

GAZETA LEKARSKA

Ś. P.

Prof. D-r ROMUALD PŁASKOWSKI.

Zadaniem psychiatrii jest poznanie i leczenie zbroczeń funkcyj najwyższych i najzawilszych w człowieku, jakimi są: myśl, uczucie i wola. Byłoby badać i leczyć zbroczenia tych funkcyj, nie dość znać organizm fizyczny człowieka i zaburzenia w tym organizmie, oraz stosunek tych zaburzeń do funkcyj psychicznych; dla psychiatrii potrzebną jest znajomość praw, rządzących temi funkcyami, potrzebną jest nauka psychologii, potrzeba znać rozmaite odmiany tych czynności, jakie się spotyka w jednostkach ludzkich, potrzeba wiedzieć, jakie bywają u człowieka myśli, uczucia, jakie radości, jakie cierpienia, jakie dążenia, jednym słowem: potrzebną jest znajomość człowieka, jako istoty rozumnej, czującej, działającej, uspołecznionej. Poznanie takie wymaga wielkiej pracy i wielkiej wiedzy, a leczenie zbroczeń tych czynności—wielkiej cierpliwości i miłości bliźniego. Taką pracą się odznaczał, taką wiedzę zdobył, taką cierpliwość i miłość bliźniego posiadał ś. p. prof. PŁASKOWSKI.

Ś. p. prof. ROMUALD PŁASKOWSKI urodził się 7-go lutego 1821 roku we Wsi Czarnej, powiatu Lipnowskiego, z matki Józefy z Trębickich i ojca Kajetana, byłego prezesa Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego. Nauki gimnazjalne pobierał w Płocku, do medycyny przykładał się w Dorpacie, gdzie roku 1850-go dyplom doktorski otrzymał. Powróciwszy do kraju z wycieczki naukowej, w początku roku 1854-go został mianowany ordynatorem w szpitalu Św. Rocha w Warszawie, którą to czynność sprawował do r. 1861, a równocześnie czasowo [1855—1856] pełnił służbę lekarską w szpitalu Ujazdowskim. W r. 1857 i 1859 bawił za granicą, dokąd był

delegowany w celu zwiedzenia znaczniejszych zakładów dla obłąkanych. Po powrocie z zagranicznej delegacji naukowej do Warszawy r. 1859 objął, dodatkowo do ordynatury w szpitalu Św. Rocha, obowiązki lekarza w szpitalu Św. Jana Bożego. W tym czasie poczęły się rozwijać w tymże szpitalu, przy współdziałaniu ówczesnego lekarza naczelnego D-ra KRYSIŃSKIEGO, liczne reformy w zaprowadzeniu bardziej systematycznego porządku i dozoru chorych obłąkanych, w czym nie mały udział brał ś. p. prof. PŁASKOWSKI, a wskutek zaufania do widocznych ulepszeń w opiece i leczeniu wzrastała rokrocznie stopniowo liczba przebywających chorych, tak dalece, że ze zwykłej cyfry etatu na 80 łóżek dochodziła częstokroć liczba chorych do 240 osób. Jednocześnie z zaprowadzeniem ulepszeń i porządku szpitalnego okazała się potrzeba zaopatrzenia się w źródłowe pomoce naukowe, a tem samem utworzenia stałej biblioteki szpitalnej, wskutek czego ś. p. prof. PŁASKOWSKI wyjednał u władzy odpowiedni fundusz nie tylko na bieżące pisma, odnoszące się do literatury psychiatrycznej, ale nadto uzyskał jednorazowo wy zasiłek na zakup całkowitego kompletu od r. 1845 francuskich i niemieckich roczników, które mają w literaturze psychiatrycznej znaczenie kodeksu zbiorowej wiedzy w całym obszarze chorób nerwowych i umysłowych. Przez nabytek „*Annales médico-psychologiques* i „*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*“ osiągnięto znakomitą korzyść naukową i zyskano pomoc wszechstronną przy dalszem badaniu chorób umysłowych. Zbiór ten całkowity jest jedynym w Warszawie, gdyż takiego nie posiada ani biblioteka główna Uniwersytetu, ani też Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w swych księgozbiorach.

Na początku r. 1862 ś. p. prof. PŁASKOWSKI rozpoczął wykład policyi lekarskiej, higieny i dyetetyki w Warszawskiej akademii medyko-chirurgicznej; 19 września tegoż roku został adjunktem w Szkole Głównej na katedrze psychiatryi i kliniki chorób umysłowych. Dnia 20 lipca 1864 został profesorem nadzwyczajnym tejże nauki, a następnie w r. 1869, przy przekształceniu Szkoły Głównej na Uniwersytet, mianowany został docentem psychiatryi i dyrektorem kliniki chorób umysłowych, które to obowiązki pełnił do czasu uwolnienia go od takowych wskutek balotowania po 25-letniej służbie w zawodzie naukowym.

Ś. p. prof. PŁASKOWSKI, jako profesor psychiatryi, pierwszy u nas w kraju żywym słowem zaznajamiał lekarzy z chorobami umysłowemi. Nie mając oddziału klinicznego, prowadził wykłady swoje demonstracyjnie, zawsze starannie dobierając przypadki odpowiednie do czytanej lekcyi, korzystając z materiału, znajdującego się w całym szpitalu. Oprócz zajęć wykładowych, widnieje działalność ś. p. prof. PŁASKOWSKIEGO w kierunku sądowno-lekarskim, skoro była Rada Administracyjna w początku r. 1866 powołała Go na członka honorowego Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego, gdzie na jej posiedzeniach, w charakterze referenta wyższej Instancji, przedstawiał krytycznie opracowane opinie we wszelkich rozbieganych sprawach administracyjnych i sądowych, a szczególnie też kryminalnych, odnoszących się do przestępstw, popełnionych w wątpliwym stanie umysłowym. Obowiązki te spełniał honorowo ś. p. R. PŁASKOWSKI aż do chwili ostatecznego rozwiązania tejże Rady Lekarskiej przy końcu 1867 roku, uzyskawszy piśmienne podziękowanie.

Doświadczenie, nabyte w tym kierunku praktyki sądowo-lekarskiej i ustalona opinia biegłego, były również pobudką, że w r. 1874 wydział prawny Uniwersytetu warszawskiego powierzył prof. PŁASKOWSKIEMU wykład stały psychiatrii sądowej dla studentów 4-go kursu, które to wykłady z demonstracją chorych przeważnie podsądnych i rozbiorem krytycznym ich zachowania się i działania, na podstawie akt śledczych, stanowiły dla uczących się wielce pouczający materiał naukowy. Kilkoletni ten wykład psychiatrii sądowej stał się także powodem, że ś. p. prof. PŁASKOWSKI bardzo często był powoływany, jako rzeczoznawca, do zbadania wątpliwego stanu władz umysłowych oskarżonych—nie tylko przez sędziów śledczych, lecz i przez wyższe władze sądowe.

W przeciągu trzydziestokilkoletniej służby szpitalnej ś. p. prof. PŁASKOWSKIEGO władze administracyjne krajowe, oceniając znajomość przedmiotu i doświadczenie praktyczne w urządzeniach szpitalnych, nabyte w czasie naukowej podróży zagranicznej, wzywały Go prawie zawsze do współudziału w delegacjach urzędowych, stanowiąc mających o wyborze dogodnego miejsca i o możliwości zbudowania odpowiedniego zakładu dla obłąkanych.

Nie będę tu wyliczał i oceniał wszystkich prac naukowych ś. p. prof. PŁASKOWSKIEGO; wspomnę tylko o jego psychiatrii, pierwszej w polskim języku wydanej oryginalnej Psychiatrii. Dzieło to, oparte na najnowszych wynikach nauki, bogate we własne obserwacje autora, wielce się przyczyniło do wyrobienia słownictwa psychiatrycznego polskiego.

Jako człowiek, ś. p. profesor PŁASKOWSKI był nieposzlakowanej prawości. Nauką i obejściem się zyskał u szeregu ogółu, jak również u kolegów poważanie i sympatyę.

Cześć Jego pamięci!

D-r. Hornilowicz.

Ś. p. ROMUALD PŁASKOWSKI ogłosił drukiem następujące prace:

Meletemata quaedam de questione num salia alcalina albumen coagulatum et membranam mucosam solvere valeant. Dorpat i Liv., typ. H. Laakmanni. 1850, w 8-ce, str. 39. Diss. inaug.

Zdanie sprawy lekarza delegowanego do zwiedzenia znakomitszych zakładów zagranicznych dla leczenia obłąkanych i obeznania się z psychiatriką. Rok 1858—1859. Warszawa, 1860, w 4-ce, str. 128.

Psychiatria. Zeszyt I. Część ogólna. Warszawa, wyd. Gaz. Lek., 1868, w 8 ce str. 224. Wchodzi w skład biblioteki umiejętności lek. Ocenę podał S. JANIKOWSK, w Przegl. Lek. 1869. Nr. 39, 40, 41, 42.

Tom II. Część szczegółowa. Warszawa. 1884, druk Gazety Handl., str. IX i 689; do dzieła tego dodany jest „słowniczek, obejmujący nazwy i synonimy psychiatryczne swojejskie i cudzoziemskie, w tekście używane“ oraz spis autorów cytowanych, str. CXVII.

Obłąkanie w połączeniu z epilepsyą. Dochodzenie sądowo-lekarskie o wątpliwym stanie umysłu podsądnej włościanki, o morderstwo swego męża obwinionej. Gaz. Lek. T. III. 1867, str. 265, 283, 297, 313.

Pozorny obłąd kradzieży (*simulatio cleptomaniae*). Dochodzenie sądowo-lekarskie. Tamże. T. IV. 1868. Str. 494, 526.

Podpalenie w obłąkaniu. Dochodzenie sądowo-lekarskie. Tamże. Str. 681, 699.

Szał pijacki przelotny (*delirium furibundum*) z chwilową utratą samowiedzy. Dochodzenie sądowo-lekarskie o wątpliwym stanie umysłu obwinionego o utopienie czteroletniej swej córki. Tamże. T. VIII. 1870. str. 465.

Zabójstwo własnego dziecka przez uduszenie, czy było rozmyślne, czy w obłąkaniu? Tamże. T. IX. 1870. Str. 353, 372, 392.

Dzieciobójstwo w stanie przyrodzonego otepienia umysłu dokonane. Dochodzenie sądowo-lekarskie. Tamże. T. XI. 1811. Str. 129, 145, 161.

Apteczka domowa. Encyklopedia rolnictwa. T. I. 1873. Str. 46.

Chleb. Tamże. T. I. 1873. Str. 491.

Hygiena ze względu na stosunki wiejskie. Tamże. T. III. 1876. Str. 311.

Mięso. Tamże. T. IV. 1877. Str. 375.

Wykaz tabelaryczny ruchu chorych obłąkanych mężczyzn w przeciągu lat 10 w szpitalu św. Jana Bożego w Warszawie. Pam. Tow. Lek. Warsz. T. LX, 1866. Str. 381.

Dzieje oddziału chorób umysłowych, nerwowych i psychiatrii sądowej, czytane na posiedzeniu tegoż oddziału 13 lutego. 1868. Tamże. T. LIX. 1868. Str. 254.

Krysiński ILDEFONS, życiorys. Tamże. T. LX. 1868. Str. 53.

Nadto na posiedzeniach Warsz. Tow. Lek. komunikował:

Wyrazownictwo polskie chorób umysłowych. Pam. Tow. Lek. Warsz. T. LIV. 1865. Str. 140.

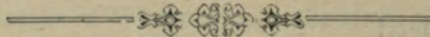
Stosunek epilepsji, katalepsji i chorei do chorób umysłowych. Tamże. T. LIV. 1865. Str. 146.

Dzisiejsze stanowisko nauki o obłądnie podpalenia (*pyromania*). Tamże. T. LV. 1866. Str. 146.

Drgawki poprzedzające variolois. Tamże. T. LXI. 1869. Str. 165.

Wpływ soli potasowych na obniżenie pulsu. Tamże. T. LXIII. 1870 str. 9.

Wody mineralne w Stoklitzkach i w Birsztanach. Tamże. T. LXVI. 1871. S. 68.

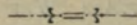


Z IV ODDZIAŁU [DOCENTA D-RA LIMBECK'A] W SZPITALU RUDOLFA W WIEDNIU.

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O ZMIANACH KRWI PRZY ORGANICZNYCH WADACH SERCA.

Podał

Dr Józef Piotrowski.



Pomimo iż dyskusya nad zmianami, zachodzącymi we krwi przy przewlekłych wadach zastawkowych, trwa już od wielu lat, jednakże kwestyi tej do dziś dnia nie można uważać za ostatecznie rozstrzygniętą. W każdym razie wyjaśniono już sprzeczność, jaka początkowo zachodziła w zdaniach różnych autorów, z których jedni przyjmowali, że przy cierpieniach zastawkowych serca istnieje rozrzedzenie krwi, inni zaś twierdzili, że krew ulega wówczas zgęszczeniu. Okazało się w samej rzeczy, że oba wzmiankowane stany krwi mogą się znajdować, nieraz nawet jeden po drugim u tego samego osobnika. Co się tyczy przyczyn różnic, zachodzących we krwi u dwóch chorych, dotkniętych jednym i tem samym lub pokrewnem mu cierpieniem zastawkowem, jako

też czynników, będących w stanie wywołać wzmiankowane wahania w zachowaniu się krwi u jednego i tego samego osobnika, to zdania co do tego są do dziś dnia jeszcze podzielone.

Celem niniejszej pracy było właśnie sprawdzenie na odpowiednim materiale, o ile i które ze wzmiankowanych twierdzeń ma rację bytu. Zgęszczenie krwi przy przewlekłych chorobach serca zauważył pierwszy, jak się zdaje, NASSE, co potem potwierdził NAUNYN ¹⁾. Ten ostatni twierdzi, że objaw ten zdarza się wogóle przy wszystkich cierpieniach przewlekłych, połączonych z dusznością i stara się go wyjaśnić w podobny sposób, w jaki w ostatnich czasach tłumaczono sobie policytemię u ludzi, przebywających na wyżynach, mianowicie twierdząc, że następuje wtedy nadprodukcya czerwonych ciałek krwi wskutek niedostatecznego nasycenia się ich barwnika tlenem. Jeszcze w zeszłym roku HAYEM ²⁾ wypowiedział podobny pogląd jakkolwiek w innej formie, wywodząc nowotworzenie się krążków krwi z hematoblastów. PENZOLDT i TOENISSEN ³⁾, którzy również wielokrotnie obserwowali podczas zaburzeń w kompensacyi u chorych sercowych policytemię, tłumaczą tę ostatnią jako skutek zgęszczenia się krwi, spowodowanego zwolnionem krążeniem tejże w rozszerzonych naczyniach i zwiększoną utratą wody przez skórę. Podobne zdanie w ostatnich czasach wygłosił i GRAWITZ ⁴⁾, który również mniema, że przyczyną policytemii u chorych na wadę serca musi być wzmózona utrata wody, głównie przez płuca. Z obu wymienionych teorii teoria wzmózonego nowotworzenia się czerwonych krążków nigdy nie mogła zyskać uznania, gdyż brak jej było danych. Wszystkie te zarzuty, jakie GRAWITZ ⁵⁾ słusznie przeciwko niej podnosi, jako nietłomaczące nam policytemii, występującej w górskim klimacie, i tutaj znajdują swe zastosowanie. Ta okoliczność, iż ani przy wzniesieniu się z dolin na góry, ani też przy przewlekłych wadach serca, podczas zwiększenia się liczby czerwonych krążków, nie stwierdzono we krwi innych objawów regeneracyi, jako też naodwrot, że po spuszczeniu się z gór w doliny lub przy zmniejszeniu się liczby ciałek krwi u chorych sercowych, nie spostrzegano oznak rozpadu czerwonych krążków, przemawia aż nadto przeciwko teorii nowotworzenia się ciałek krwi. Trudniej zato rozstrzygnąć, o ile jest słusznem twierdzenie większości autorów, że owe zmiany krwi spowodowane są zaburzeniami w zachowaniu się wody w gospodarstwie ustroju. Jak wiadomo, LEICHTENSTERN ⁶⁾, a po nim zwłaszcza OERTEL ⁷⁾, wyrazili zdanie, że podczas zaburzeń w kompensacyi wad serca krew ulega rozcieńczeniu, a ilość jej powiększa się (*plethora serosa*); ostatni ten autor nawet swe wskazówki co do leczenia wad serca oparł po części na tej zasadzie. Choć wkrótce

1) Correspondenzblatt f. schw. Ärzte. 1872. Str. 300.

2) Bulletin et mémoires de la soc. méd. T. XII. 1895.

3) Berlin. klinisch. Wochenschrift. 1881, str. 457.

4) Archiv f. klin. Medizin. T. 54, str. 588.

5) Berlin. klinisch. Wochenschrift. 1895. Nr. 33 i 34.

6) Untersuchungen über den Haemoglobingehalt des Blutes. Leipzig. 1878.

7) Therapie der Kreislaufstörungen. 1885. [2-gie wydanie].

potem BAUMBERGER ¹⁾ w 31 przypadkach znalazł dane, przeczące wprost poglądom OERTEL'a, a mianowicie wykazał, że krew przy przewlekłych chorobach serca podczas zaburzeń w kompensacyi zwykle jest gęstsza, niż w okresie wyrównania, mimo to jednak w najnowszym czasie znajdujemy obserwacye, potwierdzające poglądy OERTEL'a. I tak HINTZING i GUMPRECHT ²⁾ przychodzą do wniosku, że i krew może brać udział w ogólnym obręku i tym sposobem podczas zaburzeń w kompensacyi jest rozcieńczona, a objętość jej zwiększona.

Zarówno ci autorowie, którzy znajdowali w okresie zaburzeń kompensacyi zgęszczenie, jak i ci, którzy widywali rozcieńczenie krwi, uważają zmiany, zachodzące we krwi, jako zależne od zachowania się wody w gospodarstwie ustroju, pomimo to, iż danych na poparcie swych twierdzeń nie dostarczają. Co prawda, istnieją w piśmiennictwie dane, dotyczące osobników zdrowych, u których przy znacznych utratach wody [poty, rozwolnienia] znajdowano zwiększenie się gęstości krwi, przez co nasuwa się analogiczny wniosek, który też często czyniono, mianowicie, że też same czynniki wchodzi w grę i przy niekompensowanych wadach serca. W takim razie nie pozostawałoby nic innego, jak rozstrzygnąć tylko pytanie, jak wielką czynniki te odgrywają rolę w przypadkach wad serca i czy rzeczywiście u tego rodzaju chorych policytemia ma takie same znaczenie, jak przy innych równoznacznych sprawach, np. przy rozwolnieniach.

Część pracy niniejszej poświęciłem uzupełnieniu pod tym względem naszych wiadomości, w szczególności kontrolowałem u chorych na serce z przesięciem i obrękami nieprzerwanie przez przeciąg tygodni i miesięcy liczbę czerwonych ciałek krwi, przyjmując pod uwagę zachowanie się wody w gospodarstwie ustroju.

Na tem miejscu przytaczam dwa tego rodzaju spostrzeżenia.

Spostrzeżenie I. Anna Br., 48 lat, przyjęta 27. XII 1895 r., wypisana 27. III 1896 r. Rozpoznanie kliniczne: *Stenosis et insufficientia valv. mitralis. Myodegeneratio cordis. Hydrops, ascites et anasarca.*

Pacjentka zachorowała w 15 roku życia po raz pierwszy na ostry reumatyzm stawowy, który do tej pory wogóle 7 razy powtarzał się. W 18 roku pojawiły się po raz pierwszy niedomagania ze strony serca; z tego powodu przebywała nieraz już w szpitalu i leczyła się w domu. Od 2-eh miesięcy ciągle duszność, puchlina brzucha i obrzęk kończyn dolnych; z tego powodu aż do wczoraj leczyła się w jednym ze szpitali, który bez poprawy opuściła wczoraj i zapisała się do tutejszego szpitala. Chora małego wzrostu, dobrej budowy ciała, układ mięśniowy dobrze rozwinięty, tkanka tłuszczowa podskórna obfita. Silna sinica widocznych błon śluzowych i twarzy. Oddech 32 razy na minutę, tętno niemiernie małe i miękkie, około 80 razy na minutę, na tętnicy promieniowej nie daje się zliczyć. T° 36,6°C. Bialkówka z lekkim odcieniem żółtaczkowym. Żrenice oddziałują dobrze. Język i gardło nie przedstawia-

¹⁾ Wiener klinische Wochenschrift. 1888. Nr. 1.

²⁾ Archiv f. klin. Medizin. T. 53, str. 265.

ją nic szczególnego. Szyja szeroka i krótka bez wyraźnego falowania żylnego. W płucach, oprócz suchych rżężeń z tyłu i z przodu, nic nieprawidłowego wykryć nie można. Tępość serca sięga od lewej linii obojczykowej do środka mostka; zaczyna się w 2-giem międzyżebżu. Wierzchołek serca mniej więcej na 3 palce na wewnątrz od przedniej linii pachowej wyczuwa się w V międzyżebżu, jako nieznaczne oraz nierównomierne wstrząśnienie. Osluchiwanie serca wykazuje: nad wierzchołkiem przedewszystkiem bardzo wyraźna artymia, t. j. po trochę dłuższej pauzie zaczyna się czynność serca od głośnego szmeru, po którym następuje wiele tonów o natężeniu coraz to słabszem. Drugi ton tętnicy płucnej wzmożony. Nad aortą słabszy szmer skurczowy; drugi ton choć słabiej, lecz również wzmożony. Objętość brzucha znacznie powiększona, w jamie brzusznej swobodny płyn. Wątroba powiększona (*induratio*). Na kończynach dolnych obrzęki bardzo znaczne i żyłaki. Mocz zawiera białko, w osadzie cylindry szkliste i ziarniste. Przebieg tego przypadku, o ile dotyczy zakreślonych przez nas celów, najlepiej uwidoczni się w załączonej poniżej tablicy.

Data.	Leczenie.	Ilość moczu w ctm. sz.	Liczba czerwonych ciał, w 1 mm. sz.	Waga ciała. Kilogr.	Data.	Leczenie.	Ilość moczu w ctm. sz.	Liczba czerwonych ciał, w 1 mm. sz.	Waga ciała. Kilogr.
XII.					I.				
28	<i>Digitalis</i>	400	—	—	23	<i>Calomel.</i>	3600	—	—
29	<i>Diuretinum.</i>	1200	—	—	24	"	2000	6,14	—
30	"	1400	—	—	25	<i>Strophantus.</i>	2600	—	—
31	"	1000	—	—	26	"	1500	—	—
I.					27	"	1200	6,90	—
1	<i>Calomel.</i>	900	—	—	28	"	1500	—	—
2	"	600	—	—	29	"	1200	—	—
3	"	700	—	—	30	"	1200	—	—
4	<i>Diuretinum.</i>	1200	—	94,4	31	"	1200	7,28	—
5	"	1700	6,575	—	II.				
6	"	1400	7,600	—	1	"	1200	—	—
7	<i>Digit. + Diuret.</i>	1600	—	—	2	"	1200	6,30	69,2
8	"	1400	—	—	3	"	1300	—	—
9	"	2100	—	—	4	"	1400	—	—
10	"	2000	8,10	—	5	"	1400	—	—
11	"	2000	—	—	6	"	1400	6,37	—
12	"	2000	—	—	7	"	1400	—	73
13	"	1400	7,655	—	8	"	1400	—	—
14	<i>Calomel.</i>	1400	6,725	—	9	"	1800	—	—
15	"	1200	—	—	10	"	1500	6,735	—
16	"	1800	—	—	11	<i>Calomel.</i>	1600	—	—
17	"	2200	6,660	—	12	"	2100	—	—
18	<i>Calom. + Digit.</i>	2900	—	—	13	<i>Strophantus.</i>	1900	7,185	—
19	"	3600	5,675	—	14	"	1500	—	—
20	"	6000	—	87	15	"	1600	—	—
21	"	3600	6,50	—	16	"	1700	—	—
22	<i>Calomel.</i>	4100	—	—	17	"	2400	—	—

Data.	Leeczenie.	Ilość moczu w ctm. sz.	Liczba czerwonych ciał. w 1 mm. sz.	Waga ciała. Kilogr.	Data.	Leeczenie.	Ilość moczu w ctm. sz.	Liczba czerwonych ciał. w 1 mm. sz.	Waga ciała. Kilogr.
II. 18	<i>Strophantus.</i>	3200	6,135	—	III. 7	<i>Diuretinum.</i>	1000	—	—
19	"	1900	—	—	8	"	1000	5,60	—
20	"	1500	6,30	69	9	"	800	—	—
21	"	1800	—	—	10	"	600	—	75
22	"	1500	7,00	—	11	<i>Calomel.</i>	800	—	—
23	"	1500	—	—	12	"	600	—	—
24	"	1600	7,89	—	13	"	700	—	—
25	"	1400	—	—	14	"	3890	—	—
26	"	1200	6,105	—	15	<i>Digitalis.</i>	2600	—	—
27	"	1200	—	—	16	<i>Digit. + Calomel.</i>	3600	—	—
28	"	1200	—	—	17	"	3900	—	—
29	"	1200	—	—	18	"	2300	—	—
					19	"	2000	—	—
III. 1	"	1200	—	—	20	<i>Aqua petrosel.</i>	2000	—	—
2	"	700	6,00	72	21	"	1100	6,12	—
3	"	900	—	—	22	"	1200	—	—
4	"	900	—	—	23	"	1100	—	—
5	"	700	—	—	24	"	1200	—	—
6	"	700	—	—	25	"	1100	—	77,4
					26	"	1200	7,375	—

[D. n.]

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

II. PRZYPADEK OBECNOŚCI BALANTIDII COLI W STOŁCACH

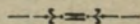
ORAZ

UWAGI O WPŁYWIE TEGO PASOŻYTA NA ZABURZENIA W PRZEWODZIE POKARMOWYM.

Podał

Władysław Janowski,

asystent oddziału.



[Dokończenie — Patrz Nr. 26].

Jak widzimy, zbiegiem okoliczności pierwszych 13 obserwacji, dowodzących, że *balantidium coli* może wywołać, albo przynajmniej w bardzo znacznym stopniu przyczyniać się do podtrzymywania biegunki u człowieka, ogłoszono wyłącznie w Szwecyi i Norwegii. Zdaniem naszym, po za powyższymi przypadkami istnieje w literaturze jeszcze tylko 10 przypadków, w których rola *balantidiorum coli* jest tak samo, jak i w tych, wyraźną. Z nich 5 jest po-

chodzenia Petersburskiego, 3 pochodzą z Finlandyi, jeden z Niemiec, a jeden z Ameryki, mianowicie z Brazylii.

Mianowicie w r. 1870 LOESCH obserwował w Petersburgu 2 przypadki biegunki z obecnością *balantidii coli* w stolcach. Przypadków tych sam nie ogłosił; są one cytowane w krótkości u RAPCZEWSKIEGO [23 i 24]. Jeden dotyczył 62-letniego żołnierza, który zmarł wkrótce po zapisaniu się do szpitala, przy czem znaleziono w kiszce grubej obszerne owrzodzenia. W przypadku drugim stosowano bezskutecznie zwykle leczenie objawowe przeciwko biegunce; chory ten wypisał się z oddziału niewyleczony i mając ciągle w stolcu *balantidia*.

Następnie w r. 1880-ym RAPCZEWSKI (23) spostrzegał przypadek uporczywej biegunki, podtrzymywanej przez *balantidia coli* w ciągu kilkotygodniowego pobytu chorego w szpitalu. Ustąpiła ona dopiero po zupełnem zniknięciu ze stolców *balantidiorum coli*, które nastąpiło wskutek stosowania przez 4 dni leczenia za pomocą kwasu salicylowego [1 grm. 2 razy dziennie w 1000 ctm. wody w ławatywie i 15 gran 2 razy dziennie do wewnątrz razem z 15 grm. Na_2SO_4]. Obserwacya następcza w ciągu 2-ch tygodni wykazała, że osobnik ten pozostawał po przeprowadzeniu powyższej kuracyi zupełnie zdrowym.

W 2 lata później ten sam autor (24) opisał jeszcze 2 analogiczne przypadki. W jednym znaleziono *balantidium coli* w stolcu chorego, który przebył tyfus brzuszny. Obserwacya 27-dniowa przy leczeniu zupełnie obojętnem wykrywała stale te twory w stolcu, zawsze płynnym i oddawanym po kilka razy dziennie. Przeprowadziwszy powyższe leczenie kwasem salicylowym w ciągu 4 dni i powtórzywszy je po 2-ch dniach znowu w ciągu 4-ch dni, R. wytepił wszystkie *balantidia* w kiszki chorego i wyleczył go zupełnie. W przypadku drugim RAPCZEWSKI znajdował również mnóstwo *balantidiorum coli* przy bardzo wielkiej i uporczywej biegunce. Pierwsza kuracya kwasem salicylowym nie przyniosła trwałego skutku, drugiej, wznowionej po kilkodniowej przerwie, chory już znieść nie mógł, gdyż był bardzo wycieńczony; przerwano więc ją. Chory zmarł. Na sekcyi znaleziono w kiszki grubych obszerne i liczne owrzodzenia. Zarówno stolec z pierwszego obserwowanego przez siebie przypadku, jak i z ostatnich dwóch, RAPCZEWSKI szczepił psom do kiszki grubej, bądź zdrowej, bądź podrażnionej za pomocą oleju krotonowego. Doświadczenia te nie dały jednak żadnego wyniku, tak samo jak i wykonane dawniej doświadczenia EKERCANTZ'a i WISING'a.

Chory ORTMANN'a zapadł na biegunkę w Brazylii. Biegunka ta trwała od r. 1888-go do r. 1890-go bez przerwy, przy czem chory oddawał codziennie po 3—6 niebolesnych, żółtawych, śluzowych stolców. Gdy żadna kuracya ambulatoryjna nie pomagała, ORTMANN zastosował choremu ławatywy z chininy, stwierdziwszy przedtem doświadczalnie pod drobnowidzem działanie zabójcze słabych roztworów chininy na *balantidia*. Pasożyty te znikły po dobre, i biegunka wnet ustała. Gdy po 4 dobach *balantidia* ukazały się znowu w stolcu, autor powtórzył znowu z dobrym skutkiem wlewania ławatyw z chininą. Recydywa wystąpiła po 3-ch tygodniach. Powtórzono znowu ławatywy, tym

razem ze skutkiem stałym zarówno co do usunięcia *balantidiorum* ze stolca, jak i co do ustąpienia samej biegunki.

W dwóch przypadkach R^{UNE}BERG'a (9 i 10) biegunka, podtrzymywana przez *balantidia coli*, nie poddawała się również zwyktemu leczeniu. Pomogła również chinina, w jednym przypadku sama, a w drugim wraz z kalomelem, usuwając zupełnie *balantidia* ze stolca i przerywając nienormalne wypróżnienia.

Wreszcie spostrzeżenie Roos'a (1i) jest następujące. Pewien mężczyzna chorował przez 3 miesiące na silną biegunkę. Znacznie wychudł i stracił 29 funtów na wadze. W stolcach jego znalazł autor dużo *balantidiorum coli*. Gdy żadne inne leczenie nie skutkowało, przemyto choremu kiszkę i stosowano przez kilka dni wlewania przez odbył 0,1%-go roztworu chininy, podając nadto do wewnątrz korę chinową. Wystąpiła znaczna poprawa, która jednak wkrótce przeminęła. Wtedy zastosowano kalomel w dawkach po 0,1 trzy razy dziennie. *Balantidia* znikły ze stolca, i chory wypisał się ze szpitala z przybytkiem 30 funtów na wadze. Oddawał jednak po 2—3 półpłynne stolce dziennie. Dopiero dalsze zwykłe leczenie nieżytu kiszek doprowadziło chorego do stanu zupełnie normalnego. Autor przypuszcza słusznie, że widocznie dłuższa obecność w kiszkiach znacznej ilości *balantidiorum coli* wywołuje w nich swoim wpływem drażniącym zmiany głębsze, których wyrównanie potrzebuje dłuższego czasu, nawet po usunięciu działającej szkodliwości głównej.

Już po napisaniu niniejszego artykułu otrzymaliśmy pracę S^{IE}VERS'a (22), dotyczącą przypadku bardzo ciężkiej biegunki z jednoczesną obecnością w stolcach *bothriocephali latii*, *balantidii coli* i *megastomatis enterici*. Biegunka ta trwała od roku, ale stała się silną dopiero od kilku miesięcy. Chory był bardzo wyniszczony i w wysokim stopniu niedokrwisty [1½ miliona czerwonych ciałek krwi i 40% hemoglobiny], co w Finlandyi daje się często widywać jako skutek wyniszczenia, powodowanego przez sam *bothriocephalus*. Gdy ten ostatni został przez odnośne leczenie usunięty, biegunka pomimo to się utrzymywała. W płynnych stolcach znajdowano miryady *megastomatum* i mnóstwo *balantidiorum*. Dopiero systematyczna kuracja chininą [wlewania *per rectum*] przez 3 tygodnie prawie zupełnie wytępiła w kiszkiach *balantidia* i przerwała zupełnie biegunkę. W stolcach znajdowało się jeszcze dużo *megastomatum*, a pomimo to już po usunięciu *balantidiorum* chory znakomicie się poprawił, stracił biegunkę i zyskał z górą 11 kilo na wadze. Autor sądzi, że w przypadku jego szkodliwe działanie *balantidiorum coli* jest pewne. Takie wrażenie otrzymaliśmy i my po przeczytaniu opisu tego przypadku.

Na powyższych 23 przypadkach kończy się lista spostrzeżeń, w których rola chorobotwórcza *balantidiorum coli* nie da się zaprzeczyć, jak to widać z powyższego ich streszczenia. Nie można jednak z tego bynajmniej przesądzać, czy napewno we wszystkich tych przypadkach samo *balantidium coli* wywołało całą wogóle sprawę, czy też tylko podtrzymywało swoją drażniącą kiszki obecnością sprawy, zapoczątkowane przez inne czynniki szkodliwe.

Oprócz tych przypadków, istnieje cały szereg innych, w których właściwa rola *balantidiorum coli* nie jest możliwą do określenia.

Do nich należą przede wszystkim dwa przypadki, które ogłosił w r. 1866-ym STIEDA (12) z Dorpatu, a które były pierwszymi obserwacjami, ogłoszonymi po znanych nam dwóch przypadkach odkrywcy omawianego pasożyta MALMSTEN'a. Pierwsza z pomiędzy tych obserwacji, należąca do samego STIEDA'y, nie dowodzi niczego, gdyż autor, badając stolec pewnego chorego bardzo wiele razy, znalazł w nim raz *balantidium coli*. Nie można więc przypisywać znaczenia dla całego obrazu chorobowego kilku pojedynczym osobnikom tego pasożyta. Druga obserwacja, należąca właściwie do WACHSMUTH'a, a ogłoszona przez STIEDA'ę po jego śmierci, z dołączeniem historii choroby i nawet rysunków własnoręcznych WACHSMUTH'a, także nie dowodzi roli chorobotwórczej *balantidiorum coli*. Chora odnośna miała biegunkę od 8-iu tygodni. Stolec jej zawierał tylko nieliczne *balantidia*. Po 10 dniach leczenia dietyetycznego oraz podawania jej makowca i siarczanu żelaza chora wyzdrowiała. Skoro więc biegunka ustała po zupełnie zwykłym leczeniu i nie odznaczała się, pomimo braku swoistego dla *balantidiorum* leczenia, skłonnością do powrotów, nie możemy winić *balantidium* o jej wywołanie. Nie mogę też uważać za najmniej choćby dowodzącego samodzielnej roli *balantidiorum coli* w powstaniu biegunki, przypadku WINBLAD'a (13). Przynajmniej streszczenie tego przypadku podane u MITTER'a (14), nie nas o istocie jego nie objaśnia.

Nie można też uważać za dowodzące przypadków TREILLE'go (15), skoro na 15 przypadków obserwowanej przez siebie epidemii dysenterii w Kochinchinie znalazł on *balantidia* tylko u 6-ich chorych.

W przypadku EDGREN'a (16) pewna chora na zapalenie nerek dostała w szpitalu biegunki, przyczem znaleziono w jej stolcu dużo *balantidiorum*. Biegunka ustała po kilku ławatywach z letniej wody i po jednym proszku 5-io granowym naftaliny. Gdy po miesiącu chora zmarła, nie znaleziono w kiszczkach wcale *balantidiorum*. O ile mogłem zdać sobie sprawę ze streszczenia tego przypadku, podanego u MITTER'a, rola chorobotwórcza *balantidiorum coli* nie jest w nim jasna.

BLANCHARD (25) podaje wiadomość, że PERRONCITO obserwował również 2 przypadki biegunki z *balantidium coli* w stolcach. Bliższej wzmianki o pracy tej nigdzie odszukać nie mogłem. Łaskawej uprzejmości samego PERRONCITO zawdzięczam wiadomość, że przypadki te dotyczyły opisanej przez niego niedokrwistości gotardskiej. Z tego powodu pomieszczam je w tej grupie przypadków.

Bardzo też niepewną jest rola *balantidiorum coli* w przypadku, podanym w krótkiej notatce przez GRAZIADAI (17). Autor ten znalazł bowiem *balantidium coli* w stolcu pewnego chorego na ciężką niedokrwistość gotardską, zawierającym nadto jednocześnie dużo jajek *anchylostomatis duodenalis*, *ascaridis lumbricoides* oraz *trichocephali disparis*. Zaznacza on sam, że rola *balantidiorum coli* w tym przypadku nie może być uznana za jasną, podkreśla jednak tę okoliczność, że tylko w tym przypadku chory oddawał stolce krwawe, podczas gdy w innych przypadkach niedokrwistości gotardskiej krwi w stolcu nie znajdował. Jak widzimy, GRAZIADAI sądził, że przypadkom biegunki, wywołanej przez *balantidia*, towarzyszą zawsze krwawe stolce. Tymczasem, jak wi-

dzieliśmy z powyższych streszczeń, miewa to miejsce tylko czasami. Wobec tego argument jego, i tak z natury swej słaby, usunąć musimy.

Nie jest też bynajmniej jasną rola *balantidiorum coli* w przypadku Zur NIEDEN'a (18), pierwszym, jaki wogóle w Niemczech [w Freiburgu w Bryzgowii] został ogłoszony. Dotyczył on pewnej młodej kobiety chorej na biegunkę od lat 3-ch. Wciągu ostatnich 4-ch miesięcy stolce były krwawe. W klinice stwierdzono raka prostaty. Stolce zawierały między innymi i *balantidia coli*. Lawatywy z $\frac{1}{2}$ % roztworu karbolu zmniejszyły biegunkę, chociaż ilość *balantidiorum* w stolcu pozostawała wciąż bez zmiany. Ostatni fakt podkopyuje bardzo poważnie znaczenie chorobotwórcze *balantidiorum* w danym przypadku, w którym i tak rak prostaty do orientowania się przeszkadza.

Przypadek MITTER'a (19) dowodzi nawet, że duża ilość *balantidiorum coli* może się czasem znajdować w kiszkiach, nie wywołując bynajmniej biegunki. Chory jego miał przykre dolegliwości kiszkiwe subiektywne, ale biegunki nie miał nigdy.

Nie jest też zupełnie jasną opisana przez PFEIFFER'a (19) jedna własna jego obserwacja, dotycząca pewnego piekarza, mającego od lat 3-ch biegunkę z przychodzącymi czasem obostrzeniami. Stolec jego zawierał stale po 10—25 *balantidiorum* na jednym polu drobnowidzowym. Autor zaznacza, że ropienia w kiszkiach zwykle nie było; tylko podczas obostrzenia sprawy występowały w stolcu kłaczkki krwawo-ropne. Gdyby stan ogólny tego chorego był bliżej opisany, można by coś o znaczeniu w danym razie *balantidiorum* powiedzieć. Przy takich jednak krótkich danych nie o tem sądzić na korzyść działania chorobotwórczego *balantidiorum* nie można.

Ażeby nie pominąć żadnej wzmianki o *balantidium coli*, zaznaczę tu jeszcze dla ścisłości, że MAGGIORA (20), badając wiele przypadków dysenterji w Afryce, znalazł w jednym z nich, między innymi, i *balantidium coli*. Nie przypisuje mu jednak żadnego znaczenia chorobotwórczego w danym razie. Tu też zaznaczę, iż SROCKVIS (21), badając płwocinę pewnego żołnierza, który przybył z wysp Sondskich z jakimś ogniskiem w płucu prawym, znalazł w niem 1 żywe *balantidium* i kilka trupów tego pasożyta.—Nadto SIEVERS (22) podaje w swojej pracy wiadomość, że GRUNER, BLOMBERG oraz PAETIAELAE obserwowali po jednym przypadku biegunki z obecnością *balantidiorum coli* w stolcu. O fakcie tym znajduje się tylko sucha wzmianka w sprawozdaniach z posiedzeń finlandzkiego Towarzystwa Lekarskiego ¹⁾, ale innych szczegółów niema.

Ogółem więc zebraliśmy z literatury 44 przypadki, w których znaleziono dotąd *balantidium coli*. Z nich 43 przypadki odnoszą się do różnych biegunek. Przypisać trzeba, że na okres czasu prawie 40-letni, od chwili ogłoszenia najpierwszych dwóch spostrzeżeń MALMSTEN'a, jest to materiał bardzo nieobfity i dowodzący, że *balantidium coli* nie jest bynajmniej częstym gościem w drogach pokarmowych człowieka. Nadto, jak widzieliśmy, tylko w 23 przy-

¹⁾ Tom 35, str. 843, resp. T. 36, str. 239 i T. 37, str. 342. Tytuł pisma p. cytate Nr. 9.

padkach znaczenie chorobotwórcze tego pasożyta dla człowieka zostało z pewną dokładnością dowiedzione. Pozostałe 20 nietylko nie dowodzą znaczenia chorobotwórczego tego pasożyta, ale nawet wskazują [np. przypadki TREILLE, GRAZIADEI, MAGGIOA'y], że może on być prawdopodobnie przypadkową domieszką w stolcu rozwolnionym, albo nawet [MITTER] znajdując się czasem w stolcu w wielkiej ilości, nie wywołując biegunki. Jeżeli więc weźmiemy pod uwagę tylko te 23 przypadki, w których nieobojętność *balantidium coli* nie ulegała wątpliwości, to nasz przypadek będzie 24-y. Ciekawym jest fakt, że z pomiędzy wszystkich tych spostrzeżeń jest to dopiero dziesiąte, w którym zarażenie się tym pasożytem nastąpiło na kontynencie Europy po za półwyspem Skandynawskim, na którym, dla nieznanych nam dotąd powodów, obserwowano *balantidia* nietylko bezwzględnie największą ilość razy wogóle, ale i prawie wyłącznie w przypadkach, w których rola tych pasożytów nie może być podawana w wątpliwość. Również ciekawym jest fakt, że chory nasz stawiał całą swoją chorobę w wyraźnym związku z najedzeniem się świniny i z wypiciem wielkiej ilości wody. Danym tym bliższego znaczenia nie przypisywalibyśmy, gdyby nie ten fakt, że kilku autorów zwraca uwagę na to, że zwykle zarażały się tym pasożytem osobniki, mające wogóle do czynienia ze świniami, u których *balantidia* stanowią prawie stałą, nieszkodliwą domieszkę do stolca. Często więc zarażały się temi pasożytami albo osobniki, zmuszone sypiać w chlewach, lub przynajmniej często w nich przebywać [np. w przypadkach MITTER'a, ROSS'a, SIEVERS'a], albo też pracujący u rzeźników i zajmujący się czyszczeniem kiszek do kielbas [np. w przypadkach WISING'a, ZUR NIEDEN'a i kilku innych]. Od najedzenia się świniny do tylko co wymienionych dwóch zajęć jest wprawdzie bardzo daleko, ale zmusza nas to do podkreślenia tego faktu: być może, pomiędzy spożytymi kielbasami znajdowały się właśnie surowe, przypadkowo przyrządzone w niezupełnie dokładnie oczyszczonych kiszkach. Osobiście nie wykluczyłbym tu jednak wpływu brudnej wody, chociażby dlatego, że z pomiędzy wszystkich 44 znanych wogóle spostrzeżeń aż 21 pochodzi ze Szwecyi i Finlandyi, tak obfitujących w jeziora, a więc i w wielką ilość stojącej wody, 5 zaś z Petersburga, również sąsiadującego z wielkimi jeziorami.

[Względna częstość, z jaką spotykano dotąd *balantidium coli* w różnych krajach, przedstawia się ogółem jak następuje:

Na półwyspie Skandynawskim.

MALMSTEN'a [1857]	2 przypadki
ECKERCRANTZ'a [1869]	1 przypadek
BELFRAGE'a [1869]	1 „
WIOBLAD'a [1870]	1 „
WISING'a [1870]	1 „
PETERSSON'a [1873]	3 przypadki
HENSCHEN'a [1874]	5 przypadków
EDGREN'a [1885]	1 przypadek.

Razem . 15 przypadków.

W Finlandyi.

RUNEBERG'a [1892, 1893]	2 przypadki
GRUNER'a [1893]	1 przypadek
BLOMSBERG'a [1894]	1 „
PAETIAELAE [1895]	1 „
SIEVERS'a [1896]	1 „

Razem . 6 przypadków.

W Rosyi.

LOESCH'a [1870]	2 przypadki
RAPCZEWSKIEGO [1880, 1882]	3 przypadki
STREDA'y [1866]	2 przypadki

Razem . 7 przypadków.

W Niemczech.

ZUR NIEDEN [1881]	1 przypadek
L. PFEIFFER'a [1891]	1 „
ROOS'a [1893]	1 „

Razem . 3 przypadki.

We Włoszech.

GRAZIADEI [1880]	1 przypadek
PERONCITO [1880 1882]	2 przypadki

Razem . 3 przypadki.

W Konchinchinie.

TREILLE'go [1875]	6 przypadków
-------------------	--------------

Na wyspach Sondskich.

STOCKVIS'a [1884]	1 przypadek.
-------------------	--------------

W Ameryce.

ORTMANN'a [1891]	1 przypadek
MITTER'a [1891]	1 „

W Afryce.

MAGGIORA'y [1892]	1 przypadek.
-------------------	--------------

Ogółem . 44 przypadki|.

Gdyby przyszło nam teraz sformułować ostateczne swe zdanie o roli *balantidiorum coli* dla człowieka, to streścilibyśmy je, jak następuje. Z istniejących dotąd obserwacji żadna, nawet obserwacja MITTER'a nie dowodzi, że obecność *balantidiorum coli* w kiszkiach człowieka jest dla tego ostatniego zupełnie obojętną. Nadto 23 obserwacje poprzednie i jedna nasza dowodzą nawet, 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. Musimy więc zawsze uważać obecność *balantidiorum coli* w stolcach za domieszkę bardzo niepożądaną, a ewentualnie nawet niebezpieczną, gdyż biegunki, w których znajdowano *balantidia*, odznaczały się we

wszystkich odnośnych przypadkach wielką uporczywością, tak, że w kilku z pomiędzy nich trwały po kilka lat. Dalsze obserwacje, które powinny być opisywane drobiazgowo, wykażą zapewne dokładniej, czy te uporczywe biegunki są częściej pierwotnie wywoływane przez *balantidia*, czy też są przez nie tylko podtrzymywane.

Praktycznie jednak rzecz powinna być już dzisiaj postawiona tak, że w każdym przypadku, w którym znaleziono *balantidium coli*, leczenie powinno być koniecznie prowadzone w kierunku wytępienia tego pasożyta. Oprócz ewentualnej korzyści dla chorego, będzie to miało nadto wartość do pewnego stopnia badania doświadczalnego: ustępowanie gwałtownej biegunki wraz ze zniknięciem *balantidiorum* ze stolca, tak jak to dotąd już w wiadomych nam przypadkach opisywano i jak to miało miejsce w naszym przypadku, będzie zawsze jednym dowodem więcej za znaczeniem chorobotwórczem *balantidiorum coli*, albo przynajmniej za tem, że podtrzymuje on w bardzo znacznym stopniu biegunkę. *A priori* wydaje się nam to bardzo prawdopodobnem, gdyż, jak to słusznie zaznaczył i MITTER, obecność niezliczonego mnóstwa tworów stosunkowo dużych [0,1 mm.—0,2 mm.], przylegających, jak to wykazały badania MALMSTEN'a i innych, ściśle do błony śluzowej kiszki i drażniących je swymi niezmiernie żywymi ruchami, nie może być dla kiszki zupełnie obojętną.

HENSCHEN, a potem ORTMANN, badali doświadczalnie wpływ rozmaitych środków chemicznych na *balantidium coli* pod drobnowidzem. Z nich pierwszy doszedł do wniosku, że najszybciej zabija *balantidia* mieszanina kwasu octowego [1:1250], wody i taniny [1:800]. Radził więc stosowanie ławatyw, zawierających 50 grm. kwasu octowego i 5 grm. taniny na 2 litry wody. Ławatywę taką dawać należy kilka dni z rzędu po uprzednim przemyciu kiszki za pomocą czystej wody.

Wobec tego, iż wiadomem jest, że *balantidia* siedzą wyłącznie w kiszkach grubych, nie można odmówić pewnej racjonalności takiemu leczeniu. Jeszcze słuszniejszem zaś jest leczenie, oparte na badaniach ORTMANN'a, które wykazały, że chinina zabija *balantidia* w roztworze 1:2000 w ciągu 2½ minut. Idąc więc za jego radą, należy po przemyciu kiszki wodą letnią, dać potem ławatywę z 1,5 *chinini muriatici* w 1500 wody, a nadto podawać kilka razy dziennie po 0,5 chininy. Rzecz prosta, że leczenie takie należy powtarzać przez kilka dni z rzędu. SIEVERS stosował je w swoim ciężkim przypadku przez 3 tygodnie z rzędu, dając z kolei 3 ławatywy po półtora litra za każdym razem: jedną z wody, drugą z 10% roztworu soli emskiej i dopiero 3-ią z chininy. Nie zawsze następuje od razu poprawa zupełna; skłonność bowiem do powrotów charakteryzuje, jak wiemy, ten rodzaj biegunki. Dopóki powrotowi biegunki towarzyszy obecność znacznej ilości *balantidiorum* w stolcach, powyższa kuracja chininą powinna być powtarzana kilka razy, aby wytępić w ten sposób szereg pokoleń pasożytów, które powstały z rozmnożenia się ewentualnie pozostałych przy życiu po poprzedniej kuracji pojedynczych egzemplarzy *balantidiorum coli*. Można też kombinować w tym celu podawanie do wewnątrz małych dawek kalomelu [0,1—0,3] z codziennymi ławatywami z chininy [RUNEBERG, ROOS].

Wreszcie musimy tu zaznaczyć, że RAPCZEWSKI, idąc za inicjatywą LOESCH'a (23), przekonał się, iż roztwór wodny kwasu salicylowego [1:2000] zabija *balantidium coli* w ciągu 1½ minuty, i otrzymał przy stosowaniu tego środka zupełnie pomysłny wynik leczenia w dwóch przypadkach biegunki [23, 24], niewątpliwie wywołanej przez *balantidium coli*. Stosował go przez 4 dni z rzędu, podając choremu po 2 lawatywy dziennie, zawierające 1 grm. kwasu salicylowego w 1000 ctm. sz. wody, zlekką zakwaszoną kwasem solnym, oraz po dwa 15-granowe proszki tegoż środka dziennie do wewnątrz. W jednym [z r. 1880] przypadku okazała się dostateczną jedna taka kuracja, w drugim zaś [r. 1882] musiał ją R. dla otrzymania trwałego wyniku po 2-ch dniach jeszcze przez 4 dni stosować. Ten fakt, jak i wogóle przypadki LOESCH'a i RAPCZEWSKIEGO dotąd do znanej mi całej literatury tej kwestyi nie przeszły z powodu, iż były ogłoszone tylko w języku ruskim¹⁾. Jednakże wartoby, aby, wobec takich wyników działania kwasu salicylowego w przypadkach RAPCZEWSKIEGO, etyologicznie pewnych, środek ten stosowano bądź od razu, bądź przynajmniej w tych przypadkach, w których by stosowanie chininy było dla różnych powodów niemożliwe lub bezskuteczne.

Gdy po stosowaniu jednej z tych metod leczenia pozostanie już tylko umiarkowane rozwolnienie, bez obecności *balantidiorum coli* w świeżo oddanym stolcu, wtedy należy już stosować zwykłe dalsze leczenie dyetetyczne i objawowe. Zwykle bowiem dzieje się tak, jak i w naszym i w wielu innych przypadkach, że chory zgłasza się do szpitala już w kilka miesięcy od początku choroby, gdy, wskutek długiego trwania sprawy zapalnej w kiszkiach, zmiany w nich są już głębokie i po usunięciu jedynie podtrzymującej je przyczyny same skłonności do wyrównania się nie mają.

L I T E R A T U R A.

- 1) P. H. MALMSTEN. Infusorien als Intestinal-Thiere beim Menschen. VIRCHOW's Archiv. 1857. Bd. 12, str. 302.
- 2) K. ORTMANN. Ueber Balantidium coli. Berl. klin. Woch. 1891. Nr. 33, str. 814.
- 3) R. HERTWIG. Lehrbuch der Zoologie. 2-e Auflage, Jena. 1893. [G. FISCHER]
- 4) EKERCANTZ. Bidrag till kannedomen om de i menniskans tarmkanal forekommande infusorier. Nordiskt medicinskt Arkiv. 1869. Bd. I. Nr. 20. Wedł. roczników VIRCHOW'a i MITTER'a
- 5) BELFRAGE. Upsala Läkareförenings förhandlingar. 1869. Bd. V. [Według MITTER'a].
- 6) WISING. Nordiskt medicinskt Arkiv. Bd. III. 1871. [Według MITTER'a].
- 7) O. PETERSSON. Nya fall of balantidium coli. Upsala läkarforenning's förhandlingar. 1873. Bd. 8. Zeszyt 3, str. 251—266. Według roczników VIRCHOW'a i HIRSCH'a. 1873. Bd. I, str. 641.
- 8) HENSCHEN. Upsala läkarforenning's förhandlingar. 1874. Bd. X. [Według MITTER'a].
- 9) RONEBERG J. W. Finska Läkaresällskapets Handlingar. 1892. T. 34. Zeszyt 9, str. 719. Według Centr. f. allg. Pathologie. 1893. Nr. 22—23, str. 995.
- 10) Ten sam. Ibidem. Tom 35. Zeszyt 6, str. 43i. 1893. Według: Revue de médecine internationale. 1893. Nr. 20, str 362. [Nr. ref. 6293].

¹⁾ Krótka tylko wzmianka o tych przypadkach bez wszelkich szczegółów, znajduje się u BLANCHARD'a (25).

- 11) ROOS E. Ueber Infusoriendiarrhoe. Deut. Arch. f. klin. Med. 1893. Bd. 51, str. 505.
- 12) STIEDA L. Ueber das Vorkommen von *Paramaecium coli* beim Menschen. VIRCHOW'S Archiv. 1866. Bd. 36, str. 285.
- 13) WINBLAD. [Według MITTER'a]. Upsala läkarenförenings förhandlingar. 1870.
- 14) MITTER J. Beitrag zur Kenntniss des *Balantidium coli* im menschlichen Darmkanale. Inaug. Diss. Kiel. 1891.
- 15) TREILLE. Archives de méd. navale. 1875. Bd. 21, str. 123. [Według MITTER'a].
- 16) EDGREN. Svenska läkaresällskapet förhandlingar. 1885. [Według MITTER'a].
- 17) GRAZIADEI. *Paramaecium coli* umano in Italia. Archivio per le scienze mediche. 1881. Vol. IV, Nr. 21 str. 437.
- 18) Zur NIEDEN Centr. f. klin. Medizin 1881. [Według MITTER'a].
- 19) PEEIFFER L. Die Protozoön als Krankheitserreger. 2-e Auflage. Jena. 1891, str. 216-a.
- 20) MAGGIORA. Einige mikroskopische u. bakteriologische Beobachtungen während einer epidemischen dysenterischen Darmerkrankung. Centr. f. Bacter. 1892. Bd. XI. Nr. 6-7, str. 173
- 21) STOCKVIS. Weekblad van h Nedere. Tijdschrift voor Genesk. 1884. Nr. 1 [Według MITTER'a i innych].
- 22) SIEVERS. *Balantidium coli*, megastoma entericum u. botriocephalus latus bei derselben Person. Zeit. f. klin. Medizin. 1896. Bd. 33, Hft. 1-2, str. 25.
- 23) RAPCZEWSKI J. F. Przypadek chronicznego kataru kiszek z obecnością *balantidiorum coli*. Wracz. 1880. Nr. 31, str. 505.
- 24) RAPCZEWSKI J. F. O stosowaniu kwasu salicylowego przeciwko *balantidium coli*. Medycki Wiestnik. 1882. Nr. 23, 24 i 25, str. 361, 377 i 393.
- 25) BLANCHARD. Parasites animaux. Traité de pathologie générale par Ch. BOUCHARD. Paris. 1896 Tome II, str. 654-703.

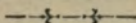
III. O FENOLU SULFO-RYCYNOWYM,

stosowanym przy gruźliczych i przewlekłych cierpieniach

GARDZIELI, KRTANI I NOSA.

Podał

T. Heryng.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 25].

Przechodzę teraz do omówienia szeregu cierpień, w których próbowałem stosować fenol sulforycynowy i przy których istotne uzyskałem korzyści. Ponieważ liczba mych spostrzeżeń nie jest zbyt wielka, ponieważ wymagają one jeszcze potwierdzenia na większym meteryale, przeto wyniki, które dotąd uzyskałem, podaję w streszczeniu.

W czterech przypadkach przewlekłego przerostowego nieżytu nosa, przy których inne środki nie dały dostatecznego wyniku, stosowałem leczenie za pomocą fenolu. Błona śluzowa muszeli dolnych była u tych chorych twardawą, zmętnioną, lekko ziarnistą. Obrzmienie po pędzlowaniu kokainą nie zmniejszało się wcale. Zgłębnik wykazywał znaczną twardość tkanek. Obok tych zmian istniał przewlekły nieżyt jamy noso-gardzielowej i gardzieli.

Leczenie rozpocząłem od pędzlowań kokainą, potem stosowałem fenol 20% dwa razy tygodniowo. Reakcyja była nieznaczna. Nawet przy użyciu 30% ból był niewielki. Gdy wytworzyły się strupy na błonie śluzowej, czekałem aż do ich odpadnięcia [zwykle 4—6 dni]. U wszystkich 4 chorych uzyskałem po 3—4 tygodniach wynik zadawalający, bez użycia żegadła galwanicznego, które u dwóch pacjentów było już, bez uzyskania żadnej poprawy, stosowane uprzednio. Oddech swobodny nosem powrócił. Obrzmienie błony śluzowej jamy nosowej ustąpiło, zmniejszyła się wydzielina. Objawy nieżyty gardzieli i jamy nosogardzielowej znikły prawie zupełnie.

Piąty przypadek, w którym rozrost całej błony śluzowej nosa wywołał zupełną jej niedrożność, podaję poniżej w streszczonym opisie.

Spostrzeżenie VIII. H. Winogr..., 48 lat licząca, żona handlarza, od 3 lat zauważyła stopniowe zatkanie jam nosowych, w następstwie przewlekłego nieżyty nosa. Chora, zmuszona spać z otwartymi ustami, doznaje bardzo przykrego zatykania, głównie nad ranem. *Rhinitis retronasalis chronica, atrophica. Pharyngitis sicca.* Pacjentka cierpi na silne bóle głowy, czasem zbliżone do migreny i skarży się na obfitą ropną wydzielinę [nie cuchnącą]. Jest ona względnie dobrze odżywiana, lecz niedokrwista. *Bronchitis chronica.* W narządach wewnętrznych nic godnego uwagi.

Nos nie zgrubiały, kości prawidłowe. Przegroda skrzywiona na prawo. W obu jamach nosowych obrzmienie błony śluzowej, połączone z nasiękiem tkanki, podobnem jak przy twardzieli nosa, tak, że powietrze zupełnie prawie nie przechodzi. Zgrubienie to zajmuje i muszle i przegrodę nosa i podłogę jam nosowych. Lewa połowa nosa wypełniona masą czerwonej tkanki ziarninującej, tak, że ledwie cieniutki zgłębnik przez nos wsunąć się daje do gardzieli.

Zacząłem powoli stosować roztwory fenolu od 20—30 procent, z odpowiedniami przerwami, po uprzedniem użyciu kokainy. Fenol wprowadzałem prętami, owiniętymi wata, stopniowo coraz grubszyimi, 2 razy tygodniowo. Z początku odczyn zapalny był dość silny, ból po pędzlowaniu trwał $\frac{1}{2}$ godziny, czasem dłużej. Powoli odczyn się zmniejszał, strupy przestały się tworzyć, a po 4 tygodniach uzyskałem swobodne przejście dla zgłębnika, grubości 5—8 mil. Obrzmienie i ziarnina ustąpiły zupełnie, wydzielina się zmniejszyła bardzo znacznie, poprawił się wygląd błony śluzowej gardzieli i jamy nosogardzielowej. Chora po 6 tygodniach opuściła Warszawę.

W tym przypadku stosowanie galwanokaustyki było, ze względu na rozlane obrzmienie i objawy zapalne, przeciwwskazanem i nie dałoby tak wyborowego wyniku, jak użycie fenolu.

W trzech przypadkach twardzieli nosa, gardła i krtani stosowałem fenol z wynikiem względnie pomyślnym, t. j. uzyskałem poprawy znaczne, za których trwałość naturalnie, wobec charakteru cierpienia, ręczyć nie można. W każdym razie objawy zwężenia i jam nosowych i krtani zmniejszyły się.

W przypadku opisanym poniżej [IX] musiałem jednak, dla zyskania na czasie wytwory bujającej tkanki usunąć z nosa pętlicą i łyżeczką ostrą, poczem i wynik fenolu szybciej się uwydatnił.

Spostrzeżenie IX. *Rhino-Pharyngo et Laryngoscleroma.*

Pacjentka, lat 35 licząca, od 12 roku życia cierpiała na przewlekły nieżyt nosa, połączony z silnym zatkaniem i utrudnionem oddechaniem. Stale towarzyszyły temu zajęcia gardzieli i nieżyty jamy noso-gardzielowej. Widziałem chorą po raz pierwszy w 1889 r. w szpitalu Św. Rocha. Zgłosiła się do nas z powodu zwężenia gardzieli i trudności w przełykaniu.

Badanie wykazało nasięk twardej podniebienia, skrócenie i zgrubienie łuków tylnych, przyrosłych do tylnej ściany gardzieli. Brak jęczyczka. Owrzodzeń nie znalazłem żadnych. Otwór w gardzieli, prowadzący do jamy nosogardzielowej, modzelowaty, w formie lejka, miał około 3 młm. i stanowił kanał na $1\frac{1}{2}$ ctm. długi.

Obie jamy nosowe silnie zwężone, z powodu rozlanego nacieku błony śluzowej, tak muszel, przegrody, jakoteż podłogi jamy nosowej.

Za pomocą zgłębników ołowianych, stopniowo coraz grubszych (*Beniquets*), rozszerzałem otwór w podniebieniu miękkim, które uprzednio odpreparowałem nożem od tylnej ściany. Powoli doszedłem do tego, że palec wskazujący można było wprowadzić do jamy nosogardzielowej, i chora swobodnie nosem mogła oddechać. [Kilkakrotnie użyłem przypaleń żegadłem elektrycznym].

Poprawa, uzyskana w ten sposób w ciągu kilku miesięcy, trwała 5 lat. Ponownie widziałem chorą w r. 1894, gdy zauważyła zgrubienie skrzydeł nosa i coraz większe utrudnienie oddechania. Do tego przyłączyły się: napad duszności, gwałtowny kaszel, bóle w piersiach, oraz utrudnione wydzielanie z krtani mas śluzo-ropnych, nieraz w formie zbitych, brudno-zielonych, twardych strupów.

Badanie, przeprowadzane w końcu grudnia 1895, wykazało: Silny naciek i zgrubienie prawego nozdrza. Wypełnia je masa różowa, twarda, ze wszęch stron, tak, że ledwie pozostaje kanał, 2 młm. średnicy mający. Lewe nozdrze mniej jest zmienione, gdyż tylko na podłodze jamy nosowej i na przegrodzie widać płaskie lub guziczkowe ogniska twardzieli.

Otwór w podniebieniu miękkim ma średnicę około 12 młm..

W krtani lusterko wykrywa nasięk lewej połowy nagłośni i zgrubienie tejże natury więzu bocznego prawego. Pod strunami prawdziwymi widać zwężenie lejkowate, około $\frac{1}{2}$ ctm. średnicy, powstałe przez nasięk ścian tchawicy. Ściany tego kanału pokryte zgęstniałą wydzieliną i strupami. One te wywołały czasowe napady duszności, które ustawały, gdy za pomocą pędzelka lub wziewań masy te wydostawały się na zewnątrz. Rozpoznanie twardzieli opierałem w tym przypadku na badaniu bakteryologicznym tkanek i hodowli z kultur z nich otrzymanych.

Blisko pół roku męczyłem się z tem uporczywym cierpieniem i pretensjami niecierpliwej i nie rozumiejącej swego stanu pacjentki. Fenol stosowałem u niej przeszło 60 razy. Ostrą łyżeczką, kiuretą podwójną, pętlącą galwanokaustyczną pomagałem sobie dla usunięcia twardych ognisk nasięku, aż wreszcie uzyskałem z prawej strony kanał, przez który zgłębnik metalowy, 6 młm. gruby swobodnie wchodził do nosa. Krtani rozszerzałem systematycznie rurami SCHROETER'a. Ściany tchawicy zgrubiałej pędzlowałem ostrożnie

fenolem i uzyskałem wreszcie oddech względnie swobodny i zmniejszenie wydzieliny i strupów. Że i tu poprawa była tylko względną, że chorej grożą recydywy, nie można się temu dziwić. Poprawy jednak przy takim leczeniu, co prawda, nużącym, mozolnym, niewdzięcznym, trwają jednak kilka lat. W 1893 roku opisałem w pracy: „O elektrolizie“ [Przegląd Krakowski. Spostrzeżenie II] przypadek twardzieli podobny nieco do podanego powyżej, gdzie metodycznym rozszerzaniem krtani na dłuższy czas usunięto zwężenie krtani, które zmusiło do wykonania tracheotomii.

I tę chorobę widziałem w roku zeszłym i leczyłem przez czas pewien z rezultatem o tyle dobrym, że rurka tracheotomijna mogła być usunięta. Bardzo dobre wyniki dał mi fenol przy t. zw. *pharyngitis lateralis hypertrophica*, formie, którą przed laty szczegółowo opisałem w Gazecie Lekarskiej.

Również pożytecznym okazał się ten środek przy cierpieniu syfilitycznym gardzieli, umiejscowionem na ścianach bocznych (*pharyngitis lateralis luetica*), mniej znanem i mało uwzględnianem w podręcznikach specjalnych.

Co do formy ostrego, bocznego zapalenia gardzieli i tu w kilku przypadkach widziałem po stosowaniu fenolu 30% bardzo szybkie zmniejszenie się bocznych wałków i ustąpienie bolesnego polykania. Zwróć tylko uwagę, że wałki, dochodzące do jamy nosogardzielowej, trzeba pędzlować dość wysoko i zachodzić zagiętym pędzelkiem po za podniebienie. Pomyślnie działa fenol również w formach ostrawego zapalenia gardzieli, połączonego z silnem zasychaniem błony śluzowej.

Co do *pharyngitis lateralis luetica*, o której wspominałem uprzednio, to sprawa ta przedstawia się w następujący sposób.

Wałki występujące z boku gardzieli, są zwykle bledsze, niż przy zapaleniu nieswoistem, nieco żółtawo zabarwione. Rzadko cierpienie jest obustronem. Wałeczki są mniej ostro odgraniczone, nie równie częściej wrzecionowate, niż walcowe, rzadziej też dochodzą tak wysoko do jamy nosogardzielowej. *Lig. salpingo pharyngeum* nie bierze udziału w tej sprawie, jak przy *phar. lateralis hypertrophica*.

Natomiast widziałem przy tej formie swoistego cierpienia, zajęcie, t. j. nasięki tylnych łuków podniebienia, które zlewało się nieraz z wałkami po za nimi położonymi.

Po pewnym czasie na nasięku tym, natury swoistej, zjawiają się białe, drobne, nieliczne ogniska, wielkości od ziarna piasku, dochodzące do ziarna soczewicy.

Guziczki te lub plamki dość szybko powiększają się, potem w środku wytwarza się rozpad i powstaje małe szparkowate owrzodzenie, w które zgłębnik wchodzi na 1—3 mmm. Owrzodzenie rozszerza się dość szybko, pokryte jest jakby białym nalotem i oczyszcza po 8—15 dniach. Czasem goi się samo, czasem [co częściej] pod wpływem swoistej kuracji dość szybko. Wałki zaś nie tak prędko się zmniejszają, niekiedy dopiero po kilku tygodniach. Wywołują one ból przy łykaniu i palenie w gardle, czasem podtrzymują kaszel. Otóż pokazało się, że pędzlowanie tych wałków fenolem skraca bardzo przebieg cierpienia. Działa on wiele szybciej od pędzlowań nalewką jodową, azota-

nem srebra, kwasem chromnym, które dawniej stosowałem. Jako przykład niechaj posłuży następujące spostrzeżenie.

Spostrzeżenie X. A. T., z Chełmu, 31 lat, radził się mnie w styczniu t. r. z powodu chrypki i bólu przy łykaniu, trwającego od miesiąca.

Syfilis miał przed 8 laty. Leczenie swoiste stosowano starannie. Przez 8 lat nie było recydywy. Pacjent dobrze odżywiany, cerę ma zdrową, siły dobre, również łąknienie. Gruczoły limfatyczne szyi i karku, łokciowe i pachowe powiększone.

W gardzieli, po prawej stronie łuk tylny zgrubiły, czerwony. Po za nim wałek, grubości małego palca, cylindryczny, dochodzi w górę po za podniebienie i pokryty jest szarem owrzodzeniem, które zajmuje i boczną część gardzieli. Krtani zdrowa. Głos nosowy.

Choremu zaleciłem jod do wewnątrz; miejscowo stosowałem 30% fenolu. Już po 3 dniach wałek boczny się zmniejszył, owrzodzenie zaczęło się szybko oczyszczać, choć w pierwszym tygodniu chory wyżył tylko jedną drachmę jodku potasu. Pędzlowania stosowałem 2 razy tygodniowo. Po 2 tygodniach nasięk boczny zginął zupełnie, owrzodzenie szybko się zagoiło. Kurację rtęcią przeprowadzano jeszcze 5 tygodni, obok jodu. Chory opuścił Warszawę wyleczony zupełnie. Przed miesiącem [w maju] widziałem go znowu. Zgłosił się z powodu empyematu jamy HIGHMOR'a, który się w ostatnich dniach rozwinął po niezycie nosa. Żadnych zmian w gardzieli nie znaleziono.

Z podanej powyżej kazuistyki i wywodów widać pomyślne wyniki stosowania fenolu w różnych cierpieniach swoistej i zapalnej natury. Środek ten zasługuje na polecenie i wypróbowanie i dlatego [choć liczba moich spostrzeżeń nie jest wielką] ośmielam się zwrócić nań uwagę kolegów. Jeszcze pomyślniejsze wyniki uzyskałem, stosując fenol przy brodawkowcach krtani. Zapobiegł on nietylko w kilku przypadkach recydywom po operacji, ale uczynił operację w 2 przypadkach zbyteczną.

Obszerniejsze studjum nad tym przedmiotem przygotowałem już do druku.

W KWESTYI PROFILAKTYKI CHOROÓB WENERYCZNYCH.

Podał

D-r med. Antoni Elzenberg,

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

— † — † — † —
[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 26].

Posiedzenie XII.

Dnia 21 kwietnia 1896 r.

I. Komisya zajęła się roztrząsaniem kwestyi o konfrontacji żołnierzy, którzy się zarazili za pomocą spółkowania.

D-r Troicki odczytał odpowiedni rozkaz do wojsk Okręgu Warszawskiego Wojennego z dnia 19 marca 1894 za № 68 o przedsięwzięciu środków ku ochronie wojsk od zarażania się syfilisem i chorobami wenerycznymi.

Z powodu rozkazu tego D-r Troicki postawił Komisji następujące pytania:

- 1) Jaki jest pożytek konfrontacyi i czy należy ją praktykować w dalszym ciągu?
- 2) Jeżeli kobieta jest zdrową, czy może spółkujących z nią zarazić?
- 3) Jeżeli zarzucić konfrontację, jak w takim razie uchronić od kar żołnierzy, nie mogących wskazać kobiety, od której się zarazili?

Po długiej dyskusyi w tych kwestyach, Komisya przyszła do wniosku, że: a) pożytek z konfrontacyi będzie w takim tylko razie, o ile żołnierze wskażą tajne domy schadzek, potajemne prostytutki, lub prostytutki, uchylające się od oględzin, b) zarażenie się od zdrowej kobiety jest możliwem, ponieważ niekiedy bywa ona tylko pośredniczką między syfilitykiem i mężczyzną zdrowym, i c) kary, wymierzone żołnierzom przez ich naczelników za niewskazanie kobiet, od których się zarazili, nie mają żadnej racyi, gdyż bywają przypadki, iż 1) żołnierz, często nie znając miasta, nie może wskazać miejsca, gdzie się zaraził, 2) że bardzo często, nie znając kobiety, daje fałszywe wskazówki, wskutek których można natrafić na zupełnie niewinną kobietę i 3) chociaż kobieta miała jakąkolwiek chorobę weneryczną, jednakże mogła się wyleczyć wcześniej, aniżeli żołnierz, który się od niej zaraził, a który do szpitala dostaje się niekiedy w kilka dopiero tygodni po zarażeniu się i pozostaje tam do sześciu tygodni. Dlatego też zdaniem Komisji należałoby: 1) znieść kary dla żołnierzy, nie mogących wskazać kobiet, które ich zaraziły, 2) wysyłać żołnierzy dla zebrania zeznania natychmiast po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych, jeżeli na przeszkodzie nie stają bardzo ważne powody i 3) śledztwo dokonywać w Kancelaryi Komitetu, dla którego głównie ma ono znaczenie.

II. Dyskutowano nad wnioskami z elaboratu D-ra Strelcowa „o syfilisie i chorobach wenerycznych pośród wojsk Warszawskiego Okręgu Wojennego“ [elaborat ten pomieszczony był w całości w protokóle VIII posiedzenia]. Szczególną uwagę członkowie komisji zwrócili na następujące punkty.

Komisarz komitetu lekarsko-policyjnego, p. JELENIEW, oświadczył Komisji, iż procent zarażających się żołnierzy [45,5 na 1000] w Warszawie nie zgadza się z temi danymi, jakie Komitet otrzymał z Warszawskiego szpitala Ujazdowskiego i miejscowego lazaretu wojskowego.

D-r STRELCOW wyjaśnił, iż korzystał ze sprawozdań lekarzy wojskowych, gdzie oparte było wszystko na dyagnozach zakładów leczniczych, odrzucał wszystkie te dane, które się nie tyczyły wojsk kwaterujących w Warszawie, więc nie objęci są w tem chorzy tych oddziałów wojsk, które tylko przez lato obozują w okolicach Warszawy.

W kwestyi niedostateczności profilaktyki ze strony zarządu wojskowego Komisya uznała, iż byłoby pożądanem: a) aby żołnierzy zarząd wojskowy obznajmiał z przepisami ostrożności przy spółkowaniu, b) aby ustanowiono

wykłady popularne dla żołnierzy przez lekarzy wojskowych, i c) aby urządzono specjalne domy publiczne dla wojska, ponieważ rok rocznie ilość wojska się powiększa, a przeciwnie lista prostytutek, będących pod kontrolą komitetu, się zmniejsza.

Wreszcie Komisya uznała za bardzo pożądane urządzenie w Warszawie centralnego Komitetu lekarsko-policyjnego, od któregooby wychodziły rozporządzenia, jakimi się kierować mają wszystkie Komitety Okręgu.

D-r ELZENBERG wyraził się, iż centralizacya w tym kierunku nie może przynieść żadnego pożytku, lecz przeciwnie ograniczy i zwolni^{bieg} spraw każdego komitetu; odpowiedniej byłoby urządzić kwartalne zjazdy delegatów—lekarzy komitetów, na którychby decydowano o wszystkich wątpliwych kwestiach i roztrząsano projekty innowacyi i ulepszeń. Wreszcie, jeśli Komisya projekt D-ra STRELCOWA przyjmie, zaproponowałby taką poprawkę: aby centralny Komitet nie miał nic wspólnego z istniejącym już w Warszawie Komitetem, którego zadaniem jest czuwanie nad prostytutką miejscową, a nie kontrola innych Komitetów.

D-r STRELCOW odparł, iż projekt jego ma to właśnie na celu i nie obejmuje wcale zlania się tych dwu czynności w rękach jednego Komitetu.

III. D-r PUSZKIN prosi Komisję, by wyrzekła jeszcze swą opinię o dwu punktach jego elaboratu, mianowicie: 1) o władzy kierującej wykonawczą częścią Komitetu i o stopniu samodzielności urzędników administracyi i 2) o powiększeniu środków Komitetu w celu wyszukiwania prostitutek potajemnych.

Co się tyczy pierwszego punktu, Komisya uznała, iż byłoby pożądaniem, aby przyjąć za podstawę organizacyę Petersburskiego Komitetu lekarsko-policyjnego [gdzie osobą kierującą jest lekarz, od którego zależy bezpośrednio i cała służba administracyjna Komitetu], a co zaś do drugiego punktu, Komisya jest za mianowaniem kontr-ajentów, nieznanych ani prostytutkom, ani nawet dozorcóm Komitetu.

Posiedzenie XIII.

Dnia 23 maja 1896 r..

I. D-r Troicki jest zdania, iż należałoby podać Warszawskiemu inspektorowi wojskowo-lekarskiemu kopię protokołu 12-go posiedzenia Komisyi, w którym są pomieszczone wyniki dyskusyi o konfrontacyi żołnierzy i o wnioskach D-ra STRELCOWA. Komisya projekt ten zaaprobowała.

II. Z powodu zakomunikowania przez D-ra ELZENBERGA na jednym z poprzednich posiedzeń [zob. posiedzenie VIII], że w miejscowościach: Mszczonowie, Jadowie i Kałuszynie w gubernii Warszawskiej, syfilis jest endemicznym, Urząd lekarski otrzymał odpowiedź od Rządu Gubernialnego 23 kwietnia r. b. za Nr. 913, którą Komisya postanowiła dołączyć do protokołu. [Odpowiedź ta brzmi, iż lekarze powiatowi wcale w tych miejscowościach syfilityków nie widują!]

III. Odczytano pismo Dyrektora departamentu medycznego z 29 kwietnia r. b. za Nr. 3920 o dostarczenie danych o przytułkach [kantarach] mamek.

Lekarz Komitetu, D-r PUSZKIN i p. JELENIEW, komisarz, oświadczyli Ko-

misyi, iż w roku bieżącym jako mamki najęły się dwie kontrolowane prostytutki, dotknięte syfilisem w okresie kłykeinowym; dla usunięcia na przyszłość podobnych wydarzeń, należałoby zobowiązać wszystkie kantory mamek, by nim zarekomendują jaką mamkę, zapytywały Komitetu, czy takowa nie jest kontrolowaną prostytutką. Komisya projekt ten uznała za zupełnie odpowiedni.

IV. D-r MIKUŁSKI, lekarz Komitetu, odczytał swój komunikat: Leczenie szpitalne chorych na syfilis prostitutek, zapewnienie im leczenia szpitalnego i t. d., który w następujących zamknął punktach:

- 1) Zapewnienie prostytutkom dostatecznej ilości miejsc w szpitalu.
- 2) Stosowanie u prostitutek metodycznego sposobu leczenia [FOURNIER'a].
- 3) Stosowanie leczenia antysyfilitycznego, nie wyczekując ogólnych objawów syfilisu.
- 4) Postanowienie, aby leczono prostytutki syfilityczne jedną z metod leczenia [wcieraniami lub podskórnymi wstrzykiwaniami].
- 5) Izolacya w oddzielnych salach prostitutek syfilitycznych.
- 6) Oznaczenie czasu obserwacji po wyleczeniu prostitutek z trypra.
- 7) Uwalnianie prostitutek, wypisywanych ze szpitala, dopiero po oględzinach przez lekarza Komitetu.
- 8) Wypisywanie prostitutek ze szpitala w dni oznaczone na oględziny ich przez lekarzy Komitetu.
- 9) Zmiana kart dyagnostycznych; wprowadzenie rubryki na terapię.

Po przeczytaniu tego komunikatu, Komisya przystąpiła do dyskusyi nad tymi punktami.

1) W kwestyi zapewnienia prostytutkom dostatecznej ilości łóżek w szpitalu, Komisya przyszła do wniosku, że przy powiększeniu ilości prostitutek w Warszawie i akuratności oględzin należy przewidywać, iż miejsc dla prostitutek w szpitalu ś-go Łazarza [108 łóżek] nie starczy.

2) Co do leczenia metodycznego prostitutek, Komisya uznała, iż byłoby rzeczą pożądaną kwestyę tę poddać pod dyskusyę zjazdu syfilidologów. D-r PUSZKIN proponuje wnieść do protokołu, co następuje: nie przesądzając kwestyi wprowadzenia jakiejkolwiek metody leczenia i nie poruszając tej spornej w nauce kwestyi, Komisya zwraca uwagę na radykalną różnicę pomiędzy chorym, zwracającym się do lekarza, skoro tylko spostrzeże oznaki recydywy syfilisu, i prostytutką, starającą się wszelkimi sposobami ukryć te oznaki. Dlatego też projekt D-ra MIKUŁSKIEGO ma doniosłe znaczenie praktyczne, gdyż dąży do peryodycznej obserwacji prostytutki-syfilityczki i do izolacyi jej na czas przypuszczalnej recydywy choroby.

3) W kwestyi stosowania u prostitutek leczenia antysyfilitycznego przed wystąpieniem objawów ogólnych i o ustanowieniu jednej lub drugiej metody leczenia [wcieraniami lub wstrzykiwaniami podskórnymi], Komisya przyszła do wniosku, że gdy sposób leczenia zależy od okresu i formy choroby, musi więc zależeć od zapatrywania się na sprawę lekarza ordynującego.

4) Izolowanie prostitutek, dotkniętych syfilisem, w oddzielnych salach, oraz oddzielanie wszystkich prostitutek od innych chorych, Komisya uznała za pożądanę.

5) Co do ustanowienia terminu obserwacji prostytutki po wyleczeniu jej z trypra, Komisya orzekła: znajdując, iż kwestya leczenia trypra jest nader ważną, konieczną jest rzeczą poruszyć ją na zjeździe przez wydelegowanych z łona Komisji członków.

6) Komisya przyjęła projekt zmiany kartek dyagnostycznych, mianowicie wprowadzenie rubryki dla notowania terapii. D-r WATRASZEWSKI dodał, iż konieczną jest rzeczą wprowadzić jeszcze jedną rubrykę: „jak dawno istnieją objawy, z powodu których prostytutkę odesłano do szpitala“. Komisya na tę poprawkę się zgodziła.

*

*

*

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

—+—+—

46. G. Marinesco. O angiomyopatii [cierpienie mięśni pochodzenia naczyniowego].

Z pośród różnych postaci pierwotnego zaniku mięśni najmniej dotychczas była zbadaną ta, która bezpośrednio zależy od zaburzeń miejscowych w krążeniu, *resp.* od niedostatecznego odżywiania tkanki mięśniowej.

Chory, o którym autor pisze, wieku 59 lat, dziedzicznie obarczony pod względem neuropatycznym, sam psychopata [melancholia z obłudą samooskarżenia, następnie manią podróżowania i t. d.], nawiedzany przez lekkie napady duszniczy bolesnej [na tle nikotynizmu], począł cierpieć na chromanie przestankowe (*claudication intermittente*): po przejściu mniej więcej 50 metrów pacjent doznawał w łydce prawej bolesnych kurczów, które przy wysiłkach dalszego chodzenia wzmagały się, zniewalając chorego do zupełnego spokoju. Stan ten w ciągu 2 lat sam przez się poprawił się, by po kilku latach powrócić na nowo. Przy badaniu przedmiotowym znaleziono: czucie, odruchy skórne i ścięgnowe zachowane, kończyna dolna prawa zimna, mięśnie w stanie zaniku; na stopie duże zmiany odżywcze skóry (*sclerodermia*), w *art. pedis* zupełny brak tętna. Sprawa doszła wreszcie do zgorzeli suchej, która zakończyła się amputacją mediotarsalną. Chory w miesiąc po operacji nagle zmarł, badanie pośmiertne nie było wykonane, ale część nogi amputowanej została bardzo dokładnie zbadana drobnowidzowo. W naczyniach znaleziono daleko posuniętą sprawę miażdżycową (*arteriitis obliterans progressiva*); w niektórych miejscach światło naczyń zupełnie zatkane. Nerwy obwodowe po ściśnięciu zbadaniu nigdzie nie przedstawiały ani śladu zwyrodnienia. Wobec tego zmiany anatomiczne w mięśniach [o czem niżej] żadną miarą nie mogły mieć związku ze stanem nerwów. Co się tyczy mięśni, to przedewszystkiem uderza tu różnorodność średnicy włókien mięśniowych: jedne są znacznie grubsze, inne znacznie cieńsze od normalnych, a czasem na jednym i tem samym włóknie spostrzegamy powyższe zmiany. Następnie wzdłuż, w poprzek lub spiralnie wkoło włókien widzimy pasmo niewyraźnej prążkowatości, niekiedy zupełnie jednolite. Barwią się owe pasma bardzo silnie barwnikami anilinowymi i pod tym względem

różnią się wybitnie od pozostałych białych odcinków włókna, które natomiast wykazują wyraźną prążkowatość podłużną tak, iż czasem ma się wrażenie, jak gdyby one rozszczepiły się na pojedyncze włókienka. To rozszczepienie prawdopodobnie zależy od obrzęku tych bledszych odcinków włókna, a obrzęk ten zależy znów od zastoju żylnego, spowodowanego zmianami w ścianie naczyń, powyżej opisanymi. Owe silnie barwiące się pasma są to miejsca zmartwiałe, są ściętą myozyną [według innych autorów są to miejsca podległe degeneracji hyalinowej]. Im włókno jest bardziej zniszczone, tem więcej znajdujemy tych pasm i tem bardziej są one jednolite. A więc ścinanie się myozyny połączone z obrzękiem pozostałych części włókna mięśniowego stanowi najcharakterystyczniejszą cechę zwyrodnienia, spotykanego przy angiomyopatyi. Jest to pierwszy okres całej sprawy, bo w dalszym jej przebiegu spostrzegamy nowe zjawisko. Z chwilą gdy odżywianie mięśnia podupadło, jądra sarkolemy, dotychczas, jak zwykle, bardzo nieliczne i niewielkie, zaczynają się powiększać, a liczba ich znacznie się wzmacnia. Przyjmują one czynny udział przy ostatecznym zniszczeniu tkanki mięśniowej; albowiem pochłaniają drobne cząsteczki rozpadającego się włókna (*myoplasme*), czego dowodem ma być ich zawartość ziarnista. Im bardziej włókno uległo rozpadowi, tem większą i wyraźniejszą jest ziarnistość tych myofagów, jak autor nazywa komórki, w ten sposób z jąder sarkolemy powstałe. W miarę jak włókna mięśniowe znikają, rozrasta się tkanka śródmiąższowa [tkanka łączno-tłuszczowa]. Autor nie bez zastrzeżenia przypuszcza, iż opisane powyżej komórki sarkolemy po zniszczeniu włókna mięśniowego przyjmują następnie udział [do pewnego stopnia] i w tworzeniu się tkanki tłuszczowej. Wspomnianych myofagów nie należy utożsamiać z leukocytami, które w pewnych sprawach patologicznych, a nawet fizjologicznych pełnią czynności podobne, nosząc wtedy miano fagocytów. Autor wyraźnie zaznacza tę różnicę.

A więc kliniczne zjawisko chromania przestankowego ma swą anatomo-patologiczną podstawę w sprawie, którąśmy powyżej opisali pod nazwą: *angiomyopathia*; ta ostatnia znów najczęściej występuje w przebiegu *arteriitidis obliterantis* ¹⁾. Ponieważ jednak przy takim zapaleniu ścian naczyń prawdopodobnie [LANCEREAUX] przyjmują udział nerwy naczynioruchowe, czego zdają się dowodzić pewne objawy kliniczne, więc nie jest rzeczą niemożliwą, aby całe zjawisko angiomyopatyi nie znajdowało się w pewnym związku ze stanem układu nerwu sympatycznego, *resp.* jego naczynio-ruchowej części. Co się tyczy rozpoznania, to niezawsze łatwo daje się rozoznać tego rodzaju zanik mięśniowy, niezależny zupełnie od stanu nerwów obwodowych. Jeżeli jednak u osobnika, dotkniętego cierpieniem naczyń (*arteriitis obliterans*), występuje zmniejszenie się masy pewnej grupy mięśniowej, z osłabieniem pobudliwości na prąd galwaniczny i faradyczny, bez odczynu zwyrodnienia i bez zaburzeń czucia przedmiotowego, to wolno przypuszczać, iż mamy do czynienia z zanikiem pochodzenia naczyniowego. Ból [na który chorzy się często skarżą] w kończynach, bę-

¹⁾ Napady duszniczy bolesnej są właściwie też tylko jakby przestankowym chromaniem mięśnia sercowego.

dających siedliskiem *arteriitidis obliterantis* nie koniecznie ma dowodzić udziału nerwów czuciowych skórnych, bo proces, odbywający się w ścianach naczyń, może wywoływać podrażnienie, a nawet zwyrodnienie nerwów czuciowych, znajdujących się w ścianach naczyń; słowem, istnienie bólów w przebiegu angiomyopatii nie wyklucza bynajmniej pochodzenia naczyniowego tej sprawy.

Rokowanie przy angiomyopatii bezpośrednio jest związane ze sprawą rozwoju *arteriitidis obliterantis*, a że nie zawsze jest pomyślne, dowodzi przypadek autora, zakończony amputacją. Aby uniknąć tej ewentualności, t. j. aby zapobiedz zgorzeli, CHARCOT zaleca absolutny spokój przez czas dłuższy; do wewnątrz można podawać jodek potasu.

(*La Semaine médicale. N. 9. 1896.*)

Ad. Lande.

Wiadomości drobne.

— — — — —

— Prof. WINTERNITZ. Surowica lecznicza hydropatów. Najnowsze badania wykazały, że najdzielniejsze siły, pomagające ustrojowi do zwalczania zakażeń, znajdują się we krwi i jej surowicy. Za pomocą tych sił ustrój zwalcza najsilniejsze nieraz zakażenia bez pomocy lekarskiej. Metodą leczniczą, która w wysokim stopniu wpływa na polepszenie własności krwi, jest właśnie hydroterapia. Badania WINTERNITZ'a wykazały, iż wpływa ona na zwiększenie ilości białych ciałek krwi, pod jej wpływem również zwiększa się ilość czerwonych ciałek i hemoglobiny. Poszukiwania STRASSER'a dowiodły, że pod wpływem hydroterapii zwiększa się alkalizność krwi. Badania zaś TASSINARI'ego wykazują, że prawdopodobnie bakteryo-bójcze działanie krwi znajduje się w prostym stosunku do jej alkalizności. Prócz tego ROQUE i WEIL wykazali, że pod wpływem hydroterapii zwiększa się współczynnik urotoksyczny moczu w tyfusie [wydziela się 7 razy więcej toksyn, niż przy wszelkim innym leczeniu]. W walce z chorobami zakaźnymi surowice lecznicze uodporniają ustrój względem pewnej danej choroby zakaźnej, hydroterapia zaś nadaje krwi pewne własności [leukocytoza, powiększenie ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny, zwiększenie alkalizności], które pomagają do zwalczania wszelkich zakażeń, intoksykacji i autointoksykacji.

(*Blätt. f. klin. Hydroth. 1896. März.*)

A. Puławski.

— CHANTEMESSE w 20 przypadkach stosował surowicę leczniczą *per rectum*, w tym celu po odpowiednim wymyciu odbytnicy strumieniem wody, wprowadzał do niej surowicę za pomocą strzykawki i miękkiej rurki gumowej, mającej około 20 ctm. długości. Wyniki autor otrzymał zupełnie podobne do tych, jakie zazwyczaj spostrzegane bywają przy podskórnym wstrzykiwaniu danego środka; dodatnie strony tego nowego sposobu leczenia surowicą zasadzają się na tem: 1) że z łatwością podawać można większe jej ilości [Ch. wlewał po 200—300 ctm. sz. surowicy MARMOREK'a w ciągu dni kilku], 2) że unikamy miejscowego podrażnienia i bólu, co przy kilkukrotnym wstrzykiwaniu zwłaszcza u dzieci lub osobników wrażliwych na duże nieraz natrafia przeszkody, 3) że nie występują tu pewne powikłania, jak np. wysypki skórne i t. p., jakie czasami widzimy po wstrzykiwaniach. Miejscowo stosowana surowica przeciw paciorkowcowa z lanoliną [1:5] okazała się skuteczną przy różny: bóle, zaczerwienienie i obrzęk znacznie się przytem zmniejszały.

(*Wien. med. Presse. Nr. 10. 1896.*)

Ad. L.

Stacya kolei Muszyna-
Krynica
z Krakowa 8 godz.
ze Lwowa 12 „
z Pestu 12 „

CK. ZAKŁAD ZDROJOWY
KRYNICA

W miejscu
Poczta 3 razy dziennie
Telegraf. Apleka.

(w Galicyi)

najobfitsza szcawa żelazista.

W Karpatach 590 m. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina drogi bitej znakomicie utrzymanej. Środki lecznicze, klimat podalpejski, kąpiele żelaziste nader obfite w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwarza, (w r. 1894 wydano ich 40000). Kąpiele borowinowe: para ogrzewane (w r. 1895 wydano ich 18000). Kąpiele gazowe z czystego kwasu węglowego. C. K. Zakład hydropatyczny pod kierunkiem specjalisty D-ra H. Ebersa (w r. 1894 wydano procedur hydropatycznych 28000). Piele wód mineralnych miejscowych i zagranicznych Żytyca, Kefir, Gimnastyka lecznicza. Lekarz zdrojowy D-r L. Kopff cały sezon stale ordynujący. Nadto 14 lekarzy wolno praktykujących. Spacery. Bardzo rozległy park szpilkowy, znakomicie utrzymany. Blizsze i dal-
sze wycieczki, w uroczu Karpaty. Mieszkania: przeszło 150 pokojów z komfortem urządzonych, z pościelą kompletną, usługą, dzwonekami elektrycznymi, piecami i t. d. Kościół katolicki i cerkiew. Wspaniały dom zdrojowy kilka restauracyi, kilka pensyonatów prywatnych, mleczar-
nie, cukiernie. Muzyka zdrojowa pod kierunkiem A. Wrońskiego od 21 Maja. Stały Teatr. Kon-
certa. Frekwencya w roku 1895-5096 osób. Sezon od 15 maja do 30 września. W maju, czerwcu i wrześniu ceny kąpiele, pomieszkań i potraw w głównej restauracyi niższe o 20%
Rozsejka wody mineralnej od kwietnia do listopada, składy we wszystkich większych miastach w kraju i za granicą. W miesiącu lipcu i sierpniu ubogim żadne ulgi, jak uwolnienie od taks zdrojowych i tp. udzielone nie zostaną. Na żądanie udziela wyjaśnień:

CK. Zarząd zdrojowy w Krynicy

6-5

SZCZAWNICA.

9-6

Przy Zakładzie hydropatycznym na Miedzusiu zaprowadzono

PENSYONAT

cały rok otwarty

z komfortem urządzonej (wodociągi, oświetlenie elektryczne itp.) na wzór szwajcarski, z opłatą od 3 złr. 50 cent. na dobę od osoby za wszystko.

Dr. Kołczkowski,

właściciel i kierownik Zakładu.

ŻEGIESTÓW w Galicyi nad **POPRADEM**
kolej, poczta, telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szcawa żelazista. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja, do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe

WODA ŻEGIESTOWSKA znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

Lekarz Ordynujący D-r Wł. Chojnacki asst. chor. kobiecych. 8-7