



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · VMIEJĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2722.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

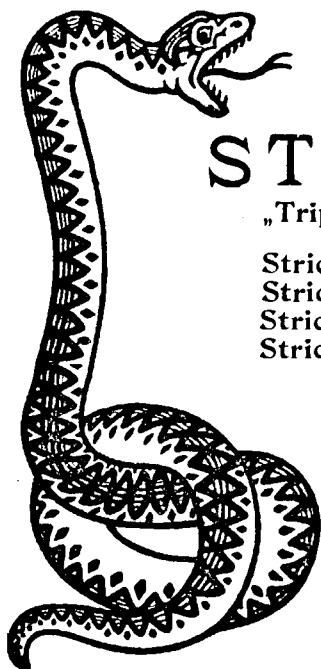
T A D E U S Z K O R Z O N .

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracyi Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.



INIEKCYE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

POLECA

A P T E K A

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JERUZOLIMSKA 25.



Mesolament Spiess

(Ungt. Mesotani cum Mentholo).

Zewnętrzny preparat salicylowy, szybko wchłaniający się w skórę, nie posiadający przykrego zapachu
Użycie: w miejsca bólaże wcierać 1 — 2 łyżeczek

Pojemność tuby około 40 g

Libophan Spiess

(Lithium borotophanicum).

Środek przeciw dnie oraz ostrym i chronicznym przypadkom gośćca stawowego.

Pojemność rurki 20 tabl. drażowanych.

Użycie: 4 — 6 tabletek dziennie.

Vichy comprim. effervescent. tabulettae

Półgramowe musujące tabletki sztucznej soli Vichy.

Użycie: 2 — 3 tabletki na szklanekę wody.

Żądać prospektów.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylli Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socjalnej.

Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,
objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE. III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Higiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ. 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokóły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCJI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów im. Rau'a, 2) Z instytutu Higieny Dziecięcej im. Lenwała, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygienicz. VII. RUBRYKA Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAN I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADESŁANE. XIII. ŻYCIORYSY. XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Wobec braku balsamu peruwiańskiego zasługuje nasz od roku 1900 wypróbowany środek przeciwko świerzbie

PERUOL

na szczególne wyróżnienie.

Bezwonny!

Bezwonny!

Nie plami bielizny!

Próby i literatura na żądanie.

Actien Gesellschaft fur Anilin-Fabrikation. Berlin SO. 36.

Przedstawiciel: I. FREIDER & C-o. Warszawa, Królewska 35.



WZGLĄD LECZARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJĘ-
TNOŚCI LEKARSKICH

Diećdziesiąt
lecie drugie

Warszawa, d. 2 lutego 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2722.

Dalsze badania nad działaniem karbolu w tyfusie wysypkowym.¹⁾

Podał

Ignacy Koniecpolski,

Ordynator szpitala dla zakaźnych w Częstochowie.

Stosując w leczeniu chorych na tyfus wysypkowy wstrzykiwania karbolowe, przeprowadziliśmy badania nasze nad działaniem tego środka u 100 chorych. Wśród nich mężczyzn było 41, kobiet—59; z tych chrześcian: mężczyzn—13%, kobiet—18%; żydów: mężczyzn—28%, kobiet—41%. W statystyce naszej uwzględniliśmy wyznanie, wychodząc z tego założenia, że znany jest wpływ rasy w tyfusie plamistym na przebieg choroby, a mianowicie: u żydów przebieg jest łagodniejszy, niż u chrześcian. Przedstawiony uprzednio w doniesieniu tymczasowym, w zarysach ogólnych, dodatni wpływ wstrzykiwań karbolowych oraz dodatnie działanie ich w tyfusie wysypkowym, stwierdziliśmy również w późniejszych swych przypadkach. Jak widać z historii stosowania karbolu, środek ten, od czasu wprowadzenia go przez Listera, nabrał wielkiego znaczenia nie tylko jako środek antyseptyczny, lecz również w leczeniu różnych chorób. Znane jest stosowanie karbolu w karbunkule złośliwym, wprowadzone przez Laimbes'a w roku 1876. Lande i inni stosowali podskórnie 10%-wy roztwór karbolu podług przepisu:

Ac. carbolicum 3,0

Glycerini

Aq. destill. aa. 15,0

Również w karbunkule stosowane były różnorodne wstrzykiwania karbolu. Z autorów rosyjskich, opisujących działanie karbolu w karbunkule, wymienię tu Miroljubowa, Wysokowicza i in.

Przeglądając odnośne piśmiennictwo polskie, stwierdziłem, że Kaczorowski w Przeglądzie Lekarskim z roku 1873 opisuje znakomite działanie wstrzykiwań karbolowych w gorączkach popołogowych. W tymże Przeglądzie Lekarskim, w roku 1874, dr Wiśniewski, z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie, opisuje dodatnie wyniki, otrzymywane po zastrzykiwaniu karbolu do stawów.

Dawkę dzienną kwasu karbolowego 0,15 do wewnątrz dla dorosłych, podaną przez farmakologię, dr Łysak uważa za niedostateczną, o ile pragniemy wywołać skuteczne działanie tego środka. Autor ten zaznacza, że dawka powyższa przechowała się jeszcze z tych czasów, kiedy kwas karbolowy znany był bardzo mało i kiedy przypisywano mu wybitne własności trujące. Obecnie, zdaniem jego, lekarze mniej się już lękają stosowania kwasu karbolowego do wewnątrz. Roth w swej pracy: „Arzneimittel der heutigen Medizin“ z roku 1877 powiada, że można podawać kwas karbolowy aż do 2,0 *pro die* do wewnątrz, jeżeli się go nie zażywa naczczo. Kaposi dawał do wewnątrz znacznie większe dawki, przyczem nie spostrzegł żadnych objawów

¹⁾ Rzecz czytana w T-wie Lekarzy w Częstochowie.

ubocznych, cechujących zatrucie kwasem karbolowym. Gluziński również przytacza z własnej kliniki statystykę, dotyczącą tężca, leczonego iniekcjami karbolowemi. Autor ten, nie przesądając wartości omawianego sposobu leczenia, potwierdza spostrzeżenie Bacceli'ego, że organizm, dotknięty jadem tężcowym, może znieść bez przeszkody dla siebie duże dawki kwasu karbolowego. Wiemy również, że i dr Wrześniowski z Częstochowy z dobrym skutkiem stosuje karbol w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.

Te oraz inne spostrzeżenia w zupełności zgodne są z otrzymywanymi przez nas wynikami. Stosowanie wstrzykiwań karbolowych rozpoczęliśmy od mniejszych dawek, stopniowo zaś doszliśmy do 2 cm. sz. 5% - go roztworu wodnego kwasu karbolowego; dawkę tę chory dorosły znosił zupełnie dobrze. Dzieci otrzymywały dawki odpowiednio do wieku. Wstrzykiwania były robione śródżylnie i podskórnie, z zachowaniem zasad ścisłej aseptyki. Wyniki, otrzymane po stosowaniu wstrzykiwań podskórnych, nie ustępowały w niczem wynikom iniekcji śródżylnych, co, wobec wielkiej liczby chorych, a szczególnie personelu lekarskiego, skłoniło nas w ostatnich czasach do zaniechania wstrzykiwań śródżylnych. Techniczna prostota wstrzykiwań podskórnych ma również w życiu praktycznym swe dogodne strony. Same wstrzykiwania nie są bolesne; chorzy znoszą je dobrze; o ile zaś wykonane są aseptycznie, nie pozostawiają po sobie nacieczenia tkanki. Iniekcje stosowaliśmy 3 razy dziennie, przeciętnie przez 7 dni, aż do chwili wystąpienia wyraźnego spadku ciepłoty, przyczem leczenie karbolem rozpoczynaliśmy najczęściej w 4—5 dniu choroby.

Dodatni wpływ karbolu w tyfusie wysypkowym uwydatnił się całym przebiegiem sprawy chorobnej. Wiadomo, że w tyfusie plamistym żaden z narządów nie jest wolny od zgubnego działania jadu tyfusowego. Zmiany w układzie krwionośnym; nerwowym, w nerkach i t. d. występują w tyfusie plamistym na plan pierwszy. Ze strony układu krwionośnego — o ile stosowaliśmy karbol przed wystąpieniem wysypki — stwierdzić zwykle mogliśmy wysypkę bladą, mniej obfitą, w postaci różyczki, odmienną od tej, którą widzieliśmy u chorych, nie leczonych karbolem. Po stosowaniu naszego sposobu leczenia, rozwinięte już petocie szybko zniknęły; głuche, nieczyste tony serca nabierały dźwięczności, czyli sprawność serca polepszała się. Wpływ karbolu na system nerwowy był bardzo wyra-

źny. Bredzenie, tak często zazwyczaj spostrzegane, ustępowało pod wpływem karbolu. Chorzy zachowywali się zupełnie spokojnie, rzadziej uskarżali się na bóle głowy, na bezsenność, przyczem środki usmierzające oraz nasenne były zbyteczne. W tyfusie plamistym cały układ mięśniowy bywa mniej lub więcej zajęty. Chorzy skarżą się często na silny ból w rozmaitych mięśniach kończyn górnych i dolnych (Biegański). Z podobnemi narzekaniami nie spotykaliśmy się zupełnie po stosowaniu karbolu. Obserwując przypadki tyfusu wysypkowego, od dłuższego już czasu zauważyliśmy, że o ciężkim porażeniu świadczyły zwykle większe lub mniejsze powikłania ze strony nerek i płuc. W takich przypadkach stwierdzaliśmy zazwyczaj większą lub mniejszą ilość białka, pod drobnowidem zaś — różnego rodzaju wałeczki, czerwone ciała krwi i t. d. Pod wpływem wstrzykiwań karbolowych ilość białka zmniejszała się stale, i po kilku dniach otrzymywaliśmy mocz wolny od białka. Jasnym jest, że objawy ze strony nerek w tyfusie wysypkowym są tylko jednym z objawów ogólnego zatrucia jadem tyfusowym. Krótszego trwania sprawy chorobnej przy naszym sposobie leczenia nie stwierdziliśmy; choroba trwała przeciętnie 10 dni szpitalnych i 4 po za szpitalem.

Rozpatrując krzywe ciepłoty naszych chorych, zauważymy pewne zmiany w spadku temperatury pod wpływem karbolu. Ciepłota nie spada krytycznie, jak podają różni autorzy, lecz mniej więcej litycznie, w ciągu 4 dni i bez potów. Z ustaleniem się normalnej ciepłoty, chory powoli wracał zupełnie do zdrowia i po upływie tygodnia można go już było wypisać ze szpitala. Z leczonych tym sposobem chorych na tyfus plamisty straciliśmy pięciu, czyli śmiertelność wynosiła 8%. Jeżeli porównamy tę liczbę z odsetkiem śmiertelności w roku zeszłym, kiedy karbolu nie stosowaliśmy, okaże się, że jest ona prawie 2 razy mniejsza. Zpośród spostrzeganych przez nas chorych zmarli ci, których przewieziono do szpitala w okresie późniejszym, np, w 6 — 10 dniu choroby, z silnymi objawami ogólnego zatrucia; dalej, przypadki mylnie rozpoznawane i leczone osłabiającymi serce preparatami salicylowymi; wreszcie w liczbie tej było dwóch chorych, u których, prócz tyfusu plamistego, stwierdziliśmy gruźlicę płuc z osłabieniem mięśnia sercowego.

W celu zobrazowania powyższych danych przytaczam kilka historii chorób.

1) Chana R. 41 lat, przywieziona do szpitala ze Mstowa 20.V. 17.

Stan ogólny ciężki. Silnie rozwinięta wysypka (różyczkowa i petociowa). Białkomocz. Obustronne zapalenie płuc nieżytowe. Odczyn Weil-Felixa dodatni. Ilość krwinek białych wynosi 6,600.

Chora otrzymywała 3 razy dziennie po 2 cm. sz. 5⁰/₀-go *ac. carbolici* w ciągu 6 dni.

Z środków sercowych: kamfora, digala, adrenalina. Spadek ciepłoty lityczny.

Wyzdrowienie.

2) Sprinca St. 40 lat, przybyła do szpitala 8.III.

Petociowa wysypka na całym ciele. W moczu większe ilości białka. Odczyn Weil-Felixa dodatni. Ilość białych ciałek krwi wynosi 28,800.

Chorej wstrzykiwano podskórnie karbol 2 razy dziennie po 2 cm. sz. Iniekcye te chora znosiła dobrze. Ogólne samopoczucie dobre. Białkomocz zmniejszał się stale.

Wyzdrowienie.

3) Długanog a N. lat 18, przybyła 30.III.17.

Powikłań ze strony płuc i nerek niema. Odczyn Weil-Felixa dodatni. Ilość krwinek białych wynosi 9,400.

Chora otrzymywała iniekcye karbolowe w ciągu 7 dni. Białka w moczu nie stwierdzono przez cały czas trwania choroby. Przebieg dobry. Lityczny spadek ciepłoty.

4) Justyna P. 60 lat. Przybyła 22.II.17.

Stan ogólny ciężki; bardzo wycieńczona. Rozedma płuc. *Bronchitis diffusa*. Odczyn Weil-Felixa dodatni. W moczu białka nie stwierdzono. Stosowano w ciągu 4 dni podskórnie iniekcye karbolowe. Wyzdrowienie.

5) Menil W. 43 lata, przysłany z domu izolacyjnego w dn. 13.III.17.

Całe ciało pokryte wysypką różyczkową. Powikłań ze strony płuc i nerek niema. Odczyn Weil-Felixa dodatni. Ilość krwinek białych wynosi 23,400. Stosowano wstrzykiwania karbolowe w ciągu 6 dni.

Samopoczucie dobre. Lityczny spadek ciepłoty. Wyzdrowienie:

6) Rojza G. 46 lat, przybyła 14.III.17.

Silnie rozwinięta wysypka różyczkowa i petociowa. Chora jest bardzo niespokojna. W moczu większe ilości białka. Pod drobnowidem wałeczki nerkowe.

Tony serca głucho. Rozedma płuc. Odczyn Weil-Felixa dodatni. Ilość białych krwinek wynosi 10,800.

Pod wpływem iniekcji karbolowych chora poczęła się uspokajać; w moczu po kilku dniach mniej białka; samopoczucie chorej dobre.

W 11-ym dniu choroby, przy ciepłocie 38⁰, chora poczęła się skarżyć na ból po lewej stronie brzucha. Tętno szybkie, niemiernowe. Chorej podawano kamforę i naparstnicę. Następnego dnia wystąpiła silna dusznica. Po lewej stronie, niżej łopatki—oddech osłabiony; stłumienie tonu opukowego. Stan ogólny bardzo ciężki. Próbné nakłucie dało wynik ujemny.

Przy wzrastającej niedomodze serca, chora zmarła w 13-ym dniu pobytu swego w szpitalu.

Streszczając wywody powyższe, przychodzimy do wniosku, że 5⁰/₀-wy rozczyń wodny karbolu w dawce 2 cm. sz., 3 razy dziennie, dla dorosłych, nie jest szkodliwy, że w leczeniu chorych na tyfus plamisty daje bezwzględnie lepsze wyniki, aniżeli inne, poprzednio stosowane środki, jakoto: elektralgol, urotropina, ortochinina; słabsze zaś objawy, występujące po tem leczeniu w przebiegu sprawy chorobnej, przypisać można jedynie dodatniemu działaniu antytyksoycznym karbolu na jad tyfusowy.

ZE SZPITALA DLA CHORYCH ZAKAŻNYCH NA POKORNEJ.

PRZYPADEK RUMIENIA WIELOKSZTAŁTNEGO I OSTREGO GOŚĆCA STAWOWEGO.

Podał

Leon Karwacki

lekarz naczelny szpitala.

(Dokończenie — patrz № 4).

Próba zdolności prątków do rozwoju na podłożu kartoflanem o coraz to wzrastającej zasadowości wykazuje ogromną wytrzymałość wobec roztworów sody. Cecha ta, niewyżyższkana należycie jako czynnik klasyfikacyjny, może oddać poważne usługi w różniczkowaniu gazowców chorobotwórczych wogóle. V. Hibler, który pierwszy wprowadził ten typ podłoży i zaznaczył, że różne rodziny gazowców posiadają wyraźne różnice w wegetacji na tem podłożu, posługiwał się słabsze-

mi koncentracjami sody, przez to pewne rodziny nie mogły być odgraniczone ściślej.

3) Zanim posiew krwi wyświetlił istotę choroby, chwiejne rozpoznanie musiało się liczyć i z możliwością zakażenia gruźliczego. Występowanie wykwitów rumieniowych po tuberkulinie u chorych z rumieniem samostnym, stwierdzone na klinice Chauffarda, zachęciło mnie do wykonania doskórnej próby tuberkulinowej u chorej. Do wstrzyknięcia została wybrana ta okolica skóry, gdzie ist-

niały wykwitwy samoistne, a to na zasadzie różnic w odczynie skóry, dotkniętej wykwitami i wolnej od nich, różnicy skonstatowanej przez dermatologów francuskich. Ponieważ Thibierge i Gastinel obserwowali występowanie zmian odczynowych w pewnych cierpieniach skóry nie tylko po tuberkulinie, ale i po surowicy końskiej, aby ustrzedz się przed interpretacji fałszywej w razie wystąpienia odczynu rumieniowego, obok tuberkuliny (1 : 1000) chorej została wstrzyknięta kropla buljonu hodowlanego i kropla roztworu fizyologicznego. Po żadnym z tych trzech zastrzyknięć odczynu nie było.

Po wyhodowaniu ze krwi prątków gazowych została ponowiona próba doskórna z hodowlą homologa. Na 2 dni przed opuszczeniem szpitala chorej została wstrzyknięta kropla zabitej przez ogrzewanie hodowli bulionowej prątka gazowego. Nazajutrz w miejscu wstrzyknięcia powstał mocno czerwony wykwit, wzniesiony nad powierzchnią skóry, wielkości monety 15-kopiejkowej. Ślad po wykwiecie był widoczny jeszcze po 2 tygodniach.

Do wyniku dodatniego tej próby przywiązuję dużą wagę. Świadczy on, że ustrój jest uczulony względem białka prątków gazowych, gdyż tylko na tej drodze może powstać dodatni odczyn Mantoux, podobieństwo zaś odczynu doświadczalnego z wykwitami samoistnymi pozwala przypuszczać, że i w tworzeniu się wykwitów samoistnych w danym przypadku należy dopatrywać się tła anafilaktycznego.

4) Próby wykrycia aglutynin swoistych względem prątka gazowego wypadły ujemnie, podobnie jak w dwu przypadkach ostrego gośca stawowego. 4)

Przechodzę do rozbioru szczegółowego choroby wraz z wynikiem badań. W przebiegu choroby uwydatniają się dwa okresy, przedzielone na krzywej ciepłoty krótkotrwałym stanem bezgorączkowym — okres rumieniowy i okres zmian stawowych.

Okres pierwszy, oprócz wykwitów skórnych typu wielorakiego, cechował się wysoką gorączką, objawami niedomagania ogólnego, bezsennością, brakiem łaknienia. Objawem obiektywnym, który szczególnie zwracał uwagę, było powiększenie śledziony. Objaw ten łącznie z dość wybitną leukocytozą nasuwał podejrzenie białaczki zakaźnej,

podejrzenie, które upadło przy ponownym rozbiorze krwi. Powiększenie śledziony notowano w 90% przypadków rumienia. W okresie tym wyhodowano ze krwi drobnoustroje, które dopiero po dłuższych badaniach zostały rozpoznane. Chora nie uskarżała się przytem ani na bóle w stawach, ani na bóle mięśniowe pomimo szerzenia się sprawy rumieniowej, natomiast w samej skórze w miejscu rozległych wykwitów chora odczuwała palenie. Jak wiadomo, bóle stawowe i mięśniowe poprzedzają lub towarzyszą wykwitom, znikając w okresie ukonstytuowania się całkowitego zmian skórnych. W danym przypadku skojarzenie bólów stawowych i mięśniowych z objawami rumienia co do czasu było wprost odwrotne: po ustaleniu się wysypki rumieniowej wystąpiły bóle mięśniowe i zajęcie stawów, to ostatnie o charakterze wyraźnie goścowym. Oprócz bolesności, w jednym z mięśni mogłem stwierdzić obecność dużego ogniska zapalnego, które z biegiem czasu bez leczenia miejscowego przeszło. Zmiany zapalne występowały kolejno w stawach napiętkowogoleniowym, kolanowym, nadgarstkowym i w drobnych stawach ręki. Skóra w okolicy stawów była obrzmiała i zaczerwieniona, dotyk i ruchy w obrębie danego stawu były bardzo bolesne. Pozatem istniały jeszcze niestałe rozlane bóle w obu dolnych kończynach (*metalgiae*). Na podkreślenie zasługuje fakt obrzmienia gruczołów chłonnych w kończynie prawej, dotkniętej cierpieniem stawów. Fakt ten przemawiałby na korzyść istnienia czynnika pasorzytniczego, jako sprawcy zmian stawowych, który w najbliższym filtrze gruczołowym został częściowo wstrzymany i wywołał odczyn zapalny, gdybyśmy nie znali odczynu gruczołowego w cierpieniach nie pasorzytniczych, jak choroba posurowicza. Obrzmiewanie gruczołów w przebiegu rumienia wielokształtnego należy do zjawisk rzadszych i, podług zebranej przezemnie statystyki, notowane było zaledwie w 40% przypadków.

Z zaburzeń przewodu pokarmowego, istniejących u 50% chorych, dotkniętych rumieniem wielokształtnym, do zanotowania mam krwotok kiszkowy. Objaw to bodaj że najrzadszy, a stanowiący raczej przywilej skazy krwotocznej. Hebra i Neumann w jednym przypadku z zejściem śmiertelnym wykryli w jelitach okrągłe czerwone plamy, niezmiernie podobne do wyglądu do wykwitów skórnych. Na jakim tle w danym przypadku wystąpił krótkotrwały krwotok, orzec trudno, zwłaszcza że pierwotne zmiany angioneuro-

1) Karwacki i Groerówna. (Gaz. Lek. №№ 37—39, 1915).

tyczne na śluzówce kiszek mogą ulegać o-
wrodzeniu (Volquardsen).

Do objawów częstych należy zapalenie
wsierdza (notowane u 48 chorych z pośród
ogólnej liczby 110), które u mojej chorej wy-
tworzyło wadę serca. Pierwsze objawy wy-
słuchowe wystąpiły w kilka dni po całkowi-
tym spadku gorączki.

Białkomocz w stopniu bardzo słabym,
wykryty w początku choroby, w okresie koń-
cowym znikł zupełnie. Większość autorów
zaznacza, że podrażnienia nerkowe i białko-
mocz stoją w związku z pojawianiem się wy-
miotów i posiadają niekiedy rytm identyczny
z wysypką, a po wygaśnięciu zupełnem wy-
sypki najczęściej znikają całkowicie. Dobowa
ilość moczu, bardzo mała przez pierwszy
okres choroby, nie wzrosła w czasie krótko-
trwałego spadku ciepłoty (300 cm. sz.), objaw
ten wskazywał, że przełom w danym razie
był fałszywy. Dopiero w okresie zajęcia sta-
wów ilość moczu wzrosła, a w dzień powro-
tu ostatecznego ciepłoty do normy podniosła
się zaledwie do 1400 cm. sz. W okresie naj-
większej oligurii wskaźnik refraktometryczny
spadł z 1,3493 na 1,4473: zbiegły się tu zatem
dwa zjawiska—zmniejszone wydalenie wody
z ustroju i zmniejszenie się koncentracji biał-
kowej w osoczu. Wartość prognostyczna obu
tych zjawisk w danym razie była jednobrzmiąca.

Bez badania bakteryologicznego krwi
przypadek ten powiększyłby listę kazuistycz-
ną, przemawiającą z mniejszem lub większem
prawdopodobieństwem za pokrewieństwem
etyologicznem pewnych przypadków rumie-
nia wielokształtnego z gościcem stawowym.
Jedna z pierwszych teorii zakaźnego pocho-
dzenia spraw rumieniowych skupia je pod
znakiem nieznanego naonczas zarazka gość-
cowego. Teorya ta cieszyła się dużą popu-
larnością u klinicyistów angielskich i francu-
skich, opierając się wyłącznie na współistnie-
niu obu spraw u tego samego osobnika. Li-
czne statystyki, zebrane w tym kierunku, do-
wodzą, że współzależność obu zaburzeń cho-
rbowych nie jest bynajmniej przypadkową
zbieżnością, lecz musi mieć swe źródło we
wspólności przyczynowej. Gailleton zestawil
24 podobnych obserwacji, Ferrand—13, Char-
louis—9, Drivon—10, ostatnio zaś Mackenzie
na 167 przypadków rumienia, w 26 mógł usta-
lić tło gościcowe.

Wyłom w tej teorii zrobił Bouchard,
który wykazał, że cierpienia stawowe spoty-
kają się w najrozmaitszych sprawach zaka-
źnych; z tego wypływa dalej, że zespół skór-
nostawowy nie stanowi wyłącznego przywi-

leju zakażeń gościcowych. Pomimo to trzy-
mano się uparcie starych ram klasyfikacyj-
nych, rozszerzywszy je tylko o nowy prze-
działek—*erythema septicum*—dla tych przy-
padków rumienia, w których objawy poso-
cznicy występowały na plan naczelny. Otóż
mój przypadek jest pierwszym, gdzie związek
między posocznicą gościcową a rumieniem
opiera się nie na współzależności objawowej,
lecz na stwierdzeniu obecności zarazka gość-
cowego we krwi właśnie w okresie wykwi-
tów rumieniowych. Jest to trzeci z kolei
przypadek gościca, w którym wyosobniłem ze
krwi prątki Achalme'a (w dwóch pierwszych
z Groerówną). Opisałem także przypadek
rumienia płonicowatego bez objawów stawo-
wych, gdzie ze krwi był wyhodowany także
otoczkowiec gazowy¹⁾. W przeciwstawieniu
do obecnego przypadku rumień w tamtem
sposprzeżeniu możnaby nazwać *erythema se-
pticum*.

Z tego wynika, że jeden i ten sam dro-
bnoustrój może wywoływać zakażenie ogóln-
ne z współudziałem patologicznym skóry, lub
bez niego, z zajęciem równoczesnym stawów,
lub bez tego procesu. Zatem rumieni najróż-
norodniejszego typu nie mamy prawa trakto-
wać jako jednostki chorobnej, lecz jako je-
den z objawów zakażenia. W obserwacji,
cytowanej na początku, rumień wielokształtny
towarzyszył zakażeniu ogólnemu, wywołane-
mu przez wrzecionowce. Omawiając szcze-
gółowo stany zakaźne, w których notowano
wykwity rumieniowe, wyliczyliśmy²⁾ oprócz
gościca stawowego cholere, błonicę, różne
postaci zakażeń paciorkowcowych, ropnice
i posocznice poporodowe, dur brzuszny, gruźli-
cę, trąd, przymiot, rzeżączkę, zapalenie płuc
krupowe, grypę, zakażenia przez enterokoki,
przez meningokoki, przez *micrococcus tetra-
genes*, przez gronkowce i t. d. W jednych z
tych cierpień częściej powstaje zespół rumie-
niowy (gościec przewlekły, gruźlica, przymiot,
rzeżączka), w innych—rzadziej. Naogół jednak
na tysiące tych zakażeń tylko nieznaczna
część posiada i symptomatologię rumieniową.
Jaki czynnik sprawia, że do obrazu choro-
bnego przyłączają się i wykwity skórne naj-
rozmaitszych typów, dotąd nie wiemy. Wy-
jątek stanowią te obserwacje jedynie, gdzie
w samych wykwitach została stwierdzona
obecność pasorzytów. W tych razach obecność
ognisk przerzutowych bakteryjnych w skórze
tłomaczy nam częściowo powstawanie wykwi-

¹⁾ Karwacki. (Gaz. Lek. № 51. 1915).

²⁾ Karwacki i Zaleski. (loc. cit.).

tów. Powiedziałem „częściowo“ z tego względu, że rumień nie stanowi prawidłowego odczynu skóry ani na obecność lasęczników gruźliczych, ani innych bakterii ropotwórczych. Muszą zachodzić zatem i w tych razach jeszcze inne powody, modyfikujące odczyn histopatologiczny. Jeszcze w większym stopniu, lub wyłącznie, czynniki te nieznanne dominują nad histopatologią zmian skórnych w tych razach, gdy w zmianach skórnych żadnych pasorzytów nie znajdujemy. Pewne światło na patogenезę rzucić może przegląd tych spraw, gdzie rumień występuje najczęściej — gościec, gruźlica, przymiot, rzeżączka. Sa to sprawy najczęściej długotrwałe. Zatrucie przewlekłe białkiem bakteryjnym wyciska swe piętno na ustroju tak dalece, że modyfikuje oddziaływanie skóry na bodźce patologiczne. W niektórych z tych spraw zmieniony odczyn skórny służy nawet jako objaw rozpoznawczy (gruźlica, przymiot).

Jeszcze dalszy krok naprzód stanowi uzyskanie możności wywoływania dowolnego wykwitów przez bodźce swoiste, jak tuberkulina, w tych razach, gdy rumień powstaje u osobników dotkniętych gruźlicą. W moim przypadku wykwit rumieniowy uzyskany został doświadczalnie przez wstrzyknięcie kropli zabitej hodowli prątka gazowego. Że nie był to odczyn banalny skóry, widać bodaj z tego, że ani na zastrzyknięcie bulionu, ani tuberkuliny skóra nie reagowała wcale. W obecnym stanie wiedzy w odczynach skórnych na bodźce swoiste dopatrujemy się tła anafilaktycznego, a to na mocy argumentów następujących. W uczuleniu właściwym (choroba posurowicza, idyosynkrazye pokarmowe, idyosynkrazye wobec leków) skóra przyjmuje stały udział, wyrażający się wykwitami, przeważnie rumieniowymi. U osobników uczulonych wykwity skórne różnych typów mogą być uzyskane doświadczalnie bądź zapomocą metody Pirqueta, bądź Mantoux, jeżeli na skórę podziałamy bodźcem swoistym. Odczyny skórne występują zarówno u osobników, uczulonych wobec surowicy, jak i wobec innych rodzajów białka zwierzęcego i roślinnego (bakteryjnego). Co się tyczy specjalnie białka bakteryjnego, to jego wpływ

uczulający na skórę zaznacza się zarówno w chorobach zakaźnych przewlekłych, jak i w czasie uodparniania czynnego (szczepienia ochronne przeciw durowi, bakteryoterapia, uodpornianie zwierząt dla otrzymania surowic leczniczych). Jeszcze jeden argument stanowi spostrzeżenie, że stan antyanafilaktyki znosi chwilowo i uczulenie skóry.

Sądzę, że na mocy tych danych wolno mi uważać zespół rumieniowy w danym przypadku jako wyraz uczulenia. Oczywiście, takie pojmowanie sprawy orientuje patogenезę w kierunku znanym już nieco i przedstawia pewien postęp. Jednakże pytanie, dlaczego w tym przypadku zakażenia przez prątki Achalme'a powstało uczulenie, a w setkach innych nie spotykamy tła anafilaktycznego, musi pozostać narazie bez odpowiedzi.

Niesłychanie tentujące jest także postawienie cierpienia stawów w danym przypadku i w wielu innych obserwacjach rumienia z zespołem skórno-stawowym pod znakiem anafilaktyki, Cierpienie stawów jest objawem również klasycznym w chorobie posurowicznej. Artralgie *sine materia* spotykają się także w wielu chorobach zakaźnych narówni z wykwitami rumieniowymi.

Matko (W. w. W. 1915) obserwował przemijające cierpienia stawów, jako następstwo szczepień ochronnych przeciw durowi.

Specjalnie w gościu stawowym prątki Achalme'a nigdy nie były wyhodowane ze zmian stawowych, co mogłoby wskazywać, że zmiany te nie zależą od bezpośredniej obecności pasorzytów w stawach, lecz od oddziaływań innej natury. W danych zaś przypadku cierpienia stawowe wbrew porządkowi zwykłemu, wystąpiły już po ukonstytuowaniu się wykwitów, czyli w okresie uczulenia.

Kwestya ta jednak nie dojrzała nawet do okresu usprawiedliwionej hipotezy i poza analogią z artralgią posurowiczną niema żadnego innego punktu oparcia.

Ze środków leczniczych w pierwszym okresie choroby stosowany był piramidon i chlorek wapnia, po ustaleniu etyologii choroby — salicylan sodu i naparstnica.

Przegląd bibliograficzny.

Dr J. Brunner. Odkazanie. Warszawa. 1917. Odbitka z pracy zbiorowej: Kursa przygotowawcze dla lekarzy powiatowych Król. Polskiego.

Mamy przed sobą pracę, która istotnie zapełnia ważną lukę w piśmiennictwie lekarskim i powinna się znaleźć w ręku każdego urzędnika lekarskiego. W sposób jasny i wyczerpujący przedstawia ona sposoby odkazania i uzasadnia naukowo działanie poszczególnych czynników.

W pracy tej autor, znany ze swoich cennych prac z dziedziny zarazkoznawstwa, opisuje badania, dotyczące życia i śmierci bakterii z podaniem ważniejszych metod i poglądów różnych autorów. Rozbiera wpływ czynników fizycznych, jak wysuszenie, światło, elektryczność, ciśnienie, ciepło; wpływ pasteuryzacji i wyjaławiania gotowania. Dalej podaje chemiczne sposoby odkazania i oznaczanie wartości tych sposobów; podaje własności metali, soli, zasad i kwasów; chlorowców; związków węgla grupy alifatycznej; fenolu i kresolu; barwików i olejków.

W części szczegółowej podaje autor sposoby odkazania ciała i wydaliny, specjalnie omawiając metody mycia rąk, bielizny, mebli, sprzętów, narzędzi i opatrunków; dalej podaje autor sposoby odkazania wody, mleka, jarzyn; omawia sposoby odkazania w przebiegu chorób zaraźliwych, odkazanie w chorobach zwierzęcych (może nieco za późno); następnie omawia sposoby tępienia owadów, myszy i szczurów. Kończy krótkim omówieniem zakładów dezynfekcyjnych.

Drobne usterki w pracy polegają na kilku błędach drukarskich, które powodują niezrozumiałe zrazu określenia (oprawy zam. sprawy, czesnych zam. czeskich i parę zmian w nazwiskach Engling zam. Eugling). Zamiast przeciwnie—należałoby już wreszcie wprowadzić wyraz przeciwarzazkowe; zamiast zarodniki—należałoby wprowadzić termin przetrwalniki, gdyż bakterie wytwarzają je tylko

w przeciwieństwie do grzybów i roślin skrytopłciowych.

Szkoda, że praca, która będzie w ręku lekarzy polskich, nie uwzględnia dostatecznie autorów polskich. Z prac zbiorowych wymienia autor wszystkie prace niemieckie — nie wspomina prześlizanej pracy J. Rauma nad działaniem światła na bakterie. A praca ta naprawdę zasługuje na to, żebyśmy ją bliżej znali. Jeżeli dalej wymienia autor Epstein, który pierwszy stwierdził odkazające działanie alkoholu rozcieńczonego, nie należało pomijać zupełnym milczeniem prac Szulca i Bujwida nad porównawczą oceną wartości odkazającej alkoholu, eteru, benzyny, jodbenzyny, lizofornu na gronkowce na powierzchni skóry rąk; po tych właśnie pracach rozcieńczony alkohol stał się powszechnie używanym środkiem na klinikach i w szpitalach polskich. Prawda, że prace te nie były ogłoszone po niemiecku, ale były wcześniejsze od prac Breyera lub współczesne z niemi.

Również autor nie wspomina prac Bujwida o pasteuryzacji i wyjaławianiu mleka, pierwszych u nas wogóle, a współczesnych z najpierwszemi w Europie, a drukowanych w „Zdrowiu“ i „Gazecie Lekarskiej“ przed 25-u laty.

Prac Bujwida o odkazaniu wody zapomocą promieni pozafioletowych również autor nie wspomina. A przecież odczyt Bujwida na wystawie higienicznej w Dreźnie 1912 wspólnie z prof. Courmont'em i w jego zastępstwie wzbudził tam ogólne zainteresowanie wśród zebranych 2000 fachowców wodociagowych i gazowych, ile że poruszył kardynalną różnicę działania w lampach Cooper-Henitta a Noggler-Courmonta, później Triptera. Mówiąc o aparatach dezynfekcyjnych, należało wspomnieć o przyrządzie dezynfekcyjnym Gąsiorowskiego, bardzo godnym polecenia a opatentowanym, o ile mi wiadomo, w niektórych krajach i rozpowszechnionym znacznie w Galicji i Austrii.

O. Bujwid.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne 2 paźdz. 1917 r.

A. L e ś n i o w s k i wypowiedział rzecz p. t. „W sprawie badania czynnościowego nerek zapomocą fenolsulfonftaleiny“. Do badania sprawności nerek (bądź obu razem, bądź każdej oddzielnie), które jest obecnie niezbędnym uzupełnieniem chemicznego i mikroskopowego badania moczu, prelegent obok metody Bromberga (demonstrowanej w T-wie przed 2 laty) stosuje od 2-ch lat metodę

fenolsulfonftaleinową. Metoda polega na domięśniowym wstrzyknięciu 0,006 środka i określaniu ilości preparatu, wydalanego z moczem. Nerki o czynności prawidłowej wydają w ciągu pierwszej godziny po zastrzyknięciu 40—60% preparatu, w ciągu pierwszej 2 godzin—70—90%. Zmniejszanie się ilości wydalanego barwika świadczy o zaburzeniu czynnościowym mięszu nerkowego, a nawet wskazuje stopień istniejącej niedomogi. Metoda

jest łatwa w wykonaniu i głównie nadaje się do badania moczu z pęcherza, mniej—do badania moczu z każdej nerki oddzielnie. Zalecając stosowanie jej, jako mającej niewątpliwie znaczną wartość rozpoznawczą, prelegent zakończył omówieniem kolorymetrycznego sposobu ilościowego określania fenoltaleiny w moczu z podaniem własnych modyfikacji i udoskonaleń.

W dyskusji Szokalski cytował obserwowane przez siebie przypadki chorych nerkowych,

badanych metodą fenolsulfonftaleinową przed, i podczas napadu mocznicowego. Krew tych chorych niezawsze zawierała znaczniejsze ilości mocznika, natomiast wydzielanie fenolsulfonftaleiny było wybitnie upośledzone; w jednym przypadku w ciągu siedmiu godzin wyniosło ono zaledwie 15^oo. Obok innych metod dyagnostyki czynnościowej posiada więc metoda fenolsulfonftaleinowa wartość w rokowaniu i ocenie stanu nerek.

K. Oczesalski.

Wiadomości bieżące.

— Kol. Feliks Malinowski wznowił wydawnictwo Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych, zawieszony dotąd z powodu warunków pory obecnej. Zeszyt 1-szy zawiera: „Przypadek pityriasis lichenoides chronica” przez

prof. Krzyształowicza z Krakowa i Wiadomości bieżące.

Wydawca zapowiada, że do ukończenia wojny pismo będzie wychodziło w nieregularnych odstępach czasu.

NEKROLOGIA.

Dr Arkadyusz Fórtkiewicz, zastępca lekarza powiatowego w Płocku, padł ofiarą tyfusu plamistego d. 24 stycznia, przeżywszy lat 35. We wrześniu zaledwie roku ubiegłego objął Fórtkiewicz stanowisko lekarza powiatowego, do którego przygotowywał się na kursach, zorganizowanych przez Wydział Zdrowia Departamentu Spraw Wewnętrznych. I jako stu-

chacz tych kursów i jako lekarz wykazywał wybitne zdolności, zamiłowanie i chęć do pracy. To też śmierć Jego wywołała serdeczny i szczerzy żal wśród wszystkich, którzy mieli sposobność Go poznać i wśród ludności Płocka, dla dobra której walczył z szerzącą się gwałtownie epidemią. Cześć Jego pamięci!

W. Sz.

TREŚĆ NUMERU.

| | Str. | | Str. |
|--|------|--|------|
| Ignacy Koniecpolski. Dalsze badania nad działaniem karbolu w tyfusie wysypkowym. | 33 | nie. Ocenil O. Bujwid. | 39 |
| Leon Karwacki. Przypadek rumienia wielokształtnego i ostrego gościca stawowego. | 35 | <i>Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie kliniczne d. 2! października 1917 r.</i> | 39 |
| <i>Przegląd bibliograficzny. J. Brunner. Odkaza-</i> | | <i>Wiadomości bieżące</i> | 40 |
| | | <i>Nekrologia. Arkadyusz Fórtkiewicz</i> | 40 |

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.
Administracja otwarta w dni powszednie od 10¹/₂ do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17.50, półrocznie M. 8.75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.25 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metz i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgowordzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosacizna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,
ponownie przez autorów opracowane.

Cena m. 12.50, z przesyłką m. 13.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena zniżona na **m. 6.25, z przesyłką m. 7.50.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Świeżo wydany został Zeszyt 1. 2. 3. Seryi XXII.
(Ogólnego zbioru zesz. 253, 254, 255).

Dr SEWERYN STERLING.

ZAPALENIE NEREK W ŚWIECLE POGLĄDÓW TEGOCZESNYCH.

Cena 3 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

P O L S K A
K R A J O W A



L O T E R Y A
K L A S Y C Z N A

R. G. O.

(Rady Głównej Opiekuńczej).

Zarząd: Warszawa, Kredytowa 4.

50000 losów 25000 wygranych i 1 premia.

Wielka wygrana 500,000 marek (pół miliona marek).

Wygrane po 300000 mk., 200000 mk., 100000 mk. i wiele in.

Suma wygranych rozlosowanych w jednym półroczu wynosi

6 milionów 440 tysięcy marek.

Co drugi numer wygrywa.

Losy są do nabycia u kolektorów.

Zarząd wysyła plan loteryi na żądanie bezpłatnie.