestawiona do roku 1907).
- 3) Turban. Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose. Wiesbaden, 1889.
- 4) Liebermeister. Handbuch der praktischen Medicin. I Bd. 1899.
- 5) Bandelier u. Roepke. Die Klinik der Tuberculose. Würzburg, 1911.
- 6) Backmeister A. Lehrbuch der Lungenkrankheiten. 1916.

### IV. W języku polskim:

- 1) Biegański Wł. i Sokołowski. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. III wyd. 1903.
- 2) Bronowski Sz. Podstawowe sposoby badania klinicznego. Część I i II. 1917--1919.

- 3) Dębiński B. Dyagnostyka gruźlicy. Metody kliniczno-laboratoryjne. 1912.
- 4) Dmochowski Z. Dyagnostyka anatomo-patologiczna. Cz. I. Klatka piersiowa. 1904.
- 5) Heryng T. Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani. 1905.
- 6) Jaworski W. Nauka o chorobach wewnętrznych. Tom II. Choroby narządu oddechowego. (Pieniążek i S. Korczyński). 1905.
- 7) Sokołowski A. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Tom III. Suchoty płucne. 1906. (W pracy tej zestawiona jest całkowita literatura polska, odnosząca się do suchot płucnych do 1906 r.).
- 8) Sokołowski A. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej. Odczyt kliniczny. 1909.
- 9) Sokołowski A. Choroby proletariatu. 1918.
- 10) Sterling S. O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. Odczyt kliniczny. 1910.
- 11) Szmurło J., Erbrich F., Dębiński B., Sokołowski A., Grudziński Z. i Dąbrowski K. Metody badania narządu oddechowego. 1920.

Oprócz podręczników i prac specjalnych, całokształtem nauki o gruźlicy, referatami, sprawozdaniami z towarzystw przeciwgruźliczych, a przede wszystkim sprawą walki z gruźlicą zajmuje się cały szereg czasopism, wydawanych za granicą, z których wymieniam jako najważniejsze: z angielskich: „*Tuberculosis*”; z francuskich: „*Revue de la tuberculose*” i „*Bulletin du comité national de defense contre la tuberculose*”; z niemieckich, wychodzący od roku 1900 wyborny miesięcznik p. t.: „*Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen*” i inne.

## Wykaz ważniejszych prac Prof. D-ra Alfreda Sokołowskiego.

---

- I. **Wykłady Kliniczne Chorób Dróg Oddechowych.** Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie i Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, w 3-ch tomach.
  - 1) Choroby tchawicy i oskrzeli,
  - 2) Choroby płuc,
  - 3) Choroby opłucnej i śródpiersia — Suchoty płucne. (Wyd. Gazety Lekarskiej).
- II. **Propedeutyka Lekarska** wstęp do nauk lekarskich ze szczególniejszym uwzględnieniem Historji Medycyny Polskiej. Wykłady wygłoszone w Uniw. Warsz. w latach akadem. 1918/19 i 1919/20. Wyd. M. Arcta w Warszawie 1920 r.
- III. **Wielkie Klęski Społeczne.** (Ospa — choroby tyfusowe — dżuma — grypa — cholera — choroby zakaźne, właściwe wiekowi dziecięcemu — suchoty płucne — choroby weneryczne — alkoholizm) i walka z niemi. Wykłady z dziedziny medycyny społecznej, wypowiedziane na Wolnej Wszechnicy 1916/17 r. Nakł. Gebethnera i Wolffa w Warszawie.
- IV. **Choroby Proletariatu.** Wykłady z dziedziny medycyny społecznej, wypowiedziane na Wolnej Wszechnicy Polskiej w roku akad. 1917/18. Nakł. Gebethnera i Wolffa — Warszawa — 1919.

W zbiorze „**Odczytów klinicznych**“, wydawanych przez redakcję „Gazety Lekarskiej“ wyszły następujące prace:

- Serja II. Nr. 13. Skryte postacie suchot płucnych.  
„ V. „ 53. Leczenie klimatyczne suchot płucnych.  
„ VI. „ 62. O bólu gardła.  
„ X. „ 113, 114. O stosunki cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych.
- Serja XI. Nr. 128. Alkohol w etiologii i terapii chorób dróg oddechowych.
- Serja XV. Nr. 176. Rozpoznawanie i leczenie ostrego wysiękowego zapalenia opłucnej.
- Serja XVII. Nr. 194. Znaczenie lecznicze klimatu południowego ze szczególnem uwzględnieniem Algieru.
- Serja XVIII. Nr. 210. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej.
- Serja XIX. Nr. 217 i 218. O wskazówkach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płucnych (razem z D-rem Fr. Kijewskim).
- Serja XX. Nr. 237. Serce a płuca, ich wzajemny stosunek w sprawach patologicznych.
- Serja XXI. Nr. 241. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.

Biblioteka Główna WUM

**KS.1298**



210000001298



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

SZPITAL IM. KAROLA I MARJI



475

1921r. 556



www.dlibra.wum.edu.pl