

GAZETA LEKARSKA.

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA.

APOCYNUM CANNABINUM — JAKO ŚRODEK NASERCOWY I MOCZOPĘDNY.

Opracował

Dr med. J. Pawiński.

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 1].

Spostrzeżenie II. *Emphysema pulmonum. Bronchitis chronica. Myocarditis.* M. Ewa, lat 67, żona rzemieślnika, przybyła do szpitala dnia 21-go kwietnia 1902 r. Uskarża się na krótki oddech, kaszel, obrzęk kończyn dolnych; niezdrowa już od roku, oddawna zaś zapadała wiosną i jesienią na kaszel. Przed 8-iu laty chorowała na reumatyzm. Dzieci żyjących ma troje, czworo zmarło. Pracowała zawsze ciężko, mieszkanie miała ciemne i wilgotne.

Budowa średnia, odżywianie łyche. Tętno 128, niemiarowe (*p. bigeminus trigeminus, multigeminus*) małe, słabo napięte. Oddech 40 na minutę. Stopy nieco obrzmiałe. Granice płuc obniżone, więcej z przodu niż z tyłu. W wierzchołku prawym objawy zgęszczenia miąższu płucnego. W dolnych odcinkach obu płuc, zwłaszcza z tyłu, dość liczne rzężenia wilgotne, słyszalne głównie podczas wdechu. W pozostałych częściach płuc rozsiane to wilgotne, to suche rzężenia w umiarkowanej ilości. Płwocina dość obfita, śluzowo-ropna.

Tępość serca zmniejszona, w skutek pokrycia jej w znacznej mierze płucami. Tętno serca czyste, lecz słabe, skurcze serca niemiarowe.

Wątroba nieco powiększona, wystaje z pod prawego podżebrza, brzeg jej łatwo wyczuć się daje, dość twardy, powierzchnia nierówna. W jamie brzusznej umiarkowana ilość płynu.

Mocz wydziela się skąpo—w ilości 500—600 ctm. sz. na dobę, ciężaru właściwego 1019, odczynu słabo-kwaśnego, białka, ani cukru nie zawiera. Stołek nieco opieszwały, zwykle raz na 2—3 dni. Chora sypia wogóle bardzo mało, głównie z powodu duszności. Zapisano 3×10 kropel *Extr. fluid. apocyn. cannab.*

23. IV. Tętno 66 mniej niemiarowe: mniej więcej po 16—20 skurczach serca miarowych następują dwa skurcze, szybko po sobie idące, poczem—dłuższa

pauza (*bigemini*). Serce uderza 84 razy na minutę. Duszność mniejsza. Oddech 32. W jamie brzusznej płynu mniej. Język czysty, jedno wypróżnienie.

Moczu 3050 ctm. sz. Koloru słomianego, ciężar właściwy 1013, odczyn słabo kwaśny. 3×10 kropeł *Extr. fl. apocyn. cannab.*

24. IV. T. 66, nieco więcej niemiarrowe, niż poprzedniego dnia. Po jednym silnym skurczu serca, następuje kilka słabych, poczem dłuższa pauza (*pulsus multigeminus*). Serce uderza 78 razy na minutę. Oddech 52. Chora duszności nie doznaje, lecz uskarża się na ból głowy i ogólne rozłamanie. Obrzęk kończyn dolnych znikł zupełnie. Moczu 3200 ctm. sz. Ciężar właściwy 1012.

3×10 kropeł *Extr. fl. apocyn. cannab.*

25. IV. T. 60 niemiarrowość mniejsza. Serce uderza 80 na minutę. Częste przestanki w tętnie. Nad ranem wymioty. Moczu 3600 ctm. sz. Ciężar właściwy 1010. 2×10 kropeł *Extr. fl. apocyn. cannab.*

26. IV. T. 48, jeszcze nieregularne. Serce 62. Chora czuje się osłabioną, skarży się na ból głowy. Płynu w jamie brzusznej niema. Moczu 1000 ctm. sz. Ciężar właściwy 1015. Odstawiono *apocyn. cannab.* a zalecono *Tram valerian. aether.*

27. IV. T. 46, niemiarrowe. Serce 60. Częste przestanki w tętnie. Moczu 1700 ctm. sz. Ciężar właściwy 1014.

28. IV. T. 48, niemiarrowe. Serce 60. Słaby szmer skurczowy u wierzchołka serca. Tony wogóle słabe, mocny ból głowy. M. 800 ctm. sz. Ciężar właściwy 1018. Zalecono dwa razy dziennie *Coffein. natrobenz.* 0,2.

29. IV. T. 72, niemiarrowe. W pierwszych piętnastu sekundach 18 uderzeń tętna, w drugich 15"—19, w 3-cich—19, w 4-tych—12. Osluchiwanie serca wykazuje też samą liczbę uderzeń co i puls. Moczu 1800 ctm. sz. Ciężar właściwy 1015. 2×0,2 *Coff. natrobenz.*

30. IV. T. 70, [17+16+16+18] mniej niemiarrowe. Tony serca silniejsze. Chora czuje się lepiej. Moczu 1800 ctm. sz. Ciężar właściwy 1016.

1. V. T. 70 [19+16+16+19]. Działalność serca energiczniejsza. Liczba skurczów odpowiada liczbie uderzeń tętna. Moczu 1900 ctm. sz. Ciężar właściwy 1015. Zaparcie stolca. Zalecono *pulv. liq. comp.* łyżeczkę i 2 proszki *Coffein. natrobenz.* po 0,2.

2. V. T. 64, niemiarrowe [16+14+16+18]. Serce uderza 120 razy. Znaczna niemiarrowość (*p. bigeminus, trigeminus, multigeminus, intermittens*). Ogólne rozłamanie, uczucie braku powietrza w klatce piersiowej. Jedno wypróżnienie. Moczu 2200 ctm. sz. Ciężar właściwy 1012. Dwa proszki *Coff. natrobenz.* po 0,2.

3. V. T. 58, niemiarrowe [20+15+15+8]. Serce 71 [15+18+16+22]. Moczu 1800 ctm. sz. Ciężar właściwy 1018. 2×0,2 *Coff. natrobenz.*

4. V. T. 65 [18+16+15+16]. Serce 95 [20+23+23+29]. Znaczna niemiarrowość. Bóle głowy. Moczu 1600 ctm. sz. Ciężar właściwy 1017. Zapisano *Inf. fol. digitalis ex* 0,6—180,0. S. Co trzy godz. łyżkę stołową.

5. V. T. 51, niemiarr. [10+14+12+15]. Serce 107 [30+22+25+30]. Moczu 1700 ctm. sz. Ciężar właściwy 1015. *Cont. digitalis.*

6. V. T. 91 *ireg.* [22+25+20+24]. Serce także wykonywa 91 uderzeń na minutę. Mocz 1800 ctm. sz. Ciężar właściwy 1015. *Cont. digitalis.*

7. V. T. 69 [17+19+17+16]. Serce 84 [20+21+22+21]. Skurcze silniejsze, niemiarowość mniejsza. Mocz 1800 ctm. sz. C. wł. 1016. *Cont. digit.*

8. V. T. 75 [23+17+18+17]. Serce 83 [21+19+51+22]. M. 1800 ctm. sz. C. wł. 1015. Zapisano *Inf. herb. digitalis ex 0,8—180,0*. S. Co trzy godz. łyżkę stołową.

9. V. T. 72 [19+17+17+19]. Częstość skurczów serca odpowiada częstości uderzeń tętna. M. 1850 ctm. sz. C. wł. 1014. *Cont. digit.*

10. V. T. 66 [17+16+16+17]. Serce również 66. Ogólny stan dobry duszności chora nie doświadcza. M. 1700 ctm. sz. C. wł. 1014. *Inf. digitalis.*

11. V. T. 76 [20+18+17+21]. Serce także 76. *Repet.*

12. V. T. 81 [20+21+20+20]. Serce 81. Niemiarowość znacznie mniejsza. M. 1800 ctm. sz. C. wł. 1014. *Cont. digit.*

13. V. T. 77 [19+20+19+19]. Serce także 77. M. 1200 ctm. sz. C. wł. 1018. Zapisano *Inf. digit. ex 0,6* na 180 *Aq. destill.*

14. V. T. 75 [19+18+19+19]; Serce 75. M. 1200 ctm. sz. Ciężar wł. 1018. *Cont. digit.*

15. V. T. 70 [17+18+18+17]. Częstość skurczów serca odpowiada w zupełności częstości tętna. Rytm prawie miarowy. M. 1500 ctm. sz. C. wł. 1015. Chora czuje się bardzo dobrze, duszności przy chodzeniu nie doznaje. Obrzęk z kończyn dolnych znikł zupełnie. Chora wypisuje się ze szpitala.

Przypadek powyżej przytoczony zasługuje na uwagę, ze względu iż dał nam sposobność do wypróbowania trzech środków nasercowych. Porównując ich działanie, przychodzimy do następujących wniosków. Co do moczopędnego wpływu, to najsilniejszym okazało się *Apocyn. cannab.* Już nazajutrz po użyciu 3×10 kropeł ekstraktu płynnego dobową ilość moczu wzrosła niepomieranie, bo z 500—600 ctm. sz. podskoczyła do 3050 i utrzymywała się przez kilka dni na tej wysokości.

Naparstnica, nawet przez dłuższy czas użyta, nie była w stanie wywołać tak znacznej diurezy, jak *apocyn. cannabin.* *Maximum* dobowej ilości moczu wynosiło 1800 ctm. sz. Natomiast wpływ jej na uregulowanie rytmu serca, jak to widać z cyfr, wskazujących na częstość tętna i stosunku skurczów serca do uderzeń tętna, był o wiele wydatniejszy, niż dwóch pozostałych leków. Zaznaczyć wszakże należy, iż ujednostajnienie czynności serca nastąpiło dopiero po dłuższem użyciu naparstnicy, po 5-ciu flaszkiach naparstnicy [3 grm.], podawanej umyślnie w małych dawkach. Większych dawek unikałimy z obawy, aby nie wywołać nagłego porażenia serca—wobec istniejących zmian w mięśniu serca. Zresztą, przy braku obrzęków i przesięków do jam ciała, nie szło nam o szybkie działanie naparstnicy. Kofeinę zastosowaliśmy chorej z powodu upadku sił, bólu głowy—jaki wystąpiły po obfitej diurezie, wywołanej przez *Apocyn. cannabin.* Wpływ jej na wzmocnienie skurczów serca był wydatniejszy, niż *Apocyn. cannabin.* na diurezę słabszy, niż tego ostatniego leku. Co do uregulowania rytmu serca, to kofeina nie dorównywała naparstnicy, choć pod względem moczopędnego działania nie stała niżej od niej.

Spostrzeżenie III. *Insufficiëntia musculi cordis (myocarditis). Tachy-arytmia continua.*

N. Anna, lat 54, służąca, przybyła na oddział dnia 29-go stycznia 1902 r. skarżąc się na duszność i bicie serca, które jej nie pozwalają ani chodzić, ani zajmować się pracą. Stan ten trwa od kilku tygodni, czuła się wszakże już poprzednio niezupełnie zdrową. Bicie serca zaczęło jej dokuczać od czasu utraty peryodów w 48-ym r. życia. Pogorszenie przypisuje przemęczeniu się w czasie prania bielizny.

Budowa i odżywianie średnie. Lekkie żółtaczkowe zabarwienie skóry i błon śluzowych. Niewielki obrzęk kończyn dolnych. Ciepłota 37,2°. Tętno 100 o zmiennej fali, niemiarowe. Oddech 36. Granice płuc nieco obniżone, w dolnych odcinkach płuc odgłos opukowy z odcieniem tympanicznym i dość liczne trzeszczenia [obrzękowe].

Uderzenie wierzchołkowe w V-em międzyżebrzu na zewnątrz od linii sutkowej lewej. Tępość serca powiększona w wymiarze podłużnym i poprzecznym. Górna granica rozpoczyna się na 3-m żebrze, prawa odpowiada prawemu brzegowi mostka, lewa znajduje się na szerokość dwu palców na lewo od linii sutkowej lewej; w miejscu osłuchiwania zastawki dwudzielnej słyhać słaby szmer skurczowy, którego miejsce zajmuje od czasu do czasu 1-szy ton nieczysty, lub jakby rozszczępiony. U podstawy serca tony czyste, 2-gi ton tętnicy płucnej wzmoczony. Wątroba nieco powiększona.

Wydzielanie moczu skąpe, około 800 ctm. sz. na dobę, odczyn kwaśny. Ciężar właściwy 1020. Białka niema. Obfity osad moczanów.

Sen nie dobry, przerywany, zwykle około 2-jej godziny w nocy chora budzi się z uczuciem duszności i biciem serca. Wtedy zmuszona jest usiąść, a choć po pewnym czasie dolegliwości powyższe znikają, czuje się mocno rozdrażnioną i spać już wiele nie może. Zapisano 3×10 kropel *Extr. fl. Ap. cannab.*

31. I. 1902. Spała nieco lepiej, duszność jakby mniejsza. Tętno 120, niemiarowe, moczu więcej, bo 1800 ctm. sz. C. wł. 1015. *Cont. 3×10. Extr. fl. Ap. cannab.*

1. II. T. 100, mniej niemiarowe. Ilość trzeszczeń w dolnych odcinkach płuc mniejsza. W czasie niektórych, silniejszych skurczów serca słyhać u wierzchołka wyraźny szmer skurczowy. Tępość serca mniejsze przyjęła rozmiary.

Moczu 3000 ctm. sz. C. wł. 1020. 3×10 gutt. *Extr. fl. Ap.*

2. II. T. 103, niemiarowe. Chora spała w w nocy dobrze. Obrzęk nóg ustąpił. Ciśnienie krwi, mierzone tonometrem GARTNER'a, 140. 3×10 gutt. *Ap. c.*

3. II. T. 90, arytmia znacznie mniejsza. Chora czuje się znacznie lepiej. Spała noc całą w pozycji leżącej, czego dawniej nie bywało—z powodu duszności. M = 2800: ctm. sz. C. wł. 1011. 3×10 *Ap. cannab.*

4. II. T. 90. M. = 1800 ctm. sz. C. wł. 1016

5. II. T. 90. M. = 1800 ctm. sz. C. wł. 1015

6. II. T. 90. M. = 1000 ctm. sz. C. wł. 1020

7. II. T. 86. M. = 800 ctm. sz. C. wł. 1022

3×10 kropel *Apocyn. cannabin.*

Ponieważ czynność serca stała się prawie miarową, a rozszerzenie jam serca, na które wskazywało powiększenie tępości, ustąpiło również, zaprzestaliśmy więc dalszego stosowania leku. Częstość tętna zmniejszyła się znacznie, gdyż z 180 spadła na 86. Równoległe z poprawą stosunków cyrkulacyjnych, ze zwiększeniem się diurezy, szła i poprawa subiektywna.

Po upływie 3-ch tygodni stan chorej zaczął się znowu pogarszać. Tym razem nie tyle duszność, ile zaburzenia w inercyji serca występowały na pierwszy plan. Czynność serca była stale przyspieszoną [około 140—150 na minutę] od czasu do czasu, bądź to w dzień, bądź to w nocy, występowały napady nadrucliwości serca (*tachycardia*), które chorą w stan silnego rozdrażnienia wprowadzały i pozbawiały ją snu. Ponieważ przetwory bromu ulgi nie przyniosły, zwróciliśmy się do naparstnicy z 1 grm. na 180 *Aq. destillatae* co trzy g. łyżkę stołową [1. IV. 1902]. Dobowa ilość moczu wynosiła przed użyciem leku około 700—800 ctm. sz.

2. IV. T. 108	nieregularne	M. = 800 ctm. sz.	C. wł.	1025	<i>Cont. Digit.</i>
3. " T. 108	"	M. = 1600 "	"	1015	"

Stan lepszy. Bicie serca mniejsze

4. IV. T. 102	niemirowe	M. = 800 ctm. sz.	C. wł.	1024	<i>Repet. Digit.</i>
5. " T. 86	"	M. = 800 ctm. sz.	"	1023	<i>Cont. Digit.</i>
6. IV. T. 84	mniej niemirowe	M. = 1000 ctm. sz.	C. wł.	1020	<i>Cont. Digit.</i>
7. " T. 80	"	M. = 1100 ctm. sz.	"	1020	<i>Repet. Digit.</i>
8. " T. 76	"	M. = 900 ctm. sz.	"	1023	<i>Cont.</i>
9. " T. 74	"	M. = 850 ctm. sz.	"	1029	

Ze względu, iż niepokoje serca, niemirowość znacznie się zmniejszyły, a sen poprawił się, odstawiliśmy naparstnicę. Wpływ jej na rytm serca był wydatniejszy, niż *apocyn. cannabin*, na diurezę zaś słabszy.—12. IV. chora, czując się dobrze, do opuściła szpital.

Po 3-ch miesiącach znowu powróciła do oddziału, gdyż duszność, bicie serca, obrzęk nóg nie pozwalały jej zajmować się pracą.

Badanie fizykalne wykazało wówczas, iż serce uległo znowu znacznemu powiększeniu, zwłaszcza w wymiarze poprzecznym, czynność jego stała się wielce niemirową: tętno uderzało około 160 razy na minutę. Oddech 40. W dolnych płatach płuc wystąpiły dość liczne trzeszczenia. Oddech na całej przestrzeni płuc zaostrozony. Wątroba znacznie powiększona, miękka, brzegiem swym dolnym dochodzi do linii pępkowej poprzecznej. Kończyny górne i dolne chłodne, z sinicowym odcieniem. Mocz wydziela się w bardzo małej ilości: 350 ctm. sz. na dobę, odczyn posiada mocno kwaśny, zawiera ślady białka. Osad składa się przeważnie z moczanów, pośród których spotyka się i kryształy szczawianu wapnia. Zapisano *Extr. fluid. Ap. cannab.* 3×10 kropel.

12. VII. T. 125 arytm. M. = 1500 ctm. sz. C. wł. 1020. 3×10 *Ap. cannab.*

13. " T. 94 " M. = 6000 ctm. sz. C. wł. 1006 3×10 "

14. " T. 96 " M. = 2500 ctm. sz. C. wł. 1012 3×10 "

Niemirowość ruchowa serca mniejsza, obrzmienie kończyn dolnych ustępuje. Oddech swobodniejszy. Bicie serca mniejsze.

15. VII. T. 84 arytm. M. = 3200 ctm. sz. C. wł. 1010 3×10 Ap. c.

16. „ T. 80 „ M. = 2000 ctm. sz. C. wł. 1015 3×10 „

Ponieważ wystąpiły nudności i dość silne rozwolnienie, należało więc powstrzymać się z dalszem podawaniem leku, tembardziej, że nie było już wskazania do stosowania go wogóle. Zaburzenia dyskompensacyjne ustąpiły, pozostał tylko pewien upadek sił, przeciwko któremu zaleciliśmy, po ustąpieniu objawów podrażnienia przewodu pokarmowego, środki tonizujące w postaci arseniku, żelaza, odwaru z kory chinowej i t. p. Rezultat z podobnego leczenia okazał się bardzo pomyślnym; zaznaczyć wszakże należy, iż niemiarowość skurczów serca, choć mniejsza, pozostała i nadal, chora jednak mniej ją odczuwała.

Oprócz powyższych spostrzeżeń szpitalnych, przytoczymy jeszcze niektóre z praktyki prywatnej w streszczeniu w celu uzupełnienia naszych badań.

[D. n.]

II. Z PRACOWNI I AMBULATORIUM DRA M. REJCHMANA.

Dwa przypadki zapalenia okrężnicy, wywołanego obecnością woruszków (*balantidium-colitis*).

Podał

W. R ó b i n.

— † —
[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

Jakie objawy kliniczne powoduje *bal. coli*, dostawszy się do kiszek?

Wszyscy chorzy, u których wykrywano w kale woruszki, dotknięci byli silną biegunką, połączoną z bólami brzucha lub bez nich; często spostrzegane było wydzielanie śluzu i ropy w stolcach, kilkakrotnie stwierdzana była obecność innych pasożytów, jak: *botriocephalus latus*, *megastoma entericum* i in.; z postępem choroby wzrastało wyniszczenie chorych i niejednokrotnie zejście było śmiertelne.

Powstaje jednak ważne pytanie, czy powyższe objawy kliniczne zostały spowodowane obecnością w kiszkiach woruszków, czy też owe pasożyty są tylko przypadkowymi i obojętnymi dla ustroju mieszkańcami kiszek? Nad pytaniem tem zastanawiali się wszyscy autorowie, piszący o woruszkach i wyrażali różne w tym względzie zapatrywania. Gdy jedni [jak WALDENSTROEM, MITTER (10),

MAGGIORA (11)] odmawiali omawianym pasożytom znaczenia patogenetycznego, inni [BELFRAGE (15), PETERSSON (18)] twierdzili, że *bal. coli* podtrzymują tylko zaburzenia kiszkowe i pogarszają je, inni [LEUCKART, HURWICZ (12), CZYGAJEW (13)] sądzili, że *bal. coli* osiedlają się wyłącznie na zmienionej poprzednio innym cierpieniem błonie śluzowej,—wreszcie pozostali autorzy doszli do przekonania, że woruszek stanowi posiada znaczenie chorobotwórcze [MALMSTEN, WOIT (14), WŁ. JANOWSKI (2), SIEVERS (4), HENSCHEN (3) i inni]. Obecnie większość autorów podziela ostatni pogląd, a pomiędzy nimi autorzy północni, którzy największą liczbę obserwacji opisali, zatem największego doświadczenia w tej sprawie nabyli. Autorzy podnoszą równoległość zmniejszania się biegunki ze zmniejszaniem się liczby pasożytów w kale pod wpływem odpowiednich środków, poprawę stanu ogólnego wkrótce po usunięciu z kału woruszków, bezskuteczność wszelkich środków zwykłych, stosowanych w celu usunięcia biegunki, a natomiast prawie natychmiastowy skutek po zastosowaniu chininy lub t. p. środka, wywierającego wpływ zabójczy na pasożyty.

WŁ. JANOWSKI (2) poddał w swej pracy krytycznej ocenie wszystkie przypadki *bal. coli*, opisane do 1896 roku; według niego żadna z obserwacji nie dowodzi, że obecność woruszków jest zupełnie obojętną dla ustroju, a natomiast 24 obserwacje z pośród 44-ch dowodzą, że pasożyt ten może albo wywoływać gwałtowną biegunkę sam przez się, albo przynajmniej w bardzo wysokim stopniu ją podtrzymywać, sprzyjając powstawaniu owrzodzeń w kiszkiach i nadając biegunce niekiedy charakter krwawy. Obecność zatem woruszków w wypróżnieniach należy uważać za objaw poważny, gdyż biegunki, przy których znajdujemy *bal. coli*, odznaczają się uporczywością i trwają niekiedy lata całe.

WOIT (14) na zasadzie swoich 3-ch przypadków, długo i dokładnie obserwowanych, uważa się nawet w prawie uznać obraz anatomiczny i kliniczny, towarzyszący obecności woruszków w wypróżnieniach, za zupełnie samoistne i odrębne cierpienie.

Przyjrzyjmy się teraz, jakie zmiany anatomiczne wykryto w przypadkach *bal. coli* na stole sekcyjnym i zobaczymy, czy nie znajdziemy tu klucza do rozwiązania kwestyi znaczenia patogenetycznego *bal. coli*. Ogółem dokonano dotąd 16 autopsyi w odnośnych przypadkach (MALMSTEN, BELFRAGE (15), LOESCH (16), RAPCZEWSKI (17), PETERSSON (18), HURWICZ (12), DEHIO (19), WOIT (14), SOŁOWJEW (20) i inni). We wszystkich niemal przypadkach znajdowano większe lub mniejsze owrzodzenia grubych kiszki. Tak, BELFRAGE stwierdził obszerne owrzodzenia w poprzecznicy, PETERSSON — w okrężnicy i prostnicy, LOESCH i RAPCZEWSKI na całej przestrzeni grubych kiszki.

Lecz niezaprzeczonych przyczyn powstawania tychże owrzodzeń nie udało się autorom wykryć; drogą wykluczenia tylko, odrzucając pochodzenie ich gruźlicze, dyzenteryczne, syfilityczne i t. d., uznali owe owrzodzenia za następstwo działania woruszków na błonę śluzową. Sądzili przytem wszyscy, że *bal. coli* żyje wyłącznie na powierzchni błony śluzowej kiszki,—w głębokich bowiem warstwach nie udało się nikomu owych pasożytów wykryć. Tymczasem w roku zeszłym SOŁOWJEW z Tomską (20) ogłosił 1 przypadek *bal. coli*, za-

kończony śmiercią i zbadany dokładnie pod względem anatomicznym. Otóż autorowi temu udało się wykryć z całą ścisłością *bal. coli* we wszystkich głębokich warstwach ścianki kiszki w ogromnej ilości.

Wobec wagi, jaką przywiązujemy do tego ostatniego spostrzeżenia, podajemy szczegółowiej opis przypadku SOŁOWJEWY oraz wyników badania anatomicznego kiszki. Michał L., lat 54, zajmował się czyszczeniem chlewa świńskiego; przybył do kliniki ze skargami na silne rozwolnienie, bóle brzucha, wydymania i ogólne osłabienie; stan ten trwał od 10-tu dni, ale przedtem biegunka zjawiała się dość często i wkrótce znikwała; chory miewa obecnie 6 wypróżnień dziennie, od kilku dni stolec z krwią; chory nadzwyczaj osłabiony; zalecono tannoform co 2 godz. po 0,50 i irygacje z garbnika; leczenie powyższe było bezskuteczne, upadek sił stawał się coraz większy i po 3 dniach pobytu w klinice chory umarł.

Autopsya dokonana została w 7 godzin po śmierci. Błona śluzowa cienkich kiszki przekrwiona i w górnych odcinkach pokryta białą gęstą masą; zawartość kiszki cienkiej papkowata, żółtobrunatna, woruszków nie zawiera. W zawartości poprzecznicy znaleziono nieruchome *bal. coli*, ścianki grubych kiszki, na przestrzeni od zastawki BAUHINA do odbytnicy, zgrubiałe, jakby obrzękłe i przekrwione. Na całej przestrzeni grubych kiszki znajdują się na błonie śluzowej o wrzodzenia, zwłaszcza liczne w prostnicy, na zgięciu wątrobowym i w poprzecznicy; wymiar poprzeczny tych owrzodzeń wynosi od kilku milimetrów do 1 centymetra i więcej, są one zaokrąglone lub owalne, w niektórych miejscach zlewają się ze sobą w duże owrzodzenia o nieprawidłowej formie, brzegi owrzodzeń są czerwone, gładkie, na niektórych z brzegów mieszczą się zgrubienia wielkości grochu; takie same zgrubienia można zauważyć i w niejakiem oddaleniu od owrzodzeń, są one czerwone i po nacięciu wydzielają sok, w którym znajdują się *balantidia coli*. Dno owrzodzeń najczęściej dosięga błony mięśniowej, mniejsze owrzodzenia dosięgają tylko błony podśluzowej, większe—nawet błony surowiczej. W zawartości kiszki grubych znaleziono nieruchome *balantidia coli*. Rozpoznanie pośmiertne brzmiało: *colitis ulcerosa* wskutek obecności *bal. coli*.

Autopsya powyższa wykazała, że *bal. coli* żyją wyłącznie w grubych kiszkach, w których też stwierdzone zostały wybitne zmiany. Takie same zmiany spostrzegali inni autorzy i na zasadzie właśnie podobieństwa obrazów makroskopowych, towarzyszących obecności w wypróżnieniach za życia chorego woruszków. Woit wyodrębnił grupę zapaleń okrężnicy, zależnych od woruszków.

Przejdźmy teraz do wyników badań mikroskopowych w przypadku SOŁOWJEWY. Zgodnie z RAPCZEWSKIM, HURWICZEM i WOJTEM autor stwierdził na preparatach mikroskopowych z miejsc owrzodzonych wszystkie cechy przewlekłej sprawy zapalnej ropnej, wrzodziejącej. Poza tem znalazł mnóstwo koków i laseczników różnorodnych w powierzchownych warstwach części kiszki, uległych nekrozie i na różnej głębokości ściany kiszki zdołał wykryć *bal. coli* w ogromnej ilości. Przyczem zwrócił autor uwagę, że brakło woruszków zupełnie w miejscach, uległych już nekrozie, a natomiast były one liczne w tkance względnie zdrowej, sąsiadującej z owym ogniskiem zmart-

wiałem. *Bal. coli* znajdowane były przez SOŁOWJEWĄ w błonie podśluzowej, na przekrojach rozszerzonych naczyń włosowatych i żył błony podśluzowej, w błonie mięśniowej i błonie podsurowiczej; w warstwie gruczołowej również dawało się zauważyć, że im dalej od owrzodzeń, tem więcej pasożytów można było wykryć. SOŁOWJEWĄ zadaje sobie 2 pytania: 1) czy opisane owrzodzenia nie są następstwem działania owej niezliczonej ilości koków i laseczników? i 2) kiedy *bal. coli* przenikają do ściany kiszki, t. j. czy nie mamy do czynienia ze zjawiskiem pośmiertnem?

Roli chorobotwórczej laseczników wyżej wspomnianych niepodobna uznać z tego choćby względu, że im niżej, tem ich mniej, i że należą do najróżnorodniejszych rodzajów, co dowodzi, że te drobnoustroje osiadły tu dopiero w następstwie, gdy tkanki utraciły swe własności życiowe. Co się zaś tyczy kwestyi przed- czy pośmiertnego przechodzenia woruszków do głębszych warstw kiszki, to należy przechylić się stanowczo na stronę osiadania ich tam za życia chorego. Za ostatniem twierdzeniem przemawiają bowiem następujące okoliczności: w najdogodniejszych do pośmiertnego osiadania miejscach, t. j. w ogniskach nekrotycznych i w owrzodzeniach, woruszków wcale niema; przechodząc po śmierci osobnika całemi masami wgląb tkanki, musiałyby *bal.* pozostawić wyraźne ślady po drodze, tymczasem śladów takich niema; w głębokich warstwach znajdował autor zbyt duże ilości *bal.*, aby można było przypuścić pośmiertną ich tu wędrowkę; w miejscach przebywania większej liczby woruszków stwierdzał autor zawsze infiltrację drobnokomórkową zapalną, co wyraźnie wskazuje na przedśmiertną obecność *bal.* w tych miejscach; wreszcie w najgłębszych warstwach znajdowane były narówni z osobnikami dojrzałymi i osobniki młode, narówni z umierającymi—umarłe.

Uogólniając tedy wyżej powiedziane, zgodnie z SOŁOWJEWĄ należy przyjąć, że *bal. coli* wskutek właściwej im zdolności do silnych samoistnych ruchów przenikają za życia chorego pomiędzy gruczołami zdrowej błony śluzowej do tkanki kiszki, powodując w niej wybitne zmiany [nacieczenie drobnokomórkowe]; przechodząc dalej do błony podśluzowej, szybko się tam rozmnażają i powodują tu najgłębsze zmiany, stąd zaś mogą przejść i do błony mięśniowej i podsurowiczej. Tym sposobem dotychczasowy pogląd, że *bal.* żyją wyłącznie na powierzchni błony śluzowej, okazuje się mylnym, gdyż badania powyższe dowodzą niewątpliwie, że woruszki przenikają we wszystkie warstwy ściany kiszki, wywołując w niej charakterystyczne zmiany.

Wobec powyższego wydaje nam się zupełnie usprawiedliwionem wyodrębnienie przewlekłego cierpienia kiszki, powstającego w następstwie osiadania w przewodzie pokarmowym woruszków, pod nazwą: „*balantidium-colitis*“; z jednej strony bowiem obserwacya kliniczna oddawna przemawiała za zależnością przyczynową biegunki od obecności owych pasożytów,—z drugiej strony badania anatomiczne swierdziły dowodnie, że *bal.* nie ograniczają się tylko pobytom na powierzchni błony śluzowej kiszki, lecz przechodzą za życia chorego wgląb tkanek i powodują tu wybitne zmiany, wyrażające się owrzodzeniami kiszki. W ten sposób staje się zrozumiałą uporczywość cierpienia, trudność leczenia i skłonność do nawrotów, gdyż niedość usunąć pasożyty, żyjące na powierzchni

blony śluzowej; wgłębi pozostają jeszcze tysiące żywych osobników, które dalej dzieło zniszczenia prowadzić mogą.

Z chwilą rozpoznania „*balantidium-colitis*“ należy zatem skierować leczenie ku usunięciu pasożytów. Od dawna zresztą lekarze postępowali w ten sposób i przekonywali się częstokroć, że poprawa następowała natychmiast po zmniejszeniu się liczby woruszków w stolcach. Charakterystycznym jest w tym względzie przypadek SIEVERS'a z jednoczesną obecnością w stolcach tegoż chorego brzoźdogłowca, woruszków i wielkoryjców kiszkowych; otóż po usunięciu brzoźdogłowca biegunka trwała, po usunięciu zaś woruszków pomocą chininy, biegunka natychmiast ustała, pomimo iż w stolcach wykrywano jeszcze znaczną liczbę wielkoryjców kiszkowych.

Liczni badacze dokonywali prób nad działaniem różnych środków na *bal. coli*. Pod tym względem wyprobowali działanie kwasu solnego, kwasu octowego, garbnika w różnych stężeniach, chininy, kwasu karbolowego, soli kuchennej, wody karlsbadzkiej i innych. Najskuteczniejszą przeciwko *bal.* okazała się chinina; ORTMAN (22) stwierdził, że *bal.* giną od roztworu chininy 1:2000 w ciągu 2½ minut, zalecił więc ławatywy z chininy 1:1000 po uprzedniej ławatywie z wody z solą emską, jak również podawanie chininy do wewnątrz. Inni autorzy potwierdzili skuteczność chininy w swoich przypadkach; w naszym przypadku mieliśmy sposobność stwierdzić, że irygacje chininowe wespół z wewnętrznym stosowaniem tegoż leku nadzwyczaj szybko usuwały *bal.* ze stolców, ale na krótko: po kilku dniach zjawiała się napowrót biegunka i równocześnie wzrastała liczba pasożytów w kale.

RUNEBERG (21) zaleca ławatywy z chininy przy podawaniu *per os* kalomelu 0,5 — 1,0 z przerwami co kilka dni. JANOWSKI (2) podaje skuteczność ławatyw z 1,0 kwasu salicylowego na litr wody zakwaszonej kwasem solnym przywspółczesnem zażywaniu salicylanu sodu. WALDENSTROEM i HENSCHEN (7) stwierdzili, że zgubnie wpływają na *bal. coli* następujące przetwory: kusso, sublimat, nadmanganian potasu, kwasy mineralne i t. d., — lecz że *bal.* natychmiast giną od mieszaniny kw. octowego 1:1250 wody z tanniną 1:800 wody, wskutek czego zalecają ławatywy z 2,6 litrów wody + 5,00 kw. octowego + 50,0 garbnika po uprzedniej ławatywie z czystej wody. Autorzy ci stosowali owe irygacje octo-garbnikowe z doskonałym wynikiem, inni w części skuteczność tych ławatyw potwierdzili, w części zaś podawali, że po irygacji występowały bóle brzucha, zniewalające do zaniechania tychże wlewań.

W naszym przypadku stosowane były irygacje octo-garbnikowe przez czas dłuższy, lecz żadnych nieprzyjemnych objawów podmiotowych nie spostrzegliśmy; co się zaś tyczy zabójczego wpływu *bal. coli*, to ten wyraźnie występował: liczba *bal.* uległa znacznemu zmniejszeniu, a liczba wypróżnień wynosiła 1—3 dziennie.

Wpływ niektórych środków (chininy, kwasów i t. d.) na *balantidia coli* badaliśmy pod mikroskopem, dodając po kropli roztworu danego leku do preparatu. Mogliśmy przytem stwierdzić wyniki, otrzymane przez innych autorów. Ze środków dotąd nie stosowanych badaliśmy wpływ błękitu metylenowe-

go. Otóż po dodaniu 1 kropli słabego roztworu błękitu metylenowego do preparatu, ruchy *bal.* stają się coraz słabsze, aż po paru min. tachustają; po dodaniu zaś mocniejszego roztworu ruchy pasożytów stają się na razie żywsze, jakby gorączkowe, lecz po upływie 2—5 minut *bal.* pękają, t. j. przez szparę, tworzącą się na końcu pasożyta, wylewa się zawartość, która umieszcza się tuż obok niego w postaci ziarnistej masy; sam pasożyt zmniejsza o $\frac{1}{2}$ swoją objętość i staje się nieruchomym. Wobec stwierdzonego w ten sposób szkodliwego działania błękitu metylenowego na *balantidia*, zaczęliśmy podawać ten lek choremu i istotnie osiągnęliśmy, jak się zdaje, znaczną poprawę: liczba stolców uległa widocznemu i szybkiemu zmniejszeniu, liczba pasożytów zmalała.

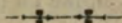
Wpływ bizmutu okazał się ujemnym. Najlepszy stan chorego notowaliśmy w czasie podawania wewnątrz makowca i jednoczesnego stosowania irygacji octo-garbnikowych; w tym czasie chory czuł się najlepiej: liczba stolców doszła do normy, a liczba woruszków była najmniejsza. Trudno jednak orzec, czy pomyślny ten stan był następstwem owej kombinacji makowca z irygacjami octowymi, czy też długiego poprzedniego leczenia.

Cierpienie naszego chorego było nader uporczywe, pomimo stosowania środków odpowiednich i zachowywania przez chorego przepisów dyetetyczno-hygienicznych, *bal.* wciąż powracały. Widocznie pasożyty przedostały się do głębokich warstw ściany kiszki, skąd dawały powód do ciągłych nawrotów. Z drugiej strony możliwym jest, że następuje przyzwyczajenie do pewnego rodzaju leku, wskutek czego tenże przestaje wywierać swój wpływ na pasożyty. Należy zatem w uporczywym przypadku stosować na przemian kilka środków, uznanych w tym celu za skuteczne. Do takich środków należą, naszym zdaniem, chinina i błękit metylenowy do wewnątrz i irygacje chininowe i octo-garbnikowe.

Nieraz jednak, pomimo długiego stosowania odpowiednich środków, pomimo ustania biegunki i zupełnego powrotu chorego do zdrowia, nie udaje się zupełnie usunąć *balantidiów* ze stolców; mogą w takim razie w ciągu długiego czasu występować w małej liczbie w stolcach, nie wywołując żadnych objawów chorobowych.

Szanownemu drowi REJCHMANOWI za pomoc radą i czynem miło mi złożyć w tem miejscu serdeczne podziękowanie.

LITERATURA.



- 1) MALMSTEN. Virchow's Archiv. 1857. T. XII.
- 2) WŁ. JANOWSKI. Gazeta Lekarska. 1896, str. 633.
- 3) HENSCHEN. Upsala Läkarefören. Förhandl. T. X [według SIEVERS'a].
- 4) SIEVERS. Archiv. f. Verdauungskr. Tom V, str. 445.
- 5) LEUCKART. Die menschlichen Parasiten, II wydanie, tom I.
- 6) WISING. Nordiskt medicinskt Arkiv. 1871. Tom III [według JANOWSKIEGO].
- 7) WALDENSTRÖM i HENSCHEN. Upsala Läkarefören. Förh. T. IX, str. 579. [SIEVERS].
- 8) STEIN. Der Organismus der Infusionstiere. Część II.
- 9) EKERCANTZ. Nord. med. Arkiv. 1869. Tom I.

- 10) MITTER. Inaug. Dissert. Kiel. 1891. [JANOWSKI].
- 11) MAGGIORA. Centralbl. f. Bacteriol. 1892. Tom. XI, str. 173.
- 12) HURWICZ. Ruskij Archiw Patologji. 1896. T. II, str. 804.
- 13) CZYGAJEW. Wracz. 1898, str. 1441.
- 14) WOIT. Deut. Arch. f. klin. Med. 1898. T. LX.
- 15) BELFRAGE. Upsala Läk. Förh. Tom V, str. 180.
- 16) LOESCH. Sprawozd. z Posiedz. Tow. Lek. Petersb. 1882.
- 17) RAPCZEWSKI. Wracz. 1880 i 1882.
- 18) PETERSSON. Upsala Läk. Förh. T. VIII, str. 251.
- 19) DEHIO. Ruskij Archiw Patologji. i t. d. 1898. T. VI, str. 113.
- 20) SOŁOWJEW. Wracz. 1901. Nr. 13.
- 21) RUNEBERG. Finska Läk. Handl. 1892. Tom 34 i 1893. Tom 35.
- 22) ORTMAN. Berl. klin. Woch. 1891, str. 814.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O stosunku perlicy do gruźlicy u człowieka.

Napisał

Henryk Cyrdler,

asystent przy oddziale wewnętrznym dra Pruszyńskiego w szpitalu św. Rocha.

— † — † — † —

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 1].

Jong, biorąc te dane na uwagę, twierdzi, że największe niebezpieczeństwo zarażenia się grozi człowiekowi od plwociny bydła, *resp.* laseczników perlicy, unoszących się w powietrzu obór; na te źródła zarazy należy przedewszystkiem zwrócić uwagę, ponieważ najcięższe postaci gruźlicy płuc zdarzają się wśród rodzin właścicieli bydła. Na mocy badań własności obydwu gatunków laseczników gruźlicy, Jong dochodzi do wniosków następujących:

- 1) Lasecznik gruźlicy ludzkiej może wywołać gruźlicę u bydła.
- 2) Tę samą chorobę wywołać może i u innych zwierząt domowych [baran, koza, pies i mała].
- 3) Ta postać chorobowa jest lżejsza, aniżeli gruźlica, wywołana skutkiem zakażenia lasecznikiem perlicy.
- 4) Lasecznik perlicy jest złośliwszy od lasecznika gruźlicy, nie tylko dla zwierząt, ale również prawdopodobnie dla człowieka.
- 5) Człowiek przedstawia o wiele mniejsze niebezpieczeństwo zarazy dla bydła, aniżeli to ostatnie dla człowieka.
- 6) Gruźlica bydła z punktu widzenia higieny zasługuje na większą uwagę, niż dotąd.

W instytucie higienicznym we Freiburgu [Bawarya] SCHOTTELIUS¹⁾ dokonał badań nad wpływem płwociny suchotników, zadawanej z paszą krowom i cielętom: jednej krowie i dwu cielętom, pochodzącym z rasy, która zazwyczaj na perlicę nie zapada i nie oddziaływującym na tuberkulinę, dawano po 50 grm. płwociny gruźliczej, jedna zaś krowa i jedno cielę służyły do kontroli i były umieszczone w bliskim sąsiedztwie ze zwierzętami, użytymi do doświadczenia. Ten sposób zakażenia stosowano przez 24 dni. W ciągu 4-ch miesięcy tak jedna, jak i druga partya zwierząt nie okazywała żadnych zmian chorobowych.

Po upływie tego czasu zwierzęta zabito. Na sekcji okazało się, że zwierzęta, użyte do kontroli, były zupełnie zdrowe, wszystkie zaś zakażone, dotknięte były gruźlicą: u krowy stwierdzono gruźlicze zapalenie kiszek i silne obrzmienie gruczołów krezkowych, nadto zserowacenie i zwapnienie gruczołów śródpiersiowych i oskrzelowych, oraz serowate zapalenie płuc obok oddzielnych gruźledek prosówkowych na opłucnej. U dwu cieląt gruczoły podszczękowe i oddzielne gruczoły krezkowe były dotknięte gruźlicą i również uległy zserowaceniu i zwapnieniu. Doświadczenia te okazują, że gruźlica od człowieka może się udzielić bydłu, co by przemawiało za zasadniczą tożsamością gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej.

Wiele więcej dowodów w tym kierunku podali badacze duńscy: FIBIGER i JENSEN²⁾. Uczni ci do doświadczeń korzystali z przypadków, w których gruźlica umiejscowiła się wyłącznie w jamie brzusznej, albo tak przebieg, jak i wynik badania pośmiertnego mógł świadczyć o zakażeniu pierwotnym przez przewód pokarmowy. Z pierwszej kategorii poddano badaniu trzy niewątpliwe przypadki pierwotnej gruźlicy u dzieci: w jednym z przypadków, dotyczącym dziecka 6-io letniego sekcya okazała w jednym migdałku małe ognisko serowate, gruźlicze zmiany gruczołów szyjowych, owrzodzenie gruźlicze w kiszkiach cienkich, szczególnie w okolicy zastawki BAUHINA, zwężenie kiszki grubej, spowodowane pierwotnym owrzodzeniem, zserowacenie gruczołów krezkowych, gruczołów w krezce okrężnicowej (*mesocolon*), we wrotach wątrobowych (*porta hepatis*), nadto świeże gruźleki w wątrobie, w lewej nerce, w płucach. Tylko w jednym miejscu, w dolnym płacie prawego płuca, pod opłucną wykryto ognisko serowate wielkości ziarnka grochu. Materiał, wzięty z gruczołu krezkowego, służył do zakażenia świnki morskiej, a z tej ostatniej wyjęto śledzionę i miazgę śledzionową, roztartą w fizyologicznym roztworze soli, zaszczerpiono cielęciu, które na tuberkulinę nie oddziaływało. Zwierzę, które w ciągu całego okresu badania żadnych prawie objawów, oprócz podniesienia ciepłoty, nie przedstawiało, zabito po 3-ch miesiącach a sekcya wtedy wykazała, tak w sieci, jak i w otrzewnej guziki perlicowate różnej wielkości, gruźlicę z serowaceniem gruczołów krezkowych, oskrzelowych, śródpiersiowych. Drugi przypadek dotyczył 19-o miesięcznej dziewczyny, u której dokonano otwarcia jamy otrzewnej z powodu uwięźnięcia kiszki. Chora ta często miewała wymioty i skłonność do rozwolnień. Przy operacyi okazały się znaczne sklejenia pomiędzy kiszki, na otrzewnej, pokrywającej kiszki grubą, liczne gruźleki, a w dole biodrowym guziki zserowaciale wielkości orzecha laskowego; wskutek zrostu powrózkowatego sieci wytworzyło się zwężenie kiszki cienkiej. Przypadek ten zakończył się śmiercią w 14 godzin po operacyi. Na sekcji obok zmian zauważonych przy laparotomii stwierdzono w kiszce cienkiej bio-

¹⁾ M. SCHOTTELIUS. Versuche über Fütterungs-Tuberculose bei Rindern und Kälbern. München. med. Wochenschrift. 1902. Nr. 39, str. 1610.

²⁾ J. FIBIGER i C. O. JENSEN. Uebertragung der Tuberculose des Menschen auf das Rind. Berl. klin. Wochenschrift. 1902. Nr. 38, str. 881.

drowej i częściej powiększone i częściowo serowato zwyrodniałe gruczoły mieszkowate; podobnym zmianom w większym znacznie stopniu, bo aż doprowadzającym do owrzodzenia, uległy kępkki PEYER'a. Oprócz tego stwierdzono gruzlicę macicy, jajników i jajowodów. Płuca okazały się zupełnie zdrowymi, zarówno jak gruczoły szyjowe, śródpiersiowe i oskrzelowe. Nie ulegało tedy wątpliwości, że w omawianym przypadku istniała pierwotna gruzlica przewodu pokarmowego; potem sprawa rozszerzyła się na otrzewną, jajniki, jajowody wreszcie na błonę śluzową macicy. Badanie cielęcia, zabitego również w trzy miesiące po szczepieniu, okazało, jak i w przypadku poprzednim, typowy obraz perlicy.

Jeszcze więcej dowodów w myśl żądania KOCH'a przedstawili FIBIGER i JENSEN na mocy trzeciego przypadku, dotyczącego dziecka 4-0 miesięcznego, u którego główne objawy chorobowe występowały w postaci zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, a sekcja okazała znacznie posunięte zmiany gruzlicze w kiszkiach i gruczołach jamy brzusznej przy początkowych tylko objawach gruzlicy prosówkowej w płucach, wątrobie, śledzionie i nerkach. W tym przypadku badacze wzmiankowani otrzymali perlicę nie tylko u cieląt, którym szczepiono miazgę gruczołu krezkowego, ale również przy następnem przeszczepieniu z cielęcia na cielę, a, co najważniejsza, udało się im wyosobnić laseczniki gruzlicze w czystej hodowli na agarze z dodatkiem płynu ascytycznego, która to hodowla wywołała gruzlicę u krowy.

Nie we wszystkich jednak badanych przypadkach materiał gruzliczy okazał się jednakowo złośliwym: w jednym przypadku pierwotnej gruzlicy kiszek powstały u cielęcia po zaszczepieniu zmiany gruzlicze, tylko ściśle umiejscowione do miejsca szczepienia; w drugim przypadku, w którym można było sądzić o zakażeniu przez przewód pokarmowy na mocy wywiadów o rozwoju choroby, szczepienie z gruczołu krezkowego cielęciu wywołało u niego po 3-ch miesiącach tylko poczynającą się perlicę.

Na mocy powyższych danych FIBIGER i JENSEN dochodzą do przekonania, że laseczniki gruzlicze bywają różnej złośliwości: jedne są zupełnie obojętne, inne mało złośliwe, wreszcie bywają laseczniki średniej i wielkiej złośliwości.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa siła ich osłabia się w miarę trwania sprawy gruzliczej.

Jeszcze przed FIBIGER'em i JENSEN'em prof. WOLFF¹⁾ z Berlina opisał przypadek pierwotnej gruzlicy kiszek u 63-letniego stolarza, u którego na sekcji stwierdzono gruzlicze owrzodzenia kiszek. Z materiału tego przyrządzono hodowle, które, zastrzyknięte śwince morskiej oraz cielęciu, wywołały typową gruzlicę prosówkową, potwierdzoną badaniami makroskopowymi i mikroskopowymi.

Złośliwość laseczników wypróbowano na dwóch świnkach, z których jedna zdechła po 6-iu tygodniach, a druga po upływie 55-iu dni została zabita; u obu na sekcji znaleziono typową gruzlicę ogólną.

Bardzo ważną w tym przypadku jest ta okoliczność, że laseczniki pierwotnej gruzlicy kiszek u człowieka wywołały ciężką gruzlicę u cielęcia ze wszystkimi oznakami perlicy, a więc nie były to laseczniki gruzlicy ludzkiej, ale perlicze. Wreszcie i według danych statystycznych, pierwotna gruzlica kiszek, zwłaszcza u dzieci, wcale nie jest tak rzadką, jak to utrzymuje KOCH; dowiedziono bowiem, że tak laseczniki perlicy, jak i gruzlicy, mogą być w dowolnej ilości przeniesione na błonę śluzową kiszek, lecz nie wywołują od razu w kiszkiach zmian makroskopowych, a wywierają swój wpływ

¹⁾ M. WOLFF. Perlsucht und menschliche Tuberculose. Deutsch. med. Wochenschrift. 1902. Nr. 32, str. 566.

potogenetyczny w sąsiednich miejscach, mianowicie w gruczołach krezkowych. W celu przekonania się o tem, WOLFF karmił świnki mlekiem, zmieszaniem z lasecznikami grzłicy lub perlicy, a także owsem, zmieszaniem z temiż bakteriami. U wszystkich badanych zwierząt gruczoły krezkowe były mniej lub więcej powiększone, zawierały ogniska serowate z dużą ilością laseczników obu gatunków. Prócz tego, przy normalnej błonie śluzowej kiszki gruczoły szyjowe i oskrzelowe również były powiększone i serowato zmienione; wątroba była też silnie dotknięta grzłicą.

Do tego samego przekonania doszedł i OSTERTAG, który ani u jednej z tyśiąca świń, karmionych lasecznikami w rzeźni berlińskiej, nie wykrył zmian w kiszki, natomiast prawie we wszystkich przypadkach znajdował grzłicę w gruczołach gardła, szyi oraz krezkowych.

Tego samego zdania jest i HELLER, który, spotykając prawie w połowie wszystkich przypadków grzłicy u dzieci—pierwotną grzłicę gruczołów krezkowych bez uszkodzenia błony śluzowej kiszki, wnioskuje, że główną przyczyną tej grzłicy jest mleko krów; nietykalność ścian kiszki tłómaczy autor tem, że laseczniki bardzo szybko przechodzą przez błonę śluzową kiszki, która u dzieci jest bardzo przenikliwa i zatrzymują się dopiero w gruczołach krezkowych, znajdując tam lepsze warunki do rozwoju.

Co się zaś tyczy grzłicy gruczołów szyjowych, spotykanej tak często przy karmieniu mlekiem z lasecznikami, to na podstawie swych doświadczeń na królikach i świnkach morskich wnioskuje WOLFF, że zarazek w tych przypadkach przenika nie przez błonę śluzową jelit, lecz odrazu przez jamę ustną, co widocznem bywa i u dzieci skrofulicznych, u których prawdopodobną drogą zakażenia są migdałki. Dla przekonania się o tem, WOLFF zaszczerpił płwocinę, zmieszaną od pięciu suchotników, cielęciu na prawej stronie szyi z wszelkimi ostrożnościami. Okazało się, że grzłicą dotknięte zostały tylko gruczoły szyi, gardła i łopatek, w wewnętrznych zaś narządach zmian grzłicznych wcale nie było.

Porównyując więc wyniki tego szczepienia z wyżej opisanym szczepieniem z pierwotnej grzłicy jelit, widocznem jest, że w pierwszym przypadku rezultaty były podobne do tych, jakie otrzymał KOCH przy zarażaniu młodych cieląt grzłicą ludzką, w drugim zaś takie, jak przy szczepieniu perlicy.

Do innych zupełnie wyników doszedł MOELLER¹⁾. Autor ten karmił dwie młode krowy w ciągu 4-ch miesięcy płwociną, zawierającą laseczniki ludzkie w wielkiej ilości; zwierzęta te pozostały zupełnie zdrowemi; na sekcji oraz przy badaniach mikroskopowych nie znaleziono żadnych zmian grzłicznych, ani laseczników, a świnka morska, której zastrzyknięto gruczoły krezkowe krów, rozrta ze sterylizowanym bulionem, pozostała zupełnie zdrową. Trzeciemu bykowi, karmionemu w ciągu trzech miesięcy płwociną grzłiczą, podawaną razem z przegotowanym mlekiem, zastrzyknięto do jamy otrzewnej 6 ctm. sz. hodowli laseczników grzłicy ludzkiej. W miejscu zastrzyknięcia utworzył się guz wielkości pięści, a w zawartości jego znaleziono laseczniki, które u świnki wywołały grzłicę. Byk pozostał zupełnie zdrowym, a na sekcji, dokonanej po 203-ch dniach, nie znaleziono żadnych śladów grzłicy.

Takie same rezultaty otrzymał MOELLER po inhalowaniu laseczników grzłicy ludzkiej oraz następczem zastrzykiwaniu podskórnem płwociną suchotników czwartemu cielęciu. Cielę, któremu zastrzykiwano hodowlę żyjących laseczników do żył, pozostało również zupełnie zdrowem.

¹⁾ A. MOELLER. Zur Frage der Uebertragbarkeit der Menschentuberculose auf Rinder und Ziegen. Deutsche medic. Wochenschr. 1902. Nr. 40, str. 718.

Na podstawie tych badań wnioskuje MOELLER, że cielęta na tej drodze na gruźlicę nie zapadają.

W dalszym ciągu swoich doświadczeń karmił MOELLER trzy zdrowe kozy w ciągu 4-ch miesięcy płwociną suchotników; zwierzęta nie zdradzały żadnych objawów patologicznych; na sekcji również śladów gruźlicy nie znaleziono. Jedynie po zastrzyknięciu hodowli do jamy otrzewnej utworzyły się guziki tak na otrzewnej ściennej, jak i na trzewowej, narządy zaś wewnętrzne pozostały normalne. Gruźelki te, zawierające laseczniki, stwierdzone pod mikroskopem, roz tarto z bulionem i zastrzyknięto do jamy otrzewnej cielęciu, które pozostało zupełnie zdrowe. A więc zgadza się autor ze zdaniem KOCH'a, że cielęta przez karmienie płwociną suchotników, zastrzykiwanie podskórne, do jamy otrzewnej i do żył, przez inhalacje oraz szczepienie podskórne czystych hodowli laseczników gruźlicy ludzkiej, nie mogą zarazić się gruźlicą; kozy przez karmienie również nie zarażają się, po zastrzyknięciu zaś dużych ilości laseczników do jamy otrzewnej powstać może gruźlica otrzewnej, lecz rozpowszechnienie gruźlicy na cały organizm zwierzęcia nie następuje.

Wszystkie wspomniane doświadczenia podjęte zostały w celu wyświe tlenia możliwości przenoszenia laseczników gruźlicy ludzkiej; badania zaś, mające na celu wyjaśnić, czy perlica udziela się człowiekowi, ogłoszone zostały już dawniej przez BAUMGARTEN'a ¹⁾. Przed 21 laty jeden z nieżyjących już lekarzy próbował leczyć chorych na raka w ostatnim okresie choroby zapomocą zastrzyki wań podskórnych laseczników perlicy, opierając się na zdaniu ROKITANSKY'ego, że gruźlica wyklucza raka oraz na przyjętej zupełnej identyczności laseczni ków gruźlicy i perlicy. Próby wypadły ujemnie, gdyż u chorych, którzy po szczepieniach żyli jeszcze kilka miesięcy i zmarli wskutek pierwotnego cierpie nia, żadnych objawów gruźlicy nie zauważono; na sekcjach znajdowano w miej scu szczepienia małe ogniska ropne, które po zablżeniu nie zawierały ani la seczników, ani gruzełków, w wewnętrznych zaś narządach nie znaleziono ani śladu gruźlicy, pomimo że laseczniki perlicy, użyte do szczepień w dużej ilości, obdarzone były znaczną złośliwością dla królików. Doświadczeniom tym, aczkol wiek niehumanitarnym, słusznie zarzucają, że przedewszystkiem chorzy na raka, nie są odpowiednim materiałem do szczepienia gruźlicy, jakkolwiek wiadomo dzisiaj, że gruźlica może zagnieździć się w ludzkim ustroju obok raka, oraz że skóra i tkanka podskórna są bardzo odporne na zarazek gruźlicy. Wreszcie w celu wyświe tlenia kwestyi o możliwości zakażenia człowieka gruźlicą przez kanał po karmowy, zaczęto porównywać statystyki pierwotnej gruźlicy kiszki z gruźlicą innych narządów, skąd widocznem jest, że pierwsza zdarza się o wiele rzadziej, aniżeli to utrzymują. HELLER na 140 dzieci, zmarłych na dyfteryt, znalazł ukry tą gruźlicę w 38,8% przez zarażenie zapomocą narządów pokarmowych; o wiele mniejsze są cyfry STILL'a, który na 269 przypadków gruźlicy u dzieci w wieku około 12-u lat podaje jako pewne lub prawdopodobne drogi zakażenia: przez płuca w 51%, a przez kanał pokarmowy w 23%. GUTHRIE na 77 przypadków gruźli cy spostrzegał początek choroby w klatce piersiowej w 54,5%, a w jamie brzusz nej w 24,6%. CARE nalicza na 120 przypadków śmiertelnej gruźlicy: 65,8% po czątek w płucach lub gruczołach oskrzelowych, a tylko 16,7% w kiszkiach lub gruczołach krezkowych. BAGINSKY na 144 sekcji gruźliczych tylko w sześciu znalazł niewątpliwie pierwotne cierpienie gruczołów krezkowych. Nadmienić należy, że w dawniejszych statystykach zaliczono t. zw. *tabes mesaraica* u dzieci do gruźlicy, i z tego punktu widzenia THORNE twierdzi o wzrastaniu tych

¹⁾ P. BAUMGARTEN. Ueber die Verhältniss von Perlsucht und Tuberculose. Berlin. klin. Woch. 1901. Nr. 35, str. 894.

mniemanych przypadków gruźlicy trzew u dzieci około roku życia. Obecnie wielu lekarzy wyraża przekonanie, że *tabes mesaraica* wcale nie jest sprawą identyczną z gruźlicą. CARR utrzymuje, że jest to wyniszczenie (*marasmus*), które powstaje skutkiem niewłaściwego karmienia i tylko w bardzo rzadkich przypadkach przechodzi w gruźlicę; tego samego zdania są GUTHRIE, AMSTRONG i inni.

Wreszcie drogi, któremi zarazek gruźliczy przechodzi do organizmu, nie są jeszcze dostatecznie wyjaśnione.

PREISICH i SCHUETZ, a także DIEUDONNÉ utrzymują, że infekcja u dzieci pochodzi nie z pokarmu, lecz z kurzu i błota, które dzieci noszą na rękach przy pełzaniu po ziemi, a następnie polykają, przyczem infekcja może nastąpić przez migdałki.

Bardzo ważne znaczenie w omawianej kwestyi mają również choroby skórne, powstałe wskutek przenoszenia zarazka perlicy na ludzi, zwłaszcza mających do czynienia z bydłem.

SPRONCK i HOEFNAGEL ¹⁾ opisali przypadek zarażenia gruźlicą przez skórę palca u oprawcy bydła, który był zraniony przez weterynarza podczas sekcji krowy, padłej na perlicę. Chory ten przybył na klinikę chirurgiczną w Utrechcie w dwa lata po wypadku. W okolicy pierwszego stawu palcowego zauważono owrzodzenie głębokie, pokryte strupem, nie przechodzące poza skórę; odpowiedni gruczoł łokciowy był powiększony. Przeszczepienie wyciętego guzika skórniego na świnkę morską wywołało u niej gruźlicę ogólną. Miazga śledzionowa, wprowadzona podskórnie cielęciu, wywołała w trzy miesiące świeże zmiany gruźlicze. Sekcja wykazała guz na miejscu szczepienia, wypełniony rozmiękłymi masami serowatemi, w jego sąsiedztwie znacznie powiększony gruczoł szyjowy oraz gruzelki prosuwkowate na opłucnej, w płucach, wątrobie i śledzionie. Guzów, cechujących daleko posuniętą perlicę, nie wykryto.

LASSAR ²⁾ podaje że z liczby 108,000 chorych znalazł gruźlicę brodawkową (*lupus verrucosus*) skóry rąk tylko u 34-ch, wśród których 4-ch było rzeźników. Mniemając więc, że najczęściej choroba ta powstaje u osób pracujących w szlachtuzach, LASSAR udał się do rzeźni berlińskiej i zbadał 365 osób z pośród weterynarzy, rzeźników i służby, pomiędzy którymi znalazł niewątpliwie zaszczepioną gruźlicę tylko w 1,92%, a wraz z podejrzanymi przypadkami w 3%. Osobniki te były zupełnie zdrowe i silne i nie miały żadnych objawów gruźliczych narządów wewnętrznych; skałeczenie ich było zupełnie przypadkowe, jak i zaszczepienie gruźlicy. Wśród chorych prywatnych nalicza autor mniej niż 1/3% gruźlicy brodawkowej skóry; w tej liczbie na 100 przypadków innych rzemiosł wypadła tylko 2—3 rzeźników. JOSEPH i TRAUTMANN na 24494 chorych z cierpieniami skóry niewenerycznego pochodzenia obserwowali 49 przypadków gruźlicy brodawkowej; w tej liczbie 8, czyli 19,5% rzeźników, 9 (21,95%) stolarzy, 5 (12,19%) ślusarzy oraz 4 (9,75%) handlujących.

RAVENEL opisał przypadek gruźlicy skóry u lekarza, zarażonego podczas sekcji dwóch krów gruźliczych; rozpoznanie rodzaju cierpienia było niewątpliwe, ponieważ wycięte kawałki skóry zaszczepione zostały dwóm świnkom, które padły od typowej gruźlicy ogólnej. HERZEL podaje dwa przypadki gruźlicy skóry u robotników, zajętych przy ładowaniu bydła na kolei. Również podług

¹⁾ C. H. SPRONCK i K. HOEFNAGEL. Transmission à l'homme, par inoculation accidentelle, de la tuberculose bovine, et réinoculation experimentale au veau. Semaine méd. 1902. Nr. 42, str. 341.

²⁾ O. LASSAR. Ueber Impftuberculose. Deutsche med. Woch. 1902. Nr. 40, str. 716.

słów tegoż autora, dyrektor Kollegium weterynarzy w Edynburgu, dr THOMAS WALLY umarł w następstwie zakażenia przy sekcji gruźliczej krowy.

KURT MUELLER obserwował dwóch zupełnie zdrowych rzeźników, którzy skaleczyli się przy szlachtowaniu bydła gruźliczego, skutkiem czego na odpowiednich miejscach rąk utworzyło się gruźlicze zapalenie skóry oraz ścięgien. Przypadki te wskazują, że człowiek może się зараzić gruźlicą od bydła, lecz w jakich warunkach to następuje, dlaczego choroba w jednych przypadkach umiejscowia się, a w innych uogólnia się, dotychczas nie da się wytłómaczyć.

[D. n.].

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

3. Helmitolum. Helmitol.

Powszechnie już dziś wiadomo, jak ważne znaczenie w leczeniu niektórych chorób dróg moczowych ma—tak zwana urotropina [forma, heksametyltetramina].

Działanie urotropiny, zwłaszcza antyseptyczne, zależy od stopniowego odszczepiania się aldehydu kwasu mrówkowego (*formaldehydum*). Jednakże to odszczepianie się, szczególnie w płynach alkalicznych, przychodzi do skutku bardzo powoli; dla tego też zdarzyć się może, że w moczu silnie amoniakalnym odszczepione ilości aldehydu kwasu mrówkowego nie wystarczają do odpowiedniej, pożądanej dezynfekcji dróg moczowych. Można by wprowadzić zwiększyć własności dezynfekcyjne urotropiny przez zastosowanie daleko większych dawek, ale wówczas w wielu razach mogą powstać objawy miejscowego podrażnienia.

Otóż, w ostatnich czasach wprowadzono do terapii nowy związek heksametylenaminowy, mający odznaczać się daleko większymi własnościami dezynfekcyjnymi, aniżeli urotropina — i nadano mu nazwę helmitolu.

Helmitol jest to związek heksametylenaminy z bezwodnikiem kwasu matylencytrynowego.

W przeciwieństwie do urotropiny, helmitol właśnie w płynach alkalicznych daje szybko, jako produkt rozszczepienia, aldehyd kwasu mrówkowego — i to w ilości w zgodzie bardzo obfitej. Już w trzy kwadransy po zażyciu helmitolu można w moczu bardzo łatwo wykazać aldehyd kwasu mrówkowego za pomocą próby JORISSEN'a, o czem zresztą będzie mowa niżej.

Badania farmakologiczne, dokonane przez IMPENS'a, wykazały, że wpływ helmitolu daleko wolniej znika, aniżeli urotropiny, a mianowicie, że 1 gram helmitolu daleko dłużej dezynfekuje mocz, aniżeli podwójna ilość urotropiny.

Mocz alkaliczny pod wpływem helmitolu przyjmuje odczyn kwaśny: jest to okoliczność, mająca ważne znaczenie w niektórych chorobach dróg moczowych.

Prócz tego posiada helmitol w małym stopniu i własności moczopędne.

Jako wskazanie do stosowania helmitolu wymienić przedewszystkiem należy: *cystitis non gonorrhoeica*, *urethrocystitis*, *prostatitis* i *pyelitis*; następnie *bacteriuria* i *phosphaturia*.

W *urethritis posterior gonorrhoeica* helmitol wprowadzić nie niszczy gonokoków, te jednakże znikają na pewien czas, a sprawa zapalna ulega widocznej poprawie. W tych więc razach trzeba, obok miejscowego leczenia protargolem, podawać wewnętrznie helmitol.

Dr ROSENTHAL stosował wzmiankowany środek u 20 chorych: 18 *wrethritis gonorrhoeica chronica posterior*, 1 *cystitis*, 1 *prostatitis chronica*. U wszystkich chorych już po kilku dniach można było zauważyć wielką poprawę.

Chorzy bardzo dobrze znoszą rzeczony środek leczniczy, który zresztą nigdy nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych, niepożądanych objawów. Białkomoczu nie wywołuje i niezwiększa ilości białka, jeśli je u chorego w moczu już przed stosowaniem helmitolu znajdowano

Helmitol przedstawia się pod postacią proszku białego, krystalicznego, smaku kwaskowatego. W wodzie rozpuszcza się około 7%; w alkoholu jest prawie nierozpuszczalny. Słabe kwasy bardzo wolno rozszczepiają helmitol, alkalia zaś—bardzo łatwo, przyczem wytwarza się wolny aldehyd kwasu mrówkowego.

W moczu formaldehyd, po zażyciu helmitolu, pojawia się w postaci wolnej, jako też związanej. Wykazać go można za pomocą próby JARISSEN'a. Do 10 centymetrów sześciennych moczu trzeba dodać 2 centymetry sześciennie 0 1%-go roztworu floroglucyny, a następnie kilka kropel roztworu potasowego; występuje zaraz zabarwienie czerwono-brunatne, które szybko blednie. Najlepiej przedtem mocz odbarwić, mieszając go z węglem zwierzęcym, a następnie filtrując. Zapomocą próby JARISSEN'a można wykazać formaldehyd w moczu nawet w bardzo wielkiem rozcieńczeniu, np. 1 : 75000. Dodać tu wszakże należy, że do próby należy brać mocz świeżo oddany, a, co najwyżej, mocz oddany przed trzema kwadransami.

Helmitol podaje się wprost w proszku, rozpuszczonym w wodzie—z dodatkiem cukru, albo bez tego.

Dawka wynosi 1 grm.—trzy razy dziennie. Najwyższa dobową dawką wynosi 5 - 6 gramów.

(*Therapie der Gegenwart*. 1902. 12).

Wiktor Grostern.

Ś. P. JAN TYMOWSKI.

(WSPOMNIENIE POŚMIERTNE).

W dniu 7-ym grudnia 1902 r. zmarł w Paryżu po kilkumiesięcznej chorobie dr medycyny JAN TYMOWSKI, od lat kilkunastu praktykujący w Nizy, gdzie cieszył się wielkiem uznaniem. Cenili go nie tylko rodacy nasi, lecz i cudzoziemcy, przybywający na Rivierę, jako zdolnego i sumiennego lekarza, człowieka wielkiej prawości. Nie mniej przez swój takt i sympatyczne obejście był zawsze i wszędzie mile widziany przez kolegów, którym niejednokrotnie życzliwą radą i czynem służył.

Obcą mu była zawiść, szedł zawsze drogą prostą, zdobył obszerną praktykę znajomością rzeczy i troskliwym, pełnym wyrozumiałości, traktowaniem pacjentów.

Ciężka szkoła życia, jaką od młodu przechodził, wyrobiła w nim hart duszy. Zdaleka od kraju, wśród ciężkich warunków materialnych, usuwał przeszkody jedną po drugiej, nie upadając na duchu, zdobywając jeden dyplom doktorski po drugim dla zyskania obszerniejszego pola do pracy zawodowej. A działał się to wówczas, kiedy już jako ojciec rodziny, przy składaniu egzaminów i to w obcych językach, zmuszony był myśleć o bycie materialnem dla niej!

Urodził się ś. p. JAN TYMOWSKI w dniu 12 m lipca 1851 roku we wsi Zerachowie, gubernii Piotrkowskiej. Do gimnazyum uczęszczał w Piotrkowie i w Kaliszu. Po otrzymaniu świadectwa dojrzałości wstąpił w r. 1869 na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Po kilku wszakże miesiącach zmuszony był wyjechać z kraju. Udał się do Monachium, gdzie też po odbyciu studyów otrzymał w r. 1876 stopień Doktora Medycyny i Chirurgii.

Praktykę lekarską rozpoczął w Reichenhall, lecz wnet, idąc za radą prof. BUHL'a w Monachium, w którego pracowni przez pewien czas był czynnym, wyjechał do San Remo, stacyi klimatycznej na Riwierze Włoskiej. Ze względu na rodzaj chorych, szukających tam poprawy zdrowia, ś. p. TYMOWSKI poświęcił się chorobom płuc i krtani, założywszy jednocześnie zakład kumysowy dla pacjentów, dotkniętych temi cierpieniami.

Tutaj rozpoczęła się szeroko jego działalność lekarska, umiejętna i pełna poświęceń dla tych nieszczęśliwych, którzy gromadnie odbywali dalekie wędrówki z północy, pragnąc pod włoskiem niebem zaczerpnąć tego balsamu, jaki, według ówczesnych prądów nauki, tylko w klimacie ciepłym znaleźć było można. Garnęli się więc tutaj nie tylko bogaci, lecz i biedacy, ze skromnymi funduszami, bez znajomości języka. Dla tych to ostatnich zwłaszcza, nieboszczyk był prawdziwym opiekunem, który wlewał nadzieję i pociechę do ich zwątpiałych serc.

Do San Remo schronił się także nestor naszych powieściopisarzy J. I. KRASZEWSKI dla pokrzepienia swego nadwątlonego zdrowia po dwuletniem, pamiętnem dla nas wszystkich, uwięzieniu w Magdeburgu. TYMOWSKI otoczył go serdeczną opieką, czuwał nad nim jako lekarz i przyjaciel, poświęciwszy mu wszystkie swe wolne od zajęć chwile. A jak przejął się cierpieniem tego zbolełego starca, widać to z listu, pisanego w listopadzie 1885 do T. T. Jeża a przytoczonego we „wspomnieniach o Kraszewskim” tegoż autora.

W r. 1880 po złożeniu egzaminów państwowych w Bazylei, TYMOWSKI praktykował przez dwa sezony letnie w Birgenstock pon Lucerną.

W r. 1882 powołano go na kierownika znanego zakładu wód siarczanych w Schinznach [Szwajcarya]. Zjeżdżał tu corocznie na letnie miesiące, na zimowy zaś sezon powracał do San Remo.

W r. 1889-ym opuścił San Remo i przeniósł się do sąsiedniej Nizy, zdobywszy sobie wprzód prawo praktyki we Francyi, po złożeniu egzaminów w Paryżu. Do przeniesienia się na francuską Riwierę skłoniła go potrzeba kształcenia dorastających dzieci. I tutaj pozyskał wkrótce liczną klientelę, skarbiąc sobie wdzięczność pacjentów i uznanie kolegów.

W r. 1899-ym zarząd zakładu wód mineralnych w Vittel powołał go na kierownika. Dzięki energii TYMOWSKIEGO i fachowej znajomości, miejscowość ta podczas dwukrotnego letniego pobytu jego, zyskała dużo w swych ulepszeniach a stąd i na rozgłosie.

W ostatnim 1902 r. z powodu rozpoczynającego się już osłabienia i rozstroju nerwowego, spowodowanych przecracowaniem organizmu, T. nie pojechał do Vittel. W nadziei pokrzepienia sił spędził kilka tygodni w górach w Szwajcaryi bez wyraźnej poprawy. Cierpienie, które z początku nie wydawało się zbyt poważnem, zaczęło przyjmować groźniejszy przebieg. Ś. p. TYMOWSKI zmuszony był zaniechać swej praktyki w Nizy, wyjechał na kurację do Paryża, gdzie też pomimo troskliwej i umiejętnej opieki lekarskiej, jakiej mu życzliwi koledzy, a zwłaszcza drzy BABIŃSKI i REYMOND nie szczędzili, pracowity swój żywot zakończył.

Pomimo rozległej praktyki nie zapominał on o działalności naukowej, zasilał piśmiennictwo lekarskie cennymi spostrzeżeniami w języku polskim, niemieckim i francuskim. Spis prac, które poniżej podajemy, pomiędzy którymi znajdują się bardzo cenne, świadczy najlepiej, jak nieboszczyk posłańnictwo swe lekarskie spełniał.

1) San Remo, jako stacya zimowa dla chorych na płuca. *Gazeta Lek.* 1877.

2) Babtysta i Jakób Focci [z rysunkiem]. *Gazeta Lek.* 1879. str. 7.

3) O działalności przetworów benzoesowych. *Gazeta Lek.* 1879. str. 24.

4) Kilka słów o trądzie (*lepra spedalsked*). *Gaz. Lek.* 1879. str. 41.

5) Nowy środek przeciw tasiemcowcowi (*pastă e. semin. cucurbitae maxime*). *Gaz. Lek.* 1879. str. 54.

6) *Dicephalus tetrabrachialis*. *Gaz. Lek.* 1879 str. 77.

7) Korespondencya z San Remo. *Gaz. Lek.* 1879.

8) *Eine Radicaloperation des Pyo-pneumothorax nach der Frauentzel'schen Methode.* *S.-t. Petersburger medic. Wochenschrift.* 1879. Nr. 35.

9) San Remo, jako stacya zimowa dla chorych na płuca. Warszawa 1880. w 8-ce str. 24.

10) *Ueber den Werth der klinischen Behandlung der Lungenkranken mit Berücksichtigung der Bacillen - Theorie.* *Wiener med. Presse.* 1883. Nr. 43.

11) *Beitrag zur Therapie der Tuberculose.* *Wiener med. Presse.* 1884. Nr. 1.

12) Przyczynek do leczenia gruźlicy. *Medycyna* 1884. Nr. 7 i 8.

13) Tlen i ozon jako środki lecznicze. *Gaz. Lek.* 1884. Nr. 31.

14) O cierpieniach żołądka w przebiegu późnego przymiotu. *Medycyna* 1884. str. 825.

15) Wskazania i przeciwwskazania dla stosowania klimatu w San Remo. *Medycyna* 1885.

16) O cieplicach siarczanych w Schinznach. *Medycyna* 1885. str. 306.

17) Przyczynek do teoryi zarażenia się wstecznego przymiotem matki od płodu. *Wiadomości Lek.* 1886. Nr. 6.

18) San Remo, Ospedaletti i Bordighera pod względem klimatycznym i społecznym. *Wyd. II. poprawne* 1886.

19) Korespondencya z San Remo. *Medycyna* 1887.

20) *Zur physiologischen und therapeutischen Bedeutung des Kumys mit Rücksicht auf Milch- und Molken-Kuren.* *München. Riger* 1887. [Ocenil dr LUTOSTAŃSKI w *Przeglądzie lekarskim krakowskim* 1887. Nr. 51].

21) Próby racjonalnego leczenia gruźlicy płuc siarkowodorem. *Wiad. Lek.* 1887. Nr. 8.

22) O lecznictwie przyczynowem [leczenie klimatyczne gruźlicy]. *Medycyna.* 1890 str. 65.

Na zakończenie powyższego wspomnienia, poświęconego człowiekowi, którego przymioty charakteru i wiedzę wysoko ceniłem, dodam jeszcze, iż wśród włoskiego nieba, lazuru Riwiery i cyprysów tęsknił za krajem rodzinnym, marząc o stałym do niego powrocie. Jak zaś ognisko domowe, z którego zawsze czerpał energię do pracy, ukochało jego ideały, najlepszy dowód w tem, iż żona cudzoziemka, nigdy w kraju nie będąca, płynnie mówi po polsku i dzieciom swym znajomość tego języka wszczepiła!

Ś. p. TYMOWSKI pochowany został w San Remo, ulubionej przez niego miejscowości, o której się zawsze, jako o znakomitej stacyi klimatycznej, z wielkimi pochwałami odzywał.

Zamiast garści rodzinnej ziemi przesyłamy na grób nieboszczyka wiązanekę z kwiatów jego własnych zasług uwitą a dla pozostałej po nim rodziny — wryzy najgłębszego współczucia.

Warszawa dnia 6 stycznia 1903.

J. Pawiński.

Wiadomości bieżące.

— W Towarzystwie Lekarskim Warszawskim wybrani zostali na r. 1903 na prezesa: kol. DUNIN, na wiceprezesa kol. KAMOCKI, na sekretarza dorocznego kol. KOPCZYŃSKI, na bibliotekarza kol. BIELIŃSKI.

— Kol. ESTREJCHER wybrany został na członka honorowego Tow. Lek. Warsz.

— Kol. SOMMER przeniesiony został na lekarza naczelnego szpitala Ś-go Stanisława [Zapasowego].

— W r. b. w wydawnictwach „Gazety Lekarskiej“ wyjdą z druku: Laryngologia dra HERYNGA; 2-gi tom Chorób narządów oddechowych dra SOKOŁOWSKIEGO; 1-y tom Dyagnostyki anatomo-patologicznej dra DMOCHOWSKIEGO, i tłumaczenie Akuszery dra VOGEL'a. Książki te pojawiają się w handlu w pierwszych miesiącach r. b.

— Miastu naszemu przybył zakład leczniczy, pod względem urządzenia wewnętrznego śmiało mogący rywalizować z zakładami tego rodzaju za granicą. Mamy tu myśli prywatny Zakład ginekologiczny kolegi CZESŁAWA STANKIEWICZA, świeżo z wielkim nakładem kosztów i pracy wzniesiony przy ulicy Złotej Nr. 3. Zakład mieści się w oficynie, umyślnie w tym celu wystawionej i tak zbudowanej, aby zczasem, skoro zajdzie potrzeba rozszerzenia jego, cała mogła być na ten cel spożytkowana. Obecnie właściwy zakład posiada 10 łóżek; to też cały zmieścił się wygodnie na 4-em piętrze, na którym może korzystać ze światła, wlewającego się potokami przez dach szklany, prawie nad całym zakładem rozpostarty: dość szeroki i wysoki korytarz, biegnący wzdłuż zakładu, ma cały oświetlenie górne a wymalowany przytem na białe, sprawia nader przyjemne dla oka wrażenie. Na początku korytarza znajduje się część gospodarza zakładu [kuchnia, kąpiel, mieszkanie dla służby i t. d.] i winda osobowa, na końcu zaś jego — sala operacyjna z salą przedoperacyjną. Po obu zaś stronach korytarza mieszczą się oddzielne pokoje dla chorych o 1, 2, 3 łózkach, wygodnie i gustownie urządzone. Ostatni pokój, odpowiednio przygotowany, jest przeznaczony na salę porodową. Tu umieszczona jest t. zw. wylęgarka (*couveuse*) do wyhodowania dzieci niedonoszonych. Sala porodowa jest oddzielona od pokoju sąsiedniego ścianą gruntową a od korytarza drzwiami dwiema, aby jęki rodzącej nie dochodziły do uszu innych chorych. Z pokoju porodowego [jako też i z korytarza] przechodzimy do sali przedoperacyjnej, posiadającej wszystko to, co jest potrzebne do osobistej dezynfekcyi lekarzy, jako też chorych, a więc doskonalej konstrukcyi umywalnie z kranami aseptycznymi pomysłu kol. STANKIEWICZA, zlewy, zbiorniki roztworów dezynfekcyjnych, prócz tego stół operacyjny na kółkach, szafę z narzędziami i t. d. Z pokojem tym stoi w połączeniu zapomocą rur kamera sterylizacyjna, zawierająca kocioł parowy, dostarczający pod ciśnieniem dwu atmosfer wyjałowionej wody (gorącej i ostudzonej) do umywalni, jako też dla zbiorników, polewaczek i t. d. Prócz tego w kamerze znajduje się autoklaw do sterylizowania opatrunków, bielizny, naczyń i t. d. parą pod ciśnieniem dwu atmosfer (temp. 133°). Przekonano się, że w parze tej po 5-iu minutach giną zarodniki suche *bacil anthracis*. Z sali przedoperacyjnej wchodzi się dwiema dwiema do sali operacyjnej, dość obszernej, oświetlająco widnej, bo oświetlenia górnego dostarcza jej dach szklany (potrójny), a bocznego okno o podwójnej tafli szklanej, całą prawie ścianę pokoju wy-

pełniące. Sala cała biała, posiada posadzkę białą terrakotową ze zlewem hermetycznie zamkniętym (pomysłu kol. S.) i doskonale funkcjonującą wentylację. Kąty ścian zarówno u sufitu, jak i u podłogi są zaokrąglone. Sala ta stoi zupełnie pusta i zawsze szczelnie zamknięta; otwierana bywa dopiero do operacji. Chorą, na sali przedoperacyjnej należyce pod względem przeciwnym przygotowaną i ubraną i ułożoną już na stole, wsuwa się do sali operacyjnej a za chorą wchodzi lekarze i pomocnicy, także już uprzednio na sali przedoperacyjnej należyce zdezynfekowani i przebrani odpowiednio. Za nimi wnoszą potrzebne do operacji narzędzia i przybory, już przedtem w kamerze sterylizacyjnej wyjałowione. Na sali tej wykonywane będą tylko operacje aseptyczne. Naprzeciwko kamery sterylizacyjnej znajduje się jeszcze pokój kąpielowy dla chorych i w oddzielnym pokoiku piec do spalania wszelkich odpadków i opatrunków zużytych. Na samym końcu zakładu pokój z przedpokojem przeznaczono na oddział izolacyjny, który, zupełnie od zakładu odcięty przez sień, wychodzącą na schody kamienne, przeznaczony jest dla chorych zakażonych i gorączkujących. Pokój posiada łóżko i całe urządzenie, odpowiadające swemu przeznaczeniu. Lekarz i służba będą dla tego oddziału oddzielne.

W teźże samej oficynie parter zajęty jest na salę ambulatoryjną dla chorych ginekologicznych, z miasta po poradę przychodzących. Tu też znajduje się poczekalnia, bardzo zasobna pracownia bakteriologiczna i mikroskopowa, jako też sala operacyjna dla przypadków „nieczystych”. Tu też jest wejście do windy, łączącej bezustannie parter z zakładem na 4-ym piętrze i przeznaczonej na użytek chorych, które na noszach można wygodnie w niej umieścić. Sutereny są przeznaczone na pralnie, muzeum i grabarnię, do której dochodzi ta sama winda.

Urządzenie całego zakładu, jako przeznaczonego wyłącznie dla chorych, głównie pomocy operacyjnej potrzebujących, ściśle zastosowano do wymagań nowoczesnej chirurgii. O tem na każdym kroku przekonać się można, oglądając pełne pomysowości urządzenia sterylizacyjne i wentylacyjne, podziwiając piękne sale: operacyjną i przedoperacyjną, gwarantujące jak najidealniejszą czystość w znaczeniu aseptycznym.

Młodemu zakładowi życzymy powodzenia na pożytek cierpiących i nauki.

— Kongres międzynarodowy Thalassoterapii odbędzie się od 19—21 kwietnia r. b. w Biarritz pod przewodnictwem A. ROBIN'a. Na porządku dziennym postawiono 3 kwestye: 1) *quel est le résultat du séjour au bord de la mer sur les phénomènes intimes de la nutrition?* [referenci: ROBIN i BINET], 2) *quels sont, au point de vue de la generalisation de la tuberculose, les effets de la cure marine?* [ref. LALESQUE], 3) *quelle est l'influence du séjour on bord de la mer et du traitement marin en général sur l'appareil cardiovasculaire?* [ref. HUCHARD i FIESSINGER].

— W Berlinie otwarto katedrę terapii doświadczalnej i profesorem jej mianowano dra WASSERMANN'a.

— Prof. Koch z Berlina został zaangażowany przez rząd Rhodezyi do Afryki Południowej dla zalecenia środków przeciw chorobom bydła. Otrzyma on pensyi rocznej 150000 franków, a dwaj pomocnicy jego po 25000 franków.

SANATOGEN

Środek wzmacniający.

Tonicum, zupełnie nie drażniące.

PP. Lekarzom próbki i broszury wysyła bezpłatnie reprezentant

Stanisław Karczewski

Warszawa, Nowo-Senatorska 4.

Fabrykanci: **BAUER & C-o**

Berlin S. O. 16.

CHEMICZNA FABRYKA VON HEYDEN, RADEBEUL-DREZNO

XEROFORM. Najlepszy i najtańszy środek, zastępujący jodoform. W użyciu przyjemny, nie posiada zapachu, nie trujący nawet przy wewnętrznym stosowaniu w dużych dawkach dla antyseptyki kiszek. Wybitnie działa kojąco na bóle i wstrzymuje krwawienie, nie drażni i nie wywołuje ekzemy. Odwiana nawet posokowate wydzieliny, działa wybitnie osuszająco i zmniejsza widocznie prędko wytwarzanie ropy. Działa wprawdzie w niektórych przypadkach słabiej na wytwarzanie ziarniny niż jodoform, przewyższa jednak jodoform i inne środki w działaniu na wytwarzanie nabłonka. Specyficznie działa przy ulcus cruris i wszystkich mokrych ekzemach. Świeże rany goją się per primam: czas gojenia skraca się. Dzięki nietrującym własnościom i kojącym bóle z dobrym wynikiem stosuje się w ginekologii i ranach po oparzeniu. Przy przewlekłych mokrych ekzemach wystarcza częste wcieraanie xeroformu na wacikach; zaoszczędza się przytem kąpeli i środków opatrunkowych.

CREOSOTAL. „Heyden“. Specyfik przy wszystkich niegruźliczych chorobach zakaźnych dróg oddechowych. Bystre wyleczenie pneumonii (również broncho-pneumonii, po odrze, influenzy i dyfteryi) przy stosowaniu dużych dawek Cresotalu: 10—15 grm. pro die w 4 dawkach, dla dzieci dawka na dobę 1—5 grm.

ACOIN. Miejscowy środek znieczulający w chirurgii, okulistyce i dentystycznych operacjach. Długotrwałe nawet kilkogodzinne znieczulenie. Jedyny środek do bezbolesnych podspojówkowych wstrzykiwań.

Kwas acetylosalicylowy.—Solveol.—Lactophenin.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie,
LUDWIK FREIDER, WARSZAWA, LESZNO 60.

13-11

Literaturę wysyła się bezpłatnie.