

Biblioteka Główna

WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

PEDJATRJA POLSKA

TOM I.

Biblioteka Główna

WYDA

PEDIATRJA POLSKA

KWARTALNIK

ORGAN

POLSKIEGO TOWARZYSTWA PEDIATRYCZNEGO

Tom I.

Komitet redakcyjny: F. BUJAK — Kraków, M. ERLICHÓWNA — Warszawa, H. GOLDSZMIT-KORCZAK — Warszawa, Fr. GRÖER — Lwów, W. JASIŃSKI — Lublin, J. KRAMSZTYK — Warszawa, S. KRYSIEWICZ — Poznań, St. ŁYSKAWIŃSKI — Warszawa, T. MOGILNICKI — Łódź, H. FRENKLOWA — Łódź, Sz. STARKIEWICZ — Busk.

Redaktorzy: M. MICHAŁOWICZ i Wł. SZENAJCH

Sekretarz Redakcji: K. JONSCHER

Wydawca: T. KOPEĆ

WARSZAWA
1921.

Biblioteka Główna
WUM

A.077



Spis rzeczy,

zawartych w tomie I-ym.

(W t. I wskutek niedopatrzenia zeszyt z otrzymał paginację, poczynając od 1; wskutek tego stronicie 1—80 powtarzają się dwukrotnie. Dla uniknięcia pomyłek oznaczamy w spisie powtórne stronicie Nr 1—80 przez dodanie litery a).

I. ARTYKUŁY ORYGINALNE.

	Str.
Cieszyński Fr. Ks. Metody laboratoryjne, ułatwiające rokowanie w gruźlicy u dzieci	44a; 221
Erlichówna M. Przypadek niedokrwistości, leczonej za pomocą wstrzykiwania krwi ludzkiej (u 13-letniej dziewczynki)	49
Erlichówna M. Z patologji przyusznicy	322
Frenklowa H. Dyżenterja u dzieci	17
Jonscher K. Z kliniki duru brzuszego u dzieci	1a
Kopeć T. Stan zdrowia dzieci ubogiej ludności m. Warszawy po trzech latach wojny	1
Michałowicz M. Zadania kliniki pedjatrycznej w dobie obecnej	199
Mulierówna A. Leczenie gruźlicy dzieci światłem lampy kwarcowej	53a
Progulski S. O potrzebie zakładania poradni dla dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną	290
Progulski S. i Groebłowa A. O nowej postaci nagminnego zapalenia mózgu u dzieci	32
Rozenblumówna Z. O klinicznym przebiegu spóźnionej krzywicy pod wpływem wadliwego odżywiania	305
Samet-Mandelsowa S. Przyczynki do kliniki i leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych u dzieci	240

II. NOTATKI NAUKOWE.

Erlichówna M. Leczenie liszajca zaraźliwego azotanem srebra	64
Frenklowa H. Dwa przypadki samoistnej zgorzeli kończyn u dzieci	330
Niepokojczyk J. Przypadek zgorzeli skóry i tkanki podskórnej na kończynach, jako powikłanie duru brzuszego u 13-letniej dziewczynki	62

III. WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

Kramsztyk J. Ś. p. B. Korybut-Daszkiewicz	287
---	-----

IV. OCENY.

Sprawozdanie z dzisiejszego stanu nauki o witaminach. Sprawozdawczyni M. Erlichówna	65
Mogilnicki T. Pielęgnowanie i karmienie niemowląt. Sprawozdawca K. Jonscher	70
Szontagh F. O dyspozycji. Sprawozdawca H. Brokman	263

V. STRESZCZENIA.

Str. 73; 69a; 272; 334.

VI. RUCH W TOWARZYSTWACH PEDJATRYCZNYCH.

Polskie Tow. Pedjatryczne	82; 63a; 65
Ankieta Pol. Tow. Pedjatrycznego	80a
Zjazd Pedjatrów Skandynawskich	34I
Tow. Pedjatryczne w Wrocławiu	34I
Zjednoczenie pedjatrów w Frankfurtu	34I
Holenderskie Tow. Pedjatryczne	342
Zjazd niemieckiego Tow. Pedjatrycznego	342

KRONIKA VII.

Str. 103; 73a; 277; 346.

VIII. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

Str. 340.

Spis rzeczy tomu I.

Adrenaliny działanie	272
Aforyzmy o leczeniu czerwonki	273
Alkoholizm wśród dzieci szkolnych	66a
Amerykańskiej Misji działalność w Polsce	270
Angina i płonica	335
Ankieta Pol. Tow. Pedjatrycznego w sprawie płonicy	80a
Astma u niemowląt	74
Azotanem srebra leczenie	64
Błonica i odporność przeciwbłonicza u niemowląt	273
Błonicy leczenie surowicą per os	334
Czerwonki leczenie, aforyzmy	273
Czerwonka p. dyzenterja	273
D a s z k i e w i c z - K o r y b u t, wspomnienie pośmiertne	287
Dreńwicy karku objawy następce	64a
Dur brzuszny, objawy płucne wrzekomo-gruźlicze w przebiegu d.	336
Dur brzuszny, powikłanie zgorzelą skóry	62
Dur brzuszny u dzieci	1a, 64a
Dyspozycja	263
Dyzenterja u dzieci	17
Gruźlicy gruczołów i płuc wczesne rozpoznanie	275
Gruźlicy leczenie u dzieci światłem lampy kwarcowej	53a
Gruźlicy leczenie za pomocą ciał białkowych	81
Gruźlicy rokowanie, metody laboratoryjne ułatwiające	47a
Gruźlica serca u dzieci	67a
Gruźlicy stosunek do odry	263
Guz wątroby	267
Higieny nauka w szkołach średnich	266
Hirschprunga choroba	65a
Karmienie naturale	273
Kiła dziedziczna w drugim pokoleniu	339
Kiła niemowląt i ich matek oraz odczyn W a s s e r m a n a	75
Kiła wrodzona dzieci, poradnie	290
Kończyn dolnych zniekształcenie	265
Krażenie tętnicze u niemowląt	76
Kronika	103, 73a, 277, 341
Krwawiączki leczenie peptonem	341
Krwi ludzkiej wstrzykiwanie w niedokrwiłości	49
Krzywica mózgowa	80
Krzywica, wrodzone zmiany kości	81
Krzywicy spóźnionej przebieg pod wpływem wadliwego odżywiania	305
Leczenie gruźlicy lampą kwarcową	53a
Leczenie gruźlicy zastrzykiem ciał białkowych	81
Liszajca zaraźliwego leczenie	64
Maślano-mącznym pokarmem żywienie niemowląt	267
Meningokokowa posocznica	339

Mocznika zawartość we krwi	334
Mózgu nagminne zapalenie, leczenie	340
Mózgu nagminne zapalenie, nowa postać	32
Naczynia włosowate niemowląt.	74
Nadpobudliwość w wieku dziecięcym	78
Niedokrwistości przypadek, leczenie	49
Niemowląt astma	74
Niemowląt błonica i odporność przeciwbłonicza.	273
Niemowląt karmienie i pielęgnowanie	70
Niemowląt żywienie maślano-mącznym pokarmem	267
Noworodki, leczenie różny	340
Obrzęki samoistne osesków	77
Obrzezanie	73
Odry stosunek do gruźlicy	269
Odżywianie wadliwe—krzywica spóźniona	305
Odżywienia stan młodzieży szkolnej 1920/21	67a
Opieka nad matką i dzieckiem w Rosji	338
Opon mózgowo-rdzeniowych zapalenie, leczenie	69a
Opon m. r. zapalenie u dzieci	240
Pedjatrycznej kliniki zadania	199
Pedjatrycznego Tow. Pol. ankieta.	80a
Pedjatrycznego Tow. Pol. posiedzenia	97, 63a 265
Pedjatrycznego Tow. Pol. sprawy 1918—1920	82
Pirqueta wskaźnik u młodzieży szkolnej 1920—21	67a
Płciowe gruczoły, a skłonność do gruźlicy	338
Płonica i angina	335
Płonicy zaraźliwość	80a
Poradnia dla dzieci z kiłą wrodzoną	290
Przysznicy patologia	322
Psychiczny rozwój dziecka	63a
R a t y Ń s k i e j M. wspomnienie pośmiertne.	63a
Różny loczenie u noworodka	340
Rzeżączka u dzieci	71a, 72a
Serca wada wrodzona	66a
Skóra starcza przyrodzona	338
Ssawców biegunki	337
Stiel-Chauffarda choroba	268
Szkoły pomocnicze	265
Szkoły średnie, nauka higieny	266
Torbiel szyjna	65a, 67a
Typhobacillosis	335
Vulvovaginitis gonorrhoeica	72a
Waga harmonijna.	274
Wcześnieaków wzrost i rozwój	274
Witaminy	65
Wodogłowia ostrego przypadek	269
Zdrowia stan dzieci w Warszawie	I
Zgorzel skóry	62
Zgorzel samoistna kończyn	330
Zółciowych przewodów zarośnięcie	66a

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.

Stan zdrowia dzieci ubogiej ludności m. Warszawy po trzech latach wojny.

Podał

Tadeusz Kopeć
Major—lekarz Wojsk Polskich.

O wojnę powszechną za Wolność ludów
prosimy Cię, Panie!

A. Mickiewicz.

W przeszło stuletniej niewoli, w chwilach upadku, zwątpienia, kiedy, zdało się, rozpacz już tylko i rezygnacja nam pozostały, zjawiały się duchy mocarne i wieszczce, które nam w księgach przyszłości czytać i wierzyć kazały, że przyjdzie wojna powszechna, jakiej świat nie widział, a wtedy stanie się cud największy—bo zmartwychwstanie Ojczyzna nasza. A słowo stało się ciałem.

Dnia 1. VIII. 1914 r. przyszła ta wielka, upragniona wojna, która w stosunku do nas spełniła wszystkie w niej pokładane nadzieje. Lecz jako że się nam stała rzecz wielka, wielkiej też od nas wymagała ofiary, zaś w męce i w bólu narodu, który się z grobu podźwigał, największą daninę złożyły dzieci, które ginęły gromadnie, i drogę do wolności naszej znaczyły swoimi małemi mogiłkami.

Pedjatrja polska.

Wszak one to właśnie ginęły tysiącami podczas słynnego odwrotu Rosjan, którzy w okrutny i nieludzki sposób kończyli swoje porachunki z nami. Wojska rosyjskie niszczyły doszczętnie wieś polską, pozostawiając za sobą popioły i zgliszcza, zaś ludność miejscową uprowadzały bez różnicy płci i wieku, pędząc przed siebie na głód, na chłód i poniewierkę tułaczą. Niedola wygnańców była zbyt wielka, by liczne rzesze maluczkich mogły ją dźwignąć na swych wątych barkach, to też zaczęły wymierać, tym pręcej, im były mniejsze. Doszło do tego, że niemowlęta żywe i zdrowe zakopywano wraz z matką, gdy ta je w drodze odumarła, zakopywano z całym spokojem i przeświadczeniem, że one i tak zginąć muszą, więc raczej niech się nie męczą. Rosja Cesarska poszczycić się może tysiącami takich mogiłek, które o pomstę do Boga wołać muszą za tak bezmyślne i bezcelowe okrucieństwo.

Z odpływem wojsk rosyjskich weszły do kraju wojska niemieckie i zapanował duch inny, który wniósł swój odmienny sposób tępienia i doprowadzania do rozpaczliwości miejscowej. Rozpanoszyła się wszędzie pycha i buta krzyżacka, która w jednym ręku dzierżyła mocno manifest obu „wspaniałomyślnych” cesarzów o niepodległości naszej, zaś jednocześnie drugą grabiła i rujnowała to wszystko, co od zagłady poprzedniej ocalało. Okupanci dążyli do tego, by głodem i nędzą zmusić do posłuszeństwa względem swych planów zaborczych, i znowu ginęły gromadnie dzieci nasze, ginęły bez słowa protestu i skargi. A jednak śmiertelność ich była tak wielka, że mimo przeszkody ze strony okupantów wiadomość o niej obiegała kraj cały. Społeczeństwo, świadome niebezpieczeństwa i w poczuciu wielkiej krzywdy, jaka mu się działa, zdobyło się wreszcie na głośny okrzyk protestu. Posypały się liczne ofiary i składki, powstał ruch wielki, by dzieci ratować od śmierci głodowej, a jak ciężką była praca podjęta, postaram się wkrótce wyjaśnić.

Prowadząc od szeregu lat Ambulatorjum w Szpitalu im. Karola i Marii dla dzieci, zauważyłem w roku 1917-ym gwałtowny spadek sił i zdrowia wśród dzieci ubogiej ludności m. Warszawy. Rzuciło się w oczy, że dzieci chodzić przestają, że są wynędzniałe i głodne: „sł a-

by, usiadł mi“ oto skarga matki na pytanie lekarza, co jest dziecku. „Laksuje, kiszeczka mu wychodzi“ dodaje inna, wreszcie „ma opuchlinę“—dorzuca następną. Badamy mocz—brak białka i wszelkich elementów nerkowych. Dziecko jest blade, źle odżywiane, z objawami krzywicy, często gruźlicy. Ma 2—3 lata, siedzi stale pochylone naprzód, podpira się obu rączkami, aby nie upadło, główka ciężka, zwisa bezwładnie, kręgosłup w pałąk wygięty. Bywa, że główka opada tak nisko, że znajduje oparcie na nóżkach wyciągniętych i wtedy dziecko siedzi zgięte we dwoje. Oddycha ciężko, klatka piersiowa zapada głęboko przy wdechu. Ciało jest miękkie i wiotkie, skóra cienka, tkanki tłuszczowej ani śladu, mięśnie nieomal w zaniku zupełnym, oto obraz zwykły. Rzadziej, obok bladości sinica, w razach najgorszych—obrzęki. W płucach objawy kataralne, brzuch wzdęty, wiatry, wypróżnienia wolne.

Co dziecko jada?—chleb kartkowy, zupę komitową, kartoflanekę na „suchej wodzie“, to zn. bez żadnej okrasy, na wodzie ze solą; czasami w miejsce kartofli obierzyny tylko, ale „dobrze rozgotowane“. Jeżeli dziecko małe, szczególnie przy piersi, nieszczęśliwa matka suszy chleb kartkowy, trze go na tarce i podaje dziecku w postaci papki na herbacie, przeważnie bez cukru, bo kartki cukrowe sprzedaje, by mieć za co chleb kupić. Mleka dziecko nie widzi, a jeżeli, to w ilości tak małej, że brać jej w rachubę nie można (np. kwaterka na dwoje, pół kwarty na 3—4 dzieci). Na pytanie, czemu dziecka piersią nie karmi, czemu daje mu chleb, kartoflanekę, wszak ono za małe, by mogło go trawić, matka odpina swój stanik i w miejsce odpowiedzi pokazuje pierś wynędzniałą, w której nic niema. Dzieci bez względu na wiek żyły tylko węglowodanami, bez żadnej domieszki białka lub tłuszczu, i to w ilości rozpaczliwie małej. Biegunka uporczywa z wypadnięciem kiszki stolcowej nie poddawała się zgoła leczeniu zwykłymi środkami, jak bizmut, tannalbina, natomiast ustępowała szybko przy podawaniu mleka, twarogu i t. p. Nie ulegało żadnej wątpliwości, że mamy przed sobą katastrofalny stan dzieci, spowodowany złem i niedostatecznym odżywianiem.

Chcąc rzecz zbadać bliżej, przygotowałem druki specjalne, i od połowy 1917-ego do końca 1918-ego roku noto-

wałem w nich wagę, stan sił i zdrowia dzieci do lat pięciu, te bowiem ucierpiały najbardziej. W ten sposób zebrałem materiał, zgrupowany w niżej podanych tablicach.

Według wieku zbadałem:

295 oseków,

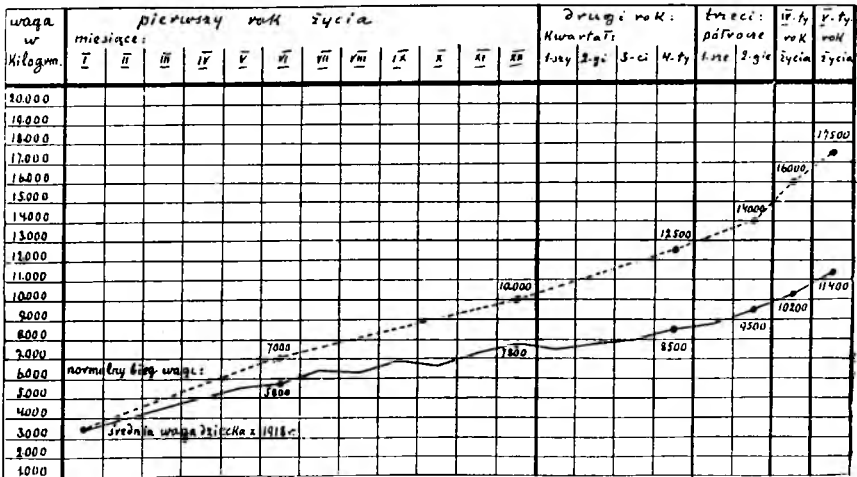
346 dzieci w drugim roku życia,

410 " " trzecim " "

304 " " czwartym " "

276 " " piątym " "

ogółem 1631 dzieci.



Rys. I.

Tablica I zawiera dane, dotyczące wagi. Jest najważniejsza, ponieważ z natury rzeczy wyklucza wszelki subiektywizm w badaniu.

Przedewszystkiem zwrócę uwagę na kolumnę środkową, w której mamy średnią wagę dziecka, bez różnicy płci. Otóż rzuca się w oczy, że mimo wszystko dzieci rodzą się niezłe, lepsze, niżby się w warunkach podobnych spodziewać należało. Pomijam pierwszy miesiąc życia, w którym zaledwie 12 dzieci zebrałem; zgodzę się chętnie, że średnia waga 3813 grm. jest za wysoka, ale jeżeli wziąć pod uwagę drugi miesiąc życia, gdzie już 36 dzieci zebrałem, na tej lic-

TABLICA I.

Wiek dzieci	Liczba dzieci	Waga dzieci		Średnia waga dziecka	Średnia waga	
		naj-mniejsza	naj-większa		chłopca	dziew-czynki
1-szy mies.	12	2000	5560	3813	4180	3300
2-gi „	36	2650	6600	4167	4346	3852
3-ci „	28	2800	6400	4599	4702	4414
4-ty „	22	3200	7300	5027	5842	4520
5-ty „	29	3200	7200	5643	5816	5360
6-ty „	32	3200	8300	5878	5937	5659
7-my „	20	3150	9500	6412	7002	5525
8-my „	27	4300	8000	6247	6272	6215
9-ty „	27	4200	11000	6937	7447	6529
10 ty „	31	4350	8900	6565	6437	6720
11-ty „	22	3820	9780	7239	7263	7306
12-ty „	9	6550	12100	7878	8387	7470
pierwszy rok życia	295	—	—	—	—	—
13—15 mies.	84	3950	10700	7373	7567	7170
16—18 „	85	4200	11900	7794	8032	7437
19—21 „	130	4070	11570	8022	8224	7747
22—24 „	47	5250	11610	8476	8667	8277
drugi rok życia	346	4368	11445	7916	8122	7658
2—2½ lat	228	5100	12400	8842	9120	8528
2½—3 „	182	5760	13200	9520	9775	9247
trzeci rok życia	410	5430	12800	9181	9448	8888
czwarty rok życia	304	5310	15700	10239	10625	9915
piąty rok życia	276	4970	18100	11438	12155	11360

TABLICA II.

Wiek dzieci	Liczba dzieci	Dzieci mających zęby		Ilość zębów				Chodzi		Przestało chodzić		Dotąd nie zaczęło chodzić	
		liczba	%	mini- mum	maxi- mum	śre- dnia	dzie- ci	%	dzie- ci	%	dzie- ci	%	
I-szy mies.	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2-gi „	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3-ci „	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4-ty „	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5-ty „	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6-ty „	32	3	9	2	4	3	—	—	—	—	—	—	—
7-my „	20	2	10	2	4	3	—	—	—	—	—	—	—
8-my „	27	12	44	1	6	3	—	—	—	—	—	—	—
9-ty „	27	17	63	1	5	3	—	—	—	—	—	—	—
10-ty „	31	21	68	1	6	3	2	6	—	—	—	—	—
11-ty „	22	22	100	2	8	4	3	14	—	—	—	—	—
12-ty „	9	8	89	2	7	4	4	44	—	—	—	—	—
pierwszy rok życia	295	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
13—15 mies.	84	70	83	1	12	5	13	16	7	8	64	76	
16—18 „	85	80	95	2	16	7	25	29	16	19	44	52	
19—21 „	130	117	90	2	20	9	58	45	22	17	50	38	
22—24 „	47	41	87	4	16	11	26	55	7	15	14	30	
drugi rok życia	346	308	89	—	—	8	122	35	52	15	172	50	
2—2½ lat	228	—	—	—	—	—	121	53	57	25	50	22	
2½—3 „	182	—	—	—	—	—	102	56	50	27	30	17	
trzeci rok życia	410	—	—	—	—	—	223	54	107	26	80	20	
czwarty rok życia	304	—	—	—	—	—	196	65	86	28	22	7	
piąty rok życia	276	—	—	—	—	—	190	69	74	27	12	4	

TABLICA III.

Wiek dzieci	Liczba dzieci	Budowa					Stan odżywiania												
		dobra	o/o	średnia	o/o	wąta	o/o	dosta- teczny	o/o	niedosta- teczny	o/o	wynisz- czenie	o/o	biegunka	o/o	wyp. kiszki stołowej	o/o	obrzęki głowe	o/o
1-szy mies.	12	3	25	2	17	7	58	6	50	6	50	—	—	6	50	—	—	—	—
2-gi „	36	8	22	17	47	11	31	23	64	7	19	6	17	20	56	—	—	—	—
3-ci „	28	12	43	10	36	6	21	19	68	6	21	3	11	13	46	1	8	—	—
4-ty „	22	9	41	7	32	6	27	16	72	3	14	3	14	10	45	1	5	—	—
5-ty „	29	12	41	10	35	7	24	20	70	6	20	3	10	11	38	2	7	—	—
6-ty „	32	12	38	9	28	11	34	17	53	8	25	7	22	15	47	3	9	1	3
7-my „	20	9	45	4	20	7	35	12	60	5	25	3	15	12	60	1	5	—	—
8-my „	27	5	18	11	41	11	41	13	48	10	37	4	15	16	59	—	—	—	—
9-ty „	27	7	26	12	44	8	30	19	70	4	15	4	15	8	30	2	7	1	4
10-ty „	31	5	16	8	26	18	58	11	35	13	42	7	23	18	58	1	3	2	6
11-ty „	22	2	10	10	45	10	45	12	55	6	27	4	18	13	59	1	5	—	—
12-ty „	9	1	11	7	78	1	11	7	78	1	11	1	11	2	22	—	—	—	—
pierwszy rok życia	295	85	29	107	36	103	35	175	60	75	25	45	15	144	49	12	4	4	1
13—15 mies.	84	15	18	28	33	41	49	39	46	24	29	21	25	42	50	4	5	2	2
16—18 „	85	9	11	39	46	37	43	35	41	31	37	19	22	46	52	5	6	5	6
19—21 „	130	15	11	53	42	62	47	58	45	40	31	32	24	70	54	10	8	8	6
22—24 „	47	4	8	22	47	21	45	18	38	13	28	16	34	28	60	4	8	6	13
drugi rok życia	346	43	12	142	41	161	47	150	43	108	31	88	26	186	53	23	7	21	6
2—2½ lat	228	23	10	81	35	124	55	80	35	76	34	72	31	113	50	49	21	15	6
2½—3 „	182	20	11	76	42	86	47	74	41	51	28	57	31	87	48	35	19	19	10
trzeci rok życia	410	43	11	157	38	210	51	154	38	127	31	129	31	200	49	84	20	34	8
czwarty rok życia	304	31	10	126	42	147	48	112	37	98	32	94	31	128	42	54	18	24	8
piąty rok życia	276	36	13	110	40	131	47	114	41	78	28	84	31	107	39	58	21	20	7

TABLICA IV.

Wiek dzieci	Liczba dzieci	Krzywica								Gruźlica					
		niema	o/	lekka	o/0	średnia	o/0	ciężka	o/0	niema	o/0	podjejrza- na	o/0	jest	o/0
1-szy mies.	12	12	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2-gi "	36	35	97	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
3-ci "	28	24	86	4	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
4-ty "	22	14	64	7	32	1	4	—	—	—	1	—	—	—	
5-ty "	29	18	62	8	28	2	7	1	3	—	2	—	—	—	
6-ty "	32	19	59	12	38	1	3	—	—	—	2	—	—	—	
7-my "	20	11	55	6	30	3	15	—	—	—	1	—	—	—	
8-my "	27	10	37	10	37	7	26	—	—	—	—	—	1	—	
9-ty "	27	7	26	13	48	7	26	—	—	—	—	—	—	—	
10-ty "	31	12	39	10	32	7	23	2	6	—	—	—	2	—	
11-ty "	22	7	32	9	41	5	23	1	4	—	—	—	—	—	
12-ty "	9	2	22	4	45	3	33	—	—	—	—	—	1	—	
pierwszy rok życia	295	171	58	84	29	36	12	4	1	285	97	6	2	4	1
13—15 mies.	84	14	17	33	39	31	37	6	7	71	85	7	8	6	7
16—18 "	85	6	7	34	40	39	46	6	17	69	81	12	14	4	5
19—21 "	130	13	10	39	30	68	52	10	8	96	74	23	18	11	8
22—24 "	47	9	19	13	28	20	42	5	11	36	77	9	19	2	4
drugi rok życia	346	42	12	119	34	158	46	27	8	272	78	51	15	23	7
2—2½ lat	228	16	7	89	39	90	40	33	14	180	79	37	16	11	5
2½—3 "	182	31	17	63	35	60	33	28	15	121	66	43	24	18	10
trzeci rok życia	410	47	11	152	37	150	37	61	15	301	73	80	20	29	7
czwarty rok życia	304	33	11	108	36	110	36	53	17	197	65	54	18	53	17
piąty rok życia	276	53	19	99	36	76	28	48	17	145	52	60	22	71	26

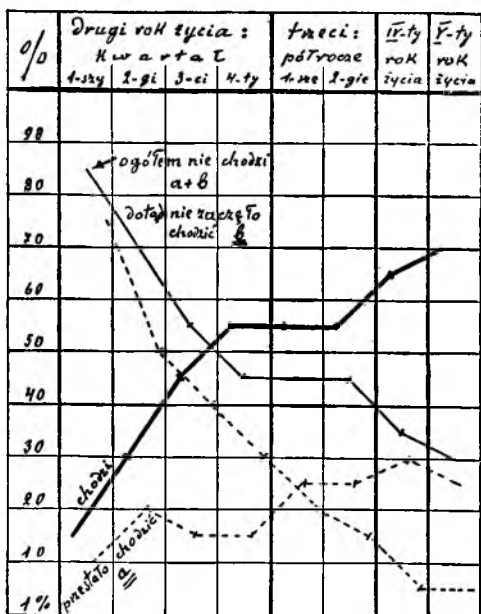
bie oparta średnia waga 4167 grm. jest już więcej miarodajna, a jednak dobra. W trzecim miesiącu ponad 4,5 kg., w czwartym ponad 5 kg., w piątym i szóstym nieomal 6 kg. zaś w siódmym blisko 6,5 kg. jest wcale nieźle, równa się bowiem podwojeniu w pół roku normalnej wagi noworodka, ważącego 3250 grm. Dalej już waga zaczyna się chwiać, odbiegać od normy coraz bardziej (patrz tablicę graficzną), to zn., że do pół roku matka ma jeszcze trochę pokarmu, w braku zaś jego zabiega, jak może, by dziecku zapewnić pożywienie znośne. Po pół roku pierś już stanowczo zawodzi, mleka też niema, dziecko zaczyna żyć chlebem i kartoflanką. Odtąd też waga odchyła się bardzo wyraźnie od normy właściwej i daje wartości o wiele mniejsze, niżby należało. Dzieci dwu-trzyletnie ważą zaledwie dwie trzecie wagi normalnej, chłopcy na ogół więcej, niż dziewczynki.

Jeżeli się teraz zwrócimy do pierwszych dwu kolumn, gdzie jest podana najmniejsza i największa waga dzieci, wtedy znajdziemy liczby wprost niebywałe. Z jednej strony widzimy, jak nasze dzieci rozwijać się mogą wspaniale, jeżeli mają warunki po temu, zaś z drugiej—do czego doprowadzić może wyniszczenie: dzieci trzy-czterolatnie ważą około 5 kg., t. j. 12 funtów, w piątym roku życia znalazło się jedno (dziewczynka lat 4 i miesiący 6), które ważyło zaledwie 49/10 grm.

Tablica II zawiera dane, dotyczące ząbkowania i chodzenia dzieci, jest obiektywna i bardzo ciekawa.

Wszystkim dzieciom od pół roku do lat dwu skończonych liczyłem zęby. W ten sposób przekonałem się o tym, że dzieci ząbkować zaczynają dosyć wcześnie, że w ósmym dziewiątym miesiącu połowa dzieci ma już trzy zęby, zaś potem ząbkowanie ulega wyraźnemu opóźnieniu. Z końcem pierwszego roku życia dziecko winno mieć 8 siekaczy—ma 4, w półtora roku cztery pierwsze trzonowe, razem 12 zębów—ma 7, z końcem dwu lat życia—cztery następne trzonowe, razem 16 zębów—ma 11, a pamiętać należy, że i wtedy jeszcze 13% dzieci nie ma ani jednego zęba w buzi!

Na tej samej tablicy znajdujemy odpowiedź na pytanie, jak duży odsetek dzieci pod ów czas chodził, Pod tym względem odróżniam dzieci, które chodzą, chodziły i chodzić przestały, dotąd nigdy nie chodziły (=chodzić nie zaczynały). Dla lepszego uwydatnienia nad wyraz smutnych rezultatów poszukiwań moich podaję obok tablicę gra-



Rys. 2.

ficzną. Pomijam pierwszy rok życia, bo wtedy nawet w warunkach normalnych nie każde dziecko chodzić zaczyna, ale w drugim roku i to w pierwszym jego kwartale, dziecko normalne bezwarunkowo już chodzi. Otóż u nas chodziło w tym czasie zaledwie 16% dzieci, w drugim kwartale 29%, w trzecim 45%, a w czwartym 55%. W roku następnym nie posuwamy się ani o jeden krok naprzód—d z i e c i d w u—t r z y l e t n i c h c h o d z i 55%, mniej więcej połowa! W czwartym roku życia odsetek dzieci chodzących powiększa się o 10% i dochodzi do 65%, zaś w roku następnym nie dosięga nawet 70%. Dla czego? Dla tego, że

z roku na rok coraz więcej dzieci chodzić przestaje na skutek wyniszczenia i osłabienia ogólnego (np. w piątym roku życia chodzi 69%, przestało chodzić 27%, a dotąd nie zaczęło chodzić 4%). W rezultacie ogólnym w piątym roku życia co trzecie dziecko nie chodzi!

Tablica III rzuca światło na stan odżywiania i budowę dzieci. Rzecz prosta, że w ich ocenie dużą rolę odgrywać będzie indywidualizm lekarza. Są to pojęcia kliniczne, ściśle ze sobą związane i do pewnego stopnia subiektywne. Ważną jest rzeczą, by jak największą liczbę dzieci oglądał ten sam lekarz i ograniczał się do typów zasadniczych, nie wdając się w zbytne szczegóły.

W statystyce mojej uwzględniam trzy typy dzieci:

a) takich, które nie głodują, odżywiają się dobrze, lub w każdym razie dostatecznie,

b) takich, które już wyraźnie głodują, ale nieznacznie, albo od niedawna, więc bronią się jeszcze i gonią resztkami sił i zapasów (*denutritio*),

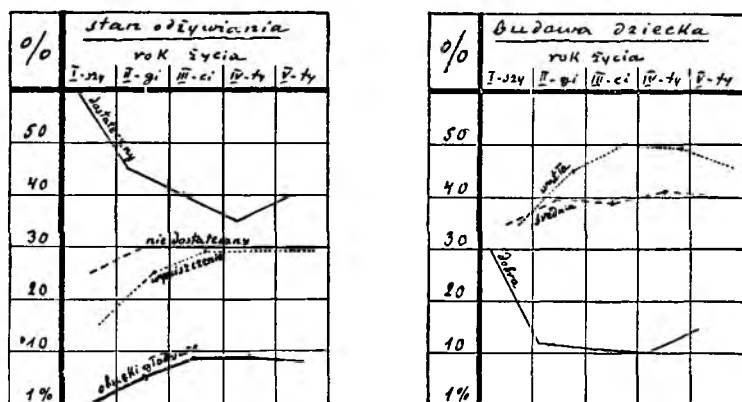
c) wreszcie takich, które się już złamały i noszą wyraźne cechy wyniszczenia (*atrophia*).

Odsetek pierwszych, od samego początku nie duży (60%), już w drugim roku życia spada do 40% i trzyma się w latach następnych na tym samym mniej więcej poziomie. Pozostałe dzieci (60%) są już wszystkie złe odżywione i należą do kategorii *b i c*, odsetek jednych i drugich z wyjątkiem pierwszego roku życia jest prawie jednakowy (około 30%), dla tego krzywe ich schodzą się szybko i, poczynając od trzeciego roku życia, biegną mniej więcej równolegle. Dla uzupełnienia obrazu dorzucam jeszcze czwartą krzywą, najgrubszą—to są *o b r z ę k i g ł o d o w e*, objawy krańcowo tragiczne.

Pod względem budowy odróżniam analogiczne trzy typy. Odsetek dobrze zbudowanych (dobrze wyrosniętych, fizycznie rozwiniętych), mały w pierwszym roku życia (29%), wynosi w latach następnych zaledwie 10—13%. Jeżeli teraz przejrzymy uważnie liczby w pierwszym i drugim półroczu pierwszego roku życia, przekonamy się łatwo, że zły stan odżywiania dzieci naszych hamuje ich roz-

wój fizyczny w okresie jeszcze niemowlęcym. Krzywa dzieci wątłych góruje wyraźnie ponad krzywą średnio rozwiniętych, zaś obie unoszą się gdzieś wysoko ponad krzywą dobrze zbudowanych.

Jeżeli porównamy obie, odnoszące się tutaj, tablice graficzne, rzuci się w oczy, że krzywa żywnionych dostatecznie stoi wyżej, niż krzywa dobrze zbudowanych, zaś krzywe źle odżywianych stoją niżej, niż krzywe średnio zbudowanych i wątłych. Stąd wniosek logiczny, że jakkolwiek stan odżywiania ma wpływ przemożny na rozwój i budowę ustroju dziecięcego, to jednak nie



Rys. 3.

jest jedynym, a niepoślednią też rolę odgrywa tutaj nędza wogóle, jak brak opału, odzienia, opieki domowej i t. d.

W jakim porządku kolejnym występowały objawy wyniszczenia? Zaczynało się zwykle od biegunki — około 50% dzieci miało w tym czasie biegunkę (patrz tablicę III). Biegunki były, jak wiemy, uporczywe i nie poddawały się łatwo leczeniu ze względu na niemożność stosowania diety właściwej. Dzieci szczupłały i mizerniały, mięśnie stawały się wiotkie i słabe, wzmagały się objawy krzywicy. Dziecko powoli przestawało chodzić, opuszczało główkę i z trudem siedziało. Następnie, na skutek zupełnego wyczerpania wypadała kiszczka stolco-

wa, dziecko nie miało sił siedzieć, leżało już tylko i, jeżeli nie przyszedł ratunek albo ostra choroba, któraby je dobiła (najczęściej zapalenie płuc), występowały objawy krańcowe — o b r z ę k i g ł o d o w e. U dzieci ostatniej kategorii znajdowaliśmy zawsze za życia, albo na stole sekcyjnym gruźlicę.

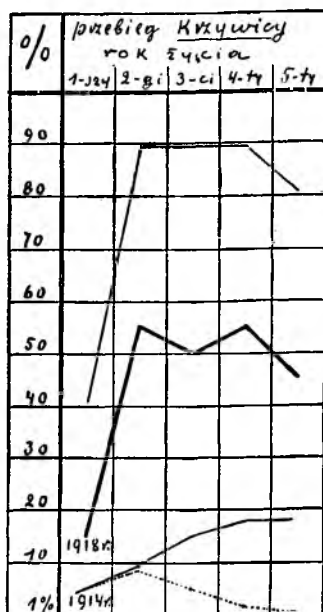
Tablica IV dotyczy właśnie gruźlicy i krzywicy.

Krzywica jest wyrazem wszelkich szkodliwości, przeżywanych przez organizm dziecięcy, a jakie szerzy zniszczenie i jakie nam obiecuje pokolenie następne, zaraz zobaczymy. W roku 1916-ym w Księdze Pamiątkowej, poświęconej Wszechnicy Warszawskiej, a napisanej i wydanej przez współpracowników ś. p. Dra Med. J. Brudzińskiego, Rektora Uniwersytetu, podałem pracę „O chorobowości wieku dziecięcego”. W pracy powyższej, opartej na materiale przedwojennym, znalazły uwzględnienie tylko cięższe postaci krzywicy, t. j. takie, które były głównem i zasadniczem cierpieniem dziecka, z powodu którego matka szukała pomocy lekarskiej. W pracy obecnej uwzględniłem cztery kategorie dzieci:

- a) takich, które krzywicy nie mają,
- b) „ „ mają krzywicę w stopniu lekkim,
- c) „ „ „ „ „ „ średnim,
- d) „ „ „ „ „ „ ciężkim.

Dwie ostatnie kategorie zaliczam do postaci cięższej; podczas kiedy w roku 1914-ym cięższa postać krzywicy dała zaledwie 6% przypadków, w materiale obecnym sama tylko postać ciężka dała już dwa razy tyle—12% (193 przypadki na 1631), a postać cięższa aż 44% (723 przypadki na 1631). Rzecz prosta, że bodaj ślady krzywicy (lekką) mają prawie wszystkie dzieci. Ogromna różnica na naszą niekorzyść uwidoczni się jeszcze lepiej na tablicy graficznej, gdzie podałem u góry krzywą cienką krzywicy wogóle, poniżej grubszą—postaci cięższej, pod nią cienką krzywicy ciężkiej, a na samym dole linją kropkowaną—postaci cięższej z roku 1914-ego. Wprost z trwogą patrzeć należy, jakie wyrosnie z tych dzieci pokolenie—skrzywienia kończyn, a na d e w s z y s t k o g ł ę b o k i e z n i e k s z ą ł —

enia klatki piersiowej i kręgosłupa były tak częste, że się spodziewać należy dużej ilości ułomnych i kalek.



Rys. 4.

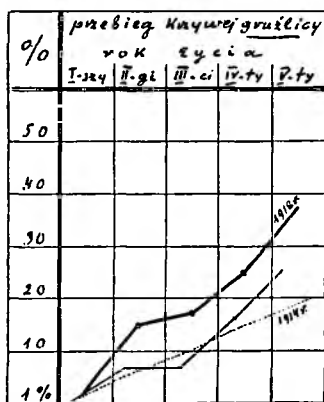
Że gruźlica się wzmogła podczas wojny obecnej, wiedzą wszyscy, ale nie sądzę, by wszyscy zdawali sobie sprawę z tego, jak bardzo się wzmogła. W stosunku do dzieci podkreślić muszę, że na skutek złego ich odżywiania się i odporności zmniejszonej zauważyć się dała obok większej częstości większa złośliwość gruźlicy: ogniska pojedyncze były coraz rzadsze, natomiast przeważnie widywaliśmy postaci wielogniskowe. Staranne i długotrwałe leczenie pozostawało na ogół bez skutku.

Operując materiałem ambulatoryjnym, byłem pozbawiony możliwości korzystania z wielu subtelnych metod badania, właściwych oddziałom szpitalnym. Prócz tego byłem pozbawiony możliwości obserwowania mych chorych i wnoszenia ich do statystyki dopiero wtedy, kiedy rozpoznanie będzie już ostatecznie ustalone. Z konieczności musiałem

się szybko orientować i decydować natychmiast. Nie dziw przeto, że podzieliłem dzieci na trzy kategorie:

- a) takich, które miały gruźlicę niewątpliwą,
- b) „ co do których miałem wątpliwości,
- c) „ które nic podejrzanego nie zdradzały.

Dla ścisłości zachowałem ten podział w statystyce (patrz tablicę IV), ale sądzę, że niewiele będę się mylił, jeżeli liczbę dzieci wątpliwych przyłączę w połowie do zdrowych, w połowie do gruźliczych. Na tej podstawie podaję na tablicy graficznej cienką linią krzywą gruźlicy pewnej,



Rys. 5.

zaś grubą—gruźlicy pewnej plus połowa wątpliwej. Dla porównania dorzucam krzywą kropkowaną, pochodzącą z roku 1914-ego. Już wtedy odsetek gruźlicy w chorobowości ogólnej, 12,8%, był niezmiernie wysoki, w piątym roku życia dobiegał 20%, a w wieku szkolnym dawał odsetek większy, aniżeli wszystkie, t. zw. dziecięce, choroby zakaźne ostre razem wzięte.

Po trzech latach wojny gruźlica w drugim roku życia daje już 14%, w trzecim 17%, w czwartym 26%, a w piątym 37%—co trzecie dziecko jest chore!

Oto w krótkości rezultat poszukiwań moich, rezultat, rzecz można, tragiczny. Maluje on w barwach dosadnych stan zdrowia dzieci ubogiej ludności w stolicy Polski po

trzech latach wojny. Niechże więc wolno mi będzie bodaj w kilku słowach podkreślić tutaj wielką zasługę nieomal jedynej, a podówczas naczelnej organizacji społecznej—Rady Głównej Opiekuńczej, która rzuciła hasło pamiętne: „Nie masz dziś w Polsce potężniejszego wołania nad **Ratujcie dzieci!**“ Niech mi wolno będzie zaznaczyć, że pierwszy Rząd Polski, który nie miał podówczas samodzielności i był zależny od woli okupantów, dał już wtedy wyraz zrozumieniu tej wielkiej potrzeby narodowej przez fakt, że pierwszą pożyczką państwową organizującą się Polski była pożyczka na cele ratowania dzieci. Powstał Departament Opieki Państwowej nad dzieckiem i matką, który w miarę powiększania się środków rozszerzał coraz bardziej pożyteczną działalność swoją. Wołanie o pomoc dla dzieci potęgą swego tragizmu było tak wielkie, że przedostało się wreszcie poza granice kraju, zaś echem czynu odbiło się za oceanem, w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, której obywatele z szlachetnym Hooverem na czele stanęli natychmiast do współpracy z nami. Ich pomoc rozumna i wielka pozostanie na zawsze we wdzięcznej pamięci naszej, zaś wszystko, co oni dla dzieci w tej wojnie działali, zapisze się zgłoskami złotemi w księdze dziejów ludzkości.

Warszawa, w grudniu 1918 r.

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

Dyzenterja u dzieci *).

Podał

H. Frenklowa.

Rok rocznie mniej więcej o tej samej porze z nastaniem ciepłych dni zaczyna panować w Łodzi dyzenterja, zabiera w ciągu kilku miesięcy letnich ogromną ilość ofiar, zwłaszcza z pośród dzieci i ustaje dopiero późną jesienią, we wrześniu, październiku, wzgl. jeszcze później.

Tegoroczna epidemja zaczęła się w Łodzi wyjątkowo wcześnie, bo już w maju, trwała do końca września, t. j. 5 miesięcy, i dostarczyła licznych przypadków oddziałowi dyzenterjynemu szpitala Anny Marji. Podczas gdy w roku 1919 od końca czerwca do początku grudnia, t. j. również w przeciągu 5 miesięcy, mieliśmy w szpitalu Anny Marji 44 przypadki dyzenterji, w roku bieżącym było ich 70, razem w ciągu tych 2-ch lat 114 przypadków; w poprzednich latach przy mniejszem nasileniu epidemji, materiał dyzenterjyny naszego szpitala był znacznie uboższy.

Zanim przystąpię do omówienia naszych przypadków, muszę zatrzymać się chwilę nad epidemiologją i bakterjologją dyzenterji, gdyż jest w tej dziedzinie dużo nowych badań, opartych przeważnie na obfitym materiale dyzenterjynym, jakiego dostarczyła wojna obecna.

*.) Odczyt, wygłoszony w Łódzkim Tow. Lekarskiem.
Pedjatrja polska.

Dyżenterja, tak samo, jak i tyfus, jest chorobą brudu i nędzy; sposoby szerzenia się jej są znane, mianowicie wiadomo, że źródłem zarazy są tylko wypróżnienia chorego: na podszewkach obuwia przynosimy z ulicy zarazki do mieszkania; przenosimy je na rękach naszych, które dotykały się chorego; rozsiewają je wszędzie muchy; połykamy je w nieprzegotowanej wodzie i mleku (podług K r u s e ' g o te ostatnie źródła infekcji odgrywają w dyżenterji znacznie mniejszą rolę, niż w tyfusie brzuszny).

Nie ulega również wątpliwości, że do szerzenia się dyżenterji przyczyniają się w znacznym stopniu owoce. Ogólnie rozpowszechniony pogląd, że spożywanie surowych owoców podczas epidemji dyżenterji jest jedną z przyczyn szerzenia się infekcji, nie jest pozbawiony naukowej podstawy. Cały szereg autorów zajmował się stroną bakterjologiczną tej sprawy; R e s s e l badał owoce i warzywa z różnych sklepów berlińskich, przyczem z pośród 72 prób aż 41 zawierało *bact. coli*, co oznacza zanieczyszczenie kałem; z tych 41—25 pochodziło z tak zwanych lepszych sklepów. P a c i n o t t i badał pewną roślinę, *foeniculum dulce*, spożywaną często we Włoszech w stanie surowym, i znajdował na niej zarazki paratyfusu, okrężnicy, dyżenterji, *bac. faecalis alcaligenes*, ameby i inne. S a r t o r y i F i l l a s s i e r podają takie same wyniki badań we Francji. Nasuwa się tu pytanie, w jaki sposób następuje to zanieczyszczenie owoców i jak go można uniknąć. Otóż dróg zakażenia jest napewno bardzo dużo: owoc może zostać zakażony przez ogrodnika, który go zrywa brudną ręką, następnie w długiej wędrówce po targach i sklepach styka się bezustannie z rękoma ludzi, dalekich od czystości. Dla warzyw istnieje jeszcze specjalna przyczyna zakażenia, mianowicie polewanie ich gnojem; jest to tym bardziej niebezpieczne, im więcej dany nawóz zawiera ekskrementów ludzkich. Oczywiście, że pola irygacyjne przedstawiają pod tym względem jeszcze większe niebezpieczeństwo. Zachodzi nawet możliwość, że rośliny w tych warunkach zostają zakażone wewnątrz; kwestja ta jest przedmiotem żywej dyskusji w piśmiennictwie bakterjologicznem, rozstrzygnięta jednak dotychczas jeszcze nie jest. O ile liście lub łodygi są uszkodzone, to, oczywiście, drobno-ustroje z powierzchni mogą bardzo łatwo dostać się do we-

wnątrz; idzie jednak o to, czy drobnoustroje chorobotwórcze mogą przenikać do rośliny przez korzeń wraz z wodą i solami. W każdym razie owoce bez wątpienia przyczyniają się do przenoszenia zarazków chorobotwórczych, wobec czego obawa przed spożywaniem ich w stanie surowym podczas epidemji dyżenterji, tyfusu lub cholery jest zupełnie uzasadniona.

Co do roli roznościcieli zarazków w szerzeniu się dyżenterji, to zdania autorów są podzielone, naogół jednak przeważa pogląd, że znaczenie ich w dyżenterji jest mniejszej, niz w tyfusie. Wynika to z faktu, iż drobnoustroje dyżenterji znikają z wypróżnień chorego znacznie prędzej, niż laseczki tyfusu; tylko wyjątkowo udaje się wykryć obecność laseczek dyżenterji w drugim i następnym tygodniach choroby. *Keuper* np. stwierdzał u dzieci zarazki dyżenterji po 2-ch miesiącach choroby w zupełnie normalnych już wypróżnieniach bez domieszki śluzu i krwi, i opisuje kilka przypadków wewnątrzszpitalnych infekcji, wywołanych przez powrót takich ozdrowieńców na ogólną salę. W przypadku, opisanym przez *Weih'e'go*, osobnik, który w październiku przebył przewlekłą dyżenterję, zaraził w początku kwietnia 16 miesięczne niemowlę. Są to jednakże tylko pojedyncze przypadki, naogół zaś, jak wyżej powiedziałam, zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak i wyniki badań bakterjologicznych zdają się przemawiać za tym, że w dyżenterji niema tak długotrwałego roznoszenia zarazków, jak w tyfusie.

W sprawie roznościcieli zarazków dyżenterji wyniki kliniczne są bardziej miarodajne od danych bakterjologicznych, gdyż hodowanie laseczki dyżenterji z wypróżnień daje bardzo mały odsetek dodatnich wyników, i to zupełnie niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z prawdziwą dyżenterją wywołaną przez laseczkę *Shiga-Kruse*, czy też z dyżenterją wrzekomą.

Oдноśne cyfry, podawane przez różnych autorów, wprawdzie się różnią, np. *Friedemann* podaje na 335 badań tylko 29 wyników dodatnich, t. j. około 8%, inni autorzy dochodzą do 25%; te różnice zależą przedewszystkim od tego, czy pracownia bakterjologiczna łączy się bezpośrednio z oddziałem szpitalnym, czy też znajduje się na mniejszej

lub większej odległości od niej. Wynika to stąd, iż laseczka dyzenterji jest bardzo mało odporna na czynniki zewnętrzne, zwłaszcza na zimno i na wysychanie.

Jak wyżej już wspomniałam, dyzenterja może być wywołana przez laseczkę dyzenterji prawdziwej, wykrytą w Japonji w r. 1898 przez S h i g e, a w dwa lata później w Niemczech przez K r u s e ' g o, lub też przez laseczkę z grupy pseudodyzenterji, obejmującej 3 typy: F l e x n e r, Y i S t r o n g.

Różnice bakterjologiczne obu grup są bardzo znaczne, klinicznie natomiast dyzenterja prawdziwa różni się od rzekomej tylko cięższym naogół przebiegiem. U dzieci dyzenterja wrzekoma jest znacznie częstsza, niż dyzenterja prawdziwa: jest to ta postać chorobowa, którą dawni autorzy opisywali pod nazwą *enteritis follicularis*, wzgl. *colitis infectiosa*, a którą na podstawie nowszych badań bakterjologicznych należy uważać za dyzenterję wrzekomą. Według F i n k e l s t e i n a, u niemowląt *colitis infectiosa* może być wywołana nie tylko przez drobnoustroje z grupy dyzenterji wrzekomej lecz również przez laseczkę dyzenterji prawdziwej oraz przez cały szereg innych drobnoustrojów, mianowicie: *streptococcus enteritidis* *Escherichia*, *bact. coli*, *proteus*, *pyocyanus*, *pneumokokki* i inne.

Niektórzy autorzy, np. wymienię tu G r u n d m a n n a i M e n z e r a, przypuszczają, że i u dorosłych obraz kliniczny dyzenterji może być wywołany przez laseczkę okrężnicy i paciorkowce, i że dla tego właśnie tak rzadko udaje się wyhodować laseczkę dyzenterji wzgl. pseudodyzenterji z wypróżnień. Pogląd ten jednakże jest mało prawdopodobny. Wyniki, jakie daje ostatnio stosowanie metody aglutynacji w dyzenterji, przemawiają stanowczo za swoistą etiologją tego cierpienia. F r i e d e m a n n np. podaje 81.8% dodatnich wyników aglutynacji, D ü n n e r 77.3%, inni autorzy mniej więcej te same cyfry i zdawałoby się, że metoda aglutynacji, dająca w przeciwstawieniu do tak słabych wyników hodowli—tak duży odsetek dodatnich wyników, powinna mieć duże znaczenie kliniczne w dyzenterji, niestety, aglutynacja występuje dopiero w 3—4 tygodniu choroby, nigdy przed 15 dniem, a w tak późnym okresie choroby metody pomocnicze rozpoznawcze mają już względnie małe zna-

czenie. Poza serodiagnostyką i poszukiwaniem drobno-ustrojów dyżenterji w kale, inne metody pomocnicze laboratoryjne są dla dyżenterji bez znaczenia. Dyżenterja nigdy nie jest bakterjemją, jak tyfus;—wprawdzie ostatnio udało się niektórym autorom, opracowującym ogromny materiał wojenny, w pojedynczych przypadkach wyhodować laseczkę dyżenterji ze krwi lub z moczu, praktycznie są to wyniki bez znaczenia. Laseczka dyżenterji nie przenika do obiegu krwi; zmiany w jelitach, jak również inne objawy chorobowe są wynikiem działania jadu dyżenteryjnego. W doświadczeniu na zwierzętach udawało się wywoływać wszelkie zmiany anatomiczne, typowe dla dyżenterji, między innymi i owrzodzenia w jelicie grubym, bądź za pomocą szczepienia żywej hodowli dyżenterji, bądź też zastrzykując im dożylnie przesącz hodowli, t. j. toksynę bez bakterji. Oczywiście więc, jad dyżenteryjny posiada swoiste powinowactwo do komórek śluzówki jelita grubego. Jelito cienkie w dyżenterji na ogół nie jest wcale zajęte, najwyżej dolny jego odcinek, graniczący z kątnicą; zmiany w wyższych odcinkach jelita cienkiego napotykamy tylko w bardzo ciężkich przypadkach. W przeciwstawieniu do zmian w jelitach w tyfusie, owrzodzenia jelita grubego w dyżenterji powstają bardzo szybko, już w pierwszych dniach choroby. G o e p p e r t, np. podaje następujący opis sekcji dziecka, które zmarło nazajutrz po zachorowaniu: głęboka martwica śluzówki całego jelita grubego i dolnego odcinka jelita cienkiego; ostre zapalenie tkanki podśluzowej. Ta postać nekrotyczna jest wyrazem najcięższych zmian anatomicznych dyżenterji; w połączeniu z tworzeniem się błon wrzekomych daje postać nekrotyczno-dyżenteryczną, czyli dyżenterję właściwą w anatomopatologicznem znaczeniu; w lżejszych postaciach występują tylko owrzodzenia na śluzówce, bądź na miejscu grudek chłonnych, bądź niezależnie od nich w jakimkolwiek miejscu śluzówki; nieraz niema nawet owrzodzeń, tylko obrzęk grudek chłonnych lub też tylko ogólny stan zapalny śluzówki. Zdawałoby się, że obraz anatomiczny powinien być w bezpośrednim związku z przebiegiem choroby i objawami ze strony wypróżnień, t. j. że ciężkiemu przebiegowi klinicznemu odpowiadają rozległe i głębokie zmiany anatomiczne i vice versa; w niektórych przypadkach

istotnie zachodzi taki stosunek, jak to widać np. z 2 następujących sekcji, dokonanych w naszym szpitalu:

Przyp. I dziecko 10 miesięczne, ciężka postać dyzenterji, obfite krwawo śluzowe wypróżnienia (do końca 8—10 dziennie), *exitus* 25-go dnia choroby. Rozległe i głębokie owrzodzenia na całej przestrzeni jelita grubego; jelita cienkie bez zmian.

Przyp. II dziecko 5 letnie, ciężka dyzenterja, do końca 8—10 wypróżnień dziennie; *exitus* 19 dnia choroby. Głębokie owrzodzenia jelita grubego.

Jednakże autorzy, rozporządzający dużym materiałem sekcyjnym, twierdzą, że w większości przypadków obraz anatomiczny nie znajduje się w bezpośrednim związku z przebiegiem klinicznym. Jako przykład przytoczę jeden z przypadków G ö p p e r t a: dziecko półtoraroczne, ciężka postać dyzenterji; *exitus* 5-go dnia choroby. W jelicie grubym poszczególne grudki chłonne lekko obrzęknięte, to samo w krętnicy. Poza tym jelito bez zmian. H o w l a n d, autor amerykański, rozporządzający 30-ma szczegółowemi sekcjami, dzieli swoje przypadki na takie, w których dyzenterja była bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego—tych ma 21—i z nich w 16-u zmiany anatomiczne były bardzo nieznaczne lub ich wogóle nie było; głębsze owrzodzenia wzgl. nekrozę spostrzegał tylko w 5 przypadkach. W pozostałych 9 przypadkach, w których dyzenterja nie była bezpośrednią przyczyną zejścia, znajdował też tylko nieznaczne zmiany w jelitach; zatem na 30 przypadków tylko w 5-iu zmiany anatomiczne odpowiadały przebiegowi klinicznemu. Wobec tego więc, stojąc przy łóżku chorego na dyzenterję, nie powinniśmy rozumować anatomopatologicznie, lecz jak najdokładniej analizować dany przypadek ze strony objawów klinicznych; tylko te decydują o przebiegu i o leczeniu. Z tych objawów klinicznych niezmiernie ważne jest zachowanie się ciepłoty: najczęściej bywa ona typu zwalniającego (*remittens*) lub przepuszczającego (*intermittens*) nieraz o małych wahanjach, przypominająca krzywą tyfusu u dzieci, czasami o bardzo dużych wahanjach, jak w okresie chwiejnym tyfusu. Krzywa temperatury u dziecka jest ściśle wyrazem zatrucia ustroju jadem dyzenteryjnym i decyduje tak samo o ciężkości przebiegu, jak i objawy miejscowe ze strony przewodu pokarmowego. Im wyżej i im dłużej dziecko go-

rażkuje tym przebieg jest cięższy, tym rokowanie gorsze bez względu na inne objawy. Naogół ciepłota w dyzenterji, o ile dziecko wogóle gorączkuje, gdyż duży odsetek przypadków przebiega bezgorączkowo, trwa kilka dni do tygodnia; w drugim tygodniu choroby normalnie przebiegający przypadek jest bez podniesionej ciepłoty, względnie w stanie podgorączkowym. Nie znaczy to jednak, że brak ciepłoty decyduje o dobrym przebiegu; może być przebieg bezgorączkowy, wzgl. z niską ciepłotą, jednakże bardzo ciężki, nawet z zejściem śmiertelnem. Brak podniesionej ciepłoty nie upoważnia nas jeszcze do dobrego rokowania, ale długo trwająca wysoka ciepłota pogarsza rokowanie. U niemowląt krzywa ciepłoty w dyzenterji ma jeszcze większe znaczenie prognostyczne; krzywe o długotrwałym przebiegu uważam za prognostycznie bardzo złe; we wszystkich przypadkach o takich krzywych następowało zejście śmiertelne.

Oprócz podniesienia ciepłoty istnieje jeszcze szereg innych objawów zatrucia jadem dyzenteryjnym, jak: drgawki, utrata przytomności, zatrucie mięśnia serca, zatrucie, wzgl. podrażnienie nerwu błędnego. Wyrazem wago-tonji w dyzenterji jest zwolnienie tętna, wzmożony ruch robaczkowy jelit oraz spastyczny stan jelit, powodujący zatrzymywanie się prawdziwego kału w jelicie cienkim, podczas gdy jelito grube zawiera tylko śluz i krew. Kilka kropli atropiny wystarczy nieraz, by chory mógł oddać dobry sformowany kał, nagromadzony w jelicie cienkim.

W dyzenterji niemowląt jest jeszcze jedna postać zatrucia, zupełnie innego rodzaju, mianowicie wtórne zatrucie pokarmowe. Tu już nie swoisty zarazek dyzenterji, ale zmniejszona przez chorobę odporność przewodu pokarmowego jest przyczyną t. zw. intoksykacji, postaci chorobowej, tak dobrze znanej pedjatom z klasycznego opisu F i n k e l s t e i n a. To wtórne zatrucie pokarmowe w wysokim stopniu pogarsza rokowanie dyzenterji i jest główną przyczyną wysokiego odsetka śmiertelności, jaki daje dyzenterja u niemowląt. W szpitalu Anny Marji wynosił on dla niemowląt, chorych na dyzenterję w r. 1919—43%, w r. 1920—44%. Autor amerykański, E m m e t H o l t podaje—dla niemowląt również—37%.

Obok przypadków, powikłanych zatruciem pokarmowym, istnieje u niemowląt jeszcze jedna postać dyzenterji o bardzo złem rokowaniu: *Widerhofer* nazywa ją „dyzenterją przerywaną“ (*intermittierend*); w przypadkach tych następuje narazie poprawa, następnie znowu pogorszenie, poprawa, pogorszenie i tak w ciągu szeregu tygodni; wypróżnienia są raz zupełnie dobre, sformowane, to znowu dyspeptyczne, to na zmianę śluzowe lub krwawe; dziecko chudnie, brzuszek zapada, gruczoły chłonne powiększają się. W większości tych przypadków następuje zejście śmiertelne, nieraz po wielu tygodniach choroby.

Przypadek takiej przewlekłej, przerywanej dyzenterji spostrzegliśmy u niemowlęcia 14-to miesięcznego w ciągu 10 tygodni. Wypróżnienia na zmianę: to 9 wolnych śluzowych, to 2 papkowate, to 5 śluzokrwawych. Waga dziecka—6 kgr., wyglądało ono, jak szkielet, powleczone skórą. W przypadku tym zejście było pomyślne, dziecko wyzdrowiało.

Drugi taki przypadek przebiegał zupełnie analogicznie u dziecka trochę starszego w ciągu 6-u tygodni i dał zejście śmiertelne. O stopniu charłactwa, do jakiego może doprowadzić ta postać dyzenterji, daje pojęcie waga dziecka: 8670 gr. ważyło dziecko prawie trzyletnie.

U dzieci starszych, powyżej 2 lat, odsetek śmiertelności w naszym szpitalu wynosił trochę mniej, niż u niemowląt, mianowicie w roku 1919—30%, w r. 1920—28%. Progностycznie najgorzej przedstawiały się przypadki, które *Göppert* określa jako „pierwotnie złośliwe“ (*primär bösartig*). Są to te przypadki, w których w ciągu kilku dni następuje zejście śmiertelne; przebiegają one często bezgorączkowo lub z niską ciepłotą i z umiarkowaną ilością wypróżnień.

Jako przykład przytoczę tu historję choroby dziewczynki 7-io letniej: przyjęta 5-go dnia choroby w stanie ciężkim; ciepłota 37,5, 8 śluzokrwawych wypróżnień w ciągu doby. W ciągu następnych kilku dni stan coraz gorszy przy mniej więcej jednakowej ciepłocie (najwyższa 38,1). Siódmego dnia choroby—noma, dziewiątego—zejście śmiertelne.

W innym przypadku dziewczynka trzyletnia, przyjęta trzeciego dnia choroby w stanie bardzo ciężkim, zmarła nazajutrz (5 wypróżnień w ciągu doby). W jednym z takich złośliwych przypadków, u dziewczynki siedmioletniej, która zmarła ósmego dnia choroby, Miejska Prac. Bakt. wyhodowała z kału laseczkę *Shiga-Kru se*, jednakże opisywane są w piśmiennictwie przypadki u dzieci o takim

złośliwym krótkim przebiegu, wywołane przez zarazki z grupy dyżenterji wrzekomej.

Od tych „pierwotnie złośliwych“ przypadków należy odróżniać to, co potocznie nazywamy ciężką dyżenterją, t. j. przypadki o przewlekłym typie, długo gorączkujące, często przebiegające z nawrotami i powikłaniami.

W przypadku takim dziecko trzyletnie gorączkowało z małemi przerwami w ciągu przeszło miesiąca—nawrót w 3-im tygodniu, zejście śmiertelne 38-go dnia choroby. W innym przypadku czteroletnie dziecko przestało gorączkować dopiero 28-go dnia choroby, a w ciągu 25-iu dni prognoza była beznadziejna.

Co do powikłań dyżenterji, ani w jednym przypadku nie zanotowaliśmy jakiegokolwiek z tych powikłań, jakie mają być tak częste u dorosłych: ani razu nie widzieliśmy zapalenia spojówki, wzgl. tęczówki, zapalenia nerwów, porażen ani też reumatyzmu dyżenteryjnego, który u dorosłych ma występować aż w trzech procentach przypadków. Natomiast spostrzegaliśmy u naszych dzieci dwa inne powikłania: zgorzel (noma) i obrzęki bezbiałkowe.

Zgorzel (noma) jest w naszym materjale bardzo częstem powikłaniem: widzieliśmy ją aż w 8-iu odsetkach naszych przypadków, przeważnie o typowym umiejscowieniu, z zajęciem szczęki i policzka; tylko w jednym przypadku w postaci gangreny migdałka i podniebienia. We wszystkich przypadkach mieliśmy do czynienia z ciężką postacią dyżenterji, przeważnie tego złośliwego, krótkotrwałego typu, o którym wyżej mówiłam; tylko w dwóch przypadkach na dziewięć nastąpiło wyleczenie, wobec czego przypisuję powikłaniu temu prognostycznie bardzo złe znaczenie.

W jednym z naszych przypadków obok zgorzeli jednocześnie wystąpiło drugie powikłanie w postaci zapalenia otrzewnej; był to jedyny przypadek zajęcia otrzewnej w całym naszym materjale dyżenteryjnym.

Obrzęki bezbiałkowe były jeszcze częstszem powikłaniem w naszym materjale, niż zgorzel: spostrzegaliśmy je w 20 procentach przypadków. Przewlekły przebieg choroby sprzyja powstawaniu obrzęków, ale nie jest koniecznym warunkiem: w ciężkich przypadkach spostrzegaliśmy je już w pierwszych dniach choroby. Najczęściej jednakże zja-

wiają się one w drugim, a zwłaszcza w trzecim tygodniu choroby, często później, jak to widzimy w następujących przypadkach:

1) dziecko sześciolatek, przed sześcioma tygodniami dyzenterja, która trwała trzy tygodnie; w czwartym tygodniu choroby wystąpił obrzęk ogólny ciała. Przyjęta do szpitala w szóstym tygodniu choroby z silnymi obrzękami, wyleczona w ciągu 2 $\frac{1}{2}$ tygodnia.

2) dziecko w wieku 1 roku 9 miesięcy. Przed czterema tygodniami dyzenterja, w 5-ym tygodniu wystąpiły obrzęki kończyn dolnych, dłoni i twarzy. Po 12 dniach pobytu w szpitalu obrzęki ustąpiły.

W większości przypadków dyzenterja powikłana obrzękami, wzgl. obrzęki poddyzenteryjne dawały zejście śmiertelne, tak, iż prognostycznie są one tak samo ujemnym objawem, jak i zgorzel. Różnica polega na tym, iż zgorzel, jak wyżej zaznaczyłam, towarzyszy najczęściej dyzenterji o krótkim przebiegu, podczas gdy obrzęki występują, jako powikłanie ciężkiej dyzenterji o bardziej przewlekłym przebiegu. Jednakże nieraz spostrzegamy oba powikłania jednocześnie u tego samego dziecka; jako przykład przytoczę następujący przypadek:

dziewczynka 3 letnia, dyzenterja od 16 dni. Od początku choroby głodzona, t. j. dostawała tylko kleik i herbatę. Stolce wolne, śluzowe do 10 in dziennie. Trzeciego dnia choroby wystąpiła zgorzel dziąseł, 10 dnia—obrzęki, przyjęta do szpitala 16-go dnia choroby. Po 2 dniach pobytu w szpitalu zejście śmiertelne.

W powyższym przypadku zaznaczyłam, że dziecko dostawało w ciągu 16 dni tylko kleik i herbatę, gdyż uważam, że głodzenie odgrywa w powstawaniu obrzęków dużą rolę. Mogłabym przytoczyć długi szereg przykładów, z pośród naszego materiału na poparcie tego twierdzenia; mieliśmy np. na oddziale dziecko 2 letnie, przyjęte w stanie bardzo ciężkim, z bardzo silnymi obrzękami ogólnymi; w wywiadach zanotowano, że dziecko dostawało podczas dyzenterji w ciągu całych trzech tygodni tylko herbatę, bułeczkę, kawę i kleik. Mieliśmy nawet dzieci, które przed przyjęciem do szpitala dostawały w przeciągu 1, 2 i 3 tygodni tylko herbatę z sacharyną i kleik. System leczenia dyzenterji zapomocą głodzenia w skutkach swych tak fatalny, jest wynikiem zupełnie fałszywego ujmowania diety tej choroby.

Kwestja dietyki dyżenterji uchodzi oddawna za rozstrzygniętą, nie budzącą zgoda wątpliwości: na pierwszym planie kleiki, wzgl. zupki mączne, sucharki, wogóle jaknajwięcej węglowodanów, jak najmniej białka, jak najmniej kalorij. Litr kleiku bez cukru zawiera mniej więcej 200 kalorij, zwykły 10 gramowy sucharek — 30 do 40 kalorij, bułka 50 gramowa—100 kalorij, odżywianie więc, jak w przypadkach poprzednio przytoczonych, złożone z kleiku, herbaty, kilku sucharków wzgl. bułki, daje choremu dziecku 300 do 400 kalorij w ciągu doby, t. j. pokrywa mniej więcej $\frac{1}{3}$ tego, co dziecko powinno otrzymać (dziecko od 2 do 4 lat potrzebuje 1100, od 5 do 10 lat 1500 kalorij w ciągu doby). Im dziecko młodsze, tym gorzej znosi głodzenie: podczas gdy kilkoletnie dziecko udaje się często uratować i po kilku tygodniach głodzenia, niemowlęta i małe dzieci do 2—3 lat są w tych warunkach bezpowrotnie stracone. Ujemny wpływ głodzenia potęguje się jeszcze przez tę okoliczność, iż chory na diecie kleikowej otrzymuje względny nadmiar węglowodanów przy bardzo małej ilości białka, czyli właśnie to, co podtrzymuje fermentację w jelitach i wzmacnia ruch robaczkowy, przyczyniając się w ten sposób do trwania biegunki.

W przeciwstawieniu do węglowodanów białko zmniejsza procesy fermentacyjne w jelitach, nie wpływa ujemnie na odporność i dostarcza organizmowi w mniejszej objętości większej ilości kalorij.

Stosowanie diety białkowej u dzieci w biegunkach różnych typów na miejsce dawnej—węglowodanowej, zapoczątkowane przez F i n k e l s t e i n a, daje również w dyżenterji bezwzględnie doskonałe wyniki; trzeba tylko znać technikę tej diety białkowej i mieć odwagę do stosowania jej. Ażeby się na tę odwagę zdobyć, należy sobie przedewszystkiem jeszcze raz uprzytomnić, że w dyżenterji zajęte jest wyłącznie, lub prawie wyłącznie jelito grube, które bezpośrednio udziału w trawieniu pokarmu nie przyjmuje; głównem zadaniem tego odcinka jelita jest zgęszczanie kału przez wchłanianie jego części płynnych. Z tego wynika, że pokarmy, które dajemy choremu na dyżenterję, powinny jak najlepiej dać się wessać w jelicie grubym, ażeby pozostały jak najmniejsze ilości niewchłonięte, jak najmniej drażniące ścianę jelita grubego. Z tego powodu należy unikać

w diecie dyzenterji np. tłuszczu, który przedłuża cały proces trawienia i powiększa objętość kału. Co do pokarmów białkowych, to mamy do wyboru cały szereg, który czyni zadość warunkowi łatwego wchłaniania przez jelito grube, przede wszystkim jajka, twaróg, mięso. Nic łatwiejszego, jak ułożyć menu z tych 3 składników, które kalorycznie odpowiadałyby zapotrzebowaniu organizmu naszego pacjenta.

Porcja dzienna, złożona z 2 jajek, 100 gr. mięsa (mielonego), i 100 gr. twarogu zawiera 648 kalorii, brakującą resztę łatwo dopełnić węglowodanami: pieczywem, kleikami, cukrem. Sacharyna, jako nie przedstawiająca kalorycznie żadnej wartości dla chorego, powinna być z jego jadłospisu stanowczo usunięta; wskazana jest tylko w przypadkach wtórnego zatrucia pokarmowego u niemowląt, o którym poprzednio mówiłam, gdzie zmuszeni jesteśmy do stosowania ściślejszej diety głodowej (herbata z sacharyną) w ciągu 12 do 24 godzin.

Diety białkową można stosować już i u najmłodszych niemowląt w postaci mleka białkowego, sztucznych preparatów białkowych (plazmon, somatoza) i odpowiednio spreparowanego twarogu; wyniki tej diety są u niemowląt równie zadowolniające, jak u dzieci starszych, nieraz nawet lepsze, niż przy stosowaniu pokarmu kobiecego, który w dyzenterji nie jest tak cudotwórczym lekiem, jak w biegunkach na tle zaburzeń odżywiania. Śród naszych pacjentów szpitalnych mieliśmy cały szereg dyzenterji u niemowląt przy pierśi z zejściem śmiertelnem; mleko matki nie potrafiło nawet w wielu wypadkach zabezpieczyć chorych niemowląt od wtórnej intoksykacji. Wobec tego uważam stosowanie mleka kobiecego w dyzenterji dzieci poza okresem niemowlęctwa za zupełnie nieuzasadnione, kłopotliwe, a w wynikach niepewne.

W przypadku bardzo ciężkiej, kilka tygodni trwającej dyzenterji u 13 miesięcznego dziecka, które od początku dostawało w celach leczniczych odstrzyknięty pokarm kobiecy, dopiero po odstawieniu mleka kobiecego i zastosowaniu diety białkowej (m. i. jajka, twaróg, mięso) udało się osiągnąć poprawę i wyleczenie.

U dzieci starszych dieta białkowa, a właściwie miesza-

składa się z następujących potraw: jajka na miękko oraz w postaci surowych żółtek, wbitych do rosółu; kakao na wodzie z mąką kartoflaną, twaróg, mięso mielone, ryż w postaci papki, pieczywo (białe)—wszystko z cukrem. Dietę tę stosujemy naogół poczynając od 2—3-go dnia pobytu dziecka w szpitalu; w przypadkach świeżych 1-go, najwyżej 2-go dnia pobytu w szpitalu, stosujemy dietę ściślejszą: kleik, rosół z żółtkiem, kakao na wodzie, sztuczne preparaty białkowe.

W przypadkach dłużej trwających nie zwracamy uwagi na ilość i jakość wypróżnień i stosujemy dietę białkową od razu po przyjęciu dziecka do szpitala; w większości przypadków, zwłaszcza u dzieci głodzonych, widzimy, że dopiero pod wpływem odżywiania wypróżnienia zaczynają się polepszać.

Mleka naszym chorym na początku choroby nie dajemy, gdyż przeważnie źle bywa znoszone; zamiast mleka stosowaliśmy w szeregu przypadków serwatkę, zalecaną przez G ö p p e r t a, z zupełnie dobrym wynikiem.

Kleików, których dzieci przeważnie nie lubią, dajemy w szpitalu Anny Marji bardzo mało; nie przypisujemy im żadnego znaczenia w leczeniu dyżenterji i jest nam zupełnie obojętne, czy dzieci piją kleik, czy też herbatę lub rosół. Idzie tylko o to, żeby wogóle dużo piły, gdyż niezbędne jest dostarczenie choremu na dyżenterję płynu dla zastąpienia tego, który traci w postaci wypróżnień, a często i wymiotów.

Skutki niedostatecznego picia wyrażają się w postaci wyschnięcia tkanki podskórnej, która traci swe normalne napięcie, marszczy się i fałduje: nieraz przyjmujemy do szpitala dzieci, które zaledwie kilka dni chorowały, a tak są już odwodnione, że potrzeba wielokrotnych zastrzykiwań roztworu soli pod skórę, ażeby powrócić jej normalne napięcie. Natomiast u dzieci, które od początku choroby leczone były w szpitalu i dużo piły, nawet w ciężkich przypadkach i w przewlekłym przebiegu udawało się zachować normalne napięcie tkanek. Przeciwwskazane jest obfite picie tylko przy silnych wymiotach, ale i wtedy należy dbać o dostarczenie ustrojowi dostatecznej ilości płynu bądź przezwlewania bezpośrednio do żołądka, bądź do kiszek lub pod

skórę. Do tych ostatnich używamy w szpitalu zawsze płynu Ringera o składzie: *Natr. chlor.* 7,5, *Kali chlor.* 0,4 *Calcii chlor.* 0,25, *Aq. dest.* 1000 z dodatkiem adrenaliny; zastrzykujemy go w dużych ilościach możliwie wcześnie. Wskazaniem do zastrzyknięcia płynu [Ringera jest dla nas, oprócz stanu napięcia skóry, już lekkie pogorszenie się tętna i zmniejszona diureza, przeciwwskazaniem—tylko silne obrzęki.

Poza tym metody leczenia dyzenterji, stosowane u nas w szpitalu, nie różnią się od ogólnie przyjętych. Ze środków przeczyszczających dajemy olej rycynowy, ale tylko w początku choroby i w dużych dawkach, czasami kalomel.

Przetwory makowca stosujemy rzadko, gdyż dzieci na ogół nie znoszą ich dobrze, a w razie bólów i kolki kiszkowej zastępujemy je atropiną, którą Usener poleca ze względu na własności znieczulania zakończeń nerwu błędnego w ścianie jelita. Należy dawać w tym celu wielokrotne małe dawki i nie obawiać się w sumie dużych ilości atropiny: dziecko w wieku od 2 do 6 lat może dostać 1 do 1½ mg. pro die w 6—8 dawkach.!

Płukanie kiszek stosujemy we wszystkich przypadkach, prócz zupełnie lekkich, od samego początku choroby, nie obawiając się ujemnego działania na świeże owrzodzenia. Przeciwnie, im wcześniej się je stosuje, tym lepiej, gdyż wywierają one bezsprzecznie dodatnie działanie na ilość i jakość wypróżnień. Do płukań tych używamy długiego kate-teru kiszkowego i rozcynu lapisu lub taniny.

Nowych środków, polecanych w dyzenterji przez autorów niemieckich: *carbo animalis* i *bolus alba*, obecnie nie stosujemy, gdyż w przypadkach naszych, gdzie je dawaliśmy, nie spostrzegaliśmy jakiegokolwiek dodatniego działania, natomiast stosowanie ich u dzieci połączone jest z dużymi trudnościami; z innych środków nieraz w razie potrzeby stosowaliśmy przetwory taniny lub bizmut, ale nigdy w pierwszych tygodniach choroby, uważając wszelkie ściągające na początku dyzenterji za przeciwwskazane.

Na zakończenie kilka słów jeszcze o seroterapii w dyzenterji. Surowicę przeciwdyzenteryjną stosowaliśmy dotychczas tylko w kilku przypadkach, 1 raz wielowartościową Hoechst, poza tym warszawską, Z tych kilku przypad-

ków nie można sądzić o działaniu surowicy, mamy jednak wrażenie, że surowica nawet w przypadkach gdzie się ją stosowało i dość wczesnie, i w dostatecznej ilości, nie okazywała żadnego wpływu na przebieg choroby. Jednak na podstawie odnośnego piśmiennictwa ma się wrażenie, że seroterapia jest w dyżenterji bezwzględnie wskazana.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) U. Friedmann i Steinbach. Zur Aetiologie d. Ruhr. Deutsche med. Woch. 1916 N. 8.
 - 2) Goppert. Die einheimische Ruhr im Kindesalter. Ergebnisse d. inneren Med. u. Kinderheilk. 1917.
 - 3) Jochmann. Lehrbuch der Infektionskrankheiten.
 - 4) Keuper E. Ueber eine Ruhrepidemie b. kleinen Kindern. Munch. med. Woch. 1914 str. 474.
 - 5) Koch E. Zur Klinik der Kruse-Shiga Ruhr im Kindesalter. Jahrb. fur Kinderheilk. 1918 tom 38.
 - 6) L. F. Meyer. Zur Diatetik der Ruhr. Deutsche med. Woch. 1916 N. 12.
 - 7) Russ, K. V. Obst u. Gemuse u. ihre Beziehungen z. Verbreitung v. Inf. krank. Cbl. f. Bakt. Orig. tom 78.
 - 8) Weihe, Ueber Shiga-Kruse Epidemie bei Kindern. Monatschrift f. Kinderheilk. 1916 t. 14.
-
-

Z kliniki pedjatrycznej Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie
(Dyrektor: Prof. Dr. Franciszek Gröer).

O nowej postaci nagminnego zapalenia mózgu u dzieci.

Podali

Stanisław Progulski i Augusta Groebłowa.

Zapalenie mózgu, jako choroba nagminna, nawiedziło prawie wszystkie kraje zachodu, nie ominęło również i naszego, jakkolwiek pojawiło się znacznie później — a co do swej częstości i nasilenia nie wystąpiło tak groźnie, jak gdzieindziej.

Pierwszych opisów tej niezwyklej i, jak się zdawało, nowej zarazy dostarczyły prace lekarzy wiedeńskich, w szczególności *E c o n o m o* opisał w r. 1917 cały szereg przypadków tej choroby, nadając jej nazwę letargicznego zapalenia mózgu. Na czoło bowiem objawów chorobowych wysuwał się podówczas przedewszystkiem stan śpiączki, w którą zapadali chorzy po pierwszych kilku dniach ogólnego niedomagania i osłabienia, podniesionej ciepłoty lub też bólu gardła, bądź to podrażnienia opon mózgowych, wyjątkowo zaś niepokoju mięśniowego. Oprócz śpiączki zauważyć się dawały jeszcze objawy ze strony nerwów mózgowych, jako to porażenia mięśni okoruchowych, nerwu twarzowego i innych. Na podstawie wspólności objawów chorobowych, wyniku badań sekcyjnych, bakterjolo-

gicznych a nawet doświadczalnych wyróżnił E c o n o m o tę postać letargicznego zapalenia mózgu, jako odrębną, o swoistej etiologii, chorobę.

Wkrótce po opisach E c o n o m o, zebranych z przypadków miejscowej zarazy wiedeńskiej, poczęły się ukazywać liczne inne, pochodzące z różnych miast, krajów, nawet zamorskich, w których to opisach podnoszono prócz wzajemnego podobieństwa objawów klinicznych, także i znaczną ich różnorodność, a zatem, oprócz śpiączki, mało dotychczas znane stany szczególniejszego podniecenia: drgawki, mioklonję, drgania (tic), a nawet objawy porażenia opuszkowego, jak np. w Australji, gdzie chorobę początkowo rozpoznawano mylnie jako zapalenie szarej substancji rdzenia.

W Niemczech pojawia się zapalenie mózgu równocześnie z wielką epidemią grypy i przebiega pod postacią nadmiernych ruchów, bredzeń, zaburzeń żrenic i t. d.

Z końcem roku 1919 wybucha wielka epidemia zapalenia mózgu we Włoszech, skąd przenosi się na kraje alpejskie, Tyrol, Austrię górną i dolną. Przypadki te zaznaczają się przedewszystkiem ruchami płasawiczemi. D i m i t z, zdając sprawę z epidemji trwającej w dalszym ciągu w Wiedniu, używa nawet nowej nazwy *encephalitis choreiformis*.

Z olbrzymiej już dziś literatury kazuistycznej okazuje się, że prawie każda epidemja, czy to w danej miejscowości, czy też w pewnym okresie czasu, może mieć swój odrębny obraz chorobowy, w którym na pierwszy plan wysuwa się pewien zespół objawów, stale się pojawiający i nadający tej epidemji właściwe swe piętno. Stąd wynikło, że wielu autorów na podstawie spostrzeganych przez siebie przypadków poczęło wyróżniać rozmaite typy kliniczne tejże choroby. I tak G e r s t m a n z epidemji wiedeńskiej wyodrębnia cztery postaci: 1) płasawiczą, 2) letargiczną, 3) połączoną z klonicznymi drgawkami mięśni, nieraz z poszczególnem drganiem (tic) i 4) przebiegającą z zaburzeniami psychicznymi. Do ostatniej grupy zaliczyć należy przypadki będące już psychozami o stanach manjakałnych. Rzadko kiedy dany przypadek tej choroby okazuje się w czystej postaci jednego z czterech przytoczonych typów, raczej spostrze-
gać się dają postaci mieszane.

Bogactwo objawów w zapaleniu mózgu nagminnym, tak wielkie, jak rzadko w której chorobie, pozwala D r e y f u s o w i wyróżnić aż ośm postaci tej choroby, a mimo tego, różnorodność tej choroby nie jest bynajmniej wyczerpana. Epidemja ciągle jeszcze trwa i ciągle jeszcze mnożą się opisy nowych, dotychczas mało lub wcale nieznanych objawów tegoż cierpienia. Istnienie pewnych objawów zależy od umiejscowienia zmian chorobowych na rozległym obszarze tkanki nerwowej, nie dziwnem więc, że raz choroba zaznacza się objawami mózgowymi, to znów ze strony innych części układu nerwowego. Możliwe, że odgrywa tu rolę pewne powinowactwo bliżej nieznanego jadu do pewnych tylko okolic mózgu (S t e r t z).

Mimo prawdziwie kalejdoskopowej różnaitości objawów, zatrzymuje E c o n o m o dla tej choroby jedną wspólną nazwę letargicznego zapalenia mózgu, uważając, że śpiączka jest u tych chorych przeciw najstalszym objawem, płasawica zaś lub mioklonja tylko chwilowym, związanym z pewnym okresem schorzenia, po którym i tak zazwyczaj rozwija się śpiączka. W przypadkach zaś, gdzie występują przede wszystkim ruchy mięśniowe o rozmaitej typowości, tam raczej odpowiedniejszą byłaby nazwa formy hiperkinetycznej i, jak jej używa E c o n o m o, hiperkinetyczno-rdzeniowej. Ma ona być najwłaściwszą dla scharakteryzowania obecnej epidemji z r. 1920. W przypadkach bowiem, spostrzeganych tak przez niego, jakoteż i innych, objawy kliniczne (hipotonja, brak odruchów ścięgniowych, zaburzenia żrenic), zarówno jak badania sekcyjne, wykazywały zmiany zapalne w przednich i tylnych rogach szarej substancji rdzenia, przypominające zresztą znane obrazy choroby H e i n e - M e d i n a.

Mimo tych rozważań najwłaściwszą wydaje się nazwa nagminnego zapalenia mózgu. Albowiem przez nią zaznacza się przede wszystkim zakaźny charakter schorzenia, a wreszcie, ujednostajnia i łączy w jedną całość wszelaką postaciowość, w jakiej ta choroba przejawiać się może. To też nazwę tę przyjmuje coraz poważniejszy zastęp badaczy, jak N e t t e r, S t r ü m p e l l, S a b a t i n i, R o g e r i i n n i.

Do historii tego cierpienia dodać należy, że od czasu pierwszych przypadków do dziś dnia jeszcze, toczy się ciągle nierozstrzy-

gnięty spór o to, czy cierpienie omawiane stanowi samoistną dla siebie chorobę, czy też jest tylko pewną postacią grypy, przebiegającą z objawami mózgowymi t. zw. grypą głowową. Spór ten powstał stąd, że epidemia zapalenia mózgu (1916—1917) przypadła na czas równocześnie graszącej grypy. Jednak uderzającym jest fakt, iż w czasie, kiedy grypa była u szczytu swego nasilenia, przypadki zapalenia mózgu zdarzały się tylko bardzo rzadko i przeciwnie: największe natężenie epidemii nagminnego zapalenia mózgu przypadło na pierwszą połowę r. 1920, a więc wówczas, gdy epidemia grypy wygasła już prawie doszczętnie. Nasze przypadki potwierdzają również to spostrzeżenie. Między obiema chorobami istnieje zapewne jakiś bliższy, niezauwany nam jeszcze stosunek, który najlepiej jeszcze objaśnia nam pogląd Wiesnera. Zdaniem tegoż autora, grypa, jako choroba wyniszczająca, przygotowuje dogodną podłoże dla nagminnego zapalenia mózgu, tembardziej, że jad grypowy należy również do rzędu neurotropowych.

Również odmiennie przedstawiają się obrazy anatomiczne obu schorzeń. I tak, zmiany wywołane przez grypę w tkance mózgowej ograniczają się zwykle do jednej półkuli, bywają natury krwotocznej, z wyglądu punkcikowate. Zjawisko neuronofagji, tak wybitnie podkreślane przez E c o n o m o, jest cechą charakteryzującą nagminne zapalenie mózgu w odróżnieniu do zapaleń na innem tle powstałych. Nadto zapalenie nagminne mózgu należy do rzędu zapaleń mięszkowych szarej substancji mózgu i to tylko pewnych jej okolic, zapalenie grypowe natomiast bywa rozrzucone bez wyboru, tak w szarej substancji, jak i w białej.

Podobnie różnią się te obydwa rodzaje zapaleń od siebie i obrazem klinicznym. Szczególniej podkreślić należy w przebiegu grypy tak wybitny i częsty meningoencephalismus (G r ö e r), prowadzący aż do utraty przytomności, i uporeczywy brak łaknienia, nawet w późnych okresach ozdowieńszych, doprowadzający chorych do „*trophophobia*”. Ostatnie, a rozstrzygające w tej sprawie słowo, przynieść powinny wyniki badań bakteriologicznych.

Przypadki zakończone zejściem śmiertelnem, których odsetek, jak np. w wiedeńskiej epidemii, był znaczny, dostarczyły już licznych i dokładnych badań anatomicznych. Zmiany te, oglądane gołym okiem, przedstawiają się jako nieznaczne, rozlane przekrwienia, połączone z obrzękiem tkanki mózgowej, natomiast badane drobnowidzowo, jako nacieki drobnokomórkowe, wytworzone przez limfocyty, poliblasty, komórki wędrujące, a dalej, jako bujanie wychodzące ze ściany zewnętrznej naczyń krwionośnych i, wreszcie, neuronofagja. Naciek drobnokomórkowy, podwiązując na kształt pierścienia drogi nerwowe, daje powód do porażień, bądź niedowładów. Siedliskiem zmian powyższych

jest przede wszystkim szara substancja mózgu naokoło przestrzeni komorowych i wodociągu (*mesencephalitis*) w szczególności wzgórek wzrokowy, ciało czworacze, jądro soczewkowate mózgu, rzadziej kora mózgowa, mostek, mózdzek lub rdzeń przedłużony. Zmianom anatomicznym pewnych obszarów odpowiadają zespoły objawów nerwowych. Nie ulega już dziś wątpliwości, że następstwem zmian we wzgórku wzrokowym są ruchy płasawicze, atetoza, parestezje i t. d. Od nich mają również zależeć zaburzenia snu, (Sen, jako zjawisko czynne, wywołany jest przez pewne bodźce impulsywne, które w patologicznych stanach odpadają, a stąd bezsenność). Anatomiczne zmiany w lejku (*infundibulum*) doprowadzają do stanu śpiączki.

Badania bakterjologiczne celem wyjaśnienia etiologii zapalenia mózgu nie przyniosły jeszcze ostatecznego rozwiązania. E c o n o m o i W i e s n e r znajdowali w płynie mózgowo-rdzeniowym chorych łańcuszkowca, którego nazywali *streptococcus pleomorphus*. Zdaniem ich jest on drobno-ustrojem, wywołującym tę chorobę. Podobnie nie znalazły potwierdzenia badania H i l g e r m a n a, L a u x e n a i S h a v 'a, którzy znajdowali we krwi chorych, w ich płynie mózgowo-rdzeniowym i w komórkach wątroby pasorzyty pierwotniacze.

Ostatnio zdołali L e v a d i t i i H a r v e r dokonać zakażenia królika, szczepiąc mu śródczaszkowo zawiesinę mózgu ludzi, zmarłych na zapalenie mózgu, bądź też innego zakażonego królika. Śmierć następuje wśród tych samych objawów i zmian anatomo-patologicznych, co u człowieka. Przeszczepiając substancję mózgową z królika na królika, można wytworzyć t. zw. *virus fixe*, a podobnie, jak w wścieklicznie, jad w miarę przeszczepiania potężnieje. Odrębne własności jadu dowodzą tego, że nie jest on tożsamym z jadem cierpienia, znanego pod nazwą zapalenia szarej substancji rdzenia. Wyniki tych badań, rokujących wiele, znajdują potwierdzenie u autorów amerykańskich.

*

*

*

W klinice dziecięcej mieliśmy możność w stosunkowo dość krótkim, gdyż kilkumiesięcznym okresie czasu, spo-

strzeżać 17 przypadków nagminnego zapalenia mózgu. Były to pierwsze przypadki, jakie w ogólności zauważyliśmy u dzieci. Czas ich wystąpienia przypada dość późno, gdyż w czwartym roku epidemji, panującej na Zachodzie, a w drugim roku od chwili pierwszych przypadków, jakie zjawyły się u dorosłych we wschodniej części naszego kraju.

Przypadki nasze dotyczą dzieci w wieku od 3—12 lat, przeważnie chłopców, pochodzących częściowo z miasta Lwowa, w większości zaś z miasteczek i wsi wschodniej Małopolski. Dlatego też nie możemy twierdzić, jakoby te przypadki należały wszystkie do jednej i tej samej epidemji, ale raczej są to przypadki sporadyczne, podobnie, jak to się zdarza z innymi chorobami zakaźnymi układu nerwowego u dzieci np. z zapaleniem szarej substancji rdzenia, bądź też z nagminnem zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.

Zestawione przez nas przypadki dlatego zasługują na bliższe rozpatrzenie, że w większości swej przedstawiają się odmiennie od dotychczas znanych nam opisów. Na 17 przypadków, jeden odpowiadał klasycznej postaci letargicznej, drugi płasawiczej, opisanej przez Dimitza w Wiedniu, a przez Orzechowskiego we Lwowie, resztę zaś t. j. 15, ze względu na wspólność objawów, ujęliśmy w osobną grupę, którą idąc za radą prof. Gröera nazwailiśmy postacią nyktambuliczną nagminnego zapalenia mózgu.

Jako najważniejszy objaw tej przewlekłej postaci nagminnego zapalenia mózgu, wyciskający piętno na całym obrazie choroby, podnieść należy bezsenność i zjawiające się wyłącznie nocną porą stany niezwyklego psychomotorycznego podniecenia. W ciągu dnia dzieci te, zwłaszcza przypadki lekkiego natężenia, nie wykazywały żadnych nieprawidłowości i zachowywały się tak, jak inne dzieci zdrowe, bawiły się, a poruczone im czynności wykonywały posłusznie i ze zrozumieniem. Nie można też było u nich zauważyć w ciągu dnia po największej części żadnych zaburzeń ruchowych. To też jedynie wyżej wspomniane zaburzenia snu skłaniały przeważnie rodziców do szukania dla swych dzieci porady lekarskiej. Na podstawie kilkumiesięcznych obserwacji i dokładnych wywiadów mogliśmy u naszych chorych wyróżnić dwa okresy choroby.

Pierwszy wstępny, trwający dwa do trzech tygodni, w którym wysoka gorączka, ból głowy, zaburzenia ze strony narządu oddechowego tworzyły zrazu mało charakterystyczny obraz. Do tego przyłączały się wkrótce zaburzenia ze strony układu nerwowego, jak porażenie nerwów mięśni ocznych, nerwu twarzowego, nerwobóle. Często też dały się zauważyć zmiany w nastroju psychicznym dziecka. Dotychczas spokojne, stawało się podniecone, głośne, kłótlive i odwrotnie: dzieci żywe stawały się flegmatyczne, przygnębione. Czasem już w pierwszym okresie zaznaczył się podniesiony przez nas zespół objawów, przebiegających z bezsennością, która znowu w drugim okresie stanowiła główny i podstawowy objaw. Okres drugi, niezwykle przewlekły, przebiegał często z nieznacznymi wzniesieniami ciepłoty ciała, dochodzącymi do 37·8. Inne objawy choroby zjawiały się zwykle z nastaniem pory nocnej. Chorzy po ułożeniu się do łóżka, zamiast usnąć snem głębokim, jak to zazwyczaj w tym wieku się dzieje, doznawali szczególniejszego stanu psychomotorycznego podniecenia. Niektórzy zasypiali wprawdzie, lecz na krótki tylko czas, inni nie zasypiali wcale. Wyrazem podniecenia motorycznego były bezładne ruchy tułowia i kończyn, a również i mięśni twarzy. Chorzy przewracali się po łóżku, wywijali rękami i nogami, wykrzywiali twarz. Ruchy te miały wprawdzie charakter ruchów płasawicznych, lecz mimo pozornego podobieństwa nie odpowiadały jednak w zupełności typowej płasawicy: pod wpływem wzruszeń psychicznych lub upomnienia nie wzmagały się, jak to bywa w płasawicy, owszem, przemijająco ustawały — następnie, brak było również i innych dla płasawicy znamienych oznak, jak współruchów, objawu przeponowego C z e r n e g o i t. d. Do tego niepokoju ruchowego przyłączały się również stany podniecenia psychicznego, bredzenia z omamami i z zapoznawaniem otoczenia. Powyższy zespół objawów przypominał płasawicę u ciężarnych (*Chorea gravidarum*). Podniecenie chorych dochodziło do rozmaitego nasilenia. Obok postaci lekkiego stopnia przydarzały się też cięższe, prowadzące do zupełnego wyczerpania, nawet zapadu.

Niezwykle te stany, występujące jedynie porą nocną, uważać należy za bredzenia (*deliria*), podobne do tych, jakie

występują w stanach toksycznych np. w durze brzuszny, zapaleniu płuc a szczególnie u opilców (*Delirium tremens*). Były one na pozór, jakoby celowem wykonywaniem pewnych zajęć (*Beschäftigungsdelirien*). I tak np. jeden z chorych wstawał w nocy, odkręcał kran wodociągowy, rozlewał wodę, a uważając ją za powierzchnię lodu, ślizgał się po niej, — inny znów ustawicznie porządkował swe łóżko, zaścielając je, to znów odkrywając. Czynność tę powtarzał stereotypowo całemi godzinami. Większość chorych przedstawiała ten właśnie obraz. To też w klinice naszej, w której przebywało równocześnie prawie 10-ciu takich chorych, nastrój z wieczora stawał się nie do wytrzymania i niezmiernie wyczerpywał siostry pielęgnujące. Na drugi dzień rano stwierdzaliśmy u chorych niepamięć w odniesieniu do wydarzeń nocnych. Dzieci przemęczone zasypiały dopiero nad ranem, często w pozycji stojącej lub siedzącej, czasem podczas jedzenia. W ciągu dnia niektóre były rzeźkie i nie miały potrzeby snu, inne zaś chętnie dosypiały po kilka godzin porannych. Tym ostatnim nie pozwalaliśmy na to w tem przekonaniu, że niewyspane, łatwiej zasną wieczorem, mimo tego jednak zarządzenie to nie przynosiło żadnej zmiany w ich stanie. Ilość przespanych godzin w ciągu doby wynosiła conajwyżej 8—9.

W celu zanalizowania tych stanów i przekonania się, czy nie istnieje jakiś związek przyczynowy między nimi a światłem dziennem, względnie jego brakiem, staraliśmy się o różnej porze dać dziecku złudę nocy. W dzień przeto zaciemnialiśmy jeden z naszych oddzielnych pokoi i zostawialiśmy dziecko na parę godzin w ciemności lub przy świetle elektrycznym. Po paru kilkugodzinnych posiedzeniach stwierdziliśmy, że żadne z dzieci nie dało się wytrącić ze spokoju i nie popadło w stan podniecenia, który natomiast zjawiał się zwyczajnie w porze nocnej. Okazuje się przeto, iż jednookresowy czas spoczynku nocnego (*monophasische Ruheperiode*) (S z y m a ñ s k i), zmienia się w tej chorobie w okres czynnościowy, niezależnie od wrażeń optycznych, co wskazywałoby z wielkiem prawdopodobieństwem, że w tym wypadku chodzi raczej o jakieś głębsze zaburzenia organiczne, a nie tylko psychiczne (ośrodki hamujące? ośrodek snu?).

Również i badanie zależności tych stanów od statycznych momentów ustroju nie wykazało żadnego związku. Z drugiej strony podkreślić należy dla patogenezy cierpienia, znaczenie pewnych znamion czynnościowych, które się tu przejawiają. I tak, jak wspomnieliśmy, można było przez energiczne napomnienie powstrzymać u chorych, choć na krótko, niepokój ruchowy. Podobnie dało się opanowywać bredzenie chorych, i np. przez energiczne wezwanie przywrócić orjentowanie się chorych. Również okazywało się, iż poszczególne objawy chorobowe jedni chorzy naśladowywali od drugich. W ten sposób często plucie i smarkanie kilku chorych znajdowało chętnych i do zapamiętania upartych naśladowców u innych. Przy omawianiu leczenia tych schorzeń, powtórzymy jeszcze znaczenie odosobnienia, zmiany otoczenia i poddawania u tych chorych, wszystko to okoliczności świadczące, iż poza pierwotnym, organicznym charakterem schorzenia kryje się jeszcze pewna cecha czynnościowa.

Prócz powyżej opisanych objawów u chorych naszych, mogliśmy stwierdzić cały szereg zaburzeń ze strony układu nerwowego. Objawy te, jako drobniejsze i mniej wpadające w oczy, nieraz uchodziły uwagi obserwujących rodziców. Często więc przy dokładniejszym badaniu stwierdzić można było lekkie drżenie, wzmożenie odruchów tak głębszych, jak i powierzchownych. U kilku chorych istniały zaburzenia w napięciu mięśni, u trzech wyraźna hipertonia, u dwóch hipotonia, u innych dwóch objawy giętkości woskowej (*flexibilitas cerea*).

Pobudliwość galwaniczna wykazywała prawidłowe wartości. W jednym przypadku objaw Chwostka dodatni. Odruchy brzuszne bywały często podwyższone, u jednego chorego zaznaczony objaw Babińskiego. Objawów świadczących o zajęciu opon mózgowo-rdzeniowych nie spotykaliśmy nigdy w tym okresie. Również badanie płynu mózgowo-rdzeniowego dawało zawsze wyniki ujemne. Płyn ten nie zawierał zwiększonej ilości białka, ani też zwiększonej ilości składników postaciowych. Ten brak wszelkich cech zapalnych mógł mieć swą przyczynę w tej okoliczności, że brany był w późniejszych okresach choroby, na co również zwraca uwagę N e t t e r.

Co się tyczy zaburzeń w zakresie nerwów mózgowych, to stwierdziliśmy w dwóch przypadkach niedowład nerwu okoruchowego, w dwóch przypadkach objawy opuszkowe, jako to: mowę bełkoczącą, nieco zduszoną. U dwu innych chorych wystąpiło już w pierwszym okresie porażenie nerwu twarzowego, które się utrzymywało przez kilka tygodni. Na uwagę zasługują stwierdzone w jednym z naszych przypadków zmiany na dnie oka, a mianowicie zapalenie siatkówki naokoło tarczy nerwu wzrokowego, które już po kilku tygodniach ustąpiło bez uszkodzenia bystrości wzroku. W kilku przypadkach spostrzegaliśmy oczopląs, u jednego dziecka wzmoczoną pobudliwość błędnika na bodźce ciepłe. Częściej natomiast, spostrzegaliśmy zaburzenia w zakresie nerwów czuciowych. Dzieci chore skarżyły się na bóle neuralgiczne w ramionach, kolanach i łydkach. Układ wegetacyjny również często okazywał zmiany chorobowe, t. j. zaburzenia naczynioruchowe w postaci zaczerwienienia twarzy i wzmoczone poty. Drgawek ani stanów podobnych do padaczki nie spostrzegaliśmy nigdy u naszych chorych, tu i owdzie bezwiedne oddawanie moczu i kału u dzieci starszych podczas nocnych bredzeń. Czynność serca bez poważniejszych zmian chorobowych, u niektórych chorych raczej przyspieszona. Mocz nie zawierał składników nieprawidłowych. We krwi mierna leukocytoza.

Co się tyczy rozpoznania tej postaci zapalenia mózgu, to w przypadkach poważniejszych uszkodzeń tkanki mózgowej, nie następuje ono większych trudności. Inaczej ma się rzecz w przypadkach najlżejszych, bądź poronnych, gdzie odróżnianie tych spraw od stanów histerycznych może być trudne. Zjawienie się przypadków podobnych w większej ilości, a zwłaszcza przy równoczesnem ukazywaniu się zdecydowanych przypadków nagminnego zapalenia mózgu, przemawia raczej za organicznem schorzeniem, jakkolwiek w zakładach zamkniętych, wśród chorych z nyktambuliczną postacią znaleźć się może wielu naśladowców. Dokładne wywiady, charakterystyczny okres wstępny a nadto, opierający się wszelkiemu leczeniu szczególny stan bezsenności i podniecenia nocnego, stanowiąc będą wskazówkę dla trafnego rozpoznania. Od pogrypowej psychozy odróżni tę postać schorzenia długotrwały przebieg, nocne nasilenie

objawów, jak i dobre naogół łaknienie chorych. Natomiast w początkowym okresie obraz przypominać może t. zw. *meningoencephalismus*, jaki często towarzyszy grypie, tembardziej, że w jednej, jak i w drugiej chorobie, wspólnem być może zapalenie dróg oddechowych. Dalszy przebieg choroby, jakoteż rozważenie towarzyszących objawów, przynosi zazwyczaj wyjaśnienie.

O r o k o w a n i u nie wiele da się powiedzieć, wobec stosunkowo krótkiego czasu spostrzegania naszych przypadków. U niektórych chorych po niespełna rocznem trwaniu schorzenia nie widzieliśmy wybitniejszej poprawy. Nie mieliśmy jednak żadnego przypadku z zejściem śmiertelnem, ani też ostrych pogorszeń lub nawrotów, jak to opisał *Economoi Dimitz* u chorych z *encephalitis lethargica i choreiformis*. Z bogatej kazuistyki *Economoi* okazuje się, iż nieraz po dwóch jeszcze latach wracali chorzy do rośli do zdrowia, w jednym zaś przypadku, jak to ostatnio tenże autor przedstawił, po niezwykle przewlekłem trwaniu, sprawa wzięła obrót niepomyślny, chory bowiem zmarł wśród objawów zaostrzenia. Badanie sekcyjne wykazało prócz starszych zmian w tkance mózgowej, także całkiem świeże, które stały się przyczyną zejścia śmiertelnego.

Również nasuwa się przypuszczenie, iż u ciężej chorych, a zwłaszcza dotkniętych bredzeniami, wobec przeciągania się tych stanów, przyjdzie ostatecznie do trwałego upośledzenia władz umysłowych, jak to spostrzegamy u jednej z naszych chorych.

Co się tyczy *leczenia* naszej postaci nagminnego zapalenia mózgu, to w zabiegach naszych staraliśmy się wypróbować wszystko, co mogłoby wywrzeć jakikolwiek wpływ na poprawę tak przykrych dla chorych i jego otoczenia stanów. Chcąc opanować niepokój chorych i gwałtowność ruchów, doprowadzających chorych nieraz do zupełnego wyczerpania i zapadu, podawaliśmy środki uspokajające nawet w wyższych dawkach, jak sole bromowe, kodeinę (0,03), wstrzykiwania *scopolaminum hydrobromicum*, bądź środki nasenne jak *urethan*, *veronal-natrium* i t. p. Niestety, wszystkie one działały niepewnie, raz sprowadzały chwilowy skutek, to znów zawodziły.

Z Francji jakoteż z Anglii donoszono o dodatniem działaniu surowicy przeciwdżumowej. Skuteczność w tych razach możnaby sobie tłumaczyć wzmożeniem sprawności ustroju (W e i c h a r d t), lub zmianą oddziaływania ustroju (działanie e r g o t r o p o w e G r ö e r a) pod wpływem wprowadzonego białka surowicy. W tej samej myśli podjęte przez nas śródmięśniowe wstrzykiwania surowicy końskiej a także i wyjałowionego mleka krowiego, nie przyniosły, niestety, żadnej poprawy u naszych chorych.

U czterech chorych z nocną bezsennością wykonaliśmy nakłucie łądźwiowe, wypuszczając 2,5—3 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego. Po zabiegu tym wystąpiły u nich wybitne objawy podrażnienia opon, jako to sztywność karku, silne bóle głowy, gwałtowne wymioty, nawet podniesienie ciepłoty. Niepożądane te objawy miały wprawdzie po 24—36 godzinach bez żadnych następstw dla chorych, jednak wyczerpywały ich nadmiernie, nie przynosząc natomiast żadnej ulgi. Zabieg ten przeto, tak zalecany w przypadku postaci hiperkinetycznej przez S p ä t a, uważamy w przypadkach podniecenia psychomotorycznego za co najmniej niepotrzebny.

Podobnie pozostało bez wpływu podawanie chlorku chininy, jak to radzili H i l g e r m a n, L a u x e n i S h a v. Żadnej też zmiany nie sprawiło śródżylne wstrzyknięcie neosalvarsanu. Korzystniej natomiast przedstawiało się leczenie przez p o d d a w a n i e (suggestio). Już samo przemieszczenie chorego dziecka do zakładu, w którym obowiązuje odmienny nieco porządek domowy i konieczność dostosowania się do niego, miało pewien wpływ leczniczy. Z reguły kilka pierwszych nocy przesypiali chorzy spokojnie, a podobnie wpływ hamujący miały energiczne upomnienia chorego, faradyzacja przed udaniem się na spoczynek, bądź zawijania w mokre prześcieradła. W miarę jednak, jak chory przyzwyczajał się do częściej powtarzanych zabiegów, lub po kilkudniowym pobycie w klinice, środek odnośny pozostawał bez wpływu. W przypadkach gwałtownych ruchów lub płasawicy chorych, wpływało nieraz uspokajająco uspienie poddawcze, bądź umiejętnie wykonywane skrępowanie chorych kocami. O ten ostatni zabieg dopraszały się często same dzieci. Naogół biorąc, w lecznictwie tego cierpienia

jesteśmy bezradni i ograniczeni jedynie do zabiegów symptomatycznych.

Tembardziej należy dbać o higienę chorego (częste kąpiele) i sprawę należytego odżywiania. Chorzy mieli na ogół dobre łaknienie, może było ono wyrazem większego zaopatrzenia ustroju w następstwie wielkiego wydatku ruchowego i trwającej bezsenności. Dobry apetyt, jako czynnik korzystny, pozwalał nam przy zastosowaniu kryterjów Pirquet'a, osiągnąć we wszystkich przypadkach, nawet bardzo ciężkich, przyrost wagi ciała. Dzieci te, przyprowadzone z domu w stanie nieraz bardzo miernego odżywiania, spożywały u nas 8 i więcej *decinemsiqua* i tej tylko okoliczności zawdzięczać należy poprawę ich wagi ciała. Apetyt choć dobry, jednak nie był wzmoczony proporcjonalnie do wysokiego zapotrzebowania. To też odżywianie się dziecka, tylko wedle jego własnej chęci do jadła, łatwo mogłoby się okazać nie wystarczające pod względem ilościowym. Z pewnością niektórzy z naszych ciężiej chorych, tylko tej metodzie dokładnego ilościowego obliczenia mają do zawdzięczenia, że przez szereg miesięcy zdołali się utrzymać przy życiu i w dobrym stanie odżywiania opuścić zakład. A przeto wystarczające, a „forsowne“ odżywianie pod ciągłą kontrolą ciężaru ciała, powinno być naczelnem zadaniem pielęgnacji chorych z *encephalitis nyctambulica*.

Z licznych zapisków, tyjących się opisanej przez nas nowej postaci zapalenia mózgu u dzieci, przyłączamy kilka tylko odnośnych historii chorób. Czynimy to tak z uwagi na trudności wydawnicze bieżącej chwili, jakoteż i ze względu na wielkie podobieństwo przypadków chorobowych.

Jerzy K. 1 a t 9 zachorował w połowie lutego b. r. Początkowo niezbyt dróg oddechowych z wysoką gorączką, trwający około 2 tygod. Równocześnie prawie znaczne podniecenie, niezwykle u spokojnego dotychczas i poważnego raczej dziecka. Chory mówił bardzo wiele, rzucał przytem rękami i nogami, jakoteż dziwnie wykrzywił się na twarzy. Po trzech tygodniach przestał sypiać w nocy skutkiem silnego podniecenia, zasypiał dopiero nad ranem, gdy już był wyczerpany. W ciągu dnia zachowywał się prawidłowo.

Przyjęty do kliniki 19 maja b. r. Badanie wykazuje: lekkiego stopnia opadnięcie obu powiek oczu, nieznaczny oczopląs we wszystkich kierunkach. Na dnie oka obustronnie (dr. M u s i a ł) naczyńka naokoło tarczy nerwu wzrokowego pokryte wypociną (*retinitis ad*

papillam n. optici). Odruchy skórne i ścięgniste nieco wzmożone. Zmian w czuciu brak. Pobudliwość aparatu przedsionkowego prawidłowa. Przez pierwszych kilka dni spędzonych w klinice nie zdradza najmniejszych oznak choroby. Lecz wkrótce stan chorego się zmienia, wieczorem zasnąć nie może, wygina się, dyszy, jak zziąbane zwierzę, i poci się. W twarzy znać zaczerwienie i niepokój, przytem krzyczy, zapytany zaś o przyczynę, skarży się na przeróżne bóle w najrozmaitszych okolicach ciała. Stan ten utrzymuje się bez przerwy. W ciągu dnia jest najspokojniejszym dzieckiem, rozmawia przytomnie i jasno. W nocy stan niepokoju potęguje się do tego stopnia, że chory budzi inne dzieci, płacze, oddaje pod siebie stolec bezwiednie i t. d. Ciepłota waha się między 36,2 — 37,8. Apetyt dość dobry, na wadze przybywa. Nieraz samo energiczne upomnienie wystarcza, iż chory zaśnie spokojnie, tak samo działa zawinięcie w zimne mokre prześcieradła. Po kilkakrotnem powtórzeniu zabiegu skutek zawodzi. Dla celów leczniczych nakłucie lędźwiowe. Płyn mózgowo-rdzeniowy, w ilości 5 cm³, jest jasny, przezroczysty, bez znamion zapalnych, bez osadu. Po nakłuciu lekkie objawy oponowe. Tak faradyzacja, jakoteż wstrzyknięcie śródmięśniowe wyjałowionego mleka krowiego nie przynosi ulgi. Chory przybył na wadze 1 kg 70 dkg. 30 czerwca opuszcza klinikę. Zmiany na dnie oczu ustąpiły. Nocne stany bredzenia bez zmiany.

Scheinla T. lat 8. Zachorowała w pierwszych dniach kwietnia b. r. nagle, skarżąc się na bóle głowy, zwłaszcza w okolicy potylicy, miała przytem niewysoką gorączkę. W twarzy wystąpiło „wykrzywienie“. W ciągu dnia zachowywała się spokojnie, w nocy zaś od początku choroby przestała sypiać, rzucała się po łóżku, biła się sama, drapała, krzyczała, smarkała i pluła. Podczas takich stanów robiła wrażenie nie będącej przy zmysłach. Po miesiącu wykrzywienie twarzy ustąpiło.

Przyjęta do kliniki 18 czerwca b. r. Na skórze rąk ślady po drapaniu. W twarzy widoczny niedowład mięśnia twarzowego prawego. Tak w oczach, jak i na dnie, zmian niema. Z usposobienia wesola, żywa, posłuszna i zadowolona z pobytu w klinice. Apetyt dobry. Sen w nocy przez kilka początkowych dni bardzo dobry. Wkrótce jednak zaczyna nie sypiać, z wieczora mówi sama do siebie niezrozumiale pod nosem i szybko, gestykulując przytem żywo, co robi wrażenie jakby się targowała o coś, (matka jest przekupką), przytem rękami rzuca, jak w płasawicy, pluje bardzo wiele. Zapytywana nazajutrz o co jej chodzi, nie zdaje sobie sprawy z przejść nocnych i nic sobie nie przypomina. Sen w ogólności lekki, mówi przez sen bardzo wiele. Chora opuszcza klinikę 20.X. b. r. Stan dotychczasowy nie poprawił się.

Bredzenie chorej możnaby zaliczyć do rzędu tak zwanych marokocących.

Jędrzej A. lat 9. Zachorował z końcem kwietnia b. r. Kaszel z wydzieliną śluzową, beładne ruchy rąk i nóg.

Przyjęty do kliniki dziecięcej 17 maja, pluje bezustannie. Ruchy kończyn jak w płasawicy. Ogólne napięcie mięśni znacznie wzmożone. Wybitna giętkość woskowa. Objaw Chwostka dodatni. Odruchy skórne i ścięgniste wzmożone. Wyraz twarzy maskowaty. Ruchy wargi górnej niedołączne, zaznaczone drżenie gałek ocznych, opadnięcie powiek. Prawy mięsień prosty niedowładny. Mowa chorego zduszona, niewyraźna z dodatkiem podzwijku nosowego. Zwiększona pobudliwość narządu przedśionkowego utrzymuje się przez czas dłuższy. Chory jest bledy, osłabiony, nie sypia całymi nocami, bywa wówczas silnie podniecony, ciągle krzyczy, splota, smarka, chwytając nos w dwa palce. Skutkiem nieprzerwanego pocierania palcami po obu stronach nosa symetryczne odarcia skóry. Zasypia nad ranem. W ciągu dnia chory drzemie. Ciepota między 36·4 do 37·4, niekiedy do 38. Nakłucie łądźwiowe: strumieniem wypływający płyn jasny, bez cech zapalnych. Następnego dnia objawy oponowe, objaw Kerniga, Brudzinkiego, zaznaczony również Babinkiego obustronny. Wszystkie zabiegi lecznicze bez skutku. Po kilku tygodniach zaprzestał wszelkich ruchów, jedynie tylko trzyma się za nos i smarka, lub dyszy. Czasami prosi, aby mu ręce związać. Psychicznie jest jakby odurzony, z trudnością można się z nim rozmówić, mruczy niewyraźnie pod nosem, na pytanie dlaczego tak ciągle smarka, odpowiada, że mu w środku w nosie coś zawadza. Często przywidują mu się robaki, które rzekomo wślą mu do nosa, a których chce się koniecznie pozbyć. Apetyt dobry. Na wadze zyskał w ciągu dwu miesięcy 2 kg. 50 dkg. Stan chorego dotychczas nie poprawił się. Bezsenność i podniecenie w nocy stale się utrzymują.

Zofja S. lat 11. Zachorowała nagle w pierwszych dniach maja b. r. Ruchy rąk i nóg, mięśni twarzy podobnie, jak w płasawicy. Po 6 tygodniach zaczęła więcej sypiać w ciągu dnia, natomiast z wieczora doznawała wielkiego niepokoju, rzucała się bezustannie po łóżku.

Przyjęta do kliniki 22 czerwca b. r. Bardzo słabego odżywienia z zolizowaniami na skórze. Napięcie mięśni nieco wzmożone. Spokojna, flegmatyczna i posłuszna, zachowuje się w ciągu dnia nienaganie. Po kilku pierwszych nocach, przespanych w klinice zupełnie spokojnie, wraca bezsenność. Wyraz twarzy nocami dziki, rzuca rękoma, zrywa się, staje na palcach jednej to drugiej nogi, jak baletnica, twarz wykrzywia, lub też porządkuje całymi godzinami koło łóżka i swych rzeczy. Nad ranem zmęczona, uspokaja się i zasypia. Na drugi dzień, zapytywana o powód takiego zachowania, nie umie się wytłumaczyć. Czasami nocne objawy ograniczają się do drobnych ruchów rąk i nóg typowo płasawicznych, poczem chora zasypia. W ciągu dnia żadnych zaburzeń ruchowych. Chora pozostaje jeszcze ciągle w klinice (listopad), stan nerwowy od 5 miesięcy bez zmiany, od czasu od czasu okresy znaczniejszego podniecenia, to znów mierne polepszenie. Stan odżywienia obecnie doskonały, przybyło jej na wadze w ciągu

pięciu miesięcy 6 $\frac{1}{2}$ kg. Pod względem psychicznym stała się ociężała, o wyrazie twarzy ogłupiałym, bezmyślnym.

Wspomnieliśmy o trudnościach rozpoznawczych, jakie nastęrczały się wielu autorom na początku zwłaszcza każdorazowej epidemji. Szczególniejsze one były wówczas, gdy rozchodziło się o przypadki poronne. Skutkiem tego nieraz trudno było ustalić czas zjawienia się pierwszych przypadków nagminnego zapalenia mózgu, a dotyczyło to zarówno stanów o lekkim, jak i ciężkim przebiegu. Lekkie, a zwłaszcza uleczałne, uważano mylnie za zapalenie rdzenia i wielu nerwów (*polyneuritis*), opon mózgowych i t. p., ciężkie zaś, kończące się wśród napadu epileptycznego lub śpiączki (*coma*), bardzo rychło zejściem śmiertelnem, jak je S t r ü m p e l l nazywa *encephalitis acutissima*, nie znachodziły klinicznego wytłomaczenia tembardziej, że i wynik sekcyjny nie przynosił ostatecznego wyjaśnienia. W wieku dziecięcym, gdzie wywiady nie mają tego znaczenia podmiotowości, a przedmiotowość objawów mało jest nieraz uchwytana, przypadki poronne zdarzają się zapewne częściej i łatwiej usuwają się z pod należytej oceny.

Do rzędu takich poronnych przypadków należą następujące dwa:

Z y g m u n t C h. 1 a t 3 zachorował w marcu b. r. Dziecko zmieniło nagle swe dotychczasowe zachowanie. Podczas gdy w ciągu dnia chętnie chciałoby spać, z nadejściem nocy nie mogło zasnąć, rzucało się jakby nieprzytomne i mówiło od rzeczy.

Przyjęte do kliniki 17 maja b. r. przedstawia się jako dziecko inteligentne i łagodne. Badanie układu nerwowego nie wykazuje żadnych zmian prócz hipertencji mięśniowej miernego stopnia. W pierwszych dniach nieco sennie. Po kilku dniach normalnego zachowania się zaczyna budzić się w nocy, rzucać się, drze kołdrę. Po energicznym upomnieniu pielęgniarki czuwającej wnet zasypia. W dalszym przebiegu często z wieczora nie zasypia, mówi wówczas wiele i jest podniecone. Ciężota ciała między 37 a 37.8. Apetyt dobry. 20 czerwca odszedł do domu w stanie niezmienionym.

W a s y ł G. 1 a t 11 zgłoszony do kliniki w maju b. r. z powodu bliżej nieokreślonego „nudu” w dołku podsercowym, który nie daje choremu zasnąć, pluje wówczas wiele. W ciągu dnia pracuje w gospodarstwie i na nic się nie skarży. Stan ten trwa kilka tygodni. Badanie ogólne jakoteż funkcji i chemizmu żołądka nie wykazało żadnych zmian. Po kilkudniowej obserwacji w klinice zauważono, że chory budzi się około północy, jest niespokojny, twierdzi, że ma coś

w żołądku, odpluwa, lecz bez wydzieliny, kręci się w łóżku i dopiero nad ranem zasypia. W ciągu dnia nie przedstawia żadnych zбоcezeń, jest pomocnym, usłużnym i spokojnym chłopcem. Po 2 tygodniach, w stanie niezmiennym odchodzi do domu.

S t r e s z c z e n i e:

Opisana nyktambuliczna postać nagminnego zapalenia mózgu odznacza się uporczywą bezsennością, jakoteż w nocy występującem podnieceniem bredzeniowo-płasawiczem. Zjawiska te są następstwem pierwotnego uszkodzenia tkanki nerwowej natury organicznej, następowo czynnościowe wpływy zdają się odgrywać ważną rolę.

Leczenie polega na ilościowo wystarczającym odżywianiu i metodach poddawania.

PIŚMIENNICTWO.

- E c o n o m o: Wien. kl. Woch. Nr. 19. 1917. Neurol. Cbt. 1916. Nr. 21.
 Wien. kl. Woch. Nr. 16. 1920.
- D i m i t z. Wien. kl. Woch. Nr. 11. 1920.
- G e r s t m a n: Wien. klin. Woch. Nr. 8. 1920.
- D r e y f u s s: Münch. M. Woch. Nr. 19. 1920.
- S t e r t z: Münch. M. Woch. Nr. 5. i 16. 1920.
- G r ö e r: Zeitsch. f. Kind. T. XXI.
- W i e s n e r: Wien. kl. Woch. 1917 Nr. 30. 1918. Nr. 41.
- H i l g e r m a n, L a u x e n, S h a v: Med. kl. N. 16. 1920.
- L e w a d i t i i H a r v e r: Centralblatt f. d. Kind. (Ref.) Z. 5. T. IX. 20.
- O r z e c h o w s k i: Ref. Tyg. lek. lwowski N. 3. 1920.
- S z y m a ũ s k i: Zeitsch. f. allgemeine Physiol. T. 18; Z. 2.
- S t r ũ m p e l l: Deutsch. M. Woch. N. 26. 1920.
- N e t t e r: ref. Kongressblatt f. ges. Med. Z. 1. T. XII.
- S p ä t: Wien. klin. Woch. N. 14 1920.
-

Przypadek niedokrwistości, leczonej za pomocą wstrzykiwania krwi ludzkiej (u 13-letniej dziewczynki).

Podał

Marta Erlichówna.

Jadzia T. l. 13 m. 3. Przed pięciu laty miała dość uporeczywy kilkogodzinny krwotok z nosa w dwa dni po wycięciu wyrosli nosowych. Poza tem nigdy nie krwawiła ani samoistnie, ani po skaleczeniach. Przed trzema laty przechodziła płonicę o przebiegu łagodnym, bez powikłań. Przez kilka następnych miesięcy cierpiała na bóle w stawach kolanowych i skokowych bez zniekształcenia stawów i bez podniesienia ciepłoty. Rodzina jest inteligentna, żyje w warunkach higienicznych, w mieszkaniu słonecznym, odżywia się nieźle, choć obecnie gorzej, niż przed wojną. Podobno kilka osób w rodzinie matki ma skłonność do krwotoków z nosa. Matka robi wrażenie wątłej, miewa czasem zbyt długie miesiączkowanie, do 7 dni—ale poza tem żadnych zaburzeń w miesiączkowaniu ani przy poredach nie miewała. Ojciec jest neurastenikiem. Starsza siostra jest zdrowa, nieco otyła. Brat doskonale zbudowany, posiada pewne cechy limfatyizmu, oraz nieznaczne objawy powiększenia gruczołów okołoskrzelowych.

Kilkakrotne badanie dziewczynki w ciągu ostatnich dwóch lat z powodów błahych budziło pewne podejrzenie co do gruczołów okołoskrzelowych. Migdałki ma nieco powiększone, na szyi trochę małych gruczołków. Twarz jakby nalana.

Poza tem stwierdzałam stale dobry stan ogólny. Budowa i odżywianie były zawsze dobre. w ostatnim roku nawet zbyt dobre, tak że tułów, uda i sutki odpowiadałyby raczej wiekowi 16—17 lat, natomiast owłosienie jest skąpe—pod pachami brak go zupełnie, na częściach płciowych widoczne są rzadkie pasemka włosów wzdłuż dużych warg sromowych, brak ich nad spojeniem łonowem. Przytem

wyraz twarzy i usposobienie dziecinne, spokojna, zrównoważona, uzdolnienie i pracowitość średnia. Krwi nigdy nie badałam, żadnych podejrzeń, co do niedokrwistości lub blednicy nie miałam. Jakoby w ostatnich czasach przed zachorowaniem pobladła nieco.

9/IV 1919 r. nastąpiła pierwsza miesiączka, która trwała 10 dni z przerwami, krwawienie było nieobfite, czuła się dobrze i przez cały czas chodziła na pensję. Następną miesiączka rozpoczęła się 10/V; 17/V została wezwana przez rodziców, zaniepokojonych tem, że trwa ona od tygodnia i że od wczoraj krwawienie zwiększyło się. Dziewczynka chodzi i uczy się przez cały czas, jest blada i nieco apatyczna, ale stan ogólny jest niezły. Zaleciłam absolutny spokój w łóżku, zimne okłady na brzuch, do wewnątrz styptycynę i chlerek wapnia. Ponieważ to leczenie nie dało żadnego wyniku, przeciwnie nawet, krwawienie zwiększyło się, wezwano kol. Bryndza-Nackiego, który zastosował okłady z lodu, sporysz, ergotynę podskórną, również bezskutecznie. Od 17—22/V krwawienie zwiększa się stopniowo i przybiera charakter krwotoku; krew wodnista sączy się kroplami. Od 20—22/V odchodzą i skrzepy. Od 21/V podniesienia ciepłoty od 36·9—38°; poczem ciepłota obniżyła się i wahała niekiedy do 37·2—37·3 aż do 1/VII, t. j. do wyjazdu na wieś. Od 21—26/V pomimo zwiększenia dawek sporyszu krwawienie trwa, chora jest przestraszająco blada; stan ciężki, tętno bardzo drobne, 120. Zaczęto wstrzykiwać kamforę.

24/V Hemoglobiny 20°.

26/V wstrzyknięto pod skórę 40 cm³ żelatyny Klawego. Stan bardzo ciężki, tętno nitkowate. Chora wymiotuje. Odchodzą cuchnące skrzepy.

27/V Hemoglobiny 20°¹⁾. Wydzieliło się niewiele skrzepów ciemnych. Popołudniu krwawienie ustało zupełnie. Odtąd przez kilka dni następnych wydzielało się jedynie trochę śluzu. Stan jest w dalszym ciągu ciężki. Tętno nieco zwolnione. Chora wymiotuje wszystko bez wyjątku. Blada jak płótno, z odcieniem żółtawym, śluzówki prawie białe, paznokcie, dłonie i pięty białe.

Na naradzie z kol. St. Zaborskim postanowiono odtąd przez czas dłuższy stosować codziennie gorące irygacje pochwy. U wierzchołka serca długi szmer telesystoliczny. Tętno 104, drobne. Granica serca nieco przesunięta wprawo. Górna granica śledziony nad VIII żebrą, dolna—nie wyczuwa się.

28/V stan ciężki. Wymioty trwają. Chwilami omdlewa. Kamfora. Gorące okłady na głowę. W nocy o godzinie 4-ej chora okazywała przestrasz, zaczęła skarżyć się na jakieś nieokreślone bóle, potem pokazała ręką, że mówić nie może. Po upływie 20 minut odzyskała mowę. O godzinie szóstej rano stwierdziłam, że chora mówi, choć

1) Czerwonych ciałek 1.300.000, białych ciałek 4600, limfocytów 380/00, wskaźnik zabarwienia 1.0, liczne drobne płytki, krew blada, wodnista, krzepnie dobrze, krwinki bardzo blade, poza tem normalne.

niechętnie i nieco niewyraźnie, jest przytem w wysokim stopniu rozdrażniona, nieznaczne osłabienie prawych kończyn, odruchy skórny i ścięgniaste zachowane, brak zaburzeń w czuciu, źrenice reagują normalnie. Brak zmian ze strony nerwów twarzowych. Do godziny 10-ej rano nie pozostało nic z wymienionych objawów, prócz silnego rozdrażnienia, które trwało jeszcze przez całą dobę. Wymiotuje już raz-dziej. Stan jest w dalszym ciągu ciężki. Chora nie jest w stanie unieść głowy od poduszki, robi wrażenie złe. Zupełny brak łaknienia. Badanie moczu wykazało brak białka, cukru i składników chorobowych w osadzie; odczyn na urobilinę ujemny.

30/V Hemoglobiny 21/22^o, czerwonych ciałek 1.400000. Białych ciałek 3600. Liczne płytki drobne i duże. Krwinki blade.

31/V Hemoglobiny 22^o. Czerwonych ciałek 1.500000. Białych ciałek 3400. Limfocytów 40%, wielojądrzastych 60%.

Na naradzie z kol. R. H e r t z e m stwierdziliśmy stan ciężki, powiększenie serca, głośny szmer u wierzchołka i na naczyniach; śledziona powiększona, wątroba wydaje się powiększona. Ze względu na stan ciężki i brak jakiegokolwiek poprawy krwi, pomimo że od 5 dni ustalo krwawienie, postanowiliśmy przystąpić do wstrzykiwania krwi ludzkiej świeżej, nieodwłóknionej. W s t r z y k n i ę t o 20 cm³ k r w i w p o ś l a d k i.

1/VI Hemoglobiny 30/31. Czerwonych ciałek 2.100.000. Wskaźnik zabarwienia 0.9. Białych ciałek 3600. W całym preparacie 2 normoblasty, liczne płytki, krwinki blade; brak wielobarwności, różnokształtności i różnolitej wielkości krwinek. Występuje zaparcie. Zaczyna przyjmować płynne pokarmy, choć niechętnie. Stan nieco lepszy, mniej apatyczna.

3/VI Hemoglobiny 32^o. Czerwonych ciałek 2.000.000. Wskaźnik zabarwienia 1.0. Białych ciałek 3600. Nieliczne postaci wielobarwne. Różnokształtność, różnolita wielkość krwinek, cienie krwinek. Zaczyna jeść pokarmy stałe. Stan lepszy. Zaparcie trwa. Apatyczna.

5/VI Hemoglobiny 32^o.

6/VI Dopomina się o różne potrawy, zwłaszcza o ciastka. Od sześciu dni nie było wypróżnienia. Wieczorem dostała bólu w brzuchu i w kiszce stolcowej. Lewatywy nie działają. Odbytница napelniona rozmiękłymi masami kału, chora nie może zupełnie zrobić wysiłku dla oddania stolca. Po opróżnieniu prostnicy palcami, bardzo bolesnem dla chorej, bóle i atonja ustąpiły; odtąd wypróżnienie następuje co drugi dzień lub codzień.

7/VI Hemoglobiny 32^o. W s t r z y k n i ę t o 20 cm³ k r w i.

Odtąd zaczęto wstrzykiwać arsenik; zrobiono 24 wstrzykiwań do 3/VII.

9/VI Hemoglobiny 37^o Czerwonych ciałek 2.740000. Wskaźnik zabarwienia 0.83. Białych ciałek 4400. Brak wielobarwności, anizocytoza, nieliczne megalocyty, część krwinek bardzo blada, część nadmiernie zabarwiona. Liczne cienie krwinek. Postaci „pessar⁴”. Kilka limfocytów z wodniczkami. Dużo płytek.

Limfocytów małych 32,5%, dużych 1%, obojętnochłonnych 63,5%, eozynochłonnych 3%, zasadochłonnych 1%.

Po zjedzeniu faworków dostała wymiotów. Odtąd przez kilka dni pogorszyło się łaknienie, poprawa łaknienia nastąpiła po zastosowaniu kwasu solnego, 3 razy dziennie po 5 kropel.

10/VI Bardzo małowówna. Serce i śledziona j. w. Paznogie mniej blade. Chwilami przy rozmowie i przy zabiegach nieznaczne zaróżwienie twarzy.

11/VI Hemoglobiny 37°. Czerw. ciałek 2.800.000. Białych ciałek 5600.

Po raz pierwszy usiadła na chwilę na łóżku. Robi wrażenie lepsze; t. 36,9—37,3.

12/VI Hemoglobiny 37°. Wstrzyknięto 20 cm³ krwi; t. 37,6.

13/VI Hemoglobiny 41°, czerwonych ciałek 2.960.000. Wskaźnik zabarwienia 0,85. Białych ciałek 5800. Limfocytów 38,5%, obojętnochłonnych 54,5%, eozynochłonnych 4,5%, zasadochłonnych 2,5% (!), płytek dużo, przeważają duże postaci. Krew mniej blade, anizocytoza, wielopostaciowość; nieznaczny stopień wielobarwności, liczne cienie krwinek. Nieliczne megalocyty. Niektóre krwinki bardzo mocno zabarwione, pozostałe bardzo blade.

15/VI Hemoglobiny 41°.

16/VI Mniej blade, ukłękła na łóżku, żeby wyrzeć przez okno. Odtąd dostaje codziennie chleb, posmarowany pasztetem z dodatkiem 30—50 gr. surowego szpiku kostnego. Zjada to chętnie, ale po upływie 2 tygodni odmawia jedzenia szpiku.

17/VI Hemoglobiny 40/41. Czerwonych ciałek 3.392.000. Wskaźnik zabarwienia 0.65. Białych ciałek 5000. Limfocytów małych 45%, dużych 3%, obojętnochłonnych 39%, eozynochłonnych 8%, zasadochłonnych 3% (!) mono—i przejściowych 1%, Türka 1%.

Płytki liczne, wielokształtne; wielopostaciowość, nieznaczna wielobarwność krwinek, nieliczne polychromatofile; anizocytoza, makrocyty, mikrocyty, nieliczne cienie, nierównomierne zabarwienie krwinek czerwonych.

20/VI Hemoglobiny 40°. Wstrzyknięto 20 cm³ krwi.

Wieczorem pokazało się nieco krwi z pochwy. Natychmiast zastosowano lód na okolicę macicy, żelatynę do wewnątrz w postaci galaretki i sporysz. Po godzinie krwawienie ustało zupełnie i nie powtórzyło się więcej. Stan ogólny niezły.

Odtąd dostaje 3 razy dziennie *liq. ferri albuminati*.

21/VI Hemoglobiny 43°. Czerwonych ciałek 3.100.000. Białych ciałek 5000.

Limfocytów 44%, dużych 2,5%, obojętnochłonnych 40%, eozynochłonnych 8%, zasadochłonnych 2%, mono—i przejściowych 3,5%, Türka 0,5%; czuje się nieźle, siada na łóżku, zaczyna czytać.

Wyraźnie różowsza. Śledziona nie powiększona. Granice serca prawidłowe, szmer głośny. Wypróżnienia prawidłowe. W płucach nie ma żadnych zmian.

24/VI Wstała na chwilę,—zbladła, dostała zawrotu głowy. Objawy te szybko ustąpiły.

26/VI Hemoglobiny 45^o, czerwonych ciałek 3,600.000. Wskaźnik zabarwienia 0.78.

28/VI Hemoglobiny 46^o.

Od 24/VI—29/VI wyraźna poprawa. Łaknienie doskonałe, wesoła, wstaje, chodzi, chociaż z trudnością.

1/VII Hemoglobiny 48^o, czerwonych ciałek 3,600.000. Białych ciałek 4800. Limfocytów 50%, obojętnochłonnych 38%, eozynochłonnych 10%, zasadochłonnych 2%.

Płytek nieco mniej. Nieznaczna wielopostaciowość krwinek czerwonych. Brak cieni. Krwinki blade.

Wstaje codziennie; chodzi źle, schudła i urosła (nie ważona). Błada, ale policzki mają odcień różowy, rumieni się lekko pod wpływem różnych wrażeń. Wygląd bledniczy.

2/VII Hemoglobiny 48^o. W strzyknięto 20 cm³ krwi ¹⁾.

3/VII Hemoglobiny 52^o. Czerwonych ciałek 3,800.000. Białych ciałek 6400. Limfocytów 35%, obojętnochłonnych 50%, eozynochłonnych 10%, zasadochłonnych 4% (!), monokomórek i przejściowych 1%. Płytek sporo. Krwinki blade. Czuje się dobrze. Wyszła na przechadzkę.

4/VII Hemoglobiny 52^o. Wyjazd do Milanówka na 3 miesiące.

17/VII Hemoglobiny 54^o.

W preparatach: białych ciałek mało. Płytki liczne, duże. Limfocytów małych 45%, dużych 3%, obojętnochłonnych 39%, eozynochłonnych 8%, zasadochłonnych 3% (!) monokomórek i przejściowych 1%, Türka 1%.

Nieliczne krwinki różnokształtne, nieznaczna anizocytoza, brak wielobarwności.

Stan ogólny poprawia się znacznie, chodzi nieźle. Wygląd typowo bledniczy. Wargi różowe. Dłonie różowe. Mniej apatyczna. Łaknienie niezłe, t. 36.7—37, szmer wyraźny u wierzchołka, na naczyniach, na żyłce szyjnej. Tętno 90, po małej przechadzce 96. W płucach zmian niema.

W połowie września Jadzia powróciła do Warszawy, zaczęła chodzić na pensję. Utrzymuje, że jest zdrowa, że ją chodzenie i nauka nie męczą. Wygląd bledniczy, twarz blada, ale łącznie, dziąsła i wargi są różowe. Jest znacznie więcej ożywiona, niż przed dwoma miesiącami. Granica serca nieco przesunięta wprawo, głośny szmer u wierzchołka i na naczyniach. Tętno dobre, 84. W płucach i jamie brzusznej brak zmian. Krew dobrej barwy. Hemoglobiny 62^o, czerwonych ciałek 4.640.000, wskaźnik zabarwienia 0.75. Białych ciałek 5000. Płytki w ilości normalnej, wielkości zwykłej. Brak anizocytozy, różnokształtności i wielobarwności. Limfocytów małych 65%,

1) Zaznaczę, że żadne z pięciu zastrzyknięć krwi nie wywołało reakcji ogólnej ani miejscowej, ciepłota nie podnosiła się wyraźnie, nie tworzyły się bolesne nacieczenia.

wielojądrowych obojętnochłonnych 22,5%, eozynochłonnych 8%, zasadochłonnych 3%. Monokomórek i przejściowych 1.5%.

25/IV nastąpiła miesiączka zupełnie normalna pod względem jakościowym i ilościowym; odtąd powtarza się w odstępach 4—5 tygodniowych. Badam ją co pewien czas i dotąd, t. j. do czerwca 1920 r. stan jest zupełnie zadowolniający, poza stale się utrzymującym szmerem w sercu. Hemoglobina waha się od 65^o—72^o.

Epikryza. Streszczam historję choroby: miałam do czynienia z dziewczynką 13-letnią, dotychczas zdrową, dobrze, a nawet zbyt dobrze fizycznie rozwiniętą — mniej więcej jak dziewczyna 16-letnia przy niedostatecznym owłosieniu tułowia, — o cechach limfatycznych. Dziewczynka ta dostała w czasie drugiego miesiączkowania silnego krwotoku, który nie poddawał się zupełnie leczeniu. Dopiero po 17-u dniach krwotok zatrzymał się, w 24 godzin po wstrzyknięciu żelatyny. Skutkiem tego krwotoku wynikło silne, grożące życiu, ostre niedokrwienie mózgu, objawy ogólnej niedokrwistości, rozszerzenie serca, szmer w sercu, powiększenie śledziony, oraz krótkotrwałe objawy prawostronnego porażenia połowiczego. We krwi wystąpiły objawy wybitnej niedokrwistości z leukopenją, bez żadnej tendencji do samoistnego odradzania się krwi. Stan niepokojący trwał przez blisko dwa tygodnie po ustaniu krwotoku, potem powoli stopniowo następowała poprawa. Jednak dopiero po upływie 6—7 tygodni dziewczynka poprawiła się na tyle, że zaczęła brać udział w zwykłych czynnościach życia codziennego, t. j. wstawać rano, zasiadać z rodziną do stołu i t. d., w tym czasie obraz kliniczny i hematologiczny przedstawiał się jak blednica średniego natężenia.

Rozpoznanie. Co możemy rozpoznać w tym przypadku? Zdaniem d-ra Zaborowskiego nie było danych do podejrzenia na krwawiący guz macicy, co zresztą potwierdził dalszy przebieg sprawy. Objawy prawostronnego chwilowego porażenia połowiczego z zaburzeniami mowy tłumaczymy chwilowym skurczem naczyń w lewej półkuli mózgowej.

Wahania ciepłoty 37^o—38^o w pierwszych dwóch tygodniach, 37^o—37.2 w następnych, budziły obawy co do możliwości zaostrzenia się sprawy gruźliczej w gruczołach okołoskrzelowych, a nawet rozwoju utajonej sprawy szczytowej.

Przeciw temu rozpoznaniu przemawiał brak objawów klinicznych, dalszy przebieg, oraz stopniowy spadek ciepłoty do normy w miarę następowania poprawy. Faktem jest, że chorzy na niedokrwistość, a nawet na blednicę gorączkują niekiedy dla powodów dotąd niewyjaśnionych. Kle i n w swej pracy o krwawiącze u kobiet podaje 16 przypadków krwotoku z macicy, z których w każdym stwierdził i inne objawy skazy krwotocznej—petocie, krwawienie z nosa i t. p.; przyznaje jednak, że możnaby rozpoznać krwawiaczkę również i w takich przypadkach, w których krwawienie ograniczało się wyłącznie do macicy. Jednakże ostatnio, w ustnej rozmowie ze mną, autor skrytykował swój własny pogląd, nie jest bowiem pewny, czy wymienione przypadki słusznie zaliczył do krwawiaczki.

Dla takiego rozpoznania w moim przypadku trzeba by zmienił dotychczasowe poglądy nie tylko na istotę samą, ale i na kliniczną stronę krwawiaczki.

Widzimy wprawdzie, że kilku członków rodziny miało pewną skłonność do krwawienia z nosa — tego usposobienia rodzinnego lekceważyć nie należy — ale daleko tu do typowego, znanego obrazu krwawiaczki; chora miała tylko raz krwotok z nosa po operacji, ale nie okazywała poza tem skłonności do krwawienia z lada powodu. Krzepliwość krwi była normalna przez cały czas choroby, zarówno podczas krwotoku, w okresie ciężkiej niedokrwistości, jak i w okresie poprawy. Ranki zasklepiały się szybko po wszystkich ukłuciach i wstrzykiwaniach.

W przypadku Paschalisówny i Rechnerowskiej o przebiegu bardzo podobnym do mojego, lecz z zejściem śmiertelnem objawy ogólne i wywiady rodzinne upoważniały autorki do rozpoznania krwawiaczki.

Pierwszy przypadek tego rodzaju w polskim piśmiennictwie opisał Jaworski. Dotyczył on kobiety 25-letniej, która miesiączkowała prawidłowo do 19 lat, odtąd miała zbyt częste i długie miesiączki przy objawach blednicy; kobieta ta zmarła po 16-dniowym krwotoku z macicy w stanie ostrej niedokrwistości.

Badanie pośmiertne, wykonane przez E. Zielińskiego, wykazało hipoplazję naczyń, zwłaszcza wąską tętnicę główną, oraz niedorozwój macicy. Jaworski

sądzi, że pierwotnem cierpieniem była tu blednica. Godnem uwagi jest, że autor ten już w r. 1895 kładzie nacisk na związek zaburzeń w miesiączkowaniu z wadami w ustroju.

Przewóscki również widział w podobnym przypadku małą macicę i wąską aortę. Sokółowski spostrzegł przypadek blednicy z długimi miesiączkami, który zakończył się śmiercią po 12-dniowym krwotoku z macicy.

Z odnośnego piśmiennictwa nowszych czasów widzimy, że omawiane sprawy występują zwykle w związku z częściowem niedokształceniem się, zwłaszcza jajników, co polega na większym lub mniejszym niedorozwoju tych narządów. Według Pötzla, Bartela i innych jajniki takie nie są bynajmniej małe, bywają niekiedy nawet dwa razy większe od normalnych, ale istnieje w nich znaczna przewaga tkanki łącznej nad mięszową. Wskutek szerokości warstwy korowej, czy z innych powodów, ma nie dochodzić do wydobywania się jaj przy pękaniu na powierzchnię jajnika; wynika stąd zanik jaja, niekiedy dochodzi do zwyrodnienia drobnotorbielowego. Należy sądzić, że zmiany w jajnikach muszą dotyczyć zarówno części rodnych, jak wydzielniczych. Tym zmianom anatomopatologicznym towarzyszą zazwyczaj poważne zaburzenia w miesiączkowaniu, polegające na nieregularności w trwaniu i występowaniu, na zbyt skąpem krwawieniu, lub na obfitych krwotokach (Pötzl).

Ponieważ przypuszczamy, że jajnik, jako gruczoł o wydzielaniu wewnętrznem, ma wpływ na układ krwiotwórczy, jasnem jest, że zaburzenia w jego czynności i na tym układzie odbijają się również deprymująco, że usposabiają ustrój do blednicy, a nawet wprost ją może powodują. Z drugiej strony prawdopodobna jest także jednoczesna konstytucyjna niedostateczność jajników i narządów krwiotwórczych. Skłonność do krwawienia z nosa w rodzinie matki, krwotok po operacji nosa u chorej upoważniają nas poniekąd do przypuszczenia pewnej rodzinnej, konstytucyjnej niedostateczności ścian drobnych naczyń. W ustroju mojej chorej widzimy pewne odchylenia od normy — obok cech limfatycznych niedostateczne owłosienie tułowia względnie do zbyt dobrego rozwoju fizycznego.

N i e d o k r w i s t o ś ć. Jaka była przyczyna tak ciężkiej niedokrwistości? Z powodów wyżej wymienionych, czy innych, istniała już skłonność do blednicy; niewykluczone jest nawet, że mogła się ona rozpocząć i wcześniej nieco, choć w słabym stopniu; u takiego osobnika zdarzył się obfity i długotrwały krwotok — zrozumiałem jest, że musiał wywołać w ustroju poważne uszkodzenie.

Przebieg anemji był inny, niż w przypadkach **K l e i n a**, który notuje leukocytozę oraz szybką poprawę nawet ciężkiej niedokrwistości. Autor wyciąga stąd wniosek, że szpik działał prawidłowo, zatem przyczyna choroby nie leżała w szpiku kostnym. W moim przypadku objawów samoistnego odradzania się brak było na razie zupełnie, później występowały one stopniowo i leniwie jedynie tylko pod wpływem bodźców zewnętrznych. Należy to przypisać albo wrodzonej niedomodze szpiku kostnego lub też pracy nad siły, którą zadał mu z jednej strony krwotok, z drugiej rozwijająca się pod wpływem zaburzeń płciowych, blednica.

Nietypowy charakter niedokrwistości m. in. przypisać należy temu, że niedokrwistość pokrwotoczna powstała na tle bledniczem, przez co te dwa typy zatarły się nawzajem; tłumaczy to poniekąd i brak regeneracji — brak normoblastów (tylko raz znalazłam 2 normoblasty), wielobarwności, brak leukocytozy pokrwotocznej, a nawet utrzymywanie się stale leukopenji, co znów jest nietypowe zarówno dla blednicy, jak dla anemji krwotocznej. Nietypowem dla chlorozy jest również względnie niedość niski wskaźnik zabarwienia, który bywa zwykle wysoki w anemjach krwotocznych.

W pierwszych czasach ciężki stan dziewczynki, brak reakcji ze strony ustroju, wystąpienie leukopenji, megalocytów, ciemne zabarwienie niektórych czerwonych krwinek budziły pewne obawy co do tego, czy cała sprawa nie była momentem wywołującym, od którego rozpoczyna się złośliwe cierpienie krwi. Objawem pocieszającym była stała obecność dużej ilości płytek i eozynofilja, dochodząca do 10⁰/₀. Dalszy przebieg przekonał nas, że obawy były płonne, gdyż stopniowo niedokrwistość zaczęła się zmniejszać i przybierać charakter blednicy, zgodnie z obrazem klinicznym.

Muszę tu zaznaczyć zwiększenie się liczby ciałek wielojądrowych zasadochłonnych, których odsetek wynosił 1—4%, zamiast 0,5%, t. j. 50—256, zamiast 20—32 w mm^3 . Przyczyna tego odchylenia od normy, które spotkałam już kilkakrotnie, choć rzadko w tym stopniu, u dzieci nie jest mi znana.

Leczenie. Leczenie miało na celu 1° wstrzymanie krwotoku; 2° zapobieganie powtórzeniu się krwotoku; 3° wyleczenie samej niedokrwistości.

Jak widzimy z historii choroby, podawanie soli wapiennych, styptycyny, sporyszu, ergotyny — nie miały żadnego wpływu na krwotok. Dopiero po zastosowaniu żelatyny krwotok wstrzymał się; czy nastąpiło to post hoc, czy propter hoc, trudno powiedzieć. Pierwsze prawdopodobne, choć wydzielanie się skrzepów przez ostatnie 2 dni dowodziło pewnej tendencji do ograniczania się sprawy samoistnie.

Ze względu na dodatnie działanie żelatyny wprowadziłam do codziennego jadłospisu podawanie przez czas dłuższy galarety z nówek cielecych, galaretek słodkich i t. p. Idąc za radą d-ra St. Z a b o r o w s k i e g o, stosowano przez 2 miesiące gorące przemywanie pochwy za pomocą irygatora.

Następna miesiączka, która zjawiła się po 24 dniach, trwała tylko pół godziny, przyczem wydzielilo się tylko parę kropeł krwi. Po przerwie 3 miesięcznej rozpoczęło się prawidłowe miesiączkowanie.

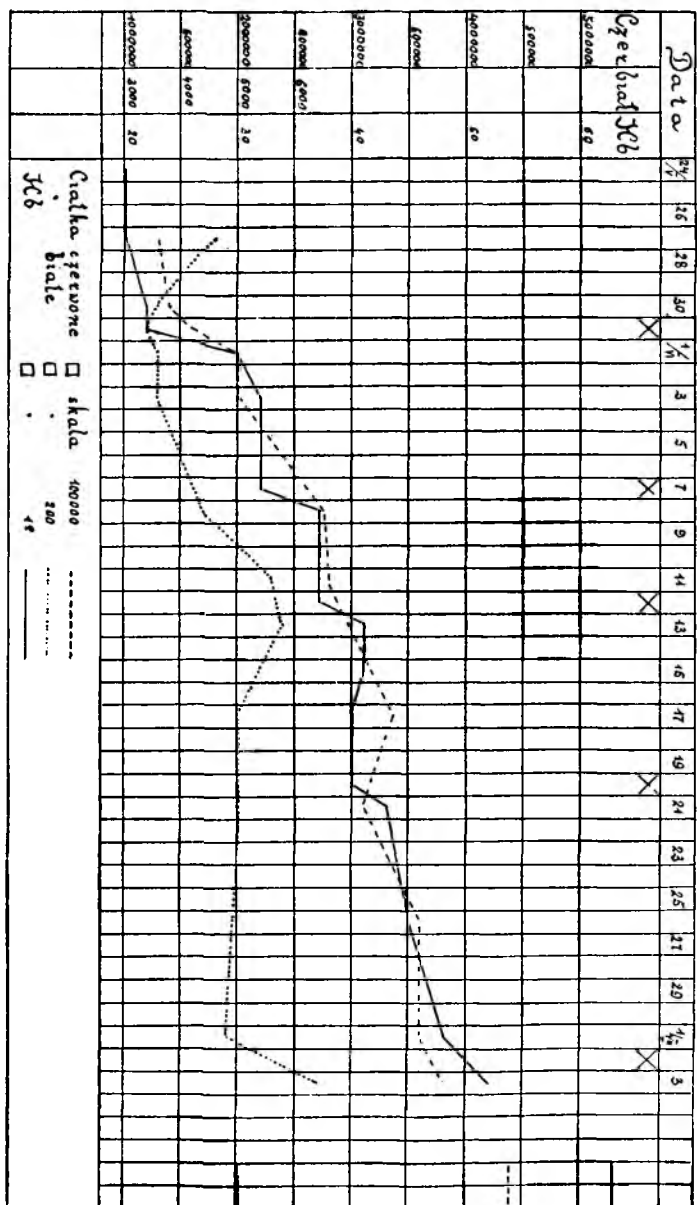
Do działania terapii należy jednak odnosić się krytycznie, wiemy bowiem, że u dziewcząt bledniczych miesiączkowanie może następować bardzo nieregularnie, niekiedy przerwa może trwać przez rok i dłużej, nawet bez leczenia. Muszę tu zaznaczyć, że K l e i n miał dobre wyniki leczenia krwotoków za pomocą wstrzykiwania surowicy bydłowej, lub krwi ludzkiej odwłóknionej, jest więc możliwe, że pięciokrotne wstrzyknięcie krwi ludzkiej w ciągu 30 dni w moim przypadku mogło podziałać dodatnio także i zapobiegawczo.

Wstrzykiwanie krwi ludzkiej nieodwłóknionej, które stosowałam, uważam za metodę bardzo potężną. Już pierwsze wstrzyknięcie wywołało natychmiastową poprawę stanu i podniesienie się ilości hemoglobiny z 21° — 30/31°, drugie z 31° do 37°. Nie chcąc jednak zbyt po polegać na jednej

metodzie, ze względu na ciężki stan, postanowiliśmy z kol. H e r t z e m już po drugim wstrzyknięciu krwi stosować podskórnie arsenik, co czyniłam przez 4 tygodnie, oraz dawać do wewnątrz surowy szpik kostny. Że jednak środki te nie miały na razie wpływu, a w każdym razie, że wpływ krwi wstrzykniętej dominuje nad wpływem innych środków, dowodzi załączona krzywa. Po każdym wstrzyknięciu widać natychmiastowe podniesienie się w górę ilości hemoglobiny; potem, do następnego wstrzyknięcia, krzywa hemoglobiny przebiega, jako linja pozioma; mniejwięcej w podobny sposób zachowuje się liczba czerwonych ciałek. Znaczy to, że szpik kostny własnymi siłami potrafił już tylko utrzymać krew na tej wysokości, do jakiej doprowadził ją tak potężny bodziec, jakim jest świeża krew ludzka ¹⁾).

R o k o w a n i e. Pod względem hematologicznym sprawa wyjaśniła się, jako blednica, która miała początkowo charakter dość uporczywy, gdyż po podniesieniu drogą terapeutyczną hemoglobiny do pięćdziesięciu kilku stopni, organizm już sam nie potrafił dorobić na razie więcej, nawet pod wpływem 2½ miesięcznego pobytu na wsi w dobrych warunkach; krew nie powróciła do zupełnej normy. To jednak nie czyniło rokowania złem, gdyż wiadomo było, że sprawy te mogą trwać czas długi — miesiące i lata — i zakończyć się dobrze. Gorzej przedstawia się sprawa miesiączkowania. Każda następna miesiączka grozi ciężkim krwotokiem, w każdym razie wymaga troskliwej i stałej opieki lekarskiej od pierwszej chwili ukazania się krwi. Niepewnie też przedstawia się życie późniejsze kobiety dojrzałej ze wszystkimi jej fizjologicznymi czynnościami płciowymi.

1) Pod względem techniki i piśmiennictwa powołuję się na pracę swoją p. t. „O leczeniu niedokrwistości za pomocą wstrzykiwania krwi ludzkiej“.



PIŚMIENICTWO.

Erlichówna i Jonscher. Z hematologii dziecięcej. Pamiętnik T-wa Lekarskiego 1918.

M. Erlichówna. Medycyna 1917.

Falta. Erkrankungen der Blutdrusen 1913.

Jaworski. Kronika Lekarska 1896.

Klein. Gazeta Lekarska 1912.

Noorden. Nothnagel 1912.

Paschalisówna i Rechniewska. Gazeta Lekarska 1911.

Pöltzl. Wien. klin. Woch. 1912.

Przewoski. Pam. T-wa Lekarskiego XC.

Sokołowski A. Pam. T-wa Lekarskiego X, XC.

Tandler. Wien. klin. Woch. 1910



NOTATKI NAUKOWE.

**Ze szpitala im. Karola i Marji w Warszawie.
Z oddziału wewnętrznego d-ra W. Szenajcha.**

Przypadek zgorzeli skóry i tkanki podskórnej na kończynach, jako powikłanie duru brzuszego u 13-letniej dziewczynki. J. Niepokojczycka.

W pracach, dotyczących opisu powikłań w durze brzuszonym u dzieci, rzadko można spotkać wzmiankę o zgorzeli bądź całkowitej, bądź też częściowej.

W dostępnym mi piśmiennictwie znalazłam opis 6 przypadków zgorzeli kończyn, zebranych przez Eichhorsta, a mianowicie:

Przypadek Lössnera — 13-letnia dziewczynka; zgorzel prawej nogi; zakończony śmiercią.

Bourgeois opisuje przypadek zgorzeli u 12-letniego chłopca, początkowo prawej, następnie lewej nogi; zaznacza nagle pojawienie się zgorzeli; zejście śmiertelne w 9 godzin wskutek wyczerpania.

Przypadek Pageta — 6-letnia dziewczynka, zgorzel obu stóp, podudzia i końca nosa — zejście śmiertelne.

W przypadku Brodbeta, opisanym w Clinic Society of London, zgorzel wystąpiła symetrycznie, zajmując 2 palce u każdej ręki i oba uszy.

Caney opisuje zgorzel lewej stopy i podudzia u 11 letniego chłopca, wskutek zakrzepu tętnic: *tibialis antic.* i *tibialis postic.*

D'Espine podaje dwa przypadki zgorzeli kończyn u dzieci, obserwowane przez Olliviera.

Pfaundler i Schlossman, opisując powikłania duru brzuszego, wzmiankują, że niekiedy występuje rozsiana zgorzel skóry.

Na 370 przypadków duru brzuszego, leczonych w szpitalu im. „Karola i Marji“, raz jeden tylko spostrzegano przypadek ciężkiego duru, powikłany symetryczną zgorzelą pięt.

Przebieg tego przypadku był następujący:

Jadzia Z., 13 lat przyjęta na oddział tyfusowy w końcu trzeciego tygodnia choroby po ustaleniu rozpoznania i dodatnim wyniku odczynu Widala 26/I 1918 roku, w stanie w bardzo ciężkim. Dziewczynka przytomna, lecz zupełnie bezsilna, unieść kończyn nie może. Budowa wątła, odżywienie upośledzone. Ciężota 39,8.

Obfita różyczka szczególnie na klatce piersiowej i brzuchu. Kościec bez zmian krzywicznych. Klatka piersiowa długa, wąska. Wyrostek mieczykowy rozszczepiony; X żebro zrośnięte. Stawy wolne, niebolesne. Mięśnie słabo rozwinięte. Drobnie gruczołki chłonne na szyi, pod pachami i w pachwinach. Gruczoł tarczowy nie wyczuwa się. Kark sztywny. Objaw Mac-Ewena ujemny; objawy policzkowy i karkowy ujemne; objaw Kerniga wyraźnie dodatni przy sadzaniu dziecka i przy podnoszeniu kończyn; odruchy kolanowe, stopowe dodatnie, ucisk na spojenie łonowe bolesny. Ze strony narządów słuchu i wzroku zmian niema. Język obłożony, brzegi i koniec języka czerwone; język bardzo suchy. Z ust cuchnienie. Gardziel czysta. Nos drożny. Granice serca normalne; tony czyste, pierwszy nieco głuchy. W płucach nieznaczne przytłumienie i wydłużenie oddechu nad prawym szczytem. Brzuch nie wzdęty. Śledziona duża, twarda. Wątroba wyczuwa się pod łukiem żebrowym. Organy moczopłciowe bez zmian. Mocz żółty, białka nie zawiera, w osadzie pojedyncze ciała ropne i nabłonek stłuszczały dróg moczowych. Odczyn dwuazowy dodatni. Stan dziecka stale ciężki, ciepłota wysoka, osłabienie coraz większe, pije z trudem, apatyczna, senna. 31/I zaczęła narzekać na kłucie w nogach; 2/II wystąpiło zacerwienie skóry na piętach, na paluchach i nad kostką na lewej nodze. 3/II na piętach wyraźne miejsce zgorzelińskie dł. 5 cm. sz. 4 cm., bez odczynu zapalnego skóry, równocześnie wystąpiły plamki zgorzelińskie na paluchach od strony wewnętrznej i na lewej nodze powyżej kostki od strony wewnętrznej zgorzel średnicy 1 cm.

Od dnia 5/II stan ogólny dziecka zaczął się poprawiać, sztywność karku i całego ciała ustąpiła, dziecko zaczęło unosić głowę i kończyny. Miejsca zgorzeli bez zmian. 18/II nawrót, trwający do 5/III o przebiegu dość łagodnym, przy wyczuwalnej śledzionie, różyczce i ciepłocie, dochodzącej do 40° wieczorami. Następnie okres zdrowienia.

Co do zgorzeli, to 16/II wystąpiła linja demarkacyjna, a następnie stopniowo samorzutnie nastąpiło oddzielenie tkanki zgorzelińszej. Na piętach zgorzelą objęta była skóra i tkanka podskórna, po oddzieleniu pozostały rany na $\frac{1}{2}$ cm. głębokie, które stopniowo wypełniły się ziarniną, a następnie zablizniły się. Na paluchach i nad kostką zgorzelą dotknięta była tylko skóra. Dziewczynka została wypisana ze szpitala 2/IV w stanie dobrym z zagojonemi ranami.

Nadmienić należy, że równocześnie byli na oddziale dwaj jej bracia również chorzy na dur brzuszny, u których przebieg choroby był znacznie łagodniejszy, u młodszego jednak wystąpiły drobne wybroczyny krwawe na tułowiu z przewagą na nogach i wylew krwawy wielkości 4 cm. w okolicy prawego krętarza 16-go dnia choroby. Po paru dniach wylewy ustąpiły zupełnie.

Leczenie liszajca zaraźliwego azotanem srebra. Marta Erlichówna.

Walka z liszajcem zaraźliwym (*impetigo contagiosa*) w Zakładach opiekuńczych ma na celu, prócz leczenia indywidualnego, zapobieganie szerzeniu się zakażenia; chodzi przede wszystkim o to, by dla błażej przyczyny nie pozbawiać dzieci możliwości uczęszczania do Zakładu.

Prowadząc w ciągu 4 lat (1917—1921) Żłobek Staromiejski II Okręgu dla dzieci od 1 do 5 lat, stosowałam leczenie liszajca zaraźliwego za pomocą 5 do 10-cio^o/_o roztworu azotanu srebra, co szybko doprowadza do zagojenia, usuwa zupełnie zaraźliwość dla otoczenia, a jednocześnie ma zaletę taniaści w porównaniu z maściami. W tym okresie, a zwłaszcza w latach 1917/18, widywałam dużo dzieci z innych zakładów — ochron, szkólek — po kilkanaście z jednego oddziału, oszpeconych charakterystycznymi strupami. W moim żłobku tylko w pierwszych dwóch miesiącach 1917 r. zachorowała większa ich liczba — 14, potem po wprowadzeniu omawianej metody leczenia, zdarzały się już tylko co pewien czas przypadki sporadyczne po 2, 3 najwyżej, z niewielkimi wykwitami, które rozszerzały się tylko u dzieci, pozostających z jakiegokolwiek przyczyny przed ukończeniem kuracji, poza zakładem.

Dzieci były stale troskliwie w tym kierunku badane, i po zauważeniu najmniejszego wykwitu, kierowane do mnie.

Strupki odwilżałam wodą utlenioną, zdejmowałam ostrożnie pincetką, poczem dno wykwitu lapolisowałam. Zabieg powtarzał się codziennie aż do zgojenia, które zwykle następowało szybko; ale nawet w tych rzadkich przypadkach, gdzie narastały uporeczywie nowe strupy (skaza wysiękowa zdaje się usposabiać do tego) cierpienie nie udzielało się innym dzieciom, o co głównie chodziło.

Dodatni wynik leczenia tym środkiem miałam możność stwierdzić również w stacji opieki nad niemowlętami, u niemowląt chorych na skazę wysiękową, u których tworzyły się uporeczywie rozpadliny za uszami; leczenie maściami było prawie zawsze bezskuteczne, podczas gdy kilkakrotne zapędzłowanie 5—10^o/_o roztworem azotanu srebra doprowadzało do szybkiego zagojenia.

Metodę tę leczenia tych dwóch spraw zalecam w ubogiej praktyce ambulatoryjnej, gdyż obserwując przez kilka lat materiał złożony z dzieci proletariatu, widzę, że wogóle leczenie maściami najumiejtniej i najstosowniej nawet zalecanemi przez specjalistów skórnych, o ile nie jest stale kontrolowane przez lekarza, często nie osiąga dobrych wyników. Tłomaczy się to tem, że matki niekulturalne postępują często niewłaściwie, wcierają maści rękami nieczystymi, nie potrafią zmywać maści przed nałożeniem nowego opatrunku i t. p.

O C E N Y.

Sprawozdanie z dzisiejszego stanu nauki o witaminach.
(National Health Insurance Medical Research Committee).
(Opracowane przez Komitet wydelegowany z Instytutu Listera i Lekarskiego Komitetu Badawczego, Londyn 1919).

Komitet, oparłszy swoje sprawozdanie na bogatym materiale klinicznym i doświadczalnym, złożonym przeważnie z prac angielskich i amerykańskich, dał nam jasny obraz tego, co dotąd wiadome jest o istocie witamin, o klinicznej i doświadczalnej stronie tej nauki i podkreślił praktyczne zastosowanie dotychczasowych w tym kierunku wiadomości. Co się tyczy strony chemicznej, to największą zasługę w tym kierunku położył polak F u n k, któremu udało się wyodrębnić jedną z witamin. W krótkiej ocenie niema miejsca na omówienie sprawy tak mało dotąd wyjaśnionej, zaznaczymy więc tylko, że są to związki aminowe, znajdujące się w naturalnych pokarmach w ilościach tak minimalnych w porównaniu z innymi składnikami, że nie mogą grać żadnej roli w dostarczaniu ustrojowi jednostek energii. Nie wiemy, jak działają witaminy na ustroj, natomiast na podstawie kliniki i doświadczeń możemy teraz już powiedzieć, co się dzieje z ustrojem wtedy, gdy tych witamin w pożywieniu brak. Mamy tu pewne podobieństwo z nauką o gruczołach wewnątrzwydzielniczych, co do których dawno już wiedzieliśmy tylko, co się dzieje z ustrojem, gdy którego z gruczołów brak lub gdy jest chorobowo zmieniony.

Jaką drogą doszli badacze do tego, że te nieznanne dotąd ciała istnieją w pokarmie? Zauważono przedewszystkiem, że podawanie zwierzętom białka, tłuszczu, węglowodanów i soli w czystej postaci nie wystarcza, ale że udaje się te zwierzęta utrzymać przy życiu jedynie przez dodanie im pokarmu żywego np. niewielkiej ilości mleka i drożdży. Z drugiej strony zwrócono uwagę na chorobę B e r i, która występuje w związku z żywieniem ludności wyłącznie ryżem t. zw. polerowanym, t. j. pozbawionym osłonki i zarodka. O tej chorobie i jej pochodzeniu pisano w ostatnich latach tak dużo, że nie trzeba jej na tem miejscu omawiać, wystarczy przypomnieć, że polega ona na występowaniu zapalenia wielu nerwów (*polineuritis*)

z wyniszczeniem, że podawanie chorym ryżu niepolerowanego lub samych osłonek, czy też wyciągu z nich, doprowadza do wyleczenia. Stąd wniosek logiczny, że osłonka i zarodek zawierają jakieś tajemnicze ciała, niezbędne dla zdrowia. Następnie zwrócono się do gnilca (scorbut), choroby znanej od wieków, co do której nie ulega wątpliwości, że występuje u ludzi, pozbawionych świeżego pożywienia a leczy się za pomocą świeżych jarzyn i owoców; i tu więc mamy do czynienia z jakimś ciałem, którego brak w pożywieniu konserwowanem i suszonym, a które znajduje się w jarzynach i owocach. Obie te choroby nazwano awitaminozami. Wielu badaczy zalicza do awitaminoz rumień lombardzki (*pellagra*), który występuje przy żywieniu kukurydzą; członkowie Komitetu są jednak zdania, że sprawa ta nie została jeszcze dostatecznie naukowo potwierdzona. W ostatnich czasach badacze z F u n k i e m na czele uznali również krzywicę za awitaminozę.

Gdy już klinika wykazała istnienie witamin, względnie awitaminoz, w związku z pożywieniem, przystąpiono do doświadczeń. Materiał jest zbyt bogaty, aby go można omówić tak, jak na to zasługuje; można tylko zaznaczyć ogólny plan, który był we wszystkich pracach mniej więcej jednolity. Postępowano na ogół w następujący sposób: jedna grupa zwierząt była żywiona pokarmami, nie zawierającymi pewnej witaminy. Zwierzęta te zachorowywały, padały, były badane anatomo-patologicznie. Druga grupa otrzymywała to samo pożywienie, z dodatkiem czegoś, co zawierało brakującą w pokarmie witaminę; te zwierzęta nie zachorowywały wcale. Zwierzęta trzeciej grupy otrzymywały pożywienie pozbawione witaminy, a po wystąpieniu objawów chorobowych, otrzymywały pokarm z odpowiednią witaminą, co doprowadzało je do wyleczenia. W ten sposób wyjaśniono i ustalono wiele punktów ważnych, pomimo to jednak sprawa ta jest jeszcze w zarodku; poddano dotąd badaniom tylko niektóre gatunki zwierząt — myszy, szczury, nieliczne świnki morskie, niektóre ptaki i psy, nie sprawdzono jeszcze wszystkich pokarmów na każdym gatunku zwierząt, mało uwzględniono kartofle i t. p.

Typy doświadczeń:

1) żywiono szczury samą słoniną, w której brak witaminy A; po pewnym czasie następował spadek wagi, wyniszczenie, zmniejszenie odporności na choroby zakaźne, zeschnięcie spojówki i rogówki (*xerophthalmia*), zwierzę padało. Profilaktycznie ochraniało się zwierzę przez podawanie mu jednocześnie małej ilości masła, które jest bogate w witaminy; leczniczo—doprowadzało się szczura do wyzdrowienia również po dokarmianiu masłem, po wystąpieniu objawów chorobowych; 2) żywiąc gołębie ryżem, pozbawionym osłonki i zarodka, (witamina B) otrzymywano za życia i sekcyjnie zmiany analogiczne z beri-beri; inna grupa dożywiana jednocześnie wyciągami z osłonek, nie zachorowywała; trzecia grupa po zachorowaniu powracała do zdrowia bardzo szybko po podaniu wyciągu z osłonek; 3) świnki morskie zachorowywały przy objawach gnilca

na skutek żywienia ich konserwami; podawano im soki lub jarzyny profilaktycznie i leczniczo.

Doświadczenia te są rozpatrywane przez Komitet nadzwyczaj krytycznie, mogą więc być uważane za bezwzględnie przekonujące.

Robiono też doświadczenia z ludźmi i to na wielkim materiale, oczywiście nieświadomie; żywiąc ludność całych prowincji ryżem polerowanym, lub karmiąc marynarzy i żołnierzy konserwami.

Zestawiwszy dane kliniczne z wynikami doświadczeń, udało się ustalić dotąd, że istnieją trzy rodzaje witamin; witamina A, (witamina przeciwkrzywicowa) witamina B (przeciw beri-beri), i witamina S (przeciwgnilcowa). Witaminy te znajdują się w całym świecie zwierzęcym i roślinnym. Najwięcej witaminy A zawierają śmietana, masło, tran, żółtko; w tłuszczach roślinnych i słoninie brak jej. Ogromna zawartość witaminy A w tranie wyjaśnia poczęści potężne działanie lecznicze tego środka. Witamina B znajduje się w największej ilości we wszelkich nasionach i jajach, w zarodku i osłonkach zboża, drożdżach; mąka biała nie zawiera zupełnie witaminy B, gdyż przy mieleniu ziarna oddziela się je od osłonki. Witamina S znajduje się w jarzynach i owocach, najwięcej w kapuście, brukwi, sałacie, cytrynie, pomarańczy. Mięso zawiera niewielkie ilości witamin. W sprawozdaniu umieszczono liczne tablice, wykazujące rozmieszczenie witamin, dla braku miejsca możemy umieścić tylko jedną, znacznie skróconą. Zaznaczam, że ilościowo określa się dotąd witaminy w ten sposób, że dany pokarm zawiera ich tym więcej, im mniej pokarmu potrzeba dodać zwierzęciu, aby je uchronić przed zachorowaniem.

Rozmieszczenie witamin w pokarmach:

A=antirachit

B=anti-beri-beri

S=anti-szkorbut

	A	B	S
Masło, tran	+++	0	
Śmietana, tłuszcz barani i wołowy	++		
Słonina, oliwa, oleje roślinne, margarina	0		
Jaja świeże i suszone	++	+++	
Żyto, ryż, całe ziarno	+	+	0
„ „ zarodek	++	+++	0
„ „ osłonka	0	+	0
Biała mąka i ryż polerowany	0	0	0
Proso, grochy, fasole	+	++	0
Ziarna kielkujące	+	++	++

	A	B	S
Mięso	+	+	+
Wątroba	++	++	+
Konserwy mięsne	?	0	0
Mleko niezbierane surowe	++	+	+
„ zbierane	0	+	+
„ gotowane	?	+	?
Ser z mleka całego	+		
„ „ zbieranego	0		
Kapusta surowa	++	+	+++
„ gotowana		+	+
Brukiew, sok cytrynowy i pomarańczowy			+++
Salata, szpinak	++	++	
Marchew	+	+	+
Drożdże suszone, ekstrakt		+++	

Z przytoczonych wyżej przykładów, widzieliśmy jakie objawy występują u zwierząt przy pozbawieniu ich danej witaminy. Podkreślić tu jeszcze należy, że objawy chorobowe, zwłaszcza wyniszczenie, występują w silniejszym stopniu u zwierząt rosnących niż u dorosłych. Nadzwyczaj cennem jest uświadomienie sobie na podstawie dotychczasowych wiadomości, jaka jest wrażliwość tych ciał, a więc jak należy się obchodzić z pokarmami ażeby nie pozbawić ich witamin. Otóż witamina A znosi ogrzewanie przez niezbyt długi czas i przy niezbyt wysokiej temperaturze (mleko długo gotowane—choroba Barlowa). Witamina B wytrzymuje długie suszenie i wysoką temperaturę, co jest niezmiernie ważne, bo pieczenie chleba, suszenie sucharów nie pozbawia tych produktów witamin. Witamina S nie znosi suszenia i konserwowania, stąd brak jej w konserwach, suszonych jarzynach, za wyjątkiem konserw kwaśnych, (pomidorowych, cytrynowych).

Mamy tu do czynienia z faktem nie często się zdarzającym, że klinika idzie w parze z doświadczeniem, widzimy bowiem identyczne obrazy chorobowe: skorbut u ludzi i u świnki morskiej, żywionych konserwami, beri-beri u ludzi i u ptaków, żywionych zbożem polerowanym. Podobieństwo idzie dalej; dzieci żywione mączkami, w których brak witaminy A, tracą odporność, chudną, nie rosną, przypominają owego szczura z doświadczenia. Komitet podaje opis pouczającego dla nas faktu, który się zdarzył w Danji; z dwóch oddziałów schroniska dla dzieci w pierwszym, u dzieci żywionych tłuszczami ro-

ślinnemi, wystąpiły objawy wyschnięcia rogówki, w drugim—dzieci żywione mlekiem, śmietaną, masłem były zupełnie zdrowe; wyleczenie dzieci z pierwszego oddziału nastąpiło dopiero po wprowadzeniu do pokarmów tłuszczów, zawierających witaminę A. W Europie, gdzie pożywienie jest zawsze urozmaicone, a więc zawiera witaminy nie w tym to w innym pokarmie, tylko wojna może wywołać jednostajność żywienia i z tem idące niebezpieczeństwo awitaminoz. Ponieważ Komitet i jego współpracownicy nie mieli styczności ze środkową Europą w najgorszych okresach żywienia ludności, zwrócili więc stosunkowo małą uwagę na tak zwane choroby wojenne, obrzęki głodowe, cierpienia kostne, wyrażają tylko przypuszczenie, że są to pewne postaci awitaminoz, brak też prawie zupełnie danych doświadczalnych o tak ważnym pokarmie, jakim jest kartofel. Zdaje się on zawierać mało witamin, co się ma równoważyć częściowo przez obfite ich spożywanie.

W rozdziale o praktycznem zastosowaniu nauk o witaminach, Komitet zwrócił uwagę na żywienie masowe, żywienie chorych i żywienie dzieci. Przy żywieniu masowem—w wojsku, zakładach, schroniskach—należy pamiętać o braku witamin w konserwach i dodawać choćby w małej ilości pokarm obfitujący w witaminy, ewentualnie wytrzymujący suszenie i konserwowanie, a więc drożdże, jaja, kwaśne owoce. Należy unikać żywienia wyłącznie białem pieczywem. Potrawy mleczne należy gotować krótko, potraw duszonych, złożonych z mięsa i jarzyn, nie należy gotować godzinami na małym ogniu, a najlepiej jarzyny ugotować oddzielnie i dodawać w ostatniej chwili, chodzi tu zwłaszcza o kapustę, która jest tak bogata w witaminy, jak żaden z pokarmów. W razie braku świeżego pożywienia Komitet zaleca wprowadzenie potraw przyrządzonych z ziaren kiełkujących, co jest łatwe do uskutecznienia, mając suchy groch, czy zboże. Co się tyczy żywienia chorych, to nie trzeba nawet kłaść nacisku na to, jak ważnym jest nie pozbawiać ich witamin w okresie choroby i zdrowienia; gruźlicę leczono oddawna empirycznie pożywieniem bogatym w witaminy, a mianowicie śmietaną, masłem, tranem; nie dawano tym chorym produktów tańszych, które witamin nie zawierają, słoniny, olejów roślinnych dlatego, że chorzy się wtedy nie poprawiali.

Wielką zasługą Komitetu jest, że duży bardzo nacisk kładzie na znaczenie witamin w żywieniu dzieci, a zwłaszcza niemowląt. Dzieci karmione piersią, znajdują się w idealnych warunkach w pierwszych miesiącach życia, dopiero w późniejszych miesiącach konieczne są dodatki bogate w witaminy (jarzyny, soki owocowe). Z tego widzimy, że pokarm matki jest odpowiedni nie tylko pod względem odsetka białka, tłuszczu i węglowodanów. Wyjątek stanowią dzieci matek, które żywią się pokarmami ubogimi w witaminy; dzieci matek, żywionych wyłącznie ryżem polerowanym, zapadają na beri-beri; dzieci murzynek, które były zupełnie pozbawione tłuszczów, w 93% zachorowały na krzywicę.

Dzieci karmione sztucznie: mleko krowie całe, surowe zawiera dość witamin, ale ilość ich zmniejsza się znacznie przez ogrzewanie, a także przez rozcieńczanie. Mączki nie zawierają witamin prawie wcale, to też jak mówiliśmy wyżej, u dzieci karmionych wyłącznie mączkami, występują objawy takie, jak u szczura karmionego słoniną—można je więc stosować jedynie przy jednoczesnym podawaniu mleka, śmietanki, jarzyn, soków. Wartość mleka kondensowanego jest również zakwestjonowana, chodzi tu zwłaszcza o gatunki silnie słodzone, które trzeba silnie rozcieńczać przez co zmniejsza się jeszcze ilość witamin. A zatem w żywieniu sztucznym mlekiem i jego preparatami niezbędne są dodatki, najlepiej tranu i soków o wocowych.

Przechodząc do krzywicy, Komitet zgodnie z *Funkiem* zalicza ją bezwzględnie do awitaminoz, opierając się przytem na wyczerpujących badaniach *Mallonby'ego*. Autor ten wykonał następujące doświadczenia na młodych psach: umieścił je w dobrych warunkach zewnętrznych, podawał ilości pożywienia dostateczne, ażeby uniknąć wyniszczenia. Żywił mlekiem zbieranem, białym chlebem i olejem roślinnym z małym dodatkiem drożdży (B) i soku pomarańczowego (S), to znaczy, że żywił je pokarmem pozbawionym witaminy A. Zwierzęta te zapadały na typowe objawy krzywicy po upływie 6 tygodni. Przy podawaniu jednoczesnym mleka niezbiernego, tranu, masła, albo mięsa (?) zwierzęta kontrolujące nie zapadały na krzywicę. Komitet twierdzi, że doświadczenia te nie stoją w sprzeczności z teorią o zależności krzywicy od gruczołów wewnątrzwydzielniczych, gdyż możliwem jest, że i witaminy działają na ustrój ludzki i zwierzęcy drogą gruczołów. Słusznie bardzo Komitet wyraża przypuszczenie, że niektóre dziecięce dolegliwości: brak łaknienia, wątłość, nerwowość, mogą zależeć, jeśli nie od braku witamin, to od niewystarczającej ich ilości lub nieopowiedniej proporcji w pożywieniu, na co też należy zwrócić baczną uwagę.

Sprawa witamin świetnie ujęta przez Komitet, powinna zachęcić pedjatrów do wypełnienia, przez dalsze badania, tej pustej karty w nauce o chorobach dziecięcych.

Marta Erlichówna.

Dr. Tadeusz Mogilnicki „Pielęgowanie i karmienie niemowląt“. Kraków. Gebethner i S-ka, str. 213.

Autor miał szczęśliwą myśl napisania książki pod powyższym tytułem dla użytku szerokiego ogółu celem szerzenia wśród niego racjonalnych zasad pielęgowania i karmienia niemowląt. Książka ta wypełnia dużą lukę w naszym piśmiennictwie, gdyż poza „Radami dla matek o karmieniu i pielęgowaniu niemowląt“ dr. *Władysława Szenczcha* nie posiadamy zupełnie popularnego podręcznika tego rodzaju. A przecież wytępienie panujących w tej dziedzinie przesądów, wykazanie niedoświadczonym matkom, że rad przy opiece nad dzieckiem nie należy szukać u osób do tego niepowołanych,

jest rzeczywiście jednym z najważniejszych i najpiękniejszych zadań pedjatrii.

Zadanie to spełni niewątpliwie książeczka dr. T. M o g i l n i c k i e g o. Czyta się ją z zajęciem, pisana jest stylem potoczystym, za wyjątkiem pierwszych rozdziałów o pielęgnowaniu.

Autor poruszył tutaj i oświetlił należycie najważniejsze zagadnienia z dziedziny pielęgnowania i karmienia niemowląt. Za zasługę należy mu poczytać, że uniknął szczęśliwie tak częstego błędu podawania tysiącznych przepisów i recept odżywiania sztucznego, wprowadzających tylko niepotrzebny zamęt w głowach czytelniczek.

Łatwość z jaką się czyta ta książka, kryje w sobie niebezpieczeństwo, że czytelnik, zbyt szybko przerzucając poszczególne rozdziały, nie utrwali sobie dostatecznie ich istoty—praktyczne wskazówki i rady nie są dostatecznie uwypuklone. Należałoby je umieścić na końcu rozdziału w formie krótkich przykazań lub też zwrócić na nie uwagę przez wydrukowanie ich grubszym drukiem.

Jest to tembardziej potrzebne, że układ książki jest może nie zbyt przejrzysty; np. choroby niemowląt, zależne bezpośrednio od wadliwego karmienia i pielęgnowania, należałoby omówić nie w oddzielnym rozdziale, a przy opisywaniu poszczególnych zagadnień—w ten sposób autor uniknąłby niepotrzebnego powtarzania się jak np. o powiększonych gruczołach mlecznych na str. 28 i 192, o zabiegu C r e d é na str. 20 i 191 i t. d.

Częste powtarzanie jednego tematu może nieraz przyczynić się do utrwalenia go w umyśle czytelników; ale przy takim kilkakrotnym powracaniu zdarza się zwykle, że w żadnym z poszczególnych rozdziałów temat nie jest omówiony wyczerpująco. W tych warunkach czytelnik nieobeznany z daną dziedziną nie jest w stanie wyrobić sobie dokładnego pojęcia o opisywanym przedmiocie. Np. sprawa pępowiny omawiana jest aż w pięciu różnych miejscach: na str. 13, 15, 17, 24 i 190. To samo dotyczy uwag o krzyku dziecka—str. 32 i 127. Nawiasem mówiąc, autor na str. 24 zaleca robienie systematycznych, „jałowych, wysuszających opatrunków pępowiny“; w podręczniku, przeznaczonym dla szerszego ogółu, należałoby wyjaśnić znaczenie tego terminu technicznego.

Sprawa trzymania dziecka w kąpieli, bardzo ważna, jak wykazuje codzienna obserwacja życiowa, nie jest poruszana zupełnie w rozdziale o kąpieli noworodka (str. 16) a omówiona niedostatecznie zaledwie w kilku słowach przy kąpieli oseska, str. 44.

Autor zwrócił niedostateczną uwagę na konieczność ścisłego przestrzegania godzin przy karmieniu osesków i noworodków, str. 22 i 119. Sądzę, że pozostawienie do uznania matek zażądania zmian karmienia dziecka co 3—3½ i 4 godziny mogłoby się odbić w niepożądany sposób, na uznaniu przez matki samej zasady systematycznego karmienia. Daleko racjonalniej byłoby wyłożyć samą zasadę, zwracając uwagę na możliwość odchyłań według uznania le-

karza. Takie ujęcie sprawy odpowiadałoby lepiej psychice przeciętnej czytelniczki.

Konieczność zwracania się do lekarza jest wogóle zbyt mało podkreślana przy opisywaniu różnych niedomagań w karmieniu i pielęgnowaniu, jak np. w rozdziale o karmieniu noworodka na str. 23. Ta konieczność „pytania się o rady osób powołanych“ jest przecież myślą przewodnią autora, podkreśla on to we wstępie i w zakończeniu książki. Sądzę, że daleko silniej zrozumiałby ją i odczuł ogół czytelniczek, gdyby autor podkreślał tę konieczność porady fachowej w poszczególnych rozdziałach. Unikniętoby napewno w ten sposób wielu nieporozumień, szkodliwych dla zdrowia dziecka.

W rozdziale o szczepieniu ospy zwróciłbym uwagę, że wrazie groźby epidemji (przypadek ospy wśród otoczenia) należy szczepić ospę nawet kilkodniowym noworodkom, oraz, że wrazie nieprzyjęcia się pierwszego szczepienia, należy zabieg ten powtórzyć.

Wreszcie kilka drobnych uwag: nie zdaje mi się, by zdanie autora „starszym niemowlętom można również pozwalać czołgać się po podłodze, naturalnie po czystym, dobrze wytrzepanym dywanie“ znalazło poklask wśród wielu lekarzy – nawet najlepiej „wytrzepany“ dywan będzie stale zbiorowiskiem kurzu i bakterji, od których należy trzymać dziecko jak najdalej.

Twierdzenie, że „mamki rekrutują się przeważnie z kobiet upadłych, lekkomyślnych i płochych, znajdujących się na bardzo niskim poziomie umysłowym i moralnym“ jest chyba zbyt pesymistycznym uogólnieniem.

Co się tyczy języka, to wskazaniem jest zastąpienie używanego stale przez autora słowa „organ, organy“ przez daleko lepiej brzmiące i odpowiedniejsze „narząd-narządy“. Warto zastanowić się nad tym, czy nie można by uzupełnić następnego wydania książki krótkim rozdziałem o higienie ciąży.

Wszystko to są to jednak tylko drobne usterki, w niczem nie zmniejszające zasług autora i wartości książki, która powinna się znaleźć w każdym domu, dbającym o zdrowie i pomyślność swych dzieci.

K. Jonscher.

STRESZCZENIA.

Chaim Stark. Obrzezanie. (Archives de Médecine des Enfants T. XXIII Nr. 11, 1920).

Wstęp historyczny poucza nas, że oprócz żydów obrzezanie stosowali również Egipcjanie, Fenicjanie, Maurowie, że chrześcijanie z początku nie byli jego przeciwnikami oraz, że Abisyńczycy i liczne szczepy Arabji wykonują je nawet u dziewcząt, wycinając lechtaczkę. Autor przyznaje, że przy obrzezaniu, wykonywanem prawie bez wyjątku przez ludzi nieobeznanych z higieną i przy ustnem ssaniu krwi przez suchotników zachodzą liczne zakażenia, pomimo tego jednak występuje jako gorący zwolennik tego zwyczaju. Stałe wydzielenie się mazi napletkowej czyni słuzówkę żołądźcia wrażliwą na zakażenia, zwłaszcza płciowe, powoduje zapalenie, wypryski, a jako ich skutek zrosty, stwardnienie albo stulejkę. Te zmiany miejscowe zaś pociągają za sobą ogólne zaburzenia nerwowe, przepukliny, kamicę moczową, samogwałt, załupek (*paraphimosis*), mimowolne moczenie, narośla, jak brodawczaki i rak, które u żydów są rzadkie.

G. S. Thompson. Obrzezanie jako zbyteczne okaleczenie. (Brit. med. Journ. 27 mars 1920).

Wychodząc z założenia, że napletek jest na to, żeby obronić żołądź, autor zwalcza argumenty zwolenników obrzezania. Osiągnięte przez nie korzyści można również otrzymać przez tępe rozszerzenie napletka i ewentualnie usunięcie zrostów zgłębnikiem, tak iż napletek mógłby się swobodnie przesuwać przez żołądź.

Cieszyński.

E. Terrien. Romans próby pokarmowej i jej znaczenie dla wyboru diety u niemowląt. (Arch. de méd. des Enf. XXIII. Nr. 7. 1920).

Autor ostro krytykuje metodę Finkelsteina i jego uczniów, w której przez podanie niemowlęciu większej lub mniejszej ilości zwyczajnego mleka miało się rozpoznawać 3 stopnie

zaburzeń przewodu pokarmowego. Nie określa ona bowiem ani ilościowo stopnia zaburzenia, ani jakościowo niestrawności pewnych składników pokarmu, gdyż jest bardzo niedokładna; nie może też służyć jako podstawa do wyboru pokarmu, niezbędnego dla danego zaburzenia, może najwyżej wzmóc objawy, czyli pogorszyć sprawę.
Cieszyński.

Albrecht Mertz. Spostrzeżenia nad włosowatemi naczyniami niemowląt. (Monatsschrift f. Kinderh. Nr. 1. 1920.)

W klinice fryburskiej *Noeggerath'a* przeprowadzone badania podług *Weiss'a* za pomocą mikrofotografji wykazały, że od urodzenia dziecka końcowe pętlice naczyń włosowatych powiększają się stale: w pierwszych 3 miesiącach wynoszą 20—60 μ , w 3—6 miesiącu 200 μ , od 7 miesiąca 240—260 μ , poczem stają gęstsze, liczniejsze i poczynają się wić. Badania najlepiej wykonuje się na t. zw. rąbku, gdzie skórek tworzy przy paznokciu wał.

Holland i Mayer spostrzegali, że u niemowląt ze skazą wysiękową, końcowe pętlice naczyń włosowatych są wydłużone, rozszerzone, pomnożone i częściej połączone. Autor jednak różnicy pomiędzy normą a stanem naczyń włosowatych u dzieci ze skazą wysiękową nie znalazł i stwierdza, że obserwacja naczyń włosowatych bynajmniej nie wyjaśnia istoty wymienionej anomalji konstytucyjnej. Nie znalazł również czynnościowych zmian, które przypuszczał *Moro*, gdyż lekkie skurcze i t. zw. prąd ziarnisty (*Weiss*) wskutek nadmiernej wrażliwości nerwów naczyńioruchowych zachodziły mniejwięcej u wszystkich, czyli także zdrowych niemowląt. Naczyńioruchową wrażliwość tych naczyń włosowatych spostrzegał autor także po podrażnieniu skóry przez gorzycę, kwas karbolowy, gorąco i pod wpływem związku azotu (*Amylum nitrosum*), lecz zmian wybitnych nie znalazł. Badaniem podobnym przypisuje autor znaczenie praktyczne tylko w zaburzeniach krwiobiegu.

Cieszyński.

A. B. Marfan. Astma u niemowląt. (La Presse Médicale Nr. 49 17. VII. 1920).

Marfan wyczerpująco opisuje przypadek dychawicy u dziewczynki 8-o miesięcznej. Astma u dzieci spotyka się stosunkowo często. Jeśli nie bywa rozpoznawaną to tylko dlatego, że bywa przyjmowaną za odoskrzelowe zapalenie płuc lub zapalenie oskrzeli.

Marfan i Cherlot spostrzegali już dychawicę u niemowlęcia cztero-tygodniowego. Na 222 wypadki astmy opisanej w wieku do lat 20:

w pierwszym roku życia spostrzeżono	25,
między pierwszym a 10-ym rokiem	118,
między 10-ym a 20-ym rokiem	79.

Napad astmy u dorosłych zwykle występuje nagle.

Naodwrót u dzieci do 5-iu, 6-iu lat jest on poprzedzany niezYTEM nosa lub oskrzeli przy ciepłocie powyżej 38°. Krysztalów *Charcot-Leydena*, węzłowiec *Churchmanna* i komórek eozynochłonnych w wyksztusinie niemowląt brak. Atak trwa 24 do 48 godzin i ustaje nagle. Przerwy między jednym atakiem, a drugim są krótsze lub dłuższe. Mogą trwać lata. Rokowanie u niemowląt jest pomyślne. Im we wcześniejszym wieku pojawia się astma, tym jest więcej szans na jej zupełne wyleczenie. Astma u dzieci nie pozostawia po sobie następstw. Rozedma, która towarzyszy atakowi, ustępuje szybko.

Etiologia astmy dziecięcej pozostaje niejasną. Sam atak jest spowodowany skurczem mięśni najdrobniejszych oskrzeli, t. zw. mięśni *Reissessena*. Skurczowi temu towarzyszy skurcz przepony wraz z zaburzeniami naczynioruchowemi i wydzielniczemi w oskrzelach. Jedne i drugie zaburzenia mają jakoby być zależne od nerwu błędnego. Dla wywołania ataku prócz specjalnej skłonności ustroju potrzebny jest bodziec — różny dla rozmaitych osób, zwykle jeden i ten sam dla danej osoby: wzruszenie, woń, specjalny pokarm, wilgoć i t. p.

Skłonność polega u osób dorosłych na pewnych zaburzeniach w przemianie materji — artretyzm, cukrzyca, otyłość, u dzieci skaza wysiękowa, świąd i t. p.; przypuszczenie *Landouzy'ego*, że zakażenie gruźlicą stwarza pewną skłonność do astmy nie jest pewnem, ponieważ u niemowląt kilkomiesięcznych cierpiących na astmę odczyn skórny na tuberkulinę pozostaje ujemnym.

W astmie u dzieci podajemy przez czas dłuższy jodek potasu (miesiącami a nawet latami 10 do 30 centygramów przez 15 dni w miesiącu). W ataku ostrym — syrop kodeinowy i eterowy w równych częściach 3—4 razy dziennie łyżeczkę do kawy, surowica adrenalinowa (1 kropla adrenaliny 15 cm³ surowicy normalnej).

Lubczyński.

Nobécourt i H. Bonnet. Odczyn Bordet-Wassermanna i kiły u niemowląt, ich matek i kobiet karmiących. (Presse Médicale Nr. 76 20. X 1920).

Ze spostrzeganych 1.185 kobiet i 801 niemowląt wykonano reakcję *Wassermanna* u 276 kobiet i 171 niemowląt z 4,38%₀ wyników dodatnich dla niemowląt i 4%₀ dla kobiet. Ponieważ przychodnia nie była przeznaczoną specjalnie dla kiły, a dla chorych na wszystkie cierpienia, przeto liczby powyższe przypuszczalnie wskazują częstotść kiły u matek i u niemowląt wogóle.

Swoje spostrzeżenia o odczynie *Wassermanna* u matek i niemowląt autorzy streszczają następująco:

Dodatni odczyn *Wassermanna* spotykany był zawsze u syfilityków z objawami wyraźnemi lub utajonemi. Ujemny odczyn prawie zawsze był spostrzegany u kobiet i dzieci, które nie miały kiły.

U dzieci odczyn *Wassermann*a bywał niekiedy ujemny, chociaż istniało podejrzenie kiły. Odczyn wykonany powtórnie był dodatni lub pozostał ujemny, w ostatnim wypadku badanie kliniczne matek i ujemny odczyn *Wassermann*a z ich surowicą pozwalały wykluczyć kiłę. Fakty te świadczą, że ujemny odczyn *Wassermann*a interpretowany ściśle ma pewną wartość.

Badanie porównawcze krwi matek i dzieci daje ciekawe wyniki. Najczęściej (90%) odczyn *Wassermann*a jest dodatni lub ujemny u obojga. Dodatni świadczy o kile. Ujemny pozwala ją wykluczyć za wyjątkiem wypadków szczególnych, wymagających ostrożności w ocenie: leczenie swoiste lub kiła dziedziczna u matki. W obu wypadkach dzieci mogą być zdrowe.

Rzadko, 10%, odczyny u matki i dziecka są różne — przypadki najczęstsze odczynu dodatniego u matki, jeśli matka nabyła kiłę po poczęciu dziecka lub jest obciążona kiłą dziedziczną. Niewyjaśnionym pozostaje fakt, jeśli tylko dziecko ma dodatni odczyn *Wassermann*a.

Lubczyński.

Lesné Edmond i Binet Léon. Badania nad krążeniem tętniczym u niemowląt. (Arch. de méd. des Enf. T. XXIII. Nr. 2 1920).

Na ciśnienie tętnicze u niemowląt zdrowych ani płeć, ani rodzaj odżywienia nie mają żadnego wpływu. Z wiekiem natomiast występują wyraźne zmiany: przy urodzeniu ciśnienie wynosi 3,5—5,5 mm. Hg., w 1 miesiącu—6 mm. Hg., w 2—3 miesiącu 8 mm., w 4—6 miesiącu 9 mm., w 14 miesiącu—11 mm. Hg., w 19—20 miesiącu—13—14 mm. Wahania końcowe wzrastają też z wiekiem od 3—5 mm. Krzyk potęguje ciśnienie do najwyższego stopnia, sen obniża je. U chorych niemowląt ciśnienie tętnicze podlega zmianom; u dzieci przedwczesnych jest tak dalece poniżej normy, iż nie daje się notować. Zaburzenia w przewodzie pokarmowym powodują znaczny spadek ciśnienia, czasem z 8 na 5 mm. Hg. Wyniszczeniu towarzyszy zawsze ciśnienie poniżej normy, w cięższych przypadkach nie można go nawet mierzyć. Gruźlica płuc powoduje nieznaczne obniżenie ciśnienia, w innych chorobach, jak w zapaleniu płuc, opłucnej, oskrzeli, gruczołów przyoskrzelowych ciśnienie pozostaje normalne. Liczba uderzeń serca wynosi przy urodzeniu 150 na min., w kilka godzin potem 100, lecz następnego dnia wraca do 150. Odtąd powoli obniża się, w 4 mies. wynosi 100, później 95. Krzyk przyspiesza tętno do 120, sen zwalnia je. Badania nad układem nerwowym serca i naczyń przeprowadzono przeważnie na zwierzętach, wyłuszczywszy serce lub poszczególne jego części, a zwłaszcza nerwy sercowe kotom i psom. U niemowląt badano tylko działanie adrenaliny i amylnitritu, stwierdzając, że wpływ ich na dzieci do 3 lub 4 miesiąca jest mały.

Cieszyński.

Ludwik F. Meyer. **Samoistne obrzęki u osesków.** (Ergebnisse d. inn. Medizin u. Kinderheilkunde T. 17 1919).

Samoistne obrzęki u osesków mogą powstawać z jednej strony wskutek wpływu odżywiania, a z drugiej—w zależności od pewnych stanów ustroju dziecięcego. Oba te czynniki współdziałają zwykle w powstawaniu obrzęków, mogą jednak powodować je również samodzielnie.

Co się tyczy wpływu odżywiania, to obrzęki u osesków powstają wskutek podawania soli lub wodanu węgla.

Sól nieraz już w minimalnych dawkach (0,2—na kg. wagi) wywołać może obrzęki; stoi to w sprzeczności z wynikami doświadczeń u starszych dzieci i u dorosłych, u których nawet większa ilość soli nie powoduje obrzęków, o ile tylko układ krwionośny jest nie naruszony. Niezbędnym warunkiem powstania obrzęków po spożyciu soli u osesków jest jednoczesne dostarczenie ustrojowi dostatecznej ilości wody; warunek ten jest zwykle spełniony, jeżeli chodzi o oseski, gdyż ustroje młode są już normalnie znacznie więcej rozwodnione od dorosłych. Z wszystkich soli największy wpływ wywierają pod tym względem sole sodu, zmieniające, jak się zdaje, zdolność wiązania wody przez koloidy tkanek, pozatem ustroj nie jest w stanie złożyć tych soli w swych tkankach w postaci nieczynnej tak, jak to czyni z wapniem i potasem, nie powodującymi obrzęków.

Obrzęki po spożyciu wodanów węgla nie powstają i nie ustępują też tak szybko, jak obrzęki po solach; dalszą różnicę stanowi fakt, że wodany węgla wywołują obrzęki tylko przy jednoczesnym podawaniu innych środków odżywczych (białko, tłuszcz); otrzymuje się wrażenie, że ma tu miejsce tworzenie nowej protoplazmy. Wręcz przeciwny wpływ od soli sodu i wodanu węgla wywołują sole wapnia i tłuszczu.

Ustrój oseska może znajdować się w stanie, warunkującym powstawanie samoistnych obrzęków, zupełnie niezależnie od rodzaju pożywienia; zaliczamy tutaj stany głodzenia, zakażenia, ciężkie postaci niedokrwistości, tężyczkę i, prawdopodobnie, skazę wysiękową.

Obrzęk jawny poprzedzany bywa przez okres obrzęku utajonego; w obu tych okresach stwierdzamy w ustroju zwiększoną ilość wody, związanej z solami lub koloidami wewnątrz komórek; natomiast zwiększoną ilość wody w przestrzeniach międzykomórkowych spotykamy tylko w obrzękach jawnych.

Nie jest zupełnie ustalone, czy dwa te okresy różnią się od siebie tylko ilością wody, zatrzymanej w ustroju, czy też do powstawania obrzęków jawnych konieczne są jeszcze dalsze zmiany ustroju, niż te, które powodują wystąpienie obrzęku utajonego; pedjatrzy są na ogół wyrazicielami poglądu pierwszego.

Obrzęki samoistne u osesków powstają przy zupełnie prawidłowej czynności nerek i układu krwionośnego; zależą one od

zmian, zachodzących w samych komórkach ustroju (stan koloidalny komórek, wpływy gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym).

Sposób leczenia samoistnych obrzęków, powstałych wskutek błędów odżywiania, polega na usunięciu tych szkodliwości. Należy zwracać uwagę, by odwodnienie ustroju nie przeprowadzać zbyt szybko.

K. Jonscher.

E. A s c h e n h e i m. **Nadpobudliwość w wieku dziecięcym z szczególnem uwzględnieniem dziecięcej tężyczki (patologiczna skaza kurczowa).** (Ergebnisse d. inn. Med. u Kinderhkl. T. 17, 1919).

Sprawa istnienia fizjologicznej skazy skurczowej wieku niemowlęcego nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta; za tem przemawiają znane przeciążenie ośrodków nerwowych w pierwszych dwóch latach życia, szybki wzrost i dalsze wykończenie budowy mózgu, oraz zachodzące w nim zmiany chemizmu, (zmniejszenie ilości wapnia i fosforu).

Tężyczka u zwierząt po usunięciu gruczołów przytarczycznych, tężyczka wieku dziecięcego i tężyczka u dorosłych stanowią jedną chorobową, przebiegającą tylko z pewnemi odmianami: w wieku dziecięcym przeważają objawy podrażnienia mózgu (drgawki i skurez głośni), u dorosłych — podrażnienie nerwów obwodowych.

W wieku dziecięcym tężyczka występuje najczęściej od 4-ego miesiąca do 3-ech lat, rzadziej u dzieci młodszych; nie jest ustalone, czy zdarza się u noworodków.

T ę ż y c z k a u t a j o n a:

a) wzmószona pobudliwość elektryczna; objawu tego można nie stwierdzać czasowo lub stale w przypadkach tężyczki; stopień nadpobudliwości nie odpowiada nasileniu objawów chorobnych.

b) nadpobudliwość mechaniczna: wartość rozpoznawcza tego objawu jest oceniana bardzo różnorodnie; od poglądów, że jest to objaw charakterystyczny wyłącznie dla tężyczki — do poglądu, że jest to tylko banalny objaw dziecięcej neuropatii, mamy cały szereg poglądów pośrednich. **G ö t t** znalazł objaw **C h w o s t k a** w 65% przypadkach błonicy.

Objawy **C h w o s t k a** i **L u s t a** (pobudliwość mechaniczna nerwu strzałkowego) są znamienne dla tężyczki wieku niemowlęcego; u dzieci starszych mają wartość tylko w związku z innymi objawami.

c) do mniej znanych objawów należy objaw **M a s ł o w a**: zatrzymanie oddechu (w pozycji wdechowej lub wydechowej) wskutek psychicznych lub dotykowych podrażnień.

T ę ż y c z k a j a w n a. Ostatnio zwrócono uwagę na zachowanie się wegetacyjnego układu nerwowego: podrażnienie nerwu błędnego, powodujące czasami śmierć (związek tężyczki ze skazą limfa-

tyczną), pobudliwość nerwów naczynioruchowych, skurecz oskrzeli, podrażnienie żołądka i kiszek (wymioty) i t. d.

Do najważniejszych zaburzeń odżywczych zaliczamy zaćmę warstwową i zmiany na zębach.

Badanie przemiany materji zdaje się wskazywać na istnienie wzmożonej kwasowości oraz na znaczne zaburzenie w przemianie związków mineralnych, wyrażające się w zmniejszeniu ilości wapnia w ustroju w stosunku do ilości sodu i potasu.

Ze zmian patologicznych ośrodkowego układu nerwowego stwierdza się przekrwienie i obrzęk.

W gruczołach przytarczycznych stwierdzamy krwawienie i złoży barwnika w większości przypadków tężyczki. Ponieważ krwawienia te zdarzają się również czasami i w innych postaciach chorobnych, nie można ich uważać za bezwzględnie charakterystyczne dla tężyczki. Tężyczka zdarza się bardzo często jednocześnie z krzywicią; obie te postaci chorobne mają wiele wspólnych warunków powstawania, nie są jednak ze sobą związane przyczynowo.

Poglądy na wpływ odżywiania w powstawaniu tężyczki są podzielone; pewnem jest tylko to, że mleko krowie przyczynia się do wywołania tężyczki nie we wszystkich przypadkach.

Na zasadzie całego dotychczasowego materiału należy tężyczkę uznać za wyraz zaburzenia w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym, z przewagą zmian bądź anatomicznych, bądź czynnościowych w gruczołach przytarczycznych, oprócz tego w grasicy, nadnerczach i jajnikach.

W wielu wypadkach daje się stwierdzić dziedziczność. Przy ocenianiu rokowania w tężyczce należy ustalić jej stosunek do padaczki. Istnieje mianowicie pewien związek pomiędzy temi stanami. Przy odpowiednim usposobieniu tężyczka może wywoływać padaczkę, lub odwrotnie, oraz jedne i te same warunki zewnętrzne mogą wywołać jednocześnie oba stany chorobne.

W leczeniu za najważniejsze czynniki uważamy: mleko kobiece, słońce, światło i powietrze. Dieta herbaciana i mączna daje dobre wyniki w większości przypadków; zamiast usunięcia mleka można ograniczyć się do podawania mniejszej ilości serwatki. Chlorek wapnia w dużych dawkach jest lekarstwem swoistem dla tężyczki. Należy podawać do 6-iu gramów CaCl_2 lub 25—30 gr. Ca.act. dziennie, najlepiej w połączeniu z fosforem i tranem rybim. Związki wapnia należy podawać niekiedy w ciągu kilku miesięcy. Próby leczenia za pomocą wyciągu z gruczołów przytarczycznych nie dały wyników dodatnich.

Leczenie objawowe polega nadal na podawaniu 0,5—1,0 gr. wodnika chloralu oraz w ostatnich czasach na stosowaniu przekłucia lędźwiowego, używanego ze względu na istniejące często objawy wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

P. K a r g e r. W sprawie krzywicy mózgowej. (Monatsschr. f. Kinderhkl. 1920 N. 1).

Od dawna wiadano, że krzywica daje nie tylko objawy kostne, lecz ograniczano się tylko do notowania złego nastroju dzieci krzywicznych. Autor zwraca uwagę na dwa typy: dziecko leży bierne, nie chwyta nic, a badanie cielesne wykazuje tylko małe paciorki na żebrach i normalne ciemiączko, typ drugi — ciemiączko „bezbieżne“, klatka piersiowa zniekształcona, liczne złamania kości, nawet czasem jeszcze niezagojone, a mimo to dziecko siedzi, bawi się zaczyna mówić. Pierwszy typ to krzywica mózgowa, drugi — głównie obwodowa. Zajęcia mózgu w krzywicy dowodzi również jego nadmierne wielkość. Dalszym dowodem jest fakt, że do chłodzenia oprócz mechanicznego czynnika nóg z kośćmi i mięśniami, konieczny jest czynnik nerwowy dla opanowania i wyćwiczenia tego aparatu. Dziecko normalne uczy się używać swego aparatu ruchowego w miarę rozwoju zainteresowania dla otaczających je przedmiotów. Dziecko krzywice ma rozwój umysłowy zahamowany, wykazuje bierność; klocka położonego na głowie nie zrzuci samo i po godzinie, nie ma chęci podejścia do przedmiotów nęcących, nóżek swoich nie używa również wtedy, gdy krzywica ogranicza się do żeber i rąk, a kości nóg pozostawia nietknięte. Tłumaczenie tego objawu słabością mięśni jest bezpodstawne, gdyż znane jest silne przyciąganie nóg przy podnoszeniu dziecka. Ze zmiany kostne są dla niechodzenia przyczyną drugorzędną, dowodzą doświadczenia, w których po zupełnym wyleczeniu ich za pomocą lampy rtęciowo-kwarcowej podług H u l d s c h i n s k i e g o dzieci jednak długo nie chodziły, prędzej natomiast chodziły te, które wskutek krzywicy zdolność chodzenia utraciły a przypomniały ją sobie po wyleczeniu.

Jako objaw zajęcia mózgu w krzywicy służą również zaburzenia smaku dzieci krzywicznych, które bez skrzywienia się biorą cuchnący tran, chlorek wapnia i nawet chininę; dalej fakt, że psychjatrja już dawno umieściła krzywicę, jako jeden z ważnych powodów niedorozwoju umysłowego. Poty dzieci krzywicznych są, według autora, pochodzenia centralnego i służą jako objaw zaburzeń w układzie nerwowym. Wreszcie, zły nastrój, w jakim się dzieci krzywice po części znajdują, nie pochodzi z nadmiernej wrażliwości kości, gdyż przy dostatecznym odwróceniu uwagi, autor nie stwierdził bolesności zmian kostnych. Przy takim poglądzie na krzywicę mózgową łatwiej można wytłumaczyć związek pomiędzy krzywicą a kurczem głośni i drgawkami, polegający podług K a s s o w i t z a na przekrwieniu kości głowy i zarazem kory mózgowej.

Na pytanie, czy zniekształcenia krzywice są skutkiem przeciążenia i czy wobec tego kończyny krzywice wymagają oszczędzania ich, autor odpowiada przecząco. Wszak dzieci, które nigdy nie stanęły na nóżkach, mają je często skrzywione, jak również rączki, na których się nie opierają. Drozowskizem dla wytłumaczenia tego objawu jest zniekształcenie klatki piersiowej wskutek silnego działania mięśni przepony na ściany w zachorzeniach płuc. W ten sam

sposób powstają nogi szpotawe wskutek jednostronnego działania mięśni na miękkie kości przy podnoszeniu dziecka i ręce krzywe na skutek jednostronnie intensywniejszego unerwienia mięśni. Z tego wynika, że trzeba dzieci krzywicze jaknajprędzej uczyć chodzić, aby z jednej strony zapobiec opadowym, przykręgowym zapaleniom płuc, a z drugiej strony ożywić umysł dziecka przez rozszerzenie jego koła zainteresowań, co w wielkiej mierze jest zadaniem pielęgniarki. Naturalnie, przystąpić do tego można po zupełnem wyleczeniu złamań i konsolidacji szkieletu za pomocą lekarstw, diety i słońca.

Cieszyński.

A p e r t i C a m b e s s é d é s. Wrodzone znaczne zmiany kości połączone z krzywicą. (Archiv. de méd. des enfants XXIII, Nr. 5. Mai 1920).

Poza achondroplazją P a r r o t a, dysplazją P o r a k a i D u r a n t e'a istnieje według M a r f a n a niewątpliwie prawdziwa krzywica wrodzona. Autorowie ogłaszają przypadek 10-letniej dziewczynki, która od urodzenia ma wybitne zniekształcenia wszystkich kości (czaszki, klatki piersiowej, miednicy i kończyn). Pewne znamiona przypominają zmięknienie kości, dyschondroplazję O l l i e r a lub plastyczne zniekształcenia wewnątrzmaciczne. Ponieważ ojciec dziecka ma również zniekształcenia kości i nie był zarażony kiłą, a dziecko urodziło się zawczasie wśród nadmiaru wody płodowej, charakter przyrodzonych zniekształceń jest zupełnie osobliwy i nie daje się podciągnąć pod żaden schemat znanych dotychczas obrazów. Dlatego też autorzy dali przypadkowi temu nazwę ogólną, nie przesądzając charakteru tych zniekształceń kości. Nie rozstrzygają również, czy istnieje jakiś związek pomiędzy zmianami kostnymi dziecka i ojca oraz zimnicą, którą przechodził ojciec w czasie płodzenia dziecka.

Cieszyński.

A. Czerny i H. Eliasberg. Leczenie charłactwa dzieci gruźliczych za pomocą ciał białkowych. (Monatsschr. f. Kinderhik. Nr. 1, 1920).

Niesłuszna jest bezczynność lecznicza w ciężkich przypadkach gruźlicy, gdyż niekiedy występuje poprawa nawet u zupełnie beznadziejnych chorych.

Autorowie leczyli przypadki charłactwa w gruźlicy za pomocą zastrzykiwania surowicy końskiej w ilości 10 ctm³ 2 razy tygodniowo, przechodząc potem do zastrzyków codziennych 1/2 do 2 ctm³ w ogólnej ilości 100 zastrzyków. Z 26 leczonych w ten sposób bardzo ciężkich przypadków gruźlicy zmarło 9, 7 pozostało bez poprawy wzgl. przerwało leczenie, a w 12 przypadkach nastąpiła wyraźna poprawa: słaby odczyn tuberkulinowy u tych chorych był znacznie wyraźniejszy po leczeniu, gorączka obniżała się. Wyniki te upoważniają zdaniem autorów do dalszych prób w tym kierunku.

Cieszyński.

Sprawy Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego 1918 — 1920.

Twórcą Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego był Dr. L u d w i k A n d e r s, współredaktor „Przeglądu Pedjatrycznego“ i długoletni dyrektor Domu Wychowawczego im. Ks. B o d u e n a.

D n i a 27 L u t e g o 1918 r o k u odbyło się organizacyjne posiedzenie Towarzystwa, na którym A n d e r s streścił **historję założenia Polskiego Towarzystwa Pedrjatrycznego:**

„Sięgając niezbyt daleko w przeszłość, przypomnieć należy, iż niezapomniany nasz Kolega, ś, p. J ó z e f B r u d z i ń s k i utworzył w r. 1909 w Łodzi przy tamtejszem Towarzystwie Lekarskiem sekcję pedjatryczną, która była pierwszą u nas próbą zespolenia się lekarzy pedjatrów dla omawiania spraw, dotyczących ich specjalności. W r. 1910 za inicjatywą tegoż B r u d z i ń s k i e g o, popartą przez kilku innych kolegów, na podstawie porozumienia się z Zarządem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, powstała przy niem sekcja pedjatryczna, która, gwoli wymogom ustawy, nosiła miano „posiedzeń pedjatrów przy Tow. Lek. Warszawskiem”. Posiedzenia zainaugurowane 29 stycznia r. 1910, odbywały się w ciągu lat czterech; posiedzeń odbyło się czterdzieści trzy. Cieszyły się one dość liczną frekwencją i dopiero wojna położyła im kres.

„Stosunek nasz do Tow. Lekarskiego był ze wszech miar sympatyczny, w rozmiarach inności korzystaliśmy ze wszelkiej pomocy, za co pozwalam sobie wyrazić władzom Towarzystwa, a szczególnie jego sekretarzowi sta-

łemu nasze serdeczne podziękowanie. Wszelako rzecz miała i strony ujemne. Przedewszystkiem członkami sekcji mogli być tylko członkowie Towarzystwa, oni też mogli jedynie korzystać z praw wybierania przewodniczącego sekcji, jego pomocnika i sekretarza, oraz piastowania tych godności. Liczni inni koledzy traktowani byli jako goście i z praw członków Towarzystwa korzystać nie mogli. Powstawały dzięki temu na zebraniach ogólnych sytuacje trudne, często nawet nieprzyjemne.

„Działalność sekcji z natury rzeczy musiała być ograniczona li tylko do prac o podkładzie naukowo-lekarskim, wszelaka inna — szersza, wykraczająca poza ustawę i regulaminy Towarzystwa Lekarskiego, musiała być z natury rzeczy zaniechana, nie mogła liczyć na samodzielność, musiała bowiem podporządkować się obowiązującym przepisom i zwierzchnictwu Zarządu Towarzystwa.

„Dla tego też po namyśle postanowiłem naszkicować projekt ustawy Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego jako instytucji samodzielnej, powołać się mającej dla zadość uczynienia poglądom lekarza pedjaty w zakresie o wiele szerszym, niż na to pozwalały ramy posiedzeń sekcyjnych. Zamiar mój znalazł posłuch wśród grona kolegów, których zdołałem zainteresować memi zamierzeniami i oto przy ich pomocy, po odbyciu kilku zebrań dyskusyjnych, omówieniu ustawy z prawnikiem, gotową już rzecz w grudniu 1916 r. złożył ś. p. B r u d z i ń s k i władzom okupacyjnym do zatwierdzenia. Ustawę w charakterze członków założycieli podpisali: L u d w i k A n d e r s, J ó z e f B r u d z i ń s k i, B o h d a n K o r y b u t - D a s z k i e w i c z, T a d e u s z K o p e ć, J u l j a n K r a m s z t y k, W ł a d y s ł a w S z e n a j c h i K a z i m i e r z Z i e l i ń s k i. Dnia 19 marca 1917 roku ustawa została zatwierdzona.

„Mielśmy jeszcze w roku zeszłym (1917) od lipca rozpoczynając nasze czynności, stanęły jednakże na przeszkodzie różne przeciwności, wobec czego dopiero teraz po wspólnem porozumieniu się współzałożycieli przystępujemy w imię Boże i na chwałę Ojczyzny do pracy zbożnej. Niestety, nie wszyscy z nas doczekali tej chwili, ubył bowiem z grona naszego szermierz pierwszorzędny, który przygotowaniem swem i pomocą czynną mógł być dla nas wielce pomocnym,

zmarł dnia 18 grudnia 1917 r. ś. p. Józef Brudziński, którego pamięć uczcijmy nie tylko w sposób ogólnie przyjęty przez powstanie z miejsc, lecz równocześnie ślubując pracę ku pożytkowi nauki polskiej. Niechaj to nasze Towarzystwo będzie zaczątkiem zrzeszenia się pedjatrów polskich ze wszystkich dzielnic Polski, początkiem zgrupowania, o którym wspomniał Brudziński na posiedzeniu inauguracyjnym w dniu 20 stycznia 1910 r.

„Losy Towarzystwa oddajemy w Wasze ręce, Drodzy Koledzy, niechaj Wasza praca da wyniki jaknajlepsze ku chwale imienia Polskiego”.

Tem wezwaniem do pracy zakończył Anders swe wstępne przemówienie.

Następnie Władysław Szenajch przedstawił na tle „Ustawy” **zadania i ustrój Towarzystwa.**

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne ma na celu:

a) podniesienie poziomu oraz rozwój nauki o chorobach dzieci, zarówno w sferze czysto naukowej, jak i w kierunku praktycznym,

b) podejmowanie prac z zakresu higieny wieku dziecięcego (współdziałanie prawidłowemu rozwojowi fizycznemu, ograniczenie chorobowości, zwalczanie śmiertelności i t. p.),

c) wytworzenie ściślejszej łączności między lekarzami pedjatrąmi w ich sprawach zawodowych.

Dla osiągnięcia tych zamiarów P. T. P.:

a) posiada lokal na pomieszczenie: kancelarji, sali posiedzeń, biblioteki, pracowni oraz zbioru przedmiotów, mających związek z zadaniami towarzystwa,

b) urządza posiedzenia naukowe z pokazami chorych, preparatów, rysunków i t. p.,

c) tworzy kursy, wykłady, zajęcia praktyczne z zakresu pedjatrji zarówno dla członków, jako też dla innych lekarzy i publiczności,

d) organizuje wykłady publiczne o charakterze popularnym dla zaznajamiania szerszych warstw publiczności z tematami, będącymi w ścisłym związku z zadaniami Towarzystwa,

e) pomaga przy podejmowaniu prac specjalnych i przy ogłaszaniu drukiem ich wyników,

f) powołuje z łona Towarzystwa Komisje w celu opracowania będących na czasie zagadnień z dziedziny zadań Towarzystwa,

g) ogłasza konkursy na opracowanie danych tematów, uznanych za doniosłe przez Towarzystwo,

h) nagradza prace z zakresu działalności Towarzystwa, pojawiające się w prasie w postaci dzieł lub artykułów,

i) wydaje organ własny, dzieła, broszury i t. p. zarówno z dziedziny nauki ścisłej, jak i popularyzacji zadań Towarzystwa,

j) organizuje zjazdy, jako też wysyła delegatów na zjazdy lub też dla badania zagadnień z zakresu działalności Towarzystwa, w tym celu ustanawia stypendja,

k) urządza wystawy, pokazy publiczne i t. p.,

l) zakłada różne instytucje, mające związek z celami Towarzystwa.

Towarzystwo jest władne nabywać i zbywać nieruchomości wszelkimi sposobami, w prawie przewidzianemi, zawierać umowy, zaciągać zobowiązania, stawać w sprawach sądowych i wogóle korzystać ze wszystkich atrybucji, jakie mu służą, jako osobie prawnej.

Władze okupacyjne ograniczyły działalność Towarzystwa do Warszawy i jej okolic, obecnie po uczynionych zmianach w ustawie działalność Towarzystwa obejmuje cały obszar Państwa Polskiego. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne może tworzyć swoje oddziały, które działają na podstawie regulaminu, przyjętego przez ogólne zebranie członków czynnych.

Towarzystwo składa się z członków założycieli, członków czynnych, popierających, korespondentów, dożywotnich i honorowych płci obojej.

Członkami czynnymi mogą być wszyscy lekarze polacy pedjatrzy, o tym ich charakterze decyduje komisja wyborcza. Członkowie czynni, zamieszkali poza obrębem Warszawy, zaliczają się w poczet członków korespondentów; członkowie korespondenci, którzy wybierają na miejsce stałego pobytu Warszawę lub miejscowość posiadającą Oddział T-wa,

przechodzą bez nowego wyboru w poczet członków czynnych.

Członkami popierającymi mogą być lekarze polacy, interesujący się pedjatrją, jak również i inne osoby, chcące popierać zadania Towarzystwa. Członkowie popierający, zamieszkali poza obrębem Warszawy, zaliczają się w poczet członków korespondentów popierających; członkowie korespondenci popierający, którzy wybierają na miejsce stałego pobytu Warszawę lub miejscowość posiadającą Oddział T-wa, przechodzą bez nowego wyboru w poczet członków popierających.

Członkiem dożywotnim może być każda osoba, która złożyła na cele Towarzystwa kwotę nie mniejszą, niż marek trzy tysiące.

Członkiem honorowym może być każda osoba bez względu na jej narodowość, która dla celów, będących zadaniem Towarzystwa, położyła wybitne zasługi.

Członków Pol. Tow. Ped. przyjmuje komisja wyborcza, złożona z czterech członków czynnych, wybranych przez doroczne zebranie ogólne tychże na rok jeden, i prezesa Towarzystwa jako przewodniczącego.

Członkowie czynni opłacają składkę roczną w kwocie marek dwustu, popierający — marek stu. Od składki wolni są członkowie honorowi i dożywotni.

Zarząd sprawami T-wa należy do zarządu, zebrań ogólnych członków czynnych, oraz walnych wszystkich członków Towarzystwa. Zarząd składa się z dziesięciu członków. Wybór członków zarządu odbywa się na ogólnem dorocznem zebraniu członków czynnych na lat trzy, drogą głosowania tajnego, absolutną większością głosów. Sekretarz stały wybierany jest na czas nieograniczony. Zarząd wybiera z pośród siebie prezesa, wiceprezesa, sekretarza, skarbnika i bibliotekarza.

Zebrań ogólnych bywają: członków czynnych i walne t. j. wszystkich członków Towarzystwa. Walne zebranie doroczne wszystkich członków odbywa się w lutym dla przedstawienia i zatwierdzenia sprawozdań za rok ubiegły, wysłuchania i zatwierdzenia wniosków komisji rewizyj-

nej, budżetu na rok bieżący, wyborów do komisji rewizyjnej i innych. Ogólne zebranie doroczne członków czynnych odbywa się we dwa tygodnie po zebraniu walnem w celu wykonania wyborów członków zarządu i komisji wyborczej, względnie decydowania w sprawie zmian w ustawie.

Posiedzenia naukowe bywają: zwyczajne i kliniczne. Pierwsze, przeznaczone dla ogółu członków, poruszają tematy ogólniejsze z dziedziny biologji dziecka, opieki nad dziećmi i młodzieżą, higjeny szkolnej; drugie — kliniczne, przeznaczone dla lekarzy, poruszają tematy z dziedziny patologji wieku dziecięcego.

Tak w chwili obecnej przedstawia się ustrój Towarzystwa i jego zadania.

Na tymże posiedzeniu w dniu 27 lutego 1918 r. został wybrany pierwszy skład zarządu i komisji wyborczej i **Towarzystwo rozpoczęło swą działalność.**

Pierwsze posiedzenie odbyło się dnia 6 Marca 1918 r.

Pierwsze posiedzenie naukowe kliniczne odbyło się dnia 27 Marca 1918 r., na którym Karol Jonscher miał odczyt na temat: „O występowaniu ponownem zlepników we krwi”, a Władysław Szennajch przedstawił „Schemat do badania klinicznego ustroju dziecięcego”.

Pierwsze posiedzenie naukowe zwyczajne odbyło się dnia 10 kwietnia 1918, na którym Z. Anders zaznajomił zebranych z „celami Towarzystwa”, a W. Szennajch mówił: „O organizacji i prowadzeniu stacji opieki nad dziećmi”.

W ciągu ubiegłych trzech lat od 1918 do 1920 odbyło się dorocznych walnych zebrań członków czynnych 2 i zebrań nadzwyczajnych 3. Zebrania te były poświęcone sprawom organizacyjnym Towarzystwa, sprawozdaniom z działalności Towarzystwa pod względem naukowym i finansowym oraz wyborom członków zarządu, komisji wyborczej i komisji rewizyjnej.

Komisja rewizyjna, wybrana na zebraniu walnem w dniu 12 lutego 1919 r. w osobach D-ra E. Dietla, p. M. Mauersbergerowej i D-ra Śmiechowskiego, była w tymże składzie powołana w r. 1920.

Komisja wyborcza, wybrana na zebraniu organizacyjnym w dniu 27 lutego 1918 r. w osobach: D-rki J. Celichowskiej, D-ra T. Kurelli, D-ra St. Łyskawiańskiego i D-ra Z. Zembrzuskiego, była wskutek powtórnych wyborów czynna w tymże składzie przez ubiegłe trzy lata, z wyjątkiem T. Kurelli, na którego miejsce w r. 1920 został wybrany D-r A. Koral.

Zadaniem komisji było przyjmowanie nowych członków. Liczba członków Towarzystwa stale zwiększa się: w dniu otwarcia przystąpiło do Towarzystwa 23 członków, obecnie zaś w dniu 1 stycznia 1921 r. Towarzystwo liczy 105 członków, w tej liczbie członków czynnych — 67, członków popierających — 35 i członków dożywotnich — 3.

Pierwszy skład zarządu w r. 1918 był następujący: Prezes — Z. Anders, Wiceprezes — J. Kramsztyk, Sekretarz — M. Erlichówna, Skarbnik — K. Jonscher, Członkowie zarządu: B. Korybut-Daszkievicz, T. Kopeć, Wł. Rodys, Wł. Szenajch i K. Zieliński.

W r. 1919 wobec powtórnego wyboru członków wybalotowanych skład zarządu nie uległ zmianie.

Dnia 11 stycznia 1920 r. zmarł ś. p. Dr. Ludwik Anders, inicjator Towarzystwa i pierwszy jego prezes. Dnia 14 stycznia 1920 r. na uroczystym posiedzeniu naukowym Towarzystwa po przemówieniach D-rów J. Kramsztyka i B. Korybut-Daszkievicza, którzy podnieśli wybitne zasługi zmarłego dla polskiej pedjatrji wogóle, a dla Towarzystwa Pedjatrycznego w szczególności, licznie zebrani członkowie uczcili pamięć zmarłego. Na cmentarzu pożegnał w imieniu Towarzystwa zmarłego Prezesa Wł. Szenajch. Ś. p. L. Anders zapisał w testamencie Towarzystwu swą bibliotekę dzieł pedjatrycznych i uczynił legat na rzecz Towarzystwa. Wobec śmierci pierwszego prezesa i powołania do służby czynnej w armji skarbnika wybrano dwóch nowych członków i zarząd na rok 1920 ukonstytuował się w sposób następujący: Prezes — Wł. Szenajch, Wiceprezes — J. Kramsztyk, Sekretarz — M. Erlichówna,

Skarbnik—T. Kurella, Bibliotekarz — R. Stankiewicz, Członkowie: B. Korybut-Daszkiewicz, T. Kopeć, Wł. Rodys, K. Zieliński.

Posiedzeń zarządu było: w r. 1918 — 12, w r. 1919 — 13, w r. 1920 — 14, razem w ciągu trzech lat—39.

Na posiedzeniach zarządu załatwiano sprawy bieżące, dotyczące rozwoju T-wa, jego stanu materialnego, układano porządek dzienny i omawiano i przygotowywano tematy na posiedzenia kliniczne i zwyczajne. Prócz tego Zarząd niejednokrotnie występował na zewnątrz w sprawach z zakresu działalności Towarzystwa.

W r. 1918 zarząd wystąpił z odpowiednim pismem do władz w sprawie zamknięcia szpitala dziecięcego przy ul. Śliskiej. Delegaci zarządu brali udział w posiedzeniach T-wa wychowania fizycznego, w naradach Stowarzyszenia lekarzy polskich nad honorarjum lekarskim, w zjeździe w sprawie wyludnienia, w zjeździe przedstawicieli instytucji opiekujących się dziećmi. Wobec zjawienia się w prasie codziennej artykułów, opisujących złe warunki w schronisku dla dzieci przy ul. Czerniakowskiej, komisja, wyłoniona z członków Towarzystwa, zwiedziła omawiane schronisko i stwierdziwszy zadowolniający stan prowadzenia i urządzenia schroniska pod względem higieniczno-lekarskim, odpowiedni protokół przesłała do zarządu Rady Głównej Opiekuńczej.

W r. 1919 zarząd Towarzystwa wszedł w kontakt z Państwowym Komitetem Pomocy Dzieciom. Delegat zarządu w osobie Prezesa stale brał udział w posiedzeniach Komitetu.

W r. 1920 zarząd zajął się przedewszystkiem skatalogowaniem biblioteki Towarzystwa, liczącej w chwili obecnej 560 tomów z zakresu patologji, biologji i higieny wieku dziecięcego.

Wobec częstych nieporozumień między lekarzem leczącym i otoczeniem chorego zakaźnego z jednej strony, a lekarzem sanitarnym i jego personelem z drugiej —, zarząd Towarzystwa przy współudziale p. Dyrektora okręgowego urzędu zdrowia D-ra Kl. Łazarowicza, opracował postulaty, dotyczące zawiadomiania o chorobach zakaźnych, umie-

szczania chorych w szpitalu, przewożenia chorych, odkażania, stosunku lekarza sanitarnego do lekarza leczącego. Odpowiedni memorjał został przesłany do okręgowego urzędu zdrowia i do wydziału zdrowia publicznego przy Magistracie m. st. Warszawy.

Dalej zarząd zajął się utworzeniem organu Towarzystwa. W tym celu zarząd wysłał do różnych instytucji, opiekujących się dziećmi, z prośbą o poparcie usiłowań Towarzystwa i, otrzymawszy pomoc w wysokości przeszło 130 tysięcy marek, w tym od Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom 100 tysięcy marek, przystąpił do zorganizowania redakcji. Na nadzwyczajnem posiedzeniu członków czynnych, odbytem w dniu 16 kwietnia 1920, postanowiono wydawać organ Towarzystwa p. t. „Pedjatrja Polska“ i wybrano Komitet redakcyjny, w którego skład wchodzi: M. Michałowicz i Wł. Szenajch — redaktorzy, T. Kopeć — wydawca, K. Jonscher — sekretarz redakcji; członkowie Komitetu: F. Bujak — z Krakowa, Fr. Groer — ze Lwowa, S. Krysiewicz — z Poznania, T. Mogilnicki i H. Rozenblat-Frenklowa — z Łodzi, W. Jasiński — z Lublina; H. Goldszmit-KorczaK, M. Erlichówna, J. Kramsztyk, St. Łyskawiński i Sz. Starkiewicz — z Warszawy.

Komitet redakcyjny opracował „prospekt pisma“, zebrał odpowiedni materiał naukowy, i, mimo nadzwyczajnych trudności wydawniczych, wydał pierwszy zeszyt „Pedjatrji Polskiej“ w pierwszym kwartale 1921 r.

Dnia 29 marca 1920 r. zarząd postanowił wystąpić do Sejmu Ustawodawczego w sprawie zabezpieczenia praw dziecka w ustawie Konstytucyjnej Rzeczypospolitej Polskiej.

Poniższy memorjał, opracowany przez J. Kramsztyka i W. Szenajcha, przyjęto na posiedzeniu zarządu w dniu 29 kwietnia 1920 r. i uchwalono przesłać do Komisji Konstytucyjnej, Komisji Zdrowia Publicznego, Komisji Ochrony Pracy i do wszystkich klubów sejmowych.

DO
WYSOKIEJ KOMISJI KONSTYTUCYJNEJ
SEJMU USTAWODAWCZEGO.

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne, którego jednym z zadań podstawowych jest badanie pod względem naukowym stanu opieki nad dziećmi w Polsce, doszło do wniosku, że opieka ta zawiera wiele wad zasadniczych, z których najważniejszymi są: brak ciągłości w pracy, chaotyczność, rozdrobnienie i nierównomierność opieki. Braki te wywołane są przez to, że opieka nad dziećmi oparta jest u nas przeważnie na dobroczynności prywatnej, doraźnej.

Dla zorganizowania opieki odpowiedniej, planowej i celowej należy opiekę nad dziećmi zaliczyć do zadań obowiązkowych społeczeństwa samorządowego w Państwie Polskiem.

Z powyższych wychodząc założeń Polskie Towarzystwo Pedjatryczne pozwala sobie zwrócić uwagę Wysokiej Komisji Konstytucyjnej, aby opiekę nad dziećmi zechciała zagwarantować ustawą konstytucyjną, na następujących opartą zasadach.

Prawa dziecka.

Każde dziecko, jako istota żyjąca, która bez obcej pomocy życia swego zachować nie jest w stanie, wymaga opieki społecznej i ma do niej prawo. Państwo Polskie prawem zabezpiecza obowiązkowo każdemu dziecku opiekę, warunkującą normalny rozwój, zarówno fizyczny, jak moralny i umysłowy.

Dzieci, pozbawione jednego lub obojga rodziców: sieroty i półsieroty, dzieci, ktorými rodzice nie chcą należycie się opiekować, dzieci moralnie lub cielesnie zaniedbane, dzieci krzywdzone, wyzyskiwane, dzieci porzucone „niczyje“, dzieci występne, dzieci, ktorým rodzice ze względów moralnych lub materialnych należytej opieki zapewnić nie mogą, szczególnie dzieci i młodzież w szkole, we wszelkich zakładach wychowawczych, w warsztacie i fabryce, dzieci matek pracujących po za domem, upośledzone pod względem fizycznym, dzieci niedorozwinięte, kaleki, dzieci chore winny być w Polsce opieką społeczną otoczone. Ze względu, że rozwój dziecka, wydłużający się we wzroście, postępuje stale od niemowlęctwa aż do pełnoletności, to i opieka nad dzieckiem winna być stała, ciągła bez przerwy, począwszy od niemowlęctwa aż do wieku pozaszkolnego.

Główną opiekunką dziecka jest jego matka, a opieka jej jest tem niezbędniejsza, im dziecko jest młodsze; w niemowlęctwie pokarm matki nigdy w zupełności czem innym zastąpić się nie daje.

Dla zdrowia dziecka należy się starać o zabezpieczenie zdrowia matki i otoczyć ochroną macierzyństwo.

Każda matka w Państwie Polskiem ze względu na dobro dziecka i dobro państwa, uwarunkowane przyrostem naturalnym ludności zdrowej, ma prawo do opieki społecznej.

Dziecko jest ogólnem dobrem narodu, jest jego przyszłością, a otoczyć opieką dziecko winien zarówno Rząd, jak i społeczeństwo samorządne—w Polsce nie będzie sierot, nawet te dzieci, od których matki odeszły, znajdują matkę opiekunkę w Ojczyźnie.

Na 100-em posiedzeniu Komisji Konstytucyjnej w dniu 14 maja 1920 r. przewodniczący poseł R a t a j zakomunikował o nadejściu do Komisji pisma Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego w sprawie opieki nad dziećmi. Referat w tej sprawie powierzono posełce B a l i c k i e j.

Na następnem 101 posiedzeniu w dniu 15 maja 1920 r. p. B a l i c k a prosi o umieszczenie n o w e g o artykułu, tyającego się zasadniczej opieki nad dzieckiem. Artykuł ten według mówczyni odpowiada wymogom zgłoszonym do Komisji Konstytucyjnej przez Towarzystwo Pedjatryczne. Po dyskusji, w której brali udział posłowie R a t a j, G r z ę d z i e l s k i, Ks. L u t o s ł a w s k i, K i e r n i k, B a l i c k a, i po zarządzeniu głosowania artykuł ten, jako „artykuł 121 projektu Ustawy Konstytucyjnej, opracowanego przez Komisję Konstytucyjną sejmu ustawodawczego“ otrzymał brzmienie:

„Każde dziecko, pozbawione opieki rodzicielskiej albo zaniedbane pod względem moralnym lub materialnym ma prawo do opieki i pomocy Państwa. Zakres obowiązków Państwa pod tym względem określi osobna ustawa, która też obejmie opiekę nad matką, opieki tej potrzebującą, przed urodzeniem dziecka i w czasie jego niemowlęstwa. Odjęcie rodzicom władzy nad dzieckiem może nastąpić tylko w drodze sądowej“.

Podczas rozpraw nad Konstytucją w dniu 23 listopada 1920 r. na 188 posiedzeniu Sejmu Ustawodawczego poseł P ł o c h a zaproponował nowe brzmienie 121 artykułu, najmniej nie mając zamiaru zmieniać jego treści:

„Dzieci bez dostatecznej opieki rodzicielskiej, zaniedbane pod względem wychowawczym mają prawo do opieki i pomocy Państwa w zakresie oznaczonym ustawą. Odjęcie rodzicom władzy nad dzieckiem może nastąpić tylko w drodze orzeczenia sądowego. Osobna ustawa unormuje opiekę macierzyństwa, jako też ochronę pracy kobiet i dzieci“.

W tem brzmieniu artykuł 121 ustawy konstytucyjnej został przyjęty w drugim czytaniu ustawy na 208 posiedzeniu Sejmu Ustawodawczego w dniu 5 lutego 1921 r. Tym sposobem dzięki inicjatywie Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego z chwilą uchwalenia Konstytucji opieka nad dziećmi w Rzeczypospolitej Polskiej przestanie być darem, który społeczeństwo może dać, lub nie dać, lecz stanie się obowiązkiem, który rząd i społeczeństwo muszą spełnić.

W r. 1920 Towarzystwo wystąpiło również w innej sprawie prawodawczej, a mianowicie w sprawie praw dziecka nieślubnego i jego matki w ustawie o kasach chorych.

Artykuł 33 ustawy o kasach chorych, zabezpieczający pomoc rodzinom ubezpieczonego, miał w opracowanym przez komisję projekcie w skróceniu brzmienie następujące: — członkom rodziny obowiązkowo ubezpieczonego (małżonkowi lub małżonce oraz wstępnym i zstępnym), braciom, siostram i wychowañcom oraz nieślubnym jego dzieciom i ich matkom, a także niezamieszkującym razem z ubezpieczonym, lecz otrzymującym alimenta żonie i dzieciom ubezpieczonego — kasa udziela:

- a) bezpłatnej pomocy lekarskiej i lekarstw w ciągu najwyżej 13 tygodni;
- b) pomocy położniczej przed, w czasie i po położu;
- c) karmiącym — połowy zasiłku, określonego w art 30 (zasiłek w naturze lub w gotówce w wysokości od 2—5 mk. dziennie) na czas karmienia, nie dłużej jednak, niż w ciągu 12 tygodni od położu;
- d) leczenia w szpitalu najdłużej przez 13 tygodni.

Do omawianego artykułu poseł R u d n i c k i wniósł poprawkę, ażeby po wyrazach: „oraz nieślubnym jego dzieciom“ wykreslić: „i ich matkom“. Poprawka ta w dniu 11 maja 1920 r. na 146 posiedzeniu Sejmu Ustawodawczego, w którym brało udział 307 posłów, została przy drugim czytaniu ustawy odrzucona.

Na następnem posiedzeniu Sejmu w dniu 14 maja 1920 roku poseł ksiądz S y k u l s k i podczas trzeciego czytania ustawy wniósł tę samą poprawkę, aby wykreślić „i ich matkom“, i tym razem poprawka została przyjęta: za wnioskiem posła księdza S y k u l s k i e g o głosowało posłów 108, przeciwko — 92, czyli w głosowaniu brało udział 290 posłów, co stanowi niespełna połowę ogółu — 418 posłów sejmu ustawodawczego.

Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, dowiedziawszy się z pism o powyższym wyniku głosowania, wystąpił w dniu 17 maja 1920 r. do Sejmu z następującem piśmie:

DO

JAŚNIE WIELMOŻNEGO PANA MARSZAŁKA SEJMU, DO PANA
MINISTRA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ, DO WYSOKIEJ
KOMISJI OCHRONY PRACY ORAZ DO WSZYSTKICH KLUBÓW
SEJMOWYCH.

MEMORJAŁ

Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego

w sprawie przywrócenia par. 33 ustawy o kasach chorych pierwotnego brzmienia.

W środę dnia 12/V r. b. odbyło się posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, na którym dr. Władysław Szenajch przedstawił statystykę śmiertelności dzieci. Liczby przytoczone wykazały, że śmiertelność niemowląt ślubnych w Warszawie jest względnie nieduża, gdyż wynosiła w r. 1917—12,2%, w 1918—10,8% w 1919—9,3%. Natomiast śmiertelność dzieci nieślubnych jest wprost przerażająca, gdyż odsetek wynosił:

w r. 1913	— 46,0%
w r. 1914	— 59,2%
w r. 1915	— 79,9%
w r. 1916	— 62,3%
w r. 1917	— 38,7%
w r. 1918	— 41,5%
w r. 1919	— 43,3%

czyli, że ze stu nowonarodzonych dzieci umiera w pierwszym roku życia przeciętnie połowa, a w niektórych latach, ze stu tylko 20 dzieci pozostaje przy życiu.

Przyczyną tej wielkiej śmiertelności dzieci nieślubnych jest brak opieki nad dziećmi i ich matkami. Matki odbywają połóg w nader złych warunkach i wkrótce po połogu zmuszone są powracać do

pracy, dzieci zaś oddawać obcym ludziom „na garnuszek”, pozbawiając je jedyne go zbawczego pożywienia — pokarmu matki.

Zebrani na posiedzeniu podkreślili ważność ubezpieczenia społecznego matek nieślubnych i wobec tego, że w projekcie ustawy o kasach chorych były przewidziane świadczenia dla tych matek, a specjalnie zabezpieczenie pomocy położniczej i zasiłku dla matek karmiących w ciągu 12 tygodni od porodu, zebrani przyszli do wniosku, że w przyszłości wyżej wymienione świadczenia matkom, umożliwiające im wypełnienie obowiązku macierzyństwa, przyczynią się w znacznej mierze do zmniejszenia się tej hańbiącej cywilizowane państwo śmiertelności.

Tak wypowiedziała się we środę nauka polska. W piątek tegoż tygodnia dnia 14 maja Wysoki Sejm Polski przyjmuje poprawkę, dotyczącą skreślenia z § 33 ustawy o kasach chorych po wyrazach: „oraz nieślubnym jego dzieciom” wyrazów: „i ich matkom” tym sposobem pozbawił matki niemowląt nieślubnych wykonania moralnych obowiązków macierzyńskich, odejmując im możliwość odbycia porodu, w normalnych warunkach i karmienia niemowlęcia przynajmniej w ciągu dwunastu tygodni.

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne w imię sumienia naukowego, zwraca uwagę na konieczność zrewidowania w ostatniej chwili tej uchwały i przywrócenia par. 33 o kasach chorych pierwotnego jego brzmienia.

Niestety, wystąpienie Towarzystwa nie mogło już przyczynić się do zmiany ustawy, która na omawianem posiedzeniu została w trzecim czytaniu przyjęta prawie w całości i tylko jeden wniosek, dotyczący ubezpieczenia niestale zatrudnionych, został odesłany do komisji. Na posiedzeniu z dnia 19 maja nie można więc było ze względów formalnych zgłaszać nowych wniosków i artykuł 33 w skazanej postaci został prawem.

Wystąpienie Towarzystwa nie pozostało bez echa, poruszyło ono opinię publiczną, znalazło żywy, sympatyczny oddźwięk w prasie codziennej i w uchwałach innych towarzystw, jak Towarzystwa walki ze zwyrodnieniem rasy, Towarzystwa Medycyny Społecznej, Klubu politycznego kobiet.

Z innych spraw ogólniejszej natury, któremi Towarzystwo zajmowało się w r. 1920, należy jeszcze wymienić dwie sprawy.

Po odczycie T. K o p c i a w dniu 28. IV 1920 r. „o stanie zdrowia dzieci ubogiej ludności m. Warszawy po trzech

latach wojny" (drukowany w pierwszym zeszycie „Pedjatrij Polskiej“ 1921 r.) i po obszernej dyskusji, stwierdzającej wybitną poprawę w chwili obecnej stanu odżywiania dzieci, Towarzystwo wysłało do Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom pismo, wyrażające podziękowanie za pracę Ameryki na polu odżywiania dzieci w Polsce. Pismo to zostało przesłane do p. Herberta Hoovera.

Wogóle należy zaznaczyć, że Towarzystwo Pedjatryczne pozostaje w stałym kontakcie z Departamentem opieki nad dziećmi i młodzieżą Minist. Zdrowia Publ., z P.-A. Komitetem Pomocy Dzieciom i innymi amerykańskimi organizacjami, działającymi na terenie Polski: Prezes Towarzystwa Wł. Szenajch został powołany do Rady Fundacji P.-A. Kom. Pomocy Dzieciom; prezes wraz z sekretarzem M. Erlichówną biorą udział w Komisji porozumiewawczej, wyłonionej przy Departamencie opieki M. Z. P. ze wszystkich instytucji amerykańskich.

W r. 1920 Towarzystwo uczciło 25-letni jubileusz wynalezienia surowicy przeciw błoniczej. Wł. Szenajch w dniu 20 października 1920 r. na posiedzeniu naukowym Towarzystwa miał odczyt p. t. „Dwudziestopięcioletni jubileusz leczenia błonicy surowicą w Warszawie“ (drukowany jako Nr. 1 wydawnictw „Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego“).

Po odczycie uchwalono wysłać do prof. Roux z Paryża następującą depezę:

Prof. Roux –Paryż.

„Po wysłuchaniu odczytu Wł. Szenajcha o śmiertelności z błonicy z powodu 25-lecia leczenia błonicy surowicą w Warszawie, Polskie Towarzystwo Pedjatryczne ma zaszczyt przesłać Szanownemu Panu, jako współtwórcy metody leczenia błonicy surowicą, wyrazy czci i uznania za dokonanie dzieła, które uratowało życie tysiącom dzieci“.

Na powyższe słowa Towarzystwo otrzymało następującą odpowiedź:

„Głęboko wzruszony waszą depeszą przesyłam wyrazy wdzięczności oraz życzenia rozkwitu dla waszego kraju i waszego Towarzystwa“.

Dr. Roux.

Posiedzenia naukowe.

W okresie sprawozdawczym 1918 — 1920 odbyło się 41 posiedzeń naukowych, w tej liczbie 30 klinicznych i 11 zwyczajnych. Odczytów i pokazów było 87; wieczorów dyskusyjnych — 2. Nawet krótkie streszczenie tej wielkiej liczby odczytów zajęłoby tom cały; dla tego też podajemy tylko ich spis, wymieniając nazwisko autora, tytuł odczytu lub pokazu i datę posiedzenia. Od roku 1921 szczegółowe protokoły z posiedzeń naukowych będą ogłaszane w „Pedjatrji Polskiej“, organie naukowym Towarzystwa. Wobec braku własnego lokalu posiedzenia kliniczne odbywały się w Warszawskim szpitalu dla dzieci przy ulicy Kopernika, dzięki uprzejmości lekarza naczelnego szpitala D-ra Wł. R o d y s a; posiedzenia zwyczajne — w sali Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom, łaskawie udzielonej przez dyrektora Fundacji p. M. P a t e ' a.

Higjena i opieka nad dziećmi.

- Fr. C i e s z y ũ s k i. O wpływie wychowania fizycznego na rozwój fizyczny i umysłowy—26. XII. 1920.
- B. K o r y b u t - D a s z k i e w i c z. Najpospolitsze błędy w higjenie dzieci naszych—14. XI. 1918.
- T. G a w l i k o w s k i. O działalności Państwowego komitetu pomocy dzieciom—10. XII. 1919.
O akcji żywienia dzieci w Wiedniu—25. II. 1920.
- H. G o l d s z m i t - K o r c z a k. O organizacji „Domu sierot“—25. V. 1919
- T. K o p e ć. O chorobowości wieku dziecięcego—12. II. 1919.
„ Stan zdrowia dzieci ubogiej ludności Warszawy po trzech latach wojny—28. IV. 1920.
- Br. K r a k o w s k i. O pogotowiach opiekuńczych—14. IV. 1920.
- J. K r a m s z t y k. Opieka nad dziećmi małemi: żłobki i ochrony—9. IV. 1919
- M. M i c h a ł o w i c z. Plan działalności rządu na polu opieki nad dziećmi—14. II. 1920.
- St. R u d z k i. Opieka społeczna nad dziećmi gruźliczemi—23. X. 1918.

- Wł. Sz en a j e h. O organizacji i prowadzeniu stacji opieki nad dziećmi—10. IV. 1918.
 " Opieka państwowa nad dzieckiem i matką—25. IX. 1918.
 " O dotychczasowej działalności Departamentu opieki nad dziećmi i młodzieżą—10. XII. 1919.
 " O wynikach opieki nad dziećmi w Warszawie—12. V. 1920.

Anatomja patologiczna.

- L. A n d e r s. Przypadek potworniaka wątroby—26. IV. 1918.
 Fr. C i e s z y ń s k i. Zapalenie osierdzia i wsierdzia—omówienie przypadku i pokaz preparatu serca—24. IX. 1919.
 " Roponercze—omówienie przypadku i pokaz preparatu—28. IV. 1920.
 " Gruźlica zastawki B a u h i n a—omówienie przypadku i pokaz preparatu—10. XI. 1920.
 " Gruźlica krtani—omówienie przypadku i pokaz preparatu 10. XI. 1920.
 " Ropień płuc w przebiegu czerwonki—omówienie przypadku i pokaz preparatu—10. XI. 1920.
 " *Meningitis typhosa*—omówienie przypadku i pokaz preparatu mózgu—15. XII. 1920.
 K. G r z y w o - D ą b r o w s k i. Przypadek pęknięcia serca u dziecka—26. XI. 1919.
 K. J o n s c h e r. Marskość wątroby—omówienie przypadku i pokaz preparatu—24. IV. 1918.
 " Pseudomyxoma peritonei — omówienie przypadku i pokaz preparatu 24. IV. 1918-
 R. S t a n k i e w i c z. *Meningitis purulenta* w błoniecy—omówienie przypadku i pokaz preparatu—26. VI. 1918.
 " Narządy z przypadku grypy—30. XII. 1918.
 Wł. S z e n a j e h. Ropień przedkręgowy—omówienie przypadku i pokaz preparatu 9. VI. 1920.
 " Preparat krtani z przypadku dławca nieswoistego—10. XI. 1920.

Fizjologia i patologia ogólna.

- K. G r z y w o - D ą b r o w s k i. Dwa przypadki nagłej śmierci wskutek ostrego obrzmienia mózgu—11. VI. 1919.
 " Przypadki nagłej śmierci wskutek ostrego obrzmienia mózgu—26. XI. 1919.
 M. E r l i c h ó w n a. O witaminach—10. XI. 1920.
 K. J o n s c h e r. O występowaniu ponownem zlepeków we krwi—27. III. 1918.
 " O badaniu chemicznem i refraktometrycznem płynów wysiękowych i przesiękowych—26. IV. 1918.

- St. K r a m s z t y k. O podstawowych typach chorobowych wieku dziecięcego—26. II. 1919.
- Wł. S z e n a j c h. Schemat do badania ustroju dziecięcego—27. III. 1918.
- ” O karmieniu niemowląt i ocenie stanu odżywienia podług P i r q n e t a—29. X. 1919.
- ” O menotoksynach—9. VI. 1920.
- St. Z e m b r z u s k i. O zaburzeniach w przebiegu ząbkowania—29. IV. 1918.

Wady wrodzone.

- L. A n d e r s. Przypadek brodawki sutkowej nadliczbowej—pokaz dziecka—14. V. 1919.
- M. E r l i c h ó w n a. Przypadek stopy koślawej wrodzonej—pokaz dziecka—17. XIII. 1919.
- M. E r l i c h ó w n a i L. Z e m b r z u s k i. Przypadek przetoki szyjnej wrodzonej—pokaz dziecka—24. IX. 1919.
- M. K o n o w a. Przypadek wrodzonej wady serca—pokaz dziecka—26. VI. 1918.
- R. S t a n k i e w i c z. Przypadek wrodzonej wady serca—pokaz dziecka—26. VI. 1918.
- L. Z e m b r z u s k i. Przypadek anophthalmus—pokaz—26. IV. 1918.

Choroby ustrojowe i przemiany materji. Zaburzenia wzrostu i rozwoju. Choroby gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Choroby krwi.

- L. A n d e r s. Przypadek akromegalji u dziecka 15-sto miesięcznego—29. V. 1918.
- L. A n d e r s i M. E r l i c h ó w n a. O przypadku ciężkiej niedokrwistości—14. V. 1918.
- L. A n d e r s i St. M u t e r m i l c h. Przypadek białaczki ostrej u dziecka—27. XI. 1917.
- Fr. C i e s z y ń s k i. Przypadek obrzęku śluzowego—pokaz dziecka—11. VI. 1919.
- ” Przypadek obrzęku śluzowego—pokaz dziecka.
- ” Pokaz rodziny z zaburzeniami w czynności tarczycy—26. XI. 1919.
- M. E r l i c h ó w n a. O chorobie Werlhofa—26. III. 1919.
- ” O pewnych właściwościach krwi dziecięcej—11. XII. 1918:
- ” Przypadek ciężkiego miesiączkowania z następczą niedokrwistością, leczoną za pomocą wstrzykiwania krwi ludzkiej—17. XII. 1919.
- ” Preparaty krwi z przypadku ciężkiej niedokrwistości—14. V. 1919.

- M. Erlichówna. Preparaty krwi z przypadku *anaemia pseudo-leucaemica infantum*—26. IV. 1919.
 „ Preparaty krwi z przypadku *anaemia pseudoleucaemica infantum*—14. V. 1919.
 J. Konopnicki. Przypadek *chondrodystrophia foetalis*—pokaz dziecka—25 IX. 1918.
 T. Kopeć. Pokaz przypadku *anaemia pseudoleucaemica infantum*—14. V. 1919.
 D. Nisenson. Pokaz przypadku *anaemia pseudoleucaemica infantum*—26. III. 1919.
 Z. Rozenblumówna. Przypadek *arthritus deformans*—pokaz dziecka—24. III. 1920.
 „ O zmianach kostnych na tle złego odżywiania—24. III. 1919.

Choroby zakaźne.

- Dwa wieczory poświęcone dyskusji nad influencją—30. XII. 1918—3. I. 1919.
 Fr. Cieszyński. *Typhobacillosis* u dzieci—17. XII. 1919.
 „ O rokowaniu w gruźlicy na podstawie refraktometrycznego badania surowicy krwi—29. X. 1920.
 M. Erlichówna. Z kliniki drętwy karku u niemowląt—26. V. 1920.
 Fr. Groer. Dietetyka chorób zakaźnych—3. I. 1919.
 I. Korsakówna. O dławcu w influencji—10. III. 1920.
 „ Złamanie mandryna, jako powikłanie w czasie intubacji, opis przypadku—23. X. 1918.
 M. Likiernik. O leczeniu cierpień zołzowatych oczu za pomocą tuberkuliny—28 I. 1920.
 F. Przemyski. O stosowaniu surowie swoistych w różnych typach meningokoków—26. IV. 1920.
 L. Rajchman. Bakterjologia influencji—10. III. 1920.
 Wł. Szénajch. Z epidemiologii i kliniki influencji u dzieci—10. III. 1920
 „ Dwudziestopięcioletni jubileusz leczenia błonicy surowicą w Warszawie 20. X 1920
 E. Szerypo. W sprawie pokrewieństwa i różniczkowania gronkowców—27. X. 1918.
 N. Zylberlast-Landowa. O nietypowych postaciach drętwy karku—26. V. 1920;
 K. Zieliński. O durze wysypkowym u dzieci—29. V. 1918.

Choroby nerwowe.

- Pr. Cieszyński. Pokaz dziewczynki z guzem mózgu—11. VI. 1919.
 T. Jaroszyński. Pokaz dziewczynki z *polyneuritis*—17. XII. 1919.

- T. J a r o s z y ń s k i. O psychonerwicach wieku dziecięcego—9. VI. 1920.
- Z. R o z e n b l u m ó w n a. Przypadek zapalenia dużych jąder mózgu—pokaz dziecka—24. III. 1920.
- „ Przypadek *lues cerebri*—pokaz dziecka—24. III. 1920.
- R. S t a n k i e w i c z. Przypadek kaszlu histerycznego—pokaz dziecka—26. VI. 1918.

Choroby dróg moczowych.

- B. K o r y b u t - D a s z k i e w i c z. Patologia nowoczesna zapalenia nerek—29. V. 1918.
- „ Rzut oka na dietetykę nowoczesną w zapaleniu nerek—29. V. 1918.
- L. Z e m b r z u s k i. Pokaz kamieni, wyjętych z pęcherza 4-roletniej dziewczynki—22. I. 1920.

Choroby skóry.

- R. B e r n h a r d t. Przypadek gruźlicy skóry, leczony tuberkuliną Danysza—24. IX. 1919.
- „ Przypadek *lichen ruber obtusus*—26. II. 1920.

Tak się przedstawia działalność Towarzystwa w ciągu minionych trzech lat wojennych. W czasach pokojowych, gdy wielu lekarzy, powołanych do służby czynnej w armji, wróci do swych warsztatów pracy, gdy powstaną nowe szpitale, kliniki i inne instytucje dziecięce, praca Towarzystwa rozszerzy się i pogłębi. Aby to się stać mogło, Towarzystwo winno:

- 1) objąć wszystkich pedjatrów polskich, oraz wszystkich tych—zarówno lekarzy; jak i nielekarzy,—którzy interesują się pedjatrją i działają na polu opieki nad dziećmi;
- 2) mieć własny lokal na czytelnię, bibliotekę, odczyty, posiedzenia, kancelarję;
- 3) utworzyć bibliotekę książek i czytelnię pism, traktujących naukowo klinikę chorób dziecięcych, higienę wieku dziecięcego i opiekę nad dziećmi;
- 4) wydawać organ Towarzystwa „Pedjatrję Polską“ oraz podjąć wydawnictwo dzieł i prac z dziedziny pedjatrji klinicznej i społecznej;
- 5) zbierać materiały do tworzenia muzeum higieny dziecka;

- 6) zorganizować wykłady i odczyty z dziedziny higieny wychowawczej dla szerszych warstw społeczeństwa;
- 7) zorganizować kursy uzupełniające z pedjatrji klinicznej, z higieny dziecka, zwłaszcza wieku szkolnego, z opieki nad dziećmi dla lekarzy: prowincjonalnych, lekarzy Kas Chorych;
- 8) zorganizować zjazd pedjatrów polskich oraz zjazd w sprawie opieki nad dziećmi w Polsce;
- 9) wejść w stosunki naukowe z zagranicznymi towarzystwami pedjatrycznymi;
- 10) utworzyć fundusz stypendjalny dla lekarzy—polaków, pragnących specjalizować się w pedjatrji w kraju lub zagranicą, oraz fundusz nagrodowy za najlepsze prace i odczyty z dziedziny biologji, higieny, patologji wieku dziecięcego i opieki nad dziećmi.

Oto najważniejsze zadania, które Towarzystwo w najbliższych latach swej działalności musi podjąć i dokonać. Z zadań tych wypływają potrzeby i niezbędne środki materialne. Miejmy nadzieję, że Towarzystwo znajdzie poparcie nie tylko wśród świata lekarskiego, lecz również u działaczy społecznych, Towarzystw i instytucji, opiekujących się dziećmi, zarówno polskich jak i cudzoziemskich, działających na terenie Polski, u władz państwowych i samorządowych.

Naszem hasłem jest: **Nauka dla życia!** Nauka jako światło, oświetlające drogi naszej działalności praktycznej!

Nie trzeba już chyba u nas tłumaczyć, że, aby leczenie dzieci i opieka nad nimi w Polsce były przeprowadzone i zorganizowane należycie, musi istnieć i rozwijać się jedyne w Polsce Towarzystwo, które te sprawy, opracowuje naukowo.

Prezes *Władysław Szenajch.*

Sekretarz *Marta Erlichówna.*

K R O N I K A.

O obowiązkowym zgłaszaniu chorób zakaźnych.

Na zasadzie uchwalonej przez Sejm Ustawodawczy „Ustawa w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych“.

O każdym przypadku zachorowania lub śmierci na wyliczone choroby, jak również o każdym przypadku, wzbudzającym podejrzenie co do którejkolwiek z nich, należy niezwłocznie zawiadomić właściwe władze komunalne, w pierwszym rzędzie ich urzędy sanitarne.

Jeżeli na miejscu urzędów sanitarnych niema, zawiadomienie skierowane być winno do zarządu komunalnego bezpośrednio, względnie za pośrednictwem odpowiednich jego funkcjonariuszów. Jeżeli chory uzyska od miejscowych władz sanitarnych pozwolenie na zmianę mieszkania lub miejsca pobytu, należy w terminie 24 godzin zawiadomić właściwe władze sanitarne o miejscu nowego pobytu.

Obowiązkowi zgłaszania podlegają następujące choroby:

a) ostre choroby zakaźne, a mianowicie:

1. dżuma (*pestis*),
2. ospa naturalna (*variola, variolois*),
3. cholera azjatycka (*cholera asiatica*),
4. dur brzuszny i rzekomy (*typhus abdominalis et paratyphus*).
5. dur plamisty (*typhus exanthematicus*),
6. dur powrotny (*typhus recurrens*),
7. czerwonka (*dysenteria*),
8. płonica (*scarlatina*),
9. błonica (*diphtheria*),
10. nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (*meningitis cerebro-spinalis epidemica*),
11. odra (*morbilli*),
12. róża (*erysipelas*),
13. krztusiec, czyli koklusz (*pertussis*),
14. zimnica (*malaria*),
15. zakażenie połogowe (*sepsis puerperalis*);

b) przewlekłe choroby zakaźne, a mianowicie:

1. trąd (*lepra*),
2. gruźlica (*tuberculosis*) w przypadkach niebezpiecznych dla otoczenia, a zresztą, w myśl oddzielnej ustawy,

3. jaglica, czyli egipskie zapalenie oczu (*trachoma*) w myśl oddzielnej ustawy;

c) ostre i przewlekłe choroby odzwierzęce, a mianowicie:

1. wąglik (*anthrax*),
2. nosacizna (*malleus*),
3. włośnica (*trichinosis*),
4. wodowstręt (*rabies*), w tem ukąszenia przez zwierzęta chore na wodowstręt, czyli wścieklicznę lub podejrzone o tę chorobę;

d) występujące masowo zatrucia: jadami mięsnymi i rybiemi (*botulismus*), chemikaljami i t. p.

Obowiązek zgłoszenia obciąża:

1. lekarza, wezwanego dla porady,
2. kierowników zakładów leczniczych i położniczych,
3. dezynfektorów i dozorców sanitarnych,
4. każdą osobę, zajmującą się dozorem lub pielęgnowaniem chorych (akuszerkę, felczera, pielęgniarzy),
5. głowę rodziny lub osobę, na której pieczy znajduje się chory,

6. gospodarza mieszkania lub zastępującą tegoż osobę, właściciela, administratora lub rządcę majątku lub domu,

7. przełożonych wszelkich zakładów naukowych, wychowawczych i dobroczynnych,

8. kierowników wszelkich zakładów przemysłowych i handlowych, fabryk, warsztatów, statków parowych, tratów i t. p. jak również hotelów, pokojów umeblowanych, zajazdów i gospód, kierowników robót gromadnych (rolnych, leśnych, ziemnych i t. p.),

9. urzędników i funkcjonariuszy urzędów bezpieczeństwa publicznego,

10. osoby kompetentne z urzędu, wykonujące sekcję lub oględziny zwłok,

11. lekarzy weterynarii, o ile podczas wykonywania swego zawodu powezmą świadomość o zarażeniu się ludzi wąglikiem lub nosacizną, albo o przypadku wodowstrętu,

12. wreszcie, każdego, kto miał bezpośrednią styczność z chorym i wiedział, iż rozmyślnie władz sanitarnych o danym wypadku choroby nie zawiadomiono.

Obowiązek zgłoszenia obciąża osoby, wyszczególnione w wyliczeniu powyższem, w kolejnym porządku wyliczenia; na osobach, wymienionych w punktach od 4—12, ciąży obowiązek zgłoszenia jedynie w braku osób, wymienionych w punktach 1, 2 i 3.

Zgłoszenia należy skutecznie na piśmie lub, w razie niemożności piśmiennego zgłoszenia—ustnie; zgłoszenia w drodze pocztowej w przepisanej formie i telegraficznej wolne są od opłat.

O szczepieniu ospy.

Na zasadzie uchwalonej przez Sejm Ustawodawczy „Ustawa o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko ospie“.

W Państwie Polskiem wszystkich mieszkańców obowiązuje przymusowe szczepienie ochronne przeciwko ospie.

Przymusowemu szczepieniu ochronnemu przeciwko ospie podlegają:

a) pierwszemu — wszystkie dzieci nowonarodzone, przyczem szczepienie u nich dokonane być powinno przed upływem pierwszego roku życia;

b) powtórnemu — wszystkie wogóle dzieci w 7-ym roku życia; zwolnione od szczepienia mogą być tylko te dzieci, które w ciągu ostatnich 5-ciu lat przed terminem ich urzędowego powtórnego szczepienia miały zaszczipioną ospę ochronną z wynikiem dodatnim, wreszcie te dzieci, dla których szczepienie ochronne przeciwko ospie według opinji lekarza urzędowego byłoby bezwzględnie szkodliwe dla zdrowia.

Szczepienie ochronne u dzieci, zwolnionych od szczepienia we wskazanym terminie, winno być odłożone do następnego terminu szczepienia.

c) wszystkie wogóle osoby, które wskutek jakichkolwiek przyczyn nie były jeszcze przeciw ospie zaszczipione lub nie przeszły powtórnego szczepienia przeciwko ospie, a to w myśl ustępu b) niniejszego artykułu.

Rodzice, opiekunowie i wogóle osoby, do których należy opieka nad dziećmi, podlegającymi szczepieniu, odpowiedzialni są za to, aby dzieci te w przepisanych terminach były zaszczipione.

Dzieci nieszczipionych niewolno przyjmować do szkół lub innych zakładów naukowych lub wychowawczych.

Przeszkadzanie poddaniu się innych osób szczepieniu ochronnemu lub namawianie ich do uchylenia się od szczepienia podlega karze.

Okólniki ze wskazaniem i zdrowotnymi wydane przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego dnia 29 września 1919 roku i 10 grudnia 1920 roku.

Do Dyrkcji szkół średnich.

W sprawie spędzania przerw między lekcyjami.

Młodzież szkolna spędza w sposób zupełnie niewłaściwy przerwę między lekcyjami. Bardzo duży odsetek młodzieży pozostaje w klasie, uczy się lekcji lub czyta książki, nieznaczna część przecha-

dza się po kurytarzach lub salach rekreacyjnych, albo też wybiega na dziedziniec. Otóż ze względu na to, że przerwy między lekcjami przeznaczone są na wypoczynek mózgu uczącej się młodzieży szkolnej i na odnowienie powietrza w klasie, zaleca się przestrzeganie następujących przepisów:

1) podczas każdej przerwy między lekcjami wszyscy uczniowie opuszczają klasy, przyczem dla kontroli nauczyciel wychodzi z klasy ostatni, polecając dyżurnemu lub woźnemu otworzyć okno na dłuższy lub krótszy przeciąg czasu, zależnie od ciepłoty zewnętrznej.

2) uczniowie po wyjściu z klasy, o ile tylko przy szkole istnieje odpowiedni dziedziniec lub teren boiskowy, wybiegają na dziedziniec lub boisko, gdzie zwłaszcza podczas dużych pauz pod kierunkiem nauczyciela ćwiczeń fizycznych lub wychowawców organizują gry i zabawy ruchowe i jedynie w razie zupełnie nieodpowiedniej pogody (deszcz, błoto, zbyt niska ciepłota) pozostają na kurytarzach lub w salach rekreacyjnych.

3) uczenie się lekcji, czytanie książek podczas przerw między lekcjami jest niedozwolone. Spożywanie posiłku z reguły odbywa się tylko podczas przerwy, wyznaczonej przez Zarząd szkoły.

Korzystanie z terenów boiskowych.

Wobec wielkiego braku w lokalach szkolnych odpowiednich sal gimnastycznych zaleca się zarządom szkół dla celów lekcji gimnastyki, a zwłaszcza gier i zabaw ruchowych, porozumienie się co do korzystania z najbliższych sąsiednich sal gimnastycznych, społecznych lub prywatnych, ew. wspólne urządzenie podobnych sal, a również korzystanie z najbliższych terenów boiskowych, czy to w parkach i w ogrodach publicznych, czy to z innych wolnych placów rządowych, społecznych lub prywatnych. W popołudnia, w dni świąteczne wolni od lekcji uczniowie, o ile można przy współudziale nauczycieli ćwiczeń cielesnych i swych wychowawców, winni organizować zabawy i gry ruchowe.

W sprawie przepełnienia klas.

Zarówno ze względów pedagogicznych, jak i zdrowotnych, zaleca się unikanie przepełnienia klas i ścisłe przestrzeganie norm przestrzennych i objętościowych. Klasa z wymiarami normalnymi (9 metrów długości, 6 metrów szerokości, 3,5 metra wysokości) winna mieścić nie więcej nad 42 uczniów, siedzących w 7 rzędach po 6 ławek dwusiedzeniowych. Przy innych wymiarach klas należy bacznie, ażeby na ucznia przypadało co najmniej 1 metr kwadratowy powierzchni podłogi i 3 i pół metra sześciennego objętości klasy.

Stosowanie zaprawy pyłochłonnej.

Jednym ze środków walki z chorobami zakaźnymi w szkole oprócz ścisłego przestrzegania terminów odosobnienia chorych i ich otoczenia zgodnie z przepisami obowiązującymi, jest staranne spełnianie podanych w książce sanitarnej przepisów, dotyczących utrzymania czystości i porządku w lokalach szkolnych, zwłaszcza zaś z walczenie kurzu, który sprzyja przenoszeniu się zarazków chorobotwórczych. Walkę tę ułatwia wiązanie kurzu za pomocą nasykania kilka razy do roku podłogi t. zw. zaprawą pyłochłonną. Środek ten, wypróbowany w wielu szkołach, zaleca się, jako skuteczny w zwalczaniu i zapobiegający przez to chorobom dróg oddechowych uczniów i nauczycieli w szerszeniu się chorób zakaźnych przez szkoły.

Dożywianie dzieci w szkole.

Zaleca się zarządom szkół, a zwłaszcza opiekom szkolnym i lekarzom szkolnym, czuwanie nad sprawą dożywiania dzieci. W tym celu w Warszawie i na prowincji należy się zwracać o pomoc dla komitetów miejscowych P. K. P. D.

W sprawie zdrowia nauczycieli.

Zechce Dyrekcja zwrócić uwagę na stan zdrowia personelu nauczycielskiego i jeżeli który z nauczycieli jest widocznie chory na chorobę, która mogłaby się udzielić uczniom (np. gruźlica), należy o tem donieść Ministerstwu osobnem sprawozdaniem.

W sprawie notowania nieobecności lekarzy szkolnych.

Poleca się zarządom szkolnym ścisłe notowanie dni, opuszczonych przez lekarzy szkolnych. Liczba dni i godzin, opuszczonych przez lekarza szkolnego, winna być przy końcu roku zestawiona dokładnie, narówni z liczbą dni, opuszczonych przez personel nauczycielski.

W sprawie meldowania o przypadkach śmierci uczniów lub wystąpieniu epidemii w szkole.

W razie przypadku śmierci ucznia dyrekcja szkoły winna najdalej w ciągu dni 10 zawiadomić Wydział Higieny Szkolnej Ministerstwa (Bagatela 12), jaka była, według opinii lekarza szkoły, przypuszczalna przyczyna śmierci, czy nie było innych przypadków podobnych zachorowań w tej samej klasie lub w całej szkole i w jakiej liczbie.

W razie wybuchu epidemii jednej z chorób zakaźnych w szkole, a mianowicie wystąpienia kilku lub kilkunastu przypadków zachorowań, dyrekcja szkoły winna postąpić zgodnie z przepisami obowiązującymi do zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych przez szkoły i zakłady wychowawcze, zawiadamiając jednocześnie Wydział Higjeny Szkolnej Ministerstwa o stopniu epidemii i o podjętych ku jej stłumieniu środkach.

Specjalnie zaleca się lekarzom szkolnym jaknajściślej stosowanie się do §§ 11—15 instrukcji, przepisanej dla nich przez Ministerstwo w sprawie zwalczania chorób uczniów w szkole.

W sprawie zwalczania gruźlicy w szkołach.

Ponieważ sprawozdania lekarskie szkolne wykazują wysoki odsetek uczniów i uczenie, podejrzanych o gruźlicę, zaleca się lekarzom szkolnym otoczenie ich szczególną opieką: w razie znalezienia u nich objawów gruźlicy czynnej, potwierdzonej badaniem bakteriologicznym, należy na czas, w ciągu którego pobyt i praca w szkole zarówno dla nich samych, jak i dla ich otoczenia jest szkodliwa i niebezpieczna, wstrzymać ich uczęszczanie do szkoły publicznej.

Badanie bakteriologiczne winno być uskutecznione możliwie wcześniej.

W sprawie pogadarek higjenicznych z rodzicami.

Lekarze szkolni winni na konferencjach rodzicielskich, zwoływanych przez dyrekcje szkół, przedstawiać w sposób możliwie przystępny i uwzględniający warunki miejscowe rodzicom zasady higjenicznego wychowania dzieci, wykazywać doniosłość współdziałania rodziców we wdrażaniu dzieci w spełnianie przepisów higjenicznych, bez czego praca szkoły nad wychowaniem fizycznym dzieci i młodzieży nie może być skuteczną.

W sprawie pogadarek higjenicznych z uczniami.

Lekarze szkolni winni pouczać młodzież szkolną w specjalnych pogadankach o tem, w jaki sposób ma układać tryb życia codziennego, jak ma dzielić czas na naukę, pożywienie, spoczynek, gry i zabawy i sen, jak szkodliwym dla zdrowia rosnącego i rozwijającego się organizmu okazać się może niedostateczny posiłek (np. spotykane nieraz wskutek pośpiechu niejadanie lub niedojadanie pierwszych śniadań), niedostateczny sen i t. p.

W porozumieniu z dyrekcją szkoły i z wychowawcami lekarz szkolny winien w każdej klasie poświęcić kilka godzin w ciągu roku na wykłady i pogadanki z dziedziny higjeny. Temat i sposób ujęcia przedmiotu winien być dostosowany do poziomu umysłowego uczniów i związany z całokształtem nauczania i wychowania w szkole. Zwłaszcza zwrócić uwagę należy na walkę z chorobami zakaźnymi,

z alkoholizmem, z gruźlicą, przedstawić szkodliwości palenia tytoniu, oraz w ostatnich klasach niezależnie od indywidualnego traktowania sprawy rozpatrzyć w sposób jaknajbardziej taktowny i liczący się z wrażliwością i pobudliwością dojrzewającej młodzieży zagadnienia płciowe pod względem biologicznym, etycznym i społecznym; wzorować się można na wspomnianej w jednym z poprzednich okólników „Odezwie do młodzieży męskiej“ prof. Herzena (wydanie „książek dla wszystkich“ Arcta). Poadać należy sposoby ratownictwa w nagłych wypadkach. W tych miejscowościach, gdzie to się da uskuteczyć, zaleca się zwiedzanie z uczniami instytucji i zakładów użyteczności publicznej, ważnych ze stanowiska zdrowia społecznego.

W sprawie zadawania lekcji do domu.

Zaleca się zarządom szkół czuwanie nad zapobieganiem przeciążenia młodzieży szkolnej pracami domowymi. W szczególności unikać należy zbyt częstych przepisowań, o ile nie są spowodowane względami dydaktycznymi. Nauczyciele sami lub za pośrednictwem wychowawcy winni porozumiewać się ze sobą, by zadanie domowe uczniów były możliwie równomiernie rozłożone na poszczególne dni tygodnia. Na dni świąteczne oraz ferje nauczyciele nie powinni wyznaczać żadnych dodatkowych lekcji, (nie mówi się tutaj o takich godnych zalecenia pracach wakacyjnych, jak lektura, obserwacja i notowania przyrodnicze, zbieranie zielników itp.). Tam, gdzie t-zw. „zadawanie lekcji do domu“ ze względów dydaktycznych jest potrzebne, przystosowywać się należy do uczniów średnio zdolnych. Co pewien czas należy zbierać ankietę co do ilości czasu, poświęcanego przez poszczególnych uczniów na przygotowanie lekcji w domu. Przy każdej odpowiedniej sposobności należy uczniom udzielać wskazówek co do tego, w jaki sposób w domu pracować mają, gdyż często wrzekome przeciążenie ucznia lekcjami wypływać może z nieumiejętnego sposobu uczenia się (nieumiejętności skupienia uwagi, zbyt częste lub zbyt rzadkie przerwy w nauce domowej, zachowanie wadliwej pozycji przy czytaniu i pisaniu, nieodpowiednie warunki higieniczne itp.); wszystko to obniża wydajność pracy umysłowej ucznia i wpływa na przedłużenie czasu, poświęconego na odrabianie lekcji.

W sprawie stosowania ćwiczeń oddechowych śródlekcyjnych oraz uprawiania zabaw i gier ruchowych.

Niezależnie od ćwiczeń cielesnych metodycznych, na które program szkolny we wszystkich klasach przeznaczają dwie godziny tygodniowo, zaleca się stosowanie ćwiczeń oddechowych śródlekcyjnych (kilka głębokich wdechów i wydechów w pozycji bacznej) zwłaszcza w środku tych lekcji, które związane są z dłuższą trwającą nieruchomą, a często wadliwą pozycją ucznia.

W celu wdrożenia uczniów w pożyteczne spędzanie wolnego czasu zaleca się organizowanie gier i zabaw ruchowych w godzinach popołudniowych i wolnych od lekcji. W tym celu korzystać można z dziedzińca szkolnego, wolnego placu lub większego boiska w ogrodzie publicznym. Sprawą tą winni się zająć zawodowi nauczyciele ćwiczeń cielesnych, jak również wychowawcy i inni członkowie ciała nauczycielskiego w myśl zasady, że czuwać oni mają zarówno nad wychowaniem umysłowym, jak i fizycznym młodzieży. Poza tem ruch na świeżem powietrzu i zdrowi unauuczycielowi niewątpliwie korzyść przyniesie

Nad samorzutnie przez młodzież organizowanymi zabawami podczas większych przerw między lekcjami winien czuwać uzdolniony wychowawca, nadając należyty bieg zabawie.

Rada przy Departamencie Opieki nad Dzieckiem i Młodzieżą Min. Zdrowia Publ., zmieniona w swoim składzie w tym kierunku, iż weszli w jej skład oprócz prze stawicieli większych organizacyj opieki nad dziećmi w Warszawie także reprezentanci mm. Warszawy, Krakowa, Lwowa, Poznania i 4-ch miast Zagłębia Dąbrowskiego, uchwaliła w dniu 9 stycznia r. b. przyznanie subwencji instytucjom dziecięcym z prowizorycznego budżetu Departamentu w wysokości 2 miljonów za I kwartał r. b., podkreśliła niezbędną potrzebę ześrodkowania opieki nad dzieckiem w jednym urzędzie państwowym, pisząc się na akcję higieniczno-lekarską w tej dziedzinie, wytkniętą w programie Departamentu, wreszcie zwróciła się do Ministerstwa z wezwaniem o popieranie poczynań niektórych miast (np. w Zagłębiu) w kierunku uzyskania ziemi państwowej na zakładanie ferm mlecznych, wzgl. zakładaniu krowiarni.

Międzymisyjne konferencje przy Departamencie Opieki nad Dzieckiem i Młodzieżą Min. Zdrowia Publicznego.

Misje zagraniczne, głównie amerykańskie, opiekujące się dzieckiem w Polsce, odbyły szereg wspólnych posiedzeń z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia Publ. celem skoordynowania pracy swojej. Wynikiem tych posiedzeń było, iż niektóre misje, jak np. Amerykański Czerwony Krzyż gotowe są w pracy ratowniczej około dziecka współdziałać z rządem, zwłaszcza w kierunku opieki higieniczno-lekarskiej nad matką i niemowlęciem oraz chorem dzieckiem, zakładając stacje opieki nad dziećmi, poradnie dla chorych dzieci, zasilając te instytucje oraz szpitale dziecięce w środki żywnościowe, opatrunkowe i lekarskie. Fundacja „Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom“ (P. A. K. P. D.) dzięki pomocy Amerykańskiego Wydziału Ratunkowego przyrzeka nadal dożywić 1.000.000 dzieci, odziewać je w miarę możliwości, a osta-

tnio zgodnie z rozszerzonym statutem zakładać instytucje dziecięce i propagować za pomocą wydawnictw i tygodnika specjalnego ideę opieki nad dzieckiem.

Towarzystwo „kwaków“ idzie ze swoimi ludźmi wykwalifikowanymi i środkami z pomocą przy organizowaniu kolonji i półkolonji letnich.

Amerykański Komitet Rozdzielczy (J. D. C.) jest w fazie reorganizacji i uzgodnienia swej akcji z programem Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

6-miesięczny państwowy kurs dla opiekunek zdrowia w Warszawie został otwarty d. 7. I. 1921 r.

Na sześćdziesiąt kilka kandydatek Departament Opieki nad Dzieckiem i Młodzieżą przyjął 52 słuchaczki, wśród nich 11—z prowincji. Z wykształceniem wyższem przyjęto 3 osoby, ze średniem—26 i domowem 23; przytem wykwalifikowanych pod względem zawodowym 18 sanitariuszek, 3 pielęgniarki i 7 akuszerek.

Rada Pedagogiczna kursu poza dość wysokim programem teoretycznym kładzie specjalny nacisk na praktyczne zajęcia słuchaczek w instytucjach szpitalnych, w Stacjach Opieki nad dziećmi, w przychodniach przeciwegruźliczych, w internatach dziecięcych i t. d. Pp. prelegenci podkreślają społeczną rolę, jaką mają odegrać słuchaczki w niedalekiej przyszłości na stanowiskach opiekunek zdrowia na prowincji.

Słuchaczkom, zwłaszcza z prowincji, Min. Zdrowia Publiczn. zdołało poczynić pewne ulgi, jak: dano do bezpłatnego użytku ofiarowany przez fundację P. A. K. P. D. lokal, zaopatrzone przez Ministerstwo w łóżka, poszczególnym słuchaczkom na wniosek Rady Pedagogicznej udziela Ministerstwo stypendja (5000 mk.) oraz subwencje jednorazowe np. na tramwaje; słuchaczki korzystają także z taniej kuchni Amerykańskiego Wydziału Ratunkowego i t. d.

Kolonja lecznicza im. Rektora D-ra Med. Józefa Brudzińskiego dla dzieci skrofulicznych w Busku.

Zapoczątkowana i zorganizowana z inicjatywy prywatnej w sierpniu 1918 r. akcja założenia sanatorium dziecięcego w Busku dziś uwieńczoną została wybudowaniem I-go budynku o 12 ubikacjach (jest to jeden z 5-ciu zaprojektowanych i zatwierdzonych przez Ministerstwo Zdrowia Publiczn. i Ministerstwo Robót Publ. budynków kolonji).

Przygotowania do pierwszego roku budowlanego rozpoczęły się w jesieni 1919 r. pod dobrą wróżbą, ponieważ dzięki zabiegom inicjatora otrzymał Komitet Budowy Kolonji subwencję rządową 1 milion koron, sumę przy której w chwili jej przyznania

można było poważnie myśleć o różnym tempie budowy. Poza to dzięki wzrastającej ofiarności i zrozumieniu idei budowy u jednostek i instytucji zaczęły napływać większe sumy, zasilające kasę kolonji.

Pomijając bliższe szczegóły dotyczące się tej akcji, jakie znaleźć można w bruszurze „kolonje lecznicze ...w Busku“ r. 1919/1920 należy podkreślić niektóre momenty tej zakrojonej na większą skalę pracy społeczno-państwowej.

Rząd uchwałą Komitetu Międzyministerjalnego przy Ministerstwie Robót Publ. w dniu 11/IV. 1919 r. wspiera tę akcję 1 miljonem koron, Sejm zaś w dniu 4/VI. 1920 r., wzywając rząd do budowania uzdrowisk ludowych ze specjalnem uwzględnieniem dziecięcych, w poprawce posła S z y m c z a k a przyjął jednogłośnie potrzebę szczególnego uwzględnienia budującej się już leczniczej kolonji dziecięcej w Busku.

Komitet Budowy Kolonji posiada dziś:

- 1) 10-morgową parcelę, nabytą w dniu 27/XVI. 1918 r.
- 2) Cegielnię, założoną jeszcze w r. 1919 a przekształconą po wypaleniu stu kilkudziesięciu tysięcy sztuk cegły z polowej na dwukomorowy piec w r. 1920, w którym to piecu wypalono znowu około 200 tysięcy cegły.
- 3) Kierat z ceglarką.
- 4) Jedną parę koni.
- 5) Zmontowany motor (z Zakładu Zdrojowego) do produkowania surowej cegły w ceglarnie.
- 6) Ogrodzenie z 14-tu kilometrów drutu kolczastego (dar D. O. G. w Kielcach).
- 7) Materiały budowlane (drzewo, kamień, nabyte od rządu, oraz wypaloną cegłę, zlasowane wapno i inne).
- 8) Baraki dla służby i szopy dla koni, do narzędzi, na składy i t. d.
- i 9) Wreszcie wybudowany w lecie 1920 r. wzmiankowany budynek, projektowany dla służby sanitarnej, a mogący w lecie 1921 r. służyć za prowizoryczny lokal dla chorej dziatwy (do 50-ga dzieci), jaka w sezonie ubiegłym musiała być niestety przebywać w nieodpowiednich dla siebie pokojach, wynajętych przez Komitet.

Obecny okres zimowy został wykorzystany na powtórne przestudjowanie planów budowy, które sporządzono w 1918 r. przez arch. p. J. Siennickiego w Lublinie, zdaniem fachowców, powinny uleść zmianom w następstwie rozwijania się zasadniczej myśli nadania zakładowi charakteru nie szpitalnego, a więcej sanatoryjnego (na 250 dzieci) o dłuższym okresie leczenia.

Zadanie to Komitet powierzył niżej podpisanemu jako swemu kierownikowi budowy. Nowe szkice już sporządzone, są też podstawą do ścisłego określenia programu przez uproszonych w tym celu ekspertów p. dr. Ł a p i ń s k i e g o, ordynatora oddziału chi-

rurgicznego dziecięcego im. Karola i Marji w Warszawie i inż. arch. R a k i e w i c z a, radcy ministerjalnego z Minist. Zdrowia Publ.

Jak widać z powyższego (szczegóły sprawozdania i dane budżetowe znajdują się w aktach Departamentu Opieki nad Dziećmi i Młodzieżą Minist. Zdrowia Publ.), akcja budowy nie ustawała ani na chwilę, jednakże nadszedł dla Komitetu Budowy Kolonji taki moment dla robót, będących w pełni, kiedy dalsze prowadzenie budowy nie może nastąpić bez zapewnienia ze strony Państwa jej ciągłości, wskutek czego poza ofiarnością publiczną i wysiłkami jednostek uspołecznionych należy Rządowi ująć w ręce w sposób, jaki uzna za wskazany, samą budowę dalszych budynków, aby akcja cała nie uległa przerwie.

Arch. *W. Nowakowski.*

Fundacja p. n. „Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom“ (P. A. K. P. D.).

Powołany dō życia w dniu 5 kwietnia 1919 r. przez Departament Opieki nad dziećmi i młodzieżą Ministerstwa Zdrowia Publiczno-Centralny Komitet Pomocy Dzieciom, zreorganizowany później w Państwowy Komitet Pomocy Dzieciom, przekształcony został na zasadzie zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia statutu w wieczystą fundację p. n. „Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom“.

Fundacja powołaną została do życia w celu utrwalenia wielkiej akcji humanitarnej dożywiania dzieci w Polsce, zapoczątkowanej przez społeczeństwo Amerykańskie dla utrwalenia węzłów przyjaźni i wspólnej pracy Polski i Ameryki.

Celem Fundacji jest niesienie jaknajszerszej pomocy dzieciom na całym obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, ujmując całokształt zadań opieki, poczynwszy od niemowlęstwa, kończąc na wieku pozaszkolnym.

Pierwszem i najważniejszym zadaniem Komitetu było polskie dzieci nakarmić i odziać je. Obecnie, od stycznia 1921 r., prócz akcji dożywiania Fundacja rozszerza swą działalność, obejmując zarówno opiekę społeczno-higieniczną, jak i opiekę społeczno-wychowawczą nad dziećmi. O tem, jak ta rozszerzona akcja będzie przeprowadzona i zorganizowana i jakie da ona wyniki, poinformujemy w następnych zeszytach „Pedjatrji“; obecnie podamy tylko niektóre dane, dotyczące dotychczasowej działalności P. A. K. P. D.

Dożywianie dzieci.

Đięki inicyjatywie oraz stałej i ciągłej pracy wielkiego przyjaciela polskich dzieci *Herberta Hoovera* do stycznia r. b. dostarczono:

mąki—23113 tonn metrycznych	cukru—3369 tonn metrycznych
mleka 11523 „ „	kakao 1109 „ „
fasoli 11358 „ „	tłuszczu 2432 „ „
ryżu 6636 „ „	oliwy 633 „ „

Pedjatrja polska.

W okrągłych liczbach P. A. K. P. D. r o z d a ł 60.000 t o n n ż y w n o ś c i, czyli 5.000 dwunastotonnowych wagonów, co stanowi nieprzerwany tabor kolejowy długości 32 kilometrów.

Z wymienionych produktów przeznaczają się dla każdego dziecka następującą dzienną porcję:

a) dla dzieci w wieku od 3—15 lat i matek karmiących

62	gramy	mąki
22	"	mleka
35	"	fasoli
8	"	tłuszczu lub oliwy dla dzieci żydowskich
10	"	cukru
3	"	kakao
20	"	ryżu
<hr/>		
160	gramów.	

b) dla dzieci w wieku do 3 lat

120 gramów mleka skondensowanego dziennie.

Powyższe porcje dzieci otrzymują w postaci przygotowanych obiadów. Do stycznia 1921 roku wydano 400 milionów obiadów.

Działalność P. A. K. P. D. rozwijała się nadzwyczaj szybko.

Cały teren kraju podzielono na 15 okręgów, w każdym okręgu utworzono składnicę okręgową i powołano po kilkanaście komitetów powiatowych i kilkadziesiąt komitetów lokalnych.

Już w trzy miesiące po rozpoczęciu akcji w lipcu 1919 r. powołano 131 Komitetów powiatowych i żywno w 2726 instytucjach (kuchniach, żłobkach, ochronkach, bursach, szkołach, szpitalach i t. d.) 607937 dzieci.

W maju 1920 r. w okresie najszerszej działalności Komitetu przed najściem bolszewików było:

1) Okręgowych biur administracyjn. P. A. K. P. D.	15
2) Składnic okręgowych	11
3) Komitetów powiatowych	207
4) Podkomitetów w miejscowościach, w których dokarmia się więcej niż po 200 dzieci	742
5) Ogólna liczba miejscowości w Polsce, w których prowadziła się akcja dożywiania dzieci	3.825
6) Ogólna liczba kuchni i instytucji otrzymujących żywność	7.650
7) Ogólna liczba dzieci i matek dokarmianych . .	1.309.434

Podług okręgów działalność przedstawiała się jak następuje:

Nazwa Okręgu	Liczba kuchni i instytucji, otrzymujących żywność		Liczba dokarmianych dzieci i matek	
	chrześcijańskich	żydowskich	chrześcijańskich	żydowskich
Białostocki	466	120	58 903	39.838
Brzesko-Piński . . .	630	82	47.305	20.669
Częstochowski . . .	305	67	57.745	18.818
Kowelski	582	131	68.055	27.237
Krakowski	618	83	95 935	17.813
Lubelski	419	89	50.024	27.249
Łódzki	188	79	58.219	24.211
Lwowski	1083	221	181.028	73.419
Mazowiecki	104	36	20.196	11.039
Miński	129	65	34.247	25.273
Płocki	160	53	25.550	13 269
Radomski	113	75	42.354	16.693
Siedlecki	205	118	32.403	28.553
Warszawsko-Radzymiński	464	156	85.143	55.360
Wileński	392	117	38 643	14.243
Razem	<u>6158</u>	<u>1492</u>	<u>895.750</u>	<u>413.684</u>
	7.650		1.309.434	

Z ogólnej liczby 7.650 instytucji było:

- kuchni, zorganizowanych głównie przez miejscowe komitety, w tej liczbie chrześcijańskich—5007, żydowskich—1282;
- innych instytucji, otrzymujących żywność, jak żłobków, ochron, szkół, burs, szpitali i t. d, było — 1361, z czego chrześcijańskich—1154, żydowskich—210.

Z ogólnej liczby 1.309.434 dokarmianych było:

- matek, mających dzieci przy piersi:

chrześcijanek	14.176
żydówek	6.384

Razem matek	<u>20.560</u>
-----------------------	---------------

b) dzieci w wieku do 3 lat:	
chrześcijańskich	68.040
żydowskich	53 157
Razem	<u>121.197</u>
c) dzieci w wieku od 3—15 lat:	
chrześcijańskich	813.534
żydowskich	354.143
Razem	<u>1.167.677</u>
Ogółem dzieci (b + c) było:	
chrześcijańskich	881.574
żydowskich	407.300
Razem	<u>1.288.874</u>

Podczas najazdu bolszewickiego liczba żywionych dzieci zmniejszyła się, lecz wkrótce po odparciu wroga działalność komitetów szybko zaczęła wzrastać i obecnie w styczniu 1921 r. liczba codziennie dokarmianych dzieci wynosi 1.000.000. Działalność P. A. K. P. D. w stolicy przedstawia się, jak następuje: w Warszawie funkcjonuje 30 punktów odżywczych, gdzie otrzymuje obiady codziennie 108.000 dzieci; pijalnię mleka dożywiają ogółem 12.000 dzieci, przyczem P. A. K. P. D. prowadzi 5 chrześcijańskich pijalni i wysyła porcje mleczne 17 pijalniom, prowadzonym przez Amerykański Zjednoczony Komitet Rozdzielczy. Prócz tego otrzymują żywność wszystkie działające w Warszawie instytucje dziecięce.

Odzież dla dzieci:

W końcu jesieni i w ciągu zimy 1919 r. sprowadzono, jako dar dla 700.000 dzieci polskich, obuwie, pończochy i materiały wełniane.

Ogółem było:

materiału, szer. 28 cali	2.004.550	yardów
gotowych płaszców	32.931	sztuk
obuwia	704.401	par
pończoch	702.685	par
guzików	3.919.690	sztuk
nici	73.000.000	yardów
igieł	859.000	sztuk

Wartość ogólna powyższych darów wynosi około 4.000.000 dolarów. Ażeby dać pojęcie o ilości tylko wełnianego sukna, dość powiedzieć, że gdyby je wyciągnąć w jedną linię, toby wyniosła ona dwa i pół razy więcej, niż odległość od Gdańska do Lwowa. Towary te przedstawiały ładunek z górą 200 wagonów. W r. 1919 rozdano 475 tysięcy kompletów odzieżowych (wykrojony materiał na palto, odpowiednia liczba guzików, igieł i nici), a reszta została rozdana

jesienią 1920 r. Prócz tego, od stycznia r. b. P. A. K. P. D. będzie wydawał dzieciom ubranka: uszyto około 200000 kompletów flanelowych.

Prócz powyższych zasadniczych przedmiotów P. A. K. P. D. rozdał 420 tonn metrycznych mydła i 35000 kilogramów tranu, oraz z daru Amerykańskiego Zjednoczonego Komitetu Rozdzielczego różnych środków leczniczych, opatrunkowych, pomocy sanitarnych wartości 6 milionów marek.

Ogólna wartość rozdanej przez P. A. K. P. D. żywności i materiałów wynosi około 25 milionów dolarów.

Rząd polski okazał żywe zainteresowanie się sprawą pomocy dzieciom, udzielając na akcję dożywiania dzieci następujących kredytów:

- 1) kredytu 10.000.000 marek w kwietniu 1919 r., za który zostały dostarczone produkty żywnościowe (według kursu 10 marek 50 fen. za 1 dolara) dol. 952.000
- 2) kredytu 20.000.000 marek, przyznanego przez Sejm Ustawodawczy w dn. 2 maja 1919, za który były sprowadzone produkty (w/g kursu 10 mk. 50 fen. za 1 dolara) dol. 1.904.000
- 3) kredytu dol. 2.260.000 z funduszy przekazowych St. Zj. na mocy rozporządzenia Ministra Skarbu z dnia 23 grudnia 1919 r. dol. 2.260.000
- 4) 9000 tonn mąki, dostarczonej przez Ministerstwo Apropowizacji z ogólnych transportów amerykańskich (po 150 dol. w przybliżeniu za tonnę) dol. 1.350.000

Udział więc Rządu Polskiego w akcji dożywiania w pierwszym roku działalności wyniósł 6.466.000 dolarów.

W r. 1920 na mocy uchwały Sejmu z dn. 16. VII. 1920 roku. Rząd otworzył kredyt do wysokości 200.000.000 marek do dyspozycji P. A. K. P. D. w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia Publicznego.

Oprócz powyższego udziału Rządu Polskiego w gotowiznie i naturaljach Ministerstwo Apropowizacji pokrywało i pokrywa wszelkie koszty transportu artykułów żywnościowych, sprowadzanych przez Misję z Ameryki aż do ostatniej stacji przeznaczania, jak również koszty magazynowania tychże artykułów. Koszta magazynowania wynoszą przeciętnie 3.000.000 marek miesięcznie.

Fundacja, pozostająca pod kontrolą Ministerstwa Zdrowia Publicznego, utrzymuje kontakt z Ameryką przez Amerykański Wydział Ratunkowy w Warszawie, który za pośrednictwem głównego swego biura na Europę w Londynie porozumiewa się z New-Yorkiem z głównym inicjatorem i kierownikiem całej akcji dożywiania dzieci Herbertem Hooverem.

Władze Fundacji stanowią:

Rada Fundacji, Komitet Wykonawczy, Dyrekcja.

Rada Fundacji składa się z 23 osób powołanych na lat 3. W skład Rady wchodzi: 7 delegatów Ministerstw: Zdrowia Publicznego, Apropowizacji, Skarbu, Pracy i opieki społecznej, Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Spraw Wewnętrznych, Sprawiedliwości, 7 przedstawicieli Ameryki, delegowanych przez „Amerykański Wydział Ratunkowy, Fundacja dla dzieci Europy, Misja dla Polski,” 2 delegatów Sejmu, 7 delegatów instytucji społecznych i kulturalnych. Prezesem Rady jest p. Stanisław Staniszewski. Rada wybiera spośród swych członków Komitet Wykonawczy, któremu przewodniczy dr. Szymon Starkiewicz.

Dyrekcję Fundacji stanowią:

Dyrektor Naczelny—p. M. Pate, przedstawiciel Misji Amerykańskiej. Wicedyrektor do spraw gospodaczo-administracyjnych—p. J. Odchowski. Wicedyrektor do spraw społecznych—p. B. Krakowski.

Fundacja Francusko-Amerykańska: L'ecole de puériculture de la faculté de médecine.

Dzięki hojnej pomocy Ameryki powstała w Paryżu „Szkoła hodowania dzieci”, jako ośrodek wychowawczy dla wszystkich, którzy chcą lub muszą zajmować się dzieckiem; pozostaje ona pod ogólnym kierunkiem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu.

Naczelnym kierownikiem jest prof. Pinard; stosownie do zadań szkoły utworzono 3 oddziały:

Oddział 1 (kierownik prof. Couvelaire) ma za zadanie udzielanie wszelkich niezbędnych wskazówek w okresie ciąży, wzgl. dostarczanie zapomóg.

Oddział 2 (kierownik prof. Marfan) obejmuje okres niemowlęcy i wczesne dzieciństwo.

Oddział 3 (kierownik prof. L. Bernard)—dla dzieci do lat 14—15.

Do „szkoły” zgłaszać się mogą tylko dzieci zdrowe, leczenie nie wchodzi zupełnie w zakres jej działania, szerzenie higieny wieku dziecięcego w najszerszym pojęciu—oto jej zadanie. Pozatem wyszkolone pielęgniarki będą odwiedzały dzieci w mieszkaniach, udzielając odpowiednich wskazówek higienicznych; w razie potrzeby będą one zwracały też rodzicom uwagę na konieczność zasięgnięcia porady lekarza domowego, wzgl. skierowania dziecka do szpitala.

Podwoje będą stały otworem dla lekarzy, studentów, akuserek, pielęgniarek i wszystkich tych, których zadaniem jest ochranianie dziecka przed zgubnymi wpływami błędów higienicznych, tak często, niestety, popełnianych jeszcze i w obecnych czasach.

Ze szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Z oddziału Dr. Wł. Szenajcha, lekarza naczelnego szpitala.

Z kliniki duru brzuszego u dzieci.

Podał

K. Jonscher

kierownik pracowni chem.-bakterjol. i asystent szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie, obecnie starszy asystent Kliniki Pedjatr. Uniw. Warsz.

T r e ś ć. Wstęp. Postaci kliniczne. Nawroty, znaczenie ustroju dla ich powstawania. W sprawie patogenezy duru brzuszego. Dur brzuszny a inne choroby zakaźne. Objaw Kerniga w durze brzuszny, przyczyny występowania tego objawu. Różyczka i zmiany w mięśniach, próba wytłomaczenia zwykłego umiejscawiania się tych zmian chorobowych. Objawy i powikłania ze strony układu nerwowego. Własności ropotwórcze prątki duru brzuszego. Własności rodzinne w przebiegu duru. Trudności rozpoznawcze. Śmiertelność. Zakończenie.

Wstęp.

Zdawałoby się, że klinika duru brzuszego powinna być już ustalona i opracowana w stopniu, niedopuszczającym do istnienia kwestji jeszcze niewyświetlonych, niejasnych — mamy tu przecież do czynienia z cierpieniem ostrem, ograniczonym co do czasu, względnie częstem, rozpowszechnionem na całej kuli ziemskiej, a więc przedstawiającem jaknajdogodniejsze warunki do spostrzegania i poznawania.

Tymczasem w rzeczywistości tak nie jest. Jeżeli porównamy współczesne podręczniki i monografie o durze brzuszным z dawniejszemi, to rzuca się w oczy fakt, że cały szereg zagadnień i to nie tylko klinicznych, tak żywo interesujących autorów klasycznych z końca 19 wieku, nie został zupełnie wyjaśniony, a nawet, co gorsza, liczne żywotne sprawy zbywa się zupełnem milczeniem. Wszystkie też nowoczesne opisy kliniczne duru brzuszного grzeszą schematyzmem — uwydatnia się to zwłaszcza w podręcznikach niemieckich.

Złożył się na to cały szereg przyczyn; jedną z ważniejszych jest niewątpliwie znacznie mniejsze doświadczenie pisarzy nowszych, — niełatwo jest znaleźć obecnie lekarzy, mogących oprzeć swoje wywody tak, jak np. Curschmann na 4.000 przyp. duru brzuszного lub też Rilliet i Barthez na 1127 przyp. duru u dzieci.

Nie tłumaczy nam to jednak wszystkiego, mamy przecież kraje, a do nich możemy zaliczyć, niestety, i Polskę, w których dur brzuszny nie uległ wyraźnemu zmniejszeniu w ostatnich kilku dziesiątkach lat. Dalej, wykorzystanie należyte mniejszej liczby przypadków mogłoby w znacznym stopniu zastąpić ich ilość. Otóż należy przyznać się otwarcie, że my nie wykorzystujemy w dostatecznym stopniu pod względem klinicznym nawet tych przypadków, które mamy możność spostrzegać. Jest to wyraźny brak zainteresowania się kliniką duru brzuszного, a w równym stopniu i kliniką większości chorób zakaźnych. Zmiana ta nastąpiła wskutek imponującego wprost rozwoju bakterjologii i innych gałęzi pomocniczych wiedzy lekarskiej w ostatnich kilkudziesięciu latach.

Dawniej lekarz musiał się dobrze natrudzić, pilnie spostrzegać i utrwać sobie wszystkie objawy kliniczne, by móżdż możliwie wcześnie i trafnie rozpoznać dur brzuszny. Dzisiaj natomiast mamy zadanie ułatwione — wszelkie wątpliwości rozstrzygamy w przeważającej liczbie przypadków, posługując się różnorodnemi a tak, zdawałoby się, niezawodnemi środkami laboratoryjnemi. Nie odczuwamy wprost potrzeby zagłębiania się w drobiazgowę i zawiłe spostrzeganie kliniczne; bakterjologia

wyjałowiła w znacznym stopniu umysły lekarskie pod względem klinicznym. Choroba zakaźna, której zarazek znamy, przestała być dla wielu lekarzy „ciekawa“. Stało się to, czego się tak obawiali mistrze kliniki z drugiej połowy 19-go stulecia, i co zniewoliło Trousseau'a do znanego wezwania pod adresem swoich słuchaczy: „De grâce, moins de science, plus d'art messieurs“.

Ten brak zainteresowania się tłumaczy nam też dlaczego cały szereg nowych zdobyczy przeszedł zupełnie niespostrzeżenie dla kliniki chorób zakaźnych i nie został odpowiednio w tym kierunku wykorzystany. Dla przykładu przytoczę fakt, że cała obszerna fizjologia i jeszcze obszerniejsza patologia gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, nie znalazły, za nielicznymi wyjątkami, należytego zastosowania w chorobach zakaźnych. A tymczasem cały szereg objawów klinicznych wskazuje na to, że czynność tych gruczołów podlega w durze brzuszonym (naturalnie również i w innych chorobach zakaźnych) zresztą zupełnie zrozumiałym odchyleniom od normy ¹⁾. Pomijam tutaj rzeczy tak ogólnie znane, jak znaczenie istoty rdzennej nadnerczy i t. p.

A więc, wiemy, że w przebiegu duru brzusznego występuje zupełnie wyraźne rozwodnienie ustroju, co daje się stwierdzić przez badanie wagi chorego oraz stężenie jego surowicy. Rozwodnienie to jest zupełnie niezależne od czynności nerek i serca, przynajmniej na to wskazuje dotychczasowa nasza znajomość tych narządów. Trudno orzec, co wpływa na zatrzymanie w ustroju tej dużej nieraz ilości wody; czy jest to skutek pewnego upośledzenia działania tarczycy, która, jak wiemy, ma przemożny wpływ na czynność wchłaniania wody przez t. zw. „nerkę tkankową“, a która w przebiegu duru brzusznego podlega niekiedy nawet wyraźnemu powiększeniu, zupełnie niezależnie od powszechnie znanych stanów zapalnych i ropnych. Dalej

1) Zrozumiałym jest tutaj, naturalnie, tylko sam fakt wystąpienia pewnych zmian w czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym; nie znaczy to jednak zupełnie, że znamy je w dostatecznym stopniu lub umiemy sobie je wytłumaczyć.

widujemy niekiedy, że ozdrowieniec po tyfusie brzuszny^m wydziela nadmierną ilość moczu, znacznie przewyższającą zwykłą w tym okresie poliurię, która jest wyrazem odwadniania ustroju po chorobie. Spostrzegałem jedenastoletniego chłopca, który przez dwa tygodnie po spadku ciepłoty wydzielał 3,5—5,7 litra moczu dziennie o niskim ciężarze własnym, cukromoczu nie stwierdzono. Spostrzeżenie podobne znalazłem tylko u C u r s c h m a n n a, który wspomina o dziennej ilości moczu do 10 litrów; możnaby to uzależnić od wpływu zakażenia na p r z y s a d k ę. Za tem, że czynność tego gruczołu może uleść pewnym zaburzeniom w przebiegu duru brzuszego, przemawiałby również fakt, że u ozdowieńców widujemy nierzadko znaczne przyspieszenie wzrostu, które może nawet powodować powstawanie pręg skórnych na kolanach, jak na skórze brzucha w przebiegu ciąży.

Wszystko to wskazuje, że niezbędnem jest ponowne staranne zajęcie się kliniką duru brzuszego w związku z nowemi zdobyczami innych gałęzi medycyny; stwierdzić też należy z radością, że ta fala powrotna do kliniki zaczyna już powoli wzbierać.

Spostrzeżenia moje opieram na 365 przypadkach duru brzuszego u dzieci w wieku od lat 3 do 14 (do lat 3 spostrzegano zaledwie 10 przyp.), leczonych w szpitalu im. Karola i Marii dla dzieci w Warszawie w latach 1914—1920 r. włącznie.

Postaci kliniczne.

Umysł ludzki stara się zawsze wprowadzać pewną klasyfikację faktów, spostrzeżeń i t. p.; ma to niewątpliwie zarówno dobre, jak i złe strony. W medycynie zdają się na ogół przeważać strony ujemne, gdyż taka klasyfikacja zmusza często mimo woli do pewnego schematyzowania, które jest tutaj naogół niepożądane i daje się wprowadzić zawsze tylko z pewnym oporem.

Pomimo tego jednak pozwalam sobie na pewną klasyfikację przypadków duru brzuszego na podstawie ich cech klinicznych, gdyż daje to nam możliwość łatwiejszego orjen-

towania się w całym zespole objawów każdego poszczególnego przypadku.

W durze brzuszym najważniejsze znaczenie kliniczne mają, niewątpliwie, objawy ze strony narządów krążenia i przewodu pokarmowego, których wyrazem są pomiędzy innymi krzywa tętna oraz ilość i jakość wypróżnień. Te też cechy są podstawą naszej klasyfikacji; ma to i tę dogodną stronę, że notuje się je na każdej karcie gorączkowej—rzut oka na nią wystarcza przeto do orientacji pod tym względem. Przypadki, należące do poszczególnych grup, posiadają, jak zobaczymy, jeszcze i wiele innych wspólnych cech, co potwierdza słuszność tego podziału.

Grupa I. Tętno nie podlega w tych przypadkach charakterystycznemu dla duru zmniejszeniu liczby uderzeń w jednostce czasu—krzywa tętna przebiega przeto na wysokości krzywej ciepłoty lub też powyżej. Ze strony przewodu pokarmowego stwierdzamy wypróżnienia stałe po jednym na dobę lub też zaparcie przez cały czas choroby; objaw ten jest zupełnie niezależny od zmian miejscowych w jelitach—na sekcji stwierdzać możemy w tych razach bardzo rozległe owrządzenia swoiste; podkreśla to również Sokółowski.

Ponieważ jedno i drugie jest wyrazem pewnego podrażnienia nerwu współczulnego, przeto grupę tę oznaczamy literą *S*. Należy tutaj dołączyć małe wyjaśnienie. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że zarówno zachowanie się krzywej tętna, jak i charakter wypróżnienia może ulec i podlegać tu zmianom w jednym i tym samym przypadku zależnie od okresu choroby, nowych powikłań i t. p. Nie wpływa to jednak zupełnie na podstawy naszej klasyfikacji, gdyż w przeważającej większości przypadków objawy te nie podlegają zupełnie zmianie w okresie stałej wysokiej gorączki—zaliczenie więc danego chorego do tej lub innej grupy nie przedstawia zwykle żadnych wątpliwości.

Przypadki tej grupy posiadają jeszcze następujące cechy: Występują one jednakowo często (33—40%) w różnym wieku dzieci.

W wywiadach notujemy względnie często wymioty; już Rilliet i Barthez zauważyli, że występują one zwłaszcza u osobników, u których notowano zaparcie.

Rozwodnienie ustroju jest tutaj stosunkowo najmniejsze; a w związku z tem, jak to zobaczymy później, objaw Kerniga jest nieobecny częściej, niż w grupach następnych (36% wyników ujemnych w porównaniu do 19%).

Często występują objawy oponowe. Należy jednak podkreślić, że charakterystyczne dla tej grupy cechy nie są skutkiem objawów oponowych, lecz występują wyraźnie od początku choroby t. j. już wtedy, gdy objawów oponowych nie stwierdzamy jeszcze zupełnie. Odczyn aglutynacyjny zjawia się tutaj względnie późno i naogół w mniejszym rozcieńczeniu. Wszystkie spostrzegane przypadki porażenia ośrodków ruchowych należą do tej grupy.

W przypadkach tej grupy spotykamy też najczęściej znaną ogólnie bradycardję w okresie zdrowienia; jest ona wyrazem zmian anatomicznych lub czynnościowych mięśnia serca, gdyż nie ustępuje zwykle po podawaniu atropiny, co musiałoby mieć miejsce, gdyby zależała ona od zwiększonego napięcia nerwu błędnego.

Wobec przyspieszonej działalności serca w okresie choroby zrozumiałem jest częstsze występowanie tego „zmęczenia“ serca w przypadkach tej grupy.

Grupa II. Krzywa tętna zachowuje się, jak w grupie poprzedniej; ze strony przewodu pokarmowego notujemy natomiast wypróżnienia wolne w mniejszej lub większej ilości. Oznacza się literami SV, (pierwsza litera charakteryzuje zachowanie się tętna, druga—wypróżnień).

Przypadki tej grupy zdarzają się najczęściej u dzieci do lat 7 (41%). Nawroty występują częściej, niż w innych grupach—27% (gr. I i IV—23%). Śmiertelność jest znacznie większa (7.1%), niż w przypadkach pozostałych grup (4—4,7%); jest to w każdym razie jeden z nielicznych zespołów, wykazujący odmienny od przeciętnego odsetek śmiertelności.

Przeciętnie liczba leukocytów jest wyższa, niż w innych grupach (7800).

Przypadki niemoty i głuchoty, spostrzegane w przebiegu duru brzuszego, należą do tej grupy. Natomiast z 12

przypadków psychozy ani jeden nie zalicza się do tej kategorii.

Grupa III. Jest przeciwieństwem grupy poprzedniej—krzywa tętna wykazuje charakterystyczne dla duru brzusznego obniżenie się w stosunku do krzywej ciepłoty. Ze strony przewodu pokarmowego notujemy zaparcie lub wypróżnienia stałe po jednym na dobę. Grupa ta oznacza się literami *VS*.

Spostrzegamy ją najczęściej w wieku od 7—10 lat. Odsetek nawrotów jest tutaj najmniejszy (20%).

Leukopenja jest wyrażona najwybitniej — przeciętnie 5100 (SV—7800).

Razem z grupą następną daje przeważającą część wszystkich psychoz.

Suma przypadków grup I i III obejmuje wszystkie przypadki, przebiegające z zaparciem, względnie z wypróżnieniami stałymi, i stanowi mniej więcej 50% ogółu spostrzeganych przez nas chorych na dur brzuszny. Jest to stosunek większy od spostrzeganych przez większość autorów: Sokołowski podaje tylko 10%, Hutinel 15—25%, Henoch—30%, Gerhard, Friedreich, Rilliet i Barthez po 25%, Curschmann 33% (na materiale mieszanym—dorosłych i dzieci).

Grupa IV—jest przeciwieństwem grupy I; krzywa tętna przebiega niżej od krzywej ciepłoty; wypróżnienia są wolne. Jedno i drugie jest wyrazem podrażnienia nerwu błędnego—oznaczamy ją przeto literą *V*.

Postać tę spotykamy najczęściej u dzieci powyżej lat 10—zbliżyliśmy się tutaj wyraźnie do patologji wieku dojrzałego, w którym stanowi ona klasyczny obraz duru brzusznego.

W wywiadach słyszymy rzadko o wymiotach; różnica jest bardzo wyraźna w porównaniu z grupą I—7,5%, a tam 25,4% wszystkich przypadków.

Liczba ciałek białych jest tutaj naogół niska (5700 w 1 mm³), chociaż nieco wyższa, niż w grupie poprzedniej.

Dalej, również w przeciwieństwie do grupy I, stwierdzamy znacznie rzadziej nieobecność objawu K e r n i g a; ciekawe jest przytem, że w większości przypadków tej grupy z nieobecnym objawem K e r n i g a (6 razy na 8 przypad-

ków) występowały objawy oponowe, albo też nawrót. Faktu tego nie umiem sobie wytłumaczyć, przestając tutaj więc na tej wzmiance.

Na 19 przypadków zapalenia ucha środkowego (5%) nie wystąpiło ono ani razu w przypadku tej grupy; czyżby to było tylko zbiegiem okoliczności?

Nie notowaliśmy też tutaj ani razu objawów ze strony układu nerwowego, jak porażenia, głuchota, niemota.

Krwawienia jelitowe widywaliśmy, zgodnie z wszystkimi dotychczasowymi opisami, znacznie rzadziej, niż u dorosłych a i to za wyjątkiem jednego przypadku w stopniu, nie wzbudzającym żadnych obaw co do życia chorych. Występowały one zwykle w przypadkach grupy II i IV z wolnymi stolcami, raz jeden tylko w przypadku grupy I, w którym jednak w tym okresie stolce były przejściowo wolne

Widzimy więc, że podział na powyższe grupy nie jest czysto formalny, lecz że jest on uzasadniony przez różnego rodzaju cechy, jakimi się odznaczają te poszczególne kategorie.

Ważniejsze znaczenie powyższego ujęcia sprawy polega natomiast na tem, że przez zbliżenie i zestawienie różnorodnych zdawałoby się i nie pozostających w żadnym ze sobą związku objawów, może się stać podniętą do dalszej pracy nad kliniką duru brzuszego, w wielu razach ułatwi też niewątpliwie tak ważne i trudne zadanie lekarza, jak rokowanie. Nie można przecież tego powiedzieć o większych nawet opisach duru, w których np. zachowanie się tętna w przebiegu tej choroby u dzieci zbywa się zwykle ogólnikiem: tętno u dzieci do lat 6 (podług innych do 10) jest przyspieszone odpowiednio do wysokości ciepłoty, a u dzieci starszych zachowuje się, jak u dorosłych.

Pozostaje jeszcze do wyjaśnienia, czem się tłumaczy to różne reagowanie ustrojów na zarazek duru brzuszego. Otóż nie ulega najmniejszej wątpliwości, że uzależnić to należy od tych lub innych właściwości danego ustroju, a nie od ulubionego i przytaczanego zwykle dla wytłumaczenia wszelkich różnic w przebiegu choroby, t. zw. „*genius epidemicus*”. Zobaczymy później, że rodzeństwo zwykle reaguje w jednakowy lub zbliżony sposób na zarazek duru brzuszego, że wywierają tutaj wpływ pewne właściwości rodzinne

w równym stopniu, jak w innych chorobach zakaźnych—
S z e n a j c h wykazał to w piśmiennictwie polskim dla
płonicy.

Nawroty.

Sprawa nawrotów ¹⁾ w przebiegu duru brzusznego jest zupełnie jeszcze nie wyjaśniona i przyznać należy, że bardzo mało zajmowano się badaniem i ustaleniem warunków, w jakich one występują. I tutaj znowu przyczyną tego zaniedbania jest niewątpliwie ten przemożny wpływ, jaki wywarła bakterjologia na ostatnie pokolenie lekarzy. Utało się ogólnie przekonanie, że występowanie nawrotów zależy wyłącznie od właściwości zarazka w tej lub owej epidemii i ów „*genius epidemicus*“ był i w tym wypadku dogodną etykietką, której przyklejenie dawało pozór znajomości i wyjaśnienia sprawy. Dopuszczano tutaj zaledwie tylko jeden wyjątek, oparty na spostrzeżeniach klinicznych — błędy dietetyczne uważano często za przyczynę powstawania nawrotów (np. K r o k i e w i c z), chociaż tak doświadczeni autorowie jak Killiet i Barthez twierdzą, że nie powodują one nawrotów, jak się to ogólnie przypuszcza, lecz lżejsze lub cięższe zaburzenia żołądkowo-kiszczkowe, nawet przedziurawienie jelit. S o k o ł o w s k sądzi, że gdyby błędy dietetyczne warunkowały występowanie nawrotów, to w warunkach szpitalnych spostrzeżalibyśmy je bez porównania częściej, gdyż trudno jest dopilnować chorych szpitalnych pod względem przestrzegania przez nich diety.

Za nieomylny dowód, że w powstawaniu nawrotów główną rolę odgrywają własności zarazka chorobotwórczego przytaczano stale fakt, że częstość ich waha się znacz-

1) Mała uwaga w sprawie mianownictwa: nie należałoby używać zupełnie słowa „recydywa“ nie tylko ze względu na czystość języka, ale i ze względu na to, że może to dać powód do nieporozumień. A mianowicie, to co my i niemcy rozumiemy pod nazwą „recydywa“, francuzi nazywają „rechute“, a nazwę „recidive“ nadają tylko powtórnemu zachorowaniu na dur brzuszny.

nie w poszczególnych latach i w przebiegu poszczególnych epidemij. I rzeczywiście, różnice są tutaj wybitne: w zestawieniu C u r s c h m a n n a np. odsetek nawrotów waha się zwykle w granicach od 6—12%, u dzieci jest on zwykle o kilka jednostek wyższy; najwyższa podawana przez tego autora cyfra wynosi 17%; H e n o c h i H e u b n e r podają 11%; [autorowie polscy (P a c a n o w s k i, S o k o ł o w s k i) na materiale dorosłym około 4%. W naszym zestawieniu wahania były jeszcze większe, gdyż utrzymywały się w granicach od 10% do 42%! ogółu spostrzeganych przypadków. Należy jednak podkreślić, że przeciętny odsetek nawrotów w naszym materiale (18,9%) nie różnił się prawie wcale od podawanego przez C u r s c h m a n n a dla wieku dziecięcego (16,8). W poszczególnych latach odsetek nawrotów był następujący: r. 1914—17,7%; 1915—17,7%; 1916—14,0%; 1917—10,0%; 1918—31,0%; 1919—42,0!!; 1920—14,0%.

Cóż za wdzięczny zdawałoby się przykład dla wykazania wpływu tego „genius epidemicus” na charakter epidemij w poszczególnych latach.

Jesteśmy tak zasugerowani bakterjologją, do tego stopnia utożsamiamy chorobę zakaźną z właściwym dla niej zarazkiem, że nie zdajemy sobie zupełnie sprawy z logicznego błędu, jaki popełniamy w powyższem wnioskowaniu.

Zważmy tylko: jeżeli zarazek chorobotwórczy może w tym stopniu podlegać zmianom wskutek nieznanym nam czynników, to dla czegoż ustrój ludzki o tak złożonej budowie ma pozostawać stale niezmiennem, biernem podłożem dla tych zarazków, dla czegoż nie uzależniać tych znacznych różnic w charakterze poszczególnych epidemij, chociażby tylko częściowo od zmian, które zaszły w ustroju ludzkim.

Otóż zdaje nam się, że stan ustroju ma duże znaczenie na występowanie nawrotu; nie chcąc wpadać w ostateczność, nie odmawiamy przytem pewnego wpływu i własnościom samego zarazka, chociaż są one nam zupełnie nieznanne.

Nawrót w przebiegu duru brzusz-
nego uważamy za pewien stan uczule-

nia danego ustroju, za odczyn anafilaktyczny.

Przypuszczenie to powstało na podstawie następującego przypadku, spostrzeganego przez nas w szpitalu:

Stefek A. lat 11 przebył w r. 1917 w szpitalu dur wrzekomy B o przebiegu typowym dla lekkiego duru brzuszego. Paratyphus B rozpoznano w tym przypadku na zasadzie próby Widala — surowica chorego zlepiła zarazki duru wrzekomego B w rozcieńczeniu 1:1000, nie zlepiła natomiast zupełnie prątków duru brzuszego. Po roku ten sam chłopiec przybył do szpitala z typowym dudem brzuszynym — ciepłota trwała 33 dni, a po 14 dniach wystąpił 14-dniowy nawrót z powiększeniem śledziony, różyczką i t. p.

Jednym słowem przebycie przed rokiem zakażenia pokrewnego wywołało w ustroju chłopca zmianę, której wyrazem był nawrót.

Przypuszczenie to zmusiło mnie do przejrzenia w tym kierunku całego materiału, — wynik był następujący:

I. Uczulenie ustroju przez zarazek swoisty:

1) matka chorowała w dzieciństwie na dur brzuszyn — z trójga rodzeństwa, leczonych w szpitalu, u dwojga wystąpił nawrót (r. 1914 — tylko 17% nawrotów).

Z doświadczeń na zwierzętach można przytoczyć analogiczny przykład: młode zwierząt uczulonych dużemi dawkami i w obecnej chwili nawet odpornych mogą wykazywać wybitne uczulenie; ten stan znika często szybko, może jednak utrzymywać się również i dłużej, do 44 dni;

2) z trzech przypadków, w których w wywiadach podano przebycie duru brzuszego (w 2 przed dwu laty i przed 5 laty) u dwóch pierwszych nastąpił nawrót. Zastrzegam się, że nie mam zupełnie danych, wykazujących prawdziwość tego rozpoznania w wywiadach; podkreślam tutaj więc tylko fakt, że wywiady podobne otrzymywaliśmy prawie wyłącznie w przypadkach z nawrotami;

3) czterokrotnie spostrzegaliśmy, że jeżeli rodzeństwo zachorowuje na dur brzuszyn nie jednocześnie, lecz w pewnych odstępach czasu, wtedy u dziecka, zapadającego później, występuje nawrót. Np. Miecio M. lat 9 przybył do szpitala z dudem brzuszynym w dwa miesiące po swej siostrzytce Władzi, również lat 9. W 9 dni po spadku ciepłoty

ty nastąpił u Micia 9-dniowy nawrót. Dalej, Hela N. lat 9, zachorowała na dur brzuszny w rok po swym bracie Romanie N. lat 12. Po sześciu dniach wystąpił u niej 6-dniowy nawrót. Należy tu jeszcze podkreślić, że Roman nie miał nawrotu, chociaż chorował w r. 1919, który był rokiem nawrotów, a u Heli N. stwierdzono nawrót w r. 1920, niezbyt w nie obfitującym. Roman N. pozostawał w domu, jako chory, przed przybyciem do szpitala przez 7 dni, a Władzia M. nawet przez 3 tygodnie. Czy jest możliwe, by przez ten cały czas pobytu tych chorych dzieci, rodzeństwo ich, pozostające w tej samej izbie, nie uległo zakażeniu? Prawdopodobieństwo jest, zdaje się, tak małe, że nie możemy się z tem liczyć. Musimy więc uznać, że Micio M. i Hela N. zetknęli się niewątpliwie z zarazkiem duru brzusznego już podczas choroby rodzeństwa, lecz nie zachorowali wtedy z tych lub innych powodów. Ustrój ich był już jednak „uczulony“ — w przebiegu duru stwierdzono też u nich nawrót;

4) wszyscy autorowie podkreślają zgodnie fakt, że nawroty występują naogół częściej w przypadkach lżejszych. Np. w naszym materiale z r. 1919 mamy aż 42% nawrotów przy 2,7% śmiertelności, podczas gdy r. 1915 z największą śmiertelnością (10,5%) dał tylko (!) 17,7% nawrotów. Z drugiej strony wiemy też, że dur brzuszny, jeżeli występuje u osobników uprzednio szczepionych jednokrotnie, przebiega u nich bardzo łagodnie i, jak mnie informował o tem w rozmowie kol. Brokman na podstawie własnych spostrzeżeń, daje większy odsetek nawrotów, niż u ludzi nieszczepionych.

Znam np. dwa przypadki duru brzusznego u osób dorosłych, szczepionych jednokrotnie, u których choroba przeciągała się niezmiernie z powodu całego szeregu nawrotów. W obu razach były to osoby, zajęte w pracowni bakteriologicznej i miały podczas swej pracy często możliwość stykania się z materiałem durowym.

Nasuwa się więc tutaj siłą rzeczy wniosek, że wszyscy ci chorzy na dur o przebiegu lekkim z nawrotami byli kiedyś „szczepieni“, lecz nie umyślnie przez zastrzyki pod-

skórne, lecz przez nieświadome wprowadzenie zarazka per os.

II. Uczulenie ustroju przez zarazek pokrewny (grupa b. coli).

1) Wymieniony już wyżej przypadek przebycia przed rokiem duru wrzekomego B.

2) W wywiadach osobników, chorych na dur z nawrotami, stwierdzamy często biegunkę krwawą lub zaburzenia przewodu pokarmowego.

Punkt ten sam przez się nie ma większego znaczenia, lecz jest ważny w związku z punktami następnymi.

3) Nawroty występują znacznie częściej w przypadkach tyfusu z drugiej połowy roku, niż z pierwszej — czerwonka, która panuje u nas w tych miesiącach, ma czas „uczulić“ ustroje ludzkie. Np. w r. 1919 na 21 przyp., przebiegających bez nawrotów, notowano 10 do sierpnia, natomiast na 15 przyp. z nawrotami — zaledwie 3; a z tych trzech jeden przebiegał w styczniu, mógł więc być uczulony przez czerwonkę zeszlóroczną; jeden miał w wywiadach „tyfus“ przed 2 laty; trzeci miał jednocześnie zimnicę — o znaczeniu tego zastrzeżenia dowiemy się później.

W latach pozostałych notowaliśmy podobne dane.

4) Po tem wszystkiem nie ulega też najmniejszej wątpliwości, że ogromny wprost odsetek nawrotów, spostrzegrany przez nas w latach 1918 i 1919 — 31% i 42%, (najwyższy odsetek nawrotów w piśmiennictwie, jaki spotykałem, wynosił zaledwie (!) 17%) — zależy od niebywałego wprost rozwoju u nas czerwonki w ubiegłych latach. Odsetek nawrotów do r. 1917 włącznie utrzymywał się w granicach normalnych. Względna rzadkość (14%) nawrotów w roku 1920 pozostaje w związku ze zmniejszeniem się epidemii czerwonki.

Sądzę na podstawie tych danych, że zestawienie dużego materiału wykazałoby niewątpliwie pewien związek pomiędzy nasileniem się czerwonki, a narastaniem odsetka nawrotów w durze brzuszny.

III. Uczulenie ustroju przez „uraz“ heterologiczny.

Wiele faktów przemawia za tem, że istnienie jakiegoś

zakażenia obok duru brzusznego wytwarza w danym ustroju ten stan „uczulenia“, niezbędny dla powstawania nawrotu.

1) W materiale naszym mamy trzy przypadki duru brzusznego, po którym bezpośrednio wystąpiły objawy zimnicy — w dwóch z nich stwierdzono obecność pasorzytów zimnicy we krwi, w trzecim wynik badania był ujemny, jednakże za tem przemawiał przebieg ciepłoty, wygląd chorego oraz wpływ podawania chininy. Będziemy jeszcze mieli możność omówienia stosunku wzajemnego tych postaci chorobowych; tutaj chciałbym tylko podkreślić, że we wszystkich trzech przypadkach nastąpił nawrót duru brzusznego — czyżby i to było zbiegiem okoliczności?

2) W przypadkach duru z nawrotami stwierdzamy częściej, niż w pozostałych przypadkach duru, istnienie czynnej sprawy gruźliczej, zwłaszcza kostnej.

Wpływ tego czynnika uwidacznia się najlepiej na rodzeństwie: Stanisławie S. lat 6 i Józefie S. lat 9; odczyn tuberkulinowy Pirquet a był dodatni u obojga zarówno podczas duru brzusznego, jak i w okresie zdrowienia. U sześciolatniego Stanisława stwierdzono tylko objawy banalnego powiększenia gruczołów okołoskrzelowych, natomiast u Józefa czynną gruźlicę kości i znaczne powiększenie gruczołów kiszkiowych. Z tych dwojga dzieci nawrót wystąpił tylko u Józefa z czynną sprawą gruźliczą.

Nadzwyczaj ciekawe jest, że podobny pogląd, t. j. uzależnienie nawrotu duru od zakażenia ustroju odmiennym zarazkiem, spotkałem w podręczniku chorób dziecięcych Rilliet i Bartheza z r. 1891. Znajdujemy tam następujące zdanie: „un enfant, après une fièvre typhoïde avec taches ayant duré 21 jours, ayant eu sous l'influence d'une pneumonie gangréneuse, une rechute qui prit 15 jours“.

W rozdziale o nawrotach nie wygłaszają oni jednak tego poglądu.

Cały szereg różnorodnych spostrzeżeń przemawia, jak widzimy, za tem, że nawrót jest wyrazem pewnego „stanu uczulenia“ ustroju ludzkiego.

Poza tem istnieją dwie drogi dla bezpośredniego wykazania stanu uczulenia tych ustrojów; w materiale retrospektywnym ze zrozumiałych powodów nie można było zna-

leżć wszystkich tych dowodów—uzupełniamy je też obecnie wspólnie z kol. *Brokmanem*.

1) Szkoła francuska, głównie *Widal* i jego uczniowie, wykazali ostatnio w bardzo ładnych badaniach na ludziach, że dusznica (astma) jest w wielu razach wyrazem stanu uczulenia danego ustroju na pewne bodźce ściśle swoiste dla każdego poszczególnego przypadku.

Podług tych autorów napad duszniczy należy uważać za objaw anafilaksji, gdyż poprzedzają go stale charakterystyczne dla tego stanu zmiany we krwi, objęte ogólnem mianem „*crise hémoclasique*“, a mianowicie: obniżenie się wskaźnika refraktometrycznego surowicy, obniżenie się liczby ciałek białych z przewagą limfocytów, zwiększenie krzepliwości krwi, obniżenie ciśnienia krwi.

Wykazanie całego tego zespołu dla nawrotu duru jest, naturalnie, rzeczą bez porównania trudniejszą, niż dla dowolnie wywoływanych przez francuskich autorów napadów duszniczy.

W dotychczasowym naszym materiale znajdujemy tylko jeden stały objaw, poprzedzający każdy nawrót—a mianowicie, rozwodnienie surowicy krwi; wykazałem to już dawniej.

Z wahań ciałek białych, przytaczanych przez *Naegeli'ego* wynika, że liczba limfocytów zwiększa się, a liczba obojętnochłonnych zmniejsza się w okresie, poprzedzającym wystąpienie nawrotu. Spostrzeżenie podobne uczyniliśmy w przypadku *Celinki F. 1. 12*; pod koniec gorączki liczba limfocytów wynosiła tutaj zaledwie 1500 (26%), w dwudniowej przerwie bezgorączkowej przed nawrotem wzrosła do 2500 (43%), a pod koniec nawrotu—3000 (63%). Natomiast leukocytoza, która podług *Naegeli'ego* jest zapowiedzią nawrotu, o ile występuje w okresie zdrowienia bez jakichkolwiek powikłań, jest objawem krótkotrwałym i zjawia się zaledwie na 24—36 godzin przed podniesieniem się ciepłoty. Poprzedzająca ją limfocytoza jest natomiast synchroniczną z omówionem wyżej rozwodnieniem surowicy.

Dalsze badania w tym kierunku przeprowadzamy obecnie.

2) Jeżeli nawrót duru brzuszego jest objawem pewnego „uczulenia” ustroju, jeżeli większość takich chorych jest już w chwili zapadania na dur predysponowana do nawrotów, w takim razie powinno to znaleźć swój wyraz w odmiennym reagowaniu tych chorych na związki białkowe, wchodzące w skład prątków duru.

Taki osobnik po zastrzyknięciu doskórnem zarazków Ebertha powinien ewentualnie dawać odczyn o odmiennym nasileniu już podczas choroby, niż osobnik uprzednio „nieuczulony”.

W piśmiennictwie mamy już prace, opisujące odczyn chorych tyfusowych na zastrzyknięcie doskórne prątków duru; nie spotkałem w nich jednak żadnej wzmianki, któraby rozpatrywała tę sprawę z poruszonego przez nas punktu widzenia.

Rozpatrzmy teraz, czy zapatrywanie na nawroty, jako na wyraz uczulenia ustroju ludzkiego, zgadza się z temi wiadomościami, jakie posiadamy wogóle o nawrotach, wzgl. czy może się ten pogląd przyczynić do wyjaśnienia istniejących jeszcze wątpliwości.

Wiemy, że czas trwania nawrotów jest bardzo zmienny — od kilkodniowych, ale charakterystycznych podwyższeń ciepłoty mamy wszelkie przejścia do jedno, trzy lub nawet czterotygodniowego okresu; dalej, nasilenie wszystkich objawów klinicznych, swoistych dla duru, podlega również znacznym wahaniom: obok przypadków, gdzie jedynym objawem jest podniesiona ciepłota, widzimy pełny obraz kliniczny duru brzuszego; nawet swoiste dla duru zmiany anatomo-patologiczne w jelitach mogą zupełnie nie występować w nawrocie — podkreślają to zwłaszcza autorowie francuscy—Trousseau, Rilliet et Barthez, a Curshmann nie zaprzecza temu, chociaż sam nie widział takich przypadków.

Te różnice zależą prawdopodobnie od stopnia „uczulenia” danego ustroju — wrazie znaczniejszego „uczulenia” — do ustroju przedostają się same zarazki duru, powodując pełny obraz kliniczny nawrotu; w razie uczulenia słabszego ustrój nie dopuszcza do ponownego rozwoju w nim bakterij, ale reaguje podniesieniem się ciepłoty na przedostające się

do jego wnętrza lub też wytwarzające się w nim jady bakteryjne—poronne pastaci nawrotu.

W ten sposób tłumaczyłbym sobie następujące spostrzeżenie:

U Stasia S. I. 10, po ciężkim durze brzuszym z gorączką, trwającą 24 dni, występuje w 5 i 6 tygodniu choroby (bez podniesionej ciepłoty!) ropień na udzie; badanie bakterjologiczne wykazało w ropie obecność prątka duru brzuszego. Ropień nakłuwno kilkakrotnie; w dwa dni po ostatniem usunięciu ropy, t. j. w okresie ostatecznego wchłaniania pozostałych tam mas rozpadowych i jądów, spostrzegano czterodniowe podniesienie się ciepłoty (do 38,7).

Stan „uczulenia“ ustroju może znaleźć jednak również i zupełnie odmienny wyraz, jak tego dowodzi przypadek Ludwika G. I. 6, u którego tak jak w poprzednim przypadku stwierdzono ropień, wywołany przez prątek *E b e r t h a*, lecz trwający tylko kilka dni — jednocześnie spostrzegano na skórze „liczne czerwone plamy, wystające ponad poziom skóry“.

Pogląd nasz na istotę nawrotów może nam również wyjaśnić spostrzeżenia, dotyczące ich w wieku dziecięcym.

A więc, nawroty są u dzieci naogół częstsze, jak to stwierdzają zgodnie wszyscy autorowie, gdyż tutaj i wszelkie zaburzenia przewodu pokarmowego są znacznie częstsze, daleko łatwiej też o wytworzenie pewnego stanu uczulenia ustroju. Być może, że i wrażliwość ogólna ustroju dziecięcego odgrywa tutaj pewną rolę.

Pragnąłbym jeszcze zwrócić uwagę na fakt, o którym dotychczas nie znalazłem nigdzie wzmianki, a mianowicie: **nawroty występują znacznie częściej u dzieci starszych, niż u młodszych:**

do 7 lat na . . .	108	przyp.	nawroty	w	11,1%
od 7 — 10 . . .	123	„	„	„	20,0%
powyżej 10 lat . .	134	„	„	„	21,0%.

Do lat 7 częstość nawrotów jest więc o połowę mniejsza, niż potem. Jakże to pogodzić z wyżej przyjętym przez nas uzasadnieniem większej częstości nawrotów u dzieci w stosunku do dorosłych? przecież do lat 7 zaburzenia przewodu pokarmowego są częstsze, niż potem. Być więc może, że dla „uczulenia“ ustroju niezbędny jest pewien okres czasu lub też z wiekiem rodzaj bodźców uczulających zmienia

się, stają się one więcej skuteczne, a może przybywa więcej osobników z uczuleniem swoistem? trudno jest tutaj orzec coś pozytywnego.

Oprócz tego i nasilenie oraz długotrwałość nawrotów zwiększa się z wiekiem dzieci; do lat 10 nawrót rzadko kiedy trwa dłużej, niż dwa tygodnie, u dzieci starszych zdarza się to bardzo często, prawie w połowie przypadków, najdłuższy spostrzegany przez nas nawrót trwał 33 dni.

Okres gorączkowy trwał najczęściej 8—14 dni. Jednocześnie zwiększa się też z wiekiem ilość przypadków z kilkrotnymi nawrotami:

do lat 7 na . . .	108	przyp.	spotykamy	tylko 1 z podwójnym nawrotem,
od 7—10 lat na	123	"	"	" 1 z czterokrotnym nasileniem ciepłoty ¹⁾ ,
powyżej 10 lat na	134	"	"	" 2 z podwójnym nawrotem, 2 z potrójnym nawrotem, 1 z poczwórnym nawrotem.

W porównaniu z danymi z piśmiennictwa zastanawia częstość tych kilkrotnych nawrotów w naszym materiale: H e n o c h na 339 przyp. duru z 39 nawrotami (11,6%) widział t y l k o r a z j e d e n p o d w ó j n y nawrót; C u r s c h m a n n widział:

na 523 nawroty: podwójne w 8,4%, potrójne w 0,9%, poczwórne tylko 0,4%,
my na 65 nawrotów: podwójne w 4,6%, potrójne w 3,1%, poczwórne w 1,5%.

1) Nasileniem nazywamy ponowne podnoszenie się ciepłoty, występujące w okresie jej obniżania się poprzedniego okresu, niema tutaj zupełnie istniejącego w nawrotach okresu bezgorączkowego.

Jak widać z zestawienia, nawrót poczwórny jest niezbyt częsty, dlatego też przytaczamy w krótkości kilka szczegółów z tego przypadku:

Zosia M. lat 11, przybyła do szpitala, w sierpniu 1919 r. (rok nawrotów) dziewiątego dnia choroby, ciepłota powróciła do normy 21 dnia choroby; po 6 dniach wystąpił I nawrót i trwał 26 dni, II po 12 dniach przez 12 dni, III po 1 dniu przez 28 dni, IV — po 2 dniach — 17; ciepłota chwiejna utrzymywała się potem jeszcze przez kilka tygodni. Z powikłań stwierdzono w tym przypadku zapalenie miedniczek nerkowych w I nawrocie, nefrozę w II i III nawrocie, odoskrzelowe zapalenie płuc w III.

Sądzę, że ten wysoki odsetek kilkakrotnych nawrotów w naszym zestawieniu należy uzależniać również, jak to czyniliśmy wyżej dla dużego odsetka nawrotów wogóle, od większego „uczulenia” naszych chorych.

Płeć, wbrew twierdzeniom niektórych autorów, nie wywierała wpływu na częstość nawrotów.

Patogeneza duru brzuszego.

W związku z powyższymi wywodami przejdźmy na chwilę od kliniki do patogenezy duru brzuszego.

I tutaj, jak we wszystkich chorobach zakaźnych, wiemy, że samo zetknięcie się ustroju z zarazkiem nie wywołuje choroby stale i bez zastrzeżeń, że niezbędne są tutaj również inne warunki, tkwiące zwykle w samym ustroju—musi on być podatny do zarażenia w danej chwili, by powstała choroba. Wiemy o tem rzeczywiście już oddawna, ale należy przyznać, że w ostatnich kilkudziesięciu latach nasza znajomość tych warunków nie postąpiła ani o jeden krok naprzód, a co gorsza, cała ta sprawa zesłała wogóle z porządku dziennego, przestała nas interesować—wspominałem już o tem, mówiąc o klinice duru. I tutaj również widzimy ten zgubny wpływ, jaki wywarła niewątpliwie bakterjologia na rozwój kliniki chorób zakaźnych.

Klinika wykazuje, że tyfus, w większym może stopniu od innych chorób zakaźnych, posiada cechy odczynu anafi-

laktycznego, jak to z naszych autorów podkreśla Karwacki—czyżby już sam dur brzuszny był wyrazem pewnego stanu uczulenia ustroju przez zarazek swoisty lub pokrewny, jak to uznaliśmy za niezbędną dla powstawania nawrotu? W związku z tem, jakże dziwnie nęćąco zapowiadają się odzywające się w ostatnich czasach głosy, wymagające rewizji naszych poglądów na stosunek wzajemny wszystkich drobnoustrojów t. zw. grupy *b. coli*!

Czy pomiędzy temi tak dziwnie podobnemi do siebie zarazkami istnieje rzeczywiście przepaść nie do przebycia? czy też to nam się tylko tak wydaje dlatego, że nie widzimy dokładnie tego przejścia?

A więc ustrój musi być uprzednio uczulony w odpowiedni sposób przez jakikolwiek zarazek typu *b. coli*, by mógł w nim rozwinąć się obraz chorobny duru brzuszego? Nasuwa się tutaj spostrzeżenie, że oseski rzadko zapadają na dur brzuszny—nie są one jeszcze uczulone; a jeżeli zarazek duru brzuszego przedostaje się do ustroju oseska, to powoduje raczej posocnicę. Tak samo gruźlica, zaszczerpiona plemionom, które dotychczas nie są przez nią uczulone, wywołuje raczej ostro przebiegającą postać chorobną, niż zwykłe, znane ogólnie objawy kliniczne. Dalej Szokalski, jak i inni autorowie, stwierdził, że w pierwszych dniach duru brzuszego surowica chorego posiada własności zlepne względem prątka Shiga-Kruse, chociaż swoiste zlepniki durowe nie zjawily się jeszcze w tym czasie.

Zdaniem mojem fakt ten można sobie tłumaczyć tylko w następujący sposób: jak tego dowiodłem doświadczalnie, ustrój, który wytwarzał już kiedyś zlepniki względem zarazka *a*, przy zastrzyknięciu mu zarazków *b*, wytwarza w pierwszym czasie, nim zdoła „zmobilizować“ zlepniki swoiste (*b*), zlepniki takie, które już kiedyś wytwarzał, na które jego narządy były „nastawione“, t. j. w danym przykładzie zlepniki *a*. Otóż to wczesne występowanie zlepników względem zarazka Shiga-Kruse w przebiegu duru brzuszego przemawia za tem, że ustrój ten był już kiedyś „nastawiony“ na wytwarzanie takich (lub pokrewnych) zlepników, innemi słowy, że stykał się z zarazkami Shiga-Kruse (lub pokrewnemi), wzgl. że przebywał choroby, wywoływane przez te zarazki.

Dur brzuszny a inne choroby zakaźne.

Znanym jest fakt z patogenezy duru brzusznego, że zapadają nań zwłaszcza osobniki zdrowe, rzadziej ustroje wyniszczone wskutek jakiegoś cierpienia przewlekłego, że dur brzuszny rzadko kiedy przebiega jednocześnie z innymi chorobami zakaźnymi.

I tutaj należy przyznać, że świadomość tego zatarła się znacznie w umyśle lekarzy ostatniego dwudziestolecia, podczas gdy starsi autorowie zwracali na to znaczną uwagę.

Zadziwiająca jest, rzeczywiście, ta odporność chorego na dur brzuszny w stosunku do innych chorób zakaźnych—np. dur i ospa prawie że wykluczają się wzajemnie w okresie gorączkowym, a podług C u r s c h m a n n a, jeżeli ospę stwierdzono u ozdowieńców po durze, to chwila zarażenia się przypadła zawsze już na okres bezgorączkowy.

O d r a n i e rozwija się również prawie nigdy w okresie gorączkowym duru, — R i l l i e t i B a r t h e z spostrzegli 14 razy odrę po durze brzuszny—nigdy jednocześnie. Rzadki przypadek tego rodzaju mieliśmy możność spostrzec:

Stefcia B. lat 7 przybyła do szpitala 6 dnia choroby z wyraźnymi objawami duru brzusznego; posiew krwi 6 dnia — ujemny; 14 dnia wystąpiły plamki K o p l i k a i wysypka odrowa, która utrzymywała się przez 4 dni; jednocześnie zaparcie dotychczasowe przeszło w biegunkę na czas trwania wysypki, potem wystąpiło ponownie. Liczba ciałek białych 5400 szóstego dnia obniżyła się do 3600 (4-ty dzień wysypki), potem powróciła do dawnego stanu (6000—27 dzień). Odczyn W i d a l a ujemny 6 dnia choroby, był dodatni 14 dnia. Ciepłota powróciła do normy 28 dnia. Zdrowienie bez powikłań.

Obie choroby zakaźne przebiegały więc jednocześnie i zupełnie bez wpływu jedna na drugą.

Spostrzegliśmy dwa przypadki p ł o n i c y u ozdowieńców po durze brzuszny: objawy wystąpiły w jednym przypadku 6 dnia po spadku ciepłoty, w drugim 8 dnia po nawrocie duru. Od 10 dni leżał na sali z tym ostatnim przy-

padkiem chłopczyk, który przed trzema tygodniami miał anginę.

W piśmiennictwie polskiem *Nawroćki* spostrzegał jednocześnie płonicę i dur brzuszny u 18-letniego chłopca.

Dur brzuszny i bakterjologicznie stwierdzona błonica nie przebiegają jednocześnie,—objawy błonicy występują dopiero po spadku ciepłoty.

U Jasia A. lat 5, trzeciego dnia po powrocie ciepłoty do wartości normalnej stwierdzono krwawo-ropny wyciek z nosa; badanie wykazało obecność prątków błonicy; po zastrzyknięciu surowicy objawy te ustąpiły.

Stosunek zimnicy do duru brzusznego był szeroko omawiany przez dawniejszych autorów ¹⁾, wtedy było, rzeczywiście, niezmiernie trudno rozstrzygnąć, czy przestankowy typ ciepłoty na początku duru brzusznego lub u ozdowieńca należało uzależnić od zakażenia durowego, czy też od istniejącej jednocześnie zimnicy; nie ulegało tylko wątpliwości, że przebieg ciepłoty w durze może w pewnych okresach łudząco przypominać napady gorączki w zimnicy (*Sokołowski* i inni). To też *Trousseau* np. nie uznawał jednoczesnego istnienia obu tych chorób zakaźnych. Jednakże dzisiaj wiemy, że *Trousseau* mylił się, zajmując stanowisko tak jednostronne, możemy to wnioskować już chociażby z jego własnej uwagi, „że taki przebieg ciepłoty w durze brzuszny spotykamy głównie w okolicach, gdzie zimnica jest epidemiczną, lub też u osobników, którzy niedawno opuścili takie strony“.

Jak już wspominałem, mamy w naszym materiale trzy przypadki zimnicy u ozdowieńców po durze brzuszny (wszystkie trzy z nawrotami).

Genia W. lat 11; przebieg duru średnio ciężki — 31 dni; po 9 dniach nastąpił czterodniowy nawrót ze stopniowym narastaniem do 40,4 i stopniowym obniżaniem się ciepłoty; drugiego dnia po nawrocie — napad zimnicy, potem napady codzienne w ciągu trzech dni; ustąpiły one po chininie. We krwi stwierdzono plazmodyje zimnicy. Ze względu na to, że chorą spostrzegano w marcu,

1) W piśmiennictwie polskiem sprawa ta poruszona była w polemice, jaka się wywiązała w r. 1885 z powodu pracy *Dunina* o „gorączce zimniczej ciągłej“.

a w wywiadach notowano krwimocz, sądzą, że dziecko to było zakażone zimnicą już dawniej; ujawniła się ona dopiero po durze brzuszonym, wywoławszy ze swej strony czterodniowy nawrót.

W drugim przypadku, również potwierdzonym przez badanie krwi, napady zimnicy wystąpiły w dwa tygodnie po nawrocie. Trudno orzec, kiedy nastąpiło zakażenie zimnicą.

W trzecim przypadku Tadzia M. lat 9, drugiego, trzeciego i czwartego dnia po spadku ciepłoty w durze brzuszonym wystąpiły typowe napady zimnicy; pasorzytów nie stwierdzono we krwi. Cera chorego miała jednak charakterystyczny odcień, napady ustąpiły po chininie; po 10-ciu dalszych dniach normalnej ciepłoty—ośmiodniowy nawrót. Tutaj, tak jak w przypadku pierwszym, zakażenie zimnicą nastąpić musiało przed zachorowaniem na dur brzuszny.

Nie ulega natomiast wątpliwości, że sam dur brzuszny może powodować podobny przebieg ciepłoty w okresie nasilania lub też obniżania się ciepłoty:

Np. u Jadzi R. lat 5 w okresie obniżania się ciepłoty stwierdziliśmy w ciągu tygodnia b. duże wahania dzienne, dochodzące do 5° ($36-41^{\circ}$) bez żadnych wskazówek klinicznych co do zimnicy—kilkakrotne badanie krwi dało też wynik ujemny.

W przeciwieństwie do chorób powyższych krztusiec może przebiegać jednocześnie z dudem brzuszonym; spostrzegaliśmy to u 5-letniego chłopczyka.

Pozostaje do omówienia sprawa najważniejsza tego rozdziału—stosunek wzajemny gruźlicy i duru brzuszego.

Należy tutaj odróżnić dwie sprawy: zapadanie na dur brzuszny osobników gruźliczych i wpływ duru brzuszego na istniejącą sprawę gruźliczą.

Co się tyczy pierwszego, to większość autorów jest jednak zdania, że gruźlica nie stanowi wyjątku z ogólnego stosunku chorób zakaźnych do duru brzuszego—osobniki gruźlicze, zwłaszcza w późniejszych okresach, rzadko zapadają na dur brzuszny.

Na sekcjach zmarłych na dur brzuszny rzadko też widzimy rozleglejsze zmiany gruźlicze. Curschmann sądzi, że wywiera tutaj wpływ nie tyle sam fakt istnienia w ustroju sprawy gruźliczej, ile towarzyszące jej wyniszczenie, gdyż tak samo „odporni“ do pewnego stopnia na dur

brzuszny są również chorzy na cukrzycę, z nowotworami złośliwymi i t. p.

Zdania są natomiast podzielone co do wpływu duru brzusznego na istniejącą już sprawę gruźliczą: jedni uważają, że dur pobudza gruźlicę do szybszego rozwoju, inni wyraźnie temu zaprzeczają. Następujące fakty mogłyby a priori doprowadzić do wniosku, że zwolennicy pierwszego poglądu mają słuszość: dur brzuszny jest chorobą wyniszczającą i następnie, w wielu przypadkach stwierdzić można na sekcji świeży przerost, względnie przekrwienie, gruczołów okołooskrzelowych, zupełnie niezależnie od jakichkolwiek zmian miejscowych, lecz w związku z ogólnym przerostem tkanki limfoidalnej (Curschmann)—mogłoby to rzeczywiście przyczynić się znacznie do ożywienia istniejącej w nich sprawy gruźliczej. Wreszcie, odczyn Pirqueta znika często, ale niezawsze, w okresie gorączkowym duru brzusznego, by zjawić się ponownie w okresie zdrowienia; niema tutaj jednak tego stałego zaniku w każdym przypadku, jak to spostrzegamy w odrze.

W materiale naszym nie widzieliśmy jednak ani jednego przypadku, o którym możnaby powiedzieć, że dur brzuszny przyspieszył proces gruźliczy. Z ustaleniem tej zależności należy być bardzo ostrożnym, gdyż nigdy nie wiadomo, jakim byłby przebieg bez duru brzusznego, *post hoc* łatwo jest tutaj przyjąć za *propter hoc*. Następnie, należy liczyć się również z tem, że tak długotrwała choroba zakaźna, jak dur brzuszny, doprowadza czasami ustrój do znacznego stopnia wyczerpania, do pewnej hipotonji ogólnej, której obraz kliniczny niekiedy jest, rzeczywiście, łudząco podobny do rozwijającej się sprawy gruźliczej. Dłuższe spostrzeganie chorego usuwa jednak stale wątpliwości co do tego ostatniego podejrzenia.

Wywodów tych nie należy rozumieć w ten sposób, że zaprzeczamy wogóle istnieniu wpływu duru brzusznego na rozwój gruźlicy—przypadki takie istnieją niewątpliwie, jak to wykazują głosy poważnych klinicystów. Chciałbym tylko zaznaczyć, że jest to raczej wyjątkiem, niż regułą; np. Curschmann, zwolennik poglądu o pobudzającym wpływie duru na rozwój gruźlicy, w zestawieniu swoim

mógł wykazać tylko sześć przypadków zejścia śmiertelnego wskutek gruźlicy u ozdrowieńców po tyfusie, co na 580 zejść śmiertelnych wynosi zaledwie 1%.

Być może, że my pedjatrzy mamy tutaj cokolwiek odmienne zapatrywania od internistów, a to z tego powodu, że mamy zupełnie inną od nich skalę porównawczą. Jeżeli mowa o wpływie jakiegokolwiek sprawy chorobnej na rozwój gruźlicy, to pedjatra stale porównuje ten wpływ z wpływem odry i krztuśca. Otóż nie ulega najmniejszej wątpliwości, że dur brzuszny nie wytrzymuje tego porównania nawet w przybliżeniu, musimy też w ostatecznym wniosku wypowiedzieć się w tym sensie, że dur brzuszny nie ma specjalnie przyspieszającego wpływu na rozwój istniejącej w usroju sprawy gruźliczej.

Ten stosunek pewnej odporności wzajemnej ustroju chorego na dur brzuszny względem innych chorób zakaźnych tłumaczy nam też zadziwiający w pierwszej chwili fakt rzadkości zakażeń wewnątrzszpitalnych dudem brzuszным. Podkreślali to już dawniejsi autorowie, którzy spostrzegali to pomimo opłakanych często warunków ówczesnego szpitalnictwa i pomimo nieodosobniania tych chorych od innych. Przebywający w szpitalu rzadko zapadają na dur brzuszny, gdyż są to albo wyniszczające cierpienia chroniczne, albo też ostre choroby zakaźne—jedno i drugie udziela pewnej odporności na dur brzuszny. Jeżeli zdarzały się zakażenia wewnątrzszpitalne, to porażały one zwykle osobników, przybyłych z jakimś nieznacznym cierpieniem, chociaż przebywali oni w szpitalu zwykle krócej od innych. Np. W o l b e r g spostrzegał w ciągu 7 lat na 277 przypadków duru brzuszego u dzieci tylko dwa zakażenia wewnątrzszpitalne—u dziecka z świerzbiczką i z katarą żołądka, przebiegającym bez podniesionej ciepłoty.

Objaw Kerniga.

B r u d z i ń s k i wykazał, że objaw K e r n i g a występuje w 70% przypadków duru brzuszego, przebiegających bez jakiegokolwiek podrażnienia opon mózgowych. Spo-

strzegano to już przedtem; np. w podręczniku chorób dziecięcych Hutinela znajdujemy wzmiankę, że Netter stwierdził to w 11,8% przypadków duru; jednak zasługa uwydatnienia tego faktu należy niewątpliwie do Brudzińskiego.

W naszym materiale spostrzegaliśmy dodatni objaw Kerniga w 78% ogółu przypadków, co po odliczeniu przypadków z objawami oponowymi da odsetek nieco niższy od podawanego przez Brudzińskiego. Za jego przykładem przyzwyczailiśmy się też do uważania objawu Kerniga za objaw, przemawiający w razach wątpliwych raczej za durem brzuszny.

Kernigi i autorowie późniejsi do Brudzińskiego uważali ten objaw za swoisty dla podrażnienia lub zapalenia opon mózgowych, chociaż warunki powstawania tego objawu nie były ustalone. Spostrzeżenia powyższe wykazały jednak, że nie może tutaj być mowy o objawie swoistym i że zarówno sprawy zapalne w oponach, jak i dur brzuszny stwarzają takie warunki, które powodują występowanie tego objawu.

Wobec tego najlogicznieszem było szukanie warunków występowania tego objawu nie w układzie nerwowym, gdyż w durze brzuszny nic nie przemawiało za tem, lecz w samych mięśniach. Przedstawmy sobie teraz mechanizm powstawania objawu Kerniga: polega on na tem, że fizjologicznie już krótkie nieco mięśnie tylne uda (*mm. biceps, semimembranosus* i *semitendinosus*) stają się wtedy jeszcze krótszemi—nie pozwalają one na wyprostowanie nogi w kolanie przy jednoczesnem zgięciu w stawie biodrowym.

Sprawa powstawania objawu Kerniga sprowadza się do zagadnienia, jakie czynniki mogą zmniejszać zdolność tych mięśni do rozciągania się zarówno w zajęciu opon mózgowych, jak i w durze brzuszny? Czy istnieje jakaś wspólna cecha, mogąca wytłomaczyć tę zmianę stanu mięśnia w obu stanach chorobnych?

Otóż zdaje nam się, że tą wspólną cechą jest rozwodnienie (może pęcznienie?) tych mięśni—spotykamy je niewątpliwie w stanach podrażnienia i zapalenia opon mózgowych oraz w durze brzuszny, chociaż spo-

sób powstawania tego rozwodnienia nie jest jednakowy.

W razie występowania objawów oponowych stwierdzamy stale, jak to wykazuje badanie refraktometryczne, zgęszczenie surowicy krwi wskutek skurczu naczyń; wyciśnięta w ten sposób z krwiobiegu woda przechodzi do tkanek, głównie tkanki podskórnej i do mięśni, rozwodniając je.

W durze brzuszym stwierdzamy na podstawie badania refraktometrycznego oraz wagi chorego stale rozwodnienie całego ustroju w stopniu daleko większym, niż w przebiegu innych chorób zakaźnych; ten nadmiar zatrzymanej wody umiejscawia się również głównie w tkance podskórnej i w mięśniach ¹⁾).

Rozwodnione w ten sposób w przebiegu obu tych postaci chorobnych tylne mięśnie uda nie dają się już rozciągnąć w dostatecznym stopniu, uwydatnia to wybitniejszych fizjologiczną niedostateczność — występuje objaw Kerniga.

Naturalnie, że obok tego zasadniczego warunku powstawaniu objawu Kerniga istnieją jeszcze i inne, poboczne. Za takie uważać należy w stanach zapalnych opon mózgowych pewien odruchowy stan napięcia (tonus) mięśni, a w durze brzuszym rozległe zmiany, które stwierdzamy przy badaniu pośmiertnem mięśni.

1) Trousseau opisuje w następujący sposób wygląd mięśni w durze brzuszym: „w pierwszych okresach choroby (2 i 3 tygodnie) chore mięśnie są naogół bardzo napięte (trés tendus), o gładkiej powierzchni; tkanka jest sucha i łatwo się rozrywająca. Pozatem objętość mięśni jest powiększona, w zależności od zgrubienia zwyrodniałych włókienek. Wreszcie, w późniejszych okresach choroby, mięśnie są wiotkie, na przekroju często o wyglądzie wilgotnym, czasami spotyka się nacieczenie surowicze w mniejszym lub większym stopniu, nietylko mięśni lecz również i tkanki otaczającej mięśnie, chociaż nie stwierdza się podobnego nacieczenia w innych częściach ciała“.

Słuszność podanego przez nas uzasadnienia powstawania objawu K e r n i g a wykazać możemy przez następujące spostrzeżenia:

1) Jeżeli rozwodnienie mięśni jest rzeczywiście głównym warunkiem powstawania tego objawu, to musimy go stwierdzać również w stanach obrzękowych różnego pochodzenia. I rzeczywiście, w kilkunastu przypadkach obrzęku głodowego, obrzęków pochodzenia nerkowego, które miałem możność spostrzegać w ostatnim czasie, stwierdzałem stale obecność objawu K e r n i g a.

2) Jeżeli istnieje w ustroju ludzkim jeszcze inna grupa mięśni lub mięsień, które, równie jak tylne mięśnie uda, są już fizjologicznie za krótkie, wtedy fakt ten musi się uwydatnić jeszcze wybitniej w przebiegu zapalenia opon mózgowych lub w durze brzuszny.

Na naradzie z kol. R ó ż y c k i m nie mogliśmy znaleźć mięśni, któreby posiadały takie własności fizjologiczne, jak mięśnie warunkujące powstawanie objawu K e r n i g a. Można jednak było uważać za nadające się do sprawdzenia klinicznego następujące rozumowanie: przy wyprostowaniu nogi w stanie kolanowym zgięcie grzbietowe stopy jest utrudnione wskutek napięcia, jakiemu podlega mięsień brzuchaty łydki (*m. gastrocnemius*).

Otóż można się było spodziewać, że rozwodniony ten mięsień będzie stawiał większy jeszcze opór — zgięcie grzbietowe stopy przy wyprostowanej nodze będzie jeszcze więcej utrudnione, niż normalnie.

Badanie kliniczne wykazało rzeczywiście, że bierne zgięcie grzbietowe stopy napotyka na znacznie większy opór w przypadkach z istniejącym objawem K e r n i g a, niż w innych razach.

Odmienne warunki anatomiczne nie pozwalają jednak tutaj na stwierdzenie obiektywne takiego zahamowania ruchu, jak to ma miejsce przy objawie K e r n i g a.

3) Omawiając wyżej cechy pierwszej grupy klinicznej duru brzusznego wspominałem, że rozwodnienie ustroju jest w tych razach względnie mniejsze, niż w grupach pozostałych, i że w związku z tem objaw K e r n i g a jest w niej częściej nieobecny. Obecnie rozumiemy ten związek.

4) Zrozumiemy też dlaczego objaw ten ustępuje zwykle w okresie powrotu ciepłoty do wartości normalnych — wtedy następuje również odwodnienie ustroju; zrozumiemy, dlaczego w razach, w których występuje nawrót, objaw *Kerniga* nie ustępuje, lecz utrzymuje się czasami jeszcze przez czas jakiś po obniżeniu się ciepłoty — wiemy bowiem, że w takich razach i odwodnienie ustroju często jest niezupełne.

5) Dalej w razie wystąpienia objawów oponowych w pierwszych dniach duru brzuszego, możemy często stwierdzać istnienie objawu karkowego (*Burdzinskigo*) podczas gdy objaw *Kerniga* zjawia się dopiero po kilku dniach — niezbędne do tego rozwodnienie mięśni doszło dopiero teraz do skutku; i odwrotnie, po ustąpieniu objawów oponowych, objaw *Kerniga* utrzymuje się jeszcze w dalszym ciągu, póki trwa rozwodnienie ustroju.

6) W przypadkach duru poronnego (7 dni, 5-go dnia prątki duru we krwi), gdy odpowiednie zmiany w ustroju — należyte rozwodnienie — nie miały czasu się rozwinąć, objawu *Kerniga* nie spostrzegano.

7) U dzieci do lat 6-ciu, jak zaznacza *Erlichówna*, objaw ten występuje rzadziej, niż u dzieci starszych — rozciągłość mięśni jest tutaj większa, niż w wieku późniejszym.

8) W przypadku ropnego zapalenia opon mózgowych, które wystąpiło w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc i za życia chorego nie było zupełnie rozpoznane z powodu braku objawów oponowych, a więc i objawu *Kerniga*, stwierdziłem wyjątkowo małą zawartość wody w mięśniach przy badaniu w trzy godziny po zejściu śmiertelnem. Odsetek wody wynosił tutaj zaledwie 63, podczas gdy w drugim przypadku ropnego zapalenia opon 75,9, a w zapaleniu gruzliczem waha się w granicach 76,7—78,7.

Różyczka.

Częstość występowania różyczki w durze brzuszym oceniana jest rozmaicie przez różnych autorów — wpływają na to, naturalnie, bardzo liczne warunki, jak staranne badanie chorego, różnorodność materiału klinicznego i t. p.

W naszym materiale retrospektywnym, wykazującym niewątpliwie zbyt małą ilość wyników dodatnich, stwierdzono obecność różyczki w 60% przypadków. W piśmiennictwie polskim K r o k i e w i c z wykazuje 78%, S o k o ł o w s k i 50%, P a c a n o w s k i tylko 40% dodatnich spostrzeżeń. R i l l i e t i B a r t h e z stwierdzali ich brak tylko w 6—7% na materiale dziecięcym.

Czasami daje się stwierdzić wczesne jej wystąpienie (2—4 dnia choroby); C u r s c h m a n n zaznacza, że widział to zwłaszcza u kobiet i u dzieci; czy nie jest to jednak tylko skutkiem tego, że łatwiej je tutaj spostrzedz na delikatnej skórze? Niekiedy występuje ona znacznie później niż zwykle, kilkakrotnie stwierdzaliśmy ją 15—17 dnia, raz jeden nawet dopiero 21 dnia choroby w przypadku, w którym wystąpił podwójny nawrót. Różyczka utrzymuje się zwykle w ciągu kilku dni; C u r s c h m a n n podaje najdłuższy czas jej trwania na 7—10 dni. Jest to jednak stanowczo zbyt krótki okres, spostrzegaliśmy różyczkę przez czas znacznie dłuższy i to głównie w przypadkach z nawrotami:

Np. Genia L. lat 7 różyczkę stwierdzono 11, 16 i 29 dnia choroby (świeże wykwity); powrót ciepłoty do normy 44 dnia; po 6 dniach siedemnastodniowy nawrót z różyczką (świeża) 8 dnia.

Dalej, Halina M. lat 11 różyczka obecna 14, 21 i 27 dnia; ciepłota powraca do normy 33 dnia; po 3 dniach I nawrót — 28 dni, z obfitą różyczką od 44 do 53 dnia choroby, po dalszych 10 dniach II nawrót z różyczką krótkotrwałą 81 dnia.

Obfitość różyczki niema, zdaje się, związku z przebiegiem cięższym lub lżejszym duru, podkreśla to jednak T r o u s s e a u; dwukrotnie spostrzegaliśmy pigmentacje po obfitej różyczce.

We wszystkich prawie pracach o durze brzuszonym znajdujemy jedną i tę samą uwagę, że t y p o w e m u m i e j s c o w i e n i e m r ó ż y c z k i jest skóra brzucha i wewnętrznej powierzchni uda. Nigdzie jednak nie znalazłem chociażby najmniejszej wzmianki lub zastanowienia się nad tym faktem; przecież należałoby się zapytać, dlaczego prątki duru osiadają głównie w tych miejscach, kiedy równie dobrze, zdawałoby się, mogą to uczynić i gdzieindziej? Odpowiedź na

to pytanie nasunie nam się sama przez się, jeżeli uprzytomnimy sobie, że mamy jeszcze jeden objaw, umiejscawiający się głównie w tych samych okolicach ciała; mam na myśli charakterystyczne, chociaż nie swoiste dla duru brzusznego zmiany w mięśniach, które występują głównie w mięśniach prostych brzucha oraz przywodzących uda.

Umiejscowienie tych zmian jest najprawdopodobniej w ścisłym związku z procesem chorobnym w jelitach. Z badań Heada wiemy bowiem, że sprawy chorobne narządów wewnętrznych wywołują pewne zmiany w odpowiedniej strefie powłok skórnych. Dlaczegożby owrzodzenia tyfusowe w jelitach nie mogły powodować w odpowiednich strefach pewnych zmian troficznych, warunkujących częstsze występowanie różyczki i zwyrodnienia mięśni w wymienionych wyżej miejscach? Nerwy jelit aż do okrężnicy wstępującej i mięśni prostych brzucha mają rzeczywiście swoje jądra w jednych i tych samych odcinkach rdzeniowych (V—XII grzbietowe). Natomiast unerwienie skóry uda oraz mięśni przywodzących uda odpowiada co do umiejscowienia w mleczu pacieźowym unerwieniu okrężnicy, poczynając od górnej połowy jej części wstępującej. A wiemy przecież, że w okrężnicy wględnie często stwierdza się owrzodzenia durowe (podług Curshmana w 32% przypadków na 577 sekcji), nawet przedziurawienia zajmują drugie miejsce co do częstości umiejscowienia—na 64 przypadki ten sam autor spostrzegł 39 w dolnej części jelita krętego, a 11 w okrężnicy.

Układ nerwowy.

Omawianie objawów ze strony układu nerwowego należy niewątpliwie rozpocząć od podkreślenia znanego ogólnie faktu, że układ ten jest często u dzieci zadziwiająco odporny na działanie jadu tyfusowego. To odurzenie, ten cały tak charakterystyczny dla wieku dorosłego zespół objawów, który nadał nawet nazwę tej postaci chorobnej, występuje u dzieci naogół rzadziej, zwłaszcza w pierwszych latach życia. Widujemy nierzadko w pełni rozwoju choroby, przy 40° gorączki, nawet stany pewnej euforji, nie mówiąc już o braku odurzenia.

Przy zadziałaniu jądów na układ nerwowy dzieci można spostrzegać dwa rodzaje reakcji, zależnie od własności danego ustroju oraz od siły zakażenia — u jednych stwierdzamy osłabienie pobudliwości układu nerwowego, jak apatję, senność, otrętwienie,—u drugich znówu wzmoczenie—bezsensowność, płaczliwość, krzyki, niepokój i t. p.

Pierwszy obraz widzimy naogół u dzieci starszych, drugi natomiast częściej w latach młodszych.

Ze strony układu nerwowego mamy cały szereg powikłań duru brzuszego. Pierwsze miejsce co do częstości zajmują przypadki, w których występują objawy oponowe wskutek ich stanu zapalnego lub też tylko przekrwienia, wzgl. podrażnienia. Dokładny opis i rozbiór tego rodzaju przypadków znajdujemy w pracy *Erlich ó w n y*, nie będę więc tutaj rozpatrywał tej sprawy obszerniej, chciałbym tylko uwydatnić kilka szczegółów.

Poszczególni autorowie, jak np. *Hutinel*, uzależniają częstość występowania objawów oponowych w durze brzuszonym od charakteru epidemji; podług niego powikłanie to daje się spostrzegać zwłaszcza wrazie jednoczesnego istnienia epidemji nagminnego zapalenia opon mózgowych. *Curschmann* podkreśla podobieństwo tych przypadków do nagminnego zapalenia opon mózgowych. Otóż nie możemy się zgodzić z powyższymi poglądami. Objawy oponowe są powikłaniem najmniej może zależnym od charakteru epidemji, a pozostającym w ścisłym związku z danym ustrojem, z jego własnościami i stanem w danej chwili. Obraz kliniczny daleko częściej przypomina gruźlicze zapalenie opon, bez porównania rzadziej nagminne ich zapalenie; zaznacza to też *Erlich ó w n a* w swej pracy.

Nie możemy też zgodzić się ze zdaniem, że śmiertelność w tych razach jest znacznie większa (25%), niż bywa średnio w durze brzuszonym (7%), (*Hutinel*, *Netter*)¹⁾.

1) *Krokiewicz* na materiale dorosłym podaje również duży odsetek śmiertelności w tych przypadkach—10 zejść śmiertelnych na 16 przypadków.

W naszym materiale objawy oponowe występowały zarówno w lekkich, jak i w ciężkich przypadkach duru, i na odsetek śmiertelności nie wywierały najmniejszego wpływu.

Jak każde powikłanie, tak i zajęcie opon mózgowych powoduje zwiększanie się liczby ciałek białych, które ustępuje jednocześnie z zanikiem objawów oponowych.

Np. u Gitli F. lat 10, liczba ciałek białych podczas istnienia objawów oponowych w II—V tyg. choroby równała się dn. 7/V—6500, 12/V—6250, 31/5—11500, a po ich ustąpieniu obniżyła się natychmiast do 5300 dn. 6/VI.

Objawy oponowe występują, zdaje się, naogół częściej u dzieci, niż u dorosłych; (Krokiwicz podaje 4,1%) w naszym materiale w 13% ogółu przypadków, przyczem dzieci młodsze wykazywały odsetek nieco większy, niż starsze. Hutinel podaje jednak stosunek odwrotny co do wpływu wieku dzieci; być więc może, że są to wahania przypadkowe.

Obłąkanie (*psychosis*).

Drugie miejsce co do częstości zajmują psychozy (4%); występują one najczęściej w okresie obniżania się ciepłoty lub po jej spadku, w przeważnej ilości przypadków pod postacią podniecenia ogólnego, dochodzącego chwilami do napadów szału—dzieci krzyczą, płaczą lub śmieją się, chcą uciekać z łóżka i t. p.; mniej więcej w $\frac{1}{3}$ przypadków spostrzegamy jednocześnie omamy wzrokowe.

Wyżej zaznaczyłem już, że na kilkanaście przypadków, w których wystąpiły objawy psychozy, nie było ani jednego przypadku z grupy II; zastanawia też znaczna przewaga chłopców ($\frac{2}{3}$) w stosunku do dziewczynek ($\frac{1}{3}$).

Głuchotę zupełną bez zmian miejscowych ze strony ucha spostrzegliśmy 2 razy u starszych dziewczynek (11 i 12 lat), wyłącznie w okresie wysokiej stałej ciepłoty.

Niemotę spostrzegliśmy dwukrotnie; raz jeden u chłopca 11 lat w ciągu 3 tygodni po spadku ciepłoty; w drugim przypadku u siedmioletniej dziewczynki—trwała ona

dłużej (od 19-go do 50-go dnia choroby); zjawiała się już w okresie gorączkowym i ustąpiła na początku nawrotu.

W piśmiennictwie polskiem znalazłem opis 3 przypadków niemoty w durze brzuszny u dzieci (S t a r k i e w i c z, N i e w o d n i c z a ń s k i, E h r l i c h).

Autorzy podkreślają naogół, że niemota bez jednoczesnych porażeń występuje prawie wyłącznie u dzieci (L a n d o u z y na 17 przyp. 16 razy); w naszych przypadkach nie spostrzegaliśmy również porażeń. Tylko w przypadku N i e w o d n i c z a ń s k i e g o wystąpił lekki niedowład lewostronny u dziecka 4 $\frac{1}{2}$ -letniego. Wyjątkowo dużą ilość przypadków niemoty spostrzegali H e n o c h, aż 15 na 339 przypadków.

P o r a ż e n i a u dzieci są naogół mniej częste, niż u dorosłych.

U Zosi S. lat 9, 5-go dnia po powrocie ciepłoty do normy (= 29 dnia choroby) wystąpiło lewostronne porażenie twarzy przy jednoczesnym podskoku ciepłoty do 38°, po 2 dniach—lewostronne porażenie połowicze. Objawy te ustąpiły po 5 tygodniach przy zwykłym leczeniu.

U Heli J. lat 11, w 3-im tygodniu duru stwierdzono porażenie obu kończyn dolnych, jako powikłanie ropnego zapalenia opon; 21 dnia choroby nastąpiło zejście śmiertelne—na sekcji obok zmian charakterystycznych dla duru, notowano krwotoczne zapalenie opon mózgowych. Mleczka pacierzowego nie można było zbadać, gdyż uległ on uszkodzeniu przy wyjmowaniu.

Raz jeden widzieliśmy w 4 tygodniu okresu zdrowienia drżenie prawej kończyny górnej i prawej połowy twarzy, które utrzymywało się przez czas dłuższy.

Własności ropotwórcze prątką duru brzuszego.

Własności ropotwórcze prątką E b e r t h a uwydatniają się w przebiegu duru brzuszego w postaci ropnego zapalenia różnorodnych narządów. Najczęściej występują one w mięśniach w postaci ropni; być może, że stosowane zastrzyki śródmięśniowe i podskórne ułatwiają często umiejscowienie się prątków E b e r t h a (D m o c h o w s k i i J a n o w s k i). W trzech przypadkach spostrzegaliśmy ropnie mięśni uda, wywołane przez prątki duru brzuszego

w okresie obniżania się ciepłoty lub też po jej powrocie do normy.

Rzadziej stwierdza się o b e c n o ś ć p r ą t k a d u r u w p ł w o c i n i e.

Spostrzegaliśmy to u jedenastoletniej Geni Sz., która przybyła do szpitala 4 dnia choroby w stanie średnio ciężkim; liczba ciałek białych 4 dnia—5800, dziewiątego dnia—8000, różyczka wystąpiła 7 dnia; posiew krwi 7 dnia dał wynik ujemny. Dziecko wykrztusiło od kilku dni krwawą płwocinę, przy badaniu fizykalnem nie stwierdzono jednak żadnych zmian w płucach; płwocina nie zawierała laseczników gruźlicy, natomiast prątki duru brzuszego (7 dnia choroby). Odczyn W i d a ł a dodatni 1:1000 — 9 dnia. Przebieg ciepłoty zwykły dla duru, ciepłota powróciła do normy 18 dnia, po 2 dniach — czternastodniowy nawrót. Od 16—18 dnia stwierdzono nerwoból międzyżebrza, być może, w związku z przebytą sprawą płucną — w całym naszym materiale spostrzegaliśmy neuralgię międzyżebrową wszyskiego tylko kilka razy.

Wspomnę tu jeszcze o opisanym przez E r l i c h ó w n ę ze szpitala im. Karola i Marji przypadku ropnego zapalenia opon mózgowych, wywołanego przez prątek duru brzuszego w przebiegu duru u siedmioletniej dziewczynki, oraz o opisanym przez T. W i ś n i e w s k i e g o zapaleniu ropnem stawów, wywołanem przez prątek E b e r t h a u u dziecka pięcioletniego, zarażonego prawdopodobnie przez matkę.

Własności rodzinne w przebiegu duru brzuszego.

Uwydatnianie się tych lub innych objawów w przebiegu jakiejkolwiek epidemji duru brzuszego stale bywa uzależniane od pewnych właściwości zarazka, objętych ogólną nazwą „*genius epidemicus*“. Znacznie już rzadziej dochodzi się do wniosku, że charakter danej epidemji może zależeć od pewnych własności ustrojów ludzkich w danej chwili, wywołanych przez ogólne warunki istnienia — podobieństwo tych warunków dla większości pewnego zespołu ludzi powoduje podobny u nich przebieg zakażenia.

Znaczenie, jakie posiada sam ustrój dla nadania chorobie tych lub innych cech, uwydatnia się najbardziej może w zestawieniu przypadków rodzinnych.

W przebiegu jednej i tej samej epidemji często możemy spostrzegać zupełnie odmienny przebieg w różnych rodzinach, chociaż w obrębie jednej rodziny, u poszczególnych jej członków, zwraca uwagę mniejsze lub większe podobieństwo występujących objawów chorobnych.

W materiale naszym znajdujemy 22 rodziny z 52 dziećmi, W tem 16 rodzin z dwojgiem chorych dzieci, 4 rodziny z trojgiem i 2—z czworgiem.

W bezwzględnej większości przypadków podobieństwo przebiegu wyrażało się w tem, że rodzeństwo można było zaliczyć do jednej i tej samej, wzgl. zbliżonej, ustalonej przez nas grupy klinicznej duru brzuszego; np. czworo dzieci jednej rodziny należało do grupy I bez względu na różnicę wieku (3, 5, 6 i 8 lat), a czworo dzieci drugiej rodziny—do grupy IV (3, 4, 12 i 14 lat). Tylko w 2 rodzinach z dwojgiem dzieci widzieliśmy przebieg zupełnie odmienny: jedno należało do grupy I, drugie do — IV.

Ciężki przebieg zakażenia spostrzegać można często u rodzeństwa — mamy 2 rodziny z 2 zejściami śmiertelnymi i 2 rodziny z jednym zejściem śmiertelnym przy ciężkim przebiegu duru u pozostałego rodzeństwa. Na 52 przypadki rodzinne stanowią to 6 przypadków zgonu, czyli znaczny odsetek 12%, podczas gdy wśród pozostałych 313 przypadków mieliśmy tylko 12 zejść niepomysłnych, t. j. zaledwie 3,9%—różnica ta jest zbyt rażąca na to, by ją uznać za przypadkową.

Spostrzegali to również Henoch.

Nawroty u dwojga rodzeństwa spostrzegaliśmy w 4 rodzinach; w rodzinach, gdzie tylko u jednego z rodzeństwa występował nawrót, istniały ku temu zwykle specjalne powody, o których wspominaliśmy już wyżej w rozdziale o nawrotach.

W 2 rodzinach (u 2-ga z 3 dziećmi i u 3-ga z 4) zastanawiała wyrażna niedomoga serca w przebiegu duru brzuszego, co nie jest naogół objawem zbyt częstym w wieku dziecięcym.

Raz jeden stwierdziliśmy stały brak różyczki u czworga rodzeństwa; troje dzieci innej rodziny miało stale nieobecny

objaw *Kerniga* (6 i 8 lat), u tych samych dzieci różyczka zjawiała się we względnie wczesnym okresie choroby.

Powikłania takie, jak zapalenie miedniczek nerkowych, objawy oponowe i t. p. występują często u wszystkich członków rodzeństwa, rzadziej tylko u jednego z nich. Np. i u Czesia Sz. lat 10 i u Geni Sz. lat 6 stwierdziliśmy w przebiegu duru nawrotu, zapalenie miedniczek nerkowych i opon mózgowych.

Nawet przebieg ciepłoty bywa niekiedy identyczny: np. utrzymuje się u obojga rodzeństwa na względnie niedużej wysokości 38—39° przez cały czas choroby; raz jeden widzieliśmy u dwóch siostrzyчек zupełnie podobne, a naogół niezbyt częste, zachowanie się ciepłoty w okresie obniżania się. Obniżała się ona stopniowo, absolutnie bez żadnych wahań — ta część krzywej ciepłoty przedstawiała zupełnie prostą linię.

Trudności rozpoznawcze.

Rozpoznanie duru jest, równie jak i każdej innej postaci chorobnej, i łatwe i trudne. Jeżeli widzimy chorego podczas epidemji, w okresie zupełnego rozwoju choroby, z przebiegiem klasycznym dla duru lub z nieznacznymi tylko od tego odchyleniami, wtedy rzeczywiście rozpoznanie kliniczne nie przedstawia trudności nawet przy krótkotrwałem spostrzeganiu.

Cały szereg wątpliwości nasuwa się natomiast z chwilą, gdy rozwój choroby lub obecny stan chorego odbiegają znacznie od ogólnie znanego, przeciętnego obrazu klinicznego. Stosuje się to, naturalnie, zwłaszcza do pierwszego okresu choroby, kiedy poszczególne charakterystyczne objawy nie zdążyły jeszcze wystąpić lub uprzystępnić się dla lekarza. Wtedy jego zdolności diagnostyczne narażone są na ciężką próbę; rozstrzygnięcie bywa nawet często wręcz niemożliwe. Szczytowe zapalenie płuc z objawami oponowemi, gruźlica prosówkowa, czy dur brzuszny z podrażnieniem opon? to jedno z najczęstszych pytań w tym okresie choroby.

Jak trudną bywa nieraz odpowiedź, poucza następujący przypadek:

Witold K. lat 7 przybył do szpitala na początku 2 tygodnia choroby; wysoka ciepłota, częste uderzenia tętna, sinica, niepokój, objawy oponowe—nasuwały podejrzenie co do istnienia sprawy zapalnej w płucach, co zdawał się potwierdzać wynik badania cytologicznego krwi, wykazujący wybitną leukocytozę — 25000 ciałek białych w 1 mm³. Niemożność stwierdzenia ogniska w płucach w ciągu kilku dni następnych, utrzymywanie się nadal ciepłoty i bardzo poważnego stanu ogólnego skłoniło do przypuszczenia możliwości gruźlicy prosówkowej z jednoczesnym wyraźnym zajęciem opon; niepokojącym był zwłaszcza wynik nakłucia lędźwiowego — w przezroczystym płynie mózgowo-rdzeniowym wytworzyła się wyraźna charakterystyczna błonka; zastanowiło nas tylko, że nie stwierdziliśmy przytem w płynie żadnych zmian cytologicznych lub chemicznych, któreby przemawiały za gruźliczym zapaleniem opon mózgowych. Muszę tutaj zaznaczyć, że jest to jedyny przypadek tego rodzaju, jaki miałem możność spostrześć.

Groźny stan ogólny chorego, niewyjaśnienie sprawy chorobnej zmusiły nas jednocześnie do dalszych badań pomocniczych: leukocytoza zwiększyła się jeszcze — 30000! Natomiast posiew krwi i wynik odczynu aglutynacyjnego wyjaśniły sprawę — 12 dnia choroby stwierdzono we krwi obecność prątków duru brzuszego i ziarniaków, surowica zlepiła prątki E b e r t h a 1 : 1000. Dalszy przebieg był ciężki, ale już nie wzbudzał wątpliwości rozpoznawczych.

Przebieg duru brzuszego pod względem klinicznym bywa nieraz tak łudząco podobny do gruźliczego zapalenia opon mózgowych, że nawet doświadczony klinicysta i przy pomocy uzupełniających badań laboratoryjnych może pozostawać w niepewności przez dłuższy przeciąg czasu. Nie zapomnę nigdy przypadku, który przekazano na oddziale jednemu z młodszych kolegów dla specjalnego przestudowania objawów i całokształtu gruźliczego zapalenia opon, podczas gdy w dalszym przebiegu rozpoznano u tego dziecka dur brzuszny.

Albo jakże naturalne jest pytanie w pierwszych dniach choroby: tyfus czy influenza, podczas panowania obu tych epidemji?

Uwydatnienie się lub też czasami może większe zwrócenie uwagi na częste w pierwszych dniach duru zajęcie gardzieli może nasuwać pewne wątpliwości co do płonicy.

Pięcioletnia dziewczynka została przysłana do szpitala z rozpoznaniem płonicy; stwierdzono u niej tylko zaczerwienienie gar-

dzieli, pozatem żadnych innych objawów, przemawiających za tem rozpoznaniem. Ustalono natomiast dur brzuszny; w drugim tygodniu choroby przez kilka dni—bolesność i obrzęk stawów palcowych i garstkowych obu rąk. Przebieg ciepłoty był następujący: prze 10 dni stała, wysoka gorączka, potem w ciągu trzech dni wahania 37—38°, następnie ponowne nasilenie jedenastodniowe.

Najprawdopodobniej był to tylko dur brzuszny o odmiennym trochę przebiegu, lecz nie można tutaj wykluczyć z całą pewnością jednoczesnego istnienia płonicy w postaci poronnej.

Przykłady takie i różnorodne wątpliwości i trudności rozpoznawcze możnaby przytaczać *ad infinitum*, nie wyczerpując nawet i wtedy całego tematu. Poprzestaną więc na tem naszkicowaniu najważniejszych punktów, obszerniej omówię tę sprawę w jednej z najbliższych prac.

Śmiertelność.

Odsetek śmiertelności, wykazywany przez poszczególnych autorów, waha się znacznie (4—31%) ze zrozumiałych powodów; jest on naogół niższy od spostrzeganego jednocześnie u dorosłych.

	ilość ogólna chorych	ilość zejść śmierteln.	Odsetek zgonów
1) Rilliet i Barthez	1127	160	14,2
2) Henoeh	369	43	12,7
3) Netter	? ¹⁾	—	12,0
4) Heubner	71	6	8,6
5) Curschmann	451	32	7,4
6) Jonscher	365	18	4,9
7) Wolberg	277	13	4,7

Widzimy, że statystyka polska, Wolberga i nasza, wykazuje najniższe odsetki.

¹⁾ Wszystkie przypadki duru brzuszego ze szpitala Trousseau od 17 lat; wahania śmiertelności od 6,5—31,5%!

W zależności od wieku dziecka znajdujemy następujące wahania:

Rilliet i Barthez			Curschman			Jonscher		
wiek	ilość przyp.	% śmiertelności	wiek	ilość przyp.	% śmiertelności	wiek	ilość przyp.	% śmiertelności
2—4	90	28,0	2—5	50	4,0	2—5	35	8,6
5—7	176	14,8	6—10	156	6,4	5—7	73	6,9
8—11	349	10,6	11—14	245	8,2	7—10	122	2,4
12—15	498	13,6				10—12	65	6,2
						12—15	70	4,5

Zwraca tutaj uwagę nadzwyczaj niski odsetek śmiertelności wśród dzieci w wieku od 7—10 lat w naszym materiale; jest to zaznaczone w słabym stopniu w zestawieniu Rilliet i Bartheza, — Curschman natomiast nie wydzielił specjalnie tej grupy. Należy z tego wnioskować, że jest to skutkiem zwiększonej siły i odporności ustroju dziecięcego w porównaniu z dziećmi młodszymi, a z drugiej strony wyrazem tego, że w tym wieku nie oddziałają jeszcze na ustrój cały szereg szkodliwości, które wywierają swój niewątpliwie wpływ w następnym okresie rozwoju dziecka — tutaj odsetek śmiertelności dzieci zbliża się do spostrzeganego u dorosłych, jak i cały obraz kliniczny coraz częściej upodabnia się do zwykłego przebiegu w późniejszym wieku. Z pośród tych szkodliwości wspomnę tylko o dwóch, zależnych od samego ustroju, a niezależnych od czynników zewnętrznych: już Benekę zwrócił uwagę, że u zmarłych z duru brzuszego można często stwierdzić niedorozwój układu naczyniowego, zwłaszcza serca i tętnicy głównej, który uwydatnia się najsilniej w okresie pokwitania. Z tą wadą rozwojową układu naczyniowego jest często połączony niedorozwój układu chromochłonnego, którego znaczenie dla przebiegu chorób zakaźnych jest ogólnie znane (Hornowski i inni).

Nadzwyczaj duży odsetek śmiertelności u dzieci w wieku 2—5 lat w zestawieniu Rilliet i Bartheza (28%) uzależnić należy niewątpliwie od różnego rodzaju powikłań, powstających wskutek niedostatecznej opieki i złych warunków higienicznych ówczesnego szpitalnictwa—musiało się to, naturalnie, odbić najbardziej na dzieciach najmłodszych.

Płeć dzieci nie wywierała żadnego wpływu na odsetek śmiertelności. Poszczególne lata wykazują natomiast znaczne wahania; jest to jeden z ważniejszych dowodów, przytaczanych przez zwolenników poglądu o wpływie t. zw. *genius epidemicus* na charakter i przebieg epidemji. Dwukrotnie miałem już możność wykazania, że ten pogląd jest co najmniej zbyt jednostronny, nie będę więc powtarzał tych ogólnych wywodów.

Dane cyfrowe wykazują, co następuje:

	R o k						
	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
Ogólna ilość przypadków	68	67	29	75	39	37	50
Ilość zejść śmiertelnych	1	7	1	3	2	1	3
Odsetek śmiertelności	1,5	10,5	3,5	4,0	5,1	2,7	6,0

Z bezpośrednich powodów zejścia śmiertelnego w powyższych przypadkach stwierdzano najczęściej odoskrzelowe zapalenie płuc i posocznicę wtórną; dalej, niedomogę serca, ropne zapalenie opon mózgowych.

Raz jedentylko przedziurawienie jelita było przyczyną zapalenia otrzewnej i zejścia śmiertelnego u 5-letniej dziewczynki.

Przedziurawienie nastąpiło w 4 tygodniu choroby przy znanych ogólnie objawach; poprzedzały je pewne objawy, wskazujące na podrażnienie otrzewnej już w 3 tygodniu zaraz po przybyciu do szpitala, a mianowicie, częste odbijanie, a pod koniec tego tygodnia—

czkawka. Było ono umiejscowione w jelicie krętem, w odległości 10 ctm. od zastawki okrężnicy.

Również tylko raz jeden krwawienie jelitowe było przyczyną zejścia śmiertelnego u 5 $\frac{1}{2}$ -letniego chłopca w 3 tygodniu choroby; chory ten leżał w szpitalu zaledwie 3 dni, stwierdzono u niego jednocześnie uporczywe krwawienie z nosa. Nie jest więc wykluczone, że i w tym jedynym przypadku nie chodziło właściwie o nadżarcie naczynia w obrębie wrzodu tyfusowego w jelicie, lecz że krwawienie jelitowe było tylko jednym z wyrazów uszkodzenia układu krwionośnego przez jady, wytworzone w przebiegu choroby.

W wywodach powyższych starałem się stale uwydatnić znaczenie ustroju ludzkiego oraz wykazać niesłuszność zbytniego przeceniania własności zarazka chorobotwórczego dla powstawania i przebiegu duru brzuszego.

Pogląd ten jest równie stary, jak i pojęcie „zewnętrznych przyczyn chorobotwórczych“; pisano stale i pisze się ciągle jeszcze obszernie rozprawy i dzieła dla wykazania wpływu własności ustroju na przebieg chorób zakaźnych; liczni koryfeusze wiedzy lekarskiej wygłaszali na ten temat piękne i trafne aforyzmy. Lecz pomimo to wszystko, rozwój bakterjologii w ostatnich czasach był tak imponujący, wnioski, do których ona doprowadzała, narzucano nam stale z taką siłą, że wpływ jej wzrastał ciągle z wybitną szkodą dla rozwoju kliniki chorób zakaźnych. Doszło do tego, że utożsamiano niemal chorobę zakaźną z istnieniem zarazka chorobotwórczego w ustroju tak, jak w okresie poprzednim utożsamiano chorobę ze zmianami anatomicznymi.

Na szczęście znajdujemy się obecnie w okresie fali powrotnej, zaczynamy coraz częściej uznawać błędy zbyt jednostronnego dotychczasowego naszego poglądu, coraz lepiej poznajemy ustrój ludzki i uczymy się oceniać należycie znaczenie wszystkich jego cech i własności.

Praca niniejsza jest wyrazem tej powrotnej fali i, mam nadzieję, skromnym przyczynkiem dla wywalczenia klinice należnego jej znaczenia i uznania.

PIŚMIENNICTWO POLSKIE.

Arnstajn. P. L. 1913.—Biegański. Choroby zakaźne.—Blasberg M. Przegl. Lek. 1916 Nr. 3.—Burdziński J. Gaz. Lek. 1916 Nr. 15.—Dmochowski i Janowski. P. W. T. L. 1894.—Dziembowski. N. L. 1913.—Dunin. G. L. 1885; G. L. Nr. 11 1886.—Ehrlich. Medycyna Nr. 5 1877.—Erlichówna M. Księga Pamiątek. Dr. J. Brudzińskiego 1916.—Erlichówna M. i K. Jonscher. Z hematologii wieku dziecięcego. Warszawa 1918.—Fidler H. Serja I—1913.—Janowski W. G. L. 1896.—Jerzykowski. N. L. 1894.—Jonscher K. Gaz. Lek. Nr. 26 1914; G. L. Nr. 32—35 1915; Księga Pam. Dr. J. Brudzińskiego 1916; G. L. Nr. 23 i 24 1918.—Karwacki L. Odczyty klin. Z. 5 i 6 1916; P. W. T. L. 1916.—Koskowski. G. L. Nr. 20 1916.—Kraszkowski. Medycyna 1916.—Krokievicz A. P. L. 1907.—Majewska G. Med. 1916.—Mąka. P. W. T. L. 1916.—Modrakowski i Sabat. T. L. 1913.—Nawrocki. Czasopismo lek. Nr. 5 1901.—Niewodniczański. G. L. 1876.—Orłowski Z. P. L. Nr. 25 1903.—Pacanowski. G. L. 1883.—Pruszyński J. Odczyty klin. Z. 7, 8 i 9.—Rzętkowski, P. W. T. L. 1914.—Saski St. G. L. 1913; N. L. 1913.—Sokolowski A. G. L. Nr. 50—52 1886.—Starkiewicz Wł. G. L. 1906.—Szenajch Wł. Przegl. Ped. 1914.—Szokalski. G. L. 1918.—Wiśniewski T. Przegl. Ped. 1914.—Wolberg. G. L. 1887.—Wrzosek A. Kraków 1904.

PIŚMIENNICTWO OBCE.

Ab s. The Chicago Médical Recorder. 1902.—Bonnhoeffer. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 1913.—Carrière. Le Nord méd. 1903.—Curschmann. Typhus Spez. Path. u. Therapie. Nothnagel. T. III.—Flatau E. Handb. d. Neurologie. Lewandowsky. T. I. 1910.—Filatow. Semjotika i diagnostika dziecięcych bolieżnziej.—Heinemann. Arch. f. Kinderhkt. T. 36. 1903.—Hench. Lehrb. d. Kinderkrkht. 1892.—Heubner. Lehrb. d. Kinderkrht. 1911.—Hutinel. Maladies des Enfants.—Mollard et Dumas. Revue de médecine. Nr. 3. 1914.—Rilliet, Barthez et Sanné. Traité des Maladies des Enfants. 1891.—Strümpell. Spez. Path. u. Therapie.—Trousseau. Clinique médicale. T. I. 1885.—Widal Fr. La Presse méd. 11. 7. 1914.

**Ze szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
(Z oddziału D-ra Wl. Szenajcha, lekarza naczelnego, szpitala).**

Metody laboratoryjne ułatwiające rokowanie w gruźlicy u dzieci *)

**Wskaźnik refraktometryczny surowicy krwi, odsetek limfocytów
i ciałek eozynochłonnych, odczyny barwne w moczu: Ehrlicha,
Weissa, Russo'a, urobilinogenurja i urobilinurja).**

Podał

Franciszek Ksawery Cieszyński
asystent i wz. kierownik pracowni chem. bakt.

W chorobie tak rozpowszechnionej i dlatego tak ważnej jak gruźlica, rokowanie pozostanie zawsze tematem żywszego zainteresowania, ponieważ praktyczne jego znaczenie przy łóżku chorego jest wielkie. Dlatego wskazaniem jest oprócz uwzględnienia danych klinicznych dla rokowania wyzyskanie wszystkich możliwych środków laboratoryjnych, aby wzmocnić rokowanie kliniczne i uczynić je temsamem jaknajpewniejszym.

Kliniczny sposób rokowania w gruźlicy polega na wyciąganiu wniosków z całego zespołu różnych danych jak:

*) Praca nagrodzona przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie na konkursie z funduszu im. D-ra Mieczysława Halperna,

wygląd zewnętrzny chorego, charakter gorączki, zachowanie się tętna (objaw *S t e r l i n g a*), stan obiektywny chorego narządu, stopień nasilenia objawów subiektywnych, apetyt chorego, stan jego przewodu pokarmowego i przede wszystkim zachowanie się wagi. Wszystkie te dane otrzymują jednak w orzeczeniu lekarza wiele zabarwienia podmiotowego, najściślejsza zaś i najbardziej przedmiotowa częśćka zespołu całego, t. j. waga, zawodzi w pewnej części przypadków, w których zachodzą obrzęki lub wysięki, występujące jako powikłanie sprawy chorobowej. Podrugie, jeżeli obrzęk lub wysięk są jeszcze za małe, aby je stwierdzić okiem lub dotykiem, względnie przez wypuk, wówczas przybytek na wadze może spowodować wyciągnięcie fałszywego wniosku.

Nieodzowne jest również w dzisiejszej klinice wzięcie pod uwagę w rokowaniu z jednej strony t. zw. obarczenia dziedzicznego, co sprowadza się w praktyce do dokładnej znajomości konstytucji danego chorego w myśl *B a r t e l a*, *P a l t a u f a* i *S t i l l e r a* oraz znamion degeneracji, które *E d w a r d Z i e l i Ń s k i* znajdował w wielkiej liczbie u suchotników. Z drugiej zaś strony trzeba pamiętać o tem, że rokowanie w żadnej chorobie nie jest tak jak w gruźlicy zależne od warunków higienicznych, w jakich chory osobnik przebywać musi, co znowu dotyczy jego warunków społecznych.

Jako trzeci czynnik dla rokowania w gruźlicy wchodzi w rachubę metody laboratoryjne, które mają tę zaletę, że są o wiele mniej złożone, mniej od subiektywnego zabarwienia zależne, a bardziej przedmiotowe. Dopełniają one temsamem obrazu klinicznego i ułatwiają wyciąganie wniosków w celu rokowania. Jako materiał laboratoryjny służą krew i mocz chorego, które wzięliśmy też sobie jako przedmiot do naszych badań, rozpoczętych przez kol. *J o n s c h e r a*, a rozszerzonych i przez cały rok prowadzonych przez nas w szpitalu im. Karola i Marji.

Punkt wyjścia dla naszych badań stanowią od dawna już spostrzegane wahania ilości białka w surowicy krwi, świadczące o stanie odżywienia danego chorego. Śledziliśmy je systematycznie u większej ilości dzieci, chorych na gruźlicę, spodziewając się w przebiegu tych wahań znaleźć

wytyczną dla rokowania. Odsetkę białka określaliśmy za pomocą refraktometru *Abbe*, wprowadzonego do kliniki niemieckiej przez *Straussa*, a u nas przez *Wł. Szena*, który też podaje w swoich pracach dokładny opis tego przyrządu i jego zastosowania. Podstawy teoretyczne i sposób przeliczania danych odczytanych na skali na odsetki znajdujemy w monografji *Reissa*, która z dotychczasowych prac o refraktometrze jest najbardziej wyczerpująca.

Wskaźnik refraktometryczny służył dotychczas prawie wyłącznie celom diagnostycznym, osiągając w klinice coraz większe znaczenie. Pomijając liczne prace obcych autorów, wskażę tylko na liczne badania refraktometryczne u dzieci z różnemi chorobami, przeprowadzone przez *Jonschera* i *Erlichównę* w naszym szpitalu.

Poszukiwania dotychczasowe wykazały, że normalna surowica krwi daje wskaźnik refraktometryczny 1,3480—1,3510 (7—8,75% białka) a liczby powyżej i poniżej należy uważać za patologiczne. Podniesienie się wskaźnika refraktometrycznego do 1,3540 świadczy o zagęszczeniu surowicy krwi wskutek wystąpienia wody z układu krwionośnego dla tego lub innego powodu, jak np. wysięku. Nadmierne zaś obniżenie się wskaźnika refraktometrycznego od 1,3450—1,3420 (5,3—3,5% białka) dowodzi dwóch możliwości. W jednej mamy do czynienia z zaburzeniem czynności w wydzielaniu wody oraz soli, które dla utrzymania normalnego ciśnienia osmotycznego zatrzymują wodę w organizmie, a temsamem powodują rozwodnienie krwi i obrzęknięcie całego ciała. Druga możliwość zachodzi, jeżeli wskutek głodu dopływ białka odżywczego z zewnątrz jest tak mały, że ustroj w celu podtrzymania czynności swoich narządów zużywa białko rozpuszczone w surowicy krwi, którego miejsce zajmuje woda. Mamy wówczas przed sobą znaną oddawna hydremję (*Immermann* *Hammerschlag*, *Krehl*) albo ściślej według *Halperna* hydroplazmję, która przez *Jonschera* stwierdzoną została w puchlinie głodowej. Mniej wybitne obniżenie się wskaźnika refraktometrycznego do 1,3450 (5,3% białka) powodują natomiast jady różnych zarazków chorobotwórczych, które według *Rzetskowskiego* działają proteolitycznie na białko komórek ustroju i jak

wiadomo w końcu u bardzo osłabionych osobników prowadzą często również do obrzęków.

Co do ciężaru właściwego krwi, który określaliśmy prawie we wszystkich naszych przypadkach, stwierdzano w licznych dotychczasowych badaniach bardzo często zagęszczenie krwi całkowitej, zwłaszcza w drugim okresie gruźlicy. *Grawitz* sam tłumaczy je działaniem krążących jadów, *Naegeli* natomiast dusznością t. j. brakiem tlenu wskutek unieruchomienia pewnej części płuc; inni wpływ ten przypisują potom, które dręczą i wysuszają gruźliczych. Wobec kompensacji, jaką ustrój nasz rozporządza, uważa *Moraczewski* jednakże takie wysuszenie za mało prawdopodobne. Znane są bowiem liczne przykłady, w których organizm, zachowujący z uporczywością normalną koncentrację krwi, broni się przed wysuszeniem przez obfitsze zapatrywanie się w wodę, zmniejszenie ilości czyli zgęszczenie moczu i t. d. Wodnistość krwi idzie według *Moraczewskiego* w parze z powiększeniem objętości naczyń czyli łożyska krwi, zagęszczenie krwi zaś jest skutkiem skurczu naczyń, spowodowanego prawdopodobnie jadami. Z drugiej strony zagęszczenie krwi zależne jest również od utraty soli mineralnych, gdyż już *Senator* spostrzegł nadmierne wydzielanie soli wapiennych w gruźlicy, a francuscy autorzy oddawna mówią o „*déminéralisation*“. Według badań *Biernackiego* utrata ta dotyczy przede wszystkim soli potasowych i żelazistych, które stale obniżają się, sole sodowe natomiast zwiększają swą ilość z biegiem choroby.

Uderzająca bladeść dzieci gruźliczych powodowała już oddawna licznych autorów do określania stopnia hemoglobiny i liczenia czerwonych ciałek krwi. Badania te wykazały naogół uderzającą nieproporcjonalność pomiędzy zewnętrznym wyglądem powłok chorego a stanem jego krwi. Pozatem zmiany we krwi odpowiadają naogół przewlekłym wyczerpującym chorobom czyli że przedstawiają mało cech charakterystycznych dla gruźlicy. Podniesienie się stopnia hemoglobiny i ilości czerwonych ciałek krwi, tak iż w wielu przypadkach można mówić o poliglobulji, idzie prawie zawsze w parze z zagęszczeniem krwi całkowitej i jest zależne od tych samych czynników. Wielkie obniżenie się stopnia

hemoglobiny daje natomiast według *N a e g e l i e g o* złe rokowanie. *E r l i c h ó w n a* i *J o n s c h e r* w swoich badaniach siedemnaściorga dzieci doszli do wniosku, „że ilość hemoglobiny zmniejsza się zwykle w większym stopniu niż liczba krwinek, że zarówno stężenie krwi całkowitej jak i osocza jest bardzo różnorodne, że ciała białkowe osocza i krwinek, hemoglobina i liczba krwinek wykazują wahania w znacznym stopniu od siebie niezależne; podlegają one w nierównym stopniu wpływowi zakażenia oraz wszystkich innych związanych z tem szkodliwości*.

Białe ciała krwi zachowują się według dotychczasowych badań podobnie, jak w innych przewlekłych chorobach zakaźnych. W pierwszym stadium choroby liczba ich jest tylko nieznacznie powiększona i ustosunkowanie ich bywa poczęści normalne, rzadko tylko występuje neutrofiloza. W drugim stadium zachowanie się białych ciałek krwi bywa różne, w trzecim natomiast poczęści występuje wybitna neutrofiloza, a równocześnie obniżenie się liczby limfocytów, które według *N a e g e l i e g o* daje złe rokowanie, tak samo jak zniknięcie ciałek eozynochłonnych. Co do ciałek zasadochłonnych, jednojądrzastych, przejściowych i komórek *T ü r k a* nie stwierdzono dotychczas nic charakterystycznego.

Jako drugi materiał laboratoryjny dla rokowania w gruźlicy służy mocz od czasów wprowadzenia do kliniki odczynu dwuazowego przez *E h r l i c h a* w roku 1882. Mimo wielkiej liczby prac o tym odczynie jego prognostyczna wartość w gruźlicy nie jest dotychczas jeszcze ustalona. *E h r l i c h* sam po licznych badaniach w cięższych przypadkach gruźlicy płuc doszedł do wniosku, że te przypadki, które dłuższy czas stale wykazują dodatni odczyn, źle rokują niezależnie od tego, czy zachodzi gorączka czy też nie. Wyniki *E h r l i c h a* nie znalazły u wszystkich autorów potwierdzenia. *P e t r i* i *P e n z o l d t* odmówili odczynowi dwuazowemu z początku wszelkiego znaczenia, a *E s c h e r i c h* ograniczył je bardzo. Niejednolite wyniki osiągnęli *N i e s s e n*, *C l e m e n s* i *R ü t t i n g e r*. *S c h w a b J o a n n a* w swej świeżo wydanej pracy potwierdziła złe rokowanie w 85,2% przypadków z dodatnim odczynem, lecz

z drugiej strony również znalazła je w 65,5% przypadków z ujemną reakcją E h r l i c h a.

Istota odczynu dwuazowego jest w przybliżeniu wyjaśniona dzięki kilku pracom fizjologiczno-chemicznym. E h r l i c h przypuszczał, że powstający czerwony barwik składa się z podstawy zieleni metylenowej i nieznanego bliżej pyrolowego związku w moczu. P r ö s c h e r nawet utworzył już dla nieznannej substancji formułę $C_7 H_{15} O_6 N_2$. A r m i t również uważa ją za krąg benzolowy lub pyrolowy. Następnie udowodnił C l e m e n s, że aceton i kwas octo-octowy, a E n g e l a n d i P a u l y, że histydyna czyli kwas amid-azolaminopropjonowy oraz tyrozyna i jej pochodne dają w zasadowym roztworze z kwasem dwuazobenzolsulfonowym również barwę wiśniową. Inne kwasy aminowe natomiast, czyli dalsze rozpadowe ciała białka, dają tylko barwę cytrynową lub najwyżej złotą. Wszystkie te wyniki dowodzą, że substancja, która w moczu wywołuje odczyn dwuazowy, pochodzi z białka niezupełnie dezaminowanego w ustroju chorego. Ten przyjęty narazie fakt uprawnia nas do porównywania wyników badania refraktometrycznego, świadczącego o rozpadzie białka w surowicy krwi, z występowaniem odczynu dwuazowego w moczu w tych samych przypadkach gruźlicy.

W poszukiwaniach za substancją, wywołującą odczyn dwuazowy, M o r i t z W e i s s zapędził się tak daleko, iż uważa ją za identyczną z chromogenem głównego barwika moczu t. j. urochromu. Występowanie zaś tej substancji w moczu jest według niego wyrazem toksycznych zmian w ustroju, gdyż pochodzi z rozpadu protoplazmy. Wkrótce pojawiło się kilka prac klinicznych, które różnie oceniły wartość diagnostyczną względnie prognostyczną odczynu W e i s s a. R h e i n, P u l a y, M a ł g o r z a t a L e v y doszli w doświadczeniach swoich do przekonania, że może on w zupełności zastąpić odczyn E h r l i c h a, zwłaszcza w różniczkowym rozpoznaniu duru brzuszego. M ü h l e n s natomiast i H e r m i n a E r n s t odmówili mu wszelkiego znaczenia, ponieważ występuje on również w moczach normalnych, a w patologicznych bardzo nieregularnie. Ponieważ u nas dotąd nie wypróbowano odczynu W e i s s a, — polegającego na dodaniu 3 kropeł roztworu nadmanganianu

potasu 1 : 1000 do trzykrotnie wodą rozcieńczonego moczu, poczem ma wystąpić wyraźne żółte zabarwienie — przeprowadziliśmy go w większej części naszych przypadków równoległe z odczynem dwuazowym, aby wyrobić sobie sąd o jego znaczeniu.

Na czysto empirycznym doświadczeniu oparł klinicysta włoski *R u s s o* próbę swą z błękitem metylenowym, którego w roztworze 1 : 1000 dodawał on 4 krople do 4 ccm moczu. Dodatni odczyn, w którym barwa błękitna zamieniała się na szmaragdową, otrzymywał on w durze, odrze, ospie i gruźlicy tak płuc jak otrzewnej, ujemny zaś t. j. niezmiennie się barwy w płonicy, influenzy, zapaleniu płuc, gościecu, chorobach nerwowych i serca. Na mocy tych doświadczeń doszedł autor do wniosku, że odczyn jego może w zupełności zastąpić odczyn *E h r l i c h a*. Nie doczekał się on jednak potwierdzenia ze strony innych autorów, przeciwnie *D u n g e r*, badając kilka tysięcy moczów w różnych chorobach, udowodnił, że zmiana barwy zależy li tylko od stężenia danego moczu. Im większy jest ciężar właściwy moczu, tym łatwiej występuje dodatni odczyn, który jest procesem fizykalno-światlnym, a nie chemicznym. Do tego samego wniosku doszedł u nas *T y k o c i n e r* na podstawie szczegółowych badań fotometrycznych. Badania nasze, przeprowadzane jeszcze przed ogłoszeniem tej pracy przytaczamy jednak na tem miejscu, aby także ze strony praktyczno-klinicznej potwierdzić bezpodstawność odczynu *R u s s o*'a.

Pozostają w końcu urobilinogen i urobilina, których występowaniu w moczu *H i l d e b r a n d t* i *K a t z* przypisują w przebiegu gruźlicy to samo znaczenie prognostyczne, co odczynowi dwuazowemu. Inni autorzy są powściągliwsi w orzeczeniu: *E h r l i c h*, *C l e m e n s*, *G r i m m* i *S i m o n* naprzykład stwierdzili, że ilość urobiliny w moczu była w okresach gruźlicy bardzo zmienna i nie dała podstawy do wyciągania jakichkolwiek wniosków. *H o p p e*—*S e y l e r* nawet stwierdził, że wydzielanie urobiliny ulega zmniejszeniu w przebiegu zwyczajnej gruźlicy, znajdował ją natomiast wzmożoną w prosówce, tak jak *G e r h a r d t*. U nas badała urobilinogenurję *N i e p o k o j z y c k a*, a urobilinurję poszukiwał *G r o m s k i*, lecz tylko w przebiegu

płonicy. Nie stwierdzano ich natomiast dotąd w przebiegu gruźlicy. Dlatego wykonywaliśmy odczyn Ehrlicha z paradimetylaminobenzaldehydem i reakcję Schlesi-nger'a z nasyconym wysokowym roztworem octanu cynku w większości naszych przypadków równolegle z odczynem dwuazowym, który według mniemania Pappenh-ei-ma wywołany zostaje przez urobilinę.

Dotychczasowe sprzeczne wyniki o prognostycznym znaczeniu urobilinogen—względnie urobilinurji są łatwo zrozumiałe, jeżeli się rozważy warunki ich występowania. Urobilina powstaje bowiem w kiszkiach przez redukcję bilirubiny, wytworzonej w wątrobie z barwnika krwi i wydzielonej z żółcią jako hydrobilirubina, która zostaje wessana przez ściany kiszki i doprowadzona do krwiobiegu. Dlatego każdy normalny mocz, jako wydzielina nerek, pochodząca jednak z krwi, zawiera minimalną ilość tego barwnika. Jeżeli natomiast urobilinogen, wzgl. urobilina, występują w większej ilości w moczu, dzieje się to z trojakiej przyczyny. Albo w ustroju jest gdzieś wylew krwawy, który ulega wessaniu i dostarcza większej ilości zredukowanego barwnika krwi, albo z powodu zaburzenia w narządach krążenia lub wskutek niedomogi wątroby urobilinogen, względnie urobilina, dostają się w nadmiernej ilości do krwiobiegu. Wreszcie, ostatnia możliwość zachodzi w przypadkach podrażnienia, zapalenia lub zwyrodnienia komórek wątrobowych. W przebiegu gruźlicy występowanie tych barwników w moczu zależne jest od zwyrodnienia wątroby, które możemy często potwierdzić na stole sekcyjnym. Sprawa ta jest jednak zjawiskiem wtórnem, zachodzi nieregularnie i nie może więc mieć decydującego wpływu na przebieg choroby.

Materiał nasz dotychczasowy, w którym badaliśmy wahanja wskaźnika refraktometrycznego i zmiany we krwi, obejmuje blisko 100 przypadków gruźlicy płuc, opłucnej, kiszki, otrzewnej, gruczołów, stawów i skóry. Barwne reakcje w moczu przeprowadziliśmy zaś tylko w połowie tych przypadków. Dla braku miejsca z powodu trudności wydawniczych podajemy jednak tylko 6 przypadków ze skróconym opisem klinicznym i krótkimi notatkami naszych badań.

Dla lepszego unaocznienia wyników załączamy jako przykłady 3 wykresy z krzywymi gorączki, tętna, wagi, wskaźnika refraktometrycznego i odsetka limfocytów.

Przypadki nasze podzieliliśmy na 3 grupy li tylko na podstawie wyników badań refraktometrycznych bez względu na przebieg kliniczny choroby i inne sposoby rokowania, aby wykazać w ten sposób w jakim stopniu rokowanie według wskaźnika refraktometrycznego pokrywa się z klinicznym obrazem i późniejszym przebiegiem choroby, o którym w większości przypadków dowiedzieliśmy się w kilka miesięcy lub nawet w rok po przeprowadzeniu badań.

Do pierwszej grupy z rokowaniem dobrem zaliczamy wszystkie te przypadki, w których wskaźnik refraktometryczny utrzymywał się stale na jednym poziomie w obrębie normy lub, będąc poniżej niej, wykazywał stałą tendencję zwykłą i często osiągał normę. Do drugiej grupy o rokowaniu wątpliwem zaliczyliśmy te przypadki, w których wskaźnik refraktometryczny pozostawał stale poniżej normy lub będąc w jej obrębie ulegał powolnemu, ale stałemu obniżaniu się. W trzeciej grupie zaś z rokowaniem złem pomieściliśmy pozostałe przypadki, w których wskaźnik refraktometryczny obniżał się stale, często gwałtownie, aby w przypadkach badanych aż do samej śmierci osiągnąć wartość poniżej 1,3450. Zestawienie nasze według wskaźnika refraktometrycznego musi więc wytrzymać próbę przy zestawieniu z przebiegiem klinicznym danych przypadków.

(Dok. n.).

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.
(Z oddziału D-ra H. Frenklowej).

Leczenie gruźlicy dzieci światłem lampy kwarcowej.

Podąa

A. Mulierówna.

Stosowanie przez R o l l i e r z Leysin słońca górskiego w gruźlicy chirurgicznej dawało tak zadziwiająco dobre wyniki, że powstała myśl zamiany naturalnego słońca górskiego sztucznem, t. j. światłem lampy kwarcowej. Uzdrowiające działanie światła górskiego należy przypisać obecności promieni pozafioletowych, które też wznacznej ilości znajdują się w świetle lampy kwarcowej.

Światło lampy kwarcowej zawdzięcza swe znaczne własności lecznicze promieniom pozafioletowym o różnej długości fal. Podług H e u s n e r a pasmo pozafioletowe światła kwarcowego w zewnętrznej części posiada promienie, których długość fal wynosi 220 mikronów — na skórę działają one drażniąco; natomiast w wewnętrznej części tegoż pasma znajdują się promienie o dłuższych falach, działające łagodząco na skórę, lecz nieczynne pod względem biologicznym i chemicznym. Promienie o krótkich falach (pozafioletowe) z łatwością są wchłaniane i mają wszystkie biologiczne i lecznicze własności światła lampy kwarcowej.

Promienie, których długość fal wynosi mniej niż 280 mikronów, drażnią skórę, wywołując stan zapalny. Ustrój broni się przeciw szkodliwemu wpływowi drażniących promieni, wytwarzając nadmiar barwnika w naskórku. Barwnik, pochłaniając drażniące promienie, do pewnego stopnia ochrania skórę przed mającym nastąpić stanem zapalnym. R o l l i e r twierdzi, że silne ubarwienie skóry przy naswietlaniach jest dobrym objawem prognostycznym. Barwnik sprzyja zabliznianiu się ran i czyni skórę odporną na zakażenia drobnoustrojowe. Fizjologiczne znaczenie barwnika według W e i d e n r e i c h a polega na tem, że ziarnka barwnikowe skóry są drobnymi ośrodkami ciepła, wchłaniającemi ciepło świetlne; skupione ciepło zużywa się w celu wyparowania płynów, znajdujących się w skórze. W ten sposób ciepło, wytworzone w ustroju, mniej się zatracza. Barwnik występuje w ustroju poniekąd, jako regulator ciepła.

Działanie światła kwarcowego na organizm polega na wpływie bakterjobjęzycznym, uśmierzającym bóle, pobudzającym tworzenie tkanki łącznej. To ostatnie działanie powoduje szybkie gojenie ran; pozatem światło kwarcowe pobudza procesy wsysania płynów w jamach surowicznych i guzach. Zimne ropnie często znikają, gruczoły gruczlicze zmniejszają swą objętość, wysięki opłucnej, jamy brzusznej wysysają się.

Pierwsze objawy, towarzyszące pomyślnemu działaniu sztucznego słońca górskiego są następujące: powiększenie łaknienia, dobry sen, przyrost wagi, polepszenie ogólnego stanu i nastroju chorego.

Miejscowa poprawa ogniska chorobowego zwykle jest późniejsza.

Leczenie światłem lampy kwarcowej najwięcej jest stosowane w gruźlicy. W szpitalu Anny Marji dla dzieci na oddziale wewnętrznym ¹⁾ w ciągu 2 lat leczono światłem lampy kwarcowej 72 dzieci gruźliczych w wieku od 2 do 15 lat.

1) Przypadków gruźlicy, leczonych światłem kwarcowym na oddziale chirurgicznym szpitala Anny Marji, w pracy mojej nie uwzględniam.

A.	Z gruźlicą gruczołów chłonnych . . .	30	chorych
	1) gruczołów szyjowych	26	"
	2) gruczołów oskrzelowych	1	chory
	3) gruczołów krezkowych	3	chorych
B.	Z zapaleniem wysiękowym opłucnej . . .	14	"
C.	Z zapaleniem otrzewnej	22	"
	1) wysiękowym	12	"
	2) zlepnem	10	"
D.	Z zapaleniem przewłokiem jelit	4	"
E.	Z rozpadową gruźlicą płuc	2	"

Najlepsze wyniki leczenia światłem lampy kwarcowej mieliśmy w lekkich postaciach gruźlicy, w daleko zaś posuniętej gruźlicy działanie światła było nieznaczne. H a m b u r g e r również podaje najlepsze wyniki stosowania światła kwarcowego w postaciach gruźlicy, które wykazują skłonność do samowyleczenia, które więc z tego powodu zaliczyć można do najłżejszych. Według H a m b u r g e r a pomyślnie działanie światła polega głównie na tem, że wyleczenie następuje szybko, możliwość zakażenia dla chorego i otoczenia jest mniejsza. Gruźlica gruczołów szyjowych nieleczona pozostaje bez zmiany w ciągu dłuższego czasu, nawet w ciągu kilku lat. Według danych H a m b u r g e r a, pod wpływem leczenia światłem lampy kwarcowej po 2—6 miesiącach, gruczoły gruźlicze zmniejszają się do nieznacznych rozmiarów lub zupełnie zanikają.

W szpitalu Anny Mārji leczono 26 dzieci z gruźlicą gruczołów szyjowych. Gruczoły gruźlicze nieropiejące, bez przetok na zewnątrz winny być naświetlane w ciągu dłuższego czasu, 6—10 miesięcy; przy krótkotrwałych naświetlaniach osiągamy dodatni wpływ na stan ogólny, łaknienie, wagę chorego, ognisko zaś chorobowe nie zanika. Jako przykłady podają następujące przypadki:

I przyp. Chłopiec K. M. 9-letni przyjęty 15/VII 1919 r. Stan ogólny dziecka dobry. Gruczoły szyjowe po prawej stronie wielkości jabłka, twarde na dotyk, przesuwalne, niebolesne; po lewej stronie na szyi gruczoły wielkości orzechów włoskich. Dziecko chore od roku, dotychczas nielezione. W szpitalu dokonano 20 naświetlań. Stan ogólny dziecka polepszył się, gruczoły nie zmniejszyły się. Kurację przerwano z powodów od nas niezależnych.

Natomiast w gruźlicy gruczołów, gdzie naświetlania stosowano dłużej, bo w ciągu 9 miesięcy, wynik mieliśmy bardzo dobry.

II przyp. Dziewczynka H. T. 12-letnia przyjęta 31/III 1919 r. Od 3 lat stopniowe powiększenie gruczołów. Ciepłota z wahaniami od 36,7⁰ do 39,2⁰. Na szyi po obu stronach rozległe pakiety gruczołów, tworzące guzy wielkości dużego jabłka — gruczoły te przesuwalne, niebolesne; podpachowe gruczoły wielkości średniego jabłka wypełniają doły podpachowe, uniemożliwiając przyprowadzenie ramion do tułowia. Rozpoznanie wahało się pomiędzy gruźlicą i ziarnicą złośliwą (*lymphogranulomu*). Na oddziale chirurgicznym dokonano próbnego wycięcia gruczołu pachowego, w którym znaleziono ogniska serowate wielkości orzechów laskowych pochodzenia gruźliczego. Zaczęto stosować naświetlania lampą kwarcową; rana po operacji szybko zablizniła się. Po 22 naświetlaniach gruczoły szyjowe nie zmniejszyły się, natomiast stan ogólny dziecka znacznie się polepszył, ciepłota nie przekraczała 37,2⁰, na wadze dziecka przybyło 2 kilo; 25/V 1919 r. dziecko zostało wypisane i przychodziło do szpitala na leczenie światłem lampy kwarcowej 3 razy tygodniowo.

Po 7-miesięcznym leczeniu chora, znajdując się w domu, pomimo nieodpowiednich warunków higienicznych, nadzwyczajnie się poprawiła. Stan ogólny zupełnie dobry, wygląd zdrowy, ciepłota prawidłowa, zarysy szyi i dołów podpachowych prawidłowe. Pod prawą pachą na miejscu byłych gruczołów wielkości jabłka, wyczuwają się gruczoły wielkości fasoli, pod lewą pachą drobne; szyjowe po lewej stronie wielkości orzecha laskowego, po prawej — wielkości fasoli.

Gruczoły ropiejące z przetokami nazewnątrz pod wpływem światła lampy kwarcowej poprawiają się bardzo szybko, gdyż już po 20—30 naświetlaniach zmniejszają swą objętość a przetoki zamykają się.

III przyp. Chłopiec 4-letni B. S. przyjęty 6/III 1918 r. Chory od 1/2 roku, gruczoły szyjowe wielkości grochu z przetokami na zewnątrz, wydzielina ropna dość obfita. Zaczęto naświetlania; początkowo wydzielina powiększyła się, potem ogólny stan poprawił się, przetoki zagoiły się, pozostawiając delikatną bliznę. Dokonano 38 naświetlań; dziecko wypisane 25/VII zupełnie wyleczone.

W niektórych przypadkach, nadających się do zabiegu chirurgicznego, gdy po kilkotygodniowym naświetlaniu nie stwierdza się poprawy, należy dokonać operacji (wyluszczenie, wyskrobanie, punkcja i t. p.), poczem, aby wywołać szybkie gojenie rany operacyjnej, należy wznowić naświetlania.

IV przyp. Chłopiec K. M. 9-letni, przyjęty 5/XII 1919 r. Chory od 1^{1/2} roku. Stan ogólny niezły. Po prawej stronie szyi pakiet gruczołów wielkości jaja kurzego, twardy, przesuwalny; pod kątem żuchwy po prawej stronie przetoka z ropną wydzieliną prowadzi do pakietu gruczołów. Zaczęto stosować naświetlania, po 20 naświetlaniach żadnej poprawy się nie stwierdza. Dokonano wyłuszczenia gruczołów szyjowych. Ranę pooperacyjną naświetlano lampą kwarcową, po 14 naświetlaniach rana zagoiła się.

Pozostałe przypadki gruczołów szyjowych, naświetlane, dawały również bezwzględnie dobre wyniki.

W jednym przypadku gruźlicy gruczołów oskrzelowych leczono światłem lampy kwarcowej dziecko 3 letnie z dobrym wynikiem; jednak wobec małej ilości naświetlań (16), należy przypuszczać, iż poprawa nastąpiła nietylko pod wpływem światła kwarcowego.

W gruźlicy gruczołów krezkowych naświetlania były dokonywane w 3 przypadkach; przyczem w 2 przypadkach z dobrym wynikiem, a w 1 krótkotrwałe naświetlania pozostały bez wyniku. Jak w gruźlicy gruczołów szyjowych, leczenie gruczołów krezkowych powinno być długotrwałe (6—8 miesięcy). Jako przykład, przytoczę następujący przypadek gruźlicy gruczołów krezkowych.

Dziewczynka 15-letnia, od roku chudnie, skarży się na bóle brzucha i brak łaknienia. Cera blada, wychudzenie duże, brzuch bolesny, zwłaszcza w dolnych odcinkach; z prawej strony u dołu wymacuje się guz o nierównych brzegach, zlekka ruchomy; przy palpacji brzucha widoczny ruch robaczkowy jelit i ustawienie się zupełnie wyraźne. Zalecono początkowo kąpiele słoneczne i wcieranie szarego mydła. Stan chorej stale się pogarszał, bóle zwiększały się po każdym jedzeniu; wreszcie dziecko w obawie bóli prawie wcale nie chciało jeść. Dokonano laparotomji i po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono: duży pakiet zserowociałych gruczołów w prawej dolnej części brzucha, liczne gruzelki w jelitach; zrobiono entero-enteroanastomozę. Chora po operacji szybko poprawiła się, bóle brzucha jednak powróciły. Zalecono wtedy naświetlania kwarcowe, które były stosowane 3 razy tygodniowo w ciągu 6 miesięcy. Podczas kuracji chora wykazywała stałą poprawę. W ciągu roku przybyło 16 kilo i przestała gorączkować. Brzuch niebolesny, z prawej strony brzucha wyczuwa się nieznaczne, niebolesne zgrubienie, jelita nie ustawiają się, działają prawidłowo.

W zapalnych sprawach wysiękowych w jamach surowicznych wyniki leczenia światłem lampy kwarcowej są bar-

dzo dobre i światło działa pobudzająco na procesy wysyiania i zarazem powiększa według B a c h a diurezę.

Przy leczeniu zapalenia wysiękowego opłucnej zwykle wystarcza 40—50 naświetlań do wessania się płynu. W szpitalu leczono 12 dzieci z zapaleniem wysiękowym opłucnej pochodzenia gruźliczego. Przytoczę dla przykładu dwa przypadki.

I przyp. Chłopiec 13-letni przyjęty 3/X 1919 r. Chory od 2 tygodni, skarży się na bóle w boku, kaszel. Ciepłota podniesiona do 38.2°. Odczyn M a n t o u x dodatni. W płucach po prawej stronie stłumienie od kąta łopatki, nad stłumieniem oddech osłabiony. Chory przyjmował w ciągu miesiąca salicylan sodu, lecz żadnej poprawy ani w krzywej ciepłoty, ani też w płucach nie stwierdzono. W kilka dni po odstawieniu salicylanu sodu zaczęto naświetlać chorego. Ciepłota opadła, na wadze dziecku początkowo ubyło. Po 34 naświetlaniach stwierdza się znaczną poprawę stanu ogólnego, cera świeża, napięcie mięśni lepsze. W płucach nieznaczne stłumienie i osłabienie oddechu w dolnym odcinku. Wypisany ze znacznem polepszeniem.

II przyp. Chłopiec 9-letni przyjęty 12.I 1920 r. Stan ogólny niezły. Skóra blada, budowa wątła, ciepłota podniesiona do 39°. W płucach wysięk surowiczy od kąta prawej łopatki. Odczyn M a n t o u x dodatni. Dokonano w szpitalu 52 naświetlań. Stan ogólny dziecka znacznie się poprawił, ciepłota się uregulowała, wygląd zdrowy, na wadze przybyło 3¹/₂ kilo. W płucach wysięk wessał się. Wypisany wyleczony.

W innych przypadkach zapalenia wysiękowego, leczonych światłem lampy kwarcowej, przebieg był identyczny. Natomiast w dwóch przypadkach wysiękowego zapalenia opłucnej z rozległymi zmianami gruźliczemi w płucach naświetlania okazały się bezskuteczne.

Najlepsze wyniki leczenia świetlnego mieliśmy w gruźliczych zapaleniach otrzewnej. W wysiękach otrzewnej wolny płyn wysysał się; na wadze początkowo wobec tego dzieciom ubywało, potem następował stały przyrost wagi.

H a m b u r g e r podaje 10 przypadków surowiczego zapalenia otrzewnej, wyleczonych światłem kwarcowem, które pozostawały zdrowe w ciągu 2 lat po skończonej kuracji światłem lampy kwarcowej.

S e l m a M e y e r wyróżnia zapalenia surowicze otrzewnej, jako mające największe tendencje do wyleczenia światłem lampy kwarcowej, inne zaś postaci gruźlicy brzu-

cha leczą się gorzej. Spostrzegane przez S. Meyer 6 przypadków zapalenia wysiękowego otrzewnej zostały wyleczone światłem lampy kwarcowej, kuracja trwała od 4 do 18 miesięcy.

W szpitalu Anny-Marji leczono 12 przypadków zapalenia wysiękowego otrzewnej światłem lampy kwarcowej. We wszystkich przypadkach, po dokonanych przeciętnie 60—70 naświetlaniach, wynik był bezwzględnie dobry.

Podaję dla przykładu niektóre z nich:

I przyp. Chłopiec 12-letni H. T. przyjęty 28/I 1920 r. Chory od 5 tygodni, odżywienie dziecka upośledzone, na plecach zimny ropień pod skórą wielkości kurzego jajka. Brzuch napięty, w jamie brzusznej stwierdza się obecność wolnego płynu. Stan gorączkowy. Odczyn *M a n t o u x* dodatni. Dokonano 80 naświetlań, po których nie stwierdza się wolnego płynu w jamie brzusznej, stan ogólny dziecka dobry, wygląd zdrowy, cera świeża; zimny ropień na plecach, nienaświetlany bezpośrednio, wessał się.

II przyp. Chłopiec 10-letni A. N. przyjęty 21/X 1919 r. Stan ogólny ciężki. Oddech znacznie utrudniony, brzuch duży, napięty, w jamie brzusznej znajduje się wolny płyn w dużej ilości. Wobec duszności dokonano nakłucia, wypuszczono 3 litry płynu surowiczego z otrzewnej. Ciepłota podniesiona do 39.2°. Odczyn *M a n t o u x* dodatni. Zaczęto naświetlać brzuch dziecka. Poprawa następowała bardzo szybko—po kilkunastu naświetlaniach ciepłota nie przekraczała 37.5°. Dokonano 40 naświetlań, po których stan ogólny dziecka znacznie się poprawił, łaknienie polepszyło się, wolny płyn w otrzewnej wessał się, na wadze przybyło 3 kilo. Wypisany wyleczony.

III przyp. Dziewczynka 6-letnia J. P. Przed rokiem przechodziła odrę i zapalenie płuc. Od 1/2 roku rodzice zauważyli, że brzuch dziecka stopniowo powiększa się. Stan gorączkowy, dziecko skarży się na bóle brzucha. Odżywienie upośledzone. Odczyn *M a n t o u x* dodatni. W płucach nad obojczykami wydech wydłużony. Brzuch duży; chełbotanie wyraźne. Wątroba na wysokości pępka, gładka, twarda na dotyk.

Rozpoznano: gruźlicze zapalenie otrzewnej i marskość gruźliczą wątroby. W szpitalu początkowo obwód brzucha powiększał się, wobec czego dokonano nakłucia i wypuszczono 2 1/2 litra płynu surowiczego. Wkrótce po nakłuciu jama brzuszna napełniła się dużą ilością płynu. Na oddziale chirurgicznym dokonano laparotomji, podczas której stwierdzono: otrzewną gładką, znaczny przerost wątroby. Operacja nie wpłynęła dodatnio na przebieg choroby: wysięk otrzewny wznowił się, wątroba pozostała powiększona. Dziecko zaczęło naświetlać lampą kwarcową. Po miesiącu stan ogólny dziecka dobry, obwód brzucha nie powiększa się; po 3 miesiącach brzuch zmniejszył się, płynu w otrzewnej niewiele, wątroba na wy-

sokości pępka twarda, niebolesna. Dokonano 60 naświetlań, które przerwano z powodu zepsucia lampy kwarcowej. Dziecku na wadze przybyło, wolny płyn w otrzewnej wessał się zupełnie; wątroba nie zmniejszyła się, sięgała do wysokości pępka, jak na początku leczenia. Poprawa ta była trwała: chora, spostrzegana w ciągu roku, nie wykazywała żadnych objawów wysięku otrzewnej, wątroba była jednakowo powiększona, stan ogólny dziecka zupełnie dobry.

Zapalenia zlepne otrzewnej poprawiały się stale pod wpływem światła lampy kwarcowej. S. M e y e r podaje, że zrosty pomiędzy jelitami i zrosty jelit z otrzewną ustępują pod wpływem światła kwarcowego. Na materiale szpitalnym stwierdzaliśmy poprawę przy leczeniu światłem lampy kwarcowej zlepnych zapaleń otrzewnej stałą: bóle zwykle ustępowały, ciepłota obniżała się, na wadze dzieciom przybywało. Leczone 10 przypadków, w których po 30—35 naświetlaniach osiągnano pożądaną poprawę.

I przyp. Dziewczynka 12-letnia przyjęta 25/III 1919 r. Chora od 6 miesięcy, narzeka na stałe bóle brzucha, brak łaknienia; stan gorączkowy. Odczyn M a n t o u x dodatni. Po zastosowaniu leczenia lampą kwarcową, dziecko szybko zaczęło się poprawiać; dokonano 20 naświetlań — bóle brzucha ustąpiły, na wadze zaczęło przybywać. Leczenie przerwano z powodów od nas niezależnych.

II przyp. Dziewczynka 11 lat, przyjęta 13/I 1919 r. Chora od 2 lat, gorączkuje, poci się, wymiotuje, stolce wolne. Odczyn M a n t o u x silnie dodatni. Brzuch miękki, bolesny, pętlce jelit macalne, widoczny ruch robaczkowy jelit i ich ustawienie. Zaczęto naświetlać brzuch dziecka; już po kilkunastu naświetlaniach stwierdzono znaczną poprawę; samopoczucie dziecka dobre, bóle brzucha nieznaczne, wymioty ustąpiły, ciepłota prawidłowa. Dokonano 28 naświetlań. Na wadze dziecka przybyło 7 kilo, bóle brzucha zupełnie ustąpiły, ciepłota prawidłowa.

W 4 przypadkach gruźlicy jelit z jednoczesnymi gruźliczymi zmianami w płucach leczenie światłem lampy kwarcowej było bezskuteczne. Identyczne wyniki podaje również S. M e y e r w gruźlicy jelit z rozległymi owrzodzeniami; wobec braku działania światła na tę postać gruźlicy brzucha, S. M e y e r uważa naświetlania w tych przypadkach za przeciwwskazane.

W dwóch przypadkach otwartej gruźlicy płuc (laseczniki Kocha w płwocinie) pod wpływem naświetlań klatki piersiowej nastąpiła czasowa poprawa: ciepłota obniżyła się, na wadze chorym przybyło. G r a u uważa, że światło

lampy kwarcowej działa na stany gorączkowe, obniżając ciepłotę. Według niego czasem początkowo pod wpływem światła ciepłota się podnosi i dopiero po kilku dniach opada stopniowo.

Dwa przypadki spostrzeganie w szpitalu przebiegały jednakowo; podaje jeden z nich.

I przyp. Dziewczynka 8 letnia R. F. przyjęta 11/II 1918 r., kaszle od 3 miesięcy, chudnie, łaknienie upośledzone, gorączkuje; w płucach liczne laseczniki K o c h a, ciepłota do 39.3° . W płucach liczne wilgotne rżężenia rozsiane na całej przestrzeni, nad szczytami oddech chuchający. Dokonano 40 naświetlań. Po kilkunastu naświetlaniach ciepłota nie przekraczała 37.5° , łaknienie poprawiło się, na wadze przybyło 1 kilo; ku końcowi kuracji świetlnej ciepłota znów podniosła się do 39° , stan ogólny pogorszył się. W płucach jak poprzednio. Naświetlania przerwano.

Co do innych rodzajów gruźlicy, leczonych w szpitalu światłem kwarcowym (kości, skóry, stawów) na oddziale wewnętrznym, to były to pojedyncze spostrzeżenia i jako takie nie nadają się do szczegółowego rozbioru, zaznaczę tylko, że i w tych przypadkach wyniki były naogół zadowolniające.

Co do techniki naświetlań, stosowanej w naszym szpitalu, jest ona następująca: dziecko leży na specjalnym stole, promienie lampy kwarcowej kierowane są prostopadle na skórę z pożądanej odległości. Oczy dziecka ochraniaamy od światła lampy ciemnymi okularami w obawie wywołania zapalenia spojówek. Naświetlania odbywają się co drugi dzień. Zaczynamy od 5 min. na odległości 1 metra od lampy, za każdym razem powiększamy czas naświetlania o 3 min. i skracamy odległość od lampy o 10 cm. Doszedłszy do 30 min i odległości 25 cm., czas naświetlania i odległość pozostawiamy bez zmiany. Przy podobnem dawkowaniu światła wywołujemy stopniowe zabarwienie skóry, podrażnienia przytym są rzadkie. W razie wystąpienia stanu zapalnego skóry, robimy małą przerwę w naświetlaniach i wznawiamy je dopiero, gdy skóra powróciła do normalnego stanu.

Wyniki działania światła kwarcowego w gruźlicy u dzieci, stwierdzone na wyżej podanych szpitalnych przypadkach, są następujące:

1) światło lampy kwarcowej w stanach gorączkowych obniża ciepłotę; .

2) wywiera dodatni wpływ na przemianę materji, poprawiając ogólny wygląd chorego, łaknienie, powiększając wagę i t. p.,

3) na bóle ma wpływ uśmierający,

4) na tworzenie tkanki łącznej działa pobudzająco, wskutek czego przyczynia się do szybkiego gojenia ran,

5) przyczynia się do wsysania płynów w jamach surowicznych.

Powyższe pomyślne wyniki można osiągnąć tylko przy stosowaniu naświetlań w sposób systematyczny. W gruźlicy gruczołów nieropiejących naświetlania winny być prowadzone w ciągu dłuższego czasu: 6—9 miesięcy.

Przy zropiałych gruczołach z przetokami lub bez może wystarczyć 20—30 naświetlań. Po dokonaniem zabiegu chirurgicznym zropiałych gruczołów, ranę pooperacyjną należy naświetlać, aby wywołać szybkie gojenie się. Przy leczeniu zapalenia wysiękowego opłucnej zwykle wystarcza 40—50 naświetlań.

W gruźlicy otrzewnej z wysiękiem przeważnie 60—70 naświetlań dawały pożądane wyniki, w zlepnym zapaleniu otrzewnej już 40—50 naświetlań może wystarczyć.

PIŚMIENNICTWO.

B a c h. Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne“.

B a c h. Deutsche Med. Woch. 1920. № 20.

B u d d e. Münch. Med. Woch. 1918. № 41.

H. G r a u. Münch. Med. Woch. 1917. № 48.

G u t s t e i n. Deut. med. Woch. 1916. № 18.

H a m b u r g e r. Deutsch. Med. Woch. 1920. № 6.

K i r s c h. Münch. med. Woch. 1917. № 19.

L e w y. Münch. med. Woch. 1918. № 10.

S. M e y e r. Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1918. 37. B. Z. 12.

R o l l y. Münch. med. Woch. 1916. № 34.

V u l p i u s. Münch. med. Woch. 1913. № 20.

T h e d e r i n g. Oldenburg. 1916.

K. W a g n e r. Die Künstliche Höhensonne (Quarzlicht) in der Medicin.

POLSKIE TOWARZYSTWO PEDIATRYCZNE.

Wyciąg z protokółów posiedzeń odbytych w I-ym kwartale 1921 r.

Posiedzenie zwyczajne

z dnia 12-go stycznia 1921 r.

Kol. Wł. Szenajch wypowiedział wspomnienie pośmiertne o ś. p. d-rze Marji Ratyńskiej, która, jako lekarz powołana do świadczeń wojennych, na stanowisku padła ofiarą duru wysypkowego dnia 30/XII 1920 r. w Wołkowysku.

Prelegent scharakteryzował zmarłą jako człowieka, obywatela Polski i lekarza, podnosząc wielkie jej uspołecznienie i dar czynienia dobrze drugim.

Kol. T. Jaroszyński wygłosił odczyt p. t. „Rozwój psychiczny dziecka“.

Ujmując sprawę z higieniczno-wychowawczego punktu widzenia, prelegent dochodzi do następujących wniosków: 1. Początkowe cechy życia odruchowego noworodka przetwarzają się w skłonność do naśladownictwa, a dalej, w suggestyjność. Korzystając z tych właściwości umysłu dziecięcego dążyć winniśmy, w dalszym prowadzeniu dziecka, do zastąpienia ich przez odporność duchową i samodzielność. 2. Wielkie znaczenia sfery sensorycznej oraz pierwiastków uczuciowych u dziecka stwarza konieczność oparcia pierwszej nauki na kształceniu zmysłów i umiejętnym kulcie fantazji. 3. Zmiana warunków życia wraz ze wstąpieniem dziecka do szkoły wymaga umiejętnego zapobiegania zmęczeniu psychicznemu oraz zniechęceniu do nauki szkolnej. 4. Objawy zastoju umysłowego i nierównoważenia sfery uczuciowej w okresie dojrzewania płciowego wskazują na potrzebę uwzględnienia wychowania fizycznego i wyrabiania w charakterze dyrektywy społecznych i moralnych. 5. Niedostateczne przygotowanie życiowe w wieku młodzieńczym z panującą wówczas skłonnością do idealizmu i przejmowania się zagadnieniami natury teoretycznej wymagają wprowadzenia do szko-

ły w tym okresie życia pierwiastków praktycznych oraz indywidualizacji wychowania zależnej od odrębności psychicznych ucznia. Wobec powyższych właściwości psychicznych dziecka niezbędną jest potrzeba szczegółowego rozważenia zasad higieny pracy umysłowej w szkole, aby na tej drodze uniknąć objawów przemęczenia mózgowego i wypływających stąd szkodliwych skutków dla zdrowia.

Posiedzenie kliniczne

z dnia 26 stycznia 1921 r.

Kol. Zylberlast-Zandowa demonstrowa przypadek następujących objawów po drętewicy karku u 4-letniego chłopca.

Pośród długi czas, bo 9 miesięcy trwających charakterystycznych objawów (bezsenność nocna, zasypianie nad ranem, niepokój ruchowy, zmienność usposobienia) w końcu tego okresu na pierwszy plan zaczęły wysuwać się napady niezmiernie dziwnych skurczów oddechowych. Napady rozpoczynają się od głośnego sapania, poczem język wysuwa się do połowy z jamy ustnej, a z nosa przy każdym wydechu wypływa wydzielina śluzowa. Po kilku do kilkunastu oddechach przychodzi do głębokiego bardzo wdechu, po którym wydech następuje dopiero po upływie kilku do 30 nawet sekund, przyczem pierwsza fala powietrza wydobywa się przez nos, dalsze przez usta. Po wydechu następuje w dalszym ciągu powtórzenie całego cyklu wyszczególnionych objawów. Podczas „*apnoe inspiratoria*“, ramiona unoszą się do góry, dziecko kurczowo chwyta się za otaczające przedmioty lub własne uda, twarz czerwieni się i nadyma, nos marszczy. Przytomność przez cały czas napadu zostaje zachowana.

Cały napad należy rozpatrywać jako odruch, którego ramieniem dośrodkowym jest podrażnienie błony śluzowej dróg oddechowych, zaś odśrodkowym skurcz mimowolny mięśni oddechowych na podłożu schorzenia układu nerwowego.

W dyskusji kol. Szenajch zaznacza, że niewątpliwie objawy te stoją w związku z *encephalitis letargica*, ponieważ u dzieci chorych na śpiączkę zauważył również charakterystyczne sapanie w ostrym okresie.

Kol. Jonscher wygłosił odczyt p. t. „Z kliniki duru brzuszno u dzieci“ (odczyt drukowany w Nr. 2 Pedjatryji).

W dyskusji kol. Brokman, który wraz z prelegentem przeprowadzał badanie nad stopniem odporności komórkowej u chorych na dur brzuszny, stwierdza, że dzisiaj nie można jeszcze wyjaśnić przyczyny występowania nawrotów. Kol. Hirschfeldowa w przypadkach równoczesnego duru i zimnicy (w Macedonji)

rzadko widywała nawroty. W przebiegu paratyfusu A wykwitły często występują i na kończynach. Kol. Janowski zgadza się z prelegentem, że zarazek duru brzusznego nie jest typem stałym. Przypuszcza, iż niejednokrotnie mamy do czynienia z przechodzeniem jednego typu zarazka w drugi w obrębie grupy *bact. coli*. Kol. Jonscher zaznacza, że zapalenie płuc i zapalenie opon mózgowych wywierają znaczny wpływ na śmiertelność w durze brzuszny. W odpowiedzi kol. Stankiewiczowi stwierdza, że najmniejszą śmiertelność daje grupa 2-a, największą—3-a.

Posiedzenie kliniczne

z dnia 9 lutego 1921 r.

Kol. Szenajch komunikuje, że Zarząd T-wa postanowił zarządzić ankietę z szeregiem pytań, dotyczących czasu odosobnienia, względnie trwania zaraźliwości chorych na płonicę.

Kol. Zembrzowski Ludwik wygłosił odczyt o chorobie Hirschprunga, spostrzeganej przezeń u 6-o miesięcznego dziecka płci męskiej, a obserwowanej od pierwszego dnia urodzenia.

Dziecko obecnie wygląda względnie nieźle, chociaż wykazuje charakterystyczne dla cierpienia objawy. Od urodzenia nie oddało stolca samoistnie ani razu. Prelegent omówił także zabiegi lecznicze u małych dzieci oraz przytoczył dwa inne własne spostrzeżenia i dane z piśmiennictwa polskiego.

W dyskusji kol. Szenajch podkreśla wielką rzadkość tego cierpienia u nas: w szpitalu Karola i Marji na 8000 chorych stwierdzono zaledwie jeden przypadek. Prof. Kryński jest zdania, że cierpienie jest wrodzone, zgrubienie zaś ściany jelita występuje dopiero jako zmiana nabyta. Kol. Zembrzowski L. zwraca uwagę na różnicę między megacolon i chorobą H.; uważa, że część tylko objawów (długość krezki i kiszki) należy rozpatrywać jako wrodzone. Co się tyczy leczenia, to z pomiędzy enteroanastomozy i resekcji lepsza jest ta ostatnia.

Kol. Łapiński Wacław przedstawił preparat torbieli szyjnej, usuniętej operacyjnie u 1¹/₄ rocznej dziewczynki. Prelegent omówił powstawanie i typy torbieli szyjnych, pochodzących z luków skrzelowych, torbiele krwiste, chłoniaki i t. p.

Kol. Niepokojczycka opisała przypadek choroby Hirschprunga u trzyletniego chłopca.

Przypadek spostrzegany był w szpitalu „Karola i Marji”. Wobec objawów zatrucia kiszkowego i stałej wysokiej ciepłoty gorączkowej dziecko poddaane zostało operacji wycięcia esicy. W dwanaście godzin po operacji nastąpiło zejście śmiertelne.

Posiedzenie zwyczajne

z dnia 23 lutego 1921 r.

Kol. Gromski wygłosił odczyt p. t. „Alkoholizm wśród dzieci szkolnych“.

Powołując się na statystyki Ciembroniewicza, Jodkowskiego, Głasa i in. stwierdza, iż wyskok w rozmaitych postaciach podawany bywa dzieciom już w pierwszych miesiącach życia. Z wiekiem dziecka wzrasta ilość spożywanego alkoholu i liczba dzieci pijących. W okresie 16—17-go roku życia spotykamy zaledwie 4% abstynentów. Prelegent zwraca przedewszystkiem uwagę na szkody, jakie alkohol wyrządza w układzie mózgowo-rdzeniowym dziecka, wywierając bezwzględnie zły wpływ na postępy ucznia używającego trunków. Powstrzymywanie się od picia napojów wyskokowych przez rodziców i wychowawców jest zasadniczym czynnikiem w zwalczaniu alkoholizmu u dzieci. Radykalnem lekarstwem byłby ogólny zakaz sprzedaży trunków na wzór zakazu w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Po dyskusji, w której przyjmowali udział p. Jan Szymański, kol. Szenajch, kol. Szmurło, kol. Cieszyński uchwalono wysłanie do Sejmu memorjału wskazującego na potrzebę zachowania w całości ustawy o ograniczeniach w sprzedaży trunków wyskokowych, do Ministerstwa zaś Oświecenia—o potrzebie wprowadzenia w seminarjach nauczycielskich wykładów z zakresu alkoholji.

Posiedzenie kliniczne

z dnia 9 marca 1921 r.

Kol. Cieszyński przedstawił przypadek wrodzonej wady serca u 10-letniego chłopca.

U chorego referent stwierdził jednoczesne zahamowanie rozwoju fizycznego i częściowy niedorozwój umysłowy. W dyskusji kol. Stankiewicz wyraża mniemanie, że szmer u wierzchołka jest tylko przeniesiony i że w danym przypadku należałoby raczej rozpoznawać zwężenie tętnicy płucnej. Kol. Szenajch ostrzega przed zbyt szybką decyzją co do rozpoznania; najpewniejszym byłoby może stwierdzenie w danym przypadku najczęstszej wady, mianowicie niezarośnięcia przegrody międzykomorowej.

Kol. Gromski przedstawia przypadek przypuszczonego wrodzonego zarośnięcia przewodów żółciowych u 7-miesięcznego chłopca.

Z charakterystycznych objawów na pierwszy plan wysuwają się: stale wzmagające się od pierwszych dni życia żółtaczkowe za-

barwienie skóry, powiększenie wątroby i śledziony, brak płynu w jamach surowiczych, niezawierające żółci stolce, żółtaczkowy mocz i wydaliny (tj. żółtego koloru), rozszerzenie naczyń żylnych na skórze brzucha. W dyskusji kol. Daszkiewicz, Stankiewicz, Jonscher i inni przypominają przypadki stwierdzonego sekcyjnie przymiotu wątroby u niemowląt, podczas gdy klinicznie nie było nawet o tem mowy, uważają za pożądane przeprowadzenie u dziecka kuracji specyficznej. Prof. Michałowicz przytacza przypadek okluzji przewodów żółciowych stwierdzony klinicznie, w którym na sekcji okazało się, iż przewody były zupełnie drożne i tylko wskutek nagromadzenia się śluzu doszło do zamknięcia ujścia przewodu żółciowego.

Kol. Korybut-Daszkiewicz wygłosił odczyt p. t. „Gruźlica serca u dzieci” i opisał przypadek śmierci na głę u $2\frac{3}{4}$ roku dziecka z powodu pęknięcia serca (*ruptura aneurismatis cordis ex peri—endo et myocarditide tuberculosa*).

Prelegent uważa opisany przypadek za niesłychanie rzadki. Zdaniem jego, gruźlica serca należy do rzędu bardzo rzadkich umiejscowień sprawy gruźliczej i występuje niemal zawsze jako zjawisko wtórne; objawy kliniczne ze strony serca są zwykle niewystarczające dla postawienia za życia dziecka pewnego rozpoznania.

Kol. Szenajch przedstawił przypadek gruźlicy serca u 7-letniej dziewczynki spostrzegany w szpitalu „Karola i Marji”. W preparacie serca pochodzącego z powyższego przypadku (demonstracja) stwierdzono gruczoł wielkości ziarna grochu.

Kol. Łapiński W. Jako dopełnienie do protokołu z poprzedniego posiedzenia wyjaśnia, że badanie mikroskopowe torbieli określiło ją, jako naczyniochłoniak (*lymphangioma cysticum*).

Posiedzenie zwyczajne

z dnia 23 marca 1921 r.

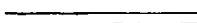
Kol. Szenajch w związku z uchwaloną w dniu 17/III 1921 roku Ustawą Konstytucyjną Rzeczypospolitej Polskiej przypomina, że artykuł 103-ci ustawy, który zabezpiecza dziecku w razie potrzeby opiekę państwa od pierwszych dni jego życia, a nawet jeszcze w okresie życia płodowego, z drugiej zaś strony nie pozwala zasadniczo odbierać dziecka rodzicom, że artykuł ten był wypracowany i wprowadzony do Ustawy przede wszystkim dzięki inicjatywie Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

Kol. Drabczyk wygłosił odczyt p. t. „Porównawczy stan odżywienia młodzieży szkolnej w 1920—21 roku na zasadzie wskaźnika Pirqueta”.

Na podstawie własnych pomiarów wykonanych w ciągu ostatnich 3-ich lat szkolnych na 3189 uczniach prelegent stwierdził pogorszenie się stanu odżywiania młodzieży szkolnej w niektórych szkołach warszawskich. W dyskusji kol. K o p c z y ń s k i zaznacza, że formułki systemu P i r q u e t a tak samo jak i reszta innych nie mogą dać dokładnego obrazu o stanie odżywiania. Rezultaty badań prelegenta, wskazujące na pogorszenie się stanu odżywiania w roku bieżącym, są dla K. bardzo dziwne, ponieważ, jak wszystkim wiadomo, aprowizacja kraju obecnie jest znacznie lepsza. Kol. S z e n a j c h wyjaśnia, że wskaźnik P i r q u e t a charakteryzuje faktyczny stan odżywiania tylko u niemowląt i dorosłych; wogóle zaś przy ocenie odżywiania, P i r q u e t kieruje się stanem ukrwienia, napięcia tkanek, podściółki tłuszczowej i mięśni. Wskaźnik jest tylko jednym ze środków pomocniczych, i dopiero wespół z innymi danymi może dać pojęcie o odżywianiu.

Prezes *Wł. Szenajch.*

Sekretarz *M. Gromski.*



STRESZCZENIA.

Lewkowicz Ksawery. **Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon (dokomorowemi i namózgowemi wstrzykiwaniami)**. P. L. 1916. II. Doniesienie. P. L. 1917. Nr. 43. III. Doniesienie. P. L. 1919. Nr. 16—18. IV. Doniesienie. (W l. B u j a k) P. L. 1919. Nr. 29. V. Doniesienie. P. L. 1920. Nr. 3.

Na podstawie swych długotrwałych i szczegółowych badań nad rozkładem zarazków i ropy w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych doszedł L. do wniosku, że właściwem siedliskiem sprawy chorobnej są komory mózgowe. Śledząc następnie rozmieszczenie surowicy po jej zastrzyknięciu do kanału rdzeniowego, stwierdził, że dostaje się ona do komór w niedostatecznej ilości lub też wcale w razie utrudnionej komunikacji. Dlatego uważa L., że poza wprowadzeniem surowicy drogą zwykłą do kanału należy jaknajczęściej równocześnie stosować wstrzykiwanie dokomorowe i namózgowo, które według autora przedstawia znaczne korzyści i małe niebezpieczeństwo, a nadaje się przede wszystkim dla przypadków ciężkich i zaniedbanych.

Technika polega na przewierceniu kości czaszki za pomocą wiertacza rynienkowatego G ö t z e g o i wstrzykiwaniu surowicy do komór bocznych, zwłaszcza ich dolnych rogów przez igłę długości 5—7¹/₂ cm. przy równoczesnem przestrzeganiu ciśnienia, wynoszącego normalnie u dzieci 60—80 mm. Hg., a u dorosłych 100—120 mm. Hg. L. na kilkaset takich wstrzyknięć miał tylko 1 raz utratę przytomności, w czasie której rozwinęło się odoskrzelowe zapalenie płuc. Przy nakłuwaniu komór oznaczał L. w wielu przypadkach ich pojemność metodą Neissera i Pollacka, chcąc rozpoznać tworzące się w przebiegu zapalenia wodogłowie już w samych początkach i śledzić jego rozwój, w danym razie cofanie się, względnie stwierdzać zwężenie komór, które jest objawem obrzęku mózgowia. Równocześnie w celu stwierdzenia, z jaką szybkością wydziela się płyn w stanach zapalnych i w jaki sposób krąży, pozostawiał igłę w komorach i kanale po dojsciu ciśnienia do zera jeszcze ¹/₂—2 godzin i przekonał się, że „wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego jest w przebiegu zapalenia nagminnego opon zawsze

obniżone“ i że „wyższe stopnie tego obniżenia stanowią zaburzenie bardzo groźne, gdyż jest ono jedną z przyczyn zastoju płynu w komorach i gromadzenia się w nich zbitej ropy“. Krażenie płynu uwidoczniają: 1) różnica ciśnienia w komorach i w kanale rdzeniowym, której wyższy stopień dowodzi utrudnienia komunikacji, i 2) wskaźnik białkowy t. j. stosunek zawartości białka w płynie rdzeniowym do tejże w płynie komorowym.

Dokładne śledzenie tych zmian, a zwłaszcza szczegółowe spostrzeganie w jednym przypadku, jak powstawało zapalne wodogłowie jako następstwo obrzęku mózgowia, dowiodły, że „obrzękwowi znaczniejszego stopnia ze wszystkimi fatalnymi następstwami tego stanu— przebieg piorunujący, rozlane uszkodzenia tkanki mózgowej, zwężenie i zarośnięcie rowków mózgowych, zacieśnienie pewnych części mózgowia do otworu potylicznego wielkiego, zarośnięcie przestrzeni podpajęczynówkowych rdzenia—poddaje się tylko mózgowie nie mające prawidłowej jędrności. Mózgowie niemowląt karmionych sztucznie lub karmionych wprawdzie piersią ale dokarmianych wcześniej są prawie zawsze chorobliwie zwiotczałe; ale także u niemowląt karmionych wyłącznie piersią i u dzieci w 2-im roku życia nieprawidłowa wiotkość mózgowia nie jest wcale rzadkością. W wieku od 3—10 lat mózgowie jest z reguły bardzo odporne i jędrne. Od 11-go roku życia zwiotczenie staje się znów częstszem.

Mimo dokomorowego stosowania surowicy wynik leczenia był często ujemny z przyczyn różnych, a mianowicie z jednej strony z powodu różnorodności szczepowej meningokoków, a z drugiej — dzięki czynnikom dotychczas niewyjaśnionym, gdyż ta sama surowica w tych samych przypadkach często z początku zawodzi, a po kilku dniach pomaga natychmiast; być może, że komunikacja między komorami i kanałem rdzeniowym oraz światło komór odgrywają tutaj rolę. Poza tem spostrzegał L. nierówną skuteczność surowicy, zależną od otrzymywania jej w różny sposób i od nieustalonego dotychczas sposobu miareczkowania jej siły leczniczej. Sprawę tę badał asystent jego Wł. B u j a k, który użył metody, polegającej na stwierdzaniu własności wiązania dopełniacza. Rozcieńczał on zawiesiny rozczyntem R i n g e r a z dodatkiem (10%) surowicy końskiej, gdyż w doświadczeniach swoich stwierdził, że w rozczyntnie samej soli kuchennej niezależnie od natężenia giną meningokoki w 2½ godz. Za pomocą tego sposobu przekonał się, że surowica wiedeńska działa najlepiej bakterjobójczo w 3—10% rozcieńczeniu, że surowica krakowska jest 10 razy, a surowica chorych, leczonych szczepionkami 10—30 razy słabsza od wiedeńskiej. Wyniki lecznicze nie pokrywają się jednak z badaniami laboratoryjnymi i dlatego B. dochodzi do wniosku, że lecznicze działanie surowicy przeciwmeningokokowej polega przede wszystkim na własnościach bakterjobójczych, i że taksamo, jak w surowicy przeciwdurowej i przeciwcholerycznej, ciała wywołujące wiązanie dopełniacza nie są równoznaczne z dwuchwytnikiem bakterjobójczym. L. leczył wstrzykiwaniem dokomorowem surowicy 114 przypadków, których wynik zale-

żał w wielkim stopniu od wieku. Z 31 niemowląt wyzdrowiały zupełnie 3, wzgl. 4, gdyż 1 umarło po wyleczeniu swoistem na różę, 7 wyzdrowiało względnie, gdyż po ustąpieniu sprawy zapalnej rozwinęło się wodogłowie. Z 6 dzieci do 2 lat wyzdrowiało zupełnie 3, względnie 1 z następowem wodogłowiem i 2 z porażeniami. Z 26 dzieci od 3—14 lat zmarło 1 tylko, mające mniej niż 10 lat „od 11 roku życia wyniki ujemne stają się znów częstsze“. Reszta dotyczy przypuszczalnie osób dorosłych, z których na 9 w ostatniej serji zmarło 3. (Statystyczne dane autora są wogóle tak niejasne, iż nie można w nich się zorientować). Śmiertelność, którą L. w II doniesieniu określił na 40% przeciętnie, zależała przeważnie od zbroceń, powikłań najróżniejszych i zapóźnionego leczenia swoistego. Dlatego L. zaleca zastrzykiwanie surowicy jaknajwcześniej i dla wszelkiej pewności rozpoczęcie leczenia szczepionką „aby wtedy, kiedy dalsze stosowanie surowicy więcej przynosi szkody niż pożytku, było już osiągnięte pewne uodpornienie czynne“.

W końcu uznaje autor, że „w przypadkach, przebiegających z obrzękiem mózgowia wysokiego stopnia, wskazana byłaby możliwie wczesna trepanacja dekompresyjna“.

Ksawery Cieszyński.

W e l d e. **Gonorrhoe im Kindesalter**—Ergebnisse d. Inn. Med. u. Kinderhkl. T. 18, r. 1920.

Dotychczas nie jest jeszcze ostatecznie ustalony sposób pośredniego zarażania się—przenoszenie zarazków przez owady (muchy!) odgrywa, zdaje się dużą rolę; za tem przemawia fakt, że większość epidemij w zakładach dziecięcych, prowadzonych wzorowo, spostrzegano w lecie.

Wobec znacznej zaraźliwości rzeżączki zastanawia brak wtórnego zapadania spojówki, wzgl. pochwy, u dzieci; musi się tu wytwarzać pewna odporność.

Umiejscowienie pierwotne rzeżączki u dzieci może nastąpić we wszystkich odcinkach układu moczowego i rodnego, jak również i w odbytnicy. Cewka i odbytnica są zajęte w większości przypadków.

Trudno jest określić na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń, jak często zapadają wewnętrzne narządy rodne u dziewczynek; w każdym razie należy się więcej niż dotychczas liczyć z możliwością zajęcia otwartej na tem tle (różniczkowanie z zapaleniem wyrostka robaczkowego!).

Rzeżączkowe zapalenie stawów we wczesnem dzieciństwie nie jest też taką rzadkością jak się to zwykle przypuszcza.

Niema jeszcze sposobu leczenia rzeżączki u dzieci, który możnaby uważać za jedynie wskazany, C z e r n y jest nawet zdania, że rzeżączka leczona wszelkimi sposobami nie trwa krócej, niż nieleczona zupełnie.

Wobec znanej skłonności do nawrotów należy być bardzo ostrożnym przy uznawaniu danego przypadku za wyleczony osta-

tocznie; brak jest zupełnie danych co do dalszego losu chorych, zarażonych rzeżączką w dzieciństwie.

Stosowanie szczepionki zostało ostatnio nawet zupełnie zarzucone przez poważnych klinicystów (C z e r n y, B a g i n s k y).

Gorące kąpiele dają niepewne wyniki, w każdym razie należy je stosować bardzo ostrożnie dla uniknięcia przykrych wypadków.

Zastrzyki białka, mleka i t. p. zawiodły pokładane w nich nadzieje.

Leczenie rzeżączki może być przeprowadzone tylko w szpitalu, należy przeto w szpitalach dziecięcych stworzyć odpowiednie oddziały.

K. Jonscher.

P a t z c h k e. **W sprawie leczenia Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum.** D. m. W. 1921. Nr. 2.

Ponieważ metoda nagrzewania do 40° ani rozczynty 1% protargolu i 1/2% albarginy nie odnoszą skutku a silniejsze roztwory środków srebrowych powodują zbyt wielkie przekrwienie i bolesność, autor zaczął dodawać do silniejszych roztworów suprareninę, aby usunąć ich działanie ujemne. Autor podaje na podstawie własnych doświadczeń szpitalnych następujące wskazówki lecznicze:

Po oczyszczeniu szpary sromowej i pochwy rozczyntem nadmanganianu potasu, płucze się zajęte narządy rozczyntem albarginy, pozostawiając go 5 min. w pochwie przez ściśnięcie warg; następnie zakłada się wacik z 5% rozczyntem protargolu i przytwierdza go za pomocą opatrunku; zabieg ten powtarza się 4 razy dziennie. Przez pierwsze 7 dni używa się 1/2%, przez dalsze 3 dni 1%, następne 3 dni 1 1/2%, w końcu 2% rozczyntu albarginy z dodatkiem suprareniny 1 : 1000 (0,5—1,0 na 20). Po krótkiej przerwie, w ciągu której należy badać wydzielinę bakterjologicznie, stosuje się to samo jeszcze przez 8—10 dni, poczem zarazki powinny zniknąć, co można potwierdzić przez dalsze 14-dniowe spostrzeżenie. Na 16 przypadków, leczonych w ten sposób, w 14 autor nie widział nawrotów.

Cieszyński.

K R O N I K A.

W dniu 4 maja r. b. otwarta została poliklinika Kliniki Dziecięcej Uniwersytetu Warszawskiego, mieszczącej się prowizorycznie w budynku Instytutu Higjeny Dziecięcej, który został w tym celu odpowiednio przerobiony. W najbliższym czasie projektuje się rozszerzenie budynku przez nadbudowę piętra, pojemność kliniki zwiększy się przez to z 45 do 80 łóżek.

Na dyrektora Kliniki powołany został prof. Michałowicz; asystentami są d-rzy: Brokman, Erlichówna M., Gromski M., Jonscher K. i Stankiewicz R.

W Anglii śmiertelność wśród dzieci zmniejsza się stale w ostatnich latach: w r. 1905 na 1000 urodzeń było 128 zgonów, w r. 1914—105, 1915—110, a od r. 1916 utrzymuje się stale poniżej 100, dochodząc do najniższej spostrzeganej dotychczas cyfry 80‰ w r. 1920.

Z angielskiego „funduszu ratujcie dzieci” (Save the Children Fund) przyznano Polsce do 23/II r. b. 41671 funt. sterl.

Amerykański Komitet Pomocy (American Relief Administration) otrzymał z Krakowa adres dziękczynny, podpisany przez 50.000 dzieci dokarmianych przez Komitet w Zachodniej Galicji. Każde dziecko przed podpisaniem adresu umyło sobie ręce mydłem, ofiarowanym przez Komitet.

Sieroty polskie z Syberji w ogólnej liczbie 241 zostały przewiezione do Stanów Zjednoczonych Ameryki Półn. W Tokio przebywały one od 1—2 miesięcy; przez cały ten czas opiekował się nimi Japoński Czerwony Krzyż.

Dnia 23, 24, 25, 26 września roku ubiegłego odbył się w Trieście 10-ty Zjazd Pedjatrów włoskich. Na porządku dzien-

nym były: 1-o Wakeynoterapia w chorobach zakaźnych wieku dziecięcego. 2-o Opieka nad dziećmi legalnymi i nielegalnymi. Prócz tematów, objętych porządkiem dziennym, zgłoszono z górą 130 prac z zakresu pedjatrji.

Ustępując ze stanowiska profesora kliniki dziecięcej w Paryżu, prof. V. Hutinel proszony o przedstawienie swego następcy, postawił w pierwszym rzędzie kandydaturę p. Nobécourta, następnie p. Nettera.

Legendarna epidemja tyfusu plamistego w Rosji.

Od 1/VII 1918 r. do 1/VII 1919 r. zgłoszono w Rosji 1,360,254 przypadki tyfusu plamistego; największa liczba zachorowań była w kwietniu 1919 r. — 287,042 przypadki. W następnym roku epidemja wzmogła się i zanotowano legendarną liczbę zachorowań: od 1/VII 1919 do 1/VII 1920 zgłoszono 2,516,193! przypadków tyfusu plamistego, w tem w jednym miesiącu — lutym 1920 r. 461,069 przypadków.

(Przegląd Epidemjologiczny 1921 r. Nr. 3).

Powszechne badanie dzieci w wieku niemowlęcym i przedszkolnym w Ameryce.

Cheąc zwrócić uwagę społeczeństwa i władz na niezbędnosc opieki nad dziećmi i pragnąc przygotować racjonalny plan organizacji „Biuro Dziecięce“ w Waszyngtonie, jak podaje p. Nettie M. c. Gill, kierowniczka wydziału prasowego tegoż biura, zorganizowało powszechne badanie dzieci (mierzenie i ważenie) przez lekarzy i opiekunki zdrowia. Zbadano w 1918 r. 7 milionów dzieci, czyli nieco więcej niż połowę wszystkich dzieci w wieku niemowlęcym i przedszkolnym w Stanach Zjednoczonych.

W okręgach wiejskich w celu wynalezienia i zbadania na miejscu dzieci używano samochodów, już to ruchomych poliklinik.

Jako praktyczny skutek tego powszechnego zbadania dzieci można stwierdzić: utworzenie urzędowych opiekunek zdrowia w 24 Stanach, utworzenie w 33 Stanach kilkuset urzędów zdrowia z wydziałami opieki nad dziećmi. Jedno miasto—Nowy Orlean—otworzyło 29 nowych stacyj opieki nad dziećmi.

Popularyzacja w Ameryce.

O ogromie akcji popularyzacyjnej w Stanach Zjednoczonych świadczy fakt, że „Biuro Dziecięce w Waszyngtonie“ rozdało w ciągu 1918 i 1919 roku 3,155,000 egzemplarzy różnych wskazówek, rad i broszur o opiece nad dziećmi.

Prywatne fundacje dla dzieci w Finlandji.

Fundacja Bertya Marji Runlund w Helsingforsie posiada kapitał 18 milionów marek fińskich, z których $\frac{2}{3}$ przeznaczono na prace na polu opieki nad dziećmi.

Fundacja Petreliuszowska w Abo posiada kapitał 5,000,000 marek w celu utworzenia wzorowego przytuliska dla 100 dzieci.

Pomoc Szwajcarii dzieciom cudzoziemskim w czasie wojny.

Od 1915—1919 r. znalazło kilkotygodniowy wypoczynek w Szwajcarii 73,000 dzieci niemieckich, węgierskich, czeskich i belgijskich.

Spółeczna służba powszechna w Bułgarii.

Parlament bułgarski uchwalił prawo o powszechnej służbie społecznej, której głównym celem jest organizacja i wykorzystanie sił w kraju w celu podniesienia produkcji i opieki społecznej. Podlegają służbie młodzi mężczyźni od 20 lat i młode kobiety od 16 lat. Służba trwa dla młodzieży męskiej jeden rok, dla żeńskiej—pół roku. Służbę należy wykonywać osobiście. Zwolnieni są tylko niedorozwinięci pod względem cielesnym i duchowym, oraz zamężne kobiety. Uwolnieni od służby płacą podatek. Dotąd tytułem próby służba społeczna wprowadzona jest w jednym okręgu.

Urzędy opieki nad dziećmi i młodzieżą w Jugosławii.

W Belgradzie istnieje centralny urząd opieki nad dziećmi i młodzieżą (odeljenje za zascitu dece i mladezi), któremu podlega 10 urzędów prowincjonalnych. Prowincjonalnym urzędom podlegają urzędy powiatowe, tym ostatnim—miejscowe. Pracownikami w urzędach centralnym, prowincjonalnych i powiatowych są urzędnicy państwowi; w urzędach miejscowych—dobrowolne, bezpłatne siły społeczne. Zadaniem urzędów jest organizacja opieki nad dziećmi, badanie stanu opieki i śmiertelności dzieci, opracowywanie praw z działu opieki nad dziećmi, prowadzenie państwowych zakładów opiekuńczych, dozór nad instytucjami i osobami opiekującymi się dziećmi, udzielanie pomocy materialnej i moralnej prywatnym i społecznym instytucjom opiekuńczym.

Budżet Państwa Jugosłowiańskiego na cele opieki nad dziećmi wynosi w roku 1920/21—36,000,000 koron.

Pro Juventute w Szwajcarii.

„Pro Juventute“ „Dla Młodzieży“ jest to organizacja, obejmująca całą Szwajcarię, posiadająca 170 miejscowych sekretarjatów i mająca za zadanie prowadzenie własnych instytucji opiekuńczych, pomaganie innym miejscowym zakładom i jednocześnie działalności poszczególnych towarzystw i instytucji.

Środki czerpie z wydawania kart i marek w ciągu miesiąca grudnia każdego roku. Na zasadzie układu z dyrekcją poczt marki „Pro Juventute“ w cenie 7½—10 i 15 ctm. mają w ciągu grudnia obieg na równi z markami państwowymi nie tylko wewnątrz granic Szwajcarii lecz nawet i zagranicą. Dzięki decentralizacji

karty i marki „Pro Juventute“ dochodzą do każdej wsi szwajcarskiej. Z tych źródeł w 1918 r. miano czystego dochodu 315,000 fr. sz., w r. 1919—450,000 fr. sz.

Corocznie „Pro Juventute“ zbiera pod innym hasłem: w r. 1919 zbierano głównie „dla matki, niemowlęcia i dziecka małego“, w r. 1920 „dla dziecka szkolnego“, w r. 1921 hasło będzie brzmiało: „dla opuszczających szkołę“, w r. 1922 znów przyjdzie kolej dla niemowląt i t. d.

Towarzystwo od r. 1920 wydaje swój własny organ „Pro Juventute“.

„Godzina opiekuńcza“ dla dzieci.

Zjednoczone organizacje robotnicze powiatu Waldenburgskiego z inicjatywy lekarza powiatowego uchwały w sierpniu r. z. przyczynić się do utrzymania instytucji higieny socjalnej w powiecie. W tym celu postanowiono zbierać fundusze w sposób następujący:

W ciągu roku robotnicy i pracownicy pracują w każdym miesiącu o jedną godzinę dłużej. Z opłat za tę „godzinę opiekuńczą“ tworzy się „fundusz opiekuńczy“. W następnych latach robotnicy również ofiarują „godzinę opiekuńczą“. Odsetki od „funduszu opiekuńczego“ i coroczne opłaty za „godzinę opiekuńczą“—dostarczają środków na utrzymanie zakładów.

Pracodawcy obowiązują się przelewać na fundusz opiekuńczy czysty zysk, otrzymany przez pracę robotników w „godzinę opiekuńczą“.

Z zebranych tym sposobem do końca roku zeszłego środków można było uruchomić trzy kolonje dla 75 dzieci, zagrożonych gruźlicą.

Przykład godny naśladowania.

Wielka przestępczość dzieci w Budapeszcie.

Podczas wojny wzmogła się nadzwyczajnie przestępczość wśród dzieci w Budapeszcie, jak o tem świadczą następujące liczby: W 1916 r. w sądach dla nieletnich sędzono w Budapeszcie 14,252 dzieci i nieletnich, w tymże roku w 17 przemysłowych miastach Anglii, w tej liczbie w 7-miljonowym Londynie, sędzono 14,400 dzieci i nieletnich. Liczby prawie równe.

III francuski Kongres higieny szkolnej.

W dniach 1—3 kwietnia 1921 r. odbył się w Paryżu Kongres higieny szkolnej. Główne tematy były następujące:

- 1) Organizacja dozoru lekarskiego w szkołach we Francji — sprawozdawca M. Dufestel.
- 2) Kuchnie szkolne—sprawozdawcy M. Granjux i René Gaultier.
- 3) Organizacja higieniczna i pedagogiczna szkół na świeżem powietrzu—sprawozdawcy M. Génévrier i Bl. Chauveau.
- 4) Wychowanie higieniczne dzieci w szkole—sprawozdawcy panna Munié i M. Chavois.

Wykaz chorób zakaźnych w Warszawie za I kwartał 1921 roku.

Nazwa choroby	Liczba zgłoszonych przypadków			
	Styczeń	Luty	Marzec	Razem
Ospa	41	26	31	98
Płonica	127	102	62	291
Odra	84	72	101	257
Dur plamisty	199	166	152	517
„ brzuszny	90	69	30	189
„ powrotny	18	8	22	48
Grypa	—	1	—	1
Czerwonka	2	2	2	6
Błonica	23	26	23	72
Drętewica karku	8	6	12	26
Śpiączka	—	4	—	4
Świnka	—	4	—	4
Różyczka	—	—	1	1
Gorączka połogowa	4	7	9	20
Gruźlica	178	97	224	499
Razem	774	590	669	2033

UWAGA. W rubryce „gruźlica“ oprócz nieznaczonej liczby chorych, leczących się w szpitalach, zarejestrowane są tylko przypadki śmierci na gruźlicę. (Sprawozdanie miesięczne wydziału zdrowia magistratu m. st. Warszawy).

Kurs uzupełniający z dziedziny higieny społecznej dziecka.

Z inicjatywy i przy materjalnem poparciu Amerykańskiego Czerwonego Krzyża Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom wraz z Polskiem Towarzystwem Pedjatrzyznem organizują w miesiącu czerwcu r. b. dla lekarzy kurs uzupełniający z zakresu higieny społecznej dziecka. Wykłady odbywać się będą w godzinach wieczornych i będą obejmowały: opiekę nad dziećmi i matkami, higienę dziecka, fizjologję i patologję wieku niemowlęcego, choroby społeczne w wieku dziecięcym.

Godziny przedpołudniowe będą poświęcone zajęciom praktycznym w poliklinice i na oddziałach szpitalnych, w laboratorium chemiczno-bakterjologicznem, oraz w innych instytucjach opiekuńczych, jak w stacjach opieki nad dziećmi, kuchni mlecznej, żłobkach i t. d.

Popularyzacja wiadomości higieniczno-wychowawczych.

Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom wraz z Polskim Towarzystwem Pediatrycznym zorganizował w ciągu miesiąca kwietnia i maja r. b. cykl 8 odczytów z zakresu higieny i wychowania dzieci i młodzieży. Porządek odczytów był następujący:

1) Wstęp do całego cyklu—„O popularyzacji wiadomości higieniczno-wychowawczych”—Dr. Wł. S z e n a j c h.

2) „Wiosna i dziecko”—Dr. J. K o r c z a k.

3) „Powietrze, słońce i woda w życiu dziecka”—prof. Dr. M i c h a ł o w i c z.

4) „Wycieczki krajoznawcze ich organizacja i znaczenie higieniczno wychowawcze”—prof. A. J a n o w s k i.

5) „Znaczenie społeczne gier ruchowych i sportu”—Dr. O s m ó l s k i.

6) „Rola gier i zabaw w życiu dzieci”—J. G e b e t h n e r ó w n a.

7) „Rola przyrody w życiu dziecka”—Dyr. K. K u l w i e ć.

8) „Kolonje i uzdrowiska”—Dr. T. K o p e ć.

Odczyty cieszyły się wielkim powodzeniem i odbywały się przy zapelnionej sali w Towarzystwie Higienicznym.

Przejęcie zakładów opieki nad dziećmi przez Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom (P. A. K. P. D.).

Działalność fundacji P. A. K. P. D. rozszerza się dalej. W miesiącu marcu na posiedzeniu Rady Fundacji uchwalono przejąć zakłady, wyłączone z kompleksu utrzymywanych przez likwidującą się Radę Główną Opiekuńczą w Warszawie, Otwocku, Pruszkowie i Żyrardowie, schroniska dla dzieci wileńskich, zakłady dla dzieci ewakuowanych z kresów. Uchwała nastąpiła na zasadzie porozumienia z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej i Ministerstwem Zdrowia Publicznego.

Pomoc dla dzieci na kolonjach letnich.

W sprawie udzielenia pomocy dzieciom przebywającym na kolonjach letnich P. A. K. P. D. wysłał do wszystkich prowincjonalnych Komitetów okólnik zezwalający na wydawanie dzieciom przebywającym na kolonjach $1\frac{1}{2}$ porcji dziennej zamiast jednej, czyli 240 grm. zamiast 160 grm. Z takich zwiększonych porcji będzie korzystało zapewne około 30,000 dzieci. W dalszym ciągu porozumiewa się P. A. K. P. D. z Amerykańskim Czerwonym Krzyżem (A. C. K.) w sprawie pomocy dla dzieci na kolonjach letnich. P. A. K. P. D. zadeklarował porcje odżywcze dla wszystkich kolonji czem zostanie pokryta $\frac{1}{3}$ kosztów żywienia, zaś Amerykański Czerwony Krzyż pragnąc okazać pomoc w leczeniu początkowych objawów gruźlicy u dzieci zadeklarował oddanie do użytku P. A. K. P. D. 60 namiotów Bessemera, z których każdy mieści 40 dzieci, zaś ze względu na urządzenie będzie odpowiedni dla dzieci zagrożonych gruźlicą. Niezależnie od tego A. C. K. zadeklarował łóżka i pościel

dla 1500 dzieci oraz przyrzekł zaopatrzyć ambulatorja przy kolonjach w niezbędne narzędzia, przedmioty i środki lecznicze oraz dostarczyć produkty odżywcze jak tran i t. p. Namioty postanowiono wyzyskać przy urządzeniu kolonji w Otwocku, Busku, Olkuzszu, nad Bałtykiem i w kilku miejscowościach Małopolski, przeznaczając parę namiotów dla półkolonij, organizowanych przez Tow. Kolonji Letnich w Warszawie.

Organizacja kursów dla pielęgniarek zdrowia.

P. A. K. P. D. w porozumieniu z Amerykańskim Czerwonym Krzyżem zorganizował w kwietniu r. b. kursy dla opiekunek zdrowia w Krakowie. Czerwony Krzyż dostarczył inwestycji dla bursy na 50 słuchaczek, przeprowadził remont lokalu i dostarczył przydział żywności na potrzeby słuchaczek.

Działalność Amerykańskiego Czerwonego Krzyża na polu opieki nad dziećmi

Amerykański Czerwony Krzyż, który od lat prowadzi w Polsce szeroką działalność, niosąc wydatną swą pomoc, postanowił w porozumieniu z Amerykańskim wydziałem ratunkowym (fundacja dla dzieci Europy, misja dla Polski) prowadzić nadal akcję humanitarną wyłącznie za pośrednictwem Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom. (P. A. K. P. D.).

Szeroko zakreślony i szczegółowo opracowany przez A. C. K. program dalszej jego działalności w Polsce za pośrednictwem P. A. K. P. D. obejmuje niesienie lekarskiej pomocy wyłącznie dzieciom. Dla wykonania tego programu A. C. K. dostarczać będzie środków sanitarnych, lekarstw, urządzeń ambulatoryjnych i szpitalnych, pościeli, bielizny, jak również ubrań dla dzieci, oraz specjalnych środków odżywczych dla szpitali i kuchni mlecznych.

W celu współdziałania w zapoczątkowanej działalności A. C. K. i P. A. K. P. D., powołana została przy departamencie społecznym P. A. K. P. D. opiniodawczo-doradcza Komisja lekarska, w której skład wchodzi: dr. R. H. Taylor, dr. T. S. Barnett, dr. M. Erlichówna, dr. Wł. Giedroyé Jurała, dr. T. Kopeć, p. dyr. Br. Krakowski, dr. J. Kramsztyk, dr. E. Podhorecki, dr. S. Stankiewicz, dr. Wł. Szenajch (przewodniczący). Jednocześnie dla wykonania programu P. A. K. P. D. tworzy wydział sanitarny, którego kierownikiem został z ramienia A. C. K. w porozumieniu z Dyrekcją P. A. K. P. D. — dr. T. S. Barnett.

W ciągu miesiąca kwietnia A. C. K. zaopatrzył w urządzenia, bieliznę i środki lekarskie przeszło 200 instytucyj dziecięcych kosztem około 1½ miliona franków.

A N K I E T A

POLSKIEGO TOWARZYSTWA PEDIATRYCZNEGO

w sprawie trwania okresu zaraźliwości płonicy.

**Do wszystkich dyrektorów klinik pediatrycznych i lekarzy
szpitali dziecięcych i zakaźnych!**

Chcąc wyjaśnić, jak długo należy przetrzymywać chorego szkarlatynowego w szpitalu, czem powodować się przy jego wypisywaniu i w jakim czasie po przebyciu płonicy pozwolić na ponowne uczęszczanie do szkoły, zapytujemy:

1. Jak długo trzyma Pan obecnie chorego w szpitalu?
2. Czy uważa Pan, że obecny termin można skrócić i mianowicie o wiele?
3. Czemu powoduje się Pan, wypisując chore dziecko ze szpitala? (Stan skóry, języka, nosa, gardła, uszu, moczu, i t. p.).
4. W jakim przecięciowo czasie, licząc od początku choroby, może być dziecko dopuszczone do szkoły?
5. Czy łuszczenie, jako jedyny objaw, może być przeszkodą do uczęszczania do szkoły i czy wogóle uważa je Pan za zaraźliwe?

**Wszystkie pisma lekarskie proszone są o przedrukowanie
powyższej ankiety.**

Odpowiedzi prosimy nadsyłać pod adresem sekretarza Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego d-ra **M. Gromskiego: Warszawa, Marszałkowska 53, m. 5.**

Prezes *Szenajch.*

Sekretarz *Gromski.*

Zadania kliniki pedjatrycznej w dobie obecnej.

Wykład wstępny wygłoszony w dniu 31/V 1921 r.

na otwarcie Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawsk.

Podał

Mieczysław Michałowicz.

Poświęcony św. pamięci

Rektora D-ra JÓZEFA BRUDZIŃSKIEGO.

Wielce Szanowny Panie Dziekanie, Wielce Szanowni P.P. Profesorowie, Wielce Szanowni Goście, Droga Młodzieży—Wam wszystkim, którzy zaszczyliliście dzień dzisiejszy Waszą obecnością i zgromadziliście się tak licznie dla wysłuchania wykładu poświęconego św. pamięci Rektora D-ra J. Brudzińskiego składam głębokie wyrazy wdzięczności. Proszę uczcić pamięć Jego przez powstanie. (*Zebrani wstają*).

Dzisiaj obchodzimy wielkie święto! Klinika Chorób Dziecięcych otwiera swe podwoje dla działalności pedagogicznej. Do dwóch starszych siostrzyc Krakowskiej i Lwowskiej przybywa trzecia — Warszawska. Warszawa była dotychczas pozbawiona Kliniki Chorób Dziecięcych; Jej dawny Uniwersytet obywać się musiał tylko ambulatorjum dziecięcym. Jest to więc święto nie wznowienia lecz otwar-

cia w pełnym słowa tego znaczeniu nowej placówki, mającej za zadanie kształcić przyszłych lekarzy i dokształcać obecnych, o ile zechcą uzupełnić swe wiadomości z dziedziny fizjologii i patologji wieku dziecięcego.

Zdawałoby się, że w chwili tak uroczystej oczy nasze będą promieniały radością, tymczasem troska owiewa nas, nas którzy przez te kilka miesięcy współpracowali w tworzeniu z niczego Warszawskiej Kliniki Chorób Dziecięcych. Rok blisko minął jak zostaliśmy oderwani od naukowego warsztatu i postawieni do szarej codziennej roboty. Każdy sprzęt, którego dotknięcie, jest wyżebrany po biurach i urzędach wielokrotnem korzeniem i buntem duszy, każdy najdrobniejszy szczegół wykonanej przez nas pracy — to długa golgota codziennych zabiegów.

Dziś jeszcze, na parę godzin przed uroczystem otwarciem Kliniki, byliśmy wszyscy zajęci troską o rzeczy małe, drobne, nic z nauką pod względem duchowym wspólnego nie mające, a jednak takie, bez których nauka obejść się nie może.

Jeżeli więc Sz. Państwo przyjmują Was w tych skromnych murach, to zawdzięczam to tylko zgodnym wysiłkom wszystkich tych, komu sprawa naszej Uczelni jest drogą.

Przedewszystkiem dziękuję z całego serca Sz. Komitetowi Instytutu Higjeny Dziecięcej, który odczuł całą doniosłość przyszłej współpracy Kliniki Dziecięcej z Instytutem Higjeny Dziecięcej, przygarnął Klinikę i umożliwił Jej przetrwanie tych pierwszych lat istnienia, zanim nie zdobędzie ona gmachu, odpowiadającego godności Wszechnicy Warszawskiej.

Dziękuję moim drogim Asystentom, którzy nie szczędząc swej pracy i nerwów zespolicili się w wysiłkach organizacyjnych i w ciągu niespełna pół roku dźwignęli to, na co w zwykłych warunkach oczekuje się lata całe.

Dziękuję Personelowi Kliniki, którego wszyscy członkowie współzawodniczyli ze sobą, w pracy dla dobra Kliniki.

A nadewszystko dziękuję Starszej Siostrze, która umiała zagrzać własnym przykładem do czynu i z ludzi świeżych, niezgranych stworzyć w ciągu kilku miesięcy drużynę, jakiej nie powstydzilaby się żadna równorzędna placówka zachodnia.

Cztery lata temu św. p. J. Brudziński, pierwszy Rektor wznowionej Wszechnicy Warszawskiej powiedział, otwierając obchód Uniwersytecki przy ruinach Kościoła św. Opatrzności: „Nie w szatach uroczystych stajemy przed Wami, lecz w codziennej bluzie roboczej“. Głęboka prawda tkwi w tych słowach. Wiek cały upłynie jeszcze, zanim polak będzie mógł odpassać miecz i zanim bluzę roboczą zamieni na szaty odświętne. Na pracę ciężką musimy być wszyscy przy odbudowie Państwa naszego przygotowani.

Dziedzina opieki nad zdrowiem dziecka jest jedną ze składowych części tej pracy państwowej. Od stu lat przeszło trwa cicha codzienna, nieustająca na chwilę walka, podjęta przez lekarzy-dziecinników. Dziwnym zbiegiem okoliczności każdy z mych poprzedników pedjatrów rozpoczął bez względu na kraj, w którym działał, stale od tego samego, od uzyskania dachu nad głową dla dzieci, które było celem jego pracy życia. By nie być gołosłownym, podam dat kilka:

Szpital w Wiedniu, późniejsza Klinika Uniwersytecka, powstał w prywatnem mieszkaniu z 12 łózkami w 1837 r. Szpital w Budapeszcie powstał w wynajętem mieszkaniu o 12 łózkach w r. 1839. Szpital w Pradze z 9 łózkami— w 1842 r. Szpital w Gracu w wynajętem mieszkaniu z 8 ma łózkami — w 1844 r. Szpital we Lwowie — w wynajętem mieszkaniu — z 18-ma łózkami w 1845 r. Szpital we Wrocławiu z 3-ma łózkami w wynajętem mieszkaniu — w 1837 r. Szpital w Lipsku z 24-ma łózkami w wynajętem mieszkaniu— w 1855 r. Szpital w Amsterdamie z 10-ma łózkami w 1865 r. Szpital w Rotterdamie z 6-ma łózkami—w 1863 r. Nawet bogaty Londyn nie uniknął podobnego losu i tam jego drugi z kolei szpital liczył w r. 1852 tylko 10 łóžeczek i t. d. Jak widzimy, większość szpitali o późniejszym wysokim klinicznym poziomie powstała ze skromnych zaczątków. Dzięki nieustrudzonej energii ich kierowników i obywatelskiemu poczuciu komitetów wspierających, szpitale te rozrosły się i zdobyły sobie własne budynki i są obecnie przybytkiem wydajnej pracy naukowej.

Jednym z najwspanialszych przykładów pracy lekarza-pedjatri będzie może historia rozwoju Domu Zdrowia dla

zołzowatych dzieci „Via Regio“. W roku 1856 znalazło tam przytułek 3-je dzieci, w r. 1857—6-ro, w 1858—33, w 1859—44. w 1860—66, w 1861 a więc w 5-tym roku istnienia założono kamień węgielny pod nowy budynek dla 100 dzieci. W budynku tym znalazło opiekę w latach następnych dwie zmiany po 100 dzieci, w 1862 otworzono następne uzdrojowiska w Voltri, za nim poszło Lido z 300 łózkami, Palermo i t. d. Ile zużytego wysiłku kryje się poza temi kilkoma liczbami; nie znamy nawet nazwiska lekarza—główniej sprężyny tego wielkiego dzieła; umarł, zszarpawszy swe nerwy i mówiono pewnie o nim, że „dzielny i pracowity był człowiek, ale spuścizny literackiej nie zostawił po sobie“. Bo tak się dzieje najczęściej na świecie: kto dużo tworzy, mało pisze. Rzadko który posiadał tak, jak ś. p. J ó z e f B r u d z i ń s k i zdolność pisania i tworzenia i mógł pozostawić po sobie bogatą spuściznę naukową. Ale o ile bogatszą byłaby Jego spuścizna, gdyby nie nieprzerwana praca realna i twórcza przy wznoszeniu coraz to nowych placówek Szpital Anny-Marji w Łodzi, Szpital Karola i Marji w Warszawie, szpital dziecięcy w Lublinie, obmyślane i dopilnowane podczas wykonania w każdym szczególe; wreszcie plany szpitala dziecięcego w Radomiu—oto widome znaki pracy J ó z e f a B r u d z i ń s k i e g o. A ileż wysiłków kryje skromna tablica szpitala św. Ludwika w Krakowie, na której widnieją słowa: „Zbudowane pod kierunkiem prof. M a c i e j a J a k u b o w s k i e g o?“. Ileż to trudu włożyli w swe dzieło Dr. M e r c z y ń s k i, wznosząc szpital św. Zofji we Lwowie; S i k o r s k i, tworząc szpital przy ul. Aleksandrji w Warszawie?

Cóż było myślą przewodnią tych wszystkich kolegów-polaków i niepolaków, którzy trwonili swe siły nie dla swej chwały, lecz dla dobra dzieci? Chodziło im wszystkim o to, ażeby wyeliminować dzieci ze środowiska dorosłych, by skupić razem w prawdziwym szpitalu dziecięcym i tu rozpocząć głębsze i gruntowniejsze studia nad chorobami wieku dziecięcego.

Bo nad losem chorego dziecka ciążyło, jak przekleństwo, jakieś dziwne nieporozumienie. W księgach dawnych Persów czytamy, że lekarz otrzymuje zapłatę wyższą za leczenie mężczyzny, mniejszą za leczenie kobiety, a nie za le-

czenie dziecka. Dziecko jest więc czemś, o czym mówić nie warto. W wiekach średnich opieka nad zdrowiem dziecka była związana ze zdrowiem kobiety; opieka nad zdrowiem kobiety leżała w ręku „babek“, a jak wysoko stało wykształcenie „babek“ współczesnych, świadczy o tem prawo zwyczajowe, że „babki“ musiały składać egzamin zawodowy przed panią burmistrznią, żoną każdorazowego burmistrza.

Do roku 1802 nie było szpitala dla dzieci; tylko gdzieś w miastach wzniesiono domy dla podrzutków, które sprzątano z ulic. W tych domach niemowlęta umierały prawie bez wyjątku. Dzieci starsze chore umieszczano w szpitalach dla dorosłych. Jak wyglądał taki szpital, o tem świadczy nam sprawozdanie *Tessona*, Komisarza Paryskiej Akademji Umiejętności, opracowane dla Ludwika XVI. „W szpitalu „Hôtel Dieu“ chorzy leżeli setkami na jednej sali. Chorzy cierpiący na choroby zakaźne pomieszani z chorymi na inne choroby; odra, ospa, złośliwe biegunki, świerzba, łożko obok łożka. Dzieci i dorośli na tej samej sali, przepełnionej chorymi; dzieci stłoczone po 8—9 w jednym łożku. Rozpowszechnianie się chorób zakaźnych było niczem nieograniczone. Śmiertelność dzieci prawie bezwzględna”. W roku 1802 dopiero powstaje I-y wielki szpital w murach: „*Maison de l'enfant Jésus*“ w Paryżu. W trzydzieści—czterdzieści lat później mnożą się dopiero, jak grzyby po deszczu, skromne, małe szpitaliki w domach prywatnych, zakładane pod wpływem propagandy jałmużników-lekarzy.

Zastanawiałem się nieraz nad pytaniem, dlaczego szpitale te powstały w 30 i 40-tych latach zeszłego stulecia i znalazłem na to odpowiedź. Wiek ubiegły stał się „stuleciem dziecka“, jak go nazwała sławna bojownicza za prawo dziecka p. *Ellen Key*. Ale dlatego by wiek ten stał się takim, musiała go wyprzedzić usilna i systematyczna praca, skierowana w pewnym określonym kierunku. W roku 1778 umiera *J. Rousseau*, w roku 1827 *Pestalozzi*, w roku 1841 *Herbart*, w roku 1852 *Froebel*. W tym samym okresie w Polsce pracowali nad sprawą wychowania młodego pokolenia *Konarski*, *Koźłataj*, *Staszic*, *Śniadecki*, *Czacki*, *Piramowicz* i wielu innych. Hasła, rzucone przez przyjaciół dziecka, musiały się rozprędu przeniknąć najprzód masy, ażeby wydać widome wyniki,

zarówno w postaci wzorowych szkół jak i wzorowych szpitali. W warsztacie szkolnym mógł skupić swe myśli pedagog, w szpitalnym lekarz. Na ten czas przypada też ukazanie się pierwszych epokowych podręczników o chorobach dziecięcych: Billard w r. 1828, Valleix w r. 1838, Rilliet i Barthez w r. 1845.

Do tej chwili literatura pedjatryczna nie miała licznych przedstawicieli w medycynie ogólnej. Od początku XVI w. do początku XIX w. ukazało się tylko 15 dzieł, jak podaje jeden ze znawców literatury dziecięcej Henke. W tym miejscu z dumą muszę zaznaczyć, że pierwszym dziełem zatytułowanym: „*De morbis puerorum tractatus locupletissimi variaque doctrina referti, non solum medicis verum etiam philosophis magnopere utiles ex ore Excellentis Hier. Mercurialis Foroliviensis Medici clarissimi diligenter excepti atque in libros tres digesti*“ Opera Johannis Chrosczyowskij cum licentia et privilegio. Venetis apud Paulum Meietum Bibliopolam Pat. 1583, były wykłady, spisane przez Macieja Chrościejewskiego, obywatela miasta Poznania, który w przedmowie do swej książki dziękuje senatorom miasta Poznania za udzielanie mu stypendjum, przez co uzyskał możność udania się za granicę na studia nauk lekarskich. Dziwnym zbiegiem okoliczności u kolebki średniowiecznej nauki o chorobach dziecka stanął polak.

Wartość literatury pedjatrycznej, która ujrzała światło do początku 19-go wieku, była niewielka. Przeważnie były to dość fantastyczne receptarja i niemniej naiwne przepisy leczenia cierpień dziecięcych. Dopiero dzieła, wydane w pierwszych dziesiątkach 19-go stulecia, przynoszą nam próbę postawienia zagadnień pedjatrycznych na właściwej płaszczyźnie, wnoszą naukę o choremu dziecku na wyższy poziom.

Jednym z takich pism było klasyczne dzieło Bartheza i Rillieta. Czytając obszerną i gruntownie przemyślaną przedmowę do tego dzieła widzimy, że autorowi pomimo całej ich gruntowności chodziło nie tylko o to, by wyświetlić pewne szczegóły, zbadać i opisać pewne obrazy chorobowe lecz przede wszystkim o to, by uwypuklić istotę dziecka, zaznaczyć z całą stanowczością jego odrębność od człowieka starszego. Ten cel zo-

stał wytknięty przez autorów tak jasno, tak stanowczo, że nie wątpię wcale, że mógł być osiągnięty albo przez nich samych, albo przez ich uczniów najbliższych, gdyby nie szare codzienne życie. To szare, codzienne życie oderwało obu badaczy od ich celu, kazało zwrócić najpierw uwagę na te potrzeby codzienne. Nad dzieckiem wisiała śmierć, dzieci ginęły masami, należało je ratować. By ratować należało poznać przyczyny śmierci. W dziele Rosensteina z r. 1752 czytamy, że w Szwecji zmarło 9.783 dzieci z przyczyn niewiadomych. Otóż należało się, by w każdym kraju, bo nietylko w Szwecji ginęły dzieci z przyczyn niewiadomych, zbadano przyczyny przerażającej śmiertelności dziecięcej.

Pierwsza lepsza tablica statystyczna daje nam do tego obfity materiał podstawowy. Weźmy np. pochodząca, a więc ilustrującą ówczesne stosunki, statystykę Süssmilcha z lat 70-*ch* XVIII stulecia w Berlinie. Na 1.000 umarłych statystyka stwierdza:

martwo-urodzonych	41,7
zmarłych na boleści	137,5
na ząbki	67,5
na ospę	82,6
na różyczkę i odrę	12,7

Rzut oka wystarczy do tego, by stwierdzić jak niedokładną była taka statystyka i ile różnych obrazów chorobowych kryje się poza takimi rozpoznaniem, jak: „boleści” lub „ząbki”. W każdym razie uderza nas bardzo wysoka śmiertelność na ospę. Dopiero późniejsze statystyki z lat 60 i 70-tych XIX stul. dają wgląd w rzeczywiste przyczyny śmiertelności dziecięcej, tak np. statystyka Aten przytoczona przez Pfeiffera: podaje nam następujące liczby lat 1869—1878:

	do 1 roku do 5 lat	
Zaburzenia żołądkowe i jelitowe	1764	2.208
Atrofja	317	398
Choroby narządów oddechowych	935	1.384
Zapalenie mózgu i opon mózg.	459	743
Kurcze	213	237

Wrodzone charłactwo	679	680
Ospa	23	56
Odra	15	18
Płonica	34	166
Krztusiec	75	112
Płonica	—	331
Gruźlica płuc	22	74
Tężec	35	36
Obrzęk noworodków.	21	21
Przymiot	17	20
Krzywica	2	14
Inne przyczyny śmierci	—	274
Nieznane przyczyny śmierci	—	52
Urodzone martwo	9	9.

Idąc drogą logiczną, należałoby określić w porządku zstępującym przyczyny śmiertelności dzieci i skupiwszy wszystkie siły zabrać się po kolei do usuwania każdej z tych przyczyn. Nauka jednak kroczy nieraz kapryśnymi drogami; zagadnienia rozwiązują się często jakby przypadkowo i w różnym czasie. Dopiero po dziesiątkach lat wyniki, otrzymane na różnych polach studjów, spotykają się układając w harmonijną całość zwycięstwa myśli ludzkiej. Tak też stało się w dziedzinie rozwiązywania zagadnień patologji i terapii chorób dziecięcych.

Oto kilka lapidarnych przykładów: w r. 1796—odkrycie *J e n n e r a*; od tej chwili szczepionka chroni dziecko przed ospą, ratuje setki tysięcy istot od śmierci; w r. 1873 genialny umysł *O. D w e y r a* daje nam przyrząd intubacyjny; w r. 1891 surowica przeciwbłonicza *R o u x i B e h r i n g a* uwalnia ludzkość od zmory błonicy; w r. 1906 surowica przeciwmeningokokowa ratuje nowe zastępy dzieci. A obok tych przeblysków genjuszu ludzkiego w dziedzinie lecznictwa postępuje krok za krokiem wytrwale naprzód zmuśna praca ratowania niemowląt od zaburzeń w trawieniu i przyswajaniu, rozpoczęta przez szkołę francuską przez *P a r r o t a*, *B u d i n a* i wielu innych, a uwieńczona pracami szkoły niemieckiej *C z e r n y' e g o i F i n k e l s t e j n a*; od gruźlicy, od trójcy chorób zakaźnych, od krzywicy, tężyczki i t. d. Podałem w pierwszym rzędzie wyniki na polu leczenia, owe

niezaprzeczone dowody zwycięstwa nauki naszej nad cierpieniem, a ileż to wysiłków w dziedzinie rozpoznawania i ustalania obrazów chorobowych. Sam tylko spis prac, dokonanych w pedjatrii w ubiegłym stuleciu, wypełni kilka dziesiątków tomów.

Ale wróćmy do dzieła *Barthez'a i Rilliet'a*, owej pierwszej próby uporządkowania wiedzy pedjatrycznej. Całe dzieło ich jest poświęcone ustaleniu typów chorób dziecięcych. Każdy prawie rozdział książki dzieli się na dwie części: na przegląd autorów poprzednich, na przesianie tego, co jest słuszne od tego, co jest niesłuszne i na budowę w każdej dziedzinie nowych określonych pojęć, opartych na ścisłej obserwacji klinicznej. Anatomja patologiczna święci tu pierwsze swoje tryumfy. Nic na słowo, nic na wiarę, wszystko potwierdzone obrazami sekcyjnymi.

Jeszcze wybitniej występuje rola anatomo-patologa w następującem dziele: w zbiorowym podręczniku o chorobach dziecka, wydanym pod redakcją *Gerhardta* w r. 1877. Tu każdy rozdział poprzedzony jest wstępem napisanym przez zawodowego anatomo-patologa. Więcej niż połowa zeszłego stulecia upłynęła więc, jak widzimy, na zmuśnionych badaniach, prowadzonych pod kierunkiem anatomji patologicznej. Ale analiza prowadzona pod tem hasłem nie dała nam we wszystkich dziedzinach wyników pomyślnych. Klinikista przekonał się po pewnym czasie, że nie wszystkie obrazy dają się umieścić w ramach klasyfikacji, rozpatrywanej pod kątem widzenia sali sekcyjnej. Na szczęście nowa era bakterjologiczno-serologiczna, zapoczątkowana w nauce przez *Pasteur'a*, a w pedjatrii przez *Escherich'a*, *Tissier'a*, *Lesage'a*, *Nobécourt'a* i wielu innych dała nowy szereg odpowiedzi na szereg zagadnień stawianych jej przez pedjatrów całego świata. Ilość pustych miejsc, wypełnionych ogólnikami, zmniejszyła się znacznie w dziełach o chorobach dziecięcych. Po bakterjologii przyszła nauka o konstytucji i skazach, nauka o gruczolach wewnętrznego wydzielania, nauka o właściwościach wieku dziecięcego i t. d. Każda z tych dyscyplin wyrzyła swój ślad.

„Przez analizę do syntezy“ twierdzimy. Otóż ubiegłe lat sto były szeregiem prób myśli analitycznej. Teraz czeka-

my na syntezę, czekamy na chwilę, w której każdy wyzwolony lekarz-pedjatra będzie mógł powiedzieć: „Oto są poszczególne składniki nauki o chorobach dziecięcych, a oto są pojęcia ogólne, które pozwalają nam określić istotę chorób dziecka, jako jednostki odrębnej“. Chwila ta zbliża się. Klinika Chorób Dziecięcych powinna dążyć do tego, by nie tylko umieć badać szczegóły, ale i do tego, by umieć powiązać szczegóły w wielką harmonijną całość. My, polacy, musimy zająć w tym etapie pracy należne nam miejsce.

Powiecie, że trudno nam będzie współzawodniczyć z naszymi sąsiadami z Zachodu. Powiecie, że jesteśmy zbyt młodzi, zbyt niedoświadczeni, zbyt ubogo uposażeni w środki naukowe, by dotrzymać kroku starszym uczelniom europejskim. Nie sędzę. Jestem zdania, że nieraz należy w myśl wieszczą Adama, „mierzyć siły na zamiary, nie zamiar według sił.“ Cuda pod Kirchholmem, Wiedniem, Wisłą i Niemnem są najlepszym tego stwierdzeniem. A ponad wszelkie cudy, ten największy, że wróg nie zgnębił nas, że po przez więzienia Szlisselburga i Petersburga, Ołomuńca i Magdeburga, po półtora wiekowej niewoli wstaliśmy z grobu i kroczymy na równi z innymi narodami w pochodzie postępu. Zbyt mało jesteśmy ambitni, zapominamy o tem, że jesteśmy narodem, z którego łona wyszedł Kopernik, że jesteśmy narodem, który pierwszy w Europie wyłonił ze siebie Ministerjum Oświaty, że dusza polska wykwitła imionami, z których dumny może być każdy z narodów. Gdyby język nasz opanował świat tak, jak język francuski, świat umiłowałby skarby poezji Adama, Juljusza i Zygmunta tak, jak to uczynił z perłami duszy Chopina. Jesteśmy narodem o wielkiej przeszłości dziejowcj. Mamy za sobą golgotę cierpień i skarby ducha ludzkiego i obowiązkiem naszym jest mieć wielkie ambicje na każdym polu. Z poczucia tych wielkich ambicji musi się zrodzić wielka praca. Od rana do wieczora, dzień po dniu, z uporem i systemem musimy orać glebę naszą, by otrzymać owoce.

Jakaż to nowa praca czeka nas na polu nauki o fizjologii i patologji dziecięcej? Pierwszem zadaniem naszym jest poznać dokładnie to, co zostało zrobione; drugim uzupełnić to, czego

jeszcze nie zdołano wykonać; trzeciem stając na nowej płaszczyźnie i pod nowym kątem widzenia starać się oświetlić dziedzinę pracy, da której zostaliśmy powołani.

II.

Dotychczas Klinika Dziecięca traktowała dziecko zbyt jednostronnie, patrząc na nie jedynie pod kątem fizycznym. Tymczasem tak nie jest. Dziecko—przyszły człowiek jest tak samo, jak wszelki organizm, tworem żyjącym. Twór ten musi odżywiać się, by utrzymać się przy życiu i rozmnażać. Ale pozatem dziecko jest także przedstawicielem rodzaju, który objął ster rządów na globie ziemskim. Pierwszeństwo swoje wśród innych tworów żyjących osiągnął człowiek nie tylko dzięki sprawności swych narządów fizycznych, lecz przede wszystkim dzięki swemu niezwykle sprawnemu i czułemu układowi psychicznemu. Podczas gdy inne twory żyjące ograniczają się li tylko do zaspokojenia głodu fizycznego, by utrzymać siebie i swą rasę przy życiu, człowiek, jako przedstawiciel rasy przodującej w naturze, odczuwa poza głodem fizycznym jeszcze i głód umysłowy. Człowiek jest obdarzony większym niż inne stworzenia zmysłem obserwacyjnym, zmysłem analizy i talentem syntezy. W miarę postępu życia społecznego sprawy ducha porównają przeważać nad sprawami ciała. Podczas gdy marzeniem dzikusa pierwotnego jest zaspokojenie głodu, to potrzebą człowieka, stojącego na wyższych szczeblach kultury, jest nasycenie żądź duchowych, zaspokojenie tęsknoty do czystej wiedzy, do czystej sztuki, do czystego ideału. Ileż to razy jesteśmy świadkami tragicznych konfliktów pomiędzy potrzebami ciała, a tęsknotą ducha ludzkiego. Artysta-malarz, szukający rozwiązania zagadnień w dziedzinie problemów światła i cieniów; artysta dramatyczny, odtwarzający bohaterów i karłów, poeta, muzyk, działacz społeczny, polityk zawodowy, oto znane nam wszystkim typy. Stanowią one przeciwieństwo do ludzi zrównoważonych, węgnetujących spokojnem życiem roślinnem. Ośrodkiem dnia dla ludzi spokojnych, rozważnych, zapobiegliwych są prze-

ważnie chwile posiłku; ludzie zapobiegliwi wiedzą, co jest, co było i co będzie na objad. Jakże inaczej wyglądają ich typy przeciwne! Nigdy nie ustalona pora jedzenia, kompletna nieświadomość tego, co się spożywa. Nawet podczas objadu myśl tych ludzi buja w ich ulubionych przestworzach, nawet podczas posiłku książka lub czasopismo nie opuszcza ich, książka lub czasopismo towarzyszy im podczas przechadzki, odprowadza do snu. Cytując te znane nam obrazy, chcę tylko podkreślić, że jest mnóstwo ludzi, u których procesy duchowe nie ustają nigdy, u których procesy duchowe są osią życia, usuwają na plan drugi, trzeci, a nawet dalszy, wszelkie sprawy cielesne. Ilość tych typów zwiększa się z roku na rok. Z roku na rok zwiększa się też ilość chorób swoistych u tego rodzaju ludzi. Uproszczony sposób myślenia, oparty na dyscyplinie anatomo-patologicznej i innych dyscyplinach realnych, nie wystarcza. Lekarz chorób wewnętrznych, skórnych, ocznych i innych musi coraz częściej zasięgać rady neurologa lub psychiatry. Mówię świadomie w tej chwili o faktach znanych, ale mówię dlatego, by wyodrębnić te fakty w pewną przesłankę, a z tej przesłanki wyciągnąć nowe wnioski. Jeżeli bowiem suma wzruszeń psychicznych jest w życiu pewnych ludzi dorosłych większą niż suma czynności fizycznych, jeżeli suma wzruszeń psychicznych daje nieraz pierwszy początek cierpieniu o wyraźnym podkładzie anatomicznym, jeżeli przyjmujemy ten fakt za ustalony dla ludzi dorosłych, to dlaczego mamy odrzucać wpływ czynności psychicznych na zespół czynności fizycznych w życiu dziecka? Sam fakt, że rozwój mózgu i układu nerwowego wyprzedza w okresie przed urodzeniem rozwój innych układów; sam fakt, że dziecko rodzi się poniekąd z gotowym mózgiem, daje dużo do myślenia. Głowa noworodka wynosi przeciętnie $\frac{1}{4}$ długości jego ciała w chwili urodzenia, podczas gdy u dorosłego stosunek głowy do ciała stanowi 1 : 8.

Mówiąc o chwili narodzin człowieka, lekarze oceniają ten moment zbyt jednostronnie. Wskazują na zmiany, jakie zachodzą w utlenianiu dziecięcego ustroju, w oddychaniu, w krążeniu krwi, w promieniowaniu ciepłoty i w przyjmowaniu pokarmów, ale nie mówią nigdy o tem, jak kardynalnie zmieniają się warunki życia dla układu nerwowego

i psychicznego dziecka. Z początku leży ono ogłuszone w swej kolebce. Zjawiska życiowe nie znajdują swych odpowiedników w układzie nerwowym i psychicznym noworodka, ale po kilku tygodniach owe układy poczynają powoli przystosowywać się do nowych warunków. Dziecko uczy się obserwować, po obserwacji przychodzi analiza, po analizie—synteza. Otoczenie dziecka traktuje te nowe objawy życia pogodnie i wesoło, cieszy się z każdego postępu duchowego w życiu maleństwa. Powiedzmy prawdę, otoczenie traktuje przebudzenie się dziecka do życia zbyt krotchwilnie, nie uważa je za sprawą poważną, lecz za zabawkę. A czasem jest to sprawa poważna, tak poważna, że musiałbym zużyć nie jeden, lecz szereg wykładów tylko na to, ażeby podkreślić z całym naciskiem jej ważność, uwypuklić z całym tragizmem wagę tych nowych procesów w życiu dziecka, tych spraw aż nadto poważnych, a tak zapoznawanych nie tylko przez tłum laików ale nawet przez tak zwanych specjalistów od chorób dziecięcych. Skrępowany brakiem czasu, jestem zmuszony ograniczyć się i wskazać na kilka stanów zaledwie, po wstałych na tle zaburzeń nerwowych lub psychicznych, a więc n. p. na skłonność do drgawek, na zły sen, na brak łaknienia i zachwianie dobrostanu dziecka na tle nadmiernych wrażeń, na pozorną niedokrwistość, na neurastenję w pierwszych miesiącach życia. Oto ów krótki szereg nic nie mówiących laikowi słów, poza którym kryje się szereg ciężkich i powikłanych obrazów, zamaskowanych innymi stanami klinicznymi, zapoznanych lub określanych fałszywie.

Jednym z takich częstych mylnych rozpoznań jest t. zw. niedokrwistość dziecka. „Dziecko blade, oczy podkrążone, męczy się łatwo“; lekarz rozpoznaje niedokrwistość, podaje arsenik, żelazo najczęściej bez skutku. Dopiero zbadanie krwi z wynikiem ujemnym i dokładne poznanie warunków życia pacjenta sprowadza lekarza na właściwą drogę i wskazuje mu, że mniemana niedokrwistość jest tylko długotrwałym przemęceniem wskutek nadmiaru wrażeń psychicznych. Krew w Klinice należy badać. W wszelkie laboratoryjne badania w klinice należy przeprowadzać, lecz tam, gdzie wypadną one ujemnie, nie należy poprzestać na owym

ujemnym wyniku, należy przypomnieć sobie, że obok bloku czynności fizycznych w życiu dziecka odgrywa rolę jeszcze większą blok czynności psychicznych, że w życiu dziecka ten blok czynności psychicznych odgrywa jeszcze większą rolę niż w życiu człowieka dorosłego. Dorosły człowiek, poznawszy niezbędny dla niego kompleks prawd życiowych, może utknąć w swym rozwoju psychicznym i przez całe życie żyć tylko tem, z czem się zapoznał w dzieciństwie. Dziecko zaś nie może poprzestać na tem z czem się urodziło. Dziecko musi zdobyć sobie pewien zasób wrażeń, musi wyćwiczyć się w segregowaniu tych wrażeń, w operowaniu pojęciami, które zdobywa. Człowiek dorosły rozporządza długim okresem lat całych, dziecko musi nauczyć się tego w ciągu kilkunastu miesięcy. Mam tu na myśli zwykłe, normalne dziecko, np. dziecko wiejskie, żyjące w warunkach pierwotnych blisko przyrody. O ile cięższą jest praca dziecka miejskiego, dziecka, przed którym już w pierwszych latach jego dzieciństwa poczynają piętrzyć się stopy zagadnień, na które oczekują stopy książek, które porwane w wir wydarzeń bierze udział w tak skomplikowanym życiu społecznym. Patologia człowieka dorosłego wyodrębniła pewną ilość zagadnień i oddała je klinice chorób nerwowych i klinice chorób psychicznych, dwom odrębnym samodzielny pracowniom. Klinika chorób dziecięcych sama dopiero zyskała od niedawna prawo obywatelstwa, bo jeszcze do niedawna naukę o chorobach dziecięcych wykładali docenci chorób wewnętrznych ¹⁾.

Klinika chorób dziecięcych zdziałała dużo. W pierwszej części naszego wykładu wspomnieliśmy o tych epokowych zdobyczach, ale na te zdobycze złożył się blok pojęć o fizycznym życiu dziecka; obecnie stoimy przed nowym blokiem pojęć, przed blokiem przeżyć psychicznych. Zadaniem kliniki dziecięcej jest nie ograniczać się do nauczania

1) W Wiedniu katedra Pedjatriji została utworzona w r. 1850, w Krakowie w 1873, w Paryżu w 1878 r. w Berlinie w 1872 we Lwowie 1904 r.

tego, co było zdobyte przez poprzedników. Zadaniem Kliniki dziecięcej jest uwzględnić nowe pole pracy, które odkrywa się przed nią. Obowiązkiem lekarza-dziecinnika jest opanować wszelkie metody kliniczne, laboratoryjne, które ułatwiają rozpoznanie choroby. Obowiązkiem lekarza-dziecinnika jest znać dokładnie wszelkie obrazy chorobowe dziecka, ustalone do dnia dzisiejszego. Ale obowiązkiem lekarza-dziecinnika jest nie ograniczać się tylko do poznania prawd, ustalonych i uznanych przez wszystkich, lecz dążyć do nowych prawd, wznosić się na coraz to nowe poziomy.

Pod tym względem, zdaje się, że my, polacy, należymy do grona ludu wybranego. Ileż to razy słyszemy, że jesteśmy anarchistami z urodzenia, burzycielami, wicherzycielami. Ale z tego niepokoju myśli wykwitają nieraz cudne kwiaty. Takim kwiatem w dziejach naszych była komisja edukacyjna, zasłużyła ona się wielce dziecku polskiemu, była wielkim czynem społecznym, a czyn taki promieniuje na przyszłość, obowiązuje. Wiem, że wnioski me spotkają się z opozycją. Na szczęście nie jestem odosobniony. Przed laty paru dziecięca Klinika wiedeńska wprowadziła do zakresu swych czynności badania nad dzieckiem anormalnym psychicznie. Przed paru dniami otrzymałem od prof. *N o b é c o u r t a* zestawienie wszystkich jego prac oraz odbitkę wykładu inauguracyjnego. Zestawienie pracy wygląda imponująco! Przeszło 300 prac *N o b é c o u r t a* świadczy o tem, że żadna dziedzina patologji dziecka nie jest mu obcą. Osobiste badania z anatomji, patologji, bakterjologii, chemji i kliniki świadczą, że ten wielki pracownik nie szedł jedną wybraną ścieżką, lecz podejmował wszelką pracę, którą mu los rzucał pod nogi, brnął w badaniach klinicznych i wywiązywał się z nich nad wyraz sumiennie, a w końcu, gdy doszedł do szczytu objęcia katedry sorbońskiej, ten sumienny klinicysta i bakterjolog zakończył swój wykład inauguracyjny długim rozdziałem o ważności moralnego wychowania dziecka i o współpracy lekarza z wychowawcą, a więc wkroczył w strefę bliższą dziedzinie pracy *J. J. R o u s s e a u*, niż dziedzinie pracy przeciętnego klinicysty — pedjatrzy w dotychczasowym znaczeniu tego słowa.

Daliśmy się ubiec naszym sąsiadom w niejednej dziedzinie. Brakowało nam warsztatów pracy, ale tam, gdzie warsztatem pracy był mózg ludzki, a narzędziem myśl ludzka,—tam polak potrafił wczuć się w istotę dziecka, dotrzeć do właściwej głębi zagadnień. Na dowód przytoczę chociażby pracę kolegi K a m i ń s k i e g o „o hysterji w wieku dziecięcym.“ Z tej gruntownej pracy, ogłoszonej przed kilkunastu lat widzimy, że w epoce, gdy pieluszka niemowlęcia przysłała widnokrag myśli wielu specjalistom chorób dziecięcych, w epoce, gdy szczytem myślenia lekarza-dziecinnika były wyliczania ile i jakie składniki chemiczne zawiera stolec niemowlęcia, w tej epoce K a m i ń s k i głowił się nad rozwiązaniem zagadnień psychicznych. Przedwczesna śmierć wyrwała z naszego grona tego skromnego cichego pracownika, wyrwała go w chwili, gdy dojrzał do ujmowania zagadnień pod nowym kątem widzenia.

III.

A teraz słów kilka o dziecku, jako o przedmiocie badania.

Czy dziecko chore ma być tylko objektem widzianym przez szkła mikroskopu, przez ekran Roentgena lub w świetle badań chemicznych? Sądzę, że nie. Sądzę, że pomimo swej pozornej ścisłości, powyższe metody są często zbyt naiwne zbyt nieścisle, aby mogły sięgnąć do głębi wielu stanów, dziecięcych, by mogły odkryć istotę wszystkich zaburzeń w życiu dziecięcym.

Nestor pedjatrii polskiej M a c i e j J a k u b o w s k i, zwykł mawiać do swych uczni, że „dziecko—to brylant“. Nie, zdaje mi się, że dziecko jest czemś więcej niż brylant, że dziecko jest jakimś ściśle nieokreślonym tworem piękna. Można być smutnym, stroskanym, zmęczonym, wyjałowionym życiem codziennem, ale dość spojrzeć na dziecko, zobaczyć jego uśmiech, by uczuć, jak za dotknięciem różdżki czarodziejskiej rozpogadza się dusza człowieka, wstępuje weń spokój i rodzi się nowa energia dla dalszej pracy. Uczucie, które rozbudza dziecko w swym dorosłym bracie—jest uczuciem, którego się doznaje, spojrzawszy na

nieskończenie piękny obraz. Mówiąc o pięknym obrazie, wkraczam, mimowoli, w dziedzinę sztuki. Szanowni słuchacze, przeczuwacie, że za chwilę poruszę tu wiecznie stary a wiecznie młody spór o to, czy medycyna, a więc i medycyna dziecięca, jest nauką, czy sztuką. Temat ten w istocie nie nowy. Najgruntowniej opracował go w polskim piśmiennictwie nasz kolega z wydziału N u s b a u m; jemu też głos pierwszy w tej sprawie odstąpię. „M e d y c y n a“, mówi prof. N u s b a u m, „j e s t j e d n ą z n a j m ł o d s z y c h n a u k, a l e z a t o j e d n ą z n a j s t a r s z y c h s z t u k. N a u k a j e s t p o z n a w a n i e m, j e s t z d o b y w a n i e m p r a w d y b e z w z g l ę d u n a j e j p o z y t e k. M o ż n a d o c h o d z i ć m n o ś t w a p r a w d, d o c h o d z e n i e t o w s z a k ż e n i e b ę d z i e m i a ł o c e c h y n a u k o w e j, j e ż e l i n i e b ę d z i e m y d ą ż y ć d o p o w i ą z a n i a t y c h p r a w d i d o w y p r o w a d z e n i a z n i c h j a k i e ś p r a w d y o g ó l n i e j s z e j, k t ó r a o b j a ś n i a i s t n i e n i e p o s z c z e g ó l n y c h i w y k a z u j e i c h r a c j ę, i c h k o n i e c z n o ś ć. N a u k a, i n n e m i s ł o w y, d ą ż y d o z r o z u m i e n i a, w z a k r e s i e d l a n a s z e g o u m y ś l u p r z y s t ę p n y m i s t o t y m e c h a n i z m u b y t u w j e g o n a j r ó ż n o r o d n i e j s z y c h p r z e j a w a c h, s z u k a o n a p r a w d o d w i e c z n y c h b y t u, s z u k a p r z y c z y n z j a w i s k i u s i ł u j e o b j a ś n i a ć z j a w i s k a p r z y c z y n a m i. O g ó l n e t e z a d a n i a n a u k i w y m a g a j ą c a ł e g o s z e r e g u d r o b n y c h, s k r z ę t n y c h i m o z o l n y c h s p o s t r z e ż e ń, p o r ó w n a ń, d o ś w i a d c z e ń, r o z b i o r ó w i w n i o s k ó w, s ł o w e m, p o z n a w a n i a z j a w i s k i u s z c z e g ó ł o w y c h p r a w d.“

Czem jest sztuka w rozumieniu kolegi N u s b a u m a? „Człowiek w życiu swem na każdym niemal kroku spotyka się z koniecznością wywierania pewnego wpływu na otaczający go świat, pokonywania pewnych przeszkód, opanowywania sił i zniewalania ich sobie, to znowu usuwania się pod danych wpływów otaczającego go świata. Umiejętność oddziaływania na te wpływy, czyli, co na jedno wychodzi, na zjawiska świata zewnętrznego—jest tem, co nazywamy s z t u k ą.

Rzecz prosta, że umiejętność oddziaływania na zjawiska wymaga znajomości tych zjawisk, wymaga pewnego zakresu poznania, innemi słowy: S z t u k a o p i e r a ć s i ę m u s i n a n a u c e. Sama nauka, zdobywanie wiedzy, wymaga pewnych metod, pewnej umiejętności oddziaływania na zjawiska, wymaga więc posiadania pewnej sztuki; tak więc widzi-

my, że z drugiej strony nauka opierać się musi na sztuce.

I tak, w dziejowym rozwoju umysłowości ludzkiej widzimy wciąż ciągnący się splot nauki i sztuki wzajem się popierających, wzajem się doskonalących.

Nauka astronomji wspiera sztukę żeglarstwa, a sztuka żeglarstwa wzbogaca naukę geografji, historii naturalnej i etnografji. Sztuka szlifierstwa, oparta na nauce fizyki, umożliwia poznawanie wielkich i odległych zjawisk dzięki teleskopom, małych i blizkich—dzięki mikroskopom.

Jakże by mógł umysł ludzki poznać takie mnóstwo zjawisk i praw przyrody, gdyby rozwój sztuki i rzemiosł nie obdarzał go niezliczonymi sposobami najściślejszego mierzenia, ważenia, ogrzewania, oświetlania, topienia, stwardzania, spajania, dzielenia, mieszania etc.

Nauka jest zdobywaniem prawdy, bez względu na pożytek wypływać mogący z jej zdobycia. Sztuka jest umiejętnością skutecznego, celowego czynu. Nauka poznaje zjawiska w naturze, sztuka stwarza zjawiska, zamierzone „świadomie“.

Od zamierzchłej przeszłości do czasów nowożytnych medycyna była sztuką. Postęp innych nauk wciągnął medycynę w krąg swych wpływów. Zrodziły się wreszcie słuszne aspiracje do stworzenia ściślejszych metod badań, zwrócono uwagę na jedną z ważniejszych metod badania przyrodniczego: na obserwację, a więc porównywanie zjawisk; po niej przysła kolej na badanie słuchowe, dotykowe—dalej na badanie laboratoryjne, poczynając od laboratorium chemicznego, a kończąc na pracowni roentgenologicznej. Bakterjologia i serologia, badania funkcjonalne, wszystko to zostało wprężone do rydwanu nauki medycznej, a więc i do nauki o chorobach dziecięcych.

Do tego ściśle rozumowego ujęcia kwestji przez kol. N u s b a u m a pozwolę sobie dodać słów kilka z punktu widzenia wyznawcy piękna. Porównałem dziecko do dzieła sztuki, do pięknego obrazu. Pozwólcie więc, Szanowni Słuchacze, że Wam opowiem o roli, jaką odegrał w mem życiu jeden z obrazów. Pozwólcie, że podzielę się z Wami myślami, jakie zrodziły się we mnie w pewnej chwili mego życia.

Pamiętam, jak, lat kilkanaście temu, przechodząc galerję Louvre'u, nie patrząc na obrazy zmęczony nadmiarem wrażeń, uczułem na sobie wzrok kogoś. Obejrzałem się. W galerji nie było nikogo, ale wzrok zagadkowy spoczywał na mnie, dotykał mnie. Zboczyłem z drogi, poszedłem w kierunku, skąd wzrok ten pochodził—i oto z patyny ram wyłoniła się przedemną postać Mony-Lizy. Mój wzrok spotkał się ze wzrokiem zagadkowej kobiety.

O Monie-Lizie spisano tomy całe. Cudną charakterystykę kobiety—sfinksa, anioła i czarta, dał nam poeta Staf w swej przedmowie do polskiego wydania pamiętników Leonarda da Vinci. Nie o tem chcę mówić. Obraz Mony-Lizy zainteresował mnie, jako dzieło niezrównane w odczuciu, doskonale w wykonaniu.

Przyznam się, że do tej chwili obraz Giocondy był mi znany jedynie z odbitek, że ceniłem to dzieło sztuki, ale nie kochałem. W tej chwili, gdym bezpośrednio zetknął się z pendzlem Leonarda nastąpił przewrót: ogarnął mnie podziw dla tego człowieka; nie mogłem zrozumieć, jakimi środkami technicznymi zdołał on uchwycić istotę ducha swego cudnego modelu. Zacząłem wczytywać się w studia o Leonardzie da Vinci i po latach kilkunastu zrozumiałem tajemnicę, dzięki której Leonardo potrafił rozwiązać zagadkę. W Leonardzie, tym pytanie geniuszu ludzkiego, skojarzyły się w jedną potężną całość dwa duchy: geniusz myśli podał rękę geniuszowi sztuki. Postać Leonarda da Vinci jest zbyt potężną, by ją można było zawrzeć w kilku zdaniach, zwłaszcza wtedy, gdy się wygłasza wykład inauguracyjny w Klinice Chorób Dziecięcych. Mówiąc o Leonardzie da Vinci, chcę tylko dać wybitny przykład współdziałania myśli z uczuciem. Sądzę, że uczynię najlepiej, jeżeli zamiast siebie pozwolę przemówić wielkiemu znawcy wielkich ludzi—Dmitrowi Mereżkowskiemu. Przytoczę ustęp z epokowego dzieła, zatytułowanego „Leonardo da Vinci“:

„Rzecz ma się we Włoszech. Czciiciel starożytnych, konsul szlachetnej sztuki, Messer Cipriano Kalimach Buonacorsi, dowiaduje się od jednego ze swych przyjaciół, że na cmentarzu, w pobliżu Florencji, są lochy, a w tych lochach mają być ukryte antyczne greckie posągi. Można je odkopać i wzbogacić zbiory muzealne, lecz należy to uczynić ostroż-

nie, by o tem nie dowiedział się ciemny miejscowy kler, by fanatyczni mnisi, wyznawcy Savonaroli nie napadli, nie porwali dzieła sztuki i nie zniszczyli go na „chwałę Bogu”, tak, jak uczynili to w swej zaślepionej ciemności z innymi skarbami antycznej kultury, z tysiącami ksiąg, obrazów i rzeźb. Buonacorsi organizuje więc wyprawę w nocy, wyprawa zostaje uwieńczona pomyślnym wynikiem, ale w chwili gdy cudne marmurowe ciało boskiej bogini Wenery ukazuje się w otworze sklepienia, w tej chwili zjawia się nagle tłum sfanatyzowanej ludności z księdzem na czele. Zgiełk, tumult, walka... W tej chwili, koło posągu bogini, klęka nieznajomy (Leonardo da Vinci), wyjmując z kieszeni płaszcz cyrkiel, przystawia do cudnych ust Afrodyty. i pomimo otaczającego go zgiełku mierzy i notuje proporcje ciała. Wśród adeptów piękna powstaje poruszenie. „Mistrz pragnie sprawdzić piękno do obliczeń matematycznych?” zwraca się jeden z nich do Leonarda. Leonardo milczy i mierzy dalej. „Ile podziałek?”—pyta z ironją czciciel piękna. Leonardo podnosi głowę. „Przyrząd jest bardzo niedokładny, dzieło zwykle twarz ludzką przy pomiarach proporcji na stopnie, minuty, sekundy i tercje; każda podziałka zawiera dwanaście podziałek następnych. Tercja, wynosi więc jedną czterdziestą ósmą tysięczną ośmset dwudziestą trzecią część twarzy“. Czciciel piękna jest nieco zdumiony. „Nigdy nie myślałem, by można było dojść do takiej dokładności“. „Im dokładniej, tem lepiej“, odpowiada Leonardo. „A więc gdzież natchnienie?“ pyta esteta. „Więc, w chwili, gdy artysta tworzy dzieło sztuki, ma on obliczać i mierzyć?“—„Pan ma rację“, odpowiada Leonardo da Vinci, „ale w każdym razie nie zaszkodzi zmierzyć“ Bierze przeciwnika za rękę i wprowadza rękę po wypukłościach i wgłębieniach marmuru, które można odróżnić tylko dotykiem, których nie sposób odkryć wzrokiem ani przy oświetleniu słabem, ani silnem.

Zagadkowy uśmiech Mona-Lizy jest tem, czego nie można zmierzyć żadnym najczulszym przyrządem, czego nie widzi się wzrokiem ani przy silnem, ani przy słabem świetle; można go wyczuć jakimś innym zmysłem, na który moi współcześni nie znaleźli jeszcze określenia. A jeżeli wielki anatom Leonardo da Vinci potrafił tak wyczuć istotę kobiety jak żaden inny malarz, to tylko dlatego, że obok nie-

zwykłej wrażliwości na tajemnice przyrody, posiadał niezwykłą ścisłość i dokładność myślenia, że nie uważał twarz za płamę świetlną plein air'u lub bryłę kubistów, lecz conajmniej za sieć drobnych załamania, z których najmniejsze wynosiło w jego zrozumieniu jedną czterdziestą ósmą tysięczną ośmset dwudziestą trzecią część tej twarzy.

Nie mogę cytować tu i komentować słowa po słowie, myśli po myśli Leonarda da Vinci. Z każdego zdania, z każdej stronicy jego pamiętników widzimy, że to, co dla czciocieli piękna jest tworem natchnienia artysty, uchwyceniem gry cieni i światła, dla Leonarda da Vinci było odruchem ducha, ale ducha wykutego w gigantycznej kuźni myśli. Odruch uczucia rodził się dla artysty w chwili najmniej dla niego samego spodziewanej, ale te narodziny poprzedzał odległy, pracowity, nigdy nie ustający proces myśli, sięgającej do tajemniczej głębi, wznoszącej się na najszlachetniejsze wyżyny, myśli analitycznej, myśli bezlitosnej, gdy chodziło o ścisłość. Leonardo da Vinci w swej nielicznej spuściźnie, która ocalała od zagłady czasu, dał nam próbki genialnej syntezy wielu zjawisk, syntezy tak genialnej, że uważamy ją za odruch ducha, za dzieło sztuki, a tymczasem ten odruch ducha poprzedzała wieloletnia praca myśli. W istocie było to dzieło głębokiej wiedzy.

Natchniony wzrok lekarza przenika nieraz głębiej do istoty cierpienia, niż najdokładniejszy przyrząd do badania, niż najczulszy odczyn chemiczny. Wtedy obecni mówią o sztuce lekarskiej, zwą lekarza artystą. Ale dla tego, by nie tylko zrozumieć, lecz by odczuć przedmiot badania, by wznieść się i utrzymać na wyżynach sztuki lekarskiej, lekarz powinien przejść przez mozolny i długi termin ścisłego myślenia i ścisłego badania.

I znów mogę usłyszeć zarzut, że zbyt odbiegam od tematu, że do wykładu o chorobie dziecka wplątam ustępy, które nadawałyby się raczej do wygłoszenia z katedry sztuki. Otóż odpowiem na to, że medycyna, a więc i medycyna dziecięca jest tą gałęzią czynu ludzkiego, która nie da się zamknąć w ciasnych ramach swej własnej dyscypliny. Notna g e l, słynny klinicysta niemiecki, którego chyba nikt nie

może posądzić o dyletantyzm, bujanie w obłokach, niecho-dzenie po ziemi głosił, że dobrym lekarzem w znaczeniu kli-nicznym nie może być człowiek niedobry; a kilka dni temu od jednego młodziana, przyszłego ucznia, usłyszałem, że nie przypuszcza, by dobrym lekarzem-klinicystą został czło-wiek, który nic poza medycyną nie widzi, który poza namiętnością lekarza niema żadnej innej namiętności szlachetnej. To nie jest prosty przypadek, kiedy w mieszkaniu le-karza widzimy dzieła sztuki—to jest wyraz tej podświadomej tęsknoty do czegoś, co zdawałoby się jest dalekie, a jest tak pokrewne i blizkie. Jeżeli więc lekarz pracownik na każdym innym polu ma prawo do nawiązania węzłów bliż-szych ze sztuką, to tembardziej ma do tego prawo lekarz-dziecinnik. Dziecko, ładne czy brzydkie, jest zawsze naczy-niem piękna. Dziecko nie tylko zrozumieć, ale i odczuć należy. A więc nie tylko nauka może nam oddać klucze do zagadnienia, czem jest istota cierpienia dziecka, nieraz po klucze te musimy sięgać do bogini sztuki.

Jak widzimy, każdy z nas: kolega N u s b a u m i ja szliśmy drogą odmienną. Kolega N u s b a u m traktował tę rzecz rozumowo, ja uczuciowo, ale może w tem właśnie, że w tak rozmaity sposób potraktowaliśmy wspólny i drogi nam temat, może w tem właśnie widzieć należy jeden dowód więcej, że medycyna wszelaka, a tembardziej medy-cyna dziecięca, jest skojarzeniem dwóch światów: świata nauki i świata sztuki, świata myśli i świata uczuć. Niech więc myśl ścisła i jasna, myśl analizy nieustającej zagości na zawsze w murach naszej pracowni, ale niech od czasu do czasu wionie przez te mury powiew uczucia. Duchy wy-trwałych i ścisłych pracowników J a k u b o w s k i e g o, K a m i ń s k i e g o, B r u d z i ń s k e g o zagoście tutaj na stałe! Ale od czasu do czasu ukaz się i Ty nam, Duchu Wielki, Duchu Leonarda da Vinci, tak odległego nam czasem, obcego mową, a blizkiego pięknem, które ludzi obcych czyni braćmi dla siebie. Ześlij moc i piękno, natchnij mocą i pięknem mnie, któremu w ręce ster tej pracowni oddano, natchnij serca mej najbliższej załogi, natchnij serca młodzi, która w progi tej pracowni wkroczyła!

Ze szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
(Z oddziału D-ra Wł. Szenajcha, lekarza naczelnego szpitala).

Metody laboratoryjne ułatwiające rokowanie w gruźlicy u dzieci.

**Wskaźnik refraktometryczny surowicy krwi, odsetek limfocytów
i ciałek eozynochłonnych, odczyny barwne w moczu: Ehrlicha,
Weissa, Russo'a, urobilinogenurja i urobilinurja).**

Podał

Franciszek Ksawery Cieszyński
asystent i wz. kierownik pracowni chem. bakt.

(Dokończenie).

A. Przypadki z rokowaniem dobrem.

1) *Tbc. pulmonum*. Nacia B. 7 lat. Budowa drobna, odżywienie niedostateczne, ukrwienie złe. Gruczoły liczne, drobne. Płuca: u lewego szczytu i lewej podstawy lekkie przytłumienie, wydech wydłużony czasem rżenia. W ciągu 6 tygodniowego pobytu u nas stan nie zmienił się wiele. Po 3 miesiącach była na wsi i czuła się dobrze.

Mocz:	Ehrlich	Weiss	urobilinogen	urobilina	waga dziecka
13/XII.	—	+	—	—	17300 g.
20/XII.	—	+	—	—	18300 „
2/l.	—	+	—	—	19200 „
10/l.	—	+	—	—	18700 „
18/l.	—	+	—	—	19300 „

Krew:	nd 1)	c. w. l. 2)	hb. 3)	cz. c. 4)	c. b. 5)	ob. 6)	l. 7)	j. i p. 8)	coz. 9)	zas. 10)	T. 11)	Uwagi
11/XII.	1,3498 (8,06)	1050	85°	5460000	11350	76 (8626)	20 (2270)	1	2 1/2	1/2	—	— płytek bardzo mało
2/III.	1,3490 (7,54)	1054	80°	4380000	7700	63 (4851)	34 (2610)	1	1 1/2	1/2	—	„
24/l.	1,3498 (8,06)	1050	92°	4820000	8900	61 (5429)	31 (2759)	1 1/2	6	1/2	—	„

- 1) Wskaźnik refraktometryczny surowicy krwi (odsetek białka).
- 2) Ciepota właściwy krwi całkowitej.
- 3) Stopień hemoglobiny według Sahli'ego.
- 4) Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 mm³.
- 5) Liczba białych ciałek krwi w 1 mm³.
- 6) Odsetek białych ciałek wielojądrowych, obojętnochłonnych.
- 7) Odsetek limfocytów (absolutna liczba).
- 8) Odsetek białych ciałek jednojądrzastych i przejściowych.
- 9) Odsetek białych ciałek wielojądrowych, eozytnochłonnych.
- 10) Odsetek białych ciałek wielojądrowych, zasadochłonnych.
- 11) Odsetek komórek Türka.

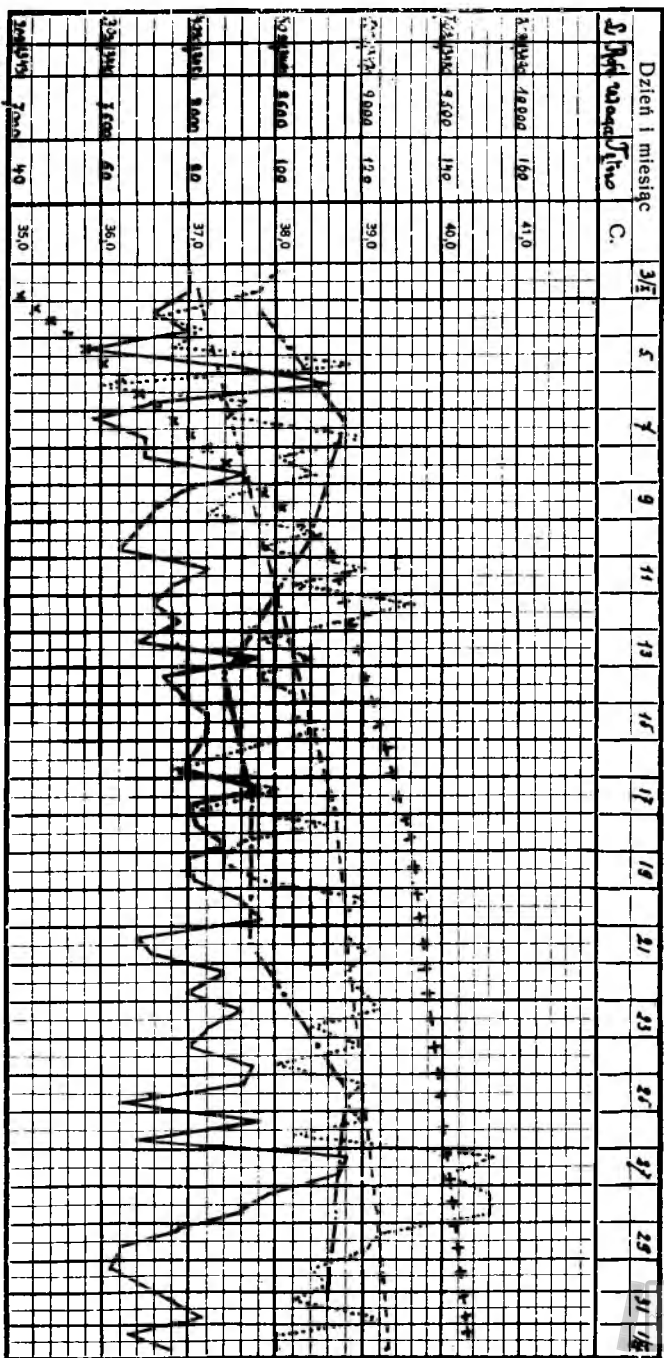
2) *Tbc. pulmonum et intestinum; cystitis*. Wandzia G., 2 l., wzrost 75 cm. Budowa wąta, odżywienie i ukrwienie złe, obrzęki. Na stopie i na kroczu owrodzenia gruźlicze. Kościec krzyżowy. Gruczoly chłonne liczne, drobne. Płuca: przytłumienie nad pr. szczytem i nad pr. podstawą; nieliczne rzęzenia rozsiane po całym płucach. Stolec wolne, częste, cuchnące. W moczu wiele ciałek ropnych, płaskich komórek nabłonkowych i bakterji. P'o 6 tyg. poprawa wybitna w płucach i w kiszkach. Niestety zaraziła się odrą, po której wystąpiło wybitne pogorszenie objawów płucnych i ogólnego stanu. Następnie zachorowała na płonicę i zmarła w kilka tygodni po wypisaniu. (Wykres I patrz str. 224).

Krew:	nd	c. wł.	hb.	c. cz.	c. b.	ob.	l.	j. i p.	eo.	zas.	T.	Uwagi
	4/X. 1,3429	(4,05)										
	11/X. 1,3466	(6,18)	93°	5100000	23450	52 (12194)	41 (9615)	4	2	1	—	—
	18/X. 1,3476	(6,87)										
	1/XI. 1,3483	(7,16)	76°	4910000	10850	36 (3906)	57 (6185)	4	2	1	—	—
	8/XI. 1,3501	(8,22)										
	13/XI. 1,3509	(8,71)	71°	4730000	14150	37 (4811)	62 1/2 (8844)	2	1	1/2	—	—
Mocz:	Ehrlich	Weiss	urobilinogen	urobilina	waga dziecka							
	14 i 18/X.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	21 i 31/X.	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	8 i 14/XI.	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

9) Ste pulnu. at iniekt.

Ważność: 9. 2 lata. Wsk: ++++++ Sinf: ----- Waga: ----- Sztno: Ciężota: -----

Wykres I



B. Przypadki z rokowaniem wątpliwem.

3) *Tbc. pulmonum*. Jadwiga B. 12 l. Budowa wysmukła, odżywienie mierne, ukrwienie złe. Gruczoły chłonne macalne. Płuca: przytłumienie nad obu szczytami, silniejsze nad lewym; oddech w pr. szczytacie zastrzony, w lewym oskrzelowy. W ciągu 4 tyg. pobytu występowało kilkakrotnie pogorszenie w l. szczytacie, które pod koniec ustąpiło. Po roku sprawa w płucach bardzo rozprzestrzeniona, dziewczynka chodzi do szkoły, lecz jest bardzo biała, osłabiona. (Wykres II patrz str. 226).

Krew:	nd	hb.	c. wł.	c. cz.	c. b.	ob.	l.	j. i p.	coz.	zas.	T.	Uwagi
28/II.	1,3476 (6,81)	73 ^o	1046	4710000	6050	67 (4120)	20 (1230)	9	4	—	—	— płytek sporo
13/III.	1,3473 (6,68)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20/III.	1,3488 (7,44)	70 ^o	1040	3700000	5600	72 (4032)	22 (1232)	4	2	—	—	— płytek sporo
Mocz:	Ehrlich	—	—	Weiss	urobilinogen	—	—	4	urobilina	—	—	waga dziecka
3/III.	—	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	26100 g.
11/III.	—	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	25700 "
18 i 24/III.	—	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	25300 — 26200 "

4) *Tbc. pulmonum et intestinum*. Staś M. 9 l. wzrost 117¹/₂ cm. Budowa wąta, wyniszczenie, ukrwienie złe. Gruczoły chłonne nieliczne, drobne. Płuca: u l. szczytu lekkie przytłumienie, wydech wydłużony i świsły; w całym l. płucu rozlane rżenia. Brzuch zapadnięty, miękki, w dołach biodrowych bolesny; stolce wolne, cuchnące. Po 6 tyg. rżenia i świsły w płucach ustąpiły, stolce poprawiły się nieznacznie, choć ogólny wygląd dziecka był lepszy. Późniejszy stan dziecka niewiadomy.

Krew:	nd	hb.	c. wł.	c. cz.	c. b.	ob.	l.	j. i p.	coz.	zas.	T.	Uwagi
7/II.	1,3461 (5,80)	85 ^o	1040	4300000	10700	75 (8025)	22 (2354)	2 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	—	—	— płytek mało
23/II.	1,3451 (5,31)	75 ^o	1050	4010000	11000	59 (6490)	34 (3740)	4 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	—	— płytek sporo
15/III.	1,3466 (6,18)	85 ^o	1038	4220000	4800	50 (2400)	43 (2064)	6	I	—	—	— waga dziecka
Mocz:	Ehrlich	—	—	Weiss	urobilinogen	—	—	urobilina	—	—	—	18450 g.
4/II.	—	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	18000 "
10/II.	—	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	18100 — 18200 g.
18/II.	—	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	19000 — 18500 "
3 i 11/III.	—	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—

13) J. K. Johnson.

Jozia B. 13 lat.

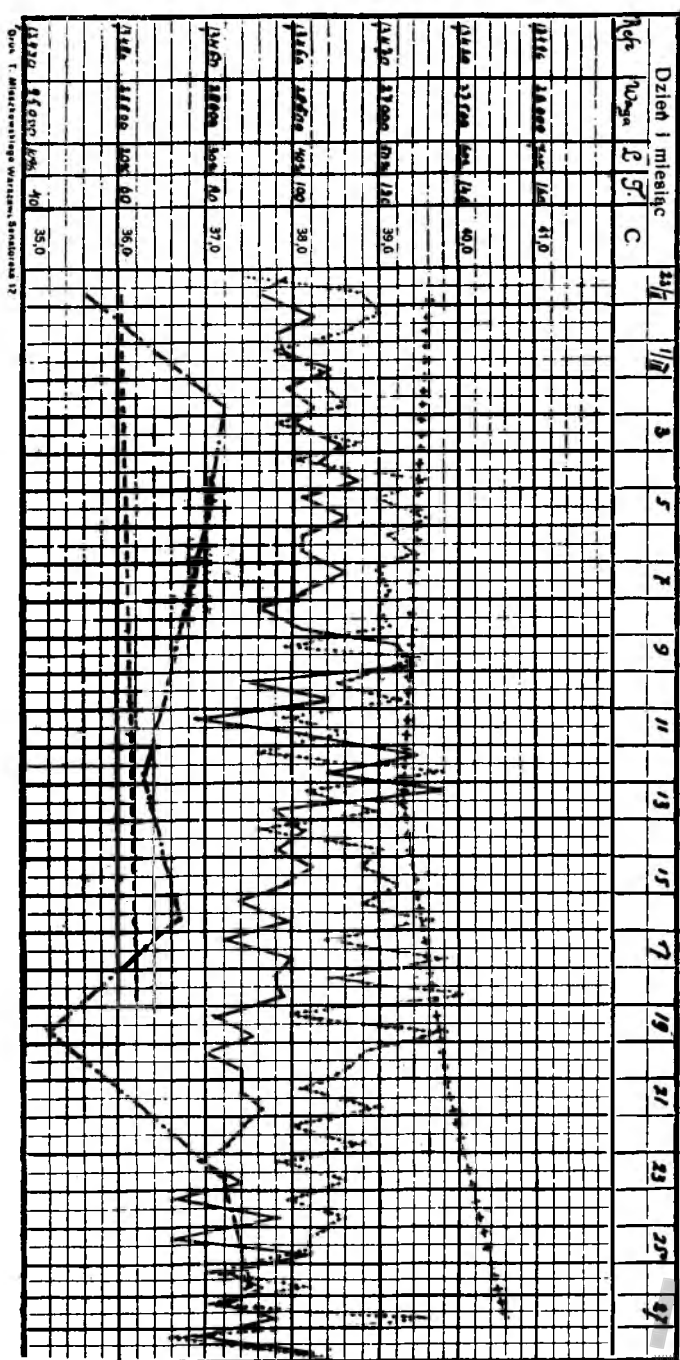
Wsk. ref. + + + + +

Sinf. - - - - -

Waga - - - - -

Słono
Ciepota - - - - -

Wykres II



C. Przypadki z rokowaniem złem.

5) *Tbc. pulmonum et intestinum*. Jadwiga L. 6 l. Budowa wąta, odżywienie i ukrwienie złe. Klatka piersiowa długa, wąska. Gruczoły chłonne liczne, drobne. Płuca: nad pr. szczytem, u pr. podstawy i w l. przestrzeni międzyłopatkowej przytłumienie. W całych płucach nieliczne rżenia, obfitsze w pr. szczycie. W ciągu pobytu rozpad płuc powiększał się, rżenia stawały się coraz obfitsze, grubobankowe, w końcu dzwiczne. Stołce były zawsze wolne, cuchnące. Śmierć nastąpiła po 4 tyg. (Wykres III patrz str. 229).

Krew:	nd	c. wł.	h. b.	c. cz.	c. b.	ob.	l.	j i p.	coz.	zas.	T.	Uwagi
7/l.	1,3472 (6,55)	1048	78 ⁰	4940000	12700	69 ¹ / ₂ (8827)	27 (3429)	2 ¹ / ₃	--	--	--	płatek mało
28/l.	1,8468 (6,29)	1036	85 ⁰	5320000	7900	91 (7189)	6 (474)	2	--	--	1	brak

Mocz:	Ehrlich	Weiss	urobilinogen	urobilina	waga dziecka
8 i 18/l.	+	+	±	+	16200—15600 g
24/l.	+	+	+	+	15300

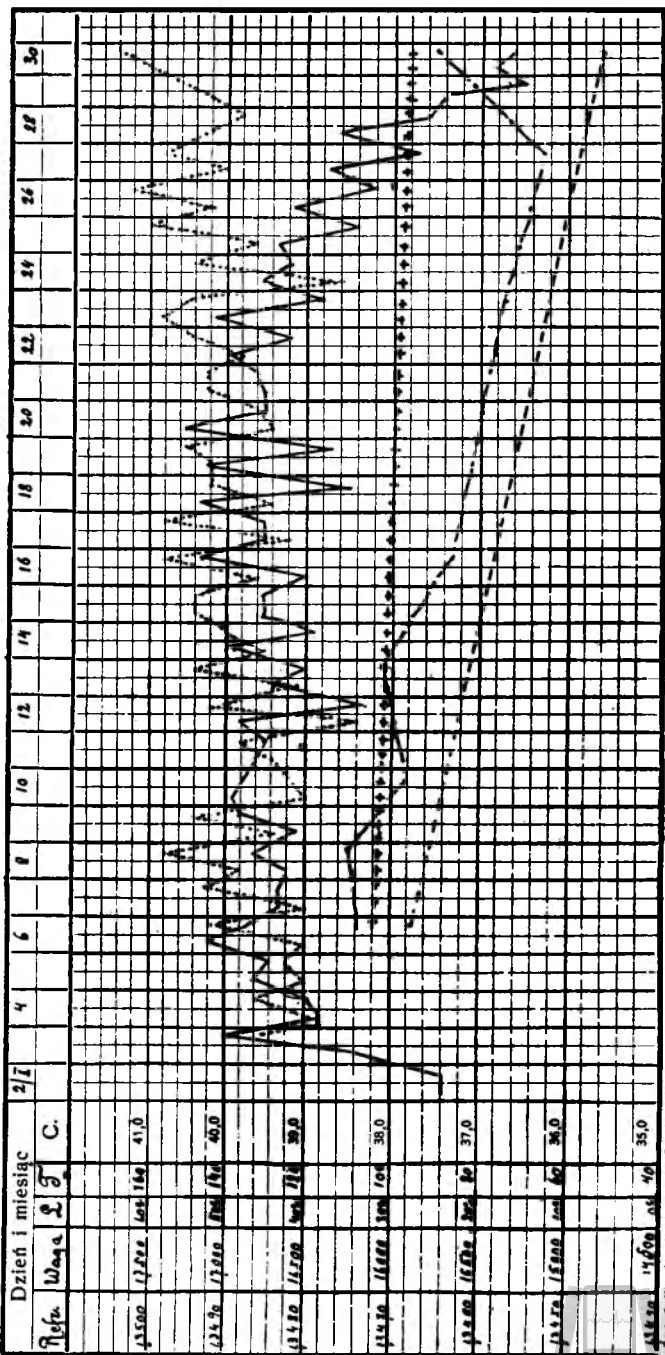
6) *Tbc. pulmonum et intestinum, Cystitis, Thrombophlebitis*. Zosia W. 12 l. Budowa wąta, odżywienie upośledzone, ukrwienie złe; klatka piersiowa długa, wąska. Gruczoły chłonne powiększone. Płuca: stłumienie nad pr. płucem od szczytu do połowy łopatki; oddech nieokreślony i pojedyncze rżenia. Pod pr. obojczykiem oddech zaostrozony. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało powiększenie gruczołów okołoskrzelowych i zacięmnienie pr. płuca. Stan ogólny i płuc pogorszał się powoli: rżenia wystąpiły obficie, później stały się dzwiczne, zwłaszcza u pr. podstawy; w obu szczytach oddech stał się oskrzelowy, później wystąpiły rżenia i stały

Wykres III

98) Ste. pulmon.

Edwiga L. lat 6

Wsk. wfr. +++++ Limf. --- --- --- Waga --- --- --- Ciężkość



Jeżeli porównamy przebieg rzeczywisty choroby w naszych przypadkach z przypuszczalnym wynikiem według rokowania, opartego wyłącznie na zachowaniu się wskaźnika refraktometrycznego, stwierdzimy, że z 30 ściśle wybranych przypadków w 20 wzgl. 24 dalszy przebieg potwierdził nasze rokowanie, w 5 był nam niewiadomy, a tylko 1 zmarł wbrew naszemu rokowaniu.

Przypadek 6 z pierwszej grupy bowiem opuścił szpital w stanie beznadziejnym, choć powinien był dobrze rokować, ponieważ wykazywał stale podnoszący się wskaźnik refraktometryczny (1,3486—1,3495). Jest to jedyny przypadek, odbiegający od naszych doświadczeń i znajduje wytłumaczenie li tylko w przypuszczeniu jakiegoś klinicznie nie stwierzonego wysięku w jednej z jam ciała. Przypadek 9, (przytoczony) z dobrze rokującej grupy, który zmarł po przebyciu odry i płonicy, musimy uznać za względnie potwierdzający nasze rokowanie, gdyż kliniczny przebieg był zupełnie pomyślny do czasu wystąpienia ostrych chorób zakaźnych (odra i płonica) których przypadkowego wystąpienia żadne rokowanie przewidzieć nie może. W jednym przypadku I grupy dalszy przebieg choroby był niewiadomy.

W drugiej grupie znalazły się aż 4 przypadki, o których dalszym przebiegu nie mogliśmy się dowiedzieć.

Wątpliwe rokowanie znajduje jednak potwierdzenie w klinicznym ich przebiegu i danych konstytucyjnych, zwłaszcza w przypadkach 18 i 19, w których były uporczywe, wolne i cuchnące stolce oraz częste tętno, jak również skaza wysiękowa w przyp. 19. Z dalszych 6 przy życiu pozostały 3 i zmarły 3, potwierdzając częściowo nasze wątpliwe rokowanie, gdyż w przyp. 13 sprawa gruźlicza rozwinęła się dalej. W przyp. 16 (wsk. refr. 1,3503—1,3498) i 17 (wsk. refr. 1,3456—1,3488) natomiast nastąpiła po wypisaniu ze szpitala wybitna poprawa. Zmarłe 3 przypadki z tej grupy zaliczyłem do względnie potwierdzających nasze rokowanie, gdyż wskaźnik refraktometryczny nie wykazywał w nich wahań bijących w oczy, a w przypadku 15 był spostrzegany za krótko (1,3509—1,3502).

Trzecia grupa zaś najlepiej potwierdza zgodność dalszego przebiegu z naszym rokowaniem, gdyż wszystkie zmarłe przypadki ilustrują jasno, jak równoległe z upad-

kiem sił chorego ustroju obniża się wskaźnik refraktometryczny, pozwalając tem samem na złe rokowanie.

W przeważającej części naszych przypadków wahanía wskaźnika refraktometrycznego tak szły równoległe z późniejszym przebiegiem klinicznym, iż trudno odmówić wielkiego znaczenia, jakie on posiada, dając nam dokładne liczbowe określenie bilansu białkowego surowicy krwi.

Stwierdzaliśmy bowiem w przypadkach, które uległy rzeczywistej, klinicznie spostrzeganej poprawie, że dłużej śledzony wskaźnik refraktometryczny, poprzednio niski, podnosił się stale i osiągał normę wtedy, kiedy powierzchowny wygląd nie pozwalał jeszcze na dobre rokowanie i zmiany gruźlicze w płucach jeszcze były wyraźne. I naodwrot, w przypadkach, które stale się pogarszały, przez dłuższy czas systematycznie badany wskaźnik refraktometryczny obniżał się tak wyraźnie, iż na jego podstawie można było złe rokować. Ten jasno zarysowany obraz był tylko zmieniony w przypadkach, w których zachodziły powikłania ze stron opłucny, otrzewny i opon mózgowych. Z tego wynika, że w zespole wszystkich danych klinicznych i laboratoryjnych, które zużytkować możemy dla rokowania, wskaźnik refraktometryczny powinien zająć wybitne miejsce zwłaszcza dlatego, że ujęty ściśle liczbowo wolny jest od zabarwienia subiektywnego. Prognostyczne jego znaczenie jest naturalnie, jak wszystkich sposobów rokowania, ograniczone przez zewnętrzne warunki i przypadkowo występujące choroby zakaźne, które na przebieg gruźlicy mają wpływ decydujący (przyadek 9).

Co do ciężaru właściwego krwi całkowitej, stwierdziliśmy pewną równoległość pomiędzy nim a wahaniami wskaźnika refraktometrycznego, lecz równoległość nie jest tak ściśła, jak podają Strauss i Chajes. Pewne stałe obniżanie się ciężaru właściwego obok zmniejszania się innych składników krwi równoległe z opadaniem sił chorego można zauważyć w wielu naszych przypadkach, lecz wyniki za ma-

ło są jednolite, aby móc w nich odnaleźć pewien systematyczny przebieg. Wyniki podobne osiągnęli również E r l i c h ó w n a i J o n s c h e r (str. 44). Znaczenie ciężaru właściwego krwi zmniejsza się, niestety, przez liczne błędy, które, czy to przy wysuszaniu, czy też napełnianiu lub ważeniu rurki łatwo się zakradają i choć minimalne, przy obliczaniu znacznie zmieniają wyniki. W naszych przypadkach ciężar właściwy krwi wahał się pomiędzy 1020—1060, najczęściej około 1040—1050, czyli że nie odbiegał wiele od normy. Przypadków z nadmiernym zagęszczeniem krwi wskutek duszności, jakie spostrzegali E r l i c h ó w n a i J o n s c h e r, w naszym materiale nie mieliśmy.

Stopień hemoglobiny, jaki znajdowaliśmy, wykazywał niewielkie, ogólnie uznane cechy charakterystyczne. W pierwszej grupie naszych przypadków wahał się pomiędzy 55°—105°, najczęściej około 70°—90°. W drugiej grupie wahania były mniejsze (56°—90°); w większości przypadków trzeciej grupy można zauważyć stałe obniżanie się stopnia hemoglobiny w miarę nasilania się objawów choroby, co również N a e g e l i uważał za objaw źle rokujący. Ilość hemoglobiny obniżała się w nich do 45°; najniższa ilość w przyp. 29 spowodowana była krwotokiem płucnym i szła równoległe z obniżeniem się ilości czerwonych ciałek krwi. Wyniki nasze odpowiadają naogół wynikom dawniejszych badań krwi gruźliczej, zwłaszcza E r l i c h ó w n y i J o n s c h e r a, gdyż, tak samo jak oni, stwierdziliśmy, że „ilość hemoglobiny zmniejsza się zwykle w gruźlicy w większym stopniu, niż liczba krwinek—wskaźnik barwliwości jest mniejszy od jedności”. W przypadkach z gruźlicą kiszek spotykaliśmy bardzo niski stopień hemoglobiny (w jednym z nieprzytoczonych przypadków 48°, lecz nie widzieliśmy obniżenia aż do 25°, jakie opisuje N a e g e l i. W określaniu barwika krwi uderza przedewszystkiem nierównomierność pomiędzy stopniem hemoglobiny a zewnętrznym wyglądem chorego, którego bladeść stanowi objaw patognomiczny dla gruźlicy. Np. osobniki, wyglądające b. blade, mają stopień hemoglobiny powyżej normy i utrzymują go uporczywie (przyp. 1 i 3). Objaw ten tłumaczyć można albo skurczem naczyń krwionośnych skóry, spowodowanym według M o r a c z e w s k i e g o prawdopodobnie przez ja-

dy gruźlicze, działające na ośrodki naczynioruchowe, albo słabem rozgałęzieniem naczyń skórnych (E r l i c h ó w n a i J o n s c h e r).

Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 mm^3 wahała się w przypadkach pierwszej grupy pomiędzy 4 a 5,800,000, czyli że czasem zachodziła poliglobulia, o której wspominają również N a e g e l i, E r l i c h ó w n a, J o n s c h e r. Jedyne obniżenie liczby aż do 2730000 w 2 przyp. spowodowane było wyniszczeniem, które objawiło się również w niskim stopniu hemoglobiny, odsetku białka w surowicy i ciężarze właściwym, a ustąpiło po ogólnem poprawieniu się dziecka. W 2-iej grupie wahania liczby czerwonych ciałek są prawie takie same (3,700,000—5,800,000), w trzeciej większe i to ze skłonnością do obniżania się (4—2,000,000), choć i tu są przypadki, odbiegające od tych liczb przeciętnych. Tak np. w przyp. 28 liczba czerwonych ciałek pozostaje wysoka mimo ciężkiego stanu chorej i bladoci powłok, w przyp. 29, jest również wysoka (4,630,000—4,920,000) mimo ciężkiego stanu, lecz tutaj wygląd powłok zewnętrznych odpowiada tej ilości. Przypadki te dowodzą, że niema równoległości pomiędzy stanem choroby a liczbą czerwonych ciałek, lecz takowa istnieje pomiędzy nim a wskaźnikiem refraktometrycznym, który w obu razach wskazywał na złe rokowanie.

Białe ciała krwi, liczone we wszystkich przypadkach, nie mogą pod względem liczby dawać obrazu bardzo charakterystycznego dla gruźlicy, gdyż ich wahania ilościowe są wybitnie zależne od różnorodnych powikłań. W przypadkach zaś, w których organizm ma do czynienia tylko z zarazkami gruźliczemi, spostrzegaliśmy przeważnie mierną hyperleukocytozę podobnie jak we wszystkich przewlekłych chorobach zakaźnych, w których nasilenie jej bywa do pewnego stopnia probierzem walki ustroju z zarazkami. Dlatego w przypadkach pierwszej grupy, w których walka była łagodniejsza, spotykaliśmy liczby 5—12,000, odnosząc wyższe do powikłań, a w drugiej grupie liczby 6—17,000, gdyż walka była ostrzejsza. W trzeciej grupie natomiast zachodziły liczby różne (8—23,000) z powodu tak częstych powikłań ropnych w daleko rozwiniętych przypadkach gruźlicy.

Za to we wzajemnem ustosunkowaniu się poszczególnych rodzajów białych ciałek, zwłaszcza obojętnochłonnych i limfocytów, zauważyliśmy pewne stałe zmiany. Mogliśmy bowiem potwierdzić ogólnie uznany fakt, że do walki z zarazkami prawie zawsze występują ciała białe obojętnochłonne. W miarę, jak walka, objawiająca się przez gorączkę, mijała zwycięsko dla ustroju, występowały w większym odsetku limfocyty jako probierz przywrócenia normalnego ustosunkowania się białych ciałek, odpowiadającego danemu wiekowi. Jeżeli natomiast organizm uległ w walce, odsetek a często także absolutna liczba limfocytów, malały gwałtownie. I tak, stwierdziliśmy podniesienie się odsetka limfocytów we wszystkich bez wyjątku przypadkach 1 grupy z dobrem rokowaniem, a mało zmienny lub obniżający się odsetek w większej ilości przypadków 2 grupy; wysoki odsetek limfocytów w ostatnich 3 przypadkach bowiem przypisać należy powikłaniu skazą wysiękową, która, jak wiadomo, powoduje limfocytozę. Wyraźnem potwierdzeniem spostrzeganego przez nas zjawiska było przedewszystkiem systematyczne obniżanie się odsetka limfocytów w przeważającej ilości przypadków 3 grupy, zwłaszcza w 26 i 28. Tak łatwo uchwytnie stałe wahania stosunku odsetkowego obojętnochłonnych ciałek do limfocytów zależnie od stanu chorego dziecka traci niestety na przejrzystości po przeliczeniu odsetków na absolutne liczby. Poucza ono jednak, że absolutne liczby limfocytów na ogół pozostały niezmienione, a poprzednio istniejąca przewaga obojętnochłonnych odsetkowa i absolutna była przejawem walki z zarazkami.

Na mocy tych spostrzeżeń wnioskujemy, że stałe powiększenie się odsetka limfocytów w przebiegu gruźlicy daje dobre, a stałe zmniejszanie się jego złe rokowanie, wyjąwszy przypadki ze skazą wysiękową. Pogląd ten był dotychczas mało znany, gdyż Arneht w swych jednostronnych badaniach nad ciałkami obojętnochłonnymi nie wspomina wcale o limfocytach, a Erlich ó w n a i J o n s c h e r nie zwracają na nie większej uwagi, C a t h a l a zaś w zupełnie świeżej pracy zbiorowej o zachowaniu się białych ciałek krwi w różnych chorobach zaprzecza wszelkiej typowości ich ustosunkowania się w gruźlicy, uzależniając wszystkie zmiany

od wpływu powikłań. N a e g e l i w swym podręczniku wy-
powiada natomiast pogląd pośredni, pisząc, „że na polepsze-
nie wskazuje zmniejszenie się ciałek obojętnochłonnych po
poprzedniej leukocytozie“ (w gruźlicy). A n d r a i n rów-
nież przypisuje znaczenie ustosunkowaniu się białych ciałek
przez swą „résultante de défense organique“, która polega
na różnicy pomiędzy normalną a patologiczną liczbą obojęt-
nochłonnych. Na ustosunkowanie się białych ciałek w gru-
źlicy u dzieci zwracano dotychczas mało uwagi, gdyż bada-
nie krwi dotyczy przeważnie osób dorosłych, u których jest
ono mniej wyraźne. U dzieci badania krwi zwłaszcza gru-
źliczej są nieliczne, względnie niesystematyczne. Jedyna
praca H i r s c h f e l d o w e j, którą poznałem w ostatniej
chwili, doprowadziła do wniosków identycznych z naszymi:
że „przypadki gruźlicy wszelkiego rodzaju u dzieci z roko-
waniem dobrem wykazują skłonność do limfocytozy“.

Z innych rodzajów białych ciałek tylko eozynochłonne
zwracały naszą uwagę, gdyż w przypadkach dobrze rokują-
cych spotykaliśmy je stale i często nawet do 6%, natomiast
w przypadkach źle rokujących znikwały one powoli. Spo-
strzeżenie nasze potwierdziły więc wyniki badań N a e g e l i e g o i H i r s c h f e l d o w e j. Ciała wielojądrzaste za-
sadochłonne natomiast, przejściowe i jednojądrzaste, oraz
komórki T u r k a występują w odsetkach znikomych i tak
niejednolitych, iż nie zdradzały żadnych cech charaktery-
stycznych. Na płytki B i z z o z e r o ' a zwracaliśmy prawie
zawsze uwagę, lecz ogólnikowe notatki nasze nie pozwalają
na żadne komentarze.

Barwne reakcje moczu, przeprowadzone w tych sa-
mych przypadkach, dały naogół dosyć pewne wyniki. Jako
najpewniejszy z wszystkich okazał się odczyn dwuazowy,
który przyjęliśmy jako podstawę porównania z rozpadem
białka w surowicy krwi, wychodząc z założenia, że jest on
spowodowany przez części składowe białka, pochodzące
z jego rozpadu. W przypadkach pierwszej grupy nie stwier-
dziliśmy go ani razu z wyjątkiem przyp. 6, w którym roko-
wanie według wskaźnika refraktometrycznego zawiodło,
a na podstawie przebiegu klinicznego i po części dodatnio
występującego odczynu dwuazowego oparte, okazało się
słuszne. W 2 grupie z rokowaniem wątpliwem dodatni od-

czyn dwuazowy wystąpił również w najbardziej wątpliwych przypadkach 14 i 20, które rzeczywiście zakończyły się niepomyślnie, przejściowo także w przyp. 13 i 18, które pozostały przy życiu i które zgodnie z powoli podnoszącym się wskaźnikiem refraktometrycznym rokowały wątpliwie in bonam partem. Z przypadków 3 grupy dodatni odczyn Ehrlicha wystąpił we wszystkich z wyjątkiem jednego choć części nieregularnie, a w przyp. 29 był tylko przejściowo zaznaczony mimo złego rokowania (na podstawie wskaźnika refraktometrycznego). Wynik naszych doświadczeń (zgodność w 27 na 30 przypadków) odpowiada więc najzupełniej rezultatom większości autorów, że odczyn dwuazowy posiada wielkie, choć nie absolutne znaczenie prognostyczne w gruźlicy.

Odczyn Weissa z nadmanganianem potasu badaliśmy w 20 przypadkach, dochodząc do przekonania, że nie posiada on żadnej wartości prognostycznej. Występuje on bowiem w każdym moczu, a nasilenie jego zależne jest tylko od intensywności normalnego zabarwienia moczu lub od ilości dodanych kropeł odczynnika. Zabruntnienie, mające według autora świadczyć o ujemnym odczynie, przechodzi po jednej minucie w zabarwienie żółte, słabsze lub silniejsze. Jeżeli zaś czeka się jeszcze dłużej, również i żółta barwa znika powoli prawie zupełnie.

Badania nasze nad odczynem Russo'a potwierdziły w całej pełni doświadczenia Dungere'a i Tykocinera. Z 12 pod tym względem badanych przypadków mierzyliśmy równocześnie ciężar właściwy moczu stale w 2, stwierdzając również, że im cięższy jest mocz, tym łatwiej występuje zabarwienie zielone. Wobec tego trzeba odczynowi Russo'a odmówić wszelkiego znaczenia prognostycznego, gdyż wielkie stężenie moczu, o ile zachodzi w przebiegu choroby, zależne jest od gorączki i wielu innych czynników przemijających i dla życia niezawsze groźnych.

Urobilinogenu i urobiliny w moczu poszukiwaliśmy w 27 przypadkach, śledząc równoległość ich występowania z przebiegiem klinicznym i wahaniami wskaźnika refraktometrycznego. Naogół ukazywały się one w czasie wyższej gorączki i znikaly z jej spadkiem. Ponieważ zaś przypadki o cięższym przebiegu dłuższy czas gorączkowały, stwierdzaliśmy

urobilinogen i urobilinę stale w ich moczu, tylko w 2 przypadkach śmiertelnych nie znaleźliśmy ich wcale. W przypadkach z rokowaniem dobrem ukazywały się one czasem przelotnie, najczęściej jednak w przyp. 6, który rzeczywiście skończył się śmiercią wbrew naszemu rokowaniu według wskaźnika refraktometrycznego. Z tego wynika, że mimo trudność stwierdzenia, w jakim stopniu występowanie urobilinogenu i urobiliny w moczu zależne jest od gorączki a w jakim od zwyrodnienia komórek wątrobowych, empiryczne doświadczenie pozwala nam na przypisanie pewnego prognostycznego znaczenia większej ilości tych składników w moczu. Mianowicie możemy potwierdzić zdanie *Hildebranda*, że wybitna, długotrwała urobilinogen—wzgl. urobilinuria w moczu chorych na gruźlicę, mało lub wcale niegorączkujących daje złe rokowanie.

W porównaniu z wynikami, jakie osiągnęliśmy w badaniach nad wahaniami wskaźnika refraktometrycznego i zachowaniem się limfocytów oraz ciałek eozynochłonnych, występowanie odczynu dwuazowego oraz wzmożonej ilości urobilinogenu i urobiliny w moczu jest mniej stałe i mniej pewne, gdyż nie daje się ująć w tak ściśle liczby. Mimo to znaczenie tych reakcji pozostanie trwałe głównie dlatego, że są o wiele łatwiejsze do wykonania na każdym miejscu i nie wymagają tak kosztownych przyrządów jak refraktometr i mikroskop. W szpitalach dobrze uposażonych natomiast, w których badanie krwi należy do czynności codziennych, metody rokowania na podstawie zmian w surowicy krwi i ustosunkowaniu się białych ciałek powinny w wysokim stopniu ułatwiać rokowanie w gruźlicy u dzieci.

PIŚMIENICTWO.

- Audain G.* Thèse inaugurale, Paris 1917, cyt. w *Le Journ. Méd. franc.* IX. 6. Juin 1920. — *Armit H. W.* *Lancet* 1903 I. p. 656. — *Arne th. M. m. W.* 1905, Nr. 12. — *Beck.* *Charité-Annalen* XIX, 1894 p. 583. — *Behrend.* *Ztschr. f. Tuberkulose* IV, 1903. — *Biernacki.* *Gaz. Lek.*, 1893. — *Cathala.* *Le Journ. Méd. franc.* IX, 6, Juin 1920. — *Clemens D.* *Arch. f. klin. Med.*

63 (1899) p. 74. — *D mitrenko*. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1906 Nr. 15, ref. W. m. W. 1906 Nr. 36. — *D obrn*. M. m. W. 1912, Nr. 16. — *D unger*. D. m. W. 1906, Nr. 39. — *E hrlich*. Ztsch. f. klin. Med. V (1882) p. 285; D. m. W. 1884 p. 419. D. med. Woch. 1901 Nr. 15. — *E rlich ówna i J onscher*. Z hematologii dziecięcej. Warszawa 1916. — *E ngeland*. M. m. W. 1908 Nr. 31. — *E rnst Hermine*. Jch. f. Kinderhkl, 1918 p. 255. — *E scherich*. D. m. W. 1883, Nr. 43. — *F eer*. Jrb. f. Kinderhkl, XXXIII (1892). — *F riedenwald*. New York Med. Journ, LVII, Nr. 26. p. 745. — *G eorgiewski*. D. m. W. 1883, Nr. 48, p. 701. — *G rawitz*. Die klinische Pathologie des Blutes, Berlin 1896. — *G rimm*. Virchows Archiv., 1893 p. 132. — *G romski Marcelli*. Przegl. Pedj. V (1913) p. 339. — *G rundies*. Ztsch. f. klin. Med, VIII (1884) p. 364. — *H alpern Mieczysław D.* Arch. f. klin. Med. 99, (1906) p. 505. — *H ildebrandt*. Ztsch. f. klin. Med. 59 (1906) p. 351. — *H irschfeld Hanna*. Monatschr. f. Kinderhkl. X. 1, (1911). — *H oppe-Seyle*r. Virchows Arch. 124 (1891) p. 30; 128 (1892); Ztsch. f. physiol. Chemie 37 p. 696. — *J affé*. Ztsch. f. med. Wissenschaft 1863. — *J onscher Karol*. Gaz. Lek. 1917 Nr. 2 i 3. Ks. Pam, Wszechn. Warsz. 1915. — *K atz*. W. m. W. 1891, Nr. 28—32. — *K issel*. Arch. f. Kinderhkl. XXV (1898) p. 73. — *K oziczowsky*. B. kl. W. 1902, Nr. 44. — *K rokiewicz*. W. kl. W. 1898, Nr. 29. — *L evy Margarete*. D. m. W. 1915, Nr. 41. — *L öwy Juliã*. D. A. f. klin. Med. 115 (1914) p. 318. — *M oraczewski*. Now. Lek. 1904, nr. 1, p. 30. — *M uhle*ns. M. m. W. 1915 Nr. 48, p. 435; M. m. W. Feldarzl. Beil. 1915 Nr. 31. — *M unson Leard*. Oertlel Hort, New York Med. Journ, 57 (1893) p. 127. — *N aegeli*. Blutkrankheiten, Leipzig, 1908. — *N iepokojczycka*. Ks. Pam. Wszechn. Warsz. 1915 p. 172. — *N iessen*. Arch. f. Kinderhkl, XVIII p. 310; Jrb. f. Kinderhkl XXXVIII (1894) p. 15. — *P auly*. Ztschr. f. physiol. Chemie 42 (1904) p. 500. — *P enzoldt*. B. kl. W. 1883, p. 301 u. 755. — *P etri*. Ztschr. f. klin. Med. VI (1883) p. 472; VII (1884) p. 500. — *P rōscher*. Ztschr. f. physiol. Chemie 31, H. 5—6; D. m. W. 1903, Nr. 43. — *R eiss*. Erg. d. inn. Med. u. Kinderhkl, X (1913) p. 530. Rhein. M. m. W. 1914 Nr. 49; 1915 Nr. 22, p. 765. — *R ütinger*. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte XX (1890) p. 186. — *R usso*. Rif. med. 1905 Nr. 19. p. 507, ref. D. m. W. 1905 Nr. 22, p. 883. — *S chlesinger*. D. m. W. 1903, Nr. 32, p. 561. — *S chwab Johanna*. Jch. f. Kinderhkl 87 (1918) p. 61. — *S imon*.

The Americ. Journ, of med. sciences, 1903 Sept. p. 471. — Sokółowski Alfred. Choroby dróg oddechowych, Warszawa.—Sterling Seweryn. Czas. Lek. 1903 p. 359. — Strauss. D. m. W. 1905, Nr. 2, p. 83. — Strauss u. Chajes. Ztschr. f. klin. Med. 52 (1904) Z. 5—6. — Szenajch Władysław. Ztsch. f. ex. pat. 1905; Gaz. Lek. 1906. — Tykociner Aleksander. Gaz. Lek. 1919, Nr. 47—48. — Weiss. W. kl. W. 1906 Nr. 44; 1907, Nr. 31; Med. klin. 1910, Nr. 22 p. 867 u. Nr. 42 p. 1661.—Zieliński Edward. Prace sekcji gruź. IX Zj. Przyr. i Lek. polskich w Kraków 1910.

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.
Z oddziału D-ra H. Frenklowej.

Przyczynki do kliniki i leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych u dzieci.

Podąła

S. Samet-Mandelsowa

lekarz miejscowy szp. Anny-Marji.

Począwszy od kwietnia 1919 r. do dnia dzisiejszego, przez oddział wewnętrzny szp. Anny Marji przeszło 73 przypadków drętwy karku, oraz 1 przypadek spostrzegano w ubiegłym miesiącu na oddziale szkarlatynowym.

Spostrzegano ją u dzieci w wieku niemowlęcym, oraz u dzieci starszych, przyczem najmłodsze miało 9 tygodni, najstarsze—lat 14.

Ten duży materiał, którym rozporządzamy, nasunął nam myśl zakomunikowania o niektórych szczegółach w przebiegu klinicznym i w leczeniu tej choroby.

Wiadomo, że drętwa karku, szerząca się, jako choroba nagminna, wywołana jest przez dwoinkę wewnątrzkomórkową *W e i c h s e l b a u m a*.

Podług większości autorów, drobnoustrój ten, umiejscawiając się na oponach mózgowordzeniowych, wywołuje nie tylko objawy miejscowe, lecz powoduje również obraz ogólnego zakażenia—posocznicy meningokokowej.

Większość badaczy uważa, że dwoinki z jamy nosowogardłowej, gdzie znajdują się przez czas dość długi, przedostają się do ogólnego obiegu krwi—bądź drogą krwionośną, bądź też limfatyczną, a stamtąd do opon mózgowych i rdzeniowych.

Inni autorzy przypuszczają, że wdrożenie dwoinek do opon odbywa się bezpośrednio z nosa przez *laminam cribrosam ossis ethmoidalis*.

Większość spostrzeżeń klinicznych, przebieg choroby, objawy pozaoponowe, hodowle dodatnie z krwi i inne liczne czynniki przemawiają jednakże za tem, że jest to zakażenie ogólne, w większości przypadków z wybitniejszym umiejscowieniem na oponach mózgowo rdzeniowych.

Jeden taki przypadek spostrzegaliśmy w maju r. b. u 10-miesięcznego niemowlęcia.

Dziecko to zostało przyjęte do szpitala z wybitnymi objawami drętwy karku, lecz matka podawała, że choruje ono od 4-ch tygodni na zapalenie płuc, a sztywność karku, *opistonus* i napięcie ciemiączka zauważyła po raz pierwszy przed tygodniem.

Przy badaniu stwierdzono prócz objawów drętwy karku — wyraźne objawy obustronnego zapalenia płuc.

W płynie mózgowo-rdzeniowym ropnym wykryto liczne dwoinki wewnątrzkomórkowe.

Leczenie wpłynęło dość dobrze na objawy oponowe, które ustąpiły prawie zupełnie, lecz dziecko zmarło przy objawach zapalenia płuc.

N a s t o l e s e k c y j n y m, prócz zmian w oponach, wykryto zapalenie płuc zrazikowe. W ropie z drobnych oskrzeli znaleziono znaczną ilość typowych dwoinek wewnątrzkomórkowych.

W tym przypadku, zapalenie płuc meningokokowe było pierwszym umiejscowieniem ogólnego zakażenia.

Typową drętvicę karku charakteryzuje zespół objawów dobrze znanych i naogół nie napotykamy na trudności przy rozpoznaniu.

Najczęściej początek choroby jest nagły; czasem zaczyna się od dreszczy, zawsze od silnego bólu głowy, wymiotów i podniesienia ciepłoty, łamania w kończynach i w kręgosłupie. W ciężkich przypadkach spostrzega się utratę przytomności od początku choroby.

Wkrótce (po kilku godzinach lub po upływie 1-ej doby) występują objawy podrażnienia opon mózgowych i rdzeniowych: sztywność karku, *opistotonus*, sztywność kończyn, objawy Kerniga i Brudzinskiego, dermatografizm, nadmierna wrażliwość na dotyk.

Często, 2-go lub 3-go dnia, a czasem później, stwierdza się dyskretną lub obfitą wysypkę—opryszczki. Pęcherzyki umiejscawiają się na wargach, na nosie, na brwiach. Widzieliśmy bardzo obfitą wysypkę pęcherzykową na języku i na podniebieniu, a w jednym przypadku na ustach i na szyi.

Gdy się widzi chorego ze wszystkimi wyżej wymienionymi objawami, o wyrazie twarzy bardzo cierpiącym, nie znoszącego najsłabszego dotyku, sztywnego i drętwego jak deska, z głową zarzuconą w tył, stękającego i krzyczącego przy najmniejszym ruchu—rozpoznanie jest łatwe.

Nie zawsze obraz kliniczny jest tak typowy. Są postaci t. zw. piorunujące, gdzie początek choroby jest zaznaczony przez silny ból głowy, wysoką ciepłotę, wysypkę i wymioty. Chory kładzie się do łóżka, traci przytomność i umiera po kilku lub kilkunastu godzinach.

Jeśli taki chory został dostarczony do szpitala w czasie epidemji, nakłucie lędźwiowe może pomóc przy rozpoznaniu.

Jeden taki przypadek piorunującej drętwicy karku spostrzegaliśmy na początku obecnej epidemji.

Dziewczynka 7-letnia została przywieziona do szpitala w stanie bardzo ciężkim. Zachorowała nagle poprzedniego dnia o 9-ej wiecz. Dostała gwałtownego bólu głowy i silnych wymiotów; straciła przytomność.

Przy przyjęciu do szpitala żadnych objawów oponowych nie stwierdzono. W kilkanaście godzin po przyjęciu do szpitala wystąpiło porażenie lewej połowy twarzy, lewych górnej i dolnej kończyn. Zejście śmiertelne w kilka godzin później.

Rozpoznanie zostało ustalone na stole sekeyjnym, gdzie znaleziono: rozlane ropne zapalenie opon mózgowych i rdzeniowych. W ropie z komór mózgowych wykryto liczne dwoinki wewnątrzkomórkowe Weichselbauma.

Typowa drętwica karku, leczona we wczesnym okresie choroby, trwa od 2-ch do 3-ch tygodni, czasem, już po upływie pierwszego tygodnia, stwierdza się znaczne polep-

szenie stanu chorego. Ciepłota obniża się stopniowo, przytomność wraca, stan ogólny poprawia się, objawy sztywności ustępują powoli. Objaw Kerniga pozostaje przez czas dość długi, nawet po zupełnym wyleczeniu.

Inny przebieg ma postać t. zw. przewlekłą, która najczęściej daje zejście śmiertelne i jest spostrzegana przeważnie w przypadkach nieleczonych; w niektórych zaś razach nawet podczas leczenia swoistego.

Początek choroby może być typowy; stopniowo, po upływie kilku tygodni, dziecko zaczyna chudnąć, sztywność coraz się wzmacnia, zjawiają się zaburzenia psychiczne; dziecko krzyczy przeraźliwie, bez widocznej przyczyny, staje się obojętne, przestaje mówić, mocz i stolec oddaje pod siebie. Chorzy stają się podobni do żywych szkieletów.

Widzieliśmy kilka takich przypadków przewlekłej drętwicy karku.

1-y przyp.—dotyczył dziewczynki 10-letniej, przyjętej do szpitala w 3-im miesiącu choroby. Leczenie swoiste nie miało żadnego wpływu.

W 2-im przyp.—był to chłopiec 11-letni, oddany do szpitala w 8-ym tygodniu choroby, z wybitnymi objawami sztywności karku, Kerniga i Brudzińskiego, z zupełnym zanikiem tkanki tłuszczowej, z płynem mózgowordzeniowym bardzo ropnym, zawierającym liczne dvoinki wewnątrzkomórkowe. W tym przypadku leczenie swoiste wpłynęło tylko na płyn mózgowo rdzeniowy, który ku końcowi stał się przezroczysty i nie zawierał dvoinek. Stan ogólny pozostał bez żadnej poprawy. Dziecko zmarło w 3-im miesiącu choroby.

Przypadki te dają najczęściej zejście śmiertelne, są jednakże opisane przypadki wyleczone, gdzie chorzy dość szybko nawet się poprawiają dzięki swej żarłoczności. Stan psychiczny również wraca stopniowo do normy.

Spostrzegaliśmy, podobny przypadek.

Chłopiec 7-io letni M. T. został przyjęty do szpitala z objawami drętwicy karku, z płynem mózgowordzeniowym bardzo mętym, zawierającym liczne dvoinki wewnątrzkomórkowe, w 5-ym tygodniu choroby. Ze względu na późny okres choroby nie był leczony surowicą. W przeciągu pierwszych 3-ch tygodni dokonywano codziennie nakłucia lędźwiowego, a następnie 3 razy w tygodniu.

Po upływie miesiąca płyn mózgowo-rdzeniowy stał się przezroczysty, lecz zawierał jeszcze dvoinki dość liczne.

Stan ogólny dziecka pogarszał się szybko; dziecko wychudło okropnie, było nieprzytomne, mocz i kał oddawało pod siebie, krzyczało przeraźliwie; sztywność karku i kończyn doszła do najwyższego stopnia; ciepłota w przeciągu pierwszych 2-ich miesięcy wahała się codziennie od 36° do 39°.

Po upływie 2-ich miesięcy, dziecko zaczęło się poprawiać; ciepłota opadła, płyn mózgowordzeniowy przezroczysty dwoiniek nie zawierał; stan umysłowy polepszał się, łaknienie poprawiło się. Po 5-cio miesięcznym pobycie w szpitalu chory został wypisany zupełnie zdrow.

Należy zaznaczyć, że spostrzegaliśmy 3 przypadki o takim przewlekłym przebiegu, w których wyleczenie nastąpiło tylko w powyższym jednym przypadku.

Mało typowy jest przebieg drętwicy karku u niemowlęcia. W rzadkich przypadkach początek choroby jest nagły, z wybitnymi objawami oponowemi. Natomiast, w wywiadach udaje się stwierdzić zaburzenia trawienia: dziecko od kilku dni wymiotuje po jedzeniu; jest apatyczne, przestaje się śmiać, nie chce ssać; krzyczy, szczególnie wtedy, gdy się je bierze na ręce.

Są to objawy na pierwszy rzut oka mało typowe, które można łatwo przeoczyć. Ciepłota jest trochę podniesiona, jednakże, już w tym okresie daje się zauważyć mniej lub więcej, znaczne napięcie ciemączka. Objaw ten prawie nigdy nie myli. Dziecko niespokojne, z lekkimi zaburzeniami trawienia, z napięciem ciemączkiem jest zawsze podejrzane o drętwicę karku, i we wszystkich podobnych przypadkach natychmiastowe nakłucie łądźwiowe jest bezwzględnie wskazane.

Wczesne rozpoznanie jest znacznie ważniejsze w tym wieku, niż u dzieci starszych, gdyż przypadki nie leczone u niemowląt dają od 90 do 100% śmiertelności; leczone późno dają prawie zawsze złe wyniki; wiadomo, że zmiany, którym ulega układ nerwowy, dzięki szybko wytwarzającemu się wodogłowiu, są znaczne i nie dadzą się naprawić, gdy zaczęto leczenie w późnym okresie.

Z 14 przypadków, dostarczonych po 10-ym dniu choroby, zmarło 11—wyleczono—3.

Wobec tego, musimy uznać za zasadę, że niemowlę z napięciem ciemączkiem daje wskazanie do natychmiastowego nakłucia łądźwiowego.

W przebiegu drętwicy karku dość częste są powikłania ze strony narządów wzroku i słuchu. Z powikłań, opisanych w piśmiennictwie, spostrzegaliśmy u trojga niemowląt *iridocyclitis* które skończyło się pomyślnie w 1 przypadku wyleczonej drętwicy; w 2-ch przypadkach dzieci zmarły.

Narząd słuchowy bywa też porażony, szczególnie nerw słuchowy i błędnik.

Uszkodzenia te mogą być tylko przejściowe; najczęściej zaś pozostają na zawsze i prowadzą do zupełnego zaniku słuchu.

W jednym z naszych przypadków, który dotyczył niemowlęcia 10-cio miesięcznego, gdzie zaczęto leczenie w 3-im tygodniu choroby, pozostał zupełny zanik słuchu.

Spostrzegane są powikłania stawowe w postaci ropnego zapalenia stawów. Tego rodzaju powikłań nie widzieliśmy ani razu.

Ciekawą jest kwestja tak zwanych następstw, a zwłaszcza w sferze psychicznej, które występują po upływie pewnego czasu po zupełnem wyleczeniu.

Już w okresie zdrowienia można stwierdzić pewną nadmierną wrażliwość: skłonność do płaczu, ataki złości i gniewu. W niektórych przypadkach objawy te znikają bez śladu, w innych zaś pozostają dość długo.

Jeden z naszych chorych, chłopiec 3-letni, podczas ozdrowienia krzyczał bez widocznej przyczyny, że się czegoś boi, że go chcą bić. Został wypisany zupełnie zdrow, lecz po 2-ch miesiącach ta nadmierna wrażliwość powróciła.

W niektórych przypadkach występuje zanik pamięci upośledzenie zdolności, zmiana usposobienia i charakteru.

Opisywane są jednak również przypadki, gdzie inteligencja jest jakby podrażniona: dziecko ma za wielką chęć do nauki, uczy się z niezwykłą łatwością i gorliwie, do tego stopnia, że rodzice są zmuszeni odbierać mu książki.

Jedna z naszych chorych, dziewczynka 12-letnia po przebytej ciężkiej drętwicy karku, zaczęła się uczyć znacznie lepiej, niż przed chorobą i matka nie mogła oderwać jej od książki.

Są opisane przypadki zupełnego zaniku inteligencji, prowadzącej do ogłupienia, u dzieci z następczem wodogłowiem.

Rozpoznanie drętwicy karku w jej najwcześniejszym okresie jest niezwykle ważne dla natychmiastowego leczenia.

Widzieliśmy wyżej, że nie jest trudno rozpoznać drętwicę karku o przebiegu typowym. Lecz i w tym wypadku napotykamy na trudności, gdyż wiele postaci chorobowych u dzieci zaczyna się od wymiotów i bólu głowy, a w wieku młodszym i od drgawek.

W szpitalu *Anny-Marji* spostrzegaliśmy przypadek włóknikowego zapalenia płuc, u chłopca 7-io letniego, który dawał z początku typowy obraz drętwicy karku.

W przypadkach niepewnych należy zawsze dokonać nakłucia łądźwiowego, które rozstrzygnie wątpliwość.

W innym przypadku mieliśmy do czynienia z wylewem krwawym do opon, który również dawał typowy obraz drętwicy karku. Różniczkowanie z durem wysypkowym też nie jest łatwe, gdyż i tu mogą wystąpić wybitne objawy oponowe, a w drętwicy karku spostrzega się niekiedy dość obfitą wysypkę.

Podczas epidemji tego lata, spostrzegliśmy podobny przypadek u chłopca 10-cio letniego, który został przyjęty do szpitala w 5-ym dniu choroby. Stwierdzono wybitne objawy oponowe i dyskretną wysypkę na klatce piersiowej. Wszystkie objawy przemawiały za drętwicą karku. Natychmiastowe nakłucie łądźwiowe wykazało płyn mózgowodzeniowy zupełnie przezroczysty, zlekką zapalny. Nazajutrz wystąpiła typowa wysypka durowa.

Trudne, lecz bardzo ważne jest różniczkowanie różnych postaci zaburzeń odżywiania u niemowląt z drętwicą karku. Zaburzenia te mogą wywołać objawy mózgowe; wymioty, drgawki, wysoką ciepłotę, utratę przytomności.

Gdy rozpoznanie kliniczne zapalenia opon zostało ustalone, należy je odróżnić od innych zapaleń, nie wywołanych przez dwoinkę *Weichselbauma*. Co się tyczy różniczkowego rozpoznania między gruźliczym zapaleniem opon i drętwicą karku, to naogół nie przedstawia ono trudności; należy jednakże pamiętać o możliwości istnienia obu postaci jednocześnie.

Znajdujemy w piśmiennictwie kilkanaście przypadków zakażenia mieszanego. Przebiegają one najczęściej jak za-

palenie gruźlicze. Płyn mózgowordzeniowy jest prawie zawsze przezroczysty. Nic nie przemawia za drętwią, lecz badanie płynu mózgowordzeniowego wykazuje jednocześnie obecność laseczników Kocha i dwoinek Weichselbama.

Jeden taki przypadek zakażenia mieszanego spostrzegaliśmy u dziecka gruźliczego, 7-0 letniego. W płynie przezroczystym mózgowordzeniowym znaleziono pojedyncze dwoinki Weichselbama.

Na stole sekcyjnym znaleziono zmiany typowe dla gruźliczego zapalenia opon, zserowaciale zwyrodnienie lewej półkuli mózdzku, a w mętawym płynie z komór—typowe dwoinki wewnątrzkomórkowe Weichselbama.

Nakłucie łądźwiowe jest jedynym zabiegiem, który umożliwia niewątpliwe rozpoznanie nagminnej drętwy karku.

Wyłącznie tylko wyniki badania płynu mózgowordzeniowego, są bez względu nie miarodajne przy rozpoznaniu tej choroby i torują drogę dla leczenia swoistego.

Nakłucie łądźwiowe powinno być dokonane n a t y c h m i a s t b e z z w ł o k i u dziecka, podejrzanego o drętwią, gdyż leczenie zależy jedynie od wyniku badania płynu, a wynik leczenia od możliwie szybkiego jego zastosowania. Widzieliśmy podczas tegorocznej epidemii że wszystkie złe wyniki leczenia swoistego były skutkiem późnego stosowania surowicy. Można to również stwierdzić na tablicy Nr. 1 (patrz str. 248).

Płyn mózgowo-rdzeniowy w większości przypadków wypływa pod dość wzmożonym ciśnieniem. W niektórych przypadkach — płynu nie udaje się wcale wydobyć przy pierwszych nakłuciach, wskutek gęstego wysięku ropnego. Płyn mózgowordzeniowy może być ropny i nawet bardzo gęsta ropa może wypływać przez igłę, jednakże w niektórych przypadkach jest się zmuszonym wyciągać ropę za pomocą strzykawki.

W naszych przypadkach spostrzegaliśmy najczęściej płyn mętny, szarawy, opalizujący, w którym, po upływie kilku godzin, osiada na dnie próbówki gęsta warstwa ropy żółtozielonawej lub też wytwarza się gęsta, błonka włóknikowo-ropna.

TABLICA I.

Leczone bez surowicy	N i e m o w i e t a				Dzieci od 2-ch lat do 15-tu				Razem
	wyleczono	zmarło	wyleczono	zmarło	wyleczono	zmarło	wyleczono	zmarło	
Surowica Berneńska . . .		I		I		² brak sur. w Łodzi kwiecień 1919 r.	I	I	4
Surowica Wiedeńska . . .					I	2		2	5
Surowica Drezdeńska . . .				I					I
Surowica inst Pasteura (Paryż)		I			I		3		5
Surowica Warszawska I (do 2-ej poł. marca 1920 r.)				I		6			7
Surowica Warszawska II (od 2-ej poł. marca 1920 r.)	7	2	3	II	13	—	5	2	43
									razem . 74

Przypadki, spostrzeżane w szpitalu Anny-Marii od kwietnia 1919 r.

Badanie drobnowidzowe osadu lub też błonki wykazuje najczęściej w początku choroby liczne ciała ropne, wielojądrowe—całe i zniszczone, zawierające dość znaczną ilość dwoinek wewnątrzkomórkowych, gramujemnych.

W niektórych przypadkach, gdy nie udaje się wykryć obecności dwoinek na preparatach mazanych, należy wstawić probówkę z płynem do ciepłarki (37°) na 2—3 godziny. Dwoinki rozmnażają się przy tej ciepłocie; przy stosowaniu tego sposobu udawało się nam zawsze stwierdzić obecność dwoinek.

Badanie drobnowidzowe nie zawsze wystarcza w przypadkach wątpliwych należy uciec się do hodowli i różniczkować szczepy za pomocą aglutynacji.

Od czasu odkrycia swoistego zarazka drętwy karku przez *Weichselbaum*a, liczni badacze zaczęli pracować nad przygotowaniem surowicy swoistej. Badania te zaczęli prawie jednocześnie w pierwszych latach bieżącego stulecia; *Flexener* i *Jobling* w Stanach Zjednoczonych, *Jochmann*, *Kolle* i *Wassermann* w Niemczech—w r. 1906. W r. 1907 *Roux*, w Instytucie Pasteur'a, w Paryżu dokonał pierwszych doświadczeń nad zwierzętami.

Surowica przeciwmeningokokowa jest bakterjobjęcza. Według niektórych autorów posiada ona również własności antytoksyczne,

Surowica swoista jest obecnie uznana przez większość autorów jako niezawodny i skuteczny środek w zwalczaniu drętwy karku.

Wnioski o dodatnim działaniu surowicy mogą być oparte na 3 danych:

1) Przedewszystkiem—znaczące zmniejszenie się odsetka śmiertelności od czasu wprowadzenia leczenia surowicą. W statystyce *Dunna* (porówn. tabl. II) śmiertelność z drętwy karku wynosiła od 60% do 80%, po wprowadzeniu leczenia surowicą obniżyła się do 18%. (Patrz tabl. II, str. 250).

*Zylberlast*ówna wykazała 20% śmiertelności przy leczeniu surowicą.

2) Skrócony przebieg choroby i względnie rzadkie następstwa.

3) Wpływ bezpośredni na poszczególne objawy.

TABLICA II.

Lata	Listopad 1899 do 1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
odsetek śmier- telności podług D u n n a	85%	90	48	72	64	60	88	90	18
przez stosowanie surowicy									

Surowica wpływa dodatnio na osłabienie poszczególnych objawów: już po 24-ch lub 48 godzinach nieprzytomność, ból głowy, majaczenie, bezsenność zmniejszają się w znacznym stopniu.

Ciepłota może opaść krytycznie lub litycznie w przeciągu 3—4-ch dni. Czasem trwa znacznie dłużej, jak zobaczymy dalej.

Sztywność karku ustępuje powoli; najdłużej utrzymuje się objaw Kerniga.

Stan ogólny szybko się polepsza: bladeść twarzy, ogólne wycieńczenie, objawy ogólnego zatrucia znikają stopniowo.

Płyn mózgowordzeniowy również ulega zmianom, które mogą być zwiastunami szybkiego wyzdrowienia.

Są to zmiany następujące: płyn stopniowo staje się mniej mętny: w probówce zamiast osadu ropnego zjawia się stojąca błonka, która z każdym dniem staje się cieńsza.

Mikroskopowo, wielojądrzaste zwyrodniałe ustępują miejsca wielojądrzastym prawidłowym. Ilość dwoinek stopniowo się zmniejsza, a pozostałe ulegają zwyrodnieniu: zaródz ich nabrzmięwa, barwią się gorzej.

Wreszcie dwoinki znikają zupełnie, ilość wielojądrzastych się zmniejsza, zjawiają się komórki jednojądrzaste, następnie zaczynają przeważać limfocyty, które zwiastują blizkie wyzdrowienie.

O dodatnim wpływie surowicy na przebieg choroby i poszczególne objawy świadczą następujące nasze przypadki.

1-o Dziewczynka 7-letnia (R. G.). 3-i dzień choroby. Ciepłota 39°. Wybitne objawy sztywności; bolesność na dotyk; płyn

mózgowordzeniowy ropny, zawierający znaczną ilość dwoinek wewnątrz-komórkowych.

Po 2 ch dawkach surowicy po 40 cm³., ciepłota 37°, dziecko siedzi, samo je, czuje się zupełnie dobrze; płyn mózgowordzeniowy zlekką mętny, zawiera małą ilość dwoinek.

Po 4-ch dawkach surowicy płyn przezroczysty, dwoinek nie zawiera. Stan ogólny zupełnie dobry.

2-o Dz. 3-letnia (R. Gil.) 5-ty dzień choroby. Stan bardzo ciężki; dziecko nieprzytomne. Objawy sztywności wybitne. Ciepłota 39,5. Płyn mózgowordzeniowy gęsty, ropny, zawiera znaczną ilość dwoinek.

Po 3-ch dawkach surowicy po 40 cm.³—płyn zlekką mętny, objawy sztywności znacznie słabsze. Po 5-ciu dawkach—stan dobry; ciepłota opadła, płyn przezroczysty, dwoinek nie zawiera.

Po 2-ch tygodniach pobytu w szpitalu, dziecko wypisane zupełnie zdrowe.

3-o Chł. 3-letni (S. S.) 4-y tydzień choroby. Ciepłota 40°. Stan ciężki. Wybitna sztywność karku, krzyczy przeraźliwie. Płyn mózgowordzeniowy ropny—zawiera ogromną ilość dwoinek wewnątrzkomórkowych. Nazajutrz po 1-iej dawce surowicy (40 cm.³) dziecko siedzi i samo je. Płyn zlekką mętny—zawiera małą ilość meningokoków.

Po 5-ciu dawkach surowicy—dziecko zupełnie zdrowe.

Oprócz wyżej przytoczonych przypadków spostrzegaliśmy cały szereg podobnych, w których działanie surowicy nie ulegało żadnej wątpliwości.

Wśród naszych przypadków mieliśmy również sposobność spostrzegania takiego szybkiego poprawiania się płynu mózgowordzeniowego pod wpływem surowicy, o którym wspominaliśmy wyżej. Naprzykł:

1-o Dziecko 14-mies. (J. Szcz.) 3-ci dzień choroby.

10/V. 1920 r. Płyn mętnawy. Przeważają wielojądrzaste. Znaczna ilość dwoinek wewnątrz i zewnątrzkomórkowych. Wstrzyknięto 30 cm.³ surowicy.

11/V. 20 r. Płyn mętny; wielojądrzaste przeważają; dość dużo limfocytów; dwoinki wewnątrzkomórkowe pojedyncze; zewnątrzkomórkowych brak.

12/V. 20 r. Płyn prawie przezroczysty. Ciałek białych 318 w mm³; wytworzyła się delikatna błonka. Dwoinek nie wykryto. Wstrzyknięto 30 cm.³ surow. Po kilku dniach dziecko zupełnie zdrowe.

2-o Dziewcz. 9-mies. (E. P.) chora 4-y dzień.

1-go dnia—wielojądrzaste liczne; dwoinki wewnątrzkomórkowe liczne.

7-go dnia—dość dużo limfocytów; dwoinek nie wykryto. Otrzymała 160 cm.³ surowicy w 8 dawkach.

8-go dnia—płyn prawie przezroczysty, ciała białych 352 w 1 mm³. Dwoinek nie wykryto.

9-go dnia—płyn przezroczysty; wyłącznie limfocyty; dwoinek nie wykryto.

13 dni po przyjęciu do szpitala, płyn zawiera 0,4⁰/₀₀ białka, 44 ciała białych w 1 mm.³. (Płyn lekko zapalny). Dziecko zupełnie zdrowe.

3-o Chł. 3 l. 30-ty dzień choroby (S. S.). 18/V 20 r. Płyn bardzo mętny. Wytworzył się osad ropny. Wyłącznie wielojądrowe. Dwoinki wewnątrz komórkowe bardzo liczne (po kilka w jednej komórce). Surowicy 40 cm³.

19/V. Płyn prawie przezroczysty; prawie wyłącznie limfocyty. Wytworzyła się błonka. Dwoinek zaledwie kilka w całym preparacie. Surowicy 40 cm³.

20/V. Płyn przezroczysty; wytworzyła się błonka; przeważają limfocyty. 1 dwoinka w całym preparacie. Surowicy 30 cm³.

21/V. Płyn przezroczysty. Wytworzyła się delikatna błonka; prawie wyłącznie limfocyty; dwoinek nie wykryto. Surowicy 20 cm³.

22/V. Płyn przezroczysty. Delikatna błonka; wyłączna limfocytoza; dwoinek nie wykryto.

Dziecko zupełnie zdrowe.

Znany jest również wpływ surowicy na rzadkość następstw. N e t t e r podaje, że przed stosowaniem leczenia swoistego spostrzegał następstwa w 23% przypadków; w niektórych zaś epidemjach od 70 do 80%. (Głuchota, ślepotą, porażenia, powodujące kalectwa, wodogłowie itd.). Dzięki seroterapii, N e t t e r podaje 7,5% przypadków z następstwami, F l e x n e r—tylko 2,56%.

Są jednakże przypadki, gdzie mimo leczenia swoistego spostrzegamy kalectwa nieuleczalne, które wystąpiły przed rozpoczęciem leczenia.

W 2-ch naszych przypadkach, wyleczonych lecz gdzie zaczęto stosować surowicę późno (w 3-im i w 4-ym tygodniu choroby) wpłynęła ona dodatnio na przebieg choroby; lecz dzieciom pozostały jako następstwa: w 1-ym przypadku, u niemowlęcia 10 miesięcznego zupełnie zanik słuchu, w 2-im zaś—znaczne osłabienie słuchu.

W przypadkach leczonych wcześniej nie spostrzegaliśmy żadnych następstw.

Surowica, wprowadzona do kanału rdzeniowego działa bezpośrednio na opony i pośrednio na cały ustrój.

O działaniu bezpośrednim surowicy świadczą zmiany w płynie mózgowordzeniowym.

Surowica działa na cały ustrój dzięki przepuszczalności opon mózgowordzeniowych z wewnątrz na zewnątrz. Świadczyć o tem może przypadek ogólnego zakażenia meningokokowego, bez objawów zapalenia opon, leczony za pomocą surowicy, wprowadzonej do kanału rdzeniowego, z wynikiem dodatnim, podany przez *Nettëra*.

Choroba posurowicza wskazuje na to, że surowica, wstrzyknięta do kanału rdzeniowego, przechodzi do ogólnego biegu krwi.

Jednym z warunków dodatniego działania surowicy jest jej *swoistość*.

Dowiedziane jest, że nie wpływa ona na drętvicę karku, wywołaną przez pseudo-meningokoki, przez parameningokoki *Doptëra* i przez szczepy meningokoków inne, niż te, przeciw którym jest przygotowywana dana surowica. Wskutek tego, jak podaje *Nettër*, otrzymujemy dość często złe wyniki przy leczeniu surowicą, jeżeli nie odpowiada ona szczepowi chorobotwórczemu.

O bezskutecznym działaniu surowicy nie ściśle swojej, mogą świadczyć przypadki, które spostrzegaliśmy w roku ubiegłym i na początku roku bieżącego. Wobec tego, 1) że ciężkość przypadków była taka sama, jak w późniejszym czasie, 2) że sposób stosowania surowicy był zawsze ten sam, a wyniki złe, przypisujemy je temu, że surowice stosowane nie odpowiadały szczepom chorobotwórczym.

Z 4 dz. leczonych sur.	Berneńską	4	zmarło
" 5 " "	" Wiedeńską	4	"
" 1 " "	" Drezdeńską	1	"
" 7 " "	" Warszawską (wyrob.		
	do 2-iej poł. marca r. b.)	7	7

Wobec tego, pominiemy wyżej podane przypadki i będziemy rozpatrywali jedynie te, które były leczone surowicą wielowartościową inst. Pasteura w Paryżu i surowicą, wyrabianą przez Warszawski Państwowy Zakład wyrob. surowic (od 2-iej połowy marca r. b.). Pominiemy również przypadki, które zupełnie nie były leczone surowicą.

Wobec tego, że nie zawsze łatwo jest określić, do jakiego szczepu należą dane zarazki, najlepiej jest mieć surowicę wielowartościową, odpowiadającą najwięcej rozpowszechnionym szczepom. We Francji jest najwięcej rozpowszechniony typ B, u nas zaś typ A. W 2-ch naszych przypadkach w Miejskiej Prac. Bakt. udało się zidentyfikować ten szczep. W czerwcu r. b. stosowaliśmy Warsz. sur. A z pomyślnym wynikiem; najpraktyczniej jednakże jest stosować surowicę wielowartościową; nie zawiedzie ona nigdy.

2-im warunkiem dodatniego działania surowicy jest wczesne jej stosowanie, jak to wynika z przebiegu poszczególnych przypadków i z załączonych tablic (N. III i N. I).

TABLICA III.

	Flexner	Netter	Dopter
Przed 3-im dniem choroby	14,9 ⁰ / ₀	7,14 ⁰ / ₀	8,2 ⁰ / ₀
Między 4-y m a 7-y m dniem	22 ⁰ / ₀	11,1 ⁰ / ₀	14,4 ⁰ / ₀
Po 8-y m dniu choroby . .	36,4 ⁰ / ₀	23,5 ⁰ / ₀	24,1 ⁰ / ₀

Odsetki śmiertelności, w zależności od chwili zastosowania surowicy.

Oprócz tego działanie surowicy jest zależne w znacznej mierze od wieku chorych. Wynika to zarówno z przebiegu naszych przypadków jak i z danych innych autorów (porówn. tabl. IV i I).

TABLICA IV.

	Flexner	Netter	Dopter	Zylberla- stówna
W 1-m roku życia	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	48,6 ⁰ / ₀	55 ⁰ / ₀
Od 1 do 2 lat . .	42 ⁰ / ₀	0 (6 przyp.)	20,1 ⁰ / ₀	16,5 ⁰ / ₀
Od 2 do 5 lat . .	23,5 ⁰ / ₀	16,6 ⁰ / ₀	9,3 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀
Od 5 do 10 lat . .	11,4 ⁰ / ₀	12,5 ⁰ / ₀	8,5 ⁰ / ₀	12 ⁰ / ₀
Od 10 do 20 lat . .	23,8 ⁰ / ₀	0 (8 przyp.)	10,2 ⁰ / ₀	0 ⁰ / ₀
Ponad 20 lat . .	26,4 ⁰ / ₀	0 (8 przyp.)	14,1 ⁰ / ₀	0 ⁰ / ₀

Odsetki śmiertelności chorych, leczonych surowicą w zależności od ich wieku.

Zatrzymamy się obecnie na przypadkach leczonych surowicą instytutu Pasteura (5 przypadków), i surowicą warszawską (od 2-ej połowy marca r. b.) (43 przyp.)

Prawie wszystkie te przypadki skończyły się pomyślnie. Przypadki te możemy podzielić na 2 kategorie:

Do 1-ej zaliczymy dzieci do lat 2-eh

Do 2-ej „ „ dzieci starsze.

Każdą z tych kategorii podzielimy na 2 grupy:

Do 1-ej zaliczymy przypadki, w których zaczęto stosować surowicę we wczesnym okresie choroby; do 2-ej surowicy przypadki, w których dzieci były oddawane do szpitala w 2-im, 3, 4, 5, 8, 9-ym tygodniu choroby. W jednym przypadku dziecko zostało przyjęte do szpitala po 6-ciu miesiącach choroby.

Nie ulega kwestji, że w przypadkach, w których zaczęto stosować surowicę po długim upływie czasu od początku choroby, nie mogła ona wywrzeć takiego wpływu, jak w przypadkach świeżych.

Z załączonej tablicy (I) widzimy, że z 5 przypadków, leczonych surowicą Instytutu Pasteur'a—wyleczono 4, przy czem zmarło 1 niemowlę.

Z 43 przypadków, leczonych surowicą Warszawską (od II połowy marca r. b.) wyleczono 28, przy czem należy zaznaczyć, że zmarło 13 niemowląt z ogólnej liczby 23. Z nich 14 zaczęto leczyć w późnym okresie choroby. Z tych 14—3 wyleczono; 11 zmarło. Z 9 niemowląt, które zaczęto leczyć w 1-ym tygodniu choroby—7 wyleczono; 2—zmarło.

Z 13 starszych dzieci, przyjętych w 1-ym tygodniu choroby—13 wyleczono; z 7 przypadków, przyjętych w późnym okresie choroby, 5 wyleczono, 2—zmarło.

Dane nasze najzupełniej się zgadzają z danymi innych autorów, jak to wynika z załączonych tablic.

Zasady, których należy przestrzegać i któremi się kierujemy przy stosowaniu surowicy są następujące:

1. Zastrzykujemy surowicę do kanału rdzeniowego.

Wspomnę tylko, że nakłucia lędźwiowego i wstrzyknięcia surowicy dokonywamy zawsze w położeniu leżącym.

Surowicę uprzednio nagrzewamy do 37° w kąpielii wodnej. Po wstrzyknięciu surowicy kładziemy dziecko w ten

sposób, że głowa znajduje się niżej, niż miednica. Zostawiamy dziecko w tem położeniu od $\frac{1}{2}$ do 1 godziny.

2. Gdy tylko przyjmujemy dziecko, podejrzane o drętwicę karku, nawet w tych wypadkach, gdzie się nie stwierdza wybitnych objawów zapalenia opon, a dotyczy to najczęściej niemowląt, gdzie obraz kliniczny nie jest typowy—dokonywamy natychmiast nakłucia lędźwiowego. W wypadkach, gdzie przez nakłucie lędźwiowe nie udaje się wydobyć płynu, dokonywamy u niemowląt nakłucia ciemiaczka. Jako przykład nietypowy obrazu klinicznego u niemowlęcia może służyć następujący wypadek.

W maju r. b. został przyjęty do szp. Anny Marji chłopiec 13-miesięczny. Chory 4-y dzień. Niespokojny, krzyczy, nie daje się wziąć na ręce, C i e m i ą c z k o n a p i ę t e; oprócz jednostronnego objawu B r u d z i ń s k i e g o nie stwierdza się żadnych objawów oponowych. Przez nakłucie lędźwiowe wydobywa się płyn ropny.

Jeśli płyn jest choćby zlekka mętny, wstrzykujemy natychmiast surowicę swoistą do kanału rdzeniowego przed badaniem płynu mózgowordzeniowego, aby nie tracić czasu. Jest to, t. zw. pierwsza systematyczna iniekcja francuskich autorów. Przynosi ona dużo korzyści w razie zapalenia nagminnego; w razie zaś zapalenia opon, wywołanego przez inny zarazek—nie może ona zaszkodzić.

3. Używamy dużych dawek—20—30—40 cm³ jednorazowo i c o d z i e n n i e. Nie zawsze się kierujemy ilością uprzednio wypuszczonego płynu mózgowo-rdzeniowego.

Najlepiej jest wypuścić przez uprzednie nakłucie lędźwiowe taką ilość płynu, jaką chcemy zastrzyknąć.

Gdy nie udaje się wydobyć dostatecznej ilości płynu, kierujemy się przy wstrzykiwaniu oporem, na jaki napotykaemy. Jeśli opór nie jest znaczny, wstrzykujemy znacznie więcej, niż wypuściliśmy.

W jednym przypadku, po uprzednim wypuszczeniu 5 cm³, wstrzykiwaliśmy codziennie 30 cm³ surowicy nie stwierdzając przy tem żadnych przykrych objawów.

4. Badany codziennie płyn mózgowordzeniowy i przestajemy zastrzykiwać dopiero wtedy, gdy:

- 1) płyn mózgowordzeniowy nie zawiera dwoinek;

2) gdy codziennie stwierdzamy stopniową poprawę formułki cytologicznej płynu mózgowordzeniowego; gdy widzimy, że wielojądrzaste znikają stopniowo; gdy znajdujemy prawie wyłącznie limfocyty, możemy powiedzieć stanowczo, że wolno przerwać leczenie.

5. Może to nastąpić po upływie dłuższego lub krótszego czasu i nie należy się obawiać długiego leczenia, i związanych z tem danych ilości surowicy.

Należy również kierować się stanem ogólnym i ciepłotą; lecz zazwyczaj stwierdzamy w naszych przypadkach, że jednocześnie ustępują objawy sztywności karku, ciepłota i stan zapalny płynu mózgowordzeniowego.

Jako przykład stosowania dużych ilości surowicy mogą służyć następujące nasze przypadki:

1. Chł. 10 mies. (M. B.); przyjęty 13/IV r. b. w 3-im dniu choroby, z wyraźnymi objawami drętwicy karku. Płyn mózgowordzeniowy ropny z gęstym osadem ropnym; zawiera znaczną ilość dwoinek. W przeciągu 10 dni dokonywano codziennie nakłucia lędźwiowego i wstrzykiwania po 10—20—30c³ surowicy. Ogólna ilość surowicy wyniosła 190 c³. Dwoinki znikły dopiero po 10-ym wstrzyknięciu surowicy; płyn był przezroczysty. Ciepłota utrzymywała się nadal, stan ogólny się polepszał.

27/IV Ciepłota zaczęła się obniżać.

3/V Stan ogólny zupełnie dobry; płyn zupełnie przezroczysty, zawierał 0,17% białka i 11 ciałek białych w 1 mm³.

10/II Wypisane zupełnie zdrowe.

2. Chł. 7 mies. (Sz. W.). Przyjęty w 8-ym dniu choroby. Płyn ropny, zawiera dużo dwoinek wewnątrzkomórkowych. W przeciągu 12 dni dokonano 12 wstrzykiwań surowicy. Ilość ogólna wynosiła 295 c³.

Dopiero po 12-ym zastrzyku dwoinki znikły z płynu mózgowordzeniowego. Stan ogólny zaczął poprawiać się wcześniej, lecz ciepłota opadła dopiero po 12-ym zastrzyku. Dziecko zostało wypisane zdrowe po 20-dniowym pobycie w szpitalu.

3. Chł. 14-letni (M. Sz.). Przyjęty do szp. A. M. w 3-im dniu choroby. Stan ciężki, płyn mózgowordzeniowy ropny, gęsty, zawiera bardzo liczne dwoinki wewnątrzkomórkowe. W przeciągu 14 dni dokonano 14 wstrzykiwań surowicy (w dawkach po 30 i 40 cm³). Ogólna ilość surowicy wyniosła 510 cm³.

Ciepłota utrzymywała się przez cały czas z dużymi wahaniami.

Po 13-ym wstrzyknięciu surowicy płyn mózgowordzeniowy był jeszcze mętny z osadem ropnym i zawierał liczne komórki wielojądrzaste, oraz dwoinki pojedyncze.

Dopiero po 14-ym wstrzyknięciu dwoinki znikły z płynu mózgowordzeniowego. Płyn był jeszcze mętny. Następnie ciepłota zaczęła się obniżać stopniowo. Płyn stał się przezroczysty dopiero po upływie tygodnia od 14-ego wstrzyknięcia.

6. Nie należy obawiać się stosowania surowicy, jeżeli się uprzednio nie wydobyło płynu mózgowordzeniowego.

Jako przykład możemy przytoczyć przypadek dziewcz. 10 mies. (E. P.), u której przy pierwszym nakłuciu łądźwiowem wydobyto kilka kropel płynu ropnego, wstrzyknięto 10 cm³ surowicy.

Przy następnych 2-ech nakłuciacach płynu wcale nie udało się wydobyć, jednakże wstrzyknięto znów po 10 cm³ surowicy. Przy 3-im nakłuciu płynu również nie wydobyto i dokonano przepłukania kanału rdzeniowego roztworem soli fizjologicznej. Wstrzyknięto 10 cm³ surowicy.

Przy 4-em nakłuciu udało się wydobyć 60 cm³ mętnego płynu mózgowo-rdzeniowego. Przy następnych nakłuciacach płyn otrzymywano z łatwością.

Dokonano 8 wstrzykiwań; dziecko wypisane zdrowe.

2-i podobny przypadek spostrzegaliśmy u dziewczynki 11-niej. gdzie przy pierwszym nakłuciu udało się wydobyć pod znacznie wzmożonym ciśnieniem 40 cm³ płynu bardzo mętnego, w którym utworzył się gęsty osad ropny, z dużą ilością dwoinek.

3-go dnia, przez nakłucie łądźwiowe płynu nie udało się wydobyć; wstrzyknięto do kanału rdzeniowego 30 cm³ surowicy.

Po wstrzyknięciu dziecko narzekalo na silny ból głowy i krzyża; 4 razy z rzędu wstrzykiwano po 30 i po 40 cm³ surowicy bez uprzedniego wypuszczenia płynu. Dopiero przy 6-em nakłuciu udało się wydobyć, pod znacznie wzmożonym ciśnieniem, 50 cm³ bardzo mętnego płynu.

Następnych dni otrzymywano duże ilości płynu. Ogółem dokonano 8 wstrzykiwań. Ilość ogólna surowicy--280 cm³.

Po 8 iniekcjach—zupełnie zdrowa.

7. Należy stosować surowicę nawet w przypadkach przewlekłych, bo jeżeli w większości takich przypadków, mózg uległ już zmianom, na które surowica nie może mieć wpływu, są jednakże przypadki, gdzie surowica ma niewątpliwe działanie i na te postaci.

Przytoczymy przykład dziewczynki 14-letniej, przyjętej do szpitala Anny Marji w 3-im miesiącu choroby. Należy zaznaczyć, że leczono ją w domu przy czem w 2-im tygodniu choroby wstrzyknię-

to 10 cm³ surowicy; w 3-im tygodniu choroby również wstrzyknięto 10 cm³ sur.

Przy przyjęciu stwierdzono: wybitną sztywność karku oraz sztywność kończyn; objawy K e r n i g a i B r u d z i ń s k i e g o bardzo wyraźne; ogólne osłabienie, stan ciężki, silne bóle głowy.

Płyn mózgowordzeniowy przy pierwszym nakłuciu był mętnawy, zawierał ciała wielojądrzaste i limfocyty; dwoinek wewnątrzkomórkowych bardzo dużo, wstrzyknięto 40 cm³ surowicy; dokonano wstrzyknięć 4; ogółem 140 cm³ surowicy.

Po 4-em wstrzyknięciu—płyn przezroczysty; wyłącznie limfocyty; dwoinek nie wykryto, wypisana zupełnie zdrowa.

Ciekawy przypadek późnego stosowania surowicy z wynikiem pomyślnym spostrzegaliśmy u chłopca 4 letniego (S. S.), o którym wspominaliśmy wyżej.

Jak widzimy, należy zastrzykiwać surowicę, nawet w przypadkach starych.

8. W każdym przypadku, gdzie po upływie pewnego okresu bezgorączkowego, ciepłota się podnosi i występują na nowo objawy oponowe, należy podejrzewać nawrót. Należy jednakże wziąć pod uwagę, że objawy takie mogą być również wywołane przez chorobę posurowiczą.

Dlatego też, przed wznowieniem leczenia, wskazane jest uprzednie zbadanie płynu mózgowordzeniowego, gdyż płyn mętny dość często się spotyka w chorobie posurowiczej; a było by zupełnie przeciwwskazane leczyć chorobę posurowiczą za pomocą surowicy. Jeżeli badanie drobnovidzowe wykazało obecność dwoinek, należy wznowić leczenie, jak w przypadku świeżym.

Powinniśmy jednakże pamiętać, że wznowiając leczenie surowicą po dłuższej przerwie, narażamy chorego na niebezpieczeństwo anafilaksji.

Należy w tych wypadkach zastrzyknąć pod skórę 1 cm³ surowicy, a po upływie 1 godziny lub 2-ch stosować surowicę drogą rdzeniową (metoda B e z r e d k i).

Anafilaksja może występować w postaci objawów bardzo ciężkich, nawet zagrażających życiu chorego: zapaść, drgawki, apnoe, w 1 przypadku, przy wznowieniu leczenia po 3 tyg. przerwie, mieliśmy zejście śmiertelne. Te ciężkie postaci są niezwykle rzadkie i nie powinny być przyczyną zaniechania leczenia surowicą.

W 2-ch przypadkach mogliśmy, nie bez powodu, obawiać się anafilaksji, lecz nie spostrzegaliśmy jej.

Ciekawy, pod tym względem był przypadek chl. 7 mies. (Sz. W.), o którym wspominaliśmy wyżej.

Dziecko to, 3 tygodnie przed drętwią karku, przechodziło w szpitalu Anny Marji ciężki krup, i dostało wówczas 8 flakonów (40 cm³) surowicy przeciwbłoniczej.

Przy stosowaniu leczenia surowicą przeciwmeningokokową, zachodziła więc obawa anafilaksji.

Wszystkie 12 iniekcji surowicy stosowano podług metody B e z r e d k i; żadnych objawów anafilaksji nie spostrzegano.

Mogliśmy również oczekiwać anafilaksji u dziewczynki 14 letniej, której wstrzyknięto w domu przed kilku tygodniami 20 cm³ sur. Stosowaliśmy surowicę podług metody B e z r e d k i, bez żadnych przykrych objawów. Natomiast w 1 przypadku po 3 tygodniowej przerwie u dziewcz. 7 letniej, z powodu nawrotu, przy powtórnej wstrzyknięciu, spostrzegaliśmy następujące objawy: 3 minuty po wstrzyknięciu—drapanie nosa (objaw u morskiej świnki przy anafilaksji doświadczalnej); po 10 minutach—ogólna wysypka pokrzywkowa, która trwała 1/2 godziny, następnie znikła. Zapaść; zastrzyk kamfory co 1/2 godziny; osłabienie serca w przeciągu całej doby.

Należy zaznaczyć, że w niektórych przypadkach przy 1-em stosowaniu surowicy spostrzegaliśmy nagłą zapaść i apnoe, szczególnie u niemowląt. W tych razach—oddech sztuczny i środki nasercowe bardzo szybko zażegnywały niebezpieczeństwo.

Widzimy, iż surowica, stosowana w sposób należyty, t. j. w c z e ś n i e, w d u ż y c h d a w k a c h, d o s t a t e c z n i e d ł u g o, wywiera niewątpliwe działanie na chorobę, skraca jej przebieg i uleczają.

Z załączonej naszej tablicy widzimy, że dane nasze zgadzają się najzupełniej z danymi z piśmiennictwa, a mianowicie, że:

1) Największą śmiertelność dają dzieci do 1-go roku życia.

2) Śmiertelność powiększa się w zależności od chwili stosowania surowicy.

Należy więc jaknajwcześniej rozpoznawać i natychmiast stosować leczenie swoiste. Obok leczenia swoistego drętwicy karku istnieją najrozmaitsze inne sposoby, które możemy uważać tylko jako pomocnicze. Sposoby te w żadnym razie nie mogą zastąpić leczenia swoistego, i nie powinny być stosowane samodzielnie. Stosowaliśmy jednocześnie z surowicą gorące kąpiele codzienne, które mają działanie uśmierzające na bóle i sztywność kończyn i karku, oraz na stan ogólny. Urotropina stosowana *per os* przechodzi, jak wiadomo, do płynu mózgowordzeniowego i działa podobno, jako środek odkażający.

Nadmienię tylko, że obecnie niektórzy autorzy, w wypadkach ogólnego zakażenia meningokowego, wprowadzają surowicę również pod skórę, jednocześnie z wstrzykiwaniami do kanału rdzeniowego.

PIŚMIENNICTWO.

Barrel Coulomb et Couton. Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux 1912. — Chevelet Bourdinière. Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux 1910, 29 juillet. — Collignon. Presse Médicale 1911 r. Nr 73. — R. Dalmenesche. Presse Médicale 1910 Nr 33, str. 310. — R. Debré. Thèse de Paris 1911; Presse Médicale 1911, Nr 43, str. 445; Presse Médicale 1909, Nr 43; Presse Médicale 1910, Nr 71; Revue de Médecine 1911. — Desfosses. Presse Médicale 1909, Nr 43. — Dölger. Deutsche med. Wochenschr. 1914, Nr 31. — Ch. Dopter. Annales de l'Institut Pasteur 1910; Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. 14 juin 1912; Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. 2/VIII 1909; 5/V 1910; sem. méd. 1912. — Flatau i Handelsman. Prace z pracowni neurobiologicznej. Wyd. T. N. 1916 r. — Friedeman. Berl. Klin. Wochenschr. 1916, Nr 16. — Fischer. Ref. w Pr. Méd. 1910, Nr. 55. — Göppert. Kinderhkl. 1913, T. 7, s. 97. — Gryxer. Pr. Méd. 1909, Nr 43. V. Hutinel. Pr. Méd. 1910 r. Nr 53. — Jochman. Deutsche Med. Woch. 1911, Nr 38. — Georg B. Gruber u Fanny Kerschensteiner. Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde. T. XV, 1917 r. — Luthand. Th. de Paris 1910. Ref. u Pr. Méd. 1910, Nr 67. — Andre Mous-

s o u s e t R o c a x. Congrès de Pédiatrie 1910, ref. u Pr. Méd. 1910, Nr 64. — L a g a n e. Pr. Méd. 1909, Nr 43. — G. G u i g n a r d. Thèse de Paris 1911. — A. N e t t e r e t R. D e b r é. La meningite cer. sp. Masson 1911; Soc. Méd des Hôpitaux 22/VIII 1910; Congrès de Pédiatrie Ref. w Pr. Méd. 1910, Nr 64; Pr. Méd. 1917.—P i e r r e (Louis-Marée). Soc. Méd. Hôp. 1917, 7/II. — R i c h a r d e t J u l e s L e m a i r e. Pr. Méd. 1910, Nr 64. — R o q u e e t C o r d i e r. Soc. Méd. de Lyon 1-er février 1910. — S i c a r d e t S a l i n. Soc. Méd. des Hôpitaux, 8 juillet 1910. — T r i b o u l e t. Soc. Méd. des Hôp. 29/VII 1910. — T r i b o u l e t. Pr. Méd. 1910, Nr 96.—Z y l b e r l a s t ó w n a. Przegl. Pedjatr. 1917. T. VII.

O C E N A.

Felix v. S z o n t a g h. **O dyspozycji.** Berlin 1918.

W etjologii chorób t. zw. zakaźnych i przyczynowości ich powstawania nagminnego autor wysuwa dyspozycję na stanowisko panujące. Dyspozycja ma znaczenie decydujące w powstawaniu dwu kategorii chorób zakaźnych: 1^o chorób w ścisłym tego słowa znaczeniu zakaźnych, jako to: odra, ospa, ospa wietrzna, różyczka, świnka, i 2^o chorób infekcyjnych jako to: płonica, błonica, dur brzuszny, czerwonka, zapalenie migdałków. Z tą różnicą, że w chorobach kategorii pierwszej, prócz czynnika dysponującego, zazwyczaj niezbędnym jest jeszcze czynnik aktywujący, zarazek lotny—contagium volatile, zapewne co do swej istoty zacyzn, przechodzący z człowieka chorego na zdrowego, dysponowanego na dane cierpienie. Przy chorobach drugiej kategorii (infekcyjnych) również niezbędnym jest czynnik dysponujący, lecz tu on sam przez się warunkuje powstanie choroby. Od swoistości czynnika dysponującego uzależnioną jest swoistość cierpienia. Czynnik dysponujący swoisty stanowi podłoże, na którym rozwijają się zarazki określonego zawsze typu (lasecznik duru brzusznego, czerwonki i t. d.). Powstają one drogą mutacji, przechodzenia jednego typu bakterji w drugi. Drobnoustroje grają tu rolę czynnika aktywującego analogicznie do zarazka lotnego w schorzeniach kategorii pierwszej. Do rzędu takich chorób zaliczoną jest i płonica. Autor odmawia temu cierpieniu swoistości bakteryjnej a uważa je za zmodyfikowaną anginę. Pod wpływem swoistej dyspozycji na migdałkach zaczynają się rozwijać te lub inne drobnoustroje (najczęściej paciorkowce), warunkujące jako czynnik aktywujący zapalenie migdałków. Powstające tu jady, działając na uczuloną skórę (w tem uczuleniu skóry mieści się według S z o n t a g h a swoista cecha płonicy) powodują występowanie charakterystycznej wysypki.

Jak widać z powyższego, autor odmawia płonicy wszelkich cech zaraźliwości. W dalszej konsekwencji wszelkie środki zapobiegawcze, stosowane przy epidemji płonicy, jako to, izolacja, zamknięcie szkół—uważa za zbędne. Tego samego poglądu przy-

trzymuje się w ocenie zaraźliwości błonicy, duru brzuszego, czerwoni.

Decydującą rolę czynnika dysponującego na przebieg epidemii wszystkich chorób zakaźnych autor stara się uwidocznic za pomocą porównania krzywych epidemicznych różnych miast. Uderza w nich nadzwyczajna zgodność co do czasu powstania, nasilenia i wygasania epidemii duru brzuszego, błonicy i płonicy w odległych od siebie środowiskach. Autor podkreśla tu zjawisko perjodyczności, spostrzegane naogół w naturze, znajdujące swój wyraz i przy powstawaniu nowych ras w świecie zwierzęcym. Tutaj nową rasą, mającą niezwykłą zdolność rozmnażania się, są właśnie powstałe w czasie epidemii dróbnoustroje; czynnikiem zaś, warunkującym powstanie tej nowej rasy, jest masowa dyspozycja, stwarzająca dla drobnoustrojów swoiste środowisko.

Dla ścisłości należy tu zaznaczyć, iż w etiologii nowotworów autor rolę decydującą przypisuje również czynnikom dysponującym.

W poglądach swych na zaraźliwość chorób infekcyjnych autor doszedł do wywodów krańcowych, które przy obecnym stanie naszej wiedzy, nie mogą być całkowicie przyjęte. Wartość książki *S z o n t a g h a* polega na uznaniu ważności czynnika dysponującego w powstawaniu chorób zakaźnych, jego wpływu na przebieg choroby i to lub inne zejście. Bardzo umiejętnie, jako część składowa czynnika dysponującego, uwzględniony jest czynnik konstytucyjny, genetyczny. I śmiało, jeszcze bardzo do niedawna, poglądy autora na sprawę przechodzenia jednego typu bakterji w drugi znalazły w międzyczasie doświadczone potwierdzenie ze strony autorzytetów bakteriologicznych.

Książka *S z o n t a g h a* powinna być czytana z wielkim krytycyzmem. Wtedy jednak czytelnik znajdzie w niej nie tylko bogaty materiał faktyczny, lecz i bodziec do własnych spostrzeżeń klinicznych i epidemjologicznych.

Henryk Brokman.

POLSKIE TOWARZYSTWO PEDJATRYCZNE.

Wyciąg z protokółów posiedzeń odbytych w II-im kwartale 1921 r.

Posiedzenie kliniczne

z dnia 13 kwietnia 1921 r.

Kol. Łapiński Wacław przedstawił 15-letniego chłopca, dotkniętego ciężkim zniekształceniem obu kończyn dolnych w następstwie porażenia dziecięcego. Ze strony lewej istniała b. wybitna stopa szpotawo-końska, ze strony prawej b. wielkie zniekształcenie kości stopy z ustawieniem szpotawem.

Chłopiec chodził a właściwie podskakiwał z trudem przychem prawą stopą opierał się o zewnątrz-grzbietową powierzchnię stopy, lewą zaś o końce palców. W uśpieniu wykonano: na stopie lewej: podskórne przecięcie ścięgna Achillesa i skręcenie przez sfałdowanie mięśnia wyprostnego palców przez co uzyskano ustawienie stopy pod kątem prostym; ze strony zaś prawej wycięto klin kostny z kości stępu (*tarsectomia cuneiformis*) oraz skrócono przez sfałdowanie mięśnie strzałkowe i uzyskano prawidłowy kształt i dobre ustawienie stopy w stosunku do goleni. Wobec zupełnego porażenia mięśni lewej goleni chłopiec otrzymał aparat ortopedyczny, który utrzymuje ustawienie prawidłowe stopy. Obecnie w 5 miesięcy po pierwszej operacji chłopiec chodzi równo i pewnie, opierając się całkowicie na powierzchniach podeszwy obu stóp.

Kol. Sterling Wł. wygłosił odczyt o organizacji pracy lekarskiej w szkołach pomocniczych.

Prelegent omówił technikę i metody oddziaływania pedagogicznego na dzieci nienormalne i upośledzone, składające się na nowoczesną pedagogikę leczniczą, zatrzymując się szczególnie na tych instytucjach, które zajmują się specjalnie zaburzeniami psychicznymi wieku dziecięcego, a więc na: 1) zakładach i oddziałach

opiekuńczych dla dzieci, które zupełnie lub prawie zupełnie nie poddają się żadnym wysiłkom pedagogicznym, 2) zakładach wychowawczych dla głuptaków wyższego i średniego stopnia i 3) na t. zw. „szkołach, pomocniczych“. Omówiwszy rozwój historyczny szkolnictwa pomocniczego w Europie i w Polsce, mówca skreślił następnie postulaty budowy i urządzenia szkoły pomocniczej i zatrzymał się dłużej na materiale dziecięcym szkoły pomocniczej i sposobach kwalifikacji tego materiału; nakreślił plan kwestjonariuszy dla szkół normalnych, na zasadzie którego materiał bywa przekazywany szkołom pomocniczym oraz komisjom lekarsko-pedagogicznym, które materiał ten segregują i kwalifikują. Podkreślił dalej rolę i zadania lekarza-psychologa w szkole dla dzieci niedorozwiniętych w sprawie badania neurologicznego i psychiatrycznego jej wychowawców i omówił obszernie metodykę badania inteligencji rozmaitych typów upośledzenia umysłowego. Podniósł dalej wielką wagę współpracy lekarza i pedagoga, omawiając sposoby wykształcenia fachowego sił pedagogicznych w szkole pomocniczej oraz wielkie znaczenie tej instytucji pod względem państwowym, eugenicznym, społecznym, humanitarnym i naukowym.

Fosiedzenie zwyczajne

z dnia 27 kwietnia 1921 r.

Kol. Drabczyk T. przemawia w sprawie nauki higieny w szkole średniej. W programie naukowym szkoły średniej wydanym w 1919 r. i w programie wyższego gimnaz. państwowego z r. 1920 nauka higieny została potraktowana prawdziwie pomacoszemu, nie uwzględniono bowiem dla niej godzin specjalnych, a postanowiono wyklądać je przy okazji podczas lekcji zoologii, przez nauczyciela przyrodoznawstwa, przy sposobności przez lekarza szkolnego, oraz w godzinach po za lekcjami. Ponieważ prelegent uważa naukę higieny za przedmiot niezbędny, sam w sobie, który nie może być tylko dodatkiem do przyrodoznawstwa i ponieważ postawienie sprawy nauki tego przedmiotu w sposób powyższy stanowi kardynalny błąd ze strony Ministerstwa Oświecenia Publicznego, należy dążyć do usunięcia tego wielkiego braku w programie szkolnym.

Dr. Kopeczyński, jako referent Wydz. Hyg. Szkoln. Min. W. R. i Ośw. zaznacza, że ze swej strony dołożył wszelkich starań, aby przekonać odpowiednie czynniki o potrzebie włączenia do programu wykładów higieny; uważa to za rzecz niezbędną pomimo, że wiadomości z higieny powinny być pozatem szerzone wszelkimi możliwymi drogami; należy ją wyklądać nie dopiero w klasie VIII, ale rozpocząć już od pierwszej. Ponieważ program szkolny jest już i tak b. obszerny i nie można przeciążać uczniów dodatkowymi godzinami, dlatego też traktowanie nauki higieny w sposób czysto

praktyczyny poczynawszy od pierwszego dnia pobytu ucznia w szkole przy prowadzonych jednocześnie pogadankach „przy okazji“ przez lekarza lub wykonawców może dać zupełnie dobre wyniki. Należy dbać o to, aby wychowawcy mieli wystarczające wiadomości z higieny. W tym właśnie celu w seminarjach wprowadzono wykłady tego przedmiotu w klasie I—2 godz., w II—2 godz., w III—1 godz. W szkołach powszechnych lekcje higieny zostały uwzględnione. Lekarze szkolni, w celu popularyzowania wiedzy higienicznej przez pogadanki, odczyty i t. p., zrobili dotąd bardzo mało.

Dr. W o y n ó w n a twierdzi, że lekcje higieny mogą być prowadzone tylko przez lekarza, nie nadaje się do tego zwykły nauczyciel, chociażby nawet przyrodnik, który nigdy dotąd jak to dr. W o y n ó w n a wie z doświadczenia, nie mógł we właściwy sposób wywiązać się z zadania. Pogadanki i „godziny wolne“ nie wystarczają. Są wiadomości, które szkoła winna dać uczniowi uarówni z nauką czytania i pisania; do nich należy i higiena. Brak sił fachowych wśród nauczycielstwa lub ich nieprzygotowanie, o czym nadmieniał dr. K o p c z y Ń s k i, to nie jest argument, mocą którego z programu szkolnego wyklucza się tak ważny przedmiot. Tow. Pedjatr. powinno w tej sprawie apelować do Ministerstwa.

Dr. G r o m s k i zaznacza ważność przedmiotu, zwłaszcza w stosunku do dziewcząt kończących szkołę średnią w 17-ym, 18-ym roku życia bez najmniejszych nawet wiadomości czekających je w przyszłości obowiązkach matek.

Dr. S z e n a j e h proponuje wystosować odpowiedni memorjał do Ministerstwa Oświecenia.

Posiedzenie kliniczne

z dnia 11 maja 1921 r.

Kol. L o e w e n s t e r n i kol. M i c h a ł o w i e z przedstawiają przypadek rozpoznawanego za życia guza wątroby u siedmioletniego chłopca, który (guz) wobec szeregu objawów przyjęto za bąblowca. Zabieg operacyjny wyjaśnił, że chodziło w danym przypadku o gruczolak, wychodzący z trzustki.

W dyskusji kol. E r l i c h ó w n a zaznacza, że stwierdzona eozynofilja (4%) niezawsze jest objawem patologicznym u dzieci, raczej przyjmując ją można tylko za wysoką normę. Kol. H i r s z f e l d o w a widziała w Macedonji dość często przypadki bąblowca bez eozynofilji.

Kol. H i r s z f e l d o w a wygłosiła odczyt p. t.: „Żywnie nie niemowląt maślano-mącznym pokarmem C z e r n e g o - K l e i n s c h m i d t a. Szukając odpowiedniego pożywienia dla niemowląt b. młodych i słabych, autorzy drogą czysto doświadczalną doszli do następującej mieszanki: 7 gramów masła topić na wol-

nym ogniu przez parę minut, ażeby pozbawić go niższych kwasów tłuszczowych, do tego dodać 7 gramów mąki pszennej, mieszać ją z masłem przez 3—4 minuty, dopóki masa ta nie stanie się brunatną i płynną; do tego dodać 100 gramów ciepłej wody, 5 gramów cukru, przegotować i przecedzić. Dla niemowląt z wagą poniżej 3 kg. używać $\frac{1}{3}$ mleka + $\frac{2}{3}$ przepalanki, dla starszych zaś $\frac{2}{5}$ mleka + $\frac{3}{5}$ przepalanki. Przepis dla dzieci słabszych brzmi: 5 gr. masła, 5 gr. mąki, 4 gr. cukru. Na kg. wagi dziecka należy używać około 200 gr. tej mieszanki. Zachęcona świetnymi wynikami całego szeregu autorów, oraz osobistym doświadczeniem w dużej ilości przypadków w klinice pedjatrycznej w Zurychu, H i r s z f e l d o w a zastosowała wspomniane pożywienie w praktyce prywatnej, oraz na materiale przychodni w Warszawie. Prelegentka demonstruje szereg krzywych, które wykazują na ogół wyniki b. dodatnie. B. dobrze znoszą mieszankę dzieci nerwowe, krzykacze, dzieci chude i obarczone skazą wysiękową. Niekorzystne wyniki dr. H i r s z f e l d o w a stwierdziła w jednym przypadku erytrodermji, w dwóch przypadkach skurczu odźwiernika i w kilku przypadkach skazy wysiękowej u dzieci tęgich. Nie należy stosować pokarmu C z e r n e g o - K l e i n s c h m i d t a w przypadkach ostrego zaburzenia trawienia oraz w poważniejszych formach zaniku. Prelegentka niejednokrotnie stosowała zamiast masła szmalec lub margarynę z tym samym wynikiem. Autorzy przypisują dobre wyniki dużej zawartości tłuszczu pozabawionego przez topienie na ogniu kwasów niższych, wywołujących, jak wiadomo, zaburzenia w trawieniu.

Kol. S a c h s w dyskusji zwraca uwagę, że kwasy niższe, które masło zawiera, znajdują się w niem w ilości stosunkowo tak małej, że przetapianie masła nie jest chyba tak bardzo konieczne. W domu dla sierot wyznania mojżeszowego kol. S a c h s oddawna stosuje ten pokarm w formie zmodyfikowanej (Moro) ze względnie dobrymi rezultatami.

Kol. E r l i c h ó w n a wskazuje na brak witaminów w omawianym pożywieniu.

Kol. G r o m s k i nie radzi zbyt entuzjasmować się proponowanym pożywieniem, szczególnie zastępować masło przez szmalec lub margarynę.

Stwierdza dalej, że przypadki, które przedstawiła prelegentka odnoszą się do pory zimowej i jesiennej, i obawia się, czy przewód pokarmowy najmłodszych niemowląt zdoła sobie poradzić z tego rodzaju mieszanką w okresie upałów letnich.

Posiedzenie kliniczne.

z dnia 25 maja 1921 r.

Kol. K r a m s z t y k J u l. wygłosił rzecz, dotyczącą przypadku choroby Stiel-Chauffard u 2-letniej dziewczynki, która przed 8 miesiącami po jakiejś wysypce

dostała bólów w stopach i dłoniach, poczem przyszło do obrzmienia wielu stawów. Po 6-u miesiącach spostrzeżono powiększenie gruczołów na szyi, w pachach i pachwinach. Obecnie dziecko znajduje się w stanie znacznego wyniszczenia. Ciepłota 37°—38°. Wszystkie stawy obrzmiałe; gruczoły znacznie powiększone; w niektórych stawach wyczuwa się chęłbotanie. Śledziona i mocz bez zmian. Czerwonych ciałek 3,5 mil., leukocytów—19.000, limfoc. małych 60%. Trzony śródreżca i paliczków zgrubiałe, te ostatnie nawarstwione: *osteartropatia hypertrofica*—P i e r r e-M a r i e.

Kol. K l e j n w dyskusji, odrzucając możliwość gruźlicy lub przymiotu, wyraża przypuszczenie zmian w przysadce mózgowej.

Kol. Z i e l i Ń s k i przedstawia p r z y p a d e k o s t r e g o w o d o g ł o w i a u d z i e w c z y n k i 1-0 r o c z n e j wkrótce po przebyciu surowiczego zapalenia opon mózgowych. Choroba ostatnia miała miejsce w sierpniu ub. r.; w końcu grudnia obwód czaszki wynosił 60 cm., średnica ciemniaczka—14 cm.; kości czaszki w stanie zupełnego zaniku; znaczny wystercz oczu; wybitne wyniszczenie ogólne. Dziecko zmarło w maju r. b. przy objawach biegunki.

Kol. E r l i c h ó w n a wygłosiła odczyt p. t.: „W sprawie s t o s u n k u o d r y d o g r u ź l i c y“.

Przyczyna wpływu odry na występowanie gruźlicy nie została dotąd ustalona. Większość lekarzy mimo niewątpliwego związku przyczynowego tych dwóch cierpień, nie docenia niebezpieczeństwa odry. Prelegentka stawia wniosek, aby, zważywszy na łatwość, z jaką dzieci zapadają na gruźlicę wogóle, w szczególności zaś po przebyciu odry, traktować ozdrowieńców poodrowych jako zagrożonych gruźlicą, leczyc je wzmożonem odżywianiem i wszelkimi sposobami kontrolować ich stan przez czas dłuższy co do ewentualnego zakażenia gruźliczego. Prelegentka sądzi, że w ten sposób istnieją szanse zmniejszenia liczby przypadków gruźlicy po odrze.

W dyskusji kol. R u d z k i stwierdza, że odra pod względem powstającego po niej usposobienia do gruźlicy jest szkodliwszą u dzieci starszych (13 do 16 lat), podczas, gdy u dzieci do lat 7 pozostaje prawie bez wpływu. Około 80% gruźlicy, stwierdzanej między 16 a 18 rokiem życia, w wywiadach wykazuje niedawno przebytą odrę. Mniejszą odporność na gruźlicę stwierdza się niewątpliwie w ciągu pół do jednego roku po odrze.

Kol. K o r a l przypomina, że zapalenie gruźlicze opon mózgowych względnie często przychodzi jako zejście odry.

Kol. Ś z e n a j c h mając w praktyce do czynienia z dzieckiem chorem na gruźlicę pyta się nie o to, czy, a oto, kiedy dziecko przebyło odrę.

Kol. T r e n k n e r zwraca uwagę na zaraźliwość odry w okresie pierwszych zwiastunów, co powinno mieć znaczenie dla higienisty szkolnego.

Kol. D r a b c z y k radzi nie dopuszczać dziecka do szkoły w ciągu 4 tygodni po przebytej odrze.

Kol. G r o m s k i jest zdania, że zamykanie dziecku drzwi szkolnych w ciągu tak długiego czasu, jak to proponuje dr. D r a b c z y k nie ma odpowiedniego uzasadnienia, choćby ze względu na brak zaraźliwości, stwierdzanej u dziecka już wkrótce po ustąpieniu zmian chorobowych ostrych. Należałoby raczej, — aby lekarze szkolni zwrócili baczniejszą uwagę na dzieci, które we 2 tygodnie po przebyciu odry powracają do szkoły; wskazane jest częste kontrolowanie stanu ich zdrowia.

Posiedzenie zwyczajne

z dnia 15 czerwca 1921 r.

Celem zaznajomienia ogółu lekarzy i działaczy społecznych z akcją amerykańskich misji ratunkowych w Polsce, na posiedzenie zaproszono przedstawicieli amerykańskich instytucji, którzy w zwyciężonych referatach przedstawili zarysy działalności swej na polu pomocy dzieciom.

Pan P a t e przez tłumacza zdaje sprawę z działalności Ameryk. Wydziału Ratunkowego (Fundacja dla dzieci Europy). Akcja dożywiania dzieci obejmuje przeszło 3000 miast i wiosek i udziela pomocy 1,300,000 dzieci w wieku do 17 lat. Dzieci do lat 3-ech otrzymują jeden 160 gr. posiłek dziennie, zawierający 475 kalorii. Dzieci od lat trzech otrzymują 623 kalorie. Ogólna ilość żywności rozdanej dzieciom w Polsce do l. 6 1921 r. wynosi 94000 ton. Oprócz żywności rozdano 700000 kompletów odzieżowych. Ogólna wartość dotychczasowej pomocy wynosi około 35 milionów dolarów. Poza tem A. W. R. prowadzi akcję dożywiania około 15.000 studentów uniwersyteckich.

Dr. T a y l o r mówi o działalności misji Czerwonego Krzyża Amerykańskiego. Początkowa dorywcza pomoc misji polegała na zaopatrywaniu szpitalów, ambulatorjów, ochron, na organizowaniu ratunkowych i sanitarnych pociągów, z biegiem czasu przeobraża się w systematyczną akcję mającą na celu organizację stałej i systematycznej opieki nad dzieckiem i niemowlęciem. Akcja ta prowadzona jest w ścisłym porozumieniu z Ministerstwem zdrowia. Tworzy się powincjonalne komitety sanitarno-lekarskie, zakłada się szkołę dla pielęgniarek, organizuje kursy dla lekarzy.

Pragnieniem misji jest widzieć w Polsce zorganizowaną akcję, któraby zapewniła opiekę lekarską dla dzieci, niemowląt, karmiących matek i ciężarnych kobiet. Nie mniej ważnem byłoby wprowadzenie w życie odwiedzenia dzieci po domach i zorganizowanie t. zw. systemu opieki społecznej.

Pani Frances B. Toplitz mówi o działalności Towarzystwa Przyjaciół, które w miarę możliwości i potrzeby otwierało w Polsce kuchnie dożywiania, zakładało posterunki

sanitarne, rozdawało środki lekarskie i odzież i t. p. W ostatnim roku T-wo Przyjaciół wydaje do różnych instytucji około 1000 litrów mleka dziennie po cenie kilkakrotnie niższej od cen rynkowych.

W dyskusji, w której udział przyjmują licznie zebrani członkowie i goście mówcy podnoszą niezaprzeczone wielkie zasługi, jakie misje amerykańskie położyły w Polsce w sprawie polepszenia zdrowia dzieci i warunków ich życia. Za te wszystkie dobre i doniosłe czyny zachowamy dla nich jaknajgłębszą wdzięczność. Pozatem jednak zasługi tych wszystkich ludzi, którzy z drugiej półkuli przybywają do nas należy rozpatrywać i ze względu na tę wielką wartość moralną, jak przedstawiają ci, którzy dla dobra ludzkości opuszczają na długie miesiące i nawet lata swoje domowe ogniska i idą w świat, aby czynić dobrze nieznanym sobie istotom.

Prezes *Wł. Szenajch.*

Sekretarz *M. Gromski.*

STRESZCZENIA.

Gröer Fr. i Hecht A. **W sprawie znajomości adrenaliny. I. O zmianie działania adrenaliny na wzmożenie ciśnienia krwi po zmieszaniu jej z wytworami bakteryjnymi** (Biochem. Ztschr. Tom 102 (1920)).

W klinice dziecięcej i instytucie dla ogólnej i doświadczalnej patologji w Wiedniu poddali autorzy dokładnym badaniom na psach wpływ jądów błoniczego i innych na działanie adrenaliny. Po przecięciu obu nerwów błędnych psa w uśpieniu mierzono ciśnienie krwi po zastrzykach. Jad błoniczy w buljonie, a jeszcze bardziej składniki prątków (Nucleoproteidy), zmieszane w 18 godzin przed zastrzykiem z adrenaliną i zachowane przy 37°, niszczyły jej działanie na ciśnienie krwi. Buljon czysty nie wywierał tego wpływu wzgl. wiele mniejszy, tak samo jad w buljonie po długim gotowaniu. Aby się przekonać, czy działanie buljonu z jadem na adrenalinę nie polega na jego zasadowości, przeprowadzono badania z mieszkankami sody i stwierdzono, że niszczą one również działanie adrenaliny lecz w mniejszym stopniu, tak iż przypuszczać można, że poza jonami hydroksylowymi również i składniki białkowe jadu, wzgl. prątków, niszczą działanie adrenaliny na ciśnienie krwi.

Fr. Ks. Cieszyński.

Gröer Fr. i Matala J. **W sprawie znajomości adrenaliny. II. O zmianie działania adrenaliny pod wpływem różnych stężeń jonów wodorowych i wytworów bakteryjnych oraz ciał białkowych.** (Biochem. Ztschr. Tom 102 (1920)).

W badaniach tych zastosowali autorzy z powodu braku zwierząt nową metodę Gröera dla wartościowania adrenaliny, która polega na doskórnem zastrzykiwaniu jej na ogolonym brzuchu świnki morskiej, w takim rozcieńczeniu, że powoduje zaledwie dostrzegalne miejscowe zblednięcie, co pozwala na użycie małej ilości zwierząt bez ich zabijania. W ten sposób stwierdzili autorzy, że adrenalina zmieszana z zasadą w atmosferze wodorowej działa z początku znacznie silniej zwiężajaco na naczynia, a później o wiele słabiej i to tylko przy dostępie tlenu. Równocześnie zmienia ona swą barwę

na różową, potem czerwoną a w końcu brunatną. W działaniu ja-
du błoniczego na adrenalinę przypuszczają autorzy trzy czynniki: jo-
ny hydroksylowe, część ciał białkowych swoistych, zniszczalnych
przez gotowanie i część nieswoistych, przez gotowanie niezniszczal-
nych. Składniki jądrowobiałkowe (Nucleoproteide) prątków duro-
wych i błoniczych wzmagają z początku działanie adrenaliny, a obni-
żają je później, równocześnie zaś przyspieszają jej utlenienie w kwaś-
nym roztworze na powietrzu. Obie te właściwości zatracają się przez
gotowanie, nie zmieniają się natomiast w atmosferze wodorowej.

Fr. Ks. Cicszyński.

Gröer Fr. O błonicy i odporności przeciwbłoniczej u niemowląt (Ztschr. fr. Kinderheilk. XXV 4—6 (1928)).

Mylne wnioski co do normalnej biernej odporności przeciwbło-
niczej niemowląt, jakie Rominger wysnuł ze swoich spostrzeżeń
w czasie nagminnej błonicy u niemowląt kliniki kobiecej w Freiburgu,
zbija autor skutecznie, oświetlając dokładniej ten sam materiał
który właśnie potwierdza zjawisko odkryte przez Schicka, że
przeważna ilość niemowląt nie zachorowuje na błonicę mimo sposobno-
ści zarażenia się.

Cicszyński.

Gröer Fr. Aforyzmy o leczeniu czerwoni (Tyg. Lek. X. (1920) Nr. 9).

W 25 związków aforyzmach podaje autor całokształt leczenia
czerwoni, które powinno odbywać się równorzędnie drogą djete-
tyczno-pielęgniarską, ergotropową i symptomatyczną. Głodzenie cho-
rych na czerwonkę jest szkodliwe, dlatego trzeba ich dobrze odży-
wiać od pierwszych dni. Należy podawać wiele białka zwłaszcza
świeży ser, aby utrzymać w równowadze bilans azotowy i cukier,
który bynajmniej nawet u niemowląt nie wywołuje „fermentacji“,
poza to wiele wody i soli w różnej postaci. Chory powinien być
trzymany bardzo czysto i ciepło, kąpiele ciepłe nie są szkodliwe.
Leczenie surowicą daje częstokroć doskonałe, nieraz zdumiewające
wyniki. Dla uśmierzania bóleści należy podawać adrenalinę, mniej
atropinę, wzgl. przetwory makowca; autor specjalnie poleca kodeinę
z pyramidonem lub aspiryną. Co do leczenia miejscowego przeciw-
wskazane są kalomel, węgiel i bolus alba. Przeczyszczające środki
stosować można tylko w pierwszych dniach choroby. Środki wstrzy-
mujące wskazane są tylko w późniejszym okresie choroby. Gorąco
natomiast poleca autor obfite (3—4 l.), gorące (do 40°) i wysokie
enemy, ostatni litr z dodaniem 2 kropel adrenaliny. Od samego po-
czątku podawać należy kwas solny i czuwać nad narządami krą-
żenia.

Fr. Ksawery Cieszyński.

**Progulski St. Przyczynek do propagandy naturalne-
go karmienia.** (Lw. Tyg. Lek. XI (1921) Nr. 1.

Ponieważ zdarza się często, iż naturalny bodziec, jakim jest
ssanie dla wytwórczości mleka w piersi matczynej, z jakiegoś powodu

zawodzi, należy go zastąpić przez wyciskanie mleka rękami, do czego potrzeba tylko pewnej umiejętności i usilnej woli karmienia u matki. Przykładem tego jest 13 tyg. osesek, który 10 tyg. karmiony naturalnie i dokarmiany krowiem mlekiem, w 10 dni po zupełnem odstawieniu dostał groźnych wymiotów z rozwolnieniem. Ponieważ nie dał się nakłonić do ponownego ssania piersi, polecono matce ściągać mleko rękami, którego ilość po 25 dniach wzrosła z 30 na 850 g. dziennie, co spowodowało zupełne wyzdrowienie dziecka z wzrostem wagi z 4370 do 5720 g. po 6 tyg.)

Cieszyński.

Neubauer Karol. Wpływ odżywiania na wzrost i rozwój wcześniaków. (Monatschr. f. Kinderhkl. XXI (1921) Z. 1).

Na 100 wcześniakach w różny sposób odżywianych przekonał się autor, że potrzebują one większej ilości soli. Odżywiane samem mlekiem kobiecem, były one po roku o 18 cm. i 3 kg. mniejsze od normalnych, a po dodaniu obojętnej serwatki tylko o $\frac{1}{2}$ kg. i 4 cm. Że białko nie odgrywa tak wybitnej roli jak sole, dowodzą doświadczenia z mlekiem krowiem i białkowem, po których przyrost wagi i długości był większy niż po kobiecem, lecz mniejszy niż po serwatce.

Cieszyński.

Dumoutet. Przyczynek do nauki o wadze harmonijnej u dzieci starszych. (Archives de Méd. d. Enfants 1921 № 5).

Pojęcie „wagi harmonijnej“ zostało wprowadzone przez *Variota*; oznacza ono wagę odpowiadającą wzrostowi dziecka, a nie jego wiekowi; np. dziecko ośmioletnie ze wzrostem dziecka dziesięcioletniego ma wagę harmonijną, o ile waży tyle ile dziecko dziesięcioletnie.

Badania autora doprowadziły go do wniosku, że pojęcie wagi harmonijnej posiada bardzo duże znaczenie dla oceny rozwoju fizycznego dzieci.

D. dzieł wszystkie zbadane dzieci na następujące kategorie:

I. Dzieci z niedostateczną wagą w stosunku do wzrostu—większość dzieci z dużych miast, chowanych w złych warunkach higienicznych. Pobyt w dobrych warunkach (odżywianie, powietrze, słońce i t. p.) powoduje znaczny i szybki przyrost wagi, o ile dzieci są zdrowe; waga osiągalna nie przekracza jednak nigdy wagi harmonijnej. Dzieci chore lub słabowite nie osiągają tej wagi, nawet w dobrych warunkach.

II. Dzieci z wadliwym stosunkiem wagi do wzrostu przy niedostatecznej wadze i niedostatecznym wzroście; część dzieci tej kategorii osiąga wagę harmonijną w dobrych warunkach higienicznych; druga część nie poprawia się, ustrój ich nie jest do tego zdolny. Stanowią one podatne podłoże dla zakażeń wszelkiego rodzaju, zwłaszcza gruźliczego.

III. Dzieci z niedostateczną wagą i wzrostem, przy braku odchyleń w stosunku wagi do wzrostu.

Należy tutaj dzieci mało, ale zupełnie zdrowe, których ustrój jest zdolny nawet do znaczących wysiłków.

IV. Dzieci z zaburzeniami stosunku wagi do wzrostu wskutek nadmiernego wzrostu.

Nawet w dobrych warunkach nierówne można tutaj doprowadzić wagę do wartości „harmonijnej”. Zwykle jest to doskonały materiał na dobrych sportowców.

V. Dzieci normalne—wykazują brak znaczniejszego przyrostu wagi nawet w bardzo dobrych warunkach higienicznych.

VI. Dzieci z zaburzeniami stosunku wagi do wzrostu wskutek nadmiernej wagi.

Mała odporność względem chorób zakaźnych. Gruźlica przebiega u tych dzieci często bez wychudzenia, ciepłota bywa niepodniesiona.

Jonscher.

K. Méry. **Wczesne rozpoznanie gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych i płuc u dzieci.** La Presse Médicale № 89, r. 1920.

Autor poleca dla wczesnego rozpoznania gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych i płuc u dzieci:

- a) zebrać dokładny wywiad, czy dziecko nie jest obciążone gruźlicą dziedziczną,
- b) zbadać najbliższe otoczenie dziecka,
- c) przejść do badania fizykalnego dziecka.

Gruczoły okołooskrzelowe i przytchawicze można podzielić na kilka grup:

- 1) 2 pakiety gruczołów—jednej na przedniej, drugi na tylnej ścianie tchawicy,
- 2) 2 pakiety gruczołów między tchawicą i głównymi oskrzelami (prawy i lewy),
- 3) skupienia gruczołowe u wnęki płuc.

Największym jest pakiet gruczołów między tchawicą i oskrzelem prawym. Tam przebiega duża żyła nieparzysta; ucisk powiększonych gruczołów na nią jest często uwidoczniiony na przedniej stronie klatki piersiowej przez mniej lub więcej obfite wypełnienie żył podskórnych.

Z przodu rozdwojenie tchawicy odpowiada drugiej przestrzeni międzyżebrowej na prawej linii przymostkowej. Oskrzela prawe odpowiadają 3—4 przestrzeni międzyżebrowej, oskrzela lewe 3-jej przestrzeni międzyżebrowej.

A zatem pakiety gruczołów między tchawicą i oskrzelem odpowiadają na przodzie klatki piersiowej wewnętrznej części dwóch pierwszych przestrzeni międzyżebrowych i rąkojeści mostka, gruczoły wnękowe odpowiadają mniej więcej trzecim przestrzeniom międzyżebrowym. Z tyłu sfera gruczołowa zajmuje przestrzeń między łopatkami i kręgami. Część górna tylnej sfery gruczołowej, odpowiadająca gruczołom śródpiersia (tchawicy), leży tuż pod grzebieniem

łopatki, zajmując jej $\frac{1}{3}$ część wewnętrzną. Część dolna tylnej sfery gruczołowej, odpowiadająca gruczołom wętkowym, znajduje się między kręgosłupem i łopatką na wysokości 5, 6, 7 kręgów. Wypuk sfer gruczołowych winien być wykonywany symetrycznie, palec użyty jako plesymetr winien być ustawiony nie poziomo a pionowo. Dziecko winno być ręką pomocnika trzymane ze strony przeciwnej tej którą się bada. Opukiwanie musi być lekkie i powierzchowne, by wykazać nie tylko wysokość tonu ale i jego barwę.

Badający winien palcem, który służy jako plesymetr, badać opór i sprężystość tkanki opukiwanej. Ręka pomocnika trzymającego dziecko przyjmuje równiej udział w badaniu.

Zmiany gruczołowe dadzą się wykazać najłatwiej w przedniej sferze gruczołowej. Wypuk stłumiony, krótszy, zwiększony opór na linjach przymostkowych, nie przekraczający szerokości dwóch palców po za mostkiem świadczą o powiększonych gruczołach. W tylnej sferze gruczołowej zmiany wypukowe są mniej czyste, zato zmiany wysłuchowe wysuwają się na pierwszy plan. Tych ostatnich należy szukać między łopatkami i kręgami, następnie nad i pod grzebieniami łopatek, polegają one na zmianie oddechu i zmianie przewodnictwa głosu. Zmiany oddechu są przedewszystkiem po stronie prawej.

Zmiany w przewodnictwie głosu są znane z prac d'Espine'a, przy wysłuchiwanie pełnego głosu przewodnictwo nie obniża się u dzieci normalnych poniżej 7-go kręgu szyjnego. U dzieci ze zmianami w gruczołach jest wybitne już na 4-ym, 5-ym piersiowym. Szept dziecka zwykle bardzo mało słyszalny po za linią środkową, jest słyszalny przy zmianach w gruczołach w tych samych miejscach co i głos pełny.

Często zmianom powyższym towarzyszy w okolicy wnęki płuc osłabiony wdech.

Co do wczesnego rozpoznawania gruźlicy w samej tkance płucnej autor przypisuje niewielkie znaczenie osłabionemu oddechowi. Zato wysuwa na pierwszy plan wdech szorstki i niski.

Do swej pracy autor dołącza badanie fizykalne dziecka, autor poleca uzupełnić badaniem promieniami Roentgena i odczynem na tuberkulinę.

Lubczyński.

K R O N I K A.

Wykaz chorób zakaźnych w Warszawie za II kwartał
1921 roku.

Nazwa choroby	Liczba zgłoszonych przyp.				
	kwiecień	maj	czerwiec	Razem	Porównan. z kwart. I
Ospa	104	66	51	221	+123
Płonica	62	50	38	170	-121
Odra	122	130	84	336	+ 79
Błonica	27	28	20	75	+ 3
Dur plamisty	120	72	44	245	-272
" brzuszny	30	18	59	107	- 82
" powrotny	24	7	10	41	- 7
Czerwonka	8	14	46	68	+ 62
Grypa	—	—	3	3	+ 2
Drętwica karku	11	6	10	27	+ 1
Gorączka połogowa	7	3	7	17	- 3
Róża	—	—	18	18	—
Tężec	—	—	1	1	—
Zimnica	9	32	111	152	—
Trychinoza	—	—	1	1	—
Gruźlica	189	236	94	519	+ 20
Razem	722	662	617	2001	- 32

UWAGA. W rubryce „gruźlica“ oprócz nieznaczonej liczby chorych, leczących się w szpitalach, zarejestrowane są tylko przypadki śmierci na gruźlicę. (Sprawozdanie miesięczne wydziału zdrowia magistratu m. st. Warszawy).

Koło Eugeniczne młodzieży.

Przed trzema miesiącami zorganizowano w Warszawie, na mocy uchwały powziętej na posiedzeniu Towarzystwa walki ze zwyrodnieniem rasy, koło eugeniczne młodzieży polskiej.

Fakt ten jest bardzo znamienny a jednocześnie bardzo pocieszający, świadczy bowiem, że młodzież nasza uświadamia sobie w zupełności swe cele i zadania w odrodzonej politycznie Ojczyźnie, wślad za czem musi nastąpić jednocześnie odrodzenie duchowe.

Zadaniem bezpośrednim świeżo zorganizowanego koła, będzie: uświadamianie o skutkach chorób wenerycznych i o życiu płciowem, ankieta życia płciowego wśród młodzieży, udział osobisty w ćwiczeniach sportowych i prace eugeniczno-ludoznawcze.

Do koła eugenicznego zapisała się młodzież ze sfer akademickiej, biurowej i rzemieślniczej. Według statutu głównego koła powstać mogą koła samorządowe poszczególnych grup i uczelni, które wysłać będą przedstawicieli swych do koła głównego, ewentualnie dokonają wyboru zarządu stałego (centralnego) koła głównego.

Podręcznik chorób zakaźnych.

Proszeni jesteśmy o zazaczenie, że nakładem „Książnicy Polskiej“ Tow. Naucz. Szkół Wyższych zostanie wydany w zeszytach (każdy objętości 10—15 ark. druku) „Podręcznik chorób zakaźnych“, obj. około 100 ark. druku. Każdy zeszyt będzie można kupić oddzielnie. Pierwszy zeszyt ukaże się pod koniec roku bieżącego, całość wyjdzie z druku mniej więcej w ciągu roku. Komitet Redakcyjny stanowią d-rzy: K a r w a c k i, prof. M i c h a ł o w i c z, S t e f a n R u d z k i, S t e r l i n g-O k u n i e w s k i (jako redaktor naczelny). „Podręcznik“ opracowuje kilkudziesięciu lekarzy ze wszystkich dzielnic Polski.

Propaganda.

W celu spopularyzowania wśród kuracjuszków w Busku i okolicznej ludności konieczności rozpoczętej budowy „Kolonji leczniczej im. Rektora J ó z e f a B r u d z i ũ s i e g o dla dzieci zółzowatych w Busku“ odbył się w dn. 12 lipca b. r. zbiorowy odczyt p. t. „Przyszłość Polski a młodzież“. Zabierali głos p. M a r j a O b r ę b s k a, pp. S. M o d l i ũ s k i, Z. B y s z e w s k i, dr. S. S t a r k i e w i c z i dr. W ł. S z e n a j c h.

Po skończonym odczycie uproszone panie zebrały wśród publiczności, na wspomniany cel 48.464 Marki.

II Zjazd Pol. Tow. Walki ze Zwyrodnieniem rasy.

Polskie Towarzystwo walki ze zwyrodnieniem rasy zwołuje w dn. 30-ym i 31-ym października r. b. II-gi Zjazd wszechkrajowy w Warszawie.

Prace Zjazdu odbywać się będą w 4-ch sekcjach:

- 1) Sekcji eugenicznej,
- 2) „ wychowania płciowego,
- 3) „ walki z chorobami wenerycznymi,
- 4) „ prawnospołecznej.

W pierwszej sekcji poruszane będą tematy poniższe.

- a) polityka populacyjna, a neomaltuzjanizm,
- b) zwyrodnienie i jego cechy w świetle badań współczesnych.
- c) opieka nad matką i dzieckiem:
 - 1) stan opieki na dziećmi,
 - 2) alkoholizm a dziecko.
- d) Liga profilaktyki psychicznej.

W drugiej sekcji poruszone będą następujące tematy:

- a) znaczenie wychowania płciowego w eugenicie,
- b) wychowanie płciowe w szkole,
- c) choroby płciowe, a młodzież szkolna,
- d) gry, zabawy i ćwiczenia cielesne i
- e) życie płciowe dziecka.

Trzecia sekcja obejmuje tematy:

- a) stan chorób wenerycznych na terytorjum Polski,
- b) przed wojną, podczas i po wojnie ze szczególnem uwzględnieniem 1918 r. i następnych,
- c) choroby weneryczne wśród ludności cywilnej i wojska,
- d) środki zwalczania chorób wenerycznych:
 - 1) przychodnie, 2) szpitale, 3) środki lekarskie,
 - 4) lekarze specjaliści, 5) propaganda, 6) poradnie i t. d.
- e) choroby weneryczne wśród ludności cywilnej i wojska,
- f) udział Państwa i społeczeństwa w zwalczaniu chorób wenerycznych:
 - 1) udział Rządu, 2) samorządów, 3) kas chorych, 4) instytucyj społecznych i t. d.

Czwarta sekcja obejmuje tematy:

- a) handel żywym towarem,
- b) prawodawstwo w dziedzinie chorób wenerycznych i nierządu oraz
- c) Prawodawstwo eugeniczne.

Komitet Zjazdu uprasza o przysłanie delegatów oraz o zgłoszenia przynajmniej na miesiąc przed zjazdem tytułów, treści referatów oraz wniosków i nazwisk referentów.

Komitet Organizacyjny Zjazdu stanowią:

Przewodniczący: Dr. L. W e r n i c,

Wiceprzewodniczący: prof. Dr. Z d z i s ł a w S o w i Ń s k i.

Redakcja polska.

- Przewodniczący I sekcji: eugenicznej — prof. dr. M i e c z y-
s ł a w M i c h a ł o w i c z,
" 2 " wychowania pleciowego — D-rowsa
T e o d o r a M ę c z k o w s k a,
" 3 " walki z chorobami wenerycznymi—
Dr. W a c ł a w S t e r l i n g,
" 4 " prawnu społecznej—sędzia W i k t o r
B r z e ś c i ń s k i.

Sekretarz Generalny Zjazdu—Dr. M. S z c z o d r o w s k a.
Adres Sekretarjatu: Warszawa, Widok 11, m. 1. Tel. 120-80.

Opieka nad niemowlętami w Kanadzie.

„Każde nowonarodzone dziecko musi być zarejestrowane pod karą w urzędzie zdrowia. Urząd ten zatrudnia — w celu zapobiegania śmiertelności niemowląt—specjalnie wykwalifikowane pielęgniarki, które mają wyznaczone w danej miejscowości dzielnice powierzone ich opiece. Pielęgniarki posiadają zazwyczaj wyższe studia i kilkuletnią praktykę w szpitalach.

Po urodzeniu się i zarejestrowaniu dziecka obowiązkiem pielęgniarki jest udać się do domu noworodka, zbadać dziecko i o stanie tegoż, jak również i matki złożyć raport w urzędzie zdrowia. Pielęgniarka daje matce kartę z adresem pobliskiej stacji opieki nad dziećmi, gdzie lekarz bada bezpłatnie dziecko, daje odpowiednie wskazówki i w razie potrzeby przepisuje mleko z „Kropli mleka“.

Pielęgniarka odwiedza co tydzień niemowlę i czuwa nad jego rozwojem, udzielając matce rad i wskazówek. Rodzice, którzy nie stosują się do rad pielęgniarki, zostają upominani, a gdy to nie skutkuje, raportowani do urzędu zdrowia, który wysyła inspektora dla zbadania istoty prawdy, a gdy okaże się rozmyślne zaniedbanie dziecka przez rodziców, zostają surowo karani”.

(Z raportu Konsula polskiego w Winnipegu).

Amerykański Czerwony Krzyż dla dzieci w Polsce.

Od 1 stycznia do 1 lipca r. b. A. C. K. wydał na urządzenie i zaopatrzenie różnych instytucji dziecięcych w Polsce 1.800.993 dolarów i 78 centów. Na najbliższe 10 miesięcy A. C. K. preliminuje w przybliżeniu 2.000.000 dolarów.

Dziedziczenie przez dzieci nieślubne.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej uchwalone zostało prawo dziedziczenia przez dzieci nieślubne, jeżeli ojcostwo zostało stwierdzone prawnie.

Zakaz zawierania związków małżeńskich przez osoby chore umysłowo, idiotów i epileptyków został uchwalony w St. Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Uczczenie prof. d'Espine.

Dowiadujemy się że w Genewie zawiązał się komitet w celu uczczenia zasług profesora d'Espine, który opuszcza swoje stanowisko dyrektora kliniki dziecięcej. Pożądanem byłoby, aby pedjatrzy polscy, zechcieli również zamanifestować swą sympatję dla znakomitego naszego kolegi.

Kłęski głodowe.

Ogromna kłęska głodowa wskutek trzyletniego nieurodzaju nawiedziła prowincję chińską Chili. Międzynarodowy związek pomocy w Pekinie żywi obecnie 2 miljony osób, co stanowi tylko część ogółu potrzebujących pomocy.

Głód panuje również w Indjach angielskich, w Beludżystanie, gdzie potrzebuje pomocy z górą 350000 osób.

Ludność miejscowa wyspy Santiago (wyspy Kanaryjskie) powróciła do kanibalizmu wskutek panującego tam głodu.

Trybunał opieki nad dzieckiem.

Trybunał dla dzieci w Monachjum zmienił swą nazwę na „trybunał opieki nad dzieckiem“. Badanie stanu fizycznego i umysłowego dzieci podsądnych poleca się siłom uniwersyteckim. Sędziowie tego trybunału mają również za zadanie informowanie szerokiego ogółu o stanie obecnym i o ważności sądownictwa dziecięcego.

Racje mleka w Niemczech.

W Niemczech ustalono na wiosnę r. 1921 następujące racje mleka:

dla osesków i dzieci do 2 lat	$\frac{3}{4}$	litra
„ dzieci 3—6 lat . . .	$\frac{1}{2}$	„
„ kobiet w ciąży . . .	$\frac{3}{4}$	„
„ matek karmiących . . .	1	„

Dla chorych przeznaczono różne ilości, w zależności od rodzaju choroby; ilość ta nie przekracza jednak nigdy litra.

Statystyka dzieci niedostatecznie odżywionych w Berlinie.

Podług danych z kwietnia 1921 r. ze 100000 dzieci w wieku do 6 lat potrzebuje pomocy 90000; z 240000 w wieku 6—14 lat—200000. Z tych 90000 młodszych dzieci jest bardzo źle odżywionych aż 22500; wśród dzieci starszych—50000.

Departament opieki nad dzieckiem w Jugosławji opiekował się w r. 1920, 200000 dzieci.

Śmiertelność noworodków w Rosji.

Podług sprawozdania lotewskiego Czerwonego Krzyża śmiertelność wśród noworodków w miastach Rosji dochodzi do niebywalej wysokości 90%!

Wyprawki dla dzieci Europy centralnej i wschodniej.

Amerykański Czerwony Krzyż postanowił zebrać 2.500.000 wyprawek i ubrań dla dzieci Europy wschodniej i centralnej.

Wpływ okupacji niemieckiej we Francji na zdrowie dzieci.

Na 18035 dzieci w wieku szkolnym, zbadanych w Lille w r. 1919, rozpoznano gruźlicę w 116 przypadkach, podejrzanych o gruźlicę było 412, w 6359 stwierdzono niedostateczny rozwój fizyczny wskutek niedostatecznego odżywiania podczas okupacji niemieckiej.

Wyniki racjonalnej opieki nad dzieckiem w domu.

Chatin, lekarz naczelny francusko-amerykańskiej fundacji dla dzieci, podaje nadzwyczaj ciekawe wyniki racjonalnej opieki nad dzieckiem w domu, osiągniętej wskutek instrukcji, udzielanych matkom przez opiekunki zdrowia.

Od 1918 r. t. j. od chwili rozpoczęcia czynności fundacji śmiertelność obniżyła się w Lionie z 13% do 5% (wśród dzieci, któremi się fundacja opiekuje). Do marca r. b. notowano 70.000 oględzin i porad domowych; ostatnio miesięczna ich liczba wynosi około 5000, przy 35 opiekunkach.

Dodatni wpływ tej opieki zaznacza się wyraźnie również we wzrastającym stale odsetku osesków, karmionych piersią w ciągu pierwszych 3 miesięcy.

Liczba instytucyj, opiekujących się niemowlętami i ich matkami w Niemczech.

O nadzwyczajnym rozwoju opieki nad dziećmi w Niemczech szczególnie w ostatniem dziesięcioleciu świadczą następujące dane:

Nazwa instytucji	było w 1900 r.	było w 1910 r.	było w 1915 r.	było w 1919 r.
Stacje opieki nad dziećmi („Krople mleka“, „Kuchnie mleczne“) . . .	8	360	1000	2600
Przytuliska dla niemowląt . . .	46	127	213	334
Złobki	98	234	360	490
Ogniska dla matek	12	58	89	108
Zakłady położnicze	69	114	132	145

Czerwony Krzyż dziecięcy.

Ameryka miała szczęśliwą myśl zainicjowania stworzenia Czerwonego Krzyża dziecięcego, którego działalność jest bardzo owocna, jak o tem wiemy sami najlepiej. Jeszcze większe znaczenie może posiada tu, jako czynnik wychowawczy dla dzieci i młodzieży. Podobne stowarzyszenia powstały również w innych krajach; w Ameryce Czerwony Krzyż dziecięcy liczy 11,000,000 członków, w Polsce 50000, w Kanadzie 20000, w Chinach 14000, w Czechach 100000, na Węgrzech 10000, w Australji 40000, w Szwajcjarji 5000.

W Stanach Zjednoczonych włączono działalność Czerwonego Krzyża dziecięcego do programu szkolnego.

Tydzień pracy fizycznej w szkołach bułgarskich.

Wprowadzony przez Ministerstwo Oświecenia w Bułgarji tydzień pracy fizycznej w szkołach dał nadzwyczaj dodatnie wyniki: dzieci wykonywały pracę bardzo chętnie, gmachy szkolne, podwórza i ogrody szkolne zostały uporządkowane nadzwyczaj małym kosztem, wpływ wychowawczy był wybitny.

Cenzura książek dla dzieci i młodzieży w Bułgarji.

Nikomiu nie wolno redagować i wydawać książek dla dzieci i młodzieży bez uprzedniego zezwolenia Ministra Oświecenia publicznego.

Zabrania się wydawanie książek niemoralnych oraz takich, które mogły by wywołać podział, nienawiść i wrogie usposobienie klas socjalnych wśród dzieci.

W razie nałożenia na niego kary wydawca może apelować do sądu pokoju, który wydaje ostateczny wyrok.

Zakłady klimatyczne dla oeseków.

We Francji omawia się obecnie sprawa zakładów klimatycznych dla oeseków, a mianowicie: 1) żłobków na świeżem powietrzu, 2) umieszczania w rodzinach na wsi, 3) sanatorjów morskich.

W tej sprawie wypowiedziało się również paryskie Tow. Pedjatryczne, które domaga się utworzenia całego szeregu żłobków na świeżem powietrzu dla oeseków, ozdrowieńców szpitali, gdyż dotychczasowe doświadczenie wykazało, że można obniżyć w ten sposób śmiertelność o 20%.

W dn. 1 lipca r. b. zlikwidowała swoją pięcioletnią działalność na polu opieki nad dziećmi w Warszawie t. zw. „Komisja Ratowania Dzieci“. Powstała ona w sierpniu r. 1916 dzięki funduszom, zebranych w sumie 61.000 rb. podczas pierwszej kwesty ogólnokrajowej „Ratujcie dzieci“ na terenie stolicy; zorganizowana i następnie przez cały czas swego istnienia prowadzona przez siły społeczne przy stałym czynnym współdziałaniu sił fachowych, funkcjonowała początkowo przy zorganizowanym w swoim czasie przez Komitet

Obywatelski Wydział pomocy dla ludności m. Warszawy, potem zaś przy Wydziale pomocy i opieki społecznej tutejszego Magistratu, korzystając z poparcia materialnego tak ze strony tego ostatniego, jak i ze źródeł rządowych. Prezesem jej był p. Edward Gejzler, wiceprezesem p. Wacław Janasz; pierwszym lekarzem i twórcą podstaw organizacji opieki higienicznolekarzkiej był dr. W. Szenajch, później—dr. S. Łyska Wiński, wreszcie po tym ostatnim—dr. J. Lubczyński; prócz tego stałym członkiem Komisji był dr. T. Kopeć; inspektorką instytucji, wspomaganą przez Komisję, była p. K. Rogowska. W licznym zespole pozostałych członków organizacji znajdujemy cały szereg osób, szczerze oddanych sprawie ratownictwa dzieci, wśród nich zaś znaczną liczbę pracowników, już poprzednio na tem polu dobrze zasłużonych.

Jaką była praca Komisji i jakie dała wyniki, bardzo szczegółowo informuje nas co do tego wydana przez nią z okazji likwidacji książka pamiątkowo-sprawozdawcza p. t.: „Pamiętnik Ratowania Dzieci. Warszawa. 1916—1921⁴”. (Nakład własny). Książka wyszła z pod pióra grona osób, najściślej z pracą Komisji związanych, z jej wiceprezesem, a zarazem duszą i głównym promotorem wszelkich jej poczynań, p. W. Janaszem na czele. Słowo wstępne napisał p. K. Koralewski, naczelnik Wydziału pomocy i opieki społecznej Magistratu m. Warszawy, jednocześnie stały członek czynny Zarządu Komisji. Książka, wydana starannie, obejmuje 127 stron druku i zawiera obok opisu historii powstania i szczegółów działalności Komisji—ilustracje z życia wspomaganą instytucji, szereg szkiców sytuacyjnych, sprawozdań, wykazów liczbowych i tablic statystycznych wraz z załącznikami w postaci wzorów i schematów, niezbędnych do racjonalnego prowadzenia zakładów opiekuńczych dla dzieci.

Głównym zasadniczym zadaniem Komisji R. D., jak się okazuje poza bezpośrednią akcją ratowania dziatwy od nędzy i głodu, było dążenie do ujęcia w swoje ręce całokształtu opieki nad dziećmi w Warszawie celem planowego skoordynowania rozbieżnej pracy, prowadzonej w tej dziedzinie przez liczne towarzystwa i organizacje z wyłączeniem wzajemnego kontaktu i współdziałania, bez jakiegokolwiek dozoru i kontroli. Specjalną uwagę zwróciła ona w samym początku na stan opieki nad dziećmi do lat 5; pragnąc przyjąć z pomocą rodzicom tych dzieci, w szczególności zarobkującym poza domem, K. R. D. postanowiła zakładać t. zw. żłobki okręgowe oraz subwencjonować te z pośród już istniejących podobnych zakładów, któreby zechciały poddać się przyjętym przez nią przepisom i regulaminom, co do ich prowadzenia oraz kontroli. W ten sposób z inicjatywy i kosztem K. R. D. powstały 23 żłobki w 18 okręgach Warszawy, które odąd przez nią były stale utrzymywane przy częściowym współdziałaniu materialnym samorządu, rządu, wreszcie samych rodziców dzieci (wymaganym od nich z pobudek natury czysto moralnej), a w których miały zabezpieczone odpowiednie od-

żywianie, racjonalną opiekę higieniczno-lekarską, z czasem również kulturalno-wychowawczą w różnych okresach od 1956 do 1200 dzieci. Jednocześnie korzystało z dorywczych zapomóg od Komisji— w miarę posiadania przez nią większych zapasów bądź gotowizny, bądź produktów żywnościowych, bądź pomocy odzieżowej, bądź środków leczniczych i opatrunkowych—kilka żłobków, prowadzonych przez inne towarzystwa i organizacje.

Drugim etapem w rozwoju działalności Komisji było zajęcie się ochronami dla dzieci w wieku 5—7 lat w celu unormowania i skoordynowania ich prowadzenia, w szczególności w zakresie żywienia dziatwy i dozoru higieniczno-lekarskiego nad nią. K. R. D. powołała do życia i następnie sama utrzymywała 5 ochron, prowadzonych na modłę, zbliżoną do systemu prowadzenia żłobków; poza-tem również wspomagała dorywczo na zasadach przyjętych w zastosowaniu do żłobków,—ochrony, prowadzone przez inne organizacje. Z biegiem czasu K. R. D. stała się centralą rozdzielczą dla darów i ofiar, napływających dla naszej dziatwy ze źródeł miejscowych i zagranicznych, dzięki czemu miała możność rozwinięcia swej działalności na szerszą skalę, a mianowicie: zorganizowania m. in. akcji dożywiania dla 18.546 dzieci w szkołach miejskich, powołania do życia niezmiernie potrzebnej u nas instytucji p. n. „Pogotowie opiekuńcze“ z liczbą miejsc, dochodzącą do 300, dla dzieci żebrzących, zaginionych, bądź nękanych tak przez opiekunów, jak i przez niedołę; wreszcie dorywczego wspomagania bardzo licznego szeregu różnorodnych instytucji dziecięcych, których liczba stopniowo doszła do 324, opiekujących się 100.000 dzieci. Następujące zestawienia liczbowe mogą częściowo zilustrować zakres i rozmiary pomocy, udzielonej w naturze przez Kom. Ratowania Dzieci różnym instytucjom opiekuńczym:

- a) mleka zgęszczonego z komit. Rockfeller'a w ilości 357.730 puszek otrzymały 253 instytucje;
- b) mleka żywego, zaofiarowanego przez naszych ziemian w ilości 78.671 kwart (oraz 19.216 marek zamiast mleka) 19 instytucji;
- c) mączki Nestle'a w ilości 25.000 puszek—51 instytucja;
- d) ryżu, odstąpionego K. R. D. przez Magistrat, w ilości 593.525 funt., na 362.791 dzieci;
- e) darów polaków amerykańskich rozdano 155 instytucjom w postaci:

mąki pszennej w ilości 241.500 funt.	} na ogólną sumę 4.540.806 marek 57 fen.
mleka 51.456 puszek	
tluszczów 75.472 funt.	

Rozdawnictwo powyższych produktów, jak zresztą wogóle wszystkich wogóle zasiłków, odbywało się na zasadach przestrzegania szczegółowo opracowanych regulaminów przy uwzględnieniu konieczności stałej ścisłej kontroli tak pod względem rachunkowo-gospodarczym, jak i higieniczno-lekarskim. Niezależnie od udzielania wymienionych zapomóg, pochodzących z ofiar, K. R. D. ula-

twiała wspomaganym przez nią instytucjom nabywanie różnych niezbędnych produktów żywnościowych po cenach niższych od rynkowych dzięki temu, że w odpowiednim czasie nabywała taniej większe ilości tychże. Co dotyczy źródeł, z których K. R. D. czerpała fundusze dla swej akcji ratowniczej, to okazuje się, że do r. 1920 korzystała ona w znacznej mierze z ofiarności krajów zagranicznych; od r. zaś 1920 na jej budżet pomoc obca nie miała już żadnego wpływu.

Gdy okazało się z biegiem czasu, że z jednej strony warunki zarobkowe w naszej stolicy o tyle się poprawiły, iż stało się możliwym prowadzenie akcji żywienia dzieci przez ich naturalnych lub prawnych opiekunów, z drugiej zaś—że akcja dożywiania intensywniejszego stała się udziałem specjalnych misji zagranicznych, K. R. D. zakończyła swoją działalność. Akcja jej była istotnie pożyteczną, ponieważ przedewszystkiem uratowała od zagłady znaczną część naszej dziatwy w czasach dla nas najcięższych, powtóre przyczyniła się w dużej mierze do ugruntowania podstaw dla organizacji skoordynowanej opieki nad dziećmi i młodzieżą, które rozwinąć i uzupełnić miały potem właściwe urzędy państwowe.

Nie można pominąć milczeniem faktu, że pozostałe po swej likwidacji fundusze K. R. D. postanowiła przekazać Polskiemu Towarzystwu Pedjatrycznemu i Instytutowi Hygieny Dziecięcej im. bar. Len w a l a na cele, związane z racjonalnem ratownictwem dzieci, mając na myśli konieczność ugruntowania stałego wpływu sił naukowych w akcji społecznej.

Bohdan Korybut-Daszkiewicz

(Wspomnienie pośmiertne).

Dnia 20 lipca 1921 zmarł w Ciechocinku w 55 roku życia kolega nasz, ś. p. Bohdan Korybut-Daszkiewicz, zwiększając dotkliwie szczyrby, jakie pedjatrja polska w ostatnich latach, już podczas wojny wszechświatowej, poniosła. Brudziński, Anders, i zmarły obecnie Korybut-Daszkiewicz, to wraz z kilku jeszcze kolegami twórcy i założyciele naszego Towarzystwa Pedjatrycznego w r. 1916. Korybut-Daszkiewicz, zmarły w pełni sił i zdrowia, ogłosił przed trzema laty o Brudzińskim, a w roku zeszłym o Andersie wspomnienia pośmiertne w pismach lekarskich, nie przeczuwając zapewne, że wkrótce i sam grono tych kolegów, zasłużonych dla naszego Towarzystwa i dla umiłowanej przez Siebie nauki wkrótce powiększy. Ś. p. Bohdan Korybut-Daszkiewicz urodził się w r. 1866, jako syn wygnańca w Sierebrance gub. Tobolskiej. Gimnazjum ukończył w Siedlcach w r. 1885, Uniwersytet Warszawski ukończył w r. 1890. Podczas Studiów Uniwersyteckich pracował w laboratorium Patologii Ogólnej pod kierunkiem prof. Łukjanowa i tu wykonał pierwszą swoją pracę naukową doświadczalną, w której wykazał, że przy wzmożonej czynności komórki nerwowej podlega ona pewnym zmianom, które przy pomocy mikrochemii uwidocznić się dają. Praca ta ogłoszoną była w Archiv. für Mikroskopische Anatomie w r. 1899.

Po ukończeniu Uniwersytetu pracował przez rok jeden na klinice terapeutycznej w charakterze asystenta, poczem po kilkoletniej praktyce w Siedlcach i odbyciu studjów na klinice prof. Czerny'ego w Wroclawiu objął w r. 1902 stanowisko ordynatora Warszawskiego Domu Wychowawczego im. ks. Bodeana, na którym pozostawał do r. 1918. Zarządzał tu dużym bardzo oddziałem szpitalnym w kierunku nie tylko naukowo-klinicznym, ale i pedagogicznym. Daszkiewicz gromadził koło siebie liczne koło asystentów i młodszych lekarzy, zwłaszcza podczas lat wojennych wielu studentów medycyny zmuszonych do przerwania swych studjów akademickich, chętnie się gromadziło na oddziale Zmarłego i korzystało z Jego wskazówek i doświadczenia.

Z oddziału swego ogłosił ś. p. Daszkiewicz szereg prac i spostrzeżeń klinicznych, jako też demonstracyj na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego.

Całem sercem oddany choremu dziecku, które ukochał tak w szpitalu, jak i w obszernej bardzo praktyce prywatnej, w stosunkach z kolegami kierował się zawsze zasadami etyki lekarskiej. Odchodzi przedwcześnie, pozbawiony w ostatnich latach życia warsztatu pracy w Domu Wychowawczym, nad czem gorąco ubolewał.

CZEŚĆ JEGO PAMIĘCI!

Obfita spuścizna naukowa zmarłego kolegi składa się przede wszystkim z prac klinicznych, opartych na przypadkach, spostrzeganych przez siebie. Tu należą:

- 1) *Atrichia universalis acquisita*. Medycyna 1899.
- 2) O wartości leczniczej i rozpoznawczej przekłucia łądźwiowego u dzieci. Medycyna 1901.
- 3) Zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci. Przegląd Pedjatryczny 1906.
- 4) O zgorzeli pierwotnej narządów płciowych u dziewczynek. Kronika Lek. 1915.
- 5) O tak zwanych wymiotach okresowych u dzieci. Przegl. Pedyatr. 1912.
- 6) Kilka słów o nagminnem zapaleniu gruczołu przyusznego u dzieci. Medycyna 1906.
- 7) Uwagi i wnioski, oparte na badaniach pośmiertnych dzieci zmarłych na oddziale własnym. Przegl. Pedyatr. 1917.

8) Patologia nowoczesna zapalenia nerek z punktu widzenia pedjatr. *Gaz. Lek.* 1918.

9) Rzut oka na dietetykę nowoczesną w zapaleniu nerek. *Gaz. Lek.* 1918.

Do ciekawszych przypadków kazuistycznych odnieść należy:

Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w pęcherzu. *Gazeta Lek.* 1894.

Przypadek zimnicy z napadem pierwszym na początku zimy. *Pam. Tow. Lek.*

Z kazuistyki błonicy jamy nosowej u dzieci. *Medycyna* 1912.

Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa. *Medycyna* 1901.

Kilka słów o błonicy jamy nosowej u dzieci. *Przegląd Pedjatr.* 1911.

Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego u dzieci. *Medycyna* 1902.

Przypadek zatrucia chininą, symulujący błonicę. *Medycyna* 1906.

Leczenie przepuklin pępkowych u dzieci przy pomocy plastra lepkiego. *Pam. Tow. Lek.* 1915.

Oprócz tego Korybut-Daszkiewicz umieszczał w pismach artykuły popularne:

O najnowszych zdobyczach na polu badania chemicznego mleka kobiecego i różnych zwierząt. *Zdrowie* 1906.

Pielęgnowanie dziecka chorego (wyd. *Arcta*) 1907.

O Sopotach, jako uzdrowisku nadmorskiem. *Zdrowie* 1914.

Co zrobić dla poprawienia pomocy akuszeryjnej na wsi. *Zdrowie* 1899.

Warszawski Dom Wychowawczy ks. Boduena w świetle krytyki. *Medycyna* 1904.

Kilka słów w sprawie ratowania od śmierci pozornej noworodków i dzieci starszych. *Zdrowie* 1903.

Żywienie niemowląt mlekiem kozim surowem. *Zdrowie* 1906.

Juljan Kramsztyk.

Z Kliniki dziecięcej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

(Dyr. Prof. Dr. GROËR)

(Poradnia dla dzieci kiłowych: kierownik Dr. Stanisław Progulski).

O potrzebie zakładania poradni dla dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną.

Podał

Stanisław Progulski.

Tymi, których sobie dotąd jeszcze nie przypominano są bezsprzecznie dzieci dotknięte kiłą wrodzoną. Jakkolwiek na niwie opieki nad dziećmi w Polsce zauważyć się daje pewien postęp prac i zamierzeń, to jednak dla dzieci kiłowych niema dotychczas żadnych postanowień opiekuńczych ani przepisów sanitarnych, niema nawet pod tym względem żadnych ułatwień. Wydaje się to tem dziwniejsze, że w dziedzinie walki z chorobami wenerycznymi u dorosłych istnieją liczne przepisy prawne i odpowiednie urządzenia.

W państwach o należytej organizacji społeczno-sanitarnej sprawa ta jest zabezpieczona na drodze ustawowej, a nadto oddaje jej usługi inny czynnik doniosłego znaczenia, t. j. wysokie uświadomienie higieniczne samej ludności, jakoteż wyżej pojęta troska o zdrowie swego potomstwa.

Na pierwszy czyn opieki nad dzieckiem kiłowym zdobyła się Szwecja. Z niewielkich prywatnych funduszków powstał w r. 1900 w Sztokholmie szczególniejszy zakład przeznaczony dla niemowląt

dotkniętych kiłą wrodzoną. Założył go profesor dermatologii *W e l a n d e r* w tym celu, aby wszystkie dzieci w Szwecji obarczone tem cierpieniem można było jak najwcześniej poddać swoistemu leczeniu, dla stałej kontroli pozostawić je przez 3 do 4 lat w tym zakładzie, skądby wreszcie, jako zdrowe i wyleczone, mogły powrócić na łono swej rodziny. Leczenie fachowe i odpowiednio długo prowadzone dało wyniki jak najlepsze, to też przykład znalazł naśladowców. W roku 1909 *R o s e n t h a l* założył w okolicy Berlina przytulisko dla „dziedzicznie chorych dzieci“. Przyjmowano tam dzieci kiłowe za niewielką opłatą i tylko pod warunkiem pozostawienia ich opiece zakładowej przynajmniej przez lat 4. Wnet otwarto kilka podobnych zakładów, a zarząd miasta Drezna na wniosek profesora pedjatrii *R i e t s c h l a* wydał zarządzenie, reformujące opiekę nad kiłowymi niemowlętami, z których najważniejsze było to iż Urząd opieki dziecka zobowiązany był utrzymywać wszystkie kiłowe i podejrzane dzieci w stałym uwidocznieniu, miał uświadamiać i pouczać o niebezpieczeństwie kiły kobiety wychowujące cudze dzieci, wreszcie zarząd miasta zobowiązywał się ponosić wszelkie koszty leczenia tych dzieci przez lat 2. Podobne przepisy wydało miasto Lipsk, a Hamburg poszedł jeszcze dalej, wydając zarządzenie, wedle którego dzieci kiłowe można oddawać na wychowanie jedynie kobietom, o których wiadomo na pewne, iż same kiłą przebyły i są bezdzietne. W Monachjum ciąży na lekarzach obowiązek donoszenia Urzędowi zdrowia o dzieciach kiłowych, który przez lekarza swego zbiera wszelkie dane dotyczące się zdrowia dziecka, sposobu zakażenia, dotychczasowego leczenia i t. d. Dzieci te pozostają pod stałą i długotrwałą opieką urzędową. W niektórych miastach (Lipsk) istnieje przymus leczenia szpitalnego dla dzieci nieślubnego pochodzenia, a oddanych kobietom na wychowanie. Z powyższych przytoczeń okazuje się, że w pierwszym rzędzie władze komunalne w dobrze pojętym interesie zdrowia swych mieszkańców, starają się otoczyć opieką dziecko kiłowe, a głównym jej celem jest ochrona otoczenia dziecka przed zakażeniem i przyjście z pomocą choremu dziecku jak najwcześniej, kiedy jeszcze ta pomoc ma pewne widoki powodzenia.

Zanim przystąpimy do omówienia szczegółowego programu pomocy dla tych chorych, rozpatrzyć należy jakie powody usprawiedliwiają i naglą do tej opieki. Nieraz bowiem słyszeć się dają głosy powątpiewania, czy rzeczywiście opłacić się mogą społeczeństwu wydatki ponoszone na rzecz tych chorych, z których w najlepszym wypadku wyrastać mają osobniki mało wartościowe tak pod względem fizycznym, jak i moralnym. Nie bez pewnej słuszności bowiem podkreślają niektórzy (*S c h l o s s m a n n*) trudności finansowe tak wielkich zamierzeń, jak budowanie osobnych

zakładów dla kilowych dzieci. a nadto powątpiewają, czy znajdują się takie matki, któreby na całe lata oddawały swe dzieci, zwłaszcza ślubnego pochodzenia, opiece zakładowej.

Na cały szereg pytań, z tem zagadnieniem związanych należy odpowiedzieć, iż szeroko pojęta specjalna opieka nad kiłą wrodzoną jest niezbędną, jako sprawa ogólnego znaczenia, a w obecnej chwili, jako sprawa niecierpiąca zwłoki. W szczególności stwierdzić należy, że kiła w r o d z o n a nie jest chorobą rzadką, a sposób jej szerzenia się, w tym wypadku przez łożysko, nie ustępuje bynajmniej przeważnie uwzględnianemu zakażaniu się drogą płciową.

Dokładnej cyfrowej częstości jej wśród dzieci stwierdzić na razie nie można wobec faktu, że choroba ta mimo zakaźności i zaraźliwości swojej nie jest objęta przepisem donoszenia, a przeciwnie poręczoną obowiązującą lekarza tajemnicą zawodową. Większych zestawień mogłyby dostarczyć jedynie przychodnie główniejszych szpitali lub klinik dziecięcych, do których zgłaszane bywają chore niemowlęta. Rozumie się, że cyfry i pewne dane tam zebrane, nie mogą być odbiciem istotnego stanu zdrowia dzieci żyjących w swych rodzinach. Pamiętać o tem należy, że nieraz dla braku wyraźnych objawów klinicznych choroba ukrywa się przed możliwością rozpoznania. To też często nie wie o niej najbliższe otoczenie dziecka i nie zasięga zupełnie porady lekarskiej. Tylko pewna część chorych zdaniem P f a u l e r a, dostępna jest klinicznemu stwierdzeniu. Każdy trzeci—piąty przypadek przepada dla rozpoznania, nawet przy najskrupulatnijszem postępowaniu i w terminie dla świeżych objawów kiły najkorzystniejszym, t. j. około dziewiątego tygodnia niemowlęctwa. W okresie wieku od 1—6 lat nie jest rozpoznawany co drugi przypadek kiły wrodzonej. Jeszcze gorzej przedstawia się sprawa u dziecka nowonarodzonego, bądź w wieku dojrzewania płciowego. Cyfry, których dostarczają nam bezpłatne poradnie dziecięce, zbierane są przeważnie wśród dzieci jednej tylko warstwy, najczęściej najuboższych, a w nie wielkiej tylko ilości przypadków dotyczą za możniejszych. Słusznie też zauważa F i n k e l s t e i n, że dla należytej oceny częstości, jakoteż przebiegu kiły wrodzonej potrzeba nam koniecznie spostrzeżeń doświadczonych lekarzy—praktyków. Zestawienia zbierane w klinikach dziecięcych u dzieci różnego wieku i w wielu uniwersytetach niemieckich wykazują około 2—3% dotkniętych kiłą wrodzoną. Przy stwierdzeniu jej posługiwano się przeważnie badaniem klinicznym, a tylko w wyjątkowych i to w przeważnie wątpliwych przypadkach, używano odczynów biologicznych, tj. próby W a s s e r m a n a. W ogólności użycie nowych metod badania tj. wykrywania we krwi kilowych szczególniejszych ciał, oddziaływujących powstrzymująco na układ hemolityczny, wykazało, iż kiła u dzieci jest cierpieniem znacznie częstszem, niż o tem dotychczas

wiedziano. Dzięki nowym sposobom uzyskano możność wykazywania choroby nawet tam, gdzie nie było ani objawów klinicznych ani nawet podejrzenia co do niej.

Do opieki nad kiłą wrodzoną zniewala w dalszym ciągu względ bezpieczeństwa publicznego. Dziecko dotknięte kiłą wrodzoną nieleczoną, stanowi stałe niebezpieczeństwo dla otoczenia (Rietsehala).

Niedziwnem to jest wobec właściwych niemowlęctwu postaci chorobowych, które uwidoczniają się przeważnie w rozległych zmianach na skórze. Są to bowiem rozlane nacieki, które skutkiem zmienionych w skórze procesów odżywczych łatwo ulegają przeczosowatemu popękaniu i sączeniu, lub guzki wrzodziejące, pęcherze krwawiące i t. d. a przeto postaci kiły, otwarte i zaraźliwe.

Piśmiennictwo wszystkich krajów europejskich obfituje w opisy zarażeń kobiet—karmicielek, wychowawczyń, bądź innych dzieci—współtowarzyszów, przez dzieci dotknięte kiłą wrodzoną, jest to t. z. kiła niewinnych, *lues insontium*. Zakażenia takie dokonują się bądź przez przykładanie dziecka do piersi lub podczas sztucznego karmienia przez przedmioty codziennego użytku, jak smoczki gumowe, wspólne naczynia i t. d. To zakażenie poza płciowe jest wedle uwag Epstein'a znacznie częstszym zjawiskiem, niżby się zdawało. Scheuer z Wiednia zestawiał 81 przypadków takich zarażeń u dorosłych przez ssanie, 59 przez pielęgnację i sztuczne żywienie, a 4 skutkiem całowania i zabawy. W ostatnich czasach opisał Gerber tragiczne losy rodziny, w której od jednego z niemowląt zakażyło się sześcioro osób, dziadkowie, trzy siostry matki i jedno dziecko. U wszystkich wystąpiły wrzody pierwotne na wargach lub migdałkach. O podobnem endemicznem rozszerzeniu się kiły doniósł Riecke z kliniki skórnej w Gettyndze, gdzie zdarzyły się w ciągu kilku miesięcy zarażenia sześciu rodzin pochodzących ze wsi. Tam uległo 32 osób zakażeniu, a dzieci były częstem tegoż źródłem.

Osobno budowane schroniska dla kiłowych niemowląt miały właśnie zapobiegać takiemu zarażaniu się najbliższego otoczenia.

Wreszcie niemniej ważne pytanie, rozpatrywane z punktu widzenia ponoszonych przez opiekę społeczną kosztów, stanowi sprawa uleczałości kiły wrodzonej.

Dawniejsi autorowie jak Henoch, Biedert i Wierhofer, wyrażali pewne pod tym względem wątpliwości. Nie obce im bowiem były niepomysłne zejścia choroby

częstość objawów zwyrodnienia i dystrofji różnych narządów u t. z. „wyleczonych“. Pesymizm starszych lekarzy utrzymywał się czas długi, kto wie nawet czy nie był powodem pewnego zwątpienia i zaniedbania tych chorych. Zachwiały go wyniki wczesnego i energicznego leczenia, nowa technika pielęgniarstwa i żywienia. Rozumie się, że wielki postęp na tem polu zawdzięczyć należy nowszym sposobom wykrywania kiły w bardzo wczesnym jej okresie.

Jak wiadomo, rokowanie w kile wrodzonej zależy od całego szeregu czynników, z których najważniejsze są: wczesne rozpoznanie i leczenie, dokładność i odpowiednia jego ciągłość, wzorowa pielęgnacja, naturalne żywienie i t. p. Nawet u sztucznie żywionych widoki wyleczenia poprawiły się od czasu rozwoju techniki sztucznego karmienia. Prócz tych czynników, rzeczby można, zewnętrznej natury, widoki uleczenia zależą od nasilenia chorobowego a więc od 1) charakteru zmian kiłowych i 2) czasu zakażenia tak rodziców jakoteż i dziecka.

Niekorzystne na ogół wyniki lecznicze, jakie przynoszą cyfrowe zestawienia spostrzeżeń większych klinik lub szpitali nie uprawniają bynajmniej do wniosków, rozstrzygających sprawę rokowania i uleczalności cierpienia. Zrozumiałą jest wysoka śmiertelność niemowląt kiłowych w klinikach czy szpitalach, albowiem do powyższych zakładów dostają się przeważnie przypadki najcięższe i zaniedbane, częściej dzieci niesłubne, którym brak opieki w ogólności. Do okoliczności obciążających rokowanie zalicza słusznie, doświadczony znawca tych spraw H o c h s i n g e r, złe warunki socjalne rodziców i ubóstwo, które niszczą ich system nerwowy. Rodzice tacy płodząc dzieci przekazują im swoje cechy zwyrodnienia, ponadto rozpowszechniany w tych warstwach alkoholizm wpływa również niekorzystnie na potomstwo. Powyższe czynniki idą w zawody z samą chorobą. Trwałe znamiona kiły wrodzonej widywane w wieku późniejszym spotyka się najczęściej w warstwach najuboższych lub zupełnie nieświadomych. Pod tym względem stosunki u bogatszych przedstawiają się znacznie korzystniej.

Niedostateczność leczenia wysuwa się jako zasadnicza przyczyna nieuleczalności

kiły wrodzonej. Na 37 dzieci, które skutkiem niezgłaszania się i nieleczenia z trudnością zdołał W e l d e odszukać po latach, 27 okazywało jeszcze zmiany kiłowe, a zaledwie 9 było zupełnie zdrowych. Fakt zupełnego zaniedbania, lub nie dosyć ciągłego leczenia, osłabia wartość wszelkich zestawień o rokowaniu. Słusznie też, zdaniem M ü l l e r a, zestawienia takie pouczają jedynie o losie dzieci kiłowych, które mniej więcej niedostatecznie były leczone. Winę złego ponoszą głównie rodzice, którzy nie okazują dosyć wytrwałości, koniecznej w leczeniu tej choroby, a często nie doceniają jej niebezpieczeństwa. Również nie bez słuszności jest zarzut, stawiany przez F o u r n i e r a lekarzom, którzy często nie rozpoznają tego cierpienia. Przyczynę tego przypisać należy zaniedbaniu pediatrycznego wykształcenia.

Nie sprzyja również sprawie leczenia charakter samego przebiegu choroby. Ostre jej objawy zjawiają się wybuchowo, od czasu do czasu, a ustępują nieraz na kilka tygodni nawet bez leczenia, tem łatwiej zaś po zapoczątkowanym swoim leczeniu. Podobnie też trudne bywają dla rozpoznania i leczenia pewne postaci choroby, jak np. postać trzewiowa.

Natomiast bogactwo środków przeciwikiłowych i jaknajdokładniejsze ich stosowanie wedle wskazań leczniczych daje w kilę wrodzonej wieku dziecięcego nadzwyczaj korzystne wyniki. Stwierdzenie jej uleczalności jest wielką zasługą zmarłego praskiego profesora pedjatrii E p s t e i n a i jego szkoły. Ten sam pogląd wyraża szereg poważnych autorów.

„Nie ulega żadnej wątpliwości“, donosi F i n k e l s t e i n, „że nawet przy użyciu tylko rtęci, kiła wrodzona jest zupełnie uleczalna. Dzieci mogą wyrósć na zdrowych, nawet kwitnących zdrowiem ludzi. Liczba słabowitych lub małokrwistych nie jest bynajmniej większą niż u wolnych od kiły“. Zupełną wyleczalność na podstawie zestawień wykazuje W e l d e, zaznaczając zarazem, że niestety tylko b. rzadko przeprowadza się dosyć długo leczenie aż do zupełnego wyleczenia. Przekonywujące wyniki zestawił M a r k u s z zakładu dla dzieci kiłowych w Sztokholmie. U 26 dzieci (najdłuższe spostrzeżenie po latach 13) zdarzył się tylko jeden raz nawrót choroby. O trwałem wyleczeniu donoszą przy użyciu tylko jednego środka swojego (neosalvarsanu), B o k a y, N ö g e r r a t h, M ü l l e r i i n-

ni. Na stanowisku uleczalności stoi dziś cała pedjatrja młodszego pokolenia. Będąc w posiadaniu tak skutecznej broni, jaką w walce z kiłą stanowi rtęć i arsen, a znając sposoby wykrywania kiły utajonej, zmienilibyśmy, a raczej zaostrzyli tylko warunki, pod jakimi uważamy ją za wyleczoną. W żądaniach tych zgodzić się można najzupełniej ze zdaniem W e l d e g o, że dzieci z kiłą wrodzoną muszą być tak długo swoiście leczone, dopóki nie znikną wszystkie objawy choroby, a odczyn W a s s e r m a n n a pozostanie trwale, to jest przez lata całe, ujemny.

Wszystkie powyżej przytoczone względy uwidoczniają konieczność przyjscia z pomocą chorym dzieciom i uświadomienia rodziców. Niezbędnem więc staje się stworzenie zorganizowanej opieki nad kiłą wrodzoną i to w ramach całokształtu opieki nad dzieckiem. Do rozwiązania tego zadania zbliżymy się szybkim krokiem, wstępując na znaną już drogę opieki społecznej, stosowanej z powodzeniem w podobnych, choć innych dziedzinach (poradnia dla gruźliczych, dla karmiących matek i t. d.). W naszych stosunkach powinna ona być połączeniem opieki otwartej i zamkniętej, to jest rodzinnej i zakładowej. Największy nacisk należałoby położyć na leczenie się chorych w przychodniach, przyczem chore dziecko pozostawałoby dalej w opiece rodzicielskiej. Dla dzieci najmłodszych, odżywianych piersią matki, miałyby to zrozumiałe znaczenie. Lecz i w tych przypadkach pożądanem byłoby przyjmowanie tych dzieci wraz z matkami na oddziały szpitalne, gdzie pod dozorem lekarskim mogłoby oboje przeprowadzić odpowiednie leczenie. Przyjmowanie do leczenia zakładowego powinno się stać regułą dla dzieci matek nieślubnych lub w tych przypadkach, gdzie z góry do przewidzenia jest brak opieki lub niemożność przeprowadzenia wymaganego leczenia w domu. Starsze niemowlęta oraz dzieci przedszkolne powinno się o ile możności przyjmować na okres leczenia na odpowiednie oddziały. W ten sposób możnaby uniknąć olbrzymich wydatków, jakie pociągnęłaby budowa lub zakładanie osobnych domów dla dzieci kiłowych, a pewność dokonanych zabiegów leczniczych byłaby większa. Najpraktyczniej byłoby, gdyby poradnie przeciwkiłowe otwierano przy klinikach dziecięcych lub oddziałach szpitalnych, tam bowiem gotowe są do użycia odpowiednie instrumentarja i łatwiej o potrzebne środki

leczenia. Przeciwnie budowanie osobnych zakładów dla dzieci kiłowych uważamy w naszych warunkach za nieracjonalne. Wystarczy podkreślić zupełnie jeszcze nieprzygotowane pielęgniarstwo dziecięce i wysoką śmiertelność panującą u nas w zakładach wychowawczych.

Największy nacisk należy zatem położyć na organizację poradni przeciwkiłowych dla dzieci. Poradnia taka utrzymywałaby w uwidocznieniu zgłoszone dzieci i prowadziłaby szczegółowe zapiski dotyczące przebiegu choroby i leczenia. Do najważniejszych zadań poradni należałoby sprawa leczenia kiłowych dzieci i przeprowadzenia go w należytej ciągłości. Aby tego dokonać, koniecznym jest utrzymanie ciągłej styczności między poradnią a najbliższym otoczeniem chorego. Pod tym względem przyjdzie z pomocą lekarzowi fachowo wykształcona pielęgniarka—opiekunka. Podobnie jak w innych poradniach, wiele i to zasadniczych obowiązków przypadnie jej w udziale. Osoba taka prócz odpowiedniego przygotowania, które jej dać może tylko społecznie pracująca klinika dziecięca, musi mieć wiele przymiotów moralnych, wyrozumienia i taktu. Do obowiązków opiekunki poradni należałoby odwiedzanie chorych w ich domach według dokładnie prowadzonych zapisków i adresów. Tam na miejscu czuwałaby ona nad przeprowadzeniem zaleconych przez lekarza zabiegów i zniewalałaby rodziców do odwiedzania poradni w wyznaczonych terminach. Znaczenie takiej osoby dla uleczalności zakażenia jest ogromne. Odpowiednio dobrana opiekunka, jak to zaznacza prof. Gröer „otwiera lekarzowi rodzinę dziecka i czuwa nad rozpowszechnieniem i pogłębieniem jego pracy. Niosąc światło naszych ideałów do każdej rodziny, jest ona w prawdziwym tego słowa znaczeniu wychowawczynią, ludu i posiada wskutek tego ogromne znaczenie kulturalne”. Trudna rola przypadnie nieraz i lekarzowi, który rozpoznawszy chorobę u dziecka musi wyjaśnić ją matce, ale w ten sposób aby nie poważyć rodziny—wybór odpowiedniej drogi będzie rzeczą jego taktu i doświadczenia w tych sprawach.

Opiekę lekarską powinien objąć w poradni p e d j a t r a, mimo, że nauka o chorobach wenerycznych nie leży w zakresie jego najbliższej specjalności. W sprawach kiły wrodzonej powinien jednak być doskonale obznajomiony. Ze względu na właściwości tej choroby w wieku dziecięcym, z uwagi na sprawy odżywiania, higieny, a szczególnie pielęgniarstwa, tylko jemu to zadanie powierzone być powinno. Zapatrywanie to dzielają zresztą sami lekarze chorób skórnych, którzy zajmowali się tą sprawą (B u s c h k e).

Środków materialnych na opędzenie niezbyt zresztą wielkich kosztów dostarczyć powinno państwo, lub władze komunalne w dobrze pojętym własnym interesie. Poniesione wydatki przedstawiają się bardzo skromnie w porównaniu do sum, jakie łożyć się musi na opiekę dla matełków, ociemniałych i głuchych, których kalectwo częstokroć ma przyczynę w nieleczonej dość wczesnie i energicznie kile wrodzonej. Spostrzeżenia z zakładów dla niedołęgów umysłowych wykazały u chorych do 10-ego roku życia przeszło 20% dodatniego odczynu W a s s e r m a n a (D e a n, K r o e b e r), przy pomocy szczegółowego badania klinicznego i serologicznego zwyż 33% (L i p p m a n n) zakażenia kiłowego.

* * *

W myśl powyższych wywodów i pod naciskiem potrzeby otwarto w klinice dziecięcej Uniwersytetu lwowskiego w styczniu 1920 r. poradnie dla dzieci kiłowych. Zgłoszono do niej dotychczas 54 dzieci, z której to liczby 52 było dotkniętych kiłą wrodzoną a 2-ie nabytą. Z tych ostatnich jedno miało wrzód pierwotny na migdałku skutkiem zakażenia przez piastunkę, drugie na członku po obrzezaniu rytualnem.

Podług wieku zgłoszono ze zmianami chorobowemi po raz pierwszy w poradni dzieci:

w 1 miesiącu życia	4	}	razem 31.
" 2 " "	17		
" 3 " "	10		

w 2-gim kwartale życia	6	}	razem 11.
„ 2-gim półroczu „	5		
„ 2-gim roku życia	3	}	razem 12.
„ 3--5 „ „	6		
„ 6—10 „ „	3		

Przypadki przedstawione poraz pierwszy do leczenia, a dotyczące dzieci w 2-gim kwartale życia bądź starsze, uważać należy za zaniedbane, znacznie już obciążające rokowanie. Wprawdzie zmiany kiłowe skórne mogą niekiedy dość późno się ujawnić, jednak w wywiadach prawie stale stwierdzić się dają bardzo wcześnie objawy chorobowe, jako to sapka nosowa i niepokój dziecka, częste krzyki i płacze zwłaszcza w nocnej porze. Wiele też z tych dzieci dotkniętych było daleko posunięciem charłactwem bez widoków wyleczenia, a zmiany kiłowe trwały już od kilku tygodni a nawet lat, dotychczas nieleczone. Inne wreszcie, zwłaszcza starsze, leczone były dotychczas najzupełniej niewystarczająco np. przez 6 wcierań lub 10 proszków przetworów rtęciowych.

Z 54 przypadków zanotowanych w poradni:

żyje	zmarło	los nieznanym
36	10	8

W porównaniu do zestawień innych cyfra śmiertelności nie jest zbyt wielką. Przypisać to należy zapewne tej okoliczności, że większa część pozostawała w opiece domowej i karmiona była piersią. Obydwie okoliczności dla rozwoju dzieci kiłowych niezwykle cenne.

Uderzającym było, że z 54 przyp. dotychczas zanotowanych, 46 dzieci było ślubnego pochodzenia. Jest to spostrzeżenie nie bez znaczenia społecznego. Przyczyna częstszych zakażeń w rodzinie leży najprawdopodobniej w długo trwającej wojnie światowej i jej następstwach, a więc w długim rozstaniu rodziców, rozluźnieniu się dyscypliny moralnej, częstokroć długiej niewoli ojców rodziny. Zwłaszcza niewola rosyjska, wobec opłakanych stosunków sanitarnych w tym kraju, przyniosła jak najgorsze skutki. Mamy

zanotowanych wiele takich rodzin, gdzie po powrocie ojca z wojny, przyszło na świat dziecko dotknięte kiłą, w ten sposób przybył licznemu rodzeństwu, dotychczas zdrowemu, nowy członek, lecz już zakażony. Dla tej więc kategorii chorych zorganizowana pomoc ma daleko donioślejsze znaczenie. Tu naraża się cała rodzina i to nie tylko w chwili ostrego wybuchu choroby u jednego z jej członków, lecz i na przyszłość zawisa nad nią ciągła zmora choroby, kalectwa i częstych śmierci. Zbytecznym byłoby dodawać, że dzieci takich rodzin nadają się przedewszystkiem do leczenia zakładowego.

Postępowanie lecznicze w poradni naszej polegało na stosowaniu metody połączonej, a więc użyciu rtęci i arsenu. Dzieciom dobrze odżywionym i bez rozleglejszych zmian na skórze przepisywano wcieranie szaruchy w ilości 1 gr. na każde 10 kg. wagi ciała. Takich wcierań polecano 60 tj, 10 serji po 6 wcierań. Na początku leczenia wstrzykiwano w poradni śródmięśniowo (m. prostujący, czterogłowy uda) neosalvarsan ¹⁾ w ilości 0.15 bez względu na wagę dziecka, i powtórnem wstrzyknięciem tej samej dawki neosalvarsanu zamykano pierwszą część leczenia. W razie ujemnego odczynu W a s s e r m a n a po 4 miesiącach wzywano dziecko do ponownego zbadania odczynu i ewentualnego powtórzenia leczenia. Wstrzykiwanie neosalvarsanu śródmięśniowe uważany u dzieci małych za zabieg najłatwiejszy do wykonania i nienarażający chorego. Znosiły go dzieci doskonale, już po kilku dniach nie zdradzały żadnej bolesności, nigdy też dotychczas nie przyszło do makroskopowego zropienia tkanki. Zdajemy sobie sprawę z martwicy, która może wystąpić w zastrzykniętym mięśniu, owszem pożądamy jej nawet jako działania ergotropowego, wspomagającego wpływ swoisty arsenu. Starszym dzieciom, z dostępnem unaczynieniem żylnem, wstrzykiwaliśmy neosalvarsan śród żylnie. W przyp. rozległych zmian na skórze u niemowląt, wstrzykiwaliśmy nieraz kilkakrotnie chlorek rtęciowy (su-

1) Kilkadziesiąt dawek tego leku udzielił dla celów poradni z całą gotowością Dyrektor Urzędu Zdrowia dr. Mikołajski za co mu też składamy serdeczne podziękowanie.

blimat) śródmieśniowo (kontrola moczu) w ilości 0,001—0,002, t. j. z roztworu następującego:

<i>Hydrargyri bichlorati corros</i>	0.1
<i>Natri chlorati.</i>	0.2
<i>Aq. destill.</i>	10.0

nabierając do strzykawki 0,1—0,2 ctm.³.

Dopiero po ustąpieniu zmian na skórze i poprawie stanu ogólnego zalecaliśmy w dalszym ciągu wcieranie szaruchy.

Przy energicznym i w odpowiedniej ciągłości wykonaniem leczeniu osiągalniśmy ustąpienie wszystkich zmian, jakoteż zmianę dodatniego odczynu Wassermana na ujemny. Właśnie w ten dobroczynnym, a przede wszystkim szybkim znikaniu najcięższych zmian kiłowych, tkwi pewne niebezpieczeństwo zaniedbania i zlekceważenia dalszego leczenia przez te warstwy, które szukają pomocy w poradni przeciwkiłowej. Zdarzało się często, że matki, dowiedziawszy się o istocie choroby, z rozpaczą błagały o wzięcie w opiekę lekarską chorego dziecka, przyrzekały jak najdokładniej wypełniać przepisy lekarskie, kiedy jednak ustały zmiany chorobowe w obojętności swej nie dawały się skłonić do dalszego leczenia. Lekkomyślność rodziców w leczeniu chorych dzieci nie jest bynajmniej zjawiskiem rzadkiem ani znanym jedynie w naszym kraju. Uskarżają się na nią autorowie dość powszechnie. H u s t e n stwierdza w zestawieniu swem z kliniki fryburskiej, iż w żadnym z jego z 34 przyp. kiły nie przeprowadzono leczenia do końca.

Co się tyczy spostrzeżeń w naszej poradni, to okazuje się, iż na 54 przypadki:

pozostaje w styczności z poradnią i leczy się	26
rozpoczęło leczenie i nie dokończyło	8
nie chce się leczyć	2

W chwili obecnej nie jesteśmy jeszcze w możności podać ilości przypadków ostatecznie uleczonych, gdyż nie pozwala na to nie wielki czas istnienia poradni ani krótkość leczenia, które jak wiadomo musi być prowadzone energicznie i czas dłuższy.

Celem ostatecznego uporządkowania tych spraw zamierzone jest w niektórych państwach, jak np. Niemczech, wprowadzenie przymusowego leczenia z urzędu wszystkich dzieci kiłowych, obowiązek zgłaszania przez lekarzy i położone, o czym wspomina Pfaundler w r. 1917, a myśl ta gorąco popierana jest przez towarzystwo walki z chorobami wenerycznymi. Nie jesteśmy zwolennikami ustawowych przymusów w dziedzinie zwalczania chorób wenerycznych z obawy, aby cała tak doniosła sprawa nie zбочyła na drogę potajemnie i w sposób nieodpowiedzialny wykonywanego partactwa. Wiele natomiast dobrego spodziewamy się od należycie prowadzonych poradni, mających dobrze wyszkolone siostry—opiekunki. Osobiste ich zetknięcie się z rodziną chorego zdoła przełamać obojętność otoczenia. Jako środek zachęty do odwiedzania poradni należałoby wzorem „kropli mleka“, wprowadzić pewne świadczenia dla matek pilnie leczących swe dzieci.

Za najrealniejszy pomysł uważamy obdarzanie matek ubogich środkami leczniczymi jak, dawkami szarej maści, bądź bezpłatnymi wstrzykiwaniami neosalvarsanu, lub zależnie od miejscowych stosunków możnaby im dla zachęty ułatwić nabywanie artykułów spożywczych, mydła, pieluszek i t. d.

Oprócz samego leczenia drugie nie mniej ważne zadanie pozostaje poradni do spełnienia t. j. opieka nad najbliższą rodziną chorego. Zapomocą pouczenia i namowy należy skierowywać rodziców dziecka kiłowego do przychodni lub klinik dla wenerycznie chorych, celem odpowiedniego leczenia.

Doświadczenie poucza, iż rodzice bardzo niechętnie zwracają się do powyżej wzmiankowanych zakładów, dlatego francuscy autorowie (Couvellaire) doradzają pośrednictwa szczególniejszych instytucji t. z. *maternité* tj. biur opieki nad ciężarnymi kobietami, które we Francji cieszą się wielką popularnością.

Dla dobra wspólnej sprawy między instytucjami temi musi być nawiązany stosunek wzajemnego wspomagania

i ułatwień. Zaopiekowanie się rodzicami chorych dzieci jest wypełnieniem najważniejszej zasady medycyny, tj. zapobiegania chorobie czyli zachowania zdrowia.

S T R E S Z C Z E N I E.

Zakładanie poradni dla kilowych dzieci przy klinikach czy oddziałach szpitalnych, któreby pracowały bez wielkich wydatków, staje się rzeczą konieczną i nagłą. Wymagają tego częstość kiły wrodzonej, niebezpieczeństwo rozwlekania jej i jej uleczalność.

W opiece nad kiłą u dzieci powinny współzawodniczyć: dom rodzicielski wraz z opieką zakładową, t. j. poradnią, lub oddziałem szpitalnym.

Do zakresu zadań poradni należałoby:

1) przy wyzyskaniu wszelkich zdobyczy, jakie dają leczenie chorób wenerycznych, przeprowadzenie odpowiednio ciągłego i energicznego leczenia;

2) zajęcie się najbliższą rodziną chorego, przekonanie jej o konieczności i widokach leczenia.

Na czele poradni powinien stanąć obznajmiony z temi sprawami lekarz-pedjatr. W działalności jego wspomagać go powinna zawodowo wykształcona siostra-opiekunka.

Wydatki na prowadzenie poradni i leczenie ponosić powinny władze komunalne, bądź państwowe.

Jako przykład odnósnej organizacji przedstawiono opis i tymczasowe wyniki poradni dla dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną przy Klinice Pedjatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

PIŚMIENICTWO.

B u k a y. Archiv. f. Kind. T. 60 i 61.

B ü s c h k e. Deut. Med. Woch. 1907 Nr 3.

C o u v e l d i r e. Presse médicale 1921.

E p s t e i n. Zeisch. f. Säuglingsfürs. 1911. T. 5.

F i n k e l s t e i n. Lehrbuch d. Kinderh.

Pedjatria polska.

Gröer. *Medycyna i Kronika lekarska* 1918.

Geber. *Deut. med. Woch.* 1920. Nr 40.

Husten. *Archiv f. Kind.* 1921, T. 60. Z. 5.

Hochsinger. *Ergeb. f. inn. Med. n. Kind.* T. 5.

Müller. *Therapeut. Mon.* 1913. Z. 10.

Nögerrath. *Jahrb. f. Kind.* T. 25. Nr. 75.

Pfaundler. *Zeisch. f. Kind.* T. 16. Z. 1 i 2.

Pfaundler. *Münch. Med. Woch.* 1917. Z. 17.

Riecke. *Münch. Med. Woch.* 1921. Nr 1.

Wirz. *Zeisch. f. Kind.* T. 19. Z. 4.

Welde. *Zeitsch. f. Kind.* T. 17 i *Ergeb. f. inn. Med: n. Kind.*

T. 13.

Inni cytow. w pracy *Weldego* *Ergeb.*



Z Polikliniki Dr. Goldflama i z oddziałów Dr. Fiataua
i D-ra Bregmana w szpitalu żydowskim w Warszawie.

O klinicznym przebiegu spóźnionej krzywicy pod wpływem wadliwego odżywiania.

Podąła

Zofja Rosenblumówna.

W ciągu wiosny i lata 1919 roku miałam sposobność stwierdzić u kilku osobników w wieku od lat sześciu do osiemnastu, stan chorobliwy, zbliżony najwięcej do *rachitis tarda*, aczkolwiek przebiegiem swoim stan ten różnił się od niej nieco.

Cierpienie to charakteryzuje się przez swoiste warunki powstawania, a mianowicie niedostateczne i jednostajne odżywianie, oraz ciemne i wilgotne mieszkanie. Zjawia się czasem wśród członków jednej i tej samej rodziny i przebiega względnie łagodnie, gdyż po usunięciu niekorzystnych warunków i zastosowaniu odpowiedniego odżywiania i leczenia może nastąpić znaczna poprawa. Wobec tego, że wymieniony zespół chorobowy występował w ciągu 1919 roku i na początkach 1920 r. dosyć często, a *rachitis tarda* jest postacią chorobową spostrzeganą rzadko, wydaje mi się, że zasługuje on na omówienie.

Przypadki moje dotyczyły osobników młodych żydów. Zaznaczam jednak, że koledzy spotykali się z owym zespo-

łem chorobowym również wśród ludności chrześcijańskiej.

Przytaczam osiem najbardziej charakterystycznych historii chorób.

Przypadek I. Szymon S. lat 16. Pacjent, z zawodu ślusarz, zauważył, że mu od dwóch lat słabną kończyny dolne. Od roku nie może chodzić prędko, miewa bóle w krzyżu, w plecach i w rękach.

Brat, który przyjechał przed rokiem na urlop do domu, zwrócił mu uwagę na wykrzywienie jego dolnych kończyn; pacjent sam nie zauważył kiedy mu się zaczęły wykrzywiać nogi, natomiast od roku spostrzegł, że stawy skokowe, kolanowe i napiątkowe zgrubiały znacznie; w stawach tych odczuwa bóle; z powodu tych bólów i osłabienia w kończynach dolnych chory zasięgał kilkakrotnie porady lekarskiej.

Wywiad: W rodzinie jest czworo braci, z których jeden, obecnie 13-letni chłopiec, przechodził krzywicę w młodym wieku. Dwaj inni są zdrowi. Ojciec na wojnie. Matka cierpi na *osteoartrypatia dysalimentaria*. Warunki domowe złe, mieszkanie wilgotne, bez słońca, odżywia się źle od dłuższego czasu przeważnie kartoflami i kartkowym chlebem; tłuszczów używa bardzo mało.

Pacjent w dzieciństwie nigdy nie przechodził krzywicy. Zaczął chodzić do roku, chód był zawsze normalny. Po za tyfusem plamistym, który przechodził kilka lat temu, był stale zdrowy.

Stano b e c n y; Budowa drobna, pod pachami nie ma śladu owłosienia, skąpe owłosienie na spojeniu łonowem. Nie ma żadnych śladów krzywicy przebytej w dzieciństwie: różańca, zniekształcenia klatki piersiowej i czaszki. Stawy skokowe, kolanowe, napiątkowe i łokciowe są bardzo zgrubiałe.

Gdy chłopiec stoi prosto—kosci udowej i golenie są wykrzywione pałakowate i tworzą wyraźnie *genu-varum*. Czaszka i klatka piersiowa prawidłowa, łopatki odstają nieco. Płuca bez zmian. Serce prawidłowe, tętno 72, prawidłowe. Narządy jamy brzusznej bez zmian. Tarczyca wyczuwa się dobrze.

Chód lekka kaczkowaty, ucisk na dolne żebra nie bolesny. Kręgosłup ruchomy. Opukiwanie kręgosłupa bolesne. Układ nerwowy i mięśniowy bez zmian. Odruchy ścięgien żywe. Odczyn *P i r q u e t a* dodatni; *W a s s e r m a n n* ujemny.

Badanie moczu zmian nie wykazało. Badanie krwi pozwoliło stwierdzić lekki stopień niedokrwistości. Zdjęcie rentgenograficzne stawu napiątkowego wykazało normalną budowę kości napiątko, natomiast wybitne strzępiaste brzegi trzonu kości promieniowej, tak charakterystyczne dla *rachitis tarda*, i wyżłobienie odwodowego końca—kości promieniowej, oraz nadmiernie szeroką szczelinę stawową. Zdjęcie stawu kolanowego wykazało zmiany analogiczne, lecz mniej wybitne.

Leczenie. Zastrzyki arsenikowe, parowe kąpiele, masaż i gimnastyka nie osiągnęły skutku. Podczas 3-ch miesięcznego pobytu w szpitalu nie stwierdzono podniesień ciepłoty.

Przypadek II. Sz. W. lat 16. Pacjent z zawodu ślusarz. Cierpi na bóle w nogach i ma wybitne zgrubienia stawów napiętkowych, kolanowych, które wystąpiły, jak twierdzi z całą stanowczością, w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Skarży się najwięcej na to, że przy chodzeniu jedno kolano ociera się o drugie, co mu bardzo przeszkadza.

Wywiad: Pacjent zaczął chodzić do roku, miał zawsze proste nogi, w dzieciństwie krzywicy nie przechodził. Przed dwoma laty chorował na tyfus plamisty, pozatem był zawsze zdrowy. W rodzinie nie ma obarczenia gruźliczego. Złe odżywianie chłopca podczas wojny.

Stano obecny: budowa drobna, odżywianie mierne, pod pachami nie ma żadnego owłosienia, skąpe owłosienie na spojeniu łonowym. Gruczoły podszczękowe, szyjowe bardzo powiększone. W obu szczytach stłumienie, oddech nieco zaostrzony. Serce prawidłowe; tętno 80 miarowe. Narządy jamy brzusznej bez zmian. Układ nerwowy i mięśniowy bez zmian, po za osłabieniem siły w kończynach dolnych, które chory unosi z trudem *en masse*. Kręgosłup ruchomy. Bolesność przy opukiwaniu kręgow łędźwiowych. Chód nie ma charakteru kaczkowatego, jest powolny, ostrożny. Kolana ocierają się o siebie i tworzą wyraźne *genu valgum*. Odczyn Pirqueta dodatni. Odczyn Wassermann a ujemny.

Badanie moczu wykazało dość dużą ilość moczanów. Badanie krwi dało następujące wyniki: Czerw. ciałek 3,95 6000, biał. ciałek 7500, hemoglobiny 71, wskaźnik barwnikowy 0,9.

Na zdjęciu rentgenograficznym widzimy, że nasady kolanowe są bardzo zgrubiałe, chrząstka nasadowa jest niewyraźna, nierówna, szczelina stawowa bardzo szeroka. Na zdjęciu stawu napiętkowego widać wyraźnie strzępiaste brzegi trzonu kości promieniowej. Podczas pobytu w szpitalu ciepłota nie była podniesiona.

Leczenie: arsenik, kąpiele słoneczne, fosfor. Stan chorego nie uległ poprawie. Przeciwnie w szpitalu dało się zauważyć wyraźne zwiększanie się stawów. Pod koniec swego pięcioletniego pobytu w szpitalu, pacjent chodzi z wielkim trudem, gdyż kolana mają co raz większą tendencję do utworzenia *genu valgum*.

Przypadek III (patrz fotografię Nr 2). Jakób G. lat 15, uskarża się na silne bóle w stawach kolanowych, w części dolnej grzbietowej i lędźwiowej kręgosłupa oraz na utrudnienie chodzenia od 7 miesięcy. Stawy nóg stopniowo zgrubiały, a kolana ocierają się o siebie i wykrzywiły się.

W y w i a d: Dwa lata temu chory przechodził tyfus plamisty a w zeszłym roku hiszpankę, poza tem był stale zdrow. Urodził się prawidłowo, chodzić zaczął do roku, nigdy nie przechodził w dzieciństwie krzywicy i matka twierdzi, że był prosty „jak drut“. Na żadne bóle w kościach, stawach się nie uskarżał nigdy, nie kaszłał. W rodzinie było 5 dzieci, z nich żyje czworo, jeden brat umarł na suchoty. Ojciec i matka nie kaszła. Jeden braciszek skarży się również na bóle w kolanach. Od czasu wojny odżywianie polegało na kartoflach i chlebie. Mieszkanie jest mało słoneczne.

S t a n o b e c n y: Budowa wąta, drobna. Odżywianie upośledzone. Pod pachami nie ma śladu owłosienia, skąpe owłosienie na spojeniu łonowem. Gruczoły łokciowe, pachwinowe i szyjowe powiększone. Klatka piersiowa i czaszka prawidłowa. Nasady stawów napiąstkowych wyraźnie zgrubiałe. Stawy kolanowe są bardzo zgrubiałe, szczególnie odcinki wewnętrzne, prawy staw kolanowy ociera się o lewy, tworząc przy chodzeniu i staniu typowe *genu valgum*. Stawy skokowe są również bardzo zgrubiałe. Układ nerwowy i mięśniowy bez zmian. Siła zginaczy kończyn dolnych nieco osłabiona. Kręgosłup przy opukiwaniu niebolesny, ruchomy. W płucach po za nieco zaostrzonym oddechem w prawym szczyście zmian nie ma. Serce prawidłowe. Tarczyca się nie wyczuwa. Pacjent został skierowany na oddział nerwowy d-ra Bregmana, gdzie przeleżał sześć tygodni. Na oddziale uzupełniono badanie analizą krwi, która wykazała: czerwonych ciałek—6 milionów, białych ciałek 11,700, hemoglobiny 79%, wskaźnik barwnikowy 0,66.

Badanie moczu wykazało obecność kryształów szczawianu wapnia w niewielkiej ilości. Zdjęcie rentgenograficzne stwierdziło wybitne zgrubienie nasady stawu napiąstkowego, z zazębieniem chrząstki nasadowej charakterystycznym dla rachitis tarda. Ciepłota prawidłowa, Odczyn Pirqueta dodatni. Odczyn Wassermana ujemny.

L e c z e n i e: zastrzykiwania arszeniku, fosfor, słoneczne kąpiele. Bóle ustały. Dodatnich zmian w układzie kostnym nie zauważono. Przeciwnie kończyny dolne miały w chwili wypisania pacjenta ze szpitala wyraźną tendencję do tworzenia *genu valgum*.

P r z y p a d e k IV. Abram E. lat 10. Brat poprzedniego pacjenta.

W y w i a d: Choroba rozpoczęła się również przed 7 miesiącami. Matka zauważyła, że dziecku wykrzywiają się nogi, skutkiem czego chód chorego stawał się coraz bardziej utrudniony. Bólów dziecko nie miało. Dwa lata temu dziecku wycięto gruczoł na szyi. Przed rokiem przeszedł tyfus plamisty. Zaczął chodzić do roku, w dzieciństwie rozwijał się doskonale. Nigdy nie przechodził krzywicy. Matka twierdzi, że miał stale bardzo proste nóżki i szybko biegał. Ząbkować zaczął w końcu 8-go miesiąca. Odżywianie dziecka było niedostateczne.

S t a n o b e c n y: Budowa drobna, znaczny stopień wychudzenia. Kości czaszki, klatki piersiowej i kończyn górnych prawidłowe. Kości udowe są wygięte. Wybitne zgrubienie stawów kolanowych, staw kolanowy prawy ociera się o lewy tworząc wyraźne *genu valgum*. Stawy skokowe i napiąstkowe również bardzo zgrubiałe. Gruczoły pachwinowe i szyjowe są zwiększone. Tarczycza nie wyczuwa się. W płucach oddech w szczytach zaostrozony. Serce i narządy jamy brzusznej bez zmian. Układ nerwowy prawidłowy. W kończynach dolnych siła mięśni nieco osłabiona. Kręgosłup ruchomy, opukiwanie niebolesne. Chód bardzo utrudniony, nogi odchylają się na zewnątrz. Zdjęcie rentgenograficzne stwierdza obrzmienie nasady stawu napiąstkowego, wystąpienie chrząstki nasadowej i nadmiernie szeroką szczylinę stawową.

Odczyn Pirqueta wyraźnie dodatni, odczyn Wassermana ujemny. Badanie moczu wykazało mocznany, oraz pojedyncze kryształki kwasu moczowego. Badanie krwi dało następujące wyniki: czerw. ciałek—3 292,900; biał. ciałek 5,500; hemoglobiny 75%; wskaźnik barwnikowy 1.

Krzywa ciepłoty od czasu do czasu wykazuje stany podgorączkowe.

Leczenie (fosfor, arsenik, słoneczne kąpiele) wzmocniło znakomicie stan ogólny, lecz na układ kostny wpływu nie wywarło.

P r z y p a d e k V. Szymek Sz. lat 10. Cierpi na bóle w nogach i utrudniony chód.

W y w i a d. Po bardzo ciężkiej zimie, podczas której w mieszkaniu było tak chłodno, że dzieci prawie nie wstawały z łóżek i nie chodziły z powodu braku ubrania zauważono, że nogi wykrzywają się stopniowo i że chód jest bardzo utrudniony. W owym czasie chory zaczął odczuwać bóle w nogach. Podczas Wielkiej Nocy upadł i złamał lewą rączkę, która od tego czasu jest zniekształcona. Chód stawał się coraz bardziej utrudniony, dziecko opierało się o sprzęty, a nareszcie zaczęło czołgać się. Przed tą chorobą dziecko było zawsze zdrowe, zaczęło chodzić do roku. W dzieciństwie nie przechodziło krzywicy, miało zawsze proste nóżki. Chłopczyk, wybitnie inteligentny, opowiada, że gdy dawniej ścigał się z kolegami, to zawsze pierwszy dobiegał mety. Od czasu wojny odżywianie polegało na chlebie i kartoflach.

S t a n o b e c n y: Dziecko bardzo blade i wycieńczone. Czaszka i klatka piersiowa prawidłowa. Lewą przedramię zniekształcone i zgięte.

Objawów przebytej wczesnej krzywicy w postaci różniaka kostnego, etc. nie ma. Gruczoły chłonne prawie nie powiększone. Tarczycza się nie wyczuwa. Oddech nad lewym szczytem i w lewej okolicy podobojczykowej zaostrozony. Serce i narządy jamy brzusznej bez zmian. Układ nerwowy prawidłowy. Kończyna dolna prawa jest

zgięta pod kątem rozwartym w stawie kolanowym. Wyprostowanie jej czynne i bierne nie jest możliwe i wywołuje ból. Pozatem ruchy we wszystkich odcinkach kończyn dolnych zachowane. Siła mięśniowa osłabiona; chory może stać tylko wtedy, gdy się go podtrzymuje. Chodzić nie jest w stanie, lecz czołga się na czworakach po podłodze. Obustronne *genu valgum*.

Badanie moczu wykazało mocznany w niewielkiej ilości. Odczyn Pirqueta dodatni. Odczyn Wassermann'a ujemny.

Badanie krwi wykazało: czerw. ciałek—4.900.000; biał. ciałek 7000; hemoglobiny 73%; wskaźnik barwnikowy 0,78.

Badanie rentgenograficzne stwierdziło. Nasady kości udowej oraz promieniowej są obrzmiałe, chrząstka nasadowa nierówna i strzępiasta. Złamanie obu kości przedramienia lewego.

Leczenie: fosfor, arsenik podskórnym, słoneczne kąpiele, masaż, a szczególnie bardzo usilne odżywianie. W przeciągu miesiąca dziecko się wybitnie poprawiło, utyło. Kolana ocierały się w dalszym ciągu jedno o drugie i tworzyły silnie zaznaczone *genu valgum*. Po miesiącu pobytu w szpitalu chłopiec począł wchodzić sprawnie na krzesółko, po trzech miesiącach chłopiec chodził swobodnie, bawił się, przy chodzeniu kolana były zbliżone do siebie, ale nie ocierały się. Prawa kończyna była zlekka zgięta w stawie kolanowym. Chłopiec opuścił szpital z wybitną poprawą.

Przypadek VI. Mateusz Sz. lat 6. Brat poprzedniego pacjenta cierpi na osłabienie i wykrzywienie nóg.

Wywiad: Urodził się przedwcześnie, rozwijał się fizycznie bardzo dobrze. Brat—dwie siostry chorego zupełnie zdrowe.

Miało zawsze zupełnie proste nóżki, biegało i chodziło doskonale. Chodzić zaczęło do roku, ząbkować do 9 miesięcy, mówić do roku. Było zawsze wesołe, w ostatnim roku dziecko zaczęło słabnąć w nogach. W zimie leżało przeważnie i nie chciało chodzić; w lecie zaczęło trochę chodzić i wówczas ojciec zauważył, że dziecku się wykrzywiły nogi. Odżywiał się do czasu wojny przeważnie chlebem i kartoflami; 5 miesięcy temu dziecko przeszło tyfus plamisty.

Stano obecny: Budowa drobna, odżywianie bardzo upośledzone, cera blada. Kości udowe, a z prawej strony i kości podudzia są wygięte, szczególnie ta ostatnia tworzy kąt. Kości przedramienia są również wygięte. Kości czaszki, klatki piersiowej prawidłowe. Gruczoły pachwinowe nieco powiększone. Płuca, serce i układ nerwowy bez zmian. Ruchy w kończynach górnych i dolnych są zachowane, ale siła jest znacznie osłabiona. Dziecko nie może długo stać, przy chodzeniu opiera się obiema rączkami na podudziu i utyka na lewą nóżkę. Odczyn Pirqueta wybitnie dodatni. Odczyn Wassermann'a ujemny. Badanie moczu wykazało w osadzie fosforawy amonowo-magnezowe. Ciepłota stale prawidłowa.

Badanie krwi dało wynik następujący: ciałek czerw. 4.584.000, ciałek biał. 5000, hemoglobiny 70%, wskaźnik barwnikowy 0,78.

Leczenie jak w innych przypadkach. Dziecko wypisało się ze szpitala po sześćcio-tygodniowym pobycie bez znacznej poprawy. Wzmocnił się tylko stan ogólny. Dziecko chodziło znacznie lepiej, mogło stać dłuższy czas bez zmęczenia.

Przypadek VII. Szl. Sz. lat 16, odczuwa od dwóch lat osłabienie w kończynach dolnych, przyczem chód jest coraz więcej utrudniony.

Wywiad: Przed dwoma miesiącami chory przestał wychodzić z domu, a od trzech tygodni leży stale w łóżku. Z pozycji leżącej podnosi się z wielkim trudem, bez pomocy chodzić o własnych siłach nie może. Od roku zauważył wybitne zgrubienie kości w okolicy stawów. Stawy były obrzmiałe, ale nie zaczerwienione i nie bolały. Od trzech tygodni kończyny górne są tak osłabione, że chłopiec nie może zupełnie pracować. Bólów nie odczuwa obecnie, dawniej miewał od czasu do czasu bóle w kończynach dolnych. Przedtem pacjent był stale zdrowy, w jesieni 1918 r. przechodził hiszpankę. Ojciec zmarł na gruźlicę krtani, matka i rodzeństwo są zdrowe. Jako dziecko rozwijał się normalnie, matka karmiła go piersią, chodzić zaczął do roku. Nigdy nie przechodził krzywicy, nogi miał proste zawsze i sam zaznacza, że podczas gier z towarzyszami mógł szybko biegać. W rodzinie według słów chłopca nikt nie ma zgrubienia stawów, z naciskiem zwraca uwagę na to, że stawy jego zgrubiały dopiero od roku. Podczas wojny odżywał się bardzo niedostatecznie, przeważnie chlebem i kartoflami.

Stano obecny: Budowa drobna infantylna, odżywianie upośledzone. Klatka piersiowa nieco spłaszczona. Nie ma żadnych oznak wcześniejszej krzywicy. Wybitne zgrubienie dolnej nasady kości przedramienia, zwłaszcza po stronie wewnętrznej, dolnej nasady kości udowej, dolnej i górnej nasady kości goleniowej. Stawy są niebolesne. Płuca, serce, narządy jamy brzusznej i układ nerwowy bez zmian. Odczyn Pirquet'a dodatni, odczyn Wasserman'a ujemny. Ciężota stale prawidłowa. W moczu mocznicy w nieznacznej ilości. Siła mięśni podnoszących ramię osłabiona obustronnie. Siła mięśni zginających i prostujących przedramię bardzo osłabiona. Uścisk dłoni z obu stron osłabiony, zmniejszenie objętości mięśni ramienia i przedramienia, jakoteż mięśni pasa barkowego. Kończynę dolną prawą, chory zgina minimalnie w stawie biodrowym, lewą wcale nie zgina.

Zginanie i rozginanie w stawie kolanowym ograniczone. Chory zgina kończyny powoli i powoli je prostuje. Siła mięśni zginających i prostujących osłabiona. Zmniejszanie objętości mięśni do i odprzewadających udo i podudzie.

Chory podnosi się z leżącej pozycji, tylko przy pomocy rąk, i to z wielkim trudem. W postawie stojącej lordoza lędźwiowa. Przy podnoszeniu przedmiotu z podłogi chory zgina kończyny w stawach kolanowych bardzo wolno i wspiera się rękami na kolanach.

Chodzi przeważnie o łasec, kończyny trzyma sztywno, nie zginając ich w stawach kolanowych.

Badanie rentgenologiczne wykazało: w stawach kolanowych, skokowych i napięstkowych wyraźne obrzmienie nasad i wystrzępioną linię chrząstki nasadowej, szczeliny stawowe są znacznie szersze niż normalnie.

Leczenie: zastrzykiwania arszeniku i strychniny, gorące kąpiele, galwanizacja kończyn. W 6 tygodni wybitna poprawa. Siła w kończynach dolnych się wzmogła, chory mógł podnosić przedmiot z podłogi bez wysiłku i bólu. Zmniejszenie zgrubienia nasad widoczne. W końcu lipca 1919 r. chory przyszedł do ambulatorjum szpitala: stwierdzono wówczas, że stawy kolanowe są znacznie mniej zgrubiałe, pacjent chodził lepiej, kolana nie ocierały się o siebie, aczkolwiek *genu valgum* było wyraźnie zaznaczone. Pacjent który jest z zawodu szewcem, skarżył się na osłabienie w kończynach dolnych i twierdził, że mu jednak trudno pracować.

W połowie września chory powtórnie przyszedł do ambulatorjum: stawy kolanowe ponownie zgrubiały, szczególnie wewnętrzna powierzchnia stawu kolanowego prawego, tak że chory ma wyraźnie zaznaczone *genu valgum*. Skarży się na osłabienie kończyn.

Dokonane w owym czasie badanie krwi dało następujący wynik: czerw. ciałek 4.800.000, biał. ciałek 4000, hemoglobiny 90, wskaźnik barwnikowy—0,9.

Pacjent został powołany do wojska na początku 1920 roku i przesłużył w piechocie sześć miesięcy. Po za częstym zmęczeniem nie miał żadnych dolegliwości. Zmian w stawach ku lepszemu się nie stwierdza.

Przypadek VIII. Józia S. 9 lat, skarży się na bóle w nogach, wskutek których nie może chodzić.

W y w i a d: Dziecko urodziło się do czasu. Karmione do roku piersią, rozwijało się bardzo dobrze. Chodzić i ząbkować zaczęło do roku. W zeszłym roku dziewczynka uczęszczała do szkoły, chodziła doskonale, nóżki miała zupełnie proste. Zachorowała na hiszpankę. Wkrótce po wyzdrowieniu dziecko zaczęło źle chodzić. Stopniowo w przeciągu 8 miesięcy dziecku wykrzywiła się prawa nóżka, oraz wystąpiło zgrubienie stawów napięstkowych, skokowych i kolanowych. Od trzech lat chora odżywia się przeważnie chlebem kartkowym, kaszą i suchemi kartoflami. Jeden brat cierpi na gruźlicę stawu biodrowego, ojciec umarł na cukrzycę. Matka i reszta rodzeństwa są zdrowi.

St a n o b e c n y: Wzrost niski, odżywianie dobre. Żadnych oznak wczesnej krzywicy niema. Gruczoły chłonne się nie wyczuwają, oprócz kilku drobnych gruczołów pachwinowych. Tarczycza się wyczuwa dobrze. Płuca, serce, narządy jamy brzusznej i układ nerwowy bez zmian. Stawy napięstkowe, kolanowe i skokowe bardzo

zgrubiałe. Wybitne wygięcie obu kości udowych. W kończynach dolnych ruchy zachowane, ale siła osłabiona, dziecko chodzi, opierając się obiema rączkami o sprzęty. Samo bez oparcia—nie stoi. Prawe kolano ociera się o lewe i tworzy wybitne *genu valgum*. Z pozycji siedzącej do stojącej chora przechodzi z wielkim trudem, schyla się, opierając się rączkami o uda.

Odczyn Pirqueta słabo dodatni, odczyn Wassermana ujemny.

Badanie krwi wykazało: ciałek czerw. 5.000.000, ciałek biał. 5.000, hemoglobiny 55%, wskaźnik barwnikowy—0,54.

W moczu nieznaczna ilość moczanów. Zdjęcie rentgenograficzne stawu napiętkowego stwierdza strzępiastą chrząstkę nasadową kości promieniowej i niezmiernie szeroką szczelinę stawową.

Leczenie jak poprzednio. Po 2-ach miesiącach wybitna poprawa. Mała zaczęła szybko chodzić. Zmiany kostne nie ustąpiły jednak i dziecko ma *genu valgum*, które stwierdziłam niedawno.

We wszystkich powyższych przypadkach daje się zauważyć dość szybki rozwój stanu chorobowego. Bardzo ściśle wywiady pozwalają twierdzić z całą pewnością, że pacjenci byli dotychczas zdrowi. W okresie początkowym chorzy odczuwają bóle w kończynach dolnych, męczą się nader szybko przy chodzeniu. W krótkim czasie chodzenie staje się bardzo utrudnione, a po 2—3 miesiącach prawie nie możliwe. Jednocześnie występuje zgrubienie stawów napiętkowych, kolanowych i skokowych, oraz skrzywienia kończyn dolnych, *genu valgum* w siedmiu przypadkach, *genu varum* w 1 przypadku).

Zniekształcenia przypominają ciężkie postaci krzywicy wczesnej. Zmiany chorobowe umiejscawiają się tylko w kończynach, stawy są obrzmiałe, ale skóra nad nimi nie jest zaczerwieniona, ciepłota ich nie jest podniesiona. Bierne ruchy są przeważnie możliwe we wszystkich kierunkach. Bolesność przy dotykaniu stawów jest nieznaczna, bóle występują dopiero przy chodzeniu. Cierpienie przebiega bez podniesienia ogólnej ciepłoty ciała. W innych narządach znaczniejszych zmian nie ma.

Krew po za słabym stopniem niedokrwistości, zmian nie przedstawiała. Wzajemny stosunek białych ciałek był

zupełnie normalny. Patologicznych postaci białych ciałek krwi nie spostrzegano ¹⁾).

Badania rentgenologiczne wykazały we wszystkich przypadkach brak zrostu w linii nasadowej, wyraźne strzępienie chrząstki nasadowej, rozszerzenie odwodowego końca trzonu kości promieniowej, łokciowej, ewentualnie udowej oraz bardzo szeroką szczelinę stawową w porównaniu z normalną. Budowa kości napiastka prawidłowa. Na wszystkich zdjęciach stwierdzono pewien stopień odwapnienia kości ²⁾).

W układzie nerwowym zmian nie ma za wyjątkiem żywych odruchów ścięgnistych i żywego odruchu Chwostka, w jednym przypadku. Badanie elektryczne mięśni zmian nie wykazało. Badanie na spasmofilję dało wynik ujemny.

Przebieg cierpienia cechuje względnie szybki rozwój objawów chorobowych, jak również szybka poprawa czynnościowa pod wpływem dobrych warunków mieszkaniowych i odżywiania, oraz podawania przetworów fosforu, arseniku, jako też słonecznych kąpieeli. Zniekształcenia zmniejszają się, ale tylko do pewnego stopnia. Czasem są one bardzo uporczywe i nie ulegają żadnej zmianie pod wpływem leczenia. Nawrót cierpienia był stwierdzony jeden raz: chłopiec, który w szpitalu poprawił się znakomicie, po 3 miesiącach pobytu w domu zachorował na ponowne zgrubienie stawów i na wyraźne wykrzywienie prawego kolana.

Prócz złych warunków odżywiania i mieszkania, odgrywa rolę poprzedzająca choroba wyniszczająca; wszyscy chorzy przechodzili w ciągu ostatniego roku ciężką chorobę zakaźną, w sześciu przypadkach dur wysypkowy, w dwóch przypadkach hiszpankę.

Opisany obraz chorobowy nasunął pewne wątpliwości przy różniczkowaniu choroby.

1) Badania krwi wykonała uprzejmie d-r Prussakowa, za co jej serdecznie dziękuję.

2) Za łaskawe dokonanie zdjęć rentgenograficznych serdecznie dziękuję kol. Judtowi i Meszowi.

Do osteomalacji dziecięcej przypadki nie były podobne. Zmięknienie kości u dzieci, jako odrębna postać chorobowa była przez długi czas kwestjonowana, przez wielu lekarzy a i dziś L o o s e r, wybitny znawca układu kostnego dzieci, widzi w niej tylko poważną postać krzywicy. Charakteryzuje się to cierpienie, jak wiadomo, nadmiernem rozmiękczeniem kośćca, a objawia się przeważnie u dzieci płci żeńskiej. Na 15 przypadków piśmiennictwo wykazuje tylko 2 chłopców. Wiek nie odgrywa roli przy występowaniu pierwszych objawów osteomalacji, jednakże według francuskich autorów występuje ona przeważnie w drugim dziesiątku życia, Zmięknienie kości stwierdzano często obok krzywicy. Cierpienie to rozwija się stopniowo, najczęściej choroba rozpoczyna się od bólów w kończynach dolnych. Niepokój psychiczny, bezsenność, obfite poty, wybitna niedokrwistość wkrótce uzupełniają obraz chorobowy. Chód staje się coraz mniej pewny. W moczu wydzielanie fosforanów i chlorków jest bardzo wzmożone. Zmniejszenie się wzrostu pacjenta jest objawem nader charakterystycznym. M e s l a y obserwował zmięknienie kości u 13 letniej dziewczynki, która chodziła o lasce. Co kilka tygodni trzeba było laskę skracać. Dzięki nadmiernemu zmiękczeniu kości występują częste złamania, które zrastają się przeważnie z wielkimi defektami.

Najczęściej są porażone żebra, obojczyki, kości udowe. B r o c a często obserwował wybitne *genu valgum* na początku osteomalacji. M e s l a y i B e r r a r d opisują skoliozy. Rokowanie przy zmięknieniu kości, aczkolwiek znacznie lepsze we wczesnem dzieciństwie niż w wieku późniejszym, jest niepomyślne. Wyzdrowienie zupełne nie jest znane. W przypadkach moich przebieg cierpienia różni się zasadniczo od przebiegu osteomalacji. Bolesność przy dotyku istniała, ale nie była nigdy wyrażona wybitnie. Łamliwości kości nie stwierdziłam, a szybka poprawa czynnościowa w stanie chorych pozwoliła odróżnić od osteomalacji moje nawet ciężkie przypadki.

W niektórych przypadkach na początku cierpienia nasuwało się pytanie, czy to nie podostry gościec stawowy; lecz przy gościu stawowym bóle są umiejscowione tylko

w stawach, te ostatnie są obrzmiałe; pozatem gościec poraża stawy jedne po drugich; istnieją wahania ciepłoty i t. d.

Gościec mięśniowy, w którym wskutek bólu—stwierdzamy często ograniczenie ruchów, objawia się jednocześnie skłonnością do drgań włókienkowych i wzmożoną mechaniczną pobudliwością mięśni, czego nie stwierdziłam w żadnym z moich przypadków.

U jednego chłopca (przypadek VII) rozpoznano *dystrophia musculorum progressiva*. Cierpienie to bodaj czy nie najwięcej nasuwa trudności rozpoznawczych, tembardziej, że przy wrzekomym przeroście mięśni występują wybitne zmiany kostne w postaci zcieńczenia kości długich, jako to żeber, kości udowej i goleniowej, lekkie wykrzywienie kości podudzia i wybitne powiększenie nasad. Badanie promieniami R o e n t g e n a wykazuje ogólny zanik kości. Ilość tkanki gąbczastej zwiększa się. Zmian kostnych nie należy uważać w tych wypadkach za wtórne, należy raczej przypuszczać, że istnieje tu rodzinna skłonność do troficzných zmian w układzie mięśniowym i kostnym. W trzech moich przypadkach charakterystyczne wspinanie się przy podnoszeniu z podłogi, wybitne zmniejszanie tkanki mięśniowej mogło zmylić rozpoznanie. Brak zmian w elektrycznym odczynie mięśni, brak zmian w odruchach, a szczególnie szybka poprawa czynnościowa, pozwoliły w danych przypadkach na właściwe rozpoznanie.

Czy można zaliczyć przypadki powyżej opisane do postaci chorobowej, na którą zwrócił początkowo uwagę Ch e ł m o ń s k i, a która została specjalnie szeroko omówiona przez G o l d f l a m a pod nazwą *osteoarthropathia dysalimentaria*. Zie odżywianie i wilgotne mieszkanie, znaczna poprawa osiągalna przez podawanie przetworów fosforu, tłuszczu i stosowanie kąpieli słonecznych—przemawiały by bardzo za tem. Jednakże sam G o l d f l a m podkreśla, że opisane przez niego cierpienie dotyczy przeważnie osobników dorosłych, głównie kobiet. Na 39 przypadków G o l d f l a m stwierdził chorobę u 35 kobiet i tylko u 4 mężczyzn. Wiek średni przeważał, najmłodszy chory G o l d f l a m a miał lat 17. Silne bóle przy ucisku na klatkę piersiową, wybitnie kaczkowy chód, tak charakterystyczny dla cierpienia, opisanego przez Ch e ł m o ń s k i e g o i G o l d f l a m a, ograniczenie ruchów czyn-

nych i biernych, wybitna bolesność przy odwodzeniu ud— wszystkie te objawy nie występowały u moich chorych. Wobec tego twierdzą że nie mamy tu do czynienia z *osteoarthropathia dysalimentaria*. Przemawia za tem także badanie rentgenograficzne, które w przypadkach osteoartropatii wykazało tylko pewne odwapnienie kości. We wszystkich spostrzeganych przezemnie przypadkach rentgenografia stwierdziła natomiast zmiany kostne bardzo wyraźne, jako to wystrzępienie chrząstki nasadowej, wyżłobienie odwodowego końca trzonu, nadmiernie szeroką szczelinę stawową, a więc zmiany bardzo charakterystyczne dla *rachitis tarda*. Należy więc przypuszczać, że opisane przezemnie przypadki są przypadkami *rachitis tarda*. *Rachitis tarda* jest uważaną w piśmiennictwie za względnie rzadką. Deyl wśród 50.000 dzieci dotkniętych krzywicą widział tylko w 50 przypadkach krzywicę późną. Mianem *rachitis tarda* określamy tylko te przypadki, w których objawy krzywicy występują dopiero po skończonym pierwszym roku życia. Wobec tego przypadki *rachitis inveterata*, przypadki wtórnej krzywicy (*rachitisme tardif secondaire*) do tej postaci chorobowej zaliczone być nie mogą.

L o o s e r zalicza *rachitis tarda* i przypadki przewlekłej ukrytej krzywicy, tak zwanej *lentescierende rachitis*, która trwa aż do okresu młodzieńczego; jednak właściwie na nazwę tę zasługują tylko przypadki krzywicy, objawiające się po raz pierwszy w późniejszych latach dzieciństwa.

Rachitis tarda występuje niekiedy u osobników, których rozwój ma się ku końcowi i u których rozrost chrząstek jest wyczerpany, dlatego też w niektórych przypadkach zgrubienie nasad występuje w bardzo nieznacznym stopniu, natomiast u dzieci, które nie przekroczyły 15 lat, widzi się bardzo znaczne zgrubienie. Jako objawy subiektywne K a s s o w i t z podkreśla bóle w nogach przy chodzeniu i staniu, szybkie zmęczenie, utrudnienie chodzenia; o ile cierpienie przybiera ostrą formę, występują silne bóle w stawach, jako też znaczne zgrubienie stawów napiętkowych, skokowych i kolanowych i wygięcie kości goleniowych. Objawom tym towarzyszy zahamowanie w rozwoju, *habitus infantilis*; wadliwe uzębienie, nieznaczna niedokrwistość

ze zwiększoną ilością jądrazstych komórek krwi. Złamania i nadłamania kości należą do objawów dość częstych.

W jednym przypadku *W e b e r a* znaleziono 67 złamań: podczas prześwietlania rentgenem stwierdzono ogromne zgrubienie i zniekształcenie nasad, wyraźną osteoporozę i zcieńczenie twardej tkanki kostnej, co tworzy ten stopień atrofji, który *G u e r i n* określa jako „*consomption rachitique*“. W wielu przypadkach *rachitis tarda*, spotyka się zcieńczenie kości; zanik i rozmiękczenie kości spotykają się przeważnie w kościach długich, w miednicy, w żebrach i w dolnych odcinkach kręgosłupa. Czaszka wykazuje pewne zgrubienia. W niektórych przypadkach *rachitis tarda* spotykamy tkankę chrząstkową tam, gdzie powinna być oddawna w zaniku: 25 letnia pacjentka i 32 letni pacjent *M u l l e r a* mieli jeszcze chrząstkę w nasadzie stawu napięstkowego.

Francuzcy autorowie, którzy poświęcili szereg klasycznych prac *rachitis tarda*, jako to *V a r i o t*, *M o u t i e r*, a szczególnie *M a r f a n*, zwracają uwagę na choroby zakazne, jako na bardzo poważny czynnik etiologiczny, np. *G r o s* spostrzegł 13 letniego chłopca, u którego po odrze wystąpiło wybitne zniekształcenie kostne.

H u t i n e l zwraca uwagę na to, że niektórzy autorowie objaśniali późne przypadki krzywicy wpływem jadów gruźlicy, lecz o ile zgadza się na to, że dziecko chore na gruźlicę może być łatwiej dotknięte dystrofią kości, jako mniej odporne, o tyle przeczy temu, jakoby istniał określony związek między gruźlicą i *rachitis tarda*. To samo tyczy się i przymiotu. Przebieg *rachitis tarda* jest rozmaity: może się zakończyć śmiercią, może dojść do wyzdrowienia.

Przypadki moje różnią się od klasycznego opisu *rachitis tarda* tylko w małych szczegółach:

1) Zarówno ja, jak i koledzy moi, którzy mi komunikowali o spostrzeganych przez siebie przypadkach—widzieli takowe wyłącznie prawie u chłopców (na 17 spostrzeżeń many tylko 1 dziewczynkę). W *rachitis tarda* jednakowo są dotknięci i chłopcy i dziewczynki i płeć dziecka roli nie odgrywa.

2) *Rachitis tarda* może uleść wyzdrowieniu, ale przebieg jej jest b. poważny, *O l l i e r* i *H u t i n e l* kładą nacisk, na to, że poprawa występuje po bardzo długim czasie, po kilkolet-

nim pobycie nad morzem, u moich pacjentów poprawa była widoczna po kilku tygodniach pobytu w szpitalu. Dzieci które nie chodziły i nie były w stanie stać samodzielnie jedną minutę—po upływie 4—5 tygodni chodziły zupełnie poprawnie, wchodziły na krzeselko, itd.

3) Wiadomem jest, że *rachitis tarda* spotyka się przeważnie u dzieci nieodpowiednio odżywianych, ale nie jest to bynajmniej *conditio sine que non*. Często dzieci doskonale odżywiane bywają dotknięte krzywicą.

4) We wszystkich spostrzeganych przezemnie i przez kolegów przypadkach—odżywianie było bardzo niedostateczne i jednostajne; brak tłuszczów stwierdziłam w każdym przypadku.

5) Terapia przy *rachitis tarda* zagranicą polega przede wszystkim na podawaniu przetworów fosforu z tranem, preparatów wapnia, na odżywczem powietrzu w kolonjach morskich (B e r c k, H o u d a y e). Nasze warunki szpitalnictwa nie pozwoliły na zastosowanie tego leczenia. Musiałam poprzestać na podawaniu arseniku, fosforu w postaci emulsji fosforowej i na słonecznych kąpielach. Sądzę jednak, że najbawienniejszym czynnikiem leczniczym było odżywianie, które w szpitalu było lepsze i więcej urozmaicone, niż w domowych warunkach tych dzieci, pochodzących bez wyjątku z najbiedniejszej sfery proletariatu. Bardzo charakterystyczną była niebywale szybka poprawa Sz. Szp. (przypadek V), który przybył do szpitala w stanie bardzo ciężkim i któremu przysyłano prywatnie bardzo obfite, dobre i urozmaicone pożywienie.

Chcę jeszcze zaznaczyć, że literatura zagraniczna zalicza *rachitis tarda* do postaci chorobowych względnie rzadkich, a przypadki moje bynajmniej do wyjątków nie należały, w ciągu 1919 r. i na początku 1920 r. koledzy moi i ja spotykaliśmy się z tem cierpieniem dość często w ambulatorjach. Te trzy ostatnie okoliczności, a mianowicie: 1) bardzo częste występowanie postaci chorobowej dotychczas uważanej za rzadką, 2) porażenie osobników pochodzących wyłącznie z najbiedniejszej sfery proletariatu i 3) poprawa pod wpływem odżywiania—pozwalają przypuszczać, że ta nieco odmienna postać *rachitis tarda* zawdzięcza swe po-

wstanie, jak *osteoarthritis dysalimentaria* dwóm czynnikom:

a) niedostatecznemu odżywianiu pociągającemu za sobą niewystarczającą liczbę ciepłostek.

b) pokarmom nieodpowiednim, jednostajnym. Goldflam przypisuje temu ostatniemu czynnikowi jeszcze większe znaczenie, twierdząc, że w epidemjach głodowych, oraz w stanach historycznego wygłodzenia nie stwierdzono żadnych zmian w układzie kostnym, ani stawowym.

Przeważnem pożywieniem chorych był chleb kartkowy i ziemniaki: odznaczające się małą zawartością tłuszczów (0,1%) i białka (1,5%). Goldflam przypuszcza, że w pożywieniu chorych jego brak było czegoś, co jest konieczne do utrzymania zdrowia, że ma do czynienia z jakąś awitaminozą: sądzi że przy obecnym odżywianiu chorych powstaje ciało, które przy mieszanym odżywianiu bywa zobojętniane, a obecnie z powodu braku tłuszczów i białka wywiera swój szkodliwy wpływ, bądź bezpośrednio przez gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym, które mają powinowactwo z układem kostnym, jako to przysadka i jajniki.

Przemawia za tem okoliczność, że choroba ta wystąpiła nie od początku nieodpowiedniego odżywiania, lecz dopiero w 4-tym roku wojny, — Goldflam przypuszcza, że szkodliwy ten czynnik ma specjalne powinowactwo z układem kostnym i stawowym. U dorosłych, u których chrząstki nasadkowe znajdują się w zaniku — cierpienie umiejscawiało się przeważnie w żebrach, w stawach biodrowych, w długich kościach. U dzieci i u młodych osobników, u których nasady są w pełnym rozwoju, cierpienie poraża stawy i wywołuje tę postać ciężkiej krzywicy, którą mieliśmy możność spostrzegać.

W szeregu bardzo ciekawych prac doświadczalnych Mellanby i Funk stwierdzają, że krzywica bezwarunkowo należy do chorób wywoływanych wskutek tak zw. „carence“ t. j. braku witamin, do których zaliczano dawniej tylko skorbut, bariberi, pellagrę i latoryzm. Autorzy podali badaniom młode psy i stwierdzili, że wystarcza usunąć z pożywienia witaminy rozpuszczalne w tłuszczu, np. mleko, masło, oliwę, aby wywołać krzywicę w mniejszym, lub

większym stopniu. Wprawdzie ci autorzy twierdzą, że po za pewnym wiekiem żadna dieta, tak zw. „krzywicza“ nie może więcej wywołać krzywicy u psa, i powołują się na klinikę, według której krzywica jest najczęściej chorobą pierwszego roku życia, a rzadko drugiego. Dopiero wojna wszechświatowa, dzięki warunkom ekonomicznym, które wywołała, dowiodła, że krzywica późna jest znacznie częstszą postacią chorobową niż ją opisywano. W Niemczech i w Austrii znajdują się w 1920 r. w piśmiennictwie częste artykuły, opisujące pojawienie się istnej epidemii spóźnionej krzywicy („*ueber eine Epidemie von Spät rachitis*“ *Münchener Mediz. Wochenschrift*, 1920).

Charakterystycznym jest, że w Rosji w 1920 roku jeszcze nie spostrzegano takich przypadków, co potwierdza przypuszczenie, że braki witamin muszą trwać czas jakiś, aby wywołać tak poważne zmiany w kośćcu. W piśmiennictwie francuskim opisując nędzę i stan sanitarny dzieci w prowincjach okupowanych—autorzy zwracają uwagę na bardzo często spostrzeganą krzywicę, ale omawiają specjalnie *rachitis tarda*.

Od roku 1920, gdy dzięki pomocy Ameryki—odżywianie proletariatu uległo poważnej zmianie ku lepszemu, a Państwo zwróciło szczególnie uwagę na młode pokolenie i zorganizowało szereg instytucji społecznych, które pośpieszyły z wydatną pomocą—przypadki krzywicy późnej spotykane były coraz rzadziej. Obecnie należą one do rzadkich wyjątków.

Z patologii przyusznicy. ¹⁾

Podala

Marta Erlichówna

(St. asystent Kliniki chorób dziecięcych Uniwers. Warszawskiego).

W naszych badaniach klinicznych przyusznice odgrywają bardzo małą rolę, można nawet powiedzieć, że traktowane są po macoszemu. O gruczołach tych mówimy właściwie tylko wtedy, gdy chodzi o sprawy zapalne lub nowotworowe, zaś wyczuwalność lub niewyczuwalność przyusznicy nie bywa prawie nigdy zaznaczana, nawet w przypadkach dokładnie badanych i opisywanych. Zgodnie z tem przyusznica w porównaniu z innymi narządami, zajmuje mało miejsca w piśmiennictwie klinicznym, anatomopatologicznym i doświadczalnym. Tymczasem gruczoł ten zasługuje na większe zainteresowanie dla tego, że poza swoją czynnością wytwarzania i wydzielania śliny znajduje się w niewątpliwej, choć niewyjaśnionej, korelacji z gruczołami o wewnętrznym wydzielaniu. Związek ten, co do którego wyrażano do niedawna tylko przypuszczenie, został w ostatnich latach prawie ustalony na zasadzie szeregu spostrzeżeń, w których spotykano zmiany w przyusznicach przy jednoczesnych zmianach w jednym, lub w kilku gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu. A więc znane jest występowanie zapalenia jąder, lub jajników, jako powikłanie nagmin-

1) Odczyt wygłoszony d. 16 III 1921 w Sekcji Patologii Ogólnej T-wa Lekarskiego.

nego zapalenia przyusznicy; mniej częste zapalenie trzustki, gruczołów mlecznych, lub nawet grasicy, w tej samej chorobie; ropienie przyusznicy w zapaleniu trzustki; notowano przypadki przerostu przyusznicy w związku z guzami jąder. Mohr oraz Hamerli twierdzą stanowczo na podstawie swoich spostrzeżeń, że przyusznica jest gruczolem o wewnętrznym wydzielaniu, i że może nawet trzebaby tu zaliczyć i pozostałe ślinianki. Mohr widział nadmierne ślinienie w cierpieniach jajników, w ciąży, w czasie miesiączkowania, powiększenie ślinianek w przypadku niedorozwoju narządów płciowych. Jong i Joseph stwierdzili powiększenie ślinianek u infantyków, Berthou w związku z obrzękiem śluzowatym, ze stanem limfatycznym, niedorozwojem tarczycy i jąder, Hamerli widział przerost ślinianek u chorego na wole, Dalché—przerost przyusznicy u kobiet ze zwiększoną czynnością tarczycy w okresie przekwitania, u mężczyzn z niedorozwojem płciowym i t. d.

Doświadczalnie sprawa ta znajduje się zaledwie w zarodku; w dostępnym mi piśmiennictwie Pagliari oraz Pignotti wywoływali chudnięcie i osłabienie u królika przez wycięcie mu obydwu przyusznicy. Ostatni autor otrzymywał poprawę przez wstrzykiwanie wyciągu z przyusznicy lub wszczepianie tych gruczołów. Hamerli nie otrzymał żadnych zmian po wycięciu przyusznicy szczurom. Wspólnie z kol. K. Jonscherem wycieliśmy przyusznice 3 królikom,—jednemu dorosłemu i dwóm małym, które badane pod względem wagi i składu krwi w ciągu około roku, zachowywały się zupełnie normalnie.

Zważywszy wyżej powiedziane, wydaje mi się wskazanym notować każde drobne nawet spostrzeżenie, mogące pogłębić nieco nasze skąpe wiadomości o przyusznicy, zwłaszcza że notatka niniejsza dotyczy objawu, o którym nie spotkałam wzmianki w dostępnym mi piśmiennictwie. Muszę się zastrzedz, że w spostrzeżeniu tem brak badań dodatkowych, z powodu warunków w jakich pracowałam.

W r. 1916 zwróciło moją uwagę, że u dzieci szpitalnych nierzadko wyczuwają się przyusznice bez związku z główną sprawą chorobową. Odtąd badałam w tym kierunku dzieci w kilku zakładach opiekuńczych—ogółem 1676 dzieci—w tem 1200 dzieci od 7—13 lat, z Kolonji Letnich

i 476 od 2—6 lat z żłobków i ochrony. Prócz tego badałam także 300 niemowląt.

Jak wiadomo, w warunkach normalnych przyusznica nie jest wyczuwalna i zarysy jej nie są widoczne; dotyczy to nawet osobników silnie wychudzonych. Tłomaczy się to płaskim kształtem, miękką konstytucją i położeniem gruczołu w zagłębieniu pod silną powiezią przyusznicowożwaczową.

Zmiany, o których będę mówiła, polegały na tem, że po obu stronach twarzy, symetrycznie wyczuwały się przed uszami, pod i za płatkami usznymi płaskie guzy niezrośnięte z podstawą, ani ze skórą, nie zbyt miękkie, o powierzchni wyraźnie ziarnistej. Nad położeniem i kształtem tych guzów nie rozwodzę się szeroko, gdyż są zupełnie charakterystyczne dla przyusznicy. Przy pewnej wprawie można było nie tylko wyczuć, ale nawet dojrzeć zarysy powiększonego gruczołu, lub tylko pewne wyrównanie wgłębienia istniejącego w szczupłej twarzy przed uchem, rzadziej stwierdzałam wybitniejsze, rzucające się w oczy, powiększenie przyusznicy ($\frac{1}{4}$ przypadków).

I. W żadnym przypadku nie zauważyłam wahań wielkości gruczołów w tym sensie, ażeby się zwiększały, zmniejszały i znów powiększały, tak jak to widziałam w innych sprawach, o których pomówię później. Przyusznice powiększały się bardzo stopniowo, potem również stopniowo zmniejszały się w ciągu szeregu miesięcy.

II. Mieliśmy więc do czynienia z obustronnym przerostem przyusznicy. Czy to był przerost w ścisłym tego słowa znaczeniu, czy też hiperplazja, t. j. powiększenie się komórek czy też ich liczby, mogłoby nas ostatecznie przekonać tylko badanie mikroskopowe; prawdopodobniejszem jest ostatecznie, wobec stwierdzonego przezemnie w szeregu przypadków zmniejszenia się przyusznicy po pewnym przeciągu czasu. Spin zels podaje opis powiększonej przyusznicy identyczny z moim, u mężczyzn otyłych pewnego typu; badania anatomopatologiczne kawałka przyusznicy wyciętego u jednego z chorych, wykazało, zgodnie z rozpoznaniem klinicznym, hiperplazję tkanki mięsaszowej.

III. Ze strony pozostałych ślinianek, podszczękowych i podjęzykowych, brak było stale zmian.

Zaznaczę odrazu, że nie mogły się tu nasuwać żadne wątpliwości różniczkowo-rozpoznawcze; spoistość, powierzchnia, symetryczność, brak zrostów pozwalały wykluczyć sprawy nowotworowe, torbiele, gruźlicę, przymiot; dobre samopoczucie, brak gorączki, bolesności, przewlekły charakter, wyłączały sprawę zapalną.

Obliczenie w odsetkach wykazuje liczby następujące: u dzieci z Kolonji Letnich w liczbie 1200 od 7—13 lat (r. 1916—1917) stwierdziłam wyczuwalność przyusznic 95 razy—8%. Jest to zresztą wszystko co mogę powiedzieć o tych dzieciach, gdyż przy pośpiesznem badaniu wystarczyło tylko czasu na stwierdzenie obecności lub braku omawianej zmiany.

Znacznie dokładniej i przez czas dłuższy mogłam zbadać dzieci w liczbie 476 z ochrony i żłobków od 2—6 lat. U tych dzieci przyusznice były powiększone 64 razy t. j. 13½%; ogółem na 1676 dzieci odsetek wynosił 9%. Odsetek ten zmniejszyłby się nieco, gdybym doliczyła do ogólnej liczby jeszcze 300 badanych niemowląt, nie czynię tego jednak umyślnie, gdyż wśród dzieci poniżej roku brak było zupełnie przerostu przyusznic, zaznaczam więc tylko, że omawiana sprawa nie występowała wcale w wieku niemowlęcym. Płeć nie zdawała się odgrywać roli, znalazłam nieznaczną różnicę na korzyść dziewczynek (10:7,5). Co się tyczy wieku, to większy odsetek wypada na lata od 2—6, mniejszy od 7—13, i jak już zaznaczyłam, widzimy zupełny brak powiększenia przyusznic poniżej roku.

Badania powyższe przypadają na lata 1916, 17, 18. Po dłuższej przerwie, badałam w tym kierunku dzieci Żłobka i w ambulatorjum Szpitala Wolskiego. W r. 1919 u dzieci ambulatoryjnych znalazłam tylko raz na 184 nieznaczny przerost przyusznic. W Żłobku mogłam zbadać 14 z tych dzieci, u których poprzednio notowałam przerost przyusznic; badanie wykazało, że u 8-ga przyusznica nie wyczuwała się zupełnie, u pozostałych była ledwie wyczuwalna; w odpowiednich protokołach już w roku 1918 notowałam u tych dzieci zmniejszanie się stopniowe przyusznic.

Należy teraz zadać sobie dwa pytania: 1-o czy istniał związek pomiędzy stanem zdrowia tych dzieci, względnie pewnemi sprawami chorobowemi, a przerostem gruczołów

przyusznych. 2-o czy istniał związek pomiędzy złem odżywianiem się ludności w czasie okupacji niemieckiej, a omawianą nieprawidłowością,

Nad pierwszym pytaniem mogę zastanowić się na podstawie notowanych danych o zdrowiu dzieci i kontroli spraw zakaźnych. Powiększenie przyusznic nie stało w żadnym związku z przebytem nagminnym zapaleniem tych gruczołów. Twierdzę to na podstawie 476 przypadków, sądzę więc, że mogę przypuścić to samo o pozostałych 1200, o których nie mogłam zbierać wywiadów. Natomiast z pomiędzy 64 dzieci z powiększoną przyusznicą, według wywiadów tylko 7 przebyło w ostatnich latach świnkę; u 28 dzieci, które w tym czasie leczyłam na świnkę i obserwowałam potem przez czas dłuższy, nie widziałam podobnego przerostu, przeciwnie, stwierdziłam, że obrzmienie przeważnie ustępuje bardzo szybko; w jednym tylko przypadku nastąpiły zmiany inne, o czym pomówię później. Badanie jąder u wszystkich chłopczyków wykazało brak jakichkolwiek zaburzeń w tych gruczołach, prócz wnetrowstwa, względnie wysokiego położenia jąder, oczywiście bez związku z omawianą sprawą. Z pomiędzy kilkunastu dzieci z powiększoną tarczycą stwierdziłam tę nieprawidłowość tylko 3 razy jednocześnie z przerostem przyusznic. Co się tyczy ogólnego stanu zdrowia, to wszystkie dzieci z przerostem przyusznicy były mniej lub więcej wątłe, u większości,—około 60% istniało podejrzenie lub pewność co do gruźlicy gruczołów oskrzelowych; 50—60% mniejszych dzieci miało krzywicę. Jednakże to samo da się powiedzieć o tych dzieciach, u których nie wyczuwało się przyusznicy. Pewnem jest tylko, że pomiędzy nielicznymi dziećmi, które zakwalifikowałam jako zdrowe, nie stwierdziłam ani razu przerostu przyusznicy. To samo da się powiedzieć o dzieciach z prywatnej praktyki. Istnieje więc pewien związek pomiędzy wątłością dzieci a omawianą sprawą, ale związek względny, gdyż u mocno wyniszczonych dzieci brak było często przerostu przyusznicy, a pomiędzy dziećmi z przerostem przyusznic były przypadki o małym stopniu wątłości.

Nasuwał by się tu logicznie plan zbadania krwi, moczu, kału, sprawdzenia czynności wątroby, trzustki, nerek, wpływu wyciągów z gruczołów, wpływu środków farmakolo-

gicznych na wydzielanie ślinianek, badanie morfologiczne i chemiczne śliny jednych i drugich dzieci; co rzuciłoby może pewne światło na istotę zaburzenia i na stosunek przyusznicy do innych gruczołów. Ja mogłam tylko sprawdzić u 5 dzieci działanie tyroidyny i znalazłam, że podawanie tego środka nie wpływa zupełnie na wielkość przyusznicy, do czego powrócę jeszcze na innym miejscu.

Na pytanie drugie, czy wadliwe odżywianie, które było powodem różnych chorób wojennych, wpłynęło również na przerost przyusznicy u niektórych wątłych dzieci, należy odpowiedzieć twierdząco; sprawa występowała w okresie najgorszego prawie jednostronnego odżywiania węglowodanami, ustępowała powoli w miarę poprawy, a zwłaszcza urozmaicenia pożywienia, a brak jej było zupełnie u niemowląt, których pożywienie było takie same jak w czasach normalnych.

Inna rzecz jest w jaki sposób jednostajne żywienie spowodowało powiększenie przyusznicy, o tem możemy tylko robić przypuszczenia. Jeśli weźmiemy pod uwagę znaną czynność, a nie wyrabianie i wydzielania śliny, to możemy sobie wyobrazić, że z tych czy innych powodów, gruczoł był zmuszony do nadmiernej pracy, stąd jego przerost; nie należy tu chyba podejrzawać momentu chemicznego t. j. że ślina zawiera za mało ptyaliny, gdyż wiadomo, że minimalne ilości fermentu wystarczają dla strawienia dużego materiału; a raczej moment mechaniczny, mianowicie, że duże ilości suchego pokarmu—kartofle, chleb—przy braku wodnistych pokarmów—jarzyny, mleko—wymagają dużej ilości płynów dla mechanicznego rozrobienia, wskutek tego następuje duży wysiłek wyrabiania śliny, z czego wynika przerost przyusznicy. Jednak niezrozumiałem byłoby dla mnie w takim ujęciu sprawy, dlaczego nie powiększają się pozostałe dwie pary ślinianek. Dalej, jeśli zgodzimy się na wyrażone z początku twierdzenie, że przyusznica jest gruczołem o wewnętrznym wydzielaniu, to możemy także przypuścić, że w przeroście jej odgrywają rolę zaburzenia w czynności wewnątrzwydzielniczej; jednak zupełna nieznajomość nasza tej czynności uniemożliwia nawet stawianie w tym kierunku hipotez.

Dodam, że wobec wybitnej roli jaką odgrywają w naszym pożywieniu witaminy, a brak ich w pożywieniu jednostajnym, należałoby w doświadczeniach z witaminami i awitaminozami na zwierzętach zwrócić między innymi uwagę również na zachowanie się gruczołów przyusznicowych.

Chcę jeszcze dodać kilka słów o innych sprawach dotyczących przyusznicy, które w czasie tych badań zauważyłam. Wśród dzieci, które badałam po przebytem nagminnym zapaleniu przyusznicy, był chłopczyk 11-letni, dobrze zbudowany, o typie limfatycznym, u którego wkrótce po przebytej chorobie, nastąpiło powiększenie przyusznicy; wielkość gruczołów ulega znacznym fluktuacjom, powiększeniu ich towarzyszy zwykle nadmierne ślinienie, zwłaszcza w nocy. W ostatnich czasach fluktuacje są mniej wybitne, ślinienie nie występuje, natomiast przyusznice są obecnie stale powiększone o tyle, że zdaleka widać ich zarysy. Przyusznice są bardzo miękkie, ciastowate, o powierzchni niezarnistej. Zdaje mi się, że mam tu do czynienia z tak zwanym *tumor salivarius* z następczym stałym obrzmieniem gruczołów.

Pozatem, u 7-miorga dzieci niezłe odżywionych spotkałam znaczne ciastowate, miękkie obrzmienie przyusznicy bez związku ze świnką, bez nadmiernego ślinienia, jednak podlegające dość częstym fluktuacjom. W przeciwieństwie do dzieci z przerostem przyusznicy, podawanie w 3 przypadkach tyroidy wywoływało szybkie zmniejszenie się obrzmienia. Nie mam żadnych podstaw klinicznych do stawiania przypuszczeń co do pochodzenia tej sprawy, zwłaszcza że dzieci te krótko spostrzegałam, wspominam tylko o niej chcąc cały materiał wyczerpać. Teoretycznie sprawa ta budzi podejrzenie na zaburzenie w czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

Poruszyłam tę sprawę przedewszystkiem dlatego, że jak mówiłam, jest ona przyczynkiem do mało opracowanego działu patologji, powtóre dlatego, że może ona stać się rozdziałem w wielkiej księdze cierpień t. zw. „wojennych“. Jednocześnie pragnęłabym zachęcić do częstszego badania przyusznicy na sekcjach. Możeby udało się wprowadzić jakieś techniczne ulepszenie, któreby pozwoliło wycinać przyusznice bez oszpecenia twarzy; zrozumiałem jest bowiem,

że względ ten krępuje prosektora, i jest też przyczyną, że w pracach odnośnych brak często w protokołach sekcyjnych badań przyusznicy, klinicznie wyraźnie zmienionych. Odbija się to oczywiście ujemnie na poznaniu i pogłębieniu patologii tego gruczołu.

PIŚMIENNICTWO.

- Berthou cyt. u Hammerliego.
Dalché Presse Médicale 1920 Nr. 80.
Hämmerli Deut. Arch. f. kl. Med. r. 1920. T. 133.
Jong et Joseph Bull. de la Soc. med. d. Hop. r. 1908.
Mohr Zeit. f. Gynäk. u. Geburts. r. 1913. T. 74.
Pagliari Riv. crit di clin. med. r. 1910.
Pignotti " " " " " " "
Spinzels Wien. Klin. Woch. r. 1912.
-

NOTATKA NAUKOWA

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

Dwa przypadki samoistnej zgorzeli kończyn u dzieci.

Podala

H. Frenklowa.

Samoistna zgorzel kończyn u dzieci jest niezmiernie rzadką postacią chorobową: do roku 1914 K h a u t z zebrał tylko 50 przypadków, a w dostępnym mi późniejszym piśmiennictwie pedjatrycznym znalazłam tylko 2 odnośne przypadki. Jako przyczynę zgorzeli w 50 przypadkach, zebranych przez K h a u t z a, autorzy wymieniają najczęściej choroby zakaźne, a mianowicie: odrę, płonicę, błonicę, dur brzuszny, dur plamisty, zapalenie płuc, nieżyt kiszek, kiłę, zakażenie pępkowe. W jednym przypadku zgorzel wystąpiła w przebiegu ciężkiej blednicy, a 4 razy przebiegała w postaci choroby K a y n a u d a. Co do 2-ch przypadków z najnowszego piśmiennictwa, to w jednym opisanym przez C h o d a k a zgorzel wystąpiła, jako powikłanie płasawicy, a w drugim, podanym przez N i e p o k o j c z y c k ą—w przebiegu duru brzuszego. U dorosłych zgorzel, jako powikłanie chorób zakaźnych, występuje częściej, niż u dzieci, a jako przyczynę podają między innymi również gruźlicę i grypę.

Zgorzel występuje często symetrycznie, z umiejscowieniem przeważnie na kończynach dolnych, zgorzel kończyn górnych występuje rzadziej. W przypadku, opisanym przez Zellenberga w r. 1915, u chorego 43 letniego w końcowym okresie gruźlicy, na 5 dni przed zgonem wystąpiła symetryczna zgorzel twarzy; badanie drobnowidzowe wykazało liczne skrzepy oraz zmiany zapalne w ścianie żył skóry i tkanki podskórnej. Laseczników gruźlicy w ogniskach zapalnych, jak również w cieczy, którą była przesiąknięta cała tkanka zgorzelinowa, nie znaleziono, ale pomimo to autor twierdzi, iż przyczyną zgorzeli w jego przypadku mogły być tylko zmiany, wywołane przez lasecznik Kocha, a mianowicie *phlebitis tuberculosa (toxica)*.

W innym przypadku gruźlicy, opisanym przez Schütta, na 2 tygodnie przed zgonem wystąpiła zgorzel palców nogi; badanie pośmiertne wykazało skrzep w tętnicy podkolanowej oraz zmiany zapalne w ścianie tego naczynia; laseczników Kocha nie znaleziono. I w tym przypadku autor uważa, że przyczyną zgorzeli było zakażenie gruźlicze, ale nie zdaje sobie sprawy z dokładnego sposobu powstawania zgorzeli w gruźlicy. Z jednej strony można myśleć o zwiększaniu się krzepliwości krwi pod wpływem zakażenia gruźliczego, z drugiej—o działaniu lasecznika lub jego jądów bezpośrednio na ścianę naczynia lub pośrednio—przez *vasa vasorum*.

W każdym razie, prócz zakażenia gruźliczego musi istnieć jeszcze coś, co u takich chorych sprzyja wytwarzaniu się zgorzeli; inaczej nie możnaby zrozumieć, dla czego gruźlica jest tak częstym cierpieniem, a zgorzel tak rzadkiem jej powikłaniem. U dorosłych przypadki zgorzeli w przebiegu gruźlicy opisywane są jako pojedyncze spostrzeżenia, a co do dzieci, to nie udało mi się znaleźć w odnośnym piśmiennictwie ani jednego przypadku zgorzeli, występującego, jako powikłanie gruźlicy.

Tym ciekawsze, że w szpitalu Anny Marji mieliśmy sposobność spostrzegania prawie jednocześnie 2-ch przypadków zgorzeli w gruźlicy; powtórzyło się tu więc znowu znane prawidło o podwójności rzadkich postaci chorobowych,

W pierwszym z naszych przypadków dziewczynka 2 letnia (M. R. Nr ks. gl. 14410) oddana została do szpitala w końcu czerwca 1916 r. z powodu obrzęku i sinicy nówek, objawy te wystąpiły zupełnie nagle przed 3-ma dniami i stopniowo pogarszały się. Dziecko kaszle od dłuższego czasu; matka zmarła na gruźlicę.

Stan ogólny dziecka przy przyjęciu zupełnie dobry, temp. 38°, odżywienie upośledzone (waga 7 kg.). Uwagę badającego zwracają przede wszystkim kończyny dolne: są one lekko obrzęknięte, sinoczarne; sinica ta występuje najsilniej na palcach i paznokciach, które sprawiają wrażenie oblanych atramentem; im dalej od palców, tym kolor skóry staje się jaśniejszy i przechodzi w prawidłowe zabarwienie mniej więcej w połowie stopy; linii demarkacyjnej brak. Sinica i obrzęk występują obustronnie prawie zupełnie symetrycznie, jednakże na lewej stopie w trochę silniejszym stopniu, gdyż cała lewa pięta jest również zajęta.

W obrębie zajętych części stóp widać liczne wybroczyny wielkości mniej więcej główki od szpilki, pojedynczo i w skupieniach; stopy są ciepłe i niebolesne, czucie i ruchy zachowane. Poza tym stwierdzono u dziecka lekki obrzęk twarzy i mierne powiększenie gruczołów chłonnych na szyi oraz w prawej pachwinie; w lewej pachwinie pakiet gruczołów wielkości dużego włoskiego orzecha. W płucach liczne furczenia i zaostzony wydech nad szczytami, a w połowie lewej łopatki wydech chuchający. Mocz krwawy (śląd białka, liczne wałeczki i niezmięnione krwinki). Odczyn tuberkulinowy dwukrotnie ujemny.

Badanie krwi, zarówno morfologiczne, jak i bakterjologiczne ujemne.

W ciągu następujących dni przy niezmiennym dobrym stanie, pomimo wysokiej ciepłoty, dochodzącej do 40,5°, obrzęk i sinica stóp stale się pogarszały:

25/6 stopy zimne, miejsca sine zczerniały i odgraniczają się wyraźną linią demarkacyjną od reszty stopy.

3/7 W obrębie zgorzeli czucie zupełnie zniesione, skóra twardej, sprawia wrażenie zrogowaciałej. Jednocześnie nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego, zmiany w płucach stawały się coraz wyraźniejsze i po miesiącu pobytu w szpitalu dziecko zmarło z rozpoznaniem gruźlicy płuc. Na 2 tygodnie przed śmiercią spostrzeżono obustronne złamanie kości ramieniowych, którego nie umieliśmy sobie wtedy wytłumaczyć i które dziś jest dla nas zagadką. Należy przypuszczać, że albo złamanie to miało miejsce jeszcze w domu i zostało u nas na razie przeoczone, albo też być może, istnieje w gruźlicy u dzieci wzmoczona łamliwość kości, z którą się jednakże w piśmiennictwie nie spotkałam.

Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie kliniczne gruźlicy, stwierdzono zmiany w nerkach, zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, ale niestety, przeoczone najważniejsze i nie szukano skrzepu.

W drugim spostrzeganym przez nas przypadku zgorzeli chłopek 5 letni (B. B. N. 14878) został oddany do szpitala (w 6

tygodni po śmierci pierwszego dziecka) z powodu zgorzeli—tym razem jednej tylko—kończyny dolnej. Przed $\frac{1}{2}$ rokiem dziecko przechodziło krztusiec, przed 3-ma miesiącami odrę i zapalenie płuc; od tego czasu kaszle, gorączkuje, chudnie. Przed 10 dniami lewa dolna kończyna zsiniała, następnie zczerniała.

Stan ogólny bardzo ciężki, odżywienie bardzo upośledzone. Lewa kończyna dolna obrzęknięta prawie do połowy łydki, sinoczerwona, z powierzchownymi owrzodzeniami skóry; nabłonek oddziela się płatami. Pojedyncze wybroczyny punkcikowate. Końce palców zupełnie zmartwiały, barwy ciemnego atramentu, suche i twarde; zgorzel sięga ponad staw skokowy i odgranicza się od części zdrowej ostrą linią demarkacyjną w dolnej trzeciej części łydki. Czucie w obrębie zgorzeli zupełnie zniesione.

Na prawej muszli usznej wzdłuż naczyń krwionośnych oraz poza muszlą stwierdza się małe wykroczyły. W płucach posunięte zmiany gruźlicze.

Przebieg tego przypadku był szybki, gdyż zejście śmiertelne nastąpiło już w 6 dni po przyjęciu.

Badanie pośmiertne wykazało poza gruźlicą płuc z jej następstwami w postaci zrostów opłucnej, oraz zwyrodnienia tłuszczowego nerek i wątroby skrzep przyżyciowy w tętnicy podkolanowej lewej tuż nad rozgałęzieniem, a badanie drobnowidzowe, które zawdzięczał kol. G r z y w o - D ą b r o w s k i e m u, zmiany zapalne w ścianie tętnicy podkolanowej.

Mieliśmy więc w tym przypadku prawdopodobnie do czynienia z *arteriitis toxica*, wzgl. *infectiosa*, wywołaną przez lasecznik K o c h a.

W obu powyższych przypadkach gruźlicza etiologia zgorzeli nie może ulegać wątpliwości, wobec czego musimy do poprzednio przytoczonych przezemnie chorób zakaźnych, opisywanych przez autorów, jako przyczynę zgorzeli swojej u dzieci, dodać jeszcze i gruźlicę, której dotychczas w tym szeregu było brak.

PIŚMIENICTWO.

- 1) Choda k H. podł. ref. w Arch. de Méd. d. Enf. Nr. 3 1921.
- 2) A. v. K h a u t z Zeitsch. f. Kinderheilk. t. 11—1914.
- 3) J. N i e p o k o j c z y c k a. Pedjatrja polska t. 1 zes. 1.
- 4) S c h ü t t t, Munch. med. Woch. 1920 Nr. 45.
- 5) H. v. Z e l l e n b e r g. Wiener klin. Woch, 1915 Nr. 32.

STRESZCZENIA.

Wilma n s R o b e r t. O zawartości mocznika we krwi w zatruciu pokarmowym. (Monatschr. f. Kinderhik. XXI. (1921) Nr. 1.

Badania przeprowadzone na 30 niemowlątch w klinice dziecięcej w Heidelbergu dały następujące wyniki: normalna krew zawiera naczecz w 100 cm³ przeciętnie 38,9 mg. mocznika. Zawartość ta podnosi się w 1—2 godzin po spożyciu białka i powraca w 8—4 godzin do normy. W przypadkach zaburzeń żywnościowych z lekkimi objawami zatrucia podnosi się ona do 49,4 mg. przeciętnie, w prawdziwych zatruciach bez zaburzeń nerkowych do 62,5 mg. w 100 ccm., a w przypadkach zatrucia ze zmianami w nerkach do 108 mg.. Po ustąpieniu objawów zatrucia ilość mocznika zmniejsza się do normy lub spada poniżej niej. To wzmaganie się mocznika we krwi tłumaczy autor toksycznym działaniem zawartości kiszek, która wskutek wzmożonej przepuszczalności tychże dostaje się do krwiobiegu i powoduje gwałtowny rozpad białka w ustroju. W razie zaburzenia czynnościowego nerek ilość mocznika powiększa się przez zatrzymanie jego we krwi wskutek nieprzepuszczalności nerek.

Fr. Ks. Cieszyński.

Bulletins et Memoires de la Societé des Medecins des Hôpitaux. Posiedz. z d. 22. VII. 21.

Wobec pojawienia się w prasie artykułu D u f o u r'a, który zaleca podawanie surowicy w błonicy *per os*, A v i r a g n e t, L e r e b o u l l e t i P. L. M a r i e występują z gorącym protestem przeciwko zalecaniu tej metody nieskutecznej, a więc niezmiernie szkodliwej, którą zwalczają za pomocą rozumowania klinicznego i teoretycznego. Surowica podawana przez usta nie daje żadnego wyniku, autorowie widzieli w kilku przypadkach, tak leczonych, zejście śmiertelne. Wiadomo oddawna, że tylko niemowlęta wchłaniają antytoksyny, które razem z pokarmem matki dostają się do przewodu pokarmowego, co M a r f a n tłumaczy właściwością nabłonka słabo rozwiniętego w tym wieku. Jakoby najwięcej niszcząco na antytoksyny wpływa kwas solny w żołądku.

U zwierząt karmionych surowicą brak było stale antytoksyn we krwi. Autorowie sprawdzali tę sprawę na 9-u dzieciach, które wypijały codziennie przez 3 dni po 20 cm (=5000 J. U.) surowicy przeciwbłoniczej. Odczyn S c h i c k'a, dodatni po wstrzyknięciu surowicy, u tych 9 dzieci wypadł ujemnie, co dowodzi, że antytoksyny podawane *per os* rzeczywiście dziecka nie uodparniają.

M. E.

Bulletins et Memoires de la Société des Médecins des Hôpitaux. Posiedz. z dnia 24. VI. 21.

C o m b y uznając wielką zasługę L a n d o u z y'ego w ustaleniu jednostki chorobowej „*typhobacilloe*” zaznacza, że ten typ kliniczny występuje względnie często u dzieci i u dorosłych, jednak teoretyczne objaśnienie tej postaci jako toksemji lub bacillemji bez umiejscowienia zostało zachwiane. Dziś wiadomo, że niema gorączki pochodzenia gruźliczego bez ogniska; daje się ono wykryć za życia jeśli nie wysłuchowo i wypukowo, to w każdym razie za pomocą promieni R o e n t g e n a, niestosowanych jeszcze wówczas, gdy wyszła praca L a n d o u z y'ego. Badanie przypadków, spostrzeganych przez C o m b y'ego w ciągu 25 lat, zarówno wyleczonych, jak badanych pośmiertnie, wykazywało duże zmiany, przeważnie w gruczołach okołoskrzelowych.

M. E.

Fr. Mironesco. **Angina i płonica** (La Presse Medicale Nr 18, 1921 r.)

Badania nad płonicą coraz częściej zwracają naszą uwagę na rolę anginy w symptomatologii i epidemiologii będącego w mowie cierpienia. Ciekawe są bowiem drogi zakażenia się płonicą i przedostania się zarazka do ustroju, zwłaszcza w przypadkach płonicy przyrannej. Znany jest powszechnie wypadek, jakiemu uległ prof. L e u b e, który w dzieciństwie płonicy nie przechodził: podczas sekcji zwłok (chory zmarł na płonicę) skaleczył się w rękę; 7-go dnia po tym wypadku prof. L e u b e uczył ból ręki, 10-go dnia wystąpiły objawy anginy, 11-go wymioty i wysypka płonicza, mająca punkt wyjścia z miejsca skaleczenia, rozszerzając się stopniowo na całe ciało.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że swoisty zarazek płonicy znajduje się u chorych w gardzieli i na migdałkach (śluz); można go przeszczepiać małpom, wywołując u tych zwierząt cierpienie analogiczne z płonicą spostrzeganą u ludzi. Angina w przebiegu płonicy jest objawem stałym i obowiązującym. Jeszcze w 1874 r. T h o m a s zaznaczał, że każdy przypadek anginy podczas epidemji płonicy jest podejrzanym i winien być izolowany.

W przypadkach wątpliwych mamy przeto duże trudności rozpoznawcze, bowiem wszelkie sposoby różniczkowo-rozpoznawcze zarówno stare, jak i nowe bywają często zawodne. W tym celu S c h u l z i C h a r l t o n ostatnio uczynili spostrzeżenia pierwszo-

rzędnej doniosłości. Zastrzykując surowicę ozdrowieńców chorym na płonicę zauważyli, że na miejscu zastrzyknięcia wysypka blednie i skóra przybiera wygląd normalny. Analogiczne zjawisko daje się zauważyć po zastrzyknięciu surowicy nie tylko ozdrowieńców po płonicę ale i po innych chorobach.

Natomiast odczyn skórny wypada ujemnie (wysypka nie znika) po zastosowaniu surowicy chorych płoniczych i normalnej surowicy końskiej.

Powyższe spostrzeżenie jest bardzo cenną wskazówką przy rozpoznawaniu wątpliwych przypadków płonicy—tymbardziej, że żadne wysypki toksyczne, różyczka, odra nie dają tego odczynu skórnego. Surowicę zastrzykujemy wśródskórnie, w ilości 1 cm. choremu na płonicę w okresie, kiedy wysypka płonicza jest dobrze widoczna; po 6—8 godzinach zjawia się odczyn (znikanie wysypki), trwający zazwyczaj kilka dni. W celu kontroli u tego samego chorego można zastrzykiwać różne surowice.

Autor przytacza wątpliwe pod względem rozpoznawczym przypadki, w których będący w mowie próba okazać może duże usługi rozpoznawcze—i tym samym przyczynić się do odkrycia roznościela zarazka płonicy, zwłaszcza w przypadkach anginy.

R. Stankiewicz.

A. Lemierre i P. N. Deschamps. Objawy płucne wrzeczko-gruźlicze w przebiegu duru brzuszego i zakażeń durowych. (La Presse Médicale Nr 38 rok 1921).

W przebiegu duru brzuszego i paratyfusu A. i B. spostrzegamy objawy ze strony płuc, które do złudzenia pod względem przebiegu klinicznego zbliżone są do ostrej gruźlicy o charakterze rozpadowym. Miało to miejsce w tych wypadkach nielicznych, kiedy laseczniki durowe umiejscawiają się w płucach.

Zwłaszcza w początkach duru brzuszego i paratyfusu na pierwszy plan występują objawy płucne z taką siłą i gwałtownością, że dominują nad całym obrazem chorobowym, nasuwając myśl ze względu na sinicę i duszność o gruźlicę.

Stąd też łatwo mogą powstawać pomyłki rozpoznawcze. Podobne przypadki opisywał i zwracał na nie szczególną uwagę *W i d a l*.

W roku 1914—1915 spostrzegali *M o u r i q u a n d* analogiczne przypadki podczas epidemji duru brzuszego. Zmiany zapalne narządów oddechowych dotyczą nie tylko płuc ale i opłucnej. Od pomyłek diagnostycznych oraz co po za tem idzie, rokowania niepomyślnego możemy się łatwo ustrzedz, badając krew i płwocinę chorych (aglutynacja, posiewy). Objawy płucne wrzeczko-gruźlicze w przebiegu duru brzuszego i zakażeń durowych trwają tygodnie, czasami miesiące—lecz zawsze kończą się pomyślnie zupełnem wyzdrowieniem. Autorzy przytaczają przypadek, w którym zmiany kliniczne i badanie fizykalne płuc do złudzenia przypominały sprawę rozpadową

(obecność jamy) Rentgenologiczne badanie klatki piersiowej w tym przypadku wykazywało zmiany analogiczne do wyników badania klinicznego. Przebieg kliniczny był pomyślny.

R. Stankiewicz.

J. Comby. Zwykłe biegunki u ssawców. (Presse Medicale Nr 53 1421 r.)

Biegunki u dzieci do pierwszego roku życia są niekiedy zespołem objawów zastraszających. Różne są przeto ich postaci, formy a co po za tem idzie i znaczenie prognostyczne oraz leczenie. Wpływ upałów na biegunki jest bezsprzeczny. U dzieci, karmionych sztucznie, biegunka jest zazwyczaj cierpieniem cięższym, niż u dzieci karmionych piersią. U tych ostatnich w przebiegu biegunki daje się zauważyć wypróżnienia mniej lub więcej częste, płynne, obfite, żółte, zielone lub bezbarwne, jednolite, względnie mieszane i grudkowate z domieszką śluzu. Biegunki takie u ssawców dają się z łatwością opanować więcej za pomocą porad i wskazówek, aniżeli środków aptecznych: 1) za pomocą ważenia niemowlęcia przed i po karmieniu ustalamy dobową ilość pokarmu ($\frac{1}{10}$ dla dobrze odżywionych niemowląt, $\frac{1}{8}$ lub $\frac{1}{7}$ u słabych dzieci) oraz redukujemy ssanie do 8—10 minut zamiast 15—26 min.

2) Uregulować należy dietetykę matki karmiącej, wyłączając z pożywienia wyskok, natomiast podawać należy wodę w dostatecznej ilości, wywary roślinne i mleko; mięsa natomiast mało; unikać należy kwasów, korzeni, tłustych sosów. O ile dziecko nie znosi pokarmu karmiącej lub w razie anafilakcji mlecznej, autor zaleca zastrzykiwać mleko podskórnie (2 do 5 cm.). Jeżeli i w ten sposób nie udaje się opanować biegunki—pożądanem jest przejście do karmienia mieszanego. O zmianie karmicielki tylko wtedy może być mowa, jeżeli wszystkie będące w mowie środki zostały należycie wykorzystane bez pomyślnych wyników. U dzieci, karmionych sztucznie, wypróżnienia podczas biegunki są więcej skąpe, cuchnące, bezbarwne, białawo-szarawe lub zielone z domieszką żółci, szlamiste i śluzowe; niekiedy bywa u niemowląt nasilenie się ciepłoty. Celem zwalczania biegunek u sztucznie karmionych niemowląt naznaczamy głódówkę w ciągu 24—48 godzin (wodną dietę), wyłączając z pożywienia mleko.

W razie uporczywych wymiotów z towarzyszącym odwodnieniem stroju niemowlęcia pożądane są wlewania soli fizjologicznej. Po 24 godzinnej głódówce rozpoczynamy karmienie bardzo ostrożnie i stopniowo; zaleca się buljony z jarzyn zaraz po diecie wodnej, mleko rozcieńczane w ilości 50 do 100 gram, kefir etc.

R. Stankiewicz.

Nothmann H. O opiece nad matką i osekciem w Rosji Sowieckiej. (Ztschr. f. Säuglings. u. Kleinkinderschutz F. 13 Z. 1).

Ekonomista angielski prof. Goede daje w sprawozdaniu swoim z podróży do Moskwy następujący opis. Republika sowiecka zorganizowała opiekę nad matką i dzieckiem na wielką skalę. Departament opieki nad matką ma w budżecie rocznym około 5 miliardów rubli. W Moskwie istnieje 5 domów dla położnic z 500 łózkami, 6 małych schronisk z 250 łózkami i 2 kliniki, tak iż może się odbyć rocznie 36000 pólógów. W tych zakładach porodowych jest też wzywany specjalista dla noworodków. „W Domie dla matki i dziecka“ może każda pracująca kobieta 2 miesiące przed porodem i 2 miesiące po tem znaleźć schronienie przy wypłaceniu jej pełnego zarobku. Po wypisaniu jej wypłaca się jeszcze przez 7 miesięcy 25–50% jej przeciętnego zarobku, jako dodatek sowiecki na wychowanie dziecka. Szkoła pielęgniarska kształci w 9 miesięcznych kursach pielęgniarki dla niemowląt. Dla oseków jest w Moskwie 27 żłobków, dla podrzutków 1 przytułek, którego się jednak nie używa, gdyż chętniej oddaje się dzieci na wychowanie, dla małych dzieci ogniska z 30 miejscami. Istnieje 20 poradni dla matek w połączeniu z kuchniami mlecznymi, w których udziela się również nauki o pielęgnowaniu dzieci. Wielka stała wystawa, pielęgnacji i higieny dziecka jest w przygotowaniu.

Fr. Ks. Cieszyński.

Variot i Caillan. Przyrodzona skóra starcza u 2 letniego dziecka. Niedorozwój tkanki sprężystej skóry. (Archive de médecine des enfants XXIII. 3. Férier 1220).

Autorzy spostrzegali liczne fałdy skóry na tułowiu, zwłaszcza pod pachami, na brzuchu i w pachwinach, obwisłe policzki i podbródek u dziecka pozatem normalnie rozwiniętego i bez wybitniejszych zmian w narządach wewnętrznych. Rozpoznanie przez innego lekarza obrzęku śluzowego i leczenie tyreoidyną powiększyło te objawy, gdyż dziecko schudło, kuracja tuczna natomiast doprowadziła do zaniku ich w pewnej mierze. Kawalek skóry zbadany drobnowidowo, wykazał wyraźny zanik, względnie niedorozwój tkanki sprężystej. Concetti opisał podobny przypadek pod nazwą „megalo-dermia“ lecz badanie drobnowidzowe wykazało w nim przeciwnie przerost tkanki sprężystej. Lonques i Charcot spostrzegali przypadek skóry starczej i zaniku tkanki sprężystej u 6 letniej dziewczyny; zmiana skóry wystąpiła tu jednak w późniejszym okresie dzieciństwa.

Cieszyński.

Mautner H. O stosunku gruczołów płciowych do skłonności gruźliczej. (Monatschr. f. Kinderhik. XXI 1921 Nr 1).

Uderzające zachowanie się gruźlicy w wieku dojrzewania spowodowało autora do trzebienia świnek morskich i zastrzykiwania im

zawiesiny rozartych gruczołów gruczliczych, wzgl. czystych hodowli prątków gruczliczych. W licznych doświadczeniach większa część trzebionych świnek żyła dłużej, niż zwierzęta kontrolne nietrzebione, wzgl. wykazywała mniejsze zmiany gruczlicze. Z wyników tych wyprawadza autor wniosek, że jądra wzmagają skłonność do gruczlicy, w przeciwieństwie do gruczolu tarczowego.

Fr. Ks. Cieszyński.

M e n d e l L. Przypadek posocznicy meningokokowej. (Monatschr. f. Kinderhik. XXI (1921) Nr 1).

U 6-letniego dziecka, które w 4-tygodniu płonicy leżało w klinice wrocławskiej z zapaleniem nerek i wsierdzia, wystąpiły nagle: ostre zapalenie gardła, podskórnie wylewy krwawe wielkości grochu na całym ciele i wysiękowe zapalenie lewego stawu kolanowego. Gorączka wahała się przez długi czas pomiędzy 37 a 40°, przypominając zimniczą. Posiewy krwi i płynu mózgowordzeniowego wykazały obecność meningokoków. Po zastosowaniu swoistej surowicy nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Fr. Ks. Cieszyński.

B e r n h e i m-K a r r e r. Przypadek kiły dziedzicznej w drugim pokoleniu. (Monatschr. f. Kinderhik XXI 2 1921).

W kantonalnym przytułku dla niemowląt w Zurychu spostrzeczano niemowlę, które w 6 mies. dostało powiększenia czaszki i lewostronny zez.. Okulista stwierdził poza tem zapalenie obu nerwów wzrokowych, które ustąpiło zupełnie po salwarsaniu wraz z odczynem **W a s s e r m a n n a**. 30 letnia matka dziecka była od 5 roku życia głuchoniema z powodu przypuszczalnie kilowego zajęcia błędników i miała rentgenograficznie stwierdzone kilakowe zapalenie okostnej i kości obu goleni, które wystąpiło w czasie drugiej ciąży. Dwoje pierwszych dzieci było zdrowych, trzecie urodziło się nieżywe, a czwarte były niedonoszone bliźnięta, z których jedno zmarło zaraz, a drugie jest przytoczonym przypadkiem. Ojciec jego nie miał żadnych znamion kiły i miał niepewny odczyn **W a s s e r m a n n a**, lecz nie może uchodzić za źródło zarażenia żony, która miała kiłę przyrodzoną. Jej ojciec bowiem zmarł na porażenie postępujące, powikłane zanikiem nerwów wzrokowych, a matka miała coprawda ujemny odczyn **W a s s e r m a n n a**, lecz cierpiała na zanik mięśni nóg i brak odruchów kolanowych. Autor przypuszcza tutaj rodzinną dziedziczną wrażliwość narządów zmysłowych, wzgl. neurotropową odmianę krętka bladego według **L e v a d i t i ' e g o** i **M a r i c**.

Fr. Ks. Cieszyński.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

Ze względu na brak leczenia swoistego K, Bourges i A, Marcandies polecają w ostrej postaci nagminnego zapalenia mózgu podawanie leków bakterjobójczych, jak urotropina i arszenik, a w postaci podostrej wytwarzanie ropnia odciągającego i autohemoterapię (Arch. ae méd. des Enf. Nr 12, 1920).

J. L.

Labbé i Larminat bardzo polecają leczenie róży u noworodków za pomocą pędzlowania całej schorzałej skóry 4% roztworem jodiny. Zabieg należy powtarzać co 4 godziny, dzień i noc aż do zupełnego wyleczenia. Przebieg choroby jest skrócony, dzieci znośną ten zabieg bardzo dobrze (Société de Thérap. 8. 12.20).

K. J.

R. Jendon (Thèse de Paris 1921) podkreśla skuteczność stosowania peptonu w krwawiaczce; środek ten został w tem cierpieniu zastosowany poraz pierwszy przez Nobécourt i Tixiera.

Zastrzykuje się co 3 dzień podskórnie 3—4 ctm² następującego roztworu:

Peptonu Witte	5,0
Na Cl	0,5
Aq. dest.	100,0

Po 10—12 zastrzykach—miesięczna przerwa.

K. J.

RUCH W TOWARZYSTWACH.

Zjazd pedjatrów Skandynawskich odbył się z Sztokholmie w dniach 19, 20, 21 czerwca b. r. Główne tematy rozpraw:

- 1) Zaburzenia chroniczne przewodu pokarmowego u dzieci sztucznie odżywianych.
- 2) Zapobieganie powstawaniu chronicznych zaburzeń przewodu pokarmowego i ich leczenie.

Z bardzo krótkiego streszczenia rozpraw w Archives de Médecine des Enfants (N. 11 z 1921 r.) trudno jest stworzyć sobie dokładny obraz wypowiedzanych tam poglądów. Możemy tylko zaznaczyć, że duże zainteresowanie okazywano sprawą klasyfikacji zaburzeń, zwłaszcza nową klasyfikacją *Finkelsteina* oraz sprawą leczenia przez podawanie mieszanki *Czerny'ego-Kleinschmidta* (Buttermehl-Milchnahrung).

K. J.

Towarzystwo pedjatryczne w Wrocławiu.

Na posiedzeniu lipcowym przedstawili: *Weigert* 2 letnie dziecko z typowymi napadami ciężkiego ksztuśca, które ustąpiły zupełnie natychmiast po zaszczepieniu ospy, z czego wynika, że należy próbować tego niewinnego sugestyjnego środka, i *Freund* kilka przypadków powiększenia ślinianek przyusznych, które musiało polegać na przeroście albo na przewlekłym zapaleniu, lecz nie miało żadnego związku ze świnką.

Zjednoczenie Pedjatrów w Frankfurcie.

Na pierwszym posiedzeniu (10. II. 1921) przedstawili: *Hochschild* 4 letnią dziewczynkę z obustronnym niedorozwinięciem jąder nerwów twarzowych i odwodzących; *Scheer* 6¹/₂ letniego chłopca z ostrym zapaleniem żylce wrotnej na tle przyrodzonej kły: obfite, nagłe krwawienie z żołądka i kiszec przy ogólnej wybitnej niedokrwistości, śledziona wyraźnie powiększona, w następnych kilku dniach, znaczny wysięk w brzuchu. Za podłożem kilowym prze-

mawiały dodatnie odczyny Wassermana i Sachs-Georgiego u dziecka i matki oraz przebyta przez ojca kiła. Zejście, które poczęści bywa śmiertelne, było w tym wypadku pomyślne, gdyż wytworzyło się uboczne krążenie żyłne. (Monatsschr. f. Kinderhkl. XXI, 1—2, 1921).

Fr. Ks. Cieszyński.

Holenderskie Towarzystwo Pedjatryczne.

De Bruin demonstrował:

1) 9 letnią dziewczynkę z ogromnym guzem w brzuchu, który przed oddaniem do szpitala rozpoznano jako bąblowiec wątroby, w szpitalu jako rak, wzgl. mięsak wątroby, a na stole sekcyjnym jako rak prawej nerki;

2) 7 mies. niemowlę z przyrodzonym mięsakiem wątroby, który po śmierci w 4 tyg. ważył 1400 g.

3) 3 letniego chłopca, który przybył do szpitala z rozpoznaniem bąblowca wątroby, a w rzeczywistości według badań po nakłuciu miał torbielomięsak wątroby.

4) 5 $\frac{1}{2}$ letnią dziewczynkę z bąblowcem w górnym płacie lewego płuca, po którego wyjęciu nastąpiło zejście śmiertelne wskutek zropienia jamy operacyjnej.

5) 2 przypadki ze złośliwym ziarniniakiem chłonnym: a) u 9 letniej dziewczynki z pełnym obrazem chorobowym znaleziono w wyciętym skrawku gruczołu chłonnego zamiast komórek Sternberga olbrzymie komórki Langhansa; b) u 10 letniego chłopca choroba była jeszcze powikłana z *Osteoarthropathie hypertrophiantie pneumonique* (Marie) albo z *Osteoperiostitis ossifisans* (Sernberg) pochodzenia jadowego. (Monatsschr. f. Kinderhkl. XXI, 2, 1921).

Fr. Ks. Cieszyński.

Niemieckie Towarzystwo Pedjatryczne.

Na zjeździe w Jenie (12—14, V, 1921) referowali. „O przenoszeniu chorób zakaźnych“ Kleinschmidt z Hamburga, Szontagh z Budapesztu i Schlossmann, który podzielił choroby zakaźne na 1) takie, które przenoszą się przez szczypanie (kiła, zimnica), 2) takie, które przenoszą się przez powietrze (odra, wietrzna ospa) i 3) takie, które przenoszą się obu sposobami (płonica, ospa), Szontagh rozróżnia choroby zaraźliwe (*kontagios*) od zakaźnych (*infektios*) i podkreśla znaczenie ogólnej miejscowej szkodliwości (*Milieutheorie*) dla powstania epidemji.

Następnie mówił Rudolf Degkwitz z Monachjum o „Hodowaniu zarazka odrowego i szczepieniach ochronnych przeciw odrze żywym zarazkiem. Zwalczać odrę można szczepionką odrową, a zmniejszać jej śmiertelność zwierzęcą surowicą uodparniającą, która działa tak samo jak

surowica ozdrowieńców poddrowych. Autor twierdzi, że wyhodował zarazek odrowy z wydzielin nosa i gardła i tak go osłabił, że może go używać jako szczepionki. Gdy zaraził taką hodowlą dzieci, które odry nie przechodziły, nie dostały one wysypki odrowej, lecz po 12—15 dniach lekki nieżyt nosa i gorączkę, a narażone często na zarażenie się były odporne przez tygonie i miesiące. Zarazki rosły na pożywkach z białkiem ludzkim. Próby hodowania ich na białku zwierzęcym i otrzymania zwierzęcej surowicy uodparniającej są w toku.

Potem Stern z Roztoki mówił o „Surowicy przeciwkiszczkowej, którą za przykładem Jennera, Violi i Tischa otrzymuje się od szczepionych cieląt. Autor i Schubert spostrzegali, że po zastrzyku 20 cm. surowicy napady stały się łagodniejsze, wymioty ustawały i choroba się skracała. Po zczepieniu ospy nie zauważali poprawy, lecz widzieli ją po kilku większych zastrzykach surowicy przeciwospowej.

Pomiędzy innymi przypominał H. Bruning z Roztoki historję cudownego dziecka, które żyło od 6. II. 1721 do 27. VI. 1725 i przez całe życie ssało mamkę, nie chcąc nic innego brać do ust. Przez te 4 lata i 4 miesiące przeszło kilkakrotnie ciężkie choroby. Dziecko to wykazywało nadzwyczajne zdolności, gdyż w 14 miesiącu znało historję biblijną a mając 2½ lat, umiało historję, geografję i anatomję i mówiło równocześnie po niemiecku, po łacinie i po francusku.

F. Lust z Karlsruhe mówił o głodujących ośeskach przy piersi, gdyż w ostatnim roku spostrzegał ich większą ilość. Uważa on propagandę za naturalnem karmieniem za przesadzoną, gdyż woli karmienia nie odpowiada zawsze możność pod względem ilościowym, w przeważającej części przypadków wskutek niedostatecznego odżywiania ludności Niemiec w latach wojennych. Podobną niezdolność do karmienia stwierdzają również inni pedjatrzy w różnych okolicach Niemiec.

O zakażeniach kiszczkowych niemowląt mówili: 1) Moro z Heidelbergu, który uważa je jako substrat biologiczny ciężkiego zaburzenia fermentacyjnego na tle błędu dietetycznego, czy też uszkodzenia wskutek gorączki, choroby zakaźnej, lub też wprost głodu, 2) Bessa u z Marburga, który gorączkę i nerwowe objawy zatrucia tłumaczy wysuszeniem mózgu i dlatego zaleca podawanie przez usta, podskórną, do otrzewnej lub wprost do serca rozczyntu kukru, a. nie soli, która odciąga wodę narządom przez tworzenie skłonności do obrzęków. 3) Bluhdorn z Getyngi, który z Schwabem badał wpływ fosforanu sodu zależnie od ich oddziaływania na florę kiszczkową i stwierdził ich wpływ dodatni. 4) Langer z Charlottenburga, który wyjaśnił, że w dyspepsjach cukier bynajmniej nie wzmacnia fermentacji, a czyni to wyłącznie białko przez swą zawartość albuminy; dlatego w tych przypadkach należy ograniczyć ilość mleka kobiecego i serwatki, a dodać białko w postaci niefermentującej kazeiny.

Duken z Jeny mówił o mechanicznem powstawaniu *chondrodystrophiae*, opierając się na spostrzeżeniach Jansena. Jako dowód, że owodnia powoduje te zmiany, przedstawił niemowlę, które wykazywało wyraźne ślady tego wpływu na czaszce żebrach i kończynach.

Wieland z Bazylei przedstawił przypadek *Osteodysplasia cystica congenita* u 15 mies. chłopca. Cierpienie to polega na tworzeniu się wielu symetrycznych jam w nasadach długich i krótkich kości trzonowych i na ogniskowem zgąbieniu kości. Z pomiędzy dotychczas opisanych chorób kostnych najwięcej do tego obrazu zbliżona jest *Ostitis fibrosa cystica* Recklinchansena u dzieci i dorosłych, a pokrywa się z nim „jamiste zwyrodnienie całego kościca“, które opisali Engel i Heinecke lecz tylko u dorosłych.

Zappert z Wiednia opisał Otpęcenie dziecięce (*Dementia infantilis*) na podstawie 2 spostrzeżeń własnych i 5 przypadków Hellera, który w r. 1908 zestawiał ten zespół objawów: początek w 3 lub 4 roku życia, niepokój lub stany podniecenia i strachu, zaburzenie mowy, zwiększające się otępienie które w ciągu kilku miesięcy doprowadzą do zupełnego zidjocenia, przytem brak objawów ze strony układu nerwowego i zaburzeń w stanie zdrowia cielesnego. Od otępienia przedwczesnego różni się tylko chwilą wystąpienia.

Aby wykazać, jak duży był zjazd i nad czem obradował, wyliczę wygłoszone tematy, których nie można już referować:

Opitz z Wrocławia O próbach uodporniania ludzi przeciw błonicy.

Pfaundler z Monachjum O syntropji stanów chorobnych u dzieci.

Feor z Zurychu O stałych zaburzeniach ciepłoty przy uszkodzeniu rdzenia w czasie porodu.

Reice z Brunświku: Wczesny okres ogólnego stwardnienia mózgu.

Thomas z Kolonji: Z kliniki świstugrasieckiego.

Eckstein z Fryburga: O działaniu środków nasennych u niemowląt.

Wentzler z Gryfji demonstrował aparat do mierzenia ciśnienia śródczaszkowego.

Stoeltzner z Hali: Próba przemiany wapnia i krzywica,

Rietschel. O zawartości kwasu moczowego w smółce.

Rielm z Hanoweru. Spostrzeżenia kliniczne nad przeżuwaniem.

Sasch z Berlina: Wpływ sztucznego słońca na przemiany materji.

Dollinger z Berlina i Schwabacher: W sprawie kiły.

Roninger z Fryburga: Leczenie środków oddziałujących na naczynia u dzieci.

Aschenheim z Düsseldorfu: O cukromoczu żywnościowym.

Langstein z Charlottenburga: Odżywianie, minimalne, zgęszczone i tuczenie.

Mendel z Wrocławia: Znaczenie wydzielania wody poza nerkami.

Bossert z Wrocławia: Obraz rentgenologiczny i rozpoznanie gruźlicy.

Duken z Jeny: W sprawie odmy śródpiersiowej.

Engel z Dortmundu: W sprawie gruczołów chłonnych w klatce piersiowej.

Siegert z Kolonji: O powstaniu obrzęku śluzowatego przyrodzonego i dziecięcego.

Freudenberg z Heidelbergu: O działaniu związków wyciągowych (*Extraktstoffe*) przeciw gnilcowi i ich wpływie na utlenianie.

Leichtentritt z Wrocławia: Środki odżywcze dodatkowe i wzrost bakterji.

Aron z Wrocławia: Wpływ związków wyciągowych na wzrost przyswajania.

Hess z Frankfurtu: W sprawie gorączki przemijającej.

Gött z Monachjum: O podziale postaci głupowatości u dzieci.

Jaensch z Marburga: O konstytucji psychofizycznej.

Benzing z Würzburga: Późna skaza kurczowa i neuropaja.

György z Heidelbergu: Pęcznienie chrząski.

Freundenberg z Heidelbergu: Zagadnienia kostnienia.

Goebel z Jeny: Biologia owsików (*Oxyuris vermic*).

Grosser z Frankfurtu nad Menem: Płeć i choroba.

Stettner z Erlangi: O znaczeniu zewnętrznych wpływów na wzrost.

Wetzel z Charlottenburga: Ilość wapnia we krwi po inhalacji.

W ożywionej dyskusji brali udział prawie wszyscy wybitni pedjatrzy Niemiec, Szwajcarji i Austriji. (*Monatschr. f. Kinderhkl.* XXI. 4. 1921).

Fr. Ksawery Cieszyński.

K R O N I K A.

Wykaz chorób zakaźnych w Warszawie za III kwartał
1921 roku.

Nazwa choroby	Liczba zgłoszonych przyp.				
	lipiec	sierpień	wrzesień	Razem	Porównan. z II kwart.
Ospa	81	26	2	109	—112
Płonica	118	71	173	362	+192
Odra	85	68	34	187	—149
Błonica	23	14	27	64	—9
Krztusiec	8	1	1	10	+10
Dur plamisty	21	18	23	62	—183
„ brzuszny	92	95	236	423	+316
„ powrotny	21	7	4	32	—9
„ rzekomy	—	—	1	1	+1
Czerwonka	97	219	158	474	+406
Grypa	—	—	3	3	—
Dreńwica karku	4	6	1	11	—16
Gorączka połogowa	4	5	13	22	+5
Róża	33	31	52	116	+98
Zimnica	99	21	8	128	—24
Spiączka	1	—	—	1	—
Wąglik	—	—	1	1	—
Gruźlica	157	170	68	328	—191
Razem	804	689	805	2334	+333

UWAGA. W rubryce „gruźlica“ zarejestrowane są przeważnie przypadki śmierci na gruźlicę. (Miesięcznik Wydziału Zdrowia Publi. m. st. Warszawy N. 1 i 2 1921).

Sprawozdanie z sezonowej kolonji leczniczej im. Rektora d-ra med. Józefa Brudzińskiego dla dzieci skrofulicznych przy zdroju mineralnym w Busku.

Od początku czerwca do końca sierpnia 1921 r. Leczyło się 260 dzieci przeważnie z większych miast Polski, a mianowicie z Zagłębia Dąbrowskiego, Częstochowy, Łodzi, Warszawy i innych. Zgłoszeń było około 600.

Wśród 260 dzieci z wielkorakiami przewlekłymi schorzeniami wieku dziecięcego w Kolonji leczyło się najwięcej dzieci skrofulicznych, dotkniętych t zw. gruźlicą chirurgiczną, leczącą się w Busku w sposób widoczny dla każdego). W tym roku niewątpliwie sprzyjały temu leczeniu nietylko kąpiele siarczano-słone buskie, lecz także wyjątkowa operacja słoneczna na naszej piaszczysto-żwirowatej górcie Kolonji w namiotach Amerykańskiego Czerwonego Krzyża i dostateczne choć nieco monotonne odżywianie dzieci).

Tak na 30 dzieci ze schorzeniami gruźlicznymi skóry, 26-ro dzieci zostało wyleczone zupełnie, 2-je doznało wyraźnej poprawy, a 2-je innych dzieci nie doznało poprawy żadnej. Odsetek wyleczenia 86,6%.

Na 26 dzieci z otwartymi owrzodzeniami gruczołów i skóry przeważnie okolicy szyi, 17-ro wyleczyło się zupełnie (mowa o zagojeniu ran i owrzodzeń), czyli 65,4% i 8-ro wyjechało ze znaczną poprawą i 1, dziecko bez zmiany.

Na 33 przypadki gruźlicy chirurgicznej kości i stawów stwierdzono wyleczenie (względnie zagojenie) 16 ga dzieci, czyli 48,5%; 12 ro dzieci doznało mniej lub więcej wyraźnej poprawy, a 1-no zostało wywiezione z wybitnem pogorszeniem (uogólnienie się sprawy gruźliczej).

Co się tyczy t. zw. skrofulozy, wzgl. schorzenia gruczołów tchawico-oskrzelowych i anemji, to podobnie chorych dzieci mieliśmy 76, z których 24-ro doznało wybitnej poprawy, 32-je znacznej i 19 bez wyraźnej zmiany. Przytem zwracało uwagę lekarzy ordynujących, że goiły się również dobrze i względnie szybko przewlekłe sprawy nieżytowe spojówek i rogówek oczu, śluzówki nosa i uszu na tle skrofulicznym, tak iż np. na 24 tego rodzaju przypadki 14 wyleczyło się zupełnie, 6-ro dzieci doznało poprawy i 4-ro bez zmiany.

Oprócz powyższych mieliśmy 12 przypadków gośca stawowego o przebiegu podoстрыm i przewlekłym, z których w 3-ch wynik był doskonały, a w 5 ciu ze znaczną poprawą, w pięciu bez poprawy, w jednym z pogorszeniem.

Jeden przypadek „rzekomego” gośca stawowego na podłożu krwawiaczki (rozpoznanie kliniczne w szpitalu Karola Marji) bez zmiany.

Ze schorzeń przygodnych na uwagę zasługują 2 przypadki jałglicy, przez nas z powrotem odesłane, 1 przypadek kiły w II okre-

sie, również z konieczności odesłany, i kilkanaście przypadków świerzbu, z którym mieliśmy niemało kłopotu.

Z chorób infekcyjnych mieliśmy i przypadek płonicy (szczęśliwie izolowany), 1 przypadek duru brzuszego (przyjęty z Częstochowy w okresie wylegania) i kilkanaście przypadków nagminnego zapalenia przyusznicy (*parotitid. epidaemieae*), przywiezionej z Zagłębia—wszystkie wyzdrowieniem zakończone.

Jeśli się zważy względnie bardzo krótki pobyt dzieci w Kolonji, bo trwający od 3 do 6 tygodni i rzadziej 8 do 10 tygodni, to wyniki uznać należy istotnie za bardzo zachęcające do dalszej akcji Komitetu Budowy Kolonji Dziecięcej w Busku.

Do powyższych sprawozdań dodać należy:

Na 260 dzieci mieliśmy 109 chłopców i 131 dziewcząt. (różnica co do poszczególnych okresów wieku przedstawia się jak następują: do lat 5 chłopców 8, i dziewcząt 7; od lat 5 do 7-ciu chłopców 8 i dziewcząt 13; od lat 7 do 10, chłopców 31 i dziewcząt 32; od lat 10 do 15 chłopców 25 i dziewcząt 77 i powyżej 15 lat chłopców 7 i dziewcząt 2).

Ogólna suma wydatków 2,437,450 mk. 50 f. pokrytą została 1 miljonem Ministerstwa Zdrowia Publicznego, czyli m. w. 40%, zaś przez społeczeństwo 60%.

Przedstawiając powyższe sprawozdania Komitet czuje się w obowiązku złożyć serdeczne podziękowanie Ministerstwu Zdrowia Publicznego za miljonową subwencję państwową, oraz udzielenie bezpłatnych zupełnie kąpiel w łaźniach, Amerykańskiemu Czerwonemu Krzyżowi za możliwość uruchomienia naszej Kolonji sezonowej na taką skalę, o jakiej w zeszłym roku nie można było marzyć, gdyśmy leczyli w warunkach wręcz niehigienicznych, bo w ciemnym i ciasnym lokalu wynajętym, 60 zaledwie dzieci.

W 6 namiotach Bessemera z bogatym zasobem urządzeń i artykułów sanitarnych, na wzgórzu piaszczysto-żwirowatym, wśród łąnów rozległego Powiśla, działwa, jak wszyscy stwierdzali jednomyślnie, przybierała na wadze, leczyla rany i inne niedomagania swoje, spędzając dzień wesoło i niespostrzeżenie dzięki nieocenionemu kierownictwu p. Obrębskiej z Warszawy, kierowniczkii „Światlicy Dziecka“.

Znana tak doniosła w skutkach akcja Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom dożywiania dzieci, przy gorącym poparciu naszej idei ze strony rady ministerjalnego p. Br. Krakowskiego, pełniącego wówczas obowiązki wice dyrektora do spraw społecznych P. A. K. P. D. i życzliwym stosunku do nas Oddziału P. A. K. P. D. w Chmielniku, również zniewala nas do wyrażenia na tem miejscu słów wdzięczności. Z wdzięcznością też wspomina Komitet życzliwy i sympatyczny stosunek dyrektora zakładu kąpielowo-zdrojowego do dzieci i potrzeb Kolonji—oraz lekarza powiatowego, który przy zwalczaniu płonicy okazał nam pomoc, dostarczając namiotu z prysznicem, dezynfektorów itd.

Całe wreszcie społeczeństwo odpowiedziało żywym echem na starania i zabiegi Komitetu Budowy Kolonji, całej naszej akcji, zmierzającej tak do samej budowy Sanatorium, jak do uruchomienia co rok Sezonowej Kolonji dla dzieci skrofulicznych, zakażonych gruźlicą.

Dr. S. Starkiewicz.

Uchwała Zarządu Polskiego Tow. Pedjatrycznego w sprawie domu Zdrowia dla dzieci zółzowatych w Busku.

Zarząd Polskiego Tow. Pedjatrycznego uchwalił następujące rezolucje:

Idea stworzenia domu zdrowia dla dzieci obarczonych gruźlicą gruźliową w Busku jest, zwłaszcza w czasach powojennych, jak najpoczytniejszą i godną znaleźć poparcie szerokich mas społeczeństwa. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne starać się będzie wszelkimi siłami i drogami popierać ją przy każdej okazji. W dowód rzeczywistego przejęcia się nią Polskie Towarzystwo Pedjatryczne zgłasza prośbę o przyjęcie go w poczet członków komitetu zarządzającego.

Stulecie Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

W dn. 5 grudnia r. b. Warsz. Tow. Lek. obchodziło uroczyście stuletnią rocznicę swego istnienia. Liczny bardzo zjazd i udział delegatów wielu Polskich instytucji lekarskich obok przedstawicieli Rządu, Sejmu i st. m. Warszawy oraz adresy z życzeniami od pokrewnych instytucji zagranicznych (Francja, Serbja) były wymownym wyrazem tego uznania, jakim cieszy się słusznie Warsz. Tow. Lekarskie.

Jaka była działalność Towarzystwa, w jak trudnych warunkach się rozwijała, jak potrafiła przetrwać chwile najsroźszego ucisku najeźdźcy—o tem pouczył uczestników zjazdu wygłoszony przez Prezesa Z. D m o c h o w s k i e g o piękny odczyt p. t. „Rzut oka na działalność W. Tow. Lek. w ciągu stu lat jego istnienia.

Przemówienie delegatów i ogłoszenie nazwisk nowowybranych członków honorowych uzupełniły program rannego posiedzenia. Na posiedzeniu popołudniowym wygłosili odczyty:

Sekretarz stały Tow. prof. A. S o k o ł o w s k i p. t. „Wybitni członkowie Warsz. Tow. Lek. w ciągu stulecia“ oraz członek honorowy Tow. J. P a w i ń s k i p. t. „Zarys historyczny pojęć o t. zw. sile życiowej (*pneuma, spiritus vitalis*).

Zjazd Pedjatrów Polskich.

Dn. 10 października 1921 r. na posiedzeniu Zarządu Polskiego T-wa Pedjatrycznego postanowiono zorganizować Zjazd Pedjatrów Polskich—jesienią 1922 r.

Do komitetu organizacyjnego zaproszono:

z Warszawy drów.: prof. Michałowicza, Szenajcha, Rodysa, Stankiewicza, Cieszyńskiego, Gromskiego i Lyskawińskiego;

z Łodzi drów. Mogilnickiego i Rozenblatówną;
 z Lublina dra Jasińskiego;
 z Krakowa drów. prof. Lewkowicza i Bujaka.
 ze Lwowa drów. prof. Groëra, Questa, Progulskiego;
 z Poznania drów. Kryszewicza i Szulczewskiego;
 z Radomia dra Kelles-Krausa;
 z Wilna Łukomskiego.

Na pierwszym posiedzeniu Komitetu Organizacyjnego Warszawskiego w dniu 1 listopada 1921 roku. Postanowiono uzupełnić komitet, zapraszając doń poza wymienionymi osobami z Warszawy drów: Erlichównę, Korala, Biehlerową, Niepokojczyką, Trenknera, Bączkiewicza, Jotejkównę i prof. Hornowskiego, ze Lwowa, prof. Nowickiego, z Buska Starkiewicz Szymona, z Częstochowy Szaniawskiego Pawła, z Lublina Sikorskiego, z Płocka Macierzę, z Bydgoszczy Nowińskiego, z Poznania prof. Jurasza i z Krakowa prof. Ciechanowskiego. Wybrano następnie komitet wykonawczy z prezesa prof. Michałowicza, wiceprezesa Łyskawińskiego i sekretarza Cieszyńskiego.

Komitet Wykonawczy postanowił zwołać Zjazd na 8 i 9 września 1922 r. zawiadomić o tem wszystkie pisma codzienne i pisma lekarskie w Polsce, zaprosić na Zjazd wszystkich pedjatrów polskich i lekarzy, mających pewną styczność z pedjatrją oraz poprosić o współpracę członków Komitetu organizacyjnego, których zebranie ogólne ma się odbyć w marcu 1922 r. po nadesłaniu treści odczytów przez wszystkich referentów.

Projektuje się następujący podział godzin pracy podczas zjazdu: posiedzenie od 9 do 1, czas przerwy obiadowej od 1 do 2¹/₂, zwiedzanie instytucji od 2¹/₂ do 4¹/₂, posiedzenie popołudniowe od 4¹/₂ do 7¹/₂. Na referaty, których ilość (generalne) oznaczono mniej więcej na 20, przeznaczają się 10 godzin, na dyskusje 4 godz. Projekt programu zjazdu:

I. Posiedzenie. Choroby zakaźne wieku dziecięcego i walka z niemi:

- 1) Klinika chorób zakaźnych.
- 2) Walka z zakażeniami wewnątrz szpitalnemi.
- 3) Walka z zakażeniami w zakładach opiekuńczych.
- 4) Walka z zakażeniami w szkołach.

II. Posiedzenie. Sprawa odżywiania dzieci:

- 1) Odżywianie zdrowych niemowląt,
- 2) Zaburzenia w odżywianiu niemowląt i ich dietetyczne leczenie.
- 3) Odżywianie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym.
- 4) Dietetyka starszych dzieci, chorych i ozdrowieńców.
- 5) Uzupełniające składniki pożywienia (witaminy) i znaczenie ich w dietetyce wieku dziecięcego,

III. Posiedzenie, Gruźlica wieku dziecięcego:

- 1) Klinika gruźlicy u niemowląt i dzieci starszych.
- 2) Limfatyzm, skaza wysiękowa, a zołzy i gruźlica.
- 3) Walka z gruźlicą dziecięcą.

IV. Posiedzenie. Zagadnienia medycyny społecznej wieku dziecięcego.

- 1) Chorobowość i śmiertelność.
- 2) Zadania pedjatrii na polu opieki nad fizycznym rozwojem dziecka.
- 3) Rola pedjatrii w zakresie opieki nad psychicznym rozwojem dziecka.

Program działalności Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom.

(American Relief Administration):

Polska — 500.000 porcji; rząd dostarcza cukier i mąkę;

Austria — 200.000 " " " " "

Węgry — 20.000 " " " " "

Estonja — 20.000 " " " " "

Łotwa — 40.000 " " " groch i tłuszcze.

Przewidziane jest dalsze zmniejszanie ilości wydawanych porcji w Polsce i Austrii w celu skoncentrowania wysiłków dla udzielenia pomocy Rosji, gdzie organizuje się pomoc dla 1.000.000 dzieci i chorych.

Amerykański komitet Pomocy Dzieciom, oddział dla Węgier.

Zorganizował kolonje letnie dla dożywianych przez siebie dzieci; z 45000 zbadanych dzieci w wieku 3—14 lat zakwalifikowano 29000. Dzieci pozostawały pod opieką delegatów min. zdrowia, którymi byli po większej części studenci.

Nagrody za opiekę nad dzieckiem.

Rada wyższa opieki nad dzieckiem (Hiszpanja) ogłosiła program nagród przeznaczonych tego roku za działalność w zakresie opieki nad dzieckiem.

- 1) Nagroda T o l o s a L a t o u r wynosząca 1000 pesetas dla autora najlepszego dzieła o wychowaniu fizycznym, moralnym, umysłowym i społecznym dzieci w Hiszpanji.
- 2) Pięć nagród po 300 pesetas i dyplom zasługi dla lekarzy wiejskich, którzy wyróżnili się w pracy nad matkami, dziećmi i przez swe wysiłki w celu zmniejszenia śmiertelności i rozpowszechnienia higieny wśród dzieci.
- 3) Dziesięć nagród po 100 pesetas dla matek, którym się najlepiej udało sztucznie lub mieszanie wykarmić dwoje bliźniąt.
- 4) Osiem nagród po 50 pesetas dla matek, które najlepiej wykarmiły i dziecko piersią.
- 5) Sześć nagród po 50 pesetas dla matek, które najlepiej sztucznie

wykarmiły jedno dziecko. 6) Sześć nagród po 50 p. dla kobiet, które najlepiej wykarmiły jedno dziecko przy odżywianiu mieszanem. 7) Nagrodę 500 pesetas, dyplom zasługi, oraz 200 egzemplarzy wydrukowanego dzieła dla nauczyciela lub nauczycielki (szkoły rządowej lub prywatnej) autora najlepszego podręcznika pedagogicznego. 8) Pięć nagród po 200 pesetas i dyplom zasługi dla nauczycieli i nauczycielek, które poza pracą szkolną wykonali jakąś pracę społeczną. 9) Dwie nagrody po 250 i dyplom zasługi przyznane przez Radę Opieki nad dzieckiem za każdy dobroczynny czyn w zakresie opieki nad dzieckiem. 10) Dziesięć nagród po 100 pesetas dla rodzin ubogich robotników mających więcej niż sześcioro dzieci poniżej 14 stu lat i wychowujących je dobrze fizycznie i moralnie, lub też dla rodzin, które przyjęły i wychowały sieroty lub dzieci opuszczone. 11) 6 nagród po 200 pesetas dyplom zasługi i znaczki pro infantia każdemu, który z narażeniem własnego życia uratował życie dziecka.

Częste zakażenie mleka prątkami gruźlicy w Londynie.

Opinia publiczna w Londynie jest bardzo zaniepokojona wiadomością podaną przez Daily Express, że w 26% prób mleka, zbitych w różnych dzielnicach miasta, znaleziono prątki gruźlicze. Jest to najwyższy odsetek od roku 1904.

Dziennik oskarża ministra zdrowia, przypisując mu winę wywołania tego stanu rzeczy przez stosowanie polityki oszczędnościowej kosztem zdrowia mieszkańców; minister ten miał w czasie swego urzędowania, zmniejszyć również do minimum wydatki na opiekę nad dzieckiem.

Dożywianie dzieci przez „Ameryk. Stow. Przyjaciół w Niemczech“ osiągnęło swój punkt kulminacyjny w czerwcu r. b. W tym czasie czynnych było 2271 kuchni; dzieci dożywiano z górami milion dziennie. W tem

dzieci	0— 2 lat	. . .	1752	porcji
„	2— 6	„ . . .	63730	„
„	6—14	„ . . .	896541	„
„	14—17	„ . . .	37566	„
matki	,		27267	„

Od początku tej akcji rozdano z górami 200 milionów obiadów.

Zanik zupełny karmienia niemowląt piersią we Francji.

We Francji odsetek niemowląt, karmionych piersią obniżył się z 18% w 1913 r. do 6% w r. 1920. W poszczególnych departamentach nawet doszedł do niebywale niskiej cyfry 1%! I to się dzieje we Francji, zagrożonej wyludnieniem.

Podziwiać jednak należy niezwykle opanowanie techniki odżywiania sztucznego, gdyż ogólny odsetek śmiertelności niemowląt jest bardzo niski; w r. 1913—5,0% w r. 1919 był nieco wyższy 5,9%.

wskutek niezupełnej jeszcze demobilizacji lekarzy, w r. 1920 obniżył się jeszcze do 4,5%.

Ilość noworodków martwourodzonych wynosiła we Francji w r. 1920 46‰, w samym Paryżu 72‰; główną przyczyną tego wysokiego odstęka jest przymiot.

Płaca lekarzy szpitalnych we Francji została uregulowana należycie prawie we wszystkich miastach. Wyjątek stanowią: Bordeaux, gdzie lekarze szpitalni nie pobierają zupełnie zapłaty, oraz Awignon, gdzie starszy ordynator pobiera dzisiaj jeszcze 200 (dwieście!!) franków rocznie. Płaca ta ustalona była w r. 1740 przez arcybiskupa Awignonu i do tego czasu nie zdążono jej jakoś zmienić.

Związek narodowy pomocy dzieciom w Belgji został zatwierdzony w r. 1919; zarząd składa się z 40 członków, mianowanych przez króla.

Zadaniem związku jest tworzenie i popieranie wszelkich instytucji, pracujących w dziedzinie opieki nad dzieckiem.

Liga dobrobytu dziecka została założona w Finlandji w r. 1919 r. i liczy obecnie 12000 członków. Główne cele ligi: higjena, moralność, popularyzacja. Zamierza ona opiekować się dzieckiem od chwili urodzenia do lat 18. Liga urządziła również kursa dla pielęgniarek i akuszerok.

Zmarł prof. Edward Ludwik A u s s e t, dyrektor kliniki chorób dziecięcych w Lille. Był on również naczelnym redaktorem pisma „La pédiatrie pratique“.

ADMINISTRACJA PEDIATRJI POLSKIEJ

PROSI SZ. PRENUMERATORÓW

O MOŻLIWIE SZYBKIE UREGULOWANIE

ZALEGŁEJ PRENUMERATY ZA ROK **1921-szy**

POD **DAWNYM** ADRESEM

DR. KOPEĆ, WARSZAWA, UL. MOKOTOWSKA 39.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYCHODZI OD 1-go STYCZNIA 1922 R. CO NIEDZIELA

POWSTAŁA NA SKUTEK ZJEDNOCZENIA

POLSKIEGO CZASOPISMA LEKARSKIEGO I GAZETY LEKARSKIEJ

W WARSZAWIE

WSKUTEK DOKONANEJ UNIFIKACJI

BĘDZIE UKAZYWAĆ SIĘ W OBJĘTOŚCI ZWIĘKSZONEJ

PRENUMERATA KWARTALNA Mkp. **2.000**

DLA CZŁONKÓW TOW. LEKARSKICH „ **1.800**

ADMINISTRACJA:

KRAKÓW—GEBETHNER i S-ka—RYNEK 9.

LWÓW—H. ALTENBERG—PAŃSKA 16.

POZNAŃ—FISZER i MAJEWSKI—PLAC WOLNOŚCI 9.

WARSZAWA—E. WENDE i S-ka—KRAK.-PRZEDMIEŚC. 9.

Rysunki do art. Zofji Rosenblamówny.



fot. 1--przyp I.



fot. 2--przyp. III.



fot. 3-przyp. IV.



Biblioteka Główna

WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna WUM

A.077



300000002100