

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU D-RA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

I. PRZYPADEK OBECNOŚCI BALANTIDII COLI W STOLCACH

ORAZ

UWAGI O WPLYWIE TEGO PASOŻYTA NA ZABURZENIA W PRZEWODZIE POKARMOWYM.

Podał

Władysław Janowski,

asystent oddziału.

— 1 = 1 —

Dnia 13 kwietnia r. 1895 przybył na oddział chory Fryderyk H., lat 48, mieszkaniec wsi Srebrny Bór, guberni i powiatu Łomżyńskiego, skarżąc się na biegunkę, trwającą już od 4½ miesięcy. Bliższe wywiady wykazują, że chory dysenterji nie przechodził i nie chorował też na malaryę. Powodu do podejrzenia gruźlicy kiszki na zasadzie danych wywiadowych niema. Chory był w końcu listopada r. 1894 na jakimś weselu, gdzie zjadł dużo świńskiego mięsa, między innymi kilka gatunków kielbasy, a po tem pił dużo wody. W 3 dni potem dostał biegunki. Miewał przytem dziennie po 5—6 płynnych stolców, bezkrwistych, oddawanych bez bólów i bez wydymań i nie poprzedzanych również żadnymi bólami. Trwało to bez przerwy miesiąc. Chory leczył się u kilku lekarzy i, jak tego dowodzą pokazane mi liczne recepty, brał różne preparaty bizmutu oraz opium. Po takim leczeniu biegunka ustąpiła prawie na całe 2 miesiące, od pierwszych zaś dni marca r. 1895 powróciła w poprzednim swem natężeniu i trwa odtąd, t. j. od sześciu tygodni bez przerwy. Chory znowu zaczął brać preparaty bizmutu i opium, ale tym razem zupełnie bez skutku: chory ma wciąż po 6—8 płynnych stolców dziennie. I tym razem są one zawsze obfite, dość niebolesne, krwi nie zawierają; wydymań, ani bólów przy ich oddawaniu niema. Tylko przed ich oddawaniem chory ma uczucie przelewania w kiszki, a po samem wypróżnieniu tępy ból w okolicy odbytu.

Status praesens. Osobnik wzrostu średniego, z odżywianiem ogólnem znacznie upośledzonem. Ciepłota prawidłowa. Badanie płuc nie wykrywa w nich nic, prócz umiarkowanej ilości wilgotnych rzeżeń w częściach dolnych

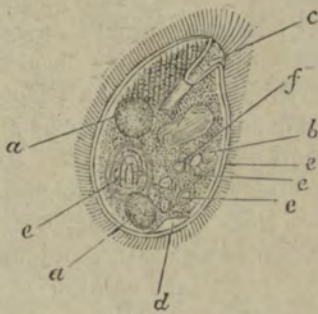
z tyłu. Serce żadnych objawów nienormalnych ani pod względem opukowym, ani wysłuchowym nie przedstawia. Tętno jego są nieco słabe. Tętno 110, niewielkie. Wątroba i śledziona wyczuć się nie dają. Brzuch jest zapadnięty, daje przy opukiwaniu równomiernie niski ton bębnowy. Ucisk w okolicy zakrzywienia S-ego (*S-romanum*) niebolesny. Mocz przezroczysty, słabo kwaśny, ciężaru właściwego 1014, białka, cukru, ani osadów nie zawiera. Chory w kilka minut po skończonem jego badaniu oddał w mojej obecności stolec, który też natychmiast zbadalem. Był on koloru jasno-żółtego, nie bardzo cuchnący, zupełnie płynny, bez widocznych gołym okiem większych kłaczków śluzu. Ilość jego przechodziła niewiele 100 ctm. sześć.; odczyn był alkaliczny. Badanie drobnowidzowe wykryło w nim bardzo nieznaczną domieszkę resztek pokarmowych [komórki roślinne, resztki tkanki mięsnej, trochę ziarenek krochmalowych], bardzo dużo ciałek ropnych, śluz, niezliczone mnóstwo kokków, pałeczek różnej wielkości oraz wibryonów, a nadto pewne twory, które rozpoznaliśmy od razu, jako *balantidium coli*. Ilość ich w tym świeżo badanym stolcu była wprost olbrzymia: po 10—25 na jednym polu drobnowidzowym przy okularze № 1 i systemie № 7 HARTNACK'a. Zająłem się natychmiast bliższą obserwacją tego pasożyta w celu dokładniejszego jego opisu, i oto są wyniki kilkudniowych moich spostrzeżeń.

Balantidium coli przedstawia się w postaci tworu owalnego o wielkości różnej—od 0,1 mm. do 0,2 mm. w wymiarze podłużnym i około 0,5 mm. do 0,8 mm. w poprzecznym. Kształt jego staje się tem bliższym do okrągłego, im więcej pasożyt zawiera w sobie resztek pokarmowych. Ma on wyraźne 2 warstwy: powłokę zewnętrzną, jednolitą i zawartość wewnętrzną, gruboziarnistą. W powłoce zewnętrznej znajdują się dwie przerwy: jedna na przodzie, nieco z boku, stanowiąca usta, druga z tyłu, stanowiąca odbył. Cały obwód pasożyta pokryty jest rzęsami, które są na całym ciele jednakowe, a dokoła ust wyraźnie dłuższe. Rzęsy te wytwarzają dokoła pasożyta wir, dzięki któremu cząsteczki pokarmowe dostają się do ust. Odbył jest albo nieco wciągnięty, albo nieco wypukły, ale zawsze niewątpliwie widoczny. Zawartość wewnętrzną pasożyta składa się z gruboziarnistej protoplazmy, w której widać stale 2 jądra: jedno większe, bliżej środka, drugie, daleko mniejsze, ku tyłowi. O stałej obecności dwóch jąder przekonałem się na preparatach barwionych jodem. Gdy otoczka pasożyta pęka [o czem niżej], wtedy barwienie jego jodem udaje się dobrze, i odróżnienie dwóch jąder staje się łatwym; oba barwią się na ciemno-żółty, brunatnawy kolor, podczas gdy zawarte w zarodki ziarna krochmalu barwią się na kolor ciemno-niebieski, a wakuole pozostają niezabarwione. Ilość ziarenek krochmalowych w pasożycie może być bardzo wielka. To samo odnosi się i do wakuol, z tem jednak zastrzeżeniem, że nie bywa ich nigdy mniej, niż dwie. Jedna, większa, leży stale przy odbyciu, druga, mniejsza, pośrodku strony tylnej pasożyta. Najczęściej jest 3—4 wakuole w każdym pasożycie. Przed śmiercią jego znajduje się ich w nim dużo, tak, że zajmują więcej, niż połowę jego objętości. Nadto *balantidia* zawierają w sobie dużo bakteryi i drobne resztki pokarmowe, głównie tłuszcz. Czerwonych ciałek krwi nigdy w nich nie widziałem,

może dlatego, że w przypadku moim stolec krwi nie zawierały. Większość pasożytów rusza się w świeżo wypuszczonym stolcu niezmiernie szybko naprzód, tak, że przebiegają one pole drobnowidza z szybkością strzały. Dopiero gdy się preparat potrzyma pod drobnowidzem około 10 minut, ruchy te wolnieją, i wtedy stają się one śrubowatymi, wzdłuż osi podłużnej pasożyta, a czasem falistymi. Wtedy też skontrolować można istnienie wiru dokoła pasożyta i napędzenie za jego pomocą cząsteczek pokarmowych do ust samego pasożyta. Udało mi się raz widzieć wciągnięcie przez usta dużego ziarna krochmalowego, przyczem usta wypukliły się w tym celu początkowo na zewnątrz. Już po paru następnych minutach [15—20 minut po oddaniu stolca] część pasożytów zaczyna się rozpadać. Mianowicie, otoczka ich pęka, najczęściej w części swej tylnej, wskutek czego zawartość wylewa się na zewnątrz, objętość pasożyta zmniejsza się o połowę lub więcej, i ruchy jego, jako całości, oraz rzęsów momentalnie ustają. Czasami, gdy przez pierwszą szczelinę w otoczce wyjdzie mało zawartości pasożyta, otoczka pęka w jakies pół minuty potem i w drugim miejscu, i wtedy dopiero pasożyt kona. Po 30 minutach wszystkie pasożyty są już nieżywe. Jak powiedzieliśmy, takie zamiarłe pasożyty barwią się łatwo jodem. Zależy to od tego, że dopiero wtedy przenikanie jodu do wnętrza ciała pasożyta staje się możliwym. Nie udało mi się przynajmniej nigdy widzieć, by napajał się jodem pasożyt o zupełnie zachowanej, prawidłowej swej formie. Oczywiście, przeszkadza temu jego otoczka, która wogóle płynów nie przepuszcza. Jak zaznaczyłem, *balantidia* w przypadku moim umierały bardzo prędko, najdalej w ciągu 20—30 minut po oddaniu stolca. Zależało to zapewne od chłodnej jeszcze pory roku i niskiej wskutek tego ciepłoty pokoju. Inni autorowie obserwowali ruchy tego pasożyta w oddanym stolcu po 2—3 godziny, a MALMSTEN (1) [ten sam, który pierwszy pasożyta tego w stolcu znalazł i któremu LOVEN zrobił opis i rysunki jego, do których i dziś bardzo mało możemy dodać] i ORTMANN (2) powiadają, iż udało im się utrzymać je przy życiu przez całą dobę w kamerze wilgotnej, przy ciepocie pokojowej. Wskutek tego udało się im spostrzegać i mnożenie się tego pasożyta, którego ja ani razu nie widziałem. Mnoży się on za pomocą dzielenia. Kopulacyi nikt dotąd nie spostrzegał. Osobiście spostrzegałem tylko raz żyjące i ruszające się *balantidia* w stolcu, oddanym na 2 godziny przed badaniem, mianowicie wtedy, gdy został on [15. IV.] od razu po oddaniu wstawiony do termostatu. Ale i wtedy form mnożących się nie widziałem.

Z powyższego opisu *balantidii coli* wynika stanowisko jego w klasyfikacji zoologicznej. Jednokomórkowość jego daje mu miejsce między pierwotniakami (*protozoa*), a obecność jednolitej otoczki, ust do przyjęcia pokarmów, i odbytu do wydzielania ich resztek, a nadto rzęsów i dwóch jąder, dowodzi że należy on do klasy *ciliata v. infusoria vera*. Ponieważ otoczone jest rzesami całe ciało pasożyta, stąd należy on do porządku *holotricha*. Jeżeli zaś przyjmiemy podział HERTWIG'a (3), który rozróżnia 2 rodzaje *holotricha*, z których jedno, właściwe *holotricha* mają rzesy wszędzie zupełnie jednakowe, drugie zaś—*heterotricha*—mają je dokoła ust dłuższymi, to wtedy *balantidium coli*

należać będzie niezawodnie do porządku *heterotricha*. Ogółem więc *balantidium coli* jest *protozoon*, *infusorium*, *heterotrichon*.



Balantidium coli.

a. Jądra. — b. Otoczka. — c. Usta.—
d. Odbyt. — e. Ziarenka krochmalu.—
f. Kulki tłuszczowe.

Po tym opisie spostrzeganego w naszym przypadku pasożyta wracamy do dalszej historii choroby. Chory pozostawiony był początkowo umyślnie na leczeniu obojętnym dla dokładniejszej obserwacji.

14. IV. Chory oddał 8 wypróżnień. W badaniem ostatniem z pomiędzy nich ilość *balantidiorum* była poprostu olbrzymia. Po 40 minutach nie było w stolcu ani jednego żywego pasożyta. Wszystkie przed śmiercią pękały. Skład stolca drobnowidzowy taki sam, jak i dnia poprzedniego.

15. IV. Chory miał 6 płynnych wypróżnień. Ostatnie z nich zachowano w termostacie od dwóch prawie godzin. W tym właśnie stolcu widziałem *balantidia* jeszcze w czasie badania

wszystkie żyjące, ale poruszające się bardzo powoli, dzięki czemu mogłem zbadać bliżej niektóre z wyżej podanych szczegółów. Stolec był alkaliczny, zawierał pod drobnowidzem sporo ropy, ale resztek pokarmowych było w nim więcej, niż w poprzednio badanych.

16. IV. Stan chorego i wynik badania stolca [było 6 wypróżnień] bez zmiany. Zostawiając chorego na zwykłej dyecie szpitalnej, zaordynowaliśmy mu chininę do wewnątrz, oraz w ławatywie tak, jak to wiadomem nam było z ostatniej znanej nam wtedy o tej kwestyi pracy ORTMANN'a (2). Mianowicie, chory dostał 3 proszki *chinini sulphurici* po 1,0 do wewnątrz oraz ławatywę z 1,0 chininy w 1 litrze wody, po uprzedniej ławatywie przemywającej ze zwyczajnej wody. Leczenie to stosowaliśmy przez 5 dni z rzędu.

17. IV. Były dwa płynne wypróżnienia. Ilość pasożytów wydaje się w nich być mniejsza, niż 16. IV., przynajmniej o połowę. W stolcu trochę ropy i dużo zwykłych resztek pokarmowych. Makroskopowo ma on wygląd zwykły.

18. IV. Były 4 wypróżnienia. Bólów po ich oddaniu nie było. Ropy w nich znacznie mniej, tak, że miejscami nie widać jej na kilku polach drobnowidzowych z rzędu. Na badanych kilku z rzędu preparatach znaleźliśmy po 1—2 *balantidia*, zaledwie się poruszające.

19. IV. i 20. IV. Wynik badania stolca zupełnie taki sam; było po 3 półpłynne wypróżnienia dziennie.

21. IV. W stolcu nie znaleziono dziś po raz pierwszy wcale *balantidiorum*. Wypróżnień było 3. W stolcach ropy niema, ale jest trochę śluzu. Przerwano ławatywy.

W ciągu następnych 3 dni chory oddawał wciąż po 3—4 półpłynne stolce, w których ani razu *balantidii* nie znalazłem. Ropy też w nich nie było. Wypróżnienia były bezbolesne. Chcieliśmy spróbować leczenia dalszego za po-

mocą dyety, ale chory tak był zadowolony już i z tej swojej poprawy, że nie dał się w żaden sposób namówić na dalsze pozostawanie w szpitalu. Wskutek tego wypisał się do domu 25. IV. 1895 roku.

W przypadku powyższym gruby związek obecności *balantidiorum* w stolcu z istnieniem biegunki zdaje się być niewątpliwym. Nie mamy wprawdzie dowodu bezpośredniego na to, że pasożyty te same biegunkę w naszym przypadku wywołały, że były one jedyną jej przyczyną, musimy jednak przyjąć, jako pewnik, przynajmniej to, że biegunkę u naszego chorego podtrzymywały, drażniąc swoją obecnością błonę śluzową jego kiszki. Przemawia za tem duża ilość stolców i obecność w nich ropy i śluzu, dopóki *balantidia* znajdowało się w kiszki w znacznej ilości, oraz zmniejszenie się ilości wypróżnień, stopniowe zagęszczanie konsystencji kału i zbliżenie się jego składu drobnowidzowego prawie do stanu prawidłowego, gdy *balantidia* w kiszki znikły, a przynajmniej nie dały się już w świeżych stolcach wykazać. Niestety, chory nie pozostawał u nas tak długo, aż stolce jego stały się zupełnie sformowanymi. Wskutek tego nie możemy twierdzić, że samo zniknięcie pasożytów w stolcach spowodowało zupełne wyleczenie naszego chorego. Jest to jednak rzeczą łatwo zrozumiałą, że tak uporczywa biegunka przy której stolce zawierały dużo ropy i śluzu, zależeć mogła już od głębszych zmian w budowie kiszki, że więc na wyrównanie jej potrzeba było pewnego czasu oraz dalszego leczenia dyetetycznego i farmaceutycznego. Chory, wypisując się, temu końcowi obserwacyi przeszkodził. Nie mamy jednak zasady wątpić, że taki właśnie, a nie inny, byłby skutek dalszej kuracyi, wobec tego, iż poprawa, z chwilą zniknięcia omawianych tu pasożytów w stolcu, była tak widoczną. Z drugiej jednak strony nie mamy żadnego dowodu na to, że w przypadku naszym wszystkie isniejące w kiszki *balantidia* zostały już przez 5-odniowe stosowanie chininy zabite i że pozostałe w górnych częściach kiszki osobniki, rozmnożywszy się, nie wywołałyby następnie recydywy choroby w całej pełni. Wiadomo bowiem, iż doszczętne wytepienie jakiegoś pasożyta z kiszki jest daleko trudniejszym, niż się to wydaje na razie.

Cheąc sobie zdać bliżej sprawę z tego, które z pomiędzy dwóch naszych przypuszczeń co do ewentualnych dalszych losów opisanego chorego jest prawdopodobniejszym, zapoznaliśmy się z literaturą tego przedmiotu. Okazała się ona stosunkowo niewielką, ale właśnie uważniejsze zastanowienie się nad podanymi w niej przypadkami doprowadziło nas do wniosku, że powyższe wątpliwości nasze co do skuteczności jednorazowego leczenia za pomocą chininy chorych mających *balantidium coli* w stolcach, są uzasadnione.

Spostrzeżenia, dotyczące obecności *balantidii coli* w stolcu chorych, są dotąd wcale nieliczne. Pierwszy raz pasożyt ten, do tego czasu wogóle nieznan, opisany został w r. 1857 przez MALMSTEN'a (1) w stolcu pewnego 35-letniego osobnika, który na 2 lata przedtem przebył cholerę i od tamtego czasu cierpiał na biegunkę, co go bardzo osłabiło. W szpitalu znaleziono na cał powyżej otworu odbytu owrzodzenie, z nieco wzniesionymi brzegami pokryte ropą. W ropie tej, badanej codziennie, znaleziono mnóstwo *balantidiorum coli*. Owrzodzenie to wygojono za pomocą azotanu srebra w ciągu miesiąca, ale

biegunka trwała pomimo to jeszcze przez miesiąc potem. Stolec, zbadany w końcu 2-go miesiąca leczenia chorego w szpitalu, nie zawierał ani ropy, ani krwi, ale za to niezliczone mnóstwo *balantidiorum*. Autor wymywał kał z kiszki i zakładał do niej długi wziernik w celu zdejmowania z błony śluzowej możliwie czystego śluzu. Okazało się, że każda kropla tego śluzu zawierała jeszcze przez następne 2 miesiące dużo pasożytów. Dopiero po tym czasie autor zaczął stosować lawatywy z kwasu solnego. Ilość *balantidiorum* w stolcu od razu znacznie się zmniejszyła, i chory doszedł wkrótce do 2-ch tylko wypróżnień dziennie. Zażądał on wtedy wypisania ze szpitala i opuścił go [28. VIII. 1856, przeleżawszy od 31. III.] z pewną jeszcze ilością pasożytów w stolcu. Nawet w 7 miesięcy potem autor znajdował jeszcze oddzielne *balantidia* w stolcu tego chorego. Powyższy przypadek zdaje się przemawiać za bezpośrednim wpływem *balantidii coli* na biegunkę u opisanego chorego. MALMSTEN nie wiedział jednak na jego zasadzie, gdzie znajduje się siedlisko tych pasożytów w kiszki. Wątpliwość tę rozwiązała mu druga chora, która przybyła na jego oddział w maju r. 1856, mówiąc, że ma biegunkę od 20-u miesięcy. Biegunka ta była silna przez pierwszych 8 miesięcy po zachorowaniu, potem przez 10 miesięcy łagodniejszą, a w ciągu ostatnich 2 miesięcy stała się znowu bardzo gwałtowną, krwawą, z wydymaniami. Stolce [po 5 dziennie] były cuchące, wodniste, zawierały pod drobnowidzem ropę i dużo *balantidiorum*. Po 10 dniach chora zmarła. Zbadawszy różne odcinki kiszki na *balantidia*, MALMSTEN znalazł je tylko w wyrostku robaczkowym, w kiszce ślepej oraz w śluzie *S. romani*. Autor twierdził na zasadzie tych 2-ch swoich obserwacji, że, jego zdaniem, obecność takiego mnóstwa *balantidiorum* w kiszki musi prowadzić do zapalenia i do biegunki, gdyż pobudzają one wydzielanie śluzu i ruchy robaczkowe. Gdy jest ich mało, mogą nie mieć żadnego znaczenia. W końcu zaznacza autor, że nie widywano dotąd tych pasożytów dlatego, że stolców nie bada się zwykle zaświeża, a tymczasem w starym stolcu twory te prędko zamierają.

Tu zaznaczyć muszę, że powyższe wnioski MALMSTEN'a postawione były od razu tak właściwie, że 40-letnia prawie dalsza obserwacja rzadkich tych przypadków dotąd zasadności ich nie obaliła. Szereg następnych obserwacji, głównie szwedzkich, wykazał, że *balantidium coli* nie jest wcale dla ustroju ludzkiego obojętnym, jeżeli jest go bardzo dużo w kiszki. EKERCANTZ (4) z Upsali opisał chorego, który cierpiał na uporczywą biegunkę od lat 20-u i którego stolce zawierały dużo *balantidiorum coli*—do 8-iu na jednym polu drobnowidzowym. Gdy ten chory był leczony karbolem, podawanym do wewnątrz, *balantidia* znikły prawie zupełnie ze stolca, a jednocześnie wystąpiło trwalsze polepszenie w stanie chorego. Przy nowem obostrzeniu sprawy znaleziono znowu dużo pasożytów w stolcu.

BELFRAGE (5) obserwował również chorego, który cierpiał od lat 20-u na biegunkę, która wracała wieloma powrotami. Chory ten w chwili przybycia do szpitala oddawał po 8 krwawych, płynnych, cuchnących wypróżnień dziennie. Ilość ich podniosła się po kilku dniach do 16-u dziennie. Zawierały one mnóstwo *balantidiorum*. Po 9-iu dniach chory zmarł. Na sekcji znaleziono obszerne owrzodzenia w poprzecznicy; były one bardzo głębokie i miej-

scami zlewały się ze sobą. Pomimo starannych poszukiwań, autorowi nie udało się wykryć na trupie *balantidii*. Przypadek ten robi wogóle wrażenie przewlekłej dysenterji. Znaczenie jednak *balantidii coli* nie da się tu wykluczyć wobec tego, że znajdowano także mnóstwo w każdym wypróżnieniu.

W przypadku WISING'a (6) również znajdowano dużo *balantidiorum* w stolcu osobnika, cierpiącego od kilku miesięcy na silną krwawą biegunkę. Choremu robiło się w szpitalu kilka razy znacznie lepiej, przyczem *balantidia* ze stolca znikwały. Za każdym pogorszeniem ilość ich ogromnie wzrastała.

O. PETERSSON (7), a nie PETERSEN, jak go mylnie cytują, obserwował trzy przypadki biegunki, zależnej od obecności *balantidii coli* w kiszkiach. W pierwszym przypadku chory miał z górą rok biegunkę, oddając po 8—10 krwawych stolców na dobę. Po trzytygodniowym stosowaniu makowca i lawatyw z *infus. lign. Quassiae* chory trochę się poprawił, ale potem, w czasie ogłaszania przez P. jego artykułu, był znowu w stanie złym. Drugi chory dostał bardzo silnej biegunki na 5 miesięcy przed zapisaniem się do szpitala. W ciągu ostatniego czasu stolce te były krwawe i oddawaniu ich towarzyszyły bóle i wydymania. Leczenie, jak wyżej, okazało się bezskutecznem. Chory zmarł. Na sekcji znaleziono owrzodzenia na znacznej części przestrzeni kiszki grubej. Wreszcie 3-i chory miał biegunkę od 3 miesięcy, oddając po 10—12 płynnych stolców dziennie. Zmarł po 3 tygodniach pobytu w szpitalu. Na sekcji znaleziono nieliczne małe owrzodzenia w *colon* i w *rectum*.

HENSCHEN (8) opisał 5 odnośnych przypadków. W pierwszym z pomiędzy nich chora miała od kilku tygodni biegunkę, przyczem stolec zawierał dużo *balantidiorum*. Po dwóch lawatywach z 2 litrów wody z dodatkiem 50 grm. kwasu octowego i 5 grm. taniny chora zupełnie wyzdrowiała, przyczem *balantidia* znikły ze stolców zupełnie. Tak dobry stan chorej, obok braku *balantidiorum* w stolcu, autor mógł stwierdzić jeszcze w 3 miesiące później. Analogicznem zupełnie jest drugie spostrzeżenie autora, dotyczące przypadku, w którym biegunka trwała przed leczeniem przez lat 6. W przypadku 3-im pewna 12-letnia dziewczynka, cierpiąca na silną biegunkę i mająca *balantidia* w stolcu, dostała kilkanaście lawatyw z taniny w szpitalu i pojechała do domu z poprawą, ale jeszcze znajdowano *balantidia* w stolcach. Po pewnym czasie biegunka powróciła z poprzednią gwałtownością, a stolce zawierały znowu mnóstwo *balantidiorum*. Powróciwszy do szpitala, leczona była tym razem za pomocą lawatyw z taniną aż do zniknięcia *balantidiorum* i odjechała wtedy do domu zdrowa. Czasem jednak dostawała po kilka nie twardych stolców dziennie. Analogicznemi zupełnie są spostrzeżenia 4 e i 5-e autora, tak, że wydają się one wszystkie przemawiać wyraźnie za szkodliwym wpływem *balantidiorum* na kiszki.

[D. n.]

II. O FENOLU SULFO-RYCYNOWYM,

stosowanym przy gruźliczych i przewlekłych cierpieniach

GARDZIELI, KRTANI I NOSA.

T. Heryng.

—:—:—

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 25].

Podany poniżej materiał kazuistyczny w kwestyi leczenia gruźlicy krtani za pomocą fenolu, wykazuje więcej popraw, niż zupełnych zabliznień sprawy gruźliczej. Kazuistyka moja jest nieliczna, gdyż wybierałem tylko przypadki, w których wyniki były przekonywające, a tych wogóle dotąd było nie wiele. Co do popraw, to i te są tylko względne, bo nie miałem możności kontroli chorych, którzy, jak zwykle czynią suchotnicy, poprawy brali często za wyleczenie i po opuszczeniu szpitala nie zgłaszali się więcej.

Po fenolu, jak i po każdym ze stosowanych dotąd przy gruźlicy krtani środka, mogą pojawiać się recydywy. Jest to rzeczą wielokrotnie stwierdzoną. Nie mniej, w obec faktu, że materiał obserwacyjny w oddziale moim składał się z form cierpienia bardzo daleko posuniętego, uzyskana poprawa przelykania i zmniejszenie się nasięzków jest wynikiem zalecającym fenol, jako środek bardzo pożyteczny i na szerokie poparcie zasługujący.

K A Z U I S T Y K A.

Spostrzeżenie I. D. H., lat 33 mająca, konstytucji limfatycznej, bezkrwista, nieźle odżywiana, zgłosiła się do mnie w grudniu 1894, z powodu utrudnionego polykania, chrypki i kaszlu. Pacjentka jest w ciąży [5 miesiąc]. Skarży się na osłabienie, trwające od 8 miesięcy. W ostatnich czasach schudła. Chrypka trwa od 2 miesięcy. Dziedziczości niema. Stan bezgorączkowy. W płwocinie znaleziono laseczniki Kocn'a w dość znacznej ilości.

Stępienie odgłosu w obu wierzchołkach, silniej występuje z prawej strony. Tamże *respiratio indeterminata*, dość dużo rżężeń trzeszczących.

Tylna ściana krtani, gruźliczo zwyrodniona, przedstawia się w formie nacieku guzowatego, wielkości połowki małej wiśni, blado-różowego koloru. Guz ten, nierówny na powierzchni, wypełnia prawie połowę krtani. Chrzęstki SANTORINI'ego i więzy boczne są nieco zgrubiałe. Inne części krtani nie przedstawiają zmian ważniejszych. *Rhinitis chronica. Catarrhus retronsalis.*

Zacząłem leczenie od pędzlowań tylnej ściany fenolem 30%. Reakcyja wystąpiła dość żywa. Ból przy łykaniu powiększył się, również obrzmienie tylnej ściany. Po 2 dniach objawy te ustąpiły i wtedy ponowiłem pędzlowanie fenolem, stosując je ostrożnie 2 razy tygodniowo, po uprzednim znieczuleniu kokainą. Skutek był zadziwiający. Już po 12 dniach guz znacznie się zmniejszył, bo najmniej o $\frac{3}{4}$ swej objętości. Pozostało zgrubienie około 2 młm. grube,

bliznowe, białe, które pomimo dalszych pędzlowań, blisko miesiąc trwających, nie uległo zmianie. Aby skończyć prędzej kurację, wyciąłem całą tę część podwójną kiuretą i uzyskałem zabliznienie zupełne.

Nasięki chrząstek SANTORINI'ego ustąpiły, zarówno jak i przeszkoda w łykaniu. Głos się poprawił, podobnie jak i wygląd chorej i łąknienie. Kaszel się zmniejszył. Pacjentka wyjechała po 2 miesięcznej kuracji ze znakomitą poprawą. Od tego czasu żadnej o niej nie miałem wiadomości.

Spostrzeżenie II. W marcu b. r. zgłosił się do mnie 22-letni, M. Feier..., zamieszkały w Nowogrodzie. Chory wątłej budowy, bezkrwisty, źle odżywiany zachorował w lipcu 1895 r., zaczął kaszlać, schudł, tracił siły, męczył się przy szybszym ruchu. Głównie dokuczał mu kaszel z utrudnionem odpływaniem, drażnienie w krtani i bóle w piersiach. Sen niespokojny, utrata łąknienia, złe trawienie. Wieczorem dreszczyki, poty obfite nad ranem, lekka gorączka. *Hereditas nulla*. Krwią nie pluł. Od 2 miesięcy zauważył chory zmianę w głosie; chrypka stopniowo doszła do bezgłosu, szczególniej wieczorem. Przełykanie było swobodne.

W prawym wierzchołku oddech zaostrozony. Nad łopatką prawą *respir. indeterminata*, z nielicznymi rżeniami.

W krtani lusterko wykazuje gruźlicze cierpienie, ograniczone wyłącznie do lewej struny. W $\frac{1}{4}$ przedniej widać wałeczek z tkanki ziarnistej, długi na 1 ctm., który zajmuje górną powierzchnię struny i dochodzi aż do kieszonki MORGAGNI'ego. Przy wejściu do niej znajduje się podłużne owrzodzenie gruźlicze, o brzegach wyżartych, o dnie szarem, w środku kilka różowych, drobnych guziczków. Wałeczek opisany powyżej był produktem bujania ziarniny, otaczającej owrzodzenie, które okazywało dążność do zabliznienia samowolnego.

Leczenie zacząłem od pędzlowań 30% fenolem, który i bez kokainy znoszony był doskonale. Powtarzałem wcierania co 2 dzień, starając się nie dotykać lekiem miejsc obocznych, aby uniknąć podrażnienia prawej strony krtani. Po 10 dniach wałek na strunie zanikł zupełnie, brzeg jej zaczął się uwydatniać i okazał się nieco zgrubiałym i czerwonym. Po 3 tygodniach przybrał wygląd prawidłowy. Owrzodzenie zablizniło się zupełnie. Głos stał się czystym i silnym.

Chory po miesiącu wyjechał z Warszawy. Pacjenta widział ze mną przed leczeniem i po wyleczeniu kolega M. HERTZ.

Spostrzeżenie III. P. L., urzędnik z Białej, lat 39, człowiek silnej budowy, krępy, muskularny, zgłosił się do mnie w lutym t. r. z powodu chrypki, trwającej od 7 miesięcy. Prócz kaszlu pacjent nie skarży się na żadne dolegliwości. Nie gorączkuje, ma dobre łąknienie, siły prawidłowe. W rodzeństwie dwie siostry zmarły z suchot płucnych. Chory miewał często zapalenia oskrzeli; przed 10 laty przechodził prawostronne zapalenie opłucnej z wysiękiem. Krwią nigdy nie pluł. Plwocina skąpa zawiera dość liczne laseczniki Kocn'a.

Nad całą lewą łopatką stłumienie odgłosu, tamże oddech oskrzelowy i rżenia świszczące. W prawym płucu *bronchitis chronica diffusa*. Wą-

troba twarda, powiększona. [Pacjent pił dużo wódki przez kilka lat]. Stolce zaparte. W krtani *chorditis tuberculosa duplex*. Obie struny prawdziwe silnie zgrubiałe, pokryte nasiękami podłużnymi, tak na górnej powierzchni, jak i na brzegu prawej struny głosowej. Pomiędzy tymi nasiękami widać w $\frac{1}{3}$ przedniej wyżarte utraty substancji. Struny schodzą się niedokładnie. Inne części krtani mało zmienione. Tylina ściana zmętniała i nieco zgrubiała. Leczenie rozpocząłem od pędzlowania kokainą, później stosowałem fenol 30%. Środek ten w ciągu 6 tygodni wcierany był dość silnie 20 razy. Już po 3 pędzlowaniach wytworzyły się na strunach białe strupy. Po 2 tygodniach struny były znacznie cieńsze, strupy odpadły, nasięki zaczęły się zmniejszać. W III tygodniu owrzodzenia na brzegach strun były zagojone, brzeg strun stawał się coraz ostrzejszym i gładkim. Po czterech tygodniach owrzodzenia i nasięki były zupełnie usunięte, struny miały kolor różowy, zbliżały się dobrze: głos się oczyszczał i zyskiwał na sile. Tak samo ustępowały i zmiany na tylnej ścianie krtani. Pomimo znacznej poprawy krtani, stan płuc u pacjenta pogorszył się. Nasięk rozszerzał się nieco choć gorączki nie było wcale. Pacjenta wysyłałem do Sławuty. Nie pojechał tam, uważając się za zupełnie zdrowego. Mówił dużo i głośno, ponownie też w czerwcu dostał chryпки. Badanie wykazało nieznaczne zmętnienie na strunie prawej. Pędzlowanie fenolem i spokój narządu szybko usunął te zmiany.

Chory pozostaje jeszcze w obserwacji.

Spostrzeżenie IV. A. Br., 38 lat liczący, z zawodu młynarz, zgłosił się do mnie w lutym b. r. z powodu bólu przy łykaniu, kaszlu i chryпки. Zachorował przed 3 laty na płuca; zaczął kaszlać, chudł, stracił siły i łaknienie. Wieczorami pojawiała się lekka gorączka. Przed 10 miesiącami zauważył ból przy łykaniu pewnych pokarmów. Ból ten stopniowo się wzmacniał, przeszkadzał nietylko w polykaniu stałych pokarmów, lecz i płynów i zmusił chorego do przyjazdu do Warszawy. Pacjenta pomieściłem w oddziale szpitala św. Rocha. Badanie płuc wykazało: w prawym wierzchołku i nad prawą łopatką rozlany nasięk gruźliczy, przewlekły, charakteru więcej włóknistego (*phthisis fibrosa*). Niewielkie zgęszczenie mięszsu znalazłem i w lewym płucu, od przodu, bez znaków rozpadu mięszsu. Płwocina jest śluzoropna, w małej ilości, zawiera bardzo nieliczne laseczniki Koch'a. Chory ma siły i łaknienie względnie niezłe. Obecnie nie gorączkuje. W krtani lusterko wykazuje: nagłośnia prawidłowa, oba więzy boczne i obie chrząstki Santorini'ego są zaczerwienione, zgrubiałe, gruźliczo zwyrodnione. Obie struny fałszywe są również nacieczone i pokrywają struny prawdziwe. Struna fałszywa lewa jest owrzodzona w części środkowej.

Rozpocząłem leczenie od pędzlowania chorych miejsc 30% roztworom fenolu, co kilka dni. Reakcyja była nie wielka. Pędzlowania powtarzałem w ciągu miesiąca 8 razy. Poprawa szybko nastąpiła, tak, że pacjent już po 2 tygodniach łykał bez bólu. Nasięk tylnej ściany o połowę się zmniejszył. Po miesiącu nasięki obu strun fałszywych o tyle się zredukowały, że struny

prawdziwe stały się widoczne. Owrzodzenie z prawej strony zagoiło się zupełnie. Głos się również poprawił, stał się silniejszym, choć został ochrypłym. Poprawił się również stan ogólny chorego, jego wygląd i stan płuc. Chory wyjechał do domu w marcu z zaleceniem zjawienia się w początku czerwca. Istotnie widziałem go 12 t. m.. Nie szanował się wcale, mówił dużo, pracował w młynie i powtórnie ochrypl. Badanie wykazało czerwoność strun prawdziwych. Nasięki tylnej ściany i strun fałszywych nie powiększyły się. Tylko na wewnętrznej powierzchni nagłośni spostrzegłem w środku na górnym brzegu niewielki nasięk guziczkowy, na wierzchu lekko owrzodzony. Ogólny stan chorego i płuc względnie dobry, również i siły. Przed tygodniem [d. 15. VI.] cały nasięk wyciąłem kiuretą podwójną. Rana goi się dobrze, pokrywa ziarniną i szybko się goi. Chory pozostaje w dalszej obserwacji.

Spostrzeżenie V. Pana Stanisława P. przesłanego mi przez prof. BARANOWSKIEGO widziałem u siebie po raz pierwszy w październiku 1894 r.. Pacjent był nauczycielem na wsi, forsował głos często, zaziębiał się nieraz i w marcu 1894 r. ochrypl zupełnie. Nie długo potem dołączyło się utrudnienie polykania, kaszel i pieczenie w gardle. Gorączki nie było wcale. Szczupły, z wąską klatką piersiową, o małej pojemności płuc, chory wyglądem nie zdradzał wcale cięższego cierpienia płuc. Cerę miał zdrową, siły dobre, łaknienie również. Plwocina jednakże zawierała dosyć liczne laseczniki. W obu płucach, tak od przodu, jak i z tyłu, rozległe gruźlicze nasięki, natury więcej włóknistej. Na prawej łopacie, lecz tylko w jednym ograniczonym miejscu, słycać oddech oskrzelowy. W krtani wszędzie znalazłem rozlane nasięki gruźlicze, z wyjątkiem nagłośni.

Błona śluzowa krtani była dość silnie zaczerwieniona, zgrubiała, nierówna. Chrząstki SANTORINI'EGO, tak jak i więzy boczne, znalazłem guzowato nacieczone. Tylina ściana miała wygląd jak przy pachydermii krtani. Była ona nierówna, obrzmiała, pokryta szarym nalotem zgrubiałego i luszczącego się nabłonka. Obie struny fałszywe silnie nacieczone, guzowate, pokrywały struny prawdziwe. Przez 3 miesiące pędzlowałem krtani [z pewnymi przerwami] fenolem, lecz bez wielkiego skutku. Chory, co prawda, pomimo prośb i nalegań mówił ogromnie dużo i to zawsze z wysiłkiem. Nie mniej brak poprawy wyłącznie jego gadatliwości przypisywać nie miałem prawa. Pędzlowania powtórzyłem przeszło 20 razy. Wynik o tyle tylko był dodatnim, że czerwoność błony śluzowej się zmniejszyła, również i obrzmienie strun fałszywych. Powoli struna prawdziwa prawa zaczęła się wychylać z pod struny fałszywej i okazała się mało zmienioną również i tylna ściana była mniej obrzękniętą i bardziej gładką. Chorego wysłałem w lipcu 1895 na wieś, gdzie pozostał przez 3 miesiące. Gdy powrócił do Warszawy w końcu października, krtani przedstawiała lepszy nieco wygląd. Nasięki obu strun fałszywych zmniejszyły się o połowę, struny prawdziwe stały się po sześciu widoczne. Chrypka jednak nie ustępowała. Ulegając namowom pacjenta, który długo pozostać w kuracji nie mógł, przystąpiłem do operacyjnego leczenia i na 3 posiedzeniach usunąłem za pomocą kiurety podwójnej zgrubie-

nia, tak na tylnej ścianie, jak i nasięk struny fałszywej lewej, który dotąd uporczywie opierał się leczeniu. Dopiero później stosowałem 2 razy na tydzień pędzłowania fenolem z jak najlepszym wynikiem. Resztki nasięków ustąpiły. Obie struny prawdziwe w całej szerokości stały się widocznymi. Były one nieco zgrubiałe, lecz nie owrzodzone. Tylina ściana odzyskała swój wygląd prawie normalny. Głos się oczyścił i wzmocnił. Chory mógł mówić głośno bez znużenia, czuł się zupełnie dobrze, stracił kaszel i wyjechał do siebie. Od roku nie miałem o nim żadnej wiadomości.

Spostrzeżenie VI. J. Fein., rzeźnik, lat 56 liczący, zapisał się do mego oddziału w lutym 1896. Osobnik źle odżywiany, wychudły, z klatką, noszącą ślady rachityzmu, dostał chrypki i bólu gardła przed 1½ rokiem. Dysfagia silniejsza, trwa mniej więcej od roku.

Przed 9 laty pacjent przebył zapalenie płuc i odtąd datuje się cierpienie obecne, t. j. kaszel i duszność przy silniejszym ruchu. Plwocina zawiera nieznaczne laseczniki Koch'a. W obu płucach przewlekłe nasięki gruźlicze, głównie u wierzchołków. *In fossa supraspinata respiratio bronchialis*; gdzie indziej suche rżenia i świsty. Nagłośnia zaczerwieniona, nieco zgrubiała. Ściana tylna, oba więzy boczne i chrząstki SANTORINI'ego zwyrodnione gruźlicą. Struny fałszywe białawe i zgrubiałe. Po 3 pędzłowaniach fenolem 30%-wym, nastąpiła zadziwiająco szybka poprawa czynności i wyglądu krtani. Nasięki zmniejszyły się blisko o $\frac{3}{4}$, szczególnie w tylnej okolicy krtani. Struny fałszywe ścieniały, prawdziwe struny stały się widocznymi. Przełykanie dotąd bolesne, stało się normalnem. Głos się poprawił, oczyścił i wzmocnił. Chory, mimo mych nalegań, uważając się za zupełnie wyleczonego, szpital opuścił.

Spostrzeżenie VII. [D-ra WRÓBLEWSKIEGO]. Teofila Z., 33 lat licząca, cierpi od kilku lat na płuca, od czasu do czasu dostaje krwotoków, wówczas gorączkuje, poci się, chudnie. Od pół roku nie może połykać bez bólu, od 2 tygodni, bóle te wzmogły się do tego stopnia, że ani jeść, ani pić nie już nie może. Chrypka zwykle wieczorem przechodzi w bezgłos zupełny.

Pacjentka jest źle odżywiana, bezkrwista, wychudła. Pod prawym obojczykiem dość rozległe stępienie. Tamże oddech oskrzelowy, z licznymi wilgotnymi rżeniami

W krtani: znaczny nasięk prawego więzu bocznego i prawej struny fałszywej, która przykrywa strunę głosową prawdziwą. Na tylnej ścianie widać duże owrzodzenie gruźlicze, które przechodzi i na wewnętrzną powierzchnię chrząstki nalewkowej i na strunę fałszywą prawą. Po bezskutecznem stosowaniu inhalacji z alunu, z kokainą i mentolem i próbach pędzłowań kokainą która chwilową tylko przynosiła ulgę, zastosowano pędzłowania z fenolu w roztworze 30%. Już po 3 pędzłowaniach [po 6 dniach] wystąpiło znaczne polepszenie. Nasięki, dotąd żywo czerwone, przybladły i zmniejszyły się szybko. Przełykanie stało się niebolesnem. Po 3 dalszych pędzłowaniach fenolem [w ciągu 2 tygodni] głos powrócił, łykanie jest zupełnie niebolesne, struna prawdziwa prawa staje się widoczną, owrzodzenie na strunie fałszywej jest prawie zupełnie zagojone. W dwa tygodnie później zabliznienie jest zupełne.

Nasięki gruźlicze zredukowane *ad minimum*, stan ogólny chorej jest znacznie lepszym. Chora wyjechała na wieś w celu prowadzenia dalszej kuracji.

Z podanej powyżej kazuistyki wynika, że w 2 przypadkach, a mianowicie w spostrzeżeniu 2 i 3, przy cierpieniu gruźliczem strun głosowych, uzyskane wyniki były nadzwyczaj zadawalające; nastąpiło bowiem zupełne zbliżenie i chorzy odzyskali głos silny i czysty. Gruźlicze wytwory w formie sopli ziarniny u jednego z tych chorych znikły w ciągu dwóch tygodni. U pacjenta, opisanego w 3 spostrzeżeniu (*chorditis tuberculosa duplex*), sprawa, połączona z nasiękiem i owrzodzeniami strun, trwająca 7 miesięcy, została usunięta w bardzo krótkim czasie.

W spostrzeżeniu I nasięk guzowaty tylnej ściany w ciągu 18 dni zmniejsza się blisko o $\frac{3}{4}$ swej pierwotnej wielkości. Pozostałe zgrubienie, które, ulegając żądaniom pacjentki, usunąłem kiuretą, byłoby może zmniejszyło się jeszcze więcej przy dalszem leczeniu fenolem.

W przypadkach 4, 5, 6 i 7, wszystkie części krtani, prócz nagłośni, były zajęte sprawą gruźliczą. Głos był zupełnie ochryply i cichy, polykanie pokarmów nadzwyczajnie utrudnione i bolesne. Objawy te pod wpływem fenolu ustąpiły w bardzo krótkim czasie, a chociaż głos powrócił nie zupełnie, natomiast *dysphagia* znikła całkowicie. W przypadku 5-ym zmuszonym byłem uciec się do chirurgicznego leczenia, ponieważ chory nie mógł długo pozostać w Warszawie, a leczenie fenolem wymaga zawsze dłuższego czasu, niż chirurgiczne rękocyny. W praktyce szpitalnej spostrzegałem w kilku przypadkach bardzo rozległych gruźliczych zwyrodnień krtani poprawy czynnościowe wprost zdumiewające, nieraz pomimo hektycznej gorączki, upadku sił i odżywiania. Nawet duże bardzo nasięki szybko zmniejszały się, owrzodzenia pokrywały się ziarniną i okazywały wybitną zdolność do zbliżenia. Szczególniej łatwo ustępowały zmiany, usadowione na tylnej ścianie krtani, na więzach bocznych, lub nasięki chrząstek SANTORINI'ego.

Przy cierpieniach gruźliczych nagłośni wyniki leczenia fenolem zależne były głównie od tego, z jaką formą patologiczną mieliśmy do czynienia i w jakim okresie choroby stosowano leczenie. Podobnie jak i przy chirurgicznym leczeniu gruźlicy nagłośni, najlepsze wyniki otrzymałem w formach nasięków ograniczonych, jednostronnych, przewlekłych, z małą skłonnością do rozpadu. Im czerwonosć była mniejszą, im mniej części chore były siedliskiem ostrego obrzęku zapalnego, tem szybszy, tem lepszy wynik widziałem przy leczeniu fenolem. Wogóle jednak, wyniki terapeutyczne przy cierpieniu gruźliczem nagłośni były znacznie gorsze, niż np. przy cierpieniu tylnej ściany krtani. Ta sama restrykcyja stosuje się i do cierpienia strun fałszywych.

Widziałem dotąd znakomite poprawy cierpienia tej części krtani pod wpływem fenolu. Nie widziałem jednak ani razu zupełnego wyleczenia, wielokrotnie spostrzeganego przy stosowaniu metody chirurgicznej. Kazuistyczne

odnośnie opisy ogłosiłem w r. 1894 ¹⁾ i do nich czytelnika odsyłam. Szczególniej ciekawem jest podane tamże spostrzeżenie 7, dotyczące historii choroby D-ra S., którego krtań od 4 lat zupełnie zabliznioną, na zjeździe międzynarodowym w Rzymie oglądało wielu kolegów.

Pędzlowanie fenolem świeżych ran, zaraz po chirurgicznych rękoczynach, nie dało pomyślnych wyników. Jak dotąd, zaraz po operacji używam pędzłowań 2% roztworu pyoktaniny, aby zapobiedz reakcyi zapalnej, i dopiero w 8—10 dni po operacji, gdy rana zaczyna się oczyszczać, a pozostają jeszcze drobne ogniska nasięku, stosuję fenol 30%, z dużemi przerwami, aby uniknąć niepożądaney wcale reakcyi zapalnej i oszczędzić choremu cierpienia. Jedno niewłaściwe co do czasu zapędzlowanie, lub nieumiejętne zastosowanie fenolu, może nieraz sprawę gojenia o kilkanaście dni opóźnić i wywołać powrót usuniętej już dysfagii. Powraca wtedy znowu skutkiem tego niewłaściwego zastosowania środka [gwałtowny, męczący kaszel, powraca czerwoność i wrażliwość błony śluzowej krtani, pieczenie i zasychanie, a razem z nimi zjawiają się bezsenne noce, upadek odżywiania. Zaufanie do lekarza, który manipulacyą ostatnią, jak to chory twierdzi, jemu zaszkodził, może na tem ucierpieć. Potrzeba więc miarkować chęć niesienia zbyt energicznej pomocy i przed ponownem zastosowaniem fenolu musimy dobrze rozpatrzyć się w wyglądzie krtani, aby nie narazić i chorego i danej metody.

W okresie podrażnienia, występującem czasem po fenolu, obok milczenia, zalecam płukania roztworem bromu i nalewki makowca (*Natri bromati* ʒs, *Aq. destil.* ʒvi, *Laudani liq. Syd.* ʒj. S. 1 ł. stołową do szklanki wody, płukać 4 r. dziennie]. Zalecam również wdechania mentolu, kilka razy dziennie i pulweryzacye 10% roztworu kokainy 3 razy dziennie, w razie silnej bolesności, na kwadrans przed jedzeniem. Pulweryzator powinien działać dokładnie, przeskokać drobno i obficie. Rurka powinna mieć zagięcie ku dołowi, odpowiednie dla narzędzi krtaniowych. Balonów radzę używać angielskich, bo chociaż droższe, mniej często się psują. Przy pulweryzacyi chory nie powinien połykać roztworu kokainy. Strumień rozpylony należy puszczać przez kilkanaście sekund, podczas fonacyi i powtarzać to 3—4 razy. Ten sposób stosowania pulweryzacyi jest lepszy od wdechania leku przy otwartej krtani, gdyż objawy zatrucia z powodu szybkiego wessania w tchawicy i oskrzelach szybciej występują, szczególnie u osób nie znoszących dobrze kokainy. Chorym rozsądnym można przyrzad dać w ręce i pozwolić na 3-krotne w ciągu dnia stosowanie pulweryzacyi, przed jedzeniem w razie silnej *dysphagiae*. Trzeba jednak przestrzegać przed nadużyciem sprayu, i samemu oznaczyć dawkę i siłę roztworu, przeznaczonego do jednorazowego użycia.

Fenol sulfo-rycynowy nie jest środkiem specyficznym przy gruźlicy krtani. Ponieważ jednak środek ten zmiejsza objawy zapalne, towarzyszące nasiękom i owrzodzeniom gruźliczym krtani, ponieważ przyspiesza wessanie gruźliczych nasięzków,

¹⁾ Fernere Beiträge z. chir. Behandlung der Larynxphtise. Auf. Grund von 220 Beobachtungen. Klinische Zeit- und Streitfragen. VIII Tom. II Zeszyt.

ponieważ doprowadza do zaniku produkty gruźliczego zapalenia i usuwa szybko dysfagię, jest więc lekiem, który w niektórych przypadkach wytwarza najlepsze warunki, przywracające krtani jej czynności, zasługuje rzetelnie na polecenie i stosowanie przy gruźlicy krtani.

Środek ten w połączeniu z chirurgicznym leczeniem, przy ciągłym uwzględnieniu ogólnego stanu zdrowia pacyenta, uwzględnieniu wszelkich przepisów higieniczno-dyetycznych i klimatycznych, daje względnie najlepsze wyniki przy gruźlicy, tak krtani, jak gardzieli i nosa.

Nader cennym jest i będzie on nabytkiem dla lekarzy niespecjalistów, którym brak doświadczenia wprawy lub możności zastosowania w razie koniecznej potrzeby chirurgicznego leczenia suchot, albo u chorych, którzy nie chcą zgodzić się na energiczniejsze manipulacje w krtani. Nader cennym pozostanie on głównie w praktyce szpitalnej i u ludzi biedniejszych, dla których kokaina jest lekarstwem zbyt drogiem, a przytem i na krótko tylko działającym.

Podane tu bezstronnie i obiektywnie korzyści fenolu, potwierdzili w zupełności i inni lekarze, tak we Francji i Belgii, jak i we Włoszech [LUC, MASSEI, TRIFILETTI, BLONDIAU]. U nas, idąc za moją namową, koledzy SREBRNY i WRÓBLEWSKI stosowali go z pożytkiem w praktyce i dostarczyli mi, za co serdecznie im dziękuję, odnośnych dwóch spostrzeżeń, które w całości pomieściłem w tej pracy.

Kolegom, pragnącym środek ten wypróbować, przypominam, aby posługiwali się tylko preparatami zupełnie czystymi, przyrządzonymi podług przepisu BERLIOZ'a i RUAAULT'a, albo oryginalnym ich wyrobem. [D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

— 2 —

8. Przypadek wodowstrętu u ukąszonego przez psa wściekłego, a leczonego metodą Pasteur'a.

Kwestya skuteczności leczenia zapobiegawczego wodowstrętu [wścieklizny] u ludzi ukąszonych przez wściekłe zwierzęta za pomocą metody PASTEUR'a jest, jak dotąd, naszym zdaniem, zupełnie nierozjaśnioną i słusznie sporną. Ani przytaczana tak przez zwolenników, jak i przeciwników tej metody statystyka, ani odnośna kazuistyka nie pozwalają na wydanie ostatecznego sądu o skuteczności lub bezskuteczności tej metody leczniczej. Tylko przez zebranie odpowiedniego materiału kazuistycznego i skrzętne notowanie częstości przypadków wodowstrętu u ludzi, ukąszonych przez wściekłe zwierzęta, a leczonych metodą PASTEUR'a, możemy z czasem wytworzyć sobie jakie takie pojęcie o skuteczności tej metody zapobiegawczej.

To jest powodem, że podaję do wiadomości przypadek, jaki miałem sposobność spostrzegać, tembardziej, że zasługuje on na uwagę i pod względem szybkości przebiegu.

¹⁾ Sprowadza fenol wyrobu BERLICZA p. MUTNIAŃSKI. Cena 30,0, rs. 1.

W dniu 11 maja rano wezwany zostałem do pana W., pisarza wiejskiego, we wsi G., o 6 wiorst od Kutna odległej. Chory 26-letni, atletycznej budowy ciała, przed 2 miesiącami ukąszony został przez psa wściekłego w prawą dłoń. Na 3-ci dzień po ukąszeniu pojechał do Warszawy, do zakładu BUJWIDA i przez 2 tygodnie poddany był leczeniu metodą PASTEUR'a. Powrócił następnie do domu, czując się zupełnie dobrze i oddał się zwykłemu zajęciu. Dwa dni przed zawezwaniem mnie doznawał bólów w całej prawej górnej kończynie, które się miały nieco uspokoić po kilkakrotnem posmarowaniu terpentyną, a dnia poprzedniego zaczął doznawać pewnych trudności przy przyjmowaniu płynów, wskutek czego zasięgnął mej porady.

Przy badaniu chorego znalazłem go zupełnie przytomnym, w stanie lekkiego pobudzenia psychicznego, przyczem nie zdawał sobie zupełnie sprawy ze swego stanu i nie podejrywał, by objawy, które u niego wystąpiły, były następstwem ukąszenia. Przy podaniu mu płynu do wypicia, stwierdziłem napad wodowstrętu; wlny mu do ust płyn jednak przelknął. Prócz lekkiego rozszerzenia źrenic i pewnej bystrości wzroku, nic innego nieprawidłowego nie znalazłem. Chorego niezwłocznie odesłałem do szpitala Kutnowskiego, skąd go jeszcze tego dnia wysłano do Warszawy, gdzie kolega PALMIRSKI stwierdził wodowstręt i teźże nocy zwrócił chorego szpitalowi w Kutnie, w którym tenże na 3-ci dzień rano zmarł. Przez 2 dni pobytu w szpitalu chory był zupełnie przytomnym, skarżył się na silny ból w piersiach, doznawał krztuszenia, przyczem wykrztuszał w znacznej ilości gęstawy płyn śluzowo-ropiasty, zmieszany ze śliną. W nocy z dnia 12 na 13 spał niespokojnie, a nad ranem zakończył życie przy objawach porażenia płuc i serca. *Arnstein* [Kutno].

W KWESTYI PROFILAKTYKI CHOROÓB WENERYCZNYCH.

Redakcya

D-r med. Antoni Elzenberg.

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie

— 3 — 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 25].

Posiedzenie XI.

Dnia 10 kwietnia 1896 r..

W dalszym ciągu dyskusyi nad komunikatem D-ra PUSZKINA, Komisya rozpatrywała punkt 7, tyczący się poddawania prostytutek kontroli i wykreślenia ich z listy kontrolowanych. Komisya wyraziła swe przekonanie w ten sposób, iż jest rzeczą konieczną poddawanie kontroli Komitetu kobiet, którym dowiedziono, że żyją z rozpusty, jak z przemysłu, i że sprawy tego rodzaju tylko zwykłą drogą sądową decydowane być winny, wnoszone przez Komitet, a nie przez policyę.

Co się tyczy punktu 15 i 16, opiewającego o podziale prostytutek na kategorye, powstała ożywiona dyskusya, która kwestyę rozjaśniła w ten sposób: ponieważ każda prostytutka łatwo stać się może źródłem, szerzącem

syfilis, więc pod względem lekarskim nie powinno się robić żadnych wyjątków i ulg dla prostytutek; co zaś do dozoru administracyjnego, to pod tym względem są odpowiednie i pożądane rozliczne ulgi dla prostytutek stosownie do ich pozycji i warunków życiowych. Dlatego też komisya postanowiła, iż podział prostytutek na kategorie powinien być ograniczony do pewnych ulg w dozorce policyjnym, w dozorce zaś lekarskim żadnych różnic dopuszczać nie należy.

Urzędnik do szczególnych poruczeń, p. Тимофеев, pozostał przy swoim zdaniu, utrzymując, iż skoro kobiety uznano za prostytutki, nie ma racji do podziału ich na kategorie pod względem policyjnym.

W kwestyi wykreślenia kobiet z listy prostytutek, Komisya uznała, iż prawa w tym względzie są bardzo swobodne, a przyjąwszy za zasadę, iż starania o wykreślenie z listy powinny być rozpatrywane przez Komitet przy współudziale lekarzy, orzekła, iż byłoby pożądanem:

a) aby z listy prostytutek wykreślać kobiety na prośbę rodziców, krewnych lub opiekunów i w razie zawarcia małżeństwa, ale w tym tylko razie, jeżeli wzmiankowane osoby będą znane ze swego porządnego życia, a uwolnione kobiety rzeczywiście porzucą swe rozpustne życie;

b) aby tym samym warunkom zadość czyniły i osoby, obce prostytutce, którą chcą uwolnić. Przy uwzględnieniu starań o uwolnienie w tych razach nie należałoby kobiet wykreślać zupełnie, lecz przepisywać je na listę sekretną, uwalniając od obowiązkowych oględzin, z tem jednak zastrzeżeniem, aby na nowo je poddawać rewizyi w razie prowrotu do dawnego życia;

c) aby kobiety, otwierające zakład handlowy lub przemysłowy, uwalniać od obowiązkowych oględzin w tym tylko razie, gdy stwierdzonem już będzie, iż przyzwoite prowadzą życie.

d) Komisya postanowiła, iż dostatecznym jest dowodem, iż kobieta przestała się trudnić rozpustą, gdy przez ciąg pół roku, badana po 2 razy na tydzień, okazuje się niezarażoną, i gdy służba Komitetu i policyjna dostarczy danych o jej moralnem prowadzeniu się;

e) aby prostytutek, dotkniętych syfilisem, przez czas trzech lat od chwili zarażenia nie zwalniać od kontroli lekarsko-policyjnej;

f) co do prostytutek, zajmujących się do służby, Komisya postanowiła, iż mogą one się najmować do służby, jeśli nie są dotkniętymi syfilisem we wczesnym jego okresie, oprócz tego, jeżeli zadość czynią warunkom, wyłuszczoneym *sub d)*, mogą być uwolnione od oględzin lekarskich i przeniesione na listę sekretną.

W kwestyi dokonywania oględzin lekarskich Komisya postanowiła:

- 1) Oględziny powinny być dokonywane po dwa razy na tydzień.
- 2) Obowiązkowe są oględziny całego ciała.
- 3) Na oględziny jednej kobiety potrzeba przynajmniej 5 minut czasu, a że najwyżej lekarz bez nadmiernego znużenia, może 6 godzin dziennie poświęcić badaniu, więc 72 kobiet dziennie, co najwyżej, zbadać może. Dlatego też Komisya przysłała do wniosku, iż terażniejsza liczba lekarzy jest niedosta-

teczną i należałoby koniecznie powiększyć tak liczbę lekarzy komitetowych, jak i stacyi do oględzin.

4) Badanie drobnowidzowe wydzielin przy oględzinach Komisya uznała za niemożliwe do zastosowania. D-r ELZENBERG uznaje je często jako konieczne dla celów dyagnostycznych.

5) Zdaniem prof. TRAUTVETTERA byłoby do życzenia, by, w celu wykrywania trypra cewki, prostytutki wyczekiwały oględzin, nie wychodząc ze stacyi oględzinowej przynajmniej 2 godziny, oddanie bowiem moczu bezpośrednio przed badaniem utrudnia rozpoznanie. Komisya uznała ten środek za niemożliwy do zastosowania ze względów czysto praktycznych.

6) Komisya uważa za rzecz konieczną, by prostytutki, zapadłe na syfilis lub jakąkolwiek chorobę weneryczną, leczylły się wyłącznie tylko w szpitalach.

7) Oględziny mężczyzn, odwiedzających domy publiczne, zdaniem Komisji, powinny być dokonywane przez specjalnych lekarzy.

W kwestyi dozoru policyjnego nad prostytutkami.

1) Komisya uznała, iż przepisy, zamieszczone w książeczkach rewizyjnych prostytutek, powinny być w ogóle ułedz zmianom; dozwole nie prostytutkom przemieszkivania na pewnych tylko ulicach Komisya uznała za niepożądane, natomiast należałoby im zabronić mieszkać w bliskości kościołów, zakładów naukowych i t. p.

2) Co się tyczy odgrzebania jakiegokolwiek z dawnych terminów dla ochrzczenia nim prostytutek przy formalnościach meldunkowych, Komisya przysłała do wniosku, iż nie powinno się dopuszczać do afiszowania prostytutek w księgach meldunkowych i t. p. i że w razie przechowywania ich paszportów w Komitecie, oznaczenie rodzaju zajęcia można pozostawić własnemu uznaniu prostytutek.

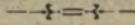
3) Komisya uznała za rzecz pożądaną, aby ściśle były oznaczone granice wdawania się policji do spraw dozoru nad prostytutkami, przytem należałoby trzymać się zasady, iż policya powinna się ograniczać do okazywania pomocy komitetowi w prawnych jego żądaniach.

4) Zmiana przepisów, dotyczących prostitucyi, powinna być dokonywaną dopiero po roztrząśnięciu projektów zmian przez ogólne zebranie komitetu.

Co się tyczy jeszcze formalnej strony czynności i sprawozdań komitetu, Komisya uznała, że a) każdy lekarz powinien badać pewną grupę kobiet przynajmniej rok cały, i b) że sprawozdania i statystyka lekarska powinny być sprawowane przez lekarzy komitetowych.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



43. Dreyfuss. Choroby mózgu i jego otoczenia wskutek ropienia nosa.

Nie ulega dziś wątpliwości, iż cierpienia opon mózgowych, podobnie jak i innych błon surowicznych, są zawsze wtórnymi, a nie samoistnymi, jak to dawniej dla wielu przynajmniej przypadków przyjmowano, a mianowicie, iż cierpienia te są następstwem zakażenia lub intoksykacyi, tych 2 czynników, odgrywających niezmiernie ważną rolę w etyologii wielu cierpień nerwowych. Ograniczając się na tem miejscu tylko do zapaleń ropnych wnętrza czaszki, przypominamy, iż w powstawaniu ich pierwszorzędno są znaczenia cierpienia ropne ucha. Rzadszemi, a może tylko mniej uwzględnionemi są cierpienia ropne wnętrza czaszki, zależne od ropienia w jamie nosa lub jego zatokach. W ostatnich latach coraz częściej spotyka się z opisem takich przypadków, bezwątpienia w części dlatego, iż pilniejszą zwrócono uwagę na tę kwestyę.

Zasługą DREYFUSS'a jest zebranie w przytoczonej pracy w jedną całość znanych w literaturze przypadków cierpienia mózgu i jego opon pochodzenia rynogenetycznego. W pracy swej autor podaje kolejno opis powikłań ropnych ze strony mózgu lub jego opon w następstwie ropienia zatoki szczękowej (*sinus maxillaris s. HIGHMORI*), zatoki czołowej (*sinus frontalis*), komórek kości sitowej (*cellulae ethmoidales*), wreszcie komórek i zatoki klinowej (*sinus sphaenoidalis*).

Z jamy nosa lub jej zatok, podobnie jak to ma miejsce w uchu, ropienie może przejść do jamy czaszki w dwojaki sposób:

1) *Per continuitatem*, to jest, zajmując kość, a następnie opony i mózg, a dowodem takiego szerzenia się są badania ORTMANN'a, który znalazł drobnoustroje ropotwórcze w kości czaszki, po jej odwapnieniu. Takiemu szerzeniu się cierpienia ułatwia istnienie w kościach nosa i zatok, podobnie jak w stropie jamy bębnekowej, wrodzonych braków kostnych (*Dehiscenzen*). ZUCKERKANDL opisał takie braki kostne w ścianie zatok czołowych i klinowych, skutkiem których błona śluzowa tych zatok dotykała bezpośrednio opony twardej dołu czaszkowego przedniego w pierwszym, a dołu czaszkowego średniego w drugim razie. Dalej tenże autor opisał braki kostne w blaszce papierowej (*lamina papyracea*) kości sitowej, które tworzyły bezpośrednie połączenie między komórkami tej kości, *resp.* jamą nosa a oczodołem, których istnienie tłumaczy znane przypadki nagłego powstania rozedmy (*emphysema*) oczodołu po silnem wytarciu nosa i możność przejścia ropienia z nosa do jamy oczodołu, a z niego przez dziurę wzrokową (*foramen opticum*) do wnętrza czaszki. Wreszcie bywają braki kostne wrodzone w blaszce podziurawionej (*lamina cribrosa*) kości sitowej, a wówczas każdy nieżyt nosa może pociągnąć za sobą cierpienie opon mózgowych w dole czaszkowym przednim, w którym leży *lamina cribrosa*.

2) Częściej jednak zarodki chorobotwórcze z jamy nosa i jego zatok przedostają się do mózgu i opon za pośrednictwem żył nosa, które wlewają

się do zatoki jamistej (*sinus cavernosus*), a w części i do zatoki podłużnej górnej (*s. longitudinalis sup.*). *Venae ethmoidales anteriores et posteriores* wlewają się bezpośrednio lub za pośrednictwem *venae ophthalmicae* do zatoki jamistej. Istnieje nadto stale żyła, która przez *laminam cribrosam* przedostaje się do jamy czaszki i wlewa się do żył szlaku węchowego (*tractus olfactorius*) lub żył zrazika oczodołowego (*lobulus orbitalis*) mózgu. ZUCKERKANDL przez zatokę podłużną górną mógł nastrzykiwać żyły kości czołowej, część żył błony śluzowej zatoki czołowej, a nawet żyły błony śluzowej nosa.

W przenoszeniu cierpień ropnych z nosa do jamy czaszkowej tętnice nie grają żadnej roli, a naczynia limfatyczne mają znaczenie drugorzędne i mało są znane u ludzi. SCHWALBE wykazał związek między przestrzenią subduralną i subarachnoidalną a naczyniami limfatycznymi błony śluzowej nosa i zatok czołowych [KEY i RETZIUS].

Jeśli istnieje ropienie w zatokach czołowych i jeśli ono zniszczy ścianę tylną tych zatok, to może powstać ropień *extra*—lub *intraduralis* lub w zrazie czołowym mózgu, jako najbliższej miejsca dotkniętego leżącym. Gdy ropieniu ulegnie ściana dolna zatoki czołowej, to powstać może najpierw *periostitis orbitalis*, a następnie *thrombo-phlebitis ophthalmica et thrombosis sinus cavernosi*.

Ropienie w zatokach *Нигмор*'a na drodze próchnienia kości czołowej lub sitowej, lub zakrzepu żył i zatok żylnych może wywołać ropienie w zrazie czołowym, albo w skroniowym, gdy próchnieniu ulegnie wielkie skrzydło kości klinowej.

Ropienie z komórek kości sitowej najczęściej szerzy się wzdłuż *laminæ cribrosæ* tej kości i może spowodować zakażenie ropne opon mózgowych lub powstanie ropnia w zraziku oczodołowym mózgu.

Wreszcie, ropienie zatoki klinowej najczęściej wywołuje *thrombosis sinus cavernosi*, rzadziej *meningitidem basalem* lub *abscessum extraduralem* w okolicy siódła tureckiego.

Zależność zapalenia ropnego tkanki łącznej w oczodole, zapalenia żył i zatok żylnych, wreszcie zapalenia ropnego mózgu i opon mózgowych—od cierpień ropnych jamy nosa i jego zatok, może wytłumaczyć niejedyn przypadek róży twarzy, *phlegmone orbitæ genuinæ*, *thrombo-phlebitidis ophthalmicæ genuinæ*, *meningitidis suppurativæ genuinæ* lub wreszcie samoistnego ropienia mózgu. Lekarz, spotkawszy się za życia lub na sekcji z jednym z wymienionych cierpień, powinien pilną zwrócić uwagę na stan nosa i jego zatok.

Między przypadkami, poczerpniętymi z literatury, DREYFUSS przytacza 3 przypadki polskich autorów, a mianowicie: DMOCHOWSKIEGO, GĄBSZEWICZA i PĘKOŚLAWSKIEGO.

W. Gajkiewicz.

44. A. Marmorek. O leczeniu szkarlatyny surowicą przeciwpaciorkowcową.

Paciorkowce spotykamy w gardle chorych na szkarlatynę, a ich obecność w powikłaniach szkarlatyny, jako to: zapalenie nerek, opłucnej, wśierdza, gruczołów limfatycznych dowodzi, jak wielkie niebezpieczeństwo przedstawia paciorkowiec w tej chorobie.

Zwalczenie paciorkowca może uczynić szkarlatynę chorobą daleko mniej groźną i nie pozostawiającą po sobie śladów.

D-r MARMOREK wykonywał swoje doświadczenia w szpitalu paryskim TROUSSEAU'a, w oddziale D-ra JOSIAS'a, od 16 października do 31 grudnia 1895 roku. Szkarlatyna była z początku lekka, lecz w końcu listopada przeważały przypadki ciężkie. Podczas tego okresu do oddziału wstąpiło 103 dzieci. Siedmiorga nie leczono metodą MARMOREK'a, gdyż choroba była zadawniona. Jedno z nich wstąpiło do oddziału z zapaleniem nerek, trwającym od 3 tygodni [0,6% białka] i nie było poddane leczeniu. Po dwóch miesiącach porzuciło szpital nieuleczone. Dwie siostry tegoż dziecka, które zachorowały trochę później, były leczone surowicą przeciwpaciorkowczą i wyzdrowiały bez żadnych powikłań.

Pozostałe 96 dzieci poddano leczeniu surowicą zapobiegawczą o sile 30000. Badanie bakteryologiczne wykazało we wszystkich przypadkach obecność paciorkowca samego lub w towarzystwie innych drobnoustrojów. U 17-rza dzieci znaleziono laseczniki LOEFFLER'a. Czworo z nich zmarło na dyfteryt pomimo wstrzykiwania dwóch surowic: przeciwbłoniczej i przeciwpaciorkowczej. U jednego przebieg szkarlatyny z początku bardzo był łagodny, jednak po 15 dniach dziecko zmarło na zapalenie płuc.

Wszystkim wstrzykiwano po 10 ctm. sześć. surowicy; ilość tę podwajano, gdy stan był groźny. Leczone tylko za pomocą wstrzykiwań surowicy i przeciwnilnego płukania gardła. Wstrzykiwania powtarzano aż do spadku ciepłoty; zwykle wystarczało jedno wstrzyknięcie. Gdy tylko zjawiało się obrzmienie gruczołów limfatycznych, lub białkomocz [gruczoły 19 razy, białkomocz 33 razy], wstrzykiwania przedsiębrano nanowo i powtarzano je aż do tego czasu, gdy objawy te zniknęły.

Całkowita ilość wstrzykiwań dla jednego dziecka wynosiła 10 ctm. sześć. do 30 ctm. sześć..

Najwyraźniejszy skutek wywierała surowica na obrzmienie gruczołów. Dziesięcioro dzieci miało je przy wstąpieniu do oddziału lub trochę później. Wszystkie obrzemia gruczołów znikły bez ropienia.

W jednym przypadku bardzo ciężkim miało miejsce zapalenie ropne ucha średniego. Wstrzyknięcie surowicy uleczyło dziecko natychmiast.

U czworga dzieci z obustronnem zapaleniem ucha średniego wstrzyknięcie surowicy powstrzymało ropienie.

Przy zjawieniu się białkomoczu 1 albo 2 wstrzyknięcia wystarczały, aby go powstrzymać.

Surowica przeciwpaciorkowcza nie tylko przeszkadzała powikłaniom, lecz sprowadzała jeszcze nagłe znikanie błon wrzekomych w gardle i spadanie ciepłoty. Stan ogólny chorych polepszał się, tętno stawało się wolniejszym i silniejszym.

Stosowanie surowicy nie przedstawia żadnych niedogodności, wywołuje najwyżej czasami przemijające zapalenie skóry (*erythema*). Naturalnie, że trzeba zachowywać bezwzględność czystości.

Autor sam przyznaje, że zamało posiada jeszcze danych, by wyprowadzić wnioski stanowcze. W każdym razie na uwzględnienie zasługuje działanie surowicy MARMOREK'a na zapalenie gruczołów limfatycznych, białkomocz i w ogóle na powikłania szkarlatyny.

(*Annales de l'Institut Pasteur. Janvier. 1896.*)

B. Dębiński

45. D-r. J. Boas. O nieżycie kiszek, wywołanym przez ameby.

Rola, jaką odgrywają ameby w powstawaniu i przebiegu chorób kiszek, nie jest dotychczas dokładnie wyjaśniona. Znajdowano je przedewszystkiem przy ostrej i przewlekłej krwawej biegunce, a nawet udało się za pomocą przeniesienia produktów, zawierających ameby [stolce, ropa od chorych na dysenterję], wywołać u kotów typowy obraz krwawej biegunki. Inni badacze znajdowali ameby przy tyfusie brzuszny, cholercze, rozmaitych ostrych i przewlekłych chorobach kiszek, a nawet niekiedy i w wypróżnieniach zupełnie zdrowych ludzi. QUINCKE i BOAS odróżniają 3 rodzaje ameb: 1) *amoeba coli* LOESCH — chorobotwórcza względem kotów, mniejsza i bardziej przezroczysta od innych gatunków, bardzo żywo poruszająca się; często zawiera w sobie czerwone ciała krwi, rzadziej inne ciała obce; 2) *amoeba coli mitis* — nieszkodliwa dla kotów, trochę większych rozmiarów od poprzedniej, leniwa w ruchach; nie zawiera nigdy ciałek krwi, ani innych ciał obcych; 3) *amoeba coli vulgaris* — znajdująca się czasami w wypróżnieniach zdrowych ludzi, ze swych własności zupełnie podobna do poprzedniej formy. Tak zw. otorbione postaci tychże pierwotniaków również mają się różnić między sobą.

Autor miał sposobność obserwować w Berlinie 2 przypadki nieżyty kiszek wywołanego przez ameby, nadto przeprowadził szereg badań w tym kierunku.

Pierwszy przypadek autora dotyczy 32-letniej kobiety z usposobieniem gruźliczem, która, bawiąc podczas lata na wsi, piła często mętną, wielce podejrzaną wodę ze źródła i u której tamże rozwinęła się silna biegunka: 6—8 wypróżnień dziennie. Wypróżnienia były wodniste, żółtobrunatne, połączone z napierającymi bólami w dolnej lewej okolicy brzucha; krwi i ropy w stolcu nie było. Stan taki z małemi wahaniami trwał stale; chora w ciągu 3 lat straciła około 30 funtów wagi, opadła z sił, straciła apetyt, czasami gorączkowała [39°] — innym razem ciepłota bywała niżej prawidłowej. Chora zaszła w ciążę, co nie zmieniło obrazu choroby: biegunka niepokoiła pacjentkę po nocach, całe lewe *mesogastrium* było bardzo wrażliwe na ucisk; podczas wypróżnień bardzo dokuczliwe, ciągnące bóle i napierania na stolce. Wielokrotnie w ciągu choroby wykonane poszukiwania laseczników Koch'a zawsze dawały ujemny wynik. Wtedy autor przedsięwziął systematyczne badanie stolców, które wykonywał początkowo co 2 dni, następnie co tydzień. Wypróżnienia natychmiast po oddaniu były wlewane do ogrzanej i grubo watą obłożonej fiaszki i w ten sposób przesyłane do autora, który pomieszczał je na cały czas badania do termostatu przy ciepłocie 37—38° C. Wypróżnienia te wogóle bywały konsystencji grochowego mazidła, silnie wytwarzały gazy i oddziaływały wyraźnie alkalicznie; woń charakterystyczna karuku; domieszki krwi i śluzu nigdy nie zau-

ważono. W moczu, przy jednoczesnej obfitości ameb w stolcach, dużo indykantu i naodwrót.

W stolcach tych znajdował autor bardzo dużo ameb: na każdym polu widzenia 5—10 przy silnych powiększeniach; nawet przy słabych powiększeniach [60—70 razy] można je było rozpoznać po ich blasku i ostrozarysowanych konturach. Przy dokładnem badaniu można było rozróżnić ameby w 3 postaciach: 1) ameby w stanie tak zw. otorbienia [encystacyi] ¹⁾, 2) ameby w stanie nieruchomym, w spokoju i 3) ameby w stanie swobodnego żywego ruchu. Nie przy każdym badaniu znajdowano jednocześnie wszystkie te 3 postaci: czasami bywały jedynie ameby w stanie otorbienia, częściej w stanie otorbieniu i w stanie spokoju; często bardzo w stanie żywego ruchu. Wielkość ameb wynosiła przecięciowo 15—25 μ . Otorbione ameby przedstawiały twory kuliste, z wyraźnymi konturami, silnie załamujące światło, wielkości 10—15 μ .; badane na świeżo wykazywały jedno lub kilka jąder. Też same twory martwe traciły swój blask, jądra nie można już było odnaleźć, wyglądały wtedy jak komórki nabłonkowe w stanie zmętnienia. Ameby w spokoju przedstawiały różnorodne formy, często formy biszkoptu it. p. Zwykle udawało się wykazać tak w tych formach, jako też i u ameb w ruchu—jedno lub kilka jąder, rozmieszczonych na obwodzie. Ameby, będące w ruchu, wysuwają tak zw. nibynóżki (*pseudopodia*) za pomocą których pełzają. Niekiedy można widzieć formy, jak gdyby odsznurowujące się. Nadto można było rozróżnić warstwę zewnętrzną, koronę (*exoplasma*) i wewnętrzną rdzenną (*endoplasma*). Na zabarwionych zaś preparatach u niektórych ameb centralne lub obwodowe skupienia endoplazmy oraz niekiedy wodniczki (*vacuolae*). Czerwonych ciałek krwi we wnętrzu ameby w tym przypadku autor nigdy nie obserwował. Ameby można było obserwować w ciągu 8—10 godz.; po 24 godz. trzymania w termostacie można było wykazać tylko już niewielką ilość w stanie otorbienia i to znacznie zmienionych. Do barwienia ameb najodpowiedniejszą jest metoda podwójnego barwienia GRAM'a, następnie wezuwina i safranina; nie tak już odpowiednim jest fiolet gencyanowy lub błękit metylenowy. Rozprowadziwszy cienką warstewkę badanej wydzieliny na szkiełku, należy wysuszyć preparat na powietrzu, ewentualnie z ostrożnością nad słabym płomieniem. Alkohol nie nadaje się do tego celu. Autor wstrzykiwał wielokrotnie owe wypróżnienia w ilości 25 ctm. trzem kotom do kiszki stolcowej, bez dodatniego wyniku.

Co się tyczy opisywanej pacjentki, to po odbytych porodach stolce w ciągu blisko miesiąca były prawidłowe i nie zawierały ameb, lecz następnie biegunka powróciła z obfitością ameb. Ze stosowanych środków leczniczych najlepsze względnie wyniki dawały przepłukiwania kiszki roztworem *argentr. nitr.* [1:10000]; usunąć jednak choroby nie zdołano.

¹⁾ Niekóre rodzaje pierwotniaków niekiedy otaczają się torebką i dzielą następnie na pełną ilość nowych osobników; ten t. zw. stan otorbienia powstawać może również podczas nieprzychylnych warunków zewnętrznych, np. przy wysychaniu wód, w których pierwotniaki żyją, wydzielają wtedy twardą otoczkę, wewnątrz której mogą przetrzymać suche.

Drugi przypadek autora dotyczył również kobiety, lat 39, która od 5 lat chorowała na biegunkę: zwykle rano 2—3 wypróżnienia, szybko następujące po sobie. Obok tego ślinotok i wymioty śluzowe. Stolce często z domieszką śluzu; krwi zaś nigdy nie zawierały. W płucach niezbyt posunięte zmiany gruźlicze. Stolce przy badaniu wykazały podobne własności, jak w 1-ym przypadku; nadto autor zauważył tu dwukrotnie czerwone ciała krwi wewnątrz ameby, oraz obok ameb pewne twory z biczykami, szybko wirujące, podobne do opisanych przez Roos'a wiciowców. Chcąc się przekonać, czy ameby znajdują się w stolcach zdrowych ludzi, przeprowadził szereg badań w 43 przypadkach u ludzi zupełnie zdrowych: u 12 z tych przypadków znalazł twory, które z wielkości i wyglądu mogły być przyjęte za ameby, lecz w żadnym nie widział form w stanie ruchu; nadto w przeciwieństwie do różnorodności postaci wyżej opisanych, tutaj znajdował tylko okrągłe lub eliptyczne formy; autor nie sądzi, aby to były ameby w stanie otorbienia. Autor badał nadto dużą ilość wypróżnień od chorych na przewlekłą biegunkę, nie mógł jednak wykryć w żadnym z nich ameby.

Pomimo, że niemożna było dotychczas otrzymać czystej hodowli ameb, autor sądzi jednak, że już dziś mamy prawo uznać nieżyt kiszek, wywołany przez ameby, jako odrębną formę nieżytu, bardzo upartego i skłonnego do nawrotów.

(*Deut. med. Woch. Nr. 14. 1896*).

Wł. Wroński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

1) BORSUK przedstawia pacyenta po herniotomii z resekcją kiszki. Pomimo, iż ranę w danym przypadku traktowano *per secundam*, blizna jest tak mocną, jak po operacji radykalnej.

2) HIGIER demonstrowuje chorego w średnim wieku z niezwykle formą epilepsji. Napady tej choroby powtarzają się od 8 lat niemal codziennie, a rozpoczynają się od przykrego uczucia w dolku, poczem zaraz chory, nie tracąc przytomności, nabiera przekonania, że osoby obecne mówią o nim lub powtarzają jego zdania, a nawet myśli. Po napadzie chory wie, że się mylił, nie pamięta jednak nigdy, co dana osoba mówiła. Przed 4 tygodniami chory miał typowy napad epilepsji z utratą przytomności i drgawkami. Obecnie od czasu do czasu występują napady bełkotania.

3) Wice-prezes SOKOŁOWSKI przedstawia preparaty drobnowidzowe, objaśniające wygłoszony poprzednio odczyt o przewlekłym zapaleniu przerostowem krtani i tchawicy.

Sekretarz stały powtarza wypowiedziano już dawniej zdanie, że preparaty demonstrowane nie pozwalają wykluczać syfilisu, jako momentu etyologicznego danego cierpienia; syfilis bowiem, prócz spraw degeneracyjnych, wywołuje często i sprawy rozrostowe.

4) Następuje dalszy ciąg dyskusji nad odczytem REJCHMANA o prześwietlaniu żołądka. Dyskusję zagaja sam mówca, streszczając wydatne punkty wykładu.

HERYNG zaznacza, że metoda prześwietlania jam ciała rozwinęła się szczególnie od czasu zastosowania przez niego diafanoskopii do rozpoznawania spraw patologicznych w zatoce szczękowej. Dzisiaj, mając już 100 przypadków prześwietlania tej zatoki, doszedł mówca do wniosku, że jego metoda zawodzi tylko w razie zboczeń w budowie zatoki, jakie wykazał ZUCKERKANDL. Technika prześwietlania jest prosta, należy tylko badać w dokładnie ciemnym pokoju i używać aparatu z reostatem, który pozwala modyfikować względnie do potrzeby siłę światła. Sonda, jakiej H. używa do prześwietlania żołądka, jest o tyle różną od aparatu REJCHMANA, że między lampką i otaczającym ją płaszczem szklanym pozwala przepuszczać strumień zimnej wody, co zapobiega zbyt niemu rozgrzewaniu się diafanoskopu. Aparat swój łączy H. z baterią 6 akumulatorów HIRSCHMANN'a. Główny zarzut, czyniony REJCHMANOWI, a dotyczący zależności plamy świetlnej od odległości lampki od ścian brzucha, uważa H. za nieuzasadniony; według niego, rozmaita odległość lampki wpływałaby tu nie na rozległość, lecz na natężenie oświetlenia.

KRYSIŃSKI nie zgadza się na to ostatnie zdanie HERYNKA, sądzi również, że analogia, jaką widzi HERYNG między prześwietlaniem żołądka a diafanoskopowaniem zatoki szczękowej jest tylko pozorną: w ostatnim razie chodzi o to, czy promienie przez zatokę przejdą lub nie, podczas gdy od badania żołądka wymagamy danych o jego położeniu i wielkości. Tego, według K., poszukiwania REJCHMANA nie dają.

Prof. BARANOWSKI raz jeszcze powtarza, że argumenty REJCHMANA nie przekonały go do metody badania żołądka za pomocą prześwietlania; nierównie więcej ufać można opukiwaniu, szczególnie połączonemu z rozdęciem żołądka gazami, choćby starym sposobem FRERICHS'a, przez podanie choremu prosków burzących.

SOKOŁOWSKI zwraca uwagę na możliwość rozpoznania za pomocą prześwietlania wybitnych zmian w położeniu żołądka, np. pozycji pionowej tego narządu.

SZTEYNER zapytuje, czy mówca prześwietlał żołądek, wypełniony gazami, wtedy bowiem za pomocą wymacywania granic narządu możnaby sprawdzić dane diafanoskopowe.

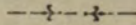
BRUNNER MIKOŁAJ wyraża zdanie, że przy badaniu chorego nie powinno chodzić o to, do jakich granic można mu rozdać żołądek, lecz o to, jakie wymiary posiada ten narząd normalnie. Co do techniki prześwietlania, to mówca sądzi, że natężenie światła lampki REJCHMANA, a nawet silniejszej nieco HERYNKA, jest zbyt małe. Należałoby używać, co najmniej, lampki 60-woltowej o sile 16 świec. Badanie powinno się odbywać przy napełnieniu okrężnicy kałem.

REJCHMAN odpowiada HERYNGOWI, że aparatu swego nie ochładza za

pomocą strumienia wody tylko dlatego, że sonda, zawierająca w świetle swoim rurkę doprowadzającą oraz odprowadzającą wodę, musiałaby być grubą.

W odpowiedzi prof. BARANOWSKIEMU zaznacza mówca, że głównym zadaniem prześwietlania jest badanie granic żołądka czczego, do czego dobrych metod nie posiadamy. SZTEYNEROWI odpowiada, że prześwietlanie żołądka rozdętego gazem nie daje dobrych wyników. Na zakończenie mówca wyraża przekonanie, że metoda prześwietlania ma wielką przyszłość; da ona możliwość sprawdzenia innych metod i sama pozwoli ustalić pewne dane rozpoznawcze.

Wiadomości drobne.



— Krzywica, wywołana sztucznie u zwierząt. CHARIN'owi udało się na drodze doświadczalnej wywołać u młodych królików zmiany charakterystyczne dla krzywicy. Poddawał on parę tych zwierząt [samca i samicę] przez czas dłuższy działaniu toksyn pochodzenia bakteryjnego (*tuberculin.*, *tox. bact. diphterit.*, *bac. pyocyan.*). Potomstwo, jakiego Ch. dochował się po takim stadle, nosiło na sobie wybitne cechy degeneracji rachitycznej tak, że zmiany w układzie kostnym były zupełnie analogiczne ze zmianami w układzie kostnym krzywicowych dzieci. Zwierzę, otrzymane powyższą drogą hodowli patologicznej, często zapadało na różne cierpienia, zwłaszcza kanału pokarmowego i wogóle przedstawiało wszystkie objawy zupełnego zwyrodnienia fizycznego.

(*Sem. Méd. 1896. Nr. 21.*)

K. Rz.

— Wiadomo powszechnie, iż robotnicy fabryk cygar i papierosów bardzo często zapadają na suchoty. Przy skręcaniu liści tytoniowych robotnicy zwykle ślinią palce. Rodzi się pytanie, czy laseczniki gruźlicze, dostawszy się w ten sposób do cygara, mogą tu długo żyć, *resp.* szerzyć chorobę. KEREZ smarował płwociną gruźliczą liście tytoniowe i papier zwyczajny, trzymał przez czas pewien liście i papier przy ciepłocie 28^o—32^o C., t. j. przy takiej, w jakiej w fabryce znajdują się cygara, zmywał następnie wodą sterylizowaną liście i papier, a wodę wstrzykiwał do otrzewnej zwierzętom. Okazało się, że te laseczniki gruźlicze, które znajdowały się na liściach tytoniowych, już po 10 dniach przestały żyć, te zaś, które leżały na papierze zwykłym, żyły do 4 tygodni. Stąd wniosek, że w liściach tytoniowych znajdują się ciała niszczące laseczniki gruźlicze przy dłuższym na nie działaniu.

(*Blatt. f. klin. Hydrotherap. 1896. Nr. 5.*)

A. Ch.

— Statystyczne dane, zebrane przez STORBECK'a z kliniki i prywatnej praktyki LEYDEN'a, jakoby udowadniające, że pomiędzy wiałem rdzenia a syfilisem niema żadnego związku, skłoniły ERB'a do rozpatrzenia na nowo tej sprawy. Opierając się na 200 przypadkach wiału rdzenia, dotyczących ludzi inteligentnych, autor przychodzi do wniosku, że 92 procent tabetyków napewno przebywało syfilis. Wynik ten zgadza się z wynikiem poprzedniej statystycznej pracy autora, uwzględniającej 500 przypadków wiału, z których 89,2 procent podlegało zakażeniu syfilitycznemu. Cyfry te zbliżają się do cyfr HIRZIG'a, RAYMOND'a [90 procent] i VOIGT'a [83,5 procent].

(*Berl. klin. Woch. 1896. Nr. 11.*)

A. Ch.

— O pryszczydłach kantarydowych i „odciągającej” metodzie leczenia. Na jednym z ostatnich posiedzeń sekcji terapeutycznej paryskiego wydziału lekarskiego HUGHARD z własnej praktyki przytoczył przypadek białkomoczu z ostrawą mocznicą po użyciu pryszczydła kantarydowego. Z tego powodu wszczęto ciekawą dyskusję o znaczeniu leczenia wezykatoryjnego, jako metody „odciągającej” oraz w ogóle

o przyszczydlach kantarydowych. Sam H. uważa, że, stosując wezykatoryę, wprowadzamy do ustroju silnie działające, jadowite pierwiastki. Uważa on nadto przyszczydła jako zupełnie zbyteczne w chorobach zakaźnych, w stanach zapalnych płuc i t. p., a wprost za niebezpieczne stosowanie ich u dzieci i starców. Z tak radykalnem zdaniem H. nie zgadza się z FERAND. Zdaniem jego, przyszczydła działają przeważnie na pierwiastki nerwowe ścian naczyń krwionośnych, wywołują miejscowe przekrwienia, łagodzą bóle, przyspieszają sprawy utleniania, sprzyjają również powstawaniu pierwiastków fagocytarnych. Zresztą, jak to ZUELZER wykazał, przykładając przyszczydło do skóry klatki piersiowej, osiągamy bezkrwistość płuc, co w zupełności usprawiedliwia używanie przyszczydła w stanach zapalnych płuc. MARTHEU jest przeciwnego, niż F. zdania. Twierdzi on, że choćby nawet sprawy fagocytarne nasilały się pod wpływem przyszczydła, to fagocyty przedewszystkiem będą walczyć z toksynami, wprowadzonymi do ustroju dzięki wezykatoryi, która również odciąga je ku skórze od ogniska chorobowego, w której właśnie fagocyty bardzo by się przydały w walce z chorobotwórczym czynnikiem. Tylko w przypadkach *hydrarthroseos* MARTHEU zgodziłby się na używanie przyszczydła. LE GENDRE zwraca uwagę na to, że prócz bolesności, przyszczydło uniemożliwia stosowanie innych, daleko lepszych metod [balneoterapia], naruszając całość skóry. ADRIAN protestuje przeciw stosowaniu *emplastr. cantharid.*, ale zachwala używanie zamiast niego, roztworu kantarydyny w chloroformie, który można daleko lepiej dawkować, bez obawy, że na skórze zostaną dłużej drażniące czynniki, co ma miejsce przy używaniu *emplastr. cantharid.*. Zresztą jest on zwolennikiem omawianej metody leczniczej.

(Sem. méd. Nr. 17).

K. Rzętkowski.

— SACKUR. Przyczynek do nauki o odmie piersiowej (*pneumothorax*). Otwierając za pomocą skalpela lub trójgrańca opłucną u królików i psa, autor sprowadzał w ten sposób jednostronną sztuczną odmie i badał u nich sprawę oddechania i przekonał się, iż: 1) płuco po stronie nienaruszonej zaraz po operacji zaczyna częściej i głębiej oddechać, dzięki czemu ogólna wymiana gazowa ilościowo nieznacznym tylko zmianom ulega, chociaż drugie płuco wskutek istniejącej odmwy przestaje być czynnem; 2) po przecięciu nerwów błędnych, a więc po przerwaniu komunikacji między ośrodkiem oddechowym a płucami, występuje też samo zjawisko kompensacyjne; 3) ciśnienie tętnicze (*a. carotis*) w doświadczeniach autora zmianom wybitniejszym nie ulegało, czyli ilość krwi, dopływająca do ośrodka, pozostawała mniej więcej taką samą; 4) badanie krwi u zwierząt operowanych wykazało znaczne zmniejszenie ilości tlenu [różnica wynosiła 53%—73% ilości normalnej], podczas gdy ilość kwasu węglanego małym i niestałym polegała wahaniom. Spotęgowana więc działalność zdrowego płuca [patrz p. 1] nie zależy ani od wpływu idącego po nerwie z obwodu na ośrodek w mleczu podłużnym [2], ani od zmienionego dopływu krwi [3], lecz od podrażnienia, jakiemu ulega omawiany ośrodek ze strony krwi, wskutek zmian w jej składzie chemicznym [5]. Jest to zjawisko analogiczne do tego, jakie widzimy u zwierząt, umieszczonych w powietrzu rozrzedzonym, lub w atmosferze, niedostateczną ilość tlenu zawierającej.

(*Zeitschr. f. klin. Med.* 1906. H. 1, 2).

Ad. Lande.

Zmarli: w Warszawie D-r ROMUALD PŁASKOWSKI b. profesor psychiatrii w b. Szkole Głównej i w Uniwersytecie tutejszym;
w Lille znany dermatolog prof. LÉLOIR.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł” księgarni E. Wendego i S-ki za m. maj 1896

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дав. Ценауро, Варшава, 14 Юня 1896 г.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8,

H. KUCHARZEWSKI,

Skład wód mineralnych naturalnych

przy aptece

Ulica Miodowa Nr. 4 (dawniej Senatorska wprost Miodowej).

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jako też i krajowe wody mineralne naturalne, oraz produkty lecznicze z tych źródeł, jako to: Szlamy, Ługi, Wyciągi, Mydła, Sole, i Pastyłki, również przetwory do robienia serwatki.

Co pewien czas Skład świeżymi transportami zaopatrywany będzie. Broszury, Cenniki, Wskazówki zachowywania się przy wodach, dołączone będą na żądanie bezpłatnie.

O czem mam honor zawiadomić W.W. P.P. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Wody z mego Składu znajdują się w Zakładach Kąpielowych oraz w wielu Aptekach tak Królestwa jak i Cesarstwa.

Telefon Nr. 274. H. Kucharzewski Mag. Farmacyi.

12—5

Inselbad Paderborn. Jedyny zakład leczniczy

dla Astmy*) i pokrewnych chorób

oraz chorób nosa i gardła. Prosp. gratis. Dyrektor specjalista D-r Brügelmann.

*) Porównaj: „Ueber Asthma“ etc. III wyd. Nakł. J. F. Bergmann'a Wiesbaden 1895.

D-r LEONARD LESZCZYŃSKI

b. ordyn. kliniki chirurgicznej zamieszkał na Trębackiej № 4, przyjmuje z chorobami zębów i jamy ustnej od 10 do 5-ej. 10—2

D-r Majkowski

6—5

starszy lekarz Szpitala Ś-go Mikołaja praktykuje w Busku przez cały sezon. Tegoż do nabycia monografia Buska kop. 60.

D-r WŁADYSŁAW HARAJEWICZ

ordynuje jak lat poprzednich w Marienbadzie. Belvedere. 10—8

D-r Kazimierz Kruszyński

8—8

ordynuje jak lat poprzednich w Szczawnicy od 1-go Czerwca r. b.

D-r FELIKS ARNSTEIN (z Kutna)

w sezonie letnim praktykuje

w Ciechocinku.

6—4

W IWONICZU

ordynuje począwszy od 20 Maja

jako lekarz zakładu

6—5

D-r Klemens Debicki.