

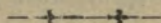
# GAZETA LEKARSKA

## I. FERRUM CARBONICUM

in statu nascendi, zawierające 10% Fe.

Podat

Mutniański.



Powszechnie znana forma węglanu żelaza, dość często w pigułkach zalecana, a powstająca z mieszaniny *Ferri sulfuric. et Kalii carbonic. aa p. aequ.*, jak i w pigułkach BLAUD'a, VALLET'a i t. p., z punktu widzenia ściśle naukowego rozbierana krytycznie, nieodpowiada w zupełności założonemu celowi, albowiem ten tak ważny czynnik leczniczy — węglan żelaza, powstający z połączenia powyższego, niestety, długo w stanie pierwotnym utrzymać się nie może; przechodząc najrozmaitsze fazy utlenienia, twarży przeważnie konglomerat tleno-tleników, trudno rozpuszczalnych w kwasie solnym, z domieszką małego zaledwie procentu nierozłożonego węglanu żelaza, któremu swe działanie lecznicze zawdzięcza.

Ażeby zabezpieczyć i utrzymać ten węglan żelaza w pierwotnym stanie, opracowałem metodę wytwarzania tego związku z powyższych składników w formie proszku białego, który w chwili dostania się do żołądka pod wpływem ciepła ciała przemieni się w węglan żelaza, a dalej szybko rozpuszcza w soku żołądkowym.

Po przełamaniu wielu trudności natury chemiczno-technicznej, zdołałem przez odpowiednią izolację [olejkiem kakaowym] otrzymać preparat w postaci proszku niezmiennającego się w suchem powietrzu, a łatwo rozpuszczającego się we wszystkich kwasach bardzo słabych, a nawet w alkalicznych wodach gazowych, w których już przy 32° C. wytwarza płyn klarowny.

Proszek ten, wsypany na wodę, ogrzaną do wrzenia dla wydalenia z niej powietrza, tworzy osad biały węglanu żelaza, na powierzchni płynu zieleniejący; płyn odfiltrowany nie zawiera śladów żelaza, okazuje tylko słabą alkaliczność. Ciekawy eksperyment szybkiego rozpuszczania się tego proszku w wodach gazowych alkalicznych można wykonać w sposób następujący: jeżeli do flaszeczki nalejemy małą ilość wody gazowej np. Vichy, to po dodaniu 1,0 proszku i kilku kropel benzyny [w miejsce użycia ciepła 32° C.] i skłóceniu w kilka sekund



sposprzeżemy całkowite rozpuszczenie proszku w postaci dwuwęglanu żelaza.

Dzięki tej kombinacji, obmyślanej w celu wytwarzania węglanu żelaza *in statu nascendi* osiągamy możliwość podania choremu żelaza w takiej postaci i w takiej sile działającej, jakiej do tej pory nie otrzymano, albowiem technika chemiczno-farmaceutyczna nie była w stanie utrzymać preparatu tego choć przez krótki czas w postaci czystej z powodu nader szybkiego utleniania się. Z powyższych względów preparat ten zasługuje na liczniejszą uwagę, zwłaszcza dlatego, że swym składem nie różniąc się od pigulek BLAUD'a, odznacza się następującymi zaletami:

- 1) ułatwionem dozowaniem, zawierając stale 10% Fe metalicznego;
- 2) żelazo, jako czysty węglan, rozpuszczając się łatwo bez strat, może być w mniejszych ilościach podawane choremu, a pomimo to wywołać pożądany skutek;
- 3) leczenie jest pewne, o ile żelazo właściwe było wskazane;
- 4) z powodu łatwego rozpuszczania się we wszystkich wodach gazowych nawet alkalicznych, wybornie zastępuje dość przykre w użyciu wody mineralne żelaziste;
- 5) miesza się dobrze bez rozkładu z arsenikiem;
- 6) cena nawet dla niezamożnych dostępna.

Sposób użycia: w opłatku; popić należy wodą gazową.

Warszawa, d. 1 września 1903 r.

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

Podat

**Robert Bernhardt,**

ordynator szpitala św. Łazarza.

— 3 —  
[Dokończenie. — Patrz Nr. 51].

Do 2-giej grupy wchodzi pozostali pacjenci [21], leczeni już wyłącznie promieniami x. Tych znowu dzielę na takich, przy których stosowałem twarde rury [4-y przypadki] i takich, których oświetlałem miękkimi [17-cie przypadków]. Pierwsza kategoria charakteryzuje się stosunkowo dłuższem trwaniem leczenia nieraz 2—2½ razy dłużej niż przy miękkich rurach], spostrzeganą niekiedy niekompletną epilacją i co zatem idzie — nawrotami. W wspomnianych 4-ch przypadkach, z ogólnej liczby 16-tu oświetlonych miejsc, miałem nawroty na 3-ch miejscach, które naturalnie wymagały powtórnego leczenia. W 3-ch przypadkach



zostało jednak osiągnięte zupełne wyleczenie, w 4-tym wynik uważam jeszcze za wątpliwy.

O tym ostatnim przypadku muszę tutaj oddzielnie wspomnieć, gdyż jaskrawo uwydatnia znaczenie wywiadów i ich wpływ na wybór metody. 8-letnia S., od roku jest dotknięta liszajem strzygącym głowy. Była ciągle leczona epilacją i maściami. Zajęty jest przeważnie tył głowy—wierzchołek i okolica potylicowa, przyczem na wierzchołku znajduje się największe ognisko wielkości srebrnego rubla. Miejsca te zacząłem oświetlać miękką rurą, lecz już po 4-ch posiedzeniach wystąpiła reakcja i to jedynie w obrębie wzmiankowanego większego ogniska. Skóra się zaczerwieniła, zlekka obrzmiała, a niebawem wystąpiły też drobne wielkości łepka szpilki pęcherzyki. Włosy siedziały mocno. Pod wpływem pudru reakcja ta w ciągu kilku dni ustąpiła bez śladu. Zastanowiło mnie jednak, dlaczego odczyn zjawiał się jedynie w tem miejscu, podczas gdy oświetlany był wszak cały tył głowy, a główny snop promieni padał nawet nie na to miejsce. Szukając przyczyny, zacząłem szczegółowo wypytywać matkę pacjentki. Dowiedziałem się wówczas, o czem uprzednio przemilczano, że właśnie wyżej wzmiankowane miejsce leczone było niedawno zapomocą wcierania kreozotu. Następstwem tego leczenia było wytworzenie się owrzodzenia, które obficie ropiało i wolno się goiło. Teraz dopiero zrozumiałem przyczynę tak niespodzianej reakcji i wielkiej wrażliwości jednego jedyne miejsca na działanie promieni x. Po ustąpieniu odczynu powróciłem do oświetlań, lecz tym razem zastosowałem twardą rurę. Dalszy przebieg leczenia był już zupełnie prawidłowy—bez powikłań.

Do 2-ej kategorii należy 17-tu pacjentów, leczonych, jak już wspominałem, rurami miękkimi. Tutaj muszę zanotować jaknajlepsze wyniki lecznicze. A więc stosunkowo krótkotrwałe leczenie, niepowikłane żadną niepożądaną reakcją, epilacja tak dokładna, że obejmuje nawet meszek, wreszcie—brak nawrotów. We wszystkich tych razach osiągnięty rezultat nie pozostawia nic do życzenia. Aby nie być gołosłownym, przytoczę następujące spostrzeżenie. 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-letnia M., od 13-tu miesięcy chora na liszaj strzygący, przez cały ten przeciąg czasu była leczona niezmiernie starannie epilacją, maściami it. p. Sprawa chorobowa zajmuje całą uwłosioną skórę głowy. W łuskach i włosach, resp. torebkach włosowych znalazłem mnóstwo grzybków *trichophytonis tonsurantis*. Niezwłocznie przystąpiłem do oświetlań. Głowę podzieliłem na 4-y części. Każdą z nich oświetlałem przecięciowo 10 razy i osiągnąłem samostne kompletne wypadanie włosów. Leczenie trwało od 20. VII do 28 IX. 1902. Nawrotu nie było. Ciekawy jest również przypadek 14-letniej O. W., która leczyła się bezskutecznie od 9-go roku życia zapomocą epilacji i stosowania różnych przetworów chemicznych, między innymi kwasu pyrogalusowego i chryzarobiny. Skóra głowy była już nawet miejscami bliznowato zwyrodniała. I tutaj oświetlanie promieniami ROENTGEN'a doprowadziło do zupełnego i trwałego usunięcia choroby.

Przy leczeniu liszaja strzygącego uwłosionej skóry głowy mam zwyczaj po wypadnięciu włosów stosować maści o własnościach złuszczeniowych i przeciwpaśmożytniczych. Przekonałem się bowiem, iż dokładna dezynfekcja powierzchni



skóry i lekkie złuszczenie naskórka są tutaj bardzo pożądanymi pomocniczymi czynnikami leczenia. Maści te każe codziennie wcierać, aż do wystąpienia porostu włosów. Następnie przechodzę do wyżej podanych zmywań. Włosy zazwyczaj odrastają w 6 tygodni po ich wypadnięciu, a porost niekiedy bywa zadziwiająco bujny. Zauważyłem też, że w niektórych razach najwcześniej i najgęściej wyrastają włosy w tych miejscach, gdzie znajdowały się ogniska chorobowe—zwłaszcza świeższej daty. Kolor włosów początkowo różni się od normalnego: są one nieco jaśniejsze o subtelnym popielatym odcieniu. Trwa to jednak niedługo i włosy stopniowo nabierają zwykłej barwy.

Na czym polega lecznicze działanie promieni x przy omawianych cierpieniach? Wszak nie możemy im przypisać własności bakteryobójczych, gdyż to nie zgadzałyby się z dotychczasowymi wynikami doświadczalnych poszukiwań, przeprowadzonych bez zarzutu. Moje własne doświadczenia z grzybkim strupienia również dały zupełnie ujemne rezultaty. Sądzę zatem, iż przy omawianiu danej kwestyi musimy przedewszystkiem mieć na względzie dwa następujące czynniki. Po pierwsze, niezmiernie dokładną epilację, tak dokładną, o jakiej nawet marzyć nie można, pracując zwykłą pensetką. Powtóre—parakeratozę i łuszczenie się naskórka, które zawsze występują po oświetlaniu i które się rozciągają nawet na torebki włosowe. Sprawy te, aczkolwiek drugorzędного znaczenia, prawdopodobnie wpływają jednak na ostateczny wynik leczenia, gdyż przez złuszczenie mogą zostać usunięte grzybki, które ewentualnie jeszcze pozostały w naskórku lub w torebkach. Stosowanie środków złuszczących tembardziej przyspiesza tę robotę.

Z tymiż czynnikami liczyć się musimy przy leczeniu figówki (*sycosis*), choć przynależało, iż tutaj, być może, przedewszystkiem wchodzi w grę głębsze działanie promieni x.

Leczyłem dwa przypadki figówki (*sycosis staphylogenes*). W przypadku 26-letniego K. figówka istniała już 3 lata i zajmowała policzki i brodę. Pacjent był niejednokrotnie leczony epilacją, okładami i maściami, poprawa jednak nigdy nie trwała dłużej nad 2—3-ch miesięcy. Leczenie przeprowadziłem w taki sposób, iż prawy policzek oświetlałem twardą rurą, zaś lewy i brodę—miękką. Maści, ani okładów nie stosowałem wcale. Przebieg był taki, że z początku pokazywały się jeszcze świeże wykwity, potem jednak wszystko się uspokoiło: świeże wykwity przestały się tworzyć, dawniejsze zasychały i goiły się. Zmniejszyło się również nacieczenie i zaczerwienienie skóry. Wreszcie po wypadnięciu włosów, tkanki stopniowo powróciły do stanu normalnego. Leczenie trwało 28. V. do 2. IX. 1902 r. Poraz ostatni widziałem pacyenta w czerwcu roku bieżącego. Nawrotów dotychczas nie było. Pacjent goli brodę.—Drugi przypadek dotyczy 30-letniego S. z figówką jedynie górnej wargi. Cierpienie to trwa blisko dwa lata i było już dosyć wytwale leczone. Zastosowałem miękką rurę. Po pierwszej seryi oświetlań warga była jeszcze dosyć znacznie zaczerwieniona, a zwłaszcza nacieczona,—całość zaś sprawiała wrażenie niezupełnie uspokojonej sprawy chorobowej. Wskutek tego po odrośnięciu włosów przystąpiłem do powtórnych oświetlań, które też do-



przewodziły do pożądanego rezultatu. Po 5-iu miesiącach nie było jeszcze nawrotów, choć pacjent zapuścił włosy.

W związku z epilacyjną metodą leczenia promieniami ROENTGEN'a pozostaje jeszcze nadmierne uwłosienie twarzy u kobiet. Muszę jednak dodać, że tutaj technika leczenia jest zgoła odmienna od stosowanej np. przy liszaju strzygącym. Bo też mamy przed sobą zupełnie inny cel. Przy liszaju strzygącym pragniemy pozbyć się włosów jedynie na pewien [krótki] czas, przy nadmiernem uwłosieniu przeciwnie, — dążymy do trwałego usunięcia włosów. To zaś osiągnąć możemy dopiero wtedy, gdy nastąpi zanik brodawek włosowych. Dlatego też nie zadowolam się jednorazową epilacją, lecz doprowadzam odczyn za każdym razem do takiego stopnia, aby odpowiadał naszemu celowi, a jednocześnie nie był szkodliwym pod względem kosmetycznym. W obecnej chwili oświetlam dwudziestokilkoletnią mężatkę z wąsikami i bródką. Leczenia jeszcze nie uważam za skończone, a czas trwania obserwacji jest za krótki, abym mógł już wyprowadzać pewne wnioski. Zaznaczę tylko, że widocznie już osiągnąłem zanik brodawek włosowych na górnej wardze, gdyż i tutaj włosy przeszło od 4-ch miesięcy nie odrastają wcale.

W przeciwieństwie do wyżej podanych spostrzeżeń przytoczę teraz takie, w których promienie x występują jako czynnik pobudzający porost włosów. Działanie to, jak dotychczas, zostało korzystnie wyzyskane jedynie przy leczeniu t. zw. wyłysienia krążkami (*alopecia areata*). Z niektórych jednak apriorystycznych wniosków i na zasadzie zupełnie ubocznych spostrzeżeń nabieram dziś coraz więcej przekonania, że pomyślny wynik dałby się również osiągnąć przy pewnych postaciach wypadania włosów, którym nie towarzyszy wydatny łojotok. Co się tyczy wyłysienia krążkami, to na zasadzie własnego doświadczenia mogę najzupełniej potwierdzić skuteczność omawianej metody. Oto przykład. W końcu czerwca r. z. zgłosił się do mnie 22-letni H. z powodu łysiny na potylicy. Przy oględzinach przekonałem się, że cała przestrzeń, począwszy od linii, położonej na 1½ ctm. powyżej brzegu włosów, aż do wierzchołka, a z boków do wyniosłości ciemieniowych, — jest zupełnie pozbawiona włosów. Nie widać tutaj nawet meszku. Skóra jednak bynajmniej nie posiada wyglądu zanikowej. Fetonowate, niekiedy półkoliste brzegi tego wyłysiałego miejsca wyraźnie wskazują na to, że powstało ono wskutek zlania się oddzielnych krążków. Cierpienie trwa około 3-ch lat. Pacjent leczyl się stale — niestety bez powodzenia. Z początku i ja również postanowiłem jeszcze raz spróbować szczęścia i zaleciłem odpowiednie środki [mycie, nacieranie i t. d.]. Gdy jednak po dwóch miesiącach nie zdołałem stwierdzić literalnie żadnej poprawy, przystąpiłem do oświetlań. Pragnąc się przekonać, czy w razie ewentualnego powodzenia należy je przypisać wyłącznie działaniu promieni ROENTGEN'a, postąpiłem w sposób następujący. Podzieliłem wyłysiałe miejsca na trzy pasy: dwa boczne i jeden środkowy i początkowo oświetlałem pas środkowy i prawy boczny. Od 30. VIII.—2. X. 1902 r. odbyliśmy 16 posiedzeń. 8. X. wystąpiła umiarkowana przeważnie wysepkowata pigmentacja na miejscach oświetlanych. Objaw ten w krótkim czasie znikł zupełnie 7. XI. zauważyłem bardzo obfite drobniutki meszki, zaś 16. XI. pokazały się już wyraźne włoski. Odtąd poprawa stale postępowała tak, że w gru-



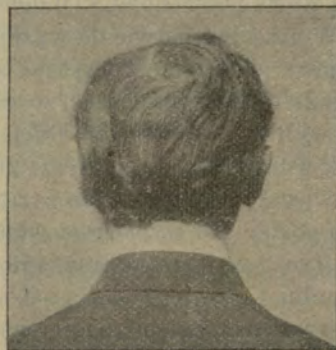
dniu pacjent miał już włosy długości około 1-go ctm., podczas gdy nieoświetlony lewy pas był zupełnie łysy. 30. I. 1903 r. zacząłem oświetlać lewy pas. Tutaj przebieg nie różnił się w niczem od wyżej opisanego. W końcu marca pokazał się meszek. Pacjenta stale obserwowałem i ostatnio widziałem go przed miesiącem. Posiada wszędzie bardzo piękne gęste i długie włosy [patrz rys. 1 i 2].

W obecnej chwili leczę jeszcze drugi analogiczny przypadek. Tym razem cała głowa jest pozbawiona włosów, wypadły również wąsy, brwi i rzęsy. Nawet na obficie uwłosionych przedramionach widać oddzielne krążki. Cierpienie trwa z górą rok i było b. starannie leczone. Oświetlanie rozpocząłem 13. VII. r. b. Teraz [początek listopada] prawie wszędzie na głowie widać już gęsty meszek, a na potylicy wyraźne włosy,—zatem powodzenie zdaje się być zapewnione.

Przechodzę z kolei do tych chorób skórnych, które wymagają głębokiego działania promieni ROENTGEN'a. Mam tu na myśli przedewszystkiem pospoli-



Rys. 1.



Rys. 2.

tego wilka. Muszę też przyznać, że nigdzie zbawienny wpływ promieni x nie występuje tak wyraźnie. Nigdzie też nie uwydatnia się do tego stopnia przewaga omawianej metody nad innymi [pomijam naturalnie metodę FINSEN'a], jak właśnie przy tej strasznej chorobie. Można śmiało powiedzieć, że promienie te posiadają w stosunku do wilka działanie wyborcze (*electiv*), gdyż odczyn najwcześniej występuje w tworach wilkowych, oszczędzając [względnie] otaczające tkanki zdrowe. Tak np. przy oświetlaniu starych powilkowych blizn mogą w nich bardzo wyraźnie wystąpić najdrobniejsze gruzelki, których istnienia nieraz nie można byłoby podejrzawać. Odczyn ten jest też do tego stopnia charakterystyczny, że nawet zniewolił NEISSER'a do szukania analogii pomiędzy sposobem działania promieni ROENTGEN'a na wilka, a reakcją, wywołaną przez wstrzyknięcie tuberkuliny. Tem, że tak powiem, powinowactwem objaśnić należy dotychczasowe pomyślnie rezultaty, które bez kwestyi będą jeszcze lepsze w miarę udoskonalenia metodyki i techniki rentgenoterapii. To jednak mogę już



dziś powiedzieć na zasadzie nabytego doświadczenia, że rezultaty są o całe niebo lepsze od tych, któreśmy otrzymywali przy stosowaniu dawniejszych metod. Nie przesądzam zresztą sprawy. Doskonale pojmuję, że obserwacja przypadków t. zw. „wyleczenia wilka“ powinna trwać długo—co najmniej dwa lata, gdyż nawroty mogą wystąpić dosyć późno, a zdarzają się nawet przy finsenizacji. To też przy niżej podanych spostrzeżeniach nigdzie nie mówię o wyleczeniu, lecz o poprawie—tembardziej, że nie zawsze kuracja mogła być doprowadzona do końca. Co do metodyki, to istnieją obecnie, jak wiadomo, dwa sposoby leczenia: jeden zadawania się peryodycznym wywoływaniem słabych odczynów, drugi - wymaga reakcji energicznej, głębokiej, kończącej się owrzodzeniem. Obie metody prowadzą do celu, druga jednak daleko szybciej. Pierwszą metodę stosuję przy bardzo powierzchownych postaciach wilka i przy obecności rozległych owrzodzeń wilkowych, —do drugiej uciekam się w razie głęboko sięgającego nacieczenia wilkowego, które zajmuje nie tylko skórę, lecz ewentualnie i tkankę podskórną. W tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z wybujałą miękką, łatwo krwawiącą tkanką wilkową, możemy znacznie skrócić leczenie przez uprzednie usunięcie tej tkanki już to zapomocą wyskrobania, już to przez stosowanie maści FINSEN'a (*Ac. pyrogall.* 10,00, *Ac. salicyl.*, *Ichtyol.* aa 20,00, *Vaselin.* fl. 100,00). Osiągamy przez to niemałą oszczędność czasu, gdyż zniszczenie takiej tkanki zapomocą oświetlań trwa dosyć długo.

W moich przypadkach stosowałem obie wyżej wzmiankowane metody. Wyniki były następujące.

22-u letni S., choruje już cały szereg lat. Leczony. Wilk zajmuje prawą górną kończynę, począwszy od palców, a skończywszy na ramieniu, tworząc rozległe dość głębokie nacieczenia. Oświetlałem jedno z najwyższ położonych na ramieniu ognisk wielkości dłoni. Po 8-u posiedzeniach (9. VII.—22. VII. 1901) przy miękkiej rurze [10—15-tu ctm., 6—8 minut] wystąpił średniego natężenia odczyn z bardzo powierzchownymi nadżarciami. 31. VII. znaczna poprawa. Zaaplikowałem jeszcze 6 daleko energiczniejszych oświetlań [1. VIII.—14. VIII. 1901], które sprowadziły powierzchowne owrzodzenie. Owrzodzenie to goiło się 7 tygodni. W styczniu 1902 r. na miejscu oświetlanego ogniska widać bladą-różową miękką bliznę, w której nie można dostrzedz guziczków. Pacjent wyjechał.

II. J. K., 13 lat, choruje od 7-go roku życia. Wielokrotnie leczony. Wilk zajął nos, prawy policzek i prawą muszlę uszną. Na nosie i policzku tkanka wilkowa znacznie wybujała, na obwodzie zlewające się guziczki. Na muszli usznej po części oddzielne guziczki, po części zlewające się nacieczenia. Po uprzednim zastosowaniu maści FINSEN'a, przystąpiłem do oświetlań wyłącznie prawego policzka. Odległość 15—20 ctm., ekspozycja 4—8 minut, miękka rura. Od 28. IV.—19. VI. 1902 r. odbyto 20 posiedzeń, a następnie dodano jeszcze 5. [26. VII.—9. VIII. 1902 r.]. Owrzodzenia nie wywoływałem. We wrześniu 1902 r. nacieczenie znikło. Skóra bladą-różową, dosyć miękką, guziczków nie widać. W maju 1903 r. w środkowych częściach policzka skóra blada, miękka, guzików nie widać; na obwodzie trochę drobnych guzików



Nos i muszla uszna [nie oświetlano] w stanie rozpaczliwym, pomimo leczenia skrobaniem i maścią pyrogallusową.

III. A W., 24 lat choruje już 7-my rok. *Lupus humidus* policzków, nosa i górnej wargi. Bezskutecznie leczony różnemi metodami u nas, w Krakowie i Wiedniu. Rozpocząłem od prawego policzka. Po 7-u posiedzeniach [13. IX.—21. IX 1902, miękka rura, 10 ctm., 6—10 minut] wystąpiła silna reakcyja, której następstwem było owrzodzenie głębsze w środkowych, b. powierzchowne w obwodowych częściach oświetlanego policzka. 3. XI. Zagoiło się  $\frac{3}{4}$  owrzodziałej powierzchni. Dalsze 3 słabe ekspozycye [3. XI.—5. XI.] 29.I. 1903 r. owrzodzenie było zagojone. Policzek płaski, blizna różowa, lekko nacieczona. 23. IV. Zarysy prawego policzka normalne; blizna biała, dosyć miękka. W środkowych częściach guzików nie widać wcale. W obwodowych, gdzie reakcyja była słabsza, widać zaledwie trochę płaskich luszczących się guziczków. Przy oświetlaniu lewego policzka, nosa i górnej wargi przebieg był podobny do wyżej skreślonego. Poprawa bardzo znaczna. Pacjent pozostaje i nadal w leczeniu.

IV. S. Z. Od 3-ch lat *lupus verrucosus* prawej ręki. Ostro odgraniczone ognisko wielkości rubla srebrnego, na  $\frac{3}{4}$  ctm ponad powierzchnię wzniesione. Spoistość tkanki wilkowej jest dosyć znaczna. Pacjent był uprzednio leczony wyskrobywaniem i maściami. Oświetlałem jak wyżej. Po 6-u posiedzeniach [25. IV. 5. V. 1903 r.] zjawił się umiarkowany odczyn z bardzo powierzchownemi nadżarciami. 13. V. Ognisko wilkowe spłaszczyło się więcej niż o połowę; brzegi zupełnie niskie, spoistość mniejsza. W czerwcu odbyliśmy drugą seryę posiedzeń, po której 26. VI. znowu wystąpiła słaba reakcyja. Pacjent wyjechał na letnie mieszkanie. Za powrotem 19. IX. znalazłem następujący stan. Wszelkie ślady reakcyi, nawet pigmentacya, zupełnie znikły. Wessaniu uległo około  $\frac{2}{5}$  całego ogniska wilkowego i to tak dokładnie, że skóra w tem miejscu prawie niczem nie różni się od zdrowej. Tylko na obwodzie widać kilka guziczków. Przystąpiłem do 3-iej seryi oświetlań. Po 5-u posiedzeniach [19. IX.—30. IX.] wystąpił dosyć silny odczyn z rozległemi nadżarciami, które się jednak pokryły naskórkiem już po 2 $\frac{1}{2}$  tygodniach [16. X.]—3). X notowałem: skóra barwy różowej, miękka, blizny nie widać. Śladów wilka nigdzie się nie można dopatrzeć. Pacjent pozostaje pod dalszą obserwacją.

V. M. Ch., 15 lat. Choruje od 7-go roku życia. Leczona była już niejednokrotnie. Na końcu nosa i jego skrzydłach widać wilkowe nacieczenie, miejscami owrzodziałe. Na przylegających częściach błony śluzowej nosa znajdują się liczne gruzelki. Na górnej wardze — wilkowe owrzodzenie wielkości 6 groszy; także mniejsze mieści się na lewym policzku. Technika, jak wyżej. Wywoływałem tylko słabe reakcyje. Po 1-iej seryi oświetlań [21. V.—5. VI., 8 posiedzeń] owrzodzenia się zagoiły, a tkanka wilkowa uległa znacznemu wessaniu [nie stosowałem żadnych innych środków, ani opatrunków]. Druga serya [7 posiedzeń, 22. VI — 25. VII] spowodowała zupełne wessanie tworów wilkowych na górnej wardze, końcu nosa, zaś bardzo znaczne na jego skrzydłach i na policzku. Po trzeciej [7 posiedzeń 17. VIII.—2. IX.] wynik był następujący. Na wardze — biała, miękka, subtelna blizna, pod względem kosmetycznym nie przedstawiająca nic do życzenia. Taką blizna na końcu nosa i lewym skrzydle.



Na policzku miękka bardzo kształtna blizna, lekko na brunatno zabarwiona. Brzeg prawego skrzydła nosa jest różowy, bardzo nieznacznie nacieczony, pokryty drobną łuską. Na błonie śluzowej nosa gruzełków nie widać. Obecnie oświetlam wyłącznie prawą połowę nosa, zwłaszcza skrzydło [patrz rys. 3 i 4].

Jak widać z powyższego, dochodzimy przy rentgenizacji wilka do dosyć pomyślnych wyników nawet w tak rozpaczliwych przypadkach jak Nr. III. Co do łżejszych postaci tej choroby, to zdaje się, że przy pewnej wytrwałości wyleczenie da się najzupełniej osiągnąć.

Mniej korzystnie przedstawiają się rezultaty przy wilku rumieniowym (*lupus erythematosus*). Leczyłem dwa takie przypadki. Pierwszy dotyczy 28-letniej M. z świeżymi wykwitami na lewym policzku i ze starszymi na wierzchołku głowy i w okolicy potylicowej. Na nosie i prawym policzku widać blizny po dawniejszych wykwitach. Oświetlałem lewy policzek, przyczem wywoływałem tylko słabe odczyny. Po 2-ch seryach posiedzeń [ogółem 16] wykwity znikły [w styczniu 1903 r.], a skóra na ich miejscu była tylko nieznacznie na-



Rys. 3.



Rys. 4.

cieczona. Po 4-ch miesiącach nastąpiła recydywa na niewielkiej przestrzeni w tem miejscu, gdzie się znajdował największy, a zarazem najstarszy wykwit. Zaaplikowałem jeszcze 6 oświetlań, po których nastąpiło wessanie. W lipcu jeszcze nie było nawrotu. Od tej pory nie widziałem pacjentki. W drugim przypadku 40-letniej K. z wilkiem rumieniowym policzków i nosa, trwającym już 10 lat, z początku pod wpływem oświetlań nastąpiła nader wyraźna poprawa; w dalszym jednak ciągu leczenia poprawa ta już nie postępowała, a niektóre wykwity zaczęły się nawet rozszerzać, otaczając się zapalną obwódką. Zjawiały się też świeże. Wobec tego zaniechałem oświetlań i przeszedłem do innych metod leczenia.

Wreszcie nadmienię, że leczyłem promieniami ROENTGEN'a 1 przypadek łuszczycy (*psoriasis*) z daleko sięgającą symetrią w ułożeniu wykwitów na górnych kończynach. Lewą górną kończynę leczyłem chryzarobiną, prawą zaś oświetlałem. Po pewnym czasie łuszczycyca nastąpiła z obu górnych kończyn, jednakże po 7-iu miesiącach zjawiała się niezbyt rozległa recydywa. Ponieważ więc w danym przypadku rentgenizacja nie działała więcej niż chryzarobina i nie zdoła-



ła zapobiedz nawrotowi, przeto nie uważałem za stosowne leczyć łuszczycy promieniami x. Wyjątek można zrobić, mojem zdaniem, tylko dla zastarzałych wykwi-tów, jakie częstokroć spotykamy na łokciach i kolanach.

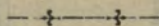
Oprócz wyżej wspomnianych chorób skórnych leczyłem jeszcze dwoje dzieci, cierpiących na *peritonitis tbc. chron.* Poprawa była w jednym przypadku bardzo znaczna, w 2-gim wyraźna. Przypadki z wielu względów zasługują na bliższą wzmiankę. To też opiszę je wkrótce wraz z kol. BRUDZIŃSKIM, który dotychczas jeszcze obserwuje tych małych pacjentów.

### III. Kilka uwag z powodu surowicy przeciwpłoniczej doktora Palmirskiego.

Podał

**Stanisław Kamiński,**

ordynator Domu Wychowawczego.



[Dokończenie — Patrz Nr. 51].

#### II.

Jedynym sposobem rozstrzygnięcia kwestyi wartości leczniczej surowicy kol. PALMIRSKIEGO, jest stosowanie jej w wielkiej liczbie przypadków i sumien-na obserwacya przebiegu tych ostatnich. Tylko na zasadzie olbrzymiej sta-tystyki mieć będziemy możność oceny wartości leczniczej surowicy, gdyż dopiero wielka liczba przypadków szkarlatyny pomyślnie przebiegających pod wpływem surowicy może nas przekonać o tem, że mamy do czynienia z działa-niem leku, a nie z przypadkowo lekkim przebiegiem, jak również przekonać o tem że w badaniach naszych nie łudziliśmy się, biorąc przypadki względnie lekkie za bardzo ciężkie.

Jak trzeba być ostrożnym w zbieraniu danych statystycznych dowodzi nie-dawny spór naukowy co do wartości leczniczej surowicy BEHRING'a w dyftery-cie. Kwestya ta zdawała się statystycznie zupełnie rozstrzygniętą na korzyść surowicy BEHRING'a i 3 lata temu SIEGERT ogłosił pracę statystyczną w *Jahr-buch f. Kinderheilkunde* [T. 52 z. I r. 1900] pod t. „*Vier Jahre vor und nach Einführung der Serumbehandlung d. Diphtherie*“, w której na zasadzie olbrzymie-go materiału, bo 37,000 przypadków tracheotomii przy dyfterycie krtani, jako-też 100,000 wszystkich przypadków dyfterytu, doszedł do wniosku, że surowica BEHRING'a, jest środkiem leczniczym potężnym, na co każdy zresztą lekarz zgo-dzić się musi. Niemniej przeto dane statystyczne SIEGERT'a zostały bardzo ostro skrytykowane przez KASSOWITZ'a, który, jak wiadomo, dotychczas jest



przeciwnikiem leczenia surowicą BEHRING'a. W artykule swoim p. t. *Audiatur et altera pars* (*Jahrb. f. Kinderheilkunde* T. 52 z. 5) stawia on wiele zarzutów wywodom statystycznym SIEGERT'a, między innymi najcięższy, że w latach przedsurowicznych rozpoznawano dyfteryt klinicznie; w latach, gdy leczono surowicą — bakteryologicznie. Znaczy to, że gdy dawniej za dyfteryt uważano tylko ciężkie formy zapalenia gardzieli z nalotami obfitymi, drażącymi do tkanek; dziś do dyfterytu, i słusznie, zaliczamy wszystkie postaci angin, w których znajdujemy lasecznik LOEFFLER'a. Następstwem tego jest, że ilość rozpoznawanych przypadków dyfterytu powiększyła się znacznie w ostatnich czasach, a więc i ilość wyzdrowień musiała być o wiele większą wobec tego, że między przypadkami tymi była wielka liczba lekkich i średnio ciężkich, uznawanych dawniej za anginy — niespecyficzne. Niedosć na tem, wraz z rozpowszechnieniem się wśród publiczności przekonania, że każda najłżejsza pozornie angina może być dyfterytyczną i wobec uzasadnionej zresztą wiary, że surowica jest środkiem pewnie działającym, ilość chorych zasięgających porady powiększyła się znacznie. To wszystko wpłynęło na powiększenie liczby zachorowań i, naturalnie, polepszyło statystykę śmiertelności dyfterytu.

Jeżeli więc nawet w kwestyi leczenia dyfterytu surowicą BEHRING'a, co do której posiadamy pewność jej specyficzności i olbrzymie doświadczenie z jej stosowaniem, mogą się rodzić w umysłach poważnych klinicystów, podobne jak u KASSOWITZ'a, wątpliwości, to cóż dopiero powiedzieć o leczeniu surowicą kol. PALMIRSKIEGO szkarlatyny, surowicą co do której mamy jeszcze tak mało danych zarówno teoretycznych, jak i praktycznych. Tu przy ocenianiu jej działania postępować należy z nadzwyczajną ostrożnością i krytycyzmem. Lepiej operować małemi, lecz opartemi na pewnych danych i ścisłej obserwacji cyframi, niż wielkimi, lecz mogącemi podlegać wątpliwości.

Przyjrzyjmy się więc, jaki jest stosunek badań nad skutecznością surowicy kol. PALMIRSKIEGO do surowicy BEHRING'a.

1) Liczba rozpoznanych przypadków dyfterytu powiększyła się znacznie od czasu wprowadzenia tej ostatniej; mówi to na niekorzyść pewności porównawczych danych statystycznych. Okoliczność ta zupełnie nie może wchodzić w grę przy rozpoznaniu szkarlatyny: tylko najcięższe, tak zwane piorunujące przypadki tej ostatniej pozostają nierozpoznanymi. Porównanie więc, pod względem statystycznym, wyników leczenia szkarlatyny przed użyciem surowicy i w czasie tegoż będzie daleko łatwiejszem i nie może być zakwestyonowanem.

2) Wprost odwrotnie stoi kwestya postawienia rokowania w dyfterycie i szkarlatynie. Podczas gdy w pierwszym, po większej części, z objawów pierwszych dni choroby sądzić możemy o dalszym jej przebiegu, w szkarlatynie postawienie takiego wczesnego rokowania jest wprost niemożliwym. Podczas gdy w dyfterycie liczba powikłań jest bardzo nieznaczna i są one względnie rzadkie, o szkarlatynie powiedzieć można, że nieraz obraz jej chorobowy składa się z t. zw. zakażeń wtórnych i powikłań. Niedosć na tem, gdy w dyfterycie mikroskop wyjaśnia nam często, co zależy od jadu błoniczego, a co od wnikania koków, — wobec nieznamości etyologii szkarlatyny absolutnie nie jesteśmy w stanie powiedzieć, jaki objaw jej jest wyrazem zakażenia szkarlatynowe-



go, a jaki wynikiem niezależnych bezpośrednio od niego czynników. Rzecz ta utrudnia w wysokim stopniu nie tylko rokowanie, lecz i wprost wnioski nasze co do leczniczego działania surowic przeciwszkarlatynowych. Niewiadomo bowiem czego się po nich właściwie spodziewać należy.

Wobec tego, powtarzam raz jeszcze, tylko nadzwyczaj sumienne i krytyczne badanie może nas doprowadzić do pewnych lub przynajmniej bardzo do prawdy zbliżonych wniosków. Jak przeprowadzić to badanie, odpowiedź prosta: badać i obserwować należy chorych najsumiennie, najczęściej i przez czas możliwie długi; porównywać przebieg danego przypadku ze znanymi nam podobnymi opisami książkowymi; stawiać rokowanie nader ostrożnie; warunkowo postawione rokowanie na początku choroby skrytykować po jej przebiegu; poddać rewizji fakty zaobserwowane; wykluczyć to, co mogło być tylko sugestją w wnioskowaniu; starać się raczej *post factum* patrzeć optymistycznie [wszakże na z a s a d z i e spostrzeganych faktów, a nie dla z a s a d y], niż pesymistycznie na przypuszczalny przebieg choroby; wreszcie zastrzykiwać surowicę jak najwcześniej i przy ocenie jej działania nie zadowalać się ogólnikami w rodzaju: działanie było wybitne na układ nerwowy, organy krążenia etc., tylko ściśle zaznaczyć, jakie zmiany w objawach tych po zastrzyknięciu surowicy nastąpiły. Wtedy mniej może będzie zachwytów nad nowym środkiem, mniej natchnionych dytyrambów w rodzaju: działanie było piorunujące, cudowne, obraz chorobowy zmienił się, jak za dotknięciem różdżki czarodziejskiej; natomiast więcej faktów pozytywnych, spostrzeżeń sumiennych i wniosków uzasadnionych, a także więcej korzyści dla chorych i dla naszej nauki. Bo trzeba pamiętać, że wynalezienie nowego środka przeciwko pewnej chorobie, nie tylko czysto praktyczno-lecznicze pociąga za sobą korzyści: daje ono impuls do nowych badań nad istotą i przebiegiem choroby, do rewizji ustalonych faktów i odkrycia nowych; pociąga do badań nowe rzesze pracowników i przez to na leżącym nieraz odłogiem polu wschodzi zaczyna znowu bujny plon wiedzy i prawdy. Dlatego to, choćby surowica kol. PALMIRSKIEGO nie ziściła w zupełności pokładanych w niej nadziei, choćby w szeregach swych zwolenników zyskała sobie, jak to często bywa, najgorszych wrogów i niechętnych: nie zginie ona dla nauki o szkarlatynie i nauka ta zawsze z wdzięcznością wspominać będzie imię polskiego wynalazcy. Nam zaś w miarę sił i środków przyczynić się należy do tego przez sumienne i ściśle badanie naszych chorych i przez krytyczne ocenianie wyników leczenia.

\*

\*

\*

W tym celu podaję poniżej schemat, według którego życzylibym sobie, aby badano i obserwowano chorych szkarlatynowych, leczonych surowicą kol. PALMIRSKIEGO. Schemat ten nie ma bynajmniej na celu przedstawienia całej symptomatologii szkarlatyny: podaję tylko te fakty, na które, mojem zdaniem, zwrócić uwagę należy przy ocenie działania surowicy, a więc przede wszystkim objawy zależne przypuszczalnie od pierwotnego zakażenia szkarlatynowego i te objawy, które mają mniej lub więcej wybitne prognostyczne znaczenie; z powikłań przytaczam tylko najważniejsze i najczęściej spotykane. W układzie kwestyo-



naryusza, oprócz zwykłego porządku klinicznego badania chorych, podają oddzielne pytania w tem następstwie, jakie mają one ze względu na ważność swoją w rozstrzygnięciu zajmującego nas zagadnienia, a także w porządku praktycznego ich znaczenia. Dlatego też kwestye czysto teoretyczne, choć nieraz niezmierniej wagi, jako to: kwestyę bakteriologicznego badania, kwestyę badania morfologicznego składników krwi i inne podane są na końcu i bardzo pobieżnie. Ma to na celu, aby lekarze, którym czas lub środki nie pozwalają na tak drobne badania, mogli jednak, uwzględniając tylko pewną część kwestyonaryusza, przyczynić się choć w części do rozjaśnienia zajmującej nas sprawy.

Każde pytanie starałem się usprawiedliwić w krótkości, o ile tego nie uczyniłem wyżej.

**A. Anamneza** <sup>1)</sup>. 1) Wiek chorego. 2) Który dzień choroby? 3) Kiedy zjawiła się wysypka; w jakim czasie po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych; czy wysypka się powiększa, czy stoi w mierze, czy wysypanie odbyło się szybko, czy powoli? [Według THOMAS'a, wczesne i szybko dokonywające się wystąpienie wysypki jest objawem pomyślnym ze względu na rokowanie]. 4) Czy były wymioty i biegunka, ile razy i czy powtarzały się po zjawieniu się wysypki? [W przypadkach prawidłowych, wymioty bywają tylko podczas okresu napadu (*invasio*); niema ich później]. 5) Kiedy chory zaczął skarżyć się na ból gardła i czy nie doznawał trudności w połykaniu? [Pozwoli to nam sądzić o stopniu pierwotnego zajęcia gardzieli u chorych, których widzimy dość późno]. 6) Kiedy zauważono gorączkę i jaki był przebieg ciepłoty dotychczasowej? 7) Czy były w czasie napadu choroby objawy nerwowe: senność, nieprzytomność, ból głowy, bredzenie, rzucanie się, drgawki; czy objawy te pozostały już po zjawieniu się wysypki? [Objawy nerwowe mają wogóle bardzo niepomyślne znaczenie w szkarlatynie: dają one najgorsze rokowanie; znane są jednak wypadki, gdy ciężkie bardzo objawy nerwowe znikają wraz ze zjawieniem się wysypki i dalszy przebieg choroby był prawidłowy i względnie lekki [Trousseau]. 8) Czy istniejącym objawom nerwowym towarzyszyła wysoka gorączka? [Istnienie wysokiej gorączki może powodować objawy nerwowe; w tym więc razie rokowanie jest lepsze, niż gdy objawy nerwowe podstawić musimy w zależności od zatrucia jadem szkarlatynowym]. 9) Jak w rodzinie, podczas uprzednich, czy też obecnej epidemii szkarlatyny, przebiegała ona i jak się zakończyła? [Są rodziny, w których szkarlatyna przebiega pomyślnie; inne wśród których mamy do czynienia wyłącznie z przypadkami ciężkimi]. 10) Tu także przypomnieć winien sobie lekarz, jaki jest charakter panującej epidemii — czy to na zasadzie własnych spostrzeżeń, czy też na zasadzie zebranych od innych wiadomości.

**Anamneza ciężkiej szkarlatyny:** 1) Późne zjawienie się wysypki i zbyt powolne jej wysypywanie. 2) Wymioty trwające po zjawieniu się wysypki, a także częsta biegunka. 3) Utrudnione połykanie od początku choroby. 4) Wysoka, trwająca dotychczas gorączka. 5) Ciężkie objawy nerwowe,

<sup>1)</sup> Wiele z danych tu zaznaczonych zebrać może lekarz, gdy obserwuje chorego od początku choroby. Ponieważ to jednak niezawsze się zdarza, a niektóre z pytań wydały mi się ważnymi i takimi, na które otoczenie odpowiedzieć może, umieściłem je w dziale anamnezy.



zwłaszcza drgawki i bredzenie, trwające jeszcze po pojawieniu się wysypki, szczególnie gdy im nie towarzyszy wysoko ciepłota ciała. 6) Ciężkość danej epidemii i ciężkość uprzednich szkarlatyn w rodzinie.

#### B. Okres napadu i wysypywania.

1) **Tętno:** liczba uderzeń na minutę i inne własności tętna [tętno jest bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym — tętno zbyt częste [wyżej 120 — 140, zależnie od wieku chorego] małe, miękkie, skaczące (*p. celer*), niemiarowe — jest bardzo złym prognostykiem].

2) **Ciepłota ciała** winna być mierzona przynajmniej 3 razy dziennie, po zastrzyknięciu surowicy częściej jeszcze. Wogóle szkarlatyna przebiega z wysoką ciepłotą i temperatury wieczorne, nie przechodzące 40.5° C., nie powinny budzić nadmiernych obaw, jeśli istnieją ranne zwolnienia; dopiero temperatury wyższe i trzymające się przez dzień cały na wysokim poziomie dają rokowania złe.

3) **Oddech:** liczba oddechów na minutę, ich głębokość i miarowość. Częstość oddechu odpowiadać winna częstości tętna [1:4]. Przyspieszenie oddechu po nad tę normę zależeć może: 1-o od zmian w płucach (*pneumonia*); 2-o od silnego zajęcia gardzieli i nosa i 3-o od wpływów zatrucia: podziałanie jadu na ośrodek oddechowy. We wszystkich trzech przypadkach przyspieszenie oddechu ma niepomyślne dla rokowania znaczenie; lecz przyspieszenie to daje nieco inny obraz w każdym z trzech przypadków. Przy zmianach w płucach mamy oddech bardzo przyspieszony i powierzchowny [60 i więcej na minutę], przy zajściu gardzieli, a więc przeszkodzie mechanicznej, oddech jest przyspieszony, lecz nie tak znacznie a przytem głęboki: im oddech w tym razie jest głębszym, tem rokowanie jest lepszem, gdyż świadczy o większych siłach u chorego. Przy zajściu mózgu oddech jest przyspieszony nadmiernie, powierzchowny, czasami z głębokimi wdechami i zupełnymi przerwami w oddechu [typ Bior'a i CHERNE-STOKES'a]. Najgorsze prognostyczne znaczenie ma oddech, zmieniony wskutek wpływów nerwowych.

4) **Stan ogólny i zachowanie się sfery nerwowej.** Stopień osłabienia, możność podniesienia się i siedzenia w łóżku. Ogólny wygląd chorego, jego budowa, oznaki przebiegającej krzywicy [ta ostatnia usposabia do objawów nerwowych]. Stopień przytomności dziecka: śpiączka i senność, z której można chorego zbudzić, odebrać od niego odpowiedź, lecz chory znowu wpada w sen. [Od stopnia przytomności, która nieraz bywa zamglona przy szkarlatynie, zależy w wysokim stopniu rokowanie: dwie powyżej wymieniane postaci senności są bardzo złym prognostykiem]. Niepokój, bredzenie, skubanie pościeli [*carpologia* — bardzo zły znak], rzucanie się, drgawki, zmiany w oddechaniu, o których mówiliśmy wyżej, zarówno jak i o nieustających wymiotach. Znaczenie prognostyczne tych objawów nerwowych jest tem poważniejsze i groźniejsze, im później od początku choroby. Do ciężkich objawów nerwowych zaliczyć także należy: bezsenność, zgrzytanie zębami. Podniecenie, bredzenie jest mniej groźnym objawem, jeśli zachodzi tylko w czasie napadu (*invasio*). Mniej groźnymi również są te objawy, jeśli towarzyszy im wysoka gorączka i dobre, niezbyt częste tętno.



5) **Wysypka.** Czas jej zjawienia się od chwili napadu i przebieg wysypywania [o znaczeniu prognostycznym mowa była wyżej]. Obfitość wysypki, jej barwa. Im wysypka jest obfitszą, bardziej zlewającą się, tem, *ceteris paribus*, przebieg szkarlatyny jest cięższy. Złe prognostycznie znaczenie ma również ciemno-czerwona i sina wysypka, a także wysypka krwotoczna. Dobre rokowanie daje jakoby obecność równoczesna wysypki prosówkowatej.

6) **Jama ustna i nosowo-gardzielowa.** Silne zaczerwienie [z sinawym odcieniem] a także suchość i obrzmienie języka i jamy ustnej w początku choroby są oznaką niepomyślną dla dalszego jej przebiegu [THOMAS]. Niekiedy od samego początku choroby, nawet przed zjawieniem się wysypki mamy do czynienia z bardzo poważnem zajęciem gardzieli, z silnem obrzmieniem migdałów i gruczołów podszczękowych, z nalotem obfitym, ze śluzowo-ropnym wyciekem z nosa—słowem, z obrazem dyfterytycznego [nie bakteryologicznie] zajęcia gardzieli. Te jednak groźne objawy, o ile zdarzają się na początku choroby, nie mają bardzo złego znaczenia dla rokowania. Nieraz następuje bardzo szybki powrót do stanu normalnego [MOIZARD].

7) **Mocz.** W przypadkach ciężkich należy bezwarunkowo od samego początku choroby badać moczu. Nieraz zawiera on białko. Dłuższe trwanie białkomoczu jest oznaką bardzo niepomyślną [MOIZARD].

Okres napadu ciężkiej szkarlatyny i pierwszego dnia zjawienia się wysypki w ciężkiej szkarlatynie: 1) tętno bardzo częste, małe, miękkie, skaczące, przerywane; 2) ciepłota wyżej 41°; 3) oddech nadmiernie przyspieszony, powierzchowny, nierówny [oddech BIOT'a i CHEYNE-STOKES'a]; 4) wielkie osłabienie, objawy nerwowe: senność, niepokój, bredzenie, carpologia, drgawki, wymioty, biegunka; 5) wysypka bardzo obfita, zlewająca się, mocno czerwona, lub sina; 6) silne zaczerwienienie, obrzmienie i suchość języka i jamy ustnej; 7) białkomocz obfity.

Najbardziej groźnymi są objawy, zaznaczone pod Nr. Nr. 1, 3 i 4.

### C. Przebieg choroby.

1) **Tętno.** Wogóle szkarlatyna należy do chorób, w których tętno jest bardzo przyspieszone. Nawet w wypadkach szkarlatyny bezgorączkowej tętno jest bardzo częste. Częstość ta nie zmniejsza się nieraz równomiernie wraz ze spadkiem gorączki i opada znacznie wolniej niż ciepłota. W przypadkach jednak, w których w okresie napadu i wysypywania, przebieg był bardzo groźny, a które w dalszym przebiegu mają charakter łagodniejszy, tętno wolniej. Co do innych, zaznaczonych w poprzednim ustępie cech tętna, to istnieć one mogą i podczas dalszego przebiegu i te, które określiliśmy jako groźne dla rokowania, są niemi i obecnie; ponieważ jednak osłabienie działalności serca i zupełny jej upadek występują podczas przebiegu choroby nieco wolniej, więc i rokowanie przy nich jest tu nieco lepsze niż uprzednio [HEXOCH]. Mówiliśmy o znaczeniu własności tętna przy istnieniu objawów nerwowych; takie samo ma ono znaczenie przy ciężkich postaciach zapaleń pierwotnych i wtórnych gardzieli i tkanek otaczających w przebiegu choroby. Dobre tętno jest najpewniejszą oznaką dobrego przebiegu; tętno złe - najpewniejszym objawem groźnego niebezpieczeństwa.



2) **Ciepłota.** Gorączka w przebiegu szkarlatyny ma charakter ciągłej, z nieznacznymi obniżeniami rannymi. Trwa ona przez cały czas kwitnienia wysypki, i opada stopniowo (*lysis*), gdy ta ostatnia blednąć zaczyna, co ma miejsce od 1 — 3 dnia choroby, najczęściej jednak 5 — 6-go. Trwać może gorączka do 10 — 11-go dnia choroby bez żadnych powikłań, jako wyraz niewygasłego jeszcze zakażenia. Dla rokowania wysokość gorączki ma mniejsze znaczenie niż częstość i charakter tętna; tylko temperatury hypertermiczne [wyżej 41° C.], zwłaszcza gdy trwają długo, mają bardzo złe znaczenie. Przy wtórnych cierpieniach gardzieli i otaczających tkanek, a także przy wielu powikłaniach ze strony płuc, ucha, błon surowicznych [opłucna, stawy] gorączka podnosi się i mieć może charakter septycznej lub pyemicznej. Rokowanie w tych wypadkach [powikłań] zależy od charakteru przyłączającej się choroby więcej, niż od samej szkarlatyny.

3) **O ddech.** O nim mówiliśmy już poprzednio. Zaznaczyć tu wypada, że wskutek t. zw. dyfterytycznego zapalenia gardzieli i nosa duszność może być bardzo wybitna, choć niema zmian żadnych w drogach oddechowych. Prognostycznie duszność jest zawsze objawem bardzo ciężkim, gdyż utrudnia prawidłowe utlenianie krwi i powoduje upadek działalności serca: zmiany w tętnie, sinicę, oziębienie kończyn.

4) **Stan ogólny i zachowanie się sfery nerwowej.** Do wyżej powiedzianego dodać tu należy jeszcze raz uwagę, że im dłużej trwa stan osłabienia ogólnego i depresji, czy też podniecenia nerwowego, tem rokowanie jest gorszem. Najgorszem jest ono wtedy, gdy stan ten trwa jeszcze po obniżeniu się temperatury i w czasie znikania wysypki.

5) **Wysypka blednąć zaczyna** 4 — 6 dnia choroby. Szybkie znikanie wysypki, lub dłuższy czas jej trwania nie ma jasno określonego znaczenia dla rokowania. Hipotetyczne również znaczenie ma czas trwania łuszczenia się: być może, że pędsze ustanie tego ostatniego chroni od powikłań ze strony nerek. W każdym razie skrzętne obserwowanie i notowanie przebiegu wysypki i łuszczenia się jest niezbędne, ze względu, że objawy te są tak charakterystyczne dla szkarlatyny.

6) **Jama ustna i nosowo-gardzielowa.** Sprawa zapalna w tych jamach trwa zwykle nieco dłużej niż wysypka, lecz wraz ze znikaniem tej ostatniej przycichać zaczyna i nie wpływa na obniżanie się gorączki i lytyczny jej spadek. Inaczej rzeczy się mają, skoro sprawa w jamie ustnej i gardzieli nabierze charakteru złośliwego, nekrotyzującego. Już 3 — 6-go dnia choroby, częściej jednak w drugim tygodniu, nawet po zupełnym powrocie ciepłoty do normy, może powstać to nekrotyzujące zapalenie jamy ustnej i gardzieli: dyfteryt szkarlatynowy. Ślinienie, trudność oddechania i polykania, szarawo-żółte naloty na dziąsłach, policzkach, ustach, nadżarcia kątów ust, łatwe krwawienie z błon śluzowych—oto są oznaki nekrotyzującego zapalenia jamy ustnej. Te objawy ze strony jamy ustnej są nader groźne, groźniejsze nawet niż nekrotyzujące szkarlatynowe zajęcie samej tylko gardzieli. Mnie przynajmniej prawie nie zdarzało się widzieć dziecka, któreby wyzdrowiało przy istnieniu tych objawów.



W gardzieli i nosie zwykle proces ten występuje wcześniej niż na błonie śluzowej ust: szaro-żółte, lub białawe plamy na migdałach, na łukach podniebiennych, języczku, podstawie języka, nieraz na tylnej ścianie gardzieli i twar-dem podniebieniu, mające wygląd sadłowaty; cała błona śluzowa pokryta klej-kim, ciągnącym się śluzem, *foetor ex ore*. Z nosa wypływ śluzowo ropny, nieraz krwawy, nadżerający skrzydła nosowe i wargi. Miejsca, pokryte takimi nalota-mi, nieraz krwawią bardzo obficie. Prócz tego te nekrotyzujące zapalenia po-wodują zgorzel i odpadnięcie języczka, migdałów, przedziurawienie podniebie-nia miękkiego, a nawet twardego. Przyczyną tych spraw są, po większej częś-ci streptokoki, choć czasami spostrzegać możemy i lasecznik dyfterytyczny LOEFFLER'a.

7) Gruczoły podszczękowe i szyjowe obrzmiewają zaw-sze w przebiegu szkarlatyny. Stopień ich obrzmienia jest zwykle nieznacz-nym. Gdy jednak zjawia się powyższe zapalenie nekrotyzujące, to nie tylko gruczoły wspomniane powiększają się znacznie, lecz obrzmiewa i otaczająca je tkanka łączna; obrzęk przechodzić może na całą szyję, na okolicę ucha, na pod-bródek. Czasami cała okolica szyi, aż do obojczyka jest twarda jak kamień (*angina Ludovici*). Przytem nieraz występują objawy nerwowe i osłabienie serca, gorączka bywa septyczna lub pyemiczna. Te sprawy w gruczołach, zwłasz-cza *angina Ludovici*, dają bardzo złe rokowanie.

8) Zapalenia ucha średniego bywają nieraz bardzo częste. Po większej części kończą się szczęśliwie, nie pozostawiając po sobie głuchoty. Czasem jednak sprawa przechodzi na wyrostek i kość skalistą ze znanymi na-stępstwami.

9) Objawy ze strony kanału pokarmowego. Oprócz wyżej zaznaczonych wspomnieć jeszcze należy o żółtacze, powiększeniu wą-troby i śledziony. Są to objawy dla rokowania bardzo niepomyślne. Zwłasz-cza żółtaczka bywa nieraz wyrazem posocznicy [HENOCH].

10) Krew. Badanie krwi nie daje żadnych szczególnych danych: zmniejszenie liczby czerwonych krążków i powiększenie białych, równoległe do natężenia choroby. Nieraz liczba białych ciałek dochodzi do 40,000 [wypadki piorunujące]. W średnio ciężkich waha się między 10 — 20,000 w mm. sz.

11) Badanie bakteriologiczne nalotów w gardzieli wykazu-je w nich obecność streptokoków różno-postaciowych. Badanie krwi żywych chorych rzadko dawało rezultat pozytywny: bakterii w niej nie znajdowano [HASENKNOFF-SALGE]. Jak wiadomo, kwestya pasożyta szkarlatyny jest da-leka od rozstrzygnięcia. Przy wtórnych zajęciach gardzieli zbadać należy na loty na obecność w nich laseczników LOEFFLER'a.

#### Przebieg ciężkiej szkarlatyny.

1) Złe tętno [p. wyżej]; 2) wysoka, długo trwająca gorączka; 3) dusz-ność; 4) osłabienie, zaburzenia w sferze nerwowej; 5) *Angina dyptheroides, sto-matitis et rhinitis necrotica*; 6) *lymphadenitis purulenta et necrotica, angina Ludovici*; 7) zapalenie *proc. mastoidei*; 8) żółtaczka przy istniejącej septycemii; 9) wybitna leukocytoza.



## D. Powikłania szkarlatyny.

Cierpienia stawów, błon surowiczych (*pleuritis, endo-pericarditis*), zapalenie płuc, zapalenie nerek. Rokowanie w nich nie różni się od tego, jakie dają te choroby, gdy powstają z innych przyczyn. Oprócz zapalenia nerek, które zjawia się jako następstwo i lekkich szkarlatyn, wyżej wymienione powikłania występują w przypadkach ciężkich i dlatego są bardzo groźne. To też należy baczną na nie zwrócić uwagę. Co do zapalenia nerek, to zdaje się być ono ściśle związane z jadem szkarlatynowym. Jest to najczęstsze i nieraz bardzo groźne powikłanie. Występuje ono nieraz bardzo późno, bo w 6-ym tygodniu choroby. Jeżeli więc chcemy twierdzić, że szkarlatyna nie wywołała *nephritis*, badać należy mocz przez 6 tygodni na obecność i ilość w nim białka, nabłonków, cylindrów.

## E. Leczenie surowicą przeciwszkarlatynową PALMIRSKIEGO.

Jeżeli surowica jest rzeczywiście środkiem specyficznym przeciwko szkarlatynie, to usuwać winna przedewszystkiem te objawy, które bezpośrednio zależą od zakażenia szkarlatynowego. Do objawów tych należą te, któreśmy w naszym przeglądzie pomieścili pod Nr. Nr. 1 — 6. Pomiędzy jednak objawami tymi tylko 4 pierwsze są funkcjonalnymi, a więc usuniętymi być mogą względnie szybko po podziałaniu surowicy. Wysypka, zmiany w jamie ustnej i nosogardzielowej, obrzęk gruczołów, jako zmiany anatomiczne, nie mogą być niezwłocznie usunięte, choćby jad szkarlatynowy został zneutralizowany lub osłabiony. W każdym razie mielibyśmy prawo spodziewać się, że procesy te zostaną ograniczone, że przebiegną prędzej tak, jak to zachodzi po zastrzyknięciu surowicy BEHRING'a.

Chociaż objawy, zaznaczone Nr. 7—9, według wielu autorów są wyrazem wtórnego zakażenia stroptokokowego, to jednak co do nich, jak i co do powikłań mielibyśmy prawo się spodziewać, że unikniemy ich w znacznej większości przypadków. Wobec tak wielkiego rozpowszechnienia streptokoków w przyrodzie, przyjąć musimy, że sprawy zapalne, wywoływane przez nie w przebiegu szkarlatyny, mają swe źródło w osłabieniu ustroju, spowodowanem jadem szkarlatynowym. Zneutralizowanie więc tego jadu pociągać winno za sobą zwiększenie odporności ustroju w walce ze streptokokami, *ergo* uniknięcie wtórnego ropleńia, zapaleń zgorzelinowych i powikłań.

Bądź co bądź surowica działać winna na tętno [zmniejszyć jego częstość, poprawić inne cechy jego], obniżyć ciepłotę, wpłynąć pomyślnie na stan ogólny i objawy ze strony układu nerwowego. Przy ocenianiu jej wartości leczniczej nie możemy kierować się tem, że usuwa ona najgroźniejsze dla życia objawy. Zapewne i to nie jest rzeczą do pogardzenia, owszem rzeczą bardzo korzystną i pożądaną, lecz jeśli surowica ma mieć tylko to działanie, to postawić ją można w rzędzie czynników ratujących życie, lecz bynajmniej nie w rzędzie usuwających chorobę zasadniczą. Działanie jej możnaby wtedy porównać do zastrzykiwań środków pobudzających przy upadku działalności serca, do przekłucia jam surowiczych przy pręsieńkach w wadach serca i zapaleniu nerek i t. d.



Działanie to na istotne i bezpośrednie następstwa zakażenia [Nr. 1 — 6] występować winno, sądząc z analogii [surowica BEHRING'a], w przeciągu 24 — 36 godzin i być bardzo wybitnem: powrót ciepłoty do normy, poprawienie się własności tętna i oddechu, zniknięcie objawów nerwowych, zmniejszenie osłabienia ogólnego:

1) Podwyższenie ciepłoty, wysoka gorączka, jest jedną z najbardziej istotnych cech zakażenia szkarlatynowego. To też od chwili zastrzyknięcia surowicy ze zdwojoną pilnością winniśmy notować przebieg krzywej ciepłoty: mierzyć temperaturę co 3 — 4 godziny. Nieraz w kilka godzin po zastrzyknięciu surowicy występuje podniesienie ciepłoty [patrz krzywą w moim drugim przypadku]. Gdy krzywa ciepłoty spadnie, nawet krytycznie, nie należy przestać dalszego jej częstego mierzenia: podnieść się ona może zarówno wskutek t. zw. infekcyi wtórnych, jak i powikłań.

2) Przyspieszenie tętna jest objawem jeszcze bardziej znamienym dla szkarlatyny, niż podwyższenie ciepłoty. Istnieje ono nawet w najłżejszych, bezgorączkowych postaciach tej choroby. Według dotychczasowych spostrzeżeń, zmniejszenie częstości tętna dawało się zawsze zauważyć po podziałaniu surowicy. Fakt ten sprawdzić należy z całą skrupulatnością. Sprawdzona być winna również bardzo sumiennie ewentualna poprawa innych cech tętna: jad szkarlatyny działa osłabiająco na działalność serca—stąd zaznaczone wyżej niekorzystne cechy tętna.

3) Przyspieszenie oddechu jest również wyrazem zakażenia szkarlatynowego. Zmniejszenie więc duszności i zmiana nieprawidłowego typu oddechania na prawidłowy następować winny po podziałaniu surowicy. Niektóre własności oddechu, jak świst przy wdychaniu, wciąganie podżebrzy, zależeć mogą, jakśmy to mówili, od zajęcia gardzieli. Zniknięcie więc tych objawów nie mamy prawa spodziewać się tak prędko.

4) Ustąpienie objawów nerwowych. Istnieją one prawie zawsze w początku (*invasio*) choroby. Czy jednak ten wpływ na objawy nerwowe przemawia tak bardzo za specyficznem działaniem surowicy, to, zdaniem mojem, jest kwestyą nie zupełnie rozstrzygniętą. Zwłaszcza ustąpienie tych objawów w początkach choroby może być położone na karb zwykłego przebiegu choroby. Nieraz osobnik jest tak nerwowo wrażliwym, że na wtargnięcie jadu reaguje silnymi objawami nerwowymi. Tylko skonstatowanie ustępowania tych objawów u wielkiej liczby leczonych surowicą chorych dać może prawo do wniosków pozytywnych.

To samo powiedzieć można o powrocie sił dziecka, które wyrażać się ma, według dotychczasowych obserwacji, tem, że dziecko siada w łóżeczku. Tylko wielka liczba obserwacji, wraz ze stwierdzeniem ustąpienia innych objawów, pozwoli nam wnioskować, czy rzeczywiście mamy do czynienia z działaniem surowicy, czy też ze zjawiskiem przypadkowym. Ja osobiście wobec istnienia w dalszym ciągu gorączki i innych objawów zakażenia szkarlatynowego, nie nadawałbym mu zbyt wielkiego znaczenia.

5) Mówiliśmy już wyżej, co sądzić o wpływie surowicy na wysypkę. Można jednak spodziewać się, że jeśli surowica wstrzykniętą zostanie w pierwszym



dniu wysypiania, to w dalszym przebiegu nie będzie wysypka tak rozlaną i wybitnie czerwoną, a zawsze zniknie sine jej zabarwienie, zależne od zmian w krążeniu i oddychaniu. Wysypka nie jest wprawdzie sama przez się groźnym objawem choroby, lecz jest objawem ściśle zależnym od infekcyi, więc na rozwój jej surowica działać powinna. Może też winna podziałać na czas zjawienia się i trwania łuszczenia naskórka. W każdym razie w obserwacyach naszych fakty te skrzętnie notować winniśmy.

6) Mówiliśmy już wyżej o wymaganiach, jakie stawiać możemy co do wpływu surowicy na sprawy w gardzieli, gruczołach limfatycznych i tkankach przyległych.

7) Tu raz jeszcze zwrócić musimy baczną uwagę na zachowanie się moczu przez okres sześciotygodniowy od początku choroby. Codziennie określać należy jego ilość [nieraz występują objawy uremiczne bez obecności białka w moczu], badać na białko i cylindry.

8) Co do powikłań, to trudno o nich coś powiedzieć ze względu na surowicę. Przypuszczałbym jednak, że istnienie spraw ropnych [ucho, stawy, błony surowicze] pomimo zastrzyknięcia surowicy, istnienie tych spraw w wielkiej liczbie przypadków musiałyby w znacznej mierze zachwiać nasze do surowicy zaufanie. Zwłaszcza stosuje się to do *otitis media*: w niektórych epidemiach występuje ona prawie w połowie spostrzeganych przypadków szkarlatyny, nie można więc jej prawie uważać za powikłanie; z drugiej strony daje ona po większej części dobre rokowanie, nie pociąga bowiem za sobą głuchoty [HENNICH], więc zjawienie się *otitis* po zastrzyknięciu surowicy, chociażby zejście jej było pomyslnem, powinno nam nieco sceptycznie kazać się zapatrywać na działanie lecznicze środka.

9) Badanie krwi może nam dać cenne wskazówki co do działania surowicy. Jeśliby leukocytoza, po zastrzyknięciu surowicy stale się zmniejszała, jak to bywa po zastrzyknięciu surowicy BEHRING'a w dyfterycie [EWING, SCHLESINGER, BISE], mielibyśmy możność niejako liczbowego określenia działania surowicy.

Na tem kończę moje, może nieco za rozwlekłe, uwagi nad działaniem surowicy przeciwszkarlatynowej kol. PALMIRSKIEGO. Przypuszczam że krytyczny mój stosunek do tej sprawy nie będzie przez czytelnika wziętym za stosunek niechętny. Owszem, raz jeszcze powtarzam, że obiecuję sobie wiele po zbadaniu nowego środka leczniczego. Badanie to rozpocząć można; zdaje się z wszelką pewnością, że nie przyniesie ono szkody chorym; czy zaś przyniesie korzyści, czas dopiero pokaże.

W każdym razie nasz ogół lekarski zabrać się winien do pracy nad rozstrzygnięciem tego ważnego zagadnienia. Niech mu przytem przyświeca myśl, że *in magnis voluisse sat est*.

Warszawa, dn. 30 listopada 1903 r.



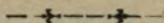
## O LECZENIU PŁONICY (SCARLATINA) SUROWICĄ SWOISTĄ.

Podał

**Alfonś Malinowski,**

starszy ordynator tegoż szpitala.

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



[Dokończenie. — Patrz Nr. 51].

### Przypadki lżejsze.

16. Antoni M., lat 2. Zachorował d. 26. X. Przybył do szpitala 27. X. wieczorem z ciepłotą 39°.

28. X. Ciepłota zrana 38,5°, tętno dosyć silne, 150, na całym ciele dosyć silna wysypka zlewająca się. Gardziel przekrwiona, gruczoły cokolwiek powiększone. Zastrzyknięto 40 ctm. sz. surowicy seryi 5-ej. Wewnątrz kamfora. Ciepłota wieczorem 38,8°.

29. X. Ciepłota zrana 37,3, tętno 140, stan ogólny dobry, wysypka zbladła, gardło przekrwione. Ciepłota wieczorem 37,6°.

30. X. Ciepłota 37,1°. Stan dobry. Białkomoczu niema. W hodowlach *streptoc. conglomeratus*.

Odtąd stan bezgorączkowy, stopniowa poprawa.

17. Helena N., lat 7. Zachorowała 1. XI. Przybyła do szpitala 3. XI. Ciepłota poprzedniego wieczoru była 39,8°, zrana 3. XI. ciepłota 38,5°, tętno dosyć silne, 120, stan ogólny dobry, język czerwony, gardło przekrwione, na całym ciele jednorodna silna wysypka czerwona, zlewająca się, chora jest przytomna i dosyć żwawa, uskarża się tylko na nudności. Zalecono kofeinę i salicylan sodu i zastrzyknięto 40 ctm. sz. surowicy seryi 5-ej. Ciepłota wieczorem 38,4°.

4. XI. Ciepłota zrana 37,2°, tętno 120, dosyć silne, stan ogólny dobry, wysypka znacznie bledsza, gardło przekrwione. W hodowlach *strept. conglom.* Ciepłota wieczorem 37,5°.

5. XI. Ciepłota zrana 37,2° Wysypka zbladła, łuszczenie się zaczyna stan ogólny dobry. Ciepłota wieczorem 37,4°. Odtąd stan bezgorączkowy, zupełnie dobry.

Oba powyższe przypadki zaliczam do średnich, ponieważ pomimo silnej wysypki i wysokiej ciepłoty ciała, stan ogólny chorych był w okresie kwitnienia dobry i tętno dość silne. Zastrzyknęliśmy jednak surowicę, aby się przekonać o jej działaniu w lżejszych przypadkach, i, jak widzimy, u obojga chorych po



20-tu godzinach nastąpiła zniżka ciepłoty: u chłopca z 38.8° do 37.3° [o 1.5°], u dziewczynki z 38.4° do 37.2° [o 1.2°], wysypka szybko zbladła.

Następujące przypadki płonicy zakończyły się śmiercią:

1. Jan C., lat 8. Zachorował 8. IX. Przybył do szpitala 12. IX. w stanie silnego osłabienia. Ciepłota 40.3°, tętno bardzo słabe, 140, wysypka bardzo czerwona z odcieniem sinym. Gruczoły szyjowe powiększone, na obu migdałach naloty. Chory jest senny i nieprzytomny. Zastrzyknięto 50 ctm. sz. surowicy seryi 1-ej, wewnątrz kamfora. Ciepłota wieczorem 40°.

13. IX. Ciepłota 40°, tętno bardzo słabe, 140, chory nieprzytomny, stan bez zmiany. Ciepłota wieczorem 38.2°.

14. IX. Ciepłota zrana 38, tętno bardzo słabe, 140, wysypka zbladła, chory jest nieprzytomny, oddycha szybko, błony śluzowe i palce rąk sinawe, w płucach drobne rżenia. Ciepłota wieczorem 37.6°.

15. IX. Ciepłota zrana 37.2, tętno niewyczuwalne, śpiączka, obrzęk płuc. Chory zmarł tegoż dnia o godzinie 3-ej po południu.

2. Jadwiga M., lat 7. Przybyła do szpitala 23. IX, szóstego dnia choroby. Ciepłota 39.4°, tętno bardzo słabe, 140, wysypka silna, w gardle naloty na migdałach, chora jest senna i nieprzytomna. Zastrzyknięto 50 ctm. sz. surowicy seryi 1-ej. Wewnątrz kamfora. Ciepłota wieczorem 38.5°.

24. IX. Ciepłota zrana 37.8°, tętno bardzo słabe, 140, wysypka blednie, osłabienie zwiększa się, chora senna, lecz przytomna. W hodowli znaleziono *strept. conglom.* Ciepłota wieczorem 38.2°.

25. IX. Ciepłota zrana 37.8°, wieczorem 38.6°.

26. IX. " " 38.3°, " 38.9°, osłabienie zwiększa się.

27. IX. " " 38.8°, " 39.2°, tętno bardzo słabe. Pod lewą łopatką utworzyło się owrzodzenie skóry, pokryte szarym nalotem, upadek sił, nieprzytomność, wypływ ropy z nosa obfity.

23. IX. Ciepłota 39°, senność, upadek sił. Zmarła wieczorem.

Oba powyższe przypadki zakończyły się śmiercią pomimo obniżenia ciepłoty blisko o 2° stopnie z powodu silnego zakażenia i upadku sił. Surowica była tu użyta 5-go i 6-go dnia choroby.

3. Zygmunt J., lat 5. Przybył do szpitala 5-go dnia choroby [8. VII]. Ciepłota 40°, tętno bardzo słabe, 140. Wysypka silna, w gardle naloty. Wewnątrz kamfora. 30 ctm. sz. surowicy seryi 2-ej. Ciepłota wieczorem 39.8°. W nocy chory majaczył, uciekał z łóżka.

9. VII. Ciepłota zrana 39°, tętno bardzo słabe, chory nieprzytomny, podniecony, wysypka bardzo silna. Po południu senność, upadek sił, śmierć o godz. 9-ej wieczorem, a więc po upływie 33-ch godzin po zastrzyknięciu surowicy.

4. Anna P., lat 3. Przybyła do szpitala 6-go dnia choroby z łuszczeniem na całym ciele, bardzo wycieńczona, prawie bez tętna, z silnym zajęciem gardła i nosa. Zastrzyknięto 50 ctm. sz. surowicy seryi 1-ej. Śmierć po upływie 12-tu godzin przy objawach wzmagającego się upadku sił. Przypadek ten, zakończony śmiercią po upływie 12-tu godzin, notuję dla ścisłości sprawozdawczej, właś-



ciwie bowiem nie kwalifikował się do leczenia surowicą i nie liczyliśmy na jej działanie.

### U w a g i o g ó l n e n a d d z i a ł a n i e m s u r o w i c y .

Zaznaczyliśmy na wstępie, że używaliśmy surowicy tylko u bardzo ciężko chorych, u których bez względu na wysokość ciepłoty ciała i nasilenie wysypki rokowanie było wątpliwe lub niepomyślne z powodu silnego zakażenia ustroju i osłabienia czynności serca. Zakażenie to klinicznie wyrażało się upadkiem sił, sennością, stanem na pół przytomnym lub zupełną nieprzytomnością, objawami przygnębienia lub chwilowego podniecenia, zwłaszcza w nocy. Wszyscy chorzy tej kategorii mieli ciepłotę ciała dosyć wysoką, dochodzącą niekiedy do 40°, tętno słabe i przyspieszone, wysypkę kwitnącą silnie, niekiedy siną na całym ciele lub tylko na kończynach. Większość miała naloty dyfteroidalne w gardle i w nosie, z następczem ropieniem gruczołów i zapaleniem ucha zewnętrznego i środkowego. U kilku chorych w początku lub w dalszym przebiegu choroby w nalotach z gardła znaleziono laseczniki LOEFFLER'a.

Uznawszy powyżej opisane przypadki choroby za ciężką formę płonicy, wyzdrowienie chorych przypisać musimy działaniu leczniczemu surowicy. Czemże się to działanie wyraża?

1. Przedewszystkiem polepszeniem stanu ogólnego. Chory dotychczas senny i nieprzytomny lub na pół przytomny, już po 24-ch godzinach przedstawia się w stanie o tyle lepszym, że odpowiada na pytania, usiłuje sam usiąść na łóżku, co mu się zwykle udaje. Zmiana taka w stanie chorego wywierają zdumiewające wrażenie nawet na lekarzu.

2. Tętno bardzo słabe, ledwo wyczuwalne w chwili wstrzyknięcia surowicy, w większości przypadków staje się silniejszym już po 24-ch godzinach, niekiedy dopiero po 48-iu godzinach. W dalszym przebiegu, pomimo polepszenia stanu ogólnego i powrotu ciepłoty ciała do granic normalnych, tętno staje się znowu słabem, jak zwykle w okresie zdrowienia.

3. Ciepłota ciała pod wpływem surowicy po 24-ch godzinach ulega niekiedy szybkiemu obniżeniu, możemy więc surowicy przypisywać działanie przeciwgorączkowe. Zniżka wynosi 1° do 2° i 2,3° po 24-ch godzinach, niekiedy obniżenie takie ma miejsce dopiero po 48-iu lub 72-ch godzinach.

W dwóch przypadkach lżejszych obniżeniu ciepłoty do 37° towarzyszyło szybkie zniknięcie wysypki po 20-tu godzinach.

W większości przypadków, powikłanych cierpieniem gardła, nosa i uszów, lub ropieniem w gruczołach, ciepłota dłuższy czas utrzymuje się około 38°—39°, pomimo to stan ogólny chorego stopniowo się polepsza.

Rozpatrując przebieg gorączki u naszych chorych widzimy co następuje. Zastrzyknięto surowicę

№ dz. choroby	ciepłota		ilość surowicy	zniżka ciepłoty
	zrana	wiecz.		
1. 5 dnia	38,5°	39,5°	20 cm. sz. 5 d. i 20 cm. 6 d.	po 48-iu godz. 37°
2. 4 "	38,5°	39,9°	30 ctm. 4 d. i 20 ctm. 5 d.	po 96-iu godz. 37°



3.	3	"	39.9°	39.8°	40 ctm.	3 d. i 20 ctm.	5 d.	po 24-ch godz.	37.2°	
4.	8	"	38.9°	38.9°	40 ctm.	sz.		po 48-iu godz.	37.5°	
5.	4	"	40.5°	39.9°	40 ctm.	4 d. i 50 ctm.	5 d.	bez wpływu na ciepłotę		
6.	6	"	39°	38.2°	40 ctm.	sz.		po 24-ch godz.	38°	
7.	5	"	38.9°	39°	50	"		po 48-iu godz.	38°	
8.	4	"	39.8°	38°	40	"		po 24 g.	37.7°, po 48 g.	37.2°
9.	5	"	40.2°	39°	40	"		po 24 g.	38.5°	znizka stop.
10.	4	"	40°	39°	50	"		po 24 godz.	37.7°	
11.	5	"	39.7°	38.7°	50	"		po 72 godz.	37.7°	
12.	3	"	40°	39.7°	50	"		po 24 godz.	38.5°	
13.	4	"	39.1°	39.3°	50	"		po 24 g.	38.8°, po 48 g.	38.1°
14.	3	"	39.5°	39.5°	40	"		po 96 godz.	37.4°	
15.	3	"	40°	39.8°	50	"		po 24 g.	38.5°, po 72 g.	37.8°
16.	3	"	38.5°	38.8°	40	"		po 24 godz.	37.3°	
17.	3	"	38.5°	38.4°	40	"		po 24 godz.	37.2°	

Przypadki 1, 9, 12 i 14 powikłane były czystą błonicą i leczone były surowicą przeciwbłoniczą.

4. Wysypka płonicza po zastrzyknięciu surowicy nie znika tak szybko, abyśmy mogli surowicy przypisywać jakikolwiek wpływ na wysypkę. Zastrzykując surowicę w przypadkach świeżych, 3-go lub 4-go dnia choroby, zauważyłem nawet, że po 24-ch godzinach wysypka stawała się wyraźniejszą, czerwienią i okres kwitnienia jej wcale nie był krótszy niż zwykle. W przypadkach jednak połączonych z upadkiem sił, gdy wysypka na całym ciele miała odcień sinawy, a kończyny do łokcia i do kolan były chłodne i sine, zauważyłem już po 24-ch godzinach częściowe lub zupełne zniknięcie sinicy; skóra stawała się jasno-czerwoną, kończyny ogrzewały się, okres kwitnienia wysypki przedłużał się, a jednocześnie stan ogólny chorego poprawiał się stopniowo. Przypisuję to znikanie sinicy polepszeniu krążenia, które wywołuje surowica, wzmacniając czynność serca, jest to więc tylko działanie pośrednie. W przypadkach cięższych jednak wysypka blednie dosyć prędko, bo po upływie 24-ch godzin.

Na powikłania szkarlatyny surowica wywiera wpływ o wiele mniejszy, niż na stan ogólny chorego. Zauważyliśmy pod tym względem co następuje.

5. Zapalenie dyfteroidalne gardła i nosa, wyrażające się nalotami na błonie śluzowej gardła i wypływem cieczy śluzowo-ropnej z nosa z następczym owrzodzeniem błony śluzowej gardła, nosa, języka, warg. po użyciu surowicy nie ulega wielkim zmianom, jakie widzieć możemy przy czystej błonicy. Na podstawie jednak porównania przy codziennych oględzinach wyglądu błony śluzowej i nalotów mogę twierdzić, że naloty nie mają takiej skłonności do rozszerzania się w głąb i po powierzchni, błona śluzowa staje się jakby odporniejszą; wypływ z nosa zmniejsza się i ustaje daleko prędzej, niż to bywało przed użyciem surowicy. Dawniej takie septyczne nieżyty nosa z obfitą ropną wydzieliną były złym objawem pod względem rokowania, towarzyszyło im zwykle zatrucie mózgu i śpiączka, trwająca do śmierci. Przy użyciu surowicy przebieg tych powikłań jest szybszy i pomyślny.



Zapalenia ucha wewnętrznego, średniego i zewnętrznego, rozwijające się w następstwie zapaleń zakaźnych jamy gardzielo-nosowej, miały przebieg ciężki, lecz pomyślny i nie wywołały nigdy dotąd stałej głuchoty. Wszyscy chorzy po pewnym czasie odzyskiwali słuch zupełnie. Zapalenie wyrostka sutkowego, spostrzegane kilkakrotnie, zakończyło się również pomyślnie.

6. Ropienie w gruczołach szyjowych w dalszych okresach choroby występowało dosyć często, co dowodzi silnego zakażenia ustroju chorych leczonych surowicą. W ropie stale znajdował się *streptoc. conglom.*

Bóle reumatyczne w mięśniach i stawach z lekkim obrzmieniem stawu stopowego spotykaliśmy stosunkowo rzadko; ustępowały one szybko po użyciu salicylanu sodu.

8. Zapalenia nerek, ani białkomoczu przemijającego nie było u chorych leczonych surowicą. Fakt ten zasługuje na uwagę z tego względu, że w przypadkach ciężkiej płonicy w razie wyzdrowienia zwykle występują ciężkie postaci zapalenia nerek z obfitą ilością białka i krwi. Można by przypuszczać, że surowica, zmniejszając zatrucie ustroju, zapobiega powikłaniom nerkowym.

9. Powikłań ze strony kanału pokarmowego u chorych naszych nie było.

10. W kilku przypadkach dołączyło się zapalenie nieżytowe płuc, którego przebieg był bardzo ciężki i przewlekły.

Ze spostrzeżeń naszych i z uwag o działaniu surowicy możemy wyprowadzić następujące wnioski:

1. Surowica przeciwpłonicza, użyta w ciężkich przypadkach płonicy w ilości 40—50 ctm. sz., wywoływała polepszenie stanu ogólnego, usuwała objawy zatrucia mózgu, wzmacniała czynność serca, zwalniała liczbę uderzeń tętna.

2. Wywoływała w większości przypadków po upływie 24-ch godzin obniżenie ciepłoty ciała o 1°—2°; niekiedy obniżenie to następowało dopiero po 38-iu godzinach lub później.

W wyjątkowych przypadkach pomimo poprawy stanu ogólnego ciepłota nie obniżała się przez czas dłuższy.

3. Dotychczasowe dawki surowicy nie wywierają wpływu na szybkie znikanie wysypki w ciężkich przypadkach.

4. Powikłania dyfteroidalne błony śluzowej gardła i nosa przebiegają daleko pomyślniej, niż to bywa w przypadkach nie leczonych surowicą.

5. Surowica, zmniejszając zatrucie i zakażenie, zapobiega zapaleniu nerek.

6. Surowica nie wywiera żadnego szkodliwego działania i bardzo rzadko występują po jej użyciu wysypki posurowicze.

7. Surowica przeciwpłonicza z pracowni kol. PALMIRSKIEGO ma własności lecznicze i w ciężkich przypadkach płonicy działanie jej antytoksyczne wywołuje zdumiewające polepszenie stanu ogólnego chorych. Wszystkie więc ciężkie przypadki płonicy leczone być winny tą surowicą, ponieważ dotychczas używane środki i metody lecznicze nigdy nie okazały się tak skutecznymi i odsetka wy-



zdrowień nigdy nie była tak wielką. Należy jednak surowicy używać o ile można wcześniej u ciężko chorych lub w razie większego pogorszenia.

Zaznaczyłem na wstępie, że w ciężkich przypadkach płonicy najgroźniejszymi objawami dla życia chorego są objawy zatrucia mózgu i serca, występujące zwykle w pierwszych dniach choroby, następnie objawy zakażenia, wywołane przez powikłanie gardłano-nosowe. Wobec tych objawów wszystkie inne, rozwijające się kolejno w dalszym przebiegu choroby, są już mniej groźne i pomoc lekarska może tu być skuteczniejszą, skoro już choremu nie grozi zatrucie mózgu i osłabienie działalności serca. Surowica, jak widzieliśmy, działa przede wszystkim antytoksycznie, osłabia i usuwa objawy zatrucia, ocala ciężko chorego od śmierci, wywołuje polepszenie stanu ogólnego, powrót do przytomności, wzmocnienie czynności serca, zwalnia tętno, czyni chorego silniejszym po upływie bardzo krótkiego czasu. Polepszenie to jest już widocznym po 24-ch godzinach. Dodajmy do tego fakt, że ciepłota ciała w większości przypadków obniża się o  $1^{\circ}$ — $2.3^{\circ}$  po 24—48-iu godzinach, a otrzymamy zmianę obrazu klinicznego tak szybką i tak pomyślną, jakiej dotąd nie widywaliśmy w ciężkich przypadkach płonicy. Dotychczas w takich formach choroby widywaliśmy zwykle pogorszenie, zwłaszcza przy powikłaniach gardzielo-nosowych, i śpiączka zawsze była tu złym prognostycznym objawem. Surowica więc, usuwając objawy zatrucia mózgu i serca, oddaje nam wielkie usługi. Ocalając chorego od śmierci w pierwszych dniach choroby, pozwala nam leczyć istniejące powikłania mniej groźne i skłonniejsze do przewlekłego przebiegu. Odnosi się to do spraw dyfteroidalnych błony śluzowej gardła i nosa, do zapalenia uszu i do ropienia w gruczolach. Pomimo, że surowica przeciwplonicza nie działa tak efektywnie na dyfteroid gardła i nosa, jak błonicza na sprawę czysto błoniczą, przyznać jednak musimy, że powikłania dyfteroidalne przy płonicy przebiegają po użyciu surowicy nie tak złośliwie, nie rozszerzają się i nie dążą w głąb tkanki, wpływ z nosa ogranicza się i ustaje pręcej. Nawet zapalenia ucha średniego i wewnętrznego, powikłane przedziurawieniem błony bębenkowej, przebiegały szybciej i pomyślniej i u żadnego z chorych nie wywołały zupełnej i stałej utraty słuchu.

Fakty te dowodzą, że jakkolwiek surowica nie zapobiega wspomnianym powikłaniom i nie usuwa ich bardzo szybko, skoro się raz rozwiną, to jednak wywołuje pewną żywotność tkanek, które opierają się sprawom zapalnym w skutek czego i spustoszenia tych tkanek są bez porównania mniejsze. W praktyce szpitalnej używaliśmy dotychczas surowicy na 3-ci, 4-ty, 5-ty lub nawet 6-ty dzień choroby, u chorych, u których wspomniane powikłania ze strony gardła i nosa były już w pełnym rozwoju, a gruczoly chłonne szyjowe były już powiększone i bolesne. Przy użyciu surowicy o kilka dni wcześniej, prawdopodobnie powikłania te byłyby słabsze, a może wcaleby ich nie było. Należy jednak przypuszczać, że w czasie tak długiego okresu wylegania płonicy, zarazek, umiejscawiając się w różnych tkankach i narządach, zaważszy przygotowywa powikłania, wskutek czego nawet wczesne użycie surowicy nie zdołałoby im całkowicie zapobiedz, skoro dana tkanka raz już zakażeniu uległa. Sprawa więc zakaźno-zapalna, znajdującą się w zawiązku jeszcze przed



wybuchem choroby, musi przejść swoje okresy i powstrzymaną być nie może. Surowica może ją tylko osłabić, uodporniając tkankę. Tak też w praktyce rzecz się przedstawia.

Inaczej bywa z powikłaniami, które zwykle przy płonicy występują później np. w drugim lub trzecim tygodniu, jak np. zapalenie nerek. Brak powikłań nerkowych w przypadkach, leczonych surowicą, pozwala przypuszczać, że surowica zapobiega im, działając antytoksycznie i antyseptycznie o tyle silniej, o ile później te powikłania rozwinałyby się mogły. Że się nie rozwijają, zawdzięczać to należy usunięciu bodźców chorobotwórczych z ustroju, na co potrzeba niewątpliwie pewnego czasu.

Oprócz tego na przebieg choroby i powikłań przy użyciu surowicy mogą wpływać warunki indywidualne chorego, które zawsze bierzemy w rachunek przy leczeniu wszystkich chorób, szczególnie zaś zakaźnych. Z tymi warunkami i seroterapia liczyć się musi. Surowica bowiem nawet tak swoista, jak przeciwpłonicza, robi to tylko, co jest możliwym w danych warunkach. Tem bardziej pamiętać o tem należy przy ocenianiu wyników, otrzymanych po użyciu surowicy przeciwpłoniczej. Dalsze badania wykażą o ile działanie jej skuteczniejszym stać się może i od czego zależy powiększenie jej własności leczniczych.

Na zakończenie pracy niniejszej uważam za niezbędne dodać kilka uwag, dotyczących etyologii płonicy, i seroterapii tej choroby, oraz pochodzenia surowicy przeciwpłoniczej.

Już od 1885-go r., klinicyści i bakterjologowie zaczęli zwracać uwagę na pewne streptokoki, które stale spotykano przy płonicy. Znaczenie ich jednak przez długi czas nie było stanowczo wyjaśnione. Podczas bowiem, gdy jedni bakterjodzy i klinicyści uważali je za zarazek swoisty choroby, inni uważali ich wpływ za podrzędny, nie zaprzeczając jednak, że obecność ich w przebiegu choroby nie może być bez znaczenia, tem więcej, że nieznany zarazek swoisty płonicy sprzyja ich rozwojowi i zwiększa ich własności toksyczne. Nie odróżniano też przez czas długi streptokoków, spotykanych przy płonicy od innych form streptokoków. Dopiero w r. 1897-ym Moserow'i udało się otrzymać streptokoki od 63-ich chorych płonicowych, w tej liczbie dwa razy z płynu mózgo-rdzeniowego, dobytego za życia.

Następnie udało mu się wyhodować streptokoki ze krwi, wziętej z serca zmarłych na płonicę i stąd powstało podejrzenie, że te streptokoki są swoistymi zarazkami tej choroby. Wobec niemożliwości wywołania płonicy u zwierząt zapomocą szczepienia zarazka, pozostawała tylko jedna droga dla sprawdzania jego własności zapomocą uodporniania koni i próbowania surowicy końskiej, jako środka leczniczego u chorych ludzi na płonicę. W tym celu Moser od 1900 r. zaczął uodporniać konie streptokokami, otrzymanymi w hodowlach ze krwi zmarłych na płonicę, zastrzykując im co tydzień 3—6-io dniowe hodowle z początku do żyły, a następnie podskórnie w dawkach rosnących od 2-ich do 200-tu ctm. sz. W ten sposób Moser po kilkumiesięcznych próbach zdołał przygotować surowicę przeciwpłoniczą, której zaczął używać w końcu 1900 roku u dzieci chorych na płonicę w szpitalu Sw. Anny w Wiedniu. Leczył on w ten sposób 81 chorych



płonicowych i stosownie do lżejszego lub cięższego stanu chorego rozdziela wszystkich chorych na 4 kategorie. Zwraca przytem w rokowaniu uwagę na wiek chorego, stan chorego przed zachorowaniem, na stosunki rodzinne, na dzień choroby w chwili użycia surowicy, i na wszystkie objawy płonicy oraz na powikłania ze strony rozmaitych narządów. Odsyłając czytelnika do pracy MOSER'a, pomieszczonej w *Jahrb. f. Kinderheilkunde* z 1. 1903 r., zaznaczę tu tylko, że dawka surowicy u MOSER'a waha się od 30 — 180 ctm. sz.

Przy leczeniu surowicą zauważył MOSER zmniejszenie się śmiertelności do 8.99° [z 12.45 — 16.41], co przemawia naturalnie na korzyść metody leczniczej. Za główny jednak dowód skuteczności surowicy uważa on spostrzeżenia kliniczne ciężkich przypadków płonicy, uleczone surowicą.

Wyniki, otrzymane przeze mnie przy użyciu surowicy przeciwploniczej kol PALMIRSKIEGO i ŻEBROWSKIEGO, w głównych rysach są podobne do wyników, otrzymanych przez MOSER'a; zachodzi tu jednak ta różnica, że gdy MOSER używał jej w przypadkach ciężkich, średnich i lekkich, ja używałem tylko w ciężkich i bardzo ciężkich, które podług klasyfikacji MOSER'a należałyby zaliczyć do kategorii III i IV.

Oprócz tego dawka surowicy, używana przeze mnie, wynosi 40—50 ctm. sz. jednorazowo i tylko u jednego chorego dochodzi do 40 + 50 ctm. sz. Przyjmując więc mniej więcej rezultaty MOSER'a i moje za jednakowe, musimy, przyznać wyższość surowicy miejscowej w tem, że mniejsza jej dawka potrzebna jest do osiągnięcia zwiększonego skutku, a za taki należy uważać poprawę stanu ogólnego, wzmocnienie czynności serca, ustąpienie objawów zajęcia mózgu bez względu na to czy ciepłota opada do granic normalnych, czy jest jeszcze około 39°. Widzieliśmy bowiem, że obniżenie ciepłoty do 38° lub niżej miało miejsce u pewnej liczby chorych po 24-ch, u innych dopiero po 48-iu godzinach, u innych zaś pomimo poprawy stanu ogólnego gorączka stała nie ustępowała w ciągu 2 tygodni. Gorączka zresztą przy płonicy zależy jeszcze od powikłań ze strony gardła, nosa, uszu lub gruczołów, a nadto od lasecznika LOEFFLER'a, któregośmy w nalotach u naszych chorych spotykali kilkakrotnie.

Jako dopełnienie pracy niniejszej pomieszczam kilka szczegółów, dotyczących sposobu przygotowania surowicy przeciwploniczej, udzielonych mi przez kol. PALMIRSKIEGO.

Kol. PALMIRSKI w listopadzie 1902 roku przystąpił do uodporniania koni paciorkowcami, otrzymanymi z dzieci, zmarłych na płonicę w moim oddziale, nie zastosował jednak metody MOSER'a, lecz użył sposobu, używanego przy otrzymywaniu surowicy przeciw paciorkowcowej [MARMORKA]. Początkowo konie były uodporniane hodowlami paciorkowców na bulionie MARMORKA, zabite mi przy 60° C. Następnie obniżył stopień ogrzewania do 50° C. i stopniowo skracał czas, w przeciągu którego szczepionki były ogrzewane, ograniczając się nawet do 5 minut. Do doświadczeń kol. P. używał 3 koni.

Pierwszy koni był uodporniany wyłącznie hodowlami paciorkowca, otrzymanymi z przypadków płonicy z 1901 roku.



D r u g i k o Ń był uodporniany mieszaną paciorkowców, wydzielonych przy sekcyach dzieci zmarłych na płonicę w szpitalu w r. 1902 i 1903. Zaznaczymy tu, że pod nazwą „mieszanina“ nie należy rozumieć mieszaniny rozmaitych paciorkowców, lecz zbiór paciorkowców, otrzymanych od kilku chorych na płonicę, a zatem zbiór paciorkowców jednego rodzaju, z kilku źródeł patologicznie identycznych.

T r z e c i k o Ń był uodporniany wyłącznie jednym paciorkowcem Nr. 3 z poprzednich.

Konie były szczepione 2 — 3-dniowymi hodowlami paciorkowców na podłożu MARMORKA dwa razy na tydzień. Szczepienie rozpoczęto od 1 ctm. sz. hodowli ogrzewanej, powiększając stopniowo do 300 ctm. sz. Doszedłszy do 300 ctm. sz. szczepionki, wstrzykiwano następnie ilości podwójne i potrójne.

Konie oddziaływały na szczepionki rozmaicie. Przy silnym odczynie ogólnym i miejscowym konie traciły łaknienie i wtedy szczepienia przerywano na tydzień i dłużej. Uodporniwszy w ten sposób konie w ciągu pół roku, kol. PALMIRSKI przystąpił do upustów. Upusty były robione po 6-u tygodniach od ostatniego szczepienia, ażeby mieć pewność, że krew nie zawiera paciorkowców. Otrzymałszy surowicę, kol. PALMIRSKI znalazł się w tem położeniu, co MOSER, ponieważ nie mógł doświadczalnie wykazać własności leczniczych surowicy, z tego powodu, że paciorkowce, otrzymywane z przypadków płonicy, nie są chorobotwórcze dla królików i świnek. Nie udało mu się także wzmocnić tych paciorkowców, przeprowadzając je przez króliki nawet przez 20 pokoleń o tyle, aby mógł określić dawkę śmiertelną dla zastrzyknięć podskórnych. Ponieważ próby, dokonane na królikach nawet z dużymi dawkami surowicy, przekonały o jej nieszkodliwości, mogłem jej już używać u dzieci chorych na płonicę, aby stwierdzić jej działanie. Uczyniłem to tem chętniej, że przy używaniu surowicy przeciw paciorkowcowej w płonicy nie widziałem żadnego skutku leczniczego, a wobec napływających do szpitala ciężkich przypadków nastroczała się do tego sposobność.

Jak widzieliśmy, wyniki leczenia były nader pomyślne.

Ponieważ zaś surowica pochodzi od koni uodpornionych streptokokami, otrzymanymi z trupów dzieci zmarłych na płonicę bądź to w roku bieżącym, bądź też przed dwoma laty, a działanie rozmaitych seryi od różnych koni jest jednakowo lecznicze, przeto jesteśmy upoważnieni do przypuszczania, że szczepionki, użyte do uodporniania koni, zawierały zarazek, który w ustroju ludzkim wywołuje płonicę. Oznaczono go nazwą *streptococcus conglomeratus*.

Jakkolwiek zaś jego działanie chorobotwórcze na królikach i świnkach sprawdzić się nie daje, obecność jego w krwi, mózgu, śledzionie i naskórku trupów płoniczych dowodzi związku przyczynowego z tą chorobą. Lecznicze własności surowicy koni uodpornianych tym paciorkowcem z jednego lub kilku trupów płoniczych uważać należy również za dowód swoistego działania leczniczego przeciwko swoistemu zakażeniu, tem bardziej, że surowica przeciwpłonicza nie okazuje się swoistą przy innych zakażeniach streptokokowych, a su-



rowica przeciwpaciorkowcowa w płonicy również nie wywiera leczniczego działania. Dla oznaczenia, z którego konia pochodzi surowica przeciwpłonicza kol. PALMIRSKIEGO, dodać należy, że serya I i III pochodzą z konia Nr. 1. Serya II i IV z konia Nr. 2, serja V z konia Nr. 3. Wszystkie trzy konie uodporniane były szczepionkami *strept. conglomerat.* i wszystkie serye surowicy, próbowane dotąd przeze mnie [I, II, IV i V], posiadają jednakowe działanie lecznicze przy płonicy. Dla klinicysty jest to dostateczny dowód swoistości zarazka i swoistego działania surowicy.

Sz. kol. PALMIRSKIEMU za badania bakteriologiczne, a zarazem za surowicę przeciwpłoniczną wyrażam szczerę podziękowanie.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Kol. JAN PRUSZYŃSKI, wydawca naszej Gazety otrzymał stopień doktora medycyny wszechnicy Jagiellońskiej.

— Dr BOGDANIK z Białej mianowany został prymaryuszem oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie, opróżnionego po ś. p. TRZEBICKYM.

---

## 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.