

№ 1. Warszawa, d. 26 Grudnia (7 Stycznia) 1898/9 r. T. XXVII.

MEDYCINA.

CIASOPISMO 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 jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyna”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Ziota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Obrażenia przewodu piersiowego. Podał Antoni Leśniowski. — Bezład dziedziczny czyli choroba Friedreich'a (Ataxia hereditaria s. morbus Friedreichi). Napisał Stanisław Koczyński. — Streszczenia i wyciągi. 1. O różycy (rash) w wietrznej ospie i o różycach wogóle. — Krytyka i bibliografia. O wpływie wody Buskiej słarczono-słonej ze źródła Michalskiego (Nr. 1) na przyswajanie i przemianę azotu pokarmów mieszanych u ludzi zdrowych. — Odcinek. O konieczności sanitarnego prowadzenia dla miejscowości leczniczych. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

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

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

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

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

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

OBRAŻENIA PRZEWODU PIERSIOWEGO.

Podał

ANTONI LEŚNIEWSKI.

Ponieważ w najbardziej rozpowszechnionych u nas podręcznikach chirurgicznych: RYDYGIER'a, EMMERT'a, HEITZMANN'a, BILLROTH'a i KOENIG'a, HUETER'a i inn. obrażenia przewodu piersiowego pominięto milczeniem, lub wspomniano o nich w kilku pobieżnych wyrazach; ponieważ w piśmiennictwie polskiem o zranieniu tego narządu na szyi niema zgoła żadnej wzmianki, zaś zaledwie parę spostrzeżeń ogłoszono w sprawie obrażenia tegoż w jego części piersiowej i brzusznej, zastaliśmy zachęceni do podzielenia się z czytelnikami kilkoma wiadomościami, dotyczącymi ciekawej tej sprawy chorobowej, których zdobycie już to cudzemu, już to własnemu doświadczeniu zawdzięczamy.

Mieliśmy możność spostrzegać w oddziale chirurgicznym d-ra SAWICKIEGO dwa następujące przypadki.

30-letnia J. P. przybyła do oddziału w styczniu 1898 r. Matka chorej zmarła na gruźlicę płuc. Przed 5 laty poczęły jej powiększać się gruczoly na szyi, powoli zyskując na objętości, zaś od 3 lat zjawiały się drobne krosty tu i owdzie na twarzy. Dzięki odpowiedniemu leczeniu podgajały się one, by po pewnym czasie zjawić się na nowo. Przed dwoma laty operowano jej powiększone gruczoly na szyi; rany goiły się wówczas 3 miesiące. W chwili zapisania się do szpitala znaleziono, co następuje. Wzrost średni, budowa ciała prawidłowa, odżywianie niezłe. Narządy wewnętrzne w stanie prawidłowym. W rozmaitych miejscach na twarzy, na słuzówce warg już to świeże różowe guziczki wikowe, już to gwiazdowate, pokryte łuską blizny po byłych tu poprzednio, lecz już wygojonych guzikach i owrzodzeniach tegoż pochodzenia. Z obu stron szyi stare blizny. W obu okolicach przyusznicowych, w obu okolicach nadobojczykowych, w prawej okolicy podżuchwowej widzimy oraz wymacujemy guzy, które składają się z pęków powiększonych gruczolów chłonnych, wielkości od ziarnka grochu do dużego orzecha włoskiego; są one miękkawe, umiarkowanie ruchome, skóra na nich prócz blizn, innych zmian nie przedstawia. Owrzodzenia oraz guziki wilkowe leczono balsamem peruwiańskim; dość prędko zagoiły się one bardzo ładnie.

W dniu 8 stycznia 1898 r. dokonałem chorej wycięcia powiększonych wyżej wyszczególnionych gruczolów chłonnych. Łukowatym cięciem, poprowadzonym ponad obojczykiem lewym, usunąłem dwa duże gruczoly chłonne, położone poza tym obojczykiem, w kącie, utworzonym złaniem się żyły podobojczykowej z żyłą szyjową wewnętrzną. Oczywiście, dzięki operacyi, dokonanej przed dwoma laty w tem samym miejscu, oraz prawdopodobnie dzięki długotrwałemu ropieniu w ranie, wszystkie tkanki dookoła były bliznowato zwyrodniałe, gruczoly bardzo ściśle z otaczającymi tkankami pozrastane. Dzięki temu wycięcie było połączone z licznymi trudnościami, zaś wszelkie oryentowanie się w tkankach wprost niemożliwe. Nacięto ściennie żyłę szyjową wewnętrzną; udało się jednak otwór w naczyniu zawiązać. Przecięto również jakieś znaczniejsze naczynie chłonne, chłonka (*lymph*a), wypływająca z tegoż, poczęła zalewać pole operacyjne. Samego naczynia nie było widać wśród jednolitej tkanki bliznowatej. Starąłem się ująć zranione miejsce za pomocą kleszczyków, lecz bezowocnie. Wówczas dzięki mocnemu zatkaniu rany muślinem jodoformowym udało się zatamować chłonkotok (*lymphorrhoea*). Bez poważniejszych powikłań wycięto pozostałe gruczoly chłonne. Rany pozaszywano, pozostawiając muślin w ranie nad obojczykiem lewym, zaś koniec tegoż wyprowadzono przez niezaszyty otwór nazewnątrz.

Opatrunek zmieniono drugiego dnia po operacyi. Ciepłota 37,9°. Ból głowy, brak łaknienia. Wszystkie rany wyglądają zupełnie dobrze, z wyjątkiem położonej ponad lewym obojczykiem. Gdy usunięto z niej pozostawiony tam muślin jodoformowy, poczęła wypływać ciecz surowicza w nader znacznej ilości. Część szwów usunięto; ranę rozwarto — jest ona pokryta szarozółtą warstwą włókniaka. Ranę mocno wypchano muślinem jodoformowym. Ciepłota 38,2°.

Nazajutr ciepłota 37,2°. Czuje się znacznie lepiej. Łaknienie dobre. Opatrunek, koszula, poduszka doszczętnie przemoczone. Podczas zmiany opatrunku przekonano się, że z rany nad lewym obojczykiem strumieniem wypływa ciecz biała, niby mleko, rozrzedzone wodą; był to oczywiście mlecz pokar-

mowy (*chylus*). Gaza, usunięta z rany, oraz dno tejże pokryte skrzeplym mleczem w postaci nader delikatnego twarogu. Stało się rzeczą oczywistą, już to ze względu na umiejscowienie chłonicy (*vas lymphaticum*), naciętej podczas operacyi, już to ze względu na ilość oraz jakość wypływającej w następstwie cieczy, że mieliśmy do czynienia ze zranieniem przewodu piersiowego. Włożono na dno rany pasek muslinu, zmoczonego nalewką jodową, następnie szczelnie wypchano jamę rany muslinem jodoformowym.

Pomimo mocnego, starannego zatykania rany, mleczotok (*chylorrhoea*) w tylko co podanym stopniu trwał jeszcze dziesięć dni. Ciepłota ciała pozostawała prawidłowa. Inne rany pogoili się przez rychłozrost. Stan ogólny chorej powoli począł podupadać; czuła się ona niedobrze, miała ciągły ból głowy, brak łaknienia, brak stolca. Następnie ilość wypływającego mleczu począła powoli zmniejszać się, tak iż w dwa tygodnie po operacyi mleczotok ustał zupełnie. Wówczas dopiero stan ogólny chorej zaczął zwolna poprawiać się, rana stopniowo zaciągała się ładną ziarniną, zaś 5 lutego chora opuściła oddział z małą, zabliźniającą się powierzchnią ziarninową.

Drugi przypadek dotyczył 26-letniej A. S., która zapisała się do oddziału 8 kwietnia 1897 r. Przed trzema laty chorowała na jakieś świerzbiące owrzodzenie narządów płciowych zewnętrznych, leczyła się wówczas środkami domowymi. Od czasu do czasu miewała bóle głowy, a przed dwoma miesiącami dostała wysypki na całym ciele pod postacią pęcherzyków, wypełnionych ropą. Gorączki podówczas nie miała. Przed trzema tygodniami wstąpiła do szpitala S-go Łazarza, gdzie jej codziennie po dwakroć wcierano masę rtęciową; wysypka zginęła szybko. Powoli i bez bólu, niepostrzeżenie powiększyły się jej gruczoły na szyi i pod lewą pachą,

Badanie chorej wykazało: wzrost dobry, budowa ciała prawidłowa, odżywianie marne. Po skórze całego ciała rozrzucone plamki brunatne rozmaitej wielkości po przebytej wysypce. Zaostrzenie szmeru oddechowego przy wierzchołku prawego płuca. Zresztą narządy wewnętrzne w stanie mniej więcej prawidłowym. Na szyi z obu stron lewostronnego mięśnia mostko-sutkowo obojczykowego (*m. sterno-cleido-mastoideus*) widzimy guzy rozmaitej wielkości. Skóra na nich niezmiennona. Obmacując znajdujemy, że są to pęki powiększonych gruczołów chłonnych, wielkości ziarenka grochu do jaja kurzego. Są one mało ruchome, twarde, mało bolesne. Duży guz, złożony z powiększonych gruczołów chłonnych, znajdujemy również pod lewą pachą; w pachwinach gruczoły są powiększone umiarkowanie.

Chorej dano do wewnętrznego użycia jodek potasu, który to lek zażywała przeszło 3 tygodnie. Od czasu do czasu miewała wieczorami podniesioną ciepłotę ciała, dobiegającą 38,9°. Gruczoły chłonne pozostały bez zmiany, niektóre zyskały nawet na objętości. Wobec tego 4 Maja dokonałem jej wycięcia wszystkich powiększonych gruczołów chłonnych. Cięcie od wyrostka sutkowego (*pr. mastoideus*) lewego dochodzi poniżej obojczyka, przebiegając tuż poza tylnym brzegiem mięśnia mostko-sutkowo-obojczykowego. Gruczoły, już to zserowaciałe, już to tylko zapalnie powiększone, mocno są porastane z otaczającymi tkankami. Z dolka nadobojczykowego lewego usunięto duży pęk gruczołów, zachodzący za obojczyk; od dolnego odcinka owego pęku zdąża ku dołowi chłonica, grubości obsadki od pióra. Ujęto ją za pomocą kleszczyków, odcięto od guza, i podwiązano. Drugiego końca owej chłonicy nie widziano; prawdopodobnie, został on ujęty w kleszczyki, licznie nałożone na bliźnowato zwyrodniałą tkankę łączną, podczas oddzielania owego

guza nadobojczykowego, i podwiązany. Podczas dalszego usuwania gruczołów nacięto ściennie żyłę szyjową wewnętrzną, bardzo ściśle zrośniętą z gruczołami; otwór natychmiast zamknięto zapomocą podwiązki. Usuwanie reszty gruczołów odbyło się pomyślnie. Rany zaszyto doszczętnie. Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry, zaledwie zakłócony nicobfitem ropieniem, ograniczonym do miejsca, gdzie leżały zserowaciałe gruczoły. W stanie ogólnym chorej nie dało się zauważyć najmniejszych zaburzeń. W d 25 maja opuściła oddział zupełnie zdrowa.

Mieliśmy tedy do czynienia z dwoma przypadkami urazowego obrażenia przewodu piersiowego na szyi, bowiem ową chłonicę, podwiązaną i przeciętą w drugim naszym przypadku uważam za przewód piersiowy, już to ze względu na jego wymiar, już to ze względu na umiejscowienie.

Na początku niniejszego artykułu zaznaczyliśmy, że piśmiennictwo polskie nie zna dotychczas ani jednego, ogłoszonego drukiem przypadku zranienia przewodu piersiowego w jego części szyjowej; musimy dodać, że i piśmiennictwo zagraniczne zna zaledwie kilkanaście spostrzeżeń tego rodzaju, które poniżej przytaczamy.

BOEGEHOLD¹⁾ był pierwszy, który w roku 1883 zabierał głos w sprawie obrażenia przewodu piersiowego na szyi. Mianowicie na dwunastym zjeździe chirurgów w Berlinie opowiadał on, a następnie ogłosił drukiem, że w roku 1880 WILMS, usuwając 45-letniemu mężczyźnie guz, wielkości pięści z lewej połowy szyi, dotarł do miejsca połączenia żyły szyjowej wewnętrznej z żyłą podobojczykową; zapomocą ostrej łyżki wyskrobywał on ztamtąd resztki guza, gdy naraz wylała się na pole operacyjne zmieszana z krwią biała ciecz strumieniem, grubości słomki. Mocnym wypchaniem rany zapomocą waty salicylowej udało się zatamować chłonkotok. Gdy nazajutrz wyjęto z rany watę, znaleziono w głębi rany skrzep. Chłonkotok nie powtórzył się, rana zagoiła się przez ziarninowanie.

W roku 1885 VAGEDES²⁾ w swojej inauguracyjnej rozprawie podaje przypadek z kliniki prof. MAAS'a; spostrzeżenie to jest opisane nader niedokładnie, dlatego też go tu nie streszczamy.

Bardzo zaciekawiające jest natomiast spostrzeżenie WEISCHER'a³⁾

Podczas wyluszczenia czternastoletniej dziewczeczki ściany ropnia, położonego ponad lewym obojczykiem, usłyszano naraż szmer ostry, chlipiący, zaś do jamy rany wylała się w nieznaczej ilości ciecz jasna, surowicza. Oczywiście przez zraniony przewód piersiowy przedostało się powietrze do żyły podobojczykowej, bowiem chora natychmiast wpadła w ciężką zapaść; wargi jej zsiniały. Ostrożnie preperując, odszukano uszkodzoną część chłonicy, powyżej i poniżej uszkodzonego miejsca przewiązano naczynie i pomiędzy przewiązkami przecięto. Ranę wypełniono muślinem. Nazajutrz ciepota ciała 38,8°. Cały opatrunek obficie przemoczony chłonką. Było rzeczą oczywistą, że przewiązka spełzła z odśrodkowego końca przeciętego przewodu piersiowego. Ranę mocno wypchano muślinem: powtarzano to co dzień, pomimo to równie obfity chłonkotok trwał jeszcze cały tydzień. Następnie rana zagoiła się przez ziarninowanie. Stan ogólny dziecka w okresie chłonkotoku prawie żadnej straty nie poniósł; łaknienie miało cały czas dobre, czuło się tylko nieco osłabionem. Pomimo przyjmowania napojów w znacznej ilości, w ciągu pierwszych dni po operacji dobową ilość moczu była nader nieznaczną.

KRÜGER⁴⁾ opisuje przypadek z kliniki profesora SCHEDE. Dziewiętnastoletniemu wyrobnikowi wycięto gruczoły chłonne, położone w lewej połowie

szy. Nazajutrz, zmieniając opatrunek, spostrzeżono, że w dolnej części rany istnieje przetoka przewodu piersiowego. Pomimo mocnego wypchania rany chłonkotok trwał kilka dni. Stan chorego podupadł, wieczorami ciepłota ciała podnosiła się do 40°. Dziesiątego dnia po operacji doszło do zapaści. Chłonkotok nader obfity. Opatrunek, co chwila zupełnie mokry, musiano zmieniać kilka razy dziennie. Rana pokryta brudnym nalotem; stwierdzono w nim pod drobnowidzem obecność gronkowca złocistego. Ranę poczęto traktować chlorkiem cynku i azotanem ołowiu. W dwa tygodnie po operacji chłonkotok nareszcie ustał, stan chorego począł poprawiać się powoli.

Aż pięć przypadków z kliniki KÜSTERA ogłosił WENDEL⁵⁾. W pierwszym przypadku podczas wycinania pięćdziesięcio-dziewięcio-letniej kobiecie gruczolów rakowato zwyrodniałych okolicy dołku nadobojczykowego lewego, naderwano żyłę podobojczykową; otwór natychmiast zamknęto. Podczas dalszego manipulowania w głębi spostrzeżono, jak z otworu, równającego się obwodowi lepka szpilki, w grubym pniu chłoniczym strzyka do rany mleczna ciecz w znacznej ilości. Dla zatamowania mleczotoku (*chylorrhoea*) ranę starannie wypchano muslinem. Gły drugiego dnia po operacji usunięto muslin, znaleziono, że mleczotok ustał zupełnie.

(C. d. n.).

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.

W r. 1863 profesor uniwersytetu Heidelberskiego FRIEDREICH ogłosił¹⁾ 6 przypadków cierpienia, „podobnego do wiądu, wymykającego się jednak z ram, w jakie DUCHENNE w 1859 r. w swym klasycznym szkicu p. t. „*Ataxie locomotrice progressive*“ usiłował wiąd zamknąć“. Wszystkie te przypadki, spostrzegane przez dłuższy przeciąg czasu, dotyczyły członków dwóch tylko rodzin; w trzech z nich było dokonane badanie pośmiertne. Wyczerpujący swój artykuł autor zakończył następującymi słowy: „Istnieje więc przewlekłe, prowadzące do zaniku zapalenie rdzenia kręgowego, które u osobników, obarczonych dziedzicznie, rozwija się zwłaszcza w okresie dojrzewania płciowego. Dotyczy ono głównie pęczków tylnych rdzenia kręgowego; rozpoczyna się w jego części lędźwiowej, ztąd posuwa się ku górze aż do rdzenia przedłużonego i tu, zajmwszy jądra i pień nerwu podjęzykowego, zatrzymuje się. Klinicznie cierpienie to objawia się pod postacią stopniowego zaburzenia w koor-

¹⁾ FRIEDREICH. Ueber degenerative Atrophie der spinalen Hinterstränge. VIRCHOW'S ARCHIV 1863. T. 26. z. 5 i 6 T. 27. zes. 7.

dynacyi ruchów, które z dolnych kończyn powoli przechodzi na górne, przy tem czucie, narządy zmysłowe i czynności psychiczne pozostają nietknięte. Brak również zaburzeń odżywczych i porażen zwieracza odbytnicy. Do objawów niestałych zaliczyć można: skrzywienie kręgosłupa, uczucie zawrotu głowy i drżenie gałki ocznej. Ze stanowiska klinicznego cierpienie to nazwać można postępującem porażeniem koordynacyi ruchów, ze stanowiska zaś anatomiczno-patologicznego—przewlekłym, prowadzącem do zaniku zapaleniem tylnych pęczków rdzenia kręgowego“ (l. c. str. 458). W 15 lat później, bo w r. 1876, FRIEDREICH²⁾, podając wraz z SCHULTZE’m wyniki badania pośmiertnego, zwłaszcza drobnowidzowego, jednego z opisanych poprzednio przypadków i opisując trzy nowe, zaznaczył dobitnie, że nowa postać chorobowa zasługuje bezwarunkowo na wyodrębnienie i zaproponował dla niej nazwę „bezładu dziedzicznego“. Ta nowa postać nozologiczna nie prędko jednak pozyskała prawo obywatelstwa. W Niemczech np. jeszcze w r. 1889 LEYDEN opisuje tę chorobę, jako odmianę—*forme fruste*—wiądu rdzenia kręgowego³⁾. We Francyi prawo to wywalczył dla niej w r. 1882 BROUSSE, nazywając ją „chorobą FRIEDREICH’a“⁴⁾. Powoli, dzięki pracom i badaniom takich klinicystów, jak CHARCOT, VULPIAN, BRISSAUD, MARIE we Francyi, CARPENTER, GOWERS w Anglii, SMITH, HAMMOND, SEGUIN w Ameryce, ze świeżo wyodrębnioną chorobą zapoznały się szersze warstwy lekarskie. Przyczyną tak późnego zwrócenia na nią uwagi była jej rzadkość. CHARCOT np. po raz pierwszy spostrzegł przypadek choroby FRIEDREICH’a dopiero w roku 1884. W obszernej, jedynej w swoim rodzaju monografii, dotyczącej omawianej choroby, LADAME⁵⁾ w r. 1889 zebrał z literatury 165 przypadków tego cierpienia z 9 badaniami pośmiertnemi. W r. 1893, podczas głośnej w swoim czasie polemiki z SCHULTZE’m co do istoty sprawy patologicznej choroby FRIEDREICH’a (patrz niżej), SENATOR⁶⁾ mógł naliczyć tylko 15 przypadków badania pośmiertnego. Przeglądając różne czasopisma, poświęcone neuropatologii, naliczyć mogłem od r. 1890 do dziś 108 nowych spostrzeżeń z 19 badaniami pośmiertnemi, posiadającemi tem większe znaczenie, że były one dokonane przy bardziej udoskonalonej technice drobnowidzowej i nowych metodach barwienia. Tak więc wraz z przypadkami LADAME’a ogół do dziś opublikowanych przypadków choroby FRIEDREICH’a wynosi około 273 z 28 badaniami pośmiertnemi. Przy bliższem i bardziej krytycznem rozpatrywaniu tych przypadków z pewnością i podana powyżej liczba 273 okaże się zbyt wygórowaną, gdyż niektóre z nich zaliczyć wypadnie do wiądu rdzenia, występującego niekiedy bardzo wczesnie (t. zw. *ataxie locomotrice progressive précoce* CHARCOT’a), niektóre do wieloogniskowego rozsianego stwardnienia, część do „*paraplegia atactica hereditaria* GOWERS’a“, część wreszcie do wyodrębnionej przez MARIE⁷⁾ nowej po-

²⁾ FRIEDREICH. Ueber Ataxie mit besonderer Berücksichtigung der hereditären Formen. VIRCHOW’S Archiv 1876. T. 68. z. II. 1877. T. 70. z I.

³⁾ Real Encyclopaedie Eulenburg’a, wydanie 2. 1889. T. 19.

⁴⁾ BROUSSE. Maladie de Friedreich. Thèse de Paris. 1882.

⁵⁾ La maladie de Friedreich. Revue médicale de la Suisse romaine. Genewa 1889, także „Brain“ 1889. Oprócz tego krytyczne zestawienie różnych przypadków ze stanowiska klinicznego znaleźć można u M. WHYTE: Four cases of Friedreich’s Ataxia with a critical digest of recent literature. Brain—Spring 1898. Ze stanowiska anatomiczno-patologicznego rozbiłerał znane w literaturze przypadki z autopsją A. TEDESCHI. Die Friedreich’sche Krankheit. Kritische und pathologisch-anatomische Untersuchung. Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Jena 1896 T. 20.

⁶⁾ Berliner Klinische Wochenschrift. 1893. Nr. 21 i 1894 Nr. 28.

⁷⁾ La Semaine Médicale. 1893 Nr. 56.

staci chorobowej, t. zw. „*Hérédotaxie cérébelleuse*“. Czysta, prawdziwa choroba FRIEDREICH'a jest rzadkością. W naszej np. literaturze znalazłem za ledwie pobieżny opis jednego przypadku przez kol. ZABŁUDOWSKIEGO⁸⁾). Dla tego też ośmieliłem się zająć dłużej uwagę czytelnika obszerniejszym zarysem współczesnego stanu rzeczy o tej ciekawej, a tak rzadkiej postaci chorobowej, tem bardziej że miałem sposobność spostrzegać w poliklinice prof. OPPENHEIM'a w odstępie kilku tygodni czasu aż trzy tego rodzaju przypadki (w ciągu ostatnich lat czterech przy obfitym materiale poliklinicznym spostrzegano jeszcze dwa, z tych jeden wątpliwy). Przypadki te, zdaniem mojego szefa, który łaskawie pozwolił mi je zużytkować i opublikować w naszym czasopiśmie, przedstawiają typową, klasyczną chorobę FRIEDREICH'a. Najpierw więc przedstawię spostrzegane przypadki kazuistyczne, a następnie omówię szerzej symptomatologię i anatomię patologiczną zajmującej nas choroby.

*

*

*

29 września 1898 r. do polikliniki prof. OPPENHEIM'a zgłosiła się P., żona robotnika przy statkach parowych, z dwojgiem swych dzieci, chłopcem i dziewczynką, skarżąc się, że dzieci te źle chodzą, są osłabione i niezdolne do żadnej pracy. Z bliższych wywiadów okazało się co następuje.

Chłopiec, Ernest P., lat 11, przyszedł na świat w swoim czasie, bez szczególnej pomocy lekarskiej. Zaczął chodzić dopiero w 3 roku życia. Do piątego roku był zdrowy zupełnie. Mając lat 5 zapadł na jakąś ciężką chorobę z gorączką, drgawkami, sztywnością karku, nadczułością wzroku (podobno zdaniem lekarza było to zapalenie opon mózgowych). Kiedy przyszedł do siebie, nie mógł już chodzić tak pewnym krokiem, jak poprzednio, zaczął się nieco zataczać, chwiać. W szkole uczył się dobrze. Od początku jednak odczuwał niepewność i niezręczność ruchów ręki przy pisaniu. Oprócz tego matka zauważyła, że chłopiec zaczyna coraz bardziej mówić niewyraźnie, przez nos i czasami bez przyczyny się śmieje. Niekiedy doznawał lekkich zawrotów głowy, nudności i wymiotów nigdy, na bóle również nigdy się nie skarżył. Z rodzeństwa 4 starsze siostry są zdrowe, jedna młodsza, z powodu której matka także przyszła zasięgnąć porady, ma cierpieć na podobną chorobę. Rodzice chorego są zdrowi, pokrewieństwa między nimi niema, napojów wysokowych nie nadużywali, przymiotu nie przechodzili, zatruciu ołowiem nie podlegali. O chorych nerwowo lub umysłowo w rodzinie nie wiedzają.

Badanie przedmiotowe. Chory średniego wzrostu, miernej budowy, umiarkowanego odżywiania. Czaszka prawidłowa, uszy odstające, górna szczęka dość mocno wystaje naprzód. Wyraz twarzy nieco głupkowaty, chory uśmiecha się bez powodu. Nawet kilku sekund nie może stać spokojnie: głowa, tułów, kończyny co chwila chwieją się; w mięśniach twarzy, szyi, karku, kończyn dają się zauważyć przelotne skurcze, ruchy te przypominają płasawicę; ścięgna rozginaczy w kończynach dolnych napinają się i rozluźniają naprzemian; jednym słowem — chory z trudnością zachowuje równowagę ciała. Z zamkniętymi oczyma stać nie może (objaw ROMBERG'a). Chwianie się nie ustaje nawet przy siedzeniu; w wyciągniętych rękach uwydatnia się ono jeszcze bardziej (bezład statyczny — patrz niżej). Lekka *Kyphoscoliosis*.

⁸⁾ ZABŁUDOWSKI. Przypadek choroby Friedreich'a. Leczenie za pomocą mięsienia. *Medycyna* 1896 Nr. 46.

Chory chodzi bez pomocy z wielką trudnością. W jego chodzie uderza bezład, jaki spotykamy po części u chorych, dotkniętych wiałem, po części u dotkniętych cierpieniem mózdkowym (*démarche tabeto-cérébelleuse* CHARCOT'a): rozstawia on nogi dość szeroko, nieco tupie i uderza nimi o podłogę, lecz nie silnie, nie podnosi nóg tak wysoko i nie wyrzuca ich, jak to czyni tabetyk, dalej, idąc, zbacza ciągle do linii prostej w lewo i w prawo, chwieje się i zatacza, słowem chodzi, jak gdyby był mocno pijany. Oprócz tego koniec stopy opuszcza nieco ku dołowi, jak to robią dotknięci niedowładem nerwu strzałkowego (*n. peronei*).

W pozycji leżącej ruchy, przypominające nieco płasawicę, nie ustają. Przy ruchach kończynami (dotykanie palcem ręki nosa, piętą kolana i t. p.) bezład wyraźny. Zamknięcie oczu, zdaje się, nie ma żadnego wpływu na stopień bezładu.

Siła ruchowa w kończynach górnych prawidłowa, w dolnych nieco osłabiona w zginaczach i rozginaczach stopy. Zaniku mięśni nigdzie nie widać. Przy ruchach biernych nie daje się wykazać ani osłabienia, ani zwiększenia napięcia mięśniowego. Odruchów ścięgnistych kolanowych i ścięgien Achilles'a nie można było wcale wywołać. Odruchy skórne brzuszne, z *cremaster* prawidłowe. Dotknięcia pędzelkiem i ukłucia igłą chorego odczuwa wszędzie prawidłowo; ostatnie są umiarkowanie bolesne. Pobudliwość na bodźce ciepłe również umiarkowana. O położeniu swych kończyn i poszczególnych stawów chorego pomimo zamkniętych oczu daje odpowiedzi prawidłowe. W pozycji leżącej chorego zauważyć się daje dość znaczne wzniesienie sklepienia stopowego, nadmiernego jednek rozgięcia paluchów, zwłaszcza w stawie pierwszym, nie można było zauważyć.

Mowa chorego trochę niewyraźna, powolna, z charakterem mocno nosowym, nierówna, gdyż niektóre sylaby wymawia on przeciąglej, widać przytem nadmierne ruchy mięśni wargowych. Język przy wysunięciu wykazuje nieprawidłowe ruchy. Miękkie podniebienie podnosi się prawidłowo. W krtańni struny głosowe działają prawidłowo. Lewa połowa twarzy nieco mocniej unerwiona. Przy krańcowem bocznem ustawieniu oczu występują w gąłkach ocznych ruchy, niezbyt jednak znaczne. Słyszy i widzi chorego dobrze. Zrenice oddziałują prawidłowo tak na światło, jak i na akomodację. Badanie wziernikiem ocznym wykazało prawidłowy stan dna ocznego. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego nie znaleziono. Narządy moczowo-płciowe w porządku. Zaburzeń w oddawaniu moczu lub kału niema, jak również brak wszelkich zaburzeń odżywczych. Czynności psychiczne chorego nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Dziewczynka, Emma P. lat 8, siostra poprzedniego chorego. Przed dwoma laty matka zauważyła, że i najmłodsza jej córka często chwieje się, zatacza, nie tak zręcznie robi na drutach, jak inne dziewczęta w jej wieku, przy pisaniu również wykonywa niepotrzebne ruchy. Objawy te zaczęły potęgować się stopniowo. Żadnych chorób mała chora nie przechodziła.

Badanie przedmiotowe. Chora na swój wiek średniego wzrostu, miernie zbudowana i odżywiana. Czaszka wogóle mała, zwłaszcza zauważyć się daje lekkie spłaszczenie tylnej części głowy. Lekkie wypuklenie górnej części kręgosłupa ku tyłowi (*kyphosis*). Stoi chora niespokojnie: tułów, głowa i kończyny chwieją się nieprawidłowo, nie w takim jednak stopniu, jak u brata. Niemożność zachowania równowagi uwidacznia się także i w chodzie: jest on niepewny, nieco sztywny, wogóle bezładny, mianowicie według wyrażenia

CHARCOT'a „wiądowo-mózdkowy“, nie tak jednak w ybitny, jak u brata. Przy zamkniętych oczach chwianie się zwiększa. Zamknięcie oczu nie wywiera jednak i tu wpływu na stopień bezładu w kończyna ch. Siła ruchowa zupełnie prawidłowa, jak również napięcie mięśniowe. O druchów tak kolanowych, jak ze ścięgien Achilles'a nie można było wcale wywołać. Odruchy skórne prawidłowe. Zaburzeń czucia pod jakim bądź w zględem nie udało się wykazać.

Mowa chorej nieco zwolniona z odcieniem nosowym. Język przy wysunięciu wykazuje ruchy w różnych kierunkach. Drżenia gałki ocznej zauważyć nie można było. Chora widzi i słyszy dobrze. Żrenice oddziałują prawidłowo tak na światło, jak i na akomodację. Przy badaniu wziernikiem ocznym w prawem oku dała się zauważyć po stronie skroniowej dość znaczna w kształcie sierpu ekskawacja. Narządy wewnętrzne, moczopłciowe nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Psychika prawidłowa.

Przypadek 3-ci. 13 października r. z. przyszła do polikliniki Gertruda S., lat 15, córka buchaltera, skarżąc się na „drżenie“ w rękach i w nogach, chwianie się całego ciała i ogólne osłabienie. Objawy te wystąpiły w 6 roku jej życia; już wtedy zwrócono jej uwagę, że źle chodzi, nieraz zatacza się; niezręcznie pisze; to „drżenie“ rąk i nóg i chwianie się stopniowo się zwiększały, tak że obecnie chora bez pomocy prawie że nie może chodzić. Już przed kilku laty otoczenie zauważyło, że chora mówi zbyt wolno, często niewyraźnie i przez nos. Niekiedy doznawała lekkich zawrotów głowy i bicia serca, na wymioty i nudności nigdy się nie skarżyła. W szkole uczyła się bardzo dobrze, tylko przy pisaniu zawsze „drżały“ jej ręce. Chorób żadnych nie przechodziła. Bólów w kończynach nie doznawała nigdy. Stolec i mocz oddawała prawidłowo. Miesiączki jeszcze nie miała.

3 starsze siostry zdrowe, czwarta młodsza ma być wogóle słabowita. Rodzice zmarli przed kilku laty, oboje na cierpienie serca. O stanie ich zdrowia za życia nic nie może powiedzieć. W rodzinie chorych nerwowo i umysłowo niema, na podobną chorobę nikt z krewnych nie chorował.

Badanie przedmiotowe. Chora małego wzrostu i małej budowy, odżywianie średnie. Lekka *kyphosis* w górnej części kręgosłupa i *lordosis* w dolnej. Czaszka stosunkowo mała. Twarz bez wyrazu. Stoi chora niespokojnie, chwieje się. Nawet siedząc, chora wykonywa głową ruchy nieprawidłowe w różnych kierunkach, kiwa nią, słowem z trudnością utrzymuje ją w równowadze. Przy podparciu głowy ruchy te ustają. Tułów, kończyny chwieją się również, zwłaszcza kiedy je trzyma podniesione. Przy ruchach zamierzonych, przy dotykaniu np. palcem nosa, lub chwytaniu usuwanego przedmiotu występuje rodzaj t. zw. Intentionszittern, t. j. wahania się zwiększają, pozostają jednak nieprawidłowemi. Zamknięcie oczu bezładu tego wyraźnie nie zwiększa. Chodzi sama z trudem. Chwieje się i zatacza w lewo i w prawo, jak gdyby była pijana. Bezład w tym „wiądowo-mózdkowym“ chodzie uwydatnia się zwłaszcza podczas obrotu: niepodtrzymywana wtedy upada. Siła ruchowa wogóle prawidłowa: zlokalizowanego osłabienia siły mięśniowej nigdzie zauważyć się nie daje. Odruchy kolanowe po obu stronach zachowane, odruchów ze ścięgien Achilles'a nie można było wywołać. Dotknięcie pędzelkiem odczuwa wszędzie prawidłowo z wyjątkiem tylnej powierzchni stóp; odnośnie do tego miejsca niekiedy podaje odpowiedzi mylne; ukłucia igłą wszędzie umiarkowanie bolesne. Czucie stawowe w stopach ró-

wnieź nieco zakłócone; chora, leżąc z zamkniętymi oczami, często nie może zdać sobie sprawy z położenia swych dużych palców. Obydwa nerwy strzałkowe na dotyk nieco bolesne. Zniekształcenia stopy nawet w położeniu leżącym zauważyć nie można.

Ze strony nerwów czaszkowych żadnych szczególnych zaburzeń zauważyć nie można. Tylko lewa połowa twarzy cokolwiek słabiej unerwiona, niż prawa, co mocniej nieco się uwydatnia przy ruchach mimicznych. Język przy wysunięciu wykonywa ruchy nieprawidłowe we wszystkich kierunkach, równomiernego drżenia nie wykazuje; miękkie podniebienie podnosi się prawidłowo. Drżenia gałek ocznych, nawet przy najbardziej bocznym przytem dłuższem ustawieniu oczu nie można zauważyć. Mowa chorej udrażająco wolna, ciężka, monotonna i wybitnie nosowa. Widzi i słyszy chora dobrze. Zrenice oddziałują zupełnie prawidłowo tak na światło, jak na akomodację. Badanie wzornikiem ocznym wykazało nieco zwiększoną obustronnie fizyologiczną ekskawację. Narządy wewnętrzne chorej w porządku. W głębokim oddechu uderza brak ciągłości: — wraz z bezładnymi ruchami tułowia staje się on urywanym i odbywa się w kilku tempach (*respiration saccadée*). Narządy moczopłciowe nie przedstawiają żadnych zaburzeń. Mocz ani białka ani cukru nie zawiera. Zaburzeń odżywczych niema. Inteligencya chorej względnie duża. Psychika prawidłowa.

Zestawmy i zreasumujmy teraz cechy znamienne przytoczonych poniżej trzech przypadków. Znajdujemy w nich:

- 1) wystąpienie choroby rodzinnej (dotyczy to tylko pierwszych dwóch przypadków);
- 2) pojawienie się pierwszych oznak cierpienia w 6 roku życia, a więc w okresie dziecięcym;
- 3) stopniowe potęgowanie się objawów;
- 4) bezład tak przy spokojnem staniu lub siedzeniu, jak i przy ruchach dowolnych;
- 5) brak odruchów kolanowych (z wyjątkiem trzeciego przypadku);
- 6) charakterystyczne zaburzenia mowy;
- 7) drżenie gałki ocznej—*nystagmus* (tylko w pierwszym przypadku);
- 8) skrzywienie kręgosłupa;
- 9) zachowanie pobudliwości na dotyk (tylko w trzecim przypadku można było stwierdzić bardzo nieznaczne zaburzenia);
- 10) prawidłową czynność pęcherza i kiszki prostej;

Wobec tego w pierwszych dwóch przypadkach musimy przyznać typową chorobę FRIEDREICH'a, w trzecim — niezupełnie czystą; niemniej jednak niewątpliwą. O możliwości pewnych zaburzeń będzie mowa później przy szerszem rozpatrywaniu symptomatologii danego cierpienia. Ażeby jednak rozpoznanie nasze mocniej uzasadnić, postaramy się wyłączyć te postacie chorobowe, które są najbardziej do choroby FRIEDREICH'a zbliżone i mogłyby dać powód do pomyłki.

- 1) Wiąd rdzenia kręgowego oddawna maskował chorobę FRIEDREICH'a, i do niej zapewne zaliczyć wypada te nieliczne przypadki, które opisano jako *tabes infantilis*. Pomimo, że występuje on nieraz dość wcześnie, już w okresie dojrzewania płciowego, t. zw. *ataxie locomotrice progressive précoce* CHARCOT'a, nigdy jednak nie zjawia się w okresie dziecięcym; oprócz tego cechuje go brak pewnych innych znamion, charakterystycznych dla choroby FRIEDREICH'a, i obecność innych, cierpienie to wyłączających, mianowicie: wiąd nie

zwykł występować familijnie; dalej nie spotykamy w nim ani zaburzeń mowy, ani drżenia gałki ocznej, ani „mózdkowego“ charakteru chodu; spotykamy za to objawy, których brak w chorobie FRIEDREICH'a: zwrotną nieruchomość źrenic, częsty zanik nerwu wzrokowego, zaburzenia czucia, *crises gastriques*, bóle strzelające, zaburzenia w oddawaniu kału i moczu. Przymiot, który zdaniem ERB'a i FOURNIER'a w 89% stanowi przyczynę wiądu, w chorobie FRIEDREICH'a zdaje się nie grać żadnej roli.

2) Wieloogniskowe rozsiane stwardnienie (*sclerosis disseminata multiplex*) występuje niekiedy bardzo wczesnie i może dawać objawy podobne do choroby FRIEDREICH'a. CHARCOT⁹⁾, jak wiadomo, stawiał tę chorobę pośrodku pomiędzy wiądem a wieloogniskowym stwardnieniem. Ale tu mamy szereg szczególnych objawów, jak niedowład różnych kończyn z charakterem spastycznym, dalej swoiste zaburzenia mowy, polegające na skandowaniu sylab wymawianych wyrazów, zupełny lub częściowy zanik nerwu wzrokowego, lekkie udary apoplektyczne z przemijającymi lub stałymi porażeniami i t. p. Tego wszystkiego w chorobie FRIEDREICH'a zwykle nie spotykamy.

3) Przymiot dziedziczny (*lues hereditaria*), występując u dzieci, może, zdaniem OPPENHEIM'a⁹⁾, dawać w tych razach powód do pomyłek rozpoznawczych. Od choroby FRIEDREICH'a, do której zbliża się ze względu na występujący niekiedy bezład w ruchach, różnić się będzie częstym porażeniem nerwu wzrokowego i okoruchowego, dalej przestankami (remisjami) w rozwoju choroby, zaburzeniami spastycznymi, napadami epileptycznymi lub apoplektycznymi i t. p. Wywiady co do zdrowia rodziców także pomagają niekiedy rozstrzygnąć sprawę.

4) Cierpienia mózdku (guzy, ropień i t. p.), powodując charakterystyczne zaburzenia ruchów, zwłaszcza chodu, przypominające chorobę FRIEDREICH'a, dawać będą szereg innych objawów, chorobie tej wcale nie właściwych, jak ciągły ból głowy, nudności i wymioty, zastoinę tarczy nerwu wzrokowego i t. p. Owych lekkich uczuć zawrotu, jakie spotykaliśmy w naszym trzecim przypadku, pod rachubę brać nie powinniśmy.

5) *Paraplegia atactica hereditaria* GOWERS'a, zbliżona do choroby FRIEDREICH'a, występująca również u kilku członków jednej rodziny, różni się od tej choroby przede wszystkim obecnością porażenia. GOWERS, jak wiadomo, uważał omawiane przez nas cierpienie za postać pośrednią pomiędzy porażeniem obustronnem ataksyjnym, a wiądem rdzenia.

6) *Heredo-ataxie cerebelleuse* cierpienie, wyodrębnione przez MARIE w r. 1893 jako oddzielna postać nozologiczna, i uwarunkowane niedorozwojem mózdku (patrz niżej), pomimo że posiada wiele cech, podobnych do choroby FRIEDREICH'a, jak bezład w ruchach, a zwłaszcza w chodzie, drżenie głowy i kończyn, ruchy, przypominające płasawicę, różni się jednak obecnością innych objawów: cierpienie to występuje znacznie później, odruchy kolanowe są zachowane, źrenice nie oddziałują ani na światło, ani na akomodację, często spotykamy w niem zaburzenia czucia i zanik nerwu wzrokowego lub różnorodne zaburzenia wzroku, jak dyschromatopsya, zwężenie pola widzenia; natomiast skrzywienia kręgosłupa, zniekształcenia stopy nie spotykamy nigdy.

⁹⁾ OPPENHEIM. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin. 1898. str. 161.

7) O płasawicy zaledwie potrzebujemy wspominać. Już sam charakter ruchów, które w chorobie FRIEDREICH'a są częste, ciągłe i wykazują niemożność zachowania równowagi ciała, w płasawicy zaś są rzadsze, zwykle większe, ostatniej cechy nie posiadają, dalej, brak odruchów kolanowych, przebieg o charakterze postępującym (w pierwszym z naszych przypadków choroba trwa lat 6, w drugim 2, w trzecim 10), już te trzy punkty wystarczają do wyłączenia płasawicy.

Tak więc, wobec przytoczonych powyżej rozumowań, zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że rozpatrywane przez nas przypadki przedstawiają typową chorobę FRIEDREICH'a.

Zapoznawszy się, na podstawie podanych trzech przypadków, w ogólnych zarysach z chorobą FRIEDREICH'a, przejdźmy teraz do szczegółowego rozpatrzenia jej obrazu klinicznego, spotykanych tu i owdzie zbroczeń od zasadniczego typu, do omówienia etiologii, anatomii patologicznej, rokowania i leczenia.

*

*

*

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

1. AUDEOUD. **O różycy (rash) w wietrznej ospie i o różycach wogóle.** Opierając się na 31 znanych mu przypadkach, autor podaje ciekawe wyniki badań nad różycą w wietrznej ospie, poprzedzając je szczegółowym opisem różycy (*rash*) w chorobach zakaźnych wysypkowych.

Anglicy nazywają „rash“ wszelką różycę, francuzi zaś nadają to miano tylko wysypkom, występującym w jakimkolwiek okresie chorób zakaźnych wysypkowych, najczęściej w okresie wtargnięcia przed pojawieniem się wysypki właściwej. Najczęściej występuje ona w ospie, rzadziej w ospie wietrznej, w odrze, w tyfusie brzuszonym, zdarza się również po szczepieniach ochronnych. Spostrzegano różycę, bądź w początkach choroby po 24—48 godz. (ospa), bądź w ciągu pierwszego tygodnia (tyfus); czasami wyprzedza wysypkę właściwą na kilka godzin, na dwa dni najwyżej, lub występuje jednocześnie z nią, a nawet później (wietrzna ospa).

Zależnie od podobieństwa do pewnych spraw chorobowych rozróżnić można następujące typy różycy: 1) odrowatą, 2) płoniczą, 3) różowatą (*erysipelas*), 4) pokrzywkowatą, 5) krwotoczną czyli plamicowatą (*purpura*), 6) mieszaną. Różycą odrowatą (ospa, wietrzna ospa, szczepienia ochronne) występuje najczęściej na piersiach, w dole brzucha, na kończynach, szczególnie na przedramionach i przechodzi nader szybko (24 do 48 god.) kończąc się czasami łuszczeniem. Różycą płonicowatą (w ospie często, w wietrznej ospie w tyfusie i po szczepieniu przeważnie) umiejscawia się w pachwinach, na trójkącie Skarpy, na górnych częściach ud, dolnej części brzucha, rzadziej—pod pachami i na przedramionach. Czasami pokrywa nawet w ciągu 24 god. cały tułów, kończyny, twarz i szyję, trwa kilka dni i znika powoli. Niekiedy długo pozostawia ciemne plamy a nawet ślady wynaczynień. Bywa też i łuszczenie w postaci drobnych strzępków, lub płatków, lecz tylko w ospie i tyfusie. R. płonicowata może ukazać się kilka krotnie w ciągu jednej sprawy chorobowej. Różycą różowatą (ospa, szcze-

pienia, tyfus) rzadziej spotykana, niż poprzednie, występuje przeważnie na twarzy, lecz może być widziana na całym ciele. Trwa 24—36 god. i pozostawia po sobie sine plamy. R ó ż y c a p o k r z y w k o w a trwa zaledwie 1—2 dni i występuje na dłoniach, przedramionach, barkach i tułowiu, wywołując silne swędzenie. R. k r w o t o c z n a występuje bądź sama bądź w połączeniu z jedną z poprzednich postaci. Plamy krwotoczne, ciemno-czerwone, zjawiają się w pachwinach, na udach, na przedramionach i piersiach, pozostawiając po sobie siniaki, często dość rozległe. Zdarza się przed ospą i po szczepieniu ochronnym, rzadko — przed tyfusem i ospą wietrzną wraz z ktwotokami z błon śluzowych. Prócz wysypek, nie dających się podciągnąć pod żadną z tych kategorii, można jeszcze wyróżnić: R. m i e s z a n ą, która właśnie może służyć za dowód, że wysypka ta jest wynikiem jednakowych przyczyn, objawiających się w różnych stopniach, a nie, jak przypuszczano — objawem współlistnienia różnych spraw chorobowych.

Trudno określić, jak często „rash“ poprzedza inne wysypki — zależy to zazwyczaj od istniejącej epidemii — częstokroć jest on jedynym objawem zakażenia. Prócz ospy najczęściej zdarzał się po szczepieniach, co jednak ustało od czasu, jak używają krowianki; z kolei następuje wietrzna ospa (31 przypadków), tyfus i odra (po 12).

R o z p o z n a n i e ułatwią wywiady, stan ogólny chorego i umiejscowienie wysypki. Najtrudniej odróżnić „rash“ od płonicy i odry. W tej ostatniej objawy nieżytowe i umiejscowienie wysypki na twarzy są objawami różniczkowymi; w płonicy okres wtargnięcia jest krótki i objawy ogólne szybko występują. Pozostałe formy „rash“ można rozpoznać po tem, że występują z objawami ogólnymi nader poważnymi. — Co do leczenia, niema żadnych wskazań specjalnych, gdyż forma różycy nie stanowi wcale o przebiegu choroby właściwej. SIMON uważa „rash“ za nerwicę naczynio-ruchową, opierając swoje mniemanie na charakterystycznych umiejscowieniach. Cytuje on np. przypadek ospy, w którym zamiast typowego bólu lędźwiowego spostrzegano *ischias* prawostronny, i wzdłuż tego nerwu umiejscowił się pierwotnie „rash“. Od stopnia przekrwienia, zależnego według LEGROUX od porażenia naczyń włosowatych, zależy też i forma wysypki. Jeśli porażenie jest całkowite i obejmuje wielkie przestrzenie, tworzy się r. płonicowa; jeśli naczynia pękają — różycą plamicową; porażenie oddzielnych rozgałęzień naczyń włosowatych daje różycę odrowatą; jednocześnie występujące podrażnienie włókien mięśniowych skóry — różycę pokrzywkową. Wpływ ten na naczynia musi pochodzić bądź od ośrodka naczynio ruchowego, bądź od grupy nerwów obwodowych, i od tego zależą umiejscowienia. Niewątpliwie przyczyny tych zjawisk szukać należy w toksynach zarazków specyficznych, tak samo jak ich działaniu należy przypisać inne objawy przedwczesne, jak: ból głowy, ból w lędźwiach, porażenie obustronne kończyn i t. p.

Nic też dziwnego, że przy szczepieniach i zastrzykiwaniach ochronnych a nawet wprowadzając do ustroju trucizny mineralne lub organiczne, spostrzegamy częstokroć objawy analogiczne. Możnaby pójść jeszcze dalej i uważać „rash“ za sprawę wydzielenia (*elimination*) w tej walce ustroju z zarazkiem i jego toksynami. Tyle co do wysypek w okresach wczesnych choroby. Co do późniejszych, należy według niektórych autorów (SEVESTRE, MARTIN) uważać je za objawy zakażeń, wtórnych lub za skutek przyłączenia się nowego zarazka. Lepiejby więc było według autora zachować miano „rash“ specjalnie dla wysypek, występujących podczas lub przed, wysypką właściwą danej sprawy chorobowej. „Rash“ w wietrznej ospie występuje przeważnie w postaci płoniczej (26 razy na 31 przypadków przytoczonych przez autora). Rozpoznanie ważne jest choćby ze względu

na rokowanie. 17 razy „rash“ wystąpił przed wysypką właściwą, 3 razy na drugi dzień, 2 razy na trzeci i po jednym razie na 4-ty i 8-my dzień. Autor przypomina, że i wysypka właściwa w wietrznej ospie nie występuje odrazu, to też różycy poprzedzać może jedno z następnych nasileń. Różniczkowanie jest w tych razach bardzo trudne, szczególnie, iż zdarza się spostrzegać jednoczesne zapalne zajęcie gardzieli, przy ciepłocie 39°—41,6°; nie dorównywa ono jednak zapaleniu gardła płoniczemu. Wygląd charakterystyczny języka, obrzmienie gruczołów podszczękowych, późniejsze wystąpienie wysypki (36 godzin), objawy ogólne, wreszcie łuszczenie dopełniają obrazu klinicznego płonicy. W wietrznej ospie różycy występuje nader szybko i trwa krótko, ustępując miejsca wysypce właściwej.

Jeszcze trudniej jest rozpoznać, czy różycy znamionuje mającą nastąpić ospę naturalną, czy też wietrzną, a rzecz to nie małej wagi. Sam autor notuje przypadek, gdzie chory na wietrzną ospę, umieszczony chwilowo w oddziale ospowym, zdążył się zarazić. W wietrznej ospie objawy okresu wtargnięcia i gorączka są lżejsze i krócej trwają, ból lędźwiowy spostrzegano nader rzadko, różycy występuje wcześniej (24 g.), brak charakterystycznych umiejscowień i łuszczenia. W ospie okres wtargnięcia jest burzliwy, „rash“ występuje na trzeci dzień dopiero w dole brzucha i w górnej części ud; kończy się często łuszczeniem.

Różycy odrowata różniczkuje się stosunkowo łatwo. Niekiedy jednak zdarza się widzieć odrę prawdziwą, występującą razem, przed lub po wietrznej ospie. „Rash“ w tyfusie brzuszny pojawia się później (8-my dzień). Wątpliwości rozpoznawcze wlinnych przypadkach, jak np. różycy po szczepieniach, *roseolae syph.* różycy, spowodowanej zażywaniem pewnych lekarstw, wód mineralnych, stosowaniem elektryczności, kąpeli morskich i t. d., łatwo ustana w obec wywiadów.

(*Arch. de medecine des enfants* 1898. Nr.9).

E. G.

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 broniona w S. Petersburskiej Akademii medyko-chirurgicznej. Petersburg, 1898.

Brak ściślejszych badań chemicznych w zakresie wód siarczanych nie tylko u nas, lecz i zagranicą, i coraz szersze stosowanie wewnętrzne wody ze źródła Michalskiego w praktyce zdrojowej w Busku skłoniły autora — przy zachęcie prof. PASTERNAKIEGO (Petersburg) do przedsięwzięcia niniejszej pracy.

Słusznie też postąpił autor, że dla wiadomości i nadania szerszego rozgłosu wodom Buskim wśród rosyjskiej publiczności, coraz częściej nawiedzającej nasze zdrojowisko, podał historyczny rozwój i obecny stan zdrojowiska. Prócz tego, ponieważ Busko, po przejściu w r. 1894 pod zarząd skarbowy, znajduje się obecnie w okresie radykalnej reorganizacji swoich urządzeń i przysposobień zdrojowo-

kąpielowych, to za zasługę poczytać należy autorowi, że znalazłszy w Petersburgu przystęp do źródeł oficjalnych, poznajamia nas nietylko z ciekawymi wynikami ostatnich badań geologiczno-hydrologicznych, lecz i ze wszystkimi zamierzeniami i projektami rządowymi, dotyczącymi przyszłych zmian w zakładzie zdrojowo-kąpielowym.

Rozumie się, że w niniejszym sprawozdaniu — z powodu szczupłości przeznaczonego mi miejsca — ograniczyć się muszę do streszczenia tylko tego, co dotąd o wodach buskich w naszej literaturze balneologicznej nie zostało pomieszczone, oraz do podania tylko wyników z doświadczalnych prac autora.

W rozdziale drugim, traktującym o topografii i klimatologii Buska, autor podaje w szczegółowej tablicy spostrzeżenia nowo-urządzonej stacji meteorologicznej w Busku za rok 1897. Według tych spostrzeżeń, któremi obecnie stale zajmuje się Inspektor zakładu i folwarku Nadole — uczony agronom p. Jasiński — średnia ciepota powietrza w ciągu 5 miesięcy sezonowych (maj, czerwiec, lipiec, sierpień i wrzesień) 1897 roku = $16,9^{\circ}$ C, średnie ciśnienie powietrza = 738,3 mm., liczba dni z opadami atmosferycznymi 54, liczba dni pogodnych 40. Lato 1897 r. odznaczało się obfitością deszczów i zwiększoną wilgocia.

W rozdziale o „Geologii źródeł Buskich“ autor podaje wyniki ostatnich badań inżyniera górniczego A. Michalskiego, który, mając sobie poruczone wykazanie przyczyny ubytku wody mineralnej i zmian jakościowych w zdrojach Buskich oraz zarządzenie temu, wykonał od 1893 do 1895 roku 8 odwiertów świdrowych, głębokości od 10 do 32 sążni. Przytem okazało się: że środkowa część doliny, w której znajdują się źródła mineralne, zawiera przeważnie gipsy i gliniasto-piaskowe pokłady sarmackiego piętra, t. j. formacje względnie świeże, zaś otaczające dolinę wzgórza składają się głównie: z wapniaków jurajskich i margli kredowych, pokrytych gdzieniegdzie wapniakiem lejteńskim trzeciorzędowego okresu, t. j. z formacji starszych.

Pod względem hydrologicznym dolina dzieli się, według Michalskiego, na dwie części: północną i południową. Stok północny doliny (od miasteczka Buska ku zakładowi) odznacza się występowaniem marglu kredowego na samą powierzchnię ziemi. Prócz tego, ponieważ gipsy i gliny łupkowe zasolone nader słabo są tu rozwinięte, przeto i woda, w rozpadlinach marglu przepływająca, jest słodka i zawiera zaledwie ślady soli kuchennej i gipsu. Liczne zdroje tej wody staczają się w dolinę w kierunku z północy na południe. Zaś część południowa doliny odznacza się silnie rozwiniętymi formacjami trzeciorzędowymi (gliny łupkowej-zasolonej i gipsu), których grubość wzmaga się coraz silniej w kierunku południowym tak, że na przestrzeni 100 sążni okazuje się przyrost od 2 i 3 do 32 sążni grubości. Formacje te spoczywają na kredowym podścielisku. Odpowiednio tym warunkom geologicznym wyróżnia się południowa część doliny od północnej i pod względem hydrologicznym, i tak woda gruntowa zawiera tu nierównie więcej soli kuchennej i gipsu, i to już na nieznacznej głębokości 1—2 sążni. Przy dalszem zaś zagłębianiu się w trzeciorzędowe formacje natrafiamy najprzód w słojach piaskowych na wodę mineralną ze znaczną zawartością wolnego kwasu węglanego dwuwęglanu żelaza, bardzo podobną do wody Kissingeńskiej (siarkowodoru w tej wodzie wcale niema). Przy jeszcze większem zagłębianiu — lecz nie mniej jak na 100 stóp — w trzeciorzędowych formacjach i ich kredowym podścielisku dostajemy się do wody mineralnej z zawartością siarkowodoru i połączeń siarkowych.

Na zasadzie powyższych badań Michalskiego, należy uważać dolinę, zawierającą zdroje Buskie, za ściśle ograniczoną — pod względem orograficznym — prze-

strzeń, z czego wynika, że wytwarzanie się wody mineralnej jest miejscowe t. j. odbywa się w dolinie.

Obecnie eksploatowane źródła mineralne są następujące:

1) Studnia „Rotunda“, dębowymi balami ocembrowana, 58 stóp głęboka, z odwiertem świdrowym na dnie tej studni, do głębokości 150 stóp sięgającym, połączona z drugą sąsiednią studnią t. zw. „Maszynową“, 94 stopy głęboką— również balami dębowymi ocembrowaną. Obie te studnie, oddawna istniejące, stanowią jakby jedną całość, wydają — podług obrachunku z dnia 13 maja 1897 r. przez komisję reorganizacyjną (patrz niżej) wykonanego — wody mineralnej 6,000 wiader na dobę. Do „Rotundy“, która wraz ze studnią „Maszynową“ stanowi obecnie zapasowy zbiornik wody mineralnej, przeznaczonej na kąpiele, wpływają podziemnymi rurami dwa następujące nowe źródła.

2) Źródło Nr. 1 (Michalskiego) stanowi odwiert świdrowy, wykonany w roku 1893 przez inżyniera górniczego A. Michalskiego. Leży on na południe i zachód od studni „Rotunda“, ujęty w rurę żelazną, o 2 calach średnicy, do głębokości 100 stóp t. j. do twardego, zbitego marglu, w którym przebiega poniżej bez oprawy do głębokości 144 stóp. Powyższe źródło — podług ostatniego wymiaru komisji reorganizacyjnej (dnia 14 maja 1897 r.) — dostarcza 8,000 wiader wody mineralnej na dobę, przy ciśnieniu 937 mm. i posiada pialnię wody mineralnej, w niewielkim pawilonie drewnianym—tuż przy wytrysku źródła.

3) Źródło Nr. 2, na zachód i w odległości 74 sążni od poprzedniego położone. Jest to również studnia artezyjska, w roku 1893 odkryta i urządzona przez inżyniera górniczego A. Michalskiego, na 200 stóp głęboka. Oprawę tego źródła stanowi szczelna rura żelazna. Dobowa jego wydajność— podług oceny komisji reorganizacyjnej z dnia 14 maja 1897 r. = 20,000 wiader. Wodę z tego źródła doprowadzają rury gliniane, 3 cale w przekroju mające, w jednym kierunku do studni „Rotundy“, a w drugim, za pomocą rur żelaznych, wewnątrz emaliowanych, o 3 calach przekroju, do gmachu kąpielowego, gdzie jedno ich ujście kończy się w zbiorniku drewnianym, przeznaczonym do urządzeń kąpielowych zimowych, a drugie przy zewnętrznej ścianie frontowej tegoż gmachu, jako pialnia źródła Nr. 2. W obu tych kierunkach woda mineralna płynie naturalnym ciśnieniem, przy czem dla osiągnięcia poziomu zbiornika drewnianego podnieść się musi do wysokości 21,1 stóp ponad poziom wylotu tego źródła. A więc źródło to, jak również i źródło Nr. 1, posiada tę cenną własność, że znajduje się pod bardzo wysokim ciśnieniem. Ciśnienie to wynosi, podług obrachunku inżyniera Gervais, (patrz niżej) 330—510 mm. i jest w stanie podnieść wodę do wysokości 5 sążni; zaś przy stożkowatej nasadce woda mineralna bije fontanną do wysokości 1½ sążnia.

Oprócz wyżej wymienionych źródeł, które obecnie są eksploatowane, posiada Busko jeszcze dwa nowe źródła— również przez inżyniera górniczego A. Michalskiego wykonane, na zachód od poprzednich leżące i Nr. 3 i 4 oznaczone.

Źródło Nr. 3 posiada głębokości 191 stóp; wody mineralnej wydaje 9,400 wiader na dobę.

Źródło Nr. 4 ma głębokości 270 stóp i daje wody 7,850 wiader na dobę.

Źródła te, chociaż są połączone z ogólnym zbiornikiem—„Rotunda“, nie były dotąd używane na kąpiele siarczane— a to z powodu dość znacznej zawartości żelaza, które rozkłada siarkowodor na siarek żelaza, w postaci czarnego mętu w wodzie pływający.

W rozdziale 5 autor podaje dzieje źródła wiska, które rozdziela na 6 okresów. Poinijając pierwsze 4 okresy—jako znane i mniej interesujące — wypada nadmienić, że pod koniec 5 okresu t. j. czasu dzierżawy Buska przez d-ra DOBRZAŃ-

SKIEGO, gdy liczba chorych coraz bardziej się zwiększała, poczęto uczuwać niedostateczną wydajność źródeł buskich; nawet niektóre z nich, jak źródło „pod parasolem“ (grotta) straciło wodę mineralną zupełnie*).

Wskutek tego Departament górniczy wydelegował, z inicjatywy d-ra DOBRZAŃSKIEGO, w 1893 r. inżyniera górniczego p. Aleksandra Michalskiego, który niebawem przystąpił do zbadania starych źródeł i wynalezienia nowych. Oto jak opisuje Michalski zdroje buskie w swoim sprawozdaniu urzędowym z dnia 10 grudnia 1893 r.: „Studnia Rotunda podczas najliczniejszego sezonu 1893 r. często wyczerpywała się do dna, woda z niej była mętna, ciemna. Nieszczęlna oprawa tej studni (ocembrowanie dębowe) nie zabezpieczała jej od przyływu wód słodkich, zaskórnych i słono-żelazistych“. Tę „niedostateczną wydajność i złe własności wody mineralnej“ objaśnia Michalski „niepomysłnem miejscowem położeniem głównej studni (Rotundy), znajdującej się właśnie w pośrodku doliny t. j. na granicy zetknięcia się z sobą 2 odmiennych systemów wodnych: jednego idącego od północy z wodą słodką i drugiego od południa z wodą siarczano-słoną (patrz wyżej). Za główną jednak przyczynę wyczerpywania się źródeł i powstających w wodzie rozkładów chemicznych poczytuje Michalski nieracjonalną oprawę źródeł w obszerne studnie, wskutek czego, pod wpływem swobodnego dostępu powietrza, muszą się wydalać i rozkładać niektóre ważne składniki (SH_2) wody mineralnej. Prócz tego nieszczęlna studzienna oprawa źródeł nie zabezpiecza ich od przyływu wód żelazisto-słonnych, zmieniających istotne własności wód siarczanych, i przyczynia się do wyczerpywania podziemnych zapasów wody mineralnej, wskutek swobodnego jej wylewania się wierzchem studni, podczas zimy. Dla powyższych powodów — za jedynie racjonalną oprawę źródeł Buskich należy uważać ujęcie ich w szczelnie zamknięte rury czyli tak zw. studnie artezyjskie, z czego wypada: że 4 nowe, w ten sposób oprawne zdroje stanowią dziś główne bogactwo i fundament przyszłego rozwoju Buska.

Po niedojściu do skutku nowego kontraktu dzierżawnego z d-rzem DOBRZAŃSKIM, zakład zdrojowo-kąpielowy przeszedł w r. 1894 pod zarząd właściciela t. j. skarbu państwa. Bezpośredni zarząd powierzono dyrektorowi-lekarzowi, któremu do pomocy dodano inspektora, zarządzającego przytem folwarkiem Nadole i buchaltera-referenta.

Zaraz w roku 1894 wyasygnował departament górniczy 22,927 rb. na niezbędne ulepszenia i przeróbki w zakładzie. Zaś do 1897 r. wydano na ten cel 85,000 rb. Departament górniczy nie ograniczył się dostarczeniem tak poważnych środków pieniężnych, lecz zmierzając do racjonalnej reorganizacji zdrojowiska, wysłał światłych delegatów i zarządził wszechstronne badania na miejscu i tak:

Po ukończeniu wyżej przytoczonych cennych i owocnych badań przez inżyniera Michalskiego, co nastąpiło w r. 1895, został wydelegowany zaraz w r. 1896 inżynier górniczy Rugiewicz do wyrobienia projektów przyszłej reorganizacji zdrojowiska. Rugiewicz, równie jak i Michalski, w raporcie swoim kładzie główny nacisk na nieracjonalność oprawy dwóch głównych źródeł t. j. „Rotundy“ i „studni maszynowej“. Celem choć częściowego zaradzenia temu, zarządził dyrektor zakładu d-r ISAJEW szczelne obłożenie dobrze ubitą gliną naokoło dębowego ocembrowania „Rotundy“ do głębokości 3 arszynów.

*) Nastąpiło to po wykopaniu dwóch nowych studzien Honowskiego i Dobrzańskiego. (Przypiłek referenta).

W 1895 r. delegowany został do Buska inżynier Gervais dla wykonania rozbiórów chemicznych nowych źródeł (patrz niżej), przyczem jeszcze raz potwierdzona została na drodze chemicznej nieracjonalność studziennej oprawy Rotundy, a mianowicie: gdy woda mineralna ze źródła Nr. 2 zawiera w litrze 39,5 miligram, a ze źródła Nr. 1—37,0 miligram., to, po zmieszaniu się wody z tych 2 źródeł z wodą Rotundy, zawartość siarkowodoru obniża się do 14,55 miligram. w litrze wody.

Nakoniec w kwietniu r. 1897 wydelegowana została do Buska, przez p. ministra rolnictwa i dóbr państwa oddzielna komisya dla wypracowania ostatecznego planu reorganizacji zdrojowiska. Komisya, obradująca pod przewodnictwem urzędnika do szczególnych poruczeń zachodniego okręgu górniczego — inżyniera górniczego Iwanowa, składała się: z dwóch lekarzy t. j. dyrektora wód d-ra ISAJEWA i młodszego lekarza nowobrzezkiej brygady pogranicznej straży BONDARENKI, dalej inżyniera górniczego Siergiejewa, inżyniera-budowniczego Władimirskiego i pomocnika rewizora izby obrachunkowej lubelskiej Kozłowskiego.

Komisya uznała za niezbędne:

- 1) Prowadzić dalej roboty świdrowe dla dostarczenia zakładowi jeszcze większej ilości wody mineralnej—na co potrzeba 34,500 rb.
- 2) Doprowadzić do zakładu wodę słodką ze źródła Nurka, odległego o 700 sążni, co z odpowiedniem urządzeniem i oprawą źródła będzie kosztowało 13,100 rb.
- 3) Na całkowity i kapitalny remont głównego gmachu kąpielowego potrzeba będzie 51,155 rb.
- 4) Urządzenie zakładu wodoleczniczego (hydropatycznego) kosztem 29,375 rb.
- 5) Wybudowanie i urządzenie pomieszczenia na kąpiele szlamowe z 10 gabinetami 51,596 rb.
- 6) Urządzenie oddziału kąpielowego szpitalnego (dla chorych szpitala Ś-go Mikołaja, lazaretu wojennego i lecznicy korpusu straży pogranicznej) — kosztem 17,550 rb.

Suma kosztu całkowitej reorganizacji zdrojowiska będzie wynosić 197,276 rb.

Co się tyczy szczegółów, to komisya uznała za niezbędne:

- 1) Aby woda mineralna była przeprowadzona ze źródeł do ogólnego zbiornika, a stąd do wanien kąpielowych rurami żelaznemi, emaliowanemi. Odwierty świdrowe powinny być ujęte i osadzone rurami metalowemi hermetycznemi.
- 2) Urządzić hermetyczny zbiornik na wodę mineralną, pojemności 8,000 wiader, przy dobowym dopływie 50,000 wiader wody ze źródeł artezyjskich. Basen ten powinien być metalowy, z obłożeniem z cegły na cement z cementowem otynkowaniem i sklepieniem.

W istniejącym gmachu kąpielowym komisya zaleca następujące urządzenia:

- 1) ściany wszystkich gabinetów kąpielowych wyłożyć białemi kaflami do wysokości 4½ stóp, resztę zaś ściany pomalować farbą olejną; 2) urządzić wentylację parową we wszystkich gabinetach; 3) odnowić umeblowanie w 76-iu gabinetach kąpielowych.

Nowy budynek na kąpiele szlamowe powinien pomieścić: 10 gabinetów kąpielowych, z których każdy składać się będzie z 2 pokojów (jeden z nich przeznaczony dla odpoczynku i pocenia się po kąpielach), dwie poczekalnie z wspólnym przedpokojem, dwa pokoje dla służby i dwa kurytarze. W każdym gabinecie mają być dwie wanny: drewniana do kąpielii szlamowej i kaflowa dla obmycia się po kąpielach. Ściany gabinetów powinny być wytynkowane cementem i po-

malowane farbą olejną. Szlani ma być ogrzewany parą i dowożony na szynach. Wentylacja ma być parowa.

Zakład hydropatyczny—podług projektu komisji — składać się będzie: z rozbiernalni, poczekalni, izby natryskowej, 3 gabinetów do leczenia elektrycznością i masażem, 9 gabinetów z wannami kaflowemi do kąpieli z wody słodkiej, niewielkiej „ruskiej bani“ (parówki) z rozbiernalnią i gabinetu lekarskiego. Budynek ma być postawiony z cegły, z otynkowaniem cementowem i pomalowaniem farbą olejną, zaś sala natryskowa ma być wyłożona kaflami. Wody słodkiej dostarczy źródło Nurka.

Oddział szpitalny składać się będzie z 10-iu gabinetów kąpielowych z wannami kaflowemi i poczekalnią.

Oprócz powyższych przysposobień balneologicznych, komisja uznała za niezbędne wybudować dworzec zdrojowy (Kurhaus) z restauracją i pokojami umeblowanymi, które na piętrze tego budynku lub w oddzielnym budynku pomieścić można.

Po wypowiedzeniu przez komisję powyższego programu tak zasadniczej i wszechstronnej reorganizacji Buska, życzyłyby tylko należało, aby ona jak najprędzej została wykonana. Przyrodzone bogactwa naszego zdrojowiska, polegające głównie na połączeniu dwóch tak cennych, a tak rzadko w balneologii spotykanych środków leczniczych t. j. siarkowodoru (25,63 kub. centim. w litrze wody) i soli kuchennej (10,42 grm. w litrze) przy odpowiednich urządzeniach balneologicznych, niewątpliwie postawiłyby Busko na należnym mu oddawna stanowisku pierwszorzędного zdrojowiska krajowego.

(D. n.).

ODCINEK.

O KONIECZNOŚCI SANITARNEGO PRAWODAWSTWA DLA MIEJSCOWOŚCI LECZNICZYCH *).

I.

W dziedzinie urządzeń społeczno-lekarskich istnieje cały szereg braków, o których usunięciu niemal każdy lekarz myśli; a jednak stary porządek rzeczy trwa po dawnemu, i skrzepły konserwatyzm bierze górę nad wszelkimi postępowymi dążeniami.

Do takich wielkich braków, niezmiernie w swych skutkach zgubnych, należy brak sanitarnego prawodawstwa, któreby obowiązywało miejscowości lecznicze.

Miejscowość lecznicza jest, jak wiadomo, pojęciem dość obszernem; rozumiemy bowiem pod tą nazwą 1) wody mineralne i miejscowości gdzie stosują kąpiele mineralne, 2) kąpiele morskie i stacje klimatyczne w ścisłym znaczeniu tego słowa, 3) wszelkie zakłady t. zw. przyrodo-lecznicze, położone mniej więcej w korzystnych warunkach klimatycznych, gdzie się stosuje: leczenie kumysowe, hydro-

*) Podług wykładu, wygłoszonego na 1-ym zjeździe balneologów w Petersburgu.

patya, elektryczność, leczenie dyetetyczne i t. d. Do tych trzech wielkich grup należy dodać jeszcze czwartą, którą stanowią tak zwane miejsca letniego pobytu— niemieckie Sommerfrische— a które stopniowo na miejscowości lecznicze się zamieniają, gromadząc oprócz ludzi zdrowych, pewną liczbę chorych, leczących się. Liczba tych ostatnich miejscowości z roku na rok bardzo szybko wzrasta; a gdzie tylko w pobliżu większego miasta jakiś kawał lasu się znajdzie i komunikacja jest dogodna, powstaje kolonia lecznicza, starająca się drogą szumnych reklam jaknajwiększą liczbę gości przyciągnąć, gdyż tu wchodzi w grę nie tylko istotna potrzeba, lecz zarazem i prosta spekulacja.

Cechą wspólną wszystkich tych miejscowości, bez względu na to, do której kategorii należą, jest to, że w pewnej porze roku gromadzą w swym obrębie stosunkowo znaczną liczbę chorych; że zatem w miejscowościach tych w danej chwili następuje pewien stopień przeludnienia, i wytwarzają się niekorzystne pod względem zdrowotnym warunki. We wszystkich bowiem miejscowościach leczniczych w całym państwie, nie wyjmując nawet najslawniejszych, nie ma dostatecznych urządzeń sanitarnych; i jeżeli brak tych urządzeń przy normalnej liczbie mieszkańców, to jest w porze pozasezonowej czuć się daje, to w porze sezonowej, przy przepełnieniu danej miejscowości chorymi, brak ten jest jeszcze dotkliwszy. Względnie biorąc, najlepsze warunki jeszcze przedstawiają zakłady lecznicze; po za nimi jednak stosunki zdrowotne bardzo wiele przedstawiają do życzenia.

Aby usunąć powód do nieporozumień, musimy tu przypomnieć, że co innego jest zakład leczniczy, a co innego miejscowość lecznicza, w której się zakład ten znajduje. Zakład, jak wiadomo, jest instytucją, na której otwarcie daje zezwolenie władza, zatwierdza ona zarazem i ustawę dla tegoż zakładu, w której są określone pewne wymagania pod względem sanitarnym i administracyjnym, jakim zakład jest obowiązany czynić zadość. Nad ściśłym wypełnianiem ustawy tej czuwa gubernialny inspektor lekarski, jego pomocnik lub lekarz powiatu. Jeżeli dana miejscowość przedstawia korzystne warunki, frekwencja szybko wzrasta, i taki zakład, po upływie pewnego czasu, może pomieścić zaledwie małą część osób na kurację, a wtedy bardzo znaczna liczba przybyłych zmuszona jest zamieszkiwać domy osób prywatnych, tam się i stołować, słowem mieścić się, jak kto może w tych poniekąd zaimprowizowanych nowych zakładach leczniczych, nie mających jednakże nad sobą żadnej absolutnie kontroli lekarskiej. Inspektor lekarski zwiedza tylko zakład leczniczy, ale co się dzieje po za zakładem leczniczym, gdzie się nie raz $\frac{1}{10}$ ogólnej liczby chorych lokuje, to do niego nie należy, gdyż nie ma on prawa mieszania się do prywatnej własności. Bezpośredni skutek z tego bywa taki, że jeżeli w zakładzie przepisy higieny są jako tako szanowane, to natomiast po za zakładem, w mieszkaniach prywatnych, dzieją się takie wykroczenia przeciw higienie, o jakich nie może mieć nawet przybliżonego pojęcia ten, kto osobiście nie zwiedził naszych zdrojowisk. Właściciele domów, którym wszystko bezkarnie uchodzi, nie chcą ponosić kosztów na ulepszenia w swych domach, wynajmują przyjezdnym chorym mieszkania ciasne, źle zaopatrzone, bez żadnych urządzeń wentylacyjnych, gdyż w niejednym pomieszkaniu nawet lufcików brakuje. O umiejętnej dezynfekcyi nie mają najmniejszego pojęcia, a gdyby nawet i mieli, nie będą jej wykonywać, raz, że to koszt, a powtóre, że ich nikt do tego nie zmusza. Całe oczyszczanie ich mieszkania polega na jednorazowym wybieleniu ścian na początku sezonu, po wyprowadzeniu się ciężkiego lub niechlujnego chorego, oddają natychmiast toż samo mieszkanie innej osobie, nie przedsięwziawszy żadnych środków dla należytego oczyszczenia tegoż mieszkania.

Miejsca ustępowe, zwykle „dla dogodności“ znajdujące się w pobliżu domu mieszkalnego, są przedpotopowego systemu. Głęboki dół w budkę zaopatrzony, służy jako zbiornik fekaliiów i uryny, których usuwanie jest nawet zbyt techniczne, gdyż mają one dość czasu aby wsiąknąć w ziemię i zanieczyścić grunt na ogromnej przestrzeni. Niektórzy właściciele domów z usuwaniem nieczystości nie robią sobie wcale ceremonii, wlewając je w razie przepelnienia dołów wprost do rzeki, jeżeli domy ich w pobliżu niej się znajdują.

Pendant do tego stanowią studnie, niezabezpieczone od dopływu nieczystości i nieczyszczone lata całe. Nad produktami spożywczymi również nie ma żadnej kontroli, a też same łyżki, noże i widelce oraz bielizna stołowa, które się podają suchotnikom, służą zarazem i dla osób, leczących się na nerwy, katar żołądka, lub inne cierpienia.

Bielizna suchotników pierze się razem z bielizną innych chorych. W braku dostatecznej liczby spluwaczek, chorzy plują za łóżko, na podłogę i t. d., a jeśli są spluwaczki, to nie takie, jakie być winny. Łóżka zwykle drewniane, nie zapewniają należytej czystości, słowem, że na każdym kroku znajdujemy pogwałcenie wszelkich zasad higieny. Nic też dziwnego, że gdy przypadkiem do miejscowości podobnych jakaś choroba zaraźliwa zawleczoną zostanie, rozszerza się z przerażającą szybkością zupełnie tak samo, jak to ma miejsce w niesanitarnych, ciasnych, brudnych żydowskich, gęsto zaludnionych miasteczkach lub osadach. Jako uzupełnienie tego obrazu dodać należy, iż w niedługim czasie po założeniu zdrojowiska, mianowicie w miejscowościach klimatycznych lub kumysowych, gdzie się przeważnie zjeżdżają suchotnicy, daje się dostatecznie stwierdzić fakt wzrostu śmiertelności z suchot wśród miejscowych mieszkańców, którzy, głusi na wszelkie wymagania higieny, padają ofiarami swej ciemnoty i niedbalstwa.

Zwykle chorzy, udający się czy to w góry, czy na brzeg morski, czy w głąb lasów lub wreszcie w stepy, mają to przekonanie, że jeżeli tam nie znajdą takich wygód i takiej kuchni jak w domu, to przynajmniej znajdą idealne powietrze i wogóle lepsze sanitarne warunki, niż u siebie, t. j. w mieście. Niestety, i na tym najważniejszym punkcie zawód ich spotyka, bo jeśli nie należą do zamożnych i nie mogą sobie wynająć willi lub zamieszkać w zakładzie, muszą się mieścić w niehigienicznych mieszkaniach. Wynik z tego bywa taki, że to, co chory w czasie dnia przez pobyt nad morzem, w głębi lasu lub stepie skorzysta na zdrowiu, to w nocy, śpiąc w ciasnym, niewentylowanym i nieraz wilgotnym mieszkaniu, traci. Od tego zarzutu nie są wolne nawet najrenomowańsze miejscowości lecznicze, w których nieraz wobec wielkiego komfortu i europejskich urządzeń, spostrzegać się dają nie do uwierzenia braki i zacofanie pod względem higienicznym.

Wobec podobnych warunków nie trzeba się dziwić, że instytucje te zbyt wolno się rozwijają, lub nawet się cofają, że chorzy na nie narzekają, i że wielu woli się udać za granicę, zwłaszcza, że nasze stacje klimatyczne, zakłady lecznicze i t. d. wcale nie są tańsze od lepiej urządzonych zagranicznych.

Aby tamę złemu położyć, potrzeba zasadniczej reformy; półśrodki tu nic niepomogą. O konieczności tej reformy wszyscy głęboko jesteśmy przekonani; jeżeli przeto wygłoszę zdanie, że jako wstęp do tej reformy niezbędne jest uchwalenie odpowiedniego prawa, któreby ograniczyło samowolę jednostek, wyrządzających krzywdę zdrowiu społecznemu i obniżających wartość miejscowości leczniczych, to chyba nie wielu znajdę takich, którzyby twierdzeniu temu zaoponowali. Ogólne przepisy policyjno-lekarskie, do których się powinny stosować wszelkie zamieszka-

ne miejscowości, a zatem i miejsca lecznicze, nie są wystarczające. Gdyby one nawet wystarczały, to o ich systematycznym stosowaniu nawet mowy być nie może, gdyż nad ich wykonaniem nie ma kto czuwać, a lekarz powiatu np. nieraz o kilkadziesiąt wiorst od miejsca leczniczego mieszkający, nigdy temu zadaniu nie może podołać. Bez obecności stałej komisji, jakiegoś uorganizowanego ciała, stale na miejscu będącego i funkcjonującego na podstawie obowiązującego prawa, wszelkie przepisy, choćby najlepsze, pozostaną martwą literą.

Nikt mnie tu nie posądzi o to, że podobnem prawodawstwem chciałbym ograniczyć prawo własności osób prywatnych, które z wynajmu swych domów przyjezdnym ciągną korzyści; gdyż jeżeli takie instytucje jak: szpitale, zakłady lecznicze, szkoły, fabryki i t. d. słowem wszelkie instytucje społeczne podlegają kontroli policyjno-lekarskiej; jeżeli nawet hotele przeznaczone dla zdrowych muszą się również do tych przepisów stosować, to tem bardziej owe dziesiątki i setki domów, wynajmowanych chorym w miejscach leczniczych, winny być poddane ścisłej lekarskiej kontroli; bo chociaż one stanowią własność prywatną, z uwagi jednakże, że zupełnie w ten sam sposób funkcjonują, jak hotele lub lecznice prywatne w miastach, nabierają znaczenia instytucji społecznych, gdyż są faktycznie dalszym ciągiem zakładu leczniczego, jaki się w danej miejscowości znajduje.

Z chwilą, gdy właściciel domu wynajął mieszkanie osobie mającej się leczyć, zaciąga względem niej pewne prawne zobowiązanie pod względem odpowiedzialności tegoż mieszkania do danego użytku. Ponieważ mieszkanie jest tak dobrze towarem, jak każdy inny przedmiot, w handlu będący, przeto towar ten powinien być dobry i do danego celu użyć się dający; a że chory, zwłaszcza taki, który ma za mało sił, aby sobie sam mieszkania wyszukał, bierze zwykle mieszkanie takie, jakie mu rekomendują, i nie ma możliwości przekonania się na pierwszy rzut oka o jego niedostatkach, przeto niezbędną jest rzeczą dla jego spokoju i zdrowia danie mu pewnej gwarancji, że mieszkanie to odpowiada wymaganiom higieny. Taką gwarancję może mu dać tylko rzeczoznawca; rzeczoznawcą zaś jest komisja sanitarna lub lekarz, i to lekarz, znający dobrze miejscowe warunki pod względem zdrowotnym, t. j. lekarz na miejscu osiadły. Konieczność więc stałej komisji sanitarnej lub lekarza na miejscu jest niezbędnym warunkiem, aby dana miejscowość lecznicza miała charakter instytucji użyteczności publicznej.

(D. c. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GIESE zaleca w nerwicach serca neurozynę — połączenie kofeiny z nitrogliceryną. Tabletki zawierają 0,1 kofeiny i 0,001 — 0,005 nitrogliceryny. Przy początku napadu nerwicy zażywa się słabszą tabletkę, gdy zaś nie pomaga po $\frac{1}{2}$ godzinie drugą. Żadnych przykrych ubocznych objawów neurozyna nie powoduje. (Berl. klin. Woch. Nr 46. 98).

= Według MOULLIN'a najracjonalniejszym zabiegiem w gruźlicy pęcherza

moczowego jest nadłonowe cięcie pęcherza i wycięcie tkanek gruźliczo zmienionych. Wynik jest zazwyczaj dobry, jeżeli rozpoznanie i operacja były zrobione wczesnie. (Woch. med. Ztg. 22. VIII. 98).

= REINHOLD stosował tuberkulinę R w 34 przypadkach gruźlicy płuc, posuwając u 10-ciu chorych dawkę do *maximum*, zalecanego przez KOCH'a 0,02. Z doświadczeń swych R. wnioskuje, że tu-

berkulina ta jest jadowita nawet w najmniejszej dawce, i działanie jej przejawia się zbiorowo (*cumulatio*) gorączką i lekkim biłkomoczem, wobec czego leczenie wymaga ogromnej uwagi. Wyniki leczenia otrzymał R. ujemne. (Münch. med. Woch. Nr. 23. 98).

= Ch. ANDRY do powierzchni wrzodu wenerycznego na odległość 1—2 mm. przybliży rozżarzony termokauter i trzyma tak przez parę sekund, t. j. dotąd, dopóki powierzchnia szankra nie stanie się zupełnie suchą, a na brzegach nie zaczął występować krwawe pasemka. Jedno takie przygrzanie wystarcza, by z szankra wytworzyć zwyczajną ranę, a że nie tworzy się przytem strup, jak po innych środkach przyżegających, przeto i zagojenie następuje o wiele szybciej. Ból ma być przytem bardzo niewielki. (Monatsh. f. prakt. Dermat. B. XXII. 6).

= BAIN wykonał szereg doświadczeń nad działaniem różnych wód mineralnych i środków leczniczych na wydzielanie i skład żółci; doświadczenia były robione na chorym z przetoką żółciową i zupełnem zamknięciem przewodu żółciowego dokiszkowego. Okazało się, że wody siarczane, Kissingen, Karlsbad,

evonimina, podophyllorysina i irydyna powodują znaczne zwiększenie stałych składników żółci bez zwiększenia ilości jej, zaś podophyllotoksyna i woda Montpellier zwiększają również i ilość żółci; woda gorąca i sodowa pozostawały bez żadnego wpływu. (Brit. Climat. Soc.).

= Akad. lek. par. przed pięciu laty wyłączyła odrę z listy chorób, o których lekarz obowiązany jest meldować, wychodząc z zasady, że odra jest zaraźliwa głównie w okresie wylegania. KELSCH powstaje przeciw temu zdaniu, przytacza przypadki przeniesienia choroby przez osoby trzecie, wreszcie zwraca uwagę na to, że gdy śmiertelność wskutek duru brzuszego, ospy, płonicy kształtu i błonicy stale się zmniejsza od roku 1893, śmiertelność wskutek odry znacznie się zwiększyła. (Arch. de med. V. 98).

= FRAENKEL nie zgadza się ze zdaniem HOFMEYER'a, że włókniaki macicy nie wpływają na płodność. Wśród 2000 chorych na różne choroby kobiece F. spostrzegł bezpłodność u 5%, u chorych zaś z włókniakami macicy u 24.7%. (Monschr. f. Geb. VI I. 98).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu wyborczem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego prezesem tegoż Towarzystwa wybrany został kol. Stanisław MARKIEWICZ, wiceprezesem kol. Henryk NUSSBAUM.

— P. Kurator szpitala Dz. Jezus w Warszawie przedstawił radzie miejskiej projekt utworzenia poza granicami miasta sanatorium dla chorych, dotkniętych gruźlicą. Rada miejska projekt przyjęła

i prosiła pana kuratora o wybranie komisji, któraby opracowała szczegóły projektu i zajęła się wynalezieniem środków dla założenia takiego sanatorium.

— W Towarzystwie Lekarskiem Krakowskim na rok 1899 wybrano na prezesa prof. PIENIĄŻKA; na wiceprezesa prof. ŻURAWSKIEGO, na sekretarza zaś do rocznego kol. LEWKOWICZA.

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 przedewszystkiem 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 może, one, 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 adresem **Redakcyi „Medycyny“ w Warszawie — Krakowskie Przedmieście Nr 7**; z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich nalożności, 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, Złota 14.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Цензурою. Варшава, 24 Декабря 1898 г. Друк К. Ковалевського, Варшава, Мазовлеца 8.