

# GAZETA LEKARSKA.

## I. ZAPALENIE STAWÓW OBRĄCZKO-NALEWKOWYCH

GOŚCOWEGO POCHODZENIA

(*arthritis crico - arythenoidea rheumatica*).

Napisał

**Dr Jan Sędziak,**

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szp. Ś-go Ducha.

W dniu 28-m marca 1895 roku zostałem wezwany do 18-letniej chorej. Z anamnezy od obecnej matki dowiedziałem się, co następuje:

Przed 3-ma tygodniami chora przebyła poród przedwczesny [dziecko 7-mio miesięczne, żywe; poród zwykły, bez powikłań]. Podobno już na 2 dni przed porodem chora dostała nagle gorączki, skarżyła się na chrypkę, ból gardła, następnie zaś na ból stawów, które to objawy istnieją do dnia dzisiejszego, wzmagając się coraz bardziej w swoim natężeniu. W ostatnich dniach przed porodem chora mieszkała u znajomych, gdzie jakoby znajdować się miała osoba, cierpiąca na ciężką influencję. Zasługuje również na uwagę fakt, że i akuszerka, w mieszkaniu której chora odbywała poród, dotkniętą była w owym czasie influencją.

Rzecz prosta, że szczegółom tym anamnestycznym tylko do pewnego stopnia można dowierzać. To jednak nie ulega wątpliwości, że tak poród, jak i przebieg poporodowy były najzupełniej prawidłowe. Chorą miał w swojej opiece jeden ze znanych specjalistów-akuszerów, który absolutnie żadnych nie znajdował zmian miejscowych, jakieby wyżej spisane objawy u naszej chorej tłumaczyć mogły.

Co się jeszcze tyczy przeszłości, to chora w dzieciństwie przechodziła szkarlatynę, dyfteryt, odrę, wreszcie ospę.

W roku 12-ym zaczęła miesiączkować. Miesiączka co 3—4 tygodnie—trwa mniej więcej 4—5 dni. Zresztą pacjentka była zdrową. Matka cieszy się doskonałym zdrowiem, jak wogóle cała rodzina. Ojciec natomiast zmarł, wskutek suchot płuc i gardła.

Przy badaniu chorej znalazłem stan następujący: budowa i odżywianie dość dobre. Chora blada, z wypiekami na twarzy, leży nieruchomo na łóżku, stęka przytem przy najlżejszem poruszeniu.

Ciepłota, o ile bez termometru osądzić było można, dochodziła do 39° C. Tętno drobne, miękkie, przeszło 100 uderzeń na minutę. Osłabienie niezwyczajne.

Chora słabym, cichym głosem skarży się przedewszystkiem na straszne bóle przy mówieniu, zwłaszcza zaś przy łykaniu, uniemożliwiający przyjmowanie w ostatnich czasach nawet płynów.

Również bardzo dokuczają chorej bóle w stawach, przedewszystkiem łokciowym lewym; jest on mocno obrzmiały, skóra na nim zaczerwieniona, gorąca, staw przy dotykaniu bardzo bolesny.

Prócz tego chora doznaje bólów jeszcze w innych stawach, mianowicie w obu kolanowych, oraz prawym napięstkowym. Oddech utrudniony, chrypka znaczna, prawie bezgłos.

Przy badaniu lusterkiem krtaniowym znalazłem: nagłośnia, struny prawdziwe i fałszywe niezmiennione, natomiast cała tylna ściana, zwłaszcza zaś okolica chrząstek nalewkowych mocno zaczerwienione i obrzmiałe. W przestrzeni międzynalewkowej nieco brudnawego śluzu na obrzękłej i zaczerwienionej błonie śluzowej. Ruchy w stawach obrączko-nalewkowych prawie zniesione. Chora z trudnością oddecha przez znacznie zwężoną szparę głosową (*rima glottidis*).

Badanie zewnętrzne okolicy krtani (*palpatio*) sprawia chorej ból dotkliwy, zwłaszcza w okolicy powyżej wzmiankowanych stawów.

W jamach nosowych, jakoteż nosogardzielowej zmian wybitniejszych nie dało się wykryć. Również i wewnętrzne narządy [płuca, serce i t. p.] zmian nie przedstawiają.

Chora nie kaszle, nie pluje. Język obłożony, stolec prawidłowy, apetyt lichy. Chorej zaleciłem duże przyszydło na okolicę krtani, lody, spokój, oraz do wewnątrz salipirynę po 10 granów 3 razy dziennie.

Nazajutrz wieczorem [29.III] ciepł. 38,8°, tętno lepsze, 92 na minutę. Stan ogólny również nieco lepszy. Chrypka bez zmiany. Bóle przy łykaniu mało co mniejsze. W krtani stan prawie bez zmiany. Zaczerwienienie tylko tylnej ściany nieco mniejsze, śluzu *in rima glottidis* nie widać. Ruchy w stawach obrączko-nalewkowych stale upośledzone. Osłabienie duże. Wyżej wymienione stawy [zwłaszcza łokciowy lewy] mocno bolesne.

Zastosowałem do wnętrza krtani na obrzmiałe miejsca pulweryzację z kokainy [10%], poczem chora była w stanie wypić rosółu filiżankę, oraz wino. Zaleciłem w dalszym ciągu robić to samo, tylko ze słabszego [2%] rozczywnu kokainy.

Wobec jednak powyższego stanu, który mi się bardzo ciężkim wydawał, oraz dla lepszej obserwacji tego, bądź co bądź, interesującego przypadku, postanowiłem za zgodą matki chorą umieścić w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale D-ra CHELMOŃSKIEGO, którego, jakoteż D-ra MIKLASZEWSKIEGO, asystenta oddziałowego, uprzejmości zawdzięczam dalszą obserwację chorej.

30/III— 31,8° rano, wieczorem 39,2°. Badanie ponownie krtani, jakoteż innych organów, nie wykazuje żadnej—w porównaniu z poprzedniemi—różnicy. Mocz nie zawiera białka. Chora dostaje salicylanu sodu w dużych ilościach

[do jednej drachmy dziennie]. Pulweryzacya z kokainy [2%] w dalszym ciągu. Dzięki tej ostatniej łykanie staje się nieco lżejszem.

Dalszy przebieg ciepłoty był następujący:

31/III	rano	37,0°	wieczorem	39,6°
1/IV	"	37,0	"	36,8
2/IV	"	37,2	"	37,0
3/IV	"	37,0	"	36,8
4/IV	"	37,0	"	37,0
5/IV	"	36,8	"	37,0
6/IV	"	37,0	"	37,2
7/IV	"	37,8	"	38,0
8/IV	"	38,0	"	38,0
3/IV	"	36,5	"	36,8
10/IV	"	37,0	"	37,2
11/IV	"	37,0 i t. d., odtąd stale		

stan był bezgorączkowy.

Jednocześnie z obniżaniem się ciepłoty, oraz jej spadnięciem do normy, objawy ogólne, jako to: osłabienie, dreszcze, poty, zaczęły ustępować; wygląd się poprawił, łaknienie coraz lepsze. Chora dzięki pulweryzacyom z kokainy może się dobrze odżywiać, strpniowo zaś już i bez kokainy udaje jej się przyjmować z początku płyny, a następnie i stałe pokarmy bez bólu. Chrypka również zmniejsza się stopniowo.

Badanie krtani, codziennie w początkach przezemnie w obecności kol. CHELMOŃSKIEGO, oraz jego asystentów dokonywane, wykazywało coraz większą poprawę, mianowicie: zaczerwienienie i obrzmienie tylnej ściany oraz okolic chrząstek nalewkowych zaczęły się stopniowo zmniejszać, wreszcie ustąpiły w zupełności.

Najdłużej pozostawały zajęte stawy obrączko-nalewkowe, w których ruchy były jeszcze dość długo upośledzone. W końcu jednak [mniej więcej po 2-ch tygodniach] trudne łykanie ustąpiło zupełnie. Krtań przy badaniu laryngoskopem zmian nie przedstawia. Ruchy w stawach obrączko-nalewkowych zupełnie normalne. Głos czysty.

Nie tak pomyślnie postępowała sprawa z innymi zajętymi stawami, zwłaszcza lewym łokciowym. Bóle oraz obrzmienie to się zmniejszały, to ustępowały w zupełności, przenosząc się na inne stawy, tak, że prawie wszystkie kolejno stawy były zajęte sprawą zapalną. W końcu pozostał tylko zajęty lewy łokciowy, który niezwykle uporeczywie nie poddawał się leczeniu, jakkolwiek i w nim bolesność oraz obrzmienie zmniejszyły się dość znacznie, tak, że chora, acz z trudnością, była już w stanie nieznacznie wykonywać w tym stawie ruchy.

Przypuszczając jakąś sprawę wysiękową poważniejszej natury, wzywaliśmy na poradę chirurga, który jednak nie mógł stanowczo orzec, z czem mamy do czynienia, przypuszczał jakąś poporodową sprawę, w każdym zaś razie zalecił wstrzymać się jeszcze z interwencją chirurgiczną i poprzestać na wyczekującym leczeniu.

Z powodu, że salicylan sodu, przyjmowany w dużej ilości, zaczął wywoływać u chorej nieprzyjemne objawy [szum], zamieniono go [od 10/IV] na ichtyol w dawkach 0,25 trzy razy dziennie w kapsułkach; prócz tego zastosowano na zajęty staw maść z *argentum nitricum* [12%], wreszcie parówki. Po takim leczeniu i cierpienie stawu tego, dotąd najuporczywsze, zaczęło ustępować.

Chora nie gorączkuje, chodzi, łykanie ma doskonałe, wygląd zdrowy, głos dobry, łykanie bez bólu. Wogóle czuje się zupełnie dobrze, tylko jeszcze dokuczają jej nieco lewy staw łokciowy: jest on nieco obrzmiały i bolesny, zwłaszcza przy ruchach.

Postanowiliśmy z kol. CHEŁMOŃSKIM dla dokończenia kuracji chorą wysłać do Ciechocinka, co też i nastąpiło w dniu 20/V 1895 r.; umieściliśmy ją w szpitalu tamtejszym, pod opieką D-ra RUPPERTA.

Dołączyć tu jeszcze muszę, że badanie płwociny, zresztą bardzo małej ilości, jako też wydzielinę z pochwy, przez kol. MIKŁASZEWSKIEGO łaskawie dokonane, nie wykazało specyficznych pasożytów [gruźliczych w płwocinie, tryprowych w wydzielinie pochwowej].

W Ciechocinku, jak to mi łaskawie zakomunikował kol. RUPPERT, chora miała się coraz lepiej; brała kąpiele, następnie zaś stosowano jej masaż i gimnastykę leczniczą na zajęty staw. Wreszcie, jako zupełnie zdrowa, opuściła Ciechocinek.

Chorą miał sposobność widzieć wkrótce potem [podczas mojej nieobecności] kol. MIKŁASZEWSKI, który stwierdził wyborny stan zdrowia naszej pacjentki. Ostatnią o chorej wiadomość miałem w początkach grudnia roku zeszłego, a więc po 8-u miesiącach, od leczącej się u mnie nauczycielki, która doskonale знаła cały przebieg cierpienia u pacjentki; potwierdza ona w zupełności doskonały stan jej zdrowia.

Na zakończenie wspomnieć muszę, że dziecko chorej w miesiąc po urodzeniu zmarło wskutek plam jakichś w jamie nosnej, jak mi to matka chorej opowiedziała.

---

Przypadek powyższy przedstawiał pewne trudności rozpoznawcze. U osoby skąd inąd dotąd zdrowej, lecz obciążonej dziedzicznie [gruźlica gardła i płuc u ojca], w ostatnich dniach ciąży, w warunkach, pozwalających przypuszczać zakażenie influencją [znajoma, oraz akuszerka, u których w owym czasie przebywała chora, dotknięte były tą chorobą], występuje nagle, o ile się zdaje, pierwotnie w krtani [stawy obrączko-nalewkowe], a następnie w innych stawach [zwłaszcza łokciowym lewym], sprawa zapalna znacznego natężenia, z alarmującymi objawami, jako to: bólami, trudnym łykaniem, bezgłosem, silną gorączką, oraz znacznym osłabieniem.

Stawia się przedewszystkiem kwestya: czy cierpienie krtani, które przy badaniu lusterkiem przedstawiało się jako zajęcie stawów obrączko-nalewkowych (*arthritis crico-arythenoidea*) było w związku ze stanem ogólnym, *resp.* ze sprawą porodową, oraz zaburzeniami w stawach kończyn górnych i dolnych, czy też było ono od nich niezależnem?

A jeśli tak, jakiej natury mogło być powyższe zajęcie krtani? Rozstrzygnięcie tych kwestyi nie było tak łatwem, jakby się to napozór zdawać mogło.

Co się przedewszystkiem tyczy zmian w samej krtani, to te na pierwszy rzut oka robiły najbardziej wrażenie sprawy gruźliczej: bezgłos, dysfagia w wysokim stopniu, zaczerwienienie i obrzmienie tylnej ściany, zwłaszcza okolic chrząstek nalewkowych (*perichondritis arythenoidea duplex*), wreszcie śluz podejrzanego charakteru w przestrzeni międzynalewkowej.

Dodajmy do tego wyraźny moment dziedziczny. Wszystko to, jak powiedziałem, nasuwało podejrzenie sprawy gruźliczej.

Z drugiej jednak strony brak objawów podmiotowych ze strony płuc, brak kaszlu, plwociny, wreszcie brak objawów fizykalnych ze strony płuc, przypuszczenie to czyniło wątpliwem. Prawdopodobniejszem więc było to, że cierpienie krtaniowe jest w związku z cierpieniem ogólnem, *resp.* ze sprawą poporodową, oraz z zajęciem następczem stawów górnych i dolnych kończyn. O jakiejś jednak sprawie natury ropnicowej, nie mogło być mowy, ze względu na zupełny brak zmian miejscowych w narządach płciowych. Tryprowe zajęcie stawów również nie wydawało się prawdopodobnem z tychże względów, zresztą badanie wydzielin z pochwy na zawartość gonokokków dało wynik ujemny.

Nasuwało się również przypuszczenie, czy objawy te nie były w związku z influencją, która w przypadku tym w anamnezie zdawała się odgrywać pewną rolę. Nie zdaje mi się jednak, by tego rodzaju powikłanie influenzy były spostrzegane.

Zdaniem mojem, mieliśmy w danym przypadku [do] czynienia z ostrawem gościcowem [reumatycznym] zapaleniem stawów obrączko-nalewkowych (*arthritis crico-arythenoidea rheumatica subacuta*), o ile się zdaje, pierwotnem, następnie zaś z zajęciem tegoż rodzaju, może nieco niezwykłym, innych stawów (*polyarthritis rheumatica*) w okresie poporodowym i poporodowym.

Cierpienie krtani tego rodzaju należy do bardzo rzadkich. Przeglądając dostępną mi literaturę, znalazłem zaledwie kilka wzmianek, powyższej kwestyi dotyczących. I tak w roku 1891 SACOARRET (*J. C. f. Lar. r. VIII p. 405*) wspomina, że ostre zapalenie stawów obrączko-nalewkowych może być i gościcowego pochodzenia. Następnie w roku 1893 COMPAIRD z Madrytu, ogłosił (*Arch. int. de rind.-lar. Jan. Febr. 25, 26*) 3 odnośne przypadki: jeden ostrawy, [dwa] zaś z ostrym przebiegiem. W jednym z nich, najwięcej do naszego zbliżonym, była gorączka i zajęcie innych stawów. Objawy krtaniowe były subiektywnymi: chrypka, ból przy mówieniu, łykaniu, oraz dotykaniu zewnętrznem okolic krtani. Badanie laryngoskopem wykazało jedynie zajęcie [obrzemie silne] okolic chrząstek nalewkowych, oraz upośledzone znacznie ruchy strun. I w tych przypadkach, podobnie jak i w moim, nastąpiło wyleczenie po użyciu dużych dawek przetworów salicylowych i tu okazało się skutecznem użycie kokainy pod postacią pędzlowań i pulweryzacyi. W tymże roku SIMANOWSKIJ z Petersburga [Wrac. 1893, 18—20] podał 3 przypadki gościcowego zapalenia stawów obrączko-nalewkowych. We wszystkich były również zajęte i inne stawy. Raz jeden pierwotnie krtani była zajęta. Raz jeden zajęcie to było obustronne. Z objawów stale była chrypka, dysfagia, ból przy zewnętrznem obmacy-

waniu okolicy krtani. Przy badaniu lusterkiem krtaniowem: obrzęk okolicy chrząstek nalewkowych, słaba ruchomość strun głosowych.

Wreszcie w roku 1894 Georg MEYER z Berlina ogłosił (*Mittheilung zweier Fälle von acuten Gelenk-Rheumatismus, Gleichzeitige Erkrankung zweier Familien-Mitglieder. Eigenartige Erscheinungen bei dem einem Kranken. Berl. kl. Woch. 1894, 16*); przypadek dotyczył 49-letniego chorego, którego syn 5-letni również dotknięty był tą chorobą, t. j. ostrym gośćcem stawowym. Obok reumatycznego zajęcia stawów jednocześnie chory cierpiał na zajęcie stawu obrączko-nalewkowego.

## II. NAPADY CZĘSTEGO ODDECHANIA.

(*Polypnoe (Tachypnoe) paroxysmale*).

ZE STANOWISKA KLINICZNEGO

opracował

**D-r Med. J. Pawiński,**

starszy ordynator szpitala Ś go Ducha w Warszawie.

— 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 1].

**Spostrzeżenie II.** M. F. służąca, lat 15, przybyła do szpitala d. 17 września 1892 r., skarżąc się na częsty oddech, duszność, ból głowy i bóle w mięśniach kończyn dolnych. Opowiada, iż przed tygodniem w nocy nadzwyczaj się przestraszyła z powodu kłótni i bijatyki państwa, u których służyła, wskutek czego trzy noce przepędziła bezsennie. Wtedy to dostała duszności, której niezmiernie przyspieszenie oddechania towarzyszyło.

W ciągu następujących dni chora, pomimo krótkiego oddechu, zmuszoną była nosić węgle na 3 piętro, ciężkie kosze z bielizną i t. p., jak to i poprzednio bywało. Nie mogąc w końcu podolać uciążliwym obowiązkom służbowym, zapisała się do szpitala.

Chora budowy średniej. Mięśnie słabo rozwinięte. Tkanki tłuszczowej mało. Cera blada. Błony śluzowe blade. Twarz nieco nabrzmiała. Ciężota 38,00 C., tętno 100. Chora siedzi na łóżku, mając kończyny dolne zgięte w kolanach. Przedewszystkiem uderza niezwykle jej oddech. Jest on nadzwyczaj częstym, wynosi bowiem 72—80 na minutę, przyczem jest niejednostajnym: jedne oddechy są głębokie, inne zaś bardzo powierzchowne. W ogóle w typie oddechania uderza jakiś pierwiastek nerwowy: przypatrując się uważnie ruchom klatki piersiowej, przychodzi się do wniosku, że od czasu do czasu występuje typ CHEYNE-STOKES'a. Dodać winniśmy, iż w czasie rozmowy z chorą oddechanie staje się swobodniejszym, rzadszem i traci własności typu, tylko co wspomnianego.

Przy zmianie pozycji z siedzącej na wznak, duszność powiększa się, a oddech staje się częstszym. Fizykalne badanie płuc wykazuje: granica dolno-

tylna lewego płuca na XII żebrze. Z prawej zaś strony klatki piersiowej z tyłu i u dołu, przy słabem opukiwaniu, otrzymujemy lekkie stłumienie odgłosu na przestrzeni 3—4 palców. Stłumienie to dochodzi do linii pachowej średniej do wysokości VII żebra. W miejscu stłumienia oddech osłabiony, powyżej zaś zaostrozony. Kaszel suchy. *Fremitus vocalis* niezmienny. Uderzenie wierzchołkowe znajduje się w V międzyżebżu w linii sutkowej lewej, jest średniej siły. Tępość serca znacznie powiększona w obu wymiarach: górna granica na III żebrze, lewa przechodzi nieco za linię sutkową, prawa zaś przekracza nieznacznie prawy brzeg mostka. Tęno czyste, dość głośne. Tętno 110—120 na minutę, miarowe, dość pełne średnio napięte, zbliża się do tętna szybkiego.

Śledziona, wątroba zwykłych rozmiarów. Język czysty. Brzuch nic szczególnego nie przedstawia. Wypóżnienia codzienne. Przytomność zupełna. Mocz ciężaru właściwego 1020, białka, ani cukru nie zawiera, wydziela się w ilości 700—800 ctm. sześć. na dobę. W osadzie dość liczne moczany.

Co się tyczy sfery nerwowej, to, oprócz pewnej nadczułości skóry i wzmożenia odruchów kolanowych, nie byliśmy w stanie stwierdzić nic więcej nieprawidłowego. Chorej zalecono nalewkę waleryany kilka razy dziennie po 20 kropel.

Dalszy przebieg był następujący:

18. IX. Ciepłota rano 39,4° C. Tętno 140, oddech 64, ciepłota wieczór 41,0° C., tętno 120, oddech 62. Zapisano *Inf. Digitalis ex gr. XV—5vj. S.* Co 2 godziny łyżkę stołową.

19. IX. Ciepłota rano 39,0°, tętno 120, oddechów 56. Chora czuje się nieco lepiej, oddech ma swobodniejszy.

Ciepłota wieczorem 36,8°, tętno 130, oddechów 60.

20. IX. Ciepłota rano 39,0°, tętno 120, oddechów 56. W dolnej części prawego płuca tuż pod łopatką słycać nieco trzeszczeń i rżężeń; przestrzeń stłumienia — bez zmiany. Chora uskarża się na ból w mięśniach łydek.

Ciepłota wieczorna 40,4°, tętno 132, oddechów 60.

21. IX. Ciepłota rano 38,4°, tętno 120, oddechów 48. Język nieco obłożony. Tępość serca — w wymiarze podłużnym większa: górna granica rozpoczyna się w II międzyżebżu, prawa zaś odpowiada prawemu brzegowi mostka. Duszność mniejsza. Śledziona nie powiększona.

Ciepłota wieczorem 41°, tętno 126, oddechów 40.

22. IX. Ciepłota rano 39,2°, tętno 108, oddechów 40. Chora skarży się na ogólne osłabienie, ból głowy. Przytomność zupełna. Chora w nocy tylko niekiedy bredzi. Ciepłota wieczorem 40,2°, tętno 130, oddechów 48.

23. IX. Ciepłota rano 38,0°, tętno 120, oddechów 40. Oddechanie choć znacznie spokojniejsze, jednakże jeszcze nierówne. Z prawej strony — z tyłu na przestrzeni stłumienia słycać dość liczne wilgotne i suche rżężenia, oddech tamże jeszcze osłabiony. Kaszel nieznaczny. Chora przyjmuje od kilku dni 2 razy dziennie — zrana i wieczorem — po 1 proszku *chin. muriat. gr. v.* Ciepłota wieczorem 40,2°, tętno 130, oddechów 46.

24. IX. Ciepłota rano 39,8°, tętno 128, oddechów 40. Ciepłota wieczorem 40,0°, tętno 140, oddechów 42.

25. IX. Ciepłota rano 39,0°, tętno 120, oddechów 56. Duszność większa, niepokój.

Zapisano roztwór bromku potasu 5jj—5vj. Co 2 godziny łyżkę stołową. Ciepłota wieczorem 40,6°, tętno 140, oddechów 56.

26. IX. Ciepłota rano 39,8°, tętno 120, oddechów 40.

          "          w. 40,2°, " 130, " 52.

27. IX. "          r. 38,6°, " 120, " 42.

          "          w. 39,8°, " 126, " 42.

28. IX. "          r. 38,8°, " 136, " 44. Kaszel, duszność.

w dolnych odcinkach płuc — rżenia trzeszczące. Zapisano: *Inf. Digitalis et rad. Ipecacuanh.* aa gr. xv—5vj. + *Liquor ammonii anisati* 3j. S. Co 2 godziny łyżkę stołową. Ciepłota wieczorem 40,2°, tętno 140, oddechów 50.

29. IX. Ciepłota r. 38,6°, tętno 120, oddechów 42.

          "          w. 38,8°, " 136, " 48.

30. IX. "          r. 39,6°, " 120, " 46. Ciało wilgotne,

w nocy chora spocila się nieco. Tętno słabsze. Zalecono wino.

1. X. Ciepłota r. 39,4°, tętno 136, oddechów 42.

          "          w. 40,8°, " 140, " 50.

2. X. "          r. 39,2°, " 136, " 56.

          "          w. 40,8°, " 130, " 56.

3. X. "          r. 40,0°, " 120, " 48.

          "          w. 40,6°, " 132, " 50.

4. X. "          r. 40°, " 120, " 40.

          "          w. 40,4°, " 140, " 48.

5. X. "          r. 39,0°, " 120, " 40.

          "          w. 40,2°, " 132, " 42.

6. X. "          r. 39,6°, " 124, " 46.

          "          w. 39,0°, " 120, " 40.

7. X. "          r. 38,6°, " 120, " 36.

          "          w. 38,2°, " 100, " 32.

8. X. "          r. 38,6°, " 120, " 36. Duszność mniej-

sza. Słumienie, odpowiadające dolnej części prawego płuca, zmniejsza się. Tamże słycać dość liczne rżenia w czasie wdechu i wydechu.

Ciepłota w. 39,6°, tętno 126, oddechów 40.

9. X. "          r. 38,0°, " 120, " 36.

          "          w. 39,2°, " 128, " 42.

10. X. "          r. 38,6°, " 120, " 32.

          "          w. 39,4°, " 126, " 36.

11. X. "          r. 37,6°, " 100, " 30.

          "          w. 38,4°, " 106, " 32.

12. X. "          r. 37,2°, " 92, " 28.

          "          w. 39,0°, " 100, " 30.

13. X. "          r. 37,0°, " 92, " 26.



	Ciepłota	w.	39,0°	tętno	106,	oddechów	30.
14. X.	"	r.	37,0°	"	92,	"	26.
	"	w.	38,2°	"	100,	"	28.
15. X.	"	r.	37,0°	"	90,	"	26.
	"	w.	39,2°	"	100,	"	30.
16. X.	"	r.	37,6°	"	86,	"	24.
	"	w.	38,0°	"	90,	"	26.
17. X.	"	r.	37,2°	"	80,	"	22.
	"	w.	37,6°	"	84,	"	24.
18. X.	"	r.	37,0°	"	80,	"	24.
	"	w.	37,2°	"	84,	"	20.
19. 20.—30. X. Stan bezgorączkowy.							

W dniu wypisania się ze szpitala 1. XI. stan chorej był następujący: czuje się mocno osłabioną. Cera blada. Tętno 100 drobne, rytmiczne. Oddech spokojny, 22 na minutę. Duszności nie ma. Prawa żrenica mocno rozszerzona, lewa mniej, obie słabo oddziałują na światło.

W dolnej tylnej części klatki piersiowej, odpowiadającej prawemu płuc, pozostało bardzo nieznaczne stłumienie, tamże rozsiane, nieliczne, wilgotne rżnięcia. W obu płucach oddech pęcherzykowy.

Uderzenie wierzchołkowe w IV międzyżebżu słabo wyczuwalne. Tępość serca jeszcze powiększona, górna granica — pod III żebrem, prawa na — prawym brzegu mostka, lewa — w linii sutkowej, dolna odpowiada przebiegowi V-go żebra. W okolicy wierzchołka serca pierwszy ton nieczysty, drugi ton tętnicy płucnej nieco wzmocniony, śledziona nie powiększona. Brzuch niebolesny.

*Epicrisis.* Przypadek powyższy, choć w głównych zarysach podobny jest do poprzedzającego, wyróżnia się jednak pod kilku względami: *polypnoe* powstało wskutek samego przestachu bez współdziałania wysiłku fizycznego w nocy, w czasie klótni chlebowców chorej; było ono zatem pochodzenia czysto korowego. Dopiero później, skoro do tego nadmiernie częstego oddechania i duszności dołączyły się wysiłki fizyczne, zjawilo się mocne bicie serca, wystąpiła silna gorączka, która chorą zmusiła do szukania ulgi w szpitalu. Czy podwyższenie ciepłoty ciała powstało w czasie samego przestachu, czy też później, trudno na pewno powiedzieć; w każdym razie było ono z początku prawdopodobnie nie duże, skoro chora była jeszcze w stanie przez kilka dni spełniać swe dość ciężkie zajęcia służbowe. Gorączka wyróżnia spostrzeżenie to znacznie od pierwszego, w którym ciepłota ciała była prawidłową. Z początku, mając do czynienia z przestrzenią stłumienia, odpowiadającą dolnej i tylnej części prawego płuca, sądziliśmy, że zmiany w płucu są powodem znacznej gorączki. Po dwóch jednak dniach wyłączyłem stanowczo istnienie wysięku lub przesięku, w obec braku zmian w przewodnictwie głosu i ujemnego wyniku przekłucia, kilkakrotnie wykonanego. Podobnie należało wykluczyć i nieżytowe zapalenie płuc, gdyż podczas całego przebiegu nie można było na przestrzeni stłumienia wykryć jakiegoś miejsca o wydłużonym lub oskrzelowym wydechu, któryby wskazywał na ograniczone zajęcie miąższu płucnego. Zresztą gorączka była jesz-

cze bardzo silną wtedy, kiedy przestrzeń stłumienia znacznie się zmniejszyła. Badania płwociny na laseczniki Koch'a dały wyniki ujemne.

Wobec tego — trudno było uważać zmiany w prawem płucu za przyczynę gorączki i to gorączki o wielkiem natężeniu, około 4 tygodni trwającej.

Samo się przez się rozumie, iż nasuwała się nam myśl, czy nie mamy do czynienia z tyfusem, czy objawy zastoju w dolnej części prawego płuca nie można z nim związać. Jednakże kilka-tygodniowa obserwacja chorej doprowadziła nas do odrzucenia tej myśli. W czasie całego przebiegu nie byliśmy w stanie stwierdzić powiększenia śledziony, ani też żadnej choćby tylko krótkotrwałej wysypki; zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego były nieznaczne i to tylko pod koniec choroby. *Sensorium* zaś chorej było zupełnie swobodne. Pacjentka pomimo silnej gorączki czuła się podmiotowo nie źle, siadywała na łóżku, wychodziła sama na stolec i t. p..

Z tych ostatnich względów wypadało również wykluczyć influencę, której, jak wiadomo, towarzyszy zwykle znaczny upadek sił. A przyznać należy, iż cały obraz choroby zbliżał się bardzo do tej postaci, w której nieżytowe zapalenie płuc, jak również *polypnoe* należą do bardzo częstych objawów.

Wreszcie można było pomyśleć o istnieniu ostrej prosowatej gruźlicy, a mianowicie postaci zaduszającej, której zazwyczaj *polycardia* i *polypnoe* towarzyszą. I to rozpoznanie należało odrzucić ze względu, iż poprzednio pacjentka była zupełnie zdrową, a w czasie pobytu jej w szpitalu nie byłem w stanie, pomimo wielokrotnego badania, wykryć zmian chorobowych w wierzchołkach płuc. Zresztą pomyślnie zakończenie choroby przemawia również przeciw ostrej gruźlicy, która kończy się zwykle śmiercią.

Wobec podobnego stanu rzeczy, nie mogąc gorączkę odnieść do kategorii zazwyczaj spotykanych, zmuszony byłem zwrócić się do etyologii zajmującej nas choroby, *resp.* postawić sobie pytanie, czy wzruszenie, lub też przeciążenie pracą fizyczną nie stało się źródłem gorączki.

Co do pierwszego, to możnaby przyjąć, że wskutek wstrząśnienia psychicznego ośrodki nerwowe, regulujące ciepłotę, podległy również pewnym zmianom, podobnie jak się to stało z ośrodkiem oddechowym. Inaczej mówiąc, należałoby gorączkę, spostrzeganą w naszym przypadku, zaliczyć do działu gorączek nerwowego pochodzenia, jakie np. u histeryczek były obserwowane.

Nie zgadza się to jednak z powszechnie dziś przyjętem zapatrywaniem się na etyologię gorączek, której źródłem, według licznych doświadczeń wykonanych na zwierzętach, jest przedostawanie się do krwi substancji zmienionej przemiany materii, lub też produktów jadowitych, wytwarzanych przez bakterye. Spostrzeżenia przy łóżku chorego potwierdzają również w większości przypadków słuszność takiego poglądu. Bywają jednak przypadki, wprawdzie rzadkie, których pod kategorię tę podciągnąć niepodobna, chyba przypuścić, iż w ustroju, będącym pod wpływem niezwyklej bodźców nerwowych, wytwarzają się pewne substancye, które, dostawszy się do krwi, stają się źródłem gorączki. Byłyby to więc rodzaj samozatrucia (*autointoxicatio*). W każdym razie obowiązkiem lekarza-praktyka jest zaznaczać takie niezwykle przypadki, gdyż kilkotygodniowa ścisła obserwacja chorego, ma również nie mniej-

sze znaczenie, jak i doświadczenie w pracowni fizyologicznej lub patologicznej wykonane.

Pewien doświadczony, krytycznym umysłem obdarzony kolega, opowiadał mi, iż u pacjentki jego, młodej panny, po zerwaniu z narzeczonym, wystąpiła silna gorączka przeszło tydzień trwająca, a która dopiero po nawiązaniu na nowo stosunków z narzeczonym ustąpiła prawie nagle.

Co do istnienia gorączki u histeryczek, to zdania są wogóle podzielone. Jedni autorowie zupełnie jej nie przyjmują, inni jednak bardzo poważni badacze, jak: GAGEY, WUNDERLICH, BRIAND, CHAUVEAU, LAURENT, HALE WHITE, MIERZEJEWSKI, SCIAMANA, MORAVCSIK, SARBO, wykazują w swych pracach, iż u histeryczek zdarzają się nie tylko stany do gorączek podobne, lecz nawet istotne gorączki, które za objaw nerwicy uważają.

Z własnej praktyki mógłbym przytoczyć odnośny przypadek, obserwowany wspólnie z kol. BAUERERTZEM i GAJKIEWICZEM. U panny W., histeryczki, wystąpiła silna gorączka, trwająca około 4 tygodni, z przeciętną ciepłotą 40°. Źródło gorączki można było tylko upatrywać w zmienionej czynności układu nerwowego.

U osób takich gorączka może występować w najrozmaitszych kombinacjach z objawami histerycznymi. Może ona być stałą (*febris continua*) i trwa kilka dni, lub nawet kilka tygodni, miesięcy. Ciepłota albo się trzyma w średnich granicach 38°—38,5° C., albo może osiągać bardzo wysokiego stopnia [nawet do 43° C. MIERZEJEWSKI, CLEMON]. Najczęściej ciepłota nie przedstawia żadnego typu, nagle się podnosi i nagle może opadać, podobnież ranne ciepłoty ciała mogą być wyższe od wieczornych.

2) Drugie przypuszczenie, jakie w danym przypadku zrobić możemy, jest następujące: czy źródłem gorączki nie była wyczerpana praca fizyczna, przechodząca siły wątłej, źle odżywianej, 15-letniej dziewczyny?

Na mocy danych, jakie w literaturze francuskiej, zwłaszcza w świeżo wydanym dziele prof. BOUCHARD'a <sup>1)</sup> znalazłem, przypuszczenie to zyskuje wiele prawdopodobieństwa. Pierwszym, który w ostatnich czasach [w r. 1869] zwrócił uwagę lekarzy na możliwość powstawania stanów gorączkowych wskutek wysiłków fizycznych, był prof. PETER. Taki stan patologiczny ochrzcił mianem „*l'auto-typhisation*“, co odpowiada obecnie w użyciu będącemu wyrażeniu „*auto-intoxication*“, samozatrucie. Sposób powstawania takich gorączek opisuje w następujący sposób: podczas skurczu mięśni wytwarza się kreatyna i kreatynina, w czasie zaś pracy mózgu powstaje leucyna i cholestearyna. Te produkty przemiany materii, podobnie jak i wiele innych, zostają szybko wydalone z ustroju, skoro jednak, pod wpływem wzmożonej pracy umysłowej lub fizycznej, wytworzone będą w większej ilości, a nie będą mogły być usuniętymi za pomocą zwykłych dróg, to staną się powodem zakażenia krwi.

Z autorów, którzy zajmowali się kwestyą powstawania gorączki po wysiłkach (*surmenage*), wymienić głównie należy: REVILLIOD [z Genewy], VICTOR RENDON, DREYFUS-BRISAC i LAGRANGE, BOUCHARD, CHARRIN, ROGER, MOSSO i inni.

<sup>1)</sup> Traite de pathologie générale, publié par CH. BOUCHARD. Tome I. Paris. 1895.

W obrazie chorobowym, jaki skutek przemogi występuje, rozróżniają 3 główne czynniki: 1) wyczerpanie układu nerwowego, 2) samozatrucie ciałami, powstającymi przy wzmożonej pracy mięśniowej, 3) zaburzenia w wytwarzaniu krwi i w krwiobiegu. Najważniejszym jednak czynnikiem jest wskazany pod № 2, co i badania moczu potwierdzają. COLLOSANTI i MOSCATELLI kładą nacisk na zwiększanie się kwasu mlecznego, co także LAGRANGE i GONTRELET zauważyli. To samo wykazuje D-r MARUSS w moczu u żołnierzy armii niemieckiej po uciążliwych marszach. Prawdopodobnie w moczu takim znajdują się także ptomainy lub toksalbuminy. Wskazują na to badania BOUCHARD'a, który przekonał się, iż mocz osobników uległych przemodze jest mocno trującym; 12 ct. sześć. takiego moczu na 1 kilogram zwierzęcia wystarcza na zabicie tegoż, gdy tymczasem dla podobnego skutku potrzeba normalnego moczu o wiele więcej [45 ctm. sześć. na 1 kilogram]. TISSIER i BERGOGNIE wykazali, iż u cyklistów, po dłuższej jeździe, mocz w ciągu 24 godzin posiada własności trujące w daleko wyższym stopniu, niż w zwykłych warunkach ruchu.

Co do innych części składowych moczu zwykle napotykanych, to ilość mocznika zwykle zmniejsza się, a zwłaszcza po nagłym spadku ciepłoty, natomiast ilość moczanów, chlorków, fosforanów, siarczanów zwiększa się pod wpływem przemogi.

Badania D-ra ROGER'a wykazały, że wyciąg z mięśni posiada własności wytwarzania ciepła (*thermogène*). Wyciągi wodne okazały się silniejszymi, aniżeli wyskokowe, przygotowane bezpośrednio po śmierci są mniej trującymi, niż te, które były otrzymywane po upływie pewnego czasu po śmierci. Przyczynę podobnego oddziaływania należy prawdopodobnie upatrywać w tem, iż po śmierci mięśnie wytwarzają jeszcze toksyny, nie są jednak wydalane i pozostają na miejscu swego powstawania.

Lecz nie tylko badania fizjologiczno-chemiczne, wykonywane na zwierzętach, ale i obserwacje kliniczne wykazały możliwość występowania gorączki, a nawet stanu tyfusowego, po wysiłkach mięśniowych. PETER nazwał gorączkę tę: *la fièvre de surmenage*. Zjawia się ona przy wyższych stopniach przemogi, zazwyczaj po kilku dniach istnienia ogólnego znużenia, bólów w mięśniach. Podobnie jak w tyfusie, występują niekiedy zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: obłożenie języka, nudności, wymioty lub rozwolnienie z przelewaniem w okolicy *ileo-coecali*. Śledziona może nawet uleść powiększeniu, co się w ogóle jednak rzadziej zdarza, niż w tyfusie. Żółtaczką była również spostrzegana, jak również wysypki i wynaczynienia na skórze. Prócz tego bywają i napływy krwi do płuc, osłabienie i t. p..

Jako przykład pozwolę sobie przytoczyć następujący opis D-ra FOURNOL'a: Pewien mężczyzna odbył drogę z Marsylii do Paryża pieszo w ciągu 9 dni, więc około 870 kilometrów, przecięciowo zatem na dzień robił 96 kilom.. Przybywszy do Paryża w stanie wyczerpania, został odwieziony do szpitala *Hôtel Dieu* z objawami właściwymi bardzo ciężkiemu tyfusowi: krwawienie z nosa, silny ból głowy, znaczna gorączka, język obłożony, biały w środku, żywego zaś czerwonego koloru po brzegach i na końcu, przelewanie w okolicy kiszki ślepej, rozwolnienie, pragnienie, a co najważniejsza—plamki na ścianach brzucha, które

powiększyły się i przedstawiały się w postaci obszernych wynacznień (*ecchymoses*). Po 4 dniach zupełnego wypoczynku wszystkie powyższe objawy zaczęły się zmniejszać: chory odzyskał łaknienie, siłę i przytomność. Opuścił szpital w tymże tygodniu.

Co się tyczy gorączki, to przedstawia ona pewne właściwości:

1) Najczęściej ciepłota podnosi się szybko, przecięciowo do 38° C. i przebiega w postaci t. z. *febris subcontinua*; 5-go lub 7-go dnia ciepłota nagle opada zwykle *per crisis*.

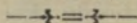
2) W innych przypadkach, pomimo istnienia stanu tyfusowego, podwyższenie ciepłoty jest nieznaczne; niekiedy może ciepłota być nawet prawidłową. PETER uważał podobne przypadki z przebiegiem bezgorączkowym za charakterystyczne dla przemogi.

3) Wreszcie zdarzają się przypadki z typem gorączki powrotnej (*fièvre à rechutes*): po 6—10 dniach gorączki następują 2 dni o ciepłocie prawidłowej, poczem ciepłota znowu się podnosi i trwa 5—6 dni. Postać ta różni się jednak od właściwej gorączki powrotnej, zależnej od obecności we krwi spirylów, tem, iż stan apyrekty trwa w *febris recurrens* zwykle dłużej: 5—8 dni. [C. d. n.]

## O NAJGŁÓWNIJSZYCH ZADANIACH TERAPII I JEJ SPRAWNOŚCI.

Napsal

H. Nusbaum.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 1].

Widzimy z powyższego, że terapia jest w stanie w wielu bardzo razach wybawić ustrój od grożącej mu śmierci—niewątpliwie, że nie we wszystkich. Potęga instynktu samozachowawczego, miłości rodzinnej i pokrewnych jej uczuć, stawia naturalnie lekarzowi w każdym przypadku, bez względu na niewzruszone prawa konieczności przyrodniczej, żądanie odwrócenia śmierci; nie dziwne, że na nieskończonem tle tych zadań, stawianych terapii, zadania, które terapia jest w stanie spełniać, wydają się bardzo ograniczonymi. Ta obszer-na z natury rzeczy dziedzina bezwładności terapii budzi zbyt często lekceważenie jej wartości w szerokich warstwach interesowanego społeczeństwa, ale i niejednego zbyt wrażliwego albo zbyt mało krytycznego lekarza wtrąca w bezpłodną krainę zwątpienia i terapeutycznego nihilizmu. W dziedzinie każdej innej umiejętności ludzkość nie wie nawet, jakie może jej stawiać żądania i pragnienia i dlatego niezmiernie wdzięczną się staje za każdy nowy dar, złożony jej w ofierze. Nie wiadano, że istnieje Ameryka, jak nie wiadano, że siłę pary zastosować można jako źródło ruchu i pracy, elektryczność do porozumiewania się z usunięciem niemal czasu i przestrzeni, że możliwym jest wznoszenie się w wyższe regiony powietrzni, że istnieje metal twardy prawie jak żelazo, a lekki prawie jak papier, że słońce może unieśmiertelniać kształty, że głos żywy można uwieźć na wieki i wskrzeszać do woli i t. d. i t. d.; za wszys-

tkie te niewskazywane, niespodziewane i nieżądane, a spełniane dla dobra ludzkości zadania, jest ona nauce i sztuce wdzięczną i wielbi ich doskonałość i potęgę; jednej medycynie stawiała ludzkość już w samym zaraniu istnienia swego wszystkie możliwe i przenigdy niemożliwe do ziszczenia zadania, no i nieraz gorzko wyrzuca jej głęboką niemoc.

Jakkolwiek niezawodnie dosyć wielką jest sprawność terapii odnośnie do zadania odwracania śmierci, ośmieliłbym się dwa wypowiedzieć dezyderya, które przyczynić by się mogły niewątpliwie do powiększenia tej sprawności.

1) Należałoby ułatwić korzystanie z osiągniętych już metod i utrwalo-nych wskazań przez:

a) wzmocnienie wykładu toksykologii i ustanowienie obowiązującego z niej egzaminu niezależnie od medycyny sądowej, higieny i policyi lekarskiej;

b) przy wykładach chirurgii wprowadzić oddzielny kurs teoretyczno-praktyczny, dotyczący operacji i rękoczynów, mających na celu oddalenie bezpośrednio grożącej śmierci [tracheotomia, laparotomia, herniotomia];

c) stworzyć jak najliczniejsze stacje ratunkowe z doбором środków i przyrządów do ratowania życia; powinny tam się znaleźć: lewar żołądkowy, szprycki PRAVAZ'a, katetery gumowe, przyrząd indukcyjny, przyrządy do transfuzyi, apomorfina [po 0,01], atropina [po 0,001] w pastylkach, t. j. w odpowiedniej dawce do rozpuszczenia w gramie wody, antydoty, mieszek, i t. d., i t. d..

Przyrządy, w jednej szkatułce zebrane, winny się mieścić w każdej aptece, w każdej izbie felczerskiej, na każdej stacyi kolejowej, na każdym pociągu, w każdym lokalu policyjnym, u każdego lekarza policyjnego, w każdym szpitalu i t. d. i t. d..

2) Lekarze w chorobach ostrych zbyt obojętnie przyjmują rozpoczynający się okres blizkiego konania: przypadek nie do uratowania decyduje się i dąsyc; ciepłotę się jeszcze mierzy, tętno się bada, oddech liczy i podaje się do wewnątrz kamforę lub kofeinę najbardziej rutynicznie. Trzeba wtedy koniecznie pamiętać o tem, iż mamy przed sobą najczęściej przypadek otrucia na wysokości jego natężenia i że, usunąwszy na razie niebezpieczeństwo życia, życie to trwale może być ocalonem. Studya nad działaniem w tych razach silnych pobudzeń termicznych, krwi upustów, połączonych z wlewaniem podskórnymi, transfuzyi, wziewań tlenu pod zwiększonym ciśnieniem i t. d., powinnyby być na szerszą skalę przeprowadzanemi zwłaszcza w szpitalach.

Wiele bezwątpienia oczekiwać można od postępów seroterapii w sprawie zubożniania chorobotwórczych czynników, ale, nie czekając na owoce tej metody, trzeba szukać metod i ustalać wskazania do odwracania grożącej śmierci.

Nie możemy się tu zastanawiać nad prawidłami najskuteczniejszego i najwłaściwszego stosowania środków w celach odwrócenia grożącej ustrojowi śmierci; jest to rzeczą toksykologii, farmakologii, patologii i terapii szczerogółowej.

Dodamy tu jeszcze tylko, że chodziło nam tu o odwracanie śmierci dziś bez względu na trwałość dalszą, ocalonego na razie życia. Doba bytu świadomego człowieka w porównaniu z dobą jego niebytu jest tak małą, a tak cenną, że oderwanie najmniejszej cząstki z dziedziny niebytu ma doniosłość wielką.

W jaki sposób zadanie odwrócenia śmierci powinno być w zgodzie lub może stawać w kolizji z innymi terapii zadaniami, o tem mówić będziemy poniżej, a tymczasem zwrócimy się do drugiego ważnego zadania terapii.

## II-e Zadanie terapii. Przedłużanie życia.

Jak trudnym do pojęcia i do określenia jest ideał zdrowia i jak w rzeczywistości to, co nazywamy zdrowiem, co nie wkracza w granicę chorobliwości, jest formą życia, wahającą się pod względem sprawności i poczucia subiektywnego w dość szerokich granicach, tak trudnym jest do określenia ideał długowieczności ludzkiej: najdłuższe notowane w kronikach lata ludzkiego żywota nie wskazują wcale prawdopodobnie możliwego kresu życia w normalnych warunkach; za daleko idąca długowieczność może być anomalią, jak zanadto wybujały wzrost.

Nie naukowe dane, ani wykazy statystyczne, ale instynktowe poczucie ogółu uważając za normalną, naturalną konieczność.

Zadaniem higieny jest, między innymi, starać się o stwarzanie warunków, pozwalających zdrowemu ustrojowi jak najdalszego dobieść kresu życia, ba! nawet starać się, jeśli to jest możliwem, kres ten z biegiem pokoleń oddalać coraz dalej; higiena bowiem winna zdrowia nie tylko strzedz ale i doskonalić je.

Higiena wszakże odnosi się tylko do życia zdrowego i jest siostrą rodzoną medycyny, ale nie jest medycyną.

Zadanie przedłużania życia chorego należy do terapii. Higiena jest jedną, tak jak jednym jest zdrowie. Higienoterapia bywa bardzo różnorodną tak, jak różnorodnymi są formy chorobowe. Higienoterapia jest jeszcze nie dość świadomą siebie, ale dzielną i nader doniosłą gałęzią sztuki lekarskiej obok terapii w zwykłym ciasniejszym jej znaczeniu i obok chirurgii. Higienoterapia ma pewne zasługi w sprawie usuwania chorób, o czem niżej, ale zasługi olbrzymie w sprawie przedłużania życia ludzkiego.

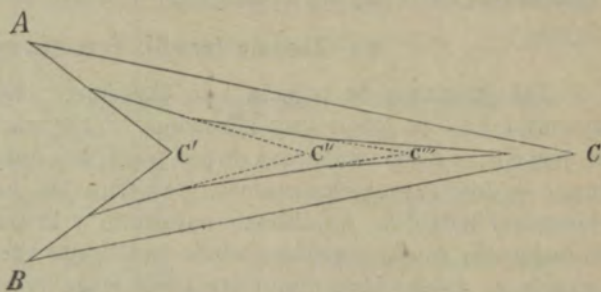
W chorobach ostrych przedłużanie życia, czyli podtrzymywanie przez czas krótki, równa się często przedłużeniu życia na czas bardzo długi, jak to już wspominaliśmy, mówiąc o zadaniu terapii odwracania śmierci. Pomijając wszakże ostre choroby, lub ostre stany w przebiegu chorób przewlekłych, też w samych chorobach przewlekłych przedłużanie życia, jeśli nie uleczenie, jest kapitalnem zadaniem terapii.

Choroba nieuleczalna nie powinna nigdy powodować lekarza do wzruszenia ramionami, do bezczynności istotnej, choćby niejawniej, do przepisu czegośkolwiek „*ut aliquid fiat*“. Niezależnie od zadań możliwego podniesienia sprawności chorego lub zmniejszenia jego cierpień, o czem poniżej będzie mowa, pamiętać trzeba, że życie zdrowe i życie nieuleczalnie chore, to tylko pod różnym kątem zbiegające się linie, ograniczające szerokość zdrowia [p. fig.].

Jeżeli w punktach *A B* jest początek nieuleczalnej choroby, to „gdy punkt *C* byłby końcem życia normalnej szerokości, punkt *C'* będzie końcem życia, którego szerokość uległa chorobowemu ograniczeniu bez interwencji terapii. Zao-

strzać kąt przecięcia czyli oddalać punkt przecięcia się linii ograniczających szerokość zdrowia jest ważnym zadaniem, nieustanym obowiązkiem i do pewnych granic niewątpliwą możliwością terapii.

Obowiązkiem terapii jest linie odchyłać dziś, by punkt przecięcia czekał je w  $C'$ , ju tro tak, by je czekał w  $C''$  i t. d., dopóki da się. Zdarza się niewątpliwie, że umiejętne higienoterapia doprowadzić może



życie z chorobowo ograniczoną szerokością do punktu  $C$ , t. j. do punktu, którego by dany ustrój nawet w stanie zdrowia nie był w stanie przekroczyć.

Dla zdania sobie sprawy ze sprawności terapii w zadaniu przedłużania życia, a wraz dla zyskania otuchy do odpowiednich usiłowań terapeutycznych, pamiętać zawsze należy, że życie jest wypadkową dwu szeregów sił: wewnętrznych ustroju i zewnętrznych środowiska. Tyleż w sprawie życia stanowi protoplazma uorganizowana z jednej, a czynniki świata zewnętrznego z drugiej strony, ile w sprawie np. tworzenia się wody z jednej strony wodor, z drugiej — tlen. Gdybyśmy zrobili idealne przypuszczenie, że jeden ze składowych pierwiastków cząsteczki wody i tylko w cząsteczce wody zyskuje świadomość siebie, pierwiastek ten uważałby pierwiastek drugi za świat zewnętrzny względem siebie, oderwany jednak od drugiego stałby się od razu sam treścią zewnętrznego świata, stałby się nieświadomym składnikiem innych ciał z innymi własnościami, wystąpiłyby też w grę inne własności tegoż pierwiastku, jakkolwiek nie straciłby on dawnych, dziś potencjalnych swoich własności.

Funkcye wodoru zależą tak od jego własnej istoty, jak i od istoty ciał z którymi się styka. Tlen nie miałby własności utleniania, gdyby nie istniało żadne ciało obdarzone własnością utleniania się. Funkcye ustroju są takimi, a nie innymi, dlatego, że takie, a nie inne są własności otaczającego go świata zewnętrznego. Funkcye przeto życiowe i bieg życia mogą być zawsze zmodyfikowanemi przez zmianę warunków zewnętrznych, a to do pewnego stopnia jest zawsze w naszej mocy.

Zadaniem przeto terapii jest tak modyfikować warunki życia chorego ustroju, aby płomień życia jak najdłużej płonął. Czy metoda przedłużania trwałości płomienia polegać będzie na otoczeniu go latarnią od podmuchów wiatru go chroniącą, czy na zmienionej wentylacji produktów palenia, czy na zwiększeniu lub zwolnieniu dopływu materiałów palnych — mniejsza oto: przedłużać trwanie iskry życia to podniosłe i często wdzięczne zadanie terapii.

Często wobec choroby nieuleczalnej za publicznością lekarze sami z lekceważeniem mówią: „eh! tu medycyna nic nie poradzi“ — nie pomni, że, przedłużając życie, wszakże stwarzają i darują je.

Gdy z dedukcyi przejdziemy do analizy faktów, to łatwo się przekona-



my, że w nozografii chorób przewlekłych granice zakreslane trwaniu chorób przewlekłych, nieuleczalnych bardzo są niepewne.

Przyjrzyjmy się rokowaniu w najniebezpieczniejszych formach nozologicznych:

Stwardnienie wysepkowate osi mózgodzeniowej (*sclérose en plaques disséminées*) trwa średnio od 3 do 6 lat, ale bywają formy zaledwie 2 lat dosięgające, a również formy, trwające przeszło 15 lat. Formy czysto rdzeniowe dochodzą do blisko 30-letniego trwania, chociaż są takie, które 10 lat nie dobiegają.

Czyż mamy prawo taką różnorodność trwania jednej formy chorobowej przypisywać wyłącznie indywidualnej odporności, a zaprzeczyć wpływu warunków, wśród których choroba się rozwija?

Jeżeli przypisywać będziemy układowi mózgo-rdzeniowemu potencjonalną skłonność do tej choroby, toż wybuch jej najczęściej, jak uczy obserwacya, powodują pewne wpływy zewnętrzne; już z tego samego wynika, że i na dalszy jej rozwój nie wyłącznie własności indywidualne ustroju, ale i wpływy zewnętrzne oddziałują. Odpowiednia przeto higiena nie może nie wpływać tutaj na oddalenie się przecięcia linii, ograniczających szerokość życia. Weźmy pod uwagę: porażenie postępowe (*paralysis progressiva*). Formy tego cierpienia, cechujące się nadrucliwością, trwają od 1—2 lat, formy z przygnębieniem od 2—3 lat, formy z charakterem demencyjnym od 4—5 lat, ale były obserwowane i takie, które trwały 8 i 10 lat; formy bujne [ekspansyjne] trwają średnio od 3 do 4 lat, ale i do kilkunastu lat, zwłaszcza gdy się bierze pod uwagę okres zwiastunów. KRAEPELIN miał sposobność w r. 1884. obserwować przypadek porażenia postępowego, którego początki sięgały niewątpliwie wojny francuzko-niemieckiej, a więc przypadek z przebiegiem 14-letnim. Gdy zaś higieno-terapia winna być przedewszystkiem w okresie zwiastunów stosowaną, nie możemy wcale wiedzieć, jak dalece jesteśmy w stanie przedłużyć i opóźnić przebieg tej złowrogiej choroby, zwłaszcza wobec widocznych okresów znakomitej poprawy, wywoływanych odpowiednimi warunkami higienicznymi — okresów, które trwać mogą od kilku miesięcy do 5 lat, a wyjątkowo i dłużej. Notowane są wszakże rzadkie przypadki zupełnego wyzdrowienia.

Nawet porażenia opuszkowego (*paralysis bulbaris*), tej strasznej choroby przebieg jest dość rozciągłym, bo od roku jednego aż do siedmiu! I tu nawet ma lekarz zadanie i prawdopodobną możność katastrofę opóźnić.

Jak wiele może higieno-terapia w moczówce cukrowej (*diabetes mellitus*), najlepiej dowodzi historia tej choroby. Straszne objawy końcowego okresu ciężkiej formy cukrzycy nie mogły uść spostrzeżeniu najdawniejszych lekarzy. Już przeto starożytni lekarze indyjscy, jak i w I-ym wieku ery chrześcijańskiej, rzymianin CELS i grek ARÆTEUS, opiewają straszną chorobę, polegającą na płynieniu wprost bez miary z człowieka moczu, na strasliwym pragnieniu i przerażającym chudnieniu. Autorowie dawni [do XVII w.] nie mogli znać formy nozologicznej w mowie będącej, znali tylko końcowy okres choroby, pozbawionej wszelakiej higieno-terapii. Gdy się zwrócimy dzisiaj do wielu le-

karzy, wielką cieszących się praktyką, z których każdy dziesiątki diabetyków leczył, kto z nich i ile widział kacheksyi cukrowych? Przekonamy się ze skąpych stosunkowo odpowiedzi potakujących, ile znaczy dla moczówki cukrzycowej higienoterapia.

Dzisiaj rokowanie w cukrzycy waha się bardzo co do zejścia śmiertelnego:

Forma ciężka przeciąga się od 1—5 lat, a nawet do 12 lat; formy lżejsze do 25 lat! [SEEGEN].

Formy cięższe od 1—2 lat, względnie lżejsze do 10 lat i dłużej, formy lżejsze — długie lata [NOORDEN].

Ja sam mam sposobność obserwować od lat kilkunastu chorych, oddających w różnych okresach dość znaczne ilości cukru [5—7%], ale poddających się pilnie odpowiedniej higienoterapii.

Weźmy pod uwagę zapalenie nerek mięzzsowe, przewlekłe (*nephritis interstitialis*): „czas trwania choroby jest bardzo długi i wynosi parę lat“, mówi JACCOUD; „trwanie choroby może się na długie lata rozciągać“, powiada EICHHORST. OPOLZER obserwował przypadek trwający 23 lata.

Widzimy przeto, jak w wielu absolutnie lub prawie absolutnie nieuleczalnych chorobach przebieg pod względem trwania jest różny i jak szerokie granice obejmują wahania odległości od pierwszych początków do zejścia śmiertelnego. Gdy weźmiemy pod uwagę mało wogóle znane okresy początkowe wielu chorób przewlekłych, o ile nie biorą początku od ostrych [jakkolwiek nierzadko bierzemy za ostry początek pierwsze zaostrzenie już istniejącego przedtem przewlekłego cierpienia], to granice trwania, zwykle podawane w podręcznikach, wypadną jeszcze za ciasnymi. Postęp w metodach dyagnostycznych dopełnił dopiero w ostatnich czasach historii naturalnej wielu chorób, które dawniejszym klinicytom były właściwie znane tylko z późniejszych swych okresów: że tu wymienimy tylko przelotne porażenia nerwu okoruchowego przy współczesnym braku odruchu kolanowego, obok krótkich, dotkliwych bólów tu i owdzie, z początkowego okresu uwiadu mleczu pacierzowego, który to często bardzo długotrwały okres dawniejszym klinicytom jako cząstka jednostki nozologicznej zupełnie był obcym; objawy zwykłego z pozoru niezytu przewlekłego oskrzeli z obecnością laseczników gruźliczych w płwocinie wskazują, jak bardzo długo może się ciągnąć przebieg początkowego okresu gruźlicy płuc, które dawniejszym klinicytom objawiało się z początkiem uwiadu gruźliczego, późniejszym — z wystąpieniem dopiero wyraźnych objawów osłuchowo-opukowych. To samo odnosi się do cukrzycy wobec ulepszonych metod wykrywania cukru w moczu i t. d..

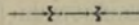
Gdy z każdego punktu nieomal posuniętych okresów chorób przewlekłych możemy zawsze jeszcze przez regulowanie funkcji, przez leczenie symptomatyczne, przez odpowiednie warunki środowiska, słowem, przez higienoterapię, odchyłać choćby jeszcze o najmniejszy kąt, dążące do przecięcia się linie graniczne szerokości życia, o ile wdzięczniejszem będzie zadanie terapii przedłużania życia w okresach początkowych chorób, w okresach najmniejszego ich natężenia. Na ważność studyów najmniejszych natężeń procesów patologicznych,

między innymi, w okresach początkowych chorób wskazałem w odnośnej rozprawie mojej w r. 1872 [„O natężeniu spraw patologicznych“].

Według naszego przeświadczenia, na doświadczeniu, analizie faktów i zdaniach poważnych autorów opartego, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że odpowiednia hygieno-terapia może unicestwić, lub bardzo znacznie odroczyć wybuch gruźlicy u osobnika najbardziej do gruźlicy usposobionego; może ona też unicestwić lub znacznie opóźnić powstanie demencji paralitycznej, lub innej ciężkiej psychozy u osobników neuropatycznych, najbardziej do cierpień tych usposobionych, a życie w tych chorobach, gdy się już ujawniły, znacznie przedłużyć.

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 2. Richard Stern [Wrocław]. Przyczynki kliniczno-bakteryologiczne do patologii i terapii tyfusu brzuszego.

Studując właściwości biologiczne laseczników tyfusu brzuszego, autor w pierwszym rzędzie zastanawia się nad stosunkiem tego lasecznika do soku żołądkowego, uważanego powszechnie za jeden ze środków ochronnych ustroju przed wtargnięciem doń rozmaitych drobnoustrojów. Doświadczenia wykazały, że lasecznik tyfusowy ginie w 0,1—0,3% roztworze wodnym kwasu solnego. Lecz sok żołądkowy działa na lasecznik tyfusowy znacznie słabiej, niż wodny roztwór kwasu solnego tejże koncentracji. Zależy to od obecności w zawartości żołądka ciał białkowych, peptonów, rozmaitych soli i t. d. Z badań, dokonanych przez HAMBURGER'a nad działaniem wolnego kwasu solnego, jak również związanego z ciałami białkowatemi, na bakterye chorobotwórcze, a w szczególności na lasecznika tyfusowego, wynika, że kwas solny, związany z białkanami, o wiele słabiej i wolniej działa na lasecznika tyfusowego, niż wolny kwas solny. Winniśmy nadto pamiętać, że w warunkach normalnych w pierwszym czasie po spożyciu pokarmu niema wcale wolnego kwasu solnego w zawartości żołądka i że więc wówczas laseczniki tyfusowe mogą nawet w dużej ilości przejść do kiszek, gdzie spotykają warunki przyjaźniejsze dla swego rozwoju. Na mocy wyżej powiedzianego winniśmy uważać ochronę, jaką przedstawia kwas solny zawartości żołądka przeciw wtargnięciu lasecznika tyfusowego, za niepewną. Tylko w przypadkach z nadkwaśnością, w których wolny kwas solny znajduje się w żołądku także naczczo, można spodziewać się, że wprowadzone pierwiastki zakaźne ulegną zniszczeniu. Że w warunkach normalnych drobnoustroje nawet mniej odporne względem kwasu solnego, niż lasecznik tyfusowy, mogą przejść przez żołądek do kiszek, autor wykazał, wprowadzając wraz z pożywieniem drobnoustrojów, nie napotykaną w ludzkim przewodzie pokarmowym, mianowicie *bac. prodigiosum*; znajdował go bowiem później w wypróżnieniach za pomocą hodowli.

Drugie pytanie, jakie sobie stawia autor, polega na tem, czy bakteryologiczne badanie wydzielin i krwi chorego może się przydać dla celów różniczkowo-rozpoznawczych. W nietypowo przebiegających przypadkach rozpoznanie

może się wahać między tyfusem brzuszny z jednej strony, a ostrą gruźlicą prosówkową, *septicaemia kryptogenetica*, *meningitis*, *pneumonia centralis etc.* z drugiej. Znalezienie w takich przypadkach lasecznika tyfusowego byłoby dowodem rozstrzygającym. Badanie wypróżnień chorego do celu nie prowadzi, gdyż wypróżnienia zawierają mnóstwo innych bakterii, z których przeważna ilość należy do grupy *bac. coli*. Odróżnienie tych bakterii od lasecznika tyfusowego jest przy obecnym stanie bakterjologii bardzo kłopotliwe. Przyłącza się tu jeszcze ta okoliczność, że, podług poszukiwań niektórych autorów, laseczniki tyfusowe przed 9 lub 10 dniem choroby wogóle nie występują w wypróżnieniach i że później ilość ich jest tam bardzo małą. O wiele lepsze widoki przedstawia badanie śledziony i krwi. Przekłucie śledziony dało już wielu badaczom [PHILIPOWICZ, LUKATELLO, CHANTEMESSE i WIDAL, RENDTENBACHER] w przeważającej liczbie badanych przypadków wyniki dodatnie, lecz przekłucie śledziony połączone jest z pewnym niebezpieczeństwem [gdyż lasecznik tyfusowy posiada własności ropotwórcze], choć wzmiankowani badacze nie spostrzegali żadnych złych następstw po przekłuciu śledziony. Zauważyć należy również, że rozpoznanie przedstawia często trudności właśnie w tych przypadkach, w których z powodu silnego wzdęcia brzucha określenie wielkości śledziony jest niemożliwe.

Bakterjologiczne badanie krwi [wziętej nie ze śledziony] przy tyfusie brzuszny dawało wielu badaczom do ostatnich czasów zupełnie, albo przeważnie ujemne wyniki. Tylko NEUHAUS, badając krew z różyczek, często wyhodowywał z niej lasecznika tyfusowego. Późniejsze badania jednak [FRAENKEL, SIMMONDS, CHANTEMESSE i WIDAL, MERKEL i GOLDSCHMIDT] nie potwierdziły tego. Autor badał krew 6 tyfusowych i u 3-ch udało mu się wyhodować ze krwi lasecznika tyfusowego. Pierwszy przypadek, który skłonił autora do bakterjologicznego badania krwi, przedstawiał pod względem różniczkoworozpoznawczym wielkie trudności, tak, że BIERMER z początku rozpoznał zapalenie otrzewnej, wychodzące prawdopodobnie z wyrostka robaczkowego. Tylko wyhodowanie ze krwi różyczek lasecznika tyfusowego rozstrzygnęło o rozpoznaniu, które zostało potwierdzonem później przez oględziny pośmiertne. Ze krwi, wydobytej w tym przypadku z końca palca, nie udało się wyhodować lasecznika tyfusowego. Ponieważ z wielu zebranych spostrzeżeń z ujemnym wynikiem badania krwi można było wywnioskować, że laseczniki tyfusowe występują we krwi w ilości, bądź co bądź, bardzo szczupłej, ponieważ, z drugiej strony, hipoteza NEUHAUS'a, że w różyczkach laseczniki tyfusowe znajdują się w dużej ilości, na chwiejnych spoczywa podstawach, autor obok badania krwi z różyczek, przeprowadzał badania i nad krwią żylną, którą wydobywał z *vena mediana cubiti* za pomocą strzykawki PRAVAZ'a. Wyhodowane laseczniki tylko wówczas były uznawane za tyfusowe, gdy hodowle na agarze [z cukrem] nie wytwarzały gazów, gdy hodowle na kartoflu okazywały typowy „niewidoczny“ wzrost [*unsichtbares Wachsthum*] i gdy hodowle te nie ścinały mleka. W 4—5 dni po wydobyciu krwi rozpoznanie mogło być zazwyczaj postawione, przynajmniej z wielkim prawdopodobieństwem. Jeszcze w jednym wątpliwym przypadku badanie bakterjologiczne krwi pozwoliło autorowi z całą pewnością na

postawienie rozpoznania: „tyfus brzuszny“. Przypadek dotyczył człowieka ze starymi zmianami gruźliczymi w płucach. Rozpoznanie wahało się między tyfusem brzuszny a ostrą gruźlicą prosówkową. Ze krwi, pochodzącej z różyczek, udało się wyhodować tylko gronkowca białego, ze krwi zaś żyłnej obok tegoż wyhodowano także lasecznika tyfusowego. Oględziny pośmiertne i w tym przypadku potwierdziły rozpoznanie. Wogóle z 6 przypadków autora w 3-ch została wykazana we krwi obecność lasecznika tyfusowego; w 2 przypadkach— we krwi z różyczek, w jednym—we krwi żyłnej. Nadmienić trzeba, że, zgodnie ze zdaniem innych autorów, w przypadkach z wynikiem dodatnim liczba rozwijających się na płytkach hodowli lasecznika tyfusowego zawsze była bardzo mała. Więcej, niż 2—3 hodowle na jednej lub 2-ch z przygotowanych płytek, nie spostrzegano. Materiał, badany przez autora, nie jest wprawdzie okazałym, lecz wyniki przez niego otrzymane powinny zachęcić do dalszych badań w tym kierunku.

W dalszym ciągu autor rozbiera kwestyę działania krwi ludzkiej na lasecznika tyfusowego. W jednej ze swych poprzednich prac autor zwrócił uwagę na to, że te właśnie bakterye chorobotwórcze, które najsilniej ulegają bakteryobójczemu działaniu krwi, jak np. przecinkowce Коch'a, we krwi nie występują, gdy tymczasem tylko te bakterye prowadzą do posocznicy, które we krwi znajdują grunt przyjazny dla swego rozwoju. Z tą okolicznością pozostaje, być może, w związku skąpe występowanie laseczników tyfusowych we krwi chorych. Przy późniejszych badaniach porównawczych autor przekonał się, że bakteryobójcze własności krwi ludzi, którzy przebyli dopiero co tyfus brzuszny, względem lasecznika tyfusowego, są o wiele słabsze od takichże własności krwi osób, które poprzednio na tyfus nie chorowały. Dalsze badania autora miały na celu przekonać się, czy surowica krwi ludzi, którzy przebyli tyfus brzuszny, posiada te same własności, co surowica krwi zwierząt sztucznie uodpornionych. Na mocy szeregu odnośnych badań autor przekonał się, że tak rzeczywiście jest. Autorzy, którzy później zajmowali się tą kwestyą [CHANTEMESSE i WIDAL, NEISSER, PFEIFFER] doszli do tych samych wyników. W toku tych badań autor wykazał także, że te ochronne własności surowicy krwi ludzi, którzy przebyli zakażenie tyfusowe, z biegiem czasu słabną. CHANTEMESSE i WIDAL otrzymali niejakię wyniki pozytywne także przy użyciu surowicy krwi ludzi, którzy nigdy na tyfus nie chorowali. Autor powtórzył te badania i przekonał się, że surowica taka posiada własności uodporniające znacznie rzadziej i to tylko w dużych ilościach. Na zasadzie stosunku krwi ludzi, którzy przebyli zakażenie tyfusowe, do lasecznika tyfusowego [patrz wyżej], jak również na podstawie innych dowodów, autor wyraża zdanie, że odporność przy tyfusie brzuszny polega nie na bakteryobójczych własnościach surowicy krwi, lecz na zmianach, zaszłych w komórkach ciała, *resp.* na zmianach w ich czynnościach. Rzecz ma się więc tak samo, jak przy błonicy [BEHRING] i przy cholery [PFEIFFER]. Surowica przeciwtyfusowa okazuje działanie nie tylko uodporniające, lecz i leczące: nawet w kilka godzin po nastąpieniu dawką jadu absolutnie zabójczą wówczas, gdy zwierzę okazuje już wyraźne objawy chorobowe, udaje się przez zastrzykiwanie surowicy ocalić mu życie.

Na uwagę zasługuje przytem względnie mała dawka surowicy, potrzebna dla utrzymania zwierzęcia przy życiu. Wyniki przytem otrzymane bardzo zachęcają do stosowania surowicy przeciwtyfusowej w celach leczniczych u ludzi. Z doświadczeń autora wynika, że nawet wkrótce po skończeniu choroby w surowicy zachodzą duże wahania w zawartości substancji ochronnych, wskutek czego nie należałoby stosować w celu leczniczym surowicy, otrzymanej ze krwi człowieka, który niedawno przebył tyfus brzuszny, nie poznawszy uprzednio jej wartości leczniczej za pomocą doświadczeń na zwierzętach. W myśl dopiero co powiedzianego, wyniki ujemne, otrzymane przy stosowaniu surowicy przeciwtyfusowej przez HAMMERSCHLAG'a, JAKSCH'a, E. NEISSER'a, nie mogą być miarodajne, gdyż poprzednio nie była badana przez tych autorów siła surowicy. Wogóle o dawkowaniu surowicy przeciwtyfusowej może rozstrzygnąć tylko doświadczenie kliniczne. Obliczenie działania surowicy przeciwtyfusowej na chorego człowieka na podstawie znalezionych przy doświadczeniach na zwierzętach wartości nie jest racjonalnem. Mogło to mieć rację dawniej, gdy przedstawiano sobie, że działanie lecznicze surowicy polega na niszczeniu jadu. Obecnie zaś, gdy przyjmujemy, że surowica działa na sam ustroj, zmieniając odpowiednio czynności jego komórek, dawkowanie takie nie jest dozwolonem: nie mówiąc już o tem, że doświadczalne zakażenie tyfusowe i tyfus brzuszny u człowieka, aczkolwiek etyologicznie pokrewne, klinicznie przedstawiają sprawy zupełnie odmienne, uwzględnić winniśmy jeszcze tę okoliczność, że ilości surowicy, potrzebne u różnych gatunków zwierząt, nie są bynajmniej proporcjonalne do wagi ciała.

Poznanie stosunku lasecznika tyfusowego do wysokiej ciepłoty ważne jest tak z punktu widzenia teoretycznego, jak i ze względów praktycznych. W rzędzie wskazań objawowych przy leczeniu tyfusu brzusznego dla wielu lekarzy na pierwszym planie stoi leczenie gorączki. Spór co do znaczenia wysokiej ciepłoty w przebiegu tyfusu brzusznego ciągnie się jeszcze od czasów starożytnych: gdy jedni jeszcze obecnie utrzymują, że wysoka ciepłota wywiera wpływ zbawienny, osłabiając żywotność lasecznika tyfusowego, inni natomiast podają to w wątpliwość i wskazują na szkodliwe strony działania wysokiej ciepłoty. Spostrzeganie kliniczne tak w tej, jak zresztą w wielu innych kwestiach terapeutycznych, okazuje się zbyt złożonem, aby mogło doprowadzić do jakichś pewnych wyników. To jedno staje się dla wielu klinicystów nie ulegać żadnej wątpliwości, że stosowanie metody leczenia, skierowanej przeciw gorączce, niezdolne jest skrócić przebiegu tyfusu, lub wogóle wpłynąć dodatnio na ten przebieg.

Wobec wysokiej doniosłości omawianej kwestyi tak pod względem czysto naukowym, jakoteż praktycznym, dziwić się wypada, jak mało jeszcze faktycznego materiału posiadamy obecnie w tym przedmiocie. Dla wielu innych bakterii chorobotwórczych mniej lub więcej dokładnie znany jest stosunek do nich wysokich temperatur. Odnosne zaś badania nad lasecznikiem tyfusowym są nader nieliczne, gdy tymczasem właśnie w przebiegu tyfusu brzusznego najczęściej bywa stosowane leczenie przeciwgorączkowe. Aby zapłacić tę lukę, zajął się autor wspólnie z M. MUELLER'em kwestyą działania wysokiej ciepłoty

na wzrost i jadowitość lasecznika tyfusowego. Jako miary dla porównania użyli autorowie pojęcia t. zw. szybkości rozmnażania (*Fortpflanzungsgeschwindigkeit*), pod którym rozumieją liczbę pokoleń bakterii, rozwijających się w danym określonym czasie. Z dużej liczby doświadczeń okazało się, że przeciętny czas trwania jednego pokolenia przy 37,5° do 38,1° C. równa się 32 minutom, a przy 39,7° do 40,4° C. równa się 37,2 minutom, czyli: że z jednego lasecznika w ciągu doby przy normalnej ciepłocie ciała powstanie około 45, a przy 40° C. około 39 pokoleń. Okazuje się więc, że zwolnienie rozmnażania lasecznika tyfusowego pod wpływem wysokiej ciepłoty jest bardzo ograniczone. Wstrzymanie zaś rozwoju lub uśmiercenie lasecznika tyfusowego nie dochodzi do skutku, jak wskazują dalsze badania autora, nawet przy ciepłocie 41,5°—42° C.. Z doświadczeń tych okazało się, że nawet po dwumiesięcznym pozostawaniu w termostacie przy 42° C. lasecznik tyfusowy jest jeszcze zdolnym do rozwoju. Różnicy w złośliwości [jadowitości] laseczników, hodowanych przy 37,5° i przy 40° C., autor nie zauważył. Ze wszystkich tych doświadczeń wynika, że przeciwnicy leczenia przeciwgorączkowego przy tyfusie brzuszny nie mogą w żaden sposób powoływać się na wyniki poszukiwań bakteriologicznych, jako na potwierdzenie swych zapatrywań.

W szeregu środków, stosowanych przy tyfusie brzuszny, wybitne miejsce od dawien dawna zajmują środki odkażające przewód pokarmowy. W nowszych czasach występują, jako zwolennicy tej metody leczenia, ROSSBACH i BOUCHARD. Pierwsze pytanie, które się tu nasuwa, polega na tem, czy można spodziewać się istotnego wpływu na bodziec chorobotwórczy od odkażenia przewodu pokarmowego przy tyfusie brzuszny. Zniszczenie laseczników tyfusowych wewnątrz ustroju za pomocą środków odkażających przewód pokarmowy możliwym jest, rzecz oczywista, tylko wówczas, gdy lasecznik znajduje się jeszcze w przewodzie pokarmowym, t. j. w samym początku choroby. W praktyce okazuje się niemożliwym uchwycenie odpowiedniego momentu: między chwilą wniknięcia zarazka do ustroju a początkiem objawów chorobowych upływa czas, który najzupełniej wystarcza, aby lasecznik tyfusowy mógł przekroczyć obręb przewodu pokarmowego i wniknąć do gruczołów, krwi i t. d. Jest nawet bardzo prawdopodobnem, że tak zw. objawy zwiastunne występują dopiero wówczas, gdy laseczniki już wniknęły do ustroju. Na mocy wyżej powiedzianego, leczenie poronne (*curatio abortiva*) tyfusu brzusznygo niema racji bytu. Drugie pytanie, jakie zadaje sobie autor, brzmi: czy za pomocą dotychczas stosowanych środków można wogóle osiągnąć jakieś wybitne odkażenie przewodu kiszki? Tu autor poddaje krytyce rozliczne dotychczas stosowane metody badania tej kwestyi i dochodzi do wniosku, że żadna z nich nie daje pewnych wyników. Autor obrał inną drogę: wprowadza do przewodu pokarmowego bakterję o charakterystycznym wroście i znanej odporności względem środków odkażających i bada następnie zachowanie się jej pod wpływem podawanych *per os* środków antyseptycznych. W tym celu autor wybrał *bac. prodigiosum*. Doświadczenia z kalomelem, salolem, naftaliną,  $\beta$ -naftolem i kamforą zgodnie wykazały, że wypróżnienia chorych podczas podawania wzmiankowanych środków zawsze zawierały liczne żywe laseczniki (*b. prodig.*). Doświadczenia te

były przeprowadzone tak na ludziach z normalnem trawieniem, jako też na dotkniętych ostrym lub przewlekłym nieżytem jelit. Z doświadczeń swoich autor nie wysnuwa bynajmniej wniosku, aby nie można było osiągnąć pewnego stopnia odkażenia przewodu pokarmowego; jest on raczej tego zdania, że zupełnie możliwym jest otrzymanie pewnego stopnia zwolnienia rozwoju bakterii w kanale kiszki, co okazuje się wielce użytecznym przy sprawach wzmożonej fermentacji i gnicia. Spostrzeżenia kliniczne nad wynikami leczenia tyfusu brzuszego za pomocą środków odkażających są w zupełnej zgodzie z poglądami autora. W Niemczech obecnie już mało znajdujemy zwolenników tej metody leczenia; we Francji zaś metoda ta znajduje jeszcze szerokie zastosowanie dzięki BOUCHARD'owi i jego uczniom. Wyniki, podane przez BOUCHARD'a, ogólnie biorąc, nie są bynajmniej wybitnie pomyslnymi [7—15% śmiertelności]. Przy rozmaitych innych metodach leczenia, a szczególnie przy leczeniu wyłącznie objawowo-dietetycznym, osiągnięte zostały podobne lub nawet lepsze wyniki. Nadmienić należy także, że przy leczeniu cholery azyatyckiej za pomocą środków odkażających BOUCHARD otrzymywał rezultaty wcale niepomyślne [66%]. Chorzy, którzy już byli wyzdrowieli przy stosowaniu jego „*traitement antiseptique*“ i jeszcze przez pewien jakiś czas leczenia byli środkami odkażającymi, dostawali nawrotów cholery. Cholera azyatycka o wiele lepiej się nadaje do badań nad działaniem antyseptyków, gdyż bodźce zakaźne znajdują się tu po większej części tylko w świetle jelit i są mniej odpornymi względem środków odkażających, niż lasecznik tyfusowy. Przeto wyniki BOUCHARD'a mogą być uważane za kliniczny dowód bezskuteczności metody odkażającej, dowód, który a *fortiori* stosuje się do tyfusu brzuszego.

(*Sammlung klinischer Vorträge, begründet von Richard v. Volkmann, Nr. 138. Grudzień, 1895.*)

Stanisław Pechkranc.

### 3. Emmerich i Zimmermann. Kilka przypadków raka i mięsaka, leczonych surowicą przeciwrakową.

EMMERICH i ZIMMERMANN ogłaszają nową seryę przypadków [5] t. zw. beznadziejnych, nie nadających się do operacji, w których wstrzykiwanie miejscowe surowicy przeciwrakowej podobno sprowadziło „prawdziwie zdumiewające“ wyniki. Wprowadzono w miąższ nowotworów, w ciągu 5—6 dni kolejnych, stopniowo zwiększane [ $\frac{1}{2}$ , 2, 4, 6, 8, 10 ctm.] dawki surowicy, dopóki nie wystąpił odczyn wyraźny w postaci zaczerwienienia, obrzmienia i gorączki, poczem robiono przerwę [4—8 dni], aby znów, w razie potrzeby, przystąpić do nowej seryi wstrzykiwań. Te ostatnie mogą uodpornić niejako dany organizm [słaby odczyn po wstrzyknięciu], co wymaga kilkotygodniowej lub kilkomiesięcznej przerwy. Nawet w tych przypadkach, w których guzy złośliwe pod wpływem surowicy nie uległy wessaniu, chorzy odczuwali ulgę znakomitą, dzięki zmniejszeniu się lub ustąpieniu bólów. W przypadkach wreszcie groźnych nie wahano się po kilku i kilkunastu wstrzyknięciach surowicy zaszczerpieć wprost pasożyty róży; doświadczenie bowiem nauczyło, że przebieg róży po iniekcjach powyższych staje się łagodnym.

W krótkich słowach podaję przebieg choroby w tych przypadkach, w których użyto tego sposobu leczenia.



Przypadek I. Pięćdziesięciokilkoletniej kobiecie odjęto, prawie przed 1½ rokiem, sutkę lewą, z powodu raka tejże sutki. Blisko w rok potem wycięto szereg guzków nowotworowych, jakie pojawiły się z bliskości blizny poamputacyjnej, i rakowato zwyrodniałe gruczoły z lewej strony szyi. W dwa tygodnie chora zauważyła guzik w sutce prawej i gruczoł powiększony pod prawą pachą; tak jeden, jak i drugi szybko się zwiększały. Zaproponowano chorej leczenie surowicą, które trwało z przerwami miesiąc czasu. Wynik leczenia był taki: bóle w prawej połowie klatki piersiowej i pod prawą pachą ustąpiły, guzy zmniejszyły się o  $\frac{1}{3}$ ; nadto stan ten nie zmienił się jeszcze po 4 ch miesiącach. Natomiast po lewej stronie klatki piersiowej i szyi, gdzie leczenia surowicą nie stosowano, potworzyły się świeże guziki, które stopniowo rosły, zaczynają się rozpadać i powodują dotkliwe bóle.

Przypadek II. Rak sutki, istniejący 2½ roku, nieoperowany i nie nadający się do operacji; powiększone gruczoły pod pachą i z boku klatki piersiowej; owrzodzenie na sutce. Po wstrzykiwaniach surowicy chora zyskała na wadze, bóle ustąpiły, guz sutki zmalał, owrzodzenia zablizniły się, wtórne ogniska nowotworowe prawie doszczętnie zostały wessane. Poprawa trwa już 2 miesiące bez zmiany na gorsze.

Przypadek III. Rak języka nie nadający się do operacji i wtórne ogniska nowotworowe w gruczołach [podjęzykowych, podszczękowych, chłonnych szyi]. W ciągu kilku dni stosowano wstrzykiwania surowicy, które wywołały nieznaczny odczyn miejscowy i ogólny, poczem zaszczerpiono jadovitą hodowlę kokków róży. Szczepienie to wykonano za pomocą ułcicia w język igłą, która poprzednio była zanurzona w 36-godzinnej hodowli bulionowej pasożyta. Odczyn po zaszczerpieniu wystąpił pod postacią podniesienia ciepłoty, zaczerwienienia i obrzmienia skóry oraz gruczołów szyjowych. W dwa tygodnie po zaszczerpieniu stwierdzono chęłbotanie na podbródku. Miejsce to przecięto i wówczas wylała się spora ilość ropy. Od tej pory zaczerwienienie i obrzmienie zaczęły stopniowo znikać, a chory mógł się uważać za prawie wyleczonego, gdyż z guzów pozostały zaledwie ślady. Autor dołączył do swej pracy dwa wizerunki, z których jeden przedstawia chorego przed leczeniem swoim, drugi po leczeniu.

Przypadek IV. Mięsak wrzecionowato-komórkowy prawego uda. Dwudziestokilkoletni chory operowany już był kilkakrotnie z powodu tego nader złośliwego nowotworu. Po każdej operacji w kilka miesięcy, a nawet tygodni zjawiał się nawrót guza, tak, że lekarze decydowali się już wyluszczyć prawe udo. Chorego poddał autor leczeniu za pomocą surowicy przeciwrakowej i otrzymał wynik świetny: część guzów została wessaną doszczętnie, część zaś znacznie zmalała.

Przypadek V. Mięsak prawego policzka. Po wstrzykiwaniach surowicy bóle ustąpiły, owrzodzenie zagoiło się, sam zaś guz nowotworowy nie tylko przestał powiększać się nadal, lecz nawet nieco się zmniejszył.

(*Deut. med. Woch.* 43. 1895).

W. Żurakowski.

Nie wątpiąc wcale o sumienności i dobrej wierze autorów w podawaniu faktów, przez nich spostrzeganych przy stosowaniu surowicy przeciwrakowej, nie

możemy najzupełniej podzielać zachwyty ich nad otrzymanymi wynikami. Przedewszystkiem autorowie nie przytaczają ani jednego przypadku doszczętnego wyleczenia przy sztucznem szczepieniu, gdy tymczasem zejście takie niejednokrotnie spostrzegano w przypadkach zrozpaczonych, nie nadających się do operacyi nowotworów złośliwych, do których róża przyłączyła się samodzielnie. Autorowie zaznaczają tylko widoczne zmniejszanie się guzów „wesentliche Verkleinerung“, pewną poprawę w wyglądzie, uspokojenie bólów i t. d.. Aleć tego rodzaju fakty spostrzegano bardzo często wobec nowotworów złośliwych i przy innych sposobach leczenia. Złośliwość i przebieg nowotworów nieuleczalnych bywają w różnych przypadkach bardzo rozmaite. Znane są spostrzeżenia raka, włokącego się całemi latami. W tak długim okresie choroby i stan miejscowy i stan ogólny ulegają wielkim wahaniom. Jeśli lekarz trafi na obraz względnie pomyslny, to poprawę może przypisywać działaniu przepisanych przez siebie maści, plastrów, czy innych leków. Nie możemy przesądzać, jak długo trwała poprawa u chorych, cytowanych przez autorów, to wszakże na pewno wiemy, że czwarty przypadek, ten właśnie, który autorowie uważają za najbardziej przemawiający na korzyść „unschätzbaren Wirkung“ surowicy przeciwrakowej, w bardzo krótkim czasie po powrocie chorego do kraju zakończył się śmiercią. Pokazuje się więc, że nawet zmniejszone guzy, „ihrer früheren Bösartigkkeit, wie es scheint, beraubt“, nie pozostają „als völlig indifferente Geschwülste im Gewebe, etwa wie ein zum Wachstumsstillstand gelangter Lipom“, jak tego chcą autorowie. Nie identyfikujemy działania surowicy przeciwrakowej z działaniem osławionej kankroiny ADAMKIEWICZA, lub pyoktaniny MOSETIG'a, ale nie możemy się powstrzymać od zalecenia większej ostrożności i większego krytycyzmu w ocenianiu faktów. Tym sposobem tylko surowica przeciwrakowa może uniknąć losu, jaki spotkał dwa tylko co wspomniane środki, przedwcześnie rozreklamowane przez stosujących je lekarzy, jako specyfiki na nowotwory złośliwe.

(Przyp. Red.)

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

2. Stypticinum, s. Cotarninum hydrochloricum. Styptycyzna, czyli chlorek kotarniny. GOTTSCHALK (*Therap. Monatsh.* 1895. XII) na mocy prawie dwuletniego doświadczenia chwali bardzo wyniki, jakie otrzymywał, stosując chlorek kotarniny, czyli tak zwaną styptycyznę, w praktyce ginekologicznej, a mianowicie przeciwko krwotokom macicznym.

Jest to proszek niekrystaliczny, barwy jasno żółtej, rozpuszczający się w wodzie. Otrzymuje się z narkotyny.

Jeszcze przed laty kilku WOEHLEK wykazał, że narkotyna (*narcotinum*), jeden z alkaloidów makowca, pod wpływem środków utleniających rozkłada się na kwas i na zasadę, a mianowicie: na kwas opianowy i na alkaloid, kotarninę. Otóż, owa kotarnina pod względem chemicznym jest bardzo zbliżoną do hydrastyniny; kotarnina bowiem jest to hydrastynina, w której jeden atom wodoru został zastąpionym przez rodnik [O.CH<sub>3</sub>]

$C_{11}H_{13}NO_3 = \text{Hydrastynina}$

$C_{11}H_{13}NO_3[O.CH_3] = \text{Kotarnina.}$

Właśnie to podobieństwo chemiczne naprowadziło D-ra M. FREUND'a na myśl stosowania kotarniny w tych przypadkach, w których wskazane są środki krew tamujące, jak np. hydrastynina.

Przedewszystkiem FREUND na zwierzętach przekonał się, że styptycyzna jest środkiem względnie nieszkodliwym dla organizmu.

Następnie dopiero GOTTSCHALK wziął się do stosowania wzmiankowanego środka [u chorych z obfitszymi krwotokami macicznymi], a mianowicie: albo w postaci wstrzykiwań do mięśni pośladkowych codziennie na raz 0,2 styptycyny z wodnego, wyjałowionego 10% roztworu, albo też w postaci proszku, podawanego do wewnątrz po 0,05—pięć lub sześć razy dziennie.

Ani przy podskórnem, ani przy wewnętrznem stosowaniu styptycyny nie spostrzegano żadnych nieprzyjemnych objawów. Tylko wyjątkowo u niektórych osób, nie znoszących wogóle przetworów makowcowych [idyosynkrazia], występowały albo mdłości, albo stan podniecenia.

Wogóle należy zaznaczyć: że styptycyzna obok działania, powstrzymującego krwawienie, wywiera i działanie uspokajające, co, rozumie się, uważać należy za wielką zaletę tego nowego środka leczniczego; że środek ten można stosować bez szkody dla ustroju przez dłuższy czas; że wreszcie wyniki daje bardzo zadawalające.

Co się tyczy wskazań, to według GOTSCHALK'a należą tu: *subinvolutio uteri puerperalis, endometritis fungosa* [obok i niezależnie od wyskrobywania], *myomata uteri, metrorrhagia climacterica.*

Przeciwwskazaną, jak doświadczenie nauczyło, jest styptycyzna przy grożącym poronieniu; pod wpływem bowiem tego środka poronienie rozpoczęte przyspiesza się. Z tego też powodu nie można używać wzmiankowanego środka przy krwawieniach macicznych, zdarzających się czasami podczas ciąży.

Wiktor Grostern.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— \* — \* —  
SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Od sześciu dni jestem w Petersburgu, a szczerze życzliwy dla „Gazety Lekarskiej“ przesyłam ciekawą pracę D-ra LUDWIKA REKOWSKIEGO, dokonaną w pracowni chemicznej brata mojego prof. M. NENCKIEGO pod tytułem: „Nowy sposób leczenia niektórych chorób zakaźnych“. Praca ta dotychczas nigdzie jeszcze nie była drukowana. D-r L. REKOWSKI, wychodząc z zasady, że jeżeli po wstrzyknięciu zwierzętom zdrowym toksyny dyfterytycznej lub też toksyny tężca u zwierząt tych w ich sokach i surowicy krwi powstają antytoksyny i że prawdopodobnie przyczyną tworzenia się owych antytoksyn jest swoiste pobudzenie elementów komórkowych, wywołane przez wstrzyknięte toksyny, przypuszcza, że wytwarzanie się tych antytoksyn nie jest wyłączną własnością toksyn, wytworzonych przez bakterye, ale że i wiele ciał chemicznych, wprowadzonych do organizmu zwierzęcia zdrowego, również powodować będą tworzenie się u tych zwierząt antytoksyn chemicznych. Z pomiędzy wielu ciał chemicznych D-r L. REKOWSKI użył do wstrzykiwań dwóch ciał:

rtęci i arsenu. Surowica tych zwierząt, głównie koni—a mianowicie rtęciowa—okazała się leczniczą w trzeciorzędnych objawach syfilisu głównie przy gumatach i we wrzodach syfilitycznych, arsen zaś w chorobach skórnych i przy nowotworach złośliwych przeważnie w mięsakach. W ogóle D-r L. REKOWSKI sądzi, że surowice powyższe mogą znaleźć zastosowanie we wszystkich tych przypadkach, w których obecnie zalecamy użycie preparatów rtęciowych i arsenikowych. Elektroliza chemiczna, dokonana przez magistra nauk przyrodniczych JANA ZAŁĘBSKIEGO, wykazała w obu tych surowicach chemicznych zaledwie ślady rtęci i arsenu, zatem nie większe ilości, jak setne miligrama. Dalsze doświadczenia, przeprowadzone na większej ilości przypadków i spostrzegane przez dłuższy przeciąg czasu, dowiodą, o ile nowy sposób leczenia niektórych chorób zakaźnych okaże się rzeczywiście skutecznym. W każdym razie, o ile *a priori* sądzić można, sposób ten ma pewną wyższość nad sposobem dotychczas stosowanym, za pomocą którego wprowadzamy do organizmu naszego antytoksyny wytwarzane przez bakterye, choćby jedynie dla tej przyczyny, że unikamy obawy wprowadzenia razem z surowicą i bakterji chorobotwórczych. Oprócz przytoczonych surowic chemicznych pracownia tutejsza chemiczna przygotowuje następujące surowice i toksyny bakteryjne: 1) Surowicę streptokokową. 2) Surowicę stafylokokową. 3) Surowicę tuberkuliczną. 4) Surowicę dyfterytyczną. 5) Toksynę streptokokową i toksynę stafylokokową. D-r KRESLING przygotowuje nadto toksyny tuberkuliczne i toksyny nosacizny [maleinowe], mające zastosowanie wyłącznie w weterynaryi.

Surowica streptokokowa i surowica stafylokokowa używana bywa we wszystkich tych przypadkach, w których badanie bakteryologiczne wykazało obecność streptokoków i stafylokoków, a zatem: w ropnicy, *febris puerperalis*, róży, *tuberculosis hectica* i t. p.. Surowice te nie zawierają ani streptokoków, ani stafylokoków. Toksyny streptokokowe i stafylokokowe używane bywają głównie przy nowotworach złośliwych, jak rakach i sarkomatach, a zatem w tych przypadkach, w których kolega J. WITKOWSKI w klinice prof. KOŚCIŃSKIEGO używa przy raku wstrzykiwań preparatów EMMERICH'a i SCHOLL'a z Monachium. Preparaty SCHOLL'a i EMMERICH'a (*Krebs-Serum*, *Erysipel-Serum*), jak to sam się przekonałem, zawierają prawie zawsze streptokoki i w tych przypadkach zauważył kolega J. WITKOWSKI, że zawsze występuje reakcja: dreszcze, podniesiona ciepłota, w dwóch zaś przypadkach, w których badanie preparatów EMMERICH'a i SCHOLL'a nie wykazało obecności streptokoków, nie było też wcale reakcyi. Ponieważ przygotowanie toksyny streptokokowej jest o wiele łatwiejsze, a przede wszystkim tańsze, jak przygotowanie surowicy streptokokowej, sądzę, że toksyny streptokokowe odpowiednio przygotowane mogą zastąpić użycie surowicy streptokokowej. Przygotowanie toksyn i surowicy w pracowni prof. M. NENCKIEGO dokonywane bywa wyłącznie przez D-ra SIEBER i przez D-ra DZIERZGOWSKIEGO, kierownika praktycznego oddziału bakteryologicznego.

Racz przyjmając Sz. Redaktorze wyrazy szczerego poważania i szacunku.  
*Leon Nencki.*

## Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. odbytem w d. 7. I. r. b. wybrani zostali ponownie na prezesa I. BARANOWSKI, na wiceprezesa A. SOKOŁOWSKI, na sekretarza dorocznego E. RYCHLIŃSKI, na bibliotekarza E. ZIELIŃSKI, na zarządzającego pracownią przez aklamacyę wybrano prof. HOYERA.

— W d. 16 stycznia r. b. obchodzonym będzie w Petersburgu uroczyste jubileusz 50-lecia zawodu lekarskiego, a zarazem 25-letnia rocznica zamianowania dyrektorem zakładu położniczego akademika ANTONIEGO KRASSOWSKIEGO. Komitet, który związał się z powodu tego jubileuszu, zamierza między innymi zebrać fundusz na utworzenie stypendyum imienia KRASSOWSKIEGO dla uczących się w Petersburskim zakładzie położniczym.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.