

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7; półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednozpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Ziota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Bezład dziedziczny czyli choroba Friedreich'a (*Ataxia hereditaria s. morbus Friedreichi*). Napisał Stanisław Kopeczyński. (Ciąg dalszy). — Obrażenia przewodu pokarmowego. Podał Antoni Leśniowski. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 2. Doniesienia terapeutyczne. — Krytyka i bibliografia. O wpływie wody Buskiej siarczano-słonej ze źródła Michalskiego (Nr. 1) na przyswajanie i przenoszenie azotu pokarmów mieszanych u ludzi zdrowych. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. — Odcinek. O konieczności sanitarnego prawodawstwa dla miejscowości leczniczych. (Ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 2) D-r S. Kopeczyński — Sur la maladie de Friedreich. 1) D-r A. Leśniowski — Lésions du canal thoracique.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Kr. k. Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WÖCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Kopeczyński. — Ueber die Friedreich'sche Krankheit 2) D-r A. Leśniowski — Verletzungen des Ductus thoracicus.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Z POLIKLINIKI PROF. OPPENHEIM'a W BERLINIE.

Bezład dziedziczny czyli choroba Friedreich'a

(*Ataxia hereditaria s. morbus Friedreichi*).

Napisał

STANISŁAW KOPCZYŃSKI

ordynator kliniki terapeutycznej uniwersytetu warszawskiego.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 1).

Nazwa „bezład dziedziczny“ (*ataxia hereditaria*), jaką podał FRIEDREICH dla wyodrębnionej przez siebie postaci chorobowej, właściwie mówiąc, nie jest zupełnie ścisła. Fakt bezpośredniego dziedziczenia tej choroby nie jest w literaturze znany. Osobniki, dotknięte tem cierpieniem, które w okresie dojrzewania pleciowego znajdują się już w znacznym stopniu rozwoju, nie wchodzą zwykle w związki małżeńskie i nie pozostawiają przeto potomstwa. Wiedział o tem i FRIEDREICH i używając wyrażenia „bezład dziedziczny“, zastrzega się, że chodzi tu jedynie „o niewątpliwie odziedziczone usposobienie

chorobowe, które powoduje te same zaburzenia u kilkorga rodzeństwa w tym samym wieku¹⁰⁾. Niektórzy autorowie, chcąc uniknąć nieporozumień, idąc za przykładem BROUSSE'a, cierpienie to nazywają wprost chorobą FRIEDREICH'a, inni „bezładem familijnym“ (*familiäre Ataxie*). Bo też familijne występowanie cierpienia jest wprost uderzające. Wszystkie np. 9 przypadków FRIEDREICH'a dotyczyły członków trzech tylko rodzin. Pierwsze 65 przypadków, opisanych w literaturze, dotyczyły 19 tylko rodzin, tak że na rodzinę przypadało przeciętnie po 3 przypadki. MUSSON, cytowany u GOWERS'a¹¹⁾ przytacza następujący przypadek: brat i siostra, pochodzący ze zdrowej rodziny, wstąpili w związki małżeńskie ze zdrowymi osobnikami. Z siedmiorga dzieci brata—3 córki, a z kilkorga dzieci siostry—3 synów było dotkniętych chorobą FRIEDREICH'a. Wogóle liczba członków jednej rodziny, którą nawiedza ta choroba, waha się pomiędzy 2 i 8. Oczywiście zdarzają się choć wogóle rzadko i pojedyncze przypadki tego cierpienia (np. nasz trzeci przypadek); dotyczą one najczęściej jedynaków i jedynaczek, a kto wie, czy przy liczniejszym rodzeństwie charakter familijny cierpienia i tudy się nie uwydatnił.

Co się tyczy tego, jaka płeć częściej zapada na omawianą chorobę, to pod tym względem zdania różnych autorów są różne. Tak np. w liczbie pierwszych 9 przypadków, spostrzeganych przez FRIEDREICH'a, 7 dotyczyło kobiet i tylko 2 mężczyzn, BROWN¹²⁾ powiada, że choć obie płcie zapadają prawie jednakowo, to jednak płeć żeńska 4 razy częściej przenosi na potomstwo usposobienie do tej choroby, niż męska; SOCA¹³⁾ twierdzi, że chłopcy zapadają częściej, niż dziewczęta, GOWERS (l. c.) określa stosunek pod tym względem płci męskiej do płci żeńskiej przez 35 : 30, BROUSSE (l. c.) nie znajduje tu prawie żadnej różnicy w predylekcyi płci. Istotnie, przy zestawieniu większych cyfr różnica się zaciera, i zarówno płeć męska, jak i żeńska podlega chorobie FRIEDREICH'a.

Etiologia tego cierpienia jest zupełnie ciemna. Familijne występowanie przemawia za tem, że dzieci odziedziczają po rodzicach wrodzoną słabość pewnych części układu nerwowego, który następnie staje się siedliskiem sprawy patologicznej. Przymiot, zdaje się, nie gra tu żadnej roli. TEDESCHI (l. c.), zwracając uwagę na dość częstą kombinację choroby FRIEDREICH'a z gruźlicą, bez należytego, zdaniem naszym, umotywowania przypisuje dużą rolę jadowi gruźliczemu, posługując się analogią przypuszczalnego stosunku jadu przymiotowego do wiądu rdzenia. FRIEDREICH kładł duży nacisk na nadużywanie alkoholu ze strony rodziców. Istotnie, w wywiadach fakt ten spotykamy często. Kilkakrotnie zaznaczano bliskie pokrewieństwo rodziców (przypadek CASSIRER'a¹⁴⁾). Bardzo wielu autorów zwracało uwagę na tę okoliczność, że momentem, wywołującym (*agent provocateur*) dane cierpienie są ostre zakaźne choroby, jak szkarlatyna, odra, tyfus, ospa i t. p. Wielu chorych (por. pierwszy przypadek) odnosi początek swego niedomagania do przebytej ostrej choroby. Przyczyny jednak zasadniczej omawianego cierpienia nawet domyślać się nie możemy.

¹⁰⁾ VIRCHOW's Archiv l. c. str. 164.

¹¹⁾ GOWERS. Handbuch der Nervenkrankheiten Bonn. 1892 tl. niem. str. 469.

¹²⁾ On Hereditary Ataxy with a series of twenty—one cases Brain 1892 str. 264.

¹³⁾ Maladie de Friedreich. Thèse de Paris. 1888.

¹⁴⁾ Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Lpilec. 1897.

Pierwsze objawy choroby, jakieśmy to już wspominali i jak to widzieliśmy we wszystkich trzech naszych przypadkach, występują bardzo wcześnie, bo w wieku dziecięcym. GOWERS (l. c.) podaje dwa okresy krytyczne, z którymi, zdaniem jego, wiąże się początek choroby: lata 5—7 i 12—16 t. j. okres dojrzewania płciowego. W bardzo nielicznych przypadkach choroba FRIEDREICH'a występuje po roku 20. Tu zaliczyć wypada przypadek BONNUS'a¹⁵⁾, rozpoznawany jeszcze w r. 1892 przez CHARCOT'a, gdzie choroba rozpoczęła się dopiero w 25 roku życia. Ten sam autor zebrał z całej literatury zaledwie 13 przypadków, w których początek choroby przypadał pomiędzy 20 i 25 rokiem życia.

Przedewszystkiem w rozwoju choroby FRIEDREICH'a występują zaburzenia ruchu. Już bardzo wcześnie rodziców uderza fakt, że pięcio- lub sześciolatek ich dziecko chodzi w sposób niezwykle: rozstawia zbyt szeroko nogi, uderza nimi zlekka o podłogę, zamiast normalnie stąpać, niekiedy chwieje się tułowiem, zbacza od linii prostej w lewo lub w prawo, zatacza się, słowem chodzi, jak gdyby było pijane. Ten chód, trafnie, jakieśmy to już wspominali, nazwany przez CHARCOT'a „wiądowo-rdzeniowym“ (*démarche tabeto-cérébelleuse*), z wiekiem staje się coraz wyraźniejszym. W całym ciele, a zwłaszcza w głowie i w kończynach, nawet podczas stania występują nieprawidłowe, bez wszelkiego rytmu oscylacje, wahania, przypominające nieco płasawicę. MARIE¹⁶⁾ ten objaw bezładu nazwał „*instabilité choreiforme*“. W kilku przypadkach notowano w rękach ruchy, zwane atetozą, np. w 2-ch przyp. WHYTE (l. c.) i w 6 przypadkach STEIN'a¹⁷⁾. Zwłaszcza głową chory kiwa i trzęsie, kurcząc naprzemian różne mięśnie szyi i karku (3-ci przypadek). Podtrzymując choremu głowę, a przez to ułatwiając mu zachowanie jej równowagi, ruchy te usuwamy. W wyciągniętych kończynach widać jeszcze wyraźniejsze skurcze pojedynczych mięśni, wskutek czego chory ani chwili nie może swych rąk lub nóg utrzymać w powietrzu. Przy wykonywaniu poleconych ruchów (dotykanie palcami nosa i t. p.), ten bezład i grube drżenie potęgują się. Zamknięcie oczu, a więc wyłączenie kontroli wzroku przy tych ruchach, prawie nigdy nie wykazało wyraźnego zwiększenia się stopnia bezładu. Objaw ROMBERG'a, t. j. chwanie się przy zamkniętych oczach i zestawionych nogach, spotykamy dość często. Usiłując bezładne swe ruchy prostować za pomocą kontroli wzroku, chory pochyla się naprzód wskutek czego powstaje wypuklenie kolumny pacierzowej ku tyłowi (*kyphosis*), jak również następstwem niezachowywanej równowagi ciała jest boczne skrzywienie kręgosłupa (*scoliosis*).

Porażeń mięśni zwykle nie spotykamy. Wspominają o nich tylko SOCA (l. c.), MUSSO¹⁸⁾. W późniejszym jednak okresie choroby występują różne niedowłady i bezwłady z następczemi przykurczeniami.

Zaniku mięśni w chorobie FRIEDREICH'a nie spotykamy prawie wcale. Notowano go zaledwie kilka razy: 2 razy wspomina o nim SACHS (l. c.): u dwóch braci z typowym bezładem dziedzicznym był on tak rozległy,

¹⁵⁾ Un cas de maladie de Friedreich à début tardif, suivi d'autopsie. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Maj i Czerwiec. 1898.

¹⁶⁾ Leçons sur les maladies de la moelle. Paryż 1892.

¹⁷⁾ Ein Fall Friedreich'scher Krankheit combinirt mit Athetose. Berliner Klinische Wochenschrift. 1897. Nr. 49.

¹⁸⁾ Sulla Malattia del Friedreich, Rivista clinica di Bologna. 1884.

że z początku przy pierwszym wejrzeniu, autor sądził, iż ma do czynienia z zanikiem mięśni postępującym. Sekcyja jednak potwierdziła drugie rozpoznanie, t. j. chorobę FRIEDREICH'a. O zaniku mięśni w tej chorobie wspomina jeszcze DEJERINE¹⁹⁾. W przypadku tym w mięśniach, dotkniętych zanikiem, pobudliwość elektryczna była zmieniona. W dwóch przypadkach WHYTE²⁰⁾ uległy zanikowi niektóre mięśnie kiści, tak że zniekształcona ręka przypominała w znacznym stopniu t. zw. *main en griffes*.

Dość stałym, choć późno, bo dopiero w 5—10 lat od początku choroby występującym objawem, jest drżenie gałki ocznej (*nystagmus*). Występuje ono wyraźnie zwłaszcza podczas wpatrywania się chorego w przedmiot przy krańcowem bocznem ustawieniu oczu. Rozmiary jednak tych wahań (oscylacje) nie są tak prawidłowe, jak np. w wieloogniskowem rozsiaśnianem stwardnieniu; dlatego też w wielu opisach choroby FRIEDREICH'a spotykamy u autorów określenie tych ruchów, jako „*nystagmusartige Bewegungen*“. Przypominają one raczej bezład mięśni ocznych, przy wyczerpaniu ich energii wskutek dłuższego wpatrywania się. SCHULTZE²¹⁾ słusznie, zdaje się, ostrzega, ażeby do objawu tego nie przywiązywać zbyt wielkiej wagi; tego rodzaju skurcze spotykał on często u ludzi nerwowo zdrowych, a cytowany przez niego OFFERGELD na 200 badanych przez siebie osób, u których układ nerwowy i oczy były zupełnie zdrowe, znalazł u 150, czyli w 75% drżenie gałki ocznej. Nie mniej jednak w chorobie FRIEDREICH'a, zwłaszcza w późniejszym jej okresie, drżenie to występuje stale i poniekąd może być uważane za jeden z charakterystycznych objawów tej choroby.

Niezwykle rzadko spotykamy tu porażenia mięśni ocznych. Wspomina o nich tylko CHARCOT (l. c.) i JOFFROY.

Zaburzenia mowy stenowią jedną z cech znamiennych choroby FRIEDREICH'a. Jak to widzieliśmy we wszystkich trzech przytoczonych przypadkach, chorzy tacy mówią zwolna, niewyraźnie, ciężko, monotonnie, przeciągając niekiedy niektóre sylaby, przytem wybitnie przez nos. Często rodzice podają, iż oddawna zauważyli, że dzieci ich mówią tak, jak gdyby „miały kluski w ustach“. MARIE (l. c.) porównywa mowę tę z chodem mózdkowym, zdaniem jego, zaburzenie te zależy od nierównomiernej inervacji mięśni języka. O ile mowa taka różni się od mowy w wieloogniskowem stwardnieniu, gdzie pojedyncze sylaby są głośno, dobitnie skandowane i odrywane, o tem nie potrzebujemy bliżej wspominać. Jak drżenie gałki ocznej, tak i zaburzenia mowy występują zwykle dopiero w kilka lat po zjawieniu się pierwszych objawów choroby.

Język przy wysunięciu drży i wykonywa bezładne ruchy w różnych kierunkach.

Pobudliwość na dotyk, ból i bodźce cieplne w bezładzie dziedzicznym pozostaje wogóle, jak to zauważył już FRIEDREICH, nienaruszona. Kilku autorów francuskich notowało połowiczne znieczulenia. Zdaniem MARIE chodziło tu zapewne o kombinację choroby FRIEDREICH'a z histeryą. Niektórzy autorowie spostrzegali nawet w typowych przypadkach choroby

¹⁹⁾ Sur une forme particulière de la maladie de Friedreich avec atrophie musculaire et troubles de la sensibilité. Séances de la Soc. de biologie 1890 str. 43.

²⁰⁾ BRAIN. Spring 1898 str. 89.

²¹⁾ Ueber die FRIEDREICH'sche Krankheit und ähnliche Krankheitsformen, nebst Bemerkungen über nystagmusartige Zuckungen bei Gesunden. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1894. Str. 42.

FRIEDREICH'a nieznaczne zaburzenia czucia. STINTZING²²⁾ podaje nawet przypadek z zupełnem znieczuleniem kończyn dolnych. O zaburzeniach czucia wspomina także DÉJERINE (l. c.). Że w daleko posuniętych okresach tego cierpienia zdarzać się mogą, nawet niezbyt rzadko, zaburzenia czucia, to zdaje się nie ulega wątpliwości. Natomiast w pierwszych okresach choroby FRIEDREICH'a zaburzenia te spotykamy wyjątkowo. Dla braku ścisłych badań trudno nam wydać sąd o zachowaniu się czucia stawowego i mięśniowego. Badania, przeprowadzane najczęściej dość powierzchownie, podawały zwykle stan tego czucia prawidłowy. Niekiedy tylko notowano „lekkie zaburzenia zdolności stereognostycznej“. W moim trzecim przypadku czucie stawowe w palcach stóp było dotknięte dość wyraźnie.

Co się tyczy podmiotowych zaburzeń czucia, to i tych zwykle w chorobie FRIEDREICH'a nie ma. Zaledwie kilkakrotnie notowano bóle, nawet rwące i strzelające w pierwszym okresie choroby (FRIEDREICH, BONNUS). BEZOLD²³⁾ podaje, że jeden z 4 jego chorych, dotkniętych bezładem dziedzicznym, uskarżał się na parestezye.

Inne narządy zmysłowe, jak wzrok, słuch, smak, powonienie, pozostają w chorobie FRIEDREICH'a nienaruszone. Raz tylko jeden spostrzegano zanik nerwu wzrokowego (COHN²⁴⁾).

Odruchy skórne zwykle są prawidłowe, niekiedy dość żywe, odruchy zaś ścięgniste, a głównie kolanowe już bardzo wczesnie są osłabione, przytem niekiedy nierównomiernie, albo też zniesione, w dalszym rozwoju choroby brak ich zupełnie. Mój trzeci przypadek, w którym pomimo 10 lat trwania choroby, odruchy kolanowe zachowały swą prawidłową żywość, przedstawia pewne zboczenie od opisywanego typu chorobowego. Podobny jednak fakt notowano kilkakrotnie. W wielką jednak wątpliwość należy poddać te przypadki, w których spostrzegano zwiększenie odruchów kolanowych; do tych zaliczyć wypada 2 przypadki ERB'a²⁵⁾ które, być może, przedstawiają przejście do wydzielonej przez MARIE t. zw. *Héréd-ataxie cérébelleuse*. GOWERS jednak ewentualność tę, t. j. zwiększenie odruchów kolanowych, uważa za możliwą i z tych zapewno względów na chorobę FRIEDREICH'a zapatruje się jako na odmianę swej „*paraplegia atactica hereditaria*“.

Żrenice u dotkniętych chorobą FRIEDREICH'a oddziałują zawsze prawidłowo jak na światło, tak na akomodację. Zwrotna ich nieruchomość prawie zwykle jest oznaką władu.

Pęcherz i kiszka prosta funkcjonują prawidłowo. Tylko SACHS²⁶⁾ w obydwóch swoich przypadkach spostrzegał zaburzenia w oddawaniu moczu i kału. Słaby stopień wstrzymania moczu spostrzegał dwa razy WHYTE (l. c.).

Zaburzenia naczynio-ruchowe notowano kilkakrotnie. W jednym ze swych przypadków sam FRIEDREICH spostrzegał zaczerwienienie, obrzęk kończyn, silne poty, ślinienie się, częste oddawanie moczu. Objawy podobne spostrzegał RÜTIMAYER (l. c.) i BROWN²⁷⁾.

22) Münchener Medicinische Wochenschrift. 1887 Nr. 21.

23) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1894. T. V. str. 157.

24) Neurologisches Centralblatt. 1898. Nr. 7.

25) Neurologisches Centralblatt. 1890. Nr. 12.

26) B. SACHS (z New Jorku). Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters tl. niem. Lipsk, Wiedeń. 1897 str. 305.

27) Two cases of Friedreich's disease, Referat w Neurologisches Centralblatt. 1892. Nr. 7.

Czynności płciowe pozostają nienaruszone. SOCA i GOWERS wspominają o zaburzeniach w miesiączkowaniu, późnem wystąpieniu i wczesnym zaniku miesiączki. W moim przypadku, pomimo lat piętnastu, chora jeszcze ani razu nie miesiączkowała. O zaburzeniach w rozwoju narządów płciowych wspomina CASSIRER (l. c.), który u swego chorego spostrzegł „hypospadyę“.

Do cech znamiennych choroby FRIEDEICH'a zaliczyć wypada spotykane dość często zaburzenie odżywcze, polegające na szczególnem zniekształceniu stopy, a mianowicie: sklepienie stopy wypukła się i zwiększa, sama stopa staje się szerszą i krótszą, palce, a zwłaszcza paluch nadmiernie rozginają się w pierwszych stawach i nadają stopie charakter szpotawy. Zniekształcona w ten sposób stopa nosi nazwę: *pes cavus*, *pień bot*, *Hohl-fuss*, *Klumpfuss*, *Friedreich'scher Fuss*. MARIE uważa to zaburzenie za wynik zaniku mięśni pochodzenia nerwowego. W niektórych historyach chorób czytamy, że zniekształcenie stopy u dziecka było pierwszym objawem, który zwracał uwagę rodziców. Spotykając go u młodszego rodzeństwa, wróżyli mu oni taką samą przyszłość, jaka spotkała starsze dzieci dotknięte już chorobą FRIEDREICH'a. Z drugiej znów strony objaw ten występuje często w stopniu bardzo słabym, przy staniu jest on niewidoczny i tylko w pozycji leżącej chorego zauważyć się daje (patrz przyp. 1).



Rys. 1. Wygląd szpotawej stopy w chorobie FRIEDREICH'a (z AUJER'a).

Z objawów mózgowych dość często notowano lekkie zawroty głowy. Stałych bólów, nudności, wymiotów nie spostrzegano.

Inteligencya i psychika chorych, dotkniętych bezładem dziedzicznym, pomimo niepozornego, niekiedy głupkowatego ich wyglądu, pozostaje nienaruszoną. Tylko NOHLAN²⁸⁾ przytacza 3 przypadki choroby FRIEDREICH'a z idyotyzmem wrodzonym. Prawdopodobniej jednak, o czem i sam autor wspomina, chodziło tu o rozległe bujanie neuroglii w całym układzie nerwowym. Odruchy kolanowe np. w jednym przypadku były zniesione, w drugim zachowane, w trzecim wzmożone. Wogóle jednak zdolności umysłowe u tego rodzaju chorych nie przedstawiają żadnych zboczeń. Moja chora (3 przypadek) uczyła się w szkole bardzo dobrze. Chory STEIN'a (l. c.) doszedł nawet do stopnia kandydata filozofii. W późniejszych okresach choroby, kiedy bez-

²⁸⁾ Three cases of Friedreich's ataxia, associated with genetous Idioocy. Refer. Neurol. Centralblatt. 1895. Nr. 23.

ład o tyle się zwiększa, że przykuwa chorego na zawsze do łóżka, i czynności psychiczne ulegają pewnemu osłabieniu.

Przebieg więc choroby FRIEDREICH'a przedstawiać się będzie mniej więcej w sposób następujący:

Bardzo wcześnie, bo już w 5—6-ym, rzadko po 16-ym roku życia, chory razi swoje otoczenie szczególnym, powyżej naszkicowanym chodem. Stopniowo chód ten staje się coraz bardziej bezładnym, i chory nie tylko nie może chodzić bez pomocy, ale i stać mu trudno. Mowa staje się niewyraźną, nosową, w galkach ocznych występuje drżenie. Następnie kręgosłup ulega skrzywieniu, stopy zniekształceniu. Po kilku, niekiedy kilkunastu latach rozwoju choroby, chory kładzie się do łóżka i już z niego nie wstaje. Życie on jednak może dość długo, niekiedy lat 30—40. W końcu rozwija się zanik mięśni wskutek ich beczynności, niedowłady a nawet porażenia z przykurczeniami dopóki wreszcie jakaś ostra choroba (tyfus i zapalenie płuc włóknikowe w przypadkach FRIEDREICH'a) lub stara gruźlica (przyp. TEDESCHI i innych) nie przetrą pasma jego nędznego żywota.

A teraz zobaczmy, jakie jest podścielisko anatomiczne choroby FRIEDREICH'a, i o ile objawy kliniczne z tych zmian patologicznych wyprowadzić się dadzą.

*

*

*

(C. d. n.).

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA BR. SAWICKIEGO W SZPITALU DZ. JEZUS
W WARSZAWIE.

OBRAŻENIA PRZEWODU PIERSIOWEGO.

Podał

ANTONI LEŚNIEWSKI.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 1).

W przypadku drugim, bardzo pouczającym, również usuwano rakowato zmienione gruczoły chłonne lewego dołka nadobojczykowego. Podczas oddzielania nożycami cypla, głęboko zachodzącego poza obojczyk, powstało żywe krwawienie z miejsca złania się żyły podobojczykowej z szyjową wewnętrzną. Zatamowano je, najpierw uciskając palcem, następnie mocno wypychając ranę muslinem jodoformowym; skórę ponad muslinem zaszyto. Następnego dnia po operacji chora poczęła skarżyć się na przykre uczucie wzmagające się ciśnienia w piersi, na osłabienie. Duszności jednak nie było, łaknienie umiarkowane. Podczas zmieniania opatrunku po raz pierwszy, a to ósmego dnia po operacji, po usunięciu zatykającego ranę muslinu znaleziono, że krwawienie ustało zupełnie; dla tego też ranę zatknęto zlekką. W dwie godziny potem wypłynęła z rany ogromna ilość cieczy, podobnej do mleka. Po zdjęciu opatrunku znaleziono ranę, wypełnioną białymi skrzepami. Mleczna

ciecz zawierała pod drobnowidzem drobniutkie kropelki tłuszczu oraz nieliczne ciałka limfatyczne. Jednocześnie chora oświadczyła, że uczuła znakomitą ulgę; ciśnienie w piersi ustało zupełnie. Ponieważ mleczał trwał, drugiego dnia po pierwszym opatrunku w uśpieniu rozwarto ranę i wśród ziarniny odzyskano miejsce, z którego wypływał mlecz, szczególnie obficie podczas wydechu. Miejsce to i całą ranę mocno zatkało muślinem jodoformowym.

Pomimo starannego wypychania rany muślinem, mleczał trwał cały tydzień. Stan ogólny chorej podupadał coraz bardziej: tętno nitkowate, wymioty; przytomność jednak była całkiem zachowana, stolce prawidłowe, brzuch nie bolesny. Nareszcie okolicę przetoki ujęto za pomocą uciskadła, zaś chorej poczęto stosować wlewania odżywcze, podawać wino szampańskie, kamforę.

Nazajutrz wymioty ustaly, tętno było mocniejsze. Wieczorem atoli mleczał zjawiał się nanowo. Natenczas miejsce, odpowiadające otworowi w chłonicy, obkluto. Pomimo to, po upływie dwudziestu czterech godzin ponownie począł wypływać mlecz. Obklucia probowano jeszcze kilkakrotnie, lecz z równie niepomyślnym wynikiem, zaś stan ogólny chorej podtrzymywano wlewaniem odżywczych. Ostatecznie, po usunięciu ziarniny za pomocą ostrej łyżki, dokonano nacięcia w pobliżu brzegów otworu w przewodzie piersiowym i brzegi te zespolono szwami. Zatomowany w ten sposób mleczał powtórzył się już po upływie kilku godzin i był bardzo obfity. Nałożono 3 uciskadła. Tętno prawie niewyczuwalne. Moczu 400—500 ctn. szść. na dobę.

Pomimo zatykania rany watą żelazną, pomimo przyżegań azotanem srebra, i t. p., mleczał, zmniejszając się powoli, trwał jeszcze około trzech tygodni. Odpowiednio do tego i stan chorej poprawiał się powoli. Opuściła ona oddział zupełnie zdrowa.

Pozostałe trzy przypadki WENDEL'a (⁵) nie zawierają bardziej ciekawych szczegółów. We wszystkich uszkodzenie przewodu piersiowego powstało wskutek wycinania guzów okolicy nadobojczykowej, we wszystkich mleczał żadnych poważniejszych zaburzeń ani w stanie ogólnym chorych, ani też miejscowym nie powodował. Pomimo starannego zatykania rany lub stosowania innych sposobów w celu zatomowania mleczał, trwał tenże w przypadku trzecim ośmnaście dni, w czwartym pięć dni, w piątym cztery dni. Przypadki te, jak i dwa powyższe, zakończyły się wyzdrowieniem.

Chcąc być ścisłym, musiałbym wreszcie przytoczyć tu jeszcze przypadki, opisane przez KEEN'a (⁶); lecz oryginału pracy jego dostać nie mogłem; z artykułu WENDEL'a (⁵), który cytuję pracę KEEN'a, dowiadujemy się tylko, że prócz przypadku BOEGEHOLD'a (¹) opisuje ten ostatni jeszcze trzy inne, z których jeden zakończył się śmiercią w 36 godzin po operacji.

Daleko bardziej liczne są spostrzeżenia dotyczące obrażenia przewodu piersiowego w jego części piersiowej lub brzusznej, już to urazowego, już to nieurazowego pochodzenia. Wprawdzie duża część tych spostrzeżeń w oświetleniu nieco bardziej krytycznym musiała zostać, jako nosząca cechy nieścisłości, bezpowrotnie odrzucona. Bądź co bądź, byłoby niepodobieństwem przytoczyć tu wszystkie objęte drukiem spostrzeżenia tego rodzaju. Dlatego też podamy kilka bardziej dokładnych oraz bardziej przekonujących przypadków.

QUINCKE (⁷) opowiada o chorym, który czwartego dnia po przejechaniu wozem uczuł duszność, i wówczas stwierdzono **obecność** płynu i powietrza

w jamie opłucny. Płyn, wypuszczony z tej jamy, był podobny do mleka. Bliższe badanie wykryło, że jest to mlecz. Oględziny pośmiertne wykazały, że przewód piersiowy był zatkany skrzepem od ujścia aż do miejsca, w którym wychodzi on z klatki piersiowej. Opłucna niezmienniona. W pobliżu śródpiersia tylnego widać na niej naloty białe, łatwo dające się zetrzeć. QUINCKE sądzi, że pękł przewód piersiowy przed wyjściem z klatki piersiowej lub inne naczynie chłonne, i wylana zawartość tegoż drogą naczyń chłonnych oraz szczelin tkanki łącznej przedostała się do opłucny.

W przypadku PETAVEL'a*) u chorej po przejechaniu wozem nagromadził się płyn mleczny w opłucny. Bezpośrednio po wypadku zjawiała się przeszkoda w polykaniu pokarmów. Oczywiście, zanim płyn nagromadził się w opłucnie, wypełnił on tkankę śródpiersia tylnego i wywołał uciśnięcie przełyku. Chora wyzdrowiała.

Nieco wątpliwy jest przypadek BONET'a**). Widział on mężczyznę, który został postrzelony w taki sposób, że kula weszła na wysokości środkowego kręgu szyjowego, zaś wyszła pod lewą łopatką. Na początku czuł się on nieźle. We dwa tygodnie po uszkodzeniu z dolnego otworu postrzałowego poczęła wypływać ciecz biało-żółta. Wypływ taki trwał całe miesiące. Pomimo dobrego odżywiania się stan ogólny chorego powoli podupadał. Nareszcie ciecz przestała wypływać, i wówczas chory począł szybko poprawiać się. Lecz we dwa tygodnie potem wypływanie cieczy zjawilo się nanowo, i po kilku dniach chory rozstał się z życiem. Oględziny pośmiertne wykazały, że na miejscu dolnego otworu postrzałowego płuco uległo sprawie gnilnej, być tedy może, iż miał BONET do czynienia z ropnem zapaleniem opłucny.

Godny uwagi jest przypadek KIRCHNER'a***). Dziewięcioletnia dziewczeczka wskutek pchnięcia uderzyła się o parapet okna w okolicę trzeciego żebra. Początkowo czuła ona tylko ból w miejscu bezpośrednio stłuczonym. Po upływie tygodnia atoli stan jej znakomicie pogorszył się: wystąpiła duszność wysokiego stopnia, sinica, na skórze pot; jednak ciepłota ciała prawidłowa, tętno 90 na minutę. Badanie wykryło nagromadzenie cieczy w jamie opłucny. Za pomocą nakłucia wypuszczono z niej litr cieczy, podobnej do mleka; pod drobnowidzem stwierdzono, że był to mlecz pokarmowy. Dziecię uczuło ulgę. Wkrótce jednak poprzednie objawy powróciły. Nakłucia dokonano powtórnie. Stan chorej począł polepszać się. Badanie jej w pięć miesięcy po wypadku wykazało, że jest ona zupełnie zdrowa. KIRCHNER sądzi, że w przypadku tym *par contrecoup* pękł przewód piersiowy i jednocześnie przykrywająca go opłucna ścienna; bowiem tak znaczne nagromadzenie się płynu w jamie opłucny nie mogłoby powstać tylko na drodze przesączenia się. Zresztą byłoby rzeczą dziwną, dlaczego ciecz nie gromadziła się i w drugiej opłucnie, skorobyśmy przyjęli, że opłucna na przewodzie pozostała nieuszkodzona.

W przypadku pierwszym z dwóch opisanych przez K. CHEŁCHOWSKIEGO⁽⁸⁾, dotknięty gruźlicą płuc 34-letni dorożkarz od półtrzecia roku miał wysięk surowiczy w prawej opłucnie. Naraz zostaje on uderzony w lewy bok i ulega złamaniu żebra. Gdy po upływie pewnego czasu dokonano nakłucia, wyciągnięto płyn żółtawo-biały, mętny, nieprzezroczysty. Bliższe badanie

*) Cyt. w pracy QUINCKE'ego Choroby naczyń w ZIEMSSSEN'a Szczeg. Patol. i Terap.

**) Cyt. w pracy C. KRUEGER'a (4).

***) Cyt. w pracy C. KRUEGER'a (4).

owego płynu pozwala sądzić, że był to wynaczyniony mlecz pokarmowy. Po trzykrotnem nakłuciu opuścił chory szpital, czując się dobrze. CHEŁCHOWSKI waha się, czy przyjąć tu pęknięcie naczynia mlecznego, powstałe jednocześnie ze złamaniem żebra, i wylanie się mlecza do prawej opłucny, poprzednio już wypełnionej wysiękiem, czy też przejście długotrwałego wysięku surowiczego w mleczny (teorya LETULLE'a i in.).

Dla zdemonstrowania przypadków pęknięcia przewodu piersiowego pochodzenia nieurazowego, przytoczymy najpierw drugie spostrzeżenie K. CHEŁCHOWSKIEGO ⁽⁸⁾. Chory, dotknięty rakiem żołądka, miał powiększone gruczoły chłonne śródpiersia tylnego, uciskające przełyk, a więc i przewód piersiowy, i w dole nadobojczykowym lewym przyciskające żyłę do obojczyka i do pierwszego żebra. W lewej opłucnie objawy wysięku. Nakłuciem wypuszczono 15000 ctm. sz. mleczonej cieczy. Chory wkrótce zmarł. Pękniętego naczynia jednak badanie zwłok nie wykryło.

W przypadku Wł. ZAWADZKIEGO ⁽⁹⁾ chora, dotknięta rakiem żołądka, miała zakrzep w żyłę pachowej lewej, znaczny przerost gruczołów chłonnych na szyi. Do oddziału zjawiała się z powodu duszności i powiększenia brzucha. Za pomocą nakłucia wypuszczono z lewej opłucny 2800 ctm. sz. cieczy mleczonej, o odczynie słabo alkalicznym, o ciężarze gatunkowym 1016. Badanie pośmiertne wykazało prócz powiększenia gruczołów szyjowych powiększenie i innych gruczołów, a więc nadobojczykowych, śródpiersiowych. Prócz tego stwierdzono obecność wola pozamostkowego, zachodzącego za pierwsze żebra. Wskutek powyższego powstało uciśnięcie żył bezimiennych i podobojczykowych, a w następstwie zakrzep w uciśniętych żyłach. Wytworzyła się przeszkoda do wylewania się mlecza do krwiobiegu, powstał zastój, rozszerzenie naczyń chłonnych, zaś w następstwie tego wylew do jam opłucny i otrzewny.

Przypadków urazowego, chociażby pośredniego uszkodzenia brzusznej części przewodu piersiowego w dostępnem mi piśmiennictwie znaleźć nie mogłem; natomiast nader liczne są spostrzeżenia tego rodzaju uszkodzeń pochodzenia nieurazowego. Dla przykładu przytaczam następujące. WILHELM****) twierdzi, że zpostrzegał przypadek, w którym wskutek napadu koklusu pękł przewód piersiowy, co znów spowodowało wylew mlecza pokarmowego do jamy otrzewny. W przeciągu roku dokonano dziesięciu nakłuć. Chory pozostał przy życiu.

WHITLA ⁽¹¹⁾ opowiada, że 13-letnie dziecko dostało puchliny brzucha. Nakłucie pozwoliło wypuścić 12 litrów płynu mlecznego, niewątpliwie — mlecza pokarmowego. W przeciągu czterech miesięcy dokonano pięciu nakłuć, wypuszczono ogółem 60 litrów płynu. Oględziny pośmiertne, prócz innych objawów gruźlicy wykazały gruźlicę gruczołów chłonnych zaotrzewnowych, gruźlicę przewodu piersiowego. Ten ostatni w środkowej części był zatkany skrzepem włóknikowym, zaś dolna część jego była rozszerzona; w niej właśnie znaleziono otwór, jakby od przedziurawienia śrótem, okrągły, przepuszczający cewnik Nr. 2, o brzegach gładkich, zaokrąglonych. Prawdopodobnie gruźlica przewodu piersiowego wywołała skrzep w nim, czego następstwem było rozszerzenie jego dolnej części, zaś zwiększone ciśnienie wypchnęło stłuszczone ognisko gruźlicze, odpowiadające danemu otworowi.

W przypadku Wł. ZAWADZKIEGO ⁽⁹⁾ 67-letnia kobieta od roku doświadczała tępego bólu w dolnej części brzucha. Po urazie w prawą okolicę lędź-

****) Cyt. w pracy KAMIEŃSKIEGO ⁽¹⁰⁾.

wiową objętość brzucha poczęła powiększać się, zjawiała się wzrastająca duszność. Nakłucie otrzewny dało znaczną ilość żółtawego, przezroczystego płynu. Płyn zbierał się w jamie otrzewny ponownie, i dokonano jeszcze dwóch nakłuć: raz otrzymano 8500 ctm. sz. płynu zielonkawego, przezroczystego, drugi raz 6000 ctm. sz. cieczy podobnej do mleka. Trzeciego dnia po drugim nakłuciu chora zmarła. Badanie pośmiertne wykazało raka jajnika i wtórne zajęcie otrzewny, opłucny, gruczołów chłonnych kreskowych. Naczynia chłonne mocno uciśnięte.

Blizszych szczegółów co do warunków powstawania obrażeń przewodu piersiowego w jego części piersiowej oraz brzusznej już to urazowego, już to nieurazowego pochodzenia, co do sposobu przedostawania się wylanego mlecza pokarmowego do jam surowicznych i t. p., jako nas tu bezpośrednio nie dotyczących, nie przytaczamy; życzących zapoznać się z nimi bliżej możemy odesłać do ładnej pracy St. KAMIENSKIEGO ⁽¹⁹⁾ „O wylewach mlecza do jam surowicznych ciała“ (Kronika Lekarska, 1896). By wyczerpać materiał faktyczny w sprawie obrażenia przewodu piersiowego, musimy tu jeszcze wspomnieć o wynikach doświadczeń na zwierzętach, przedsięwziętych w celu wyświeetlenia zajmującej nas sprawy.

ASTLEY COOPER podwiązał dwóm psom na szyi przewód piersiowy. Jedno zwierzę padło po upływie 24 godzin po podwiązaniu, drugie po upływie 4 dni. Znalezione mocne rozciągnięcie przewodu piersiowego pod miejscem zawiązania, rozdarcie zbiornika mlecza pokarmowego (*receptaculum chyli*), wylanie się owego mlecza. COLIN utrzymywał przy życiu psy, w ten sam sposób operowane, 20—25 dni. FLANDRIN podwiązywał przewód piersiowy koniom; nie chudły one bynajmniej. Zabijając je po upływie dwóch tygodni, widział on, że istniał u nich pojedynczy przewód piersiowy. SCHMIDT-MÜHLHEIM prócz obu przewodów piersiowych przewiązywał obie żyły szyjowe wewnętrzne i zewnętrzne, obie żyły pachowe. U zabitych szóstego dnia po podwiązaniu zwierząt znaleziono rozszerzenie przewodu piersiowego, przesączenie się mlecza przez ścianę; uszkodzenia ściany nie znaleziono. LOWER otwierał klatkę piersiową, rozrywał przewód tuż nad przeponą; trzeciego dnia po operacji zwierzęta padły wskutek uciśnięcia płuca i serca przez mlecz, wylany do opłucny. Wreszcie BOEGEHOLD, chcąc sprawdzić wyniki doświadczeń LOWER'a, operował jak tenże, bez stosowania przepisów aseptyki. Zwierzęta padały. Obok wylania się mlecza znalazł on ropne zapalenie opłucny. Powtarzając to samo, mianowicie, nacinając przewód, lecz w warunkach ścisłej aseptyki, otrzymał on wyniki wbrew przeciwnie otrzymanym poprzednio: zwierzęta pozostały przy życiu. Badając zabite zwierzęta, nie znalazł on ani śladu zapalenia opłucny; na miejscu nacięcia przewód otoczony dokoła delikatnymi, czerwono-białymi skrzepami włókniaka. Nacięta była czwarta część obwodu chłonicy; brzegi rany były sklezione skrzepami włókniaka. Innym znów psom przecinał przewód poprzecznie i ranę w klatce piersiowej zaszywał. Zwierzęta padały wskutek uciśnięcia płuc i serca przez wylaną chłonekę. Gdy wreszcie po przecięciu przewodu pozostawiał w ranie klatki piersiowej sączek, wówczas, przemywając często jamę opłucny roztworem kwasu salicylowego, zwalczał rozwijające się początkowo zapalenie opłucny; zwierzęta chudły i w dwa tygodnie potem padały. Sądzi on, że przyczyną śmierci była obfita utrata mlecza pokarmowego.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

2. F. HAUSZEL. **Doniesienia terapeutyczne.** W ambulatorjum wiedeńskim dla chorób nosa i gardła prof. CHIARI'ego wypróbowano szereg środków nowych i starych dla przekonania się o ich wartości leczniczej.

I. *Orthoform* stosowano w postaci 10% maści i proszku. Okazało się, że dzięki swym własnościom znieczulającym oddawał on znakomite usługi w owrzodzeniach górnych dróg oddechowych, połączonych z bolesnością przy łykaniu. Działania ubocznego nigdy nie spostrzegano.

II. *Jod* — i *Mentholvasogenu* używano w następującem połączeniu a) *Jodi resublim.* 6,0 — *Vasogeni* 94,0; — *Mentholi* 2,0 — *Vasogeni* 98,0. Połączenie jodowe, zalecone jako pendzlowanie, wywierało zbyt silne działanie drażniące zwłaszcza w chorobach nosa. Natomiast w nieżytach suchych przewlekłych gardzieli i tchawicy, a także w cierpieniach tych okolic pochodzenia przymiotowego, jako pendzlowanie oddawało dobre usługi, aczkolwiek takie same wyniki osiągnano, stosując glicerynę z jodem. Połączenie mentolu z wazogenem przynosiło pewną ulgę w przewlekłych nieżytach nosa, wogóle jednak chorzy niezbyt je dobrze znosili. Za to należy zalecać ten środek w *pharyngitis lateralis* w okresie ostrym i podostrym tego cierpienia. Do wdechań nie nadaje się. Prawdopodobnie środki te okazałyby się daleko skuteczniejszymi, gdyby uwolnić je od amoniaku, który zbyt drażni błony śluzowe.

III. *Anesin* — działa znieczulająco. Wbrew twierdzeniu IRSAR'a działanie znieczulające anesinu jest bardzo słabe, i dlatego nie nadaje się on w tym celu do zastosowania w praktyce ryno-laryngologicznej. Co do skuteczności zastrzykiwań pod błonę śluzową — to, wobec wypróbowanej skuteczności eukainy i kokainy, anesin nie może liczyć na rozpowszechnienie.

IV. Woda ze źródeł Emmy i Konstantego w Gleichenbergu. Woda ze źródła Konstantego zawiera dwa razy tyle części stałych i kwasu węglanego, co Ems-Kränchen. Źródło Emmy zaś zawiera jeszcze nieco jodu i bromu, więcej kwasu węglanego i części stałych i podwójną ilość węglanu żelaza. Obydwa źródła należy zalecać w suchych nieżytach gardzieli i w *pharyngitis subacuta* pod postacią płukań albo *per se*, albo pół na pół z mlekiem. Do wdechań (głównie źródło Emmy) w nieżytach przewlekłych tchawicy i krtani i w gruźlicy krtani, zwłaszcza w postaciach lżejszych tego cierpienia. Przeciwwskazane są wdechania wobec skłonności do krwioplucia. Do picia nadają się te źródła w przypadkach raka języka, krtani i przełyku, zwłaszcza połączonych z wydzielaniem się obfitem śluzu.

V. *Airol* używa się zamiast jodoformu. Jest to znakomity środek odkażający i osuszający. Posiada on tę wyższość nad jodoformem, że nie wywołuje żadnych niepożądanych objawów ubocznych, i że znakomicie zmniejsza wydzielinę. Te własności leku są bardzo pożądane dla laryngologa, który zwykle ma do czynienia z ranami powierzchownymi, na które stosowano airol w postaci proszku lub gazy 10%. Gazy używano do sączkowania w otoku ropnym jamy HIGMOR'a, nie można jednak było pozostawiać gazy dłużej nad dni 5, gdy gaza jodoformowa może nie być zmieniana nawet w ciągu dni 8. Natomiast bezwonny opatrunek airolowy przekłada wiele chorych nad jodoformowy.

VI. *Traumato* zawiera 54% jodu. Używano go: 1) do przysypywania ran — wprawdzie nigdy nie widziano zakażenia rany operacyjnej, natomiast często występowały objawy uboczne. 2) w postaci 10% gazy w otoku ropnym jamy HIGMO-

ka, lecz okazał się daleko gorszym od airolu, działania zaś osuszającego i znieczulającego zupełnie nie posiada.

VII. *Kseroform*— użyty w postaci proszku na rany pooperacyjne, chroni je od zakażenia i działa osuszająco. Można go stosować tam, gdzie jodoform bywa źle znoszony. Jako gaza 10% w ropieniu zatok szczękowych ustępuje jodoformowi, za to doskonale nadaje się do tamponowania jam nosowych dzięki swemu działaniu odkażającemu i ściągającemu. Tampony po operacji można pozostawić przez 2 lub 3 dni.

Na podstawie swego doświadczenia autor ocenia wartość tych trzech środków w sposób następujący. Airol posiada najsilniejsze własności osuszające, pod względem zaś siły odkażającej wszystkie stoją na równi, lecz znacznie niżej od jodoformu, o czym najlepiej przekonano się, używając gazy o jednakowej zawartości jodoformu, airolu, traumatolu i kseroformu w cierpieniach ropnych zatok szczękowych. Nad jodoformem wszystkie posiadają tę wielką przewagę, że są bezwonne i nigdy nie wywierają szkodliwego działania ubocznego, czego o jodoformie powiedzieć nie można.

(*Wiener Klin. Wochschr.* Nr 49 — 1898).

K. Z.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

M. K. BONDARENKO.

O wpływie wody Buskiej siarczano-słonej ze źródła Michalskiego (Nr. 1) na przyswajanie i przemianę azotu pokarmów mieszanych u ludzi zdrowych.

Rozprawa, napisana na stopień doktora medycyny i broniąca w S. Petersburskiej Akademii medyko-chirurgicznej. Petersburg. 1898.

(Dokończenie.—Zob. N. 1)

Rozdział VI autor poświęca opisowi zakładu kąpielowego i jego otoczenia, dodając do tego 4 udatne ryciny. Z rozdziału tego należy przytoczyć następujące nowe nabytki i ulepszenia w aparacie kąpielowym.

1) W ostatnich 3 latach ustawiono 8 nowych wanien kaflowych do kąpieli siarczano-słonnych i jedną porcelanową do kąpieli elektrycznych.

2) Zaprowadzono nowy—ulepszony system ogrzewania wody mineralnej na kąpiele. Ogrzewanie odbywa się obecnie w samych wannach, zapomocą mieszadeł, do których para wodna zostaje doprowadzona rurami żelaznymi¹⁾ z kotłów parowych.

3) Rozbiór chemiczny 4 nowych źródeł uskuteczniiony został przez p. F. Gervais, inżyniera górniczego, delegowanego w tym celu do Buska w r. 1896. Badania chemiczne, wykonane w części na miejscu, w części w pracowni chemicznej ministerium finansów, wykazały co następuje:

¹⁾ Szkoda tylko, że rury żelazne, doprowadzające do gabinetów kąpielowych parę o [bardzo] wysokiej cieploty, nie zostały dotąd izolowane jakimkolwiek złym przewodnikiem ciepła, aby przez to zabezpieczyć gabinety kąpielowe od nadmiernego podwyższania się w nich ciepłoty. Mamy nadzieję, że powyższa niedogodność niebawem usunęta zostanie. (Przyp. referenta).

Jeden litr wody zawiera następujące części składowe
w gramach.

	Ź R Ó D Ł O			
	N. 1	N. 2	N. 3	N. 4
Suchej pozostałości	14,5656	13,8756	12,6324	13,2295
Chloru (Cl)	6,6181	6,3484	5,9302	6,0936
Bromu (Br)	0,00104	0,00170	0,00150	0,00270
Jodu (J)	0,00225	0,00210	0,00180	0,00230
Kwasu siarczanego (SO ₃)	1,6723	1,6003	1,4494	1,4756
Kwasu węglanego (CO ₂) związan.	0,0977	0,0945	0,1052	0,08094
Wapnia (tlenku wapnia CaO)	0,6497	0,6221	0,5623	0,5688
Magnez (tlenku magnezu MgO)	0,4244	0,4064	0,3841	0,3681
Potasu (K ₂ O)	0,1112	0,1142	0,0979	0,1169
Sodu (Na ₂ O)	4,2742	4,0973	3,7426	3,9416
Litu (Li ₂ O)	0,00106	nieo-	Żna-	czono
Tlenku żelaza (FeO)	—	—	0,0017	0,0523

Kombinacja składników.
W jednym litrze wody znajduje się gramów ²⁾.

	Ź R Ó D Ł O			
	N. 1	N. 2	N. 3	N. 4
Kwas. węglan. swobodn. i pół związ. (w ctm. szc.) . .	84,3	93,0	89,7	87,4
Siarkowodoru	24,05	25,63	12,2	8,2
Chlorku sodu	10,8778	10,4214	9,7723	10,0255
„ litu	0,003	—	—	—
„ magnez	0,0185	0,0325	—	0,01
Jodku magnez	0,0024	0,0023	0,0019	0,0020
Bromku magnez	0,0012	0,0019	0,0017	0,0026
Siarczanu potasu	0,2058	0,2114	0,1812	0,2164
„ magnez	1,2318	1,1640	1,1343	1,0749
„ wapnia	1,2861	1,2361	1,0556	1,1212
Węglanu wapnia	0,2145	0,2020	0,2264	0,1914
„ magnez	0,0102	0,0107	0,0108	0,01
Węglanu żelaza	—	—	0,0031	0,0523
Suma składników stałych	13,413	13,2823	12,3873	12,7072
Cisnienie w milimetrach	330	510	540	655
Wydajność dobową w litrach	60242	145920	84186	67693
Ciepłota wody C	11,8 ⁰	11,9 ⁰	11,5 ⁰	11,3 ⁰
Cieężar właściwy	1,01072	1,01031	1,0099	1,01016
Głębokość źródeł w stopach	100	200	191	270

²⁾ Analiza ta ogłoszona została w „Gornom Zurnale“ 1897. Jul.

Woda wszystkich 4 źródeł, z początku jej wytrysku t. j. zaraz po otwarciu kranu, jest mętna i ma kolor ciemny, co pochodzi od większej lub mniejszej ilości cząsteczek siarku żelaza, pochodzącego z rur żelaznych, stanowiących oprawę odwiertu świdrowego. Ciemny męt pokazuje się tylko przy pierwszym strumieniu wody, poczem woda staje się przezroczystą i bezbarwną — co odnosi się do źródła Nr. 1 i 2, lub też woda mineralna okazuje słaby zielonkawy odcień — co odnosi się do źródła Nr. 3 i 4 i dowodzi stałej zawartości żelaza w ostatnich 2 źródłach.

Jeżeli wodę mineralną pozostawimy w naczyniu zamkniętem, to zachowa ona, w ciągu nieograniczonego czasu, swoją przezroczystość; na otwartem zaś powietrzu woda szybko i znacznie mętnieje, wydzielając siarkę i węgiel wapna, — a woda ze źródła Nr. 3 i 4 osadza prócz tego siarek żelaza.

Woda wszystkich 4 źródeł, po pozostawieniu jej przez pewien czas na otwartem powietrzu lub po przegotowaniu, okazuje odczyn słabo-alkaliczny.

Ze względu na to, że chorzy i lekarze przypisują wielkie znaczenie obfitości siarkowodoru w wodzie mineralnej, użytej do kąpiel, przeto Gervais uznał za właściwe oznaczyć porównawczo ilość tego gazu w porządku, w jakim kąpiel bywa przygotowana, a więc najprzód w wodzie, wprost ze źródła Nr. 1 i 2 czerpanej, następnie w wodzie po zmieszaniu jej w ogólnym zbiorniku — Rotundzie, potem w górnym zbiorniku naporowym; a w końcu w gotowej już kąpeli — w wannie. Wykaże to następująca tablica:

Zawartość siarkowodoru w milimet. w centm. szść.

w Źródle Nr. 1	37,0	24,05
„ „ 2	39,5	25,63
w studni Rotundnie	14,55	9,38
w górnym zbiorniku	6,95	4,51
w wannie przy 27° C.	6,35	4,10

Powyższe cyfry wykazują, jak znaczne są straty siarkowodoru, wskutek nieracyjonalnego urządzenia zbiorników i wolnego do nich przystępu powietrza³⁾.

W rozdziale VIII autor rozbiera działanie fizyologiczne i terapeutyczne wody mineralnej. Wychodząc z zasady, że działanie wody mineralnej Buskiej składać się będzie z sumy działania trzech głównych składników tejże wody t. j. soli kuchennej, siarkowodoru i wody, autor przytacza liczne prace zagranicznych i rosyjskich badaczy, dotyczące poszczególnego działania tych składników na ustrój. Ze względu na szczupłość ram i praktyczne cele niniejszego tygodnika, pominąć muszę te, więcej teoretyczne, niż praktyczne wywody, a to tembardziej, że pogląd na działanie wód mineralnych, wypowiedziany przez KISCH'a i TROUSSEAU, poczytuję wspólnie z autorem za jedynie racjonalny: „Wody mineralne nie mogą być uważane za lekarstwa proste... Natura połączyła w nich większą lub mniejszą ilość różnorodnych pierwiastków, po części już zbadanych, poczęści jeszcze nieodkrytych rozbiorem chemicznym, które jednak wszystkie na ustrój ludzki działać muszą, a wyniki tego działania mogą być jedynie osądzone przy obserwacji klinicznej“. Z tego punktu widzenia, badania, przedsięwzięte przez autora nad wpływem wody Buskiej na przyswajanie i przemianę azotu pokarmów mieszanych u ludzi zdrowych, wykonane na miejscu i w warunkach klimatycznych miejscowych, wodą mineralną świeżą, wprost ze źródła wziętą, tem większego nabierają znaczenia. Lecz i tu ograniczyć się muszę tylko do przytoczenia wyników, jakie autor z badań swych otrzymał. Autor wykonywał swoje ba-

³⁾ Pomimo tak znacznej straty siarkowodoru podczas skomplikowanego aktu przygotowywania kąpeli, woda mineralna teje jest jeszcze o wiele bogatsza w siarkowodór (= 4,10 centr. szć.) od jednego z najslawniejszych źródeł w Europie t. j. od „Kaiserquelle“ (= 3,1 centr. sz.) w Akwisgranie (Aachen). Przypisek sprawozdawcy).

dania nad 6-ma zdrowymi żołnierzami, po lat 22—25 mającymi, pozostającymi, jako posługacze szpitala, pod ścisłą kontrolą badającego, również w budynku szpitalnym mieszkającego. Autor posługiwał się metodami, ogólnie w pracowniach klinicznych przyjętymi. Badania trwały przez dni 13 bez żadnej przerwy i podzielone zostały na 4 następujące okresy:

- 1-szy okres wstępny—trwał dni 3—badani nie używali wody mineralnej,
- 2-gi dni 4 — badani pili dziennie 750 ctm. szść. wody ze źródła Nr. 1,
- 3-ci dni 3 — badani otrzymywali 750 ctm. szść. wody przekroplonej dziennie,
- 4-ty okres trzydniowy— bez użycia wody, przeznaczony był na wyprowadzanie wniosków.

Dytę stanowiły pokarmy zwykłe, mieszane, lecz ujednolajnione i ściśle kontrolowane, tak pod względem ilościowym jak i jakościowym. Mocz i kał zbierano do czystych, szczelnie zamkniętych szklanych baniek.

Pomijając metody rozbiorów chemicznych i liczbowe z nich wyniki, podane szczegółowo na 7 tablicach, jak równie szczegółowy opis spostrzeżeń nad 6 badanymi osobnikami, przystępuję do wyników, jakie autor z badań swych otrzymał, i tak:

1) Waga ciała podczas 4 wyżej wspomnianych okresów ulegała nieznamytnym wahaniom, jednakowoż pod wpływem wody mineralnej spostrzegano dążność do podwyższenia wagi ciała.

2) Przeciętna, dobową ilość moczu zmieniała się nieznamytnie pod wpływem wody mineralnej, lecz okazywała dążność do podwyżki.

Ciężar właściwy moczu wogóle nieco się zmniejszał. Oddziaływanie moczu, pod wpływem wody mineralnej, pozostało w 3 przypadkach kwaśne we wszystkich okresach badania, w 3 zaś innych przypadkach zmieniło się na słabo-kwaśne, a tylko podczas jednego dnia i u jednego tylko badanego oddziaływanie stało się słabo alkalicznem.

3) Przyswajanie azotu pod wpływem wody Buskiej uległo podwyżce najmniej o 2,10%, najwięcej o 6,74%, przeciętnie dla wszystkich 6 badanych podwyższyło się o 3,16%.

Przy porównaniu okresu obserwacji z wodą przekroploną z okresem 1 wstępnym, okazało się przyswajanie azotu podwyższonem, lecz tylko u 3 osobników, u 3 zaś innych przyswajanie to uległo obniżce.

Porównyując okres 3-ci (używania wody przekroplonej) z okresem drugim (używania wody mineralnej), widzimy, że we wszystkich 6 przypadkach przyswajanie azotu zmniejszyło się w okresie używania wody przekroplonej w stosunku do okresu używania wody mineralnej, było jednak wyższe od okresu pierwszego (wstępnego) o 0,18% przeciętnie.

W 4-ym okresie (bez wody) przyswajanie azotu pogorszyło się u 2 osobników, w 4 zaś przypadkach, w porównaniu z okresem pierwszym, podwyższyło się.

Średnia przeciętna liczba dla wszystkich 6 badanych, co do przyswajania azotu, przedstawia się w sposób następujący:

W 1-ym okresie przyswajanie azotu	= 90,20%
w 2-gim okresie	+ 3,16%
w 3-cim okresie	+ 0,18%
w 4-tym okresie	+ 0,73%

Przemiana materji w okresie drugim (użycia wody mineralnej) we wszystkich 6 przypadkach powiększyła się najmniej o 1,18%, najwyżej o 5,72%, przeciętnie o 3,99%. W okresie 3 im (używania wody przekroplonej) powiększyła się przemiana materji w 3 przypadkach, zmniejszyła się także w 3; w porównaniu zaś z okresem drugim zmniejszyła się przemiana materji. Przeciętnie dla wszystkich

6 przypadków wzmogła się przemiana materii tego okresu, w porównaniu z pierwszym okresem, o 0,30%. W okresie 4-ym (bez wody) powiększyła się przemiana materii w 4 przypadkach, zmniejszyła się w 3, średnio dla wszystkich 6 przypadków powiększyła się o 0,34%. Szeregując przeciętną średnią wszystkich 6 przypadków, otrzymamy:

W 1 okresie	przemiana materii	=	88,13%
„ 2 „	„ „	+	3,99%
„ 3 „	„ „	+	0,30%
„ 4 „	„ „	+	0,34%

Ztąd wypada, że woda mineralna przecięciowo podwyższała przemianę materii we wszystkich 6 przypadkach o 3,99%, przy czem także działanie wody mineralnej zdawało się przedłużać i na następne okresy w niektórych przypadkach.

Ilość azotu materii wyciągowych, pod wpływem wody mineralnej, zmniejszała się we wszystkich przypadkach — najmniej o 2,19%, najwięcej o 7,98%, średnia zaś zniżka ze wszystkich 6 przypadków = 5,78%, t. j. że sprawy utleniania pod wpływem wody mineralnej stale się wzmagają. Pod wpływem zaś wody przekroplonej zauważono również wzmoczenie tych spraw w 3 przypadkach, a w 2 — zmniejszenie; przeciętnie dla 6 badanych azot istot wyciągowych zmniejszył się o 0,60% w porównaniu z tym okresem. W porównaniu z okresem drugim, sprawy utleniania zmniejszały się we wszystkich przypadkach.

W okresie 4-ym otrzymano zmniejszenie azotu materii wyciągowych o 1,01%.

Szeregując przeciętne liczby dla wszystkich 6 badanych, otrzymamy:

W 1 okresie	19,06%
w 2 „	— 5,78%
w 3 „	— 0,60%
w 4 „	— 1,01%

Średnia ilość mocznika pod wpływem wody mineralnej zwiększała się najwyżej o 4,436, najniżej o 1,171, średnio dla 6 badanych powiększanie ilości mocznika = 3,017. Pod wpływem wody przekroplonej ilość mocznika zmniejszyła się średnio dla 6 badanych o 0,054. W 4-tym okresie ilość ta w porównaniu z 1-ym okresem powiększyła się o 0,715.

Pod wpływem wody mineralnej łaknienie się wzmagало, trawienie poprawiało się. Woda mineralna Buska ma smak słono-gorzki, lekko ściągający, sprawia uczucie ciepła w żołądku, a po jakimś czasie odbijanie zgniętymi jajami.

Pierwsze wypicie wody mineralnej powodowało nieprzyjemne uczucie, z powodu zapachu siarkowodoru, następnie badani prędko do tego przywykali.

Z tego, co wyżej wyłożono, dają się wyprowadzić następujące wnioski:

1) Woda siarczano-słona Buska ze źródła Nr. 1, użyta po 750 ctm. sz. dziennie (w ciągu 3 dni) poprawia przyswajanie azotu pokarmów u ludzi zdrowych.

2) Przyswajanie azotu utrzymuje się w niewielkim powiększeniu i w dwu następnych okresach, lecz nie we wszystkich razach.

3) Przemiana materii pod wpływem wody mineralnej powiększa się.

4) Przeciwnie — pod wpływem wody przekroplonej — tak przyswajanie jak i przemiana materii zmniejsza się. W porównaniu zaś z okresem 1-ym (bez wody) o niewiele tylko pozostaje wyższą.

5) Wydzielanie mocznika — pod wpływem wody mineralnej Buskiej powiększa się.

6) Woda przekroplona zmniejsza nieco ilość wydzielanego mocznika.

7) Woda Buska zmniejsza ilość materii wyciągowych czyli poprawia sprawę utlenienia. Przeciwnie, woda przekroplona pogarsza tę sprawę.

8) Na ilość wydzielanego moczu woda mineralna, w porównaniu z wodą zwyczajną, nie wpływa; ciężar właściwy moczu zmniejsza się tak pod wpływem wody mineralnej, jak i przekroplonej. Kwaśne oddziaływanie moczu zmniejsza się nieznacznie.

9) Waga ciała, pod wpływem wody mineralnej, zwiększa się nieznacznie; przy użyciu wody przekroplonej — zmniejsza się, lecz wogóle zmiany są bardzo nieznaczne.

10) Działanie wody mineralnej Buskiej na polepszenie przyswajania azotu, wzmożenie przemiany materii i spraw utlenienia występuje stale i zdaje się przedłużać przez pewien czas i po zaprzestaniu używania wody mineralnej.

Kończąc swą pracę, autor nie przesądza, aby przez jego badania sprawa wpływu wody mineralnej Buskiej na przyswajanie azotu i przemianę materii stanowczo rozwiązana została; przyznaje nawet, że przydałyby się tu liczniejsze i dłuższe doświadczenia. Jednakowoż — na podstawie otrzymanych faktów — autor czuje się w prawie zaprotestować przeciwko krańcowym i sceptycznym poglądom niektórych balneologów, którzy odmawiają wodom siarczanyom wszelkiego specjalnego znaczenia leczniczego.

Sprawozdawca J. Majkowski.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Na posiedzeniu wydziału higieny ludowej Warsz. Tow. hig. dnia 7. I. r. b. kol. CHEŁCHOWSKI odczytał referat o obecnym stanie sprawy szczepienia ospy w naszym kraju. Żywe zainteresowanie się waryolacją u nas w końcu zeszłego stulecia przygotowało umysły do przyjęcia wakcynacji, która w początku bieżącego stulecia postępowała w naszym kraju niemal równie szybko, jak i w Zachodniej Europie. Chociaż postęp ten później znacznie zwolnił, jednak około roku 1860 byliśmy już bliscy powszechnego szczepienia: rocznie szczepiono 3,91% ludności. Troskano się wtedy głównie o rewakcynację, a o większych spustoszeniach, przez ospę czynionych, niema wzmianek w ówczesnem piśmiennictwie lekarskiem. Później sprawa szczepienia uległa wielkiemu zaniedbaniu, trwającemu aż do r. 1885, w którym odsetka szczepień wynosiła zaledwie 2,59%. Równoległe z tem zjawiały się od roku 1871 bardzo silne i częste epidemie ospy, trwające do dziś, chociaż, dzięki powstaniu zakładów krowiankowych i rozpowszechnieniu bardzo taniego detrytu ospowego, sprawa szczepienia od roku 1886 znowu zaczęła postępować, i odsetka szczepień w roku 1892 dosięgła 3,27%. I w ostatnich 6 latach musiał się odbyć pewien postęp w tej sprawie, sądząc z odpowiedzi lekarzy powiatowych, którzy na zwrócone do nich w tym względzie zapytania pośpieszyli z odpowiedziami nad spodziewanie licznymi, dokładnymi i obszernymi.

Sprawa szczepienia stoi całkiem dobrze jedynie w gub. Kieleckiej; po za tem w guberniach zachodnich Królestwa lepiej, niż we wschodnich; najgorzej w powia-

tach litewskich gub. Suwalskiej i w wielu powiatach gub. Warszawskiej. W osadach między mieszczaństwem chrześcijańskim dzieje się daleko gorzej, niż po wsiach. W wielu powiatach sołtysi, spisując dzieci, kwalifikujące się do szczepienia, pomijają ich mnóstwo, czasami może połowę.

Liczba nieszczepionych, w różnych okolicach kraju bardzo różna, wynosi w Królestwie średnio 10—15%, czyli około 1—1½ miliona ludzi. Cyfrę tę otrzymano z porównania odpowiedzi lekarzy powiatowych oraz z pojedynczych spostrzeżeń nad całymi grupami ludności, nad paru wioskami, nad chorymi, przybywającymi do szpitala Dz. Jezus. Cyfrę tę możnaby wyrachowywać teoretycznie, porównując liczbę urodzeń z liczbą szczepień i zmniejszając otrzymaną różnicę o liczbę dzieci zmarłych przed szczepieniem.
$$X(\text{procent nieszczepionych}) = \frac{100}{a} \left(a - c - \frac{b}{5} \right)$$

gdzie a oznacza promille urodzeń, b — śmierci, a c — szczepień. Z takiego teoretycznego rachunku wynikałoby, że między dziećmi, liczącymi 1—7 lat życia, nieszczepionych jest około 7%, między 8-letnimi do 17-letnich — około 15%, między osobami starszemi około 20%.

Z oddzielnych spostrzeżeń: nad chorymi szpitalnymi, nad pojedynczemi wioskami wynikałoby, że z pomiędzy nieszczepionych połowa i więcej przeżywa ospę naturalną. Gdyby uogólniać te spostrzeżenia, wypadłoby, że w obecnym pokoleniu w Królestwie 500—700 tysięcy chorowało na ospę.

Wykazy śmiertelności z ospy mało budzą zaufania. Statystyka proboszczów dokładniejsza jest od lekarskiej. W Warszawie, gub. Warszawskiej i Piotrkowskiej epidemia ospy trwa wciąż. Ani jednego roku nie było wolnego od epidemii przynajmniej powiatowych. W latach takich epidemii często co dziesiąta, a nawet co czwarta śmierć w powiecie przypada na ospę. Najgorszym był rok 1892, ale i teraz z kilkunastu powiatów donoszą o epidemii ospy.

Przymusowe bezpłatne szczepienie ospy byłoby dobrodziejstwem dla kraju. Dałoby się ono przeprowadzić daleko łatwiej, jeżeliby jednocześnie zaprowadzona została i przymusowa rewakcynacja. Wykazuje to samo praktyka życiowa, bo sprawa szczepienia tam najlepiej stoi, a więc najmniej spotyka oporu i niechęci, gdzie się stosuje dużo rewakcynacji. Jeżeli przymusowa wakcynacja wymagałaby 400 tysięcy szczepień rocznie, to na przymusową rewakcynację wypadłoby tylko 200 tysięcy.

Koszta szczepienia, obciążające gminy, są bardzo różne w różnych powiatach, wynoszą od 2 do 20 kop. za szczepienie albo od 2½ rb. do 75 rb. na gminę. Najdrożej płać niektóre powiaty gub. Lubelskiej, to też tam szczepią ospę lekarze osobiście. Zdawałoby się, że ze względu na większy koszt, szczepienie przez samych lekarzy, chociaż pożądané, konieczne nie jest, że żadne datki od rodziców nie powinny być tolerowane, a koszt szczepień winien obciążać nie rodziców, ale całą gminę. W zakładach krowiankowych prócz możliwej aseptyki konieczne są sekcyje cieląt, użytych do zbierania limfy i detrytu, a to dla zniszczenia materiału szczepiennego, pochodzącego od cieląt gruźliczych. Dla uniknięcia powikłań konieczna jest instrukcja dla felczerów; projekt instrukcyi podał d-r Br. SAWICKI. Konieczne jest rozpowszechnienie między biorącymi udział w sprawie szczepienia (sołtysami, wójtami, felczerami) książeczki o ospie np. bardzo dobrej d-ra PUŁAWSKIEGO. Dla pokonania niechęci wśród ludu na wsi i zwłaszcza w osadach najlepsze jest żywe słowo — a więc odczyty o ospie, których przykład dał kol. d-r PODOLSKI z Węgrowa. Ogromny wpływ może mieć duchowieństwo. Dużo mogą zrobić lekarze fabryczni. Chlebobdawcy, przyjmując pracowników, mogą i powinni wymagać, żeby oni ich rodziny mieli ospę szczepioną.

Kol. POLAK w krótkich słowach opisał prawodawstwo ospowe angielskie i nie mieckie oraz swój projekt przymusowego szczepienia.

W dyskusyi zaznaczono, że w pow. rawskim (kol. PADAREWSKI), sokołowskim i ciechanowskim (kol. JAROSIŃSKI) zdarzały się zachorowania na ospę w bardzo krótkim czasie, w rok np. po zaszczeniu ospy ochronnej, która na pozór przyjęła się. Może w takich razach detryt zawiera drobnoustroje ropotwórcze obok pierwiastku ospowego: ten ostatni z jakichkolwiek powodów ginie, pierwsze zaś zostają i dają wprawdzie krosty i blizny, ale nie ospowe i od ospy nie zabezpieczają.

Następne posiedzenie (dnia 4 lutego) poświęcone będzie dyskusyi nad sprawą szczepienia i środkami jej poprawienia.

J.

ODCINEK.

O KONIECZNOŚCI SANITARNEGO PRAWODAWSTWA DLA MIEJSCOWOŚCI LECZNICZYCH.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 1).

Ekspertyza, dotycząca mieszkań, wskazówki, jak należy wykonywać dezynfekcyę, reforma w urządzaniu miejsc ustępowych, kontrola nad restauracyami, przedsięwzięcie środków zaradczych w razie zawleczenia jakieś epidemii do danej miejscowości, zabezpieczenie studzien od zanieczyszczeń i t. d., oto w głównych zarysach pole działania dla miejscowego komitetu sanitarnego.

Jasną jest rzeczą, że wszelki projekt do prawa lub projekt do ustawy, bez względu na swe rozmiary, musiałby się składać z dwóch zasadniczych części: pierwsza określałaby zadanie i atrybucyę komitetu sanitarnego, czy komisyi sanitarnej, którąby np. można nazwać komitetem opieki nad chorymi w danej miejscowości. Druga zaś, obejmowałaby wyszczególnienie obowiązków, leżących na tych z mieszkańców stałych danej miejscowości, którzy ciągną korzyści z osób przyjezdnych i wchodzą z nimi w pewien stosunek, dotyczący interesów zdrowia tychże osób.

Projekt podobnej ustawy podajemy na końcu obecnego artykułu. Tu tylko ogólnie powiedzieć możemy, że wszystkie jej paragrafy są łatwo wykonalne, że nie wprowadzają zasadniczych zmian w obowiązujących dziś przepisach policyjno-lekarskich, lecz że są tylko ich rozwinięciem lub uzupełnieniem.

Aby się dotykałnie o potrzebie podobnego prawodawstwa przekonać, dość jest jednego rzutu oka na obecny stan dzisiejszych miejscowości leczniczych. Wedle książki doktora N. P. IWANOWA p. t. „Ojczyste kurorty“ (r. 1897) w całym państwie Rosyjskiem istnieje około 330 miejscowości leczniczych. Rozpatrzywszy się w nich nieco szczegółowiej, przekonamy się, że zaledwie $\frac{1}{4}$ z nich, odpowiada jako tako niezłędnym wymaganiom sanitarnym, t. j. takim wymaganiom, jakim każdy punkt leczniczy powinien czynić zadość, a mianowicie: że posiada w swym obrębie zakład leczniczy, że posiada mniej więcej dokładną analizę swych środków leczniczych, że ma znośne urządzenia balneo-terapeutyczne, dostateczną opiekę lekarską i t. d. Reszta, to jest przeszło dwieście kilkadziesiąt miejscowości, nie wiadomo dlaczego nazywających się kurortami, pozbawiona jest tego

wszystkiego. W większości z nich nie ma bowiem żadnych zakładów leczniczych, w którychby prawidłowe leczenie było zapewnione, niema również stałej opieki lekarskiej, a nawet rzadko kiedy widzą one u siebie lekarza. Mieszkań w takich kurortach jest brak kompletny, a te, które są, są jaknajgorsze. Toż samo się odnosi i do produktów spożywczych, nad którymi oczywiście kontroli nie ma żadnej; o analizie środków leczniczych, którymi się ludzie leczą w takich miejscowościach, mowy niema, a co gorsza, że wiele z tych miejscowości, pomimo swych wartościowych źródeł, posiada tak niekorzystne warunki klimatyczne, że dobrodziejstwem by było, aby władza wzbronila do nich dostępu. W podobnych pseudokurortach panuje kompletna anarchia; każdy chory jest dla siebie lekarzem. Można sobie wyobrazić, jakie ztąd skutki wynikają. Dość tu sobie przypomnieć, że w tej mianowicie kategorii miejsc leczniczych znajduje się nie mało termów silnie nasyconych i wysoką temperaturę posiadających. Otóż, jeżeli my, lekarze, musimy podobnych źródeł z ostrożnością używać i kierować się naukowem doświadczeniem, to oczywiście chory narażony jest na wielkie niebezpieczeństwo, gdy sam ma możliwość dowolnego stosowania tak silnego środka, zwłaszcza, że chorzy są zwykle tego przekonania, że skuteczność kąpieli jest w stosunku prostym do jej temperatury. Nic też dziwnego, że przypadki śmierci w kąpieli, lub silnego pogorszenia wielu stanów chorobowych nie należą w podobnych pseudokurortach do rzadkości. O możliwości szerzenia się przymiotu u źródeł siarczanych, gdzie nie ma opieki lekarskiej i gdzie często jedna lub dwie drewniane wanny służą dla kilkudziesięciu różnych chorych obcierających się jednym prześcieradłem, chyba nie ma racji wątpić.

Tylko odpowiednie sanitarne prawodawstwo, które przedewszystkiemby wymagało stałej obecności lekarza w każdej bez wyjątku miejscowości leczniczej, mogłoby te nienormalności usunąć; bo albo dana miejscowość lecznicza jest uznana jako taka, albo nie; jeżeli tak, lekarz na miejscu być musi, w przeciwnym zaś razie żadne społeczeństwo, żaden rząd nie powinien pozwolić na taki szkodliwy dyktantyzm w medycynie, i publiczną fuszerkę. Wolno każdemu w swoim własnym mieszkaniu leczyć się, jak mu się podoba; ale instytucja społeczna, jaką jest każda stacya lecznicza, nie powinna lekceważyć zdrowia i życia ludzkiego.

Jeżeli się zgodzimy na to, że kurort bez lekarza nie może istnieć, to również uzasadnione będzie żądanie, aby w każdym z nich znajdował się chociażby jaknajskromniejszych rozmiarów zakład leczniczy, odpowiadający współczesnym wymaganiom nauki i będący dla otoczenia wzorem, zarówno pod względem higieny, jak i wzorem pouczającym, jak prawidłowe leczenie w zastosowaniu do danych środków prowadzić się winno. Tylko na tej drodze, zdaniem naszym, rozwój i postęp miejscowości leczniczych da się zapewnić, i tylko mając model przed oczyma, można będzie starych błędów w nowych urządzeniach uniknąć.

II.

Niedość jest jednak zapewnić stacyom leczniczym opiekę lekarską na poważnie prawa opartą; potrzeba jeszcze przedsięwziąć środki, któreby zabezpieczyły przyjeżdżających na leczenie od wyzysku ze strony miejscowych mieszkańców, wyzysku — który nieraz po prostu, zdzierstwem nazwać należy. W każdym zakładzie leczniczym istnieje, jak wiadomo, na wszystko cennik przez władzę zatwierdzony; tymczasem po za zakładem właściciele domów lub dostawcy nakładają na wszystko ceny, jakie im się podoba. Ceny te, w czasie większego zjazdu, dochodzą do nieprawdopodobnych rozmiarów i głównie dotyczą mieszkań. Aby sobie czynność obdzierania publiczności ułatwić, właściciele domów operują za pośrednictwem agentów. Agenci owi czatują już zwykle na stacyi drogi żelaznej na przy-

jeżdżających, lub też sadowią się w zajazdach i hotelach, gdzie ze swemi usługami z całą natarczywością narzucają się publiczności. Zapewniają oni zwykle, że prawie wszystkie mieszkania są już zajęte. Przyjezdny, nieświadom miejscowych stosunków, chcąc nie chcąc, powierza się faktorowi, który go wiezie do jedynego dobrego (sic) mieszkania, jakie jeszcze pozostało, a podróżny, nieraz poważnie chory i zmęczony drogą, gdy raz swe rzeczy przed mieszkaniem przez faktora zaleconem złoży, już nie ma sposobu wydobyć się z matni, ponieważ właściciel domu natychmiast z niego ściągą należność za cały miesiąc. Wkrótce, bo już nazajutrz, taki chory się przekonywa, że jest jeszcze wiele mieszkań wolnych, i że są daleko lepsze i tańsze, aniżeli to, które zajął; że wreszcie w samym zakładzie leczniczym można się za tę samą cenę ulokować, mieć daleko większe wygody, a prócz tego stałą opiekę lekarską na miejscu. Za każdego dostawionego gościa agent bezzwłocznie otrzymuje od właściciela domu *minimum* 25% miesięcznej należności, a im mieszkanie jest gorsze, a więc, im je trudniej wynająć, tem większe agent otrzymuje od właściciela domu wynagrodzenie, które nieraz połowę miesięcznej należności wynosi.

W wielu miejscowościach leczniczych lub miejscach letniego pobytu, mianowicie nowopowstających, miejscowi dorożkarze są zarazem agentami, z którymi właściciele mieszkań są w porozumieniu. Tacy agenci-dorożkarze tyranizują po prostu publiczność, nakładają dowolne ceny za przewóz i zawożą chorych tam, gdzie sami chcą, to jest tam, gdzie według umowy z właścicielem większy ich czeka zarobek. Policja patrzy na te nadużycia obojętnym okiem, odpowiadając na interpelacje, że każdy ma prawo udać się ze skargą do właściwej władzy, tak, jakby ludzie po to przyjechali do stacji leczniczych, aby się włóczyć po urzędach policyjnych, lub całemi godzinami wystawać u sędziego pokoju.

To, co się odnosi do mieszkań, stosuje się również do kuchni oraz usługi w domach prywatnych. Kuchnia i usługa, z początku niezła lub znośna, zaczyna się wkrótce psuć, tak, że częstokroć przed upływem tygodni kilku chory musi swą siedzibę opuścić, szukając dla siebie lepszych warunków. Wreszcie należy tu zaznaczyć ten fakt, że wielu właścicieli całkiem bezprawnie żąda od chorych zapłaty za cały miesiąc, chociaż ci zaledwie pół miesiąca lub krócej w dalszym ciągu mieszkać mają zamiar. Żądanie podobne na początku sezonu byłoby słuszne, lecz pod koniec, gdy wiele mieszkań jest już opróżnionych, staje się nadużyciem.

Niepodobna tu oczywiście wchodzić w inne szczegóły, których jest mnóstwo, lecz te, któreśmy przytoczyli na podstawie własnego doświadczenia, zwiedzając bardzo wiele stacji leczniczych, wystarczą, aby przekonać wszystkich, na jak liczne zawody, niedogodności i materyalne straty nasi chorzy w nich są narażeni. Wobec tych faktów niezbędne jest:

1) Ustanowienie taksy na mieszkania i obmyślenie takiego typu kontraktu najmu tychże mieszkań, aby chorzy, na leczenie przybywający, nie byli narażeni na zdzierstwo i mieli spokój.

2) Niezbędną jest rzeczą ustanowienie taksy dla dorożkarzy, tak jak to ma miejsce w miastach, i zabronienie im wszelkiego pośrednictwa w wynajmowaniu mieszkań, gdyż wszelkich informacji pod względem mieszkań, ich cen i topograficznego położenia, dostarczy biuro informacyjne, przez cały czas sezonu funkcyjujące, o czem w instrukcyi dla komitetu sanitarnego bliżej jest mowa.

3) Ustanowienie taksy na najważniejsze produkty spożywcze, t. j. na chleb, mleko i mięso, za które to produkty właściciele domów lub dostawcy biorą po 2—3 lub więcej razy drożej, niż na rynku, znajdującym się zwykle w niewielkiej odległości od danej stacji leczniczej.

W ustanowieniu taksy ani z punktu widzenia prawnego, ani zwyczajowego nie zachodzą żadne trudności, bo jeżeli, jak to już wyżej powiedzieliśmy, władza, chcąc uchronić chorych od wyzysku, zatwierdza ceny dla zakładu leczniczego, których to cen zakład trzymać się musi; jeżeli też sama władza również zatwierdza cennik dla stacyi dróg żelaznych także w tym celu, aby publiczności nie wyzyskiwano, to dlaczegożby cennik na mieszkania i produkty spożywcze w kurortach nie mógł istnieć i być obowiązującym? Trudności w ustanowieniu taksy nie byłoby żadnej, gdyż ten cennik, który dla zakładu leczniczego w danej miejscowości jest obowiązujący, mógłby być zarazem i cennikiem obowiązującym dla właścicieli domów i dostawców.

4) I pod względem wymiaru sprawiedliwości przyjezdni wystawieni są na wielkie zawody. Sprawiedliwość dla nich tak jakby nieistniała, a to dla tego, że panowie sędziowie wyznaczając terminy sądenia spraw już po zamkniętym sezonie, gdy się wszyscy, zatem i świadkowie rozjadą, czynią ze sądów całkiem bezużyteczną instytucję. Panowie sędziowie bowiem nie chcą o tem pamiętać, że według artykułu prawa winni wszelkie zatargi i spory między chorymi, do stacyi klinicznych przybywającymi, a miejscowymi mieszkańcami, bezzwłocznie sądzić i rozpatrywać. Tymczasem dzieje się inaczej, niż prawo wymaga, a w tym względzie niepodobna tu nie przytoczyć dość głośnego wydarzenia, jakie miało miejsce w jednej ze słynnych miejscowości leczniczych Kaukazu, gdzie z powodu, iż sędzia termin sądenia sprawy, która wszystkich interesowała, chciał *ad calendas graecas* odłożyć, publiczność telegrafowała do pana ministra sprawiedliwości z prośbą, aby sędzia bezzwłocznie sprawę osądził. Oczywiście, słusznemu żądaniu publiczności p. minister uczynił zadość.

(C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt IV z roku 1898, ogólnego zbioru tom XCV „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ i zawiera: 1) M. JAKOWSKI. Wyniki badań bakteryologicznych w 350 przypadkach ropienia u ludzi. 2) A. ŻURAKOWSKI. Bakterie wody wodociągowej w Warszawie. 3) E. BIERNACKI. Spostrzeżenia nad glikolizą (utlenianiem cukru przez krew), warunkami jej istnienia i zachowania się w stanach patologicznych. (Dok.). 4) J. W. SAWICKI. Falowanie nerwowe, jako równoważnik zjawisk psychicznych. Zarys energetyki układu nerwowego. (Ciąg dalszy). 5) Wiadomości o funduszach stałych, wła-

snością Tow. Lek. Warsz. będących. (Ciąg dalszy). 6) Protokoły posiedzeń Tow. Lek. Warsz. do dnia 6 grudnia 1898 r. włącznie.

— Prof. BEHRING razem z d-rem RUPPEM otrzymali nowy patent na wyrób surowicy przeciwgruźliczej pod nazwą „Metoda, służąca do wytwarzania substancji wysoce jadowitej i uodparniającej przeciw lasecznikowi gruźliczemu i jego hodowli“.

— STANLEY KENT, lekarz szpitalny w Londynie, jakoby miał odnaleźć swoisty ustrój, który stanowi czynny pierwiastek limfy oспowej, używanej do szczepień ochronnych.

Od Administracyi.

„Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1899 oraz o uregulowanie zaległych rachunków“.

Rok XXXIV-ty.

M E D Y C Y N A

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1899 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przede wszystkim na celu potrzeby lekarzy-praktyków zatem za najważniejsze zadanie dla siebie poczytuje uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możliwe, rozszerzeniu ulegną. Wobec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty lub litografie, obejmować będzie tekstu najmniej **stron 24** dotychczasowego formatu.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Z przesyłką pocztową rocznie rs. 7 — lub półrocznie rs. 3 kop. 50.

Każdy artykuł, pomieszczony w „Medycynie“, jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub pomocy naukowej i t. d. i t. d. zwracać się należy pod adresami **Redakcyja „Medycyny“ w Warszawie — Krakowskie Przedmieście Nr 7;** z wszelkim zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d. zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Żłota 14.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою. Варшава, 31 Декабря 1898 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8