

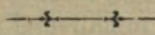
GAZETA LEKARSKA

I. Zastosowanie promieni Roentgen'a w leczeniu chorób skórnych (41 przypadków).

Podat

Robert Bernhardt,

ordynator szpitala św. Łazarza.



Z górą 2 lata minęło, gdym rozpoczął stosowanie promieni ROENTGEN'a w leczeniu chorób skórnych. Materyał, zebrany w ciągu tego czasu, oraz nabyte doświadczenie, pozwalają mi dzisiaj ocenić osiągnięte wyniki lecznicze i wartość techniki, jaką się posługiwałem.

Instalacja moja jest zaopatrzona w szpulkę RUMKORFE'a, z iskrą długości 350 mm. i rtęciowo-motorowy przerywacz, dający 500 — 1200 przerw na minutę. Nigdy jednak nie wyzyskuję szpulki w zupełności i uważam, że dla celów terapeutycznych najzupełniej wystarcza długość iskry, dochodząca do 250 mm. To też najczęściej pracuję przy 220—250 milimetrach, napięciu 16 V i sile 1 — 2½ A. Wszystkie moje ROENTGEN'owskie rury mają urządzenia do regulowania próżni. Dostyc odpowiedniami wydały mi się rury z t. zw. osmotycznymi regulatorami, gdyż pozwalają na szybkie, a przy pewnej wprawie na względnie dokładne regulowanie próżni nawet podczas czynności aparatu. Jest to pod względem praktycznym bardzo ważna okoliczność, gdyż daje możność stosowania promieni jednakiej jakości podczas całego trwania posiedzenia. Wiadomo bowiem, że próżnia rury ROENTGEN'owskiej zmienia się łatwo. Już w drugiej połowie posiedzenia próżnia jest daleko znaczniejsza, jak mówią technicznie: „rura staje się twardszą“. Ponieważ zaś posiedzenie nieraz trwa dosyć długo [np. przy oświetlaniu wilka], a dobry wynik leczenia, między innymi, w znacznym stopniu zależy od jakości promieni, przeto regulować należy gdy tylko tego zachodzi potrzeba [nawet podczas trwania seansu]. Czy się próżnia rury zmieniła i w jakim stopniu, o tem można się przekonać nie tylko przy prześwietlaniu ręki. Sądzić o tem można również z długości iskry, przeskakującej pomiędzy równoległe do rury włączonymi biegunami szpulki, z jaskrawości światła i obecności t. zw. cichych wyładowań prądu, przechodzącego z powierzchni rury w otaczającą atmosferę.

To ostatnie zjawisko polega na tem, że przy wysokim stopniu próżni prąd, napotykając zbyt wielki opór dla siebie wewnątrz rury, poczyną — między innymi — ściekać z biegunów i powierzchni rury w przestrzeń. Jeżeli więc rura znajduje się w takim stanie, to wystarczy zbliżyć do niej grzbiet ręki na 6—10 ctm., by poczuć jakby powiew wiatru lub — przy wyższych stopniach próżni — uderzenia jakichś najdrobniejszych cząsteczek [wiatr elektryczny]. Jest to zupełnie pewny dowód, że rura stała się „twardą“; że należy ją regulować. Wszystkie te sposoby, jakkolwiek praktyczne i dające możność szybkiego orientowania się, mają jednak wartość jedynie dla człowieka posiadającego już niemałe obycie techniczne. Niektóre z nich grzeszą przede wszystkim subiektywnością. Wogóle zaś nie pozwalają na żadne, nawet porównawcze określenie wysokości próżni, gdyż „twardość“ i „miętkość“ rury u różnych autorów może i musi podlegać jeszcze pewnemu stopniowaniu. Brakom tym do pewnego stopnia zapobiega, mojem zdaniem, t. zw. skiametr WALTER'a o 8-stopniowej skali, którym się też w ostatnich czasach zacząłem posługiwać.

Co się tyczy samej techniki leczniczej, to — rzecz naturalna — nie można podać przepisów, dających się zastosować do każdego oddzielnego przypadku. Jak wszędzie w leczeniu, tak i tutaj należy ściśle indywidualizować, a w jaki sposób postąpić w danym razie, to najlepiej zdecyduje osobiste doświadczenie. Mając przed sobą pacyenta, którego zamierzamy leczyć promieniami X, powinniśmy przede wszystkim zdać sobie sprawę ze stanu, w jakim się obecnie znajduje jego cierpienie, a następnie — jasno wytknąć cel, do którego zdąża nasz zabieg. Inaczej bowiem oświetlać będziemy skórę zaczerwienioną, obrzmiałą, a inaczej łuszczącą się, suchą. Niemała też różnica w technice zachodzić musi przy leczeniu tak rozmaitych spraw, jak wilk i strupień, liszaj strzygący i łysienie krążkami (*alopecia areata*) i t. d. Do wszystkich tych różnorodnych warunków należy zastosować siłę naszego zabiegu, pomnąc na to, że efekt oświetlania *ceteris paribus* zależy od następujących poszczególnych danych:

- 1) siły pierwotnego prądu,
- 2) liczby przerw,
- 3) wydajności szpulki,
- 4) intensywności promieni, stopnia próżni rury ROENTGEN'owskiej,
- 5) częstości i długości posiedzeń,
- 6) odległości rury od oświetlanej powierzchni,
- 7) indywidualnego odczynu zarówno osobnika, jak i różnych tkanek i miejsc ciała.

Otóż w moich przypadkach, przy obciążeniu instalacji o jakiej mówiłem ¹⁾, odległość powierzchni rury od miejsca oświetlanego wahało się od 5 do 50 ctm. [Tutaj należy stale pamiętać o prawie, że siła działania promieni zmniejsza się w stosunku odwrotnym do kwadratu odległości]. Czas trwania każdego posiedzenia ciągnął się od 4 do 15 minut w zależności od wyniku, jakiego się od oświetlania spodziewałem. Co do porządku posiedzeń, to początkowo oświetlałem częściej, później zaś robię coraz dłuższe przerwy między oddzielnymi seansami.

¹⁾ 16 V. 1—2½ A., długość iskry 220—250 mm., przerw 500—1200 na minutę.

Wogóle zaś trzymam się metody SCHOLTZ'a, a mianowicie na początku leczenia oświetlam nie tylko częściej, lecz i energiczniej, aby się możliwie prędko zbliżyć do stopnia pożądanej reakcyi. Następnie, nie przerywając posiedzeń i nie wy-czekując, oświetlam w dalszym ciągu, lecz coraz rzadziej i słabiej aż do wystą-pienia odczynu. O jakości promieni mogę powiedzieć, że przeważnie pracuję ru-rami miękkimi [t. zw. średniomiękkimi], a więc promieniami o niewielkiej sile przenikania. W początkach mojej rentgenoterapeutycznej praktyki, pozostając pod wpływem SCHIFF'a i FREUND'a, stosowałem wyłącznie twarde rury. Prze-konałem się jednak niebawem, że przy oświetlaniu tym gatunkiem promieni le-czenie trwa nazbyt długo [nieraz 2, a nawet 2½ razy dłużej niż przy rurach miękkich], a rezultat częstokroć nie odpowiada naszemu oczekiwaniu [np. niekom-pletna epilacya]. Przy tem sądzę, iż dodatnia strona metody SCHIFF'a i FREUN-D'a [mniejsze niebezpieczeństwo niepożądanych komplikacyi] została też po części przeceniona przez wspomnianych autorów. Nie pragnę zresztą odmówić jej znaczenia. Jestem zdania, że metoda ta posiada swoje właściwe wskazania, a osobiście nieraz zastosowuję ją tam, gdzie mam do czynienia z bardzo wrażli-wą skórą. Jak jednak wspominałem, wolę pracować rurami miękkimi, a do-tychczas przynajmniej nie miałem ani jednej komplikacyi.

Przy leczeniu promieniami X należy mieć zawsze w pamięci indywidualne własności osobnika, a także sposób reagowania rozmaitych tkanek i różnych miejsc ciała. Że istnieje indywidualna wrażliwość na w mowie będące promienie, to dla mnie nie ulega najmniejszej wątpliwości. Nieraz leczyłem rodzeństwo; pomiędzy dziećmi była różnica wieku nieznaczna [1 rok]. Pomimo to zdarzało się, że jedno z nich [częstokroć nawet starsze] reagowało daleko szybciej i energiczniej [stosunek 1 : 1½ — 2] choć oświetlanie odbywało się w możliwie identycznych warunkach. W zeszłym znowu roku leczyłem 22-letniego męz-czynę, dotkniętego zastarzałym tarczycowym strupieniem głowy. W tym przypadku leczenie szło b. opornie: pożądany odczyn wystąpił dopiero po licz-nych posiedzeniach, pomimo posługiwania się wyłącznie miękką rurą. Obecnie leczę damę, brunetkę, z powodu nadmiernego uwłosienia twarzy. Posiada ona tak wrażliwą skórę na policzkach, że już po 2 — 3 krótkotrwałych posiedze-niach występuje na miejscu oświetlanem rumień (*erythema*), bez śladu znikający po kilku dniach. Nie zauważyłem jednak, aby u blondynów i brunetów zacho-dziła jakakolwiek różnica w wrażliwości. Co zaś do różnych miejsc ciała, to stwierdziłem, że najwrażliwsza jest twarz, potem skóra uwłosionej części gło-wy, górne kończyny, dolne, a wreszcie tułów. Z tkanek patologicznych naj-szybciej i najenergiczniej reaguje wilk pospolity i rak skóry, zwłaszcza po-wierzchnie owrzodziałe; wilk rumieniowy jest daleko odporniejszy. Należy wo-góle nadmienić, iż skóra, znajdująca się w stanie zapalnym — zaczerwieniona, obrzmiała, moknąca [np. przy strupieniu, figówce], jest o wiele wrażliwsza i dla-tego wymaga wszelkich względów ostrożności. Mam też zwyczaj zapewnić się przed rozpoczęciem leczenia, czy pacjent nie cierpiał na pokrzywkę, pryszczycę i t. p., gdyż wiadomość ta częstokroć wpłynąć może na technikę, jaką w danym razie zamierzam zastosować. O ile to jest ważne, dostatecznie ilustruje niżej podany przypadek S. Zauważyć jeszcze muszę, że na miejscach już uprzednio

leczonych promieniami ROENTGEN'a [a także metodą FINSEN'a], odczyn przy potwórnem oświetlaniu występuje daleko szybciej [nabyta wrażliwość].

Wreszcie dodam, że miejsca niepodlegające oświetlaniu, ochraniam zapomocą blachy ołowianej lub staniolu, naszytego na cienką tekturę, karton, płótno żaglowe i t. d.

Po tych ogólnych uwagach treści technicznej przechodzę do klinicznej strony przedmiotu. Z góry zaznaczam, że uwzględniam tutaj prawie wyłącznie te przypadki, które mogłem obserwować dosyć długo: 4 — 22 miesiący.

Największą odsetkę pacjentów dostarczają omawianej metodzie pasożytnicze [grzybkowe] cierpienia uwłosionej skóry głowy — strupień i liszaj strzygący. Tutaj leczenie ma na celu jak najdokładniejszą epilację.

Dotychczas rozporządzam 5 dosyć długo spostrzeganyimi przypadkami strupienia głowy (*favus*). Pacycenci byli w wieku 7, 8, 11, 12 i 22 lat, zaś strupień trwał u nich 2 — 12 lat. Były to przypadki nieraz bardzo zaniedbane, wszystkie bez wyjątku niejednokrotnie już leczone zapomocą epilacyi szczypczykami z następczem wcieraniem maści przeciwpasożytniczych. Pomimo to cierpienie było w pełni rozwoju, o czym świadczyła obecność tarczki, mas strupieniowych, łusek i znamienne zmienionych włosów. Grzyby były wszędzie znajduwane. Po uprzedniem usunięciu tarczki i ewentualnem podgojeniu nieraz istniejącej pryszczycy, przystępowałem do oświetlania. Ponieważ we wszystkich tych przypadkach musiałem epilować całą głowę, przeto dzieliłem ją, zależnie od wielkości, na 3, 4, a nawet 5 części i kolejno oświetlałem każdą, starannie okrywając resztę. Każde miejsce wymagało minimum 8, maximum 16 posiedzeń. Leczenie trwało średnio 3 — 4 miesiący i tylko w jednym przypadku przeciągnęło się do 6, a to widocznie z powodu niejakięj odporności do promieni X. We wszystkich tych przypadkach jednorazowa epilacja wystarczyła do osiągnięcia zupełnego wyleczenia. Po ukończeniu leczenia obserwowałem pacjentów 6 — 18 miesiący. Nawrotów nie spostrzegałem, a we włosach nie zdołałem wykryć grzybków pomimo niejednokrotnych poszukiwań. Po wyepilowaniu włosów zalecałem jako następcze leczenie jedynie częste zmywanie głowy ciepłą wodą i przetluszczeniem mydłem z dodatkiem lekkich środków złuszcających [mydła salicylowe, siarkowe, naftolo-siarkowe]. Tylko w jednym przypadku byłem zmuszony stosować maść [jak przy liszaju strzygącym, p. niżej].

Większej pracy wymaga leczenie liszaja strzygącego uwłosionej skóry głowy. Przypadków takich leczyłem 23. Były to dzieci w wieku 2 — 9½ lat i jedna 14-letnia dziewczynka. Wszystkie dzieci były już leczone: niektóre tylko maściami, większość zaś metodą epilacyjną [szczypczykami lub pałeczkami smoło-żywicznymi]. Rozpoznanie w każdym przypadku potwierdzałem przez drobnowidzowe badanie włosów i łusek lub zakładanie hodowli.

Przy ocenianiu wyników tego leczenia muszę wspomnianych 23 pacjentów podzielić na 2 grupy. Pierwsza obejmuje 2 przypadki, w których z powodów ode mnie niezależnych [zapalenie płuc, nieżyt oskrzeli], metoda leczenia promieniami ROENTGEN'a nie mogła być konsekwentnie przeprowadzona. Tutaj oświetlałem tylko część głowy najwięcej przez liszaj zajętą, przy pozostałych zaś ogniskach zadowolili się musiałem epilacją szczypczykami i stosowaniem środ-

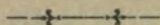
ków przeciwpażytnicznych. Ostateczny wynik był taki, że oświetlane miejsca wkrótce powróciły do stanu zdrowia, zaś nieoświetlane trzymały się tak uporczywie, iż wyleczenie ich zajęło 3 — 4 razy więcej czasu niż pierwszych. Stąd wniosek, że chcąc otrzymać dobre rezultaty, należy oświetlać całą głowę.
[D. n.]

II. Kilka uwag z powodu surowicy przeciwploniczej doktora Palmirskiego.

Podał

Stanisław Kamiński,

ordynator Domu Wychowawczego.



Stoimy, być może, wobec nader doniosłego odkrycia, które umożliwi nam celową i skuteczną walkę z jedną z najstraszniejszych plag wieku dziecięcego — szkarlatyną. Mówię tu o surowicy przeciwploniczej kol. PALMIRSKIEGO. Ten ostatni zapoznał nas z jej przygotowaniem, teoretycznymi danymi, jakie mu w tem przygotowaniu przyświecały i wogóle z całą teoretyczną stroną zagadnienia na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w d. 17-ym listopada r. b. ¹⁾. Na posiedzeniu następnem kol. MALINOWSKI zdawał sprawę z wyników prób swych, dokonywanych z surowicą przeciwploniczą kol. PALMIRSKIEGO w szpitaliku dziecięcym ²⁾. Nad odczytami tymi rozwinęła się w Towarzystwie bardzo wyczerpująca dyskusya, czego spodziewać się należało wobec ważności kwestyi teoretycznej, a zwłaszcza praktycznej. Dyskusya ta, rzecz prosta, nie doprowadziła do żadnych pozytywnych wyników: zarówno bezwzględni jej zwolennicy — entuzyaści, jak również i przeciwnicy zbyt małym rozporządzali materiałem, zbyt krótkim czasem obserwacji, aby przedstawić mogli przekonujące dowody na korzyść lub niekorzyść leczniczego działania surowicy.

Jeżeli dziś ośmielam się zabrać głos w tej sprawie, to bynajmniej nie dlatego, aby ją rozstrzygnąć, gdyż jest to rzeczą niemożliwą wogóle, a zwłaszcza dla mnie, który posiadam materiał kliniczny w tym względzie niezmiernie mały [zaledwie dwa przypadki szkarlatyny leczone surowicą kol. PALMIRSKIEGO ³⁾], lecz żeby podzielić się kilku myślami, jakie nasunęły mi się w omawianej sprawie ⁴⁾, a także naszkicować w ogólnych zarysach plan dalszego klinicznego

¹⁾ Patrz Medycyna № 46 i 47. 1903.

²⁾ Rzecz ta drukuje się w Gaz. Lek.

³⁾ Jeden z nich obserwowałem wspólnie z kol. BRUDZIŃSKIM i KOZICKIM.

⁴⁾ Niektóre z tych myśli wypowiedziałem w dyskusyi nad odczytem kol. MALINOWSKIEGO w Tow. Lek. w dniu 24. XI. b. r.

badania danej sprawy. Chciałbym, żeby zwłaszcza ostatnia część mojej pracy przez wywołanie dyskusji doprowadziła do wniosków pozytywnych, a 'tem' samem przyspieszyła rozwiązanie tak palącej dla świata lekarskiego i dla cierpiącej ludzkości—kwestyi.

I.

Żyjemy w wieku pary i telegrafów, a także w wieku... neurastenii. Dlatego też często czynności nasze noszą na sobie cechę nadmiernego pośpiechu; a wnioski z faktów obserwowanych, to subiektywne zabarwienie, jakie jest cechą umysłów o niestałej równowadze nerwowej. Nigdzie może te cechy umysłowości naszej nie występują tak wybitnie, jak w terapeutycznych usiłowaniach doby obecnej. Zbyt znane są fakty zachwytów ogółu lekarskiego nad nowymi środkami leczniczymi, np. tuberkuliną, wyciągami z rozmaitych narządów i, wkrótce, zupełne do nich, być może, nieusprawiedliwione rozczarowanie, abym je miał bliżej omawiać. Chciałbym tylko zwrócić uwagę na tę zasadniczą cechę obecnego myślenia lekarskiego, gdyż w niej, zdaje się, tkwi klucz do zrozumienia przesadnych nieco zachwytów, jakieśmy w Towarzystwie Lekarskiem słyszeli, nad działaniem surowicy przeciwploniczej kol. PALMIRSKIEGO.

Nie chcę bynajmniej zniechęcać nikogo do stosowania tej surowicy, ani zaprzeczać jej pomyślnego działania na przebieg szkarlatyny, chciałbym tylko krytycznie oświetlić dotychczas otrzymane wyniki.

Surowica kol. PALMIRSKIEGO ma tę niezaprzeczoną wyższość nad innymi surowicami przeciwszkarlatynowymi, zwłaszcza surowicą MOSER'a, że zastrzykujemy ją w niewielkich ilościach [50 ctm. sz.]¹⁾. Ta nieznaczną ilość jest prawdopodobnie przyczyną tego, że surowica kol. PALMIRSKIEGO nader rzadko powoduje następcze wysypki²⁾. Tem także warunkuje się fakt, że surowica ta nie wywołuje żadnych niepomyślnych powikłań, przynajmniej u większości obserwowanych chorych. Niemniej ważnym jest brak potrzeby używania większych ilości surowicy w ocenie jej leczniczej wartości w porównaniu z surowicą MOSER'a. Pomimo bowiem odpowiednich doświadczeń tego ostatniego nad wstrzykiwaniem chorym dzieciom zwykłej surowicy końskiej [doświadczenia te miały doprowadzić autora do wniosku, że ta ostatnia nie działa bynajmniej na chorych], trudno się nam obronić od przypuszczenia, że sama ilość surowicy, czy nawet wody w niej zawartej, mogła niejednokrotnie wyrzucić wpływ na tętno i układ nerwowy chorego.

Zanim przejdę do krytycznego omówienia wyników osiągniętych z leczenia surowicą kol. PALMIRSKIEGO, muszę zdać krótką sprawę z obserwowanych przeze mnie przypadków, najprzód dlatego, że wszelki, choćby najmniejszy przyczynek faktyczny w tej sprawie, jest dosyć ważnym; powtóre, że wrażenie

¹⁾ MOSER. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. T. 57. Z. 1 i 2. K. wstrzykuje swą surowicę w ilości 180 ctm. sz.

²⁾ Kol. MALINOWSKI spostrzegł je dwa razy; kol. BRUDZIŃSKI raz, lecz, jak sam zaznaczył, wskutek zbyt może wielkiej ilości wstrzykniętej surowicy [40 ctm. sz. u 1/4 rocznego dziecka].

jakie otrzymałem z obserwacji tych przypadków, w wielu punktach różni się od wrażenia, jakie mieli inni obserwujący.

W przypadku pierwszym ¹⁾, tyżącym się dziecka jednego z kolegów, szkarlatyna miała od początku cechy bardzo złośliwej. Tętno małe, częste, przerywane, ciepłota 40°—41,5°, sinica, prawie zupełny brak przytomności, oddech ciężki i nieregularny, ciągle wymioty i wskutek tego niemożność przyjmowania pokarmów—oto rzucające się w oczy objawy choroby 7-letniej dziewczynki. Na żądanie ojca zastrzyknęliśmy 50 ctm. sz. surowicy kol. PALMIRSKIEGO drugiego dnia choroby. Stan w dniu następnym a trzecim choroby był bez zmiany; prócz tego zjawilo się daleko obszerniejsze zajęcie gardzieli, tak że uznaliśmy za stosowne zastrzyknąć do migdałów 1 ctm. sz 3%-go roztworu kwasu karbolowego [metoda HEUBNER'a]. Zastrzykiwania te powtarzano trzykrotnie i po nich, jeśli nie wskutek nich, stan w gardzieli się poprawił. Pierwsze zastrzyknięcie surowicy tak dalece nie wpłynęło na poprawę stanu ogólnego: sinicy, zamglenia świadomości, tętna i objawów ze strony kanału pokarmowego [rozwolnienia i uporeczywych wymiotów], że zdecydowaliśmy się ze skwapliwością na propozycję kol. BRUDZIŃSKIEGO na zastrzyknięcie pod skórę 200 ctm. sz. fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Prócz tego próbowano [ze złym skutkiem] kąpiele, koców, kładziono lód na głowę, podawano kawę czarną, wino szampańskie, lody [wszystko to chora wymiotowała], kofeinę do wewnątrz i podskórnie, ba nawet, gdy przytomność zupełna długo nie powracała, postawiono pijawki za uszami. Kwitła więc tu w całej pełni polypragmasia, która niech nam będzie wybaczoną ze względu na pomyślnie zejście choroby, na ciężki bardzo przypadek i na szczerą chęć oszczędzenia bolesnego ciosu rodzicom, którzy już jedno dziecko przed paru laty wskutek szkarlatyny stracili.

Rokowanie w tym przypadku zdawało się bardzo złem, prawie rozpaczliwym. Wyrażam się jednak tak ostrożnie dlatego, że szkarlatyna jest chorobą nieobliczalną zarówno w złem, jak i dobrem. Niema *a priori* przypadków pomyślnych, jak i niema takich, którebyśmy odrazu zaliczyć mieli prawo do bezwarunkowo zgubionych. Specyjalnie co do przypadków z ciężkimi objawami nerwowymi, wyraża się HENOCH: budzą one żywą, ale niezupełnie usprawiedliwioną obawę. Samo zajęcie sensoryum, bez innych ciężkich objawów [ze strony tętna i nerek, a także gardzieli] ustępuje wraz z obniżeniem się gorączki. Cechą charakterystyczną tych przypadków, odróżniającą je od bezwzględnie złośliwych, ma być, według HENOCH'a, względna dobroć tętna, a także korzystny wpływ, jaki wywierają na ich przebieg środki przeciwgorączkowe, kąpiele i preparaty salicylowe.

W naszym przypadku tętno wprawdzie było wogóle złe, a często haniebne, lecz w chwilach największego nawet upadku jego, poprawiało się dość szybko po zastosowaniu środków podniecających. Przypuszczać więc miałbym pewne prawo, że w naszym przypadku działalność serca nie była ostatecznie upośle-

¹⁾ Nie przytaczam dokładnej historii choroby tego przypadku, choć obserwowałem go od 1-go dnia choroby do czasu gdy niebezpieczeństwo minęło, gdyż uczyni to zapewne kol. BRUDZIŃSKI, który leczył chorą od początku do końca.

dzoną i że przypadek ten stał na granicy między opisanymi wyżej przez Henoch'a, a tymi które on ze względu na objawy mózgowe, częstość i nikłość tętna, a także i inne objawy uważa za bezwzględnie śmiertelne.

Rozszerzyłem się tak bardzo nad rokowaniem w danym przypadku, raz dlatego, by na przykładzie wykazać jak trudnem wogóle jest rokowanie w szkarlatynie, powtóre dlatego, że zarówno Moser, jak i ci z kolegów, co stosowali [surowicę PALMIRSKIEGO, widzą przedewszystkiem w objawach nerwowych niebezpieczeństwo u chorych szkarlatynowych i na dobro działania surowicy zapisują w pierwszym rzędzie usunięcie tych objawów. Otóż zjawia się pytanie, czy zniknięcie objawów nerwowych, powrót do przytomności nie przychodzi do skutku niejednokrotnie niezależnie od działania surowicy. W każdym razie przy notowaniu historii chorych, leczonych surowicą notować należy nader sumiennie, oprócz objawów ze strony układu nerwowego: charakter tętna, wysypki, objawy ze strony gardła i nerek.

Czy surowica kol. PALMIRSKIEGO miała wpływ na przebieg choroby! Po pierwszym zastrzyknięciu stan ogólny tak dalece nie zmienił się, żeśmy, a przynajmniej ja, zdecydowali się na drugie zastrzyknięcie tylko dlatego, że nie widzieliśmy żadnego niepomyślnego działania surowicy. I to drugie po 24-ch godzinach nie zmieniło obrazu choroby [prócz bardzo krótkotrwałego obniżenia ciepłoty do 38° z ułamkiem], nie wpłynęło na tętno, ani na powrót świadomości, co tak wybitnie zaznaczać się miało w przypadkach kol. MALINOWSKIEGO i innych.

Poprawa była bardzo powolna i nieznaczna, a przytem wobec stosowania tyłu innych środków, niewiadomo, co na karb surowicy położyć należy. Ma się wrażenie, że surowica wywarła pewien wpływ korzystny, gdyż przypadek był rzeczywiście bardzo ciężki, prawie zrozpaczony, lecz wrażenie to nie jest ani tak wybitnem, ani też nie wystarcza samo przez się do wyciągnięcia jakiegoś pozytywnego wniosku.

Drugi przypadek obserwowałem na swoim oddziale w Domu Wychowawczym. Dotyczył on 6-letniej dziewczynki, Poli P. zwróconej ze wsi w dniu 10-ym października r. b. Według opowiadania opiekunki choroba zaczęła się 3 dni przedtem dreszczem i bólem gardła. Tegoż dnia zauważono jakoby wysypkę. Ze stanu obecnego zanotowano: obfita wysypka na twarzy, tułowiu i kończynach, barwy jasno-czerwonej. Powiększenie i zaczerwienienie obydwóch migdałów, pokrytych szarawym nalotem; zaczerwienienie całej gardzieli. Tętno 160, drobne, miękkie, nieprzerywane. Oddech 44, równy i dosyć głęboki. W płucach zmian niema. Ciepłota 39,6°. Dziecko nawpół przytomne, z trudnością odpowiada na pytania. Skarży się na ból głowy. Biegunka: rzadkie, śluzowe wypróżnienia. Dziecko z trudnością daje się podnieść, siedzieć, ani stać nie może. Stan taki trwał i przez dzień następny. Wysypka zwiększyła się, jak i naloty w gardle. Ciepłota zrana 39,2°, wieczorem 39,8, tętno 160.

Trzeciego dnia pobytu w szpitalu, a 5-go choroby stan dziecka bez zmiany, tylko biegunka ustała, ciepłota 39 [8 rano]. Dopiero tego dnia mogliśmy zastrzyknąć surowicę kol. PALMIRSKIEGO [50 ctm. sz.]. W czasie zastrzykiwania surowicy [o godz. 2-ej po południu], ciepłota 39,6, tętno 136, od. 40.

6-ty tygodniach pobytu na oddziale oddana została swym opiekunom w dniu 22-im listopada r. b.

Przypadek ten ze swoim krytycznym spadkiem ciepłoty w 24 godziny po zastrzyknięciu surowicy, z poprawą stanu ogólnego, ze znacznem zmniejszeniem się nalotów byłby wprost przekonywającym o działaniu pomyslnem surowicy kol. PALMIRSKIEGO, gdyby nie jedno ale, które prawie w niwecz obraca nasze optymistyczne wnioski. Ciepłota spadła dn. 6-go, kiedy i tak w szkarlatynie prawidłowej obniżyć się ona zwykła. Na dobro surowicy powiedzieć wypada, że ciepłota spadła krytycznie [choć znowu nie równomiernie ze zmniejszeniem uderzeń tętna i z poprawą jego jakości: tętno było 120, małe, miękkie] i że trwające jeszcze przez dni parę zajęcie gardzieli nie wywołało ani pogorszenia stanu ogólnego, ani znaczniejszego podniesienia ciepłoty, ani wreszcie wybitnego obrzmienia gruczołów. Nie było w tym przypadku żadnych powikłań, co jednak nie upoważnia nas do wyciągania pomyslnych wniosków, jak i wogóle przebieg tego przypadku nie świadczy stanowczo na korzyść leczniczego działania surowicy.

Czy wogóle z tego cośmy dotychczas słyszeli o leczniczem działaniu surowicy kol. PALMIRSKIEGO, mamy prawo do wyciągania jakichkolwiek stanowczych wniosków. Zdaje mi się, że — nie. Surowica nie działa na przebieg wysypki, na stan sprawy zapalnej w gardzieli i gruczołach szyjowych, działa jakoby na obniżenie ciepłoty, lecz obniżenie to następuje tak późno nieraz [po 72 godzinach] od chwili zastrzyknięcia i w tak późnym okresie choroby [nieraz 10-go dnia], nie działa, a przynajmniej o tem nie wiemy, na skrócenie czasu łuszczenia się skóry, na co w ostatnich czasach zwrócono uwagę, jako na zjawisko, świadczące o szybszym przebiegu choroby i o mniejszem dla otoczenia niebezpieczeństwie ze strony chorego ¹⁾, nie zapobiega zjawianiu się zapaleń ucha środkowego, przebiegającym nieraz z wysoką gorączką, obrzmieniu wtórnemu i zropieniu gruczołów chłonnych. Jedynie wybitne działanie, jakie zauważyli stosujący surowicę lekarze i jakie powszechnie podnoszono, jest to poprawa tętna, powrót przytomności i poprawa stanu ogólnego, zwłaszcza sił u chorych. Poprawa ta następować ma po 24 godzinach od zastrzyknięcia surowicy i ma uderzać każdego nieuprzedzonego spostrzegacza. Chętnie temu wierzę. Lecz wobec tego, że surowica w większości przypadków zastrzykiwaną była dość późno [czasami 6-go dnia choroby], wobec nieustępowania gorączki i innych objawów płonicy, zapytać się godzi, czy to rzeczywiście było działanie surowicy, a przynajmniej czy było we wszystkich przypadkach? Wszak wahania w częstości i innych cechach tętna zdarzają się w szkarlatynie tak samo, jak i w przebiegu innych chorób; wszak i objawy nerwowe niezawsze trwają podczas całego trwania zakażenia szkarlatynowego. Wprawdzie liche tętno i objawy nerwowe są najcięższymi przypadłościami w szkarlatynie, lecz i podniesienie ciepłoty i zajęcie gardzieli, nie mówiąc już o wysypce i obrzmieniu gruczołów, są niemniej charakterystycznymi cechami choroby. Gdy na nie surowica

¹⁾ Na fackie rzekomego zmniejszenia się czasu łuszczenia naskórka w przebiegu szkarlatyny polega zalecona fototerapia tej ostatniej.

nie wywiera lub wywiera wpływ bardzo późno, to skąd mamy prawo wnioskować, że jest ona równym specyfikiem przeciwko płonicy, jak surowica BEHRING'a przeciwko dyfterytowi? Po zastosowaniu tej ostatniej ciepłota opada prędzej niż zmniejsza się liczba uderzeń tętna i polepsza jego charakter.

Tak więc zarówno z osobistego, minimalnego wprawdzie doświadczenia, jak i z danych, przytoczonych przez kol. MALINOWSKIEGO i innych, można mieć co najwyżej wrażenie, że surowica kol. PALMIRSKIEGO działa korzystnie na przebieg szkarlatyny, lecz nie można uważać, że sprawa surowicy leczniczej kol. PALMIRSKIEGO jest rozstrzygniętą, lub nawet znacznie naprzód posuniętą.

Trzeba pamiętać że stosowano już wiele surowic przeciwko szkarlatynie: surowicę MARMORKA, ARONSOHN'a, surowicę rekonwalescentów po szkarlatynie LEYDEN'a, surowicę wreszcie MOSER'a, której działanie zdaje się być bardzo zbliżonem do surowicy kol. PALMIRSKIEGO. Wszystkie te surowice obudzały narazie wielkie nadzieje i wywoływały zachwyty; z drugiej strony żadna z nich nie weszła w powszechne użycie; nawet o ostatniej z nich MOSER'owskiej, głucho jakoś od czasu ogłoszenia komunikatu w *Jahrbuch f. Kinderheilkunde* w styczniu i lutym r. b. Być może, że MOSER pracuje nad udoskonaleniem swej surowicy, nad ustaleniem jej dawkowania, nad krytycznym obrobieniem wypadków leczonych. Być może jednak, że sprawa jest pogrzebaną. Życzylbym bardzo kol. PALMIRSKIEMU, aby los ten nie spotkał jego surowicy, aby korzystne wrażenie po jej stosowaniu ustąpiło miejsca ściśle zaobserwowanemu faktowi klinicznemu.

Bo z wrażeniami mieliśmy do czynienia nie tylko przy sądzeniu wartości leczniczej, lecz i przy stawianiu rokowania. Szkarlatyna jest chorobą bardzo ciężką, jedną z najcięższych wieku dziecięcego, lecz nie jest bynajmniej chorobą bezwarunkowo śmiertelną, nawet w przypadkach pozornie bardzo ciężkich. W najśroźszych epidemiach śmiertelność dochodzi do 40^o, podczas gdy średnia śmiertelność wszystkich epidemii waha się, według THOMAS'a, między 13—18^oo. Tu jeszcze zauważyć należy, że oprócz jednego przypadku kol. BRUDZIŃSKIEGO, surowica nie była stosowaną u dzieci młodszych nad lat dwa, więc nie u tych, wśród których śmiertelność bywa najwyższą. Jeżeli uwzględnimy jeszcze różne głosy, oparte na dość znacznej liczbie obserwowanych przypadków [60—kol. KORAL], że epidemia tegoroczna szkarlatyny nie była ciężką, to dojść musimy do przekonania, że rokowanie w przypadkach obserwowanych nieraz mogło być postawione zbyt pesymistycznie. Gdy zjawi się nowy środek przeciwko pewnej chorobie, gdy zwłaszcza środek ten okaże się skutecznym w kilku przypadkach, wnet znajdują się jego bezwzględni zwolennicy. Gdy udało nam się uratować jeden ciężki przypadek, chętnie widzimy niebezpieczeństwo groźne tam, gdzie go jeszcze niema, chętnie przypisujemy naszej interwencji to, co jest tylko następstwem zwykłego biegu rzeczy.

Reasumując to co powiedziałem wyżej dochodzę do następujących wniosków:

1) Sprawa leczniczego znaczenia surowicy kol. PALMIRSKIEGO nie jest wcale rozstrzygnięta; zaledwie można uważać, że zrobiono drobny początek w tym celu.

2) Dotychczas wiadomem jest tylko, że surowica ta w większości wypadków nie szkodzi. Wysypki [jak w przypadku kol. BRUDZIŃSKIEGO] zależeć mogą od zbyt wielkich dawek surowicy.

3) Dlatego to, robiąc próby z surowicą kol. PALMIRSKIEGO, musimy się starać oznaczyć jej dawkowanie.

4) Stosować winniśmy surowicę możliwie najwcześniej [pierwszego lub drugiego dnia choroby]. Tylko w takim razie twierdzić będziemy mogli, że zniknięcie pewnych objawów [gorączki, zaburzeń w tętnie, objawów nerwowych] rzeczywiście uwarunkowanem jest surowicą, a nie zależy od normalnego przebiegu choroby.

5) Stosować winniśmy surowicę nie tylko w przypadkach bardzo ciężkich, lecz, zwłaszcza w praktyce szpitalnej w lekkich i średnich. A to dlatego, że 1-o o żadnym przypadku szkarlatyny nie można *a priori* powiedzieć, że będzie lekkim; 2-o dlatego że, tylko w wypadkach dwóch wymienionych kategorii, szkarlatyna przebiega normalnie, a więc mamy pewne dane co do chwili spadku ciepłoty, zniknięcia wysypki, rozejścia się sprawy zapalnej w gardzieli i t. d. Gdyby ciepłota opadła na drugi lub trzeci dzień choroby, wraz z tem ustąpiły objawy nerwowe, poprawiło się tętno; gdyby naloty w gardle od chwili podzielenia surowicy albo znikać zaczęły, albo też nie rozszerzały się, gdyby to samo powiedzieć można było o gruczołach chłonnych; gdyby wreszcie w przeważnej liczbie tych przypadków nie było powikłań ze strony uszów, nerek, ropienia następczego i t. d., wtedy dopiero mielibyśmy prawo sądzić że pewna część tych chorych wyzdrowiała prędej dzięki zastosowaniu surowicy leczniczej.

6) Powinniśmy chorych, leczonych surowicą, obserwować jak najdłużej [do 6-u tygodni], aby być pewnymi, że nie zjawią się żadne powikłania [najpóźniej, nieraz w okresie pozornego zdrowia zupełnego występuje choroba nerek], aby wiedzieć kiedy skończyło się łuszczenie naskórka. [D. n.].

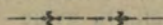
O LECZENIU PŁONICY (SCARLATINA) SUROWICĄ SWOISTĄ,

Podał

Alfons Malinowski,

starszy ordynator tegoż szpitala.

Praca, czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego d. 17-go listopada r. b.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 50].

7. Leon K. 6 lat. Zachorował 21 sierpnia. Choroba zaczęła się gorączką i wymiotami, nazajutrz wystąpiła wysypka punkcikowata na całym ciele. Dwoje z jego rodzeństwa zmarło w tym czasie na ciężką płonicę. Przybył do szpitala 24. VIII popołudniu z ciepłotą 40°.

25. VIII. Ciepłota zrana 38.9°, tętno 140, chłopiec senny, napół przytomny, język suchy, gardło silnie przekrwione, migdały powiększone i pokryte szarym nalotem. Gruczoły szyjowe z obu stron bolesne i powiększone. Na całym ciele wysypka płonicowa ciemno-czerwona, z odcieniem sinym na plecach i pośladkach. Chory oddycha otwartymi ustami z powodu opuchnięcia błony śluzowej nosa i zwężenia kanałów nosowych. Wypływ z nosa śluzowo-ropny obfity. Zalecono choremu środki podniecające—kamforę z piżmem i z a s t r z y k n i ę t o 50 ctm. sz. surowicy Nr. 1-y. Ciepłota wieczorem 39°.

26. VIII. Ciepłota zrana 38.8°, tętno 120, cokolwiek silniejsze. Stan ogólny lepszy, chory jest przytomny i bez pomocy siada na łóżku, sam pije kawę. Wysypka silna, przybrała kolor jednostajnie czerwony, bez odcienia siniego. Stan gardła, nosa i gruczołów szyjowych bez zmiany. Białkomoczu niema. Ciepłota wieczorna 38.5°.

27. VIII. Ciepłota z rana 38°, tętno silniejsze 120. Wysypka jednostajnie bledsza, gruczoły szyjowe cokolwiek mniejsze, naloty w gardle zmniejszają się, chory oddycha przez nos, z którego jeszcze płyn ropiasty wypływa. Ciepłota wieczorna 39°.

28. VIII. Ciepłota zrana 38°, tętno 120, stan ogólny dobry, wysypka zupełnie znikła. Naloty na migdałach znacznie mniejsze, wypływ z nosa dosyć obfity, język wilgotny, łaknienie większe. Ciepłota wieczorna 38°.

29. VIII. Ciepłota zrana 37.4°, tętno 120, wieczorem 38°. Stan ogólny lepszy.

30. VIII. Ciepłota 37.5° zrana 38°, wieczorem. Chory uskarża się na ból w uszach, naloty w gardle znikły, tworzą się owrzodzenia na wargach i na podniebieniu miękkim.

Odtąd stan chorego poprawia się, ciepłota tylko wieczorem dochodzi 38°, z uszu pojawia się ciecz ropiasta, poczem bóle w uszach.—Owzrodzenia na wargach zablizniają się powoli i następuje okres zdrowienia bez żadnych powikłań; chłopiec został wypisany zdrów d. 10. IX.

W przypadku tym chory przybył do szpitala 4-go dnia choroby w stanie bardzo ciężkim, senny i prawie nieprzytomny. Piątego dnia choroby przy ciepłocie rannej 38.9°, zastrzyknięto 50 ctm. sz. surowicy, której działanie po 24 godzinach wyraziło się znaczną poprawą stanu ogólnego i podniesieniem się czynności serca. Jednocześnie sinawy odcień wysypki znikł, skóra stała się jednorodnie czerwoną. Szóstego dnia choroby wieczorem ciepłota spadła do 38.5°, siódmego dnia do 38° zrana, podniosła się jednak wieczorem do 39°.

Ósmego dnia choroby ciepłota zrana i wieczorem była 38°. Dopiero 9-go dnia choroby zniżka ciepłoty dosięgła 37.4°.

8. Zdzisław S. lat 8. Zachorował d. 6-go września; przy podwyższonej ciepłocie wystąpiły wymioty i wkrótce pojawiła się wysypka, zlewająca się na całym ciele.

Przybył do szpitala d. 8. IX. Ciepłota ciała 40°, wysypka na całym ciele silna, tętno słabe 120, senność, język podsychnięty, gardziel przekrwiona, na prawym migdale duży nalot szary, gruczoły szyjowe po tejże stronie opuchnięte. Zalecono wewnątrz kamforę i przestrzykiwanie gardła.

9. IX. Ciepłota zrana 39.8°, tętno nitkowate, 150, chory senny i bezwładny, wysypka bez zmiany, w gardle nalot jak dnia poprzedniego. Wstrzyknięto 40 ctm. sz. surowicy seryi 1-ej; dano tegoż dnia kamforę, ciepłota wieczorna spadła do 38°, chory stał się cokolwiek przytomniejszym i silniejszym.

10. IX. Ciepłota zrana 37.7°. Stan ogólny znacznie lepszy, tętno silniejsze, 120, chory przytomny, wysypka prawie bez zmiany, pojawia się łaknienie. Na lewym migdale mały nalot. Białkomoczu niema. Ciepłota 37.7°.

11. IX. Ciepłota z rana 37.2°, tętno silniejsze, 120, wysypka zaczyna blednąć, gdziekolwiek naskórek łuszczy się, chory żwawszy i przytomny. Białkomoczu niema. Gruczoły szyjowe mniejsze. Naloty w gardle zmniejszyły się. Wieczorem ciepłota 37.5°.

Odtąd stan bezgorączkowy, z każdym dniem ogólne polepszenie. Gardło powoli oczyszcza się w ciągu trzech dni następnych. Wypisany zdrów d. 25. IX.

Z przebiegu widzimy, że chłopiec przybył do szpitala 3-go dnia choroby w stanie dosyć ciężkim (t. 39.8°), następnego dnia stan się pogorszył i wtedy 4-go dnia choroby zastrzyknięto surowicy 40 ctm. sz. Ciepłota wieczorem była 38° a więc po upływie 6—7 godzin od czasu wstrzyknięcia spadła o 1.8°; stan ogólny tegoż wieczoru polepszył się. Następnego dnia rano, a więc w 24-y godziny po wstrzyknięciu surowicy, ciepłota spadła do 37.7°, wysypka zaczęła blednąć, naloty w gardle zaczęły się zmniejszać.

Działanie surowicy wyraziło się więc polepszeniem stanu ogólnego i zniżką bardzo znaczną ciepłoty ciała.

9. Jan S. lat 4. Zachorował d. 11. IX. Choroba zaczęła się wymiotami i gorączką. Przybył do szpitala d. 14. IX. z wysypką rozlaną na całym ciele, ciepłota 40°, tętno słabe, 140, senność.

15. IX. Ciepłota zrana 40.2°, wysypka silna, czerwona, miejscami sinawa, tętno drobne, 140, język suchy, gardziel przekrwiona; na obu migdałach szare naloty. Gruczoły szyjowe powiększone i bolesne, chory jest apatyczny i senny. Zalecono do wewnątrz kamforę i z a s t r z y k n i ę t o 40 ctm. sz. surowicy se-ryi I-ej. Ciepłota wieczorem spadła do 39°.

16. IX. Ciepłota zrana 38.5°, tętno 120, cokolwiek silniejsze. Stan ogólny lepszy, przytomność zapelna, senność mniejsza, język suchy, wysypka bledsza. Naloty na migdałach zmniejszyły się. Białkomoczu niema. Wieczorem ciepłota 39°.

17. IX. Ciepłota zrana 38.8°, tętno słabe, 120, język wilgotny, stan ogólny lepszy, wysypka zbladła, gruczoły szyjowe jeszcze powiększone i bolesne. Naloty na migdałach znacznie mniejsze. Wieczorem ciepłota 39°.

18. IX. Ciepłota zrana 38.2°, tętno 120, wieczorem ciepłota 39°. Stan zresztą bez zmiany. Na łukach podniebiennych nowe powstają naloty.

19. IX. Ciepłota 38.7°, tętno 120, stan bez zmiany. W hodowlach z nalotów znaleziono l a s e c z n i k i L O E F F L E R ' a i zastrzyknięto z tego powodu choremu 2000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej. Ciepłota wieczorem 39.9°.

20. IX. Ciepłota 38.5°, tętno 120, stan ogólny dosyć dobry, naloty na migdałach i na łukach zmniejszyły się, gruczoły szyjowe mniejsze. Ciepłota wieczorem 39°.

21. IX. Ciepłota zrana 38.2°, tętno 120, dosyć jeszcze słabe, stan ogólny dobry, nalotów w gardle niema, chory uskarża się na ból w stawie golenio-stopowym lewym. Zalecono *Natr. salicylicum*. Ciepłota wieczorna 40.2°.

22. IX. Ciepłota 38.2°, tętno 120. Na całym ciele wysypka zlewająca się, dosyć wyraźna, stan ogólny dobry, bóle w stawie mniejsze. Ciepłota wieczorem 38.7°.

23. IX. Ciepłota 37°, tętno 120. Wysypka znikła. Stan ogólny dobry, białkomoczu niema. Staw golenio-stopowy lewy cokolwiek obrzmiały i bolesny. Gruczoły szyjowe po stronie lewej bolesne, tworzą ograniczone stwardnienie. Ciepłota wieczorna 38.6°.

24. IX. Ciepłota 38.1° zrana. W gruczołach na szyi wyczuwa się chębotanie. Stan ogólny dobry. Ropień przecięto, ciepłota wieczorna spadła do 37.8°.

Odtąd jednak chory uskarża się na ból uszu i gorączkuje stale zrana i wieczorem. Rozwija się *otitis externa et media*, wymagająca specjalnego leczenia, po którego ukończeniu chory wypisany został d. 11. X.

W przypadku powyższym zastosowano surowicę w ilości 40 ctm. sz. 5-go dnia choroby. Stan chorego był bardzo ciężki, ciepłota 40.2°.

Po 24-ch godzinach stan ogólny znacznie się poprawił i ciepłota spadła do 38.5°.

9-go dnia choroby ciepłota podniosła się prawie do 39° i 40° z powodu powikłania błonicą, lecz po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej nastąpiła znížka.

W ciągu dni następnych stan gorączkowy zależnym był od ropienia w gruczołach i zapalenia ucha średniego.

Działanie surowicy wyraziło się przede wszystkim poprawą stanu ogólnego i niższą ciepłotą o $1\frac{1}{2}$ stopnia w ciągu 24-ch godzin po wstrzyknięciu.

10. Mieczysław G lat 11. Zachorował na wsi przed 3-ma dniami, przybył do szpitala d. 15 lipca z wysypką, zlewającą się na całym ciele, z ciepłotą 39,5°. Tętnem 120, dosyć słabem, z silnym bólem gardła. W nocy majaczył nieustannie.

16. VII. Ciepłota zrana 40°, tętno 120, dosyć słabe, wysypka jednostajna na całym ciele, bardzo silna, gardło przekrwione, na migdałach naloty szare; w ciągu dnia chory przytomny, lecz osłabiony. Zalecono środki podniecające i zastrzyknięto 50 ctm. sz., surowicy ser. 2-ej; ciepłota wieczorna 39°.

17. VII. Ciepłota zrana 37,7°, wysypka bledsza, tętno silniejsze, 120, język suchy, stan gardła bez zmiany, chory czuje się silniejszym, jest przytomny. Ciepłota wieczorem 38°.

18. VII. Ciepłota zrana 37°, tętno silniejsze, 100, gardło oczyszcza się, lecz polykanie trudne i bolesne. Wysypka zbladła, zaczyna się luszczzenie. Chłopiec w nocy spał spokojnie, apetyt powraca, język wilgotny. Białkomoczu nie ma, ciepłota wieczorna 37,5°.

19. VII. Ciepłota zrana 37,2°, tętno dosyć silne, 100, język wilgotny, na prawym migdale mały nalot jeszcze widoczny, polykanie łatwiejsze, mowa wyraźna. Ciepłota wieczorna 37°. 29. VII. Ciepłota zrana 37°. Stan chorego polepsza się, uskarża się on tylko na ból w miejscu wstrzykiwania surowicy, ciepłota wieczorem 38°. Nalotów w gardle nie ma.

21. VII. Ciepłota zrana 38°, tętno 100. W okolicy lewego podżebrza utworzyło się stwardnienie wielkości śliwki, bolesne, skóra w tem miejscu jest zaczerwieniona. Ciepłota wieczorem 38°.

22. VII. Ciepłota zrana 38°. Gruczoły pachowe po stronie lewej powiększone i bolesne. Stan ogólny dosyć dobry. W roponiu wyczuwa się chęłbotanie.

W dniu 24. VII ropień przecięto, ciepłota spadła do 37°, gruczoły pachowe zmniejszyły się. Odtąd zaczął się okres zdrowienia, zakłócony w początku trzeciego tygodnia choroby bólami reumatycznymi w kończynach górnych i dolnych; bóle po użyciu *Natri. salicyl.* w ciągu dwóch dni ustąpiły.

W dniu 24. VIII. chłopiec wypisanym został zdrowym. W przypadku powyższym zastrzyknięto surowicy 50 ctm. sz. ser. 2 ej, czwartego dnia choroby, przy cieplocie 40°. Po 24-ch godzinach ciepłota spadła do 37,7°, a więc o 2,3°, wieczorem podniosła się do 38°, odtąd jednak stan chorego zaczął się poprawiać, wysypka zbladła, wieczorami już ciepłota trzymała się granic normalnych. Przebieg choroby był pomyślny i szybki.

11. Bronisława Wł., lat 12, zachorowała d. 18. IX; pierwszymi objawami choroby były wymioty, ból gardła i wysoka gorączka. Nazajutrz pojawiła się wysypka, chora przybyła do szpitala 23. IX. w stanie następującym. Ciepłota 39,7°, tętno słabe, drobne, 120, chora jest nieprzytomna: nie odpowiada na pytania, oczy w pół otwarte, język suchy, obłożony, łącznice oczu przekrwione. Na całym ciele widać wysypkę zlewającą się, kończyny górne do łokcia, dolne do kostek sine i chłodne, na tułowiu miejscami plamy sinawe; z nosa wypływa ciecz ropiasta, brzegi otworów nosowych owrzodzone. W gardzieli na migdałach, łukach i podniebieniu twardem nalot szaro-żółty rozlany. Gruczoły szyjo-

we powiększone, przy ucisku bolesne. Zastrzyknięto chorej 50 ctm. sz. surowicy seryi 1-ej, do wewnątrz dano kamforę z piżmem, zalecono przestrzykiwanie gardła. Ciepłota wieczorem 38.7°.

24. IX. Ciepłota zrana 38.8°, tętno słabe, 120, chora jednak przytomna, odpowiada, polyka napój, pokazuje język. Wysypka przybrała kolor czerwony, siność na kończynach mniej wyraźna. Wyływ ropy z nosa obfity. Stan gardła i gruczołów chłonnych bez zmiany. Język suchy, białkomoczu niema. Ciepłota 38.9°.

25. IX. Ciepłota zrana 38.6°, tętno silniejsze, 120, chora czuje się lepiej, sama siada na łóżku. Język wilgotny, stan gardła i nosa bez zmiany. Gruczoły chłonne bardziej bolesne; powiększone. Wysypka straciła odcień siny i wszędzie jest jednostajnie czerwona. Zapalenie łącznicy lewego oka. W hodowlach znaleziono *streptococcus conglomeratus*. Ciepłota wieczorna 38.7°.

26. IX. Ciepłota zrana 37.7°, tętno słabe, 120, stan ogólny lepszy, chora siedzi, odpowiada, polyka łatwiej. Wysypka daleko bledsza. Wyływ z nosa mniejszy, naloty w gardle zmniejszyły się. Ciepłota wieczorna 38.3°.

27. IX. Ciepłota zrana 37.7°. Zaczyna się łuszczenie naskórka. Stan ogólny dobry, gardło oczyszcza się, wyływ z nosa mniejszy. Bóle w uszach. Ciepłota wieczorna 38.3°.

28. IX. Ciepłota zrana 37.7°, tętno silniejsze, 108. Język wilgotny, łuszczenie obfite. Wyływ ropy z uszu, chora prawie nie słyszy. Język wilgotny, na brzegach owrzodzony. Ciepłota wieczorna 39.5°.

29. IX. Ciepłota zrana 39°, tętno 110. Wyływ z uszu obfity, gardło oczyszcza się, mimo to polykanie utrudnione. Wyływ z nosa bardzo mały, stan ogólny dosyć dobry. Ciepłota wieczorna 39.8°.

30. IX. Ciepłota zrana 37.5°, tętno 109. Stan ogólny dobry. Stan gardła, nosa i uszu bez zmiany. Polykanie utrudnione, głuchota. Ciepłota wieczorem 38.8°.

1. X. Ciepłota zrana 38.7, tętno 100. Stan bez zmiany. Łuszcze, nie obfite na całym ciele. Ciepłota wieczorem 39°.

Odtąd ciepłota zrana 37.5°, 37.8°, wieczorem 38°,—38.5°.

Badanie wzornikiem usznym wykazuje obrzmienie przewodów słuchowych zewnętrznych i przedziurawienie błony bębenkowej z obu stron. Bolesność na ucisk obu wyrostków sutkowych. Po zastosowaniu miejscowego leczenia stan uszów zaczął się poprawiać; po upływie dni ośmiu, wyływ ropy z uszu zmniejszał się stopniowo. Gruczoły chłonne na szyi po stronie prawej zmniejszyły się, po stronie jednak lewej wytworzył się ropień, który d. 27. X przecięto. Od tego czasu stan chorej był bez gorączkowy.

W przypadku tym zastrzyknięto 5-go d. choroby 50 ctm. sz. surowicy chorej, znajdującej się w stanie groźnym. Po upływie 6-ciu godzin ciepłota spadła o 1°, t. j. do 38.7°. Po upływie 72-ch godzin ciepłota spadła do 37.7°. Polepszenie stanu ogólnego dało się zauważyć już po 24-ch godzinach; jednocześnie wysypka straciła sine zabarwienie i przez kilka dni następnych miała kolor jednostajny jasno-czerwony. Na cierpienie miejscowe w gardle, w nosie i w gruczołach surowica nie miała wpływu. W piątym tygodniu choroby utworzył się

ropień na szyi, który przecięto. Pomimo obustronnego *otitis media et interna*, chora odzyskała słuch w obu uszach.

12. Stanisława S., lat 9. Zachorowała d. 22. IX. Przy wysokiej ciepłocie chora wymiotowała kilkakrotnie i skarżyła się na ból gardła. Przybyła do szpitala 24. IX w stanie następującym. Ciepłota 40°, tętno bardzo słabe, 140; chora jest przytomna, lecz bardzo osłabiona i senna. Język suchy, gardziel przekrwiona, na obu migdałach szare naloty. Gruczoły szyjowe opuchnięte i bolesne. Na całym ciele wysypka punkcikowata, zlewająca się, bardzo silna, w niektórych miejscach tułowia sina, chora jest senna i apatyczna, polyka z trudnością, łaknienia nie ma. Zalecono do wewnątrz kamforę i zastrzyknięto 50 ctm. sz. surowicy seryi I-ej. Ciepłota wieczorem 39.7°.

25. IX. Ciepłota zrana 38.5°, tętno silniejsze, 130, stan ogólny lepszy, chora przytomna i weselsza, sama siada na łóżku. Wysypka straciła odcień sinawy i jest jednostajnie czerwona. Stan gardła bez zmiany, język obłożony podsychniętym. Gruczoły szyjowe po stronie lewej więcej obrzmiały. Białkomoczu niema. Ciepłota wieczorem 38.5°.

26. IX. Ciepłota zrana 37.8°, tętno silniejsze, 120. Stan ogólny dobry, wysypka blednie. Stan gardła bez zmiany. Ponieważ w hodowlach z nalotów znaleziono *streptoc. conglom.* i laseczniki LOEFFLER'a, więc zastrzyknięto chorej jeszcze 10 ctm. sz. (2000 jedn. ochr.) surowicy przeciwbłoniczej. Ciepłota wieczorem 38.7°.

27. IX. Ciepłota zrana 37.8°, tętno 120, stan ogólny dobry, wysypka zbladła, zaczyna się łuszczenie. Naloty w gardle zmniejszyły się. Ciepłota wieczorem 38°.

28. IX. Ciepłota zrana 37.5°, tętno 100, łuszczenie obfite. Na języczku pojawił się biały nalot. Stan ogólny bardzo dobry, język wilgotny.

Odtąd stan bezgorączkowy. 30. IX. Gardło wolne od nalotów. 2. X. Występują bóle w stawach przy podwyższonej do 38.5° ciepłocie, d. 3. X. na całym tułowiu pojawia się wysypka plamista, swędząca, bóle stawów wzmagają się. Dnia następnego wysypka, zależna od surowicy przeciwbłoniczej, znika, bóle stawów ustają.

Odtąd jednak zaczyna się okres gorączkowy z ciepłotą ranną 38°, — 38.5° i wieczorną 38.5 do 40°, gruczoły chłonne na szyi po stronie lewej powiększają się. Dnia 10. X., t. j. 18 dnia choroby wyczuwa się w guzie chęłbotanie, ropień otwarte, ciepłota wraca do granic normalnych. Chora po zagojeniu ropnia wypisaną została d. 27. X.; w powyższym przypadku zastrzyknięto surowicę 3-go dnia choroby przy ciepłocie 40°. Po 24-ch godzinach ciepłota spadła do 38.5° a więc o 1½°, stan ogólny polepszył się, wysypka straciła odcień sinawy, tętno stało się silniejsze. Piątego dnia choroby zastrzyknięto chorej 2000 jedn. ochr. surowicy przeciwbłoniczej z powodu znalezienia laseczników LOEFFLER'a w hodowlach. Działanie surowicy przeciwbłoniczej było dosyć szybkie, siódmego dnia po wstrzyknięciu wystąpiły bóle w stawach, a na tułowiu pojawiła się wysypka plamista po surowicy.—Ciepłota spadła do normy (37.2°) dopiero 9-go dnia choroby, po zniknięciu nalotów w gardle, na języczku.

Jako powikłanie zanotować należy zropienie gruczołów szyjowych.

13. Feliksa Sz. lat 10. Zachorowała 3. X. Przy wysokiej gorączce wystąpiły kilkakrotne wymioty i ból gardła, a następnego dnia wysypka. Przybyła do szpitala d. 6. X. Stan chorej był następujący.

6. X. Ciepłota 39.1°, tętno bardzo słabe i drobne, 140. Na całym ciele silna, czerwona, zlewająca się wysypka, przybierająca w niektórych miejscach tułowia i kończyn sine zabarwienie. Gardziel przekrwiona, na obu migdałach szary nalot, język obłożony, podsychnięty, po brzegach czerwony, gruczoły szyjowe po obu stronach powiększone.

Chora jest nieprzytomna i senna. Zalecono do wewnątrz kamforę, i z zastrzyknięto surowicy 4-ej seryi 50 ctm. sz., wieczorem ciepłota 39.3.

7. X. Ciepłota zrana 38.3°, tętno 120, cokolwiek silniejsze. Chora jest przytomna i może bez pomocy usiąść na łóżku. Wysypka jeszcze bardziej czerwona, lecz bez odcienia siniego, język suchy, na brzegach jego kilka owrzodzeń, pokrytych białawym nalotem. Stan gardła i gruczołów chłonnych bez zmiany. Połykanie utrudnione. Ciepłota wieczorem 38.9°.

8. X. Ciepłota zrana 38.1°, tętno słabe, 108, przytomność zupełna. Język wilgotny, na brzegach owrzodzony. W gardle naloty przeszły na języczek i podniebnie miękkie. Wysypka cokolwiek bledsza. Łaknienie wraca. Mocz lekko opalizuje. W hodowlach *streptoc. conglomerat.* Ciepłota wieczorem 38.1°.

9. X. Ciepłota zrana 38.1°, tętno silniejsze, 108. Wysypka zbladła, zaczyna się łuszczenie, stan ogólny niezły, gardło i gruczoły bez zmiany, język oczyszcza się. Chora kaszleć zaczyna. W dolnym płacie prawego płuca pod prawą łopatką słycać oddech oskrzelowy, tamże lekkie stępienie przy opukiwaniu. Łaknienie poprawia się, połykanie łatwe. Ciepłota wieczorem 39.2°.

10. X. Ciepłota zrana 39°, tętno dosyć silne, 120. Kaszel częsty, suchy— w płucu prawym stępienie rozszerza się, oddech oskrzelowy na większej przestrzeni. Gardło oczyszcza się, ciepłota wieczorem 38.9°.

11. X. Ciepłota zrana 38°, tętno dosyć słabe, 110, oddychanie 40. Kaszel suchy, częsty; stan ogólny i stan płuc bez zmiany. Ciepłota wieczorem 38.8°.

Odtąd przy stałej gorączce, dochodzącej wieczorami do 40°, rozwija się zapalenie nieżytowe płuc obu.

W dniu 13. X, w gruczołach szyjowych po stronie prawej wyczuwa się chelbotanie; ropień przecięto i nałożono opatrunek. Od 20. X. stan płuc poprawia się i ciepłota wraca do granic normalnych.

23. X. Występuje *otitis externa sinistra*, a jednocześnie zauważyć się dają ruchy choreiczne w kończynach górnych. Stan ogólny pomimo to poprawia się. Odtąd chora pozostaje w szpitalu jako rekonwalescentka i leczenie zwrócone jest przeciw płasawicy.—W przypadku tym u chorej, znajdującej się w stanie ciężkim, sennej i nieprzytomnej, przy cieplocie 39.1° i tętnie bardzo słabem, zastrzyknięto 4-go dnia choroby 50 ctm. sz. surowicy, której działanie po 24-eh godzinach wyraziło się znaczną poprawą stanu ogólnego i wzmocnieniem czynności serca, chora odzyskała przytomność i była w możności bez pomocy usiąść na łóżku. Ciepłota po 48-iu godzinach obniżyła się do 38.1° a więc o 1°. Naloty w gardle i na języku oczyszczały się dosyć wolno. Dziesiątego dnia choroby w gruczołach szyjowych wytworzył się ropień, który przecięto. Szóstego

dnia choroby zauważyliśmy pierwsze objawy zapalenia nieżyłowego prawego płuca, a po kilku dniach lewego. Przebieg zapalenia płuc był bardzo ciężki i towarzyszyła mu ciągła, wysoka gorączka. W czwartym tygodniu choroby wystąpiło zapalenie przewodu słuchowego zewnętrznego i objawy płąsawicy.

Zauważyć tu należy zniknięcie sinicy w 24 godziny po zastrzyknięciu surowicy, która jednak nie wywarła wpływu na znikanie wysypki.

14. Helena W., lat 5. Zachorowała d. 20. X. Przy wysokiej gorączce wystąpiły wymioty, ból gardła, a następnie wysypka, zlewająca się na tułowi i kończynach. Przybyła do szpitala wieczorem 22. X. z ciepłotą 39,8°.

23. X. Ciepłota zrana 39,5°, tętno słabe, 144, chora jest przytomna, lecz senna. Język obłożony, podsycający, gardziel silnie zaczerwieniona, nalotów niema. Gruczoły szyjowe powiększone, migdały przerośnięte. Na całym ciele wysypka czerwona rozlana, szczególnie silna na plecach i kończynach górnych. Chorej zalecono kamforę wewnątrznie i zastrzyknięto surowicy seryi V-ej 40 ctm. sz. Ciepłota wieczorem 39,5°.

24. X. Ciepłota zrana 38,7°, tętno słabe, 140. Wysypka silnie kwitnie. Chora osłabiona, lecz przytomna, piła mleko, siada na łóżku. W nocy nie mąjaczyła. Z nosa zaczyna wypływać śluz ropiasty. Migdały przekrwione i powiększone, nalotów niema. Ciepłota wieczorem 38,8°.

25. X. Ciepłota zrana 38,5°, tętno słabe, 144, język wilgotny, na obu migdałach biały nalot, gruczoły szyjowe powiększone. Wysypka cokolwiek bledszą, stan ogólny lepszy, połykanie trudne, lecz łaknienie większe. Ciepłota wieczorem 39,5°. Białkomoczu niema.

26. X. Ciepłota zrana 39°, tętno słabe, 144. Wysypka zbladła, zaczyna się łuszczenie. Naloty na migdałach powiększyły się znacznie. Chora zaczyna kaszleć, przy badaniu płuc znajdujemy oddech oskrzelowy i stępienie pod lewą łopatką. Ciepłota wieczorem 38,7°.

27. X. Ciepłota zrana 37,4°, tętno słabe, 148. Chora jest apatyczna, język podsyca, w gardle naloty bez zmiany. Skóra około miejsca ukłucia na przestrzeni 10 ctm. kwadrat zaczerwieniona, twarda i bolesna. Kaszel częstszy, w płucu lewym pod łopatką oddech oskrzelowy i drobne rżenia. Oddychanie 40. Ponieważ w hodowlach znaleziono *strept. conglom.* i laseczniki LOERELER'a, zastrzyknęłam chorej 2000 jedn. ochr. surowicy przeciwbłoniczej. Wewnątrznie piżmo; ciepłota wieczorem 39,5°.

28. X. Ciepłota zrana 39°, tętno silniejsze, 120. Skóra na miejscu wstrzykiwania zbladła, mniej twarda i mniej bolesna. Język wilgotny, obłożony. Naloty na migdałach stwardniały i powiększyły się. Ciepłota wieczorem 38,5°. Stan płuc bez zmiany.

29. X. Ciepłota 38,2°, tętno, 148. Skóra biała, naskórek łuszczy się. Stan ogólny lepszy, język wilgotny. W gardle naloty rozmiękczają się. Na lewym migdale utworzyło się głębokie owrzodzenie. Kaszel częstszy, w płucach drobne rżenia pod obu łopatkami. Gruczoły chłonne na szyi bolesne i powiększone. Białka w moczu niema. Wypróżnienia gęste. Ciepłota wieczorem 38,7°.

30. X. Ciepłota zrana 37.6°, tętno silniejsze, 120; migdały znacznie się oczyściły, tylko owrzodzenie na lewym głębsze. Język wilgotny, łaknienie poprawiło się, stan ogólny dobry, chora siedzi, bawi się, zbladła tylko i wychudła. Gruczoły szyjowe mniejsze. Skóra dokoła miejsca ułknięcia bladą. Ciepłota 38.3° wieczorem; w płucach rzężeń mniej.

31. X. Ciepłota zrana 38°, tętno słabe, 120. Stan ogólny dobry, chora siedzi i bawi się. W gardle nalotów niema, owrzodzenie zabliznia się, kaszel rzadki, w płucach rzężeń mało, oddychanie 30. Gruczoły chłonne zmniejszyły się. Łaknienie małe, wypróżnienia prawidłowe.

W przypadku tym na trzeci dzień choroby zastrzyknięto chorej 40 ctm. sz. surowicy. Szóstego dnia choroby dołączyło się zapalenie płuc nieżytowe, a jednocześnie błonica gardła, istniejąca od 3 dnia choroby, rozwijała się wyraźniej z dniem każdym. Siódmego dnia choroby zastrzyknięto 2000 jedn. ochr. surowicy przeciwbłoniczej, pomimo to ciepłota dopiero 10 dnia choroby obniżyła się do 37.6°. Wieczorami chora jeszcze gorączkowała, dopóki stan płuc się nie poprawił.

15. Wincenty G., lat 5. Zachorował d. 7. XI. W dniu tym wystąpiły wymioty, gorączka i ból gardła, następnego dnia pojawiła się wysypka. Przybył do szpitala 9. XI. Ciepłota 40°, tętno słabe, 150. Na całym ciele wysypka zlewająca się, szczególnie silna na przedramionach i udach. Język suchy, obłożony, gardło przekrwione, chory jest senny, na pół przytomny. Zalecono do wewnątrz kamforę, z a s t r z y k n i ę t o s u r o w i c y 50 ctm. sz. [ser. 3-ej]. Ciepłota wieczorem 39.8°.

10. XI. Ciepłota zrana 38.5°, tętno silniejsze, 150. Chory jest przytomny. Stan ogólny lepszy, język mniej suchy. Wysypka kwitnie silnie. Na prawym migdale mały nalot. Gruczoły szyjowe po stronie prawej powiększone. Ciepłota wieczorem 38.5°. Białkomoczu niema.

11. XI. Ciepłota zrana 38.2°, tętno silniejsze, 120. Stan ogólny dobry, stan gardła i gruczołów bez zmiany — język oczyszcza się, łaknienie wraca. Ciepłota wieczorem 38.7°.

12. XI. Ciepłota zrana 37.8°, tętno dosyć silne, 120. Naloty na migdale znikły, gruczoły mniejsze. Wysypka znacznie bledsza. Białkomoczu niema; w hodowlach *strept. conglom.* Ciepłota wieczorem 38.1°.

13. XI. Ciepłota zrana 37.9°. Wysypka znikła, stan ogólny dobry. Gruczoły szyjowe po stronie prawej na nowo powiększone i bolesne. W gardle nowy nalot niewielki na prawym migdale. Ciepłota wieczorem 38.4°.

14. XI. Ciepłota zrana 38°, wieczorem 39°. Stan bez zmiany.

15. XI. Ciepłota zrana 38.6°, tętno 120, stan ogólny dosyć dobry, chory tylko uskarża się na bóle w kończynach dolnych. Owrzodzenie na wargach. Ciepłota wieczorem 38.8°.

16. XI. Ciepłota zrana 37.5°, tętno 120. Gardło oczyszcza się, bóle w kończynach mniejsze, stan ogólny dobry. Gruczoły szyjowe zmniejszają się. Następuje okres zdrowienia bez powikłań.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z powodu szybkiego polepszenia się stanu ogólnego i znacznego obniżenia ciepłoty po 24-ch godzinach [o 1.5°].

We wszystkich powyżej opisanych przypadkach ciężkiej płonicy działanie surowicy było nadzwyczaj efektowne i szybkie.

Najszczegółowszy jednak opis przebiegu choroby nie jest zdolny przedstawić nam zmiany stanu chorego po upływie 24 — 48 godzin po zastrzyknięciu surowicy, tak dokładnie, abyśmy mogli doznać takiego wrażenia, jakie na nas sprawia przebieg choroby i szybkie polepszenie.

Z tego to powodu pragnąc się przekonać o działaniu surowicy, używałem jej w przypadkach ciężkich, tu bowiem zmiana obrazu klinicznego jest tak widoczna, że zaprzeczyć istnienia jej niepodobna.

W przypadkach średnich działanie surowicy nie jest tak wyraźne, pomimo, że ciepłota ciała daleko więcej i prędzej się obniża, a wysypka prędzej blednie.

Przekonać się o tem możemy z dwóch następujących spostrzeżeń.

[D. n.].

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie dnia 17. XI. r b.

W sprawie surowicy przeciw szkarlatynowej.

ALFONS MALINOWSKI odczytał rzecz p. t.: „O leczeniu płonicy surowicą swoistą“.

Ze względu, iż rzecz ta drukuje się już w „Gazecie“, podam jedynie ostateczne wnioski prelegenta, które brzmią:

a) surowica, użyta w ciężkich przypadkach płonicy w ilości 40—50 ctm. sz., zmniejsza i usuwa objawy zatrucia, wzmacnia działalność serca, wywołuje poprawę stanu ogólnego;

b) sprowadza obniżenie ciepłoty ciała, niekiedy już po kilku godzinach, zwykle po 24 ch, niekiedy dopiero po 48-iu godz. lub później; w wyjątkowych wypadkach nawet większa dawka surowicy [90 ctm. sz.] nie wywiera wpływu na ciepłotę ciała;

c) dotychczas stosowane dawki surowicy nie mają wpływu na wysypkę w ciężkich przypadkach. Nie wywołują wysypki posurowicznej, ani szkodliwego działania ubocznego.

Wniosek ostateczny prelegenta: surowica przeciw płonicy dra PALMIRSKIEGO powinna być stosowana w ciężkich przypadkach płonicy, posiada bowiem, zdaniem prelegenta, niewątpliwie własności lecznicze.

W dyskusyi J. BĄCZKIEWICZ przytacza 5 przypadków z własnego doświadczenia, leczonych surowicą dra PALMIRSKIEGO. W dwóch zjeście śmiertelne, w jednym z nich infekcyja mieszana—odra i szkarlatyna; zastrzykiwano surowicę przeciwpłoniczą bez dodatniego wpływu. Surowicę przeciwpłoniczą zastrzyknięto na 8-my dzień choroby; następnego dnia zauważyć było można jakby pewną poprawę stanu ogólnego, a przede wszystkim jak gdyby pewien wpływ na sprawę miejscową w gardzieli: naloty stały się pulchniejsze, rozplywające się, nos stał się więcej drożny; po 48-iu godzinach sprawa w gardzieli jeszcze wyraźniej się polepszyła, natomiast stan ogólny pozostał przez cały czas ciężki, chory senny, apatyczny, półprzytomny. Zejście śmiertelne w kilka dni przy objawach paraliżu serca.

W drugim z śmiertelnych przypadków surowicę zastrzyknięto w dwa tygodnie od początku choroby w ilości 20 ctm. sz. przy objawach ciężkiego dyfteroidu, obrzęku gruczołów podszczękowych i ciężkim stanie ogólnym. W tym przypadku pomimo powtórzenia dawki po 4 dniach, żadnego wpływu ani na spadek ciepłoty; ani na poprawę stanu ogólnego, czy też objawów miejscowych nie zauważono, w 12 dni po zastrzyknięciu *exitus*.

Najwybitniejsze działanie okazała surowica w przypadku, w którym dziewczynie 8-letniej zastrzyknięto 50 ctm. sz. na 4-ty dzień choroby przy objawach dyfteroidu i mocnej sinawej wysypce; ciepłota 39,0°, tętno 160. Po 24-ch godz. ciepłota 37,2, tętno 108, stan ogólny lepszy, naloty w gardzieli nie rozszerzyły się. Wyzdrowienie.

W przypadku 4-ym z dyfteroidem, obrzmieniem gruczołów 40 ctm. sz. surowicy, zastrzykniętej na 3-ci dzień, nie wywarło wpływu ani na ciepłotę, ani na stan ogólny, ani miejscowy. W 9 dni po zastrzyknięciu wysypka toksyczna z podniesieniem ciepłoty do 39°. W dalszym przebiegu zropienie gruczołów pod pachowych. Białka w moczu nie było.

W przypadku 5-ym surowica pozostała zupełnie bez wpływu—stan ogólny nie polepszył się dziecko pozostało sennie, nieprzytomne, dyfteroid rozszerzył się nawet i dni następnych przybrał charakter gangrenowy z *foetor ex ore*, obrzęk gruczołów podszczękowych powiększył się, sprawa przeszła na nos, uszy. Mocz przed zastrzyknięciem i po zastrzyknięciu zawierał białko.

BĄCZKIEWICZ na zasadzie własnego doświadczenia tymczasem wyraźnego działania surowicy przypisać nie może. Sądzi jednak, że jeżeli surowica dra PALMIRSKIEGO okaże wpływ na objawy toksyczne w szkarlatynie, byłoby to i tak już wielką zdobyczą w bezsilnej dotąd terapii szkarlatyny. Ostrzega przed zbyt dużym optymizmem i przypomina, iż i ta surowica wysypki wywołuje; jak się okazuje z jego doświadczenia, co prawda wbrew doświadczeniu prelegenta, B. uważa, że nie wszystkie przypadki prel. przemawiają za skutecznością surowicy.

DYTEL przytacza przypadek z własnego doświadczenia, który obok paru innych niezbitnie przekonał go o dodatnim wpływie surowicy dra PALMIRSKIEGO. Na 5-ty dzień choroby przy zupełnej nieprzytomności, ciepłocie 40,2°, tętnie 148, miękkim, wysypce obfitej; nadzwyczaj powiększonych gruczołach podszczękowych, dyfteroidzie rozległym, wpływie surowiczo-ropnym z nosa, zastrzyknął chłopcu 14-letniemu 50 ctm. sz. surowicy przeciwskarlatynowej. Na drugi dzień choroby przytomniejszy, ciepłota 38,7°, naloty ograniczyły się, wpływ z nosa wstrzymał się zupełnie; zastrzyknięto jeszcze 30 ctm. sz. Na 3-ci dzień, ciepłota 38,2°, stan ogólny poprawił się wybitnie, naloty znikły, gruczoły tylko pozostały bez zmiany i zropiały. Chory po dokonaniu przecięcia powrócił do zdrowia.

JULIAN KRAMSZTYK spostrzegł dwa przypadki szkarlatyny leczone surowicą dra PALMIRSKIEGO. W obu tych średnio ciężkich przypadkach zauważył istotnie wybitny wpływ na objawy ogólnego zatrucia, a mianowicie: bredzenie, śpiączkę, nadmierną ciepłotę ciała i t. d. K. zaznacza jednak, że widzujemy często mniej lub więcej ciężkie przypadki szkarlatyny z objawami podobnymi, które kończyły się pomyślnie. Zdaniem K. do prób z surowicą wybierać należy przypadki, które od samego początku przedstawiają się groźnie; tą drogą przez ścisłą obserwację lepiej się przekonamy o działaniu surowicy, niż przez dane statystyczne co do śmiertelności.

KORAL zwraca uwagę, iż skuteczność wszelkich usiłowań leczniczych i odsetka śmiertelności w szkarlatynie przedewszystkiem zależne są od charakteru epidemii. Epidemia tegoroczna w porównaniu z poprzednimi jest stosunkowo dość łagodna. Na oddziale szkarlatynowym w szpitalu dla dzieci w m. mówca innych lat miał 20—25% śmiertelności, w tym roku na 60 przyp.—9 zejść

śmiertelnych, czyli 15%. K. zauważył również, że liczba powikłań w tym roku była stosunkowo niewielką. Często, bo aż w 16-tu przypadkach, występowały głębokie ropnie lub *phlegmone* [w 2-ch zejście śmiertelne]. Fakt, że w przypadkach prelegenta, leczonych surowicą, sprawy ropne nie występowały lub miały przebieg lekki, przemawiały za skutecznością surowicy w tym względzie.

A. ŻURAKOWSKI powraca jeszcze do etyologii szkarlatyny i zwraca uwagę, iż próby z *strept. conglomer.* należałoby przeprowadzić na przeźuwaczach domowych, u których, jak wiadomo z badań angielskich, po wprowadzeniu pod skórę występuje jak gdyby zakażenie. Ż. wypowiada przypuszczenie, że surowica przeźuwaczy domowych okazałaby się może dzielniejszą w działaniu od końskiej.

W. PALMIRSKI w tym względzie zaznacza, że doświadczenia co do swoistości *strept. conglomer.* prowadzi na myszach, które nań reagują i są mniej kosztownym materiałem i wkrótce ze swych badań zda sprawę.

J. BRUDZIŃSKI przytacza 2 przypadki—jeden bardzo ciężki, gdzie pomimo iż surowicę zastosowano na drugi dzień choroby [40 ctm. sz.] i dawkę jeszcze po 24-ch godz. powtórzono—pewne działanie surowicy można było spostrzedz dopiero po 2-ch dniach. Ciepłota, która od początku choroby trzymała się na poziomie 40°—41,0°, zaczęła się obniżać dopiero na 3-ci dzień po zastrzyknięciu do 38°, na 4-ty dzień, czyli na 6-ty dzień choroby, ciepłota 37. Odtąd stan bezgorączkowy. Tętno na drugi dzień po zastrzyknięciu pozostało niskim, szybkim, 160 do 180 [dziewcz. lat 7]; tak jak i przed zastrzyknięciem surowicy występowała skłonność do zapaści kilkakrotnie, stan ogólny w 48 godz. po zastrzyknięciu był jeszcze b. groźny. Ustąpiły wymioty i rozwolnienie. Dziecko było wciąż nieprzytomne, śpiączka. Wybitna poprawa stanu ogólnego wystąpiła dopiero na 3-ci dzień po zastrzyknięciu. Wpływu surowicy na zmiany miejscowe w gardzieli, które były bardzo rozległe, bezstronnie ocenić nie można, stosowano bowiem jednocześnie iniekcje HEUBNER'owskie 3% (*ac. carbol.*) do migdałków dyfteryt ustąpił dość szybko, na 7-my dzień choroby pozostały zaledwie ślady rozległych poprzednio nalotów [na migdałkach, łukach i języczku].

Od 7-go dnia przebieg można nazwać idealnym. Nie było żadnych powikłań ani ze strony gruczołów, ani ze strony nerek, ciepłota nie podniosła się ani razu.

W przypadku tym obiektywnie wnioskować można o dodatniem działaniu surowicy jedynie z faktu szybkiej względnie poprawy i braku powikłań w przypadku nader ciężkim, który w zwykłych warunkach mógł być uważany za stracony, także rokowanie stawiane było w gronie kolegów, którzy wraz z B. obserwowali przypadek [kol. KAMIENSKI, KOZICKI] już na drugi dzień choroby. Wybitnego i szybkiego i rzucającego się w oczy działania surowica w przypadku tym nie wywarła. Z wrażenia, jakie się miało przy obserwacji bezpośredniej, wypada, iż w przypadku tym należało dawkę podwójną [80 ctm. sz.] zastosować od razu, i ewentualnie jeszcze powtórzyć.

Przypadek drugi dotyczy dziecka 1 r. i 3 mies.—Pierwszy to raz zastrzyknięto surowicę dziecku w tym wieku, kwestya dawkowania nastęrczała pewne trudności—zastrzyknięto 40 ctm. sz.—dopiero na 6-ty dzień choroby. Wobec lekkiego początku zmusił do tego szybki rozwój dyfteroidu, grożący wprost życiu dziecka. Ciepłota 39° w dzień zastrzyknięcia. T. 160, nikle, śpiączka, apatyczność. Stan ogólny już po 12-tu godz. wybitnie się poprawił. Zmiany miejscowe w gardzieli nie rozszerzały się, ustępowały widocznie. Na ciepłotę ciała zastrzyknięcie surowicy wywołało wpływ widoczny, o tyle, że wahania 39°, zmniejszały się o 1/2° co do najwyższej ciepłoty, a co do najniższej o 1°.

Przypadek ten ciekawy jest jeszcze z tego względu, iż wystąpiła tu wyraźna wysypka posurowicza, na 8-my dzień po zastrzyknięciu z podniesieniem się ciepłoty, ze znacznemi nacieczeniami, trwała 3 dni; zaledwie się skończyła, wystąpiła dość silna *urticaria* na tułowiu i kończynach z opuchnięciem rąk i nóg [białka w moczu przez cały czas nie było], trwała 1 1/2 dnia, bezpośrednio potem wystą-

piła znowu wysypka wielokształtna typu pierwszej z podniesieniem ciepłoty i z upadkiem stanu ogólnego. Dziecko jest jeszcze w obserwacji.

Działanie uboczne surowicy w tym przypadku było bardzo silne i przykre dla chorego i lekarza. Tłómaczyć je można chyba zbyt dużą dla wieku dziecka dawką surowicy. Zresztą wobec obserwacji kol. BĄCZKIEWICZA, gdzie po dawce 40 ctm. sz. u dziecka 5-iego letniego również wystąpiła wysypka, kwestyę działania ubocznego uważać należy jeszcze za otwartą i pozostawić ją dalszemu doświadczeniu.

Józef Brudziński.

Posiedzenie dn. 24. XI. b. r.

1. Ciąg dalszy dyskusji nad działaniem surowicy przeciwszkarlatynowej.

St. KAMIEŃSKI przytacza dwa przypadki, zatrzymuje się dłużej na przypadku, obserwowanym na oddziale szkarlatynowym w Domu Wychowawczym; w przypadku tym surowicę zastrzyknięto 5-go dnia, choroby, po 24-ch godz. wystąpiła znaczna poprawa stanu ogólnego i tętna, ciepłota spadła krytycznie; ponieważ jednak miało to miejsce 6-go dnia choroby, gdy normalnie może nastąpić poprawa, K. nie przypisuje w tym przypadku surowicy wybitnego działania. W drugim przypadku, obserwowanym wspólnie z kol. BRUDZIŃSKIM i przez niego przytoczonym, K. również nie widzi wyraźnego działania surowicy. K. dochodzi do następujących wniosków: a) sprawa leczniczego działania surowicy dra PALMIRSKIEGO nie jest dotychczas rozstrzygniętą, b) uważać można za fakt stwierdzony, że szkodliwego działania nie posiada, c) należy unormować dawkowanie surowicy, d) stosować należy surowicę w pierwszych dniach choroby i nie tylko w przypadkach ciężkich, lecz w zwykłym przebiegu, tą drogą bowiem łatwiej będzie można zdać sobie sprawę co do jej wpływu na przebieg choroby.

KORYBUT-DASZKIEWICZ omawia krytycznie, przytoczone przez prelegenta i in. dodatnie strony stosowania surowicy, zwraca szczególną uwagę na brak po wikłach ze strony nerek w przypadkach, leczonych surowicą—fakt ten byłby bardzo ważnym, nasuwa się jednak wątpliwość, czy niektóre przypadki nie były za krótko obserwowane—powikłanie bowiem mogło nie wystąpić do 3-go—4-go tyg., ale wystąpiło później. Najwięcej przekonywa w działaniu surowicy fakt poprawy stanu ogólnego. Słabą jej stroną jest kwestya dawkowania i wątpliwość, jaka się nasuwa, czy wobec niedopiniarnia koni hodowlami żywych paciorkowców, nie zawiera surowica drobnoustrojów. W tym ostatnim względzie D. zapytuje dra PALMIRSKIEGO, czy można być pewnym, że surowica jest jałową.

NEUGEBAUER opowiada swe wrażenie na zasadzie przypadku, leczonego surowicą u jego własnego dziecka.—wrażenie przychylnie dla leczenia surowicą.

BRUDZIŃSKI komunikuje dalszy przebieg przypadku, przytoczonego na posiedzeniu poprzednim z wysypką posurowiczą—trzecia seryja wysypki trwała 3 dni, pozostawiła nacieczenia o krwawem zabarwieniu, które powoli znikły i dziecko weszło w okres zupełnego zdrowienia. Białka w moczu dotąd niema [koniec 5-go tygodnia].

Następnie przytacza przypadek trzeci, jaki obserwował. Szkarlatyna ciężka, ciepłota 40°, tętno 160, słabe, śpiączka, stan nieprzytomny, wymioty, rozwolnienie. Trzeciego dnia choroby zastrzyknięto 50 ctm. sz. surowicy dra PALMIRSKIEGO. Już po 14-tu godz. ciepłota 37°, wiecz. tegoż dnia 38°, następnych dni stan bezgorączkowy. Stan ogólny już w 14 godz po zastrzyknięciu nieporównanie lepszy: dziecko, wieczorem zupełnie nieprzytomne, siedziało, żądało jedzenia. Na 8-y dzień ciepłota podniosła się do 38°, zauważono powiększone gruczoły podszczękowe, które następnie uległy zropieniu.

W przypadku tym działanie surowicy wybitne, poprawa wystąpiła w przypadku ciężkim na 4-ty dzień, przypisać to można jedynie działaniu surowicy. Jednak powikłanie ze strony gruczołów wystąpiło.

Przyznając, iż surowica posiada działanie lecznicze, BRUDZIŃSKI sądzi jednak, że nie należałoby nadawać jej miana swoistej, dopóki etyologia szkar-

latyny nie zostanie lepiej wyświetloną, obecnie streptokokom przyznaje się rolę bardzo ważną, ale specyficzność ich nie została wykazana. B. wspomina o badaniach krwi u chorych szkarlatynowych [streptokoki tylko w 25% przypadk.], a zwłaszcza o przypadkach sakarlatyny piorunującej, w których ani w migdałkach, ani w tkance je otaczającej, ani we krwi streptokoków nie wykryto. Gdyby surowica dra PALMIRSKIEGO miała wpływ tylko na infekcję streptokokową, jako wtórną, posiadałaby już i tak duże znaczenie.

POLIKIER zaznacza, iż prób z surowicą dra PALMIRSKIEGO nie robił u chorych i nie będzie robił dopóty, dopóki nie nabędzie przekonania o zupełnej nieszkodliwości surowicy i pewności co do sposobu jej przygotowania. Protestuje też przeciwko propozycji KAMIĘŃSKIEGO stosowania jej w przypadkach o przebiegu lżejszym i w pierwszych dniach choroby, gdyż, zdaniem jego, próby mogą być usprawiedliwione jedynie w przypadkach najcięższych. P. zaznacza, że z odczytów PALMIRSKIEGO i MALINOWSKIEGO nie mógł wymiarkować, jakiego rodzaju jest działanie surowicy — czy antytoksyczne, czy antyinfekcyjne, czy symptomatyczne.

BRONOWSKI sądzi, iż ze względu, że na prowincyi wskutek złych warunków zdrowotnych, spotyka się daleko cięższe przypadki szkarlatyny, wytrawni lekarze prowincjonalni prędzej będą mogli wyciągnąć wnioski co do działania surowicy dra PALMIRSKIEGO, niż lekarze stołeczni.

PALMIRSKI odpowiada, iż surowicę swoją nazywa swoistą dlatego, że ma nadzieję wykazania, iż *streptococ. conglomer.* jest swoistym dla szkarlatyny. Badania odnośnie prowadzi. DASZKIEWICZOWI odpowiada, iż upusty krwi u koni, uodpornionych hodowlami osłabionemi, lecz żywemi streptokoków, dokonywane są dopiero po 6-tu tyg. od ostatniej szczepionki, t. j. wtedy, kiedy istnieje pewna rękojmia, że krew zwierzęcia nie zawiera streptokoków. Surowica, przed użyciem jej, badana jest zawsze pod względem jałowości. Nie dość na tem, ażeby usunąć wszelkie wątpliwości P. obecnie czyni próby z uodpornianiem koni hodowlami zabitemi dla przekonania się, czy nie da się otrzymać i tą drogą surowicy o własnościach leczniczych.

CIĄGLIŃSKI sądzi również, jak BRUDZIŃSKI, że surowicy dra PALMIRSKIEGO nie można nazwać swoistą. Działanie jej polega na tem, że okazuje wpływ niweczący lub osłabiający na zatrucie organizmu jadami streptokokowymi, a ponieważ zatrucie to gra rolę ważną, surowica nie będąc nawet swoistą dla zarazka płoniczego, wywiera działanie dodatnie na przebieg choroby.

KOSSOBUDZKI przyłącza się również do zdania, że surowicy PALMIRSKIEGO nie należy nazywać swoistą. Do dowodów przytoczonych przez innych, dorzuca wynik badań HŁAVY, który opisał drobnoustrój spotykany przy szkarlatynie i innych chorobach wysypkowych, a bardzo podobny do *streptoc. conglomer.* Wobec tego podobieństwa należy, zdaniem K., sceptycznie zapatrywać się na swoistość *streptococ. conglomerat.* dla płonicy.

MALINOWSKI omawia pewne kwestye z zakresu patologii szkarlatyny dla uwydatnienia działania surowicy na sprawę chorobową w szkarlatynie. Od surowicy oczekiwać należy — zmniejszenia i stopniowego usunięcia groźnych dla życia objawów zatrucia, zmniejszenia natężenia powikłań przez wzmoczenie odporności ustroju. Surowica, znosząc najgroźniejsze dla życia objawy, przedłuża życie chorego i pozwala leczyć nawet ciężkie powikłania. M. zgadza się, że surowica winna być stosowaną tylko w bardzo ciężkich przypadkach — aż do dalszego rozkazu doświadczenia klinicznego.

2. FLATAU demonstrował preparaty, barwione metodą BIELNOWSKIEGO z pracowni MENDEL'a. Metoda ta polega na wpływie odtleniającym aldehydów na amoniakalne rozczynty soli srebra. Nadaje się szczególnie do barwienia wyrostków osiowych. F. wyraża się pochlebnie o preparatach barwionych tą metodą, co w zupełności potwierdza prof. HOYER.

3. ODERFELD przedstawił preparaty od dwóch chorych, dotkniętych wglóbeniem jelit. W pierwszym przypadku wglóbenie ostre—przy operacji okazało się *invaginatio ileo-iliaca* długości 10 ctm.; chora w 2 godziny po operacji zmarła w zapaści.

Drugi przypadek dotyczy chronicznej niedrożności jelit. Przy operacji stwierdzono *invag. ileo-colica* długości 15 ctm. Dezinwaginacji dokonał O. sposobem BARKER'a, wyciskając część wglóbną, nie pociągając za nią. Zejście pomyślne.

4. BORNSTEIN przedstawia chorego, lat 19, z wylewem krwawym do rdzenia w części krzyżowej i dolnej części lędźwiowej z całym zbiorem odnośnych objawów nerwowych. W prawej kończynie ruchy czynne w stawie biodrowym i kolanowym zachowane, ale słabsze niż u lewej, stopą, ani palcami chory nie może ruszać, a przy wykonywaniu ruchów biernych nie czuć żadnego oporu. Przy podnoszeniu całej kończyny do góry chory trzyma ją zgiętą w kolanie i skarży się na ból w okolicy kolana. Odruch kolanowy z prawej strony wyraźnie osłabiony, z ścięgną ACHILLESA i podeszwowy zniesiony po obu stronach. Zaburzenia czucia na kończynach dolnych; w niektórych miejscach wyraźne rozszczepienie czucia. Zatrzymanie moczu, niemoc płciowa. B. omawia szczegółowo lokalizację sprawy w rdzeniu.

5. STEINHAUS demonstruje narządy wewnętrzne chłopca 16-letniego, który po roku pobytu w szp. Żyd. z objawami rozwolnienia, obrzęków i guza w brzuchu zmarł. Na sekcji znaleziono stłuszczenie mięśnia sercowego, wątrobę muszkatolową, w prawym płacie guz klinowaty. Śledziona mała, zgrubienie kiszki cienkiej w paru miejscach na przestrzeni kilkunastu ctm. Zgrubienia te przechodzą w także zgrubienia krezki, dążące do guza pozaozrownowego wielkości głowy ludzkiej, składającego się z powiększonych gruczołów chłonnych. Przypadek ten stanowi rzadki przykład t. zw. regionalnej limfosarkomatozy KUNDRAT'a [zajęcie błony śluzowej kiszki i gruczołów chłonnych jamy brzusznej, bez udziału śledziony i gruczołów chłonnych innych okolic ciała]. Za życia we krwi stwierdzono nieznaczną limfocytozę.

J. Brudziński.

Od Wydawcy.



„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1904 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

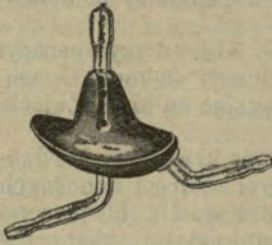
W r. 1904 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rb. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Nowa kanka do pochwy macicznej o podwójnym prądzie



opatentowana

ułatwia szprycowanie po położach lub operacjach pochwy macicznej, zastępując używanie miednicy.
Niezbędna przy obmywaniach antyseptycznych.
Wielce pożyteczna dla pp. lekarzy i akuszerok.
Bardzo wygodna dla dam w podróży.

A. Bognier et G. Burnet. 125 Rue Vieille du Temple, Paryż.

Wyroby kauczukowe. Instrumenty chirurgiczne
26—17 Przychody farmaceutyczne.

Nowe katalogi ilustrowane franco

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. Jodłowskiego

Marszałkowska 144, róg Rysiej

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą. 52—14

Nowe katalogi ilustrowane franco

Prywatny Zakład Ginekologiczny

0—10

D-RA CZESŁAWA STANKIEWICZA

Warszawa, Złota 3.

Urządzenia ściśle aseptyczne. Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny.—Pracownia chemiczno-drobnowidzowa. Wylęgarka (couveuse).—Pokoje wykwintnie umeblowane. Winda hydrauliczna (Otis).—Przyjmowane są: chore ginekologiczne (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacji) oraz ciężarne. Nazwisko pacjentki na mocy ustawy Zakładu, może pozostać w zupełnej tajemnicy.—Opieka lekarska: właściciel zakładu, mieszkający przy zakładzie i lekarze asystenci. Na miejscu stała akuszerka i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka.—Cena pobytu z leczeniem od 2 rubli dziennie. Za operacje i porody opłata stosownie do umowy. Poród i 10 dni pobytu na sali wspólnej (2 łóżka) Rb. 40. Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów ustępstwa do 50%.

Poliklinika. Informacje na miejscu i listownie. TELEFONU NR. 1846.