№ 3. Warszawa, d. 9 (21) Stycznia 1899 r. T. XXVII.

MEDYCYNA.

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 pojedyńczego kop. 15. Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny". — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14. **Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Sanatoryum dla chorych piersiowych w Mieni. Podał d-r H. Dobrzycki. — Obrażenia przewodu piersiowego. Podał Antoni Leśniowski. (Dokończenie). — Bezład dziedziczny czyli choroba Friedreich'a (Ataxia hereditaria s. morbus Friedreichi). Napisał Stanisław Kopczyński. (Ciąg dalszy). — **Wykłady kliniczne.** O przepuklinach mózgowych wrodzonych i chirurgicznem ich leczeniu. **Odcinek.** O konieczności sanitarnego prawodawstwa dla miejscowości leczniczych. (Ciąg dalszy). — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc grudzień r. z. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna"
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r H. Dobrzycki** — Asyle pour les phtisiques à Mienia. 2) **D-r A. Leśniowski** — Lésions du canal thoracique. 3) **D-r S Kopczyński** — 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 H. Dobrzycki** — Sanatorium für Lunegenkranke in Mienia. 2) **D-r A. Leśniowski** — Verletzungen des Ductus thoracicus. 3) **D-r S. Kopczyński.** — Ueber die Friedreich'sche Krankheit

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

SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W MIENI.

Podał

H. DOBRZYCKI.

Powstanie nowej a pożytecznej instytucyi jest dla każdego społeczeństwa doniosłym faktem, i dlatego śpieszę podzielić się z czytelnikami „Medycyny" bardzo ważną, mem zdaniem, wiadomością, mianowicie, że projekt przekształcenia szpitala w Mieni (obecnie funkcyonującego, jako szpital powiatu Nowo-Mińskiego) wyłącznie na sanatoryum dla chorych piersiowych, projekt, tyle razy poruszany przezemnie w „Medycynie", a w roku 1881 przedstawiony Warszawskiej Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej*), wkrótce ma dojść do skutku. Nareszcie Warszawa będzie miała w pobliżu tyle niezbędne i tyle wyczekiwane sanatoryum, przeznaczone dla niezamożnych chorych, cierpieniom piersiowym uległych. Wprawdzie nic nie stało na przeszkodzie, aby sanatoryum, o którem mowa, urządzić o dwadzieścia lat wcześniej; ale lepiej późno, niż nigdy. Pierwotna myśl spożytkowania szpitala w Mieni, jako

*) Sprawozdanie lekarza szpitala i lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni H. Dobrzyckiego, delegowanego za granicę przez W. K. M. D. P. w celu zbadania najnowszych metod leczenia suchot oraz zakładów, przeznaczonych dla chorych piersiowych r. 1881.

sanatoryum dla chorych piersiowych, sięga jeszcze dawniejszego czasu, bowiem już w r. 1875, a więc 24 lata temu, zwróciłem uwagę ówczesnego pana inspektora szpitali cywilnych prof. Walter'a na wysoce korzystne warunki klimatyczne, w jakich się Mienia znajduje, obfitując w znaczne obszary lasów, przeważnie iglastych, (przeszło 156 włók czyli 4680 morgów nowopolskich) zewsząd szpital otaczających. Gmach murowany, do 100 chorych pomieścić mogący, na dość znacznem wyniesieniu położony, mający ogród, w którym nie jeden barak postawić można, odległy o 10 minut od toru drogi żelaznej Warsz. Teresp., a od Warszawy o dobrą godzinę, że nie wspomnę o innych dogodnościach, jak taniości nabiału i t. d., wybornie się nadawał do zamienienia go na klimatyczne, *resp.* leśne sanatoryum. Prof. Walter, przybywszy do Mieni w r. 1876 i obejrzawszy miejscowość, bardzo się gorliwie zajął tą sprawą i wystąpił niebawem do R. M. W. D. P. z odpowiedniem przedstawieniem; mnie tymczasem polecił napisać ustawę przyszłej lecznicy i obmyśleć wszystkie szczegóły, projektowanej instytucyi dotyczące. Uradziliśmy, aby na początek lecznica korzystała z wolnych sal w szpitalu tylko w porze letniej, gdyż zimą chorych w szpitalu zazwyczaj było dużo, a współcześnie, aby rozpocząć starania o przeniesienie szpitala powiatowego w Mieni do Nowo-Mińska, gdyż tylko tym sposobem zajęcie całego szpitala na sanatoryum byłoby możebne.

W obec znanej energii prof. Walter'a można się było spodziewać, iż już w roku następnym lecznica funkcyonować zacznie; tymczasem wojna wschodnia i zajęcie w ciągu r. 1877 a poczęści i 1878 wolnych miejsc w szpitalu przez wracających z pola walki chorych sprawiło, iż lecznica dopiero w r. 1879 otwarta została. Była to chronologicznie pierwsza lecznica klimatyczna w duchu Brehmer'a w naszym kraju, przeznaczona dla chorych ze szpitali warszawskich nadsyłanych, która tembardziej zasługiwała na poparcie, że nie była przedsięwzięciem prywatnem, lecz instytucyą społeczną, dla biednych przeznaczoną. Lecznica zainteresowała ogół dość żywo; pisma robiły o niej obszerne i częste ogłoszenia darmo, bilety na przejazd drogą Terespolską do przystanku Cegłów chorzy otrzymywali również darmo, a zacnej pamięci Tekla Rapacka zapisała na rzecz lecznicy rb. 3000. Lecznica funkcyonowała w przeciągu 4 letnich sezonów, bo od r. 1879 do r. 1882 włącznie, t. j. do czasu opuszczenia Mieni przeze mnie.

Niezrażony brakiem odpowiedzi na podany przeze mnie w r. 1881 projekt W. R. M. D. P., poruszyłem ponownie sprawę zamiany szpitala w Mieni na sanatoryum w mem sprawozdaniu z działalności lecznicy w r. 1882 wreszcie również i w r. 1883. Nakoniec, w artykule, zatytułowanym „O konieczności oddzielnych sanatoryów dla chorych piersiowych“ w r. 1890 ogłoszonym, sprawę tę obszernie raz jeszcze poruszyłem w przekonaniu, że może się nareszcie ktoś znajdzie, co zrozumie pożytek podobnej instytucyi, zwłaszcza, że można ją było stworzyć bez wielkich nakładów i w czasie stosunkowo bardzo niedługim. Tymczasem siedmnastu lat czasu trzeba było, bo od r. 1882 po dziś dzień, aby myśl zamiany szpitala w Mieni na sanatoryum dla piersiowych zyskała uznanie i należycie dojrzała. Za to też teraz z wielkim zapałem zabrano się do urzeczywistnienia tej myśli, czem się zarówno sfery fachowe, jak i władze żywo zajmują. Mianowicie, zajmuje się nią nasze Tow. Higieniczne, i to zajmuje tak dalece, że sekcya szpitalna, do której sprawa sanatoryów, ściśle biorąc, nie należy, postawiła na porządku rzecz o sanatoryach dla suchotników z powodu projektu, Mieni dotyczącego.

Pan Inspektor lekarski gub. Warszawskiej, opracowując z polecenia władzy projekt organizacyi pomocy lekarskiej dla wiejskiego zaludnienia gub. Warszawskiej, całkowicie przychylił się do mego projektu i w obszernych motywach pożytek przekształcenia szpitala w Mieni na sanatoryum dla suchotników uzasadnił. Nareszcie, co najważniejsza, że pan prezydujący w Warszawskiej Radzie Gubernialnej Dobroczynności Publicznej dużo poświęcił czasu i pracy na bliższe zbadanie tej sprawy i że, jak słyszeliśmy, ma już plany gotowe, a nawet fundusze zapewnione.

Wobec tych faktów trudno przypuścić, aby ta paląca kwestya na drugie siedmnaście lat poszła w odwłokę i dziś chyba pomyślnie załatwiona zostanie. Rozmiary projektu pana prezydującego w W. R. G. D. P. nie są mi bliżej znane, mianowicie, czy to będzie sanatoryum na 10, na 100 czy na 200 lub więcej chorych. Nie chodzi tu wreszcie o bliższe oznaczenie tej cyfry, lecz o ten niezmiernie doniosły fakt, że t a k i e s a n a t o r y u m b ę d z i e, i że tym sposobem leczenie suchot wśród klasy niezamożnej wejdzie nareszcie na właściwą drogę.

Atoli, z umieszczeniem suchotnika, przedstawiającego widoki wyleczenia w sanatoryum (przypadki beznadziejne do sanatoryów się nie kwalifikują), nie powinna się kończyć opieka społeczeństwa nad jego zdrowiem. Smutne doświadczenie przekonało, że gdy podleczony suchotnik, t. j. osobnik choćby z wydatną miejscową i ogólną poprawą sanatoryum opuści i znajdzie się znowu w dawniejszych, niezdrowotnych warunkach, choroba wraca, tak że zachodzi znowu potrzeba umieszczenia go w sanatoryum. Dlatego to za granicą, a mianowicie w Niemczech, towarzystwa opieki nad suchotnikami nie ograniczają swej działalności tylko fundowaniem sanatoryów, lecz starają się współcześnie o instytucye, w którychby opuszczający sanatorya suchotnicy mieli czas dłuższy zapewnione dobre t. j. z d r o w o t n e w a r u n k i. Faktem jest bowiem wiadomym nawet i nielekarzom, że dla wyleczenia suchot, albo, wyraziwszy się ściślej, dla otrzymania trwałej poprawy u osobników, dotkniętych suchotami, potrzeba w największej liczbie przypadków lat całych; pożytek więc ze sanatoryów byłby niezmiernie szczupły, gdybyśmy w nich całemi latami trzymali suchotników, bo ileż tych sanatoryów budowaćby trzeba było?

Suchotnik, który na tyle się poprawił, że bez obawy o pogorszenie stanu zdrowia może się oddać zawodowej pracy, powinien ustąpić miejsca innemu. Aby jednak ową poprawę utrwalić, bezwarunkowo nie powinien przez czas dłuższy wracać do dawnych złych warunków, lecz w dalszym ciągu prowadzić życie tak, jak w sanatoryum, a przedewszystkiem powinien przebywać w świeżem, zamiejskiem powietrzu. Instytucye zatem takie, któreby dały przytułek i możność pracy osobom, wychodzącym ze sanatoryów, a w szczególności urządziły pracownie wśród lasów lub zbudowały odpowiednie warsztaty, umożebniające pracę przynajmniej w zakresie najgłówniejszych działów rękodzielnictwa i rzemiosł, stają się bezwzględną potrzebą i koniecznem sanatoryów uzupełnieniem.

Otóż, Mienia jest w tem szczęśliwem położeniu, że, będąc otoczona lasami, stanowiącymi własność instytucyi społecznej (szpitala św. Ducha w Warszawie), nie potrzebuje się troszczyć o nabycie ziemi pod budowę baraków lub schronisk dla opuszczających sanatorya konwalescentów. Nabycie wielkiej przestrzeni ziemi, a tembardziej lasu, który na ten cel byłby konieczny, mogłoby stanowić poważny szkopuł, o któryby się najlepsze usiłowania rozbić mogły. Tymczasem, jak w danym przypadku, najważniejsza rzecz jest

gotowa; las pozostanie lasem i nic na swej wartości nie straci, jeżeli w nim stanie szereg budynków. Nie zachodzi tu chyba obawa, aby ze strony władz właściwych nie miała nastąpić na to zgoda, gdy chodzi o tak małe ustępstwo na rzecz pożytecznej dla ogółu instytucyi. A lasy Mieni w sposób, jak nie potrzeba lepszy, nadają się do tego celu, gdyż są dostatecznie obszerne, nie mają wcale bagien i są wyjątkowo suche. Mówię „wyjątkowo suche“, gdyż nie posiadają wody. W danym razie jednak to nie wada, gdyż wodę wszędzie wydostać można, ale zamienić grunt wilgotny i nieprzepuszczalny na suchy i zdrowotny, nie łatwo.

Wyobrażam sobie też, że jeśli nie zaraz, to kiedyś w lasach Mieni oprócz właściwego sanatoryum stanie szereg schronisk i pracowni dla konwalescentów, sanatoryum opuszczających, i że się tam wytworzy prawdziwa kolonia lecznicza, która przynajmniej według dzisiejszych poglądów na leczenie suchot jest owym ideałem, do jakiego dążyć należy.

Zakładając więc sanatorya dla suchotników, myślmy współcześnie o schroniskach dla nich i daniu im możności wykonywania zawodowej pracy, a osiągniemy cel podwójny: zapewnimy trwałą poprawę ich zdrowia i, z ekonomicznego punktu widzenia biorąc, osiągniemy nie małe materyalne korzyści przez zmniejszenie rozchodów potrzebnych na utrzymanie instytucyi.

Z Oddziału Chirurgicznego D-ra Br. Sawickiego w Szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

OBRAŻENIA PRZEWODU PIERSIOWEGO.

Podał

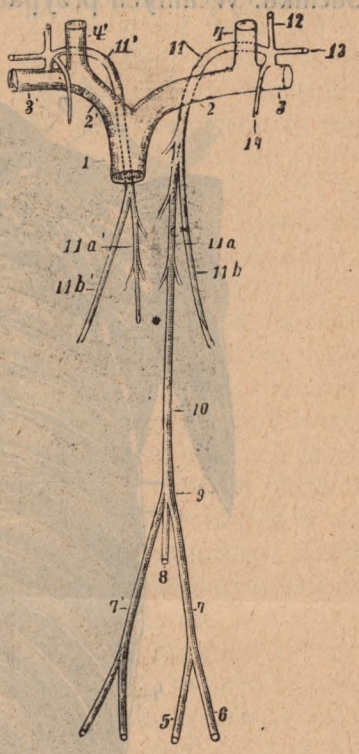
ANTONI LEŚNIOWSKI.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 2).

Przytoczone powyżej spostrzeżenia aż nazbyt dobrze ilustrują rozmaite sposoby powstawania obrażeń przewodu piersiowego, rozmaity przebieg tego cierpienia. Pozwalają one nam wyprowadzić następujące wnioski: 1) wiedza lekarska zna niewątpliwe przypadki uszkodzenia przewodu piersiowego bądź to na szyi, bądź to w klatce piersiowej, bądź to w brzuchu; 2) znaczna część tychże przypadków zakończyła się pomyślnie; tak naprzykład z pośród czternastu przypadków zranienia przewodu piersiowego na szyi, ogłoszonych drukiem, jeden zaledwie zakończył się śmiercią, zresztą niezależnie chyba od zranienia, albowiem w przeciągu trzydziestu sześciu godzin, jakie osobnik operowany żył po operacyi, nie mogło powstać wyniszczenienie takiego stopnia, by było w stanie zabić chorego. Jeżeli jednak uprzytomnimy sobie, że przewód piersiowy ma za zadanie odprowadzać do krwi chłonkę obu kończyn dolnych, miednicy, jamy brzucha, morfotyczne elementy, wytwarzające się w mieszkach (*folliculi*) limfatycznych przewodu kiszkowego, wreszcie przeważną część wchłoniętego w tym-że tłuszczu pokarmowego; że prócz tego wpadają doń chłonice lewej połowy klatki piersiowej, szyi, gło-

wy, wreszcie lewej kończyny górnej — w pierwszej chwili staje się rzeczą trudną do zrozumienia, dlaczego w przypadkach, gdzie mieliśmy przewód zupełnie przecięty, zatkany skrzepem, wreszcie w celach leczniczych (*resp.* na zwierzętach — doświadczalnych) zawiązany lub uciśnięty, chorzy nie tylko nie umierali z wyniszczenia, lecz częstokroć nie przedstawiali zgoła żadnych zaburzeń w ogólnym stanie ustroju.

Dla zrozumienia tylko-co wymienionej okoliczności, musimy rozejrzeć się nieco bliżej w stosunkach anatomicznych obchodzącego nas obecnie narządu. W dawniejszych podręcznikach czytamy zazwyczaj, że istnieją dwa główne pnie chłonicze (rys. Nr 1.): przewód piersiowy lewy i prawy. Ten ostatni krótki, dość gruby powstaje ze zlania się chłonic prawej połowy klatki piersiowej, głowy, szyi i prawej kończyny górnej; wpada on do żyły podobojczykowej prawej, w miejscu połączenia się tejże z żyłą szyjową wewnętrzną. Zaś na powstanie obchodzącego nas tu przewodu piersiowego lewego składają się: dwa pnie lędźwiowe i jeden pień kiszkowy; zlewając się, dają one t. zw. zbiornik mlecza pokarmowego (*cysterna chyli*), tak iż właściwy pień przewodu piersiowego lewego poczyna się na wysokości drugiego kręgu lędźwiowego. Ztąd wraz z aortą, po prawej stronie tejże, zdąża przez otwór aortyczny przepony do klatki piersiowej (rys. Nr. 2). Poczynając od trzeciego lub czwartego kręgu grzbietowego, przewód ten poza łukiem aorty i poza przełykiem zmierza skośnie na lewo. Przebiega następnie pomiędzy ostatnim kręgiem karkowym i żyłą szyjową wewnętrzną, łukowato zakrzywia się, i pospolicie wlewa się jednym otworem do żyły podobojczykowej lewej, na miejscu zetknięcia się jej z żyłą szyjową wewnętrzną. Obwód jego równa się tu obwodowi pióra kruczego.

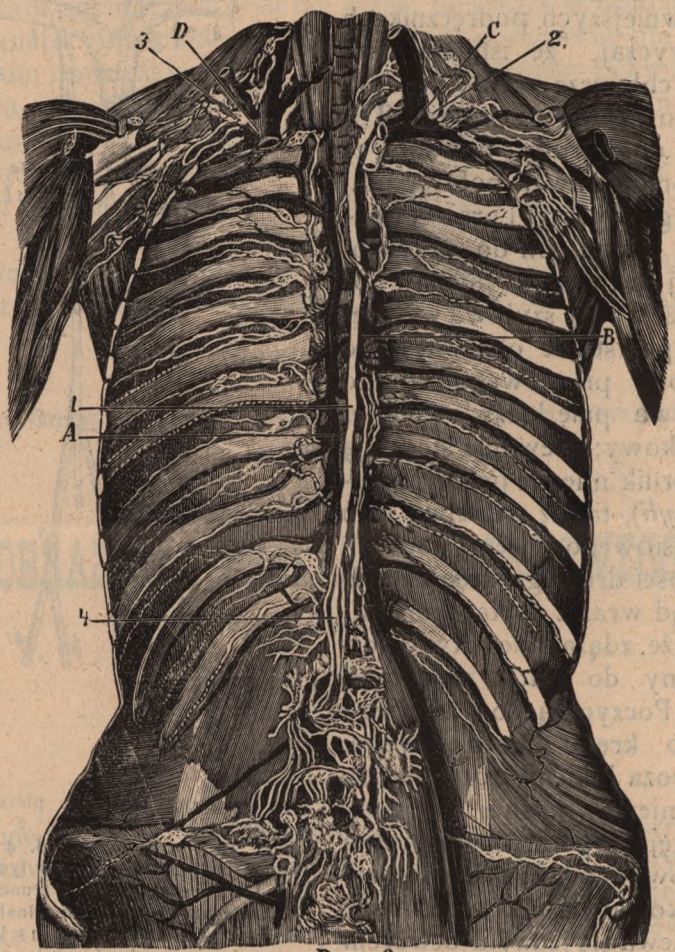


Rys. 1. (Szemat przewod. piersiowych, podług RAUBER'a). 1 v. cava sup. 2 v. anonyma sin. i dex. 3 i 3' v. subc. sin i d. 4 i 4' v. jugul. comm. sin. i dex. 5 plexus lymph. hypogastr. 6 pl. l. iliac. externus, 7 i 7' truncus lymph. lumb. sinist. i dext. 8 trunc. l. intestinalis, 9 receptaculum chyli, 10 duct. thorac. 11 i 11' prawy i lewy pień przew. piersiowych, 12 truncus l. jugularis, 13 truncus l. subclavius, 14 trunc. l. mammarius.

Dalsze jednak poszukiwania wykazały, że podany wyżej opis przewodu piersiowego możemy uważać conajwyżej za szemat, wygodny w celach dydaktycznych. Nieprawidłowości są tu nader częste. Znakomity znawca układu chłoniczego, prof. TEICHMAN*), powiada, że stosunek liczby takich właśnie nieprawidłowych przypadków do liczby przypadków typowych da się

*) Cyt. w HIRSCHFELD'a „Anatomii opisującej ciała ludzkiego".

oznaczyć jak 8 : 2, że to, co dotąd uważano za prawidłowe, było w rzeczy samej wyjątkiem, i odwrotnie. Nieprawidłowości te są nader rozmaite. Otóż widziano u niektórych osobników, że przewód piersiowy był już od początku podzielony na dwa lub trzy pnie, przebiegające równolegle, które bądź to łączyły się ze sobą i wpadały do żyły podobojczykowej jednym pniem wspólnym, bądź to aż do samego końca pozostawały niezłączone. Takie rozdzielenie się przewodu na dwa lub trzy pnie ma nieraz miejsce dopiero w górnym jego odcinku. W innych przypadkach jeden pień takiego rozdzielonego prze-

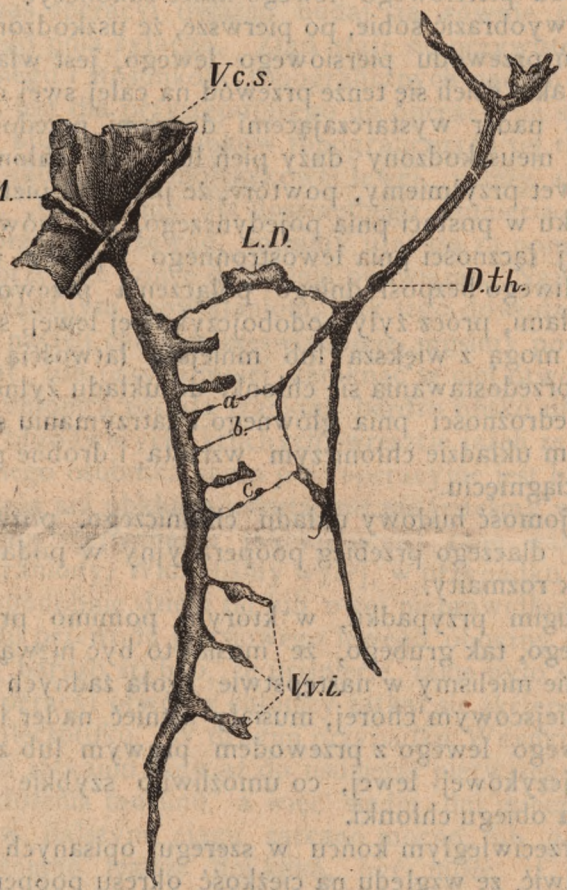


Rys. 2.

wodu piersiowego przebiega zupełnie prawidłowo; zaś drugi zdąża na prawo i tu wpada do żyły podobojczykowej prawej lub łączy się bezpośrednio z przewodem piersiowym prawym. Nowsze badania, dokonane przez Wendel'a ([5]), prócz powyższego wykazały, że, jeżeli przewód składa się z dwóch lub trzech równolegle położonych pni, są one połączone ze sobą na całym swym przebiegu za pomocą gałązek poprzecznych; że pnie lędźwiowe również za pomocą gałązek są w bezpośredniem połączeniu z pniem trzewowym.

Ustalony jest pospolicie pogląd, jak to widać z powyższego, szematycznego opisu przewodów piersiowych, że chłonka oraz mlecz pokarmowy

wlewają się li tylko do żył podobojczykowych, że, więc z tymi tylko pniami żylnymi układ chłoniczy pozostaje w bezpośrednim związku. Lecz i ten pogląd jest tylko względnie sprawiedliwy. Już w roku 1831 Wutzer**) ogłosił następujące spostrzeżenie. Rozdymając powietrzem przewód piersiowy lewy na zwłokach pewnej suchotnicy, a to w kierunku od zbiornika mlecza ku górze, znaleziono przewód ów niedrożnym na wysokości szóstego i piątego kręgu grzbietowego; powyżej tego miejsca przebiegał on aż do wlania się do żyły podobojczykowej pojedyńczo. Natomiast przedostało się powietrze do żyły



Rys. 3.

Rys. 3. *D.th* przewód piersiowy lewy (od przepony do miejsca wpadnięcia do żyły podobojczykow. lewej). Tworzy on pierścień, od którego ku żyle nieparzystej wielkiej (v. a) zdążają 3 gałązki *a. b. c. Vvi* żyły międzyżebrowe. *L. D.* gruczoł chłonny; za pomocą chłonicy łączy się on z przewodem, za pomocą żyły z ż. niep. w. *V.c.s.* v. cava superior., odcięta w miejscu wlania się do niej ż. nieparz. wielkiej I. M. masa, wstrzyknięta do żyły nieparzystej, wygląda z żyły nieparzyst.

nieparzystej wielkiej (*vena azygos*) za pomocą dwóch gałązek chłoniczych, następnie do małej żyłki, która przebiegała od strony lewej, po nad aortą i wpadała do żyły nieparzystej. Wendel podaje w swej niejednokrotnie cytowanej już pracy, że widział podobne do tego przypadki. Nastrzykując układ

**) Cyt. u Wendel'a (5).

chłoniczy przewodu piersiowego lewego pewnego trupa merkuryuszem, znalazł on, że przedostał się tenże z pnia lędźwiowego lewego do żyły nerkowej lewej. W innych przypadkach udało mu się stwierdzić niewątpliwie bezpośrednie połączenie przewodu piersiowego lewego za pomocą cienkich gałązek z żyłą bezimienną, z żyłą nieparzystą wielką, z żyłą szyjową wewnętrzną. Umieszczony tu rysunek Nr. 3, zapożyczony z pracy Wendel'a, zaś tam zrobiony podług fotografii, znakomicie ilustruje jeden z takich preparatów.

Znajomość przytoczonych powyżej danych anatomicznych pozwoli nam zrozumieć, dlaczego podwiązanie, uciśnięcie, zatkanie wreszcie każde inne uszkodzenie przewodu piersiowego lewego może zakończyć się całkiem pomyślnie. Możemy wyobrazić sobie, po pierwsze, że uszkodzona chłonica, brana przez nas za pień przewodu piersiowego lewego, jest właśnie jednym z 2 lub trzech pni, na jakie dzieli się tenże przewód na całej swej długości; w przypadku tego rodzaju nader wystarczającemi drogami przedostaje się chłonka przez pozostały nieuszkodzony duży pień lub pnie chłonicze do układu żylnego. Jeżeli nawet przyjmiemy, powtóre, że przewód piersiowy przebiega w danym przypadku w postaci pnia pojedynczego, to i wówczas, wobec tak często spostrzeganej łączności pnia lewostronnego z pniem prawostronnym, lub też wobec możliwego bezpośredniego połączenia przewodu piersiowego lewego z innemi żyłami, prócz żyły podobojczykowej lewej, skoro tylko staje się on niedrożnym, mogą z większa lub mniejszą łatwością wytworzyć się oboczne drogi dla przedostawania się chłonki do układu żylnego, a to w taki sposób, że dzięki niedrożności pnia głównego i zatrzymaniu się w nim chłonki, ciśnienie w całym układzie chłoniczym wzrasta, i drobne gałązki komunikujące ulegają rozciągnięciu.

Dokładna znajomość budowy układu chłoniczego, pozwoli nam, sądzę, zrozumieć również, dlaczego przebieg pooperacyjny w podanych wyżej spostrzeżeniach był tak rozmaity.

W naszym drugim przypadku, w którym pomimo przewiązania pnia przewodu piersiowego, tak grubego, że musiał to być niewątpliwie pojedyńczy pień główny, nie mieliśmy w następstwie zgoła żadnych zaburzeń w stanie ogólnym lub miejscowym chorej, musiały istnieć nader liczne połączenia przewodu piersiowego lewego z przewodem prawym lub z innemi żyłami, prócz żyły podobojczykowej lewej, co umożliwiło szybkie wytworzenie się obocznych dróg dla obiegu chłonki.

Na zupełnie przeciwległym końcu w szeregu opisanych wyżej przypadków musimy postawić, ze względu na ciężkość okresu pooperacyjnego, drugi przypadek Wendel'a([5]). Bezpośrednio po operacyi czuje się chora niedobrze, uskarża się na nader przykre uczucie wzrastającego ciśnienia w piersi, duszność. Sądzę, że musiał tu przewód piersiowy lewy przebiegać tak, jak to jest opisane w dawniejszych podręcznikach anatomii, t. j. był on pojedynczy, zaś połączenie jego z przewodem piersiowym prawostronnym lub z żyłami było bardzo ograniczone: ztąd długotrwałe i mocne rozciągnięcie przewodu piersiowego i gałęzi jego, ztąd owo przykre uczucie ciśnienia w piersi i inne niemiłe objawy. Po usunięciu muślinu z rany, którym była ona szczelnie wypchana, wypływa nadmierna ilość mlecza, i chora natychmiast doznaje ulgi. Ponieważ, dzięki nielicznym gałązkom komunikującym, oboczne drogi dla obiegu chłonki wytwarzały się nader powoli, zaś płyn ten nie miał innego ujścia, prócz samego przewodu piersiowego, chłonkotok był tak obfity i tak uporczywy. Pozostałe przypadki zbliżały się bardziej już to do naszego przypadku, już to do przypadku Wendel'a.

Na zakończenie dodamy tu kilka uwag praktycznych, opartych na powyższych spostrzeżeniach. Widzieliśmy, że zranienie przewodu piersiowego lewego na szyi może bądź to zagrażać życiu chorego bezpośredniem niebezpieczeństwem, bowiem przez chłonicę, naciętą tak blisko od żyły podobojczykowej, może przedostać się powietrze do układu żylnego, tak samo jak i po nacięciu np. żyły szyjowej wewnętrznej, i dać groźne i niebezpieczne dla życia objawy, jak to się stało w przypadku Weischer'a (3), bądź to pośrednio przyczynić się do śmierci chorego, lub do narażenia go na ciężkie, wyniszczające cierpienie, jeżeli budowa układu chłoniczego spowoduje nazbyt długotrwały chłonkotok. Dla tego też powinniśmy uszkodzenie przewodu piersiowego podczas operacyi uważać bodaj za równie niebezpieczne, jak i uszkodzenie dużego pnia żylnego. Ztąd staje się oczywistem, że narówni ze znajomością przebiegu i stosunków topograficznych naczyń krwionośnych na szyi obowiązkowa jest dla przystępującego do operacyi na szyi dokładna znajomość przebiegu, bliższych stosunków topograficznych tej tak ważnej chłonicy. Operując w okolicy nadobojczykowej lewej, należy zwrócić na nią nader baczną uwagę. Gdybyśmy dla doszczętnego usunięcia operowanego guza byli zmuszeni przeciąć przewód, musimy ująć go za pomocą kleszczyków, odciąć i obadwa przecięte końce dokładnie podwiązać. Najlepiej zapobiegnie to wszelkim niepożądanym powikłaniom, jak tego dowodzi nasz drugi przypadek. Skorośmy nacięli chłonicę nieświadomie, musimy postarać się również ująć ją i podwiązać, lub przynajmniej zamknąć w niej otwór za pomocą obkłucia. Lecz jeżeli chłonica została zraniona bardzo blisko ujścia, jeżeli operujemy śród tkanek bliznowatych, kruchych, wreszcie jeżeli ze względu na młody wiek operowanego osobnika samo pole operacyjne jest bardzo małe, jeżeli więc ani podwiązania ani obkłucia uskutecznić nie jesteśmy w stanie, wówczas pozostaje nam jedno: wypychając jaknajmocniej ranę gazą jodoformową, ucisnąć przewód zraniony. Widzieliśmy wyżej, w przypadku Boegehold'a (1), w którym prawdopodobnie dzięki tej lub owej nieprawidłowości w przebiegu lub budowie układu przewodu piersiowego lewego oboczny obieg mlecza musiał wytworzyć się bardzo szybko, że uciśnięcie takie było wystarczające, by już nazajutrz po operacyi otwór w chłonicy zatkał się skrzepem dość mocnym do zatamowania mleczotoku. W drugim przypadku Wendel'a widzimy również, że po mocnem zatkaniu rany aż do usunięcia pierwszego opatrunku i następnie lekkiego włożenia muślinu, a więc siedm dni mleczotoku nie było. Gdyby więc ranę w dalszym ciągu zatkano mocno, lub gdyby pierwszego opatrunku nie zmieniano jeszcze dni kilka, być może, iż zdążyłby już wytworzyć się wystarczająco duży uboczny obieg mlecza, zaś otwór w chłonicy zdążyłby zatkać się odpowiednio mocnym skrzepem.

Jeżeli w przebiegu pooperacyjnym będzie chłonkotok bardzo obfity, długotrwały, wówczas, zanim zdąży wytworzyć się oboczny obieg chłonki, w celu podtrzymania sił chorego, będziemy musieli uciec się do jaknajbardziej energicznego odżywiania tegoż.

Warszawa, Listopad, 1898 r.

LITERATURA.

1) Boegehold. Ueber die Verletzungen des *Ductus thoracicus*. Archiv für kl. Chir. Bd. XXIX. 2) Vagedes. Ueber Verletzungen des *Ductus thoracicus*. Inaug. Dissert. Würzburg. 1885. 3) Weischer. Zur Casuistik der Verletzungen des D. th.

Würzburg. 1894. 4) Curt Krueger. Ueber Verletzungen des Duct. th. Inaug. Dissert. Bonn. 1897. 5) Wendel. Ueber die Verletzung des D. th. am Halse und ihre Heilungsmöglichkeit Deut. Zeit. f. Chir. Bd. 48, 5 i 6. 6) Keen. Philad. Rep. May 12. 1894. Operation wounds of the thoracic duct in the nack, with a résumé of the two prior recordes cases and two additional cases. 7) Quincke. Ueber fetthaltige Transsudate *Hydrops chylosus et adiposus*. Deut. Arch. f. klin. Med. 1875. 8) K. Chełchowski. Dwa przypadki zebrania płynu mlecznego w jamie opłucnej. Gaz. Lek. 1890. 9) Wł. Zawadzki. Przyczynek do patologii wylewu mleczka do jam surowiczych. Gaz. Lek. 1891. 10) St. Kamieński. O wylewach mleczka do jam surowiczych ciała. Kron. Lek. 1896. 11) Whitla. British. Med. Journ. 1884.

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. 2).

Liczba pośmiertnych badań przypadków choroby Friedreich'a, z powodu rzadkości i długiego jej trwania, wogóle jest niewielka. Gdy Ladame (l. c.) w r. 1889 naliczył 9 autopsyi, Tedeschi (l. c.) w r. 1896 — 20, dziś liczba ta wynosi około 28. Tyle przynajmniej udało mi się zebrać z odnośnej literatury. Opisali je następujący autorowie: Friedreich (4), Schultze, Smith, Pitt, Rütimayer (2), Letulle i Vaquez, Block i Marinesco, Kahler i Pick (2), Auscher, Sachs (2), Brousse, Erlicki i Rybałkin, Gowers, Burr, Clarke, Dana, Tedeschi, Guizetti, Mirto, Simon, Bramwell i Bonnus. Szczególniej drobiazgowo i krytycznie pod względem histologicznym badali swe przypadki Schultze (l. c.), Block i Marineco [29]) (ten sam przypadek badali Déjérine i Letulle) i Rütimayer[30]). Niestety, wielu autorów w badaniach swych przyszło do wniosków, dość znacznie wzajemnie się różniących, i do dziś dnia zmiany anatomo-patologiczne w chorobie Friedreich'a nie są jeszcze ustalone. Ta różnorodność zmian poniekąd, jak to słusznie zauważył Tedeschi, zależy i od długości trwania choroby. W przypadkach, gdzie śmierć nastąpiła w kilka lat od chwili wystąpienia pierwszych objawów choroby (np. przypadek Auscher'a), zmiany te są znacznie mniejsze, aniżeli tam, gdzie choroba trwała lat 30—40. Ogólny zarys zmian anatomo-patologicznych przedstawia się na podstawie ogłoszonych badań pośmiertnych w sposób mniej więcej następujący.

---

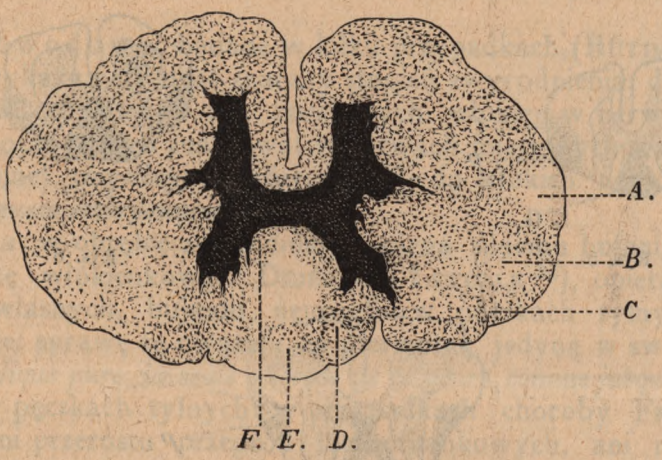
[29]) Sur l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich. Séance de la Societé de Biologie. Bulletin Médical. 1890, str. 217.

[30]) Ueber hereditäre Ataxie etc. Virchow's Archiv. 1887 str. 228.

W typowych przypadkach choroby Friedreich'a ani mózg, ani móżdżek nie przedstawiały żadnych zboczeń od normy. Raz jeden tylko notowany przez Auscher'a [31]) zmniejszony nieco móżdżek wykazał pod drobnowidzem zupełnie prawidłową budowę histologiczną.

Stale natomiast we wszystkich przypadkach znajdywano cienkość rdzenia kręgowego, który często wynosił zaledwie $^3/_4$ a niekiedy $^2/_3$ normy; zwłaszcza był on mały w przypadkach Rütimayer'a, Bramwell'a, Dany [32]), Block i Marinesco. U dwóch ostatnich autorów zmniejszenie objętości rdzenia na różnych wysokościach było różne.

W istocie białej pęczki Goll'a ulegały zawsze zwyrodnieniu w całej swej rozciągłości, pęczki Burdach'a przeważnie w części lędźwiowej, grzbietowej i dolnej szyjowej. Pas Lissauer'a w niektórych przypadkach znajdywano w stanie zwyrodniałym, w innych w stanie prawidłowym. Z bo-



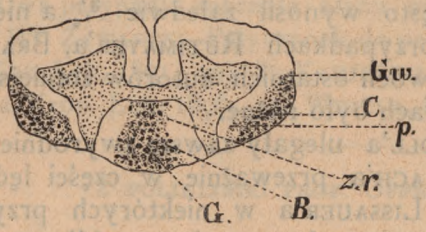
Rys. 2. Przecięcie poprzeczne rdzenia w części grzbietowej w przypadku choroby Friedreich'a podług Blocq i Marinesco. *A* mocno zwyrodniały pęczek Gowers'a. *B* droga piramidalna boczna, zwyrodniała w stopniu umiarkowanym. *C* droga móżdżkowa. *D* pęczek Burdach'a. *E* pęczek Goll'a, obydwa mocno zwyrodniałe. *G* normalne włókna nerwowe, okalające rogi tylne (z Marie); podobny preparat Marinesco znajduje się w zbiorach prof. Oppenheim'a.

cznych dróg w połowie przypadków była dotknięta droga móżdżkowa, dość często pęczek Gowers'a. Piramidy boczne tylko w kilku przypadkach (Auscher, Tedeschi) znajdywano w stanie prawidłowym; zwykle ulegały one słabszemu lub silniejszemu zwyrodnieniu, przytem, na co duży nacisk kładzie Marie, obszar zwyrodniały, w miarę posuwania się ku górze, zmniejszał się i nie odpowiadał nigdy ściśle tym miejscom, jakie według Flechsig'a powinny zajmować drogi piramidalne boczne. Nie powinno nas przeto tak bardzo dziwić, że klinicznych objawów zwyrodnienia tych dróg nigdy w chorobie Friedreich'a nie spostrzegano. Lekki stopień zwyrodnienia piramid przednich notowali tylko Schulze (jednostronne), Smith, Bramwell i Simon. Kilka razy notowano lekkie zwyrodnienie na całym obwodzie rdzenia w postaci opaski (Schultze, Burr). Co się tyczy wyodrębnionych w ostatnich czasach części tylnych pęczków rdzenia, jak: *centrum ovale* Flechsig'a, *zona cornucommissuralis*, *coma* Schultze'go, to o nich wspomina tylko kilku ostatnich autorów,

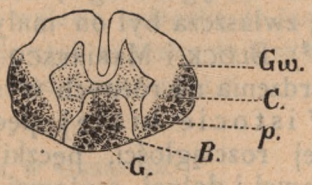
[31]) Archives de physiologie normal et pathologique. 1893. str. 340.
[32]) A case of Friedreich's Ataxia with autopsy. Ref. Neurol Centralblatt. 1897. Nr. 10.

zwłaszcza Simon [33]). Zacohwanie się ich było wogóle takie, jak w wiądzie rdzenia.

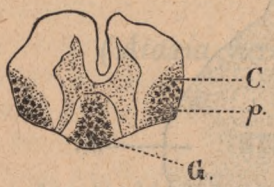
W istocie szarej znajdywano przedewszystkiem bardzo wyraźne zmiany w słupach Clarck'a (Friedreich, Block i Marinesco, Brunn, Simon



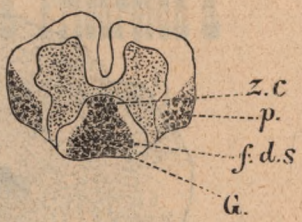
Rys. 3



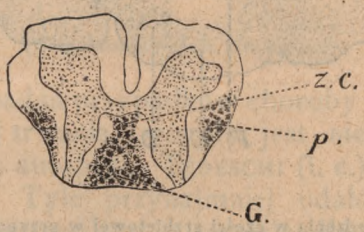
Rys. 4



Rys. 5



Rys. 6



Rys. 7

Rys. od 3 do 7. Przecięcia rdzenia kręgowego na różnej wysokości w drugim przypadku Rütimayer'a. Miejsca zacieniowane oznaczają stan zwyrodnienia. Rys. 3. Dolna część nabrzmienia szyjowego. Zwyrodnieniu uległy: pęczki Goll'a (*G*) i Burdach'a (*B*), drogi piramidalne boczne (*p*) (częściowo), drogi móżdżkowe (*C*) i pęczki Gowers'a (*Gw*) (częściowo). Rys. 4. Górna część rdzenia grzbietowego. Zwyrodnieniu uległy: pęczki Goll'a (*G*) i Burdach'a (*B*), drogi piramidalne boczne (*p*) (częściowo), drogi móżdżkowe (*C*) i pęczki Gowers'a (*Gw*). Fig. 5. Środkowa część rdzenia grzbietowego. Zwyrodnieniu uległy: pęczki Goll'a (*G*) i Burdach'a (*B*), drogi piramidalne boczne (*p*) (częściowo) i drogi móżdżkowe (*C*). Rys. 6. Dolna część rdzenia lędźwiowego. Zwyrodnieniu uległy: pęczki tylne (*G*) i w bardzo słabym stopniu drogi piramidalne boczne (*p*). W tylnych pęczkach pozostały wolnemi od zwyrodnienia: pas pomiędzy tylnem spoidłem (commissura posterior) i tylnymi pęczkami t. zw. *zona commissuralis* (z. c.) albo *ventrales Hinterstrangfeld* niem. autorów; oprócz tego pas przy septum longitudinale posterius na granicy między obydwoma pęczkami tylnymi — t. zw. *fasciculus dorso-medialis sacralis* (Obersteiner) s. *centrum ovale* Flechsig'i. Fig. 7. Rdzeń krzyżowy. Zwyrodnieniu uległy: pęczki tylne i nieco drogi piramidalne boczne. *Zona commissuralis* w tylnych pęczkach pozostała nietknięta. Oprócz tego na wszystkich wysokościach pozostał nietknięty pas pomiędzy tylnymi rogami istoty szarej, a bocznemi częściami pęczków Burdach'a w górnych i pęczków Goll'a w dolnych częściach rdzenia kręgowego, t. zw. pas korzeniowy, *zona radicularis* (z. r.). (Rysunki wpół szematyczne z Marie).

i inni). Zmiany te polegały na częściowym zaniku komórek i włókien; przypominały pod tym względem obraz histologi czny wiądu rdzenia. Zmniejszenie liczby komórek notowano w rogach tylnych i przednich (zwłaszcza Sachs).

---

[33]) Un cas de maladie de Friedreich avec autopsie et examen histologique. Le Progrès Médical. 1897. Nr. 36.

W rogach tylnych zwracano uwagę na zanik włókien, stanowiących dalszy ciąg tylnych korzeni.

Kanał centralny niekiedy znajdywano nie na właściwem miejscu (Déjérine), niekiedy podzielony, niekiedy zamknięty (Schultze).

Wyściółka (*ependyma*) kanału centralnego kilka razy była w stanie bujania (*periependymäre Sclerose*).

Opona miękka (*pia mater*) nieraz, zwłaszcza z tyłu rdzenia, była zgrubiała. Fakt ten zaznaczał już Friedreich, który *leptomeningitis posterior* uważał za główną przyczynę całej sprawy patologicznej, powodującą zwyrodnienie tylnych pęczków. Przypuszczenie to jednak oczywiście jest zbyt jednostronne.

Tylne korzenie zwłaszcza w części lędźwiowej rdzenia znajdywano często w stanie zaniku, zwłaszcza w części rdzeniowej wewnątrz opony miękkiej (*pars intrameningealis*); upatrywano tu analogię do podobnej sprawy w wiądzie.

Nerwy obwodowe, badane w kilku przypadkach, (Rütimayer, Bonnus, Auscher) wykazywały dość znaczny stopień zwyrodnienia; dotyczyło to zwłaszcza nerwów czuciowych lub czuciowych włókien w nerwach mieszanych. Auscher oprócz tego znajdywał w nerwach mieszanych wiele włókien bez osłonki rdzennej (*myeliny*) i porównywał je do włókien nerwowych zarodka (*fibres nerveuses embryonnaires*).

Neuroglia w obrębie zwyrodniałym ulega silnemu bujaniu i wytwarza obfitą tkankę włókienkową. Déjérine i Letulle [34]), opierając się na spostrzeżeniach własnych, bujaniu neuroglii w pęczkach tylnych nadają ogromne znaczenie: sprawę tę uważają za pierwotną, jedyną w swoim rodzaju (*sclérose nevroglique pure, la seule sclérose de ce genre, connue jusqu'à ici*). Powiadają oni, że w pęczkach tylnych w przypadkach choroby Friedreich'a nie spotykamy ani przerostu przegród łącznotkankowych, ani rozszerzenia i zgrubienia naczyń; tem też owa *sclérose nevroglique pure* ma się różnić od *sclérose vasculaire*—stwardnienia naczyniowego, spotykanego w tych razach w pęczkach bocznych. Déjérine i Letulle znaleźli kilku zwolenników swego poglądu (zwłaszcza Auscher'a [35]), lecz więcej jeszcze przeciwników. Weigert, Marinesco, Schultze wystąpili z poważnymi zarzutami. Powiadają oni, że bujanie neuroglii w pęczkach tylnych w chorobie Friedreich'a bynajmniej nie jest większe, niż w innych stwardnieniach (*tabes, sclerosis multiplex*), a następnie, że prawie zawsze i w tych częściach rdzenia spotykamy zgrubienie i rozszerzenie naczyń.

* * *

Jeżeli teraz zapytamy, co stanowi istotę sprawy patologicznej choroby Friedreich'a, to nie tak łatwo będziemy mogli dać na to odpowiedź. Poglądy autorów pod tym względem różnią się bardzo.

Friedreich i Schultze, kładąc nacisk na zmniejszenie objętości rdzenia, uważali jego niedorozwój (*Entwickelungshemmung*) za podstawę następczych zwyrodnień.

---

[34]) Sur la nature de la sclérose des cordons posterieurs dans la maladie de Friedreich. La Semaine Médicale. 1890. Nr. 11.

[35]) Archives de physiologie etc. l. c. Patrz na załączonym tam rysunku bujanie neuroglii pod postacią licznych włókienek t. zw. „tourbillons".

Blocq i Marinesco również sprawy te uważają za typowe zwyrodnienia wtórne.

Hammond [36]) bez dostatecznych powodów upatrywał pierwotne siedlisko sprawy patologicznej w rdzeniu przedłużonym; pęczki tylne jak również móżdżek miały ulegać, zdaniem jego, zwyrodnieniu wtórnemu.

Tedeschi (l. c.), zaznaczając, że w przypadkach świeżych, w których śmierć nastąpiła w kilka lat od początku chorohy (Auscher), znajdywano tylko zwyrodnienie pęczków tylnych, sprawę tę uważa za analogiczną z wiądem rdzenia (patrz wyżej).

Gowers (l. c.), uważając chorobę Friedreich'a za odmianę *paraplegia atactica hereditaria*, zajmującą miejsce pośrednie pomiędzy wyżej nazwaną chorobą a wiądem, powiada: „ta okoliczność, że bezład dziedziczny występuje bardzo wcześnie i u wielu członków tej samej rodziny, przemawia za tem, że ostateczną przyczyną tego cierpienia jest wrodzona dążność do szybszego wyczerpania siły życiowej w pierwiastkach, dotkniętych sprawą patologiczną, aniżeli w innych tkankach ustroju. Zanik pierwiastków nerwowych idzie tu ręka w rękę z rozwojem tkanki łącznej; bujanie neuroglii, wbrew zdaniu Déjérine'a, bynajmniej nie jest sprawą pierwotną".

Z podobną teoryą choroby Friedreich'a wystąpił Edinger [37]). Już w r. 1894 w pracy p. t. „*Eine neue Theorie über die Ursache einiger Nervenkrankheiten*" [38]) wypowiedział on kilka nowych myśli (t. zw. *Ersatztheorie*), które dadzą się streścić mniej więcej w następujących słowach: Przy każdej czynności tkanki ustroju zużywają się i wtedy tylko mogą funkcyonować dalej, jeżeli na miejsce zużytych cząsteczek materyi wejdą nowe. Jeżeli więc czynność danej tkanki będzie tak duża, że dowóz świeżego materyału nie wynagrodzi części zużytych (*Ersatzstörung*), tkanka pocznie zanikać. W ten sposób objaśnić możemy np. zapalenie nerwów wskutek przepracowania, zwyrodnienie ich w zaburzeniach przemiany materyi u osób anemicznych, gruźliczych, dyabetyków, rekonwalescentów po ostrych chorobach zakaźnych i t. p. Oczywiście drogi najbardziej zużyte najwcześniej podlegać będą zanikowi. Dlatego też w wiądzie rdzenia, w którym prawdopodobnie jakaś przyczyna chemiczna powoduje owe zaburzenia w zamieszczaniu zużytych tkanek ustroju (*Ersatzstörung*), najpierw występuje zanik oddziaływania źrenicy na światło, następnie na akomodacyę, zanik pewnych dróg czuciowych i t. d. Nic też dziwnego, że w chorobie Friedreich'a, gdzie zawsze spotykamy niedorozwój rdzenia, i gdzie zapotrzebowania od tego narządu są względnie dość wysokie, następuje zanik pierwiastków nerwowych, ponieważ zaś najbardziej zużywają się tu drogi czuciowe (zachowanie równowagi i t. p.), przeto najwcześniej ulegają zwyrodnieniu pęczki tylne. Następnie zostają wciągnięte w sprawę i pęczki boczne. Ponieważ niedorozwój dotyczy tylko rdzenia, nie spotykamy tu więc, jak to ma miejsce we wiądzie, zaniku nerwu wzrokowego, wyczerpania odruchu źrenicowego, porażenia mięśni ocznych i t. p.

Kahler i Pick [39]), na mocy szczegółowego rozbioru swych dwóch przypadków, wyrazili pogląd, który zresztą rok wcześniej wygłosił już Schultze, że w chorobie Friedreich'a mamy do czynienia z typowem skombinowanem cierpieniem układowem t. zw. *combinirte Systemerkrankung*, gdyż jednocześnie ulegają zwyrodnieniu pęczki tylne i boczne. Pogląd ten i obecnie

---

[36]) Neurologisches Centralblatt. 1882. str. 557.
[37]) Encyklopedya Eulenburg'a. 1895. T. 8. str. 115.
[38]) Volkmann's Samml. kl. Vortr. Nr. 106.
[39]) Archiv für Psychiatrie. 1878. T. VIII. str. 251.

liczy najwięcej zwolenników, pomimo iż nie jest w stanie wytrzymać dość poważnych zarzutów, a mianowicie: 1) zajęcie pęczków tylnych i bocznych, jakie nieraz spotykamy przy badaniu pośmiertnem, bynajmniej nie daje za życia obrazu klinicznego choroby Friedreich'a; 2) obszar zwyrodnień na różnych wysokościach rdzenia jest niejednakowy i nie odpowiada ściśle pęczkom, wyodrębnianym zwykle na poprzecznym przekroju rdzenia; często np. dotyczy on części piramid bocznych i części drogi móżdżkowej; 3) zajęcie pęczków tylnych i bocznych nie jest w stanie objaśnić nam takich objawów, jak brak zaburzeń czucia, swoisty chód, zaburzenie mowy, drżenie gałki ocznej i ruchy, przypominające pląsawicę. Co się tyczy braku zaburzeń czucia wobec, bądź co bądź, wyraźnych rozległych zmian w pęczkach tylnych, to fakt ten uderzał bardzo już samego Friedreich'a. Autor ten (l. c. str. 296) probował dać tego rodzaju objaśnienie, mianowicie, utrzymywał on z Burkhard'em, że podrażnienia, pochodzące od bodźców dotykowych, biegnąc po nerwach czuciowych do rdzenia i natrafiając na zwiększony opór zwyrodniałych pęczków tylnych, biegną po tylnych korzeniach do istoty szarej, a ztamtąd ku górze do kory mózgowej. Wszak działalność zastępcza w układzie nerwowym znana jest dobrze. Dopiero kiedy istota szara rogów tylnych zostanie wciągnięta w sprawę patologiczną, wtedy powstają zaburzenia czucia. Z drugiej strony, zaznacza autor, niektóre włókna, a przynajmniej ich cylindry osiowe mogą w pośród zwyrodniałej tkanki pozostawać w stanie nietkniętym. Że wreszcie pobudliwość nerwów w kierunku dośrodkowym (drogi czuciowe) daleko prędzej wraca do normy, niż pobudliwość w kierunku odśrodkowym (drogi ruchowe), mamy tego dowód w zapaleniach nerwów mieszanych: kiedy czucie dotykowe już dawno wróciło do stanu prawidłowego, niedowład istnieje jeszcze przez długi przeciąg czasu. Déjérine [40]), zastanawiając się nad kwestyą prawidłowego zachowania się czucia w chorobie Friedreich'a wobec zwyrodniałych pęczków tylnych, przytacza następujące objaśnienie: gdy w wiądzie rdzenia kręgowego zwyrodnienie korzeni tylnych znajduje się w stosunku prostym do zwyrodnienia pęczków tylnych, w chorobie Friedreich'a stosunku takiego niema: korzenie tylne są tu zwykle dotknięte w stopniu niewielkim. Przytem inne jest tutaj zajęcie nerwów obwodowych. Marinesco (l. c.) na to jednak daje taką odpowiedź, że tabetycy, którzy doznawali za życia silnych bólów strzelających, bynajmniej nie wykazali przy badaniu pośmiertnem szczególnego zwyrodnienia korzeni tylnych lub zajęcia nerwów czuciowych, dalej że i w chorobie Friedreich'a korzenie tylne są w znacznym stopniu dotknięte, i że wreszcie spraw tych utożsamiać nie można, bo gdy sprawa patologiczna w wiądzie rdzenia jest przeważnie zapalna, tu jest ona ewolucyjna (*évolutif*).

Co się tyczy zaburzenia mowy i drżenia gałki ocznej, co do pewnego stopnia nasuwa na myśl cierpienie mózgowia, to pierwsze starano się uzależniać od nierównomiernej inerwacyi języka i zajęcia nerwu podjęzykowego (Friedreich znajdywał nawet pewne zmiany w jądrze i w pniu tego nerwu), na drugie zaś objaśnienia znaleźć nie umiano. Schultze (l. c.) w swej pracy, jakeśmy to już wspominali, do objawu tego nie przywiązywał wiele wagi, dowodząc, że znajdujemy go bardzo często u osób zupełnie zdrowych (patrz wyżej). Friedreich zaś zaznaczał, że drżenie to bynajmniej nie wykazuje rytmicznych oscylacyi, lecz raczej nosi charakter bezładu mięśni ocznych.

* * *

(C. d. n.).

[40]) Déjérine et Letulle. Sur les causes de l'Integrité de la sensibilité dans la maladie de Friedreich etc. Bulletin médical. 1890. str. 193.

WYKŁADY KLINICZNE.

A. O. Lindfors.

O przepuklinach mózgowych wrodzonych

i chirurgicznem ich leczeniu.

Nauka o powstawaniu przepuklin mózgowych wrodzonych oparta jest poniekąd na dowodzeniach, dotyczących t. zw. potworności. Duverney i Winslow, twórcy teoryi „dynamicznej“ w XVIII w., przyjęli za zasadę, że wszelkie zboczenia rozwojowe ustroju polegają na nieprawidłowościach zarodzi pierwotnej. Z drugiej strony Lemery, a następnie Wolff, obaj Geoffroy, St. Hilaire i inni, przeciwnie, byli zdania, że zboczenia powyższe powstają przez wadliwe powstrzymanie rozwoju zarodzi pierwotnie prawidłowej. W ten sposób powstała druga teorya t. zw. „mechaniczna“, która zyskała sobie liczniejszy zastęp zwolenników, aniżeli pierwsza. Polegając na dowodzeniach szkoły Lemery'go, Himly (1829) i Serres (1832) poczęli głosić, że przyczynę przepuklin mózgowych stanowi wadliwe i niedostateczne tworzenie się kości czaszki. Podobnie jak w nauce o pochodzeniu potworności wogóle, tak też i w nauce o powstawaniu wrodzonych przepuklin mózgowych zauważyć można dwa zasadnicze kierunki. Jedni autorowie opierają dowodzenia swe na podstawach czysto patologicznych, drudzy szukają przyczyn w czynnikach, prawidłowy rozwój ustroju wstrzymujących. Zwolennikiem pierwszego kierunku był Spring (1852), który do dwu już znanych w XVIII w. postaci przepuklin mózgowych, a mianowicie właściwie mózgowej (*encephalocoele*) i wodomózgowej (*hydrencephalocoele*), dodał jeszcze postać trzecią: przepuklinę oponową (*meningocoele*). Spring był zdania, że wszystkie 3 postacie przepuklin poprzedzane bywają przez wodogłowie komór mózgowych. Nie powstają one nigdy w miejscach, odpowiadających zwykłym szczelinom w czaszce, lecz bądź wypuklają się nazewnątrz przez otwory nieprawidłowe, bądź też przedrążają kości własnym uciskiem. Virchow w zapatrywaniach swych zgadza się po części ze Spring'em, gdy Larger (1877) dowodzi, że przepukliny mózgowe powstają na zasadzie wstrzymanego rozwoju, jak to widzimy w puchlinie pacierzowej (*sp. bifida*), w nieprawidłowych wrodzonych szczelinach twarzy i t. p. Inni autorowie poczęli przypisywać powstawanie przepuklin zbyt wczesnemu kostnieniu kości podstawy czaszki, wskutek czego znacznie później kostniejące kości sklepienia podlegać mają znacznemu uciskowi. Wreszcie w r. 1890 odkryto w przepuklinach mózgowych jakoby cechy spraw nowotworowych, tak iż poczęto nawet rozprawiać o „cerebromatach“, „kephalomatach“ i t. p. Wogóle w dziedzinie dowodzeń o powstawaniu przepuklin mózgowych daje się uczuwać brak zgodności zdań u różnych autorów. Najprawdopodobniej przepuklina wodo-mózgowa znajduje się w bezpośrednim związku z wodogłowiem. Co się tycze dwóch drugich postaci przepuklin, to nader trudno jest orzec coś stanowczego pod tym względem. Być może, iż odgrywają pewną rolę w tych razach prócz wodogłowia także torbiak opon mózgowych (Virchow), przyrosty owodni, zmiany krzywicze kośćca i t. p. czynniki.

Pod nazwą przepukliny mózgowej, jak wiadomo, pojmujemy w ogólności wadę rozwojową wrodzoną, polegającą na tem, że pewna część istoty mózgu lub jego opon znajduje się nazewnątrz czaszki w postaci guza, wypuklającego się przez nie-

prawidłowo powstałe otwory w kościach. Od postaci wrodzonych przepuklin mózgowych odróżniać należy przepukliny, nabyte przez uszkodzenia lub po operacyach, a także takie zboczenia, jak ektopia mózgu, bezmózgowiec, półgłowiec i t. d., wobec których leczenie jest bezsilne. Rozróżniamy 3 postacie główne przepuklin mózgowych: właściwą przepuklinę mózgową (*encephalocoele*, *cenencephalocoele*), składającą się z istoty mózgowej wyłącznie, przepuklinę oponową (*meningocoele*), zawierającą opony oraz płyn mózgowy i wreszcie p. wodomózgową (*hydrencephalocoele*), jeśli istota mózgu wypuklana jest nazewnątrz przez płyn, nagromadzony w jednej z komór mózgowych; prócz powyższych zdarzają się postacie przejściowe: nakoniec odróżniamy *parencephalocoele*, oznaczające przepuklinę móżdżkową, i *synencephalocoele*, gdy po urodzeniu się dziecka są jeszcze obecne na powierzchni czaszki pasma ze zrostów owodni.

Najczęstszą zawartość właściwych przepuklin stanowi istota mózgu wielkiego, rzadziej spotykamy w nich istotę móżdżku, a w nader rzadkich przypadkach — obecność obu tych istot mózgowych. Co do częstości występowania przepuklin mózgowych, to autor osobiście zaprzecza mniemaniu, jakoby przepukliny mózgowe częściej spotykano u osobników płci żeńskiej: płeć prawdopodobnie pozostaje bez żadnego wpływu pod tym względem. Wogólności wszelkie dane statystyczne pojmować należy z pewnem zastrzeżeniem, a to ze względu na wiele niedokładności w rozpoznawaniu i określaniu istoty przepuklin mózgowych. Tak np. o wzajemnym stosunku liczebnym różnych postaci przepuklin z zestawień autorów sądzić nie podobna: prawie u każdego z nich stosunek ów jest odmienny. Reali na 60 przepuklin mózgowych właściwych znajdował 50 wodo-mózgowych i 30 oponowych, autor zaś na 36 oponowych — 29 właściwie mózgowych i tylko 4 wodomózgowe i t. p.

Jeżeli zwrócimy z kolei uwagę na umiejscowienie przepuklin mózgowych, to najczęściej występują one w okolicy potylicowej i u nasady nosa, rzadziej wzdłuż szwu strzałkowego, po bokach czaszki, a wreszcie wpuklać się mogą do jam nosa, do oczodołów i t. p. Jeszcze Spring zauważył, iż przepukliny mózgowe nigdy nie tkwią w szczelinach prawidłowych czaszki, a badania współczesne stwierdziły prócz tego, że tworzą się one zawsze pomiędzy oddzielnymi punktami kostnienia (*puncta ossificationis*). Nadmienić przytem wypada, że najczęstszem siedliskiem przepukliny oponowej i wodo-mózgowej bywa część potylicowa czaszki, przepuklina właściwie mózgowa spostrzegana bywa w różnych okolicach czaszki.

Przepukliny mózgowe występują bądź pojedyńczo, bądź w większej ilości naraz, a przytem rozłożone bywają symetrycznie lub niesymetrycznie. Kształt, wielkość, wygląd zewnętrzny przepuklin nie odznaczają się cechami stałemi. Wielkość waha się od objętości ziarna fasoli do objętości głowy. Największe z nich stanowią czyste lub mieszane postacie przepuklin oponowych. Jedne przepukliny zawieszone są na szypułach, drugie posiadają podstawę szeroką, inne wreszcie dają się pozornie odprowadzić i t. d Tętnienie spostrzegamy tylko w przepuklinach mózgowych właściwych: nigdy nie spostrzegano tego objawu w przepuklinach oponowych; podczas krzyku i kaszlu dziecka przepukliny zwykle bardziej się wypuklają, a skóra pokrywająca nabiera wówczas odcienia sinego; niektóre z nich posiadają właściwość przeświecania.

Płyn otrzymywany z wnętrza przepuklin, o ciężarze właściwym 1,004—1,012, posiada wygląd przezroczysty, kolor słomiany i oddziaływanie zasadowe; zawiera zwykle białko (albuminę), sól kuchenną, kwas moczowy, barwniki żółciowe i rzadko cukier. Otwór przepuklinowy bywa różnej wielkości, co wywiera wpływ pewien na tętnienie guza, naprężanie się i t. p. — Na powłokach zewnętrznych prze-

puklin spostrzegano dość często naczyniaki, tłuszczaki i guzy torbielowate. Powłoki przepuklin nie posiadają budowy ściśle określonej: w jednych przypadkach skóra zawiera wszystkie warstwy jej właściwe, w innych — powłoki składają się z cieniutkiej tkanki łącznej, pod którą znajduje się niejednokrotnie warstwa tkanki luźnej, obfitującej w naczynia, o wyglądzie gąbczastym, galaretowatym t. zw. embryonalnym. W przepuklinach wodo-mózgowych znajdujemy pod powłokami bezpośrednio istotę mózgową, która dość cienką warstwą otacza jamę, płynem mózgo-rdzeniowym wypełnioną i w związku z komorami będącą. Właściwości tych brak jest innym postaciom przepuklin, lecz odróżnianie ich pod względem klinicznym przedstawia ogromne trudności.

Powstawanie przepuklin mózgowych przypisać należy w większości przypadków powstrzymanemu rozwojowi bądź kości czaszki, bądź tkanek mózgowych (szczególnie w przepuklinie wodo - mózgowej,) bądź wreszcie niedostatecznemu zróżniczkowaniu się warstw zarodzi. Do uwag powyższych dodać należy, że przepukliny mózgowe dość często wikłają się z następującemi sprawami w ustroju: wodo - głowiem (najczęściej), naczyniakami, rozstrzenią naczyń (*telangiectasia*), torbielami, tłuszczakami przepukliną pępowinową, czaszką płaską i niedostatecznym rozwojem mózgu i t. p. Często też występują zboczenia wrodzone w układzie moczo-płciowym. — Co się tyczy objawów, to w wielu razach noworodki nie podlegają żadnym dolegliwościom w okresie początkowym, t. j. w przeciągu pierwszych dni lub tygodni, dopóki przepuklina nie zacznie powiększać się w swej objętości lub nie ulegnie urazowi lub przypadkowemu uciskowi. W miarę nadmiernego wzrostu guza lub wskutek uszkodzenia powstać mogą objawy następujące: niepokój, krzyk chorego, drgawki, zezowanie, niedowład kończyn górnych, upadek sił, niemożność stania i chodzenia, idyotyzm, zapaść. i t. p. Szybko rosnące przepukliny podlegać mogą uwięźnięciu, dalej przyłączyć się może zapalenie lub zgorzel powłok, spostrzegano też pęknięcie przepuklin z następczem zapaleniem opon mózgowych. Nie wyłączone bywa i wyzdrowienie samoistne, a przynajmniej znaczne polepszenie, szczególnie w przypadkach przepuklin oponowych drogą np. wessania zawartości (Barclay, Mitchell). Przepukliny niewielkie mogą lata całe nie powiększać się, nie sprawiając żadnych dolegliwości i pozostając bez wpływu ujemnego na sprawność umysłu i rozwój inteligencyi osobników. Niezmiernie pożądany pod względem naukowym i praktycznym byłby bezwątpienia sposób klinicznego rozpoznawania różniczkowego poszczególnych postaci przepuklin mózgowych. Autor wyraża ubolewanie swe z powodu trudności, pod tym względem napotykanych, sądzi przytem, że takie rozpoznawanie różniczkowe mogłoby znacznie rozszerzyć zakres naszych szczupłych pojęć, dotyczących czynności różnych części mózgu.

Robiąc rozpoznanie, należy pamiętać, że każdy guz wrodzony głowy może przedstawiać przepuklinę mózgową. Ostrożność pod tym względem jest niezbędna, tembardziej, że wielu lekarzy zbyt mało na okoliczność tę zwraca uwagi, rozpoznając tłuszczaki, kaszaki, torbiele tam, gdzie częstokroć mamy do czynienia z przepukliną mózgową.

Niejednokrotnie rozpoznanie bliższe dokonane być może jedynie przy pomocy aseptycznie wykonanego przekłucia próbnego i następczego badania drobnowidzowego. Dzieje się to w tych mianowicie przypadkach, w których mamy do czynienia z przepuklinami mózgowemi, oddzielonemi zupełnie u podstawy swej od wnętrza czaszki z powodu spraw zanikowych, a także w przypadkach torbieli skórzastych, które swym uciskiem przetarcie kości wywołały.

W okresie, poprzedzającym zastosowanie w chirurgii zasad antyseptyki i aseptyki, obawiano się tych właśnie sposobów leczenia przepuklin mózgowych, które w dobie obecnej zyskały sobie zupełne prawo obywatelstwa. Ograniczano się jedynie do prób odprowadzania przepuklin mózgowych, do opatrunków uciskowych i, co najwyżej, odważano się na przekłucia próbne i przewiązywanie przepuklin oponowych. Wszelkie w tym kierunku zabiegi chirurgiczne śmielsze nie wzbudzały zaufania ku sobie, będąc dla wielu „*observanda sed non imitanda*". Autor przytacza nader ciekawe statystyczne dane, z których dowiadujemy się, że w owe czasy odsetka śmiertelności pooperacyjnej nie wiele się różniła od odsetki śmiertelności w przypadkach leczenia zachowawczego *resp.* nie leczonych zupełnie. Najczęściej stosowano opatrunek uciskowy, rzadko wstrzykiwanie jodu, które poczytywano ogólnie za zbyt ryzykowne. Po wprowadzeniu zasad antyseptyki i aseptyki do chirurgii, leczenie przepuklin mózgowych uczyniło znaczny krok naprzód. Ulubione dawniej opaski uciskowe ustępują na plan dalszy, a za to w $^4/_5$ przypadków widzimy stosowanie następujących zabiegów: 1) odcinanie przepuklin z następczą operacyą kościotwórczą (*Osteoplastik*) lub bez niej i 2) zastosowanie kleszczy chirurgicznych i następnie usuwanie znekrotyzowanego guza. Statystyka wskazuje, iż w przeciągu ostatnich lat 17 operacye pomyślne przepuklin mózgowych znajdują się w stosunku pomyślnie wykonanych zabiegów całego okresu poprzedzającego (z górą 100 lat), jak 55 do 35! Ze sposobów współczesnych leczenia chirurgicznego przepuklin mózgowych autor zaleca stosowanie kleszczy w tych przypadkach, w których szczególnie szeroki otwór przepuklinowy w czaszce wymaga dość grubej i tęgiej blizny w następstwie. Zabieg z kleszczami posiada jednak tę niedogodność, że przepuklina, podlegająca nekrozie w ciągu dni kilku, może się stać do pewnego stopnia punktem wyjścia dla zakażenia ustroju miejscowego i ogólnego. Dla odwrócenia tego rodzaju powikłań niepożądanych można z pewnem powodzeniem stosować po odcięciu guza t. zw. operacyę kościotwórczą w celu zasłonięcia otrzymanego braku w czaszce.

Zabieg z kleszczami chirurgicznemi uskutecznia się w sposób następujący: specyalnie do tego celu zrobionem narzędziem lub w braku jego zwykłem zaciskadłem torbielowem chwytamy przepuklinę nieco powyżej podstawy i, zwróconą mając baczną uwagę na stan ogólny chorego, powoli i stopniowo narzędzie zamykamy. Po usunięciu znekrotyzowanego guza należy zaopatrzyć chorego na czas pewien jeszcze w opaskę uciskającą w celu uniknięcia nawrotów.

Odcięcie przepukliny mózgowej wykonać można kilkoma sposobami. Podług Berger'a — wycinamy u podstawy przepukliny 2 płaty skórne w postaci klinów, oddzielamy je w kierunku ku otworowi, jak można najdalej, otwieramy worek przepuklinowy, którego zawartość bądź odprowadzamy, bądź wyłuszczamy, następnie podwiązujemy szypułę, usuwamy część przepukliny powyżej podwiązki, a wreszcie nakładamy szew jedno- lub dwupiętrowy. Plothmann radzi pewną modyfikacyę sposobu powyższego pod tym względem, iż przed zabiegiem stosuje tymczasową przewiązkę elastyczną na podstawę przepukliny, co przy znacznej objętości guza i sporym otworze bardzo operacyę ułatwia. Bardzo dobrym, aczkolwiek mało jeszcze dotąd wypróbowanym sposobem jest zalecana przez Wołkowicza i Lissenkę operacya kostno-twórcza. Operacya ta polega na tem, że w pobliżu otworu przepuklinowego w czaszce oddzielamy dłutkiem płat kostnoskórny odpowiedniej wielkości, który następnie przekręcamy i zamykamy nim otwór pozostały w czaszce po usunięciu przepukliny.

Pomimo statystyki (dość zresztą niedokładnej), dotyczącej przypadków operowanych z zejściem śmiertelnem, zaznaczyć należy niewątpliwie ogromne postępy

chirurgii w kierunku leczenia przepuklin mózgowych, a nawet przepuklin wodomózgowych, które poprzednio cieszyły się smutną sławą: *noli me tangere.*

Pomimo wyników dodatnich leczenia operacyjnego, rokowanie jednak pomyślne robić można jedynie *quoad vitam*, lecz nie *quoad valetudinem completam*. Liczne historye chorób świadczą, że pomimo wyzdrowienia pozornego osobników po dokonanych operacyach, utrzymanie przy życiu nie przynosi im pożądanej korzyści pod względem sprawności władz umysłowych.

Nie powinniśmy jednak zrażać się w pracy, która już tyle pożytecznych wyników przyniosła: należy tylko skrzętnie rozważać wszystkie poszczególne przypadki i z nich tylko najbardziej odpowiednie do zabiegu chirurgicznego przeznaczać.

Podług autora kierować się należy w tym względzie dość pewnemi wskazówkami, przez doświadczenie stwierdzonemi. Jak to widać z licznych zestawień kazuistycznych, w końcu pracy Lindfors'a przytoczonych, najbardziej nadają się do zabiegów operacyjnych przypadki następujące: małe przepukliny mózgowe właściwe i oponowe, szczególnie po bokach czaszki i wzdłuż szwu strzałkowego położone. Przepukliny ciemieniowe a także potylicowe znacznej objętości, zawierające przytem istotę mózgową, odznaczają się najgorszem rokowaniem dla dziecka pod względem jego rozwoju intelektualnego w przyszłości.

(*Sammlung klin. Vorträge. Volkmann N. 222—223. 1898*). *L. Zembrzuski.*

ODCINEK.

O KONIECZNOŚCI SANITARNEGO PRAWODAWSTWA

DLA MIEJSCOWOŚCI LECZNICZYCH.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 2).

Inna kategorya bardzo dotkliwych niedogodności polega na pewnych anomaliach w przepisach pocztowych i telegraficznych, które absolutnie nieuwzględniają potrzeb osób na leczenie przybywających. Jak wiadomo, urzędy pocztowo-telegraficzne znajdują się zwykle w pobliżu sstacyi dróg żelaznych, lecz za to dalej od właściwego kurortu, który zwykle o kilka lub więcej wiorst od urzędu pocztowego jest oddalony. Żądanie od osoby chorej, aby dla poświadczenia tożsamości podpisu udawała się do urzędu gminnego lub policyi i dopiero potem przybywała w godzinach biurowych do urzędu pocztowego po odbiór listu rekomendowanego, pieniędzy lub posyłki, gdy do tego celu poświadczenie podpisu danej osoby przez lekarza zakładu, jako znającego wszystkich osobiście jest całkowicie wystarczające, naraża chorych na przerwę w leczeniu, niepotrzebne koszta i inne nidogodności. Znamy przykłady, że chorzy po tygodniu czasu tracili, aby z poczty odebrać posyłkę lub pieniądze, a nawet wyjechali z kurortu do domu, nie odebrawszy ich; bo albo nie zastawali urzędnika policyjnego, będącego ciągle za domem w służbowych interesach, albo urząd gminny był zamknięty, albo mogli tylko przybyć na pocztę nie w godzinach biurowych, albo wreszcie, że pogoda była tego rodzaju, że się nie mogli z domu wydalić. Oto jest jedna niedogodność.

Druga niedogodność polega na późnem dostarczaniu korespondencyi, na którą każdy chory z największą niecierpliwością i upragnieniem oczekuje. Chorzy otrzymują swą korespondencyę nieraz w 5 lub 6 godzin później, aniżeli ją otrzymywać powinni. Ponieważ poczta rozporządza z ykle tylko jednym woźnym, a na odbieranie korespondencyi przez zakładowego posłańca zgodzić się nie chce, przeto łatwo zrozumieć, że zanim ów pocztowy sługa wszystkim mieszkańcom korespondencye doręczy, upłynie nie jedna godzina czasu; jeszcze więcej czasu potrzeba na to, aby listy i posyłki były dostarczone zakładowi, gdyż kolej na zakład przychodzi zwykle na końcu.

Niedogodności te jednak są niczem w porównaniu z chińskim obyczajem następnego rodzaju:

W znacznej większości miejscowości leczniczych stacye telegraficzne podczas nocy są zamknięte. Jestto taka anomalia, takie lekceważenie najważniejszych, najdroższych interesów publiczności, że nieprzyzwoitością byłoby nazwać ją tu po imieniu.

Ileż to razy zachodzi potrzeba powiadomienia rodziny o śmierci drogiej jej osoby lub o nagłem pogorszeniu jej stanu zdrowia; ile razy zachodzi konieczność wezwania na naradę doświadczonego kolegi i uczynienia zadość żądaniu chorego w tym względzie; ile razy zdarza się potrzeba wezwania notaryusza! We wszystkich tych przypadkach nie raz jedna godzina decyduje o ważnych bardzo sprawach, o losie rodzin lub majątkowem położeniu. Cóż telegraf na to? zamknięty, a tymczasem osoby najsilniej interesowane muszą wśród największego niepokoju, największej trwogi wyczekiwać całych godzin dwanaście! Jaka może być przyczyna podobnie smutnego zwyczaju? Oto, powiadają nam, że nie ma etatu na utrzymanie urzędnika, któryby nocą dyżurował. Odpowiedź ta nie jest zgodna z prawdziwym stanem rzeczy, bo tam, gdzie się znaczna liczba chorych zjeżdża, poczta o wiele więcej zarabia. Jeżeli oznaczymy frekwencyę w kurorcie przecięciowo na 1000 osób przyjezdnych w sezonie, to dochody, jakie poczta osiąga: z korespondencyi, przez osoby przyjezdne prowadzonej, z gazet, z przesyłek pieniędzy i różnych przedmiotów i t. d. są z pewnością tak znaczne, że one pokryją koszty utrzymania zapasowego urzędnika na czas letniego sezonu. Rb. 100 lub 150 aż nadto na to wystarczy. Dyrekcya więc poczt powinna usunąć tę anomalię, delegując zapasowego urzędnika do tych miejscowości, w których się urzędy telegraficzne znajdują, i powinna o tem pamiętać, że po za literą prawa istnieją jeszcze pewne względy humanitarne, z którymi się każda instytucya, czy to prywatna czy rządowa, rachować powinna.

Na podstawie danych, które miałem zaszczyt przedstawić, wnoszę: 1) aby obecny, pierwszy zjazd działaczy na polu klimato-hydro-balneologii, uznał za pożyteczne uchwalenie obowiązującego prawa dla wszystkich miejscowości leczniczych celem zapewnienia opieki nad osobami, przyjeżdżającemi na kuracyę do tychże miejscowości, i aby z obecnych członków wybrał komisyę do opracowania wspomnianego prawa, które przez przyszły zjazd byłoby przyjęte i przedstawione władzy do zatwierdzenia;

2) aby zjazd obecny odniósł się z prośbą *a*) do pana ministra sprawiedliwości, celem przypomnienia pp. sędziom pokoju o obowiązku bezzwłocznego rozpatrywania spraw wynikłych w kurortach podczas sezonu, a dotyczących osób na kuracyę przybyłych; *b*) do głównego pocztowo-telegraficznego zarządu, aby we wszystkich leczniczych miejscowościach, w których się stacya telegraficzna znaj-

duje, telegraf funkcyonował nietylko w dzień, lecz i w nocy, oraz, aby i inne dogodności dla leczących się, wymienione powyżej w obecnym artykule, były zaprowadzone; c) do pp. Gubernatorów, aby, bez względu na to czy stacya lecznicza znajduje się w obrębie miasta, miasteczka, osady lub wsi, była ustanowiona taksa dla osób, dorożkarstwem się trudniących.

W wystąpieniu bezzwłocznem do władz z powyższemi odezwami chyba nie zajdą żadne trudności; co się zaś tyczy projektu do prawa, mającego obowiązywać miejscowości lecznicze, to pod tym względem konieczne jest zebranie pewnych danych i uwzględnienie bardzo wielu miejscowych warunków, które w tak olbrzymiem państwie, jak Rosya, są nader różnorodne, i dla tego to projektu, który podajemy, nie uważamy za coś skończonego, lecz raczej za program do dyskusyi i opracowania.

Za granicą, a mianowicie: w Niemczech, Austryi, Francyi i Włoszech, nie istnieją żadne jednolite przepisy prawne, któreby dla kurortów wymienionych krajów były obowiązujące. Tam każdy zarząd miasta lub każda gmina, w której obrębie kurort się znajduje, sam w dobrze zrozumianym własnym interesie czuwa nad porządkiem i stara się o udogodnienia dla publiczności. W San Remo np. już od lat kilkunastu isnieje komitet złożony z członków rady miejskiej, który czuwa nad mieszkaniami i hotelami, a w szczególności nad dezynfekcyą mieszkań. Meran ma swoją stałą radę sanitarną; Reichenhall również rządzi się szeregiem przepisów, mających na celu pilnowanie, aby tak miejscowi mieszkańcy, jak i osoby przyjezdne ściśle się do przepisów higieny stosowały. Podobneż komisye lub sanitarne komitety spotykamy i w bardzo wielu innych korortach. Jednakże postanowienia tych komisyi, komitetów lub rad miejskich nie mają siły obowiązującego prawa, gdyż instytucye te nie posiadają organów wykonawczych, oddziaływając tylko na mieszkańców swoją powagą i wywierając na nich moralny nacisk za pomocą opinii.

Organem wykonawczym mogłaby tak, jak i w innych razach, być tylko policya; że zaś zagranicą, a w szczególności też w Niemczech, społeczeństwo unika, jak ognia, udziału policyi w podobnych sprawach i broni się, o ile może, od jej interwencyi zawsze i wszędzie, przeto i tam, właśnie dla braku siły wykonawczej, pomimo wyższej kultury, zdarzają się nieraz bardzo poważne wykroczenia przeciw higienie i policyi lekarskiej, oraz praktykują się różne postacie wyzysku tylko w nieco cywilizowańszej, niż u nas, formie. Dość tu przypomnieć o pobieraniu od publiczności wysokiej kurtaksy nawet na krótko przed zamknięciem sezonu, o zmuszaniu chorych do picia przy ogólnym stole, czyli o tak zwanym Getränkezwang, wreszcie o obowiązkowem zakupywaniu wszystkich mebli i sprzętów, należących do pokoju, w którym zmarła osoba lecząca się. Pod tym względem bardzo ciekawa jest praca D-ra Goldschmidt'a z Reichenhall'u, wygłoszona na zjeździe towarzystwa balneologicznego w Berlinie w r. 1891 pod tytułem: Ueber die Notwendigkeit einer Gezetzgebung für Kurorte und Heilanstalten. Autor bardzo szczegółowo zastanawia się nad brakami, jakie w wielu zagranicznych kurortach zostały stwierdzone, i uzasadnia zdanie, że wydanie sanitarnych przepisów, jako obowiązującego dla wszystkich kurortów prawa, może jedynie obecny stan rzeczy polepszyć i usunąć wiele nienormalności, które, zdaniem jego, inną drogą nigdy usunąć się nie dadzą. I w roku bieżącym 1898 tenże sam autor poruszył tenże sam temat na kongresie balneologów niemieckich w Wiedniu. Wszyscy jednozgodnie poglądy jego podzielili, jednakże do konkretnych postanowień nie przyszło, choć wszystko przemawia za tem, że, prędzej czy później, prawo, o którem mowa, uchwalone zostanie.

Każdy chory, już przez to samo że cierpi, że zmuszony jest w obcem miejscu szukać zdrowia i że opuszcza rodzinę, jest nieszczęśliwy i przygnębiony na duchu; bardziej więc, niż komu innemu, należy mu się opieka ze strony społeczeństwa. Gdy nasi chorzy będą wiedzieli o tem, że w stacyach leczniczych czuwają nad nimi ludzie dobrej woli, a nadto ludzie kompetentni, odczuwający ich potrzeby; że my lekarze robimy wszystko, aby im zapewnić możność przeprowadzenia skutecznej kuracyi, wtedy nabiorą zaufania do swojskich lecznic, będą je liczniej odwiedzali, a tym sposobem zakres działalności naszych stacyi leczniczych się zwiększy, i bogactwo krajowe wzrośnie.

Pospolicie wszelakich wzorów dla siebie zwykliśmy szukać za granicą. Przynajmniej tym razem nie powinniśmy się dać wyprzedzić zagranicy. Ustanowienia tyle pożytecznej i humanitarnej instytucyi, jaką niewątpliwie jest opieka prawna nad chorymi, szukającymi zdrowia w krajowych stacyach leczniczych, stanowiłoby w mem przekonaniu ważną i płodną w następstwa erę, od której datowaćby się począł rzetelny postęp w naszych miejscowościach leczniczych i gruntowne w nich reformy.

(C. d. n.).

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. Grudzień r. z.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 74 (m. 37, k. 37); przybyło w grudniu 81 (m. 44, k. 37); wypisało się 83 (m. 38, k. 45); zmarło 13 (m. 6, k. 7); pozostało na miesiąc następny chorych 59 (m. 37, k. 22).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, niż w miesiącu ubiegłym, a to dzięki znacznemu zmniejszeniu się wszystkich prawie chorób zakaźnych ostrych. Dotyczy to szczególniej ospy, płonicy i tyfusu wysypkowego, a więc chorób najbardziej zaraźliwych. Pod tym względem ostatni miesiąc roku zeszłego należałoby zaliczyć do bardzo pomyślnych, gdyby nie pojawienie się grypy, a z nią i znaczne powiększenie się zapalenia płuc krupowego.

Najliczniejszą rubrykę w ubiegłym miesiącu stanowiła w dalszym ciągu o d r a, której mieliśmy przypadków 15 (m. 9, k. 6) przeważnie u dorosłych z przebiegiem niezbyt lekkim. Jeden przypadek zakończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Pańska 116, Widok 1, Szpital Dz. Jezus (4 przypadki), Ujazdowska 18, Krucza 29, Nowolipie 28, Plac Warecki 2, Żórawia 8, Plac Saski 6, Plac wyścigowy, Żelazna 33, Czerniakowska 17.

Następną rubrykę, znacznie mniejszą, niż w ubiegłym miesiącu, stanowiła o s p a, której mieliśmy tylko przypadków 10 (m. 6, k. 4) z przebiegiem niezbyt ciężkim. Dwa przypadki u chorych nieszczepionych zakończyły się śmiertelnie. Chorzy przybyli z ulic: Solec 38, Hoża 19, Dzielna 81 (2 przypadki), Stawki 65, Prosta 4, Ząbkowska 41, Kotzebue 6, Pokorna 5 oraz wieś Brudno.

Nieco mniej mieliśmy t y f u s u b r z u s z n e g o, przypadków 8 (m. 7, k. 1) z przebiegiem ciężkim, powikłanym. Śmiercią zakończyły się 4 przypadki (m. 2, k. 2). Chorzy pochodzili z ulic: Dobra 51, Wronia 48, Łucka 17, Ogrodowa 9, Śliska 54, Wąski Dunaj 7, Krakowskie Przedmieście 17.

Dwa razy mniej mieliśmy r ó ż y, której zanotowaliśmy przypadków 7 (m. 3, k. 4). Trzy przypadki natury złośliwej, zgorzelinowej, zakończyły się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z ulic: Włodzimierska 16, Piekarska 14, Żelazna 45, Chłodna 45, Nowe Miasto 5, Sosnowa 10, wieś Marki.

Na zaznaczenie zasługuje znaczne zmniejszenie się płonicy, której mieliśmy 3 razy mniej, niż w ubiegłym miesiącu, przypadków 5 (m. 4, k. 1), z przebiegiem niezbyt ciężkim. Chorzy pochodzili z ulic: Widok 21, Franciszkańska 2, Chłodna 55, Litewska 11, Ciepła 14.

Często w związku z grypą występują zapalenia płuc z przebiegiem dosyć ciężkim. Zanotowaliśmy przypadków 6 (m. 5, k. 1) pomyślnie zakończonych.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: po 5 przypadków biegunki krwawej i zapalenia gardła (*angina follicularis*); 3 tyfusu wysypkowego (Brukowa 9, Miedziana 16 i Ochota); 2 błonicy gardła oraz po jednym przypadku: grypy i zimnicy.

Z innych chorych, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy: 2 przypadki nieżytu kiszek oraz po jednym: zapalenia okostny i zgorzeli stopy.

Biletów odmównych chorym, niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 28 (m. 17, k. 11); dla braku zaś miejsca 6 (m. 2, k. 4).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 35 (m. 22, k. 13).

J. Szwajcer.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 17 b. m. dokonano w dalszym ciągu wyborów. Na sekretarza dorocznego wybrano kol. Józefa Winiarskiego.

— Na porządku dziennym posiedzenia wydziału higieny szpitali i przytułków, odbyć się mającego w dniu 20 b. m., kol. Dunin odczyta rzecz o Sanatoryach dla suchotników.

— IX międzynarodowy zjazd oftalmologów odbędzie się w Utrechcie od 14 do 18 sierpnia r. b.

— Otrzymaliśmy Nr. 1-szy miesięcznika „Czasopismo lekarskie“, wychodzącego w Łodzi.

— Od Stycznia r. b. zacznie wychodzić w Berlinie nowe czasopismo niemieckie p. t. „Zeitschrift für Augenheilkunde“ pod redakcyą prof. Kuhnt'a i prof. Michel'a.

Od Administracyi.

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

Wydawca Dr. L. Guranowski. Redaktor odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою. Варшава, 7 Января 1898 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.