

MEDYCZYNA

CZASOPISMO TYGODNI WE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 11.

Warszawa d. 1 (14) Marca 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek obustronnego, całkowitego braku kości promieniowych, połączonego z głuchotą wyrazową. Podał B. Malewski. — Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych, pochodzących z zablakanych zawiązków nadnercza. (Nadnerczak. Struma suprarenalis aberrata renis. s. Hypernephroma renis). Podał L. Lorentowicz (Dokończenie) - Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO Posiedzenie z dnia 3 lutego r. b — **ODCINEK.** Sprawa sanatoryjów. (Dokończenie). — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.** ¶

„MEDYCZYNA“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. Malewski — Un cas de manque bilatéral et total du radius combiné avec surdité de parol. 2) D-r Lorentowicz — Contribution à l'étude des tumeurs rénales prenant naissance dans des germes égarés des capsules surrénales. (Hypernephroma renis).

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCZYNA“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r B. Malewski — Ein Fall von gänzlichem beiderseitigem Defect des Radius combinirt mit Worttaubheit. 2) D-r Lorentowicz — Ein Beitrag zur Lehre von Nierentumoren mit Ausgang von verirrten Keimen der Nebennieren. (Hypernephroma renis).

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z zakładu leczniczego „Nalęczów“.

**Przypadek obustronnego, całkowitego
braku kości promieniowych,
połączonego z głuchotą wyrazową.**

Podał

B. MALEWSKI

Lekarz zakładu.

We wsi Łąkach, w okolicy Nalęczowa, mieszka żebrak A. K. lat 50, wzrostu niskiego, o wąskiem czole, głęboko osadzonych oczach, z łysiną okrągłą na głowie.

K. dwukrotnie był żonaty, z pierwszej żony miał dwoje dzieci normalnych, które jednak nie chowały się; pochodzi z rodziny zdrowej, miał tylko brata niemowę.

K. okazuje zniepodobnienie i zanik kończyn górnych, skrócenie największe przedramienia prawego i ramienia lewego, mniejsze przedramienia lewego, jeszcze mniejsze ramienia prawego.

Brak wielkich palców.

Brak lewego dołu pachowego, gdzie skóra przechodzi w kształcie fałdy wprost na tułów.

Nawrót (*pronatio*) w najwyższym stopniu i przygięcie obu dłoni do powierzchni dłoniowej przedramienia.

Ramiona są przysunięte do tułowia, przedramiona, zgięte pod kątem prostym, sterzą ku przodowi i nieco nawewnątrz.

Prawe przedramię łukowato wygięte z wklęsłością ku wewnątrz.



Dłonie zwichnięte, zwieszane palcami ku dołowi, obrócone są powierzchnią grzbietową w lewej naprzód, w prawej zaś naprzód i ku wewnątrz.

Stosunki te zresztą wyjaśni najlepiej dołączona fotografia.

Małe palce leżą od zewnątrz, palce drugie (wskazujące) zwrócone ku przedramionom i tułowiu.

W lewej ręce wskaźnik przykuczony, skóra na pierwszym członku tego palca zrosnięta ze skórą sąsiedniego palca, 2 członek zgięty pod kątem prostym i skrócony i razem z ostatnim członkiem podgięty jest pod pierwsze członki następnych palców.

Wymiary. Ręka lewa: ramię od wyrostka barkowego do wyrostka łokciowego 15 ctm., przedramię od końca wyrostka łokciowego do wyrostka rylcowego 19 ctm. Długość dłoni od wyrostka rylcowego do końca 3 palca 17½ ctm. (z tego 9 ctm. na członki palców, 8½ ctm. na śród-ręce). Szerokość dłoni 7 ctm. Długość palca średniego 11½ ctm., z tego wypada na członek paznogiowy 2 ctm., średni 3½ ctm., pierwszy 4 ctm. Długość palca wskazującego 8½ ctm. (2, 2½, 4). Łopátka lewa od wyrostka barkowego do kąta dolnego 16½ ctm., obwód przedramienia 19½ ctm. Ręka prawa: Odpowiednie wymiary wynoszą: ramienia 27 ctm., przedramienia w cięciwie 15 ctm., po łuku 18 ctm. Dłoń 17 ctm. (8 śród-ręce, 9 na palce). Palca średniego 9 ctm. (2, 3, 4). Szerokość dłoni 7¼. Długość łopátki 17½. Obwód ramienia 18 ctm.

Skóra na grzbiecie rąk wygładzona, na powierzchni dłoniowej pofałdowana. Przedramiona i śród-ręce obficie pokryte włosami, skóra na prawym przedramieniu zgrubiała i bardziej ogorziała. Na lewej kości ramieniowej na 2 ctm. nad wyrostkiem łokciowym wyczuwa się zgrubienie kostne od przodu i od wewnątrz. Końce kości obojęzycznych, wyrostki barkowe, oraz wyrostki krucze wyczuwają się tuż pod skórą nie pokryte mięśniami.

Mięśnie. Naramienne (*deltoides*), zdaje się, posiadają tylko części barkowe. Mięśnie piersiowe wielkie, zdaje się, nie posiadają części obojęzycznej.

Brak kłębów palucha.

Mając na względzie wyniki oglądania, obmacywania kończyn górnych u chorego, stopień zachowania funkcji w tych kończynach oraz biorąc pod uwagę, które mięśnie zaczynają się

lub przyczepiają do brakujących u chorego kości promieniowych, przypuszczałbym u niego brak następujących mięśni ramion i przedramion: m. dwugłowego ramienia (wywraca przedramię i zgina je), m. nawrotnego okrągłego (nawrotny i zginacz), zginacza palucha długiego, nawrotnego czworobocznego (słaby nawrotny), m. odsiebego długiego palucha, m. wyprostnego długiego palucha, m. wyrotnego długiego (wyrotny i zginacz), m. wyrotnego krótkiego (wyrotny i zginacz).

Przewaga mięśni nawrotnych (*pronatores*) pozostałych nad pozostałymi wyrotnymi (*supinators*) tłumaczy poniekąd nadmierny nawrót (*pronatio*) przedramion i dłoni u chorego, choć trzeba przyznać, że zwichnięcie dłoni mogło zmienić działanie pozostałych mięśni. Zgięcie przedramion wskazywałoby na zanik mięśni wyprostnych.

Ruchy. Kończyna górna prawa: w stawie barkowym ruchy bierne z trzaskiem, ale prawie normalne, w stawie łokciowym nader upośledzone (30°). Czynne w barkowym niemal normalne, w łokciowym bardzo upośledzone, w napiętku niemożliwe. Palce może tylko zsuwać i rozsuwać, choć nie w tym stopniu co normalnie. Zginanie palców niezmiernie upośledzone, zwłaszcza w 2 i 3 falangach prawej ręki. Kończyna górna lewa: w stawie barkowym zaledwie ślady ruchów biernych z trzaskiem, w łokciowym nieco lepiej (40°). Napiętek i palce również mają ruchy bardzo upośledzone. W palcu wskazującym prawie żadnych.

Zdolność ruchowa. Prawą ręką drapie się w głowę; lewą dla tejże czynności musi zarzucać. Oburącz rozbiera się i ubiera, zawiązuje sobie dolne ubranie, zapina guziki, wyjmuje z kieszeni tabakierkę, z tabakierki tabakę i t. d. Ruchy szyjowe kompensacyjnie silnie rozwinięte — dotyka brodą piersi, uchem stawu barkowego.

Wogóle chory jest budowy niezłej i niezle odżywiany. Uderza nadmierne wygięcie kręgow ledźwiowych ku przodowi. Serce nieco przykry-

te, granice płuc obniżone. Na wewnętrznej powierzchni przedramienia wyczuwa się jedna tylko tętnica. Żebra w porządku.

Stopy skrócone. Prawa ma 21 cm. długości, lewa 23 cm. Prawa stopa ma powierzchnię grzbietową nadmiernie wypukłą. Brzeg wewnętrzny odwrócony do wewnątrz i do góry, zewnętrzny odwrotnie. *Pes equino-varus*. Palce podniesione.

Na chorym tym dokonano w Warszawie roentgenizaacyi w pracowni d-ra BARSZCZEW-SKIEGO.

Roentgenogramy wykazały:

W ręce prawej zupełny brak kości promieniowej, dużego palca, kości czółenkowatej, kości wielokątnej większej, a może i kości księżycowej.

Łukowate wygięcie kości łokciowej, zniepodobnienie stawu łokciowego, zwichnięcie dłoni ku wewnątrz. W lewej ręce to samo, z wyjątkiem wygięcia kości łokciowej.

Radiogram nogi prawej wykazuje to samo, co się widzi przy zewnętrznem oglądaniu.

(Patrz str. 238 i 239).

W układzie nerwowym zmian szczególnych niema, czucie zachowane, odruchy prawidłowe (z wyjątkiem rąk).

Jest sporo oznak zwyrodnienia. Uszy zniepodobnione, prawa muszla przygięta do otworu słuchowego, ruchy głęboko osadzonych oczu są ograniczone; łysina okrągła na środku głowy, wąskie czoło.

Pomiary antropometryczne wykazują:

Wzrost	161
Obwód głowy	63
Długość głowy	17,3
Szerokość głowy	14,5
Szerokość czoła	10,2
Szerokość potylicy	12,5
Szerokość twarzy	11,8
Wskaźnik największej szerokości	83,8

Cyfry te wskazują na mikrocefalię przy wskaźniku największej szerokości mniej więcej

normalnym. Dla porównania przytoczę tu cyfry normalne dla Lubelskiego, zapożyczone z dzieła d-ra OLECHNOWICZA: długość głowy 18,5, szerokość 15,2, wskaźnik największej szerokości 83,6, wzrost 167,4¹⁾.

Dane te przytaczam dlatego, że mogą one mieć pewne znaczenie przy ocenianiu jeszcze je-

mli (mleko), meleo (mięso), tip-tip (woda), psia mać, niema, jutro do Bożi, do pana, dobra pana; prócz wymienionych wyrazów, zupełnie niezrozumiale nieczłonkowane belkotanie. Inteligencya chorego jest mało rozwinięta, nie jest on jednak idyotą, znalazł bowiem sobie dwukrotnie żonę, sam sobie chleb zdobywa, zresztą mimiczną mo-



dnego, ważnego objawu, z którym w opisywanym przypadku spotykamy się.

Chory wykazuje wrodzoną głuchotę wyrazową, co potwierdza i żona. Zaledwie kilka wyrazów rozumie. Mówi — mama, moja, tata, ciocia leb (chleb), tputy (buty), tsy-tsy (pieniądze), mli-

¹⁾ „Charakterystyka Antropologiczna ludności gub. lubelskiej“. Kraków 1893.

wę rozumie doskonale i również bardzo wyraziście usiłuje dać się zrozumieć, opowiadając np., jak go psy gryzą, i jak on się od nich opędza i jak się cieszy, gdy któremu nogę przetrąci.

Po pobycie w Warszawie bardzo wyraźnie pokazywał na migi, jakich wrażeń doznał przy roentgenizacji.

Modli się z wielką pobożnością i skupie-

niem, podnosząc oczy do góry, składając ręce, żegnając się, wydaje przytem miarowy syk.

Właśnie dzięki temu wysokiemu uzdolnieniu chorego do mowy mimicznej, którą się bardzo chętnie posługuje, łatwo było przekonać się u niego, że mowy nierozumie weale, z wyjątkiem przytoczonych wyżej wyrazów.

w tej chwili ożywia się bardzo, gestykuluje, wyraża wdzięczność. Dopóki odmawia się modlitwę, chory nie reaguje, dosyć jednak przeżegnać się lub złożyć ręce, by chory zaczął się modlić. Wogóle jest on ożywiony, wesoly, pragnie dogodzić, usiłuje zrozumieć myśl i spełnić każde życzenie. Gdy chodzi o odtworzenie jakich dźwię-



O ile się chorego zachęca do zjedzenia czegoś albo wzięcia datku obojętnym głosem, bez użycia wymienionych wyżej kilku wyrazów, chory zachowuje się całkiem spokojnie i nie rozumie, skoro zaś, czy to dzięki ruchom mimicznym, czy też dzięki użyciu jednego z posiadanych przezeń wyrazów, dowie się o co chodzi,

ków naturalnych, naprzykład, skowytu psa, trzasku iskier elektrycznych, robi to on doskonale.

Chorego opisanego widział przed rokiem w Nałęczowie d-r SZTEYNER, i on to właśnie zwrócił uwagę na ten przypadek, jako na ciekawy i doradził jego zbadanie i opisanie. Rze-

czywiście jest to w swoim rodzaju jedyny może przypadek.

JOACHIMSTHAL²⁾ w r. 1895 notował 49 przypadków całkowitego braku kości promieniowej, jedno- lub obustronnego. Późniejszych spostrzeżeń nie spotkałem. Przypadki te notowane były u zarodków lub u bardzo małych dzieci, w 9 tylko przypadkach dzieci, dotknięte tą wadą, miały więcej, niż rok życia.

Z tego względu JOACHIMSTHAL poleca bardzo uważać swój przypadek dotyczący dziecka 10-letniego.

W naszym przypadku mamy do czynienia z człowiekiem 50-letnim i, oprócz wrodzonego braku kości promieniowych, mamy jeszcze wrodzoną afazję i upośledzenie władz umysłowych.

Czy jest jakiś związek pomiędzy tymi objawami, czy też są one wyrazem zwyrodnienia, tego przesądzać nie mogę, chociaż skłonny byłbym przypuszczać symetryczne braki w obu półkulach mózgowych.

W polskiej literaturze zanotowano dwa przypadki

Jeden, podany przez R... w „Przeglądzie lekarskim“ z r. 1868 t. VII str. 66, dotyczy braku częściowego kości promieniowych tudzież strzałkowych oraz złamania kości udowych u płodu.

Drugi zaś był demonstrowany przez JASIŃSKIEGO Romana w Towarzystwie Lekarskim; wzmiankę o nim pod tytułem „Brak kości promieniowej i palca dużego“ znajdujemy w protokole posiedzenia w 86 t. P. T. L. W. z roku 1890 str. 317.

Radiograficznie zbadane były tylko przypadki VULPIUS'a³⁾, KIRMISSON'a⁴⁾, MIDDLE-

TON'a⁵⁾, PAGENSTECHEr'a⁶⁾ i JOACHIMSTHAL'a.

Mam sobie za miły obowiązek podziękować d-rom CHŁECHOWSKIEMU i PUŁAWSKIEMU za ich serdeczną pomoc.

Z instytutu patologicznego prof. P. Grawitza w Gryfii.

Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych, pochodzących z zablakanych zawiązków nadnercza.
(Nadnerczak. *Struma suprarenalis aberrata renis. s. Hypernephroma renis*).

Podał

Leonard Łorentowicz.

(Dokończenie — Patrz Nr. 10)

WEICHELBAUM i GREENISCH po zbadaniu wielkiej liczby omawianych nowotworów nerek doszli do wniosku, że wszystkie pochodzą z nabłonka kanalików moczowych, już to prostych, już to skręconych. Makroskopowy opis podawanych przez nich gruczolaków nerek przekonywa nas, że mieli niezawodnie do czynienia z zarodkami nadnercza. Nowotwory zazwyczaj znajdują się na powierzchni nerki, znacznie rzadziej w miąższu. We wszystkich przypadkach posiadają własną otoczkę. Rozmiarami nie przechodzą wielkości ziarnka grochu, są wyraźnie odgraniczone od otaczającej tkanki nerkowej, barwy żółtawej. Na podstawie badania drobnowidzowego W. i G. dzielą nowotwory na *Adenomata papillaria* i *Ad. alveolaria*. Budowa pierwszych zupełnie odpowiada obrazowi nadnerczaka. Komórki są wielokształtne, często napełnione kulkami tłuszczu. Wybujalości brodawkowate mogą znajdować się tak blisko przy sobie, że trudno roz-

²⁾ D-r G. JOACHIMSTHAL. Ueber angeborene Anomalien der oberen Extremitaeten. Arch. fuer klin. Chir. Band 50, Heft 3. 1895. Tenże Die angeborenen Verbildungen der oberen Extremitaeten. Hamburg 1900.

³⁾ VULPIUS. Zur Verwerthung der Roentgenstrahlen. Deutsche med. Woehenschr. 1895. N 30. S 4-1.

⁴⁾ KIRMISSON. Traité des maladies d'origine congenitale. Paris. 1898. St. 486. (cyt. z Joachimsthal'a).

⁵⁾ George MIDDLETON. A case of congenital absence of the left radius and of the left thumb, malformation of the left ulna, spinale curvature, and complete displacement of the heart to the right. Glasgow med. Journal. Oktober. 1898. str. 244.

⁶⁾ PAGENSTECHEr E. Defekte an der oberen Extremitaet. Zeitschr. fur Chir. Bd. 30. S. 427.

poznać ich kształt i wzajemne ustosunkowanie. Twierdzą atoli, że w pierwszych stadyach rozwoju tkanka nowotworu niezem nie jest odgraniczona od mięszu nerkowego. Pod nazwą *Adenomata alveolaria* opisują nowotwory, których podścielisko tworzy podłużne, okrągłe, bądź walcowate przestrzenie, zawierające wielokątne komórki. Komórki te najbardziej przypominają nabłonek kanalików moczowych chociaż zaznaczają, że istnieje wyraźna różnica między nimi. W protoplazmie komórek często spotykają się jaśniejsze ucząstki. Tworzenia się światła autorowie nie spostrzegali w swoich nowotworach. Czerpali pewność co do pochodzenia nowotworu z nabłonka kanalików moczowych w spostrzeżonym fakcie, iż w tych ostatnich udało im się stwierdzić sprawy przerostowe, zjawisko, zdaniem GRAWITZ'a, stale towarzyszące nadnereczakom.

SABOURIN również jest mniemania, że te nowotwory biorą początek z kanalików moczowych, co się zaś tyczy różności kształtów komórek, to tłumaczy ją zdolnością nabłonka nerkowego do zmieniania swej formy. Jego „*Epithéliomes métatypiques*“ z wielkim prawdopodobieństwem należą do grupy nadnereczaków.

Z prac świeższej doby przytoczyć należy prace AMBROSIOUS'a i BENEKE. Obaj wzmiankowani autorowie zgadzają się w zasadzie na punkt widzenia GRAWITZ'a, atoli BENEKE wygłasza pogląd, że komórki nadnereza nie należą do komórek nabłonkowych, i dlatego, zdaniem jego, nowotwory omawiane mogą ulegać nie rakowatemu, ale mięsakowatemu zwyrodnieniu. Słusznie LUBARSCH zaznacza, że, jakkolwiek embryologia zrobiła wogóle w ostatnich czasach ogromne postępy, mimo to usiłowania, podejmowane w celu rozwiązania poszczególnych pytań, stanowią dotąd jeszcze zbyt kruchy fundament, aby mógł służyć do budowy teorii anatomo-patologicznych. Zresztą, jak dowodzą badania SPEE i SIMON'a, pranercze pochodzi z ektodermy, i że przy-

najmniej kora nadnereza pochodzi z *glomis* i kanalików pranereza.

HANSEMANN obok właściwych nadnereczaków tworzy nową grupę nowotworów nerek, którym daje nazwę „gruczolaków śródblonkowych“ (*adenomata endothelialis*), utrzymując, że pochodzą ze śródblonka naczyń. Sam zaznacza, że budowa ich do tego stopnia jest zbliżona do budowy nadnereczaków, że przy niedostatecznym doświadczeniu anatomo-patologicznem łatwo mogą być wzięte za te ostatnie. Protoplazma komórek zawiera kulki tłuszczowe, zaś po ich usunięciu staje się jakby podziurkowaną. Również zawiera glikogen niekiedy w bardzo dużej ilości. Nowotwory te posiadają własną otoczkę, którą się wyraźnie odgraniczają od tkanki nerkowej, dają przerzuty do otrzewny, płuc, gruczolów chłonnych, chociaż rzadziej, niż nadnereczaki. Przy opisie własnych przypadków jeszcze powrócę do poglądów HANSEMANN'a.

De PAOLI opisuje pewną liczbę przypadków nowotworów nerek pod nazwą „*Angiosarcoma renis primarium*“. Nowotwory jego składają się ze sznurów komórkowych i rurek. Pojedyncze komórki na wzór palisady przytykają do drobnego naczynia, którego ściana składa się tylko z jednej rurki śródblonkowej. Komórki mają kształt walcowaty, bądź wielokątny, znaczna ich część posiada obok jądra białe plamki, które de PAOLI uważa za twór zwyrodnienia szklistego. Również i sieć międzykomórkową z bardzo delikatnymi oczkami uważa za wytwór, powstały ze zlania się wielu szklisto-zwyrodniałych sznurów komórkowych. W oczkach znajdują się liczne naczynia krwionośne. W nowotworach swych de PAOLI znajduje również torbiele, napełnione krwią, których ściany są wysłane palisadowo ułożonym nabłonkiem, wprawdzie nie wszędzie prawidłowo, w wielu bowiem miejscach bezkształtne skupienia komórek wrastają do światła torbieli. Nowotwory powyższe pochodzą, zdaniem de PAOLI, wskutek bujania komórek otoczki zewnętrznej naczyń krwionośnych. Opis

podany zgadza się zupełnie z obrazem nadnerczaka, mimo odmiennej histogenezy, i niewątpliwie de PAOLI miał do czynienia z tą kategorią guzów.

W końcu wspomnę jeszcze pracę L. IMBERT'a. Wspomniany autor robił doświadczenia następującego rodzaju: Przeszczepiał zwierzętom kawałki nadnercza do nerki pod torebkę włóknistą. Badania przeszczepionych kawałków, wykonane następnie, pozwoliły mu stwierdzić dwa fakty: 1) w przeszczepionej części zjawily się w komórkach krople tłuszczu, jak w nadnerczaku, 2) w innym kawałku, który uległ obumarceniu, wytworzyła się torbiel, wysłana nabłonkiem. To dowodzi, że tkanka nadnercza w pewnych warunkach może dawać początek torbielom, które uprzednio stale wyprowadzano z mięszu nerkowego.

Obecnie przystąpię do opisu własnych przypadków.

Przypadek I. Wilhelm W. lat 38. Rozpoznanie kliniczne: *Pneumonia crouposa*. Sekeya 5. II. 1902.

Po otwarciu klatki piersiowej z prawej jamy opłucny wydobyto 600 ctm. sz. wysięku ropnego. Prawa opłucna pokryta grubą warstwą ropno-włóknikowej masy wysiękowej. W jamie osierdzia stare zrosty, w okolicy lewej komory *synchia totalis*, z prawej strony pomiędzy sznurami łącznotkankowymi jeszcze niewielka ilość ropy. Jama lewej opłucny wolna od wysięku; na jej powierzchni występują pojedyncze miękkie guziki, barwy szaro-żółtej, wielkości od ziarna soczewicy do migdała. Na powierzchni dolnego płatu lewego płuca guziki są otoczone siecią naczyń chłonnych, napelnionych szarą cieczą. Przyjęto je za raka. W górnym płacie lewego płuca dwa większe guziczki, otoczone normalną tkanką płucną, zawierającą powietrze. Na 3-ciem i 9-em żebrze lewej połowy klatki piersiowej znajdują się pod opłucną małe guziki. Z prawej strony znacznie większy guz 8 × 4 ctm. zajął tylną powierzchnię 4 żeber od 3 do 6. W górnym płacie

prawego płuca kilka guzików, w dolnym niedodma — ale *hepatisationis* niema nigdzie. Dolna powierzchnia łuku aorty pokryta zupełnie powiększonymi gruczołami chłonnymi, które na przekroju dają również obraz identyczny z wyżej opisanymi guzami w płucach i na żebrach. Wykonane w tym czasie badanie drobnowidzowe świeżego preparatu pozwoliło z całą stanowczością na wskazanie na tkankę nadnercza jako na punkt wyjścia nowotworu. Górny odcinek dróg oddechowych, cały przewód pokarmowy w stanie normalnym. Stawy ramieniowe wolne. Jama otrzewny bez wysięku. Śledziona powiększona 16—10—5 ctm., twarda. Prawe nadnercze duże, zarówno istota korowa, jak i rdzeniowa, znacznie rozszerzona; leży przy prawej nerce, otoczone luźno tkanką tłuszczową. Prawa nerka równomiernie powiększona $12\frac{1}{2} \times 7\frac{1}{2} \times 4\frac{1}{2}$ ctm. Powierzchnia gładka. Istota korowa i rdzeniowa ciemno-czerwonej barwy. Na powierzchni przekroju znajdują się małe guziki nowotworu.

Lewe nadnercze również normalne, jak i prawe. Lewa nerka posiada ogromnie rozszerzone żyły, wąski moczowód. Nerka sama tworzy guz 19,5 ctm. długi, 10 ctm. szeroki, 9 ctm. gruby, ściśle zrosnięty z torebką włóknistą. Na przekroju stwierdzono, że tylko wąski górny pasek guza 10 ctm. długi stanowi istotną tkankę nerkową — cały dolny płat zajmuje nowotwór, składający się z pojedynczych guzików i tem znamionujący budowę zrazikową.

Od nerki guz właściwy wyraźnie jest odgraniczony otoczką na całej przestrzeni — atoli w okolicy miedniczki pozostałej resztki lewej nerki znajduje się kilka drobnych miękkich guzików nowotworu. Przekrój nowotworu w pobliżu nerki barwy szaro-wiśniowej, utkania miękkiego, bardziej oddalone uczestki mają wejrzenie galaretowate, barwa ich zbliża się do żółtej. Wysoce godne uwagi jest zbadanie miedniczki nerkowej, w którą wrasta nowotwór w postaci stożka, wielkości migdała, pokrytego solami moczowymi, i swobodnie leży w jamie miedniczk

wolnym końcem przylegając do otworu moczowodu. Ściana miedniczki i błona śluzowa poza wyżej wspomnianym stożkiem dobrze zachowana, gładka, nastryknięta. Kielichy nieco rozszerzone. Moczowód bez zmian, jak również i pęcherz. Obecność guzika, wrastającego do światła miedniczki nerkowej, kazała przypuszczać możliwość odrywania się drobnych cząsteczek nowotworu i wydzielania razem z moczem, jak w przypadku, opisanym przez Grawirz'a. Na podstawie w tym względzie pytanie otrzymano odpowiedź przeczącą.

Już makroskopowy wygląd guza nie pozostawiał żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia ze złośliwą postacią *strumae suprarenalis aberratae* lewej nerki. Zrazikowa budowa, żółta barwa, wyraźne odgraniczenie guza od nerki, skłonność do wylewów krwawych, liczne ogniska zwyrodniałe zupełnie odpowiadają tej kategorii nowotworów. Badanie świeżych skrawków wykazało obecność charakterystycznych wielokątnych komórek, zawierających wielkie kulki tłuszczowe, a między nimi dobrze zachowane jądro.

W barwionych skrawkach w jednych ucząstkach nowotworu znajdujemy te same komórki, które normalnie spotykamy w korze nadnercza, lecz ich wzajemne zgrupowanie w wysokim stopniu przypomina budowę raka. Wszędzie sporo tkanki łącznej, komórki napełnione kulkami tłuszczowymi leżą już to w mniejszych, już to w większych ogniskach. Inne miejsca guza natomiast są bardzo bogate w komórki, ułożone w podłużne słupy, przedzielone naczyniami włosowatymi, podobnie jak w korze nadnercza, tylko że naczyn jest wszędzie bardzo dużo, wszystkie są bardzo rozszerzone i nabite ciałkami krwi, jak również wszędzie spotykamy świeże i dawniejsze wylewy krwawe. Jeżeli wylew nastąpił do tkanki łącznej, wtedy ciałka krwi wciskają się pomiędzy pojedyncze włókna łącznotkankowe i odsuwają je od siebie, jeżeli zaś do ogniska ra-

kowego, widzimy wtedy ciałka krwi gęsto rozsiane między komórkami rakowatymi, a w samych komórkach liczne ziarnka barwnika krwi. Niekiedy ciałka krwi przylegają do przegrody ogniska, podczas gdy komórki rakowate oderwane leżą w środku. Badając naczynie w podłużnym przekroju, widzimy dobrze zachowany śródbłonek, który łatwo daje się odróżnić od komórek tkanki łącznej. Gdzie atoli bądź próżne naczynie włosowate, bądź delikatny pęczek włókien tkanki łącznej służy za przegrodę pomiędzy dwoma ogniskami, tam często doznajemy wrażenia, że mamy do czynienia z przestworami, wypełnionymi krwią i komórkami w rozpadzie, które to przestwory są wysłane delikatnym śródbłonkiem żylnym. A kiedy do tych przegród przylepią się w wielu miejscach mniejsze i większe komórki nabłonkowe, to zdawać się może, że właśnie śródbłonek naczyń służy za punkt wyjścia dla tych komórek. Podobnie lądzące obrazy spotykamy w bardzo wielu miejscach preparatu¹⁾.

Oprócz powyższych wylewów kwawych spotykamy daleko posunięte stłuszczenie komórek i zwyrodnienie śluzowe licznych ucząstków podścieliska. W ogniskach przerzutowych opisane obrazy powtarzają się we wszystkich odmianach. Te same komórki, napełnione kulkami tłuszczowymi, spotykamy w płucach, gdzie zaś tłuszcz pod działaniem wysokoku został wypłukany, widzimy delikatną, jakby podziurkowaną protoplazmę. Spotykamy tu również liczne naczynia o cienkich ścianach, ślady wylewów krwawych, na przegrodach rzekomy śródbłonek i rzekome

1) One to właśnie posłużyły prawdopodobnie za podstawę HANSEMANN'owi do utworzenia nowej grupy nowotworów - gruczolaków śródbłonkowych (adenomata endothelialia). Z tegoby wynikało, że śródbłonek naczyń może się przekształcać w typowe komórki nabłonkowe z własnościami komórek nadnercza, czyli że typowy gruczolak może się wytworzyć ze śródbłonka naczyń, nawet w takich narządach, które normalnie zupełnie nie posiadają komórek nabłonkowych.

przejścia jego do kubicznego i wreszcie walcowatego nabłonka nowotworu. Przerzuty w żebrach oprócz tkanki chrząstkowej i kostnej posiadają bardzo liczne naczynia. Niektóre uczestki mają wygląd *angioma cavernosum*. Między rozszerzonymi naczyniami i licznymi wylewami krwawymi z trudnością odnaleźć można właściwe komórki nowotworowe.

Podeczas gdy w guzie pierwotnym i w przerzutach w płucach *struma maligna* lub, że się tak wyrażę, rak z komórkami nadnercza zasługuje na miano *carcinoma telangiectodes et haemorrhagicum*, Blutschwamm - VIRCHOW), natomiast w przerzutach w żebrach na pierwszy plan występuje nowotworzenie naczyń, wobec którego właściwe komórki rakowe odgrywają rolę drugorzędną.

Godny uwagi jest fakt, że i w danym przypadku ujawniła się złośliwość nadnerczaka w skłonności do tworzenia przerzutów w szpiku kostnym.

GRAWITZ unika nazwy *hypernephroma*, bowiem w nadnerczu, jak wiadomo, spotykamy najmniej 3 zupełnie odmienne rodzaje komórek w istocie korowej, rdzeniowej i barwnikowej warstwie pośredniej. Natomiast nowotwór nigdy nie odtwarza wszystkich 3 postaci czyli całego nadnercza. Nazwa *struma suprarenalis aberrata renis* jest zdaniem G. prosta i wskazuje na identyczne nowotwory, spotykane w samym nadnerczu.

Przypadek II. Nerka, przysłana do zbadania, usunięta *per nephrectomiam* u 56-letniego mężczyzny.

Nerka tworzy łącznie z nowotworem owalne ciało o gładkiej powierzchni z nielicznymi półkulistymi wypukłościami. Rozmiary $17,5 \times 11 \times 7$ cm. Jedna część danego tworu już zzewnątrz daje się rozpoznać wskutek bogatego u naczynienia, jako tkanka nerkowa. Na przekroju widzimy, że nowotwór utworzył się pod torebką włóknistą, wskutek czego ta ostatnia jest bardzo silnie rozciągnięta. Ucisk ze strony rozcią-

gniętej torebki spowodował zanik znacznej części nerki. Do tego dołączył się szybki wzrost nowotworu. Oba te czynniki, działając pospół, zniszczyły dwie trzecie całego narządu. Zarówno jak zzewnątrz — guz również i ze strony pozostałej części nerki posiada wyraźną otoczkę włóknistą. Jeżeli będziemy śledzili otoczkę tę aż do miejsca, gdzie wyraźnie występuje miąższ nerkowy, to zauważymy, że w tem miejscu ona się dzieli na dwa ramiona, z których jebno obejmuje resztę tkanki nerkowej, drugie zaś, odchodząc od pierwszego pod ostrym kątem, tworzy granicę między nowotworem i nerką. Barwa nowotworu szaro-czerwona, budowa zrazikowa. Między pojedynczymi zrazikami uwydatniają się wyraźnie mniejsze, bądź większe naczynia. Na granicy między nerką i nowotworem występuje szereg drobnych guzików, wypuklających się z pod torebki włóknistej. Miąższ nerkowy ma wejście normalne.

Badanie świeżych skrawków wykazuje obecność niezwykle dużych komórek, rozmiarami trzykrotnie przewyższających komórki wątroby, o wydatnie ziarnistej protoplazmie. Komórki powyższe posiadają albo jedno wyraźne jądro, albo dwa, już to przy sobie leżące, już to w znacznem oddaleniu jedno od drugiego. Nierzadko spotykają się komórki z czterema i więcej jądrami. Poza wyżej wspomnianymi wielkimi komórkami większość stanowią komórki, rozmiarami odpowiadające mniej więcej komórkom nadnercza, o kształcie wielokątnym lub okrągłym. Również i jądro bywa różnej wielkości.

Badanie drobnowidzowe skrawków barwionych ujawnia budowę zgoła odmienną od budowy raka. Komórki nowotworu, przylegające do siebie, są więcej przyplaszczzone, niż w skrawkach świeżych. Grupują się wyraźnie w długie słupy, składające się najeczęściej z dwóch komórek na szerokość i oddzielone wzajem delikatnym pasemkiem tkanki łącznej, zawierającym drobne naczynko. Tylko co opisane uczestki nowotworu budową swą żywo przypominają warstwę ko-

rową nadnercza — tylko że komórki nie zawierają tłuszczu bądź zupełnie, bądź zawierają go w nader małej ilości. Natomiast w innych miejscach słupy komórkowe są trzy i cztery razy szersze lub też zamieniają się na wielkie ogniska nabłonkowe, w których pojedyncze komórki, jak w raku z wielkim płaskim nabłonkiem, przylegają do siebie w najróżnorodniejszy sposób, wiskają się jedne w drugie w ten sposób, że zagłębienia jednych komórek są wypełnione wypustkami sąsiednich. Również i te większe skupienia komórek posiadają stałe przegrody łącznotkankowe z niezmiernie delikatnymi naczynekami. Niekiedy tkanki łącznej jest tak ubogo, że widzimy między rzędami komórek zaledwie naczynia włosowate z ich jądrami.

Co się tyczy komórek samych w tych odciinkach, to odpowiadają zupełnie typowi komórek nadnercza. Pojedyncze komórki są tem większe, im większe są ogniska nabłonkowe. W protoplazmie około jądra spostrzegamy mniejsze lub większe wakuole, cała protoplazma wygląda jakby podziurkowana. Tu i owdzie widzimy, że komórki są odepchnięte od siebie jednolitą niebarwiącą się masą, która ma wygląd limfy, ściętej po stwardnieniu skrawka, a której środkiem przerywa się małe naczynie włosowate. Oczywiście drobne komórki, ściśle przylegające do siebie, o zarodki silnie ziarnistej i barwie ciemniejszej, uosabiają młodsze — zaś posiadające wakuole — starsze komórki nowotworu. Skrawki, przygotowane z pięciu różnych miejsc nowotworu, dają obrazy niemal też same, jeno na pograniczu nowotworu napotykamy wyżej wspomnianą osłonkę włóknistą, a w niej resztki kanalików moczowych i obszerne ogniska szklisto zwyrodniałe.

Nowotwór, w mowie będący, rozważany z punktu widzenia swego umiejscowienia, może również dobrze pochodzić z tkanki nerkowej, jakoteż z zablakanych zawiązków nadnercza. Atoli wyraźnie występujące odgraniczenie od tkanki nerkowej odpowiada obrazowi, spotykanemu w

struma supr. ab. Również guziki, wyrastające ze wnętrza otoczki, nie należą do rzadkości w nadnerczaku. Zrazikowa budowa makroskopowa i grupowanie się w rzędy, przedzielone cienką przegrodą, widziane przy badaniu drobnowidzowym, pozwala z wielkim prawdopodobieństwem na zrobienie rozpoznania *hypernephromatis*. Dany nowotwór odróżnia się od większości tego rodzaju guzów nieznacznym stopniem spraw zwyrodnienia, małym nacieczeniem tłuszczowym komórek i niepomiernie szybkim bujaniem we wszystkich uczestkach.

Jasnym jest, że nie można podać żadnego stanowczo przekonywającego dowodu na uzasadnienie twierdzenia, że tkanką macierzystą dla omawianego nowotworu były komórki nadnercza, a nie nabłonek kanalików moczowych, zwłaszcza, gdy wielka różnorodność w kształcie i rozmiarach komórek nowotworu ułatwia znakomicie doszukiwanie się w nich podobieństwa z nabłonkiem kanalików krętych, bądź prostych. W danym przypadku wszelako nie idzie o rozwiązanie pytania, czy jest możliwym, aby komórki opisywanego nowotworu pochodziły z odwołanych w okresie rozwoju płodowego zawiązków nadnercza, ale o stwierdzenie faktu, czy nowotwór należy do grupy nadnerczaków, przez inne przypadki dokładnie ustanowionej.

W naszym przypadku, poza wyżej wspomnianem uchyleniem się od ogólnego prawa, mianowicie są liczne typowe obrazy, najzupełniej zgodne ze spotykanymi w *hypernephromata*, i dla tego musimy go zaliczyć do tej właśnie grupy nowotworów.

Kończąc opis przypadków, uważam za miły swój obowiązek złożenie na tem miejscu wyrazów najgłębszej wdzięczności Sz. profesorowi GRAWITZ'owi, pod którego kierunkiem tę pracę wykonałem, za nieszczerdzenie mi licznych a cennych wskazówek w tej i innych pracach, jak również prof. O. BUSSE'mu, za uczucie wysokiej życzliwości, jakiem nacechowane było postępowanie obydwóch moich szefów od pierwszego

dnia wstąpienia aż do końca pobytu mego w instytucie.

LITERATURA.

D'AJUTOLO. Su di una struma soprenale accessoria in un rene. Bologna. 1886.

AMBROSIUS. Beiträge zur Lehre von den Nierengeschwülsten. Dysertacya. Marburg. 1891.

BENEKE. Zur Lehre von der Versprengung von Nebennierenkeimen in die Niere nebst Bemerkungen zur allgemeinen Onkologie. Ziegler's Beiträge. T. 9.

BUSSE O. Ueber Bau, Entwicklung und Eintheilung der Nierengeschwülste. Virchow's Archiv. T. 157.

FUECHLE B. Ueber eine ungewöhnliche Struma suprarenalis aberrata der linken Niere. Gryfia 1900.

GRAWITZ Paweł. Die sogenannten Lipome der Niere. Virchow's Archiv. T. 93.

GRAWITZ P. Idem. Langenbeck's Archiv. 1883.

HANSEMANN D. Ueber Nierengeschwülste. Zetschrift für klin. Medicin. T. 44.

HORN G. Beitrag zur Histogenese der aus aberrirten Nebennierenkeimen entstandenen Nierengeschwülste. Virchow's Archiv. T. 126.

IMBERT Leon. Les nouvelles idées sur la pathogénie des tumeurs malignes du rein. Montpellier med. 1900, str. 462.

IMBERT L. Idem. Recherches expérimentales. Nouv. Montpellier méd. Nr. 14.

KUCERA P. Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych typu nadnercza. Przegląd Lek. 98. Nr. 22, 23.

LUBARSCHE O. Beiträge zur Histologie der von Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwülste. Virchow's Archiv. T. 135.

MANASSE P. Ueber die hyperplastischen Tumoren der Nebennieren. Virchow's Archiv. T. 133.

MARCHAND. Ueber accessorische Nebennieren im Ligamentum latum. Virchow's Archiv. T. 92.

DE PAOLI. Beiträge zur Kenntniss der primären Angiosarcome der Niere. Ziegler's Beiträge. T. 8.

SABOURIN. Contribution à l'étude de la cirrhose rénale. Arch. de physiologie. Paryż. 1882.

SCHMORL. Zur Kenntniss der accessorischen Nebennieren. Ziegler's Beiträge. T. 9.

STRUEBING P. Die Neubildung der Niere. Klinisches Handbuch der Harn- und Sexualorgane.

STRUEBING. Idem. Deutsches Archiv für klin. Medicin. 1888. T. 43.

SUDECK P. Ueber die Structur der Nierenadenome. Ihre Stellung zu den Strumae suprarenales aberratae. Virchow's Archiv. T. 133.

SYKOW W. Ueber einen Fall von Struma suprarenalis aberrata renis. Archiv für klin. Chirurgie. T. 58.

ULRICH A. Anatomische Untersuchungen über ganz und partiell verlagerte und accessorische Nebennieren, über die sogen. echten Lipome der Nieren und über die Frage der von der Nebenniere abgeleiteten Nierengeschwülste. Jena. 1895.

VILLARET A. Beitrag zur Casuistik der Nierenstrumen. Dysertacya. Gryfia. 1891.

WEICHELBAUM i GREENISCH. Das Adenom der Niere. Wiener med. Jahrbücher. Wiedeń. 1883.

WILMS. Die Mischgeschwülste der Niere. Lipsk. 1899.

ZIEGLER V. Ueber Nebennierentumorem. Dysertacya. Freiburg. 1895.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dn. 3 lutego r. b.

TRESĆ: 1) A. CIĄGLIŃSKI — przedstawienie chorego, dotkniętego zanikiem nerwu wzrokowego w następstwie urazu. 2) Z. DOBROWOLSKI — przedstawienie chłopca z nacieczeniem w gardzieli w następstwie dziedzicznego przymiotu. 3) J. STEINHAUS — „Nabłoniaki powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzn” (z demonstracją preparatów mikroskopowych). 4) St. KOPCZYŃSKI — „W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy płasawicy (chorea minor), z demonstracją preparatów mikroskopowych.

1) Kol. A. CIĄGLIŃSKI przedstawił chorego mężczyznę, lat około 40, który w kilka tygodni po urazie (został uderzony w głowę kilkunastofuntowym ciężarem) począł doznawać osłabienia wzroku po stronie urazu. Badanie oftalmoskopem wykazało zanik tarczy nerwu wzrokowego. C. podnosi wpływ urazu na zmiany materialne w układzie nerwowym.

2) Kol. Zd. DOBROWOLSKI przedstawił 10-letniego chłopca z nacieczeniem w gardzieli wskutek dziedzicznego przymiotu.

Chory uskarżał się na przeszkody przy połykaniu i wymioty. Przedmiotowo stwierdzono: języczek 10 razy grubszy i 2 razy dłuższy, na środku języczka żółtawy nalot; na przednim łuku podniebiennym, migdale i tylnym łuku widać nalot żółtawy, który przykrywa owrzodzenie z dnem i brzegami gładkimi; oprócz tego chory ma objawy gruźlicy w płucach. Chory nie gorączkuje. D. rozpoznaje jednak owrzodzenie pochodzenia przymiotowego ze względu na wyraźne obarczenie tem cierpieniem, na zmiany u dziecka w rógówce i na wyraźną poprawę pod wpływem leczenia przeciwprzymiotowego. D. wyłączył na mocy szczegółowego różniczkowania błonicy i gruźlicę gardzieli.

3) Kol. J. STEINHAUS wypowiedział rzecz p. t. „Nabłoniaki, powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzn”. (Rzecz ta drukowana była w „Medycynie”).

4) Kol. St. KOPCZYŃSKI wypowiedział rzecz p. t. „W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy płasawicy (*chorea minor*)” i demonstrował preparaty mikroskopowe z mózgu i z rdzenia.

Mówca opisał spostrzegany w oddziale d-ra PAWIŃSKIEGO przypadek płasawicy, dotyczący 18-letniej dziewczyny, która nie cierpiała poprzednio weale na reumatyzm i która przy ciągłym wzmaganiu się ruchów płasawicznych zmarła w 5 tygodniu choroby. Badanie mikroskopowe różnych okolic kory mózgowej, pnia mózgowego i rdzenia, z wyjątkiem nieznacznej chromatolizy niektórych komórek w korze mózgowej, nie nienormalnego nie wykryło. Mówca rozpatrzył najpierw wyniki badań anatomicznych, uwzględnionych w monografii WOLLENBERG'a, a następnie przytacza z literatury ostatnich lat wszystkie opisy badań mikroskopowych, wykazując ich niezgodność i różnorodność (SILVESTRINI i DADDI, MURRI, THOMSON, REINHARDT, PREOBRAZENSKIJ i inni). Dalej mówca rozpatruje związek płasawicy z cierpieniami reumatycznymi i przychodzi do wniosku, że wobec ujemnych wyników wielu szczegółowych badań mikroskopowych i wobec różnych zestawień nawet z olbrzymich statystyk, kwestya, dotycząca anatomii patologicznej i patogenezy płasawicy, jest jeszcze otwarta.

W dyskusyi kol. BREGMAN wątpi, czy za pomocą znanych obecnie metod badania anatomia patologiczna płasawicy wykryta być może. Dalej zwraca uwagę na czynnik psychiczny, który zdaniem jego często wywołuje płasawicę (przestrach, zmartwienie silne i t. p.). B. zaznacza, że przebieg cierpienia wykazuje, iż w tych razach bynajmniej nie chodzi o t. zw. płasawicę histeryczną. B. nie jest za wyłącznym zakaźnem pochodzeniem płasawicy.

W odpowiedzi mówca zaznacza, że weale nie był przygotowany na bezwzględnie ujemny wynik swych badań mikroskopowych, i że sam stwierdzał uraz psychiczny jako jedyną przyczynę w etiologii nawrotu płasawicy u jednej chorej.

St. Kopczyński.

O D C I N E K.

SPRAWA SANATORYÓW.

(Dokończenie — Patrz Nr. 10).

Czyż tedy nawet klimat wysokogórski lub klimat ciepły niema żadnego znaczenia w leczeniu gruźlicy płucnej? Bynajmniej — wszak na początku twierdziliśmy, iż ma niewątpliwie, iż może dopomóc do istotnego wyleczenia, trwałej poprawy. Ale nie mają żadnego znaczenia te różne „procenty“ wyleczeń i popraw, jakimi nas częstują sanatoria renomowane, a za ich przykładem i sanatoria ludowe: nie odwzorowują one stosunków rzeczywistych. Są to prawdziwe „kunstprodukty“, nad którymi lekarz doświadczony zawsze pokiwa głową. Który bowiem z praktyków, którzy w swem życiu dużo wysyłali chorych do zakładów tego rodzaju, uwierzy i potwierdzi, iż z pośród jego pacyentów wyleczyło się aż 40—50%?

Ale z drugiej strony i te 56% śmiertelności oraz niedoleżstwa, jakie stwierdzają dla sanatoryów ludowych, także jeszcze nie decydują bezwzględnie. „Procent“ jest istotnie nieprzyjemny — ale jeszcze bynajmniej naprzód nie przesądza, iż leczenie klimatem swojskim niema żadnego znaczenia dla przebiegu gruźlicy płucnej.

Ile zaś znaczy wogóle terapia klimatyczna, i czy terapia samem powietrzem czystem ma znaczenie — tego właściwie dotychczas nie wiemy. Dowiedzieć się zaś jedynie możemy — jak chyba nie potrzeba podpowiadać czytelnikowi — nie za pomocą mniej lub bardziej dowcipnej „statystyki“, ale za pomocą podstawowej metody wszelkiego poznawania — porównania. Należy porównać, jaki jest przebieg gruźlicy płucnej przy leczeniu jej klimatem ciepłym, morskim, czy górskim oraz swojskim, a jaki bez wszelkiego leczenia czy jakimkolwiek innym leczeniu wśród zwykłych warunków domowych. Należy, jednym słowem, postępować tak, jak się postępuje wogóle przy poznawaniu znaczenia róż-

nych czynników terapeutycznych dla różnych kategorii chorobowych.

Tej elementarnej prawdy, jak zobaczymy poniżej, zaczynają się domyślać różni „statystycy“ gruźlicy właściwie dopiero w ostatnich czasach. Usprawiedliwić ich może okoliczność, iż potrzeba „porównania“, jako decydującej metody terapeutyczno-poznawczej, bynajmniej nie jest jeszcze powszechnie uświadomiona; po drugie, iż porównywanie terapeutyczne przy gruźlicy, pomijając trudności charakteru zewnętrznego, jest bardziej złożone, bardziej zawikłane, niż przy wielu innych kategoriach chorobowych, także zachodzi potrzeba wypracowania swego rodzaju specjalnego regulaminu w tym kierunku.

Przedewszystkiem jednak pamiętać należy, co już raz podkreślałem, iż porównania terapeutyczno-różpoznawcze przy gruźlicy muszą odbywać się na materiale jednorodnym, przynajmniej w przybliżeniu (ściśłość bezwzględna jest tutaj niemożliwa) i, po za badanym warunkiem — *ceteris paribus*, przynajmniej w punktach zasadniczych. A więc nie możemy np. porównywać szeregu suchotników „początkujących“ leczonych z suchotnikami „kończącymi“ (szpitalnymi) nieleczonymi; również nie mogą być na jednej stronie tylko przypadki gruźlicy u ludzi młodych, np. w wieku lat 20—30, a z drugiej u ludzi starszych np. w wieku lat 35—50, tak jak, poszukując działania leczniczego w pewnym czynniku przy zapaleniu płuc, nie możemy porównywać starych pneumoników leczonych z młodymi nieleczonymi. To są rzeczy niby także oczywiste, a ciągle niewuwzględniane; właśnie, co jak co, ale wiek suchotnika przy porównaniach terapeutycznych przedewszystkiem uwzględnienia wymaga.

Po za tem, w jaki sposób i co do czego będziemy przeprowadzali porównania poznawczo-terapeutyczne przy gruźlicy, wskażą nam najogólniejsze zasady w tym kierunku. A więc wobec pojęcia, iż podstawowem zadaniem terapii jest

przedłużenie życia⁴⁾, nb. życia normalnego, co osiąga się z jednej strony przez odwrócenie grożącej śmierci (tam gdzie śmierć grozi), z drugiej przez skrócenie i zmniejszenie zaburzenia funkcyj, przy badaniu znaczenia terapeutycznego danego czynnika poszukujemy⁵⁾: 1) czy czynnik ten zmniejsza śmiertelność w tych kategoriach chorobowych, w których śmierć grozi, t.j. czy jest w stanie sprowadzić hiperbolę chorobową ku linii zdrowia; 2) czy dany czynnik osłabia oraz skraca zaburzenie funkcyj w tych stanach chorobowych, w których niema lub zachodzi tylko małe niebezpieczeństwo zejścia śmiertelnego. Ostatniego będziemy szukali i w pierwszej kategorii przypadków: naturalnie, o ile dany czynnik zdolen jest odwracać szansę śmierci, t.j. zdolen jest sprowadzać linię hiperboliczną ku linii zdrowia, o tyle będzie też mógł osłabiać i skracać zaburzenie funkcyj, t.j. sprowadzać linię półeliptyczną ku linii zdrowia.

Wedle tej formuły należałoby poszukiwać: 1) czy przy leczeniu gruźlicy płucnej w sanatoriach liczba śmiertelnych przypadków (względnie liczba wyzdrowień) jest mniejsza, niż bez wszelkiego leczenia, ściślej mówiąc, przy leczeniu wśród zwykłych warunków domowych; 2) czy przy leczeniu sanatoryjnym objawy zaburzenia funkcyj, jak kaszel, gorączka, spadanie na wadze, zmniejszenie sił i t. p. stają się słabsze i szybciej lagodnieją, niż bez takiego leczenia.

Otóż zachodzi pytanie, czy takie sformułowanie zadań może być uważane za wystarczające dla gruźlicy i nie potrzebuje omówień oraz uzupełnień? Wystarcza ono — istotnie — dla szeregu cierpień ostrych, krótko trwających, kiedy cały okres chorobowy, całe zaburzenie funkcyj kończy się wyzdrowieniem albo śmiercią w naszych oczach (np. tyfus, zapalenie płuc i t. d.), i kiedy właśnie porównania poznawczo-terapeutyczne obejmują sobą cały okres zaburzenia funkcyj.

A tymczasem czy mogą wystarczać przy gruźlicy porównania, czynione tylko za czas pobytu chorego w sanatorium lub w szpitalu? O to zapytać należy koniecznie już dla tego, iż dane

co do wyzdrowień, popraw i t. d., dostarczane przez współczesne sanatoria, do ostatnich czasów dotyczą niemal tylko okresu pobytu chorych w zakładzie leczniczym.

Owszem i takie porównania mogą doprowadzać do pewnych wyników, ale tylko względem pytania drugiego, to jest, czy leczenie sanatoryjne jest w stanie zmniejszać oraz skracać zaburzenie funkcyj. Porównywając np. szereg suchotników z pewnego okresu choroby (początkujących czy kończących), leczących się w sanatorium i leczących się w domu, będziemy mogli wogóle twierdzić, iż leczenie sanatoryjne jest skuteczne, jeśli w pierwszym wypadku np. przeciętna wysokość i trwanie gorączki, przeciętny spadek (wzgl. podniesienie) wagi i t. d. będą mniejsze, niż w drugim⁶⁾. Ale to jest już wszystko. Przecież, ograniczając się badaniami porównawczymi np. u początkujących suchotników tylko za okres 2—3 miesięczny, możnaby dojść do przekonania, iż gruźlica jest chorobą o małej śmiertelności!

Mniejsza o te paradoksy. Porównania za okresy krótkotrwałe nie mogą wystarczać ze względów zasadniczych. Gruźlica płuc, będąc chorobą przewlekłą z samoistnymi falami popraw i pogorszeń, należy poniekąd do grupy takich stanów chorobowych, jak kamica nerkowa i żółciowa, podagra, padaczka, w których nie tyle chodzi o wyleczenie z danego okresowego zaburzenia funkcyj, ile o to, by to zaburzenie nie ponawiało się. I tak samo w gruźlicy płuc właściwie sprawą jest mniejszej wagi, czy chory przedstawi nam pod wpływem jakiegokolwiek leczenia osłabienie, skrócenie istniejących objawów chorobowych, lokalnych i ogólnych, ale o to, czy zdobyta poprawa będzie trwała, czy objawy chorobowe nie ponowią się w stopniu jeszcze wyższym i prędzej lub później nie doprowadzą do smutnego końca. Chodzi, innymi słowy, poniekąd — podobnie jak w kamicy czy padaczce — o cele zapobiegawczo-terapeutyczne (względem tego samego chorego).

⁴⁾ Por. CHALUBINSKI i obecne zadania lekarskie, 1900. str. 221—222.

⁵⁾ Por. Zasady poznania lekarskiego. 1902. str. 276.

⁶⁾ W tym razie nawet bez porównywania stwierdzenie częstego występowania poprawy w określonym czasie po zastosowaniu leczenia będzie świadczyło za „skutecznością“ zabiegu terapeutycznego. Por. Zasady poznania. str. 285.

Otóż w tego rodzaju przypadkach ¹⁾ obserwacya porównawcza nigdy nie może ograniczać się tylko do okresu zaburzenia funkcyi (napady kamicy), względnie do pewnych krótkotrwałych okresów choroby, ale musi obejmować sobą i okresy spokoju, poprawy, *resp.* cały ten przeciąg czasu, kiedy możebny jest postępujący rozwój choroby — cierpienia gruźliczego.

Takie sformułowanie zadania na pierwszy rzut oka może mieć znaczenie tylko teoretyczne, a praktycznie jest pozornie niewykonalne. Istotnie, w jaki sposób przepowiedzieć dla poszczególnego zewnątrznie „wyleczonego“ przypadku gruźlicy, kiedy w nim już nie ponowi się rozwój cierpienia, jaki okres czasu należy w tym względzie uważać za prekluzyjny? Ostatecznie znowu nie można inaczej sobie poradzić, tylko należy czynić porównania za pewne okresy czasu. Różnica polega na tem, iż bierzemy okresy dłuższe (kiedy przeciętnie najwcześniej możnaby oczekiwać zejścia śmiertelnego) — np. roczne, i porównania nasze w dalszym ciągu (np. co rok) powtarzamy. Takie dopiero porównania mogą nam odpowiedzieć na pierwsze pytanie terapeutyczno - poznawcze, czy dana metoda leczenia zmniejsza szansę śmiertelności, t. j. czy przedłuża życie.

Rzecz do podkreślenia, iż do uwidocznienia tego faktu badania porównawcze przy gruźlicy mogą posługiwać się właściwie tylko jednym rodzajem odsetek — mianowicie, tylko cyframi śmiertelności, w przeciwstawieniu do wielu ostrych chorób zakaźnych (tyfusy, zapalenie płuc), kiedy cyfry i odsetki śmiertelności i wyzdrowień dopełniają się wzajemnie (np. 15% śmiertelności przy tyfusie jednocześnie oznacza 85% wyzdrowień). Istotnie, jeżeli ktoś po pobycie w sanatorium po pierwszym roku pozostaje „wyleczony“, to, jak doświadczenie dowodzi, bynajmniej nie oznacza to naprzód, iż będzie on zdrow w roku drugim i trzecim: przy porównywaniu przeto seryi suchotników sanatoryjnych i niesanatoryjnych po roku, bynajmniej nie zamieścimy takich pacjentów w seryi „wyleczeń“; nawet wogóle takiej rubryki nie będzie nam wolno robić. Natomiast, jeśli stale i zawsze już przy pierwszym

porównaniu (po roku) odsetka śmiertelności wśród pacjentów sanatoryjnych będzie mniejsza, niż wśród suchotników niesanatoryjnych tej samej kategorii, to fakt ten niewątpliwie dowiedzie, iż metoda sanatoryjna przedłuża życie. Do kategorii „wyleczonych“ zaliczymy zaś naszego pacjenta, wolnego od zaburzenia funkcyi, tem śmieiej, im później będziemy czynili porównania, np. po 5 - 10 latach bez porównania śmieiej, niż po 2 czy 3. Stosownie do tego — tem śmieiej będziemy dowodzili ewentualnej wartości leczenia sanatoryjnego porównawczemi cyframi wyzdrowień (nie tylko śmiertelności), im później porównanie takie będzie przeprowadzone. Bądź co bądź, już nie mówią o cyfrach wyzdrowień, ale sam stosunek cyfr śmiertelności w grupie leczonej i nieleczonej, stosunek, który może nam wyrażać stopień ewentualnej wartości badanej metody, będzie bardzo różny przy każdym z takich okresowych porównań (co rok). Cyfrę stałą i określona, ile w stanie jest przedłużyć życie metoda badana, otrzymać możemy dopiero wtedy, jeśli śledzić będziemy naszych pacjentów aż do śmierci (z gruźlicy czy innej choroby) — a więc nieraz przez długi szereg lat — dłuższy od naszego własnego życia, i porównamy, jak długo przeciętnie żyją suchotnicy, leczeni w sanatoryjach, a jak długo nieleczeni sanatoryjnie. Zadanie ostatniego rodzaju wkracza właściwie już w granice utopii i może mieć przeważnie tylko teoretyczne znaczenie.

Wskazówkę, *resp.* dowód, czy leczenie sanatoryjne „przedłuża życie“ można uzyskać jeszcze na jednej, bardziej prostej drodze: mianowicie u zmarłych z gruźlicy suchotników obliczając, jak długo trwała choroba u leczonych sanatoryjnie i leczonych w domu. Stosunek obu cyfr ujawniać jednak właściwie będzie nie tyle „przedłużenie życia“ (normalnego), ile „przedłużenie choroby“, to jest ledwie to *minimum*, jakiego lekarz od swego zabiegu leczniczego wymagać może.

V.

Uwagi powyższe jeszcze nie wyczerpują całej kwestyi; przy dokonywaniu porównań powstawać mogą jeszcze różne poszczególne trudności, które należy szczegółowiej omówić.

A więc choćby w ostatnim wypadku — przy oznaczaniu trwania choroby u suchotników „sa-

¹⁾ Por. Zasady poznania lekarskiego. Str. 282—284.

natoryjnych“ i „domowych“, przedewszystkiem rodzi się pytanie, co należy uważać za „początek“ gruźlicy płucnej, od jakiego punktu należy datować obecność choroby? Pytanie to zada sobie każdy, kto zna stosunek, zachodzący pomiędzy „zakażeniem gruźliczem“ a zależnym od niego zaburzeniem funkcyi. Za fakt, mianowicie, uznać musimy, iż zakażenie gruźlicze istnieje daleko częściej, niż istnieje gruźlica „kliniczna“, t. j. objawy chorobowe. Według NAEGELI'ego po 18 roku życia niemal wszyscy ludzie (98%) posiadają w wierzchołkach płucnych czy w gruczołach oskrzelowych laseczniki gruźlicze, *resp.* gruzelki anatomiczne. Niechaj nawet ta cyfra będzie przesadzona, to obecnie chyba wszyscy zgodzimy się na to, iż tak jest przynajmniej u połowy ludzi. W dyskusyi nad odczytem KATZ'a A. FRAENKEL zauważył, iż z pośród pacjentów jego oddziału, pacjentów z chorobami niegruźliczemi, jak *ischias*, reumatyzm stawowy i t. p., 40%—50% daje odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny — która właśnie niewątpliwie bardzo często ujawnia zakażenie gruźlicze.

Czy więc wszystkich zakażonych gruźlicą, wszystkich np., u których tuberkulina sprowadza odczyn, należy kierować do sanatoryjów? Niektórzy kierownicy sanatoryjni bardzoby tego chcieli. Zadośćuczynienie ich życzeniom niewątpliwie byłoby bardzo pożyteczne dla „statystyki“: procent „wyleczonych“ wzrastałby w tym razie olbrzymio, bo i bez sanatoryjów ogromna część zakażonych gruźlicą pozostaje zdrową, t. j. nie choruje na gruźlicę przez całe życie. Niechby zresztą lekarze nawet chcieli uważać wszystkich tego rodzaju osobników za suchotników, to bardzo wątpliwe, czy za takich zechcą się uważać oni sami i czy tak łatwo dadzą się kierować do sanatoryjów. Człowiek przecież dopiero wtedy uważa się za chorego, dopiero wtedy zwraca się o pomoc lekarską i ją akceptuje, kiedy zaczyna „cierpieć“, t. j. kiedy występują objawy chorobowe. Ostatecznie i my lekarze, w myśl całego naszego współczesnego pojęcia o chorobie, nie możemy stać na innym punkcie widzenia i „początek“ gruźlicy płucnej datować będziemy od chwili wystąpienia objawów zaburzenia funkcyi, jak kaszel, gorączka, wyniszczenie, krwioplucie, objawy miejscowe i t. d.

Zgodzenie się na taki punkt widzenia znówu jednak nie rozwiązuje wszystkich trudności.

Pomijam już okoliczność, iż niema granicy bezwzględnej między tem, co nazwiemy „funkcją normalną“ a „funkcją zaburzoną“, czyli stanem zdrowia i stanem choroby: okoliczność ta wspólna jest wielu kategoriom patologicznym i czyni wogóle niemożliwym zupełnie ścisłe oznaczenie początku choroby. Chodzi, co ważniejsza, o to, iż objawy chorobowe gruźlicy początkującej w pewnym szeregu przypadków nie posiadają żadnych cech specyficznych, względnie, że w pewnym szeregu przypadków nie sposób jest ustalić klinicznie tę specyficzność. Wiemy przecież dobrze, że i przy niewątpliwiej gruźlicy, jak dowiedzie cały późniejszy przebieg, z przyczyn natury czysto zewnętrznej, formalnej (brak rozpadu w płucach, brak plwociny), można dość długo nie znajdować laseczników gruźliczych. Z drugiej strony wolno przypuścić, że niekiedy gruźlica utajona, t. j. zakażenie gruźlicze, może dawać znać o sobie przejściowem zaburzeniem funkcyi, np. przejściowym kaszlem z gorączką — raz czy kilka razy w życiu, przyczem sprawa dalej nie postępuje. Ale takie same przejściowe zaburzenia mogą zająć nie tylko u zakażonych gruźlicą, ale i zupełnie wolnych od niej, a także nie jest przecież wyłączone, by u zakażonych gruźlicą pewne przejściowe objawy płucne nie mogły istnieć z innego rodzaju przyczyn (np. influenzy).

Taki stan rzeczy wikła niewątpliwie całą kwestyę tembardziej, iż nie mamy możności wyodrębniania klinicznego tego rodzaju krótkotrwałych, chwilowych zaburzeń funkcyi z tej i innej przyczyny. Najważniejsze, iż przy usilnem poszukiwaniu gruźlicy „początkującej“ do leczenia sanatoryjnego kwalifikować można jako takie różne przypadki „podejrzane“, które gruźlicą kliniczną wcale nie są, a które właśnie będą później służyły za dowody „skuteczności“ metody sanatoryjnej. I że tak się dzieje, o tem przekonanych jest wielu lekarzy: choćby A. FRAENKEL w dyskusyi nad odczytem KATZ'a wyraził zdanie, iż „do sanatoryjów trafia niemała liczba niegruźliczych“. Sam osobiście doświadczyłem parę razy w życiu, iż wielką „reklamę“ czyniły Davosowi i Görbersdorfowi przypadki, wedle całego przebiegu, nie wspólnego z gruźlicą nie mające.

Trudności omawianej można zaradzić do pewnego stopnia w ten sposób, iż ze statystyk porównawczych wyłącza się te przypadki „podejrzane“, dla których, jako gruźliczych, dalsza

obserwacya nie dostarczyła żadnych punktów oparcia. Tak już też robią niektórzy autorzy (np. REICHE), ale takie postępowanie odrazu ogromnie zmniejsza cyfrę „wyleczeń“! Z drugiej strony pozwolę sobie wypowiedzieć osobiste przekonanie, na które, być może, podpiszą się niektórzy lekarze: ogromna liczba suchotników „początkujących“, wzgl. suchotników, zjawiających się po raz pierwszy do lekarza, o ile to są prawdziwi suchotnicy, już wykazuje zmiany fizyczne w wierzchołkach (stłumienie, skureczenie, trzeszczenia) przy badaniu starannem, choć nieuprzedzonym. Innemi słowy, osobiście nadaję badaniu fizycznemu przy gruźlicy początkującej większe znaczenie, niż je na ogół posiada współczesna epoka lasecznikowa. Konsekwentnie mniemam, iż staranne badanie osobników, kwalifikowanych do sanatoryjów, może przyczynić się do zmniejszenia liczby przypadków wątpliwych, choć dla „statystyki“ bardzo przyjemnych...

Tyle co do oznaczania „początku“ gruźlicy. Co się tyczy oznaczania „końca“, ale końca pomyslnego, to, choć obecność objawów zaburzenia funkeji uważamy za nieodzowną dla uznania „choroby“, ustąpienia tych objawów, nietylko ogólnych ale i lokalnych — że jeszcze raz podniosę — nie możemy uważać bezwzględnie za dowód ustąpienia choroby. W tym kierunku przy gruźlicy stać musimy na podobnym punkcie widzenia, jak przy wadach serca, kiedy ustąpienie objawów dyskompensacyi nie dowodzi, iż człowiek jest już zupełnie zdrow. Względem gruźlicy uczy nas tego codziennie doświadczenie. REICHE na 1571 chorych tylko u 118 stwierdził po odbyciu kuracyi sanatoryjnej, dłuższej niż 4 tygodnie, zniknięcie wszystkich objawów lokalnych: mimo to u 60% tych chorych objawy lokalne ponowiły się w przeciągu lat następnych!

Przy tem wszystkim tam, gdzie poszukiwać będziemy osłabienia, skrócenia zaburzenia funkeji pod wpływem leczenia sanatoryjnego, pamiętać powinniśmy, że o tem decydować może tylko zmniejszenie sumy objawów chorobowych, w myśl zasady, iż o zmniejszeniu samej choroby (o to przecież nam chodzi) świadczyć może właśnie tylko osłabienie wszystkich przejawów zaburzenia funkeji⁸⁾, a nie pewnych

poszczególnych, szczególnie drugorzędnych. W myśl tego zmniejszenie gorączki u suchotnika, osłabienie kaszlu i wydzieliny bynajmniej nie dowodzi „poprawy“, jeśli jednocześnie chory nie czuje się mocniejszy, a tętno ma przyspieszone. To jest poniekąd oczywiste; przypominam to zaś jeszcze raz dlatego, iż obecnie niejeden lekarz sanatoryjny w pogoni za udowodnieniem „wyleczenia“, „znakomitej poprawy“ nacisk czyni na zmiany różnych poszczególnych objawów, objawów zarówno ogólnych, jak lokalnych. Niektóre „metody“ w tym kierunku wolno wprost nazwać sypaniem piasku w oczy. Dotyczy to przedewszystkiem zachowania się laseczników KOCH'a, które np. w naszym Otwocku znikają aż u 100% (dlaczego już nie u 150%?) suchotników pierwszej i drugiej kategorii (wedle podziału TURBAN'a). Kto ma jakie takie obycie się kliniczne w tym względzie, kto jako tako uświadamia sobie, jak wielce znajdowanie i nieznajdywanie laseczników w płwocinie zależy od czynników czysto zewnętrznych i mechanicznych, a mało ma związku z istotą choroby, ten tylko uśmiechnie się nad tego rodzaju dowodami „poprawy“ czy „wyleczenia“. Wprawdzie za czasów tuberkuliny dowodem jej „skuteczności“ bywało, iż laseczniki wyglądają popsute, „chore“!...

Podobnie, choć nie tak skrajnie, rzeczy stoją z miejscowymi objawami fizycznymi. Co do nich, uprzytomnić sobie należy, iż jedne z nich są następstwem przejściowych, nie trwałych zmian anatomicznych, np. przekrwienia i obrzmienia błony śluzowej oskrzeli, zwiększenia jej wydzieliny; drugie zaś — następstwem trwałych zmian anatomicznych. Ustąpić mogą w zupełności właściwie tylko przejawy zmian nietrwałych; co do trwałych, to osobnik może zupełnie wyzdrowieć, a pozostanie w okolicy wierzchołka np. stłumienie, oddech nieokreślony, czy amforyczny, jako następstwo zwapnień, zbliznowaceń, jamy zabliznionej i t. d. Niema więc zupełnie po co usilnie twierdzić o znikaniu „wszystkich“ objawów miejscowych, jako dowodzie wyleczenia. I wogóle wszelkie „polepszenia“ czy „ustąpienia“ objawów miejscowych bez polepszenia „ogólnych“ wartości dużej mieć nie mogą.

I to wszystko. Innych kryteriów, innego kierunku spostrzegania i porównywania przy ocenie wartości metody sanatoryjnej — jak, że

⁸⁾ Por. Zasady poznania Ickarskiego. Str. 272—275

powtórzymy, porównawcze stwierdzenie zmniejszenia sumy objawów chorobowych — lekarz nie potrzebuje. Wyraźniej mówiąc, nie potrzebuje on zupełnie stosować obecnie tak modnego kryterium — poprawa „zdolności zarobkowania“ (Erwerbsfähigkeit). To osobliwe kryterium powstało właśnie w myśl „społecznego“ przekonania, iż człowiek powinien być maszyną produkcyjną, iż właściwie tyle tylko wart, ile może zarabiać. Nareszcie lekarze zaczynają się domyślać, iż kryterium w myśl takich poglądów nietylko nie ma wspólnego z nauką naszą, ale, jako wynikające z zupełnie innej kategorii pojęć, wprost maci nasze oceny. Co najmniej jest ono zupełnie zbyteczne. Im zaburzenie funkcyj będzie silniejsze, im człowiek będzie bardziej chory, tem mniej będzie on „zdolny do zarobkowania“ — to jest oczywiste: to też i suchotnikowi z gorączką hektyczną, potami, kaszlem, od którego trzęsie się nietylko jego osoba, ale całe łóżko, nie łatwo zarabiać na chleb. Nie łatwo — a jednak i tacy nieraz pracują, jeśli muszą, a tembardziej, jeśli stoją pod sugestją „wyleczenia“. Każdy lekarz zna to z własnego doświadczenia: szczególnie ludzie pracy umysłowej pozostają nieraz czynnymi prawie literalnie do ostatniego tchu. Ale i suchotnicy z warstw, pracujących fizycznie, najczęściej przestają pracować dopiero w ostatnich miesiącach życia. Właśnie do szpitala idą oni dopiero wtedy i dlatego, że już nie posiadają „zdolności zarobkowania“; kiedy zaś jeszcze pracują, bardzo często stan ich płuc nie pozwala lekarzowi na żadne złudzenia. Słusznie tedy KATZ w swoim odczycie zwrócił uwagę, iż, jeśli z pośród pacjentów sanatoryjnych po 3½—4 latach jeszcze 44% pozostaje „zdolnymi do zarobkowania“, to należy dowiedzieć się najpierw, w jakim stanie znajdują się ich płuca i cały stan ogólny.

VI.

Tak oto postępując i porównując, jak powyżej wyprowadzamy, możemy dopiero zdobyć nie tak często złudne i zawodne „wrażenie“, ale poznanie rozumowe, ile warte są sanatoria, specjalnie, jakie znaczenie ma klimat swojski, w leczeniu gruźlicy płucnej. Zarodki tego rodzaju poszukiwań, jak wspominałem, już istnieją. Jednym z najważniejszych jest nieda-

wno ogłoszona praca REICHE'go⁹⁾, lekarza z Hamburga, który sam kwalifikował suchotników do sanatoryjów towarzystwa hanzeatyckiego i śledził pilnie ich losy od r. 1895. Wprawdzie i ten autor jeszcze kładzie punkt ciężkości na „statystykę“, „procenty“, a poszukiwanie porównawcze zajmuje u niego ledwie miejsce uboczne. Cenna jest mimo to praca REICHE'go najpierw ze względu na to, iż należy on do tych nielicznych autorów, dla których decydujące są nie chwilowe wyniki po 2 czy 3 miesiącach pobytu w sanatorium, ale to, co się z chorymi później dzieje; po drugie, autor ten, jako niezainteresowany osobście, dbał, o ile się dało, o to, by do sanatoryjów trafiały „prawdziwe“ przypadki gruźlicy płucnej, i przypadki, niepotwierdzone przez dalszą obserwację, wyłączał ze swej statystyki. Otóż, śledząc swych pacjentów z roku na rok, już REICHE doszedł do bardzo smutnych poglądów na wartość sanatoryjów ludowych: mimo „doboru“ chorych po 4—5 latach zmarło z nich i stało się zupełnie niezdolnymi do pracy więcej niż 40%; przy tem wszystkiem doszedł on do przekonania, iż „prawdziwe wyleczenia“ w takich sanatoryjach należą właściwie do wyjątków. Tę gorzką pigułkę stara się zapewne autor osłodzić, porównując losy suchotników sanatoryjnych z chorymi tej samej sfery i zawodu, ale którzy nie zostali przyjęci do sanatorium i leczyli się w domu: na 2283 chorych, zbadanych przez REICHE'go, było takich 683. Istotnie — z liczby tej w przeciągu 5 lat zmarło aż 316, czyli 46,2%, w przeciętnem 43 miesięcznem trwaniu choroby (najkrócej 3, najdłużej 25 miesięcy): a więc śmiertelność była wyraźnie większa, niż wśród suchotników sanatoryjnych. Ten wynik na korzyść sanatoryjów nie może jednak rościć sobie większego znaczenia, bo, po pierwsze, autor nie podaje, jakie było przeciętne trwanie choroby u suchotników sanatoryjnych, po drugie, sam zaznacza, iż 683 chorych było nieprzyjętych do sanatoryjów najczęściej „z powodu za daleko posuniętych zmian chorobowych“. Porównywany był, innemi słowy, materiał niejednorodny, — na stronie leczenia sanatoryjnego istniał zasadniczy *plus*, na stronie domowego — *minus*.

⁹⁾ F. REICHE. Die Dauererfolge der Heilstättenbehandlung Lungenschwindsüchtiger. Münchn. med. Wochenschrift. 1902. Nr. 33.

Bardziej prawidłowe było porównywanie, dokonane przez HAMMER'a¹⁰⁾, docenta w Heidelbergu: przynajmniej autor świadomie starał się o jednorodność materiału i warunków w obu szeregach. Okazało się, że z pośród chorych, leczonych w sanatorium ludowym przez 80—180 dni, zmarło w przeciągu 3—4 lat (od 1898 r. do 1. I. 1902 r.) 27,5% (na 79—22); z pośród zaś leczonych w domu 32,7% (18 na 53). Wynik przemawia oczywiście na korzyść sanatoryjów. Ale, gdy autor zwrócił się do porównywania „zdolności zarobkowej“ — wystąpił fakt nieoczekiwany: u leczonych w domu powrót zupełnej zdolności do pracy stwierdzono aż w 52,7%, u leczonych w sanatorium — ledwie w 35%. W pierwszym przypadku zdolność zarobkowania trwała przeciętnie 1 rok 8¹/₃ miesiąca, w drugim — tylko 1 rok 1¹/₃ miesiąca! Wypadło, jednym słowem, iż sanatoria nie tylko nie zwiększają, ale nawet zmniejszają szanse poprawy! Jest to, rzeczywiście, wynik wprost przerażający dla tych wszystkich, którzy wartości sanatoryjów chciałiby dowodzić zasadniczo z ekonomicznych punktów widzenia!

Dane HAMMER'a nie mogą, naturalnie, być uważane za ostateczne wobec szczupłości jego materiału (razem 132 przypadki). Mimo wszelkie staranie o jednorodność materiału w grupie niesanatoryjnej mogły znaleźć się formy łagodniejsze, co też i zamaskowało działanie pożyteczne sanatoryjów, jeśli takie istniało. Pożądane tedy są dalsze poszukiwania porównawcze. Że nie są one praktycznie niewykonalne, jakby się komu na pierwszy rzut oka wydawało, dowodzi samo ukazanie się prac REICHE'go i HAMMER'a. Niewątpliwie najprędzej i najłatwiej do pożądanego końca doprowadzi praca zbiorowa: kilkunastu lekarzy-praktyków, śledząc i notując starannie przebieg gruźlicy u swych pacjentów sanatoryjnych i domowych, leczonych klimatem wysokogórskim, czy klimatem swojskim i t. d., po latach kilku mogłoby dostarczyć aż nadto obfitych materiałów.

VII.

Tylko już nie można się ludzi, by przyszłe poszukiwania mogły powiedzieć znacznie więcej

¹⁰⁾ HAMMER. Die Heilstaettenbehandlung der Tuberkulose. Muench. med. Wochenschr. Nr. 1902. Nr. 26.

na korzyść sanatoryjów, *resp.* na korzyść leczenia suchot klimatem swojskim, niż powiedziały dotychczasowe. Trudno przypuszczać, by sanatoria swojskie nie wywierały żadnego wpływu pomyślnego na przebieg gruźlicy; fakt tego rodzaju wprost przeczyłby, śmiem twierdzić, wszystkiemu, czego dowiedzieliśmy się o znaczeniu dobrych warunków higienicznych dla przebiegu chorób wogóle. I sanatoria takie najprawdopodobniej przyczyniają się tu i owdzie do przedłużenia życia, ułatwiają poprawę. Ale by znaczyły one dużo w walce ze śmiertelnością z gruźlicy, by tą drogą zaoszczędzały dużo kapitałów i odsetek w myśl oczekiwań „społeczników“, tę kwestyę należy już uważać za przesądzoną i rozstrzygniętą w znaczeniu przeczącem. Na gruźlicę musimy szukać i znaleźć „lekarstwo“, jak go szukamy i znajdujemy dla innych chorób zakaźnych: tymczasem zaś nie możemy zapominać o empirycznie stwierdzonym znaczeniu klimatu wysokogórskiego, ciepłego czy łagodnego morskiego¹¹⁾.

Być może, że sanatoria ludowe posiadają znaczenie bardziej realne, bardziej namacalne w sprawie zapobiegania gruźlicy — ściślej mówiąc, w sprawie ograniczenia jej rozprzestrzeniania, a to dzięki usuwaniu suchotników z ich otoczenia. Wypada to z różnych względów rozumowych, ale potwierdzenia empirycznego dotychczas niema: trudno nawet ustalić sobie drogę i sposób, w jaki takie potwierdzenie zyskać się uda. A potwierdzenie takie jest konieczne, bo znów z innych względów rozumowych wypada, że dopóki nie wszyscy suchotnicy na długo nie zostaną umieszczeni w sanatoryach, a tylko ich część drobna i na krótko — dopóty korzyści w kierunku powyższym będą bardzo problematyczne.

Ale czyż sanatoria ludowe nie są instytucjami, w których tylu nędzarzy po raz pierwszy w życiu znajduje ciepły i suchy kąpiel, wygodne łóżko, smaczną i obfitą strawę, w których po raz pierwszy są traktowani na równi z ludźmi najmniej zamożniejszymi? Czyż sanatoria nie są instytucyja-

¹¹⁾ W odczycie omówionym KATZ proponował wysyłanie suchotników do niemieckiej południowo-zachodniej Afryki, która ma odznaczać się równie przeciwgruźliczym klimatem, jak Transwaal. Projektu prelegenta nie podzielali jednak ani A. FRANKEL, ani SENATOR, ze względu na jego trudną wykonalność.

mi, w których tyle proletaryatu po raz pierwszy w życiu prawdziwie „na świat wyjrzeć“ może, kawał nieba i zieloności zobaczyć, powietrzem dobrem pooddychać? Czyż nie są one nareszcie potężnem, jak obecnie, wprost masowem narzędziem sugestyi, przez które tylu ludzi, na poły wykreślonych z liczby żyjących, otrzymuje przed wstąpieniem nadzieję wyleczenia, a przy wyjściu nieraz niemałe złudzenie zdrowia?

Zatrzymajmy więc sanatoria, jako pożyteczne azyle, budujmy i zakładajmy coraz to nowe. Dbajmy jednak przytem mniej o statystykę, a więcej o chorego i cierpiącego człowieka. Zakładajmy więc te instytucje właśnie najpierw dla tych, którym „już nie wiele się należy“. Ci przecież pierwsi mają prawo do opieki, wygody i słów otuchy. Ale dla dogodzenia modnym teoryom nie wypędzajmy usilnie tych nędzarzy, którzy w różnych norach mieszkalnych zazwyczaj aż nadto naużywali się przez całe swe życie zimna i wilgoci, jeszcze raz na nasze, tak często zimne i mgliste, wilgotne i przykre, choć może i świeże powietrze! Cały instynkt samozachowawczy pędzi tych ludzi do ciepłego kąta, i, zaiste, potrzeba wielkiej tresury proletaryusza-niewolnika, by zgodzić się i chwalić sobie jeszcze raz pobyt „na świeżem powietrzu“ — choćby w kożuch!

Tak! sanatoria są potrzebne, są nawet nieodzowne, ale najpierw i zasadniczo ze względów zwykłej ludzkości — i chwała tym wszystkim, którzy w takiej myśli obecnie na rzecz sanato-

ryów agitują i działają. Niestety, są to punkty widzenia jeszcze prawie niezrozumiałe dla współczesnych społeczeństw, współczesnych rządów — nawet jeszcze przewyższające pojęcie wielu współczesnych lekarzy. „Państwo chrześcijańskie jest ironią“, mawiał SONDEREGGER — i słusznie. „*Res sacra aegrotus*“ jest jeszcze dla ogółu współczesnego pustym dźwiękiem, co najlepiej piękną etykietą — i pod tem hasłem w skarbonkach, porozstawianych na rzecz sanatoriów ludowych po wszystkich knajpach zagranicznych, więcej się znajdzie guzików, niż groszków. Natomiast słowo szybko stało się czynem, gdy zaczęto udowadniać, ile to zaoszczędzi się k a p i t a ł ó w przez zaoszczędzenie istnień suchotniczych: i po odezycie GEBHARD'a najpierw kasy hanzeatyckie ubezpieczeń od niedoślestwa oraz starości, mając obiecane lakome zyski, nie pożalowały milionów na budowę sanatoriów. W imię czystego humanitaryzmu worki napewno nie rozwiązałyby się tak łatwo. Z tą etyką handlarską jest jednak zupełnie w zgodzie, że dla ciężko chorych klientów niema miejsca w sanatoriach: poco, bowiem, wydawać tam na nich pieniądze, kiedy mogą sobie znacznie taniej umrzeć w domu? Ale też będzie także zupełnie w porządku, jeśli obecnie po zawiedzionych nadziejach kieszeniowych różni „społeczni“ dobroczyńcy suchotników najgłośniej i pierwsi sarkaczącą zaczynają „najświeższy krach lekarski“....

E. Biernacki.

Wiadomości bieżące.

— Porządek dzienny ogólnego zebrania Członków Warszawskiej Kasy Pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, odbyć się mającego w d. 8 (21) marca 1903 r. w sali Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego (Niecala Nr. 7) o godzinie 8 wieczorem: 1) Otwarcie ogólnego zebrania przez prezesa zarządu. 2) Wybór przewodniczącego na ogólnem zebraniu. 3) Zaproszenie ase-

sorów i sekretarza. 4) Sprawozdanie zarządu za r. 1902 i raport komisji rewizyjnej. 5) Wybór 5-iu członków zarządu na r. 1903. 6) Wybór 2 zastępców członków zarządu. 7) Wybór 3 członków komisji rewizyjnej. 8) Projekt budżetu na r. 1903 i wnioski zarządu. 9) Wniosek uczestników, dotyczący się zaprowadzenia działu Kasy po-grzebowej.

— Jako tematy do obrad w dziale położnictwa na kwietniowym zebraniu lekarzy prowincjonalnych w Warszawie, wyznaczono następujące: 1) W sprawie podniesienia poziomu wykształcenia lekarzy w położnictwie. 2) W sprawie wykształcenia akuszerki prowincjonalnych. 3) W sprawie ujednostajnienia postępowania podczas porodu i położu. 4) Odkazanie w położnictwie (praca doświadczalna). 5) W sprawie organizacyi pomocy akuszerskiej na prowincyi. 6) W sprawie pielęgnowania noworodków. 7) Statystyka gorączki połogowej i obowiązujące pod tym względem ustawodawstwo. 8) W sprawie leczenia chorób kobiecych na prowincyi.

— Wyszedł z druku zeszyt 11, 12 seryi XIV „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcyę „Gazety lekarskiej“ (№ 167 i 168), i zawiera pracę oryginalną dra Franciszka BIAŁOKURBA p. t. Gruźlica kiszki ze stanowiska klinicznego.

— Ze sprawozdania z działalności Towarzystwa kolonii letnich w Warszawie za rok 1902 okazuje się, że w roku sprawozdawczym Towarzystwo liczyło członków rzeczywistych 274, zwyczajnych 540. Zapisali się dzieci 7807, z tych poddano badaniu lekarskiemu 6020. Z liczby zakwalifikowanych dzieci wyjechało na kolonie 3073 (t. j. 51%). Dla braku miejsca nie wysłano 1840 dzieci (62,4).

— 14-szy Zjazd międzynarodowy lekarski w Madrycie podaje następujące dane, dotyczące Zjazdu:

1) Komitet zaprasza wszystkich kolegów, którzy pragną się przyezynić do powodzenia naukowego kongresu, aby raczyli przysłać jak najprędzej do głównego sekretaryatu w Madrycie tytuły prac wraz z krótkim streszczeniem, o ile można w języku francuskim. Wszystkie streszczenia, które nadejdą w oznaczonym czasie, będą wydrukowane i przed otwarciem kongresu członkom odnośnych sekcyi doręczone dla ułatwienia dyskusyi na posiedzeniach.

2) Członkowie kongresu, podróżując po Francyi i Hiszpanii, będą mogli korzystać z róż-

nych linii kolejowych z ustępstwem 50%, naprzybywający do Madrytu przez granice Irun, będzie mógł opuścić Hiszpanię przez linię Barcelona— lub Port-Bou.

3) Bilety ulgowe na kolejach będą ważne od 3-go kwietnia do 24 maja.

4) W Madrycie będą wydawane specjalne bilety ulgowe na zwiedzenie różnych miast południowych (Sevilla-Grenada) z tą samą zniżką 50%.

5) Bilety do podróżowania po Hiszpanii będą mogły być nabywane tylko w kasach (guichets) w chwili przedsięwzięcia podróży.

6) Towarzystwo „Voyages Pratiques“ (rue de Rome-Paris 9) ma sobie powierzone urzędownie o wszystkim, co tylko pozostaje w związku z podróżą, każdego z członków objaśnić i wszystko ułatwić.

7) Zarząd mieszkań, pomieszczony w biurze zjazdu, zawiadamia, że rozporządza dużą liczbą mieszkań tak w hotelach, jak i w prywatnych domach — przeto zarząd będzie mógł dostarczyć odpowiednich mieszkań z całkowitem utrzymaniem od 13 do 50 pesetów dziennie. Pożądaniem byłoby, aby zamawiać mieszkania wcześniej.

8) Podczas zjazdu będą urządzone wielkie uroczystości dla członków zjazdu, jako to: przyjęcie w Palacu, przyjęcie przez miasto, „gardens party“, przedstawienie w teatrze królewskim, walka byków i t. p. Oprócz tego każda sekcya urządza oddzielne przyjęcia dla swoich członków.

9) Członkowie zjazdu będą otrzymywali korespondencyę w biurze komitetu. Adres powinien być następujący: Wielmożny Pan d-r członek 14-go międzynarodowego zjazdu lekarskiego. Sekcya..... Kraj, skąd przyjechał.

10) Składki i zapisy do 15 marca mogą być podawane (d-r KURIZ, Sienna 22), do 20 marca (Kraków profesor REJSS ulica Basztowa), od 20 marca w Madrycie.

Stanisław Kurtz.