

Janiuk, Jerzy

Gruźlica w okresie Młodej Polski i dwudziestolecia międzywojennego w teorii i praktyce medycznej (cz. 1)

Medycyna Nowożytna 16/1 - 2, 31-81

2009 2010

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Gruźlica w okresie Młodej Polski i dwudziestolecia międzywojennego w teorii i praktyce medycznej (cz. 1)

Terminologia

W terminologii dotyczącej nazwy choroby uwagę zwraca równoległe funkcjonowanie dwóch, używanych zamiennie pojęć: zarówno „suchoty”, jak i „gruźlica” pojawiają się zarówno w literaturze popularnej, jak i piśmiennictwie medycznym. Oto typowy przykład: Ignacy Baranowski¹, informując o powstającym w Berlinie szpitalu „Charité” podaje, że „(...) projektowane jest około 20% łóżek w oddziałach wewnętrznych przeznaczyć dla gruźliczych, a właściwie dla suchotników”. O ile jednak w omawianym przedziale czasowym daje się zauważyć stopniowe odchodzenie od terminu „suchoty” w odniesieniu do nazwy choroby, to chorzy na gruźlicę nadal nazywani są „suchotnikami” – określenia „gruźlik”, jako mało zręcznego nie spotyka się prawie wcale. Wydaje się, że proces zastępowania suchot gruźlicą dokonywał się stopniowo w okresie międzywojennym i zakończył w latach pięćdziesiątych². Termin „suchoty” ostatecznie wyszedł wówczas

¹ I. Baranowski, *Walka z gruźlicą jako zadanie społeczno-narodowe*, Kraków 1900, s. 28.

² Potwierdzenie tej tendencji odnaleźć można chociażby w twórczości Zofii Nał-

z użycia. Natomiast w wydawnictwach medycznych pochodzących z okresu międzywojennego obu tym terminom zaczęto przypisywać różne znaczenia. Seweryn Sterling³ tłumaczy, że przez suchoty płuc popolite rozumie chorobę zależną od swoistych zmian gruźliczych w tkankach płuc i swoistych zmian humoralnych w całym ustroju. Natomiast gruźlica jest, jego zdaniem, określeniem anatomicznym – charakteryzuje pewną budowę tkanki i wskazuje na czynnik etiologiczny, który do jej powstania doprowadził. Zatem „gruźliczym” jest wszystko, co powstaje przy udziale lasecznika gruźlicy. Suchoty są więc w interpretacji Sterlinga pojęciem szerszym – są chorobą zależną głównie, ale nie jedynie, od zmian gruźliczych. Dodatkowo jeszcze uważa on gruźlicę za schorzenie łagodniejsze, w odróżnieniu od złośliwych suchot płucnych, o rozpoznaniu których decyduje obecność jam w płucach i objawów wyniszczenia ogólnego.

Sytuacja epidemiologiczna

Stopień rozprzestrzenienia gruźlicy na przełomie XIX i XX stulecia był konsekwencją zmian gospodarczych i społecznych, które miały miejsce kilkadziesiąt lat wcześniej. Ci, którzy doceniali wagę i skalę społeczną tego problemu doskonale zdawali sobie z tego sprawę: „(...) szerzeniu się gruźlicy nader sprzyja skupienie ludności w wielkich miastach i skupienie jednostek w małych mieszkaniach, warsztatach, pracowniach, szkołach, ochronach, internatach i to szczególnie w złych warunkach higienicznych. Statystyka wykazuje, że gruźlica przedewszystkiem się szerzy w wielkich miastach i to w dzielnicach biedniejszych, o wielkiem skupieniu ludności i złych warunkach pracy(...)” – pisze Jan Bączkiewicz⁴ w roku 1912.

Baranowski⁵ określał robotników jako rzeszę nomadów, przenoszących się z jednej fabryki do drugiej, pozbawionych gwarancji stałego zarobku, skazanych na życie z dnia na dzień, ciężko pracujących na utrzymanie siebie i rodziny z zarobku dziennego. Byt ich był przy tym nieustannie zagrożony, gdyż zmiany na scenie politycznej, działania wojenne, zachwianie równowagi ekonomicznej, panika na giełdzie czy nieurodzaj godziły przede wszystkim w sytuację rodzin robotniczych, skutkowały

kowskiej, która w drugim wydaniu *Choucas* z roku 1937 dokonała takiej właśnie korekty terminologii w porównaniu z wydaniem z roku 1926.

³ S. Sterling, *Suchoty płuc popolite. Compendium*, Łódź 1921, s. 1.

⁴ J. Bączkiewicz, *Jak chronić dzieci od gruźlicy*, Warszawa 1912, s. 11.

⁵ I. Baranowski, op. cit., s. 8

niedostatkiem, a nawet śmiercią głodową. Podobnym zagrożeniem były wszelkie zdarzenia, pozbawiające pracownika, nawet na krótko, zdolności do zarobkowania, prowadziły bowiem do nędzy, a w konsekwencji do egzystencji w warunkach stałego zagrożenia infekcją gruźliczą. Na to, że zachorowalność na gruźlicę posiada ścisły związek z wysokością stopy życiowej, wskazywały statystyki niemieckie; stwierdzono tam mianowicie, że na 1000 osób opłacających podatek dochodowy w wysokości powyżej 3500 marek tylko jedna chorowała na gruźlicę, w grupie płacącej od 1200 do 2000 marek występowało średnio 2,5 osób dotkniętych chorobą, podatek od 900 do 1200 marek skutkowało 4 przypadkami gruźlicy⁶. Zdrowotność biedoty miejskiej rzutowała na obraz zdrowotności całego społeczeństwa, nie tylko w wymiarze statystycznym, ale i faktycznym – w tych środowiskach choroby zakaźne szerzyły się najłatwiej i najszybciej z powodu zaniedbań higienicznych, niskiej odporności na choroby i braku świadomości niezbędnych przedsięwzięć profilaktycznych.

Liczba robotników fabrycznych, którą w 1871 roku szacowano na 75616, w roku 1897 wzrosła do 243733⁷. Jako typowy przykład można wskazać Łódź⁸. Pojawiły się tu fabryki, zatrudniające po kilka tysięcy osób. Konsekwencją była rozbudowa tanich osiedli robotniczych, przeludnionych i pozbawionych podstawowych urządzeń sanitarnych. Mieszkania z reguły były ciemne i duszne, a nierzadko także wilgotne. Wysoce niekorzystna była struktura mieszkaniowa. W roku 1911 mieszkania jednoizbowe stanowiły 66,3%, a dwuizbowe 18,8% wszystkich lokali. Zamieszkiwało je 63,2% ogółu mieszkańców⁹. Typowy był obraz następujący: izba o kubaturze 25–33 m³, będąca zarazem kuchnią, sypialnią, jadalnią, pralnią dla jednej, a nawet kilku mieszkających w niej rodzin, gdyż trudności finansowe zmuszały do szukania sublokatorów (był to kolejny problem: higieny psychicznej ciężko pracujących osób, zmuszonych do koegzystencji z obcymi i ich rodzinami we własnym mieszkaniu, co skutkowało osłabieniem więzów rodzinnych i alkoholizmem). Jedno łóżko przypadało nierzadko na 4 osoby, zajmowała je zwykle matka i dzieci, pozostałe osoby sypiały w barłogach, brudnych, leżących na zawilgoczonej podłodze. Z badań, które Antonina Kragen przeprowadziła w 1931

⁶ Ibidem, s. 10.

⁷ Ibidem, s. 21.

⁸ A. Fijałek, J. Supady, op. cit., s. 16. W latach 1820–1870 miasto to przekształciło się z osady rolniczo-rzemieślniczej w największy ośrodek włókienniczy na dawnych ziemiach polskich. Towarzyszył temu ponad 60-krotny wzrost liczby mieszkańców – z 767 w roku 1820 do ok. 47000 w 1870. W chwili wybuchu I wojny światowej Łódź liczyła już ok. 477000 mieszkańców.

⁹ Ibidem, s. 19.

roku w ubogich dzielnicach Krakowa wynikało, że zaledwie w 94 mieszkaniach na 559 (tj. w 16,8%) jedno łóżko przypadało na jednego mieszkańca. Mieszkania jedno- i dwuizbowe stanowiły tam 87,9% wszystkich mieszkań, zajmowało je 83,4% ogółu lokatorów¹⁰. Zagęszczenie było ogromne: w lokalach jednoizbowych zamieszkiwało średnio 4,95 użytkowników, w dwuizbowych przypadały średnio 3 osoby na izbę.

Tab. 1. Warunki mieszkaniowe w dzielnicy żydowskiej i robotniczej Krakowa w 1931 roku¹¹

255 jednoizbowych	51%	1412 osób	44,8%
202 dwuizbowych	36,9%	1217 osób	38,6%
58 trzyizbowych	10,4%	412 osób	13,1%
14 cztero- i więcej izbowych	2,5%	110 osób	3,5%

W porównaniu z Łodzią i Krakowem struktura mieszkaniowa Białegostoku przedstawiała się nieco korzystniej. Mieszkania jednoizbowe stanowiły 23,35% liczby ogólnej, zajmowały je na ogół 2–4 osoby¹². Wskaźnik zapadalności na gruźlicę korelował wyraźnie z liczbą izb mieszkalnych.

Tab. 2. Gruźlica a warunki mieszkaniowe w Białymstoku w latach 1920–1925¹³

	W mieszkaniach 1-izbowych	W mieszkaniach 2-izbowych	W mieszkaniach 3-izbowych	W mieszkaniach 4-izbowych	W mieszkaniach 5-izbowych	Razem
Zbadano rodzin	66	56	48	12	1	183
Zbadano osób	217	204	221	58	5	705
Stwierdzono gruźlicę u rodzin	12 (18,2%)	9 (16,1%)	9 (18,8%)	1 (8,3%)	–	31 (16,9%)
Stwierdzono gruźlicę u osób	12 (5,5%)	9 (4,4%)	9 (4,1%)	1 (1,7%)	–	31 (4,4%)

¹⁰ A.Kragen, *Stosunki mieszkaniowe w dzielnicy żydowskiej i robotniczej Krakowa*, „Gruźlica” 1931, nr 6, s. 749.

¹¹ Ibidem, s. 747.

¹² S.Adamowiczowa, *Z badań nad gruźlicą w Białymstoku*, Warszawa 1926, s. 4.

¹³ Ibidem, s. 13.

Był także wyraźnie wyższy w środowiskach chrześcijańskich niż żydowskich, co tłumaczono tym, że Żydzi, z dawien dawna mieszkając w ciasnocie i nie przywiązując przesadnej uwagi do zagadnień higienicznych, wytworzyli w sobie jakąś szczególną odporność. Dawid Jedwabnik¹⁴ zwiększoną odporność rasy semickiej przypisuje wielowiekowej adaptacji do „(...) lichych nad wyraz warunków bytowania”. Gruźlica w większym stopniu dotyczyła też mężczyzn, niż kobiet. Mieszkania nie posiadały żadnego systemu wentylacyjnego, sytuację pogarszały powszechnie stosowane w tanim budownictwie okna nieuchylne. „(...) Okna w wielu mieszkaniach źle się otwierają, lufcików niema, gdzieindziej okna wychodzą na ustępy lub na maleńkie cuchnące podwórze; korytarze wąskie i ciemne nie dają najmniejszego dopływu świeżego powietrza”¹⁵ – czytamy w sprawozdaniu dotyczącym łódzkich osiedli robotniczych. Marcin Winiarz¹⁶ opisuje warunki, panujące w typowym warszawskim domu robotniczym w 1895 roku. Na ponad 200 lokali mieszkalnych tylko 18 posiadało więcej niż jedno pomieszczenie. W budynku tym mieszkało 1235 osób – na jedną izbę mieszkalną przypadało więc średnio 6 osób. Jeden lokator miał do dyspozycji tylko 7 m³ objętości mieszkania. Powietrze było zatem nasycone drobnoustrojami. Wielkim problemem było zaopatrzenie w wodę. Warszawa była tutaj wyjątkiem: pod koniec XIX wieku doczekała się nowoczesnej sieci wodociągowej zaprojektowanej przez Lindleya. Ale już Łódź na uruchomienie systemu wodociągowego czekała do drugiej ćwierci XX wieku. Wodę czerpano więc zwykle ze studni, usytuowanej na wewnętrznym dziedzińcu, niejednokrotnie na tyle płytkiej, że przesiąkały do niej okoliczne zanieczyszczenia. Brak ujęć wody w mieszkaniach wiązał się z brakiem jakichkolwiek zlewów. Do wszelkich czynności higienicznych, prania i zmywania służyły najczęściej balie, a brudną wodę wynoszono na podwórze. Brakowało też sieci kanalizacyjnych. Warszawa otrzymała ją wprawdzie razem z systemem wodociągowym (co było ogromnym osiągnięciem w sytuacji, kiedy nie posiadał jej nawet Petersburg), natomiast Łódź przez cały XIX wiek nie została skanalizowana. Nie było też systemu oczyszczania miast z odpadów stałych – pod koniec XIX stulecia funkcjonował on tylko w Warszawie, gdzie problemem tym zajmowa-

¹⁴ D. Jedwabnik, *Klinika i terapia gruźlicy płuc*, Wilno 1938, s. 22.

¹⁵ *Liga Przeciwgruźlica w Łodzi. Sprawozdanie I-sze*, Łódź 1911, s. 17.

¹⁶ M. Winiarz, *Warunki życia warstw ubogich w Warszawie lat 90-tych XIX wieku na podstawie artykułów zamieszczonych w miesięczniku „Zdrowie”, (w:) Życie codzienne w XVIII–XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, B. Płonka–Syroka, A. Syroka (red), Wrocław 2003, s. 229.

ło się Towarzystwo Asenizacyjne, wyposażone w odpowiedni tabor. Nieczystości spływały na ogół rynsztokami i otwartymi kanałami do rzek i zbiorników wodnych. Rolę kanałów ściekowych pełniły także ulice, na których nieczystości rozkładały się, jeśli ukształtowanie terenu nie pozwalało na ich odprowadzenie. Z powodu braku kanalizacji rozwiązaniem były doły kloaczne, kopane w pobliżu kamienic, z usytuowanymi w pobliżu latrynami. Najgorsza sytuacja panowała w miastach prowincjonalnych. O ile bowiem w większych miastach władze wykazywały zainteresowanie kwestiami sanitarnymi, to na prowincji zarówno organy administracji państwowej, jak i sami mieszkańcy nie odczuwali potrzeby zmiany stanu rzeczy. Kasy miejskie nie dysponowały zresztą odpowiednimi środkami finansowymi. Wszystkie te czynniki sprzyjały rozprzestrzenianiu się chorób i szerzeniu epidemii¹⁷.

Tab.3. Wyposażenie w instalacje budynków mieszkalnych w miastach w roku 1931¹⁸

Miasto	Budynki z wodociągiem, gazem i elektrycznością (w %)	Budynki nie posiadające instalacji (w %)	Ludność w budynkach nie posiadających instalacji (w % ogółu ludności miast)
Warszawa	44,1	24,6	9,1
Łódź	5,7	31,3	14,6
Lwów	36,4	45,5	18,8
Poznań	63,9	13,9	4,4
Kraków	47,8	28,8	13,4
Wilno	8,3	59,3	36,0
Katowice	66,8	3,6	1,6
Bydgoszcz	40,3	33,9	22,9
Częstochowa	14,6	49,5	26,6
Lublin	7,6	62,4	33,3
Sosnowiec	9,5	34,2	23,4
Chorzów	67,2	2,9	0,9
Gdynia	10,9	50,8	35,1

W roku 1914 jednodniowy zarobek robotnika wynosił średnio 1,18 rb, gdy tymczasem codzienne utrzymanie rodziny pochłaniało średnio 1,30 rb. Toteż struktura posiłków nie była wyszukana: składały się na nie głównie ziemniaki, chleb i kasza, z dodatkiem niewielkiej ilości tłuszczu. Potrawy mięsne były luksusem – osoby pracujące fi-

¹⁷ Ibidem, s. 230–231.

¹⁸ *Historia Polski w liczbach*, Warszawa 2003, s. 461.

zycznie spożywały w tygodniu przeciętnie 10–15 dkg mięsa. Dzienna wartość kaloryczna takich posiłków wynosiła ok. 2900 kal., przy należnym zapotrzebowaniu 3500–4000 kal. Należy dodać, że regularne posiłki otrzymywała przede wszystkim osoba utrzymująca rodzinę, jej pozostali członkowie byli permanentnie niedożywieni¹⁹. W okresach licznych załamań koniunktury gospodarczej nawarstwiał się problem braku środków do życia, codziennością była nędza, głód, alkoholizm i spadek odporności na zakażenia w środowiskach proletariackich. Swoją rolę miały także fatalne warunki pracy. Pracowano do 15 godzin na dobę w kurzu i pyłe. W powietrzu unosiły się także prątki, panował bowiem powszechny zwyczaj plucia na podłogę. Stwarzało to niezwykle podatne warunki do szerzenia się infekcji gruźliczych. Dziewczęta, które w wieku 12–15 lat podejmowały pracę w fabryce, w wieku 21 lat z reguły zapadały na czynną gruźlicę z masywnymi krwotokami płucnymi²⁰. Słowem, trudno nie przyznać racji tym, którzy twierdzili: „usuńcie nędzę, a gruźlica zniknie”.

Szczególne pogorszenie sytuacji epidemiologicznej przyniosły lata wojny. W Łodzi od połowy sierpnia 1914 roku nieczynne były wszystkie zakłady przemysłowe i banki, zamarł handel, ceny podstawowych artykułów spożywczych wielokrotnie wzrosły, zapanował głód. Niedostępne stały się najpotrzebniejsze środki higieniczne, a cena mydła wzrosła 43-krotnie. Już w pierwszym miesiącu wojny bez środków do życia pozostało prawie 137 tys. mieszkańców, a liczba ta w maju roku następnego wzrosła do 250 tys., czego następstwem było skrajne niedożywienie ludności miasta.

Dane statystyczne były przerażające. Baranowski²¹ w roku 1900 przytacza badania, oceniające liczbę dotkniętych gruźlicą w Królestwie Polskim na 150 tysięcy. Andrzej Fijałek i Jerzy Supady²² wymieniają tę samą liczbę w odniesieniu do roku 1907. Stanisław Władyczko²³ w roku 1927 szacuje, że „(...) chorych jest co najmniej 1 000 000 osób, prawie 94% dzieci do 14 r.ż. przechodzi jakąś formę gruźlicy”. Nawet jeśli są to dane zawyżone, skala problemu była przeogromna i niewątpliwie należy przyznać rację tym, którzy przedstawiali go jako klęskę narodową i społeczną²⁴.

¹⁹ A. Fijałek, J. Supady, op. cit., s. 20–21.

²⁰ Ibidem, s. 22.

²¹ I. Baranowski, op. cit., s. 22.

²² A. Fijałek, J. Supady, op. cit., s. 27.

²³ S. Władyczko, *Krytyka organizacji służby zdrowia publicznego*, w: *O gruźlicy, jako największej klęsce społecznej naszych czasów*, praca zbiorowa, Wilno 1927, s. 6.

²⁴ Współczesne dane wskazują, że do manifestacji objawów choroby dochodzi u ok.

Należy wspomnieć także o sytuacji epidemiologicznej terenów wiejskich. Sabina Skopińska²⁵, prowadząca w latach trzydziestych praktykę lekarską na wsi, zanotowała: „Chłopi w średniowieczu, być może wiedli podobne życie w całym świecie, ale obecnie wiodą je chyba tylko u nas (...)”. Pod koniec XIX wieku trudne warunki egzystencji, nędza i głód były tu codziennością i zarazem przyczyną migracji do ośrodków przemysłowych w poszukiwaniu zatrudnienia. Warunki socjalne w ogólnym zarysie nie odbiegały zbyt od sytuacji w miejskich osiedlach robotniczych. Wiejskie chaty były przeważnie drewniane, jednoizbowe, z klepiskiem zamiast podłogi, posadowione nierzadko na terenach błotnistych, w zaroślach lub dolinach, gdzie powietrze było wilgotne i nasycone niezdrowymi wyziewami. Okien zwykle nie otwierano, toteż wewnątrz panował smród i zaduch. W pomieszczeniu mieszkalnym trzymano też często ptactwo i zwierzęta²⁶. Otoczenie domów pełne było śmieci i odpadków, z usytuowanych w pobliżu gnojowników spływały na podwórko zanieczyszczenia. Nie było też zwykle toalet, a poziom higieny osobistej pozostawiał wiele do życzenia. Na terenach wiejskich Królestwa mydło zaczęło pojawiać się w latach osiemdziesiątych XIX wieku, lecz ważniejsze były nawyki higieniczne: nie znano zwyczaju codziennej toalety, za wystarczającą uważano kąpiel przed świętem wielkanocnym. Panowało nawet przekonanie o szkodliwości mydła i wody. Rzadko też zmieniano i prano odzież. Powszechnym zwyczajem było jedzenie ze wspólnej miski przy pomocy drewnianych łyżek. Wodę czerpano z nieocembrowanych studni, płytkich i zamulonych, których otoczenie pełne było odpadków i nieczystości²⁷. Podstawę diety stanowiły ziemniaki, mleko, kasza i potrawy mączne. Potrawy mięsne spożywano okazjonalnie. Szerzył się przy tym alkoholizm – przybywało gorzelni, karczem i szynków, a spożycie alkoholu na ziemiach polskich należało do najwyższych w Europie. Alkohol traktowano bowiem jako dobry środek na różne dolegliwości i schorzenia. Następstwem tego było powszechnie występujące charłactwo, a stan zdrowia ówczesnej ludności wiejskiej oceniano jako katastrofalny²⁸. Pomimo tego pojawiały się gło-

10% zarażonych. Patrz: B. Fąfrowicz, op. cit., s. 444.

²⁵ *Pamiętnik dr S. Skopińskiej*, (w:) *Pamiętniki lekarzy*, pod red. J. Borkowskiego, Kraków 1987, s. 100.

²⁶ Skopińska opisuje warunki egzystencji pewnej rodziny, która mieszkała, co było rzadkością, „aż w dwóch izbach”. Sytuacja była podwójnie wyjątkowa: rodzinę ową stanowiły bowiem 24 (!) osoby. Patrz: J. Borkowski (red.), op. cit., s. 105.

²⁷ A. Malara, *Warunki życia chłopów na ziemiach polskich w latach 1795–1918 i ocena ich wpływu na możliwości dostępu do profesjonalnej opieki lekarskiej*, (w:) B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), op. cit., s. 56–62.

²⁸ E. Więckowska, *Warunki zdrowotne polskiej wsi w drugiej połowie XIX wieku*, (w:)

sy przestrzegające przed migracją do miast. Baranowski na przykład twierdził, że mieszkaniec wsi znajduje się „(...) na ogół w warunkach higienicznych, odnośnie powietrza, mieszkania, wysiłku fizycznego, pomyślniejszych, aniżeli wyrobnik fabryczny (...)”²⁹. Nie do końca można się z nim zgodzić, chociażby dlatego, że przekształcenia modelu życia kulturowego i społecznego następowały w środowiskach wiejskich wolniej. „Wynikiem tej sytuacji było utrzymywanie się dystansu kulturowego i cywilizacyjnego między dużym miastem a wsią oraz powszechne przeświadczenie o stagnacji, zacofaniu i konserwatyzmie warstwy chłopskiej” – pisze Roman Wapiński³⁰. Dotyczyło to także nawyków zdrowotnych. Choć trudno o dokładniejsze dane statystyczne to wiadomo, że stopień rozpowszechnienia gruźlicy był bardzo wysoki. Władyczko w roku 1927 napisał, iż „zdarzają się u nas wsie, zakażone do tego stopnia gruźlicą, że niema w nich żadnej chałupy wolnej od tej choroby. Czasami całe liczne rodziny wymierają po kilku latach choroby na gruźlicę”³¹. Dopiero pod koniec lat trzydziestych przystąpiono do zbierania danych statystycznych. Badania przeprowadzone w roku 1937 na zlecenie Ministerstwa Opieki Społecznej wykazały, że rozpowszechnienie gruźlicy na wsi dotyczy 3–11% mieszkańców. W ocenie Skopińskiej³², praktykującej w tym okresie na terenach wiejskich, chory na gruźlicę stanowili co najmniej piętnastą część ogółu pacjentów.

Istotnym czynnikiem sprzyjającym szerzeniu się choroby, szczególnie na terenach wiejskich, ale nie tylko tam, była gruźlica bydła. Droga pokarmowa zakażenia, dziś niemal niespotykana, wówczas stanowiła ważny element w patogenezie rozwoju choroby. Objawszy w roku 1899 stanowisko lekarza klimatycznego w Zakopanem, Tomasz Janiszewski³³ stwierdził u bydła domowego 65% zagrzuźliczenia. W roku 1908 opublikował dane z Galicji: u bydła rasy czerwonej stwierdził gruźlicę w 14,2 % przypadków, u ras zagranicznych stopień zarażenia sięgał 60,3%. Natomiast odsetek sztuk reagujących na szczepienie tuberkuliną wynosił 35,6%³⁴. Podobne dane przytaczał nieco wcześniej

B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), op. cit., s. 77.

²⁹ I. Baranowski, op. cit., s. 7.

³⁰ R. Wapiński, *O obyczajowości Polaków przelotem epok. Od schyłku XIX stulecia do wybuchu II wojny światowej*, Gdańsk 2006, s. 76.

³¹ S. Władyczko, op. cit., s. 7.

³² J. Borkowski (red.), op. cit., s. 105–106.

³³ R. Talewski, *Stacja klimatyczna i lecznictwo*, (w:) *Zakopane: czterysta lat dziejów* pod red. R. Dutkowa, T.1, Kraków 1991, s. 131.

³⁴ T. Janiszewski, *Opieka nad chorymi gruźliczymi i walka z gruźlicą w Galicji*, Kraków 1908, s. 45.

Alfred Sokołowski³⁵: odsetek ten oceniał na 35 do 36%, chociaż w niektórych gospodarstwach sięgał 70%. W roku 1913 Budzińska-Tylicka³⁶ donosiła, że na terenie Królestwa 35% bydła choruje na perlicę, czyli bydłą postać gruźlicy. W roku 1937 odsetek zagrzuźliczenia bydła wahał się od 8,9% w województwie krakowskim do 64,68% w pomorskim³⁷. Zdaniem Bączkiewicza³⁸, szczególnie niebezpieczna była gruźlica wymion – mleko takich krów zawierało od 50 do 100 tys. prątków w 1 cm³, chociaż już w mleku dostępnym w handlu znajdowały się nieznaczące ich ilości. Choć były i głosy przeciwne – Karol Jonscher³⁹ uważał, że gruźlica bydłą odgrywa znacznie mniejszą rolę, niż się powszechnie sądzi. Powoływał się na doświadczenia japońskie, gdzie zwyczaj karmienia niemowląt mlekiem krowim nie był rozpowszechniony, a pomimo tego gruźlica stanowiła tam podobny problem, jak na ziemiach polskich. Z jego obserwacji wynikało ponadto, że gotowanie i sterylizowanie mleka nie wpływa na stopień rozpowszechnienia gruźlicy w grupie noworodków i niemowląt.

Wspomnieć należy o jeszcze jednej, bardzo istotnej kwestii: gruźlicy wieku dziecięcego. W roku 1912 Bączkiewicz⁴⁰ w oparciu o najnowsze badania naukowe wskazuje, że zarażenie gruźlicą następuje zwykle właśnie w wieku dziecięcym, choć aktywna postać choroby może pojawić się znacznie później (gruźlica dorosłych to „ostatnia zwrotka piosenki zanuconej niemowlęciu jeszcze w kolebce”). Powołuje się tutaj na przeprowadzone w Wiedniu badania dotyczące odczynu tuberkulinowego Pirqueta: odczyn ten okazał się dodatni u 94% dzieci w wieku lat 14.

Statystyka umieralności

Poruszony sytuacją epidemiologiczną Józef Brzeziński⁴¹ napisał: „(...) od niepamiętnych czasów gruźlica czyli suchoty są najstraszniejszą plagą ludzkości. Wszystkie klęski razem wzięte, jak: pomory, głód, wojny, trzęsienie ziemi nie zabierają tyle ofiar, nie niszczą tyle ist-

³⁵ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych, T II, Suchoty płucne*, Warszawa 1906, s. 255.

³⁶ J. Budzińska-Tylicka, op. cit., s. 12.

³⁷ Z. Moskwa, *Walka z gruźlicą na wsi w Polsce międzywojennej*, „Wiadomości Lekarskie” 1986, nr 6, s. 420.

³⁸ J. Bączkiewicz, op. cit., s. 17.

³⁹ K. Jonscher, *Spółeczna ochrona dziecka przed gruźlicą*, „Nowiny Lekarskie” 1926, R. 38, z. 19, s. 12.

⁴⁰ J. Bączkiewicz, op. cit., s. 12.

⁴¹ J. Brzeziński, *O gruźlicy i środkach przeciw niej zaradczych*, Częstochowa 1910, s. 3.

nień ludzkich, co jedna ta choroba”. Fijałek i Supady⁴² szacują liczbę zmarłych z powodu gruźlicy w roku 1907 na 25 tys. (w odniesieniu do terenu Królestwa Polskiego). Podobne dane podaje Brzeziński w roku 1910, pisząc: „(...) w Europie umiera rocznie na gruźlicę przeszło milion ludzi, w naszym kraju 25 000, a w samej tylko Warszawie blisko 2000 rocznie”⁴³. Bączkiewicz⁴⁴ w roku 1912 liczbę zgonów w Królestwie ocenia na 30 tys. rocznie. Potwierdza to Budzińska-Tylicka w roku 1913, dodając, że łączna liczba zgonów w Królestwie, wraz z Galicją i poznańskiem sięgnęła 80 tysięcy⁴⁵.

Najdokładniejsze dane statystyczne zebrano w dużych aglomeracjach miejskich. W roku 1910 w Łodzi odnotowano 389 zgonów na 100 tysięcy mieszkańców, co oznaczało przynajmniej 4 zgony dziennie.

Tab. 4. Zgony na gruźlicę płuc w Łodzi w roku 1910 na tle wybranych dużych miast europejskich⁴⁶

Nazwa miasta	Liczba zgonów na gruźlicę na 100 tys. mieszkańców
Łódź	389
Lyon	295
Wiedeń	289
Warszawa	246
Christiania (Oslo)	229
Moskwa	222
Bruksela	211
Sztokholm	210
Berlin	189
Drezno	184
Zurych	178
Hamburg	154
Londyn	147
Edynburg	109

Podobne obserwacje poczyniono także w innych miastach. Staniśława Bakalowa⁴⁷ podaje: (...) umieralność z gruźlicy w poszczególnych okręgach Warszawy wykazuje duże różnice, zależne od stopnia zamożności i kultury mieszkańców danego okręgu, jego warunków

⁴² A. Fijałek, J. Supady, op. cit., s. 27.

⁴³ J. Brzeziński, op. cit., s. 3.

⁴⁴ J. Bączkiewicz, op. cit., dane zamieszczone na okładce.

⁴⁵ J. Budzińska-Tylicka, op. cit., s. 6.

⁴⁶ A. Fijałek, J. Supady, op. cit., s. 26.

⁴⁷ S. Bakalowa, *Umieralność z gruźlicy w Warszawie*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1935, nr 39–40, s. 11.

higieniczno – sanitarnych, gęstości zabudowania, stosunków mieszkaniowych, skupienia ludności, jej przynależności rasowej i t.p. przyczyn”. Różnice dotyczą okręgów śródmiejskich i peryferyjnych, zamieszkałych przez środowiska proletariackie (podobne prawidłowości zaobserwowano w latach dwudziestych w Białymstoku). Według Bączkiewicza⁴⁸ w latach 1892– 1906 liczba zgonów oscylowała pomiędzy 22 a 28 na 10 tysięcy mieszkańców, w latach 1910–1914 umierało tam na gruźlicę przeciętnie 312 osób na 100 tys. mieszkańców⁴⁹. Podobną statystykę przytacza Jedwabnik⁵⁰: jego zdaniem liczba zgonów gruźliczych w Warszawie za lata 1881–1890 wyniosła 334 na 100 tys. mieszkańców, w latach 1891–1900 spadła do 213 i utrzymywała się na podobnym poziomie w następnych dziesięcioleciach (223 w latach 1901– 1910 i 200 w latach 1911– 1912). Ten spadek śmiertelności autor tłumaczy dokładniejszym poznaniem istoty zarazka i szerokim zastosowaniem środków higienicznych.

Tab. 5. Liczba zgonów z powodu gruźlicy w Warszawie w latach 1910– 1933⁵¹

Lata	W liczbach absolutnych				Na 100 tys. ludności danej grupy przeciętnie rocznie			
	Mężcz.	Kobiet	Chrześc.	Żydów	Mężcz.	Kobiet	Chrześc.	Żydów
1910–1914	7277	5711	–	–	364	264	–	–
1924–1928	6979	5620	10759	1840	293	199	303	111
1929–1933	6475	4576	9515	1536	245	146	239	89

Natomiast w Krakowie w roku 1913 stwierdzono prawie 47 zgonów na 10 tys. mieszkańców, a w roku 1915 ponad 48⁵². Pomiędzy rokiem 1903 a 1912 w najbardziej uprzemysłowionych guberniach piotrzkowskiej (obejmującej Łódź) i warszawskiej wskaźnik zgonów na gruźlicę płuc oscylował pomiędzy 43,7 a 58,5%⁵³. W Galicji w roku 1901 zmarło z powodu gruźlicy 23 331 osób, czyli 35,5 na 10 tys. mieszkańców, w latach 1902–1904 liczba zgonów wahała się od 24 578 (32,9) do 25 440 (33,5). W roku 1905 odnotowano 28 836 zgonów. Toteż Janiszewski⁵⁴ alarmował: „(...) panuje pod tym względem u nas zupełna obojętność i zabójczy spokój, pochodzące z zupełnego

⁴⁸ J. Bączkiewicz, op. cit., s. 11.

⁴⁹ S. Bakalowa, op. cit., s. 1.

⁵⁰ D. Jedwabnik, op. cit., s. 37.

⁵¹ Ibidem, s. 5.

⁵² T. Janiszewski, *Zwalczanie gruźlicy w kraju*, Kraków 1916, s. 4.

⁵³ A. Fijałek, J. Supady, op. cit., s. 26.

⁵⁴ T. Janiszewski, op. cit., s. 28– 34.

niezdawania sobie sprawy i niezrozumienia grozy niebezpieczeństwa”. Dostrzegając skalę problemu, rząd austriacki zamierzał przeznaczyć w tym czasie na walkę z gruźlicą 18 mln koron, z czego Galicji miało przypaść 5 mln.

Działania wojenne zawsze prowadzą do pogorszenia sytuacji zdrowotnej ludności. Nic zatem dziwnego, że w roku 1916 gruźlica stała się w Łodzi przyczyną 27,8% wszystkich zgonów, a w przedziale wiekowym 6 do 15 lat nawet 46,5%. Dopiero rok 1918 przyniósł pewną poprawę – liczba zgonów gruźliczych spadła w porównaniu z rokiem poprzednim o 12,5%⁵⁵. Także w Warszawie lata wojny zaznaczyły się w statystykach: rok 1917 przyniósł wzrost umieralności do 974 osób na 100 tys. mieszkańców. W okresie powojennym sytuacja stopniowo ulegała poprawie i w latach 1924–1928 umieralność spadła do 242, a w pięcioleciu 1929–1933 do 191 na 100 tys. mieszkańców⁵⁶ (przy czym wskaźnik umieralności kobiet był 1,5 raza niższy – Bakalowa⁵⁷ różnicę tę przypisuje głównie większemu obciążeniu mężczyzn wyczerpującą pracą fizyczną).

Zjawisko to próbowano tłumaczyć m.in. w spadkiem zjadliwości prątków i osobniczym wzrostem odporności. Ale prawdziwe przyczyny leżały zapewne gdzie indziej i wiązały się ze zmianami przepisów prawnych w zakresie ochrony pracy, przepisów ubezpieczeniowych, oraz rozwojem profilaktyki i leczenia przeciwgruźliczego. W skali kraju sytuacja była jednak nadal bardzo poważna. „W Polsce rocznie 100 tys. ludzi umiera na gruźlicę (...). Z chorych w wieku 20–40 lat umiera 46%. Gruźlica powoduje 4 razy więcej zgonów niż wszystkie choroby zakaźne razem. (...) Głównym sanitariuszem m. Wilna jest deszcz z wiatrem”. – alarmował Władyczko⁵⁸ w roku 1927. Przyczyny były wciąż te same: zaniedbania sanitarne, głód mieszkaniowy, niski poziom higieny osobistej, niedożywienie, alkoholizm, a także nieustające problemy z izolacją osób prątkujących.

⁵⁵ A. Fijałek, J. Supady, op. cit., s. 27–29.

⁵⁶ S. Bakalowa, op. cit., s. 1. Podobne dane podaje Fąfrowicz: według niej, przed pierwszą wojną światową na terenach polskich umieralność wynosiła 350/100 tys. ludności, w roku 1919 wzrosła do 920, a w roku 1938 odnotowano spadek do 175 (Patrz: *Historia walki z gruźlicą...*, s. 446).

⁵⁷ S. Bakalowa, op. cit., s. 5–6.

⁵⁸ S. Władyczko, op. cit., s. 6. S. Bakalowa ocenia odsetek zgonów w przedziale wiekowym 20–49 lat na 55% wszystkich zgonów gruźliczych w okresie od 1929 do 1933 roku. Przed wojną grupa ta pochłaniała 39% zgonów. (Patrz: S. Bakalowa, op. cit., s. 1).

Tab. 6. Zgony w niektórych państwach w 1928 roku (przeciętna liczba zgonów na 10 tys. mieszkańców)⁵⁹

Państwa	Ogółem	Zgony z powodu gruźlicy
Węgry	171,0	19,4
Francja	165,4	14,9
Czechosłowacja	151,3	16,0
Austria	143,6	15,9
Polska	134,4	18,8
Belgia	132,5	6,7
Szwecja	117,6	13,4
Anglia	116,6	7,6
Niemcy	116,2	7,5
Holandia	95,5	6,1

Jednak największym dramatem była gruźlica wśród dzieci. W roku 1912 Bączkiewicz⁶⁰ podaje, że w Warszawie notuje się 832 zgony gruźlicze wśród dzieci w wieku do lat 10. Jonscher⁶¹ podaje zestawienie dotyczące umieralności w grupie dzieci do lat 15 w Warszawie za lata 1916–1920. W okresie powojennym widoczna jest tendencja spadkowa. W liczbach bezwzględnych liczba zgonów wyniosła 3850 w roku 1917 i 918 w roku 1920. Według Stanisławy Adamowiczowej⁶², współczynnik umieralności warszawskich dzieci z powodu gruźlicy w latach 1916–1918 wynosił 178 dla przedziału wiekowego 1–5 lat. Po dwóch latach współczynnik ten obniżył się do 72, a w okresie od 1929 do 1930 roku do 38. Była to oczywiście tendencja korzystna, jednak zdecydowanie odbiegająca od sytuacji w innych państwach europejskich. Największy spadek umieralności dotyczył przy tym gruźlicy układu oddechowego, znacznie już mniejszy gruźlicy opon mózgowych, stanowiącej podówczas największy problem kliniczny. Ta sama autorka w latach 1925–1926 poddała analizie umieralność dzieci w Białymstoku⁶³. Obliczony przez nią współczynnik umieralności dla dzieci do lat piętnastu wyniósł 19 przy znacznej różnicy w rodzinach chrześcijańskich (30,3) i żydowskich (6,6). Tendencja spadkowa widoczna jest także w zestawieniach Bakalowej⁶⁴. Wskaźnik umieralności za lata 1929–1933 obniżył się w porównaniu z okresem 1910–1914 o 38,8%

⁵⁹ *Mały Rocznik Statystyczny*, Warszawa 1932, s. 136.

⁶⁰ J. Bączkiewicz, op. cit., s. 12.

⁶¹ K. Jonscher, op. cit., s. 5.

⁶² S. Adamowiczowa, *Umieralność dzieci na gruźlicę w Warszawie*, „Zdrowie” 1932, nr 23–24, s. 4–5.

⁶³ S. Adamowiczowa, *Z badań...*, op. cit., s. 19.

⁶⁴ S. Bakalowa, op. cit., s. 8.

w grupie niemowlęcej, 60% w przedziale od 1 do 9 lat i o 36% dla przedziału 10–19 lat, co autorka wiąże ze skuteczną działalnością poradni przeciwgruźliczych. Wskaźniki te były jednak nadal wysokie (np. 525 w przypadku grupy niemowlęcej).

Etiologia i patogeneza

Jak wcześniej wspomniano, etiologia gruźlicy przestała być tajemnicą za sprawą badań Roberta Kocha. Czynnikiem etiologicznym okazał się, jak go wówczas nazywano, lasecznik, którego przynależność do świata bakterii, a dokładnie do grupy prątków kwasoopornych, od dawna nie budzi wątpliwości. W omawianym tutaj okresie stan wiedzy bakteriologicznej był jednak inny. Sokołowski⁶⁵, podówczas autorytet z zakresu chorób płuc, określa lasecznika jako „złośliwego pasorzyta” (pis. org.), zaliczając go do grupy grzybków rozszczepkowych, spowinowaconych z grzybkiem promienicy. Lasecznik dawał się łatwo hodować na podłożu agarowym, żelatynie glicerynowej czy ziemniakach w temperaturze 30–38 stopni, oraz wybarwiać niektórymi zasadowymi barwnikami. Zauważono jego niezwykłą odporność na czynniki zewnętrzne: wysuszona płwocina suchotników przez wiele miesięcy pozostawała materiałem potencjalnie zakaźnym, szczególnie w pomieszczeniach zamkniętych i nie przewietrzanych. Laseczniki ginęły w temperaturze 100 stopni, a także pod działaniem pary wodnej w temperaturze 70 stopni przez okres 5–10 minut. W mleku ogrzonym do 60 stopni lasecznik ginął po godzinie. Podgrzanie mleka do 70 stopni niszczyło lasecznika po 10 minutach, zaś podgrzanie do 90 stopni – już po 1–2 minutach. Za jeden z najskuteczniejszych czynników uważano słońce – w silnych promieniach słonecznych lasecznik ginął po 2–3 godzinach. Kwas karbolowy w roztworze 5% niszczył lasecznika po 30 sekundach, natomiast 1% eter jodoformowy po 5 minutach.

Do identyfikacji zarazka, oprócz badań mikroskopowych, używano różnych metod barwienia: najpopularniejszą była metoda Ziehl–Neelsena, z użyciem roztworu karbolu i fuksyny w odpowiednich proporcjach. W metodach Gabetty i Kocha wykorzystywano błękit metylowy. Jeśli barwienie zawodziło, pozostawał jeszcze posiew – np. na pożywce Jochmana otrzymywano hodowle już po upływie 24 godzin.

Wkrótce po odkryciu Kocha zaobserwowano, że na gruźlicę zapadają także zwierzęta, przede wszystkim bydło, ale także ptaki, ryby,

⁶⁵ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych*, T. I, *Nauka o suchotach płucnych*, Warszawa 1921, s. 9.

a nawet padalce. Prątki wywołujące gruźlicę zwierzęcą nazywano rzekomogruźliczymi: morfologicznie nie różniły się od „ludzkich”, jednak inaczej zachowywały się w hodowlach.

Przedmiotem sporów był mechanizm powstawania gruźliczych zmian patologicznych. Uważano, że mogą być one wynikiem oddziaływania samego prątka, lub też wytwarzanych przez niego endo- i egzogennych, „wielce złośliwych” toksyn.

Za główne źródło zakażenia gruźlicą uznawano prątkujących suchotników, mniejszą wagę przywiązywano do gruźlicy zwierzęcej, która miała być zagrożeniem przede wszystkim dla dzieci, a w znacznie mniejszym stopniu dla dorosłych. Otwarte pozostawało też pytanie o drogi zakażenia. Z faktu, że lasecznik w ogromnej większości przypadków umiejscawiał się pierwotnie w płucach wywodzono przypuszczenie, że zakażenie następuje na drodze oddechowej. Pod uwagę brano dwa mechanizmy: wnikanie prątków bezpośrednio poprzez pęcherzyki płucne lub pośrednio – drogą gruczołów chłonnych. Bączkiewicz⁶⁶ twierdził, że w tym przypadku zakażenie następuje poprzez migdałki podniebienne i gruczoły szyjne, gdzie laseczniki mogą ulec strawieniu lub przeniknąć do innych gruczołów, a stamtąd do płuc. Za drugą pod względem częstości uważano drogę pokarmową, ważną w przypadku dzieci, karmionych zakażonym mlekiem. Prątki przenikały przez błonę śluzową jelit do gruczołów limfatycznych, wywołując ich gruźlicze zwyrodnienie, zwane skrofułami lub zołzami. Szczególnie u małych dzieci miało to prowadzić do rozwoju gruźlicy przewodu pokarmowego, gruczołów lub opon mózgowych, albo też, po okresie utajenia, w wieku dojrzałym wywoływać typową gruźlicę płuc. Wymieniano też inne, bardzo rzadkie drogi zakażenia: przez skórę, szczególnie uszkodzoną (miało to dotyczyć głównie dzieci żydowskich zarażanych podczas rytualnego obrzezania), podczas stosunków płciowych z osobą zarażoną, a w okresie ciąży także poprzez łożysko.

Niejasna była kwestia podatności na zakażenie. Obserwowano zwiększoną zapadalność wśród osób sprawujących opiekę nad suchotnikami (służby, personelu zakładów leczniczych), szczególnie, jeśli wykonywały swe obowiązki w pomieszczeniach ciasnych, źle przewietrzanych. Podobne obserwacje dotyczyły miejsc o dużym zagęszczeniu osób na niewielkiej powierzchni – w biurach, fabrykach, zakładach karnych. W miejscach tych, po zastosowaniu podstawowych zasad higienicznych, spluwaczek, wentylacji pomieszczeń, liczba zakażeń zasadniczo spadała. Ale zarażali się też i tacy, których stan zdrowia

⁶⁶ J. Bączkiewicz, op. cit., s. 15.

i warunki materialne zupełnie do tego nie predysponowały. Z drugiej strony nie brakowało osób, które nie ulegały chorobie pomimo pracy w złych warunkach i ciągłego kontaktu z materiałem zakaźnym. Ogólnie uznawano, że wszystko, co wzmacnia organizm, chroni go przed zakażeniem, natomiast zwiększają prawdopodobieństwo zachorowania czynniki osłabiające zdolność życiową komórek.

Gruźlicę nazywano chorobą proletariacką. Bieda kojarzyła się bowiem głównie z tą grupą społeczną, a zależność pomiędzy warunkami egzystencji a zapadalnością na gruźlicę było aż nadto widoczna. Wśród czynników sprzyjających wymieniano niedożywienie, złe warunki mieszkaniowe, ciężką pracę zawodową, szczególnie w zapyleniu i szkodliwych wyciewach, alkoholizm, przygnębienie psychiczne, choroby współistniejące, szczególnie cukrzycę, żoły, choroby weneryczne, koklusz, grypę, zapalenie opłucnej. Także wyteżony wysiłek umysłowy sprzyjał zachorowaniu – choroba nie omijała środowisk artystycznych, lekarzy, nauczycieli, adwokatów. Odsetek zachorowań wzrastał wraz z wiekiem. Zwracano uwagę, że gruźlica w mniejszym stopniu dotyka kobiet, jako łżej pracujących i rzadziej oddających się pijaństwu. W ich przypadku czynnikiem sprzyjającym były natomiast liczne porody.

Zmiany anatomopatologiczne, które obserwowano, miały charakter zapalny – składały się na nie wysięk i zwyrodnienie tkanek, oraz zmiany wytwórcze pod postacią gruzełków. Opisywano szczegółowo obraz mikroskopowy tkanek objętych procesem gruźliczym i jego zmiany w poszczególnych fazach choroby zarówno w obrębie płuc, jak i innych narządów, a także mechanizm powstawania jam gruźliczych. Stosownie do tych obserwacji rozróżniano następujące postacie anatomopatologiczne suchot płucnych: gruźlica prosówkowata, gruźlica guzowata, gruźlica wrzodziejąca, gruźlica włóknista i gruźlicze serowate zapalenie płuc⁶⁷.

Dla potrzeb niniejszej dysertacji istotne jest także stanowisko, jakie medycyna przełomu XIX i XX wieku zajęła wobec problemu dziedziczności gruźlicy. I tak np. Brzeziński⁶⁸ nie pisze o dziedziczności, a jedynie o usposobieniu do gruźlicy, które dzieli na wrodzone – zwykle dziedziczne i nabyte. Jego zdaniem, dziecko nabywa skłonność do choroby w większym stopniu po suchotniczej matce, niż po ojcu. Uważa też, że „(...) wrodzone usposobienie do gruźlicy można zresztą nabyć nie tylko od rodziców suchotników, ale także od rodziców

⁶⁷ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne...*, Warszawa 1921, s. 43.

⁶⁸ J. Brzeziński, op. cit., s. 9–10.

wątlých, chorowitych i (...) oddających się pijaństwu”. Dzieci z wrodzonym usposobieniem są „(...) blade, wątłe, mają długą szyję, wąską klatkę piersiową i wystające łopatki”⁶⁹. Do skłonności nabytych zalicza długotrwałe, wyniszczające choroby, niepomyślne okoliczności i warunki życiowe, brak ruchu i świeżego powietrza, pracę w pyłe, złe odżywianie, niehigieniczny tryb życia. Sterling⁷⁰ ujmuje to następująco: „(...) zdaniem większości badaczy, odziedziczyć laseczników gruźliczych nie można i nie wnosi ich do organizmu płodu ani tkanka plemnika, ani tkanka jaja. Plemniki mogą zawierać laseczniki Kocha, ale ich obecność zabija jaje”. Jedwabnik⁷¹, stojąc zasadniczo na stanowisku, że dziedziczność gruźlicy nie została potwierdzona, donosi zarazem, że „(...) szereg badaczy uważa za możliwe dziedziczenie podłoża gruźliczego, a więc wrodzonej dyspozycji do zachorowania. W bardzo rzadkich przypadkach możliwe jest dziedziczne przekazywanie zarazka”. Wyjaśnia też zaraz, co przez to rozumie: chodzi o gruźlicę wrodzoną, czyli zarażenie nabyte w okresie płodowym, kiedy laseczniki przedostają się do krwiobiegu płodu z łożyska. Uważa jednak taki mechanizm za wyjątkowo rzadki. Jego zdaniem, predyspozycja dziedziczna do suchot występuje w ok. 20% przypadków. Do okoliczności sprzyjających zalicza wady anatomiczne w zakresie budowy klatki piersiowej, układu krwionośnego oraz „wątlność ogólną tkanek”. Jako przykład zmniejszonej odporności na zarazek gruźlicy podaje wymieranie całych rodzin, a nawet plemion (mieszkańcy południowej Afryki, czy północnoamerykańscy Indianie). Za przykład zgoła przeciwny w wielu opracowaniach służy rasa semicka, wykazująca wyraźnie większą odporność na zakażenie pomimo bytowania w tradycyjnie złych warunkach higienicznych i sanitarnych, co tłumaczy się adaptacją i uodpornieniem na zarazek gruźliczy. Alfred Sokołowski⁷², twórca pierwszego polskiego podręcznika z zakresu chorób dróg oddechowych, w jego drugim wydaniu odnotował upadek „jednostronnej” teorii zakaźnej, powołując się przy tym na opinię Baumgartena, autora „niezwykle kompetentnego” w sprawach związanych z gruźlicą, który doszedł do wniosku, że gruźlica rozwinąć się może jedynie na drodze odziedziczenia zarazka. Przy czym nie było to dziedziczenie w dzisiejszym rozumieniu tego pojęcia: laseczniki miały się przedostawać do komórki jajowej matki lub nasienia ojca i tą drogą nabywał je płód. Po 15 latach, w kolejnym wydaniu swego dzieła, Sokołowski zrewidował

⁶⁹ Ibidem, s. 9–10.

⁷⁰ S. Sterling, op. cit., s. 7.

⁷¹ D. Jedwabnik, op. cit., s. 36.

⁷² A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne...*, Warszawa 1906, s. 261.

poglądy: uznawał dziedziczność, ale tylko w sensie predyspozycji do rozwoju gruźlicy⁷³.

Pomimo postępów wiedzy medycznej nadal nie w pełni udaje się wyjaśnić, jakie czynniki odgrywają decydującą rolę w rozwoju choroby. Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, dlaczego jedni chorują, a inni, pomimo istniejącego zakażenia gruźlicy nie ulegają. Współczesne badania wskazują, że osobnicza odporność na zakażenie dziedziczy się w sposób dominujący. Ewa Rowińska-Zakrzewska⁷⁴ jest zdania, że odporność ta miała istotny wpływ na ewolucję światowej epidemii gruźlicy na skutek naturalnej selekcji – choroba, eliminując osoby w wieku młodym, zapobiegała przekazaniu wrażliwości na zakażenie ich potomstwu, co doprowadziło do powstania populacji bardziej odpornej.

Objawy i diagnostyka gruźlicy

Z klinicznego punktu widzenia rozróżniano gruźlicę ostrą i przewlekłą. Postać ostra przebiegała burzliwie i zazwyczaj kończyła się zgonem. Obserwowano ją jednak niezbyt często – dominował obraz gruźlicy przewlekłej, o lokalizacji zazwyczaj płucnej, ciągnącej się latami i stopniowo postępującej, doprowadzającej do skrajnego wyniszczenia organizmu.

U większości osób zarażonych prątkami gruźlicy nie występowały żadne objawy. Prątki pozostawały jednak żywe w obrębie ziarninieków w płucach czy w węzłach chłonnych, aby w sprzyjających warunkach, przy osłabieniu mechanizmów obronnych ustroju zapoczątkować proces chorobowy. We wstępnym okresie choroby obserwowano objawy dotyczące stanu ogólnego. Do najwcześniejszych należała postępująca utrata wagi ciała połączona z narastaniem zaników mięśniowych i stopniowym osłabieniem. Zapadały się policzki, zanikała warstwa tłuszczowa brzucha, ud i pośladków. Chorzy nie dostrzegali przy tym żadnej uchwytnej przyczyny takiego stanu rzeczy. Objawy te przypisywano wytwarzanym przez prątki toksynom, mającym wywoływać wzmożoną przemianę materii i brak łaknienia. Utrata wagi mogła dochodzić do ¼ stanu wyjściowego. Kolejnym, stałym i typowym objawem była gorączka, również zależna od toksyn, które z kolei

⁷³ M. Kempa, *Zastugi wybranych lekarzy polskich XIX i XX w. w walce z gruźlicą*, (w:), *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, pod red. B. Płonki-Syroki, Wrocław 2001, s. 203.

⁷⁴ E. Rowińska-Zakrzewska, op. cit., s. 22.

miały wytwarzać substancje gorączkotwórcze, a także bezpośrednio oddziaływać na ośrodki opuszkowe. Pojawiała się w różnych porach dnia, najczęściej wieczorem, chociaż niekiedy tylko w godzinach rannych, zwykle nieznacznie przekraczając 37 stopni. Podkreślano nietypowość dziennych zmian temperatury. Pomimo gorączki chory miał stosunkowo dobre samopoczucie, nie skarżył się na uczucie ogólnego rozbicia, jak w innych chorobach gorączkowych, a nawet doznawał uczucia świeżości i mógł oddawać się zwykłym zajęciom. Gorączce często towarzyszyły dreszcze i poty, pojawiające się w chwilach spadku gorączki, zwykle w nocy lub nad ranem. Poty bywały bardzo obfite, chory skarżył się przy tym na osłabienie. Nadmierną potliwość także przypisywano toksynom, mającym oddziaływać na „ośrodki potowe” bezpośrednio, a także pośrednio, poprzez spadek ciśnienia krwi uszkadzając aparat regulujący i wywołując przekrwienie skóry. Jedwabnik⁷⁵ wskazywał, że obfite poty są następstwem zastępczego wydalania wody przez skórę z powodu ograniczenia powierzchni oddechowej płuc przez proces gruźliczy. Z powodu rozwijającej się niedokrwistości stopniowo narastała bladeść powłok. Tętno ulegało przyspieszeniu, szczególnie w okresach wyższej temperatury, natomiast przyspieszenie tętna bez towarzyszącej gorączki mogło przemawiać za wczesnym okresem gruźlicy. Osłabienie i niedokrwistość powodowały utratę dźwięczności głosu, czasami pojawiała się chrypka. Kolejnym objawem były bóle w klatce piersiowej – zwykle ćmiące, trudne do zlokalizowania, nasilające się podczas głębokich wdechów, niekiedy umiejscowione w okolicy międzyłopatkowej, w części przypadków mające charakter nerwobólów międzyżebrowych. Rodzaj i lokalizacja dolegliwości zależały od umiejscowienia procesu chorobowego w mięszu płucnym i ewentualnego zajęcia opłucnej. Typowym objawem był brak łaknienia, na ogół, choć nie zawsze, związany z gorączką. Obserwowano także zmiany stanu psychicznego – chorzy stawali się nadmiernie drażliwi, wybuchowi, hipochondryczni, a okresowo występowały u nich stany euforii. Uważano, że gruźlica wywołuje okresy przesadnego pobudzenia seksualnego⁷⁶. Jednak Sokołowski⁷⁷ zdecydowanie to kwestionuje: jego zdaniem pobudzenie dotyczy osób, które już przed zachorowaniem wykazywały podobne skłonności, natomiast w okresie rozwiniętej choroby popęd płciowy ulega zmniejszeniu, a nawet całkiem zanika.

⁷⁵ D. Jedwabnik, op. cit., s. 78.

⁷⁶ S. Sontag, op. cit., s. 16.

⁷⁷ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne...*, Warszawa 1921, s. 116.

Wśród objawów ze strony układu oddechowego dominował kaszel, objaw najwcześniejszy i będący głównym przedmiotem skarg chorego. Zwykle był to kaszel suchy, napadowy, nierzadko kończący się wymiotami. Jedwabnik⁷⁸ wyróżniał kilka rodzajów gruźliczego kaszlu: szczekający, rzęzący, głęboki z obfitą wydzieliną, szorstki (świadczący o zajęciu strun głosowych), bezdźwięczny (występujący w stanie znacznego osłabienia organizmu) oraz wysoki dźwięczny, przemawiający za obecnością jamy. W późniejszym okresie pojawiało się, głównie w godzinach rannych, odkształcanie śluzowo – ropnej wydzieliny. Czasami występowała duszność. Kolejny ważny objaw rozwijającej się gruźlicy to krwioplucie – występujące po napadzie kaszlu, wysiłku fizycznym, lub też bez uchwytneho powodu. Krwioplucie uważano za ważny objaw rozpoznawczy: mogło świadczyć o utajonym jeszcze procesie gruźliczym płuc. Zdaniem Sokołowskiego⁷⁹, „(...) krwioplucie u osobników z usposobieniem do suchot płucnych należy uważać za poczynającą się sprawę gruźliczą”. Nazywał je więc „krwiopluciem gruźliczem początkowym”⁸⁰. Uważał, że we wczesnym okresie krwioplucie wywołane jest pękaniem gruźliczo zwyrodniałych naczyń, trwa przeważnie kilka dni i ustępuje samoistnie. Natomiast w późniejszym okresie przyczyną krwioplucia miało być przekrwienie bierne, wywołane osłabieniem pracy serca u znacznie wycieńczonych chorych. Objaw ten w przebiegu rozwiniętych suchot płucnych obserwowano u 75% chorych⁸¹. Trzeci rodzaj krwioplucia występował w okresie rozpadu tkanki płucnej: pojawiał się nagle, bez objawów poprzedzających, często podczas snu, trwał długo, nawet wiele dni, po czym ustawał i co jakiś czas znowu się pojawiał, czasem przechodził w krwotok płucny. Przeważnie towarzyszyła mu gorączka, kaszel, kłucie w klatce piersiowej i „krótki” oddech. Występowały też krwawienia bardziej nasilone, z odkrztuszaniem większej ilości pienistej krwi, wreszcie pojawiały się krwotoki, przebiegające z typowymi objawami towarzyszącymi – potami, bladeością, przyspieszeniem tętna i uczuciem strachu.

Wspomnieć należy jeszcze o charakterystycznych zmianach wyglądu zewnętrznego, odpowiedzialnych za specyficzny typ suchotniczej urody. Częstym objawem była bladeość twarzy, nie zawsze łącząca się z niedokrwiistością, nazywana niekiedy pseudochlorozą. Uważano,

⁷⁸ D. Jedwabnik, op. cit., s. 82–83.

⁷⁹ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych, T.II: Choroby płuc*, Warszawa 1903, s. 64.

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ Ibidem.

że może wskazywać na zajęcie szczytów płuc. Zdzisław Tomanek⁸² rozróżniał kilka odcieni skóry: biel alabastrową, która miała występować we wczesnych okresach gruźlicy reinfekcyjnej, odcień brunatnawy z rumieniem na twarzy – w gruźlicy zaawansowanej, odcień morelowy, stanowiący połączenie barw brunatnawej i czerwonej, spotykany u chorych powracających z sanatoriów górskich, błądźc ziemistą, spotykaną w okresie wyniszczenia. Dość charakterystyczny był ceglasty rumieniec, obejmujący niekiedy małżowiny uszne, utrzymujący się trwale lub pojawiający się w określonych porach dnia, powodowany przez zaburzenia naczynioruchowe lub toksyny, a być może będący następstwem wzmożonej pobudliwości na „podniety psychiczne”. Obserwowano też przeświecanie naczyń żylnych przez skórę, co wiązało się z jej ścięciem i błądźcią. Brunatne zabarwienie skóry było charakterystyczne dla gruźlicy nadnerczy. Na skórze suchotnika pojawiały się też inne zmiany, jak trądzik twarzy i grzbietu, rybia łuska (objaw gruźlicy utajonej), zmiany łuszczykowe, łojotokowe, rumień guzowaty. Opisywano też nadmierne owłosienie grzbietu (lanugo), wydłużone rzęsy, zaczerwienienie brzegów powiek. Tęczęwka po stronie chorego płuca miała wykazywać bardziej intensywne zabarwienie. Z powodu niedomykania się powiek powstawał obraz wielkich, wyrazistych oczu. Uzębienie przednie bywało wystające, siekacze miały skłonność do próchnicy. Uwagę zwracała smukła, wąska i wydłużona szyja. Podsumowując gruźliczy typ urody z punktu widzenia estetyki (osobnicy asteniczni, z cienką, bladą skórą, rumieńcem, pogodni lub nawet euforyczni, ruchliwi), Tomanek uznał go za nadzwyczaj piękny.

Początkowy okres gruźlicy mógł przebiegać z objawami ze strony innych narządów, maskującymi rozwój choroby. Sokołowski⁸³ opisał dziewięć takich masek: rzekoma blednica, postać rzekomo sercowa, rzekome żoły, rzekoma zimnica, postać rzekomożołądkowokiszkowa, postać rzekomo krtaniowa, rzekoma rozedma płuc, postać rzekomo opłucnowa, postać rzekomo grypowa. Zespoły naśladujące gruźlicę znane są do dzisiaj jako „maski Sokołowskiego”⁸⁴. Opisywano też postać przebiegającą pod maską choroby Basedowa. O odmiennościach tych należało pamiętać, aby odpowiednio wcześniej skierować terapię na właściwą drogę. W badaniu fizykalnym chorego najważniejszą rolę odgrywało oglądanie, opukiwanie i osłuchiwanie. Oględziny cho-

⁸² Z. Tomanek, *O piękności w gruźlicy*, „Polska Gazeta Lekarska” 1934, R. XIII, nr 50, s. 932–933.

⁸³ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne...*, Warszawa 1921, s. 54.

⁸⁴ E. Rowińska-Zakrzewska, op. cit., s. 29.

rego pozwalały zwrócić uwagę na budowę anatomiczną klatki piersiowej: do gruźlicy predysponowała klatka wąska, długa, z cechami charłactwa – wystającymi łopatkami i obojczykami. Podejrzenie procesu chorobowego nasuwało ograniczenie ruchomości klatki po stronie chorej. Czasami widoczne było powiększenie węzłów chłonnych nadobojczykowych. Opukiwanie klatki wykrywało stłumienie odgłosu opukowego nad okolicą objętą naciekiem gruźliczym, najczęściej ponad szczytem płuca. Niezbędne było porównawcze opukiwanie obu stron klatki piersiowej. Jama gruźlicza dawała odgłos opukowy bębnowy, o ile nie była zlokalizowana zbyt głęboko i miała dostateczną wielkość (nie mniejszą od włoskiego orzecha). Rozróżniano bardzo subtelne zmiany odgłosu opukowego, a umiejętność ich interpretacji wymagała dużego doświadczenia klinicznego i dobrego opanowania tej techniki badania. Osłuchując chorego należało zwrócić uwagę na osłabienie, lub przeciwnie – zaostrzenie szmeru, wreszcie na tzw. oddech przerywany, który świadczyć miał o zwężeniu oskrzelików, a być może także o zajęciu opłucnej. Objaw ten mógł przemawiać za gruźlicą szczytów płuc. Podobne podejrzenie nasuwały obecne ponad szczytami rżenia, nie ustępujące po kaszlu ani głębokim wdechu. W miarę postępu zmian chorobowych pojawiały się coraz lepiej słyszalne rżenia drobnobańkowe, które następnie stawały się dźwięczne, a wraz z rozpadem tkanki płucnej wysłuchiwało się odgłosy jak gdyby bulgotania czy przelewania. Ponad jamą gruźliczą pojawiał się szmer oskrzelowy i rżenia grubobańkowe. Suche zapalenie opłucnej objawiało się natomiast tarcie, wysłuchiwanym w różnych częściach klatki piersiowej. Dużą rolę przywiązywano do charakteru odkrztuszonej wydzieliny. Jednak pojedyncze objawy nie miały dużej wartości diagnostycznej – istotna była interpretacja obrazu uzyskanego na podstawie badania klinicznego w połączeniu z wynikami badań dodatkowych. Wykorzystywano tutaj badanie spirometryczne, którego wartości diagnostycznej nie oceniano wysoko z powodu małej swoistości, regularne pomiary wagi ciała, odczyn tuberkulinowe: Mantoux, Kocha, Calmette'a i cieszący się największą popularnością odczyn Pirquet'a, oraz badania płwociny i innych płynów ustrojowych na obecność prątków. Dodatni odczyn tuberkulinowy nie świadczył jednak o świeżym procesie chorobowym – mógł wskazywać na obecność starych, nieczynnych ognisk gruźliczych, nie pomagał też w ustaleniu lokalizacji ogniska. Miał większą wartość diagnostyczną w gruźlicy wieku dziecięcego. Natomiast obecność prątków w płwocinie przesądzała o rozpoznaniu pomimo braku

objawów klinicznych, za to ujemny wynik nie był miarodajny – szczególnie w początkowym okresie choroby płwocina mogła nie zawierać laseczników. Toteż zalecano powtarzanie badania w odstępach tygodniowych. Problemem było odróżnienie prątka Kocha od innych prątków kwasoopornych. Ponieważ bakterioskopia nie była miarodajna, stosowano różne metody hodowli prątków na pożywkach, oraz ich wybarwienie, przy czym w użyciu było kilkadziesiąt sposobów⁸⁵. Coraz większego znaczenia nabierały badania radiologiczne. Zaczęły się one upowszechniać w okresie przed I wojną światową. Joanna Siedlecka⁸⁶ podaje, że w roku 1910 lub 1911 wykonano w Davos jedno z pierwszych zdjęć chorej na gruźlicę córce Ireny Solskiej. Zbigniew Woźniewski⁸⁷ określa rok 1913 jako początek „właściwego posiłkowania się w zagadnieniach diagnostycznych promieniami X”. Sokołowski⁸⁸ – ta informacja budzi jednak wątpliwości, już w roku 1906 wspomina o własnych doświadczeniach w interpretacji wyników badań radiologicznych, których znaczną ilość wykonano w przyszpitalnej pracowni. Czesław Barszczewski⁸⁹ natomiast, który już w roku 1901 wygłosił odczyt na temat przydatności badań radiologicznych, w roku 1906, w dziesiątą rocznicę odkrycia Roentgena wygłosił kolejny, połączony z prezentacją własnych radiogramów. Odczyt uzupełniony został apelem do środowiska lekarskiego o wyrozumiałość i wsparcie duchowe dla rozwijających się warszawskich pracowni radiologicznych. Barszczewski ocenił, że radiologia wyszła już z „okresu mgławic” i omówił ówczesne możliwości diagnostyczne w oparciu o radioskopię (badanie czynnościowe) i radiografię (klisze radiologiczne), także odnośnie zmian gruźliczych w klatce piersiowej. Dwa lata później ten sam autor przedstawił opracowanie dotyczące aktualnego stanu wiedzy, wzbogacone o doświadczenia własnej pracowni⁹⁰. Największe trudności interpretacyjne sprawiała wówczas gruźlica wczesna, natomiast w przypadku zmian zaawansowanych możliwości diagnostyczne były całkiem spore i stanowiły cenne uzupełnienie badania fizykalnego. Jednak wartość tych badań

⁸⁵ E. Piasecka-Zeyland, *Bakteriologiczne rozpoznawanie gruźlicy u ludzi*, Warszawa–Poznań 1935, s. 38–47.

⁸⁶ J. Siedlecka, *Mahatma Witkac*, Warszawa 2005, s. 57.

⁸⁷ Z. Woźniewski, op. cit., s. 167.

⁸⁸ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne...*, Warszawa 1906, s. 403–404.

⁸⁹ Cz. Barszczewski, *Dziesięciolecie promieni X w medycynie praktycznej: odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego z pokazem radiogramów*, Warszawa 1906, s. 2–6.

⁹⁰ Cz. Barszczewski, *Podstawy i zasady radiodyagnostyki klinicznej chorób wewnętrznych*, Warszawa 1908, s. 1–15.

jeszcze przez długie lata będzie problematyczna z powodu trudności w interpretacji uzyskanych obrazów, na co wpływ miała niska jakość zdjęć i brak standaryzacji pracowni radiologicznych. Adam Przybylski⁹¹ utyskiwał na to jeszcze w roku 1937. W okresie początkowym choroby zmiany radiologiczne nadal ujawniały się raczej rzadko. Dlatego bardziej przydatna od zdjęć była skopia, dająca możliwość wnioskowania o zaawansowaniu zmian chorobowych na podstawie objawów pośrednich – Sterling⁹² polecał np. zwrócenie uwagi na „(...) ograniczenie ruchów oddechowych podstawy jednego z płuc, co ma być dowodem schorzenia szczytu tego płuca (...)”. Jeśli chodzi o inne badania, to przedmiotem dyskusji była tzw. diazoreakcja Erlicha, polegająca na różowym zabarwieniu moczu pod wpływem określonych odczynników, mająca posiadać, zdaniem niektórych autorów, istotną wartość diagnostyczną i rokowniczą, co np. Sokołowski⁹³ zdecydowanie kwestionował.

W rozpoznaniu różnicowym brano pod uwagę przewlekłe śródmiąższowe zapalenie płuc, zmiany nowotworowe, płucną lokalizację chorób wenerycznych (np. kilaki), zmiany ropne o innej etiologii, promienicę, płucną lokalizację bąblowca.

Diagnostyka gruźlicy nastęczała więc, przy pozornie oczywistych objawach, duże trudności. Pomimo powszechności zakażeń gruźliczych i wynikającej stąd konieczności odpowiedniego ukierunkowania badań diagnostycznych w każdym podejrzanym przypadku, sprawa nie była tak prosta, jak to się może dzisiaj wydawać. Zła sława choroby i jej wielorakie następstwa sprawiały, że należało unikać pochopnej diagnozy. Dotyczyło to zwłaszcza osób młodych, u których stwierdzano początkowo stany podgorączkowe i utratę wagi ciała, a które po kilku miesiącach przestawały jednak gorączkować, kaszleć i przybierały na wadze, natomiast wykonane u nich badania dodatkowe nie potwierdzały procesu gruźliczego. Dopiero kolejny nawrót dolegliwości, wystąpienie krwawienia z dróg oddechowych, a szczególnie dodatni wynik badań bakteriologicznych przesądzały o rozpoznaniu. Choć np. Sokołowski⁹⁴ był zwolennikiem informowania chorego i jego rodziny o podejrzeniu, nawet niepotwierdzonego jeszcze, procesu gruźliczego, ponieważ miało to znaczenie w podejmowaniu ważnych decyzji, jak wybór lub zmiana zawodu, czy kwestia małżeństwa.

⁹¹ A. Przybylski, *Promienie Roentgena a gruźlica*, (w:) *Przewodnik zdrojowo-turystyczny*, pod red. H. Piotrowski, Warszawa 1937, s. 66–67.

⁹² S. Sterling, op. cit., s. 125.

⁹³ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne...*, Warszawa 1921, s. 113.

⁹⁴ *Ibidem*, s. 177.

Metody terapeutyczne leczenia gruźlicy w latach 1890–1939: leczenie zachowawcze

Leczenie farmakologiczne do chwili wprowadzenia antybiotykoterapii nie wyszło z fazy eksperymentu. Metodą prób i błędów przetestowano ogromną ilość środków farmakologicznych. Jak zwykle bywa w takich przypadkach – wprowadzenie nowego leku rozbudzało nowe nadzieje i wiązało się z dużymi oczekiwaniami ze strony środowiska lekarskiego. W początkowym okresie zwykle dominowały doniesienia entuzjastyczne lub przynajmniej pochlebne opinie odnośnie skuteczności nowego preparatu; dłuższe obserwacje skuteczności tej nie potwierdzały i miejsce owego leku zajmował inny, równie nieefektywny. Dawało to pole do nadużyć – najróżniejsi szarlatani, ale także znachorzy i lekarze oferowali zdesperowanym chorym i ich rodzinom specyfiki o objętym tajemnicą składzie i sprawdzonej podobno skuteczności. Na przeciwległym biegunie sytuowali się zwolennicy tezy, w myśl której poszukiwanie działających swoiście leków przeciwprątkowych mijało się z celem z uwagi na nieprzenikliwą rzekomo otoczkę woskową, jaką miały dysponować prątki⁹⁵. Żeby jednak przedstawić rzecz chronologicznie, należy rozpocząć od przedsięwziętych pod koniec XIX wieku prób podawania miejscowo, tj. bezpośrednio do mięszu płucnego środków przeciwnilnych. Pierwsze obserwacje dające podstawy teoretyczne tej metodzie poczynił sam Koch – stwierdził on mianowicie skuteczność roztworu sublimatu w stężeniu 1: 300 000. Prątki poddane przez jeden dzień działaniu tego specyfiku traciły własności chorobotwórcze. Roztwór o większym stężeniu, 1: 30 lub 1: 40 wykazywał działanie bakteriobójcze. Wyniki doświadczeń wskazywały jednak, że skuteczna terapeutycznie dawka sublimatu byłaby dla organizmu ludzkiego dawką śmiertelną⁹⁶. Przez kilka lat poszukiwano zatem innego środka, dawki i bezpiecznej drogi wprowadzenia preparatu do ustroju. Spośród polskich lekarzy pionierem takiego postępowania był Sokołowski, który wykorzystywał słabe roztwory kwasu karbolowego i nadmanganianu potasu, podawane bezpośrednio do jam gruźliczych. Chodziło nie tylko o miejscowe działanie bakteriobójcze – środki te, poprzez wywoływanie stanu zapalnego i pobudzanie rozrostu tkanki łącznej miały w konsekwencji doprowadzać do bliznowacenia i zamykania jam. Jednak zarówno środki wyżej wspomniane, jak i stosowany bodaj najdłużej kreozot (definitywnie wyparty dopiero przez antybio-

⁹⁵ Z. Moskwa, *Zarys historii leczenia gruźlicy płuc*, Warszawa 1987, s. 109.

⁹⁶ Z. Woźniewski, op. cit., s. 69.

tyki) nie przyniosły spodziewanych rezultatów. Podobnie zakończyły się próby doodbytniczgo stosowania mieszanek siarkowodoru i gazu węglowego. Środki te w założeniu miały wchłaniać się w jelicie grubym, a następnie drogą krążenia żylnego przedostawać się do tkanki płucnej. Metodę tę także wkrótce zarzucono.

W leczeniu gruźlicy nastąpił okres tuberkulinowy. Zapoczątkował go Koch, który nie poprzestał na odkryciu czynnika etiologicznego, lecz miał ambicję obdarowania ludzkości skutecznym lekiem przeciwprątkowym. Zapowiedział to w sierpniu 1890 roku, podczas obrad X Międzynarodowego Kongresu Lekarskiego w Berlinie i już w listopadzie ogłosił wyniki swych doświadczeń. Otrzymany przez niego preparat był przesączem hodowli bakterii gruźlicy w 5% bulionie glicerynowym i zawierał niewielką ilość martwych prątków. Oczekiwania związane z preparatem były tak wielkie, że, pomimo iż nie przeszedł on wystarczających testów klinicznych, do utworzonego dla Kocha w Berlinie Instytutu Chorób Zakaźnych zaczęli pielgrzymować zarówno pacjenci, jak i lekarze. Jako pierwszy spośród polskich lekarzy wszedł w posiadanie płynu Kocha Odo Bujwid, który przywiózł do Warszawy niewielką jego ilość i 24 listopada w Szpitalu św. Ducha dokonał pierwszych szczepień. On też nazwał preparat tuberkuliną. Środowisko medyczne wiązało z tuberkuliną ogromne nadzieje. Szybko okazało się jednak, że bezpodstawnie. Środek nie tylko nie wykazywał działania leczniczego, ale w części przypadków powodował pogorszenie stanu chorych, u których obserwowano rozwój nowych ognisk gruźliczych. Jak wielki jednak był entuzjazm i zaufanie do osiągnięć Kocha, świadczy chociażby przytoczony przez Woźniewskiego⁹⁷ przypadek polskiego lekarza Józefa Hempła, który dla dobra nauki postanowił oddać się do dyspozycji Kocha jako obiekt jego eksperymentów. Celem doświadczeń miało być uzyskanie szczepionki przeciwgruźliczej. Hempel dobrowolnie pozwolił zarazić się gruźlicą, aby umożliwić następnie Kochowi otrzymanie szczepionki. Eksperyment zakończył się niepowodzeniem, a zarażony gruźlicą Hempel niedługo później zmarł. Przybywało dowodów na to, że tuberkulina nie posiada działania terapeutycznego. Pojawiły się nawet oskarżenia pod adresem Kocha o propagowanie niebezpiecznego preparatu. Ciekawostką jest fakt, że głos w tej sprawie zabrał także Artur Conan Doyle, który, dyskwalifikując wartość terapeutyczną tuberkuliny dostrzegał jej przydatność dla celów diagnostycznych⁹⁸. Prace nad zastosowaniem

⁹⁷ Ibidem, s. 86.

⁹⁸ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 66.

tuberkuliny trwały dalej i w końcu, drogą eksperymentów, uzyskano i zastosowano w praktyce sporo preparatów tuberkulinowych, pozbawionych wprawdzie skuteczności terapeutycznej, za to bardzo przydatnych do identyfikacji zakażenia gruźliczego. Paradoksalnie zatem pojawiła się możliwość profilaktyki gruźlicy, chociaż nadal nie potrafiono jej leczyć. Pomimo złych wyników leczenia tuberkuliną miała ona nadal swoich zwolenników. Jeszcze w roku 1917 Otton Hewelke⁹⁹ nawoływał do powrotu do leczenia tuberkuliną Kocha. Uważał, że leczenie tą metodą powinno być prowadzone we wszystkich nadających się do tego pomieszczeniach: szpitalach, ambulatoriach, w przychodniach istniejących i doraźnie w tym celu urządzonych, zalecał też masowe szkolenie personelu medycznego. Podkreślał zalety ekonomicznie takiej terapii, zwłaszcza w porównaniu z kosztami leczenia sanatoryjnego. W kilka lat później także Sokołowski¹⁰⁰ powiadał o powrocie do badań nad tuberkuliną Kocha w Niemczech i Anglii, oraz korzystnych wynikach immunizacji czynnej i biernej. Sam odnosił się do tych doniesień z rezerwą, ponieważ badania kliniczne nie wyjaśniły sposobu działania tuberkuliny, a dodatnie wyniki uzyskane we wczesnych stadiach choroby u pensjonariuszy sanatoriów niemieckich mogły być wynikiem samego leczenia sanatoryjnego.

W pierwszych latach XX stulecia kolejny środek znalazł swoich entuzjastów: była to gryzeina. Moda na ten lek przyszła z Berlina, gdzie grupa lekarzy, zachęcona do badań nad tym preparatem przez osobę zupełnie z medycyną niezwiązaną, dopatrzyła się korzystnego działania nie tylko w gruźlicy, ale i w przypadkach nowotworów złośliwych. Preparat miał swych zwolenników także wśród lekarzy polskich; Woźniewski¹⁰¹ wymienia m.in. Frączkiewicza, który opublikował zachęcające wyniki obserwacji dość dużej grupy pacjentów, leczonych gryzeiną w połączeniu ze starą tuberkuliną Kocha. Po kilku latach słuch o tym leku zaginął. Miejsce gryzeiny zajął wapń.

W przeciwieństwie do poprzednich środków, wapń nie okazał się preparatem sezonowym. Stosowano go jeszcze w latach czterdziestych. Podstawą teoretyczną leczenia wapniem stało się przekonanie, że gojenie ognisk gruźliczych polega na ich wapnieniu, uważano wobec tego za właściwe dostarczenie choremu wapnia egzogenego¹⁰². Dużą popularnością cieszyły się preparaty takie, jak calcium gluco-

⁹⁹ O. Hewelke, *Zwrot w zapatrywaniach na metodę sanatoryjną zwalczania gruźlicy jako choroby ludowej*, Warszawa 1917, s. 10–18.

¹⁰⁰ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne...*, Warszawa 1921, s. 212–213.

¹⁰¹ Z. Woźniewski, op. cit., s. 176–177.

¹⁰² Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 110.

natum czy calcium chloratum. Zwolennicy metod homeopatycznych upodabali je sobie zwłaszcza w leczeniu początkowych stadiów gruźlicy dziecięcej. Korzystnych rezultatów oczekiwano w przypadkach pewnych, ściśle sprecyzowanych typów konstytucjonalnych: dziecko 10–15-letnie, szczupłe, wysokie, podatne na infekcje górnych dróg oddechowych, o określonych cechach charakterologicznych¹⁰³. Równolegle dostrzeżono też zalety fosforu, podatność na zarażenie gruźlicą miała mieć bowiem związek z niedoborem tego pierwiastka w organizmie, co jakoby sprzyjało wiązaniu się jadu gruźliczego z komórkami zarażonego ustroju. Zwolennikiem tej metody był m.in. Romanowski, który stosował własny preparat o nazwie Phosphacid¹⁰⁴.

W latach 1922–1925 uznanie zyskał kolejny preparat, nazwany angiolimfą, a będący wyciągiem roślinnym zawierającym glikozydy. Jak zwykle pojawiły się doniesienia zwolenników nowej metody, jak i jej przeciwników. Lek dość szybko poszedł w zapomnienie, ustępując miejsca preparatom złota.

Odkrywcą nowego leku o działaniu bakteriobójczym wobec prątków był Møllegaard, duński lekarz weterynarii. Lek ów, nazwany sanochryzyną, odznaczał się brakiem toksyczności i nadawał się do stosowania zarówno w lecznictwie zamkniętym, jak i w praktyce ambulatoryjnej. Sanochryzynę w 1925 roku przywiózł z Danii Sokołowski – zastosował ją u pięciu chorych w warszawskim Szpitalu Wolskim, oraz pięciu w Szpitalu Klimatycznym w Zakopanem¹⁰⁵. W Polsce dostępne były różne preparaty na bazie złota: oprócz sanochryzyny także alochryzyna, aurosan i miochryzyna. Kuracja sanochryzyną trwała od 3 do 4 miesięcy. Antoni Borowski i Zofia Kuncewicz¹⁰⁶ zalecali stosować niewielkie dawki w skojarzeniu z innymi metodami leczniczymi, najlepiej u chorych w początkowych stadiach gruźlicy. Byli zwolennikami łączenia terapii związkami złota z odmą opłucnej, miały one bowiem „oczyszczać teren” dla odmy. Ci sami autorzy, porównując wyniki leczenia aurosanem i sanochryzyną, nie stwierdzili różnicy w działaniu obu preparatów, które, ich zdaniem, wykazywały pozytywne efekty w odpowiednio dobranych przypadkach¹⁰⁷. Lucjan

¹⁰³ Ibidem, s. 110–111.

¹⁰⁴ H. Fidler, *Zarys dziejów leczenia gruźlicy oraz przewidywania na przyszłość*, „Medycyna i Kronika Lekarska” 1911, R. XLVI, nr 22, s. 525–535.

¹⁰⁵ R. Talewski, op. cit., s. 150–151.

¹⁰⁶ A. Borowski, Z. Kuncewicz, *Leczenie gruźlicy płuc związkami złota*, „Gruźlica” 1931, R. VI, nr 3, s. 5–14.

¹⁰⁷ A. Borowski, Z. Kuncewicz, *Leczenie gruźlicy płuc aurosanem*, Wilno 1927, s. 14.

Antoni Dobrowolski¹⁰⁸ polecał aurosan, nie tylko dlatego, że był produkcji rodzimej: stanowił związek złota z tlenem, w sanochryzynie zaś złoto związane było z zatruwającą organizm siarką. Witold Orłowski¹⁰⁹ donosił, że obserwacje autorów polskich dotyczące stosowania związków złota wskazują na poprawę stanu klinicznego w 61% przypadków. Objawiała się ona ustąpieniem nocnych potów, zmniejszeniem kaszlu i ilości odkrztuszonej płwociny, która zmieniała charakter z ropnej na śluzową, ze zmniejszeniem ilości lub całkowitym zniknięciem prątków. Doniesienia były na tyle entuzjastyczne, że obawiano się wręcz o losy zakładów przeciwgruźliczych, które niebawem miały stać się zbędne¹¹⁰. Poprawa stanu klinicznego nie znajdowała jednak odbicia w obrazie radiologicznym. W roku 1927 Orłowski krytycznie ocenił doświadczenia z leczeniem sanochryzyną twierdząc, że lek ten zawiódł pokładane w nim nadzieje i może służyć tylko jako uzupełnienie innych metod leczniczych¹¹¹.

W chemioterapii gruźlicy próbowano też stosować preparaty miedzi, które jednak nie wykazywały oczekiwanej skuteczności terapeutycznej. A dokładniej – podobnie jak w przypadku wielu innych preparatów, dobre wyniki lecznicze uzyskiwali jedynie ich wynalazcy i na ogół niewielkie grono entuzjastów. Jednakże ich doniesienia dość szybko weryfikowano i odrzucano jako bezwartościowe.

Ponieważ istotną rolę przypisywano poprawie stanu odżywienia chorych, wspomagano leczenie dietetyczne terapią tuczącą z wykorzystaniem preparatów insulinowych¹¹².

Niektórzy autorzy przyczyn niepowodzeń farmakoterapii upatrywali w niewłaściwej drodze podawania środków farmakologicznych. Dobrowolski¹¹³ był zdania, że podawać je należy tą samą drogą, na jakiej następuje zakażenie. Iniekcje, w jego odczuciu, mają ograniczoną skuteczność z powodu utrudnionej penetracji leku do otorbionych ognisk gruźliczych, tym bardziej, że nie są one unaczynione. Mają natomiast często łączność z oskrzelem, polecał więc inhalacje jako drogę najwłaściwszą. Do leczenia inhalacjami używano różnych olejków: terpentynowego, eukaliptusowego, tymolowego czy mentolowego.

¹⁰⁸ L.A. Dobrowolski, *Badania i wyniki prób leczenia gruźlicy płucnej metodą bezpośrednią, inhalacjami*, Warszawa 1929, s. 59.

¹⁰⁹ Z. Woźniewski, op. cit., s. 186–187.

¹¹⁰ L.A. Dobrowolski, op. cit., s. 58.

¹¹¹ Z. Woźniewski, op. cit., s. 188.

¹¹² K. Olszewski, *O leczeniu tuczącym chorych na gruźlicę przy pomocy insuliny*, „Polska Gazeta Lekarska” 1927, nr 43, s. 841.

¹¹³ L.A. Dobrowolski, op. cit., s. 60–62.

Sterling¹¹⁴ dzielił środki farmakologiczne na rzekomo swoiste i leki przeciwko oddzielnym objawom. Do tych pierwszych zaliczał kreozot, balsam peruwiański, preparaty wapnia i krzemu, oraz miedzi i złota. Do przeciwoobjawowych natomiast środki wykrztuśne, przeciwkaszlowe (morfina, roztwory karbolu i jodu), środki przeciw dusznościom (kamfora, morfina, naparstnica). Wskazywał, że niezależnie od stosowanych leków organizm sam podejmuje działania obronne, stara się bowiem „(...) wygłodzić pasorzyty, odcinając dopływ pokarmów do ich siedliska (...)”¹¹⁵, jako że gruzełek jest pozbawiony unaczynienia.

Dla całości obrazu wspomnieć należy o leczeniu krwawień płucnych. Sterling¹¹⁶ w ich leczeniu polecał stosować dożylnie 10% roztwór NaCl, doustnie calcium chloratum, żelatynę podawaną podskórnie, a także podskórne iniekcje adrenaliny. Chorego należało unieruchomić w pozycji siedzącej lub półsiedzącej. Szeroko stosowano środki zmniejszające ciśnienie w krążeniu płucnym, jak pituitryna, stryphon, a przede wszystkim pepton, który miał zwięzać drobne odgałęzienia tętnicy płucnej, a rozszerzać naczynia wątroby i jelit¹¹⁷. Kazimierz Bujniewicz¹¹⁸ zalecał poza tym naparstnicę, morfinę, podwiązywanie kończyn celem zmniejszenia powrotu żylnego, bańki, synapizmy oraz przystawianie pijawek. Korzystnie działanie miały zimne okłady, np. pęcherz z lodem przykładany do klatki piersiowej. Powszechnym zwyczajem, powtarzającym się w wielu materiałach źródłowych, było połykanie lodu. Trudno znaleźć uzasadnienie merytoryczne dla takiego sposobu postępowania. Zasadniczo nie znajduje go także Sterling, lecz pomimo tego poleca tę metodę, co prawda w jednej tylko sytuacji, a mianowicie „(...) jeśli podrażnienie kaszlowe pochodzi z gardzieli (...)”¹¹⁹.

Zygmunt Moskwa¹²⁰ czyni słuszne spostrzeżenie, że „(...) obserwacje z tych lat nie pozostawiają żadnej wątpliwości co do tego, że stan większości chorych z czynną gruźlicą płuc ulegał poprawie po położeniu ich do łóżka i otoczeniu właściwą opieką, niezależnie od podawania jakichkolwiek leków”. Sokołowski¹²¹, krytycznie oceniając współczesne sobie środki farmaceutyczne, napisał, że „(...) niektóre z nich

¹¹⁴ S. Sterling, op. cit., s. 208–211.

¹¹⁵ Ibidem, s. 192.

¹¹⁶ Ibidem, s. 212–216.

¹¹⁷ E. Wajs, *O stosowaniu peptonu w krwotokach płucnych*, „Nowiny Lekarskie” 1927, z. 10, s. 363.

¹¹⁸ K. Bujniewicz, *Wykłady kliniczne prof. Kazimierza Bujniewicza*, Wilno 1933, s. 303.

¹¹⁹ S. Sterling, op. cit., s. 216.

¹²⁰ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 111.

¹²¹ A. Sokołowski, *Wykłady kliniczne...*, Warszawa 1921, s. 215.

mogą wpływać korzystnie na przebieg sprawy, szczególnie w tych przypadkach, które same przez się mają pewną naturalną dążność do zejścia pomyślnego(...)”. Zdarzały się jednak, i to wcale nierzadko, wyleczenia trwałe, choć na ogół dobre efekty terapii miały charakter przejściowy – po okresie poprawy choroba znów dawała o sobie znać. Nie można jednak nie doceniać wysiłków i pasji eksperymentatorskiej ówczesnych lekarzy, którą wyzwoliło wyizolowanie czynnika etiologicznego gruźlicy. Z drugiej strony rzuca się w oczy brak krytycyzmu, łatwe nabieranie przekonania o skuteczności różnych preparatów, skutkiem czego ewidentnie bezwartościowe metody i leki nie wychodziły z użycia przez całe dziesięciolecie¹²².

Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc

Wśród chirurgicznych metod leczenia gruźlicy płuc w pierwszej połowie XX wieku dominowała odma opłucnej. Do praktyki lekarskiej wprowadził ją w 1892 roku Forlanini, zainspirowany spostrzeżeniem, że w przebiegu gruźlicy płuc u niektórych chorych gromadzący się w jamie opłucnej wysięk lub odma samoistna prowadzi do zahamowania objawów chorobowych¹²³. Uciśnięcie płuca powodowało ustępowanie dolegliwości – opadała gorączka, zmniejszała się intensywność kaszlu i ilość wydzieliny, w której zanikały prątki. Zmniejszeniu ulegała również częstość krwawień z dróg oddechowych. Forlanini uznał, że wyłączenie płuca z czynności oddechowej i zapewnienie mu spokoju ogranicza szereg się procesu chorobowego. Na pomysł leczenia zapadowego wpadł już 10 lat wcześniej, akurat wtedy, kiedy swego odkrycia dokonał Koch, jednak nie miał odwagi zastosować go w praktyce. Do wytwarzania odmy Forlanini używał aparatu własnej konstrukcji. Metoda z oporami zyskiwała zwolenników, a pierwsze polskie doniesienia pojawiły się dopiero w roku 1911¹²⁴. Wskazania do stosowania odmy ulegały modyfikacji i różniły się w doniesieniach poszczególnych autorów. Zalecano ją w przypadkach gruźlicy podostrej, jednostronnej i zlokalizowanej głównie w szczytach płuc, choć stop-

¹²² A przecież minęło trochę czasu od roku 1876, w którym Maria Baszkircew wspominała, że „(...) kiedy przed sześcioma laty Pietro był umierający, matka kazała mu połykać paski papieru, na których powtarzało się bez końca imię: Maria, Maria, Maria. Po to, by go Matka Boska uzdrowiła. (...) Prócz tego, zamiast lekarstw, dawano mu do picia wodę święconą”. Patrz: M. Baszkircew, *Dziennik*, Warszawa 1967, s. 162.

¹²³ J. Tatak, *Leczenie chirurgiczne gruźlicy u dorosłych w I połowie XX w. w czasopiśmie „Gruźlica”, „Medycyna Nowożytna” 2004, T. 11, z. 1, s. 186.*

¹²⁴ Z. Woźniewski, op. cit., s. 105.

niowo rozszerzono wskazania także do zmian obustronnych, jednak bez ostrego przebiegu (Ascolli w r.1912). Po zgromadzeniu doświadczeń z leczeniem odną za główne wskazanie uznano gruźlicę rozpadową z powstaniem jam, szczególnie we wczesnym okresie, kiedy ściany jam były cienkie, sprężyste i podatne na ucisk odną. Warunkiem był także brak zrostów opłucnowych, choć i to wkrótce okazało się przeciwskazaniem względnym. Najlepsze warunki do przeprowadzenia zabiegu istniały w początkowym okresie choroby, kiedy nie było jeszcze zrostów, a ściany jam gruźliczych stosunkowo łatwo poddawały się uciskowi zewnętrznemu. Początkowo wprowadzano do opłucnej jałowe powietrze, które jednak szybko ulegało wchłonięciu. Zastosowano więc azot, który w opłucnej utrzymywał się dłużej. W kwestii ilości wprowadzanego gazu i sposobu dopełniania odmy trwała ożywiona dyskusja na łamach prasy medycznej. Odnę utrzymywano zwykle od kilku miesięcy do kilku lat, kierując się m.in. badaniami płwociny na obecność prątków. Z czasem przyjęto zasadę utrzymywania odmy przez okres przynajmniej 2 lat od zniknięcia prątków w płwocinie, choć nierzadko utrzymywano ją przez 5 lat, a nawet jeszcze dłużej¹²⁵. Na ziemiach polskich prekursorem tej metody został Borzęcki, który pierwszą odnę wytworzył w roku 1908, sprowadziwszy uprzednio aparat z Kopenhagi, a azot z Berlina¹²⁶. Prowadzenie chorych z odną ułatwiło upowszechnienie badań radiologicznych – Borzęcki wykorzystywał je od roku 1911. Metoda zyskiwała stopniowo coraz więcej zwolenników, wśród których byli tak znani wówczas specjaliści, jak Orłowski, Sterling czy Rudzki. Dawała możliwość prowadzenia chorych w warunkach ambulatoryjnych – po założeniu odmy w szpitalu jej dopełnianie i badania kontrolne mogły być prowadzone w odpowiednio wyposażonej poradni przeciwgruźliczej. Leczenie odną stało się tematem wiodącym kolejnych Zjazdów Przeciwgruźliczych, a zorganizowany w 1933 roku V Zjazd, na którym niektórzy prelegenci przedstawiali wyniki oparte na dużej liczbie przypadków (np. materiał Sokołowskiego, obejmujący 1032 przypadki odmy jednostronnej) zaliczył odnę do najskuteczniejszych metod leczenia gruźlicy płucnej¹²⁷. W doniesieniach niektórych autorów liczba klinicznie wyleczonych sięgała 46%. W drugim roku leczenia odną odprątkowanie osiągnęto u ponad 50% leczonych, a w kolejnych latach nawet u 80%. Jej wadą była wysoka, sięgająca 20% przypadków śmiertelność¹²⁸. Spośród

¹²⁵ J. Tatak, op. cit., s. 187.

¹²⁶ Z. Woźniewski, op. cit., s. 109.

¹²⁷ Ibidem, s. 120.

¹²⁸ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 73–74.

najgroźniejszych powikłań odmy wymienić należy zator powietrzny, zapalenie opłucnej, przetokę opłucnowo – płucną, odmę podskórną, krwawienia, powikłania z zakresu układu krążenia. Terapia odmowa było metodą nieswoistą, której mechanizmu skuteczności nigdy dostatecznie nie wyjaśniono. Tym niemniej była stosowana przez prawie 60 lat i wyparły ją dopiero leki przeciwprątkowe.

Oprócz przedstawionej powyżej, zwanej odłą wewnątrzopłucnową, stosowano także odłą zewnątrzopłucnową. Różnica była zasadnicza, gaz wprowadzano bowiem do innej przestrzeni, choć zasada terapeutyczna pozostawała ta sama. Odłą zewnątrzopłucnową stosowano w przypadku rozległych zrostów opłucnowych, uniemożliwiających wprowadzenie powietrza do jamy opłucnej. Odwarstwiano wówczas operacyjnie opłucną ścienną od ściany klatki piersiowej i do tak utworzonej przestrzeni wprowadzano gaz. Wadą tej metody były m.in. trudności w utrzymaniu komory odmowej przez odpowiednio długi okres czasu, a także tworzące się w obrębie komory ropniaki¹²⁹.

Żeby wyczerpać tematykę związaną z terapią odmową, należy wspomnieć jeszcze o odmie otrzewnowej. Wprowadził ją Vajda w roku 1933. Metoda ta, pierwotnie używana tylko w celach diagnostycznych, znalazła też zastosowanie w leczeniu gruźlicy, kiedy zaobserwowano nieoczekiwaną poprawę u chorych z gruźlicą przewodu pokarmowego po zwykłych laparotomiach diagnostycznych, w czasie których nie wykonywano żadnych zabiegów w obrębie jamy brzusznej. Chociaż trudno znaleźć racjonalne uzasadnienie korzystnego wpływu otwarcia jamy brzusznej na rozwój zmian gruźliczych, metoda znalazła swoich zwolenników. Ostatecznie odłą otrzewnową wykorzystywano jako uzupełnienie terapii gruźlicy płucnej, szczególnie w przypadku umiejscowienia zmian w dolnych płatach, także obustronnie, jako zabieg poprawiający skuteczność wyłączenia nerwu przeponowego, a także wówczas, kiedy założenie odmy opłucnowej nie było możliwe. Znalazła też zastosowanie w zaawansowanej, rozpadowej gruźlicy płuc, nie kwalifikującej się do innego leczenia chirurgicznego. Powikłania (zator powietrzny czy uszkodzenie jelit) zdarzały się rzadko.

Największą trudność podczas zakładania odmy wewnątrzopłucnowej stanowiły zrosty opłucnowe, ponieważ uniemożliwiały uzyskanie zapadnięcia płuca i czyniły zabieg nieskutecznym. Częstość występowania zrostów oceniano na 49 do 93% przypadków¹³⁰. Świeże i nieznaczne zrosty ulegały czasem rozerwaniu w czasie dopełniania odmy.

¹²⁹ J. Tatak, op. cit., s. 189.

¹³⁰ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 74.

Zrosty rozległe i płaszczynowe wymagały uwolnienia na drodze operacyjnej. Zalecano ich uwolnienie w ciągu pierwszych dwóch miesięcy po wytworzeniu odmy. Odwlekanie zabiegu groziło powstaniem ropniaka opłucnej, rozsiewem prątków i zeszywnieniem ściany jamy. Najskuteczniejsze rozwiązanie tego problemu zaproponował w 1910 roku Jacobaeus, który wpadł na pomysł wykorzystania techniki endoskopowej przy użyciu zestawu składającego się z cystoskopu i żegadła galwanicznego do przepalania zrostów. Czas trwania zabiegu ograniczano do dwóch godzin – jeśli nie uwolniono wszystkich zrostów, zabieg powtarzano, czasami kilkakrotnie. W 70–80% przypadków udało się zamienić odmę nieskuteczną na skuteczną. Do poważniejszych powikłań należały: odma podskórna, krwawienia, wysiękowe zapalenie opłucnej, ropniaki opłucnej, uszkodzenie płuca. Zabieg ten, będący cennym i nieodzownym uzupełnieniem techniki odmowej, na ziemiach polskich nieprędko znalazł sobie miejsce – przyczyną opóźnienia był okres wojenny. Pierwsze doniesienia, Dąbrowskiego, Sokołowskiego i Meysnera, pojawiły się dopiero w latach 30. I z tymi nazwiskami wiąże się cała historia tego zabiegu – pomimo wielu zalet nie zdołał się on u nas upowszechnić.

Alternatywą dla odmy stały się inne sposoby ucisku chorego płuca, jak choćby otok olejowy. Ponieważ najczęstszym powikłaniem odmy były wtórne zrosty opłucnowe, a ich uwalnianie rodziło kolejne powikłania w postaci ropniaków opłucnej, które nie tylko były trudne do wyleczenia, ale prowadziły do zarastania komory odmowej – pojawił się pomysł wypełnienia jamy opłucnej oliwą lub parafiną. Oprócz działania mechanicznego środki te zapobiegały rozwojowi zrostów, a po dodaniu substancji odkażających wykazywały skuteczność terapeutyczną w przypadkach gruźliczych zapaleń opłucnej. Otok olejowy eliminował ponadto zasadniczą niedogodność odmy – konieczność częstego dopełniania. Stosowano go także w przypadkach niewielkich przetok oskrzelowych, w odmie nienasyconej oraz w ropniakach opłucnej jako zabieg poprzedzający torakoplastykę. Najczęściej posługiwano się oliwą z dodatkiem gomenolu jako środka odkażającego. Z powikłań obserwowano wysiękowe zapalenie opłucnej, zapalenie tkanki podskórnej wskutek zaciekania oliwy, bóle w klatce piersiowej, duszności. Pomimo dość rozsądnych podstaw teoretycznych otok olejowy nie znalazł w praktyce szerszego zastosowania, chociaż przez długi okres miał swoich zwolenników. Do historii przeszedł razem z odmą leczniczą, po wprowadzeniu antybiotykoterapii¹³¹.

¹³¹ Z. Woźniowski, op. cit., s. 138–140.

Do opisanych wyżej zabiegów, połączonych wspólną ideą ucisku choro-
rego płuca, dołączył kolejny, oparty na podobnym założeniu terapeutycznym. Przecięcie lub wyrwanie nerwu przeponowego wprowadzono do arsenału metod leczenia gruźlicy płuc po poznaniu fizjologii nerwu: jego przecięcie powoduje unieruchomienie przepony w ustawieniu wdechowym. Przepona unosi się wówczas, uciskając dolne partie płuca. Autorem koncepcji był Stuertz, który w roku 1911 sformułował jej teoretyczne założenia i przecięcie nerwu zastosował w praktyce. Wskazaniem do jej stosowania była przede wszystkim lokalizacja zmian w obrębie płatów dolnych, ale także i górnych – stosowano ją profilaktycznie celem ochrony dolnych płatów przed zakażeniem po operacji plastyki klatki piersiowej. Kwalifikowano także do niej chorych z zaawansowanymi, obustronnymi zmianami chorobowymi, jeśli ich stan nie pozwalał na wykonanie torakoplastyki. Technika zabiegu nie była skomplikowana – łatwy dostęp operacyjny i brak problemów z identyfikacją nerwu czyniły zabieg stosunkowo prostym. Pomimo tego rezultaty nie zawsze były satysfakcjonujące. Poprawiły się zdecydowanie wówczas, kiedy poznano odmienności anatomiczne nerwu – przyczyna niepowodzeń tkwiła w jego licznych odgałęzieniach. Odstąpiono więc od zwykłego przecinania nerwu, starano się natomiast wyrwać możliwie najdłuższy jego odcinek wraz z odgałęzieniami (Sauerbruch, 1913). Wykonywano także ostrzykiwanie nowokainą lub alkoholem w celu jego degeneracji (Henschen w roku 1916). Zabieg traktowano jako pomocniczy w ogólnym leczeniu gruźlicy płucnej, zwykle uzupełniający odmě lub torakoplastykę¹³². W Polsce zaczęto go wykonywać w połowie lat 20. Jako jeden z pierwszych stosował ten zabieg Nowotny w Zakopanem¹³³. Wśród zdarzających się powikłań obserwowano zespół Hornera, duszności, zespoły żołądkowo – sercowe. Nadzieja Berdo i Józef Izidor Himmel¹³⁴ wymieniają także zdarzające się uszkodzenia przewodu piersiowego, naczyń krwionośnych, nerwu błędnego lub zwrotnego, czy uszkodzenie opłucnej. Zdzisław Łapiński¹³⁵, który stosował wyrwanie nerwu przeponowego w leczeniu ropni płuc zaobserwował i opisał niekorzystne zmiany w układzie dynamicznym narządów klatki piersiowej. Nie zauważył natomiast pożądanego wpływu na samo ognisko chorobowe.

¹³² N. Berdo, *Wyrwanie nerwu przeponowego jako uzupełnienie odmy piersiowej częściowej w leczeniu gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1936, R. XI, nr 2, s. 2–15.

¹³³ R. Talewski, op. cit., s. 151.

¹³⁴ N. Berdo, J.I. Himmel, *Powikłania po wyrwaniu nerwu przeponowego w leczeniu gruźlicy płuc*, „Gruźlica” 1935, R. X, nr 6, s. 680–720.

¹³⁵ Z. Łapiński, *Leczenie ropni płuc*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 1937, T. 16, z. 5, s. 1045–1067.

Resekcji tkanki płucnej z powodu gruźlicy w okresie międzywojennym w Polsce nie wykonywano. W roku 1935 Ostrowski i Bross dokonali wprawdzie usunięcia dolnego płata prawego płuca u młodej kobiety, wskazaniem były jednak rozstrzenie oskrzeli¹³⁶. Sporą popularnością cieszyła się natomiast plastyka klatki piersiowej. Wskazaniem do jej wykonania była przewlekła gruźlica włóknisto – jamista, ograniczona do jednego płuca. Zabieg ten wiązał się z głęboką i nieodwracalną ingerencją w stosunki anatomiczne układu oddechowego. Jego celem było częściowe lub całkowite unieruchomienie i wyłączenie z czynności oddechowej chorego płuca – rezultatem rozległego wycięcia żeber było zapadnięcie się miąższu płucnego pod wpływem ciśnienia atmosferycznego. Operacja była rozległa i okaleczająca, prowadziła do trwałego zmniejszenia klatki piersiowej, a polegała na podkostnowym wycięciu 8–12-centymetrowych odcinków żeber od I do XI włącznie (metoda Brauera). Ze względu na ciężki przebieg pooperacyjny ograniczano się często do torakoplastyki częściowej, polegającej na rozległym wycięciu jedynie kilku żeber¹³⁷. Wilms opracował modyfikację bardziej oszczędną – usuwał 3–4 centymetrowe odcinki przykręgosłupowe prawie wszystkich żeber, czasami w drugim etapie uzupełniając zabieg o przecięcie chrząstek żebrowych przymostkowo¹³⁸. W przebiegu pooperacyjnym zakładano opatrunek uciskowy, mający na celu zniesienie ruchów oddechowych operowanej strony. W Polsce operacje te upowszechniły się w latach trzydziestych, głównie za sprawą Tadeusza Ostrowskiego i Maksymiliana Rutkowskiego. Do jej zwolenników należał również Marian Piasecki¹³⁹, który wyraził opinię, że torakoplastyka jako zabieg uzupełniający po uprzednim leczeniu odmą i ewentualnym wyrwaniu nerwu przeponowego jest potężnym środkiem w leczeniu gruźlicy płuc, co więcej, nie powoduje kalectwa ani nie pociąga za sobą oszpeceń. Co do tego ostatniego, opinie pacjentów nie były już tak jednoznaczne¹⁴⁰. Torakoplastyka obarczona była licznymi powikłaniami, z których najpoważniejsze to: wstrząs pooperacyjny, wysiew gruźlicy, niedodma, oddech paradoksalny, duszność i kaszel. Była jednak zabiegiem o wysokiej skutecz-

¹³⁶ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 87.

¹³⁷ J. Tatak, op. cit., s. 195.

¹³⁸ Z. Woźniwski, op. cit., s. 158.

¹³⁹ M. Piasecki, *Torakoplastyka w zwalczaniu gruźlicy płuc*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 1936, R. 15, z. 1, s. 110–130.

¹⁴⁰ J. Tatak przytacza zestawienie dotyczące zniekształceń po torakoplastyce w obecności chorych. Dotyczy wprawdzie lat 1945–1950, lecz wnioski są pouczające: 1/3 kobiet i 1/10 mężczyzn miała uczucie znacznego oszpeceń. Patrz: J. Tatak, op. cit., s. 196.

ności, niektórzy autorzy donosili o uzyskaniu odprątkowania w 80% przypadków¹⁴¹.

Kolejnym zabiegiem torakochirurgicznym, mającym na celu uzyskanie zapadnięcia płuca, było uwolnienie jego szczytu na drodze operacyjnej. W tym celu oddzielano od wewnętrznej powierzchni żeber obie blaszki opłucnej wraz z powięzią i płucem (*apicolysis extrapleurales*). Zabieg prowadził do wytworzenia przestrzeni zewnątrzopłucnowej, celem uciśnięcia zlokalizowanej w szczycie jamy gruźliczej. Aby zwiększyć skuteczność operacji, wytworzoną przestrzeń starano się w różny sposób wypełnić. Początkowo wykorzystywano w tym celu własne tkanki chorego, np. tłuszcz usunięty z brzucha lub pośladków, który jednak był nietrwały i szybko ulegał wchłonięciu. Od roku 1913 zaczęto stosować modelowaną na ciepło parafinę – nazywano ten zabieg „plombą parafinową”. Po wprowadzeniu diagnostyki radiologicznej do parafiny dodawano środków cieniujących, np. bizmutu¹⁴². Donoszono o korzystnych wynikach – ustępowała gorączka, chorzy przestawali prątkować i przybierali na wadze. Zabieg był skuteczny w przypadkach niezbyt dużych jam szczytowych o sprężystych ścianach. Do istotnych powikłań należały ropniaki opłucnej i zdarzające się samoistne przemieszczenie plomby. Z tych względów zabieg ten nie zyskał sobie uznania.

Natomiast drenaż ssący jamy gruźliczej metodą Monaldiego został wprowadzony w roku 1938, a więc pod koniec przyjętego w niniejszej dysertacji przedziału czasowego. Polskie doniesienia dotyczące tej tematyki pochodzą więc z lat późniejszych. Zabieg stosowano głównie w leczeniu izolowanych pierwotnych i wtórnych jam gruźliczych.

Metody chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc stosowane do roku 1939 podzielić można zatem na:

1. Zabiegi wewnątrzopłucnowe (odma opłucnej, otok olejowy),
2. Zabiegi zewnątrzopłucnowe (zewnątrzopłucnowe uwalnianie szczytu płuca, plomba zewnątrzopłucnowa, odma zewnątrzopłucnowa, torakoplastyka),
3. Zabiegi na układzie nerwowym i mięśniowym klatki piersiowej (zabiegi na nerwie przeponowym, odma otrzewnowa),
4. Zabiegi na jamie gruźliczej (drenaż ssący Monaldiego).

¹⁴¹ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 80.

¹⁴² Z. Woźniewski, op. cit., s. 165–167.

Chirurgia gruźlicy kostno-stawowej

Leczenie gruźlicy kostno-stawowej na oddziałach chirurgicznych było głównie zachowawcze. Trwało ono przeciętnie ok. 2 lat, a objęte procesem gruźliczym stawy unieruchamiano przy użyciu wyciągów, oraz szyn i łożeczek gipsowych¹⁴³. Zwolennikiem dokładnie takich metod terapeutycznych był Gustaw Nowotny w prowadzonym przez siebie oddziale¹⁴⁴. Największy problem stanowiła przewlekłość terapii i liczba chorych, wymagających leczenia – Adolf Wojciechowski¹⁴⁵ w roku 1931 oceniał, że sięga ona 60 tys., z czego co najwyżej 5 tys. mogło poddać się długotrwałej hospitalizacji. Pozostali chorzy, w liczbie 55 tys., leczyli się tylko doraźnie. Spośród nich 40 tys. stanowili pacjenci z terenów wiejskich. Specjalnie dla tej grupy chorych Wojciechowski zaprojektował urządzenia wyciągowe do stosowania w warunkach domowych, umożliwiające przemieszczanie pacjenta na zewnątrz celem korzystania z kąpeli słonecznych. Leczenie operacyjne nie przynosiło zadowalających rezultatów, toteż ograniczano je do zabiegów odbarczających i usztywniających stawy, usuwano martwaki kostne, opracowywano przetoki, wykonywano amputacje. Uważano, że miejscowe resekcje tkanki kostnej winny być możliwie oszczędne¹⁴⁶. Jednak w razie potrzeby wykonywano także bardziej rozległe zabiegi – Kornel Michejda¹⁴⁷ wspomina, że w latach 1914–1918 w krakowskim oddziale chirurgicznym, gdzie podówczas pracował, operowano sposobem Albeego 28 chorych z powodu gruźlicy kręgosłupa.

Terapia klimatyczna

Właściwy rozwój leczenia klimatycznego datuje się na wiek dziełtnasty¹⁴⁸. Pod koniec tego stulecia rywalizowały ze sobą dwie,

¹⁴³ R. Talewski, op. cit., s. 148.

¹⁴⁴ G. Nowotny, *Leczenie gruźlicy chirurgicznej w Zakopanem*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 1922, R.1, s. 83–89.

¹⁴⁵ A. Wojciechowski, *W sprawie leczenia gruźlicy kostno-stawowej*, „Gruźlica” 1931, nr 2, s. 152–153.

¹⁴⁶ Ibidem, s. 156–157.

¹⁴⁷ K. Michejda, *Wspomnienia chirurga*, Kraków 1986, s. 210.

¹⁴⁸ Jego prekursorami byli lekarze angielscy. Georges Bodington, który był zdania, że należy „żyć i oddychać świeżym powietrzem, bez względu na wiatr i słońce”, zorganizował w 1840 roku sanatorium przeciwgruźlicze w Sutton Coldfield. Nie on jednak zapisał się w historii, lecz Hermann Brehmer, który w 1854 roku utworzył sanatorium przeciwgruźlicze w miejscowości Görbersdorf na Śląsku (obecnie Sokołowsko, nazwane tak na cześć ojca polskiej fizjatrii, Alfreda Sokołowskiego). Brehmer, zwolennik szkoły wiedeńskiego anatomopatologa Rokitańskiego, upatrywał skłonności do suchot w okre-

najbardziej rozpowszechnione koncepcje, autorstwa Brehmera i Dettweilera, którzy opracowali odmienne podstawy teoretyczne terapii klimatycznej, w oparciu o które funkcjonowały powstające sanatoria. Założenia brehmerowskiej metody leczniczej sprowadzały się do trzech elementów: klimatu górskiego, w którym zmniejszone ciśnienie atmosferyczne przyspiesza akcję serca i usprawnia krążenie, pożywej diety z dodatkiem napojów alkoholowych (preferował koniak i węgierskie wino) i zabiegów wodoleczniczych, głównie zimnych natrysków. Brehmer nie był zwolennikiem biernego wypoczynku – zalecał umiarkowany wysiłek fizyczny, gimnastykę, jazdę na rowerze czy nartach, wiosłowanie. Jego metoda zyskała uznanie szczególnie w sanatoriach angielskich. Antoni Kuczewski¹⁴⁹, który w 1913 roku zapoznał się z ich działalnością donosił, że zaleca się tam pracę fizyczną w ścisłym tego słowa znaczeniu. Wysiłek fizyczny był rozważnie stopniowany. Dawkowano na przykład przechadzki: od ¼ mili dziennie dochodzono do 10 mil. Popularny był system Philipa (który jeszcze w 1887 roku w Edynburgu wprowadził gimnastykę oddechową i kontrolowane obciążenie pracą) – pierwszy etap polegał na noszeniu koszy z ziemią, drugi na napełnianiu taczek tzw. małą łopatą (czyli łopatą do węgla), w trzecim do tych samych czynności używano łopat większych. Innego zdania był Peter Dettweiler, uczeń Brehmera, który wprowadził długotrwałe werandowanie niezależnie od pogody jako podstawę terapii gruźlicy, był natomiast przeciwny aktywności ruchowej. Przyświecała mu maksyma Laënneca, że „najszcześniejszym wypadkiem dla chorego na gruźlicę jest złamanie nogi”¹⁵⁰. Dettweiler podkreślał zalety „fioletowych promieni elektrycznego i słonecznego światła”, które miały mieć własności bakteriobójcze, wpływać dodatnio na ilość czerwonych ciałek krwi i, w mniejszym stopniu, na poziom jej barwnika¹⁵¹. Uważał przy tym, że leczenie suchot można prowadzić w każdym klimacie, warunkiem było czyste i świeże powietrze. Te dwie doktryny ścierały się ze sobą w ciągu całego omawianego tutaj okresu. Zwolennicy terapii górskiej wskazywali, że rozpadowemu procesowi w gruźlicy płucnej sprzyja zakażenie inną, poza prątkiem,

ślonej budowie anatomicznej – obszernej klatce piersiowej z niewielkim sercem, co miało prowadzić do zwolnienia przepływu krwi, a w konsekwencji gorszego odżywiania organizmu. Uważał, że działanie terapeutyczne winno polegać na poprawie odżywienia i zwiększeniu wydolności układu krążenia. Do tego zaś niezbędny był właściwy klimat. Pożądane warunki klimatyczne znalazł Brehmer w Görbersdorfie.

¹⁴⁹ A. Kuczewski, *Praca fizyczna jako czynnik leczniczy w uzdrowiskach dla gruźliczych na Zachodzie*, Kraków 1917, s. 7–8.

¹⁵⁰ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 53.

¹⁵¹ K. Dłuski, *O sanatoryjach*, Warszawa 1901, s. 10.

florą bakteryjną, chociażby gronkowcem czy paciorkowcem, a tylko tereny górskie, wolne od kurzu, z długim okresem zimowym, chronią przed takim powikłaniem¹⁵². Naprawdę jednak istota problemu tkwiła gdzie indziej. Pozytywny wynik kuracji zależał przede wszystkim od izolacji chorego w zakładzie zamkniętym, regularnego trybu życia i komfortu psychicznego¹⁵³. Sokołowski¹⁵⁴, długoletni asystent Brehmera napisał, że „(...) owe życie regularne, wywczasy, sen w pokojach dobrze przewietrzonych, jest momentem przyczyniającym się do skutecznego wyniku kuracji”. Odkrycie prątka Kocha miało zasadniczy wpływ na rozwój leczenia klimatycznego: klimat górski utracił priorytet, sanatoria zaczęły powstawać także na terenach nizinnych, warunkiem podstawowym było czyste powietrze i zachowanie reżimu sanitarnego. Podnoszono też argument, że chorzy, lecząc się w klimacie, do którego są przyzwyczajeni, lepiej znoszą powrót z sanatorium do domu¹⁵⁵. Sterling¹⁵⁶ zalecał klimat górski chorym na łżejsze postaci gruźlicy; ciężko chorzy powinni, jego zdaniem, przebywać w „najbliższej położonej miejscowości lesistej”. Kazimierz Dłuski¹⁵⁷, oddając pierwszeństwo klimatowi górskiemu, wskazuje jednak na konieczność kierowania się względami praktycznymi, jeśli w danej miejscowości nie ma gór lub są zbyt oddalone. W takiej sytuacji warunkiem lokalizacji zakładu leczniczego winno być oddalenie od źródeł wszelkich zanieczyszczeń, czyli głównie od miast¹⁵⁸. Podczas I Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, który odbył się w 1925 roku w Krakowie, dominował pogląd, że chory może i powinien powrócić do zdrowia w klimacie rodzimym. Sformułowano też warunki, które winna spełniać miejscowość uzdrowiskowa: suchy, przepuszczalny, wolny od zanieczyszczeń grunt, obecność zdrowej źródlanej wody, brak w okolicy zakładów powodujących zanieczyszczenie powietrza, rzadkie zaludnienie, obecność terenów zielonych, najlepiej porośniętych drzewami iglastymi, brak nagłych zmian pogody, z możliwie najmniejszą różnicą

¹⁵² Tamże, s. 12.

¹⁵³ Kazimierz Dłuski przywołuje wypowiedź Petita, który zauważył, że sanatoria są zakładami „(...) zamkniętymi nie ze względu na mury, lecz na surową, choć ojcowską dyscyplinę, która w nich winna panować”. Patrz: K. Dłuski, op. cit., s. 4.

¹⁵⁴ Z. Woźniewski, op. cit., s. 38.

¹⁵⁵ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 54.

¹⁵⁶ S. Sterling, op. cit., s. 194–195.

¹⁵⁷ K. Dłuski, op. cit., s. 13.

¹⁵⁸ Sontag zwraca uwagę, że kiedy „(...) na początku dziewiętnastego wieku wymyślono jako lekarstwo na gruźlicę podróże do krajów o lepszym klimacie, proponowano w tym celu rejony geograficzne o najbardziej przeciwstawnych warunkach. Południe, góry, pustynie, wyspy – całą tę różnorodność łączył jednak element wspólny: odrzucenie miasta”. Patrz: S. Sontag, op. cit., s. 77.

w temperaturze dnia i nocy, jak najdłuższą zimą i największą liczbą godzin światła dziennego¹⁵⁹.

Dla potrzeb niniejszej dysertacji niezbędne jest poświęcenie szczególnej uwagi Zakopanemu, jako miejscowości o wysoko cenionych walorach klimatycznych, a niemalże kultowej dla środowisk artystycznych przełomu XIX i XX wieku. Jak pisze Jan Majda¹⁶⁰, Tatry uznano podówczas za „(...) narodową arkadię zdrowia fizycznego i duchowego; góry te w planach działaczy miały rozwijać instynkt życia jako źródło sił do odbudowy pełni człowieczeństwa”. Wierzono w uzdrowieńczą moc górskiej przyrody, bezpośredni z nią kontakt miał więcej znaczyć niż leczenie farmakologiczne. Podkreślano zalety turystyki górskiej, która miała prowadzić do regeneracji sił psychicznych i fizycznych, regulować funkcje żołądka i innych organów, przywracać apetyt, wzmacniać siły witalne. Propagowano ideę wyprowadzenia schorzałego społeczeństwa z miast na kurację w Tatry. Przewodniki klimatyczne z końca XIX wieku polecały pobyt w Zakopanem jako korzystny w najróżniejszych schorzeniach, szczególnie zaś w chorobach płucnych. Zygmunt Dobieszewski¹⁶¹ opisywał tamtejszy klimat jako chłodny, ożywczy, średnio suchy, krzepiący i lekko pobudzający. Swoją pozycję i sławę zawdzięczało Zakopane zakochanemu w Tatrach Chałubińskiemu, który doceniał zalety górskiego klimatu i upowszechniał wspomniane wyżej idee na tyle skutecznie, że zyskał sobie opinię męża opatrnościowego narodu (jak to ujął Rafał Malczewski¹⁶², „(...) potrafił robić dobrą „publicity” na miarę reklamy Coca-Coli”)¹⁶³. W efekcie mała, zagubiona w górach wioska przekształciła się w ceniony kurort. Zaslugi Chałubińskiego w tej mierze porównać można z zasługami Aleksandra Spenglera dla Davos¹⁶⁴. Co prawda nie wszyscy podzielali jego zdanie. Pisze Malczewski: „(...) Chałubiński po-

¹⁵⁹ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 60–61.

¹⁶⁰ J. Majda, *Młodopolskie Tatry literackie*, Kraków 1989, s. 224.

¹⁶¹ Z. Dobieszewski, *Przewodnik do klimatycznego leczenia*, Warszawa 1878, s. 526.

¹⁶² R. Malczewski, *Pępek świata*, Warszawa 2003, s. 8.

¹⁶³ To z jego inicjatywy i dzięki jego staraniom dnia 3 października 1885 roku Zakopane uzyskało status uzdrowiska, czy, jak to wówczas określano, stacji klimatycznej ze stanowiskiem lekarza klimatycznego, powołano także urząd komisarza wespół z podległą mu radą. Pozwoliło to pobierać opłatę klimatyczną „(...) w wysokości 2 guldenów od osoby pojedynczej, a 2 guldeny 50 krajcarów od rodziny na cały sezon”. Patrz: A. Chramiec, *Wspomnienia doktora Andrzeja Chramca*, Kórnik–Zakopane 2004, s. 49.

¹⁶⁴ Kryła się za tym wszystkim jego osobista tragedia: miał on bowiem możliwość bliższego poznania metody Brehmera, kiedy w jego sanatorium umieścił chorego na gruźlicę syna. Chociaż na skuteczną terapię było już za późno, Chałubiński stał się entuzjastą leczenia klimatycznego w połączeniu z izolacją chorego i szeroko je rozpropagował. Patrz: Z. Woźniewski, op. cit., s. 39–40.

trafił wmówić w polskie społeczeństwo, jakoby podgiewontowe osiedle było krynicą zdrowia dla suchotników, stawiającą na nogi niczym terramycyna czy inny antybiotyk, a właściwie nie miało żadnych danych na to. Zmienna aura Zakopanego kładła zdrowego w bety, halny wiatr wytracał chorych na płuca, z silniejszych robił alkoholików”¹⁶⁵. Najgorsza była jesień. Kiedy powiał halny, Zakopane nabierało niesamowitego wyglądu. „Zwłaszcza z dalsza, z jakiegoś brzyzku na Gubałówce, domiska zatarte płachtą wibrującej wody, drzewa zwyrtające się wokoło własnego pnia, chmura jak bury serdel dygotała nad Giewontem (...)”¹⁶⁶. Latem nie było lepiej: „(...) nieraz siało i lało dłużej niż podczas potopu”¹⁶⁷. Nawet jeśli jest w tym sporo przesady, to inni autorzy wypowiadają się w podobnym duchu. Zdzisław Czeppe¹⁶⁸, oceniając środowisko naturalne Zakopanego pisze, że średnie roczne zachmurzenie wynosi tam 66%, a średnia roczna liczba dni pochmurnych (pokrycie nieba powyżej 80%) wynosi 152. Średnia liczba dni pogodnych (pokrycie nieba poniżej 20%) w roku wynosi tylko 40. Wiatr halny zmniejsza wprawdzie zachmurzenie, ale na wiele osób działa niekorzystnie, wywołując tzw. „chorobę fenową”. Popularyzatorzy zakopiańskiego klimatu, jak Żychoń i Dłuski zwalczali to, rozpowszechnione także wśród lekarzy, przekonanie. Argumentowali, że wiatry halne występują co najwyżej kilkanaście razy w roku, co nie przeszkadza w werandowaniu. Podkreślali zalety: czystość i suchość powietrza, nasycenie azotem, mała ilość owadów, niska gęstość zaludnienia – wszystkie te czynniki miały sprzyjać łagodzeniu przebiegu choroby, a szczególnie zahamowaniu procesów gnilnych¹⁶⁹. Porównanie z renomowanym szwajcarskim Davos nie wypada jednak dla Zakopanego najlepiej. Czesław Stiche¹⁷⁰ wśród zasadniczych zalet szwajcarskiego uzdrowiska wymienia świeżość i czystość powietrza, niski stopień wilgotności, całkowity brak silnych wiatrów i słoneczną pogodę – „(...) po największej części przez całe tygodnie, a nawet miesiące słońce jasno świeci i ani jednej chmurki na niebie”. Najważniejszą zaletą Zakopanego jest według niego, czyste powietrze, bowiem kurz zakopiański składa się z cząsteczek piaskowca, które szybko opadają, nie zanieczyszczając atmosfery¹⁷¹.

¹⁶⁵ R. Malczewski, op. cit., s. 11–12.

¹⁶⁶ Ibidem, s. 12.

¹⁶⁷ Ibidem.

¹⁶⁸ Z. Czeppe, *Środowisko naturalne Zakopanego*, (w:) R. Dutkova, op. cit., s. 39.

¹⁶⁹ R. Talewski, op. cit., s. 136.

¹⁷⁰ Cz. Stiche, *Davos am Platz i inne znaczniejsze stacje klimatyczne Szwajcaryi ze względu na leczenie chorób płucnych pod wpływem górskiego klimatu*, Warszawa 1881, s. 6–9.

¹⁷¹ Ibidem, s. 40.

Warunki atmosferyczne nie stanowiły jednak najważniejszego problemu Zakopanego. Najpoważniejszą sprawą były zaniedbania sanitarne – brak kanalizacji i wykorzystywanie w tym celu potoków, z których jednocześnie czerpano wodę dla celów użytkowych. Rozwiązanie tej sprawy nie było proste. Do historii przeszedł konflikt pomiędzy doktorem Chramcem, właścicielem zakładu wodoleczniczego i zarazem wójtem zakopiańskiej gminy, a lekarzem klimatycznym Tomaszem Janiszewskim. Ten ostatni za najważniejszą inwestycję uważał poprowadzenie kanalizacji. Dla Chramca natomiast, w którego zakładzie pensjonariusze w większym stopniu bawili się, niż leczyli, priorytetem była elektryfikacja. Eskalacja konfliktu doprowadziła w końcu do ustąpienia Janiszewskiego, który nie zaskarbił też sobie przychylności mieszkańców, egzekwując od właścicieli pensjonatów obowiązek dezynfekcji pomieszczeń oraz zgłaszania przebywających w nich chorych¹⁷². Rozwiązanie tych problemów stało się nagłą koniecznością, ponieważ rozwój bazy turystycznej i kuracyjnej Zakopanego postępował szybko naprzód. O ile w roku 1889 miejscowość liczyła 250 domów mających ponad 600 pokoi do wynajęcia, to w 1903 liczba domów wzrosła do 566 z 3200 pokojami. Znacząco wzrosła też liczba przyjezdnych: z 2690 w 1890, do 8001 w 1900 i 10463 w roku 1903¹⁷³. Zakopane przejmowało spory procent kuracjuszy, którzy wcześniej kierowali się do uzdrowisk zagranicznych. Pojawiały się jednak głosy sprzeciwu wobec koncentracji dużej liczby zarażonych gruźlicą w zakładach klimatycznych – wskazywano na zagrożenia epidemiologiczne dla miejscowej ludności. Głos w tej sprawie zabrał Dłuski¹⁷⁴, oceniając podobne argumenty jako absurdalne. Wskazywał, że właśnie izolacja chorych w zakładach, w przeciwieństwie do lokowania ich w wynajętych pokojach, daje gwarancję ograniczenia zagrożeń do minimum, ze względu na łatwość utrzymania reżimu sanitarnego. Powoływał się na obserwacje Brehmera, który statystycznie dowiódł, że w czasie kilkudziesięciu lat funkcjonowania jego sanatorium liczba zgonów z powodu gruźlicy wśród miejscowej ludności nie wzrosła, oraz Turbana, który donosił, że w prowadzonym przez niego zakładzie w ciągu 7 lat nie odnotowano ani jednego przypadku zarażenia się gruźlicą wśród zakładowego personelu. Podobne badania, przeprowadzone pod koniec lat trzydziestych w nowym sanatorium w Otwocku,

¹⁷² Chramiec zapamiętał ten konflikt inaczej: według niego Janiszewski był zwolennikiem kwaterowania chorych w wynajętych pokojach, uprzednio specjalnie w tym celu przygotowanych na wzór separarek szpitalnych i poddanych rygorom sanitarnym, on zaś optował za izolacją pacjentów w sanatoriach. Patrz: A. Chramiec, op. cit., s. 84.

¹⁷³ J. Majda, *Zakopiańskie centrum polszczyzny*, Kraków 1975, s. 6.

¹⁷⁴ K. Dłuski, op. cit., s. 6–7.

przyniosły zbliżone wyniki: w ciągu ośmiu lat pracy w sanatorium na 88 osób zachorowało jedynie 7 i byli to wyłącznie pracownicy fizyczni. Potwierdzało to tezę, że sama ekspozycja nie wystarczała – zarażeniu sprzyjało przede wszystkim załamanie sił odpornościowych ustroju¹⁷⁵.

Zakopane stało się najbardziej znaczącym ośrodkiem leczenia klimatyczno-sanatoryjnego na ziemiach polskich¹⁷⁶. Jednym z najwyższycenionych zakładów dla cierpiących na suchoty było uruchomione w r. 1902 zakopiańskie sanatorium, którego dyrektorem został dr Dłuski. Zakład znany był z wielkiego zaangażowania małżeństwa Dłuskich, dobrego wyżywienia i surowych zasad: nieprzestrzeganie regulaminu mogło zakończyć się wykluczeniem z grona pensjonariuszy. Tytułem rekompensaty Dłuscy dbali o higienę psychiczną pacjentów: organizowano odczyty, prelekcje, koncerty, występy teatrów amatorskich i zawodowych. Podstawą leczenia było codzienne werandowanie. Konstancy Stecki¹⁷⁷, który w roku 1910 leczył się u Dłuskich wspomina, że na werandzie należało być o godzinie dziewiątej i przebywać tam do jedenastej. Druga tura leżakowania zaczynała się po drugim śniadaniu i trwała do obiadu, po którym obowiązywało jeszcze jedno dwugodzinne werandowanie. Dzień kończył się o dziesiątej wieczorem – o tej godzinie należało już być w łóżku. W zimie do leżenia na tarasie używano specjalnych worków, a personel dodatkowo przykrywał chorych kocami. Podczas werandowania lekarze wizytowali pacjentów, co kilkanaście dni badali ich w gabinecie, a co miesiąc wykonywano mikroskopowe badanie płwociny. Temperaturę mierzono dwukrotnie w ciągu dnia. Nie stosowano w zasadzie żadnych zabiegów oprócz pędzlowania gardła. Pacjentów co tydzień ważono, a przybieranie na wadze uważano za oznakę zdrowia. Ciężko chorych raczej nie przyj-

¹⁷⁵ Z. Szczepański, H. Popławska, *Czy i w jakim stopniu ulega zakażeniu gruźliczemu personel pracujący w sanatorium*, „Gruźlica” 1938, nr 1, s. 194–195.

¹⁷⁶ Stąd wzięło się powszechne przekonanie, że tutaj powstały pierwsze uzdrowiska. Jednak pierwsze polskie sanatorium nie powstało w Zakopanem – utworzył je w 1879 w Mieni, nieopodal Mińska Mazowieckiego dr Dobrzycki. Był to zakład typu nizinnego, oparty o brehmerowską metodę leczenia gruźlicy. Chorym oferowano większą ciszę, czyste powietrze, pożywną dietę i zabiegi w postaci zimnych natrysków. Dobrzycki stosował też środki farmakologiczne: atropinę jako środek przeciwpotny, wezykatorie przy użyciu nalewki jodowej, a także będzwinian magnezjowy, uważany za swoisty środek przeciw suchotom płucnym i w związku z tym podawany na różne sposoby: doustnie, drogą inhalacji, podskórną i doodbytniczo. Do inhalacji używał też kwasu karbolowego, tymolu i kreozotu. Kwas karbolowy stosował wówczas, kiedy płwocina miała cuchnący charakter, w krwotokach płucnych polecał mieszaninę kwasu karbolowego z kreozotem, tymolu zaś używał w przypadkach nietolerancji kwasu karbolowego. Patrz: Z. Woźniewski, op. cit., s. 45.

¹⁷⁷ K. Stecki, *Wspomnienia zakopiańskie (1910–1923)*, Kraków 1976, s. 11.

mowano. Pacjenci z bardziej zaawansowanymi zmianami gruźliczymi przebywali stale w łózkach i nie wolno ich było odwiedzać. Zasad epidemiologicznych przestrzegano rygorystycznie – Dłuski jako pierwszy wprowadził kartonowe spluwaczki, które następnie były spalane. Dłuski był zwolennikiem zasady głoszonej przez Corneta, że „(...) nie jeden poszczególny czynnik, nie powietrze, lub pożywienie z osobna obiecuje nam powodzenie, lecz tylko harmonijne zadośćuczynienie najdrobniejszym nawet fizjologicznym i higienicznym potrzebom daje lekarzowi, o tej prawdzie stale pamiętajacemu, rękojmię pomyślnych wyników”¹⁷⁸. Dodać należy, że zakład Dłuskiego prowadził również działalność naukową – wprowadzano tam wszystkie nowoczesne metody leczenia gruźlicy płucnej, kształcili się tam i zdobywali doświadczenie znani później w kraju specjaliści¹⁷⁹.

Pozostaje wspomnieć o jeszcze jednej roli sanatoriów. Długotrwały pobyt w sanatorium miał niewątpliwy wpływ na kształtowanie osobowości chorego¹⁸⁰. Włodzimierz Sznarbachowski¹⁸¹, pisząc o tych, którym drobny przypadek – prątek Kocha w płwocinie – zmienił plany życiowe na okres kilku lat, wyrwał ich z dotychczasowego środowiska, wskazuje na konieczność przejęcia przez sanatorium procesu wychowawczego, dotychczas realizowanego przez otoczenie rodzinne czy zawodowe. Dotyczy to zwłaszcza strony psychicznej – od kondycji psychicznej chorego zależy bowiem postawa, jaką przyjmie on wobec życia i własnej choroby. W tym procesie ważne jest wsparcie ze strony innych chorych,

¹⁷⁸ K. Dłuski, op. cit., s. 8.

¹⁷⁹ Makowska wskazuje na duże podobieństwo pomiędzy zakładem Dłuskich, a Berghofem, w którym rozgrywa się akcja *Czarodziejskiej Góry*. Niemal identyczny rozkład zajęć, liczba i różnorodność posiłków, podobne zwyczaje i wymogi wobec pacjentów. Przepustką do świata chorych w obu sanatoriach było nabycie termometru i kieszonkowej spluwaczki. Podobny był sposób postępowania ze zmarłymi – wywożono ich po kryjomu nocą, pozostałym chorym udzielano informacji niezgodnych z prawdą. Nie było to dziełem przypadku: Mann w 1912 roku przebywał w jednym z sanatoriów w Davos w odwiedzinach u chorej żony, Dłuski natomiast w latach 1899–1902 wyjeżdżał tam kilkakrotnie, praktykując m.in. w sanatorium Turbana. Patrz: U. Makowska, *W cieniu Czarodziejskiej Góry*, „Ikonotheka”. Prace Instytutu Historii Sztuki Uniwersytetu Warszawskiego 2002, nr 15, s. 107–108.

¹⁸⁰ Tomasz Mann bardzo trafnie zatytułował swój najbardziej znany utwór. Niezwykłe długi, bo siedmioletni pobyt w Berghofie, w oderwaniu od dotychczasowych problemów, w atmosferze walki pomiędzy życiem i śmiercią, gdzie sprawy codzienne toczyły się jakby w innym wymiarze, gdzie zanikła przestrzeń a czas upływał w innym tempie – zaowocował przemianą duchową i dojrzałością intelektualną Hansa Castorpa – w tym sensie owa góra rzeczywiście okazała się czarodziejską. Tak długi okres leczenia sanatoryjnego nie był codziennością, choć w przypadku gruźlicy kosztowne – stawowej leczenie rzeczywiście trwało kilka lat.

¹⁸¹ W. Sznarbachowski, *Wpływ sanatorium na rozwój osobowości kuracjusza*, (w:) J. J. Żurawicz, op. cit., s. 59

ale także zaufanie do lekarzy. Chory musi zyskać przekonanie, że choroba nie niweczy jego planów życiowych. Toteż zadaniem pedagogiki sanatoryjnej jest dążenie do zastąpienia choremu dotychczasowego środowiska zawodowego czy naukowego przez umożliwienie korzystania z biblioteki czy zapewnienie kontaktu z życiem kulturalnym (radio, kino, prelekcje, teatr), zmuszenie go do pracy nad sobą i przekonanie, że jego więź ze społeczeństwem nie została zerwana, a po opuszczeniu sanatorium będzie fizycznie i psychicznie zdolny do normalnego funkcjonowania. Podkreślano też inny aspekt wychowawczy – związany z uświadomieniem choremu zagrożeń, jakie dla otoczenia niesie jego choroba, szczególnie po powrocie do środowiska, w którym dotychczas funkcjonował i wytworzenie nawyków higienicznych chroniących jego najbliższych przed zakażeniem¹⁸². Leczenie sanatoryjne, wspomagane metodami chirurgicznymi, w omawianym okresie uznawane było za najskuteczniejsze. Jednak w skali społecznej nie przynosiło oczekiwanych rezultatów z powodu małej dostępności. Przyczyny tkwiły zarówno w trudnej sytuacji gospodarczej kraju, która rzutowała na możliwości finansowe społeczeństwa, jak i nierównomiernym rozmieszczeniu zakładów przeciwgruźliczych. Koszty leczenia były natomiast bardzo wysokie. Zwrócił na to uwagę Hewelke¹⁸³, który poddał krytyce skuteczność systemu sanatoryjnego, kwestionując zarówno wyniki leczenia jak i możliwość dalszego postępu na tej drodze. Przede wszystkim zaś uważał system sanatoryjny za nieuzasadniony ekonomicznie – środki finansowe przeznaczone na leczenie nie zapewniały pacjentom przywrócenia zdolności do zarobkowania.

Leczenie wspomagające

W leczeniu gruźlicy podjęto też próby leczenia bodźcowego. Od roku 1927 chorym podawano białko i wyciągi z narządów, np. śledziony. Doniesienia na temat leczenia preparatami śledziony ukazywały się do roku 1935. Kuracja taka miała skutkować przyrostem wagi ciała i korzystnymi zmianami w obrazie morfologicznym krwi. Jednak pozytywnego wpływu na przebieg samej gruźlicy nie udało się udokumentować. Woźniewski¹⁸⁴ przytacza dość kuriozalną wypowiedź jednego z autorów, który stwierdza, że „(...) leczenie śledzioną nie jest wprawdzie żadnym sposobem le-

¹⁸² B. Turkowski, *Sanatorium nie tylko leczy, lecz i wychowuje*, (w:) H. Piotrowski, op. cit., s. 67.

¹⁸³ O. Hewelke, op. cit., s. 5–6.

¹⁸⁴ Z. Woźniewski, op. cit., s. 190.

czenia gruźlicy płuc, ale z braku skutecznych metod może być uważane za bardzo korzystnie działający środek pomocniczy”. Trudno o przykład większego braku krytycyzmu. Innym przykładem leczenia bodźcowego była terapia hetolem (pochodna kwasu cynamonowego), który miał wzmacniać leukocytozę w okolicach ognisk gruźliczych. Uzyskiwano jednak tylko przemijającą poprawę. Terapeutyczne działanie przypisywano surowicy Maragliano, mającej powodować ich wysychanie i bliznowacenie. Dla poprawy stanu ogólnego podawano w iniekcjach wyjałowione mleko¹⁸⁵. Leczeniem bodźcowym były również kąpiele słoneczne zalecane przez Augusta Rolliera w przypadkach gruźlicy kostno-stawowej. W tym wypadku pozytywny efekt przypisywano barwnikowi czerniaczkowemu (melanina), który miał działać zabójczo na prątki, a także lepszemu ukrwieniu narządów pod wpływem nasłonecznienia¹⁸⁶.

Lecnicze działanie obserwowano też w przypadku preparatów na bazie ichtiolu, ze względu na właściwości bakteriobójcze i spowalnianie przemiany materii w organizmie chorego.

Podawano także preparaty arsenowe. Sam Koch próbował wykorzystywać je do uśmiercania prątków, jednak ostatecznie znalazły one zastosowanie głównie w leczeniu chorób wenerycznych oraz niedokrwistości, towarzyszących różnym jednostkom chorobowym. Lekom na bazie arsenu niektórzy autorzy przypisywali korzystne oddziaływanie poprzez poprawę łaknienia i tym samym stanu odżywienia chorych. Wydaje się jednak, że zasadniczym wskazaniem do ich podawania była nie sama gruźlica, ale towarzysząca jej niedokrwistość¹⁸⁷. Anemię zwalczano także podawaniem preparatów żelaza¹⁸⁸.

W piśmiennictwie pojawiają się wzmianki o stosowaniu strychniny i nitrogranulogenu. Bez powodzenia próbowano też radioterapii, która miała pobudzać zmiany gruźlicze do gojenia. Szeroko wykorzystywano preparaty roślinne: Moskwa¹⁸⁹ wymienia sok z pokrzyw, sok skrzypowy, sok mniszkowy, herbatę z liści brzozy i kwiatu rzeżuchy, szczególnie polecając dla młodych kobiet. Doceniano również pozytywne działanie aloesu.

Donoszono o leczniczym wpływie kąpiei w solankach jodobromowych. E. Rościszewski¹⁹⁰ zalecał je szczególnie w przypadkach gruźliczych zmian w obrębie stawów, niepowikłanych przetokami.

¹⁸⁵ R. Talewski, op. cit., s. 144.

¹⁸⁶ G. Nowotny, op. cit., s. 83–89.

¹⁸⁷ J. Janiuk, *Terminologia i problematyka medyczna we wczesnych (1931–39) utworach Michała Choromańskiego*, „Medycyna Nowożytna” 2005, T. 12, z. 1–2, s. 30.

¹⁸⁸ D. Jedwabnik, op. cit., s. 273.

¹⁸⁹ Z. Moskwa, *Zarys historii...*, s. 110.

¹⁹⁰ E. Rościszewski, *Kilka uwag o chirurgicznym leczeniu gruźlicy*, Kraków 1894, s. 9.

Chorym, którzy nie mogli skorzystać z leczenia klimatycznego poza miejscem zamieszkania zalecano kąpiele powietrzne: przez 10 minut należało przebywać w kostiumie kąpielowym przy otwartym oknie, jeśli temperatura zewnętrzna sięgała przynajmniej 18 stopni¹⁹¹.

Duże znaczenie przypisywano leczeniu dietetycznemu. Przyrost wagi ciała traktowano bowiem jako ważny objaw rokowniczy świadczący o poprawie stanu zdrowia. Chorzy cierpiący na brak łaknienia otrzymywali dietę łatwo przyswajalną: płynną i lekkostrawną (buliony, potrawy na bazie mleka). Pozostałym zalecano spożywanie pięciu obfitych posiłków dziennie. Wśród produktów dominowały przetwory i ekstrakty mięsne, białe pieczywo i przetwory mleczne. Chorym podawano jajka w nieograniczonej ilości, oliwę, tłuste wątróbki oraz tran. Jednak nie wszyscy lekarze byli zwolennikami przekarmiania chorych. Supady¹⁹², opisując funkcjonowanie zorganizowanego w 1898 roku przez dra. Sterlinga łódzkiego „oddziału dla piersiowych” podaje, że dużą wagę przywiązywano tam do „(...) wartości kalorycznej, jakości i składu spożywanych przez pacjentów posiłków”. Dbano o zróżnicowanie potraw oraz właściwe proporcje białek, węglowodanów i tłuszczów. Chory otrzymywał dziennie 11 dkg tłuszczu w posiłkach, wypijał 1 litr mleka, a wartość kaloryczna diety zwykłej wynosiła ok. 2819 kalorii. Bardzo popularne były kuracje serwatkowe, kumysowe, a na Podhalu na choroby płucne polecano żentycę. Poetka Maryla Wolska wspominała, że „(...) wszyscy pili żentycę ów sympatyczny środek swojej epoki, który ile że znajdował się w górach pomagał na płuca”¹⁹³. Zalecano diety solne, bezsolne, tuczące i surówkowe, zwłaszcza na bazie surowej cebuli. W przypadkach ropnych stosowano dożylnie alkohol. W medycynie ludowej utrzymywała się natomiast wiara w zbawienne działanie psiego sadła, który to pogląd przetrwał do pierwszej połowy XX wieku¹⁹⁴.

Do leczenia wspomagającego przywiązywano w omawianym okresie dużą wagę; dowodem sporej inwencji w tym zakresie jest wykaz metod poza farmakologicznych zestawionych w tabeli 7.

¹⁹¹ S. Sterling, op. cit., s. 196.

¹⁹² J. Supady, *Leczenie gruźlicy w Polsce na przełomie XIX i XX wieku (do 1914 r.)*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 2007, nr 117, s. 432.

¹⁹³ R. Talewski, op. cit., s. 129.

¹⁹⁴ S. Giebocki wspomina, że w latach trzydziestych w rejonie jego ordynacji lekarskiej suchotnicy co kilka dni łapali lub kupowali tłuste psy, z których, po zabiciu, wytapiali smalec. Pomyślnych rezultatów nie zaobserwował. Patr.: J. Borkowski (red.), op. cit., s. 198.

Tab. 7. Niektóre najczęściej zalecane i stosowane przez dra Seweryna Sterlinga sposoby poza farmakologicznego postępowania leczniczego w gruźlicy płuc w warunkach szpitalnych i domowych na początku XX wieku¹⁹⁵

Objawy	Sposoby i środki lecznicze
brak łaknienia	nie zmuszać chorego do jedzenia; dieta ograniczona, lekkostrawna; wino i pokarmy zaostrzające apetyt; spacer; okład rozgrzewający na okolice żołądka, ewentualne przepłukanie żołądka
dyspepsja	dieta ścisła 1–2-dniowa; pozostanie w łóżku
gorączka	w zależności od tego, czy była to gorączka „stała, przestankowa, czy napadowa”, zalecano stałe lub parodniowe leżenie, dietę płynną, lekkostrawną, nacieranie, opaski krzyżowe na klatkę piersiową, roślinne środki napotne i lekko przeczyszczające, spokój, świeże powietrze w sali szpitalnej lub w mieszkaniu
ogólne osłabienie przy braku gorączki	dieta wysokokaloryczna; wino, kawa, kakao; werandowanie i spacer na świeżym powietrzu; lekka gimnastyka szwedzka, ewentualnie leżenie, by nie osłabiać serca; hydroterapia (kąpiel, natryski, nacierania ciepłą i chłodną wodą)
krwawienia i krwotoki	pozycja siedząca lub półsiedząca; zimne okłady na klatkę piersiową w domniemanych miejscach krwawiącego ogniska; opaski uciskowe na kończyny; uciskowe bandażowanie klatki piersiowej; zakaz prowadzenia rozmów; zakaz gwałtownych ruchów; po ustaniu krwotoku – leżenie
kaszel „ranny”, suchy, napadowy, trudności z wydalaniem płwociny	opaska krzyżowa sucha, a po jej zdjęciu wilgotna, chłodna (8–16°C), następnie wytarcie ciała do sucha i leżenie; kamizelka hydropatyczna z płótna, wilgotna, na nią sucha flanelowa; właściwa pozycja chorego (zmniejszająca kaszel); picie rozwalniającej płwocinę wody mineralnej, np. emskiej, przeciwkaszlowych ziół, mleka i tranu; zakaz palenia tytoniu
wymioty w czasie kaszlu	mocne bandażowanie brzucha
dreszcze napadowe	gorący napój z koniakiem, o ile chory nie ma skłonności do krwotoków; leżenie (łóżko nagrzone)
ból w klatce piersiowej	okłady rozgrzewające, o ile chory nie ma skłonności do krwotoków

¹⁹⁵ J. Supady, op. cit., s. 433.

Summary

Tuberculosis in Young Poland period and during the interwar in the theory and medical practice

The subject of the study is the picture of tuberculosis in turn of XIX and XX century (1890–1939). Tuberculosis has been with people for ages. Due to lack of effective therapy until 50s last century tuberculosis constituted not only a medical problem, but because of the prevalence of infection it was also social problem. It was considered as a fatal disease what made that people were afraid and scared. One of the most important moment in history was discovery R.Koch, who on 29th of March 1882 on an assembly Berlin Physiologists announced an identification the bacillus, which was later called his name. This bacillus was responsible for TB symptoms. Unfortunately, it did not improve treatment results. Available effective methods did not play a prominent role, because they were possible only for privileged. Costs of treatment and rehabilitation sick people were very high. TB picture as a disease carrying death has changed over the past several decades. The disease became mainly medical problem, still very important but not crucial. It is not primary what it used to be: a widespread epidemic disease, "white plague" with an enormous social-economic consequences, a cultural phenomenon affecting the fate not only of individuals, but also the whole society. The aim of the study is presentation the medical knowledge about the tuberculosis in period 1890–1939: the symptoms, diagnosis and methods of treatment, preventive actions, and also social and health consequences and former system of a health service.