

ZABURZENIA ŻOŁĄDKOWE I KISZKOWE

w najpierwszych okresach

GRUŹLICY PŁUC

Podał

WŁ. JANOWSKI

docent Akademii i Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus
w Warszawie.

WARSZAWA
Druk K. Kowalewskiego. Mazowiecka 8.
1907

54416



Ms. 68-1952 - 487 un.

ZABURZENIA ŻOŁĄDKOWE i KISZKOWE W NAJPIERWSZYCH OKRESACH GRU- ŻLICY PŁUC.

Podał

Władysław Janowski,

docent Akademii i Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus
w Warszawie.

(odezyt wygłoszony d. 11 Grudnia r. 1906 w Towarzystwie
Lekars. Warszawskiem).

I. Sprawa zaburzeń żołądkowych i kiszkowych w najwcześniejszych okresach grużlicy płucnej była już poruszana w szeregu prac oryginalnych: G. SÉE (26), MARFAN'a (20), G. KLEMPERER'a (14—15), O. BRIEGER'a (3), SOKOŁOWSKIEGO (28), CRONER'a (6), DĘSKIEGO i MAJEWICZA (7) i DĘSKIEGO (8) i omawiana jest nadto w niektórych obszernych podręcznikach zarówno chorób płuc [LEBERT (18), CORNET (6), SOKOŁOWSKI (29)], jak i żołądka [JAWORSKI (17), RIEGEL (23)]. Pomimo to, kliniczna znajomość faktu, że chorzy w początko-

wych okresach gruźlicy płuc mogą stosunkowo często skarżyć się przez czas dłuższy wyłącznie na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, naśladujące prawdziwe pierwotne organiczne jego cierpienie, nie jest bynajmniej rozpoznane w tym stopniu, w jakim na to, ze względów praktycznych, zasługuje. Wynikają stąd, jak na to słusznie zwracali uwagę KLEMPERER (15), SOKOŁOWSKI (28, 29), CRONER (6) i inni, i jak sam wielokrotnie widziałem, zasadnicze i niezmiernie w swoich następstwach dla chorego poważne błędy rozpoznawcze. Okoliczność ta skłoniła mnie do ponownego poruszenia omawianej sprawy. Robię to tem śmielej, iż odnośny materiał grupuję już od lat z górami pięciu, tak, że jest on nierównie większy od ogłoszonego dotychczas przez któregokolwiek z autorów.

Zestawiłem, mianowicie, ze sobą wszystkie przypadki gruźlicy płuc w początkowym okresie rozwoju, które udało mi się spostrzeć w ciągu powyżej wymienionego czasu i z których znaczną większość miałem w obserwacji do lat 3 i dłużej.

Do takiej gruźlicy płuc w okresie „początkowym” zaliczyłem: 1) przypadki, w których stwierdziłem w jednym z wierzchołków przy pierwszym ich badaniu tylko wyraźne wydłużenie wydechu z wyraźnym również wzmożeniem drżenia głosowego i nieznaczną ilością wilgotnych rzężeń, występujących tylko po kaszlu

lub bez niego. 2) Przypadki, w których stwierdziłem w jednym lub w obydwu wierzchołkach tylko osłabienie szmeru oddechowego, ale wyraźne, niewątpliwe, ze wzmożeniem drżenia głosu i stałymi wilgotnymi rzężeniami, chociażby skąpymi. 3) Wreszcie takie przypadki, w których stwierdzałem w jednym albo nawet w obydwu szczytach płucnych bardzo znaczne wydłużenie wydechu lub szorstkość wdechu i wydechu obok stale słyszalnych wilgotnych rzężeń, ale bez wyraźnych zmian opukowych lub z nieznaczem obniżeniem górnej granicy jednego lub obydwu szczytów. We wszystkich tych przypadkach bliższe wywiady wykazywały mniejsze lub większe obarczenie dziedziczne, osłabienie, wychudnięcie, skłonność do zaziębień, czasem nieznaczne krwotoki w niedawnej lub nawet oddalonej (przypadki grupy 3-ej) przeszłości. Dalsza zaś obserwacja tych przypadków wykazywała w pewnej ich części nieznaczne wahania ciepłoty, które w przypadkach grupy 1-ej i 2-ej wynosiły 37.2° — 37.8° , a w przypadkach grupy trzeciej dochodziły nieraz do 38°C i wyżej.

Ogółem takich przypadków „początkowej“ gruźlicy wynotowałem 700, z których 488 (=70%) dotyczyło kobiet, a 212 (=30%) mężczyzn. Otóż na tę liczbę 700 chorych spotykałem objawy żołądkowe, kiszkowe lub jedno i drugie jednocześnie 247 razy, t. j. u 35% odnośnych chorych. Występowały one u kobiet znacznie czę-

ściej, niż u mężczyźni. Bliższe zestawienie szczegółów statystycznych podam poniżej. W znacznej większości wyżej wymienionych przypadków choroby ci przyszli do mnie wyłącznie ze skargami ze strony przewodu pokarmowego, tak, że dopiero dokładne ich rozpytanie co do rzeczonych skarg, wykrycie w nich większej lub mniejszej sprzeczności, otrzymanie wyżej wymienionych danych wywiadowych ogólnych, a czasami nawet wygląd ogólny takich chorych i charakterystyczny zapach ich potu obok, naturalnie, dokładnego zbadania wierzchołków płuc, umożliwiały zrobienie należytego rozpoznania, t. j. stwierdzenie zajęcia płuc sprawą gruźliczą i związaną z tą ostatnią dręczących chorego dolegliwości żołądkowych lub kiszkiowych. Ustępowanie omawianych tu dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego przy ogólnno-hygienicznym leczeniu chorego jest w tych przypadkach jednym z ważnych ogniw w łańcuchu dowodów, przemawiających za tem, że odnośne zaburzenia w trawieniu, najczęściej już przedtem dyetą i wodami mineralnemi bez skutku leczone, zależały nie od samoistnego cierpienia żołądka lub kiszki, lecz istotnie od gruźlicy, podkopującej ogólny stan chorego.

II. Wszystkie o b j a w y zaburzeń w trawieniu w początkowych okresach gruźlicy podzielić muszę na: żołądkowe, kiszkiowe oraz żołądkowo-kiszkiowe.

A) Co do o b j a w ó w ż o łą d k o w y c h,

to spostrzegalem je ogółem u 99 chorych. Chorzy ci stanowili więc 14% mego materiału. Co do płci, objawy te stwierdziłem 73 razy u kobiet i 26 razy u mężczyzn.

Objawy te są następujące:

1) Zaburzenia w łaknieniu. Najczęściej chorzy skarżą się na brak apetytu. Niechęć do jedzenia rozwija się przeważnie stopniowo w ciągu kilku tygodni lub wyjątkowo miesięcy i szybko dochodzi do tego, że chorzy mają poprostu wstręt do wszelkiego jedzenia. Objaw ten powstaje niewątpliwie, jako wynik zatrucia proteinami laseczników gruźliczych (CORNET 5, str. 359), a może i innych produktów ich działania, do których organizm jeszcze się nie przyzwyczał. Do tego ostatniego zastrzeżenia, które zrobił JAWORSKI (17), przychyliam się dlatego, że doświadczenie kliniczne pokazuje wielokrotnie, iż w dalszym przebiegu gruźlicy, w miarę, jak organizm przyzwyczaja się do działania odnośnych jądów, łaknienie nie tylko wraca do normy, ale staje się czasem poprostu wilczem. Czasami odnośni chorzy zaznaczają nadzwyczajną zmienność swego apetytu, zarówno co do ilości pokarmów, jaką spożyć mogą, jak i co do ich rodzaju. Uderzył mnie zwłaszcza często spotykany u podobnych osobników wstręt do pokarmów mącznych, o którym powtarzali mi z naciskiem, gdy w celach leczniczych właśnie na spożywanie znacznej ilości pokarmów mącznych nalegałem.

Rzadziej skarżą się na wstręt do tłuszczów, a najrzadziej spotykałem wstręt do mięsa, trwający za to nieraz dość długo i ustępujący dopiero w miarę postępowania poprawy pod wpływem wzmacniającego leczenia. Wreszcie inni chorzy zaznaczają uderzającą ich samych zmienność apetytu w omówionych kierunkach lub swój nieprzeparty pociąg do pewnych pokarmów, np. do kwasów, mianowicie cytryn. Słowem, skargi co do łaknienia noszą często charakter t. zw. nerwowych. Towarzyszy im najczęściej normalny wygląd języka, który jest czerwony i wilgotny. Nie należy jednak nigdy skarg tych brać od razu za zwykle nerwowe, jeżeli zaburzenia w łaknieniu w którymkolwiek z omawianych kierunków trwają długo i jeżeli towarzyszy im wychudnięcie chorego, co do którego omawiani tu chorzy często mylnie twierdzą, jak na to trafnie zwraca uwagę SOKOŁOWSKI (29), jakoby zależało ono tylko od braku łaknienia.

2) Odbijania stanowią bardzo częstą skargę omawianych chorych. Zwracał na to uwagę cały szereg klinicystów, jak G. SÉE (26), MARFAN (20), KLEMPERER (15), RIEGEL (23), SOKOŁOWSKI (29), DŁUSKI i MAJEWICZ (8) i inni. Najczęściej odbijania występują zaraz po jedzeniu i są puste, bezwonnymi gazami, albo czuć je świeżem jedzeniem. U $\frac{1}{4}$ moich chorych odbijanie to występowało dopiero w godzinę lub dwie po jedzeniu i bywało kwaśne lub wyjątkowo rzeko-

mo „cuchnące“. Rodzaj spożytego pokarmu na szybkość wystąpienia i woń odbijania nie wpływa. Znaczna większość chorych twierdzi, że odbija się im po każdym jedzeniu. Objaw ten szybko przy poprawie stanu ogólnego ustępuje, ale należy też do tych, które najprędzej, przy pogorszeniu się stanu ogólnego wracają. Przy silnym odbijaniu dochodzi czasem do:

3) Zwracania pokarmów do gardła bez mdłości. Smak ich chorzy podają zawsze, jako kwaśny. Wywołują one często palenie w przełyku.

4) Do najczęstszych objawów żołądkowych należy zgaga, która czasem występuje prawie natychmiast po jedzeniu. W tym ostatnim razie oraz przy występowaniu swem po każdego rodzaju jedzeniu, jak to najczęściej miewa miejsce, podobna zgaga naśladuje niestrawność zwykłą, nerwową, lub zdarzającą się w ciężkich przypadkach błednicy i małokrwistości. O ile jednak zgaga występuje w godzinę lub później po jedzeniu i zbiega się ze skargą na nieznoszenie pokarmów mącznych lub, co sobie chorzy często wmawiają, surowych, może być jednym z powodów, przyczyniających się do mylnego rozpoznawania nadkwaśności lub wrzodu żołądka. Ta sama uwaga tyczy się w wyższym jeszcze stopniu:

5) Palenia w żołądku, które, obok zgagi, jest jedną z najczęstszych skarg żołądkowych w początkowych okresach gruźlicy.

Czasem jest ono nieznaczne, ale czasem bardzo silne; raz występuje szybko po jedzeniu i znika w ciągu kilkunastu minut; innym znów razem występuje dopiero w godzinę lub nawet dwie po jedzeniu, bez względu na jego rodzaj— czasem nawet po herbacie, mleku, jajkach — i trwa taki sam przeciąg czasu. W innych znowu przypadkach chorzy, po odpowiedniem ich rozpytaniu, zaznaczają, że czasami nie doznają ani zgagi, ani palenia w żołądku nawet po obfitem i ciężko strawnem jedzeniu, innym zaś razem dostają tych objawów w wysokiem natężeniu nawet po pożywieniu bardzo skąpem i lekko strawnem. Nie należy nigdy zapominać, że ostatnie dolegliwości, przytem raz nieznaczne i zmienne co do natężenia u tych samych osobników, czasem zaś nawet bardzo wybitne i uporeczywie trwające, są często jednym z pierwszych objawów gruźlicy płucnej. Dlatego trzeba przy nich zawsze pedantycznie zbadać szczyty, zwłaszcza o ile wymienione objawy występują u osobników, skarżących się nadto na brak łaknienia, wychudnięcie, oraz o ile zachodzi najmniejsza sprzeczność pomiędzy nimi, a innymi podmiotowymi objawami żołądkowymi.

6) **Przelewanie** w żołądku spotyka się u chorych tej grupy z dłużej trwającemi zaburzeniami w trawieniu. Jest ono czasem nieznaczne, a czasem tak wybitne, że można je wyczuć i usłyszeć przy lekkim obmacywaniu żołądka. Niektórzy z moich chorych wywoły-

wali w mojej obecności na pokaz głośne przelewanie żołądka (*Clapottement*) przez kurezenie mięsnej brzucha. Większość chorych twierdzi, że przelewanie to trwa czasem godzinę, dwie i dłużej po jedzeniu, na co zwracał uwagę MAREAN (20). Jest dla mnie wątpliwem, czy zależy ono od rozszerzenia żołądka, które czasem w tych przypadkach stwierdzić można, czy też od jego opuszczenia (*ptosis*), wynikłego z wychudnięcia. Objaw ten bowiem spotykałem przeważnie u osobników bardzo wychudzonych.

7) Do często spotykanych przezemnie objawów podmiotowych u podobnych chorych należą też skargi na pełność w żołądku, na co zwracali już uwagę MAREAN (20), KLEMPERER (15), RIEGEL (23), CORNET (6) i inni. To uczucie pełności żołądka jest czasem tak dokuczliwe, iż chorzy podają je jako skargę na:

8) W z d ę c i e żołądka, którego jednak rzeczowo stwierdzić nigdy nie mogłem, aczkolwiek jest to skarga bardzo pospolita. Wspominał o niej już LEBERT (18) w r. 1873, a za nim G. SÉE (26), SOKOŁOWSKI (28, 29) oraz DŁUSKI i MAJEWICZ (7).

9) Przy większej jeszcze wrażliwości błony śluzowej żołądka na ucisk ze strony pokarmów chorzy twierdzą wprost, że mają ciężar w żołądku lub skarżą się na:

10) G n i e c e n i e w żołądku. Występuje ono czasem po każdym rodzaju jedzenia

i trwa od kilkunastu minut do dwóch i więcej godzin. Przekonałem się, że przez swoją uporczywość skarga ta przyczynia się często do rozpoznawania prawdziwego kataru żołądka. A jednak dolegliwość ta jest jednym z najpospolitszych objawów żołądkowych we wczesnych okresach gruźlicy płucnej, o którym wspominali już KLEMPERER (15), SOKOŁOWSKI (28, 29), JAWORSKI (17), RIEGEL (23) i CORNET (5), ustępującym szybko przy wzmacniającem leczeniu ogólnem.

11) Dość często tacy chorzy, obok skarg na palenie w żołądku, ciężar w nim i gniecienie, dodają jeszcze wyraźną skargę na tępy, ssący lub ostry ból w żołądku, o czem wspominali już LEBERT (18), G. SÉE (26), SOKOŁOWSKI (28, 29) i CORNET (6). Dolegliwość ta, jak mówiłem, dość częsta, czasem ma cechę zwykłej nerwowej przez swą zmienność, dzięki której występuje raz po najlżej strawnych pokarmach, jak herbata, mleko, jajka, to znów nie ma jej wcale po pokarmach najciężej strawnych. Czasami jednak omówiony tępy lub ssący ból ten przyczynia się bardzo do naśladowania kataru żołądka przez to, że w ciągu szeregu tygodni występuje po każdym jedzeniu, i to nawet bardzo skąpem; lub też naśladuje nadkwaśność, resp. wrzód żołądka, o ile zbiega się z rzekomem nietolerowaniem pokarmów mącznych lub tłustych. Podobnych przypadków, które naśladowały przez długi czas (jeden przez dwa

lata) wymienione cierpienia, znam z górą dziesięć. Pomyłce takiej nie należy się wcale dziwić, ale uniknięcie jej jest możliwe tylko przy dokładnem badaniu szczytów płucnych w każdym przypadku zaburzeń żołądkowych.

12) Uwaga ta tyczy się w jeszcze wyższym stopniu chorych, u których ból żołądka nasila się po jedzeniu do stopnia kurezu żołądka (gastralgia), co zdarza się u omawianych chorych wcale nie tak rzadko, jakby się zdawało. Na objaw ten zwracali uwagę **LEBERT** (18), **MARFAN** (20) i **SOKOŁOWSKI** (28, 29). Pomiędzy moimi 99 przypadkami z objawami żołądkowymi takie gwałtowne bóle występowały u 7-u chorych, przyczem u 5-u z pomiędzy nich, z powodu innych towarzyszących i istotnie bardzo łudzących objawów, przyczyniały się do naśladowania objawów wrzodu żołądka. Ze względów leczniczych jest to jedna z najfatalniejszych pomyłek rozpoznawczych, której uniknięcie jest czasem bardzo trudne, nawet przy uważnem badaniu szczytów płucnych, ponieważ zdarza się nieraz, iż chory cierpi jednocześnie na gruźlicę płuc i wrzód żołądka. Czterech chorych ostatniego rodzaju z dużymi krwotokami żołądka sam leczylem. Uniknięcie pomyłki rozpoznawczej u chorych, skarżących się na zgagę, palenie, ból i kureze w żołądku, a mających jednocześnie choćby nieznaczne zmiany w szczytach, jest możliwe tylko przy pilnem i krytycznem kontrolowaniu skutku sto-

sowanych zabiegów leczniczych w kierunku leczenia wrzodu żołądka. Gdy leczenie to w podobnych przypadkach w ciągu najdalej dwóch tygodni wyraźnej ulgi choremu nie przynosi należy je zmienić i przejść odrazu do forsownego odżywiania i innego leczenia gruźlicy. Przez podobne postawienie kwestyi udało mi się w porę wycofać się z własnego błędu u dwóch chorych w r. 1901-m.

13) Rzecz jasna, że żołądek chorych, tak źle tolerujących jedzenie, może czasem wykazywać wyraźną wrażliwość na ucisk, na co zwracają uwagę tylko KLEMPERER (15) i CORNET (5), a co wcale do rzadkości nie należy: u moich chorych notowałem to 8 razy, ale na zasadzie opowiadań moich chorych pewny jestem, że objaw ten, jako przemijający, daleko rzadziej zostaje stwierdzony przedmiotowo, niż jest odczuwany podmiotowo.

14) Przy dłuższem trwaniu uczucia rozdymania, ciężaru, gniecienia i zwłaszcza bólu żołądka omawiani chorzy skarżą się czasem na nudności i mdłości, wspomniane już przez LEBERT'a (18), KLEMPERER'a (15), JAWORSKIEGO (17), DŁUSKIEGO i MAJEWICZA (7) oraz RIEGEL'a (23), który objaw ten uważa nawet za częsty. Osobiście spostrzegałem go u 10 kobiet i u 4 mężczyzn, jako objaw nie stały, nie zależny od rodzaju spożytego jedzenia, kończący się czasem ślinotokiem i częstymi ruchami polykowymi w celu zapobieżenia wymiotom.

15) Wymioty zdarzają się u chorych w najpierwszych okresach gruźlicy rzadko. Jedynie KLEMPERER (15) mówi o nich, że zdarzają się „nie rzadko“, co zależy zdaniem mojem, od tego, że autor ten wliczył do chorych z „początkowemi“ zmianami wszystkich, u których brakowało tylko objawów jam w płucach. Tacy zaś chorzy mogą wymiotować albo z powodu silnego kaszlu, bardzo przytem nasilonego przez zdarzające się u nich często podrażnienie gardzieli i jamy nosogardzielowej lub nadżarcia błony śluzowej na łukach gardzieli, albo z powodu nadeżności lub prawdziwego kataru błony i śluzówki żołądka, jak pisze CORNET, (5) i jak na to zwracałem uwagę w moim odczycie o wymiotach (16 str. 11). Przeciwnie, inni autorowie, jak LEBERT (18), G. SÉE (26), MARFAN (20), SOKOŁOWSKI (28, 29), RIEGEL (23), CORNET (5), DŁUSKI i MAJEWICZ (7) uważają wymioty u chorych na początkowy okres gruźlicy płuc za objaw rzadki. Zgadza się z tem moje doświadczenie, gdyż objaw ten spostrzegalem zaledwie u 8-u chorych, i to jako występujący jednorazowo lub, w każdym razie, dorywczo. Podobne wymioty noszą charakter nerwowych, t. j. przychodzą bardzo łatwo, prawie nagle, a w każdym razie prawie zawsze bez poprzedzających mdłości, i nie prowadzą [MARFAN (20)] do następnych omdleń lub zawrotów głowy. Czasem tylko towarzyszy im szybko przemijające bicie serca. Nie zdarzają się one ni-

gdy rano, „z rozkaszłania się”, jak to bywa u daleko posuniętych suchotników, lecz przychodzą najczęściej wieczorem, po nagłym ataku kaszlu.

Mówiliśmy, mianowicie, powyżej, że chorzy w początkowym okresie gruźlicy płuc mają uczucie pełności żołądka. Otóż czasami to uczucie pełności jest tak drażniące, że spowodowadza podrażnienie kaszlowe. Jest to objaw, nazwany przez WILLIS'A (20) kaszlem żołądkowym. Taki zaś, tak zwany, kaszel żołądkowy prowadzi często do omawianych tu wymiotów. MARFAN (20) twierdzi nawet, że wymioty u „wczesnych tuberkulików“ nie zdarzają się nigdy bez poprzedniego kaszlu „żołądkowego”, t. j. wywołanego przez omówione przykre uczucie przepelnienia żołądka. Trudno powiedzieć od czego powstają takie wymioty. Przypuszczenie jednak MARFAN'a (20) i SOKOŁOWSKIEGO (29), że mogą one zależeć od nadmiernej pobudliwości gałązek żołądkowych nerwu błędnego, spowodowanej trującym wpływem na nie zarazka gruźlicy, wydaje mi się bardzo prawdopodobnem.

Omówiwszy w ten sposób bliżej poszczególne objawy żołądkowe w najpierwszych okresach gruźlicy, zaznaczam w końcu, że prawie nigdy nie występują one wszystkie u tych samych osobników. Skargami, najczęściej spotykanemi, są: brak apetytu lub znaczna jego zmienność, puste odbijanie, zgaga i palenie w żołąd-

ku po każdym jedzeniu i po każdym rodzaju pożywienia oraz uczucie pełności, wzdęcia i gniczenia w żołądku nawet po bardzo skromnym zjedzeniu. W wyjątkowych przypadkach dołączają się do tego bóle żołądka w różnym stopniu; najrzadziej zaś — mdłości i wymioty. Skargi te więc same przez się nie charakterystycznego w sobie nie mają. Z powodu swojej zmienności, nielogiczności, niejednakowego stosunku do okresu trawienia i do pewnych rodzajów pożywienia naśladują najczęściej pospolitą niestrawność nerwową, spotykaną u zwyczajnych neurasteników, hysteroneurasteników lub u osób z daleko posuniętą blednicą albo małokrwistością. Stoją też bowiem, mojem zdaniem, w ścisłym związku genetycznym z zaburzeniami żołądkowymi w wymienionych tu cierpieniach, za które nieraz bywają brane, do czego w końcu pracy powrócę. Powtarzam jednak, że czasem skombinowanie tych objawów bywa tak fatalne, iż najdoświadczeńszy lekarz może się przez czas pewien wahać, czy ma do czynienia z niestrawnością nerwową w najpierwszych okresach gruźlicy, czy też z poważnem organicznem cierpieniem żołądka. Dlatego też przy najmniejszej wątpliwości w tym kierunku, zwłaszcza przy niepomyślnym wyniku konsekwentnego leczenia rzekomego pierwotnego cierpienia żołądka, należy uważnie, ew. kilkakrotnie badać szczyty płuc. Jest to tem niezbędniejsze, że, jak wiemy, drobna zmiana w od-

dechu w szczycie łatwo może uleść przeoczeniu przy jednorazowym nie dość uważnym ich badaniu, a nadto decydujące w tych razach rżenia wilgotne, z powodu swej nieliczności, mogą ujsć uwagi przy pobieżnym badaniu płuc, lub, co gorsza, czasowo nawet znikać. Pomimo że prawie 5½ roku zbierałem pilnie materiały kliniczny do niniejszej pracy i wskutek tego uważnie badałem wierzchołki płuc w przypadkach z zaburzeniami w trawieniu, zdarzało mi się jednak po parę razy dziennie odnotować w książeczce przy pierwszym badaniu chorego, że wyraźnych zmian w szczytach znaleźć nie mogę, podczas gdy już przy następnem badaniu wykrywałem je nie tylko z całą stanowczością, ale w stopniu tak wyraźnym, że sam się dziwiłem, jak mogłem je poprzednio przeoczyć. Powtarza się tu ogólna w medycynie zasada, że jednorazowy, ale zupełnie pewny wynik dodatni badania (mówię tu o szczytach) jest decydujący, podczas gdy kilkakrotny ujemny ma jeszcze wartość wątpliwą. Naturalnie, o ile chory skarży się sam na kaszel i inne objawy gruźlicy, popełnienie błędu z powodu współtowarzyszących tym skargom objawów żołądkowych jest dla lekarza z dużą wprawą w wysłuchiowaniu płuc rzadkością. Gdy jednak chory, uważając się za cierpiącego na żołądek, zwróci uwagę lekarza tylko w tę stronę, błąd jest łatwo możliwy, o ile wskutek tego wierzchołki płuc nie zostaną dokładnie zbadane. Dla uni-

knięcia więc tego należy u każdego chorego z ostatnio wyliczonymi objawami żołądkowymi zbierać dokładnie wywiady, pedantycznie badać szczyty płucne i nigdy nie zapominać zalecić mu systematycznego mierzenia ciepłoty co najmniej w ciągu dwóch tygodni, u kobiet zaś zwłaszcza przed peryodem. Tą tylko drogą zapobiedz można przeoczeniu istotnego źródła skarg żołądkowych.

Te same dosłownie uwagi stosują się i do chorych z objawami kiszkowymi, do których omówienia przechodzę.

B. O b j a w y k i s z k o w e u chorych w początkowych okresach gruźlicy płuc są daleko mniej rozmaite, niż żołądkowe. Spostrzegłem je u 92 chorych, co stanowi 13% mego materiału, przyczem 67 razy u kobiet i 25 razy u mężczyzn. Zastrzegam się na wstępie, że w skład powyższych 92 przypadków nie zaliczyłem żadnego z takich, w którym chory cierpiał tylko na zaparcie. To ostatnie bowiem spostrzegłem u znacznej większości chorych na gruźlicę wogóle i tego za zaburzenie w trawieniu kiszkiwem u nich nie uważam. Jeżeli bowiem, jak to pisał LOHRISCH (19) i jak to głębokiemu mojemu przekonaniu odpowiada, są ludzie, u których zaparcie należy uważać za stan normalny z powodu, iż wytwarzają mniej kału i bardzo silnie wchłaniają z pokarmów wszystko, co się tylko da przyswoić, to w pier-

wszym rzędzie należy do nich znaczna większość chorych na gruźlicę. Dlatego umiarkowanego zaparcia u takich chorych nie leczę i zawsze im powiadam, że jest ono nawet ułatwieniem w ich leczeniu w kierunku podniesienia odżywiania. Gdy to ostatnie znacznie się poprawia, wypróżnienia wyregulowują się u większości takich chorych prawie do normy, a często nawet zupełnie do normy. Tutaj więc omówię tylko rozwolnienie trwale lub występujące naprzemian z zaparciem oraz bóle w brzuchu.

Już na długi czas przed wystąpieniem jakiegokolwiek dolegliwości ze strony płuc chorzy z nieznacznymi zmianami w szczytach skarzyć się mogą na rozwolnienie, tak że zjawiają się u lekarza, jako chorzy na kiszki od szeregu miesięcy, a nawet dłużej. Widziałem kilku chorych, którzy cierpieli na biegunkę tego pochodzenia z górą 1½ roku. Początkowo biegunka zjawia się co kilkanaście, ew. co kilka dni, bądź—rzadko—jako jednorazowa, bądź też trwająca 1—3 dni, przyczem chory oddaje po 2—3 płynne wypróżnienia dziennie bez bólu. Choremu zdaje się zazwyczaj pierwszych kilka razy, że każdy nawrót biegunki zależał od specjalnie przed nim popełnionego błędu w diecie. Przekonywa się jednak wkrótce, że wszelka dieta, nieraz nawet zbyt surowa, nawrotowi biegunki nie zapobiega. Nie pomagają też ani zażywane środki ściągające, ani małe dawki

neutralnych soli, ani, niestety, samodzielnie przez chorych stosowane i nadużywane środki czyszczące. Przerwy pomiędzy biegunką stają się coraz krótszymi, a trwanie jej jest coraz dłuższe, pomimo, powtarzam, zachowywanej diety i stosowanego leczenia kiszek. Niektórzy chorzy dochodzą po paru miesiącach do tego, że mają biegunkę prawie stałą, przyczem obfite wypróżnienia mają miejsce prawie zaraz po jedzeniu. O ile sprawa trwa jeszcze dłużej, wypróżnienia te są poprzedzane przez krótszy lub dłuższy ból i przelewanie w całym brzuchu, a w końcu dochodzi nawet do tego, że samemu wypróżnieniu towarzyszy palący ból w dolnej części prostnicy, i że chorzy oddają nawet z kałem trochę śluzu, ew. wyjątkowo skarżą się na lekkie wydymanie przy wypróżnieniu. Czasem nawet tak daleko posunięta biegunka ustępuje samoistnie na kilka dni lub tygodni, aby wrócić ponownie, bez wszelkiego zboeczenia w dyecie, po większem zmęczeniu, dłuższem chodzeniu, po zaziębieniu się, lub po poważnem zmartwieciu, albo i wprost bez wiadomej przyczyny. Ile razy chory opowiada coś podobnego, co dla organicznego cierpienia kiszek jest, naturalnie, nielogiczne, trzeba zawsze pamiętać o tem, że cierpienie to zależy może od zajęcia szczytów sprawą gruźliczą, o której chory jeszcze nie wie, i zbadać szczyty płucne ze specjalną uwagą. To samo należy mieć w pamięci i u takich chorych, u których obecnie skargi są zupełnie

logiczne dla przewlekłego cierpienia kiszek, u których jednak dokładne rozpytanie się o początkowy przebieg choroby, leczonej czy nie leczonej, wykazuje w niem wyraźne sprzeczności. Rzecz jasna bowiem, że przy dłuższem trwaniu biegunki na tle t. zw. ukrytej gruźlicy płuc kiszka gruba może w końcu uleść przewlekłemu zapaleniu, które jednak, nawiasem mówiąc, najeźściej szybko ustępuje, o ile leczenie będzie skierowane w stronę gruźlicy. Kładę na to największy nacisk, gdyż, jakkolwiek G. SÉE (26), SOKOŁOWSKI (28, 29) i CORNET (5) na biegunkę w początkowych okresach gruźlicy zwracali uwagę, jednakże wiadomość o tem jest wśród ogółu lekarzy rażąco mało rozpowszechniona. Jak mówiłem, tylko zwrócenie pilnej uwagi na ogólny wygląd chorego, dziedziczność, przebyte choroby, ew. skłonność do zaziębień i do pokaszliwania, na osłabienie, wychudnięcie, na drobne (nawet poniżej 37.3°) wahania temp. i towarzyszące im nieznaczne dreszczyki, lekkie poty w nocy, obok pedantycznego badania płuc i przyjęcia pod uwagę bezskuteczności zwykłego leczenia kiszek mogą lekarza naprowadzić w podobnych przypadkach na rozpoznanie prawdziwego źródła choroby. Badanie kału na laseczniki w podobnych początkowych przypadkach (ciagle o takich tu mówię) nie ma celu, gdyż podobni chorzy laseczników nie tylko w kale, ale najeźściej nawet w ew. zbadanej płwocinie nie

mają¹⁾. Również badanie kału metodą SCHMIDT-STRASSBURGER'a nie ma tu znaczenia ani przy ujemnym, ani przy dodatnim (w przypadkach dawno się ciągnących) swym wyniku, z powodów łatwo zrozumiałych. O rozpoznaniu decyduje tylko powyższe, t. zw. zwyczajne, ale staranne zbadanie chorego ze szczególnem zwróceniem uwagi na szczyty płucne, bez użycia metod pomocniczych.

Zbytecznym zaś jest chyba dodawać, że zrobienie prawdziwego rozpoznania zmienia cały plan postępowania z podobnym chorym. Staje się ono powodem skasowania prawie zupełnego diety, działającej na tego rodzaju chorych wprost zagładzająco, i przejścia do forsownego odżywiania chorego, ew. położenia go do łóżka, zwrócenia uwagi na cały szereg powszechnie znanych przepisów ogólnodietetycznych i ogólnohigienicznych i ewentualnego leczenia sanatoryjnego i t. p., od czego zależą istotnie jego życie i sprawność społeczna.

C) Trzecią grupę moich chorych stanowią tacy, którzy skarżyli się jednocześnie na jedną lub kilka dolegliwości z ołędkowych oraz na ostatnio opisane zaburzenia k i s z k o w e. Podobnych osobników spostrze-

¹⁾ Wreszcie badanie kału na laseczniki gruźlicze ma bardzo ograniczone znaczenie rozpoznawcze nawet dla przypadków z daleko posuniętymi zmianami w płucach z powodów, szczegółowo zbadanych i wykazanych w pracy M. G a n t z a, ogłoszonej z mego oddziału w r. 1903 w Pam. Tow. Lek. Warsz.

galem 56, co stanowi 8% ogólnej liczby chorych z początkowymi objawami gruźlicy płuc. Było pomiędzy nimi kobiet 39, a mężczyzn 17.

Skarg tych chorych bliżej tu nie opisuję, gdyż musiałbym powtórzyć w różnym skombinowaniu wszystko to, co dotąd podałem.

III. Co do częstości zaburzeń w trawieniu w moim materiale, to uwidoczniają ją poniższe zestawienia liczbowe:

1) Na ogólną liczbę 700 omawianych tu chorych spotykałem zaburzenia w trawieniu u 247 osobników, co wynosi (p. tablicę, kolumna I-sza).

a) stosunek wszystkich chorych z zaburzeniami w trawieniu do ogólnej liczby chorych w początkowych okresach gruźlicy $247 : 700 = 35\%$;

b) w tem stosunek chorych z objawami żołądkowymi do ogólnej liczby chorych na gruźlicę wynosi $99 : 700 = 14\%$;

c) podobny stosunek chorych z objawami kiszcowymi wynosi $92 : 700 = 13\%$, a

d) chorych z objawami mieszanymi wynosi $56 : 700 = 8\%$.

2) Co do płci, to

α) przy zestawieniu stosunku kobiet z zaburzeniami w trawieniu w początkowych okresach gruźlicy płuc do ogólnej liczby kobiet w początkowym okresie gruźlicy z analogicznym stosunkiem u mężczyzn (p. tablicę, kol. II i III), liczby te wypadają na ogół niekorzystnie dla

kobiet, chociaż zboczenia od przytoczonej powyżej ogólnej liczby przeciętnej nie są znaczne. Mianowicie:

a) Podczas, gdy, jak wiemy, stosunek ogólny wszystkich chorych z zaburzeniami w trawieniu do ogólnej liczby chorych na początkowy okres gruźlicy wynosił 35%, to dla kobiet stosunek ten wynosi $179 : 488 = 37\%$, a dla mężczyzn $68 : 212 = 32\%$.

b) U chorych z samymi tylko zaburzeniami żołądkowymi odnośne liczby wynoszą: wogóle $99 : 700 = 14\%$, przyczem dla kobiet $73 : 488 = 15\%$, a dla mężczyzn $26 : 212 = 12,2\%$.

c) Dla chorych z objawami kiszkowymi stosunek ten jest wogóle $92 : 700 = 13\%$, przyczem dla kobiet wynosi $67 : 488 = 14\%$, a dla mężczyzn $25 : 212 = 11,8\%$.

d) Wreszcie dla chorych z objawami mieszanymi stosunek ten wynosi wogóle $56 : 700 = 8\%$, przyczem pozostaje bez zmiany zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn, mianowicie, dla kobiet jest on $39 : 488 = 8\%$ i dla mężczyzn $17 : 212 = 8\%$.

β) Przeciwnie, przy obliczaniu

a) stosunku kobiet z zaburzeniami w trawieniu wogóle do ogólnej liczby osobników gruźliczych z zaburzeniami w trawieniu uderza odrazu olbrzymia przewaga kobiet nad mężczyznami. Mianowicie, kobiet tego rodzaju było 179, co daje stosunek ich do ogólnej liczby gruźliczych z zaburzeniami w trawieniu $179 : 247 =$

72% (p. tablicę, kol. IV), podczas, gdy mężczyzno było tylko 68, co daje stosunek $68 : 247 = 28\%$ (p. tablicę, kol. V).

Analogicznie wypadają też liczby dla poszczególnych grup omawianych tu chorych, mianowicie:

b) Ten sam stosunek dla chorych z objawami tylko żołądkowymi wynosi dla kobiet $73 : 99 = 73.7\%$, a dla mężczyzno $26 : 99 = 26\%$.

c) Taki sam stosunek chorych z objawami kiszgowymi wynosi dla kobiet $67 : 92 = 72.8\%$, a dla mężczyzno $25 : 72 = 27.2\%$.

d) Wreszcie ten sam stosunek u chorych z objawami mieszanymi wynosił dla kobiet $39 : 56 = 70\%$, a nadto dla mężczyzno $17 : 56 = 30\%$.

3) Co do wieku, to materyał mój jest następujący (p. tablicę, kol. VI):

a) Z ogólnej liczby chorych na gruźlicę w początkowych okresach było:

W wieku od lat	1—10	osobników	$1 = 0,15\%$
"	"	11—20	" $128 = 18,3\%$
"	"	21—30	" $277 = 39\%$
"	"	31—40	" $167 = 24\%$
"	"	41—50	" $75 = 10,5\%$
"	"	51—60	" $41 = 6\%$
"	"	61—70	" $10 = 1,5\%$
"	"	71—80	" $1 = 0,15\%$

Razem . 700

Analogiczny stosunek wpływu wieku na ogólną liczbę chorych pozostaje z uderzającą konsekwencją prawie bez zmiany nie tylko dla odnośnych chorych z zaburzeniami w trawieniu wogóle, lecz i dla wszystkich ich podgrup w szczególności. Mianowicie:

b) Liczba chorych na zaburzenia w trawieniu wogóle przedstawia się w moim materiale podług wieku, jak następuje (p. tablicę, kolumna VII):

Od lat	1—10 chorych	1=0,4%
"	11—20 "	40=16%
"	21—30 "	102=41%
"	31—40 "	56=22,4%
"	41—50 "	25=10%
"	51—60 "	19=7,5%
"	61—70 "	4=1,6%
Ogółem . .		247

c) Z zaburzeniami tylko żołądkowemi:

Od lat	1—10 chorych	0
"	11—20 "	19
"	21—30 "	39
"	31—40 "	25
"	41—50 "	6
"	51—60 "	8
"	61—70 "	2
Ogółem . .		99

d) Z zaburzeniami tylko kiszkowemi:

Od lat	1—10 chorych	1
"	11—20 "	12
"	21—30 "	42
"	31—40 "	15
"	41—50 "	13
"	51—60 "	8
"	61—70 "	1
	Ogółem . .	<u>99</u>

e) Wreszcie z zaburzeniami mieszanemi:

Od lat	1—10 chorych	0
"	11—20 "	9
"	21—30 "	21
"	31—40 "	16
"	41—50 "	6
"	51—60 "	3
"	61—70 "	1
	Ogółem . .	<u>56</u>

Ogółem więc biorąc, chorzy z zaburzeniami w trawieniu w początkowych okresach gruźlicy płuc stanowią około 35% spostrzeganego przezemnie materiału. Z kolei w materiale tym 70% stanowią kobiety, a co do wieku, znaczną większość stanowią chorzy przedewszystkiem w wieku od lat 21—30 i od lat 31—40, po których idzie kolejno wiek od lat 11—20, 41—50, 51—60, 61—70 i w końcu 1—10. Ostatnia je-

dnak rubryka w moim materiale bynajmniej za miarodajną uchodzić nie może, gdyż dzieci do lat 10 widuję wogóle mało.

Z innych autorów żaden liczb nie podaje, lub przytaczają je oni na zasadzie kilku [O. BRIEGER (3)] lub kilkunastu [G. KLEMPERER (15)] spostrzeżeń. Tylko MARFAN (20) przytacza nieco większą liczbę swoich spostrzeżeń, mianowicie 21 (6 męż. i 15 kob.) z pomiędzy 34 chorych z początkowymi objawami gruźlicy. Przytem, z wyjątkiem SOKOŁOWSKIEGO (28, 29) i CORNET'a (5), zdanie ich odnosi się wyłącznie do zaburzeń żołądkowych. Kiszkowe bowiem są w literaturze specjalnie niedoceniane i niedomawiane i przez to są też praktycznie tak mało znane. HUTINEL i GRANCHER (13) twierdzą, że zaburzenia żołądkowe zdarzają się u $\frac{1}{3}$ chorych na początku gruźlicy płuc; BOURDON (2) twierdzi, ale bez przytaczania liczb, że zdarzają się one u $\frac{2}{3}$ odnośnych chorych; MATHIEU (21) zaś mówi o nich, że są one „d'une fréquence extrême”. Bez liczb trudno wiedzieć, co on pod tą nadzwyczajną częstością rozumie. Dla mnie, naprz., fakt, że spotykałem zaburzenia w trawieniu u 35% chorych na początkową gruźlicę płuc wogóle, oraz, że, biorąc rzecz poszczególnie, spostrzegałem objawy żołądkowe u 22% omawianych chorych (u 14% — tylko żołądkowe, a u 8% jednocześnie z kiszkowymi), już uderza mnie swoją właśnie nadzwyczajną częstością. Z innych autorów RIEGEL (23) wyraża się o za-

burzeniach żołądkowych, że nie są rzadkie (nicht so selten), JAWORSKI (17) uważa je za dość częste, SOKOŁOWSKI (28, 29) za częste, a CORNET (5) za częste, ale nie stałe. Jeden tylko HAYEM (11) twierdzi, że z pomiędzy ciężkich chorób gruźlica jest tem cierpieniem, której wpływ ma objawy trawienne, jest najmniejszy (la moins prononcée). Sądzę, że powyższe moje liczby zdaniu temu z dostateczną siłą zaprzeczają.

Co do częstości zaburzeń kiszkowych u omawianych tu chorych, to jest ona prawie taka sama, jak i dla objawów żołądkowych, wynosi bowiem ogółem 21% wszystkich odnośnych przypadków świeżej gruźlicy płuc, a mianowicie 13% tylko z objawami kiszkowymi i 8%, z kiszkowymi i żołądkowymi jednocześnie. U innych autorów żadnych liczb w tym kierunku nie znajdywałem.

IV. Co do okresu, w którym omawiane zaburzenia występują, to przesądza je sam tytuł niniejszej pracy i przytoczone w jej początku objawy ogólne i wysłuchowe w odnośnych przypadkach. Przypominam jednak, że większość chorych zwróciła się do mnie wyłącznie ze skargami żołądkowymi lub kiszkowymi, i to nieraz po kilku — a nawet kilkunastomiesięcznem ich trwaniu, nie wiedząc wcale o zajęciu swoich płuc z powodu zupełnego braku odnośnych objawów. Tych ostatnich, zarówno podmiotowych, jak i przedmiotowych,

trzeba było dopiero szukać, przyczem prawie u wszystkich chorych znajdowałem je przy pierwszym badaniu chorego, u wyjątkowo zaś nielicznych chorych — dopiero przy drugim lub trzecim ich widzeniu. Ponieważ jednak podobni chorzy cierpią najczęściej długo, zanim się do ogólnego lekarza zwrócą, jestem więc zdania, że objawy żołądkowe (u 14%), kiszkowe (u 13%) lub jedno i drugie (u 8%) mogą być bardzo często (ogółem u 35% chorych) tymi, które nietylko rozwijają się w najpierwszych okresach gruźlicy płucnej, ale które nadto występują, jako przykre dolegliwości podmiotowe na długo (szereg miesięcy a nawet lat) przed odczuciem przez chorych jakichkolwiek zaburzeń ze strony płuc, czasami zaś zdarzyć się mogą nawet przed możliwością przedmiotowego stwierdzenia zmian w szczytach płucnych, pomimo starannego ich zbadania.

Jednakże twierdzą stanowczo, że, przy uważnem odnośnem zbieraniu wywiadów i wysłuchiwanu szczytów, przypadki ostatniego rodzaju zdarzają się wyjątkowo rzadko.

Z innych autorów ANDRAL (1), G. SÉE (26) HUTINEL i GRANCHER (13), JAWORSKI (17), RIEGEL (23) twierdzą, że objawy żołądkowe mogą poprzedzać płucne o kilka miesięcy, i że stawać się one mogą dopiero punktem oparcia dla ścisłego zbadania płuc [KLEMPERER (15)]. ROSENBACH (24), MARFAN (20), SOKOŁOWSKI (28, 29), i CORNET (5) twierdzą z większą daleko, zda-

niem mojem, słusnością, że objawy te występują najczęściej wtedy, gdy dokładne badanie może już wykryć zmiany w jednym lub obu szczytach płucnych, i że występowanie ich przed możliwością zorientowania się przy dokładnem zbadaniu stanowi rzecz niezwykłą. Zgadza się z tem, jak widać z powyższych słów moich, moje doświadczenie osobiste. Wskutek tego proponowane przez G. SÉE (26), a potem przez SOKOŁOWSKIEGO (28) określenie ogólne takich chorych, że cierpią oni na „skrytą gruźlicę“ z objawami dyspeptycznymi, wydaje mi się słusznem tylko dla wspomnianych już powyżej przypadków wyjątkowych, podczas, gdy o olbrzymiej ich większości należy mówić, że odnośni chorzy cierpią na niewątpliwą już gruźlicę płuc z objawami początkowymi („symptomes initiales“) ze strony żołądka lub kiszek.

Prawie cała odnośna literatura omawia, jak już zaznaczałem, objawy żołądkowe. Kiszkowe są omawiane tylko u SOKOŁOWSKIEGO (28, 29) i CORNET'a (5). Tymczasem odnośne zaburzenia ze strony kiszek, o ile powód ich nie jest rozpoznany i właściwie leczony, trwają nieraz bardzo długo i czasem prowadzić mogą, jak mówiłem, do wtórnego organicznego cierpienia kiszeki grubej (*colitis*), ze znacznem wtórnem wyniszczeniem chorego. Dlatego też specjalnie znajomość faktu, że gruźlica płucna może objawiać się na początku tylko uporezywami zaburzeniami wyłącznie ze strony kiszek (15%.

mego materiału) lub kiszek i żołądka (8% mego materiału), powinna znaleźć między lekarzami daleko szersze, niż dotąd, rozpowszechnienie, gdyż to jedno skłaniać będzie kolegów do pedantycznego badania płuc w przypadkach uporczywych biegunek i do właściwego leczenia tych ostatnich.

Niektórzy autorowie, jak JAWORSKI (17), MARFAN (20) SOKOŁOWSKI (28) i CORNET (5), twierdzą, że objawy ze strony przewodu pokarmowego w dalszym przebiegu gruźlicy płuc znikają. Na to muszę dodać wyraźne zastrzeżenie, że znikają one szybko tylko przy racjonalnem leczeniu gruźlicy płucnej; że nadto, podług mego doświadczenia, objawy kiszkowe ustępują przytem na ogół, choć bynajmniej nie zawsze, trudniej od żołądkowych; że zwłaszcza w przypadkach, w których źródło biegunki nie było przez czas dłuższy rozpoznane, wyleczenie jej, nawet na drodze racjonalnej, często trwa dłużej, niż leczenie objawów żołądkowych, i że, pomimo niego, w takich zastarzałych przypadkach zaburzeń kiszkowych, zdarzają się nieraz nawroty biegunki, głównie po zazięczeniu lub innych czynnikach, wpływających niekorzystnie na stan ogólny chorych. Recydywy te leczą się jednak daleko szybciej od pierwotnych dolegliwości kiszkowych, gdyż tacy chorzy, przekonawszy się już raz, że zagładzanie się diety, czyszczeniem i t. p. samodzielne leczenie biegunki nie prowadzi do celu, zwracają się, po

wystąpieniu nawrotów, odrazu o właściwą pomoc lekarską.

V. Przyczynę omawianych tu zaburzeń badano wielokrotnie tylko w stosunku do objawów żołądkowych. Starano się, mianowicie, zbadać czynności chemiczne i ruchowe żołądka, spodziewając się znaleźć na tej drodze wyjaśnienie dla powstawania zaburzeń żołądkowych u chorych na początkowy okres gruźlicy płucnej. Wkrótce jednak zebrany materiał wykazał, że tego rodzaju badania jednolitego wytłomaczenia objawów klinicznych nie dają. Podczas, bowiem, gdy jedni autorowie, jak ROSENTHAL (25), EWALD (9), BERNSTEIN (6) w 7-u przypadkach na 9 badanych osobników, i CHEŁMOŃSKI (4) w 8 przypadkach na 11, stwierdzali zupełny brak kwasu solnego w żołądku, MARFAN (20) i HAYEM (12) stwierdzili u pewnej części swoich chorych tylko pewną niedostateczność w wydzielaniu kwasu solnego, inni, jak ten sam HAYEM (12), KLEMPERER (15) i mniej stanowczo DŁUSKI i MAJEWICZ (7) znajdowali u pewnej części osobników w początkowych okresach gruźlicy nadmierne wydzielanie się kwasu solnego, a jeszcze inni, jak SHETTY (27), ŚAWORSKI (17) i ten sam KLEMPERER (15), stwierdzali w innym szeregu przypadków normalny wogóle chemizm żołądka.

Również niezgodne ze sobą są dane co do czynności ruchowej żołądka w początkowych okresach gruźlicy. Gdy, mianowicie, KLEMPERER

RER (15) stwierdzał ruchową niedomogę żołądka, a MARFAN (20) stwierdził, że żołądek takich chorych ma skłonność do rozszerzania się, sięgając przytem czasem poniżej pępka, inny szereg autorów, jak BERNSTEIN (6), CRONER (6), EDINGER (8), SCHWALBE (8) i SHETTY (27), twierdzą, że czynność ruchowa żołądka jest u takich chorych zupełnie normalna.

Przed kilku laty, gdy nie miałem dostatecznej wprawy w rozpoznawaniu tego rodzaju cierpień, zbadałem dokładnie żołądek kilku odnośnych chorych, o których zdawało mi się, że cierpią na wrzód lub co najmniej na wysoki stopień nadkwaśności żołądka. Znalazłem u nich zupełny brak kwasu solnego i pewną niedomogę ruchową. Nie wysnuwam jednak z tego żadnych wniosków, gdyż, po pierwsze, przypadki te należały do najcięższych, a powtóre, jestem przekonany, że szereg badań żołądka, przeprowadzanych przy różnem samopoczuciu u jednych i tych samych chorych, dałby wyniki zupełnie odmienne. Wreszcie sądzę, że przy ustalonym niewątpliwym związku pomiędzy objawami żołądkowymi a wywołującą je gruźlicą samo badanie żołądka stwierdza tylko rzeczowo to lub inne zachowanie się czynności chemicznej i ruchowej żołądka, jako fakt ciekawy, występujący wskutek gruźliczego zakażenia organizmu, nie pomaga jednak bynajmniej do oświetlenia istotnej przyczyny interesującego nas tu zjawiska.

Ustalono dotąd wyraźnie tylko to, że objawy żołądkowe u chorych z początkowymi objawami gruźlicy płuc nie zależą od zmian materjalnych w błonie śluzowej żołądka, a więc nie zależą od kataru żołądka, stwierdzanego czasem, jak wiadomo, w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy (MARFAN, KLEMPERER, CHEŁMOŃSKI). Przeciwnie, mamy tu do czynienia z zaburzeniami natury czynnościowej. Przemawia za tem stwierdzone przezemnie wielokrotnie nieustępowanie objawów żołądkowych przy dłuższem nawet specjalnem leczeniu żołądka i, przeciwnie, szybka ich poprawa przy leczeniu ogólnem, przyczem żołądek wykazuje zazwyczaj odrazu nadzwyczajną tolerancję dla wszelkiego rodzaju pożywienia, i to w znacznej ilości. Szereg autorów, jak MARFAN, CHEŁMOŃSKI, sądzi, że objawy żołądkowe powstają u gruźliczych wskutek ogólnej małokrwistości. Ta ostatnia powoduje, według MARFAN'a, leniwe wydzielanie się soku żołądkowego, osłabienie gładkich mięśni i nadpobudliwość zakończeń żołądkowych nerwu błędnego, co wszystko razem sprowadza widoczne objawy żołądkowe.

Z tłumaczenia tego przyjąłbym tylko to, że omawiane zaburzenia w trawieniu, będąc ze sposobu swego powstawania analogicznymi do spostrzeganych w ciężkiej blednicy oraz w cięższych postaciach anemii ogólnej, zależą istotnie od małokrwistości błony śluzowej dróg

pokarmowych, zastrzegając się jednak usilnie przeciw mniemaniu, że ta ostatnia zależy zawsze od małokrwistości ogólnej. Podczas, bowiem, gdy natężenie i uporeczywość zaburzeń w trawieniu u chorych z daleko posuniętą blednicą lub anemią ogólną stoją najczęściej w prostym związku ze stopniem, do jakiego się rzeczone cierpienia ogólne rozwinęły, przeciwnie, zaburzenia w trawieniu u osobników w początkowym okresie gruźlicy płucnej bynajmniej w związku ze stopniem rozwijającej się przy tem anemii ogólnej nie stoją. W moim materiale brakowało objawów tej ostatniej u znacznej większości chorych, i to najczęściej u tych, którzy skarżyli się na dolegliwości najcięższe. Idzie więc tu, zdaniem mojem, nie o małokrwistość ogólną, lecz przeciwnie, o miejscową małokrwistość, ischemię błony śluzowej, bądź żołądka, bądź kiszek, bądź jednych i drugich, i to nie stałą, lecz czasową, przemijającą, że tak powiem — napadową. Pewne bowiem osobniki reagują, zdaniem mojem, na otrucie lasiecznikami gruźliczymi, zwłaszcza zanim się do ich działania zdążą przyzwyczaić, napadowo występującą miejscową ischemią w różnych miejscach organizmu, w danym razie w błonie śluzowej dróg pokarmowych, przy czem stopień tej, że tak powiem, napadowej, miejscowej małokrwistości (ischemii) może być różny co do natężenia i co do trwania. To jedno tłumaczy nam całą zmienność obrazu kli-

niecznego u podobnych chorych, zmienność otrzymywanych wyników badania czynności ich żołądka i tak szybko, nawet u zastarzałych pacjentów, poprawę przy stosowaniu ogólnie wzmacniającego leczenia. Rzecz jasna, że taka „napadowa, czynnościowa“ anemia błony śluzowej powstać może tylko wskutek nadwyzyczajnej wrażliwości nerwów naczynioruchowych. Podobna jednak wrażliwość nerwów naczynioruchowych jest dla osobników cierpiących na gruźlicę, zwłaszcza w początkowym jej okresie, faktem ogólnie znanym. Wszak ona właśnie tłumaczy łatwe zaziębianie się gruźliczych, łatwe ich pocenie się, rumienienie się, nadwyzczająną zmienność w częstoci i napięciu tętna, ich rzekomo sercowe, a czasem rzekomo neurasteniczne ¹⁾ objawy. Na tej więc drodze powstają, zdaniem mojem, niewątpliwie i objawy żołądkowe; dlatego właśnie, podług mnie, objawy te noszą wszystkie cechy nerwie żołądka i dlatego wreszcie zdarzają się nierównie częściej u kobiet (70% moich przypadków), u których wrażliwość

¹⁾ Do 9-u postaci skrytych suchot płucnych, tak pięknie w r. 1890 przez Sokolowskiego opisanych (rzekomo - blednicza, sercowa, żółty, zimnicza, żołądkowokiszkowa, krtaniowa, opłucnowa, rzekoma rozedma płuc i rzekomo krupowa), dodałbym, mianowicie, 10-ą; rzekoma influenza i 11-ą, praktycznie ważną postać rzekomej neurastonii, w której dokładne badanie płuc wykrywa w nich mniej lub więcej znaczne zmiany, jako powód zaburzeń, czasami ludzaco nasładujących ciężką neurastonię. Sądzę, że powstawanie tej postaci klinicznej zależy od rozwijających się pod działaniem jadu gruźliczego wpływów naczynioruchowych na żywsze wahanie w ukrwieniu mózgu.

układu naczynioruchowego jest wogóle większa, niż u mężczyzny, a nadto zostaje wystawiona na takie powtarzające się szkodliwości, jak cięża i peryody. Że zaś podobna „napadowa“ małokrwistość błony śluzowej może wywoływać wszystkie objawy żołądkowe, właściwe osobnikom gruźliczym we wczesnych okresach zachorowania płuc, nie wyłączając nawet bardzo silnego palenia, bólu i kureczów żołądka, o tem przekonałem się na samym sobie trzykrotnie, gdy, poddając się operacyom w gardle, połknąłem mimowolnie pewną ilość 20%-go roztworu kokainy. Różnica jest tylko ta, że to, co u mnie, zdrowego na płuca, wywoływała przełotnie kokaina, u osobników ze względnie świeżą gruźlicą powstaje wielokrotnie pod wpływem toksyn, czy protein laseczników gruźliczych, do których działania organizm się jeszcze nie przyzwyczaił. Na poparcie zaś znaczenia jadu gruźliczego w powstawaniu objawów żołądkowych muszę przytoczyć fakt, ogólnie znany, że zaburzenia żołądkowe spostrzegano względnie często przy badaniach z tuberkuliną, t. j. przy nagłym wprowadzaniu do organizmu względnie dużej ilości jadu gruźliczego, co wszyscy pamiętamy i o czem wspomina i JAWORSKI (17).

Powyższe moje tłumaczenie powstawania objawów żołądkowych w gruźlicy ma jeszcze i to do siebie, że daje się zastosować bez wszelkich zmian i do sposobu powstawania zaburzeń kiszkiowych oraz żołądkowo-kiszkiowych u tego

rodzaju osobników. Wrażliwość, mianowicie, naczyń trzewnych na działanie jadu gruźliczego może być w różnych miejscach jamy brzusznej różna, i wtedy powstawać może przemijająca anemia bądź błony śluzowej żołądka, bądź kiszek, bądź wreszcie w obu tych częściach, co prowadzi do powstawania objawów żołądkowo-kiszkowych. Nie mam więc potrzeby uciekania się do hipotezy, wypowiedzianej przez NOTHNAGEL'a (22), że łasieczniki KOCH'a mogą przedostać się ze krwią do ścian naczyń i wywoływać biegunkę przez podrażnienie zakończeń nerwowych, prowadzące albo do zwiększenia wydzielniczej czynności gruczołów, albo do zwiększenia ruchów robaczkowych kiszek.

Rzecz jasna, że podobne zaburzenia w ukrwieniu błony śluzowej żołądka i kiszek występują tem łatwiej, w im gorszych warunkach ogólnospołecznych żyje odosobniony osobnik. Stąd bardzo niepomyślny wpływ na przebieg objawów żołądkowych i kiszkowych u gruźliczych mają warunki miejskie wogóle, na co wskazywał już JACCOUD (8), oraz specjalnie niedostateczne lub wadliwe odżywianie się, nadużycie wysokości i tytoniu (HAYEM) i niedostateczne wysypianie się.

Dlatego również całą tajemnicę skutecznego, względnie szybkiego wyleczenia omawianych tu chorych, nawet pozostających w zwykłych swych warunkach życiowych, a tembardziej — w sanatoryjnych, stanowi jedynie ure-

gulowanie higieny ogólnej, zarówno fizycznej, jak i duchowej, pilne przestrzeganie należytego ich wysypiania się i leżenia po jedzeniu, grającego tak ważną rolę w ułatwianiu przyswajania pokarmów, oraz zastosowanie racjonalnego, dobrego ich odżywiania.

VI. Dotknąwszy w ten sposób istoty leczenia gruźlicy wogóle, pragnę tu w końcu zaznaczyć tylko w kilku wyrazach, że stosowanie, jednocześnie z powyższymi, ogólnie dziś uznanymi przepisami, krezotolu i różnych jego przetworów potęguje faktycznie w bardzo wysokim stopniu działanie wymienionych czynników leczniczych. Pragnąłbym pod tym względem zaprotestować przeciw pewnej niekonsekwencji czy nieszczerości, jaka pod tym względem w świecie lekarskim ma miejsce. Przeniósłszy słusznie cały punkt ciężkości leczenia gruźlicy na stworzenie odpowiednich warunków klimatycznych, spokoju fizycznego i duchowego oraz na forsowne, racjonalne ich odżywianie, niektórzy lekarze twierdzą, że obchodzą się w leczeniu gruźlicy bez wszelkich wogóle lekarstw. O nieprawdziwości podobnego twierdzenia przekonałem się przy zwiedzaniu kilku dobrze prowadzonych sanatoryów. Twierdzono mi w nich, że chorzy nie zazywają żadnych lekarstw, podczas gdy sam znajdowałem tam u chorych różne preparaty krezotolu, eukalip-tusu, ichtyolu i arszeniku, słusznie i trafnie, zdaniem mojem, tym chorym zalecane. Trzeba więc

sobie powiedzieć jasno i szczerze, że bez tych leków w najpierwszych nawet okresach gruźlicy najlepsze sanatorium obyc się nie może. Zastrzeżenie to odnosi się w najwyższym stopniu do leczenia chorych z objawami żołądkowymi i kiszkowymi. Na zasadzie swego doświadczenia twierdzę (co słusznie o objawach żołądkowych pisał już w r. 1889-ym KLEMPERER), że niema lepszego środka na poprawę zaburzeń żołądkowych oraz kiszkowych, niż kreozot. Stosuję go zwykle z arsenikiem u wszystkich omawianych chorych, nawet przy istniejącej biegunce, na którą najczęściej kreozot wpływa bardzo dodatnio. Dopiero, o ile chory kreozotu nie znosi, co zdarza się względnie rzadko, zastępuję ten lek kreozotalem, gwa-jakolem, duotalem, tiokolem lub wyjątkowo syroliną i nie miałem nigdy powodu do założenia takiego postępowania. Tylko zupełnie wyjątkowi chorzy nie znoszą nawet powyżej wyliczonych przetworów kreozotu; uwidacznia się to jednak zaraz po pierwszym ich przepisanu przez występowanie bólów brzucha, którym biegunka najczęściej nie towarzyszy.

Z innych leków używam czasem przy objawach żołądkowych z powodzeniem różnych goryczek, które niewątpliwie przyczyniają się do szybkiego ich złagodzenia, a w biegunkach — lekkich solanek lub przemijająco dermatolu, oraz stosuję okłady spirytusowe na brzuch, ew. krótkotrwałe nasiadówki około

20° R. O ile bóle w żołądku trwają już długo i bywają silne, stosuję początkowo, obok letniej wody Emskiej naczecz, trochę antypiryny lub antyfebryny. Ale wszystko to, oprócz preparatów kreozotu i arszeniku, po 2, najdalej 3 tygodniach w przeciętnych przypadkach można już odstawić. Tylko w niektórych zastarzałych przypadkach z objawami kiszkowymi i w wyjątkowych — z żołądkowymi leczenie objawowe musi być stosowane przez czas dłuższy, ale koniecznie obok racjonalnego. W tem ostatniem, obok innych znanych rad, należy choremu zalecić z wielką stanowczością zarzucenie wszelkiej diety i ułożyć mu schemat forsownego racjonalnego odżywiania się. Bez tego leczenie podobnych chorych jest niemożliwe. Przy zachowaniu zaś tych warunków chorzy, nawet pozostawieni w mieście, poprawiają się nieraz prawie tak dobrze, jak przy najlepszem leczeniu sanatoryjnym, przybierając na wadze, jak to nieraz widywałem, po 8—15 i więcej kilo w ciągu paru do kilku miesięcy.

LITERATURA *).

1. ANDRAL. Chirurgie médicale 1840. T. IV, p. 285.
- 2*. BOURDON podług BRIEGER'a (3) i DEUSKIEGO (8).
3. BRIEGER O. Deut. med. Woch. 1889, Nr. 14, p. 269—272.
4. CHEŁMOŃSKI A. Gazeta Lekarska 1889, Nr. 20, str. 211 oraz Revue de médecine 1890, str. 610.
5. CORNET G. Die Tuberkulose. Wien. 1899. Str. 358—364. (NOTHNAGEL's Spec. Path. u. Ther. Bd. XIV).
6. CRONER W. Deut. med. Woch. 1898. Nr. 48, p. 757—760.
7. DEUSKI i MAJEWICZ. La presse médicale, 1901. Nr. 24.

*) Gwiazdka przy tytule wskazuje pracę, znaną mi nie z oryginału.

8. DEUSKI K. Zeitschr. f. Tuberkulose. Bd. IV., H. 2, p. 100—109. 1903.

9*. EWALD C. Klinik der Verdaungskrankheiten. Bd. II. p. 427. (Podług O. BRIEGER'a).

10. GLUZIŃSKI—WOLFRAM. Deut. Arch. f. kl. Med. 1889. Bd. 42.

11. HAYEM. Gastropathie et phthisie. Mercredi méd. 1893. Nr. 33.

12*. HAYEN. Estomac w Traité de médecine de BROUARDEL et GILBERT (podług DEUSKIEGO).

13*. HUTINEL GRANCHER. Phthisie pulmonaire. Dictionnaire de sc. méd. p. 652.

14. KLEMPERER G. Zeitsch. f. Klin. Med. Bd. 14.

15. KLEMPERER G. Berliner Kl. Woch. 1889, Nr. 11, p. 221—225.

16. JANOWSKI W. Semiotyka ogólna wymiotów. Odczyt. Klin. 1902, Nr. 1, 2 i 3.

17. JAWORSKI W. Choroby żołądka. Kraków 1893, str. 292—294.

18. LEBERT. Klinik der Brustkrankheiten. Tübingen 1873, Bd. II, p. 229.

19. LOHRISCH. Deutsch. Arch. f. Kl. Med. 1904, Bd. 79, H. 5—6.

20. MARFAN B. Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire, Paris. Steinheil 1887, 8°, 220 pp.

21. MATHIEU. Traité de maladie de l'estomac et de l'intestin. Paris. 8°, 1900 p. 721.

22. NOTHNAGEL H. Die Erkrankungen des Darms u. des Peritoneums. Nothnag. Spez. Path. u. Ther. Bd. XVII, pp. 55—61 i 95—96.

23. RIEGEL. Die Erkrankungen des Magens. Nothnag. Spez. Path. u. Ther. Bd. XVI, p. 946.

24*. ROSENBAACH O. podług O. BRIEGER'a.

25. ROSENTHAL. Berl. Kl. Woch. 1887, Nr. 45.

26. SÉE G. De la phthisie bacillaire. Paris 1884, p. 147 i 299.

27*. SHETTY. Deut. Arch. f. Klin. Med. Bd. 24.

28. SOKOŁOWSKI A. O skrytych postaciach suchot płucnych. Odczyt Klin. 1890, Nr. 1. str. 17—25.

29. SOKOŁOWSKI A. Choroby dróg oddechowych 1906, T. III, p. 382—387 i 476—483.

30. TURBAN K. Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose. Wiesbaden. 1899 p. 11a.





BIBLIOTEKA
AKADEMII MEDYCZNEJ
W LUBLINIE

54 416