

PEDIATRJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO T-WA PEDIATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

M. Michałowicza i Wł. Szenajcha w Warszawie,
Fr. Gröera we Lwowie, W. Jasińskiego w Wilnie,
K. Jonschera w Poznaniu.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY — T. KOPEĆ
SEKRETARZ REDAKCJI — WŁ. MIKUŁOWSKI

Stali współpracownicy:

H. Brokman, M. Gromski, M. Erlichówna, H. Hirszfeldowa
S. Łyskawiński, R. Stankiewicz — Warszawa, H. Frenklowa,
T. Mogilnicki — Łódź, Sz. Starkiewicz — Busk,
W. Bujak — Kraków, S. Progulski — Lwów,
S. Krysiwicz — Poznań

TOM IX — ZESZYT 1.
(styczeń — luty — 1929)

W A R S Z A W A

1929



www.dlibra.wum.edu.pl

NESTLE'A mączka dla dzieci



odpowiada wymaganiom najnowszej wiedzy, oraz potrzebom organizmu dziecięcego.

Zawiera ona w odpowiednim stosunku:

1. najlepsze szwajcarskie mleko alpejskie niezbierane,
2. sproszkowany suchar ze słodu pszenicy,
3. wszystkie tak ważne witaminy,
4. sole mineralne, niezbędnie potrzebne do tworzenia się kości.

Jest ona pełnowartościowym środkiem odżywczym, gdyż:

Mleko niezbierane, nieprzegrzane, zawiera dostateczne ilości tłuszczu, ka-

seiny, soli mineralnych i t. d. Sproszkowany Suchar ze słodu pszenicy zawiera oprócz mieszczących się w ziarnie soli mineralnych, również odpowiedni procent składników niezbędnych do utrzymania normalnego stolca. **Węglowodany**, sacharoza i skrobia, połączone w Nestlé'a mączce dla dzieci w odpowiednim stosunku procentowym, przedstawiają homogeniczną mieszaninę o niezwyklej wartości odżywczej, którą organizm łatwo asymiluje i znajduje w niej obficie składniki energetyczne oraz sole mineralne, tak, że pożywienia korzystniejszego dla rozwoju organizmu dziecięcego nie można sobie wprost wyobrazić.

Próbne puszki oraz broszury o pielęgnowaniu, żywieniu i wychowywaniu dziecka wysyła bezpłatnie na żądanie

Nestlé and Anglo-Swiss Condensed Milk Co
VEVEY (Szwajcaria)

Biuro sprzedaży na Polskę: GDAŃSK, Krebsmarkt 7-8.

PEDIATRJA POLSKA

WYCHODZI CO 2-a MIESIĄCE

SZEŚĆ ZESZYTÓW TWORZY I TOM

Redakcja: Warszawa, Mokotowska 39 — T. Kopec.

Autorzy artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

SPIS RZECZY:

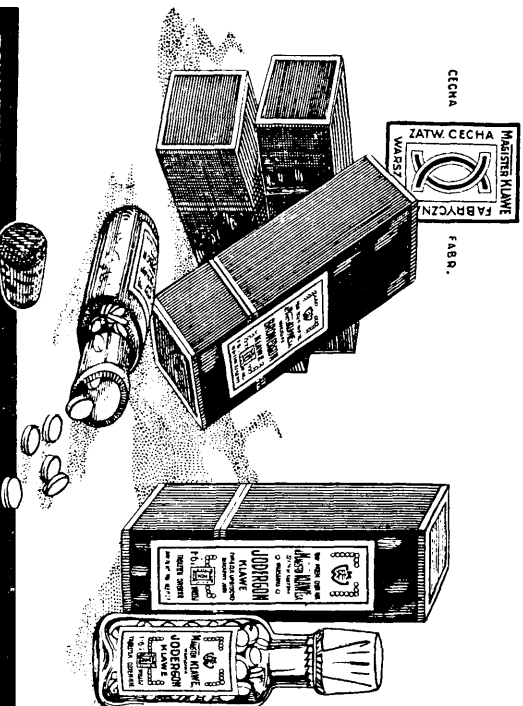
	str.
W. Sterling — Padaczka dziecięca i stany pokrewne . . .	1
Z. Olechnowiczówna — Badania nad zachowaniem się białych ciałek krwi w odrze . . .	21
A. Łącka i C. Rozengartenówna — Przypadek pneumokokowego zapalenia otrzewnej o nietypowym przebiegu . . .	42
A. Łącka i C. Rozengartenówna — Przypadek obustronnego roponercza, wywołanego przez kamicę u dziecka rocznego	46
E. Skipirzepsa — Przypadek wgłobienia jelit krętniczo-kątniczego u 6-ciomiesięcznego dziecka	49
Przegląd piśmiennictwa	51
Wiadomości bieżące	57

SOMMAIRE:

	p.
Sterling — Epilepsie infantile et les etats analogues	1
M. elle Olechnowicz — Les recherches sur les globules blancs au cours de la rougeole . . .	21
Łącka et Rosengarten — Un cas atypique de la péritonite à pneumocoques	42
Łącka et Rosengarten — Un cas d'une pyonéphrose bilatérale provoquée par la lithiase chez un nourrisson	46
Skipirzepsa — Un cas d'invagination ileo-colique chez un nourrisson	49
Revue générale-analyses	51
Chronique	57

JODERGON: BROMERGON

MAGISTRA KLAWE



JODERGON - ZWIĄZEK JODOWO-ORGANICZNY. NIE UPOŚLEDZA TRAWIENIA, NIE DRAŻNI ŻOŁĄDKA, STOSUJE SIĘ: W CHOROBY SERCA, NACZYŃ, BŁONY SUROWICZEJ, NARZĄDÓW ODDYCHOWYCH, KILK, DNI I OTYŁOŚCI.

TABLETKA=0.05 J.

BROMERGON-BROMOWO.-ORGANICZNY ZWIĄZEK. STOSUJE SIĘ: PRZY PADACZCE, HISTERJI, PŁASAWICY, DYCHAWICY NERWOWEJ, BEZSENNOŚCI, BÓLACH GŁOWY, NERWICY SERCA : T. P.

TABLETKA=0.1 B.

LITERATURA ORAZ PROBY NA ŻĄDANIE

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNEGO - FARMACEUTYCZNEGO

d. MAGISTER KLAWE, S.A., WARSZAWA.

ZWIŁ. GŁOŚ. F. J. I. K. KONTAKTY. WARSZAWA.

Padaczka dziecięca i stany pokrewne.

P o d a ł

Dr. Władysław Sterling.

Mówiąc o padaczce dziecięcej, zmuszony jestem rozważania moje poprzedzić krótkim wyjaśnieniem, sama bowiem definicja padaczki dziecięcej, już teoretycznie biorąc, obejmować może sprawy o niejednolitem znaczeniu klinicznym. Padaczka mianowicie, jak wiadomo, nie należy do zachorzeń układu nerwowego właściwych ściśle i jedynie wiekowi dziecięcemu w tem znaczeniu, w jakim np. cierpieniem *par excellence* dziecięcem jest *amyotrofia wrodzona Oppenheima* lub choroba *Tay Sachsa*. I jeżeli spotykamy się z objawami padaczki u dziecka, to sprawa albo wygasa jeszcze przed dojściem do okresu dojrzewania płciowego drogą wyleczenia lub samowyleczenia, albo też przechodzi poprzez wiek dziecięcy i młodzieńczy do okresu dojrzałości i trwać może niekiedy przez całe życie. Z drugiej zaś strony i padaczka zwykła rozpocząć się może albo w wieku dojrzałym, albo też, co częściej, początki jej dają się prześledzić aż do okresu wczesnego dzieciństwa. Z badań statystycznych wynika, że więcej niż połowa epileptyków zapada przed 10-tym rokiem życia, ale jakkolwiek początki choroby ujawniają się zazwyczaj pomiędzy 5-tym, a 6-tym rokiem życia, sprawa chorobowa sięga przeważnie już najwcześniejszego dzieciństwa. Sygnalizuje ją czasem jeden jedyny napad, po którym nastąpić może dłuższa a nawet kilkoletnia przerwa. I ta właśnie okoliczność pozwala nam retrospektywnie ustalić epileptyczny charakter sprawy w odróżnieniu od napadów w *spazmofilji*, które zazwyczaj występują serjami w postaci częstotliwej. Birk, któremu zawdzięczamy cenne studjum o początkach padaczki dziecięcej, zalicza te właśnie przypadki do pierwszej z wyodrębnionych przez siebie kategorii, mianowicie do padaczki *przestankowej*. Okres wolny pomiędzy pierwszym napadem a dalszym rozwojem padaczki może być rozmaity w zależności od konstytucji i od warunków zewnętrznych. Znany jest przypadek *Redlicha*, w którym pierwszy napad wystąpił w 11-ym miesiącu, po

długiej zaś przerwie, w 7-ym roku życia zaczęły występować stałe i ciężkie napady. Z zestawień Gowersa, Binswanger'a, H. Vogta, Birka, Thiemicha, Finka, Haisego, Bergera i innych wynika fakt niezmiennie interesujący, że mianowicie znaczna większość przypadków pierwszego nawrotu padaczki przypada na rok 6-y i 7-y, a więc na okres początków nauki, drugiego zaś nawrotu — na lata od 12-15, a więc na okres dojrzewania płciowego. Tak więc okres pierwszego dzieciństwa, początki nauki szkolnej i początek okresu dojrzewania płciowego stanowią trzy etapy predylekcyjne dla początku i nawrotów padaczki dziecięcej i młodzieńczej. W bardzo wielu, jakkolwiek nie we wszystkich przypadkach tej grupy badanie kliniczne wykrywa w okresach pomiędzy napadami pewne zaburzenia cielesne i psychiczne, znamionujące padaczkę w stanie utajonym (jednostronne wzmoczenie odruchów ścięgowych, silna pobudliwość wzruszeniowa, strach nocny lub pewne upośledzenie intelektualne). Znaczna większość jednakże przypadków padaczki dziecięcej odnosi się do drugiej kategorii, przebiegającej w postaci nieprzerwanej. Spotykamy tu najrozmaitsze typy natężenia sprawy chorobowej. Otóż przypadków bardzo ciężkich przebiegających z idyotyzmem, których prototyp stanowi t. zw. stwardnienie guzowate, zdarzają się przypadki lżejsze, prowadzące do stosunkowo nieznacznego upadku władz psychicznych. I tutaj sprawa rozpoczynać się może bardzo wcześnie, pierwszy zaś napad padaczkowy, o którym opowiada otoczenie dziecka, bynajmniej nie jest równoznaczny z początkiem choroby, ale często bywa wynikiem powolnej transformacji rozmaitych równoważników i rudymentów napadu, które istniały oddawna.

Ostatnią wreszcie najdrobniejszą grupę stanowią przypadki, w których początek padaczki przypada na późny okres dzieciństwa albo nawet na wiek młodzieńczy. Ocena przypadków tej grupy oraz odgraniczenie jej od grup poprzednich wymaga wielkiej ostrożności, gdyż wywiady łatwo pominąć mogą mniej charakterystyczne wyładowania ruchowe oraz szereg objawów natury pozadrgawkowej, cechujących padaczkę w stanie utajonym.

Z analizy przebiegu padaczki wynika tedy, że proces albo przewija się przez wszystkie okresy życia ludzkiego, albo też, co rzadziej, ograniczyć się może wyłącznie do wieku dojrzałego i wtedy mówimy o padaczce późnej — lub tylko do okresu dzieciństwa i wtedy mówimy o padaczce dziecięcej. Ale i w tych dwu ostatnich kategorjach nie posiadamy ani jednego dowodu, ażeby proces leżący u ich podstawy był odmienny. Natomiast niewątpliwie odmienna jest symptomatologia padaczki wieku dziecięcego od padaczki w wieku dojrzałym niezależnie od tego, czy powstaje ona samoistnie, czy

też jest tylko kontynuacją padaczki dziecięcej. Uderza tu przede wszystkim wyjątkowa rzadkość objawów prodromalnych, które u dzieci polegają na bólu głowy, stanach lękowych, uczuciu gorąca w głowie. Według doświadczenia Marchanda napad padaczkowy u dzieci w dziewięciu przypadkach na dziesięć występuje bez żadnych objawów zwiastunnych. Następnie zastanawiające jest, że ruchy drgawkowe podczas napadu padaczkowego rzadko bywają generalizowane i nie wykazują tak wyraźnego odgraniczenia fazy tonicznej od klonicznej, jakie spostrzegamy u osobników dorosłych. Poza to w wielu przypadkach brak jest zupełnie drgawek klonicznych, które zaczynają pojawiać się dopiero w miarę rozwoju układu piramidowego. Niekiedy napad drgawkowy ogranicza się do jednej grupy mięśniowej, jak np. trzepotanie powiek, szczykościsk, kurcz głośni lub muskulatury oddechowej. W przebiegu padaczki dziecięcej daje się zauważyć przytem szczególna skłonność do kształtowania się napadów wyłącznie w postaci zjawisk natury inhibicyjnej zupełnie bez objawów podrażnieniowych, jak np. upadanie na ziemię, wypadanie przedmiotów z rączki i t. p. — jak również wielka częstość krótkotrwałych równoważników napadu, jak „absence“, „petit mal“, krótkotrwałe zamroczenia i t. p. Częściej również niż u dorosłych dają się spostrzegać u dzieci objawy automatyzmu ruchowego w postaci dromomanji, prokursji oraz objawów manewrowych. Przeważająca jest również u dzieci częstość i długość napadów nocnych, którym często towarzyszy nietrzymanie moczu. Wreszcie charakterystyczna dla padaczki dziecięcej jest krótkotrwałość i częstotliwość wyładowań ruchowych, którym w przeważającej liczbie spostrzeżeń towarzyszy zblednięcie twarzy. Klinika padaczki dziecięcej jednakże odróżnia się od padaczki osobników dorosłych nie tylko swą symptomatologią ale i rokowaniem. Istnieje bowiem w wieku dziecięcym cały szereg postaci wyładowań drgawkowych, które nie są bynajmniej natury epileptycznej i które są zupełnie uleczalne. To też całe zagadnienie polega na sprecyzowaniu przyczyny tych drgawek przy ścisłym uwzględnieniu okoliczności i osobliwości, które je poprzedzają i które są ich następstwem. Wszystkie te hyperkinezy są całkowicie obce padaczce wieku dojrzałego, to też rokowanie bywa wątpliwe lub też niepomyślne tylko w tych napadach drgawkowych wieku dziecięcego, które chwytają dziecko w stanie zupełnego zdrowia i które nie są konsekwencją jakiegokolwiek sprawy zapalnej lub toksycznej ani o druchowego podrażnienia mózgu.

Jednakowoż zagadnieniem pod względem prognostycznym jeszcze ważniejszym, a pod względem patogenetycznym daleko bardziej złożonem jest rozstrzygnięcie w każdym poszczególnym przypadku padaczki dziecięcej, czy

mamy do czynienia ze sprawą samoistną, czy objawową.

To też do najbardziej trudnych zadań, którymi najęzany jest problemat padaczki, należy niewątpliwie sprawa odgraniczenia klinicznego t. zw. padaczki samoistnej. Pomimo olbrzymiego wzbogacenia wiadomości naszych o przejawach padaczki i jej najróżnorodniejszych równoważnikach, sprawa ta bynajmniej nie może być uważana za rozstrzygniętą. Co więcej, powiedzieć można, że niektóre kryteria, które dotąd uważane były za zwiastujące nieomylnie organiczno-ogniskowy charakter objawów padaczkowych — a więc zasadniczo obce padaczce samoistnej, jak np. napad Jacksonowski, lub ponapadowe albo pomiędzy napadami objawy porażeniowe — okazały się w świetle krytyki lat ostatnich całkowicie zawodne. Pewnem jest tylko, że w miarę wzrastania wiadomości naszych, teren ekspansji klinicznej t. zw. padaczki samoistnej zmniejsza się stopniowo nie tylko na korzyść różnorodnych coraz dokładniej poznawanych postaci wrodzonych lub nabytych o charakterze niewątpliwie ogniskowo-organicznym, ale również na korzyść tych licznych zespołów klinicznych, których pokrewieństwo z padaczką samoistną jest bardzo bliskie, które wszakże w świetle dokładniejszej analizy okazują się czemś od niej odrębnym.

Te właśnie stany o nieznanej zupełnie podłożu anatomicznym i patofizjologicznym, o niezmiernie ciekawej i coraz to nowej strukturze klinicznej — zajmują rozległy teren, który Gowers już przed laty określił jako pogranicze, zaś Oppenheim później nieco — jako pobrzeże padaczki. Poznanie terenu tego jest zadaniem nie tylko pojętnym ze względu na coraz większe bogactwo wypełniających go zjawisk, ale stanowi również jedną z najpewniejszych metod, zmierzających do coraz bardziej ścisłej delimitacji zakresu przejawów padaczki istotnej.

Pomimo wielkiej obfitości rozgrywających się na terenie tym typów klinicznych, już przy powierzchownej obserwacji łatwo się zorientować, że dadzą się one uszeregować w dwie zasadnicze grupy. Jedną z nich ogarnia wyładowania ruchowe, które albo zupełnie równoznaczne są z napadami padaczkowymi, albo zasadniczo są do nich zbliżone, które wszakże tem różnią się od padaczki właściwej, że są to tylko napady epizodyczne występujące tylko w pewnych określonych warunkach, że więc mamy w nich do czynienia nie z istotnym procesem, ale raczej z odczynem o charakterze padaczkowym. Natomiast zjawiska drugiej kategorii już bardziej odległe są od morfologii wyładowań padaczkowych, posiadają jednakże z nimi pewne cechy wspólne, a mianowicie: skłonność do powracania okresowego, zaburzenia świadomości oraz niektóre warunki etjologiczne i patogenetyczne.

W grupie pierwszej wymienić należy przedewszystkiem opisane po raz pierwszy przez Oppenheima t. zw. drgawki psychasteniczne: są to przypadki dotyczące dziedzicznie obciążonych dzieci psychopatycznych ze stanami lękowymi i natręctwami myślowymi, u których epizodycznie po wzruszeniach psychicznych występują ciężkie drgawki z zupełną utratą przytomności. Zbliżony nieco obraz choroby spotykamy w opisaney przez Bratza padaczkę wzruszeniowej (Affekt-epilepsie), którego cechą charakterystyczną jest, że napady występują tylko po wzruszeniach — stąd nazwa — napady wzruszenia-padaczkowe, jakkolwiek niekiedy wywoływać je mogą również i odmienne motywy natury zewnętrznej (wyskok, gorączka). Do tej samej grupy również zaliczyć należy przypadki, które Ziehen określał nazwą napadów epilamptycznych, a Bonhoeffer — padaczki odczynowej (Reaktiv-epilepsie). Dla napadów tych, których symptomatologia zbliżona jest do napadów psychastenicznych i które spostrzegane były przez Bratza i Leubuschera w całym szeregu przypadków u ciężkich i poniekąd asocjalnych psychopatów, charakterystyczna jest wybitna pobudliwość naczynioruchowa, niekiedy objaw Chwostka, występowanie we wczesnym wieku, zanikanie czasowe w spokojnych warunkach życia i nawrót przy wzruszeniach psychicznych. Wszystkie powyższe epizodyczne wyładowania ruchowe, pomimo znacznego podobieństwa do napadów padaczkowych lub ich równoważników — zupełnie nie są podatne na działanie bromu i luminalu — i po dłuższym nawet trwaniu nie powodują nigdy charakterystycznego dla padaczki zniekształcenia charakteru i upadku inteligencji. Niezależnie zupełnie od prac Bratza opisał amerykański neurolog Dana grupę przypadków o charakterystycznych napadach, zbliżonych zupełnie do padaczki właściwej, lecz „bez jej ciężkich cech degeneracyjnych“ i bez jakichkolwiek charakterystycznych dla padaczki zaburzeń psychicznych. Napady te mają zazwyczaj charakter poronny, w odróżnieniu zaś od opisanych przez Bratza nie są zależne od wzruszeń psychicznych. Napady te dzieli Dana na 4 kategorie, określając je nazwą: paralepsji lub psychalepsji: 1) napady psychiczne z uczuciem strachu, biciem serca i następnie długotrwałem wyczerpaniem, 2) napady czuciowe z bólami w karku, brzuchu i kończynach i również z następczą prostracją, 3) napady zawrotów głowy ze szmerami subiektywnymi i z objawami zbliżonemi do choroby Menièra oraz 4) napady naczynioruchowe z silnym przyływem krwi do twarzy. Dla ścisłości dodać należy, że realność istnienia opisanych tutaj napadów spotkała się w ostatnich czasach z licznymi zastrzeżeniami (Kraepelin, Schilder, Friedmann, Hauptman, Gruhle, Bumke,

Krisch). Między innemi Hauptmann w pracy swej: „Die Epilepsie im Lichte der Kriegserfahrungen“ stwierdza kategorycznie, że napady padaczki istotnej występują wyłącznie pod wpływem przyczyn wewnętrznych i że wszystkie wyładowania ruchowe, powstające pod wpływem wzruszeń, należy uznać za histeryczne. Nie uwzględnia on wszakże faktu, że wzruszenie oddziaływać może nie tylko drogą psychiczną, ale wprowadzać może perturbacje w układzie wegetacyjnym i że te właśnie wahania, nieraz bardzo wybitne, czynność wegetacyjnych tkwici mogą u podstawy mechanizmów, wyzwalających atak epileptyczny. Niesłuszne również wydaje mi się krańcowe stanowisko Krischa, który dopatruje się w omówionych zespołach tylko zbytecznej konstrukcji klinicznej, identyfikującej je w czambuł z padaczką, gdyż przecież temu dalszy rozwój tych przypadków, jakkolwiek przyznać należy, że kryteria różniczkowe tych postaci nie opierają się dotąd na dostatecznie ugruntowanym materiale. Epizodyczność i pojedynczość wyładowań tych wydaje się, jak dotąd, cechą dla nich najbardziej charakterystyczną, to też zostały one ujęte wspólnie przez Redlicha pod nazwą oligolepsji — w odróżnieniu od częstotliwych t. zw. pyknoleptycznych napadów, wypełniających drugą grupę interesujących nas zjawisk.

W pewnem powinowactwie do zespołów powyższych pozostają bardzo interesujące, a spostrzegane wyłącznie u dzieci napady, które Neumann opisywał pod nazwą „Wegbleiben der Kinder“, a Ibrahim określał, jako oddechowe kurcze wzruszeniowe (Respiratorische Affektkrämpfe). Dotyczą one obarczonych dziedzicznie dzieci neuro- i psychopatycznych w wieku od roku do dwóch, rzadziej do pięciu lub sześciu lat, przyczem według doświadczeń Stiera z wybitną przewagą chłopców. U dzieci takich przy silnych wzruszeniach, przy krzyku lub płaczu występuje wdechowe zatrzymanie się oddechu, błądź, a następnie sinica twarzy, dziecko upada ku tyłowi w układzie wiotkim lub bardziej tonicznym, niekiedy zaś dołączają się do tego poszczególne lekkie drgania mięśniowe, skręcanie się gałek ocznych, zamroczenie lub zupełna utrata świadomości oraz mimowolne oddawanie moczu i kału. Po kilku sekundach lub minutach, zazwyczaj po zastosowaniu energicznych podnieć skórnych, zatrważający stan powoli ustępuje, oddech powraca, sinica znika i dziecko zasypia spokojnie. Napady takie powtarzać się mogą przy sprzyjających okolicznościach przez dłuższy czas, niekiedy przez całe lata, a następnie znikają bezpowrotnie. Husler oraz Stier zadali sobie trud przesłedzenia katamnesticznego dalszego losu takich dzieci i doszli do przekonania, że sprawa nigdy nie przechodzi w istotną padaczkę, aczkolwiek w późniejszym przebiegu dają się stwier-

dzieć różnorodne cechy neuro- i psychopatyczne, a zwłaszcza skłonność do reagowania na przykre podniety za pomocą omdleń i licznych objawów naczynioruchowych. Ibrahim dopatrywał się w zjawiskach tych ścisłego związku z t. zw. odruchami warunkowymi Pawłowa, Stier natomiast sprowadza całą sprawę do wzmożonej pobudliwości naczynioruchowo-wydzielniczej i do wykolejania się odruchów na szlaki patologiczne. U dzieci naogół występowanie napadów epizodycznych o charakterze zbliżonym do padaczkowego nie należy do rzadkości, znana jest bowiem predyspozycja mózgu dziecięcego do reagowania na rozmaite szkodliwości za pomocą wyładowań ruchowych. Hochsinger zaproponował dla zjawisk tej kategorii nazwę drgawek okolicznościowych. W grupie tej niewątpliwie najbardziej częste są napady, które zdarzają się w przebiegu chorób zakaźnych, niekiedy nawet w okresie inkubacyjnym, co Husler określa nazwą premonitorycznych drgawek okolicznościowych, niekiedy zaś w późniejszych okresach choroby. Napady te w znacznej większości przypadków nie stanowią bynajmniej początku padaczki, tylko, przy istniejącej dziedzicznej lub indywidualnej konstytucjonalnej gotowości do drgawek (Krampfbereitschaft), mają skłonność do powtarzania się przy okolicznościach późniejszych. Redlich wykazał, że zjawiska tej grupy stanowią jeden nieprzerwany szereg przypadków, poczynając od reakcji czysto toksycznych, przebiegających bez jakichkolwiek zmian histopatologicznych w mózgu — poprzez zmiany najbardziej powierzchowne aż do istotnego zapalenia mózgu, którego bliznowate pozostałości powodują rozwój padaczki przewlekłej, powikłanej niejednokrotnie ogniskowymi objawami organicznymi. Jest to ta grupa zjawisk, którą Kraepelin określa nazwą padaczki residualnej. Że jednak tego rodzaju epizodyczne napady w wieku dziecięcym zdarzać się mogą również poza terenem chorób zakaźnych, tego dowodzi między innymi opisany przez Huslera t. zw. ortostatyczno-epileptoidalny zespół u dzieci z białkomocem ortostatycznym i napadami omdlenia aż do zupełnej utraty przytomności, które Husler stara się wytłumaczyć układem lordotycznym oraz wzmożoną pobudliwością układu naczynioruchowego.

W sposób również epizodyczny występują napady drgawek w tej grupie przypadków, która w ostatnich latach wyodrębniana bywa przez niektórych autorów bez dostatecznej podstawy, jako t. zw. padaczka gruczolowa. Pozostawiając na uboczu problemat patogenetycznego znaczenia zaburzeń inkrecyjnych w mechanizmie powstawania padaczki istotnej, wskazać należy na realność faktu, że niektóre zespoły wielogruczolowe przebiegać mogą z epizodycznymi drgawkami epileptycznymi. Mam tu na myśli zwyrodnienie

tłuszczowo-płciowe, chorobę Basedowa, zwyrodnienie płciowo-twardzielowe, zwłaszcza zaś eunuchoidyzm, w którego przebiegu wyodrębniłem specjalną postać epileptoidalną. Szczególnie jednak ścisły związek łączy zjawiska zbliżone do padaczki z zaburzeniami w czynności gruczołów przytarczycznych. Mam tu przede wszystkim na myśli drgawki wieku dziecięcego określane nazwą eklampsji, które uprzednio utożsamiane były z padaczką, obecnie zaś na zasadzie badań Thiemicha, Hochsingera, Birka i Finkelszteina wcielonę zostały do terenu t. zw. spazmofilji. Dokładną ich charakterystykę zawdzięczamy w pierwszym rzędzie pracom Thiemicha i Birka. W swej symptomatologii zewnętrznej nie różnią się one niczem od wielkich napadów padaczkowych, wykazują natomiast charakterystyczną dla ciężkiej wzmożoną pobudliwość galwaniczną nerwów oraz ścisły związek występowania z porami roku. Dzieci zapadają zazwyczaj w końcu zimy i na wiosnę, pozostając zdrowe w lecie i na jesieni. Również nie zapadają nigdy dzieci karmione piersią, tylko dzieci karmione sztucznie. Wreszcie występują tu napady najcięższe w okresie ząbkowania i to w postaci częstotliwej, podczas, gdy wczesna padaczka występuje zazwyczaj w postaci jednego lub nielicznych napadów. Co się tyczy ciężkiej, to poglądy niektórych szkół pediatrycznych, które skłonne są indentyfikować naogół zjawiska ciężkiej ze zjawiskami padaczki, liczyć się należy z faktem niewątpliwym, że przy wszystkich postaciach ciężkiej występować mogą okazyjnie drgawki epileptyczne (Frankl-Hochwart, Redlich, Nobécourt i inni). Zwłaszcza wyraźnie występuje kombinacja taka w ciężkiej rozwijającej się po usunięciu gruczołów przytarczycznych (*Tetania parathyreopriva*) zarówno po operacjach dokonywanych na ludziach, jak i przy doświadczeniach na zwierzętach. W ostatnich latach eksperyment hyperwentylacyjny ujawnił w sposób jeszcze bardziej plastyczny powinowactwo kliniczne zjawisk ciężkich i padaczkowych w postaci tembardziej interesującej, że rolę sprawy wyzwalającej obie kategorie napadów odgrywają tu momenty fizjologiczne, a przynajmniej zbliżone do fizjologicznych. Naogół w przypadkach z odczynem dwoistym objawy ciężkowe poprzedzają zazwyczaj o kilka minut wystąpienie objawów epileptycznych. Niekiedy wszakże ujawnia się tak złożone powikłanie się objawów, że trudno jest rozstrzygnąć, które z nich należy złożyć na karb reakcji ciężkowej, a które padaczkowej. Do tej kategorii objawów np. według doświadczenia mojego należy drżenie, nabierające niekiedy charakteru klonicznego, automatyczne unoszenie kończyn górnych ku górze (t. zw. objaw marionetkowy *Petersa*) zapadanie chorego ku dołowi, zlokalizowane zaburzenia czucia, objawy

zbliżone do kateleptycznych oraz zjawiska plastycznego napięcia masy mięśniowej. W wielu przypadkach natomiast napięcie masy mięśniowej wykazuje charakter toniczny, układy zaś stężeniowe mają cechy części natury ciężarkowej, części odmóżdzeniowej. Stany te stanowią przejście do bardzo złożonych zespołów hyperkinetycznych i stężeniowych, na które składają się komponenty różnorodnej natury. Jest to gwałtowny przykurcz wyprostny masy mięśniowej kończyn górnych i dolnych z przekrzywieniem kręgosłupa ku dołowi w kształcie opisthotonus, z sztywnością, z hyperpronacją ramion i przedramion, z odruchami Magnusa i de Kleyna, z objawami t. zw. „napięcia posturalnego“, z kurczowem ustawieniem stóp w układzie szpotawo-końskim, palców zaś w układzie akuszeryjnym, z zupełnym zniesieniem oddziaływania źrenic na światło oraz zamroczeniem świadomości. Zjawiska te, które według doświadczenia mojego stanowią jeden z najbardziej charakterystycznych typów odrzutu hyperwentylacyjnego w padaczce dziecięcej, zaproponowałem wyodrębnić pod nazwą zespołu ciężarkowo-odmóżdzeniowo-padaczkowego. Badania nad wpływem głębokiego oddychania na powstawanie ataków w padaczce, zapoczątkowane przez Rosetta, oraz Förstera rzucają również interesujące światło na mechanizm niektórych epizodycznych napadów drgawkowych, powstających pod wpływem czynnika, który możnaby nazwać hyperwentylacją odruchową. Mam tu na myśli w pierwszym rzędzie napady drgawkowe, które poraz pierwszy opisał Wagner von Jauregg u przywróconych do życia wiśielców, gdzie po krótkim okresie oddychania powierzchownego następuje szereg bardzo głębokich ekskursji oddechowych. Wiadomo również, że zimna kąpiel powoduje w sposób odruchowy głębokie oddychanie — i cały szereg przypadków zatonięcia w zimnej kąpeli zależy prawdopodobnie nie od porażenia serca, jak się to zwykle szablono-wo przypuszcza, ale od wyzwolenego przez zimno i głębokie oddychanie napadu utężonej padaczki. Również i sen powoduje fizjologiczne pogłębienie oddechu, które u niektórych epileptyków może być tak znaczne, że powodować może występowanie napadów przeważnie albo wyłącznie w nocy.

Jeżeli wspomnę wreszcie o tej grupie napadów, która składa się na sporną dotąd i niedostatecznie wysвітloną kategorię t. zw. padaczki odruchowej (np. po zabiegach chirurgicznych, po operacjach ortopedycznych, w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, po napadach Menièrowskich), to wyczerpię w ten sposób zakres owych napadów epizodycznych, które jak to wykazuje dalszy przebieg, nie zwiastują bynajmniej początku istotnej padaczki przewlekłej, przede wszystkim zaś nie prowadzą do charakterystycznych zaburzeń psychicznych natury padaczkowej. Patogeneza tej właśnie

grupy napadów epizodycznych jest dotąd całkowicie nieznana, niewątpliwie wszakże wpływać ona musi z tej właściwości ośrodków korowych i podkorowych, którą Redlich określił nazwą epileptycznej właściwości reagowania mózgu (epileptische Reaktionsfähigkeit), nazwą, pod którą Redlich pojmuje jedną z fizjologicznych właściwości reagowania ośrodkowego układu nerwowego, inni natomiast badacze (Fischer, Küsch, Förster) dopatrują się już w samej tej właściwości cech patologicznych i określają ją powszechnie przyjętem dzisiaj mianem epileptycznej gotowości do drgawek (epileptische Krampfbereitschaft). Zjawisko to, opierające się na stwierdzonym dzięki słynnemu doświadczeniu Claude'a oraz badaniami Förster'a in vivo prawie obniżenia progu pobudliwości drgawkowej (epileptische Krampfzschwelle), zarówno u zwierząt jak i u ludzi tłumaczy z dostateczną jasnością fakt, że jednoznaczna szkodliwość o identycznym umiejscowieniu, identycznym natężeniu, i identycznym trwaniu u jednego osobnika wywołuje napady, a u drugiego zaś nie.

Drugą wielką grupę zjawisk stojących na pograniczu stanowią napady padaczki, których cechą najbardziej charakterystyczną jest ich częstotliwość oraz daleko posunięte zamroczenie świadomości. W znacznej większości spostrzeżeń występują one u dzieci i cechują się wielkim polimorfizmem przejawów. Do najbardziej charakterystycznych z nich należą napady, które Friedmann opisał w swoim czasie jako absence nie padaczkowe, a dla których Husler proponował niedawno nazwę 'stanów $\lambda\lambda\eta\mu\mu\alpha$ = ustawać). Napady te są to naogół króciutkie—częstokroć zaledwie ułamek minuty trwające stany odrętwienia psychicznego, podczas którego dzieci nagle przerywają swoją czynność, lub też kontynuują ją w sposób automatyczny, przekręcają oczy ku górze i nie mogą się poruszać. Charakteryzuje przytem niezupełne, częściowe zamroczenie świadomości, „zastygnięcie zdolności myślenia“, nagłe odcięcie niejako tylko wyższych czynności psychicznych (myślenie, pamięć, wola), pewna zależność od wzruszeń i określonych sytuacji, przyczem dzieci nie mogą mówić, wiedzą jednakże o napadzie. Występują one wcześniej w wieku od 6—10 lat, zachodzą zwykle podczas dnia, niekiedy wszakże również i w nocy. Leczenie przeciwkopadaczkowe wpływa na nie raczej niepomyślnie, po kilku latach najczęściej w okresie dojrzewania płciowego znikają one bezpowrotnie, nie sprawiając najmniejszego uszczerbku zdolnościom intelektualnym dziecka. O ile w wymienionej grupie napadów najważniejszą cechą charakterystyczną jest częściowe zamroczenie świadomości, o tyle w grupie następnej dominują wyładowania ruchowe, zbliżone do hyperkinezy padaczkowej. I tak jak nie każde „petit mal“ jest

nieodzownie wyrazem padaczkowego zamroczenia świadomości, tak nie każdy napad drgawkowy jest somatycznym przejawem padaczki bądź to cielesnej, bądź nawet objawowej. Fürstner już dawno zwrócił uwagę na względną częstość u dzieci tego rodzaju napadów, które ryczałtowo, a niesłusznie zalicza do hysterji. Podkreśla on przytem fakt, że napady takie występować mogą czasem i połowicz, a częstokroć w postaci Jacksonowskiej. Specjalną uwagę poświęcił tego rodzaju napadom Heilbronner, określając je nazwą drobnych częstotliwych napadów (*gehäufte kleine Anfälle*), podkreślając fakt, że nie wykazują one tego poliformizmu, który zazwyczaj uważany jest za charakterystyczny dla hysterji, lecz przeciwnie wyczerpującą monotonię napadów epileptycznych i różniczkując je od padaczki na zasadzie bezskuteczności preparatów bromowych i braku otępienia następczego. Mann spostrzegł analogiczne przypadki, w których stwierdził znacznie wzmózoną pobudliwość galwaniczną nerwów i przypuszczał spazmofilję, jako ich podłoże patogenetyczne. Henneberg różniczkuje zjawiska te od t. zw. narkolepsji typu Gelineau i proponuje dla nich nazwę napadów ekplejtycznych i ekplektycznych. Piśmiennictwo lat ostatnich przyniosło cały szereg prac, poświęconych tej sprawie (Friedmann, Bonhoeffer, Klienberger, Löwenfeld, Engelhardt, Stöcker, Redlich, Henneberg, Schröder, Bolten, Sauer, Cohn, Kusler, Stier, Pohlisch, Stargardt, Goldflam). Punctum saliens całej sprawy polega na tem, czy można napady takie uważać za postać swoistą, czy też należy utożsamiać je ze zjawiskami natury historycznej lub padaczkowej. Że napady czynnościowe przebiegać mogą pod postacią drgawek typowo padaczkowych — jest to rzeczą znaną od dawna. Ballet i Crespin już przed czterdziestu laty z górami opisywali takie przypadki: jeden z ich małych pacjentów wyprodukował w przeciągu 26 dni pokąźną liczbę 21.708 napadów z maximum 1513 napadów w przeciągu jednego dnia. To też, podczas kiedy jedna grupa badaczy zalicza wszystkie owe częstotliwe napady, dla których Schröder zaproponował ogólnie dzisiaj przyjętą nazwę pyknolepsji (*πυκνός* = częsty), do przejawów hysterji, inna natomiast (Stier, Cohn, Husler), opierając się na przebiegu niektórych z tych przypadków, nie widzi dostatecznego powodu do odgraniczania ich od padaczki. Słuszność, jak mi się zdaje, pozostaje po stronie tych badaczy (Bolter, Redlich), którzy stwierdzając, że część napadów pyknoleptycznych należy niewątpliwie do zakresu padaczki, wyodrębnia wszakże grupę swoistą, dla której lokalizacji nozologicznej należy doszukiwać się „poza Scyllą i Charybdą hysterji lub epilepsji“, jak obrazowo wyraża się Heilbronner i które czekają dotąd na

dokładniejsze wyjaśnienie ich patogenety. Pod względem klinicznym najbliższe powinowactwo do napadów pyknoleptycznych wykazuje zespół kliniczny, opisany przez Gélinaeu w 1880 roku pod nazwą narkolepsji, którego swoistość i odrębność ugruntowana została przez badania kliniczne lat ostatnich (Redlich, Goldflam, Henneberg, Stern, Cohen, Adie i inni)—specjalnie zaś w świetle doświadczeń okresu wojennego. Jakkolwiek sprawa nie należy do częstych, jednakże nie jest bynajmniej taką rzadkością, jak to sądzono do niedawna, gdyż Goldflam opiera pracę swoją na 5, Adie na 6, zaś Redlich aż na 14 własnych typowych przypadkach. Na zespół kliniczny narkolepsji składają się dwa objawy kardynalne, a mianowicie: 1) napady senności i snu i 2) ataki zahamowania ruchowego, do których Goldflam dodaje jeszcze objaw trzeci—uczucie wyczerpania, które wszakże nie jest niczem innem, jak fazą przedwstępną senności. Co się tyczy napadów snu, to mają one wszelkie cechy zwykłego snu fizjologicznego: powieki są zamknięte, głowa zapada na piersi, oddychanie jest pogłębione, twarz zlekka zaróżowiona, oddziaływanie na światło źrenic, które zazwyczaj są nieco zwężone i których badanie chorych często budzi, jest zachowane. Niekiedy chorzy podczas takiego snu miewają nawet marzenia senne, w rzadkich przypadkach nawet słyszą, co się dokoła nich dzieje, tylko nie mogą mówić. Częstość napadów takich jest rozmaita (w przypadku Gélinaeu dochodziły one do 100 dziennie). Zazwyczaj trwają one bardzo krótko (kilka sekund), zdarzają się jednak przypadki, w których trwały one do 12, a nawet, jak w przypadku Noacka, do 36 godzin. Napad snu, dla którego Gowers zaproponował nazwę somnozji, chwycić może chorego w najrozmaitszych sytuacjach, nawet podczas stania lub chodzenia, jest zazwyczaj powierzchowny, poprzedza go zaś nieprzewyciężona potrzeba snu. Jeszcze bardziej charakterystycznym dla narkolepsji zjawiskiem jest szczególna reakcja pacjentów na intensywne stany wzruszeniowe, którą Gélinaeu określił nazwą chute albo astasie, Löwenfeld—jako stężenie kataleptyczne, Henneberg—jako zahamowanie kataplektyczne, Stern—jako zablokowanie napięcia, Redlich zaś—jako wzruszeniową utratę napięcia (affektiver Tonusverlust). Otóż przy silnem wzruszeniu, w gniewie, a zwłaszcza przy śmiechu chorzy tracą władzę nad swoją muskulaturą: głowa zapada im na piersi, żuchwa zwisa, ramię przy zamierzonym uderzeniu opada bezwładnie, niekiedy zaś defekt ruchowy jest bardziej generalizowany, przyczem chory zapada się w kolanach, albo upada na ziemię, jak gdyby rażony strzałem. Stosunek zjawisk somnozomicznych do objawów wzruszeniowej utraty napięcia w zespole narkoleptycznym może być rozmaity.

Według doświadczenia Redlicha wzruszeniowa utrata napięcia towarzyszy więcej niż $\frac{3}{4}$ ogólnej liczby przypadków choroby Gélinau. W przypadkach współistnienia zjawisk obu kategorii napadowe stany snu poprzedzają zazwyczaj upadek napięcia, istnieją wszakże postacie przejściowe pomiędzy dwoma typami zasadniczymi. Strauss, który podnosi znaczenie objawów naczynioruchowych w narkolepsji, odróżnia przy typowym napadzie snu — postać samoistną — przy utracie zaś napięcia spowodowanej przez wzruszenie — postać reaktywną. Choroba rozpoczyna się w okresie dojrzewania płciowego, niekiedy jednakże dopiero później. W statystyce dotychczasowej przeważa znacznie element męski nad kobiecym. Przebieg choroby jest wybitnie przewlekły: w przypadku Goldflama napady trwały przez 21 lat, stały się tylko z biegiem czasu nieco rzadsze. W żadnym ze spostrzeganych dotąd przypadków nie stwierdzono przejścia sprawy chorobowej w padaczkę. Leczenie naogół jest bezskuteczne; Derkum, Cohen, Curschmann, Matzdorf widywali nieznaczne wyniki przy podawaniu tyreoidyny, Redlich zaleca naświetlanie promieniami Roentgena tarczycy, przysadki mózgowej, jak również i czaszki.

Analiza zarówno pierwszych prac Gélinau, jak i całkowitego materiału klinicznego, a zwłaszcza prac ostatniej doby, upoważnia nas do traktowania narkolepsji, jako swoistej i odrębnej jednostki chorobowej, która nie ma nic wspólnego z symptomatycznymi stanami snu, spostrzeganymi przy rozmaitych zaburzeniach ustrojowych (cukrzyca, otyłość i t. p.) oraz chorobach mózgu (nowotwory, zapalenie mózgu zwykłe i nagminne, histerja i t. p.). Również i padaczka istotna powodować może objawowe napady snu, które wszakże nie są identyczne z narkolepsją. Dlatego też w celu podkreślenia swojego charakteru choroby Gélinau i uniknięcia nieporozumień wydawało mi się słuszne zarezerwować li tylko dla niej termin narkolepsji, dla wszystkich zaś wspomnianych wyżej objawowych napadów snu zaproponować termin *hypnolepsji*. W ten sposób teren częstotliwych napadów na pograniczu padaczki wypełniony jest odrębnymi zjawiskami *pyknolepsji* i *hypnolepsji* obok najważniejszego reprezentanta, którym jest narkolepsja i którego patogenezę uprzątniamy sobie, jak dotąd, tylko w świetle hipotez. Gélinau starał się objaśnić zjawiska narkoleptyczne zubożeniem okolicy mostu w tlen, Friedmann przypuszczał wzmożone wyczerpywanie się mózgu, Löwenfeld — zaburzenia w ośrodkach naczynioruchowych, Henneberg — nienormalne procesy zahamowania, Economo starał się przeprowadzić analogję pomiędzy objawami narkolepsji, a t. zw. odruchami unieruchomienia u zwierząt — innymi słowy zjawiskami *hypnozy* zwierzęcej (t. zw. *Totstellreflex*).

W ostatnich czasach pod wpływem niektórych aktualnych obecnie w neurologji poglądów (teoria snu w świetle doświadczeń nagminnego zapalenia mózgu, wpływy patogenetyczne inkrecji, zagadnienie odruchów warunkowych Pawłowa) powstała eklektyczna teoria Adie'ego, którą popiera również i rozwija szeroko Redlich. Według teorii tej niedomoga tarczycy, a prawdopodobniej jeszcze przysadki mózgowej, wskutek związanego z nią obniżenia procesów utleniania, powodować ma wzmożoną pobudliwość ośrodka wyzwalającego sen oraz zwojów podstawnych, hamujących napięcie, przy czem rolę dominującą odgrywać mają tutaj mechanizmy odruchów warunkowych Pawłowa. Za teorią tą przemawiałyby niektóre spostrzeżenia kliniczne, wskazujące na powikłanie narkolepsji niedomogą przysadki (Dercum, Henneberg, Jolly, Kahler, Lichtenstern i inni). Między innymi Morris Cohen opisał niedawno przypadek karłowatości przysadkowej z narkolepsją, w którym zdjęcie roentgenowskie wykazało zmniejszenie, pokrytego w kierunku poprzecznym kością, siodełka tureckiego.

W obrazie klinicznym narkolepsji poznaliśmy zjawiska zahamowania ruchowego, rozwijające się w następstwie utraty napięcia wyłącznie pod wpływem wzruszeń (t. zw. *affektiver Tonusverlust* Redlicha). Nie ulega wszakże wątpliwości, że tego rodzaju utrata napięcia, występująca w postaci napadowej i ogarniająca całkowicie dowolną muskulaturę ciała, rozwijać się może poza właściwym terenem narkolepsji również bez jakiegokolwiek udziału wzruszeń. Są to napady, które spostrzegałem, jak dotąd, wyłącznie w materiale dziecięcym, albo w postaci samoistnej, albo w zespole parkinsonizmu śpiączkowego. Symptomatologia ich polega na tem, że dzieci w pozycji siedzącej lub stojącej upadają jak podcięte na ziemię. Dokładniejsze badanie wykazuje w przypadkach takich brak jakichkolwiek zaburzeń błędnikowych, brak uprzednich zawrotów głowy oraz objawów ogniskowego zachorzenia układu nerwowego. Częstość napadów takich w ciągu dnia może być bardzo znaczna: u pięcioletniej dziewczynki, którą mam obecnie w obserwacji, przekraczała ona w ostatnich czasach liczbę 40 na dobę. Trwanie ich jest bardzo krótkie: dziecko, jak rażone piorunem, zwala się na ziemię, muskulatura całego ciała w najwyższym stopniu wiotczeje — i po kilkunastu sekundach mały pacjent może już o własnych siłach wstać, a nawet chodzić. Od napadów pyknoleptycznych, prócz zjawiska *katapleksji*, różni te kategorie napadów całkowite zachowanie przytomności maleńkich pacjentów, co nie przeszkadza im wobec zupełnej niemożności władania muskulaturą zdobywania sobie podczas napadów licznych guzów, a nawet obrażeń. Od narkolepsji właściwej różni je absolutny brak napadowej senności

oraz niemożność wykrycia przy powstaniu ich jakiegokolwiek momentu wzruszeniowego. Nigdy nie towarzyszą im objawy podrażnieniowe, nigdy nie przechodzą one w padaczkę i nie są podatne na żadne środki przeciwkopadaczkowe. Sądzę, że możnaby je wyodrębnić pod nazwą katapleksji idjopatycznej w odróżnieniu od katapleksji objawowej, przebiegającej również z napadową utratą napięcia bez związku z motywami wzruszeniowymi, a którą, jak dotąd, spostrzegałem wyłącznie w parkinsonizmie dziecięcym po przebytem nagminnem zapaleniu mózgu. W jednej z obserwacji moich tej ostatniej kategorii, objawom kataleptycznym towarzyszyło przemijające zniesienie odruchów ścięgowych.

Z wręcz odwrotną kategorią zjawisk paroksyzmalnych spotykamy się w tej niezmiernie interesującej, a mało znanej dotąd postaci klinicznej, którą opisałem przed czterema laty pod nazwą padaczki pozapiramidowej, a którą spostrzegałem najczęściej u dzieci w przebiegu organicznych zachorzeń mózgowia (nowotwory, wodogłowie), przedewszystkiem zaś w nagminnem śpiączkowym zapaleniu mózgu. Są to stany paroksyzmalnego spazmodycznego napięcia muskulatury, występujące przeważnie jednostronnie i przebiegające z gwałtownymi objawami bólowymi. Pod względem symptomatologicznym stany te przypominają ów zespół kliniczny, który Bechterew opisał pod nazwą hemitonji udarowej (hemitonia apoplectica) z tą tylko różnicą, że objawy te nie są stałe, lecz napadowe, że wykazują znaczną bolesność i że nie mają nic wspólnego z udarem mózgowym. Polegają one albo na kurczowym zgięciu kończyny górnej w stawie łokciowym, albo łącznym zgięciu kurczowym jednostronnem w stawie łokciowym i kolanowym, albo na kurczowym skróceniu kończyny dolnej z przyciągnięciem uda do brzucha i zgięciu kolana pod kątem mniej więcej prostym oraz maksymalnym zgięciu kończyny górnej w łokciu i stawie nadgarstkowym, niekiedy na kurczu w okolicy kłębka doprowadzającym paluch do bardzo bolesnej maksymalnej opozycji, niekiedy wreszcie na przemijającym bolesnym kurczu muskulatury szyi lub twarzy. Zwolnienie kurczu następuje zawsze dość szybko, przyczem również szybko przemija ostra bolesność muskulatury, ustępując miejsca uczuciu łagodnej obolałości, która po pewnym czasie znika. Niekiedy zjawiska te wikłają się objawami zbliżonemi do tężyczki, które również mają charakter paroksyzmalny. W rzadkich przypadkach zaś może im towarzyszyć krótkotrwałe zamroczenie, jednakowoż bez następcej amnezji. We wszystkich spostrzeganych przeze mnie przypadkach w okresach wolnych od kurczu odruchy ścięgnowe po stronie jednoimiennej wykazywały stale pewne osłabienie w porównaniu ze stroną przeciwną, we

wszystkich zaś obserwacjach, w których objawy spazmodyczne ujawniały się w kończynach górnych, występował bardzo wyraźnie na dłoni odruch palmarny, czyli zgięcie dłoni w pierwszych paliczkach oraz doprowadzenie palców, natomiast normalny odruch podeszwowy był zawsze po stronie kurczu znacznie żywszy, aniżeli po stronie przeciwnej, jednakże bez reakcji obronnej, to znaczy bez zgięcia kończyny w stawie biodrowym i kolanowym i bez tyłozgięcia stopy. Wobec klinicznego charakteru tych objawów zbliżonego do hemitonji Bechterewa, którą na zasadzie dotychczasowego materiału klinicznego i anatomicznego (Pfeiffer, Casirer, Quensel, Böttiger) uznać należy za analogon połowicze do tego typu zespołu amyostatycznego, do którego należy np. pseudosklerosa lub choroba Wilsona z podłożem chorobowym rozwijającym się w węzłach podkorowych (najprawdopodobniej wylewy krwawe do jądra soczewicowatego), określiłem grupę wyodrębnionych tutaj zjawisk nazwą hemitonji okresowej (hemitonía paroxysmalis), dopatrując się w nich pewnej swoistej odmiany napadu epileptycznego, od którego odpadły wszelkie komponenty korowe natury klonicznej, pozostał zaś tylko w najbardziej czystej postaci element podkorowy toniczny. Nie poruszając tutaj sprawy tego niezmiernie subtelnego substratu anatomicznego, po którym przebiegają podniety wywołujące wzmiankowane objawy napadowe natury tonicznej, ani nie rozstrzygając kwestji, czy owe stany tonicznego napięcia pozapiramidowego torują sobie drogę do obwodu poprzez szlaki piramidowe, czy też przez jądro czerwone i przez pęczek Monakowa, wyświecić chciałbym raczej stronę patofizjologiczną tego zjawiska, a mianowicie zagadnienie, czy mamy tutaj do czynienia z objawami natury podrażnieniowej, czy też z wynikiem przerwania działalności pewnych mechanizmów hamujących. Stojąc na gruncie teorii Strümpela o t. zw. zespole amyostatycznym (wzgl. zespole dystonicznym Stertza), skłaniam się osobiście raczej ku tej ostatniej próbie interpretacji. Analizując przed kilku laty objawy opisanej przeze mnie aury porażeniowej w padaczce, wypowiedziałem wtenczas przypuszczenie, że podczas napadu padaczkowego wyzwalać się może energia nie tylko natury pozytywnej, powodująca drgawki kloniczne, ale i natury negatywnej, powodująca objawy porażeniowe (t. zw. Hemmungsentladungen Binswanger'a). Obecnie przypuszczam to uzupełnić muszę jeszcze trzecią możliwością: napadowego wyładowania się energii odhamowującej, powodującej powstawanie szczególnych objawów kurczu tonicznego, dla których pozwoliłem sobie zaproponować nazwę

PHYTINA

CIBA

FOSFOROWY MATERJAŁ ZAPASOWY ROŚLIN CHLOROFILOWYCH

Zawiera około 20% fosforu w związku organicznym, przyswajalnym.

Wielce skuteczne, nieszkodliwe leczenie fosforem w formie przyjemnej w użyciu.

KAPSUŁKI



KROPLE

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

Oddział Farmaceutyczny

FORTOSSAN

CIBA

Neutralna sól PHYTINOWA z laktozą dla csesków i dzieci w pierwszych dwóch latach życia.

LEK WZMACNIAJĄCY, ZAWSZE DOBRZE ZNOSZONY,

pobudza łaknienie, przyczynia się do tworzenia kośćca i rozwoju dziecka, polepsza stan odżywiania i zapobiega wielu chorobom, zwłaszcza krzywicy.

PUDEŁKA ORYGINALNE Z MIARECZKĄ W FORMIE ŁYŻECZKI.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

PABJANICE, wojew. Łódzkie.

Oddział Farmaceutyczny.

KAKAO OWSIANE WEDLA

łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.

Zalecane dla dzieci i osób o słabem trawieniu

E. WEDEL,

WARSZAWA, ULICA SZPITALNA № 8.

Sz. P. P, A b o n e n t ó w

uprzejmie prosimy o wpłacenie prenumeraty
na rok 1929 i o uregulowanie zaległości z lat
poprzednich.

Konto w P. K. O. Nr. 5882.

Mleko Białkowe
Plasmon
Casein-Calcium

Preparaty Mieszane

Płatki owsiane

Sucharki odżywcze

Czekolada

Kakao

Cakes

Przy Chorobach dziecięcych

OSZCZĘDNE

T A N I E

Przyjęte do spisu
środków Kas Chorych



25 lat doskonałych wyników leczniczych.

Naturalne, czyste mleko białkowe, otrzymane według ścisłych zasad naukowych zawiera: 76% substancji azotowych, 2,5% — wapnia, 3% kwasu siarczanego;

łatwo rozpuszczalne, łatwo strawne, bez smaku i zapachu, łatwe w użyciu, zalecane przy Dyspepsji, Dystrofji, Zaniku, Skazie Wysiękowej, Diatezji, Atrofji, Skazie Skurczowej, Krzywicy i Gruźlicy

Literatura: Czerny, Keller, Feer, Finkelstein, Meyer, Kleinschmidt, Langstein, Pfäundler-Schlossman, Thomas i in.

Fabryki Plasmon (Neubrandenburg)

Próbki i literaturę wysła się bezpłatnie na żądanie

padaczki podkorowej wzgl. pozapiramidowej (epilepsia subcorticalis s. extrapyramidalis). Nadmienię tutaj, że koncepcja padaczki pozapiramidowej zyskała sobie potwierdzenie w niektórych pracach trzech lat ostatnich (Wimmer, Bechterew, Krisch, Margolis, Levy) i że w świetle jej rozpatrywane są również t. zw. napady wejrzeniowe (crises oculogires) w parkinsonizmie pośpiączkowym oraz niektóre przejawy choroby Kożenikowa (epilepsia corticalis continua), którą Choroszko w monografji swojej określa bardziej trafną nazwą: polyclonia epileptoides continua, przypuszczając dla niej podkorowy mechanizm powstawania hyperkinezy i nie wyłączając takich spraw, które żadnych widocznych zmian materialnych dać nie mogą, (obok typowych drgawek padaczkowych — poliklonję rozszerzającej się powoli z jednego terytorjum na drugie i dotyczące zazwyczaj dróg mięśniowych funkcjonujących synergicznie).

Pozostaje mi jeszcze wspomnieć o grupie pokrewnych z padaczką, a jednak odrębnych od niej, objawów napadowych, rozgrywających się wyłącznie na terenie układu wegetacyjnego. Mam tu na myśli w pierwszym rzędzie napady, które Turner opisywał jako naczyniowo-epileptoidalne, a Gowers wyodrębnił pod nazwą naczyniowobłądnych (vaso-vagal). Charakterystyczne jest dla nich paroksyzmalne występowanie ciężkich zaburzeń wegetacyjnych, specjalnie w zakresie układu parasympatycznego, jak ucisk w żołądku, odbijanie, uczucie przypominające typową aureę, rzadziej mdłości, ból w okolicy serca, uczucie zatrzymywania się serca, niepokoju, zbliżające się śmierci, poza-tem wybitne objawy naczynio-ruchowe: uczucie zimna, nikłość tętna, dreszcze, oraz objawy tężyczko-podobne przy zachowanej przytomności, lecz utrudnieniu czynności psychicznych i wybitnem poczuciu depersonalizacji.

Nieco odrębne napady wegetacyjne miałem sposobność spostrzegać u młodych chłopców w okresie dojrzewania płciowego: polegały one na uczuciu dławienia w klatce piersiowej i w gardle z zatrzymaniem oddechu w inspiracji i z gwałtownym zaczerwienieniem twarzy i górnej połowy ciała zupełnie jak pod wpływem nitrogliceryny oraz z silnem poceniem się tych okolic, przyczem ilość napadów takich dochodzić może do kilkudziesięciu dziennie. Nie należy wszakże zapominać, że liczne objawy wegetacyjne charakterystyczne są również dla typowo padaczkowych i typowo historycznych napadów (Orzechowski, L. R. Müller) i że na nich pomiędzy innemi opierały się koncepcje kliniczne, które starały się wytworzyć sztuczną konstrukcję histeroepilepsji oraz t. zw. napadów pośrednich. Jak wiadomo, określenie histero-epilepsja pochodzi od Charcota, który

odróżniał t. zw. *hystero-epilepsie a crises mixtes*, gdzie wogóle nie było padaczki tylko ciężka histerja ze swoistymi napadami oraz *hystero-epilepsie a crises distinctes*, w której przyjmował współrzędne i niezależne jedno od drugiego występowanie obu cierpień. Autorytet Charcota sprawił, że nazwa ta weszła w obieg neurologiczny, jednakowoż bez dokładnego uwzględnienia treści i poglądów jej twórcy. Z faktu istnienia napadów wykazujących cechy zarówno histerji jak i padaczki wysnuty został zupełnie bezpodstawy pogląd, jakoby istniały postaci kliniczne przejściowe pomiędzy histerją i padaczką (Steffen, Gille de la Tourette, Gowers, Ziehen, oraz do niedawna Binswanger). Dzięki wszakże podstawowym pracom Löwenfelda, Hohego, Jolly'ego, a zwłaszcza Bratza i Falkenberga ustalona została konieczność dualistycznego pojmowania tego rodzaju stanów złożonych oraz patogenetyczna niemożliwość istnienia stanów przejściowych pomiędzy zasadniczo tak odmiennymi zachorzeniami, jakimi są histerja i padaczka. Zwłaszcza bogata i pouczająca pod tym względem jest kazuistyka Bratza i Falkenberga, gdzie w niektórych obserwacjach dualizm ten nawet w przebiegu jednego napadu występuje niezmiennie plastycznie (np. przypadki z napadami padaczkowymi podczas zamroczenia histerycznego). Ciekawe jest wszakże, że w ostatnich latach ujawniła się również i odwrotna tendencja, starająca się ponownie przerzucić pomost pomiędzy padaczką a histerją. Między innymi Kraepelin wypowiada przekonanie, że w padaczce punkt zaczepny podmiot wzruszeniowych zostaje przesunięty od linii pierwotnych mechanizmów obronnych, które miarodajne są dla napadu histerycznego, w kierunku postaci jeszcze starszej i pierwotniejszej. Schilder, Pötzl, a u nas Pieńkowski czynili próby interpretacji zjawisk histerycznych w świetle tych samych mechanizmów (specjalnie pozapiramidowych), które zarządzają również rozwojem zachorzeń organicznych.

Zakres zjawisk czysto psychiatrycznych, na pograniczu padaczki zajmuje terytorjum stosunkowo zupełnie i niezbyt wyraziście zarysowane. Brak dostatecznie pewnych kryteriów psychopatologicznych dla swoistości niektórych zaburzeń podejrzanych o powinowactwo z padaczką, powoduje u niektórych autorów całkowicie dowolną interpretację zjawisk. Tak np. Kleist opisał niedawno szczególne tubylcze lub rozwijające się w sposób reaktywny kilkodniowe ciężkie stany zaburzeń świadomości z obrazami omamowo-majaczeniowymi, które kończyły się snem jako epizodyczne stany pomroczne, wyodrębniając je pod nazwą *epileptoidu* i rozszerzając koncepcję tą ponad wszelką miarę. Zastrzeżenie to dotyczy również i tak zwanej *dipsomanji*,

której związek integralny z padaczką w świetle materiału lat ostatnich wydaje się coraz bardziej wątpliwy, jak również rozmaitych stanów epileptoidalnych, przebiegających wyłącznie z zaburzeniami psychicznymi, jak np. niektóre okresowe wyładowania afektu, stany t. zw. manji przemijającej, patologicznych reakcji alkoholowych, krótkotrwałych stanów przygnębieniowych i t. p. Nie sądzę ażeby eksperyment hyperwentylacyjny, jak wyraża nadzieję Redlich mógł stać się kiedykolwiek drogowskazem orientacyjnym na tym terenie, gdyż według doświadczenia mojego daje on wyniki pozytywne wyłącznie w niewątpliwych przypadkach padaczki.

Dopiero poza linią demarkacyjną omówionych tutaj czynnościowych postaci pokrewnych znajduje się rozległy zakres tych stanów drgawkowych, dla których różnorodne podłoże organiczne stanowi bodziec zwany przez Förstera szkodliwością podrażnieniową padaczkorodną. W znakomitym referacie na XVI Zjeździe Neurologów Niemieckich w Düsseldorfie dolicza się Förster aż 16-tu takich szkodliwości padaczkotwórczych. Są to: 1) wrodzone sprawy mózgowe, 2) dziedziczno-degeneracyjne sprawy mózgowe, 3) urazowe sprawy mózgowe, 4) nowotwory, 5) pasorzyty (wągry, bąblowce, promienica), 6) kiła, 7) gruźlicze sprawy mózgowe, 8) ropień mózgu, 9) obrzmienie mózgu, 10) sprawy zapalne opony miękkiej i pajęczynówki, 11) dziecięce zapalenie mózgu, 12) zapalenie mózgu nagminne, 13) stwardnienie wieloogniskowe, 14) gliozą przedstarca 15) zatrucia wewnątrz- i zewnątrzpo pochodne (alkohol, ołów i t. p.), 16) zaburzenia cyrkulacyjne. Tak więc właściwy teren padaczki samoistnej znajduje się poza granicami nie tylko omówionych w referacie niniejszym zespołów czynnościowych, ale i wszystkich spraw organicznych, ugrupowanych w 16-tu typach Förstera. Dzięki badaniom histopatologicznym lat ostatnich poznaliśmy różnorodne zmiany organiczne, towarzyszące padaczce samoistnej. Jedne z nich, jak skleroza rogu Ammona, jak t. zw. gliozą obrzeżną kory mózgowej Chasslina oraz t. zw. skleroza atroficzna, spotykane są tylko w przypadkach przewlekłych i uważane są naogół nie za przyczynę padaczki, lecz za zjawiska uboczne, jako wyraz epileptycznego zwyrodnienia tkanki mózgowej. Daleko ważniejsze jednakże są zmiany ostre, których znajomość zawdzięczamy w pierwszej linii badaniom Alzheimera, ostatnio zaś Spielmeysra oraz Uchimury. Są to zmiany regresywne w komórkach nerwowych, rozpad najdrobniejszych wyrostków osiowych, podział jądra w licznych komórkach nerwowych, liczne wielkie komórki ameboidalne z obfitemi produktami rozpadu. Tego rodzaju zmiany chemiczno-odżywcze, polegające na zaburzeniach asymilacyjnych i dyssymilacyjnych procesów komórkowych — w zasadzie

zupełnie wyrównywalne—czynią zrozumiałemi te przypadki padaczki, w których napady ustępowały zupełnie bez upośledzenia władz umysłowych i pozwalają nam uważać padaczkę samoistną za chorobę uleczalną lub, ściślej mówiąc, zasadniczo samowyleczalną. Ponieważ jednak patogeneza i etiologia owych zmian ostrych jest dla nas dotąd równie ciemna i zagadkowa jak i wymienionych poprzednio zmian przewlekłych, przeto stanowisko kliniczne padaczki samoistnej ugruntowuje się raczej w sposób negatywny, jako nieposiadającej dotąd uchwytnej etiologii. Doświadczenie lat ostatnich wskazuje, że zakres jej stopniowo się zwęża i przewidywać należy, że kurczyć się będzie on coraz bardziej na korzyść innych spraw o określonej fizjonomji anatomiczno-fizjologicznej, a przede wszystkim różnorodnych coraz to liczniejszych, pokrewnych, a jednak nie identycznych zespołów czynnościowych, które starałem się tutaj możliwie zwięźle nakreślić. Niech mi wolno będzie jednak wyrazić przekonanie — wręcz odmienne od brzmienia wniosku z referatu mojego wygłoszonego na I Zjeździe Neurologów, Psychjatrów i Psychologów w Warszawie, że przyszłe badania nie zniwelują bynajmniej pojęcia padaczki samoistnej, że nie rozplynie się ona całkowicie w wielkiej grupie epilepsji ogniskowo-organicznych i że po skrupulatnem odseparowaniu całego rozległego terytorjum pogranicza, pozostanie jeszcze dostateczna liczba cech anatomicznych i klinicznych, które pozwolą nam zawsze określić padaczkę swoistą, jako zupełnie samoistną i odrębną jednostkę chorobową.

Z kliniki pediatrycznej U. S. B. w Wilnie.
Dyrektor Prof. Dr. W. Jasiński.

Badania nad zachowaniem się białych ciałek krwi w odrze.

Podał a

Dr. Z. Olechnowiczówna.

Zachowanie się krwi w chorobach zakaźnych jest przy rozpoznawaniu ważnym objawem pomocniczym szczególnie w przypadkach, w których obraz kliniczny jest niezupełnie jasny. Już od początku rozwoju hematologii przeprowadzano cały szereg badań nad zachowaniem się krwi w poszczególnych chorobach infekcyjnych. Badania te ustaliły, iż na większość chorób zakaźnych (np. płonica, dur brzuszny) narządy krwiotwórcze reagują w pewien określony sposób. Szczególniej charakterystyczne jest zachowanie się białych ciałek krwi. Dla odry, jak i dla innych chorób zakaźnych starano się ustalić typową reakcję krwi w postaci zmian ilościowych i jakościowych białych ciałek. Już badania Combe'a z Lozanny (1899 r.), Renaud'a, Platenga, na których oparł się Hutinel w swoim obszernym dziele („Les maladies des enfants“ z roku 1909), a następnie Teissier (1922 r.), pomimo niektórych rozbieżności wykazywały w okresie wylegania leukocytozę, w okresie wysypki—leukopenję i limfopenję, w okresie łuszczenia się—powrót do normy. Sobotka, Rieder, Felsenthal, Neumark, Türk, Zeiss, co do okresu wysypki, są również tego samego zdania.

Hecker na zasadzie badań krwi w 14 przypadkach ustalił charakterystyczne zachowanie się białych ciałek krwi w odrze, nadając temu wielką wartość rozpoznawczą. W pierwszej połowie okresu wylegania spostrzegł leukocytozę, która na 4^{1/2} dnia przed wysypką przechodzi w leukopenję i limfopenję. Limfopenja poprzedza czasami leukopenję o dwa dni. Zmniejszenie się ciałek eozynochłonnych, czasami zupełny ich brak występuje na 3 dni przed wysypką. W okresie wysypki spostrzegł: 1) leukopenję, 2) limfopenję względną lub absolutną, 3) przesunięcie się wzoru ciałek obojętnochłonnych na lewo, 4) zmniejszenie się % ciałek eozynochłonnych. W przypad-

kach powikłań występuje według niego i większości autorów leukocytoza. W okresie rekonwalescencji prawie wszyscy autorzy (Hecker, Usbeck i t. d.) uważają za objawy stałe: nieznaczną leukocytozę, powrót do normy ilości białych ciałek krwi, monocytozę, oraz zwiększenie się $\%$ ciałek eozynochłonnych.

Przeciwko tym jednak ustalonym przez Heckera poglądom, szczególnie w ostatnich latach, podniosły się głosy protestu. Heugner, Rieder, Hayem, Mensi, a szczególnie Gertruda Usbeck nie uważają leukopenji i limfopenji za zjawisko stałe, ponieważ w niektórych badanych przez nich przypadkach, w okresie objawów nieżytowych i wysypki zamiast leukopenji występowała leukocytoza, względna limfocytoza, a także eozynofilia, lub normalny $\%$ ciałek eozynochłonnych. Winterfeld i Edith, w swojej pracy o różniczkowaniu odrzy i promienicy według zachowania się białych ciałek krwi, podają, iż limfocytoza zawsze przemawia za odrą, a brak zmniejszania się $\%$ ciałek eozynochłonnych w okresie objawów nieżytowych i wysypki jeszcze wcale nie wyklucza odrzy.

Również Redlich i Maternowska, aczkolwiek w dużej ilości przypadków spostrzegali pewien stałe powtarzający się typ zachowania się białych ciałek krwi, jednak dosyć często znajdowali odchylenia od przyjętej normy.

Co do znaczenia zachowania się ciałek białych krwi dla celów prognostycznych, to zdania są różne: Winterfeld, Edith, Hecker uważają, iż leukocytoza w okresie wysypki występuje w przypadkach ciężkich, w których w dalszym przebiegu zjawiają się powikłania; Redlich i Maternowska są zdania wręcz przeciwnego.

Z tego widzimy, iż w poszczególnych przypadkach wyniki badań były często niejednakowe.

Ta sprzeczność zdań poszczególnych autorów, co do zachowania się białych ciałek krwi w odrze, a także panująca w zimie w roku 1927/28 epidemia odrzy w Wilnie i to przeświadczenie, iż im więcej w tej dziedzinie będzie zrobione, tem łatwiej dojdzie się do pewnych ustalonych wniosków, skłoniło nas do przeprowadzenia badań nad zachowaniem się białych ciałek (b. c.) krwi w odrze. Tem chętniej podjęliśmy się tych badań, że mieliśmy możliwość przeprowadzić je nie tylko w klinice, gdzie ma się do czynienia z elementem poprzednio chorym, lecz w żłobku i szpitalu zakaźnym, gdzie większość dzieci przed zakażeniem odrą była zdrowa.

Przypadków zbadanych było 32:

14 ze szpitala zakaźnego,

12 ze żłobka (dla dzieci do 3 lat) im. Marji,

6 z kliniki chorób dzieci. U. S. B.

Technika badań polegała na tem, iż naczczo u dzieci starszych, a u niemowląt w trzy godziny po pokarmie brano

krew i obliczano ilość b. c. krwi oraz wzór Schillinga na podstawie 400 ciałek. Preparaty były barwione metodą Pappenheima. W sumie badań krwi zrobiono 267.

Wiek dzieci badanych był różny: od 11 miesięcy do 12 lat, a mianowicie:

11 m. — 1½ r. — 4 przyp.

1½ r. — 4 lat — 15 przyp.

4 lat — 12 lat — 12 przyp.

oraz 10 lat — 1 przyp. ze szpitala zakaźnego.

Z przypadków badanych 12 było o przebiegu lekkim, bez powikłań (u dzieci powyżej 2 lat); 13 — o przebiegu średnim z powikłaniami w postaci niezbyt ciężkiej, 7 — o przebiegu ciężkim z poważnymi powikłaniami, z tego 2 dzieci wyzdrowiało, 5 zmarło.

Z przyczyn od nas niezależnych w okresie wylegania krew była badana tylko w 4-ch przypadkach i to nie od chwili zakażenia, a tylko na kilka dni przed wystąpieniem objawów nieżytych (7 — 3 dni). Ilościowo badanie b. c. krwi w tym okresie wykazało leukocytozę mierną w 2-ch przypadkach (przyp. 18-ty i 13-ty — patrz protokoły badań), wybitną leukocytozę (30.200), w jednym przypadku (przyp. 16-ty); w 4-ym przypadku, gdzie badania były przeprowadzane najdłużej, na 7 dni przed okresem objawów nieżytych, zauważono leukocytozę z początku mierną, później wybitną, następnie znów mierną (vide przyp. 22-gi, j. w.). Pod względem zachowania się b. c. zauważono w 3-ch przypadkach przesunięcie wzoru na lewo: w 16-ym nieznaczne, w 22-im i 18-ym wybitniejsze, w 13-ym limfocytozę. Obraz ciałek obojętnochłonnych przesunął się na lewo; eozynofilia wystąpiła w 3-ch przypadkach (18, 16, 22); w 13-ym przypadku stwierdzono brak ciałek eozynochłonnych. Monocyty były w większym lub mniejszym stopniu w ilości normalnej, jednak nieco większej, niż następnie w okresie wysypkowym.

Według dotychczasowych spostrzeżeń (Hutinel, Renaud, Lagriffoul, Hecker, Redlich i Maternowska), w okresie wylegania w odrze występuje leukocytoza i eozynofilia. Z badań naszych w 4-ch podanych przypadkach w okresie wylegania widzimy: 1) stałą leukocytozę mniej więcej wybitną, 2) bardzo nieznaczne przesunięcie się wzoru ciałek obojętnochłonnych na lewo i 3) w 3-ch przypadkach (na 4) eozynofilię.

W okresie objawów nieżytych (1 — 3 dni przed wysypką) zbadano krew w 16-u przypadkach, włączając w to 4, gdzie krew była badana również w okresie wylegania. W 8-iu przypadkach zauważono leukopenję, która występowała przeważnie jednocześnie z ukazaniem się plamek Koplika; w innych 8-miu — leukocytozę: w 2-ch przypadkach bardzo wybitną (20.000 do 22.200, p. protokołów 29, 32), w 6-ciu bardzo nieznaczną, najniższa 10.000. Leukocytoza w okresie

nieżytowym była przeważnie mniejsza, niż w okresie wylęgania i za niektórymi wyjątkami (przyp. 16, 17), utrzymywała się z nieznacznym obniżeniem w większości przypadków również w okresie wysypki. Pod względem obrazu krwi w 9-ciu przypadkach spostrzegaliśmy względną limfopenję, wyrażoną w mniejszym lub większym stopniu 1 — 2 dni przed wysypką; w 7-iu przypadkach — brak limfopenji, a nawet nieznaczną limfocytozę względną (13, 32). We wszystkich 16-u przypadkach stwierdzono przesunięcie się ciałek obojętnochłonnych na lewo (w mniejszym lub większym stopniu). Zupełny brak ciałek eozynochłonnych mieliśmy w 9-ciu przypadkach; zmniejszoną ich ilość względną — w 6-ciu przypadkach; zwiększoną w 1-ym przypadku u dziecka z eozynofilią jeszcze przed chorobą (25-ty).

Monocyty: w 15-u przypadkach ilość ich waha się od 0,5 do 6,5⁰/₀; w jednym przypadku (28-ym) ze złem rokowaniem zupełny brak monocytów.

Badania nasze w okresie objawów nieżytowych wykazują, iż ilość b. c. krwi odchyła się w niektórych przypadkach od normy, przyjętej przez Heckera; aczkolwiek limfopenję spostrzegaliśmy w większości przypadków, jednak nie we wszystkich, podobnie, jak to stwierdzali Heubner, Hayem, Rieder, Usbeck, Mensi, oraz Redlich i Maternowska.

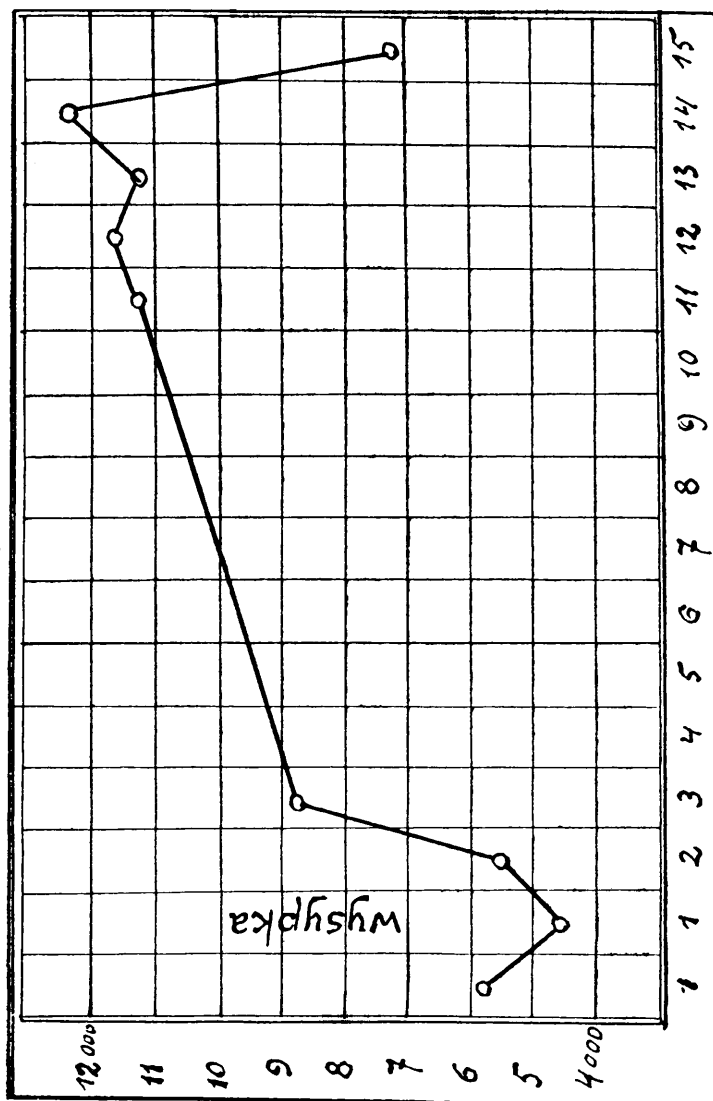
Stałą cechą jest natomiast przesunięcie się wzoru c. obojętnochłonnych na lewo oraz zupełny brak lub zmniejszona ilość ciałek eozynochłonnych, co się zgadza ze zdaniem większości autorów. Eozynofilia była spostrzegana tylko u dzieci ze zwiększoną ilością ciałek eozynochłonnych już przed chorobą (Redlich i Maternowska).

Najważniejszym dla celów diagnostycznych i prognostycznych jest zachowanie się białych ciałek krwi w okresie wysypki. Badania te były przez cały czas przeprowadzane u wszystkich 32 dzieci. Co do zachowania b. c. krwi pod względem ilościowym, badane przypadki dałyby się podzielić na 3 grupy.

Do pierwszej grupy należą 23 przypadki z zaznaczoną w większym lub mniejszym stopniu leukopenją. Leukopenja najwybitniej występowała w pierwszym dniu wysypki i utrzymywała się 2 — 3 dni; z chwilą zblednięcia wysypki leukopenja znikała.

Na tablicy I-szej jest podany przyp. 15-ty z I-szej grupy, Grześ M., w wieku 2 l. 10 m., ze żłobka. Do odry dziecko było zupełnie zdrowe. Przebieg odry lekki bez powikłań; ogólny stan dziecka w przebiegu choroby stale dobry. We krwi w okresie objawów nieżytowych i wysypki utrzymywała się leukopenja z limfopenją względną i zmniejszeniem się ilości ciałek eozynochłonnych; w okresie powysypkowym nieznaczna eozynofilia i leukocytoza mierna utrzymująca się w przeciągu 2-ech tygodni, licząc od dnia wysypki.

Tablica I.



W okresie wysypki leukopenja występowała prawie we wszystkich przypadkach o przebiegu lekkim (11 przyp.). W 10-ciu przyp. o nasileniu średnim z nieznacznymi powikłaniami, jak to bronchitis, conjunctivitis, otitis media, bronchopneumonia w lekkiej postaci, i w dwóch przypadkach o przebiegu ciężkim (przyp. 23) z powikłaniem lymphadenitis acuta colli et angina (dziecko wyzdrowiało). Drugi przypadek tej grupy, dotyczy dziecka w wieku 1 rok i 4 m., Franka R. (prot. Nr. 12-ty), źle odżywionego, z leukopenją, stale utrzymującą się od początku choroby i w czasie powikłania; dziecko zmarło z objawami bronchopneumoniae. Przypadek ten był w naszym spostrzeganiu jeszcze przed odrą.

Franek R. był przyjęty do kliniki w 4-ym miesiącu życia z rozpoznaniem dystrophia, diathesis exsudativa, otitis media, furunculosis, lymphadenitis acuta colli. Od urodzenia karmiony sztucznie. Ilość białych ciałek krwi w tym okresie wynosiła 11.800; wzór krwi zmian szczególnych nie wykazywał. Podczas pobytu w klinice na wadze przybywał bardzo powoli. Wypisany z pewną poprawą. Do czasu odry często zapadał na zapalenia oskrzeli.

Stała leukopenja nawet w czasie powikłania w tym przypadku wskazywałaby na niezdolność reagowania narządów krwiotwórczych na nowe zakażenie.

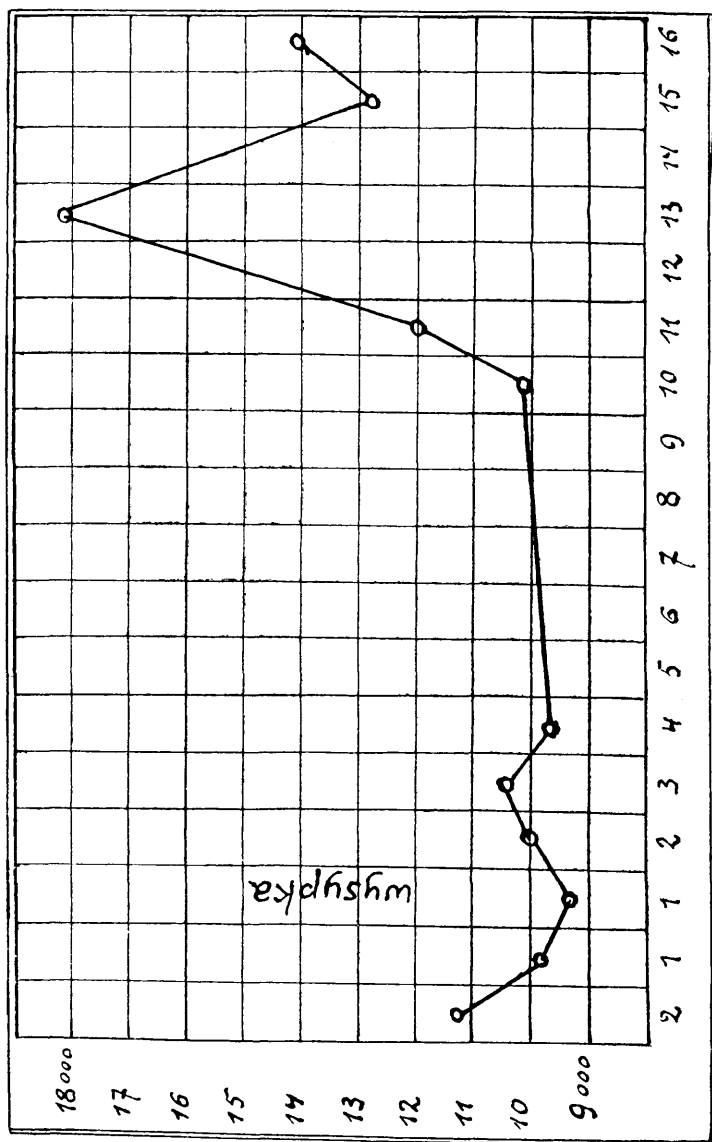
Do drugiej grupy należą trzy przypadki, w których ilość b. c. krwi utrzymywała się w okresie wysypki na poziomie mniej więcej prawidłowym: jeden o przebiegu lekkim, bez powikłań (p. 25-y); drugi — o nasileniu średnim powikłany zapaleniem oskrzeli (26-ty), wreszcie jeden — o przebiegu ciężkim, powikłany różą, lecz z zejściem pomyślnem (przyp. 3-ci).

Na tablicy II jest podany przyp. 25-ty z drugiej grupy, Zygmund I. wiek 2 l. 9 m., ze żłobka. Do czasu odry dziecko było zupełnie zdrowe; przebieg odry lekki, bez powikłań. We krwi w okresie objawów nieżytych nieznaczna leukocytoza, w okresie wysypki ilość białych ciałek krwi mniej więcej normalna, nieznaczne obniżenie się $\%$ ciałek eozynofilnych; w okresie zdrowienia nieznaczna eozynofilia i leukocytoza, utrzymująca się mniej więcej dwa tygodnie, licząc od dnia wysypki.

Do trzeciej grupy należy sześć przypadków z leukocytozą w okresie wysypki: 2 przypadki o przebiegu średnim z powikłaniami (przyp. 27-y — bronchitis; 25-y przyp. — bronchopneumonia) i 4 przypadki ciężkie z poważnymi powikłaniami, zakończone śmiercią (przyp. 28-my — bronchopneumonia, błonica; przyp., 29-ty z wybitną leukocytozą — bronchopneumonia, stomatitis, otitis media; przyp. 12-ty — bronchopneumonia; 32-gi — bronchopneumonia).

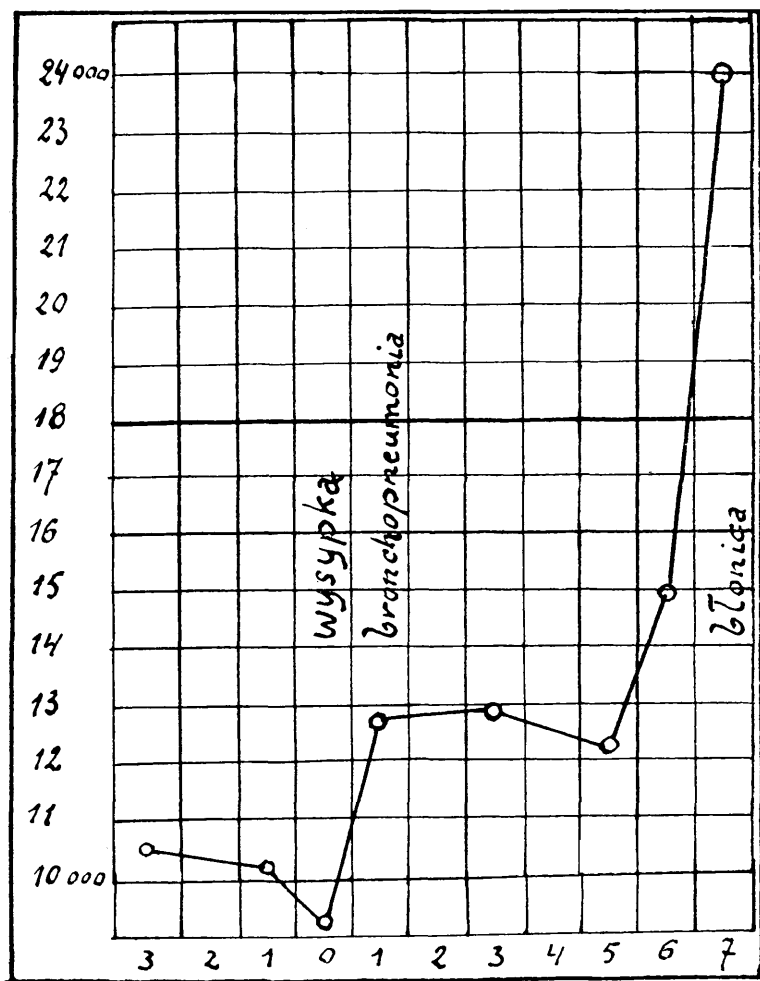
Na tablicy III podany jest przyp. 28-y z trzeciej grupy, Halinka R. ze żłobka im. Marji — wiek $1\frac{1}{2}$ r. Zachorowała 29.1.28 r., t^0 stale wysoka; 1.11 — wysypka, 4.11. — bronchopneumonia, 7.11. dołączyła się błonica gardła i krtani. Stan dziecka ciężki, po kilku dniach exitus letalis. We krwi

Tablica II.



w okresie objawów nieżytowych i wysypk—istale nieznaczna leukocytoza i limfocytoza, przesunięcie się wzoru ciałek obojętnochnych na lewo, zupełny brak ciałek eozynoficznych i monocytów. W czasie powikłań leukocytoza wzrosła, wzór przesunął się na lewo bardzo wybitnie, ciałek eozynoficznych stałe brak, $\%$ monocytów bardzo nieduży.

Tablica III.



Należy podkreślić, że wszystkie podane wyżej przypadki z leukocytozą w okresie wysypki i zejściem śmiertelnem dotyczyły dzieci w wieku od 1 roku do 2 lat życia.

Pod względem jakościowym obraz krwi w okresie wysypki przedstawiał się następująco: w większości przypadków,

w 22-ch, zauważyliśmy limfopenję: dość znaczną w 17-u i bardzo niewielką w 4-ch przypadkach. Limfopenja najwyraźniej była zaznaczona zwykle w pierwszym dniu wysypki i utrzymywała się od 2-ch do 3-ch dni. W przyp. 17-ym zjawiała się ona dopiero na drugi dzień wysypki; w przyp. 20-ym utrzymywała się tylko w pierwszym dniu wysypki. W przyp. 6-tym z limfopenją w okresie wysypki dało się zauważyć w dniu zblednięcia jej limfocytozę, która zniknęła po ustąpieniu wysypki.

Nina N. — 5 lat. Przyp. 3-ci.

	Ilość b. c.	C. obojęt- nochłonne	Limfocyty
3-ci dzień wysypki . .	6.200	46,5%	38%
Wysypka blednie . .	7.400	35,5%	57,5%
Wysypka znikła . .	8.000	53%	38,5%

We wszystkich prawie przypadkach bez powikłań (wyjątek przyp. 14-ty), lub też z nieznacznymi powikłaniami (wyjątek przyp. 27-my, 6-ty, 19-ty), występowała w okresie wysypki limfopenja.

Mniej więcej prawidłową ilość limfocytów mieliśmy w 8 przypadkach: 1 przypadek bez powikłań u dziecka do 2-ch lat (przyp. 14-ty), 3 przypadki z powikłaniami - bronchitis (przyp. 27-my, 6-ty, 19-ty) i 4 przypadki ciężkie z powikłaniami, (przyp. 4-ty z limphadenitis acuta colli et angina — dziecko wyzdrowiało; przyp. 29-ty — stomatitis, bronchopneumonia, otitis media — dziecko zmarło; przyp. 30 ty bronchopneumonia — dziecko zmarło). Limfocytozę zaobserwowaliśmy w 3-ch przypadkach o przebiegu ciężkim z poważnymi powikłaniami i zejściem niepomyślnem.

U wszystkich dzieci w okresie wysypki wystąpiło przesunięcie się obrazu ciałek obojętnochłonnych na lewo. Mały odsetek lub zupełny brak ciałek eozynochłon. w okresie objawów nieżytowych utrzymywał się we krwi prawie u wszystkich badanych dzieci przeważnie w 1-ym i 2-im dniu wysypki, następnie zaś nieco się powiększał.

W niektórych jednak przypadkach spotykaliśmy się z eozynofilią, co prawda bardzo niewielką (1,5% — 6%), bo niższą znacznie niż w okresie powysypkowym: było to u dzieci, które i przed zakażeniem odrą wykazywały zwiększoną ilość ciałek eozynochłonnych we krwi. Monocyty nie wykazywały nic charakterystycznego, ilość ich wahała się od 0% do 4,5%; w tych przypadkach gdzie była nieco zwiększona w okresie objawów kataralnych — zmniejszała się. W przyp.

19-ym, w pierwszym dniu wysypki mieliśmy monocytózę 11,5%, która w 2-im dniu wysypki spadła do 4%.

W przypadkach ciężkich w przeciągu całego okresu wysypki ilość monocytów była bardzo mała (0 — 1%).

Hecker, Hutinel, Jochman, Teissier i cały szereg innych autorów uważają 1) leukopenję, 2) względną i absolutną limfopenję, 3) przesunięcie się wzorów ciałek obojętnochłonnych na lewo i 4) zmniejszenie się ciałek eozynochłonnych za objawy stałe w okresie wysypki. Według niektórych autorów powikłania odry mogą wywoływać w tym okresie leukocytozę we krwi. Renaud, Usbeck, Redlich i Maternowska zaobserwowali w całym szeregu przypadków odchylenie się od tej normy. Badania nasze wykazują, iż w większości przypadków niepowikłanych lub z nieznacznymi powikłaniami, w okresie wysypki występuje leukopenja oraz przesunięcie się wzoru na lewo. Najwybitniej objawy te są wyrażone w pierwszym dniu wysypki.

W przypadkach ciężkich ze złem rokowaniem w okresie wysypki mamy przeważnie leukocytozę, limfocytozę oraz wybitnie zmniejszoną ilość monocytów.

W niektórych jednak przypadkach zachowanie się b. c. krwi i wzoru nie zgadzało się z powyżej nakreśloną normą np. w przypadku 12-ym, który pomimo leukopenji należał do bardzo ciężkich (patrz str. 34), w 14-ym przypadku, bez powikłań, nie znajdujemy w obrazie krwi przesunięcia wzoru na lewo. Przypadków takich było stosunkowo bardzo mało: spotykało się to odchylenie od wyżej ustalonej normy tylko u dzieci drobnych, poniżej 4-let.

W okresie powysypkowym krew była badana u wszystkich dzieci (od 2-10 dni po ustąpieniu wysypki). Wybitną leukocytozę spostrzegaliśmy tutaj w przypadkach ciężkich z pomyślnem zejściem od chwili wystąpienia powikłania, a we wszystkich przypadkach z zejściem śmiertelnym leukocytoza występowała już w okresie wysypki. Przypadek ze stałą leukopenją we krwi nawet w okresie powysypkowym i podczas zapalenia płuc został omówiony szczegółowo już poprzednio (przyp. 12, patrz wyżej).

W przypadkach lekkich bez powikłań lub z powikłaniami nieznacznymi ilość b.c. krwi bądź powracała od razu do normy, bądź w kilka dni po wysypce zjawiała się mierna leukocytoza, która utrzymywała się czasami do dwóch tygodni po ustąpieniu wysypki. (przyp. 14-y, 25-y i 15-y).

Pod względem jakościowym zauważyliśmy w czasie wystąpienia poważniejszych powikłań przesunięcie się wzoru na lewo i tem wybitniejsze, im powikłania były cięższe, mały odsetek lub zupełny brak ciałek eozynochłonnych i monocytów.

W przypadkach bez poważniejszych powikłań z poprzednią limfopenją stwierdzano powrót limfocytów do normy oraz nieznaczny wzrost monocytów i ciałek eozynochłonnych.

Spostrzeżenia nasze w okresie powysypkowym zgadzają się mniej więcej ze spostrzeżeniami innych autorów.

Na zasadzie podanych wyżej szczegółów badań krwi w różnych okresach odrzy, przychodzimy do wniosków następujących:

1. Zachowanie się białych ciałek krwi w odrze, nie mając znaczenia rozstrzygającego, może być wartościowym objawem pomocniczym, zarówno dla rozpoznania jak i dla rokowania

2. Ilość i wzór b.c. krwi w odrze w większości przypadków zachowuje się w pewien określony sposób, a mianowicie:

I. w okresie wylęgania:

- a) leukocytoza,
- b) eozynofilia dość częsta,
- c) nieznaczne przesunięcie się wzoru ciałek obojętnochłonnych na lewo;

II. w okresie objawów nieżytowych:

- a) przesunięcie się wzoru ciałek obojętnochłonnych na lewo,
- b) zupełny brak lub zmniejszona ilość c. eozynochłonnych,
- c) leukopenja (w połowie badanych przypadków);

III. w okresie wysypki:

A) w przypadkach lekkich z dobrem rokowaniem:

- a) leukopenja,
- b) przesunięcie się wzoru c. obojętnochłonnych na lewo,
- c) zmniejszona ilość lub zupełny brak c. eozynochłonnych,

B) w przypadkach ciężkich z zejściem niepomysłnym,

- a) leukocytoza,
- b) limfocytoza,
- c) brak lub wybitnie mały $\%$ monocytów,

IV. w okresie zdrowienia:

- a) leukocytoza mierna,
- b) powrót do normy limfocytów lub mierna limfocytoza,
- c) wzrost ciałek eozynochłonnych i monocytów.

Odchylenia od tej normy występują rzadko i to tylko u dzieci do 4 lat.

Wobec dużej sprzeczności zdań w tej dziedzinie, oraz niejednakowych wyników w poszczególnych przypadkach, badania nad zachowaniem się b. c. krwi w odrze powinny być prowadzone w dalszym ciągu. Należy bowiem zauważyć, że dotychczasowe badania w odrze nie były tak liczne jak np. w płonicy.

U w a g a: Załączona poniżej tablica podaje szczegółowe dane liczbowe co do zachowania białych ciałek krwi w poszczególnych przypadkach.

Przypadek	Data	Imię	Wiek	Okresy choroby	T°	Przebieg choroby	liczba- tych ciałek	E. B.	M. M.	P. S.	L.	Mo- T.
I G R U P A												
1	27.12.27	Larissa B.	8 l.	1-szy dz. wysypki	39,4	Przebieg lekkie	5.800	0	0	2,5	4,5	0,5
	28.XII			2-gi dz. wysypki	37,8		6.200	0	0	1	6	0
	30.XII			3-ci dz. wysypki	37		6.200	1	0	1	5	0
	31.XII			wysypka blednie	37,2		10.000	0,5	0	1,5	7,5	0,5
	2.1.28				36,9		10.600	0	0	1,5	7,5	0,5
2	3.1	Mania J.	7 l.		36,8	Przebieg lekkie	10.600	1	0	1	6	0,5
	4.1			1-szy dz. wysypki	36,7		9.600	1,5	0	1,5	5	0,5
	5.1			2-gi dz. wysypki	36,6		9.400	1	0	2	3	0
	27.XII			wysypka blednie	39,6		6.800	0	0	3	6	0,5
	28.XII			wysypka znikla	38,3		7.000	0	0	3	5	0,5
3	31.XII	Nina N.	5 l.		37,4	Przebieg lekkie	7.200	4	0	2	5	0,5
	2.1				36,8		7.200	5	0	3	6,5	0,5
	3.1				36,8		7.200	4,5	0	2,5	6	0,5
	7.1			1-szy dz. wysypki	39		5.900	0	0	3	13	0
	8.1			2-gi dz. wysypki	38,1		6.200	0	0	4	10	0,5
4	9.1	Zbyszek L.	7 l.	3-ci dz. wysypki	37,8	Przebieg o nasileniu srednim bronchitis	7.400	1,5	0	1	2,5	0,5
	11.1			wysypka znikla	36,2		8.000	1,5	0	2	3	0
	12.1				36,6		8.000	4	0	2	4,5	0,5
	13.1				36,5		8.000	3	0	2,5	4,5	0,5
	7.1			1-szy dz. wysypki	39,9		6.800	0	0	2	11,5	0,5
5	8.1	Stas S.	7 l.	2-gi dz. wysypki	39,1	Przebieg o nasileniu srednim Conjunctivitis	7.000	0	0	2	11	0,5
	10.1			wysypka blednie	37,6		7.000	1	0	2	4	0,5
	11.1				36,7		7.200	2	0	1	5	0,5
	12.1			wysypka znikla	36,6		9.000	2,5	0	0,5	2,5	0,5
	14.1				36,6		7.200	2,5	0	1	3	0,5
5	10.1	Stas S.	7 l.	2-gi dz. wysypki	38,2	Przebieg o nasileniu srednim Conjunctivitis	5.800	0	0	1	4	0,5
	11.1			3-ci dz. wysypki	37,7		6.000	0,5	0	0,5	2	0,5

MŁODA MATKA

DWUTYGODNIK

poświęcony zdrowiu i wychowaniu dziecka do lat 7-miu.

Pod redakcją

Dr. Barańskiego i Wandy Pełczyńskiej.

Wychodzi 1 i 15-go każdego miesiąca.

WARSZAWA

Górnośląska 20 m. 7. Telefon 401-24.

Warunki prenumeraty:

Miesięcznie Zł. 1.— Półrocznie Zł. 5.40.

Kwartalnie „ 2.70. Rocznie „ 10.—

Numer pojedynczy 50 gr.

12.1 13.1 14.1 17.1 18.1 19.1	6	Franek R.	4 l.	wysypka blednie wysypka znikla	37,3 37,4 38 37,8 36,9 36,7	Przebieg o nasi- leniu sredniem bronchopneumonia	6.200 1.5 0 0 0.5 2 63 31 1 1 7.000 2 0 0 0.5 5.5 58 30.5 1.5 2 7.800 2.5 0 0 0.5 5 54 33.5 3.5 1 8.200 1.5 0 0 0.5 3 57 33.5 3.5 1 8.800 2.5 0 0 0.5 2 61 30 3 1 8.900 2 0 0 0.5 2 62 30.5 2.5 0.5	1	1
15.1 17.1 18.1 19.1 20.1 21.1 26.1	7	Jadzia P.	7 l.	1-szy dz. wysypki 3-ci dz. wysypki wysypka blednie	38,4 38,8 37,8 38,2 39,6 39,8 36,7	Przebieg o sr. nasil. conjunctivitis wyb. Bronchitis	6.800 0.5 0 0 3 8 31 55 2 0.5 7.300 0.5 0 0 3 8.5 30.5 55 2 0.5 7.400 1 0 0 1.5 6.5 35 52 3 1 7.600 1 0 0 1.5 6.5 52 36 2 1 10.200 1.5 0.5 0 1 5.5 54.5 32.5 2 1.5 10.400 1.5 0.5 0 1 4 58 31.5 3 0.5	1	1
15.1 17.1 18.1 19.1 20.1 21.1	8	Chodakacz	19 l.	2-gi dz. wysypki 4-ty dz. wysypki wysypka blednie	38,4 39,5 39,3 38,8 37,2 36,6	Przebieg lekki	6.800 0.5 0 0 4 8.5 64.5 20 1.5 1 8.200 0.5 0.5 0 3.5 7.5 64 22.5 1.5 0 8.200 0.5 0.5 0 0.5 5 64 27 2 0.5 8.800 2 0 0 1 5.5 58.5 30 1 2 9.400 5.5 0 0 1 3.5 50.5 34 5.5 0 9.500 9 0.5 0 0.5 2 49 34 4 1	1	2
18.1 19.1 20.1 21.1 23.1 24.1	9	Edzio Cz.	12 l.	2-gi dz. wysypki 3-ci dz. wysypki wysypka blednie	39,5 38,5 37,4 37,2 36,7 36,7	Przebieg lekki	6.000 0.5 0 0 1.5 5 71 19 1 2 6.200 2 0.5 0 1.5 5.5 67 20 1.5 2 8.000 2.5 0.5 0 2.5 6 56 24 4 2.5 8.000 3 0 0 1 5.5 49 33 6 2.5 8.000 2 0 0 1 4 56 30 5 2 7.800 1 0 0 1 3 55.5 37.5 0.5 1.5	1	2
20.1 21.1 22.1 23.1 24.1 25.1	10	Genia Cz.	11 l.	1-szy dz. wysypki 2-gi dz. wysypki wysypka blednie	39,5 39,2 37,9 36,7 36,7 36,6	Przebieg o sr. nasil. bronchitis	5.800 1.5 0 0 1.5 6.5 66.5 20 2.5 1.5 6.000 1.5 0 0 1.5 7 59 26 3 2 6.800 2 0 0 1 6.5 56 30 3 1.5 7.200 2.5 0 0 0.5 6 49 38 2.5 1.5 7.900 5 0 0 1 5 43 42 2.5 1.5 7.800 5 0 0 1 5 39 46 2.5 1.5	2	0
20.1 21.1 22.1				2-gi dz. wysypki 3-ci dz. wysypki wysypka blednie	38,7 38,4 37,5		5.200 0.5 0 0 1.5 6 70 20 2 0 6.000 2 0 0 0.5 5.5 62 27 2 1 6.900 3 0 0 1 5 58 30 2.5 0.5	2	1

Przypadek	Data	Imię	Wiek	Okresy choroby	T°	Przebieg choroby	Ilość biatychności	E.	B.	M.	Mł.	P.	S.	L.	Średnia	T.
11	23.I	Łukaszys	10 l.	1-szy dz. wysypki 2-gi dz. wysypki wysypka błędnie	37,4	Przebieg lekki	7,000	6	0	0	0,5	4,5	48	36	3,5	1,5
	24.I				36,7		7,200	4	0	0	0,5	3,5	48	39	4	1
	25.I				36,7		7,600	5	0	0	1	3	46	42	2,5	0,5
	21.I				39		6,800	0	0	0	2	6	72	19	1	0
	22.I				37,8		7,000	0,5	0	0	3	5	70	20	1,5	0
12	23.I	Franek R.	1 r. 4 m.	Objawy nieżytowe 1-szy dz. wysypki 2-gi dz. wysypki wysypka błędnie	37,3	Przebieg ciężki	8,600	1	0	0	0,5	2	63	30	3	0,5
	24.I				36,8		8,800	3	0	0	0	1	55	40	1	0
	25.I				36,6		11,200	4	0	0	0	1	44,5	48	2,5	0
	29.I				40		7,200	0	0	0	2	6	30	60	2	0
	30.I				39,4		6,900	0	0	0	2	5,5	28	64	0,5	0
13	31.I	Lubianiec	11 m.	Objawy nieżytowe 1-szy dz. wysypki 2-gi dz. wysypki wysypka błędnie wysypka znikła	40	Bronchopneumonia	7,200	0	0	0	2	6,5	26	65	0,5	0
	1.II				40,1		6,000	0	0	0	3	4,5	17	73,5	1	1
	2.II				39,5		6,000	0	0	0	2	3,5	18	75	0,5	1
	3.II				38,5		7,600	0	0	0	1	5,5	36	57	0,5	0
	4.II				39,9		8,000	0	0	0	0,5	3	40	56	0,5	0
14	1.II	Zygmuś II	2 l. 5 m.	Okres wylegania objawy nieżytowe 1-szy dz. wysypki 2-gi dz. wysypki wysypka błędnie wysypka znikła	37	Przebieg lekki	14,000	0	0	0	2	5	35	57,5	0,5	0
	2.II				37,7		14,000	0	0	0	3	5	28,5	63	0,5	0
	3.II				37,4		13,600	0	0	0	2	3,5	25	69	0,5	0
	4.II				39		9,600	0,5	0	0	1,5	4,5	14	79	0,5	0
	5.II				38		7,400	0	0	0	2	6	29,5	62	0,5	0
14	6.II	Zygmuś II	2 l. 5 m.	Objawy nieżytowe 1-szy dz. wysypki 2-gi dz. wysypki wysypka błędnie wysypka znikła	39,5	Przebieg lekki	7,000	0	0	0	2	4	54	40	0	0
	7.II				38,6		7,800	0	0	0	3	5,5	60	31	0,5	0
	8.II				37,3		8,400	0	0	0	2	4	55	38,5	0,5	0
	9.II				37,1		9,000	1	0	0	1	3	48	46	1	0
	6.II				38,5		6,300	0,5	0	0	2	2	40,5	53	2	0
14	7.II	Zygmuś II	2 l. 5 m.	Objawy nieżytowe 1-szy dz. wysypki 2-gi dz. wysypki wysypka błędnie wysypka znikła	39	Przebieg lekki	5,800	0,5	0	0	1,5	5,5	40	52	0,5	0
	8.II				38		6,200	1,5	0	0	4	5,5	37	50	2	0
	9.II				38,1		6,500	1,5	0	0	3	5,5	36	52	2	0
	10.II				37,4		12,000	1,5	0	0	3	6	36	52	1,5	0

17.II	Grześ M.	2 I. 10 m.	37,4	12,000	5	0	0	4	6,5	30,5	53	0,5	0,5
18.II			36,8	11,200	6,5	0	0	2	2,5	41	44	3	1
20.II			36,8	10,000	6	0	0	0	4	40	46	2	1
21.II			36,6	10,200	5	0	0	0,5	3,5	42	46	2,5	0,5
22.II			36,7	9,200	4	0	0	0	6	43	40	2,5	2,5
6.II			39	6,800	0,5	0	0	2	3	70	24	0,5	0
7.II	Objawy nieżytowe		39,2	5,300	0,5	0	0	3	6	68	22	0,5	0
8.II	1-szy dz. wysypki		38	6,400	0,5	0	0	2,5	8	53	65,5	0,5	0
9.II	2-gi dz. wysypki		37,8	9,800	2	0	0	2	7	46	40	2,5	0,5
17.II	wysypka znikła	Przebieg lekki	37,3	12,200	1,5	0	0	1	4	52	39,5	1	1
18.II			36,8	12,600	1,5	0	0	1	3,5	50	40	3	1
20.II			36,7	12,200	1	0	0	0,5	2,5	49	43,5	3	0,5
22.II			36,7	13,200	1,5	0	0	1	51,5	39	3	1	1
23.II			36,7	8,000	1,5	0	0	1	3	50	42	2	0,5
17.II	Hala S.	2 I. 11 m.	37	30,200	0	0	0	3	5	23	36	1,5	1,5
18.II	Okres wylegania		37,1	29,800	0,5	0	0	2	6	40	50	0,5	1
20.II			37,1	30,000	1,5	0	0	0	5,5	45	45	2	1
21.II	Objawy nieżytowe		37,2	30,000	0	0	0	0,5	4	48	43	4	0,5
22.II			38	20,600	0	0	0	0,5	10	37	48,5	3	1
23.II	1-szy dz. wysypki		39	6,000	0,5	0	0	0,5	12,5	44,5	40	2	0
24.II	2-gi dz. wysypki		38,4	7,200	0	0	0	1	3,5	56	37,5	1	1
25.II	wysypka błędnie		38	8,400	1,5	0	0	2,5	6,5	40,5	46,5	2	0,5
26.II			37,2	9,000	1,5	0	0	3	6,5	40	45	3,5	0,5
27.II			37	10,200	2,5	0	0	0,5	0,5	25,5	67	4	0
28.II			36,8	10,000	5	0	0	1	3	31	53	5	2
29.II			36,7	10,100	5	0	0	2	3	30	55	4	1
17.II	Kasia S.	2 I 6 m.	37,8	14,000	0	0	0	2	9,5	36	51	1,5	0
18.II			37,8	15,000	0	0	0	0,5	1,5	40	57	1	0
20.II	1-szy dz. wysypki		38	6,000	0,5	0	0	0	3,5	42	48,5	4,5	1
21.II	2-gi dz. wysypki		38,2	7,900	0,5	0	0	0	8,5	54,5	34	2,5	0
22.II	wysypka błędnie		37,6	8,200	0,5	0	0	0,5	4,5	54,5	37	2,5	0,5
23.II			38,3	10,000	0,5	0	0	1	4	50	42	2,5	0
24.II			37,8	8,600	1,5	0	0	1	3,5	55,5	35	3	0,5
25.II			37,2	9,000	0,5	0	0	0,5	3,5	51	41,5	2,5	0,5
26.II			36,8	8,300	0	0	0	0,5	2	42,5	52	1,5	1,5
27.II			36,7	7,800	0,5	0	0	0	2	42,5	52	1	2
28.II			37,1	7,800	2	0	0	0,5	2	38,5	48,5	4,5	4
1.III			36,7	8,000	1	0	0	0,5	2	50	41	2,5	3

Przy- padek	Data	Imię	Wiek	Okresy choroby	T°	Przebieg choroby	Ilość bia- łych ciątek	E. B.	M. Mł.	P. S.	L.	Śr.	T.			
18	12.III	Kłosińska	21. 5 m.	Okres wylęgania	37,1	Przeb. o śr. nasil. Otitis media	10.000	2,5	0	2	4,5	44	45			
	13.III			Objawy nieżytowe	37,2		10.800	2,5	0	2,5	7	48	39			
	15.III			1-szy dz. wysypki	37,8		6.000	1	0	3	7	57	30			
	16.III			2-gi dz. wysypki	40,1		5.600	1	0	5	10	63	19			
	17.III			Wysypka blednie	39,9		14.000	1,5	0	1	3	47,5	42			
	19.III				38,1		7.000	1	0	2	3	50	39			
	20.III				37,4		6.800	2	0	2	3	57	32			
	21.III				36,8		7.000	2	0	1	3,5	53	36			
	23.III				36,8		8.800	2,5	0,5	0	4,5	48,5	38			
	24.III				37,4		9.600	2,5	0	1,5	6,5	50	35,5			
	27.III				36,7		9.600	2,5	0	1,5	6,5	54,5	31,5			
														3,5	0	
	19			14.III	Aleksandra		7 l.	1-szy dz. wysypki	37,7	Przeb. o śr. nasil. Bronchitis	4.700	2	0	3	5,5	30
15.III		2-gi dz. wysypki	36,8	5.800		1		0	3		4	48	40			
16.III		3-ci dz. wysypki	38,7	6.000		1		0	5		4	50	37			
17.III		Wysypka znika	38,6	6.000		4		0	1,5		3,5	21,5	65			
19.III			38,5	6.200		1		0	0		1	42	53			
20.III			37,8	6.600		3,5		0	2		3	46	41			
21.III			37,3	7.000		2		0	0,5		1	57	36			
22.III			36,8	7.000		2		0	1		3,5	60	29,5			
														3	1	
															11,5	0
															4	0
															3	0
20		14.III	Ludwik W.	21. 6 m.		Objawy nieżytowe		39	Przeb. o śr. nasil. Bronchitis		5.500	1	0	3	4,5	67
	15.III	1-szy dz. wysypki			38,3	5.800	1,5	0		2,5	2,5	59	34			
	16.III	2-gi dz. wysypki			38	4.400	1,5	0		2,5	5,5	40	45			
	17.III	Wysypka blednie			37,6	7.000	3,5	0		1,5	3	30	58			
	19.III				38,4	10.000	2,5	0		1	5	41	45,5			
	21.III				38,2	9.000	2,5	0		0,5	4	42	46			
	22.III				38,1	10.000	2,5	0		1	3	48	44			
	23.III				37,8	10.800	2	0		1	4	48	44			
	24.III				37,8	8.800	2	0		2	1,5	48	44			
	26.III				36,5	8.600	3	0		1	2,5	48	42,5			
	27.III				36,5	9.000	0,5	0		2	2	49	42			
															3	1,5

21	14.III	Kasperowicz	6 l.	Objawy nieżytowe	38,4	Przebieg o nasileniu średnim	6,800	1	0	0	2	2	162	29	4	0
	15.III			1-szy dz. wysypki	39,3	Wymioty, ból w okolicy wyrostka	6,600	2	0	0	2	4	70	20	2	0
	16.III			2-gi dz. wysypki	38,8	Zapach z ust	7,100	1,5	0	0	2	4	71	19	2,5	0
	17.III			wysypka blednie	38,7		5,200	1,5	0	0	1,5	3	53	37	4	0
	19.III			wysypka znikla	38,7		8,000	1,5	0	0	1	5	39	49,5	3	1
	20.III				37,9		8,000	2,5	0	0	1	2	48,5	43	1,5	1,5
	21.III				37,8		9,800	2	0	0	0,5	2	65,5	28	2	0
	22.III				37,3		10,200	2,5	0	0	0,5	2,5	62	30,5	1	1
	23.III				37,2		10,000	2	0	0	0	1	61	34	1	1
	24.III				37,1		9,000	1,5	0	0	0,5	2	60	33,5	2	0,5
	25.III				36,7		10,000	2,5	0	0	0,5	2,5	56	33	5	0,5
22	14.III	Klukiewicz	3 l.	Okres wylegania	36,8	Przebieg o nasileniu średnim	10,000	6	0	0	4	5	51	32,5	1,5	0
	15.III				37,9		10,000	5	0	0	4	5	56,5	28	1,5	0
	16.III				37,9		20,000	6	0	0	1,5	5,5	56	28	3	0
	17.III				36,8		10,800	6,5	0	0	1	4,5	55	30	3	0
	19.III				37,3		10,800	3,5	0	0	1,5	6	50	32	6	1
	20.III				38,3		13,000	2,5	0	0	2,5	7,5	54	26,5	6,5	0,5
	21.III			Objawy nieżytowe koplik	38,1		6,200	4	0	0	2,5	4,5	50,5	32	5,5	1
	22.III				38,6	Bronchitis	6,400	6	0	0	0,5	1,5	53	38	1	0
	23.III				38,8		5,400	5	0	0	1,5	2,5	62	28	1	0
	24.III			1-szy dz. wysypki	39,4		6,600	5,5	0	0	1,5	9,5	59,5	23	1	0
	26.III			2-gi dz. wysypki	38,2		5,000	1,5	0	0	0,5	3	50	44	1	0
	27.III			wysypka blednie	36,8		6,800	6	0	0	2	1	37	51	2	1
	28.III			wysypka znikla	37,2		12,000	10	0	0	1	6	24	54	3,5	1,5
	30.III				37,5		11,000	9,5	0	0	0	1	40,5	47,5	0,5	1
	22.12.27	Hala J.	3 l.	1-szy dz. wysypki	37,4	Przebieg ciężki (dziecko wyzd.)	5,100	2	0	0	4	8	36	49	1	0
	23.XII			2-gi dz. wysypki	37,1		6,000	2	0	0	3	8	27	55	0,5	0
	24.XII			wysypka blednie	36,3		6,100	3	0	0	2,5	6	42	46	0	0,5
	26.XII				37		7,800	2	0	0	3	8,5	59	26	0,5	1
	27.XII				40	Lymphad. acuta angina follicul.	20,000	0,5	0	0	2,5	8	64	24	0	1
	21.28				40,2		22,100	0	0	0	3	13,5	69	14	0	0,5

Przy- padek	Data	Imię	Wiek	Okres choroby	T°	Przebieg choroby	Ilość bia- łych ciałek	E.	B.	M.	Mł.	P.	S.	L.	Mo- g	T.
II G R U P A																
24	22.XII	Luda B.	4 l.	3-ci dz. wysypki	37,6	Przebieg ciężki (dziecko wyzd.)	8,000	0	0	0	2,5	10	44	42	1	0,5
	23.XII			wysypka znikła	40,6		15,800	0,5	0	0	2,5	5	53,5	37	0,5	1
	24.XII				39	Erysipelas	15,900	0	0	0	4	4,5	54	36	0,5	1
	26.XII				39		16,000	0	0	0	4,5	20	62	13	0,5	0
25	6.II	Zygmusł I.	2 l. 9 m.	Objawy nieżytowe	38	Przebieg lekki	11,200	0	0	0	0,5	1,5	48,5	49	0,5	0
	7.II				38,9		10,000	2	0	0	0,5	9,5	28	59	0,5	0,5
	8.II			1-szy dz. wysypki	38,8		9,000	2	0	0	0,5	8,5	36	52	0,5	0,5
	9.II			2-gi dz. wysypki	38,7		10,000	3	0	0	3,5	6,5	38	49	0	0
	10.II			3-ci dz. wysypki	37,7		10,200	3	0	0	2	6	35	51,5	0,5	2
	11.II			wysypka znikła	37,2		9,800	4	0	0	2	4	35	52,5	2	0,5
	17.II				36,6		10,000	3,5	0	0	1,5	4,5	16	69	3,5	2
	18.II				36,5		12,000	2,5	0	0	1	5	22	65,5	2	2
	20.II				36,6		18,000	3	0	0	1	3	35	55	1,5	1,5
	22.II				36,7		12,800	4	0	0	1	3	35,5	53,5	1,5	1,5
	23.II				36,7		14,000	3,5	0	0	0,5	2,5	48	42,5	2,5	0,5
26	14.III	Witaljusz K.	2 l. 6 m.	1-szy dz. wysypki	37,8	Przebieg o nasi- leniu średnim bronchitis	8,800	0	0	0	0	3	60	36	1	0
	15.III			2-gi dz. wysypki	38,8		7,800	0	0	0	1	5	50	43	1	0
	16.III			wysypka blednie	38,6		14,000	0	0	0	0,5	4,5	40	53	2	0
	17.III			wysp. prawie znikła	37,8		10,800	3	0	0	2	5	25,5	61,5	2	1
	19.III			wysypki brak	37,6		9,800	2	0	0	1	5	47	42	2	1
	20.III				37,3		10,100	2,5	0	0	0,5	10	50	35	2	0
	21.III				36,7		12,600	2	0	0	2	4,5	52	33	4,5	2
	22.III				36,6		10,800	2,5	0	0	1	3,5	42	50,5	0,5	0
	23.III				36,7		10,000	2,5	0	0	0,5	1,5	48	47	0,5	0
	24.III				36,7		8,800	2,5	0,5	0	2,5	5	43	42	2,5	1
	25.III				36,7		9,000	3	0	0	1,5	4	43	45,5	2,5	0,5

III G R U P A

27	28.XII	Miedźwiedzie	1 r. 6 m.	1-szy dz. wysypki	37,2	Przebieg o nasileniu średnim bronchitis									
						12,000	0	0	0	3	6	28	60	3	0
	30.XII			2-gi dz. wysypki	37,3	11,200	0,5	0	0	2	4	27	63,5	3	0
	31.XII			3-ci dz. wysypki	38	11,000	0,5	0	0	4	7	25,5	59,5	3	1
	2.I			wysypka znika	36,8	8,000	0,5	0	0	3,5	4	29	60	2	1
	3.I				36,7	8,200	0	0	2	2,5	4	26	61	3	1,5
	4.I				36,8	9,000	0	0	0	2	6	36	53	2	1
	5.I				36,5	11,200	1	0	0	2,5	6	35	54	1,5	0
	7.I				36,6	11,200	1	0	0	1,5	2,5	42,5	51	1,5	0
	9.I				36,5	10,800	0	0	0	1,5	2	50	46	0,5	0
28	29.I	Halina R.	1 r. 1 m.	Objawy nieżytowe	39	11,600	0	0	0	1	6	48	45	0	0
	31.I				40	11,400	0	0	0	1	7,5	48,5	43	0	0
	1.II			1-szy dz. wysypki	39,9	10,400	0	0	0	1,5	10	25	63,5	0	0
	2.II			2-gi dz. wysypki	39,5	12,900	0	0	0	1	8	30	60	0,5	0,5
	4.II			wysypka znika	39,2	12,900	0	0	0	3	8	41	47	1	0
	6.II				39,2	12,200	0	0	0	2	10	61	25	1	1
	7.II				38	15,000	0	0	2	0	14	57	25	1	1
	8.II				39,8	24,000	0	0	0	2	7,5	67	20,5	1	2
29	30.I	Olek G.	1 r. 9 m.	Objawy nieżytowe	38,2	24,000	0	0,5	0	1	5,5	28,5	64	0,5	0
	31.I				37,8	22,000	0	1	0	1	5,5	29	63	0,5	0
	1.II			1-szy dz. wysypki	37,5	21,800	0	0	0	2,5	12	30,5	54	1	0
	2.II			2-gi dz. wysypki	38	20,000	0	0	0	2,5	8	36	52	0,5	1
	3.II				39	22,000	0	0	0	1	6	40	53	0	0
	4.II				38	40,000	0	0	0	0,5	4	46	49	0,5	0
	6.II				37,5	30,000	0	0	0	2,5	6	44	47	0,5	0
	7.II				38	23,000	0	0	0	1,5	5	46	46	0,5	1
30	31.I	Zenon P.	1 r. 2 m.	Objawy nieżytowe	37,7	11,800	0	0	0	2	5	46	45	0,5	1,5
	1.II				37,1	12,800	0	0	0	4,5	8	36,5	50	1	0
	2.II			1-szy dz. wysypki	37,1	13,800	0,5	0	0	3	8	37	51	0,5	0
	3.II			2-gi dz. wysypki	37,1	14,800	0,5	0,5	0	1,5	5	41,5	51	0	0

Przy- padek	Data	I m i ę	Wiek	Okres choroby	T ⁰	Przebieg choroby	Ilość bia- łych ciałek	E.	B.	M.	Mł.	P.	S.	L.	Ł	T.
31	4.II	Wasył K.	3 l.	3-ci dz. wysypki wysypka błędnie	37,5	Bronchopneumonia	14,400	0,5	0	0	3	6	44	46	0	0,5
	6.II				37,6		11,000	0	0	0	2	5	48	44,5	0,5	0
	7.II				38,2		11,000	0	0	0	1	4	60	34,5	0,5	0
	9.II				39,8		16,000	0	0	0	2	6	60	31,5	0,5	0
	17.II			Objawy nieżytowe	37,6	Przebieg o nasile- niu średnim	15,600	0	0	0	4	10	27	58	1	0
	18.II				38		11,700	0	0	0	4	4,5	45	46,5	0	0
	20.II				37,8		15,000	2	0	0	2	10	42	44	0	0
	21.II				38,6		15,000	2	0	0	0	3	31,5	61,5	1,5	0,5
	22.II				37,4		11,200	2	0	0	0,5	3	38	52	2,5	2
	23.II				38		10,800	2	0	0	0	2	39,5	52	2,5	2
	24.II				37,5		10,800	2	0	0	0	3	50	41	2	2
	25.II				38,6	Bronchopneumonia	12,200	2	0	0	2	3,5	41,5	48	1	2
	26.II				39		19,600	0,5	0	0	0	2,5	57,5	37	1	1,5
	27.II				38,1		18,000	0,5	0	0	0,5	3	57	37	1	1
32	28.II	Leszek M.	2 l. 1 m.	Objawy nieżytowe	37,8	Przebieg ciężki (exitus letalis)	17,000	2	0	0	0,5	2	49	42	3	1,5
	29.II				37,6		18,000	2	0	0	0,5	1	50,5	42	2	2
	24.II			Objawy nieżytowe	38		20,000	0	0,5	0	0,5	3,5	22,5	67,5	5,5	0
	25.II				38	Bronchopneumonia	16,000	0	0	0	1,5	4,5	13,5	77	3	0,5
	26.II				38,2		13,800	0,5	0	0	2	5	20	67,5	3,5	1,5
	27.II				39		14,000	0	0,5	0	1	3	29	65,5	0,5	0,5
	28.II				39		14,000	0,5	0	0	2,5	10	26	57	0	1
	29.II				38,1		14,000	0,5	0	0	6	6,5	21	63	2	1
	1.III				38,4		20,000	1,5	0	0	3	3,5	31,5	58	2	0,5
	2.III				39,1		20,000	2,5	0	0	1	3	27,5	58	3	4

PIŚMIENNICTWO.

1. Combe. Archives de medecine des enfants 1900 r. (cyt. wg. Hutinel'a). 2. Renaud. Thèse de Lausanne 1900 r. (cyt. wg. Hutinel'a). 3. Platenga. Archives de medecine des enfants 1903 r. (cyt. wg. Hutinel'a). 4. Hutinel. Les maladies des enfants T. I. 1909. 5. R. Hecker. Zeitschrift für Kinderheilkunde 1911 r. (s. 78). 6. Zeiss. Ergebnisse der inneren Med. und Kind. 1911 r. 7. Mensi Enrico. Gaz. d. osp. c. d. clin. T. 34. N. 137. 1913 r. 8. Mandelfo Em. Deutsche medicin. Wochenschrift T. 147. N. 45. 1921 r. 9. Teissier. „Rongeoale“ Nouveau Traité de Med. Tom. II. 1923 r. 10. Usbeck Gertrud. „Zeitschrift für Kinderheilkunde“ Bd. 36. 4/5. 1923 r. 11. Winterfeld u. Edith. Klinische Wochenschrift Jg. 2. N. 43. 1923 r. 12. Jochmann. Lehrbuch der Infektionskrankheiten. Zweite Auflage. 1924. 13. M. Erlichówna. „Zarys hematologii dziecięcej“. 1924. 14. M. Erlichówna i Bień. „Pedjatrja Polska“. Tom IV. 1924 r. 15. Redlich i Maternowska. „Pedjatrja Polska“. T. VII. Z. VII. 1927 r. 16. Redlich i Maternowska. „Monatschrift für Kinderheilkunde“ Bd. 38. H. 1—2 1928 r. 17. H. Baar i E. Stransky. Die klinische Hämatologie des Kindesalters 1928 r.
-

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniw. Warsz.

Dyr. Prof. M. Michałowicz.

Przypadek pneumokokowego zapalenia otrzewnej o nietypowym przebiegu.

P o d a ł y

A. Łacka i C. Rozengartenówna.

Bar. Wł. przybył do kliniki w dniu 18. IX. r. b. z następującymi wiadomymi: Dziecko drugie z kolei, rodziców młodych i zdrowych. Chorych na gruźlicę w otoczeniu niema. Pierwsze dziecko zmarło w pierwszym roku życia na schorzenie jelitowe; matka dwukrotnie roniła samoistnie.

Urodzone na czas, normalnie, karmione piersią wyłącznie przez 2 tygodnie, a potem dokarmiane nieprawidłowo: soków i jarzyn dotychczas nie dostawało. Pierwszy ząb w 7-ym mies., siedzieć zaczął w 9-ym mies. Pod koniec pierwszego roku życia chorował około dwóch miesięcy na biegunkę, o przebiegu ciężkim. Pozatem dziecko było zdrowe lecz wątłe.

W maju r. b. zachorowało na zapalenie oskrzeli, ciepłota dochodziła do 39°. Pod koniec maja wystąpiła biegunka: dziecko oddawało po 10-12 stolców na dobę, płynnych, cuchnących, z domieszką śluzu, bez krwi. Biegunka z niewielkimi przerwami trwa do chwili obecnej. Brzuch od 6-ciu tygodni stopniowo się powiększał. Dziecko często gorączkowało. Całkowity brak łaknienia, wymiotów nie było. Na kilka dni przed przybyciem do kliniki stan dziecka znacznie się pogorszył.

Stan obecny: Dziecko przytomne, spokojne, bardzo wyniszczone, blade, o cierpiącym wyrazie twarzy. Ciepłota 36.8. Tętno bardzo słabo napięte, słabo wypełnione, miarowe, 150. Oddech powierzchowny, miarowy, 56. Budowa bardzo wątła, drobna. Waga 7.800 gr (zamiast należnych 9.700 gr. wg. Pirqueta) Odżywienie nędzne. Skóra bardzo blada, sucha, wiotka. Niewielkie obrzęki kończyn dolnych oraz powłok brzusznych. Gruczoły chłonne szyjne i pachwinowe powiększone, przesuwalne. Kościec drobny bez zmian krzywicznych. Jama nosogardzielowa bez zmian. Płuca i serce, układ nerwowy również zmian nie wykazują. Przepuklina pachwinowa obustronna, dająca się odprowadzić. Jama brzuszna: brzuch bardzo duży o powłokach bardzo silnie napiętych, pępek wygładzony, sieć żylna zaznaczona w górnej części brzucha. Obwód na wysokości pępka 50 cm. W podbrzuszu z obu stron stłumienie, które się wyjaśnia przy ułożeniu dziecka na bok. Powyżej pępka odgłos wypukowy bębnowy. Obmacywanie bardzo bolesne, oporu nie wyczuwa się nigdzie. Stwierdza się wybitne falowanie i chębotanie w całym brzuchu, szczególnie w pozycji siedzącej. Wątroby i śledziony naskutek dużej ilości płynu nie daje się określić.

Badanie moczu żadnych zmian patologicznych nie wykazuje. Badanie kału na obecność prątków Kocha dało wynik ujemny. Prześwietlenie

promieniami R e n t g e n a wykazało: brak zmian patologicznych w płucach i we wnękach, przesunięcie serca ku górze oraz wysokie ustawienie przepony, które tłumaczyliśmy obecnością płynu. Badanie przez odbytnicę dało wynik ujemny. Odczyn skórny P i r q u e t'a ujemny. Mimo ujemnego odczynu tuberkulinowego, skłanialiśmy się w kierunku rozpoznania gruźliczego zapalenia otrzewnej, tłumacząc ujemny wynik odczynu anergią, naskutek wybitnego wyniszczenia dziecka.

20.IX. Ciepłota wieczorna 38°, ranna 40°. Tętno mierowe, słabo napięte i wypełnione, 160. Oddech spokojny, miarowy, 70'. Stan ogólny dziecka bardzo ciężki. Stolce płynne, cuchnące, do 6-ciu na dobę, z domieszką śluzu. Nie wymiotuje. Brzuch silnie wzdęty, bolesny; stłumienie, chełbotanie, jak wyżej.

Badanie krwi: Hb. 40 według S a h l i e g o:

czerwonych ciałek . . . 3.400.000
białych ciałek 36.200

Wzór białych ciałek:

obojętnochłonne-segmentowane 60%
" pałeczkowate . 12%
monocyty 10%
plazmatyczne 2%
limfocyty 16%

W komórkach obojętnochłonnych stwierdza się nieznaczny stopień zmian toksycznych. Na naradzie z chirurgiem (dr. Wiśniewski) zdecydowano nakłucie jamy brzusznej.

21.IX. Ciepłota 40,2°. Tętno słabo napięte, około 200'. Oddechów 70'. Odczyn P i r q u e t'a powtórnie ujemny. Stan ogólny bardzo ciężki. Oczy zapadnięte, rysy twarzy wydłużone, dziecko nieco zamroczone. Język wilgotny, nieco obłożony. Obwód brzucha 52 cm. Nakłucie jamy brzusznej w linii środkowej poniżej pępka wykazało: płyn zielonkawy, surowiczo-ropny. W bezpośrednim preparacie całe pole usiane ciałkami ropnymi oraz dwóinkami gramo-dodatnimi. Posiew wykazał czystą hodowlę pneumokokową.

22.IX. Stan ogólny dziecka beznadziejny. Facies abdominalis. Ciepłota 38,4°. Tętno nitkowate, ledwo wyczuwalne. Oddech powierzchowny, 90', dziecko porusza skrzydełkami nosa, leży nieruchome, z nóżkami podciągniętymi pod siebie. Obwód brzucha 54 cm. Powłoki brzuszne silnie napięte, przy obmacywaniu wyczuwa się opór. Odgłos wypukowy nad całym brzuchem stłumiony, wybitne chełbotanie. Obmacywanie bardzo bolesne. Na prawem podudziu kilka wybroczyn różnej wielkości, dochodzących do wielkości dwudziestogroszówki, koloru sinawego, o brzegach nierównych. Obrzęki kończyn dolnych oraz powłok brzusznych zwiększyły się znacznie. Tony serca głucho. Ze względu na ciężki stan dziecka, płuc dokładnie nie badano.

Powtórne badanie krwi: białych ciałek 28.000, znaczna przewaga obojętnochłonnych, czerwone ciałka barwią się słabo, przeważnie blade, w białych ciałkach obojętnochłonnych stwierdza się wybitne zmiany patologiczne, a mianowicie: źle barwiąca się zaródź, jądra uszkodzone, rozplywające się, wakuolizacja, ziarnistość nierównomierna, gruba.

O godz. 1-szej p. p. dziecko zaczęło silnie wymiotować. Wymiociny koloru czarnej kawy, bez zapachu. O godz. 4-ej p. p. dziecko zmarło.

Rozpoznanie kliniczne: Peritonitis purulenta diffusa pneumococcica. Dystrophia.

Badanie pośmiertne—rozpoznanie sekcyjne: Peritonitis fibrinoso-purulenta diffusa. Pleuritis inferior dextra incipiens. Dilatatio cordis dextri. Stenosis hepatis. Tumor lienis subacuta. Tonsillitis chronica.

Wyciąg z protokołu sekcyjnego Nr. 709.

Płuca bez zmian.

Jama brzuszna:

Po otwarciu jamy brzusznej wylewa się nieco gęstej cieczy biało-żółtawej, z płynającymi w niej bardziej zbitejmi gęstymi masami. Liczne pę-

le jelit w wiotkich zlepekach ze sobą. W okolicy kątnicy, a zwłaszcza wyrostka robaczkowego zlepy nieco mocniejsze, a naloty grubsze i bardziej zbite. W miednicy małej skupia się płyn żółtawy o wyglądzie ropy. Otrzewna na całej przestrzeni, nawet poza nalotami, zmętniała.

Śledziona: torebka wyraźnie zgrubiała, nie prześwieca. Przekrój suchy, cokolwiek zapada się, poniżej torebki blado-różowawy z plamami sinawymi, zrab wyraźny.

Wątroba: duża o brzegu wyraźnie zaokrąglonym, kraje się bardzo łatwo. Na przekroju jaskrawo-żółta, bez rysunku, blada.

Jelito cienkie: nieco żółtawej papki, aparat chłonny niewidoczny, śluzu mało. W miejscu kępek Peyer'a widoczne ślady kępek, niepodbarwione, nie wystające.

Jelita grube: zawierają nieco szarawej papki (kału). Śluzówka gładka, szara, w części wstępującej i w kątnicy o nieco szyfrowym podbarwieniu, aparat chłonny niewidoczny, ściany grube.

Wyrostek robaczkowy: badanie makro- i mikroskopowe wykazało brak wszelkich zmian patologicznych, poza zmianami w surowicówce, zależnymi od rozlanego zapalenia otrzewnej.

Krezka, gruczoły krezkowe i tkanka zaotrzewnowa bardzo znacznie zgrubiała i obrzmiała. (Dr. Siedlecki).

Mamy tu do czynienia z pneumokokowym zapaleniem otrzewnej rozlanem, pierwotnem u dziecka rocznego. W pierwszej chwili przybycia dziecka do kliniki, wywiady, których nam dwukrotnie udzieliła nieinteligentna matka, wskazujące na stopniowe zwiększenie się brzucha, z wahającą się ciepłotą, wyniszczenie, duży brzuch, względnie niezły stan ogólny, skłaniały nas do rozpoznania gruzliczego zapalenia otrzewnej. Natomiast dwukrotnie ujemny odczyn Pirquet'a, nagłe i wciąż wzmagające się pogorszenie stanu ogólnego, wynik badania krwi, charakteryzujący sprawę ropne w przeciwieństwie do gruzliczych, postawiło pierwotne nasze rozpoznanie już drugiego dnia pobytu pod znakiem zapytania. Myśleliśmy raczej o ropnem rozlanem zapaleniu otrzewnej, wychodzącem ewentualnie z wyrostka robaczkowego. Nakłucie jamy brzusznej i badanie wydobytej ropy, wyjaśniło nam sprawę, niestety zapóźno, ponieważ stan dziecka nie pozwolił już na zabieg operacyjny.

W przypadku niniejszym zasługuje na uwagę kilka ciekawych momentów: przede wszystkim bardzo młody wiek dziecka (rok niespełna) oraz płeć—dotyczy on chłopca.

Autorzy podkreślają, że pneumokokowe zapalenie otrzewnej występuje najczęściej u dzieci od 2 do 10 lat i to w przeważnej większości przypadków u dziewcząt. W naszym piśmiennictwie sprawą tą zajmował się Zembrzuski. Autor ten również podkreśla względną częstość występowania tej sprawy chorobowej w wieku od 3 do 8 lat, ze znaczną przewagą dziewcząt: w 7-miu spostrzeganych przez siebie przypadkach miał jednego chłopca. Salcer podaje 33 przypadki, z których 30 u dziewcząt i 3 u chłopców.

Ciekawem jest również nietypowy przebieg w naszym przypadku, o ile wierzyć mamy wywiadowi, że istotnie cie-

płota i powiększenie się brzucha trwały od 6-ciu tygodni. Wiemy bowiem, że istnieją dwa typy tego schorzenia: postać otorbiona o przebiegu dłuższym—do kilku tygodni, z niezłym rokowaniem, oraz postać rozlana, przebiegająca ostro, 3 do 8 dni, z rokowaniem fatalnem.

Zaznaczyć należy, że nie znajdujemy punktu wyjścia dla powstania sprawy chorobowej. Można by myśleć o zapaleniu wyrostka robaczkowego, jednakże badanie mikroskopowe żadnych zmian patologicznych nie wykazało. Możemy tylko na zasadzie wywiadów przypuścić, że punktem wyjścia było długotrwałe schorzenie jelit, które obecną chorobę poprzedziło. (Dieulafoy, Flexner).

Jak widzimy więc, rozpoznanie pneumokokowego zapalenia otrzewnej w pierwszym roku życia jest bardzo trudne, ponieważ objawy i przebieg tego schorzenia w tym wieku nie zawsze są tak charakterystyczne i jaskrawe jak w późniejszym dzieciństwie, na co też wskazują i inni autorzy (Marfan, Zembrzowski) i co jest powodem niejednokrotnych błędów rozpoznawczych.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. Brun. Presse Medic. 1910 r. 2. Dieulafoy. Clin. Med. 1928 r.
3. Hallez. Nourrisson t. III, 1915 r. 4. Marfan. Nourrisson 1927 r.
5. Michaut. Thèse 1908 r. 6. Pfaundler u. Schlossman 1928 r.
7. Zembrzowski L. Przegl. chir. i ginekol. t. III. 1910 r. 8. Salcer. Zeitschr. f. chir, Bd. 208.

Z kliniki chorób dziecięcych Uniw. Warsz.

Dyrektor Prof. M. Michałowicz.

Przypadek obustronnego roponercza, wywołanego przez kamice u dziecka rocznego.

P o d a ł y

A. Łącka i C. Rozengartenówna.

Balc. J., 1 rok i 1 m., przybył do kliniki 26.X.28 r. z powodu biegunki i wymiotów, trwających od trzech tygodni.

Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Urodzony na czas, prawidłowo; wąty, słaby od urodzenia. Karmiony sztucznie (mleko, kasza, w jakiej ilości niewiadomo). Bardzo często zapadał na biegunki i wymioty. Jarzyn i owoców dotychczas nie dostawał. Przechodził odrę, zapalenie płuc, a przed 2-ma miesiącami, kszusiec. Przed 7-ma mies. dziecko leżało w klinice z powodu biegunki i zapalenia oskrzeli, wówczas żadnych zaburzeń ze strony oddawania moczu, ani też zmian w moczu nie stwierdzono.

Stan obecny: dziecko bardzo blade, bardzo wątłe, nie siada, niespokojne, przytomne, z cierpiącym wyrazem twarzy, wciąż jęczy. Sinica dokoła ust i nosa, sinica kończyn; duszność wybitna.

Ciepłota 36,8°, tętno miarowe, średnio napięte, słabo wypełnione, 150'. Oddech przyspieszony, miarowy, 48'. Budowa prawidłowa, wąta. Odżywienie upośledzone. Waga 7.500 (należna w/g. Pirqueta 10 400). Skóra blada, wiotka, bardzo mało elastyczna, na pośladkach obwisła. Śluzówki bardzo blade. Wyczuwają się liczne gruczoły chłonne na szyi, pod pachami i w pachwinach, przesuwalne Kościec: zmiany krzywicze średniego stopnia. Ze strony jamy nosogardzielowej, płuc, serca, układu nerwowego i narządów płciowych zmian nie stwierdza się. Jama brzuszna: brzuch lekko wysklepiony, powłoki brzuszne nie napięte. Wątroba wystaje na 1½ palca z pod łuku żebrowego. W lewym dole biodrowym wyczuwa się guz wielkości dużego jaja kaczego, sięgający górnym biegunem lewego łuku żebrowego, o gładkiej powierzchni, twardy, balotujący przy ucisku od tyłu na okolicę lędźwiową lewą, bardzo bolesny przy obmacywaniu. Śledziony nie wyczuwa się. Po stronie prawej poniżej brzegu wątroby wyczuwa się guz wielkości jaja kurzego, gładki, odpowiadający kształtem i zarysami nerce.

Badanie przez odbytnicę dało wynik ujemny. Odczyn Pirquet'a ujemny. Prześwietlenie promieniami Rentgena zmian w płucach i w wnękach nie wykazało. Zdjęcie rentgenologiczne okolicy nerek również zmian nie wykazało.

Drugiego dnia pobytu dziecka w klinice wystąpił całkowity bezmocz, trwający 36 godzin. Zastosowanie ciepłych kąpieeli, okładów gorących na

brzuch, cytotropiny, podanej domięśniowo oraz glukozy podskórnie nie dało żadnego wyniku. Cewnikowanie wykazało, że pęcherz był zupełnie pusty.

Dziecko niespokojne, wyraz twarzy cierpiący, ciepłota niepodwyższona, język suchy, wargi czerwone, suche.

Dopiero następnego dnia dziecko zaczęło oddawać mocz kroplami w bardzo małej ilości. Badanie moczu wykazało: mocz mętny, ciężar gątkowy 1.030, oddziaływanie kwaśne, białka 0,30%, cukru — niema, acetonu — niema, w osadzie wirowanym: całe pole usiane licznymi ciałkami ropnemi, pojedyncze krwinki, wałeczków brak, liczne komórki nabłonka płaskiego oraz liczne bakterje. Innych prób nie wykonano z powodu skąpej ilości moczu.

Powyższe objawy tłumaczyliśmy sobie w ten sposób, że najprawdopodobniej mamy do czynienia z roponerczem obustronnem.

Wobec oddawania bardzo skąpej ilości moczu, wobec niepokoju dziecka, częściowego zamroczenia i dużego pragnienia, które uważaliśmy za objawy uremiczne, dokonano upustu krwi z ciemiaczka w ilości 35 cm³.

Badanie surowicy krwi na mocznik wykazało kolosalne powiększenie ilości moczniaka, a mianowicie 1.90/00 (norma 0,40/00) Tego samego dnia badano czynnościowo nerki za pomocą cystoskopji.

Wynik badania: Wziernikowanie pęcherza moczowego: błona śluzowa pęcherza moczowego bez zmian. Ujście prawego moczowodu zięjące, ujście lewego moczowodu słabo zaznaczone. Po zastrzyknięciu domięśniowo 2 cm³. indygokarminy, po 20-u min. wydzielania się barwika z nerki lewej nie stwierdzono, z prawego ujścia po 20-u min. ledwo podbarwiony strumień moczu (norma 8 min.).

Dr. Lewinsohn, którego uprzejmości zawdzięczamy to badanie, rozpoznał obustronne schorzenie nerek, będące oczywiście przeciwskazaniem do operacji. Tego samego dnia wystąpiły drgawki górnej prawej kończyny i twarzy po stronie prawej. Dziecko bardzo niespokojne, nieprzytomne, duszność znacznie się zwiększyła, tętno silnie napięte, ciepłota podniosła się do 38°. Dokonano nakłucia lędźwiowego w celach leczniczych, wypuszczono około 30 cm³. płynu mózgowo-rdzeniowego, zawierającego 20/00 moczniaka.

Tej samej nocy dziecko zmarło przy objawach mocznicy.

Rozpoznanie kliniczne: Pyonephrosis ambilateralis. Rachitis. Dystrophia.

Badanie pośmiertne. Rozpoznanie sekcyjne: Pyonephrosis bilateralis. Paranephritis sin. Calculi in calicibus renalibus. Obturatio ureteri dextri per calculum. Offuscatio parenchymatosa organorum. Pneumonia nireterata inferior bilateralis. Concretio pleurae utriusque. Oedema meningium.

Wyciąg z protokołu sekcyjnego Nr. 81³.

Jama brzuszna: wątroba nieznacznie wystaje z pod łuku żeberowego. Śledziona schowana. Jelito cienkie w podbrzuszu. Za esicą guz, przeświecający przez otrzewną ścienną. Po stronie prawej w okolicy nerki wkłęśłość zwykła.

Nerki: w torebce tłuszczowej nerki lewej ropne nacieczenie. Torebka łącznotkankowa schodzi łatwo, powierzchnia nerek płatkowa, gładka, wybitnie blado-szara. Nerki duże. Na powierzchni przekroju: zwężenie kory i piramid, bardzo natomiast znaczne rozszerzenie kieliszków i miedniczek. W kieliszkach obu nerek kamyki twarde, drobne, wielkości ziarnka prosa do soczewicy. Rysunek kory i piramid zupełnie niewidoczny. Waga nerki lewej 75 grm.

Moczowód lewy drożny na całej przestrzeni, lecz wąski. Prawy bardzo szeroki w jednym miejscu kamyk płaski wielkości dużego grochu, śluzówka blado-szara, gładka.

Pęcherz moczowy: śluzówka blado-szara, ujście moczowodów zupełnie drożne, moczowód lewy wąski, drożny na całej przestrzeni. (Dr. Czarnocki.

Kamienie nie były badane, najprawdopodobniej jednak były moczowe, ponieważ nie dały nam cienia na zdjęciu rentgenologicznem.

Mieliśmy więc do czynienia z obustronnem roponerczem na tle zamknięcia miedniczek nerkowych przez kamienie.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z następujących względów; 1. Do rzadkości należy obustronna sprawa chorobowa. 2. Młody wiek dziecka, mianowicie 13 miesięcy; jak podają autorzy, najczęściej spotykamy kamienie dróg moczowych w wieku od 3-ch do 7-iu lat. 3. Przypadek dotyczy kamieni w nerkach, które u dzieci są wielką rzadkością. B o k a y w swojej statystyce, obejmującej 1836 przypadków kamicy dróg moczowych, miał 1319 przypadków kamicy pęcherza, 507 przypadków kamicy w cewce moczowej i zaledwie 9 przypadków kamieni w nerce.

Jak twierdzą H u t i n e l i inni, kamica dróg moczowych występuje najczęściej u dzieci sztucznie karmionych i to jednostronnie, zwłaszcza samem mlekiem i u dzieci cierpiących na biegunki, co się też zgadza z opisem naszego przypadku.

Szpital Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

Lekarz Naczelny: T. Mogilnicki.

Przypadek wgłobienia jelit krętniczo - kątniczego u 6-cio miesięcznego dziecka.

Podał

E. Skipirzepa.

Dn. 23.II.28 r. wieczorem, przywieziono do Szpitala Anny Marji 6-cio miesięczną niemowlę płci męskiej, z następującymi wywiadami:

Dziecko karmione piersią i od 2 miesięcy dokarmiane kleikami. Przez ostatnie 2 tygodnie lekka niestrawność — stolce wolne 2 — 3 razy dziennie, wymiotów nie było. Naogół dziecko rozwijało się prawidłowo i było spokojne.

Krytycznego dnia, o 11-ej rano, chłopczyk bez żadnego widocznego powodu zemdlął i zaczął gwałtownie kilkakrotnie wymiotować. Wezwany w godzinę po zachorowaniu dr. M., który już poprzednio badał dziecko, stwierdził ziemiste zabarwienie twarzy, wybitny niepokój, chłodne kończyny. W jamie brzusznej ani guza, ani ustawiania się jelit nie było. Pomimo to, podejrzewając wgłobienie, kazał chorego natychmiast przesłać do Szpitala, o ileby po małej ławatywie okazała się krew w stolcu.

W ciągu dnia dziecko wymiotowało jeszcze kilkakrotnie, a około godziny 9-ej wieczór miało krwawe wypróżnienie, wobec czego zostało przewiezione do Szpitala Anny Marji.

Przy przyjęciu okazało się, że stan jest naogół dobry, dziecko przytomne, dosyć spokojne, ciepłota w kiszce 37,2, śluzówki prawidłowo zabarwione, skóra blada. Język obłożony, wilgotny. Tętno miarowe, 100 na minutę, tony serca czyste, płuca bez zmian. Brzuch wzdęty, twardy, bolesny przy obmacywaniu, nie widać wzmożonego ruchu robaczkowego kiszek, ani wyraźnego guza. Przy badaniu palcem przez odbytnicę wylało się nieco śluzowo-krwawej wydzieliny. Rozpoznano wgłobienie.

W kilka godzin później dokonano operacji. Po otwarciu jamy brzusznej i przeszukaniu jelit stwierdzono wybitne zasinienie końcowego odcinka jelita krętego, wyrostka robaczkowego i kątnicy.

Samego wgłobienia już nie skonstatowano, nie ulega jednak wątpliwości, że przy wyjmowaniu jelit z jamy brzusznej, wgłobiony odcinek zdołał się uwolnić. Ponieważ zasiniona część jelit nie wykazywała daleko posuniętych zmian, jelita wprowadzono do jamy brzusznej i ranę zaszyto na głucho.

Po zabiegu zastrzyknięto pod skórę roztwór 10% cukru gronowego łącznie z roztworem Ringera, zastosowano środki nasercowe i kroplową ławatywę. Po operacji jeszcze kilkakrotnie w stolcu ukazywała się krew. W kilka godzin po zabiegu dziecko otrzymało parę łyżeczek zestrzykniętego pokarmu, którego nie zwymiotowało. Następnie już zaczęto stopniowo przystawiać je do piersi.

24.II. ciepłota 37,6—37,8. Dziecko spokojne, stolec jeden wolny, nie krwawy, jednokrotne wymioty.

W ciągu następnych dni stan dziecka coraz lepszy, zabarwienie twarzy prawidłowe, chory zaczyna się bawić, uśmiecha się. Stolce wolne zielonkawe, 2—3 razy na dobę. Prócz piersi dziecko otrzymuje mleko białkowe. Dziewiątego dnia zdjęto szwy, rana zagojona per primam. Chłopczyk zdrowy został zabrany do domu.

Przypadek powyższy należy do tych nielicznych, które dostają się w ręce chirurga jeszcze przed upływem 24 godzin t. j. wówczas, kiedy zabieg operacyjny może uratować chorego. Wiadomo bowiem, że rokowanie w razie trwającego dłużej wgłobienia jelit, szczególnie u niemowląt, jest przeważnie niepomysłne na skutek ogólnego zakażenia, martwicy lub zapalenia otrzewnej.

Zadaniem lekarza pedjatry, do którego przedewszystkiem zwracają się rodzice w razie zachorowania dziecka, jest szybkie postawienie właściwego rozpoznania. Należy pamiętać, że wgłobienie zdarza się przedewszystkiem u niemowląt, zaczyna się albo w pełni zdrowia, albo po kilku dniach lekkiej niestrawności. Niemowlę zaczyna gwałtownie wymiotować i zmienia się na twarzy, klasycznym jednak objawem są krwawe wypróżnienia, które właściwie decydują o rozpoznaniu. Krwawienie z kiszek występuje już po paru godzinach po zachorowaniu. To też w każdym podejrzanym przypadku wezwany lekarz nie powinien zaniedbać zbadania chorego przez kışkę.

Inne objawy, jak ustawianie się jelit i stwierdzanie bolesnego guza w brzuchu nie zawsze występują.

Niestety, wczesne rozpoznanie wgłobienia zdarza się stosunkowo rzadko, wskutek tego i zejście bywa przeważnie niepomysłne. Świadczą o tem również i dane Szpitala Anny Marji. W przeciągu ostatnich 3 lat przywieziono do Szpitala 7 przypadków wgłobień u niemowląt od 4—10 miesięcy, dwoje z nich przywieziono w czwartym dniu choroby, troje—w trzecim, jedno—w drugim i ostatnie, wyżej opisane, w kilkanaście godzin po zachorowaniu. Z tych siedmiu jedno zmarło w kilka godzin po przyjęciu, nie operowane, z 6-u pozostałych i operowanych wyzdrowiało jedno, którego historję choroby podaliśmy.

Liczyby te mówią same za siebie.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

46 B. 4 H.

Podał S. Popowski.

M a u s b a c h e r. Przyczynek do leczenia jawnej tężyczki ergosteryną.

Autor posługiwał się preparatami „Radiostol” w dawkach 1 mg. i „Vigantol” w dawkach 8—10 mg. dziennie.

Badan dokonano na 11 niemowlętach i 2 dzieciach w wieku 15 i 18 ms. Podczas leczenia dzieci pozostawały w obserwacji klinicznej. Badano pobudliwość galwaniczną i mechaniczną, notowano objawy czynnej tężyczki; w przypadkach zaś istniejącej jawnej krzywicy, jako sprawdzianem zdrowienia, posługiowano się stanem kości potylicowej i badaniami rentgenologicznymi. Objawy czynnej tężyczki zwalczano preparatem wapnia, chlorkiem amonu, luminalem, wodzianem chloralu. Ilość podawanego mleka ulegała zmniejszeniu. Preparaty ergosterynowe były dobrze znoszone przez wszystkie badane dzieci. Autor podkreśla, że luminal szczególnie wprowadzany podskórnie (luminal-natrium), przejściowo obniżał pobudliwość galwaniczną. W pojedynczych przypadkach preparaty ergosterynowe w pierwszych dniach zwiększały pobudliwość galwaniczną.

Naogół z objawów czynnych tężyczki najwcześniej ustępowały drgawki eklamptyczne, najwięcej opożnienia na leczenie był skurcz głosi. Pobudliwość elektryczna wyraźnie obniżała się w 5—10 dni. Mechaniczna pobudliwość dochodziła do normy przeciętnie po 16 dniach leczenia. Natomiast objawy krzywicy ustępowały po 21—30—38 dniach.

R. Priesel i R. Wagner. O miejscowem zaniku tkanki tłuszczowej po zastrzykiwaniu insuliny.

Opisany przez Depischa zanik tkanki tłuszczowej na miejscu zastrzykiwania insuliny, zależy według autorów, nie od lipolitycznego zaczynu, który według Carmichaela i Grahama ma zawierać insulina, lecz od domieszki do insuliny trójkrezolu, dodanego do insuliny w celach sterylizacyjnych. Autorzy radzą nie zastrzykiwać przez dłuższy czas insuliny w jedno i to samo miejsce, posługiwać się insuliną stężoną, oraz uważają za wskazane posługiwanie się mniej niebezpiecznym środkiem konserwującym, dodawanym do insuliny.

W. Sauer. Wewnątrzmożgowe zwapnienia w wieku dziecięcym.

Autor podaje 2 przypadki zwapnień wewnątrzmożgowych. W jednym przypadku stwierdzono rentgenologicznie 5 ognisk zwapniających w mózgu u dziecka 7-letniego; etiologia w tym przypadku nie została wyjaśniona. Potwierdzeń anatomo-patologicznych brak, gdyż dzieci te dotychczas żyją. W wywiadach podano szereg zaburzeń nerwowych i psychicznych.

Bahl. Doświadczenia z „vigantolem“.

Autor stosował vigantol u 90 dzieci z objawami czynnej krzywicy. Dzieci podczas leczenia pozostawały w zwykłych warunkach domowych. Jako sprawdzianem poprawy posługiwał się autor kostnieniem kości potylicowej i rentgenologicznym badaniem; w pojedynczych zaś przypadkach również badaniem poziomu fosforu w surowicy. Badanie rentgenologiczne w 6—8 tygodniu leczenia wykazywało normalny stan kości. Poziom fosforu we krwi dochodził do normy już po upływie 8—14 dni. Vigantol był podawany w postaci tabletek w ilości 4 mg. dziennie. W tej postaci vigantol daje lepsze wyniki, niż w postaci roztworu olejowego. Ujemnego działania nie notowano ani razu.

Schönthal. O zmianach w gospodarce kwaso-zasadowej w gorączce pokarmowej i gorączce spowodowanej solą kuchenną.

Autor u niemowlęcia cierpiącego na zatrucie pokarmowe, spowodowane podawaniem stężonego pożywienia i ograniczeniem wody, badał zaburzenia gospodarki kwaso-zasadowej. Stwierdził przy tym zubożenie osocza w wodę, obniżenie ilości dwuwęglanów i wyraźne zwiększenie chloru.

W 6 przypadkach zaburzeń gospodarki wodnej wywołanej przez podawanie wraz z pożywieniem dużych ilości soli kuchennej obok wystąpienia gorączki stwierdzono zaburzenia w przemianie materji, świadczące o załamaniu się równowagi kwaso-zasadowej. Wraz z obniżeniem dwuwęglanów w osoczu stwierdzono zwiększanie się ich w moczu. NH_3 —czynnik ogólnej kwasoty György'ego ulegały obniżeniu. Badania te, według autora, przemawiają przeciwko podawaniu większych ilości soli w przypadkach wysuszenia niemowląt, gdyż może to być przyczyną dalszego załamania się równowagi kwaso-zasadowej.

Baar. Przyczynę do związku zachodzącego pomiędzy tężyczką, a gospodarką wodną.

Autor, wychodząc z założenia Höbera, że zwiększenie pobudliwości zależy od stanu pęcznienia koloidów, badał wpływ poszczególnych soli na występowanie objawów tężyczkowych u dzieci, cierpiących na tężyczkę utajoną. Dzieciom podawano szereg soli, przyczem kolejno ulegał zmianie anion lub kation solny. Stwierdzano przy tem daleko idącą analogję w uszeregowaniu się kationów i anionów w ich działaniu tężyczkowym a ogólnie znanym szeregiem Hofmeistera. Potas i anion kwasu fosforowego, wyłamywały się z pod tego prawa, wykazując niewspółmiernie mocny wpływ na przebieg tężyczki. Insulina, w mniejszym zaś stopniu pituitryna nasilały objawy tężyczkowe, co według autora, zależy od wpływu ich na przemianę wodną, środki zaś moczopędne, w pierwszym zaś rzędzie teocyna, obniżały pobudliwość w stopniu nie mniejszym, niż to widzimy w stosowaniu chlorku wapnia i chlorku amonu.

Archive of diseases in childhood.

Vol. 3 August 1928 Nr. 16.

Pod ała H. Hirszfeldowa.

Taylor Chadwick. Tolerancja ozdrowieńców po goścu na lewulozę.

Autor zajął się zagadnieniem, czy dzieci ze skazą goścową wykazują konstytucyjne anomalje, dotyczące czynności wątroby.

Dotyczyło to przypadku po goścu i płasawicy ze zmianami sercowymi i bez takowych.

Podawano tym dzieciom 20 — 30 gr., lewulozy rozpuszczonej w 100 gr. wody z dodatkiem soku cytrynowego i określano poziom cukru we krwi. Maksymalne wartości znajdowano od 1 — 1½ godz. po podaniu lewulozy.

Okazało się, że u dziecka zdrowego i u cierpiącego na płasawicę bez powikłań, jak i u ozdowieńca po gośccu, podanie lewulozy nie wpływa na poziom cukru we krwi.

Przypadki czynnego goścca ze zmianami w sercu i bez takowych oraz płasawicy z powikłaniami sercowymi wykazują znaczny brak tolerancji względem lewulozy. Autor przypuszcza, iż ten brak tolerancji jest skutkiem absorpcji jądów z ogniska reumatycznego jak to: z migdałów, serca i t. p.

Olive Sommerville. O zapaleniu płuc płatowem i odoskrzelowem u niemowląt i dzieci.

63 przypadków zapalenia płuc poddano badaniu histologicznemu i bakteriologicznemu.

Ckazało się, że odoskrzelowe zapalenie płuc jest typowem schorzeniem niemowlęcia i dziecka młodego. Zapalenie płuc płatowe należy do wyjątków w pierwszych 3-ach latach życia. W drugim i trzecim roku życia zdarzają się postaci mieszane. Po trzecim roku życia płatowe zapalenie płuc przeważa, czasem jest połączone z odoskrzelowem. Po trzecim roku życia odoskrzelowe zapalenie płuc jest zazwyczaj sprawą wtórną albo po grypie. Objasnienie tego zjawiska jest b. trudne. Przypuszczenie, iż płatowe zapalenie jest wywołane przez pneumokoki, podczas gdy odoskrzelowe jest zakażeniem mieszanem okazało się niezupełnie słuszne, gdyż w kilku przypadkach pierwotnego odoskrzelowego zapalenia płuc autor znalazł jedynie pneumokoki, zaś w kilku przypadkach płatowego zapalenia mieszaną florę bakteryjną.

Być może, iż właściwości samego płuca lub też pewne właściwości serologiczne lub chemiczne związane z pewnemi okresami życia, — są przyczyną tego zjawiska.

Stanley Graham. Arsenik w leczeniu płasawicy.

Opierając się na piśmiennictwie i doświadczeniu własnem, autor wysuwa następujące wnioski:

1. Leczenie arsenikiem nie wpływa na przebieg płasawicy. Pewna poprawa objaśnia się jedynie tonizującym działaniem. Podawanie dożylnie nie ma wartości.

2. Leżenie w łóżku oraz unikanie emocji już po 4 — 5 tygodniach sprowadza wyzdrowienie.

3. Podawanie salicylatów jest polecane, albowiem może mieć dobry wpływ na zakażenie gośccowe.

Lampard. Blok sercowy połączony z wrodzoną wadą serca.

Zestawienie 31 przypadków z piśmiennictwa.

W rzadkich przypadkach wady serca napotkać można wrodzony blok sercowy. Łączy się to zazwyczaj z anomalią przegrody międzykomorowej. Przyczyną nie jest najpewniej otwór w przegrodzie, lecz obecność tkanki łącznej, uciskającej na pęczek Hisa. Stwierdzono tętno od 20 — 72, średnio 47. Autor podkreśla skłonność tych przypadków do nagłej śmierci.

Vol. 3 październik 1928. Nr. 17.

Victor Neale and Marion Esslemont. Zawartość chlorów, cukru i wapnia w płynie mózgowo-rdzeniowym u dzieci.

1. W przypadkach bez powikłań oponowych zawartość tych składników jest normalna z wyjątkiem ostrego pneumokokowego zakażenia, w którym stwierdza się zmniejszenie ilości chlorków.

2. Pogląd, iż zakażenie gruźlicze opon mózgowych przebiega ze zmniejszoną ilością chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym autorzy poddają krytyce.

3. W początkowych okresach tego cierpienia stwierdza się zmniejszoną, w końcowych zwiększoną ilość chlorków.

W pneumokokowych zapaleniach opon mózgowych zaznacza się stopniowy spadek chlorków aż do zejścia. W meningokokowym to samo zjawisko ma miejsce w przypadkach z zejściem śmiertelnym; podnosi się natomiast u ozdowieńców.

4. Krzywa cukrowa w zapaleniu gruźliczem opon mózgowych odpowiada krzywej chlorków. Spadek do 0 może mieć miejsce w czasie choroby i utrzymać się do śmierci.

5. W śmiertelnych przypadkach meningokokowego i pneumokokowego zapalenia opon mózgowych krzywa cukrowa spada stopniowo.

6. W przypadkach pomyślnych ilość cukru wzrasta.

7. W przypadkach chorobowych bez zapalenia opon mózgowych koncentracja wapnia odpowiada normie. W przypadkach zapalenia opon mózgowych poziom wapnia obniża się.

Alan Moncrieff and Payne. Etiologia morbi coeliaci (choroby Hertera).

Na mocy badań nad zawartością tłuszczu we krwi w przypadkach tego cierpienia autorzy wysnuwają wniosek, że przyczyną jest pierwotne zaburzenie w przemianie tłuszczowej (złe wyzyskiwanie tłuszczu), idące w parze ze zwiększeniem tłuszczu we krwi i w kale.

Archives de médecine des enfants.

t. XXXI, Nr. 12.

Podawała Dr. Skwarczyńska.

Lereboullet, David i Donato. Cholesterynemja w błonicy.

Jad błoniczy atakuje specjalnie aparat nadnerczowy. Wyrazem niedomogi nadnerczy w przebiegu błonicy — zwłaszcza jej postaci złośliwych — jest hypoglikemja i hypocholesterynemja. Hypocholesterynemję można wywołać doświadczalnie, zastrzykując jad błoniczy świnie morskiej. Niskie miano cholesteryny może być uważane jako objaw zły prognostycznie — zwiększanie miana towarzyszy poprawie, lub ją poprzedza. Otrzymujemy więc, według autora, teoretyczne uzasadnienie i wyraźne wskazania dla systematycznej opoterapii nadnerczowej w błonicy; autor specjalnie poleca zastrzyki oliwy cholesterynowej i wyciągu z nadnerczy.

Orrico. Białaczka sarkoidalna aleukemiczna śródpiersia z hemocytoblastami; postać przewlekła.

Opis przypadku: u dziecka z objawami duszności, atakami zamartwicy, kaszlem dwutonowym i sapaniem wydechowym, stwierdzono liczne gruczoły i powiększenie śledziony i wątroby. Wobec znalezienia we krwi hemocytoblastów i zwiększenia ilości białych ciałek upada pierwotne podejrzenie co do mięsaka śródpiersia. Autor rozpoznaje białaczkę sarkoidalną, aleukemiczną o postaci tem radszej, że przebieg choroby nie jest ostry, jak obserwowano w opisanych dotąd przypadkach. Na sekcji wykryto ogromny guz śródpiersia, powstały ze zrośniętych gruczołów — we wszystkich gruczołach, wątrobie i śledzionie znaleziono bardzo dużo mikrohemocytoblastów.

Pires de Lima. Przypadek przepukliny pępkowej i przepukliny oponowej.

Przepuklina oponowa o niezwykłym umiejscowieniu; wychodzi ona z otworu w kości czołowej, a nie — jak zwykle bywa — ze szwu czołowego; oponę twardą, nie pokrytą skórą otaczają strzępki skóry nakształt wieńca. Ten sam noworodek ma pozatem przepuklinę pępkową wypełnioną wątrobą i trzewiami, pozbawioną nrskórka i wrzodziejącą na powierzchni. Wobec tego, że dziecko pomimo tych zmian rozwija się prawidłowo, a przepuklina pępkowa zmniejsza się samoistnie — rokowanie jest dobre.

Comby. Mélorhéostozą.

Wybitne zgrubienie kości kończyny dolnej, lub górnej — o patogeniezie i etiologii nieznaney. Proces chorobowy zaczyna się w wieku dziecięcym i rozwija stopniowo, posuwając się wzdłuż kości kończyny w kierunku pionowym z zachowaniem ciągłości zmian kostnych. Rzadka ta jednostka chorobowa została wyodrębniona i nazwana przez Levięgo.

Revue Française de Pédiatrie.

Tom IV, Nr. 4.

Podał Dr. J. Wiszniewski.

R. Debré, R. Goiffon et S. Soshimatsu. Badania nad kwasotą moczu u niemowlęcia.

Badania nad równowagą kwaso-zasadową moczu posiadają czasami większe znaczenie, niż badanie krwi. Badanie moczu daje nie tylko pojęcie ogólne, lecz pozwala wnikać głębiej w mechanizm zaburzeń równowagi kwaso-zasadowej. Ph moczu wskazuje na stan ogólny równowagi, oznaczenie zaś kwasów wolnych i związanych z amonjakiem daje sumę kwasów wydzielonych przez ustrój. Kwasy są dwójakiego pochodzenia i znaczenie ich fizjologiczne jest różne:

1) Kwasy organiczne, zależne od mniejszej lub większej dokładności spalania w ustroju.

2) fosforany kwaśne, za pomocą których ustrój wydziela jony H kwasów silniejszych (solny).

Różnica pomiędzy sumą kwasów wolnych i związanych z amonjakiem a sumą anionów, wskazuje na ilość zasad, które opuściły ustrój (nie licząc amonjaku). Nawiązując stosunek pomiędzy temi wskaźnikami, a mianem mocznika, dowiemy się, czy nadmiar wydzielanych kwasów zależy od przekarmienia azotowego, czy też należy poszukiwać innego źródła ich powstawania.

Autorzy stosując zmienioną i uproszczoną technikę podobnych badań u dorosłych próbują określić różne typy wydzielania kwaso-zasadowego u niemowląt i ustalić wzory najczęściej spotykane, w celu porównania ich później z różnemi zespołami klinicznymi.

Przedewszystkiem ustalili oni przebieg równowagi kwaso-zasadowej u niemowląt zdrowych żywionych sztucznie, a następnie najczęstsze odchylenia patologiczne. Zwracają więc uwagę na:

1) Nadkwaśność:

A. Wyrównaną przez NH_3 .

B. Wyrównaną przeważnie przez zasady mineralne.

C. Zależną od nadmiernego wydzielania fosforanów kwaśnych.

D. Zależną od zwiększonego wydzielania kwasów organicznych.

2) Zmniejszoną kwasotę.

Szczegółowe badania pozwolą niezawodnie ustalić, jakim rodzajom zespołów klinicznych odpowiadają te zespoły chemiczne. Naprz. fosforany wskazują na nadmierne wydzielanie zasad w jelitach, bądź wskutek biegunki, bądź wskutek tworzenia się mydeł tłuszczowych. Nadmierne zaś wydzielanie kwasów organicznych wskazuje na głębokie zaburzenia w metabolizmie ustroju.

G. Dieust. Leczenie dyspepsji u niemowląt serwatką w połączeniu z mlekiem migdałowym, podług Moll'a.

Trudności przy przejściu z diety wodnej u niemowląt na zwykłą zależy, według Molla, od tego, że wszystkie mieszanki t. zw. lecznicze zawierają mleko, jako składnik podstawowy. Czynnikiem najbardziej szkodliwym ma być kazeina. Stąd różne próby unikania mleka w tym okresie dyspepsji, naprz. stosowanie 10% kleju ryżowego Bessau'a i t. p. Moll usuwa zupełnie z pożywienia na 3 — 7 dni mleko i zastępuje go emulsją migdałową w połączeniu z serwatką w stosunku 1:1, z dodatkiem 3% mąki ryżowej i 5% cukru. Ma przytem ustępować biegunka, objawy toksyczne i spadek wagi szybciej, niż przy stosowaniu innych mieszanek.

Autor przytacza dalej 5 przypadków, które zupełnie nie przekonywują, gdyż 3 z nich miały t. zw. biegunkę parenteralną, zależną od zapalenia ucha, nieżytu oskrzeli i t. p. Wiemy, że przebieg dyspepsji parenteralnych zależny bywa głównie od rodzaju i złośliwości zakażenia, a nie od mieszanki. Niema dowodów, że zastosowanie ogólnie przyjętych metod dietetycznych (naprz. maślanki) dałoby w tych wypadkach gorsze wyniki. Być może właśnie poprawa następowała wskutek zawartości w mieszaninie 50% serwatki (produkt mleka?) w połączeniu z 80% węglowodanów. Jeszcze jedna mieszanka, wyróżniająca się wysoką ceną i skomplikowaniem przygotowaniem.

P. Rohmec, P. Woringer et M. Ile Andersen. Leczenie krzywicy i tężyczki ergosteryną naświetlaną.

Doświadczenia autorów zdają się potwierdzać wyniki otrzymywane przez innych; wartość leczenia krzywicy i tężyczki ergosteryną naświetlaną jest prawie równoznaczna z leczeniem promieniami pozafioletkowymi. Zmiany kostne i zaburzenia nerwowe ustępują z jednakową szybkością, jedynie wiotkość mięśniowa i skłonność do zakażeń ustępują nie tak szybko, jak pod wpływem naświetlań.

Autorzy wskazują, że preparaty zawierające ergosterynę mogą mieć różną siłę działania; należy dążyć do wprowadzenia kontroli fizjologicznej przed wypuszczeniem preparatu przez firmę. W swoich badaniach, autorzy posługiwali się częściowo vigantolem Merck'a w dawce 5 kropli, 2 do 4 razy na dobę.

S. Popowicin. Przyczynek do badań nad zawartością wapnia i fosforu w krwi dzieci z gruźlicą kostną i w innych cierpieniach.

Autor, przeprowadzając badania u 25 osobników częściowo z gruźlicą kostną w wieku od 2 mies. — do 30 lat, dochodzi do wniosków, że w cierpieniach kości natury gruźliczej u dzieci stosunek wapnia i fosforu krwi wykazuje znaczne podobieństwo do stosunku zachodzącego w krzywicy. Poza tem, promienie pozafioletkowe zwiększają w grzlicy przedewszystkiem poziom fosforu we krwi, podobnie, jak to ma miejsce w krzywicy.

Lydia Bytsch Kefir w leczeniu zaburzeń pokarmowych i stanów niedożywienia u niemowląt.

Według obserwacji autorki, kefir może być dobrym środkiem dietetycznym nie tylko w stanach niedożywienia u niemowląt, które doskonale go tolerują, lecz i w ostrych biegunkach. Podaje się kefir ogrzany z dodatkiem niewielkiej ilości wody i 30% cukru. Często ustępują wymioty i biegunka; u dzieci wyniszczonych zaznacza się przyrost wagi. Naogół nic nowego.

J. P. Garrahan. Ksantochromja fizjologiczna płynu mózgowo-rdzeniowego u noworodków.

Według badań autora żółte zabarwienie (ksantochromja) płynu mózgowo-rdzeniowego u noworodków jest zjawiskiem normalnem. Na 177 noworodków w wieku od 0. — 10 dni, tylko w 20 przypadkach płyn m. rdz. był bezbarwny. Nasilenie zabarwienia żółtego zwiększa się zwykle w pierwszych dniach i zmniejsza się w drugim tygodniu. Również obecność krwinek w płynie m. rdz. u noworodków jest zjawiskiem normalnem. Autor nie zauważył, aby ksantochromja znajdowała się w ścisłym związku z rodzajem uszkodzeń porodowych. Zabarwienie żółtawe zdaje się być zależnem od bilirubiny. Odczyn Van den Bergh'a wypadła dodatnio, a także wszystkie noworodki z żółtaczką mają płyn m.-rdzeniowy zabarwiony. Pomimo tego autor przyznaje, że powstanie zaburzenia nie jest wyjaśnione.

Na podstawie więc żółtego zabarwienia płynu mózgowo-rdzeniowego u noworodków, nie można rozpoznawać obecności wylewu krwawego.

Wiadomości bieżące.

Na XIII-tym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, który odbędzie się w Wilnie od 26 — 29 września 1929 r. utworzona zostanie, podobnie jak na poprzednich zjazdach, odrębna sekcja pedjatryczna.

Temat główny, zaproponowany przez Komisję Uchwał III-go Zjazdu Pedjatrów Polskich, ma obejmować: „Odrębności przebiegu chorób w wieku dziecięcym”.

Temat ten będzie omówiony ogólnie oraz będzie ilustrowany w referatach, dotyczących szeregu poszczególnych jednostek chorobowych, jak: zapalenie płuc i opłucnej, gościec stawowy, nieżyt jelita grubego, zapalenie wyrostka robaczkowego, choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Tematy te zajmą prawdopodobnie jeden dzień (2 posiedzenia) Zjazdu. Dalej przewidywany jest temat główny z zakresu higieny społecznej, dotyczącej walki ze śmiertelnością niemowląt w opracowaniu pedjatri i higieny na wspólnym (3-ciem) posiedzeniu Sekcji Pedjatrycznej i Sekcji Higieny z Mikrobiologią

Czwarte posiedzenie będzie wspólne z Sekcją Chorób wewnętrznych, a to w celu zapoznania się z tematem głównym tej sekcji p. t. „Układ siateczkowo-śródbłonkowy i jego patologia”.

Wreszcie na osobnym posiedzeniu Sekcji Pedjatrycznej omówione będą tematy luźne, o ile takowe zostaną zgłoszone.

Zapowiedziane dotąd odczyty nie wyczerpują całokształtu odrębności chorób w wieku dziecięcym — pożądanem byłoby opracowanie materiału klinicznego i szpitalnego, dotyczącego poszczególnych jednostek chorobowych — bądź jako odrębne tematy, bądź jako udział w dyskusji.

Pożądane są również tematy z zakresu Higieny Społecznej, które umieszczone będą na wspólnym z Higienistami posiedzeniu Sekcji.

Układ siateczkowo-śródbłonkowy jest dotychczas mało opracowany w patologii dziecięcej. Ze względu na zapowiedziany udział pedjatrów w posiedzeniu internistów cenne będą przyczynki w tej sprawie z zakresu pedjatrii.

Wreszcie chętnie widziane będą luźne tematy. Zarząd Sekcji uprzejmie prosi sz. kolegów o czynny udział w Zjeździe i zgłaszanie prac pod adresem sekretarza Sekcji, dr. H. Kaulbersz-Marynowskiej. Wilno — Klinika Chorób Dziecięcych na Antokolu.

Z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia magistratu m. st. Warszawy Państwowa Szkoła Higieny zorganizowała trzymiesięczny kurs alkoholologii i walki społecznej z alkoholizmem, który rozpoczął się dn. 18.II r.b. i jest przeznaczony dla lekarzy-kandydatów na stanowiska kierowników Przychodni Przeciwalkoholowych.

Przy poparciu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) i z jego funduszków Polski Związek Przeciwgruźliczy przystąpił do organizacji IV kursu uzupełniającego dla lekarzy, mającego za zadanie przygotowanie lekarzy do akcji przeciwgruźliczej, zwłaszcza lekarzy, mających pracować w poradniach przeciwgruźliczych. Kurs rozpocznie się dn. 4.IV r. b.

Dnia 21 lutego b. r. upłynęło 10-lecie istnienia 1-go Bataljonu Sanitarnego im. gen. lek. Karola Kaczkowskiego, a dnia 25 lutego, w rocznicę bitwy pod Grochowem, przypadło doroczne święto tegoż Bataljonu. Z okazji powyższych uroczystości — wzorem wszystkich oddziałów wojskowych, dbających o tradycję, oficerowie 1-go Bataljonu Sanitarnego oraz szereg zwracających się w tej sprawie do nich oficerów rezerwy tegoż Bataljonu, zorganizowali wspólne zebranie dn. 24 lutego b. r. (niedziela).

Zebranie to miało na celu wzajemne, bliższe zapoznanie się, co dałoby możliwość Dowództwu Bataljonu zaprojektować najbardziej racjonalne użytkowanie w przyszłości sił i wiedzy Kolegów rezerwistów.

W dn. 13.XII.28 zawiązał się „Komitet propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce”. Celem jego jest stworzenie najlepszych warunków dla rozwoju i postępów medycyny lotniczej w Polsce. Wszelkich informacji udziela sekretarz komitetu — ppłk. dr. Kawiński pod adresem: Warszawa, M. S. Wojsk. Departament Zdrowia.

Ukazał się Nr. 4 „Zagadnień Rasy”, organu Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. Ciekawy ten kwartalnik zawiera między innymi prace: doc. Jana Mydlarskiego: „Typy antropologiczne i metody ich ujmowania”, prof. B. Nawrocyńskiego: „O zawodzie nauczyciela”, sprawozdanie ze Zjazdów międzynarodowych w Nancy i w Monachjum, sprawozdanie z działalności Polskiego Towarzystwa Eugenicznego i wiadomości bieżące. „Zagadnienia Rasy” świadczą o coraz szerszym zakresie działania, jakie obejmuje ruchliwe Polskie Towarzystwo Eugeniczne.

Staraniem Polskiego Towarzystwa Eugenicznego i Warszawskiego Oddziału Tow. Dermatologicznego, odbędzie się w sali wykładowej T-wa Eugenicznego, w szpitalu Ś-go Łazarza i klinikach kurs dla lekarzy z dziedziny „Syfilis a dziecko”.

W dniach 23 — 24 marca r. b. odbędzie się w Warszawie, zorganizowany przez Polski Komitet do zwalczania raka, II-gi Zjazd przeciwrakowy.

Przetwór odżywczy łatwo przyswajalny o stałym składzie i wysokiej wartości ciepłotkowej

MOTOFANTINA—MOTOR

USUWA ZABURZENIA TRAWIENNE I POWODUJE SZYBKI I STAŁY PRZYROST WAGI.

Nieodzowny preparat w karmieniu sztucznem w dokarmianiu w stanach wyniszczeniowych, w zaburzeniach trawiennych zwłaszcza u dzieci nie znoszących mleka krowiego.

Znakomicie znoszony nawet przez bardzo wrażliwe oseski.

EMULSJĘ TRANOWĄ — GESSNER

z solami podfosforanu wapnia i sodu przy chorobach: zołżów, krzywicy, wycieńczeniu i niedokrwistości u dzieci.

SYROP. DROSERAE c. Natr. silicico — GESSNER
w chorobach:

koklusz i przy nieżycie dróg oddechowych.

P O L E C A :

LABORATORJUM CHEM.-FARMAC.

JAN GESSNER

Warszawa, Al. Jerozolimskie 11.



TRICALCINE

ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

NAJRADYKALNIEJSZY
NAJBARDZIEJ RACJONALNY



REKALCYFIKACJA

(UWAPNIANIE)

NIE MOŻE BYĆ PEWNIEJ
i PRAKTYCZNIEJ
OSIAGNIĘTA

JAK TYLKO PRZEZ

TRICALCINE

SOLE WAPNI PRZYSWAJALNE

GRUŹLICA PŁUC i KOŚCI
GRUŹLICZE ZAPALENIE OTRZEWNEJ
KRZYWICA, ZOŁZY, WYNIŚCZENIE ORGANIZMU
PRÓCHNICA ZĘBÓW, ZŁAMANIA KOŚCI
REKONWALESCENCJA

LABORATOIRE DES "PRODUITS SCIENTIA" D^r E. PERRAUDIN Phⁿ del^{re} cl. 21, Rue Chaptal, PARIS 9^e

PEDJATRJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO T-WA PEDJATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

M. Michałowicza i Wł. Szenajcha w Warszawie,
Fr. Gröera we Lwowie, W. Jasińskiego w Wilnie,
K. Jonschera w Poznaniu, T. Mogilnickiego w Łodzi.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY
T. K O P E Ć

Stali współpracownicy:

R. Barański, J. Bogdanowicz, H. Brokman, M. Gromski
M. Erlichówna, H. Hirszfeldowa, S. Łyskawiński, W. Mikułowski,
S. Popowski, R. Stankiewicz, M. Wierzbowska — Warszawa,
H. Frenklowa — Łódź, Sz. Starkiewicz — Busk,
W. Bujak — Kraków, S. Progulski — Lwów,
S. Krysiewicz — Poznań

TOM IX — ZESZYT 2.
(marzec — kwiecień — 1929)

WARSZAWA
NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU OPIEKI NAD DZIECKIEM
1929



NESTLE'A mączka dla dzieci



odpowiada wymaganiom najnowszej wiedzy, oraz potrzebom organizmu dziecięcego.

Zawiera ona w odpowiednim stosunku:

1. najlepsze szwajcarskie mleko alpejskie niezbierane,
2. sproszkowany suchar ze słoðu pszenicy,
3. wszystkie tak ważne witaminy,
4. sole mineralne, niezbędnie potrzebne do tworzenia się kości.

Jest ona pełnowartościowym środkiem odżywczym, gdyż:

Mleko niezbierane, nieprzegrzane, zawiera dostateczne ilości tłuszczu, ka-

seiny, soli mineralnych i t. d. Sproszkowany Suchar ze słoðu pszenicy zawiera oprócz mieszczących się w ziarnie soli mineralnych, również odpowiedni procent składników niezbędnych do utrzymania normalnego stolca. **Węglowodany**, sacharoza i skrobia, połączone w Nestle'a mączce dla dzieci w odpowiednim stosunku procentowym, przedstawiają homogeniczną mieszaninę o niezwykłej wartości odżywczej, którą organizm łatwo asymiluje i znajduje w niej obficie składniki energetyczne oraz sole mineralne, tak, że pożywienia korzystniejszego dla rozwoju organizmu dziecięcego nie można sobie wprost wyobrazić.

Próbne puszki oraz broszury o pielęgnowaniu, żywieniu i wychowywaniu dziecka wysyła bezpłatnie na żądanie

Nestlé and Anglo-Swiss Condensed Milk Co
VEVEY (Szwajcarja)

Biuro sprzedaży na Polskę: GDAŃSK, Krebsmarkt 7-8.

DO CZYTELNIKÓW I PRENUMERATORÓW

W związku z reorganizacją Polskiego Komitetu Opieki nad Dzieckiem powstały dla nas tak duże trudności wydawnicze, że „Pedjatrja Polska“ i „Opieka nad Dzieckiem“ wychodziły w tym roku ze znacznym opóźnieniem, za co niniejszem najmocniej przepraszamy. Chcąc czas stracony nadrobić, wydamy zeszyty następne obu czasopism o objętości podwójnej, jako zeszyty III i IV razem. W ten sposób zeszyty V-te ukażą się już w terminie właściwym.

Zmuszeni liczyć obecnie na siły własne **podnieśliśmy prenumeratę** na rok bieżący do wysokości zł. 30, licząc zł. 20 za „Pedjatrję Polską“ i zł. 10 za „Opiekę nad Dzieckiem“. Ufni w poparcie oraz w życzliwość Czytelników i Przyjaciół naszych wydawnictw zwracamy się do Nich z usilną i gorącą prośbą o wyrównanie zaległości za rok ubiegły, których niestety jest jeszcze dużo, i o możliwie rychłe nadsyłanie prenumeraty na rok bieżący w nowej wysokości.

Z szacunkiem

Redakcje i Administracje

„PEDJATRJI POLSKIEJ“
i
„OPIEKI NAD DZIECKIEM„

PEDIJATRIA POLSKA

WYCHODZI CO 2-a MIESIĄCE, SZEŚĆ ZESZYTÓW TWORZY 1 TOM

Prenumerata roczna z dwumiesięcznikiem uzupełniającym

OPIEKA NAD DZIECKIEM

wynosi z przesyłką pocztową zł. 30.

Prenumeratę przyjmuje Administracja Pedjatrji Polskiej
przy Polskim Komitecie Opieki nad Dzieckiem

WARSZAWA — JASNA 11.

KONTO w P. K. O. № 5882

Redakcja: Warszawa, Mokotowska 39 — T. Kopec.

Autorzy artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

SPIS RZECZY:

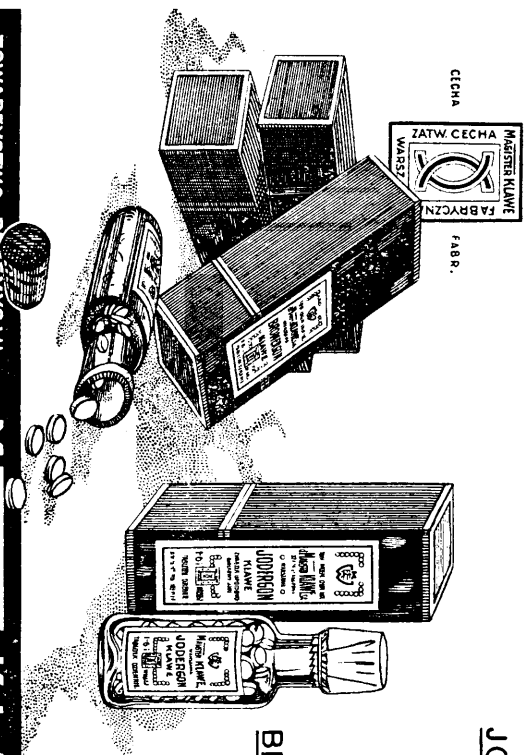
	str.
Fr. Gröer — Klemens Pirquet	59
R. Barański i M. Bussel — Przyczynek do analizy odczynu wodnego skórno	66
O c e n y:	
Karol Jonscher — Odżywianie niemowląt chorych i zdro- wych	92
Przegląd piśmiennictwa	94
Z Pol. T-wa Pedjatrycznego w Warszawie	100
sprawozdanie roczne	115
Wiadomości bieżące	123

SOMMAIRE:

	p.
Fr. Gröer — Clemens Pirquet	59
Barański et Bussel — Con- tribution à l'étude de la cuti- réaction d'eau	66
Revue générale - analyses:	
Charles Jonscher — L'allaitement des nourissons sains et malades	92
Compte rendu de la Société Pédiatrique Polonaise	
à Varsovie	100
Chronique	123

JODERGON: BROMERGON

MAGISTRA KLAWE



JODERGON – ZWIĄZEK JODOWO-

ORGANICZNY. NIE UPOŚLEDZA TRAWIENIA,
NIE DRAŻNI ŻOŁĄDKA, STOSUJE SIĘ
W CHOROBY SERCA, NACZYŃ, BŁO-
NY SUROWICZEJ, NARZĄDÓW ODDE-
CHOWYCH, KILK. DNI I OTYŁOŚCI.

TABLETKA = 0,05 J.

BROMERGON -BROMOWO -ORGANICZ-

NY ZWIĄZEK, STOSUJE SIĘ: PRZY PA-
DACZCE, HISTERJI, PŁĄSAWICY, DYCHA-
WICY NERWOWEJ, BEZSENNOŚCI, BO-
LACH GŁOWY, NERWICY SERCA i T. P.

TABLETKA = 0,1 Bg.

LITERATURA ORAZ PRÓBY NA ŻĄDANIE

DR. GAB. CUPP N. BODANOWICZ

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNEGO

D. MAGISTER KLAWE, S.A., WARSZAWA.



KLEMENS PIRQUET



28 luty 1929 r.

Klemens Pirquet.

P o d a ł

Fr. Gröer.

Wierzyć się nie chce, że Klemens Pirquet nie żyje. Tak niedawno jeszcze zadziwiał nas sprężystością i energią swego umysłu, swej żelaznej konstytucji. Może nigdy nie pracował z takim zapamiętaniem—jak właśnie w ostatnich tygodniach swego życia. I oto odszedł od nas — odszedł w pełni sił, ze szczytu sławy, położywszy kropkę na ostatnim swoim rękopisie. Odszedł w nim jeden z tych wielkich uczonych, tych wielkich ludzi, o których coraz trudniej w dobie współczesnej, a wraz z jego śmiercią zamknięty został zewnętrznie jeden z potężniejszych rozdziałów historii sztuki lekarskiej.

Klemens Pirquet urodził się 12 maja 1874 r. jako syn ziemianina i posła do Parlamentu Piotra Barona Pirquet i jego małżonki baronówny Flory Arnstein-Pereira, w rodowym majątku Hirschstetten pod Wiedniem. Po osiągnięciu matury w Gracu rozpoczął studia teologiczne w Austrii, a potem w Belgji, gdzie między innymi był uczniem późniejszego kardynała Mercier. Wykłady medycyny pastoralnej Prof. Uniwersytetu w Gandawie D-ra Ide wzbudziły w nim zainteresowanie biologią i nauką lekarską. Porzuca więc teologię i oddaje się studjom lekarskim na Uniwersytecie w Gracu, Wiedniu i Królewcu. W 1900 r. promuje się w Gracu i odrazu wybiera Pedjatrię jako specjalność, zostaje asystentem Eschericha, przenosi się wraz z nim do Wiednia i już w r. 1908 habilituje się. W kilka tygodni później Uniwersytet John Hopkins w Baltimore ofiaruje mu zwyczajną katedrę Pedjatrii oraz kierownictwo nowowybudowanego szpitala dziecięcego. Pomimo zaproszenia do Instytutu Pasteur'a w Paryżu, Pirquet pozostaje wierny wiedzy klinicznej i przyjmuje katedrę w Baltimore. Zostaje tam niecałe 2 lata. W r. 1910 zostaje następcą Czernego we Wrocławiu, by w rok później objąć spuściznę po Teodorze Escherichu w Wiedniu. Tu pomimo wielokrotnych propozycji do Ameryki pozostaje aż do śmierci, na stanowisku Profesora zw. i Dyrektora Kli-

niki pedjatrycznej, wybudowanej przez Eschericha, ale od chwili otwarcia urządzanej i zorganizowanej przez siebie.

Od roku 1904 był żonaty z Marią van Husen, nie miał jednak niestety potomstwa.

Znaczenie Pirqueta dla współczesnej wiedzy lekarskiej nie da się już dzisiaj ująć w ścisłą charakterystykę. Wpływy jego twórczości sięgają po za ścisłą Pedjatrję i do dziś dnia nurtują zarówno myśl lekarską i biologiczną, jak i organizację czynu. To zapładniające działanie jego Ducha bynajmniej nie kończy się wraz z jego śmiercią. I dlatego pełną ocenę jego pracy należy pozostawić historii.

Jeżeli chodzi o naukową twórczość wiedeńskiego Mistrza — to możemy tu zróżnicować 3 wielkie etapy jego pracy, luźnie tylko z sobą związane.

Już pierwszy okres naukowej działalności Pirqueta zdobywa mu wszechświatową sławę. Spostrzeżenia czynione nad objawami choroby posurowiczej prowadzą go nie tylko do poznania istoty tego zjawiska — wówczas jeszcze nieznanego, lecz otwierają mu nowe całkiem perspektywy na patogenę chorób zakaźnych. Był to czas wszechwładnego panowania bakteriologicznych punktów widzenia w nauce o chorobach zakaźnych. Głosy tych autorów, którzy nawoływali już w początkach ery badań etjotropowych do równorzędnego zwrócenia uwagi na właściwości zakażonego ustroju, jako na nieodzowny czynnik w powstawaniu chorób zakaźnych, przebrzmiewały bez echa, gdyż nie były oparte o wyniki ścisłego eksperymentu. Pirquet wykazał znaczenie odczynowości ustroju dla mechanizmu powstawania objawów chorobowych i w ten sposób postawił badanie nad patogeną chorób zakaźnych na całkiem nowej płaszczyźnie. Jego studia nad odczynem szczepienia ochronnego przeciwko ospie doprowadziły do skonkretyzowania nowych ram dla teorii odczynowości ustroju i stworzyły owo wiekopomne pojęcie „Allergji”, które dziś jest znane każdemu lekarzowi, a które zapłodniło nie tylko olbrzymie piśmiennictwo eksperymentalne i kliniczne, lecz otworzyło nowe horyzonty dla całokształtu myśli lekarskiej. Dziś pojęcie to zyskuje coraz to szersze zastosowanie i prowadzi wciąż jeszcze do nowych punktów widzenia w ogólnej patogenie — już nie tylko chorób zakaźnych. W rękach samego Pirqueta święci ono bezpośrednie tryumfy praktyczne: z niego powstał bowiem skórny odczyn tuberkulinowy, który tak rozślał jego imię, a oddał nam, pedjatom takie nieśpożyte usługi. Czyż można sobie wyobrazić dzisiaj pedjatrję bez odczynu Pirqueta?

Należy z naciskiem podkreślić, gdyż posiada to zasadnicze znaczenie dla całej charakterystyki naukowej i organizacyjnej działalności Pirqueta, że do tych tak doniosłych

odkryć doprowadziły wiedeńskiego Mistrza nie żmudne badania laboratoryjne, lecz pogłębiona i wysubtelniona obserwacja kliniczna. Pirquet jest przede wszystkim klinicystą, a nie teoretykiem — jak twierdzili to nieraz płytki krytycy jego działalności naukowej, klinicystą tworzącym nowe, niesłychanie proste, a subtelne metody nie tylko klinicznego badania, ale przede wszystkim dokładnego spostrzegania biegu klinicznych zdarzeń, klinicznej dynamiki. Zastosowanie przez niego metod geometrii analitycznej i pojęcia funkcji do obserwacji klinicznych doprowadziło go do wirtuozowskiej wprost techniki graficznego przedstawienia przebiegu zjawisk, to zaś — do subtelnej ich analizy.

Dzięki tym metodom najprostsze, codzien przez wszystkich zspostrzegane zjawisko kliniczne nabiera w jego rękach zawsze znaczenia kopalni nowych zdobyczy naukowych i ścisych doświadczeń. Tak było np. z jego studjami nad wysypką odrową lub paravakcyną. Okres badań nad alergią, który i dla uczniów Pirqueta był okresem wielkich zdobyczy — że wspomnę tylko odczyn Schicka, powstały bezpośrednio pod wpływem odczynu tuberkulinowego — kończy się właściwie już w r. 1913 wraz z ogłoszeniem „Obrazu odry na skórze”. Wzrasta natomiast zainteresowanie się Pirqueta Biometryką, które prowadzi Go najpierw do zajęcia się zagadnieniami przemiany materji i odżywiania — w ostatnim zaś okresie jego twórczości do studjów nad wpływem wieku i wzrostu na odczynowość ustroju.

Od roku 1914 poświęca Pirquet swą uwagę zagadnieniom odżywiania. Celem, który pragnie osiągnąć, jest wprowadzenie do codziennej praktyki lekarskiej zdobyczy fizjologii na polu energetycznego dawkowania pożywienia. Dział ilościowej dietetyki leżał przed Pirquetem nie tylko w Pedjatrii, ale w całej medycynie odłogiem. Wspaniały rozwój teorii odżywiania, jaki miał miejsce w końcu 19 wieku nie mógł dotrzeć do praktyki lekarskiej z powodu braku metodyki zastosowawczej. To też dietetyka praktyczna obracała się poza poszczególnymi, a niezbyt udalymi próbami stworzenia kryterjów zapotrzebowania, które nie doprowadziły do wybitniejszych wyników praktycznych, prawie wyłącznie w sferze jakościowego doboru. Pirquet, tworząc swój system odżywiania postawił sobie przede wszystkim za zadanie odnalezienie prostego, a wystarczająco ścisłego kryterjum kalorycznego zapotrzebowania. Zadanie to rozwiązał w sposób genialny, odnajdując ową znaną zależność pomiędzy idealną wagą ciała, a długością siedzeniową, oraz sposób prostego określenia — z ominięciem wagi ciała — indywidualnie charakterystycznej powierzchni, jako ilościowej funkcji dynamiki ustroju. (Kwadrat długości siedzeniowej). Wprowadzenie nowej, praktycznie i dydaktycznie bardzo pożytecznej energetycznej jednostki

wartości odżywczej w postaci nem'u (wartość odżywcza 1 cm³ mleka kobiecego) odgrywa w systemie Pirqueta rolę drugorzędną, przyczyniło się jednak do spopularyzowania systemu w szerokich masach. System Pirqueta spotkał się z opozycją tych pediatrów, którzy przyzwyczaili się myśleć w odżywianiu przede wszystkim kategoriami jakościowymi. Ale nawet na swych najzagorzalszych opozycjonistów wywarł bardzo głęboki wpływ i przyczynił się w znacznej mierze do wybitnego uproszczenia techniki sztucznego odżywiania niemowląt i wystarczającego odżywiania chorych gorączkujących. Dla lekarzy obeznanych z nim, stał się jednak narzędziem codziennego użytku i bardzo daleko sięgających możliwości leczniczych i zapobiegawczych, o jakich przed Pirquetem nie mogło być wprost mowy. Swoim systemem stworzył Pirquet właśnie lekarzowi praktykowi nowe, a bardzo szerokie perspektywy czynnej ingerencji. Największą jednakże doniosłość posiada ten system dla racjonalnej organizacji odżywiania mas oraz najszerzej popularyzacji higieny odżywiania. To też stał się on punktem zwrotnym w dziedzinie organizacji opieki nad odżywianiem. Jak wielkie społeczne znaczenie posiada system Pirqueta widzieliśmy podczas amerykańskiej akcji dożywiania dzieci w Austrii, która osiągnęła dzięki systemowi bez porównania wybitniejsze wyniki, aniżeli w innych krajach. Zasady systemu Pirqueta zostały potwierdzone przez ścisłe badania podstawowej przemiany materii (Benedict, Helmsreich, Rosenblüth). Jest to jeszcze jednym dowodem niepospolitej intuicji jego twórcy i ścisłości czysto klinicznej obserwacji. To też nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości, że Pirquetowskie zasady dawkowania energii odżywczej będą przez długie jeszcze lata wywierały wpływ na kształtowanie się stosowanej nauki odżywiania.

Wielkiem zbiorowem dziełem w postaci encyklopedji odżywiania zakończył Pirquet ten drugi etap swej naukowej działalności (1924).

W ostatnim okresie swej pracy zajął się opracowaniem statystyki lekarskiej, tworząc z jej suchych cyfr żywą i do doniosłych wniosków prowadzącą naukę. Owocem tej pracy jest wielkie dzieło o Allergji wieku (Allergie des Lebensalters), które ukończył na kilka dni przed śmiercią, a które niebawem ukaże się w druku. I tu znów znane każdemu zjawisko wpływu wieku i wzrostu na przebieg zjawisk fizjo- i patologicznych stało się nową skarbnicą daleko idących wniosków, które na długie lata zapłodnią biologję lekarską.

Prócz tych wielkich dziedzin swej pracy naukowej zostawił Pirquet całe szeregi prac pomniejszych, w których przebija ta sama oryginalność, jaka uderza nas w jego wielkich odkryciach. Przede wszystkim wzbogacił on metody klinicznego badania, rejestracji: spostrzeżeń oraz techniki pielęgnacji

cyjnej swą zadziwiającą wynalazczością, wprowadzając zawsze ulepszenia bardzo praktyczne, a proste.

Te właśnie cechy jego umysłu wywarły też decydujące piętno na jego działalności jako kierownika kliniki, organizatora pracy klinicznej i społecznej oraz nauczyciela.

Poza całym dorobkiem naukowym Pirqueta już sama Klinika Wiedeńska, z której zastał, obejmując ją, nagie mury — a którą zostawił zorganizowaną do najdrobniejszych szczegółów — stanowi już wiekopomne dzieło, którego wpływ na kształtowanie się organizacji szpitalnej — i to nie tylko w pedjatrii — wprost nie da się jeszcze ocenić. Zakład ten jest jedynym w swoim rodzaju na świecie, a choć był on przez długie lata Mekką pedjatrów wszelkich narodowości, to jednak istota jego odrębności i dziś jeszcze jest niewyczerpanym zbiornikiem skarbów pracy organizacyjnej.

W Klinice Wiedeńskiej łączy się w harmonijną całość cały szereg bardzo szerokich zadań. W całość bliską już ideału. Jest ona przede wszystkim wzorowym szpitalem, który w pierwszym rzędzie ma dobro dziecka na oku, jest ona uczelnia studentów, pielęgniarek, opiekunek społecznych i lekarzy, jest ona dalej doświadczalną i organizacyjną centralą dążeń opiekuńczo-społecznych i wreszcie zakładem dla badań naukowych. Wszystkie te działy są z sobą nierozzerwalnie związane. Dlatego to wszyscy uczniowie Kliniki Wiedeńskiej łączą w sobie techniczne umiejętności z tych wszystkich działów, jako typowi klinicyści, posiadają równocześnie wyczuwanie społeczne, technikę dydaktyczną, a także znajomość metodyki eksperymentalnej. Praca kliniczna była na Klinice Pirqueta doprowadzona do nieznanych dotychczas wyżyn przez dwa czynniki: Przede wszystkim przez personel pielęgniarski stojący na niesłychanie wysokim poziomie. Pirquet, obejmując Klinikę Wiedeńską zastał tam stosunki bardzo zbliżone do obecnie panujących w Polsce. Realizacja reformy Florencji Nightingale znajdowała się wówczas w Austrii, jak w całej Europie, poza Anglią i krajami skandynawskimi — w początkowych dopiero okresach rozwoju. Dopiero dzięki energii i zapobiegliwości Pirqueta oraz głębokiemu przeżen ujęciu zadań współczesnej pielęgniarstwa, powstała owa, dziś już tak słynna, szkoła pielęgniarstwa najpierw na Klinice dziecięcej, później rozszerzona na cały wiedeński Szpital powszechny. Pirquet wywarł decydujący wpływ na mentalność i organizację pracy wiedeńskich pielęgniarek. Kładąc bardzo wielki nacisk na ich poziom moralny i umysłowy, starając się zawsze różniczkować wśród nich zdolności osobnicze i zachęcając nawet zdolniejsze z nich do pracy naukowej w dziedzinie pielęgnacji — przeprowadził on jednak tayloryzację pracy pielęgniarstwa, obmyślaną do najdrobniejszych szczegółów. Stąd pielęgniarstwo Kliniki Wiedeńskiej jest

nietylko idealną współpracowniczką lekarza, rozumiejącą doniosłość jego zarządzeń — lecz równocześnie jest ona nieodzownym przesłem w organizacji naukowej i społecznej pracy, niepozbawionem pomimo to pierwiastków twórczych.

Drugim czynnikiem nadającym pracy klinicznej zakładu Pirqueta decydujące piętno — jest registracyjno - analityczna metoda organizacji klinicznego spostrzegania. Tu stworzono tak subtelny — do automatycznego kimografionu dający się porównać aparat organizacyjny, że najdrobniejszy szczegół obserwacji nie może ująć uwagi, nawet mniej spostrzegawczego lekarza. Dlatego to nic w materiale klinicznym kliniki wiedeńskiej nie ginie, a jej archiwa będą zawsze niewyczerpaną skarbnicą dla badań. Tej subtelnej organizacji pracy klinicznej zawdzięczał Pirquet możliwość przeprowadzenia gromadnych doświadczeń klinicznych oraz wysunięcia tego typu pracy naukowej na czoło dzisiejszego sposobu prowadzenia badań klinicznych. To przeniesienie punktu ciężkości na eksperyment kliniczny bynajmniej nie upośledziło pracy laboratoryjnej, która jednakowoż zawsze na klinice wiedeńskiej czerpała swe podniety z życia, a nie z literatury.

Pomimo tego usystematyzowania pracy na Klinice Pirqueta, twórczość jego szkoły nigdy nie została myślowo zmechanizowana. Zapobiegała temu zasada kultywowania zdolności indywidualnych wśród uczniów i uczennic, która wynikała ze stosunku Mistrza do swych uczni. To też szkoła Pirqueta, pomimo niesłyszanego wpływu swego nauczyciela na poziom, technikę i umiłowanie pracy wszystkich uczniów — pozwalała im na rozwój osobniczy i dlatego nigdy nie stała się sektą.

Głębokie wyczucie potrzeb społecznych, będące jednym z najpiękniejszych rysów charakteru Pirqueta, sprawiło, że od powstania nowej Kliniki dziecięcej w Wiedniu stała się ona odrazu ośrodkiem dążeń opiekuńczo społecznych. W czasach, w których rzadko kiedy spotykało się na klinikach uniwersyteckich dążenia społeczno opiekuńcze, Pirquet założył na swej Klinice oddział pedagogiczno - leczniczy, wzorową poradnię dla matek i niemowląt, dotarł nawet do klinik położniczych, stwarzając tam pierwszy na świecie pedjatrycznie prowadzony oddział dla noworodków, stworzył wreszcie opiekę nad dzieckiem gruźliczem, stwarzając wielki oddział dla dzieci gruźliczych na dachu Kliniki i wykazując, że takie oddziały na otwartem powietrzu możliwe są nawet w wielkich miastach i mogą osiągnąć wyniki nie gorsze od alpejskich stacji klimatycznych. Przez kształcenie całych legionów opiekunek społecznych, ścisły kontakt z gminą miasta Wiednia na terenie rozbudowy urządzeń opiekuńczych, ciągłe opracowywanie i próbowanie nowych programów pracy opiekuńczej — Klinika Wiedeńska przyczyniła się w wielkim stopniu do tego dzieła, którem szczyci się dziś gmina wiedeńska, t. j. do

stworzenia idealnie wprost zorganizowanej miejskiej opieki nad dzieckiem.

I ta społeczna działalność Pirqueta sięgała poza Wiedeń i Austrię. On to stworzył austriackie Towarzystwo zdrowia publicznego, które stało się platformą łączącą i koordynującą wszelkie dążenia społeczno sanitarne całego kraju i rozporządzające olbrzymimi środkami Kas Chorych, on był inicjatorem Komitetu Opieki nad dzieckiem przy Lidze Narodów, on wreszcie zreorganizował Genewską Union internationale. Jako przewodniczący tych instytucji cieszył się niesłychaną popularnością wśród przedstawicieli wszystkich narodowości.

Tak w życiu publicznym, jak i prywatnym cechowały Pirqueta jako człowieka, szefa, kolegę i przyjaciela zawsze ta sama prostota, uprzejmość, uczynność, dobroć, cierpliwość i dystynkcja. Nie znałem lepszego, a zarazem równiejszego człowieka. Czar tej rasowej, pięknej postaci działał na każdego, kto się z nim zetknął. I dlatego wszyscy jego uczniowie — cały personel Kliniki i wszystkich stojących pod jego kierownictwem instytucji — ubóstwiał wprost tego tak wysoko etycznie stojącego, a anielską łagodność z żelazną siłą woli łączącego człowieka.

Polskę znał i bywał w niej jeszcze przed wojną, miał wielu uczniów Polaków, z niezapomianej pamięci Rektorem Brudzińskim łączyły go uczucia sympatii i przyjaźni. Był honorowym członkiem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, które złożyło wieniec na jego grobie.

Tragiczna śmierć jego okryła kirem bezbrzeżnej żałoby jego najbliższych. — Ale z nami boleje nad jego grobem cały świat cywilizowany. Ludzkość straciła jednego ze swych najlepszych synów, pediatra jednego z największych jej mistrzów. Ale Duch Jego żyje — i żyć będzie.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. W.

Dyr. Prof. M. Michałowicz.

Przyczynek do analizy odczynu wodnego skórneg.

P o d a l i

R. Barański i M. Bussel.

Wstęp.

Odczyn wodny został wprowadzony do kliniki w roku 1923-ym przez Aldricha i Mc. Clure'a. Polega on, jak wiemy, na śródskórnem wprowadzeniu $0,2\text{ cm}^3$ roztworu fizjologicznego soli. Odczyn ten może zainteresować zarówno klinicystę jak i biologa. Według przyjętego zdania w odczynie tym posiadamy prosty a jednocześnie dość czuły i subtelny wskaźnik stanu gospodarki wodnej, a przynajmniej probierz stanu nawodnienia tkanek.

Zrozumiałem jest przeto, że wytworzony przy wykonywaniu odczynu guzek będzie miał różny okres trwania u różnych osobników. Im osobnik jest młodszy, tem jego odczyn wodny trwa krócej. Dla charakterystyki pozwolimy sobie przytoczyć cyfry Leonhardta, który ustalił następujące przeciętne „normy“ dla różnych okresów wieku dziecięcego. Według tego badacza odczyn wodny trwa przeciętnie u niemowląt 29', u dzieci do lat 5-iu — 34', u dzieci szkolnych — 52'.

Stan nawodnienia tkanek wywiera równie wybitny wpływ na czas trwania odczynu wodnego. Osobniki wysuszone, co zwłaszcza często zdarza się u dzieci młodszych, mają odczyn ten wybitnie skrócony i tem krótszy, im bardziej są odwodnione ich tkanki. Według Ribadeau-Dumas i Tisserand'a czas trwania odczynu wodnego u niemowlęcia normalnego wynosi koło godziny, gdy tymczasem u dystrofików (Inanition simple) dochodził zaledwie do 10—15 minut. Jeszcze jaskrawiej zjawisko to występuje w przypadkach zatrucia pokarmowego, to znaczy w stanach maksymalnego wysuszenia, gdzie guzek znika prawie natychmiastowo. Wręcz odwrotnie zachowuje się O. W. S. w stanach atreptycznych. Tu tkanki

utraciły zdolność wiązania wody i dlatego odczyn wodny w tych stanach znacznie wydłuża się.

Najbardziej jednak fascynującym jest, że z szybkości znikania guzka można sądzić o zatrzymaniu się wody w ustroju. Kiedy mówimy o zatrzymaniu się wody w ustroju, mamy na myśli układ lakunarny, a więc gromadzenie się wody w tkankach ustroju. Otóż zatrzymanie się wody w ustroju wybitnie skraca odczyn wodny, niezależnie od tego, w jakiej części układu lakunarnego płyn zaczyna się gromadzić. Nie ma tu również znaczenia charakter gromadzącego się płynu (przesięki, wysięki), jak również i przyczyna gromadzenia się. Skracanie odczynu wodnego występuje wyraźnie już w tym okresie, kiedy klinicznie gromadzenia się płynu nie jesteśmy jeszcze w stanie wykazać. A więc, stany przedobrzękowe. Znikanie patologicznie nagromadzonego płynu przebiega z wydłużaniem się odczynu skórneg o. I znów powolniejsze znikanie guzka może zdradzić tendencję do znikania obrzęku, cofania się przesięku lub wysięku przedtem, nim można to widzieć, wymacać lub wyważyć.

Po tych kilku wstępnych słowach, przechodzimy do właściwego tematu. Jako zadanie postawiliśmy sobie zanalizowanie tego odczynu w granicach możliwości terenu kliniczneg o. Przy ocenie odczynu, jak wiemy, decydujące znaczenie posiada moment znikania guzka. Analiza przeto odczynu sprowadza się w ten sposób głównie do ustalenia przyczyn znikania guzka. Już przy przeglądaniu piśmiennictwa w tej sprawie uderzała nas rozbieżność w poglądach różnych autorów. Twórcy odczynu A. i Mc. C. znikanie bąbla uzależniali od stopnia nasycenia wodą tkanek daneg o ustroju, inaczej mówiąc, od stopnia głodu wodneg o. Większość autorów francuskich podziela ten pogląd i nazywa nawet odczyn wodny probierzem wodochłonności (test cutané d'hydrophtlie). Cały szereg autorów niemieckich, jak Guggenheimer i Hirsch, Eisner i Kallner chcieli uzależnić znikanie tego odczynu raczej od czynnika mechaniczneg o — a więc ciśnienia hydrostatyczneg o, stopnia rozszerzenia układu szczelinoweg o i t. p. Przyznajemy się, że obydwa te poglądy, nie trafiały nam do przekonania, aczkolwiek każdy z nich ma pewną dozę słuszności. Główny zarzut, jaki można było im zrobić, polegał na tem, że były one zbyt jednostronne.

Zjawisko biologiczne, które z natury swej ma charakter bardzo złożony, zostało w poglądach obu przytoczonych szkół zbyt uproszczone. Szczególnie jaskrawo to występuje w poglądach wyżej wspomnianych autorów niemieckich.

Analizę odczynu Aldricha i Mc. Clure'a postanowiliśmy przeprowadzić przez uwypuklenie wpływu kilku z tych czynników, które oddziałują na gospodarke wodną, a tem

samemu powinny odgrywać rolę w przebiegu odczynu wodnego skórno-ego. Mamy tu na myśli ciśnienie onkotyczne tkanek, stan naczyń włoskowatych i ciśnienie w nich. Zdajemy sobie dokładnie sprawę, że te trzy czynniki nie wyczerpują całokształtu aparatów regulacyjnych dla gospodarki wodnej. Zresztą nie chcieliśmy się powtarzać i rzeczy już znane z opracowania innych autorów nie były przez nas przerabiane. W dalszym rozumowaniu będziemy z nich korzystać, jako ze stałego dorobku naukowego.

Odczyn wodny skórny, a ciśnienie onkotyczne.

Zacznijmy od wpływu, jaki wywiera na przebieg odczynu wodnego ciśnienie onkotyczne. Już a priori można było przypuścić, że wzmaganie się ciśnienia onkotycznego powinno skrócić czas trwania odczynu wodnego. Postanowiliśmy to sprawdzić. Jako środek wzmagający zdolność pęcznienia wybraliśmy wyciąg z tylnej części przysadki. Korzystaliśmy z pituglandolu, preparatu firmy „Roche”. Zawiera on wyciąg z tylnego płatu przysadki mózgowej oraz infundibulum. Działanie wyciągu na retencję wody w ustroju jest wybitne. Stwierdzają to zgodnie wszyscy polscy jak i obcy autorzy. Wyrażnie to podkreślają i nasze niżej przytoczone badania. Najbardziej proste i przekonujące w tym kierunku są doświadczenia, jakie przerobili Etienne i Girard. Przedstawiają się one następująco: 1) przy wstrzyknięciu żabie roztworu Ringer'a żaba przestaje go wydzielać, jeśli uprzednio wstrzyknąć jej hypofyzykę; 2) łapka podwiązana i włożona do wody nasyca się wodą więcej, o ile podlegała działaniu hypofyzyzny; 3) wstrzyknięcie żabie hypofyzyzny powoduje przybitek na wadze i obrzęki.

Z doświadczeń tych wynika, że wyciąg z tylnej części przysadki wywołuje zatrzymanie się wody w ustroju, głównie dzięki wzmożonemu ciśnieniu onkotycznemu.

Metodyka. Dla zbadania wpływu ciśnienia onkotycznego na przebieg odczynu wodnego zastosowaliśmy następującą metodykę. Jako materiał do badań posłużyły nam dzieci zdrowe, rekonwalescenci lub też chore, jednak na takie cierpienia, które absolutnie nie odbijają się na gospodarce wodnej dziecka. Wogóle jako zasadę postawiliśmy sobie — do doświadczeń używać jedynie te dzieci, które wykazywały normalną przemianę wodną. Sprawdzanie tej ostatniej miało miejsce za pomocą zwykłej próby wodnej. Dziecko przez cały czas leżało w łóżku i dieta (zwykła mieszana) była przez cały czas doświadczenia jednakowa. W pierwszym dniu doświadczenia robiono skórny odczyn wodny. W razie jakichkolwiek wątpliwości odczyn skórny powtarzano. Odczyn robiono stale

o jednej i tej samej godzinie, jednym numerem igieł. Odczyn wykonywały stale te same osoby. Odczytywanie miało miejsce na podstawie wrażeń wzrokowych, głównie jednak dotykowych. Przy jakiegokolwiek wątpliwości przy ustalaniu momentu znikania odczynów prosiłiśmy o kontrolę inne osoby. Odczyny wykonywano na przedramionach na powierzchniach zginaczy. Dla ustalenia stanu gospodarki wodnej w następnym dniu poddawano badanego osobnika zwykłej próbie wodnej, stosując 25 cm³ wody pro kilo wagi naczczu. Próba wodna trwała przez 5 godzin — od 7-ej do 12-ej. W tym czasie co godzina określano ilość moczu, badano stężenie i ustalano wagę dziecka, aby zdać sobie sprawę z pozanerkowego wydalania moczu. Przez czas próby wodnej dziecko było naczczu, potem, otrzymywało swoje zwykłe pożywienie. Z chwilą ukończenia próby wodnej ustalano ogólną ilość moczu za okres od godziny 12-ej aż do 7-ej rano następnego dnia. Następnie przerabiano ponowną próbę wodną przy równoczesnem wstrzyknięciu pod skórę badanego pituglandolu. Wstrzykiwano go o godz. 7-ej rano, to znaczy w tym czasie, gdy badany miał rozpocząć picie wody. Stosowano go w dawkach zgodnych z Lust'e m. Próbę wodną z pituglandolem robiono, aby przekonać się czy przypadek nie jest oporny w stosunku do pituglandolu. Dalsze postępowanie sprowadzało się do skontrolowania, jak zachowuje się odczyn wodny pod wpływem pituglandolu. W tym celu o godz. 9-ej rano wstrzykiwano badanemu osobnikowi pituglandol, a w dwie godziny później robiono odczyn wodny. Dwugodzinowy okres między wstrzyknięciem pituglandolu a dokonaniem odczynu wodnego ustalono po stwierdzeniu, że w tym czasie pituglandol jeszcze działa. Aby ustalić, czy podana wraz z pituglandolem woda nie jest w stanie zmienić odczynu wodnego wykonanego po uprzedniej iniekcji pituglandolu, w całym szeregu przypadków przerobiono następujące doświadczenia. Badanego osobnika poddawano zwykłej próbie wodnej. O godz. 7-ej rano wstrzykiwano mu pituglandol, a dwie godziny później dokonywano na nim odczynu wodnego. Chcieliśmy w ten sposób skontrolować czy pituglandol, mając do wiązania nadmiar wolnej wody, potrafi jeszcze na tyle wzmóc ciśnienie onkotyczne tkanek, aby skrócić odczyn wodny. Jak wiadomo, pituglandol wywiera działanie głównie na wiązanie wody wolnej, to znaczy nadmiaru wódv w stosunku do miana wodnego konstytucyjnie właściwego każdemu osobnikowi. Między poszczególnymi doświadczeniami u danego osobnika były robione pod kontrolą wagi częste przerwy, aby mieć pewność, że jego gospodarka wodna doszła w momencie rozpoczynania nowego doświadczenia do swojej równowagi.

W ten sposób wszystkie doświadczenia możnaby ująć w następujący schemat: 1-szy dzień — odczyn wodny, 2-gi

dzien — zwykła próba wodna, 3 ci lub 4-ty — pituglandol pod skórę, w dwie godziny później odczyn wodny, 4 ty lub 5-ty — próba wodna przy jednocześnie podanym pituglandolu pod skórę na początku doświadczenia, więc o godz. 7-ej rano, 6 ty lub 7-ty to samo co w poprzednim doświadczeniu, tylko o godz. 9 ej, to znaczy w dwie godziny po iniekcji pituglandolu przerabiano odczyn wodny.

Poniżej przytaczamy protokoły tych doświadczeń.

Nr. 1.

K. Teofila, l. 8. L. ks. gł. 2825/27. Status post colitidem.

Przebieg próby wodnej przy równoczesnym podaniu 0,75 pituglandolu pod skórę.

Godz.	Ilość moczu	Cieężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczeco			
8	30	1012	19400	
9	280	1004	+500	
10	210	1006	19700	
11	45	1018	19600	
12	10	1030	19600	
Do 7-mej rano	370	1030	19400	268
				1093

Nr. 2.

K. Janek, l. 8. L. ks. gł. 2803/27. Status post choream.

Przebieg próby wodnej przy równoczesnym podaniu 0,75 pituglandolu pod skórę.

Godz.	Ilość moczu	Cieężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczeco			
8	145	1005	20400	
9	150	1002	+500	
10	180	1003	20800	
11	23	1008	20750	
12	23	1015	20700	
Do 7-mej rano	500	1025	20500	202
				1287

Nr. 3.

W. Władzia, l. 6. L. ks. gł. 2882/28. St. post colitidem.

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,75 pitu gl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczecz		20000 +500	
8	200	1005	20200	
9	380	1002	1-800	
10	60	1010		
11	19	1015	19700	673
12	14	1020	19600	
Do 7-mej rano	275	1027		948

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczecz + 0,75 pitu gl.		18900 +500	
8	57	1010	20250	
9	22	1012	20050	
10	23	1020	20000	
11	52	1018		
12	125	1005	19800	279
Do 7-mej rano	700			979

Nr. 4.

Sz. Jojne, l. 7. L. ks. gł. 2878/28. St. post glomerulonephritidem.

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,75 pitu gl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczecz		19500 +500	
8	140	1005	19850	
9	400	1002	19400	
10	155	1006	19240	
11	10	1010	19220	745
12	40	1020	19170	
Do 7-mej rano	275	1025		1020

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczecz + 0,75 pitu gl.		19700 +500	
8	55	1015	20140	
9	30	1025	20100	
10	25	1030	20070	
11	20	1020	20030	
12	20	1020	20000	150
Do 7-mej rano	1000			1150

Nr 5.

K. Lucia, l. 6. L. ks. gł. 2832/27. Obs. q. tbc. renum.

Przebieg próby wodnej.

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,75 pitugl pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczecz		22350 +500	
8	250	1005	22550	
9	245	1005	22300	
10	20	1022	22250	
11	12	1025	22215	
12	12	1018	22200	539
Do 7-mej rano	830	1015		1369
				685

Nr 6.

M. Fela, l. 5. L. ks. gł. 2910/28. Epilepsia.

Przebieg próby wodnej.

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,75 pitugl pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	600 cm ³ wody naczecz		25300 +600	
8	185	1004	25600	
9	325	1002	25250	
10	230	1010	25000	
11	25	1018	24950	
12	55	1022	24900	820
Do 7-mej rano	656	1026		1476
				525
				1105

Nr. 7.

F. Zbys, l. 5. L. ks. gł. 2897/28 St. post grypam.

Przebieg próby wodnej.

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,75 pitugl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	U w a g i	Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	U w a g i
7	450 cm ³ wody naczo	17600 +450			7	450 cm ³ wody naczo +0,75 pitugl.	17600 +450		
8	45	1025	18000		8	27	1018		
9	320	1006	17670		9	25	1020		
10	28	1008	17640		10	37	1025		
11	95	1010	17540		11	230	1009		
12	50	1010	17480	538	12	330	1007		649
Do 7-mej rano	300	1028		838	Do 7-mej rano	450	1020		1099

Nr. 8.

J. Pola, l. 11. L. ks. gł. 2936/28 Obs. q. bronchiet.

Przebieg próby wodnej.

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,75 pitugl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	U w a g i	Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	U w a g i
7	750 cm ³ wody naczo	31350 +750			7	750 cm ³ wody naczo +0,75 pitugl.	31050 +750		
8	290	1006	31750		8	22	1020	31700	
9	435	1003	31300		9	27	1020	31650	
10	295	1005	30950		10	41	1016	31580	
11	65	1010	30850		11	44	1015	31520	
12	10	1030	30800	1095	12	100	1010	31400	234
Do 7-mej rano	250	1025		1345	Do 7-mej rano	1100	1012		1334

PHYTINA

CIBA

FOSFOROWY MATERJAŁ ZAPASOWY ROŚLIN CHLOROFILOWYCH
Zawiera około 20% fosforu w związku organicznym,
przyswajalnym.

Wielce skuteczne, nieszkodliwe leczenie
fosforem w formie przyjemnej w użyciu.

KAPSUŁKI



KROPLE

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego
Oddział Farmaceutyczny

FORTOSSAN

CIBA

Neutralna sól PHYTINOWA z laktozą dla osesków
i dzieci w pierwszych dwóch latach życia.

LEK WZMACNIAJĄCY, ZAWSZE DOBRZE ZNOSZONY,
pobudza łaknienie, przyczynia się do tworzenia kośćca
i rozwoju dziecka, polepsza stan odżywiania i zapobiega
wielu chorobom, zwłaszcza krzywicy.

PUDEŁKA ORYGINALNE Z MIARECZKĄ W FORMIE ŁYŻECZKI.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

PABJANICE, wojew. Łódzkie.

Oddział Farmaceutyczny.

KAKAO OWSIANE WEDLA

łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.

Zalecane dla dzieci i osób o słabem trawieniu

E. WEDEL.

WARSZAWA, ULICA SZPITALNA № 8.

Mleko Białkowe
Plasmon
Casein-Calcium

Preparaty Mieszane

Płatki owsiane

Sucharki odżywcze

Czekolada

Kakao

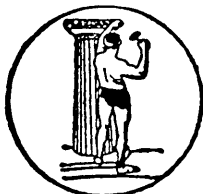
Cakes

Przy Chorobach dziecięcych

OSZCZĘDNE

TANIE

Przyjęte do spisu
środków Kas Chorych



25 lat doskonałych wyników leczniczych.

Naturalne, czyste mleko białkowe, otrzymane według ścisłych zasad naukowych zawiera: 76% substancji azotowych, 2,5% — wapnia, 3% kwasu siarczanego;

łatwo rozpuszczalne, łatwo strawne, bez smaku i zapachu, łatwe w użyciu, zalecane przy Dyspepsji, Dystrofji, Zaniku, Skazie Wysiękowej, Diatezji, Atrofji, Skazie Skurczowej, Krzywicy i Gruźlicy

Literatura: Czerny, Keller, Feer, Finkelstein, Meyer, Kleinschmidt, Langstein, Pfandler-Schlossman, Thomas i in.

Fabryki Plasmon (Neubrandenburg)

Próbki i literaturę wysyła się bezpłatnie na żądanie

Nr. 11.

M. Lucyna, 11 l. L. ks. gł. 2993/28.
St. post nephritidem.

Przebieg próby wodnej.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	750 cm ³ wody naczno		32650 +750	
8	250	1008	33100	
9	600	1002	32450	
10	120	1010	32300	
11	65	1016	32200	
12	15	1018	32100	1050
Do 7-mej rano				

Nr. 12.

M. Bronia, 1. 10. L. ks. gł. 3010/28.
St. post bronchopneum.

Przebieg próby wodnej.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczno		22200 +500	
8	76	1005	22400	
9	405	1002	21900	
10	90	1005	21800	
11	45	1012	21750	
12	25	1023	21700	641
Do 7-mej rano	405	1030		1046

2)

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,5 pitugl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczno + 0,5 pitugl.		22150 +500	
8	20	1020	22550	
9	37	1020	22450	
10	38	1025	22370	
11	50	1016	22300	
12	110	1008	22150	255
Do 7-mej rano	867	1006		1122

3)

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,2 pitugl. śródskórn.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczno + 0,2 pitugl.		22600 +500	
8	6	1020	23080	
9	24	1030	23040	
10	21	1030	23000	
11	155	1005	22830	
12	218	1006	22600	424
Do 7-mej rano	320	1030		744

Nr. 13.

Ol. Irena, l. 8. L. ks. gł. 3027/28. Enuresis nocturna.

Przebieg próby wodnej.

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,50 pitufl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczno		20300 +500	
8	140	1004	20650	
9	280	1003	20350	
10	180	1005	20100	
11	25	1025	20050	629
12	4	1012	20000	
Do 7-mej rano	482	1030		1111

Nr. 14.

M. Boguś, l. 5. L. ks. gł. 3053/28. Obs. q. asthma.

Przebieg próby wodnej.

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,50 pitufl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	500 cm ³ wody naczno		23000 +500	
8	175	1002	23200	
9	460	1003	22700	
10	120	1010	22550	
11	25	1018	22500	
12	23	1017	22400	
Do 7-mej rano	230	1030		803 1033

Nr. 15.

K. Tadeusz, l. 13. L. ks. gł. 2999/28. Otitis media bilateralis.

Przebieg próby wodnej.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	750 cm ³ wody naczecz		33150 +750	
8	280	1010	33500	
9	325	1005	33000	
10	85	1010	32900	
11	28	1015	32800	728
12	10	1020	32500	1128
Do 7-mej rano	400			
				342
				852

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,30 pitugl. pod skórę.

Nr. 16.

Sz. Edzio, l. 15. L. ks. gł. 3067/28. St. post pneum. croup.

Przebieg próby wodnej.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	750 cm ³ wody naczecz		33150 +750	
8	130	1015	33700	
9	570	1005	33100	
10	45	1006	33000	
11	140	1010	32800	
12	100	1008	32100	985
Do 7-mej rano	530	1020		1515
				277
				897

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,50 pitugl. pod skórę.

Nr. 17.

R. Edzio, l. 5. L. ks. gł. 3107/28. Residua post pneum. croup.

Przebieg próby wodnej.

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,3 pitugl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Cieężar właściwy	Waga	Uwagi
7	400 cm ³ wody naczno	16700 +400		
8	320	1004	16750	
9	345	1006	16400	
10	125	1010	16250	
11	26	1020	16210	
12	55	1025	16150	875
Do 7-mej rano	200	1020		1075

Nr. 18.

S. Kazio, l. 14. L. ks. gł. 3117/28. Epilepsia.

Przebieg próby wodnej.

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,3 pitugl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Cieężar właściwy	Waga	Uwagi
7	750 cm ³ wody naczno	33950 +750		
8	320	1010	34350	
9	420	1005	33800	
10	140	1012	33600	
11	65	1025	33500	
12	45	1025	33400	990
Do 7-mej rano	450	1030		1440

Nr. 19.

N. Henio, l. 11. L. ks. gł. 3139/28. Vitium cordis (in stadio compensations).

Przebieg próby wodnej.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	675 cm ³ wody naczecz	27225 +675		
8	310	1008	27550	
9	460	1008	27050	
10	0			
11	120	1010	26800	890
12	0			
Do 7-mej rano	500	1025		1390

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,3 pitugl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	675 cm ³ wody naczecz +0,3 pitugl.	27225 +675		
8	42	1018	27700	
9	40	1020	27500	
10	160	1010	27300	
11	190	1005	27200	432
12	80	1006	26900	
Do 7-mej rano	950	1015		1382

Nr. 20.

H. Stefan, l. 14. L. ks. gł. 2763/1927. St. post pneum. croup.

Przebieg próby wodnej.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	1 litr wody naczecz	41300 +1000		
8	270	1006	42000	
9	490	1007	41500	
10	380	1010	41000	
11	90	1018	40600	
12	45	1025	40500	1275
Do 7-mej rano	620	1026		1895

Przebieg p. w. przy równocz. podaniu 0,3 pitugl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	1 litr wody naczecz +0,3 pitugl.	40200 +1000		
8	25	1030	41160	
9	55	1030	41060	
10	42	1028	40960	
11	125	1010	40800	557
12	310	1008	40300	
Do 7-mej rano	850	1025		1407

Nr. 21.

Wł. N., l. 14. L. ks. gł. 3144/28. Epilepsia.

Przebieg p. w.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	750 gr. wody naczecz		30300 +750	1050
8	165	1005	30850	
9	450	1005	30350	
10	150	1006	30180	
11	60	1006	30100	
12	225	1005	29850	
Do 7-mej rano				

Przebieg p. w. przy równoczesnem podaniu 0,3 pitugl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar właściwy	Waga	Uwagi
7	750 cm ³ wody naczecz +0,3 pitugl.		30150 +750	170
8	45	1020	30800	
9	40	1020	30720	
10	25	1030	30670	
11	20	1018	30 00	
12	40	1015	30000	
Do 7-mej rano	900	1018		

Wpływ pituglandolu na przebieg próby wodnej.

Przeglądając wyżej przytoczone protokoły, możemy otrzymać odpowiedzi na szereg pytań. Pierwsze z nich dotyczy działania pituglandolu na gospodarkę wodną. Rozwiązanie wspomnianej kwestji było konieczne, aby można było przeprowadzić badania porównawcze między próbą wodną a O.W.S.

Na 20 przypadków (jeden przerwany), na których eksperymentowaliśmy, pituglandol nie zawiódł nas ani razu. Jak już wiemy z opisu metodyki, wpływ pituglandolu na gospodarkę wodną ocenialiśmy na podstawie zmian zachodzących pod jego wpływem w przebiegu próby wodnej. Otóż nie było ani jednego przypadku, gdzieby pituglandol, podany podskórnie, nie wywołał mniejszych lub większych zmian w torze wydalania wody w przebiegu próby wodnej.

W przebiegu zwykłej próby wodnej widzimy zazwyczaj wyrzucanie całej przyjętej wody na drodze nerkowej już w pierwszych 2-ch godzinach. Po pituglandolu zaś występuje jaskrawo zmniejszenie diurezy. W niektórych przypadkach widzimy zmniejszoną diurezę przez cały czas trwania próby wodnej. Do takich należą przypadki 4-ty, 10-ty i 21-y.

W reszcie przypadków oliguria trwa krócej, a diureza zaczyna się nasilać już w ostatnich godzinach próby wodnej, zresztą w różnych przypadkach różnie. Z przytoczonych 3-ch przypadków z maksymalnym zmniejszeniem diurezy zasługuje na specjalną uwagę 21-y, w którym zastosowano tylko 0,3 cm³ pituglandolu, to znaczy mniej niż połowę normalnej dla dziecka w tym wieku dawki. Od stopnia diurezy zależy stężenie moczu. Im diureza jest mniejsza, tem ciężar właściwy jest większy.

Druga zmiana, jakąśmy mogli obserwować w przebiegu próby wodnej pod wpływem pituglandolu, jest dość często obserwowane przesunięcie wydalania wody na tory pozanerkowe. Zupełnie wyraźnie to widzimy w przypadkach 3-m, 9-ym, 13-ym, 15-ym, 16-ym, 18-ym i 21-ym. Weźmy dla przykładu ten ostatni. Przy próbie wodnej zwykłej, chłopak ogółem w przeciągu 5-iu godzin wydalil 1200 gramów, z tego na drodze pozanerkowej 150 gramów. Po podaniu zaś pituglandolu w tym samym czasie ogółem wydalil 900 gr., z tego pozanerkowo 730 gr. A więc różnica wybitna. W innych przypadkach widzimy zjawisko analogiczne, jak to wyświećla niżej podana tabliczka.

L. p.	Próba wodna		To samo + pituglandol		Ilość podanej wody
	Ogółem wyd. wody	Pozanerkowo	Ogółem wyd. wody	Pozanerkowo	
3	900	227	600	321	500 cm ³
9	1030	127	900	505	750 cm ³
13	800	171	800	352	700 cm ³
15	1100	372	900	558	750 cm ³
16	1300	315	800	523	750 cm ³
18	1300	300	950	600	750 cm ³
21	1200	150	900	730	750 cm ³

Zjawisko to może się wydawać trochę dziwne, gdyż, jak wiemy, wyciąg z tylnego płatu przysadki, zdaniem niektórych autorów, poza zamykaniem sączka nerkowego, wywołuje również zwężenie naczyń płucnych, a częstokroć i skóry. Pod tę kategorię przypadków podpadałyby te, gdzie widzimy ogólne na wszystkich drogach zmniejszone wydzielanie wody. Do tych jeszcze powrócimy. Dane co do zwężania naczyń pod wpływem pituglandolu zostały zaczerpnięte z kliniki dorosłych. Być może u dzieci stosunki te przedstawiają się odmiennie. Za tem częściowo przemawiałby ten fakt, że my osobiście podczas doświadczeń z pituglandolem ani razu nie widzieliśmy zblednięcia skóry.

Najważniejszą rzeczą, o którą nam chodziło w doświadczeniach z pituglandolem, było stwierdzenie, czy i w jakim stopniu ustroj pod wpływem pituglandolu zatrzymuje przyjętą dla próby Volharda wodę. Otóż przepatrując przytoczone wyżej protokoły, możemy podkreślić, że retencja wody w ustroju bezwzględnie zachodzi. W całym szeregu przypadków jest ona nader wybitna i zaznacza się na przestrzeni całej próby wodnej, a więc przez pięć godzin. Do takich przypadków należą 2-gi, 4-ty, 8-my, 10-ty i 20-ty. We wszystkich tych przypadkach ustroj przez pięć godzin wydzielił mniej, niż podano mu wody dla próby wodnej.

L. p.	Ilość wody wypitej przy próbie wod.	Ogółem wydzielił przy próbie zwykłej	Ogółem wydzielił przy próbie wod. po pitugl.
2	500	800	400
4	500	830	200
8	750	1030	400
10	425	600	275
20	1000	1800	900

W reszcie przypadków zatrzymywanie wody w ustroju trwa krócej—od 2-ch do 4-ch godzin. W największym stopniu zatrzymanie się wody w ustroju zaznacza się pod wpływem pituglandolu w przeciągu pierwszych dwu godzin. Niżej przytoczone zestawienie uwypukli to należycie.

L. p.	3	5	6	9	12	13	14	15	16	17	18	19	21
Ilość wypitej wody	500	500	600	750	500	500	500	750	750	400	750	675	750
Wydzielił przy prób. w. zw.	700	550	650	1015	800	550	1100	900	800	700	900	850	700
przy próbie w. + pitugl.	350	100	150	200	200	100	150	150	100	170	350	400	180

Kilka nieumieszczonych przypadków nie mogło być wykorzystane do tych tablic, gdyż w dwu przypadkach nie byliśmy pewni danych wagowych, w jednym zaś doświadczenie z przyczyn od nas niezależnych zostało przerwane.

W związku z przesunięciem się wydalania wody przez nerki na ostatnie godziny próby wodnej, w niektórych przypadkach widzieliśmy jakby „odwróconą” próbę wodną, co zresztą niema większego znaczenia i świadczy jedynie o tem,

że działanie pituglandolu było krótkotrwałe. Jako przykłady mogą służyć przypadki 5-ty i 14 ty.

Długotrwałość działania pituglandolu zależy częściowo od właściwości konstytucyjnych danego ustroju, częściowo zaś od wielkości dawki i sposobu jego zastosowania. We wszystkich przypadkach, poczynając od 15-go w dół, stosowaliśmy dawki pituglandolu niższe, niż podaje Lust. Z obserwacji tych przypadków doszliśmy do przekonania, że naogół wystarczają dawki niższe, niż początkowo przez nas stosowane. Jako przykład niech posłuży przypadek 21-y, w którym próba wodna na całej przestrzeni została wybitnie zmieniona.

Naogół pituglandol stosowaliśmy pod skórę, raz jeden podaliśmy go śródskórnie w ilości $0,2 \text{ cm}^3$. Efekt przytem był większy, niż po podaniu $0,5 \text{ cm}^3$ pod skórę (patrz przypadek 14).

Ogólny wniosek, jaki można wysnuć z powyższych doświadczeń sprowadza się do stwierdzenia, że pituglandol wpływa we wszystkich bez wyjątku przypadkach na zatrzymanie wody w ustroju. Różnice zachodzą jedynie w czasie, to znaczy, że długotrwałość działania pituglandolu jest różna.

Wpływ pituglandolu na przebieg odczynu wodnego.

Pituglandol, jak widzieliśmy powoduje retencję wody w ustroju. Doświadczenia Etienne'a i Girarda wskazują, że zatrzymanie to dochodzi do skutku dzięki wzmożeniu ciśnienia onkotycznego, to znaczy zdolności pęcznienia tkanek. Nie mają słuszności, a przynajmniej nie przedstawili dostatecznie ważkich argumentów ci, co twierdzą, że woda zatrzymana w ustroju pod wpływem wyciągu z tylnej części przysadki gromadzi się przeważnie we krwi (Kucharski). Zatrzymywanie wody pod wpływem pituglandolu nie zależy zdaje się od sposobu jej wprowadzenia. W każdym bądź razie retencja wody była wybitna przy podawaniu jej doustnie (patrz wyżej przytoczone protokoły), jak również przy podawaniu wody pod skórę (Kucharski). Należy myśleć, że i śródskórnie wprowadzana woda ulega pod wpływem pituglandolu szybszemu przyswajaniu. Dlatego też oczekiwaliśmy już a priori wyraźnego skrócenia odczynu wodnego u osobników z normalną gospodarką wodną po uprzednim poddaniu ich działaniu pituglandolu. Oczywiście odczyn ten musi przypadać na okres wyraźnego działania pituglandolu. Z tego powodu wykonywaliśmy odczyn wodny zazwyczaj w dwie godziny po iniekcji pituglandolu. Wyniki z powyższych doświadczeń ujęliśmy w następującej tablicy:

L. p.	Odczyn wodny zwykły		Odczyn wodny w 2 godziny po pitugl.		To samo + równocześnie próba wodna	
	Prawe	Lewe	Prawe	Lewe	Prawe	Lewe
1	55'	60'	39'	39'	37'	37'
2	27'	32'	41'	49'	45'	45'
3	60'	60'	32'	35'	33'	33'
4	52'	52'	38'	30'	30'	30'
5	20'	30'	22'	18'	20'	20'
6	34'	27'	35'	11'	45'	23'
7	37'	37'	30'	30'	28'	26'
8	42'	48'	54'	49'	60'	60'
9	53'	53'	43'	28'	60'	60'
10	47'	45'	36'	36'	37'	28'
11	39'	39'	27'	27'		
12	38'	40'	26'	26'	22'	35'
13	27'	43'	25'	22'		
14	52'	52'	26'	36'	36'	29'
15	40'	40'	16'	22'	34'	34'
16	90'	135'	73'	76'	74'	74'
17	50'	60'	30'	40'		
18	66'	55'				
19	29', 34'	54', 48'	21'	25'		
20	61'	53'	37'	37'		
21	55'	55'	28'	28'		

Jak widzimy, skrócenie odczynu osiągnęliśmy nie we wszystkich przypadkach. Z 20 tu, gdzieśmy mogli porównywać odczyn wodny zwykły z odczynem wodnym po pituglandolu, skrócenie wystąpiło w 17-u przypadkach, w trzech (2.6 i 8) wynik był ujemny. Skrócenie odczynu występuje zasadniczo tem wyraźniej, im dłuższy jest odczyn zwykły. Krótkotrwałe odczyny wodne skracają się stosunkowo nieznacznie. Jest to zupełnie zrozumiałe. Tam, gdzie odczyn trwa krótko, zdolność wiązania wody i tak już jest prawdopodobnie duża i pituglandol nie może jej w wydatny sposób powiększyć. Dlatego ocenialiśmy wyniki w tych przypadkach jako dodatnie nawet wówczas, gdy to skrócenie było mniejsze niż o 10 minut, jak to widzimy w przypadkach 5-ym i 7-ym.

Ciekawie zachowują się pod wpływem pituglandolu odczyny wodne w tym wypadku, gdy mają różną długotrwałość

na obu rękach. Do tych przypadków należy 13-ty i 19-ty. W 13-ym odczyn wodny wynosi na prawem przedramieniu 27', na lewem 43'. Po pituglandolu zachodzi skrócenie jedynie na lewem przedramieniu, to znaczy odczynu dłużej trwającego. O. W. po pituglandolu w tym przypadku wynosi na prawem 25' i 22' na lewem przedramieniu. Analogiczne zjawisko widzimy w przypadku 19-ym. Zwykły odczyn na prawem przedramieniu wynosi 29', 34', na lewem 54', 48'. Po pituglandolu zaś 21' i 25'. Znow wyrażniejsze skrócenie tam, gdzie odczyn trwa dłużej.

W tych przypadkach, gdzie był przerabiany odczyn wodny podczas próby wodnej znajdującej się pod wpływem pituglandolu, nie różnił się on od odczynów otrzymywanych li tylko pod wpływem pituglandolu.

Trzech przypadków, gdzie pituglandol nie wpłynął na skrócenie odczynu, nie jesteśmy sobie w stanie wytłumaczyć. Nie jesteśmy w stanie, gdyż we wszystkich trzech przypadkach, jak to zresztą wskazują nasze protokoły, pituglandol wpłynął na przebieg próby wodnej, wywołując retencję wody. Nie chcąc fantazjować, podajemy je bez interpretacji.

W każdym bądź razie trzy ujemne przypadki na 17 dodatnich nie są w stanie podważyć słuszności koncepcji, że pituglandol skraca bezwzględnie odczyn wodny. Powiedzielibyśmy więcej — te trzy ujemne wśród szeregu dodatnich są raczej potwierdzeniem wyżej wymienionej reguły.

Odczyn wodny a próba wodna.

Przystępując do badań nad odczynem wodnym, chcieliśmy doszukiwać się równoległości w zachowaniu się odczynu wodnego a przebiegiem próby wodnej. Stąd zrodził się plan zmieniania zwykłego odczynu wodnego i zwykłej próby wodnej, oczywiście w pewnych odstępach czasu, zapomocą pituglandolu. Analogję tę mogliśmy widzieć w 17-tu przypadkach z 20-tu. To znaczy w 17-tu przypadkach retencji wody pod wpływem pituglandolu podczas próby wodnej odpowiadało skrócenie odczynu wodnego, naskutek prawdopodobnie wzmożonego wiązania wody znow pod wpływem pituglandolu.

Właściwie mówiąc, równoległość ta nie jest zupełna. Aby ją wykazać, trzeba by odczyn wodny wykonywać co pewien czas, powiedzmy w odstępach godzinowych, w przebiegu próby wodnej zwykłej i próby wodnej, znajdującej się pod wpływem pituglandolu. Jednakże tego rodzaju doświadczenie na materiale dziecięcym ze zrozumiałych powodów nie jest możliwe, a raczej trudne do wykonania. W związku z tym postanowiliśmy przeprowadzić powyższe doświadczenia na dorosłych. Wynik doświadczeń jednak był ujemny. Spo-

wodował to cały szereg czynników. Między innymi długo-trwałość odczynów wodnych (powyżej 108 minut), znaczna wrażliwość tych osobników na pituglandol, nieprzestrzeganie przepisowego leżenia podczas doświadczenia i t. d. i t. d.

Należy przypuszczać, że wyciąg z tylnej części przysadki mózgowej, podany doskórnie w odpowiednim izotonicznym roztworze solnym powinien również skracać odczyn wodny. Te badania zostały przez nas zapoczątkowane. W ten sposób uwidoczniliśmy zależność odczynu wodnego od jednego uchwytanego czynnika, jakim jest ciśnienie onkotyczne. Zależność ta, jak widzieliśmy, jest zupełnie wyraźna.

Zależność odczynu wodnego od stanu naczyń włoskowatych i ciśnienia w nich.

Wpływ zmniejszonego ciśnienia na przebieg odczynu wodnego.

Drugim momentem, którego wpływ na znikanie odczynu wodnego postanowiliśmy wyjaśnić, jest stan kapillarów. Już ze zwykłych klinicznych spostrzeżeń, jak znikanie pod wpływem ciepła wysięku lub przesięku, albo też sztucznie wprowadzonych do tkanek płynów, obrzęków pod wpływem gorącej kąpieli, nasuwało nam myśl, że i guzek w odczynie wodnym może w tych samych warunkach znikać szybciej, niż normalnie. Te często praktyczne spostrzeżenia mają swoje ugruntowanie w przesłankach teoretycznych. Schade, którego należy uważać za autorytet w sprawach gospodarki wodnej, sądzi, że zmieszenie ciśnienia w naczyniach włoskowatych *ceteris paribus* zwiększa przyływ płynu z tkanek do krwi i naodwrot — zwiększenie ciśnienia krwi kieruje wymianę wodną na drogę transsudacji. Barbour stwierdził pod wpływem ciepła (a więc i przekrwienia skóry naskutek rozszerzenia naczyń włoskowatych) prawie zawsze rozwodnienie krwi, które znów wskazywałoby na wzmożony przyływ płynu tkankowego do światła naczyń.

W naszych doświadczeniach korzystaliśmy dla uwidocznienia wpływu stanu kapillarów na znikanie odczynu wodnego z następującej techniki. U osobnika, którego zwykły odczyn wodny został określony, przerabiano odczyn A. i Mc C. poraz drugi. Zaraz po dokonaniu odczynu zanurzano jedną rękę do gorącej wody o t. 50° C. W ten sposób wywoływaliśmy wybitne zaczerwienienie ręki, naskutek czynnego rozszerzenia naczyń włoskowatych. Ten stan skóry podtrzymywaliśmy przez cały czas trwania odczynu wodnego, dzięki temu, że temperatura wody była stale na poziomie 50° C. Nie od rzeczy będzie tu podkreślić, że ciepło najprawdopodobniej prócz rozszerzenia naczyń włoskowatych i związanego z tem

obniżenia ciśnienia w kapillarach, powoduje pewne zmiany w stanie koloidów. Zmiany te według cytowanego już Schade go idą w kierunku utrzymywania koloidów w stanie rozpuszczalnym, co znów odbija się na wzmożeniu ich ciśnienia onkotycznego.

Opierając się na tych przesłankach, już a priori oczekiwaliśmy skrócenia odczynu wodnego pod wpływem ogrzania. Wyniki badań w tym kierunku są zestawione poniżej:

L. p.	Odczyn wodny zwykły		Odczyn wodny przy ogrzaniu jednej ręki	
	prawe	lewe	prawe	lewe
13	38'	40'	15'	15 ₀
14	52'	52'	15'	15 ₀
15	40'	40'	45'	21 ₀
16	90'	135'	90'	45 ₀
17	50'	60'	47 ₀	44'
18	66'	56'	45 ₀	90'
19	29'	54'	30 ₀	40'
20	61'	53'	33 ₀	30'
21	55'	55'	17'	17 ₀
22	67'	67'	70'	35 ₀
23	50'	50'	55'	20 ₀
24	55'	38'	60'	25 ₀
25	59'	59'	20 ₀	44'
26	58'	65'	18 ₀	45'
27	65'	47'	12 ₀	30'
28	32'	60'	55'	30'
29	40'	30'	25 ₀	25'
30	65'	74'		
31	40'	40'	29'	17 ₀
32	56'	50'	28 ₀	44'
33	66'	66'	76'	25 ₀
34	51'	51'	24 ₀	50'
35	50'	42'	29 ₀	50'
36	66'	66'	40'	30 ₀
37	45'	33'	30 ₀	30'

Ogrzanie oznaczono w tablicy zapomocą kółka.

Jak widzimy z powyższego zestawienia, naskutek przekrwienia ręki występuje skrócenie odczynu tejże ręki. Wynik ujemny otrzymano jedynie w dwu przypadkach (17 i 19). Skrócenie to zaznacza się przeważnie w sposób nader wyraźny. Ciekawą jest rzeczą, że skrócenie odczynu w całym szeregu przypadków występowało również i na nieogrzejanej kończynie. Miało to miejsce prawie wyłącznie w tych przypadkach, gdzie zaczerwienienie nie ograniczało się do ogrzewanej kończyny, a rozszerzało się nieomal na całe ciało. W tych przypadkach najprawdopodobniej występowały zupełnie jednakowe warunki na obydwu kończynach.

Wpływ zwiększonego ciśnienia na przebieg odczynu wodnego.

Jak już wyżej wspominaliśmy, wzmożenie ciśnienia powoduje odpływ płynu ze krwi do tkanek. W związku z tem powinno występować nasycanie się tkanek wodą, a wraz z niem w pewnym momencie należałoby oczekiwać wydłużenia się odczynu wodnego. Dla skontrolowania tego postanowiliśmy sprawdzić, jak zachowuje się odczyn wodny pod wpływem ephetoniny, która, jak wiemy, ma działanie podobne do adrenaliny bez trujących własności tej ostatniej. Technikę doświadczenia ustalono w sposób następujący. Określano ciśnienie m_x i m_n oraz tętno badanego osobnika. Potem wstrzykiwano 0,05 ephetoniny pod skórę, a zaraz dalej wykonywano odczyn wodny. Zachowanie się ciśnienia i tętna po ephetoninie sprawdzano co 10—15 minut. Eksperymentowano z ephetoniną, jak i w tamtych przypadkach, jedynie na dzieciach w wieku szkolnym.

Już przed przystąpieniem do doświadczeń jedynie na podstawie teoretycznych rozważań byliśmy przekonani, że w całym szeregu przypadków ephetonina nie będzie w stanie wywrzeć jakiegokolwiek wpływu na przebieg odczynu wodnego. Wiadomo bowiem, że w warunkach fizjologicznych mechaniczne zwiększenie ciśnienia krwi niezawsze wystarcza, aby zmienić koncentrację i wpłynąć na wymianę płynów między krwią a tkankami. Dlatego sądziliśmy, że wynik doświadczeń należy uważać za dodatni nawet w tym wypadku, jeśliby wydatne wydłużenie odczynu udało się stwierdzić chociażby w pojedynczych przypadkach.

Doświadczenia z ephetoniną i z odczynem wodnym przedstawiamy w następującem zestawieniu (patrz str. 89).

Jak widzimy w kilku przypadkach (23, 33, 34, 35) odczyn wodny wydłużył się. Wydłużenie się odczynu szło przeważnie z wyraźnem wzmożeniem się ciśnienia krwi.

L. p.	Odczyn wodny zwykły		Odczyn wodny po ephetoninie		Działanie ephetoniny
	prawe	lewe	prawe	lewe	
22	17'	67'	39'	71'	—
23	50'	50'	80'	81'	+
25	59'	59'	55'	57'	+
32	56'	50'	58'	65'	+
33	54'	58'	109'	109'	+
34	51'	51'	101'	77'	+
35	50'	42'	77'	77'	+
36	66'	66'	47'	60'	+
37	45'	33'	40'	40'	+

Ostateczne wnioski.

W ten sposób zostały wyczerpane te kwestje, rozwiązanie których postawiliśmy sobie jako zadanie naszej pracy. Już we wstępie zaznaczyliśmy, że badania innych autorów, uwypuklające inne czynniki, które mogą wpływać na przebieg odczynu wodnego, uzupełniają nasze spostrzeżenia. A więc wpływ czynnika odwadniania tkanek, wywołanego przez zmniejszenie pęcznienia ich, został podniesiony przez Guggenheima i Hirscha. Sprowadza on, jak wiemy, wydłużenie odczynu wodnego. Skrócenie O. W. widzieli na zwierzętach Bernardsberg i Sendrail w doświadczeniach ze stopniowym wycinaniem tarczycy. Te dane uzupełniają nasze badania nad skracaniem się odczynu pod wpływem pituglandolu, jako środka zwiększającego siłę pęcznienia, a więc wiązania wody w tkankach. Tak samo nie wolno jest negować wpływu czynnika mechanicznego, który może zmieniać przebieg odczynu wodnego. Zmiana ciśnienia hydrostatycznego, w związku z tą czy inną pozycją ciała ludzkiego, szczególnie u chorego osobnika, masaż guzka, zmiana w ciśnieniu krwi mogą zmieniać bezwzględnie przebieg odczynu wodnego. Jednakże błędem byłoby, gdybyśmy za całym szeregiem autorów całą sprawę znikania odczynu uzależnili wyłącznie od czynnika mechanicznego. Jest on tylko, jak widzimy, jednym z wielu.

W wyniku tych rozważań należy dojść do przekonania, że odczyn wodny A. i Mc C., jak każdy odczyn biologiczny, jest zjawiskiem nader złożonym. O przebiegu zjawiska decyduje zazwyczaj skomplikowany łańcuch najprzeróżniejszych momentów, niekiedy między sobą współdziałających, często — zaś — o działaniu wręcz antagonistycznym. Nic też dziw-

nego, że w zasadzie analiza odczynu wodnego jest trudna, gdyż w żywym ustroju nie udaje się z całą precyzją izolować jakiś poszczególny bodziec i prześledzić jego działanie

Dlatego też, mówiąc w naszej pracy o wpływie ciśnienia onkotycznego, o roli naczyń włoskowatych i ciśnienia w nich, zdajemy sobie sprawę, że prócz momentów podnoszonych przez nas wchodzą w grę i inne, o których nie mówiliśmy. Naprzykład — przy pituglandolu trzeba pamiętać o możliwym wpływie tego środka na stan naczyń i ciśnienie, przy rozszerzaniu zaś naczyń włoskowatych trzeba brać pod uwagę prawdopodobnie zmieniający się przy tem stan przepuszczalności ściany naczynia, a nawet możliwych zmian w samych tkankach. Słusznie wobec tego będzie mówić raczej o pewnych zespołach czynników, wśród których ten czy inny moment gra dominującą rolę. Ostatnio w polskim piśmiennictwie ukazała się praca Fliederbauma, który próbuje uzależnić znikanie guzka od stanu układu roślinnego. Jednakże w chwili obecnej takie ujmowanie sprawy, aczkolwiek b. pociągające, nie uzyskało jeszcze prawa całkowitego obywatelstwa.

Na zakończenie chcielibyśmy ocenić wartość kliniczną omawianego odczynu. W zasadzie musimy się zgodzić, że wartość tego odczynu w klinice starszego dziecka, posiadającego już dość stałą gospodarkę wodną, jest duża. Musimy jednak przyznać, że nawet i w tym wieku widuje się występowanie odczynów zupełnie niezrozumiałych i trudnych do wytłumaczenia. Jako przykład niech posłużą różne zachowanie się odczynów na dwu kończynach (prawe i lewe przedramię), co widzimy w przypadkach 16-ym, 19-ym, 28-ym i innych. Tak samo należy ocenić występującą niekiedy zmienność odczynów na przestrzeni kilku dni u osobnika, zdaje się, z ustaloną gospodarką wodną. Na szczęście u starszych dzieci te niespodzianki są stosunkowo rzadkie. Inaczej powinna się mieć rzecz u niemowlęcia, mającego gospodarkę wodną niezwykle chwiejną, jak wiemy, zależną od całego szeregu czynników, częstokroć zupełnie niepoddających się krytycznemu ujęciu. W tym wieku ocena odczynu wodnego, szczególnie bez gruntownej i dłużej trwającej obserwacji klinicznej dziecka jest znacznie trudniejsza.

W każdym bądź razie nie ulega żadnej wątpliwości, że odczyn wodny, jak i cała gospodarka wodna, mimo niektórych wspólnych momentów, ma charakter wybitnie indywidualny. W związku z tem odczyn wodny poszczególnego osobnika powinien być rozpatrywany niezależnie, a nie pod kątem pewnych przeciętnych. Dlatego mówiąc we wstępie o „normach“ Leonhardta, zaopatrzyliśmy ten wyraz w cudzysłów, uważając robienie takich przeciętnych za rzecz zbędną i conajmniej nie mającą zastosowania dla norm indywidualnych.

MŁODA MATKA

DWUTYGODNIK

poświęcony zdrowiu i wychowaniu dziecka do lat 7-miu.

Pod redakcją

Dr. Barańskiego i Wandy Pełczyńskiej.

Wychodzi 1 i 15-go każdego miesiąca.

WARSZAWA

Górnośląska 20 m. 7. Telefon 401 24.

Warunki prenumeraty:

Miesięcznie Zł. 1.— Półrocznie Zł. 5.40.

Kwartalnie „ 2.70. Rocznie „ 10.—

Numer pojedynczy 50 gr.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. Achar d. Système lacunaire, 1924. 2. Aldrich i Mc. Clure. Journ. Amer. Medic. Ass. p. 293-1923. 3. Aldrich i Mc. Clure. Journ. Amer. Medic. Ass. p. 1485-1924. 4. Aldrich i Mc. Clure. Klin. Woch. Nr. 25-1927. 5. Ascher. Klin. Woch. Nr. 51-1926. 6. Barbour cyt. wg. Aschera. 7. Bernardsberg i Sendrail. Soc. d. Biol. 25.II.1928. 8. Eisner i Kallner. Klin. Woch. Nr. 36-1928. 9. Etienne i Gérard. Pr. Méd. Nr. 85-1927. 10. Fliderbaum. Kwartalnik kliniczny T. 7-1928. 11. Filiński. P. Gaz. Lek. Nr. 48-1926. 12. Govaerts i Bernard. Pr. Méd. Nr. 85-1927. 13. Guggenheimer i Hirsch. Klin. Woch., Nr. 6-1926. 14. Kucharski T. Pr. Méd. Nr. 46-1927. 15. Labbé M., Violle P. L. i Azérad E. Pr. Méd. Nr. 41-1926. 16. Leonhardt L. Monatsschr. f. Kinderhkl. 1928, Juni. 17. Mantner. Jahrb. f. Kindhkl. 71 B., 1928 (90 Versamml. d. Naturf. u. Aertzte im Hamburg). 18. Ribadeau Dumas i Tisserand. Soc. méd. d. Hop. Nr. 39-1925. 19. Schade Erg. d. inn. Med. u. Kinderhkl. 32 B., 1927. 20. Schade. D. med. Woch. 1928, str. 656.

Conclusions.

1. L'injection souscutanée de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse (pituglandol Roche) influence l'épreuve de diurèse provoquée a⁰ en diminuant la diurèse ce que se manifeste surtout pendant les premières heures de l'épreuve,

b⁰ en favorisant fréquemment l'excretion de l'eau par les voies extrarénales.

2. Pendant la durée de l'épreuve de diurèse provoquée sous l'action du pituglandol une rétention nette de l'eau dans l'organisme se produit très marquée dans les premières 2 heures dans tous les cas observés, tandis que dans les heures suivantes la rétention ne s'observe que dans une partie de cas.

3. Le pituglandol abrège très nettement la durée de l'intradermoréaction hydrique.

4. Il semble, que l'intradermoréaction hydrique parcourt parallèlement à l'épreuve de diurèse provoquée.

Ce parallélisme apparaît très nettement sous l'action du pituglandol. La rétention de l'eau pendant l'épreuve sous l'influence du pituglandol correspond au raccourcissement de l'intradermoréaction hydrique exécutée 2 heures après l'injection du pituglandol (pendant ce temps son action est très marquée).

5. L'intradermoréaction hydrique sous l'action du pituglandol ne diffère pas de celle faite au cours de l'épreuve de diurèse provoquée, lorsqu'on administre simultanément du pituglandol donc quand il y a un excès de l'eau dans l'organisme.

6. La dilatation active des vaisseaux capillaires provoquée par le chauffage de la place sur laquelle l'intradermoréaction hydrique était faite causait un raccourcissement notable de l'intradermoréaction hydrique en comparaison avec la réaction-témoin sur le membre non chauffé.

7. Dans certains cas dans lesquels la dilatation de vaisseaux était vive (la rougeur est apparue sur tout la corps) la réaction — témoin était également abrégée.

8. Le raccourcissement de la durée des intradermoréactions hydriques était plus net dans les cas à réaction normale.

9. L'éphétonine (substance à l'action de l'adrénaline) prolonge dans une partie des cas la durée de l'intradermoréaction probablement grâce au rétrécissement des capillaires de la peau ainsi qu'à l'augmentation de la pression sanguine.

10. Nous avons soumis aux expériences les enfants à métabolisme de l'eau normal, âgés de 5 — 15 ans.

O C E N Y.

Prof. Karol Jonscher. Odżywianie niemowląt chorych i zdrowych. (Medycyna w monografiach, wykładach klinicznych i poglądowych pracach naukowych, zeszyt VIII). Warszawa 1928 r.

Podręcznik ten należy powitać z zadowoleniem przede wszystkim jako wzbogacający ubogie dotąd pod tym względem piśmiennictwo pediatryczne.

Dział tu opracowany uważany jest przez większość lekarzy za jeden z najtrudniejszych działów pediatrii — pogląd po części tylko słuszny, po części zaś wypływający z nieznamomości zasad, na których opieramy odżywianie zdrowego i chorego niemowlęcia. Orientowanie się w tych sprawach utrudnia wciąż rosnące piśmiennictwo, które wprowadza liczne, przeczące sobie klasyfikacje zaburzeń w odżywianiu i opisuje i zachwala coraz to inne skomplikowane mieszanki. Powstaje stąd chaos w umyśle lekarza-praktyka, który zamiast uregulować odżywianie niemowlęcia przystępuje do niego z całym, zbędnym, arsenałem leków jak olej, bizmut i t. d.

Już na pierwszy rzut oka uderza dydaktycznie ujęta konstrukcja: książka składa się z 2-ch części; część pierwsza — odżywianie niemowląt pokarmem, część druga — odżywianie sztuczne. Część pierwsza obejmuje 5 rozdziałów: odżywianie zdrowego niemowlęcia piersią matki, odżywianie mieszane, karmienie przez mamkę, zaburzenia w odżywianiu podczas karmienia piersią i propaganda karmienia piersią. W części drugiej znajdujemy: uwagi ogólne o odżywianiu sztucznym, odżywianie sztuczne w zależności od wieku, oraz zaburzenia w odżywianiu niemowląt karmionych sztucznie.

Jako podstawę do obliczeń ilości pożywienia wziął autor metodę Pirqueta (nemy, długość ciemieniowo siedzeniową), której zasady podane są w sposób jasny i łatwy do zapamiętania.

Studjowanie po kolei poszczególnych rozdziałów pozwala na podkreślenie następujących momentów: krótko, jasno i praktycznie zostały przedstawione — metoda odłączania od piersi i stopniowego dokarmiania oraz główne wytyczne w karmieniu mieszanem. Na uwagę zasługuje rozmieszczenie w różnych rozdziałach mieszanek normalnych i mieszanek leczniczych. Zgodnie ze słusznym poglądem autora, że mieszanki powinny być nieliczne i jaknajprostsze, podaje ich tylko kilka, ale za to opisy są tego rodzaju, że pozwolą każdemu lekarzowi stosować je nawet w praktyce prywatnej. Nie będąc zwolennikiem mieszanek skoncentrowanych wspo-

mina o nich autor pobieżnie. Podkreślić należy wartość dydaktyczną rozdziału o sztucznym karmieniu, który autor rozbiła na kilka okresów życia niemowlęcia: noworodka, niemowlęcia do 5-ciu miesięcy i trzeci—do roku.

Na szczególną uwagę zasługuje rozdział o klasyfikacji zaburzeń w odżywianiu, ujętej oryginalnie, bo opartej nie tylko na podstawie objawów klinicznych, ale przede wszystkim wskazań leczniczych. Dobrze czyni autor, że nie podaje klasyfikacji innych autorów, unikając chaosu i czyniąc przez to sprawę zupełnie przejrzystą.

W opisach obrazów klinicznych uderza nacisk, który autor kładzie na znaczenie wywiadów i przebiegu choroby zależnie od przyczyn; zwłaszcza dokładnie omawia głodzenie, tak często stosowane u nas w praktyce. Uwzględnione też są obok dietetycznych inne, mniej znane błędy, jak przegrzanie, brak powietrza i t. d. Proste i jasne opisy jednostek ujęte są ze względów dydaktycznych z punktu widzenia praktycznego bez omówień teoretycznych, a wykazują mimo to głęboką znajomość teoretyczną autora.

Autor opracował na 131 stronach nie tylko część kliniczną sprawy, ale uwzględnił też dwa najważniejsze momenty społeczne związane z odżywianiem niemowlęcia, a mianowicie propagandę karmienia piersią, oraz skomplikowane zagadnienie karmienia przez mamkę, stojąc na stanowisku ochrony jej dziecka.

Doznałby zawodu, ktoby, czytając tę książkę, szukał w niej recept na różne zaburzenia w odżywianiu. Autor nie wymienia prawie żadnych lekarstw, dowodząc ich zbędności, wykazując, że uregulowanie racjonalnego odżywiania w każdej z omawianych spraw jest pierwszym, a często jedynym obowiązkiem lekarza.

Autor potrafił uniknąć poruszania wszelkich trudnych problemów, któreby obciążały uwagę czytelnika, a które są na miejscu tylko w dużych podręcznikach i interesują właściwie tylko kliniki pediatryczne.

Książka napisana jest zwięźle, przejrzystie, doskonałym językiem, ilustrowana dobrze dobranymi, choć nielicznymi przykładami i tablicami.

Jeśli po przeczytaniu książki powrócimy, jak to zawsze czynić należy, do wstępu, to przekonamy się, że autor dobrze spełnił postawione sobie zadanie, opracował bowiem dobry i dostępny całemu ogółowi lekarskiemu całokształt odżywiania niemowlęcia zdrowego i chorego.

Marta Erlichówna.

PRZEGLĄD PISMIENNICTWA.

Archives de médecine des enfants.

t. XXXII, Nr. 1.

Podał a Dr. Skwarczyńska.

Dr. Veras. Epidemja choroby denga u dzieci w Atenach 27 — 28r.

Epidemja obejmowała 9/10 ludności. U dzieci przebieg był nieciężki i brak powikłań. Początek choroby nagły, z wysoką ciepłotą trwającą od 3—7 dni i wysypką podobną do odrowej lub płoniczej. Bóle głowy, bóle mięśniowe i stawowe występowały u dzieci rzadziej niż u dorosłych, natomiast częste były zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Zarazka dengi nie udało się wyodrębnić, wiadomo tylko, że przechodzi przez najsubtelnijšie sączki. U ludzi zdrowych chorobę można wywołać doświadczalnie za pomocą zastrzyknięcia krwi chorego.

Tisler i de Sère. Leczenie ropnego pneumokokowego zapalenia opłucnej.

Zabieg chirurgiczny, niezbędny w leczeniu niemal wszystkich ropnych zapaleń opłucnej, może jednak sprawę pogorszyć i wyrządzić szkodę choremu, jeżeli 1) jest wykonany zbyt wczesnie, 2) jeżeli w czasie wykonywania zabiegu istnieje w płucach ognisko zapalne. Autor jest zdania, że każdą pleurotomję powinno poprzedzić kilka lub kilkunastokrotne wydobywanie ropy zapomocą strzykawki z następowem wprowadzeniem do jamy opłucnej buljonu Besredki, optochiny, lub błękitu metylenowego. Postępowanie to ma na celu osłabienie pneumokoków, znajdujących się w ropie wysięku. Ważna jest technika operacyjna. Autor jest przeciwnikiem otwierania kl. piersiowej, resekcji żeber i wprowadzania drenów. Doskonałe natomiast wyniki daje pleurotomja zastawkowa, poczem ropa odprowadza się zapomocą systemu syfonowego, stosowanego przez Delbeta. W ropnem obustronnem zap. opłucnej zabieg wykonujemy po jednej stronie i dopiero po jakimś czasie przystępujemy do zabiegu po stronie drugiej.

Ricaldoni i Isola. Dystrofia adipozu-genitalna, nadliczbowość palców i barwikowe zapalenie siatkówki.

Zespół chorobowy wrodzony, o charakterze rodzinnym. Opis 4 rodzeństwa, dotkniętych tą chorobą.

Comby. Choroba Niemann-Picka.

Choroba N. Picka jest prawdopodobnie wrodzona. Spotyka się częściej u dziewczynek, niż u chłopców, często u żydów; ujawnia się w pierwszych miesiącach życia. Olbrzymia śledziona, powiększenie wątroby i gruczołów limfatycznych, upośledzenie rozwoju fizycznego i psychicznego, oto dane kliniczne, które nasuwają przypuszczenie, że mamy do czynienia z tem rzadkiem cierpieniem. Jednak rozpoznanie ustalić można jedynie wtedy,

jeżeli w mięszu, wydobyty po nakłuciu śledziony, znajdujemy komórki gąbczaste (foam cells) typowe dla chor. N. Picka. Komórki te są gęsto rozsiane również we wszystkich narządach. Zejście śmiertelne. Pick przypuszcza, że zachodzą tu zaburzenia w metabolizmie lipidów, pokrewne do zaburzeń w idjotyzmie amaurotycznym. Mongolizm i idjotyzm amaurotyczny zdarza się czasem u dzieci, dotkniętych chorobą N. Picka.

t. XXXII, luty 1929 r.

Nobécourt, Kaplan, Bargeton. Ropne paciorkowcowe zapalenie opłucnej.

Ropne paciorkowcowe zapalenie opłucnej nie zawsze miewa charakter złośliwy. W niektórych przypadkach wyleczenie następuje po systematycznym opróżnianiu ropy zapomocą nakłuć. Nigdy nie należy się spieszyć z pleurotomją — jest ona zaś wyraźnie przeciwwskazana, o ile w płucach znajduje się jednocześnie ognisko zapalne.

Mikułowski. Lecnicze zastosowanie tlenu w klinice dziecięcej.

Tlen, wprowadzony podskórnie daje bardzo dobre wyniki lecznicze we wszystkich stanach zamartwicy tak pochodzenia mechanicznego, jak naczyniowego, w chorobach zakaźnych i zatruciach. Tlen działa swoiście na drogi oddechowe, pozatem wywiera wpływ na procesy utleniania w tkankach, podnosi sprawność aparatu naczyniowego przez zwiększenie ciśnienia krwi i zmniejszenie jej lepkości. Autor omawia działanie tlenu na poszczególnych przypadkach.

Villaret, Saint Girons. Akrocjanoza u młodych kobiet.

U młodziutek kobiet (od 15-20 lat) trochę otyłych z zaburzeniem w miesiączkowaniu występuje czasem sinica, chłód i obrzęk kończyn, wzmagające się w czasie zimy, skłonność do odmrożeń, a nawet do owrzodzeń trudno się gojących. Ciśnienie żyłne jest wzmożone. Nie wchodzi tu w grę zmiany w naczyniach, lub sercu. Akrocjanoza jest w związku z zaburzeniem w wydzielaniu wewnętrznym, za czem przemawiają doskonałe wyniki lecznicze po zastosowaniu opoterapii jajnikowej. Autorzy sądzą, że można tu mówić o odrębnym zespole chorobowym, na który składają się: niedomoga jajników, akrocjanoza i zwiększenie ciśnienia żylnego, będące niejako ogniwem pośrednim.

Giuffrè. Powikłania nerwowe w ksztuścu.

Powikłania ze strony systemu nerwowego w ksztuścu mogą mieć postać różnorodną, gdyż bywa zaatakowany zarówno mózg, jak rdzeń i nerwy obwodowe. Przez licznych autorów bywały obserwowane porażenia mózgowe, zapalenie wielu nerwów, lęk nocny, ośpienie i idjotyzm i wiele innych objawów. Czynniki mechaniczne (wzmożone ciśn. żyłne podczas ataków kaszlu) jest naogół przeceniany w patogeniezie powyższych powikłań. Chodzi tu raczej o szkodliwe działanie endotoksyn zarazka Bordet Gengou. Czasem brak jest makroskopowych zmian anatomopatologicznych, któreby odpowiadały objawom klinicznym, jedynie badanie drobnopowidzowe wykazuje w komórkach znamiona zwyrodnienia. O wiele rzadziej, niż można przypuszczać znajdują się wylewy krwawe w mózgu. Naciśk, przekrwienie i wybroczyny w oponach podobne jak po kokluszu spotyka się również w przebiegu innych chorób zakaźnych. Neurath idzie nawet tak daleko, że im właśnie przypisuje stałe utrzymujący się w ciągu całego życia wyraźny stan wzmożonej pobudliwości mózgu.

Opis przypadku obserwowanego przez autora z drgawkami, porażeniem połowicznym i zmianami w płynie mózgo-rdzeniowym. Zejście pomyślne.

Grenet, Vogt. Tężec u noworodka.

Tężec u 12-dniowego noworodka, zakażenie prawdopodobnie z pępka. Przebieg ciężki. Podkreślić trzeba bardzo wysoką ciepłotę, dochodzącą

cą do 42,2 — pozatem wystąpienie twardego wału skurczonych mięśni grzbietowych, które naciągając jednostronnie kręgi, wytworzyły tylnoboczne skrzywienie kręgosłupa; zmiany te ustąpiły po paru tygodniach. Zastrzyknięto 240 cm.³ surowicy domięśniowo. Wyd. owienie. Odsetek śmiertelności tęcza u noworodka waha się od 93⁰/₀ — 96⁰/₀.

Comby. Leczenie ostrego zapalenia szpiku kostnego.

Wyraźnie umiejscowiony ból na końcu trzonu kości długiej i wrażliwość metafizy są pierwszymi zwiastunami ostrego zapalenia szpiku kostnego. Wskutek porowatości i bogatego unaczynienia kości w wieku dziecięcym, a także systemu naczyń końcowych na tym odcinku, jest to ulubiony teren dla rozwoju przerzutu z pierwotnego ogniska bakteryjnego. Wczesne rozpoznanie jest bardzo ważne ze względu na wyniki leczenia. We wczesnym okresie najlepiej zastosować sączkowanie metafizy. Wycięcie trzonu i łupki nadają się raczej do przypadków zaniedbanych i daleko posuniętych. Poza-tem leczenie zakażenia ogólne i swoiste.

Revue française de Pédiatrie.

Tom IV, Nr. 5, 1928.

Podał J. Wiszniewski.

M. Péhu i M-me Clavel. O zmianach mięśniowych stwierdzanych u niemowląt kiłowych ze zmianami swoistymi w kościach.

Autorzy podkreślają częste występowanie zmian patologicznych w mięśniach u niemowląt kiłowych i znaczenie tych zmian w ogólnej symptomatologii kiły wrodzonej. Zmiany te są o charakterze zapalnym (myositis) i zazwyczaj znajdują się w ścisłym związku z cierpieniami swoistymi układu kostnego. Zapalenie szerzy się na mięsień z okostnej, lub też z naczyń krwionośnych (arteritis). To schorzenie mięśni przyczynia się w znacznym stopniu do wadliwego ułożenia i upośledzonej ruchomości kończyny nawet w klasycznym obrazie choroby Parrota (osteochondritis luetica c. epiphyseolysis). Gdy zmiany kostne nie są tak wybitne jak w chorobie Parrota (np. kilaki kostne) — wtedy występowanie rzekomego porażenia kończyny można wytłumaczyć jedynie zmianami mięśniowymi. Wreszcie częste stany wzmożonego napięcia mięśniowego u niemowląt kiłowych, a także odgraniczone stwardnienia w mięśniach są także w ścisłym związku z wytwórczym zapaleniem okostnej (periostitis ossificans).

Erna Lévy. Badania nad określaniem miana białkowego w osoczu krwi u niemowląt, a szczególnie u niemowląt wypryskowych.

U niemowląt dotkniętych wypryskiem sączącym zwracają uwagę dwa zjawiska: 1) przesączanie się przez skórę znacznych ilości cieczy białkowej i utrata substancji azotowych, która może zależeć od zaburzeń w przemianie białkowej ogólnej lub odwrotnie może prowadzić do takowych; 2) łatwość z jaką u tych niemowląt powstają obrzęki lub zatrzymanie wody wyrażające się znacznymi wahaniami wagi. Ponieważ badania współczesne wykazują u niektórych chorych nerkowych obniżenie miana białkowego w osoczu — fakty te logicznie doprowadziły autora do badań nad białkiem w osoczu krwi u niemowląt z wypryskiem sączącym skóry. Praca składa się z opisu techniki obliczania substancji białkowych w osoczu, badań kontrolnych nad osoczem krwi niemowlęcej dla ustalenia wahań fizjologicznych i badań nad osoczem krwi u niemowląt, dotkniętych typowym wypryskiem sączącym.

Badania te doprowadziły do wyników następujących: u większości niemowląt z wypryskiem stwierdza się obniżenie miana substancji białkowych w osoczu krwi tym znaczniejsze, im dłużej trwa wyprysk. W tych przypadkach obniżenie miana białkowego może sięgać 40 — 50% w stosunku do wahań fizjologicznych. Wyniki tych badań stanowią więc przyczynek do nowego ujęcia patogenety i leczenia dietetycznego wyprysków sączących u niemowląt. —

M. Michałowicz. Ogólne wytyczne dla wyboru mieszanek leczniczych u niemowląt. (Odczyt wygłoszony na III Zjeździe pediatrów polskich w Wilnie, drukowany w Pediatrji Polskiej w r. 1927).

M. Giuffré. O związku pomiędzy „herpes zoster”, a ospą wietrzną.

Hypoteza o związku przyczynowym pomiędzy półpaścem, a ospą wietrzną po raz pierwszy była wypowiedziana w r. 1892 przez Bokaya. W ostatnich latach sprawa ta wywołała w piśmiennictwie ożywioną dyskusję, lecz nie została ostatecznie rozstrzygnięta. Autor po szczegółowej analizie spostrzeżeń klinicznych i badań doświadczalnych innych badaczy, podaje dwa własne przypadki, które zdają się przemawiać za związkiem przyczynowym pomiędzy temi cierpieniami. Giuffré sądzi, że hipoteza Bokaya jest słuszną, lecz tylko w tym sensie, że istnieje forma postaciowa „herpes zoster”, która może być wywołana przez jad ospowy. Zasadniczo, według mniemania autora, jad ospowy i jad półpaśca są to jady różne, lecz w niektórych przypadkach u osobników mniej wrażliwych jad ospowy może dawać wykwity wyłącznie o charakterze półpaśca, (zosterformis). Klinicznie nie różnią się te wykwity od prawdziwej „herpes zoster” lecz, przenosząc się na osobników bardziej uczulonych, dają z powrotem obraz ospy wietrznej.

M. Manicatide, M. Popovici-Lupa i C. Constantinesco. O ropnem gronkowcowem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci.

Autorzy podają szczegółową historję dwóch przypadków „meningitis purulenta staphylococcica” u 4 i 5-cioletnich dzieci. W przypadkach tych nie można było ustalić źródła, z którego powstało zakażenie opon. Objawy oponowe zjawiły się nagle wśród pozornego zdrowia. Oba przypadki zakończyły się wyzdrowieniem, co autorzy odnoszą na skutek leczenia, które polegało na stosowaniu autoszczepionki i codziennem przepłukiwaniu kanału mózgowo-rdzeniowego zapomocą roztworu fizjologicznego soli.

W. Mikułowski. Kokluszowe zapalenie mózgu w wieku dziecięcym.

Pokaz i omówienie przypadku na posiedzeniu Polsk. Tow. Pediatr. 18. I. 28.

Archives of disease in childhood.

Vol. 3, December 1928, Nr. 18.

Podała H. Hirszfeldowa.

Dunstan Brewer. Schorzenia serca u dzieci szkolnych.

Autor obserwował 22.276 dzieci w wieku szkolnym od 13 do 14 lat, przyczem stwierdził szmery sercowe u 952 dzieci. Dalsza czteroletnia obserwacja tych dzieci wykazała, że u 28% szmery były wyłącznie czynnościowe; 0,3% stanowią wady organiczne, a 0,5% wskazywały na czynną sprawę sercową (carditis). O ile wykluczyć wady wrodzone, jedyną przyczyną

szmerów sercowych zdaniem autora, jest gościec stawowy. Dunstan Brewer zalicza do zachorzeń reumatycznych takie cierpienia jak: płasawicę, gościec w przebiegu płonicy, odrę i ostre zapalenie nerek.

Norman B. Capon. Przypadek leontiasis ossea (osteitis diffusa).

Dokładny opis przypadku dotyczący 14-letniego chłopca.

W. M. Cumming. Niezwykła nadwrażliwość dziecka na białko mleka krowiego.

Przypadek dotyczył 8-miesięcznego niemowlęcia karmionego wyłącznie piersią. Po podaniu rozcieńzonego mleka krowiego z cukrem nagle wystąpiła wybitna bledność, obrzęk i zaczerwienienie warg oraz śluzówki jamy ustnej, równocześnie nastąpił atak ciężkiej dychawicy oskrzelowej, któremu towarzyszyły silne wymioty. Napad wyżej przytoczony trwał 1½ godziny. Po ponownym podaniu mleka kobiecego dziecko powróciło do zupełnego zdrowia. Odczyny skórne wykonane z mlekiem i białkiem jajka wypadły dodatnio.

Leczenie polegało na stopniowym podawaniu kroplami mleka krowiego (metoda odczulająca) i po upływie 12 miesięcy osiągnięto wynik pomyślny.

A. Dingwall Fordyce. Hemi-Hypertrophia alternans.

Opis przypadku u 13-letniej dziewczynki.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

Tom 123, Zeszyt 1/2.

Podał R. Barański.

H. Aron, H. Hirsch — Kaufmann i E. Schädlich. Wątroba w leczeniu gnilca.

Świeża wątroba wołowa w doświadczeniach na świnkach morskich wykazuje wybitne działanie przeciwnilcowe. Podobne działanie wywiera również i świeży wodny wyciąg z wątroby. Wyciąg ten, podawany w ilości 7,5 — 15 gr. wątroby dziennie, zabezpiecza świnki, będące na diecie bez witaminy C, od gnilca. Kontrolne zwierzęta zazwyczaj padały po 3 tygodniach wśród typowych objawów skorbutu. Nagrzewanie wspomnianego wyciągu przez 5 minut na łaźni wodnej (100°C.) nie wpływało na zmniejszenie jego działania przeciwnilcowego. Wyciągi alkoholowe wątroby i preparat Hepatrat. liq. nie posiadają własności przeciwnilcowych.

Prof. Z. v. Bókay. W sprawie określania podstawowej przemiany u dzieci.

Autor wskazuje na trudności przy określaniu podstawowej przemiany materji oraz zachodzące przytem błędy. Wobec braku większej ilości badań nad podstawową przemianą materji u dzieci, pożądane jest ustalenie dla tego wieku liczb sztabdardowych. Bókay sądzi, że dla celów djaagnostycznych mają wartość jedynie większe odchylenia w podstawowej przemianie materji (nie niższe niż o 20%).

Prof. Z. v. Bókay. O wpływie głębokiego naświetlania promieniami Roentgena na niektóre postacie gruźlicy płuc u dzieci.

Roentgenoterapia gruźlicy gruczołów obwodowych daje dobre wyniki. To skłoniło autora do zastosowania tej samej metody w gruźlicy płuc i gruczołów tchawiczno-oskrzelowych. Autor stosował 20 — 50% dawki skórnej z odległości 30 cm. przy 3 mm. filtry aluminiowym i napięciu 100.000

volt. Naświetlano zawsze z 2 stron duże pola płucne. Jedynie w ciężkich przypadkach (duże nacieki, b znacznie powiększone wnęki, dzieci wyniszczone) dawkę promieni obniżano i naświetlano tylko małe pola płucne. Naświetlanie powtarzano ² — 5 razy w odstępach 4-tygodniowych. Powyższą metodę autor stosował w 29 przypadkach gruźlicy wnękowej i małych nacieków. Objawów pobocznych ujemnych nie notowano. Najwyższe podniesienia ciepłoty po naświetlaniach wynosiły 1 — 2° C. Nudności i zapaści po naświetlaniach nie spostrzegano ani razu. Zazwyczaj w przeciągu pierwszych 24 godzin po naświetleniu notowano małe podniesienie się ciepłoty i nasilenie się objawów zapalnych — wszystko to ustępowało po 48 — 72 godzinach. Wyniki nawet u najmłodszych dzieci były według autora dobre. Dzieci przestawały gorączkować często już po pierwszym naświetlaniu, prawie bez wyjątku po drugim. Poprawiały się, jedrność i zaczerwienienie skóry były normalne. Zmiany w płucach ustępowały. Stan płuc kontrolowano zapomocą Roentgena. Dla wyleczenia sprawy gruźliczej w powyższych 29 przypadkach wystarczały zazwyczaj 3 naświetlania. Opisaną metodę Bókay stawia wyżej niż leczenie klimatyczne.

A. A. Kolty p in. Dur plamisty u dzieci. (600 przypadków).

Praca o charakterze monograficznym.

K. L e h m k u h l. Badania rentgenologiczne serca u dzieci.

Autor omawia sprawę wielkości serca u dzieci w różnym wieku. Z przeciętnych otrzymanych danych, co do wymiarów serca i jego powierzchni można korzystać dla celów praktycznych. Dane te dla poszczególnych lat są prawie stałe. Wraz z wiekiem podlegają one zwiększeniu, jednakże nierównomiernemu i nie w jednakowym stopniu. Dlatego autor największą wagę przypisuje powierzchni serca względnie jego objętości.

G. A b r a h a m. Nietypowy szczep prątka okrężnicy a zakażenie przez mleko.

Autor stwierdził istnienie takiego szczepu prątka okrężnicy, który wywołuje wymioty, podobnie jak szczep Adama dyspepsję. Abraham w przeciągu względnie krótkiego czasu obserwował 3 małe epidemie wymiotów u dzieci (pochodzenia zakaźnego) — ogółem 23 przypadki. Jedynym objawem były nagle występujące, niezwykle silne wymioty. Dzieci uprzednio były zupełnie zdrowe. Żadnych innych objawów w czasie tych wymiotów nie stwierdzono. W czasie epidemii nie było upałów (marzec, maj i czerwiec). Zapadały jedynie dzieci odżywiane mlekiem krowim w tej czy innej postaci za wyjątkiem maślanek. Źródłem infekcji było mleko. Prątki okrężnicy zawarte w mleku nie ginęły w czasie przegotowywania mieszkanki (gotowanie). Ten sam szczep stwierdzano w wymiocinach chorych, w treści żołądka jałowo wydobytej, oraz w stolcach. Znalezione szczep nie dał się zidentyfikować ani z normalnym, ani ze szczepem Adama, ani też Christiansena.

Polskie Towarzystwo Pediatryczne.

WYCIĄG Z PROTOKÓŁÓW POSIEDZEŃ ZA KWARTAŁ III i IV 1928 R.

Poseidzenie kliniczne z dnia 26. IX. 1928 r.

Obecnych: członków 31, gości 21.

Mikułowski przedstawia 6-letnią dziewczynkę, która w okresie rekonwalescencji zapalenia ropnego opłucnej na tle kokluszowego zapadła na odrę i w związku z tem na ciężki nawrót kokluszowy, zaznaczony wybitnem pogorszeniem stanu płucnego już w okresie wylęgania odrzy. Dziecko znajdowało się okrągły rok w opiece szpitalnej i jest dziś wyleczone.

Festensztat przedstawił i omówił przypadek duru brzuszno-powikłanego gruźlicą płuc.

Przypadek dotyczy siedmioletniego chłopca, pochodzącego z rodziny gruźliczej. W klinice spostrzegano zespół objawów, charakterystyczny dla duru brzuszno-powikłanego: stan durowy, typową krzwą ciepłoty, zwolnienie tętna, klasyczną różyczkę, powiększoną wątrobę, leukopenję i dodatni odczyn Vidala (1/200). Pomimo, że śledziona była niemacalna, a posiew ze krwi wypadł ujemnie, sprawa duru nie ulegała wątpliwości.

Zastanawiającą sprawą w danym przypadku było to, że rentgenologicznie przez cały czas choroby stwierdzano ograniczenie ruchów przepony po stronie lewej (objaw Wiljamsa). Przytem Rentgen, który kilkakrotnie wykazywał czysty rysunek płucny, w ostatnim tygodniu pobytu w klinice wykazał w lewym płucu ognisko przywłokowe o charakterze swoistym.

Wspomniany objaw Wiljamsa należy prawdopodobnie traktować jako odruch obronny ze strony przepony wskutek rozwijającego się ogniska gruźliczego w płucu. Ograniczenie ruchomości przepony po jednej stronie sygnalizowało sprawę swoistą w płucu po tej samej stronie.

W dyskusji Piotrowski przypomina o trudnościach, jakie spotyka lekarz praktyk w przypadkach różniczkowania wczesnego ostrego zakażenia gruźliczego z tyfusem; z powodów zrozumiałych chętnie oświadcza się za tyfusem, a potem ma przykre rozczarowanie.

Zieliński zapytuje, czy był odczyn dwu-azowy.

Festensztat odpowiada, że odczyn był ujemny.

Dr. Marjanko-Lewenfiszowa omawia przypadek gruźlicy prosówkowej, powikłanej ropnem zapaleniem opon mózgowych i opłucnej u 4-miesięcznego dziecka.

Dziecko zachorowało przed miesiącem z objawami wysokiej ciepłoty, wymiotów i biegunki. Przed tygodniem raz jeden miało drgawki. Dziecko przytomne, niespokojne. Ciepłota 38° — 39° . Nad lewym płucem od tyłu stwierdza się stłumienie na całej przestrzeni ze zniesionymi oddechem i drżeniem piersiowem. Od przodu nieznaczne stłumienie pod lewym obojczykiem. Ze strony układu nerwowego poza nieznaczną sztywnością karku i dodatnim objawem karkowym Brudzińskiego zmian nie stwierdzono. Objawy ze strony płuc nasunęły podejrzenie o wysiękowe ropne zapalenie opłuc-

nej lewej. Przeciwno temu przemawiał brak stłumienia na linii pachowej, zachowane normalne granice serca, niezbyt wybitna duszność. Rozpoznaliśmy zatem sprawę mięszsową, ze względu na dodatni odczyn Pirqueta, — swoistą, jakieś duże nacieczenie okołogniskowe. Prześwietlenie potwierdziło powyższe rozpoznanie. Nacieczenie powyższe nie cofało się, lecz przeciwnie miało tendencję do serowacenia, dając obraz pneumonia caseosa. Już po dwóch dniach w miejscu stłumienia zjawił się oddech oskrzelowy i szereg drobno-bąnkowych wilgotnych rżężeń.

Dwukrotnie dokonano nakłucia lędźwiowego; płyn przezroczysty wydobywał się pod zwiększonym ciśnieniem, odczyn globulinowy dodatnie, 15 — 20 ciałek w mm³, na barwionym preparacie limfocyty. Odczyn ten ze strony opon mózgowych traktowaliśmy jako jeden z licznych umiejscowień gruźlicy prosówkowej, źródłem zaś prosówki — zserowacenie płuca lewego. W dwa dni po drugim nakłuciu lędźwiowym stan dziecka znacznie się pogorszył, dziecko zmarło. Na sekcji stwierdzono gruźlicę prosówkową płuc, śledziony, wątroby i nerek; ogniska zserowaciałe w górnym płacie lewego płuca, gruźlicę gruczołów okołoskrzelowych i kręzkowych. Zupełną niespodzianką były ropne zapalenie opon mózgowych i ropny wysięk w jamie opłucnej lewej. Przyczyną nieujawnienia ropnego zapalenia opon mózgowych za życia były najprawdopodobniej zrosty w okolicy, w której wykonywaliśmy nakłucie, obie sprawy ropne należy uważać za ujawnienia ropnego zakażenia u dziecka gruźliczego. Jedna jak i druga sprawa mogły przyczynić się do przyspieszenia nieuniknionego w tym wypadku zejścia śmiertelnego.

W dyskusji Mikułowski wyraża przypuszczenie, że w opisanym przypadku wolno by myśleć raczej o płynie serowatym gruźliczym, niż o ropie, ponieważ prelegentka nie wspominała o bakterjach w „ropie“, których obecność jest stosownie do naukowej definicji pojęcia ropy niezbędnym warunkiem każdego płynu ropnego.

Marjanko-Lewenfiszowa zaznacza, że treść oponowa według orzeczenia anatomopatologa była ropą.

Mikułowski Włodzimierz wygłosił odczyt p. t. Przyczynki do epidemiologii i profilaktyki odry.

Statystyka miejsca, wieku, warunków mieszkaniowo-społecznych i atmosferycznych wpływających na śmiertelność i chorobowość odry u dzieci do 5 r. życia nie różni się od statystyki koklusu. Obserwacja epidemiologiczna stwierdza, że tuż w ślad za epidemią odry — pojawia się z reguły w większych miastach epidemia koklusu. Obserwacja kliniczna wykazuje, że odra wywołuje u dzieci, które przebyły koklusz nawrót kokluszowy w postaci ponownie występującego ogniska płucnego, lub w postaci zaostrzenia, czy komplikacji dawnej zmiany anatomicznej.

Objawy obudzonego ogniska kokluszowego pod wpływem odry zaznaczają się albo 1) zaraz na początku odry w okresie jej wylęgania, albo 2) dopiero po przebytej odrze.

ad 1) Odra u dziecka kokluszowego zaczyna się często w okresie wylęgania wśród objawów płucnych, które powodują skierowanie dziecka do szpitala. Lekarz dyżurny winien w czasie epidemii odry, z okazji każdego dziecka kokluszowego przybywającego do szpitala, zadać sobie pytanie, dlaczego stan dziecka się pogorszył i dlaczego spowodował potrzebę szukania pomocy szpitalnej. Gdy na pytanie to nie może lekarz znaleźć odpowiedzi wykluczającej możliwość odry w okresie wylęgania, dziecko winno być przez 18 dni uważane za podejrzaną w kierunku odry. W razie śmierci dziecka — należy przez konsekwencję — dzieci tej samej sali w stosownym czasie izolować tak, jakby były wystawione na zetknięcie z odrą,

ad 2) Po przebytej odrze u dziecka kokluszowego dawne ognisko płucne ulega zaostrzeniu lub komplikacji. Kaszel zazwyczaj wybucha ze świeżą impulsywnością, imitując świeży koklusz.

Zważywszy trudności towarzyszące rozstrzygnięciu w każdym z tych przypadków odry powikłanej kokluszem i kokluszem powikłanego odry, która z tych dwóch chorób jest ważniejsza w ocenie ewentualnej przyczyny śmierci— należy w tem bliskim powinowactwie epidemiologicznem i klinicznem dopatrywać się istotnego wyjaśnienia dla bliskiego podobieństwa statystycznego obu infekcji — z jednakową, jakkolwiek nie zawsze trafną, częstością notowanych na kartach zejścia.

Z tego powinowactwa kliniczno-epidemiologicznego należy wyciągnąć wnioski dotyczące profilaksji tych chorób. Profilaksja odry wczesnego dzieciństwa winna mieć zawsze na oku niebezpieczeństwo powinowactwa klinicznego tej choroby z kokluszem i winna zdążyć w kierunku zabezpieczenia małego dziecka kokluszowego przed odry i naodwrot małego dziecka odrowego przed kokluszem w zrozumieniu, że każda odra grozi nie tylko wybuchem odry dookoła, ale także wybuchem koklusza reaktywowanego pod wpływem odry.

Posiedzenie dyskusyjne z dnia 10. X. 1928 r.

Obecnych członków i gości 72.

Przed porządkiem dziennym zabrał głos Prezes Tow. Kopeć i wygłosił następ. wspomnienie pośmiertne:

W dniu 22 września r. b. zmarł ś. p. Ludwik Bondy, doktor filozofji i medycyny, przeżywszy lat 69.

Ur. w r. 1859 na Ukrainie Zadnieprzańskiej, otrzymał atestat dojrzałości w Moskwie, poczem przez dwa lata z rządu przyjmował czynny udział w organizacjach socjalistycznych w Rosji. Potem uciekł za granicę i w r. 1884 otrzymał doktorat filozofji na Wydziale Przyrodniczym w Genewie. Po powrocie do kraju został aresztowany i zesłany do Wołody. Na wygnaniu pozostał dwa lata. Po powrocie z wygnania wstępuje na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego i otrzymuje dyplom w r. 1891. Pracuje rok na oddziale T. Dunina w Warszawie, specjalizuje się w chorobach dzieci w Wiedniu i w Paryżu, wreszcie osiada na stałe w Łodzi w r. 1894.

Poza rozległą praktyką lekarską przyjmuje żywy udział w pracy społecznej i narodowej, jest jednym z organizatorów Szkoły Handlowej, jej długoletnim lekarzem i doradcą, należy do grona założycieli i najczynniejszych organizatorów Polskiej Macierzy Szkolnej na terenie ziemczajej Łodzi. W uznaniu położonych zasług zostaje Prezesem Koła Łódzkiego.

W roku 1912 przenosi się do Warszawy, gdzie pracuje początkowo na oddziale B. Korybuta Daszkiewicza w Domu Wychowawczym im. Ks. Boduina, potem już jako ordynator, po śmierci St. Kamińskiego. W r. 1918 drogą konkursu został mianowany Dyrektorem tegoż D. W. Walczy o byt i dobro umiłowanego Zakładu w warunkach niezłych i trudnych, trafia na strajki służby szpitalnej, wreszcie, nie mogąc dłużej walczyć z różnemi przeciwnościami, rezygnuje ze swego stanowiska i w r. 1920 podaje się do dymisji.

W latach 1916—18 zainicjował, zorganizował i prowadził dożywianie dzieci w szkołach powszechnych i ochronach Warszawskich, zanim przyszła pomoc Amerykańska.

— Był członkiem czynnym naszego T-wa od początków jego istnienia, przez czas dłuższy przyjmował żywy udział w pracach T-wa, a na posiedzeniach był częstym gościem. Od lat kilku naskutek przewlekłej choroby płuc i serca usunął się od pracy zawodowej i społecznej.

Ogłosił drukiem szereg prac z zakresu medycyny dziecięcej, z których przytoczę tylko ważniejsze:

- Próba tuberkulinowa Mantoux — Przegląd Pediatryczny — 1911.
- Ostre zapalenie wśierdza u dzieci—Medycyna i Kronika Lek. 1912.
- Wymioty okresowe z acetonemją u dzieci—Przegląd Pedj. — 1912.

— Kilka spostrzeżeń z powodu epidemii ospy wietrznej — ibidem — 1913.

— W sprawie Domu Wychowawczego im. Ks. Boduina, szkic projektu, reformy D. W. i kilka uwag z powodu projektu oddania D. W. pod zarząd Wydziału Dobroczyńności m. st. Warszawy — ibidem — 1917.

Cześć Jego pamięci.

Obecni uczcili pamięć ś. p. L. Bondego przez powstanie.

Mikułowski Włodz. demonstruje przypadek kiły wrodzonej u dziewczynki 2-letniej, która przybyła do szpitala z powodu objawów kiszkowych, obrzęków ogólnych i wyniszczenia. Wywiady stwierdzają: śmierć trojga rodzeństwa w tym roku życia. Matka ma nos siodełkowaty, cierpi na stałe bóle głowy i wykazuje objawy hydramnios w ciąży. Babka po kądzieli zmarła w 40-ym roku życia nagłą śmiercią i miała 3 ciężce bliźniętaczki. Dziecko przy przyjęciu wykazało zahamowanie wzrostu i wagi, rozpadliny na wargach, rozszerzenie żył czołowej, skroniowej, nosowej i brzusznych, rumień guzkowy z otrębowatemi łuskami na kończynach dolnych i podobny na dłoniach i poduszczach, wyprysk sączący twarzy i nosa, łuk liljowy Miliana na paznogiach, śledzionę powiększoną, macalną i liczne drobne gruczoły powiększone. Odczyn Wassermanna krwi i płynu mózgowego dziecka ujemne.

Odczyn Wassermanna krwi matki ujemny. Rozpoznano kiłę wrodzoną u dziecka i nieżyt kiszek na tle uczulenia przewodu pokarmowego przez kiłę. Zastosowano leczenie specyficzne. W przeciągu tygodnia ustąpiły objawy kiszkowe, 4 tygodnie potem dziecku przybyło 2½ kg. na wadze i wróciło zupełnie do zdrowia.

Dr. Kopczyński, Roszkowski i Bogdanowicz referowali sprawę Opieki Higieniczno-Lekarskiej w szkołach w następującem ujęciu:

Dr. Kopczyński na temat — Faktyczny stan opieki higieniczno-lekarskiej w szkolnictwie polskiem.

Dr. Roszkowski na temat: Zagadnienia higieniczno-lekarskie w szkołach powszechnych w Warszawie.

Dr. Bogdanowicz na temat — Zagadnienia wychowawcze lekarzy szkolnych, ich stosunek do rodziców i lekarzy domowych.

W dyskusji zabierali głos d-rzy Trenkner, Cieszyński, Limbachówna, Piotrowska, Mikołajtysówna, Bihlerowa, doc. Szenajch i inni.

Posiedzenie kliniczne z dnia 24. X. 1928 r.

Obecnych: członków 51, gości 32.

Mikułowski Włodz. przedstawia przypadek migreny u dziewczynki 7 lat. Halina Z. przybywa 4. X. r. b. do szpitala z powodu ataków bólu głowy występujących perjodycznie kilka razy na miesiąc. Choroba trwa od 5 lat. Każda kryza kilkugodzinna bólu głowy z towarzyszeniem potów i z zacierwieniem twarzy kończy się regularnie wymiotami, po których dziecko czuje się odrazu zdrowe.

Rodzice obserwowali także występowanie pokrzywki i bólu stawów w okresach między atakami. U chorej podejrzewali lekarze na mieście istnienie acetonemii Marfana, a to na podstawie analizy moczu, który wykazywał obecność acetonu. Obserwacja kliniczna dwukrotnie obserwowanej kryzy w szpitalu wykazała niewątpliwie, że nad wymiotami przeważa na pierwszym planie ból głowy, który ustaje z chwilą wymiotów.

Badanie laboratoryjne w czasie kryzy nie wykryło acetonu w moczu alkalicznym, natomiast wykazało carbophosphaturę, której odpowiadała hipersekrecja żołądkowa. Rezerwa alkaliczna w czasie kryzy w granicach normy (58).

Badanie układu nerwonaczyniowego stwierdziło hypersympatykotonję. To stanowi prawdopodobnie podłoże vaso-motoryczne dla neuroartretyzmu dziecka. Zastosowano podawanie tyroidy.

W dyskusji Anigsztejnowa podaje, że w przypadku omawianym przez prelegenta postawiła rozpoznanie okresowych wymiotów z acetonemją na zasadzie obecności acetonu w moczu.

Baumritter uważa, że dany przypadek można uznać za ponowny napad wymiotów okresowych z acetonemją, lub tak zwany ich ekwiwalent. Dopiero przyszłość ustali właściwe rozpoznanie.

W odpowiedzi Mikułowski, nie podając w wątpliwość autentyczności znajdującego przez innych lekarzy acetonu w moczu, nie uważa na chwilę rozpoznania migreny za zachwiane i powołuje się na opinię Marfana, który przyznaje, że i w migrenie może się pojawiać także aceton w moczu. Nie upoważnia to do wzajemnego łączenia dwóch różnych od siebie spraw chorobowych.

J. Bogdanowicz omawia przypadek ostrej białaczki limfatycznej u chłopca 8½-letniego.

Tadzio F., lat 8½, przybył do szpitala im. Karola i Marji 12. VII. 1928 r. z następującą anamnezą:

Rodzice żyją, zdrowi. Chłopiec jest jedynakiem, uprzednio dwa poronienia. Dziecko urodziło się wątłe; karmione piersią do 4-go miesiąca; pierwsze ząbki w 9 miesiącu; chodzić zaczęło po roku. W trzecim roku życia chorowało podobno przez miesiąc „na wątrobę” z żółtaczką. W 5 roku przeszedł odrę i koklusz, w 8-ym—grypę i ospę wietrzną. W połowie maja zachorowało na gripę o ciężkim przebiegu, poprawiło się jednak i miało „zdrową cerę”. W połowie czerwca chłopiec zaczął „żółknąć” i gorączkować. Podejrzewano pierwotnie malarję, a potem chorobę układu krwiotwórczego i skierowano chłopca do szpitala.

Przy przyjęciu — stan dziecka ciężki. Chłopiec przytomny, bardzo osłabiony, bardzo rozwinięty umysłowo, rozmawia chętnie. Temperatura pierwotnie stale koło 39° — po 5 dniach normalna; w dniu zgonu znów podwyższona do 38°. Rzuci się w oczy woskowa błałość skóry, błałość śluzówek. Na kończynach górnych punkcikowate wybroczyny, na dolnych — sinawe plamy. Wybitna łamliwość naczyń. Kościec o nieznacznych zmianach krzywicznych, bolesny na ucisk i ostukiwanie. Gruczoły nieliczne, w większych skupieniach na szyi i pod pachami, pojedyncze pod kolanami, drobne, twarde, niebolesne, odgraniczone, ruchome. Śluzówki ust nie krwawią, dziąsła wybitnie blade, faetor ex ore, język obłożony, migdały duże, bez nalotów, Nos drożny, bez wycieku, wzrok i słuch dobre. Dna oka nie badano. Pirquet (—), Wassermann i Sachs Georgi (—). Tętno dość dobrze napięte, przyspieszone. Ciśnienie krwi 120. Granice serca przesunięte zwłaszcza w lewo, tony głucho, szmer lekki u wierzchołka.

W płucach sporo świsłów. Chory kaszle często. Wątroba bolesna, wystaje na 5 cm. z pod łuku żebrowego. Śledziona duża, twarda, wrębowata, bolesna, wystaje na 15 cm. z pod łuku żebrowego. Brzuch miękki. Mocz: diazo (—), urobilinogen (+), urobilina (+), aceton (—), indykan (—). Białko — ślad wyraźny. C. wł. 1,017. Odczyn — kwaśny. W osadzie pojedyncze krwinki i ciała ropne, brak walczków. Krew: Hb. 12, czerw. ciałek 900.000, Cz. krzepnięcia — normalny. Kurczliwość skrzepu bardzo mała. Czas krwawienia 9 m'. Pł. Bizzozero 40.000. Bc. 70.000. (Limfocytów — 99, 2% Neutr.—0,8%). Wśród limfocytów przeważają limfocyty średniej wielkości, o b. wązkim rąkadzi, jądra o budowie nieprawidłowej. Próba gwajakowa na oksydazy ujemna, próba peroksydazowa — ujemna.

Badanie kału — jaj pasorzytów nie stwierdzono.

W dalszym przebiegu choroby występowało coraz dobitniej osłabienie i anemizacja. Wystąpiły wymioty krwawe i krwotoki z nosa. W kale stale

stwierdzano krew. Wątroba powiększała się dalej dochodząc do 9 cm. poniżej łuku żeberowego—przeciwnie, śledziona zmniejszała się szybko—prawie że ginąc pod łukiem.

W moczu stwierdzono duże ilości urobilinogenu, acetonu, oraz kryształ kw. moczowego i niewielkie ilości kanałków żółciowych.

Stan się stale pogarszał i przy objawach zupełnej nieomagi serca, sinicy, obrzęków — dziecko zmarło 31.VII. 19 8 r.

Jako leczenie — stosowano duże dawki arseniku (*ac. arsenicosi*), żelaza i zastrzykiwano domięśniowo krew matki.

Obraz krwi przedstawiał się kolejno:

13.VII. Hb. 12. Czc. 900.000, pł. Biz. 40.000, Bc. 70.000 (L. 90,2%, N 0,8).

20.VII. Hb. 12. Czc. 900.000, pł. Biz. 40.000, Bc. 4.800 (90% — 10%).

23.VII. Hb. 10. Czc. 700—800.000, pł. Biz. 30.000, Bc. 3.800 (68%—28%—21% H 2%).

27.VII. Hb. 9. Czc. 400.000, Bc. 2.500.

30.VII Hb 10. Czc. 500—600.000. Bc. 2.000 (68—32).

Refr. 13442.

Badanie anatomo-patologiczne (dr Laskowski). *Steatosis degenerativa myocardii (cor tigrinum) c. dilatatione permagna cordis totius. Intumescencia apparatus lymphatici baseos liguae, tonsillarum et tractus digestivi. Tumor lienis subchronicus. Haemorrhagiae punctatae multiplices subpleurales, suppericardiales et subendocardiales. Foci haemorrhagici pulmonum et renum. Steatosis degenerativa hepatis. Infiltratio adiposa renum. Hydropericarditis ambilateralis.*

Badanie histopatologiczne.

Przerost tkanki limfatycznej migdałków, języka, przełyku. Wypłukanie zupełne elementów limfatycznych ze śledziony. Ogromne stłuszczenie wątroby i duże złoży hemocyderyny.

W dyskusji doc. M. Erlichówna jest zdania, że badania morfologiczne wykonane przez prelegenta wystarczają zupełnie do rozpoznania białaczki limfatycznej. Badanie pośmiertne możnaby uzupełnić przez zabarwienie skrawków gruczołów chłonnych zapomocą metod hematologicznych

K o p e ć omawia następujące 3 przypadki:

1) *Stenosis pylori hypertrophica congenita* — ogłoszone w Pedjatrii Polskiej, tom VIII, zeszyt 6 — 1928 r.

2) *Pneumo-pyothorax sinistra* na tle krztusicowym u dziecka dwuletniego.

3) Przypadek skazy krwotocznej u dziecka 4-miesięcznego (przeznaczone do druku).

W przypadku drugim (Frajda S. Nr. ks. gł. 21577) dziecko zachorowało przed rokiem na krztusiec, który męczył je długo. Od tego czasu było mizerne, blade, stale pokasywało. Dn. 27.VIII. dostało nagle duszności tak silnej, że to zwróciło uwagę rodziców i zaniekowało ich bardzo. Zmierzone temperaturę dziecka, miało 39° C. Dnia 2.IX. zauważono wygórwanie, „wrzód” na klatce piersiowej po stronie lewej na boku. Nazajutrz oddano dziecko do szpitala.

Tutaj stwierdzono ogólny stan ciężki, budowę wątłą, zły stan odżywienia, gorączkę około 39° C. W buzi obszerne pleśniawki, język obłożony i podsychający. Tętno drobne, częste; wymiary serca powiększone, tony głuche, bez szmerów. W górnej części płuca lewego opuk bębnowy, ku dołowi stłumiony, oddech dzbanowy kaszel nietypowy, duszność wielka.

Na klatce piersiowej dookoła lewej sutki i na boku obszerne rozlane wygórwanie, pokryte skórą normalną, pośrodku sino-czerwoną. Wygórwanie poruszało się wraz z oddechem, to podnosiło się, to opuszczało. Na dotyk nie było bolesne, dosyć miękkie, po brzegach trzeszczące wyraźnie pod palcami. Brzuch był wzdęty, wątroby i śledziony nie można było wymacać.

Rozpoznano *pneumo pyothorax et empyema necessitatis*.

Wobec ujemnego odczynu Pirqueta i wobec tego, że dziecko prze-

chodziło niedawno długotrwały i męczący krztusiec, a od tego czasu było stale mizerne, blade, kaszlące — przyjęliśmy za punkt wyjścia sprawy przerwanie się bronchectasiae do jamy płucnej, bronchectasiae, która z kolei powstać musiała naskutek przewlekłej sprawy krztuscowej w płucu lewym.

Nazajutrz stan dziecka był jeszcze gorszy, duszność i sinica większe, odma na klatce piersiowej szersza, dlatego zdecydowaliśmy się na zabieg operacyjny. Po przecięciu skóry przy każdym oddechu wydobywało się z rany powietrze ze świstem. Obok tego wylewał się obficie płyn surowiczo-ropny, mętny; tkanka podskórna była zmartwiała, jedno żebro było odsłonięte. Przecięto to właśnie żebro i w tym momencie dziecko przestało oddychać. Pomimo wszelkiej pomocy dziecko zmarło na stole operacyjnym.

Badanie pośmiertne wykonane nazajutrz dorzuciło wiele szczegółów, których za życia dziecka ze względu na jego ciężki stan i krótkotrwałe spostrzeganie nie można było ustalić i potwierdziło w zupełności nasze rozpoznanie.

Stwierdzono przedewszystkiem przewlekłe odoskrzelowe zapalenie płuca lewego w całym górnym płacie, tamże wydłużone rozszerzenie oskrzela komunikujące się z jamą płucną. Spadnięcie płuca lewego. Zapalenie surowiczo-ropne rozlane płucnej lewej, małe ograniczone po stronie prawej okolicy przymostkowej. Zapalenie osierdzia włóknikowe, zwyrodnienie mięśnia sercowego, rozszerzenie serca. Objawy zastoinowe w innych organach, wreszcie ropowicę lewej połowy klatki piersiowej.

Zupełny brak jakichkolwiek zmian gruźliczych w układzie chłonnym, a szczególnie w gruczołach odoskrzelowych.

W dyskusji doc. M. Erlichówna zapytuje, czy jest konieczność nawiązywania łączności pneumo-pyo-thoraxu z przebytym kokluszem, czy nie możnaby tych obu schorzeń potraktować niezależnie.

Baumritter zapytuje, czy w III-im przypadku była wykonana zimna kąpiel prowokacyjna i badanie na obecność autohemolizyn. Znane są postaci napadowej hemoglobinurji, której towarzyszą objawy naczynioruchowe. Nieraz mogą one występować samodzielnie, a za związkiem z hemoglob. napadową przemawia tło luetyczne, obecność autohemolizyn i wrażliwość na zimno.

St. Łyskawiński omawia dwa przypadki krwawiączki u rodzeństwa.

Przypadki dotyczyły dwu braci, leczonych w szpitalu Karola i Marii, z powodu przedłużającego się krwawienia po skaleczeniu dziąsła. Badanie krwi wykazało u obu chłopców cechy właściwe krwawiączce, cech dziedziczności nie udało się narazie stwierdzić. (Streszczenie własne).

St. Łyskawiński omawia preparat nerki torbielowatej u noworodka zmarłego wśród objawów zapalenia otrzewnej, powikłanego obustronnem zapaleniem płuc, a spowodowanego zapaleniem pępkowym. Klinicznie znaleziono w prawem podżebrzu guz o nierównej powierzchni, wielkości mandarynki; badanie moczu zmian patologicznych nie wykazało; innych objawów nieprawidłowości rozwojowych nie stwierdzono.

Na sekcji znaleziono nerkę dużą; na jej powierzchni i przekroju liczne torbiele, wypełnione płynem przejrzystym, większe i mniejsze, dochodzące do wielkości orzecha włoskiego; budowa nerki i rysunek kory zupełnie zatarte. Ujście moczowodu niedrożne, moczowód zaś w postaci zbitego poróżka bez światła. (Streszczenie własne).

W dyskusji Hirszfildowa zaznacza, że brak przypadków krwawiączki w ascendencji może polegać na dwóch możliwościach: ojciec matki mógł cierpieć na poronną postać krwawiączki i nie wiedzieć o tem, albo też nie byłoby wykluczeniem, że matka pacjentów była jedynie pozornie córką swego ojca, w rzeczywistości mogła być potomkiem innego mężczyzny hemofilika. Gdyby dziadkowie żyli możnaby przy pewnej konstelacji grup krwi ewentualnie wykluczyć, że matka pacjentów jest córką mężczyzny ucho-
(Streszczenie własne).

St. Popowski zaznacza, że w leczeniu krwawień w przypadkach krwawiaćki wapieni nie odgrywa żadnej roli, natomiast wlewanie dożylnie surowicy końskiej lub odwłókninowej krwi ma dawać dobre wyniki.

Przedborski podaje, że obserwował torbielowatą nerkę u dwojga noworodków tej samej rodziny.

Doc. Erlichówna (do przypadków krwawiaćki) przypomina, że Wielowi udało się zatrzymać zupełnie krwawienia u młodego chłopca, członka słynnej od XVIII w. rodziny francuskiej (grands seigneurs), zapomocą wstrzykiwania 15,0 surowicy ludzkiej co dwa miesiące w przeciągu 4 lat. Obserwacja trwała w chwili opublikowania przypadku z górą 5 lat po przerwaniu leczenia.

Posiedzenie kliniczne z dn. 7.XI. 28 r.

Obecnych: członków 37, gości 31.

Doc. Erlichówna demonstruje i omawia przypadek Meningitis cerebro spinalis u dziewczynki 11-letniej. Początek choroby nagły 13.X r b. około godz. 14-ej. Wystąpiły ból głowy i gorączka. Wieczorem stwierdzono tylko ciepłotę 39° , ropną wydzielinę z nosa (sprawa przewlekła, polipy) oraz pewną niechęć do schylania głowy w położeniu potrzebnem przy badaniu płuc. 14-go października rano wymioty, zaznaczona sztywność karku. Nakłucie lędźwiowe wykonane o godz. 11-ej, t. j. w 21 godzin po zachorowaniu wykazało ciśnienie duże, płyn mętny, pleocytozę leukocytową i meningokoki. Typu nie udało się wyodrębnić. Od 14.X. do 19.X. chora otrzymała ogółem 220 cm.³ surowicy wieloważnej, 180 śródlędźwiowo, 40 śródmięśniowo. Pomimo że ciepłota obniżyła się, stan dziecka od 2 — 7 dnia choroby staje się bardzo poważny, zwiększają się kolosalnie bóle głowy i przeczulica, ze wszystkimi objawami oponowemi, z których podkreślę wyjątkowo wybitny opistotonus i taches meningées, pozatem suchy język i zniesienie odruchów kolanowych. Te objawy tak grzne przy jednoczesnym poprawieniu się płynu — zjawienie się limfocytów, zmniejszenie pleocytozy, budzić mogą obawę braku drożności na poziomie otworu Magendi, — gdyby nie zachowana przytomność dziecka i duże ciśnienie płynu. Od 7 — 12 dnia choroby obraz kliniczny był zatarty przez ciężką chorobę posurowiczą ze skokami ciepłoty — odtąd ciepłota podniosła się tylko aż po najmniejszej dawce szczepionki wieloważnej, której dla ostrożności daliśmy koło 2 miliardów. Od 12 dnia następuje szybko poprawa, ustępują bóle, sztywność, płyn staje się przezroczysty, z limfocytozą do 10%.

Przypadek chcieliśmy zademonstrować, wobec dużej śmiertelności drętwy karku (w tym wieku 20 — 40%, u leczonych w 1-m tygodniu 14 — 22%) i wobec tego, że do rzadkości należy taki szybki przebieg nawet w przypadkach lekkich, a zwłaszcza w przy objawach tak bardzo niepokojących. Odegrało tu rolę wczesne leczenie, a zapewne także i dobry gatunek surowicy.

Rowińska demonstruje i omawia przypadek dystrophia musculorum progressiva u chłopca 7 lat 6 miesięcy.

Starszy brat również jest chory na to samo cierpienie, obie siostry chorego są zdrowe.

Choroba rozpoczęła się w czwartym roku życia. Dziecko zaczęło gorzej chodzić, od trzech lat powiększają się łydki, chód stale pogarsza się. Chory został przyjęty do kliniki dnia 19.X.28 r. Przy badaniu zmian w narządzie oddechowym, krążenia, moczopłciowym, jak i w narządach jamy brzusznej nie stwierdzono. Zmiany dotyczy jedynie układu mięśniowego. Mamy zaniki jednych grup mięśniowych i przerost rękomy innych grup.

Mięśnie twarzy: zanik mięśnia okrężnego ust. Dziecko niezupełnie równo pokazuje zęby, kąt lewy unosi wyżej. Wyraz twarzy maskowaty.

Pas barkowy: mięsień piersiowy wielki i mały w zaniku. Mięsień czworoboczny (trapezius) i równoległoboczny (rhomboideus), oba w dolnych swych częściach zanikłe.

Wyraźny rzekomy przerost m. podgrzebieniowego łopatki. M. najszerszy grzbietu (*latissimus dorsi*) obustronnie w zaniku.

Kończyna górna: przy próbie podniesienia dziecka pod ramiona uwydatnia się niezwykle wiotkość mięśni. Przerost rzekomy obu mięśni naramiennych (*deltoidei*); dwugłowy (*biceps*) obustronnie w zaniku; trójęglowy (*triceps*) przerosły szczególnie prawy; m. naramiennie-promieniowe (*brachioradialis*) zanikłe.

Na przedramionach mamy osłabioną siłę m. wyprostnych dłoni i palców przy zachowanej sile zginaczy. Dłonie stale są przygięte.

Mięśnie kręgosłupa w widocznym zaniku. Uwidacznia się ich zanik i w zachowaniu się dziecka:

1) przy staniu ustawienie kręgosłupa widocznie lordotyczne,

2) przy podnoszeniu się z pozycji zgiętej w stojącą chłopiec, nie mogąc podnieść się przy pomocy mięśni grzbietu, pomaga sobie, opierając się na udach — chodzi po sobie.

Ostatni objaw świadczy również o zaniku mięśni pasa miednicowego — mięśnia czworobocznego lędźwi i mięśni pośladkowych. Te ostatnie w znacznym zaniku.

Kończyna dolna: częściowo zanikłe mięśnie czworoboczne uda (*quadriceps femoris*). Zanik mięśni prostujących stopę. M. piszczelowy przedni (*tibialis anticus*) obustronnie rzekomo przerosły. Oba mięśnie strzałkowe (*musc. peronei*) działają prawidłowo. Wybitny przerost mięśni zginających stopę (*gastrocnemius* i *soleus*) — monstrualnie duże łydki. Wskutek przewagi mięśni zginających stopę nad prostującymi, wybitne uwypuklenie grzbietowe stopy.

Wszystkie powyższe objawy, jak i brak drżenia włókienkowego w mięśniach zanikłych, brak reakcji zwyrodnienia, brak zaniku w mięśniach dłoni i stóp oraz zachowanie odruchów pozwalają nam wykluczyć inne postacie chorobowe zbliżone do powyższego cierpienia, z jednej strony *atrophia muscularum spinalis*, z drugiej *atrophia muscularum neurotica*.

(Streszczenie własne).

W dyskusji Hirsfeldowa przypomina, że na cierpienie powyższe zapadają przeważnie chłopcy. W rodzinie pacjenta stwierdza się ta sama grupa serologiczna, dziewczęta są zdrowe.

Doc. W. Łapiński omówił „przypadek skręconej torbieli w jamie brzusznej u dziewczynki 13-letniej” i zademonstrował odnośny preparat.

W dyskusji S. Łyskawiński zaznacza, że przy badaniu pacjentki w drugim dniu choroby po południu nie znalazł objawów zajęcia wyrostka robaczkowego, stwierdził natomiast wyraźną bolesność brzucha w okolicy nadłonowej; stan ogólny w tym czasie nie był zły; przy — 37,5° pod pachą, 38° w odcybie, tętno wynosiło 80—90' zupełnie dobrze napełnione, język wilgotny bez większego nalotu, wiatry odchodziły, wypróżnienie było poprzedniego dnia; przy oddawaniu moczu trudności żadnych nie było, badanie moczu nie wykazało nic osobliwego poza obecnością acetonu. Wobec powyższych danych postanowiono czekać do następnego dnia z poleceniem wczesnego zawiadomienia mówcy o dalszym przebiegu choroby. Po otrzymaniu telefonicznej informacji wczesnym rankiem trzeciego dnia, co do nasilenia się bólów przy wzmocnionej ciepłocie (38,1°) Łyskawiński zażądał natychmiastowego przewiezienia chorej do szpitala im Karola i Marji, co też zostało wykonane.

Przy tej sposobności Łyskawiński wspomina o innym obserwowanym przezeń w tymże szpitalu przypadku torbieli najprawdopodobniej jajnika, odznaczającej się szczególną ruchomością u dwunastoletniego dziewczęcia. Ruchomość ta, zdaniem Łyskawińskiego, nie mogła być uważana za objaw bezwzględnie wyłączający jajnikowe pochodzenie torbieli, na dowód czego przytacza on szereg danych z odnośnego piśmiennictwa wskazujących na możli-

wość istnienia w tych razach długiej szpury i stąd łatwość przemieszczania się guza na większą odległość od schorzonego jajnika.

Przypadek mówcy niestety nie był operowany z powodu braku zgody rodziców.
(Streszczenie własne).

Piotrowski wygłosił spostrzeżenie kliniczne pod tytułem „Dwa przypadki koincydencji szkarlatyny i duru brzuszno-”.

Będzie ogłoszone w P. P.

W dyskusji S. Łyskawiński przytacza w krótkości własną obserwację, dotyczącą lezonego w szpitalu Karola i Marji rodzeństwa z trojga dzieci, u których obok płonicy, jako cierpienia zasadniczego, stwierdzone jednocześnie zostało klinicznie i serologicznie zakażenie durem brzuszno-; co dotyczy dalszego przebiegu tych dwu spraw chorobowych, to w danym razie poza zwykłymi powikłaniami popłoniczemi u wszystkich trojga dzieci — u jednego wystąpił silny krwotok kiszkowy — jednak z zejściem pomyślnem. Mówca zaznacza, iż powyższą koincydencję mieszanego zakażenia płonicą i durem brzuszno- spotkał raz jeden na 500 przypadków płonicy u dzieci leczonych w szpitalu w pierwszych trzech latach jego działalności. Wspomina również o spotzeganym raz jeden w tymże szpitalu koincydencji płonicy oraz duru plamistego rozpoznanego serologicznie.

(Streszczenie własne).

Welfle T. omówił „Przypadek choroby Hirschsprunga u dziecka 6-letniego”.

Dziewczynka H. P., lat 6, przybyła do szpitala im. Karola i Marji z powodu bólu brzucha, wzdęcia i wymiotów. Dotąd przebyła odrę, płonicę, koklusz i malarję. Od urodzenia cierpi na uporczywe zaparcia — bywały okresy, że przez dziesięć dni nie miewała stolca (niemowlęstwo). Od dwu miesięcy zaparcia te nasiliły się znacznie, a w dniu 4.VII. dostała raptownych bólów brzucha, wymiotów, parcia na stolec, następnego dnia słycać było przelewanie w jamie brzusznej oraz widoczne były duże guzy w formie włka występującego na powierzchni powłok brzusznych. Ciepłota normalna lub nieco podwyższona (37,3°), wypróżnienia bardzo skąpe i to po lewatywach, krwi w kale nie spostrzeżono.

W dniu 5.X. przywieziono do szpitala, gdzie stwierdzono: stan ogólny dobry, bóle samoistne ustąpiły, nie wymiotowała, język — suchawy, serce i płuca zmian wyraźnych nie wykazywały, tętno 90 na l' dobrze wypełnione i napięte, miarowe. Brzuch wzdęty, miękki, widać wyraźne ustawianie się jelit oraz ruchy robaczkowe: ponad spojeniem łonowem w głębi wyczuwa się guz wielkości pomarańczy, twardy o kształcie kulistym, łatwo przesuwalny we wszystkich kierunkach. Bolesności nie stwierdzało się. Badaniem przez rectum wyczuwało się niewielki opór w okolicy zwieracza, poczem już zupełnie swobodnie można było poruszać palcem w jamie dość dużej, w której wyczuwało się guz wielkości dużej mandarynki, twardy, o spistości gliny. Były to masy kałowe. Roentgenologicznie (przy pomocy papki bismutowej) stwierdzono rozszerzenie jelita grubego prawie na całej długości, a specjalnie ampullae recti. Stosowano lewatywy, mięsienie, kompresy — wszystko bez skutku, wobec czego w ciągu paru dni wyjn.owano potrochu kał przy pomocy palca. Dnia 1'.XII. wypisano dziecko do domu. Wobec dobrego stanu zdrowia i braku wyniszczenia wstrzymano się od zabiegu chirurgicznego.
(Streszczenie własne).

T. Wiśniewski wygłosił rzecz pod tytułem „Z kliniki urazu porodowego”

W referacie prelegent omówił istotę, przyczyny i leczenie spraw chorobowych związanych z porodem: krwiaka czaszkowego i guza mięśnia sutko-obojęczkowo-mostkowego, a także rzadziej spotykanego krwiaka stawu obojęczkowo-mostkowego u noworodków.

W dyskusji doc. M. Erlichówna zapytuje, czy prelegent nie stwierdził zależności między asymetrią twarzy, a występowaniem guza mostko-sutkowo-obojęczykowego.

Zembrzusi Ludwik nie widzi przeciwwskazań do nakłuwania krwaków czaszkowych u noworodków pod warunkiem zachowania skrupulatnego przepisów postępowania aseptycznego. Wprawdzie niektórzy pediatrzy obawiają się tych nakłuć, lecz niesłusznie, gdyż mały ten zabieg przyspiesza znakomicie proces wchłaniania, zaś dłuższe wyczekiwanie na wessanie krwi może spowodować wtórne zakażenie zawartości guza krwawego, zwłaszcza przy nieutrzymywaniu skóry główki w dostatecznej czystości. Zembrzusi nie umie sobie natomiast wytłumaczyć, dlaczego krew w tych guzach czaszkowych u noworodków nie krzepnie.

W sprawie krzywej szyi (torticollis) z guzikami w mięśniu mostko-obojęczykowo-sutkowym. Zembrzusi sądzi, że guziki te nie są to typowe krwiaki, ponieważ tworzą się dopiero na 7 — 8 dzień lub później po urodzeniu dziecka i powtórnie trwają zazwyczaj 3 — 4 miesiące, a nawet dłużej. Jest to sprawa pochodzenia urazowego, zapalna a więc myositis o przebiegu przewlekłym. Guziki takie z biegiem czasu wchłaniają się i znikają, nawet bez żadnych specjalnych zabiegów, a równocześnie ustępuje też krzywa szyja, tak, że po latach nie pozostaje zwykle żadnego śladu po tem schorzeniu. Są przypadki rzadkie, w których torticollis rozwija się dalej, lecz przewidzieć takie zejście z góry nie podobna.

Co do asymetrii twarzy i głowy, to Zembrzusi spostrzegał ją, lecz i ten stan ustępuje zazwyczaj w miarę ustępowania skrzywienia szyi i znikania guzika w mięśniu.

(Streszczenie własne).

Cieszyński przypomina, że krwiaki czaszkowe bardzo często występują u noworodków zrodzonych przez stare pierwiastki, co tłumaczy się osobliwościami szyjki macicznej; również zdarzają się krwiaki w mięśniu żuchwowym po nałożeniu kleszczy.

S. Łyskawiński podaje niektóre szczegóły, dotyczące warunków powstawania krwaków poporodowych, wskazuje dalej na wątpliwości początkowego zamaskowania krwaka czaszkowego przez współistniejące przedgłowie; wspomina o rzadkiej (osobiście przezeń raz jeden dotąd przed kilku laty spostrzeganej) postaci krwaka z lokalizacją w mięśniu żwaczu.

Dalej mówca porusza sprawę możliwości powstawania krwaków u noworodków w przebiegu samoistnego — normalnego porodu. Dla ilustracji Łyskawiński przytacza własną obserwację, dotyczącą dziecka płci męskiej, wagi 3350 gr., urodzonego siłami natury przez 18-letnią pierwiastkę bez jakichkolwiek widocznych trudności. W końcu 2-jej doby u tego dziecka wystąpiły napady duszniczy i utrudnionego oddechu w coraz szybszym tempie i większą intensywnością, które doprowadziły do zejścia śmiertelnego w 5-ym dniu.

Badanie pośmiertne wykazało obecność dużego wylewu krwawego podnamiotowego, któremu towarzyszyło rozmiękczenie lewej połowy mózdzku.

Za przyczynę powyższego powikłania należało tu przyjąć zbyt gwałtowny poród.

(Streszczenie własne).

Przedborski stara się wytłumaczyć powstawanie wylewów czaszkowych przez różnicę ciśnienia, które to ciśnienie jest inne nad komunikującą ze światem zewnętrznym częścią główki noworodka, a częścią główki będącą pod uciskiem, daleko większym, niż atmosferyczne ciśnienie, skurczów macicy.

Wiśniewski odpowiada, że nie mógł zauważyć związku pomiędzy asymetrią główki i twarzy, a guzem mostko-sutkowo-obojęczykowym.

Hirszfeldowa omówiła „Przypadek roponercza obustronnego na tle kamicy u dziecka rocznego“.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21.XI. 1928 r.

Obecnych: członków 35, gości 29.

M. Mayzner przedstawił trzy przypadki erythema infectiosum.

Mikułowski demonstruje dziewczynkę 5-letnią z zapaleniem opuszkowym mózgu w przebiegu duru brzuszego.

Dziecko zachorowało 2/X wśród objawów gorączki stałej do 39° z zachowaną przytomnością. Po upływie 2-ch tygodni z powodu pojawienia się niepokojących objawów mózgowo-rdzeniowych dziecko przybywa dnia 18/X do szpitala, gdzie badanie stwierdza przy zachowanej przytomności umysłu: opadnięcie powiek (blepharospasmus), maskowatość twarzy, ruchy skrzydeł nosowych, śmiech sardoniczny, bezgłos ruchowy (afazję motoryczną), szczękocisk, nieruchomość podniebienia miękkiego, wzmożone napięcie mięśni żwaczy, sztywność, stężenie i wzmożone napięcie mięśni kończyn górnych i dolnych, sztywność karku, drżenie zamiarowe, znaczne wzmożenie odruchów ścięgniętych i okostnowych, odruchy Babińskiego, Piotrowskiego dodatnie (Rossolimo, Oppenheima, Brudzińskiego ujemne). Końce palców nóg skierowane na dół, mięśnie brzucha deskowato twarde, ramiona ściśle przyciągnięte do tułowia i kurczowo wyprostowane. Niedowład spastyczny kończyny górnej i dolnej po stronie lewej. Odruchy brzuszne osłabione. Język zbacza na prawo. Badanie bakteriologiczne moczu stwierdziło obecność prątków Ebertha, Odczyn Widala kilkakrotnie ujemny. Dziecko po 2-tygodniowej gorączce w szpitalu odzyskuje stopniowo mowę i od 3-go listopada wolne od gorączki powraca całkowicie do zdrowia. Rozpoznano: Polio - encephalo-myelitis typhosa. Paralysis bulbaris.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na początek objawów mózgowych, których obraz kliniczny zmuszał do różniczkowania z tężcem i ze stwierdzeniem rozsianem. Przypadek jest przyczynkiem do istnienia trudności rozpoznawczych duru brzuszego.

Dr. Władysław Sterling wygłosił odczyt pod tytułem: „Padaczka dziecięca i stany pokrewne“. (drukowane w P. P.)

Posiedzenie kliniczne z dnia 28.XI. 1928 r.

Obecnych: członków 35, gości 27.

Gruner uzasadnił potrzebę i pożyteczność filmu w przemówieniu pod tytułem „Film na usługach kliniki“. Po przemówieniu został wyświetlony film, przedstawiający chłopca dotkniętego dystrophia musculorum progressiva i drugi film, przedstawiający operację jaskry.

Dr. Stefan Rudzki daje Sprawozdanie z VI Zjazdu Międzynarodowego Przeciwgruźlicznego w Rzymie.

Zjazd odbył się 25—28. IX. 1928 r. przy udziale przeszło 1,500 uczestników, w tej liczbie z Polski było około 300 osób. Referent streszcza główne odczyty programowe: prof. Calmetta o przenaszalnych postaciach zarazka gruźliczego, prof. Jemma o rozpoznaniu gruźlicy dziecięcej i dr. W. Branda o walce z gruźlicą w okręgach wiejskich. W dyskusji zabierali głos najpoważniejsi znawcy gruźlicy z całego świata. Poza odczytami programowymi były wykłady ministra ekonomji narodowej Martellego o ubezpieczeniu społecznem przeciwko gruźlicy we Włoszech, prof. Brauera o chirurgicznym leczeniu gruźlicy płucnej i prof. Marcellego o Forlaninim.

Równocześnie ze zjazdem odbyła się Wystawa Przeciwgruźliczna, w której wzięło udział 15 państw. Polski pawilon przedstawiał się bardzo dodatnio i Polska otrzymała pierwszą nagrodę.

Pozatem odbył się szereg pokazów instytucji przeciwgruźliczych w samym Rzymie i jego okolicach. Z Rzymu uczestnicy zjazdu udali się do

największego ośrodka przemysłu we Włoszech — do Mediolanu — i w okręgu tego miasta zwiedzili urządzenia przeciwgruźliczne, wprowadzone w wielkich zakładach przemysłowych.

Na tem zakończyła się oficjalna część zjazdu i rozpoczęła się wycieczka naukowa po Północnych Włoszech, w której wzięło udział około 300 osób, w tej liczbie 50 z Polski. Zwiedzano sanatorium w pobliżu Mediolanu, sanatorium w Alta Valtellina w Alpach Włoskich, a potem, po przekroczeniu najwyższej przełęczy Stelvio, Tyrol Południowy (Meran, Bolzano, Gries, Cavezza, Bressanone, Arco, Jezioro Garda).

Zjazd należał do bardzo udanych.

Referent porównuje postępy walki z gruźlicą we Włoszech od 1912 r. kiedy w Rzymie również była konferencja gruźlicza międzynarodowa, i podkreśla dużą różnicę na korzyść oraz wspaniałą rozwój uzdrowisk własnych. (Streszczenie własne).

W dyskusji prof. M. Michałowicz zaznacza, że u nas sprawa gruźlicy na wsi dotąd leży odłogiem. Należałoby utworzyć objazdowe uniwersytety dla samorządów gminnych, które miałyby za zadanie uświadamianie odnośnych czynników między innymi również i w sprawach higieniczno-zapobiegawczych. Na tak przygotowanym gruncie łatwiej udałoby się wszcząć akcję samorządową, celem tworzenia na wsi izolatorów dla gruźlików. Dalej prof. Michałowicz zaznacza, że sądząc ze sprawozdania, na zjeździe była omawiana tylko gruźlica gruźlowa u dzieci, natomiast nie omawiano innych postaci gruźlicy dziecięcej — jak to ogniskowej gruźlicy płuc, gruźlicy pobrańchopneumonijnej, naciekowej i postaci tyfoidalnej.

Dr. Rudzki, w odpowiedzi, wyjaśnia, że prof. Jemma w swoim odczynie również omawiał gruźlicę płucną u dzieci.

Posiedzenie kliniczne z dnia 5. XII. 1928 r.

Obecnych: członków 25, gości 20.

Wiceprezes Roszkowski, jako przewodniczący jury konkursu P. T. P. dla uczczenia ś. p. dr. Stanisława Kamińskiego odczytał protokół, opiewający co następuje: 1) na konkurs została nadesłana tylko jedna praca, 2) praca powyższa, jako nieodpowiadająca warunkom konkursu, nie została zakwalifikowana do nagrody i 3) wobec powyższego konkurs uważa się za nieodbyły i nadsyłanie prac przedłuża się do 31 września 1929 r.

Mikułowski Włodzimierz demonstrowa i omawia przypadek żółtaczki zakaźnej z krwotokami żołądkowymi i małopłytkowością u dziewczynki 7-letniej.

Alicja G. zachorowała nagle 12. XI. wśród gorączki do 39°, która utrzymywała się przez 4 dni. 5 dnia spadek ciepłoty i równocześnie pojawiła się żółtaczka, której towarzyszyły kilkakrotne obfite krwawe wymioty. Z powodu wymiotów krwawych umieszczona w dniu 18. XI. w szpitalu, gdzie badanie stwierdziło: powiększenie wątroby i śledziony, odbarwienie stolców, mocza zawierająca barwiki żółciowe, urobilinę i urobilinogen, próba HAY'A dodatnia. Krew: Hg. 60%, Cz. c. 5.250.000, Bc. 6.800, Płytek 40.000. Czas krzepnięcia 10'. Czas krwawienia 3'. Objawy opaskowy i Kocha ujemne. Odporność krwinek: 0,36%. Odczyn V. d. Bergha dwufazowy, opóźniony. We krwi 6 jednostek bilirubiny. Odczyn Wassermanna ujemny. Aglutynacja z durem i paradurami ujemna.

Równocześnie z pacjentką zachorował w tym samym domu w sąsiednim mieszkaniu męczyzna 28-letni wśród tych samych objawów żółtaczki z krwawymi wymiotami.

Chora wypisana 2 grudnia wyleczona.

Mikułowski Włodzimierz demonstrowa i omawia przypadek duru brzusznego z zespołem plamicy małopłytkowej, towarzyszącej krwotokom kiszkiowym u dziewczynki 5-letniej.

Stasia D. zachorowała 12. X. r. b. wśród gorączki dochodzącej do 40° której towarzyszyło pojawienie się petoci na różnych miejscach skóry, oraz częste, wolne, krwawe stolce. Po 11-dniowym stanie gorączkowym przybyła chora 24. X. do szpitala, gdzie po 5 dniach bezgorączkowych od 29. X. do 11. XI. znów utrzymywała się gorączka od 38 — 39,8°. Na skórze przez ten czas pojawiają się naprzemian w różnych miejscach wynaczynienia plamicowe, którym towarzyszą krwotoki kiszkowe. Krew—Hg. 77⁰/₀. Cz. c.: 4.500.000. Bc.: 8.100., płytek 15.000. Czas krwawienia 4 1/2'. Czas krzepnięcia 6'. Krzepliwość upośledzona. Odczyn ułucia Kocha dodatni, objaw opaskowy ujemny. Odporność krwinek 0,32⁰/₀. Odczyn Wassermanna ujemny, odczyn Widala kilkakrotnie ujemny. Posiewy krwi ujemne. Posiewy moczu i kału na żółci — dają szczep prątków Ebertha.

Przebieg duru bardzo ciężki z zespołem złowróżbnym Hutinela, z niemiarowością tętna, z obniżeniem ciśnienia krwi, z rytmem galopującym, z sennością. Na pośladkach, w okolicy stawu kolanowego i łokciowego — rozległe, długo się gojące martwice skóry i obustronne ropne zapalenie ucha środkowego. Po miesiącu choroby obraz krwi wykazywał umiarkowaną anemię, nie wykazywał już małopłytkowości.

Dziecko od 5 tygodni bez gorączki znajduje się na wypisaniu do domu, zdrowe.

Przypadek przyczynia się do zrozumienia mechanizmu powstawania krwotoków kiszkowych w przebiegu duru brzuszego. Krwotoki nie są wyrazem jedynie miejscowego krwotoku izolowanego, ale są objawem syndromu, zespołu hemoragicznego.

Przypadek ma dużo cech wspólnych z opisanymi przez referenta w Pol. Gaz. Lek. w 1927 r. Nr. 18 przypadkami duru brzuszego u dzieci.

Barański i Trawiński przedstawili niemowlę 4-miesięczne, które w drugim miesiącu życia przebyło ciężkie przerostowe zwężenie odźwiernika, było z tego powodu operowane, i omówili przebieg przypadku oraz zabiegu.

Prof. Michałowicz zapytuje prelegenta, dlaczego została zaszyta tylko surowicówka.

Trawiński odpowiada, że technika operacji pylorospasmus u osesków nie jest jeszcze dostatecznie ustalona i wątpi, czy wogóle da się kiedy ustalić.

W poszczególnych przypadkach operatorzy postępują indywidualnie — jedni wcale nie zszywają surowicówki, niektórzy zszywają podłużnie, inni poprzecznie.

A. Kamler wygłosił odczyt pod tytułem: Zakłady opieki nad dzieckiem na zachodzie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 12. XII. 1928 r.

odbyte w Anatomicum.

Obecnych: członków 26, gości 26.

M. Erlichówna. Omówienie przypadku noworodka z wrodzonym wodogłowiem i pokaz płynu mózgowo-rdzeniowego.

Noworodek urodzony prawidłowo z wagą 3200, budowa i odżywienie dobre, wymiary normalne. W kilkanaście godzin po urodzeniu stwierdza się sinicę, oczopląs, ciemnie napięte, stan drgawkowy. Po 24 godzinach drgawki nasilają się, nakłucie lędźwiowe wykazuje ciśnienie wzmożone, płyn wybitnie ksantochromiczny bez cech zapalnych. Od 4 dnia twarde obrzęki (scleroderma), w płucach trzeszczenia około kręgosłupa. 6-go dnia dziecko zmarło.

Rozpoznanie kliniczne: Haemorrhagia cerebri. Pneumonia paravertebralis.

Badanie sekcyjne (Doc. Czarnocki). Ogólny zastój, dość liczne wylewy krwawe m. i. dookoła krtani i do płuc, obustronne przykręgowe zapalenie

płuc. Po otwarciu czaszki: obydwie półkule spadnięte, ostrożne uchylenie brzegów naciętej kory wskazuje olbrzymie wodogłowie ze znacznym zanikiem tkanki mózgowej (badanie mózgu w toku).

Zabarwienie ksantochromiczne płynu wskazuje bezsprzecznie na wylew krwi do mózgu lub rdzenia. Podłożem jednak objawów mózgowych okazało się wodogłowie. Rozpoznanie za życia było niemożliwe dlatego, że nie nastąpiło powiększenie wymiaru głowy, a cały obraz kliniczny i anatomiczny był tak typowy dla wylewu krwi do mózgu, że wyniki sekcji czaszki stanowią prawdziwą niespodziankę.

M. Erlichówna demonstrowa narządy noworodka z licznymi wadami rozwojowymi. Dziecko niedonoszone z wagą 2100. Badanie w pierwszym dniu: duszność, sinica stale się utrzymująca, budowa narządów płciowych budzi wątpliwości co do płci. Duże wargi sromne ledwo zaznaczone, nie tworzą fałd, szpara sromna widoczna, małe wargi minimalnej wielkości, na miejscu clitoris duża fałda skórna zwieszająca się nad szparą sromną. W obydwu płucach na całej przestrzeni rozlane liczne rzężenia. Dziecko zmarło w końcu drugiej doby.

Badanie sekcyjne: (doc. Czarnocki): zapalenie nieżytowe obydwu płuc. Serce duże; foramen owale otwarte i duże. Jelita ułożone nieprawidłowo, a m. jelito grube po stronie lewej, cienkie po stronie prawej. Obustronne wodonercze. W pęcherzu moczowym brak ujścia moczowodu. Śledziona wybitnie zrazikowata. Macica duża dwurożna. Obok jajników po obydwu stronach po jednym podłużnym gruczole tej samej wielkości co jajniki o powierzchni gładkiej (paraovarium?, jądro?, badania mikroskopowe niezakończone).

Wady rozwojowe występują rzadko pojedynczo, zwykle stwierdza się kilka jednocześnie, ale opisany zespół należy do mniej częstych.

Zwraca tu również uwagę wczesne wystąpienie objawów zapalenia płuc. Powstanie wodonercza tłumaczy się wrodzonym zarośnięciem moczowodu. Że na bezmocz nie zwrócono uwagi za życia, tłumaczy się tem, iż większość noworodków nie oddaje moczu w pierwszej dobie (około 34%) i bardzo małe ilości w drugiej dobie. Na sinicę złożyły się trzy czynniki: wcześniactwo, zapalenie płuc i duże foramen owale, pozwalający na zmieszanie się krwi żyłnej z tętniczą.

Janina Dąbrowska wygłosiła odczyt p. t.: „Zmiany anatomiczno-patologiczne w schorzeniach kostnych”.

Chondrodystrophia foetalis, osteogenesis imperfecta, rachitis, osteomalacia.

Posiedzenie społeczne z dnia 19.XII.1928 r.

Obecnych: członków 33, gości 22.

Prezes Kopeć powiadamia, że posiedzenie dzisiejsze jest poświęcone dla uczczenia ś. p. Bar. de Lenvala, fundatora Instytutu Higjenu Dziecięcej, obecnie Kliniki Pediatrycznej U. W.

Dalej Prezes powiadamia, że w Państwowej Szkole Higjenu została otwarta wystawa przeciwgruźliczna, na której zostały wyłożone eksponaty z polskiej wystawy przeciwgruźlicznej w Rzymie urządzonej z racji Kongresu Przeciwegruźlicznego.

Janina Krahelska wygłosiła odczyt p. t. „Żłobki fabryczne w Warszawie”, a Leśniewska koreferat w tej sprawie.

W dyskusji zabierali głos: prof. Michałowicz, Bogdanowicz, Kamler, Jodko-Narkiewicz, Jaroszewski, Garlicka, Raciążek, Barański, doc. Szenajch, doc. Erlichówna, Przedborski i Gromski.

Sprawozdanie Roczne Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

ZA ROK 1928 — DZIAŁALNOŚCI ROK JEDENASTY.

W roku 1928 odbyło się jedno ogólne walne posiedzenie Towarzystwa w dniu 2 lutego, na którym zostało przyjęte sprawozdanie Zarządu, skarbnika i komisji rewizyjnej, poczem zostały dokonane wybory do tej ostatniej, ustalając następujący jej skład: E. Dytel, M. Gromski i J. Pieniążek.

Dnia 7 marca odbyło się doroczne ogólne zebranie członków czynnych, na którym zostały przeprowadzone wybory do Zarządu oraz komisji balotującej; do Zarządu zostali wybrani W. Mikułowski ponownie, Antoni Kamler i Aleksander Landy, obaj na 1-trzechlecie; do komisji balotującej ponownie zostali wybrani A. Koral, Z. Zembrzusi, J. Korsakówna i J. Lubczyński.

Na posiedzeniu w dniu 14 marca Zarząd ukonstytuował się w sposób następujący: sekretarz stały doc. Wł. Szenajch, prezes T. Kopeć, viceprezes M. Roszkowski, sekretarz doroczny K. Piotrowski, bibliotekarz i skarbnik K. Stankiewicz, oraz członkowie Zarządu: W. Mikułowski, H. Brokman, H. Trenkner, Ant. Kamler i Al. Landy.

Liczba członków Towarzystwa na dzień 1 stycznia 1928 r. wynosiła 241, z tego czynnych 166, popierających 62, dożywotnich 3, honorowych 10. W roku sprawozdawczym zmarło członków czynnych 2, popierających 1, przyjęto czynnych 5. Pozostaje na 1.1. 1929 ogółem członków 243, z tego czynnych 169, popierających 61, dożywotnich 3, honorowych 10.

Spółeczna działalność Towarzystwa zaznaczyła się w następujący sposób:

1) Towarzystwo było w kontakcie z Polskim Komitetem Pomocy Dzieciom, mając w jego Radzie Nadzorczej, jako swego przedstawiciela, prof. M. Michałowicza.

2) Celem umożliwienia nauki dzieciom zagrożonym gruźlicą w możliwie dobrych warunkach klimatycznych, Zarząd wystosował do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych następujący wniosek;

Żał. Nr. 1.

DO

MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH.

Zarząd P. T. P., mając na uwadze wielkie plany inwestycyjne oraz projekty rozbudowy uzdrowiska Krynicy, ma zaszczyt rzucić myśl, czy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych nie uznałoby za możliwe wykorzystać sposobności do utworzenia gimnazjum klinicznego w Krynicy.

Sekretarz:

(—) K. Piotrowski

Prezes:

(—) T. Kopeć

3) W sprawie unormowania przepisów dotyczących izolacji chorych po chorobach zakaźnych, jak również izolacji dzieci z otoczenia chorego, Zarząd przesłał do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i V Departamentu Służby Zdrowia odnośne wnioski, powzięte przez III-ci Zjazd Pedjatrów w Wilnie, a uzgodnione i zestawione w specjalny projekt przez wyłonioną ad hoc komisję z ramienia Zarządu.

Załącz. Nr. 2.

DO

MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.
MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH — DEPARTAMENT V
SŁUŻBY ZDROWIA.

Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego ma zaszczyt przesłać Projekt zmiany przepisów, co do izolacji chorych po chorobach zakaźnych celem rozpatrzenia i nadania mu mocy obowiązującej.

Projekt powyższy oparty na współczesnych poglądach epidemiologii i profilaktyki chorób zakaźnych, był rozpatrywany i przyjęty na III-im Zjeździe Pedjatrów Polskich w Wilnie i ostatecznie opracowany przez komisję ad hoc wyłonioną przez Zarząd Pol. Tow. Ped.

Z wysokiem poważaniem

Sekretarz

(—) *K. Piotrowski*

Prezes

(—) *T. Kopec*

P R O J E K T

zmiany przepisów co do izolacji chorych po chorobach zakaźnych.

	Okres odosobnienia chorych	Okres odosobnienia zdrowych z otocz. chorych od chwili oddziel. ich od chor.
P ł o n i c a	4 tygodnie, zamiast 6, o ile niema powikłań ropnych, jama ustna i nos powróciły do stanu normalnego, i po 5-ym tygodniu częstych kąpiei, spacerów, płukania gardła oraz dokonanej dezynfekcji domowej.	2 tygodnie
O d r a	Powrót do szkoły, zamiast 2 tygodni w czasie dowolnym, zależnym od zdrowia pacjenta i decyzji lekarza domowego i szkolnego.	2 tygodnie (minimum)
B ł o n i c a	3 tygodnie (jak poprzednio) i przynajmniej jednorazowe badanie gardła i nosa na obecność prątków błonicy.	1 tydzień
K o k l u s z	4 tygodnie, zamiast 6, od czasu wystąpienia kaszlu napadowego.	2 tygodnie

	Okres odosobnienia chorych	Okres odosobnienia zdrowych z otocz. chorych od chwili oddziel. ich od chor.
R ó ż y c z k a	Powrót do szkoły, zamiast 2 tygodni, w czasie dowolnym zależnie od stanu zdrowia pacjenta	3 tyg. zamiast 2 tylko w razie ciężkiej epid.; w pozostałych przyp. bez ográn.
Ospa wietrzna	Zamiast 2 tygodni, do czasu przyśchnięcia strupków i jednej kąpeli z kalium hypermang.	3 tygodnie zamiast 2
Przysusznica (Świnka)	Zamiast 2 tygodni jak w odrze	3 tygodnie zamiast 2

W odpowiedzi na powyższy projekt zainteresowane ministerstwa nadesłały uzgodnioną odpowiedź z dnia 26 IV. r. b. Ze względu na to, że otrzymana odpowiedź nie uwzględniła istotnych i koniecznych zmian przewidzianych w projekcie, Zarząd uznał za stosowne wysłać następujące wyjaśnienie.

Zał. Nr. 3.

DO

PANA MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH.

„ „ WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIEC. PUBLICZNEGO.

I. III Zjazd Pedjatrów Polskich w Wilnie, w czerwcu 1927 r., zgodnie z współczesnymi poglądami na epidemiologię i profilaktykę chorób zakaźnych, uchwalił szereg zmian, które należałoby wprowadzić do przepisów obowiązujących w szkołach i zakładach wychowawczych, a dotyczących izolacji chorych po chorobach zakaźnych i ich otoczenia.

II. Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, jako wykonawca uchwał zjazdowych, opracował projekt zmian w przepisach i przesłał go do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych — Departament V Służby Zdrowia i do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w dniu 23. III. r. b.

III. Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego otrzymał pismo z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych — Departament Służby Zdrowia z dnia 17. IV. r. b. za Nr. Z. Z. 2372/28, z którego wynika, że sprawa powyższa została uzgodniona z Ministerstwem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i, że uzgodnioną odpowiedź na projekt Zarządu Pol. Tow. Pedjatrycznego prześle Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Zapowiedzianą uzgodnioną odpowiedź z Ministerstwem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z dnia 26. IV. r. b. za Nr. OH Fiz. 430/28 Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego otrzymał.

IV. Z odpowiedzi powyższej wynika, jakoby Polskie Towarzystwo Pedjatryczne proponowało „zmiany nie zasadnicze i drobne”, których wprowadzać na razie nie warto.

Wobec takiego obrotu sprawy Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego ma zaszczyt przesłać wyjaśnienia następujące:

a) Za podstawę do dyskusji służyły mu przepisy z roku 1918, o przepisach bowiem i zmianach w nich dokonanych, jak również o samej konferencji, odbytej w roku 1927 nic Towarzystwu nie wiadomo. Fakt ten Towarzystwo stwierdza z żalem, uważa bowiem swój udział w tej pracy za nieodzwony, ponieważ w gronie swych członków grupuje cały szereg lekarzy—

pedjatrów, którzy z natury rzeczy zmuszeni są do ciągłego kontaktu z chorobami zakaźnymi wieku dziecięcego i do współpracy z czynnikami oficjalnymi w zwalczaniu tychże chorób.

b) W sprawie izolacji współmieszkańców chorego, którzy daną chorobę zakaźną uprzednio przechorowali, Zarząd Polskiego Tow. Pedjatrycznego zgadza się z uwagą Nr. 1, dołączoną do tablicy przepisów z roku 1918 i dlatego sprawy tej nie porusza.

c) W sprawie odosobnienia współmieszkańców chorego, którzy danej choroby zakaźnej uprzednio nie przechorowali, Zarząd Pol. Tow. Pedjatr. proponuje zmianę zasadniczą w stosunku do ospy wietrznej, przyzusznic i różyczki, zmieniając okres izolacji dla tego rodzaju współmieszkańców z dwóch na trzy tygodnie. Skoro bowiem okres wylegania tych chorób waha się w granicach 16—17 dni do 21 dni, termin dwutygodniowy nie tylko nie może przynieść żadnego pożytku, ale jest wprost szkodliwy, dając złudzenie walki z szerzeniem się chorób zakaźnych w zakładach wychowawczych i szkołach.

d) W sprawie odosobnienia chorych na płonicę Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego proponował skrócenie terminu w przypadkach, gdzie niema powikłań ropnych, a jama ust i nosa powróciły do normy, z sześciu na pięć tygodni, rezerwując ten piąty tydzień na wykonanie dezynfekcji domowej i osobistej, a więc częste spacery, kąpiele, płukanie gardła i t. p., zwłaszcza dla chorych szpitalnych Termin bowiem nawet 6 tygodni, o ile chory wprost ze szpitala powraca do domu lub szkoły, nie zapobiega szerzeniu się płonicy, jak to doświadczenie życiowe nas, pedjatrów, poucza.

Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego pomija wprowadzić sprawę łuszczenia, żąda natomiast tygodniowego odosobnienia ozdrowieńców po płonicy od środowiska, w którym chorowali, kładąc szczególny nacisk na potrzebę kąpieli i częstych spacerów po przeprowadzeniu dezynfekcji domowej, a to jest zmianą poglądów zasadniczą, nie drobną.

e) Wobec nowych badań, stwierdzających brak zaraźliwości ze strony chorych na odrę, różyczkę i ospę wietrzną wkrótce po wystąpieniu wysypki, Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego uważa za możliwe przy zachowaniu warunków, zastrzeżonych w projekcie, wcześniejsze dopuszczenie ozdrowieńców do szkoły, co znowu nie jest obojętne dla dzieci mniej zdolnych.

f) Co się dotyczy odosobnienia chorych na koklusz, przepisy z roku 1918 żądają „6 tygodni od początku choroby, jeżeli kaszel napadowy ustał zupełnie”. Wobec zupełnej niemożliwości ścisłego ustalenia „początku choroby”, który zazwyczaj jest nieuchwytny, Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego proponował 4 tygodnie od początku kaszlu napadowego, co się da zawsze i z większą ścisłością ustalić nota bene bez względu na to, czy kaszel napadowy ustał zupełnie, czy jeszcze trwa nadal. Z powyższego wynika, że tutaj różnica w poglądach jest zasadnicza, nie drobna.

g) Wreszcie Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego uważa za możliwe pozostawienie ostatecznej decyzji w sprawie dopuszczenia do szkoły ozdrowieńców po odrze, ospie wietrznej, różyczce i śwince lekarzom domowym lub szkolnym i dlatego nie może się zgodzić z opinią, zawartą w pierwszym punkcie wymienionej odpowiedzi. Dzięki kasom chorych i t. p. instytucjom, pomoc lekarska została obecnie znacznie rozpowszechniona i udostępniona nawet warstwom niezamożnym; lekarz powinien i może być wezwany do każdego prawie przypadku wymienionych chorób. Pojawienie się zaś dzieci w szkole tylko z opinią rodziców, opartą na rozpoznaniu choroby przez tych samych rodziców, prowadzi często do omyłek fatalnych i udaremnia wszelkie zabiegi zapobiegawcze.

Wobec powyższego Zarząd Polskiego Tow. Pedjatrycznego ma zaszczyt zwrócić się raz jeszcze do Pana Ministra z uprzejmą prośbą, by zechciał wpłynąć za pośrednictwem podwładnych sobie organów na przyspieszenie rewizji istniejących przepisów, w celu dostosowania ich do obecnych wymagań nauki o epidemiologii i profilaktyce chorób zakaźnych.

Sekretarz:

(—) *K. Piotrowski*

Prezes:

(—) *J. Kopeć*

4) Od czterech lat już P. T. P. prowadzi systematyczną akcję w celu zwalczania zakażeń wśród dzieci w ambulatorjach, ponieważ jednak akcja ta wskutek obojętności miarodajnych czynników nie dała pozytywnego wyniku, Zarząd uznał za właściwe przesłać do rąk P. Ministra Spraw Wewn. następujące pismo.

Zał. Nr. 4.

DO

PANA MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH.

W sprawie szerzenia się chorób zakaźnych w Ambulatorjach dla dzieci.

I. Drugi Zjazd Pedjatrów Polskich w Poznaniu w czerwcu 1924 r. stwierdził, że sprawa gruntownej reformy Ambulatorjów chorób dziecięcych stała się w ostatnich czasach palącą ze względu na system leczenia ambulatoryjnego przyjęty w kasach chorych.

Ogromna większość ambulatorjów źle urządzonych i źle prowadzonych przynosi dzieciom bardzo wielką szkodę, przyczyniając się w znacznej mierze do szerzenia chorób zakaźnych przez wzajemne zarażanie się dzieci w poczekalniach, gabinetach lekarskich (szczególniej kokluszem i odrą).

Dlatego Zjazd powziął uchwałę, ażeby „zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z wezwaniem, aby jaknajrychlej zarządziła Komisyjną Rewizję stosunków, panujących w przychodniach dla dzieci”.

II. Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, jako wykonawca uchwał zjazdowych, przesłał powyższą uchwałę wraz z motywami do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, która następnie zwróciła się do Tow. Pedjatrycznego z prośbą „o opracowanie wzoru, wskazującego minimum wymagań sanitarnych w poczekalniach i sposobu grupowania w nich chorych”. Przepisy powyższe miały posłużyć za „podstawę do wdrożenia przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych odpowiedniej akcji”.

III. W czerwcu 1925 r. Tow. Pedjatryczne przesłało do Generalnej Dyrekcji Zdrowia „Projekt przepisów, zapobiegających szerzeniu się chorób zakaźnych wśród dzieci w Ambulatorjach”, zawierający: a) przepisy ogólne, b) przepisy w sprawie pomieszczenia i urządzenia ambulatorjum, c) przepisy normujące sposób czynności w Ambulatorjum dziecięcym.

IV. Wobec braku wszelkiej akcji w tym kierunku ze strony Ministerstwa, Zarząd Polskiego Tow. Pedjatrycznego zwracał się pismem odpowiednim do Ministerstwa jeszcze kilkakrotnie w ciągu 1926 i 1927 r.

V. W czerwcu 1927 r. zebrał się trzeci Zjazd pedjatrów polskich w Wilnie, który wobec ważności poruszonej sprawy, powziął powtórnie szereg uchwał w sprawie urządzenia i prowadzenia Ambulatorjów dziecięcych. Uchwały te były w czasie właściwym przesłane przez Zarząd Polsk. Tow. Pedjatrycznego do Ministerstwa.

VI. Z powyższego przedstawienia wynika, że upływają już cztery lata od chwili, kiedy Tow. Pedjatryczne rozpoczęło systematyczną akcję

w celu zwalczania zakażeń wśród dzieci w Ambulatoriach dziecięcych, wobec jednak zupełnej obojętności miarodajnych czynników akcja ta dotąd, niestety, nie dała żadnego wyniku.

Dlatego Zarząd Polskiego T-wa Pedjatrycznego zwraca się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą, aby dla dobra dzieci chorych polecił podwładnym sobie organom zająć się sprawą koniecznych reform w przychodniach dla dzieci, w myśl postulatów nauki i higieny społecznej.

Sekretarz:

(—) *K. Piotrowski.*

Prezes:

(—) *T. Kopeć.*

5. Celem większego spopularyzowania szczepień ochronnych przeciwpłoniczych został ogłoszony w prasie codziennej następujący komunikat (kwiecień 1928 rok).

Komunikat Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

W jesieni rozwija się zwykle większa epidemia płonicy, t. j. szkarlatyny, szczególnie w miastach, dla tego pora obecna jest najodpowiedniejsza do uodparniania dzieci przeciw tej groźnej chorobie. Wobec powtarzających się często zarzutów i obaw ze strony rodziców, Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego uważa za potrzebne stwierdzić publicznie.

1 — że wrażliwość dziecka na jad płonicy możemy z łatwością sprawdzić zapomocą odczynu skórniego Dicków,

2 — że w Warszawie zbadano z górą 25,000 dzieci, z pośród nich znaleziono wrażliwych na jad płonicy w wieku lat 1 — 5 — 80%, że w latach następnych odsetka wrażliwych zmniejsza się znacznie i po latach 10-ciu wynosi około 50%,

3 — że z pośród szczepionych, jak wskazuje statystyka oparta na tak dużym materiale, zachorowuje cztery razy mniej, niż z pośród nieszczepionych,

4 — że jak z powyższego wynika, nie wszystkie dzieci udaje się uodpornić,

5 — że szczepienia ochronne w nowej i uproszczonej postaci wymagają jednego zastrzyknięcia, w wyjątkowych przypadkach dwukrotnego,

6 — że odczyn ogólny występuje w postaci krótkotrwałego rozbicia, uczucia niedomagania i nieznacznego wzniesienia ciepłoty, a odczyn miejscowy w postaci nacieku mniej lub więcej bolesnego w przeciągu dni kilku,

7 — że same szczepienia w obecnej ulepszonej postaci nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa i nie pociągają za sobą żadnych złych skutków,

8 — że szczepić należy tylko dzieci wrażliwe,

9 — że nie wolno w żadnym razie szczepić dzieci chore na nerki, gruźlicę, wogóle chore i gorączkujące.

Jakkolwiek z powyższego wynika, że nie wszystkie dzieci dają się uodpornić, to jednak, zważywszy zupełną nieszkodliwość nowych szczepionek i fakt, że z pośród uodparnianych zachorowuje czterokrotnie mniej dzieci niż z pośród nieszczepionych, Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego uważa za właściwe poprzeć całym autorytetem swoim ideę szczepień ochronnych przeciw płonicy i jaknajbardziej zachęcić rodziców, by w porę i bez obawy uodparniali swe dzieci.

Prezes:

(—) *T. Kopeć*

Sekretarz stały:

(—) *W. Szenajch.*

Działalność społeczna Towarzystwa na terenie międzynarodowym zaznaczyła się w sposób następujący:

1. Pol. Tow. Ped. było reprezentowane przez doc. M. Erlichównę i M. Gromskiego na I-ej międzynarodowej konferencji pracy społecznej w Paryżu, z ramienia zaś Zarządu był delegowany kolega A. Kamler.

2. Organ P. T. P. „Pedjatria Polska” łącznie z wydaw. „Opieka nad dzieckiem” były ekspozowane na wystawie międzynarodowej w Kolonii.

3. W grudniu P. T. P. przyjmowało udział w konferencji w sprawie płonicy, zorganizowanej przez Państwowy Zakład Higieny z udziałem prof. Debré, delegata Ligi Narodów.

4. Wysłano do Hoovera gratulacyjny telegram z racji jego wyboru na Prezydenta Stanów Zjednoczonych. Z powodu klęski trzęsienia ziemi, które nawiedziło Bułgarię, wysłano kondolencyjne telegramy do prof. Kirowa i Dabowskiego w Sofii, oraz prof. Dobreffa w Filippopolu.

Zarząd uchwalił niektóre nowości w życiu wewnętrznym Towarzystwa z następującego powodu:

Pedjatria wogóle, a w szczególności polska, wyodrębniła się, jako poważna specjalna gałąź wiedzy lekarskiej i jako taka niechybnie doczeka się swojej historii. Mając to na względzie, Zarząd przystąpił do zbioru rocznicowego wyciągów z protokołów posiedzeń; w roku sprawozdawczym zostało odbite 50 egz. protokołów p. t. „Sprawy Polskiego Towarzystwa Pedjatricznego” i rozesłane do bibliotek instytucji naukowych lekarskich.

Również ponieważ w związku z powyższym Zarząd uchwalił zebrać życiorysy wszystkich czynnych członków Towarzystwa, aby mieć archiwalny materiał Pedjatrii Polskiej.

Z tego wynika, że kandydaci na członków czynnych Towarzystwa powinni przedstawić swoje curriculum vitae oraz deklarację o znajomości praw i obowiązków członka Towarzystwa. Po przyjęciu kandydat otrzymuje członkowski dyplom.

Tu należy zaznaczyć, że blankiety dyplomów zostały sporządzone kosztem własnym Sekretarza Stałego prof. W. Szenajcha i obecnego Prezesa kol. T. Kopia.

Działalność naukowa Towarzystwa wyraziła się w kontynuowaniu wydawnictwa własnego organu „Pedjatria Polska”, jak również w wydaniu Pamiętnika III-go Zjazdu Pedjatrów Polskich w Wilnie, zawierającego komplet prac wygłoszonych i zgłoszonych na zjazd.

Celem ustalenia wartości leczniczej surowicy przeciwpłoniczej wyłoniona ad hoc komisja w osobach prof. Wł. Szenajcha, kol. H. Brokmana i K. Piotrowskiego z udziałem doc. L. Hirszfelda opracowała schemat, na którym lekarze mają poczynić swoje uwagi odnośnie wpływu surowicy na przebieg choroby. Schematy z odnośniami notatkami, zwrócone do P. Zakładu Higieny, mają posłużyć, jako materiał dla opracowania powyższego zagadnienia. P. Z. H. wspomniane schematy ma dołączać do każdego flakonu surowicy.

Uzgodniono pogląd między Towarzystwem a jego oddziałami w sprawie wymiany prelegentów.

W celu nadania należytego kierunku pracy lekarskiej, jak również podniesienia poziomu naukowego wśród lekarzy, została wyłoniona specjalna komisja. Wynik jej prac będzie już należał do przyszłorocznego sprawozdania.

Dalszy etap działalności naukowej Towarzystwa wyraził się w systematycznym urządzaniu posiedzeń kliniczno-naukowych: w roku sprawozdawczym odbyło się w Warszawie 20 posiedzeń, w tej liczbie 16 klinicznych, 2 społeczne i 2 dyskusyjne, co łącznie z posiedzeniami ubiegłych 10-ciu lat czyni 192 posiedzenia, w tej liczbie klinicznych 146, zwyczajnych 45 i uroczyste 1. Na posiedzeniach wygłoszono 29 odczytów i demonstrowano 47 chorych lub preparatów, co łącznie z odczytami i pokazami lat poprzednich daje 279 odczytów i 251 pokazów.

WYKAZ ODCZYTÓW:

1. J. Bogdanowicz i Wł. Szenajch — O odczynie Levaditi-Fanconiego w płonicy
2. J. Wiszniewski. — O odrębnościach w obrazie klinicznym zapalenia miedniczek nerkowych u dzieci.
3. S. Sasaki — W sprawie szczepień ochronnych przeciwgruźliczych szczepionką B. C. G.
4. M. Prokopowicz-Wierzbowska — O organizacji szczepień przeciwgruźliczych na terenie Warszawy.
5. A. Ławrynowicz i T. Ciośłowski — Wartość praktyczna odczynów serologicznych kiłowych u położnic łącznie ze sprawą wykorzystania ich do celów organizacji walki z kiłą wrodzoną.
6. Z. Bogdanowiczówna. — Odczyn Wassermanna w mleku położnic.
7. Z. Bogdanowiczówna. — Spostrzeżenia nad zawartością witaminy C w mleku warszawskim.
8. W. Halberówna, H. Hirszfildowa, M. Mayzner. — Badania nad powstaniem przeciwciał u dzieci.
9. H. Hirszfildowa, M. Mayzner i F. Przesmycki. — Badania nad jadami paciorkowców.
10. Fr. Czubalski. — Nowe poglądy na czynność fizjologiczną nerek.
11. J. Celarek. — O szczepieniach przeciwploniczych.
12. M. Michałowicz. — Colitis, appendicitis i psoriasis w ich wzajemnym ustosunkowaniu się w niektórych przypadkach klinicznych. Stejn (koreferat) — Z dziedziny histopatologii wyrostka robaczkowego.
13. K. Stankiewicz i J. Wiszniewski. — Leczenie dystrofii u niemowląt dużymi dawkami cukru.
14. Leśniowski. — Polymyositis primaria.
15. R. Barański i W. Gumiński. — Z kazuistyki ropnia pazagardzielowego.
16. J. Bogdanowicz. — Płonica odozdrowieńcza.
17. H. Brokman i L. Hirszfild. — W sprawie szczepień ochronnych.
18. Wł. Mikułowski. — Przyczynki do epidemiologii i profilaksji odry.
19. St. Kopczyński. — Faktyczny stan opieki higieniczno-lekarskiej w szkolnictwie polskim.
20. M. Roszkowski. — Zagadnienia higieniczno-lekarskie w szkołach powszechnych w Warszawie.
21. J. Bogdanowicz. — Zagadnienia wychowawcze lekarzy szkolnych, ich stosunek do rodziców i lekarzy domowych.
22. K. Piotrowski. — Dwa przypadki koincydencji szkarlatyny i duru brzuszego.
23. T. Wiśniewski — Z kliniki urazu porodowego.
24. Wł. Sterling. — Padaczka dziecięca i stany pokrewne.
25. J. Gruner. — Film na usługach kliniki.
26. St. Rudzki. — Sprawozdanie z VI Zjazdu międzynarodowego przeciwgruźlicznego w Rzymie.
27. A. Kamler. — Zakłady opieki nad dzieckiem na zachodzie.
28. J. Dąbrowska. — Zmiany anatomo-patologiczne w schorzeniach kostnych—Chondrodystrophia foetalis, Osteogenesis imperfecta, Rachitis, Osteomalacia.
29. H. Krahelska (Leśniowska — koreferat) — Żłobki fabryczne w Warszawie.

Wiadomości bieżące.

W dn. 20. IV. r. b. odbyło się w Klinice Chorób Dziecięcych w Poznaniu 1-sze organizacyjne posiedzenie Oddziału Poznańskiego Pol. T-wa. Pediatrycznego z następ. porządkiem dziennym: 1) pokazy, 2) prof. Jonscher: Z epidemiologii odry i 3) J. Zeyland i E. Piasecka - Zeylandowa: Wyniki 50 badań pośmiertnych dzieci szczepionych za pomocą B. C. G. Na posiedzeniu powyższem było obecne Prezydium Pol. T-wa Pediatrycznego z Warszawy oraz Prezydium i Członkowie Wydziału Lekarskiego T. P. N. w Poznaniu.

Przy sposobności nadmieniamy, że z dn. 1-ym kwietnia r. b. prof. Jonscher został Redaktorem Naczelny „Nowin Lekarskich”.

Association Française de Pédiatrie ogłasza, że VI Kongres pediatrów francuskich odbędzie się w Paryżu w czasie od 30. IX. do 2. X. r. b. Tematy główne: 1) Obrzęki u niemowląt, 2) Śmierć nagła i nieprzewidziana podczas zabiegów operacyjnych na niemowlętach i 3) Żółtaczka noworodków.

Przewodniczący Zjazdu — M. H. Barbier, Sekretarz generalny, który przyjmuje zapisy i udziela informacji — M. L. Ribadeau-Dumas, 61 rue de Ponthieu, Paris.

Dnia 7—8 września r. b. odbędzie się w Poznaniu z ramienia Związku Miast Polskich doroczny Walny Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych.

Komitet Organizacyjny Zjazdu prosi o jaknajliczniejszy udział w Zjeździe. Uczestnictwo należy zgłosić do dn. 1-go września b. r. na ręce Naczelnika Wydziału Zdrowia Magistratu m. Poznania Dr. Tadeusza Szulca (adres: Poznań — Ratusz). — Wpisowe na Zjazd wynosi 10 zł. może być uiszczone w chwili przybycia do Poznania.

W zgłoszeniach należy nadmienić żądanie zarezerwowania noclegów

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż organizuje w r. bieżącym w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie specjalny kurs wyszkolenia dla lekarzy, którzy pragnęliby poświęcić się publicznej służbie zdrowia.

Kurs trwać będzie 9 miesięcy, a mianowicie od dnia 2 września r. 1929 do dnia 31 maja r. 1930 (w czym 6 miesięcy studjów teoretycznych oraz 3 miesiące praktyki administracyjno-sanitarnej).

Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą się ubiegać o przyznanie im przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych na czas trwania kursu stypendjum pod warunkiem, iż złożą zobowiązanie, że po ukończeniu kursu porzucą na żądanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przynajmniej przez 2 lata w służbie przy państwowych władzach administracyjno-sanitarnych na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej, a to pod rygorem zwrotu otrzymanego stypendjum.

Stypendjum będzie wynosić 350 złotych miesięcznie.

W czasie pobytu na kursie w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie stypendyści, a w miarę możliwości i pozostali uczestnicy kursu, będą mogli korzystać z bursy, istniejącej przy tej Szkole, za opłatą kosztów utrzymania.

Podania o dopuszczenie na kurs, a ewent. i przyznanie stypendjum, należy wносить do dnia 1 sierpnia r. b. do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie (ul. Nowowiejska 39) z załączeniem curriculum vitae oraz dowodów (oryginalnych bądź należyście uwierzytelnionych, stwierdzających:

- a) wiek kandydata.
- b) posiadanie obywatelstwa polskiego.
- c) ukończenie studiów lekarskich i posiadanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, i
- d) stosunek do służby wojskowej.

Ponadto należy w podaniu wskazać przynajmniej 2 bardziej znane osoby, które mogłyby udzielić opinii o kandydacie. Kandydaci, ubiegający się o stypendjum, powinni dołączyć zobowiązanie, o którym była mowa wyżej.

Biuro pośrednictwa Pracy Koła Medyków S. U. W. dostarcza z pośród lekarzy i studentów medycyny wykwalifikowanych w zakresie różnych specjalności na posady: lekarzy, zastępców lekarzy, felczerów, laborantów analitycznych, laborantów bakteriologicznych, pielęgniarek (na dyżury dzienne i nocne przy chorych, robiących opatrunki, zastrzyki, masarze i t. p. zabiegi). Łaskawe zapotrzebowania nadesłać pod adresem:

Biuro Pośrednictwa Pracy Koła Medyków S. U. W.
Warszawa, Chałubińskiego 5, tel. 114-86.

Koło Lekarzy Towarzystwa „Pomoc Lekarska” przy ul. Grzybowskiej Nr. 11, mającego na celu niesienie pomocy lekarskiej ubogim bez różnicy wyznania, ogłasza konkurs na najlepszą pracę z patologii żydów. Nagroda wynosi 1000 zł. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 30 czerwca 1930 r.

Przetwór odżywczy łatwo przyswajalny o stałym składzie i wysokiej wartości ciepłostkowej

PHENNINA — MOTOR

USUWA ZABURZENIA TRAWIENNE I POWODUJE SZYBKĄ I STAŁĄ PRZYROST WAGI.

Nieodzowny preparat w karmieniu sztucznym w dokarmianiu w stanach wyniszczeniowych, w zaburzeniach trawiennych zwłaszcza u dzieci nie znoszących mleka krowiego.

Znakomicie znoszony nawet przez bardzo wrażliwe oseski.

EMULSJĘ TRANOWĄ — GESSNER

z solami podfosforanu wapnia i sodu przy chorobach: żółtów, krzywicy, wycieńczeniu i niedokrwistości u dzieci.

SYROP. DROSERAE c. Natr. sillicico — GESSNER
w chorobach:

koklusu i przy nieżycie dróg oddechowych.

P O L E C A :

LABORATORJUM CHEM.-FARMAC.

JAN GESSNER

Warszawa, Al. Jerozolimskie 11.



TRICALCINE

ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

NAJRADYKALNIEJSZY
NAJBARDZIEJ RACJONALNY



REKALCYFIKACJA

(UWAPNIANIE)

NIE MOŻE BYĆ PEWNIEJ

I PRAKTYCZNIEJ
OSIAGNIĘTA

JAK TYLKO PRZEZ

TRICALCINE

SOLE WAPNI PRZYSWAJALNE

GRUŹLICA PŁUC I KOŚCI
GRUŹLICZE ZAPALENIE OTRZEWNEJ
KRZYWICA, ZOŁŻY, WYNISZCZENIE ORGANIZMU
PRÓCHNICA ZĘBÓW, ZŁAMANIA KOŚCI
REKONWALESCENCJA

LABORATOIRE DES „PRODUITS SCIENTIA” D^r E. PERRAUDIN Phⁿ del^{re} cl 21, Rue Chaplal PARIS 9^e

PEDIATRJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO T-WA PEDIATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

M. Michałowicza i Wł. Szenajcha w Warszawie,
Fr. Gröera we Lwowie, W. Jasińskiego w Wilnie,
K. Jonschera w Poznaniu, T. Mogilnickiego w Łodzi.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY
T. KOPEĆ

Stali współpracownicy:

R. Barański, J. Bogdanowicz, H. Brokman, M. Gromski,
M. Erlichówna, H. Hirszfeldowa, S. Łyskawiński, W. Mikułowski,
S. Popowski, R. Stankiewicz, M. Wierzbowska — Warszawa,
H. Frenklowa — Łódź, Sz. Starkiewicz — Busk,
W. Bujak — Kraków, S. Progulski — Lwów,
S. Krysiwicz — Poznań

TOM IX — ZESZYT 3 — 4.

(maj — czerwiec — lipiec — sierpień — 1929)

WARSZAWA
NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU OPIEKI NAD DZIECKIEM
1929



Najskuteczniej zwalcza
NERWOWOŚĆ
u
DZIECI I DOROSŁYCH
środek roślinny

PASSIFLORINE

Nie zrównany środek
w STANACH NEUROPATYCZNYCH, w NEURASTENJI,
HISTERJI, STANACH LĘKU, NADMIERNEJ
POBUDLIWOŚCI, w NERWICY SERCA,
ZOŁĄDKA i t. p.

Niezawodny
i absolutnie
niezaskodliwy środek

w BEZSENNOSCI
NA TLE NERWOWEM

Znakomity środek
w OKRESACH POKWITANIA, CIAŻY
i PRZEKWITANIA.

DAWKOWANIE:

Stany Neuropatyczne:

1—2 łyż. od herbaty przed
każdym posiłkiem.

Przeciw bezsenności: 1 — 3

łyżeczek od herbaty na noc.

Dawki dla dzieci: stosownie do wieku

WYRABIANY W PARYŻU
w LABORATORJACH
Dr. G. Réabourg'a

PRZEDSTAWICIELSTWO na POLSKIE
L. NASIEROWSKI

Warszawa, Piękna 62. Tel.: 124-39, 3042

PEDIJATRIA POLSKA

WYCHODZI CO 2-a MIESIĄCE, SZEŚĆ ZESZYTÓW TWORZY 1 TOM

Prenumerata roczna z dwumiesięcznikiem uzupełniającym

OPIEKA NAD DZIECKIEM

wynosi z przesyłką pocztową zł. 30.

Redakcja: Warszawa, Mokotowska 39 — T. Kopec.

Autorzy artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

Administracja: Warszawa, Jasna 11. Tel. 419-16.

Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem, P. K. O. 5882.

SPIS RZECZY:

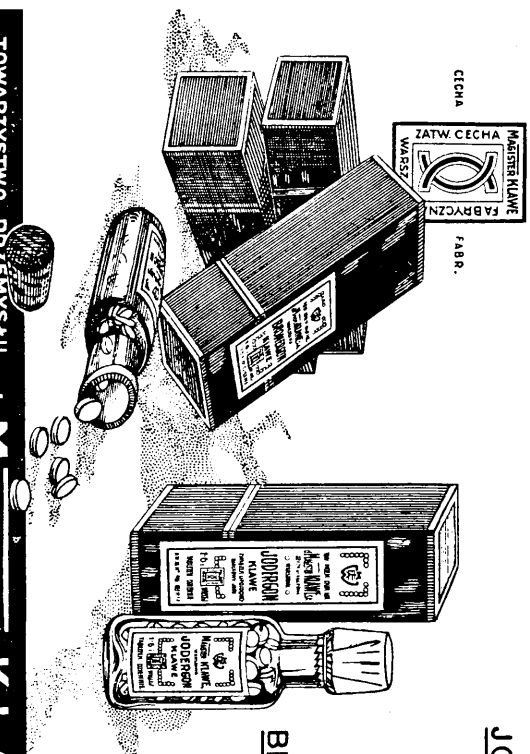
	str.
M. Wolfson — Adolf Koral .	127
K. Jonscher — Z epidemiologii odry	131
Janusz Zeyland — Martwica prosówkowa wątroby u niemowląt.	160
J. Bogdanowicz — Porównawcze badanie odczynów skórnych Trambusti i Pirquet'a	166
R. Barański i R. Trawiński — Przypadek kurczu odźwiernika wyleczony na drodze chirurgicznej	170
Wilhelm Kwaskowski — Krwotoczność a choroba płonnicza	174
M. Dmochowska — Kilka uwag o środku przeciwkaszlowym „Danutol” Rawskiego	190
Jan Truszkowski — Powikłanie świnki przez surowicze zapalenie opon mózgowych . .	184
Przegląd piśmiennictwa	186
Z Pol. Tow. Pedjatrycznego:	
w Warszawie	194
we Lwowie	211
w Wilnie	217
w Łodzi	227

SOMMAIRE:

	str
M. Wolfson — Adolf Koral .	127
K. Jonscher — Sur l'épidémiologie de la rougeole.	131
J. Zeyland — Sur la nécrose miliaire du foie chez les nourissons	160
J. Bogdanowicz — Les études comparatifs des cutiréactions Frambusti et Pirquet.	166
R. Barański et R. Trawiński — Un cas de pylorospasme guérie d'opres l'opération. . . .	170
W. Kwaskowski — La diathèse haemorrhagique et la scarlatine.	174
M. Dmochowska — Sur l'emploi de „Danutol” Rawski contre la toux.	190
J. Truszkowski — La complication des oreillons par une méningite séreuse.	184
Revue générale - analyses . .	186
Compte rendu de la Société Pédiatrique Polonaise:	
à Varsovie	194
à Lwów	211
à Wilno	217
à Łódź	227

JODERGON: BROMERGON

MAGISTRA KLAWE



CICHKA

FABR.



JODERGON – ZWIĄZEK JODOWO-ORGANICZNY. NIE UPOŚLEDZA TRAWIENIA, NIE DRAŻNI ŻOŁĄDKA, STOSUJE SIĘ W CHOROBY SERCA, NACZYŃ, BŁONNY SUROWICZEJ, NARZĄDÓW ODDECHOWYCH, KILK. DNI I OTYŁOŚCI.

TABLETKA = 0,05 J.

BROMERGON -BROMOWO.-ORGANICZNY ZWIĄZEK, STOSUJE SIĘ: PRZY PADACZCE, HISTERII, PŁASAWICY, DYCHAWICY NERWOWEJ, BEZSENNOŚCI, BÓLACH GŁOWY, NERWICY SERCA i T. P.

TABLETKA = 0,1 B.

LITERATURA ORAZ PRÓBY NA ŻĄDANIE

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO

D. MAGISTER KLAWE, S.A., WARSZAWA.

ZNAJ. GŁÓW. T. J. W. K. G. O. B. A. S. P. W. W. A. R. S. Z. A. W. A.

Panu Doktorowi
ADOLFOWI KORALOWI
w 45-tą rocznicę pracy lekarskiej

Od Redakcji

Adolf Koral.

Z powodu 45-lecia pracy lekarskiej.

P o d a ł

M. Wolfson.

Jako wieloletni współtowarzysz pracy szpitalnej Kol. Adolfa Korala, z którym w ciągu lat 30, t. zn. nieomal do ostatnich czasów, miałem przyjemność pracować w jednej instytucji, a mianowicie w Szpitalu dla dzieci przy ul. Śliskiej, poczytuję sobie za miły obowiązek koleżeński skreślić pokrótce działalność lekarską oraz charakterystykę życiową czcigodnego Jubilata, jednego z najstarszych Pedjatrów polskich. Codzienne stykanie się przez tak długi okres czasu z Jubilatem dało mi możność dokładnego przyjrzenia się jego gorliwej pracy dla dobra instytucji, jak również ocenienia należytego zalet Jego, jako lekarza i człowieka.

A. Koral urodził się w Warszawie. Po ukończeniu gimnazjum wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w 1884 r. Po dwóch latach pobytu na prowincji objął w 1886 r. posadę lekarza miejscowego w wyżej wymienionym szpitalu, pełniąc równocześnie obowiązki lekarza ambulatoryjnego oraz zarządzającego istniejącą przy szpitalu stacją szczepienia ospy. Szpital ten cieszył się już podówczas wielką popularnością wśród ludności miejscowej, która dążyła do niego w poszukiwaniu pomocy lekarskiej dla swej chorej dziatwy i tem samem dawała dowody, jak bardzo był on potrzebny. To też A. Koral obejmując swoje czynności miał już na samym wstępie ułatwioną możność samokształcenia się w Pedjatrii na obfitym materiale szpitalnym. Rzeczywiście niedoświadczony i słabo zaledwie przygotowany teoretycznie w obranej specjalności, starał się Koral od pierwszej chwili o uzupełnienie dotychczasowych braków zdobyczami praktycznymi, obok studjów teoretycznych. Udało mu się to w zupełności, a to dzięki nieustannej i sumiennej pracy, badaniu niezliczonych przypadków chorobowych z pośród dostępnego mu materiału szpitalnego, oraz pogłębianiu swej wie-

dzy przez ciągle studjowanie piśmiennictwa pedjatrycznego, hojnie w księgozbiorze szpitalnym reprezentowanego.

Dlatego dopuszczony niebawem do czynności ambulatoryjnych, prowadzi je całkiem sprawnie, w obecności stałej nacentzas asysty lekarzy i studentów, do których należał niżej podpisany, żywo interesujących się mało sobie ze studjów Uniwersyteckich znaną specjalnością — Pedjatrją.

W 1894 r. został mianowany ordynatorem oddziału chorób zakaźnych, a w roku 1911 — chorób wewnętrznych. Obowiązki te pełnił do 1923 r., t. j. do zamknięcia Szpitala. Jako ordynator oddziału wykazywał niezwykłą sumienność i pracowitość, prowadząc oddział swój na wymaganym poziomie, a idąc wytrwale za postępem nauki, stosował w miarę możności wszelkie w tej dziedzinie zdobycze na polu racjonalnego leczenia. Na dowód przytoczę, że K o r a l jeden z pierwszych w Polsce wprowadził na swym oddziale leczenie błonicy surowicą. Niestety, brak funduszków, z czem Szpital musiał walczyć nieustannie, brak odpowiednio urządzonej pracowni w związku z niemniej ważnym brakiem wyszkolonych asystentów — pomocników, wszystko to działało hamująco na szczerze dążenia Jego do intensywniejszej pracy w kierunku naukowym, przyczyniło się też do tego, że nie mógł On w stopniu należyтым wyzyskać bogatego materiału klinicznego, jakim rozporządzał Szpital, z niewątpliwą szkodą dla naszej nauki. Mimo to jednak podkreślić należy, że prowadzony przez K o r a l a oddział miał niezaprzeczone znaczenie dydaktyczne w tym sensie, że przez długi szereg lat był praktyczną szkołą Pedjatrii dla sporej liczby młodych lekarzy, którzy się tam jej uczyli niemal od abecadła.

W życiu naukowem lekarskiem K o r a l brał żywy udział oddawna. W 1891 r. został członkiem czynnym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego, w którym często zabierał głos w dyskusji na odczytach z dziedziny pedjatrii. W powstałej przy Towarz. Lekarskiem Sekcji Pedjatrycznej był jednym z najgorliwszych członków, jak również w założonem później Pol. Tow. Pedjatrycznym, gdzie nie opuszczał niemal do ostatnich czasów ani jednego posiedzenia i często zabierał żywy udział w rozprawach.

Z pośród kilkunastu prac naukowych K o r a l a, ogłoszonych drukiem, wyróżniają się prace kazuistyczne i statystyczne, oparte na gruntownych studjach oraz sumiennem badaniu materiału szpitalnego, prace świadczące o należytem zrozumieniu zadań swoich w zakresie pracy szpitalnej, jako źródła Jego twórczości naukowej.

W powstałem w 1917 r. Polskiem Towarzystwie Medycyny Społecznej, do którego założycieli należał, K o r a l pełni przez kilka lat zrzędu obowiązki członka Zarządu, z zapałem pracując dla rozwoju tej ważnej placówki naukowej. W roku.

bieżącym Tow. Med. Społ. przyznaje Koralewi w uznaniu Jego zasług godność członka honorowego. Żywa i obejmująca szersze horyzonty umysłowość Korala niepozwałała mu ograniczyć się wyłącznie do pracy w swej specjalności. Gruntownie znającego dzieje, zwłaszcza ojczyste, zawsze interesowały sprawy społeczne i narodowe, dowodem czego służyć może praca jego („Świat“ 1912 r.) w sprawie wówczas aktualnej pod tytułem „O wynaradawianiu się inteligencji polskiej“.

Podczas okupacji niemieckiej brał żywy udział w powstałym wówczas Związku Patriotów (późniejszy Związek Niezawisłości Narodowej), jako działacz o przekonaniach demokratycznych i ideologii niepodległościowej.

Jako lekarza, cechują Korala łagodność i cierpliwość w stosunku do młodocianych pacjentów, bezinteresowność i serdeczność w stosunku do ich rodziców, niezwykła zaś uczciwość, wysokie poczucie obowiązku i poważne zrozumienie etyki lekarskiej w stosunku do wykonywanego zawodu — cechy lekarza godne zaiste podkreślenia i naśladowania. W stosunkach towarzyskich miły, uprzejmy i dowcipny, cieszył się zawsze ogólną sympatją kolegów. Blisko półwiekowa praca zawodowa, w ciągu której, jako lekarzowi, przypadło mu w udziale częste obcowanie z cierpieniem i niedolą ludzką, nie wpłynęła na psychikę Jubilata ujemnie. Interesuje się on w dalszym ciągu nie tylko postępami w dziedzinie swej specjalności, lecz w równej mierze wielkimi sprawami, obchodzącego dobrego obywatela kraju.

Pobieżnie przez nas zestawione dane, dotyczące działalności Korala dosadnie uwydatniają zasługi Jego, jako człowieka i lekarza. Życzymy mu, aby przez długie lata jeszcze pracował z niestępnym jak dotąd zapałem dla dobra Pedjatrii i umiłowanych przez się pacjentów: „quia desiderium ejus semper, fuit aegrotos pueros juvare“.

Prace naukowe Adolfa Korala.

1. Przypadek moczówki prostej (diabetes insipidus) pochodzenia urazowego u chłopca 8-letniego. (Gaz. lekarska 1886 r.).
2. O zapowietrzeniu domowem (Hausinfection) w Szpitalu dla dzieci starozakonnych (Zdrowie 1888 r.).
3. Przypadek t. zw. tężca z przeziębienia (tetanus rheumaticus) u 11-letniego chłopca (Medycyna 1889 r.).
4. O zaburzeniach płciowych u dzieci (Kronika lekarska 1891 r.).
5. Lekarz szkolny (Przegląd pedagogiczny 1892 r.).
6. Przyczynek do kwestji śmiertelności przy błonicy i krupie (Kronika lekarska 1895 r.).

7. Pierwsza serja chorych na błonicę, leczonych surowicą przeciwbłoniczą (Medycyna 1895 r.).
 8. Przypadek polyarthritidis acutae po zastrzykiwaniach surowicy przy krupie (Kronika lekarska 1895 r.).
 9. Kilka uwag o przebiegu i wynikach leczenia surowicą krupu i błonicy (Medycyna 1897 r.).
 10. 2 przypadki nagłej śmierci u ssawców (Medycyna 1901 r.).
 11. Śmiertelność w płonicy, a wiek dzieci leczonych w Szpitalu dla dzieci starozakonnych w Warszawie od 1904 — 1913 r. (Przegląd pedjatryczny 1913 r.).
 12. Dr. Julian Kramsztyk — z powodu 50-lecia pracy lekarskiej (Pedjatrja Polska 1925 r.).
 13. Dr. Julian Kramsztyk (wspomnienie pozgonne. Pols. Gazeta Lekarska 1926 r.).
-

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniw. Pozn.

Dyrektor: Prof. Dr. K. Jonscher.

Z epidemiologii odry*).

P o d a ł

K. Jonscher.

Pomimo dużego nakładu pracy nie zdołano jeszcze dotychczas wyświetlić i ustalić wszystkich zagadnień epidemiologicznych nawet najpospolitszych chorób zakaźnych, których zarazek jest nam dobrze znany. W znacznej większości chorób nie znamy dokładnie warunków, w jakich zarazek sprowadza zachorzenie ustroju, a w jakich staje się nieszkodliwym obojętnym pasorzytem; stosuje się to w równym stopniu do zachorzeń indywidualnych jak i do powstawania epidemji. Bakterjologia klasyczna nie ziściła pod tym względem pokładanych w niej nadziei, chociaż cały jej dorobek był i jest tak niezmiernie imponujący.

Te braki odczuwamy z natury rzeczy w większym stopniu w stosunku do tych chorób zakaźnych, których zarazek jest nam jeszcze zupełnie nieznany — mamy tu bowiem do czynienia z jedną lub kilku niewiadomymi więcej. Stosuje się to również do odry, chociaż znaczne jej rozpowszechnienie i związana z tem możność licznych spostrzeżeń, jak również wyjątkowo ściśle określony okres wylęgania, ułatwiają badania w dużym stopniu.

W epidemiologii odry mamy jeszcze liczne zagadnienia, czekające na ostateczne wyjaśnienie. Już np. sprawa wrażliwości ustroju dziecięcego względem zarazka odrowego nasuwa liczne pytania, na które nie mamy jeszcze zadowolniającej odpowiedzi. Wiemy, że poza okresem pierwszych czterech-pięciu miesięcy życia, w którym istnieje odporność przeciwo-drowa naskutek przekazania ciał ochronnych z ustroju matki, lub też naskutek braku w ustroju niemowlęcia odpowiednich re-

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu inauguracyjnym oddziału Po- znańskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego dn. 20.IV. 1929 r.

ceptorów (Groer), ustrój ludzki jest niezmiernie wrażliwy na zarzek odrowy, wrażliwszy niż na zadziałanie wielu innych zarzków chorobotwórczych. Sposobność do zarażenia się jest zwykle równoznaczna z zarażeniem się. Istnieją jednak spostrzeżenia, wskazujące na czasowe, niczem niewytłumaczone wahania tej odporności (Schick i inni), zobaczymy, że i nasz materiał wykazuje to zupełnie wyraźnie. Nie wiemy też dlaczego, pomimo tej dużej wrażliwości, epidemja odry w większych skupieniach dziecięcych przebiega w trzech fazach, innej słowy, dlaczego wszystkie dzieci wrażliwe nie zarażają się od razu od pierwszego chorego, a dopiero od chorych drugiej fazy, pomimo, że możliwość infekcji była jednakowa?

Wiemy dalej, że dla zarażenia się niema potrzeby bezpośredniego zetknięcia się dziecka zdrowego z chorem, że zarzek przenosi się z prądami powietrza na pewną odległość. Niema jednak ustalonego i uznanego przez wszystkich wytłumaczenia przypadków zarażenia na większą odległość. Jedni, jak np. Moro, dopuszczają możliwość wędrowania zarzka przez kanały wentylacyjne z piętra na piętro, lub przenoszenia na wolnem powietrzu, z piętra na piętro, przez otwarte okna, inni widzą w tem dowód przenoszenia zarzków przez osoby trzecie (Wagner, Peszyńska, Celichowska i Szenajch), co jest znowu uznawane za nieprawdopodobne przez większość autorów.

Wiemy wreszcie, że odra jest bardzo zaraźliwa w okresie zwiastunów, że zaraźliwość słabnie znacznie w okresie wysypkowym, niema jednak jedności poglądów, co do oznaczenia czasu jej ustąpienia. Mniejszość, głównie autorowie dawniejsi (Heubner, Feer, Moser), uznają zaraźliwość jeszcze w okresie łuszczenia się, a Rohr w roku 1925 twierdzi, że zaraźliwość jest nawet większa w okresie wysypki. Obecność objawów kataralnych przedłuża zaraźliwość nawet poza okres wysypki w spostrzeżeniu Goebela o 4 dni, a zdaniem Woda aż do trzech tygodni. Natomiast większość autorów jest zdania, że zaraźliwość słabnie znacznie z chwilą wystąpienia wysypki, a poglądy krańcowe tej grupy dowodzą braku zaraźliwości po upływie 24 godzin od tej chwili (Baur, Redlich). Redlich opiera się na doświadczeniach wykonanych w Lwowskiej Klinice Pedjatrycznej: dziecko z wysypką odrową od 24 — 28 godzin umieszczono na przebieg 20 do 30 minut w łóżku trojga dzieci, które nie przechodziły odry żadne z nich nie zachorowało. Zupełnie ten sam wynik otrzymano z dzieckiem, u którego wysypka wystąpiła przed 20 — 24 godzinami. Przeczą temu do pewnego stopnia doświadczenia Goebela i Hektoena, którzy zdołali wywołać odrę przez zastrzyk krwi pobranej drugiego dnia wysypki. Należy jednak podkreślić, że doświadczenia kliniki lwowskiej są znacznie więcej przekonujące, gdyż odtwarzają warunki naturalne za-

każenia, podczas gdy badania Goebela i Hektoena upoważniają najwyżej do wniosku, że zarazek odrowy znajduje się jeszcze we krwi chorego drugiego dnia wysypki, co nie jest równoznaczne z zaraźliwością w warunkach naturalnych.

Do wyjaśnienia tych wszystkich zagadnień przyczyniają się niewątpliwie spostrzeżenia poczynione podczas epidemii zakładowych. W Klinice Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Poznańskiego mieliśmy ku temu sposobność jesienią 1925 r. i w większym jeszcze stopniu podczas dużej epidemii, panującej w Poznaniu w zimie 1927/8 roku.

Załączony rysunek przedstawia rozkład sal chorych i przylegających pomieszczeń (pierwsze piętro budynku). Ambulatorium mieści się na parterze w skrzydle, mieszczącym na pierwszym piętrze pracownię kliniczne. Ambulatorjum posiada oddzielny personel lekarski i pielęgniarski, jedynie lekarz ambulatoryjny odbywa popołudniowe wizyty na oddziale, w dniu swego dyżuru.

Rozkład i numeracja pomieszczeń klinicznych były nieco inne w roku 1925 — zestawienie umieszczone u dołu rysunku przedstawia dawniejszą numerację. (p. tabl. I. str. 134)

Spostrzeżenie I.

Joanna J. ur. 20.V.25 r. przyjęta na oddział dn. 10.XI.25 z rozpoznaniem: *Bronchopneumonia*, *Pyelitis*. Od dn. 18.XI podskok ciepłoty, minimalne objawy kataralne, dn. 22 XI — wysypka odrowa. Wypisana dn. 23.XI z powodu niemożności izolacji.

W czasie zaraźliwości tego przypadku przebywało w klinice ogółem 23 dzieci:

z odrą w wywiadach: 7		bez odry w wywiadach: 16	
6 nie zachorowało,	niemowląt poniżej 5 miesięcy	3	3 nie zachorowało
1 nie sprawdzono,	niemowląt od 5 — 12 miesięcy	4	4 nie zachorowało
	dzieci starszych	9	6 nie zachorowało 1 nie sprawdzono 1 zachorowało (Bogdan S.) 1 zachorowało po opuszczeniu kliniki, bez możliwości ustalenia terminu.

Dzieci narażone bezpośrednio przez cały okres wylęgania i pierwszy dzień wysypki:

na sali V (obecna IV):

	wiek	inf.	uwagi
Kacz.	3 tyg.	—	sąsiad bezpośredni
Szuf.	4 m.	—	
Tal.	6 m.	—	
Bogdan S.	15 m.	+	sąsiad bezpośredni

na sali IV (obecna III) — przez otwarte drzwi:

	wiek	inf.
Wach.	6 m.	—
Szar.	14 m.	—
Paz.	15 m.	—
Tad.	18 m.	—

Z dzieci narażonych starsze otrzymały po 2—3 zastrzyki mleka w ilości 1—1,5 cm. sz. w odstępach kilkodniowych; a więc np. Bogdan S. dn. 24.XI, 28.XI i 2.XII.

Zestawienie Przypadek odry pochodzenia zewnętrznego pozostaje przez cały okres wylegania i pierwszy dzień wysypki z 7 dziećmi w wieku od 3 tygodni do 18 miesięcy; tylko jedno z tych dzieci posiada jeszcze pewną odporność wrodzoną. Nie zaraża się 7 dzieci, jedno (sąsiad bezpośredni) zaraża się. Okres wylegania jest bardzo długi: upływa 14 dni do wystąpienia zwiastunów, 18 dni do wystąpienia wysypki od chwili ostatecznej możliwości zakażenia, t. j. wypisania Joanny J. drugiego dnia wysypki. Z pozostałych 8 dzieci bez odry w wywiadach, które przebywały w klinice w czasie krytycznym, 6-ro nie zaraża się, los jednego niewiadomy, jedno zachorowuje w domu. W tym ostatnim przypadku nie zdołaliśmy jednak ustalić daty zachorzenia, a więc i ewentualnego związku z pobytem w klinice.

W wyniku ostatecznym na 13 dzieci, które mogły zachorować i które były spostrzegane do końca, zachorowało tyl o jedno.

Spostrzeżenie II.

Bogdan S. ur. 18.VIII. 24 r. Rozpoznanie: *Hypotrophia*, *Rachitis*. Zaraża się od Joanny J. (spostrzeżenie I); w okresie wylegania otrzymuje 3 zastrzyki mleka. Podniesiona ciepłota i nieznaczne objawy kataralne od 6.XII, wysypka dn. 10.XII. Wypisany drugiego dnia wysypki.

W okresie zaraźliwości tego przypadku przebywało w klinice ogółem 23 dzieci:

z odrą w wywiadach: 9

9 nie zachorowało

niemowląt poniżej 5 miesięcy
niemowląt od 5—12 miesięcy
dzieci starszych

5

4

5

bez odry w wywiadach: 14

4 nie zachorowało
1 nie sprawdzono
3 nie zachorowało
1 nie sprawdzono
5 nie zachorowało

Dzieci narażone bezpośrednio przez pierwsze 3 dni okresu zwiastunów: na sali V (obecna IV):

	wiek	inf.	uwagi
Str.	3 tyg.	—	
Kacz.	5 „	—	sąsiad bezpośredni
Szuf.	4 m.	—	
Balc.	6 m.	—	sąsiad bezpośredni

na sali IV (obecna III) — przez otwarte drzwi:

	wiek	inf.	uwagi
Kot.	3 tyg.	—	
Wach.	6 m.	?	
Tad.	18 m.	—	
Kasp.	8 m.	—	chorowała niedawno na odrę.

Zestawienie. Dziecko 15-tomiesięczne zapada na odrę wskutek zakażenia wewnątrzklinicznego, po wyjątkowo długim okresie wylegania. Wśród dzieci narażonych bezpośrednio jedno chorowało już na odrę, 3 niemowląt znajdowało się jeszcze w wieku odpornym, co do jednego nie zdołano sprawdzić, czy zostało zarażone, 4 nie chorowało. Ogółem na 14 dzieci bez odry w wywiadach, po odliczeniu małych niemowląt i 2-ga, których los jest nieznany, otrzymujemy 9 dzieci, które mogły zachorować i które były spostrzegane do końca. Żadne z nich nie zachorowało.

Spostrzeżenie III.

Zosia G. ur. 6.V.26, przyjęta dn. 23.XI.27 r. z objawami nieżytu nosa i oskrzeli, ciepłota normalna. 25.XI wieczorem — 38° , 26.XI — wysypka odrowa, Liczba ciałek białych: 16,100; w tem wielojądrowych 50,4% (segmentowanych 25,5, pałeczkowatych 20,1, młodzińskich 4,8), limfocytów 43,8%, eozynofili 0,6%, zasadochłonných 0,6%, monocytów 4,6%. Wypisana z kliniki drugiego dnia wysypki.

W okresie zaraźliwości tego przypadku przebywało w klinice ogółem 35 dzieci.

z odrą w wywiadach: 9		bez odry w wywiadach: 26
9 nie zachorowało	niemowląt poniżej 5 miesięcy	10
	niemowląt od 5 — 12 miesięcy	9
	dzieci starszych	7
		9 nie zachorowało
		1 zmarło w okr. kwarantanny
		6 nie zachorowało
		1 zmarło w okr. kwarantanny
		1 do omówienia
		1 nie sprawdzono
		5 nie zachorowało
		2 w okresie wylegania odry

Dzieci narażone bezpośrednio: (wszystkie bez odry w wywiadach):

na sali VIII przez 3 dni zwiastunów:

wiek	zakażenie	
Kozł. 5 m.	?	} otrzymały po 6 cm. sz. surowicy ozdrowieńców dn. 29.XI., t. j. 7-go dnia okresu wylegania.
Adam. 18 m.	—	
Koz. 18 m.	—	
Jarm. 4 lata w okresie wylegania		
Owcz. 2½ l.	?	

na sali II przez ostatni dzień zwiastunów i pierwszy dzień wysypki:

Owcz. 2½ lat	inf. +	otrzymał 10 cm. sz. krwi ojca dn. 27.XI., t. j. 5-go dnia okresu wylegania.

Z dzieci umieszczonych na innych salach, a przebywających w klinice w okresie zaraźliwości tego przypadku, dwa otrzymały również zastrzyk

surowicy ozdrowieńców: Krysia B., lat 5 1/2 i Janusz L., 1.8—w ilości 5 i 6 cm. sz. dn. 29.XI. Były to dzieci gruźlicze, nie leżące stale, istniała możliwość zetknięcia się ich z chora.

Przypadki Kozł., Jarm. i Owcz. wymagają obszerniejszego omówienia.

Jaś Kozł., 5 m., został wypisany z kliniki dn. 29.XI. po zastrzyknięciu 6 cm. sz. surowicy ozdrowieńców. Dnia 9.XII., t.j. 11-go dnia po zastrzyku wystąpiła drobna wysypka „odrowa“, bez objawów kataralnych, przy normalnej ciepłocie; stan ogólny bardzo dobry. Liczba ciałek białych: 12.600, wzór: wielojądrz. obojętn. 22,5% (segm. 10, pał. 12,5), limfocytów 73,3%, monoc. 3,4%, kom. Turecka 0,8%. Dn. 10.XII.—wysypka bledsza, katar, stan ogólny bardzo dobry, ciepłota 35,5. Dn. 11.XII.—wysypka ustąpiła z głowy, na tułowiu i kończynach znacznie bledsza, katar wyraźniejszy, samopoczucie bardzo dobre, ciepłota 35,8. Dn. 12.XII.—ślady wysypki, lekki katar, poza tem jak wyżej. Rodzeństwo dziecka (5 i 3 lata) nie zachorowało, chociaż do tego czasu nie przechodziło odry.

Opisanego stanu chorobowego u tego dziecka nie można więc uważać za odrę, gdyż w tym wypadku musielibyśmy prawie z bezwzględną pewnością otrzymać zakażenie rodzeństwa. Jak bowiem wykazują spostrzeżenia osłabionej odry po zastrzyku surowicy ozdrowieńców, przypadki te są równie zaraźliwe, jak odra zwykła.

Wobec powyższego zachodzi pytanie, czy wysypka ta nie była wysypką posurowiczą, chociaż surowica zastrzyknięta dziecku była surowicą ludzką. Pojedyncze spostrzeżenia tego rodzaju znajdują się w piśmiennictwie.

Edzio Jarm., lat 4, przyjęty do kliniki dn. 18.XI i wypisany 28.XI z rozpoznaniem: Bronchitis; zachorował na odrę bezpośrednio po opuszczeniu kliniki (dn. 29.XI.); w klinice aż do chwili wyjścia dziecka nie stwierdzono ani objawów kataralnych, ani podskoków ciepłoty. Przebył on więc w klinice cały okres wylegania i został wypisany przed okresem zwiastunów, zarażenie się nastąpiło w każdym razie poza kliniką.

Mieciec Owcz., 2 1/2 lat, przyjęty dnia 7.XI. 27 r. wypisany dnia 29 listopada 27 r. z rozpoznaniem *Scrophulosis*, *Pleuritis exsudativa* sin. tbc. Przebywał z chora przez cały okres zwiastunów i pierwszy dzień wysypki. W braku surowicy ozdrowieńców odrowych otrzymał dn. 27.XI, t.j. 5-go dnia ew. okresu wylegania 10 cm. sz. krwi ojca. W domu dnia 4.XII. stwierdzono odrę, którą chłopiec zaraził swoje rodzeństwo. Gdybyśmy uznali odrę za spowodowaną przez zetknięcie się w klinice z Zosią G., to najdłuższy możliwy okres wylegania trwałby jedenaście dni do wystąpienia wysypki, (od 23.XI—chwili przyjęcia do kliniki Zosi G., do 4.XII.—dzień wystąpienia wysypki u Miecia). Takie skrócenie okresu wylegania jest mało prawdopodobne, tem bardziej, że w tym przypadku należało się raczej spodziewać przedłużenia okresu wylegania wskutek zastrzyku krwi ojca oraz nasutek czynnej sprawy gruźliczej. Wobec tego należy się zastanowić, czy nie było innej możliwości zakażenia. Cofając się o 14 dni od dnia wystąpienia wysypki u Miecia O. otrzymujemy datę 20.XI., która przypada na niedzielę, jedyny dzień odwiedzania dzieci przez rodziców. Wiemy już z uwag wstępnych, że niektórzy autorowie dopuszczają możliwość przenoszenia odry przez osoby trzecie. Wobec panującej w owym czasie dużej epidemii w Poznaniu, nie jest wyłączone, że zakażenie Miecia nastąpiło tą właśnie drogą.

Kontrola stanu zdrowia dziecka w ambulatorjum w październiku 28 r. wykazała dobry stan ogólny, wyraźny brak ujemnego wpływu odry na sprawę gruźliczą, w okresie jej uogólnienia w ustroju.

Z e s t a w i e n i e. Przypadek odry pochodzenia zewnętrznego. W okresie zaraźliwości znajdowało się w klinice 35 dzieci, w tem 26 bez przebytej odry w wywiadach. Po odliczeniu małych niemowląt, zmarłych w okresie kwarantanny, dzieci znaj-

dujących się akurat w okresie wylęgania odry—otrzymujemy 12 dzieci, które mogły zachorować—zachorowało tylko jedno. Z pośród 5 dzieci specjalnie narażonych jedno znajdowało się w okresie wylęgania, troje otrzymało surowicę ozdrowieńców: dwoje z wynikiem bezwzględnie dobrym, trzecie z wynikiem podlegającym dyskusji; skłaniamy się jednak raczej do oceny wyniku w tym przypadku również jako dobrego. W zestawieniu tabelarycznym przypadek ten nie został jednak umieszczony w rubryce „nie zachorowali“, lecz w rubryce przypadków niesprawdzonych, zmarłych i t. p. Wreszcie ostatnie dziecko z 5 specjalnie narażonych zapada w domu na odrę, nabytą w klinice; w tym przypadku źródłem infekcji były prawdopodobnie osoby odwiedzające dziecko, a nie chora Zosia G.

Spostrzeżenie IV.

Obejmuje ono 2 przypadki odry, które wystąpiły w tym samym czasie, co zmusza do wspólnego ich omówienia.

Łucja S., ur. 10.XII.26 r., przyjęta do kliniki dn. 30.XII.27 r. Dnia 4.I.28 r., czyli szóstego dnia pobytu przejściowy podskok ciepłoty do 37,6. Dnia 8.I. kaszel przy cieplocie rannej 36,7 i 37,3 wieczorem. Wysypka odrowa wystąpiła już następnego dnia. Przebieg łagodny, 11.I. — ciepłota normalna, wysypka utrzymywała się do 14.I.

Frania S., 6 lat, przyjęta dn. 27.XII.27 r. z rozpoznaniem gruźlicy gruczołów wnekowych. Od dn. 5.I. (10-ty dzień pobytu) wieczorowe podskoki ciepłoty, wyraźne objawy kataralne dopiero dn. 8.I., wysypka odrowa. Ciepłota normalna dn. 11.I. Wypisana w dobrym stanie ogólnym dn. 15.I.

W okresie zwiastunów i wysypki obu tych przypadków w klinice było ogółem 38 dzieci:

z przebytą odrą: 12

11 nie zachorowało
1 nie sprawdzono

niemowląt poniżej 5 miesięcy

niemowląt od 5 — 12 mies.

dzieci starszych

bez odry w wywiadach: 26

9 nie zachorowało
3 zgony w okr. kwarantanny
3 nie zachorowało
1 zmarło
1 w okresie wylęgania
1 do omówienia (Janina L.)
7 nie zachorowało
1 zachorowało (Władzio K.)

Dzieci narażone bezpośrednio przez cały okres wylęgania do wystąpienia wysypki:

na sali IV:

	wiek	zakażenia uwagi
Szul.	2 m.	—
Koc.	4 m.	—
Wal.	4½ m.	—
Jania L.	7 m.	? do omówienia
Nawr.	7 m.	—

na sali III, przez otwarte drzwi:

	wiek	zakażenie uwagi
Szr.	½ m.	zmarł
Had.	1½ m.	—
Woj.	½ m.	—
Stein.	3½ m.	—
Cies.	3½ m.	—

na sali VII (z Franią S.):

	wiek	zakażenia	uwagi
Włodzio K.	20 m.	+	
Krzyż,	2 l. 7 m.	—	katar 20 i 21.I.
Szl.	12 l.	—	
Lip.	12 l.	—	brak pewnych danych w wywiadach co do odry w czasie poprzednim.

na sali I (z Franią S.) tylko dn. 5.I. t. j. pierwszego dnia podniesionej ciepłoty w okresie zwiastunów, bez objawów kataralnych:

Mat. 2½ l. zakażenie —

Dzieciom narażonym bezpośrednio na zakażenie zastrzyknięto dn. 9.I (t. j. 5-go dnia ewentualnego okresu wylęgania) surowicę przeciwbłoniczą w braku surowicy ozdrowieńców. Niemowlęta otrzymały po 5 cm. sz., dwunastoletnia Szl. — 10 cm. Nie zastrzyknięto surowicy niemowlętom małym, do 3 m. życia oraz dwunastoletniej Lip. U 3 niemowląt w wieku 4 — 6 m. wystąpiła wysypka posurowicza dn. 19.I., t. j. 9-go dnia po zastrzyku. Należy to mieć na uwadze, gdyż, wobec słabego często nasilenia objawów odry u niemowląt, rozpoznanie różniczkowe jest utrudnione w razie istnienia możliwości wysypki posurowicznej. Trudności te najlepiej uwydatnia przyp. Janinki L.

Janinka L., ur. 9.VI.27 r., przyjęta 30.XI.27 r., wypisana 20.I.28 r. w dobrym stanie Rozpoznanie: Rachitis, Cystitis. Do ostatniej chwili pobytu w klinice dobry przyrost wagi, ciepłota normalna. Nazajutrz (21.I.), t. j. 12-go dnia po zastrzyku stwierdzono w domu plamy czerwone na twarzy i tułowi, które ustąpiły następnego dnia — prawdopodobnie wysypka posurowicza po zastrzyku surowicy w dn. 9.I. Od 26.I. — katar i kaszel, oczy zaczerwienione, wychowawczynie nie zauważyła żadnej wysypki. Katar utrzymuje się do dn. 3.II, brak śladów po wysypce. Przyjęta повторно w maju r. b. w złym stanie ogólnym z rozpoznaniem Hypotrophia, Rachitis, Bronchitis. Dziecko 2-letnie, które było wtedy razem z Janinką u tej samej wychowawczynie i przebywało w tym samym pokoju, nie zachorowało na odrę, chociaż przedtem z pewnością odry nie przechodziło. Opisanego stanu chorobowego nie można więc uważać za odrę, a to tembardziej, że nie dawał on całego charakterystycznego zespołu objawów.

Włodzio K., 1 rok 8 m., przyjęty dn. 7.XII., rozpoznanie: Furunculosis, Diathesis exsudativa. Stykał się z Franią S. na sali VII przez cały okres zwiastunów. Wypisany dn. 8.I. w dobrym stanie ogólnym. Od dn. 18.I. wysypka, katar, wyciek z lewego ucha. Wysypka utrzymuje się do 24.I. Potem stan ogólny dobry. Dziecko to nie otrzymało zastrzyku surowicy, gdyż opuściło klinikę przed stosowaniem tego zabiegu u innych dzieci.

Z e s t a w i e n i e. Jednoczesne wystąpienie 2 przypadków odry pochodzenia zewnętrznego u niemowlęcia i dziecka starszego naraża bezpośrednio na intensywne zakażenie 14 dzieci, które nie przechodziły odry, wśród nich 10 w wieku powyżej 3½ miesięcy. Zachorowuje jedno, jeden przypadek wątpliwy, 8 nie podlega zakażeniu; jedno 3½-miesięczne zaraża się przy następnej sposobności, po dziesięciu dniach. W okresie niebezpiecznym przebywało w klinice 26 dzieci bez przebytej odry w wywiadach; po odliczeniu małych niemowląt (odpornych), przypadków zmarłych w okresie kwarantanny i t. d., otrzymamy 17 dzieci mogących ulec zakażeniu. Jak widzieliśmy zachorowuje napewno tylko 1 z pośród narażonych bezpośrednio przez przebywanie na tej samej sali.

Spostrzeżenie V.

Janina N., 10 miesięcy, przyjęta dn. 3.I. z rozpoznaniem: *Lues congenita*, *Otitis media perf. sin.*, *Lymphadenitis abs. coli.* Wskutek narażenia bezpośredniego podczas choroby Łucji S. (spostrzeżenie IV) otrzymuje zastrzyk 5 cm. sz. surowicy końskiej dn. 9.I. Dnia 12.I., t.j. 10-go dnia pobytu podskok ciepłoty do 38,2, uzależniany od zrośniętego gruczołu szyjowego, przecinanego tego dnia. Przez trzy dni następne ciepłota normalna, minimalne objawy kataralne (lues!); 15.I. wieczorem początek wysypki przy normalnej ciepłocie, wysypka obfita dopiero dnia następnego.

W okresie zaraźliwym tego przypadku przebywało w klinice ogółem: 35 dzieci:

z przebyłą odrą: 11

9 nie zachorowało
2 nie sprawdzono

niemowląt poni-
żej 5 miesięcy 10

niemowląt od
5 do 12 miesięcy 7

dzieci starszych 7

bez odry w wywiadach: 24

7 nie zachorowało

1 zmarło w okr. kwarantanny

1 nie sprawdzono

1 zachorowało (Józefa S.)

5 nie zachorowało

2 zmarło w okr. kwarantanny

5 nie zachorowało

1 zmarło w okr. kwarantanny

1 nie sprawdzono

Dzieci narażone bezpośrednio przez cały okres wylęgania i pierwszych kilkanaście godzin wysypki:

na sali IV.

	wiek	zakażenie	uwagi
Szul.	2 m.	—	
Koc.	4 1/2 m.	—	
Stein.	4 m.	+	
Cies.	4 m.	—	
Wal.	4 m.	?	
Les. Janinka	7 m.	—	do omówienia
Nawr.	6 m.	—	

na sali III. — przez otwarte drzwi:

Walk.	3 tygodnie	—
Gr.	2 "	—
Wojc.	3 "	—
Had.	1 m.	—

Józia Stein., ur. 26.IX. 27 r., przyjęta dn. 25.XI, wypisana dn. 18.I. Dnia 9.I., wskutek kontaktu z Łucją S. otrzymuje 5 cm. sz. surowicy końskiej (spostrzeżenie IV), unika szczęśliwie zarażenia się od niej. Zaraża się obecnie — w końcu stycznia (w domu) typowa odrą o łagodnym przebiegu, z dobrym późniejszym stanem ogólnym. Pozostanie w domu nie byłoby jej uchroniło od zachorowania, gdyż w czasie jej pobytu w klinice rodzeństwo chorowało na odrę. Co do Janinki Les., to na podstawie rozważań wyłuszczonych w spostrzeżeniu poprzednim dochodzimy do wniosku, że nie chorowała ona na odrę w związku z pobytem w klinice.

Zestawienie. Dziecko 10-miesięczne z odrą pochodzenia zewnętrznego przebywa przez cały okres wylęgania i pierwsze godziny wysypki z 11-ma niemowlętami, z których 5 posiada jeszcze wrodzoną odporność; z 6-ga pozostałych — 4 nie zachorowuje, jedno nie sprawdzono, jedno zachorowuje. W czasie krytycznym w klinice było ogółem 24 dzieci bez

VIGANTOL

WITAMINA D.

WITAMINA D.

*Naświetlana ergosteryna,
dokładnie dawkowana
i silnie działająca.*

ZAKRES WSKAZAŃ:

Wszelkie postacie krzywicy, Craniotabes, zmiany poziomu wapnia we krwi (Spasmophilia, Tetania), skaza wysiękowa, schorzenia skrofuliczne i gruźlica kości, rozmiękczenie kości, próchnienie zębów. Pomysłny wpływ na rozwój kości i tworzenie się zębów również u osobników niekrzywicowych, wzmoczenie sił obronnych ustroju w wieku niemowlęcym i dziecięcym, późna krzywica, niedokrwistość złośliwa (w połączeniu z dietą wątrobową).

Opakowanie oryginalne:

VIGANTOL, roztwór (w oliwie)

VIGANTOL w czekol. drażetkach



VIGANTOL jest wspólnie wytwarzany przez:

I. G. FARBENINDUSTRIE
AKTIENGESELLSCHAFT
Wydz. Farmac. *Boyer-Meister-Lucas*
Leverkusen n/Renem.
Wyl. Reprez. na Rzecz. Polską
Dom Agentur. „REMEDIA”
WARSZAWSKI FULDE i S-ka
Warszawa Hipoteczna 5,
Skrz. poczt. 748

E. Merck, Fabr. Chem., Darmstadt

Przedstawicielstwo

Działu Naukowego Zakł. Chem.

E. MERCK, Darmstadt

Warszawa, Tłomackie 1 m. 6

Tel. 17-77,

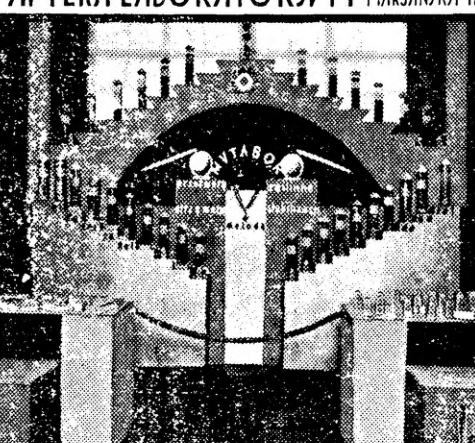
wysyła literaturę i próby na żądanie WPP. Lekarzy bezpłatnie.

PRZEMYSŁ CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNY NA P. W. K.

MUTABOR
SRODEK LECZNICZY PRZECIW BIEGUNKOM, UPORCZYWYM ROZWOLNIENIOM, KATAROM KISZEK, NERWICY NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

HEMOROIDOL
(W POSTACI KROPEL I CZOŁKÓW)
PRZECIW HEMOROIDOM, ŻYŁAKOM I ZAPALENIOM SKÓRY

MAGISTER RAWSKI
APTEKA-LABORATORIUM WARSZAWA
MARJAŃSKA 12



DANUTOL
PRZECIW WOKŁUSZOWI UPORCZYWYM KASZŁOM; NIEŻYTOM DRÓG ODDECHOWYCH

PAWILON Nr. 59.

STOISKO Nr. 22.

STABILIZOWANE PREPARATY ROŚLINNE

Laboratorium Magistra J. RAWSKIEGO

APTEKA i LABORATORIUM—WARSZAWA, ul. MARJAŃSKA 12.

W ekspozycjach, przedstawiających poszczególne fazy przyrządzenia stabilizowanych preparatów ze świeżej rośliny, Laboratorium magistra J. Rawskiego uwydatniło całą doniosłość metody, pozwalającej na zachowanie rośliny w stanie pierwotnej świeżości. Spodziewać się należy, że dzięki tej metodzie zbytecznymi się okazaą wszelkie zasuszone zbiory i zielniki szkolne wobec tych doskonałych wzorów konserwacji.

Preparaty powyższe obudziły powszechne zainteresowanie. Będąc wyrazem nowoczesnych dążeń naukowych i stanowiąc cenną nowość w lecznictwie, zachęciły do badań nad nimi szereg powag lekarskich, których wielce pochlebnymi opiniami cieszą się dziś zasłużenie.

Zdobywszy uznanie sfer naukowych i stale rozszerzając zakres swej popularności, są na drodze do przezwyciężenia konserwatywnych uprzedzeń u tych nieświadomych, których doświadczenie nie wtajemniczyło dotąd w wielkie znaczenie fytoterapii.

Fakt, iż w warunkach naszych, w niespełna trzy lata od ukazania się pierwszych stabilizowanych preparatów, powstała o nich dość obszerna literatura: („Lekarz Wojskowy“, „Nowiny Lekarskie“, „Pedjatria Polska“, „Polska Gazeta Lekarska“, „Terapia Nowa“, „Wiadomości Farmaceutyczne“ i inne) najkorzystniej świadczy o żywotności prądu, którego są wyrazem.

pozytywna wartość lecznicza tych preparatów, autentyczność ich oryginalność, społeczne ich znaczenie dla gospodarczej eksploatacji gleby rodzimej sprawiły, że zakwalifikowane zostały do Muzeum Przemysłu Wojskowego i wzory ich umieszczono na P. W. K. w Pałacu Rządowym.

przebytej odry w wywiadach; po odliczeniu 11 przypadków małych niemowląt, zmarłych i t. p., pozostaje 13 dzieci, które mogły zachorować i które spostrzegano do końca. Zachorowuje tylko jedno, pomimo, że nie przedsięwzięto żadnych specjalnych zabiegów ochronnych.

Spostrzeżenie VI.

Józio R., 2 lata, przyjęty dn. 28.1. z objawami kataralnemi. Koplik ? Izolowany od początku na sali II. Wieczorem początek wysypki. Dnia 29 stycznia przekazany na oddział zakaźny.

W tym czasie było w klinice ogółem: 30 dzieci.

z odrą w wywiadach: 10

bez odry w wywiadach: 20

niemowląt poniżej 5 miesięcy	5	{	4 nie zachorowało 1 zmarło w okr. kwarantanny
niemowląt od 5 — 12 miesięcy	6	{	5 nie zachorowało 1 zmarło w okr. kwarantanny
dzieci starszych	9	{	8 nie zachorowało 1 zachorowało (Marjan L.)

Wobec izolacji Józia R. na sali II od chwili przybycia do kliniki, żadne z pozostałych dzieci nie stykało się z nim bezpośrednio. Najbliżej stykały się jeszcze z chorym dzieci znajdujące się na sali I przez zamknięte stałe szklane drzwi (za których szczelność nie można ręczyć w starym budynku klinicznym). Były to: Skocz., — lat 5, Wośk., — lat 4 i Pokr., — 1.2; żadne z nich nie zachorowało, chociaż na odrę poprzednio nie chorowały, a Skocz. zarażała się przy jednej z następnych okazji.

Zaraził się natomiast Marjan L., leżący na odległej sali VIII.

Marjan L., 2 lata 9 miesięcy, przyjęty 4.1, wypisany 5.11 z rozpoznaniem: *Lymphadenitis tbc. colli*, *Haemihypertrophia cruciata*, *Otitis media pur. sin.*

Dziecko zachorowało na odrę tydzień po opuszczeniu kliniki, mogło się więc zarazić od Józia R.

Jaką drogą doszło do tego zarażenia dziecka, pomimo tej znacznej odległości? Na sali VIII jednocześnie z Marjanem L. znajdowało się 5 dzieci, z czego 4 z przebytą odrą w wywiadach, jedno w wieku 4 lat bez odry. Otóż Marjan był naświetlany lampą kwarcową dn. 28.1, jego towarzysz z sali VIII natomiast nie był poddawany temu zabiegowi. Rzut oka na plan kliniki wykazuje, że pokój lampy kwarcowej (oddziałowej) znajduje się bezpośrednio naprzeciw sali II, gdzie przebywał Józio R. Podczas przeprowadzania dziecka do naświetlania mogło dojść przypadkowo do jednoczesnego otwarcia drzwi sali II i w ten sposób do infekcji. To tłumaczenie wydaje nam się prawdopodobniejsze od przypuszczenia zarażenia przez osobę trzecią, co nie wyjaśniałoby tak dobrze uchronienia się od zarażenia drugiego dziecka na sali VIII. Do podobnych wniosków dojdziemy również w omawianiu spostrzeżenia VIII, tam też bliżej zajmiemy się tem zagadnieniem.

Zestawienie Dziecko, przyjęte ostatniego dnia okresu zwiastunów i izolowane w oddzielnym pokoju od chwili przyjęcia, zaraża jedno dziecko, przebywające na odległej sali, prawdopodobnie podczas prowadzenia do lampy kwarcowej. Jednocześnie w klinice przebywało 20 dzieci bez przebytej odry w wywiadach; po odliczeniu zmarłych w okresie kwarantanny, małych niemowląt i t. d., pozostaje 15 dzieci wrażliwych, z których jak widzieliśmy zachorowuje jedno.

Spostrzeżenie VII.

Edzio N., 2 lata, przyjęty dn. 30.I. z rozpoznaniem: *Rachitis gravis*, *Inanition*. Od dn. 6.II. ciepłota stale około 38, nieżyt oskrzeli, nieznaczne objawy kataralne, dn. 10.II. wieczorem wysypka, Dnia następnego przekazany na oddział odrowy szpitala miejskiego.

W okresie krytycznym przebywało w klinice ogółem 39 dzieci:

z odrą w wywiadach: 13		bez przebytej odry w wywiadach: 26	
9 nie zachorowało	niemowląt poni-	8 7 nie zachorowało	
1 zmarło w okresie kwar-	żej 5 miesięcy	1 zmarło w okr. kwarantanny	
rantanny	niemowląt od	5 nie zachorowało	
3 nie sprawdzono	5 — 12 miesięcy	1 zachorowało (Jan Ch.)	
	dzieci starszych	12 nie zachorowało	
		(w tem 3 otrzymało surowicę ozdrowieńczą).	

Dzieci specjalnie narażone przez pobyt na jednej sali z chorym:

a) na sali I, pierwszego dnia zwiastunów przez kilka godzin:

	wiek	odra w wywiadach	zakażenie	uwagi
Jan Ch.	7 m.	—	tak	
Pokr.	2 l.	—	nie	rodzeństwo jej chorowało na odrę podczas jej pobytu w klinice
Skocz.	5 l.	—	nie	zarażała się później od Jana Ch.

Dzieciom tym nie zastrzyknięto surowicy ozdrowieńców, gdyż otrzymano ją zapóźno, dopiero 14.II., a zakażenie mogło nastąpić 6.II.

b) na sali VIII pierwszego dnia wysypki:

	wiek	odra w wywiadach	zakażenie	uwagi
Saw.	3 l.	nie	nie	{ otrzymały po 5 cm. sz. surowicy ozdrow. 4-go dn okresu wylegania.
Gr.	4 l.	nie	nie	
Wośk.	4 l.	nie	nie	

Poza tem na sali znajdowało się 3 dzieci z przebytą odrą w wywiadach; z tych 2 nie zachorowało, co do jednego brak danych.

Jan Ch., ur. 15.VI, 27 r., przyjęty 29.I. 28 r. z rozpoznaniem: *Tetania*, *Rachitis*, *Hypertrophia*. Już w krótkim czasie występuje wybitna poprawa. Dnia 16.II., t.j. 11-go dnia od zetknięcia się z chorym występują objawy kataralne, dn. 18.II. — wysypka odrowa, dziecko zostaje przekazane na oddział dziecięcy szpitala miejskiego.

Zestawienie. Przypadek odry pochodzenia zewnętrznego zaraża dziecko 7-miomiesięczne przez zetknięcie się z niem pierwszego dnia zwiastunów w ciągu kilku godzin. Dwoje innych dzieci w tych samych warunkach nie ulega zakażeniu, chociaż nie przechodziły napewno odry. Troje dzieci wrażliwych styka się z tym samym przypadkiem w ciągu pierwszego dnia wysypki i zostaje uchronione przez zastosowanie surowicy ozdrowieńców.

W czasie krytycznym było w klinice 26 dzieci bez przebytej odry w wywiadach; po odliczeniu 5-ga na zmarłych w okre-

się kwarantanny, na małe niemowlęta — pozostaje 21 dzieci które mogły być zarażone. Zachorowuje tylko jedno, a tylko troje (bezpośrednio narażonych) otrzymuje surowicę ozdrowieńców.

Spostrzeżenie VIII.

Jan Ch., ur. 15.VI.27 r., zaraża się w klinice (p. spostrzeżenie VII).

W czasie krytycznym przebywał w klinice ogółem 34 dzieci:

z odrą w wywiadach:	11		bez odry w wywiadach: 23
8 nie zachorowało	niemowląt poni-	7	7 nie zachorowało
3 nie sprawdzono	żej 5 miesięcy		
	niemowląt od	5	4 nie zachorowało
	5 — 12 miesięcy		1 zachorowało (Irenka K.)
	dzieci starszych	11	10 nie zachorowało
			(w tem 3 dostało poprzednio surowicę ozdrowieńców)*
			1 zachorowało (Aleks. S.)

Specjalnie narażona była tylko Aleksandra S., lat 5, przez przebywanie z Janem Ch. w jednym pokoju, pierwszego dnia zwiastunów (16.II. do godziny 17-ej.

Zaraziły się: Irenka K. i Aleksandra S.

Irenka K., ur. 2.IX.27 r., przyjęta dn. 17.XII.27 r. z rozpoznaniem: Tbc. gland. peribronch (odczyn Pirqueta dodatni już w IV m. życia), Otitis med. pur. chron., Furunculosis. Przebyła bez zarażenia się 4 przypadki odry w klinice (spostrzeżenie IV, V, VI i VII), w wieku 3 1/2 m., 4 1/2 m., 5 m., przyczem dwukrotnie (spostrzeżenie IV i V) była narażona bezpośrednio. Dnia 9.I. otrzymała zastrzyk 5 cm. sz. surowicy końskiej, co spowodowało wystąpienie wysypki posurowiczej dn. 18.I. Dnia 29.II., wiek 5 1/2 m., występują objawy kataralne, początkowo przy normalnej cieplocie; dnia 2.III. — Koplik. Wieczorem wysypka, która ustąpiła dnia 5.III.

Irenka uległa zakażeniu, pomimo, że nie stykała się bezpośrednio z chorym Janem Ch.: ona przebywała stale na sali IV, on w okresie zaraźliwym na sali I. Jest to więc drugi przypadek infekcji bez pozostawiania na tej samej sali (por. spostrz. VI). W okresie zaraźliwości Jana Ch. przebywały razem z Irenką K. na sali IV następujące dzieci:

Sob.	2	m. nie naświetlany.	
Szul.	3 1/2	m. " "	od 14.II. — 16.II. nie zachorował
Dyk.	9 1/2	m. " "	nie zachorował
Hor.	10	m. naświetlany do 16.II. włącznie	nie zachorował
Irenka K.		" do " "	zachorowała

Przeniesienie zarazka przez prądy powietrzne na tak znaczną odległość (odległość pomiędzy drzwiami sal wynosi 11 metrów) jest nieprawdopodobne; przeniesienie za pośrednictwem osoby trzeciej, np. pielęgniarki nocnej, nie wyłączone, możnaby się w takim razie jednak spodziewać zarażenia więcej niż jednego dziecka na sali, na którą weszła osoba przenosząca zarazek. Wydaje się nam więc najprawdopodobniejsze przypuszczenie zarażenia w chwili noszenia dziecka do lampy kwarcowej, tak jak w spostrzeżeniu VI. Oprócz Irenki tylko jedno dziecko było naświetlane dnia 16.II. t.j. pierwszego dnia zwiastunów Jana Ch. Dla dojścia do infekcji tą drogą konieczny jest jednak specjalnie niefortunny zbieg okoliczności zdarzający się dość rzadko. Podczas przebywania w okresie zaraźliwym Łucji S. i Frani S. na salach I i IV

*) dnia 14.II, p. spostrzeżenie VII.

(sposztr. IV) i Edzia N. na sali II (sposztr. VII) — Jasio K. i Zygmus D., przebywający na sali V, byli naświetlani lampą kwarcową i wychodzili na spacer. Pomimo tego nie zarazili się, chociaż napewno nie przechodzili odry. Z drugiej strony należy znowu zaznaczyć, że tych dwoje dzieci nie miało wspólnej z innemi pielęgnarki nocnej.

Aleksandra S., 1.5, przyjęta 28.I, wypisana 21.II z rozpoznaniem: Tb. gland. peribronch. Przebyła bez zarażenia okres pobytu w klinice Józefa R. (sposztr. VI) oraz bezpośrednie zetknięcie się z Edziem N. (sposztr. VII). Tym razem wystarczyło kilkogodzinne przebywanie z Janem Ch. pierwszego dnia zwiastunów, by wywołać zakażenie. Wysypka odrowa wystąpiła u niej w domu w ostatnich dniach lutego.

Zestawienie. Przypadek odry powstały przez zakażenie wewnątrzszpitalne daje powód do wystąpienia dwóch nowych przypadków, jednego przez pobyt na tej samej sali, drugiego przez zakażenie pośrednie. W czasie krytycznym przebywało w klinice ogółem 25 dzieci bez odry w wywiadach. Po odliczeniu 5 na małe niemowlęta i 3 dzieci, które bezpośrednio przedtem otrzymały zastrzyk surowicy ozdrowieńców, pozostaje 15 dzieci wrażliwych, z których zachorowuje tylko dwoje.

Spostrzeżenie XI.

Irenka K., ur. 2.IX.27 r., zaraziła się odrą w klinice — p. spostrzeżenie poprzednie.

W okresie zaraźliwości w klinice przebywało ogółem 35 dzieci:
z odrą w wywiadach: 13

11 nie zachorowało	niemowląt poni-	9	8 nie zachorowało
2 nie sprawdzono	żej 5 miesięcy		(surowica ozdrow. — 1)
			1 zmarło w okr. kwarantanny
	niemowląt od	5	5 nie zachorowało
	5 do 12 miesięcy		(1 — surowica ozdrow.)
	dzieci starszych	6	5 nie zachorowało
			(2 po sur. ozdrow. 14.II.)
			1 nie sprawdzono,
			(po sur. ozdrow. 14.II.)

Dzieci specjalnie narażone przez pierwszy dzień zwiastunów i początek drugiego dnia (do godziny 10):

na sali IV.

	wiek	zakażenie	uwagi
Wilk.	1½ m.	nie	
Mac.	1½ m.	nie	
Kemp.	2 m.	nie	
Szul.	4 m.	nie	otrzymał 6 cm. sur. ozdrow. 4-go dnia wylegania
Stan.	6 m.	nie	3 cm. sur. ozdrow. 2-go dn. wylęg.

na sali IiI przez otwarte drzwi:

Hoch.	1 m.	nie	
Rad.	1 m.	nie	
Mot.	1½ m.	nie	
Wojc.	2 m.	nie	
Walk.	2 m.		wcześniak zmarł w końcu kwarantanny.

wypisany z sali IV dn. 29.II wieczorem (pierwszy dzień zwiastunów):

Hor.	10 m.	nie

W związku z tym przypadkiem odry u Irenki K. nie stwierdzono ani jednego przypadku zakażenia wśród dzieci, które przebywały z nią w klinice w okresie krytycznym. Przypadek nie sprawdzony wśród dzieci starszych bez odry w wywiadach możnaby właściwie zaliczyć do tych, którzy się nie zarazili, gdyż to 3 letnie dziecko otrzymało przed dwoma tygodniami surowicę ozdrowieńców — odporność musiała jeszcze trwać.

Zestawienie. Przypadek odry nabytej w klinice pozostaje przez pierwszy dzień i początek drugiego dnia zwiastunów w łączności z 11 niemowląt, z których 8 znajduje się w stanie wrodzonej odporności, dwoje otrzymuje surowicę ozdrowieńców, jedno nie zachorowuje (w wieku 10 m.) chociaż nie zostało uodpornione — w tym przypadku zetknięcie się z chorym trwało krócej, dziecko zostało wypisane pierwszego dnia zwiastunów przypadku zakażającego.

Irenka K. przebyła całą odrę w klinice na sali V. W okresie jej zaraźliwości mieliśmy w klinice ogółem 20 dzieci bez przebytej odry w wywiadach. Po odliczeniu 8 niemowląt z odpornością wrodzoną, trojga dzieci uodpornionych czasowo surowicą ozdrowieńców przed 2 tygodniami, pozostaje 9 dzieci wrażliwych i spostrzeganych do końca. Żadne z nich nie zachorowuje, chociaż surowicę ozdrowieńców otrzymuje tylko dwoje.

W poniższej tablicy dajemy zestawienie liczbowe wszystkich przypadków, które przebywały w klinice w czasie omawianych 9 spostrzeżeń:

TABLICA II.

	S p o s t r z e ż e n i e									Ogółem
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	
Ogólna liczba dzieci	23	23	35	38	35	30	39	34	33	290
Dzieci z odrą w wywiadach	7	9	9	12	11	10	13	11	13	95
Dzieci bez odry w wywiadach	16	14	26	26	24	20	26	23	20	195
Odpada na { zmarłych, niespraw- dzonych, małe niemo- włęta (jeszcze od- porne).	3	5	14	9	11	5	5	8	11	71
Liczba dzieci, które mogły zachorować	13	9	12	17	13	15	21	15	9	124
Liczba zakażeń wewnątrz-klinicznych	1	0	1	1	1	1	1	2	0	8
Liczba dzieci uodpornionych surowicą ozdrowieńców	0	0	5	0	0	0	3	0	2	10

Należy tu podkreślić z naciskiem, że sprawdzaliśmy stan dzieci z odrą w wywiadach narówni z dziećmi, które poprzednio nie chorowały na odrę, wychodząc z założenia, że ścisłość danych, otrzymanych drogą wywiadów pozostawia wiele do życzenia. Na 95 dzieci tej kategorii nie zdołaliśmy sprawdzić stanu zdrowia 12 dzieci, które opuściły klinikę przed upływem ewentualnego okresu wylegania. Ku naszemu wielkiemu zdumieniu pokazało się, że w pozostałych 83 przypadkach wywiady nie zawiodły nas ani razu, ani jedno z tych dzieci spostrzeganych do końca ewentualnego okresu wylegania nie zachorowało na odrę.

To spostrzenie jest ważne, gdyż doprowadza nas do wniosku, że podział dzieci na dwie kategorie: z odrą i bez odrą w wywiadach jest praktycznie zupełnie możliwy. Dowodzi to, że propozycja niektórych pediatrów (Wagner i Priesel) podziału klinik i szpitali dziecięcych na oddziały dla dzieci „z odrą w wywiadach” i „bez odrą w wywiadach”, mająca na celu zwalczanie zakażenia wewnątrzszpitalnego odrą, da się przeprowadzić zupełnie łatwo i z dużą ścisłością. Bez tego naturalnie cały ten projekt nie miałby realnego znaczenia.

Z powyższego zestawienia należy dalej wyprowadzić wniosek, że przy wszelkich tego rodzaju spostrzeżeniach nie wystarczy podać liczby dzieci bez odrą w wywiadach i obliczać liczbę zakażeń wewnątrzszpitalnych w tym stosunku, lecz, że znacznie ważniejsza jest liczba dzieci, które mogły zachorować na odrę, po odliczeniu zmarłych w okresie kwarantanny, dzieci niespostrzeganych do końca ewentualnego okresu wylegania oraz małych, jeszcze odpornych niemowląt. W spostrzeżeniu VIII włączyliśmy do tej liczby również trójnię dzieci, którym w spostrzeżeniu VII zastrzyknięto surowicę ozdrowieńców i które zachowały jeszcze odporność w tym czasie. Zestawienie nasze wykazuje, że na ogólną liczbę 195 dzieci bez odrą w wywiadach, przebywających w klinice podczas wszystkich dziewięciu spostrzeżeń, było aż 71 dzieci, które należało wyłączyć z ostatniego obliczenia. Na 124 dzieci, które mogły zachorować i które były spostrzegane do końca, zachorowało czyli zaraziło się w klinice 8, co stanowi 6,5%. Te 8 przypadków zakażeń wewnątrzszpitalnych, obliczone na ogólną liczbę 195 dzieci bez odrą w wywiadach dałyby znacznie „pomysłniejszy” ale błędny odsetek 4,1.

Porównując wyniki poszczególnych spostrzeżeń, w których stosowano zastrzyk surowicy ozdrowieńców z podobnemi co do liczby dzieci wrażliwych spostrzeżeniami, w których nie stosowano tego środka (spostrzeżenia II i IX, oraz IV i VII), możnaby dojść do wniosku, że ten sposób zapobiegania epi-

demji odry nie ma większego znaczenia praktycznego, gdyż odsetek zachorzeń jest prawie identyczny. Zestawienie całego materiału poucza nas jednak, że sprawa przedstawia się inaczej:

TABLICA III.

Liczba porządkowa spostrzeżeń	Ogólna liczba dzieci	Liczba dzieci bez odry w wywiadach	Liczba dzieci, które mogły zachorować	Liczba zakażeń wewnątrz-klinicznych	%
I, II, IV, V, VI, VIII, bez surowicy ozdrowieńców. . .	183	123	82	6	7,3
III, VII, IX, z surowicą ozdrowieńców. . .	107	72	42	2	4,8

Odsetek zakażeń wewnątrzszpitalnych jest więc prawie dwukrotnie mniejszy w razie stosowania surowicy ozdrowieńców — zabieg ten stanowi więc jeden z ważniejszych środków w walce z tą plagą zakładów dziecięcych.

Jest to zdanie większości autorów. Jak zwykle, tak i tutaj znajdujemy jednak poglądy odmienne; do nich należy np. Godfrey jr., który w swej pracy, znanej mi niestety tylko z referatu, dochodzi do wniosku, że „działanie zapobiegawcze surowicy ozdrowieńców jest wyraźnem rozczarowaniem”.

Zestawienie dzieci uodpornionych surowicą ozdrowieńców.

I. Spostrzeżenia kliniczne.

Imię i nazwisko	Wiek	Zastrzyk w dniu wyłęgania.	Ilość cm. sz. surowicy	Nr. porządkowy spostrzeżenia	U w a g i
Jan Kozł. . .	5 m.	7	6	III	wysypka?
Zosia Ad. . .	1½ r.	7	6	"	
Zygmunt Koz. . .	1½ r.	7	6	"	
Krysia Bartk. . .	5½ l.	7	5	"	
Janusz Leśn. . .	8 l.	7	6	"	
Julian Saw. . .	3 l.	4	5	VII	
Franio Gr. . .	3 l.	4	5	"	} zastrzyk 14.II, zachorował na odrę 15.V.
Józio Wośk. . .	4 l.	4	5	"	
Leszek Szul. . .	4 m.	4	6	IX	
Bogna Stan. . .	6 m.	3	3	"	

II. Sposprzeżenia ambulatoryjne.

Imię i nazwisko	Wiek	Zastrzyk w dniu wy- łęgania.	Ilość cm. sz. surowicy	U w a g i
Michaś Otm.	4 m.	7	3,5	przetrwał chorobę 2-ga rodzeństwa w 2 etapach.
Czesia K.	7 m.	5	3	
Joanna J.	7 m.	7	5	
Henio H.	9 m.	$\frac{6}{7}$	6	
Kazio P.	9 m.	7	5	
Stasio P.	14 m.	5	3	
Boleś N.	$2\frac{1}{2}$ l.	4	3	
Wicek J.	$2\frac{3}{4}$ l.	7	7	
Czesio L.	3 l.	5	3	

Żadne z tych dzieci nie zachorowało na odrę, chociaż zastrzyk surowicy stosowano często dość późno, bo 7-go dnia wylęgania; w tym czasie 5 6 cm. sz. surowicy zapobiega zachorzeniu z bezwzględną pewnością. W przypadku Michasia Otm. wyjątkowo wystarczyła nawet bardzo mała dawka 3,5 cm. sz., być może naskutek trwania jeszcze odporności wrodzonej, chociaż może już w osłabionej formie.

Przypadek Jasia Kozł., w którym wystąpiła wysypka 11-go dnia po zastrzyku surowicy ozdrowieńców, omówiliśmy już w sposprzeżeniu III. Doszliśmy tam do wniosku, że nie była to wysypka odrowa, opierając się głównie na niezarażeniu się rodzeństwa. Nie możemy natomiast rozstrzygnąć pytania, czy wysypka ta pozostawała w jakimkolwiek związku z zastrzykiem surowicy ozdrowieńców.

Na podstawie naszego materiału nie możemy ustalać nawet w przybliżeniu czasu trwania odporności po surowicy ozdrowieńców. Podajemy tylko następujące fakty: troje dzieci w wieku 3—4 lat uodpornionych dn. 14. II (sposprzeżenie VII) przebyło w klinice dwa dalsze etapy odrowe (sposprzeżenie VIII i IX), aczkolwiek bez pośredniego stykania się z chorem, przebywały one na innych salach; ostatnim dniem zaraźliwości był 4 marzec — odporność trwałaby tutaj co najmniej 3 tygodnie. Jedno z tych dzieci, Józio Wośk., zachorowało na odrę w połowie maja; jak się tego należało spodziewać, odporność wygasła już w tym czasie, po upływie trzech miesięcy.

W pewnej części przypadków stosowaliśmy surowicę końską, lub zastrzyki mleka, w braku surowicy ozdrowieńców. Nie spodziewaliśmy się wyników dodatnich, zależało nam jednak na sprawdzeniu coprawda nielicznych twierdzeń, że białko obce wprowadzone pozaotrzewnowo ma takie same znaczenie zapobiegawcze, jak surowica ozdrowieńców (P o n t a n o i A l b a). Wynik tych zabiegów był zdecydowanie nega-

tywny. Pogląd przeciwny uzależniamy od braku przypadków kontrolnych lub też od niedostatecznie długiego spostrzegania pojedynczych przypadków. Jak poucza nas materiał, liczba zakażeń wewnątrzszpitalnych jest czasami zadziwiająco mała: odosobnienie, należyta pielęgnacja chorego i... szczęśliwy zbieg okoliczności warunkują czasami wyniki bardzo pomyślne — w braku podobnych spostrzeżeń jest się czasami skłonny do uzależniania tego wyniku od tych lub innych zabiegów. Duży materiał Szenajcha z Szpitala im. Karola i Marii dla dzieci w Warszawie uwydatnia również ten fakt: na 53 przypadki odry pochodzenia zewnętrznego nie spostrzegano zakażenia w 36 przypadkach (67,9%). Drugim powodem prowadzącym do błędnych wniosków po stosowaniu surowicy zwykłej lub mleka jest przedłużenie okresu wylegania, spostrzegane często w takich razach, równie jak naszekty innych chorób występujących w okresie wylegania. Typowym przykładem takiego przedłużenia się okresu wylegania jest Bogdan S. (spostreżenie II); jako sąsiad bezpośredni Joanny J. (spostreżenie I), wypisanej drugiego dnia wysypki, dn. 23. XI, otrzymuje on trzy zastrzyki mleka w ilości 1—1,5 cm. sz. dnia 24. XI, 28. XI i 2. XII. Pierwsze objawy kataralne występują u niego dnia 6 XII, t. j. 14 dni po ostatniej możliwości zakażenia, a wysypka dopiero dn. 10. XII, t. j. 18 dni. Krótsze spostrzeganie tego wypadku, wypisanie go po upływie przepisowego okresu wylegania doprowadziłoby do błędnego wniosku, że zastrzyk mleka uchronił dziecko od zakażenia.

Stosowanie jakiegokolwiek białka obcego (poza surowicą ozdrowieńców) niema żadnego znaczenia zapobiegawczego, może nam natomiast w wielu przypadkach utrudnić rozpoznanie w razie wysypki posurowiczej. Trudności te nasuwają się, jakśmy widzieli, głównie u niemowląt, u których odra często przebiega nietypowo.

Poniżej dajemy zestawienie dzieci, które przebyły w klinice kilka możliwości zarażenia się, przy czym znak: „—“ oznacza brak infekcji, znak „+“ zarażenie się dziecka; dodanie znaku: „/“ przed jednym z powyższych znaków oznacza zetknięcie się bezpośrednie z chorym na jednej sali przez czas dłuższy; litera „s“ oznacza zastrzyk surowicy ozdrowieńców. Dla oznaczenia wieku podajemy u niemowląt datę urodzenia, gdyż umożliwia to każdorazowo ściśle określenie wieku, dla dzieci starszych podajemy liczbę lat. Pod liczbą porządkową każdego spostrzeżenia umieściliśmy czas zaraźliwości danego przypadku.

Tablica I obejmuje przypadki, które chociaż raz jeden zetknęły się bezpośrednio, na wspólnej sali, z chorym odrowym; tablica II — przypadki pozostałe. Przypadki uszeregowaliśmy podług starszeństwa.

TABLICA IV

Nazw.	Wiek lub data ur.	S p o s t r z e ż e n i a							Uwagi
		III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	
		23.XI- 27.XI	4.I- 10.I	13.I- 18.I	28.I- 29.I	6.II- 11.II	16.II- 18.II	29.II- 4.III	
Hoch. . .	1.2.28					—	—	/—	exitus
Rad. . .	31.1.28					—	—	/—	
Walk. . .	2.1.28			/—	—	—	—	/—	
Wojc. . .	1.1.28		/—	/—	—	—	—	/—	
Had. . .	9.12.27		/—	/—	—	—	—	/—	
Szul. . .	6.11.27		/—	/—	—	—	—	/—s	chora
Cies. . .	13.10.27	—	/—	/—	exit.	—	—	—	
Stein. . .	26.9.27	—	/—	/+	—	—	+	—	
Koc. . .	2.9.27		/—	/—	—	—	+	—	
Wal. . .	27.8.27	—	/—	/?	—	—	—	—	
Naw. . .	22.6.27	—	/—	/—	—	—	—	—	
Hor. . .	11.4.27				—	—	—	/—	
Pokr. . .	2 lata				—	/—	—	—	
Saw. . .	3 "				—	/—s	—	—	
Gr. . .	4 "				—	/—s	—	—	
Wošk. . .	4 "				—	/—s	—	—	
Skocz. . .	5 "				—	/—	/+	—	

TABLICA V.

Nazw.	Wiek lub data ur.	S p o s t r z e ż e n i a							Uwagi
		III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	
		23.XI- 27.XI	4.I- 10.I	13.I- 18.I	28.I- 29.I	6.II- 11.II	16.II- 18.II	29.II- 4.III	
Niew. . .	26.8.27			—	—	—	—	—	
Dyk. . .	22.5.27		—	—	—	—	—	—	
Str. . .	4.4.27	—	—						
Krzym. . .	2 lata	—	—						
Dzier. . .	2 "				—	—			
Lip. . .	3 "		—	—	+				
Krzyż. . .	3 "		—	—	—	—			
Wręb. . .	3 "		—	—	—				
Żak. . .	6 "				—	—			
Szl. . .	12 "		—	—			—		

Na 8 zakażeń wewnątrzkliniicznych dochodzą one do skutku dopiero po kilkakrotnej sposobności do zarażenia się aż w połowie przypadków, i to nawet przy dłuższem przebywaniu na wspólnej sali. Wobec tego, że daje to każdorazowo aż nadto sposobności do przekazania dostatecznej ilości zarazków dla wywołania choroby, należy w takich razach w braku zarażenia się myśleć o ist-

nieniu czasowej odporności na zarazek odrowy, o czym wspominają niektórzy autorzy (Schick).

Nie wiemy jeszcze na czym polegają te wahania odporności, ani też w jakich warunkach występują, możemy tylko stwierdzić ich istnienie.

W warunkach naturalnych znamy tylko przejściową odporność niemowląt w pierwszych kilku miesiącach życia. Ustępowanie tej odporności jest bardzo wyraźne w następujących przypadkach: Stein. nie zaraża się w spostrzeżeniach III (w wieku 2 miesięcy) i IV ($3\frac{1}{2}$ m), pomimo przebywania na wspólnej sali z chorym w spostrzeżeniu IV, a zachorowuje w spostrzeżeniu V (w wieku 4 m.); Koc nie zaraża się w spostrzeżeniach IV i V (w wieku 4 i $4\frac{1}{2}$ miesięcy), pomimo bliskiej styczności z chorymi, przebywa następnie bezkarnie dwa spostrzeżenia bez bezpośredniego zetknięcia się, a zaraża się w tych samych warunkach (t. j. pośrednio) w spostrzeżeniu VIII, w wieku $5\frac{1}{2}$ miesięcy.

W warunkach sztucznych przejściowa odporność bierna występuje po zastrzyku surowicy ozdrowieńców w pierwszych dniach okresu wylegania.

W spostrzeżeniu VI widzimy, że czasami wystarcza do zarażenia się nawet bardzo pobieżne i dalekie zetknięcie z chorym, jak np. przeprowadzenie dziecka przed pokojem chorego, chociaż poprzednio dziecko to (Lip., 3 lata) przebyło bezkarnie w klinice dwie możliwości zarażenia się.

Wahanie odporności ujawnia się może najwyraźniej podczas zakażeń dyskretnych, np. w razach zetknięcia się niezbyt długotrwałego z chorym pierwszego dnia zwiastunów. Uwidocznia się to niedwuznacznie w następującym zestawieniu spostrzeżeń VII i VIII:

Spostrzeżenie VII — z Edziem N. przebywały na wspólnej sali pierwszego dnia zwiastunów:

Pokr., lat 2 — nie zarażała się, chociaż odry napewno nie przechodziła,

Aleksandra Skocz., lat 5 — nie zarażała się, chociaż zachorowała w podobnych warunkach w spostrzeżeniu VIII,

Jan Ch., 7 miesięcy — zaraził się.

Spostrzeżenie VIII — Aleksandra Skocz. zarażała się wskutek przebywania z Janem Ch. w ciągu kilku godzin pierwszego dnia zwiastunów.

Następujące spostrzeżenie pozakliniczne ilustruje również te czasowe wahania odporności względem zakażenia odrowego: dnia 25.XII 27 w zabawie dziecięcej, trwającej 4 godziny, brały udział następujące dzieci:

Hala Z., lat 7, u której wysypka wystąpiła następnego dnia; musiała ona więc być bardzo zaraźliwa w dniu zabawy (ostatni dzień wylegania!).

Krysia Z., lat 3, siostrzyczka Hali, miała możność zarażenia się już poprzednio, zachorowała też najwcześniej, bo już 3.I.

Bogdan C., lat 6, miał również możność zarażenia się przed zabawą, gdyż widywał się z Halą Z. 23 i 24 grudnia; zachorował 5.I., wysypka 8.I.

Hania R., lat 10, zachorowała dn. 7.I.

Józio R., lat 7, Jasio R., lat 13 — nie zarazili się od Hali Z., a dopiero od swej siostrzyczki Hani. Podobno chorowali już raz na odrę, stwierdzoną przez lekarza.

Marysia W., lat 6, Giga W., lat 4, Terenia W., lat 1 — nie zachorowały; na odrę nie chorowały nigdy.

Jaś Wi., lat 4, Terenia Wi., lat 2 — nie zachorowali; na odrę nie chorowali.

Trudno przypuścić, by przyczyną zarażenia się na zabawie wyłącznie Hani R. (Krysia Z. i Bogdan C. zaraziły się już poprzednio), a niezarażenie się pozostałych 7 dzieci, niewątpliwie wrażliwych, była różna ekspozycja tych dzieci — podczas czterogodzinnej zabawy kontakt wszystkich dzieci był napewno bardzo ścisły.

Zagadnienie to pokrywa się z zagadnieniem trzyczasowego przebiegu odry w większych skupieniach dzieci, jak zaznaczyliśmy w uwagach wstępnych.

W związku z omawianiami epidemjami odry w klinice, zwróciliśmy uwagę na bardzo ciekawe zachowanie się niemowląt w tym czasie; w dostępnym nam piśmiennictwie nie znaleźliśmy nigdzie wzmianki o spostrzeżeniach tego rodzaju.

Wspominaliśmy już tylokrotnie o znanej ogólnie odporności niemowląt względem zarazki odrowego, trwającej do 4—5-go miesiąca życia. Jest to odporność bierna, przekazana przez matkę, lub też, jak chce Groer, bezpośrednia niewrażliwość naskutek braku swoistych receptorów, stwierdzana w tym wieku w stosunku do różnych antygenów.

W czasie ostatniej epidemji odry nasunęła nam się jednak dwukrotnie myśl, czy ta niewrażliwość lub odporność małych niemowląt jest rzeczywiście tak bezwzględna, jak się stale twierdzi.

Ujawniło się to najwyraźniej w spostrzeżeniu IX, oraz w toku nie omawianej jeszcze dotychczas epidemji odry w żłobku, pozostającym pod opieką jednego z współpracowników kliniki.

W spostrzeżeniu IX, 11 niemowląt przebywało na sali IV i III (drzwi otwarte) razem z chorą Irenką K. przez pierwszy i początek drugiego dnia zwiastunów. Żadne z tych niemowląt nie zachorowało na odrę, natomiast po upływie z wykłego okresu wylęgania na obu tych salach wystąpiły u znacznej większości tych dzieci objawy dyspepsji, w wielu przypadkach o znacznym nasileniu.

Nazwisko	Wiek	Zakażenie odłą	Dyspepsja	U w a g i
Wilk. . .	1/2 m.	nie	tak	Kaszel
Mac. . .	1/2 m.	nie	nie	
Kemp. . .	2 m.	nie	tak	
Szul. . .	4 m.	nie	?	
Stan. . .	6 m.	nie	nie	Wypisany przed upływem kwarantanny, po podaniu 6 cm. sz. surow. ozdrow. 4-go dn. wylęg.
Hoch. . .	1 m.	nie	tak	3 cm. surowicy ozdrowieńców drugiego dnia wylęgania.
Rad. . .	1 m.	nie	tak	Wcześniak, zmarł w końcu okresu kwarantanny.
Mot. . .	1 1/2 m.	nie	tak	
Wojc. . .	2 m.	nie	tak	
Walk. . .	2 m.	nie	tak	
Hor. . .	10 m.	nie	?	Wypisany pierwszego dnia zwiastunów u Irenki K.

Dla zobrazowania przebiegu i nasilenia tej dyspepsji podajemy wykres ciepłoty, wagi oraz zachowania się wypróżnień w przypadku Wilk. (p. tabl. VI, str. 154).

Na 11 dzieci narażonych na infekcję wskutek przebywania na jednej sali z dzieckiem chorem na odrę (pierwszy dzień i początek drugiego dnia okresu wylęgania) u 7-ga stwierdzamy objawy dyspepsji w końcu przepisowego okresu wylęgania. W 2 przypadkach nie stwierdziliśmy objawów dyspepsji, a mianowicie u jednego z dwutygodniowych niemowląt (kaszel) oraz u 6-ciomiesięcznego niemowlęcia, które otrzymało 3 cm. sz. surowicy ozdrowieńców drugiego dnia wylęgania. W dwóch pozostałych przypadkach, wypisanych na początku okresu kwarantanny zdołaliśmy tylko stwierdzić brak zakażenia odłą, nie mogliśmy natomiast ustalić z całą pewnością występowania lub braku innych objawów. W pozostałych spostrzeżeniach klinicznych, omówionych wyżej, nie stwierdzaliśmy takiego masowego zapadania niemowląt, stykających się z chorym odrowym, a tylko występowanie dyspepsji w końcu okresu kwarantanny w poszczególnych przypadkach każdego spostrzeżenia.

Natomiast stwierdziliśmy identyczne ze spostrzeżeniem IX zachowanie się niemowląt podczas epidemii odry, spostrzeganej w żłobku (p. tabl. VII, str. 155).

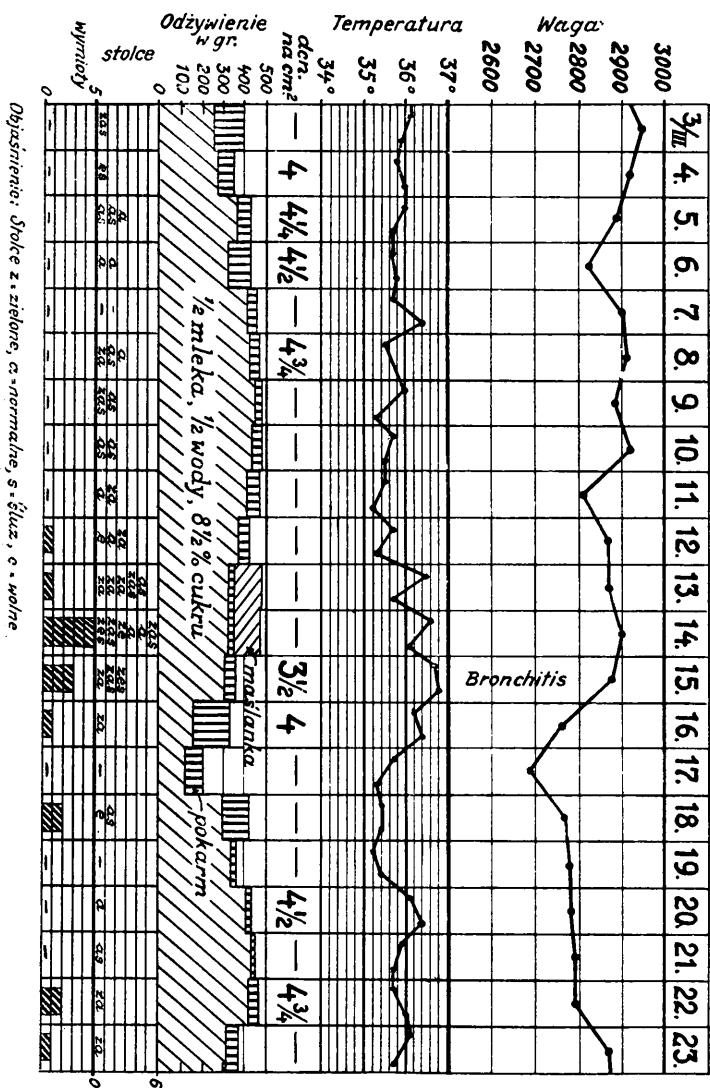
Uwydatnia się tu najwyraźniej zupełnie identyczne co do czasu występowanie odry u niemowląt starszych i objawów dyspepsji u niemowląt młodszych: w obu wypadkach mamy przebieg trzyfazowy tak charakterystyczny dla epidemii odry w większych skupieniach dzieci.

Tablica VI.

Si 31,5

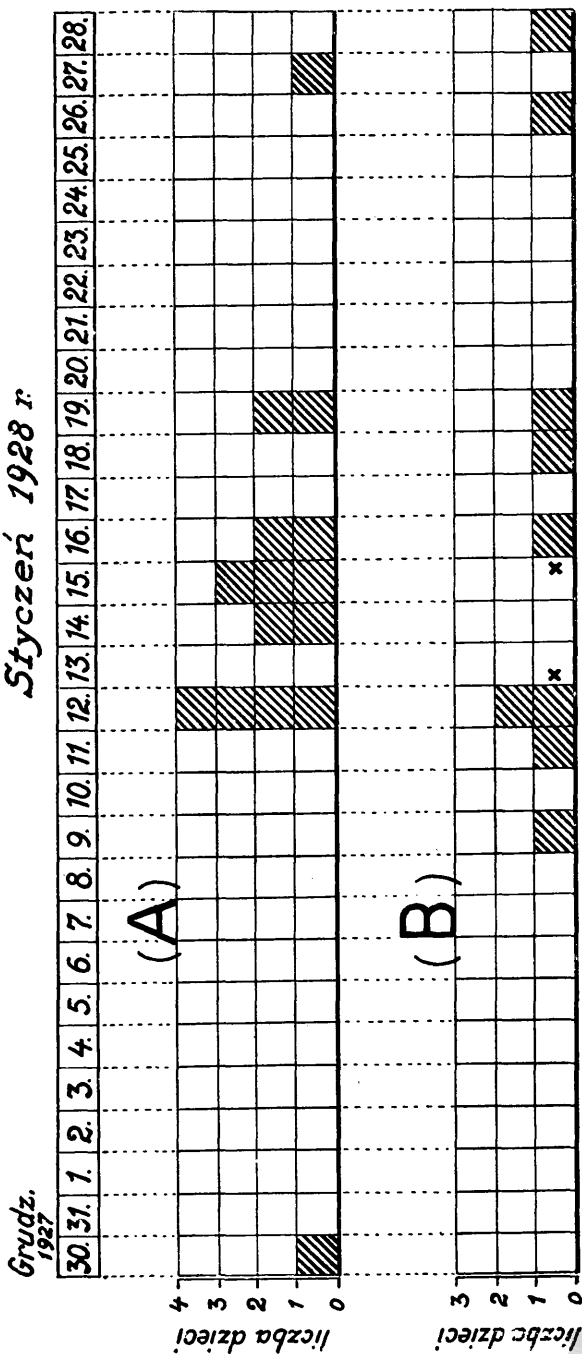
Wilk. Eug. ur. dr. 19. II. 1928.

**wcześniak
szczępiony B.C.G.**



Tablica VII.

Styczeń 1928 r.



Tabl. A. Przebieg epidemii odry w żłobku; oznaczono dzień wystąpienia wysypki; wiek niemowląt powyżej 6 m.

Tabl. B. Występowanie dyspepsji u niemowląt poniżej 6 m.; u dwójga niemowląt oznaczonych krzyżykiem nie stwierdzono dyspepsji, tylko podniesioną ciepłotę bez innych objawów.

Ten fakt przemawia za koniecznością połączenia tych zaburzeń przewodu pokarmowego i w odżywianiu z infekcją odrową dzieci starszych. Nie sądzimy, by był to prosty zbieg okoliczności, by tutaj, jak i w spostrzeżeniu IX, chodziło o banalną epidemię przewodu pokarmowego, występującą przypadkowo równoległe do epidemii odry. Były to bowiem miesiące zimowe, a takiego masowego zapadania niemowląt, jak w spostrzeżeniu IX, nie widywaliśmy w klinice nawet w miesiącach letnich. Byłoby też dziwne, że nie notowano objawów dyspepsji u jednego z dwutygodniowych niemowląt, tak bardzo wrażliwych na zakażenia banalne, oraz u niemowlęcia 6-miesięcznego, któremu zastrzyknięto surowicę ozdrowieńców. Daleko prawdopodobniejsze jest przypuszczenie, że ten „równoważnik” zakażenia odrowego nie wystąpił u noworodka, posiadającego silną odporność wrodzoną lub brak receptorów, a u niemowlęcia starszego naskutek odporności po zastosowaniu surowicy ozdrowieńców.

Dalsze spostrzeganie tych dzieci będzie musiało wykazać ich zachowanie się w stosunku do zarażenia odrowego — brak zakażenia będzie naturalnie najpewniejszym dowodem słuszności naszego poglądu. Zapadanie na odrę nie zaprzeczy bezwzględnie słuszności naszego spostrzeżenia, gdyż powstanie stałej odporności może nie być bezwzględną koniecznością w tych warunkach.

Podobne reagowanie małych niemowląt, posiadających jeszcze pełną lub częściową odporność, na działanie zarazka odrowego nie byłoby czemś odosobnionem i niezwykłym. Spostrzeżenie identyczne w swej istocie z poczynionem przez nas znajdujemy u Nobel'a, który twierdzi, że ludzie, którzy chorowali już na odrę, mogą zapaść ponownie na lekką postać tej choroby bez wysypki, z objawami niezytu dróg oddechowych i zarażać innych.

Liczba 8 zakażeń wewnątrzszpitalnych na 124 dzieci, które mogły zachorować, co stanowi 6,5%, jest wyjątkowo mała w porównaniu z innymi opisami epidemii zakładowych. Weźmy np. pracę Herza z r. 1928, opisującego wewnątrzszpitalne epidemie odry za lata 1923—1927; na 98 dzieci powyżej roku zachorowało aż 27, t. j. 27,6%, czyli z górą cztery razy więcej, niż u nas.

Wyniki te są tem ciekawsze, że klinika nasza mieści się w starym budynku, zbudowanym dla zupełnie innych celów, nie posiada zupełnie oddziału obserwacyjnego ani izolacyjnego, wszystkie sale chorych mieszczą się na jednym piętrze, wychodząc na wspólny korytarz i hall (patrz plan). Zbokowanie sali 1 zostało uskutecznione dopiero w końcu 1928 r.

Sądzimy, że pomyślny wynik zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych odry w opisanych przez nas spostrzeżeniach,

Dla niedopuszczenia do stanów wyczerpania
*u słabowitych dzieci oraz przy dużych
wysiłkach w związku ze sportami*

CANDIOLIN

(sól wapniowa otrzymanego biochemicznie dwu-
fosforowego estru heksozy)

Candiolina pobudza podobnie do lactacidogenu
mieśniową przemianę materji i w związku z tem
ogólne procesy rozwojowe.

W sprzedaży.

pudełka po 24 tabletki CZEKOLADOWE po 1g. Candioliny.

OREXIN

Nie posiadający smaku

środek wzmagający łaknienie i przeciwwymiotny

STOMACHICUM i ANTEMETICUM

Niezawodne działanie przy braku łak-
nienia, upośledzeniu odżywiania, trud-
nych do powstrzymania wymiotów i t. d.

OREXIN

w tabletkach po 0,25 g. X (małe opakowanie VI)

Opakowanie kliniczne 250 sztuk.

OREXIN w postaci tabletek czekoladowych
po 0,25 g XX.

I.G.FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT
NAUK.WYDZ.FARMAC. „Bayer - Meister Lucius”
LEVERKUSEN NAD RENEM

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską:
Dom agenturowy „REMEDIA” Warszawski, Fulde i S-ka
WARSZAWA, HIPOTECZNA 5. Skrz. poczt. 748
wysyła literaturę i próby na żądanie WWPP. lekarzy bezpłatnie.

KRESIVAL

ŚRODEK WYKRZTUŚNY W POSTACI SYROPU

wskazany przy wszystkich chorobach z przebiegiem oraz przy ostrych i przewlekłych chorobach dróg oddechowych.

ŁAGODNE I PRZYJEMNE EXPECTORANS

Opakowanie oryginalne: flaszki po 125 g.

Opakowanie kliniczne: flaszki po 500 g.

PANFLAVIN

W PASTYLKACH

(Składnik czynny: Trypaflavina = chlorek 3,6 - dwuamino - 10 - metyloakrydynowy)

Środek chemoterapeutyczny dla odkażania jamy ustnej i gardzieli o nadzwyczaj silnym działaniu bakterjobójczym.

WSKAZANIA:

Wszystkie choroby mające swe siedlisko w jamie ustnej i gardzieli lub przenikające tą drogą do ustroju.

Opakowanie oryginalne: Pudełko po 30 i 100 pastylek.

GARDAN

niezawodny środek

Przeciwgorączkowy i Przeciwbólowy

Szybkie i mocne działanie przy chorobach gorączkowych, a zwłaszcza przy grypie.

Doskonałe działanie przy dolegliwościach reumatycznych i neurologicznych.

Opakowanie oryginalne: rurki po 10 i fiakony po 25 tabletek po 0,5 g. Opakowanie kliniczne po 100 tabletek.

I.G.FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT
NAUK.WYDZ.FARMAC. „Bayer - Meister Lucius”
LEVERKUSEN NAD RENEM

Wyłączna Reprezentacja na Rzecz. Polską:

Dom agenturowy „REMEDIA” Warszawski, Fulde i S-ka

WARSZAWA, HIPOTECZNA 5. Skrz. poczt. 748

wysyła literaturę i próby na żądanie WWPP. lekarzy bezpłatnie.



obejmujących cały czas istnienia kliniki od początku 1925 r., należy przypisać następującym czynnikom:

1) stosowaniu surowicy ozdrowieńców odrowych (w 3 spostrzeżeniach) chociaż liczba dzieci uodpornionych w ten sposób stanowi tylko nieznaczny odsetek ogółu dzieci wrażliwych — zaledwie 8% (dziesięcioro na 124),

2) stosunkowo dużej liczbie sal chorych — 8 sal i poików na 35 dzieci,

3) zachowaniu dużej powierzchni dla każdego dziecka, co umożliwia duży odstęp łóżeczek; na dziecko przypada na salach około 7 m.², a odstęp pomiędzy łóżeczkami jest większy niż 1 m.,

4) możliwie dobrej, jak na nasze warunki, pielęgnacji przez należycie wyszkolone pielęgniarki, chociaż liczba ich jest znacznie mniejsza niż w dobrze urządzonych klinikach dziecięcych zagranicą. Mamy na oddziale wszystkiego dwie dzienne zmiany po 3 pielęgniarki, z których każda ma do pomocy po 1—2 szkolących się pomocnic, oraz dyżur nocny z 1 pielęgniarki i wyszkolonej pomocnicy.

Streszczenie.

Opis spostrzeżeń epidemiologicznych w klinice chorób dziecięcych w toku rozległej epidemii odry w mieście. Dają się one streścić w formie następujących wniosków.

Otrzymanie w wywiadach dziecka twierdzenia o przebyciu odry, odpowiada zwykle rzeczywistości stanowi rzeczy — na 83 przypadki tego rodzaju, wywiady nie zawiodły nas ani razu. Podział oddziałów szpitalnych na dzieci „z odrą w wywiadach“ i „bez odry“ może być przeprowadzony z dużą ścisłością.

Okres wylegania może ulegać znacznemu przedłużeniu, zwłaszcza w razie stosowania różnych zastrzyków „ochronnych“. Należy to mieć na uwadze w spostrzeganiu i zwalczaniu epidemii zakładowych oraz w ocenie skuteczności stosowanych środków zapobiegawczych.

Surowica ozdrowieńców jest cennym środkiem w zwalczaniu epidemii zakładowych; uodpornianie nieswoiste nie ma żadnego znaczenia zapobiegawczego. Utrudnia natomiast często rozpoznanie w razie wystąpienia wysypki posurowiczej.

Przebieg epidemii zakładowych zależy przede wszystkim od warunków pracy w zakładzie: rozkładu pomieszczeń, możliwości odosobniania, liczebności dzieci na poszczególnych salach, sprawności personelu oraz prawdopodobnie wielu innych czynników mało uchwytnych, warunkujących czasami niespodziewanie pomyślny wynik zwalczania epidemii.

Do liczby tych czynników niedających się określić należy zaliczyć przede wszystkim częste wahania czasowe odporności u dzieci starszych poza odpornością małych niemowląt i dzieci po zastrzyku surowicy ozdrowieńców.

W omawianych spostrzeżeniach mogło ulec zakażeniu ogółem 290 dzieci, w tem 95 z odry w wywiadach, 195 bez odry. Wśród tych ustalono 124 dzieci wrażliwych i spostrzeganych do końca. Zakażeń wewnątrzkluczniczych było 8, co stanowi 6,5% dzieci wrażliwych, a 2,8% ogółu dzieci. Wynik należy uznać za pomyślny.

Słabe nasilenie objawów kataralnych i wysypki, spotykane dość często u niemowląt, utrudnia wczesne ustalenie rozpoznania i przez to zwalczanie epidemij zakładowych.

W czasie zakładowych epidemij odry spostrzega się niekiedy u małych niemowląt nagminne występowanie zaburzeń przewodu pokarmowego i w odżywianiu, przebiegających równolegle do przypadków odry u dzieci starszych. Przemawia to za identyczną etiologią obu tych stanów chorobowych. Wobec tego podaje się w wątpliwość zupełną odporność małych niemowląt na zarazek odrowy.

R é s u m é.

Les observations épidémiologiques faites dans la Clinique Infantile de l'Université de Poznań pendant l'épidémie de rougeole en ville amènent aux conclusions suivantes:

La constatation de la rougeole dans les antécédants est généralement conforme aux faits—sur 83 cas de ce genre on n'a constaté aucune exception. La ségrégation en salles de malades ayant traversé la rougeole et en salles d'enfants qui ne l'ont pas encore subie, peut être faite avec une grande probabilité d'exactitude.

La durée de l'incubation peut être prolongée considérablement, surtout après des injections dites prophylactiques. C'est de quoi il faut tenir compte, en évaluant l'efficacité des injections préventives dans les épidémies de rougeole observées dans les hôpitaux.

Le sérum des convalescents a une valeur de premier ordre dans la lutte avec les épidémies d'hôpitaux. Les injections nonspécifiques n'ont aucune valeur préventive: mais peuvent par contre souvent rendre plus difficile le diagnostic au cas d'éruptions postsériques.

La marche de l'épidémie dans l'hôpital dépend en premier lieu des conditions de travail qui y régnent: de la disposition des salles des malades, de la possibilité d'isolement, du nombre d'enfants dans les salles, des aptitudes du person-

nel ainsi que certainement d'un grand nombre de conditions difficiles à préciser et à saisir, des quelles pourtant dépend parfois la marche favorable de l'épidémie. En premier lieu il faut mentionner ici les variations fréquentes et passagères de l'immunité chez les enfants plus âgés.

Pendant le temps de ces observations dans la Clinique, 290 enfants étaient exposés à la contagion, dont 95 ayant traversé la rougeole et 195 ne l'ayant pas traversé. Parmi ces derniers, 124 enfants étaient susceptibles à la contagion et étaient observés pendant un temps assez long.

Nous avons observé 8 cas de contagion dans la Clinique, ce qui constitue 6,5% des enfants susceptibles, et 2,8% de tous les enfants. Il y a lieu de considérer le résultat comme favorable.

La faible intensité des symptômes de la rougeole chez les nourrissons rend le diagnostic précoce, par là aussi la lutte contre les épidémies dans les services des nourrissons, très difficiles.

Durant les épidémies de la rougeole on observe parfois chez les nourrissons des affections épidémiques des voies digestives, apparaissant parallèlement au cours de la rougeole des enfants plus âgés. Ce fait prouve l'identité étiologique de ces deux états morbides. L'immunité absolue des petits nourrissons contre la rougeole est par ce fait mise en doute.

PIŚMIENNICTWO.

1. Alschwang H. Monatsschr. f. Kinderhkd. 1928, z. 1/2. 2. Ferry N. S. Am. Journ. Dis. of Children, 1929, z. 3. 3. Fritz J. Pol. Gaz. Lek. 1928, z. 32. 4. Godfrey E. S. Ref. Journ. Am. med. Ass. 1928 str. 801. 5. Goebel F. Zeitschr. f. Kinderhkd. 1927, T. 44, z. 1/2. 6. Groer—Redlich. Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderhkd. T. 30, r. 1926. 7. Groer—Redlich. Comptes rend. Soc. de Biol. 1926, str. 354. 8. Halpern L. J. Journ. Am. med. Ass. 1928, z. 14. 9. Herz. Monatsschr. f. Kinderhkd. 1928, T. 38, z. 6. 10. Hoyner A. Am. Journ. of Dis. of Children, 1928, z. 6. 11. Jasiński i Progulski. Pedjatria Polska, 1922, z. 2. 12. Klotz. Klin. Woch. 1928, z. 44. 13. Knauer H. Jahrb. f. Kinderhkd, T. 73, z. 5/6. 1929. 14. Knoepfelmacher W. Monatsschr. f. Kinderhkd. 1929, T. 42, z. 1/5. 15. Nobel. Zeitschr. f. Kinderhkd, 1919, T. 19. 16. Peszyńska E. Pol. Gaz. Lek. 1928, z. 19. 17. Pirquet—Groer. Podręcznik Pfaundler-Schlossmann. 18. Pontano i Alba. ref. Zentralbl. f. d. ges. Kinderhkd 1927. T. XXI, str. 346. 19. Progulski i Redlich. Klin. Woch. 1926, z. 32. 20. Redlich F. Klin. Woch. 1926, z. 5. 21. Redlich F. Monatsschr. f. Kinderhkd 1926, T. 34. 22. Redlich F. Zeitschr. f. Kinderhkd. 1928, T. 45, z. 3. 23. Redlich i Maternowska. Pedjatria Polska. 1927, z. 7. 24. Straube. Zeitschr. f. Kinderhkd. 1928, T. 45, z. 3. 25. Szenajch W. Szpital im. Karola i Marji w Warszawie. Warszawa 1926. 26. Wagner. Zeitschr. f. Kinderhkd. 1928, T. 46. 27. Wieland. Monatsschr. f. Kinderhkd. 1929, T. 42, z. 1/5. 28. Zembruski i Kamler. Pedjatria Polska, 1928, z. 1.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych
Dyrektor: Prof. K. J o n s c h e r.
i Zakładu Anatomji Patologicznej U. P.
Dyrektor: Prof. L. S k u b i s z e w s k i.

Martwica prosówkowa wątroby u niemowląt.

P o d a ł

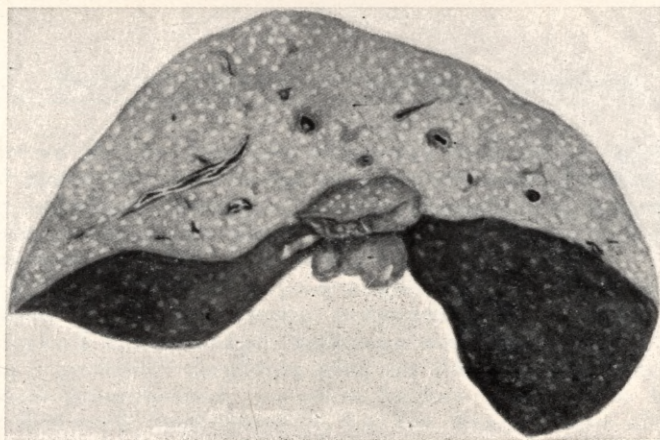
Janusz Zeyland
adjunkt Kliniki.

Wśród ognisk martwicznych spotykanych w wątrobie zasługują na wyróżnienie te ogniska, które występują bez związku z rozmaitemi chorobami zakaźnymi, będącemi często przyczyną martwicy w wątrobie, jak np. dur brzuszny, gruźlica, kiła, rzekoma gruźlica (Aschoff i Wrede) i in. Mam tu na myśli te bardzo rzadkie przypadki dotyczące niemowląt, gdzie wątroba usiana jest niezliczonemi ogniskami martwicy, przeważnie wielkości prosówkowej, przyczem brak zmian chorobowych w innych narządach nasuwa właściwe przypuszczenie, że chodzi tu o odrębną postać martwicy prosówkowej wątroby.

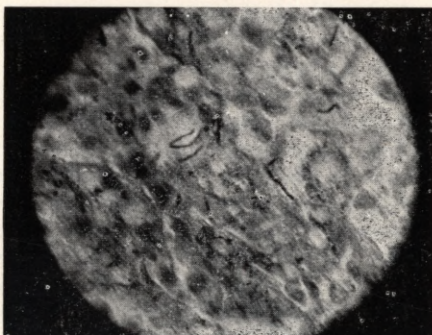
Etjologia tych zmian chorobowych nie jest ustalona, co jest łatwo zrozumiałe ze względu na fakt, że przypadków takich opisano dotąd dopiero kilka.

Pierwszy opis podobnych zmian zawdzięczamy Kaufmanowi, który widział u 2-miesięcznego dziecka z przewlekłym nieżytem żołądkowo-jelitowym wątrobę usianą makroskopowo ledwo widocznemi żółto-zielonkawemi punkcikami, powstałemi, zdaniem autora, bądź na tle zatrucia pokarmowego, bądź na tle zakażenia jelitowego.

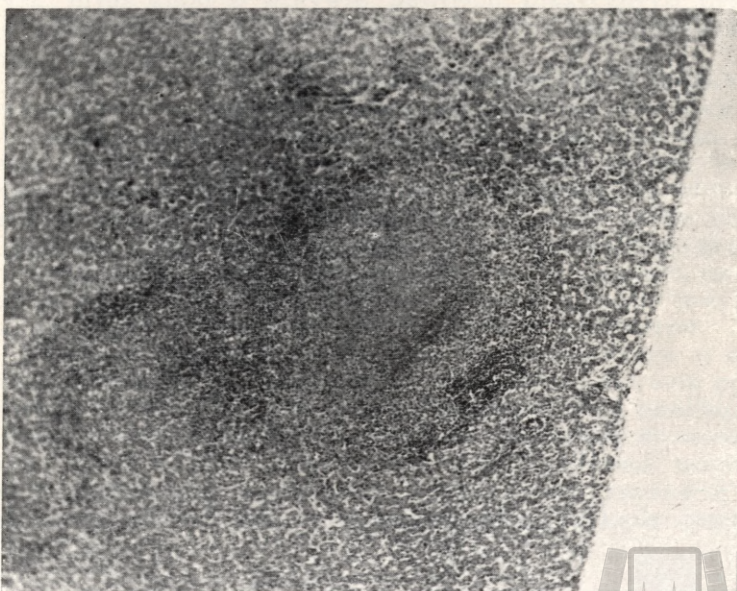
Dalszy przypadek opisał Amsler (1912). Autor ten stwierdził liczne okrągłe ogniska martwiczne o przekroju 0,1—1,0 mm. w wątrobie i nadnerczach u wcześniaka (z 8 mies. ciąży), zmarłego 9 dnia po urodzeniu wśród objawów zatrucia pokarmowego. W ogniskach wątrobowych autor stwierdził martwicę skrzepową w środku, a na obwodzie, na granicy przejścia



Rys. 1. Przekrój przez wątrobę widoczny gołym okiem.



Rys. 3. Pałeczki srebrochłonne w preparacie srebrzonym sposobem Levaditiego.



Rys. 2. Ognisko martwicy ze skupieniami komórek limfocytowych na obwodzie (pod małym powiększeniem)

w zdrową tkankę, komórki olbrzymie wątrobowe, zawierające 5–20 jąder. Nie znaleziono ani bakterij, ani spirochet. Wobec braku wszelkich dowodów, przemawiających za procesem zakaźnym, przypuszcza autor, że przyczyną zmian wątrobowych jest stwierdzone klinicznie zatrucie pokarmowe.

Dużo podobieństwa pod względem histologicznym z powyższym opisem wykazuje przypadek Konschegga (1923). U dziecka 8-miesięcznego, zmarłego w stanie ogólnego wyniszczenia z powodu zapalenia płuc na tle krztuścowem, stwierdzono w powiększonej wątrobie, oprócz nacieczenia tłuszczowego komórek wątrobowych, bardzo liczne szare albo żółte ogniska wielkości prosa, czasem nawet nieco większe, składające się z martwicy skrzepowej z resztkami jąder, z których wyraźniejsze należą do komórek gwiaździstych. Na obwodzie martwicy widoczne były liczne komórki olbrzymie z 2 albo 3, rzadziej liczniejszymi jądrami, podobnymi prawie zupełnie do jąder komórek wątrobowych. Badanie bakterjologiczne kawałków wątroby wykazało dwoinki zapalenia płuc, zjadliwe dla myszy. Mikrobom tym naturalnie autor nie przypisuje roli przyczynowej w tem schorzeniu, bakterjoskopowo bowiem stwierdzono także owe dwoinki w różnych narządach, głównie w śledzionie, najmniej zaś w opisanych ogniskach martwicy prosówkowej. Zastrzyk miazgi wątrobowej śwince morskiej pozostał bez następstw. Poszukiwanie spirochet nie dało wyników dodatnich. Poza tem sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne, wykazując ponadto zmiany typowe dla pachymeningitis haemorrhagica interna w obrębie półkul i środkowego dołu czaszkowego. Szukając przyczyny dla powstawania ognisk martwiczych, myśli autor o wpływie pewnych toksycznych produktów przemiany materji, wchłanianych przez jelito, uszkodzone wskutek zmian nieżytowych.

Dwa dalsze przypadki ogłosił Schneider (1915). Jeden z jego przypadków nie wnosi nic nowego do patologji martwicy prosówkowej wątroby. U dziecka 14-miesięcznego, zmarłego z powodu zapalenia płuc poodrowego, znaleziono jedynie w wątrobie rozsiane ogniska martwicze, zawierające na obwodzie pierścien z leukocytów wielojądrzastych, albo tylko ropnie. Z wątroby wyhodowano pojedynczą kolonję prątków okrężnicy, wprawdzie chorobotwórczych dla świnki morskiej, nie wywołujących jednak u niej podobnych zmian. Autor przypuszcza, że prątki owe dostały się do wątroby po śmierci.

Ciekawy jest drugi przypadek. Tam stwierdzono u wcześniaka, zmarłego w 2 miesiącu życia z powodu zatrucia pokarmowego, w wątrobie, i to przede wszystkim pod torebką, szaro-żółte plamki, z których największe dochodziły do wielkości prosa. Histologicznie okazały się one ogniskami martwicy tkanki wątrobowej z wtórnymi, odczynowymi zmianami wysiękowo-zapalnymi, tak, że pewne ogniska przybrały charakter

ropni. Brak zmian wytwórczych. Sposobem bakterjoskopowym nie wykazano mikrobow, jedynie barwienie sposobem Levadiego pozwoliło na stwierdzenie w samych ogniskach, nigdy poza niemi, grubych i długich (8—10:1 cm.) prątków prostych lub zgiętych, o końcach stepionych. Twory owe leżały pojedynczo albo w małych skupieniach, bądź wolno między składnikami komórkowymi, bądź w różnych komórkach (ryc. 3). Autor jest przekonany, że tym bakterjom należy przypisać powstanie ognisk martwiczych.

W obu przypadkach przemawiają, zdaniem autora, odosobnione schorzenia wątroby i stwierdzone za życia zaburzenia przewodu pokarmowego za zakażeniem pochodzenia jelitowego.

Do ostatniego przypadku podobny jest, z powodu zawartości pałeczek srebrochłonnych, przypadek spostrzegany przeze mnie.

Wcześniak Z. M., ur. 1.4.1928 r., przyjęty dn. 7.4.28 na oddział dziecięcy Szpitala Miejskiego z wagą 1.940 gr. Dane kliniczne, które zawiadzęczam Dr. M. Szenicowi, nie przedstawiają nic szczególnego. Dn. 9.5.28 odczyn Wassermanna z krwią ujemny. Dziecko rozwijało się początkowo dobrze, nie gorączkowało, nie wykazywało zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, przybierało na wadze. Od dnia 25.5.28 (waga 2.320 g.) przez kilka dni objawy lekkiej dyspepsji, poczem dalszy przyrost wagi. Dn. 22.6.28. odczyn Pirqueta wątpliwy. Dn. 1.7.28 (waga 2.480 g.) wystąpiły objawy ostrej dyspepsji, dn. 5.7.28 dołączyły się objawy ogniskowe ze strony płuc oraz gorączka około 38° C, stały spadek wagi i dn. 8.7.28 zejście śmiertelne (waga 2.250 g.).

Sekcja (l. p. protokołu 191/28), wykonana dn. 9.7.28 w 20.30 godzin po śmierci, wykazała zmiany następujące:

Dziecko płci żeńskiej w bardzo lichym stanie odżywienia, o budowie prawidłowej.

Skóra blada, daje się łatwo ująć w fałd, pokryta meszkiem na kończynach górnych, na prawym pośladku ubytek powierzchniowy wielkości grochu, pokryty strupem. Na policzkach skąpa tkanka tłuszczowa podskórna.

Ciemniaczko duże zapadnięte, wielkości $4,5 \times 3,5$ cm.

W zatokach żylnych skąpa ilość krwi płynnej.

Mózg blady, waży 380 g. Naczynia jego b. zm.

Serce: $3,5 \times 3,5 \times 2$ cm. Osierdzie b. zm. Komory i przedsionki zawierają skrzepy. Wsierdzie i zastawki b. zm. Otwór owalny zamknięty. Mięsień na przekroju blado-różowy, prawy grubości 0,2 cm., lewy—0,3 cm.

Płuca posiadają w dolnych płatach spoistość nieznacznie wzmożoną, tamże miąższ przekrwiony. Poza tem miąższ różowy, powietrzny. Opłucna obustronnie b. zm.

Grasica waży 2 g.

Gruzoły chłonne w rozwidleniu tchawicy wielkości dużego prosa, sine, Jama brzuszna: otrzewna b. zm.

Śledziona: torebka b. zm., spoistość prawidłowa, miąższ ciemno-czerwony z wyraźnymi beleczkami, waga 8 g.

Nadnercza ważą razem 3 g. Istota korowa wyraźna, barwy szaro-żółtawej. Istota rdzenna niewidoczna.

Nerki wielkości i spoistości prawidłowej, miąższ blady, rysunek na przekroju wyraźny.

Zołądek zawiera białą ciecz zmieszaną ze śluzem i z brunatnymi smugami hematyny. Błona śluzowa gładka, wykazuje kilka powierzchniowych ubytków punkcikowatych.

Pęcherzyk żółciowy zawiera umiarkowaną ilość zielonkawej żółci. Błona śluzowa o rysunku siateczkowym.

Wątroba: waga 100 g., wielkość $11 \times 7 \times 3,5$ cm. Spoistość wiotka. Przez cienką torebkę przeświecają punkcikowate, szaro-żółte ogniska. Na przekroju mięsz łożto-brunatny, usiany podobnymi ogniskami (ryc. 1).

Jelito cienkie i grube: Błona śluzowa blada. Grudki skupione w jelicie cienkiem i grudki pojedyncze w jelicie grubym bardzo wyraźne.

Gruzoły chłonne krezki sine, wielkości spłaszczonego grochu.

Inne narządy nie wykazują zmian.

Rozpoznanie: *Loci necrotici miliares hepatis*. *Stigmata nonnulla ventriculi*. *Atrophia thymi*. *Atrophia mucosae ventriculi*. *Hyperplasia gr. lev. lymphoglandularum mesentericarum*. *Hypostasis pulmonum*. *Hypotrophia universalis gr. maioris*.

Badanie mikroskopowe: W wątrobie stwierdza się odpowiednio do wyglądu makroskopowego w komórkach wątrobowych stłuszczenie grubokropelkowe. Wśród miąższu zwracają uwagę liczne rozsiane ogniska różnej wielkości, przeciętnie mniejsze od prosa. Mniejsze z tych ognisk składają się z nacieków limfocytowych, większe zaś z martwicy. Wśród martwicy nie dostrzega się resztek komórek wątrobowych, jedynie komórki limfocytowe albo śródbłonkowe, których liczba wzrasta ku obwodowi ogniska. Na brzegu licznych ognisk dostrzega się skupienia limfocytowe (ryc. 2).

W preparatach barwionych sposobem Grama stwierdza się równomiernie w całej tkance wątrobowej rozsiane ziarenkowce gramododatnie, przeważnie dwinki, leżące bądź śródkomórkowo, bądź poza komórkami. Liczba ich w ogniskach opisanych nie jest większa aniżeli w niezmiennym miąższu wątrobowym.

W preparatach srebrzonych sposobem Levaditiego zwracają uwagę grube pałeczki srebrochłonne, których długość dochodzi do 12μ , a grubość wynosi około $0,8 \mu$. Leżą one albo pojedynczo, albo po dwie w szeregu jedna za drugą, albo w końcu po kilka w bezładnych skupieniach, przeważnie w opisanych ogniskach. Nieliczne tylko z nich leżą poza ogniskami pomiędzy komórkami wątrobowymi. Niekiedy kształt tych pałeczek bywa słabo falisty, czem do pewnego stopnia przypominają one spirochety.

Do badania bakteriologicznego (dr. Piasecka-Zeylandowa) wybrano kawałek wątroby. Wychodowano prątki okrężnicy. Zawiesinę wątroby zastrzyknięto podskórnie śwince morskiej, królikowi i myszce. U żadnego z tych zwierząt nie stwierdzono objawów chorobowych.

Jak już wyżej wspomniałem, przypadek ten przypomina jeden z przypadków Schneidera ze względu na zawartość pałeczek srebrochłonnych, najzupełniej podobnych do tych, które przedstawiają opisy i mikrofotogramy Schneidera.

Jedyna różnica polega na zmianach histologicznych. W przypadku Schneidera zaznacza się przewaga zmian wysiękowo-zapalnych do tego stopnia, że część ognisk ma charakter ropni, w moim przypadku zaś brak prawie zupełnie leukocytów wielojądrzastych, przeważają natomiast komórki jednojądrzaste, bądź to typu komórek śródbłonkowych, bądź to typu limfocytów.

Wobec ujemnego wyniku hodowli tych pałeczek na zwykłych pożywkach trudno zapuszczać się w przypuszczenia, jakie jest ich pochodzenie i rola chorobotwórcza. Można się jedynie zgodzić z Schneiderem, że przyczyną martwicy są owe pałeczki i że najprawdopodobniej chodzi tu o zakażenie pochodzenia jelitowego, zgodnie ze spostrzeżeniem klinicznym dyspepsji

Samo przez się rozumie się, że nie można opisanych pałeczek utożsamiać z jakimkolwiek dotąd znanym mikroblem. Najbardziej znane z flory bakteryjnej jelit prątki okrężnicy i im podobne, dające się także posrebrzyć sposobem Levadiego, są znacznie mniejsze od owych pałeczek.

W omówieniu patogenety przedstawię schorzenia nie można pominąć milczeniem badań doświadczalnych Edingtona. Autor ten podczas endemicznej zarazy wśród świń morskich, wywołanej przez b. aertryckę, stwierdził, jako główną zmianę chorobową, drobne żółte ogniska martwicy w wątrobie. Bakterjoskopoowo stwierdzono także prątki w wątrobie, jednak bez wyraźnego związku z polami martwicy. Zmieniając warunki zakażenia w dalszych doświadczeniach, doszedł autor do wniosku, że zastój żółci jest ważnym czynnikiem w powstawaniu, a przede wszystkim w umiejscowieniu się zmian chorobowych.

Nawiązując do tych spostrzeżeń, stwierdzić należy w przedstawionym przypadku brak wszelkich danych klinicznych i anatomicznych, przemawiających za najmniejszym zastojem żółci.

Mimo rozpoznania wczesnego, ustalonego bowiem już na stole sekcyjnym, tem samem pozwalającego na przeprowadzenie wszelkich badań, przypadek opisany nie wyjaśnił istoty schorzenia więcej od innych, znanych nam z piśmiennictwa. Potwierdza on jedynie przypuszczenie Schneidera, że martwica prosówkowa wątroby powstać może u niemowląt na tle zakażenia pałeczkami srebrochłonnymi i gramoujemnymi, przypominającymi niekiedy kształtem swoim spirochety. Mikrobow tych nie udało się wyodrębnić bakterjologicznie.

PIŚMIENNICTWO.

1. Amsler. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 23, 817, 1912 (wedł. Konschegga).
2. Edington. Journ. of Pathology and Bact. 32, 1, 1929.
3. Kaufmann. Lehrbuch der spez. path. Anat. 1, 741, 1922.
4. Konschegg. Virchows Archiv 241, 385, 1923.
5. Schneider. Virchows Archiv 219, 74, 1915.

Nécrose miliaire du foie des nourrissons.

p a r

J. Zeyland.

Chez un nourrisson, âgé de 3 mois et mort d'une dyspepsie aiguë (poids 2.250 grammes), l'autopsie décèle dans le foie de nombreuses tâches jaunâtres (fig. 1). L'examen microscopique

montre qu'il s'agit là soit de foyers nécrotiques entourés d'amas de cellules lymphocytaires, soit de simples infiltrations à cellules rondes (fig. 2). Dans les préparations traitées d'après Levaditi on ne constate que dans ces foyers des bacilles argentophiles, $12\ \mu$ de longueur et $0,8\ \mu$ d'épaisseur (fig. 3). L'ensemencement du suc du foie donne une culture de b. coli. L'inoculation d'une émulsion du foie aux animaux de laboratoire (un cobaye, un lapin et une souris) reste sans aucun effet.

Ce cas confirme l'observation publiée par Schneider, où l'auteur a décrit des bacilles tout à fait semblables à l'intérieur des foyers nécrotiques différent seulement par la présence de polynucléaires.

Ces deux cas rendent probable le rôle pathogène d'un bacille inconnu argentophile dans la nécrose miliaire du foie des nourrissons.

Ze Szpitala im. Karola i Marji w Warszawie.

Lek. nac. doc. Dr. Wł. Szenajch.

Porównawcze badanie odczynów skórnych Trambusti i Pirqueta.

Podał

Dr. J. Bogdanowicz.

Od chwili zaznajomienia się świata lekarskiego z odczynem Pirqueta — wartość tego odczynu nie tylko nie straciła na swej wadze, ale przeciwnie — zyskuje on coraz szersze zastosowanie i coraz bardziej staje się trwałą zdobyczą medycyny.

W praktyce starano się jednak uczynić go możliwie jaknajbardziej czułym a jednocześnie technicznie jaknajprostszym. W tym kierunku poszły próby u Mantoux i Moro. Pierwsza z nich okazała się czulsza i pozwoliła stopniować dawkę, na jaką odpowiadał reakcją ustrój ludzki — druga, ustępując znacznie pod względem czułości odczynowi Pirqueta, czyniła ją jednak wyjątkowo prostszą w technice.

Ostatnią próbą w tendencji udoskonalenia odczynu Pirqueta — jest próba prof. Trambusti (Bollettino dell' Instituto Sieroterapico Milanese Luglio 1928 fasc. VII), potwierdzona pracą Egle Inglessi w Risista di Clinica Pediatrica Firenze. 1929 r. Próba ta wykonywana jest w sposób następujący:

- a) przygotowuje się rozczyń alttuberkuliny, biorąc 1 część tuberkuliny na 8 części 0,5% wodnego rozczynu Phenolu,
- b) igłę do zastrzykiwań podskórnych Prawaz, lub Rekord Nr. 12, zanurza się na głębokość 1 cm. w powyższym rozczyynie i ukłuwa się doskórnie na $\frac{1}{2}$ cm. poczem szybko się wyjmuje,
- c) rozczyń może być przez dłuższy czas przechowywany bez zepsucia,
- d) odczyn odczytuje się tak jak odczyn Pirqueta po 24 i 48 godzinach.

Na zasadzie 634 prób, wykonanych 3-ma metodami (Pirquet, Mantoux i Trambusti), prof. Trambusti dochodzi do wniosku, że:

- 1^o. Odczyn jego jest dużo czulszy od odczynu Pirqueta a równie czuły, jak odczyn Mantoux.
- 2^o. Odczyn technicznie jest prostszy od odczynu i Pirqueta i Mantoux.

Po zapoznaniu się z powyższą pracą postanowiliśmy przeprowadzić odpowiednie badania na materiale własnym. Ogółem dokonano prób na 225 dzieciach w wieku od 2—15 lat, w tem u 130 dzieci ze szpitala im. K. i Marji i u 95 uczniów szkoły powszechnej. Próba Pirqueta była wykonywana oryginalnym świderkiem Pirqueta i alttuberkuliną oryginalną z zakł. Höchst; próba Trambusti — igłą Nr 10 Record i rozczynek alttuberkuliny Kocha przygotowanym według przepisu Trambusti. Wnioski nasze załączam poniżej.

Prostota próby.

Próba Trambusti okazała się prostsza od Pirqueta — głównie dlatego, że wymagała tylko jednego nakłucia, a nie 2-ch lub 3-ch, jak przy próbie Pirqueta — ponieważ nie było obawy o odczyn rzekomy, ze względu na bardzo mały uraz skóry — w przeciwieństwie do dość mocnego uszkodzenia skóry przy odczynie Pirqueta. Jeżeli chodzi zwłaszcza o dzieci, to szybkość, z jaką odczyn może być wykonany i mała jego bolesność dają mu dużą przewagę nad odczynem Pirqueta. Dotyczy to zwłaszcza prób masowych np. w szkołach-zakładach.

Czułość odczynu.

W materiale naszym zestawialiśmy odczyn Trambusti tylko z odczynem Pirqueta — i dopiero w paru przypadkach skontrolowaliśmy go odczynem Mantoux. Stwierdziliśmy zgodność bardzo bliską obu odczynów.

Oto wyniki:

Liczba dzieci	Liczba prób	% odczynów dodatnich		Liczba odcz. dod.
		Pirquet	Trambusti	
0—5	34	35%	29,5%	12—10
5—10	116		55%	64—65
10—15	75		74%	56—57

Liczba odczynów wątpliwych była minimalna i nie przekraczała 1% (2 — 3 przyp.), zaliczyliśmy je do ujemnych.

Chcąc skontrolować w jakim stopniu odczyn Trambusti może być zależny od błędu w technice — powtórzyliśmy, po 3 dniach próbę u 40-ga dzieci — w tem 20 z odczynem Trambusti (+), 20 z odczynem (—). Otrzymaliśmy i tym razem identyczne wyniki w 100%. Mimo wielkiej zgodności liczb przeciętnych dla obu odczynów — w 7% (16 p.), otrzymaliśmy różnice, przyczem, raz jeden, raz drugi, odczyny były względnie ujemne czy dodatnie. Charakterystyczny był jeden przyp. na oddziale Chirurg., u którego na zasadzie dwukrotnie ujemnego Pirqueta wykluczono tbc. Próba Trambusti wypadła wyraźnie dodatnio. Kontrola zapomocą odczynu Mantoux dała również wynik dodatni.

Odczyn Mantoux (1 : 100) był wykonany dodatkowo tylko w 5-ciu wątpliwych wypadkach — przyczem w 2 wypadki dodatnio przy Pirquet i Trambusti ujemnym. Porównyując nasze rezultaty z rezultatami twórcy odczynu, prof. Trambusti, zastanawia nas nikły procent pozytywnych odczynów Pirqueta w stosunku do prób Trambusti i Mantoux.

Oto wyniki prof. Trambusti i nasze:

Wiek dzieci	% odczynów dodatnich u prof. Trambusti			Naszych	
	Pirquet	Trambusti	Mantoux	Pirquet	Tramb.
0— 5	6%	23%	23%	35%	29,5%
5—10	13%	36,5%	38%	55%	
10—15	20%	52,3%	52,3%	74%	

W próbach skórnych, wykonywanych na oddziałach szpitalnych szpitala im. K. i Marji różnice między odczynem Pirqueta i Mantoux nie przekraczały 10—15%, nie zaś, jak w pracy prof. Trambusti, prawie 3-krotnie. Wyrażamy przypuszczenie, że różnicę mogło wywołać stosowanie różnych preparatów do odcz. Pirqueta. Pożądane byłoby porównawcze zbadanie prób Pirqueta wykonanych oryginalną alttuberkuliną Höchst (jak to robimy u nas) i tuberkuliną Instytutu w Medjolanie.

Reasumując nasze dane dochodzimy do wniosku że:

10. Próba Trambusti jest przynajmniej równie czułą próbą jak próba Pirqueta, chociaż prawdopodobnie ustępuje pod tym względem próbie Mantoux,
20. Próba Trambusti jest prostsza i szybsza w wykonaniu od próby Pirqueta, stąd zwłaszcza dogodna w praktyce dziecięcej i przy stosowaniu masowem (szkoły, zakłady i t. p.).

(De l'hôpital Charles et Marie à Varsovie).
médecin chef: Dr. Wł. S z e n a j c h, professeur-agrégé.

Etude comparée des réactions cutanées de Trambusti et de Pirquet.

P a r

Dr. J. Bogdanowicz.

Professeur Trambusti décrit dans le „Bolletino dell' Istituto Sieroterapico Milanese 1928, fasc. VII“ la technique d'une nouvelle modification de la cutiréaction de Pirquet:

- 1^o. On prépare une dilution de alt-tuberculine 1:8 de solution d'eau phénolée à 0,5%,
- 2^o. on enfonce une aiguille Pravaz ou Record Nr. 12 à 1 cm. de profondeur de la dilution, puis on pique dans la peau (comme dans la réaction de Dick) à $1\frac{1}{2}$ cm.
- 3) la dilution peut être conservée pendant un temps prolongé sans détérioration,
- 4) la réaction est déchiffrée comme celle de Pirquet après 24 et 48 heures.

Prof. Trambusti vient à la conclusion que sa réaction est de beaucoup plus sensible que celle de Pirquet et aussi sensible que celle de Mantoux; la technique de sa réaction est plus simple que celle de Pirquet et de Mantoux.

La conclusion obtenue par nous de l'observation de 225 cas de réaction Pirquet et Trambusti à l'hôpital Charles et Marie à Varsovie est suivante.

- 1). La réaction de Trambusti est aussi sensible que la réaction de Pirquet.
- 2). La réaction de Trambusti est plus simple que Pirquet et peut être affectuée plus vite.

Z kliniki chorób dziecięcych U. W.

Dyrektor: prof. M. Michałowicz.

Przypadek kurczu odźwiernika wyleczony na drodze chirurgicznej.

P o d a ł

R. Barański i R. Trawiński.

Przypadki kurczu odźwiernika u niemowląt nie należą do częstych. Jednakże niema roku, aby przez klinikę pediatryczną U. W. nie przeszło 2 -- 3 przypadki tego cierpienia. Pozostawiając najbliższej przyszłości rozejrzenie się w materiale, obejmującym wszystkie przez nas obserwowane przypadki kurczu odźwiernika, pozwalamy sobie poddać opisowi jeden z nich

Do ogłoszenia tego przypadku skłania nas w głównej mierze dodatni wynik leczenia chirurgicznego, któreśmy w tym przypadku zastosowali. Zdajemy sobie sprawę, że chirurgiczny sposób leczenia kurczu odźwiernika ma bardzo szerokie zastosowanie. Wiemy również, że osiągnane przytem wyniki są doskonałe (statystyka Straussa *) — 226 przypadków — 6 zgonów, to znaczy zaledwie 2,7%). Mimo to ogłaszamy go, gdyż w piśmiennictwie polskim będzie to niestety pierwszy przypadek, w którym tu u nas na miejscu zastosowano z dobrym wynikiem postępowanie chirurgiczne.

Przypadek dotyczy niemowlęcia płci męskiej. Historia jego jest następująca.

Urodzone w dniu 31.VII 28 r. na czas, normalnie, z wagą 3,750 gr. od rodziców zdrowych, ze sfery inteligenckiej. Przez pierwsze 20 dni chowa się dobrze. Od tego czasu trochę niespokojne, trochę zrzuca, stołeczki wolne, zielone. Waga w dniu 23.VIII — 4,050, a więc przybytek na wadze od urodzenia do dnia 23.VIII wyniósł zaledwie 300 gr. Przy skontrolowaniu ilości pokarmu u matki okazało się, że jest go o wiele za mało. Wobec tego objawy dyspeptyczne potraktowaliśmy, jako powstałe na tle niedożywiania i w dniu 23.VIII dodano dziecku prócz piersi 6 à 50 gr. mieszanki (mleko, woda pół na pół + 5% maltonu + 2% laktonu). Dziecko uspokoiło się. Sto-

*) Cyt. wg. Ibrahima. — Erg. der inn. Med. und Kinderhkl. Tom 24.

łeczki uregulowały się. Zrzucanie ustało. Dziecko zaczęło dobrze przybierać na wadze — w przeciągu tygodnia 200 gr., osiągając w ten sposób w dniu 1. IX — wagę 4.250 gr. Wobec zaparcia, które zjawiało się wkrótce po wprowadzeniu all. mixte, usunięto z mieszanki malton i lakton, słodząc ją zwykłym cukrem w ilości 7,5%. Prócz tego płyny obojętne. Zaparcie jednak utrzymywało się nadal.

W pierwszych dniach września, to znaczy poczynając od drugiego miesiąca życia, mały ponownie zrobił się niespokojny. Zjawiły się wymioty, zresztą początkowo tylko po niektórych jedzeniach. Były one nieobfite i występowały zaraz po jedzeniu. Jednakże z dnia na dzień nasilały się. W kilka dni doszło do tego, że dziecko wymiotowało po każdym jedzeniu i niekiedy prawie całe spożyte posiłki. Ilość oddawanego moczu zaczęła się zmniejszać. Zaparcie stało się bardzo uporczywe. Dziecko przestało przybierać na wadze, a nawet zaczęło tracić, tak, że ogółem w przeciągu 10 dni, t. j. do 11. IX, przybyło tylko 50 gr., osiągając w tym dniu 4.300 gr. Pod koniec tej dekady niepokój dziecka wzmógł się jeszcze bardziej — dziecko źle śpi, dużo płacze; zaczęło wymiotować nawet przed pierwszym rannym jedzeniem, to znaczy po całonocnej przerwie; w okolicy żołądka wystąpiło falowanie. Ustalenie rozpoznania w tym okresie nie nasuwało już żadnych wątpliwości — mieliśmy do czynienia z kurczem odźwiernika, wg. wszelkiego prawdopodobieństwa z przerostową postacią tego cierpienia.

Lecznictwo w tym okresie choroby stosowano początkowo bromki i al-kalja, później anestetykę i częste karmienia (te ostatnie według Marfana) — wszystko to jednak nie dawało żadnych wyników.

Od 11. IX ustalono następujące postępowanie. Spokój, atropina w rozczywie 0,01:20,0 poczynając od 2 kropel 5 r. dziennie, stopniowo w coraz większych dawkach, termofory na okolicę żołądka, kroplówki z roztworu Ringera 2 r. dziennie po 50 gr., oraz następującą dietę: pokarm odłuszczony + 5% maltonu w 10 porcjach na dzień po 50 gr. każda. Przytem 5 z nich (co drugą) zagęszczano przez dodanie jednej łyżeczki od herbaty mączki Nestlé.

Stan dziecka jednak nie polepszał się. Przeciwnie stale się pogarszał. Dziecko zaczęło systematycznie tracić na wadze — w przeciągu tygodnia, t. j. do 18. IX, spadek na wadze wynosił 300 gr. Wymioty w końcu były wprost straszne — dziecko zaczęło wymiotować prawie wszystko. Stoliców brak często nawet po ławatywie. Moczu dziecko oddaje bardzo mało — notowano takie okresy, gdy dziecko przez 16 godzin nie oddało ani razu moczu. Falowanie w okolicy żołądka wybitne — zazwyczaj poprzedza wymioty. Dziecko przytem krzyczy i jęczy. Stan ogólny zaczął się wyraźnie pogarszać. Skóra przybrała odcień szarawy. Wyraz twarzy obolały. Rysy zaostrome. Sztyjka zcieńczała.

Wobec braku jakichkolwiek objawów polepszenia, względnie zahamowania choroby przy postępowaniu konserwatywnem, postanowiono zastosować leczenie chirurgiczne. W dniu 18. IX. 28. mały był operowany. W dniu tym dziecko ważyło 3.900 gr.

Operację wykonał prof. Radliński. Uśpienie chloroformowe. Przed operacją wprowadzono dziecku domięśniowo 100 cm³ 10% roztworu glukozy. Jamę brzuszną otwarto cięciem w linii środkowej w nadbrzuszu. Odrazu wstawa się w ranę duży, rozdęty żołądek. W miejscu odźwiernika — guz w postaci oliwki oddzielony na końcach swych bruzdkami z jednej strony od żołądka, z drugiej — od dwunastnicy. Guz — twardy, biało-żółtawą barwą odróżnia się od sąsiednich trzew. Żadnych zrostów w otoczeniu. Niedrożność odźwiernika wydaje się być kompletna.

Dokonano pyloroplastyki w sposób następujący: podłużne nacięcie surowicówki i mięśniówki na guzie. W miarę nacinania brzegi rany rozchodzą się, daje się słyszeć pewien chrzęst. Mięśniówka — czyli sam guz, nie krwawi wcale, jest bardzo krucha, ma odcień żółtawy. Długość cięcia sięgała obu bruzdek, czyli szła poprzez całą długość guza. U końca dwunastniczego zdarzyło się drobne powikłanie — w pewnym miejscu śluzówka została

skaleczona i wydobyła się kropelka płynu. Nałożony natychmiast szew zlikwidował ząście. Po udrożnieniu w sposób opisany odźwiernika, zaszyto podłużnie paru szwami katgutowymi naciętą surowicówkę, nie szyjąc mięśniówki. Powłoki brzucha zamknięto na głucho.

Po operacji stan bardzo ciężki, dziecko prawie bez tętna. W związku z tem podawano cardiasol — przez pierwsze półtorej doby co cztery godziny podskórnie, potem przez dwie doby doustnie. Podczas pierwszych kilkunastu godzin po zabiegu dziecko wciąż jęczy, głos zupełnie schrypnięty. Pije jednak chętnie. Powoli dziecko uspakaja się i zaczyna się poprawiać. Na wadze przez pierwsze dni spada. W czwartym dniu po zabiegu najniższa waga od chwili operacji — 3.520 gr. (spadek 380 gr.), od tego czasu na wadze przybywa. Pierwszy stolczyk i moczu po 36 godzinach. Drugi stolczyk zupełnie czarny. Przez pierwsze trzy doby dziecko dużo wymiotuje. W ósmym dniu usunięto klamerki. Dieta: dzień zabiegu — tylko płyny obojętne, stopniowo coraz więcej pokarmu, względnie mieszanek (początkowo mleko, woda pół na pół, później 2:1 z cukrem) w razie braku tegoż. Poszczególne porcje początkowo bardzo małe i częste — łyżeczkami! stopniowo coraz większe. W 9-ym dniu po operacji malec dostał 720 gr pożywienia w ośmiu porcjach, w trzy dni później to samo już w sześciu porcjach.

Według zgodnej opinii wszystkich autorów. (wyjątek stanowią tylko nieliczni zwolennicy wyłącznie jednego postępowania — czy to chirurgicznego, czy też konserwatywnego), leczeniu operacyjnemu podlegają jedynie ciężkie przypadki kurczu odźwiernika. Otóż nasuwa się pytanie, czy w naszym wyżej omówionym przypadku mieliśmy dostateczne wskazania, aby dziecko oddać chirurgowi.

Analiza przypadku pozwala go skwalifikować jako bezwzględnie ciężki. W przeciągu 18 dni nie udało się zahamować spadku wagi. Ogólny stan dziecka zaczął się wyraźnie pogarszać. Wymioty wybitnie się nasiliły — doszło do tego, że dziecko wymiotowało bez przesady prawie wszystko, co spożywało. Przepuszczalność odźwiernika była minimalna — stąd wybitna pseudo - obstipatio i znaczna oligurja. Na krótko przed operacją był taki okres, kiedy dziecko przez 16 godzin nie oddało ani razu moczu. Przytoczone dane mogą skłonić do zastosowania operacji każdego, nawet najwięcej powściągliwego, zwolennika chirurgicznej interwencji.

Dobry wynik obserwacji wskazuje, że nie dokonano jej zbyt późno. Strata na wadze, licząc od największej jaką mały posiadał, wynosi tylko około 9%. Okres obserwacji (17 dni) nie wydaje nam się zbyt długi, ponieważ dziecko znajdowało się pod stałą kontrolą lekarską.

Zastosowana w przypadku tym technika operacyjna nie jest jednakowo stosowana przez innych chirurgów. W ciągu lat ostatnich szkoła francuska (F r e d e t), niemiecka (R a m m s t e d t) oraz amerykańska upraszczają operację, poprzestając jedynie na podłużnym nacięciu surowicówki i mięśniówki guza, bez nakładania jakichkolwiek szwów. W ten sposób śluzówka odźwiernika wypukła się w ranę. Ma to nie mieć żadnych złych następstw.

Już ukazały się i są do nabycia
we wszystkich księgarniach

POLSKIE MONOGRAFJE I WYKŁADY KLINICZNE Z DZIEDZINY PEDJATRJI

REDAKTOR:

Prof. Dr. M. MICHAŁOWICZ

POLSKIE MONOGRAFJE I WYKŁADY KLINICZNE Z DZIEDZINY PEDJATRJI

wychodzą w miarę napływania materiału

Cena zeszytu pierwszego zł. 3.50.

Na treść składają się:

I.

M. G a n t z: O stanach podgorączkowych.

II.

M. Michałowicz: O chwiejności ciepłoty ciała ludzkiego na zasadzie badań dokonanych ze ścisłością 0,001 stopnia

ZAMÓWIENIA PRZYJMUJE

Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem P. K. O. D.
Warszawa, Jasna 11, Konto w P. K. O. Nr. 20280.

Redaktor: Prof. Dr. Miecz. Michałowicz

Sekretarz redakcji: Dr. Jerzy Michałowicz

WYDAWCA:

POLSKI KOMITET OPIEKI NAD DZIECKIEM

MŁODA MATKA

DWUTYGODNIK

poświęcony zdrowiu i wychowaniu dziecka do lat 7-miu.

Pod redakcją

Dr. Barańskiego i Wandy Pełczyńskiej.

Wychodzi 1 i 15-go każdego miesiąca.

WARSZAWA

Górnośląska 20 m. 7. Telefon 401-24.

Warunki prenumeraty:

Kwartalnie Zł. 3.70. Półrocznie Zł. 7.40. Rocznie Zł. 14.00.

Numer pojedynczy 70 gr.

Opieka nad Dzieckiem

Nr. 4

za miesiące lipiec i sierpień

u k a ż e s i ę z a d n i k l i k a.

Zawierać będzie artykuł

Prof. Dr. Michałowicza — O instytucie Puero-kultury.

Pismo wydane będzie z bardzo licznymi ilustracjami, wykresami i t. p.

PRENUMERATA 10 ZŁ. ROCZNIE.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA:

Warszawa, ul. Jasna Nr. 11, P. K. O. D. Telefon 419-16.

W przebiegu okresu pooperacyjnego zasługuje na podkreślenie, że dziecko jeszcze przez trzy doby wymiotowało. W tym czasie straciło ono na wadze 380 gr. — oczywiście nie tylko z powodu wymiotów, bo ilość pożywienia, jak to widzieliśmy wyżej, początkowo była niedostateczna.

W kilka dni po dokonanej operacji dziecko zaczęło się szybko poprawiać. 18.X -- a więc w miesiąc po operacji — waga dziecka wynosi 4.795 gr., 18.XI — 6.000 gr. — przybytek przez 2 miesiące 2.100 gr. Dalszy jego rozwój nie pozostawia również nic do życzenia. Dziecko stale znajduje się pod kontrolą lekarską. W chwili oddawania do druku niniejszej pracy ma prawie jedenaście miesięcy i jest pod każdym względem normalnem dzieckiem.

Krwotoczność a choroba płonicza.

P o d a ł

Dr. Wilhelm Kwaskowski. (Tomaszów lubel.)

Droga do poznania odchyień od przejawów normalnych życia ustroju prowadzi poprzez znajomość tych norm.

Gdy to pojęcie zwężymy i zechcemy zastosować wyłącznie do jednego tylko ogniwa tych przejawów — zasada pozostanie ta sama.

To też poprzedzę zjawisko krwotoczności w chorobie płoniczej wzmianką — bodaj krótką — z fizjologii krzepnięcia krwi i z dziedziny czynności prawidłowej naczyń krwionośnych.

Krew pełni w ustroju funkcje różnorodne; między innemi, podtrzymuje sprawność poszczególnych narządów, dostarczając im niezbędnego materiału — budulca, a jednocześnie pośredniczy w uwalnianiu od wytworów przemiany materji, zbędnych dlań i szkodliwych.

Z tego też względu ustrój broni się przed każdą możliwą utratą krwi. Wyrazem najbardziej prymitywnym tej samorzutnej obrony jest kurczenie się ściany tętnicy lub żyły, gdy powstanie w niej otwór ziejący. Odruch powyższy dochodzi do skutku zapomocą specjalnych komórek — zwieraczy i posiada znaczenie szczególne w skazach naczynioruchowych.

Środkiem drugim, jakim ustrój rozporządza w krwawieniach jest krzepnięcie krwi z chwilą przedostania się jej poza ściany naczyń krążenia. Jest to już sprawa bardziej złożona i kunsztowna, wymaga całego szeregu składników właściwych krwi i ich sprawnego współdziałania.

Do składników krwi niezbędnych do utworzenia skrzepu prawidłowego zaliczamy istotę włóknikorodną (fibrinogen), normalną liczbę płytek Bizzozero, kilka ciał o cechach lipidów czy nukleoproteidów oraz właściwy poziom jonów wapnia.

Istota włóknikorodna należy do grupy globulin i w pewnych warunkach przyczynia się do powstania włóknika. Według Krehla ilość włóknika w krwi płynnej w warunkach normalnych wynosi 0,1—0,4 odsetek wagowych. W stanach zapalnych (zapalenie płuc, zapalenie opłucnej, gościec i t. d.) liczby włók-

nika dochodzą do 1,3% (hiperinosy). Zakażenia ciężkie, ospa, dur brzuszny, zatrucia fosforem sprowadzają odsetek włókniaka niekiedy nawet do zera. Wyłączenie z obiegu wątroby przez podwiązanie tętnicy wątrobowej (Roger), lub usunięcie całkowite tego narządu powoduje również zanik włókniaka.

Przemawia to za przypuszczeniem, iż wytwórną główną istoty włóknikorodnej w ustroju jest wątroba.

Płytki Bizzozero i Hayerna stanowią obok krwinek czerwonych i białych stały składnik postaciowy krwi normalnej. Liczba ich waha się między 150.000 a 300.000 w jednym mm³. Większość badaczy z Wrightem na czele uważa za miejsce powstawania płytek żyły szpiku kostnego. Podług Schwalbe, Schillinga i innych płytki odpowiadają jądom lub ułamkom krwinek czerwonych. Liczba płytek zmniejsza się w większej części chorób zakaźnych, w rumieniach ostrych, a szczególnie w pewnej postaci chorobowej, zwanej małopłytkowością. Pepton, żelatyna, benzol, niektóre ciała koloidalne zubożają krew w płytki. W formowaniu się skrzepu rola płytek sprowadza się do roli ośrodka, wokoło którego skupiają się niteczki włókniaka. Z rozpadu płytek powstają ciała, które decydują o przechodzeniu istoty włóknikorodnej ze stanu płynnego (sol) w stan stały (żel). Temi ciałami są trombogen i trombokinaza. Trombogen znajduje się we krwi w stanie gotowym i podług Morawitza powstaje z rozpadu płytek. Inni badacze wskazują na wątrobę, jako miejsce tworzenia się tego peptydu. Trombokinaza, zbliżona chemicznie do lipidów, znajduje się w śródbłónkach naczyń, w komórkach tkanki łącznej, w krwinkach białych i w płytkach Bizzozero. Wytwarza ona silne na pięcie powierzchniowe i jest zależna od środowiska, w którym $\text{Ph}=7$, lub 6.8. Tłumi lub przyspiesza mechanizm krzepnięcia krwi antytrombina — nukleoproteid, wytwarzany w wątrobie (Hynek, Roger, Nolf). Powyższe ciała skrzepotwórcze są zależne w dużej mierze od koncentracji właściwej jonów Ca we krwi. Wapń bowiem działa w kierunku zwiększenia % istoty włóknikorodnej i trombiny, powoduje przesiekanie cieczy z tkanek do krwi, a wraz z cieczą tkankową przedostają się i ciała tromboplastyczne.

Jaki jest współudział wyszczególnionych czynników skrzepotwórczych w sprawie powstawania skrzepu prawidłowego?

Podług teorii zaczynowej Schmidta, popieranej przez Morawitza, w razie wynaczynienia, znajdujący się we krwi trombogen łącznie z trombokinazą i płytkami Bizzozero wytwarza t. zw. protrombinę. Protrombina pod wpływem jonów Ca zamienia się w trombinę, posiadającą jakoby własności zaczynowe. Trombina doprowadza do wydzielenia się włókniaka z rozpuszczonej we krwi istoty włóknikorodnej.

Teorii zaczynowej przeciwstawia się pogląd na krzepnięcie krwi oparty na prawach chemii fizycznej, który to pogląd

traktuje sprawę krzepnięcia, jako wynik wzajemnego strącania się trombogenu, trombokinazy i fibrinogenu (Nolf, Herzfeld, Hirszfeld i inni).

Odchylenia fizjologiczne, czy chorobowe mechanizmu krzepnięcia krwi wyrównywuje układ nerwowy, poziom wydzielin gruczołów dokrewnych oraz zachowanie się niektórych narządów, jak śledziona i wątroba.

Wpływy systemu nerwowego mogą się ujawniać, czy to w miejscach powstawania ciał skrzepotwórczych, czy też w zmiennem uszczelnieniu ścian naczyń krwionośnych.

Hormony gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem wywierają wyraźny wpływ na przebieg krzepnięcia krwi, co prawda jeszcze ostatecznie nie ustalony.

Tarczycza działa głównie na stopień uszczelnienia ścian naczyń krwionośnych.

Wyciąg z nadnercza, obok własności, jakie przejawia tarczycza, podnosi liczbę płytek.

Wytwory przysadki zajmują miejsce pośrednie.

Gruczoły płciowe męskie przyczyniają się u osobników do tego usposobionych uprzednio do powstania zespołu, zwanego krwawiączką (Semerau-Siemianowski, Misiewicz i in.).

Ciało żółte jajnika zdaje się zmienia napięcie ścian naczyń i pozostaje w pewnym związku z krwotocznością spowodowaną małą liczbą płytek Bizzozero.

Co do roli śledziony, to Stepha n uważa, iż jest to narząd centralny, który za pośrednictwem wątroby zaopatruje ustrój w trombinę. Pogląd ten jednak nie utrzymał się.

Wycięcie śledziony nie niweczy warunków tworzenia się skrzepu prawidłowego; poprawa po wycięciu śledziony tłumaczy się nie wzmożeniem krzepliwości krwi, lecz zmniejszeniem niszczeniem płytek w układzie siateczkowo-śródbłonkowym tego narządu i polepszeniem czynności naczyń włosowatych w sensie uszczelnienia ich ścian. Podkreślane przez Stepha na przyspieszenie krzepnięcia krwi pod wpływem naświetlania śledziony promieniami X, według badań Jurasza, Pagesa, Semerau-Siemianowskiego, Misiewicz, Pułjanowskiego i innych nie stoi w związku z podrażnieniem swoistych własności śledziony, lecz wiąże się rozpadem tkanek tego narządu i zwolnieniem tem samem znacznej ilości ciał proteo- i lipolitycznych, czynnych przez swe duże napięcie powierzchniowe. Możemy więc podnieść znaczenie śledziony dla krzepnięcia przez wpływ jej na płytki i przepuszczalność naczyń włosowatych.

Rolę wybitniejszą w krzepnięciu krwi odgrywa wątroba.

Podług Rogera wytwarza ona istotę włóknikorodną, sprzyja wybitnie powstawaniu trombiny, zawiera dużo trombokinazy, hamuje przyspieszenie krzepnięcia zapomocą antitrom-

biny i wreszcie kieruje sprawą wypadania i wchłaniania się włóknika przez antifibrolizynę (Nolf).

Poznawszy pokrótce wytyczne fizjologii krzepnięcia krwi, przejdziemy z kolei rzeczy do stanów, które mogą prawidłowość tworzenia się skrzepu skazić i do tego w sposób im tylko właściwy.

Te skażenia mogą się zaznaczyć tak w kierunku krzepliwości wzmożonej, jak i wychylić się w stronę wręcz przeciwną.

Przypadek który podam poniżej, dotyczy krwotoczności wzmożonej, co upoważnia do zajęcia się tą sprawą wyłącznie.

Ujmując kwestję krwotoczności wzmożonej z punktu praktycznego, możemy wyodrębnić trzy odmiany zmniejszonej krzepliwości krwi. Tło pierwsze — zubożenie krwi w istotę włóknikorodną (fibrinopenia); tło drugie — zakłócenie równowagi zespołu trombina — antitrombina, czyli niedokrzepliwość (hemofilja); tło trzecie — krwotoczność skutkiem braku płytek, lub zmniejszonej ich liczby (trombopenia). Obok tych trzech przesunięć chorobowych w stanach krzepliwości zmniejszonej odgrywają rolę i inne czynniki (poziom antitrombiny, czynność prawidłowa śródbłonna naczyń krwionośnych i t. d.), które same przez się, lub łącznie z kombinacjami poprzednimi tworzą odmiany dalsze.

Omówimy te trzy zespoły kolejno.

Możliwość pierwsza, która dotyczy małej ilości istoty włóknikorodnej (hipinoza), idzie zazwyczaj w parze ze sprawami zakaźnymi — spotykamy ją w zatruciach wątroby fosforem czy też nadmiarem soli i barwików żółciowych (krwotoczne działanie żółci przejawia zdaje się drogą upośledzonego tworzenia się trombiny).

Istnienie jednak hipinozy — zdaniem Krehla — nie zawsze pociąga za sobą krwotoczność.

Grupa druga zaburzeń krzepnięcia krwi odpowiada temu, co dawniej nazywali hemofilją czyli krwawiączką. Mamy tu do czynienia z krwawieniami z najróżniejszych błon śluzowych i surowicznych, a szczególnie ze stawów. Cierpienie to jest dziedziczne. Morawiz i Lossen są zdania, iż niedokrzepliwość przekazują matki swym potomkom męskim. Martius twierdzi, iż zdanie Morawitza i Lossena nie stanowi reguły. Grandidier, Litten, Fischer, Semerau-Siemanowski opisali wypadki, w których ojciec przekazywał niedokrzepliwość potomstwu.

Jak zachowują się w tem cierpieniu ciała skrzepotwórcze?

Płytki Bizzozero trzymają się raczej granicy górnej, jaką im nakreśliła norma.

Trombokinaza ilościowo jest zmniejszona, co wpływa ujemnie na tworzenie się trombiny.

Ostatniemi czasy Hynek zwrócił uwagę, iż wahania ilościowe trombokinazy u niedokrzepliwców nie są tak wiel-

kie, by one tylko decydowały o zaburzeniach tworzenia się skrzepu w krwawiączce.

Hynek na mocy badań pracownianych wysuwa koncepcję, iż w krwawiączce podnosi się poziom antitrombiny we krwi i w ten sposób zostaje zachwiana równowaga zespołu trombina-antitrombina.

Do grupy ostatniej zaburzeń krzepnięcia krwi należą stany, znane pod nazwą ogólną małopłytkowości, dawniej — choroba Werlhofa. Przebieg tego schorzenia jest nader charakterystyczny. Liczba płytek spada niekiedy nawet do zera; na powłokach skórnych oraz błonach śluzowych występują plamy różnorodne (czerwone, sino-zielone i t. d.) widzimy też krwawienia z nosa, gardła, przewodu pokarmowego i t. d.

Do odróżnienia tych odmian klinika posiada szereg metod względnie prostych. Polegają one na badaniu krzepliwości in vivo i in vitro, określaniu kurczliwości i odporności skrzepu oraz badaniu łamliwości naczyń próbą opaskową, stawianiem baniek i in.

Krew, np. w krwawiączce, mimo dostatecznych odsetek włókniaka, pozostaje w stanie płynnym nawet kilkanaście godzin; powstały z opóźnieniem skrzep składa się z warstwy dolnej — krwinki czerwone i białe — i z warstwy górnej, lekko galaretkowatej, zawierającej włókniak.

W przypadkach małopłytkowości mamy wydłużony tylko czas krzepnięcia in vivo (30' i więcej zamiast 3'), czas zaś krzepnięcia in vitro jest prawidłowy; kurczliwość skrzepu zła; łamliwość i przepuszczalność znaczna naczyń (objaw opaskowy Rumpel—Leede); liczba płytek znacznie opada.

Prócz krwotoczności, której źródło tkwi w ciałkach skrzepotwórczych, istnieje krwotoczność wskutek zmian chorobowych ścian naczyń (angiopatia Minkowskiego).

W stanach tego rodzaju stwierdzamy stosunki prawidłowe w zakresie tak płynnych, jak i postaciowych składników krwi. Badania krwi w tej grupie schorzeń, poza zmniejszoną niekiedy nieznacznie liczbą płytek, nie wykazują żadnych zboczyń od normy.

Zdaniem Franka występuje tutaj porażenie czynności naczyń włosowatych przez histaminę, która powstaje w przewodzie pokarmowym z histydyny pod wpływem działania drobnoustrojów.

Znamy i inne schorzenie, w którym krwotoczność zależy również od uszkodzenia ścian drobnych naczyń. Jest to choroba Möller-Barlowa (tło jej — brak w pożywieniu witaminy C).

Jady bakteryjne w angiopatiach zajmują stanowisko poważne. Potwierdzają to Schönlein-Henoch, Glanz-

mann i inni. Podkreślaliśmy już wielokrotnie wpływ ujemny chorób zakaźnych na krzepliwość krwi i czynność prawidłową śródbłonka naczyńowego. Wśród tej plejady schorzeń choroba płonicza zajmuje miejsce niepoślednie. Potwierdzeniem tej tezy jest nasz przypadek.

J. K., l. 7; przed tygodniem przechodził chorobę płoniczą. Obecnie silne krwawienia z nosa i z jelit. Rodzice zdrowi, rodzeństwo również; skłonności do krwawień nie ujawniały się. Pożywienie obfite w witaminy.

Stan obecny. Wzrost średni. Powłoki skórne naogół blade, łuszczą się. Na tułowie i kończynach pojedyncze plamy, barwy sinej, wielkości dwugroszówki, okrągłe: ucisk palcem nie zmienia barwy plam. Z nozdrzy sączy się stale krew w stanie płynnym. Płuca, serce bez odchyłeń uchwytanych. Wątroba wystaje z pod prawego łuku żebrowego na 3 palce poprzeczne, na dotyk tkliwa. Śledziona niemacalna. Brzuch nieco wzdęty, obmacywanie jego bolesne. Stolce częste z wyraźną domieszką krwi. Kończyny dolne wolne od obrzęków. Ciepłota ciała 35,4°.

Po zastosowaniu adrenaliny i soli wapnia krwawienia ustały i dziecko wróciło do zdrowia.

Jaki zespół przyczynowy spowodował krwotoczność w naszym przypadku?

Przesłanki racjonalistyczne, pomyślane nawet kategorja-
im logiki, tracą swą siłę dowodową z braku odpowiednich badań pracownianych; zdaje się jednak, iż nie będziemy zbyt oddaleni od prawdy, gdy zechcemy po zestawieniu objawów klinicznych naszego przypadku z częścią teoretyczną wywodów, wypowiedzieć kilka przypuszczeń.

Możliwość I. Jady paciorkowca hemolizującego zadziałały na komórki wątroby, hamując powstawanie ciał skrzepotwórczych.

Możliwość II. Ten sam czynnik zadziałał pośrednio lub bezpośrednio na płytki, obniżając ich poziom.

Możliwość III. Jad płonicy uszkodził śródbłonki naczyń krwionośnych, powodując przepuszczalność chorobą ich ścian.

Możliwość IV. Nastąpiło zamknięcie tamy wątrobowej. Ogromna masa krwi została częściowo jakby wykluczona z obiegu, co wpłynęło ujemnie na dostarczanie ciał skrzepotwórczych na inne odcinki.

Krwawiaczka i awitaminoza odpadają ze względu na dane wywiadu.

Nie wyklucza to jednak istnienia innych możliwości.

Wypadek zasługuje — mojem zdaniem — na uwagę, iż — wbrew utartemu mniemaniu — nie został stracony.

Kilka uwag o środku przeciwkaszlowym „Danutol” Rawskiego.

P o d a ł a

Dr. M. Dmochowska (Brześć n/B).

Zioła i najprostsze przetwory roślinne były w dawnych wiekach jedynymi niemal środkami leczniczymi. W czasach późniejszych syntetyczne środki chemiczne odsunęły zioła na plan dalszy, to też doniedawna stosowanie ziół było jedynie przywilejem lecznictwa ludowego.

Wyzyskanie środków leczniczych, zawartych w roślinach naszych lasów i pól, uważałam zawsze za otwartą, bogatą, a zaniedbaną dziedzinę chemji i praktyki farmaceutycznej.

Żadne, najlepiej nawet urządzone i wyposażone laboratorium, nie potrafiło dotychczas drogą syntezy dojść do otrzymania białka zwierzęcego, tak samo niepodobna otrzymać laboratoryjnie tych substancyj i ich połączeń, jakie potrafi wytworzyć z czerpanych przez nią z gleby składników żywa komórka roślinna, poddana działaniu promieni słonecznych.

Przy preparowaniu środków leczniczych pochodzenia roślinnego, chodzi głównie o to, by otrzymać wyprodukowane przez roślinę substancje o właściwościach stałych, nie zmienionych przez suszenie, dłuższe przechowywanie i t. p., czyli -chodzi o stabilizację (utrwalenie) środków roślinnych.

Zwrot ku leczeniu preparatami roślinnymi, dający się zauważyć na zachodzie (Anglja, Francja), cechuje się właśnie dążeniem do otrzymania produktów roślinnych o stałym składzie chemicznym.

U nas kierunek chemji farmaceutycznej, zmierzający do stabilizacji środków roślinnych znalazł przedstawiciela w osobie Magistra Farmacji p. J. R a w s k i e g o.

Wierząc w bogactwa lecznicze świata roślinnego, z żywym zainteresowaniem powitałam pojawienie się wśród mnóstwa coraz to nowych chemikalij, odrębnych zupełnie co do swej istoty, stabilizowanych środków roślinnych, wyrabianych w kraju.

Z trzech preparatów, wyrabianych przez J. R a w s k i e g o, wybrałam do wypróbowania „Danutol”, który zawiera następujące składniki:

1) *Stabilisatum Droserae*, 2) *Stabilisatum Thymi*, 3) *Ol. Cupressi*, 4) *Ol. Gomenoli*.

Przyjrzymy się kolejno tym poszczególnym składnikom:

1) *Drosera rotundiflora* (Rosiczka) używana była już w średniowieczu w chorobach płucnych, później w XX w. uznana za środek przeciwko krztuścowi (Dr. H. Leclerc „La Drosera dans le traitement de la coqueluche” *Journal des Particiens* 1916). Środek ten używany w postaci nalewki łagodzi ataki kaszlu i zapobiega wymiotom.

2) *Thymus vulgaris* (Tymianek), znany środek przeciwkaszlowy jako „Sirupus Thymi compositus”.

3) *Ol. Cupressi* (olejek cyprysowy) używany na zachodzie (Francja) przeciwko napadom kaszlu w przebiegu krztuśca i grypy (Dr. H. Leclerc „Précis de Phytothérapie”.

4) *Ol. Gomenoli ex Malaleuca viridiflora*, używany jako środek kojący przy uporczywym kaszlu, stosowany nawet w przypadkach zatruć gazami bojowymi („Presse Médicale” z dn. 30/V. 1923 r.).

Taki skład preparatu pozwolił rokować jaknajlepsze nadzieje co do jego działania.

Warunki pracy pozwoliły mi na wypróbowanie „Danutolu” R a w s k i e g o na większym stosunkowo materiale, przeważnie dziecinnym: od niemowląt do dzieci w wieku lat 8—9.

Niestety, czy też na szczęście w ciągu zimy 1928—29 r. w Żłobku Miejskim, będącym wówczas pod moją opieką, nie zdarzył się ani jeden przypadek krztuśca, nie miałam więc sposobności wypróbowania „Danutolu”, jako środka przeciwko tej chorobie, tegoroczna natomiast epidemia grypy, przebiegająca w ogromnej większości wypadków z powikłaniami płucnymi, dała duże pole do stosowania go w przypadkach ostrego i przewlekłego nieżytu oskrzeli (bronchitis).

W przypadkach ostrego nieżytu oskrzeli, towarzyszącego grypie w jej okresie początkowym, kiedy to chorych męczały napady suchego kaszlu, przypominającego, zwłaszcza u dzieci, napady krztuścowe, podawanie „Danutolu” znakomicie łagodzi kaszel, zmniejszając jego natężenie, napady stają się rzadsze i nie dochodzi wśród nich do wymiotów.

W 2 przypadkach zaobserwowałam ustąpienie objawów osłuchowych (zaostrzony wydech, rżenia) z równoczesnem całkowitem ustąpieniem suchego, męczącego kaszlu bez przejścia, jak to zazwyczaj bywa, w formę nieżytu z kaszlem wilgotnym i obfitą plwociną.

Nieżyty przewlekły (zejście nieżyty ostrego) najlepiej nadaje się do leczenia „Danutolem”. Nieżyty te po grypie cechują się objawowo uporczywym kaszlem z mniej lub więcej obfitą plwociną, osłuchowo — rozlicznymi rżeniami wilgotnymi. 4 takie przypadki leczone „Danutolem” miały przebieg łagodny, kaszel stopniowo tracił na nasileniu, napady występowały coraz rzadziej, aż po 8 — 10 dniach do 2 tygodni najdalej nastąpiło zupełne wyleczenie.

Opisane przypadki nieżyty przewlekłego po grypie dotyczyły dzieci w wieku 3 — 9 lat.

U dorosłych w 2 obserwowanych przypadkach po parodniowym stosowaniu „Danutolu” zarówno kaszel, jak i objawy osłuchowe ustąpiły całkowicie.

W jednym przypadku nieżyty przewlekłego, powtarzającego się od szeregu lat co zimą, podawanie „Danutolu”, jakkolwiek nie dało całkowitego wyleczenia, przyniosło jednak znaczną ulgę, kaszel stał się lżejszy, mniej nużący.

W praktyce dziecięcej, z pośród spostrzeganych przypadków, „Danutol” zdawałoby się zawiódł dwukrotnie (jak się później okazało nie była to wina preparatu), a mianowicie: u 9 letniego dziecka stwierdziłam występowanie napadów kaszlu; kaszel ten był dławiący, gwałtowny, przypominający krztusiec, temperatura przytem normalna i brak jakichkolwiek objawów chorobowych ze strony płuc. Stosowanie „Danutolu” nie przyniosło ulgi. Późniejsze badanie laryngologiczne ujawniło obecność w jamie nosogardzielowej dużych wyrosła adenoidalnych, które były przyczyną kaszlu.

Drugi przypadek dotyczył 5 - ciomiesięcznego niemowlęcia, przyczyną kaszlu była tu prawdopodobnie swoista sprawa gruźlicza, tocząca się w płucach, lub gruczołach płucnych. Zejście śmiertelne nastąpiło przy objawach gruźliczego zapalenia opon mózgowych. „Danutol” oczywiście nie dał tu pożądanego rezultatu.

Te dwa przypadki, w których „Danutol” był bezskuteczny podaję celowo, chcąc zwrócić uwagę na to, że nie należy zniechęcać się niepowodzeniem, dopóki dalsza obserwacja i badanie nie ujawnią jego istotnej przyczyny.

W praktyce dziecięcej, zwłaszcza, o ile zachodzi potrzeba dłuższego stosowania „Danutolu”, nasuwa się obawa wystąpienia szkodliwych działań ubocznych w postaci zaburzeń żołądkowo-jelitowych.

W wyjątkowych wypadkach po przebytej grypie zaobserwowałam u dzieci, którym podawałam „Danutol”, jako środek przeciwkaszlowy, pewne zaburzenia, biegunki i t. p. Przypuszczam jednak, że objawy te były wyrazem ogólnej grypowej intoksykacji organizmu. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe występują bowiem nieraz samoistnie po przebytej grypie, na-

wet w okresie bezgorączkowym, kiedy nie podaje się już chorym żadnych leków.

W celu uniknięcia jakichkolwiek działań ubocznych tego rodzaju najlepiej jest podawać „Danutol” w miksturze np.

Rp.

Danutoli Rawski 15,0
T-rae Ipecacuanhae 3,0
T-rae Anisi —
Aq. Foeniculi aa 6,0

M. D. S. co 2 — 3 godz. 4 — 30 kropli.

(Dawka dla dzieci)

Starszym dzieciom dobrze podawać „Danutol” na kawałku cukru. Dawkowanie „Danutolu”: dla dzieci do lat 5 — 2 razy tyle kropli, ile dziecko ma lat, dla starszych po 10 — 15 kropli co 2 — 3 godziny.

Stwierdzenie dodatniego wyniku leczenia kaszlu „Danutolem” zachęciło mnie do podania kolegom tych kilku o nim uwag.

Ten dodatni wynik cieszy mnie tembardziej, że, uznając stabilizowane środki roślinne za leki najbardziej racjonalnie sporządzone, nie zawiodłam się na jednym z pośród nich, to też szczerze życzę. by zgodnie ze słowami prof. Muszyńskiego *), stabilizowane środki roślinne „zyskały jaknajprędzej prawo obywatelstwa zarówno wśród sfer lekarskich, jak również w aptekach i wytwórniach farmaceutycznych”.

*) Prof. Muszyński „O fytoterapii i utrwalaniu (stabilizacji) leków roślinnych”.

Powikłanie Świnki przez Surowicze zapalenie opon mózgowych.

P o d a ł

Dr. Jan Truszkowski (Piotrków).

Dn. 20.II.1929 r. zostałem wezwany do 8-letniego chłopca z powodu wymiotów, które go męczyły całą noc. Wywiad daje następujące dane: chłopiec zachorował 16.II. i skarżył się na ból poniżej prawego ucha, gdzie otoczenie znalazło obrzmienie gruczołu przed uchem. C 38⁰. Następnego dnia obrzmienie było większe i zdecydowano, że to świnka, a że ciepłota trzymała się w granicach 37,5⁰ — 37, 8⁰, więc owinięto obrzmiałe gruczoły, zatrzymano dziecko w łóżku i czekano na zakończenie choroby. Tymczasem z czwartego na piąty dzień choroby, t. j. 20-go w nocy zjawiły się niepowstrzymane wymioty, które trwały całą noc i uporczywy ból głowy. Chory prosił stale o trzymanie chociaż ręki na jego czole, czasami również odczuwał dotkliwy ból w okolicy żołądka. Stolec był poprzedniego dnia wieczorem.

St. pr. dziecko blade, ze zmęczonym wyrazem twarzy, leży nawznak, widać z obydwóch stron typowe dla świnki obrzmienie gruczołów. Każdy ruch głowy wywołuje protest i bolesne skrzywienie na twarzy. — C. 38,8⁰ T. 90. — Język wilgotny niezbyt obłożony. W płucach i sercu żadnych zmian nie zanotowano. Podczas badania w pozycji siedzącej zrobiło się choremu niedobrze. Brzuch miękki, śledziona i wątroba nie powiększone. Żrenice równe, oddziaływują na światło leniwie, sztywność karku zaznaczona wyraźnie, Kernig również; i jeden i drugi objaw podczas badania sprawiał ból choremu. Nie ulegało wątpliwości, że miałem przed sobą obraz Meningitis serosa i to, jako powikłanie świnki. — Chłopiec wątłej budowy, z chorób zakaźnych przechodził tylko płonicę w trzecim roku życia. Zalecone podawanie płynów w bardzo ograniczonej ilości zmniejszyło w ciągu dnia wymioty, ale ból głowy nie ustępował. Każde poruszenie wywoływało nudności i zwiększało ból głowy. Wieczorem 21.II. C. 38,6⁰ — byłem zmuszony (wobec nieustającego bólu głowy) podać dziecku niewielką dawkę luminalu, który wpłynął o tyle dobroczynnie, że chory odczuwał mniejszy ból głowy, ale pomimo bromu spać całą noc nie mógł. Dopiero 22. po południu, t. j. po 36 godzinach, przespał się 2 godziny. Od tej chwili zaczęła się poprawa ogólnego stanu. Ciepłota z 38⁰ spadła następnego dnia do 37,7⁰ i chory podczas odwiedzin zawiadomił, że już może nogę wyżej podnosić, ale głowa jeszcze boli i często zdejmuje mu się, że spada z łóżka, co nie daje mu zasnąć. Wymioty ustąpiły, ale nudności jeszcze się zjawiały przy ruchach głowy. Dn. 24.II. C. rano 36,8⁰ w. 37,2⁰. — Nudności ustąpiły zupełnie, pozostał jeszcze niewielki zawrót głowy przy zmianach pozycji. Sen dobry.

W dostępnej dla mnie literaturze znalazłem tylko wzmianki o Meningitis przy śwince, np. Heubner kończy swoją wzmiankę uwagą: „ja ani razu podobnego powikłania nie widziałem“.

Moro w podręczniku Pfaundlera i Schlossmana wśród powikłań ze strony systemu nerwowego wspomina o drgawkach i ciężkich psychozach z utratą pamięci. Nadmienia też, że bywają somatyczne zmiany w systemie nerwowym, które w najcięższej formie przebiegają, jako postparotitische Meningoencephalitis i zwykle kończą się śmiercią.

Feer w swoim podręczniku pisze, że współludział systemu nerwowego w śwince należy do nadzwyczajnych rzadkości i znów powołuje się na autorów francuskich, którzy opisują występowanie lekkich postaci Meningitis serosa przy śwince podczas niektórych epidemij, jako niezbyt rzadkie zjawisko. Takie lekkie Meningitis serosa podług autorów francuskich zwykle po kilku dniach ustępuje, o ile nie przechodzi w ciężką postać ze sztywnością karku, Kernigiem i drgawkami, te ostatnie objawy mogą spowodować śmierć.

Pozwalam sobie podać ten wyjątkowy wypadek, gdyż wystąpienie sztywności karku i Kerniga przy męczących wymiotach budziło poważne obawy, a jednak choroba pomimo początkowo groźnych objawów już po 2 dniach przybrała formy łagodniejsze, zdaje się dlatego, że nie było drgawek i utraty przytomności, na co, jako na objaw niebezpieczny, kładą nacisk autorowie francuscy.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Revue française de Pédiatrie.

Tome V. Nr. 1. 1929.

P o d a ł J. Wiszniewski.

E. G o r t e r. Rozpoznanie czynnej gruźlicy.

Autor robi szczegółowy przegląd różnych metod badania i stara się ustalić wartość poszczególnych sposobów dla rozpoznawania czynnej sprawy gruźliczej. Liczne przykłady i radiogramy wykazują, że aczkolwiek dane rentgenograficzne muszą być tłumaczone ostrożnie, jeżeli chodzi o ustalenie, czy sprawa gruźlicza jest czynna, czy nie, to jednak w całym szeregu przypadków klisza wystarcza w zupełności. Jednak zwykle badanie kliniczne nie traci przez to na wartości. Autor sądzi, że celem szczegółowego badania zapomocą wszelkich współczesnych metod jest nauczanie się jaknajlepiej obserwować objawy, tak aby móc oceniać je później trafnie nawet w tych przypadkach, w których kontrola rentgenograficzna i pracowniana jest niemożliwa.

Z metod pracownianych autor omawia: określanie globulin i albumin w surowicy, odczyn strącania w obecności siarczanu amonu, szybkość opadania krwinek, wzór ciałek białych, barwliwość ziarnistości obojętnochłonnej w środowisku kwaśnem i odczyn dopełniacza.

Autor dochodzi do wniosku, że zastosowanie tych wszystkich sposobów badania pozwala wykluczyć gruźlicę czynną z większą pewnością.

Metody pracowniane nie będąc swoiste, mają tą wyższość nad innemi, że są bardziej czułe, ale właśnie ta cecha niekiedy wprowadza w błąd.

P. W o r i n g e r. Wyniki leczenia optochiną ropnych zapaleń płucnej.

Autor pierwszy, w r. 1924, w piśmiennictwie francuskim podał 5 przypadków ropnego pneumokokowego zapalenia płucnej u niemowląt, leczonych z dobrym wynikiem metodą Gralki (wstrzykiwaniami optochiny do jamy płucnej). Od tego czasu autor zebrał 36 przypadków leczonych tym sposobem. Technika jest następująca: po wypuszczeniu przez nakłucie płucnej tyle ropy ile to jest możliwe, wstrzykuje się do jamy płucnowej 50% roztwór optochiny hydr. — w ilości odpowiadającej 0,025 optochiny na kilo wagi dziecka, nie więcej jednak, jak 0,5 jednorazowo. Zabieg powtarza się kilkakrotnie w odstępach 1—2 dni. W niektórych przypadkach to nie wystarczy dla osiągnięcia wyniku i wtedy należy powtarzać wstrzykiwania serjami.

Wyniki leczenia ropnego pneumokokowego zapalenia płucnej u dzieci optochiną są znacznie lepsze, niż przy stosowaniu wszelkich innych metod. Szczególnie w pierwszych 2-ach latach życia należy oddać pierwszeństwo tej metodzie leczenia. W tym wieku śmiertelność na materiale autora wynosi

33%, według zaś wszelkich innych statystyk śmiertelność w pierwszych dwóch latach wynosi 50 — 80%.

W przypadkach szczególnie pomyślnych treść ropna staje się jałowa i wysysa się już po pierwszych wstrzykiwaniach. Ciepłota opada i stan ogólny poprawia się. W tych przypadkach następuje restitutio ad integrum anatomiczna i czynnościowa. Niektóre przypadki natomiast wymagają dużej liczby wstrzyknień, czem nie należy zrażać się. To opóźnione działanie zależy albo od obecności jam otorbionych lub wielokomorowych, albo od obecności dużych złożeń włókniaka. Działanie optochiny jest ściśle miejscowe — należy bezpośrednio dosięgnąć wszystkie ogniska zakaźne. Optochina działa wyłącznie na pneumokoki.

Niepowodzenia przy tym sposobie leczenia mogą zależeć od współistniejącej sprawy w miąższu płucnym, bądź też wskutek zakażenia innych narządów (worek osierdziowy, opony, otrzewna, sepsis), lub wskutek zakażenia mieszanego innemi drobnoustrojami.

Optochina wstrzyknięta do opłucnej zmienionej nie ma wpływu szkodliwego na ustrój, nawet dawki podwójne były znoszone bez żadnych zaburzeń. Natomiast obfite płukania jamy opłucnej słabym roztworem optochiny, jak to polecał Gralka, są zbędne i mogą być czasami niebezpieczne.

M. Erlich i A. Festensztat. Przyczynek do badań nad gruźliczem zapaleniem opon mózgo-rdzen. Drukow. w Pedj. Polsk.

M. Erlich. Przyczynek do badań nad ropnem zapaleniem opon mózgo-rdzen. Drukow. w Pedj. Polsk.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

Tom 123. Zeszyt 3/4.

Podał R. Barański.

A. Mader. Wakcynacja a układ nerwowy.

Autor opisuje 6-ro dzieci, u których po szczepieniu ospy wystąpiły objawy encefalityczne. Wiek tych dzieci — $1\frac{3}{4}$ roku, $1\frac{1}{2}$ roku, 5 lat, 2 lata, $3\frac{3}{4}$ roku, 6 miesięcy. U czworga z nich (1, 3, 5 i 6) objawy mózgowie wystąpiły po pierwszym szczepieniu u jednego (2) po powtórkiem, w czwartym zaś przypadku po raz pierwszy szczepiono ospę w pierwszym roku życia, jednakże z wynikiem ujemnym zmiany w układzie nerwowym wystąpiły po szczepieniu powtórkiem. Objawy zapalenia mózgu występowały w 7—12 dni po szczepieniu; w drugim przypadku u dziecka ponownie szczepionego wystąpiły po 4 dniach, w ostatnim zaś — u niemowlęcia 6-miesięcznego po 17 dniach. W trzech wyżej wymienionych przypadkach zespół klinicznie można było traktować — jako myeloencephalitis, w pozostałych zaś — jako meningoencephalitis. Wszystkie sześć przypadków zakończyły się wyzdrowieniem. Wspomniane przypadki obserwowano w tym okresie, kiedy nagminne zapalenie mózgu występowało jedynie sporadycznie.

A. Peiper. Napady bezdechu.

Ośrodek oddechowy składa się z kilku części. Apnoë (bezdech) powstaje wskutek zupełnego wykluczenia czynności ośrodka oddechowego. Podczas napadu bezdechu po jakimś czasie zaczyna pracować najniżej postawiony ośrodek oddechowy (Schnappzentrum), czynność którego normalnie jest zahamowana przez wyższe ośrodki. Dzięki temu wyższe ośrodki, względnie wyższe części ośrodka oddechowego, mogą ponowić swoją czynność. Napady bezdechu występują tem łatwiej, im dziecko jest

młodsze i im stan ogólny jego jest gorszy. Napady mogą zjawiać się nagle, bez widocznych przyczyn. Jednakże mogą je powodować również i bodźce zewnętrzne — przyjmowanie pokarmu, kaszel i t. p. Okres bezdechu trwa przeciętnie około minuty. W ciężkich napadach leczenie polega na stosowaniu sztucznego oddechu, lobeliny, tlenu, drażnienia skóry i w ostateczności adrenaliny dosercowo. Etiologia cierpienia nie jest znana. Na to, że wylewy krwawe do mózgu mogą wywoływać napady bezdechu, wg. P. brak jeszcze przekonujących dowodów.

Waldemar Feer. Ziarnica złośliwa u dzieci.

Autor opisuje 9 przypadków tego cierpienia. Taką liczbę przypadków limfogranulomatozy wyłowiono w przeciągu ostatnich 17 lat z materiału klinicznego i poliklinicznego. Na podstawie danych z piśmiennictwa. F. dochodzi do wniosku, że $\frac{1}{5}$ przypadków ziarnicy złośliwej dotyczy wieku dziecięcego, przytem znacznie częściej chorują chłopcy niż dziewczęta (z ogółem zebranych 54 przypadków, $\frac{44}{5}$ przypada na chłopców, 10 — na dziewczynki).

Z 9 przypadków autora, w 7 odczyn Pirqueta był ujemny. W przypadkach sekcyjnych, gdzie za życia był o. Pirqueta ujemny, badanie pośmiertne nie wykazywało absolutnie żadnych zmian gruźliczych. Z objawów ogólnych zawsze F. stwierdzał gorączkę. Leukocytoza często bywa u dzieci nieznaczna, albo nawet może jej wcale nie być. Liczba eozynofili, jak również monocytów u dzieci bardzo często może być zwiększona. Największa eozynofilia (przyp. 6) wynosiła 20%, limfopenia należy do b. charakterystycznych zmian we krwi u chorych na ziarnicę złośliwą. Najmniejsza liczba limfocytów wynosiła 11%, po naświetlaniu zaś 1% (przyp. 4). Opadanie krwinek tam, gdzie było dokonane, zawsze było przyspieszone.

Rozpoznanie może być ustalone często już na podstawie badania klinicznego, zupełnie jednak pewnie dzięki badaniu histologicznemu.

Lecniczo autor stosował Roentgenoterapię — częste duże dawki w krótkich odstępach czasu i arsen w postaci arsacetyny $2-3 \times 0,03$.

Z 9 przypadków, podanych przez F., 6 — zmarło, 1 — wyleczony (przynajmniej w przeciągu przeszło 5 lat nie obserwowano nawrotu), w 2 — cierpienie trwa dalej. Czas trwania choroby wahał się od 10 miesięcy do 9 lat. Przeciętnie wynosi 24—29 miesięcy.

O. Bäumlér. Dermatitis exfoliativa u dzieci powyżej roku.

Autor obserwował 2 przypadki tego cierpienia — u chłopców $\frac{3}{2}$ i $\frac{4}{3}$ -letnich. Obraz chorobowy całkowicie odpowiadał temu co Ritter v. Rittershain opisał jako dermatitis exfoliativa neonatorum.

G. Dienst. Przypadek Splenohepatomegalii z tłuszczowatym zwyrodnieniem komórek (lipoidzellige Splenohepatomegalie).

Przypadek dotyczy 3-miesięcznego dziecka. Zakończył się jak wszystkie inne dotąd opisane, zejściem śmiertelnym. Przypadek pozwala sądzić, że choroby Gaucher i Niemann-Picka są odmianami jednego i tego samego cierpienia, powstającego wskutek zaburzeń w gospodarce lipidów. Etiologia i patogeniza cierpienia nie jest znana.

K. Schrutz i O. Vychytil. Leczenie spastycznego kaszlu promieniami Roentgena i wpływ ich na obraz krwi.

Spastyczny kaszel spotyka się w najróżniejszych cierpieniach — krztuścu, niekiedy w grypie, gruźlicy gruczołów okołoskrzelowych, krupie, w przypadkach ciał obcych w oskrzelach. Ważnym czynnikiem w powstawaniu charakterystycznego kaszlu spastycznego w krztuścu jest obrzęk gruczołów śródpiersia. Przy zmniejszaniu się pod wpływem promieni R. gruczołów, kaszel spastyczny również słabnie. Roentgenoterapię wg. autora najle-

PHYTINA

CIBA

FOSFOROWY MATERJAŁ ZAPASOWY ROŚLIN CHLOROFILOWYCH

Zawiera około 20% fosforu w związku organicznym,
przyswajalnym.

Wielce skuteczne, nieszkodliwe leczenie
fosforem w formie przyjemnej w użyciu.

KAPSUŁKI



KROPLE

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

Oddział Farmaceutyczny

FORTOSSAN

CIBA

Neutralna sól PHYTINOWA z laktozą dla osesków
i dzieci w pierwszych dwóch latach życia.

LEK WZMACNIAJĄCY, ZAWSZE DOBRZE ZNOSZONY,

pobudza łaknienie, przyczynia się do tworzenia kośćca
i rozwoju dziecka, polepsza stan odżywiania i zapobiega
wielu chorobom, zwłaszcza krzywicy.

PUDEŁKA ORYGINALNE Z MIARECZKĄ W FORMIE ŁYŻECZKI.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

PABJANICE, wojew. Łódzkie.

Oddział Farmaceutyczny.

KAKAO OWSIANE WEDLA

łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.

Zalecane dla dzieci i osób o słabem trawieniu

E. WEDEL

WARSZAWA, ULICA SZPITALNA № 8.

Mleko Białkowe
Plasmon
Casein-Calcium

Preparaty Mieszane

Płatki owsiane

Sucharki odżywcze

Czekolada

Kakao

Cakes

Przy Chorobach dziecięcych

OSZCZĘDNE

TANIE

Przyjęte do spisu
środków Kas Chorych



Fabryki Plasmon (Neubrandenburg)

25 lat doskonałych wyników w leczniczych.

Naturalne, czyste mleko białkowe, otrzymane według ścisłych zasad naukowych zawiera: 76% substancji azotowych, 2,5% — wapnia, 3% kwasu siarczanego;

łatwo rozpuszczalne, łatwo strawne, bez smaku i zapachu, łatwe w użyciu, zalecane przy Dyspepsji, Dystrofji, Zaniku, Skazie Wysiękowej, Dłatezji, Atrofji, Skazie Skurczowej, Krzywicy i Gruźlicy

Literatura: Czerny, Keller, Feer, Finkelstein, Meyer, Kleinschmidt, Langstein, Pfandner - Schlosman, Thomas i in.

Próbki i literaturę wysyła się bezpłatnie na żądanie

piej jest stosować w trzecim—czwartym tygodniu krztuśca. Pod wpływem promieni Roentgena najszybciej ustępują wymioty, później słabnie kaszel napadowy.

W nieskomplikowanych przypadkach krztuśca pod wpływem promieni Roentgena w przeciągu 14 dni zaznacza się zmniejszenie liczby białych ciałek, szczególnie wyraźne w przypadkach ze znaczną leukocytozą. Liczba limfocytów spada zarówno absolutnie, jak i względnie. Liczba obojętno-chłonnych absolutnie spada, względnie podnosi się. Liczba monocytów i eozynochłonnych umiarkowanie wzrasta. Zmiany w obrazie krwi występują szybko — już w 3—4 dniu po naświetlaniu.

W przypadkach powikłanych wtórnem zakażeniem stwierdzano nieznaczne zmniejszenie się, względnie zwiększenie się ogólnej liczby białych ciałek ze wzrostem obojętnochłonnych i przesunięciem obrazu na lewo.

W przypadkach krztuśca, gdzie równocześnie stwierdzano gruźlicę gruczołów śródpiersia, z czterech—w 3 kaszel wybitnie się zmniejszył.

Dobry wynik w sensie uspokojenia spastycznego kaszlu osiągnięto również w 2 przypadkach gruźlicy gruczołów węzkowych.

Ustępowanie kaszlu autor traktuje, jako skutek zmniejszenia się gruczołów, które w ten sposób przestają uciskać na oskrzela i drażnić zakończenia nerwów.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

47 B. 3 u. 4 Heft.

P o d a ł St. Popowski.

Finkelstein i Wilfand. Odczyn Dicków a szczepienie ospy.

Szczepienie ospy wpływa na wynik próby Dicków, przeistaczając poprzednio ujemny odczyn na dodatni. Szczególnie wyraźnie występuje powyższe zjawisko przy równoczesnem wprowadzeniu do skóry krowianki wraz z toksyną błoniczą. Dodatni odczyn Dicków zjawia się po 16 dniach od szczepienia ospy i utrzymuje się w ciągu paru miesięcy.

Hottinger. Badania nad ergosteryną naświetlaną.

Autor przeprowadził szczegółowe badania nad działaniem ergosteryny naświetlanej. Badania te były przeprowadzone na psach, jak również na dzieciach krzywiczych i zdrowych. Zdaniem autora ustrój krzywiczy reaguje natychmiastową poprawą bilansu wapnia, objawy zaś „kwasicy krzywiczej“ ustępują powoli. Zachodzi tu całkowita analogja z działaniem innych środków przeciwkrzywiczych, w pierwszym zaś rzędzie z działaniem światła i tranu; działanie jednak naświetlanej ergosteryny występuje szybciej. Ustrój niekrzywiczy reaguje inaczej. Zgodnie z badaniami autora, daje się tu zauważyć dwufazowe działanie ergosteryny naświetlanej. W pierwszym okresie występują zmiany, świadczące o pewnem zakwaszeniu ustroju, bilans zaś wapnia pogarsza się znacznie, aż do bilansu ujemnego włącznie. W drugiej zaś fazie następuje poprawa bilansu wapniowego i powrót jego do normy. Autor potwierdza badania Krötza, który wykazał zakwaszające działanie ergosteryny na ustrój normalny, badania te były dokonywane na dorosłych.

Walter Block. Uwagi o skurczu odźwiernika.

Autor podaje szereg luźnych spostrzeżeń dotyczących skurczu odźwiernika. Zwraca on uwagę na częste występowanie tego cierpienia

w ostatnich latach, podnosi częste stwierdzanie w wywiadach schorzenia żołądka, w pierwszym rzędzie wrzód żołądka u rodziców lub u dalszych krewnych. Autor podaje jeden przypadek skurczu odźwiernika z równoczesnym wystąpieniem skurczu jelit. Rozstrzeń żołądka naogół w przebiegu cierpienia występuje rzadko. Podczas zabiegu chirurgicznego należy zwracać uwagę na wiązadło wątrobowo-dwunastnicowe, gdyż anomalje tego wiązadła mogą pociągnąć za sobą utrudnienie przejścia treści z żołądka do jelit. Wydzielanie soku żołądkowego w przebiegu cierpienia (przy badaniu naczczo) jest wybitnie zwiększone. Omawiając leczenie, autor podkreśla, że pokarm kobiecy nie jest bynajmniej pożywieniem najodpowiedniejszym. Najlepsze wyniki widuje autor od płynnych skoncentrowanych mieszanek, w pierwszym zaś rzędzie skoncentrowanego mleka białkowego z dużą ilością cukru. Ze środków farmaceutycznych zaleca autor doustne stosowanie atropiny, szczególnie zaś dobre wyniki widywał autor przy jednoczesnym wśródskórnym zastrzykiwaniu adrenaliny. Badanie rentgenologiczne według autora nie może zadecydować, jakie przypadki nadają się do zabiegu chirurgicznego, lecz w wątpliwych przypadkach pozwala ono na ustalenie właściwego rozpoznania.

Bernheim-Karrer. Badania nad odżywianiem jednojajowych bliźniąt.

Autor badał wpływ pokarmu gotowanego i surowego na rozwój 5 par bliźniąt, przyczem jedno z bliźniąt było żywione pokarmem kobiecym gotowanym, drugie zaś surowym. U dwojga niemowląt stwierdził on wyższość pokarmu surowego, co uwydatniło się w lepszym przyroście wagi. Oprócz tego autor badał hamujące właściwości surowic na rozwój bakterii (gronkowce); w dwóch przypadkach stwierdzono, że surowica niemowląt żywionych pokarmem surowym posiadała te właściwości w stopniu wyższym, niż surowica niemowląt żywionych pokarmem gotowanym. Wyraźniejszych jednak różnic w odporności niemowląt na zakażenie grypowe, jak również na zakażenie dróg moczowych lasecznikami okrężnicy autor nie widział.

Makarow i Fedorow. Przyczynek do szczepień ochronnych przeciw gruźlicy metodą Langer'a.

Autorowie dokonali szczepień metodą Langer'a u 22 dzieci w wieku do 2 lat (większość dzieci było w wieku 6—12 mies.) Szczepionka była wprowadzana doskórnie w ilości 0,3 gr. w 3 kolejnych szczepieniach; część dzieci otrzymała szczepionkę w 2 dawkach po 0,1 gr. i 0,2 gr., część zaś otrzymała od razu 0,3 gr. przy pierwszym szczepieniu. W miejscu wprowadzenia szczepionki po 24 godzinach powstawał nieznaczny naciek (5—8 mm.) otoczony przekrwioną skórą. Po upływie paru dni przekrwienie ustępowało, naciek się zmniejszał i utrzymywał się w tym stanie przez dłuższy czas (w 4 przypadkach powyżej 1 roku). Ujemnego wpływu na ogólny stan dziecka nie zanotowano ani razu; u 9 dzieci (z 16-tu) po upływie 2—12 mies. stwierdzono wyraźny odczyn tuberkulinowy (Mantoux). Charakter odczynu był identyczny z odczynem dzieci chorych na gruźlicę. U 4 dzieci alergja utrzymywała się do końca okresu spostrzegania (1 rok) u 3-ga obniżyła się po upływie 2¹/₂—4—12 mies. u 2-ga zaś ustąpiła całkowicie już po upływie 2¹/₂ mies. Przy dokonywaniu szczepień u morskich świnek wrażliwość na tuberkulinę występowała wyraźniej i utrzymywała się przez czas dłuższy. Szczepienie metodą Langer'a nie chroniło morskich świnek przed ciężką uogólnioną gruźlicą, lecz u świnek szczepionych stwierdzano większą skłonność do zmian wytwórczych, niż to wykazywały zwierzęta kontrolne.

L e N o u r i s s o n .

Rocznik 17. Nr. 1.

Podał J. Kolago.

M. A. — B. Marfan. Odżywianie niemowląt słabych i hipotrofików w Zakładzie Dobroczynnym dla dzieci.

Autor przedstawia sprawę odżywiania niemowląt słabszych w istniejącym od lat przeszło 100 Zakładzie Dobroczynnym dla dzieci.

Ruch niemowląt przedstawia się imponująco: od 800 do 1000 rocznie. Najbardziej paląca jest kwestja odżywiania, specjalnie chodzi o dzieci poniżej 3 miesięcy, obarczone skazami konstytucyjnymi, dystrofią lub ciężką chorobą (biegunka lub kiła), dla których odżywianie pokarmem naturalnym stanowi kwestję życia lub śmierci. Próby zastąpienia tego cennego pokarmu przez mieszanki mleka krowiego, upodobnione pod względem chemicznym do pokarmu naturalnego, bądź też przez mleko oślic (dawniej) lub maślankę w czasach późniejszych, nie dały w ciężkich przypadkach wyników dodatnich.

Dla dostarczenia niezbędnej ilości mleka kobiecego, Zakład korzysta z usług niezamożnych matek, karmiących na warunkach następujących: każda matka zobowiązuje się zbywający pokarm ofiarować Zakładowi, wzamian maś otrzymuje bezpłatne locum i utrzymanie dla siebie i dziecka. Pokarm zpodaje się zestrzyknięty, gdyż przystawienie niemowląt żłobkowych do piersi często powoduje zakażenie kiłą dziecka lub osoby karmiącej. Doświadczenie wykazało, że taka matka zdolna jest zestrzyknąć od 400 — 600, a nieraz 1000 gr. pokarmu dziennie.

Zawdzięczając tym zarządzeniom, śmiertelność niemowląt słabszych w ciągu ostatniego dziesięciolecia spadła niemal o $\frac{2}{3}$.

G. Mouriquand i A. Leulier. Odporność organizmu na poszczególne rodzaje głodzenia.

Autorzy dokonali szeregu doświadczeń na świnkach morskich, polegających na tem, że jedna grupa otrzymywała pożywienie zwykłe, t. j. siano i owies, z dodaniem witamin w postaci soku cytrynowego — lecz w ilości niedostatecznej, odpowiadającej $\frac{2}{3}$ normalnego zapotrzebowania; druga zaś grupa otrzymywała to samo pożywienie w tejże ilości, lecz bez soku cytrynowego, zawierającego niezbędną dla życia świnek witaminę C. Autorzy stwierdzili w pierwszej grupie świnek załamanie się po 20 dniach, a śmierć po 60 dniach, przyczem łaknienie przez czas dłuższy utrzymywało się na poziomie normy. Natomiast w grupie II, odżywianej bezwitaminowo, załamanie się występowało już po 10 dniach, a śmierć po 20 dniach; prztem świnki traciły apetyt już w II tygodniu i nie zjadały podawanego pokarmu.

Opierając się na powyższych doświadczeniach, autorzy podkreślają doniosłość racjonalnego odżywiania niemowląt, polegającego przedewszystkiem na podawaniu odpowiedniego pokarmu. Jak wiadomo, ciężkie wyniszczenia powstają u niemowląt wyłącznie na tle jakościowego, a nie ilościowego głodu.

E. Jordan. Zakres, niebezpieczeństwa i sprzeczności eugeniki.

Nauka eugeniki ostatnimi czasy gubi się w powodzi teorji i sprzeczności. W większości przypadków linja wytyczna postępowania adeptów tej dyscypliny kroczy drogami neomaltuzjanizmu: ograniczając liczbę urodzeń, eugenicy tą drogą spodziewają się stworzyć lepsze warunki bytu dla ludzkości i podnieść ogólną zdrowotność. Natomiast doświadczenie stuleci wykazują, że nieograniczony przyrost ludności, nawet powodujący okresowe przeludnienia, wydatnie przyczynia się do selekcji osobników zdrowych,

mających przewagę w walce o byt nad słabszymi konkurentami i tym sposobem stwarzających sobie lepsze warunki dla założenia rodziny.

Autor nawołuje do zrewidowania podstaw i poczyniń programowych eugeniki.

Henry Lemaire i Desbuquois. Napięcie i hipotonja mięśni u małych dzieci.

Autorzy przeprowadzili szereg badań napięcia mięśni u niemowląt i małych dzieci, stosując własną metodę.

Jak wiadomo, u niemowląt do 3-ich miesięcy istnieje stan fizjologicznej hipertonii, która w wieku późniejszym stopniowo ustępuje, aby w okresie od 1 roku do 1½ lat przejść w wybitną hipotonję, poczem dopiero ustala się normalne napięcie.

Poszczególne stany chorobowe, jak to: krzywica, myatonia congenita Oppenheima i niektóre schorzenia mózgowia powodują ogólne zwiotczenie mięśni, sprawdzając tem samem opóźniony rozwój fizyczny dziecka.

M. Ménaché. Przyczynek do badań nad obłędem w okresie karmienia piersią.

Autor obserwował kilkanaście przypadków psychozy w okresie karmienia. Na zasadzie spostrzeganego materiału doszedł do wniosku, że choroba ta powstaje zazwyczaj w 6-ym miesiącu karmienia, posiada naogół przebieg lekki i rokowania pomyślne, jednakże powraca podczas następnego okresu karmienia. W celach profilaktyki należy zakazać karmienia matkom zagrożonym tą chorobą.

Rocznik 17. Nr. 2.

K. Ribadeau—Dumas, Max Lévy, V. Dupuy i S. Migon. Zaburzenia w przemianie wodnej u niemowląt, chorych na wyprysk.

Przemiana wodna posiada doniosłe znaczenie w okresie wzrostu. Przeróżne schorzenia, a pomiędzy nimi sączące się wypryski, powodują zaburzenia w gospodarce wodnej.

Autorzy dokonali szeregu doświadczeń nad niemowlętami choremi na wyprysk, które wykazały:

- 1) że rezorbacja wstrzykniętego doskórnie roztworu fizjologicznego soli kuchennej przebiega szybciej, aniżeli u niemowląt zdrowych (norma wynosi 60 do 80 minut);
- 2) zawartość wody w osoczu bywa w wielu wypadkach zwiększona (normalna zawartość wynosi 91:100);
- 3) zawartość wody w tkankach jest również zwiększona;
- 4) stosunek ilościowy albuminy do globuliny w osoczu zmienia się na niekorzyść albuminy.

Erna Lévy. Wahania zawartości białka w surowicy krwi niemowląt chorych na wyprysk.

Dotychczasowe spostrzeżenia dowodzą, że zawartość białka w surowicy krwi odgrywa niepoślednią rolę w przemianie wodnej ustroju. Z drugiej strony długotrwały sączący się wyprysk może się odbić na zawartości białka w surowicy krwi.

Celem określenia zawartości białka w surowicy, autorka miareczkowała azot metodą poleconą przez Wagnera i Parnasa.

Początkowo autorka zbadała szereg niemowląt zdrowych i chorych na różne choroby poza wypryskiem. Następne badania przeprowadziła na niemowlętach chorych na sączący się wyprysk. W wyniku tych badań stwierdziła, że w przebiegu długotrwałych ciężkich wyprysków występuje obniżenie

nie się zawartości białka w surowicy krwi (hypoproteinaemia). W miarę poprawy następuje zwiększenie się zawartości białka i stopniowy powrót do normy. Szczegółowe zbadanie całkowitej przemiany azotu w przypadkach powyższych stwierdza, że nadmierna utrata białka odbywa się poprzez skórę (drogą wysięku).

Autorka podkreśla nasuwające się z powyższego koncepcje dietetycznego leczenia wyprysków, dążącego do utrzymania zawartości białka w surowicy krwi na poziomie normy.

Dr. Alphonso G. Alarcon (de Tampico, Meksyk). Przyczynek do patogenezы objawu Sisto.

Spostrzeżenie profesora G. Sisto dotyczy uporczywego krzyku napotykanego u niemowląt i noworodków. Objaw ten zdaniem S, występuje w zależności od procesu zapalnego w nasadach kości długich przy kile wrodzonej.

Podług autora u wszystkich niemowląt do 3 miesięcy, nawet nie mających nic wspólnego z kiłą wrodzoną, można spostrzegać krzyk o mniej-szem lub większym nasileniu. Autor tłumaczy to zjawisko wzmożoną pobudliwością całego układu mięśniowego, a przede wszystkim mięśni układu pokarmowego, spowodowaną silnem napięciem układu parasympatycznego u młodych niemowląt.

Układ ten podlega wyłącznie bodźcom wychodzącym z rdzenia kręgowego i jest całkowicie niezależny od mózgowia, gdyż pęczek piramidowy w tym okresie jest dopiero w zaczątku i ostatecznie kształtuje się dopiero w końcu 3-go miesiąca życia. Stan wagotonji u niemowląt powoduje stałe zaburzenia w trawieniu, połączone z silnymi bólami, które powodują uporczywy krzyk. Charakterystyczne dla powyższego zespołu, określonego przez autora, jako „przyściowa biegunka niemowląt“, jest ustępowanie objawów pod wpływem leczenia atropiną i zazwyczaj samoistne wyleczenie w końcu 3-go miesiąca. Rozumie się, że leczenie przeciwkiłowe w powyższych przypadkach pozostaje bez skutku.

Autor proponuje rozpoznawać objaw Sisto, jako znamieny dla kiły wrodzonej, jedynie u niemowląt powyżej 3-ch miesięcy wieku, pod warunkiem, że charakterystyczne krzyki nasilają się przy ucisku na nasady kości długich i że objawy te cofają się pod wpływem leczenia przeciwkiłowego.

Dr. A. Carrau. Lekarz Szpitala Dr. Pedro Visca Montevideo. Przypadek dolichostenomelji (choroby Marfana).

Choroba dolichostenomelja, opisana przez Marfana w roku 1896-ym, jest to wrodzony niedorozwój kośćca, polegający na nadmiernem wydłużeniu i ścieńczeniu kości kończyn; tym zmianom towarzyszą często jeszcze inne zniekształcenia. Jest to rzadka postać chorobowa; autor naliczył zaledwie 20 przypadków w literaturze światowej.

Autor podaje swój przypadek choroby Marfana u dziecka 2-letniego. Poza klasycznymi zmianami kończyn stwierdził skrzywienie kręgosłupa, wrodzone zwichnięcie stawów barkowych, niedorozwój umysłowy, niedokrwistość i odoskrzelowe zapalenie płuc. Opis przypadku uzupełniony załączonymi odbitkami fotograficznymi i zdjęciami Rentgena.

Dr. Horia Slobosiano (Bukareszt). Przyczynek do leczenia biegunek ze stanem kwasicy środkami adsorbującymi.

Autor od kilku lat stosuje leki adsorbujące w przypadkach biegunek u niemowląt odżywianych piersią.

Zdaniem autora, działanie tych środków jest niezawodne w przypadkach biegunek z kwaśnemi stolcami.

Autor przywiązuje wielką wagę do procesów fermentacyjnych, powstających w krótkim czasie w miksturze i zmieniających jej odczyn na kwaśny. Zmiana oddziaływania może wpłynąć niepomyślnie na przebieg kuracji

W celu zapobiegnięcia fermentacji autor poleca dodawanie 1% eteru, albo jeszcze lepiej, będzwianu sodu w ilości 0,5%.

Wzór recepty, polecanej przez autora:

Bolus albae		} Wstrząsnąć przed użyciem, po 2 łyżeczki, 5 razy dziennie.
Calcii Phosphorici tribasici aa	15,0	
Natr. benzoici	1,5	
Syropi	30,0	
Aq. dest.	270,0	

Zbiór przypadków.

Dr. Militza Maksaszwili. Przypadek wrodzonego, odosobnionego i rzeczywistego prawostronnego ułożenia serca.

Autorka podaje opis bardzo rzadkiego przypadku prawostronnego ułożenia serca u niemowlęcia 12-dniowego. W przypadku tym należy podkreślić,

- 1) brak przemieszczeń innych narządów (situs viscerum inversus totalis),
- 2) brak zmian zniekształcających w sercu, jako zejścia sprawy zapalnej.
- 3) całkowite odwrócenie komór i przedsionków serca.

Jest to 5-ty podobny przypadek, podany w literaturze światowej.

Dr. J. F. Caizergues (de Bram Aude). Przypadek plamicy gościcowej powikłanej wgłębieniem i skrętem kiszek.

Autor podaje rzadki przypadek plamicy gościcowej u dziecka 3-letniego, powikłanej skrętem i wgłębieniem jelit. Przypadek operowany i zakończony wyleczeniem.

Polskie Towarzystwo Pediatryczne.

WYCIĄG Z PROTOKÓŁÓW POSIEDZEŃ ZA I KWARTAŁ 1929 R.

Posiedzenie kliniczne z dn. 9.I. 1929 r.

Obecnych: członków 30, gości 27.

L. Rozenblum i N. Piwko przedstawili kilka przypadków karłowatości różnorodnego pochodzenia u dzieci.

Demonstrowane są następujące przypadki:

1) *Athyreosis congenitalis*: dziecko 7-letnie o wadze i wzroście dziecka $2\frac{1}{2}$ -letniego. Karłowatość proporcjonalna, twarz o wyglądzie typowym, płaska, szeroka, obrzęk względnie niewielki.

Język mięsisty; włosy suche, łamliwe.

Brzuch wydatny o wycinowanym pępku.

Kończyny górne o dłoniach szerokich, kwadratowych, palcach krótkich. Rentgen dłoni wykazuje brak punktów kostnienia w kościach nadgarstka. Stan kostnienia odpowiada dziecku jednorocznemu.

Inteligencja wybitnie zacofana.

2) *Achondroplasia*. Chłopczyk 7-letni. Wzrost i waga dziecka 2-letniego. Karłowatość nieproporcjonalna; wybitna dysproporcja między bardzo długim tułowiem i krótkimi kończynami, przyczem zaznacza się różnica w długości między odcinkami dystalnymi i proksymalnymi na niekorzyść tych pierwszych. Dłonie bardzo szerokie, krótkie, ułożenie palców w kształcie trójkęba. Bardzo rozwinięte mięśnie łydek.

Głowa duża o przewadze części czaszkowej nad twarzową; nos szeroki, krótki, podstawa nosa wciągnięta. Rentgen wykazuje skrócenie podstawy czaszki. Kości kończyn nadmiernie krótkie i grube, nasady szerokie, nietypowe, o przedwczesnym zroście kostnym z trzonami. Charakterystyczny jest rentgen dłoni, wykazujący niedorozwój kości nadgarstka, a przedwczesny zrost nasad z trzonami w kościach garstki i palców.

Pod względem intelektualnym dziecko jest na poziomie swego wieku.

3) Karłowatość na tle dysfunkcji przysadki (*Nanisme hypophysaire*). Chłopiec, lat 17; waga i wzrost chłopca 10-letniego. Brak wtórnych cech płciowych. Karłowatość proporcjonalna, według wyrażenia Meig'a pacjent wygląda jak osobnik widziany przez odwrotną stronę lornetki. Twarz szeroka, nieznacznie obrzmiała. Pole widzenia i dno oka normalne. Rentgen wykazuje zmniejszenie siodełka. Inteligencja nietyle zahamowana, ile chorego cechuje infantyлизм psychiczny.

4) Karłowatość pochodzenia wielogruczołowego. Wybitne zahamowanie wzrostu i wagi u chłopca lat $17\frac{1}{2}$, wyglądającego na 9 lat. Brak wtórnych cech płciowych. Rentgen wykazuje przeważnie zmiany krzywicze. Inteligencja bardzo zahamowana.

W dyskusji profesor Michałowicz zaznacza, że objaw akrocyanozy uważany za stygmat chondrodystrofii, występuje również u osobników z asteniczną budową, u osobników nerwowych, po urazach termicznych np. odmrożenie.

K. Stankiewiczowi wydaje się wątpliwe wogóle wyodrębnienie jednostki chorobowej — Nanismus hypophysicus — opartej na wątpliwych zmianach w przysadce.

K. Barański i M. Bussel wygłosili odczyt pod tytułem: „Przyczynek do analizy odczynu wodnego“.

P. Baumritter uważa, że odczyn wodny dokonywany systematycznie i notowany w postaci krzywej może być dobrą metodą rozpoznawczą np. w dystrophiach pokarmowych, zapaleniu nerek; jednorazowy odczyn niema tego znaczenia.

Doc. Szenajch usiłował zapomocą odczynu wodnego przepowiedzieć powikłanie ze strony nerek przy płonicy; wyniku dodatniego jednak nie osiągnął.

Prof. Michałowicz uważa, że do należytej oceny wartości odczynu należy w dalszym ciągu przeprowadzać doświadczenia, zastosować odczyn w klinice niemowlęcej, a szczególnie w lipcu i sierpniu u niemowląt chorych na biegunki. W wyniku doświadczeń prelegentów prof. Michałowiczowi nasywa się myśl wypróbowania Pituglandolu w leczeniu stanów dehydracyjnych u niemowląt.

Koledzy Hirszfeldowa, Brokman i Łyskawiński poruszają sprawę jednoczesnego odmiennego zachowania się odczynu wodnego na symetrycznych miejscach skóry u tego samego osobnika; Hirszfeldowa przypuszcza możliwość błędów technicznych, Brokman i Łyskawiński mają, że powstawanie tego zjawiska można uzależnić od stanu neurologicznego danego odcinka skóry.

Barański i Bussel zaznaczają, że wpływ suchego (termofor elektryczny) i wilgotnego ciepła na zachowanie się odczynu wodnego był prawie jednakowy. Kol. Baumritter może mieć duże niespodzianki w zachowaniu się odczynów wodnych, gdyż operuje na materiale niemowlęcym, niezwykle chwinnym pod względem gospodarki wodnej. Seryjne badania odczynu wodnego są w istocie ważne, jednakże dla prawidłowej oceny wymagają zachowania stale jednakowej diety u niemowlęcia, co niekiedy może stworzyć trudności w przeprowadzaniu tych badań. Kwestia różnego czasu trwania odczynu wodnego na obu kończynach jest trudna do wytłumaczenia, w każdym bądź razie zmian uchwytnych w układzie sercowym nie stwierdzono. Te przypadki Barański i Bussel chcą badać pod kątem kapillaroskopji. Na zakończenie autorzy podnoszą wartość stwierdzonej równoległości w zachowaniu się odczynu wodnego skórno i próby wodnej. (Streszczenie własne).

Posiedzenie kliniczne z dnia 23.I.1929 r.

Obecnych: członków 20, gości 21.

Mikułowski demonstruje i omawia przypadek duru brzuszno, zapalenia płuc kokluszowego i anemji u chłopca pięcioletniego.

Chłopiec Majer B., przybywa 30 grudnia 1928 r. z powodu obrzęków twarzy, gorączki i kaszlu — z rozpoznaniem zapalenia nerek. Przebył przed pół rokiem zapalenie płuc kokluszowe. Od tego czasu kaszle. Badanie i obserwacja szpitalna stwierdzają:

Przytomność zachowana. Stan gorączkowy od 38,6° — 39,6° utrzymujący się przez osiem dni, język suchy, duszność 48, — tętno 1:6. U obu podstaw płucnych mnóstwo rzężeń dzwicznych drobnobańkowych i trzeszczeń, znaczny obrzęk wątroby i śledziony, anemja z obniżoną ilością hemoglobiny i czerwonych ciałek, wykazujących postacie normoblastów; odczyn Widala dodatni 1:200. Stolec stały. Kaszel kokluszowy z wymiotami. Przebieg duru bardzo lekki. Przypadek budzi zainteresowanie 1) z powodu

przypadkowego charakteru rozpoznania duru; 2) z powodu trudności bezwzględnego rozstrzygnięcia zależności anemii od duru, czy od koklusu; 3) z powodu zagadnienia zależności lekkiej postaci duru od toksemii kokluszowej, t. j. z powodu sprawy antagonizmu koklusu i duru na wzór istniejącego antagonizmu gruźlicy i duru. Referent motywuje hipotezę antagonizmu spowodowanego przez toksemję kokluszową przytoczeniem doświadczeń Cornwalla i Sanarelliego na zwierzętach — nad wywoływaniem poronnych postaci duru bez zmian anatomicznych w kiszkiach.

Mikułowski demonstruje i omawia przypadek eozynofilii stojącej w prawdopodobnym związku przyczynowym z zakażeniem gruźliczym u dziewczęcia czteroletniego.

Krystyna K. przebywała w styczniu 1928 r. przez trzy tygodnie w szpitalu z powodu ogólnego osłabienia, braku łaknienia, częstych stanów gorączkowych i skłonności do zaziębień. Badanie krwi wykazało eozynofilję do 16% przy braku leukocytozy. Po roku, 15. I. 1929 r. przybywa dziecko ponownie do szpitala z powodu tych samych objawów. Badanie stwierdza, oprócz dodatniego odczynu Pirqueta i dodatnich klinicznych objawów osłuchowowo-wypukowych adenopatii węzkowej, potwierdzonych dodatnim rentgenogramem węzki — także eozynofilję 8% przy braku leukocytozy. Brak jakichkolwiek pospolitych przyczyn eozynofilii (jak pasożyty, intoksykacja, anafilaksja, dermatozy, astma, skaza rodzinna Gauguin, lub skaza konstytucjonalna Hiss). Referent jest skłonny wiązać eozynofilję z chroniczną infekcją, jaką jest gruźlica, w której kryzy eozynofilii odpowiadają momentom chwilowej rekonwalescencji w długim procesie walki ustroju z zakażeniem. Kryzy eozynofilii opisywali Besançon, Jong, Serbonnes.

W dyskusji doc. W. Szenajch zaznacza, że pierwszy przypadek jest potwierdzeniem długotrwałości koklusu i zgadza się z przypuszczeniem referenta, co do antagonizmu koklusu i duru brzuszego.

Odnosnie drugiego przypadku doc. Szenajch zgodnie z referentem uzależnia eozynofilję od zakażenia gruźliczego.

Doc. Erlichównie nie wydaje się prawdopodobny związek przyczynowy pomiędzy eozynofilją a gruźlicą. Widuje się nierzadko u dzieci eozynofilję, której pochodzenia nie udaje się wyjaśnić. W cytowanych z piśmiennictwa kilku przypadkach, eozynofilja u dzieci gruźliczych wystąpić musiała bez związku z zasadniczym cierpieniem. Niedokrwistość mogła wystąpić pod wpływem przebytego duru względnie istniała już dawniej przed zachorowaniem, natomiast nie zdaje się odgrywać tu roli krztusiec, który nie należy do cierpień anemizujących.

M. Bussel demonstruje przypadek ciężkiego i rzadkiego zaburzenia w uzębieniu.

W. J., l. 5 m. 9. Trzecie dziecko naogół zdrowych rodziców. Matka podczas urodzenia się dziecka miała 24 lata. Ciąża normalna. Poród czesny, prawidłowy. Do V-go miesiąca życia karmione wyłącznie piersią, potem sztucznie. W I roku życia nie chorowała. W II roku życia przebyła zapalenie płuc oraz niezbyt oskrzeli. Poza tem nie chorowała. 1 ząb (górny przedtrzonowy prawy) w końcu II roku życia. Przez 1/2 roku przerwa, potem mniej więcej co pół roku wyrzynały się pojedynczo inne zęby; liczba ich dochodzi do 5 obecnie.

Stan obecny. Średnio odżywiona. Mówi dużo, niebardzo wyraźnie. Poziom inteligencji trochę niższy, niż odpowiadający wiekowi. Waga normalna (19.100). Obwód głowy 52, 5 cm; klatki piersiowej 56 cm; wzrost 113 cm. Si — 62 cm. Przeważa górna długość. Siąg mniejszy od długości ciała. Szczeka dolna wystaje nieco ku przodowi. Zanik obu szczęk, szczególnie wyraźnie zaznaczony w środkowej trzeciej, górnej i dolnej. Klatka piersiowa długa i wąska. Kościec kończyn górnych i dolnych bez zmian widocznych.

Obojczyki i żebra bez widocznych zmian. Jama noso-gardzielowa, narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian.

Skóra na stopach i dłoniach sucha, twarda, o odcieniu żółtawym czasami, poza tem normalnie ukrwiona i zabarwiona, normalnie wilgotna, o sprężystości średniej, może nieco zmniejszonej na nosie (skóra tu robi wrażenie starczej); tk. podskórna tłuszczowa słabo rozwinięta. Pod lewą brodawką piersiową dodatkowa brodawka mniejsza, wyraźnie zaznaczona. Uwłosienie na głowie rzadkie, jasno blond, miękkie, bez specjalnego połysku, miejscami wyłysienia. Obydwie brwi słabo zaznaczone, lewa brew wyraźnie krótsza i mniej uwidoczniona niż prawa. Dermografizm skóry czerwony, słabo zaznacza się. Guzki Darwina wyraźne. Paznokcie bez zmian. Uzębienie wadliwe. Obecne jest 5 zębów, wszystkie robią wrażenie zębów stałych człowieka dorosłego; po prawej stronie cztery: dolny kieł, 2 przedtrzonowe dolne, jeden górny przedtrzonowy; ze strony lewej — jeden dolny przedtrzonowy.

Badanie czaszki promieniami Rentgena wykazało: brak zmian w siodełku i w kościach czaszki; w szczękach widoczne załążki dwóch zębów w górnej i dwa załążki w dolnej szczęce ze strony prawej i jeden po stronie lewej.

Reasumując, mielibyśmy tu do czynienia z zaburzeniem niewybitnem w rogowaceniu (keratosi palmaris et plantaris), z wyraźnymi zmianami uwłosienia (alopecia, zmiany w wielkości brwi), z brodawką piersiową dodatkową, z niedorozwojem symetrycznym szczęk, z głębokimi zaburzeniami w uzębieniu: brak uzębienia mlecznego, późne i bardzo powolne wycinanie się zębów. Zaburzenia wspomniane dotyczą, jak widzimy, szeregu narządów pochodnych zewnętrznego listka zarodkowego. Nadanie tym zaburzeniom miana ektodermozy syntetyzuje tylko z punktu widzenia embriologii te wszystkie odchylenia od normy, nie wnosząc światła do sprawy leczenia.

Z punktu endokrynologicznego należałoby traktować ten przypadek, jako zaburzenie wielogruzołowe, gdzie na pierwszym miejscu wysunęłyby się dysfunkcja tarczycy, która, jak wiadomo, wpływa wyraźnie na narząd skórny i między innymi reguluje sprawę uzębienia (szybkość, kolejność w wycinaniu się zębów i nawet jakość zębów). (Streszczenie własne).

St. Popowski wygłosił odczyt p. t. „Klinika nacieczeń dookołaogniskowych u dzieci“. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji prof. M. Michałowicz zaznacza, że w dziedzinie gruźlicy płucnej u dzieci w naszych czasach nabiera pierwszorzędного znaczenia dagnostyka funkcjonalna w przeciwstawieniu do anatomopatologicznej; badania seryjne w znacznym stopniu wyjaśniają sprawę chorobową, jak również przekonywują o wielkiej zdolności samoleczenia organizmu, o zdolności produkcyjnej płuc, czem się tłumaczy, że dzieci leczą się na gruźlicę płuc względnie łatwo. Mówca zapytuje, jak często zdarzają się nacieki dookołaogniskowe u dorosłych i radzi przeprowadzać badania płuc seryjne u dorosłych mających guzowate nacieki gruczołowe na szyi.

Ganc przypisuje wielką zasługę pedjatom w sprawie nowego ujęcia zagadnienia gruźlicy u dzieci i mniema, że niedługo poglądy pedjatrów w tej dziedzinie zostaną przyjęte przez klinikę dorosłych. Nacieczenia dookołaogniskowe uważa za gruźlicę, która jednak znika; co do kazuistyki powołuje się na przypadki Asmanna obserwowane u personelu lekarskiego, pracującego na oddziałach dla gruźlików.

Mikułowski wierzy, że ognisko gruźlicze w płucach czy gruczołach, może wywoływać dookołaogniskowe stany zapalne czy nacieki zapalne. Jeżeli trudną rzeczą jest dla lekarza odkryć istnienie nacieku płucnego — to rzeczą jeszcze trudniejszą jest rozpoznać naturę tego nacieku, t. j. wydać opinię czy naciek ten jest gruźlicą, czy pneumonią. Sprawa zależności ru-

mienia guzkowego od gośca lub gruźlicy jest kwestią sporną. Ale zanim się skłonimy ku tej lub owej hipotezie, musimy umieć rozpoznać samo erythema nodosum i rozróżnić ją od róży lub t. p. dermatozy, a dopiero po ustaleniu rozpoznania możemy się zastanawiać nad przyczyną tej choroby. Dopiero po przełamaniu tej najważniejszej i zasadniczej trudności, t. j. po rozstrzygnięciu, czy dane nacieczenie jest procesem gruźliczym, czy zapalnym — można się zastanawiać nad przyczyną owego rozpoznanego zapalenia i wtedy natyka się między innymi przyczynami także na gruźlicę ukrytą, jako na przyczynę owego zapalenia płuc. Nie należy jednak innych przyczyn chronicznego zapalenia płuc lekceważyć, ale szczególnie — w każdym przypadku rozpoznanego zapalenia dookołaogniskowego u dzieci przeprowadzić szczegółowe i ściśle różniczkowanie z innymi, tak częstymi postaciami chronicznych stanów zapalnych płucnych.

Referent nie dał wyrazu potrzebie różniczkowania zadawalniając się stwierdzeniem takich objawów, jak: 1) obecność dźwięcznych rzężeń drobnych u podstawy, 2) brak kaszlu, 3) stłumienie lub przytłumienie, 4) przeważna lokalizacja w dolnych płatach wbrew poglądom Schlacka, który właśnie w górnych płatach obserwował „epituberkuliczne nacieki”,.. Dalej referent przywiązuje wagę w rozpoznaniu owych nacieków, 5) koegzystencji z płamą rogówki, lub zapaleniem stawu biodrowego, 6) okoliczności długiego trwania, 7) zejściu w postaci peribronchitis lub w formie rozstrzeni i 8) nadwrażliwości tkankowej oraz konstytucji „neuroartretycznej”. Zdaniem oponenta wszystkie te okoliczności nie są wystarczające do ustalenia rozpoznania naokołoogniskowego nacieczenia — i nie stanowią różniczkowania z chorobą choćby tak pospolitą jak koklusz, która również przebiegać może w postaci przewlekłego zapalenia płuc w tych samych niespecyficznych warunkach. Ani plamka rogówki, ani coxitis, ani długość trwania, ani żadna ze wspomnianych okoliczności nie jest istotnym warunkiem różniczkowym diagnozy. Wzmiankowana konstytucja neuroartretyczna i stan alergii tkankowej są oprócz tego warunkami nierealnymi i również nie różniczkują trudności rozpoznawczych. Odczyt cierpi na brak wysiłku różniczkowania rozpoznawczego. (Streszczenie własne).

Popowski odpowiada prof. Michałowiczowi, że nacieczenia dookołaogniskowe w postaci zbliżonej do tych, które spotykamy w wieku dziecięcym, są obserwowane również i u dorosłych. Względnie często, jak podają to autorzy francuscy, widywano te postacie wśród żołnierzy wojsk kolonialnych pochodzących z krajów wolnych od masowego zakażenia się gruźlicą. W odpowiedzi d-rowsi Gancowi podkreśla różnicę przebiegu nacieczeń typu Asmanna u dorosłych i nacieczeń dookołaogniskowych u dzieci. Pierwsze wymagają często założenia odmy, gdyż mogą być przyczyną powstawania jam i dalszego szerzenia się istotnej sprawy gruźliczej w płucach, natomiast u dzieci zazwyczaj mijają same przez się.

Popowski w odpowiedzi Mikułowskiemu — Z początku zastanawiałem się, czy należy odpowiadać Mikułowskiemu. Jednak odpowiadam w paru słowach: Schlack, na którego kolega powołuje się, mówi wyłącznie o postaciach „epituberculosis” typu Eliasberg i Neulanda. Na wstępie zaznaczyłem, że o tych postaciach nie mam zamiaru mówić. Mikułowski niestety nie może pojąć, że obok „epituberculosis” istnieją i inne częściej napotykanne postacie nacieczeń dookołaogniskowych. Na inne zarzuty nie odpowiadam. Zaznaczam tylko, że dookołaogniskowe nacieczenia nie są ani moim, ani warszawskim wymysłem, że już cały świat uznaje ich istnienie i wie, że mają one swój wyraz kliniczny. O ileby w sposób podobny kol. Mikułowski zechciał przemawiać w jakimś towarzystwie przeciwgruźliczym, jestem przekonany, że poradzonoby koledze poprzednio poznać ogromne piśmiennictwo dotyczące tego zagadnienia. Na zarzut „kokluszowy” byłem przygotowany, muszę jednak oświadczyć, że pomimo najszczerzych chęci doszukania się w wywiadach koklusz, tylko w 8 przypadkach mogłem go stwierdzić w przebiegu ostatnich 6 lat. (Streszczenie własne).

Posiedzenie kliniczne z dnia 6.II. 1929 r.

Obecnych: członków 55, gości 18.

Barański i T. Wiśniewski omówili przypadek torbieli kreski operowany. (Będzie ogłoszone w druku).

W dyskusji doc. M. Erlichówna zapytuje o prognozę. T. Wiśniewski, w odpowiedzi, rokuje naogół pomyślnie; w tym celu pole operacyjne gojono per secundam, aby otrzymać zbliźnowacenie i uniknąć wtórnego tworzenia się torbieli; czy nie nastąpi w przyszłości jakie utrudnienie w krążeniu jelitowym, trudno przewidzieć.

Bogdanowicz omówił przypadek ciężkiej splenopneumoniae u dziewczynki jedenastoletniej. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji R. Stankiewicz prosi, aby wobec ciężkiego stanu pacjenta i rokowania niepomyślnego, w najbliższym czasie Bogdanowicz podzielił się wynikami badania pośmiertnego. Zdaniem Stankiewicza, przypadek nasuwa pewne wątpliwości rozpoznawcze. Należałoby się tutaj liczyć z możliwością nowotworu płuca. Przemawia za tem krwawy płyn wydobyty z opłucnej i znaczne przesunięcie się serca, jak to wykazało badanie roentgenograficzne. Ponowne nakłucia i obecność w ropnej cieczy raz pneumokoków, a powtórnie paciorkowców jest sprawą tylko przypadkową (aspiracja treści z oskrzelików). (Streszczenie własne).

Mikułowski kwestjonuje rozpoznanie z powodu wspomnianego przez referenta faktu: przesunięcia granic serca i objawów „powiększenia“, może obniżenia wątroby. Mikułowski dopomina się o podanie szczegółowych wymiarów obwodu obu stron klatki piersiowej, jakoteż o szczegóły przewodnictwa głosu i objawów trojakowego i taśmowego Pitresa. Mikułowski zapytuje, co należy rozumieć pod wzmianką o małej ilości płynu wydobytego przez nakłucie. Mikułowski przypomina, że w każdym przypadku rozpoznania splenopneumonji Joffroya, czy Granchera obowiązkiem klinicysty jest wypowiedzieć się, co do koncepcji anatomicznej i etiologicznej.

H. Trenkner zapytuje o wytłumaczenie cieni w zdrowym płucu. A. Nowiński przychyła się do rozpoznania nowotworu płuca i przytacza własny przypadek.

Prof. M. Michałowicz zaznacza, że przebieg cierpienia jak i dane kliniczne przemawiają stanowczo za rozpoznaniem splenopneumoniae. Tegoż zdania jest doc. Szenajch, który jednak kładzie nacisk, aby wyjaśnić czy sprawa chorobowa rozwija się na tle gruźlicy czy kiły, ze względu na +++ Wassermann'a.

P. Baumritter przedstawił i omówił przypadek cukrzycy u dziecka 10-letniego.

Dziecko przybyło w stanie przedśpiączkowym, znacznie wyniszczone.

Po zastosowaniu diety owsiankowej Noordena oraz insuliny, następnie zaś diety mącznej Falty przez 12 dni w ten sposób, że co czwarty dzień wstawiano dzień jarzynowy, stan ogólny uległ poprawie, aceton znikł, cukromocz znacznie się obniżył. Dalsze nasze postępowanie lecznicze polegało na zastosowaniu metody przyjętej przez Wagnera. Od diety próbnej, której wartość odżywcza równa się $0,3 \text{ nem } \times \text{Si}^2$, przeszliśmy stopniowo do diety stałej, równej $0,5 \text{ nem } \text{Si}^2$, w której 10% kalorii zawartych jest w białku, węglowodany przedstawiają równoważnik 100 gr. bułki, resztę zaś pokryliśmy przez tłuszcz. Insulinę zastrzykiwaliśmy dwukrotnie w ilości 20 jednostek na dobę. W czasie trzymiesięcznego pobytu dziecka przybyło na wadze 4 kg. Na diecie stałej nie odczuwało głodu. W stanie dobrym wypisana celem dalszej obserwacji poliklinicznej.

W dyskusji prof. M. Michałowicz uważa anginę, która pogorszyła stan chorej, za anginozę — za sprawę współrzedną, a nie przyczynową.

A. Festenstadt przedstawia i omawia przypadek wysiękowego zapalenia osierdzia u dziecka siedmioletniego.

Sprawę zapalną w osierdziu poprzedził zespół objawów reumatycznych: ruchy płasawicze, bóle i obrzęki stawów, szmery w sercu. Wobec tego należało rozpoznać — pericarditis exsudativa rheumatica; z tem rozpoznaniem jednak pozostawało w sprzeczności krwawe zabarwienie płynu z osierdzia. Wobec tego płyn ten zaszczepiono świnie morskiej. (Sekcja świnki wykazała zmiany gruźlicze).

Mikułowski zapytuje, dlaczego referent rozpoznając endo i pericarditis przeskokczył przez myocardium, które skoro przypadek jest gościem musi być niezawodnie chorobowo zmienione. Wskazuje na zdobycze szkoły francuskiej Besançon, Pichona i t. d., którzy utorowali drogę do uzasadnienia w tych warunkach pojęcia klinicznego: pancarditis. Krwawość płynu wysiękowego nie osłabia rozpoznania, ale je jeszcze wzmacnia, bo dowodzi istnienia infekcji paciorkowcowej i wskazuje na niewątpliwy zespół płamicy wtórnej, charakterystycznej dla gościa. Wypadło więc zamiast szczepić świnkę, raczej szukać zmian charakterystycznych dla płamicy we krwi — a oprócz tego potwierdzić badaniem bakterjologicznem krwi, że krwawość wysięku zależna była od zakażenia paciorkowcowego.

Rozdawianie wskazań leczniczych oddzielnie przeciw gościowi i oddzielnie przeciw posocznicy (Kollargolesmu) — jest niefortunne, bo właśnie zakażenie gośćcowe jest w tym przypadku ową posocznicą na wzór kiły w jej okresie posocznicowym. I w tej i w tamtej chorobie jeden tylko środek leczniczy specyficzny znamy. Co do wspomnianego podawania calcium chloratum, to — o ile referent chciał uzyskać jakikolwiek wynik — należało postępować według wskazówek Bluma, który — podając tę metodę moczopędną — zastrzegł się, co do podawania wysokich dawek przy zupełnie bezsolnej diecie.

W odpowiedzi doktorowi Mikułowskiemu A. Festenstadt zaznacza, iż posiewu z krwi nie dokonano ze względu na przeszkody natury technicznej; ale pomimo to na podstawie objawów klinicznych uważano się za upoważnionych do rozpoznania posocznicy gośćcowej. Krwawego zabarwienia płynu z osierdzia nie można było sobie tłumaczyć skazą krwotoczną, gdyż brak było innych objawów dla tej skazy. Calcium chloratum podawano dla otrzymania lepszego wyniku moczopędnego po salyrganie; ilość soli kuchennej była bardzo ograniczona.

J. K o l a g o przedstawia przypadek zgorzeli płuc u dziecka półtorarocznego.

Przyjęte do kliniki z powodu kaszlu i gorączki, w 9-tym dniu choroby. Stwierdzono u dziecka z dystrofią międzypłatowe prawostronne zapalenie opłucnej. Po kilku tygodniach stan zdrowia dziecka uległ poprawie. W tym czasie zapadło na odrę (był poprzednio przypadek tej choroby na sali) z odoskrzelowem zapaleniem płuc. Objawy w płucach, początkowo nikłe, po kilku dniach nasiliły się: stwierdzono zajęcie obu płuc, przeważnie prawego i wyciek ropny z ucha.

Pomimo tak ciężkich objawów klinicznych, stan ogólny dziecka przez czas dłuższy był niezły. Dziecko miało łaknienie, siedziało, nie wykazywało duszności. Ta niewspółmierność pomiędzy ogólnym stanem dziecka, a wielkością ognisk w płucach zniewoliła do doszukania się tła gruźliczego sprawy; jednakże kilkakrotnie powtórzone próby tuberkulinowe wypadły ujemnie, również wyniki innych badań przemawiały przeciwko swoistemu tłu choroby.

W dalszym przebiegu stan ogólny dziecka zaczął się pogarszać. Wystąpiła duszność, chrypka, cuchnący zapach z ust. Badanie kliniczne wykazało objawy rozpadu w płucu prawem: słumienie z odcieniem bębenkowym, oddech jamisty i rżenia średnio i grubobańkowe z metalicznym odcieniem. Wyniki poszukiwań klinicznych zostały potwierdzone badaniem rentgenologicznem.

Badanie otjatry wykazało obustronne ropne zapalenie ucha środkowego o złośliwym przebiegu.

Badanie krwi wykazało leukocytozę neutrofilową. W moczu zmian nie stwierdzono.

Po tygodniu od wystąpienia objawów zgorzelinowych, na całej przestrzeni płuca prawego stwierdzono objawy odmy, co rentgen potwierdził. Tegoż dnia dziecko zmarło.

Wynik sekcji potwierdził rozpoznanie kliniczne.

Orzeczenie sekcyjne: Bronchopneumonia confluens in gangrenam vertens inferior dextra, Bronchopneumonia confluens superior et media dextra, inferior sinistra et partis inferioris lobii superioris sinistri. Pleuritis fibrosa interlobaris dextra.

W. Łapiński i S. Łyskawiński omawiają przypadek przepukliny pępowinowej, operowanej z wynikiem pomyślnym w 5 godzin po urodzeniu się dziecka.

Przypadek dotyczy dziecka płci żeńskiej, donoszonego (waga 2700 gr, długość ciała 49 cm.), urodzonego w dniu 17.XI.28 r. przez zdrową 18-letnią pierwiastkę (Wasserman we krwi ujemny) w zakładzie położniczym im. św. Elżbiety na Pradze. U dziecka znaleziono przepuklinę pępowinową wielkości małej mandarynki. W myśl ogólnie przyjętego obecnie poglądu, co do konieczności jak najwcześniejszego operowania tego rodzaju cierpienia — zaproponowano matce niezwłoczne poddanie dziecka zabiegowi chirurgicznemu. Wobec tego, że matka wyraziła zgodę na wykonanie zabiegu, dziecko wkrótce (w 3 godziny po urodzeniu się) zostało przewiezione do szpitala im. Karola i Marji dla dzieci, gdzie w 2 godziny później było operowane (doc. W. Łapiński). Podczas operacji (prowadzonej z uspieniem chloroformowym) znaleziono przyrośnięcie płata wątroby do pępowiny, wobec czego wypadło go odseparować na tępo — poczem pępowinę wycięto, otrzewnę zeszyto, nakładając następnie kilka szwów na powięź i na skórę. Przebieg okresu pooperacyjnego u dziecka, karmionego pokarmem matki, dostarczanym z zakładu położniczego, był zupełnie dobry: gorączki nie było, zaburzeń pokarmowych również nie spostrzegano; w 6-ym dniu życia dziecko, po częściowem usunięciu szwów, odesłano do matki — do zakładu im. św. Elżbiety; stamtąd zaś w 6 dni później po usunięciu pozostałych szwów i zagojeniu się rany, zostało wraz z matką wypisane w zupełnie dobrym stanie do domu. Jak wynika z otrzymanych w ostatnich dniach wiadomości, dziecko żyje i ma się bardzo dobrze.

W uzupełnieniu powyższego opisu prelegent przytacza szereg danych statystycznych z odnośnego piśmiennictwa, przemawiających na korzyść konieczności wogóle operowania tego rodzaju cierpienia, w szczególności zaś na korzyść niezbędności wczesnego stosowania zabiegu; poza tem komunikuje wyniki operowania przepukliny pępowinowej w szpitalu im. Karola i Marji w 2 innych przypadkach, z których jeden operowany przed ukończeniem pierwszej doby miał zejście pomyślne, drugi zaś — operowany dopiero w kilka dni po urodzeniu zakończył się śmiertelnie.

(Streszczenie własne).

Posiedzenie społeczne z dnia 20.II.29 r.

Obecnych: członków czynnych — 26, gości — 12.

Przewodniczący kol. Kopeć zaznajamia zebranych z treścią komunikatu nadesłanego przez „Komitet budowy pomnika dla uczczenia pamięci członków służby zdrowia poległych za Ojczyznę”. Komitet powyższy zwraca się o pomoc materialną, celem urzeczywistnienia swoich zamierzeń.

Dalej Prezes powiadamia o otwarciu kursu przeciwgruźliczego dla lekarzy.

Marja Reut-Boremska wygłosiła odczyt p. t. „O naglącej potrzebie roztoczenia opieki nad matką bezdomną i jej niemowlęciem”.

Dzieci matek bezdomnych w Polsce są narażone na niewiarogodne wprost cierpienia oraz niebezpieczeństwo śmierci.

Pojęcie matki bezdomnej w pierwszym rzędzie obejmuje matki nieślubne, następnie matki porzucone przez mężów, często żony bezrobotnych, żony bezdomnych, czasem żony wziętych do wojska żołnierzy oraz wdowy.

Opierając się na statystyce polskiej i zagranicznej — możemy przypuścić, że w Polsce mamy przeszło 50.000, a w Warszawie przeszło 2000 nieślubnych urodzeń rocznie.

Niemal z rozkoszą powtarzamy hasło, że dziecku winniśmy dać wszystko, co mamy najlepszego. Tem najlepszem i najniezbędniejszym dobrem dla dziecka jest pierś oraz serce matczyne. Zachowajmy mu więc matkę.

Pod tym względem w Polsce położenie jest wprost katastrofalne. Całe rzesze samotnych matek oraz ich niemowlęta są zdane na łaskę i niełaskę losu. Po wyjściu z zakładu położniczego, o ile taka opuszczona matka nie zgładzi dziecka lub go nie podrzuci — zgłasza się najczęściej do Domu Wychowawczego, jako kandydatka na karmicielkę.

Dom Wychowawczy im. ks. Boduena, stale przeludniony, dający opiekę przeszło 1000 dzieciom, w tem około 500 niemowląt — może przyjmując zaledwie 180 karmicielek. Kandydatek jednak na te miejsca jest znacznie więcej. Są to przeważnie kobiety wyniszczone, anemiczne, często chore, czasem nieposiadające pokarmu nawet dla własnego dziecka. Wśród tych matek jest znaczny odsetek chorych na rzeżączkę lub kiłę. Kobiety te — o ile nie mają klinicznych objawów chorób udzielających się — są kierowane do S. O. n. M. i Dz. K. P. K., która ma przytułek w Grochowie na kilkanaście zaledwie łóżek. Nieliczne, przyjęte do przytułku kobiety — po parotygodniowym odpoczynku — są przeważnie umieszczane w prywatnych mieszkaniach, jako lokatorki za pewną opłatą. Takie umieszczanie w rodzinach w naszych warunkach mieszkaniowych — nie wytrzymuje żadnej krytyki i jest niedopuszczalne.

Jeszcze gorzej stoi sprawa matek karmiących — bezdomnych, które są chore na choroby udzielające się: rzeżączkę lub kiłę, lub są podejrzane o te choroby.

Państwo i samorządy nie mają obowiązku opiekowania się niemi. Kobiety te — po wyjściu z zakładów położniczych — nie mają dokąd się udać. Do szpitala św. Łazarza, szczególniej wieczorną porą, niema dostępu z racji przepełnienia. Kobiety takie bezradne tułają się po mieście, chodzą od jednej instytucji do drugiej — napróżno wołając o pomoc — i w końcu, o ile dziecka nie zgładzą lub go nie podrzucą — udają się na nocleg do swych znajomych lub pracodawców, narażając te osoby na zakażenie. Najczęściej jednak taka męczeńska wędrówka kończy się podrzuceniem dziecka.

W państwach zachodniej Europy, w Anglii, Ameryce, Australji i państwach północnych sprawa bezdomnych matek jest mniej lub więcej pomyslnie załatwiona.

Francja posiada liczne domy dla matek, jadłodajnie oraz hotele. W kraju tym są wydawane nagrody pieniężne za urodzenie dziecka, za karmienie i za liczne potomstwo.

W Anglii — w sprawie pomocy matkom opuszczonym — państwo i samorządy idą ręką w rękę ze społeczeństwem. Zwraca na siebie uwagę fakt, że ze 105 domów dla matek w południowej Anglii — 104 należy do prywatnych towarzystw. W większości tych domów liczba łóżek nie przekracza 10 — 12, a w większych domach — 30.

Belgia może się poszczycić kilkuset domami dla matek.

W Holandji i Niemczech, w licznych przytułkach dla małych dzieci — zawsze się znajdzie miejsce dla matki karmiącej i ciężarnej. W Niemczech podrzucanie dzieci jest bardzo rzadkiem zjawiskiem, gdyż każda zgłaszająca się do zakładów opiekuńczych matka jest załatwiona w 24 godziny. Niemcy posiadają t. zw. sądy opiekuńcze, które mają za zadanie poszukiwanie ojcostwa. To samo mniej więcej w Czechach.

Węgry posiadają urzędowych kuratorów dzieci nieślubnych. Prawo obowiązuje, ażeby liczne przytułki, opiekujące się matkami, były zawiadamiane o urodzeniu się nieślubnego dziecka.

Bardzo imponuje organizacja opieki nad matką i dzieckiem w krajach północnych, szczególnie w Norwegji i Danji. W Norwegji prawo z 1915 r. ma na celu poszukiwanie ojcostwa. Dzięki temu prawu w 80% wypadków urodzeń nieślubnych — udaje się zmusić ojca do obowiązujących wypłat. Niektóre samorządy wprowadziły specjalne pensje dla opuszczonych matek.

W Danji ojciec wypłaca $\frac{3}{5}$ kosztów utrzymania dziecka. Samotna matka pobiera te sumy w odnośnych urzędach w charakterze zaliczek, niezależnie od zdolności płatniczej ojca, a nawet w razie śmierci ojca lub wyjazdu jego zagranicę. Jak widać ze sprawozdania duńskiej referentki na międzynarodowym Kongresie w r. 1925 — suma, ściągnięta z 11,406 ojców w Danji w r. 1920 — pokryła niemal połowę wydatków z tytułu zaliczek, pobranych przez opuszczone matki. Pani Lindhagen przypuszcza, że liczba tych matek w Danji wynosi około 19,400.

W Rosji Sowieckiej matki ślubne i nieślubne i ich dzieci są najzupełniej zrównane w prawach.

U nas M. P. i O. S. projektuje zakładanie domów dla matek bezdomnych w miastach, miasteczkach i gminach. Z radością witamy ten projekt. A jednak, jak dotychczas nie będzie niesprawdliwiością twierdzenie, że Polska, stojąc na rubieży między Wschodem i Zachodem — pobiła rekord zaniedbywania sprawy opuszczonych matek.

Akcja opiekuńcza na korzyść opuszczonych matek nie zwiększy bynajmniej liczby nieślubnych małżeństw, podobnie, jak pogotowie ratunkowe, okazujące pomoc w nagłych wypadkach, — nie zwiększy ich liczby.

Niesłuszne jest również twierdzenie, że matka nieślubna ponosi konsekwencje swych czynów. Nie wolno tonącemu — zanim go się uratuje — wytykać jego nieostrożności lub lekkomyślności, tembardziej, że tutaj w grę wchodzi los niemowlęcia, które cierpi za winy niepopelnione.

Dla przekonania osób, które uważają, że akcja ratownicza, szeroko zakrojona na rzecz bezdomnych matek — jest przedwczesna ze względu na brak środków. — autorka przytacza — w możebnie dosłownem tłumaczeniu — wnioski referatu prof. Trillat, który to referat był wygłoszony ubiegłego lata, podczas międzynarodowego Kongresu O. n. D:

1) Opieka nad matką i dzieckiem nie może być należycie wykonana bez organizacji domów dla matek.

2) Domy dla matek winne być uznane za instytucje równie niezbędne, jak szpitale i przytułki.

3) Państwo winno zaopatrzyć je w prawny statut, który im da możliwość istnienia oraz wykonywania swych zadań.

Autorka referatu podaje następujące wnioski:

1) Należy wydać ustawę o ochronie macierzyństwa ze szczególnem uwzględnieniem macierzyństwa w opuszczeniu. Tutaj ze szczególnym naciskiem winien być podkreślony obowiązek samorządów zaopiekowania się, a więc przedewszystkiem odosobnienia oraz leczenia — matek z niemowlętami, chorych na choroby udzielające się: przymiot, rzeżączkę, gruźlicę, jaglicę.

2) Ustanowić prawo o opiekunkach rządowych, które winne są we wszystkim przyjść z pomocą samotnej matce.

3) Ustanowić prawo o poszukiwaniu ojcostwa za pośrednictwem opiekunek rządowych.

4) Wydać prawo o zapomogach dla potrzebujących matek, — przyczem matki nieślubne oraz opuszczone będą pobierały te zapomogi w charakterze zaliczek, zaś wdowy — w charakterze pensji.

5) Stworzyć cały szereg domów dla matek, z oddziałami dla ciężarnych, rodzących i karmiących, z oddziałami obserwacyjnymi dla kobiet, które są podejrzane o choroby udzielające się lub mają niemowlęta, podej-

rzane o te choroby. Dla matek chorych lub mających niemowlęta chore na choroby udzielające się — stworzyć specjalne domy lub oddziały przy istniejących szpitalach. Autorka podkreśla potrzebę poddawania kobiet opuszczonych, jeszcze w zakładach położniczych — badaniom serologicznym i bakteriologicznym.

6) Na wzór Francji — stworzyć cały szereg jadłodajni oraz hoteli dla ciężarnych oraz karmiących matek. Hotele będą przeznaczone dla tych matek, które nie zechcą lub nie będą mogły poddać się regulaminowi domów zamkniętych oraz mają zdolność zarobkowania.

7) Stworzyć pogotowie dla matek z niemowlętami, wychodzących z zakładów położniczych oraz przyjeżdżających do miast. Pogotowie będzie miało na celu — przewożenie oraz umieszczanie matek z niemowlętami w odpowiednich zakładach.

(Streszczenie własne).

W dyskusji prof. Michałowicz wypunktował następujące momenty:

1) położenie matek bezdomnych da się obecnie zupełnie przyrównać do położenia pogorzalców;

2) o małym zainteresowaniu się społeczeństwa sprawą opieki nad dzieckiem świadczy znikoma ilość prenumeratorów wydawnictwa „Opieka nad dzieckiem”;

3) w chwili obecnej na terenie b. Kongresówki sprawa opieki nad bezdomną matką i jej dzieckiem jest li tylko w rękach ludzi dobrej woli; w dzielnicy pruskiej i austriackiej pozostało w tej materji prawodawstwo po zaborach, jedno z tych prawodawstw choć czasowo należałoby wprowadzić w naszej dzielnicy;

4) alimenty powinien płacić ojciec stosownie do swego społecznego położenia;

5) z tego wynika, że poszkodowana musi mieć dostęp do biura podatkowego;

6) zastrzeżę się przeciwko luksusowym budynkom dla przebywania matek bezdomnych i ich dzieci;

7) w celu sfinansowania tych schronisk należy wyzyskać ojcostwo;

8) przypomina, że w Holandji istnieje Bank do spraw kobiecych.

Doc. M. Erlichówna przyznaje słuszność prelegentce, że zorganizowanie domów dla matki i dziecka (Maisons maternelles) jest w Polsce potrzebą palącą. Sądzi jednak, że narazie można myśleć jedynie o nielicznych i niewielkich domach, stworzenie bowiem sieci tych zakładów w całym kraju nie będzie możliwe tak długo, póki nie rozwinie się w odpowiedniej mierze szpitalnictwo. We Francji, Anglii jest dość dużo miejsc w szpitalach a nawet miejsc dla matek karmiących z dziećmi, aby można było natychmiast usunąć z zakładu osoby chore lub podejrzane o chorobę. Gdyby tego nie było, lekarza zakładowego można by porównać ze strażakiem dyżurującym w budynku publi znym, który w czasie pożaru nie ma na wezwanie straży ogniowej.

Cieszyński oznajmia, że Towarzystwo „Ratujmy Dzieci” niebawem przystąpi do budowy domu dla bezdomnych matek i na ten cel ma już uzbieranych 30.000 zł.

Stosowany w niektórych państwach system używania w zakładach położniczych matek bezdomnych do posług przed rozwiązaniem i po niem daje według mówcy do pewnego stopnia odciążenie w tej sprawie.

Według kol. Gromskiego istniejące prawodawstwo są złe, ponieważ przewidują poszukiwanie ojcostwa dopiero po porodzie, byłoby lepiej wszczynać akcję wcześniej.

Pani Gawrońska powiadamia, że Towarzystwo „Ratujmy Niemowlęta” projektuje budynek na 35 matek. Strona finansowa akcji powinna być oparta między innymi na opodatkowaniu starych kawalerów, bezdzietnych małżeństw i opodatkowaniu ojcostwa. W zasadzie mówczyni jest przeciwniczką poszukiwania ojcostwa ze względów moralnych, np. może to pociągnąć za sobą wzmożenie przestępnych poronień, a z tem związanej i śmiertelności wśród matek.

Lipszyc pokrótce omawia prawodawstwo w tej sprawie w niektórych państwach i uważa, że w obecnej Rosji jest postawione najlepiej jako prawo pisane, zastrzega się jednak przeciwko twierdzeniu, że jest odpowiednio stosowane w życiu. Mówca używał do posług w zakładzie położniczym matki bezdomne, niestety niektóre z nich po okresie połogowym pokryjomu znikwały z zakładu, pozostawiając swoje dziecko. Stąd wniosek, że nie wszystko dobre, co się uczyniło dla matki, jest dla niej dobre; nie wszystkie matki chcą mieć przy sobie dzieci.

Doc. Szenajch jest zdania, że bez prawodawstwa uregulowania opieki nad matką bezdomną i dzieckiem nie da się przeprowadzić. Z zasady ojciec musi ponosić w poszczególnych wypadkach konsekwencje bezdomnego porodu.

Posiedzenie kliniczne z dnia 6. III. 29 r.

Obecnych: członków 28, gości 20.

Prezes Kopeć powiadamia zebranych o śmierci prof. Klemensa Pirqueta, członka honorowego P. T. P. i wzywa do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

Życiorys prof. Klemensa Pirqueta zostanie umieszczony w Pedjatrii Polskiej.

Mikułowski wygłosił odczyt p. t. O kokluszowem zapaleniu mózgu.

Przytoczone opisy przypadków kokluszowego zapalenia mózgu stanowią fakty kliniczne i anatomiczne. Ponieważ koklusz nie jest 6-tygodniową tylko chorobą kaszlu (Hustenkrankheit), ale w wielkim procencie długotrwałą w nawrotach swoich i najbardziej śmiertelną chorobą pierwszego dzieciństwa i ponieważ nosi znamiona ogólnego zakażenia ustroju — należy stany schorzeń mózgowych odnieść do działania toxy — infekcyjnego jadu kokluszowego na mózg, układ nerwowy i układ naczyniowy. Jakkolwiek ogólnie przyjęta hipoteza o mechanicznem działaniu kaszlu, jako przyczynie przekrwienia żylnego, obrzęku mózgu i wynaczynień krwawych w mózgu może w pewnym procencie tłumaczyć stany encephalopatij kokluszowych — to jednak nie można uważać tej mechanicznej koncepcji za dostateczną. Szereg okoliczności klinicznych stoi w sprzeczności z tą pozornie prostą hipotezą.

Podobnie jak patogeniza krwotoków kiszkowych w durze brzuszny, patogeniza obserwowanych wynaczynień w przebiegu koklusza tkwi w pewnym stopniu także w analogicznych stanach przejściowych skazy krwotocznej, spowodowanej przez dysfunkcję zatrutej jadem chorobowym wątroby.

W dyskusji Stankiewicz zaznacza, że:

Rozpoznanie krztuśca w pierwszym jego okresie napotyka na znaczne trudności, trudności te są tem większe im dziecko jest młodsze. Zwłaszcza bardzo trudne jest rozpoznanie u dzieci do 5 roku życia, jeżeli mamy do czynienia z przypadkiem poronnego krztuśca. Opierać rozpoznania na obecności drobnych rzeżeń w okolicy przykręgowej (objaw Pospischila) nie można. W większości przypadków krztuśca daje się zauważyć całkowity brak tego objawu zwłaszcza w początkowych okresach cierpienia.

Objawy ze strony układu nerwowego (drgawki) niezawsze można odnosić na karb encephalopatji i w przebiegu krztuśca łatwo bowiem można wpaść w pomyłki rozpoznawcze. Często w ten sposób można przeoczyć zapalenie opon mózgowych (meningitis tbc.), lub jak to świeżo obserwował Stankiewicz zapalenie opon, wywołane lasecznikiem Pfeiffra. To też Stankiewicz w każdym przypadku drgawek w przebiegu krztuśca zaleca dokonywać nakłucia lędźwiowego i badania płynu mózgowo-rdzeniowego, celem uniknięcia pomyłek rozpoznawczych.

(Streszczenie własne).

K. Piotrowski porusza sprawę mechanizmu koklusu, Obecnie panujący pogląd (Pospischila) na lokalizację infekcji w płucach i tłumaczenie objawów koklusu zmianami w płucach nie przekonywa mówcy z następujących powodów:

1) bardzo często obserwuje się koklusz bez zmian fizykalnych w płucach, bez podniesienia ciepłoty;

2) zmiany w płucach, jak to wszelkiego rodzaju pneumoniae, bronchity, pleuryty, sprawy gruźlicze, naciekowe, zmiany w krtani i t. p. nie wywołują kaszlu o typie kokluszowym, a więc umiejscowienia koklusu należy szukać gdzieindziej, nie w drogach oddechowych;

3) wymioty, występujące w $\frac{3}{4}$ przypadków koklusu, objaśniane odruchem z ośrodka oddechowego na wymiotny, łatwiej zrozumieć, przyjąwszy schorzenie ośrodka wymiotnego;

4) to samo da się powiedzieć o czkawce;

5) obserwowane czasami napady łęku nie związane chronologicznie z napadem kaszlu wskazują na pochodzenie mózgowe;

6) zmiany anatomo-patologiczne znajdowane przez niektórych autorów w tkance nerwowej mózgu, przemawiają za swoistym zajęciem mózgowia.

Opierając się na powyższych przesłankach mówca przechodzi do następujących wniosków: nie przesądzając punktu zapalenia bakterij kokluszowych w organizmie, należy przyjąć, że zadziałaniu toksyn kokluszowych ulega bezpośrednio tkanka mózgowa, a w szczególności te ośrodki, efekt zadziałania których tkanka uzewnętrznia się w zespole kokluszowym.

W tem ujęciu koklusz w wielkim stopniu można upodobnić do przebiegu tężca, w którym organizm niezależnie od umiejscowienia ogniska bakteryjnego odpowiada objawami nerwowymi. (Streszczenie własne).

Posiedzenie kliniczne z dnia 20.III. 29 r.

Obecnych: członków 25, gości 25.

Prof. M. Michałowicz powiadamia obecnych, że otrzymał od prof. Barbie list zapraszający na Zjazd Pedjatryczny odbyć się mający w Paryżu w dniach 30 września, 1 i 2 października.

Mikułowski demonstruje i omawia przypadek neuropatii z bólami „appendikularnymi” u dziewczynki dwunastoletniej z kiłą wrodzoną.

Dziecko od pół roku miewa bóle niezależne od jedzenia w okolicy prawego hypochondrium, bez gorączki. Badanie stwierdza bolesność punktu Mc. Burneya, nieznaczna leukocytozę, przyspieszenie opadania krwinek, dodatni odczyn Wassermanna. Zastosowane leczenie specyficzne usunęło w krótkim czasie doznawane sensacje i spowodowało w przeciągu pięciu tygodni przybytek 5 kg. wagi. Referent demonstrował przed dwoma laty analogiczny przypadek i opublikował go w prasie.

Mikułowski demonstruje i omawia przypadek konstytucji kiłowej powodującej skłonność do drgawek u dziecka dwuletniego.

Dziecko semickie, zahamowane w rozwoju fizycznym, cierpi na drgawki kloniczno-toniczne występujące z banalnych okazji. Ostatnio obserwowane w szpitalu przedstawiało niewinną infekcję 6-dniową z zapaleniem oskrzeli, złemi stolcami, acetonurją i indykanurją. Stanowi temu towarzyszyły objawy mózgowo-oponowe i drgawki. Wywiady stwierdziły śmierć trojga rodzeństwa w pierwszym roku życia, a badanie serologiczne wykryło dodatnie odczyny serologiczne Wassermanna i Sachs'a Georgiego. Zastosowane leczenie specyficzne podziałało bardzo skutecznie na usunięcie objawów wzmożonej pobudliwości dziecka i przyczyni się skutecznie do profilaksji dziecka w przyszłości. Przypadek porusza zagadnienie przesadnie często rozpoznawanej skazy neuroartretycznej u dzieci.

Mikułowski demonstruje i omawia przypadek kiłowego zapalenia wątroby z żółtaczką u dziewczynki dziesięcioletniej z ujemnymi odczynami serologicznymi Wassermann'a i Sachs'a Georgiego.

Wywiady stwierdzają śmierć sześciorga rodzeństwa w pierwszym roku życia i trzy poronienia u matki. Dziecko przybywa do szpitala z powodu od trzech tygodni trwającej żółtaczki ze stanem podgorączkowym i ze znacznym powiększeniem wątroby. Obecność stygmatów kiłowych w postaci: czoła olimpijskiego, nosa siodełkowego, podniebienia gotyckiego i zębów Hutchinsona. Brak odczynu Wassermann'a u dziecka i u matki. Po dwu tygodniach ustępuje stan podgorączkowy i żółtaczką, wątroba nie ulega zmniejszeniu i wykazuje objawy dysfunkcji, uchwytne metodami laboratoryjnymi. Dziecko nie doznaje żadnych dolegliwości i rodzina uważa je za zdrowe, co znacznie utrudnia dalsze leczenie ambulatoryjne przeciwkiłowe.

Mikułowski demonstruje i omawia przypadek przewlekłego zapalenia meningokokowego opon mózgowych z ujemnymi odczynami globulinowymi u chłopca jedenastoletniego.

Przybywa do szpitala z powodu występujących z przerwami od roku napadów bólów głowy z wymiotami i klinicznymi objawami oponowemi. Badanie płynu mózgowego wykazuje dodatni odczyn chromoneuroskopowy Flatau'a, pleocytozę, brak odczynów globulinowych, obecność meningokoków w posiewie. Zastosowanie metody Veeda i Mc. Kibbena iniekcji soli hipotonicznej umożliwia pokonanie niskiego ciśnienia płynu mózgowego. Chory, leczony surowicą, od dwu miesięcy jest wolny od dolegliwości.

W dyskusji Hirszfeldowa co do pierwszego przypadku zapytuje o wyjaśnienie bólów. Doc. Szenajch tłumaczy te bóle jako neuropatię wzgl. radiculitis.

Wasertregerówna odnośnie przypadku trzeciego nie zgadza się z rozpoznaniem kiłowego zapalenia wątroby ze względu na brak odczynów serologicznych.

Hirszfeldowa zapytuje, czy były robione odczyny po przeprowadzeniu kuracji, ponieważ w tym czasie mogłyby rzucić pewne oświeślenie na istotę cierpienia.

Co do przypadku przewlekłego meningitu Stankiewicz radzi stosować rentgenizację czaszki, co ma dawać dobre wyniki.

Mikułowski w odpowiedzi Wasertregerównie zaznacza, że rozpoznanie kiły, pomimo ujemnych odczynów biologicznych, opiera na istnieniu u pacjentki wybitnych cech kiły wrodzonej; — Hirszfeldowej, że odczyny po kuracji dotąd jeszcze nie były powtórzone.

Festensztat przedstawia przypadek rozsianej gruźlicy płuc, powikłanej zespołem rdzeniowym. Choroba rozpoczęła się wśród ogólnego niedomagania od niedowładu kończyn dolnych. W klinice stwierdzono objawy paraplegii distalnej (ograniczenie ruchów i siły mięśniowej obu kończyn, zwłaszcza stóp; bardzo żywe odruchy; obustronny Babiński; obustronny klonus). Płyn mózgowo-rdzeniowy zmian nie wykazywał. Rozpoznanie różniczkowe obejmowało: poprzeczne zapalenie rdzenia, guz rdzenia i spondylitis tbc. Badanie płuc wykazało sprawę rozsianą. Dalsza obserwacja wykaże, czy mamy tu do czynienia ze sprawą gruźliczą w rdzeniu, czy też ze sprawą nowotworową.

Bussel przedstawia i omawia przypadek posocznicy meningokokowej.

H. Brokman przedstawia i omawia cztery przypadki przewlekłych spraw induracyjnych w płucach, prowadzących do rozstrzeni oskrzeli. W przypadku pierwszym stwierdzamy znaczne zmiany wypukowe i wysłuchowe w lewym górnym płacie. W przypadku drugim zmiany dotyczą całego lewego płuca, przyczem ze względu na współistnienie u dziecka kiły wro-

dzanej, nie jest wykluczone, iż zmiany te mają etiologię kiłową. Przypadek trzeci wykazuje objawy nieznacznego stopnia w prawym górnym, środkowym i dolnym płacie w postaci zmian wypukowych i wysłuchowych (zaostrego oddechu oraz niezbyt licznych rzężeń). Przypadek czwarty przybył do kliniki z podejrzeniem na przewlekły nieżyt oskrzeli—kilkutygodniowe spostrzeżenie kliniczne pozwoliło ustalić przewlekłą sprawę induracyjną w lewym dolnym płacie z rozpoczynającą się rozstrzenią oskrzeli.

Godne jest uwagi, że wszystkie czworo dzieci znajdują się w dobrym stanie ogólnym, kaszel jest umiarkowany, tylko pierwsze i czwarte oddaje plwocinę w umiarkowanej ilości o nietypowym wyglądzie; w żadnym przypadku nie stwierdzono pałeczkowatych palców. Potwierdzenie rozpoznania zapomocą lipojodolu otrzymaliśmy w trzecim przypadku; w przypadku I-ym i II-im ta metoda ze względów technicznych nie mogła być przeprowadzona. W przypadku IV-ym próba lipojodolowa nie mogła rozstrzygnąć rozpoznania, metoda kliniczna okazała się w tym przypadku czulsza.

Przypadki powyższe stanowią przyczynek do różniczkowania powyższych spraw przewlekłych w stosunku do gruźlicy. Najważniejszymi momentami są tutaj: dobry stan ogólny, co pozwala wykluczyć obecność sprawy gruźliczej; obecność rzężeń, co pozwala wykluczyć naciek gruźliczy dookoła ogniskowy; przeciw gruźlicy przemawia brak prątków, a, co najważniejsze, obraz rentgenologiczny nie wykazuje żadnych prawie zmian w miąższu płucnym prócz lekkiego zawoalowania. Przypadki powyższe wskazują też na konieczność odgraniczenia tych spraw chorobowych od nieżytu przewlekłego oskrzeli, który u dzieci, jako samoistna sprawa chorobowa, występuje bardzo rzadko. Rozpoznanie spraw induracyjnych przewlekłych posiada duże znaczenie praktyczne, gdyż jedynie tylko wcześniej zastosowane metody lecznicze mogą coś zdziałać. Największe szanse powodzenia posiada tutaj odma sztuczna, co może uchronić dziecko od rozwinięcia się pełnego obrazu rozstrzeni oskrzeli, kiedy już stawiamy rozpoznanie na pierwszy rzut oka, lecz nic istotnego nie możemy uczynić dla poprawy stanu dziecka.

W dyskusji doc. Szenajch uważa, że w 3-ch przypadkach, jako etiologię należy przyjąć kłuszek, w 4-ym przypadku prawdopodobnie przyczyną schorzenia jest lues.

W odpowiedzi doc. Szenajchowi Brokman zauważa, że bynajmniej nie neguje etiologii krztuścowej dla niektórych przypadków rozstrzeni oskrzeli, lecz nie można uważać krztuśca za jedyną etiologię, gdyż i zapalenie płuc o etiologii grypowej, powstające w przebiegu odry, posiada tutaj znacznie równorzędne.

Stok-Naftalowa zaznacza, że rozpoznanie właściwe w podobnych przypadkach ma duże znaczenie społeczne i osobiste, gdyż najczęściej takie przypadki są traktowane jako gruźlica z całą gamą konsekwencji.

R. Barański i J. Wiszniewski wygłosili odczyt p. t. „Przyczynek do kliniki pneumokokowego zapalenia opon mózgowych“.

W dyskusji prof. M. Michałowicz podnosi, że w patologii dziecięcej b. coli i pneumokok odgrywają wybitną rolę, a szczególnie ten ostatni. Mówca przypuszcza, że są pododmiany pneumokoku i te dają wielorakie obrazy kliniczne; wyświetleniem zagadnienia należy zająć się bakterjologom.

Doc. M. Erlichówna, porównyując u niemowląt obraz kliniczny zapalenia opon meningokokowego z zapaleniem ostrem opon innego pochodzenia (pneumokoki, paciorkowce i inne), widzi w ostatnich cechy, pozwalające z pewnem prawdopodobieństwem postawić rozpoznanie jeszcze przed badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; a m. 1) gwałtowny a krótki przebieg, 2) nagłe wzmoczenie ciśnienia, 3) duże napięcie ciemniczka, 4) brak poprawy po nakłuciu lędźwiowem, 5) szybka utrata przytomności, 6) zwykle dużo drobnoustrojów w bezpośrednim preparacie, 7) płyn rzadko ropny, często tylko mętny.

Inaczej przedstawia się obraz kliniczny w sprawach oponowych pochodzenia pneumokokowego, występujący w późnym przebiegu ogólnego

zakażenia pneumokokami — tutaj stan jest tak ciężki i objawy oponowe tak zatarte, że niejednokrotnie rozpoznanie stwierdzamy dopiero na sekcji.

W dyskusji do referatu Barańskiego i Wiszniewskiego Mikułowski uważa za wskazane uwzględnienie możliwości zakażenia mieszanego pneumokokami i meningokokami oraz uwzględnienie pojęcia zakażenia pneumokokami jako bakteriami wyjściowymi — *bacilles de sortie* (Nikolle), aktywowanymi pod wpływem innej infekcji w szczególności koklusu.

Zakażenia mieszane pneumokokami i meningokokami opisał na dwudziestu kilku przypadkach Netter. Przypadki referentów należałoby poddać rewizji pod względem koklusu, który może dawać przyczynę do pneumokokowych zakażeń opon mózgowych, tak jak daje powód do zakażeń ropnych pneumokokowych płuca lub opłucnej. Także pod względem kiły należałoby przypadki referentów wyświetlić dla ewentualnego wysledzenia roli konstytucji kiłowej uczulającej opony mózgowe na schorzenia pneumokokami, tak jak to często ma miejsce w gruzliczych procesach opon mózgowych u dzieci kiłowych.

W związku z referatem Barańskiego i Wiszniewskiego Brokman, nawiązując do uwag Mikułowskiego, uważa proponowane przez Mikułowskiego wyodrębnienie tej grupy meningit. pneumococcica, gdzie pneumococcus występuje jako *bacilles de sortie*, za niedopuszczalne. Pojęcie to, sprowadzające się do ujmowania pewnych zakaźnych spraw chorobowych, jako wyniku uruchomienia zarazku, z natury rzeczy jest słuszne. Daje się tego rodzaju zjawisko wyodrębnić nieraz w doświadczeniu na zwierzęciu; niewątpliwie w epidemiologii chorób zakaźnych to zjawisko biologiczne odgrywa pewną rolę. Jednakże w patologii ludzkiej w poszczególnym przypadku nigdy nie jesteśmy w stanie powiedzieć, czy dana choroba zakaźna została wywołana przez zarazek pochodzący z zewnątrz, czy też tkwił on już poprzednio w ustroju w stanie utajonym. Uruchomienie zresztą tego zarazka niekoniecznie musi się odbyć na drodze zaaktywowania go przez inny zarazek, również i inne czynniki natury czy to klimatycznej (przeżranie, oziębienie), odżywczej, urazy mogą tutaj odgrywać rolę współrzedną, a do tych ostatnich zjawisk pojęcie „*Bacille de sortie*”, jeśli być w zgodzie z intencją twórców tego pojęcia, już nie pasuje. W każdym bądź razie propozycja użycia tego pojęcia jako podstawy do podziału klinicznego nie wytrzymuje krytyki. Do jakiego stopnia operowanie nie stosownymi pojęciami jest niebezpieczne, dowodzi końcowy wniosek Mikułowskiego, że tym czynnikiem prowokującym wystąpienie meningitis pneumococcica, był zapewne krztusiec, do czego niema najmniejszych podstaw.

Stankiewicz omawia zachorzenia poszczególnych narządów (płuc, opon, stawów i t. p.) w przebiegu posocznicy pneumokokowej. Należy je traktować jako przerzuty. Zapalenie opon pochodzenia pneumokokowego zdarza się w 0,5% jako następstwo zapalenia płuc. Powstaje ono bądź na drodze układu naczyniowego, lub limfatycznego. U małych dzieci punktem wyjścia jest nos i nosogardziel. Dłaczego w jednym przypadku posocznicy pneumokokowej przerzuty mają miejsce do płuc (najczęstsze zjawisko) w innym do opon mózgowych (rzadko) — na powyższe pytanie trudno odpowiedzieć. Nowsze badania amerykańskich badaczy (podział pneumokoków na typy I, II, III, IV) nie rostrzygają tego zagadnienia, jak również nie są w stanie odpowiedzieć na pytanie, dlaczego jeden i ten sam typ pneumokoka wywołać może zarówno płatowe jak i odoskrzelowe zapalenie płuc. Również i lokalizacja zapalenia płuc nie zależy od typu pneumokoka.

(Streszczenie własne).

Sekretarz:

(—) K. Piotrowski

Prezes:

(—) T. Kopeć

Oddział Lwowski Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

WYCIĄG Z PROTOKÓŁÓW POSIEDZEŃ ZA 1928 ROK.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17. I. 1928.

Obecnych: członków 41, gości 8.

P e s z y ń s k a przedstawia przypadek prawostronnego przemieszczenia serca u dziecka 6-miesięcznego. Wywołane zostało ono rozstrzenią i przerostem serca prawego w następstwie niedomykalności zastawki trójdzielnej po przebytem w życiu płodowym zapaleniu wsierdza. Omawia trudności rozpoznawcze oraz wynik sekcji.

G o l d s c h l a g przedstawia przypadek dermatitis herpetiformis Duhring i omawia leczenie powyższej choroby.

W d y s k u s j i: Prof. Gröer zapytuje, czy stosowano proteinoterapię. Dr. Goldschlag odpowiada twierdząc, nadmienia też, że próbowano leczenia malarją, leczenie to nie dało jednak żadnego efektu.

M a t e r n o w s k a demonstruje preparaty krwi u 4-letniej dziewczynki, zmarłej na białaczkę szpikową. Choroba rozpoczęła się w czerwcu 1927 r. osłabieniem sennością, bólami głowy, oraz przewlekłą stomatitis. Od listopada do powyższych objawów dołączyły się gorączka dochodząca do 40°, bóle w zakresie jamy brzusznej, krwawienia z błony śluzowej ust i na skórze oraz niewielkie powiększenie śledziony i wątroby. W grudniu po przyjęciu dziecka na klinikę badanie krwi pozwoliło rozpoznać białaczkę szpikową. W kilka dni po przyjęciu dziecko zmarło.

W d y s k u s j i Prof. Gröer podkreśla podobieństwo objawów początkowych do gnilca.

Prof. Dr. Gröer wygłasza odczyt: Ustalenie pojęć w dziedzinie higjo- i patogenazy niektórych chorób zakaźnych. (Rzecz wydrukowana w Przegl. Lek. 1927.

Posiedzenie kliniczne z dnia 7.II. 1928.

Obecnych: członków 39, gości 13.

E x e l b i r t demonstruje chłopca 9-letniego z włókniakiem uda wielkości dwu głów ludzkich.

D o c. P r o g u l s k i przedstawia przypadek porażenia dziecięcego, jako zejścia zapalenia mózgu w przebiegu szczepienia ochronnego przeciwko ospie, u dziewczynki 7-letniej. Po krótkim omówieniu piśmiennictwa o t. zw. encephalitis postvaccinalis dodaje, że albo jad szczepienny odbiera odporność ustrojowi i czyni go dostępniejszym dla zakażenia zarazkiem encephalitis, albo jeden jad toruje drogę drugiemu. Stąd wypływają następujące

wskazania: 1) dzieci powinny być szczepione w pierwszym roku życia, 2) szczepionki powinny być jaknajłagodniejsze, 3) nie szczepić zbyt energicznie, nawet nie podwójnie, 4) nie szczepić dzieci chorych, 5) a przede wszystkim nie przeprowadzać szczepienia w okolicach, w których w danym czasie panuje epidemia encephalitis lub poliomyelitis.

W dyskusji Markel opisuje podobny przypadek z własnej praktyki

Redlich zauważa, że związek między szczepieniem przeciwospowem a zapaleniem mózgu jest kwestią narazie jeszcze niejasną, wobec czego radzi zająć stanowisko obserwacyjne. Prof. Gröer podkreśla, że ze względów społecznych publicznie powinno się wykluczać możliwość występowania podobnych przypadków.

Czobanówna przedstawia 4-letnie dziecko leczone ambulatoryjnie zapomocą insuliny w okresie znacznego wyniszczenia po przejściu krztuśca oraz odry, z obustronnym zapaleniem płuc. Po 2 tygodniach leczenia apetyt wzmożł się tak, że waga ciała w tym samym czasie wzrosła o $1\frac{1}{2}$ kg. a uporczywie dotychczas utrzymujący się w płucach naciek ustąpił tak, że dziecko jest zupełnie zdrowe.

W dyskusji prof. Gröer podnosi, że w powyższym przypadku świetny efekt leczenia osiągnięto przez tuczenie węglowodanami — to samo dałoby się więc przeprowadzić i bez insuliny. Doc. Quest nadmienia, że według badań Czerny'ego przyniósł wagi ciała pod wpływem tuczenia węglowodanami są tylko chwilowe i że odporność na choroby zakaźne jest w tych razach zmniejszona. W odpowiedzi prof. Gröer twierdzi, że przez umiejętne dozowanie (o czym myślał), a nie tuczenie osiąga się dietą węglowodanową bardzo dobre wyniki u dzieci wychudzonych.

Posiedzenie kliniczne z dnia 9.III.1928.

Obecnych: 29 członków, 4 gości.

Exelbirt przedstawia przypadek osteocoxitis u 12-letniego chłopca Dane z wywiadów, nieznaczna bolesność i zmniejszona ruchomość przemieszły za coxitis tbc. Zdjęcie rentgenologiczne oraz nakłucie stawu wykazały osteomyelitis ostrą panewki kości biodrowej z przejściem stanu zapalnego na staw biodrowy. Leczenie chirurgiczne, resekcja stawu.

Peszynska przedstawia 12-letnią dziewczynkę z wrzodem dwunastnicy. Dziecko zgłosiło się na klinikę z typowym wywiadem. Badania kliniczne oraz rentgenologiczne ustaliły rozpoznanie.

W dyskusji Osuchowski zaznacza, że w obrazie rentgenologicznym są wszystkie cechy właściwe wrzodom dwunastnicy. Należą do nich hipertonia żołądka, wzmozżona ilość wolnego płynu, nieregularny kontur opuszki oraz przedłużony czas wydalania z żołądka.

Goldschlag demonstuje: 1) przypadek naevus corporis unius lateris u chłopca 10-letniego, ciekawy z powodu swego wystąpienia w 5-ym roku życia oraz silnego swędzenia, 2) przypadek erythrodermia ichtiosiformis u dziewczynki 6-letniej, 3) przypadek lupus erythematodes acutus u dziewczynki 8-letniej, oraz 4) przypadek lichen scrophulosorum generalisatus u 15-letniej dziewczynki.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17.IV.1928.

Obecnych: 52 członków, 14 gości.

Exelbirt przedstawia: 1) 5-letnią dziewczynkę z resekowaną szczęką górną z powodu epulis sarcomatosa gigantocellularis. Omawia budowę anatomo-histopatologiczną oraz prognozę i opisuje operację plastyczną, która w najbliższych dniach zostanie wykonana.



2) 13-letnią dziewczynkę, którą przywieziono na oddział z polecenia lekarza, który rozpoznał ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Badanie przemawiało istotnie za *appendicitis acuta*, przy zabiegu stwierdzono jednak, że wyrostek robaczkowy nie wykazuje żadnych zmian, natomiast w miednicy małej znaleziono wylew krwawy w ilości $\frac{1}{2}$ szklanki częściowo skrzepłej krwi. Przydatki wolne były od zmian chorobowych. W danym przypadku myśleć należało o ciąży pozamacicznej, względnie o pęknięciu pęcherzyka Graafa do jamy brzusznej.

Chwałibogowski przedstawia: 1) 3-miesięczne niemowlę z achoicznymi stolcami i ciemnym moczem od urodzenia i żółtaczką od 10-go dnia życia. Badanie moczu, kału, krwi, sondowanie dwunastnicy oraz badanie rentgenologiczne (cholecystografia) przemawiają za wrodzoną aplazją dróg żółciowych.

2) Omawia przypadek *pyonephrozy* u 5-ciotygodniowego niemowlęcia, u którego za życia poza rozległą pyodermją i obustronną bronchopneumonją stwierdzono guz brzucha zlokalizowany w prawym podbrzuszu z ograniczeniem zapaleniem otrzewnej. Na podstawie wyniku sekcji (ropnie płuc i nerek) kol. Ch. uważa, że mamy tu przypadek wrodzonej hydronephrozy wtórnie przy ogólnej septykemji zakażonej.

Doc. Progulski i Redlich wygłaszają wykład „Retrospektywny rzut oka na szczepienia ochronne przeciw płonicy”. (Praca przeznaczona do druku).

Posiedzenie kliniczne z dnia 1. V. 1928.

Obecnych: 27 członków, 2 gości.

Prof. Dr. Gröer demonstruje przypadek porażen pobłonniczych u $2\frac{1}{2}$ -letniej dziewczynki, powikłany prawostronną hemiplegją oraz aphazją (przyczyna najprawdopodobniej embolus). Przypadek ten nasuwał znaczne trudności różniczkowo-rozpoznawcze z powodu zatarcia obrazu: a) spastycznego porażenia kończyn pochodzenia centralnego przez nałożone na nie wiotkie porażenia obwodowe oraz b) aphazji przez aphonję.

Chwałibogowski przedstawia przypadek *poliencephalomyelitis anterior acuta* u niemowlęcia 8-miesięcznego z porażeniem prawej połowy twarzy, mięśni podniebienia, gardzieli, krtani, brzucha i wszystkich kończyn z obustronną bronchopneumonją. Omawia umiejscowienie zmian w móście, rdzeniu przedłużonym i kręgowym i wypowiada się w sprawie rokowania.

Goldschlag przedstawia przypadek *tbc. colliquativa cutis* u dziewczynki 12-letniej powikłany przez *rubeosis granulosa nasi*.

Doc. Progulski wygłasza wykład: O t. zw. ciałach światłoczynnych i stosunku ich do medycyny.

(Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie kliniczne z dnia 5. VI. 1928.

Obecnych: 31 członków, 4 gości.

Exelbirt przedstawia chłopca 6-letniego z rozległymi bliznami skóry szyji, klatki piersiowej i obręczy barkowej, oraz kończyny górnej prawej ze znacznym ograniczeniem ruchomości stawu barkowego po oparzeniu 3-go stopnia. U chorego tego wykonano dwuczasową plastykę z bardzo dobrym wynikiem kosmetycznym i prawie zupełnym przywróceniem ruchomości stawu.

Exelbirt wygłasza wykład: O chirurgicznym leczeniu otoku ropnego opłucnej u dzieci.

Chwałibogowski wygłasza odczyt: O leczeniu krzywicy naświetlaną ergosteryną (Obie prace przeznaczona do druku).

Posiedzenie kliniczne z dnia 13.XI. 1928.

Obecnych: 8 członków, 15 gości.

Hescheles przedstawia 11-dniowego noworodka z rozszczepem kości czołowej, wieżowatą czaszką, rozszczepem podniebienia oraz zniekształceniami rąk i stóp polegającymi na zrośnięciu, nadliczbowości i częściowym braku kości śródręcza, śródstopia i członków palców.

W dyskusji Chwalibogowski oświadcza, że noworodka tego spozstrzegał przez 8 dni w klinice położniczej. Noworodek ten po kilkudniowym spadku wagi ciała w łącznej sumie 300 gr, po przejściu na karmienie sztuczne pokarmem skoncentrowanym w ciągu następnych 4 dni powrócił do wagi z dnia urodzenia. Dalej przypomina podobny przypadek mnogich zaburzeń rozwojowych kością u dziewczynki, która przed rokiem leczona była w klinice z powodu czyracczości i identyczny przypadek w przychodni klinicznej, oglądany przed 2-ma laty, oraz podnosi częstość powyższego zespołu zaburzeń rozwojowych.

Chwalibogowski przedstawia 1) 10-dniowego mongolika z Kliniki położniczej z typowymi objawami: brachycephaliczną czaszką, kulkowatym nosem, skośnymi oczyma, nakątnymi zmarszczkami, przepukliną pępkową oraz wybitną hipotonją. 2) Przypadek pyaemii u niemowlęcia 7-mio miesięcznego z przerzutowemi ropniami w gruczole przyuszny, nadgarstku i stawie biodrowym, w których badanie bakterjologiczne wykazało paciorkowca krótkiego. Dziecko to przeniesione zostanie na Oddział chirurgiczny. 3) Omawia przypadek marskości zanikowej wątroby Laennecca u chłopca 5-letniego obserwowany przez tydzień w klinice, powstały na tle chronicznego zatrucia alkoholem. Chłopczyk ten od 1½ roku wypijał prawie codziennie pół szklanki piwa, a w dniu świąteczne likier. W stanie ciężkiej cholelarii opuścił klinikę na żądanie rodziców i odszedł do domu, gdzie po 10-dniowym pobycie zmarł.

Doc. Progulski demonstuje: Nowy model cieplarki dla niemowląt wczesnych i wątłych (własnego pomysłu). Ciepłarka ta wykonana jest z blachy w formie żłóbka o podwójnych ścianach, zewnętrzna ma kształt graniastosłupa, wewnętrzna walca wydrążonego, obie są bez podstaw i spoczywają na długiej swej osi. Przestrzeń między podwójną ścianą wypełniona jest wodą o temp. 50°C., którą wprowadza się przez otwór umieszczony w jednym z narożników. Otwór ten opatrzony nasadką, daje się ująć za pomocą węża gumowego, połączonego na drugim końcu z lejkiem. Na brzegu przeciwnym dolnej powierzchni znajduje się otwór dla odpływu wody przez kran zaopatrzony w kurek. Woda wypełniająca ciepłarkę utrzymuje temperaturę swą tak dobrze, że po 7-miu godzinach wykazuje 40°C. Ciepłarkę otula się od zewnątrz kocem wełnianym. Ciepłarka powyższa bardzo prosta w swym pomysłe, łatwa w wykonaniu i tania, może mieć zastosowanie tak w zakładzie, jak i w domu prywatnym i wykazuje w porównaniu z dotychczas używanemi szereg dodatnich stron, przede wszystkim nie wpływa ujemnie na wysycenie powietrza oddechowego parą wodną, nie działa tem samem wysuszająco na ustrój niemowlęcia, daje warunki łatwego dostępu do dziecka, a przez dolewanie wody o odpowiedniej cieplotcie zapewnia trwałe nagrzewanie dziecka.

Redlich wygłasza: Sprawozdanie ze zjazdu rosyjsko-niemieckiego w Królewcu poświęconego płonicy. Referent podaje treść najważniejszych prac wygłoszonych na zjeździe i omawia wyniki obrad.

W dyskusji prof. Gröer reasumuje wynik dotychczasowych badań nad płonicą po linii teorii Dicków w 4 punktach: 1) paciorkowiec hemolityczny odgrywa rolę w etiologii i patogeniezie płonicy; nie stwierdzonej jest jednak jeszcze, jaka jest ta rola i jaki jest mechanizm jego działania, 2) teoria Dicków jest błędna, 3) surowica przeciwplonicy działa

na pierwszy okres choroby, nie działał natomiast na drugi, czyli na t. zw. choroby następce. Surowicę wstrzykiwać należy w dawkach dużych, 4) wobec rozbieżności zdań o wartości szczepień ochronnych, szczepienia te nie powinny być uważane za przymusowy zabieg sanitarno-społeczny, tylko ciągle jeszcze za eksperyment. Wogóle „płonica” zajmować się powinni nie lekarze urzędowi względnie urzędy zdrowia, lecz kliniki i zakłady bakterjologiczne.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4.XII.1928.

Obecnych: 23 członków, 7 gości.

Exelbirt przedstawia przypadek *ostitis fibrosa* u chłopca 11-letniego, który zgłosił się z objawami bólu w okolicy stawu biodrowego i utrudnienia chodzenia. Po wyskrobaniu ogniska schorzenia w obrębie krętarza wielkiego kości udowej nastąpiło zupełne wyleczenie.

Hescheles wygłasza odczyt: Przyczynek do porównawczych badań serologicznych odczynów Wassermanna i Meinickego. (Praca przeznaczona do druku).

W dyskusji prof. Gröer podkreśla, że polegając na większej czułości odczynu Meinickego w klinice przeprowadza się leczenie tak długo, dopóki nie usunie się dodatniego odczynu Meinickego.

Sekretarz:

(—) *A. Chwałibogowski.*

Prezes:

(—) *Prof. F. Gröer.*

Sprawozdanie roczne Lwowskiego Oddziału Pol. Tow. Pedjatrycznego.

ZA ROK 1928 — DZIAŁALNOŚCI TRZECI.

Lwowski Oddział Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego był zorganizowany w dniu 18.3.1926 r.

Prezydjum Oddziału w r. 1928:

Przewodniczący: Prof. Dr. Gröer.

Zastępcy Przewodniczącego: Doc. Dr. Quest i Dr. Meisels.

Sekretarz: Dr. Orska.

Skarbnik: Dr. Brichta.

Na posiedzeniu w dniu 1.5.1928. z powodu rezygnacji Orskiej wybrano na sekretarza Chwalibogowskiego

Oddział liczy 50 członków zwyczajnych i 2 nadzwyczajnych.

Oddział odbył w r. 1928 osiem posiedzeń klinicznych, na których wygłoszono 7 wykładów oraz demonstrowano 27 chorych, względnie preparatów.

TYTUŁY WYKŁADÓW:

1. Prof. Dr. Gröer — Ustalenie pojęć w dziedzinie higjy i patogenyzy niektórych chorób zakaźnych.
2. Doc. S. Progulski i F. Redlich — Retrospektywny rzut oka na szczepienia ochronne przeciw płonicy.
3. Doc. S. Progulski — O t. zw. ciałach światłoczynnych i ich stosunku do medycyny.
4. K. Exelbirt — O chirurgicznem leczeniu otoku ropnego opłucnej u dzieci.
5. A. Chwalibogowski — O leczeniu krzywicy naświetlaną ergosteryną.
6. F. Redlich — Sprawozdanie ze Zjazdu rosyjsko - niemieckiego w Królewcu.
7. I. Heschels — Przyczynek do porównawczych badań serologicznych odczynów Wassermanna i Meinickego.

Sekretarz:

(—) *A. Chwalibogowską*

Prézes:

(—) *Prof. F. Gröer*

Oddział Wileński Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

WYCIĄG Z PROTOKÓŁÓW POSIEDZEŃ.

Posiedzenie z dnia 26.IV.28 r.

Obecnych: członków 22, gości 14.

Prof. Dr. W. Jasiński przedstawia przypadek choroby Stilla-Chauffarda u 6-letniego chłopca, przyjętego do Kliniki Chor. Dziec. U. S. B. dnia 15.IV. r. b.; stwierdzono przewlekłe zapalenie z obrzmieniem 6 większych stawów oraz drobnych połączeń kości śródstopia, powiększenie gruczołów chłonnych (micropolyadenia) oraz wybitne powiększenie i stwardnienie śledziony. Choroba rozpoczęła się stopniowo przed 10 miesiącami, dawała okresy nietypowej gorączki, ostatnio zaś znaczne bóle, przeszkadzające dziecku spać. Dziecko jest wybitnie wyniszczone, skóra w okolicach stawów oraz mięśni w stanie zaniku. Foetor ex ore, próchnica kilku zębów, obrzmienie i owrzodzenie dziąseł po stronie prawej. W narządach wewnętrznych zmian szczególnych nie wykryto. Exophthalmus, muszle uszne duże, odstające, innych cech zwyrodnienia brak. Wątroba wyczuwalna na 2 ccm., śledziona na 7 ccm. pod łukiem. We krwi oligochromaemia (40%), poikilo- et anisocytosis; wzór Schillinga początkowo przesunięty w lewo; po wyjęciu zębów (w tydzień po pierwszym badaniu) liczba ciałek wielojądrowych spada (z 60 do 41%), powiększa się zaś limfocytoza (do 58%). Odczyny Bordet-Wassermana i Meinickego ujemne, podobnie jak odczyny tuberkulinowe (dwukrotnie Pirquet, Mantoux). Posiewy krwi z żył trzykrotnie ujemne. Natomiast z ropy znalezionej na korzeniach usuniętych zębów szczęki dolnej wyhodowano (Dr. Siwińska) szczep, dający wszelkie cechy streptococcus viridans (określenie potwierdzono w Zakładzie Mikrobiologii U. S. B.). Zdjęcia rentgenowskie zmian w kościach nie wykazały.

Prelegent daje przegląd odnośnego piśmiennictwa oraz szczegółowo omawia etiologję i patogenezę, przebieg, rokowanie i leczenie tej rzadkiej postaci chorobowej. Przedstawiony przypadek przemawia przeciwko zależności tej choroby od gruźlicy, natomiast wskazuje na przewlekłe zakażenie, wywołane zapewne przez szczepy paciorkowca zieleniejącego o małej zjadliwości (nie dającego zmian w sercu).

Z hodowli tego paciorkowca będzie przygotowana szczepionka w celu przeprowadzenia swego leczenia. (Streszczenie własne).

W dyskusji Łukowski wypowiada się za wyrwaniem zębów w danym przypadku i za stosowaniem autoszczepionki.

W odpowiedzi prof. Jasiński zaznacza, że chwilowo nie usuwa się wszystkich zębów ze względu na ciężki stan dziecka, duszność, która może pochodzić od powiększenia gruczołów węzkowych lub grasicy.

M. Moszyński wygłasza referat p. t.: W sprawie ujednastajnienia postępowania w zapaleniach wyrostka robaczkowego u dzieci.

W dyskusji Zarcyn zaznacza, że I-sze ataki często przechodzą pod postacią zwykłego niedomagania, może występować tylko rozwolnienie, rodzice stosują domowe środki. Jeżeli chory wymiotuje i położy się do łóżka, to nie jest to już I-szy atak. Na tle pierwszego ataku powstaje nieraz przedziurawienie. U dzieci spotyka się nieraz wypadki appendicite, przy których wcześniej występuje sepsis i te przypadki kończą się często śmiertelnie. U dorosłych rzadko znajduje się obce ciała w wyrostku robaczkowym, zaś u dzieci znajduje się nieraz całe kolekcje: pestki od ogórków, wiśni i t. d. Jeżeli są równocześnie wybitne objawy zapalenia wyrostka robaczkowego i anginy, to Z. nie operuje, gdyż zwykle z ustąpieniem anginy znikają bóle. Odra daje czasami powikłanie z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Występuje ono zwykle przy końcu, kiedy znika stadjum wysypkowe. Początkowo czekano kilka dni z operacją, obawiając jej się w czasie rozkwitu odry, jednakowoż odra ustępowała, a bóle trwały i znajdowano appendix wypełniony ropą. Prelegent jest obecnie skłonny jaknajprędzej w czasie odry operować. Co się tyczy pneumonii, to zwłaszcza, o ile ognisko jest umiejscowione w części przeponowej, trudno bywa nieraz rozstrzygnąć z czym mamy do czynienia, bo bóle w zapal. wyrostka są takie same jak w początku pneumonii.

Prof. Michejda: W Klinice Chirurgicznej U. S. B., w ciągu czterech lat jej istnienia, było w leczeniu 21 przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci do lat 12. Z tego po jednym wypadku na ukończony rok pierwszy, drugi, trzeci, czwarty i piąty, przyczem najmłodsze dziecko miało rok i osiem miesięcy. Na ukończony rok szósty wypadła pięcioro dzieci, na siódmy — jedno, na ósmy i dziewiąty — po dwoje, na dziesiąty — czworo, na jedenasty — dwoje. Czworo dzieci nie było operowane a to z powodu stwierdzenia w chwili przyjęcia do Kliniki ograniczonego nacieku zapalnego, okazującego skłonność do wessania. Wogóle nacieków takich u naszych chorych stwierdziliśmy sześć, przyczem wessaniu uległo pięć, jeden zropiał i został z tego powodu nacięty. U jednego z wymienionych pięciu chorych naciek pomimo wessania się całkowitego nie uchronił chorego od nawrotu ostrego stanu zapalnego, z powodu którego dziecko to musiało być operowane. Najmłodsze z dzieci z naciekiem miało lat 4, poza tem spotykaliśmy nacieki tylko u dzieci starszych. U czteroletniego dziecka naciek wytworzył się jako powikłanie odry wciągu pierwszych dni jej trwania. Wyczuwaliśmy te nacieki najwcześniej po czterech dniach trwania sprawy zapalnej.

Operowaliśmy 17 chorych w ostrym stanie, z nich zmarło dwoje. Zmarło najmłodsze z operowanych dzieci, u którego zabiegu dokonano w trzecim dniu choroby przy ogólnym zapaleniu otrzewnej. Zaznaczyć wypadu, że rodzice wzywali lekarza do tego dziecka już w pierwszym dniu choroby. Oprócz tego zmarł chory sześćioletni, operowany w czwartym dniu choroby, przyczem i u niego w owym czasie zapalenie otrzewnej zdołało się uogólnić. Wyszło piętnaścioro operowanych dzieci, z nich czworo operowanych w pierwszych 12 godzinach, pięcioro — w pierwszych 24 godzinach, po dwoje — w drugiej i trzeciej dobie, jedno — w czwartej dobie, a jedno — w siódmej (zropiały naciek).

Rozpoznanie było łatwe prawie w wszystkich naszych chorych. Raz jeden tylko mieliśmy pewne wątpliwości rozpoznawcze u chorego, operowanego w czwartej dobie. Zmiany anatomopatologiczne w wyrostku były u tego chorego istotnie bardzo nieduże. Po operacji chory wygoił się prawidłowo, jednakże w tydzień po wyjęciu szwów wystąpiły u niego objawy duru brzusznego.

Podkreślić muszę dość często spotykany niestosunek pomiędzy objawami klinicznymi a napotkaniami przy zabiegu zmianami anatomicznymi w wyrostku u dzieci. Niestosunek ten zaznaczał się w naszym materiale w dwóch kierunkach, spotykaliśmy bowiem nieraz przy słabych objawach klinicznych duże zmiany w wyrostku, w innych zaś razach małe zmiany anatomiczne przy ciężkich objawach klinicznych.

Trzy razy rodzice podawali nam, że dzieci chorowały poprzednio na sprawy jelitowe. Przez lekarzy były one rozpoznawane jako nieżyty kiszek grubej. U tych chorych zmiany anatomiczne w wyrostku bywały szczególnie ciężkie. Po zabiegu objawy te ustąpiły u wszystkich trzech chorych. Przedziurawienie wyrostka robaczkowego spotykaliśmy cztery razy (dwa wypadki śmiertelne). Występowało ono w trzeciej i czwartej dobie. Szczelny szew jamy brzusznej wykonaliśmy 10 razy. W liczbie tej mieszczą się wszystkie przypadki, u których od początku choroby do zabiegu nie przeszła jedna doba. Nie wysnuwam z tego wniosku, że zawsze w pierwszej dobie wolno i należy zaszywać brzuch, jednak faktem jest oczywiście, że chorzy, dostarczeni w pierwszej dobie, stwarzają znacznie częściej sposobność do szczelnego szwu, aniżeli chorzy, dostarczeni później. Tylko raz jeden mogliśmy zaszyć brzuch u chorego, oddanego nam po upływie jednej doby.

Z powyższych danych wysnuwam następujące wnioski praktyczne: 1) dążyć należy bezwzględnie do tego, by ostre zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci rozpoznawano w samym początku choroby, przyczem na uwadze mieć trzeba, że choroba ta zdarzyć się może i u dzieci najmłodszych, co do których myśl rozpoznawcza lekarza chętnie kieruje się na drogę niewinnych nieżyków kiszek; 2) rozpoznane ostre zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci należy jaknajprędzej skierować na drogę leczenia chirurgicznego, przyczem leczenie to stwarza w pierwszych początkach choroby znacznie większe prawdopodobieństwo wyleczenia się niż postępowanie wyczekujące. Wśród przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci odróżniam takie przypadki, w których objawy przewlekłego zapalenia wystąpiły w następstwie przebytego ostrego stanu zapalnego. Bez względu na postać, w jakiej ostre zapalenie u tych chorych przebiegało (z naciekiem zapalnym lub bez), uważam u nich zabieg „na zimno” za bezwzględnie wskazany. Tam, gdzie ataków ostrego stanu zapalnego nie było, dążę do tego, by podejrzenie przewlekłego stanu zamienić drogą mniej lub więcej długiej obserwacji klinicznej na pewność. Wbrew twierdzeniu niektórych autorów mogę stwierdzić z całą stanowczością, że przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego może się rozwijać bez poprzedzających ostrych ataków. Rozpoznanie w tych wypadkach jest wprawdzie niekiedy bardzo trudne, jednak nie uważam za właściwe, by lekkie podejrzenie było już dostatecznym powodem do zabiegu chirurgicznego. Dłuższa obserwacja kliniczna chroni nas w tych wypadkach od błędów, a chorych od zbytecznego moim zdaniem zabiegu. (Streszczenie własne).

Kiakszto mówi o dwu przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, które wystąpiło jako powikłanie płonicy. Jeden dotyczył chłopca 9-letniego, który operowany był w 6 godzin po rozpoznaniu i był w b. ciężkim stanie—wystąpiło ropne rozlane zapalenie otrzewnej, zgorzel wyrostka, przetoka kałowa coeci; przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem. Drugi przypadek dotyczył 6-letniego chłopca, u którego w 8-mym dniu płonicy wystąpiły bóle w brzuchu i zaparcie stolca; matka podała przeczyszczające środki. W 10 godzin po rozpoczęciu bólów operowany; stwierdzono ostre zapalenie otrzewnej, przedziurawienie i zgorzel wyrostka; przypadek zakończył się również wyzdrowieniem.

Lewin: Temat poruszony przez prelegenta jest co prawda nie nowy, ale dla pediatrów zawsze aktualny i ciekawy, a to ze względu na trudność rozpoznawczą u dzieci. Skargi na bóle w brzuchu są u dzieci na porządku dziennym, gdyż epigastrium dla dziecka, jak Feer się wyraża, jest ośrodkiem czuciowym, wymioty zaś widzimy prawie w każdej chorobie zakaźnej. Jeżeli się mówi o ujednolajnieniu postępowania w kierunku jaknajwcześniejszej operacji, to u dzieci nastęrcza to na wielkie trudności, gdyż do tego jest niezbędne ściśle rozpoznanie, co często jest prawie niemożliwe. Ostatnio mówi się dużo o zapaleniu wyrostka robaczkowego jako komplikacji anginy. Jak widać jednak z piśmiennictwa, jest to przeważnie pseudo-appendicitis

i w całym szeregu przypadków operowanych zmian wyrostka robaczkowego nie stwierdzono, natomiast w przypadkach nie operowanych objawy pseudo-appendicitis szybko zniknęły.

Przypadki rzeczywistego zapalenia wyrostka w przebiegu zapalenia gardła mogą się zdarzać, ale należą do rzadkich. Należy ze wszelkich miar unikać błędów rozpoznawczych, gdyż może to prowadzić do fatalnych skutków, zwłaszcza w durze brzuszny i zapal. płuc krupowem. Zaleca się zwracać uwagę na objaw zaniku odruchu brzuszno (dolnego, a nieraz i środkowego) po stronie prawej.

(Streszczenie własne).

Prof. Jasiński podkreśla, że w zapaleniach wyrostka robaczkowego u dzieci, jeszcze rzadziej, niż u dorosłych nasuwa się możliwość wnioskowania z objawów klinicznych o charakterze zmian anatomicznych; fakt ten jest powodem wielu tragicznych omyłek, dotyczących postawienia we właściwym czasie wskazań do zabiegu oraz rokowania; pedjatrzy zdają sobie jednak sprawę z niebezpieczeństwa, wynikającego wskutek spóźnionych wskazań i wcześniej przekazują chorych chirurgom — jako dowód posłużyć może bardzo mała liczba przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, leczonych w Klinice Chorób Dziecięcych U. S. B. w ciągu lat 5-ci (0,47% ogółu leczonych).

Prelegent zwraca uwagę na pewne właściwości anatomiczne wyrostka robaczkowego u niemowląt (postać lejkowata) oraz polemizuje z Zarçynem, co do znaczenia ciał obcych, znajdujących w wyrostku.

Posiedzenie kliniczne z dnia 14.V. 28 r.

Obecnych: członków 14, gość 1.

F. Ejzenberżanka przedstawia przypadek choroby Hirschsprunga u 6-letniego chłopca. W wywiadach od 3-go miesiąca życia skłonność do zaparcia, wypróżnienia występowały tylko po ławatywie.

Od tego czasu obwód brzucha zaczął się zwiększać, obecnie największy obwód brzucha wynosi 72 cm.. Bez podrażnienia powłok widoczny jest ruch robaczkowy jelit i znaczne ich rozszerzenie. Opukiwaniem stwierdza się wypuk bębenkowy. Badanie per rectum wykazało rozszerzenie ampullae recti. Rentgenoskopja wykazała znaczne rozszerzenie i wydłużenie esicy. Podczas pobytu w Klinice samopoczucie dziecka było dobre; stolce występowały tylko po ławatywie. Leczenie polegało na stosowaniu wysokich ławatyw z wody mydlanej i zastosowaniu odpowiedniej diety. Stosowano również wstrzykiwania glanduitryny, które nie wykazały dodatniego wpływu.

Baranowski przedstawia czworo dzieci.

Przypadek 1-szy dotyczy dziecka 6-letniego. W wywiadach w ciągu ostatniego roku trzykrotne napady drgawek klonicznych z utratą przytomności, oraz wymioty 1—2 razy tygodniowo. Z rodzeństwa dwoje zmarło, jedno w drugim roku życia z powodu przewlekłego wodogłowia, drugie w pierwszym roku życia z powodu idjotyzmu. Badanie dziecka wykazało objaw Oppenheima dodatni po stronie prawej, nieznaczny oczopląs; zmian na dnie oka brak, rozwój intelektu upośledzony. Płyn mózgowo-rdzeniowy normalny, odczyn Wassermanna ujemny.

2-gi przypadek dotyczy dziecka 3-letniego, dziedzicznie nie obarczonego. W wywiadach w ciągu ostatnich trzech tygodni napady drgawek klonicznych z utratą przytomności, które trwają kilka minut, poczem dziecko śpi i czuje się zmęczone. Badanie przedmiotowe zmian nie wykazało. Płyn mózgowo-rdzeniowy normalny, odczyn Wassermanna ujemny. W kale znaleziono jaja oxyuris vermicularis.

W obydwu przypadkach postawiono rozpoznanie padaczki.

Przypadek 3-ci dotyczy dziecka 3-letniego, dziedzicznie nie obarczonego. W wywiadach w ciągu ostatnich 2 tygodni 3 napady omdlenia, trwające 5—10 minut, po których dziecko nie śpi, bawi się. Poza tem miewa

dziecko kilkakrotnie w ciągu dnia, krótkotrwałe drgnięcia kończyną wzgl. mięśniami twarzy, podobne do tic'ów. Dziecko uprawia samogwałt. Badanie wykazało wzmoczenie odruchów ścięgnistych, brak zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym, ujemny odczyn Wassermana. Pod wpływem bromu i luminalu częstość napadów nie uległa zmianie. W tym przypadku rozpoznanie waha się między piknolepsją a epilepsją.

4-ty przypadek dotyczy dziecka 6-letniego, z przewlekłym zapaleniem szpiku kostnego. Choroba rozpoczęła się przed $\frac{1}{2}$ rokiem, bólem w prawej nóżce. Ciepłota prawidłowa, w wywiadach przebyta przed $\frac{1}{2}$ rokiem grypa. Stwierdzono wrzecionowato zgrubiałą kość udową, olesną przy ucisku. Badanie promieniami Rentgena wykazało liczne ogniska rozmiękczeniowe w szpiku kostnym. Odczyn Pirqueta ujemny, odczyn Wassermana + przy ujemnym odczynie Meinickego.

Poraz drugi robiono odczyn Wassermana— ujemny.

W dyskusji zabierają głos prof. Jasiński i Łukowski.

Szabad-Gawrońska pokazuje rentgenogramy przypadku ropnia mózgu, w którym zastosowano odmę czaszkową.

Makower-Szadowska wygłasza odczyt p. t.: O ergosterynie i jej znaczeniu w patogenezie i leczeniu krzywicy.

(Druk. w Pam. Wil. Tow. Lek.)

W dyskusji biorą udział Potopowicz, Łukowski, Baranowski, Muraszkowski, Brodzka i prof. Jasiński.

Posiedzenie z dnia 19. VI. 28 r.

Obecnych: członków 14, gość 1.

Po odczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia, Dowgiałło-Moszyńska informuje w związku z pokazem chorego z chorobą Hirschsprunga o dokonanej operacji i pooperacyjnym przebiegu choroby, oraz o wyniku sekcji. Zabieg dziecko zniosło dobrze, a umarło w tydzień później wśród objawów intoksykacji.

F. Ejzenberżanka przedstawia przypadek niedokrewności połączonej z trombopenją u 5-letniego chłopca. W wywiadach brak łaknienia, skłonność do krwawień i powstawania siniców po lekkich urazach, ogólne osłabienie. Stwierdzono wybitną błądźliwość powłok z odcieniem żółtawym, i obecność pojedynczych podbiegnięć krwawych na skórze. Płuca i serce bez zmian. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. Odczyn Pirqueta dodatni. Badanie krwi: Hb.: $22\frac{0}{100}$, c. cz. 2480000, c. b. 12200, wskaźnik 0,44. W obrazie krwi przewaga leukocytów wielojądrzastych; brak poikilo — i anisocytoty oraz normoblastów; ilość płytek zmniejszona (40000), czas krwawienia prawidłowy, czas krzepnięcia 25 minut; odporność krwinek 0,5 — 0,35. Podczas pobytu w Klinice temperatura dochodziła do 38° , stan dziecka był ciężki. Po zastosowaniu 6 krotnym zastrzyków krwi wóródmięśniowych oraz 10-dniowym stosowaniu wątróbki w ilości 150 gr. dziennie, stan ogólny poprawił się i ilość Hb. wzrosła do $29\frac{0}{100}$, c. cz. do 3920000.

W dyskusji biorą udział Łukowski, prof. Jasiński, M. Marynowska.

S. Neuman-Rybiecka przedstawia przypadek myxoedema u 3-letniego dziecka z wybitnie dodatnim odczynem Wassermana.

W dyskusji zabierają głos Zienkiewicz, Łukowski, Szabad-Gawrońska, prof. Jasiński.

Z. Olechnowiczówna przedstawia przypadek ciężkiej krzywicy połączonej z anemią u $2\frac{1}{2}$ -letniego chłopca. Stwierdzono ogólny niedorozwój fizyczny, garb krzywiczy, niezarośnięte ciemiaczko, zgrubienie na-

sad. Hb. 32%, c. cz. 2440000, brak normoblastów, śledziona twarda, wchodząca na dwa palce z pod łuku żebrowego. Po stosowaniu vigantolu i wątróbki ogólny stan dziecka poprawił się, ilość Hb. i c. cz. zwiększyła się. Prelegentka przeprowadza rozpoznanie różniczkowe między białaczką anemią Jaksch-Hayema oraz anemią alimentarną.

W dyskusji zabierają głos Łukowski i prof. Jasiński.

H. Kaulbersz Marynowska przedstawia przypadek *purpura haemorrhagica simplex* u 3-letniego chłopca. Sińce i wybroczyny wystąpiły po przebytych chorobach: odrze, kokluszui zapaleniu płuc. Badanie krwi stwierdziło nieznacznie zwiększoną ilość płytek Bizzozero (370000), leukocytozę 6800, patologicznych postaci c. białych nie stwierdzono, ilość Hb. — 80%, c. cz. — $4\frac{1}{2}$ milj, nieznaczna anisocytoza i polichromatofilja. Krew, w moczu i stolcu oraz jelitowe napady nie występowały, stawowych zmian nie stwierdzono.

R. Szabad-Gawrońska wygłasza odczyt p. t. „Leczenie ropnego zapalenia opłucnej Rivanolem u niemowląt i dzieci do 2-ch lat”.

Prelegentka stosowała w szpitalu dzieciennym na Zwierzyniecu leczenie konserwatywne w sześciu przypadkach ropnia opłucnej u dzieci do 2-ch lat przez wstrzykiwanie Rivanolu do worka opłucnowego z wynikiem następ.: 4 przypadki zakończyły się wyzdrowieniem, jeden zmarł wskutek ogólnej posocznicy; szósty przypadek należy zakwalifikować jako niepo-myślny.

Wśród czterech przypadków, które zakończyły się wyzdrowieniem zupełnem, na szczególną uwagę zasługują dziecko 4-miesięczne oraz dziecko pięcioletniowe.

W dyskusji prof. Jasiński mówi o wynikach leczenia ropnego zapalenia opłucnej optochiną.

Dowgiałło-Moszwńska uważa, że zaleta rivanolu leży w tem, że przygotowuje dziecko do zabiegu. Resekcje dawały do 75% śmiertelności—obecnie stosuje się tylko toracotomia.

Zienkiewicz mówi o 2 przypadkach ropnego zapalenia opłucnej leczonych antirusem pneumokokowym.

Marynowska mówi o przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u rocznego dziecka, wywołanego przez *diplococcus erassus*, w którym po przepłukaniu kanału mózgowo-rdzeniowego roztworem rivanolu nastąpiło pogorszenie w stanie dziecka.

Posiedzenie kliniczne z dnia 29.X. 1928 r.

Obecnych: członków 19, gości 3.

L. Baranowski wygłasza odczyt p. t. Przyczynę do leczenia zapalenia płuc u niemowląt.

Prelegent omawia wyniki leczenia 70 niemowląt (do $1\frac{1}{2}$ roku) z zapaleniem płuc w Szpitalu Dziecięcym w ciągu zimy 1927/28 roku.

Śmiertelność wynosiła 15,7%. Środkj nasercowe stosowano we wszystkich przypadkach. Oprócz zwykłego leczenia, stosowano środki kojące i nakłucia lędźwiowe w postaci mózgowej. W 10 przypadkach postaci toksycznej, atonicznej i sercowej stosowano 10% glukozę domięśniowo; pod wpływem tego leczenia stan poprawił się, wątroba zmniejszała się wyraźnie. Transpulmina, stosowana w 12 przypadkach nie mogła być uznana za środek swoisty, wskazana jest jedynie w przypadkach zadawnionych w płucnej postaci. W postaci septycznej zapalenia płuc stosowano electrocollargol domięśniowo, wyniki były dość dobre. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierają głos: Stawiarska, Żabko-Potopowicz i Jasiński. Łukowski mówi o wynikach, jakie otrzymał, stosując transpulminę i antiflogistynę.

Prof. W. Jasiński w dłuższym komunikacie przedstawia program pracy Sekcji Pedjatrycznej XIII Zj. Lek. i Przynr. Polskich.

Zjazd odbędzie się w Wilnie od 26 do 29 września 1929 roku. W Sekcji Pedjatrycznej przewidywane jest 5 posiedzeń. Jeden dzień (2 posiedzenia) poświęcony będzie referatom na ogólny temat: „Odrębności w przebiegu i leczeniu chorób w wieku dziecięcym”. Zapowiedziane są opracowania materiału klinicznego i szpitalnego, dotyczące poszczególnych jednostek chorobowych, jak: zapalenie płuc i opłucnej, gościec stawowy, zapalenie wyrostka robaczkowego, nieżył jelita grubego, choroby nerek oraz choroby krwi i narządów krwiotwórczych. Jedno posiedzenie, wspólne z Sekcją Higieny, będzie poświęcone tematowi społecznemu — tematem głównym będzie: „Stan i zadania walki ze śmiertelnością niemowląt w obecnej dobie”. Dalej pedjatrzy wezmą udział w posiedzeniu Sekcji Internistów z tematem głównym: „Układ siateczkowo-śródbłonkowy i jego patologia”. Wreszcie jedno posiedzenie (5-te) przeznaczone jest na luźne referaty, o ile takowe zostaną zgłoszone.

Prof. Jasiński, jako gospodarz Sekcji, zachęca członków Tow. Pedj. do zgłaszania tematów i czynnego udziału w Zjeździe.

S. Bagiński wygłasza odczyt p. t.: O leczeniu gruźlicy kostnej antygenem metylowym. (Ukaże się w druku).

W dyskusji zabierają głos Żabko-Potopowicz i prof. Jasiński.

W końcu posiedzenia prof. Jasiński mówi o 4 świeżych przypadkach choroby Heine - Medina, spostrzeganych w ostatnich tygodniach i zapytuje, czy i inni koledzy nie zauważyli nasilenia tej choroby w obecnym czasie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 19.XI 1928 r.

Obecnych: członków 10, gości 3.

P. Brodzka wygłasza odczyt p. t.: „Wyniki pracy Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem T. O. Ż.” za okres 8-letni. (Ukaże się w druku).

W dyskusji zabierają głos: Żabko-Potopowicz, J. Muraszkowski, prof. Jasiński zapytuje, czy Stacja posiada dane, co do przestrzegania określanych przez prawodawstwo terminów przerywania pracy przez robotnice przed porodem oraz terminu powrotu do pracy w okresie karmienia. Uważa, że statystyka śmiertelności, zbierana przez Stację, nie jest miarodajna z tego powodu, że są dzieci, które wypisują się ze Stacji przed ukończeniem 1-go roku życia i bardzo możliwe, że w tym okresie umierają, a do statystyki zmarłych nie są zaliczone.

Brodzka uważa, że w takich samych warunkach znajdują się i inne opracowania statystyczne, np. rodzi się w Wilnie rok rocznie pewna ilość dzieci, część z nich wyjeżdża na prowincję lub do innych miast, gdzie niektóre z nich prawdopodobnie umierają, nie trafiając do statystyki zmarłych w Wilnie. Statystyka śmiertelności niemowląt na Stacji jest obliczona na tych samych zasadach. Jakich Dr. Szabad obliczał śmiertelność niemowląt żydowskich w Wilnie i jakimi wogóle się posługują przy obliczaniu śmiertelności niemowląt w miastach i państwach. Łukowski zaznacza, że wszyscy chłopcy żydowscy — noworodki zapisani są do ksiąg Rabinatu, natomiast znaczna ilość dziewcząt nie zostaje wciągnięta do tych ksiąg. Jeżeli więc Dr. Szabad obliczał swoją statystykę śmiertelności tylko na zasadzie zapisanych noworodków, to takowa nie jest dokładna.

Brodzka: Szabad przyjął to pod uwagę i zrobił poprawkę, obliczając 106 urodzeń chłopców na 100 dziewcząt, o czym zrobił wzmiankę w swojej pracy: „Urodzenia i śmiertelność Żydów w Wilnie”.

R. Szabad-Gawrońska wygłasza odczyt p. t.: *Niektóre właściwości fizyczne noworodków żydowskich.*

W ciągu ostatnich 2 lat 1000 z górą noworodków żydowskich przeszło przez oddział noworodków Szpitala Gminy Żydowskiej w Wilnie. Przeważająca większość ich odpowiada średnim liczbom; odchylenia ku górze i ku dołowi są bardzo nieznaczne. Na podstawie materiału autorki, średnia waga noworodka żydowskiego wynosi 3000 do 3500 gr., długość ciała — 49,5 ccm., długość siedzeniowa — 33 ccm., różnica pomiędzy obwodami głowy i klatki piersiowej — 1,5 ccm., liczby te można uważać za normę dla noworodka żydowskiego. W 64⁰/₁₀₀ przypadków obserwowano powrót do pierwotnej wagi średnio na 7 — 8 dzień. Odpadnięcie pępowiny do 10 dnia następowało u 74⁰/₁₀₀ noworodków. Żółtaczką noworodków wystąpiła u 36⁰/₁₀₀ dzieci na 2-gi, 3-ci dzień. (Streszczenie własne).

K. Stawiarska wygłasza odczyt p. t.: „Sprawozdanie z działalności Oddziału noworodków przy Szpitalu Ś-go Jakóba w Wilnie za okres 4-letni. (Ukaże się w druku).

W ożywionej dyskusji nad obydwoma referatami zabierają głos: Baranowski, Brodzka, Jasiński, Łukowski i Muraszko.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17. XII. 1928 r.

Obecnych członków 13.

Żabko-Potopowicz wygłasza odczyt p. t.: „O mleku zakwaszonym i jego znaczeniu w dietetyce niemowląt“.

(Ukaże się w druku).

W dyskusji Łukowski mówi, że stosując 10% HCl w dwu przypadkach eczema generalisata nie otrzymał wyraźnego wyniku.

Muraszko mówi, że u rocznego dziecka z objawami skazy wysiękowej stwierdziła poprawę stanu skóry po podawaniu mleka zakwaszonego.

Prof. Jasiński przypuszcza, że mleko zakwaszone ma wpływ na zmianę odczynu, a tem samem zmianę warunków rozwoju bakterij w jelitach.

Fejgenberg w Żłobku dla Podrzutków stale dodaje do maślanki z kwaśnego mleka calcium carbonicum lub natr. bicarbonicum i mierzy przyspieszenie kwasotę.

W sprawie zapytania zabierają głos: Lidzka i Kaulbersz-Marynowska.

H Kaulbersz-Marynowska wygłasza odczyt p. t.: „O niedokrwistości pochodzenia pokarmowego u niemowląt“.

(Ukaże się w druku).

Prelegentka streszcza dotychczasowe hipotezy tłumaczące szkodliwe działanie na krew mleka krowiego i koziego, oraz sposoby leczenia niedokrwistości pokarmowej.

W dyskusji zabrali głos: Potopowicz, Jasiński, Fejgenberg, Stawiarska, Zienkiewicz, Olechnowiczówna.

Sekretarz:

H. Kaulbersz-Marynowska.

Prezes:

Wacław Jasiński.

Sprawozdanie roczne Wileńskiego Oddziału Pol. Tow. Pedjatrycznego

ZA ROK 1928 — DZIAŁALNOŚCI CZWARTY.

W roku 1928 odbyło się walne posiedzenie w dniu 14. V., na którym przyjęto sprawozdanie Zarządu, Skarbnika i Komisji rewizyjnej za rok 1927, oraz dokonano wyboru Zarządu i Komisji Rewizyjnej na rok 1928.

Zarząd ukonstytuował się w sposób następujący:

Prezes — prof. Wacław Jasiński, wice-prezes — Ludwik Łukowski, skarbnik — Bolesław Żabko-Potopowicz, sekretarz — Hanna Kaulbersz-Marynowska, członek — L. Baranowski.

W skład Komisji Rewizyjnej weszli: Karnicka, Lewin, Zagórska.

Liczba członków Oddziału w dniu 1. I. 1928 r. wynosiła: 20.

W roku sprawozdawczym przyjęto członków: 6.

Pozostaje na 1. I. 1929 r. członków 26.

W roku sprawozdawczym 1928 odbyło się 9 posiedzeń naukowych, co łącznie z posiedzeniami w ubiegłych 3 latach czyni 29 posiedzeń, w tej liczbie 1 uroczyste. Na posiedzeniach wygłoszono 15 referatów i demonstrowano 23 chorych (lub preparatów), co łącznie z odczytami i pokazami z lat poprzednich daje 39 odczytów i 70 pokazów.

WYKAZ ODCZYTÓW.

1. Prof. W. Jasiński. — Typy Sigaud u niemowląt.
2. E. Gerlée. — Z kazuistyki ropnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych.
3. P. Lidzka. — Kilka uwag o etiologii rumienia guzowatego.
4. M. Zagórska. — O leczeniu odumą obustronnej gruźlicy płuc.
5. F. Ejzenberżanka. — Istota odczynu tuberkulinowego i jego znaczenie.
6. M. Moszyński. — W sprawie ujednostajnienia postępowania w zapaleniach wyrostka robaczkowego u dzieci.
7. R. Makower-Szadowska. — O ergosterynie i jej znaczeniu w patogenezie i leczeniu krzywicy.
8. R. Szabad-Gawrońska. — Leczenie ropnego zapalenia opłucnej rivanolem u niemowląt i dzieci (do 2 lat).
9. L. Baranowski. — Przyczynek do leczenia zapalenia płuc u niemowląt.
10. S. Bagiński. — O leczeniu gruźlicy kostnej antygenem metylowym.
11. P. Brodzka. — Wyniki pracy Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem T. O. Ż. za okres 8-letni.
12. R. Szabad-Gawrońska. — Niektóre właściwości fizyczne noworodków żydowskich.

13. K. Stawiarska — Sprawozdanie z działalności Oddziału Noworodków przy Szpitalu Św. Jakóba za okres 4-letni.
14. B. Zabko-Potopowicz. — O mleku zakwaszonym i jego znaczeniu w dietetyce niemowląt.
15. H. Kaulbersz-Marynowska. — O niedokrwistości pochodzenia pokarmowego u niemowląt.

POKAZY.

- 1-4. L. Baranowski — 3 przypadki, padaczki, 1 przypadek przewlekłego zapalenia szpiku kostnego.
5. F. Ejzenberżanka. — Przypadek Choroby Hirschrunga u 6-letniego chłopca.
6. F. Ejzenberżanka. — Przypadek trombopeniae essent. u 5-let. chl.
7. E. Gerlée. — Przypadek wrodzonego braku m. pectoralis major et minor u 5-let. dziewczynki.
8. Prof. W. Jasiński. — Przypadek choroby Stilla i Chauffarda u 6-letniego chłopca.
9. K. Karnicka. — Przypadek wrodzonego braku m. pectoralis major et minor u 9-letniego chłopca.
10. J. Muraszko. — Przypadek śpiączki cukrzycowej u 14-l. dziewczynki.
11. J. Muraszko. — Przypadek porażień po błonicy u 3-let. dziewczynki.
12. M. Moszyński. — Preparat rabdomioma prawej nerki wyciętej u 5-letniego chłopca.
13. H. Kaulbersz-Marynowska. — Przypadek ropnego jałowego zapalenia opon mózg-rdzeniowych u 5-miesięcznego dziecka.
14. H. Kaulbersz-Marynowska. — Przypadek plamicy naczyńniowej u 6-l. chłopca.
15. H. Kaulbersz-Marynowska. — Preparat serca 9-miesięcznego dziecka z wrodzoną wadą serca.
16. S. Neuman-Rybicka. — Przypadek myxoedema u 3-let. dziecka.
17. Z. Olechnowiczówna. — Przypadek ciężkiej krzywicy ze zmianami obrazu krwi u 2½-let. dziecka.
- 18-20 M. Zagórska. — 3 przypadki obustronnej gruźlicy płuc leczone odmą.
21. J. Zienkiewicz. — Przypadek zapalenia nerek u 13-let. dziewczynki
22. J. Zienkiewicz. — Przypadek kiły mózgu u 14-miesięcznego dziecka.
23. J. Zienkiewicz. — „ zwężenia zastawki dwudzielnej u 2-l. dziewczynki.

W tem demonstrowano:

Z Kliniki Chorób Dziecięcych przypadków	— 14.
Ze Szpitala Dziecięcego Miejskiego	1.
Ze Szpitala Gminy Żydowskiej	4.
Z Sanatorium dla dzieci gruźliczych	4.

Sekretarz:

Hanna Kaulbersz-Marynowska.

Prezes:

Wacław Jasiński.

Oddział Łódzki Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

WYCIĄG Z PROTOKÓŁÓW POSIEDZEŃ.

Posiedzenie kliniczne z dnia 28.IX.1928 r.

Obecnych 37 osób.

Przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

J. Kon demonstruje 8-tygodniowe niemowlę chore już od 4 tygodni na drętwicę karku. W płynie komorowym stale obecne meningokoki, w płynie lędźwiowym meningokoków się nie znajduje. Ksantochromia. Stan bezgorączkowy przez cały czas, nawet podczas posurowiczej choroby. Po 7-dniowym codziennym stosowaniu surowicy przeciwmeningokokowej wielowartościowej do komory i do mięśni — niema poprawy. Autoszczepionka — również brak poprawy.

W dyskusji zabierali głos: A. Ziegler, Mogilnicki.

A. Ziegler demonstruje 14-letniego chłopca ze schorzeniem kręgosłupa. Na początku ostry przebieg, wysoka t^0 , silna bolesność. Gibbus dopiero po paru tygodniach. Wahania rozpoznawcze między spondylitis tbc. a osteomyelitis acuta vertebrarum.

W dyskusji zabierali głos Waten, Tomaszewski.

Oryńska demonstruje 12-letniego chłopca z niezwykle zaniedbanym zapaleniem szpiku kostnego w udzie. Przypadek zgłoszono do leczenia dopiero po złamaniu uda i przebicciu odcinka kości nazewnątrz. W wyniku leczenia — zrośnięcie odcinków ze skróceniem kończyny o 9 cm.

Tomaszewska demonstruje 6-letnie dziecko z zaniedbaną raną czoła po kopnięciu przez konia. Powstała przepuklina mózgowa. Obecnie po zagojeniu widoczna jeszcze tętniąca powierzchnia mózgowa.

Jednocześnie omawia 2 analogiczne spostrzegane przez siebie przypadki.

Skipirzepsa demonstruje 6-mies. dziecko, operowane z dobrym wynikiem z powodu wgłobienia jelit, w 24 godz. po zachorowaniu.

W dyskusji zabierali głos Waten, Mogilnicki, Kon.

Woźniakówna wygłasza referat: „O leczeniu tęcza surowicą i siarczanem magnezu“. Omawia literaturę, statystykę tęcza wogóle. Referuje przypadki leczone w szpitalu Anny Marji w latach 1927 i 1928 metodą skombinowaną — surowicą (dołędźwiowo i dożylnie) oraz siarczanem magnezu 40% (domięśniowo). Z 7 przypadków — 6 wyleczono, 1 został zabrany do domu niedoleczony. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos A. Ziegler, Tomaszewska, Skipirzepsa, Waten.

Posiedzenie kliniczne z dnia 27.X.28 r.

Obecnych 55 osób.

Przyjęto protokół posiedzenia z dn. 28.IX.28.

Przewodniczący Mogilnicki wita gości z Warszawy — doc. Szenajcha i Trenknera.

Szereszewska demonstruje 17-letnią dziewczynę z zupełnem przesunięciem serca na stronę prawą, spowodowanem zrostami prawej opłucnej na tle tbc. W odróżnieniu od prawdziwej wrodzonej dextrocardji tę postać Wiesel nazywa dextroversją.

Szereszewska demonstruje 19-miesięczne dziecko z osteogenesis imperfecta.

A. Ziegler demonstruje 12-letniego chłopca z niedomogą tarczycy. Roentgen kości garstkowych wykazuje obecność tylko 2 jąder kostnienia zamiast 7, waga 19 kg., wzrost 101 cm.

Kapłański demonstruje 13-letniego chłopca z ciężką niedokrwistością typu aplastica, prawdopodobnie na tle lymphogranulomatosis.

W dyskusji zabierali głos Frenklowa, Kon, Polakow.

J. Kon demonstruje 7-miesięczne dziecko z drętwią karku — wyliczone po 4-krotnem zastosowaniu surowicy do kanału i do mięśni.

Skipirzepa demonstruje niemowlę operowane z powodu ostrych objawów niedrożności dróg oddechowych. Podczas operacji ustalono rozpoznanie — ropień okołotchawicowy (peritracheitis purul.).

Frenkiel demonstruje 7-letnią dziewczynkę. Pierwotne rozpoznanie — płasawica. Po dokładniejszym zbadaniu i wywiadach — uszkodzenie wielu ośrodków i dróg nerwowych — prawdopodobnie podczas porodu, który trwał 3 dni. We wczesnem dzieciństwie były ataki drgawek.

Knichowiecki pokazuje przywieziony z Monachjum nowy praktyczny rodzaj igły do nakłuwania opłucnej przy ropnym wysięku.

Doc. Szenajch (Warszawa) wygłasza referat p. t.: „O płonicy odozdrowieńczej”. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos Żurkowski, Kon, Frenklowa, Gutentag, Mogilnicki, Trenkner, Załęski.

Posiedzenie kliniczne z dnia 30.XI.1928 r.

Obecnych 26 osób.

Górska demonstruje niedorozwój i zniekształcenie dłoni i stóp u 2- i 5-letniej sióstr. Upośledzenie chwytania i chodzenia. Sprawa rodzinna, gdyż matka i babka dzieci również mają upośledzony rozwój kośćca kończyn.

Lubicz demonstruje 5-letniego chłopca z koszlawami i płaskimi stopami. Znaczna poprawa po zastosowaniu wkładek. Omawia sposób przygotowania wkładek. Wspomina o t. zw. wkładkach „czynnych” z guzikiem zmuszającym dziecko do podnoszenia stopy.

Mandelsowa demonstruje pachymeningitis haemorrhag. interna u 5-mies. dziecka. Nakłucie lędźwiowe dało płyn przezroczysty pod małym ciśnieniem. Napięcie ciemniaczka po nakłuciu lędźwiowym nadal wybitne. Nakłucie ciemniaczka — płyn krwisty pod dużym ciśnieniem. Po 2 godzinach płyn w próbówce rozdzielił się na dwie warstwy: dolną, składającą się z krwinek czerwonych (pod mikroskopem postacie kolczaste, morwowate) i górną z płynu żółtego, surowiczego.

Woźniakówna demonstruje 5-mies. dziecko chore od 4-go tygodnia życia na objawy zapalenia opon mózgowych. Ciepłota prawidłowa. Duża główka, sztywność karku; napięte ciemię, drgawki. Płyn m-rdz. zapalny, przezroczysty, z limfocytozą, jałowy. Tbc. wykluczono, kiłę również. Po 3 nakłuciach pewna poprawa. Rozpoznanie meningitis serosa niewiadomego pochodzenia (albo infekcyjna albo po urazie porodowym).

W dyskusji Frenkiel — odczyn zapalny wskutek wylewu krwi pod opony podczas porodu.

Frenklowa, Mandelsowa, Mogilnicki przemawiają za infekcyjnym pochodzeniem tej sprawy.

Załęski — jałowość płynu m.rdz. nie jest dowodem braku zarazków w splotach naczyńiówki. Limfocytoza może zastępować leukocytozę w płynie przy dłużej trwających zapaleniach opon.

Gutman demonstruje 10-tygodniowe niemowlę z chorobą skórą. Rozp. waha się między ciężką postacią pęcherzycy, a epidermolysis bullosa hered.

Tomaszewska demonstruje przyp. wilczej paszczy u kilkunasto-letniej dziewczynki.

Przyp złamania uda z powodu torbieli kostnej.

Frenklowa omawia 3 przypadki róży u niemowląt, leczone surowicą przeciwpłoniczą wieloważną. Miejscowo stosowano okłady z buljonu Besredki. Zejście we wszystkich 3 przypadkach b. pomyślne.

Posiedzenie kliniczne z dn. 18.XII. 28 r.

Obecnych 18 osób.

Kapłański demonstruje 15-letniego chłopca z lymphogranulomatosis maligna.

Oryńska demonstruje preparat z torbieli skórzastej jajnikowej, pochodzący od operowanej w szpitalu A. M. dziewczynki.

A. Ziegler wygłasza odczyt p. t.: Ostre zapalenie opon mózgowych na tle kiły u dzieci. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos: Załęski, Mogilnicki, Żurkowski, Frenklowa.

Sprawozdanie roczne Łódzkiego Oddziału Pol. Tow. Pediatrycznego

ZA ROK 1928 — DZIAŁALNOŚCI CZWARTY.

Członków w r. 1928 było 50. Zmarło w ciągu r. 1928 — 1.

Zarząd ukonstytuował się w sposób następujący: Prezes — Mogilnicki,
Wiceprezes — Frenklowa, Skarbnik — A. Ziegler. Sekretarz — J. Kon.

Posiedzeń było 9, w tem 1 kliniczne bez odczytu.

Odczytów wygłoszono 8, pokazów było 42.

WYKAZ ODCZYTÓW.

1. M. K o t z i n. — Patogeneza skaz krwotocznych.
 2. J. K a p ł a ń s k i. — O występowaniu objawu zlepnego Vidala w przebiegu duru brzuszego.
 3. K r u s z ó w n a. — O dożylnem stosowaniu 40% urotropiny w ciężkich przyp. duru brzuszego.
 4. W o ź n i a k ó w n a. — O dożylnem stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej.
 5. A. Z i e g l e r. — Wrażenia z kursów pediatrycznych w Düsseldorfie.
 6. W o ź n i a k ó w n a. — Leczenie tężca.
 7. D o c. S z e n a j c h. — O płonicy ododzowieńczej.
 8. A. Z i e g l e r. — Ostre zapalenie opon mózg. u dzieci na tle kiły.
- Posiedzenia odbywały się w ostatni piątek każdego miesiąca, za wyjątkiem miesięcy: czerwca, lipca i sierpnia.

Sekretarz:

K o n.

Prezes:

Mogilnicki.

W zaparciach i zaburzeniach trawiennych wieku dziecięcego
najstosowniejszym lekiem regulującym wypróżnienia jest

ENTEROL — MOTOR

(ol. paraf. chem. puri pro uso interno)

Bez smaku i zapachu jest chętnie przyjmowany
przez dzieci.

Cenną właściwością Enterolu jest możliwość stosowania go w stanach podrażnienia wyrostka robaczkowego, gdzie jak wiadomo olej rycynowy działa.

Wskazania: zaparcia, zatrucia pochodzenia jelitowego, nieżyty ostre, przewlekłe przewodu pokarmowego, zwłaszcza jego dolnych odcinków.

Doustne: 2 — 3 łyżeczki dziennie zależnie od wieku.

W enemie: 2 — 3 łyżki stołowe.

EMULSJĘ TRANOWĄ — GESSNER

z solami podfosforanu wapnia i sodu przy chorobach:
zołżów, krzywicy, wycieńczeniu i niedokrwistości u dzieci.

SYROP. DROSERAE c. Natr. silicico — GESSNER

w chorobach:

koklusz i przy nieżycie dróg oddechowych.

P O L E C A :

LABORATORJUM CHEM.-FARMAC.

JAN GESSNER

Warszawa, Al. Jerozolimskie 11.



NESTLE' A

mączka dla dzieci



wypróbowane pożywie-
nie dla niemowląt, za-
stępujące znakomicie po-
siłki mleczne u niemow-
łąt, wymagających po-
żywniejszego już posiłku.
Zawiera w odpowied-
nich ilościach dodane
ekstrakty tranu wątrobia-
nego, oraz niezwykle
ważne dla budowy ko-
ści sole mineralne. Ła-
godny i przyjemny smak
nie uległ mimo tego żad-
nej zmianie.

Literaturę oraz próbne puszki
wysła bezpłatnie na życzenie.

**Nestlé's and Anglo-Swiss
Condensed Milk Co.**

Oddział na Polskę
GDAŃSK, KREBSMARKT 7-8.

PEDIATRJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO T-ŹA PEDIATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

M. Michałowicza i Wł. Szenajcha w Warszawie,
Fr. Gröera we Lwowie, W. Jasińskiego w Wilnie,
K. Jonschera w Poznaniu, T. Mogilnickiego w Łodzi.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY

T. KOPEĆ

Stali współpracownicy:

R. Barański, J. Bogdanowicz, H. Brokman, M. Gromski,
M. Erlichówna, H. Hirszfeldowa, S. Łyskawiński, W. Mikułowski,
S. Popowski, R. Stankiewicz, M. Wierzbowska — Warszawa,
H. Frenklowa — Łódź, Sz. Starkiewicz — Busk,
W. Bujak — Kraków, S. Progulski — Lwów,
S. Krysiewicz — Poznań

TOM IX — ZESZYT 5.

(wrzesień — październik — 1929)

WARSZAWA

NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU OPIEKI NAD DZIECKIEM

1929

Najskuteczniej zwalcza
NERWOWOŚĆ
u
DZIECI I DOROSŁYCH
środek roślinny

PASSIFLORINE

Niezrównany środek

w STANACH NEUROPATYCZNYCH, w NEURASTENJI,
HISTERJI, STANACH LĘKU, NADMIERNEJ
POBUDLIWOŚCI, w NERWICY SERCA,
ŻOŁĄDKA i t. p.

Niezawodny
i absolutnie
nieszkodliwy środek

w BEZSENNOSCI
NA TLE NERWOWYM

Znakomity środek
w OKRESACH POKWITANIA, CIAŻY
i PRZEKWITANIA.

DAWKOWANIE:

Stany Neuropatyczne:

1—2 łyż. od herbaty przed
każdym posiłkiem.

Przeciw bezsenności: 1 — 5

łyżeczek od herbaty na noc.

Dawki dla dzieci: stosownie do wieku

WYRABIANY W PARYŻU
w LABORATORJACH
Dr. G. Réabourg'a

PRZEDSTAWICIELSTWO na POLSKIE

L. NASIEROWSKI

Warszawa, Piękna.62. Tel.: 124-39, 3042

DO PRENUMERATORÓW PEDJATRJI POLSKIEJ

W trosce o poprawienie jakości naszego pisma, chcąc doprowadzić wydawnictwo do stanu dorównującego wielkim czasopismom europejskim, Redakcja i Administracja, poczyniły już szereg udoskończeń w szacie zewnętrznej, treści i t. p. i mają zamiar w dalszym ciągu różne ulepszenia wprowadzać.

Do normalnej jednak egzystencji pisma i dla wprowadzenia powyżej wspomnianych zmian, konieczna jest jak najdalej idąca współpraca czytelników i prenumeratorów. Jednym z najważniejszych sposobów współpracy i zarazem najbardziej dających się pismu odczuć, jest regularne wpłacanie prenumeraty.

Administracja naszego pisma prosi w związku z tem o możliwie jak najpункtualniejsze opłacanie prenumeraty, oraz o wyrównanie zaległości. Wpłaty prosimy skutecznie do P. K. O. Nr. 5882 lub na ręce inkasenta (w Warszawie).

Redakcja i Administracja

DO CZYTELNIKÓW I PRENUMERATORÓW PEDJATRJI POLSKIEJ

Niniejszem Administracja Ped. Polskiej podaje do wiadomości czytelników i prenumeratorów, iż chcąc ułatwić zapoznanie się szerszego ogółu z wydawnictwem „Polskich Monografji i Wykładów Klinicznych z Dziedziny Pedjatrji“ wychodzącem pod redakcją Prof. D-ra M. Michałowicza, będzie mogła dostarczać Sz. Pan(i)om Prenumeratorom wydawnictwa te do domu.

Sz. P. Prenumeratory naszego pisma, chcący otrzymywać wyżej wymienione wydawnictwa winni zawiadomić o tem Administrację — Warszawa — Jasna 11 P. K. O. D.

Administracja
PEDJATRJI POLSKIEJ

U w a g a: Prenumeratory zamieszkali w Warszawie otrzymają „Monografje“ bez specjalnego zawiadomienia. W wypadku jeśliby ktoś z Sz. Panów (ń) Prenumeratorów zamieszkałych w Warszawie nie życzył sobie otrzymywać Monografji winien zawiadomić o tem inkasenta Administracji zwracając jednocześnie zeszyt Nr. 1. Cena zeszytu Nr. 1 „Monografji“ wynosi 3,50 zł.

PEDJATRIA POLSKA

WYCHODZI CO 2-a MIESIĄCE, SZEŚĆ ZESZYTÓW TWORZY 1 TOM

Prenumerata roczna z dwumiesięcznikiem uzupełniającym

OPIEKA NAD DZIECKIEM

wynosi z przesyłką pocztową zł. 30.

Redakcja: Warszawa, Mokotowska 39 — T. Kopec.

Autorzy artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

Administracja: Warszawa, Jasna 11. Tel. 419-16.

Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem, P. K. O. 5882.

SPIS RZECZY:

str.

S. Popowski — Dookoła ogniskowe nacieczenia u dzieci . . . 231

Fr. Goebel — Oznaczenie aktywności witasteryny D . . . 247

R. Barański i J. Wiszniewski — Przyczynek do kliniki pneumokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci 252

Artur Ziegler — Ostre kiłowe zapalenie opon mózgowych u dzieci 259

O c e n y:

Prof. Nobécourt — Les enfants trop petits 271

Dr. Léo — Helminthes et protozoaires les plus fréquents . . 271

Przegląd piśmiennictwa 272

Wiadomości bieżące 280

SOMMAIRE:

p

Travaux originaux:

S. Popowski — Congestions pulmonaires tuberculeuses chez les enfants 231

Fr. Goebel — De l'activité witasteryny D 247

R. Barański et J. Wiszniewski — Contributions a la clinique d'une méningite pneumococcique chez les enfants . . 252

Artur Ziegler — Méningite syphilitique aigue chez les enfants 259

Revues:

Prof. Nobécourt — Les enfants trop petits 271

Dr. Léo — Helminthes et protozoaires les plus fréquents . . 271

Revue de la Presse 272

Nouvelles 280

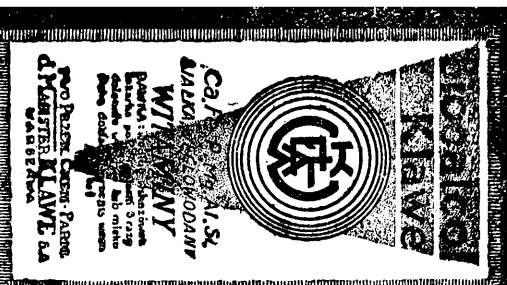
BIOCALCOL KLAWE

PREPARAT
odżywczo - leczniczy

o party

na wynikach
najnowszych
badań w zakre-
sie mineralnej

przemiany
materji.



zaw. za Nr. Reg. 1241 M. S. Wewn.

ZAWIERA

NAJBARDZIEJ RACJONALNE SO-
LE WAPNIA Z KWASAMI POCHO-
DZENIA ROŚLINNEGO ORAZ WI-
TAMINY A, B, D I E W POSTACI
SKONCENTROWANEJ.

Flakony c-a 100, o proszku.

TOW. PRZEM. CHEM.-FARMAC.

d. MAGISTER KLAWE S. A.

Warszawa

WSKAZANIA:

Krzywica, wszel-
kie postacie gru-
źlicy, zaburzenia
gruczołów dokre-
wnych i układu
wegetatywnego,
astenja i wszelkie
stany wyczerpania
ustroju.

Z Kliniki Pedjatrycznej Uniw. Warsz.
(Kierownik: Prof. M. Michałowicz)
i z Poradni Przeciwgruźliczej P. K. O. D.

Dookołaogniskowe nacieczenia u dzieci.

P o d a ł

S. P o p o w s k i.

Spostrzeżenia kliniczne pouczają nas, że w przebiegu schorzenia gruźliczego obok wyraźnie zarysowanych obrazów chorobowych, uwydatniających się w postaci gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych, tych lub innych postaci gruźlicy płuc i opłucnej stwierdzamy szereg obrazów, które nie dadzą się zaliczyć do powyższych grup. Przebieg gruźlicy w ustroju dziecięcym w porównaniu z przebiegiem gruźlicy u dorosłych posiada szereg cech, wpływających z odmiennego ustosunkowania się us'roju do zarazka. Nie zależy to również od wieku chorego osobnika, a od długotrwałości cierpienia, gdyż, jak wykazują spostrzeżenia kliniczne, gruźlica i w starszym wieku, o ile zakażenie następuje w późniejszych okresach życia, może być bliźniaczo podobna do gruźlicy dziecięcej. Wraz z długotrwałością cierpienia powstaje inny stosunek tkanek ustroju do zarazka i jadów powstających w ogniskach gruźliczych, wyrazem czego jest ten lub inny przebieg cierpienia. Znany ogólnie podział schorzenia gruźliczego na trzy okresy podany przez Rankego, o ile w całej swej rozciągłości nie daje się zastosować w klinice, to jednak w znacznej mierze przyczynił się do zrozumienia szeregu obrazów chorobowych. Allergia tkankowa w ujęciu Rankego, wraz z uwzględnieniem poprawek późniejszych autorów, tłumaczy nam szereg zjawisk poprzednio niezrozumiałych. Ogromną zasługą Rankego jest podkreślenie znaczenia tak zw. zapalenia dookołaogniskowego. (Perifokale Entzündung—termin Szminkiego); zjawisko powyższe, co prawda, było znane i poprzednio, lecz nie przypisywano mu większego znaczenia. Natomiast, jak wykazują nowe badania i spostrzeżenia, ma ono swój wyraz kliniczny, przejawiający się w bardzo licznych i różnych obrazach chorobowych.

Dziwne więc jest, że powyższe zjawisko było jakoś przeoczone przez szereg klinicystów, w pierwszym zaś rzędzie przez klinicystów niemieckich. Należy tu jednak podkreślić, że klinicyści francuscy od dawna już opisywali obrazy chorobowe, powstające na podłożu dookołaogniskowego zapalenia, lecz w pracach ich brakowało właściwego ujęcia biologicznego. Rozwój akcji przeciwgruźliczej i związane z nim długotrwałe systematyczne spostrzeganie dużej ilości pozornie zdrowych osobników, pochodzących ze środowisk gruźliczych, przyczyniły się do należytego opracowania tych zjawisk, do dania im pewnego zadowalniającego wytłumaczenia, wskazując zarazem dla nich odpowiednie miejsce w rozwoju cierpienia gruźliczego.

Omawiając klinikę dookołaogniskowych nacieczeń, zdaję sobie sprawę, że posługuję się raczej terminem anatomo-patologicznym niż klinicznym. Postępuję jednak w ten sposób, aby podkreślić to podłoże anatomo-biologiczne, na którym wyrasta szereg obrazów klinicznych. Kleinschmidt wprowadza podobny termin do kliniki, dając jednej ze swych prac tytuł „Rozpoznanawanie i klinika dookołaogniskowych zapaleń”. Redeker natomiast wprowadza dla tych obrazów chorobowych termin „Infiltrierung”.

Dookołaogniskowe nacieczenia powodują tak liczne różnorodne obrazy kliniczne, że nie należy dziwić się, że były one opisywane pod najrozmaitszymi nazwami. Tak Hiluspneumonie (Simon), Epituberculose (Eliasberg i Neuland), Paratuberculose (Engla), les foyers pneumoniques tuberculeux curables (Bezançon) są to najczęściej spotykane w ostatnich czasach synonimy. Nie ulega również wątpliwości, że oddawna znana splenopneumonia, jak również szereg t. zw. cortico-pleurytów mają za podłoże anatomo-patologiczne dookołaogniskowe zapalenie.

Dookołaogniskowe zapalenie jest zjawiskiem napotykanem we wszystkich okresach gruźlicy. Spotykamy je przy pierwotnym umiejscowieniu się laseczników w płucu, czyli w okresie tak zw. ogniska pierwotnego, spotykamy je również w stopniu nieznacznym w przewlekłej gruźlicy płuc, w przebiegu której najwyraźniej występuje ono w okresach pogorszenia się i dalszego szerzenia się sprawy. Lecz najwyraźniej jednak zaznacza się ono w 2 okresie Rankego, gdy na pierwszy plan występuje gruźlica gruczołów przyoskrzelowych wraz z szerzeniem się zarazków gruźliczych w całym ustroju wszystkimi możliwymi drogami. W tym okresie widzimy największą wrażliwość tkanek na jady gruźlicze, widzimy największe napięcie walki ustroju z zarazkiem.

Dookołaogniskowe zapalenie nie zostało dotychczas w sposób należyty opracowane z punktu widzenia anatomji patologicznej. Tłumaczy się to tem, że dookołaogniskowe nacieczenia w płucach zazwyczaj przebiegają łagodnie i, o ile

sprawa kończy się niepomysłnie, to najczęściej naskutek powstającego zserowacenia, czyli anatomo-patolog. mamy przed sobą obraz inny, nieodpowiadający już okresowi dookołaogniskowego zapalenia. Badania więc anatomo-patologiczne w przypadkach typowych są bardzo nieliczne i dotyczą chorych zmarłych naskutek innej przyczyny nie mającej nic wspólnego z gruźlicą. W nielicznych przypadkach wysuwa się na pierwszy plan wyraźne przekrwienie tkanki płucnej wraz z pewnym więcej lub mniej obfitym wysiękiem limfocytarnym. Według Rankego dookołaogniskowe zapalenie jest wyrazem alergii tkanekowej; w tym stanie alergii znajduje się tkanka płucna dookoła ognisk gruźliczych założonych lub w samym mięszu płucnym lub w gruczołach przyoskrzelowych.

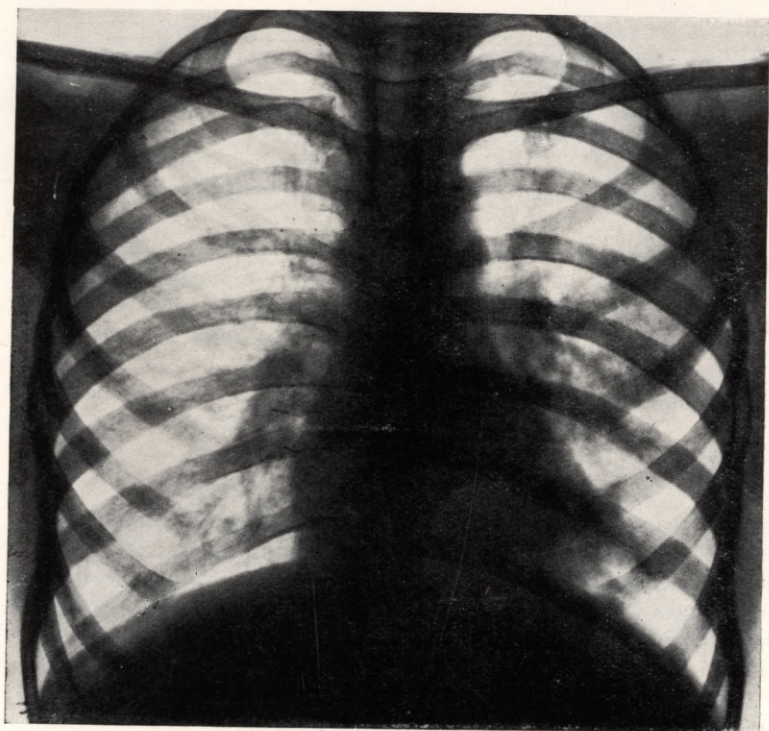
Obecnie słów parę w sprawie ognisk, dookoła których mogą powstawać powyższe zapalenia. Pomijam tu dookołaogniskowe zapalenie, które może powstać dookoła pierwotnego ogniska w płucach, gdyż u dzieci starszych zdaje się ono rzadko jest wyraźniej zaznaczone. Omawiam wyłącznie zapalenie dookołaogniskowe, powstałe w 2 okresie Rankego, czyli w okresie charakteryzującym się największą wrażliwością na jad gruźliczy. Ośrodkiem dookołaogniskowego nacieczenia może być albo ognisko tkanki gruźliczej, założonej w gruczołach przyoskrzelowych lub dookoła przerzutów, powstałych w mięszu płucnym. Jak wiemy obecnie, przerzuty do płuc powstają już w bardzo wczesnych okresach cierpienia gruźliczego. Tak Ghon tylko w 10% swych przypadków, przy stwierdzaniu pierwotnego ogniska w płucach, nie stwierdził obecności nnych ognisk w płucach. Schürman zaś określa ilość izolowanych ognisk pierwotnych na 50%, czyli najmniej połowa ognisk pierwotnych daje przerzuty do płuc. Część tych przerzutów powstaje, jak chce tego Simon, na drodze aspiracji, przyczem te przerzuty również często są stwierdzane i w szczytach. Ranke również opisał podobne zjawisko. Te przerzuty należałoby właściwie zaliczyć do I okresu gruźlicy, gdyż powstają one w tym czasie, gdy ustrój nie wytworzył wyraźniejszej wrażliwości na jady gruźlicze, nie wytworzył jeszcze t. zw. II alergii w znaczeniu Rankego. Powyższe przerzuty nie powodują, zdaje się, większych dookołaogniskowych nacieczeń, gdyż pod względem biologicznym zbliżone są one do ogniska pierwotnego. Inaczej przedstawia się sprawa z przerzutami powstałymi na drodze krwionośnej w 2-im okresie. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w szeregu przypadków dookołaogniskowych nacieczeń ośrodkiem nacieczenia są ogniska powstałe na tej drodze. Tem tłumaczyłoby się względnie częste jednoczesne wystąpienie ognisk gruźliczych w kościach, stawach i w skórze, jak również wyraźniejsze powiększenie śledziony, typowe dla rozsiania hematogenego. Powyższe przerzuty w płucach często podlegają zwapnieniu, wogóle nie powodując żadnych objawów

klinicznych i są przypadkowo stwierdzone przy badaniu rentgenologicznem. W pewnych zaś przypadkach te przerzuty są przyczyną wyraźnego dookołaogniskowego zapalenia, powstałego wskutek dużej wrażliwości tkanek na jady powstające w tkance gruczliczej. Te więc przerzuty, obok ognisk gruczliczych w gruczołach przyoskrzelowych są najczęstszą przyczyną mniej lub więcej rozległych nacieczeń dookołaogniskowych. Od nasilenia i od rozległości sprawy, od równoczesnego zajęcia opłucnej, od mniejszej lub większej drożności oskrzeli, od ustosunkowania się ilości płynów (krew, wysięk) zawartych w płucu do masy powietrza, możliwie zaś, że i od równoczesnego zajęcia nerwów płucnych, jak chce tego Meunier, zależy wystąpienie tych lub innych objawów fizykalnych. Nie należy więc dziwić się, że między obrazem klinicznym, nasuwającym myśl o istnieniu większego ogniska w mięszu płucnym, a obrazem klinicznym, o zespole objawów zapalenia opłucnej, mieści się gama pośrednich obrazów klinicznych. Dookołaogniskowe zapalenie może być przyczyną obrazu klinicznego o typie splenopneumonii Grancher, jak również o typie epituberkulozy Eliasberga i Neulanda.

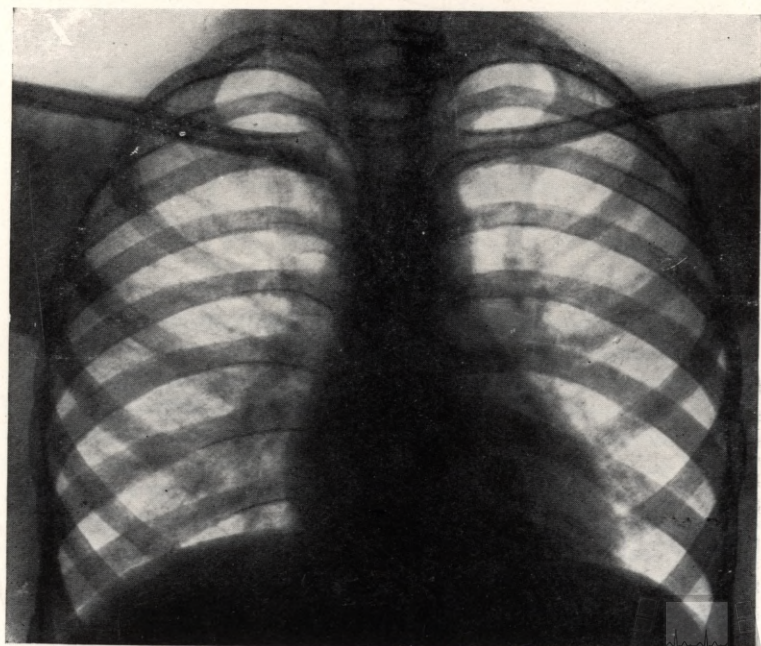
O tych obrazach klinicznych, stojących na przeciwległych krańcach tej gamy, nie będę mówił, gdyż są one już ogólnie znane. Chcę tylko mówić o obrazach klinicznych, o mniej ostro zarysowanych konturach, o tych obrazach, które jednak w życiu spotykają się znacznie częściej.

Zasługą starej szkoły francuskiej jest podkreślenie częstości występowania w przebiegu grzylcy gruczołów przyoskrzelowych, jak również i w przebiegu grzylcy płuc, przemijających nacieczeń, opisywanych poprzednio pod ogólną nazwą „*congestions pulmonaires*”. Również zasługą szkoły francuskiej jest wskazanie na występujące i względnie szybko przemijające zajęcie mięszu płucnego wraz z objawami podrażnienia opłucnej, występującem często wzdłuż wcięć płatowych.

Jak mówiłem poprzednio, pierwotne ognisko grzylce zazwyczaj rzadko daje duże nacieczenia dookołaogniskowe, w większości przypadków mamy przed sobą dzieci, które już oddawna są zarażone grzylcą. Coprawda u dzieci małych, nawet u niemowląt, w czynnej grzylcy gruczołów przyoskrzelowych, w przypadkach kończących się pomyślnie, widzimy występowanie dookoła gruczołów wyraźnych nacieków, które, po upływie pewnego czasu, ustępują całkowicie, zostawiając tylko pewne nasilenie cienia naczyniowo-oskrzelowego i zrosty międzypłatowe, które również mogą ustąpić całkowicie po upływie pewnego czasu. Podobne nacieczenia mogą być stwierdzone w mięszu płucnym i w dalszej odległości od wnęki i nasuwają często duże trudności w różniczkowaniu od istotnej grzylcy płuc. Przebieg jednak cierpienia wskazuje na to, że mieliśmy przed sobą dookołaogniskowe nacieczenie. U dzieci



Rys. 1.



Rys. 2.

starszych, u dzieci w wieku szkolnym, zakażenie w większości przypadków najprawdopodobniej miało miejsce już przed szeregiem lat, dowodem czego są w pewnych przypadkach przebyte poprzednio zółty, lub ta lub inna postać gruźlicy chirurgicznej.

Cierpienie występuje w niektórych przypadkach w postaci ostrej i przez lekarzy nieobeznanych z kliniką tego cierpienia zazwyczaj bywa rozpoznawane jako ostra postać gruźlicy. W pewnych przypadkach zachodzi nawet podejrzenie duru brzusznego, dalszy zaś przebieg cierpienia i ujemny wynik badań serologicznych pozwala na ustalenie właściwego rozpoznania.

W spostrzeganych przeze mnie przypadkach znacznie częściej jednak początek cierpienia był mniej ostro zarysowany.

W Poradni Przeciwgruźliczej P.K.O.D. i w Klinice Pedjatrycznej U. W. miałem możność spostrzegania ogółem 42 przypadków nacieczeń dookołaogniskowych. Wszystkie te przypadki były spostrzegane przez dłuższy okres czasu. W większości przypadków spostrzeganie trwało przeciętnie 2—4 lata. Dzieci uwzględnione w niniejszej pracy, które w chwili obecnej wykazują jeszcze zmiany w płucach, pozostają również od dłuższego czasu w obserwacji Poradni. Ogromna większość tych nacieczeń powstawała podczas spostrzegania chorego, co umożliwiło przesądzenie cierpienia od początku aż do całkowitego jego ustąpienia.

Co do wieku materiał ten przedstawia się w sposób następujący.

	W I E K				Razem
	0—1	1—5	5—10	10—15	
Chłopcy	1	11	9	3	24
Dziewczęta	1	2	7	8	18
R a z e m	2	13	16	11	42

W powyższych przypadkach tylko 4 razy miałem możność stwierdzić długotrwałą gorączkę ponad 38°, trwającą 2 — 4 tygodni. Stan podgorączkowy wystąpił w 11 przypadkach, z tego w 3-ch przypadkach trwał on 1—3 tygodnie, w 1-y m zaś utrzymywał się w przeciągu 2-ch miesięcy. Natomiast u reszty chorych, czyli 27 dzieci mierzenie ciepłoty w domu i w Poradni nie wykazało wyraźniejszych wahań.

Do najtypowszych więc obrazów klinicznych zaliczyłbym następujący przebieg, często napotykanym w Poradni Przeciwgruźliczej przy systematycznym badaniu dzieci pochodzących ze środowisk gruźliczych.

Dziecko od pewnego czasu pokasłuje, w wywiadach często spotykamy przebytą „grypę” lub przejściowe krótkotrwałe nasilenie się ciepłoty. Ogólny stan dziecka zazwyczaj jest całkowicie zadowalniający. Rodzice wskazują na pewne osłabienie dziecka, na pewne obniżenie łaknienia, czyli mamy przed sobą typowe skargi, z którymi zgłasza się do nas większość dzieci w tym wieku, lecz gdzie przy dłuższym nawet spostrzeganiu nie jesteśmy w stanie wykryć żadnych objawów chorobowych i gdzie skargi te należy położyć na karb niemożności ustroju dostosowania się do wymagań życia i szkoły. Coprawda zasługuje na większą uwagę skłonność tych dzieci do zapadania na nieżyty dróg oddechowych, na przebyte niedawno odrę, zółty oraz dane dotyczące skazy wysiękowej, gdyż szereg autorów wskazuje na szczególną częstość występowania nacieczeń dookołaogniskowych u dzieci z objawami skazy wysiękowej. Bezwzględnie natomiast musimy mieć ściśle dane dotyczące styczności badanego dziecka z chorymi na gruźlicę płuc.

Według Redekera zachodzi tak daleko idący związek między reinfekcją a wystąpieniem dookołaogniskowych nacieczeń, że stwierdzenie u dziecka powyższego schorzenia zmusza nas do doszukiwania się w otoczeniu dziecka chorych na gruźlicę płuc z prątkami w płwocinie. Na paru przypadkach autor ten wykazuje, że ponowne zjawienie się prątków gruźliczych w płwocinie chorego obcującego z dzieckiem pociągało za sobą ponowne wystąpienie u niego dookołaogniskowego nacieczenia.

W przytaczanych przypadkach ten związek byłem w stanie stwierdzić 13 razy. Chorymi na gruźlicę, z którymi obcowało dziecko, byli przeważnie rodzice, w jednym przypadku chora była bratowa, w 2-ch przypadkach starsze rodzeństwo i jeden raz znajomy, stały gość w domu. Zasługuje tu na uwagę szczególnie ten ostatni przypadek, gdyż objawy chorobowe wystąpiły tu u 2-ch braci, poprzednio zaś 4-letni brat zmarł na gruźlicze zapalenie opon mózgowych. W podanych przypadkach związek między reinfekcją a wystąpieniem nacieczeń był ustalany wyłącznie po dodatnim wyniku badania płwociny u osobnika obcującego z dzieckiem.

W opisywanych przypadkach badanie fizykalne wykazuje często już przy pierwszym badaniu wyraźne objawy ze strony płuc. W tej lub innej części płuca, w przestrzeni międzyłopatkowej, u podstawy płuc poniżej łopatek, lub na linii pachowej, lub pod obojczykiem stwierdzamy nieznaczne przytłumienie oraz nieliczne drobnobańkowe rżenia, w niektórych przypadkach rżenia te posiadają pewien dźwięczny odcień, rzadziej, przynajmniej w przypadkach spostrzeganych przeze mnie, stwierdzamy pewne osłabienie oddechu wraz z nielicznymi podopłucniami trzeczzeniami. Rentgenologicznie w początkowych okresach w szeregu przypadków nie stwierdzamy zazwy-

czaj żadnych zmian miąższu płucnego, u dzieci młodszych stwierdzamy natomiast często wyraźne powiększenie gruczołów odpowiedniej wnęki i wyraźniej, niż zwykle zarysowany rysunek naczyniowo-oskrzelowy. Bardzo często natomiast obserwujemy już w tych wczesnych okresach pewne osłabienie ruchomości odpowiedniej połowy przepony, jak również zrosty międzypłatowe, jako ślady już kiedyś przebytego nacieczenia.

Dalsze spostrzeganie wykazuje zazwyczaj zupełnie zadowalniający ogólny stan dziecka. Dzieci w większości przypadków nie gorączkują, kaszlą bardzo mało, nigdy nie stwierdza się duszności, łaknienie nie ulega wyraźniejszemu pogorszeniu. Zasługuje na uwagę, jak to miałem możność zaobserwowania w szeregu przypadków, wyraźny przyrost wagi w okresie trwającego nacieczenia. Powyższe zjawisko ostatnio podkreśla również i Barbier. Według niego przyrost wagi należy do zwykłych zjawisk „cortico-pleurytów“, jak również i w przebiegu gruźliczego wysiękowego zapalenia opłucnej, które, według szeregu autorów, biologicznie jest równoznaczne z dookołaogniskowym nacieczeniem miąższu płucnego. Objawem względnie często napotykanym jest wyraźne powiększenie śledziony, przytem należy podkreślić, że może ono poprzedzać występowanie nacieczenia często już na dłuższy okres czasu, jak również utrzymuje się w przeciągu paru miesięcy po ustąpieniu objawów płucnych. Skórne odczyny tuberkulinowe w okresie nacieczenia występują bardzo wyraźnie, często o charakterze dużego odczynu wysiękowego, niekiedy pęcherzykowego.

O ile mamy możność stałego spostrzegania dziecka, widzimy, jak przy dobrym ogólnym stanie objawy fizyczne nasilają się. Stłumienie staje się coraz wyraźniejsze, ilość rzeżeń wzrasta. Badanie zaś rentgenologiczne często tylko po upływie 3 — 6 tygodni zaczyna wykazywać jednolite, nieostro odgraniczone zawoalowanie odpowiedniej części pola płucnego; gruczoły, szczególnie u dzieci młodszych, podlegają wyraźnemu powiększeniu. Podobny stan trwa nieraz 2 — 3 — 4 miesiące. Po upływie tego czasu objawy zaczynają ustępować. Z początku jednak ustępują zmiany obrazu rentgenologicznego. Zaciemnienie zaczyna powoli ustępować, zazwyczaj od obwodu ku wnęce, cień gruczołów zmniejsza się. W licznych jednak przypadkach pozostają na dłuższy czas nieznaczne plamiste cienie, które z biegiem czasu ulegają całkowitemu zanikowi lub na ich miejsce stwierdza się potem zwapniałe ogniska. Najprawdopodobniej są to małe ogniska tkanki gruźliczej, powstałe na drodze krwionośnej i które były przyczyną dookołaogniskowego zapalenia. W bardzo licznych przypadkach, szczególnie przy długotrwałych naciekach, pozostają wyraźne cienie smugowate, idące ku wnęce i będące wyrazem rozwoju łącznej tkanki dookołaoskrzelowej. Lecz nawet po całkowitem ustąpieniu zmian rentgenologicznych jesteśmy w stanie przez dłuższy

czas często w przeciągu 6 — 12 miesięcy lub nawet dłużej stwierdzić w miejscu nacieczenia nieliczne rżenia oraz pewne ograniczenie ruchomości opłucnej, stwierdzone rentgenologicznie. Szczególnie długo mogą utrzymywać się objawy osłuchowe u podstawy płuca w postaci „przybrzeżnego zapalenia oskrzeli”. W większości przypadków wyraźnych nacieczeń dookołaogniskowych, według niektórych autorów, występuje wyraźne przesunięcie wzoru Arnetha na lewo, co ma posiadać dużą wartość rozpoznawczą. Podobne przesunięcie na lewo obrazu obojętno-chłonnego ma utrzymywać się w przeciągu pierwszych tygodni, następnie zaś we krwi stwierdza się wyraźnie zaznaczona limfocytoza.

Ponieważ dookołaogniskowe nacieczenia, szczególnie większe, nie ograniczają się do pojedynczych płatów, gdyż dla nich nie istnieją, że tak powiem, granice poszczególnych płatów, więc w ślad za Redekerem, przy omawianiu umiejscowienia nacieczeń, posługuję się płucnem polem rentgenologicznem.

W zebranych przeze mnie przypadkach zmiany rentgenologiczne stwierdzono:

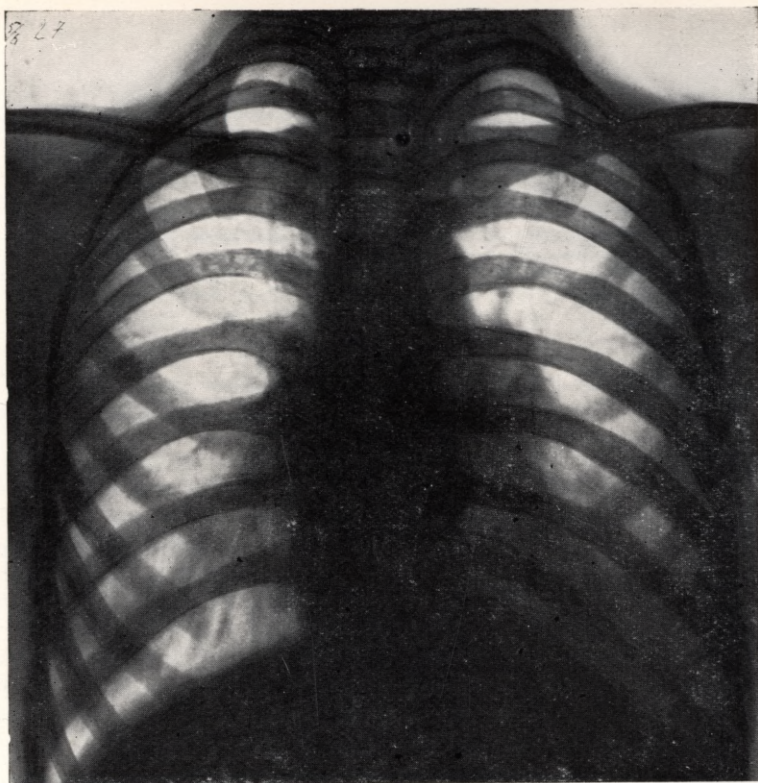
W polu rentgenologicznem

p r a w e m				l e w e m			
górnem	środk.	dolnem	razem	górnem	środk.	dolnem	razem
14	3	5	22	9	3	17	29

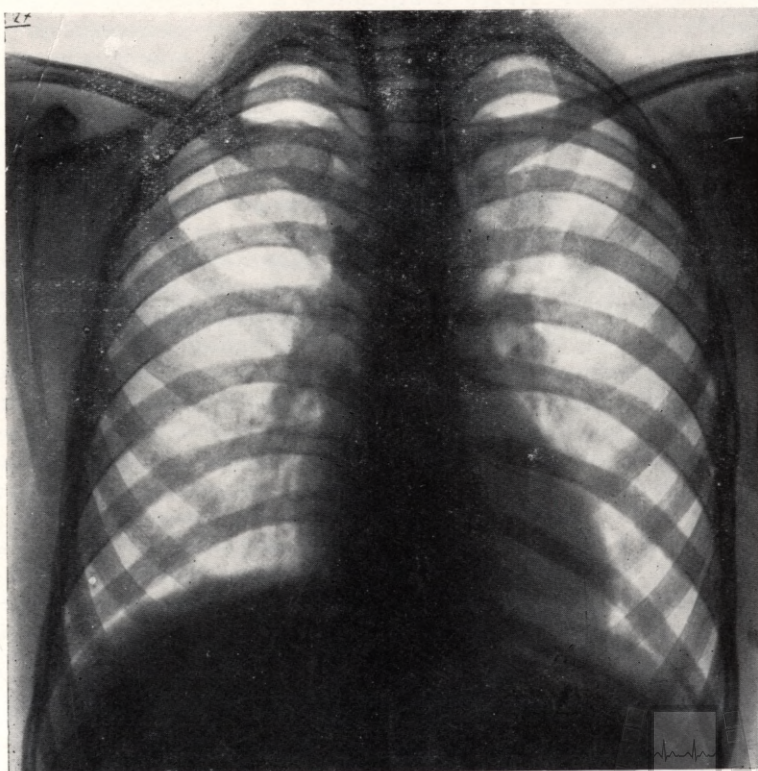
przyczem stwierdzano zmiany jednocześnie lub po ustąpieniu zmian w jednym z pól:

- 1 raz { w górnem
i dolnem lewem
- 3 razy { w prawem górnem i
w lewem dolnem
- 1 raz { w górnem,
środkowem
i dolnem prawem
- 1 raz { w górnem,
środkowem
i dolnem lewem
- 1 raz { w środkowem i
w górnem prawem

Te liczby są poniekąd zbliżone do liczb Redekera, chociaż w spostrzeganych przeze mnie przypadkach częściej występowały zmiany w górnych polach i w lewem dolnem polu.



Rys. 3



Rys. 4.

Materiał Redekera przedstawia się w sposób następujący:

p r a w e p o l e				l e w e p o l e			
górne	środk.	dolne	r a z e m	górne	środk.	dolne	r a z e m
6	15	13	34	7	9	10	26

Stwierdzane natomiast zmiany fizykalne dają się ugrupować w sposób następujący:

Wyłącznie stłumienie lub przytłumienie stwierdzono w	3 przyp.
Stłumienie wraz z drobnobańkowymi rżeniami	14 "
" w przestrzeni międzyłopatkowej lub pod	
oobjczykiem, rżenia natomiast u podstawy.	6 "
Oddech oskrzelowy	5 "
Objawy zbliżone do objawów splenopneumonji	3 "
Wyłącznie wyraźne osłabienie oddechu	5 "
Bez objawów fizykalnych przy dodatnim wyniku	
badania rentgenologicznego	3 "

Należy jednak podkreślić, że w szeregu przypadków w pewnych okresach cierpienia objawy fizykalne ulegają wyraźnym wahaniom, objawy fizykalne, które nasuwały podejrzenie zajęcia miąższu płucnego, ustępują miejsca objawom, któreby świadczyły o zmianach w opłucnej. Zapewne jest to wyrazem zmian występujących w obwodowej części miąższu płucnego z jednoczesnym zajęciem opłucnej (cortico-pleuryty głębokie i powierzchowne francuskich autorów). Drżenie i przewodnictwo głosowe w większości przypadków nie ulegało wyraźniejszym zmianom, chociaż, jak wiemy, w typowych przypadkach splenopneumonji zmiany drżenia i przewodnictwa głosowego mogą być bardzo ostro zarysowane.

Tutaj jednak stanowczo nie mogę zgodzić się z Birkem i Hagerem, którzy, omawiając dookołaogniskowe nacieczenia, zaznaczają, że rozpoznanie nacieczeń jest w pierwszym rzędzie rozpoznaniem rentgenologicznym. W spostrzeganych przeze mnie przypadkach nie miałem odpowiednika w postaci objawów fizykalnych dla zmian rentgenologicznych tylko w 3-ch przypadkach, natomiast z całą stanowczością mogę twierdzić, że badanie fizykalne często na szereg tygodni może wyprzedzać wystąpienie wyraźnych zmian rentgenologicznych. Nie ulega również dla mnie wątpliwości, że szereg przypadków przebiega, wogóle nie wykazując wyraźnych zmian rentgenologicznych, szczególnie często ma to miejsce w przebiegu t. zw. „scissurites”, znaczenie których w rozpoznawaniu gruźlicy przyskrzelowych gruczołów tak słusznie podnosi Dufourt. Przypadki jednak, które nie wykazywały zmian rentgenologicznych nie zostały uwzględnione w niniejszej pracy.

Typową cechą nacieczeń dookołaogniskowych jest ponowne ich występowanie. W niektórych przypadkach po upływie mniej lub więcej długiego czasu w tem samym miejscu w płucach lub w innem, często nawet w drugim płucu, stwierdzamy ponowne wystąpienie objawów klinicznych i rentgenologicznych. W jednym ze spostrzeganych przeze mnie przypadków dookołaogniskowe nacieczenie wystąpiło w górnym płacie w postaci typowej „epituberculosis“, aby potem, nawet przed całkowitem ustąpieniem objawów klinicznych, uwydatnić się w płacie dolnym o względnie typowym obrazie splenopneumonji. Bardzo typowem jest zachowanie się opłucnej międzypłatowej. Wysięki międzypłatowe, pozostałości po których zazwyczaj występują w bardzo typowych zrostach międzypłatowych, są równoznacznikami nacieczeń mięszowych. Zasługują na podkreślenie trudności, które napotykamy przy odróżnianiu większych wysięków międzypłatowych od nacieczenia miąższu płucnego przy badaniach rentgenologicznych. W szeregu przypadków rozstrzyga tu prześwietlanie chorego w paru kierunkach, przytem zmniejszanie się i powiększanie cienia będzie przemawiało za wysiękiem międzypłatowym. Przy prześwietlaniu jedynie w kierunku strzałkowym niemożliwem jest odróżnienie wysięku od nacieczenia miąższu płucnego.

Powyższe nacieczenia jak wiemy mogą utrzymać się w przeciągu bardzo długiego czasu. Spostrzegane przeze mnie nacieczenia dookołaogniskowe trwały

w przeciągu	2-ch miesięcy	w	4-ch przypadkach
„	3—4	„	7
„	4—6	„	8
„	6—8	„	4
„	8—10	„	2
„	10—12	„	3
„	12—14	„	2
„	14—16	„	3
„	16—18	„	2
powyżej 2-ch			
lat (2 nawroty)			2
trwają jeszcze			5

Obraz zaś rentgenologiczny po ustąpieniu objawów fizykalnych przedstawiał się w sposób następujący:

bez zmian rentgen. w płucach i gruczołach	11	przyp.
nieznaczne powiększenie gruczoł. węzkowych	10	„
zwapniałe ogniska we wnękach	3	„
„ „ miąższowe	6	„
„peribronchitis“	9	„
zrosty międzypłatowe	3	„
wyraźne długotrwałe ograniczenie ruchomości opłucnej		

Jakie czynniki mogą wpływać na powstawanie dookołaogniskowych nacieczeń? Liczba tych czynników zdaje się być bardzo duża. Dookołaogniskowe nacieczenie winno być traktowane jako wyraz nadwrażliwości tkanek na jady gruźlicze, czyli wszystkie czynniki, sprzyjające powstawaniu tej nadwrażliwości, mogą w mniejszym lub większym stopniu sprzyjać występowaniu dookołaogniskowego nacieczenia. Odgrywają tu rolę, obok dotychczas niewyjaśnionych praw kształtujących alergię, pewne bliżej znane czynniki. Należy więc tu podkreślić nieulegający, zdaje się, wątpliwości fakt, że konstytucja chorego może wpłynąć na częstsze i wyraźniejsze występowanie nacieczeń dookołaogniskowych. Szereg autorów podkreśla wyraźnie, że skazy neuroartretyczna, wysiękowa, limfaticzna sprzyjają powstawaniu większych nacieczeń, w pierwszym rzędzie dotyczy to dzieci małych, gdzie te typy konstytucyjne są wyraźnie zarysowane. (Kleinschmidt, Schmidenberg, Schlack).

Słońce i pora roku wywierają również pewien wpływ na ich występowanie. Występują, zdaje się, one najwyraźniej w miesiącach wiosennych i letnich, co może dałoby się powiązać z tak zw. wiosenną kryzą hormonalną. Osobiście miałem możność stwierdzić wystąpienie lub wyraźne nasilenie się objawów klinicznych po nieco forsowniejszem naświetleniu lampą kwarcową (3 razy) i po dokonaniu zwykłych odczynów tuberkulinowych (2 razy).

Co zaś tyczy się wieku, to większe nacieczenia dookołaogniskowe, jak wiemy, spotykają się przeważnie w wieku dziecięcym. Bardzo jest możliwe, że nie stoi to w bezpośrednim związku z właściwościami wieku dziecięcego, lecz zależy od trwania cierpienia gruźliczego. W naszych warunkach zakażenie gruźlicze następuje w ogromnej większości przypadków w wieku dziecięcym. Jak wiemy obecnie, największa zaś wrażliwość tkanek na jady gruźlicze występuje we wczesnym II okresie Rankiego, ten zaś okres przynajmniej w naszych warunkach przypada na okres dzieciństwa. Tem tłumaczy się, że w pierwszym rzędzie zasługą pedjatrów jest opracowanie tego zagadnienia. Należy tu więc wymienić nazwiska Hutinela, Kleinschmidta, Redekera, Simona, Engla, Harmsa, Eliasberga, Schlacka, Friedberga i innych, którzy przyczynili się do bliższego opracowania kliniki tego zjawiska.

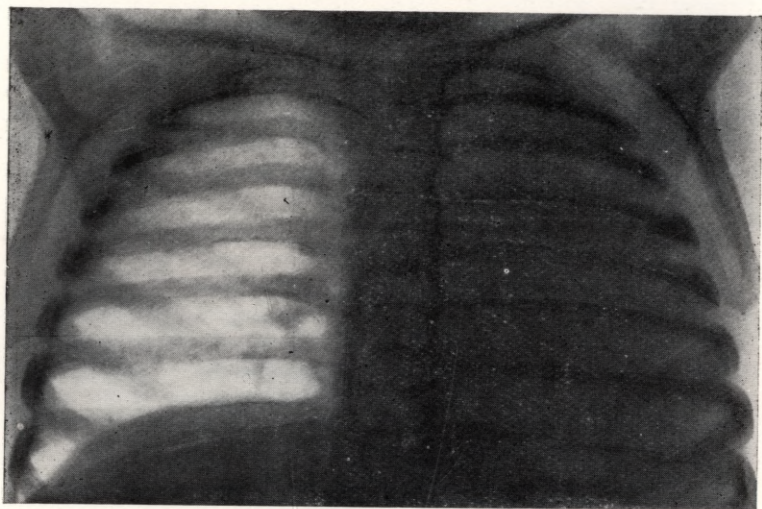
Szereg chorób zakaźnych, jak grypa, odra, koklusz, również mogą sprzyjać powstawaniu nacieczeń dookołaogniskowych.

Jedną z najważniejszych przyczyn sprzyjających występowaniu dookołaogniskowych nacieczeń jest jednak styczność z chorym na gruźlicę płuc. Ta sprawa jest szeroko omawiana przez Redekera. Stałe zakażanie się ustroju zarazkami (superinfectio) sprzyja powstawaniu zwiększonej wrażliwości tkankowej; zachodzi tu więc duża analogja ze zwiększeniem wrażliwości przy stosowaniu tuberkuliny.

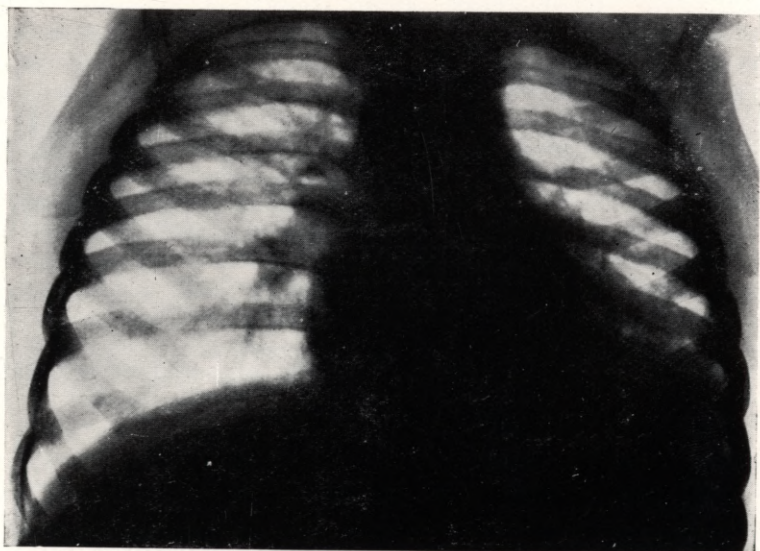
Jakie są dowody, że powyższe nacieczenia są rzeczywiście pochodzenia gruźliczego? Za tem przemawia szereg faktów, w pierwszym zaś rzędzie występowanie podobnych nacieczeń podczas leczenia tuberkuliną, w niektórych zaś przypadkach, nawet po zwykłych próbach tuberkulinowych, nasilenie się odczynów tuberkulinowych w przebiegu cierpienia, współistniejące często inne umiejscowienie się cierpienia gruźliczego (gruźlica chirurgiczna, wyraźna „scrophulosis”), przeistoczenie się nacieczenia w pewnych przypadkach w istotną gruźlicę płuc, wyraźny wpływ styczności z osobnikiem gruźliczym na występowanie nacieczeń — są to fakty, które niezbicie świadczą o gruźliczem podłożu tych zmian w płucach.

Rozpoznawanie dookołaogniskowych nacieczeń w pewnych przypadkach natrafia na duże trudności. Wiemy już jak trudno jest często odróżnić, czy w chwili badania mamy przed sobą istotną gruźlicę płuc, serowate, czy tylko dookołaogniskowe nacieczenie. W szeregu przypadków tylko dłuższa obserwacja jest w stanie rozstrzygnąć nasze wątpliwości. Niezawsze nawet rozstrzyga w tych przypadkach dodatni wynik badań płwociny, gdyż małe ognisko gruźlicze, które spowodowało nacieczenie może częściowo zserowacieć i spowodować zjawienie się prątków w płwocinie, dalsze jednak spostrzeganie chorego może wykazać całkowite ustąpienie objawów fizykalnych i rentgenologicznych. W powyższych przypadkach musimy zdawać sobie z tego sprawę, że dookołaogniskowe nacieczenie może być etapem w rozwoju gruźlicy płuc, wyrazem pewnego reagowania ustroju na jad i że, wraz ze zmianą ustosunkowania się tkanek do jadu, może sprawa zatrzymać się w swoim rozwoju, aby potem ustąpić całkowicie, lub ulec następnemu zserowaceniu, przeistaczając się w tę lub inną postać gruźlicy płuc, lub dać obraz zmian włóknistych, obraz marskości płuc. W ogromnej jednak większości przypadków sprawa cofa się, płuco znowu powraca do stanu normalnego. U dzieci starszych zawsze musimy pamiętać o tem, że podobne nacieczenie może ulec zserowaceniu i dać początek istotnej gruźlicy płuc. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że większość przypadków gruźlicy płuc u dzieci powstaje w ten sposób, czyli jest poprzedzana mniej lub więcej zaznaczonem dookołaogniskowem nacieczeniem ulegającym następnemu zserowaceniu. W powyższych przypadkach dużą usługę oddaje nam badanie rentgenologiczne. O ile odrzucimy tu serowate zapalenie płuc (pneum. caseosa), to jednolitość cienia rentgenologicznego będzie przemawiała raczej za nacieczeniem dookołaogniskowem, większa zaś ogniskowość cienia będzie świadczyła o istotnej gruźlicy płuc.

Nie ulega wątpliwości, że spotykamy często inne obrazy chorobowe, gdzie ściśle rozpoznanie przez dłuższy czas



Rys. 5,



Rys. 6.

pozostaje w zawieszeniu. W pewnych przypadkach, długotrwałe przewlekłe zapalenie płuc poodrowe lub pogrypowe, może nasunąć nam duże wątpliwości rozpoznawcze, tutaj jednak pozwala nam często na ustalenie rozpoznania dłuższa obserwacja chorego. Duże odczyny tuberkulinowe, ogólny dobry stan chorego, brak wyniszczenia, w licznych zaś przypadkach wyraźny przyrost wagi przemawiają najczęściej za dookołaogniskowym nacieczeniem. Sprawa pogrypowych przewlekłych zapaleń płuc jest omawiana przez Redekera; według niego to ostatnie rozpoznanie jest często rozpoznaniem, świadczącym o zakłopotaniu lekarza. Już oddawna autorowie francuscy wypowiedzieli mniemanie, że przewlekłe zapalenia płuc w pierwszym rzędzie są napotymane u dzieci z gruźlicą gruczołów przyoskrzelowych. Marskość płuca, o ile wykazuje ona większe zmiany rentgenologiczne, jako zejście spraw płucnych lub rzadziej opłucnowych, cechuje niezmienną obrazu chorobowego, lub nasilenie się objawów, całkowite natomiast ustąpienie przemawia przeciwko powyższemu rozpoznaniu. Przesunięcie narządów sąsiednich wskutek istniejących zrostów może ułatwić nam rozpoznanie marskości płuca. Duże trudności natomiast może nasunąć rozstrzeń oskrzeli. Rozstrzeń oskrzeli, jak wiemy w chwili obecnej, bynajmniej nie jest zjawiskiem rzadkiem w wieku dziecięcym i może przebiegać bez wyraźnie zaznaczonych objawów marskości płuca. Rozpoznanie rozstrzeni oskrzeli wyłącznie na podstawie dużej ilości odpływanej płwociny jest już anachronizmem. Rozstrzeń oskrzeli może przez długie lata nie wywoływać wyraźniejszych zaburzeń, dając tylko długotrwałe i zmienne w swym nasileniu objawy fizykalne w pierwszym zaś rzędzie ograniczone dźwięczne rżenia. O ile rozstrzeń oskrzeli ma miejsce w płucu, w którym zmiany cyrotyczne nie są wyraźnie zaznaczone, wówczas zazwyczaj zmiany rentgenologiczne są tak słabo zaznaczone, że bez badania zapomogą lipiodolu (ew. jodipiny) nie jesteśmy w stanie rozpoznać z całą stanowczością powyższego cierpienia. Odoskrzelowe zapalenie płuc, przebiegające w przebiegu rozstrzeni oskrzeli, o ile daje większe cienie rentgenologiczne, to jednak wywołuje ono większe zaburzenia stanu ogólnego, niż to widzimy w przypadkach dookołaogniskowych nacieczeń. Oprócz powyższego, współistniejące zapalenia płuc, występujące najczęściej na wiosnę i na jesieni, charakteryzują się swoją względną krótkotrwałością. W wątpliwych jednak przypadkach, o ile nie możemy uciec się do badań pomocniczych zapomogą wiania do oskrzeli płynów kontrastowych, tylko bardzo długa obserwacja może nam dopomóc do rozstrzygnięcia naszych wątpliwości. W nielicznych przypadkach pewną usługę może nam oddać badanie krwi. Należy jednak pamiętać i o tem, że długotrwałe nacieczenia dookołaogniskowe

mogą doprowadzić do marskości płuca z następnym wytwarzaniem się rozstrzeni oskrzeli (Redeker).

Pospischil wysunął jeszcze jedną postać przewlekłych zmian płucnych, jest to „płuco kokluszowe”, co prawda poglądy Pospischila znalazły naogół bardzo mało zwolenników. Gdybyśmy nawet przyjęli istnienie powyższej postaci, to podane przypadki jednak nie dałyby się zaliczyć do opisywanych przez Pospischila zmian chorobowych. Nigdy w przytaczanych przypadkach nie byłem w stanie stwierdzić tak częstego, według Pospischila, wynędznienia dzieci, prócz tego, nie widziałem w ciągu długiej obserwacji ani razu duszności u dzieci, nie spostrzegałem również tego nietypowego przebiegu ciepłoty, o którym mówi Pospischil, jak również ani u jednego dziecka nie stwierdziłem ani razu kaszlu, przypominającego kaszel kokluszowy.

Oprócz powyższego, obrazy rentgenologiczne, spostrzegane w dookołaogniskowych nacieczeniach, nie są bynajmniej podobne do zmian rentgenologicznych w przebiegu koklusz, opisanych ostatnio przez Göttchea.

Sprawa bliższego zapoznania się z nacieczeniami dookołaogniskowymi ma pierwszorzędą wartość nie tylko teoretyczną, lecz również i praktyczną. Poprzednio większość przypadków dookołaogniskowych nacieczeń była rozpoznawana jako gruźlica płuc, natomiast, jak wiemy, zachodzi tu zasadnicza różnica jak w rokowaniu, tak również i postępowaniu leczniczym. Stwierdzenie zaś przejściowych, często mało uchwytnych nacieczeń dookołaogniskowych jest dowodem, że sprawa gruźlicza w ustroju jest czynna. Obecnie coraz więcej ustala się mniemanie, że występowanie dookołaogniskowych nacieczeń w chwili obecnej jest jedynym wartościowym dowodem czynnej sprawy gruźlicznej, toczącej się w gruczołach przyoskrzelowych.

Kto z należyтым krytycyzmem przystępował do rozpoznawania gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych, ten nie mógł oprzeć się myśli, że w rozpoznaniu gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych u dzieci starszych, poza rzadkimi w tym wieku przypadkami wybitnego powiększenia ich, dotychczas nie mieliśmy ani jednego objawu, któryby nie podlegał krytyce. Wprowadziłbym jednak tu pewną poprawkę. Gruźlica jest cierpieniem ogólnym. Chory jest cały ustroj. Dookołaogniskowe nacieczenie jest więc dowodem nie wyłącznie gruźlicy gruczołów lub istnienia ognisk w mięszu płucnym, lecz dowodem ogólnego cierpienia ustroju, dowodem „czynnej gruźlicy“.

OBJAŚNIENIA RYSUNKÓW.

Zdzisław T. 11 lat. W obserwacji poradni od 8 roku życia. W kwietniu 1928 r. przy badaniu stwierdzono poniżej lewej łopatki dość liczne rżżenia drobnobańkowe. Ogólny stan zadowalający. Nie gorączkuje. Rentgenologicznie (rys. I) stwierdza się nacieczenie mięszu płucnego w lewym środkowym polu. Stan bez zmian w przeciągu 2 mieś. W połowie czerwca objawy fizykalne zaczynają ustępować. Badanie Rentgenologiczne w końcu czerwca wykazuje tylko nasilenie cienia wnęki (rys. II)

Basia Z. lat 9. Przyprowadzona do poradni z powodu nieznacznych wahań ciepłoty, trwających od paru dni. Badania poprzednie nie wykazywały zmian w płucach. Przy badaniu stwierdzono nieznaczne przytłumienie u podstawy lewego płuca. Rentgenologicznie (rys. III) stwierdzono wyraźne zaciemnienie w lewym dolnym polu płucnym oraz obustronne powiększenie cienia wnęk. Powrót do normy (rys. IV) po upływie 3 mies.

Tadzio K. lat 3. Typowy przypadek „splenopneumonji” spostrzegany na klinice. Zdjęcia dokonane w okresie rozwoju sprawy chorobowej (rys. V) i w okresie cofania się po upływie 7 tygodni. (rys. VI).

PIŚMIENNICTWO.

1. Armand - Delille. La splénopneum. Tub. chr. chez. l'enf. Presse médic. 1923 N. 49.
2. Attinger: Herdreaktion b. d. Pirq. Kutanprobe. Münch. M. W. 1919 N. 12.
3. Bezançon et De Jong: La congestion pulmonaire. Ann. de Méd. Tome XI. N. 3.
4. Bacmeister: Zur Differenzierung und Qualität. Erfass der Erwachsenphtise. Beitr. z. Kl. d. Tub. B. 65. H. 6.
5. Barbier: Tuberculose infantile. 1928.
6. Birk u. Hager: Die Klinik der perifok. Infiltr. b. Kindern. Münch. M. W. N. 47 1928.
7. Dietl: Über infraclavik. Infiltr. b. Kindern. Lungentuberk. Zeitschr. f. Kinderheilk. 42 B. 4/4 H.
8. Eliasberg: Jahrbuch f. Kinderheilk. 89 B. 1919.
9. Epstein: Zur Kenntnis der epituberkul. Infiltr. der Kindl. Lunge. Jahrbuch f. Kinderheilk. B. 99. H. 2/3.
10. Friedenberg: Über die Rückbildungsfähig. Lungeninfiltr. b. d. Kindlich. Tub. Zeitschr. f. Kinderheilk. 40 B. 5 H.
11. Götrche Die Pertussislunge und ihr Röntgenbild. Monatsschr. K. Bd. 44. 1929.
12. Huebschman: Die erste Erscheinung. d. Tuberkul. im Kindesalter. Beitr. z. Kl. d. Tub. 59 B. 3 H.
13. Hutinel Vitry: w podręczniku Hutinela.
14. Harvier: Les congestions pulmonaires w „Nouv. Traité de Méd.” t. XI.
15. Harvier: Scleroses pulmonaires w „Nouv. Traité de Méd.” t. XI.
16. Jonszer: Ostre postaci gruźlicy płuc wieku dziecięcego. Gruźlica. Rocznik III. N. 5.
17. Kleinschmidt: Über tub. u. epituberkulöse Hilusdrüenschwellung. Beitr. z. Kl. d. Tub. 61 B. 4 H.
18. Kleinschmidt: Klinik und Diagnose der perifok. Entzündung. Beitr. z. Kl. d. Tuberk. 65 B. 2/3 H.
19. Liebermeister: Das Sekundärstadi. d. Tub. von Klin. Standpunkt. Beitr. z. Kl. d. Tub. 62 B. 1/2 H.
20. Langer: Die Spezifität rückbildungsfähig. Lungeninfiltr. b. Kindl. Tuberk. Zeitschr. f. Kinderheilk. B. 34 H. 1/4.
21. Lidtlin: Über Tuberk. m. stark. perifok. Entzündung b. Erwachsenen. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 45 H. 4.
22. Marfan: La tub. des enfants d. prem. âge. „Nourrisson” 1924 r.
23. Nobécourt: Les affections de l'appareil respirat. Masson 1924.
24. Nicol: Zur Frage der Lungentuberkul. Beitr. z. Kl. d. Tub. 68 B. 1 H.
25. Pellé: Fréquence de la splénopneum. Ann. de Méd. Tome XI.
26. Péhu et Dufourt: La tuberc. médic. de l'enfance.
27. Qyerat: Splénopneumonie w Traité de Méd. de l'enf. Grancher, Comby et Marfan. 1899.
28. Redeker: Über die exsudativ: Lungeninfiltrier. der prim. und sekund. Tuberk. Beitr. z. Kl. d. Tub. 59 B. 4 H.
29. Redeker: Zum problem der Bronchialdrüsentuberk. Archiw. f. Kinderheilk. Bd 75 H2.
30. Ribadeau — Dumas: Les débuts de la tub

JUŻ UKAZAŁ SIĘ NA PÓŁKACH KSIĘGARSKICH

Nr. 10

WYDAWNICTWA

**„OPIEKI NAD MACIERZYŃSTWEM
DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ”**

ZAWIERA PRACĘ

Prof. Dr. MIECZYSŁAWA MICHAŁOWICZA

**CECHY ZDROWEGO I CHOREGO
NIEMOWLĘCIA**

Cena egzemplarza Str. 190 — Zł. 7.50

**SKŁAD GÓWNY W POLSKIM KOMITECIE OPIEKI
NAD DZIECKIEM, WARSZAWA, JASNA 11, TEL. 419-16**

Z Zakładu Patalogji Ogólnej i Doświadczalnej U. W.
(Kierownik Prof. F. V e n u l e t).

Oznaczanie aktywności witasteryny D.

P o d a ł

Dr. Franciszek Goebel.

st. asystent Zakładu.

Dla oznaczenia wartości leczniczej pewnych produktów spożywczych jak i preparatów leczniczych, niezbędna jest analiza, ustalająca obecność czynnych składników. Wykrywanie czynników uzupełniających zapomocą analizy chemicznej jest utrudnione, głównie wskutek niestabilnych wzorów chemicznych. Nawet wykrycie witasteryny D w stanie krystalicznym nie poprawiło tej sprawy. Okazało się bowiem, że prowitasteryna (ergosteryna nieaktywowana) daje te same odczyny barwne co i ergosteryna czynna, która różni się tylko od nieczynnej strącalnością digitoniny. To odmienne zachowanie się wobec digitoniny nie może być jednak miernikiem aktywności preparatu, gdyż ergosteryna nadmiernie długo naświetlana, już nieczynna, też się nie strąca digitoniną.

Konieczność długotrwałych i żmudnych badań biologicznych ergosteryny można ominąć na zasadzie spostrzeżeń R. Pohla, zapomocą analizy spektralnej. Ozaczało się z porównania wyników, otrzymanych metodą biologiczną, że czynne preparaty ergosteryny w porównaniu z ergosteryną nieaktywowaną, błędną, to znaczy tracą swe pasma w pozafioletkowej części widma.

Metoda ta, jakkolwiek bardzo prosta w założeniu, nie weszła jednak w użycie z dwóch przyczyn: po pierwsze nie zawsze badana ergosteryna jest zupełnie czysta (wyodrębniona), a tylko taka może być poddana analizie spektroskopowej, po drugie, dotąd jeszcze nie stwierdzono, czy prześwietlona ergosteryna nieczynna wykazuje jeszcze jakieś inne zmiany widma oprócz zaciemnień w pozafioletkowej części jak po zwykłym aktywowaniu.

Wobec tego zmuszeni jesteśmy przy badaniu aktywności preparatów witasteryny D, lub poszukiwaniu jej, uciekać się do próby biologicznej.

Próba ta polega na tem, że u młodych, białych szczurów, najbardziej nadających się do tego rodzaju doświadczeń, wywołuje się krzywicę doświadczalną zapomocą podawania specjalnego rodzaju pokarmu. Część takich szczurów leczy się następnie zapomocą badanego preparatu, a z otrzymanych wyników wysuwa się wnioski o zawartości witasteryny D.

Ponieważ ustrój matki przekazuje zapomocą krążenia łożyskowego płodowi pewne zapasy czynników uzupełniających, przez co trudniej wywołać krzywicę u młodych, przeto podaje się samicom przed ciążą i w czasie ciąży pokarm ubogi w witasterynę D. Pokarm taki składa się z 16 gr. makuch rozmięczonych w wodzie, 76 gr. mielonej kukurydzy, 5 gr. kazeiny technicznej, 0,5 gr. węglanu wapnia, miesza się to wszystko z mlekiem. Oprócz tego pokarmu, podaje się samicom jeszcze mleko, kukurydzę, chleb, owoce i jarzyny. Samce otrzymują mleko, kukurydzę, chleb, owoce, jarzyny. O ile miot wynosi więcej niż 6—7 sztuk, to młodych z takiego miotu lepiej nie używać do doświadczeń, gdyż są za słabe i szybko giną na diecie, wywołującej krzywicę. Młode szczury, trzytygodniowe wagi około 30 gr. trzyma się w ciemności w oddzielnych klatkach, na specjalnym karmie. Diet wywołujących krzywicę jest kilka: K. Funka, Steenbocka, Mc. Collum. W naszych doświadczeniach stosowaliśmy dietę Mc. Collum Nr. 3143, jako najprostszą pod względem przygotowania i szybko wywołującą krzywicę doświadczalną. Dieta ta, nietylko nie zawiera witasteryny D w swym składzie, ale posiada minimalne ilości fosforu przy dużej ilości wapnia, co, jak wiadomo, sprzyja powstawaniu krzywicy. Karm Mc. Collum składa się 33% mielonej kukurydzy, 15% otręb oczyszczonych*), 15% żelatyny, 3% węglanu wapnia i 1% soli kuchennej. Wszystkie składniki oprócz żelatyny, miesza się dokładnie. Mieszaninę zalewa się żelatyną rozpuszczoną w 7-8 krotnej ilości wody gorącej. Pokarm ten umieszcza się, rozprowadzony cienką warstwą w naczyniach, a po stężeniu żelatyny, kraje się na drobne kawałki. Ostatnio stosowaliśmy w karmie Mc. Collum 5% żelatyny, zamiast 15%, a przedtem dodawano 10% mączki ryżowej. Dieta taka daje jeszcze lepsze wyniki. Karm przygotowuje się co trzy dni. Podaje się go wprost do klatek, unikając naczyń do jedzenia, które są zanieczyszczane przez szczury moczem i kałem zawierającymi wszak witasterynę.

*) Otręby zalewa się alkoholem etylowym od czasu do czasu, pozostawia się na 24 godzin, potem odsącza się alkohol przez sączek Büchnera i przez 12 godzin wyciąga się otręby alkoholem w aparacie Soxhleta poczem się je suszy.



T A B L I C A II.

- a) Szczur dotknięty krzywicą. Charakterystyczna szeroka „szpara“ nasadowa w kości piszczelowej.
- b) Szczur na diecie awitaminowej, otrzymujący $\frac{1}{400}$ mg. ergosteryny dziennie. Brak objawów krzywicy.
- c) Szczur normalny.

Naczynka z wodą wstawia się dwa razy dziennie na kilka minut, albo podaje się w specjalnie przygotowanych naczyniach, uniemożliwiających zanieczyszczanie moczem i kałem.

Już po czterech dniach odżywiania takim pokarmem, stwierdza się przy prześwietlaniu promieniami Roentgena charakterystyczne zmiany dla krzywicy: słabsze ogólne uwapnienie kośćca, szerokie o nierównych zarysach szpary w nasadach kości udowych.

Równocześnie przeprowadza się oczywiście kontrolę na szczurach tego samego miotu, ale umieszczonych na świetle i normalnie odżywianych słoniną, pszenicą, jajkami kurzemi, mlekiem, chlebem, jarzynami świeżymi. Badany preparat lub też pokarm na obecność witasteryny D podaje się po dwóch tygodniach, lub nawet wcześniej, szczurom, będącym na diecie bezwitaminowej, część szczurów, na wyłącznej diecie bezwitaminowej, służy dla kontroli.

Dla wykazania czy preparat jest czynny mamy cztery sprawdziany: 1) obraz rentgenologiczny 2) badanie anatomo-patologiczne kośćca, 3) zachowanie się poziomu fosforu we krwi: szczury dotknięte krzywicą mają poziom fosforu znacznie niższy, niż normalnie, a po skutecznem leczeniu, poziom ten znacznie się podnosi, 4) przyrost wagi, jak wykazałem to w pracy: „Wpływ witasteryny D na rozwój młodych zwierząt“.

Zdjęcia rentgenologiczne w pracy niniejszej wykonane były w pracowni rentgenologicznej w 2-giej klinice wewn. U W. Wykonano je z odległości 60 cm. bez ekranu wzmacniającego, ilość kilowolt wynosiła 20, miliamp. 8, czas zdjęcia 50 sekund.

Badania anatomiczne kości, polega na tem, że wyjmuje się kość promieniową i łokciową, lub też udową i piszczelową, które umieszcza się na 24 godzin w 4⁰/₀ roztworze formaldehydu. Po tym czasie przepoławia się je brzytwą i wystawia na działanie promieni lampy elektrycznej lub światła dziennego w 1,5⁰/₀ roztworu azotanu srebra. Odkładanie się srebra metalicznego w nasadach kości, gdzie nastąpiło zwapnienie tkanki kostnej, pozwala sądzić o wartości przeciwnakrzywicznej zastosowanego preparatu.

Jednak już przed zabarwieniem, przy samem przepalaniu brzytwą, stwierdza się wybitną różnicę: kość normalna, lub szczura na diecie bezwitaminowej ale otrzymującego czynną ergosterynę, kraje się z trudnością z powodu dobrego uwapnienia, natomiast kość szczura krzywiczego jest miękka i kraje się bez oporu.

Mając odnośne wyniki możemy orzec z całą pewnością czy badany pokarm lub preparat zawiera czynną witasterynę D.

W pierwszej serji doświadczeń badanie przeprowadzono na 18 szczurach, jednego wieku, z trzech miotów od matek, trzymanyh w jednakowych warunkach. Jedna grupa zwie-

rząt a) 6 sztuk, otrzymywała przez cały czas doświadczenia, t. j. przez dni 28, wyłącznie pokarm Mc. Collum, druga b) też z sześciu sztuk się składająca, dwa tygodnie była wyłącznie na diecie Mc. Collum, a następnie otrzymywała jeszcze po 1) 400 mg. dziennie ergosteryny naświetlanej, otrzymanej przeze mnie z drożdży. Pozostałe szczury trzymano na świetle dziennym i odżywiano normalnie. Po czterech tygodniach szczury zabito przez skrwawienie. Po prześwietleniu promieniami Roentgena okazało się (tabl. 1), że szczury grupy b) t. zn. otrzymujące ergosterynę aktywowaną, nie wykazały objawów krzywicy, która uwydatniła się wybitnie u szczurów grupy a.

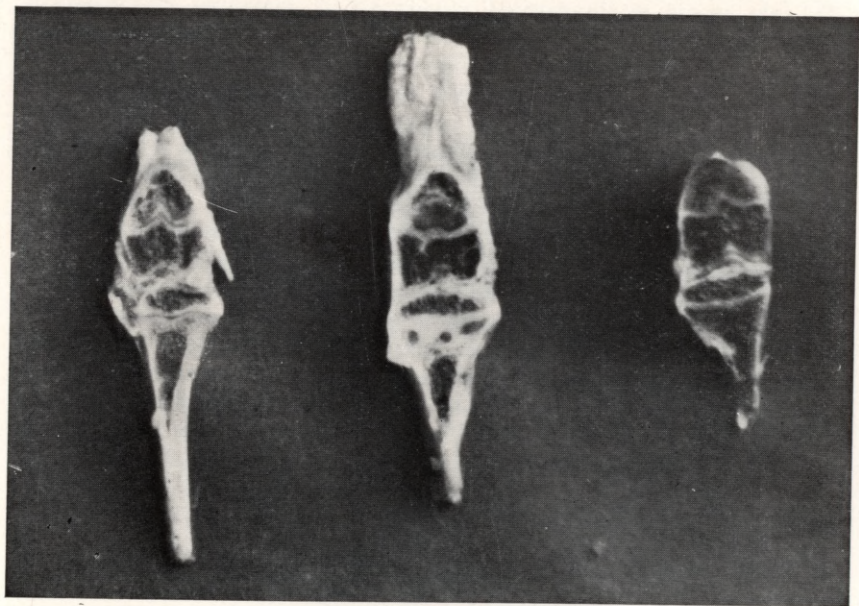
Średni poziom fosforu we krwi (metoda Bringsa) wynosił u szczurów leczonych 8,0 mg. ‰, u szczurów normalnych 8,3 mg. ‰ a u krzywicowych tylko 4,5 mg. ‰.

Przyrost wagi u szczurów leczonych ergosteryną w ciągu dni 14 wynosił 110‰, u krzywiczych 20‰, a u normalnych 125‰.

W drugiej serii doświadczeń badano 1‰ roztwór olejowy ergosteryny naświetlanej pod nazwą „Vitavit” Spiessa. Dawki stosowano podobne jak w doświadczeniu pierwszym, to jest po $\frac{1}{400}$ mg. dziennie. Po trzech tygodniach podawania szczurom, będącym na diecie Mc. Collum tego preparatu, przejawów krzywicy w obrazie rentgenologicznym u nich nie stwierdzono, a u zwierząt kontrolnych wystąpiła wyraźna krzywica. Poziom fosforu we krwi u szczurów leczonych wynosił 8,4 mg. ‰, podczas gdy u krzywiczych 5,8 mg. ‰, a u normalnych 9,1 mg. ‰. Przyrost wagi wynosił odpowiednio 116‰ u leczonych, 89‰ u krzywiczych, a u normalnych 127‰.

Inne badania tego samego preparatu przeprowadzone w ciągu 5-ciu tygodni, a więc w ciągu dłuższego czasu, przy takich samych dawkach, dało wyniki następujące: przejawów krzywicy w obrazie rentgenologicznym nie stwierdzono, u zwierząt kontrolnych wybitna krzywica. Poziom fosforu we krwi u szczurów leczonych wynosił 8,4‰ mg., podczas gdy u krzywiczych 4,8 mg. ‰, a u normalnych, podobnie jak u leczonych, 8,4 mg. ‰. Zaznaczyć należy, że ten równy poziom fosforu u leczonych jak i u normalnych występuje zazwyczaj po dłuższym leczeniu (np. po 5-ciu tygodniach). W zwykłych badaniach, które trwają 2-3 tygodnie, poziom fosforu we krwi nie osiąga poziomu normalnego.

Przyrost wagi wynosił u leczonych 28,2‰, u normalnych 32,5‰, a u krzywiczych 8,3‰. Wreszcie badanie anatomiczne potwierdziło i obraz rentgenologiczny (Tabl. 2): a) kość piszczelowa normalna: „pas wzrostu” wyraża się średnią wartością 5, dość ściśle odgraniczony. b) Kość piszczelowa szczura krzywicowego: „pas wzrostu” wyraża się średnią war-



T A B L I C A I I .

- a) Kość piszczelowa normalna. „Pas rozrostu” wyraża się średnią wartością 5, dość ściśle odgraniczony.
- b) Kość piszczelowa szczura krzywiczego. „Pas rozrostu” wyraża się średnią wartością 10, zarysy nieostre i nierówne.
- c) Kość piszczelowa szczura na diecie, wywołującej krzywicę, a otrzymującego ergosterynę. „Pas rozrostu” wynosi 2,5 o zarysach zupełnie równych.

tością szerokości 10, o zarysach nieostrych i nierównych. c) Kość piszczelowa szczura na diecie wywołującej krzywicę, a otrzymującego ergosterynę: „pas wzrostu“ wynosi 2,5 o zarysach zupełnie równych, wyraźnych i ostrych, a więc stosunki lepsze nawet niż u szczura normalnego.

Następnie badano „czystą wysokowartościową witaminę D, otrzymaną przez naświetlenie ergosteryny, pod nazwą „Vigantol“ Mercka.

Stosowano podobnież dawkę, odpowiadającą $\frac{1}{400}$ mg. ergosteryny dziennie. U szczurów, leczonych w ciągu dni 23, nie stwierdzono w obrazie rentgenologicznym objawów krzywicy, podczas gdy występowała ona wybitnie u szczurów nieleczonych tej samej grupy. Poziom fosforu wynosi: u leczonych 6,3 mg. $\%$, u krzywiczych 5,9 mg. $\%$, a u normalnych 8,2 mg. $\%$. Przyrost wagi wynosił u leczonych 101 $\%$, u krzywiczych 90 $\%$, a u normalnych 135 $\%$.

Słabszy nieco wynik z ergosteryny Mercka (odnośnie przyrostu poziomu fosforu we krwi i przyrostu wagi u leczonych), w porównaniu ze świeżo naświetlonymi preparatami, może znajdować swe wytłumaczenie w tem, że preparat Mercka leżał zapewne już czas dłuższy po aktywowaniu — a wiadomo, że ergosteryna, o ile stoi dłużej po naświetleniu, traci nieco na aktywności. Z drugiej strony jednak np. Princke podnosi, opierając się na danych klinicznych, że „Vigantol“ nie działał tak szybko, jak preparat ergosteryny, przygotowany przez Windausa, który autor też stosował na chorych równolegle w tym samym czasie.

PIŚMIENNICTWO.

1. F. G o e b e l. Wpływ witasteryny D (ergosteryny aktywowanej) na rozwój młodych zwierząt. Med. Społ. i Dośw. w druku.
2. F. H o l t z. Die Rachitis und ihre Beziehung zum Ergosterin. Deut. Med. Woch. N-17 1927.
3. F. H o l t z. Das Antirachitische Vitamin. Klin. Woch. N-12 1927.
4. G. P r i n k e. Erfahrungen mit dem neuen Rachitisheilmittel von Windaus-Hess. Klin. Woch. N-35 1927.
5. R. P o h l. Ueber das Absorptionsspektrum des antirachitisch wirksamen Cholesterins. Nachr. d. Wiss. Ges. z. Goettingen Mat.-Phys. Klasse 1926.
6. R. P o h l. Ueber das Absorptionsspektrum des antirachitischen Provitamins und vitamins. Nachr. d. ges. d. Wiss. z. Goettingen Mat.-Phys. Klasse 1926.
7. A. W i n d a u s u. F. H o l t z. Die experimentelle Rattenrachitis und ihre Beziehung zum Ergosterin. Nachr. d. Ges. d. Wiss. z. Goettingen Mat.-Phys. Klasse 1927 H. 2.

Przyczynek do kliniki pneumokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci.

P o d a ł

R. Barański i J. Wiszniewski.

Ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest najczęściej wywołane przez meningokoki. Drugie miejsce, według ogólnie przyjętego zdania, przypada na pneumokoki. Wszystkie inne zarazki w etiologii ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych ustępują na dalsze miejsca. W klinice, za cały czas jej istnienia, obserwowano ogółem 87 przypadków ropnego zapalenia opon. Z tego na meningokokowe przypada 70, pneumokokowe 10, inne — 7.

Jak widzimy z powyższego zestawienia, po odrzuceniu przypadków nagminnego zapalenia opon, do najczęstszych należą wywołane przez pneumokoki. Nie oznacza to jednak, że są one bardzo częste. 10 przypadków za cały czas istnienia kliniki (a więc za 8 lat), to naprawdę niedużo. Poniżej przytoczymy 7 przypadków pneumokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Trzy były ogłoszone przez M. Erlichównę w Polsk. Gaz. Lekarskiej w 1927 roku.

Nasz materiał obejmuje wyłącznie niemowlęta. Najmłodsze z nich liczyło 3 i pół miesiąca, najstarsze — 11 i pół. Śród trzech przypadków pneumokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, opisanych przez Erlichównę, dwa również dotyczyły niemowląt, jeden tylko chłopca starszego. A więc materiał kliniczny ogółem obejmuje 9 niemoląt na 10 przypadków.

Na podstawie powyższego zestawienia ma się prawo przypuścić jakąś specjalną predylekcję okresu niemowlęcego do pneumokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Zjawisko to prawdopodobnie znajduje się w ścisłym związku z tą wybitną rolą, jaka przypada pneumokokom w patologii wieku niemowlęcego. Pneumokoki powodują u dziecka cały szereg schorzeń (stany zapalne nosa, gardła aż do płuc właściwie, uszu, zatok, posocznicy i t. p.) które mogą być punktem wyjścia dla sprawy oponowej.

P. Nobécourt rozróżnia wśród pneumokokowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych: pierwotne i wtórne. Pierwotne, o ile punkt wyjścia dla schorzenia opon jest nieznany, i wtórne, gdzie usadowienie się pneumokoka na oponach występuje na skutek bądź to przeniesienia tego zarazka z ogniska zapalnego innego narządu, bądź też w przebiegu posocznicy pneumokokowej.

Zobaczmy jak ta rzecz przedstawia się na naszym materiale. Wśród naszych przypadków za pierwotny można uważać przypadek następujący:

1) Z. Jakób, pięć miesięcy, l. ks. gł. 1338. Karmiony wyłącznie pierśią do 2-ich miesięcy. Zachorował przed czterema dniami: zjawiała się niewielka gorączka, dziecko zaczęło gorzej ssać. W czwartym dniu choroby wystąpiły drgawki, przeważnie w lewej połowie ciała. Dziecko wydawało się przytomne. Przyjęte do kliniki 28.X.26 wieczorem. Stan dziecka zaraz po przyjęciu: drgawki, ciemniaczko wybitnie napięte, dziecko nieprzytomne. Sztywności karku niema. Przy nakłuciu lędźwiowem otrzymano płyn wydzielający się pod ciśnieniem wzmożonem, mętny, białawy. 29.X. Stan ogólny ciężki, dziecko nieprzytomne. Ciepłota 38°, tętno 140. Ciemie duże — 4 × 4, silnie napięte. Nieznaczna sztywność karku, objawy Brudzńskiego i Kerniga dodatnie, Flatau — wątpliwy. Odruchy ścięgniste wzmożone. Zrenicie reagują na światło. W innych narządach zmian nie stwierdzono. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego; płyn mętny, refraktometr 1,3358, odczyny globulinowe dodatnie, około 100 ciałek wielojądrzastych w mm³. 30.X. Dziecko zmarło.

Jak widzimy z powyższego przypadku, dziecko nie miało żadnych chorób współistniejących, ani też poprzedzających, któreby można było uważać za punkt wyjścia dla sprawy oponowej. Śród otoczenia w tym czasie wszyscy byli zdrowi.

Do pierwotnych należy również zaliczyć cytowany niżej przypadek siódmy.

Resztę przypadków traktujemy jako wtórne. Przytem punkt wyjścia dla sprawy oponowej znajdujemy w schorzeniach dróg oddechowych.

W jednym przypadku (6) dziecko zachorowało na nieżyt oskrzeli, który trwał 8 dni. Zajęcie opon wystąpiło po 4 o-dniowej przerwie. W drugim przypadku (4) dziecko często zapadało na nieżyty dróg oddechowych. Przy przyjęciu zaś tego dziecka do kliniki stwierdzono nieżyt gardzieli i oskrzeli. Jeszcze w innym (5) dziecko zachorowało przy objawach kataru nosa, kaszlu i gorączki. W dwa tygodnie później wystąpiły u niego drgawki, a następnie i inne objawy schorzenia opon. We wszystkich tych przypadkach stan zapalny jakiegos od-cinka dróg oddechowych poprzedzał sprawę oponową. Zdajemy sobie sprawę, że dane z wywiadu należy przyjmować z pewnemi zastrzeżeniami i być może niektóre z tych przypadków mogły mieć charakter pierwotny.

Zupełnie pewnie przedstawia się związek etiologiczny między schorzeniem dróg oddechowych a wtórnem zajęciem opon, w przypadku następującym:

2) P. Eugeujusz, 11 i pół mies., l. ks. gł. 2969. Karmiony piersią do chwili obecnej, nieprawidłowo. Zachorował przed dwoma miesiącami na zapalenie płuc. Od tego czasu dziecko nie było zdrowe. Przed dwoma dniami zjawiła się gorączka do 40°, wymioty, dziecko zaczęło odchyłać głowę ku tyłowi, źle ssać, kasać. Przyjęte 19.II.28 Dziecko bardzo niespokojne, ciepłota 40°, tętno 120. W płucach nad prawym górnym płatem, stłumienie, oddech pęcherzykowy. Żadnych objawów oponowych. Inne narządy bez zmian. W moczu odczyn dwuazowy dodatni. 16.II dziecko bardzo niespokojne, na miejscu stłumienia w płucach oddech oskrzelowy i rżenia drobno-bąbkowe. Po dwóch dniach stwierdzono dodatni objaw Flatau. Przy nakłuciu lędźwiowym wypuszczono 10 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, mętawego, wychodzącego pod dużym ciśnieniem. Odczyn globulinowy dodatni, w mm³ 240 ciałek wielojądrzastych. W płynie wykryto pneumokoki. Lecznico podano 10 cm³ surowicy pneumokokowej do kanału, 30 — domięśniowo. 19.II stan bardzo ciężki. Dziecko nieprzytomne, oddechy — 70, tętno 140, objaw Flatau dodatni, Kerniga i Brudzińskiego ujemne. Zrenice niezupełnie okrągłe, zwłaszcza lewa. Odruchy ścięgna żywe, odruchy brzuszne zniesione. Drgawki lewej rączki i lewej połowy twarzy. 21.II dziecko zmarło. Badanie anatomo-patologiczne: leptomeningitis purulenta, oedema meningum, pleuro-pneumonia superior dextra. Broncho-pneumonia dispersa posterior bilateralis.

Dziecko przybyło do kliniki z powodu zapalenia płuc. W tym czasie wobec braku objawów oponowych, nie robiono nakłucia lędźwiowego. Nakłucie wykonano w kilka dni później z chwilą wystąpienia objawów mózgowych w postaci wybitnej apatii i objawu Flatau. Wtedy stwierdzono pneumokokowe zapalenie opon mózgowych. W tym przypadku meningitis pneumococcica należy traktować jako sprawę parapneumoniczną, to zn. występującą w przebiegu zapalenia płuc.

W poniżej przytoczonym przypadku schorzenie opon należy uważać jako współistniejące z równoczesną posocznica.

3) K. Danusia, miesięcy 9, l. kz. gł. 3650. Przez dwa miesiące karmiona piersią, później sztucznie, nieprawidłowo. Zachorowała przed 17-ma dniami. Dziecko dostało kaszlu, chrypki, ciepłota podniesiona nieznacznie. Stwierzono wówczas nieżyt oskrzeli. Przed 4-ma dniami dziecko straciło przytomność, ciepłota podniosła się do 40°, zjawiły się drgawki. Przyjęte dnia 30.I.29. Stan ogólny dziecka bardzo ciężki. Nieprzytomne, leży z głową odchyloną ku tyłowi. Ciepłota 39,6, tętno słabo wypełnione, niemiarowe. Tony serca głuche. Ciemiączko niezarośnięte. słabo napięte. Kark sztywny, objawy Brudzińskiego, Kerniga, Flatau wyraźne. Inne narządy bez zmian. Przy nakłuciu lędźwiowym wydobyto 7 cm³ mętłego płynu pod słabym ciśnieniem. Odczyn globulinowy wybitnie dodatni, pleocytoza wielojądrzasta. W płynie stwierdzono bardzo liczne pneumokoki. Po dwóch dniach dziecko zmarło. Badanie anatomo-patologiczne: leptomeningitis purulenta, praecipue convexitatis. Otitis media purulenta dextra. Foci haemorrhagici, disseminati in pulmon. Suffusiones sanguinis subpleurales lateris sin. Infiltratio adiposa permagna hepatis.

Wprawdzie w przypadku tym nie zrobiono posiewu ze krwi. Jednakże w świetle badania pośmiertnego sprawa posocznicy zdaje się być niewątpliwą. W przypadku tym, jak widzieliśmy, cała choroba rozpoczęła się znów od nieżytu górnego odcinka dróg oddechowych.

Następne pytanie jakie sobie stawialiśmy, było to, czy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych pneumokokowe wyróżniają się w obrazie klinicznym od tak często spotykanego nagminnego zapalenia opon. Na podstawie naszego materiału musimy powiedzieć, że bez bakteriologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego sprawa ta nie może być wyjaśnioną. Wprawdzie niektórzy badacze widzą w ostrym nagłym początku, szybko następującej utracie przytomności, w braku poprawy po nakłuciu lędźwiowem, pewne cechy odrębne, które mogą pozwolić na ustalenie rozpoznania przed badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, jednakże sprawa ta w praktyce nastęrcza dużo trudności. Pierwotnych pneumokokowych zapaleń opon w ścisłym tego słowa znaczeniu jest niewiele (Charchill). Zazwyczaj poprzedza je cierpienie jednego z odcinków dróg oddechowych. Częstość trudno jest powiedzieć, czy utrata przytomności i cały ostry zespół objawów jest wyrazem początku sprawy oponowej, czy też jednym z dalszych etapów jej rozwoju. Widzimy to w przypadku czwartym.

4) S. Małgosia, mies. 11, l. ks. gł. 362½. Często choruje na nieżyty dróg oddechowych. Karmiona piersią przez 4 miesiące, później sztucznie prawidłowo. Na dwa tygodnie przed przyjęciem do kliniki dziecko zrobiło się niespokojne, dostało nieznacznej gorączki, wystąpiło zaparcie stolca. Przed pięcioma dniami niopokój zwiększył się. W dzień później dziecko straciło przytomność, zjawiała się gorączka do 40° i wymioty po każdym jedzeniu. Przyjęte do kliniki 19.XII.28. Nieprzytomne, leży nieruchomo z odchyloną głową ku tyłowi. Tętno bardzo słabe, oddech częsty i powierzchowny. Porusza skrzydłami nosa. Mięśnie wiotkie, wzmożenie napięcia jest zaznaczone jedynie w mięśniach karku i grzbietu. Gardziel nieco zaczerwieniona. Płuca, opukowo bez zmian, osłuchowo — na całej przestrzeni rozsiane fureczenia i świsły. Tony serca głucho. Ciemiączko nieduże—2X2 cm. napięte i uwypuklone ponad poziom czaszki. Kark wyraźnie sztywny, objawy Brudzińskiego i Flataua dodatnie. Wyraźny dermatografizm czerwony. Odruchy ścięgniste wzmożone. Płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, wypływa pod ciśnieniem wzmożonym. Odczyn globulinowy dodatnie. Pod mikroskopem pole usiane leukocytami wyłącznie wielojądrzastymi. W bezpośrednim preparacie bardzo liczne dwinki o cechach morfologicznych pneumokoków, z posiewu wyrosły pneumokoki. Lecznico podano 20 cm. surowicy pneumokokowej domięśniowo i 0,05 optochini hydrochl. do kanału. Wieczorem dziecko zmarło.

Choroba rozpoczęła się tutaj przed dwoma tygodniami. Dziecko wówczas stało się niespokojne, dostało gorączki, zjawilo się zaparcie stolca. W szóstym dniu choroby niepokój zwiększył się, w 10-ym dniu dziecko straciło przytomność.

Widzimy, że w tym przypadku początek choroby opon jest do ustalenia bardzo trudny. Tego rodzaju trudności są i w przypadku 5-ym. Dziecko straciło przytomność w 10 dni po wystąpieniu drgawek.

5) K. Alina, mies. 8½. L. ks. gł. 55½ Dziecko zachorowało przed pięcioma tygodniami przy objawach kataru kaszlu i gorączki. Przed trzema tygodniami zjawily się drgawki, które występowały codziennie. Przed 10-ma

dniami dziecko straciło przytomność. Przyjęte dnia 28.4.24. Nieprzytomne, tętno nitkowane, oddech powierzchowny. Płuca: z przodu przytłumienie z lewej strony mostka, większe pod lewą pachą. Od tyłu stłumienie po stronie prawej niemal na całej przestrzeni, z lewej strony przytłumienie w dole. Oddech zaostrożony obustronnie, od tyłu chuchający. Na całej przestrzeni wilgotne rżenia. Tętno serca niemal niesłyszalne, wątroba wystaje na trzy palce z pod łuku. Zrenice nie reagują na światło. Przy przyjęciu dziecka objawy oponowe były wyraźne, następnego dnia ustąpiły. Nakłucie lędźwiowe: płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty, bezbarwny, 13 ciałek w milimetrze, stosunek limfocytów do leukocytów 3/1. Refraktometr 1.3352. Odczyn globulinowy dodatnie, posiew z płynu jałowy. Badanie krwi wykazuje znaczną anemię oraz leukocytozę (15.000) z przesunięciem obrazu Arnetha na lewo. Toksyczne uszkodzenie obojętno-chłonnych. Dziecko zmarło 28.IV-24. Badanie anatomo-patologiczne: broncho-pneumonia ambilateralis confluens. Pleuritis sin. circumscripta purulenta. Meningitis purulenta. Przy pośmiertnym badaniu ropy z opon, stwierdzono w niej pneumokoki.

Według ogólnie przyjętego zdania, pneumokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych może mieć przebieg ostry, niekiedy nawet bardzo gwałtowny, ale niekiedy podostry i nawet przewlekły.

Może najbardziej miarodajnym byłby ciężki przebieg doprowadzający prawie zawsze do zejścia śmiertelnego. Ale to pozwoliłoby ustalić rozpoznanie ex post, co dla klinicysty ma już mniejszą wartość. Zresztą i wśród przypadków nagminnego zapalenia opon spotyka się przypadki o przebiegu bardzo ciężkim, które nie będą się różniły od pneumokokowego zapalenia opon mózgowych. Względnie łatwą rzeczą jest rozpoznanie pneumokokowej sprawy oponowej w tych przypadkach, gdzie występuje ona wtórnie, a jako punkt wyjścia służyło jakieś ciężkie schorzenie spowodowane przez pneumokoki, np. włóknikowe zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego, posocznica i t. p. Klasycznym przykładem byłby drugi z cytowanych przez nas przypadków w którym zajęcie opon wystąpiło parapneumonicznie.

Przypadków o przebiegu podoстрыm lub przewlekłym wśród naszego materiału nie posiadamy. Jednakże w niektórych z naszych przypadków początek cierpienia nie jest gwałtowny i trwają one dość długo. Np. 4-ty trwał koło 2-ch tygodni, 5-ty przypuszczalnie 3 tygodnie.

Wnioskujemy stąd, że bez bakteriologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego, nie może być ustalony pneumokokowy charakter schorzenia opon.

Dla zorientowania się w obrazie klinicznym pozwalamy sobie przytoczyć jeszcze następujące przypadki.

6) B. Stefuś, 3 mies. L. ks. gł. 384. Karmiony piersią 6 tygodni. Do chwili ostatniej choroby zdrów. Przed dwoma tygodniami zachorował na zapalenie oskrzeli, które trwało 8 dni. Od dwóch dni zaczął gorączkować do 40°, nie wymiotował, stolce normalne, cały czas przytomny. W dniu przyjęcia miał dwa razy drgawki lewostronne. Przyjęty do kliniki 27.III.28. Dziecko pół-przytomne, tętno 150, słabo napięte, ciepłota 40°. Końcówki ze zmianami krzywiczymi. Ciemiączko duże, 5×6, wybitnie napięte. Kark

szywny, mięśnie kończyn górnych i dolnych w stanie wybitnej hipertoni. Odruchy ścięgnowe wzmożone, objaw Flatau ujemny, objaw Brudzińskiego niewyraźny. Inne narządy bez zmian chorobowych. Przy nakłuciu lędźwiowym płyn wydostawał się pod ciśnieniem normalnym, mętny. Odczyn globulinowy dodatnie. Pleocytoza wielojądrzasta, 80 ciałek w milimetrze. Z posiewu wyhodowano pneumokoki. 29.III ciepłota 40°, stan ogólny bardzo ciężki, dziecko sennie. Dostało 10 cm³ surowicy pneumokokowej do kanału. 30.III. Stan ogólny bez zmian, dziecko miewa często drgawki. Przy nakłuciu lędźwiowym wypuszczono 4 cm³ płynu mętnego. 31.III. Dziecko zmarło.

7) K. Zdzisław, 1¹ mies. L. ks. gł. 3182. Ojciec chory na kiłę. Dziecko urodzone na czas, normalnie. Karmione wyłącznie piersią do 6-go miesiąca. W 6-ym miesiącu przechodziło krztusiec, w 9-ym miesiącu odrę, powikłaną zapaleniem uszu. Przed 6-ma dniami dostał gorączki, nieżyty nosa, jednocześnie kilkakrotnie wymiotował. Przed 4-ma dniami stracił przytomność. Przyjęty do kliniki 9.V.28. Dziecko nieprzytomne, w stanie bardzo ciężkim. Ciepłota 40°, tętno 150, nitkowate. Serce: rytm płodowy, tony głuche. W płucach wysłuchowo świsły i firczenia. Brzuch wzdęty, wątroba wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego. Ciemiączko silnie napięte i wygórowane. Kark sztywny, objaw Brudzińskiego zaznaczony, objaw Flatau ujemny. Żrenice równe, na światło nie reagują. Szpara oczna lewa węższa od prawej. W płynie mózgowo-rdzeniowym pleocytoza wyłącznie wielojądrzasta. Odczyn globulinowy dodatnie. Badaniem bakteriologicznym stwierdzono pneumokoki. Dziecko w stanie agonalnym zabrane do domu, tego samego dnia zmarło.

Widzimy z tych przypadków, że obraz kliniczny pneumokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych różni się stosunkowo mało od przypadków cięższego schorzenia opon, powstałego na innym tle. A więc, mniej lub więcej zaznaczony zespół objawów oponowych na wysokości rozwoju choroby. Zespół objawów mózgowych zazwyczaj jest bardzo wyraźny, Drgawki, utrata lub zamroczenie przytomności są objawami częstymi.

Płyn mózgowo rdzeniowy we wszystkich naszych przypadkach trudno było odróżnić od płynu otrzymywanego w przypadkach drętwicy karku. Wszędzie płyn mniej lub więcej mętny. Pleocytoza w nim mniej lub więcej zaznaczona od kilkudziesięciu ciałek ropnych w milimetrze do całego pola niemi usianego. Pleocytoza przeważnie wielojądrzasta. Odczyn globulinowy zazwyczaj dodatnie. Najgłówniejszą zaś cechą tych płynów jest obecność w nich pneumokoków, stwierdzanych już w preparatach bezpośrednich, czy też z posiewu. Osobliwie zachowuje się płyn mózgowo-rdzeniowy w przypadku piątym. Mimo, że schorzenie opon w tym przypadku trwało trzy tygodnie, płyn przy nakłuciu był zupełnie przezroczysty, bezbarwny, zawierał 13 białych ciałek w jednym milimetrze, przeważnie limfocytów. Posiew był jałowy. Zejście śmiertelne nastąpiło w tym samym dniu i pneumokoki stwierdzono w ropie otrzymanej przy badaniu anatomicznym. Fakt ten jest niezmiernie ważny i zasługuje na uwagę klinicystów ze względu na trudności rozpoznawcze, jakie może niekiedy nasuwać pneumokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Tego rodzaju zjawisko obserwuje się daleko częściej w sprawach zapalnych opon o przebiegu dobrotliwym. To dawało powód Stransky'emu i Wittenbergowi do wysunięcia poglądu, że wiele przypadków t. z. meningitis serosa należy uważać za łagodnie przebiegające pneumokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Rokowanie, jak widzieliśmy to w naszych przypadkach, jest wprost fatalne. Na 10 przypadków obserwowanych w klinice, ani jeden nie skończył się wyzdrowieniem. Musimy się zgodzić, że dotąd właściwie nie posiadamy żadnych środków, któreby mogły wpłynąć na przebieg schorzenia.

PIŚMIENNICTWO.

1. M. Erlichówna. Z kliniki ostrego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Pol. Gaz. Lek. N. 3, 1927. 2. M. Stooß. Über meningeale Reactionen u. akute seröse Meningitis im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheil. 1924. 3. P. Nobécourt. Affections du système nerveux. 1928. 4. Churchill. (cyt. wg. Nobécourt'a) Affections du système nerveux. 5. E. Stransky u. A. Wittenberg. Beiträge zur Klinik der Pneumokokkenmeningitis im Säuglingsalter, Jahrb. f. Kinderheilk. T. 113, str. 24.

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

(Lekarz naczelny: T. Mogilnicki).

Z oddziału Artura Zieglera.

Ostre kiłowe zapalenie opon mózgowych u dzieci.

P o d a ł

Artur Ziegler.

Ostre zapalenie opon mózgowych na tle kiły jest chorobą spotykaną w wieku dziecięcym stosunkowo rzadko, w przeciwieństwie do zapalenia opon innego pochodzenia. Śród 264 przypadków zapalenia opon wszelkiego rodzaju, leczonych w szpitalu Anny Marji w czasie od 1.VII 1925 r. do 1928 r., zebranych przez d-ra Mogilnickiego, stwierdzono:

178 przypadków gruźliczego zapalenia opon,

55 " nagminnego " "

29 " ropnych zapaleń innego pochodzenia

i 2 przypadki zapalenia na tle kiły.

Oprócz tego, w październiku 1928 r. spostrzegaliśmy jeszcze jeden przypadek kiły opon, a więc razem 3 przypadki.

Kiłę opon spotykamy u dzieci, przeważnie na tle kiły wrodzonej, najprawdopodobniej dlatego, iż kiła nabyta zdarza się w wieku dziecięcym nie tak często. Według Naunego porządek zachorowalności, poszczególnych narządów w kiłę wrodzonej jest następujący: układ kostny, wątroba, płuca, śledziona, narządy trawienia, serce, naczynia krwionośne i układ nerwowy.

Z powyższego widzimy, że cierpienia układu nerwowego na tle kiły wrodzonej zajmują miejsce ostatnie i według Rumpfa wynoszą około 13⁰/. Ponieważ kiła nabyta powstaje u dzieci prawie wyłącznie na skutek zarażenia się drogą pozapłciową, objawy zaś tego zarażenia w postaci małego owrzodzenia są przez otoczenie często bagatelizowane i nawet nie spostrzegane, przeto niezawsze możliwem jest stwierdzić, czy dane zapalenie opon mózgowych stoi w związku z kiłą wrodzoną czy też z kiłą nabytą, zwłaszcza wtedy, jeśli kiła wrodzona przebiega bez jakichkolwiek objawów klinicznych, jako kiła utajona.

Objawy swoistego zapalenia opon, powstałe na tle kiły wrodzonej, czy też nabytej, niczem się między sobą nie różnią, ani pod względem przebiegu klinicznego, ani pod względem zmian anatomo-patologicznych w przypadkach zejścia śmiertelnego.

Zmiany te spostrzegamy zwykle we wszystkich trzech oponach, najczęściej pod postacią rozlanego nacieczenia o charakterystycznej budowie kilkaków.

W rzadkich przypadkach kiła daje zmiany anatomo-patologiczne tylko w oponach miękkich, w większości zaś przypadków wszystkie trzy opony są między sobą spojone i zrósnięte, zgrubiałe o charakterystycznym wyglądzie galaretowego nacieczenia; w przypadkach przewlekłych spotykamy silny przerost tkanki łącznej.

Proces kiłowy, wywołując powyższe zmiany w oponach, przechodzi bardzo często i na korę mózgu, powodując tam albo stan zapalny, albo też zwyrodnienie odpowiednich elementów nerwowych i rozwój tkanki łącznej: wówczas mamy do czynienia z tak zw. meningo-encephalitis. Należy nadmienić, że kiła opon, obok zmian powyżej opisanych, daje prawie zawsze pewne zmiany zapalne w naczyniach krwionośnych opon (Enderteritis, Heubnera), prowadzące do częściowego zwężenia światła naczyń, lub nawet do zupełnego ich zamknięcia.

Powyższy proces powoduje w cięższych przypadkach niedostateczne doprowadzanie krwi do odpowiednich części opon, w przypadkach zaś zupełnego zamknięcia światła naczyń wywołuje martwicę i zserowienie tych części.

Swoiste zmiany anatomo-patologiczne spotykamy w zapaleniu kiłowym opon zarówno na oponach powierzchni — meningitis convexitatis — jak i podstawy mózgu — meningitis basilaris, w ostatnim przypadku częściej, przyczem zmiany te nie obejmują zwykle całej opony, lecz ograniczają się do pewnych miejsc na niej.

Z podstawy mózgu proces kiłowy często przechodzi na odpowiednie nerwy czaszkowe, lub też powoduje ich ucisk przez tworzące się w oponach zrosty i blizny. Schultze zaznacza, że te wszystkie typowe dla kiły zmiany anatomo-patologiczne, po wyleczeniu zapalenia opon, ulegają zmianom wstecznym, pozostawiając w miejscach zapalenia opon, nieznaczne tylko zmętnienia i zgrubienia.

Stosownie więc do zmian anatomo-patologicznych dzielimy, według Oppenheima, kiłowe zapalenie opon i pod względem klinicznym na meningitis convexitatis i meningitis basilaris.

Zapalenie opon powierzchni mózgu daje często tylko objawy oponowe, jak sztywność karku, objawy Kerniga i Brudzńskiego, dermatografizm i t. p., o ile zaś proces zapalny dotknął tych części opon, które przylegają do tak zw. ośro-

ków korowych ruchomych, lub też ośrodków mowy, wzroku i słuchu, to może wywołać zaburzenia miejscowe w narządach, odpowiadających wymienionym powyżej ośrodkom. Zapalenie opon podstawy mózgu daje oprócz objawów oponowych, również często i objawy ze strony nerwów czaszkowych, zwłaszcza ze strony nerwów ocznych.

Naturalnie, że nie we wszystkich przypadkach da się przeprowadzić tak ścisły podział na meningitis basilaris; spotyka się przypadki mieszane, z objawami wskazującymi na zajęcie opon zarówno na powierzchni, jak i na podstawie mózgu.

Naogół trzeba powiedzieć, że z objawami meningitis basilaris spotykamy się w kile znacznie częściej. Według Rumpfa tłumaczy się to tem, że na podstawie mózgu istnieje cała sieć mocno rozgałęzionych naczyń krwionośnych i chłonnych, które przedstawiają nadzwyczaj dogodny i odpowiedni teren dla rozwoju zarazków kiły.

Schulman i Ferri dzielą kiłę opon mózgowych na tak zw. formes latentes, formes frustes i formes aiguës. Formes latentes, czyli postaci ukryte, dają bardzo mało charakterystycznych objawów klinicznych i występują w kile drugorzędowej.

W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdza się limfocytozę, zwiększoną ilość białka i dodatni odczyn Wassermanna, aczkolwiek Wassermann we krwi może jeszcze nie występować. Leczenie tych postaci daje naogół wyniki dobre.

Formes frustes są to postaci przewlekłe, dające również nieokreślone objawy, jak bóle głowy, bezsenność, nierówność źrenic, wzmożenie odruchów ścięgnistych. Postać ta występuje również najczęściej w kile drógorzędowej.

Formes aiguës, czyli tak zwane ostre postaci mogą mieć początek bardzo burzliwy, co się zdarza naogół rzadko, częściej zaś zaczynają się stopniowo i mają duże podobieństwo pod względem przebiegu klinicznego do gruźliczego zapalenia opon, lecz dają naogół objawy nie tak wyraźne i słabiej zaznaczone, mają przytem przebieg o wiele łagodniejszy. Rozpoznanie różniczkowe opiera się na wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, na odczynie Wassermanna, który jest zawsze dodatni, na braku prątków Kocha w płynie mózgowo-rdzeniowym, na wywiadach rodzinnych i ewentualnie badaniu krwi rodziców na odczyn Wassermanna, jak również na pomyślnym wyniku leczenia swoistego.

Postać tę spotyka się najczęściej we wczesnym okresie życia u niemowląt; w późniejszym okresie t. j. w drugim roku życia ma ona niezmiernie duże podobieństwo do gruźliczego zapalenia opon.

Nasze przypadki, które poniżej podaję, należą do ostrej postaci zapalenia opon mózgowych.

Przypadek I-szy.

Szlama O., lat 9, przyjęty do szpitala dn. 29.VIII 1927 r. Od dwóch lat cierpi na gruźlicę żeber i z tego powodu był naświetlany przez ostatnie 4 miesiące lampą kwarcową. Na kilka dni przed chorobą wystąpiły bóle głowy. 2 dni przed przyjęciem do szpitala zaczął gorączkować i wymiotować, następnego dnia miał drgawki i wymiotował w ciągu 3-ch godzin, straciwszy przytomność, którą znów odzyskał po 8-miu godzinach. Do szpitala przysłany z rozpoznaniem: Susp. mening. tbc. Starsza siostra pacjenta jest chora na gruźlicę płuc.

Badany na drugi dzień po przyjęciu do szpitala robi wrażenie ciężko chorego, często wzdycha, na otoczenie nie zwraca uwagi, jest prawie nieprzytomny. Na wysokości 4-go i 6-go lewego żebra, nazewnątrz od linii sutkowej, 2 przetoki idące wgłąb żeber, skóra naokoło przetok zrosnięta z kością, nieruchoma. Końce palców rąk i nóg bębnowato wzdęte. Ciepłota wczoraj wieczorem 39,2, dziś rano 38,5. Nad płucami nieco furczenia. Tętno serca czyste; tętno przyspieszone, miarowe. Żrenice reagują na światło. Odruchy kolanowe żywe. Kernig +, Brudziński +, sztywność karku wyraźna, dość żywy dermatografizm. Nakłucie lędźwiowe dokonane wczoraj dało płyn przezroczysty pod wysokim ciśnieniem.

Błonka w płynie nie wytwarza się. Odczyn Pandy dodatni, Nonne Apelta słabo dodatni. Białko 0,83‰. W osadzie przy powiększeniu 300 spotykamy 20 — 50 komórek, limfocyty i wielojądrzaste mniej więcej w równych ilościach. Prątków Kocha nie wykryto. Zastosowano Kal. jod.

27.VIII. Ciepłota utrzymuje się w granicach od 38 — 39°. Wczoraj kilka razy drgawki, trwające po kilka minut, ograniczone przeważnie do oczu, mięśni twarzy i lewej kończyny górnej. W chwilach wolnych od drgawek przytomność częściowo wraca. Skarży się na bóle głowy. Kal. jod. nadal, chloral-hydrat w ławatywie. Mantoux 1: 10000 dodatni, OB = 40 m.

29.VIII. Drgawki powtarzają się codziennie po kilka razy, ciepłota zaczyna się obniżać. Brudziński +, Kernig +. Sztywności karku niema. Nakłucie lędźwiowe daje płyn pod niskim ciśnieniem. Płyn przezroczysty. Odczyn Pandy i Nonne Apelta ujemne, białko 0,3‰. Osad niedostrzegalny, zawiera pojedyncze krwinki i gdzieś tam, nie w każdym polu widzenia, nieliczne ciąłka białe. Odczyn Wassermanna z 0,1 płynu mózgowo-rdzeniowego dodatni (+++).

2.IX. Oprócz Kal. jod. chory dostaje wciereki szarej maści. Ciepłota, poczynając od 30.VIII, opadła do normy. Drgawki powtarzają się jeszcze po kilka razy dziennie, nawet w nocy. Dziś stwierdzono porażenie lewego nerwu twarzowego i spastyczne porażenie lewej kończyny górnej. Sztywność karku ustąpiła. Brudziński —, Kernig +, żrenice reagują na światło nieźle, lewa żrenica nieco węższa. Chory jest przytomny. Wassermann we krwi +++++, Meinicke ujemny.

Dnia 5.IX. Badanie krwi dało: Wassermann z 2-ma antygenami ++, Meinicke ++. Drgawki poczynając od dnia 2.IX ustąpiły zupełnie. Prześwietlanie płuc nie wykazuje żadnych zmian.

10.IX. Porażenie nerwu twarzowego trwa, żrenice reagują dobrze na światło. Lewą kończyną górną chory porusza znacznie lepiej. Ciepłota normalna. Objawów oponowych brak.

18.IX. Porażenie nerwu twarzowego zupełnie ustępuje. Lewą rękę chory podnosi wysoko ponad głowę. Stan ogólny bardzo dobry.

30.IX. Porażenia nerwu twarzowego i lewej ręki prawie zupełnie ustąpiły.

5.X. Chory zaczyna chodzić, czuje się zupełnie zdrow.

23.XI. Opuszcza szpital jako klinicznie wyleczony. Oprócz Kal. jod. i wcierek rtęci na początku choroby, stosowano bizmut domięśniowo w dalszym przebiegu i neosalvarsan w 40‰ urotropinie.

Biorąc pod uwagę początek choroby, jak również i dalszy przebieg, byliśmy przekonani, że mamy do czynienia z gruź-

PHYTINA

CIBA

FOSFOROWY MATERJAŁ ZAPASOWY ROŚLIN CHLOROFILOWYCH

Zawiera około 20% fosforu w związku organicznym, przyswajalnym.

Wielce skuteczne, nieszkodliwe leczenie fosforem w formie przyjemnej w użyciu.

KAPSUŁKI



KROPLE

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego
Oddział Farmaceutyczny

FORTOSSAN

CIBA

Neutralna sól PHYTINOWA z laktozą dla osesków i dzieci w pierwszych dwóch latach życia.

LEK WZMACNIAJĄCY, ZAWSZE DOBRZE ZNOSZONY,
pobudza łaknienie, przyczynia się do tworzenia kośćca i rozwoju dziecka, polepsza stan odżywiania i zapobiega wielu chorobom, zwłaszcza krzywicy.

PUDEŁKA ORYGINALNE Z MIARECZKĄ W FORMIE ŁYŻECZKI.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

PABJANICE, wojew. Łódzkie.

Oddział Farmaceutyczny.

KAKAO OWSIANE WEDLA

łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.

Zalecane dla dzieci i osób o słabem trawieniu

E. WEDEL

WARSZAWA, ULICA SZPITALNA No 8.

Mleko Białkowe
Plasmon
Casein-Calcium

Preparaty Mieszane

Płatki owsiane

Sucharki odżywcze

Czekolada

Kakao

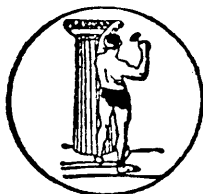
Cakes

Przy chorobach dziecięcych

OSZCZĘDNE

TANIE

Przyjęte do spisu
środków Kas Chorych



Fabryki Plasmon (Neubrandenburg)

25 lat doskonałych wyników leczniczych.

Naturalne, czyste mleko białkowe, otrzymane według ścisłych zasad naukowych zawiera: 76% substancji azotowych, 2,5% — wapnia, 3% kwasu siarczanego;

łatwo rozpuszczalne, łatwo strawne, bez smaku i zapachu, łatwe w użyciu, zalecane przy Dyspepsji, Dystrofji, Zaniku, Skazie Wysiękowej, Diatezji, Atrofii, Skazie Skurczowej, Krzywicy i Gruźlicy

Literatura: Czerny, Keller, Feer, Finkelstein, Meyer, Kleinschmidt, Langstein, Pfaundler-Schlossman, Thomas i in.

Próbki i literaturę wysyła się bezpłatnie na żądanie

liczem zapaleniem opon. Za tem przemawiały, prócz takich objawów oponowych jak wymioty, dodatni Brudziński, sztywność karku, dodatni Kernig i dermatografizm, także i dodatni odczyn Mantoux 1:10.000, OB = 40 min. i przetoki gruczlicze żeber. Ostatnie trzy objawy wskazywały raczej na to, że mamy do czynienia z osobnikiem gruczliczym. Z chwilą wystąpienia u takiego chorego objawów oponowych zaczynamy naturalnie myśleć o gruczliczym zapaleniu opon, jako najwięcej prawdopodobnem, tak też było i w naszym przypadku, gdzie cały obraz chorobowy przemawiał za grzulią opon. Coprawda w płynie mózgowo-rdzeniowym nie znaleźliśmy, ani błonki, ani prątków Kocha lecz, jak wiemy z doświadczenia, brak błonki i prątków Kocha w płynie nie zawsze przemawia przeciwko gruczlicy opon. Po kilku dniach stwierdziliśmy u pacjenta, pomimo częstych jeszcze drgawek, obniżenie się ciepłoty, w płynie zaś mózgowo rdzeniowym brak odczynów zapalnych, zmniejszoną ilość białka i zmniejszoną do normy pleocytozę, wobec czego porzuciliśmy nasze pierwotne rozpoznanie, podejrzewając, że mamy tu do czynienia z zapaleniem opon, pochodzenia kiłowego, ze względu na tak szybką poprawę przy stosowaniu tylko jodku potasu. Nasze przypuszczenia zostały potwierdzone przez dodatni odczyn Wassermann (+ + + + +) w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi. Dobry wynik leczenia swoistego w zupełności potwierdził nasze rozpoznanie.

Przypadek II-gi.

Chaim L., lat 10. Przyjęty do szpitala 24.IV. 1928 r. Choroba rozpoczęła się w domu 10 dni temu bólem głowy, dreszczami, bólem brzucha i podniesioną ciepłotą (38° z kreskami), która trwała przez cały czas pobytu chorego w domu, wahając się od $38,2^{\circ}$ do 40° .

Od 19.IV niewielki kaszel. Narzeka stale na bóle głowy, nie sypia, apetytu niema.

25.IV. Stan ogólny niezły. Narzeka na bóle głowy. Wyrażna sztywność karku. Brudziński dodatni, Kernig wybitny. Dermatografizm występuje dosyć silnie, lecz prędko znika. Nakłucie lędźwiowe dało wczoraj 15 cm^3 przezroczystego płynu pod niskim ciśnieniem. Odczyn Pandy i Nonne-Apelta dodatnie, białka $0,83\%$. Mikroskopowe badanie osadu: całe pole widzenia gęsto usiane limfocytami. Prątków Kocha nie wykryto. Żrenice nierówne, na lewej rogówce stare zmętnienie: keratitis parenchymatosa. Ciepłota 37° z kreskami. Stan ogólny niezły.

26.IV. Objawy oponowe nie ustępują. Ponowne nakłucie lędźwiowe dało płyn opalizujący, w którym po staniu wytworzyła się błonka. Odczyn Pandy'ego i Nonne-Apelta dodatnie. Białka $1,3\%$. Pleocytoza 803 ciałka białe w 1 mm^3 , przeważnie drobne limfocyty. Cukier $0,047\%$. Prątków Kocha nie wykryto. Wassermann w płynie mózgowo-rdzeniowym z 0,1 płynu + + + + +. Wassermann we krwi ujemny.

Zastosowano wcierki szarej maści i Kal. jod.

28.IV. Objawy oponowe utrzymują się, stan ogólny dobry, podgorączkowy. Pirquet ujemny.

30.IV. Stan bezgorączkowy. Dermatografizm niezbyt wybitny, ale długotrwały; Brudziński zaznaczony, Kernig dodatni. Sztywność karku nieznaczna.

2.V. Brudziński ujemny, Kernig słabo dodatni, dermatografizm słaby, sztywność karku mniejsza.

Chory zaczyna chodzić. Zmętnienie rogówki lewej wielkości łebka dużej szpilki. Wassermann we krwi ujemny.

18.V. Stan ogólny dobry, bezgorączkowy. Objawów oponowych brak. Wassermann we krwi znów ujemny.

9.VI. Chory czuje się zupełnie dobrze, otrzymał razem 36 wcierek szarej maści à 1,0 i neosalwarsanów à 0,15.

18.VI. Od 10-ciu dni leczenie swoiste przerwano, stosując nadal Kal. jod. Dziś dokonano nakłucia lędźwiowego i otrzymano płyn pod wzmożonym ciśnieniem.

Płyn przezroczysty. Odczyn Pandy'ego i Nonne-Apelta dodatnie. Białka 0,66%/₀₀. Pleocytoza: 58 ciałek białych w 1 mm³, przeważnie drobne limfocyty, Wassermann we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny.

23.VI. Wypisany ze szpitala jako klinicznie wyleczony z poleceniem pokazania się za dwa miesiące.

Choroba przebiegała w danym przypadku z podwyższoną ciepłotą, dochodzącą w domu nawet do 40°. W szpitalu dalszy przebieg był dosyć łagodny: stan podgorączkowy i objawy, typowe dla gruźliczego zapalenia opon. Rozpoznanie różniczkowe można było oprzeć tylko na badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn Wassermanna, który był dodatni, na swoistym zmętnieniu rogówki, karatitis parenchymatosa, na braku w płynie prątków Kocha i na pomyślnym przebiegu i dobrym wyniku leczenia swoistego.

Przypadek III-ci.

Jan P. w wieku 5 miesięcy, przy piersi. Przyjęty do szpitala 5 X.28 r. Zachorował 3 tygodnie temu z podniesioną ciepłotą, miał często zielone stolce, wymiotów nie było, 4 dni temu drgawki, które się powtarzały kilkakrotnie. Gorączkuje od początku choroby.

6.X. Stan ogólny ciężki, ciepłota 40°. Odżywianie upośledzone.

Skóra, blada czysta. Żrenice słabo reagują na światło, sztywność karku wybitna, głowa zarzucona w tył, Brudziński +, Kernig +, odruchy kolanowe żywe, ciemniaczko małe. Nakłucie lędźwiowe dało kilka cm. krwawego płynu mózgowo-rdzeniowego, wyciekającego pod niskim ciśnieniem. Posiew płynu jałowy, meningokoków brak. Pleocytozy i odczynów globulinowych nie można było określić z powodu domieszki krwi.

8.X. Dziecko miewa drgawki, które trwają po 5—10 minut i powtarzają się po kilka razy dziennie. Ciepłota utrzymuje się około 39°.

9.X. Nakłucie lędźwiowe dało znów 3 cm³. krwawego płynu, posiew po 24 i 48 godzinach jałowy. Odczyn Wassermanna z 0,1 cm³. płynu mózgowo-rdzeniowego dodatni (++++).

10 X. Sztywność karku, Brudziński, Kernig, dermatografizm utrzymują się nadal. Stan ogólny dziecka bardzo ciężki. Żrenice ospale reagują na światło. Badanie dna oka wykazało zamglenie konturów żółtej plamki i tarczę zastoinową. Dziecko nie widzi. Drgawki powtarzają się codziennie kilkakrotnie, trwając od 5-ciu do 10-ciu minut. Zastosowano wcieranie szarej maści i Kal. jad.

12.X. Wassermann ze krwi matki i dziecka ujemny. Nakłucie ciemniaczka nie daje płynu. Pirquet ujemny. Stan ciężki.

16.X. Objawy oponowe trwają nadal, odruchy kolanowe bardzo żywe. Nakłucie lędźwiowe daje wszystkich kilka cm. krwawego płynu pod małym ciśnieniem. Po odwirowaniu płynu mózgowo-rdzeniowego krew osiada na dnie, sam płyn jest przezroczysty i jasny.

19.X. Z powodu pogorszenia się stanu dziecka, zostało ono przez rodziców zabrane do domu, gdzie zmarło nazajutrz.

Po śmierci dziecka ojciec przyznał się do przebycia przed kilku laty kiły.

Niestety od ojca nie można było otrzymać krwi w celu badania na Wassermanna.

Powyższy przypadek był na pierwszy rzut oka pod względem klinicznym niezmiernie podobny do drętvice. Jednakże brak w płynie mózgowo-rdzeniowym meningokoków, pomimo kilkakrotnego badania, przemawiał przeciwko temu.

Dopiero dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym (przy o, 2 cm. sz. +++++) pozwolił na ustalenie rozpoznania.

Zachodzi jeszcze pytanie, czy nie mieliśmy w danym przypadku do czynienia z pachymeningitis haemorrhagica interna przy którym to cierpieniu nakłucia lędźwiowe dają często płyn krwawy. Naturalnie należało w pierwszym rzędzie wykluczyć domieszkę krwi do płynu, powstałą od nakłucia. W tym celu poddaliśmy płyn wirowaniu i stwierdziliśmy, że na dnie osiadają zupełnie niezmienione krwinki, sam płyn zaś jest jasny i przezroczysty, co by przemawiało za domieszką krwi przy nakłuciu.

Z drugiej strony ciśnienie przy pachymeningitis haemorrh. int. jest zwykle zwiększone, w naszym zaś przypadku było ono zmniejszone, nareszcie nakłucie ciemniaczka nie dało wogóle żadnego płynu, przy pachymeningitis haemorrh. int. nakłucie daje sporą ilość krwawego płynu; oprócz tego przy pachymeningitis haemorrh. int., trwającej już od kilku tygodni, objętość głowy jest zwiększona, w naszym zaś przypadku tego nie stwierdziliśmy. Rozpoznanie zostało ustalone po wyłączeniu drętvice, pachymeningitis haemorrh. int. i gruźlicy, (ujemny Pirquet) i na zasadzie dodatniego odczynu Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym; zostało zaś do pewnego stopnia potwierdzone przyznaniem się ojca do przebycia w swoim czasie kiły. Przechodząc do analizy poszczególnych objawów wymienionych powyżej przypadków, chciałbym się przedewszystkiem nieco zatrzymać na zmianach w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego było przy pierwszym nakłuciu (przypadek pierwszy) dosyć duże, przy następnym nakłuciu niskie. W drugim i trzecim przypadku płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał pod niskim ciśnieniem.

Naogół więc możemy powiedzieć, że ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego w naszych przypadkach było stosunkowo niskie.

Płyn mózgowo-rdzeniowy, poza zwiększoną pleocytozą, ma wszystkie cechy płynów zapalnych, a więc: zwiększoną ilość białka i dodatnie odczyny globulinowe, jak Pandy i Nonne-Apelta, nie różniąc się pod tym względem od płynu

nów przy innych zapaleniach opon, jak zapaleniu gruzliczem i meningokokowym.

W pierwszym i drugim przypadku stwierdziliśmy zwiększoną pleocytozę (w 3-cim przypadku, jak już zazaczyłem, pleocytoza nie mogła być określona ze względu na domieszkę krwi).

Według Nonnego pleocytozę stwierdza się u 95% chorych na kiłę ośrodkowego układu nerwowego, przyczem występuje ona wybitniej przy zapaleniu opon, niż przy innych kiłowych cierpieniach mózgu. W płynie przeważają, a często występują wyłącznie, tylko małe drobne limfocyty. W kiłowym zapaleniu opon pleocytoza może, być tak wybitna że osiąga 3000-4000 ciałek w 1 cm³. Pleocytoza utrzymuje się jeszcze często u osobników klinicznie już wyleczonych, mających we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny odczyn Wassermanna; jako przykład może służyć nasz przypadek II-gi gdzie chłopiec poszedł do domu klinicznie wyleczony z ujemnym odczynem Wassermanna w płynie, mając przytem w ostatnim badaniu 58 limfocytów w 1 cmm³. Według Nonnego pleocytozę u osobników wyleczonych można stwierdzić jeszcze w 40 % przypadków. Wogóle limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym uważana jest, przez niektórych autorów za dość częste zjawisko nie tylko w przypadkach kiły opon wzgl. mózgu, lecz w dosyć dużym odsetku przypadków, według Ravuat w 42% stwierdzają się również w kile II-go rzęduwej, tam gdzie kiła nie dotknęła jeszcze układu nerwowego. To samo stwierdzili i inni autorzy, jak Meyer, Dreyfus, Ossmanz, Früchwald.

Wobec powyższego stwierdzenie limfocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym luetyków, jeszcze nie wystarcza do rozpoznania meningitis luetica, wzgl. kiły ośrodkowego układu nerwowego, w przypadkach gdzie ta limfocytoza jest jedynym objawem i gdzie brak jest zwłaszcza objawów oponowych wzgl. mózgowych.

W 2-gim i 3-cim przypadku odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym wypadł dodatnio, we krwi zaś był ujemny. Zjawisko takie spotykamy nie tak rzadko.

Kafka na 120 przypadków paraliżu postępowego stwierdził ujemny odczyn Wassermanna we krwi w 20%, Plaut w 5%, Eicke 5% przypadków. Według Nonnego odczyn Wassermanna we krwi bywa dodatni mniej więcej w 60% przypadków kiły opon mózgowych.

U osobników, mających kiłę i zapadających na gruzlicze lub ropne zapalenie opon mózgowych, Wassermann w płynie mózgowo-rdzeniowym może być dodatni. Tłumaczy się to tem, że naczynia krwionośne opon, znajdujących się w stanie zapalnym, odznaczają się zwiększoną przepuszczalnością dla ciał dających odczyn Wassermanna, wobec tego łatwiej prze-

chodzą one z krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego. W tych przypadkach i krew daje również zwykle dodatni odczyn Wassermana (Kafka, Hauptmann, Złoziecki, F. Plaut i in.).

Słuszne jest więc zdanie Plauta, że nie każde zapalenie opon mózgowych u luctyka jest pochodzenia kiłowego, tylko dlatego, że Wassermann w płynie jest dodatni, gdyż może to być i gruźlicze zapalenie opon, które, zwiększając przepuszczalność naczyń w oponach, spowodowało przejście ciał dających Wassermann w krwiobiegu do płynu mózgowego. W tych przypadkach należy porównać wyniki badania serologicznego z wynikami badania klinicznego, biorąc naturalnie pod uwagę i obciążenie dziedziczne i tylko na zasadzie takiego porównania można dojść do względnie pewnych wniosków.

Kroufeld twierdzi, że bywają gruźlicze zapalenia opon, gdzie Wassermann w płynie mózgowo-rdzeniowym bywa dodatni, przy ujemnym Wassermannie we krwi, czyli u osobników, którzy nigdy kiły nie przechodzili. Aczkolwiek Jahuel i Nonne nie zgadzają się z powyższym twierdzeniem, nasze doświadczenia przemawiają za możliwością istnienia przy gruźliczym zapaleniu opon, tak zwanego nieswoistego odczynu Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym. Istnienie nieswoistych odczynów Wassermanna w płynie m.-rdz. jest analogiczne do istnienia podobnych odczynów we krwi w przebiegu niektórych chorób. A więc Seligman i Klapstock na 30 przypadków płonicy stwierdzili dodatniego Wassermanna we krwi w 18 przypadkach. O wiele rzadsze, lecz zupełnie dowiedzione, jest istnienie nieswoistego odczynu Wassermanna w daleko posunętej gruźlicy, w przypadkach raka, cukrzycy i zimnicy.

Na dowód powyższego przytaczam następujący przypadek:

Leczony u nas w szpitalu Mieczysław L., lat 8, zachorował 8-em dni temu, ze skargami na silne bóle głowy, jednocześnie wystąpiły wymioty i podniesiona ciepłota.

13.XI.28 r. został umieszczony w szpitalu, gdzie u chłopca stwierdzono wyraźne objawy oponowe, jak Brudziński, Kernig; dermatografizm, sztywność karku i, na zasadzie tego, dokonano nakłucia lędźwiowego. Płyn mózgowo-rdzeniowy daje błonkę typową dla gruźliczego zapalenia opon, odczyn Pandy'ego i Nonne-Apelta dodatnie, białka 1,65%, cukru 0,027%. W osadzie same limfocyty, w błonie laseczniki Kocha. Wassermann w płynie mózgowo-rdzeniowym z 0,1 cm³. płynu ++++, odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Odczyn Wassermanna jest więc w danym przypadku odczynem nieswoistym.

Z powyższego możemy wyprowadzić wniosek, że gruźlica opon mózgowych może dawać w płynie nieswoistego Wassermanna u osób, które mają we krwi Wassermanna ujemnego. Zarówno przy gruźliczym, jak i kiłowym zapaleniu opon mózgowych w płynie mózgo-rdzen. może się wytworzyć błonka, w niektórych przypadkach nawet w płynie ozdrowieńców po drętwy. Błonka przy gruźlicy opon ma wygląd więcej

delikatny, siatkowaty, przy kile opon zaś dosyć mięsisty. Muszę zaznaczyć, że rozpoznanie różniczkowe jest w tych razach dosyć utrudnione ze względu na częste niewytwarzanie się błonek, co może zresztą i zależeć od nieostrożnego przenoszenia płynu, a także ze względu na nietypowy ich wygląd.

Wobec tego błonka w płynie mózgowo-rdzeniowym może mieć względną wartość jednego tylko więcej ogniwa w całym szeregu innych objawów. Ważną rolę w kile opon mózgowych grają drgawki. Zarówno w I-szym, jak i III cim przypadku wystąpiły one zaraz na początku choroby i powtarzały się po kilka razy dziennie. Chociaż drgawki nie są objawem swoistym dla kiły opon mózgowych, gdyż występują i przy zapaleniu opon innego pochodzenia, jednakże w porównaniu z gruźliczem zapaleniem opon, gdzie drgawki zdarzają się zazwyczaj pod koniec choroby, ma się wrażenie że w kile opon mózgowych występują one na początku choroby, dotyczy to zwłaszcza naszego pierwszego przypadku. Czas trwania każdego napadu drgawek był krótki i nie przekraczał kilku minut, wywołując przemijający stan nieprzytomności. Większe dzieci narzekały już od początku choroby na bóle głowy, które stanowią jeden z bardzo ważnych objawów. Tak było i w naszych przypadkach I-ym i II-gim. Bardzo uporczywy charakter mają te bóle w przypadkach meningitis convexitatis.

Siedliskiem ich jest opona twarda. Przy długotrwałych bólach, występujących zwłaszcza w nocy, należy, według Faurnier'a, zawsze myśleć o kile opon. Bóle są ograniczone albo do jednego miejsca, albo też są to bóle całej głowy. Mogą już występować dłuższy czas przed zapaleniem opon.

Niektórzy autorzy, jak Nonne, przypisują pewną wartość opukiwaniu czaszki w przypadkach kiły opon powierzchni mózgu (meningitis convexitatis). Opukiwanie to jest podobno bolesne, ból ma odpowiadać temu miejscu, które jest zajęte przez proces kiłowy.

W naszych przypadkach objawu tego nie esprawdzaliśmy.

Dermografizm, jako jeden z objawów oponowych, nie gra w kile opon mózgowych tak wybitnej pod względem rozpoznawczym roli, jak w gruźliczem zapaleniu opon.

W tem ostatniem (na co, o ile mi wiadomo, pierwszy zwrócił uwagę dr. Mogilnicki) pręgi występują powoli, trzymają się w dalszym ciągu długo, rozszerzając się i zlewając między sobą.

W tem kiłowym zapaleniu opon, pręgi występują dosyć słabo i szybko znikają, dając obraz mało typowy.

Podniesiona ciepłota, jest objawem, który w przewlekłych przypadkach kiły opon występuje rzadko, o wiele zaś częściej w przypadkach ostrych.

Nasze 3 przypadki przebiegały przy dosyć dużej ciepłocie. W pierwszym przypadku ciepłota trwała już kilka dni przed umieszczeniem chorego w szpitalu, na oddziale zaś jeszcze przez 3 dni dochodząc do 39° .

W drugim przypadku ciepłota trwała, jak twierdzą rodzice, przez 10 dni przed umieszczeniem pacjenta w szpitalu, dając wahania od $38.2 - 40^{\circ}$.

W trzecim przypadku dziecko gorączkowało w domu przez 3 tygodnie, w szpitalu przez cały czas pobytu na oddziale t. j. przez 15 dni, mając ciepłotę od $38 - 40^{\circ}$.

Jakiegoś prawidłowego typu ciepłoty w przebiegu choroby nie stwierdziliśmy. Wszystkie nasze przypadki rozpoczęły się przy objawach ostrej choroby zakaźnej, jak wysoka ciepłota, wymioty, bóle głowy.

W medycynie dosyć długo istniał pogląd, którego wyrazicielem był Oppenheim, że kiła opon mózgowych nie przebiega pod postacią ostrą. Przeczą temu przypadki nasze i przypadki z literatury, podane przez niektórych autorów.

Neumann opisuje u dorosłego przypadek kiły opon, który rozpoczął się dużą gorączką, sztywnością karku i drgawkami, przy bardzo burzliwych objawach oponowych, gdzie po przeprowadzeniu leczenia swoistego nastąpiło szybkie wyleczenie.

Fahr podaje przypadek, gdzie pacjent zmarł w ciągu 12 godzin po wystąpieniu pierwszych ostrych objawów i gdzie na sekcji rozpoznano meningitis cerebrealis acuta syphilitica (badanie mikroskopowe).

Zienkiewicz opisuje w „Lekarzu Wojskowym” (1928, zesz. 6) 2 przypadki kiły opon u dorosłych, które się również rozpoczęły ostro, gorączką, wymiotami i wybitnymi objawami oponowymi.

Z powyższego wynika, że w przypadkach ostrego zapalenia opon niewiadomego pochodzenia należy zawsze myśleć i o kile.

W przypadkach meningitis basilaris do objawów przemawiających za zajęciem opon wogóle, jak sztywność karku Brudziński, Kernig, dermatografizm, mogą przyłączyć się jeszcze objawy ze strony oczu, jak neuritis optica, tarcza zastoinowa i t. d.

Rokowanie w kiłowym zapaleniu opon mózgowych jest naogół niezłe. Według Hjelmmana kiła opon, specjalnie kiła podstawy mózgu, daje wyleczenie w 75% przypadków. Nannyn doszedł do podobnych wniosków; według Nonnego kiła opon mózgowych jest pod względem leczenia najwięcej wdzięcznym obiektem z pośród wszystkich innych kiłowych cierpień układu nerwowego.

Wnioski:

1). Ostre kiłowe zapalenie opon mózgowych u dzieci zajmuje co do częstości, ostatnie miejsce wśród innych zapaleń opon mózgowych.

2). Kiła opon mózgowych u dzieci może przebiegać jako choroba ostra z podniesioną ciepłotą, dając często obraz gruźliczego zapalenia opon.

3). Rozpoznanie różniczkowe opiera się, poza wszystkimi innymi objawami oponowemi, na stwierdzeniu odczynu Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym, ewentualnie i we krwi, jak również na innych objawach klinicznych kiły u dzieci, względnie rodziców.

PIŚMIENNICTWO.

1. Nonne. Syphilis und Nervensystem. 2. Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 3. Behulmann et Ferri. Etude clinique des meningites syphilitiques, Progr. med. 52, Nr. 30 1924. 4. Schulmann, Traitement des meningites syphilitiques. Progr. med. 52, Nr. 51, 1924. 5. Zienkiewicz. Zapalenia opon mózgowych. Lekarz Wojskowy 1928. zeszyt 6.

O C E N Y.

Prof. Nobécourt. **Les enfants trop petits.** (Wydawnictwo „Expansion Scientifique Francaise“), str. 300, fr. 20.

Liczba dzieci małych, niedorozwiniętych jest stosunkowo duża. Składają się na to różne przyczyny. By o nich sądzić należycie, trzeba znać dobrze wymiary dziecka prawidłowego w różnych okresach jego rozwoju naturalnego, umieć sądzić o tem, czy dane dziecko należy jeszcze do normy, czy wkraça już w dziedzinę patologji. Trzeba znać dobrze przyczyny, dla których wzrost dziecka i jego rozwój może być tak lub inaczej zahamowany. Stąd cała nauka o fizjologii i patologji w dziedzinie powyższej. Niezmiernie ważną rzeczą w życiu praktycznem jest umiejętność rokowania — orjentowania się w tem, czy dane dziecko może się jeszcze rozwinąć i w jakim stopniu, co robić należy, by w każdym poszczególnym przypadku dać pomoc właściwą, by dziecku dopomóc do osiągnięcia tego maksymalnego rozwoju, który jest, zdaniem naszym, dostępny.

Oto zadania, których się podjął w swej nowej książce prof. Nobécourt i które potraktował ze zwykłą sobie swadą i znajomością przedmiotu.

T. K o p e ć.

Dr. L é o. **Helminthes et protozoaires les plus fréquents.** (Wydawnictwo—patrz wyżej) str. 210, fr. 20.

Autor stoi na stanowisku, że czerwiwość jest stanem patologicznym, który ma swoje cechy odrębne oraz objawy, pozwalające z całą pewnością ustalić właściwe rozpoznanie. Badania laboratoryjne mogą nas tylko utwierdzić, upewnić w słuszności rozpoznania, nie mogą jednak (w razie wyników ujemnych) podać w wątpliwość rozpoznania oraz powstrzymać leczenia.

Autor pomija milczeniem historję naturalną czerwi, znając z wyczerpującego piśmiennictwa, temu przedmiotowi poświęconego. Natomiast cały nacisk kładzie na stronę kliniczną, na jadowitość czerwi, na te objawy zatrucia, które one dają. I pod tym względem zdradza niezwykle zmysł kliniczny i spostrzegawczość. Zajmuje się żywo i bardzo szczegółowo różnemi objawami klinicznemi, z których jedne są wspólne, a drugie właściwe każdemu z poszczególnych gatunków czerwi. Uczy rozpoznawania, a wszystko popiera i motywuje licznemi przykładami i spostrzeżeniami własnemi. W końcu podaje sposoby leczenia, wspólne dla różnych i specjalne dla każdego rodzaju pasorzytów.

T. K o p e ć.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA.

Archives de médecine des enfants.

Nr. 3. 1929 r.

Podawała Dr. Skwarczyńska.

Morgnio, Postać dystrofji kostnej rodzinnej.

U czworga rodzeństwa w drugim roku życia występują i rozwijają się niemal identyczne zniekształcenia kości tułowia, rozmieszczone symetrycznie. Dzieci przychodzą na świat zdrowe. Rodzice są w bliskim pokrewieństwie — poza tem brak jakichkolwiek przyczyn tak natury toksycznej, jak zakaźnej.

Castellanos, Leczenie zakażeń pneumokokowych solami żółci.

W ostatnich czasach uzyskano nową broń, w walce z pneumokokami. Z doświadczeń Neufelda wiemy, że: 1) sole żółci rozpuszczają in vitro kultury żywych pneumokoków, 2) zwierzęta, szczepione roztworem żółci, uodporniają się czynnie przeciw pneumokokom, 3) im zarażki są bardziej zjadliwe, tem intensywniej odbywa się proces zniszczenia pneumokoków, żółć natomiast nie działa na martwe bakterje i na saprofity. W zastosowaniu do kliniki należało rozwiązać zagadnienie dawkowania, a mianowicie, czy ilość soli żółci, wystarczająca dla zabicia pneumokoków, nie jest trująca dla samego ustroju. Wbrew pierwotnym obawom, okazało się, że ustrój znosi dobrze duże dawki taurocholanu sodu (wydziela je z moczem), jak również, że dawka lecznicza jest znacznie niższa od dawki trującej. Autor zastrzykuje w ropnem pneumokokowym zapaleniu opłucnej taurocholan sodu, rozpuszczony w surowicy krwi, lub w wodzie w ilości 5—7 centigramów taurocholanu na kilo wagi. Podobnych zastrzyków daje do 5-ciu dziennie. Opis ciężkiego przypadku z pomyślnym wynikiem leczniczym po zastrzykach, stosowanych w ciągu 3 dni.

Heuyer i Bach. Czaszkowa dyzostosa nie dziedziczna.
Opis przypadku.

Heuyer i Bach. Kiłowe zapalenie opon mózgowych.

Trudności rozpoznawcze w przypadku kiłowego zapalenia opon mózgowych o przebiegu nietypowym. Na początku rozpoznawano gruźlicę za, palenie opon, następnie pojawiły się porażenia i odczyn zwyrodnienianasuważące podejrzenie ostrego porażenia rdzeniowego. Poprawa po leczeniu swoistem.

Comby. Guzy wóródczaszkowe u dzieci.

Statystyka d-ra Cushinga z Bostonu daje obserwację 154 guzów wóródczaszkowych u dzieci — przeważały wśród nich glejaki. Stosunek guzów mózdzka do guzów mózgowia był jak 2:1. W przeciwieństwie do d-ra Star-

ra, który znajdował 50% guzów serowatych, dr. Cushing spotykał je wyjątkowo. Guzy serowate są umiejscowione najczęściej w mózdku. Guzy wrodzone i kilaki mózgu spotyka się u dzieci niezmiernie rzadko. Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie guzów wśródczaszkowych, w czym badanie rentgenograficzne może oddać duże usługi. Autor omawia cały szereg omyłek rozpoznawczych, podczas kiedy wczesna interwencja chirurgiczna mogłaby uratować chorego. Między innymi rozpoznawano kiłę, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie mózgu. U większości chorych można stwierdzić powiększenie głowy, objaw Mac Evena, bóle głowy, które zwykle zmniejszają się po zwiększeniu obwodu czaszki. Osłabienie siły wzroku jest trudne do stwierdzenia, natomiast wymioty mają pierwszorzędne znaczenie rozpoznawcze. W każdym niejasnym przypadku z wymiotami, występującymi bez określonej przyczyny, należy badać dno oka.

Archives of disease in childhood.

Nr. 20. 1929.

Podał a H. Hirszfeldowa.

I. Brown. Próba z lewulozą w przypadkach gośćca i płasawicy u dzieci.

Próba została wykonana u 19 dzieci — ozdrowieńców po gośćcu ze zmianami sercowymi i tylko w 3-ch przypadkach stwierdzono wzrost poziomu cukru we krwi o 30% po spożyciu lewulozy. W jednym przypadku ciężkich zmian sercowych z zaburzeniami wątroby spostrzegano opóźnienie w powrocie poziomu cukru do normy. Z pięciu przypadków czynnej płasawicy bez zmian w sercu — dwa wykazały po spożyciu lewulozy przeszło 30% wzrostu cukru we krwi. Z 12-tu przypadków płasawicy, powikłanych zmianami sercowymi, dwa wykazały minimalny wzrost cukru we krwi po spożyciu lewulozy. U sześciu ozdrowieńców po płasawicy próba wykazała minimalny wzrost cukru we krwi.

Z 32 przypadków zaburzeń sercowych po gośćcu tylko 4 wykazały nienormalne zwiększenie poziomu cukru. Naogół próba ta nie jest sprawdzianem zaburzeń wątroby w zaburzeniu gośćcem.

Mc. Neil, Mc. Greger i Aleksander. II Doniesienie dotyczące zapalenia płuc płatowego.

Opis przypadków oraz szczegółowe omówienie anatomiczne i histologiczne tego cierpienia. Według autorów, umiejscowienie zapalenia jedynie w pęcherzykach, których ściany nie posiadają naczyń chłonnych, brak zapalenia naczyń oraz brak zmian w tkance łącznej stanowi wszystko to razem kliniczne cechy tego cierpienia. Dalej względnie krótki czas choroby, nagle powstanie sprawy i szybki powrót płuc do stanu normalnego. Omówienie przypadków nietypowych.

Macrae. Ocena okresu choroby w krzywicy.

Pojedyncze jednokrotne określenie nieorganicznego fosforu w surowicy krwi nie posiada wartości praktycznej. Otrzymać można liczby podobne w krzywicy czynnej i nieczynnej. Seryjne określenie fosforu w surowicy w ciągu 23 tygodni ma wartość jedynie. Określenie poziomu wapnia byłoby bardzo pożądane, lecz wymaga ono dużo czasu i pracy. Zdjęcia rentgenograficzne, chociaż mają duże znaczenie, to nie są w stanie wykryć początkowego okresu cierpienia.

Wszystkie te próby wymagają pobytu chorego w szpitalu i co najmniej 3 tygodnie obserwacji.

Le Nourrisson.

Rocznik 17. Nr. 4.

Podał J. Kolago.

H. Stroe i P. Théodorini — Bukareszt. Zaczyny trzustkowe w przebiegu zaburzeń w trawieniu u małych dzieci.

Wiadomości, dotyczące czynności trzustki, jako narządu trawiennego, zawdzięczamy, w dużej mierze zgłębnikowaniu dwónastnicy. Jest to zabieg dość łatwy do wykonania i nieszkodliwy dla chorych.

Autorzy badali sok trzustkowy u szeregu dzieci i doszli do wniosku, że w przebiegu zaburzeń w trawieniu i przyswajaniu, ilość zaczynów w soku trzustkowym jest zmniejszona, (w szczególności lipazy), spadając w najcięższych przypadkach niemal do zera.

W trzech przypadkach biegunek u małych dzieci, autorzy stwierdzili znaczne obniżenie zawartości tripsyny, podczas gdy miano amylazy i lipazy było zbliżone do normy; godne uwagi jest, że w tych przypadkach podawanie preparatów białkowych nie wpłynęło dodatnio na przebieg choroby; dopiero po zastosowaniu diety węglowodanowej nastąpiła poprawa.

A. B. Marfan i E. Dollfus — Odier). Przyczynę do leczenia krzywicy i tężyczki ergosteryną naświetlaną.

Autorzy przeprowadzili kurację ergosteryną naświetlaną u 40-ga niemowląt i małych dzieci, chorych na krzywicę lub tężyczkę. O wynikach leczenia decydowano na zasadzie objawów klinicznych i zdjęć rentgenologicznych kości; w niektórych przypadkach dokonano badań krwi w kierunku zawartości soli Ca i P. Dawka dzienna ergosteryny wynosiła 4 mgr.

Autorzy doszli do wniosku, że stosowanie ergosteryny naświetlonej wywiera potężny wpływ, przyspieszający zwapnienie kości i równoległe zwiększenie się zawartości soli Ca we krwi; natomiast inne objawy krzywicy, jak to: słabość mięśni, obrzmienie gruczołów chłonnych, niedokrwistość — poddają się znacznie trudniej leczeniu.

A. B. Marfan. O istocie działania ergosteryny naświetlanej w przypadkach krzywicy. Kilka uwag o patogenie krzywicy.

Sprawa etjologii krzywicy zajmowała i zajmuje dotąd umysły licznych badaczy. Jako przyczynę choroby podawano brak słońca w sezonie zimowym (Vogel, Kassowitz, Fischl), niedobór fosforu w pożywieniu (doświadczenia na szczurach — Pappenheimer, Hess i Mac Can).

Huldschinsky w r. 1919-ym ogłosił teorię powstawania krzywicy wyłącznie z powodu braku słońca, a właściwie promieni pozafioletkowych.

Wychodząc z tego Hess, Steenbock, Kramer i György stwierdzili, że przy działaniu promieni pozafioletkowych na niektóre środki spożywcze, można nadawoć im własności przeciwkrzywiczne. Dalsze badania wykazały, że czynnikiem aktywującym się pod wpływem naświetlania jest zawarta w pokarmie ergosteryna. Dodatkowo wyniki naświetlania chorych na krzywicę promieniami pozafioletkowymi dają się wytłumaczyć aktywującym działaniem promieni na ergosterynę, zawartą w ustroju (skóra, aparat siateczkowo-śródbłonkowy).

Na korzyść teorii o swoim działaniu ergosteryny naświetlanej przemawia również okoliczność, iż w przypadkach ciężkiej krzywicy można stale stwierdzić zmniejszoną zawartość cholesteryny w ustroju.

Podawanie cholesteryny naświetlanej w ilości 3—4 mgr. dziennie wywiera wpływ leczniczy na krzywicę, zbliżony do działania promieni pozafioletkowych.

Teoria powyższa zawiera liczne sprzeczności; jednakże niewątpliwie przyczyni się do posunięcia zagadnień, związanych z kwestją etjologii krzywicy w kierunku ostatecznego wyjaśnienia.

M. Dorlencourt i Calugareanu — Nandris. Miano i wahania żelaza w mleku kobiecym.

Autorzy dokonali szeregu określeń zawartości żelaza w mleku kobiecym, posługując się metodą poleconą przez Fontés'a i Thivolles'a. Ogółem zbadano 125 próbek pobranych od 20-u matek karmiących. Z wyników poszukiwań autorzy wyprowadzają wnioski następujące: ilość żelaza waha się zazwyczaj w granicach od 2,5 do 3,5 mgr. w jednym litrze mleka. Miano żelaza ulega zmianie w ciągu dnia w kierunku zwiększenia lub zmniejszenia się. Przez czas laktacji miano żelaza ulega wahaniom nieregularnym. Miano żelaza zwiększa się z wiekiem kobiet; jednakże w okresie poprzedzającym przekwitanie ulega pomniejszeniu. Miano żelaza w mleku kobiet wieloródek nieco przewyższa miano „pierwiastek”.

Podawanie preparatów żelaza zwiększa do pewnego stopnia zawartość Fe w pokarmie.

Autorzy polecają stosowanie preparatów żelaza u matek, karmiących niemowlęta z objawami niedokrwistości.

Revue française de Pédiatrie.

Tom V. Nr. 3, 1929.

Podał J. Wiszniewski.

P. Rohmer. O stosowaniu leczniczym witaminy C u niemowląt.

Autor podając niemowlętom skoncentrowany preparat witaminy C (wyciąg sproszkowany ze świeżej kapusty) spostrzegał:

- 1) Swoiste działanie lecznicze w przypadku choroby Barlowa.
- 2) Wyraźne działanie dodatnie w chorobie Hertera (infantilismus intestinalis). W tych przypadkach działanie wyciągu witaminy C było skuteczniejsze niż podawanie owoców i jarzyn, które wywoływały niestrawność.
- 3) Działanie aktywujące na krzywą wagi niemowląt niedożywionych (Dystrophia).

Pozostaje otwartą sprawą różniczkowanie przypadków nadających się do leczenia wyciągiem witaminy C; jak również mechanizm działania witaminy w powyższych cierpieniach.

H. Brokman i J. Kolago. Epidemia zakażeń jelitowych z bakteriją i toksemją u dzieci do lat 2-ich. Drukowano w „Warsz. Czas. Lek.”.

K. Ribadeau-Dumas, Ch. Zoeller i J. Chabrun. Odczyn Dick'a i odporność przeciwpłonicza u niemowląt.

Niemowlęta wykazują w stosunku do płonicy odporność, której nie można wytłumaczyć we wszystkich przypadkach odpornością wrodzoną, gdyż tylko wyjątkowo matki chore na płonicę przenoszą chorobę na niemowlęta w pierwszych miesiącach życia nawet gdy je karmią w czasie choroby.

W związku z tem autorzy badali odczyn Dick'a u niemowląt i matek. Wyniki odczynów Dick'a były porównywane z wynikami badań odporności humoralnej (odczyn wygasania i miano surowicy neutralizującej toksynę pa-

ciorkowcową). Wyniki są ułożone na tablicy z której wynika szereg spostrzeżeń, a mianowicie: niewielki odsetek odczynów Dick'a dodatnich u niemowląt (2 przypadki na 18 w wieku do 6-ciu miesięcy). Jest to fakt dobrze znany, lecz nie daje się wytłumaczyć odpornością przeniesioną od matki, gdyż:

- 1) W niektórych przypadkach odczyn u matki był dodatni, u dziecka ujemny.
- 2) Ujemny odczyn Dick'a u niemowlęcia nie jest wyrazem odporności serologicznej (brak antytoksyny surowiczej i brak odczynów wygasania).

Rozbieżność tę można wytłumaczyć jedynie brakiem wrażliwości skóry niemowląt na jady drobnoustrojowe. Poborna wrażliwość skóry na różne jady u młodych zwierząt i niemowląt obserwowana była przez szereg innych autorów (Brokman i Sparrow, Gastwinel, Ribadeau-Dumas i Loiseau, Ruelle, Dreyfus-Sée).

Jak objaśnić fakt niezachorowalności przy braku odporności humoralnej? Autorzy sądzą, że zależy to od własności tkanki limfatycznej gardzieli u niemowląt. Niemowlęta nie chorują na anginę, a płonica która jest przedwzrostkiem anginy nie stanowi wyjątku.

W. Mikułowski. Biegunka śmiertelna z melanodermią i porfiriurią u niemowlęcia. Drukowane w „Pedj. Polsk.”.

P. Corcan, R. Chaussinaudi i J. Stolz, Żółdek klepsydrowaty wskutek wrodzonych zmian organicznych typu Landerer-Meyer u dziewczynki w wieku 2-ych lat.

Klepsydrowatość żółdka wskutek wrodzonych zmian rozwojowych jest wadą bardzo rzadko spotykaną u dzieci. Wprawdzie badania rentgenologiczne często wykazują obrazy klepsydrowatości żółdka, przeważnie są to jednak zjawiska przemijające, czynnościowe. W przypadku, który opisują autorzy, istniała rozwojowa zmiana organiczna w budowie żółdka, połączona ze wżeraniem odźwiernika. Drugi, podobny przypadek był opisany w r. 1913 przez Schaeffera.

P. Gautier i A. Thevenod. W sprawie „varicella pemphigoides”.

Autorzy opisują przypadek ospy wietrznej u dziecka 2-u letniego, w którym obserwowano przekształcanie się początkowo zupełnie typowych wykwitów w szerokie pęcherze o brzegach postrzępionych tak, że skóra miała wygląd skóry po oparzeniu. Badanie bakteriologiczne zawartości pęcherzy wypadło ujemnie. Postać ta jest bardzo rzadką, lecz w klasycznej literaturze podręcznikowej jest znana i opisywana. Obok niej jak wiadomo znane są inne, cięższe postacie ospy wietrznej, a mianowicie: postać ropna, martwicowa i krwotoczna. Postać opisana przez autorów zależała prawdopodobnie od wtórnego zakażenia pęcherzyków ospy drobnoustrojami bakteryjnymi w związku z osłabionym podłożem (niedożywienie, konstytucja dziecka).

E. Allenbach. Wrodzony i rodzinny brak kości piszczelowej.

Opis dwóch przypadków, gdzie stwierdzono wrodzony, częściowy brak kości piszczelowych, co jest jedną z najrzadszych zmian rozwojowych kończyn dolnych. W jednym z nich podobna wada dotyczyła dwóch osób jednej rodziny.

M. Hamm. O stosowaniu elektrycznego aparatu do odciągania pokarmu.

Opis złożonego aparatu elektrycznego Abta, służącego do odciągania pokarmu z piersi. Aparat ma być bardzo praktyczny w użyciu, lecz opis jego w streszczeniu jest niemożliwy bez podania rycin.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

Tom 123. Zeszyt 5/6.

Podał R. Barański.

W. Reimold i Eryka Schädlich. O zapaleniu mózgu w przebiegu chorób zakaźnych wieku dziecięcego.

Praca o charakterze monograficznym.

H. Schadow. Zawał płuc u dzieci

Opis 13 przypadków zatorów i zawałów płuc u dzieci. Z tego 10 przypada na zawał płuc. Te 10 przypadków dotyczyły dzieci od 8 dni do 9 lat. W 3-ch pozostałych stwierdzono zatory płuc przy równoczesnych zakrzepach żył w innych narządach. Z opisanych przypadków zawałów płuc 2 były anemiczne, reszta krwotoczne.

P. R. v. s. Elst. Objaw Chwostka.

Prawie u połowy dorosłych i wielu neuropatycznych dzieci można wywołać pod łukiem twarzowym odruch, polegający na skurczu mięśni górnej wargi, skrzydeł nosa, szpar ocznych oraz nasady nosa. Odruch ten często jest mylnie brany za objaw Chwostka. Błąd powyższego można uniknąć przez opukiwanie n. twarzowego przy jego pniu, t. zn. tuż przed płakiem usznym.

H. Knauer. Metoda zapobiegania odrze (Masernschutz impfungs).

Surowica dorosłych, znajdujących się w kontakcie z chorem odrowiem, nabiera właściwości przeciwdrobnoustrojowych, podobnie jak surowica ozdrowieńców po odrze. Wstrzyknięcie tej surowicy, dzieciom zagrożonym odrą, zabezpiecza je od zachorowania, o ile tylko robi się to dość wcześnie.

Przykłady: 20 niemowląt oddziału niemowlęcego znajdowało się w kontakcie z chorem na odrę przez 24 godziny. Każde z nich dostało 5—7 cm³. wspomnianej surowicy w najbliższych 24—48 godzinach i żadne nie zachorowało. 11 dzieci oddziału ortopedycznego było zagrożone odrą. Z nich 10-ro dostało wspomnianą surowicę po 7—10 cm³ w 5-ym—7-ym dniu okresu wylegania. Z tej grupy zachorowało pięcioro, przyczem przebieg odrzy był niezwykle łagodny. 11-te zaś otrzymało surowicę na dwa dni przed wystąpieniem wysypki. Te przykłady stwierdzają wysoką wartość ochronną wspomnianej surowicy.

K. Klinke. Nerczyca i tężyczka.

U chłopca 6-letniego w przebiegu nerczycy wystąpiła tężyczka. Wobec faktu, że przemiana materji w nerczycy jest skierowana na tony kwaśne (w omawianym przypadku zostało to również stwierdzone), wystąpienie tężyczki jest naprawdę zjawiskiem niezwykłym. Autor tłumaczy je wzmoczoną adsorpcją wapnia przez białko surowicy lub tkanek.

J. Csapo. Zawartość kwasów organicznych w surowicy zdrowych i chorych dzieci.

Autor podaje opracowaną przez siebie metodę do określania kwasów organicznych w surowicy. U zdrowych dzieci w 100 cm³ surowicy jest 11,78 cm³ $\frac{1}{10}$ kwasu. W krupowym zapaleniu płuc ilość kwasów organicznych w surowicy wzrasta. W gruźliczym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych na początku choroby zawartość ich jest normalna, później waha się w górnych granicach normy.

J. Schedel. Ruchy niemowlęcia i gimnastyka niemowlęcia.

S. Wolff. Wyniki stosowania metody Hippokratesa — Bier'a u dzieci.

Autor zastosował przypalanie ciała według Bier'a w dwóch bardzo ciężkich przypadkach zapalenia wsierdza i w jednym przypadku długotrwałej gorączki po przebytej lekkiej płonicy. Obydwa przypadki zapalenia wsierdza były niezwykle ciężkie, prawie beznadziejne; zwykłe sposoby postępowania nie dawały żadnego wyniku, dopiero po zastosowaniu przypalania, nastąpiła szybka poprawa. W 3-cim przypadku gorączka trwała kilka miesięcy bez jakiejkolwiek widocznej przyczyny. Po zastosowaniu przypalania po 2-ch seansach dziecko przestało gorączkować. Te przykłady, według autora, przemawiają w sposób dość przekonujący za zachowaniem opisanej metody leczniczej.

M. Joneff i W. Tschetunoff. W sprawie stężenia jonów wodorowych śliny u dzieci od lat 7-miu do 11-tu.

Zbadano w tym kierunku 412 osobników (207 chłopców i 205 dziewcząt). We wszystkich przypadkach otrzymano odczyn obojętny lub słabo alkaliczny (PH 6,8 — 7,6). Alkaliczność śliny wzrasta wraz z wiekiem. Ślina chłopców ma odczyn bardziej alkaliczny, niż dziewcząt. W okresie od 7-miu do 9-ciu lat PH szybko wzrasta, od 9-ciu do 13-tu lat utrzymuje się na stałym poziomie, później ponownie wzrasta.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

48 B. 2 u. 3 Heft.

Podał St. Popowski.

M. Manicatlade, A. Brătescu i A. Rusescu. Spostrzeżenia nad pierwszą epidemią choroby Heine-Medina w Rumunii.

Autorowie podają sprawozdanie z epidemii, która miała miejsce w drugiej połowie 1927 r. w Rumunii. Spostrzeżenia autorów obejmują 170 przypadków leczonych w klinice uniwersyteckiej w Bukareszcie. W Bukareszcie stwierdzono ogółem 260 przypadków, w całej zaś Rumunii 2300. Wśród chorych, spostrzeganych w klinice, przeważały dzieci pierwszych 3 lat życia, w tem od 0 do 1-go roku życia 20,58%. Wyraźniejszej przewagi chłopców, wbrew poprzednim spostrzeżeniom Baumanna i Zapperta, autorowie nie stwierdzili. Dzieci pochodziły przeważnie ze sfer uboższych. Zachorowywały przeważnie zdrowe, dobrze odżywione dzieci. Opisywana epidemia potwierdza pogląd, że choroba Heine-Medina naogół jest mało zaraźliwa. Autorowie podają parę przypadków, gdzie można było podejrzewać zakażenie zapomocą osób trzecich. Okres wylegania, według autorów, nosi 3—10 dni, przeważnie jednak 3—4 dni. W okresie wylegania autorowie spostrzegali przejściową 2-3 dniową gorączkę, wymioty, zaparcia stolca, które poprzedzały na 3—4 dni wystąpienie pierwszych objawów choroby. W okresie poprzedzającym bezwłady, w ogromnej większości przypadków, stwierdzano brak łaknienia, wymioty, zaparcie stolca, rzadziej zaś biegunkę; względnie częstym objawem była angina. Bezwłady względnie często były poprzedzane drgawkami. Gorączka zazwyczaj występowała raptownie, trwała 4—5 dni, i ustępowała w okresie wystąpienia bezwładów. W okresie wystąpienia bezwładów w 2 — 30% bezwłady nie były poprzedzane gorączką, Nasilenie się gorączki, lub brak jej w okresie bezwładów jest przez autorów uważane za objaw złe rokujący. Objawów oponowych zazwyczaj nie spostrzegano, w niektórych jednak przypadkach występowała pewna bolesność przy zginaniu karku, analogicz-

Już ukazały się i są do nabycia
we wszystkich księgarniach

POLSKIE MONOGRAFJE I WYKŁADY KLINICZNE Z DZIEDZINY PEDJATRJI

REDAKTOR:

Prof. Dr. M. MICHAŁOWICZ

**POLSKIE MONOGRAFJE I WYKŁADY KLINICZNE
Z DZIEDZINY PEDJATRJI**

wychodzą w miarę napływania materiału

Cena zeszytu pierwszego i drugiego po zł. 3.50.

Na treść składają się:

I.

M. G a n t z: O stanach podgorączkowych.

II.

M. Michałowicz: O chwiejności ciepłoty ciała ludzkiego na zasadzie badań dokonanych ze ścisłością 0,001 stopnia

III.

Paweł Baumritter: Odrębności kliniczne i terapeutyczne cukrzycy wieku dziecięcego.

ZAMÓWIENIA PRZYJMUJE

Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem P. K. O. D.
Warszawa, Jasna 11, Konto w P. K. O. Nr. 20280.

Sekretarz redakcji: Dr. Jerzy Michałowicz

WYDAWCA:

POLSKI KOMITET OPIEKI NAD DZIECKIEM

MŁODA MATKA

DWUTYGODNIK

poświęcony zdrowiu i wychowaniu dziecka do lat 7-miu.

Pod redakcją

Dr. Barańskiego i Wandy Pełczyńskiej.

Wychodzi 1 i 15-go każdego miesiąca.

W A R S Z A W A

Górnośląska 20 m. 7. Telefon 401-24.

Warunki prenumeraty:

Kwartalnie Zł. 3.70. Półrocznie Zł. 7.40. Rocznie Zł. 14.00.

Numer pojedynczy 70 gr.

Opieka nad Dzieckiem

Nr. 4

za miesiące lipiec i sierpień
ukazał się na półkach księgarskich.

Zawiera artykuł

Prof. Dr. Michałowicza — O instytucie Puero-kultury.

Pismo wydane z bardzo licznymi ilustracjami,
wykresami i t. p.

PRENUMERATA 10 ZŁ. ROCZNIE.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA:

Warszawa, ul. Jasna Nr. 11, P. K. O. D. Telefon 419-16.

na do bólu wzdłuż kręgosłupa, który to ból był względnie często notowany. Pocienie się stwierdzono w 50% przypadków, zaburzenia w oddawaniu kału i moczu wystąpiły w 10 przypadkach. Bezwładny w 65% wystąpił od razu w swem maksymalnym nasileniu, w 35% zaś spostrzegano powolne ich nasilenie się. Najczęściej były porażone dolne kończyny; bezwładny o charakterze porażenia połowicznego zanotowano w 13,8%. Mięśnie karku były porażone względnie często; całkowite porażenia mięśni karku i szyi zazwyczaj dawały niepomyślne rokowanie. Upośledzenie oddychania spotykano względnie często, w 10 przyp. stwierdzono bezgłos. Śmiertelność wśród chorych spostrzeganych w klinice wyniosła 17,05%. Chorzy pozostawali pod obserwacją w przeciągu 40 — 60 dni; w tym czasie 20% zostało wyleczonych, 50% wypisano z polepszeniem, u 30% zaś nie stwierdzono poprawy. W sprawie leczenia autorzy wypowiadają się ogólnie. Stosując surowicę ozdowieńców, surowicę „Pettit“, autohemoterapię i heterohemoterapię, autorowie nie mogli stwierdzić wyraźniejszego wpływu leczenia na przebieg cierpienia.

v. Naumann. O odczynie wiązania dopełniacza płonicy.

Autor dokonywał odczynu wiązania dopełniacza z antygenami z hodowli paciorkowców hemolitycznych wyhodowanych z przypadków płonicy.

Na 64 przypadki w 56 otrzymał autor wynik dodatni. W przypadkach odry i różyczki otrzymywano zawsze wyniki ujemne, nawet wówczas, gdy chory był równocześnie nosicielem paciorkowca hemolizującego.

W przypadkach anginy, wywołanej przez paciorkowca hemolizującego, wyniki zazwyczaj były ujemne, w tych zaś przypadkach, gdzie odczyn wypadł dodatnio, ginął on szybko, wówczas gdy w przypadkach płonicy istotnej utrzymywał się w przeciągu szeregu tygodni. Odczyn występował przeważnie w 2—4 tygodniu choroby, w pewnych jednak przypadkach tylko w 7 tygodni lub później. Autor sądzi, że odczyn ten posiada dużą wartość rozpoznawczą w przypadkach klinicznie niewyraźnych.

M. Giuffré. Zachowanie się naczyń włosowatych i trombocytów w gruźlicy dziecięcej szczególnie przy wystąpieniu plamicy,

Autor badając 15 dzieci w wieku 3 — 13 lat, chorych na różne postaci gruźlicy (gruźlica płuc, gruźlica gruczołów przyoskrzelowych, gruźlicze schorzenia opłucnej i otrzewnej), przychodzi do wniosku że w badaniu patogenezy plamicy, występującej w przebiegu gruźlicy, większą wartość posiada badanie naczyń włosowatych, niż badanie trombocytów. Naczynia włosowate wykazują wyraźną łamliwość. Ta łamliwość była stwierdzaną również w przypadkach, w których nie było wyraźnych objawów plamicy. Autor. posługiwał się aparatem Müllera i aparatem Riva-Rocci.

W. Kornfeld. W sprawie oceny wzrostu i wagi chłopców i dziewcząt w każdym poszczególnym wieku.

W. Kornfeld i H. Schüller. O przeciętnej wielkości i podstawach do oceny obwodu stawu nadgarstkowego u dzieci w różnym wieku.

P. Nobel i Kornfeld. Przyczynek do leczenia tyroksyną wrodzonego obrzęku śluzakowatego.

Autorzy przytaczają przypadek 17-letniej dziewczyny chorej na ciężką postać wrodzonego obrzęku śluzakowatego, poprzednio nieleczzonego u której 1½ roczne leczenie tyroksyną dało wyniki zadowalniające. Wzrost chorej powiększył się o 18 cm. (z 81,5 do 99,5), oprócz tego stwierdzono zmiany w kostnieniu. Leczenie jednak nie wywarło wybitniejszego wpływu na rozwój psychiczny. Tyroksyna była podawana z początku 1 mg. tygodniowo podskórnie, następnie zaś 2 razy tygodniowo po 1 mg. doustnie, wkońcu zaś po 1 mg. dziennie.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

II KONGRES MIĘDZYNARODOWY PEDJATRÓW

Stockholm 17-20 — VIII — 1930

II Kongres Międzynarodowy Pedjatrów odbędzie się w Stockholmie w czasie od 17 do 20 sierpnia 1930 r.

Komitet Kongresu zażądał, by wzorem innych narodowości zawiązał się Polski Komitet Narodowy dla rzeczzonego Kongresu, Komitet, któryby reprezentował nasze interesy w stosunku do Biura Kongresu, utrzymywał z niem kontakt, kwalifikował ew. tematy i referaty, zgłoszone z Polski, informował kolegów i zorganizował ich wyjazd do Stockholmu. W myśl tego Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, najwyższej Organizacji Pedjatrycznej w Polsce postanowił taki Komitet zorganizować i uchwalił, by do Polskiego Komitetu Narodowego dla Kongresu w Stockholmie weszło Prezydium T-wa, Dyrektorwie wszystkich klinik Dziecięcych, Docenci Pedjatrii oraz przewodniczący Oddziałów Pol. Tow. Pedjatrycznego.

Prezesem Pol. Komitetu Narodowego został obecny prezes Pol. Tow. Pedjatrycznego kol. T. Kopeć. Wice-prezesami prof. Fr. Gröer i prof. M. Michałowicz, Sekretarzem Generalnym — Sekretarz stały Pol. Tow. Pedjatrycznego — prof. Wł. Szenajch

Adres Pol. Kom. Narodowego — Warszawa, ul. Mokotowska Nr, 39 m. 3. Dr. Med. Tadeusz Kopeć.

Referaty przeznaczone dla Kongresu muszą być zgłoszone pod adresem Pol. Kom. Narodowego do dnia 1 lutego 1930.

Prace Kongresu będą w miarę potrzeby rozdzielone pomiędzy Sekcje poszczególne.

Jest pożądanem możliwie wczesne zgłaszanie udziału w Kongresie pod adresem Pol. Kom. Narodowego, aby Komitet mógł zawczasu zorientować się w liczbie uczestników i zabezpieczyć im wszelkie ułatwienia w podróży, mieszkania oraz uprzyjemnienia podczas pobytu w Stockholmie, tembardziej, że właśnie w tym czasie odbędzie się również Wystawa Szwedzkiego Przemysłu i Sztuki Stosowanej.

Równocześnie ze zgłoszeniem uczestnictwa trzeba przesłać pod adresem Pol. Komitetu 22 korony szwedzkie, w tem 20 koron jako wpisowe i 10% na koszty organizacyjne Pol. Komitetu Narodowego.

Aby uniknąć przykrych pomyłek i nieporozumień uprasza się o wypisywanie imienia, nazwiska i dokładnego adresu literami drukowanemi, najlepiej na maszynie,

Dalsze komunikaty w sprawie kongresu będą w miarę potrzeby ogłaszane.

NADEŚLANO DO REDAKCJI

„Polskie Monografie i wykłady kliniczne z dziedziny Pedjatrii” wychodzić będą pod redakcją Prof. Michałowicza w Warszawie w miarę napływania materiału. Zamówienia przyjmuje wydawca — Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem — ul. Jasna 11, Konto w P. K. O. 20.820.

Wyszedł zeszyt pierwszy tego zakrojonego na modłę europejską wydawnictwa. Szata wspaniała, papier świetny, druk dobry. Cena pierwszego zeszytu zł. 3,59.

Znajdujemy tam dwie monografie:

M. G a n t z a. — O stanach podgorączkowych i

M. Michałowicza. — O chwiejności ciepłoty ciała ludzkiego na zasadzie badań dokonanych ze ścisłością do 0,001 stopnia.

Nie wdając się na razie w ocenę naukową, która znajdzie swój wyraz w innym miejscu, pospieszamy podkreślić wielką zasługę inicjatywy i pracy ze strony Prof. Michałowicza. Wydawnictwo takie jest nam ogromnie potrzebne i, jak słusznie powiedziano w artykule wstępnym od Redakcji, zbierze powoli materiał do opracowania oryginalnego polskiego podręcznika pedjatrii, którego brak dotąd wszyscy odczuwamy.

Otrzymaliśmy pierwsze trzy zeszyty nowego miesięcznika „Pielęgniarka Polska“, organ Pol. stow. Pielęgniarek Zawodowych, wydawanego pod kierunkiem p. H. Chrzanowskiej i p. J. Suffczyńskiej. Adres Redakcji i Administracji, Kraków, ul. Św. Krzyża L. 1

My pedjatrizy, witamy zawsze z radością wszelkie dowody rozwoju pielęgniarstwa w Polsce, którego brak tak dotkliwie daje się nam we znaki. Niestety, szerszy ogół społeczeństwa nie zdaje sobie dotąd sprawy z tego, co to jest pielęgniarstwo, jak wielkie otwiera się przed nią pole działania, jak bardzo odpowiedzialną i ciężką ma ona pracę. To też witamy inicjatywę Pol. Stow. Pielęgniarek Zawodowych z całym uznaniem i życzymy jaknajbardziej owocnej i wydajnej pracy:

Ukazał się I zeszyt kwartalnika „Przegląd Sportowo-Lekarski“, poświęconego fizjologii, patologii i higienie sportu, wychowania fizycznego i pracy, pod redakcją Doc. G. Szulca i Dr. W. Missiury. Adres Redakcji i Administracji — Warszawa, ul. Górnośląska 45, tel. 303-57.

Duży zeszyt, starannie wydany, o 116 str. druku, zawiera cały szereg prac oryginalnych, ciekawych dla każdego lekarza, który się sportem interesuje. A że nauka medycyny, sięgając coraz głębiej w życie społeczne, nie może pozostać obojętna na sporty i coraz śmielej wkracza w tę nową dla nas dziedzinę, stąd rozumiałem się staję i cel i potrzeba specjalnego wydawnictwa.

III Zjazd Lekarski w Krynicy odbędzie się w dniach 4 — 6 stycznia 1930 r. Obszerny materiał naukowy Zjazdu obejmuje między innymi całokształt nauki o leczeniu cukrzycy u dzieci i u dorosłych. Równocześnie odbędą się zawody sportowe hokejowe i narciarskie. Wkładka członkowska zł. 40, od osoby towarzyszącej zł. 30. Karta uczestnictwa upoważnia do bezpłatnej kwatery i zniżki kolejowej w drodze powrotnej, Komitet Organizacyjny Zjazdu prosi Kolegów, którzyby się Zjazdem zainteresowali, o zwracanie się do Sekretarza Generalnego Zjazdu, D-ra Witolda Skórczewskiego w Krynicy, który przyjmuje zgłoszenia uczestnictwa i chętnie udziela wszelkich informacji dotyczących Zjazdu

W zaparciach i zaburzeniach trawiennych wieku dziecięcego
najstosowniejszym lekiem regulującym wypróżnienia jest

ENTEROL – MOTOR

(ol. paraf. chem. puri pro uso interno)

Bez smaku i zapachu jest chętnie przyjmowany
przez dzieci.

Cenną właściwością Enterolu jest możliwość stosowania go w stanach podrażnienia wyrostka robaczkowego, gdzie jak wiadomo olej rycynowy działa ujemnie.

Wskazania: zaparcia, zatrucia pochodzenia jelitowego, nieżyty ostre, przewlekłe przewodu pokarmowego, zwłaszcza jego dolnych odcinków.

Doustne: 2 — 3 łyżeczki dziennie zależnie od wieku.

W enemie: 2 — 3 łyżki stołowe.

Mag. farm. JAN GESSNER

APTEKA I LABORATORJUM CHEM. - FARMAC.

Warszawa, Al. Jerozolimskie 11. Telef. 195-49 i 25-70.

P O L E C A :

Injectiones CHININI COMPOSITI o składzie

Chinin 0,03, Camphorae 0,025,
Menthol 0,02, Cncalyptol 0,015 = 1^{cc}.

Grypa, zapalenie płuc, krztusiec.

Sirupus DROSERAE. C. EXTR. Thymi

łagodzi ataki kaszlu w krztuścu i zaflegmieniu dróg oddechowych

LITERATURĘ I PRÓBKI DLA PP. LEKARZY GRATIS I FRANCO.



NESTLE' A

mączka dla dzieci



wypróbowane pożywie-
nie dla niemowląt, za-
stępujące znakomicie po-
siłki mleczne u niemow-
łąt, wymagających po-
żywniejszego już posiłku.
Zawiera w odpowied-
nich ilościach dodane
ekstrakty tranu wątrobia-
nego, oraz niezwykle
ważne dla budowy ko-
ści sole mineralne. Ła-
godny i przyjemny smak
nie uległ mimo tego żad-
nej zmianie.

Literaturę oraz próbne puszki
wysyła bezpłatnie na życzenie.

**Nestlé and Anglo-Swiss
Condensed Milk Co.**

Oddział na Polskę
GDAŃSK, KREBSMARKT 7-8.

PEDJATRJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO T-WA PEDJATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

**M. Michałowicza i Wł. Szenajcha w Warszawie,
Fr. Gröera we Lwowie, W. Jasińskiego w Wilnie,
K. Jonschera w Poznaniu, T. Mogilnickiego w Łodzi.**

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY

T. K O P E Ć

Stali współpracownicy:

**R. Barański, J. Bogdanowicz, H. Brokman, M. Gromski,
M. Erlichówna, H. Hirsfeldowa, S. Łyskawiński, W. Mikułowski,
S. Popowski, R. Stankiewicz, M. Wierzbowska — Warszawa,
H. Frenklowa — Łódź, Sz. Starkiewicz — Busk,
W. Bujak — Kraków, S. Progulski — Lwów,
S. Krysiewicz — Poznań.**

TOM IX — ZESZYT 6.

(listopad — grudzień — 1929)

WARSZAWA

NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU OPIEKI NAD DZIECKIEM

1 9 2 9



Najsilniejszej zwalczą
NERWOWOŚĆ
u
DZIECI I DOROSŁYCH
środek roślinny

PASSIFLORINE

Niezrównany środek
w STANACH NEUROPATYCZNYCH, w NEURASTENJI,
HISTERJI, STANACH LĘKU, NADMIERNEJ
POBUDLIWOŚCI, w NERWICY SERCA,
ZOŁĄDKA i t. p.

Niezawodny
i absolutnie
nieszkodliwy środek
w BEZSENNOSCI
NA TLE NERWOWEM

Znakomity środek
w OKRESACH POKWITANIA, CIAŻY
i PRZEKWITANIA.

DAWKOWANIE:

Stany Neuropatyczne:

1—2 łyż. od herbaty przed
każdym posiłkiem.

Przeciw bezsenności: 1 — 3
łyżeczek od herbaty na noc.

Dawki dla dzieci: stosownie do wieku

WYRABIANY W PARYŻU
w LABORATORJACH
Dr. G. Réabourg'a

PRZEDSTAWICIELSTWO na POLSKIE
L. NASIEROWSKI

Warszawa, Piękna 62. Tel.: 124-39, 3042

DO PRENUMERATORÓW PEDJATRJI POLSKIEJ

W trosce o poprawienie jakości naszego pisma, chcąc doprowadzić wydawnictwo do stanu dorównującego wielkim czasopismom europejskim, Redakcja i Administracja, poczyniły już szereg udoskończeń w szacie zewnętrznej, treści i t. p. i mają zamiar w dalszym ciągu różne ulepszenia wprowadzać.

Do normalnej jednak egzystencji pisma i dla wprowadzenia powyżej wspomnianych zmian, konieczna jest jak najdalej idąca współpraca czytelników i prenumeratorów. Jednym z najważniejszych sposobów współpracy i zarazem najbardziej dających się pismu odczuć, jest regularne wpłacanie prenumeraty.

Administracja naszego pisma prosi w związku z tem o możliwie jak najpункtualniejsze opłacanie prenumeraty oraz o wyrównanie zaległości. Wpłaty prosimy skutecznie do P. K. O. Nr. 5882 lub na ręce inkasenta (w Warszawie).

Redakcja i Administracja

DO CZYTELNIKÓW I PRENUMERATORÓW PEDJATRJI POLSKIEJ

Niniejszem Administracja Ped. Polskiej podaje do wiadomości czytelników i prenumeratorów, iż chcąc ułatwić zapoznanie się szerszego ogółu z wydawnictwem „Polskich Monografji i Wykładów Klinicznych z Dziedziny Pedjatrji” wychodzącem pod redakcją Prof. D-ra M. Michałowicza, dostarcza Sz. Pan(i)om Prenumeratorom wydawnictwa te do domu.

*Sz. P. Prenumeratorzy naszego pisma, chcący otrzymywać wyżej wymienione wydawnictwa **powinni zawiadomić o tem Administrację — Warszawa — Jasna 11, P. K. O. D.***

Administracja
PEDJATRJI POLSKIEJ

U w a g a: Prenumeratorzy zamieszkali w Warszawie otrzymują „Monografje” bez specjalnego zawiadomienia. W wypadku jeśliby ktoś z Sz. Panów (ń) Prenumeratorów zamieszkałych w Warszawie nie życzył sobie otrzymywać Monografji, powinien zawiadomić o tem inkasenta Administracji.

PEDIATRJA POLSKA

WYCHODZI CO 2-a MIESIĄCE, SZEŚĆ ZESZYTÓW TWORZY I TOM

Prenumerata roczna z dwumiesięcznikiem uzupełniającym

OPIEKA NAD DZIECKIEM

wynosi z przesyłką pocztową zł. 30.

Redakcja: Warszawa, Mokotowska 39 — T. Kopeć.

Autorzy artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

Administracja: Warszawa, Jasna 11. Tel. 419-16.

Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem, P. K. O. 5882.

SPIS RZECZY:	Str.	S O M M A I R E:	p.
J. Bogdanowicz — Ostry gościec stawowy u dzieci	283	J. Bogdanowicz — Rheumatisme articulaire aigu chez les enfants	283
T. Mogilnicki i M. Kukielówna — Odrębności w przebiegu gościeca stawowego u dzieci	302	T. Mogilnicki et M. Kukielówna — Les variations dans le rhumatisme articulaire chez les enfants	302
H. Hirszfeldowa i M. Mayzner — Czy jest celowe uodparnianie przeciwbłonicze dzieci młodych?	309	H. Hirszfeldowa et M. Mayzner — L'immunisation antidiptérique des enfants jeunes est elle opportune?	309
T. Mogilnicki i J. Woźniakówna — Odooskrzelowe zapalenie płuc u niemowląt i małych dzieci	314	T. Mogilnicki et J. Woźniakówna — Les Bronchopneumonies chez les nourrissons et dans la première enfance	314
Bronisław Knichowiecki — Przebieg i leczenie róży u dzieci	321	Bronisław Knichowiecki — L'Erysipèle et son traitement	321
Marta Erlichówna — Przyczynek do leczenia krztuśca	331	Marta Erlichówna — Contribution à l'étude de la coqueluche et son traitement	331
R. Barański i T. Marjanko-Lewenfiszowa — Przyczynek do działania efetoniny	333	R. Barański et T. Marjanko-Lewenfiszowa — L'étude sur l'action de l'éphétonine	333
A. Festensztat — Przypadek choroby Schönlein-Henocha u 11-o mies. dziecka	348	A. Festensztat — Un cas de la maladie Schönlein-Henoch chez un nourrisson d'onze mois	348
Przegląd piśmiennictwa	353	Bibliographie	353
Sprawozdanie ze Zjazdu pediatrów mówiących po francusku	365	Comptesrendus au Congrès des Pédiatres de langue française	365

BIOCALCOL — KLAWE

zatw. za Nr. Reg. 1241 M. S. Wewn.

PREPARAT ODŻYWCZO-LECZNICZY OPARTY
NA WYNIKACH NAJNOWSZYCH BADAŃ W ZA-
KRESIE MINERALNEJ PRZEMIANY MATERJI.

ZAWIERA NAJBARDZIEJ RACJONALNE SOLE WAP-
NIA Z KWASAMI POCHODZENIA ROŚLINNEGO ORAZ
WITAMINY W POSTACI SKONCENTROWANEJ.

Wskazania: krzywica, wszelkie postacie gruźlicy, zaburzenia gruczołów
dokrewnych i układu węglatynowego, astenia i wszelkie
stany wyczerpania ustroju.

Dawkowanie: 2 — 4 miarki 3 razy dziennie w wodzie lub mleku. Biocal-
colu gotować nie należy.

Flakony cca 100,0 proszku.



Ze szpitala im. Karola i Marji w Warszawie.

Lekarz Naczelny Prof. dr. Wł. Sz en a j c h.

Ostry gościec stawowy u dzieci.

P o d a ł

J. Bogdanowicz.

Ostatnie dwa lata przyniosły wyraźny wzrost zainteresowania się reumatyzmem i pokrewnymi jednostkami chorobowymi. Przyczyn należy szukać nie tyle w nowych zdobyczach naukowych w tej dziedzinie, czy też w nowych koncepcjach jej ujęcia — ile w wysunięciu się na plan pierwszy społecznej strony zagadnienia. Reumatyzm przestał być tylko interesującą jednostką patologiczną, dotykającą pojedyncze jednostki — przy bliższem poznaniu okazał się groźną klęską społeczną. Powodem tak późnego „zorientowania się” w powadze zagadnienia było to, że choroba ta przynosiła krzywdę społeczeństwu ludzkiemu w odrębny sposób niż przypuścimy inne „społeczne klęski” — np. gruźlica. Reumatyzm nie zabijał — on tylko obezwładniał, pozostawiał za sobą nie pobjowiska trupów — a kalek.

Dopiero też wznowione zainteresowanie się pracą ludzką, jej ekonomją, wydajnością, wykazało wielką liczbę ofiar reumatyzmu, cierpiących czy na chroniczne cierpienia stawowe, czy na powikłania — zwłaszcza w formie najgroźniejszej wad serca.

Częstość występowania wady serca już u dzieci: wynosiła według:

Birkhaus — do 5 l. — $0,1\%$
 „ 7 l. — $0,25\%$
 „ 12 l. — $0,7-0,8\%$.

Sutтона— 3% w wieku szkolnym (3500 bad. dzieci), przy czem przebyło gościec $6,6\%$ wstępujących do szkoły a $25,7\%$ występujących.

Norwegja—do lat 15-u przebyło gościec $0,08\%$.

Gordon —do lat 5 — $0,1\%$ wad serca
 „ „ 7 — $0,2\%$ „
 „ „ 12 — $0,7\%$ „

Rincing — do lat 5 — 0,4% wad serca

Norwegja " " 10 — 0,61% "
 " " 20 — 1,93% "

Cahan — do lat 14 — w szkołach powszechnych 0,69%
 w. serca, w szkołach średnich 0,89% w. serca.

Anglja szkoły powszechne — 3,6% wad serca

Ameryka " " — 3% "

Polska " " — 2% "

Rezultatem podniesionego alarmu — było skoordynowanie pracy przez utworzenie Międzynarodowego związku do walki z reumatyzmem. Związek ten — zawiązany w 1918 r. w Berlinie — został powtórnie zaktywowany w 1927 r. z centralną siedzibą w Amsterdamie. Do Związku tego należy również Polska.

Związek międzynarodowy miał przed sobą niesłychanie wdzięczne lecz i rozległe zadanie. Może się przytem wydać dziwnem, wprowadzić nie lekarzowi, że przedewszystkiem musiał się zająć sprecyzowaniem samego pojęcia reumatyzmu, jako jednostki chorobowej — pod którą podciągane były w różnych krajach najróżnorodniejsze typy chorób jak płasawica, reumatyzm ostry i chroniczny, dna, rumień guzowaty i t. d.

W niniejszym referacie ta strona zagadnienia zostanie pominięta i rozpatrywana będzie tylko bardziej sprecyzowana jednostka chorobowa — reumatyzm czyli gościec ostry w wieku dziecięcym, wraz z odmianą tego cierpienia — płasawicą, z uwzględnieniem nie tylko klinicznej strony zagadnienia ale i profilaktycznej i społecznej.

Etjologia gośćca ostrego.

Wysunięto tu ostatnio następujące teorie:

- 1) paciorkowcowo-bakteryjną, ewent. bakteryjno-oksyczną.
- 2) anafilaktyczną.

Teorja paciorkowcowego pochodzenia gośćca.

Obecnie wybitna większość badaczy stoi wyraźnie na gruncie bakteryjnego pochodzenia choroby. Gościec ostry rozwija się wyłącznie w związku z wtargnięciem do organizmu zarazka. chorobotwórczego. Pozostaje tylko do uzasadnienia 1^o — czy gościec ostry jest zależny od rozpowszechnienia się samego zarazka czyli, że jest bakterjemją lub septycemją, 2^o — czy też od wydzielania przez żywe lub zabite bakterje — toksyn a więc jest toksemją — ewent. bakterjotoksemją, 3^o — jaki typ zarazka jest dla tej choroby specjalnym

(paciorkowce)—czy też niema mowy o specyficzności zarazka, ale różne zarazki mogą wywołać gościec, wreszcie, 4⁰—czy sama choroba jest związana z pierwszym wtargnięciem zarazka do ustroju—czy też z uczuleniem przez tkwiące już przez czas jakiś w organizmie bakterje w ognisku chorobowym (anafilaksja).

Reumatyzm ostry jest wywołany przez specyficzny gatunek paciorkowców — oto jest teza popierana przez tak wybitnych badaczy jak Poynton i Paine (właściwi twórcy) Coombs, Small, Lazares — Barlow, Weil, Bezançon i inni.

Na potwierdzenie tego służą fakty:

- 1) Obecność prawie 100% paciorkowców w gardle chorych na gościec.
- 2) Wyhodowanie tychże paciorkowców ze krwi chorych.
- 3) Podobieństwo (np. wahania 4-letnie śmiertelności, w przebiegu i powikłaniach do innych chorób pochodzenia paciorkowcowego (róża, płonica, septicaemia, gorączka połogowa).
- 4) Obecność aglutynin we krwi pacjentów, opsonin i aglutynin w wyższym stopniu u rekonwalescentów
- 5) Leczenie pozytywne surowicą końską, otrzymaną od koni odpowiednio przygotowanych przez zastrzyki paciorkowców pochodzących od chorych reumatycznych.
- 6) Ochronne działanie tejże surowicy u zdrowych.
- 7) Otrzymywanie odczynu doskórniego lub ogólnych objawów ostrego ataku reumatyzmu — przy stosowaniu szczepionek w dużym stężeniu.
- 8) Stwierdzenie zaraźliwości reumatyzmu i występowanie osobnych epidemij.

Do powyższego warto przytoczyć choćby wyniki Birkhausa — który stosując toksynę paciorkowcową z zarazków wyhodowanych z posiewów z gardła chorych na gościec — rozcieńczoną tak, jak to robimy dla odczynu Dicka — otrzymał u dzieci bez anamnezy reumatycznej (brak gościa w rodzinie) 11—15% dodatnich odczynów, z anamnezą zaś pozytywną — 55—67%. Wstrzykując do stawów lub do mięśni większą dawkę (1cm³) tejże toksyny — pozbawionej bakterji — wywoływał ostry atak gościa. Podobne wyniki z streptococcus cardioarthritis miał J. Small.

Mimo ustalonego stanowiska co do paciorkowcowego pochodzenia reumatyzmu — wśród zwolenników tej teorii występuje duża rozbieżność co do ustalenia typu paciorkowca. Inne cechy morfologiczne przyznaje mu Paynton, inne Small (str. cardioarthritis) inne dalsi badane.

Francuski badacz Achalme popierany przez Bertranda, Thirlorox, Rozenthala, Tribouleta i innych uważają, że zarazkiem jest bacillus anaerbius—odkryty już przed 20 laty, przy-

czem i tu leczenie surowicą i szczepionkami miało dać znakomite wyniki.

Ta znaczna różnica zdań w ustaleniu typu paciorkowca — nasunęła innym uczonym myśl, że wogóle niema specjalnego paciork. dla reumatyzmu a mamy tu do czynienia z uczuleniem na paciorkowce, przemawiałoby za tem:

1⁰ Różnorodność spotykanych typów paciorkowców, przysiętem udawało się wyhodować różne typy paciorkowców nawet ze zmienionych tak specyficznie dla reumatyzmu tkanek jak guzki Aschoffa.

2⁰ Brak odporności po przebytej chorobie a skłonność do powtórnego zapadania — związane możliwie z istnieniem pierwotnego ogniska [(primaer herd) albo (jak twierdzą amerykańanie) — w tkance limfatycznej — migdały, grucz. limfatyczne, wyr. robaczk. albo w zainfekowanej jamie ustnej, zęby, albo — w sercu (jak twierdzi szkoła francuska) nazywając gościec „postępującym gośćcem sercowym”] — ale ogniska o typie banalnych typów paciorkowców.

3⁰ Występowanie uczulenia, związane z wtargnięciem pierwotnego zarazka do organizmu i wytworzenia ogniska pierwotnego, poczem każda następna infekcja — w formie angin, infekcji żołądkowych itp. spotyka organizm już uczulony i wywołuje nowy atak choroby.

4⁰ Nie występowanie gościa w organizmie ludzkim może znaleźć wytłumaczenie przez

a) albo wytworzenie zupełne odporności po pierwszym wtargnięciu zarazka

b) wrodzoną odpornością wolne choroby.

5) Badanie krwi — występowanie stałe eozynochłonnych ciałek zwłaszcza w okresie ostrym choroby — nasuwało znowu analogie do wstrząsu anafilaktycznego.

W etiologii klasyfikowania gościa — nasuwają się pozatem liczne analogie z takimi chorobami jak gruźlica, kiła, a to wobec a) występowania lokalnej infekcji z otaczającym stanem zapalnym i zajęciem grucz. limfatycznych, b) występowania zmian chorobowego — zdala od punktu wtargnięcia zarazku — stawy, mózg, narządy trawienia c) nawroty, zapadanie okresowe, d) występowanie odczynu obronnego, bliznowacenia guzków Aschoffa e) skłonność do spraw wysiękowych, do atakowania serca, naczyn.

Warunki zewnętrzne, sprzyjające reumatyzmowi.

Pomijając ostateczne rozwiązanie sprawy, czy mamy do czynienia z infekcją czy z anafilaksją — niepoślednią rolę w występowaniu reumatyzmu grają warunki otoczenia. Naj-

rozleglejsze badania w tym kierunku przeprowadziła Anglja — wyznaczając specjalne komisje do ścisłego ustalenia tych czy innych przyczyn, „sprzyjających” reumatyzmowi. Do przyczyn tych należą:

1. Usposobienie rodzinne (dziedziczność?).

Wszystkie statystyki potwierdzają fakt, że częściej na reumatyzm zapadają dzieci rodziców, którzy chorowali lub chorują na reumatyzm.

Lawrance — wśród rodzin „reumatycznych” — w 50% dzieci są chore na reumatyzm (dwoje lub więcej);

Wilson — rodzice dzieci chorych w 40% chorzy byli na reumatyzm, zaś rodzeństwo w 28%;

Fuller — w wieku do lat 15 — dwa razy częściej występuje reumatyzm u dzieci rodziców chorych na reumatyzm a do lat 30 — 7 razy; częściej,

Achelon — dzieci rodziców reumatycznych — chorowały w 46%, zaś zdrowych w 19,4%.

Według danych kom. do spr. reumatyzmu w Anglii — rodzeństwo dzieci chorych na reumatyzm chorowało 5 razy częściej niż zdrowych, (11,7 : 2,2) zaś rodzice $1\frac{1}{2}$ raza (11,2 : 7,3) (ta częstość występowania reumatyzmu w rodzinach chorych — wyższa procentowo niż częstość gruźlicy w rodzinach gruźlików — nasuwała myśl zaraźliwości reumatyzmu). Cały szereg innych badaczy (Weil, Bezançon, Loevellyn i inni — potwierdzają powyższe dane).

2. Czynniki konstytucjonalny.

Badania w tym kierunku mało są posunięte — mają one jednak niesłychane znaczenie w akcji zapobiegawczej — tylko bowiem znając typy dzieci specjalnie skłonnych do reumatyzmu — możemy nad nimi roztoczyć właściwą opiekę. Dotychczasowe badania wysuwają na plan pierwszy następujące cechy dziecka pre-reumatycznego:

- a) ogólna hypoplazja ustroju;
- b) obecność cech degeneracyjnych;
- c) niedomoga lub zaburzenia ze strony gruczołów wydzielania wewnętrznego (tarczycy);
- d) zaburzenia ze strony układu autonomicznego.
- e) wrażliwość i podatność tkanek: limfatycznej, noso-gardzieli, stawów, mózgu i serca.

Dr. Wining i Dr. Wear (z Leeds) dają własną sylwetkę dziecka pre-reumatycznego:

- a) emocjonalność i nadmierna inteligencja;
- b) zaburzenia ze strony układu nerwowego (strach nocny, bezsenność, moczenie nocne, bóle głowy i nerwowość;

c) zaburzenia ze strony narządu pokarmowego (brak apetytu, wolne, śluzowe stolce lub zaparcie, bóle brzucha i t. d.

d) duże migdałki, obecność adenoidów, złe użębienie;

e) słaba budowa ciała, krzywica, objawy degeneracji

Powyższe objawy jednak mogą świadczyć już nie o „skłonnym” dziecku do reumatyzmu — ale wprost o utajonym reumatyzmie. Typ powyższy dziecka zbliża się do dziecka neuroartretycznego lub ze skazą wysiękową.

3. Działalność gruczołów wydzielania wewnętrznych i układu autonomicznego.

Według Pembertona, Thomsona, Browna i innych u osobników, którzy chorują na ostry reumatyzm — spotykamy:

1) dysfunkcję tarczycy (hypo lub hyperfunkcję); (z objawami: poty, tachy—lub bradycardią, drżeniem kończyn, powiększenie tarczycy, zmianami w ciśnieniu krwi.

2) zaburzenia ze strony układu autonomicznego.

3) obniżoną o 20⁰/o przemianę podstawową materji, obniżoną tolerancję na cukier, zmniejszoną odporność wątroby.

4. Warunki społeczne i mieszkaniowe.

Nowsze badania komisji angielskiej — zdają się zadawać kłam dość rozpowszechnionemu mniemaniu — że reumatyzm jest „chorobą proletariatu”. Sumiennie zebrane statystyki nie potwierdzają tego faktu. W rozpowszechnieniu się reumatyzmu nie odgrywają zdaje się roli ani brud, ani ciasnota mieszkaniowa, ani warunki ekonomiczne (gorsza lub lepsza odzież, obfitsze lub skąpsze odżywianie i t. d.). Pewną rolę zdaje się ma odgrywać wilgoć, choć i ten czynnik jest kwestjonowanym. Pewną też może rolę odgrywa położenie dzielnic w bliskości rzeki. Czynnik ciepła i zimna też ma odgrywać tylko nieznaczną rolę. Wbrew tym twierdzeniom inni autorzy — kładą nacisk na następujące zwłaszcza czynniki społeczno-ekonomiczne.

1) ubóstwo

2) zamieszkiwanie miast fabrycznych

3) wilgoć i zimno w mieszkaniach.

Reumatyzm ma być chorobą nie najuboższych — a t. zw. średniego ubóstwa. (klasy drobnych rzemieślników, służby, dozorców i t. d.).

5. Rasa, klimat, pora roku, wiek, płeć, tryb życia, pożywienie.

Różnice rasowe w ustosunkowaniu do reumatyzmu nie są ustalone — prawdopodobnie rasy anglo-saskie mają małą odporność (specjalnie Anglja).

Co do klimatu — reumatyzm spotykamy wszędzie — nawet na równiku i w okolicach polarnych. Najczęściej reuma-

tyzm występuje w północnych krajach w styczniu, w Anglii — w listopadzie, w Niemczech, Szwajcarii — zimą i wiosną.

Do lat pięciu reumatyzm jest rzadkością — potem szybko się nasila i w wieku szkolnym jest względnie częstym (specjalnie okres dojrzewania — może w związku z zaburzeniami w działalności tarczycy) — różnicy co do płci niema, za wyjątkiem płasawicy — na którą dziewczęta zapadają 2 — 3 razy częściej.

Siedzący tryb życia i pożywienie obfite w węglowodany — mają również usposabiać do reumatyzmu (analogja z płonicą).

Gościec stawowy u dzieci według materiału zebranego za rok 1913 — 1928.

(Szpital im. Karola i Marji dla Dzieci).

Dotychczas w Polsce nie mamy zebranych żadnych danych dotyczących gościa u dzieci i spotykamy tylko pewną liczbę spostrzeżeń w stosunku do płasawicy. (Pedj. Polska. 1928. Łódź — dane ze szpitala Anny Marji). Ponieważ prawie wszyscy autorzy mówiąc o gościcu ostrym u dzieci — podkreślają jako wyróżniające cechy — poza małym udziałem stawów, krótkotrwałym przebiegiem cierpienia, skłonnością do nawrotów przede wszystkim częstość powikłań ze strony serca (co właśnie stanowi główne niebezpieczeństwo choroby) — zebrałem dane dotyczące występowania wady serca u młodzieży szkolnej — na zasadzie ogłoszonych danych przez Min. Oświaty, (dr. Kopczyński) i własnych — z kart szkolnych 2 szkół, za zgóra 10 lat (7000 dzieci) — dane te się zbiegły — odsetek z wadą serca wynosi około 2⁰/₀ (wyższy nieco dla młodzieży szkół powszechnych — niższy dla szkół średnich) — co odpowiada mniej więcej danym zagranicznym (Anglja i Ameryka). Przyjawszy że 90⁰/₀ tych przyp. ma punkt wyjścia w przebytych w gościcu mamy 1,6⁰/₀ wad serca — co przy z górą trzech milionów młodzieży szkolnej — daje koło 50.000 dzieci — w tym czy innym stopniu inwalidów.

Cyfra ta jeszcze raz wymownie podkreśla konieczność żywego zainteresowania się sprawą reumatyzmu. Przechodząc teraz do danych zebranych ze szpitala im Kar. i Marji w Warszawie — trzcha się odrazu zastrzec, że wykorzystanie kart szpitalnych było b. utrudnione. Jeżeli dla innych chorób mamy przeważnie ustalony kierunek zbierania wywiadów — czy prowadzenia badań, zindywidualizowany dla danej choroby — reumatyzm stale był traktowany dość po macoszemu — jako cierpienie o ustalonym przebiegu i terapii — ztąd brak anamnezy co do wielu ważnych i interesujących szczegółów i konieczna ostrożność w wyciąganiu wniosków.

Do 1-1.1929 roku przeszło przez szpital koło 22.000 cho-

(15 lat istnienia szpitala). Na te 22.000 — po odrzuceniu po-

wtórnych i potrójnych, a nawet poszóstnych zgłoszeń tego samego chorego było 409 przyp. gościca ostrego, płasawicy i schorzeń serca związanych z reumatyzmem, (pominięte zostały 2 przyp. płasawicy po płonicy, jeden po dyzenterji, przypadki gościca mięśniowego, rumienia guzowatego, zapalenia opłucnej po reumatyzmie i przyp. purpurae rheumaticae.

Przypadki te dotyczyły prawie wyłącznie ludności ubogiej (zamożna zapewne leczyła się w domu) — przyczem 53 przyp. dotyczyły dzieci ze wsi — reszta była z Warszawy (300 p.) i Pragi (56).

Najwyższą liczbę zachorowań dały komisaryjaty:

7-y = 79 p.

22-i = 54 „

3-i = 45 „

2, 5, 6, 8, 11, 9 po 15 „

Mokotów 10

pozostałe resztę.

(Z powyższego wynika, że przypadków gościca z komisaryjatów z nad Wisły — było mało).

Na te 409 przyp. było:

płasawicy — 107 p. w tem — 39 jednocześnie z bólami stawowymi.

ostrego gościca — 131

i cierpien sercowych po reumatyzmie — 176.

Częstość występowania schorzeń reumatycznych według wieku
(wiek dzieci podany z karty przyjęć)

Chłopcy				Ogółem	Dziewczęta				Ogółem	Razem
Wiek	Chorea	Rheum.	Endoc. et Peric.		Wiek	Chorea	Rheum.	Endoc. et Peric.		
2	—	1	—	1	2	—	1	—	1	2
3	—	—	1	1	3	—	—	2	2	3
4	1	2	3	6	4	2	1	2	5	11
5	3	3	5	11	5	2	3	6	11	22
6	1	2	9	12	6	3	2	6	11	23
7	2	4	5	11	7	5	4	4	13	24
8	3	5	9	17	8	4	7	11	11	39
9	2	9	10	21	9	12	6	8	26	47
10	11	9	8	28	10	9	5	12	26	54
11	8	8	8	24	11	8	9	6	23	47
12	4	9	10	23	12	14	4	14	42	65
13	1	4	8	13	13	4	18	8	20	33
14	—	6	11	17	14	3	4	9	14	33
15	—	2	—	2	15	—	3	1	6	6
O g ó ł e m . .				187	O g ó ł e m . .				222	409

Częstość występowania schorzeń reumatycznych według wieku
(według wywiadów co do pierwszego ataku choroby).
(chłopcy i dziewczęta razem)

wiek	Chorea	Rheumat.	Schorze- nia serca	Razem
2	1	2	2	5
3	2	—	7	9
4	4	6	7	17
5	7	5	23	35
6	7	8	14	29
7	6	7	14	27
8	15	15	23	54
9	12	16	23	51
10	19	17	16	52
11	11	15	15	41
12	12	17	18	47
13	11	11	18	23
14	2	8	6	16
15	—	3	—	3
	102	131	176	409

Zachorowania według miesięcy
(zgłoszenie do szpitala a nie początek choroby).

	Ch.	R.	Endoc. +c.	
I.	16	21	21	46
II.	14	19	19	43
III.	11	14	14	39
VI.	6	15	15	35
V.	10	10	10	32
VI.	7	12	12	28
VII.	5	19	19	31
VIII.	2	19	19	29
IX.	5	16	16	29
X.	4	9	9	25
XI.	8	10	10	38
XII.	11	10	10	32

(Stosunek chłopców do dziewcząt).

	chł.	dziew.
Chorea	36	65
Rheum.	67	67
End + Vc.	87	89

Z powyższych danych wynikałoby, że:

¹⁰ — od lat 5-tych zaczyna się wyraźne wzrastanie liczby przypadków choroby—jakkolwiek liczba 31 przyp. do lat 5—nie jest tak niską. Charakterystycznym jest też wzrost w okresie 8—12 lat—a więc przed okresem dojrzewania—przyczem wy-

stępuje objaw nieco wcześniejszego zachorowywania dziewcząt niż chłopców. Co do płci—to częstość zachorowywania na gościec stawowy i częstość występowania wad serca—są prawie jednakowe dla obu płci — różnica występuje dopiero w płasawicy, gdzie stosunek jest prawie jak 2—1.

Biorąc pod uwagę miesiące zachorowań (o ile to dało się ustalić z kart) — największe nasilenie spotykamy zgodnie dla obu płci i wszystkich typów schorzeń — w okresie zimowym zwłaszcza w styczniu i lutym — jednakże odchylenia miesięczne są nieznaczne.

Zebrane dane, dotyczące warunków otoczenia dzieci wykazały:

1) dość znaczną ale nie specjalnie wielką liczbę wilgotnych mieszkań (117 wilg. na 119 suchych).

2) ogromne przełudnienie mieszkań (koło 4 osób przeciętnie na jeden pokój) — i 69% dzieci śpiących po 2-oje lub 3 w jednym łóżku.

3) w związku z tym, pewnie, występuje znaczna śmiertelność, wynosząca (rodziny przeważnie o 5—7 dzieciach) po 2 zgony na rodzinę.

Dzieci przychodzące do szpitala są przeważnie dziećmi wątłymi i drobnymi. Waga ich i wzrost znacznie odbiegają od normy (przeciętnie są niższe o 2—5 cm. i mniejszej wagi o 2—4 kg. nawet w zestawieniu z niskimi normami (dzieci szkoł powszechnych).

O małej wartości cielesnej dzieci chorych na gościec — co potwierdza przyjęte zapytrywanie, że częściej chorują dzieci mniej wartościowe, świadczy fakt występowania zbroczeń takich jak — 2 przyp. situs inversus, 2 przyp. imbecyllitas, jeden enuresis nocturna, 3 hysterji.

W materiale kart szpitalnych — jaki miałem do rozporządzenia nie daje się ustalić obecność częstszego występowania gościca i płasawicy u dzieci ze skazą wysiękową czy neuroartretyczną. W każdym razie — „nerwowość“ dzieci, które były w szpitalu — nie podlega wątpliwości. Płaczliwe, nierówne usposobienie, skłonność do wrzuku, specjalnie wyraźne objawy rozdrażnienia przy niedzielnych wizytach rodziców — wyróżniały te dzieci od innych. Naturalnie — specjalnie dotyczy to dzieci płasawicznych.

Brak szczegółowych opisów budowy — nie pozwala również ustalić — do którego z typów konstytucjonalnych Sigaud możnaby zaliczyć dzieci gościcowe — jednak obserwacja ostatnich przyp. szpitalnych oraz pewna liczba fotografii dzieci z lat dawnych — zdaje się przemawiać za częstszym występowaniem gościca u dzieci typu mięśniowego (t. muscularis) ewent. trawienncgo (t. digestivus).

Przemawiałaby też za tem rzadkość sądząc z materiału zebranego w szpitalu (nigdzie w literaturze obcej danych nie

spotkałem) — występowania goścca u żydów u których przeważa typ oddechowy i mózgowy.

Z materiału szpitala im. Karola i Marji na 307 przyp. goścca i zmian w sercu po gośccu było 17 przyp. goścca u żydów (10 chl. — 7 dz.) czyli tylko koło 6⁰/₀, podobnie na 102 przyp. płasawicy — tylko 5 przyp. dzieci żydowskich czyli 5⁰/₀ (2 chl. i 3 dz.).

Zagadnienia te jednak wymagają kontroli na obszerniejszym materiale.

Na ciekawe zagadnienie dziedziczności czy usposobienia rodzinnego do reumatyzmu, względnie zaraźliwości domowej — trudno z kart dać odpowiedź — ze względu na znaczne luki w zebranych wywiadach i na rozmaite pojmowanie, zwłaszcza przez osoby mało inteligentne terminów reumatyzm, atretyzm, względnie nawet bólów stawowych, choroby serca i t. d., to też ze względnie wiarogodnych zebranych 300 wywiadów — mamy

28 przyp.	podany	reumatyzm	u ojca	
7	"	"	"	u matki
6	"	"	"	u ojca i u matki
41 przyp.	czyli 14 ⁰ / ₀ .			

Co do występowania jednoczesnego lub w różnym terminie tych schorzeń u rodzeństwa brak wszelkich danych. W 5-ciu przyp. do szpitala przyjęte było rodzeństwo w różnych latach (przyczem albo jedno i drugie na gościec, albo jedno na płasawicę, drugie na gościec).

Kliniczny przebieg goścca.

Rozpatrując przebieg goścca u dzieci w szpitalu Karola i Marji należy podkreślić fakty następujące.

1^o W 28 przyp. na 131 dało się stwierdzić ścisły związek wystąpienia ataku ostrego goścca po anginie, jednakże prawdopodobnie dane te są nieścisłe — u małych bowiem dzieci angina mogła przebiegać w postaci lekkiej, nie spostrzeżona przez rodziców.

2^o Początek choroby bywał ostry z wysoką temperaturą, nieraz dreszczami i z występowaniem bóli w różnych stawach — zwykle symetrycznie — najczęściej w stawach łokciowych, garstkowych, kolanowych i stopach.

3^o Bóle stawowe rzadko były b. intensywne, połączone z silnym zaczerwienieniem, obrzękiem i wysiękiem (b. rzadko), częściej łagodne, mało charakterystyczne i zmieniające dość szybko lokalizację.

4^o Temperatura nie była zbyt wysoką, samopoczucie niezłe.

5⁰ Zwracała uwagę charakterystyczna barwa skóry blado-żółtej — czemu odpowiadała pewna, zresztą nieznaczna niedokrwistość, obracająca się w granicach 3,5—4 milj. cz. c. i 60-70 Hb — oraz leukocytoza (nieznaczna — wyższa w przypadkach cięższych), niższa w lżejszych, obracająca się w liczbach—10-18.000 bc. z pewną przewagą obojętnochłonnych i z obecnością komórek kwasochłonnych,

6⁰ Pocenie się było nieznaczne — wybitnie występował dermatografizm i żywa gra naczyń skórnych (łatwe rumieńce, blednienie i t. d.). Na zaburzenia w sferze układu autonomicznego wskazywały często dodatnie odczyny Aschnera (oczny) i uciskowy na okolicę plexus solarj.

7⁰ Brak zmian ze strony nerek. Badanie moczu czasem wykazywało ślady białka i nieco zwiększoną ilość c. ropnych.

8⁰ Groźnym i specjalnie ważny powikłaniem gościa dziecięcego było schorzenie serca — przybierające różną postać — czy to zapalenia wsierdza, czy osierdza czy mięśnia sercowego.

W materiale szpitalnym na 131 przyp. gościa 84 były powikłane zap. wsierdza, a 5 zapaleniem wsierdza i osierdza — z których 2 przyp. skończyły się śmiertelnie. Jednocześnie przez szpital przeszło 176 przyp. schorzeń serca na tle reumatycznym — które przyszły jako zaostrzenia sprawy starej — czy też jako ostre sprawy po świczo przebyтым reumatyzmie. Wśród tych 176 przyp. było 39 przyp. zapalenia wsierdza i osierdza — wszystkie zakończone zgonem. W materiale sekcyjnym w 10 przyp. stwierdzono kompletny zrost serca z osierdziem.

Ta niezwykle wysoka śmiertelność u dzieci na tle schorzeń serca po goścju oraz częstość zapadania na schorzenia serca przy goścju (według autorów niemieckich, francuskich angielskich i amerykańskich — liczby wahają się między 70 — a 90% (Tecz — 90%. Gassicourt 81%, Barbier 91%, Weill 80%, Barther 87% i t. d. — dla zap. osierdza 38—30%) — przy zdradliwym, niespodziewanem występowaniu pierwszych objawów — często już po spadku temperatury i uspokojeniu się sprawy zapalnej stawów, stanowi specjalną własność tej choroby w wieku dziecięcym i główne niebezpieczeństwo w chorobie.

Gościec atakuje serce nawet w najmłodszym wieku (praca Geigera), lecz specjalne zniwo zbiera głównie od lat 5-ciu.

Pewną pociechą jest możliwość wyrównania wady serca z wiekiem — co stwierdzili na niewielkim materiale w 26% — John i Nobel.

Groźbą zarówno przebitego gśca jak i schorzenia serca u dzieci jest niezwykle skłonność do recydywy. Z zebranego materiału szpitalnego wynika:

O ile podawane dane były ściśle — na 131 przyp. goścca ostrego

do szpitala z pierwszym atakiem przyszło	— 90
„ „ z powtórny lub parokrotny	— 41
przyczem w tym samym szpitalu po raz drugi leżało	— 8
poraz 3-i	— 1.

Na 176 przy. zap. wsierdzia, osierdzia lub mięśnia sercowego podano, że poraz pierwszy zgłoszono się

drugi	„	76
trzeci	„	8
czwarty lub więcej		4

do szpitala dwukrotnie wracało 22-gi, trzykrotnie 7 czterokrotnie 3 — 6 krotnie 1,

na 102 przyp. płesawicy — po raz pierwszy przybyło	45
drugi	39
trzeci	15
czwarty	3

Przebieg przytem cierp. gośccowego ulegał zmianom: raz był gościec, potem płasawica, potem znów gościec ewent. zaostreniem zap. wsierdzia itd. W efekcie ostatecznym często powtarzającego się cierpienia, pojawiała się ciężka niedomoga serca i zgon.

10⁰ Z innych powikłań schorzeń gośccowych mieliśmy w szpitalu

18	przyp. zap. oskrzelowego płuc
7	„ „ nerek
5	„ „ pęcherza moczowego
7	„ „ ropnego ucha
10	„ „ suchego lub wysiękowego zapal. opłucnej
6	„ anginy
3	„ erythema annulare Leinera
1	przyp. morbus Basedovi
1	„ hemiplegji.

Z powyższego wynika, że inne powikłania — poza zap. płuc, związanym zresztą z ogólnym osłabieniem i utrudnieniem krążenia i obrzękiem płuc na tle niedomogi serca, występują względnie rzadko.

11⁰ Nieustalonym jest dotychczas stosunek goścca ostrego do gruźlicy — temat tem ciekawszy, że mamy jednostkę chorobową o której przynależność do jednej czy drugiej dziedziny dotąd toczą się spory — jest to rumień guzowaty (erythema nodosum). Z materiału zebranego w szpitalu wy-

nika i dla gościa bliższy jakiś związek cierpień. Wskazują na to następujące fakty.

1⁰ Niezwykle częste występowanie dodatniego odczynu Pirqueta u chorych na gościec i płasawicę. Wynosił on dla chorych między 7 a 12 życia 85% a od 2—12 r. — 71% (142 odcz. dodatnich, 58 ujemnych) gdy przerobione próby Pirqueta i Trambusti na różnorodnym materiale szpitalnym dały między 5—15 r. życia — 63%. Należy przytem zaznaczyć, że większość ujemnych odczynów Pirqueta wypadła u chorych z obrzękami w okresie wyraźnego pogorszenia ewent. wyniszczenia. W 2 takich przyp. mimo Pirquet (—) sekcja stwierdziła zmiany gruźlicze.

2⁰ W 6-ciu przyp. pierwotnie odczyn ujemny (na początku choroby) — później stawał się dodatnim w jednym przyp. mieliśmy następujące wyniki.

Pirquet (—) Mantoux (1:100) (—) w 10 dni potem Pirquet (—) Mantoux 1:100 (+) w parę dni potem Pirquet (+).

3⁰ Na 400 przyp. cytowanych rozpoznano 27 razy gruźlicę gruźlicową, w 44 p. gruźlicą płuc (11%). W nieznacznej liczbie, ze względu na ograniczoną liczbę wykonanych sekcji stwierdzono na stole sekcyjnym zmiany gruźlicze w płucach.

4⁰ Opisy dziecka t. zw. przedreumatycznego dziwnie przypominają opisy dzieci t. zw. „skłonnych do gruźlicy”.

5⁰ Ze względu na małą liczbę i złe opracowanych przypadków trudno jest stwierdzić pogorszenie sprawy gruźliczej przy gośccu — sprawa tak jednak w paru przyp. zdaje się nie ulegać wątpliwości.

6⁰ Również braki w wywiadach — nie pozwalają na ustalenie częstości gruźlicy u rodziców dzieci reumatycznych. Z powyższego wynika, że gościec stawowy — podobnie jak odra zdaje się mieć wyraźny wpływ na aktywowanie procesu gruźliczego (wbrew utartemu mniemaniu).

Co się tyczy terapii — to najlepsze wyniki dawały duże dawki salicylu do 5—6 gr. na dobę nawet u małych dzieci — przeważnie dobrze znoszone.

Zgodnie z poglądami badaczy francuskich kurację tę utrzymywaliśmy przez czas dłuższy — nawet po wypisaniu ze szpitala dając do stosowania w domu — przyczem w miarę poprawy stanu zdrowia obniżaliśmy dawkę do 1—2 gr. na dobę.

Płasawica.

1. Kliniczny przebieg płasawicy był (materiał szpitala im. Karola i Marii) najrozmaitszy — od względnie łagodnych — do b. ciężkich postaci. Przyp. zgonu był tylko jeden — związany zresztą z jednoczesnym ostrym zap. wsierdzia i osierdzia.

2. W wywiadach często dał się stwierdzić uprzednio przebyty gościec — w 5 zaś przyp. świeżo przebyta angina. Wraz z pojawieniem się płasawicy często występowały i bóle stawowe.

3. W 46 przyp. na 102 stwierdzono powikłania ze strony serca. Innych powikłań przeważnie nie było.

4. Próba Wassermana wykonana 19 razy w 5 przyp. wypadła dodatnio.

O ile przy gościcu terapia była stale jednakowa o tyle przy płasawicy spotykamy już w ciągu ostatnich 15 lat różne metody lecznicze.

a) leczenie enteroantygennem Danysza — „Jali“.

b) stosowanie salwarsanu i neosalwarsanu.

c) stosowanie t. zw. masła arszenikowego

d) stosowanie zastrzyków Hemtysalu Spiessa.

Zdaje się, że te 2 ostatnie próby — dały wyniki najlepsze. Naturalnie stosowano też, salicyl, brom, zawijane w koce i t. d.

Profilaktyka chorób gośćcowych w okresie dziecięcym.

Fakt, że przebieg gościca i płasawicy w wieku dziecięcym jest znacznie groźniejszym w następstwach niż zachorowanie w późniejszych latach skłaniać nas powinien do bardziej wzmożonej akcji zapobiegawczej.

Trudności są tu bardzo znaczne:

1^o Nie wiemy dotychczas napewno — co jest przyczyną gościca —

2^o Nie jesteśmy pewni jakie warunki otoczenia ułatwiają wybuch choroby.

3^o Nie wiemy z całą pewnością — czy gościec jest chorobą udzielającą się.

4^o Nie znamy typu dzieci predysponowanych do gościca.

5^o Nie jesteśmy w stanie przy obecnym stanie terapii zapobiec powikłaniom zwłaszcza ze strony serca.

Opierając się jednak na dzisiejszym stanie wiedzy, możemy choć w pewnej mierze podjąć walkę z chorobami gośćcowymi. Możliwości byłyby tu następujące:

1^o Dziećmi bardziej narażonemu na zachorowanie na gościec byłyby:

a) dzieci z rodzin, gdzie albo rodzeństwo albo rodzice chorowali na gościec,

b) dzieci o prawdopodobnym typie gośćcowym — charakteryzujące się wyżej wspomnianymi cechami. Na dzieci te należałoby zwrócić szczególną uwagę.

2^o Należy zwracać uwagę na stan zębów, migdałków, schorzenia wyrostka robaczkowego i t. p. czyli t. zw. ogniska infekcyjne.

Pogląd punktu wyjścia zakażenia zwłaszcza z ognisk ropnych jamy ustnej (oral sepsis) specjalnie popierany był przez szkołę amerykańską. Prowadziło to do radykalnego leczenia zębów, oraz usuwania migdałków i wyrosły odenoidalnych. Poglądy te przyjęły się częściowo w Anglii. Mimo jednak częstego usuwania migdałków u dzieci — procent (badanie przeprowadzono w szkole w Eton) zachorowań wśród tych dzieci na gościec był równie wysoki — jak wśród innych. Zanotowano przytem częstsze występowania płasawicy u dzieci z wyluszczo-nemi migdałkami.

3. Ponieważ nie ulega wątpliwości, że wyjściem dla gościa może być przebyta angina — ta ostatnia powinna być uważana za chorobę poważną i wymagającą dłuższego okresu rekonwalescencji. Pożądanem byłoby stosowanie dla młodzieży szkolnej — dłuższego terminu okresu izolacji chorego po anginie z czasem conajmniej 2 tygodni — co wpłynęłoby zapewne na dłuższe zatrzymanie w łóżku chorego i nie posyłania przedwczesnego szkoły.

4. Leczenie dzieci chorych na gościec odbywa się dotychczas w szpitalach — w sposób otyłe nieracjonalny, — że ze względu na koszt leczenia i na tendencję rodziców jaknajwcześniejszego zabrania chorego do domu — wypisuje się zaraz po ustaniu ostrych objawów. W rezultacie chory nie wyleczony jedzie do domu i albo sprawa zaraz się zaostrza — albo w czas jakiś i zaczyna się „wracanie“ co pewien okres czasu do szpitala z coraz groźniejszymi komplikacjami. W projektach lekarzy angielskich — uważany jest czas pobytu chorego na gościec w szpitalu na minimum 6 tygodni, a potem 6 miesięcy ścisłej obserwacji sanatoryjnej i 9 miesięcy domowej. Chory na gościec powinien być możliwie energicznie i dość długo leczony — przyczem pewną miarą wyleczenia może służyć — poza -objawami klinicznymi, morfologiczne badanie krwi i czas opadania krwinek.

5. Dzieci z rozwiniętą wadą serca i ze skłonnością do niedomogi — powinny być umieszczone w odpowiednich zakładach naukowych — sanatoriach — gdzie nauka byłaby pobierana przy jednoczesnem uwzględnieniu racjonalnego trybu życia.

6. Naturalnie w profilaktyce gościa muszą być uwzględniane i postulaty najtrudniej dające się urzeczywistnić: wśród nich na pierwszym miejscu: dostarczanie zdrowych, słonecznych, suchych mieszkań i zapewnianie dzieciom rok rocznie dłuższego pobytu na wsi w zdrowych warunkach — w celu odpowiedniego zahartowania organizmu.

Na zakończenie — dołączony zostaje projekt badań prowadzenia karty i metod badania dziecka chorego na gościec oraz historia chorego dziecka która dobitnie wykazuje nam — wspomniane powyżej trudności w stawianiu prognozy co do stanu zdrowia przy reumatyzmie.

ACIDOL-PEPSIN

Preparat

KWASU SOLNEGO I PEPSYNY
w postaci stałej dla leczenia stanów
dyspeptycznych i achylicznych

Opakowanie oryginalne:

10 pastylek po 0,5 g.

Opakowanie kliniczne: po 250 pastylek.

Moc I (bardzo kwaśne) Moc II (słabo kwaśne).

Połączenie bizmutowo-białkowe.

BISMUTOSE

zapewnia dzięki swym specjalnym własnościom chemicznym i fizycznym intensywnie działanie lecznicze, zwiększoną ochronę przeciw mechanicznym i chemicznym podrażnieniom żołądka i kiszek, znaczne ograniczenie wydzielania śluzówek oraz nie powoduje żadnych objawów zatrucia wskutek wytwarzania azotynów.

Wskazania: ostre i przewlekłe nieżyty kiszek u niemowląt, dzieci i dorosłych, zakaźne choroby żołądka i kiszek, niestrawność, wrzód żołądka i jelit.

Dawkowanie:

dzieci 1—2 gr. wielokrotnie w ciągu dnia zmieszane z wodą
dorośli 3—5 gr. " " " i z kleikiem.

Opakowania oryginalne:

Pudełka po 25, 50, 100 i 250 gr.

ELDOFORM

(połączenie drożdży z kwasem garbnikowym)

niezawodne

ANTIDIARRHOICUM

w nieżytach cienkiego i grubego jelita

Wskazania: nieżyty jelit, niestrawność, biegunki zaburzenia jelitowe w przebiegu grypy i gruźlicy.

Specjalne wskazania w praktyce dziecięcej.

Opakowanie oryginalne:

Rurki po 20 tabletek po 0,5 gr., małe opakowanie po 10 tabletek po 0,5 gr. Opakowanie kliniczne po 250 tabletek.

I.G.FARBENINDUSTRIE AKTIENGESellschaft
NAUK.WYDZ.FARMAC., „Bayer - Meister Lucius”
LEVERKUSEN NAD RENEM

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską:

Dom agenturowy „REMEDIA” Warszawski, Fulde i S-ka

WARSZAWA, HIPOTECZNA 5. Skrz. poczt. 748

wysyła literaturę i próby na żądanie WWPP. lekarzy bezpłatnie.

JUŻ UKAZAŁA SIĘ NA PÓŁKACH KSIĘGARSKICH
książka Nr. 10

B I B L I O T E K I

WYDZIAŁU OPIEKI NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ
MINISTERSTWA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ

R E D A K T O R

BRONISŁAW KRAKOWSKI

Naczelnik Wydziału

Prof. Dr. MIECZYSŁAW MICHAŁOWICZ

C E C H Y Z D R O W E G O **I C H O R E G O N I E M O W L Ę C I A**

Cena egzemplarza (Str. 190) — Zł. 7.50

DO NABYCIA W POLSKIM KOMITECIE OPIEKI
NAD DZIEĆKIEM, WARSZAWA, JASNA 11, TEL. 419-16
I WSZYSTKICH KSIĘGARNIACH.

J. B. 14 l.

Wywiad: ojciec-woźnica — choruje na reumatyzm, matka — zdrowa.

5-ro rodzeństwa żyje — 2-je zmarło (?) poronień nie było. mieszkanie: ciemna, wilgotna suteryna — ulica położona nad Wisłą.

skład: 2 pokoje (wraz kuchnią), osób 8-ro.

Chłopiec — poza odrą — żadnych chorób nie przechodził, budowy jest krępej, muskularnej. Bardzo szeroka rozpiętość ramion, wzrost niski.

Przebieg choroby.

Zachorował w pierwszych dniach lutego na anginę z temp. do 39° i wyżej. Po tygodniu temp. spadła — utrzymywał się stan podgorączkowy. Chłopiec zaczął się skarżyć na bóle rąk i nóg, brak apetytu, zmizerniał.

P o r a z I przybył do szpitala w dniu 7.III i pozostawał w leczeniu do 28.III.

Przebył typowy atak gościca — do którego przyłączyło się po 2 tygodniach zapalenie wsierdza. Wypisany po 5 dniach bezgorączkowych z typowym szmerem skurczowym przy I tonie u wierzchołka.

P o r a z II-gi zjawia się w 2 miesiące później 24.V — i pozostaje w szpitalu do 21.VI. Tym razem wybitne pogorszenie. 2 szmery, granice serca powiększone, duża wątroba. Bóle stawowe utrzymują się. Posiew z krwi — jałowy. Wypisany z poprawą do domu.

P o r a z III-ci — jest znów w szpitalu od 17.VII do 12.VIII po miesiącu stan znów ciężki. Obrzęki znaczne, powiększona wątroba i śledziona, białkomocz. Stan serca zły. Wypisany z poprawą, bez obrzęków i bez białka — do domu.

W r a c a p o m i e s i ą c u p o r a z IV-ty — od 29.IX do 21.X Ogromna wątroba, ascites, anasarca. Białka w moczu 12⁰/₀₀, żółtaczka. Wasserman(—). Wypisany z powodu tęsknoty za domem z poprawą, lecz w ciężkim jeszcze stanie.

P o r a z V-ty jest od 9.XII do 23.XII w stanie prawie beznadziejnym. Prócz zmian uprzednich dołącza się zapalenie płuc. Na święta Bożego Narodzenia oddany w stanie beznadziejnym do domu.

W r a c a p o r a z VI-ty — 2.I do 27.I stan jak powyżej — oddany znów do domu bez poprawy z upewnieniem rodziców o beznadziejności sytuacji.

W trzy miesiące potem zjawia się pieszo w ambulatorjum ze znaczną poprawą. Na lato wyjeżdża na wieś i badany ostatnio — wygląda doskonale, szmer skurczowy utrzymuje się — jednak granica serca prawie normalna: wątroba nieco wystaje z pod łuku żebrowego — śledziony się nie wyczuwa, mocznik normalny. W płucach brak zmian. Apetyt doskonały, chodzi dużo, pływa.

Schemat badania chorych reumatycznych.

- A. Wywiad — dotyczący rodziców:
chorowali lub chorują na:...
- 1) gościec ostry lub chroniczny...
 - 2) choroby serca...
 - 3) płasawica...
 - 4) gruźlica...
 - 5) kiła...
 - 6) choroby nerwowe...
 - 7) zapal. wyrostka robaczkowego...
 - 8) choroby gardła...
 - 9) choroby tarczycy...
- B. Wywiad — dotyczący rodzeństwa:
- 1) przebyte choroby (tak, jak pacjent, patrz niżej).
 - 2) czy w chwili obecnej nie choruje na jedną z tych chorób
- C. Warunki mieszkaniowe: (kuchnia w pokoju, pranie w domu)
wieś: mieszkanie blisko rzeki, komary?
- D. Wywiad — dotyczący chorego:
- przebyte choroby:
- 1) gościec...
 - 2) serce, kiedy po raz pierwszy...
 - 3) płasawica...
 - 4) gruźlica...
 - 5) kiła wrodzona...
 - 6) m a l a r j a...
 - 7) angina...
 - 8) zapal. wyrostka robaczk...
 - 9) choroby przewodu pokarmowego...
- przebyte niedomagania:
- 1) bóle głowy...
 - 2) pocenie się...
 - 3) bóle kończyn...
 - 4) skłonność do wymiotów, zaburzeń żołądkowych...
 - 5) nerwowość...
 - 6) łatwe męczenie się...
- E. Początek choroby — przebieg dotychczasowy.

F. Opis chorego.

- 1) budowa — typ w/g Sigaud,
- 2) stan odżywiania,
- 3) owłosienie, cera,
- 4) oznaki degeneracji ustroju,
- 5) pomiary:
wzrost,
wysokość siedzeniowo — ciemieniowa (Si),
waga,
obwód klatki piersiowej,
siła mięśniowa,
- 6) skóra:
dermografizm,
kolor,
pocenie się,
guzki,
plamy,
próba Pirquet'a
„ Aldricha (wodna)
kapillaroskopja,

- ciepłota skóry
odczyny skórne nieswoiste.
- 7) kościec — stawy,
8) gruczoły — tarczyca,
9) system nerwowy:
 vagotonja,
 sympatykotonja,
 próba z pilocarpiną i adrenaliną,
 odruch oczno — sercowy,
 „ z plex. solaris,
 „ zmienionej pozycji,
 leukopedeza żółdkowa,
- 10) wzrok i słuch,
11) gardło: migdały, adenoidy, zęby, język.
12) płuca, serce, arytmja oddechowa,
13) jama brzuszna,
14) krew:
 morfologiczne badanie,
 czas opadania krwinek,
 Wassermann,¹
 posiew z krwi,
 grupy krwi — rodzice,
- 15) migdałki — posiew bakterjologiczny,
16) kał — jaja pasorzytów,
17) podstawowa przemiana materji,

PIŚMIENNICTWO.

1. Grenet. Rheumatisme. 2. J. Tinel. Chorea minor. 3. E. Thomas. Polyarthrititis acuta. H. d. Kinderh. 1928. 4. Goldberg. Warsz. Czas. Lek. 1928, Nr. 27-28. 5. Lapage C. Paget. 1926. Practitioner, Nr. 2, Bd. 117. 6. Wilson May G. M. Kopel. Am. J. of D. of Ch. 1926, Bd. 32. 7. Mackie T. T. Am. J. f. the med. ass. 1926, Bd. 172. 8. Abeloff. A. J. Iron Ph. Sohel. 1926. Arch. of Ped. 9. Blackader A. D. 1926. Canad. med. jour. 10. Hammerschlag E. 1926. Wiener arch. finn. med. 1926, Bd. 13. 11. Bussière H. C. Lawrens I. Rhea. 1926. Canad. med. Ass. J. Bd. 16. 12. Paynton T. J. Med. J. of Austr. 1926, Bd. 32. Med. research. connec. 1926, Nr. 114. 13. Snyder J. Ross. M. J. of Austr. 1926, Bd. 19. 14. Britisch. med. J. 1925, Nr. 33-83. 15. Singer. G. Med. Klinik. 1925, Nr. 41. 16. Pugh Wł. Gordon. J. of state med. sc. 1926, Bd. 34. 17. Szerft Homer. Am. J. of. med. sc. 1925, Nr. 5. 18. Benjamin F. J. Lancet. 1927, str. 1175. 19. Lowenfeld M. I. Lancet 1927, str. 1177. 20. Bourne G. Lancet. 1928, str. 217. 21. J. Paynton. Lancet. 1928, str. 537. 22. Atwacher R. The Am. J. of Hyg. 1927, v. VII. 23. Veil W. H. D. Med. Woch. 1928, ser. 1539. 24. Veil W. H. Kl. Woch. 1928, Nr. 615. 25. Coates and Coombes 1926. Arch. of D. of Ch. 1926. 26. Miller R. J. of St. Med. 1927. 27. Report on p. Health. Lancet. 1927, Nr. 44. 28. J. v. Breemen. W. Czas. Lek. 1928, Nr. 21. 29. Reports on P. H. Nr. 23. 1924. 30. Med. Research Conncil. 1927. (Child Life investigation Soc. cond. and Ac. Rheumatica). 31. J. M. Caham. J. of. Am. M. Ars. 1929, Maj. 32. Atwecher. Am. J. D. of Child. 1929, Luty. 33. Rheumatism, 1928, prace ze Zjazdu. Newman, van Breemen, Jansen, Paynton, Paynton Paine, J. Small, Bertrand, Thomson, Larams Barlow, Hitchcock, Weil i Berançon, lt. Lawrence. Coates, Hadfield, Rolleston, Pemberton W. L. Brown, Llewellyn-Gawod, Mackensie.

Odrębności w przebiegu gośćca stawowego u dzieci.

P o d a l i

T. Mogilnicki i M. Kukielówna.

Przy omawianiu powyższego tematu mamy na myśli wyłącznie gościec stawowy, jako chorobę niewątpliwie infekcyjną, zupełnie określoną, wywoływaną przez nieznane dotąd zarazki. Spraw septycznych, zapaleń stawów ropnych lub obrzęków stawowych, występujących w przebiegu chorób zakaźnych, a przede wszystkim w płonicy, poruszać tutaj nie będziemy.

Właściwy gościec stawowy jest chorobą zdarzającą się przeważnie w wieku młodym. U starszych dzieci występuje ona stosunkowo często, tem częściej, im dziecko bardziej zbliża się do wieku pokwitania. Olbrzymie statystyki lat ostatnich zarówno krajów europejskich, jak i Ameryki Północnej, wskazują aż nadto dobitnie, że reumatyzm jest złem społecznym w skutkach swych nie mniejszem, niż gruźlica, i że walka z niem powinna być, podobnie jak z gruźlicą, energiczna. Podług danych Askins'a i Pugh'a w Anglii umiera rocznie od 12—15 tysięcy dzieci z powodu wady serca pochodzenia gośćcowego. Z liczb zebranych przez Marję Grein okazuje się, że z 2051 przypadków gośćca stawowego u dorosłych w 7,61% rozpoczęła się choroba u dzieci przed 15 rokiem życia, z tych większość (6,14%) miała wadę serca. Kahan, który zbierał dane z lat ostatnich, twierdzi, że w Stanach Zjed. Amer. Pół. w przeciągu 1924 roku umarło dzieci od 10—14 lat więcej na wadę serca, niż na jakiegokolwiek inne cierpienie. Przy badaniu 10,339 dzieci szkół powszechnych w Filadelfji w 0,91% stwierdzono wadę serca. Odsetek był tem większy, im starsze były dzieci. Osobiście mieliśmy sposobność badać młodzież szkół średnich, wyjeżdżającą na Kolonje Letnie i przekonaliśmy się, że mniej więcej w 1% przypadków młodzież miała wadę serca, o której często ani rodzice, ani dzieci nie wiedzieli.

Gościec stawowy niezmiernie często powoduje stałą wadę serca. Dane rozmaitych autorów różnią się znacznie między

sobą. Podczas gdy Lawrence uważa, że w 80—90% przypadków po przebytych gościcu pozostaje wada serca, Freund przyjmuje odsetek 65%, Garrod — 50%, Pribram — 40%. Z danych naszych, zebranych za ostatnie 4 lata wynika, że z 62 stałych wad serca, występujących nie w przebiegu g. staw. lub płasawicy, 34 razy w wywiadach stwierdziliśmy gościciec, 5 razy płasawicę, a 23 razy przyczyna pozostała niewyjaśniona. Przypuszczamy jednak, że i z tych 23 przypadków poważny odsetek zaliczyłoby należało do chorób wywołanych g. staw. Klinika bowiem wskazuje nam, że choroby serca mogą występować nawet po krótkotrwałym zachorowaniu, przebiegającym ze słabymi objawami stawowymi. Czasem wadę serca stwierdzaliśmy u dzieci, które nigdy obłożnie nie chorowały, skarżyły się one tylko na występujące niekiedy bóle rąk lub nóg, szczególnie przy zmianie pogody; ale o gorączce wzmianki nie było. I przeciwnie, niekiedy ciężkie postaci g. staw. przebiegały bez następnej wady serca. Spostrzeżenia nasze zgadzają się z danymi Willsona, Lingga i Croxforda, którzy uważają, że lekkie bóle stawów u dzieci, przypisywane bólom od rośnięcia, mogą dawać takie same powikłania sercowe, jak ostry gościciec stawowy.

Reumatyzm nawet lekki wskutek ogromnej częstości powikłań chorobami serca jest zachorowaniem bardzo poważnym, pozostawiając bowiem po sobie wadę serca zmniejsza cielesną wydajność jednostki. Ludzie, u których wystąpiła wada serca, nie mogą ani intensywnie, ani ciężko pracować, są często na utrzymaniu swojej rodziny i umierają wcześniej, niż jednostki o zdrowym sercu.

Istnieje niewątpliwe powinowactwo pomiędzy gościcem staw. u dzieci, a płasawicą; dwie te choroby zdarzają się powyżej lat 5-ciu do lat 13.

Przez przeciąg 4-ch lat stwierdziliśmy płasawicę raz jeden u dziecka 4-letniego, a goś. staw. tylko 5 razy u dzieci poniżej lat 5-ciu. Obie choroby występują częściej w sferach niezamierzonych, przeważnie w miesiącach zimowych, rzadko latem podczas upałów. Obie dają często powikłania sercowe. Nierzadko u chorych na goś. staw. stwierdzamy wcześniej lub później płasawicę i odwrotnie, po przebytej płasawicy po kilku nawet miesiącach lub latach występować mogą zapalenia stawów.

Bywają wypadki równoczesnego występowania obu tych chorób. Przypadek kol. Polakowa, podany w Pedjatrii Polskiej w 1928 r. jest namacalnym dowodem, jak ścisły związek istnieje pomiędzy angina, goś. staw., płasawicą i zapaleniem wśierdzia. Płasawica pod jednym względem różni się zasadniczo od gościca, — nie reaguje dodatnio na tak potężny środek leczniczy reumatyzmu, jakim jest salicylat sodu. W każdym razie płasawicę śmiało zaliczyć możemy do chorób reumatycznych wieku dziecięcego.

O przebiegu i leczeniu płasawicy rozwodzić się nie będziemy, ponieważ temat ten na zasadzie materiału szpitala Anny Marji został w roku zeszłym opracowany przez kol. lwaskiewiczza.

Z danych naszych wynika, że prócz płasawicy stwierdziliśmy od 1-go stycznia 1925 r. do 1-go stycznia 1929 r. goś. staw. 84 razy, a mianowicie:

1) goś. staw. bez zajęcia innych narządów	19 razy
2) goś. staw. i zapalenie zastawek serc.	48 „
3) goś. staw. i zapalenie wsierdza i osierdza	4 „
4) goś. staw. zapalenie wsierdza, osierdza i opłucnej	2 „
5) goś. staw. zapal. osierdza i opłucnej	2 „
6) goś. staw. i płasawicę	3 „
7) goś. staw. płasawicę i zapalenie wsierdza	6 „

Razem 84

Przypadki g. stawowego bez jednoczesnego zajęcia innych narządów, zwane niesłusznie przypadkami bez powikłań, stanowią poważny odsetek, ale o braku powikłań trzeba wnioskować bardzo ostrożnie, ponieważ zdarza się stosunkowo często, że w przebiegu gościca stawowego nie stwierdzamy wybitniejszych zmian w sercu, a dzieci te badane po pewnym czasie wykazują już rozwiniętą wadę serca. Czy rozwinęła się ona później, czy też istniała poprzednio w przebiegu ostrej choroby tylko nie była, lub też nie mogła być rozpoznana, bo proces na zastawkach nie był zakończony, a zbliźnowacenie nastąpiło później. Szmerzy zastawkowe bowiem nie wskazują na samo zapalenie wsierdza, a na mechaniczną konsekwencję tego zapalenia naskutek wytwarzania się blizn. To samo dotyczy zresztą i sprawy poprzednio omawianej, mianowicie wady serca, gdzie w wywiadach nie było wzmianki o chorobie gościcowej. Należy zdawać sobie sprawę, w jakich warunkach zbierane bywają od chorych wywiady. Ileż to razy niekulturalni rodzice nie przypominają sobie, czy wogóle dziecko nie chorowało na zapalenie stawów, a sam chory również nic nie pamięta. Do naszego szpitala niezmiennie często przywożone bywają dzieci przez pogotowie ratunkowe z rozmaitych przytułków zupełnie bez wywiadów. Lekarz, przyjmujący chorego do szpitala, pomimo najlepszej woli nie może nic pewnego dowiedzieć się ani o początku, ani o przebiegu cierpienia. Stwierdza już tylko rozwiniętą, przeważnie zaniedbaną chorobę, przyczyna której nie jest jasna. Niekiedy dopiero później, dodatkowo dowiadujemy się, że mieszkanie było wilgotne i bóle stawów częste. Z drugiej strony niezmiennie trudno bywa określić w przebiegu reumatyzmu moment wystąpienia zapalenia wsierdza. Nam się wydaje, że należy mówić wogóle nie o gościcu stawowym, a o chorobie gościcowej. Zapalenia wsierdza, osier-

dzia, opłucnej, a nawet otrzewnej należałoby raczej uważać za jeden z przejawów infekcji reumatycznej, a nie za powikłanie goścca stawowego. Bouillard słusznie twierdzi, że serce u dzieci zachowuje się jak staw, choroba przechodzi z jednego stawu na inny, na wsierdzie, czy osierdzie, infekcja nie wiadomo dłaczego zajmuje raz jedno, raz inne miejsce.

Nie każde również niewątpliwe zapalenie wsierdzia pozostawia po sobie trwałą wadę serca. Według Pribrama zapalenie wsierdzia występuje w przebiegu goścca w 80% przypadków, a trwała wada serca pozostaje w 40%. Barbier idzie jeszcze dalej twierdząc, że u większości chorych zapalenie wsierdzia nie kończy się wadą serca. Niejednokrotnie w przebiegu g. staw. słyszymy nad wierzchołkiem serca podmuch skurczowy, stwierdzamy nieznaczny akcent drugiego tonu nad tętnicą płucną i niewielkie rozszerzenie serca i z całą pewnością orzec nie możemy, czy to są zmiany w mięśniu serca, (carditis), czy szmer zależy od względnej niedomykalności zastawek, czy też jest to zapalenie wsierdzia.

Często przy łóżku chorego istnieje różnica zdań pomiędzy lekarzami, to co dla jednych jest już objawem zapalenia wsierdzia, dla innych może być wywołane zmianami w czynności serca.

U naszych chorych stwierdzaliśmy kilkakrotnie w przebiegu g. stawowego wybitny szmer skurczowy, który utrzymywał się przez 10—14 dni i stopniowo mijał bez śladu i przeciwnie, w innych przypadkach, lekki początkowo podmuch przechodził następnie w szmer ze wszystkimi objawami wady serca.

Zdaniem większości autorów punktem wejścia zarazka gość. do ustroju są chore migdałki, chociaż różnica poglądów pod tym względem jest bardzo znaczna. Według Freunda udział migdałków w jakiejś postaci wynosi 60%, według Jochmana nawet 80%, podczas gdy Pribram na 677 przypadków g. s. tylko w 1,7% miał w wywiadach anginę, Waintraud w 15%, Wygind w 40%.

W naszych przypadkach niewątpliwą anginę stwierdziliśmy w 13 przypadkach, zmiany na migdałkach były częste; te ostatnie nie są miarodajne, ponieważ powiększone i poszarpane migdałki spotykamy u dzieci proletariatu bardzo często, niezależnie od tego czy był, czy nie był g. s.

Kilkakrotnie stwierdzaliśmy również anginę już w przebiegu ostrego g. s. Prof. Eckstein, który miał w październiku 1928 r. w Aachen wykład o g. s. u dzieci, uważa, że nie jest dowiedziony pewny związek przyczynowy pomiędzy zmianami patologicznymi, występującymi na migdałkach, a g. s., jak również, że nie można z całą pewnością ustalić dodatniego wpływu usunięcia migdałków na dalszy los reumatyków, ale pomimo

to radzi usuwać migdałki dla uniknięcia nawrotów goścca wówczas, gdy są one bardzo silnie zmienione.

Angielscy i amerykańscy autorzy twierdzą, że zepsute zęby bywają bardzo często punktem wejścia zarazka gośccego do ustroju. Badacze innych krajów nie sądzą, żeby udział zepsutych zębów w etiologii g. s. miał grać poważniejszą rolę, chociaż niekiedy zarazek może dostać się do krwioobiegu i tą drogą.

Przebieg ostrego g. s. u dzieci prawie że nie różni się od tego, co spostrzegamy u dorosłych. I tu i tam stwierdzamy stan gorączkowy trwający kilkanaście dni i dłużej, obrzęki, zaczerwienienie i bolesność kilku naraz stawów, i t. p. Charakterystyczną natomiast cechą goścca stawowego u dzieci jest wybitna bledź twarży chorego, pewna jej woskowatość, najwyraźniej niezależna od zmian we krwi, które naogół nie są tak znaczne (badania krwi Bernsteinówny i Białaszewiczówny), a są prawdopodobnie pochodzenia naczynioruchowego. U dzieci również częściej, niż u dorosłych, stwierdzamy zajęcie tylko jednego stawu (monarthrit) przebiegające z mniejszą lub większą gorączką, co może przypominać gruźlicę stawów. Historję choroby 3 takich najbardziej charakterystycznych przypadków, pozwolimy sobie w krótkości przytoczyć:

J. W. 4-letni chłopczyk. Od paru dni podniesienia ciepłoty dochodzące do 37,4—50 i ból lewego stawu biodrowego. Przy chodzeniu utyka. Przy badaniu chłopiec wyraźnie wskazuje na bolesność w biodrze, szczególnie przy próbach odprowadzenia. Inne stawy niebolesne. Gardło zlekka zaczerwienione. Zastosowano 3,0 gr. salic. sodu na dobę. Po 5-ciu dnjach ciepłota spadła, bolesność zmniejszyła się i ustąpiła po 10 dniach. Choroba nie pozostawiła śladu ani w stawach, ani w sercu.

Drugi przypadek jeszcze bardziej charakterystyczny: B. K. 7-letni chłopiec, mając 3 lata zaczął źle chodzić i skarżyć się na ból w dolnej części kręgosłupa. Chirurg postawił rozpoznanie gruźlicy kręgow łędźwiowych pomimo niewyraźnej fotografii Roentgena. Zrobiono chłopcu łóźeczko gipsowe, w którym pozostawał przez półtora roku. Przez dwa i pół lat zdrowy zupełnie. W połowie lutego 1929 r. zachorowuje nagle z dużą gorączką i obrzękiem prawego stawu biodrowego. Chłopiec zupełnie nie może stanąć na nodze, przy poruszaniu nogą płacze. Gardło czerwone. Inne stawy niebolesne. Zastosowano duże dawki n. salic. Po tygodniu bolesność stawu zmniejszyła się, po 2 tygodniach nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Trzeci przypadek dotyczy 5-cioletniej dziewczynki, skierowanej do szpitala na oddział chirurgiczny z rozpoznanem gruźlicy kręgow szyjowych, w celu zrobienia kołnierza gipsowego. Wobec stanu gorączkowego dziecko zostało przyjęte na oddział wewnętrzny i poddane leczeniu przeciwgośccowemu. Po 2 tygodniach zdrowe wypisano do domu.

Do właściwości g. s. u dzieci należy również znacznie częstsze, niż u dorosłych, jednoczesne zachorowanie innych narządów — wsierdzia, osierdzia, opłucnej, a nawet otrzewnej. Jeden z nas obserwował przypadek ostrego, bardzo ciężkiego g. s. u 8-ioletniego dziecka, który rozpoczął się obrzękiem prawego stawu skokowego i silnymi bólami brzucha, przypominającymi zapalenie wyrostka robaczkowego. Leczenie pre-

paratami salicylowemi i dalszy przebieg choroby wykazały, że mieliśmy do czynienia z podrażnieniem otrzewnej pochodzenia gośćcowego.

O ile przebieg ostrego g. s. u dzieci nie różni się znacznie od tego, co spostrzegamy w wieku późniejszym, o tyle chroniczny g. s. u dzieci gra rolę znacznie mniejszą, niż w patologii ludzi dorosłych. U dzieci przeważnie ostry g. s. zostaje zupełnie wyleczony, bardzo rzadko przechodząc w stan chroniczny, co tak często spotykamy u dorosłych, chociaż skłonność do ponownego zachorowania jest również częsta u młodzieży, jak i u osób starszych.

G. s. zniekształcający zdarza się u dzieci rzadko, u dorosłych dosyć często. Natomiast codziennie prawie spotykamy się podczas godzin przyjęć ze skargami na bóle kończyn, częściej nóg, niż rąk. Niekiedy rodzice uzależniają te bóle od zmian pogody, ale właściwej przyczyny ustalić nie mogą. W wywiadach w olbrzymiej większości przypadków niema g. s. Schotmüller z przekąsem odzywa się o lekarzach, którzy małą zwracają uwagę na te bóle i uważają je za przejaw g. s., bo faktycznie w pewnym odsetku przypadków znajdujemy u takich chorych wadę serca. Ale stanowczo nie wszystkie te bóle są gośćcowego pochodzenia. Czy zależą one częściowo od drobnych urazów kości długich i chronicznego zapalenia okostnej, czy są przyczyną rośnięcia (*de croissance*), czy są g. pochodzenia, a może część ich, szczególnie w sferach zamożnych, tak chętnie przekarmiających dzieci, zależy od skazy dnawej. Podobnie, jak przy przemijających bólach brzucha u dzieci, lekarz nigdy nie może być pewien, czy nie ma do czynienia z chronicznym zapaleniem wyrostka robaczkowego, przy bólach stawów niezmiernie trudno bywa orzec, jaka jest ich właściwa przyczyna. W każdym razie należałoby systematycznie badać gardło i serce, mierzyć ciepłotę i przy uzasadnionem podejrzeniu g. s. przeprowadzać energiczne leczenie salicylowe. Rozpoznanie ostrego g. s. naogół jest dosyć łatwe. Niekiedy jednak ostre stany septyczne z ropnemi zapaleniami stawów mogą początkowo przebiegać jak g. s. Również gruźlicze zapalenie stawów symulować może g. s. i przeciwnie, gościec ograniczony do jednego stawu przebiega niekiedy jak gruźlicze zapalenie, o czem wzmiankowaliśmy powyżej.

Największe trudności rozpoznawcze nastęrczać może odróżnienie ostrego g. s. od osteomyelitis. W roku zeszłym spostrzegaliśmy 2 podobne przypadki u starszych dzieci: w jednym wobec bardzo ciężkiego stanu ogólnego i zajęcia tylko jednego stawu podejrzewaliśmy zapalenie szpiku kostnego, dalszy przebieg – zajęcie innych stawów i dobre wyniki leczenia salicylowego – wykazał nam, że przypuszczenie pierwotne było błędne. W drugim, nieznaczny obrzęk stawu barkowego i stosunkowo niewysoka gorączka, nasuwały przypuszczenie g. st., dopiero

na drugi dzień, gdy obrzęk i zaczerwienienie stawu powiększyły się i ogólny stan pogorszył się rozpoznaliśmy osteomyelitis.

Czasem choroba posurowicza przebiega z dużą gorączką i obrzękiem stawów, co może przypominać g. st.

Rozpoznanie różniczkowe chronicznego zapalenia stawów, może niekiedy natrafiać na poważne trudności, ponieważ bóle stawowe, stan zapalny, ograniczenie ruchów są wspólne dla wszystkich zapaleń, niezależnie od etiologii cierpienia. Tam, gdzie stwierdzamy gruźlicze przetoki, lub gruźlicze gruczoły i obrzęk stawów, należy liczyć się, z tak zwaną, Poncetowską postacią gruźliczego pseudoreumatyzmu. Ta postać zapalenia ogranicza się przeważnie do jednego lub dwóch stawów, najczęściej kolan i nie poddaje się leczeniu salicylowemu.

Niejasny jest związek pomiędzy plamicą i gośćcem stawowym. Bywają przypadki plamicy silnie wyrażonej, do której dołączają się lekkie obrzęki stawów, mające gośćcowy charakter i oddziałujące dobrze na leczenie salicylowe. Z drugiej strony do g. st. dołączają się niekiedy wylewy krwawe i powstaje obraz plamicy.

Leczenie ostrego g. st. u dzieci polega na podawaniu dużych dawek salicylanu sodu, łącznie z sodą — w celu zmniejszenia podrażnienia żołądka. Energiczną kurację (od 5,0 — 6,0 gr. dziennie) przeprowadzamy przez cały czas trwania stanu gorączkowego i obrzęku stawów. Następnie stopniowo zmniejszamy dawkę, nie przerywając podawania salicylu przez 2 tygodnie po ustaniu wszystkich objawów. Chory przez cały czas musi pozostawać w łóżku. Naszem zdaniem salicylan sodu działa dodatkowo nietylko na zapalenie stawów, ale i na stan zapalny wosierdzia, osierdzia i opłucnej. W razie nietolerancji żołądka można stosować salicyl w lewatywach po 1—2 grm. na dawkę, lub preparaty pochodne: aspirynę, melubrynę, salipirynę, których działanie jednak jest słabsze, niż preparatu macierzystego. Schotmüller twierdzi, że przy leczeniu ostrego g. s. świetne wyniki dają duże dawki pyramidonu. Miejscowo można stosować okłady, lub wcierania salicylowej maści.

Leczenie chronicznego g. st. jest mniej wdzięczne. O ile zawodzi leczenie salicylowe, należy próbować stosowania proteinoterapii: zastrzykiwanie mleka, yatren-cazeiny i t. p. W naszym szpitalu najlepsze wyniki w leczeniu gośćca przewlekłego i zniekształcającego dało nam systematyczne zastrzykiwanie siarki, o czym w swoim czasie pisała kol. Frenklowa.

W ostatnich czasach zaczęliśmy stosować cuti-vaccinę Paula, ale wobec skąpego materiału nie możemy wyciągać żadnych wniosków konkretnych.

Z Kliniki Pedjatrycznej Uniw. War.
(Dyrektor: Prof. M. Michałowicz)
Z miejskiego zakładu dla opuszczonych dzieci
(Naczelný Lekarz Dr. Judt)
Z Państwowego Zakładu Higieny
(Dyrektor L. Hirszfeld)

Czy jest celowe uodparnianie przeciwbłonicze dzieci młodych?

podali

H. Hirszfeldowa i M. Mayzner.

W pracy, wykonanej wspólnie z Halberówną, zastanawialiśmy się nad zagadnieniem, czy istnieje związek pomiędzy stopniem dojrzałości serologicznej ustroju i jego zdolnością wytwarzania ciał odpornościowych. Wskazaliśmy na sprzeczność zdań w piśmiennictwie w kwestjach, dotyczących tej sprawy, cytowaliśmy autorów, którzy kwestjonowali wogóle wartość praktyczną uodparniania dzieci młodych do lat trzech (Ribadeau, Dumas, Zoeller).

Doświadczenia nasze wykazały, że pesymizm tak daleko idący, nie jest uzasadniony, to znaczy, że dzieci młode pod wpływem uodparniania dają ciała odpornościowe choć w stopniu słabszym, niż dzieci starsze. Analizowaliśmy nasze wnioski z punktu widzenia, sformułowanego przez Hirszfelda. Hirszfeld nazwał czas, kiedy pojawiają się w krwiobiegu ciała odpornościowe normalne, zwrotnym punktem odpornościowym i wyraził przypuszczenie, że zdolność wytwarzania ciał odpornościowych caeteris paribus zależy od oddalenia od tego punktu zwrotnego, a zatem od dojrzałości serologicznej w stosunku do danych przeciwciał. Biorąc za podstawę takie ujęcie, wydawało się możliwe, że różnice pomiędzy poszczególnymi autorami nie są przypadkowe, lecz polegają na badaniu odmiennych antygenów w odmiennym środowisku. Tak np. izoprzeciwciała pojawiają się wcześniej niż antytoksyna błonicza, ta zaś wcześniej niż płonicza i t. p. W myśl przypuszczenia, sformułowanego powyżej, wydawało się możliwe, iż uodparnianie dzieci w okresie dojrzałości „błoniczej” i niedojrzałości „płonicznej” uda się w błonicy, będzie utrudnione w płonicy i t. d.

Dlatego nie wydawało się nam słuszne uzależnianie zagadnienia tak ważnego, jak szczepienia przeciwbłonicze, od twierdzenia ogólnikowego, że można u dzieci młodych otrzymać dodatni odczyn Widala, lub uodpornienie anatoksyną przeciwteczową i t. d. Należało użyć tego samego antygeny, na jakim chcemy oprzeć praktyczne wnioski.

Jeszcze jeden punkt widzenia musi być uwzględniony naszym zdaniem przy pracach tego typu. Śwoista zdolność wytwarzania ciał odpornościowych zależy od wielu czynników, z których dojrzałość serologiczna (obecność ciał odpornościowych normalnych) jest bodaj jednym z najważniejszych, lecz nie

jedynym. Działanie bodźców uruchamia przedwcześnie siły odpornościowe ustroju i wyzwala przed czasem potencjalne siły odpornościowe. Dlatego byłoby błędem porównywać wyniki badań szczepień ochronnych w przedszkolach, do których uczęszczają dzieci ze sfer proletariackich i w szkołach prywatnych. Dla tych względów nasze badania od początku zostają wykonywane w zakładzie zamkniętym, którego środowisko i warunki epidemiologiczne są nam jak najdokładniej znane. W zakładzie tym przebywa około 180 dzieci. Dokładne badania bakteriologiczne w okresie uodpornienia wynosiły 9⁰/o nosicielstwa. Przypadków błonicy w tym czasie nie było, mimo dość wysokiego ⁰/o nosicieli i ⁰/o dzieci z odczynem Schicka + (35⁰/o). Związku pomiędzy nosicielstwem w tym okresie czasu i odczynem Schicka nie zauważono. Innymi słowy zakażenie utajone, jeżeli nawet zmieniło zdolność oddziaływania poszczególnych osobników i wpłynęło, być może, na te b. dodatnie wyniki szczepienia (przyśpieszona zdolność oddziaływania), to samo nie miało jednak znaczenia decydującego w sprawie zamiany odczynu Schicka dodatniego na ujemny. Musimy się liczyć z prawdopodobieństwem, że wszystkie dzieci badane były krócej lub dłużej nosicielami. Doświadczenia jednego z nas z p. Sparrow dały wyniki następujące: nosicielstwo w 1926 i 1927-ym wynosiło 20⁰/o; nosicielstwo jest niezależne od odczynu Schicka; uodparnianie anatoksyną nie wpływa na długotrwałość nosicielstwa.

W takim otoczeniu zostały wykonane badania następujące: 40 dzieci z odczynem Schicka dodatnim w wieku od 6 miesięcy do 5 lat (z tych 23 od 6 miesięcy do 3 lat i 17 od 3 do 5 lat) uodporniliśmy metodą Ramona (anatoksyny).

26.IV 28 r. 1-szy zastrzyk 0,5 ccm. 13.V 2-gi zastrzyk 1 ccm. Odczyny sprawdzaliśmy: 3.V, 2.IX, 2.XII, 28 r. i 2.V 29 r. Jak wykazuje tablica I z 23 dzieci w wieku od 6 mies. do 3-ich lat uodporniło się 21, nie uodporniło się dwoje. Z dzieci 17 w wieku od 3 do 5 lat uodporniło się 16, nie uodporniło się jedno.

Z 10-ciu uodparnianych mlekiem zastrzykniętem 23.IV wilości 0,5 ccm. 26.IV—1 ccm., 30.IV—1 ccm. (odczyny sprawdzono 3.V, 12.V, 2.IX i 2.V 29 r.) uodporniło się jedynie dwoje (tablica II).

Dla kontroli obserwowaliśmy jednocześnie 19 dzieci z odczynem Schicka + bez uprzedniego uodpornienia, dla stwierdzenia wytwarzania się odporności samoistej. W okresie czasu, obejmującym uprzednie doświadczenia z tych 19 dzieci uodporniło się 7-ro (tablica III).

Jak widzimy, najlepsze wyniki, gdyż około 90⁰/o odporności uzyskaliśmy zapomocą uodparniania metodą Ramona. W żadnym przypadku odczyn Schicka—nie zmienił się na +, (uodpornione dzieci nie straciły odporności).

Doświadczenia nasze wykazują zatem, że uodparnianie przeciwbłonnicze dzieci młodych jest skuteczne. Nie znaczy to naturalnie, by stopień odporności i jej długotrwałość, były jednakowe w różnym wieku. Przeciwnie, prawdopodobne jest na

mocy ogólnych rozważań biologicznych, że odporność ta będzie może nieco krócej trwała. Nie ma to jednak znaczenia praktycznego, gdyż fakt, że można uodpornić dzieci młode, wobec wrażliwości tego wieku na błonicę i często złośliwego przebiegu, nakazuje szczepienia te przeprowadzać na szeroką skalę.

Druą sprawą o znaczeniu więcej teoretycznem, jest to używanie antygenów nieswoistych. Nasze doświadczenia wykazują, że takie ciała odpornościowe szybko znikają z krwiobiegu. Wskazuje to może na to, że wcześniejsze powstawanie odporności (Schick—i Dick—) w sferach ubogich polega w mniejszym stopniu na działaniu bodźców nieswoistych, jak być może, na różnicach konstytucyjnych, wytworzonych przez selekcję w sferach ubogich zarówno jak i na działanie bodźców swoistych.

Badania nasze potwierdzają badania autorów francuskich, oparte na dużym materiale, że szczepienia przeciwbłonicze należy przeprowadzać od I-go roku życia.

T A B L I C A I.

Nr. porząd.	Nazwisko	Wiek	Odczyn Schicka		I zastrzyk anatoksyny	II zastrzyk anatoksyny	Odczyny Schicka							
			23/IV.28				3/V.28		2/IX.28		2/XII.28		2/V.29	
			J	K			J	K	J	K	J	K	J	K
1	B. B-n	5 l.	+	-	0,5cm ³	1 cm ³	-	-	-	-	-	-	-	-
2	M. G-s	5 l.	++	-	"	"	-	-	-	-	-	-	-	-
3	B. E-l	3 l.	+	-	"	"	+	+	-	-	-	-	-	-
4	R. W-man	3 l.	++	-	"	"	-	-	-	-	-	-	-	-
5	H. G-man	5 l.	+	-	"	"	+	-	-	-	-	-	-	-
6	E. W-man	5 l.	+++	-	"	"	+	-	-	-	-	-	-	-
7	C. G-d	5 l.	+	-	"	"	+	-	-	-	-	-	-	-
8	E. H-wicz	5 l.	+	-	"	"	+	-	-	-	-	-	-	-
9	Ch. R-baum	4 l.	+	-	"	"	+	-	-	-	-	-	-	-
10	H. Sz-er	4 l.	+	-	"	"	+	+	-	-	-	-	-	-
11	I. W-owicz	3 l.	+	-	"	"	-	-	-	-	-	-	+	-
12	L. K-c	3 l.	+++	-	"	"	-	-	-	-	-	-	-	-
13	K. C-ki	3 l.	+	-	"	"	-	-	-	-	-	-	-	-
14	A. B-a	4 l.	+	-	"	"	-	-	+	-	+	+	+	+
15	M. S-min	4 l.	+	-	"	"	-	-	-	-	-	-	-	-
16	L. Ba-r	3 l.	+	-	"	"	+	-	+++	-	-	-	-	-
17	K. S-wicz	2 l.	++	-	"	"	-	-	-	-	-	-	-	-
18	M. G-berg	1r. 6m.	+	-	"	"	-	-	-	-	-	-	-	-
19	A. K-man	2 l.	+	-	"	"	-	-	-	-	-	-	-	-
20	M. E-l	1 r.	+	-	"	"	++	-	-	-	++	+	-	-
21	I. G-berg	1 r.	+	-	"	"	+	-	-	-	-	-	-	-
22	T. P-man	1r. 6m.	+	-	"	"	+	-	-	-	-	-	-	-
23	I. P-er	1 r.	+	-	"	"	+	-	-	-	-	-	-	-
24	J. R-man	1 r.	+	-	"	"	+	-	-	-	-	-	-	-
25	R. M-wicz	1 r.	+	-	"	"	++	-	-	-	-	-	-	-
26	L. K-wicz	2 l.	+++	-	"	"	+	+	+	++	-	-	-	-
27	A. B-wicz	1 r.	++	-	"	"	+	-	-	-	-	-	-	-
28	R. Cz-wicz	1 r.	+	-	"	"	-	-	+	+	-	-	-	-
29	Ch. Z- yng	1 r.	+	-	"	"	+	-	-	-	-	-	-	-
30	J. S-wicz	1 r.	+++	-	"	"	-	-	+++	+	-	-	++	+

(Dalszy ciąg tablicy I-ej).

Nr. porząd.	Nazwisko	Wiek	Odczyn Schicka		I zastrzyk anatoksyny	II zastrzyk anatoksyny	Odczyn Schicka					
			7/X. 28				4/XI. 28		2/XII. 28		2/V 29	
			J	K	18/X. 28	10/XI. 28	J	K	J	K	J	K
31	Daw. C-ki	1 rok	++	—	0,5 cm ³	1 cm ³	+	—	—	—	—	—
32	Wiktor A-ki	6 m.	+	—	"	"	+	—	—	—	—	—
33	Moj. F-ger	9 "	+	—	"	"	—	—	—	—	—	—
34	Chana W-d	6 "	+	—	"	"	+	—	+	—	—	—
35	Ch. F-wicz	6 "	+	—	"	"	—	—	—	—	—	—
36	Sz. R-sztajn	6 "	+	—	"	"	+	—	—	—	—	—
37	Jospe M-er	6 "	++	—	"	"	+	—	++	—	—	—
38	T. G-wicz	6 "	++	—	"	"	++	—	—	—	+	+
39	Abram P-ki	9 "	+	—	"	"	+++	—	—	—	—	—
40	B. C-wicz	12 "	+++	—	"	"	—	—	—	—	—	—
41	Adolf K-ski	9 "	+	—	"	"	—	—	+	—	+	+

T A B L I C A II.

Uodparnianie antygenami nieswoistemi (wlewanie).

Nr. porz.	Nazwisko	Wiek	Odczyn Schicka		I zastrzyk mleka	II zastrzyk mleka	III zastrzyk mleka	Odczyny Schicka							
			25/III 28					3/V 28		12/V 28		2/IX 28		2/V 29	
			J	K	23/IV	26/IV	30/IV	J	K	J	K	J	K	J	K
1	J. K-sztajn	2 lata	+++	—	0,5 cm ³	1 cm ³	1 cm ³	+	—	+	—	+	—	+	—
2	Z-on	2 "	+++	—	"	"	"	+	—	+	—	+	—	+	—
3	J. M-In	2 "	++	—	"	"	"	+	—	+	—	+	—	+	—
4	I. K-an	2 "	+	—	"	"	"	+	—	+	—	+	—	+	—
5	J. B-ski	2 "	+	—	"	"	"	—	—	—	—	—	—	—	—
6	A. G-k	2 "	+++	—	"	"	"	+++	—	+	—	+	—	+	—
7	Sz. P-n	3 "	+++	—	"	"	"	++	—	++	—	—	—	—	—
8	C. G-man	2 "	+	—	"	"	"	+	—	+++	—	+++	—	—	—
9	B. B-wrz	2 "	+++	—	"	"	"	+	—	—	—	—	—	+	+
10	J Z-yg	1r. 6m.	+++	—	"	"	"	—	—	+	—	—	—	+	—

T A B L I C A III.

Samoistne uodparnianie się przeciw błonicy.

Nr. porz.	Nazwisko	Wiek	O d c z y n y S c h i c k a							
			7/X 1928		4/XI 28		2/XII 28		2/v 29	
			J	K	J	K	J	K	J	K
1	Ruchla Sz-r	2 lata	+	—	+	—	+	—	+	—
2	Łaja W-icz	"	+	—	—	—	—	—	—	—
3	Szlama S-icz	1 rok	+	—	+	—	+	—	+	—
4	Marjan Fuks	3 lata	++	—	+	—	+	—	+	—
5	Linicz	"	+	—	—	—	—	—	—	—
6	Sala R-ka	"	++	—	++	—	++	—	++	—
7	Mojżesz R-ki	1r. 9m.	++	—	++	—	++	—	++	—
8	Moniek H-sejn	2l. 9m.	+++	—	++	+	++	—	++	—
9	Jakób G-man	3 lata	+++	—	++	—	+++	—	+++	—
10	Benj. Sz-fisz	2 "	+	—	+	—	+	—	+	—
11	Tauba M-ska	3 "	+	—	+	—	—	—	—	—
12	Wiktor A-ki	6 m.	+	—	+	—	—	—	++	++
13	Sabina T-wicz	1 rok	+	—	+	—	+	—	+	—
14	Suchar W-ki	"	+	—	—	—	+	—	—	—
15	Kas. Stok	"	+++	—	+	—	++	—	++	+
16	Herman K-t	7 m.	+++	—	+	—	+	—	—	—
17	Chaim C-ach	5 m.	+	—	+	—	+	—	+	—
18	Chil L-d	8 m.	+	—	+	—	—	—	—	—
19	Łosicki	7 m.	+	—	+	—	+	—	—	—
20	Hersz L-wicz	1 rok	+	—	+	—	—	—	++	+

R é s u m é.

M-me Dr. H. Hirszfeld et Dr. M. Mayzner.

L'immunisation antidiphthérique est elle efficace chez les enfants très jeunes?

Dans un orphelinat, dont les conditions épidémiologiques nous étaient bien connues (porteurs des germes, réaction de Schick et caet.) nous avons soumis à la vaccination antidiphthérique par la méthode de Ramon 40 enfants âgés de 6 mois à 5 ans. 10 enfants ont été injectés par le lait, 19 autres servaient de contrôle: on observait chez eux le développement de l'immunité physiologique sans vaccination préalable. Dans la première série des cas nous avons obtenu 90% d'immunité, ce qui démontre que l'anatoxine de Ramon est efficace à cet âge. Il faudrait appliquer sur une échelle large la vaccination antidiphthérique dès l'âge d'un an.

Odoskrzelowe zapalenie płuc u niemowląt i małych dzieci.

p o d a l i

T. Mogilnicki i J. Woźniakówna.

Odoskrzelowe zapalenie płuc może się zdarzyć w każdym wieku, szczególnie u osób bardzo wyniszczonych, albo w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, ale najczęściej występuje ono u niemowląt i u dzieci do 3 — 4 lat, odgrywając w patologii dziecięcej rolę bardzo ważną.

Statystyki Schlossmana, Silbergleita, Lehmana i innych wskazują, że choroby dróg oddechowych, a więc przedewszystkiem nieżyłowe zapalenie płuc, zajmują w śmiertelności niemowląt trzecie miejsce po chorobach odżywiania i osłabieniu życiowem. W krzywej śmiertelności niemowląt odróżniamy 2 wierzchołki, jeden letni, zależny od chorób żołądkowo-kiszkowych, drugi zimowy od zapaleń płuc. W ostatnich czasach dzięki propagandzie karmienia piersią, ulepszeniu techniki karmienia sztucznego, rozwojowi instytucyj opieki nad dzieckiem i poradni dla matek, ilość zgonów od zaburzeń odżywiania zmniejszyła się znacznie, podczas gdy przechodzące przez Europę fale epidemji grypy zwiększyły zachorowalność i śmiertelność na ostre zajęcia dróg oddechowych.

Odoskrzelowe zapalenie płuc odróżniamy od płatowego, jako choroby swoistej, pierwotnej, przeważnie u starszych dzieci niezłośliwej, która jednakże u niemowląt i mniejszych dzieci zdarza się stosunkowo rzadko. Według Nassaua dziecko przynosi na świat ze sobą odporność przeciwpneumokokową, podobnie jak jest początkowo odporne na zachorowanie na odrę lub płonicę i dlatego w pierwszym kwartale lub nawet w pierwszym półroczu zachorowania na infekcję pneumokokową są zjawiskiem wyjątkowem.

Klinicznie trudno bywa odróżnić płatowe zapalenie płuc od zlewającego się nieżyłowego zapalenia, które zajmuje również dużą przestrzeń płuc i w okresie już rozwiniętej choroby daje podobne objawy—przytłumienie, oddech oskrzelowy. Nawet na stole sekcyjnym takie odróżnienie jest trudne. Nie-

PHYTINA

CIBA

FOSFOROWY MATERJAŁ ZAPASOWY ROŚLIN CHLOROFILOWYCH

Zawiera około 20% fosforu w związku organicznym, przyswajalnym.

Wielce skuteczne, nieszkodliwe leczenie fosforem w formie przyjemnej w użyciu.

KAPSUŁKI



KROPLE

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego
Oddział Farmaceutyczny

FORTOSSAN

CIBA

Neutralna sól PHYTINOWA z laktozą dla osesków i dzieci w pierwszych dwóch latach życia.

LEK WZMACNIAJĄCY, ZAWSZE DOBRZE ZNOSZONY,

pobudza łaknienie, przyczynia się do tworzenia kośćca i rozwoju dziecka, polepsza stan odżywiania i zapobiega wielu chorobom, zwłaszcza krzywicy.

PUDELKA ORYGINALNE Z MIARECZKĄ W FORMIE ŁYŻECZKI.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

PABJANICE, wojew. Łódzkie.

Oddział Farmaceutyczny.

KAKAO OWSIANE WEDLA

łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.

Zalecane dla dzieci i osób o słabem trawieniu

E. WEDEL

WARSZAWA, ULICA SZPITALNA. № 8.

Mleko Białkowe
Plasmon
Casein-Calcium

Preparaty Mieszane

Płatki owsiane

Sucharki odżywcze

Czekolada

Kakao

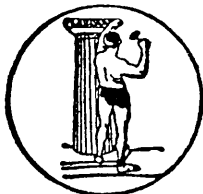
Cakes

Przy Chorobach dziecięcych

OSZCZĘDNE

TANIE

Przyjęte do spisu
środków Kas Chorych



25 lat doskonałych wyników leczniczych.

Naturalne, czyste mleko białkowe, otrzymane według ścisłych zasad naukowych zawiera: 76% substancji azotowych, 2,5% — wapnia, 3% kwasu siarczanego;

łatwo rozpuszczalne, łatwo strawne, bez smaku i zapachu, łatwe w użyciu, zalecane przy Dyspepsji, Dystrofji, Zaniku, Skazie Wysiękowej, Diatezji, Atrofji, Skazie Skurczowej, Krzywicy i Gruźlicy

Literatura: Czerny, Keller, Feer, Finkelstein, Meyer, Kleinschmidt, Langstein, Pfaundler-Schlossman, Thomas i in.

Fabryki Plasmon (Neubrandenburg)

Próbki i literaturę wysyła się bezpłatnie na żądanie

ktorzy autorzy twierdzą, że przy postaci nieżytowej zlewającej się, pseudolobarnej, płuco nigdy nie jest tak twarde i spistość jego jest mniejsza. Leger proponuje dla odróżnienia zmian anatomopatologicznych nazwać je przy zlewającej się postaci nieżytego zapalenia płuc—splenizacją płuca, w odróżnieniu od hepatyzacji w płatowym zapaleniu.

Nieżytowe zapalenie płuc jest chorobą zawsze wtórną, występującą u dzieci albo w przebiegu tak częstych i tak niebezpiecznych chorób jak: odra, kszusiec, dławiec lub grypa, albo też, jako dalszy ciąg banalnych chorób górnego odcinka dróg oddechowych, nawet zwykłego nieżytu nosa lub gardła.

Trzy są czynniki niezbędne dla powstania omawianego schorzenia: usposobienie ustroju, zarazek wywołujący chorobę i środowisko, w którym znajduje się dziecko chore.

Co się tyczy punktu pierwszego, to słusznie podkreśla Eckstein wpływ stopnia odżywiania dzieci na ilość zachorowań i nawet na ich przebieg — zdrowe, silne, karmione piersią lub nawet sztucznie dobrze odżywiane dzieci, rzadko zapadają na nieżytowe zapalenie płuc i przeciwnie, niezmiernie często spostrzegamy to cierpienie u dzieci przedwcześnie urodzonych, osłabionych życiowo, dystroficznych, krzywiczych, szczególnie przy zniekształceniu klatki piersiowej i po chorobach wyniszczających.

O ile zarazkiem wywołującym płatowe zapalenie płuc jest w olbrzymiej większości wypadków pneumokok, o tyle nieżytowe zapalenie płuc może powodować każdy chorobotwórczy drobnoustroj, a nawet niekiedy saprofit. Najczęściej przyczyną choroby bywają pneumokoki, paciorkowce, gronkowce, laseczniki Friedländera, a nawet meningokoki, lub prątki Pfeiffra. Niekiedy również spotykamy w ogniskach zapalnych florę mieszaną, czyli, że przyczyną zapaleń może być nie jeden, a jednocześnie kilka drobnoustrojów.

Na nieżytowe zapalenie płuc oddawna już zapatrujemy się, jako na chorobę zakaźną i staramy się, szczególnie na oddziałach szpitalnych lub w żłobkach, chorych takich odosabniać, ponieważ zaniedbanie tego wskazania wywołuje całe epidemie zapalenia płuc, które przeżywa każdy większy szpital dziecięcy. W dawniejszych czasach, kiedy odosobnienie chorych na nieżytowe zapalenie płuc nie było przestrzegane, na oddziałach zakaźnych śmiertelność wskutek tego powikłania była olbrzymia: Rillier i Bartes mieli na oddziale odrowym na 167 chorych 90 zgonów. W szpitalu „Les enfants assistés“ w 1873 r. śmiertelność na oddziale odrowym wynosiła 69%, podczas gdy odra w dobrych warunkach prywatnych daje nie więcej zejść niepomysłnych jak 3 — 4%. Niestety i dzisiaj jeszcze zakażenia dróg oddechowych wewnątrzszpitalne grają rolę poważną i, pomimo wysiłków izolacji chorych, zachorowania

na nieżytowe zapalenie płuc, powstające w szpitalu, nie należą do rzadkości.

Trzecim czynnikiem sprzyjającym występowaniu zapalenia płuc jest środowisko, w jakim się dziecko znajduje. Niemowlęta w suterynach, na poddaszach, w mieszkaniach brudnych, ciasnych i nieprzewietrzanych znacznie częściej zapadają na odoskrzelowe zapalenia płuc, niż dzieci ludzi zamożnych, w mieszkaniach widnych i czystych, wynoszone często na powietrze, niezależnie od temperatury zewnętrznej; ten ostatni czynnik jest szczególnie ważny, ponieważ stały dopływ świeżego, nawet chłodnego powietrza hartuje dzieci, zmniejszając ich wrażliwość na wszelkiego rodzaju infekcje.

Obraz kliniczny odoskrzelowego zapalenia płuc jest zależny od szeregu czynników. Początek choroby, przebieg, czas trwania, krzywa ciepłoty, objawy ogólne, objawy fizykalne i zejście są bardzo rozmaite. Naogół jednak biorąc, im młodsze i słabsze bywa niemowlę, tem choroba przebiega gwałtowniej i tem większy jest odsetek śmiertelności.

Nad objawami i przebiegiem nieżyłowego zapalenia płuc szczegółowo rozводить się nie będziemy, są to rzeczy aż nadto dobrze wszystkim pedjatom znane, pragniemy tylko podkreślić te cechy, które są, zdaniem naszym, za mało doceniane i często nieuwzględniane w szeregu podręczników chorób dzieci.

Do najbardziej charakterystycznych należy niewspółmierność pomiędzy stanem ogólnym, a tem, co nam, daje fizykalne badanie chorego. Często stwierdzamy stan ogólny ciężki, dużą gorączkę, oddech bardzo przyśpieszony, stękający, wydatną pracę skrzydeł nosa — ten patognomoniczny objaw zapalenia płuc u małych dzieci — lekką sinicę warg, zimne kończyny i powiększoną wątrobę, a przy opukiwaniu nigdzie nie znajdujemy stłumienia, przy osłuchiwanu zaledwie gdzie niegdzie pojedyncze trzeszczenia i wszędzie nad płucami oddech pęcherzykowy. A jednak zarówno fotografia Roentgena, jak i tem bardziej dane sekcyjne, wykazujące rozległe zmiany anatomiczne, wskazują, że mieliśmy do czynienia z rozlanem, nieżyłowym zapaleniem płuc. Brak stłumienia przy opukiwaniu objaśniamy sobie tem, że istnieje szereg niezlewających się ognisk zapalnych, otoczonych wtórną rozedmą pęcherzyków płucnych. Dopiero, gdy ogniska łączą się razem i zajmują większą część płata, może wystąpić zmiana dźwięku wypukowego, wzmożone przewodnictwo głosowe i oddech zaostrzony lub oskrzelowy. Niekiedy przy osłuchiwanu słuchawką dwuuszną, nie udaje się stwierdzić tak ważnego czynnika, jakim jest wzmożone przewodnictwo głosowe, podczas gdy badanie bezpośrednio uchem pozwala wykryć większe ognisko pneumoniczne, szczególnie dotyczy to wykrywania ognisk centralnych wysoko pod pachami. Ciężkość choroby nie zawsze jest proporcjonalnie zależna od rozległości zmian w płucach. Czasem duża ilość ognisk

zapalnych przebiegać może z mniejszym osłabieniem i lepszym stanem ogólnym, niż wówczas, gdy stwierdzamy zapalenie płuc na małej przestrzeni. Zależy to prawdopodobnie od właściwości samego zarazka i od indywidualności chorego.

Większe stłumienie nad całym płatem, szczególnie dolnym, nawet przy stwierdzeniu oddechu oskrzelowego, każe nam podejrzewać istnienie wysięku. Przewodnictwo bowiem klatki piersiowej u małego dziecka jest bardzo duże i podczas gdy u dorosłych i starszych dzieci nad wysiękiem znajdujemy wydatne osłabienie oddechu, u niemowląt, nawet przy bardzo dużym wysięku, możemy stwierdzić przy osłuchiowaniu oddech oskrzelowy może nieco osłabiony.

Zapalenie opłucnej, jako powikłanie nieżyłowego zapalenia płuc, nie należy do rzadkości. Istnieją okresy w życiu szpitalnem, kiedy te powikłania zdarzają się częściej, podczas gdy przechodzi niekiedy parę tygodni, podczas których u żadnego z dzieci nie znajdujemy zapalenia opłucnej. Nasz materiał szpitalny nie daje nam objaśnienia tego zjawiska. W każdym razie stwierdzamy, że wysięki u niemowląt i bardzo małych dzieci są w olbrzymiej większości przypadków ropne. Pierwotne, surowicze zapalenie opłucnej, podobnie jak ostry gościec stawowy, prawie nigdy nie zdarza się u małych dzieci.

W przypadkach bardzo ciężkich odoskrzelowych zapaleń płuc, wyczuwamy u niemowląt powiększoną wątrobę, która może być uważana za wskaźnik prognostyczny. Przy codziennem badaniu chorych dzieci daje się zauważyć, że przy każdym pogorszeniu stanu ogólnego, powiększa się wątroba i przeciwnie.

Stosunkowo często spotykamy w przebiegu odoskrzelowego zapalenia płuc, szczególnie przy umiejscowieniu ognisk w górnych płatach, objawy podrażnienia opon—drgawki, sztywność karku, objawy Kerniga i Brudzińskiego. Nakłucie łądźwiowe daje przeważnie płyn jałowy, niezapalny, ale nie zawsze. Czasem w przebiegu zapalenia płuc zjawia się prawdziwe zapalenie opon, zależne od ogólnego zakażenia ustroju. Znajdujemy wówczas w ropie pneumokoki, stafilocoki, paciorkowce lub prątki Pfeiffra (3 takie przypadki jednoczesnego wystąpienia zapalenia płuc i opon mózgowych wywołanych przez prątki Pfeiffra zostały przez jednego z nas opisane).

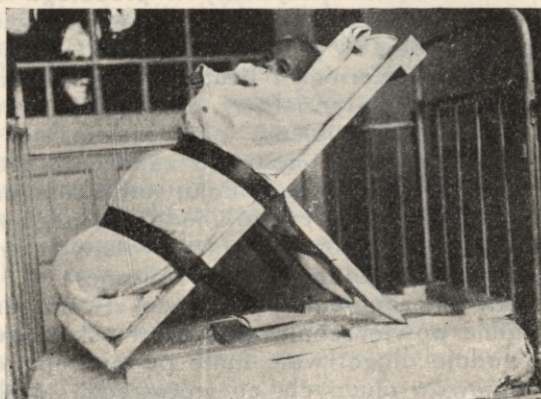
Po przebytem zapaleniu płuc często stwierdzamy na fotografii Roentgena powiększenie gruczołów oskrzelowych, które niekiedy powoduje długotrwałe małe podniesienia ciepłoty już po ustaniu objawów płucnych, co wprowadza w błąd lekarza i rodziców i nasuwa podejrzenie gruźliczego zapalenia gruczołów, tem więcej o ile dziecko reaguje dodatnio na tuberkulinę. Po kilku tygodniach ciepłota spada i następuje wyzdrowienie. Należy pamiętać o tem, że nie wszystkie objawy, które znajdujemy w płucach lub gruczołach u osobnika gruźliczego mają swoisty charakter. Wszak gruźlik może przechodzić grypowe

zapalenie płuc i mieć z tego powodu powiększenie gruczołów oskrzelowych.

Leczenie odoskrzelowego zapalenia płuc nie należy do zadań wdzięcznych, tem bardziej leczenie dzieci szpitalnych. Pod tym względem, my w Łodzi, jesteśmy w warunkach wyjątkowo



kowo niekorzystnych. Nasze chore dzieci rekrutują się albo z nędzy łódzkiej, umieszczanej w szpitalu na koszt magistratu, albo z dzieci robotników, leczonych na koszt Kasy Chorych. Liczba chorych prywatnych jest stosunkowo znikoma. Dla tego, kto zna warunki mieszkaniowe proletariatu łódzkiego, nie jest



rzeczą dziwną, że niemowlęta, w tych mieszkaniach wychowane, muszą być w większości dystroficzne, krzywicze, luetyczne lub gruźlicze. Wszak Łódź z większych miast europejskich ma największą ilość mieszkań jednoizbowych (66%). Na szczęście Szpital Anny Marji położony w dużym 4-morgowym ogro-

dzie ma warunki higieniczne bardzo dobre, tak odbiegające od tego, co dzieci mają w domu. Sale widne, wysokie, korytarze szerokie, wentylacja dostateczna. To też najważniejszy czynnik leczniczy zapalenia płuc—dostarczanie dzieciom dobrego powietrza, może być u nas stosowane bardzo szeroko. Dzieci każemy dużo nosić, w tym celu pozwalamy matkom spędzać po parę godzin dziennie w ogrodzie. (Jest to najlepsza propaganda racjonalnego leczenia świeżem powietrzem zapalenia płuc). W miesiącach letnich i przy znośnej pogodzie nawet zimą, trzymamy dzieci na werandzie w ogrodzie. Ponieważ noszenie nie jest zawsze możliwe, dla ułatwienia niemowlętom oddychania i niedopuszczania do zastoju w dolnych odcinkach płuc, umieszczamy je na specjalnie zbudowanych drewnianych podstawach, do których dzieci są przytwierdzane zapomocą szerokich pasów. Znajdując się w położeniu prawie pionowym, chory lepiej i głębiej oddycha, niż wówczas, gdy leży po łóżku.

Drugim niezmiernie ważnym czynnikiem jest odpowiednie odżywianie chorych. Staramy się niemowlętom, o ile to jest możliwe, dostarczyć pokarm kobiecy, lub wysokowartościowe mieszanki i witaminy w postaci soków owocowych lub jarzynowych.

W okresie sinicy i wielkiego utrudnienia oddychania, chętnie stosujemy cięte bańki, po których stwierdzamy najczęściej wyraźną poprawę, jak również kąpiele z oblewaniem, gorące krótkotrwałe kąpiele nasiadowe i okłady gorczycowe na klatkę piersiową. Zalecane powszechnie używanie do okładów mąki gorczycowej nie jest zdaniem naszym słuszne, ponieważ sprzedawana w sklepach mąka gorczycowa jest przeważnie nieświeża i nie działa. Natomiast pewne działanie ma papka z wody, bolus alba i olejku gorczycowego (200,0 wody, 20 bolus alba, 7 kropel ol. sinapis). Papkę taką rozprowadzamy na serwetce, otaczamy nią klatkę piersiową na 8—10 minut.

Z zabiegów hydroterapeutycznych nie zalecamy przeważnie przy zapaleniu płuc u niemowląt okładów na klatkę piersiową, uważaliśmy bowiem, że wskutek pewnego ucisku utrudniały one raczej oddychanie, zamiast je polepszać. Chociaż niewątpliwie pewna ilość dzieci dobrze znosi okłady, uspakaja się i spokojnie zasypia. Prócz środków nasercowych: camphory, coraminy, cardiasolu, stosowaliśmy adrenalinę, lobelinę, tlen.

Przez 2 i pół lat od 1-go stycznia 1925 r. do 1-go lipca 1927 r. zastrzykiwaliśmy w szpitalu chininę z urethanem ze stosunkowo dobrymi wynikami, o czym pisał w Pedjatrii w 1928 r. kol. Lerner.

Obecnie od 2 lat zastrzykujemy codziennie w ciężkich przypadkach odoskrzelowego zapalenia płuc dożylnie 33—40% roztwór cukru gronowego po 30—40 gr., lub domięśniowo 10% roztwór w ilości 80—100 gr. Metodę tę polecał przy osłabieniu mięśnia sercowego Budingen, przy zapaleniach płuc Enriques, Guttman, Lichtfield i ostatnio Nassau. Nasze doświadczenia

wykazują, że zastrzykiwania cukru gronowego są poważnym postępowaniem w leczeniu zapaleń płuc i, że często w najcięższych, nawet niekiedy w beznadziejnych przypadkach ratują życie chorego. Oto najbardziej typowe przykłady:

S. F. 1 rok 8 miesięcy. Przed tygodniem przechodziła odrę, dn. 8.II 1928 r. przyjęta w stanie bardzo ciężkim do szpitala. Skóra pokryta ciemnymi odrowemi plamami, asfiksja, niepokój bardzo znaczny. Oddech powierzchowny, utrudniony, 80 na minutę, tętno nitkowate. Nad dolnym prawym płatem skrócenie wypuku. Przy osłuchiowaniu stwierdza się bardzo liczne wilgotne drobnobańkowe rżenia i krepitacje nad całym dolnym płatem z przodu i z tyłu. Natychmiast po przyjęciu zastosowano zastrzyknięcie 40% roztworu glukozy dożylnie w ilości 40 ctm. gorącą kąpiel i adrenalinę z cardiasolem. Po tych zabiegach na kilka godzin ustąpiły objawy duszności i niepokoju. Tego samego dnia po raz drugi zastrzyknięto dożylnie 40 ctm. 40% glukozy. Nazajutrz stan dziecka znacznie lepszy, niepokój mniejszy, oddech mniej powierzchowny, przez 3 dni następne stosowano codziennie dożylnie zastrzykiwania cukru. Po tygodniu dziecko w stanie zupełnie dobrym zabrano do domu.

J. S. 3-miesięczny chłopczyk, 3-dzień choroby, przybywa do szpitala dn. 5.II 1929 r. w stanie wielkiej duszności, sinica twarzy i kończyn, skóra marmurkowata, język suchy, tony serca głuche, rytm cwałowy. Nad całym prawym płucem bardzo liczne drobne wilgotne rżenia i krepitacje, nad lewym płucem od kąta łopatki również liczne rżenia. Wątroba powiększona. Dziecko ssać nie może, z trudem połykając kropelki płynu. Natychmiast postawiono cięte bańki, zastrzyknięto adrenalinę, lobelinę i cukier gronowy domięśniowo. Już na drugi dzień stan lepszy, sinica mniejsza, dziecko zaczyna ssać, Zastrzykiwania domięśniowo lub dożylnie stosowano przez 5 dni z rzędu. Stopniowa i stała poprawa. Po 10 dniach zabrano w stanie dobrym do domu.

Przykładów takich możnaby przytoczyć cały szereg.

Tę metodę leczenia stosowaliśmy u 58 chorych, z następującymi wynikami:

u 27 dzieci w wieku do 6-ciu mies.—17 wyleczeń, 10 zgonów,
u 20 dzieci w wieku od 6-ciu—12 mies.—14 wyleczeń, 6 zgonów,
u jedenastu dzieci od roku do 3 lat—8 wyleczeń, 3 zgony.

Wyniki te uważać musimy za bardzo pomyślne, szczególnie ze względu na materiał, którym rozporządzamy w szpitalu. Dla ilustracji zaznaczamy, że w przeciągu ostatnich 2 lat mieliśmy 10 przypadków zakażeń wewnątrzszpitalnych niezbytowem zapaleniem płuc, a mianowicie zachorowało:

Dwoje dzieci, u których poprzednio stwierdzono dekompozycję,

czworo dzieci z dystrophią.

jedno z ciężką pyodermią,

jedno z dystrophią i pyodermią,

jedno z dystrophią i luesem,

jedno z luesem.

Żadne prawidłowo rozwinięte dziecko nie zachorowało w szpitalu w tym okresie na niezbytowe zapalenie płuc. Jest to przyczynek wymowny do twierdzenia, że omawiana choroba występuje w większości wypadków u dzieci poprzednio już osłabionych lub chorych.

Szpital im. Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

(Naczelny lekarz: T. Mogilnicki).

Przebieg i leczenie róży u dzieci.

P o d a ł

Bronisław Knichowiecki.

Przebieg róży u dzieci w zasadzie nie różni się od przebiegu tej choroby u dorosłych, zmniejszona jednak odporność dzieci czyni chorobę tę cięższą, przebieg poważniejszy i rokowanie daleko gorsze. Śmiertelność u dorosłych według różnych autorów waha się między 6—12⁰/₀, a u dzieci wogóle według Strassera wynosi około 20⁰/₀, u niemowląt dochodzi według Deprés do 54⁰/₀, u noworodków zaś do 100⁰/₀.

Początek róży jest zawsze nagły, często dość burzliwy. Dziecko nagle zagorączkowuje do 39—40⁰, staje się niespokojne, nie chce ssać, względnie jeść, często wymiotuje. Tętno i oddech szybkie. Jednocześnie, a często na drugi dzień, w jakimś miejscu na skórze stwierdza się miejsce zaczerwienione, obrzmiałe, gorące i bolesne przy dotyku. Zaczerwienienie i obrzmienie ostreimi konturami odgranicza się od sąsiedniej zdrowej skóry. Zmiany te posuwają się szybko dalej, albo w jednym kierunku, albo też we wszystkich. O ile proces obejmuje okolice skóry z luźną tkanką podskórną, to obserwujemy duże miejscowe obrzęki. Najsilniejsze obrzęki występują na powiekach i dziecko wtedy zupełnie nie może oczu otworzyć, na worku mosznowym i wargach sromowych. Najbliższe gruczoły limfatyczne szybko obrzmiewają. Tę utrzymuje się na wysokim poziomie przez cały czas choroby i zaczyna opadać jednocześnie z zatrzymaniem się, względnie z zanikaniem procesu miejscowego na skórze. Czas trwania choroby jest bardzo rozmaity, od kilku dni do kilku tygodni. U niemowląt róża ma tendencję do szybkiego rozszerzania się, proces w skórze szybko przechodzi na sąsiednie okolice skóry, wolno i stopniowo znikając w miejscu pierwotnego zakażenia i tym sposobem cała skóra od główki do stóp kolejno podlega zapaleniu. Proces często wraca zpowrotem na

miejsca, które już przedtem podlegały zapaleniu i mamy wtedy do czynienia z t. zw. erysipelas migrans. U dzieci starszych widzimy większą tendencję do ograniczania się procesu. U jednych i drugich spotykamy niekiedy postacie t. zw. erysipelas bullosa, przy której na powierzchni obrzmiałej i zaczerwienionej skóry powstają pęcherze, napełnione płynem surowicznym. W przebiegu, a czasem po wygaśnięciu objawów róży u dzieci obserwujemy często ropowicę lub ograniczone ropnie (w naszym materiale, składającym się z 30 przypadków — w 6 przypadkach), które jednakże po otwarciu szybko się goją. U niemowląt, dzieci atroficznych i krzywiczych obserwujemy w przebiegu róży dość często odoskrzelowe zapalenie płuc (w naszym materiale 2 przypadki), paciorkowcowe zapalenie opłucnej (1 przypadek) i ogólne zakażenie ustroju z zapaleniem środkowego ucha, miedniczek nerkowych i nerek (w naszym materiale 4 przypadki). Jako objaw ogólnego zakażenia ustroju często spotykamy, szczególnie u niemowląt w początkach choroby, zespół objawów oponowych: napięte ciemię, sztywność karku, objaw Brudzńskiego, Kerniga, wymioty i drgawki, nakłucie jednak lędźwiowe i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego poza wzmożeniem ciśnienia albo nie wykazuje nic patologicznego (meningismus), albo nieco zwiększoną ilość białka (od $0,1^{0/00}$ do $0,25^{0/00}$) i odczyny białkowe (Pandy i Nonne-Apelt) słabo dodatnie (meningitis serosa) (w naszym materiale 2 przypadki), jeden z nich przytaczamy.

Dwojra B. 4 miesiące, wagi 4400, zachorowała dnia 15.XI 28 r. Choroba rozpoczęła się drgawkami, T^0 39,4, niepokojem. Drgawki powtarzały się pierwszego dnia choroby kilkakrotnie, przez następne dni drgawek nie było, dziecko było ciągle niespokojne, T^0 38,5 — 39,4, innych objawów nie zauważono; dn. 21.XI, t. j. szóstego dnia choroby, dziecko zostało przyjęte do szpitala Anny Marii z rozpoznaniem pozaszpitalnego meningitis. W szpitalu stwierdzono różę owłosionej części głowy, ogólny stan bardzo ciężki, objawy oponowe. 22.XI róża posunęła się na twarz, dziecko nieprzytomne. T^0 39,8, sztywność karku, główka zarzucona w tył, ciemię napięte, sztywność kończyn, tętno bardzo szybkie, słabo napełnione, w płucach zmian niema, brzuch miękki, wątroba i śledziona niemacalne, nakłucie lędźwiowe wykazało duże ciśnienie, wypuszczono 20 cm. płynu: przezroczysty, białka $0,16^{0/00}$, odczyny Pandy i Nonne-Apelt ujemne, cukru $0,08^{0/00}$, w osadzie pojedyncze komórki jednodrzazste. Na drugi dzień stan dziecka znacznie lepszy, ssie lepiej, tętno dobre, róża posunęła się niżej na twarz, T^0 38,8 — 39,4; zastosowano 10 cm. surowicy przeciwpłoniczej, T^0 na drugi dzień 39,8, róża posunęła się niżej, gruczoły podszczękowe wielkości orzechów włoskich; 28.XI zastrzyknięto 10 cm. surowicy paciorkowcowej wielowalnej, na drugi dzień ciepłota nie opadła, zaczerwienienie na czole i górnej części policzka zmniejszyło się, ale posunęło ku dołowi; 30.XI zastrzyknięto znów 10 cm. surowicy przeciwpłoniczej, na drugi dzień stan ogólny znacznie lepszy, T^0 38,3, zaczerwienienie zmniejszyło się znacznie, przyczem proces zapalny nie posunął się niżej; po dwóch dniach jednak znów róża posunęła się niżej i przeszła na szyję i plecy, stosowano trypaflawinę do żyły, iniekcję mleka, miejscowokwarcowe naświetlania i okłady z buljonu Besredki (antivirus). Pomimo tego wszystkiego dziecko zmarło przy objawach ogólnego zakażenia bez żadnych objawów w płucach. Propidonu w wyżej przytoczonym przypadku nie stosowano.

Co się tyczy leczenia róży, to wciąż jeszcze nie mamy środka niezawodnego, mogącego dać dobre wyniki w każdym przypadku. W New-Yorku laboratorium Lederle wytwarza specyficzną antytoksyczną surowicę przeciwko róży; surowica ta według Symmersa i Lewisa, którzy ją stosują od 1926 r., ma dawać dobre wyniki. Z artykułu Symmersa i Lewisa w *The Journal* z 1927 r. dowiadujemy się, iż w przeciągu ostatnich 3-ich lat w Bellvue Hospital w New-Yorku było leczonych 15277 przypadków róży u pacjentów różnego wieku. Z tych, przed leczeniem surowicą zmarło 10,1%, od czasu zaś stosowania surowicy specyficznej w 131 przypadkach śmiertelność spadła do 5,3%; w tym samym czasie wśród 107 kontrolnych przypadków (nie leczonych surowicą) śmiertelność wyniosła 11,2%. Czas trwania choroby również zmniejsza się przy stosowaniu surowicy o 50%. Surowica ma działać tak, jak surowica przeciwbłonicza. W 1928 r. dane te potwierdzono w Ameryce w 705 przypadkach. Doświadczenie nasze z antybakteryjną surowicą przeciwko róży, wytwarzaną przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, nie dało nam dobrych wyników. Stosowaliśmy też antytoksyczną surowicę szkarlatynową—surowicę paciorkowcową wieloważną i streptoserynę Hoechst, lecz również bez widocznych rezultatów. Guiffre w artykule swym w *La Pedia* z 1927 r. przytacza 15 przypadków róży wyleczonych autowakcyną, stosowaną dożylnie w dawkach 0,2—0,5 lub domięśniowo w dawkach od 0,2—1. Nam osobiście najlepsze wyniki dotąd w leczeniu róży daje propidon, buljonowa szczepionka mieszana prof. Delbeta (preparat f. Spiess i Syn w Warszawie). W skład szczepionki propidonu wchodzi trzy rodzaje bakterij: gronkowiec, paciorkowiec i prątek błękitno-ropny. Co się tyczy tego ostatniego, to wprowadzono go ze względu na własności pyocyanozy. Delbet stwierdził, iż *in vitro* prątek błękitno-ropny wstrzymuje wzrost paciorkowca oraz, że w ranach, w których rozwija się prątek błękitno-ropny, ilość paciorkowców zmniejsza się, a nawet znikają one zupełnie. Tak, czy inaczej, słuszność leczenia róży propidonom nie ulega dla nas najmniejszej kwestii i często już po jednej iniekcji rozwój róży się zatrzymywał, ciepłota spadała do normy i dziecko bardzo szybko zdrowiało. Niekiedy trzeba było zastrzykiwać propidon kilkakrotnie, co drugi dzień, aż do czterech—pięciu razy — i tylko w pojedynczych przypadkach leczonych przez nas propidonom nie osiągnęliśmy wyniku, lecz były to przypadki bardzo ciężkie już od samego początku.

Propidon stosowaliśmy, w postaci zastrzyków podskórnych lub domięśniowych, w dawkach początkowych 0,2—0,3 dla niemowląt do 3-ich miesięcy i 0,5—0,75 dla niemowląt starszych, 1,0 i wyżej dla dzieci starszych. Każda następna iniekcja powinna być nieco większa od poprzedniej, o ile odczyn ogólny przy poprzedniej iniekcji nie był zbyt burzliwy. Po zastrzyk-

nięciu miejscowo nie obserwowaliśmy nigdy żadnego obrzmienia ani zaczerwienienia, ogólny zaś odczyn czasami był bardzo silny: T^0 ciała podnosiła się mniej więcej w dwie, do czterech godzin po zastrzyknięciu dość znacznie, osiągała szczytu mniej więcej w 6—8 godzin (aż do 41^0), poczem stopniowo zmniejszała się. Bardzo często bezpośrednio po zastrzyknięciu występowały dreszcze, a u niemowląt niekiedy drgawki i nawet zapaść chwilowa. Wszystkie te objawy przechodzą bardzo szybko, reakcja gorączkowa trwa zazwyczaj 12 godzin. Dawka propidonu przy każdym następnym zastrzyknięciu powinna być zwiększona, jeżeli odczyn był średni lub bardzo słaby, albo też niezmieniona, jeżeli odczyn był zbyt silny. Następna taka sama dawka wywołuje odczyn daleko słabszy. Ze względu na możliwe drgawki i ewentualną zapaść, radzimy zaczynać od bardzo małej dawki (0,3 a nawet 0,2). W razie braku ogólnego odczynu, dawkę należy powiększyć dwukrotnie zaraz następnego dnia, przy odczynie zaś średnim, o ile potrzebna jest powtórna iniekcja, należy dawkę zwiększyć o 25^0 . Naogół efekt leczenia zależy od stopnia ogólnego odczynu.

Przestrzegamy również przed stosowaniem propidonu w tych przypadkach w praktyce prywatnej, gdzie nie możemy zapewnić kilkugodzinnej obserwacji dziecka przez fachowy personel, który należy pouczyć, co należy czynić w razie zapaści. Przy ogólnym jednakże dawkowaniu możemy uniknąć bardzo burzliwego odczynu, tak, że śmiało twierdzić możemy, iż prawie w każdym przypadku róży należy środek ten stosować. Na 22 przypadki, leczone u nas propidonem, wyleczono 18. W większości tych przypadków miejscowo stosowano okłady z paciorkowcowego przesączu Besredki (antivirus). Poniżej przytaczamy krótką historję chorób niektórych przypadków i krzywe ciepłoty.

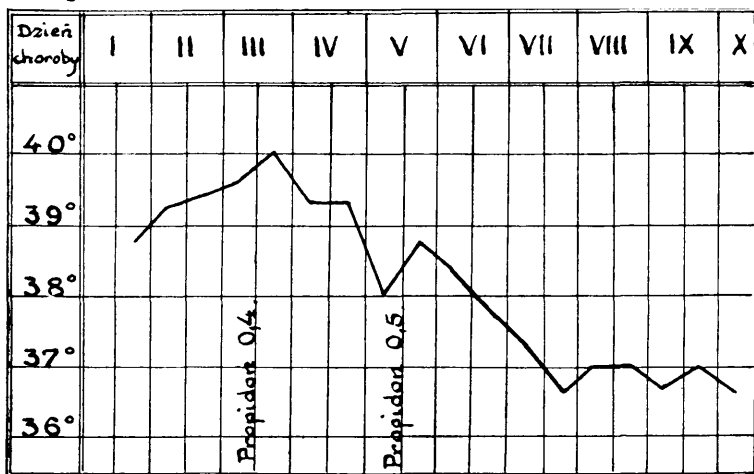
Przypadek 1-szy. Jerzyk R. 13 miesięcy, wagi 8,700, wskutek zakłucia agrałką lewej dłoni zachorował dnia 28. I. 28 r. na różę lewej dłoni, która w ciągu 3-ch dni posunęła się na przedramię i aż do stawu barkowego. T^0 stale $38,8—39,2$. U dziecka stwierdzono sztywność karku, objaw Brudzńskiego dodatni, płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał przy nakłuciu lędźwiewem pod ciśnieniem dużym. Objawów zapalnych w płynie nie było (meningismus). Trzeciego dnia choroby zastrzyknięto podskórnie 0,4 propidonu, poczem dziecko dostało lekkich dreszczy, T^0 wieczorem tegoż dnia wynosiła 40^0 , ale na drugi dzień zauważono, iż róża nie posunęła się dalej, stan ogólny dziecka uległ również poprawie. Piątego dnia choroby ponieważ i T^0 wynosiła jeszcze 38^0 rano i zaczerwienienie na kończynie utrzymało się, zastrzyknięto propidon powtórnie w dawce 0,5 z niewielkim odczynem ogólnym. Nazajutrz rączka była zupełnie biała i T^0 opadła do normy, dziecko wyzdrowiało.

Przypadek 2-gi. Antonina M., 6 tygodni, waga 3,500 kg., zachorowała w 1-ym Miejskim Domu Wychowawczym w Łodzi na różę główki dn. 6.VI 29 r., w 6 dni po przecięciu ropnia na główce.

T^0 pierwszego dnia 39^0 , dziecko niespokojne, część ciemieniowa główki silnie zaczerwieniona i obrzmiała. Zastrzyknięto zaraz pierwszego dnia 0,2 propidonu. T^0 wieczorem 40^0 , na drugi dzień rano opadła do $37,6$ zaczer-

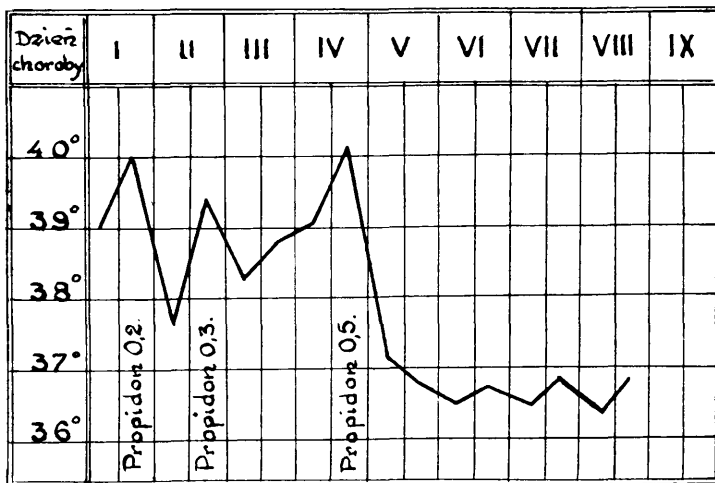
wienienie posunęło się na czoło, dziecko niespokojne, ssać nie chce. Zastrzyknięto ponownie 0,3 propidonu; wieczorem T^0 podniosła się do 39,4. Na drugi dzień stan dziecka lepszy, zaczerwienienie posunęło się na policzki;

Jerzyk R.



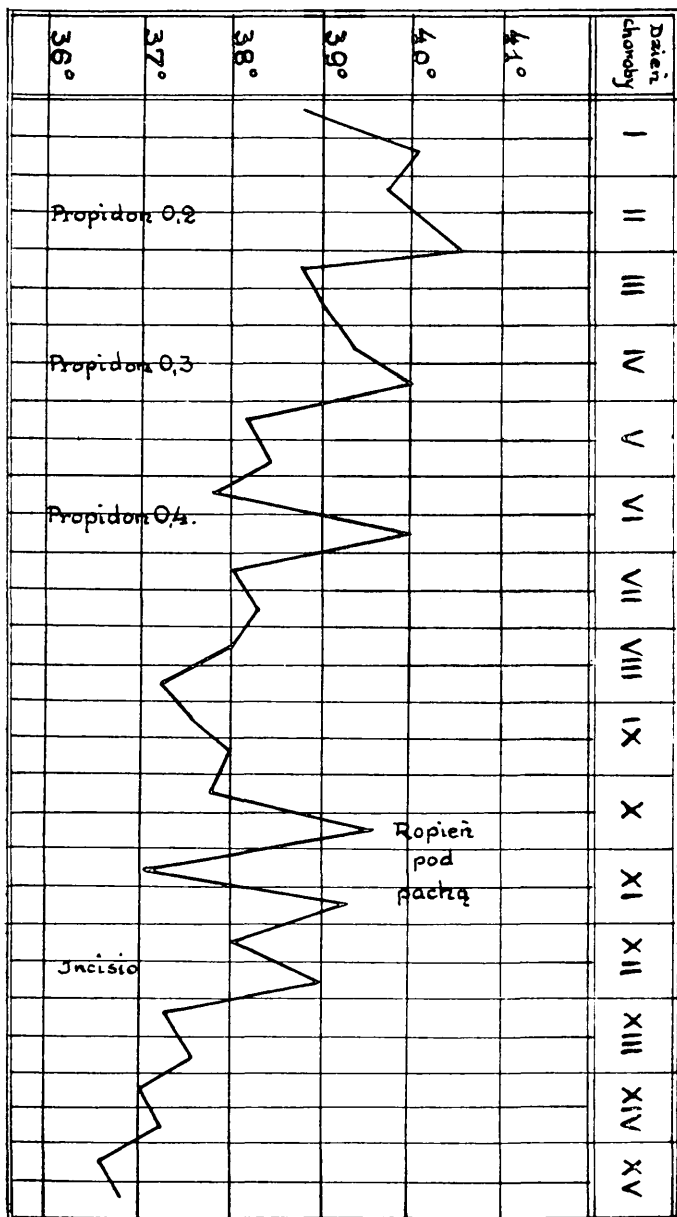
9.VI, t. j. czwartego dnia choroby T^0 rano 39°. Zastrzyknięto o godz. 2-ej większą dawkę propidonu, t. j. 0,5, o godz. 5-ej T^0 podniosła się do 40,1, wystąpiła zapaść z sinicą kończyn, która jednakże po kamforze wkrótce

Antonina M.



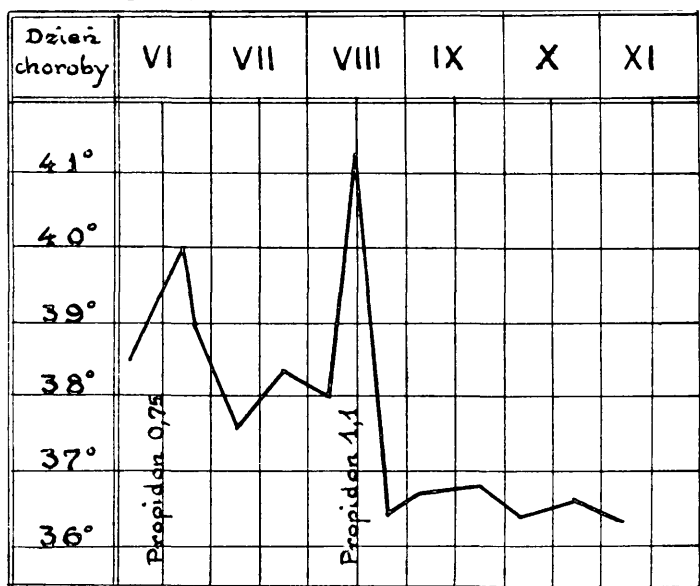
przeszła; T^0 zaczęła opadać stopniowo (mierzone co 2 godziny) tak, że na rano dnia następnego opadła do 37,1, wieczorem tego dnia T^0 36,9; zaczerwienienie na twarzy i głowie zupełnie zniknęło, dziecko wyzdrowiało.

Leszek W.



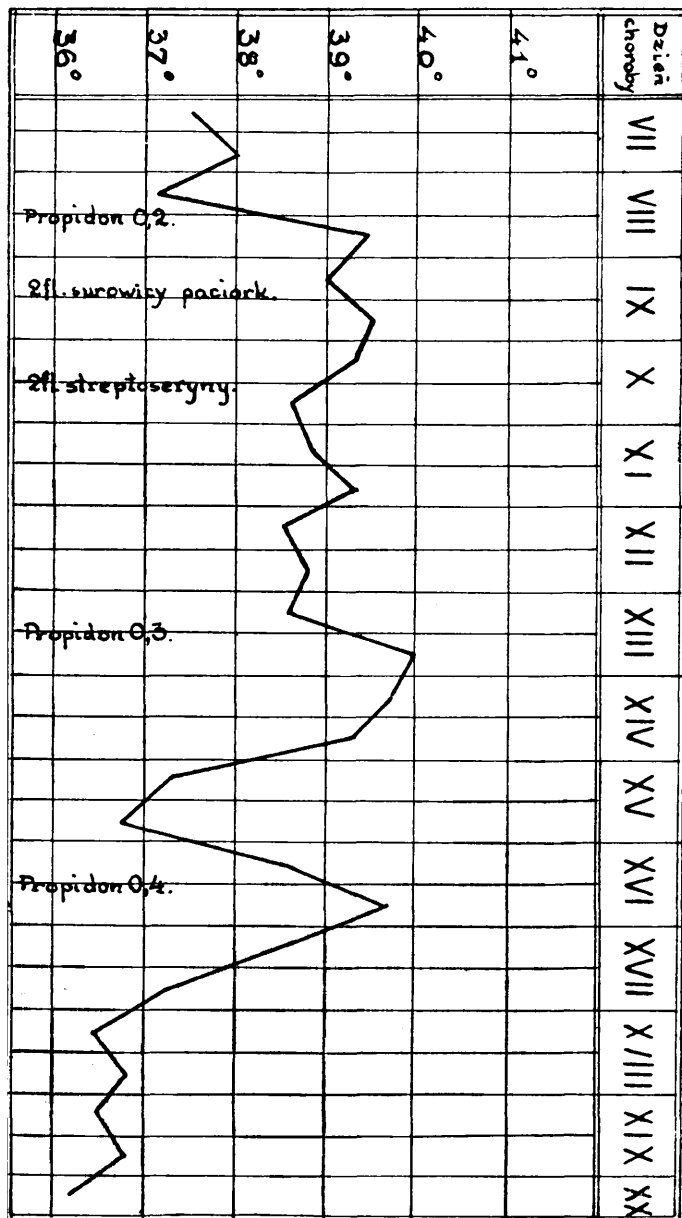
Przypadek 3-ci. Leszek W. 7 mies., waga 6,750, zachorował w 1-ym M. D. W. na różę ramienia, ósmego dnia po zaszczepieniu ospy. T^0 pierwszego dnia wynosiła 40^0 , stan ogólny dość ciężki. Zastrzyknięto ze względu na wysoką T^0 tylko 0,2 propidonu. T^0 podniosła się wieczorem do $40,5$ a na drugi dzień rano opadła do $38,6$, zaczerwienienie i obrzęk na ramieniu posunęły się dalej; zastrzyknięto ponownie propidon w dawce 0,3. T^0 podniosła się znów do 40^0 i opadła na rano do $38,2$. Szóstego dnia choroby T^0 rano wynosiła już tylko $37,8$, róża jednakże posunęła się dalej na przedramię i barki, stan ogólny niezły. Zastrzyknięto po raz trzeci 0,4 propidonu. T^0 podniosła się znów do 40^0 , poczem w ciągu dwóch dni T^0 opadła całkowicie i objawy róży znikły zupełnie. Czwartego dnia zauważono, iż tworzy się ropień głęboki pod pachą, T^0 znów poszła w górę. Po kilku dniach ropień przecięto, dziecko wyzdrowiało.

Izrael D. lat 4.



Przypadek 4-ty. Izrael D. 4 lata. Choroba rozpoczęła się dnia 24.VI. ciepłota 38^0 i bólem głowy. Ciepłota stale utrzymywała się w granicach $38-40^0$. Dziecko stale narzekało na ból głowy. 29.VI, t. j. piątego dnia choroby wystąpiło zaczerwienienie i obrzmienie skóry na czole. Wtenczas rozpoznano różę i skierowano dziecko do szpitala. W szpitalu stwierdzono stan ogólny dość ciężki, T^0 ciała $38,5$, obrzęk i zaczerwienienie ciemieniowej i czołowej okolicy głowy, oczu, policzków i uszu. Skóra w tych miejscach ciastowata, na policzkach i lewej małżowinie usznej pokryta pęcherzami. Gruczoły podszczękowe i okołoszne bolesne, obrznięte. Innych zmian nie stwierdzono. W moczu ślady białka i pojedyncze krwinki. Zastrzyknięto propidon w dawce 0,75 domięśniowo. T^0 mierzona co godzina zaczęła się podnosić i osiągnęła maximum 40^0 w dwie godziny po zastrzyknięciu, poczem zaczęła opadać tak, że rano dnia następnego wynosiła $37,6$. Miejscowe objawy na drugi dzień znacznie się cofnęły, stan ogólny zupełnie dobry. Tegoż dnia wieczorem T^0 znów podniosła się do $38,3$, a rano dnia następnego $38,1$; wobec tego zastrzyknięto powtórnie propidon w dawce 1,1, poczem w dwie godziny nastąpiły dreszcze i podniesienie się ciepłoty do

I ta K.



41,6⁰, która następnie raptownie w ciągu 3-ch godzin spadła do normy 36,6 i więcej już się nie podnosiła. Objawy róży znikły zupełnie, dziecko wyzdrowiało.

W przypadkach z wysoką ciepłotą, sięgającą do 40⁰ i wyżej, początkowo nie stosowaliśmy propidonu ze względu na silny odczyn gorączkowy, a próbowaliśmy leczyć surowicą paciorkowcową wieloważną, surowicą przeciwpłoniczą, streptoseryną i warszawską surowicą przeciwko róży; obecnie jednak i w tych przypadkach stosujemy propidon, zaczynając od bardzo małych dawek, gdyż przy stosowaniu wyżej wymienionych surowic wyraźnego działania ich na przebieg róży się spostrzegaliśmy.

Ita K. 5 miesięcy, przyjęta do szpitala dnia 3.VI 1929 r. Od 7 dni dziecko gorączkuje, Gorączka wystąpiła zaraz po szczepieniu ospy przez felczera z jednoczesnym obrzmieniem i zaczerwienieniem w miejscu zastrzeżenia ospy, które rozszerzało się stopniowo coraz dalej. W szpitalu stwierdzono co następuje: stan ogólny dziecka niezły, skóra na lewym ramieniu i całej klatce piersiowej silnie zaczerwieniona, obrzmiała i napięta, T⁰ 38,5 w płucach furczenia, w innych narządach zmian niema. Następnego dnia zaczerwienienie posunęło się dalej, dziecko niespokojne, nie chce ssać, stan podgorączkowy. Zastrzyknięto 0,2 propidonu, T⁰ podniosła się wieczorem do 39,5. 5.VI, t. j. trzeciego dnia pobytu w szpitalu stwierdzono, iż róża przeszła z ramienia na przedramię, z klatki piersiowej na brzuch, T⁰ 39,9⁰, stan dziecka gorszy.

Wobec wysokiej T⁰ i ciężkiego ogólnego stanu (w obawie przed zapaścią) leczenie propidonem przzerwano, zastrzyknięto natomiast 2 flakony surowicy paciorkowcowej wieloważnej, jednakże efektu nie było. Na drugi dzień zastrzyknięto dwa flakony streptoseryny, również bez efektu — róża posunęła się dalej, T⁰ utrzymywała się w granicach 38,5, — 39,5 stan ogólny coraz gorszy. 8.VI róża przeszła na pośladki. Wobec tego zastrzyknięto 0,3 propidonu, T⁰ wieczorem 40⁰. 9.VI stwierdzono polepszenie stanu ogólnego, róża zatrzymała się, T⁰ stopniowo zaczęła opadać. 11.VI stan dobry, zaczerwienienie utrzymuje się, ale nie posuwa dalej. 12.VI T⁰ rano znów 38,5. Zastrzyknięto 0,4 propidonu, T⁰ podniosła się do 39,8. 13.VI T⁰ stopniowo opadając wynosiła wieczorem 37,2, ślady róży znikły zupełnie, dziecko wyzdrowiało.

Z 30 przypadków obserwowanych przez nas w szpitalu Anny Marii i I-szym M. D. W. w Łodzi wyleczono 24, zmarło zaś 9. Z liczby zmarłych jedno było zupełnie wyniszczone jeszcze przed różą — chorowało na czyracznosc (róża jako powikłanie), dwoje zmarło przy objawach zapalenia płuc, a troje przy objawach ogólnego zakażenia i niedomogi serca (sepsis). Im dziecko młodsze, tem przebieg cięższy, tem gwałtowniej i groźniej, występowało zakażenie ogólne ustroju, tem rokowanie stawało się gorsze. Na rokowanie wpływa również i stan ogólnego rozwoju dziecka. Dla niemowląt dystroficznych i atroficznych, dla niemowląt krzywiczych, dla takich, które niedawno przeszły cięższe zatrucia pokarmowe, róża przedstawia zawsze duże niebezpieczeństwo dla życia. Dzieci takie najczęściej i to bardzo szybko umierają przy objawach ogólnego zakażenia lub zapalenia płuc.

Przypadek z 1-go M. D. W.

Krysia Z. 6 miesięcy, wagi 4,650 gr., przy piersi i dokarmiana, dnia 23.I. 29 r. zachorowała na wietrzną ospę, gorączkowała przez kilka dni do 38°, przyczem straciła na wadze 300 gr.; dn. 1.II. 29 r. zachorowała przy objawach ostrego zaburzenia trawienia, przyczem w ciągu 4-ch dni straciła 400 gr. na wadze; dn. 5.II i 6.II. zaczęła już przybywać na wadze po 50 gr. dziennie, a dnia 7.II wieczorem zachorowała na różę nosa (wskutek zdrapania strupka powietrznej ospy) z T^0 ciała 39,4 — 39, przez dwa dni róża zajęła już całą twarz; dn. 10.II T^0 ciała 39,6, wieczorem 37,5; dn. 11.II T^0 38 — 40,6; dn. 12.II rano T^0 36,5, w południe exitus laetalis przy objawach ciężkiej sepsis. W celach leczniczych stosowano propidon i surowicę paciorkowcą.

Jeszcze szybsze zejście nastąpiło w niżej przytoczonym przypadku, również z 1-go M. D. W.

Krysia S., 6 mies., przy piersi i dokarmiana, wagi 6,400 gr., dn. 20.IX 29 r. zachorowała na różę, która rozpoczęła się od nozdrzy (matka czyściła nos agrałką z zaschniętych wydzielin i przez nieuwagę zakłuła dziecko) T^0 dnia 20.IV 39,6; dn. 21.IV 38,8 — 39,4; 22.IV 38,2 — 38,4, w płucach objawy zapalenia; 29.IV T^0 39,8 rano, wieczorem exitus laetalis przy objawach obustronnego zapalenia płuc. Stosowano propidon i transpolminę.

Widzimy więc, iż możliwość wystąpienia ogólnego zakażenia ustroju, podrażnienia i zapalenia opon mózgowych, zapalenia płuc i opłucnej czyni przebieg róży u niemowląt i małych dzieci daleko cięższy i niebezpieczniejszy, a rokowanie daleko poważniejsze, niż u dorosłych lub dzieci starszych.

U wszystkich dzieci w I-ym M. D. W. stwierdzić można było punkt wyjścia róży, t. j. miejsce, przez które dostały się paciorkowce: w jednym przypadku róża wystąpiła jako powikłanie wietrznej ospy, w innym po przecięciu ropnia, w trzech wskutek uszkodzenia naskórka przez przypadkowe zadrapanie, w dwóch jako powikłanie czyraczności, w dwóch przy pryszczycy i w dwóch na ósmy i piętnasty dzień po zaszczepieniu ospy. U dzieci w szpitalu Anny Marji nie zawsze można było ustalić miejsce, fakt i przyczynę uszkodzenia naskórka, ale w większości przypadków można było stwierdzić uszkodzenie naskórka przy potówkach i innych wykwitach na skórze, przy pryszczycy lub wietrznej ospie; w 4-ch przypadkach róża występiała po szczepieniu ospy na 2-gi, 7-y, 10-y i 20-y dzień. Materiał obecny, jak również i dawniejsze nasze doświadczenie, wskazuje wyraźnie na fakt, że sposób i moment zakażenia paciorkowcem róży u niemowląt jest swoisty, i że dużą rolę gra tutaj 1) nieodpowiednie pielęgnowanie niemowląt, przegrzewanie ich przez zbyt szczelne zawijanie i trzymanie w pierzu, powodowane tem odparzanie skóry i powstawanie rozmaitych wykwitów na skórze, 2) niedostatecznie ściśle przestrzeganie przez szczepiących ospę konieczności aseptycznego utrzymania ranki po zaszczepieniu ospy (na 30 przypadków naszych, aż w 6 przypadkach róża wystąpiła po zaszczepieniu ospy).

**Już ukazały się i są do nabycia
we wszystkich księgarniach**

POLSKIE MONOGRAFJE I WYKŁADY KLINICZNE Z DZIEDZINY PEDJATRJI

REDAKTOR:

Prof. Dr. M. MICHAŁOWICZ

**POLSKIE MONOGRAFJE I WYKŁADY KLINICZNE
Z DZIEDZINY PEDJATRJI**

wychodzą w miarę napływania materiału

Cena zeszytu pierwszego i drugiego po zł. 3,50

Na treść składają się:

I.

M. G a n t z: O stanach podgorączkowych.

II.

M. Michałowicz: O chwiejności ciepłoty ciała ludzkiego na zasadzie badań dokonanych ze ścisłością 0,001 stopnia

III.

Paweł Baumritter: Odrębności kliniczne i terapeutyczne cukrzycy wieku dziecięcego.

ZAMÓWIENIA PRZYJMUJE

**Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem (P. K. O. D.)
Warszawa, Jasna 11, Konto w P. K. O. Nr. 20280.**

Sekretarz redakcji: Dr. Jerzy Michałowicz

WYDAWCA:

POLSKI KOMITET OPIEKI NAD DZIECKIEM

MŁODA MATKA

DWUTYGODNIK

poświęcony zdrowiu i wychowaniu dziecka do lat 7-miu.

(Polecany przez Tow. Pedjatryczne)

Pod redakcją

Dr. Barańskiego i Wandy Pełczyńskiej.

Wychodzi 1 i 15-go każdego miesiąca.

WARSZAWA

Górnośląska 20 m. 7. Telefon 401-24.

Warunki prenumeraty:

Kwartalnie Zł. 3.70. Półrocznie Zł. 7.40. Rocznie Zł. 14.00.

Numer pojedynczy 70 gr.

Opieka nad Dzieckiem

Nr. 5

za miesiące wrzesień i październik
ukazał się na półkach księgarskich.

Zawiera artykuły

Dr. R. Barańskiego — O samowystarczalności Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem. Dr. Jerzego Michałowicza — Wiek i wychowanie fizyczne.

Pismo wydane z bardzo licznymi ilustracjami,
wykresami i t. p.

PRENUMERATA 10 ZŁ. ROCZNIE.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA:

Warszawa, ul. Jasna Nr. 11, P. K. O. D. Telefon 419-16.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniw. Warsz.

(Dyrektor: Prof. M. Michałowicz).

Przyczynek do leczenia ksztuśca.

Podała

Marta Erlichówna.

Pomimo, że piśmiennictwo obfituje w coraz nowsze metody leczenia ksztuśca, możemy powiedzieć, że dotąd nie natknęliśmy na leczenie swoiste, pozwalające z zupełną pewnością chorobę zmodyfikować lub przerwać, tak jak to czynimy w większości przypadków błonicy i płonicy. Natomiast zdarza się, że u dziecka chorego na ksztuśca objawy słabną mniej lub więcej wybitnie, gdy zachoruje na inną chorobę zakaźną np. grypę, anginę. Fakt ten jest ogólnie znany. Zaobserwowałam przypadek niezwykle, a mian. chłopca chorego na ksztuśca, który w 10-tym dniu ksztuśca zachorował na meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; w przeciągu I-ej doby kaszel ustał zupełnie; gdy po 18 dniach zapalenie opon o przebiegu lekkim ustąpiło zupełnie, wtedy powrócił na czas krótki kaszel o charakterze nielicznych trzech do czterech dziennie poronnych napadów. W tym samym czasie pozostałe dzieci chorowały na ciężkie powikłania ksztuścowe.

Zauważono oddawna, że zaszczepiona oспа niekiedy modyfikuje lub przerywa napady ksztuśca, jednak wzmianki o tem są tylko rozsypane luźno w piśmiennictwie. Od kilku lat staram się szczepić ospę w celach leczniczych dzieciom, zwłaszcza niemowlętom, chorym na ksztuśca w pierwszym okresie tego cierpienia i na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń przywiązuję do tego tak duże znaczenie, że w okresie nasilania się, panującej u nas stale, epidemji kokluszki staram się się zwlekać z pierwszym szczepieniem ospy możliwie długo, ażeby w razie zachorowania mieć w rezerwie ten zabieg, czasami leczniczy. W niektórych przypadkach nie udało mi się wywołać żadnej zmiany w przebiegu ksztuśca, w niektórych działanie było łagodzące, tak, że można je było kwestjonować, widziałam szereg przypadków, w których szczepienie ospy wywarło wpływ niewątpliwie dodatni, w pięciu przypadkach na 17, stan chorobowy wywołany przez zaszczepienie ospy, a więc: krosty, obrzęk, gorączka, przer-

wały zupełnie istniejące już wyraźne objawy ksztuśca; oczywiście biorę tu pod uwagę jedynie okresy wczesne tej choroby.

Dwa przykłady takich przypadków pozwolę sobie zacytować:

Przypadek I dotyczy dziewczynki dwumiesięcznej, karmionej piersią, która zachorowała w 10 dni po stwierdzeniu ksztuśca u starszej siostry. Już w pierwszym tygodniu wystąpiły wyraźne objawy szybko nasilające się; w połowie drugiego tygodnia liczba napadów z wymiotami dochodziła do 35. W siódmym dniu choroby zaszczepiłam ospę, która przyjęła się po 4-ch dniach, gorączka i objawy miejscowe utrzymywały się przez pięć dni, od 8 — 13 dnia szczepienia, a od 15 do 20 dnia ksztuśca.

Liczba napadów spadła szybko w okresie tworzenia się krost z 35 do 18, utrzymując się na poziomie około 20 napadów w końcu drugiego tygodnia; w momencie największego nasilenia ospy, dziecko kaszało 15 razy na dobę, przyczem nie mieliśmy już wcale do czynienia z napadami, a ze zwykłym kaszlem. W trzecim tygodniu sprawa wygasła zupełnie, podczas gdy u starszej siostry, która zachorowała wcześniej, sprawa była w pełnym rozwoju. Słowem dziecko to, w chwili gdy miało niespełna 3 miesiące, było już zupełnie wyleczone z tak groźnej choroby, jak ksztuśiec w tym wieku. Dziecko to było i jest dotąd po upływie półtora roku zupełnie zdrowe.

Przypadek II. Luta L., 6 miesięcy, karmiona piersią i butelką przyjechała do Warszawy z letniska, w chwili, gdy w tem samym mieszkaniu kilkoro dzieci chorowało na ksztuśiec. Od tygodnia dziecko kaszało. Nie stwierdziłam jeszcze typowych napadów, ale wobec chorego otoczenia zaszczepiłam ospę. Do chwili przyjęcia się ospy wystąpiły już napady nie liczne, ale typowe z wymiotami; gdy ospa przyjęła się dosyć silnie, po upływie 8 dni byłam świadkiem tego, że napady osłabły, wymioty ustały, następnie dziecko wyjechało na wieś, skąd otrzymałam wiadomość, że jest zdrowe w 21 dniu po zachorowaniu.

Nie ulega wątpliwości, że nie we wszystkich podobnych przypadkach udaje się w tak wybitny sposób przerwać chorobę tak groźną dla życia niemowlęcia. Zdaje mi się jednakże, że zacytowane przypadki zachęcają do tego, ażeby szczepić ospę niemowlętom w pierwszym okresie choroby. Ujemne wyniki miałam w tych przypadkach, gdzie ospa była szczepiona powtórnie, a więc u dzieci starszych. Zdaje się, że można to tłumaczyć słabą reakcją na powtórne szczepienie; gdy bowiem zaszczepiłam ospę w domu, gdzie chorowała matka, syn 6-letni i 20-letnia służąca, u której ospa przyjęła się po raz pierwszy w życiu, słabe odczyny u matki i syna nie wywarły żadnego wpływu na przebieg ksztuśca, podczas gdy silny odczyn u służącej przerwał chorobę w sposób jeszcze wybitniejszy i szybszy, niż w wyżej opisanych przypadkach u niemowląt.

Nie potrzebuję zaznaczać, że szczepiąc ospę u kaszlącego niemowlęcia musimy być zupełnie przekonani o tem, że mamy do czynienia z rozpoczynającym się ksztuścem, a nie z zapaleniem oskrzeli, grypą, gruźlicą i t. p. przedewszystkiem dla tego, że wprowadzanie w tych przypadkach do ustroju nowej choroby jest oczywiście przeciwwskazane, a powtóre, żeby nie wyciągać fałszywych wniosków z wyników leczniczych.

Z kliniki Chorób Dziecięcych U. W

Dyrektor Prof. M. Michałowicz.

Przyczynek do działania efetoniny.

Podali

R. Barański i T. Marjanko - Lewenfiszowa.

Jeszcze przed laty przeszło tysiącem stosowano szeroko w Chinach, w medycynie ludowej roślinę pod nazwą „*Ephedra Vulgaris*“ — przęśl pospolita, z rodziny Gnetowców. W roku 1887 udało się wyodrębnić czynną część składową tej rośliny, a wiele lat później oznaczono jej wzór chemiczny (efedryna). Efedryna, optycznie lewoskrętna, pod względem budowy chemicznej jest bardzo zbliżona do adrenaliny; od dłuższego już czasu stosowano ją w okulistyce, jako lek rozszerzający źrenice. W roku 1924 i 1925 Chen i Schmidt w Pekinie, Nagsel w Wiedniu, przeprowadzili analizę farmakologicznego działania efedryny, przyczem okazało się, że i pod względem działania fizjologicznego efedryna jest bardzo zbliżona do adrenaliny. Zaczęto zatem stosować efedrynę i w medycynie wewnętrznej i w chirurgji.

Wyodrębnienie efedryny z przęśli jest naogół kosztowne. Syntetycznie otrzymana t. zw. efetonina Merck'a, optycznie nieczynna, nie ustępuje pod względem działania efedrynie, jest jednak znacznie tańsza. Efetonina, jak i adrenalina podnosi ciśnienie krwi, wzmacnia czynność serca, zwęża naczynia, pobudza ośrodek oddychania, przyczem rozszerza oskrzela. W oku powoduje rozszerzenie źrenicy. Pobudza do skurczu gładkie mięśnie macicy — a zatem, jak i adrenalina, pobudza zakończenia nerwu współczulnego. Rozczyny efetoniny są trwalsze od rozczyńń adrenaliny. Trwałość tę efetonina zawdzięcza swej budowie chemicznej; nie zawiera dwóch grup hydroxy-

lowych adrenaliny, dzięki czemu nie rozkłada się pod wpływem światła, ciepła, soku żołądkowego i jelitowego, co umożliwia stosowanie tego preparatu doustnie. Efetonina jest znacznie mniej trująca od adrenaliny. Na korzyść jej wobec adrenaliny przemawia znacznie dłuższy okres jej działania. Ciśnienie krwi wzmagą się wolniej, nie podnosi się tak wysoko, dłużej zaś utrzymuje, niż po adrenalinie.

Dzięki własności wzmagania ciśnienia krwi, efetonina może być stosowana w różnych stanach hypotonicznych, czy to w przebiegu chorób zakaźnych, w niedomodze serca i układu naczynioruchowego. Wywiera ona również bardzo korzystny wpływ w dychawicy oskrzelowej, w rozedmie starczej płuc, w różnych stanach alergicznych, w pierwszym zaś rzędzie — wszelkiego rodzaju pokrzywkach, gorączce siennej, następnie w chorobie posurowiczej. I tu na pierwszy plan wysuwa się jedna z większych jej zalet, a mianowicie, możliwość doustnego podawania. W wieku niemowlęcym efetonina wywiera bardzo korzystne działanie u osesków w grypie, w zapaleniu płuc i w innych chorobach zakaźnych.

Dawkowanie efetoniny musi być indywidualizowane. W każdym przypadku należy wypróbować, przy jakich dawkach preparat jest czynny i wolny od działania ubocznego. W jednych przypadkach wystarczy 0,005 gr. na dawkę, w innych znów 0,05. W wieku dziecięcym Hess poleca jako jednorazową dawkę 0,001 do 0,002 gr. na kg. wagi, przy wielokrotnym podawaniu 0,0001 do 0,0005 gr. na kg. wagi. W naszych doświadczeniach podawaliśmy dzieciom (wiek 4 — 11 lat) jako dawkę jednorazową 0,025 gr. i 0,05 gr. (druga dawka odpowiada dawce osoby dorosłej).

Celem naszej pracy nie było właściwie wypróbowanie działania efetoniny. Badamy bowiem ciśnienie *) prawie na całkowitym materiale, przechodzącym przez klinikę, staramy się ustalić znaczenie ciśnienia w najróżniejszych stanach patologicznych wieku dziecięcego. Między innymi, zamierzamy ustalić wskazania do stosowania rozmaitych środków, w ten więc sposób wyłoniła się sprawa stosowania efetoniny.

Podawaliśmy efetoninę prawie wyłącznie dzieciom zdrowym lub rekonwalescentom doustnie i podskórną w dawkach 0,025 i 0,05 gr.; przeważnie w jednakowych warunkach, a mianowicie, w przerwie między drugim śniadaniem, a obiadem. Przeprowadziliśmy w ten sposób 46 doświadczeń.

Rozpocznijemy od tych przypadków, gdzie stosowaliśmy 0,05 gr., w pierwszym zaś rzędzie podskórną. Na 16 przypadków w 13-tu ciśnienie wzrastało, w niektórych dość wyraźnie.

*) Korzystaliśmy z aparatu Riva-Rocci'ego; szerokość mankietu = 7 cm. Metoda wysłuchowa Korotkowa.

Tak np. ze	105 — 65 mm. Hg.	na	126 — 70 mm. Hg.	(przyp Nr. 15)					
"	102 — 45	"	"	"	124 — 60	"	"	"	3
"	103 — 53	"	"	"	130 — 75	"	"	"	1
"	120 — 70	"	"	"	145 — 75	"	"	"	2

W większości przypadków ciśnienie zaczyna wzrastać już w 5 — 10' po wstrzyknięciu, osiąga najwyższą wartość w 30 — 50', potem stopniowo obniża się, przekraczając jednak niekiedy jeszcze w 2,5 — 3 godz. ciśnienie początkowe; przeważnie jednak, w dwie godziny po zastrzyku osiągamy ciśnienie pierwotne. Tak np. w przypadku Nr. 1 ciśnienie przed wstrzyknięciem 0,05 gr. efetoniny wynosiło 103—53 mm. Hg.; w 45 minut wzrosło do 130—75 mm. Hg., jeszcze w dwie godziny po rozpoczęciu doświadczenia wynosiło 119—60 mm. Hg. Naogół jednak po dwóch godzinach mogliśmy już doświadczenie uważać za skończone, gdyż ciśnienie opadało do wielkości początkowej. W przypadku więc Nr. 3 początkowe ciśnienie wynosiło 102—45 mm. Hg., w 40 minut po wstrzyknięciu efetoniny wzniosło się do 124—60 mm. Hg., w godzinę i, 40 minut wynosiło już 104—45 mm. Hg.

Efetonina podnosi w większym stopniu ciśnienie maksymalne, ciśnienie minimalne bardzo często ulega nieznacznym tylko wahaniom, a zatem najbardziej wzrasta ciśnienie tętna (*Pressio pulsus*).—Tak np. w przypadku Nr. 20 ciśnienie maksymalne podniosło się ze 118 mm. do 132 mm., minimalne tylko z 65 do 70 mm. Hg. Nie jest to jednak prawidłem, gdyż, w innych wprawdzie rzadkich, równoległe z maksymalnym wzrastało i minimalne ciśnienie (przypadki Nr. 1 i Nr. 3).

Wzrost ciśnienia maksymalnego waha się w granicach 10—27 mm. Hg., minimalnego od 5—22 mm.

W trzech tylko przypadkach na 16, nie stwierdziliśmy wyraźnego wpływu efetoniny na ciśnienie. W przypadku Nr. 6 ciśnienie maksymalne wzrosło ze 120 mm. na 127 mm., minimalnie obniżyło się nawet z 65 mm. na 51 mm. W przypadku Nr. 7 ciśnienie ze 100 — 40 mm. Hg. wzrosło do 105—41 mm. Hg.; w przypadku Nr. 12 ciśnienie ze 120—50 mm. Hg. wzrosło do 126—55 mm. Hg.

Przy stosowaniu doustnem tej samej dawki (0,05 gr.) efetoniny wyniki są nieco inne. Ciśnienie naogół podnosi się, później jednak, niż po podskórnem zastosowaniu, w 30—40 minut po podaniu leku. Wzrost ciśnienia jest niższy przy doustnem stosowaniu, wzrost ciśnienia maksymalnego nie przekracza przeważnie 18 mm. Hg., minimalne zaś ciśnienie w większości przypadków ulega minimalnym tylko wahaniom. W przypadku Nr. 10 np. ciśnienie maksymalne ze 105 wzrosło do 118 mm., minimalne zaś nawet obniżyło się z 45 na 40 mm. Hg., co zresztą odpowiada granicom błędu. Podniesione ciś-

nienie utrzymuje się dłużej przy doustnem stosowaniu preparatu, po trzech godzinach częstokroć nie osiąga jeszcze początkowej wielkości, jak to widzimy w przypadku Nr. 13, gdzie po 3-ch godzinach ciśnienie wynosiło jeszcze 111—70 mm. Hg. (pierwotne 102—50 mm. Hg.).

Jednakowa dawka efetoniny wywołuje czasem u osób wręcz przeciwne działanie, najprawdopodobniej w zależności od stopnia napięcia nerwu sympatycznego i parasympatycznego. W przypadku Nr. 21 po podaniu efetoniny ciśnienie, przeciwnie niż to się działo w szeregu innych przypadków, obniżyło się: ciśnienie maksymalne obniżyło się ze 113 mm. do 105 mm. Hg., minimalne wahało się w granicach 5 mm.. W tym samym przypadku możemy zaobserwować, jak kolosalny jest wpływ czynników psychicznych na ciśnienie. W momencie, gdy jedna z koleżanek przeszła ze strzykawką do innego zresztą dziecka, ciśnienie u naszej pacjentki podniosło się ze 105—60 mm. do 120—65 mm., już przy następnym pomiarze, a po uspokojeniu dziecka, ciśnienie zpowrotem obniżyło się do 106—60 mm.

W następnej serii przypadków stosowaliśmy połowę dawki powyższej, a więc 0,025 gr.. Dawka ta w większości przypadków nie wpływa wcale lub minimalnie na ciśnienie. Wzrost ciśnienia waha się w granicy 10 mm.; po godzinie przeważnie ciśnienie osiąga pierwotną wielkość. (Przypadki Nr. 25, 26, 27, 28).

We wszystkich naszych przypadkach badaliśmy obok ciśnienia i tętno; wyniki badania tętna są tak bardzo niejednolite, że właściwie żadnych wniosków wyciągnąć nie pozwalają; naogół wahania są minimalne.

Niezmiernie ciekawe spostrzeżenie wyłoniło się w toku wykonywania powyższych doświadczeń. Otóż we wszystkich prawie przypadkach w 10 minut po otrzymaniu efetoniny dzieci ogarniała senność, zasypiały na przeciąg 10 do 60 minut. Senność trwała przez cały czas badania; o głębokości snu świadczy fakt, że zdejmowanie, nakładanie mankietu (aparatu Riva-Rocci'ego), częstokroć głośnie zachowywanie się dzieci sąsiednich, nie wytrącały badanych ze snu. Przy dawce 0,025 gr. dzieci rzadziej zasypiały, niż przy wyższej dawce. (Na 21 przypadków — 13 spało).

Nawet w tych przypadkach, gdzie efetonina nie wywierała żadnego prawie wpływu na ciśnienie, wywoływała jednak sen i to na dość długi okres czasu, bo przeszło godzinę. (Przyp. Nr. 18). Krótkotrwałe podniesienie ciśnienia w tym przypadku w końcu doświadczenia przypisujemy raczej chwilowemu pobudzeniu dziecka w związku z przebudzeniem, nie zaś działaniu efetoniny.

Biorąc pod uwagę zakres zastosowywania efetoniny, należy

jej cechę nasenną uważać za zaletę. U zmęczonego np. atakiem duszności astmatyka — spokojny oddech, związany ze snem jest wszak wielkiem dobrodziejstwem. Efetonina niezupełnie jest wolna od działania ubocznego. Dzieci częstokroć, zwłaszcza po większych dawkach, skarżą się na ból głowy, bicie serca, inne znów na uczucie gorąca, pocenie się. Podmiotowe te objawy występują również i w tych przypadkach, gdzie efetonina nie wywiera znacznego wpływu na ciśnienie (Przypadki 16, 17, 21). Sądzymy, że sensacje powyższe są jednak zależne od zmian naczynioruchowych (skurcz drobnych naczyń mózgowych, skórnych, mięśnia sercowego), które mogły jeszcze nie odbić się na ciśnieniu ogólnem.

Na zasadzie powyższych doświadczeń wnioskujemy, że efetonina, zresztą jak i adrenalina, nie jest środkiem niezawodnie skutecznym. Wzrost ciśnienia stwierdziliśmy przeważnie tylko po dawkach 0,05 gr.. Przy mniejszych dawkach 0,025 gr. należy raczej przyjąć brak wpływu na ciśnienie, wyjąwszy oczywiście przypadki sporadyczne. Potwierdza nas to w przekonaniu, że dawkowanie efetoniny należy bardzo dokładnie indywidualizować. W każdym przypadku należy rozpocząć od dawek małych, stopniowo je powiększać, aby nie wywołać działania ubocznego — osiągnąć tem samem niepożądany efekt. Działanie uboczne efetoniny u różnych osób występuje po różnych dawkach, w zależności od tolerancji indywidualnej. Efetonina, zbliżona w swem działaniu do adrealiny, ma bezsprzecznie duże zastosowanie w różnych, a wyżej wymienionych stanach chorobowych, między innemi i wieku dziecięcego. Wartość jej podnosi zwłaszcza możność doustnego stosowania.

P R O T O K Ó Ł Y.

Nr. 1.

T. K. 8 l. 4 m. Status post influenzam (Nr. his. chor. 3517). Tętno 104 na 1'. Ciśnienie 103 — 53 mm. Hg. godz. 11 m. 35 — 0,05 efetoniny podskórnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11,45	96	122—55	
12,00	100	127—57	
12,10	108	127—65	
12,20	96	130—75	
12,37	100	127—69	
12,55	102	127—69	
13,10	102	119—60	
13,25	102	119—60	
13,35	102	119—60	

Nr. 2.

J. R. 12 l. Zdrowa (Nr. hist. chor. 3637). Tętno 110 na 1'. Ciśnienie 120—70 mm. Hg. godz. 11,40 — 0,05 efetoniny podskórnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11,55	84	138—72	
12,05	88	145—77	
12,15	90	145—75	
12,30	96	133—70	
12,45	84	130—62	
13,00	92	128—60	
13,15	90	128—61	

Nr. 3.

S. Sz. 5 lat. (Nr. hist. chor. 3484). Post pleuritidem puru lentam. Tętno 84 na 1'. Ciśnienie 102—45 mm. Hg., godz. 10.30—0,5 efetoniny podskórnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.40	78	112—45	senność
10.50	78	118—50	"
11.00	90	122—54	"
11.10	90	124—60	"
11.20	84	118—55	"
11.30	84	118—55	"
11.40	78	115—45	"
11.50	84	115—44	"
12.10	96	104—42	"
12.20	84	104—45	"

Nr. 4.

W. Ł. 8 lat. Taenia solium. (Nr. hist. chor. 3554). Tętno 84 na 1'. Ciśnienie 112—39 mm. Hg., godz. 10.55—0,05 efetoniny podskórnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.50	90	127—39	senność
11.15	90	127—40	śpi
11.25	78	127—40	"
11.45	88	127—41	"
11.55	88	118—42	obudził się
12.15	84	117—41	"
12.25	84	113—30	"
12.50	84	112—35	"

Nr. 5.

J. G. 9 lat. Po operacji usznej. (Nr. hist. chor. 3523). Tętno 108 na 1'. Ciśnienie 112—47 mm. Hg., godz. 11—0,05 efetoniny podskórnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.10	120	129—40	senność śpi
11.20	102	124—45	
11.40	108	119—44	
11.50	108	121—42	
12.05	102	122—42	obudził się
12.20	102	129—41	
12.35	102	124—41	
12.55	96	128—41	
1.15	90	130—40	"
1.30	90	127—40	
1.50	90	124—40	

Nr. 6.

J. K. 8 lat. Taenia solium (Nr. hist. chor. 3563). Tętno 108 na 1'. Ciśnienie 120—65 mm. Hg., godz. 11—0,05 efetoniny podskórnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.10	108	125—65	"
11.20	90	127—57	
11.30	96	123,5—51,5	
11.55	96	120—52	
12.05	90	122—52	"
12.35	84	117—55	

Nr. 7.

T. R. 7 lat. Post pneumoniae crouposam (Nr. hist. chor. 3544). Tętno 76 na 1'. Ciśnienie 100—40 mm. Hg. godz. 11.07—0,05 efetoniny podskórnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.17	90	105—41	śpi
11.27	84	105—40	
11.40	84	103—40	
11.50	90	100—40	
12.00	84	100—40	senny
12.20	84	100—40	"

Nr. 8.

Z. Z. 8 lat. Status febrilis (Nr. hist. chor. 3567). Tętno 90 na 1'. Ciśnienie 96—35 mm. Hg., godz. 11.15—0,05 efetoniny podskórnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.25	96	103—42	śpi
11.35	108	106—42	
11.50	102	107—48	
12.00	96	109—40	
12.15	90	105—45	"
12.25	90	106—45	obudziła się
12.40	84	111—42	
12.55	90	111—40	
1.10	90	107—40	
1.25	90	113—42	ból głowy, płacze
1.40	90	105—40	
1.50	90	107—36	
2.00	90	105—36	
2.15	84	102—36	"
2.25	90	100—36	

Nr. 9.

J. L. 7 lat. Bronchiectasiae (Nr. hist. chor. 3580). Tętno 104 na 1'. Ciśnienie 115—40 mm. Hg., godz. 11.20—0,05 efetoniny podskórnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.30	104	117—45	
11.40	108	112—45	
11.55	108	119—47	senna
12.10	108	120—52	śpi
12.20	102	120—50	obudziła się
12.30	102	129—56	
12.45	96	121—50	
1.00	108	118—40	
1.20	96	113—36	
1.30	96	115—36	

Nr. 10.

M. L. 10 l. 4 m. Hemichorea (Nr. hist. chor. 3684). Tętno 90 na 1'. Ciśnienie 125—50 mm. Hg., godz. 11. a — 0,05 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.15	90	120—55	
11.30	90	125—55	
11.40	90	130—55	b. senna
11.50	90	130—55	"
12.00	90	130—55	"
12.10	90	127—55	"
12.20	90	125—50	
12.30	90	125—50	

Nr. 11.

Z. P. 12 lat. Bronchitis (Nr. hist. chor. 3665). Tętno 84 na 1'. Ciśnienie 105—45 mm. Hg., godz. 11.05 — 0,05 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.20	84	105—40	
11.35	84	105—40	b. senna
11.45	84	112—40	walczy ze snem
11.55	90	115—40	śpi
12.05	90	118—40	"
12.15	96	112—40	placze, ból głowy
12.25	96	112—40	podniecona
12.30	96	112—40	"

Nr. 12.

M. L. 10 l. 4 m. Hemichorea (Nr. hist. chor. 3684). Tętno 90 na 1'. Ciśnienie 120—50 mm. Hg., godz. 10.20 — 0,05 efetoniny podskórnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.30	90	120—50	
10.40	90	123—50	
10.50	102	125—50	senna
11.00	120	126—50	śpi, (mimo dużego hałasu na sali)
11.15	108	126—55	śpi
11.20	108	125—55	"
11.25	108	127—55	obudziła się, senna
11.30	108	125—50	senna
11.35	102	120—50	"
11.40	102	125—50	"
11.45	102	125—50	"
12.00	102	121—50	"
12.05	96	120—50	"
12.10	96	120—50	
12.15	96	120—50	

Nr. 13.

K. R. 7 lat. Mastoiditis (Nr. hist. chor. 3712). Tętno 96 na 1'. Ciśnienie 102—50 mm. Hg., godz. 10.30—0,05 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.40	96	102—55	
10.50	90	107—60	senny
11.00	102	112—60	"
11.10	102	120—75	"
11.20	120	117—72	"
11.30	102	107—65	śpi
11.40	108	115—70	"
11.50	120	115—70	"
12.00	96	118—70	"
12.10	90	120—72	senny
12.20	96	112—65	"
12.30	96	118—70	placze, ból głowy
12.40	108	119—70	"
12.50	120	117—70	
1.00	108	115—70	placze
1.10	120	115—75	
1.20	120	112—70	
1.30	120	111—70	(doświadczenie trwało 3 godziny)

Nr. 14.

S. S. 8 lat. Observatio. (Nr. hist. chor. 3727). Tętno 96 na 1'. Ciśnienie 108—50 mm. Hg., godz. 10.32—0,05 efetoniny podskórnice,

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.42	96	108—55	
10.52	120	108—55	
11.00	96	102—60	
11.10	120	110—65	
11.20	120	100—60	
11.30	108	106—65	
11.40	96	116—65	
11.50	120	110—65	
12.00	108	112—65	
12.10	96	108—65	
12.20	120	108—65	
12.30	114	109—65	
12.40	108	111—65	
12.50	90	106—65	
1.00	102	115—65	
1.10	90	112—65	
1.20	90	110—60	

Nr. 15.

K. R. 7 lat. (Patr. Nr. 13). Tętno 96 na 1'. Ciśnienie 105—65 mm. Hg., godz. 10.35 — 0,05 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.45	108	116—65	
10.55	132	115—65	śpi
11.05	120	117—69	"
11.15	108	114—65	"
11.25	120	118—65	"
11.45	120	120—65	"
11.55	120	126—70	"
12.05	120	116—65	"
12.15	120	110—65	"
12.25	120	111—65	obudził się
12.35	120	112—65	
12.45	108	114—65	
12.55	102	111—65	
1.05	108	117—65	
1.15	108	117—65	
1.25	108	105—65	

Nr. 16.

W. G. 8 lat. Insuf. valv. mitralis. (Nr. hist. chor. 3716). Tętno 108 na 1', Ciśnienie 105—65 mm. Hg., godz. 10.40 — 0,05 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.50	120	102—60	
11.00	102	105—65	
11.10	108	105—60	
11.20	108	105—65	
11.30	108	105—65	
11.40	108	108—65	ból głowy
11.50	108	108—65	śpi
12.00	90	105—65	"
12.10	108	112—65	obudziła się,
			placze
12.20	108	118—70	placze, ból
			głowy
12.30	108	112—70	"
12.40	120	105—65	"
12.50	102	108—65	"
1.00	102	112—65	placze
1.10	120	116—65	"
1.20	100	114—65	pobudzona
1.30	96	115—65	"
1.40	96	113—65	"
1.50	96	113—65	"

Nr. 17.

W. G. 8 lat. Insuf. valv. mitralis. (Nr. hist. chor. 3716). Tętno 108 na 1'. Ciśnienie 108—65 mm. Hg., godz. 9.30 — 0,05 efetoniny podskórnice

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
9.40	114	116—65	
9.50	120	114—65	
10.00	120	116—70	
10.10	108	116—70	
10.20	192	110—65	
10.30	108	110—65	śpi
10.40	102	108—60	"
10.55	102	110—65	"
11.10	120	115—65	obudziła się
			skarży się na u-
			czucie gorąca
11.25	90	116—70	"
11.40	96	113—65	"
11.55	96	110—65	"

Nr. 18.

R. W. 10 lat. Erythema uodorum. (Nr. hist. chor. 3749). Tętno 96 na 1'. Ciśnienie 125—65 mm. Hg., godz. 9.35—0,05 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
9.45	90	120—65	senny
9.55	96	120—70	śpi
10.05	90	120—75	"
10.15	108	120—75	"
10.25	102	120—70	"
10.35	96	124—70	"
10.45	96	118—70	"
11.00	96	120—70	"
11.15	90	132—70	obudził się
11.30	96	130—70	
11.45	96	120—65	
12.00	96	124—65	
12.15	96	125—70	
11.30	90	125—65	

Nr. 20.

R. W. 10 lat. (Patrz tabl. Nr. 18) Tętno 102 na 1'. Ciśnienie 118—65 mm. Hg., godz. 9.30—0,05 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
9.40	108	132—70	senny
9.50	108	132—70	śpi
10.00	120	130—70	"
10.10	120	124—70	"
10.20	120	124—70	"
10.30	108	120—70	"
10.40	108	117—70	"
10.55	120	120—70	"
11.05	120	118—70	obudził się
11.20	108	120—70	
11.35	114	118—70	
11.50	102	118—65	
12.05	90	118—65	

Nr. 19.

S. S. 8 lat. (Patrz Nr. 14). Tętno 102 na 1'. Ciśnienie 102—60 mm. Hg., godz. 9.25—0,05 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
9.35	90	105—65	senny
9.45	84	118—68	"
9.55	84	115—70	śpi
10.05	84	118—70	"
10.15	78	120—70	"
10.25	72	120—75	"
10.35	84	117—70	"
10.50	78	118—70	obudził się
11.00	78	117—68	
11.15	78	118—68	
11.30	78	119—68	
11.45	72	120—65	
12.00	84	120—65	
12.10	78	111—65	
12.20	78	110—60	
12.30	78	105—60	
12.45	78	105—60	

Nr. 21.

K. B. 11½ lat. Tbc. intestini (Nr. hist. chor. 3766) Tętno 84 na 1'. Ciśnienie 113—55 mm. Hg., godz. 9.15—0,05 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
9.25	84	113—55	
9.35	78	113—60	
9.45	84	108—60	senny
9.55	90	110—60	śpi
10.05	90	106—60	obudził się
10.15	90	106—60	
10.30	84	108—65	
10.45	78	105—60	
11.00	90	120—65	jedna z koleżanek przyszła dla dokonania próby Dick'a
11.15	90	106—60	
11.30	84	107—55	ból głowy
11.45	84	110—55	" "
			senny
12.00	84	108—55	ból głowy
12.15	84	107—55	

Nr. 22

J. W. Pyelitis 9 l. 8 m. (Nr. hist. chor. 3774). Tętno 96 na 1'. Ciśnienie 115—75 mm. Hg., godz. 9.20—0.05 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
9.30	96	115—75	
9.40	96	110—75	śpi
9.50	108	125—80	"
10.00	120	130—80	"
10.10	102	133—80	"
10.25	104	133—80	obudziła się
10.35	102	125—80	
10.50	120	118—75	
11.05	95	130—75	
11.20	96	124—75	senna
11.35	96	127—75	śpi
11.50	96	128—75	obudziła się
12.05	108	125—75	placze
12.20	78	118—70	
12.35	84	116—70	
12.50	84	111—70	

Nr. 23.

K. B. 11 lat 7 m. (Patrz Nr. 21). Tętno 90 na 1'. Ciśnienie 115—65 mm. Hg., godz. 10.05—0.05 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.15	90	120—65	
10.25	84	115—60	
10.35	90	115—65	
10.45	90	119—60	senny
10.55	84	123—65	ból głowy
11.05	78	123—70	" "
11.15	84	124—70	uczucie gor.
11.45	90	127—70	
12.00	84	120—65	
12.15	78	120—65	
12.30	78	120—65	
12.45	78	117—65	

Nr. 24

J. W. 9 lat 8 m. (Patrz Nr. 22). Tętno 120 na 1'. Ciśnienie 113—70 mm. Hg., godz. 10.10—0.05 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.20	114	125—75	
10.30	102	124—75	
10.40	90	123—75	śpi
10.50	120	135—80	obudziła się
11.00	108	130—80	ból głowy
11.10	108	130—80	" "
11.20	108	132—85	" "
11.35	108	128—80	
11.50	108	123—75	placze, ból głowy
12.05	120	118—75	placze, ból głowy
12.20	108	117—70	śpi
12.35	108	126—75	"
12.50	108	120—75	"
1.00	102	118—70	obudziła się

Nr. 25.

E. B. 8 lat. Polyarthritis rheumatica (Nr. hist. chor. 3780). Tętno 96 na 1'. Ciśnienie 110—68 mm. Hg., godz. 10.52—0.025 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.05	102	123—75	śpi
11.15	120	123—75	obudziła się
11.25	120	118—75	
11.35	120	115—70	
11.45	114	112—70	
11.55	114	112—70	
12.15	108	110—65	
12.25	108	110—65	

Nr. 26.

K. B. 10 lat. (Nr. hist. chor. 3761). Observatio quoad. T.B.C. pulmonum. Tętno 90 na 1'. Ciśnienie 114—65 mm. Hg., godz. 10.50—0.025 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.00	90	114—65	
11.10	90	114—65	śpi
11.20	90	118—65	"
11.30	96	114—65	obudziła się
11.40	90	108—65	
11.50	90	115—65	
12.10	90	112—65	

Nr. 27.

K. B. 10 lat. (Patrz Nr. 26). Tętno 84 na 1'. Ciśnienie 112—65 mm. Hg., godz. 10,55—0,025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.05	78	112—65	senna śpi obudziła się
11.20	84	110—65	
11.35	102	110—65	
11.50	108	115—70	
12.05	90	117—70	
12.15	90	110—65	
12.25	84	110—65	

Nr. 28.

E. B. (Patrz Nr. 25). Tętno 100 na 1'. Ciśnienie 112—70 mm. Hg., godz. 11-a—0,025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.10	96	112—70	śpi "obudziła się
11.25	120	123—75	
11.30	108	122—75	
11.55	108	115—70	
12.10	90	116—70	
12.20	96	117—70	
12.30	102	115—70	
12.40	102	110—70	
12.50	102	110—70	

Nr. 29.

J. G. 8 lat 2 m. Observatio quoad Intiltration. peryfocal. (Nr. hist. chor. 3776). Tętno 96 na 1'. Ciśnienie 114—65 mm. Hg., godz. 10,55—0,025 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.05	90	115—65	śpi " " " "obudziła się
11.15	102	113—68	
11.25	108	115—50	
11.35	90	124—75	
11.45	108	120—75	
11.55	96	116—70	
12.15	90	114—70	
12.30	90	114—68	
12.45	90	114—65	
13.05	90	110—65	

Nr. 30.

J. K. 6 lat 3 m. Observatio (Nr. hist. chor. 3800). Tętno 90 na 1'. Ciśnienie 120—70 mm. Hg., godz. 10,55—0,025 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.10	108	136—80	
11.20	108	135—80	
11.30	108	136—80	
11.35	120	134—80	
11.50	104	135—75	
12.00	90	130—78	
12.20	104	126—75	
12.35	96	125—75	
12.50	96	125—70	
13.10	96	122—70	

Nr. 31.

T. A. 8 lat. Gruźlica gruczołów chłonnych. (Nr. hist. chor. 3816). Tętno 84 na 1'. Ciśnienie 110—65 mm. Hg., godz. 11—0,025 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.10	90	118—70	senny śpi "obudził się
11.20	90	120—75	
11.30	84	120—75	
11.40	78	114—70	
11.50	72	110—65	
12.00	90	110—65	

Nr. 32.

M. S. 14 lat. Polyarthrit. subacuta. (Nr. hist. chor. 3814). Tętno 78 na 1'. Ciśnienie 108—55 mm. Hg., godz. 11-a—0,025 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.15	90	110—55	senna śpi obudziła się
11.25	84	110—55	
11.35	84	114—60	
11.45	78	114—60	
11.55	90	108—60	
12.05	90	108—55	
12.15	84	108—55	

Nr. 33.

T. A. (Patrz przypadek 31). Tętno Hg.,
78 na 1'. Ciśnienie 106—65 mm. godz.
10-a—0,025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.15	90	109—65	senny
10.30	90	112—65	
10.45	78	112—70	
11.00	90	115—70	
11.10	90	110—65	
11.20	84	108—65	
11.30	84	105—65	

Nr. 34.

M. S. (Patrz Nr. 32). Tętno 78 na 1'.
Ciśnienie 105—55 mm. Hg., godz.
10-a—0,025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.20	84	105—55	senny
10.35	96	110—60	
10.50	84	110—65	
11.05	84	105—60	
11.15	84	105—55	
11.25	84	105—55	

Nr. 35.

M. Sz. 3 lata. Obs. quoad bronchie-
ctosias (Nr. hist. chor. 3847. Tętno
78 na 1'. Ciśnienie 108—65 mm. Hg.,
godz. 10.55—0,025 efetoniny pod-
skórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.05	78	108—65	
11.15	84	108—65	
11.25	84	108—65	
11.35	78	108—65	
11.45	72	112—70	
12.00	72	110—65	
12.15	72	108—65	
12.30	72	108—65	

Nr. 36.

J. R. Obs. quoad bronchiectosias.
Tętno 84 na 1'. Ciśnienie 113—60
mm. Hg., godz. 11-a—0,025 efeto-
niny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.10	84	113—60	śpi
11.20	84	112—60	
11.30	84	113—60	
11.35	96	115—60	
11.50	96	112—60	
12.05	96	112—60	
12.20	90	112—60	
12.35	90	112—60	
			obudziła się

Nr. 37.

M. Sz. (Patrz Nr. 35). Tętno 66 na 1'.
Ciśnienie 110—65 mm. Hg., godz.
10.50—0,025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.05	66	108—65	wpływ psychicz- ny: przybył le- karz - specjalista w celu włania li- piodolu do oskrzeli
11.15	66	100—65	
11.30	66	100—65	
11.40	66	100—65	
11.52	66	100—65	
12.00	72	110—65	

Nr. 38.

J. R. (Patrz Nr. 36). Tętno 78 na 1'.
Ciśnienie 105—60 mm. Hg., godz.
10.55—0,025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
11.10	78	105—60	
11.20	84	105—60	
11.35	78	110—65	
11.55	78	110—65	
12.05	78	105—60	

Nr. 39.

S. R. 5 lat 10 m. *Ascaris lumbric.* (Nr. hist. chor. 3848). Tętno 102 na 1'. Ciśnienie 105—65 mm. Hg., godz. 10.45 — 0,025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.45	96	105—65	
11.00	96	105—65	
11.15	102	105—65	
11.30	102	108—65	
11.40	108	105—65	
11.50	96	105—65	
12.05	108	105—65	
12.20	102	105—65	
12.30	102	105—65	

Nr. 40.

S. Sz. 10 lat. *Observatio quoad T.B.C. Intestini.* Tętno 96 na 1'. Ciśnienie 100 — 70 mm. Hg., godz. 10.35 — 0,025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.50	102	100—70	
11.05	102	100—65	
11.20	108	100—65	
11.35	108	100—65	
11.45	108	105—70	
12.10	96	110—70	
12.25	90	110—70	
12.35	90	110—70	
12.45	90	102—65	
13.00	90	100—65	

Nr. 41.

I. Z. 8 lat 8 m. *Post bronchopneum. sin.* (Nr. hist. chor. 3870). Tętno 84 na 1'. Ciśnienie 103—60 mm. Hg., godz. 10.25—0,025 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.40	90	112—60	
10.50	96	112—65	senna
11.00	90	118—65	śpi
11.10	84	118—70	"
11.20	90	120—70	"
11.30	96	113—65	"
11.40	90	108—65	"
11.50	84	108—65	senna
12.00	84	105—60	śpi
12.10	84	105—60	obudziła się

Nr. 42.

H. S. 10 lat. *Pycclitis* (Nr. hist. chor. 3809). Tętno 84 na 1'. Ciśnienie 85—50 mm. Hg., godz. 10.30 — 0,025 efetoniny podskórnice.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.45	96	88—50	
10.55	96	88—50	
11.05	102	88—50	senna
11.15	102	92—55	śpi
11.25	90	92—60	"
11.35	96	85—55	"
11.45	102	85—55	"
11.55	90	85—50	obudziła się
12.05	84	85—50	
12.15	84	85—50	

Nr. 43.

J. Z. (Patrz Nr. 41). Tętno 96 na 1'. Ciśnienie 111 — 60 mm. Hg., godz. 10.30 — 0,025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.45	102	105—60	
10.55	108	105—60	
11.10	96	108—65	
11.25	96	108—65	
11.40	96	105—60	
11.55	96	105—60	
12.10	96	105—60	

Nr. 44.

H. S. (Patrz Nr. 41). Tętno 96 na 1'. Ciśnienie 85 — 50 mm. Hg., godz. 10.30 — 0,025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.50	96	85—50	
11.00	96	90—50	
11.15	102	90—55	
11.30	102	92—60	
11.45	102	85—55	
12.00	96	85—50	
12.15	96	85—50	

Nr. 45.

R. Z. 6 $\frac{1}{2}$ lat. *Observ. quoad bronchiectosiac.* (Nr. hist. chor. 3873).
Tętno 120 na l'. Ciśnienie 110—65 mm. Hg., godz. 10.10—0.025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.25	102	105—60	śpi obudził się senny
10.35	96	107—65	
10.45	102	107—65	
10.55	108	105—65	
11.05	102	102—60	
11.15	96	102—60	
11.45	96	102—60	

Nr. 46.

J. T. 4 l. 3 m. *Post pleuritidem pneumococcicum.* (Nr. hist. chor. 3830).
Tętno 120 na l'. Ciśnienie 115—55 mm. Hg., godz. 10.15—1.025 efetoniny doustnie.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.30	120	110—55	
10.40	120	113—60	
10.50	120	118—65	
11.00	120	115—65	
11.10	120	113—60	
11.20	120	110—55	
11.35	120	110—55	
11.50	120	110—55	

PIŚMIENNICTWO.

1. W. Beck. Über neuere Arzneimittel. Die Therapie der Gegenwart 1928. Heft 1. 2. W. Fischer. Über Ephetonin Merck, einen synthetischen Körper von der Wirkung des Ephedrin. Münchener med. Wochenschrift 1927, Nr. 25. 3. W. K. Fränkel. Ephetoninwirkungen auf Magen und Darm. Medizinische Klinik. 1929, Nr. 3. 4. W. K. Fränkel. Über Ephetoninwirkung bei Urticaria. Medizinische Klinik. 1928, Nr. 47. 5. E. Heller. Selbstbeobachtung über Ephedrin Merck bei Asthma bronchiale. Therapie der Gegenwart, December 1926. 6. W. Henning. Erfahrungen mit Ephetonin bei Asthma bronchiale, Emphysem-bronchitis, chronischer Bronchitis, und bei der Begleitbronchitis der Tuberkulösen. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1928, 69 Band. 7. Erich Guttmann. Skopolamin—Ephedrin. Münch. med. Wochenschrift 1926, Nr. 51. 8. Paul Müller. Über die Verwendung des Ephedrins in der Augenheilkunde Monatsblätter für Augenheilkunde, 1928. Mai. 9. A. Neustadt. Ephetonin und Asthma bronchiale. Med. Klinik. 1928, Nr. 7. 10. H. Petow und E. Wittkower. Über Ephetonin. München. med. Wochenschrift 1927, Nr. 18. 11. H. Poppe. Bekämpfung der Absteinererscheinungen bei plötzlicher Morphinentziehung durch Ephetonin. Klinische Wochenschrift 1928, 15 April, Nr. 16. 12. C. H. Sattler. Die Anwendung des Ephetonins in der Augenheilkunde. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1927, 79 B. 13. Stefan Saxl. Zur Behandlung des Altersemphysems mit Ephedrin und Ephetonin. Wiener Klin. Wochenschrift 1927, Nr. 23. 14. Ladislaus Takács. Untersuchungen über die Wirkung der adrenalinähnlichen Alkaloide: Ephedrin und Ephetonin. Wiener Klin. Wochenschrift 1928, Nr. 39. 15. Heinz Taterka und L. Hirsch. Zur Therapie der Serumkrankheit. Medizinische Klinik 1928, Nr. 42.

L'action de l'ephetonine sur la pression sanguine.

L'ephetonine à doses plus fortes (0,05) provoque l'augmentation de la pression sanguine. C'est la pression sanguine mx qui s'accroît, tandis que la pression mn reste presque stationnaire. Or l'ephetonine à cette dose n'influence que la pression du pouls. L'action de l'ephetonine, administrée par

POLECAMY

POLSKI KALENDARZ LEKARSKI

NA ROK 1930.

ROCZNIK PIĄTY.

Znacznie rozszerzony i uzupełniony najnowszymi zdobyczami wiedzy, zawiera między innymi: **Biuletyn terapeutyczny.** Klimato- i balneoterapię. Zdrojowiska polskie. Uzdrowiska polskie. Uzdrowiska zagraniczne. Kąpiele lecznicze i słoneczne. Leczenie lampą kwarcową i sztucznym światłem. D-ra Rotha: Leczenie promieniami Roentgena. Diatermia. Dietetyka. Tabela najważniejszych środków odżywczych. Wartość kaloryczna najważniejszych pokarmów ośeska. Ciężar i wzrost zdrowego dziecka. Wiek, wzrost i waga dziecka. Prawidłowe ząbkowanie. Najważniejsze zabiegi lekarskie. Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach. D-ra Bergera: Diagnostyka i leczenie tuberkuliny. Leczenie odmą sztuczną. D-ra Lautersteina: Oznaczenie refrakcji oka. (Dobieranie szkieł). Surowice i szczepionki. Badania laboratoryjne. D-ra Flecka: Charakterystyczne obrazy hematologiczne dla procesów zapalnych i infekcyjnych. D-ra Hellera. Kilka uwag praktycznych o analizie krwi. Okres wylegania chorób zakaźnych. Sekcja sądowo-lekarska i protokół sekcji. **Dział rozpoznawczo-leczniczy.** Alfabetyczny spis ważniejszych leków. Synonimy środków leczniczych. Leki do wstrzykiwań. Dawkowanie dla dzieci.

CENA KALENDARZA, FORMATU KIESZONKOWEGO W PŁÓTNO OPRAWNEGO WYNOŚI — 8 ZŁ.

BIBLIOTEKA PRAKTYKI LEKARSKIEJ

1. RICHTER P. F., prof. uniwersytecki w Berlinie: **Jak należy leczyć w praktyce choroby przemiany materii?** Na papierze bezdrzewnym, karton 5 zł.
2. RABE F., prof. uniwersytecki w Hamburgu: **Zasady leczenia dietetycznego.** Na papierze bezdrzewnym, karton 7.—zł.
3. MUEHSAM R., prof. uniwersytecki w Berlinie: **Co może i kiedy musi lekarz praktyk operować?** Na papierze bezdrzewnym, karton 7.50 zł.
4. CASPER L., prof. uniwersytecki w Berlinie: **Leczenie zapalenia pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych i kamicy nerkowej.** Na papierze bezdrzewnym, karton 5.—zł.
5. FUERST K.: **Zarys leczenia farmakologicznego chorób skórnych.** Na papierze bezdrzewnym, karton 10.—zł.

W dalszym ciągu ukazywać się będą:

6. SCHLOSSMANN, prof. uniwersytecki w Duesseldorfie: **Leczenie chorób zakaźnych w wieku dziecięcym.**
7. SCHINZ, prof. uniwersytecki w Zurychu: **Co musi lekarz-praktyk wiedzieć o leczeniu promieniami?**
8. HEYN, prof. uniwersytecki w Kilonji: **Zachowawcze leczenie zapalnych schorzeń ginekologicznych.**
9. SPITZY, prof. uniwersytecki w Wiedniu: **Nowa terapia ortopedyczna w praktyce ogólnej.**
10. GERBIS, prof. uniwersytecki w Berlinie: **Praktyczne leczenie chorób wywołanych pracą zawodową.**
11. **Kąpiele i picie wód zdrojowych.**
12. **Terapia infekcyj reumatycznych.**

Biblioteka Praktyki Lekarskiej będzie stale dalej uzupełniana pracami najwybitniejszych autorów. Prosimy żądać prospektów. Poza tem dostarczamy wszelkich dzieł i czasopism polskich i zagranicznych.

KSIĘGARNIA NOWOŚCI — LWÓW, KOPERNIKA 3.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

I ZAWIERA:

wykłady kliniczne, prace z klinik, szpitali i pracowni, streszczenia zbiorowe i poglądowe, streszczenia pojedyncze i oceny książek, posiedzenia Towarzystw Lekarskich, wskazówki praktyczne, sprawozdania ze Zjazdów, korespondencje, odcinek, prace z dziedziny medycyny społecznej i spraw zawodowych oraz życiorysy.

Przedpłata kwartalna wynosi:

w Warszawie	Zł. 12.
na prowincji.	Zł. 14.
zagranicą	Zł. 16.

voie souscutanée est évidente, ainsi qu'après l'administration par voie buccale.

L'ephetonine à doses thérapeutiques (0,025) en général n'a aucune influence sur la pression sanguine.

Le pouls sous l'influence de l'ephetonine ne change pas.

Presque dans tous les cas, même dans ceux où l'ephetonine n'influence pas la pression sanguine, on constate une somnolence marquée.

Cette propriété de l'ephetonine peut rendre service dans l'emploi pratique de ce médicament.

Les phénomènes accessoires, que nous observons après l'administration de l'adrénaline, se constatent également après l'ephetonine, cependant ils surviennent plus rarement.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniw. Warsz.
Dyr. Prof. Dr. M. Michałowicz.

Przypadek choroby Schönlein-Henocha u 11-o mies. dziecka.

Podał

A. Festensztat.

Zespół kliniczny opisany przez Schönlein-Henocha charakteryzuje się napadowym występowaniem wykwitów wybroczynowych na obrzękniętej skórze kończyn górnych i dolnych z jednoczesnym pojawianiem się bólów i obrzęków stawowych; niekiedy wysypka (czasem w postaci girland) może rozszerzyć się i na tułów; sprawie tej towarzyszyć może podniesiona ciepłota. Wybuchy choroby mogą następować po sobie szereg razy i trwać od kilku miesięcy do kilku lat, poczem zazwyczaj ustają.

Należy podkreślić, że wysypka plamicowa w omawianym zespole klinicznym nie jest jednolita: obok typowych wybroczyn widujemy też rumienie i bąble, a niekiedy dochodzi do powstawania pęcherzy, wypełnionych treścią surowiczo - krwawą, co znów może doprowadzić do wytworzenia się zmian zgorzelinowych w skórze.

Badanie hematologiczne w interesującym nas schorzeniu nie wykazuje żadnych zmian charakterystycznych. Istota tego cierpienia, dotąd niewyjaśniona, ma polegać, według niektórych autorów, na łamliwości naczyń: następuje przepuszczalność ich, złe spojenie śródbłónka pod wpływem różnego rodzaju szkodliwości, toksyn i t. p.*).

W maju 1927 r. spostrzegaliśmy w klinice przypadek choroby Schönlein-Henocha o przebiegu łżejszym u 11-o miesięcznego dziecka.

Wywiady zebrane 5. V. Urodzony na czas. Karmiony wyłącznie piersią przez trzy miesiące; do dziesiątego miesiąca pozostawał na od-

*) Erlich ó w n a. Zarys Hematologii Dziecięcej.

żywianiu mieszanem: do 5 miesięcy otrzymywał 3 razy pokarm kobiecy i 3 razy mleko z wodą (1:2) z cukrem i mannę. Mieszanki tej dostawał około szklanki na dobę. Od 6-go miesiąca aż do 10-go, zamiast wspomnianej mieszanki, prócz pokarmu kobiecego, dostawał koło 2-ch szklanek mleka z manną lub z fosfatyną. W początkach 10-go miesiąca odstawiony od piersi, zaczął dostawać pół litra mleka z kaszą, sucharkami i fosfatyną, prócz tego mannę na wodzie z masłem. Jarzyn nie jadał, soki owocowe otrzymywał.

Dotychczas był zdrow. Zachorował przed sześcioma dniami: choroba zaczęła się od nieżyty nosa, kaszlu i gorączki; objawy te utrzymują się do chwili obecnej. Ciepłota dochodziła do 38°. W drugim dniu choroby zaczęły występować na skórze wykwity plamiste o barwie czerwonej. Zjawianie się nowych plam miało miejsce do dnia wczorajszego. W tym czasie stare wykwity robiły się coraz większe i zaczęły się między sobą zlewać; od wczoraj plamy zaczęły blednąć i zmniejszać się. W czasie choroby, jak i przedtem, krwi ani w kale, ani w moczu nie stwierdzono. Krwotoków z nosa nie miawał.

Przebieg kliniczny: 5.IV. Stan ogólny nie jest ciężki; dziecko przytomne. Ciepłota 36,8; tętno 120. Waga 8.090 gr. odżywienie dość dobre. Gruczoły chłonne niepowiększone. Kościec wykazuje nieznaczne ślady krzywicy. Staw nadgarstkowy prawy i kolanowy lewy obrzęknięte, przy ruchach biernych bolesne. Serce i płuca bez zmian. Wątroba i śledziona nie macalne. Układ nerwowy żadnych odchyłeń nie wykazuje. Śluzówka jamy ustnej przekrwiona. Skóra blada, na kończynach dolnych i górnych, zwłaszcza na powierzchniach wyprostnych symetrycznie pokryta licznymi wykwitami o kształcie krązków, wystających ponad powierzchnię. Wykwity występują na tle zlekka obrzękniętej skóry; wielkość ich waha się od grosza do pięciogroszówki; barwa brunatno-czerwona; miejscami plamy te zlewają się ze sobą; przy ucisku plamy te znikają. Na skórze tułowia, a zwłaszcza na klatce piersiowej i brzuchu bardzo liczne wykwity o tym samym charakterze, ale znacznie mniejsze i nie zlewające się ze sobą. Ani w moczu, ani w kale krwi nie stwierdzono.

6.IV. Stan ogólny dość dobry. Ciepłota 37°. Plamy wybroczynowe na skórze zaczynają blednąć od środka, przybierając barwę żółto-zielonkawą; obwód pozostaje czerwony. Plamy te zlewają się ze sobą i tworzą w ten sposób girlandy. Drobne wybroczyny na brzuchu, mniej liczne.

9.IV. W czwartym dniu pobytu w klinice stwierdzamy zupełnie dobry stan dziecka. Wybroczyny na skórze tułowia ustąpiły zupełnie; na kończynach zaś pozostały nieznaczne ich ślady. Przez kilka dni spostrzegaliśmy zmianę barw: plamy żywo czerwone stawały się brunatne, niebieskawo-zielone, żółtawe i wreszcie znikwały.

10.IV. Stan ogólny dziecka nagle pogorszył się, ciepłota podniosła się do 38°; dziecko grymasi, nie pozwala się dotknąć, je niechętnie. Na skórze rąk i stóp zjawiły się niewielkie obrzęki, pokryte świeżymi wybroczynami o cechach wyżej opisanych. Poza tem zjawiła się na mosznie dość duża wybroczyna o kształtach nieregularnych, a w okolicy orificium externum penis wybroczyna mniejsza. Na palcach obu rąk wystąpiły pęcherze, wypełnione treścią surowiczno-krwawą.

16.IV. Stan ogólny dziecka polepszył się, ciepłota obniżyła się do normy. Wykwity na kończynach znów zbladły, wykazując tę samą zmianę, barw, co poprzednio; niektóre z nich, zlewając się ze sobą, tworzą girlandy, inne przypominają mapę geograficzną. Na palcach obu rąk, surowiczno-krwawe pęcherze doprowadziły do powierzchownych zmian martwiczych (zgorzel sucha).

17.IV. Ciepłota znów podniosła się do 38°. Na kończynach dolnych zlekka obrzękniętych zjawiły się ponownie liczne wybroczyny żywo czerwonej barwy. Zmiany zgorzelinowe na skórze palców odgraniczyły się, duża poprawa lokalna. Rozpoczęto naświetlanie lampą kwarcową.

24.IV. Na pośladkach, udach i podudziach stwierdzono świeże wykwyty wybroczynowe, tym razem w mniejszej ilości, przy zupełnie dobrym stanie ogólnym. Ciepłota 37°.

28.IV. Wybroczyny ustąpiły. Odtąd świeżych już nie spostrzegano. Między 29.IV a 5.V dziecko przebyło odrę, która wówczas panowała na sali.

9.V. Dziecko wypisane do domu zdrowe.

Badanie krwi, dokonane trzykrotnie, wykazało:

Liczba cz. c. k. 4.168.000
 Hemoglobiny 65
 wskaźnik Hb. 0,83
 liczba b. c. k. 6200
 segmentowanych 9%
 limfocytów 76%
 monocytów 10%
 eozynochłonnych 5%
 liczba płytek 190.000
 czas krzepnięcia 9 minut
 czas krwawienia (Duke) 4 minuty
 kurczliwość skrzepu dobra
 objaw opaskowy dodatni
 próba uderzenia młotkiem dodatnia
 próba szczypania skóry dodatnia
 odczyn Wassermana ujemny
 posiew z krwi ujemny

Dla celów leczniczych zastosowano 12 naświetlań lampą kwarcową. Po powrocie z kliniki do domu w ciągu sześciu miesięcy dziecko nie miało żadnych wybroczyn, tylko trzykrotnie zapadało na biegunkę bez krwawych stolców.

Rozpoznanie. Pomimo, że nie mieliśmy do czynienia z typowymi wybroczynami (obrzęk skóry, grudki), jednak sprawa opisana miała charakter krwotoczny; o tem świadczyły następujące fakty: 1) przy ucisku wykwyty nie znikwały 2) w wykwitach występowała zmiana barw, charakterystyczna dla wylewu do tkanek miękkich.

W różniczkowym rozpoznaniu należało przedewszystkiem myśleć o tych sprawach krwotocznych, które występują w klinice niemowlęcej stosunkowo najczęściej, a więc o chorobie Barlowa i o posocznicy.

Za chorobą Barlowa mógł przemawiać tu pewien zespół objawów: wybroczyny, obrzęki, bolesność (brak wybroczyn na śluzówkach nie jest koniecznym objawem, jeżeli mamy do czynienia z postacią poronną Barlowa). Jednakże chorobę tę można było wyłączyć ze względu na charakter wykwitów, ich umiejscowienie, symetryczne ułożenie i ich napadowe występowanie, oraz ze względu na wywiady, przemawiające przeciwko awitaminozie (do dziesiątego miesiąca otrzymywał pokarm matki, w ostatnich dwóch miesiącach soki owocowe, kaszkę z masłem).

Rozpoznanie posocznicy odrzuciliśmy ze względu na niezły stan ogólny, brak powiększonej śledziony, brak odnoś-

nych zmian w obrazie krwi; zresztą posiew z krwi wypadł ujemnie.

Można było dopatrywać się pewnego podobieństwa w naszym przypadku do wysiękowego rumienia wielopostaciowego (*Erythema exsudativum multiforme*) ze względu na napadowe występowanie wykwitów, na ich lokalizację i symetryczne ułożenie, charakter grudkowaty, barwę sino-czerwoną, kształt (girlandy) i wreszcie ze względu na obecność towarzyszących obrzęków stawowych. Jednak przeciwko rumieniowi wysiękowemu przemawiały: wyraźnie wybroczynowy charakter wykwitów i krwawe podbiegnięcia w niektórych miejscach skóry (na częściach płciowych, na palcach).

Wobec powyższego należało rozpoznać skazę krwotoczną, do której zaliczamy chorobę Werlhoffa (Trombopenia, Hemogenia), chorobę Littena (zespół wybroczynowy w przebiegu Endocarditis lenta), chorobę Schönlein-Henocha (*Toxicosis capillaris anaphylactoides*).

Rozpoznanie choroby Werlhoffa mogliśmy od razu odrzucić, gdyż wykwity w tem schorzeniu nie są symetryczne, a rozsypane, mają charakter wylewów, przytem występują one na skórze niezmienionej, badanie krwi ustala zmiany typowe: zmniejszoną liczbę płytek, niedostateczną kurczliwość skrzepu i wydłużenie czasu krwawienia. Tego zespołu objawów nie stwierdziliśmy.

Zespół choroby Littena nie wchodzi tu w grę, ponieważ występuje on w przebiegu złośliwego zapalenia wśierdza z towarzyszącym mu krwotocznym zapaleniem nerek, dużą śledzioną i z ciężką niedokrwistością.

Za chorobą Schönlein-Henocha przemawiał zarówno przebieg kliniczny, jak wynik badań pomocniczych.

W obrazie klinicznym wysuwają się na plan pierwszy symetryczne wykwity wybroczynowe, występujące napadami co kilka dni. Wybroczyny te zjawiają się przeważnie na obrzękniętej skórze; towarzyszą im nieraz obrzęki stawów. Stan ogólny jest względnie niezły.

Badanie hematologiczne nie wykazuje zmian charakterystycznych. Natomiast badanie naczyń krwionośnych wykazuje wyraźnie zaburzenia, o czym świadczy dodatni objaw opaskowy, dodatni wynik próby uderzenia młoteczką i próby szczypania skóry.

Przytoczone dane pomimo braku krwawienia z innych narządów pozwalają nam rozpoznać chorobę Schönlein-Henocha.

Omówiony przypadek jest interesujący z dwóch względów: 1) dotyczy dziecka 11-o miesięcznego; dotychczas najmłodszy z opisanych przypadków choroby Schönlein-Heno-

cha (Lentz) dotyczył trzyletniego dziecka. 2) daje ciekawe wyniki lecznicze; należy podkreślić dodatni wpływ stosowania lampy kwarcowej w przebiegu choroby Schönlein-Henocha. Stwierdzamy to w klinice po raz drugi, gdyż w przypadku chłopca siedmioletniego, opisanym przez Cieszyńskiego, lampa kwarcowa również dała znaczną poprawę na czas dłuższy — w przeciwieństwie do przypadków choroby Werlhoffa, w których spostrzegaliśmy pogorszenie po stosowaniu naświetlań promieniami słońca lub kwarcówki.

Pani Doc. Erlichównie składam podziękowanie za łaskawą pomoc w badaniu krwi i w ustaleniu rozpoznania.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Archives de médecine des enfants.

Nr. 5.

Podał a Dr. Skwarczyńska.

Babonneix. O porażeniach połowicznych u dzieci.

Autor na podstawie krytycznej oceny podanych przypadków dochodzi do wniosku, że: 1) zmiany, będące przyczyną porażień połowicznych u dzieci, są umiejscowione w różnych częściach mózgowia i mózdzku, a nie, jak niektórzy przypuszczają, wyłącznie w drogach piramidowych, 2) oprócz przyczyny natury naczyniowej, uznawanej przez większość autorów, jako prawie jedyną, istnieje wiele innych przyczyn, jak np. zniekształcenia mózgu, naczyniaki opon, nagminne zapalenie mózgu, wreszcie kiła dziedziczna, która według Babonneix'a odgrywa wybitną rolę w patogenezie porażień połowicznych u dzieci.

Variot. Leczenie wyprysku u dzieci mlekiem homogenizowanym.

Autor jest zdania, że wypryski zdarzają się częściej u dzieci, karmionych piersią i że przyczyną ich powstawania jest mleko kobiece, które może zawierać bliżej niezbadane substancje exematogenne. Wychodząc z tego założenia, zastępuje mleko kobiece przez mleko homogenizowane i ogrzewane do 108°. W wieloletnim doświadczeniu autor stwierdził dodatnie wyniki lecznicze tej metody.

Mario i Torroella. Dlaczego w Meksyku nie ma krzywicy?

Krzywica w Meksyku jest skażą, niemal wśród dzieci niespotykaną—pomimo rozpowszechnienia kiły i nadużywania przez ludność napojów wysokowych, które to czynniki według niektórych autorów wywołują krzywicę lub do niej usposabiają. Autor sądzi, że kiła i zatrucia nie odgrywają roli w patogenezie krzywicy, a dalej, że pewne warunki miejscowe kraju nie dopuszczają do rozwoju krzywicy, a mianowicie: intensywne nasłonecznienie, pożywienie, obfitujące w wapno (narodowe potrawy, przygotowane z ryżu), wreszcie zwyczaj karmienia piersią niemowląt. Wśród 6000 tys. badanych dzieci autor nie znalazł u żadnego objawów krzywicy.

Cocchi. Leczenie zakażeń pneumokokowych solami żółci.

Dr. Castellanos w swym artykule o leczeniu zakażeń pneumokokowych solami żółci (arch. de med. d. enfants Nr. 3, 1929 r.) nie nie wspomina o pracy dr. Cocchi, wydanej w 1927 r., która obudziła żywe zainteresowanie i znalazła oddźwięk w literaturze wszechświatowej. Prof. Cocchi podkreśla, że powyższa metoda już od 4-ch lat była stosowana we florenckiej klinice pediatrycznej z doskonałym wynikiem.

Léri i Lièrre. Schorzenie stawu tabetyczne u dziewczynki.

Uwład rdzenia u dzieci zdarza się bardzo rzadko, a schorzeniem zupełnie wyjątkowym jest zajęcie stawu tabetyczne, którego opis autor podaje, u 15-letniej dziewczynki.

Comby. Zapalenie jelita grubego i przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego.

Bardzo interesujący przegląd prac czeskich autorów, omawiających w wielostronny sposób zespół objawów przy zapaleniu jelita grubego i jego postaci: ostrą, dysenteryczną i przewlekłą, zagadnienie operacji wyrostka robaczkowego w niejasnych przypadkach o zatartej granicy między zapaleniem jelita grubego, a przewlekłym zap. wyrostka — wreszcie rolę układu roślinnego w zespole colitis.

Nr. 6.

Kricz, Pachin, Sidorow. Badania histologiczne skóry w szkarlatynie.

Zmiany w skórze w przebiegu płonicy wyrażają się: 1) w zwyrodnieniu naskórka i zaburzeniach czynności gruczołów skóry, 2) w rozszerzeniu naczyń i nacieczeniu skóry ciążkami ropnymi — w okresie późniejszym występuje także zwyrodnienie tkanki elastycznej. Ponadto jad płonicy, działając na komórki warstwy rozrodczej skóry, odbiera im zdolność dzielenia się.

Wskutek zmian powyższych występuje niedomoga czynnościowa skóry, która, jak wiadomo, jest ważnym narządem wydzielniczym. Nadmiar niewydzielonych przez skórę jadów i produktów przemiany materii obciąża nerki, uszkadza je i wywołuje zapalenie nerek (teoria Bohna).

Teitel. Exanthema subitum (wysypka nagła).

Jest to choroba zakaźna, prawie wyłącznie spotykana u dzieci do 2 lat. Początek ostry z gorączką dość wysoką, która opada nagle po 5 — 7 dniach — poczem w ciągu 24 godzin pojawia się wysypka, podobna do odrowej, naprzód na tułowie, potem na kończynach. Wysypka znika w ciągu doby, nie wywołując odbarwienia skóry, ani łuszczenia. We krwi mamy charakterystyczny obraz: leukopenię z limfocytozą. Poza tem w przypadkach wątpliwych przeciw odrze przemawia brak płamek koplika, wysypki na twarzy i objawów kataralnych. W rozpoznaniu różniczkowym trzeba zawsze uwzględnić chorobę Duk-Filatowa i wysypkę toksyczną. Autor podaje 9 obserwowanych przez siebie przypadków.

Presti—Seminerio. Odra bez wysypki i odra bez gorączki.

U dwojga dzieci, niewątpliwie zakażonych odrą, wystąpił zespół objawów charakterystycznych dla tej choroby, brak było jednak wysypki. Trzecie dziecko nie miało podniesionej ciepłoty podczas całego przebiegu odry — pozatem zupełnie typowej. Autor zalicza powyższe rzadkie przypadki odry do jej postaci poronnych.

Le Nourrisson.

Nr. 5. Rocznik 7.

Podał J. Kolago.

Lereboullet, Lelong, Even. Odma samoistna pochodzenia niegruźliczego u małych dzieci.

Odma samoistna pochodzenia niegruźliczego jest dość rzadkiem cierpieniem u niemowląt; jednakże autorzy przytaczają 43 przypadki z literatury światowej. W wyniku analizy tych przypadków i własnej obserwacji,

dotyczącej dwojga chorych, autorzy doszli do wniosków następujących: odma w większości podobnych przypadków powstaje w przebiegu zapalenia płuc, ropnia płuc i ksztuśca. Mechanizm tworzenia się odmy polega bądź na przebicciu się ropnia podopłucnowego, bądź też, częściej — na pęknięciu bańki wtórnej rozedmy w sąsiedztwie ogniska nacieku tkanki płucnej.

W przebiegu klinicznym odmy należy rozróżniać: postać gwałtowną i postać powolną.

Przy rokowaniu należy uwzględnić charakter zasadniczego cierpienia. Tworzenie się wysięku ropnego w opłucnej w przebiegu odmy pogarsza rokowanie.

Gautier i Thévenod. Walka ze śmiertelnością niemowląt w Szwajcarii.

W ciągu ostatnich lat kilkudziesięciu daje się zaobserwować w Szwajcarii stałe zmniejszanie się liczby urodzin (przeważnie wśród ludności miejskiej) i jeszcze szybsze zmniejszanie liczby zejść śmiertelnych, w pierwszym rzędzie wśród niemowląt. Zmniejszaniu się liczby zejść towarzyszy równoczesne zmniejszanie się liczby przypadków martwo-urodzonych.

Zmniejszenie śmiertelności należy odnieść na karb całego szeregu środków zaradczych, wprowadzonych przez rząd i gorliwie wykonywanych. Zarządzenia polegają na rozpowszechnianiu zasad higieny dziecięcej, tworzeniu licznych poradni i żłobków dla niemowląt, zakładaniu szpitali dziecięcych, zwalczaniu poronień, udzielaniu zasiłków i urlopów dla kobiet ciężarnych pracujących.

Celem walki ze śmiertelnością niemowląt utworzono w r. 1912 specjalną fundację „Pro Juventute”, która rozwija bardzo owocną działalność.

Dolfus. Jaskra wieku dziecięcego w związku z 2-ma świeżo obserwowanymi przypadkami.

Autor obserwował dwa przypadki jaskry u niemowląt o przebiegu względnie łagodnym, z tych jeden zakończony śmiercią z powodu wysięku ropnego opłucnej.

Autor uważa jaskrę dziecięcą jako chorobę rzadko spotykaną, o rozpoznaniu łatwym, rokowaniu wątpliwym i podkreśla niezbędnosć wczesnego rozpoczęcia kuracji.

Z kazuistyki.

Laffont, Binet i Lesini. Jeszcze jeden przypadek zimnicy wrodzonej.

Autorzy podają opis przypadku zimnicy wrodzonej u noworodka, zakończony śmiercią w 12-tym dniu życia. We krwi matki i dziecka stwierdzono obecność trzciaczki.

Autorzy zalecają stosowanie w podobnych przypadkach energicznej kuracji chiną u matki w okresie ciąży i u noworodka.

Nr. 3, rocznik 17.

A. B. Marfan. Kilka uwag dotyczących odżywiania i zaburzeń w trawieniu u niemowląt.

Autor na wstępie zwraca uwagę na szkodliwość wczesnego dożywiania niemowląt, prowadzącego najczęściej do zaniku pokarmu u matki.

W dalszym ciągu podkreśla trudności techniczne badania mleka kobjeciego, które to badanie, w przeciwieństwie do bad. krowiego mleka, nie może posiadać większego znaczenia. Wogóle odżywianie piersią, bardzo rzadko powoduje zaburzenia trawienia; najczęściej w tych przypadkach powodem biegunki są zachorzenia pozajelitowe.

Przy leczeniu tych stanów zazwyczaj nie trzeba uciekać się do gło-

dówki i diety wodnej; jedynie w ciężkich przypadkach należy podawać wodę celem zachowania równowagi w bilansie wodnym — w ilości 150 gr. na kgr. wagi na dobę, najlepiej doustnie.

H. Slobosiano i P. Herscovici. **Badania wagi, wzrostu i wysokości ciemieniowo-siedzeniowej płodów i noworodków donoszonych.**

Autorzy przeprowadzili szereg pomiarów u 125-iu noworodków, w tem 78 wcześniaków 6—8 miesięcznych. Badano jedynie materiał żywo urodzonych dzieci; o wieku płodu decydowano na zasadzie wymiaru wzrostu. W wyniku badań autorzy stwierdzili:

1) wskaźnik „Geli“ (Gewichtliniar według Pirquet'a) = pierwiastkowi sześciennemu z liczby odpowiadającej 10-krotnej wadze w gramach ($\sqrt[3]{G \times 10}$) zwiększa się przez czas życia płodowego: z 17 do 22 w końcu 6-go miesiąca do 29—35 u dziecka donoszonego.

2) wskaźnik Quetelet (stosunek wagi do wzrostu) zwiększa się z 20—30 w 6-ym miesiącu do 60 u donoszonych. Zwiększenie się wskaźnika stoi w zależności od wzmożonego zbierania się tłuszczu w tkance podskórnej w ostatnich miesiącach ciąży, przytem stany chorobowe matki w czasie ciąży, połączone z upadkiem odżywiania, powodują zahamowanie rozwoju podkładu tłuszczu u płodu, a tem samem zmniejsza się wskaźnik.

3) Długość kończyn dolnych powiększa się z 12—13 cm. w 6-ym miesiącu do 30—34 cm. u noworodków donoszonych.

4) Wysokość ciemieniowo-siedzeniowa u płodu znacznie przewyższa długość kończyn dolnych (23—24 cm. w 6-ym miesiącu; 30—34 cm. u donoszonych).

5) Wskaźnik de Manouvrier (długość kończyn dolnych podzielona przez długość ciemieniowo-siedzeniową) odpowiada rozwojowi kończyn dolnych i zwiększa się w miarę postępu ciąży (0,43 do 0,56 w 6-ym miesiącu — 0,55 do 0,70 u donoszonych).

6) Gelidusi (Zehenfaches Gewichtliniar durch Sitzhöhe według Pirquet'a) czyli stosunek wzrostu do wysokości ciemieniowo-siedzeniowej oblicza się według wzoru: $\sqrt[3]{\frac{10 P}{13}}$ świadczy również, jak „Geli“ o ogólnym rozwoju płodu; poczynszy od 7-go miesiąca ciąży zwiększa się w miarę wzmożonego w tym okresie odkładania się tłuszczu (z 96 do 100 w 6-ym miesiącu; do 101—104 u donoszonych).

M. Boigey. **Spostrzeżenia o wartości odżywczej mąki z arachis hypogea.**

Autor zaleca stosowanie w dietetyce dziecięcej mąki z afrykańskiej rośliny „arachis hypogea“, jako pokarmu strawnego i wysoko-kaloryjnego.

A. B. Marfan. **Stosowanie mięsa w odżywianiu niemowląt.** —Przegląd krytyczny.

Współpracownicy autora rozesłali za pośrednictwem czasopisma „La vie medicale“ ankietę w sprawie stosowania dożywiania mięsem niemowląt i małych dzieci. Z wyników tej ankiety i na zasadzie własnego doświadczenia autor wyprowadza wnioski następujące:

1) zdrowym dzieciom można podawać mięso w niedużej ilości, poczynszy od 15-go miesiąca życia;

2) w szeregu stanów chorobowych, połączonych z nietolerancją mleka krowiego i niemożliwości dostarczenia pokarmu kobiecego, wskazane jest czasowe całkowite zastąpienie mleka potrawami mięsnymi według przepisów Hamburgera, Epsteina i in. (w okresie rekonwalescencji, po ciężkim nieżycie jelita grubego w infantilismus intestinalis Herter-Heubnera i w przypadku idjosynkrazji do mleka);

3) poza tem w innych stanach chorobowych, jak to: zaburzenia w trawieniu, gruźlica, wyprysk, niedokrwistość—można stosować patrawki mięsne,

zmniejszając odpowiednio ilość porcyj mlecznych. Jednakże nigdy nie należy stosować dożywiania mięsem pochopnie, kosztem mleka — w szczególności, gdy się ma do czynienia z odżywianiem naturalnem.

Mięso należy podawać początkowo przetarte przez sitko w postaci papki, a począwszy od 20-go miesiąca — drobno posiekane.

Celem podniesienia wartości odżywczej (witaminy) można podawać mięso surowe lub sok wyciśnięty z mięsa.

A. S a b o t i e r. Dwa przypadki ostrego wgłębienia jelit u niemowląt.

Autor podaje opis 2 przypadków wgłębienia jelit u niemowląt. Z tych jeden operowany, obydwaj zakończono wyzdrowieniem.

Autor poleca natychmiastowy zabieg operacyjny w przypadkach ciężkich.

Mouriquand, Bernheim, Prug, Crevat. Obrzęki nerczycowe i nerczyca lipoidowa.

Odrębną postacią nerczycy jest t. zw. nerczyca lipoidowa, choroba prawie wyłącznie wieku dziecięcego. Klinicznie występują duże obrzęki i znaczny białkomocz — jednak przepuszczalność nerek jest prawidłowa i brak wszelkich zaburzeń o typie azotemicznym. Poza tem charakterystyczne są następujące zmiany: 1) wybitna opalescencja surowicy krwi, 2) zmniejszenie ilości białka we krwi, 3) zwiększenie ilości cholesteroliny we krwi, 4) obniżenie metabolizmu zasadowego, 5) niedomoga wątroby, 6) zwyrodnienie tłuszczowe nerek. Patogeneza jest niejasna. Usiłując jednak powiązać w pewną całość powyższy zespół różnorodnych objawów, autorzy podają następującą konstrukcję: niedomoga wątroby, jak również niedostateczna działalność tarczycy (czego wyrazem jest obniżenie metabolizmu zasadowego) wywołują zaburzenia w przemianie protein krwi, zmniejszenie protein obniża ciśnienie osmotyczne krwi i wywołuje powstawanie obrzęków w tkankach. Zwyrodnienie tłuszczowe nerek Munk i Govarts uważają za wtórne i wiążą je z hypercholesterynemją. Nerczyca lipoidowa jest cierpieniem przewlekłym. Często po latach przechodzi w zwykłe zapalenie nerek z azotemją i zwiększonym ciśnieniem krwi. Może więc mielibyśmy tu do czynienia nie z odrębną jednostką chorobową, lecz z wczesnym okresem choroby Brighta?

Postępowanie lecznicze jest konsekwentnym wynikiem powyższych danych klinicznych i laboratoryjnych. Podaje się choremu dietę, bogatą w białko, ubogą w tłuszcze — pozatem przetwory tarczycy.

M o r g n i o. Wytwórcze, pełzające zapalenie otrzewnej.

Zapaleniu otrzewnej towarzyszą niekiedy zmiany o charakterze wytwórczym. W jamie brzusznej dają się wyczuwać guzowatości o różnej konsystencji i umiejscowieniu, które zmieniają swe kontury, zmniejszając się, lub rosnąc. Owe guzy, jak również trudno dające się ująć różnorodność objawów ogólnych bywa często przyczyną omyłek rozpoznawczych.

Początek jest nagły, przyczyny rozmaite (uraz, choroby zakaźne), przebieg podostry z zejściem pomyślnem. Opis dwóch przypadków tej rzadkiej postaci zapalenia otrzewnej.

M i k u ł o w s k i. Z kliniki zamkniętej gruźlicy u dzieci.

C o m b y. Półpasiec i ospa wietrzna.

Wallgreen twierdzi, że półpasiec jest chorobą pokrewną ospie wietrznej i z nią równoważną. Comby nie zgadza się z poglądem szwedzkiego autora i przeprowadza z nim polemikę.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

Tom 124, Zeszyt 5.

Podał R. Barański.

Prof. N. J. Krasnogórski. O leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i jego skutków zapomocą okresowej (temporären) przetoki lędźwiowej.

Wzmózione ciśnienie w przestrzeni podpajęczynowej powoduje mechaniczny uraz komórek nerwowych, zaburzenia w ukrwieniu mózgu oraz w krążeniu płynu m-rdzeniowego. Wraz z odpływającym płynem m-rdzeniowym w przebiegu schorzenia opon są wydalone bakterie i ich toksyny.

W związku z tem, autor proponuje w przebiegu tych cierpień, dla celów leczniczych, okresowe zakładanie przetoki lędźwiowej. Taką przetokę możemy osiągnąć przez wprowadzenie do kanału odpowiedniej rurki (z mandrenem), połączonej ze specjalnym aparatem, umożliwiającym wydzielanie się płynu m-rdzeniowego tylko do pewnego ściśle określonego ciśnienia oraz zaopatrzonej w mały dysk z otworami, dzięki czemu cały aparacik można przymocować do skóry.

Po założeniu przetoki wraz z płynem wydala się ropa, bakterie, toksyny. Zanim ciśnienie obniży się do pewnego minimum, którego nie wolno bez szkody dla dziecka przekraczać, wypuszczamy w ostrym okresie nagminnego zapalenia opon m-rdzeniowych w przeciągu wielu dni po 150—200 cm³. i więcej, ropnego płynu dziennie. Płyn m-rdzeniowy wypływa początkowo mętny, później coraz klarowniejszy. Bez szkody dla dziecka można doprowadzić ciśnienie płynu do 50 mm.

Autor stosował wspomnianą metodę w 9 przypadkach nagminnego zapalenia opon m-rdzeniowych, bez równoczesnego podawania surowicy. Żadne z leczonych w ten sposób dzieci nie zmarło. Wypuszczanie płynu m-rdzeniowego przez przetokę trwało, aż do otrzymania klarownego płynu. W czasie tej kuracji należy pamiętać o podawaniu dziecku dostatecznej ilości płynów.

W przebiegu wodogłowia przetokę zakłada się okresowo. We wszystkich przypadkach w ten sposób leczonych (liczba ich nie podana), objawy uciskowe dość szybko ustępowały, obwód głowy się zmniejszał, wytrzeszcz gałek znikał i dzieci stopniowo powracały do zdrowia. Żadnych ujemnych skutków od stosowania powyższej metody autor nie stwierdził.

E. Glanzmann. Przyczynek do kliniki i hematologii gorączki gruczołowej, (Drüsenfieber-Pfeiffer'a).

Pfeiffer pierwszy w roku 1889 opisał pod nazwą Drüsenfieber nową jednostkę chorobową, którą cechowały: gorączka, obrzęk gruczołów chłonnych, powiększenie śledziony i wątroby. Autor opiera swoje spostrzeżenia nad tą chorobą na 75 przypadkach pojedynczych i 45 obserwowanych w 16 rodzinach. Gorączkę gruczołową uważa on za chorobę zakaźną, zaraźliwą, której nie jest jeszcze znany. Okres wylegania jej trwa 7—8 dni, wyjątkowo tylko obniża się do 5 dni, jak również wyjątkowo tylko wydłuża się do 2—3 tygodni.

W obrazie klinicznym na czoło wysuwa się obrzęk gruczołów chłonnych. Najwcześniej występuje obrzęk gruczołów w okolicy potylicy, za uszami i karkowych, później już innych. Najwięcej puchną gruczoły u kątą żuchwy (do wielkości orzecha włoskiego, a nawet jaja kurzego), bez skłonności jednak do ropienia. Zającie gruczołów pachowych i pachwinowych można stwierdzić w każdym przypadku. Zdarza się niekiedy, że wraz z gruczołami ulegają opuchnięciu i ślinianki, jednakże stan ten nie ma nic wspólnego z nagminnym ich zapaleniem. Gruczoły okołoskrzelowe i krez-

kowe również mogą być zajęte — obrzęk pierwszych może powodować kaszel napadowy, drugi dotkliwy ból brzucha. Powiększenie śledziony występuje we wszystkich przypadkach. Schorzenie układu chłonnego często poprzedza wystąpienie innych objawów.

Gorączka często trwa jeden dzień, może jednak ciągnąć się 1-2-3 tygodnie, spada litycznie. Dreszcze u dzieci występują rzadko. Gorączce towarzyszą bóle głowy, brak łaknienia, bezsenność, niekiedy wymioty. Po spadku gorączki gruczoły obrzmiałe mogą się utrzymywać tygodniami, miesiącami, a nawet i dłużej.

Powiększona wątroba jest objawem stałym. Wraz z tem często występuje urobilinogemja. W okresie gorączkowym często białkomocz. Autor często obserwował występowanie swoistego dla tego cierpienia nieżyty grudkowego spojówek. W części przypadków występuje zapalenie nosogardzieli, przytem w różnych okresach choroby.

Najcharakterystyczniejszą zmianą we krwi jest mononukleozą. Składają się na nią 3 rodzaje elementów: 1) limfoblasty, 2) komórki limfocytowe i 3) komórki monocytowe. Limfoblasty występują przeważnie w początkach ustalenia się mononukleozy, później widuje się je rzadziej. Śród komórek limfocytowych przeważają duże. Zaródź ich często zawiera ziarnistości i wodniczki. Zaródź niektórych komórek monocytowych jest wybitnie zasadochłonna. W zarodki komórek monocytowych stwierdza się wodniczki. W niektórych przypadkach komórki monocytowe śród elementów mononukleozy zajmują pierwsze miejsce. Myelocyty występują w pojedynczych przypadkach. Czerwone ciała i płytki pozostają bez zmian. Zmiany we krwi utrzymują się tygodniami, a nawet miesiącami.

Leczniczo w okresie gorączkowym autor zaleca chinę.

P. György i H. Schall. Badania nad krzywicą doświadczalną.

Aktywacji ergosteryny nie udało się dotychczas przeprowadzić na drodze czysto chemicznej. Kiełkujące nasiona wbrew temu, co twierdzą Schittenhelm i Eisler, nie są w stanie wytwarzać ciała chroniącego od krzywicy, jeśli tylko nie znajdują się one pod wpływem promieni pozafioletkowych. Autorzy dowiedli tego w całym szeregu doświadczeń na szczurach. Promienie Gurwitsch'a, powstające w roślinnych i zwierzęcych tkankach przy ich wzroście, nie są w stanie, jak to G. i S. udowodniają w serji doświadczeń, aktywować ergosteryny.

E. Lorenz. O produkcie wydzielania gruczołów piersiowych u noworodka.

Obrzmienie i sekrecja gruczołów piersiowych u noworodka jest zjawiskiem prawie stałym. Płyn wydzielany z wyżej wspomnianych gruczołów zupełnie przypomina młodziwo. Gdy obrzmienie gruczołów jest duże, a wydzielanie z nich jest obfitsze i dłużej utrzymuje się, wówczas płyn wydzielany zupełnie może odpowiadać mleku kobiecemu.

J. König. Przypadek spastycznego skrzywienia kręgosłupa u 10-dniowego noworodka.

U dziecka 10-dniowego po 1½-dniowej gorączce wystąpił jednostronny przykurcz mięśni brzucha i grzbietu, połączone ze skrzywieniem kręgosłupa oraz wzmoczenie napięcia mięśni w dolnej kończynie tej samej strony. Przykurcz ten był zupełnie wyraźny w 11 dni po swem wystąpieniu, w przeciągu zaś dalszych 9 dni zaczął ustępować. Ostateczne wyleczenie nastąpiło w 4 i pół tygodnia później po zastosowaniu zabiegu ortopedycznego (gips). Wystąpienie przykurczu według autora należy uzależnić od zmian encefalitycznych, które dość często zjawiają się u niemowląt w pierwszym półroczu po najprzeróżniejszych cierpieniach gorączkowych.

M. J. Olewsky. Zawartość kationów w mleku kobiecym i jej zależność od układu odżywczego.

Ilość zjonizowanego potasu w mleku kobiecym waha się od 9 do

52 mg. $\frac{\text{Ca}}{\text{K}}$, ogólna jego ilość od 52 do 112 mg. $\frac{\text{Ca}}{\text{K}}$, ilość zjonizowanego wapnia od 11 do 22 mg. $\frac{\text{Ca}}{\text{K}}$, ogólna jego ilość od 15 do 22 mg. $\frac{\text{Ca}}{\text{K}}$. Współczynnik $\frac{\text{Ca}}{\text{K}}$ w ultrafiltracie zarówno jak i w pełnym mleku w porcjach po-branych w różnych porach dnia nie podlega stałym zmianom.

Pod wpływem adrenaliny zwiększa się ilość zjonizowanego potasu i wapnia, przytem pierwszego w znacznie większym stopniu, niż drugiego. W tym samym czasie ogólna ilość potasu pozostaje bez zmian, wapnia zaś nieznacznie obniża się. Pod wpływem pilokarpiny ilość zjonizowanego wapnia wzrasta więcej niż potasu (odwrotnie jak po adrenalinie). Zmiany współczynnika $\frac{\text{Ca}}{\text{K}}$ są charakterystyczne dla stopnia napięcia pewnego od-cinka układu roślinnego, o ile bierzemy pod uwagę tylko ich zjonizowane części.

Wydaźność piersi pod wpływem adrenaliny wzrasta, pod wpływem pilokarpiny zmniejsza się.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

Tom 48, Zeszyt 4.

Podał St. Popowski.

Felix v. Bormann. O toksycznych i septycznych zjawiskach w przebiegu płonicy, jako sprawdzianach leczniczego działania surowicy antytoksykcyjnej.

Autor, nawiązując do pracy ogłoszonej poprzednio w Jahrbuch für Kinderheilkunde o wynikach leczniczych otrzymanych po stosowaniu surowicy antytoksykcyjnej podczas epidemji w Tallinie, podaje w streszczeniu współczesne poglądy na patogenezę płonicy wraz ze swojemi spostrzeżeniami, dotyczącami powyższego zagadnienia. Autor sądzi, że podział przebiegu klinicznego płonicy na okresy jest nie do przeprowadzenia. Wślad za pierw-szym okresem, zależnym od działania toksyn, następuje drugi okres, zależ-ny od przeniknięcia paciorkowca wgłęb ustroju. Toksykczny początek cho-roby sprzyja tylko inwazji zarazka; w zależności zaś od nasilenia inwazji zarazka występują w szybszem lub powolniejszym tempie te, lub inne po-wikłania. Zapalenie nerek zalicza autor również do powikłań, zależnych od inwazji paciorkowca.

A. Wolff-Eisner. Płonica, jako toksykoza i schorzenie zależne od inwazji paciorkowca.

Krytyczne uwagi o powyższej pracy Bormanna.

R. Neumann i H. Happe. Badania epidemiologiczne na od-dziale niemowlęcym.

Autorzy na oddziale niemowlęcym domu sierot poddawali systema-tycznemu badaniu bakterjologicznemu wszystkie niemowlęta na obecność laseczników błonicy i paciorkowców hemolizujących w nosie i gardzieli. U niemowląt przy przyjęciu na oddział stwierdzano obecność paciorkowca w 8,3% dzieci, laseczніка zaś błonicy w 1%. Po trzech tygodniach pobytu na oddziale paciorkowiec hemolizujący był stwierdzany w 9,6%, lasecznik zaś błonicy w 3%. W końcu 1-go kwartału od chwili przyjęcia paciorko-wiec był stwierdzany trzy razy częściej, lasecznik błonicy 15-cie razy częś-niej, niż przy przyjęciu. Naogół 34,2% dzieci było nosicielami paciorkowca, 15,4% nosicielami laseczніка błonicy. Źródłem zakażenia zazwyczaj było nowoprzybywające dziecko. Największy odsetek dodatnich wyników przy-padał na miesiące wiosenne. Lasecznik błonicy ginął z jamy noso-gardzie-lowej u 15% dzieci w przeciągu jednego tygodnia w 70% jednak utrzymy-

wał się powyżej miesiąca; paciorkowiec hemolizujący ginął z jamy nosogardzielowej w przeciągu jednego tygodnia w 38%, w 42% zaś stwierdzano go w okresie czasu przekraczającym miesiąc. Siedliskiem lasecznika błonicy był przeważnie nos. Omawiając wewnątrzoddziałowe schorzenia dróg oddechowych (grypa), autorzy podkreślają fakt, że powyższe cierpienia występują w pierwszym rzędzie w przeciągu 1—3 tygodni pobytu na oddziale, aby potem stopniowo występować rzadziej.

H. Müller. Epidermolysis bullosa.

Autor podaje 4 przypadki powyższego cierpienia. U 4-ga dzieci tej samej matki występowały w 1-szym lub 2-im dniu po urodzeniu na skórze pęcherze wraz z dużymi ubytkami naskórka po usunięciu pęcherza. Podobne zjawisko miało również miejsce na śluzówce języka i podniebienia. Wszystkie dzieci zmarły szybko po urodzeniu. Zasługuje na uwagę bliskie pokrewieństwo rodziców: ojciec był razem stryjem swojej żony.

E. Barth i M. Hahn. Dalsze badania nad grypą w związku z epidemią influenzy w uniwersyteckiej klinice chorób dziecięcych w Hali.

Autorzy badali bakteriologicznie chore dzieci, jak również personel pielęgniarski podczas zwiększenia się liczby przypadków grypy w 1928-29 r. Stwierdzenie w dużej liczbie przypadków zarazka Pfeiffera w wydzielinie gardzieli pozwala na traktowanie wymienionej epidemii, jako epidemii influenzy. Epidemia najprawdopodobniej była zawleczona do kliniki przez nowoprzybywające dzieci, od których zakażał się personel pielęgniarski. Z 94 dzieci czworo zmarło na odoskrzelowe zapalenie płuc. Ogółem zapalenie płuc wystąpiło u 12 dzieci. W płwocinie dzieci chorych na zapalenie płuc stwierdzono omal że czystą hodowlę laseczników Pfeiffera. Z pośród 94 chorych dzieci stwierdzono lasecznik Pfeiffera u 34-ch, z pośród 49 chorych dorosłych — u 17-stu.

J. Jochims. Doświadczalno-kliniczne badania nad gorączką spowodowaną serwatką i cukrem.

Finkelstein w badaniach swych nad powstawaniem gorączki alimentarnej u niemowląt przychodzi do wniosku, że czynnikiem powodującym powyższe zjawisko jest cukier i serwatka. More natomiast przypuszcza, że zależy to zjawisko od cukru i białka. Autor poddając sprawdzeniu technikę badań wymienionych autorów stwierdza, że serwatka odbiałczona, którą posługiwał się w swych badaniach Finkelstein i jego szkoła, zawiera około 0,45% albumozy, wówczas gdy serwatka Moro zawiera zaledwie ślady produktów pochodzenia białkowego. W badaniach swych nad niemowlętami autor przychodzi do wniosku, że dodanie albumozy w badaniach kontrolnych powoduje wystąpienie gorączki u niemowląt. Gorączka więc, według autora, zależy od cukru i białka, czyli od produktów jego rozpadu.

H. Baar, H. Büff i L. Székely. W sprawie imunobiologii płonicy. II doniesienie o objawie wygasania, spowodowanym wapniem.

Autorzy po podaniu współczesnych poglądów na mechanizm powstawania objawu wygasania przeprowadzają badania nad wygasaniem wysypki pod wpływem doskórnie wprowadzonego roztworu wapnia. Powyższe badania były dokonywane już poprzednio przez Böttnera. Autorzy posługując się preparatem Calcium-Sandoz potwierdzają wyniki Böttnera. W typowych przypadkach płonicy autorzy otrzymywali wynik dodatni w 85% wszystkich badanych przypadków. W przypadkach innych wysypek (po Nirvanolu, w odrze i w różyczce) wyniki zawsze wypadły ujemnie. Powyższe zjawisko nie zależy od zmian osmotycznych, gdyż inne sole, nie wapniowe, nie dawały odczynu wygasania. Zdolność surowicy wywoływania objawów wygasania nie zależy jednak od zawartości w niej wapnia, gdyż strącenie w niej wapnia zapomocą szczawianu sodu nie zmienia jej właściwości. Dodanie wapnia do toksyny płoniczej nie zmieniało jej zdolności wywoływania odczynów dodatnich. Poprzednie zastrzyknięcie doskórne preparatu

wapnia nie zmienia zdolności skóry do dodatkiego reagowania na wprowadzoną toksynę. Nie zważając na duże podobieństwo, mechanizm objawu wygasania wywołanego surowicą i wapniem nie jest identyczny.

O. Budde i E. Freudenberg. Badania nad fizjologią trawienia u niemowląt. Trawienie białka w jelitach.

Autorzy stwierdzają, że białko pokarmu kobiecego jest więcej odporne na trawienie zapomocą trypsyny, niż białko mleka krowiego; powyższe zjawisko zależy od większej ilości albumin w pokarmie. Autorzy w swych badaniach posługiwali się trypsyną Kahlbauma.

M. W. Schabanowa-Miller. Wahania właściwości zaczynowych krwi w wieku niemowlęcym.

Autorka badała zaczyny — amylazę, katalazę i lipazę we krwi 51 niemowląt. Z badań autorki wynika, że krew dzieci z upośledzonym odżywianiem zawiera zaczyny w mniejszej ilości, niż krew zdrowych niemowląt. Szczególnie wyraźnie podlegają obniżeniu właściwości zaczynowe krwi podczas chorób, przyczem powrót do normy następuje bardzo powoli w przeciągu szeregu miesięcy. Biegunki obniżają wybitnie właściwości zaczynowe, w pierwszym zaś rzędzie ulega obniżeniu ilość amylazy.

E. Voss. Rentgenologiczne określanie wielkości serca u niemowląt i małych dzieci.

Autor przeprowadził 240 badań wielkości serca niemowląt i małych dzieci (do 4-ch lat). Do określania wielkości serca autor posługiwał się fotografowaniem serca. Na podstawie badań autor przychodzi do wniosku, że wielkość serca w większym stopniu zależy od wzrostu i wagi dziecka, niż od wieku i obwodu klatki piersiowej.

I. Simon. O stanie naczyń włoskowatych w przebiegu schorzeń reumatycznych serca.

Autorka w przebiegu 20 przypadków reumatycznego zapalenia wsierdza określała rezystencję naczyń skórnych zapomocą bańki przykładanej do skóry, w której wytwarzane ujemne ciśnienie, sięgające 70—80 mm. Hg., przyczem stwierdziła zmniejszenie odporności naczyń włoskowatych na ujemne ciśnienie, wyrazem czego było wystąpienie mniej lub więcej wyraźnych postaci.

J. Warkany i A. Wasitzky. Badania nad poziomem wapnia w surowicy krwi w przebiegu D-Hypervitaminozy.

Warkany podając królikom jednorazową dużą dawkę vigantolu był w stanie w 24—48 godzin wykazać zapomocą badania przebiegu krzywej fosforu we krwi stan hypervitaminozy. Autorzy podjęli się badań nad wpływem ergosteryny naświetlanej na poziom wapnia u morskich świnek, stwierdzając wyższy przebieg krzywej fosforu we krwi po podaniu Na_2HPO_4 nie mogli jednak wykazać zwiększenia się wapnia w surowicy.

Tom 48, Zeszyt 2 i 3.

R. Nobel i R. Seidmann. W sprawie wyleczenia gruźlicy w wieku dziecięcym.

Autorzy dokonali powtórnych prób tuberkulinowych u 50 pacjentów u których 4—17 lat temu otrzymano dodatni odczyn Pirqueta. 49 reagowało nadal dodatnio, jeden tylko 8-mioletni chłopak, który przed 4 laty wykazał dodatni odczyn Pirqueta, reagował obecnie ujemnie (na 100 mg. starej tuberkuliny). Autorzy więc przychodzą do wniosku, że całkowite biologiczne wyleczenie zakażenia gruźliczego należy do ogromnej rzadkości.

W. Heymann. Przyczynę do wymiotów acetonemicznych u dzieci.

Autor na podstawie przypadku wymiotów acetonemicznych u 7-let-

PROGRAM I WARUNKI WYCIECZKI

Lekarzy na Międzynarodowy Zjazd Pedja-
trów w Stockholmie 17 — 20.VIII 1930 r.

Wycieczka odbędzie się statkiem „GDYNIA” Państwowego
Przedsiębiorstwa „Żegluga Polska”.

PROGRAM WYCIECZKI.

Program wycieczki będzie się przedstawiał następująco:

- dn. 14.VIII. o godz. 15-ej wyjazd z Gdyni do Visby.
„ 15.VIII. „ 12-ej przyjazd do Visby, o godz. 20-ej od-
jazd do Stockholmu.
„ 16.VIII. „ 10-ej przyjazd do Stockholmu.
od 16 do 24-go pobyt w Stockholmie.
dn. 24.VIII. o godz. 21-ej odjazd do Gdyni.
„ 25.VIII. w morzu.
„ 26.VIII. o godz. 9-ej przyjazd do Gdyni, godz. 11-a ew.
odjazd do Warszawy.

Przyjmując pod uwagę dłuższy okres czasu zamieszkiwania
pasażerów na statku, Państwowe Przedsiębiorstwo „Żegluga Pol-
ska” zamierza umieścić tylko po 2 osoby w kabinach 4-osobo-
wych na pokładzie C. Będzie to znacznie wygodniejsze. Przy
tem rozmieszczeniu pasażerów statek zabierze ogółem 54-ch pa-
sażerów.

Ceny kart okrętowych, obejmujących przejazd tam i zpo-
wrotem, miejsce sypialne podczas trwania całej wycieczki, a więc
i podczas postoju w porcie, całkowite utrzymanie w cenie Zł. 15.—
dziennie, podczas podróży i postoju w porcie, kosztu zbiorowego
paszportu zagranicznego i wiz, wszystko razem będzie wynosiło:

Pokład A	— 2 kabiny po 2 osoby	. . Zł. 1.100.—	od osoby
„ B	— 4 „ więk. po 2 osoby	„ 1.050.—	„ „
„ B	— 6 „ mniej. po 2 osoby	„ 950.—	„ „
„ C	— 8 „ więk. po 2 osoby	„ 800.—	„ „
„ C	— 7 „ mniej. po 2 osoby	„ 750.—	„ „

Do wszystkich cen Komitet Polski, urządzający wycieczkę,
dolicza 1⁰/₁₀ na kosztu ogólne, związane z organizacją Zjazdu
i wycieczki.

Co do umieszczenia większej liczby osób w kabinach, to w kabinach na pokładzie A są tylko po 2 miejsca, trzecia osoba nie zmieści się.

W 4-ch kabinach większych na pokładzie B można umieścić 3 względnie 4 osoby, gdyż kabiny te mają po 2 dodatkowe łóżka (urządzenie, jak w wagonach Pullmanowskich), które normalnie służą, jako kanapa.

Przy zajęciu większej kabiny na pokładzie B przez 3 osoby koszt będzie liczony Zł. 800.— od osoby, przy 4-ch osobach Zł. 700.—, również od osoby.

W razie zajęcia kabiny 4-osobowej na pokładzie C przez więcej, niż 2 osoby, będzie liczone od każdej osoby po Zł. 650.— Miejsc za firanką w rachubę nie bierzemy, gdyż na tak długą podróż są one niewygodne. O ileby jednak znaleźli się amatorzy na te miejsca, ponad minimalną ilość pasażerów na wycieczkę, która wynosi 50 osób, policzyć się tym osobom za miejsca z utrzymaniem Zł. 350.— od osoby.

Niezależnie od powyższego, wszystkim uczestnikom wycieczki, którzy nie korzystają z ulg kolejowych, P. P. „Żegluga Polska” udziela na powrotną drogę z Gdyni do miejsca zamieszkania, uprawnienia do zniżki kolejowej w wysokości 50%.

Komitet wysyła uczestnikom formularze zgłoszeń, które muszą być dokładnie i czytelnie, zgodnie z danymi z dowodu osobistego wypełnione i przesłane Komitetowi, wraz z 2 fotografiami wym. 3,5×4 cm., każdego uczestnika. Fotografje mogą być dobre amatorskie. Fotografje winny być podpisane na przedniej stronie z dołu lub boku. Na podstawie tych formularzy P. P. „Żegluga Polska” sporządza zbiorowy paszport zagraniczny w dwóch egzemplarzach, do którego wkleja się nadesłane fotografje.

Zapisywanie się na wycieczkę jest otwarte z dniem 1 stycznia 1930 r. Zapisywać się mogą lekarze z żonami, ew. lekarki z mężami.

Wobec przeznaczania miejsc uczestnikom wycieczki, tylko w kolejnym porządku zapisów, Komitet uprasza uczestników w ich własnym interesie, o jak najszybsze zgłaszanie się. Przy zapisie należy nadesłać Zł. 100.— (sto), tytułem zadatku dla Pol. Tow. Żeglugi Morskiej i zł. 50, jako wpisowe na Kongres, razem **Zł. 150.— od osoby** pod adresem:

Warszawa, Litewska 16, Klinika Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego — Kancelarja — „Konto wycieczki do Stockholmu” — prof. Michałowicz.

Dalsze wpłaty ratami miesięcznymi na konto powyższe.

letniego chłopca omawia współczesne poglądy na patogenezę wymiotów okresowych. Celem zbadania roli węglowodanów w patogeniezie powyższego cierpienia, autor, w 10 dni po ustąpieniu wymiotów, kreśli krzywą poziomu cukru we krwi przy doustnym podawaniu co godzinie 30 gr. cukru grochowego. Przebieg krzywej jest zbliżony do przebiegu u dzieci neuropatycznych lub u dzieci z zaburzeniami wewnętrznego wydzielania. Oprócz tego autor badał hyperglikemję powstałą po zastrzyknięciu adrenaliny, nie stwierdził tu jednak wyraźniejszych odchyśleń od normy. Adrenalina zastrzyknięta podczas wymiotów spowodowała większą i dłużej trwającą hyperglikemję, nie przerywając jednak bynajmniej wymiotów. Poziom cukru we krwi podczas wymiotów nie wykazał odchyśleń od normy. Autor podkreśla duże podobieństwo, zachodzące pomiędzy powyższym cierpieniem, a wymiotami ciężarnych (hyperemesis gravidarum); w obydwu cierpieniach, według autora, mamy do czynienia z zaburzeniami w utlenianiu węglowodanów w wątrobie.

W. Heymann i L. Loeffler. W sprawie patogenyzy twarżyny niemowląt.

Autor (Heymann) odrzuca poprzednio wysuwaną różnicę w topliwości tłuszczu, jako przyczynę twardziny (sclerema) niemowląt. Wychodząc z założeń Finkelsteina i Sommerfelda, autor badał stopień pęcznienia w rozmaitych stężeniach płynu Ringera (od 20-krotnie stężonego roztworu do 20-krotnie rozcieńczonego) skóry i podskórnej tkanki tłuszczowej dzieci zmarłych przy objawach twardziny oraz zmarłych bez powyższych zmian skórnych. Tkanka sklerematyczna wchłania mniej wody, niż tkanka normalna. Oprócz powyższego, stopień pęcznienia tkanki normalnej jest zależny od płynu omywającego, natomiast tkanka sklerematyczna nie wykazuje wyraźnych różnic, zależnych od stężenia płynu. Zależy to, według autora, od zaburzeń koloidalnych w tkance skórnej i podskórnej. Loeffler badając histologiczną budowę skóry sklerematycznej stwierdził zwiększenie tkanki łącznej, szczególnie zaś włókien klejorodnych.

H. Baar i A. Grabenhofer. O naskórnem uodparnianiu przeciw błonicy według Löwensteina.

Celem uodpornienia przeciw błonicy autorowie posługiwali się maścią zawierającą anatoksynę przygotowaną według Löwensteina (toksyna +0,50% formaldehyd pozostawione na 3 dni w T⁰ 48°), oraz zabite laseczniki błonnicze. Wcieraniem powyższej maści w skórę udało się autorom uzyskać odporność u morskich świnek nawet na duże dawki toksyny. Morskie świnki również wykazywały odporność na wprowadzenie laseczników błonicy do spojówki (próba Zoellera). Autorowie przeprowadzili również badania na 203 dzieciach, jednak po raz drugi odczyn Schicka był dokonany tylko u 110 dzieci. Z uodparnianych dzieci 50—60% już po upływie 6 tygodni wykazało ujemny odczyn Schicka, po upływie zaś 4 mies. — 70%—75%. Wyniki uodparniania były lepsze o ile wcierania były powtarzane.

W. Putschar. O uszkodzeniu nerek u dziecka wskutek podawania vigantolu.

Autor dokonał badania pośmiertnego 5½ miesięcznego niemowlęcia zmarłego wskutek daleko posuniętej atrofii bez wyraźnej przyczyny zgonu. Dziecku temu podawano w przeciągu 96 dni po 6 kropli vigantolu. Na sekcji autor stwierdził rozległe zwapnienia kanalików i tkanki śródmiąższowej, które wiąże on z długotrwałym podawaniem vigantolu. Zwapnienia powyższe wystąpiły w tkance chorobowo niezmiennionej. Autor przestrzega przed nieracjonalnym podawaniem vigantolu u dzieci niekrzywicznych.

E. Mayerhofer. Vernix caseosa persistens w postaci symetrycznych płam na kolanach i innych pozostałości u małych niemowląt.

Według autora pozostałości po mazidle płodowym mogą dotrwać do 16-go tygodnia życia. Powstawanie mazidla zależy od przyczyn zewnętrz-

nych i wewnętrznych. Do przyczyn zewnętrznych zalicza autor hormony matki (jady ciąży Halbana), które przez pewien czas krążą we krwi niemowlęcia. Konstytucjonalne właściwości dziecka powodują nadmierne oddziaływanie ustroju na powyższe bodźce. Jako na osobną postać „*vernix caseosa persistens*” autor wskazuje symetryczne plamy na kolanach, dające się łatwo usunąć przy pomocy benzyny.

O. Kirsch. Zimowe nasilenie się schorzeń dróg oddechowych.

Uwagi w sprawie artykułu Lederera w „*Zeitschrift für Kinderheilkunde*” H. 5-6 1928 r.

Archives of disease in childhood.

Tom 4, 1929 r. Nr. 19.

Podawała H. Hirszfildowa.

Mc. Neil Mc. Gregor Alexander. Studja nad zapaleniem płuc wieku dziecięcego.

W pierwszej części szeroko zakrojonej pracy autorzy zajmują się statystyczną analizą 648 przypadków zapalenia płuc oraz 244 przypadkami sekcyjnymi w okresie wieku dzieci od urodzenia do lat 12. W materiale klinicznym uderza znaczna przewaga płatowego zapalenia płuc nad odoskrzelowym w przeciwieństwie do statystyk dotychczasowych. Zapalenia płatowe z tego względu autorzy proponują nazywać pęcherzykowem (alwenlarnem), ponieważ u dzieci bardzo często proces chorobowy ogranicza się jedynie do pęcherzyków i pewnej części płatu. Poza badaniem fizykalnem, głównymi kryterjami w odróżnieniu tego zapalenia (płatowego) od odoskrzelowego są: kaszel, czas trwania t^0 i jej spadek; w przypadkach sekcyjnych, jednak przeważają znacznie przypadki odoskrzelowego zapalenia płuc. Statystyka poszczególnych miesięcy i pór roku wykazuje największe nasilenie się cierpienia od października do lutego włącznie.

Martin i Craig. Badania nad promieniami pozafiołkowymi w leczeniu gruźlicy wieku dziecięcego.

W wielu przypadkach stwierdza się początkowo przyspieszenie opadania krwinek, które przechodzi po miesiącu w opóźnienie. Ten pierwszy okres autorzy określili „ujemnym okresem” (negative phase). Nasilenie się tego objawu zależy od 3-ich czynników: ciężkości schorzenia, stopnia mieszanego zakażenia, dawki promieni. Jedynie ten ostatni czynnik daje się dowolnie zmieniać.

Autorzy zarzucają obecnej metodzie leczenia, że jest ona zbyt empiryczna i za mało uwzględnia osobnicze oddziaływanie. Najlepsze wyniki osiągamy przy leczeniu gruczołów obwodowych, zmian w stawach i zapaleniu otrzewnej na tle gruźlicy.

Sprawozdanie ze Zjazdu pedjatrów, mówiących po francusku, w Paryżu 30.IX — 2.X. 1928 r.

Zjazd pedjatrów, posługujących się językiem francuskim, odbył się jesienią r. z. w Paryżu. Otwarcie zjazdu nastąpiło w École de Médecine pod honorowym przewodnictwem nestora pedjatrii francuskiej, prof. Hutinela, wobec licznych przedstawicieli pedjatrii francuskiej i zagranicznej.

Zjazd zajmował się następującymi tematami:

I. Śmierć nagła niemowląt.

a) referat chirurgiczny prof. O m b r e d a n n e.

Zespół: błądność z hipertermią u niemowląt operowanych.

Autorzy, którzy rozporządzają dużym materiałem, omówili przypadki nagłej śmierci po zabiegach chirurgicznych; zwrócili jednak uwagę, że zespół ten nie zawsze kończy się zejściem niepomysłnym, o ile od początku zostanie zastosowane odpowiednie leczenie.

Zespół ten występuje najczęściej u niemowląt młodszych. W kilka lub kilkanaście godzin po operacji nagle podnosi się ciepłota do 39° — 40° następuje przyspieszenie oddechu, osłabienie tętna, błądność, szybki spadek rezerw alkalicznych i szybkie obniżenie ciśnienia krwi, po kilkunastu godzinach następuje śmierć. Ciepłota przed śmiercią dochodzi czasami do 42° . W przypadkach wyleczonych ciepłota szybko bardzo spada i wszystko powraca do normy. Rozpoznanie jest łatwe, gdyż żadne z powikłań pooperacyjnych nie daje tego zespołu.

Objawy te nie występują nigdy przed czwartym dniem życia, rzadko po dwóch latach. Operacja zwiększenia odźwiernika daje niezmiennie rzadko to powikłanie. Autorowie nie mieli wrażenia, ażeby narkoza odgrywała tu rolę decydującą w powstawaniu tego zespołu — sądzą, że refleks opuszkowy, może tłumaczyć zarówno gorączkę, jak i błądność. Zalecają następujące leczenie zapobiegawcze: ogrzewanie przed operacją, środki sercowe, brom, odżywianie bezbiałkowe przez pierwsze 24 godziny, ograniczenie narkozy do minimum. Leczenie: adrenalina — często i w dużych dawkach, — naparstnica, wlewanie płynu pod skórę oraz ochładzanie zapomocą okładów przy najlżejszym podniesieniu ciepłoty.

Z dyskusji wynika, że omawiany zespół nie występuje w ścisłym związku z ciężkością i trwaniem zabiegu, że narkoza nie odgrywa tu roli pierwszorzędnej, że mamy do czynienia z szokiem pochodzenia centralnego.

b) Referat prof. N o b é c o u r t.

Autor podkreśla rzadkość tych przyczyn, które powodują nagłą śmierć u dorosłych.

U noworodków najczęstszą przyczyną nagłej śmierci są wylewy śródczaszkowe. U niemowląt znane są oddawna przypadki nagłej śmierci przy intensywnym leczeniu wyprysków w warunkach szpitalnych. W kilka godzin po zastosowaniu leczenia — występują: wysoka ciepłota, drgawki, błądność, sinica. Wszystkie dotychczasowe teorie nie są pewne, ze względów praktycznych ważne jest pamiętać o niebezpieczeństwie hospitalizacji niemowląt chorych na egzemę i leczyć je tylko w warunkach domowych. Autorowie zupełnie nie przyznają znaczenia powiększonej grasicy, której rola ani mechaniczna, ani toksyczna nie została dowiedziona. Nawet olbrzymi przerost grasicy, jaki widzimy w białaczce, nie doprowadził nigdy do nagłej śmierci. W większości przypadków ani badania kliniczne, ani sekcja nie wykazały przyczyny nagłej śmierci w sposób zupełnie zadowalający. W dyskusji podkreślano rolę nie dość uwzględnioną kiły wrodzonej.

II Żółtaczka noworodków.

Roca z omawia wszystkie teorie dawniejsze i nowsze, dotyczące żółtaczki noworodków. Sam stoi na stanowisku, że żółtaczka prosta jest pochodzenia hemolitycznego, mimo, że większość pediatrów francuskich z Marfan'em na czele podkreśla rolę wątroby, a więc są zwolennikami teorii hemohepatycznej. Podzielone są zdania co do tego, czy uważać żółtaczkę za stan fizjologiczny, czy patologiczny. W żółtaczkach noworodka, istotnie patologicznych, według niektórych autorów, odgrywa rolę kiła wrodzona.

W dyskusji, między innemi, zabierała głos kol. Mandelsowa z Łodzi, omawiając przypadki żółtaczki wrodzonej, które wzbudziły ogólne zainteresowanie. Według Erlichówny z Warszawy, częstość występowania żółtaczki jest znacznie większa, niż podają statystyki, a to z powodu nienotowania przypadków najlżejszych, bardzo krótkotrwałych. Nadzwyczajna częstość żółtaczki jest dowodem niezaprzeczonym jej charakteru fizjologicznego.

III. Obrzęki noworodka i niemowlęcia.

Cathala omówił klinikę, etiologię oraz leczenie obrzęków noworodków i niemowląt, biorąc pod uwagę wszechświatowe piśmiennictwo. Najwięcej uwagi poświęcił obrzękom wywołanym przez nieodpowiednie żywienie, bądź to pozbawione witamin, bądź zbyt obfitej żywności, oraz obrzękom w sprawach zakaźnych. Zarówno w referacie, jak i dyskusji, podkreślono rolę kiły i rolę brakowego żywienia w powstawaniu obrzęków.

Poza tem: wygłoszono kilka komunikatów, a m. in.:

Acledo z Barcelony zaleca podawanie kwasów aminowych w przypadkach nieżyłowego zapalenia płuc.

Fèvre z Paryża omawia ropne zapalenie jąder u niemowląt.

Erlichówna z Warszawy przedstawia obraz kliniczny wylewów śródczaszkowych u noworodków dojrzałych i niedonoszonych.

Prezydium zawiadomiło kongresistów, że następny zjazd odbędzie się w roku 1931 w Strassburgu.

Jedno z posiedzeń odbyło się w zakładzie „Enfants Assistés” gdzie prof. Leveboullet przy zwiedzaniu zakładu pokrótce opowiedział jego historję.

Doznawało się wzruszenia na myśl, że tu kładły podwaliny pedjatrii francuskiej takie umysły, jak Parrot, Hutinel, Variot, Marfan, mistrzowie, którzy wychowali kilka pokoleń szerząc wiedzę wśród licznych uczniów, wiedzę opartą na głębokich studjach kliniczno i anatomo-patologicznych.

We wszystkich przemówieniach zjazdu imponowała doskonała forma literacka, prostota, treściwość, umiarkowanie i trzymanie się ściśle tematu—poza tem koleżeńską kurtuazją i cześć dla nauczycieli.

W trzecim dniu kongresu odbył się bankiet, w nadzwyczajnie miłym i serdecznym nastroju. Zasługuje na podkreślenie, że zarówno na otwarciu kongresu, na bankiecie, jak i na zebraniach towarzyszących Polacy byli nadzwyczajnie serdecznie przyjmowani i wysuwani na plan pierwszy.

Na otwarciu przewodniczący Dr. Barbier powitał z nazwiska zgłoszonych na zjazd Polaków (nieobecnych), a w przemowie swojej na bankiecie podkreślił udział Polski, wyrażając żal, że większość zgłoszonych na zjazd uczestników z Polski nie przyjechała z powodu trudności paszportowych. Istotnie tak było: koledzy łódzcy, którzy w pierwszej połowie sierpnia złożyli podania o ulgowe paszporty na kongres paryski 30.IX., otrzymali pozwolenie na paszporty tak późno, że zdążyła przyjechać tylko jedna osoba mająca do wygłoszenia referat i to z 24-o godzinnem opóźnieniem. Ponieważ uczestnictwo lekarzy polskich w zjazdach zagranicznych posiada duże znaczenie propagandowe, należałoby więc w interesie ogólnym nie utrudniać, a przeciwnie, ułatwiać im wyjazd na kongresy.

Marta Erlichówna.

W zaparciach i zaburzeniach trawiennych wieku dziecięcego
najstosowniejszym lekiem regulującym wypróżnienia jest

ENTEROL — MOTOR

(ol. paraf. chem. puri pro uso interno)

Bez smaku i zapachu jest chętnie przyjmowany
przez dzieci.

Cenną właściwością Enterolu jest możliwość stosowania go w stanach podrażnienia wyrostka robaczkowego, gdzie jak wiadomo olej rycynowy działa ujemnie.

Wskazania: zaparcia, zatrucia pochodzenia jelitowego, nieżyty ostre, przewlekłe przewodu pokarmowego, zwłaszcza jego dolnych odcinków.

Doustne: 2 — 3 łyżeczki dziennie zależnie od wieku.

W enemie: 2 — 3 łyżki stołowe.

Mag. farm. JAN GESSNER

APTEKA I LABORATORJUM CHEM. - FARMAC.

Warszawa, Al. Jerozolimskie 11. Telef. 195-49 i 25-70.

P O L E C A :

Injectiones CHININI COMPOSITI o składzie

Chinin 0,03, Camphorae 0,025,
Menthol 0,02, Cnalyptol 0,015 = 1^{cc}.

Grypa, zapalenie płuc, krztusiec.

Sirupus DROSERAE. C. EXTR. Thymi

łagodzi ataki kaszlu w krztuścu i zaflegmieniu dróg oddechowych

LITERATURĘ I PRÓBKİ DLA PP. LEKARZY GRATIS I FRANCO.



NESTLÉ

mączka dla dzieci



wypróbowane pożywie-
nie dla niemowląt, za-
stępujące znakomicie po-
siłki mleczne u niemow-
łąt, wymagających po-
żywniejszego już posiłku.
Zawiera w odpowied-
nich ilościach dodane
ekstrakty tranu wątrobia-
nego, oraz niezwykle
ważne dla budowy kość-
ca sole mineralne. Ła-
godny i przyjemny smak
nie uległ mimo tego żad-
nej zmianie.

Literaturę oraz próbne puszki
wysyła bezpłatnie na życzenie.

Nestlé and Anglo-Swiss Condensed Milk Co.

Oddział na Polskę
GDAŃSK, KREBSMARKT 7-8.