

Z c. i k. szpitala zakaźnego w Łobzowie.  
(Komendant lekarz sztabowy Dr Z. Scharf).

---

# O rozpoznawaniu i leczeniu ospy

podał

**Dr Maryan Gieszczykiewicz,**

lekarz asystent c. k. obrony krajowej,  
asystent Uniw. Jagiell.

(Według odczytu w krakowskim Towarzystwie lekarskim d. 21. VI. 1916).

W KRAKOWIE

W DRUKARNI C. K. UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO  
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO

1917



Z c. i k. szpitala zakaźnego w Łobzowie.  
(Komendant lekarz sztabowy Dr Z. Scharf).

---

# O rozpoznawaniu i leczeniu ospy

podał

**Dr Maryan Gieszczykiewicz,**  
lekarz asystent c. k. obrony krajowej,  
asystent Uniw. Jagiell.

(Według odczytu w krakowskim Towarzystwie lekarskim d. 21. VI. 1916).

**Biblioteka Główna  
WUM**

W KRAKOWIE  
W DRUKARNI C. K. UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO  
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO  
1917

**Biblioteka Główna  
WUM  
Br.1994**



000031390

~~~~~  
**Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego« Nr 8 i 9 1917.**  
~~~~~

W czasach pokojowych należała ospa u nas do chorób rzadszych, wojna jednakże wywołała w Galicyi, obok innych, także epidemię ospy i uczyniła sprawę rozpoznania i leczenia ospy znowu aktualną. W ostatnich czasach miałem sposobność prowadzić baraki dla chorób wysypkowych ostrych w Łobzowie przez 8 miesięcy, t. j. od połowy września 1915 aż do połowy maja 1916. a więc właśnie przez zimę, w której w Galicyi szerzyła się zastraszająca epidemia ospy, dopiero przez energiczną akcyę Książęco-Biskupiego Komitetu i Uniwersytetów krajowych stłumiona. Oprócz tego mogłem korzystać z zapisków mojego poprzednika, Dr R. Ohrensteina, z wiosny i lata 1915, które zwłaszcza przy zestawianiu statystyki starałem się uwzględnić.

Przez szpital w Łobzowie przesunęło się 113 chorych na ospę, z tego 44 przypadków ospy prawdziwej, 68 ospy złagodzonej (variolois). Oprócz tego kilkadziesiąt przypadków rozpoznano jako ospę wietrzną; mojem zdaniem w tej liczbie kryje się wiele przypadków poronnej formy ospy prawdziwej.

Postrachem zarówno dla laików, jak dla lekarzy, jest ospa krwotoczna. Rozróżniamy dwie jej formy: ospę krwotoczną krostkową (variola pustulosa haemorrhagica) i plamicę ospową (purpura variolosa). Pierwsza polega na pojawianiu się krwi w krostach w okresie ropienia, druga na występowaniu wybroczyn w okresie wysypywania się (st. eruptionis), zanim jeszcze dojdzie do zropienia. Plamica ospowa jest to najcięższa forma ospy, wiodąca bardzo szybko do zejścia śmiertelnego. Spostrzegalem w Łobzowie dwa takie przypadki; w jednym z nich, gdzie badałem krew bakteriologicznie, udało mi się stwierdzić we krwi za życia obecność paciorkowców hemolitycznych. Jakkolwiek na zasadzie jednego badania trudno wyciągać ogólne wnioski, to

przecież uzasadnionem wydaje mi się twierdzenie, że przy najmniej część tej, dość trudnej do wytlómaczenia formy ospy polega na zakażeniu mieszanem, a mianowicie na dołączeniu się paciorkowca hemolitycznego do zakażenia ospowego.

Dokładne wywiady co do szczepienia udało mi się zebrać w 22 przypadkach ospy prawdziwej i 30 ospy złagodzonej. Nieszczepionych było 5, tudzież 2 szczepionych wprawdzie, lecz bez skutku, czyli tak jakby nieszczepionych. Z tych 7 zmarło 4, czyli 57%, 2 wyzdrowiało po ciężkim przebiegu, u jednego przebieg był lekki. Rewakcynowani z wynikiem dodatnim zapadali tylko na ospę złagodzoną (variolois), u rewakcynowanych z wynikiem ujemnym występowała jednakże ospa prawdziwa o ciężkim przebiegu (3 przypadki). Znaczna część chorych na ospę (24) była szczepiona bezpośrednio przed zachorowaniem, więc w okresie wylęgania, lub tuż przed zakażeniem.

Śmiertelność na ospę w Łobzowie wynosiła 13 na 113, czyli 11·5%, z tego przypada 3 na zupełnie nieszczepionych, 1 był szczepiony, ale bez wyniku, czyli właściwie liczyć można 4 nieszczepionych, 1 był szczepiony przed 20 laty, 6 szczepionych lub rewakcynowanych w ostatnich kilku dniach przed zachorowaniem, u 2 brak zapisków.

Że szczepienie z wynikiem dodatnim chroni przed ospą, jest pewnikiem, nie dającym się obalić, sporną może być jedynie kwestya czasu, przez który trwa odporność, kiedy się zaczyna i jak długo się utrzymuje. Otóż co do czasu trwania odporności zaznaczyć muszę, że było zaledwie kilku chorych, którzy byli szczepieni z pozostaniem blizn w ostatnich 10 latach. Szczepienie, odległe od zachorowania o kilkanaście lat, łagodziło zawsze przebieg choroby. Co do terminu, od którego począwszy, szczepienie działa, to rzecz ta na podstawie materiału łobzowskiego przedstawia się w sposób następujący. Jeżeli szczepienie zostanie wykonane więcej niż na 3 tygodnie przed zachorowaniem, a zatem jeszcze przed zakażeniem, to nie dochodzi do wybuchu choroby. Natomiast mieliśmy 2 chorych, którzy podawali, że byli szczepieni na 3 tygodnie przed zachorowaniem, 6 zaś, którzy mówili, że na 2 tygodnie przed zachorowaniem, a stan krost szczepiennych nie sprzeciwiał się wywiadam. Były to wszystko poronne, złagodzone formy ospy. Zdaje się zatem, jeżeli przyjmiemy okres wylęgania ospy na 8—16 dni, że szczepienie w tych

dniach, kiedy następuje zakażenie, niezawsze chroni przed zachorowaniem, zawsze jednak łagodzi przebieg choroby. Także szczepienie w najbliższych dniach po zakażeniu, o ile nie zapobiega, to łagodzi przebieg choroby. Inaczej jednakże ma się rzecz, jeżeli szczepienie zostało wykonane w ostatnich 4 dniach przed zachorowaniem, czyli przeszło tydzień po zakażeniu. Wtedy przebieg choroby był z reguły ciężki i często kończył się zejściem śmiertelnym. Miałowicie blisko połowa zmarłych w Łobzowie na ospę, to byli właśnie szczepieni w ostatnich dniach przed zachorowaniem; szczepienie, wykonane w tym okresie, nie chroni już przed chorobą mimo dodatniego wyniku, nawet nie łagodzi przebiegu, przeciwnie zakażenie przebiega szczególnie złośliwie, tak, że nie mogę oprzeć się wrażeniu, iż istnieje przy ospie, jak zresztą przy innych szczepieniach ochronnych, okres ujemny, trwający kilka dni, i nie jest dobrze dla chorego, jeżeli początek choroby na ten okres przypadnie.

Co do rozpoznawania ospy, chciałbym głównie podać, jak poszczególne objawy, uznane za znamienne dla ospy, dały się w praktyce zużytkować i z jakimi pomyłkami rozpoznawczymi miałem sposobność się spotkać.

Rozpoznanie ospy prawdziwej w okresie wysypki od chwili, kiedy w guzkach zaczyna się nagromadzać płyn, nie przedstawia żadnych trudności i należy do najłatwiejszych zadań dyagnostyki lekarskiej. Trudności rozpoznawcze przedstawia tylko ospa w okresie początkowym i poronna jej forma, t. zw. ospa złagodzona (variolois).

Co do rozpoznania ospy w okresie początkowym (stadium invasionis), t. j. w ciągu pierwszych 2—4 dni choroby, zanim jeszcze pojawi się wysypka, to jest to zadanie niezmiernie trudne, w większości przypadków wręcz niemożliwe do rozwiązania, w najlepszym razie tylko z pewnym prawdopodobieństwem. Miarą trudności, jakie tu nastęrcza rozpoznanie, jest fakt, że z 11 przypadków ospy, które przybyły do Łobzowa w tym okresie, żaden nie został przez lekarza przysyłającego, ani lekarza dyżurnego, przyjmującego, rozpoznany jako ospa, nawet nigdzie ospy nie przypuszczano: 7 przypadków przyszło jako dur brzuszny, w 4 przypadkach rozpoznano odrę, w jednym dur płamisty. Raz tytko jeden z kolegów pokusił się o rozpoznanie ospy w okresie wtargnięcia; kolega ten przysłał nam poprzednio kilku chorych, podejrzanych o dur, gdzie

później stwierdzono ospę. Gdy w kilka dni potem zgłosił się w jego batalionie do wizyty lekarskiej chory z wysoką gorączką, nagłym początkiem choroby, bólami w głowie i w krzyżach, chory, który świeżo przybył z wschodniej Galicyi, kolega ów zaryzykował rozpoznanie ospy w okresie wtargnięcia i właśnie się pomylił, bo, jak się później okazało, nie była to ospa, lecz dur plamisty. Fakt ten przytaczam dla lepszej ilustracji trudności, jakie w praktyce rozpoznanie ospy w okresie wtargnięcia następuje.

Z objawów wymienianych jako charakterystyczne dla ospy w tym okresie, spotykamy prawie zawsze nagły początek, u nas przeszło w 90% wszystkich przypadków. Jest to objaw wysoce charakterystyczny dla ospy, zwłaszcza, jeśli chodzi o odróżnienie jej od duru brzuszego. Czasami spotyka się wprawdzie w ostatnich dniach przed zachorowaniem krótkotrwałe wzniesienia ciepłoty miałem sposobność spostrzegać to w jednym przypadku zakażenia szpitalnego — chory czuje się jednakże przytem względnie dobrze i właściwy początek choroby odcina się zupełnie ostro od tych objawów zwiastunowych. Dreszcze z początkiem choroby spotyka się również w ogromnej większości przypadków (w Łobzowie około 80%). Ból głowy należy do stałych objawów okresu wtargnięcia ospy; spotykałem go niemal w 100% przypadków. Objawy te występują jednakże i w innych chorobach zakaźnych, jak zapalenie płuc i dur wysypkowy. Objaw, podawany ogólnie jako bardzo charakterystyczny dla ospy, mianowicie ból łądzwiowy, spotykałem w 59% przypadków; w 41% chorzy nie przypominali sobie bólów w krzyżach, mimo że bardzo dokładnie pamiętali dreszcze, bóle głowy, nudności i t. p. objawy. Nudności w okresie wtargnięcia spotykałem w  $\frac{2}{3}$  ciężkich przypadków ospy, wymioty w połowie tychże przypadków. Okres wtargnięcia ospy złagodzonej przebiega częściej bez nudności i wymiotów. Nieraz zdarzają się pod koniec okresu wtargnięcia krwawienia z nosa.

Różyca ospowa (rash) jest również objawem, podawanym jako bardzo charakterystyczny dla ospy. Objaw ten występuje jednakże tylko w niewielkim odsetku przypadków ospy i wiedzie częściej do pomyłek rozpoznawczych, niż na właściwą drogę. Mayringer (1) spostrzegał w Wiedniu 1907 r. różycę przedospową 3 razy na 160 przypadków, Morawetz (2) w czasie epidemii wojennej 3

na 1200 przypadków. W Łobzowie spostrzegano różycę przedospową 3 razy: Rozróżniamy 2 rodzaje różycy przedospowej. Jeden typ jest podobny do wysypki odrowej. Pamiętam doskonale przypadek, który tak był podobny do odry, że został nam przysłany z tem rozpoznaniem i przy przyjmowaniu ani ja, ani koledzy, którzy ten przypadek widzieli, nie mieliśmy żadnych wątpliwości co do trafności rozpoznania i posłaliśmy chorego na oddział odrowy. Tymczasem ku ogólnemu zdziwieniu wysypka na drugi dzień znikła, a na jej miejsce wystąpiła wysypka ospowa. Różycą odrowatą tem się różni od odry, że odra zajmuje przede wszystkim twarz, natomiast różycą sadowi się głównie na tułowiu i kończynach. Plamki Koplika, silne objawy nieżytowe spojówek i dróg oddechowych będą przemawiać za odrą, brak ich, względnie słabe nasilenie pozwolą przypuszczać ospę. Różycą odrowatą pozwala rokować korzystnie, z reguły poprzedza ospę złągodzoną. Czasem, jeśli różycą jest słabiej rozwinięta, przypomina bardzo obfitą różyczkę przy durze brzuszonym lub w jeszcze większym stopniu wysypkę przy durze plamistym. Przeciw durowi plamistemu przemawiać będzie wczesne występowanie plamek (już na 2 lub 3 dzień choroby), przeciw durowi brzuszному oprócz wymienionej cechy nagły początek, leukocytoza. W wątpliwych przypadkach niemałe znaczenie posiada zebranie wywiadów co do szczepienia. Stwierdzenie świeżych blizn po szczepieniu pozwala prawie zawsze ospę wyłączyć. Pomieszać z różycą przedospową można pewne formy rumienia toksycznego, który często przebiega z gorączką. Nieraz rozróżnienie tych dwu spraw jest możliwe dopiero po kilkudniowej obserwacji.

Drugi rodzaj różycy przedospowej jest zbliżony do wysypki płoniczej i sadowi się z reguły w t. zw. trójkącie Simona na udach i dolnej części brzucha. Przy płonicy jednak gardło bywa silniej zajęte, a wysypka sadowi się także na innych częściach skóry. Różycą o typie płoniczym jest ze względu na rokowanie gorsza. W szpitalu w Łobzowie spostrzegaliśmy wyłącznie różycę o typie odrowym. Różycą jest objawem efemerycznym, wątpliwości z tego powodu nie trwają nigdy długo.

Niemałe trudności rozpoznawcze przedstawia również ospa w pierwszych dniach wykwitania (stadium eruptionis). Pierwszym wykwitem jest plamka. Kilka takich plamek, rozrzuconych po tułowiu, niejednokrotnie żywo przypomina



różyczkę durową, jednakże plamka ospowa nigdy nie ma tego jasnoróżowego odcienia, jak różyczka durowa, od początku jest znacznie ciemniejsza i jakkolwiek błędnie pod uciskiem, to przecież nie znika zupełnie. Podobna może być do wysypki przy durze plamistym — pomyłki w tym kierunku się zdarzały — lub do wysypki kiłowej. Wątpliwości trwają jednakże niezmiernie krótko, po kilku, kilkunastu godzinach już bowiem plamka przetwarza się w guzek, a również ilość plamek zwiększa się niemal z godziny na godzinę. Pierwsze plamki niekoniecznie pojawiają się naprzód na twarzy, owszem, ze względu na to, że twarz jest przy ospie najsilniej zajęta, występuje pierwszy okres wysypki ospowej na twarzy często w formie rozlanego zaczerwienienia, mniej wpadającego w oko, niż pojedyncze plamki na skórze tułowia. Kiedy wysypka obficie pokryje całe ciało, powstaje obraz, nieraz łudząco przypominający odrę tak, że nawet starzy, znani interniści, przysyłałi do Łobzowa ospę z rozpoznaniem odrzy. Z drugiej strony odra, zwłaszcza po kąpieli, daje czasem obraz wysypki, ogromnie przypominający ospę, zwłaszcza gdy skutkiem zadrażnienia skóry wysypka stanie się silnie wyniosłą ponad poziom skóry, a nie jest zbyt obfitą. Przeciwnie odrze a za ospą przemawiać będzie brak wybitniejszych objawów nieżytowych ze strony spojówek, nosa, gardła, oskrzeli, dalej spadek gorączki i euforya w okresie wysypywania się, a za odrą plamki Koplika, wysoka gorączka w okresie wysypywania się, silne objawy nieżytowe.

Uniknąć można błędów rozpoznawczych bardzo łatwo, jeżeli się nie określa rozpoznania odrazu, lecz obserwuje się chorego przynajmniej kilkanaście, najlepiej 24 godzin. Wysypka ospowa zmienia się w tym czasie tak szybko, że ta jej zmienność sprowadza nas w rozpoznaniu na właściwą drogę.

Pewne podobieństwo do ospy w pierwszym okresie wysypki dają niektóre formy trądzika (*acne vulgaris*). Jeżeli chory z atypowym trądzikiem dostanie zapalenia płuc, grypy lub innej choroby zakaźnej, mogą powstać wątpliwości, czy guzki na twarzy i na klatce piersiowej nie są pierwszym okresem óspy. Za trądzikiem przemawiać będzie usadowienie w okolicach ciała, charakterystycznych dla tej sprawy, stwierdzenie łojotoku, zaskórników (*comedones*), za ospą uniwersalne występowanie wysypki. Duże wątpliwości może dawać złośliwa kiła, występująca z wysoką gorączką.

Wysypka kiłowa zaczyna się jednak od tułowia, guzki nie są tak jędrne, niema tak długo trwającego okresu pęcherzykowego. Wreszcie można posługiwać się próbą Wassermana.

Wysypka ospowa w swym najpierwszym okresie sadowi się z upodobaniem w miejscach przekrwionych. Jeżeli chory w przeddzień zachorowania zostanie zaszczepiony przeciw cholerze, durowi lub ospie, co miałem również sposobność spostrzegać kilka razy w Łobzowie, to zdarzyć się może, że skóra dokoła miejsca szczepienia będzie pokryta wysypką o charakterze nawet guzkowym, gdy reszta skóry będzie jeszcze niezajęta. Tak samo często sadowią się pierwsze plamki w miejscach, narażonych na ucisk. Kąpiel wpływa ogromnie na rozwój wysypki, której obraz na kilka godzin po kąpieli może być do niepoznania różny. Nieraz pierwsze wykwity sadowią się na błonie śluzowej gardła, co umożliwia czasem rozpoznanie, zanim wysypka zajmie całą skórę.

Gdy zaczyna się ropienie, wówczas wątpliwości rozpoznawcze przy ospie prawdziwej znikają, żadna bowiem sprawa chorobowa nie daje tak wielkiej ilości krost o jednakowym, charakterystycznym typie. Natomiast wielkie trudności sprawia odróżnienie złagodzonej formy ospy (ospianki, variolois) od ospy wietrznej. Sprawa ta została jednakże w wyczerpujący sposób omówiona w tegorocznym »Przeglądzie lekarskim« przez kol. Friedberga (3), tak że nie pozostaje mi nic innego, jak odesłać czytelnika do tego, ze wszech miar zasługującego na uwagę artykułu, który kilkoma tylko uwagami chciałbym uzupełnić.

Zazwyczaj za zasadniczy szczegół przy rozróżnieniu tych dwu spraw uważa się równoczesność wszystkich wykwitów w ospie złagodzonej (variolois), a występowanie wszystkich okresów obok siebie w ospie wietrznej. Tymczasem już Biegański (4) w swojej »Dyagnostyce różniczkowej« podkreśla, że o ile równoczesność wykwitów jest cechą, wysoce charakterystyczną dla ospy prawdziwej, o tyle nie da się to zastosować do ospy złagodzonej, przy której, kiedy jedne krosty są już zupełnie wytworzone, lub nawet zasychają, inne przedstawiają obraz grudki lub plamki. W tej chorobie często też spotykamy grudki lub pęcherzyki, które nie przechodzą w krosty. Spostrzeżenie to potwierdza na zasadzie materiału 1200 przypadków Morawetz (2), autor, który w wątpliwych przypadkach wydatnie

posługiwał się dyagnostyką doświadczalną na rogówce królika. Mojem zdaniem występowanie kilku okresów wysypki obok siebie nie wyłącza jeszcze ospy złagodzonej i zgodnie z Biegańskim uważam stwierdzenie kilkudniowego okresu wtargnięcia z wysoką gorączką za ważniejszy o wiele szczegół rozpoznawczy, niż sam obraz wysypki.

Co do dyagnostyki doświadczalnej chciałbym zaznaczyć, że do posługiwania się odczynem rogówkowym na króliku nie jest niezbędną pracownia, zaopatrzona w mikroskopy i mikrotomy, że bardzo dużo daje sam obraz makroskopowy szczepionej rogówki. Doświadczenie wykonywa się według Paula (5) w ten sposób, że zapuszcza się do obu ocz królika 2—5% roztwór kokainy i po kilku minutach wysusza się dokładnie worek spojówkowy. Następnie rysuje się rogówkę kilkakrotnie w kratę igłą, brzeżkiem szkiełka nakrywkowego lub innym podobnym narzędziem i szczepi się ropę podejrzaną. Po 48—72 godzinach, jeżeli pasorzyt ospy w ropie był obecny, wytwarzają się na rogówce charakterystyczne guzki, przechodzące później w pęcherzyki z zagłębieniem talerzykowatym w pośrodku. Guzki te nie zlewają się z sobą, w przeciwieństwie do zmian, wywołanych przez drobnoustroje ropotwórcze, które prowadzą do więcej rozlanego zmętnienia rogówki, wychodzącego od rys, gdy natomiast przy ospie rogówka pozostaje zresztą czysta, a rysy znikają. Przy ospie wietrznej rogówka nie okazuje żadnych zmian. Guzki ospowe na rogówce wyglądają jak bańki powietrza, a tem się od nich różnią, że nie dają się usunąć przez przesuwanie powieki. Szczególnie wyraźnie uwydatniają się po wyłuszczeniu oka i utrwaleniu w alkoholowym roztworze sublimatu (dwie części nasyconego roztworu sublimatu, t. j. 2 grm., zagotowane w 30 cm<sup>3</sup> wody przekrojonej, poczem dodaje się 1 część alkoholu absolutnego) jako kredowo białe punkty na zmętniałej pod wpływem odczynnika rogówce. Przy wyłuszczeniu oka należy uważać, żeby nie zakrwawić rogówki. W typowych przypadkach pozwala już makroskopowy obraz tak spreparowanej rogówki na stwierdzenie ospy. W niewielu wątpliwych przypadkach można taką rogówkę w odrobinie alkoholu przesłać do odpowiedniego zakładu dla zbadania co do ciałek Guarnieriego.

Nie brak również prób zastosowania serologii w tym kierunku. Mianowicie idąc za przykładem Wassermann, który podał metodę serodyagnostyczną kiły niezależnie od

odkrycia krętka bladego, próbowano wielu autorów zastosować odczyny serodyagnostyczne w chorobach o nieznanym zarazku. W ospie stosowano z prób serodyagnostycznych prawie wyłącznie metodę odchylenia dopełniacza. Pierwszy wprowadził ją Beintker (6) w pracowni Czaplewskiego w Frankfurcie. Opracowywali ją zaś Sugai (7), Bermbach (8), Dahm (9), Kryłow (10), Teissier i Gastinel (11), Arzt i Kerl (12), Klein (13), Kanschegg (14). Jako antygenów używano wyciągów z narządów osób zmarłych na ospę, z ropy, ze strupów ospowych, wreszcie krowianki. Najlepszym okazał się wyciąg wodny, względnie karbolowowodny z ropy lub ze strupów ospowych.

Odczyn ten przerobiłem wraz z kol. Sierakowskim w Zakładzie higieny Uniw. Jagiell. na kilkunastu przypadkach. Stosowaliśmy jako antygen wyciąg karbolowowodny z zaszuszonej ropy chorego na ospę i krowiankę. Różne porcje krowianki rozmaicie się zachowywały, o wiele lepsze wyniki dawał wyciąg z ropy. Wyciąg alkoholowy, albo antyforminowy nie dał się zastosować, również wyciągi wodne z ropy nieospowej były bez działania.

Odchylenie dopełniacza występuje stale przy ospie, i to nie tylko w ciężkich, lecz także w lekkich przypadkach, nie występuje natomiast przy ospie wietrznej, ani w innych chorobach. Odczyn ten wypada jednakże ujemnie w pierwszych dniach choroby, a dodatnio po pojawieniu się wysypki. Nadaje się zatem głównie do rozróżnienia ospianki od ospy wietrznej, w mniejszym stopniu może znaleźć zastosowanie przy ospie prawdziwej, gdzie w okresie początkowym za ospą przemawiać będzie wynik ujemny.

Odczyn utrzymuje się po wyleczeniu dość długo; zdania autorów są pod tym względem podzielone, zdaje się zależnie od tego, z jak czułym antygenem operowano. W szpitalu w Łobzowie obserwowaliśmy wynik dodatni jeszcze w kilka miesięcy po wyzdrowieniu.

Odczyn ten występuje również u szczepionych, tak że dla zużytkowania wyniku dodatniego ważną jest rzeczą stwierdzić, jak dawno badany był ze skutkiem szczepiony krowianką. Ponieważ jednakże przy ospie złagodzonej okres szczepienia jest zwykle o kilka lat co najmniej odległy od zachorowania, to szczególnie ten nie upośledza wartości odczynu tak, jakby się na pierwszy rzut oka zdawało.

Tyle uwag nasuwa mi się co do rozpoznawania ospy. Co do leczenia, pragnąc uniknąć powtarzania rzeczy ogólnie

znanych, chciałbym w pierwszym rzędzie omówić próby leczenia swoistego tej tak ciężkiej sprawy chorobowej. Jakkolwiek próby te nie doprowadziły dotychczas do stanowczego wyniku, jakkolwiek nie potrafimy jeszcze tak leczyć ospy, jak umiemy jej zapobiegać i głównym zadaniem lekarza przy łożu chorego na ospę jest leczenie objawowe, to jednak ideałem leczenia chorób zakaźnych będzie zawsze leczenie swoiste, a warunkiem osiągnięcia tego ideału jest poznanie prób, dotychczas w tym kierunku przedsięwziętych.

Metody, które okazały się skuteczne w innych sprawach chorobowych. stosowano również w ospie. W szczególności chciałbym wspomnieć o seroterapii i wadcynoterapii, chemoterapii i fototerapii.

Co do seroterapii, to doświadczenia, wykonane na zwierzętach głównie przez autorów francuskich [Camus (15), Courmont i Montagard (16)], wykazały, że w surowicy zwierząt uodpornionych na ospę, a więc cieląt, służących do uzyskania krowianki i królików, znajdują się ciała odpornościowe, jednakże własności lecznicze występują dopiero przy stosowaniu tak olbrzymich ilości surowicy (mniej więcej kilkaset  $\text{cm}^3$ ), że praktycznie nie wchodzi w rachubę. Pfeiffer (17) wprawdzie uzyskał odporność cielęcia zapomocą 30  $\text{cm}^3$  odwłóknionej krwi cielęcia szczepionego, a Hlava (18) miał uzyskać odporność u dzieci przeciwko szczepieniu już zapomocą kilku  $\text{cm}^3$  surowicy cielęcia, które dostarczyło krowianki, odośobnione te spostrzeżenia pozostają jednakże w sprzeczności ze zdaniem większości autorów. Ja stosowałem w 2. przypadkach surowicę cielęcia, które służyło do uzyskania krowianki (z zakładu prof. Bujwida w Krakowie) w ilości 40  $\text{cm}^3$  podskórnie. Wyniki były nieszczególne, jeden przypadek wyszedł wprawdzie bardzo szybko, mimo że się dość ciężko zapowiadał, w drugim jednakże miałem dość nieprzyjemne powikłanie, mianowicie w kilka godzin po wstrzyknięciu wystąpiły objawy czerwonki. Nie powiodło mi się jednakże rozstrzygnąć, czy to było poprostu powikłanie ospy z czerwonką, czy też były to objawy nadwrażliwości. Bakteryi swoistych w stolcu nie powiodło się wykryć, sekcyja wykazała typowe owrzodzenia dysenteryczne w jelicie grubym. Prób wytworzenia swoistej surowicy leczniczej było mało, głównie dla rzadkości ospy w krajach cywilizowanych. Próby seroterapeutyczne dotyczyły głównie surowicy cieląt, służących do u-

zyskiwania krowianki, ponieważ materiał ten jest łatwo dostępny i nie wymaga osobnych zachodów.

Surowicę ozdrowieńców stosowali przy ospie we Francji Teissier i Marie (19). Brali oni krew ozdrowieńców między 25. a 40. dniem choroby i stosowali surowicę w ilości 25—100 cm<sup>3</sup> w 13 przypadkach ciężkiej ospy, 5 chorych zmarło, 8 wyzdrowiało. Po wstrzyknięciu spostrzegali ci autorowie polepszenie stanu ogólnego, ciepłoty, tętna i działalności nerek. Ja stosowałem surowicę ozdrowieńców w 2 przypadkach rozpaczliwej ospy (jeden płamicy ospowej), w jednym 10 cm<sup>3</sup>, w drugim 20 cm<sup>3</sup>, spostrzegałem jednakże tylko nieznaczne, krótkotrwałe polepszenie; obaj chorzy potem zmarli. Być może, że przy stosowaniu większych ilości surowicy osiągnąłbym lepsze wyniki, wnosząc z analogicznych doświadczeń przy innych sprawach zakaźnych. Metoda ta jest bardzo żmudna, gdyż trzeba z wielkimi zachodami i wieloma ostrożnościami przyrządzać samemu lek, lecz bardzo interesująca i logiczna.

Autoseroterapia jest metodą, w ostatnich czasach w niektórych sprawach chorobowych gorąco polecaną. Polega na dość apriorystycznym założeniu, że przez krzepnięcie krwi ciała odpornościowe, które w osoczu były nieczynne, nietylko stają się czynne, lecz także uzyskują własność aktywowania, tak że wprowadzone z powrotem do ustroju nietylko same działają, lecz także aktywują nieczynne ciała odpornościowe w osoczu. Metodę tę stosuje się w ten sposób, że surowicę krwi chorego wstrzykuje się w ilości kilku cm<sup>3</sup> podskórnie temu samemu choremu, powtarzając to kilkakrotnie. Metodę tę stosowałem w jednym ciężkim przypadku ospy, nie widziałem jednakże żadnego wyniku, chory zmarł.

Co do wakcynoterapii, to szczepienie w toku ospy nie przyjmuje się, próbowano natomiast wstrzykiwać krowianki. Niestety prace do tego się odnoszące (Amallo 20) znajdują się w takich czasopismach, które są mi obecnie niedostępne, tak że ani takich wstrzykiwań nie stosowałem, ani nic bliżej o nich podać nie mogę.

Co do chemoterapii, to leczenie ksylolem powszechnie zarzucono. Z modnych środków nowoczesnych należy przede wszystkim salwarsan do takich, których próbowano w najrozmaitszych sprawach zakaźnych. Przy ospie stosowali salwarsan Sandor (21), Liuki i Wohlfart (22), Belin (23), Poljansky (24), Heller (25), Nicolle i Conon (26), Rum-

pel (27), Lenzmann (28), Camus (29). Korzystne wyniki spostrzegać mieli Sander, Lenzmann i Heller; inni nie widzieli ani polepszenia, ani pogorszenia. Stosowałem salwarsan w jednym przypadku ciężkiej ospy. Wstrzyknąłem w okresie pęcherzyków jednego dnia 0,3, drugiego 0,6 neo-salwarsanu w zgęszczonym roztworze śródżylnej. Spostrzegałem pewnego rodzaju polepszenie, spadek gorączki, mimo że sprawa wchodziła w okres ropienia; niestety na trzeci dzień po ostatnim wstrzyknięciu ciepłota poszła w górę i nazajutrz chory zmarł, a sekcja wykazała jako bezpośrednią przyczynę śmierci powikłanie ospy przez świeże zupełnie zapalenie włóknikowe górnego płata płuca lewego. Przypuszczam, że powikłanie to (zapalenie płuc) było niezależne od leczenia salwarsanem, w każdym razie zamąciło ono obraz chorobowy i uniemożliwiło wyciągnięcie jakichkolwiek wniosków z tego przypadku.

Srebro kolloidalne jest środkiem, stosowanym w ostatnich czasach w najrozmaitszych sprawach zakaźnych, gdzie niegdzie ze znakomitym wynikiem. Próbowałem elektrargolu w 2 przypadkach ciężkiej ospy po 2 wstrzyknięcia śródżylne 5 albo 10 cm<sup>3</sup>. Zauważyłem pewne polepszenie po każdym wstrzyknięciu, nie było ono jednakże tego rodzaju, jak przy zakażeniu ziarenkowcami ropnymi. Jeden z chorych zmarł, drugi wyzdrowiał. Niestety nie miałem takiej ilości elektrargolu, żeby przeprowadzić serię wstrzykiwań dzień po dniu przez cały czas ropienia. A właśnie przy innych sprawach zakaźnych, zwłaszcza przy różycy i sprawach septycznych, taka właśnie seria wstrzykiwań dawała znakomite wyniki.

Ze środków, stosowanych zewnętrznie, próbowałem maści z karbolem, ichtyolem, maści Credégo, rtęciowej, jodiny, nadmanganianu potasu, okładów z octanu glinowego, okładów alkoholowych. Stosowałem je przeważnie w ten sposób, że smarowałem jedną połowę środkiem badanym, a drugą jakąś obojętną maścią, lub pozostawiałem bez niczego i śledziłem następnie, czy nie będzie jakichś różnic między jedną połową, a drugą, co do szybkości gojenia, rozległości blizn i t. p. Otóż przy żadnym z tych środków nie widziałem jakiejś wybitniejszej różnicy. Jedno tylko zdołałem stwierdzić, że przy traktowaniu sprawy na sucho maściami lub pudrami goiła się ospa szybciej, niż przy traktowaniu wilgotnem. Jeżeli n. p. jedną rękę posmarowałem jakąś maścią, chociażby obojętną, a na drugą da-

łem okład n. p. alkoholowy, to pod maścią tworzyły się już strupy, kiedy pod okładem były jeszcze pęcherzyki z ropą. Dość często stosowałem również puder cynkowy, który zwłaszcza podmiotowo dobrze był znoszony. Po jodynie spostrzegałem silny odczyn zapalny. Kąpieli (permanentes Wasserbad) nie mogłem stosować z powodu małej ilości wanien w szpitalu.

Na granicy między chemoterapią i fototerapią stoi metoda, podana przez Friedbergera i Yamamoto (30). Autorowie ci badali wpływ rozmaitych środków odkażających na krowiankę i stwierdzili, że wprost swoiście działał jeden ze znanych barwików, mianowicie czerwień obojętna (Neutralrot). Barwik ten zabija pasorzyta krowianki w rozcieńczeniu 1:10,000,000 w ciągu 7 godzin, w rozcieńczeniu 1:10,000 w ciągu  $\frac{1}{2}$  godziny, ale tylko pod wpływem promieni słonecznych. Bez współdziałania światła pozostaje czerwień obojętna bez wpływu. Friedberger i Yamamoto tłumaczą sobie to zjawisko fotodynamicznymi właściwościami barwika. Badali oni następnie własności zapobiegawcze i lecznicze czerwieni obojętnej i wykazali, że jeżeli u królika, szczepionego krowianką, nasmarować maścią zawierającą ten barwik miejsce szczepienia i wystawić na światło, to nie dochodzi wcale do wytworzenia się krost szczepiennych. Próbowałem w kilku przypadkach stosować ten środek bądź w postaci pędzlowania roztworem, bądź w postaci maści. Niestety ilość światła słonecznego, jaką mogłem w ciągu ubiegłej zimy w barakach łobzowskich rozporządzać, była niezmiernie mała, a o uzyskaniu światła sztucznego, zbliżonego do słonecznego, nie było mowy. Przypadki, w których czerwień obojętną stosowałem, były średnio ciężkie lub lekkie, skończyły się wszystkie szybko wyleczeniem, jednakże nadzwyczajnych wyników nie widziałem.

Wspomnieć wreszcie muszę o fototerapii, metodzie Finsena. Poleca on chorych na ospę trzymać na świetle czerwonym, przypisując temu światłu szczególnie korzystny wpływ na gojenie się krost ospowych. Szereg autorów spostrzeżenie to potwierdza (Naunyn, Ottinger, Baer, Pech i t. d. 31), inni (Courmont, Ricketts i Byles 31) zapatrują się sceptycznie na tę metodę leczenia. Morawetz podnosi przeciw tej metodzie oprócz małej skuteczności jeszcze ten zarzut, że stosowanie czerwonego światła przeszkadza należytemu przewietrzaniu sali i utrzymaniu porządku i czystości. Sto-



sowałem leczenie czerwonym światłem w kilku przypadkach i muszę podzielić sceptycyzm wyżej wymienionych autorów. Chorzy nieszczepieni zmierali i przy świetle czerwonym, a szczepieni przechodzili ospę lekko i przy białym świetle dziennem. Przytem zarówno chorzy, jak służba, znosili światło czerwone niechętnie.

Co do leczenia objawowego, to zmierza ono do podtrzymania czynności serca, odkażenia skóry i zapobieżenia wtórnym zakażeniom, do złagodzenia napięcia i przykrych dolegliwości ze strony skóry; dalej należy uważać na błony śluzowe, głównie gardła i krtani, których zajęcie sprawia chorym największe dolegliwości, wreszcie na oczy. Przy powikłaniach septycznych najlepiej działał elektrargol.

Ospa prawdziwa jest chorobą niezmiernie ciężką i przykrą. Zarówno ze względu na wysoką śmiertelność, jak i na ciężkie objawy i przebieg, jak wreszcie ze względu na trwałe zeszpecenie, zajmuje ona w rzędzie chorób zakaźnych osobliwe miejsce. Podczas gdy przy sprawach n. p. durowych jest świadomość zamroczona, to przy ospie przeważnie, zwłaszcza w okresie ropienia, jest utrzymana. Zaburzenia świadomości przy ospie dotyczą głównie okresu wysypywania się. Dolegliwości są ogromne, zarówno ze strony skóry, jak zwłaszcza ze strony błon śluzowych gardła i krtani. Do tego dołącza się silny światłowstręt i zapalenie spojówek. Osłabienie ogólne jest znaczne, zwłaszcza gdy się zaczyna ropienie; chory, który w okresie wysypywania się zrywał się, majaczył. z chwilą, gdy nadchodzi ropienie, leży jak kłoda. Również dla otoczenia jest to choroba szczególnie przykra. Jeżeli porówna się te bardzo ciężkie przypadłości z niewinnym zabiegiem szczepienia, to doprawdy trudno zrozumieć, że mogą być jeszcze przeciwnicy szczepienia. Niewątpliwie przepędzenie jednego dnia w pokoju chorego na ospę przekonałoby ich lepiej, jak wielkiem dobrodziejstwem jest szczepienie, niż wszelkie argumenty.

**Piśmiennictwo.** 1) Maizinger. Wien. klin. Wochenschr. 1908, Nr 11, s. 345. — 2) Morawetz. Wien. med. Wochenschr. 1915, s. 790. — 3) Friedberg. Przegląd lekarski 1916, Nr 3, s. 51. — 4) Biegański. Dyagnostyka różniczkowa. Warszawa 1896, s. 549. — 5) Paul. Centralbl. f. Bakt. Or. Bd. 75, zesz. 7, s. 518.

Serodyagnostyka: 6) Beintker. Centralbl. f. Bakteriolog. Orig. T. 48, zesz. 4. — 7) Sugai. Ibid. 49, s. 650. — 8) Bermbach.

Ibid. 49, s. 618. — 9) Dahm. Ibid. 51, 136. — 10) Kryłow. Ibid. T. 60, s. 651. — 11) Teissier i Gastinel. Compt. rend. Soc. de biol. T. 73, s. 264. — 12) Arzt i Kerl. Wien. klin. Wochenschr. 1913, s. 787. — 13) Klein. Münch. med. Wochen. 1914, s. 2270. — 14) Korschegg. Münch. med. Wochenschr. 1915, s. 4.

Seroterapia: 15) Camus. Compt. rend. Acad. des sciences T. 155, s. 75, 197, 237 według Centralbl. f. Bakt. Ref. T. 55, s. 554. — 16) Courmont i Montagard. Journ. de physiol. et de pathol. gen. 1900 według Kolle-Wassermann Handbuch d. pathogen. Microorgan. T. 8, s. 759. — 17) Pfeiffer, Kolle, Wassermann j. w. — 18) Hlava. Casopis lekaru ceskych 1895, Nr 35 według Centralbl. f. Bakter. T. 18, s. 470. — 19) Teissier i Marie. Compt. r. Acad. d. Sciences 1912, s. 1536, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 56, s. 589. — 20) Amallo. Archiv f. Schifs- u. Tropenhyg. 1909, s. 409, wedł. Pribram. D. österreich. Sanitätswesen lg. 24, 1912, s. 273.

Salwarsan przy ospie: 21) Sander. Arch. f. Schifs- u. Tropenhyg. T. 16, s. 563, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 56, s. 509. — 22) Link i Wohlfahrt. Zeitschr. f. Med. Beamte 1913, Nr 3. Beilage s. 79, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 58, s. 641. — 23) Belin. Rev. internation. de la vaccine 1911, s. 523, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 52, s. 382. — 24) Poljansky. Med. Obozrenje 1911, Nr 13, s. 45, wedł. Cbl. f. Bakt. Ref. 51, s. 382. — 25) Heller cyt. wedł. Pribram vide 20. — 26) Nicolle i Conr. Compt. r. Soc. de biol. 70, s. 59. — 27) Rumpel cyt. w Pribram vide 20. — 28) Lenzmann. Med. Klinik 1911. — 29) Camus. Compt. r. Soc. de biol. T. 70. 1911, s. 254.

Fototerapia: 30) Fiedberger i Yamamoto. Centralbl. f. Bakt. Ref. Bd. 44. — 31) Kolle-Wassermann. Handbuch d. pathog. Microorgan. T. 8, s. 713.

---

**Biblioteka Główna  
WUM**

Biblioteka Główna  
WUM

**Br.1994**



000031390



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)