

PEDIATRJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO T-WA PEDIATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

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

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

Stali współpracownicy:

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

TOM VIII — ZESZYT 1
(styczeń — luty — 1928)

WARSZAWA
NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU POMOCY DZIECIOM

1928



www.dlibra.wum.edu.pl

NUTROMALT

cukier odżywczy dla niemowląt, zapewnia ich zdrowy rozwój; używa się jako dodatek do pożywienia osesków, zamiast cukru trzcinowego i przeciwdziała tak niebezpiecznym zaburzeniom kiszkiwym i bieguncce, najczęstszym niedomaganiom w wieku niemowlęcym. Jeżeli warunki finansowe nie pozwalają na stałe stosowanie Nutromaltu, to bezwzględnie należy dawać ten preparat w okresie niebezpiecznym dla osesków, mianowicie przy odłączaniu od piersi, jak również podczas gorącego lata i przy bieguncce.

DR. A. WANDER S. A., Berne.

PRÓBK I LITERATURĘ WYDAJE BEZPŁATNIE

L. FAVRE, Warszawa, Rymarska 16

Gener. Przedst. na Polskę.

MOTOFANTIN — MOTOR

dawniej INFANTIN

Wyciąg słodowy do zupy Liebig'a

STOSUJE SIĘ U DZIECI Z UPOŚLEDZONEM ODŻYWIANIEM.

ZAKŁADY CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA

„MOTOR“

Sp. Akc.

Warszawa, ulica Marszałkowska Nr. 23.

PEDIJATRIA POLSKA

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

Prenumerata roczna z dwumiesięcznikiem uzupełniającym

OPIEKA NAD DZIECKIEM

wynosi z przesyłką pocztową zł. 15.

Prenumeratę przyjmuje Administracja Pedjatrii Polskiej

P. K. P. D. — Wydział Higjeniczno-Lekarski.

WARSZAWA — JASNA 11.

KONTO w P. K. O. № 5882.

Redakcja: Warszawa, Mokotowska 3 — T. Kopeć.

Autorzy artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

SPIS RZECZY:

	str.
Bogdanowicz i Szenajch— Ocena zespołów objawowych w płonicy w związku z lecze- niem surowicą swoistą	1
Bogdanowicz i Szenajch— O wartości leczniczej surowicy przeciwploniczej	20
Bogdanowicz i Szenajch— Odczyny Dick'ów i Levaditi- Fanconi'ego	48
Bogdanowicz i Szenajch— Szybkość występowania odczy- nów skórnych w płonicy i ich znaczenie prognostyczne w sto- sunku do powikłań	65
Przegląd piśmiennictwa	82
Wiadomości bieżące	91

SOMMAIRE:

	p.
Bogdanowicz et Szenajch— Evaluation des syndromes symp- tomatiques de la scarlatine en relation avec la sérothérapie specifique	1
Bogdanowicz et Szenajch— Valeur thérapeutique du sérum antiscarlatineux	20
Bogdanowicz et Szenajch— Réactions des Dick et Levaditi- Fanconi au cours de la scarlatine	48
Bogdanowicz et Szenajch— Rapidité de l'apparition des réa- ctions cutanées au cours de la scarlatine et leur valeur prognos- tique par rapport au compli- cations	65
Revue générale — analyses	82
Chronique	91



HEM OG EN

MAGISTRA KLAWE



CECHA



FABR.

Najrationalniejszy przetwór żelaza dla słabo rozwiniętych, niedokrwistych, osłabionych, nerwowych i ozdrowieńców.

Wzmocnia układ nerwowy, zwiększa apetyt i przywraca siły.

Broszura o znaczeniu żelaza w lecznictwie oraz próby na żądanie.

TOWARZYSTWO PRZEKŁADNICZNO-FARMACEUTYCZNEGO **MAGISTER KLAWE, S.A. WARSZAWA.**

Ze szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie
(Lekarz naszelny Doc. Dr. Wł. S z e n a j c h).

Ocena zespołów objawowych w płonicy w związku z leczeniem surowicą swoistą

P o d a l i

J. Bogdanowicz i Wł. Szenajch

Ocena wpływu środka swoistego na przebieg płonicy należy do zadań niezmiernie trudnych, wymagających nadzwyczaj sumiennego, ścisłego, ciągłego badania i spostrzegania chorych, a następnie bardzo krytycznego wnioskowania.

Płonica to kameleon. A czymże jest, jeżeli nie kameleonem, choroba, która w pewnej liczbie przypadków przybiera postać straszną, demoniczną, jak piorun z jasnego nieba, jak zatruta strzała razi życie i zabija człowieka w ciągu kilkunastu godzin, w innych — występuje w tak lekkiej postaci, że trudno ją nawet rozpoznać, że nie zasługuje nawet na miano choroby; a czyż to nie kameleon — choroba, która w jednym przypadku wyraża się kilkoma swoistymi objawami i po kilku dniach kończy się wyzdrowieniem, w drugim — zajmuje sprawą chorobową prawie wszystkie narządy ciała i ciągnie się tygodnie i miesiące całe. Otóż ta różnorodność w przebiegu płonicy wymaga przy ocenianiu wartości leczniczej surowicy wielkiej ostrożności i krytycyzmu.

Mimo jednak bogactwa objawów płonicy dotychczasowa nauka i doświadczenie kliniczne nauczyło nas dość ścisłej oceny ciężkości poszczególnych zespołów objawowych i pozwoliło na wydzielenie pewnych typów choroby.

Kwestję wartości seroterapii płonicy rozstrzygnie dopiero stosowanie surowicy w wielkiej liczbie przypadków.

W celu możliwego ujednostajnienia badania i spostrzegania chorych płoniczych oraz oceny wpływu surowicy na poszczególne objawy, a co zatem idzie w celu umożliwienia porównawczego badania wyników, otrzymanych przez różnych autorów, w różnych miejscowościach, podczas różnych epidemij, podajemy poniżej najważniejsze zespoły objawowe, na które należy zwrócić uwagę przy ocenie siły leczniczej surowicy, przedewszystkiem opiszemy objawy za-



leżne od toksycznego zadziałania zakażenia płoniczego, następnie, zespół objawów bakteryjnych. Nie chodzi nam o przedstawienie całej symptomatologii płonicy, lecz podajemy głównie te objawy, które mają mniej lub więcej wybitne znaczenie prognostyczne.

1. Wiek, konstytucja, szczepienie ochronne, usposobienie rodzinne dziecka. Charakter panującej epidemii.

Wiek dziecka wywiera wybitny wpływ na przebieg płonicy. Najciężej przebiega płonica wśród niemowląt w drugim półroczu życia, a zwłaszcza wśród dzieci w drugim, trzecim i czwartym roku życia. U tych dzieci płonica często przybiera ciężką postać posoczniczą.

Dzieci nalane, otłuszczone, limfatyczne, ze stanem grasiczo-chłonny, ze skazą wysiękową i krwotoczną źle znoszą płonicę: często u tych dzieci występują w ciężkiej postaci objawy zespołu bakteryjnego. Jednostki z chwiejnym układem naczyniowym (vasolabilitas) częściej podlegają porażeniu tego układu, niż dzieci ze zdrowym układem naczynio-ruchowym.

Dzieci ze skazą kurczową i z krzywicą czynną są skłonniejsze do ciężkich objawów mózgowych, niż dzieci zdrowe.

Obecność wady serca utrudnia, rozumie się, dziecku przechorowanie takiego ciężkiego cierpienia, jakim jest płonica.

Wobec rozpowszechnienia w ostatnich latach szczepień ochronnych przeciwploniczych ważną jest rzeczą stwierdzenie w każdym przypadku płonicy, czy dziecko było szczepione, lub nie, i jeżeli było, to kiedy, ile razy, jakie objawy zauważono podczas szczepienia i czy wynik szczepień był kontrolowany za pomocą odczynu Dick'ów.

Usposobienie rodzinne wywiera również pewien wpływ na przebieg płonicy: są rodziny, w których płonica przebiega łagodnie; inne, wśród których występują często ciężkie postaci.

Względnie często daje się stwierdzić rodzinna skłonność pewnych narządów do następczych schorzeń poplonicznych, zwłaszcza dotyczy to nerek; w tych rodzinach spotykamy częste nagromadzenie się zapalenia nerek w przebiegu płonicy.

Złośliwość epidemii płoniczych wykazuje większe wahanie, niż innych chorób zakaźnych. Dlatego też przy ocenianiu ciężkości poszczególnych przypadków płonicy należy brać pod uwagę, charakter panującej epidemii.

Z wyliczonych ogólnych warunków pogarszają rokowanie: młody wiek dziecka, obecność otłuszczenia i skaz, zwłaszcza limfatycznej, wysiękowej i krwotocznej, obecność stanu grasiczo-chłonnego, ciężkość uprzednich płonic w rodzi-

nie i rodzinne upośledzenie pewnych narządów oraz złośliwość panującej epidemji.

2. Początkowe objawy w napadzie choroby i dzień choroby, w którym rozpoczęto leczenie swoiste.

Na zasadzie wieloletniego doświadczenia z surowicą przeciwpłoniczą wiemy, jak wielkie znaczenie dla wyników leczenia posiada dzień jego rozpoczęcia; rozumie się, że podobnych stosunków należy oczekiwać w seroterapii płonicy. Im później rozpoczęto leczenie, tem rzadziej możemy spodziewać się dodatnich jego wyników i tem trudniej ocenić wpływ surowicy na zanikanie poszczególnych objawów chorobowych.

Dlatego też ważną jest rzeczą ściśle określenie dnia choroby, w którym zastosowano surowicę. Wobec zazwyczaj nagłego występowania choroby w większości przypadków z łatwością można stwierdzić początek płonicy nie tylko co do dnia, lecz nawet często co do godziny. W tym celu należy w wywiadach zwrócić uwagę na objawy następujące:

a) Kiedy chory zaczął skarżyć się na ból gardła i na dolegliwości w połykaniu?

b) Czy były wymioty, ile razy i czy powtarzały się po zjawieniu się wysypki.

c) Kiedy zauważono gorączkę i jaki był dotychczasowy przebieg ciepłoty?

d) Kiedy zjawiła się wysypka, w jakim czasie po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych, czy wysypanie odbyło się szybko, czy powoli?

e) Czy były w okresie napadu choroby objawy nerwowe (ból głowy, senność, nieprzytomność, nadmierna ruchliwość i ożywienie dziecka, niepokój, drgawki), jak długo wymienione objawy trwały, czy pozostawały po zjawieniu się wysypki, czy objawom nerwowym towarzyszyła wysoka gorączka?

Wymienione szczegóły z wywiadów służą nietylko dla ustalenia dnia choroby, lecz mają również znaczenie, jak zobaczymy niżej, dla oceny ciężkości przypadku i ustalenia rokowania.

3. Ciepłota.

Ciepłotę w płonicy należy mierzyć trzy razy dziennie, a w ciągu 48 godzin po zastrzyknięciu surowicy co 4 godziny. Gorączka w płonicy ma charakter ciągły z nieznaczными obniżeniami rannymi, trwa na wysokim poziomie przez czas

kwitnięcia wysypki, następnie zaczyna stopniowo opadać i zazwyczaj dochodzi do normy 5—7 dnia choroby.

Początkowa wysoka gorączka należy do normalnego przebiegu płonicy i temperatury wieczorne, nie przekraczające 40,5^o, nie powinny budzić obaw, jeśli istnieją ranne, chociażby niewielkie, zwolnienia. Dopiero temperatury hipertermiczne (wyżej 41^o), trzymające się przez cały dzień na jednakowym poziomie i trwające długo, świadczą o wielkim nasileniu zatrucia płoniczego i mają złe znaczenie prognostyczne; ciepłota nadmierna — 42^o — 42,2^o — signum praemortale.

Aczkolwiek ciepłota rzadko kiedy daje nam możliwość sądenia o ciężkości przypadku, to zawsze nam służy, jako sprawdzian normalnego przebiegu choroby: dopóki temperatura trzyma się wysoko, dzieci czują się osłabione, w dzień są apatyczne, w nocy często bredzą; wraz ze spadkiem ciepłoty łagodnieją zazwyczaj i inne objawy: samopoczucie dziecka poprawia się, tętno wolniej, objawy nerwowe słabną.

Przerwanie normalnego ubywania (lysis) w drugiej połowie pierwszego tygodnia podniesieniem ciepłoty świadczy o ocuceniu się zakażenia i zwiastuje wystąpienie nowych spraw zapalnych.

Przedłużanie się trwania wysokich temperatur poza normalny okres aż w głąb drugiego tygodnia wskazuje, że zakażenie wogóle nie wygasło i że już istnieją lub wkrótce powstaną nowe objawy chorobowe.

Podniesienie się normalnej ciepłoty w okresie zdrowienia jest znakiem ostrzegawczym, że należy spodziewać się wystąpienia czasami całego szeregu schorzeń okresu drugiego płonicy.

Z powyższego wynika, że od chwili zastrzyknięcia surowicy powinniśmy ze zdwojoną pilnością śledzić przebieg ciepłoty, gdyż jest ona jednym z najwybitniejszych objawów przedmiotowych, ułatwiających nam ocenę wpływu leczniczego surowicy na rozwój choroby.

4. Układ krwionośny i naczynioruchowy.

Jad płoniczy bardzo szybko wywiera wybitnie szkodliwy wpływ na układ krwionośny i dlatego należy bacznie śledzić za stanem serca i naczyń.

Najgroźniejszym objawem w płonicy jest tętno nadmiernie częste, do 160—200 uderzeń na minutę, drobne, łatwo uciskalne, niemiarowe i nierówne.

Płonica wogóle przebiega z tętnem znacznie przyspieszonym, liczba uderzeń tętna nie odpowiada zazwyczaj wy-

sokości ciepłoty i, co najważniejsze, częstość tętna nie zmniejsza się równomiernie ze spadkiem ciepłoty, a spada znacznie wolniej, niż ciepłota. Jednak w przypadkach, rozpoczynających się ciężko z wybitnie przyspieszonym tętnem, w razie wystąpienia poprawy, tętno wolnieje. Naodwrot: jeżeli tętno stale trzyma się na wysokim poziomie — jest to znak groźny, zwłaszcza gdy wykazuje ono inne wyżej wymienione złe właściwości. Dobre tętno jest najpewniejszą oznaką dobrego przebiegu; nawet ciężkie objawy ze strony układu nerwowego, lub ciężkie postacie zapaleń zgorzelinowych gardzieli i gruczołów są mniej groźne, o ile towarzyszy im dobre i niezbyt częste tętno.

Z innych objawów, występujących w przebiegu ciężkiej płonicy i świadczących o groźnym uszkodzeniu układu krwionośnego i naczynioruchowego należy wymienić: rozszerzenie granic serca, wybitne osłabienie tonów serca, zwłaszcza zniknięcie pierwszego tonu, rytm wahadłowy lub galopujący, wybitny spadek ciśnienia krwi, ochłodzenie kończyn i nosa, sinica stała lub występująca tylko na dolnych kończynach po ich opuszczeniu, łamliwość naczyń — łatwe występowanie wybroczyn przy ucisku palcami, zmniejszona potliwość — suchość skóry.

Ta wybitna niedomoga serca i układu naczynioruchowego, występująca w początku choroby, może do pewnego stopnia zahamować rozwój innych objawów płonicy, między innymi nie dopuścić do należytego rozwoju wysypki i być bezpośrednią przyczyną śmierci. Brak tętna, sinica, ochłodzenie kończyn i nosa — oto złowroźna trójca, zwiastująca szybko zbliżający się, nieunikniony koniec.

Wyżej opisane objawy mogą wystąpić również w późniejszym okresie choroby i wtedy zmieniają na niekorzyść rokowanie.

Z powyższego przedstawienia zespołu objawów sercowo-naczyniowych w przebiegu płonicy jasno wynika, jak cenne, przedmiotowe wskazówki co do działalności surowicy możemy otrzymać, jeżeli szczegółowo zbadamy chorego w dzień zastrzyknięcia, a następnie pilnie będziemy śledzili zanikanie lub zjawianie się poszczególnych objawów ze strony serca lub naczyń.

5. Stan ogólny i układ nerwowy.

Niema przypadku płonicy, w którym nie moglibyśmy stwierdzić pewnych zaburzeń w stanie ogólnym i sferze nerwowej: dzieci skarżą się na osłabienie, chętnie kładą się do

łóżka, skarżą się na ból głowy, nudności, u małych dzieci choroba rozpoczyna się często drgawkami. Podniesienie się ciepłoty, początkowe wymioty, przyspieszenie tętna są również wyrazem zatrucia ośrodków nerwowych.

Na tem miejscu chcemy zwrócić uwagę na ciężkie zaburzenia stanu ogólnego i wysoki stopień zatrucia układu nerwowego w przebiegu ciężkiej płonicy.

Wybitne ogólne osłabienie: dzieci nie mogą stać, siedzieć w łóżku; „przelewają się przez ręce”. Senność, z której można chorego zbudzić, odebrać od niego odpowiedź, lecz chory znów wpada w sen; ciągła śpiączka, zupełna nieprzytomność.

Nadzwyczajna ruchliwość i ożywienie dziecka w początku, a nawet już przed początkiem choroby świadczy o zatruciu ośrodków hamujących. Niepokój, drgawki, bredzenie, pokrzykiwanie, skubanie pościeli, zgrzytanie zębami, stała bezsenność!

Rzucanie się: dziecko z wystraszonym, obłąkanym wyrazem twarzy miota się ciągle po łóżku; zdaje się, jakby wewnętrzny strach pobudzał je do ciągłej zmiany położenia; często znajdujemy dziecko, leżące ze zwieszoną głową w poprzek łóżka, lub z głową „w nogach”.

Duszność: nadmiernie przyspieszony, utrudniony oddech, czasami z głębokimi wdechami i zupełnymi przerwami w oddychaniu. (typ Cheyne—Stokes'a).

Ciągłe, obfite wymioty, nieustające po zjawieniu się wysypki.

Zupełna niechęć do przyjmowania pokarmów, a zwłaszcza napojów.

Oddawanie pod siebie moczu i płynnych, zielonych, cuchnących wypróżnień.

Objawy nerwowe mają wogóle niepomyślne znaczenie w płonicy, lecz najgroźniejszymi są: rzucanie się, duszność z głębokimi, głośnymi wdechami i zupełnymi przerwami w oddychaniu, stała bezsenność, zgrzytanie zębami, skubanie pościeli — jednym słowem objawy wielkiego niepokoju w połączeniu z wielkim osłabieniem, z przelewaniem się dziecka przez ręce. O wiele mniejsze wzbudzają obawy ciężkie odurzenie i gwałtowne bredzenie.

Jednak w ocenie objawów nerwowych należy być ostrożnym. Znaczenie prognostyczne tych objawów zależy od kilku warunków: 1) u jakiego pod względem konstytucyjnym osobnika one występują; 2) kiedy występują i jak długo trwają; 3) jaki jest stan układu krwionośnego w okresie występowania objawów nerwowych.

Dzieci ze skazą kurczową, z krzywicą czynną, ze skazą neuro-artretyczną są skłonniejsze do wszelkich zaburzeń ze strony układu nerwowego, które występują u nich pod wpły-

wem o wiele słabszych bodźców szkodliwych, niż u dzieci zdrowych; dlatego też objawy nerwowe w przebiegu płonicy u tych dzieci mają mniej groźne znaczenie, niż u dzieci nie obarczonych wymienionymi skazami. Dalej są osobniki nerwowo-wrażliwe, które na wtargnięcie każdego jadu reagują silnymi objawami nerwowymi: u tych dzieci w początkach wszelkich chorób zakaźnych występują: podniecenie, często drgawki, wielokrotne wymioty, wysoka ciepłota, bredzenie. W tych przypadkach powinny nam pomóc wywiady, z których dowiemy się o zachowaniu się dzieci w poprzednich chorobach zakaźnych. U tych dzieci początkowe objawy nerwowe szybko ustępują i w dalszym przebiegu nie powtarzają się. Dlatego też zaburzenia w układzie nerwowym mają tam poważniejsze i groźniejsze znaczenie, im dłużej trwają i im później występują, zwłaszcza przy niezbyt wysokiej gorączce.

Wreszcie, powyższe objawy są o wiele groźniejszym prognostykiem, jeżeli im towarzyszy wybitna niedomoga układu krwionośnego, zwłaszcza nadmiernie przyspieszone, drobne tętno, mniej zaś groźnemi są objawy nerwowe przy dobrem, niezbyt częstym tętnie. Jeżeli będziemy mieli na uwadze omówione okoliczności, to ściśle spostrzeganie objawów nerwowych przed surowicą i po zastrzyknięciu surowicy da nam możliwość należytego określenia ciężkości przypadku i oceny wpływu surowicy na ustępowanie tych objawów.

6. Wysypka

Wysypka w normalnej płonicy zjawia się już pierwszego dnia choroby lub w pierwszej połowie drugiej doby, osiąga największy stopień rozkwitu 4 — 5 dnia, następnie zaczyna blednąć i zazwyczaj ginie przy końcu pierwszego lub na początku drugiego tygodnia choroby.

Odkąd nauczyliśmy się widzieć w skórze wielki uodparniający narząd, a na sprawy zapalne skóry w chorobach wysypkowych patrzeć jako na środek odciągający od narządów wewnętrznych, należyte natężenie wysypki płoniczej nabiera większego znaczenia prognostycznego.

Zbyt powolnie wysypująca, różnokształtna, grudkowato-gruboplamista lub krwotoczna wysypka występuje często w przebiegu ciężkiej płonicy. Późne zjawienie się wysypki stwierdzamy często u niemowląt i dzieci drobnych. Bardzo długo trwająca, nadmiernie obfita wysypka, dochodząca do swego pełnego rozkwitu w kilku dorzutach, czasami z wybitnym złotem zabarwieniem skóry towarzyszy zazwyczaj ciężkiemu bakteryjnemu zespołowi płonicy. Sine zabarwienie wysypki i raptowne jej zblednięcie wskazuje na niedomogę serca. Wybitne „Raies blanches“ świadczą o kurczu nerwów, zwięzających naczyń. Obecność wysypki prosówkowatej, silnie swę-

dzącej daje jakoby dobre rokowanie. W każdym razie charakter i zmiany wysypki dają nam o wiele mniej pewne wskazówki co do rokowania w płonicy, niż objawy nerwowe lub sercowe. Ze względu jednak na to, że zjawienie się wysypki zależy od zadziałania na skórę jadu płoniczego, a jej znikanie występuje naskutek wyczerpania się sprawy chorobowej w gardzieli i ustania wydzielania jądów lub wskutek utraty zdolności skóry oddziaływania na jad płoniczy pod wpływem zatrucia tymże jadem (H. Brokman¹⁾, należy skrzętnie notować przebieg wysypki i łuszczenia (czas zjawiania się wysypki od chwili napadu i przebieg wysypywania, obfitość wysypki i jej barwa, charakter i czas jej zblednięcia; czas wystąpienia łuszczenia, jego obfitość i okres trwania). Dane te, otrzymane u dzieci leczonych surowicą, w porównaniu z przebiegiem wysypki i łuszczenia u dzieci nie leczonych surowicą mogą nam dać bardzo cenne wskazówki co do zubożniającego wpływu surowicy antytoksycznej na jad płoniczy.

7. Jama ustno-gardzielowa.

Swoiste zmiany w zachowaniu się śluzówki jamy ustno-gardzielowej — *Enanthema scarlatinosa et Glossitis acuta proliferans exfoliativa scarlatinosa* — są najbardziej charakterystycznym, najstalszym i najwcześniej występującym objawem płonicy. Zgodnie z Lesage'm, możemy odróżniać cztery okresy w przebiegu przeobrażania się śluzówki języka i gardzieli.

W I okresie język jest obłożony grubą warstwą białej lub cytryno-żółtej barwy i obrzmiały; okres ten trwa zazwyczaj od 2 do 4 dni.

W II okresie język oczyszcza się od nalotu, co trwa do 7—8 dnia choroby.

Wynikiem zniknięcia nalotu jest zupełne obnażenie języka i uwidatnienie wszystkich brodawek — jest to t. zw. język malinowy, stanowiący III okres w rozwoju przeobrażeń języka płoniczego; w takim stanie język pozostaje od 4—5 dni.

Ostatni IV okres jest to okres odradzania się warstwy nabłonkowej: język traci swój dotychczasowy połysk, matowieje, pokrywa się cienką warstwą nabłonkową, zatracą swą barwę szkarłatną i coraz bardziej blednie wreszcie staje się gładkim, pokrytym jednolitą powierzchnią nabłonka, odzyskuje swą normalną wielkość i zabarwienie, co daje się stwierdzić około 15 dnia choroby.

Zmiany w zachowaniu się śluzówki pozostałych części

¹⁾ H. Brokman „Analiza biologiczna patogenezы i kliniki płonicy“
Warszawskie Czasopismo Lekarskie — Rocznik IV, zeszyt 3, 1927.

jamy ustnej i gardzieli przedstawiają zupełne podobieństwo do przeobrażeń języka i polegają na przekrwieniu i obrzęku, zwłaszcza migdałków i języka, złuszczeniu się nabłonka i następczem jego odradzaniu się. Rozwój tych zmian w całej jamie ustnej odbywa się zazwyczaj jednocześnie, zdarzają się jednak wyjątki: język pod tym względem może wyprzedzić gardziel lub odwrotnie — przy wyraźnym płoniczem zapaleniu gardzieli język jest jeszcze normalny i dopiero później przerabia cykl zmian charakterystycznych. W innych znów przypadkach dają się zauważyć odchylenia w kierunku skrócenia lub przedłużenia okresu trwania poszczególnych etapów. Najwybitniejsze zmiany stwierdza się przeważnie w okresie trzecim, t. j. języka malinowego: z jednej strony okres ten może być skrócony, jak to St. Łyskawiński¹⁾ stwierdził na materiale szpitala im. Karola i Marii w przypadkach lekkiej płonicy, z drugiej — może być znacznie przedłużony: w 11,65% przypadków Łyskawińskiego długotrwałość trzeciego okresu wahała się od 8 do 18 dni. Również często daje się stwierdzić przedłużanie się okresu ostatniego: odradzania się nabłonka i powrotu śluzówki do normy. W lekkich przypadkach daje się często stwierdzić skrócenie okresu I, zwłaszcza w gardzieli, w przypadkach zaś ciężkich — przedłużenie tego okresu.

Przyczyny przedłużania się poszczególnych okresów przeobrażania się śluzówki języka i gardzieli należy szukać w niedostatecznej eliminacji swoistych jądów przez chorego z ustroju: wyrazem tego może być ocucenie się zakażenia i wystąpienie nowych przejawów cierpienia u dziecka. Łyskawiński podaje następujące przykłady: nawrót płonicy w 13 dniu choroby. u 7-letniej dziewczynki, u której bez względu na słabe nasilenie i szybkie ustąpienie objawów schorzenia pierwotnego — język malinowy utrzymywał się od 3-go do 12 dnia włącznie; późne wystąpienie sprawy nerkowej (w 50-tym dniu choroby) w przypadku bardzo lekkiej początkowo płonicy u 9-letniego chłopca, u którego po 10-dniowym trwaniu języka malinowego, ten ostatni przy braku jakichkolwiek powikłań nie mógł do tego czasu powrócić do normy (stałe był zaczerwieniony i nie mógł uwolnić się całkowicie od nalotu), tak samo gardziel stała była zaczerwieniona aż do 34-go dnia choroby włącznie.

Z powyższego przedstawienia jasno wynika, jak ważną jest rzeczą śledzenie zmian chorobowych w jamie ustno-gardzielowej w przebiegu płonicy wogóle, a w przypadkach, leczonych surowicą, w szczególności. Być może, na zasadzie

¹⁾ St. Łyskawiński — „W sprawie retrospektywnej diagnostyki płonicy”. — *Pedjatria Polska* — Tom III — 1923.

licznych spostrzeżeń, uda nam się stwierdzić skrócenie pod wpływem surowicy, długotrwałości poszczególnych okresów przeobrażeń się śluzówki i szybszy jej powrót do normy.

Opisane zmiany o większym lub mniejszym natężeniu spotykamy w każdym przypadku płonicy. W ciężkich zaś przypadkach płonicy toksycznej stwierdzamy w samym początku choroby silne zaczerwienienie gardzieli z sinawym odzieniem, suchość i obrzmienie języka, na nim „sadzowaty“ obfity nalot. Czasami w bardzo ciężkich przypadkach, zwłaszcza u dzieci limfatycznych obrzmienie języka, migdałów, łuku podniebiennego, jęczyczka i migdałka trzeciego dochodzi w ciągu kilku dni do takiego stopnia, że wywołuje wprost zamknięcie światła gardzieli i powoduje wybitne utrudnienie w połykaniu, mowie i oddychaniu: mowa nosowa, ledwo zrozumiała; oddech utrudniony, charczący, świszczący, kark sztywny, cała szyja stężała, nieruchoma. W tych ciężkich toksycznych przypadkach przekrwienie obejmuje i sąsiednie okolice, między innymi stwierdzamy wybitne przekrwienie łącznic i białkówek.

W przypadkach „septycznej“ płonicy przyłączają się objawy dyfteroidalnego, względnie zgorzelinowego zapalenia jamy ustnej, gardzieli i nosa. Czasami objawy te występują w samym początku choroby, najczęściej jednak sprawy zapalne nabierają złośliwego charakteru dopiero 4—5 dnia choroby, co jak zaznaczyłem już wyżej, uwydatnia się w przebiegu gorączki: normalne ubywanie przerywa się nowym wybitnym podniesieniem ciepłoty.

Ślinienie, szarozółte naloty na dziąsłach, języku, wargach, policzkach, nadżarcia w kątach ust, również pokryte nalotami, łatwe krwawienia z błon śluzowych; czasami cała błona śluzowa ust pokryta lepkiem, ciągnącym się śluzem; foetor ex ore—oto oznaki zapalenia zgorzelinowego jamy ustnej.

Zmiany w gardzieli: szaro-żółte, sadłowate naloty na migdałkach, na łukach podniebiennych, jęczyczku, podstawie języka, nieraz na tylnej ścianie gardzieli i twardem podniebieniu; w niektórych przypadkach zapalenie to powoduje zgorzel i odpadnięcie jęczyczka, migdałów, przedziurawienie podniebienia miękkiego.

Zapalenie zgorzelinowe nosa wyraża się w wybitnym utrudnieniu oddechania, w obfitym wypływie śluzowo-ropnym, śmierdzącym, krwawym, nadżerającym skrzydła nosa i wargi; czasami wydzielają się z nosa błony. Wybitny udział nosa w sprawie zapalnej świadczy o objęciu procesem chorobowym całej jamy noso-gardzielowej i tworzy zazwyczaj akt wstępny do zgorzelinowego zapalenia okolic sąsiednich: jam pobocznych nosa, oka i ucha średniego.

Zmiany zgorzelinowe, nawet bardzo obszerne, same przez się rzadko kiedy powodują tragiczny zwrot w przebiegu cho-

roby: przy głębokiem drażeniu sprawy zapalnej może nastąpić przeżarcie jakiejś większej tętnicy gardzielowej, powodujące śmiertelne krwawienie—zdarzenie nadzwyczaj rzadkie. Zmiany powyższe mają poważne i groźne znaczenie dlatego, że są wyrazem ogólnego zakażenia ustroju — posocznicy płoniczej. Gdy organizm jest w stanie zwalczać ogólne zakażenie, wtedy nawet obszerne zmiany na błonach śluzowych goją się względnie szybko; przejawem zaś tej zdolności ustroju do walki jest dobre, niezbyt częste tętno i niezbyt wysoka z rannemi obniżeniami ciepłota.

8. Gruczoły podszczękowe i szyjowe.

Bolesne, niewielkie obrzmienie gruczołów należy do normalnego obrazu płonicy. Pewna część zapaleń gruczołów chłonnych prawdopodobnie może powstać wskutek zadziałania jądów płoniczych podobnie, jak to spotykamy w błonicy lub w chorobie posurowiczej. W większości jednak przypadków zapalenie gruczołów jest objawem głębszego wtargnięcia paciorkowców, które powoduje większe zapalne obrzmienie gruczołów, często z następczem ropieniem, i wybitnem podniesieniem się ciepłoty. Jeżeli przytem nie stwierdzamy objawów ogólnej posocznicy i zmiany zapalne w gardle nie przybrały wielkich rozmiarów, to nawet obustronne zropienie gruczołów podszczękowych i szyjowych nie przedstawia objawu groźnego.

Gdy zamiast ropienia wystąpi sucha zgorzel gruczołów i zgorzelinowe obrzmienie tkanki podskórnej, okołogruczolkowej, wtedy dopiero mamy do czynienia z objawami bardzo groźnemi, świadczącemi o ciężkiem ogólnem zakażeniu i niezdolności ustroju do walki. W tych przypadkach stwierdzamy u kąta zuchwy twarde, deskowate obrzmienie, które szybko rozszerza się wzdłuż zuchwy, spotyka się z obrzmieniem, idącym ze strony przeciwnej i zupełnie unieruchamia szyję — otrzymujemy obraz *Anginae Ludovici*, płonica przyjmuje postać podobną do dżumy — *Scarlatina pestiformis*. Jednocześnie z powyższemi objawami występuje zgorzelinowe zapalenie gardła oraz wybitne przejawy zatrucia układu nerwowego i krwionośnego i wkrótce śmierć.

9. U c h o.

Zapalenie ucha środkowego należy do względnie częstych powikłań płonicy i czasami występuje bardzo wczesnie już 2—3 dnia choroby, nawet przy obecności niewielkich spraw zapalnych w gardzieli lub w nosie. Zazwyczaj kończy się ono przedziurawieniem lub nakłuciem błony bębenkowej z następczym długotrwałym ropotokiem. Względnie jednak często

zapalenie ropne lub zgorzelinowe szerzy się dalej, obejmując wyrostek sutkowy; stąd proces zapalny może przejść na zatokę i stać się źródłem ogólnej ropnicy lub posocznicy, wreszcie, wywołać ropne zapalenie opon mózgowych. Wystąpienie zapalenia wyrostka sutkowego wybitnie pogarsza rokowanie i powinno być zaliczone do ciężkich objawów płonicy.

Musimy na tem miejscu zaznaczyć, że zapalenie średniego ucha często rozwija się skrycie bez wyraźnych skarg chorego i, jak powiedzieliśmy wyżej, niejednokrotnie już w pierwszych dniach choroby. Jeżeli stale nie będziemy mieli zwróconej uwagi na ten narząd, łatwo możemy początek zapalenia przeoczyć. Stwierdzenie zaś początku zajęcia sprawą zapalną ucha ma znaczenie w ocenie wpływu surowicy. Jeżeli w dniu zastrzyknięcia lub dnia następnego ucho było już objęte sprawą zapalną, to, rozumie się, surowica, gdyby nawet posiadała własności zapobiegawcze, nie mogłaby zapobiec już istniejącemu schorzeniu i w tych przypadkach wystąpienie zapalenia ucha środkowego nie może obciążać surowicę.

10. Zapalenia ropne różnych narządów.

Zapalenia ropne stawów, opłucnej, płuc, osierdzia, wsierdzia, śródpiersia; ropowica podskórna i mięśniowa; ropnie w nerkach, wątrobie, śledzionie; ropne zapalenie otrzewnej, opon mózgowych, oka i t. d.— występują w ciężkich postaciach płonicy. O ile jednocześnie z temi schorzeniami nie stwierdzamy objawów ogólnego zakażenia, rokowanie nie różni się od tego, jakie dają wymienione choroby, gdy powstają z innych przyczyn. Zazwyczaj jednak są one wyrazem posocznicy lub ropnicy płoniczej i dlatego są bardzo groźne.

Chcę zwłaszcza zwrócić uwagę na zwykle śmiertelny prognostyk, jakim jest przerzutowe ropne zapalenie stawów. To złośliwe ropnicowe zapalenie stawów należy odróżniać od dobrotliwego zajęcia stawów t. zw. goścca szkarlatynowego *synovitis scarlatinosa*, wyrażającego się w bólu na dotyk i przy ruchach, połączonym często z obrzmieniem i zaczerwienieniem okolicy stawowej. Cierpienie to występuje przy końcu pierwszego i w ciągu drugiego tygodnia choroby, trwa krótko i po kilku (3 — 5) dniach kończy się wyzdrowieniem.

11. Śledziona i wątroba.

Śledziona w początku choroby jest prawie stale powiększona, co zawsze można stwierdzić za pomocą opukiwania, często również za pomocą obmacywania. W przypadkach

ciężkich, posocznicowych występuje stałe, wybitne obrzmienie śledziony; w ropnicy płoniczej w wyjątkowych razach w śledzionie tworzą się ropnie.

Udział wątroby w płonicy wyraża się w obrzmieniu wątroby, w jej wrażliwości uciskowej, w nieznacznym zwiększeniu miana barwników żółciowych we krwi i tle żółtaczkowym skóry, wreszcie w wydzielaniu urobilinogenu z moczem. Naogół można powiedzieć, że im cięższą jest postać zatrucia płoniczego, tem wybitniejszy jest zespół objawowy niedomogi wątroby. Tak naprz., podług badań J. Niepokojczyckiej¹⁾ z oddziału płoniczego szpitala im. Karola i Marii, wątroba była macalna w 70% przypadków ciężkich, a tylko w 12,1% przypadkach lekkich. Urobilinogenurowę stwierdzono w 86,6% ogółu przypadków, przyczem w przypadkach ciężkich występowała zazwyczaj wcześniej, obficiej i trwała dłużej, niż w przypadkach lekkich; w tych ostatnich odczyn Ehrlicha na urobilinogen często przez cały czas choroby wypadło ujemnie. Tło żółtaczkowe, które można uzależnić od wzmożonej ilości barwników żółciowych we krwi, spotykamy prawie zawsze w płonicy, lecz bywa ono tem silniej zaznaczone i tem trwa dłużej, im cięższy jest przebieg choroby. W przeciwieństwie do tego tła żółtaczkowego skóry prawdziwa żółtaczka z wydzielaniem barwników żółciowych z moczem, występuje w płonicy rzadko i znamionuje bardzo ciężki przebieg choroby.

W przypadkach, leczonych surowicą, należałoby pilnie śledzić wyliczone objawy, jako wyraz zaburzeń czynności wątroby, wywołanych przez jad płoniczy: porównawcze badania wśród przypadków leczonych i nieleczonych, być może, wykazałyby różnice w czasie występowania i częstości tych zaburzeń, ich nasilenia i długotrwałości.

12. M o c z.

O niezbędności stałego badania moczu w płonicy ze względu na możliwość wystąpienia popłoniczego zapalenia nerek, jako o rzeczy znanej i uznanej, nie będziemy tu mówili. Chcę zwrócić uwagę na pewne cechy moczu w okresie gorączkowym choroby.

O znaczeniu prognostycznym urobilinogenurowi mówiliśmy wyżej. Wybitny początkowy białkomocz i obfite wydzielanie acetonu i kwasu octooctowego świadczy o ciężkiem zatruciu ustroju.

Mocz w płonicy w zależności od okresu choroby wy-

¹⁾ J. Niepokojczycka — „O urobilinogenurowi w przebiegu płonicy” — w „Księdze Pamiątkowej ku uczczeniu otwarcia uniwersytetu” — Warszawa, 1916.

kazuje swoiste zabarwienie, jak to wykazali Lesage, a u nas Łyskawiński.¹⁾ Mocz u chorych płoniczych w pierwszym gorączkowym okresie choroby wydziela się w ilości mniejszej (400,0—600,0), jest stężony i posiada mniej lub bardziej silną barwę mahoniową, przypominającą zabarwienie wody po dodaniu jodiny (w stosunku 20 kropeł na szklanke). Okres drugi rozpoczyna się z chwilą spadku ciepłoty i ustąpienia pierwotnych objawów płonicy (najczęściej przy końcu pierwszego i na początku drugiego tygodnia), ilość moczu w tym czasie powiększa się, barwa jego staje się żółta z odcieniem złotawym, a potem zielonkawym. Zabarwienie to utrzymuje się długo przez tygodnie całe, znacznie dłużej, niż wszystkie inne objawy płonicy; później mocz przyjmuje normalną barwę słomkową. Fakt stałego występowania tej okresowej zmiany w zabarwieniu moczu w płonicy i jego nieobecności w innych chorobach gorączkowych, zdaje się, przemawiać za jego swoistością dla tego cierpienia. W przypadkach ciężkich septycznych, jak to stwierdził Łyskawiński; odbywa się również ten sam zasadniczy cykl swoistej przemiany zabarwienia moczu z tą tylko różnicą, że okres moczu mahoniowego może być tu naogół znacznie dłuższy w ścisłej zależności od nasilenia i długotrwałości objawów septycznych (w jednym przypadku zielonkawe zabarwienie moczu wystąpiło 14 dnia choroby, w innym — dopiero 26 dnia). Również ważnem jest spostrzeżenie, że w okresie moczu zielonkawego, w razie wystąpienia następczych powikłań, połączonych z silniejszym odczynem gorączkowym, zielonkawe zabarwienie moczu, obecne przed wystąpieniem tych powikłań, znika często na czas pewien w zależności od okresu trwania, względnie stopnia nasilenia tychże. Aczkolwiek do chwili obecnej istota tego zachowania się moczu w płonicy nie jest wyjaśniona (Lesage uzależnia barwę moczu od większej lub mniejszej zawartości indoksyłu), jednak, wobec stałości tego zjawiska i zależności występowania przemiany w zabarwieniu moczu od charakteru płonicy, należy w przypadkach, leczonych, jak i nie leczonych surowicą, sprawdzać zabarwienie moczu i określać długotrwałość poszczególnych okresów. Skrócenie lub przedłużenie trwania tego zjawiska, jako wyrazu zatrucia płoniczego, może nam służyć, jako jeden ze wskaźników działania surowicy.

¹⁾ St. Łyskawiński — loco cit.

13. K r e w.

Krew w płonicy wykazuje wielorakie zmiany, jak to, między innymi stwierdził J. Bogdanowicz¹⁾ w swych badaniach, opartych na materiale szpitala im. Karola i Marii. Podlega zmianom ilość białka w surowicy krwi, zawartość hemoglobiny, obraz naczyń włoskowatych, badanych kapillaroskopem, szybkość opadania krwinek, liczba i skład ciałek białych. Ze wszystkich metod najbardziej pożyteczną, posiadającą największe znaczenie prognostyczne okazało się badanie krwi co do liczby i obrazu ciałek białych.

Charakterystyczną cechą jest leukocytoza. Liczba b. ciałek wzrasta w pierwszych 3 dniach choroby -- potem zaczyna maleć, ewent. utrzymuje się na wysokim poziomie w zależności od spadku, czy utrzymywania się ciepłoty. Wysokość leukocytozy zależna jest od ciężkości przebiegu (w pewnej mierze i od wieku, dając u młodszych dzieci naogół liczby wyższe). Po leukocytozie I tygodnia liczba b. ciałek stopniowo obniża się, dochodząc w III tygodniu do liczb normalnych, lub przechodzi w leukopenję, utrzymującą się nieraz dość długo, bo jeszcze w 6 i 7 tygodniu choroby. W razie wystąpienia powikłań ropnych (zapalenie średniego ucha, gruczołów, gardła i t. p.) pojawia się znów leukocytoza, lub wzrasta już istniejąca.

Układ białych ciałek w obrazie krwi płoniczej ulega dużym zmianom w przebiegu choroby, W pierwszym gorączkowym tygodniu choroby spotykamy: a) bezwzględne i względne zwiększenie się liczby ciałek obojętnochłonnych wielojądrzastych z częstym przesunięciem się obrazu Schillinga na lewo, b) względne zmniejszenie się liczby limfocytów przy nieznacznym wahaniach in plus lub in minus liczby bezwzględnej, c) bezwzględne zwiększenie się liczby eozynochłonów, względne zaś zwłaszcza między 3—8 dniem choroby. Otóż to połączenie neutrofilozji z eozynofilją, nie spotykane w innych chorobach zakaźnych, gdzie zazwyczaj stwierdzamy antagonizm między obojętnochłonami i eozynochłonami, stanowi najbardziej charakterystyczną cechę płonicy. W przypadkach ciężkich i śmiertelnych stwierdzamy nadmierną neutrofilową leukocytozę (do 43000 c.) z wybitnym przesunięciem się obrazu na lewo, aż do prawie zupełnego zniknięcia normalnych ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych przy jednoczesnych zmianach toksycznych, jak wakuolizacji zarodki, niedorozwoju ziarnistości, zwyrodnieniu

¹⁾ J. Bogdanowicz — „O znaczeniu ciałek białych krwi dla ustalenia rokowania w płonicy” — *Pedjatria Polska* — tom III — 1293.

J. Bogdanowicz — „Wyniki badania krwi w płonicy” — *Pedjatria Polska* — tom VI — 1926.

jąder i t. p.; wyjątkowo, w przypadkach bardzo ciężkich zamiast leukocytozy występuje leukopenja, jako wyraz porażenia działalności szpiku kostnego. Widzimy więc, że liczba i obraz białych ciałek jest wiernym i subtelnym wyrazem zmian, zachodzących w przebiegu choroby. To też w przypadkach, leczonych surowicą, należy badać jaknajczęściej krew chorych płoniczych; można spodziewać się wystąpienia pod wpływem surowicy zmniejszenia nasilenia i skrócenia długo-trwałości zmian we krwi.

14. Współistnienie z płonicą innych chorób zakaźnych.

Różne choroby zakaźne mogą występować u dzieci jednocześnie z płonicą (cum scarlatina), po pierwszym gorączkowym okresie płonicy (intra scarlatinam) i w późniejszych tygodniach zdrowienia popłoniczego (post scarlatinam); może być i odwrotnie: inne choroby zakaźne poprzedzają wystąpienie płonicy; często zdarza się to w ospie wietrznej, gdzie pęknięty pęcherzyk ospowy na skórze lub błonie śluzowej może służyć za wrota wejściowe dla zarazka płoniczego.

Najczęściej spotykamy zakażenie mieszane płonicy z błonicą gardzieli lub krtani, płonicy z odrą, płonicy z ospą wietrzną, płonicy z różą. Rozumie się, że wystąpienie tych chorób wikła przebieg płonicy, przerywa normalne zdrowienie, w mniejszym lub większym stopniu, w zależności od postaci choroby i jej nasilenia, pogarsza rokowanie i często utrudnia ocenę kliniczną poszczególnych objawów. Naprz. w razie współistnienia błonicy gardła trudno ocenić czas występowania i zniknięcia płoniczego, zgorzelinowego zapalenia gardzieli; w niedomodze układu krwionośnego w przypadkach mieszanych trudno rozstrzygnąć, jakie objawy zależą od błonicy, a jakie od płonicy; w razie stwierdzenia zapalenia ucha środkowego u dziecka z zakażeniem mieszanym płonicy z odrą, niemożliwą często jest rzeczą rozstrzygnąć, czy to powikłanie wystąpiło wskutek płonicy, czy też odry i t. d. Aczkolwiek współistnienie innej choroby zakaźnej nie stanowi przeciwskazania do stosowania surowicy w płonicy, jednak, wobec wyżej podanych okoliczności, takie przypadki nie nadają się do badań naukowych nad wpływem surowicy na przebieg płonicy.

15. Schorzenia okresu drugiego płonicy.

Charakterystyczną cechą płonicy jest skłonność do występowania swoistych schorzeń w drugim okresie choroby po krótszej lub dłuższej przerwie bezobjawowej. W tym okresie może powtórzyć się cały obraz płonicy—scarlatina recidiva (zdarza się rzadko) lub też występują schorzenia po-

FERROL

**płynne żelazo koloidalne
w postaci cukrzanu**

NAJBARDZIEJ RACJONALNY, A TANI PREPARAT ŻELAZA, DOSKONALE PRZYSWAJANY PRZEZ ORGANIZM; ZE WZGLĘDU NA SMAK CHĘTNIE PRZYJMOWANY I BARDZO DOBRZE ZNOSZONY PRZEZ DZIECI I OSOBY, DOTKNIĘTE NIEDOMOGAMI PRZEWODU POKARMOWEGO.

Cena detaliczna flakonu o zawartości około 300 g. — Zł. 2.75



MYDŁO RUMIANKOWE KARPIŃSKIEGO

ŁAGODNE, NEUTRALNE,

Przyrządzone z doborowych gatunków tłuszczu i rumianku.

POSIADA ANTYSEPTYCZNE WŁASNOŚCI,
NIE DRAŻNI WRAŻLIWEJ SKÓRY DZIECIĘCEJ.

Chemiczno - Farmaceutyczne Zakłady Przemysłowe

TOW. AKC. **Fr. KARPIŃSKI**

w Warszawie, ul. Wolność 7/9



Mleko Białkowe Plasmon Casein-Calcium

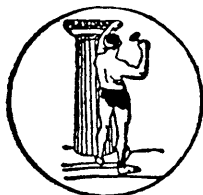
Preparaty Mieszane

Płatki owsiane
Sucharki odżywcze
Czekolada
Kakao
Cakes

Przy Chorobach dziecięcych

OSZCZĘDNE
TANIE

Przyjęte do spisu
środków Kas Chorych



Fabryki Plasmon (Neubrandenburg)

25 lat doskonałych wyników leczniczych.

Naturalne, czyste mleko białkowe, otrzymane według ścisłych zasad naukowych zawiera: 76⁰/₁₀₀ substancji azotowych, 2,5⁰/₁₀₀ — wapnia, 3⁰/₁₀₀ kwasu siarczanego;

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

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

Próbki i literaturę wysyła się bezpłatnie na żądanie

Kąpiele Lecznicze w domu

WSZYSTKIE NATURALNE
I MEDYCYNALNE

sporządzać można w każdej wannie z d-ra W. Sedlitzky'ego, Cordis kąpiele kwaso-węglowych -- Abletin kąpiele igliwiowych — Awas kąpiele tlenowych — Jordanin kąpiele przeciw otyłości.

Wszystkie dodatki kąpielowe z Zakładów Przemysł. Karola Szoppera S. A. Bielsko składają się z suchych substancji, nie uszkadzają wanien i zostają przepisywane przez lekarzy przed lub po kuracjach już od kilkudziesięciu lat. Na wszystkich wystawach środków leczniczych i higienicznych odznaczone pierwszemi nagrodami. Kąpiele kwaso-węglowe à la Nauheim i z solą jodowo-bromową, ziołami, siarką, stałem, sośniną.

Wyciąg igliwiowy. Sól borowinowa, według analizy z Frazensbadu.

Tabletki kąpielowe: kory dębowej, żelazne, igliwiowe, kreolinowe, jodowobromowe, soli morskiej, rumiankowe, ziołowe, siarczane, solankowe i smołowe. Literatura i uznania lekarskie przez Zakłady Przem.

Karol Szopper S. A. Bielsko.

szczególnych narządów pojedynczo względnie w zespole po kilka, jednocześnie lub w krótkich odstępach czasu: zapalenie nerek, gruczołów, ucha środkowego, stawów, zaburzenia serca i t. d. Zjawienie się tych objawów przedłuża często na czas dłuższy zdrowienie i powrót dzieci do zdrowia, a czasami, jak w ciężkiem zapaleniu nerek z mocznicą lub w zapaleniu wyrostka sutkowego, wybitnie pogarsza rokowanie. Wobec tego, że schorzeń drugiego okresu nie można uważać za przypadkowe powikłania, lecz należą one do obrazu płonicy, powinniśmy w porównawczych badaniach nad wpływem surowicy notować częstość ich występowania i należyście spostrzegać przebieg i nasilenie tych cierpień.

Na tem kończymy przegląd krytyczny najważniejszych objawów płonicy.

Omówione powyżej zespoły objawowe mają znaczenie dla określenia a) typu płonicy i b) ciężkości jej przebiegu.

Na zasadzie badań biologicznych i rozważań teoretycznych H. Brokman¹⁾ dochodzi do następującego wniosku: „Przy obecnym stanie wiedzy udaje się wydzielić dwie odrębne właściwości zarazka płoniczego: 1) zdolność wytwarzania jądów i 2) wpływ jego, jako drobnoustroju, powodujący stany zapalne, przeważnie o charakterze ropnym“.

Klinika już dawno umiała odróżniać przypadki płonicy z objawami, wywoływanych głównie przez zatrucie ustroju jadem płoniczym, od przypadków, w których na pierwszy plan wysuwają się objawy zespołu bakteryjnego, ropne sprawy zapalne w różnych narządach.

W myśl powyższego wszystkie przypadki płonicy możemy podzielić na trzy typy, jak to czyni również M. Michałowicz²⁾:

- a) typ toksyczny,
- b) typ bakteryjny,
- c) typ toksyczno-bakteryjny.

Do płonicy toksycznej zaliczamy te przypadki, w których w pierwszym okresie chorobowym nie występują ropne, względnie zgorzelinowe sprawy zapalne, opisane wyżej pod Nr. Nr. 7, 8, 9, 10.

Do płonicy bakteryjnej zaliczamy przypadki, w których stany zapalne dominują: wybitne zajęcie jamy ustno-gardzielowej, zapalenie ropne gruczołów, zapalenie średniego ucha, różne przejawy ropnico-posocznicy płoniczej.

Do typu mieszanego — toksyczno-bakteryjnego płonicy należą przypadki, w których po początkowych wy-

¹⁾ H. Brokman — l. c.

²⁾ M. Michałowicz — „Exo- i endogenetyczne poglądy na epidemiologię choroby płoniczej“. Pedjatrja Polska. Tom VI—1926.

M. Michałowicz — „Exo- i endogenetyczne poglądy na etiologię i patogenezę choroby płoniczej“. Pedjatrja Polska. Tom VII—1927.

bitniejszych objawach toksycznych występują objawy zespołu bakteryjnego, albo jednocześnie występują wybitne objawy jednej i drugiej grupy, zwłaszcza wyliczone pod Nr. Nr. 4 i 5 oraz Nr. Nr. 7, 8, 9, 10.

W każdym typie płonicy spotykamy przypadki lekkie, średnie i ciężkie, oraz bardzo ciężkie.

Do lekkich zaliczamy przypadki, w których ciepłota nie przekracza 39° i w żadnym z wyżej wyliczonych zespołów nie stwierdzamy wybitniejszych objawów.

Do średnich zaliczamy przypadki z jednym lub kilkoma objawami o większym nasileniu, naprz.: wysoka gorączka, częste tętno przy dobrym ogólnym stanie; wybitne zajęcie gardzieli i gruczołów przy niezbyt wysokiej temperaturze, dobrym tętnie u dziecka starszego.

Do ciężkich i bardzo ciężkich (cum prognosi dubia et infausta) należą przypadki, w których występują w zespole groźne, ciężkie objawy, opisane wyżej. Nie wydzielamy w oddzielną grupę przypadków bardzo ciężkich, względnie śmiertelnych, jak to czyni Moser, gdyż w przebiegu płonicy następują bardzo szybko zmiany w stanie dzieci: przypadek, zaliczony do ciężkich, wobec gwałtownego pogorszenia, już po kilku względnie po kilkunastu godzinach musi być uznany za bardzo ciężki, beznadziejny; bywa, na nieszczęście rzadziej i odwrotnie: dziecko, któremu rokowaliśmy bardzo źle, zdrowieje.

Po tej analizie klinicznej płonicy zapytamy się, czego możemy spodziewać się od antytoksycznej surowicy przeciwpłoniczej, jako leku swoistego?

W przypadkach toksycznych powinno nastąpić szybkie — w ciągu 24—48 godzin — i wybitne działanie na istotne i bezpośrednie następstwa zatrucia płoniczego, a mianowicie powinien nastąpić: 1) wybitny spadek ciepłoty, względnie powrót do normy, 2) poprawa własności tętna oraz osłabienie lub ustąpienie innych objawów niedomogi serca i układu naczynio-ruchowego, 3) zniknięcie objawów nerwowych i zmniejszenie osłabienia ogólnego, 4) zblednięcie zupełne lub częściowe wysypki z następczem mniej obfitem łuszczeniem.

Dalej, w tych przypadkach możemy oczekiwać mniejszego natężenia zmian we krwi i szybszego powrotu krwi do normy, szybszej przemiany błony śluzowej języka i gardzieli, skrócenia okresu wydzielania moczu nasyconego, mahoniowego, słabego nasilenia objawów zespołu wątrobowego — jednym słowem — w płonicy toksycznej surowica powinna spowodować skrócenie całego pierwszego okresu choroby.

W przypadkach bakteryjnych i mieszanych możemy oczekiwać po zastosowaniu surowicy tylko częściowego i za-

zwyczaj na krótki okres czasu osłabienia niektórych z wyżej wyliczonych objawów. Bezpośredniego wpływu na ropne stany zapalne od surowicy antytoksycznej spodziewać się nie możemy, jednak możemy oczekiwać pewnego działania pośredniego: wobec dodatniego wpływu surowicy na stan ogólny, układ nerwowy i krwionośny chory powinien szybciej wytworzyć odporność antybakteryjną i łatwiej zwalczać ropne sprawy zapalne, co powinno wyrazić się przede wszystkim w skróceniu długotrwałości tych spraw i w rzadszym ich występowaniu w ciężkiej, złośliwej postaci, jak zgorzelinowego zapalenia jamy ustnej, gardzieli, nosa, ucha, gruczołów i tkanki podskórnej. O ileby surowica posiadała własności antybakteryjne, moglibyśmy oczekiwać i bezpośredniego działania na ropne sprawy zapalne.

Co się dotyczy objawów drugiego okresu płonicy, to w przypadkach leczonych surowicą powinny rzadziej i o mniejszym nasileniu występować przynajmniej te schorzenia, które w większości przypadków można uzależnić od zadziałania jadu płoniczego, jak zapalenie nerek, cierpienia stawów i zaburzenia serca.

Ze szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie
Lek. Nacz. Doc. Dr. Wł. S z e n a j c h

O wartości leczniczej surowicy przeciwłoniczej

podali

J. Bogdanowicz i Wł. Szenajch

I. Metodyka leczenia.

Leczyliśmy dzieci surowicą Państwowego Zakładu Higjenu. Surowica była poprzednio w szpitalu miareczkowana na własność antytoksyczną za pomocą odczynu wygasania wysypki (zastrzykując międzyskórnie 0.2 cm³ bez rozcieńczenia i w rozcieńczeniu 1 : 10, 1 : 20, porównywaliśmy wynik z odpowiednimi dawkami surowicy angielskiej i niemieckiej — wyniki były podobne do angielskiej — lepsze od niemieckiej), oraz za pomocą stłumienia odczynu Dick'ów u dzieci wrażliwych mieszkankami toksyny z antytoksyną.

Stosowaliśmy początkowo surowicę podskórną, później wyłącznie domięśniowo. Przeciętnie zastrzykiwaliśmy 5 — 6 flakonów (50 — 60 cm³) surowicy jednorazowo, rzadziej większe ilości w dwóch dawkach. Najmniejsza dawka zastosowana jednorazowo była 20 cm³, największa 100 cm³. Przy stosowaniu dwu i trzykrotnem najwyższa dawka (raz jeden) w sumie wyniosła 200 cm³. Ogółem zastrzyknięto 5¹/₂ litra surowicy (przeciętnie 54 cm³ na 1 przypadek).

Staraliśmy się stosować surowicę jaknajwcześniej, a więc zaraz z chwilą przyjęcia chorego do szpitala.

Surowicę zastrzyknięto	1 dnia choroby	w 8 przypadkach
"	2 " "	w 26 "
"	3 " "	w 28 "
"	4 dn. ch. lub później	w 40 "

II. Ogólna charakterystyka materiału.

W czasie epidemii w latach 1925/26 i 1926/27 leczono w szpitalu 234 przypadki płonicy. Po odrzuceniu przypadków, które przybyły w drugim tygodniu choroby lub później, po wykluczeniu zmarłych w ciągu pierwszych 24 godzin, jak

również przypadków powikłanych już w pierwszych dniach błonicą, jako nienadających się do porównawczych badań nad wpływem leczniczym surowicy swoistej — pozostały 194 przypadki, z których 102 leczono surowicą, a 92 pozostały dla kontroli.

Na następujących tablicach I i II zgrupowaliśmy cały nasz materiał podług wieku chorych.

Z danych zawartych na powyższych tablicach należy podkreślić:

1) Wybitny udział dzieci w wieku niemowlęcym i przedszkolnym: na te dwie grupy dzieci przypada 111 przypadków = 57% ogółu dzieci leczonych (podczas dawniejszych epidemij udział dzieci do lat 7 wynosił 44%)

2) Co do typu płonicy było:

66%	przypadków toksycznych
14%	„ toksyczno-bakteryjnych
20%	„ bakteryjnych.

Daje się stwierdzić wybitna różnica w stosunku różnych typów płonicy w zależności od wieku dzieci, a mianowicie: liczba przypadków toksycznych wzrasta wraz z wiekiem: 0 — 2 lat — 38%; 2 — 7 lat — 60%; 7 — 14 lat — 77%; liczba zaś przypadków bakteryjnych zmniejsza się wraz z wiekiem: 0 — 2 lat — 54%; 2 — 7 lat — 24%; 7 — 14 lat — 10%.

3) Co do charakteru przebiegu choroby było:

lekkich — 32%
średnich — 43%
ciężkich i bardzo ciężkich 25%.

Pod względem charakteru przebiegu również stwierdzamy wybitne różnice w poszczególnych grupach dzieci, co najbardziej uwydatnia się w grupie przypadków ciężkiej płonicy: wraz z wiekiem udział przypadków ciężkich zmniejsza się — z 61% wśród dzieci w wieku 0 — 2 lat do 20% wśród dzieci powyżej 7 lat.

4) Pod względem częstości powikłań nasz materiał przedstawia się, jak następuje: w początkowym okresie choroby (w ciągu pierwszych 10 dni) różne powikłania wystąpiły u 22% wszystkich dzieci; objawy II okresu choroby stwierdzono w 36% przypadków. W częstości powikłań, zwłaszcza występujących w I okresie choroby, również dają się stwierdzić różnice w zależności od wieku — odsetek chorych z powikłaniami z 46% wśród dzieci w wieku od 2—6 lat spada do 12% w wieku powyżej 7 lat.

5) Śmiertelność wyniosła 5.1% na 194 przypadki — 10 zmarło. Śmiertelność ogólna w mieście była większą: w ciągu 2 lat zarejestrowano w Warszawie 6511 chorych szkarlatynowych, z których zmarło 758, co stanowi 11,6%.

Sądząc z materiału szpitalnego można powiedzieć, że charakter epidemii nie był ciężki, jednak, ze względu na du-

T a b l i c a I.
P ł o n i c a a w i e k d z i e c i

Wiek dzieci	Liczba przyp.	Typ płonicy		Charakter przebiegu choroby			P o w i k ł a n i a				Zejście Wyr- zdro- wiasto	Zmarło	
		Tok- syczny	Bakte- ryno- tok- syczny	Bakte- ryno- syczny	Lekki	Średnio- ciężki	Ciężki i b. ciężki	I okres		II okres			
							Bez powi- kłań	Z powi- kłań- mi	Bez powi- kłań	Z powi- kłań- mi			
0—2	4	3	—	1	3	1	2	2	3	1			
2—4	25 49	18 34	4 8	3 7	15 27	7 17	3 5	19 39	6 10	10 24	15 25	23 46	2 3
4—7	24 39	16 33	4 2	4 —	12 19	10 20	2	20 34	4 5	14 21	10 14	23 39	1 —
7—10	25 39	20 33	2 —	3 4	12 19	13 20	—	21 34	4 5	11 21	14 4	25 39	— —
10—14	14 92	13 70	—	1 12	7 49	7 37	—	13 76	1 16	10 47	4 45	14 88	— 4
Razem . .													

Przypadki nie leżone surowicą

Wiek dzieci	Liczba przyp.	Typ płonicy		Charakter przebiegu choroby			P o w i k ł a n i a				Zejście Wyr- zdro- wiasto	Zmarło	
		Tok- syczny	Bakte- ryno- tok- syczny	Bakte- ryno- syczny	Lekki	Średnio- ciężki	Ciężki i b. ciężki	I okres		II okres			
							Bez powi- kłań	Z powi- kłań- mi	Bez powi- kłań	Z powi- kłań- mi			
0—2	9	2	1	6	—	2	7	4	5	5	4	7	2
2—4	25 49	11 25	5 8	9 16	4 8	9 22	12 19	17 32	8 17	19 39	6 10	25 48	— 1
4—7	24 44	14 31	3 6	7 9	4 4	13 23	7 9	15 39	9 5	20 33	4 11	23 41	1 2
7—10	26 44	16 31	6 3	3 4	3 4	13 23	9 17	23 39	3 5	19 33	4 11	24 41	2 3
10—14	18 102	15 58	3 18	1 26	1 12	10 47	8 17	16 75	2 27	14 77	7 25	17 96	1 6
Razem . .													

Przypadki leżone surowicą

Wiek dzieci	Liczba przyp.	Typ płonicy		Charakter przebiegu choroby			P o w i k ł a n i a				Zejście Wyr- zdro- wiasto	Zmarło	
		Tok- syczny	Bakte- ryno- tok- syczny	Bakte- ryno- syczny	Lekki	Średnio- ciężki	Ciężki i b. ciężki	I okres		II okres			
							Bez powi- kłań	Z powi- kłań- mi	Bez powi- kłań	Z powi- kłań- mi			
0—2	9	2	1	6	—	2	7	4	5	5	4	7	2
2—4	25 49	11 25	5 8	9 16	4 8	9 22	12 19	17 32	8 17	19 39	6 10	25 48	— 1
4—7	24 44	14 31	3 6	7 9	4 4	13 23	7 9	15 39	9 5	20 33	4 11	23 41	1 2
7—10	26 44	16 31	6 3	3 4	3 4	13 23	9 17	23 39	3 5	19 33	4 11	24 41	2 3
10—14	18 102	15 58	3 18	1 26	1 12	10 47	8 17	16 75	2 27	14 77	7 25	17 96	1 6
Razem . .													

Tablica I (d. c.)

Wiek dzieci	Liczba przyp.	Typ plonicy		Charakter przebiegu choroby		Powikłania			Zejście			
		Tok-syczny	Bakteryjno-tok-syczny	Lekki	Średnio-ciężki i b. ciężki	I okres		II okres		Wy-zmarło		
						Bez powi-klania-ki	mi	Bez powi-klania-ki	mi			
0—2	13	5	7	3	2	8	7	6	7	6	10	3
2—7	98	59	23	35	39	24	71	27	63	35	94	4
7—14	83	64	8	23	43	17	73	10	54	29	80	3
Razem . .	194	128	38	61	84	49	151	43	124	70	184	10

Ogólna liczba (leczeni surowicą i nieleczeni)

Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	100%
2—7	100 .
7—14	100 .
Razem . .	100%

Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	38%
2—7	60 .
7—14	77 .
Razem . .	66%

Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	8%
2—7	16 .
7—14	13 .
Razem . .	14%

Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	24%
2—7	36 .
7—14	28 .
Razem . .	32%

Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	15%
2—7	40 .
7—14	52 .
Razem . .	43%

Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	54%
2—7	24 .
7—14	10 .
Razem . .	20%

Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	61%
2—7	24 .
7—14	20 .
Razem . .	25%

Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	54%
2—7	72 .
7—14	88 .
Razem . .	78%

Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	46%
2—7	28 .
7—14	12 .
Razem . .	22%

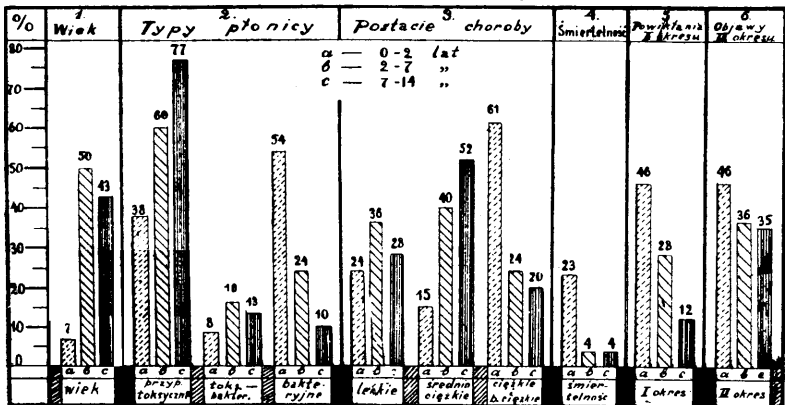
Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	54%
2—7	64 .
7—14	65 .
Razem . .	64%

Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	46%
2—7	36 .
7—14	35 .
Razem . .	36%

Ogólne liczby w odsetkach	
0—2	77%
2—7	96 .
7—14	96 .
Razem . .	95%

ży udział w zachorowaniach dzieci w wieku niemowlęcym i przedszkolnym, na stosunkowo duży odsetek przypadków ciężkich, na dość wysoki ogólny odsetek śmiertelności w płonicy – epidemie z 1925 — 1926 należy pod względem ciężkości zaliczyć do epidemii średnich.

Tablica I.
PŁONICA a WIEK DZIECI
Podział w % przypadków płonicy podług wieku i odsetek typów płonicy, postaci choroby, śmiertelności oraz powikłań I. i II okresu w zależności od wieku dzieci



III. Różnice między przypadkami leczonemi surowicą, a przypadkami kontrolnemi.

W celu otrzymania jednolitego materiału w obu grupach postanowiliśmy każdy przypadek parzysty leczyć surowicą, a nieparzyste pozostawić dla kontroli; jednak mimowoli w razie większego napływu chorych przypadki lekkie częściej pozostawialiśmy bez leczenia surowicą, niż przypadki ciężkie i dlatego otrzymaliśmy różnice, uwydatnione na tablicach III i IV.

Co do wieku:	leczono surowicą	nieleczono surowicą
0 — 2	9 ⁰ / ₀	4 ⁰ / ₀
2 — 7	48 ⁰ / ₀	53 ⁰ / ₀
7 — 14	43 ⁰ / ₀	43 ⁰ / ₀

Co do typu:	leczono surowicą	nieleczono surowicą
toksycznych	57 ⁰ / ₀	76 ⁰ / ₀
toksyczno-bakteryjnych	18 ⁰ / ₀	11 ⁰ / ₀
bakteryjnych	25 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀

Stwierdzamy wśród dzieci leczonych surowicą mniej stosunkowo przypadków toksycznych, a więcej mieszanych, a zwłaszcza bakteryjnych; przypadków bakteryjnych, wśród

T blica III.
Przebieg plonicy a typ choroby

Typ choroby	Ogólna liczba	Charakter przebiegu choroby		Powikłania (liczba chorych)				Powikłania I okresu choroby				Objawy II okresu choroby						Zejście					
		Lekkie	Średnio-ciężkie	Ciężkie i b. ciężkie	Bez powikłań	Z powikłaniami	Z powikłaniami	Z powikłaniami	Zapal. śred.	Zapal. ucha	Zapal. gruczołów	Schorzenia serca	Objawy oporowe	Inne	Średnio-ciężkie	Zapalenia	Gruczołów	Nerek	Schorzenia serca	Zapalenie stawów	Inne	Wyzdro-wiało	Zmarło

Przypadki nielezione surowicą

Toksyczny	70	44	26	—	70	—	41	29	—	—	—	—	—	—	—	15	12	1	1	2	4	70	—
Toks.-bakteryjny	10	5	4	1	3	7	3	7	3	4	—	—	1	—	—	4	2	3	1	1	1	10	—
Bakteryjny	12	—	7	5	3	9	3	9	7	5	1	1	3	—	—	7	3	1	1	1	—	8	4
Razem	92	49	37	6	76	16	47	45	10	9	1	1	4	—	—	3	26	17	5	4	5	88	4

Przypadki lezione surowicą

Toksyczny	58	11	37	10	58	—	50	8	—	—	—	1	1	—	—	4	4	—	—	1	—	58	—
Toks.-bakteryjny	18	1	8	9	14	4	14	4	3	4	—	1	—	—	—	2	1	—	1	—	1	16	2
Bakteryjny	26	—	2	24	3	23	13	13	14	15	3	1	6	—	—	8	2	6	1	1	—	22	4
Razem	102	12	47	43	75	27	77	25	17	19	3	3	7	—	—	10	7	10	2	2	1	96	6

T a b l i c a III (c.d.)

T y p choroby	Ogólna liczba		Charakter przebiegu choroby		Powikłania (liczba chorzych)		Powikłania I okresu choroby				Objawy II okresu choroby				Zejście				
	Lekkie	Średnio-ciężkie	Ciężkie i b. ciężkie	I okres	II okres	Zapal. średniego ucha	Zapal. gruczołów	Schorzenia serca	Objawy oporowe	Inne	Średnie go ucha	Gruczołów	Nerek	Schorzenia serca	Zapalenie stawów	Inne	Wyzdrowiało	Zmarło	
Przypadki nieleczone surowicą w odsatkach																			
Tokyczny	1000 ⁰ / ₀	630 ⁰ / ₀	30 ⁰ / ₀	—	1000 ⁰ / ₀	—	590 ⁰ / ₀	410 ⁰ / ₀	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1000 ⁰ / ₀
Toks.-bakteryjny . . .	100	„ 30	„ 40	„ 10 ⁰ / ₀	30	„ 70 ⁰ / ₀	„ 30	„ 70	„ 300 ⁰ / ₀	„ 40 ⁰ / ₀	—	—	—	100 ⁰ / ₀	—	—	—	—	100
Bakteryjny	100	„ —	„ 58	„ 42	25	„ 75	„ 25	„ 75	„ 58	„ 42	9 ⁰ / ₀	9 ⁰ / ₀	25	250 ⁰ / ₀	58	„ 25	„ 9	„ 9	66
Razem	1000 ⁰ / ₀	530 ⁰ / ₀	40 ⁰ / ₀	70 ⁰ / ₀	830 ⁰ / ₀	170 ⁰ / ₀	510 ⁰ / ₀	490 ⁰ / ₀	110 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	30 ⁰ / ₀	30 ⁰ / ₀	280 ⁰ / ₀	190 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	40 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Przypadki leczone surowicą w odsatkach																			
Tokyczny	1000 ⁰ / ₀	190 ⁰ / ₀	64 ⁰ / ₀	170 ⁰ / ₀	1000 ⁰ / ₀	—	86 ⁰ / ₀	140 ⁰ / ₀	—	—	—	—	—	20 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	—	—	—	1000 ⁰ / ₀
Toks.-bakteryjny . . .	100	„ 6	„ 44	„ 50	78	„ 220 ⁰ / ₀	„ 78	„ 22	„ 170 ⁰ / ₀	„ 220 ⁰ / ₀	—	—	—	50 ⁰ / ₀	—	—	—	—	89
Bakteryjny	100	„ —	„ 8	„ 92	12	„ 88	„ 50	„ 50	„ 54	„ 58	„ 120 ⁰ / ₀	„ 40 ⁰ / ₀	„ 24	„ 31	„ 8	„ 24	„ 4	„ 4	85
Razem	1000 ⁰ / ₀	120 ⁰ / ₀	70 ⁰ / ₀	420 ⁰ / ₀	740 ⁰ / ₀	260 ⁰ / ₀	750 ⁰ / ₀	250 ⁰ / ₀	170 ⁰ / ₀	190 ⁰ / ₀	3 ⁰ / ₀	3 ⁰ / ₀	70 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀	70 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀
																			940 ⁰ / ₀
																			60 ⁰ / ₀

dzieci leczonych surowicą było stosunkowo dwa razy więcej, niż w grupie dzieci kontrolnych.

Co do charakteru: leczono surowicą nieleczono surowicą

lekkich	12 ⁰ / ₀	53 ⁰ / ₀
średnich	46 ⁰ / ₀	40 ⁰ / ₀
ciężkich i b. ciężkich	42 ⁰ / ₀	7 ⁰ / ₀

Tablica IV.

Zestawienie porównawcze w ⁰/₀ przypadków leczonych surowicą i nieleczonych (typ choroby, postać i wiek)

	Leczone surowicą		Nieleczone surowicą	
	Liczba	%	Liczba	%
Postać choroby				
Lekka	12	10	49	54
Średnio-ciężka	47	45	37	40
Ciężka i bardzo ciężka	43	45	6	6
Typ choroby				
Toksyczny	58	57	70	77
Toks.-bakteryjny	18	18	10	10
Bakteryjny	26	25	12	13
Wiek dzieci				
0 — 2 lat	9	9	4	4
2 — 7 „	49	48	49	53
7 — 14 „	44	43	39	43
Zejście				
Wyzdrowiało	96	94	88	96
Zmarło	6	6	4	4

Widzimy więc, że w grupie dzieci leczonych surowicą przypadków lekkich było 4¹/₂ razy mniej, a przypadków ciężkich 6 razy więcej, niż wśród dzieci nieleczonych surowicą.

Co do zejścia śmiertelnego, to na 102 przypadki leczone surowicą zmarło 6 dzieci, czyli prawie 6⁰/₀; a na 92 przypadki kontrolne zmarło 4 dzieci, czyli 4,3⁰/₀.

Powyżej zaznaczone różnice, a zwłaszcza okoliczność, że wśród przypadków leczonych surowicą mieliśmy o wiele

więcej przypadków ciężkiej płonicy, niż wśród przypadków kontrolnych, powinniśmy mieć stale na uwadze przy porównawczej ocenie wartości leczniczej surowicy.

IV. Działanie lecznicze surowicy.

Z objawów toksycznych płonicy przebieg ciepłoty jest jednym z najwybitniejszych objawów przedmiotowych, ułatwiających ocenę wpływu leczniczego surowicy na rozwój choroby. Dlatego też nieco obszerniej omówimy

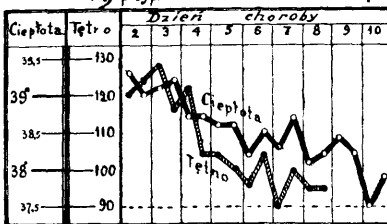
1) Wpływ surowicy na przebieg ciepłoty.

Na następujących krzywych I — IV przedstawiamy przeciętną wysokość ciepłoty, obliczoną wśród różnych postaci choroby w przypadkach leczonych i nieleczonych surowicą.

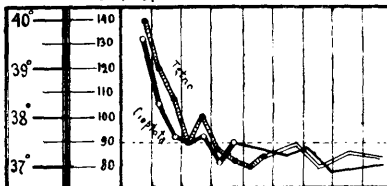
Krzywe I-IV.

Przeciętna krzywa ciepłoty i tętna w przypadkach toksycznych płonicy

A) przyp. nielezione surowicą

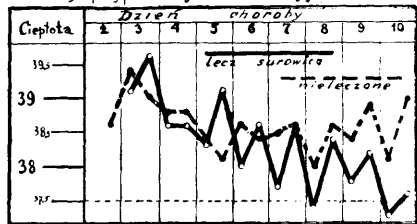


B) przyp. leczone surowicą

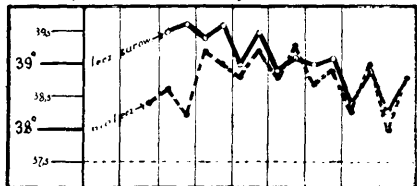


Przeciętna krzywa ciepłoty w przebiegu płonicy leczonej surowicą i nieleczonej

C) przyp. toksyczno-bakteryjne



D) przyp. bakteryjne



Dostateczną jest rzeczą rzucić okiem na powyższe krzywe, aby stwierdzić różnice w zachowaniu się ciepłoty w różnych postaciach choroby w zależności od metody leczenia:

a) w przypadkach toksycznych, leczonych surowicą stwierdzamy wybitne skrócenie okresu gorączkowego choroby;

b) w przypadkach toksyczno-bakteryjnych stwierdzamy początkowo pewien spadek ciepłoty, która jednak później wraz z wystąpieniem objawów ropnych na nowo podnosi się; naogół jednak w przypadkach leczonych surowicą daje się stwierdzić mniejsze nasilenie ciepłoty, niż w przypadkach kontrolnych;

Tablica V.

Wpływ wczesnego stosowania surowicy na występowanie powikłań i spadek ciepłoty

Dzień choroby w dniu zastos. surowicy	Ogólna liczba przypadk.	Powikłania I okresu		Objawy II okresu		Spadek ciepłoty o 2 ^o lub do normy			Brak wpływu na ciepłotę
		Liczba chorych		Liczba chorych		Po 24 g.	Po 48 g.	Razem	
		bez pow.	z pow.	bez pow.	z pow.				
Przypadki toksyczne									
1	6	6	—	6	—	6	—	6	—
2	20	20	—	18	2	14	6	20	—
3	19	19	—	15	4	13	5	18	1
4 lub później	13	13	—	11	2	11	1	12	1
Razem . .	58	58	—	50	8	44	12	56	2
Przypadki toksyczno-bakteryjne									
1	2	2	—	2	—	2	—	2	—
2	5	3	2	5	—	1	2	3	2
3	2	—	2	1	1	—	1	1	1
4 lub później	9	9	—	6	3	4	—	4	5
Razem . .	18	14	4	14	4	7	3	10	8
Przypadki bakteryjne									
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	1	1	—	1	—	—	—	—	1
3	7	—	7	4	3	—	3	3	4
4 lub później	18	2	16	8	10	—	—	—	18
Razem . .	26	3	23	13	13	—	3	3	23
Liczby ogólne									
1	8	8	—	8	—	8	—	8	—
2	26	24	2	24	2	15	8	23	3
3	28	19	9	20	8	13	9	22	6
4 lub później	40	24	16	25	15	15	1	16	24
Razem . .	102	75	27	77	25	51	18	69	33
Przypadki toksyczne w odsetkach									
1	100%	100%	—	100%	—	100%	—	100%	—
2	100 „	100 „	—	90 „	10%	70 „	30%	100 „	—
3	100 „	100 „	—	78 „	22 „	68 „	23 „	91 „	9%
4 lub później	100 „	100 „	—	84 „	16 „	84 „	8 „	92 „	8 „
Razem . .	100%	100%	—	86%	14%	76%	21%	97%	3%
Wszystkie przypadki w odsetkach									
1	100%	100%	—	100%	—	100%	—	100%	—
2	100 „	91 „	8%	92 „	8%	58 „	32 „	90 „	10%
3	100 „	70 „	32 „	72 „	28 „	46 „	36 „	82 „	18 „
4 lub później	100 „	60 „	40 „	62 „	38 „	37 „	3 „	40 „	60 „
Razem . .	100%	74%	26%	75%	25%	50%	18%	68%	32%

c) w przypadkach bakteryjnych nie stwierdzamy żadnego wpływu surowicy na przebieg ciepłoty, a wobec tego, że wśród przypadków leczonych naogół było wiele więcej przypadków ciężkich, przeciętna krzywa ciepłoty u dzieci leczonych przebiega wyżej, niż u dzieci nieleczonych.

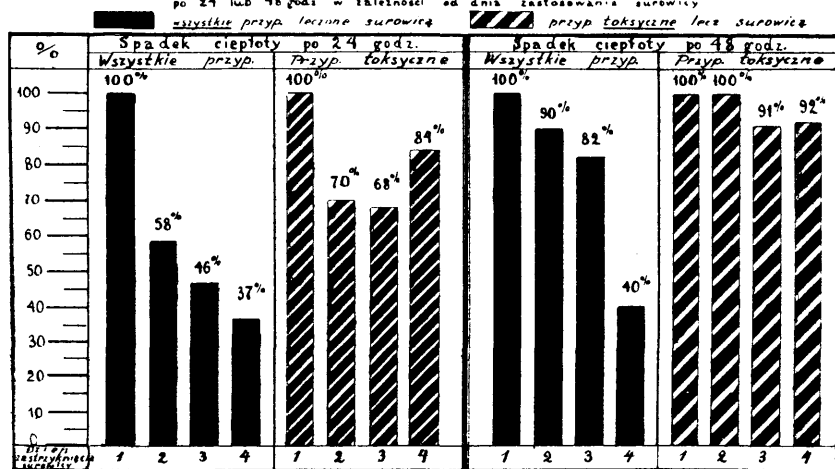
Po zastrzyknięciu surowicy następuje zazwyczaj w ciągu pierwszych 4 godzin nieznaczne podniesienie się ciepłoty, a później ciepłota zaczyna spadać i już po 24 godzinach występuje wybitne obniżenie gorączki.

Liczbowo spadek ciepłoty przedstawia się jak następuje: wśród 58 przypadków toksycznych tylko w 2 przypadkach nie stwierdziliśmy w ciągu 48 godzin po zastrzyknięciu obniżenia się ciepłoty;

wśród 26 przypadków bakteryjnych w 23 przypadkach nie stwierdziliśmy obniżenia się ciepłoty w ciągu 48 godzin po zastrzyknięciu surowicy.

Spadek ciepłoty występował tem dobitniej, im wcześniej surowica była stosowana, jak to wynika z tablic V i VI.

Tablica VI
Spadek ciepłoty o 2^o lub do normy
po 24 lub 48 godz. w zależności od dnia zastosowania surowicy



We wszystkich przypadkach toksycznych, o ile surowicę zastrzyknięto pierwszego lub drugiego dnia choroby, nastąpił w ciągu 48 godzin spadek ciepłoty; o ile zaś zastrzyknięto surowicę 3—4 dnia lub później, to w 91%—92% przypadków toksycznych nastąpiło obniżenie ciepłoty; wśród ogółu przypadków leczonych odsetek spadków ciepłoty obniża się ze 100% — 1 dnia choroby do 40%, gdy zastrzyknięto surowicę 4 dnia choroby lub później.

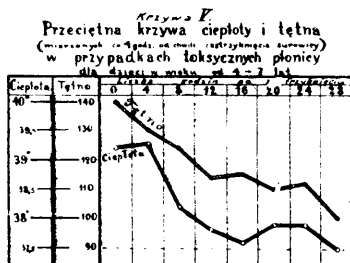
2) Wpływ surowicy na układ krwionośny i naczynioruchowy.

Jednocześnie wraz ze spadkiem ciepłoty pod wpływem surowicy następuje zmniejszenie się nasilenia objawów ze strony układu krwionośnego, co najdobitniej wyraża się w zwolnieniu i lepszym napełnieniu tętna.

Wpływ surowicy na zachowanie się tętna w przypadkach toksycznych widać już na poprzednich krzywych (patrz krzywe I—IV A i B).

Ażeby jeszcze jaśniej uwydatnić wpływ surowicy na przebieg ciepłoty i tętna, przedstawimy tętno i gorączkę na następującej przeciętnej krzywej (V), otrzymanej z przypadków toksycznych u dzieci w wieku od 4—7 lat. Ciepłota była mierzona, a tętno liczone co 4 godziny od chwili zastrzyknięcia surowicy.

Widzimy, jak tętno, wynoszące u tych dzieci przeciętnie w chwili zastrzyknięcia 140 uderzeń na minutę stopniowo co 4 godziny opada i dochodzi po 28 godzinach do 100 uderzeń.



3) Wpływ surowicy na stan ogólny i układ nerwowy.

Nadzwyczaj efektownie i bardzo wybitnie wyraża się wpływ surowicy na samopoczucie chorego i objawy zatrucia układu nerwowego. Dziecko wybitnie osłabione, senne, apatyczne, nie chcące przyjmować pożywienia, mało interesujące się otoczeniem, na drugi dzień po zastrzyknięciu często zmienia się do niepoznania: siedzi na łóżku, zjada z apetytem swe porcje, rozmawia chętnie z pielęgniarką, bawi się zabawkami. Nawet dzieci półprzytomne, z wybitnymi objawami ogólnego niepokoju przychodzą do zupełnej przytomności i rozumnie odpowiadają na pytania. Niejednokrotnie poprawa stanu ogólnego następuje nawet w tych przypadkach, w których nie daje się stwierdzić wybitnego wpływu surowicy na obniżenie gorączki, zwłaszcza dotyczy to przypadków toksyczno-bakteryjnych.

4) Wpływ surowicy na wysypkę i łuszczenie.

Do toksycznych objawów płonicy należy zaliczyć wysypkę. Otóż w 42% wszystkich leczonych surowicą przypadków stwierdziliśmy już następnego dnia po zastrzyknięciu zblednięcie wysypki, przyczem im wcześniej zastrzyk-

nięto surowicę, tem częściej następowało szybkie zblednięcie wysypki, jak to widać z poniższej tablicy VII.

T a b l i c a VII.

**Wpływ surowicy na szybsze znikanie wysypki płoniczej
w zależności od dnia zastosowania surowicy**

Dzień choroby w dniu zastosow. surowicy	Ogólna liczba przypadków	Wysypka zbladła zupełnie następnego dnia	Brak było wysypki w chwili przyjęcia	Wysypka nie zbladła
1	8	6	—	2
2	26	17	—	9
3	28	10	—	18
4 lub później	40	10	6	24
Razem . .	102	43	6	53

D a n e w o d s e t k a c h

1	100%	75%	—	25%
2	100 „	65 „	—	35 „
3	100 „	36 „	—	6 1/2 „
4 lub później	100 „	25 „	15%	60 „
Razem . .	100%	42%	6%	52%

Gdy surowica była zastrzyknięta 1 dnia choroby — wysypka zbladła następnego dnia w 75% przypadków, o ile zaś surowicę zastrzyknięto dopiero 4 dnia lub później — zblednięcie wysypki nastąpiło tylko w 25% przypadków.

Ta zależność zblednięcia wysypki od dnia zastrzyknięcia surowicy świadczy dobitnie o wpływie surowicy na wysypkę.

Mówi o nim również fakt rzadszego i nieobfitego łuszczenia w przebiegu przypadków leczonych surowicą: na 102 przypadki stwierdziliśmy u 43 chorych, czyli w 42% albo zupełny brak łuszczenia, albo łuszczenie było bardzo skąpe i krótkotrwałe.

5) Wpływ surowicy na obraz krwi w płonicy.

Jak to widać z przytoczonej poniżej tablicy VIII daje się stwierdzić wpływ surowicy na obraz krwi, w szczególności na zmniejszenie liczby ciałek białych, na zwiększenie %-owej liczby limfocytów, a zmniejszenie obojętnochłonnych przy zmniejszeniu wśród nich postaci patologicznych.

Zatw. za Nr. 978

Znana mączka witaminowa
„CALCITRIN“

od dnia 1-go lutego r. b. w związku z zawartą konwencją nazwana została

„CALCISAL“.

Skład preparatu pozostaje bez zmiany.

„CALCISAL“ zalecany jest przy krzywicy, nerwowości, kamieniach żółciowych, a w szczególności przy wszelkich niedomaganiach wieku dziecięcego.

Przeciętna dawka dzienna 2 do 6 miarek, według wskazówek lekarza.

Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne

LUDWIK SPIESS i SYN, S p. Akc.

W a r s z a w a.

T a b l i c a VIII.

Wyniki porównawcze badania krwi co do ilości i jakości białych ciałek przed i po 24 godz. po zastosowaniu surowicy przeciwploniczej

Nr. porząd- kowy	Inicjały	Wiek dziecka	Typ płonicy	Dzień choroby, w którym zastrzyknięto surowicę	Obraz krwi przed zastrzyknięciem surowicy						Obraz krwi po zastrzyknięciu surowicy					
					Łączna liczb białych ciątek w 1 mm.	Odsetek obojętno- chłonnych	Odsetek limfocytów	Odsetek eozyno- chłonnych	Odsetek monokomó- rek	Odsetek ko- mórek plas- matycznych	Łączna liczb białych ciątek	% obojętno- chłonnych	% limfo- cytów	% eozyno- chłonnych	% mono- komórek	% plasma- tycznych
1	Z. T.	7 l.	toks.	3	23.400	85	8	6	1	—	14.000	76	16	3	5	—
2	K. R.	14 l.	"	3	13.150	89	6	2	3	—	8.400	75	11	10	4	—
3	F. K.	7 l.	"	4	?	86	10	3	1	—	15.500	73	18	7	2	—
4	Z. Z.	11 l.	"	3	25.000	92	5	0	4	—	13.750	70	20	3	6	1
5	L.	7 l.	"	2	?	86	3	7	4	—	19.500	79	17	3	1	—
6	B.	7 l.	"	2	22.150	91	3	0,5	5,5	—	15.800	82	9	5	1	3
7	M.	12 l.	"	3	?	90	4	2	3	—	15.750	63	30	2	4	1
8	K. A.	4 1/2 l.	"	2	19.950	85	10	—	4	—	18.000	81	13	1	3	2
9	K. B.	2 l.	"	2	75.000	92	5	1	1	1	24.000	64	25	2	2	5
10	Sz.	6 l.	"	2	10.150	65	19	11	2	3	8.600	66	22	4	3	7
11	K.	11 l.	"	3	?	80	11	3	5	1	?	70	25	4	1	—
12	Gr.	16 l.	"	4	?	93	6	0	1	0	24.000	76	18	1,5	2,5	2
13	B.	5 1/2 l.	"	4	?	77	18	3	1	1	?	71	23	2	4	—
14	N.	7 l.	sept.	3	?	82	14,5	0,5	3	—	20.000	75	23	0,5	1	0,5
15	B.	5 l.	"	5	65.000	93	5	0	1	1	?	80	14	—	—	6
16	Ch.	4 l.	"	6	?	90	8	2	—	—	16.000	82	12	2	2	2
17	J.	3 l.	"	5	?	82	15	0,5	2,5	—	?	75	24	0,5	—	0,5
18	N	4 l.	"	3	20.500	60	31,5	1,5	5,5	1,5	16.550	47	40	0,5	10	3
19	J.	4 l.	"	2	37.000	76	23,5	0,5	—	—	14.700	52	22	2	17	7
20	R.	4 l.	"	3	17.540	72	20	0,5	4	3,5	16.150	86,5	12	0,5	0,5	0,5
21	Bl.	7 l.	"	3	18.000	93	5	0	2	0	19.500	60	30	3	4	3
22	A.	5 l.	"	4	25.000	89	9	1	1	—	24.000	62	30	4	—	4

6) Co do wpływu surowicy na inne objawy ostrego okresu płonicy, jak na szybszą przemianę błony śluzowej jamy ustnej, języka, gardzieli, na zabarwienie moczu w płonicy, na stan wątroby i śledziony — dopiero na zasadzie dalszej serii naszych badań będziemy mogli dać stanowczą odpowiedź. Dziś tylko możemy powiedzieć, że, zdaje się, surowica wywiera wpływ na stan wątroby w płonicy. Objawy patologiczne ze strony tego narządu w przypadkach leczonych surowicą ustępują względnie szybko, jak o tem możemy sądzić z następujących przykładów.

Kr. Z. 14 lat. Przyjęta w 5-ym dniu choroby; dostała 70 ctm³ surowicy. Przy przyjęciu — wysypka obfita, drobnoplamista, wyraźne tło żółtaczkowe; wątroba na 2 palce wysuwa się z pod łuku żebrowego. Śledziona macalna. Stan ogólny — średnio-ciężki. Badanie moczu: białko —; odczyn dwuazowy ±; aceton —; urobilinogen +. Następnego dnia po surowicy: wysypka zbladła prawie zupełnie, brak tła żółtaczkowego, wątroba niemacalna, w moczu brak urobilinogenu.

N. H. 2 lata. Przyjęty w stanie ciężkim 4 dnia choroby. Wysypka o słabym tle żółtaczkowym, wątroba wyraźnie powiększona. Mocz: diazo +, urobilinogen +. Po zastrzyknięciu 5¹/₂ flakonów surowicy na drugi dzień wysypka bledsza, brak tła żółtaczkowego, wątroba niemacalna, urobilinogen —.

D. J. 3 lata. Przyjęty w dość ciężkim stanie 4 dnia choroby. Wysypka obfita; wybitny odcień żółtaczkowy, wątroba występuje na 3 palce poniżej łuku żebrowego. Mocz: białko —, diazo —, aceton —, urobilinogen ++++. Po zastrzyknięciu 5 flakonów surowicy następnego dnia wysypka bledsza, ale wyraźna, tło żółtaczkowe mniej zaznaczone, wątroba ledwo macalna, urobilinogen ±. Trzeciego dnia po surowicy: wątroba niemacalna, urobilinogen —.

7) Na powikłania I okresu, występujące w ciągu pierwszych dni choroby, jako na objawy bakteryjne surowica wpływu nie wywierała, jak to widać z powyżej umieszczonej tablicy III.

Tu musimy jednak zaznaczyć, że ocena wpływu zapobiegawczego surowicy na występowanie tych objawów wymaga bardzo szczegółowego, codziennego, specjalnego badania chorych. Zwłaszcza dotyczy to zapalenia ucha średniego. Wśród leczonych surowicą mieliśmy 17 przypadków ropotoku usznego, które pod względem czasu występowania przedstawiają się jak następuje:

Zastrzyknięto surowicę dnia choroby	Ogółem	Ropotok z uszu wystąpił na dzień po zastrzyknięciu				
		2-gi	3-ci	4-ty	5-ty	6-ty
1 dnia	1	—	—	1	—	—
2 dnia	1	1	—	—	—	—
3 dnia lub później	15	2	3	5	2	3
Razem . .	17	3	3	6	2	3

Widzimy, że na 17 przypadków w 12 ropotok z uszu wystąpił w ciągu trzech dni po zastrzyknięciu surowicy, więc możemy przypuszczać, że w tych 12 przypadkach w chwili zastrzyknięcia surowicy istniało zapalenie ucha środkowego, któremu, rozumie się, surowica nie mogła już zapobiedz.

Tablica IX.

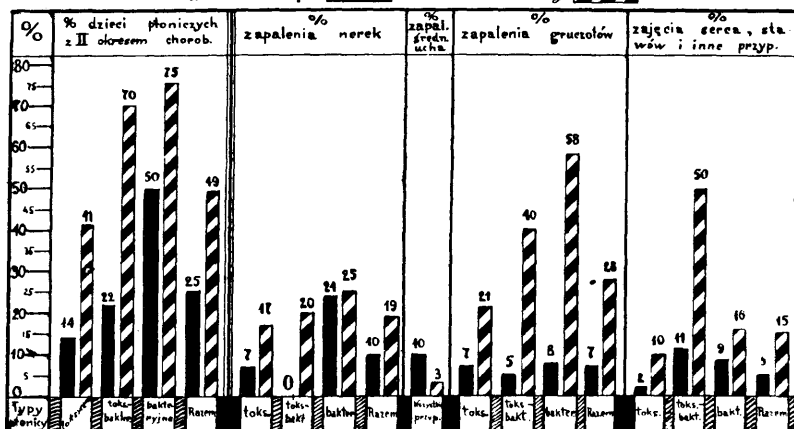
Powikłania w płonicy a ciężkość postaci chorobowej

Charakter postaci	Liczba ogólna	Powikłania I okresu		Objawy II okresu		Zejsście	
		Bez powikł.	Z powikł.	Bez objaw.	Z objaw.	Wyzdrowiało	Zmarło
Przypadki nieleczone surowicą							
Lekkie	49	46	3	31	18	49	--
Średnio-ciężkie . .	37	29	8	15	22	37	—
Ciężkie i b. ciężkie	6	1	5	1	5	2	4
Razem . .	92	76	16	47	45	88	4
Przypadki leczone surowicą							
Lekkie	10	10	—	10	—	10	--
Średnio-ciężkie . .	46	42	4	38	8	46	—
Ciężkie i b. ciężkie	46	23	23	29	17	40	6
Razem . .	102	75	27	77	25	96	6
Przypadki nieleczone surowicą w odsetkach							
Lekkie	100%	94%	6%	63%	37%	100%	—
Średnio-ciężkie . .	100 „	78 „	22 „	41 „	59 „	100 „	—
Ciężkie i b. ciężkie	100 „	17 „	83 „	17 „	83 „	33 „	67%
Razem . .	100%	82%	17%	51%	49%	96%	4%
Przypadki leczone surowicą w odsetkach							
Lekkie	100%	100%	—	100%	—	100%	—
Średnio-ciężkie . .	100 „	91 „	9%	83 „	17%	100 „	—
Ciężkie i b. ciężkie	100 „	50 „	50 „	63 „	37 „	87 „	13%
Razem . .	100%	74%	26%	75%	25%	94%	6%

8) Wpływ surowicy na objawy II okresu choroby.

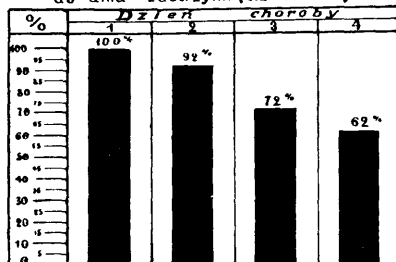
Na tablicy III, jak również na tablicach IX i X zobrazowaliśmy wpływ surowicy na częstość występowania objawów drugiego okresu choroby.

Tablica X
Objawy II okresu w % wśród dzieci
leczonych surowicą i nieleczonych wg typów płonicy
bez surowicy



Z powyższych tablic wynika, że surowica nie zapobiegała całkowicie powikłaniom II okresu, lecz zmniejszała częstość ich występowania. Stwierdziliśmy brak II okresu w 75% przypadków leczonych surowicą, a tylko w 51% przypad. nieleczonych surowicą;

Tablica XI
Brak objawów II okresu w % w stosunku
do dnia zastrzyknięcia surowicy



zapalenie nerek, zapalenie dobrotnie stawów, schorzenia serca wystąpiły dwukrotnie, zapalenie gruczołów — czterokrotnie rzadziej wśród przypadków leczonych surowicą, niż wśród przypadków kontrolnych.

Daje się również stwierdzić pewną zależność częstości występowania objawów II okresu płonicy od czasu zastrzyknięcia surowicy, jak to widać z tablicy V i z powyższej XI.

O ile surowica była zastrzyknięta 1 dnia choroby, to w 100% przypadków nie stwierdziliśmy objawów II okresu;

w razie zastrzyknięcia surowicy 4 dnia i później objawy II okresu wystąpiły w 62⁰/₀ przypadków.

9) Wpływ surowicy na zejście choroby.

Ze względu na niewielką liczbę przypadków śmiertelnych w obu grupach i nierównomierność materiału pod względem ciężkości przebiegu trudno mówić o wpływie surowicy na zejście choroby. Podkreślamy tylko fakt, że na 6 przypadków ciężkich, nieleczonych surowicą, zmarło 4-ro dzieci, a wśród 46 przypadków ciężkich, leczonych surowicą zmarło tylko 6 dzieci; przyczem poszczególne przypadki leczone surowicą robiły wrażenie w pierwszych dniach choroby zupełnie beznadziejnych, mimo to wyzdrowiały.

V. Choroba posurowicza.

Choroba posurowicza wystąpiła w 39 przyp. czyli w 38⁰/₀.

A) Dzień wystąpienia choroby posurowiczej od dnia zastosowania surowicy:

Liczba dni, które upłynęły od dnia zastrzyknięcia surowicy	Liczba przypadków choroby posurowiczej
1	2
5	4
6	3
7	5
8	1
9	9
10	3
11	3
12	4
13	1
14	4
15 dnia lub później	4

B) Czas trwania wysypki posurowiczej.

Czas trwania	Liczba przypadków
1 dzień	3
2 "	9
3 "	12
4 "	6
5 "	2
6 "	5
7 "	3
9 "	1

Przeciętnie choroba posurowicza trwała 4 dni.

C) Objawy związane z chorobą posurowiczą.

Bóle stawowe wystąpiły w	11 przyp. = 28 ⁰ / ₀
Ciepłota podniesiona powyżej 39 ⁰	18 przyp. = 45 ⁰ / ₀
Obrzęki twarzy	6 przyp. = 15 ⁰ / ₀
Objawy ze strony narządów krążenia	3 przyp. = 7 ⁰ / ₀

Prócz powyższych objawów choroby posurowiczej otrzymaliśmy czterokrotnie ropień po zastrzyknięciu surowicy. Z powyższych zestawień wynika, że choroba posurowicza występowała często, trwała długo i przebiegała niejednokrotnie dość ciężko.

Poniżej na tle historii chorób przytoczymy kilka przypadków choroby posurowiczej. Na tem miejscu podamy dwa przykłady względnie ciężkich objawów choroby posurowiczej.

Antoś K. 3¹/₂ lat, zachorował 23.X. przyjęty do szpitala 25.X i tegoż dnia dostał 80 cm³ surowicy. Wkrótce po zastrzyknięciu ciepłota obniżyła się z 38,8⁰ do 37⁰. Tętno jednak pogorszyło się, było drobne, nitkowane. Chłopiec wymiotował obficie. Po kilkakrotnem zastrzyknięciu kamfory — poprawa.

5-go dnia od chwili zastrzyknięcia obfita, swędząca, bąblowata wysypka posurowicza z ciepłotą dochodząca do 40⁰, silnymi, częstymi wymiotami, bólami stawowymi. Choroba posurowicza z nasileniami trwała 4 dni poczem poprawa zupełna i dalszy przebieg choroby był bez powikłań.

Basia K. 2 lata. Dziecko zachorowało nagle 26.X, następnego dnia przyjęte do szpitala dostało 50 cm³ surowicy. W nocy wystąpiła wysypka posurowicza, drobna, swędząca. Po 2 dniach wysypka zginęła, aby znów wystąpić 31.X i po 12 godzinach zginąć. 3.XI po raz trzeci wystąpiła wysypka posurowicza, przyczem ciepłota podnosiła się do 38⁰. Po 2-dniach wysypka posurowicza zginęła ostatecznie. Z wywiadów wiemy, że przed rokiem z powodu błonicy nosa dostała 3000 J U. surowicy przeciwydfterytywnej. W przypadku tym choroba posurowicza trwała 9 dni, wysypka występowała trzykrotnie i wystąpiła w ciągu kilku godzin po zastrzyknięciu; to szybkie wystąpienie choroby posurowiczej należy uważać, jako objaw anafilaktyczny, wskutek poprzednio stosowanej surowicy przeciwydfterytywnej.

VI. Wzory przebiegu płonicy leczonej surowicą

W celu zobrazowania wpływu surowicy na przebieg płonicy podamy poniżej krótkie wyciągi z historii choroby najbardziej charakterystycznych przykładów różnych postaci płonicy.

Przypadek Nr. 1 — krzywa VI.

I. Boles, lat 6. Zachorował 19.IX. Wymioty, ból gardła, wysypka. T⁰ 39,4⁰.

20 X przyjęty do szpitala w dość ciężkim stanie, przytomny, osłabiony, temp. 40,3⁰, tętno 150. Wysypka drobna, czerwona na całym ciele. Gardło czerwone, migdały powiększone, obrzęknięte, pojedyncze czopki; nos drożny; język obłożony. Gruczoły podszczekowe nie powiększone, nie bolesne. Wątroba i śledz. — nie powiększone.

Tego samego dnia (2-gi dzień choroby) dostał 30 cm³ surowicy. Następnego dnia temp. 38,2⁰, tętno 88. Wysypka znacznie bledsza, gardło bledsze, język malinowy, samopoczucie dobre; je i pije chętnie. W dalszym przebiegu choroby b. łagodna jedno-dniowa choroba posurowicza w 6-ym dniu od chwili zastrzyknięcia. Pozatem stan zupełnie dobry. Łuszczenie nieznaczne. Wypisany zdrow po 6 tygodniach po ytu w szpitalu.

Epicrisis. Pomyślny przebieg choroby po wczesnem zastosowaniu surowicy w przypadku toksycznym płonicy.

Przypadek Nr. 2 — Krzywa VII.

K. Mieczysł. 3 l. Zachorował 2.I.27. Zagorączkował popołudniu, skarżył się na ból głowy wymiotował. 3.I.27 — wysypka.

Przyjęty 3.I. — w stanie niezłym, przytomny.

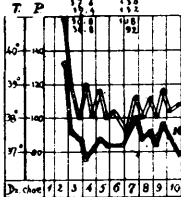
Wysypka nieobfita, różowa na całym ciele. Gruczoły podszczękowe niepowiększone, migdały bez nalotów. Język obłożony. Nos drożny. Temp. 39,5⁰, tętno 140.

Dostał tego samego dnia (na 2-gi dzień chor.) 5 flak. sur. (50 cm³). Po 24 godz. temp. 36,8⁰, tętno 92. Wysypka zbladła zupełnie, gardło blade. Stan ogólny zupełnie dobry.

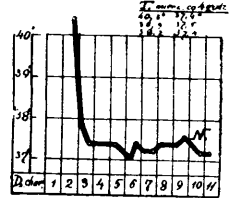
Dalszy przebieg choroby zupełnie dobry, bez powikłań, bez choroby posurowiczej. Łuszczenie b. nieznaczne. Wypisany po 5 tyg. choroby.

Epicrisis. Wyraźne dodatnie działanie surowicy w przyp. toksycznym.

Krzywa VII
Scarlatina toxica
M. Nostr-31



Krzywa VI
Scarlatina toxica
B. Sw...-6 lat



Przypadek Nr. 3 — Krzywa VIII.

C. Włodzimierz 4 1/2 l. Zachorował nagle 8.VIII. Gorączka, ból głowy. Następnego dnia wysypka.

Przyjęty do szpitala 10.VIII z temperaturą 40,5⁰, tętno 140. Nie spokojny, półprzytomny. Wysypka silna, ciemnoczerwona rozsianna nierówno — najsilniejsza na plecach. Gruczoły podszczękowe lekko powiększone. Gardło b. czerwone, migdały obrzęknięte, lekkie szare naloty na obu migdałach; język malinowy, lekko obłożony u nasady. Nos drożny; oczy zaczerwienione.

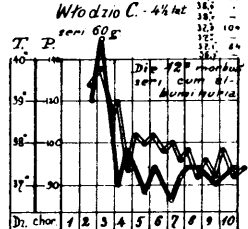
Tego samego dnia (3-go dnia choroby) dostał 6 flak. surowicy (60 cm³). Po 24 godzinach temp. obniżyła się do 37,5 a potem po 12 godzinach do 35,6⁰; tętno — na 104 a potem na 85. Wysypka znacznie bledsza, gardło również. Naloty zniknęły. Język malinowy. Samopoczucie dobre, chociaż nieco senny i osłabiony.

Dalszy przebieg wyraźnie dobry — powikłany tylko 3-dniową chor. posurowiczą w 12 dni po zastosowaniu surowicy. W czasie choroby posurowiczej, przy nieznacznej wysypce i braku gorączki, pojawiło się w moczu białko w dużej ilości (2 — 3⁰/₁₀₀ Esbach) przy braku wałeczków, czerwonych i białych ciałek.

Łuszczenie było dość obfite. Wypisany po 4 1/2 tygodniach choroby.

Epicrisis. Pomyślny przebieg choroby w związku z zastosowaniem surowicy. Wyraźny wpływ surowicy na objawy toksyczne.

Krzywa VIII
Scarlatina toxica
Włodzio C. 4 1/2 lat



Przypadek Nr. 4 — Krzywa IX.

Ad. Ryszard 8 lat. Zachorował 3.IX. Wymioty, podwyższona ciepłota, wysypka. 4.IX przyjęty do szpitala.

Stan dziecka dość ciężki. Temp. 40° . Tętno 140. Przytomny, senny, pokłada się. Wysypka wyraźna, drobnoplamista, z odcieniem żółtaczkowym. Gardło zaczerwienione; na migdałkach drobne naloty, nos drożny, bez wycieku; język obłożony. Gruczoły nie powiększone. Wątroba nieco powiększona. Śledziona niemacalna. Surowicę dostał 4.IX a więc w 11-m dniu choroby (60 cm^3). Po 24 godz. spadek T° do $37,5^{\circ}$ tętno 108. Wysypka zbladła zupełnie. Gardło czyste. Siada, bawi się, rozmawia. Dalszy ciąg choroby bez powikłań poza dość uporczywą chorobą

posurowiczą trwającą od 11 — 13 dnia choroby i powtórnie od 18 — 22 dnia choroby z bólami kończyn i temp. do $39,5^{\circ}$. Brak łaknienia.

Wypisany po 4 tygodniach choroby w stanie zupełnie dobrym.

Epicrisis. Przypadek średnio-ciężki z wybitnym wpływem surowicy na przebieg choroby. Późny i długotrwały przebieg choroby posurowiczej.

Przypadek Nr. 5 — Krzywa X.

Jerzy Wł. 11 lat. Zachorował nagle 12.XII. Wymioty, gorączka. 13.XII. wysypka.

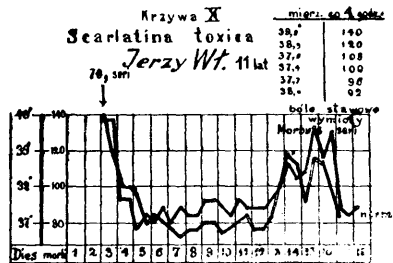
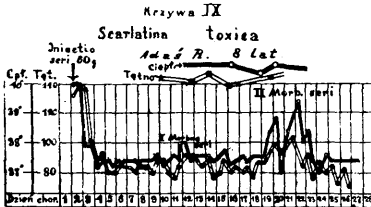
Przyjęty do szpitala 14.XII. Stan ogólny dość ciężki. Przytomny apatyczny temp. $39,5^{\circ}$ tętno 130. Wysypka b. intensywna, ciemno-czerwona, miejscami o charakterze krwotocznym. Brak tła żółtaczkowego. Gardło ciemno-czerwone. Migdały obrzęknięte bez nalotów, nos drożny język obłożony. Gruczoły podszczękowe nie powiększone. Wątroba pow. Śledz. nie wyczuw. Dostał 14.XII (3-ci dzień choroby) 70 cm^3 surowicy przeciwploniczej domięśniowo. Na drugi dzień — temp. $37,6^{\circ}$ tętno 96. Wysypka zbladła zupełnie. Gardło znacznie bledsze. Język malinowy. Samopoczucie dobre.

Dalszy przebieg choroby, poza wystąpieniami silnej wysypki posurowiczej w 12 dniu choroby (trwała przez 5 dni z temp. ponad 39° , silnymi bólami stawowymi i osłabieniem serca) zupełnie dobry. Łuszczenie nieznaczne. Wypisany po 30 dniach choroby — zupełnie zdrow.

Epicrisis. Szybkie ustąpienie dość ciężkich objawów toksycznych po surowicy. Choroba posurowicza z bólami stawowymi, wymiotami, osłabieniem serca, wysoką gorączką.

Przypadek Nr. 6 — Krzywa XI.

M. Krysia lat 12. Zachorowała nagle 21.XI. Dostała $T^{\circ} 38$, następnego dnia wymioty, ból gardła, temp. 39° . Wysypka 23.XI. Przyjęta 4-go dnia choroby do szpitala. Przy przyjęciu po kąpieli chwilowa zapaść (sinica, drobne tętno, dreszcze, zblednięcie wysypki). W chwili stosowania surowicy (tego samego dnia, czyli 4-go dnia choroby) stan dość ciężki, temp. 40° , tętno 140. Niespokojna, podniecona. Wysypka dość obfita, różowa, drobnoplamista. Gardło zaczerwienione, migdały duże, obrzęknięte, bez nalotów. Nos drożny. Język obłożony. Gruczoły na szyi i podszczękowe — nie powiększone. Wątroba i śledz. nie powiększona.



Dostała 70 cm³ surowicą domięśniowo. Nazajutrz temp. 38,1^o, tętno 92. Samopoczucie dobre, spokojna. Oddaje dużo moczu. Wysypka zbladła. Gardło bledsze. Język malinowy.

Dalszy przebieg choroby, poza chorobą posurowiczą (która wystąpiła na 19-ty (I) dzień po zastrzyknięciu surowicy, a 23 dnia choroby—z temp. do 39^o i bólami stawowymi) zupełnie pomysłny, bez powikłań. Łuszczenie wyraźne, dość obfite. Wypisana po 6 tyg. choroby w stanie zupełnie dobrym.

Epicrisis. Pomysłny przebieg choroby po zastosowaniu surowicy—mimo późnego zastrzyknięcia (1-y dzień choroby). Bardzo późne wystąpienie choroby posurowiczej.

Przypadek Nr. 7

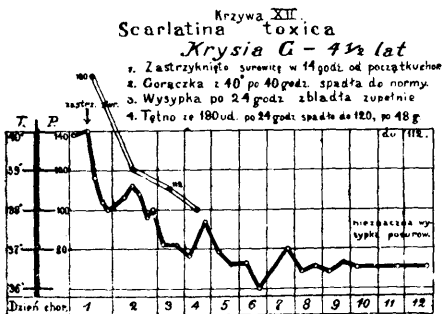
Z. F. rok i 5 miesięcy. Zachorował nagle; wymioty, podwyższona temp. i wysypka. (Siostra starsza zachorowała przed 12 dniami i po zastosowaniu surowicy przebyła płonicę zupełnie pomysłnie).

Dostał tego samego dnia (1-y dzień choroby) 50 cm³ surowicy domięśniowo. W chwili zastosowania surowicy stan ogólny niezły. Dziecko przytomne choć senne, osłabione, pokładające się. Temp. 39,6^o tętno powyżej 140. Wysypka zwolna występująca, bledo-różowa (na tułowiu trudna do obserwacji z powodu licznych blizn po oparzeniu). Gardło czerwone, migdałki bez nalotów, nos drożny, język obłożony; gruczoły podszczękowe lekko powiększone.

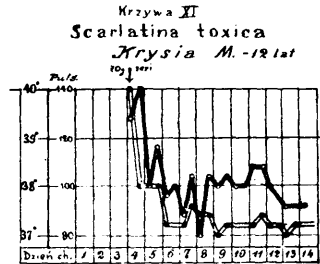
W 12 godzin po zastosowaniu surowicy spadek temperatury. Nazajutrz wysypka zbladła zupełnie, gardło zbladło, temp. 37^o, tętno około 120—dziecko czuje się doskonale, nie chce leżeć w łóżku; je, pije chętnie. Od tego dnia zupełny brak wszelkich objawów chorobowych. Dziecko cały dzień poza łóżkiem, bawi się, je chętnie. Brak zupełny łuszczenia. Brak choroby posurowiczej.

Epicrisis. Zupełne zahamowanie objawów chorobowych po zastrzyknięciu surowicy już po 12 godzinach. Doskonałe działanie surowicy mimo młodego wieku dziecka.

Poniższe dwa przypadki płonicy w jednej rodzinie ilustrują zupełne zahamowanie choroby, rozpoczynającej się dość groźnie u dzieci drobnych w wieku 4½—3 lat.



język obrzmiały i obłożony, migdały powiększone, zaczerwienione—zastrzyknięto 50 ctm³ surowicy. Następnego dnia po 24 godzinach t^o 38,6; tętno 120 pełne; dziecko wesołe, chce jeść, siedzi na łóżku, chce wstawać, wy-



Przypadek Nr. 8—Krysia XII.

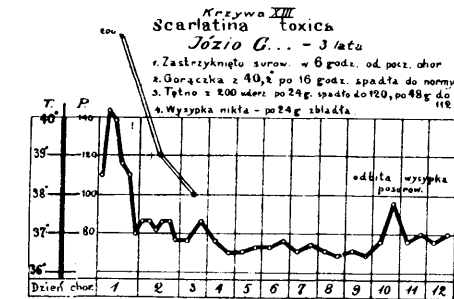
Krysia G. 4½ lat, była do wieczora 12.V zupełnie zdrową. W nocy o 1-ej dostała wymiotów. Nie spała, była niespokojna. Bardzo męczące wymioty powtarzały się kilkakrotnie do rana 13.V. O 9-ej rano ciepłota 39,9^o. Dziecko apatyczne, osłabione. O 11-ej stwierdzono wysypkę. Wymioty nie ustępują. O godz. 3-ej popołudniu: ciepłota 40^o, tętno 180 drobne, wysypka na tułowiu i kończynach, zwłaszcza w zagłębieniach łokci i kolan, język obrzmiały i obłożony, migdały powiększone, zaczerwienione—zastrzyknięto 50 ctm³ surowicy. Następnego dnia po 24 godzinach t^o 38,6; tętno 120 pełne; dziecko wesołe, chce jeść, siedzi na łóżku, chce wstawać, wy-

mioty ustały, wysypka zbladła zupełnie; gardło jeszcze wybitnie zaczerwienione, język oczyszcza się. Po 40 godzinach od chwili zastrzyknięcia — ciepłota normalna, tętno 112, język pełne, gardło jeszcze czerwone. 16.V. — Ciepłota normalna, tętno 100, język malinowy, ogólny stan bardzo dobry. Dalszy

przebieg bez powikłań i bez łuszczenia. 10 i 11 dnia nieznaczna wysypka posurowicza bez podniesienia się ciepłoty.

Przypadek Nr. 9 — Krzywa XIII.

Józio G., lat 3, braciszek Krysi, zachorował nazajutrz: dnia 14.V rano o 9-ej dostał wymiotów, o 10-ej stwierdzono podniesioną ciepłotę do 38,5°. Po południu o 3-ej ciepłota 40,2°, tętno bardzo drobne 200, dziecko osłabione, kapryśne, niespokojne.



początek wysypki na tułowiu, gardło wybitnie zaczerwienione, język obrzmiały, obłożony — zastrzyknięto 50 ctm³ surowicy. Gorączka po 16 godzinach spadła do normy, 15.V — ciepłota 37,2° — tętno 120, wysypka zbladła zupełnie, stan dziecka bardzo dobry. 16.V. — tętno 110 pełne, gardło jeszcze zaczerwienione. Dalszy przebieg bez powikłań, w drugim tygodniu kilkodniowe nieobfite łuszczenie i choroba posurowicza z podniesieniem się ciepłoty do 37,8°.

Przypadek Nr. 10 — Krzywa XIV.

St. N. lat 14. Zachorował nagle 23.I — z gorączką do 39,5°, bólem gardła. Następnego dnia temp. cały czas powyżej 39° — dochodzi do 40°, tętno 140 i wyżej. Wysypka obfita, ciemno czerwona na całym ciele, na kończynach grudkowata o lekkim sinawym zabarwieniu. Gruczoły na szyi powiększone, gardło silnie zaczerwienione, obrzęknięte; migdały pokryte nalotami; nosem oddycha z trudnością. Oczy nieco przekrwione. Język obłożony. Tętno 140, a głuchawe, tętno nierówne, słabo napięte. Przytomny, ale czasami bredzi. Siedzi z trudnością. O godz. 3-ej po poł. dostał 60 cm³ surowicy pod skórę brzucha. Po 24 godzinach temp. spada do 37,4, tętno do 98. Wysypka o wiele blędsza i gardło oczyściło się. Samopoczucie dobre. Tętno serca bardziej wyraźne, tętno spokojniejsze, miarowe. Następnego dnia temp. do 37,7°.

29.I — 5-go dnia od zastrzyknięcia surowicy — początek wysypki posurowicznej o typie pokrzywkowym; bóle stawowe; temp. do 38,4°.

W miejscu zastrzyknięcia surowicy wylew krwawy o wielkości 20 cm³ średnicy. Po 3-ch dniach choroba posurowicza mija, wylew krwawy wessal się.

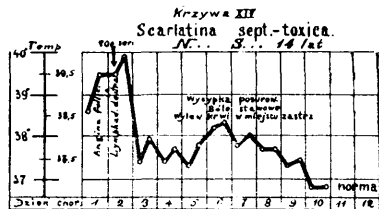
Dalszy przebieg choroby zupełnie dobry. Łuszczenie nieznaczne.

Epicrisis. Surowica była stosowaną w przypadku, w którym już wystąpiły objawy septyczne — poza toksycznymi. Wbrew przewidywaniom efekt był b. dobry i nastąpiła szybka poprawa stanu chorego, zwłaszcza co się tyczy stanu narządów krążenia.

Przypadek Nr. 11 — Krzywa XV.

A. Zbigniew, lat 2½. Zachorował nagle 28.VIII. Wymioty, drgawki, wysypka, temp. 39,8°. Przyjęty do szpitala 29.VIII.

Ogólny stan dziecka ciężki: nieprzytomny, bredzi. Temp 40°.



tętno 148. Wypływka niezbyt obfita, blado-różowa. Gardło silnie zaczerwienione, migdały powiększone, duże, szare naloty na migdałach, nos słabo drożny, tak, że dziecko oddycha przeważnie ustami; język obłożony. Gruczoły podszczękowe powiększone. Mocz oddaje pod siebie. Stolec wolne, zielonkawe, cuchnące.

30.VIII (3-ci dzień choroby) dostał 50 cm³ surowicy przeciwploniczej.

Po 24 godz. ciepłota obniżyła się do 38,8⁰, tętno 128. Stan ogólny wyraźnie się poprawił. Przytomny, spokojniejszy; pije chętnie. Wypływka przybladła. Tętno mocniejsze. Naloty w gardle bez zmiany. Następnego dnia dostał jeszcze 20 cm³ sur. Tętno i temp. bez zmiany—samopoczucie b. dobre, bawi się, siedzi. 4.IX—wyciek z obu uszu. Temp. obniżyła się.

Od tej pory stała poprawa, brak dalszych powikłań; choroby posurowiczej nie było. Łuszczenie bardzo nieznaczne. Wypisany 25.IX po 30 dniach choroby w stanie zupełnie dobrym.

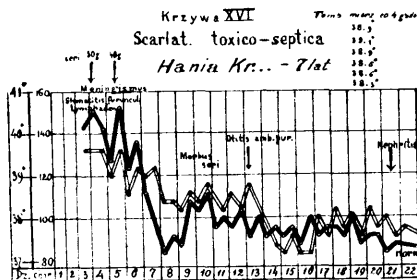
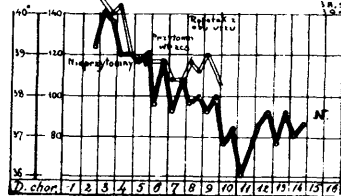
Epicrisis. Surowica została zastosowaną w 3-im dniu choroby w przypadku o charakterze bakteryjno-toksycznym. Surowica wywarła wpływ na objawy toksyczne, bakteryjne pozostały bez zmiany.

Przypadek Nr. 12 — Krzywa XVI,

Kr. Henia lat 7. Zachorowała nagle 22.XI.27. Dostała gorączki, wymiotów. Wypływka wystąpiła 23.XI.

Przyjęta do szpitala 24.XI. w stanie bardzo ciężkim. Nieprzytomna, b. niespokojna. Bredzi, śpiewa. Temp. 40⁰, tętno 136, b. drobne. Skóra

Scarlatina
Krzywa XV
Toxico-septica
Zbigniew Ad...



gło powtórnie dano 4 fl. sur. Stan się nie zmienił. Dziecko dalej gorączkuje wysoko, jest nieprzytomne, niespokojne. Odczyn karkowy (+).

23.XI. Zrobiono punkcję lumbalną i wydobyto 20 cm³ płynu przezroczystego, niezapalnego. (N. Applet (-), Pandy (-), 1 leuk w 1 mm³). Tegoż dnia wystąpiły początki wysypki posurowiczej. Temp. obniżyła się do 38. Robi w dalszym ciągu wrażenie nieprzytomnej.

29.XI. Objawy oponowe utrzymują się. Temp. obniżyła się jeszcze do 37,5⁰. Wypływka posurowicza obfita.

1.XII. Przytomna. Tętno dość dobre. Odruchy jeszcze żywe, karkowy słabo zaznaczony. Łuszczy się.

5.XII. Ropotok z pr. ucha. Na głowie duży czyrak; drugi czyrak za lewym uchem. Szmer skurczowy u podstawy.

7.XII. Czyraki przecięto. Z ucha cieknie ropa. Stan ogólny niezły.

16.XII. Mocz krwawy, ciemny. Białka ślad wyraźny.

19.XII. Zapalenie nerek utrzymuje się. Czynaki goją się.

3.I. Białka jeszcze ślad w moczu. W osadzie prawie norma. Czynaki wygojone. Łuszczy się jeszcze bardzo.

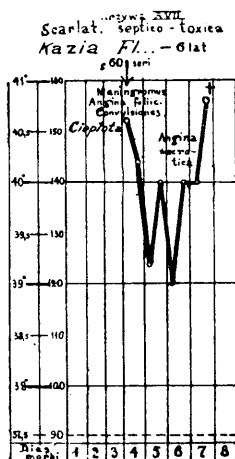
14.I Wypisana w dobrym stanie, bez gorączki, zap. nerek wygojone. Nie łuszczy się.

Epicrisis. Przypadek bardzo ciężki, o rokowaniu IV i charakterze toksyczno-septycznym. Surowica podana dość późno i w małych dawkach. Brak wyraźnego wpływu zarówno na objawy toksyczne, jak i septyczne. Zejście pomyślne.

Przypadek Nr. 13. Krzywa XVII.

Fl. K. 6 lat. Od 14.II — 18.II przeszła lekką influencją (epidemia domowa) 18.II wymioty, drobnoplamista wysypka, gardło lekko zaczerwienione. Pod wieczór wymioty coraz obfitsze, drgawki przez całą noc; rano temp. 41,5°. Wysypka wyraźna, dziecko nieprzytomne.

20.II przyjęta do szpitala w b. ciężkim stanie, nieprzytomna T. 40,6° tętno 160 (?) nitkowate, niemiarowe, wysypka intensywna na całym ciele. Gardło zaczerwienione, nalot na lewym migdałku, nos drożny. Gruczoły podszczękowe nieco powiększone. Wątroba i śledziona powiększone. Mocz i kał oddaje pod siebie.



Dostała tego samego dnia (koniec 3-ej doby) 60 cm³ surowicy domięśniowo. W 2 godziny potem silne drgawki. Stan b. ciężki. Nad ranem (4 dzień choroby) nieco przytomniejsza, tętno 120, t. 38,8°. Kaszle. Wysypka utrzymuje się, przybiera charakter wybroczynowy. Gardło b. zajęte, migdały duże, rozpalnione; nalot większy; dziąsła, język silnie obłożone. O 12 w poł. pogorszenie, drgawki. Zrobiono nakłucie lędźwiowe — wydobyto 2 cm³ płynu krwawo-mętnego. Wymioty powtarzały się parę razy.

5-go i 6-go dnia stan b. ciężki bez zmiany, dziecko w półprzytomnej bredzi; Ciepłota stale b. wysoka do 40° i wyżej. Naloty na migdałkach (o b u) duże, szare, grube (badanie na dyferyt-ujemne).

7-go dnia pogorszenie, objawy zapalenia płuc. Niedomoga serca. Nad ranem dziecko zmarło.

Epicrisis. Brak wszelkiego wpływu su-

rowicy — w przypadku b. ciężkim o stopniowo nasilających się objawach bakteryjnych.

Przypadek Nr. 14. Krzywa XVIII.

K. T. lat 7, w listopadzie 1926 r. miał robioną próbę Dicka. Wynik był wyraźnie dodatni. Poddany został trzykrotnemu szczepieniu przy dość silnej reakcji lokalnej. W lutym 1927 r. próba Dicka robiona dla sprawdzenia — dała wynik znowu wyraźnie dodatni, przeto chłopiec dostał jeszcze jeden dodatkowy zastrzyk, tym razem reakcja była b. silna. temp. do 40° przez 3 dni, wymioty, ból gardła, wysypka.

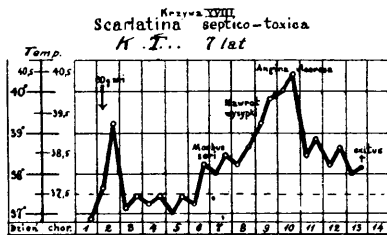
Zachorował nagle w marcu 1927 r. Wysypka od pierwszego dnia; brak wymiotów. Temp. pierwszego dnia normalna. Przytomny, samopoczucie dobre. Następnego dnia temp. ranna 37,6° w południe w chwili zastrzyknięcia surowicy 39,1°. Wysypka różowa, drobno-plamista, niezbyt obfita, bez tła żółtaczkowego.

Gardło zaczerwienione; migdały bez nalotów; gruczoły podszczękowe nie powiększone; nos drożny. Tętno serca czyste, granice normalne, tętno nieco przyspieszone, dobrze napięte. Wątroba i śledziona niewyczuwalne.

Pod koniec pierwszej doby (1-go dnia choroby) dostał 60 cm³ surowicy przeciwpł. Pod wieczór temp. 37.3⁰, nad ranem 37.1⁰. Stan dobry. Wypyska zbladła.

Przez 3 dni następane stan dobry, prawie bezgorączkowy (t⁰ do 37.4⁰), szóstego dnia choroby t⁰—38.5⁰; obfita wysypka posurowicza o typie pokrzywkowym, miejscami wybroczynowym; pow. gruczołów, bóle stawowe. Przez 2 dni następane ciepłota utrzymuje się do 38.6⁰; 9-go dnia choroby temp. podnosi się do 39.8⁰, występuje obrzęk uda i stawów oraz na nowo wysypka szkarlatynowa drobnoplamista, wybroczynowa. Z nosa wyciek ropny. Gruczoły podszczękowe powiększone. Na migdałach naloty. Temp. podnosi się do 40.4⁰, potem spada na 38.4⁰. Stan się pogarsza i przy objawach wybitnej niedomogi serca dziecko umiera 13-go dnia choroby.

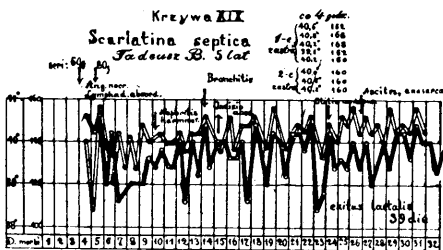
Epicrisis. Zejście śmiertelne mimo zastosowania surowicy już w 1-ej dobie, w przypadku, który zapowiadał się jako średnio ciężki. Wyłączeniem może tu służyć przebieg szczyepień ochronnych, które wskazywałyby na zupełny brak zdolności organizmu do wytwarzania ciał ochronnych. Możliwe, że pierwsze dni choroby przebiegły pomyślnie dzięki właśnie surowicy, dopiero z chwilą wyeliminowania przez ustrój surowicy i jej antytoksyn nastąpiło pogorszenie z objawami zarówno toksycznymi, jak i bakteryjnymi.



Przypadek Nr. 15 — Krzywa XIX.

Bień. Tadzio lat 5. Zachorował nagle 5.IX. Gorączka, wymioty 8.IX wysypka.

Przyjęty 9.IX w stanie wyraźnie ciężkim. Wpółprzymny, senny, b. osłabiony. Kończyny chłodne, sinawe. Skóra pokryta słabo rozwiniętą, grubo- i drobnoplamiastą wysypką sinawo-czerwoną. Filatów (+) Pastia (++). Gruczoły podszczękowe powiększone. Gardło silnie zaczerwienione, migdały obrzęknięte; duże naloty na migdałach. Język b. obłożony. Nos drożny. Oczy silnie przekrwione. Śluzówka ust sucha, popękana. Temp. 40⁰, tętno 160, słabo napięte, chwilami nierówne. Mocz oddaje pod siebie. Stolce wolne, cuchnące.



Następnego dnia 10.IX rano dostał 60 cm³ sur. (5-ty dzień choroby). Po 24 godz. temperat. obniżyła się do 39⁰,

tętno do 144. Tętno bardziej pełne i miarowe. Spał dobrze. Rano przytomniejszy. Wypyska dużo intensywniejsza, ciemnoczerwona na całym ciele. Gruczoł z lewej strony podszczękowy, nieco większy, bolesny. Gardło ciemnoczerwone. Naloty utrzymują się.

11.IX dostał jeszcze 8 flak. surowicy (80 cm³)—po 24 godzinach stan prawie bez zmiany. Temperatura utrzymuje się między 39⁰ a 40⁰. Tętno szybkie 140—160 słabo napięte. Naloty zginęły. (Badanie bakteriologiczne dało Di (-)). Pozostają zmiany nekrotyczne na migdałach. Gruczoł z lewej strony jeszcze się powiększył.

13 i 14.IX. Gruczoły podszczękowe powiększone z obu stron. Z lewej b. duże, bolesne, twarde. Wypyska jeszcze się utrzymuje. Gardło dalej za-

czerwienione. W moczu białko, w osadzie nieco wałeczków drobnoziarnistych, cz. ciałek i c. ropnych. Temp. nieco niższa, nie przekracza 39° .

19.IX. Gruczoły zropiały. Po przecięciu okazało się, że nastąpiło bardzo głębokie zniszczenie tkanki podskórnej. Usunięto dużo tkanki zganiewionej. Naczynia głębsze obnażone. Temp. utrzymuje się koło 40° i wyżej. Stan ciężki b. ciężki.

21.IX. St. b. ciężki. Tętno b. słabe, lecące. Rana nie goi się. Obrzęki na twarzy i nogach. W płucach po stronie lewej u podstawy — rzęzenia wilgotne.

23.IX. Wyciek ropny z lewego ucha, pozatem stan bez zmiany.

24.IX. Wyciek z ucha prawego.

26.IX. Rana w dalszym ciągu nie goi się. W moczu białko utrzymuje się.

30.IX. Z opłucnej z lewej strony wydobyto 10 cm^3 płynu surowiczego, jałowego.

5.X. Rana bez tendencji do gojenia. Zawsze trwa wyciek. Obrzęki na twarzy i nogach utrzymują się. Z opłucnej wydobyto 25 cm^3 płynu.

10.X. Krwimocz. Stan dziecka coraz gorszy. Duże wyniszczenie Tętno liche, tony serca głucho. Rana cuchnąca, pokryta szarą nalotami Wyciek obfity z uszu. Kaszle. Nudności, wymioty.

14.X. Zmarł.

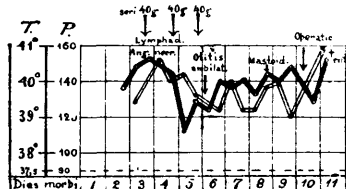
Epicrisis. Zejście śmiertelne w przypadku wyraźnie septycznym. Surowica zastosowana b. późno — bo dopiero 5-go dnia choroby, w pełni już nasilenia objawów bakteryjnych.

Przypadek Nr. 16 — Krzywa XX.

L. Janusz, l. 10. Zachorował nagle 28.VII. Ból gardła, wymioty, temp. do 40° . Następnego dnia wysypka.

Przyjęty do szpitala w 2-im dniu choroby, w stanie ciężkim, gorączkujący do 40° , tętno 140. Wyraźnie podniecony, niespokojny. Wysypka żywo czerwona, drobnoplamista, cbfita na całym ciele. Wyraźne tło żółtaczkowe. Gruczoły podszczękowe powiększone. Gardło zaczerwienione, migdały obrzęknięte, naloty szarawe na migdałach. Factor ex ore. Język suchy, obłożony. Nos drożny. Wargi popękane.

Krzywa XX.
Scarlatina septica
Janusz Z... - 10 lat.



3-go dnia choroby stan się pogorszył, temp. jeszcze się podniosła, wybitne zamroczenie i niepokój; migdały nieco obrzęknięte, owrzodzenia. Wysypka utrzymuje się. Dostał $\frac{1}{4}$ fl. surowicy (40 cm^3) podskórnie. Po 2 $\frac{1}{2}$ godzinach brak poprawy. Temp. utrzymuje się przy 40° , tętno powyżej 140; stan niepokoju trwa dalej.

1.VIII. Dostaje znowu 40 cm^3 surowicy, poczem po 24 godzinach temp. obniża się do $38,8^{\circ}$, tętno 140. Stan jednak pozostaje ciężki.

3.VIII. Dostaje jeszcze 40 cm^3 surowicy. Tegoż dnia wyciek z lewego ucha.

4.VIII. Brak poprawy. Temp. 40° , tętno 140. Ból głowy. Nieprzytomny. Gruczoły na szyi powiększone. Z ucha cieknie.

5.VIII. Bolesność wyraźna za uchem, zwłaszcza przy ucisku na wyrostek sutkowy lewy. Obrzęk za uchem. Z prawego ucha wyciek surowiczokrwawy.

6. VIII. Operowany. Podczas operacji stwierdzono daleko posunięte zniszczenie kości. Po operacji wystąpiła zapasć, poczem przejściowa poprawa.

7.VIII. Zmarł.

Epicrisis. Zejście niepomysłne w przypadku b. ciężkim o dominujących cechach septycznych.

VII. Wnioski.

I. Należy stosować surowicę w każdym przypadku plonicy (oprócz wyraźnie lekkich), możliwie jaknajwcześniej. Najlepsze wyniki daje surowica zastrzyknięta w ciągu pierwszych trzech dni choroby. Surowica wyrabiana obecnie przez Państwowy Zakład Higieny powinna być podawana w dawce nie mniejszej, niż 50 ctm⁸, raczej domięśniowo niż podskórnio, dożylnie zaś wyłącznie w bardzo ciężkich przypadkach.

II. Wpływ leczniczy surowicy występuje już po 24 godzinach. O ile go niema, należy przypuszczać, że surowica była stosowana zbyt późno i że należy oczekiwać objawów bakteryjnych (uszy!).

III. Prawie stały i wybitny wpływ na przebieg choroby ma surowica w przypadkach toksycznych, stanowiących mniej-więcej $\frac{2}{3}$ wszystkich przypadków plonicy.

IV. W przypadkach toksyczno-bakteryjnych najczęściej ustępowały objawy toksyczne, bakteryjne zaś pozostawały.

V. W przypadkach bakteryjnych surowica wpływu nie miała.

VI. Surowica nie zapobiega w zupełności występowaniu objawów drugiego okresu plonicy, jednak wywiera wybitny wpływ na zmniejszenie ich częstości, zwłaszcza dotyczy to schorzeń, wywołanych jadami ploniczemi.

VII. W stosowanej obecnie surowicy posiadamy lek bardzo potężny, który jednak nie rozwiązuje leczenia swobodnego plonicy, gdyż nie zapobiega i nie zwalcza objawów bakteryjnych.

VIII. Ujemną stroną obecnej surowicy jest konieczność stosowania dużych dawek, co pociąga za sobą częstość występowania objawów choroby posurowiczej. Należy więc dążyć do jaknajszybszego wyrobu polskiej surowicy przeciwploniczej stężonej.

IX. Surowica powinna być stale sprawdzana na siłę antytoksyczną i miareczkowana. Wobec wybitnej zmienności zjadliwości łańcuszkowców ploniczych, konie powinny być uodporniane łańcuszkowcami pochodzącymi od chorych ploniczych z ostatniej epidemii, a nawet, o ile to się okaże możliwym, z panującej w danej chwili epidemii plonicy.

Ze szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie
(Lekarz naczelny Doc. Dr. Wł. Szenajch).

Odczyny Dick'ów i Levaditi-Fanconi'ego

Podali

J. Bogdanowicz i Wł. Szenajch

Ze względu na doniosłą wartość teoretyczną i praktyczną, jaką miałby odczyn skórny Dick'ów w płonicy — w razie potwierdzenia się wypowiedzianych przez amerykańskich autorów przesłanek — poświęcono dużo miejsca powyższemu zagadnieniu w czasopismach zarówno obcych, jak i naszych.

Praca poniższa jest zobrazowaniem spostrzeżeń, dokonanych na terenie szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie, głównie dotyczących zachowania się odczynu Dick'ów i, mniej dotąd znanego, odczynu Levaditi-Fanconi'ego, zwłaszcza u chorych płoniczych, ze szczególnem uwzględnieniem ich wartości rozpoznawczej.

Przeglądając dotychczasowe prace dotyczące odczynu Dick'ów u chorych na płonicę, stwierdzamy ogromną rozbieżność otrzymanych wyników, jak to widać z poniżej przytoczonych tablic:

T A B L I C A I.

Liczba (w odsetkach) dodatnich odczynów Dick'ów w pierwszych dniach I-go tygodnia płonicy.

Nazwisko autora	D \pm	Nazwisko autora	% D \pm
Dick	100%	Bokay	70,3%
Zingher	98 „	Silcak	68%
Joe	95 „	Nobel i Orel	54 „
Smith	86 „	Murray	49 „
Madsen	87 „	R. Debré i M. Lamy	33 „
Kundratitz	84 „	Krstulovitz	36 „
Fanconi	82 „	Szczęsny i Koczorowska	30 „
Rozen i Korobicina	82,5%	Lipiński	7 „
Kerr	73,7 „		

FORTOSSAN

C I B A

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

LEK WZMACNIAJĄCY, ZAWSZE DOBRZE ZNOSZONY,

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

PUDEŁKA ORYGINALNE Z MIARECZKĄ W FORMIE ŁYŻECZKI.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

P A B J A N I C E, wojew. Łódzkie.

Oddział Farmaceutyczny.

N A N C Y

GRAND CENTRE UNIVERSITAIRE

FACULTÉS DE DROIT, MÉDECINE, SCIENCES, LETTRES, PHARMACIE

INSTITUTS TECHNIQUES conduisant au diplôme d'ingénieur:

(Chimique — electrotechnique et de Mécanique appliquée — Agricole
et Colonial Géologie appliquée — Commercial — Dentaire — Serothérapie
— Ecole supérieure de la Métallurgie et de l'Industrie des Mines —
Ecole de Brasserie).

Les diplômes d'Ingénieur délivrés par l'Université de Nancy sont
enregistrés au Ministère de l'Instruction Publique.

Ecole Nationale des Eaux et Forêts

Conservatoire de Musique — Ecole Supérieure du Commerce — Ecole
Professionnelle — Ecole pratique d'Agriculture — Ecole des Beaux-Arts

ÉTUDIANTSTRANGERS: ENSEIGNEMENT SPÉCIAL DU FRANÇAIS

Préparation aux Examens de l'Alliance Française

Cours de l'année scolaire: Novembre-Juin — Cours de vacances: Juillet- 1-er Octobre

Diplômes d'Etudes françaises

Relations avec des Familles françaises assurées par un Comité de Patronage

OEUVRES UNIVERSITAIRES POUR LES ÉTUDIANTS ET DIVERS

Maison des Etudiants du Parc de Monbois

Cercle de l'Association Générale des Etudiants (Restaurant Universitaire)

Section Sportive des Etudiants (Stade Universitaire Lorrain) — Foyer de la Jeune Fille

*Théâtre Municipal — Concerts du Conservatoire
Nancy Thermal (Parc des Sports — Théâtre d'été)*

Pour tous renseignements, s'adresser à

l'Office de Renseignements de l'Université, 13, Place Carnot



T A B L I C A II.

Liczba w (odsetkach) dodatnich odczynów Dick'ów w ozdrowieńców płoniczych (w 5-ym lub 6-ym tygodniu choroby).

Nazwisko autora	% D +	Nazwisko autora	% D +
Edwards	0%	Dick	9,3%
J. Bokay	2 „	Silcak	11,6 „
Frenklowa	4 „	Rozen i Korobicina . . .	17 „
Murray	4,5 „	O'Kell i Parisch	18 „
Joe	5 „	Koranyi i Francziszcezi . .	16 „
Lipiński	7 „	Zingher	19 „
Garter M, de Korte . . .	7 „	Smith	27 „
Kerr	7,3 „	Kundratitz	55 „
Krstulowicz	8 „	Szczęsny i Koczorowska	44—70%
Madsen	10 „		

Prócz tej rozbieżności w częstości stwierdzanych odczynów dodatnich Dick'ów w przebiegu płonicy — niektórzy autorowie podkreślają jeszcze występowanie ujemnego odczynu Dick'ów już w pierwszym dniu choroby (Nobel, Lees, Kundratitz, Paunz, Csoma i inni), lub też — przeciwnie — utrzymywanie się odczynu dodatniego, w pewnej ilości przypadków, przez cały czas choroby, nawet po 3-ich i więcej miesiącach (Nobel).

Dużo mniej znany (zarówno zresztą u nas, jak i zagranicą) jest odczyn skórny Levaditi-Fanconi'ego, zwany odczynem paciorkowcowym. W polskim piśmiennictwie mamy tylko pracę Brokmana, w obcym — 2 prace Fanconi'ego z Zurichu i gruntowną pracę twórcy odczynu — Levaditi'ego, ogłoszoną już w 1918 roku.

Odczyn paciorkowcowy polega na doskórnym zastrzykiwaniu zawiesiny (odpowiednio przygotowanej) zabitych paciorkowców.

Levaditi badanie swe robił na chorych z ranami zakażonymi paciorkowcami i z zachowania się odczynu wnioskował o przebiegu gojenia się ran. Stwierdził on przytem fakt wielkiej doniosłości, który później potwierdziły badania Dick'ów dla chorych płoniczych, że nie wszyscy ranni ulegają zakażeniu przyrannemu paciorkowcami, mimo ich obecności na skórze zranionej, lecz tylko w 43%. Poza tem Levaditi, zauważył, że w okresie ropienia ran odczyn paciorkowcowy wypadal ujemnie i tłumaczył to brakiem odpowiednich przeciwciał bakteryjnych w ustroju (stan anaplastyczny). Normalne, zdrowe bowiem osobniki reagują bez wyjątku dodatnio. Badania te dla chorych płoniczych (na możliwość czego wskazywał już Levaditi) z paciorkowcami płoniczemi powtórzył Fanconi.

Doszedł on do następujących wniosków:

- 1) u zdrowych odczyn paciorkowcowy jest bez wyjątku dodatni.
- 2) u chorych na płonicę — w pierwszym tygodniu przeważnie (60%) ujemny, później dodatni,
- 3) u chorych na inne choroby zakaźne bywa czasem ujemny, np. przy odrze, tyfusach, zapaleniu płuc.

Brokman we własnych obserwacjach nie mógł potwierdzić wyników Fanconi'ego, stwierdzając u zdrowych odczyn paciorkowcowy dodatni tylko w 60% przypadków. Poza to, stwierdzając, że odczyn ujemny utrzymuje się jeszcze w okresie powysypkowym, poczem przechodzi w dodatni, zaznaczył, że utrzymanie się ujemnego odczynu jeszcze w 3-im tygodniu choroby, wskazuje na wystąpienie powikłań II-go okresu.

Przechodząc do własnych wyników — materiał cały rozpatrywany będzie według następujących pozycji:

I. Zachowanie się odczynów Dick'ów:

- a) w przebiegu płonicy,
- b) w przypadkach powtórnej płonicy,
- c) w przypadkach płonicy po oparzeniu,
- d) „ zakażeń mieszanych,
- e) „ na innych oddziałach szpitalnych.

II. Zachowanie się odczynu „paciorkowcowego“ Levaditi-Fanconi'ego

- a) w przebiegu płonicy,
- b) u chorych na innych oddziałach.

III. Wartość rozpoznawcza obu odczynów.

I. ODCZYN DICK'ÓW.

A) Zachowanie się odczynów Dick'ów w przebiegu płonicy.

Wykonano w szpitalu im. Karola i Marji 491 odczynów Dick'ów u 201 chorych na płonicę. Toksynę do odczynów Dick'ów dostarczył łaskawie Państwowy Zakład Higieny w Warszawie. Odczyny były robione zarówno u dzieci leczonych, jak i nieleczonych surowicą przeciwploniczą. Wynik odczytywany był po 24 godzinach.

Dane te—zebrane według dni i tygodni choroby przedstawiamy na tablicy III-ej.

Inaczej i bardziej racjonalnie wypada obliczenie, o ile brać pod uwagę tylko te wyniki, które były robione przez wszystkie tygodnie u tych samych chorych, biorąc po jednym tylko wyniku na tydzień: patrz tablica IV.

T A B L I C A III.

Odczyn Dick'ów w przypadkach płonicy leczonych i nieleczonych surowicą swoistą, według liczby dokonanych szczepień

Dnie choroby	Przypadki nielezione surowicą		Przypadki leczone surowicą	
	Ogółem	Dodatnich	Ogółem	Dodatnich
1-szy dzień	2	1	—	—
2-gi „	7	4	1	1
3-ci „	10	5	12	6
4-ty „	4	1	17	7
5-ty „	5	4	20	5
6-ty „	12	4	6	1
7-my „	4	3	15	5
I tydzień	44	22 (50%)	71	25 (30%)
II „	38	15 (40%)	51	9 (18%)
III i IV tydzień . . .	67	20 (30%)	109	13 (12%)
V i VI „	53	11 (20%)	58	19 (33%)

T A B L I C A IV.

Odczyn Dick'ów w przypadkach płonicy leczonych i nieleczonych surowicą według liczby chorych

Tygodnie choroby	Przypadki nielezione surowicą		Przypadki leczone surowicą	
	Ogółem	Dodatnich	Ogółem	Dodatnich
I tydzień	44	22 (50%)	71	25 (30%)
II „	25	10 (40%)	22	7 (32%)
III „	21	4 (19%)	19	7 (37%)
IV „	13	3 (23%)	20	1 (5%)
V „	11	2 (18%)	20	2 (10%)
VI „	9	1 (11%)	9	5 (55%)

Z porównania tych dwóch tablic widać, że wykazują one dość daleko sięgające różnice; spowodowane są one odmiennymi sposobami obliczania wyników tygodniami: w pierwszym sposobie liczenia obliczaliśmy wszystkie szczepienia, choćby one — dokonane u niewielkiej grupy osobników — powtarzały się kilkakrotnie; w drugim — mamy tylko jeden wynik tygodniowy na jednego chorego (np. chory M. G. lat 7 — IV tydzień — 22-go dnia Dick (+), 25 (+), 27 (+) — pierwszy sposób obliczania — policzono 3 (+), drugi 1 (+).

Pierwszy sposób obliczania kryje w sobie bardzo poważne błędy i w rzeczywistości nie daje możliwości sądzenia o zachowaniu się odczynu Dick'ów w płonicy. Jeżeli bowiem np. w statystyce u kilkunastu chorych robiono parokrotnie odczyn Dick'ów w tygodniu, a u pozostałych zaś raz jeden tylko, to pierwsza grupa da nieproporcjonalnie dużo odczynów, które mogą tak zaważyć na obliczaniu ostatecznych wyników, że zniekształcą zupełnie faktyczny obraz zachowania się odczynu Dick'ów w płonicy.

Większość wymienionych autorów posługiwała się pierwszym sposobem obliczania, czem — w pewnej mierze — można tłumaczyć rozbieżne nieraz dane liczbowe.

Patrząc więc na Tablicę IV, która też tylko została wziętą pod uwagę, widzimy, że wyniki uzyskane w szpitalu im. Karola i Marji odbiegają dość daleko od wyników amerykańskich, dając w pierwszym tygodniu (dla dzieci nieleczonych surowicą) tylko 50% dodatnich odczynów — zato w czasie rekonwalescencji zgadzają się z ogólnie podawanymi (11%).

Specjalnie też rzuca się w oczy ogromna różnica w wynikach dla dzieci leczonych i nieleczonych surowicą; u pierwszych bowiem już w pierwszym tygodniu otrzymujemy niższe liczby odczynów dodatnich, — liczby te zmniejszają się jeszcze silniej w 4-m — 5-m tygodniu, dochodząc do minimalnej liczby 5 — 10%, w 6-m zaś tygodniu stwierdzamy wybitny wzrost odczynów dodatnich (55%). Nasuwa się tu — naturalnie, poza możliwością przypadku, — przy względnie niedużej liczbie badań, z dużą dozą prawdopodobieństwa, tłumaczenie, że w przypadkach tych surowica, pozwalając ustrojowi na bierną lub też małą czynną walkę z zakażeniem przez dostarczenie mu gotowych środków do niej, — nie dawała ustrojowi pola do wyrobienia sobie własnych przeciwciał i stąd, po usunięciu z siebie surowicy, ustroj pozostawał z odczynem Dick'ów dodatnim. Podobnych danych dotąd w literaturze nie spotkaliśmy.

Rozpatrując teraz indywidualnie poszczególne przypadki, musimy stwierdzić, że w żadnym z nich odczyn Dick'ów nie pozostawał przez cały czas choroby dodatnim, lecz choćby przez czas krótki przechodził w ujemny. Spotkaliśmy się jednak z faktem, że odczyn Dick'ów po przejściu w ujemny, z powrotem stawał się dodatnim, czasem raz jeszcze zmieniając się na ujemny. Zmiany te zachodziły bez wyraźnej przyczyny i nie pozostawały w żadnym związku z ewentualnymi powikłaniami choroby. Specjalnie dużo takich przypadków stwierdzono w przypadkach leczonych surowicą. Na 36 przypadków badanych względnie często na odczyn Dick'ów w 22-ch zachowywał się on normalnie, zaś w 14-stu ulegał powyżej opisanym zmianom.

Wśród przypadków nieleczonych surowicą, na 21 przypadków tylko w 5-ciu zachodziły potrójne lub poczwórne zmiany Dick'ów.

Oto 3 przykłady (przebieg choroby bez powikłań):

G. 4 lata. 4 dz. chor. (—), 13-ty (+), 18-ty (—), 30-ty (+), 21-y (+), 34-y (—).

Ul. 7 lat 6-y dz. chor. (—), 9-ty (+), 15-y (—), 18-ty (—), 27-y (—), 28-y (—), 31-y (—), 38-y (+++), 40-ty (+++).

J. 10 lat 5-y dz. chor. (+), 11-y (—), 14-y (—), 24-y (+), 27 (—) i 32 (—).

W materiale szpitalnym mieliśmy też możliwość stwierdzenia zachorowania na płonicę dwojga dzieci z odczynem Dick'ów uprzednio ujemnym. Ze względu na niezmierną wartość tego rodzaju spostrzeżeń, przytaczamy historję ich choroby, zaznaczając, że I-y był już cytowany w pracach Sparrowej, Celarka i Kaczyńskiego.

Przypadek I-szy: G. F. lat 2¹/₂. Przyjęta do szpitala z powodu bólów brzuszka. Stwierdzono obecność glist — których usunięto w ciągu 2-ch tygodni kuracji — 107. Siostra w tym czasie zachorowała na płonicę. Odczyn Dick'ów u dziecka wypadł (—). Dziecko wzięło następnie 15 naświetlań lampą kwarcową; wkrótce potem zachorowało na ospę wietrzną — zaś w tydzień po ospie wietrznej (w miesiąc po próbie Dick'ów) dostało typowej płonicy bez powikłań. Odczyn Dick'ów w pierwszym dniu wysypki znowu ujemny.

Przypadek II-gi: Kam. B. 11 miesięcy. Przyjęta na oddział z Rhinitis diphteritica. Odczyn Dick'ów ujemny. W rok potem znowu przyjęta wraz z dwojgiem rodzeństwa, chora na płonicę. Odczyn Dick'ów w 3-im i 4-ym dniu dodatni, w 6-ym ujemny. Przebieg płonicy łagodny.

B) Odczyn Dick'ów w przypadkach powtórnej płonicy.

W szpitalu im. Karola i Marji zaobserwowano w ciągu epidemji 1926/27 r. 2 przypadki wtórnej płonicy. Zachowanie się w tych przypadkach odczynu Dick'ów było bardzo ciekawe.

Przypadek I-szy. S. M. lat 5. Przyjęta z objawami bardzo lekkiej płonicy: wymioty, lekka różowa wysypka, zaczerwienie gardła, brak nalotów na migdałkach; temperatura w 4-ym dniu choroby normalna, język malinowy.

Odczyn Dick'ów w 6-ym dniu chor. (+++)

„ „ w 9-ym „ „ (+)

„ „ w 12-ym „ „ (+++)

W 22-im dniu choroby u dziecka, już zupełnie dobrze się czującego — wymioty, zaczerwienie silne gardła, typowa wysypka, temperatura 40,5^o. Wieczorem dziecko dostało 40 cm³ surowicy przeciwploniczej domięśniowo; następnego dnia jeszcze 30 cm³.

W 22-im dniu chor. odczyn Dick'ów (+)

W 24-ym „ „ „ „ (—)

Po 3-ch dniach stan dziecka znacznie się poprawił. Dalszy przebieg bez powikłań.

W 36-ym dniu chor. odczyn Dick'ów (+)

W 41 i 52 „ „ „ „ (+)

Epicrisis: Szybka (w ciągu 24 godzin) zmiana odczynu Dick'ów, uporczywie utrzymującego się dodatnim, na ujemny (po surowicy?) i powrót znowu do dodatniego. Zapewne ustrój dziecka nie był w stanie wytworzyć trwałej odporności, stąd i powtórne zachorowanie na płonicę i utrzymywanie się dodatniego odczynu.

Przypadek IIgi. K. W. lat 11. Początek choroby średnio ciężki (wymioty, wysypka, zaczerwienienie gardła, temperatura poniżej 39°). Przed pół rokiem szczepienie ochronne przeciw płonicy.

W trzecim dniu choroby zastrzyknięto 60 cm³ surowicy przeciwploniczej domięśniowo, poczem temperatura spadła i dalszy przebieg choroby był zupełnie pomyślny. W 42-im dniu choroby nagła zwyżka temperatury do 38°, gardło zaczerwienione, wysypka, język po 2-ch dniach malinowy. Zachowanie się odczynu Dick'ów następujące:

5-go dnia choroby	(+)
7 " " "	(+)
26 " " "	(-)
28 " " "	(-)
42 " " "	(+)
43 " " "	(+)
47 " " "	(+)
54 " " "	(-)

Epicrisis. W przypadku tym możnaby również sądzić, że ustrój — po przebytej pierwszej płonicy — nie wytworzył w sobie odporności (ujemne odczyny Dick'ów w 26 i 28 dn. choroby należałoby tłumaczyć, jako skutek działania surowicy) i dopiero powtórne zachorowanie dało tę odporność (ujemny Dick' w 54-m dn. chor.).

Z obu przytoczonych przypadków nasuwa się logicznie wniosek, że zachowanie się odczynów Dick'ów było jakby odpowiednikiem sił odpornościowych ustroju na zachorowanie na płonicę. Utrzymywanie się dodatniego odczynu przez czas choroby wskazywało na niezdolność wytworzenia tej odporności, otrzymanej tylko przejściowo i biernie przez podanie surowicy swoistej.

C) Zachowanie się odczynu Dick'ów w przypadkach płonicy po oparzeniu.

W ciągu ostatnich dwóch lat przeszły przez szpital im. Karola i Marji 4 przypadki płonicy po oparzeniu. Charakterystyczną cechą tych przypadków, w których proces chorobowy wahał się od lekkiej postaci do bardzo ciężkiej, był brak II-go okresu choroby (t. zw. powikłań) i stałe występowanie ujemnego odczynu Dick'ów zarówno w pierwszych dniach (okres wysypki) jak i późniejszych. Wysypka pokazywała się na 4 – 5 dzień po oparzeniu.

Oto te przypadki:

1) K. M.	3 ¹ / ₂ lat.	Combustio	II	stopnia,	2	dz.	chor.	Dick	(-)
2) G. A.	1 ³ / ₁₂	" "	II-III	"	3	"	"	"	(-)
3) I. W.	5	" "	II	"	4	"	"	"	(-)
4) Z. J.	2	" "	II	"	4	"	"	"	(-)
					30	"	"	"	(-)
					39	"	"	"	(-)

Odczyn Dick'ów robiony w 3 przypadkach oparzenia bez następnej płonicy wypadł również ujemnie.

Przypadki powyższe ciekawe są z tego względu, że sprawa oparzeniowej „płonicy“ nie jest dotychczas rozstrzygniętą. Powyższe wyniki próby Dick'ów — częściowo potwierdzone dwukrotnie wykonanym odczynem paciorkowcowym (przypad. Nr. 2 — odczyn paciorkowcowy w 3-im dniu choroby (—) wiek dziecka $1\frac{3}{12}$, i przypadek Nr. 4 — odczyn paciorkowcowy w 4 dniu (+), 30-ym dn. (+), w 39-m dniu (+)) — odpowiadałyby raczej przypuszczeniom Szonthaga i Fanconi'ego, że nie mamy tu do czynienia z płonicą właściwą streptokokową, a ze „scarlatinoid'em“ niepaciorkowcowego pochodzenia. W literaturze nie spotykamy — poza jednym przypadkiem również ujemnego odczynu Dick'ów w przypadku płonicy oparzeniowej (u Fanconi'ego) — żadnych innych danych.

D) Zachowanie się odczynu Dick'ów u dzieci płoniczych, chorych jednocześnie na inne choroby zakaźne.

Wśród chorób zakaźnych (dyfteryt, ospa wietrzna, odra), które wykłyały normalny przebieg płonicy, jedna tylko odra wywierała wyraźny wpływ na zachowanie się odczynu Dick'ów, a mianowicie z chwilą pojawienia się wysypki odrowej lub wkrótce po jej pojawieniu się odczyn Dick'ów, o ile był jeszcze dodatnim, przechodził w ujemny, ujemny zaś takim pozostawał. Zaobserwowano 8 takich przypadków. Oto przykłady:

1) R. 3 lata. Lekki przebieg płonicy. Dick cały czas dodatni (5 razy). W 26-tym dniu choroby wysypka odrowa i 33-go dnia wyciek z ucha.

Odczyn Dick'ów w	25	dniu choroby	jeszcze	(+)
„	„	28	„	(—)
„	„	33	„	(—)
„	„	39	„	(—)

2) B. 4 lata. Bardzo łagodny przebieg płonicy. 19-go dnia choroby wysypka odrowa.

Odczyn Dick'ów: w 4-ym dniu choroby (+)
 „ „ w 11-ym „ „ (+)
 „ „ w 15-ym „ „ (+)
 „ „ w 17-ym „ „ w miejscu uprzedniej próby
 Dick'ów wyraźne samoistne pojawienie się odczynu.

(Podobne nasilenie odczynu Pirquet'a w okresie zwiastunów odry spostrzegał Szenajch)

	w 19-ym dniu choroby	(+)
	21 i 34-ym „ „	(—)

Podobne wyniki otrzymaliśmy w 6-ciu innych przypadkach.

Z powyższych danych wynikałoby, że odra ma podobny wpływ na odczyn Dick'ów, jak na odczyn tuberkulinowy Pirquet'a, zamieniając odczyn dodatni na ujemny.

Jak to tłumaczyć? Czy uważać poprostu, że odra, jako choroba o przebiegu ostrym, dająca wysoką gorączkę, jest bodźcem uruchamiającym obronne siły, tak, że ustrój, utrzymując dodatni odczyn Dick'ów po przebytej łagodnej płonicy, dopiero teraz zdobywa właściwą odporność? — czy uważać to tylko za proces miejscowy — skórny? — czy może związać te dane z nowymi teorjami amerykańskimi o istocie odry, jako choroby o pochodzeniu również paciorkowcowem (*streptococcus viridans*). Może dalsze badania i większa liczba spostrzeżeń wysświetli bliżej to bardzo ciekawe zjawisko.

E) Zachowanie się odczynu Dick'ów u chorych z innych oddziałów (prócz zakaźnego).

Odczyn Dick'ów, wykonany u 242 chorych na innych oddziałach, wypadł w 56⁰/₁₀₀ dodatnio.

Wśród dzieci było

do lat 5 włącznie	106 odcz.	57 Dick'ów dodatnich
5—10	74	43
powyżej 10	62	35

Razem . . 242 odcz. 135 Dick'ów dodatnich

Badania porównawcze w 72 przypadkach nad zachowaniem się odczynów Pirquet'a i Dick'ów nie wykazały zbieżności wyników.

Nie potwierdziły również badania nasze częstszego pojawiania się odczynu dodatniego Dick'ów wśród chorych na dyfteryt lub gruźlicę. Nieoczekiwanem było stwierdzenie dodatniego odczynu Dick'a w 8-miu przypadkach na 11-ro dzieci z przebytą w wywiadach płonicy.

II. ODCZYN „PACIORKOWCOWY” LEVADITI-FANCONI'EGO.

A) Zachowanie się odczynu paciorkowcowego w przebiegu płonicy.

Odczyn „paciorkowcowy“ wykonany został 249 razy u 153 chorych; przyczem u 43 chorych tylko raz—u pozostałych od 2-ch do 15-u razy. Ponieważ obserwacja wykazała, że odczyn powyższy jednakowo się zachowuje zarówno u leczonych jak i nieleczonych surowicą, rezultaty dla obu grup połączone zostały razem.

T A B L I C A V.

Odczyn „paciorkowcowy“ w przypadkach płonicy (zarówno leczonych, jak i nieleczonych) według liczby dokonanych szczepień.

Dnie i tygodnie choroby	Ogółem	Dodatnich
1 dzień choroby . .	1	—
2 „ „ . .	2	—
3 „ „ . .	11	1
4 „ „ . .	13	4
5 „ „ . .	9	1
6 „ „ . .	9	4
7 „ „ . .	7	3
1 tydzień choroby . .	52	13 25 ⁰ / ₁₀₀
2 „ „ . .	36	20 55 ⁰ / ₁₀₀
3 i 4 „ „ . .	77	55 71 ⁰ / ₁₀₀
5 i 6 „ „ . .	84	69 83 ⁰ / ₁₀₀
Razem . .	249	157

T A B L I C A VI.

Odczyn paciorkowcowy u chorych płoniczych według liczby chorych.

1 tydzień	52	13 25 ⁰ / ₁₀₀
2 „	23	18 78 ⁰ / ₁₀₀
3 „	26	16 57 ⁰ / ₁₀₀
4 „	43	39 91 ⁰ / ₁₀₀
5 „	30	29 97 ⁰ / ₁₀₀
6 „	17	17 100 ⁰ / ₁₀₀
Razem . .	191	132

Do powyższych tablic należy dodać wyjaśnienie, że — podobnie, jak to miało miejsce z odczynami Dick'ów — tylko tablica II-ga daje racjonalne wyniki, jako zestawienie według liczby szczepień dokonanych u chorych poszczególnych. I tu również widać duże różnice, wynikające z innego sposobu obliczania.

Z powyższych tablic wynika:

1) odczyn paciorkowcowy jest na początku choroby przeważnie ujemny, tak że biorąc liczby z całego 1-go tygodnia, otrzymujemy tylko 25⁰/₁₀₀ dodatnich odczynów;

2) w następnych tygodniach odczyn paciorkowcowy stopniowo (ale dość szybko) coraz częściej jest dodatni, dochodząc w ostatnich tygodniach choroby do 100% odczynów dodatnich. Niższe liczby — otrzymane w 3-im tygodniu dadzą się wytłumaczyć występującymi w tym czasie objawami II-go okresu choroby (sprawy ropne!);

3) zestawienie porównawcze ilości (w odsetkach) odczynów dodatnich Dick'ów i paciorkowcowego, według tygodni choroby, wykazuje wybitnie różnicę między temi odczynami.

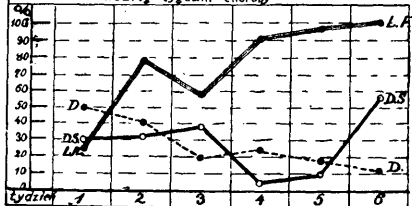
Tygodnie choroby	Odczyn Dick'ów dodatni	Odczyn paciork. dodatni
	(w odsetkach) u nieleczonych surowicą	
I tydzień choroby	50%	25%
II „ „	40%	78%
III „ „	19%	57%
IV „ „	23%	91%
V „ „	18%	97%
VI „ „	11%	100%

Widzimy więc, że gdy wahania dla odczynów Dick'ów pozostają w granicach 50%—11%, dla paciorkowcowego mają granice 25%—100%, czyli dużo szersze. Ponadto,

odczyn paciorkowcowy szybciej przechodzi z ujemnego w dodatni, niż odczyn Dick'ów z dodatniego w ujemny. Wreszcie, odczyn Dick'ów stopniowo występuje coraz częściej ujemny, nie załamując się, jak to robi odczyn paciorkowcowy w 3-im tygodniu. Z tego wszystkiego

wynikałoby, że odczyn paciorkowcowy jest czulszym wykładnikiem przebiegu sprawy chorobowej w płonicy, zwłaszcza dla celów rozpoznawczych.

Częstość występowania: I) odczynu Dick'ów u dzieci płonicy (leczonych surowicą → D.S. ———— i nieleczonych → D. ————) oraz II) odczynu Levaditi-Franconiego → L.F. ———— według tygodni choroby



B) Odczyn paciorkowcowy u chorych na innych oddziałach.

Zachowanie się odczynu paciorkowcowego u chorych na innych oddziałach — według wieku chorych — przedstawia się następująco:

Wiek	Ogółem	Dodatnich	Wiek	Ogółem	Dodatnich
0 — 2	32	12	8 — 9	10	7
2 — 3	31	27	9 — 10	15	11
3 — 4	16	8	10 — 11	31	28
4 — 5	28	16	11 — 12	16	12
5 — 6	22	17	12 — 13	24	22
6 — 7	34	26	13 — 15	10	8
7 — 8	19	14			

Ogółem na 287 było dodatnich 206 (72%).

Zachowanie się odczynu paciorkowcowego dla poszczególnych chorób, w których był częściej wykonany, przedstawia się następująco:

	Ogółem	Dodatnich
Pleuritis purul. (pneumococcica, streptococcica)	24	4
Pleuritis tbc.	17	16
Appendicitis ante oper.	7	4
„ post „	16	15
Lues hered.	9	9
Chorea	8	8
Diphtheria	15	9

Naogół więc spotykamy się u chorych na inne choroby niż płonica z wysokim procentem odczynów dodatnich. Zwraca tylko uwagę duży odsetek ujemnych odczynów

u małych dzieci (do lat 2-*ch*) i występowanie również dość częste ujemnych odczynów w ropnym zapaleniu płucnej. Specjalnie silne dodatnie odczyny miały miejsce u chorych z lues hered. i przy płasawicy (w tej ostatniej chorobie stwierdzono częste występowanie odczynu dodatniego Wassermana). Ujemny odczyn występował także u dzieci wybitnie wyniszczonych.

III. WARTOŚĆ ROZPOZNAWCZA ODCZYNÓW DICK'ÓW I PACIORKOWCOWEGO.

Jakkolwiek ustalenie należytego rozpoznania w przypadkach typowej płonicy i w okresie epidemji nie przedstawia większych trudności, — te ostatnie pojawiają się w przypadkach albo poronnej, łagodnej postaci szkarlatyny ze słabo zaznaczonymi swymi cechami charakterystycznymi, albo w bardzo ciężkich, zwłaszcza bakteryjnych postaciach (septycznych) i to u małych dzieci, u których kardynalna cecha płonicy — wysypka spóźnia się nieraz o 2—3 dni. Jeszcze trudniejszym często bywa rozpoznanie płonicy w późniejszym okresie choroby (Łyskawiński) i dlatego też w szpitalu im. Karola i Marji postanowiono w tym kierunku wyzyskać odczyny skórne Dick'ów i paciorkowcowy. Pierwotnie posługiwano się (przed zapoznaniem się z odczynem paciorkowcowym) wyłącznie odczynem Dick'ów i tu natrafiono jednak na duże trudności przy ocenie wartości tego odczynu dla dżagnozy; to też znakomitem poparciem okazało się zastosowanie jeszcze i odczynu paciorkowcowego

Przy ustalaniu rozpoznania opierano się na następujących przesłankach, wynikających zresztą z całego dotychczasowego referatu.

a) o ile mamy do czynienia z przypadkiem w pierwszym tygodniu choroby — powinniśmy się spodziewać w przypadkach płonicy o średnim natężeniu odczynu Dick'ów (+) a paciorkowcowego (-), przyczem tem prędzej, im mamy do czynienia z wcześniejszym przypadkiem (1 — 2-gi dzień choroby).

Większy przytem będziemy kładli nacisk na wynik odczynu paciorkowcowego, niż Dick'ów (tylko 50% odczynów dodatnich). Im przypadek jest łagodniejszy, tem prędzej oczekiwać będziemy D(+), ale i tem łatwiej i wcześniej może wystąpić i odczyn paciorkowcowy (+).

W ciężkich, bakteryjnych postaciach płonicy, nawet w późniejszych dniach musimy się liczyć z odczynem paciorkowcowym (-), z odczynem zaś Dick'ów już wcześniej (-). Należy tu też wziąć pod uwagę wiek pacjenta ze względu na częste utrzymywanie się ujemnego odczynu paciorkowco-

wego u dzieci do lat dwóch, a zwłaszcza do roku. To samo też dotyczy odczynu Dick'ów.

b) W ostatnich tygodniach choroby (diagn. retrospectiva) oczekujemy odczynu Dick'ów (—) i odczynu paciorkowcowego (+), lecz i tu należy wziąć pod uwagę 1) powikłania ropne, przy których odczyn paciorkowcowy przechodzi w ujemny (—), 2) b. łagodne postacię płonicy, kiedy odczyn Dick'ów pozostaje bardzo długo dodatnim.

Trzymając się powyższych zasad, w 50-ciu wątpliwych przypadkach rozpoznanie zostało poparte powyższymi odczynami. Ciekawsze z przypadków przytaczamy poniżej:

1) Rozpoznania płonicy z uwzględnieniem odczynu Dick'ów.

a) Rozpoznanie w ostrym okresie choroby.

B. W. 3 lata. Przystany do szpitala w 5-tym dniu choroby, jako płonica — z wysypką — nie typową drobnoplamiastą, z zaczerwienieniem gardła; migdały bez nalotów, temperatura 38°. Nie wymiotował. Odczyn Dick'ów 6-go dnia choroby (+), 15-go dnia choroby (+).

Wniosek: zapewne nie płonica, ponieważ w średnio-ciężkim przebiegu płonicy Dick 15-go dnia powinien być raczej ujemny. Dalszy przebieg choroby, brak powikłań, łuszczenia, odczyn wygasania z surowicą przeciwskarlątnową (trzy razy) ujemny, brak czynności w krwi, mocz bez acetonu i urobilinogenu — potwierdziły rozpoznanie.

S. H. 2 lata i $\frac{7}{12}$. Przyjęta na oddział dyfterytyczny z Laryngitis crouposa potwierdzonym laboratoryjnie. Po 7 dniach pobytu w szpitalu — wysypka o typie szkarlatynowym (choroba posurowicza? - płonica?) Brak wymiotów, gardło nie typowe.

Odczyn Dick'ów: 1-szy dzień (—). Zapewne więc nie Scl., co potwierdził dalszy przebieg choroby (brak powikłań, brak temperatury, brak łuszczenia).

F. G. 12 lat. Przystana na 3-ci dzień choroby, już bez wysypki, z bólem gardła i nieznaczną gorączką (niżej 38°). Dick 7-go dnia choroby (+), 14-go (+), 22-go (—), 24-go (—). Dalszy przebieg, a zwłaszcza charakterystyczne łuszczenie potwierdziły postawioną warunkowo na zasadzie odczynu Dick'ów diagnozę płonicy o bardzo łagodnym przebiegu.

E. B. 8 lat. Przyjęta z gruźlicą płuc na oddział gruźliczy. Dick (+). Po tygodniu wysypka, temp. 39,6°; brak wymiotów, gardło zaczerwienione, nalot na migdałku. Dziecko dostaje 5 flakonów surowicy przeciwploniczej. Temperatura spada po 2-ch dniach po zastrzyknięciu. Przebieg bez powikłań, bez łuszczenia. 14-go dnia choroby Dick (++) . Zapewne więc nie płonica. Dziecko wróciło na oddział gruźliczy.

b) Diagnosis retrospectiva.

B. A. 6 lat. Podobno przed dwoma laty przechodził płonicę. Przeszedł po 3-ch tygodniach choroby z zapaleniem krwawem nerek. W domu inne dziecko niedawno zachorowało na płonicę, Dick (++) , a więc zapewne nie płonica. Brak łuszczenia i brak dalszych powikłań potwierdziły przypuszczenie.

L. Z. i L. Wł. 5 i 6 lat—bracia—przywiezieni z baraków, gdzie chorowali na jakąś chorobę (wysypki nie zauważono) przed trzema tygodniami. Obecnie u obu zapalenie krwawe nerek i zapalenie ucha środkowego. Dick u obu (—). Diagnosis — Scl. Łuszczenie, które wystąpiło na dłoniach, potwierdziło przypuszczenie.

2) Rozpoznanie płonicy z uwzględnieniem Dick'ów i Levaditi-Fanconi'ego.

a) Rozpoznanie w ostrym okresie choroby.

S. Kr. 8 lat. Przyjęta w 5-ym dniu choroby, bez jakichkolwiek śladów wysypki, bez gorączki, z lekkim zaczerwienieniem gardła. Język nie typowy. W domu początek choroby z wymiotami, bólem gardła i wysypką. Z powodu braku wyraźnych cech płonicy odesłana z oddziału szkarlatynowego na obserwację. Tu—6-go dnia choroby Dick (+) Pac. (—); 13-go dnia choroby Dick (—) Pac. (+). Przyjęta z powrotem na oddział szkarlatynowy, jako płonica, co potwierdziło potem wyraźne łuszczenie oraz Otitis ambil. purul. z późniejszym Mastoiditis dextra.

T. St. 3 lata. Początek choroby — wymioty, ból gardła, gorączka. Wysypki nie zauważono. Przyjęta 8-go dnia do szpitala. Dick (++) Pac. (±). 17-go dnia choroby Dick (—). Późniejszy ropotek z prawego ucha potwierdził rozpoznanie płonicy.

J. J. 1⁴/₁₂. Na oddziale chirurgicznym dostał wysypki z gorączką. Gardło nie zaczerwienione, nie wymiotował. Odczyn Dick'ów 1-go dnia (—) Pac. (—). Dalszy przebieg: brak łuszczenia, brak powikłań, język nie typowy potwierdziły rozpoznanie—nie płonica; wystąpienie odczynu paciork. (—) należało tłumaczyć młodym wiekiem dziecka.

B. L. 1¹⁰/₁₂. Dziecko przyjęte w 3-im dniu choroby (początek bez wymiotów) wysypka, Angina diphtherica (sprawdzona bakterjologicznie). W mieszkaniu był przypadek płonicy. W 3-im dniu choroby Dick (—) Pac. (—). Zapewne nie płonica, co potwierdza późniejszy przebieg. Odczyn paciorkowcowy ujemny można tłumaczyć również młodym wiekiem dziecka.

b) Diagnosis retrospectiva.

M. S. 2 lata. Przed 4-ma tygodniami wysypka. Obecnie powiększone gruczoły podszczękowe, zapalenie krwawe nerek. Gruczoły po 2-ach dniach mniejsze. Łuszczenie nieznaczne. Odczyn Dick'ów (—), Pac. (+). Wniosek: płonica.

K. R. 2¹/₂ lat. Przyjęty na oddział dyfterytyczny z Angina diphtherica (sprawdzone bakterjologicznie). Przed 4-ma tygodniami wysypka. Po tygodniu pobytu w szpitalu powiększenie gruczołów podszczękowych. 5-ty tydzień (powiększone gruczoły) Dick (—), Pac. (—); 6-ty tydzień (gruczoły dużo mniejsze) Dick (—), Pac. (+). Wniosek: płonica.

A. M. 5⁶/₁₂. Dziecko przyszło z zakładu, gdzie dzieci chorowały na jakąś chorobę zakaźną, wysypkową. Dziecko przyjęto z nalotami dyfterytycznymi, w 3-im tygodniu choroby. Dick (+), Pac. (+). Zapewne nie płonica, co potwierdza brak łuszczenia.

F. Z. 4 lata, S. W. i S. B. po 11 lat. Dzieci te przyszły z zakładu, gdzie przed trzema tygodniami przeszły jakąś wysypkową chorobę zakaźną. Obecnie u całej trójki łuszczenie na dłoniach i palcach. F. Z. i S. B. mają zapalenie nerek i zapalenie uszu, a S. W. tylko katar oskrzeli. U całej trójki Dick (—), zaś odczyn paciorkowcowy: dodatni u S. W., a bardzo słabo zaznaczony u F. Z i S. B. (zapal. uszu). Wniosek: dzieci przebyły płonicę.

W n i o s k i.

1) Częstość występowania odczynów w przebiegu płonicy należy obliczać nie w stosunku do liczby wykonanych odczynów, lecz w stosunku do liczby chorych.

2) Odczyn Dick'ów wypada już w pierwszym tygodniu tylko w 50% dodatni, w VI-ym zaś w 11%.

3) U dzieci, które były leczone surowicą przeciwpłoniczą, nie stwierdza się stłumienia zupełnego odczynu Dick'ów;

odczyn ten występuje — jakkolwiek w mniejszej liczbie przypadków, niż u dzieci nieleczonych surowicą.

4) Wybitną różnicę w występowaniu odczynu Dick'ów widzimy w VI-ym tygodniu choroby u dzieci leczonych surowicą: odczyn Dick'ów występuje tu w 55% — jako dodatni, co można tłumaczyć brakiem odporności własnej ustroju, który korzystał z odporności biernej dzięki surowicy.

5) W 2-ch przypadkach powtórnej płonicy odczyn Dick'ów w okresie powtórzenia się objawów choroby był dodatnim.

6) W 4-ch przypadkach płonicy po oparzeniu odczyn Dick'ów był stale, nawet w pierwszych dniach choroby, ujemnym, odczyn paciorkowcowy w jednym przypadku (wiek dziecka 1^{3/12}) ujemny, w drugim — dodatni.

7) Wystąpienie wysypki odrowej w przebiegu płonicy tłumaczy odczyn Dick'ów.

8) Nie udało się stwierdzić częstszego występowania dodatniego odczynu Dick'ów ani u chorych na dyfteryt, ani na gruźlicę.

9) Opisano 2 przypadki płonicy u dzieci z uprzednio ujemnym odczynem Dick'ów.

10) Odczyn paciorkowcowy u chorych na płonicę bywa w I-ym tygodniu tylko w 25% dodatni, w ostatnim tygodniu w 100%.

11) Odczyn paciorkowcowy w III-im tygodniu bywa dodatni rzadziej niż w II-im lub IV-ym, a to w związku z występowaniem II-go okresu choroby.

12) W porównaniu występowania odczynów Dick'ów i paciorkowcowego stwierdzamy, że odczyn paciorkowcowy szybciej przechodzi z ujemnego w dodatni (25% dodatnich w I-ym tygodniu, 78% w II-im tygodniu), niż odczyn Dick'ów z dodatniego w ujemny (w I-ym tygodniu 50% dodatnich, II-gi tydzień — 40% dodatnich).

13) Odczyn paciorkowcowy u chorych na inne choroby bywa przeważnie dodatni — za wyjątkiem spraw ropnych — takich jak np. zapalenie paciorkowcowe lub pneumokokkowe ropne opłucnej, ropnie paciorkowcowe i t. p.

14) Odczyn paciorkowcowy ujemny spotykamy również często u małych dzieci do lat 2-ch — tym częściej, im dziecko jest młodsze.

15) Bardzo silny dodatni odczyn paciorkowcowy stwierdzono u dzieci z przymiotem wrodzonym (syphilis congenita) i płasawicą (chorea).

16) W przypadkach wątpliwej płonicy, czy to w początku choroby, czy po jej przebyciu, należy stosować w celach rozpoznawczych oba odczyny; wykonanie jednoczesne obu daje większą pewność rozpoznawczą, niż jednego tylko.

PIŚMIENNICTWO.

1. Axionow, Jahrb. f. Kinderh. 1915.
2. v. Bókay, Monats. f. Kinderh. 1926.
3. Blake i Trask, Boston. Med. Journ Nr. 15. 1925.
4. Brokman, Warsz. Czas. Lek. Nr. 3. 1927.
5. Brokman i Hirszfeldowa, Pedjatrja Polska. 1925.
6. Cushing, The Canad. Med. Journ. 1926.
7. Csoma i Paunz, Zeitschr. f. Kinderh. 1927.
8. Deicher, Jahrb. f. Kinderh. 1926.
9. Izabolinsky i Lipkin, Zeitschr. f. immun. und exp. ther. 1925.
10. Joe, Lancet. 1925.
11. Jacobsohn, Acta paediatrica. 1926.
12. Jacobsohn i Malmberg, Acta paediatrica 1926.
13. Jundell, Acta paediatr. 1926.
14. Krstulovitz, Monatschr. f. Kinderh. 1926.
15. Kundratitz, Monatschr. f. Kinderh. 1926.
16. Frenkel i Margolis, Zetschr. f. Kinderh. 1926.
17. Kinloch, Parlam, Smith Taylor. 1927. Aberdeen.
18. Kramár i Francziszczci, Monatschr. f. Kinderh. 1926.
19. Kacprzak i Adamowiczowa, Medyc. Dośw. i Społ. 1925.
20. Levaditi, Ambulance de l'océan f. I+II. 1918.
21. Giyou, Jahrb. f. Kinderh. 1910.
22. Lipiński, Medycyna Dośw. i Społ. 1925.
23. Lipiński i Gąsiorowski, Polsk. Gaz. Lekarska. 1927, Nr. 13.
24. Ławrynowicz, Polsk. Gaz. Lekarsk. Nr. 21. 1927.
25. Miłkaszewicz, Polska Gaz. Lekarska, Nr. 30 i 31. 1927.
26. Michałowicz, Pedjatrja Polska. 1927.
27. Tenże, Pedjatrja Polska. 1926.
28. Murray, Publ. Health, J. Toronto. 1926.
29. Meyer S, Zeitschr. f. Kinderh. 1927.
30. Munk, Korte, Gorter, Acta paediatrica. 1926.
31. Nobeli Orel, Zeitschr. f. Kinderh. 1926.
32. Nobel i Schönbauer, Zeitschr. f. Kinderh. 1926.
33. Nobel i Kunz, Zeitschr. f. Kinderh. 1926.
34. Nicholls, Am. J. of H. 1927.
35. Nobel E, Monatschr. f. Kinderh. 1926.
36. Okel i Parish, Lancet. 1925.
37. Paraf, Bull. de la soc. méd. des hop. Paris. Nr. 11. 1926.
38. Sparrow i Celarek, Med. Dośw. i Społ. 1926.
39. Sparrow i Kaczyński, Warsz. Czas. Lek. Nr. 6. 1927.
40. Szczęsny i Kaczorowska, Now. Lek. 1927.
41. Wasilewska i Hryniewicz, Pol. Gaz. Lek. 1927.
42. Wadsworth, Kirkbride, Wheeler, J. of Am. Med. Ass. 1926.

BISMUTOSE

związek bizmutu z białkiem, jako
enteroadstringens i antacidum
o wyjątkowym działaniu w zaburzeniach żołądka
i jelit, wymiotach, biegunkach letnich i t. p.

W sprzedaży: pudełka po 25 i 50 g
w oryginalnem opakowaniu „KALLE“.

BUTOLAN

środek przeciw owsikom (glistnicy robaczkowej)

nie posiada przykrego smaku
i nie wywiera żadnego ubocznego działania
na żołądek i jelita

BEZ ZASTRZEŻEŃ BUTOLAN MOŻE BYĆ
PODAWANY TAKŻE NIEMOWLĘTOM.

W sprzedaży: flakony po 20 tabletek à 0,5 g
w oryginalnem opakowaniu „BAYER“.

I.G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Oddział farmaceutyczny „*Bayer-Meister-Lucius*”

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską: Dom Agenturowy „**REMEDIA**”
wysyła literaturę i próby na żądanie
WWPP. Lekarzy bezpłatnie

WARSZAWSKI, FULDE i S-ka
Warszawa, Hipoteczna Nr. 5 Skrz. poczt. 748



POLECAMY

Polski Kalendarz Lekarski

NA ROK 1928

ROCZNIK TRZECI.

Znacznie rozszerzony i uzupełniony najnowszymi zdobyczami wiedzy, zawierający między innymi: Kalendarjum, dział **rozpoznawczo - leczniczy** z dokładnym uwzględnieniem **djagnostyki różniczkowej i symptomatologii**, alfabetyczny spis ważniejszych leków z dokładnym uwzględnieniem **produkcji rodzimej; synonimy środków leczniczych**; tabelę **najwyższych dawek** dla dorosłych i dla dzieci; aproksymatywną pojemność naczyń; **klimato- i balneoterapię**; tabelę porównawczą **zdrojowisk polskich i zagranicznych**; kąpiele lecznicze; kąpiele słoneczne; leczenie **światłem elektrycznym**; leczenie **lampą kwarcową**; leczenie **promieniami Roentgena**; leczenie **radem**; prof. Korczyńskiego: **Radioczyste wody lecznicze** i ich zastosowanie; **djatermię**; kosmetykę; **djetetykę**; tabelę zawartości węglowodanów; witaminy; ortopedję; **surowice** i **szczepionki**; **proteinoterapię**; Dra Baley: **Uwagi o gorączkowym leczeniu psychoz niekiłowego pochodzenia**; badania **laboratoryjne**; zatrucia; **najczęstsze zabiegi lekarskie**; okres wylegania i zaraźliwości chorób zakaźnych; oznaczenie okresu ciąży; ciężar i wzrost zdrowego dziecka; usuwanie plam z rąk i bielizny; **etjologję i profilakcję płonicy**; **sekcję sądowo-lekarską**; znamiona śmierci gwałtownej; ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej; **spis lekarzy** Izby warsz.-białostockiej; notatnik.

Cena kalendarza, formatu kieszonk. w płótno oprawnego, wynosi

6.80 zł. za pobraniem pocztowym 8 zł.

KSIĘGARNIA NOWOŚCI

LWÓW — KOPERNIKA 3.

Pozatem dostarczamy **czasopisma i dzieła fachowe** polskie i zagraniczne,—te ostatnie po cenach ściśle katalogowych, bez doliczenia kosztów przesyłki zagranicznej i na dogodnych warunkach.

Ze szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie
Lek. Nacz.: Doc. Dr. Wł. Szenajch

Szybkość występowania odczynów skórnych w płonicy i ich znaczenie prognostyczne w stosunku do powikłań

Podaję

J. Bogdanowicz i Wł. Szenajch

Odczyny skórne w płonicy: odczyn Dick'ów i paciorkowcowy — odczytywane są zwykle w 24 godziny po wykonaniu, przyczem ogólnie czas ten został uznany za wystarczający i miarodajny dla odczynu.

Spostrzeżenie jednak bliższe przebiegu obu odczynów od chwili ich wykonania po przez moment największego nasilenia aż do wygaśnięcia — wykazuje duże różnice w ich rozwoju. Co jednak ważniejsze — termin 24 godzin, niezawsze jest słuszny, odczyny bowiem nieraz giną wcześniej lub też przeciwnie, ulegają dopiero nasileniu po upływie doby. Dla wyjaśnienia tych stosunków, wykonaną została na oddziale płoniczym w szpitalu im. Karola i Marji serja badań u dzieci w ogólnej liczbie 60-ciu.

Wykonywane były jednocześnie oba odczyny (na przedramieniu, ramieniu, na plecach) 3-krotnie w ciągu tygodnia, za wyjątkiem pierwszych 5-ciu dni choroby, gdy robiono je codziennie.

Odczyny były badane przez lekarza i pielęgniarkę (stale tych samych) pierwotnie: po 2-ch godzinach od zastrzyknięcia (doskórnie 0,1 cm³ zarówno toksyny Dick'ów, jak i paciorkowcowej) po 6-ciu, po 20-u, po 24 i 48 godzinach; następnie, gdy się okazało, że odczyny oba po 2 godzinach stale są ujemne — tylko zaczynając od 6 godzin od zabiegu. Odczyny były badane przy świetle dziennem przyczem dla ich oznaczenia przyjęto tylko 3 znaki: (—) odczyn ujemny t. j. brak wszelkiego odczynu ze strony skóry; (±) słabo dodatni t. j. lekkie zaczerwienienie ewent. niewielki naciek nieprzekraczający 10 mm. średnicy i (+) odczyn dodatni — wyraźne zaczerwienienie, naciek, granica odczynu od 10 mm. średnicy. Toksyna Dicków i zawiesina paciorkowców hemolitycznych — płoniczych — zostały nam nadesłane łaskawie przez Państwowy Zakład Higieny. O ile zawiesina paciork-

kowcowa okazała się doskonała, o tyle toksyna była znacznie silniejsza od normalnie używanej, co wpłynęło zapewne na rezultaty badań. Toksyna była o tyle stężona, że u chorych płoniczych otrzymywaliśmy — wbrew regule — odczyn dodatnie aż do końca 6-go tygodnia. Dla porównania przytaczamy wyniki badań na odczyn Dick'ów u chorych płoniczych, wykonane w szpitalu im. Karola i Marji w latach 1925/26 i 1926/27.

Odsetek odczynów Dick'ów dodatnich u chorych płoniczych.

Tydzień choroby	Rok 1925/26	1926/27
I.	50%	62%
II.	40%	65%
III.	19%	73%
IV.	23%	74%
V.	18%	69%
VI.	11%	69%

Stężeniem też toksyny należy zapewne tłumaczyć, że odczyn Dick'ów miały przebieg jaskrawszy niż normalnie, co jednak nie mogło wpłynąć na ogólny cel badań — charakter i czas rozwojowy odczynu.

Ogółem odczynów Dick'ów wykonano 350; z tego odczynów wyraźnie dodatnich było 274.

Wśród tych odczynów — po 2-ch godzinach wszystkie były ujemne t. j. po pierwotnej reakcji urazowej po zastrzyknięciu (pęcherzyk, zaczerwienienie) skóra w miejscu zastrzyku pozostawała o normalnym zabarwieniu; po 6-ciu godzinach 60% odczynów było dodatnich; po 20 godzinach — 94%, przyczem te 6% ujemnych stanowiły odczyny uprzednio dodatnie; wreszcie po 24 godzinach — 84% — t. j. 16% uprzednio dodatnich przeszło w ujemne. Po 48 godzinach dodatnich pozostało tylko około 20%. Nie było przypadku nasilenia się po 24 godzinach pierwotnie ujemnego odczynu w dodatni.

W tym samym czasie z wykonanych 344 odczynów paciorkowcowych — było 200 dodatnich. I tutaj odczyn po 2 godzinach był stale ujemny, po 6-ciu godzinach również prawie stale ujemny (88%), poczem nasilał się zwolna i po 20 godzinach wynosił już 45% dodatnich — przyczem nie było wypadków wygasania już uprzednio dodatnich odczynów. Po 24 godzinach odczynów dodatnich było 90%, przyczem 10% z dodatnich uprzednio przeszło w ujemne a po 48 godzinach odczynów dodatnich było 92% przyczem wygasło jeszcze 4% uprzednio dodatnich, lecz z uprzednio ujemnych przeszło w dodatnie 6%. (dopiero po 24 godzinach).

O ile odczyn Dick'ów szybko ginął i nie pozostawiał śladów, odczyn paciorkowcowy utrzymywał się nieraz do tygodnia i dłużej, pozostawiając czasem wyraźne i długotrwałe zabarwienie. Oba odczyny wykazywały wyraźnie zależność od stanu skóry chorego. Przebieg był tym szybszy im skóra była lepiej ukrwiona, zwłaszcza szybko przebiegały odczyny u blondynów.

Z powyższego nasuwają się niektóre praktyczne wnioski:

1) Odczyn Dick'ów powinien być odczytywany nie po 24 godz. a po 20 godzinach od chwili zastrzyknięcia toksyny, w tym bowiem czasie daje on najwięcej odczynów dodatnich.

2) Odczyn paciorkowcowy powinien być odczytywany nie tylko po 24 godz. lecz i po 48-miu — w niektórych bowiem przypadkach wtedy dopiero odczyn staje się dodatni.

3) Wszelkie dotychczasowe badania, opierające się na odczytywaniu odczynu Dick'ów po 24 godzinach powinny być poddane rewizji, należy bowiem liczyć się z możliwością zaliczenia do ujemnych — przednio dodatnich odczynów (16⁰/0).

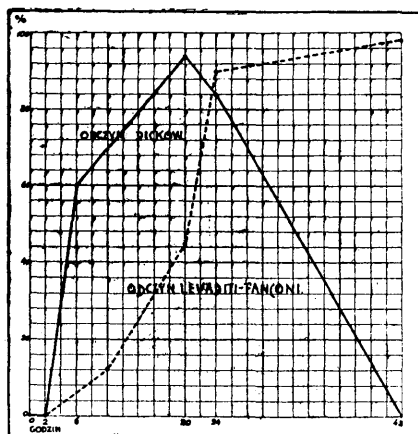
4) Do wykonywania odczynu Dick'ów należy stosować tylko dobrze wymiarczkowaną toksynę. Używanie toksyny zbyt słabej lub zbyt mocnej prowadzi do zupełnie błędnych rezultatów.

Badania dokonane w celu ustalenia prognostycznej wartości odczynów skórnych przy płonicy w stosunku do powikłań, prowadzone były w ciągu 2 lat (1925 — 27 rok) i objęły materiał dotyczący koło 250 chorych. Dla odczynu Dick'ów, nie dało się stwierdzić wyraźnej zależności między jego wynikiem a powikłaniami. Jedyną obserwacją pozytywną było stwierdzenie wpływu wyniszczenia chorego na odczyn Dick'ów, który u chorych takich zwykle bywał ujemny. Dotyczyło to zwłaszcza ciężkich postaci bakteryjnych płonicy.

Dużo ciekawszym okazał się materiał, dotyczący odczynu paciorkowcowego. Do obliczeń, z wykonanych 600 odczynów, wzięto 538. Resztę, jako wadliwie wykonane, odrzucono.

Tablica 1

ODSETEK DODATNIH ODCZYNOW
DICK'OW I PACIORKOWCOWEGO
W ZALEZNOŚCI OD LICZY GODZIN
KTÓRE UPRZEJDY OD CHWILI WYKONANIA ODCZYNU



Odczyn paciorkowcowy (podobnie, jak to już raz było stwierdzone) z każdym następnym tygodniem choroby dawał więcej odczynów dodatnich.

I tydzień	25%
II „	58%
III „	60%
IV „	81%
V, VI „	92%

Poniżej przytoczone tablice, obejmują cały materiał, dotyczący powikłań przy płonicy i ciekawszy z innych działów.

T a b l i c a 2

Przypadki bez powikłań a odczyn paciorkowcowy

Nr	I. N.	Lat	D Z I E Ń C H O R O B Y															
			3	4	5	7	10	12	14	17	19	21	24	26	28	31	33	35
1	T. dz.	5		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
2	P. chł.	4		-	+	+	+	+	+		+	+	+					
3	B. dz.	5			-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
4	Pt. chł. *)	3		-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+		
5	K. dz.	5	-		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
6	Z. dz.	4		+	+	+		+	+	+	+	+						
7	R. dz.	2		-	-	+	+	+	+		+	+	+	+				
8	W. chł. *)	8	-	-	-		-		-	+	+	+	+	+				
9	Tr. dz.	5		-		+	+		+	+		+	+	+				
10	T. dz.	6				-	+		+	+		+		+				
11	K. chł. *)	7	-		-				-	-	-	-	-					
12	L. chł. *)	5			-			-		-		-		-		-		

*) Przebieg we wszystkich tych przyp. bez powikłań mimo nieraz długo utrzymującego się ujemnego odczynu pac.

Tablica 3

Przypadki płonicy powikłane zapaleniem nerek a odcz. paciorkowc.

Nr.	I. N.	Lat	D Z I E Ń C H O R O B Y														
			3	4	5	7	10	12	14	17	19	21	24	26	28	31	33	35
13	Gr.	6			-	-	+	-N	+	.	-	+	+	+	-	+	
14	Gut.	6			-O	-	+	N	.	+	+	-	+	+	+	-	-
15	Tw.*	6	-	-	-	S	-	-	-N	+	+	+	-	-	+		
16	K.	5			-	-	.	-	+	N	.	+	+	+			
17	S.	7			-	-	.	.	.	N	.	+	.	.	.	+	
18	G.	12	(-)		-	.	.	.	N	.	.	+	.	+	+		
19	P.	3			-	.	-	N	+	+	.	.					
20	S.	6						+	.	N	.	+	+	+			

*) między 26 a 28 dn. choroby — objawy uremji, wyrównane w 30-ym dniu choroby.

Tablica 4

Zapalenie ucha środkowego a odczyn paciorkowcowy

Nr.	I. N.	Lat	N A Z W A C H O R O B Y														
			3	4	5	7	10	12	14	17	19	21	24	26	28	31	33	35
21	W.	3		-O	-	-	-	-									
22	G.	6		O	-	-	-		+								
23	Z.	6			O	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+		
24	J.	4	O		-	-	-	-									
25	W.	2		-O	-	-	-										
26	Ch.	2 1/2			-O	-	-	-	+	-	+	+	+	+			
27	R.	2										+	+	+	O	-	+
28	Z.	4		O	-	-	-	-									
29	R.	2 1/2			O	-	-	-									
30	L.	5			-	-	+	.	.	.	.	O	-			+	+
31	E. *)	4			-	-	-	-			+	+			O	-	O
32	W. *)	7						O	.	.	.	.	O	+	+		+

*) W obu przyp. doszło do operacji wyr. sutkowego poczem odczyn pac. zmienił się w dodatni.

T a b l i c a 5

Zapalenie gruczołów podszczękowych a odczyn paciorkowc.

Zł.	I. N.	Wiek	D Z I E Ń C H O R O B Y															
			3	4	5	7	10	12	14	17	19	21	24	26	28	31	33	35
33	Z	10					+	L	□	—								
34	KR.	2 ¹ / ₂											L	□	—			+
35	A.*)	2 ¹ / ₂																
36	W.**)	3.	L	□	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
37	R.	7	—	—	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
38	R.	3				—	—	+	+	+L	□	+	+	+	—	+		
39	L.**)	8			L	□	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40	TW.	6		—	—	—	—	—	—	—	—	+	+	—	—	—	+L	□
41	S.	8			—									+L	□	+	+	
42	SK.	2 ¹ / ₂				—	—	+	+	+L	□	—	—	—	—	—	—	+
43	Od.	7					+	—	—	—	—	L	□	—	+	+		
44	Pod.	10		—			+L	□	+	—	—	—	+	+	—	—	+	

*) Odczyn pac. w 6-ym tyg. ujemny i jednocześnie wystąpiło zapal. grucz. podszczękowych.

***) W obu przyp. doszło do zropienia gruczołów.

T a b l i c a 6

Choroba posurowicza a odczyn paciorkowcowy.

Zł.	I. N.	Wiek	D Z I E Ń C H O R O B Y															
			3	4	5	7	10	12	14	17	19	21	24	26	28	31	33	35
45	K.	7						S	□	+								
46	K.	5	+				S	□	+									
47	M B.	10		+					S	□	+	.	.	.	+	.	+	
48	S.	6		—	—	—	S	□	+	+	+	+	+					
49	G	2				+	+	+S	□	+	+	+	+					

W powyżej przytoczonych tablicach — kłama □ oznacza początek zaobserwowanego procesu chorobowego przy czym litera O oznacza początek zapalenia ucha środkowego (a raczej dzień wystąpienia wycieku), L — początek zapalenia gruczołów, N — zapal. nerek, S — choroby posurowiczej, Op — operację.

Z zestawień tych (nie obejmujących całego materiału) wynika jasno, że odczyn paciorkowcowy nie przebiega jednako-
kowo przy wszystkich powikłaniach, przyczem

1-o przechodzi prawie stale z dodatniego w ujemny w przebiegu zapalenia ucha środkowego (bez zajęcia wyrostka sutkowego), zapalenia gruczołów, ropniach po zastrzyku,

2-o nie zmienia się, t. j. pozostaje dodatnim w przebiegu zapalenia nerek i przy chorobie posurowiczej.

3-o Odchylenia od tej reguły: dają zapalenie nerek o typie bakteryjnym (herdnephritis), wtedy odczyn zmienia się w ujemny i zapalenie gruczołów o charakterze toksycznym — odczyn pozostaje dodatnim.

W ciężkich przypadkach bakteryjnej płonicy, a zwłaszcza śmiertelnych, odczyn cały czas pozostaje ujemny np.

W. 3 l. 20-go dnia choroby — mors, odczyn pac. w 3, 4, 5, 7, 10, 12, 19 dniu — ujemny.

K, 3½ lat. 23-go dnia chor. mors, odcz. pac. w 5, 10, 12-ym dniu ujemny.

J. 4 l., R. 2½ lat, T. 2 lata — zmarły 7-go dnia choroby. Odczyn paciorkowcowy w 4 i 5-ym dniu choroby — ujemny.

Odczyn paciorkowcowy nie przedstawia jednak wartości realnej, w przewidywaniu mogących nastąpić powikłań. Często bowiem mimo, że szybko przechodzi z ujemnego w dodatni, powikłania występują (np. 33, 37, 38, 42, 43 i inne przyp.), innym znów razem, długo pozostaje ujemnym, czasem nawet do końca choroby (np. Nr. 11, 12) a powikłań niema.

L'Hôpital des enfants „Charles - et - Marie“ Varsovie
Médecin Chef: Dr. Władysław Szenajch, Agrégé.

Etudes sur la scarlatine

par

J. Bogdanowicz et Wł. Szenajch

I. Evaluation des syndromes symptomatiques de la scarlatine en relation avec la sérothérapie spécifique.

Vu la diversité des symptômes apparaissant au cours de la fièvre scarlatine, la définition de la valeur thérapeutique du sérum appliqué exige une grande prudence et beaucoup de criticisme. Les auteurs ont discuté et démontré la signification pronostique des principaux syndromes symptomatiques qui doivent être tout particulièrement pris en considération lorsqu'on procède à l'évaluation du sérum. Cette mise au point a permis d'uniformiser non seulement l'examen des malades de la fièvre scarlatine, le degré de l'influence de la sérothérapie sur différents symptômes, mais a également rendu possible l'étude comparative des résultats obtenus par différents auteurs, dans diverses localités pendant de nombreuses épidémies.

Les auteurs ont étudié les syndromes suivants:

1. Age, constitution, vaccination préventive, prédisposition héréditaire de l'enfant. Caractère de l'épidémie.
2. Symptômes du début de la maladie et jour de l'application de la thérapie spécifique.
3. Température.
4. Système vasculaire et circulatoire.
5. Etat général et système nerveux.
6. Erythème.
7. Cavité bucco-laryngée.
8. Amygdales et ganglions cervicaux.
9. Oreilles.
10. Rate et foie.
11. Urine.
12. Sang.
13. Autres maladies infectieuses accompagnant éventuellement la fièvre scarlatine.

14. Affections de période secondaire de la fièvre scarlatine.

A la fin de leur travail les auteurs déterminent les différents types de la fièvre scarlatine, soit: a) toxique, b) bactérien et c) mixte toxico-bactérien. Ils établissent également la différenciation suivante en ce qui concerne l'intensité de la maladie: a) cas bénins, b) moyens, c) graves et d) très graves.

II. Valeur curative du sérum antiscarlatineux.

1. Dans le courant de l'épidémie 1925/26 et 1926/27 il y a eu 234 cas de fièvre scarlatine traités à l'Hôpital Charles Marie. Si nous en éliminons les cas qui ont été hospitalisés dans la deuxième semaine de la maladie ou plus tard, les cas à issue fatale au bout des premières 24 heures, ainsi que les cas compliqués de diphtérie dès les premiers jours, il nous reste 194 cas, dont 102 ont été traités par le sérum et 62 laissés comme contrôle.

2. Parmi les enfants (194 cas) traités aussi bien que non traités par le sérum, il y en avait:

13 de l'âge de 0 à 2 ans	soit	6 ⁰ / ₀
98 " " " 2 à 7 " "		51 ⁰ / ₀
83 " " " 7 à 14 " "		43 ⁰ / ₀

total 194 enfants

En ce qui concerne le type de la maladie:

type toxique	128	soit	66 ⁰ / ₀
type toxico-bact.	28		14 ⁰ / ₀
type bactérien	38		20 ⁰ / ₀

En ce qui concerne l'intensité de la maladie:

cas bénins	61	soit	32 ⁰ / ₀
cas moyens	84		43 ⁰ / ₀
cas graves et très graves	49		25 ⁰ / ₀

Le tableau ci-dessous nous montre les chiffres—en pourcentage—pour les cas traités ou non traités par le sérum:

	cas traités	cas non-traités
par âge des enfants		
0 à 2 ans	9 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀
2 à 7 ans	48 ⁰ / ₀	53 ⁰ / ₀
7 à 14 ans	43 ⁰ / ₀	42 ⁰ / ₀
par type de la maladie:		
type toxique	57 ⁰ / ₀	76 ⁰ / ₀
type toxico-bactérien	18 ⁰ / ₀	11 ⁰ / ₀
type bactérien	25 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀
par degré d'intensité:		
cas bénins	12 ⁰ / ₀	53 ⁰ / ₀
cas moyens	46 ⁰ / ₀	40 ⁰ / ₀
cas graves et très graves	42 ⁰ / ₀	7 ⁰ / ₀

Parmi ces 194 cas il y a eu 10 cas mortels dont
6 parmi les 102 cas traités par le sérum
4 parmi les 92 cas non traités par le sérum.

En résumant les données ci-dessus, nous pouvons juger que le caractère de l'épidémie n'était pas grave et que parmi les cas traités par le sérum, la plupart étaient des cas graves, du type bactérien ou mixte toxico-bactérien.

3. Dans les cas traités par le sérum on appliquait celui-ci d'abord en injection sous-cutanée et ensuite, exclusivement, par la voie intra-musculaire. On injectait en moyenne 50 à 60 ccm en une fois—rarement de plus grandes quantités en deux injections. La plus petite dose appliquée en une fois a été de 20ccm, la plus grande — 100 ccm. Répétée deux et trois fois, la plus haute dose (une fois) comportait 200 ccm. On a injecté en tout 5,5 litres de sérum, ce qui donne une moyenne de 54 ccm pour 1 cas traité.

4. Le sérum a été appliqué le plus tôt possible, donc immédiatement après l'admission du malade à l'hôpital.

Le sérum a été injecté le 1-er jour	dans 8 cas
le 2-me „	„ 26 „
le 3-me „	„ 28 „
le 4-me „ ou plus tard	„ 40 „

5. On a constaté des accidents sériques dans 39 cas, soit 38⁰/₀ et des abcès après les injections dans 4 cas.

6. On a constaté l'effet du sérum:

a) par l'amélioration de l'état général du malade (disparition de l'état comateux, désintoxication),

b) après 24 heures abaissement de la température (dans le courant des premières 4 heures élévation de la température suivie d'une baisse). La baisse de la température était d'autant plus apparente que le sérum avait été appliqué plus tôt et dans les cas non-septiques.

Le sérum a été appliqué	Baisse de la température de 2" ou à la normale	
	dans tous les cas	dans les cas toxiques
le 1-er jour de la maladie . . .	100 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀
le 2-me " " " " . . .	58 ⁰ / ₀	70 ⁰ / ₀
le 3-me " " " " . . .	46 ⁰ / ₀	68 ⁰ / ₀
le 4-me " ou plus tard . . .	37 ⁰ / ₀	8 ¹ / ₀
au total . .	50 ⁰ / ₀	76 ⁰ / ₀

Sur 58 cas toxiques dans deux cas seulement nous n'avons pas constaté d'abaissement de la température dans les 48 heures suivant l'injection. Parmi 18 cas toxico-bactériens nous n'avons constaté aucune influence du sérum sur la température dans 8 cas, tandis que nous n'avons observé

aucun abaissement de la température dans 23 cas sur 26 du type bactérien.

c) La diminution et l'amélioration du pouls apparaissait nettement dans les cas toxiques traités de bonne heure. Parmi les enfants de 4 à 7 ans au moment de l'injection du sérum le pouls comportait en moyenne 140 coups par minute. Après l'injection le pouls diminuait progressivement toutes les 4 heures et après 28 heures ne donnait plus que 100 coups par minute.

d) Disparition de l'érythème:

Sérum injecté	Érythème pâlit complètement le lendemain	Absence d'érythème	Érythème sans modification
1-er jour de la maladie	75 ^o / _o	—	25 ^o / _o
2-me „	65 ^o / _o	—	35 ^o / _o
3-me „	36 ^o / _o	—	64 ^o / _o
4-me „ ou plus tard	25 ^o / _o	15 ^o / _o	60 ^o / _o
au total	42 ^o / _o	6 ^o / _o	52 ^o / _o

e) Desquamation plus rare et moins abondante:

Parmi les 102 cas observés nous avons constaté chez 43 maladies (42^o/_o) une absence totale de desquamation ou une faible desquamation de courte durée.

f) Modification des éléments figurés du sang, en particulier diminution du nombre des leucocytes, augmentation du pourcentage de lymphocytes et diminution des neutrophiles, accompagnée d'une diminution simultanée des formes pathologiques.

7. Nous n'avons pas constaté d'effet de sérum sur les complications de la période primaire de la maladie (inflammation de l'oreille moyenne, inflammation des glandes lymphatiques, coryza purulent, angine, etc.).

Complications de la période primaire.

	Inflammation de l'oreille moyenne	Inflammation des ganglions	Affections cardiaques	Symptômes méningés
Cas traités p. sérum	17 ^o / _o	19 ^o / _o	3 ^o / _o	3 ^o / _o
„ non-traités „	11 ^o / _o	10 ^o / _o	1 ^o / _o	1 ^o / _o

8. Le sérum diminuait la fréquence de complications de la période secondaire, et leur acuité. Ceci se rapporte surtout aux affections presque toujours provoquées par les toxines scarlatineuses comme la néphrite, l'inflammation bénigne des articulations, les affections cardiaques et certaines inflammations de glandes lymphatiques. Le sérum n'exerçait par contre aucune influence sur les affections purulentes comme par ex. l'inflammation de l'oreille moyenne.

Au total parmi les malades traités par le sérum 75% des cas n'ont donné lieu à aucune complication de la période secondaire, tandis que parmi ceux non traités nous n'avons observé que 51% des cas sans complications.

Complications de la période secondaire:

	Inflamma- tion de l'oreille moyenne	Inflamma- tion des glandes lymphati- ques	Néphrites	Affec- tions car- diaques	Inflamma- tion des articula- tions
Cas traités p. sérum:					
Cas toxiques	—	7% ₀	7% ₀	—	2% ₀
„ toxico-bact. . . .	11% ₀	5% ₀	—	5% ₀	—
„ bactériens	21% ₀	8% ₀	24% ₀	4% ₀	4% ₀
au total	10% ₀	7% ₀	10% ₀	2% ₀	2% ₀
Cas non-traités p. sérum:					
Cas toxiques	—	21% ₀	17% ₀	1% ₀	3% ₀
„ toxico-bact. . . .	—	40% ₀	20% ₀	30% ₀	10% ₀
„ bactériens	25% ₀	58% ₀	25% ₀	9% ₀	9% ₀
au total	3% ₀	28% ₀	19% ₀	5% ₀	4% ₀

Vu le nombre insignifiant de cas mortels dans les deux groupes d'enfants, il nous est difficile de parler de l'influence du sérum sur l'issue de la maladie. Différent cas traités par le sérum se sont présentés au début comme tout à fait désespérés et ont donné lieu toutefois par la suite à une guérison complète.

Conclusions.

I. Il faut appliquer le sérum dans chaque cas de fièvre scarlatine (excepté ceux visiblement bénin) autant que possible dès le début de la maladie. Nous obtenons les meilleurs résultats après les injections effectuées dans le courant des trois premiers jours de la maladie. Le sérum produit actuellement par l'Institut d'Hygiène d'Etat doit être appliqué à raison d'au moins 50 ccm, plutôt en injections intra-mu-

sculaires que sous-cutanées et par voie intra-veineuse uniquement dans des cas très graves.

II. Nous observons l'effet curatif du sérum déjà après 24 heures. Si cet effet n'apparaît pas, il faut supposer que le sérum a été appliqué trop tard et il faut s'attendre à des symptômes bactériens (oreilles).

III. Le sérum présente une influence presque constante et marquée dans les cas toxiques qui forment à peu près les deux tiers de tous les cas de fièvre scarlatine.

IV. Dans les cas toxico-bactériens les symptômes toxiques ont disparu le plus souvent, tandis que les symptômes bactériens ont persisté.

V. Dans les cas bactériens le sérum n'a exercé aucune influence.

VI. Le sérum n'a pas prévenu les symptômes de la période secondaire de la fièvre scarlatine, mais a exercé une influence marquée sur leur fréquence. Ceci se rapporte surtout aux affections provoquées par les toxines scarlatineuses.

VII. Nous possédons actuellement dans le sérum anti-scarlatineux un facteur curatif puissant qui toutefois ne résout pas la question du traitement spécifique de la fièvre scarlatine, car il ne prévient pas et ne combat point les symptômes bactériens.

VIII. Le côté négatif du sérum actuel c'est la nécessité de l'appliquer à de fortes doses, ce qui provoque souvent les accidents sériques. Il faudrait donc arriver au plus vite à produire dans le pays un sérum antiscarlatineux concentré.

IX. Le sérum devrait être constamment contrôlé quant à sa force antitoxique et titre. En considérations des variations marquées que subit la toxicité des streptocoques scarlatineux, les chevaux devraient être immunisés par des streptocoques fraîchement isolés de cas de fièvre scarlatine et même si possible de cas provenant de l'épidémie en cours.

III. Réactions des Dick et Levaditi-Fanconi au cours de la scarlatine.

Les auteurs présentent les résultats de leurs observations des réactions des Dick et Levaditi-Fanconi effectuées à l'hôpital Charles-Marie, pendant l'épidémie de fièvre scarlatine au cours des années 1925-1926. Les réactions des Dick ont été appliquées chez 201 enfants malades (de l'âge de 0 à 14 ans) en tout 491 réactions.

**Résultats des réactions des Dick chez les enfants traités
ou non par le sérum antiscarlatineux:**

Pourcentage des réactions positives chez les malades		
traités par le sérum	semaine de la maladie	non-traités par le sérum
30 ⁰ / ₀	I	50 ⁰ / ₀
32 ⁰ / ₀	II	40 ⁰ / ₀
37 ⁰ / ₀	III	19 ⁰ / ₀
5 ⁰ / ₀	IV	23 ⁰ / ₀
10 ⁰ / ₀	V	18 ⁰ / ₀
55 ⁰ / ₀	VI	11 ⁰ / ₀

En même temps la fréquence des réactions positives Levaditi-Fanconi a été:

I	75 ⁰ / ₀
II	22 ⁰ / ₀
III	43 ⁰ / ₀
IV	9 ⁰ / ₀
V	3 ⁰ / ₀
VI	0 ⁰ / ₀

Les autres résultats sont indiqués dans le résumé ci-après.

Résumé.

1. La fréquence de l'apparition des réactions au cours de la fièvre scarlatine doit être calculée en relation du nombre de malades et non par rapport au nombre des réactions effectuées.

2. La réaction des Dick effectuée au cours de la première semaine est positive dans 50⁰/₀ des cas. Effectuée au cours de la sixième semaine de la maladie, elle ne l'est que dans 11⁰/₀ des cas.

3. La réaction des Dick n'est pas complètement atténuée chez les enfants traités préalablement par le sérum; elle a lieu également chez ces enfants quoique moires fréquemment que chez les enfants non traités par le sérum.

4. Nous observons une différence marquée dans l'apparition de la réaction des Dick effectuée au cours de la sixième semaine chez les enfants traités par le sérum: elle est positive dans 55⁰/₀ de ces cas, ce qui peut s'expliquer par l'absence d'immunité active de l'organisme, qui ne présentait plus d'immunité passive obtenue auparavant grâce à l'application du sérum.

5. La réaction des Dick a été positive dans deux cas de fièvre scarlatine répétée.

6. Dans 4 cas de fièvre scarlatine après une brûlure la réaction des Dick était constamment négative, même effec-

tuée dans les premiers jours de la maladie, tandis que la réaction streptococcique a été négative dans un des cas (enfant de 15 mois) et positive dans un autre.

7. L'apparition de l'érythème de la rougeole au cours de la fièvre scarlatine atténue la réaction des Dick.

8. Nous n'avons pu constater une plus grande fréquence de la réaction Dick—positive chez les malades atteints de diphtérie ou de tuberculose.

9. On a décrit 2 cas de fièvre scarlatine survenus chez des enfants présentant préalablement une réaction Dick—négative.

10. La réaction streptococcique chez les malades de la fièvre scarlatine au cours de la première semaine est positive dans 25% des cas seulement; elle l'est dans 100% des cas au cours de la dernière semaine.

11. La réaction streptococcique est moins fréquemment positive au cours de la troisième semaine qu'au cours de la seconde ou de la quatrième, cela à cause de l'apparition de la phase secondaire de la maladie.

12. En comparant les deux réactions: celle des Dick et la réaction streptococcique, nous constatons que cette dernière passe plus vite de négative en positive (25% de négatives au cours de la première semaine — 78% au cours de la deuxième) que la réaction des Dick ne change de positive en négative (50% de positives au cours de la première semaine et 40% au cours de la deuxième).

13. La réaction streptococcique chez les autres malades est généralement positive—à l'exception des complications purulentes telles que: plévríte pneumococcique ou streptococcique purulente, abcès à streptocoques etc.

14. La réaction streptococcique est également souvent négative chez les enfants jusqu'à l'âge de 2 ans et cela d'autant plus fréquemment que l'enfant est plus jeune.

15. Nous avons constaté une réaction streptococcique positive très marquée chez les enfants atteints de syphilis congénital et de chorea.

16. Dans des cas douteux de fièvre scarlatine, tant au début de la maladie que quand elle est terminée, il s'agit d'effectuer les deux réactions aux fins de diagnostic. L'exécution simultanée des deux donne alors une plus grande sûreté pour l'établissement du diagnostic que l'exécution d'une des deux seulement.

IV. Rapidité de l'apparition des réactions cutanées au cours de la scarlatine et leur valeur pronostique par rapport aux complications.

Les observations effectuées à l'hôpital Charles-Marie sur la rapidité de l'apparition des réactions des Dick et de Levaditi-Fanconi ont donné des résultats suivants:

1. Deux heures après l'injection les deux réactions restent négatives.

2. Après 6 heures parmi les réactions positives, la réaction des Dick le reste dans 60⁰/₀ des cas, tandis que celle de Levaditi-Fanconi ne l'est que dans 12⁰/₀ des cas.

3. Après 20 heures la réaction des Dick est positive dans 94⁰/₀ et la réaction de Levaditi-Fanconi—dans 45⁰/₀.

4. Après 24 heures la réaction des Dick est positive dans 84⁰/₀ et la réaction Levaditi-Fanconi dans 90⁰/₀.

5. Après 48 heures la réaction des Dick n'est positive que dans 20⁰/₀, tandis que celle de Levaditi-Fanconi l'est dans 92⁰/₀ des cas.

6. Avant 24 heures 16⁰/₀ des réactions Dick—positives deviennent négatives.

7. Les réactions Levaditi-Fanconi dans 6⁰/₀ des cas ne deviennent positives qu'après 48 heures.

8. Il faut déchiffrer le résultat de la réaction des Dick seulement après 20 heures après l'injection pour éviter des erreurs possibles, vu le fait qu'une certaine quantité (16⁰/₀) des réactions, positives après 6 ou 20 heures, disparaît ou devient négative avant 24 heures.

9. La réaction Levaditi-Fanconi apparaît plus tard—même dans le courant de 48 heures (6⁰/₀). Il s'agit donc de la déchiffrer à deux reprises: après 24 et 48 heures.

10. Pour effectuer la réaction des Dick il faut employer de la toxine rigoureusement titrée. En employant une fois une bonne toxine et une autre fois une toxine beaucoup plus forte, nous avons obtenu des différences notables, comme suit:

Pourcentage des réactions des Dick chez les malades de la fièvre scarlatine:

	Toxine normale	Toxine plus forte
1-ère semaine . . .	50 ⁰ / ₀	62 ⁰ / ₀
2-me „ . . .	40 ⁰ / ₀	65 ⁰ / ₀
3-me „ . . .	19 ⁰ / ₀	73 ⁰ / ₀
4-me „ . . .	23 ⁰ / ₀	74 ⁰ / ₀
5-me „ . . .	18 ⁰ / ₀	69 ⁰ / ₀
6-me „ . . .	11 ⁰ / ₀	69 ⁰ / ₀



Nous n'avons pas réussi à constater la dépendance entre la réaction des Dick et les complications survenant au cours de la fièvre scarlatine.

L'observation de la réaction streptococcique en relation avec les complications (540 cas) a démontré que la réaction change de positive en négative dans toutes les affaires purulentes (p. ex.: inflammations des ganglions, inflammations de l'oreille moyenne, abcès post-vaccinaux etc) et ne change pas dans des cas de néphrite non purulente et au cours d'accidents sériques. Dans quelques cas d'inflammation des ganglions (probablement d'un caractère toxique) la réaction streptococcique est restée positive.

La réaction streptococcique est restée négative tout le temps de la maladie dans des cas graves et surtout ceux à issue mortelle.

Les complications post-scarlatineuses apparaissant indépendamment de la rapidité avec laquelle la réaction streptococcique négative change en positive, il est difficile de lui attribuer une valeur pronostique.

Le cours que suit la réaction streptococcique pendant la fièvre scarlatine étant intéressant à tous les points de vue il serait désirable de continuer des études dans cette direction.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Archives de medecine des enfants

Kwiecień 1927 r.

podała Dr. Skwarczyńska

B a b o n n e i x. Kiła dziedziczna, a gruczoły dokrewne.

Gruczoły dokrewne w dziedzicznej kile są prawie zawsze zaatakowane. Można w nich znaleźć: 1) ogromne ilości krętków białych, 2) wybitne zmiany anatomo-patologiczne tak makroskopowe, jak i drobnowidowe (zwyrodnienia, nacieki naczyniowe i okołonaczyniowe, kilaki). W związku ze zmianami w gruczołach dokrewnych powstają różnorodne postaci dystrofii wieku dziecięcego. Dystrofje te mogą się wyrażać w zniekształceniach i potwornościach pochodzenia płodowego; mogą one być przyczyną zmian mózgowych, wywołujących drgawki, porażenia, zaburzenia psychiczne i ruchowe, idjotyzm, wreszcie zmiany w kościach czaszki (czoło olimpijskie, czaszka łódkowata, wieżowa, wielko- i małogłowie), w kościach nosa, w uzębieniu, na rogówce.

Autor odróżnia pozatem dystrofje, w których na pierwszy plan wysuwa się zespół objawów, zależny od zaburzeń w jednym gruczole np.: zespół tarczycowy, trzustkowy, nadnerczowy i dystrofje o charakterze ogólnym, jak: infantyizm, wrodzona słabość ogólna, karłowatość.

G e n e t. Ślepotą u dzieci bez zmian oftalmoskopowych.

Najczęstszą przyczyną ślepoty bez stwierdzenia zmian wziernikiem na dnie oka są uszkodzenia kory mózgowej lub mózgowej części dróg ocznych. Zmiany te powstają w przebiegu zapalenia mózgu lub opon mózgowych; u starszych dzieci często bywają one na tle naczyniowym. Spotykamy również ślepotę będącą w związku z wrodzonym niedorozwojem pewnych włókien i części mózgu, przyczem wykluczyć trzeba zapalenie mózgu i wszelkie zakażenia w pierwszych miesiącach życia. Przemijająca ślepotą może powstać po drgawkach w przebiegu ostrego zapalenia nerek; wreszcie istnieje ślepotą psychiczną, wrodzoną, wyrażającą się niemożnością czytania.

Valière odróżnia następujące przyczyny ślepoty: 1) zmiany naczyniowe wskutek urazów i spraw zakaźnych, 2) guzy, 3) zap. opon mózgowych, 4) ostre zap. mózgu, 5) zanik lub zwyrodnienie komórek i włókien pochodzenia wrodzonego lub rodzinnego.

Schreiber, Duhem, Copin-Lecocq. Promienie pozafokalne, a rozsiana gruźlica płuc.

U 3-letniej dziewczynki, zakażonej przez obcowanie z osobnikiem gruźliczym, rozwija się odoskrzelowe zap. płuc. Wysoka ciepłota, utrzymu-

jąca się przez 6 miesięcy, dodatni odczyn Pirquet'a i radiogram nie pozostawiają wątpliwości co do gruźliczego tła sprawy chorobowej.

Pozatem mamy niedokrwistość, wyniszczenie i biegunkę. Po zastosowaniu naświetlań ciepłota opada, biegunki ustępują, waga znacznie podnosi się, stan ogólny poprawia się.

Dr. Comby. Rumień nagminny.

Rumień nagminny czyli t.z.w. 5-ta choroba występuje epidemicznie. Etiologia jest nieznaną, okres wylegania trwa od 4 do 14 dni. Naogół choroba ta jest uważana za rzadką, być może, dlatego, że dużo przypadków nie jest obserwowanych przez lekarza. Łagodny bowiem przebieg i brak podniesienia ciepłoty są przyczyną, że chorzy rzadko udają się do lekarza. Gruźczoły nie są powiększone, brak wysypki na błonach śluzowych. Charakterystyczny jest wygląd wykwitów na skórze. Wykwity umiejscawiają się z początku na twarzy i stopniowo zajmują tułów i kończyny. Są to plamy czerwone, odosobnione, lub zlewające się, o brzegach nierównych i obwódce bardziej czerwonej, która pozostaje zabarwioną jeszcze wtedy, kiedy już blednie środek plamy. Można obserwować na skórze jednocześnie wykwity w różnych okresach ich rozwoju.

M a j

Debbas. Czerwonka pełzakowa i jej leczenie.

W 63 przypadkach czerwonki pełzakowej (amebowatej), obserwowanych przez autora w Egipcie, stwierdzono w wypróżnieniach obecność ameb i ich torbieli. Autor podkreśla dobre wyniki lecznicze, osiągnięte w tych razach przy stosowaniu novarsenobenzolu.

Debré, Petot. Przypadki dyzostozy czaszkowo-twarzowej w pewnej rodzinie.

W opisanej przez Crouzon'a dyzostozie czaszkowo-twarzowej występują charakterystyczne zniekształcenia w kościach czaszki i twarzy oraz zmiany chorobowe ze strony oczu: wytrzeszcz, zez i zaburzenia wzroku, mogące doprowadzić do zupełnej ślepoty. Zmiany w kościach są następujące: krótkogłowie, garb kostny, umiejscowiony na granicy kości czołowej i skroniowej, zniekształcenia kości nosa, zmniejszenie szczęki górnej i występująca wskutek tego wydatność dolnej. Cierpienie to jest wrodzone — wszyscy autorowie podkreślają rodzinne jego występowanie. Autor podaje opis 3 przypadków u 3 osób rodziny, w której ten zespół udało się stwierdzić u 11 osób w ciągu 3 pokoleń.

Comby. Przypadek dyzostozy czaszkowo-twarzowej nie dziedzicznej i nie rodzinnej.

Comby. Stożkogłowie z wywichnięciem prawego oka.

Dziecko z wrodzonym stożkogłowiem i symetrycznym wytrzeszczem nie widzi od urodzenia. W 5-tym roku życia, nagle wśród bardzo silnych bólów, prawa gałka oczna wystąpiła nazewnątrz oczodołu — nastąpiło zupełne jej wywichnięcie. Przyczyną tego, jak stwierdzono po enukleacji, był obszerny krwiak w oczodole, już i tak bardzo płytkim z powodu warunków budowy czaszki. Jestto niezmiernie rzadkie powikłanie stożkogłowia; podobnego przykładu autor nie znalazł w literaturze.

Dr. J. C. Stożkogłowie (czaszka wieżowa)

Stożkogłowie jest zniekształceniem wrodzonym, zwykle nie dziedzicznym, chociaż obserwowano już przypadki stożkogłowia w jednej rodzinie

Zniekształceniu temu często towarzyszą wrodzone zmiany na kończynach, zwłaszcza górnych (zrost palców). Nieprawidłowość budowy czaszki wyraża się głównie w wybitnym zwiększeniu wymiaru podłużnego; pozatem mamy tu: płaskie i obszerne oczodoły, spłaszczone czoło, słaby rozwój szczęki górnej, zatok klinowej i czołowej, podniebienie wąskie i głębokie, podstawę czaszki wąską. Dzieci oddychają ustami, wyraz twarzy jest charakterystyczny, trochę głupkawy, wytrzeszcz gałek mniej lub więcej wyraźny. W stożkoglówiu wrodzonym wszystkie szwy kości czaszki i twarzy są zarośnięte — odróżniamy pozatem stożkoglówie pozorne, w którym zniekształcenie ogranicza się tylko do wierzchołka czaszki, i stożkoglówie późne, w którym objawy zniekształceń występują w późniejszym dzieciństwie — przyczem bywa tu brak wrodzonych nieprawidłowości na kończynach.

Revue Française de Pédiatrie

Tom III, zes. 3—1927

p o d a ł Dr. Wiszniewski

P. Rohmer. Przyczynek do nauki o zaburzeniach pokarmowych u niemowląt.

Autor podaje następującą klasyfikację zaburzeń w odżywianiu:

- 1) Dystrophia — zaburzenie zależne od wadliwego odżywiania;
- 2) niestrawność przewlekła (dyspepsia chronica), która może być następstwem lub przyczyną poprzedniego zaburzenia;
- 3) niestrawność ostra zwykła (dyspepsia acuta), przebiegająca bez większego wpływu na stan ogólny dziecka;
- 4) niestrawność ostra ciężka (dyspepsia acuta), przebiegająca z dużymi zaburzeniami stanu ogólnego i wagi; jej najwyższy stopień cechuje się bledością, zwolnieniem tętna i subnormalną ciepłotą; stan ten autor nazywa „atrepsie aiguë“ i uważa go za odpowiadający w klasyfikacji Finkelsteina — „decompositio“ III stopnia.
- 5) Stany toksyczne.

W wyniku tych wszystkich zaburzeń mogą powstawać przewlekłe zaburzenia w odżywianiu, jak hypotrepsja i atrepsja.

P. Rohmer, P. Wilsdorf i P. Dreyfus, Znaczenie azotemji w zaburzeniach pokarmowych u niemowląt.

Autorzy określali mocznik w płynie mózgowo-rdzeniowym i stwierdzili zwiększenie jego miana tylko w zatruciu pokarmowym. Zwiększenie mocznika nie jest w związku ani z poszczególnymi objawami, ani z odwodnieniem.

P. Rohmer, P. Corcan i F. Klein, Znaczenie kliniczne kwasicy w zaburzeniach pokarmowych u niemowląt.

Autorzy określali pH metodą Michaelis'a i rezerwę alkaliczną metodą van Slyke. Stwierdzali kwasicę we wszystkich przypadkach zatrucia pokarmowego, szczegó nie zaś w przypadkach zatr. pokarmowego, dołączającego się do stanów wyniszczenia (atrepsie). Najwyższe liczby otrzymano w przypadkach, śmiertelnie zakończonych.

Bytek Lydja. Znaczenie stanu upośledzonego odżywiania w powstawaniu biegunek toksycznych.

Autorka stwierdza, że w klinice Marfan'a częstość biegunek toksycznych jest w dwójnasób wyższą, niż w zakładzie dla niemowląt w Boulogne-sur-Seine chociaż u Marfan'a odżywianie składa się wyłącznie z mleka skondensowanego, maślanki lub pokarmu naturalnego, czyli pokarmów nie ulegających w stopniu znacznym rozkładowi bakteryjnemu, który, według Marfan'a stanowi główny czynnik etiologiczny schorzenia. Dochodzi więc do wniosku, że częste występowanie biegunek toksycznych w klinice M. zależy od tego, iż materiał kliniczny stanowią tu przedewszystkiem niemowlęta z upośledzonym odżywianiem.

J. Meyer i Nicolle. Nieprawidłowości rozwojowe szczęki górnej i dolnej.

Szczegółowy opis zniekształceń w budowie i ustawieniu szczęk i zębów, powstałych w dzieciństwie i niezależnych od uszkodzeń urazowych.

H. Lautier, Ch. Oberling i P. Woringier. Przyczynek do nauki o przewlekłej trombopenji.

Bardzo szczegółowy opis przypadku choroby Werlhofa, poparty posiernym badaniem histologicznym szpiku kostnego, w którym stwierdzono duże zmiany w megakarjocytach, popierające teorię Franck'a o powstawaniu trombopenji.

L. Garot. Dalsze spostrzeżenia o pęcherzycy u niemowląt.

Zmiany w skórze, a także przebieg kliniczny zmuszają do wyodrębnienia pęcherzycy niemowląt z grupy liszajca (impetigo) mimo wspólnej prawdopodobnie etiologii. Opis trzech przypadków.

H. Lautier i P. Dreyfus. Przyczynek do leczenia swoistego płonicy.

Pięć przypadków płonicy leczonych surowicą. Zbyt mała liczba dla wyciągania poważnych wniosków o skuteczności leczenia swoistego.

Jahrbuch für Kinderheilkunde

Tom 114, zeszyt 3—4

Podał R. Barański

O. Heubner. Badania nad oxyurją.

Autor od 9 lat cierpi na owsik. Dotychczasowe zabiegi terapeutyczne były bezskuteczne. Trwały efekt leczniczy został osiągnięty jedynie po „vermedical'u“ (Alumen acet. - Bism. subjugolalic.), podawanym przez 30 dni z rzędu, w postaci czopków wieczorem przed snem, a nie zrana, jak radzi wynalazca wspomnianego środka. „Vermedical“, stosowany wg. przepisu wynalazcy, jak również „Oxylax“ D-ra Kocha, zastosowane przez autora początkowo, nie dały mu wyników trwałych.

K. Stolte. Sposób odżywiania niemowląt trudnych do odżywiania.

U dzieci, nie mających, z tej czy innej przyczyny, do swej dyspozycji pokarmu kobiecego i nieznoszących mleka krowiego, autor już od 5 mie-

siąca życia zaleca następującą djetę mieszaną: 2 X zupa z ryżu + każdorazowo 10 — 15 gr. siekanego mięsa albo przetartej cielęcej wątróbki lub grasicy i 2 X à 10 gr. kielbasy herbacianej + 20 — 30 sproszkowanego sucharka lub keksu. Te dwa ostatnie jedzenia stosowane są w postaci papki. Wrazie potrzeby można do nich dodawać tłuszczu czy to w postaci masła, czy też zasmażki i wapien. Zapotrzebowanie ustroju niemowlęcego na wodę powinno być pokryte w zupełności. Stolte stosował tego rodzaju djetę w 12 przypadkach z wynikami dobrymi. Przejście na wyżej wymienioną djetę nie przedstawiało większych trudności.

J. Duzár i W. Hensch: Tężyczka adrenalinaowa.

Jako materiał doświadczalny służyły dzieci w wieku od 12 do 14 lat. Dożylne wprowadzanie im jednego miligrama adrenaliny po 8—10 minutach poprzedniej hiperwentylacji powodowało szybkie wystąpienie jawnej tężyczki. Adrenalina, zastosowana dożylnie w 3 przypadkach tężyczki utajonej, wywoływała ujawnienie się cierpienia; zastosowana w tych przypadkach po poprzedniej krótkotrwałej hiperwentylacji powodowała niezwykle silne napady drgawek tonicznych. W powyższych doświadczeniach autorzy robili jednocześnie obserwacje nad zachowaniem się pod wpływem adrenaliny ciśnienia krwi, tętna i miana cukru we krwi i doszli do hipotezy, że w tężyczce adrenalinaowej nie tyle chodzi o drugą fazę działania adrenaliny, ile o jej wpływ na ośrodk, regulujące napięcie mięśni.

R. Adelheim. Przypadek wewnątrzmacicznego zakażenia się durem powrotnym.

R. von den Steinen. Krowianka ogólna po eczema vaccinatum.

Przypadek krowianki ogólnej po eczema vaccinatum u nieszczepionego dotąd 4½-letniego chłopca. Inokulacja jadu ospowego nastąpiła na skutek blizkiego obcowania z braciżkiem świeżo szczepionym. Przypadek zakończył się per mortem. Przyczynę generalizacji krowianki autor widzi w specjalnej wrażliwości rodzinnej na jad ospowy. (W tym samym czasie 8-miesięczna siostrzyczka obchodzącego tu nas chłopca zapadła również na krowiankę ogólną, lecz o przebiegu lekkim).

O. Göttche i M. Tolnai. O leczniczym działaniu pożywienia naświetlanego u dzieci krzywicznych.

Badania autorów potwierdziły, że dla wywarcia leczniczego działania na krzywicę wystarcza częstokroć naświetlanie i porcji pożywienia niemowlęcia. Najsilniej działa naświetlana cholesteryna. Naświetlana mąka, cukier Soxhleta oraz buraczany, przynajmniej w zwykłe używanych do mieszanek ilościach, okazały się w stosunku do krzywicy nieczynnymi. Jako sprawdziany w doświadczeniach były stosowane badania kliniczne i rentgenologiczne oraz miana fosforu nieorganicznego we krwi.

Ph. Zeitner: O ciężkiej epidemji kuru.

Ckres wylęgania dla kuru wynosi 19 dni. Największa zaraźliwość choroby przypada na okres wysypki. Kur może przebiegać w postaci ciężkiej choroby z dłuższą trwającą (8—12 dni) gorączką i ciężkim stanem ogólnym. Wysypka może być obfita, niekiedy zostawia po sobie brunatną pigmentację, utrzymującą się 3—4 tygodnie. Wraz z wysypką skórą autor często obserwował wyraźne zaczerwienienie śluzówek jamy ustnej, miękkiego podniebienia i tylnej ściany gardzieli, oraz uporczywe niezyty spojówek. Powyższe spostrzeżenia autor zrobił na podstawie 20 obserwowanych przez siebie przypadków.

H. Ziesch. Doświadczenia z mlekiem, zakwaszonym kwasem mlecznym wg. Schiff'a-Mosse'go.

Sposób przygotowania mieszanki: 500 gr. mleka odtłuszczonego miesza się z 500 gr. kleju mondaminowego 6¹/₀. Po zagotowaniu i ochłodzeniu dodawano do otrzymanej mieszanki 4 cm³ czystego kwasu mlecznego i przecedzano ją przez sito. Autor stosował mieszankę w 150 przypadkach ostrych i przewlekłych biegunek. Po krótkotrwałej głodówce autor podawał pro kilo 100 gr. wspomnianej mieszanki, stopniowo zwiększając ją aż do czasu, kiedy ilość pożywienia wynosiła 1/3 wagi dziecka. Węglowodany dodawano, poczynając od 2-go dnia. W przewlekłych biegunkach stosowano wspomnianą mieszankę wraz z pokarmem kobiecym. Wyniki były dobre. Dzieci jadły mieszankę chętnie. Stolce szybko się poprawiały. Czas stosowania wspomnianej mieszanki w lekkich biegunkach wynosił 2 — 14 dni, w ciężkich 15 — 25. Wniosek: omawiana mieszanka może być traktowana jako lecznicza. Zalety jej: łatwość i prostota przygotowania.

Tom 114, Zeszyt 5.

Pr. N. Krasnogorski. Ostatnie zdobycze w metodyce badania warunkowych odruchów u dzieci.

Prof. N. Krasnogorski. Wydzielanie się śliny u dzieci pod wpływem mechanicznych i chemicznych bodźców, działających w różnych częściach jamy ustnej.

Dla doświadczeń była użyta 10-letnia dziewczynka z przetoką prawej przyuszniczy. Autor badał wydzielanie się śliny z gruczołów przyusznicowych i podżuchwowych i otrzymał następujące wyniki. Między działalnością gruczołów a drażnieniem różnych części jamy ustnej istnieje ścisła zależność. Drażnienie tylnobocznej części języka najbardziej wpływa na wydzielanie śliny z przyuszniczy tej samej strony, drażnienie przednich części języka wywołuje wzmogoną sekrecję gruczołów podżuchwowych. W praktyce sprowadza się rzecz do tego, że ślina dopływa do tych miejsc jamy ustnej, które są drażnione. Gorzkie płyny, wlewane do jamy ustnej, wzmagają wydzielanie się śliny głównie z gruczołów przyusznicowych, słodkich — z podżuchwowych. Pod wpływem izotonicznych roztworów KB_2 i NaB_2 i CaCl_2 działają głównie gruczoły podżuchwowe. Przytem najsilniej działa jon K , najsłabiej Ca .

Prof. Ad. Czerny. W sprawie leczenia gruźlicy u dzieci.

Autor od 8 lat stosuje w gruźlicy dziecięcej surowicę Uhlenhutt'a, pochodzącą od wołów, uodparnianych osłabionymi prątkami Kocha. Przypadki, w których stosuje się wspomnianą surowicę, należą do najcięższych. Surowicę tę stosuje C. w dawkach à 0,5—1,0 przeważnie codziennie. Czerny ma wrażenie, że wyniki przy tego rodzaju terapii są lepsze, niż przy stosowaniu jakiegokolwiek innej metody.

H. Knauer. Badania nad zdolnością do życia przetaczanych krwinek czerwonych w przypadku żółtaczki hemolitycznej.

Po przetaczaniach krwi, dokonywanych 5-letniemu chłopcu, choremu na żółtaczkę hemolityczną, autor stwierdzał zmniejszanie się ilości czerwonych krwinek z przyżyciowo barwiącą się ziarnistością i zwiększanie się ich przeciętnej średnicy. To samo autor obserwował w 3 przypadkach ciężkiej anemii. Gdyby wpływ przetaczania krwi sprowadzał się tylko do drażnienia szpiku kostnego, jak twierdzą niektórzy autorzy, obydwa te zjawiska powinny zachowywać się wręcz odwrotnie.

Z. v. Bókay. Badania nad rozmieszczeniem alkalii w surowicy u niemowląt.

Autor określał zawarte w surowicy niemowląt alkalija (rezerwę alkaliczną i białkany sodu) i doszedł do następujących wniosków: u wcześniaków, w krzywicy, jak również i w tężyczce, kombinowanej z krzywicą, rezerwa alkaliczna jest obniżona. W tężyczce autor nie stwierdzał alkalozji. Przy napięciu CO₂ we krwi 60⁰/₁₀₀ alkalii przypada na rezerwę alkaliczną, 40⁰/₁₀₀ jest związane z białkiem. Przy napięciu CO₂ w powietrzu na rezerwę alkaliczną przypada 44⁰/₁₀₀, reszta zaś jest związana z białkiem.

E. Kowács. Badania nad mikroodczynem Meinicke'go.

Odczyn Meinicke'go jest swoisty dla kiły. Jest on czulszy i prostszy w wykonaniu, niż odczyn Wassermann'a. Za ujemną stronę odczynu Meinicke'go należy uważać trudność stopniowania otrzymywanych przy nim wyników.

M. Hara i R. Wakao. Izoaglutynacja we krwi u dzieci i w mleku kobiecym.

Tom 114, Zeszyt 6.

A. Heilmann-Trosien i H. Hirsch-Kauffmann. Cukrzyca dziecięca ze specjalnym uwzględnieniem jej leczenia.

Spostrzeżenia autorów są oparte na 22 obserwowanych przez nich przypadkach cukrzycy. (Praca nie nadaje się do krótkiego streszczenia).

E. Kramár. Badania nad patologją zatrucia u niemowląt. Zatrucie doświadczałne (pierwsze doniesienie).

Autorowi udało się za pomocą sztucznego stężonego odżywiania wywołać u młodych szczeniąt typowy obraz zatrucia Z objawów tego obrazu autor stwierdzał: spadek na wadze, senność, przechodzącą w krótkotrwałe pobudzenie, z następczą śpiączką, wymioty i biegunkę, leukocytozę, zespół objawów nerkowych — cukromocz, białkomocz i wałkomocz, hyperglikemję, zagęszczenie krwi, duży oddech, wybitne zmniejszenie rezerwy alkalicznej i zwiększenie się włóknika w osoczu krwi oraz wzmoczenie się napięcia układu współczulnego.

M. Brückner. Z kazuistyki niedokrwistości Biermer'a u dzieci.

Dwa przypadki tego cierpienia z zejściem śmiertelnym.

E. Hässler. Przyczynę do kliniki i leczenia eklampsji kokluszowej.

Autor obserwował wśród 67 chorych na koklusz niemowląt u 14 ciężkie uogólnione drgawki, wśród 53 małych dzieci — u 8. U 7 niemowląt i 1-go małego dziecka drgawki były pochodzenia tężyczkowego. Z 22 dzieci z drgawkami zmarło 11, z nich 10 miało zapalenie płuc. Z 11 wyleczonych było 5 niemowląt i 6 starszych dzieci. Leczenie kokluszki polegało na stosowaniu narkotyków (bromków, uretanu, chloralu, luminalu) oraz strontianu (strontium chloratum + mocznik) Dawki tego ostatniego u niemowląt 1/2 — 1 cm³, u starszych — do 3 cm³. Stosowano go domięśniowo w odstępach kilkudniowych. Dobre działanie strontianu zależy od zmniejszenia pobudliwości pni nerwowych tak czuciowych, jak i ruchowych, hamowania układu nerwu błędnego, pogłębiania działania bromu oraz dodatniego wpływu na czynność serca (podobnego do wpływu naparstnicy). H. z wyników jest zadowolony

i uważa, że preparaty strontium są godne polecenia w leczeniu krztuśca szczególnie ciężkiego. W przypadkach tężyzki stosowano równocześnie kurację przeciwtężyczkową.

Tom 115, zeszyt 1 — 2.

K. Stolte i H. Knauer. Przyczynek do kwestji obrzęków i nefrozy.

Autorzy zalecają w nefrozach zwykłą mieszaną djetę ze specjalnem uwzględnieniem mięsa. Mięso bowiem jest tym fizjologicznym środkiem, który, zwiększając ciśnienie krwi, równocześnie obniża białkomoc. Zwykła nefrytyczna djeta, jak również „dni cukrowe“ pogarszają nefrozę. Jako przykład służy 8 przytoczonych przypadków tego cierpienia. Nefroza, wg. S. i K., jest cierpieniem ogólnem, w którym zmiany nerkowe są tylko małą częścią zmian, wogóle zachodzących w ustroju, i mają przeważnie znaczenie drugorzędne. Do cech charakterystycznych tego cierpienia należy większą przepuszczalność naczyń włoskowatych i zmniejszenie ciśnienia onkotycznego koloidów krwi. W związku z tem woda i sole odpływają do tkanek, ciśnienie zaś krwi jest znacznie obniżone. Oligurja zależy nietylko od niemożności wydalania wody przez nerki, ile od niedostatecznego jej dopływu do nich. Wzmożenie ciśnienia krwi u nefrotyków zmniejsza białkomoc. Nefroza jako cierpienie ogólne jest do pewnego stopnia wyrazem właściwości konstytucyjnych danego ustroju i prawdopodobnie zależy od zmian w czynności gruczołów dokrewnych.

H. Opitz i K. Choremis. Badania nad przemianą urobilinową u dzieci, szczególnie po przetaczaniach krwi i w doświadczeniach na zwierzętach.

Wydzielanie urobiliny w kale i moczu jest w znacznym stopniu w razem rozpadu czerwonych krwinek. Dla określenia urobiliny korzystano z metody Opitz-Brehme'go. Stosunek urobiliny, wydzielanej w moczu i kale, wynosi $\frac{1}{30}$ — $\frac{1}{60}$, jak to wykazały badania, przeprowadzone na 8 dzieciach z normalnym obrazem krwi i zdrową wątrobą. Dodanie mięsa do diety mieszanej u 9-letniego dziecka wpłynęło na zwiększenie się zawartości urobiliny w kale, dodanie tłuszczu pozostało bez wpływu. Zawartość urobiliny w stolcach zmydlonych atroficznego dziecka okazała się b. niewielką. Z pośród sześciu przypadków niedokrwistości pochodzenia pokarmowego w 5-iu obserwowano wzmożone wydzielanie urobiliny (z tego w 4 przypadkach niedokrwistości od koziego mleka i w 1 przypadku niedokrwistości od mleka krowiego). Przy przetaczaniach krwi ilości wydzielanej urobiliny zachowują się równoległe do stopnia rozkładu wprowadzanych krwinek; szybkie znikanie czerwonych krwinek powoduje wzmożone wydzielanie urobiliny.

W podobnych badaniach na psach w niektórych przypadkach stwierdzono retencję urobiliny nawet przy zupełnie pewnym rozkładzie czerwonych krwinek oraz po podaniu rozczywnów hemoglobiny. W innych natomiast obserwowano zgodność w wydzieleniu urobiliny z zachowaniem się czerwonych krwinek. Anemizacja psa przez krwiopust miała jako skutek zmniejszone wydzielanie urobiliny. Wprowadzanie osocza tak u człowieka, jak i psa, może wzmacniać wydzielanie urobiliny (hemolizujący wpływ osocza). Po iniekcjach krwi lub osocza urobilina w moczu wzrasta nietylko absolutnie, ale i w stosunku do urobiliny w kale—przemawiałoby to za przejściowem uszkodzeniem czynności wątroby.

P. György i M. Jenke. Badania nad krzywicą doświadczalną. III.

Przy nabywaniu przez cholesterynę właściwości przeciwrzywicznych procesy utleniania nie odgrywają żadnej roli. Znikanie zaś tych właściwości w tranie, aktywowanej oliwie i cholesterynie, dzięki dłużej trwającemu naświetlaniu ich na powietrzu zależy całkowicie od procesów utleniania.

W. S. Wail. Metodyka i wartość kliniczna opadania krwinek.

Mikrometoda Pantschenkoff'a, którą autor dokładnie opisuje i z której korzysta w swoich badaniach, nie ustępuje makrometodzie Westergren'a. Wail badania swoje nad opadaniem krwinek przeprowadzał na 100 prawie chorych na różne cierpienia dzieciach. Wyniki, otrzymane przez niego, nie odbiegają od ogólnie znanych w tej dziedzinie faktów.

J. Paunz i E. Csoma. Badania nad czynnikami, wpływającymi na odczyn Dick'ów.

W badaniach swych autorzy wykazali zależność odczynów Dick'ów od ilości wprowadzonej toksyny. Stosując rozczyiny bardziej rozcieńczone i bardziej stężone od sztyndaryzowanych mogli stwierdzić, że w pierwszym przypadku liczba odczynów dodatnich zmniejszała się, w drugich zaś—zwiększała się. (Przy 9-krotnem stężeniu toksyny—o 23⁰/₀). Zmiana odczynu Dick'ów może zachodzić w jednym i w drugim kierunku—dodatniego w ujemny i ujemnego w dodatni. To ostatnie zjawisko autorzy notowali w 8 przypadkach na 221 badanych. Zmiana odczynu zależy bądź od nabycia odporności, bądź też od zmienionej wrażliwości skóry. Odczyn Dick'ów, badany u 48 noworodków, wypadł u wszystkich ujemnie, aczkolwiek u 4 matek odczyn ten był dodatni. Fakt ten, wg. autorów, wskazywałby na zależność odczynu od niezbadanego dotąd czynnika konstytucyjnego. Odczyn rzekomy jakoby częściej występuje u osobników z dodatnim odczynem Pirquet'a.

Wiadomości bieżące

W dn. 1-y m. marca r. b. rozpoczyna się w Warszawie III kurs uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą”. Kurs trwa 3 miesiące, jest zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy i obejmuje oprócz wykładów teoretycznych zajęcia praktyczne w klinikach i w poradniach przeciwgruźliczych. Wszelkich informacji udziela biuro związku przeciwgruźliczego — ul. Chocimska 24, Państwowa Szkoła Higieny.

Szczepienia przeciwgruźlicze metodą Calmette'a zapoczątkowane w 1926 r. przez Komitet szczepień Calmett'owskich prowadzone są stale przez Polski Związek Przeciwgruźliczy.

Do dnia 1.X.1927 zaszczepiono w Warszawie 128 noworodków, na prowincji 44. W Warszawie szczepienia przeprowadzane są głównie na oddziałach położniczych szpitala Ujazdowskiego, Kliniki U. W. oraz szpitala starozakonnego na Czystem.

Od kwietnia b. r. opiekę nad dziećmi zaszczepionymi oddano w ręce lekarza pedjatri, który kontroluje stan zdrowia dzieci zaszczepionych co kilka miesięcy. Osoby dorosłe chore na gruźlicę z otoczenia dzieci szczepionych badane są przez lekarzy w Poradniach przeciwgruźliczych.

Z dzieci zaszczepionych zbadano dotychczas około 30%, u żadnego z nich nie stwierdzono ujemnych skutków szczepienia; co się tyczy własności ochronnych, to zbyt mała liczba szczepionych nie pozwala narazie na wysunięcie wniosków. Stosunkowo mała ilość wykonanych szczepień wynika z trudności, na jakie napotyka stosowanie nowej metody zapobiegawczej, która nie zdobyła sobie jeszcze u nas dostatecznej popularności i zaufania,

Doroczne posiedzenie Rady Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

Dnia 27 września zebrał się w Paryżu komitet wykonawczy Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w następującym składzie: sir Robert Philip, prof. Archangelo Ilvento, M. Andvord, prof. Calmette, dr. Dewez, prof. Leon Bernard, dr. F. Humbert i M. A. Pallain. Nazajutrz Rada tego związku odbyła doroczne posiedzenie poświęcone sprawie organizacji VI-go międzynarodowego kongresu przeciwgruźliczego, który ma się odbyć w Rzymie 25, 26 i 27 września 1928 r. Na posiedzeniu tem byli obecni przedstawiciele 10 krajów: Austrii, Belgji, Francji, Monaco, Niemiec, Norwegji, Polski, Szwajcarii, Wielkiej Brytanji i Włoch. Na wstępie obrad zakomunikowano o przystąpieniu do Związku dwóch nowych krajów, Finlandji i Bułgarii, łącznie z którymi należy obecnie do Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego 37 państw; z tych 24 są reprezentowane przez instytucje społeczne, a 13 przez poszczególne rządy.

Polskę reprezentował prezes Polskiego Związku Przeciwgruźliczego dr. Czesław Wroczyński.

Z pośród tematów zgłoszonych przez różne kraje Rada wybrała trzy do opracowania na Międzynarodowy Kongres Przeciwgruźliczy w Rzymie, a mianowicie:

1. Temat biologiczny: Przesączalne postaci jadu gruźliczego ¹⁾.
(Elements filtrables du virus tuberculeux).
2. Temat kliniczny: Rozpoznawanie gruźlicy u dzieci.
(La diagnostic de la tuberculose infantile).
3. Temat społeczny: Akcja przeciwgruźlicza w okręgach wiejskich.
(Organisation de la prophylaxie antituberculeuse dans les districts ruraux).

Nadto są przewidziane dwa lub trzy referaty na tematy specjalne, a mianowicie: temat japoński: „Klasyfikacja gruźlicy płuc na podstawie obrazów rentgenowskich” („Classification de la tuberculose pulmonaire au moyen des rayons X”), temat włoski: „Przebieg gruźlicy a wydzieliny wewnętrzne” („Rapport entre les sekretions endocrines et l'evolution de la tuberculose”) oraz temat włoski: „Praca chorych na gruźlicę w zakładach przemysłowych” („Le travail des tuberculeux dans les industries”). Decyzja wyboru referentów ma zapasć na najbliższem posiedzeniu komitetu wykonawczego.

Następnie delegat włoski, prof. A. Ilvento, przedstawił projekty komitetu włoskiego, dotyczące organizacji Międzynarodowego Kongresu Przeciwgruźliczego w Rzymie. Projekty te przewidują zwiedzanie zakładów leczniczych i wycieczki uczestników Kongresu po całym półwyspie włoskim. Kongres wzbudził wielkie zainteresowanie, o czem m. in. świadczy fakt, że Kanada postanowiła wysłać 30 delegatów, którzy przedtem odbędą wycieczkę naukową po całej Europie.

Drugie posiedzenie Rady było poświęcone wysłuchaniu referatu dr. Dumarest'a, naczelnego lekarza sanatoriów w Hautville w departamencie Ain, o wynikach phreniectomii w leczeniu gruźlicy płuc i dyskusji nad tym referatem. Treść powyższego referatu będzie ogłoszona in-extenso w najbliższym numerze biuletynu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego.

Zarząd Polskiego Tow. Radjologicznego, Warszawa—Widok 23. nadesłał z prośbą o wydrukowanie odezwe następn:

W celu skuteczniejszej obrony interesów radjologów polskich oraz mając na względzie podniesienie poziomu radjologii lekarskiej w Polsce, upraszamy wszystkich Kolegów zajmujących się lub interesujących radjologią, a nie należących do Polskiego Towarzystwa Radjologicznego, o zapisanie się na jego członków.

¹⁾ Temat ten zgłoszony był między innymi krajami również i przez Polskę.

EMULSJĘ TRANOWĄ — GESSNER

z solami podfosforanu wapnia i sodu przy chorobach:
**zołżów, krzywicy, wycieńczeniu i niedokrwi-
stości u dzieci.**

SYROP. DROSERAE c. Natr. silicico — GESSNER

w chorobach:

koklusz i przy nieżycie dróg oddechowych.

POLECA:

LABORATORJUM CHEM.-FARMAC.

JAN GESSNER

Warszawa, Al. Jerozolimskie 11.

GABINET

Dr. HIERONIMA CZARKOWSKIEGO

(SIENNA 20. TEL. 170-76)

do leczenia lampą łukową, kwarcową, Sollux'em i diatermją skutecznie
naświetlania pojedyncze i zbiorowe pod osobistym kierunkiem lekarza
od 5 do 7 wieczorem i w godzinach umówionych.

Ceny naświetlań od 2 do 6 złotych.

Filja w Lecznicy (Nowy-Świat 57. Tel. 58-27) od 10 do 12 w południe
i od 4 do 5 po południu.

KAKAO OŚSIANE WEDLA

łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.
Zalecane dla dzieci i osób o słabem trawieniu

E. WEDEL,

WARSZAWA, ULICA SZPITALNA № 8.



TRICALCINE

ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

NAJRADYKALNIEJSZY
NAJBARDZIEJ RACJONALNY



REKALCYFIKACJA

(UWAPNIANIE)

NIE MOŻE BYĆ PEWNIJ

PRAKTYCZNIJ

OSIAGNIĘTA

JAK TYLKO PRZEZ

TRICALCINE

SOLE WAPNI PRZYSWAJALNE

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

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

PEDIATRJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO T-WA PEDIATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

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

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

Stali współpracownicy:

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

TOM VIII — ZESZYT 2
(marzec — kwiecień 1928)

WARSZAWA
NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU POMOCY DZIECIOM

1 9 2 8

„**NUTROMALT** stosujemy ciągle z doskonałym rezultatem u wszystkich niemowląt, które nie znoszą zwykłego cukru. Mieliśmy maleństwa, których jedyną domieszką do zwykłego odżywiania był

NUTROMALT.

Dzieci te dzisiaj rozwijają się świetnie”.

Żłobek dziecięcy G...

DR. A. WANDER S. A., Berne.

PRÓBK I LITERATURĘ WYDAJE BEZPŁATNIE

L. FAVRE, Warszawa, Rymarska 16

Gener. Przedst. na Polskę.

MOTOFANTIN — MOTOR

dawniej **INFANTIN**

Wyciąg słodowy do zupy Liebig'a

STOSUJE SIĘ U DZIECI Z UPOŚLEDZONEM ODŻYWIANIEM.

ZAKŁADY CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA

„MOTOR“

Sp. Akc.

Warszawa, ulica Marszałkowska Nr. 23.

PEDIJATRIA POLSKA

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

Prenumerata roczna z dwumiesięcznikiem uzupełniającym

OPIEKA NAD DZIECKIEM

wynosi z przesyłką pocztową zł. 20.

Prenumeratę przyjmuje Administracja Pedjatrji Polskiej

P. K. P. D. — Wydział Higjeniczno - Lekarski

WARSZAWA — JASNA 11.

KONTO w P. K. O. № 5882.

Redakcja: Warszawa, Mokotowska 39 — T. Kopec.

Autorzy artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

SPIS RZECZY:

	str.
Akademja ku uczczeniu pamięci Józefa Brudzińskiego	93
Iwaszkiewicz — Odczyn śród- skórny Mantoux w przebiegu gruźliczego zapalenia opon móz- gowych.	120
Strzelbicki — Tuła (Z.S.S.R.)— 86 przypadków rumienia guzowa- tego u dzieci	125
Mogilnicki — Przyczynek do semiotyki gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dzieci . . .	132
Z Pol. T-wa Pedjatrycznego — w Warszawie	136
oddział we Lwowie	155
Wiadomości bieżące	160

SOMMAIRE:

	P.
Conference en l'honneur de la X anniversaire de la mort du Rec- teur Joseph Brudziński	93
Iwaszkiewicz — La réaction Mantoux au cours de la ménin- gite tuberculeuse	120
Strzelbicki — 86 cas d'erythe- me nodeuse	125
Mogilnicki — Contribution à la semiothique da la méningite tu- berculeuse chez les enfants . .	132
Compte rendu de la Société pédia- trique polonaise à Varsovie . .	136
à Lwów	156
Chronique	160

MALTON

MAGISTRA KLAWE



CECHA

FABR

MALTON KLAWE

jest przetworem odżywczym, zawierającym Maltozę oraz Maltodekstrynę bez domieszki skrobi.

MALTON KLAWE

nadaje się jako dodatek do pożywienia dla dzieci, ozdrowieńców i starców.

MALTON KLAWE
MALTON KLAWE

reguluje trawienie, ulega szybkiemu wchłonięciu w przewodzie pokarmowym,

MALTON KLAWE
MALTON KLAWE

wzmacnia siły, powoduje przyrost wagi

Literatura oraz próby na żądanie

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO

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

AKADEMJA

KU UCZCZENIU PAMIĘCI

REKTORA JÓZEFA BRUDZIŃSKIEGO

W X ROCZNICĘ JEGO ŚMIERCI

W celu uczczenia pamięci zmarłego w d. 18 grudnia r. 1917 dra med. Józefa Brudzińskiego, pierwszego rektora odrodzonej Wszechnicy Warszawskiej i pierwszego lekarza naczelnego szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie, Polskie Towarzystwo Pedjatryczne wraz z Warszawskiem Kołem medyków zorganizowało akademię uroczystą w d. 11-ym grudnia 1927 r. Akademia odbyła się w auli Uniwersytetu Warszawskiego przy licznych udziale przedstawicieli naszych sfer naukowych, władz rządowych i muncypalnych, działaczy społecznych, świata lekarskiego i młodzieży akademickiej. Po zagajeniu uroczystości przez Sekretarza stałego Towarzystwa Pedjatrycznego, docenta dra med. Władysława Szenajcha, pierwszy zabrał głos prof. dr. med. Stanisław Ciechanowski, oddając hołd pamięci Zmarłego imieniem zebranych w tym dniu na Zjeździe dziekanów wydziału lekarskiego naszych uniwersytetów, poczem zaproszeni przez Towarzystwo prelegenci — w osobach: J. M. rektora ks. prof. dra Antoniego Szlagowskiego, dra med. Stanisława Łyskawińskiego, dra med. Tadeusza Mogilnickiego, prof. dra med. Mieczysława Michałowicza, dra med. Janą Pieniążka — w dwudziestominutowych przemówieniach scharakteryzowali pracę i zasługi J. Brudzińskiego na różnych polach Jego działalności. Zakończyło uroczystość przemówienie studenta med. Jana Rutkiewicza, który odtworzył nacechowany prawdziwą serdecznością stosunek rektora Brudzińskiego do młodzieży uniwersyteckiej oraz zapewnił, że studenci w swych wdzięcznych sercach przechowują dotąd i w przyszłości przechowywać będą trwałą pamięć o pierwszym rektorze, jako najlepszym przyjacielu młodzieży.

PRZEMOWIENIE
DOCENTA DRA WŁADYSŁAWA SZENAJCHA
Sekretarza Stałego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Mija dziesięć lat od śmierci Józefa Brudzińskiego. Przedwcześnie odleciał w zaświaty Orzeł pedjatrii polskiej. Śmiertelnie rażon został w chwili najwyższego lotu swego podniosłego życia.

Inni mówcy scharakteryzują pracę Brudzińskiego na różnych polach Jego działalności. Ja tylko powiem, że najistotniejszą cechą Jego życia była służba dobru społecznemu, służba Ojczyźnie.

„Chory byłeś na Ojczyznę“ powiedział nad Jego trumną jeden ze studentów. Dla Ojczyzny pracował, ją miał w sercu, jej służył nie ustami, lecz czynem, trudem całego swego życia. Brudziński mógł za Kasprowiczem powiedzieć:

„Rzadko na moich wargach —
Niech dziś to warga ma wyzna —
Jawi się krwią przepojony
Najdroższy wyraz: Ojczyzna”.
W mej pracy „bogatej czy biednej —
Przyzna mi ktoś, lub nie przyzna —
Żyje, tak rzadka na wargach,
Moja najdroższa Ojczyzna”.

W tym duchu, ogrzany ciepłem miłości, wsparty na opoce głębokiej wiedzy, „budował w dniach zamętu i zwątpienia; sercem gorącym obejmował Wczoraj, Dziś i Jutro Narodu“.

Na znak, że Polska potrafi zachować we wdzięcznej pamięci wiernych swych synów, zebraliśmy się dziś, aby w dziesiątą rocznicę śmierci Brudzińskiego obcować z Jego duchem, aby dać świadectwo prawdzie: non omnis mortuus est.

Przedewszystkiem więc powstańmy z miejsc, złożmy hołd Zmarłemu, w skupieniu i w milczeniu pochylmy głowy

przed Majestatem Śmierci, lecz jednocześnie w tym dniu uroczystym, poświęconym Jego świetlanej pamięci, złożmy wraz z Nim przyrzeczenie, wypowiedziane przez Niego publicznie w chwili, gdy na pamiątkę 125 rocznicy Konstytucji sadził — historyczny już dzisiaj — dąb:

„Przy Tobie, Ojczyzno, stoimy i stać będziemy, jak dąb, wichrom przeciwnym oporni, jak on — ziemi rodzimej blizcy”.

PRZEMÓWIENIE

J. M. REKTORA KS. PROF. DRA ANTONIEGO SZLAGOWSKIEGO

„Józef Brudziński, jako pierwszy rektor
w odrodzonym Uniwersytecie Warszawskim”

Dwa lata był rektorem Uniwersytetu Warszawskiego Józef Brudziński — a dwa te lata Jego rządów wycisnęły niezatarte znamię, zarówno na losach Uniwersytetu, jak i na życiu Brudzińskiego.

Na dziejach Uniwersytetu, bo dwa te lata były pierwszym dwuleciem jego istnienia. Było to budowanie go od podstaw, organizowanie wydziałów, zakładanie pracowni i seminarjów. Trzeba było zaprosić profesorów, a przybyłych ze stron różnych zapoznać ze sobą, zbliżyć, wytworzyć jeden senat, sprawnie działający, jedno ciało profesorskie, żyjące własnym życiem. Trzeba było młodzież, zebraną z różnych szkół średnich, tak prywatnych polskich, jak rządowych rosyjskich, zcalić w jeden organizm, dać mu duszę akademicką polską, zaszczerpić zwyczaje akademickie, tak różne od nastrojów szkoły średniej.

To wszystko na odrodzonym Uniwersytecie Warszawskim zdziałał rektor Brudziński i mocą swego charakteru, potęgą swego umysłu wycisnął na nim w ciągu dwulecia właściwe jemu odtań, charakterystyczne, niestarte znamię.

Dla Brudzińskiego zaś to pamiętne w życiu Jego dwulecie było rozkwitem Jego działalności, rozblaskiem Jego umysłu i woli, ono Mu dało pełnię działalności i umiłowania. Zdawało się, że przez życie całe szukał On pola dla siebie właściwego.

A na każdym polu, które zajmował, świadczył, że ono odpowiada Jego zdolnościom. We wczesnej młodości urzeczywistnił w sobie skończony typ polskiego studenta na uniwersytecie, potem, jako lekarz niepospolity, zorganizował szpital dziecięcy w Łodzi -- idzie na szersze pole i w Warszawie -- buduje szpital, pierwszy w kraju i za granicą szeroko słynący. Ale pole, które całkowicie odpowiadało porywom Jego umysłu

i serca, znalazł w Uniwersytecie, jako rektor, znalazł dopiero w ostatniemu dwuleciu swego życia.

Był On jednym z tych, którzy odważnie, bezwzględnie dążyć umięją ku celom, przez siebie wytkniętym, nie szczędzą trudów, nie oglądają się na sądy ludzkie.

Wszak odzywały się wtedy głosy, że nie należy nam brać uczelni z rąk zaborców. Ale Brudziński był innego zdania: Nie bierzemy nic od wrogów, wszystko tworzymy z tego, co nasze, otwieramy swój własny Uniwersytet, wchodzimy doń z duchem polskim, wnosimy wiedzę polską, język wykładowy polski, my — profesorowie polacy z naszą młodzieżą polską — zakładamy świątynię mądrości na chwałę Ojczyzny naszej.

I pod okiem wroga powstał Uniwersytet nawskroś narody bez przymieszki obcego. „Nie traćmy czasu” — wołał Brudziński — „Polsce potrzeba będzie ludzi, im prędzej damy jej ludzi do czynu, tem prędzej się ona umocni”. I Brudziński dał Polsce ludzi.

Jacy to ludzie? Patrzcie na ich pracę, wybić się już zdążyli w różnorodnych dziedzinach działalności społecznej, narodowej; duch Brudzińskiego w nich żyje. Jacy to ludzie? Świadczy tablica w auli uniwersyteckiej, tam złotemi zgłoskami wypisane imiona bohaterów studentów. To są orłęta Brudzińskiego, On je do lotu zaprawiał.

Pamiętam, kiedy pierwszy rektor otworzył wpisy studentów i zaczął przyjmować podania. Tego dnia odrodzony Uniwersytet Warszawski zaczął żyć, zaczął działać.

A rektorskie rozporządzenie głosiło: nie przyjmować rosyjskich podań, nie odpowiadać na rosyjskie pytania, nie wpuszczać osobników w czapkach byłego rosyjskiego uniwersytetu.

Godła, pozostałe po dawnym uniwersytecie, rektor sam odrywał własnoręcznie, gdyż służba z tem się ociągała z obawy przed możliwym powrotem najeźdźców. Ale Brudziński się nie lękał, Brudziński się nie wahał, wierzył niezłomnie w odrodzenie Polski, w jej rychłą niepodległość. I już wtedy wierzył, gdy jeden z zaborców zwycięskie po kraju rozpuszczał zagony, a drugi, choć pobity i wygnany, z za frontu groźne i mściwe wystawiał pazury.

Brudziński odrodzonemu Uniwersytetowi nadał znamię polskie, katolickie.

U ruin historycznych Kaplicy Opatrzności w Ogrodzie Botanicznym już pierwszego roku istnienia Uniwersytetu zaprowadził nabożeństwo 3 Maja wśród drzew i kwiatów. Wtedy na ruinach umieścił pamiątkową tablicę w setną dwudziestą piątą rocznicę Konstytucji, a na ich szczycie przywrócił krzyż żelazny, strącony przez wroga. Był to Trzeci Maja roku 1916 — dzień pamiętny w dziejach Warszawy i Wszechnicy.

Nieco później na ścianie gmachu uniwersyteckiego Brudziński odsłonił tablicę na cześć Kościuszki, który w owych murach uczył się, jako w szkole Rycerskiej.

Brudziński w obrębie Uniwersytetu czuł się niepodległym. Na bramie wchodowej zawiesił orła na znak, że tu młoda Polska sił do lotu nabiera. A gdy rektor, otoczony zastępem młodzieży, ze sztandarem dawnej polskiej Uczelni, przez się odnalezionym, kroczył przez ulice miasta w pochodzie uroczystym, zdawało się, że to hetman starodawny na czele wojsk narodowych.

Umiął podniecać zapał i zaufanie, z jakim młodzież przestępowała progi rodzimej Wszechnicy. Rektor nawiązał z nią stosunki bliskie, przyjacielskie. On ją ukochał sercem całym. Pamiętam, gdy razu jednego przechodził obok sali, gdzie młodzież swe obrady toczyła, wyrwał się Mu z głębi serca okrzyk: „orleńta moje, jakże ja wam zazdroszczę”...

I stawał się swej młodzieży przyjacielem wypróbowanym, starszym jej kolegą, który ją zaprawiał do życia akademickiego, wprowadzał zwyczaje akademickie, uczestniczył w jej zebraniach i wiecach, podał myśl utworzenia Bratniej Pomocy, przeprowadził wybory pierwszego zarządu, obmyślił barwy i kształt czapek dla bratniaków, rozbudził honor koleżeński, stworzył sąd koleżeński. Takim był ten rektor kolega.

Umiął On podsycać radość i życzliwość, z jaką stolica powitała polski u siebie Uniwersytet. Urządzał akademje i zapraszał szerokie koła społeczeństwa, w każdym obchodzie narodowym brał czynny udział, przy każdej sposobności głos zabierał, stawał się znanym w mieście, w kraju, stawał się niezastąpionym.

Jak pierwszym był rektorem Uniwersytetu, tak pierwszym był prezesem Rady Miejskiej w Warszawie.

Wdzięczny Uniwersytet jedną z sal wykładowych nazwał imieniem Brudzińskiego, albowiem był założycielem naszego Uniwersytetu i pozostał duchem naczelnym jego życia, przekazał mu swe idee, swe myśli, swe umiłowania.

Dwulecie Jego rządów rektorskich było uwieńczeniem całego Jego żywota, imię rektora tak zrosło się z Jego osobą, że w pamięci Warszawy pozostanie po wsze czasy, jako rektor, pierwszy rektor odrodzonego Uniwersytetu, rektor niezównany, wzór rektorów wszystkich!

PRZEMÓWIENIE
DRA MED. STANISŁAWA ŁYSKAWIŃSKIEGO
„Życiorys Józefa Brudzińskiego“

W przemówieniu Jego Magnificencji znalazła piękny wyraz rzeczowa ocena rektorskiej działalności s. p. d-ra med. Józefa Brudzińskiego. Działalność ta została przedstawiona w pełni niespożytych zasług, jakie miała dla ugruntowania podstaw dalszego pomyślnego rozwoju odrodzonej Wszechnicy w Warszawie, a jakie dały jej pełne prawo do utrwalenia imienia Brudzińskiego niezatarłymi zgłoskami w świeżo otwartej księdze dziejów tej uczelni.

Że ta działalność taką być mogła, że taką być musiała, było to nie tylko koniecznością, wynikającą z wrodzonych wyjątkowych zalet umysłu, serca i woli Brudzińskiego; było to również konsekwencją warunków i charakteru Jego pracy w okresie życia, który poprzedził objęcie przez Niego rektoratu w odrodzonym Uniwersytecie Warszawskim. Dały Mu bowiem one niejednokrotną możliwość wypróbowania i rozwinięcia w szczególności Jego organizatorskich i kierowniczych zdolności przy urządzaniu i prowadzeniu wspaniałych instytucji społeczno-lekarskich, a jednocześnie tworzenia w nich ognisk pracy naukowo-lekarskiej.

Zadaniem mego obecnego przemówienia, które mam zaszczyt wygłosić na zlecenie Zarządu Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, będzie właśnie scharakteryzowanie, jak kształtowały się życie i warunki pracy Brudzińskiego w okresie, poprzedzającym objęcie przezeń rektoratu.

Józef Brudziński urodził się w roku 1874 w Bolewie, ziemi płockiej; szkołę średnią ukończył w Warszawie (gimnazjum IV); nauki lekarskie pobierał początkowo w Dorpacie, później w Moskwie, gdzie też w r. 1897 uzyskał dyplom lekarski. Po powrocie do kraju pierwsze kroki na polu studiów klinicznych stawia na oddziale d-ra Wiktora Grosterna, a następnie w Krakowskiej Klinice Pedjatrycznej, pozostającej podówczas pod kierunkiem nestora pedjatrów polskich,

prof. Macieja Jakubowskiego. Stamtąd dla dalszego kształcenia się w chorobach dzieci udaje się zagranicę, gdzie pracuje kolejno w klinikach i laboratorjach: prof. Escherich'a w Graeu, prof. Grancher'a, Marfan'a i Hutinela w Paryżu, poatem zwiedza kliniki i szpitale dziecięce w Londynie oraz zapoznaje się z urządzeniami leczniczymi dla dzieci w wielu innych miastach zachodnio-europejskich, W roku 1900 powraca do Warszawy, gdzie przez 3 lata pracuje w Domu Wychowawczym im. Ks. Boduena przy Szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale kierownika tej instytucji, znanego pedjatri, d-ra med. Ludwika Andersa. W tym samym czasie bierze czynny udział w pracach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, w którym w roku 1902 obejmuje urząd sekretarza dorocznego; poatem jest gorliwym współpracownikiem redakcji „Gazety Lekarskiej“, którą zasila swemi artykułami oryginalnymi i sprawozdawczymi z prac oboch z dziedziny swej specjalności, wreszcie niezależnie od tych prac rozwija działalność popularyzatorską na temat ciekawych zagadnień z dziedziny zadań wychowania dzieci i młodości.

W roku 1903 Brudziński przyjmuje propozycję objęcia kierownictwa nowopowstającego w Łodzi, z fundacji znanej tamtejszej rodziny Herbstów i Geyerów, szpitala dziecięcego im. Anny Marji. W związku z tą decyzją powtórnie wyjeżdża zagranicę, tym razem dla pogłębienia znajomości nowoczesnego szpitalnictwa dziecięcego pod kątem widzenia przyszłej swej organizatorskiej i kierowniczej działalności. Zagranicą zwiedza liczne szpitale i kliniki dziecięce, w powrotnej drodze zatrzymuje się w Krakowie, gdzie w zakładzie prof. Browicza uzupełnia swą wiedzę w zakresie anatomji patologicznej.

Uzbrojony w ten sposób we wszelkie zdobycze współczesnej nauki lekarskiej w zastosowaniu do potrzeb pedjatrii, Brudziński powraca do Łodzi i obejmuje kierownictwo powierzonego Mu szpitala, który otwiera w drugiej połowie 1905 roku. Na tem stanowisku pozostaje lat pięć, doprowadzając przez ten czas świetnie przezeń zorganizowaną instytucję do pełnego rozkwitu jej działalności, przytem nietylko jako niezmiernie pożyteczną placówkę społeczno-humanitarną, lecz również jako ognisko poważnej pracy naukowo-lekarskiej, poczem w r. 1910 przenosi się na stały pobyt do Warszawy.

W Warszawie Brudziński zostaje niebawem powołany do zorganizowania nowego szpitala dziecięcego, tym razem powstającego z fundacji p. Zofji Szlenkierówny. Korzystając z doświadczenia, nabytego przy urządzaniu i prowadzeniu szpitala łódzkiego, Brudziński wspólnie z architektem — prof. Czesławem Domaniewskim — tworzy wspaniałą instytucję, uposażoną we wszelkie nowoczesne

zdobycze wiedzy szpitalnej, wobec tego nietylko nie ustępującą w niczem wzorom zagranicznym, ale nawet pod niektórymi względami — zdaniem znawców — znacznie je przewyższającą. Szpital, noszący nazwę im. Karola i Marji dla dzieci, zostaje otwarty w listopadzie r. 1913. Brudziński obejmuje w nim stanowisko lekarza naczelnego i z właściwym Mu zapalem przystępuje do pracy, biorąc za jej cel — postawienie instytucji na wyżynach, odpowiadających szczytnym Jego pojęciom o praktycznych i naukowych zadaniach wzorowego szpitala dziecięcego. W prowadzeniu obu szpitali (łódzkiego i warszawskiego) ujawnia On w całej pełni swój niezwykły talent organizatorski i administracyjny; jest wzorem nowoczesnego lekarza naczelnego, umiejącego zjednoczyć w swoich rękach całą władzę administracyjną szpitala, trzymającego rękę na pulsie wszystkich przejawów jego życia wewnętrznego i działalności nazewnątrz, interesującego się w równej mierze czynnościami wszystkich jego funkcjonariuszy, mającego dzięki temu możliwość osobistego cennego oddziaływania na przebieg i wydajność ich pracy dla dobra instytucji. Dobro zaś tych instytucji obejmuje w Jego pojęciu w pierwszym rzędzie dobro chorego dziecka w myśl zasady „salus aegroti suprema lex esto“, a następnie — dobro polskiej nauki pediatrycznej, do popierania i wzbogacania której w założeniu swem te instytucje są powołane. Do zrealizowania tych zadań służą Mu w szczególności następujące, świetnie przez Niego samego obmyślane i umiejętnie w praktyce zastosowane środki zasadnicze: doskonała organizacja pracy lekarskiej, właściwe skoordynowanie pracy odpowiednio dobranego i przygotowanego personelu pielęgniarskiego, bogaty zasób urządzeń technicznych, ułatwiających z jednej strony — racjonalne pielęgnowanie oraz leczenie chorego dziecka, z drugiej — prowadzenie pracy naukowej; uwieńczeniem zaś tych środków jest głębokie przejście się samego kierownika potrzebą ustawicznego dążenia do wprowadzania koniecznych ulepszeń w zakresie istniejących urządzeń i zarządzeń szpitalnych. Z tego ostatniego punktu widzenia zasługuje tu na uwagę szczególnie wysoka skala wymagań Brudzińskiego w stosunku do Samego Siebie, znacznie przewyższająca ich zakres w stosunku do Jego współpracowników; uzasadnieniem tego stanowiska względem siebie jest dla Niego obawa przed łatwym w tych warunkach zrutynizowaniem się, a w związku z niem osłabieniem czujności oraz inicjatywy w kierunku zadośćuczynienia wskazaniam wyżej wymienionej naczelnej dewizy.

Mimo tak wielkie zaabsorbowanie pracą, połączoną z organizowaniem i kierownictwem obu tych instytucji szpitalnych, a niezależnie od nich z organizowaniem, bądź projektowaniem innych szpitali dziecięcych, a mianowicie: z jednej strony — mającego dziś już poza sobą długi szereg lat pożytecznej dzia-

łałości szpitala z fundacji rodziny Vetterów w Lublinie, z drugiej — nie zrealizowanego do chwili obecnej szpitala dziecięcego w Radomiu z fundacji hr. Ożarówskiej, Brudziński znajduje czas na kliniczną pracę naukową, jest bowiem zdania, że nieunikniony obowiązek każdego lekarza, posiadającego warsztat szpitalny, stanowi naukowe opracowywanie materiału klinicznego. W tych warunkach ogłasza On osobiście ogółem 56 prac naukowych, poruszających — obok zasadniczych zagadnień z dziedziny szpitalnictwa dziecięcego — cały szereg tematów z kliniki chorób dziecięcych. Jednocześnie zachęca swych asystentów do naukowego traktowania i opracowywania spostrzeżeń klinicznych, odstępując im całkowicie swój własny materiał szpitalny, nie szczędząc im przytem swych cennych rad i wskazówek.

Niezależnie od powyższej działalności Brudziński oddaje się w tym samym czasie bardzo czynnej pracy w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim, w szczególności zaś w sekcji Pedjatrycznej tegoż Towarzystwa, w której w latach 1913 — 1914 piastuje godność jej vice-prezesa. Jednocześnie jest czynnym członkiem Warszawskiego Towarzystwa Naukowego, w którego zarządzie pozostaje do ostatniej chwili życia, wreszcie widzimy go w Komitecie, Zarządzającym „Kasą Pomocy im. dra Józefa Mianowskiego dla osób, pracujących na polu naukowym“.

Taką jest Jego działalność lekarska — naukowa i społeczna. Uwidocznia ona w pierwszym rzędzie niezwykle Jego myślny organizatorski i wybitne zdolności kierownicze.

Te właśnie zalety decydują przede wszystkim o powołaniu Brudzińskiego w r. 1915 do udziału w pracach nad organizowaniem wyższego szkolnictwa, a następnie o wyborze Jego w tymże roku na rektora wskrzeszonego Uniwersytetu Warszawskiego.

Wymienione zalety obok niespożytej energii, wyjątkowo twórczej inicjatywy, wreszcie rzadko spotykanej umiejętnej pracowitości są dalej powodem, że Brudzińskiego wkrótce potem spotykamy na różnych naczelnych stanowiskach społecznych, m. in. na bardzo odpowiedzialnem w ówczesnych warunkach stanowisku pierwszego prezesa Warsz. Rady Miejskiej, oraz że są Mu zaofiarowywane wysokie stanowiska oficjalne, m. i. stanowisko Ministra Oświecenia Publicznego i Wyznań Religijnych. Jeżeli Brudziński zajmuje niektóre z proponowanych Mu stanowisk, to skłania Go do tego głębokie własne poczucie potrzeby wypełnienia aktualnego obowiązku społecznego, wymagającego, według Niego, spieszego samodzielnego organizowania naszej własnej pracy twórczej — „tworzenia z tego, co jest nasze“. Skoro jednak praca na danem stanowisku pod Jego kierunkiem w sposób, odpowiedni dla dobra samej sprawy, zostaje zorganizowana, Brudziński

opuszcza je, marząc o tem, aby, zgodnie ze swem właściwym powołaniem do pracy twórczej naukowo-klinicznej w zakresie swojej specjalności, oddać się jej na terenie umiłowanego przezeń szpitala im. Karola i Marji, od którego z racji objęcia obowiązków rektorskich oderwał się na dłuższy okres czasu.

Jesienią r. 1917 miał właśnie — po zrzeczeniu się stanowiska rektora — powrócić na swe dawne stanowisko w wymienionym szpitalu; niestety, nie sądzone Mu to było: wyczerpany wyteżoną pracą ostatnich lat organizm odmówił wreszcie posłuszeństwa, i w dniu 18-ym grudnia r. 1917 Brudziński życie zakończył, odchodząc w pełni sił męskich, nie doczekawszy się lepszej przyszłości naszego narodu, na ołtarzu której całe pracowite swoje życie złożył w ofierze. Wobec tego można o Nim powiedzieć wraz z poetą, że odszedł, jak ci, którzy

„...dźwigali ciężkich krzyżów brzemię,
widzieli zdala obiecaną ziemię,
widzieli światło niebieskich promieni...
lecz sami nie wejdą do tych przestrzeni”...

W sprawiedliwej ocenie zasług Brudzińskiego społeczeństwo nasze dawało Mu dość wczesnie liczne dowody swego uznania. Tak więc na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1907 ma On powierzony referat główny w Sekcji Pedjatrycznej na temat: „Leczenie płonicy surowicą przeciwpłoniczą”, przez Komitet zaś Wystawy Przyrodniczo-Lekarskiej tego Zjazdu zostaje nagrodzony dyplomem uznania za kierownictwo szpitala Anny Marji; w roku 1909 na I Zjeździe internistów polskich w Krakowie ma zlecony jeden z głównych referatów na temat „Zapobiegania i leczenia gruźlicy u dzieci”, w tymże roku 1909 otrzymuje bez składania egzaminów stopień doktora medycyny w Uniwersytecie krakowskim. W roku 1910 zostaje mianowany kuratorem szpitala Anny Marji w Łodzi, a jedna z sal szpitalnych zostaje nazwana Jego imieniem. Już w okresie pełnienia obowiązków rektora zostaje zaszczycony tytułem członka honorowego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Dla utrwalenia pamięci Brudzińskiego w murach Warszawskiego Uniwersytetu Senat Uniwersytecki nadaje jednej z sal wykładowych nazwę „auli imienia J ó z e f a B r u d z i ń s k i e g o”, a portret Jego zawiesza w sali swoich posiedzeń.

Dla upamiętnienia Jego nazwiska wśród społeczeństwa Towarzystwo Opieki nad niemowlętami jedną z pośród swych stacji nazywa „Stacją im. dra B r u d z i ń s k i e g o”, a Komitet

budowy wspaniałego sanatorium dla dzieci żółzowatych w Busku z inicjatywy twórcy zakładu, dra med. Szymona Starkiewicza nadaje nowopowstającej instytucji nazwę „Kolonji leczniczej dziecięcej im. rektora Józefa Brudzińskiego“.

Dla dania „świadectwa wdzięcznych uczuć, uznania za usługi, stworzenia bodźców dla dawnych współpracowników, przekazania tradycji głębokiej myśli, wyężonej i obowiązkowej pracy dla ich następców” zostaje umieszczona w jednej z sal szpitala im. Karola i Marji dla dzieci tablica pamiątkowa z popiersiem Brudzińskiego, sama sala zostaje nazwana Jego imieniem, wreszcie w tymże szpitalu zostają ufundowane dwa łóżka Jego imienia, przeznaczone na bezpłatne leczenie dzieci biednych mieszkańców m. st. Warszawy.

Do powyższych dowodów uznania i pamięci dla zasług Brudzińskiego przybywa dokonane w dniu dzisiejszym z inicjatywy Koła byłych Wychowawców Wyższych Uczelni m. Moskwy poświęcenie kamienia pamiątkowego „ku uczczeniu pamięci rektora Brudzińskiego” w ogrodzie botanicznym w Warszawie.

PRZEMÓWIENIE

DRA MED. TADEUSZA MOGILNICKIEGO

Działalność Brudzińskiego w Łodzi

Niezmiernie smutną obchodzimy dzisiaj rocznicę. Zebrałiśmy się tutaj w auli Warszawskiej Wszechnicy, żeby uczcić pamięć wielkiego obywatela, znakomitego profesora i lekarza, jednego z najwybitniejszych pedjatrów współczesnych.

My wszyscy, którzy mieliśmy szczęście pracować razem z Brudzińskim, zdajemy sobie sprawę lepiej, niż ktokolwiek inny, jak wielką poniósł stratę kraj cały, nauka polska, a specjalnie umiłowana przez Niego pedjatrja i ten oto wskrzeszony Uniwersytet przez śmierć przedwcześnie zmarłego nieodżałowanego naszego nauczyciela.

Zostałem zaproszony przez Polskie Tow. Pedjatryczne, żeby omówić działalność Brudzińskiego na terenie Łodzi; za zaszczyt ten Zarządowi dziękuję.

Zanim przystąpię do właściwego tematu, chciałbym wykazać, jaki był stosunek Brudzińskiego, nie jako rektora, ale jako pełnego zapału młodego lekarza do ówczesnych studentów. Byliśmy wtedy w gorszych, niż obecni akademicy, warunkach. Rosyjski uniwersytet warszawski stał w początkach XX stulecia na bardzo niskim poziomie; profesorów polaków było zaledwie kilku, a prawie wszystkie katedry zajmowali rosjanie, naukowo naogół słabo bardzo przygotowani. Zdawaliśmy sobie z tego dokładnie sprawę. I dlatego też zdecydowaliśmy utworzyć polski tajny uniwersytet i uczyć się medycyny od wybitnych naszych lekarzy.

Koło nasze studenckie zwróciło się do szeregu ordynatorów szpitalnych z prośbą o wykładanie nam tego, czego nie mogliśmy się nauczyć w klinikach rządowych. Z akcją naszą musieliśmy się ukrywać, ponieważ inspekcja uniwersytecka śledziła bacznie, aby studenci-medycy nie uczęszczali do szpitali prywatnych.

Nauczycielami naszymi byli między innymi: Dunin, Neugebauer, Bychowski, Edward Zieliński, Brudziński i inni.

Brudziński wówczas pracował w „Domu wychowawczym imienia Boduena” i tam nam wykładał kilka razy na tydzień, zaznajamiając nas z chorobami dzieci, co było dla nas rzeczą bardzo ważną, ponieważ na uniwersytecie warszawskim nie było zupełnie katedry pedjatrii. Wykładał swój przedmiot z właściwym sobie zapałem, uczył badać, wskazywał na właściwości fizjologii i patologii wieku dziecięcego, omawiał z nami najważniejsze stany chorobowe u dzieci, na przykładach sekcyjnych wykazywał zmiany anatomo-patologiczne, uczył i uczył ciągle.

Pewnego dnia w 1903 roku zwrócił się drogi nasz profesor do kolegi Wacława Jasińskiego i do mnie z propozycją objęcia posad lekarzy miejscowych w nowym szpitalu dla dzieci w Łodzi, dokąd na lekarza naczelnego został Brudziński powołany. Propozycja ta zdecydowała o naszej specjalności, przyjęliśmy ją bez wahania.

W 1904 roku przeniósł się ś. p. Brudziński do Łodzi w celu osobistego dopilnowania ostatecznego wykończenia budującego się szpitala, a nie mogąc żyć bez pracy klinicznej, przyjmował chore dzieci w ambulatorjum Tow. Dobroczynności.

17 maja 1905 roku została oficjalnie otwarta przy szpitalu Anny Marji przychodnia, wzorowo, jak na owe czasy, urządzona, z sortownią chorych i oddzielnymi pokojami izolacyjnymi.

Brudziński zdecydował prowadzić przychodnię przez kilka miesięcy przed właściwym otwarciem szpitala w celu wytworzenia zaufania do lekarzy szpitalnych, przyzwyczajenia publiczności do zwracania się z chorobami dzieci do pedjatrów i przygotowania materiału dla przyszłych chorych szpitalnych. Przychodnię prowadził Brudziński z niezwykłym zapałem, poświęcając jej do 5–6 godzin dziennie. Zaczynaliśmy przyjmować o g. 8^{1/2} rano, a często przyjęcia przeciągały się do 3-ej i dłużej.

Przyjmowaliśmy chorych z chorobami wewnętrznymi do 60–70 dziennie, a łącznie ze specjalistami (choroby oczu, skóry, nosa i gardła i chirurgiczne) około 100 dzieci dziennie. Przez pięć pierwszych miesięcy zostało przez nas przyjętych 10830 dzieci (15917 porad)

Brudziński uczył swoich asystentów i personel pielęgniarski, pouczał matki, sam rozdawał drukowane przepisy higieniczne, i dzięki Jego niezmordowanej pracy rosło zaufanie do szpitala. Gdy więc 1 listopada 1905 roku został szpital otwarty, niedługo czekaliśmy na jego wypełnienie.

Szpital Anny Marji miał w chwili otwarcia 106 łóżek; był to jedyny szpital na ziemiach polskich nowoczesnie urządzony; trzeba go było tylko umiejętnie i wzorowo prowadzić. Z zadania tego znakomicie się wywiązał Brudziński.

Był on, jako lekarz naczelny, nieoceniony. Twórczy jego talent odczuwało się na każdym kroku. Zaznaczyć muszę, że zarówno personel lekarski, jak i pielęgniarski, był niewykwalifikowany, i że kierownik szpitala, mając z surowym materiałem do czynienia, musiał wszystkich uczyć nie tylko, jak badać i leczyć, ale nawet—jak obchodzić się należy z chorem dzieckiem.

Brudziński skupiał w swoim ręku całą władzę administracyjną szpitala, umiał być wszędzie, o wszystkim wiedzieć i wszystko widzieć. Jednocześnie opracowywał naukowo materiał szpitalny i zachęcał swoich asystentów do wyłożonej klinicznej i naukowej pracy. W ten sposób doprowadził do tego, że w krótkim czasie szpital Anny Marji stał na poziomie pierwszorzędných klinik uniwersyteckich. Dosyć przejrzeć znakomicie opracowane sprawozdania z działalności szpitala przez pierwsze lata jego istnienia, żeby się o tem przekonać.

W 1905 roku został Brudziński przyjęty w poczet członków Łódzkiego Tow. Lekarskiego, wygłaszając na zebraniu, które go miało balotować, świetny odczyt „O postępach szpitalnictwa dziecięcego“. Przez 5 lat, jako członek i przez rok jako sekretarz, przyjmuje żywy udział w pracach Tow., już to demonstrując chorych, już to wygłaszając cały szereg odczytów lub zabierając głos w dyskusji.

W tym samym roku zostaje członkiem komitetu redakcyjnego czasopisma lekarskiego, wychodzącego pod redakcją S. Sterlinga, a będącego organem towarzystw lekarskich prowincjonalnych. Pismo to zasiłał stale Brudziński zarówno własnymi pracami, jak i artykułami swoich asystentów.

Jedną z wielkich zasług Zmarłego było utworzenie pierwszej na ziemiach polskich sekcji pedjatrycznej przy Łódzkim Tow. Lekarskiem.

Dnia 24 października 1908 roku odbyło się w Szpitalu Anny Marji pierwsze posiedzenie nowoutworzonej sekcji w obecności zarządu Łódzkiego Tow. Lekarskiego i delegatów instytucji pedjatrycznych polskich. Brudziński, jako inicjator, w przemówieniu wstępem wyraził nadzieję, że powstanie tej sekcji pobudzi inne środowiska pedjatryczne do ściślejszego zgrupowania się, a w dalszem następstwie doprowadzi do zrzeszenia się wszystkich sekcji pedjatrycznych w jedno Tow. Pedjatryczne Polskie. Nie przewidział nasz wielki Zmarły, że myśl jego przyjmie realne kształty dopiero po latach dziesięciu już po Jego śmierci.

Na tem pierwszym posiedzeniu wygłosił odczyt „O celach i zadaniach współczesnej pedjatrii“.

Sekcję pedjatryczną prowadził Brudziński znakomicie, tworząc z niej placówkę poważną, która w znacznym stopniu przyczyniła się do rozwoju pedjatrii w Polsce. O wy-

dajności pracy sekcji niech zaświadczą dane następujące: przez czas od dnia 24 października 1908 roku do dnia 19 sierpnia 1910 roku (data wyjazdu Brudzińskiego z Łodzi) odbyto ogółem posiedzeń klinicznych i zwyczajnych 29. Kliniczne odbywały się w Szpitalu Anny Marji, zwyczajne w lokalu Tow. Lekarskiego. Na posiedzeniach tych wygłoszono 29 odczytów, z tych 6 wypowiedział sam Brudziński, pozostałe przeważnie jego asystenci. Pokazów chorych było 77. Przewodniczący dbał nie tylko o to, żeby odczyty były należycie opracowane, ale i o gruntowne przygotowywanie się do pokazów klinicznych i wysoki poziom dyskusji. Dla nas wszystkich młodych lekarzy posiedzenia te były prawdziwą krynicą wiedzy pediatrycznej.

Jednocześnie zainicjował Brudziński założenie pierwszego pisma polskiego pediatrycznego p. t. „Przegląd Pediatryczny”. Zaczęło ono wychodzić jako kwartalnik w 1908 roku, a dzięki udziałowi wszystkich wybitniejszych pediatrów trzech naszych zaborów, umiejętnemu dobieraniu tematów, dokładnym sprawozdaniom poglądowym, streszczeniom pism pediatrycznych z innych języków, zajęło odrazu poważne miejsce w piśmiennictwie lekarskim polskim.

Przyznać należy, że pismo to było bardzo poważnie zasilane przez lekarzy Szpitala Anny Marji.

W krótkim czasie Brudziński wyrobił sobie ogromną praktykę w Łodzi i okolicy i powszechne uznanie. Pomimo to znajduje czas na ogłaszanie szeregu prac naukowych, z których jedna z najważniejszych, oparta na dokładnem spostrzeganiu licznych przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych, była napisana w 1908 roku p. t.: „O tak zwanym odruchu drugostronnym”, a druga — jeszcze ważniejsza: „O objawie karkowym” w 1909.

Dzięki tym pracom imię Brudzińskiego zyskało ogromny rozgłos w całym świecie pediatrycznym, i obecnie niema specjalisty chorób dzieci, któremu byłoby obce imię Zmarłego, i któryby nie słyszał o objawach Brudzińskiego.

Brudziński przyjmował również żywy udział w życiu społecznym i umysłowym Łodzi, wszędzie, dzięki zaletom swego charakteru i umysłu, wysuwając się na pierwsze miejsce.

Brudziński przyczynił się bardzo do powstania i rozwoju pierwszej na ziemiach polskich Kropli mleka w Łodzi i poradni dla matek.

Dla twórczej i energicznej natury Brudzińskiego Łódź nie była dostatecznym terenem działalności. Szpital, który ukochał i w którego prowadzenie tyle swej niespożytej włożył energii, już mógł iść dalej siłą swego rozpędu, personel lekarski był już dostatecznie urobiony i przygotowany, a Brudziński wciąż musiał organizować i tworzyć.

FORTOSSAN

C I B A

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

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

PUDEŁKA ORYGINALNE Z MIARECZKĄ W FORMIE ŁYŻECZKI.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

P A B J A N I C E, wojew. Łódzkie.

Oddział Farmaceutyczny.

Mleko Białkowe
Plasmon
Casein-Calcium

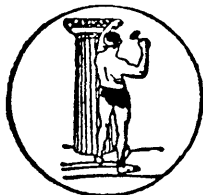
Preparaty Mieszane

Płatki owsiane
Sucharki odżywcze
Czekolada
Kakao
Cakes

Przy Chorobach dziecięcych

**OSZCZĘDNE
T A N I E**

Przyjęte do spisu
środków Kas Chorych



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

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

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

Fabryki Plasmon (Neubrandenburg)

Próbki i literaturę wysyła się bezpłatnie na żądanie

POLECAMY

Polski Kalendarz Lekarski

NA ROK 1928

ROCZNIK TRZECI.

Znacznie rozszerzony i uzupełniony najnowszymi zdobyczami wiedzy, zawierający między innymi: Kalendarjum, dział **rozpoznawczo - leczniczy** z dokładnem uwzględnieniem **djagnostyki różniczkowej i symptomatologii**, alfabetyczny spis ważniejszych leków z dokładnem uwzględnieniem **produkcji rodzimej**; **synonimy środków leczniczych**; tabelę **najwyższych dawek** dla dorosłych i dla dzieci; aproksymatyczną pojemność naczyń; **klimato- i balneoterapię**; tabelę porównawczą **zdrojowisk polskich i zagranicznych**; kąpiele lecznicze; kąpiele słoneczne; leczenie **światłem elektrycznem**; leczenie **lampą kwarcową**; leczenie **promieniami Roentgena**; leczenie **radem**; prof. Korczyńskiego: **Radioczynne wody lecznicze** i ich zastosowanie; **djatermię**; **kosmetykę**; **djetetykę**; tabelę zawartości węglowodanów; witaminy; **ortopedję**; **surowice i szczepionki**; **proteinoterapię**; Dra Baley: **Uwagi o gorączkowem leczeniu psychoz niekiłowego pochodzenia**; badania **laboratoryjne**; zatrucia; **najczęstsze zabiegi lekarskie**; okres wylęgania i zaraźliwości chorób zakaźnych; oznaczenie okresu ciąży; ciężar i wzrost zdrowego dziecka; usuwanie plam z rąk i bielizny; **etjologję i profilaksę płonicy**; **sekcję sądowo-lekarską**; znamiona śmierci gwałtownej; ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej; **spis lekarzy Izby warsz.-białostockiej**; **notatnik**.

Cena kalendarza, formatu kieszonk. w płótno oprawnego, wynosi

6.80 zł. za pobraniem pocztowem 8 zł.

KSIĘGARNIA NOWOŚCI

LWÓW — KOPERNIKA 3.

Pozatem dostarczamy **czasopisma i dzieła fachowe** polskie i zagraniczne,—te ostatnie po cenach ściśle katalogowych, bez doliczenia kosztów przesyłki zagranicznej i na dogodnych warunkach.

W 1910 roku przenosi się na stałe do Warszawy. żegnany z wielkim żalem przez tych, którzy go poznali i pokochali.

Po opuszczeniu przez Brudzińskiego Łodzi, Zarząd szpitala mianował go honorowym kuratorem, a salę główną oddziału wewnętrznego nazwał Jego imieniem.

Rozpatrując zasługi Brudzińskiego dla nauki polskiej i szpitalnictwa dziecięcego, można śmiało powiedzieć, że działalność na terenie Łodzi stanowi jedną z najpiękniejszych kart Jego bogatej biografji.

O Brudzińskim można się wyrazić, zmieniając nieco słowa Krasieńskiego:

„Wiecznotrwały ten na ziemi,
Kto swem życiem — życie plemi”.

PRZEMÓWIENIE

PROF. DRA MED. MIECZYŚLAWA MICHAŁOWICZA

Prace naukowe Brudzińskiego

Przypadło mi w udziale zaszczytne, ale trudne zadanie zobrazowania w ciągu kilkunastominutowego przemówienia naukowej działalności człowieka, który całe swe życie dojrzałego męża nauce poświęcił, zobrazowania przed audytorjum, które, pogrążone myślą i uczuciem w innych dziedzinach życia, z natury rzeczy nie może być przygotowane do zagłębiania się w dziedzinę, której Józef Brudziński swe najlepsze siły oddał.

Rozpoczne więc nie od suchego wyliczania prac Jego, lecz od tego uznania, na które temi pracami wśród swoich i obcych zasłużył.

W roku 1910 Warszawskie T-wo Naukowe wybiera Go w poczet swych członków, a następnie w poczet członków Zarządu, dając Mu tem wyraz swego uznania.

Ale nietylko na terenie stołecznym jednej dzielnicy oceniono Brudzińskiego; jeszcze wcześniej oceniono Go w dzielnicy, która uważana była za szczęśliwą kolebkę polskiej nauki porozbiorowej, bo aż dwiema Wszechnicami polskimi przez los obdarzona została.

W roku 1907 dziesiąty Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie zleca Mu referat główny w sekcji pediatrycznej p. t.: „Sprawa leczenia szkarlatyny surowicą przeciwpłoniczą“.

W roku 1909 pierwszy Zjazd Internistów Polskich w Krakowie powierza Brudzińskiemu jeden z referatów głównych p. t.: „O zapobieganiu i leczeniu gruźlicy u dzieci“.

Ale sława Brudzińskiego wybiega poza granice Kraju, bo oto drugi Zjazd Międzynarodowy Pediatryczny w r. 1915 w Brukseli z ramienia „Association internationale de la Pédiatrie“ powierza Mu referat główny na temat: „Prophylaxie des maladies contagieuses en particulier dans ses rapports avec la construction des hopitaux des enfants“.

Ale jeszcze wcześniej ujawniło się znaczenie Brudziń-

skiego na terenie międzynarodowym—bo oto na pierwszym Międzynarodowym Zjeździe Pedjatrów w Paryżu w r. 1912 poraz pierwszy, wbrew temu, co się stało dotychczas dzieło na zjazdach międzynarodowych, dzięki Jego żądaniu utworzono i urzędowo uznano oddzielną sekcję Polską.

Czemu zawdzięczał mąż ten tak wielkie uznanie? Jaki miał ciężar gatunkowy?

Na ten ciężar gatunkowy złożyło się pięćdziesiąt prac Jego i kilkadziesiąt prac Jego uczniów, pod Jego osobistym kierunkiem stworzonych.

Nie będę nużył Wysokiego Zebrania wyliczaniem suchych tytułów, podzielę je raczej na grupy, podając myśl przewodnią, która każdej z tych grup przyświecała.

1.

Do pierwszej grupy zaliczam te prace, w których Brudziński po raz pierwszy podaje w piśmiennictwie polskim stwierdzone przez innych autorów nowe objawy rozpoznawcze lub rzadsze postacie chorobowe i tym sposobem przyczynia się do wzbogacenia się rodzimego piśmiennictwa lekarskiego. Do tej grupy należą takie prace, jak:

- Objawy Smitha w rozpoznawaniu cierpień gruczołów oskrzelowych u dzieci.
- objawie trojaka w zapaleniu wysiękowym opłucnej u dzieci.
- objawie Grocco-Rauchfuss-Hamburgera w zapaleniu opłucnej u dzieci.
- wielolicznych kostniakach u dzieci.
- myxoedema, mongolismus i mikromelii u dzieci.
- zakażeniu mieszanem odrą i płonicą.
- I wiele — wiele innych.

2.

Drugą grupę stanowią prace nad jednym z zespołów chorobowych, które specjalnie umiłował Brudziński w swych studjach. Są to prace nad cierpieniami opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci, które doprowadziły Brudzińskiego do odkrycia nowych, bardzo ważnych i cennych objawów szczególnie pod względem rozpoznawczym tego cierpienia. Tak zwane objawy Brudzińskiego „signes de Brudziński“, „Brudzińskie Phenomen“ zdobyły sobie uznanie w nauce międzynarodowej. Poświęcona im została teza paryska Zajmova i angielskie prace Johna, Lovetta, Morsa i M. J. Loeba oraz włoskie Grecco i Jemma.

3.

Do trzeciej grupy należy zaliczyć prace, oparte na badaniach histologicznych i bakterjologicznych. Zwłaszcza wiele uwagi poświęcił Brudziński pracom „O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego u niemowląt“. Z tych czasów datuje się bardzo cenna i oryginalna myśl zwalczania szkodliwych drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym dziecka przez wprowadzanie do tegoż przewodu drobnoustrojów — antagonistów, nieszkodliwych dla dziecka, ale szkodliwych dla owych bakterij chorobotwórczych.

4.

Czwartą i ostatnią grupę stanowią prace, ukryte pod skromnym tytułem sprawozdań i opisów szpitali dziecięcych, do których stworzenia Brudziński się przyczyniał i w których pracował.

Skromne pozornie, zawierają najcenniejsze skarby, skarby myśli i serca. Człowiek nauki zetknął się tutaj z działaczem społecznym, miłującym gorąco dziecko.

Laik nie widzi czasem brylantu, znawca oceni go odrazu, oceni najsubtelniejsze sposoby techniczne, które brylantowi cudny połysk nadają.

Takim brylantem stawała się w rękach Brudzińskiego każda placówka pediatryczna, każdy szpital dziecięcy, nie tylko dzięki umiłowaniu, lecz dzięki głębokiej wiedzy, nie tylko dzięki głębokiej wiedzy, ale dzięki umiłowaniu serdecznemu.

Nie tylko swe prace osobiste pozostawił po sobie Brudziński — pozostało po Nim dzieło zbiorowe, szereg roczników pierwszego w Polsce pisma pediatrycznego.

Dla Was, młodzi Koledzy, to tylko pożółkłe karty, dla nas — to najlepsze porywy naszej młodości. Patrząc na nie, wywołują obrazy, jak w ciszy klasztornej powstawały pierwsze księgi, księgi, gdzie autor tworzył, przepisywacz zdobył pergamin kunsztem pisarskim, oprawiacz dobierał najpiękniejszej oprawy i klamer, by dzieło, w mozołe myśli stworzone, wspaniałą szatę przybrało. Szata prac naszych była skromna, ale, wierzcie mi, z nie mniejszym pietyzmem myśmy nad powstaniem tych żółkłych kart pod kierunkiem Brudzińskiego pracowali.

Ale po Brudzińskim pozostały nie tylko karty, Jego ręką i Jego współtowarzyszy pisane: po Brudzińskim pozostała legenda — legenda o zebraniach pierwszych polskich pediatrów. W szpitalu Anny Marji w Łodzi raz na miesiąc zbierała się brać pediatryczna Łodzi; raz na miesiąc z odległych zakątków Polski dążyli pedjatrzy na te miesięczne zebrania.

Późno w nocy w przedziale trzeciaka wracała mała garstka zapaleńców, Półmrok, lampka migocząca, wszystko to staje mi teraz w pamięci. Tak wyglądali miłośnicy pedjatrji polskiej w zaraniu jej powstania, jak jacyś pierwsi idealści, jacyś chrześcijanie za czasów rzymskich, powracający ze swych zebrań, Przewodnikiem tych pierwszych naukowców, tych pierwszych idealistów i pracowników na niwie pedjatrji polskiej był niezapomniany Józef Brudziński.

PRZEMÓWIENIE

DRA MED. JANA PIENIAŻKA

Józef Brudziński jako student

Minęło z górą lat 33 od chwili, gdy Brudziński wraz z innymi kolegami przeniósł się z Dorpatu do Moskwy na dalsze studia lekarskie. Odległe to czasy, a tyle przeżyć dzieli nas od nich, że wspomnienia niniejsze będą zaledwie słabem ich echem. Jednak skwapliwie podejmuję wielce zaszczytną propozycję Prezydium Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, aby odtworzyć przed czcigodnem zgromadzeniem jedną z kart pracowitego żywota ś. p. Józefa Brudzińskiego w Jego górnej, a chmurnej młodości. Już wtedy Brudziński wyrastał ponad miarę przeciętną w gromadzie studenckiej, dlatego też wiele szczegółów z tej doby zachowało się w pamięci kolegów. Utrwalenie tych szczegółów godne będzie trudu, gdyż w dużej mierze przyczyni się do wyświetlenia i zrozumienia tej niezwykle czynnej, a twórczej jednostki. Bowiem niezapreczenie duży jest wzajemny wpływ środowiska studenckiego, jego ideologii i wspólnie przeżytych wrażeń na urobienie psychiki, wytworzenie aspiracji i dążeń, które się ujawnią w późniejszej działalności. Z drugiej strony — uwydatnią i utrwala się cenne rysy ideału polskiego studenta, którego ś. p. Józef Brudziński był uosobieniem, a który oby najdłużej przyświecał gorąco umiłowanej przezeń młodzieży akademickiej. Niech więc słowa moje osiągną wszystkich, którzy na ławie szkolnej zbliżyli się z Brudzińskim i pobudzą ich do uzupełnienia poniższych moich wspomnień.

Aby tem żywiej wywołać postać naszego niezapomnianego Kolegi, wypadnie mi pokrótce naszkicować, jako tło, te środowiska, w których znalazł się On w poszukiwaniu odpowiedniejszych warunków pracy, niż te, które mógł mieć w kraju, a które jego wrażliwą naturę przepępniały głębokim żalem i buntem przeciw pogromicielom nauki ojczyznej.

Początkowo miał On nadzieję, że znajdzie takie warunki w Dorpacie, dokąd Go znęciły wszechświatowej sławy siły profesorskie. Był to już jednak zmierzch Dorpackiego uniwersy-

tetu. Wysiłki rusyfikatorów powoli, a systematycznie gasiły i to pierwszorzędne ognisko wiedzy i nauki. Młodzież, która tylko dla nauki tu przybyła, rozproszyła się po uniwersytetach rosyjskich. Kilku, a w ich liczbie ś. p. J ó z e f B r u d z i ń s k i, przeniosło się do Moskwy. W tym bowiem czasie uniwersytet moskiewski, a w szczególności wydział lekarski zdobył już przodujące stanowisko wśród wyższych uczelni rosyjskich zarówno pod względem doboru sił profesorskich, jak i zaopatrzenia w instytuty, a zwłaszcza kliniki lekarskie, przeważnie sumptem bogatego kupiectwa fundowane.

Los tak zrządził, że klinika pediatryczna zajmowała naczelne miejsce nie tylko przez swe urządzenia, ale i przez wysokie zalety umysłu swego kierownika, znanego profesora F i ł a t o w a, któremu godnie sekundował w serdecznym umiłowaniu i współczuciu dla chorych dzieci profesor K o r s a k o w, kierownik polikliniki dziecięcej. Podkreślam to, bo wydaje mi się, że ta okoliczność przeważała szalę przy wyborze specjalności przyszłego lekarza, tak wrażliwego na niedolę tych najbezsilniejszych istot ludzkich.

Trudno sobie wyobrazić większe przeciwieństwo warunków zewnętrznych życia studenckiego, jakie czekało naszych dorpactkich kolegów. Chociaż bowiem Dorpat gonił już resztkami dawnej swobody akademickiej, to jednak wszędzie znać było ściśle zespolenie małego, schludnego o zachodniej kulturze miasta z życiem akademickim, a w korporacjach szumiał jeszcze młody temperament. Całkiem inaczej przedstawiała się Moskwa, miasto o wybitnie wschodnim wyglądzie, rozległe i rozwlekłe, przytłaczające swym rozmiarem, w którym ludek studencki pomimo swej liczebności nikł zupełnie w zaułkach studenckiej dzielnicy. Moskwa była miastem wielkich kontrastów: z jednej strony — zastępy wybitnej inteligencji, może nawet przerafinowanej, a z drugiej — ciżba napół barbarzyńska. A na pogranicze rzucony ten świat studencki, żywo odczuwający brak równowagi społecznej i dlatego pełen buntu, coraz to żywo wybuchającego przeciw urządzeniom i ludziom, na straży tego porządku postawionym.

Oczywiście, te nastroje udzielały się też i polskiej młodzieży, zwłaszcza tej części, która z miast rosyjskich pochodziła; często byli to potomkowie dawnych powstańców, po całej Rosji rozrzuconych, jednak ławy gimnazjalne zbliżyły ich do kolegów rosjan, a względna swoboda narodowościowa nie wytworzyła w nich takiego poczucia odrębności narodowej, jaką odznaczała się młodzież polska z Kresów, a jeszcze wyraźniej z Kongresówki. W miarę postępów rusyfikacji i niszczenia uniwersytetu Warszawskiego i Dorpackiego szeregi tej młodzieży zwiększały się w Moskwie, a wraz z niemi wzrastała świadomość potrzeby organizacji. Zdawna też powstało w Moskwie Koło Polskie, jednoczące w sobie czyn-

niejsze i więcej uświadomione grupy polskiej młodzieży akademickiej. Z ogólną organizacją studencką łączyły Koło Polskie tylko stosunki reprezentacyjne, przylem Koło musiało toczyć ciągłe walki o uznanie swego odrębnego interesu narodowego, a ten nakazywał bliską łączność z Ojczyzną. Koło Polskie w czasach, o których tu mowa, t. j. w połowie ostatniego dziesięciolecia ubiegłego wieku, miało się stać według nowoprzyjętej ustawy szkołą, przygotowującą młodzież do pracy w kraju i walki czynnej o niepodległość Ojczyzny w zgodzie z hasłem, wypisanem na sztandarze świeżo wtedy zorganizowanej Polskiej Partii Socjalistycznej. Do tej pracy nawoływał gorąco Józef Piłsudski, a przestrzegał przed zbyt wydatnym udziałem w akcji politycznej studentów rosyjskich, przejawiającej się w częstych manifestacjach, które pociągały za sobą straty gorętszych i ofiarniejszych jednostek i przerezczały zastępy przyszłych dla Ojczyzny bojowników.

W związku z naczelną dewizą Koła był obowiązkowy udział jego członków w kółkach samokształcenia. Przytem nauki społeczne na pierwszym planie były postawione. Wtedy też pomoc materialna została wyłączona z zakresu działalności Koła i przeniesiona do świeżo powołanej do życia instytucji Bratniej pomocy, która objęła liczniejsze rzesze młodzieży polskiej, pozostawała jednak w ścisłym kontakcie z Kołem, a jej sprawy organizacyjne były omawiane na ogólnych zebraniach Koła.

Na jedno z takich zebrań przybyli po raz pierwszy nowi dorpaccy koledzy na jesieni 1894 roku. Na porządku dziennym była sprawa organizacji biura pośrednictwa pracy. Jeden z przybyłych kolegów zwrócił na siebie powszechną uwagę ujawnionym w dyskusji zapałem i zmysłem organizacyjnym. Był to wysoki, szczupły brunet o wyrazistych rysach, czarnych, głębokich, jakby w siebie wmyślonych oczach. Został on wybrany do komisji, mającej za zadanie opracowanie regulaminu i powołanie do życia nowej instytucji.

To był pierwszy występ wśród nas kolegi Józefa Brudzińskiego. Odtąd datuje się żywy Jego udział w życiu Koła Polskiego w Moskwie, którego zadania odpowiadały ideologii i aspiracjom młodego entuzjasty. Jeszcze bowiem w Dorpacie brał on czynny udział w kółkach samokształcenia, ulegając odczuwanej żywo przez młodzież ówczesną potrzebie rozszerzenia swego światopoglądu i pracy ideowej nad sobą. Jego nie zadowolniło zbyt jednostronne życie korporacyjne, i dlatego do korporacji w Dorpacie nie wstąpił, natomiast w Moskwie zapisuje się bez wahania do Koła Polskiego i z całym zapałem organizuje studia nad zagadnieniami społeczno-politycznymi, zaczęte przezeń jeszcze w Dorpacie. Tu mogliśmy podziwiać Jego cierpliwość i wytrwałość.

Kiedy wśród wspólnej lektury natrafiono na jakieś nowe pojęcia, czy mało zrozumiałe określenia, dopóty nie dawały Mu one spokoju, dopóty szperał, aż znalazł gdzieś wyjaśnienie, z którym się z nami dzielił. Wogóle każdą Jego pracę cechowała już wtedy sumiennosc i gruntownosc. Korzysta On też pracowicie z biblioteki kołowej, zwłaszcza z jej działu nielegalnego, który się mieścił w zakonspirowanym koszyku, a zawierał odpowiedni do badań Koła dobór książek, broszur i czasopism.

Aby nie tracić czasu, odmawiał ś. p. Kolega Józef przyjęcia jakichkolwiek stałych godności reprezentacyjnych, niejednokrotnie Mu ofiarowywanych w Kole.

A jednak wpływ Jego na organizację był bardzo wybitny. Pomagała Mu w tem Jego wysoka inteligencja i umysł wrażliwy, który odgadywał z łatwością nastroje i intencje środowiska, umiał im nadać pożądany kierunek i wyraz; Brudziński przejawiał inicjatywę w wielu wystąpieniach Koła, redagował adresy w pięknej i gorącej formie do mężów, Ojczyźnie zasłużonych; słowem, był dobrem natchnieniem Organizacji i godnie ją też reprezentował na I zjeździe delegatów kół młodzieży polskiej, studjującej na uniwersytetach rosyjskich.

Jak wielkim był wpływ Brudzińskiego, niech świadczy ta okoliczność, że, gdy po skończeniu wydziału lekarskiego opuścił już Moskwę, Koło Polskie w uznaniu Jego zasług dla organizacji zaszczyliło go tytułem członka honorowego, co w okresie, jaki obejmuje pamięć moja, było jedynym wydarzeniem, a nabiera tem większego znaczenia, gdy się zważy, że większość kołowiczów stanowiła młodzież kresowa, zamknięta w sobie i nie skora do łatwych uniesień. Kolega Brudziński jednak zjednał sobie głęboką sympatję i uznanie, czego echem jest poświęcony dziś w Ogrodzie Botanicznym kamień pamiątkowy, a którego genezy w tem właśnie uczuciu szukać należy.

W rzeczy samej na tę nie zepsutą młodzież, na te pierwotne natury silny wpływ wywierała Jego czysta, uduchowiona postać, Jego silna wola i moc charakteru, która mu pozwoliła odpierać pokusy młodej burzliwej krwi i zwalczać lekkomyślne podszepty kolegów. Brudziński nie miał zgoła żadnych złych nałogów, czy też umiał je opanować, a może przeważał nad niemi jeden wielki nałóg — nałóg pracy, od której nie były w stanie odwieść go żadne pokusy studenckiego życia.

Brudziński nie był jednostronnym, bowiem prócz nauki ineteresowała go literatura i sztuka, lubił teatr, muzykę. Brał też chętny udział w życiu towarzyskiem zarówno w Dorpacie, jak i później w Moskwie. A był wszędzie mile widziany i pożądany, bo wnosił do zebrań towarzyskich ożywienie

i niezwykle czar swego humoru i subtelnego dowcipu, a bawić się umiał całą duszą. Gdy jednak wybiła odpowiednia godzina, opuszczał najweselsze zebranie i wracał do domu, aby nie zasnąć i znaleźć się nazajutrz na pierwszych wykładach, czy zajęciach praktycznych. A często już od godziny 6-ej rano zasiadał nad książką, dlatego też zwykle kładł się spać wcześniej.

W stosunkach z kolegami cechowała Brudzińskiego wielka życzliwość, sam, nieugięty dla siebie, był wyrozumiałym dla innych i bez mentorskiej powagi umiał wniknąć w duszę kolegi i obronić go przed bezwzględny sędem opinii koleżeńskiej, czem nieraz błędzącego na właściwą drogę skierował. Wogóle w stosunkach z otoczeniem przejawiała się wysoka i subtelna kultura Jego postępowania. Tylko w dyskusji polemicznej bywał czasem zawzięty i nie oszczędzał swego przeciwnika.

Jednego postulatu wytrwale bronił, aby młodzież polska nie angażowała się w rozruchach studenckich. I gdy wybuchły jedyne w czasie pobytu Brudzińskiego w Moskwie manifestacje studenckie z powodu katastrofy na Polu Chodyńskim, która koronację Mikołaja II tak krwawo zabarwiła, cały uniwersytet zawarzał protestem, który liczne rzesze do Butyrek zaprowadził, a wśród nich i sporo Polaków, Brudziński oparł się temu zamętowi pojęć, jaki w Kole wtedy powstał, i w manifestacji czynnego udziału nie przyjął.

W stosunku do Rosjan zawsze zaznaczał konieczność propagandy niepodległości Polski wśród kół młodzieży. W tym celu zorganizował on planową akcję propagandową. Wybrał przytem drogę, na owe czasy niebezpieczną wobec licznych szpiegów i prowokatorów, którzy się na zebrania studenckie wciskali. Aby łatwiej do przekonania trafić, dobrane były najwięcej dla młodzieży rosyjskie zrozumiałe argumenty. Mianowicie, zostały przetłumaczone na język rosyjski artykuły Bebla, Engelsa i Marksa, które uzasadniały konieczność niepodległej Polski interesem klasy robotniczej. Komisja z ochotników, w której Brudziński najczynniejszy brał udział, odwiedzała zebrania rosyjskich kół terytorjalnych, t. zw. „ziemlaczestw“, i po odczytaniu tych referatów, starała się rozstrzygać wątpliwości i odpowiadać na zadawane w dyskusji pytania. Brudziński rozwijał przytem taką moc przekonywania i taką siłę swej wrodzonej wymowy, że zebrania te cieszyły się wielkim powodzeniem i dużą frekwencją; dopiero zainteresowanie osłabło po wyjeździe Brudzińskiego z Moskwy, gdy pozostali członkowie tej propagandowej komisji nie mogli dorównać talentowi Brudzińskiego.

Trzy lata pobytu kolegi Brudzińskiego w Moskwie szybko minęły, i kiedy wespół z innymi po uzyskaniu dyplomu

mu na jesieni 1897 roku nas opuszczał, pożegnaniom nie było końca, starali się wszyscy jaknajwięcej ostatnich chwil spędzić razem. Nie dawano wiary, aby Jego wyjazd miał przerwać te żywe więzy przyjaźni głębokiej, jakie się wokoło entuzjasty zadzierzgnęły, postanowiono więc odświeżać je na perjodycznych zjazdach koleżeńskich. Pierwszy taki zjazd odbył się w Warszawie w dobie wojny japońsko-rosyjskiej; wzięła w nim udział nieliczna grupa kolegów razem z Brudzińskim. A zaś ostatni zjazd, w tym roku odbyty, stanął już wobec porosłej trawą mogiły, kryjącej Jego serce gorące, które we wczesnej młodości umiało wokół siebie zapalać ogień głębokiej wiary w jasną przyszłość ojczyzny i w imię tej wiary do czynu zagrzewać.

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi

Lekarz naczelny: Tadeusz Mogilnicki

Odczyn śródskórny Mantoux w przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych

Podał

Leopold Iwaszkiewicz

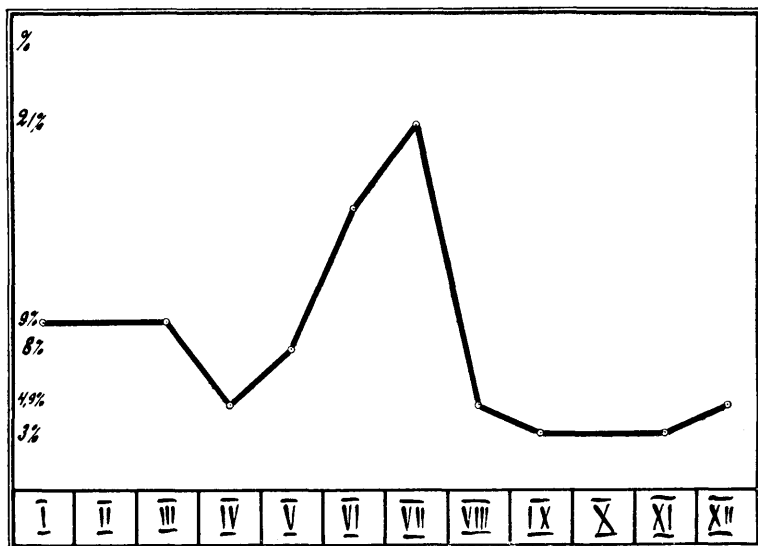
Gruźlicze zapalenie opon mózgowych występuje stosunkowo często; w ostatnich dwóch i pół latach w szpitalu Anny Marji dla dzieci w Łodzi ogólna liczba gruźliczego zapalenia opon mózgowych wyniosła 143 przypadki; w tem 74 chłopców i 69 dziewcząt.

	Chłopców	Dziewcząt	Razem
w roku 1925	31	30	61
„ 1926	32	25	57
w $\frac{3}{4}$ 1927	11	14	25
Razem . . .	74	69	143

Przeciętnie wypada rocznie 60 przypadków (3⁰/₀ rocznej liczby chorych szpitala), co stanowi pokaźną liczbę, gdyż dwukrotnie przekracza dane statystyk polskiej i niemieckich (Kopeć, Oestreicher, Ossoinig). Co się tyczy wieku, to największa liczba gruźliczego zapalenia opon mózgowych przypada na drugi rok życia, mianowicie 27,2⁰/₀ wszystkich przypadków, na pierwszy rok życia 21,6⁰/₀ przypadków, czyli, że na dwa pierwsze lata przypada prawie połowa wszystkich przypadków meningitis tbc., następnie z każdym rokiem ilość przypadków się zmniejsza.

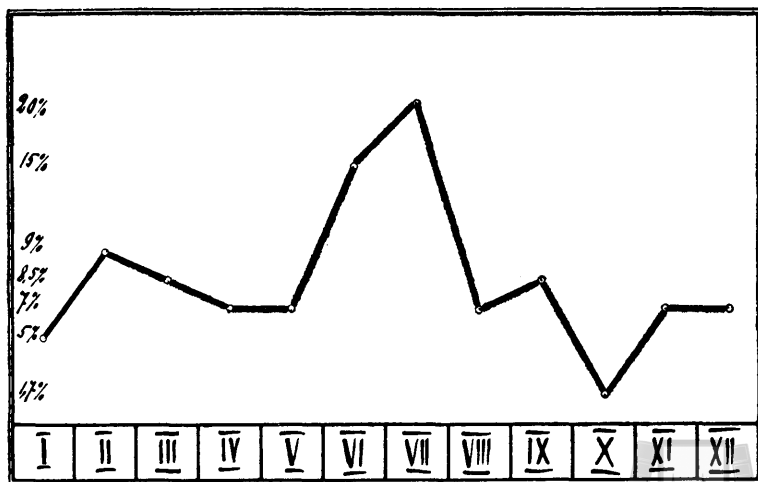
W roku 1925 największą liczbę przypadków meningitis tbc. stwierdzono w czerwcu i w lipcu, w roku 1926 również w czerwcu i lipcu, w 1927 roku szczyt krzywej przesunął się na miesiąc sierpień.

W Y K R E S I.



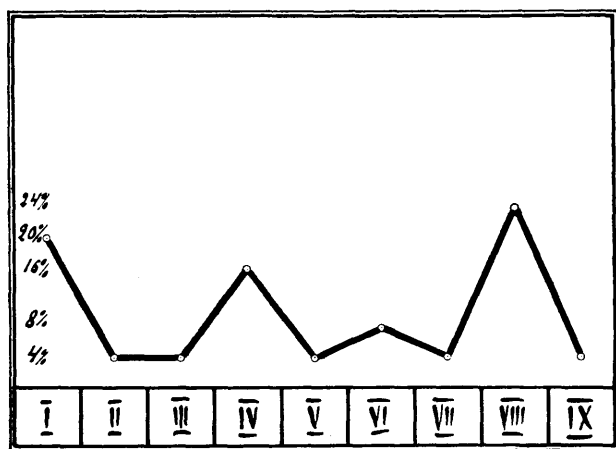
Częstość występowania przypadków meningitis tbc. według miesięcy w roku 1925.

W Y K R E S II.



Występowanie meningitis tbc. według miesięcy w roku 1926.

W Y K R E S III.



Meningitis tbc. według miesięcy w roku 1927.

Z powyższych wykresów widać, że największa liczba gruźliczego zapalenia opon mózgowych przypada na miesiące letnie, czyli na okres obniżonej wrażliwości tuberkulinowej; ten fakt zgadza się z twierdzeniem Pirqueta, Ossoiniga, Peyrera i innych, którzy są zdania, że ciężkie postaci gruźlicy, jak meningitis tbc., tbc. miliaris, występują w okresie obniżonej alergii tuberkulinowej.

Począwszy od roku 1926 zacząłem dokonywać śródskórnego odczynu tuberkulinowego Mantoux w celu stwierdzenia zachowania się alergii tuberkulinowej w przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Z całego szeregu przypadków zupełnie pewnych pod względem rozpoznania i zbadanych wybrałem 40; wszystkie te przypadki były ściśle badane klinicznie, w każdym przypadku były dokonywane kilkakrotne nakłucia łądźwiowe ze szczegółowym badaniem płynu mózgowego, w 26 przypadkach t. z. w 65% przypadków wykryto prątki Kocha; w trzeciej części przypadków rozpoznanie było potwierdzone sekcyjnie. Ponieważ odczyn Pirquet'a nie zawsze jest pewny, stosowałem jedynie śródskórny odczyn Mantoux, najczulszy z odczynów tuberkulinowych; próby dokonywałem jedną i tą samą tuberkuliną (alt — Tuberkulina firmy Meister Lucius Brüning) w rozmaitych rozcieńczeniach.

Skóra osobników zainfekowanych gruźlicą odmiennie oddziaływa na wprowadzoną do niej tuberkulinę. O ile skóra osobników zdrowych nie reaguje wcale, o tyle w skórze ustrojów gruźliczych po wprowadzeniu tuberkuliny czystej lub w rozcieńczeniu podskórnie, śródskórnie lub naskórnie powstaje stan zapalny. Ten odmienny sposób oddziaływania

ustroju nazwany nadwrażliwością, inaczej alergją tuberkulinową, cechuje ustroje gruźlicze i daje się stwierdzić we wszystkich okresach gruźlicy. Nasilenie jednak alergji tuberkulinowej nie jest stałe, lecz ulega pewnym wahaniom; tym wahaniom niektórzy badacze chcą nadać pewne cechy prawidłowości. O ile pewne czynniki i warunki nasilają nadwrażliwość tuberkulinową, o tyle inne osłabiają ją, ewentualnie znoszą zupełnie.

Tak Marfan stale znajdował ujemny odczyn tuberkulinowy w przebiegu odry; inni badacze stwierdzali również ujemne odczyny w kokluszu, grypie, chorobach zakaźnych, jak dur, błonica, płonica; z ostatniem twierdzeniem nie wszyscy się zgadzają. Natomiast nasilenie alergji tuberkulinowej występuje przy zółzach, przy reinfekcji gruźliczej; według Pirqueta, w ostatnich okresach tbc. miliaris i meningitis tbc. wygasa zupełnie nadwrażliwość tuberkulinowa; powstaje stan tak zwanej anergji.

Nie bez wpływu też na alergję tuberkulinową pozostaje pora roku; Hamburger, Peyrer, Ossoinig, rozporządzając każddy z osobna kilkoletnim klinicznym materiałem, wykazali statystycznie, że odsetek dzieci z dodatnimi odczynami jest znacznie większy podczas miesięcy wiosennych, aniżeli na jesieni; temi sezonowemi wahaniami wrażliwości tuberkulinowej autorowie chcą wytłumaczyć częste występowanie na wiosnę zółzów, gruźlicy skóry i błon surowiczych.

Z pośród 40 zbadanych przypadków meningitis tbc. odczyn śródskórny Mantoux wypadł dodatnio w 32 przypadkach, t. zn. w 80% przypadków, w pozostałych 8 odczyn wypadł ujemnie, t. zn. w 20% przypadków.

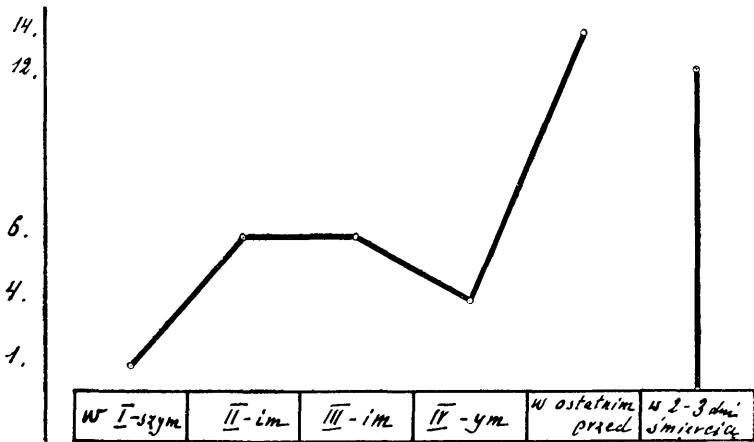
W Y K R E S I V.

Ogólna ilość zbadanych przypadków	Dodatnich odczynów		Ujemnych odczynów	
40	32	80%	8	20%
14 chłopców	12 chłop.	37,5%	2 chłop.	25%
26 dziewczynek	20 dziew.	62,5%	6 dziew.	75%

Odczyn Mantoux w przebiegu meningitis tbc.

Odczyny dodatnie. Z pośród 32 dodatnich odczynów, dokonywanych w różnych okresach meningitis tbc., 14 t. zn. 44% przypada na ostatni tydzień życia; w ostatnich 2—3 dniach przed śmiercią wypadło 12 odczynów dodatnich. W 20 przypadkach odczyn Mantoux dokonywany był jednokrotnie, w pozostałych 20—kilkakrotnie.

WYKRES V.



Występowanie dodatnich odczynów w tygodniach choroby.

Zwykle po 24 godzinach występowało zaczerwienienie; w 14 przypadkach, t. zn. w 44^{0/0}, w przeciągu 48 godzin w miejscu zaczerwienienia powstawał naciek, tworząc znaczne wygórowanie na powierzchni skóry; wymiary poprzeczne i podłużne zaczerwienienia zarówno i nacieku wahały się od 1 do 4 centymetrów. O ile odczyn występował w ostatnim tygodniu meningitis tbc. i był jeszcze powtarzany, to naciek na 4—3 dni przed śmiercią ustępował, zaczerwienienie bledło, przybierało wygląd atoniczny; żywe zaczerwienienie zmieniało się w szarawe, nie tracąc koloru przy ucisku. Największa ilość odczynów dodatnich w roku 1926 przypada na miesiąc maj i czerwiec.

Odczyny ujemne. Co się tyczy 8 odczynów ujemnych, 5 wypadło w ostatnim tygodniu przed śmiercią, a mianowicie: dwa odczyny wypadły ujemnie w przededniu śmierci, dwa—na dwa dni przed śmiercią, jeden—na 6 dni przed śmiercią; trzy pozostałe odczyny wypadły ujemnie w drugim tygodniu choroby—dzień śmierci był nieznanym, gdyż dzieci zostały za życia zabrane ze Szpitala. Największa liczba odczynów ujemnych wypadła w trzecim kwartale 1926 roku, to znaczy w końcu lata i wczesną jesienią. Ujemne odczyny występowały przeważnie u dziewcząt, bo aż w 6-ciu przypadkach na 8,

Co do ogólnego wyniszczenia ustroju, to nie spostrzegłem, by stan ogólny wywierał jakikolwiek wpływ na występowanie odczynu tuberkulinowego. Osobniki najwięcej wyniszczone reagowały dodatnio. Przyczyn anergji tuberkulinowej

Zatw. za Nr. 978

Znana mączka witaminowa
„CALCITRIN“

od dnia 1-go lutego r. b. w związku z zawartą konwencją nazwana została

„CALCISAL“.

Skład preparatu pozostaje bez zmiany.

„CALCISAL“ zalecany jest przy krzywicy, nerwowości, kamieniach żółciowych, a w szczególności przy wszelkich niedomaganiach wieku dziecięcego.

Przeciętna dawka dzienna 2 do 6 miarek, według wskazań lekarza.

Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne

LUDWIK SPIESS i SYN, Sp. Akc.

W a r s z a w a.

należałoby szukać w nieznanym dotychczas czynnikach biologicznych ustroju.

Wniosek. Allergja tuberkulinowa skóry przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych utrzymuje się w 80% przypadków, w 20% przypadków znika i to w ostatnim tygodniu przed śmiercią.

(Wpłynęło do Redakcji 12.X.27).

86 przypadków rumienia guzowatego u dzieci *)

P o d a ł

Dr. Jan Strzelbicki

Podając niektóre wyniki spostrzeganych przezemnie 86 przypadków erythematis nodosi z lat ostatnich 30, z góry zaznaczyć muszę, że z przyczyn odemnie niezależnych, nie mogłem skorzystać z tak względnie pokaźnego materiału, aby, wedle możliwości, chociaż częściowo przyczynić się do rozstrzygnięcia niektórych ściśle z erythema nodosum połączonych kwestji. Mam tu głównie na względzie już oddawna toczący się w nauce spór o stosunku rumienia guzowatego do gruźlicy. Przeszło 50 lat upłynęło od chwili, kiedy Uffelmann pierwszy wygłosił myśl o bliższem pokrewieństwie obu chorób; do dziś dnia jednak, pomimo dużej liczby bardzo sumiennych prac w tym kierunku, kwestja tego pokrewieństwa nie została ostatecznie ani udowodniona ani odrzucona. Dawniejsi autorowie, jak wiemy, podzielili się pod tym względem na dwa przeciwległe obozy: stronników gruźliczej etiologii rumienia guzowatego (Marfan (1), Sorel (2), Rochon (3), Veiel (4), Oehme (5), Durante (6), Landuzy (7), Chauffard (8) i inni) i przeciwników takowej (Baginsky (9), Pfeiffer (10), Kuhn (11), Schlesinger (12) i inni). To samo widzimy i dzisiaj. Część lekarzy (Pollak (13), Hamburger (14), Ernberg (15), Rohrböck (16), Kundratitz (17) i inni) jest zdania, że niewątpliwie istnieje bardzo blizkie powinowactwo (resp. że rumień guzowaty jest tylko objawem gruźlicy) między omawianemi chorobami, druga zaś część odrzuca wszelkie powinowactwo (Moro (18), Faerber u. Boddin (19), Demiwille (20), Padniez (21), Barthelemy (22), Ochsenius (23) i inni). Niektórzy autorowie (Brian (24), J. Comby (25), Mołczanow (26) i inni) przyznają wprawdzie dość blizki stosunek eryth. nodosi do gruźlicy, bynajmniej jednak nie uważają ostatecznie za

*) Rzecz w streszczeniu wygłoszona na III Zjeździe Pedjatrów Z. S. S. R. w Leningradzie.

jedyny etjologiczny czynnik rumienia guzowatego. Wreszcie inni przypuszczają, że chociaż rumienia guzowatego nie można uważać za rezultat działalności prątków gruźliczych ani ich jądów, to jednak, często po nim występują objawy gruźlicy. Do tych należą: Hegler (27), Kleinschmidt (28), Wallgren (29) i inni.

Nie dość tego. Ostatniemi czasy, kwestja stosunku rumienia guzowatego do gruźlicy do pewnego stopnia została powikłana przez rozdrabnianie tego stosunku. Ernberg (30) twierdzi, że rumień guzowaty, który według jego zdania, traktować należy jako autogenny odczyn tuberkulinowy, ma własność obostrzać dawniejsze ogniska gruźlicze w gruczołach chłonnych oskrzelowych i sąsiadujących z nimi odcinkach płuc i ilustruje zmiany na rentgenogramach. Tymczasem Faerber i Boddin (31) na zasadzie, że wzmiankowane zaognienia znikają zupełnie po upływie kilku miesięcy (co również stwierdzają na rentgenogramach), nie uważają zmian w gruczołach i płucach za swoiste, przypuszczając, że rumień guzowaty, tak samo jak wszelka inna choroba zakaźna, może wywoływać we wnękach zmiany, analogiczne do zmian na skórze.

Dla rozstrzygnięcia kwestji powinowactwa gruźlicy i rumienia guzowatego, a także znaczenia owych zmian w płucach, konieczne są dalsze systematyczne badania. W każdym razie, powtórnie ujemny odczyn Pirquet'a, Mantoux i, po wstrzykiwaniu powiększonych dawek tuberkuliny pod skórę z uwzględnieniem warunków wykluczających anergję (Faerber i Boddin), jednoczesne chorowanie 2-ga dzieci w jednym domu i poniekąd małe epidemie rumienia guzowatego, kiedy, wkrótce po jednym przypadku co jakiś czas spotykano w tem samym miejscu nowe przypadki rumienia — są to fakty, których nie wolno pokrywać milczeniem i na które koniecznie trzeba dać wyczerpujące wyjaśnienia. W moich przypadkach miałem do czynienia z chłopczykiem 4^{1/2} lat, którego przywieziono do mnie razem z 5-cioletnią siostrą. Dziewczynka miała charakterystyczną wysypkę tylko na skórze przedniej części goleni, u chłopczyka zaś, oprócz tego klasycznego miejsca zajęła brzuch, przedramiona, biodra i stopy. Wydaje mi się wielce prawdopodobnem, że istniała łączność i u drugiej pary dzieci: u chłopczyka 11 lat choroba zaczęła się gorączką i wymiotami (1 raz); na 3-ci dzień — guzy na goleniach i przedramionach; u siostry 8-letniej, która zachorowała jednocześnie z chłopczykiem, oprócz podniesionej ciepłoty, miałem tylko do czynienia z uporczywymi wymiotami (acetonu w moczu nie znaleziono), które trwały 2 dni; ani śladu wysypki; po 2-ch dniach chora była zupełnie zdrowa. Analiza podobnych przypadków pozostawia u lekarza wrażenie jakiejś swoistej samoistnej infekcji. Z punktu widzenia etio-

logji rumienia guzowatego, nadzwyczaj ciekawą pracę ogłosił niedawno drukiem asystent prof. Leiner'a z Wiednia—K. Kundratitz (32) na zasadzie 81 przypadków:

1) Opisuje on szczegółowiej kilka przypadków rumienia guzowatego, które mają świadczyć o bliskim pokrewieństwie jego z gruźlicą.

2) Szczegółowo omawia przypadki, gdzie zastosowanie tuberkuliny dawało odczyn ujemny i analizuje je.

3) „bija dowody Comby, jakoby przebieg rumienia guzowatego i skłonność do samoistnego znikania choroby przemawiały przeciw gruźliczej etiologii rumienia.

4) Dowodzi, że postulaty Moro, które mogłyby udowodnić gruźliczą naturę rumienia guzowatego, mianowicie—obecność prątków i „Herdreaction“ bynajmniej nie mogą być uważane za obowiązkowe.

5) Notowane w piśmiennictwie przypadki, kiedy, wkrótce po jednym zdarzały się nowe przypadki w tej samej miejscowości, według Kundratitz'a, wcale nie przemawiają przeciw gruźliczej etiologii rumienia guzowatego, jak to podkreśla Wallgren. Podług autora, we wszystkich takich przypadkach szło o „familijną“ epidemję, co można zauważyć i przy innych gruźliczych objawach, naprzykład przy phlyctenach.

6) Nie przemawia przeciw gruźliczej etiologii rumienia guzowatego względna jego rzadkość: lichen scrofulosorum spotykamy jeszcze rzadziej, a nikt już dzisiaj nie wątpi, że jest on gruźlicą skóry.

7) Co do poruszanej przez niektórych autorów kwestji, jakoby erythema nodosum, podobnie do odry, osłabiając organizm dzieci, „propagowała“ zjawiska gruźlicy, Kundratitz przytacza przeciw takiemu przypuszczeniu 2 dowody: a) rumień guzowaty w porównaniu z odrą jest chorobą lekką i b) przy odrze mamy do czynienia z anergją, przy erythema nodosum odwrotnie, z nadczułością skóry (na grudkach Pirquet'a—exsudatio). Dowód nadczułości skóry względem tuberkuliny widzi Kundratitz także i w tem, że wcieranie tuberkuliny w skórę, które, zwykle, daje odczyn tylko na piersiach, brzuchu i plecach, nie zaś na nogach, przy erythema nodosum daje odczyn i na skórze nóg.

Wreszcie 8) Doświadczenia autora wykazały, że w płynie, otrzymanym z pęcherzyków (kantarydy) na guzach rumienia, można stwierdzić istnienie ciała (prokutyna—Tellner), symulującego odczyn Pirquet'a.

Nie będę się wdawał w krytykę poglądów Kundratitz'a. Zapewne, zrobi to ktoś o wiele odemnie kompetentniejszy, pozwoliłbym sobie jednak powiedzieć, że niektóre z dowodów autora nie bardzo jakoś trafiają do przekonania. Stanowczo zaś nie można zgodzić się z Kundratitz'em tam, gdzie (172 str. loco cit.) zalicza rumień guzowaty do chorób dość częstych.

Kto trzyma się ściśle zasady, że u każdego dziecka, szczególnie przy podniesionej ciepłocie, niezbędnym jest oglądanie całej powierzchni skóry resp. skóry na goleniach, to podzielać takiego zdania nie może. Tak przynajmniej sprawa stoi w tym pasie, gdzie ja od lat 40 pracuję. Już oddawna skrzętnie notuję wszystkie przypadki rumienia; wiedzą o tem koledzy, którzy takich chorych do mnie kierują, a jednak, w ciągu lat zgorą 30 mogłem zebrać tylko około 90 przypadków.

Rozpatrzmy teraz wyniki moich spostrzeżeń. Najsamprzód co do wieku dzieci, które chorowały na rumień guzowaty. Schlesinger (33) twierdzi, że do 3 lat erythema nodosum spotyka się rzadko i przytacza tylko 3 przypadki rumienia guzowatego do 3 lat znane w piśmiennictwie: przypadek Furhmann'a (noworodek), przypadek Moncorvo (dziecko w wieku 3 miesięcy) i przypadek Duckworth'a (1^{1/2} roczne dziecko)¹⁾. Z tem się zgodzić nie można; z pomiędzy 86 moich przypadków dzieci do 3 lat zanotowałem 11 (najmłodsze miało 1 r. 11 m.). Podzieliwszy wszystkie 86 przypadków na 3 grupy: do 5 lat, od 5 do 10 lat i od 10 wzwyż, będziemy mieli w pierwszej grupie 47 dzieci, w drugiej — 32, w 3-ciej — 7; najstarsze miało 16 lat.

Podług Schlesinger'a we wcześniejszym wieku nie daje się zauważyć przewagi jednej płci nad drugą i tylko w wieku szkolnym częściej zapadają dziewczynki. Dało to powód Schlesinger'owi do nazwania rumienia guzowatego chorobą „junger Frauen”. Inne nieco wyniki podaje Kundratitz; z 81 przypadków eryth. nodos. miał 42 chłopców i 39 dziewczynek. Podzieliwszy 82 przypadki (w 4 przypadkach w notatkach nie znalazłem wzmianki o płci) na 2 grupy: do lat 8-miu i powyżej 8-miu i policzywszy w każdej oddzielnie chłopców i dziewczynki, otrzymamy w 1-szej grupie 20 chłopców i 32 dziewczynki, w 2-giej zaś 8 chłopców i 22 dziewczynki, czyli, że eryth. nodos. częściej spotykamy u dziewcząt, szczególnie w wieku starszym.

Co do pory roku, w której spotykałem rumień guzowaty, moje przypadki (o 7-miu wzmianki w notatkach nie znalazłem) przypadają:

na styczeń . — 5	na lipiec . . — 6
„ luty . . — 6	„ sierpień . . — 3
„ marzec . — 6	„ wrzesień . . — 5
„ kwiecień — 5	„ październik -- 6
„ maj . . — 9	„ listopad . . — 14
„ czerwiec — 9	„ grudzień . . — 4

¹⁾ W naszym piśmiennictwie znajdujemy wzmiankę o rumieniu guzowatym w bardzo młodym wieku (12 miesięcy). Wypadki takie opisali Ernberg (loco cit.) i Kundratitz (loco cit.).

Z tabliczki widać, że, chociaż nie daje się w niej zauważyć żadnych wybitnych danych, to jednak, widocznie, najlepsze warunki rumień guzowaty dla swego powstawania znajduje w początku lata i w początku zimy. U Kundratitz'a rumień guzowaty najczęściej widzimy w marcu—maju, co odpowiada częstszemu objawom gruźlicy w tych miesiącach.

Przechodzę do kwestji umiejscowienia guzów. Według Schlesinger'a na pierwszym planie stoją: przednia i wewnętrzna powierzchnia skóry goleni; potem idą tylne powierzchnie stóp, rąk i przedramię; na końcu — czoło. Inni autorowie (Mac Gullach) wzmiankują o twarzy i wyjątkowo o błonie śluzowej jamy ustnej (Pośpiełow, Grygorjew, Razumow (34).

U mnie: Zmiany na skórze goleni — we wszystkich przypadkach,

na przedramionach w 33 przypadkach		
„ pośladkach . . .	20	„
„ twarzy	14	„
„ uszach	10	„
„ biodrach . . .	5	„
„ plecach	3	„
„ brzuchu	2	„
„ czole	2	„
„ stopach	1	„
„ nosie	1	„

Pomimo skrupulatnego badania zmian na słuzówce ust nie widziałem nigdy. Najczęściej więc, widzimy zmiany na skórze goleni i tu mają one typowy wygląd, którego opisywać nie będę. Już o wiele mniej charakterystyczne cechy posiada wysypka na innych miejscach — plecach, rękach, przedramionach i t. d., prócz twarzy (o której niżej). Traci ona swój wygląd guzowaty i przechodzi poprostu w plamy. Jednak dość rzucić okiem, żeby się przekonać, że między dużymi czerwono-sinemi guzami goleni i o wiele mniejszemi różowo-czerwonemi plamkami (trochę nacieczonemi) na innych miejscach niejako istnieją stopniowe przejścia. Bardzo być może, że owe mniej charakterystyczne zmiany na skórze w postaci plam, niegdyś były powodem do przypuszczeń, że rumień guzowaty, to odrębny gatunek erythemat. exsud. multiformis — kwestja, która jeszcze w początku bieżącego wieku była przedmiotem dyskusji między dermatologami i między pedjatrami. Tylko w 2-ch moich przypadkach jednocześnie z rumieniem guzowatym widziałem i eryth. multif. exsudat.; w jednym z nich w postaci kół, segmentów kół i kółek, po kilka cali w średnicy, które pokryły prawie całe piersi, brzuch i plecy.

Pozwolę sobie teraz zwrócić uwagę na zmiany, które

nicraz możemy spostrzegać przy rumieniu guzowatym na skórze policzków, a których, o ile mi wiadomo, do tego czasu nikt nie opisywał. Na obu policzkach, symetrycznie, czasem na nieco obrzękłym podłożu, które stopniowo przechodzi w zdrową skórę, można zauważyć kilka lub kilkanaście drobnych grudek, wielkości łepka szpilki, czerwono-sinego koloru, czasem otoczonych czerwoną obwódką. Cały obraz robi wrażenie marmoryzacji i jest wielce charakterystyczny dla rumienia guzowatego. Dzięki temu, nieraz, zauważywszy owe zmiany na policzkach, nie czekając na oznajmienie rodziców, że dziecko ma jakieś guzy na nogach, od razu rozpoznawałem rumień, a po rozebraniu chorego zawsze znajdowałem swoiste guzy na goleniach.

Wiemy dobrze, że zmiany na skórze przy er. nodos. prawie nigdy nie zjawiają się jednocześnie z gorączką. Tak samo, jak przy niektórych innych chorobach, gorączka zwykle poprzedza wysypkę na kilka (nawet 5 – 6 i więcej) dni, z tą jednak różnicą, że przy rumieniu oprócz gorączki nie mamy żadnych objawów, które pozwalałyby przypuszczać, że dana choroba może być rumieniem, a łamanie i ból w nogach mogą być tak nieznaczne, że zupełnie nie zwracają na siebie uwagi dziecka i rodziców; pobieżnie opatrując chorego, respect. zapominając opatrzyć nogi łatwo możemy przeoczyć chorobę. W takich razach znajdowanie owej wysypki na policzkach ma ważne znaczenie, kierując myśl lekarza na siedlisko choroby.

Objawy i samopoczucie chorego dziecka, poprzedzające zjawiska rumienia, t. j. rodzaj okresu zwiastunów, nie przedstawiają nic charakterystycznego. Czasami choroba zaczyna się wymiotami, biegunką, bólami w okolicy szyi, częstszym oddawaniem moczu i t. p. W jednym z moich przypadków wysypka zaczęła się na przedramionach i dopiero na 2-gi dzień zajęła swoje zwykłe miejsce na goleniach. Raz jeden widziałem około 60 guzów. Podobnie jak i Kundratitz ani razu nie widziałem przy er. nodos. ani objawów gośca stawowego ani wad serca po chorobie.

Zatrzymam się teraz na 2-ch objawach choroby: gorączce i powiększeniu śledziony.

Ciepłota przy rumieniu guzowatym sama przez się nie przedstawia nic dla choroby znamiennej; jednak czasem na pierwszy rzut oka, przy braku objawów kataralnych, może błędnie obudzić u lekarza podejrzenie o dur brzuszny lub gruźlicę. I w życiu swoim dużo widziałem omyłek w tym kierunku. Nauczony przed wielu laty popełnionym osobiście błędem przy rozpoznaniu rumienia, od tej pory nigdy nie zapominam w przypadkach niejasnych oględzin nóg dziecka. Nieraz na konsultacji po wysłuchaniu historii choroby, unosząc tylko kołderkę dziecka, zanim go badać zacząłem, od razu znajdowałem istotną przyczynę choroby, którą przeoczył

kolega. Dla uniknięcia tych bardzo przykrych chwil, z całego serca radzę, przy nieokreślonej t⁰, nigdy nie zapominać ogleźdin nóg. W piśmiennictwie specjalnem, przy opisie erythemat. nodosi mało, albo zupełnie nie zwracają autorzy uwagi na przebieg choroby. Czytając odpowiedni artykuł, lekarz odnosi wrażenie, że przebieg eryth. nodosum, jeśli tylko niema jakichś cięższych powikłań (np. ze strony serca i t. p.), jest lekki. Jest to pogląd poniekąd błędny. Przed laty 38-ma, przywołany do dziecka chorego na eryth. nod., uspokoilem rodziców, że choroba ma przebieg lekki i że prędko przejdzie. Niestety, za swoje rokowanie byłem sownie ukarany: t⁰ z wahaniami (do 40⁰) trwała przez 5 tygodni, dając kilka nawrotów. A była to persona grata, która od lekarza pedjatry wymagała wiedzy głębszej niż od zwykłego śmiertelnika i słusznim mi tego darować nie mogła. Dlatego to, mówiąc rodzicom o przebiegu choroby, zawsze trzeba uprzedzić, że przebieg może być dłuższy niż zwykły, 2 — 3 tygodniowy. Jeszcze jeden szczegół: nie trzeba zbyt dużo nadziei pokładać w lekarstwach: ani chinina, ani aspiryna, ani natr. salicyl. na eryth. nodos. wpływu nie okazują i choroba, jakby kpiąc z lekarza, idzie własnym trybem.

Co się dotyczy śledziony, to więcej niż w 25⁰/₀ wszystkich przypadków można z łatwością stwierdzić jej powiększenie.

W końcu zaznaczyć muszę, że u niektórych autorów (Ochsensus, Mołczanow) znajdujemy wzmiankę, jakoby częstość rumienia guzowatego w latach wojny znacznie się powiększyła notując każdy nowy przypadek, tego wrażenia nie odniosłem

P I Ś M I E N N I C T W O .

1. Archiv. f. Kinderheilk. Bd 55, S. 157. 2. Archiv f. Kinderheilk. Bd 58, S. 220. 3. Kuhn. Ueber erythema nodosum. Archiv f. Kind. Bd. 36, S. 206. 4. Kuhn. Ibidem S. 206. 5. Kuhn. Ibidem S. 205. 6. Przegląd pedjatryczny 1913 r. Str. 436. Rumień guzowaty u dzieci z La pediatria Nr. 9. 1912 r. 7. Karl Kundratitz. Zur Frage der Aetiologie des Eryth. nod. Jahrbuch f. Kinderh. Bd 113 (d. III Folge). Heft 3-4, 1926, S. 160. 8. U Kundratitz'a: ibidem. 9. U Kuhn'a: S. 206. 10. U Kuhn'a: S. 206. 11. Loco cit. 12. Beziehungen und Vergleiche zwischen dem Erythema nodosum und dem Erythema exsudativum multif. im Kindesalter. Archiv. f. Kinderh. 1905, S. 256 i nast. 13. Pfaundler u. Schlossmann Handbuch d. Kinderh. II Bd. III Aufl. 1923. S. 647. 14. Ciz sami. II Bd. III. Aufl. 1923. S. 647. 15. Das Erythema nodosum, seine Natur und seine Bedeutung. Jahrbuch f. Kind. Bd. 69, I/II Heft. 16. Dermatol. Wochenschr. 1923. Bd 76 Nr. 22 S. 495. 17. Jahrbuch f. Kind. Bd. 113. Heft 3/4 S. 155. 18. Hamburger. Tuberculose und Scrofulose. 19. Erythema nodosum und Tuberculose. Jahrbuch f. Kinderheilkunde Band. 106. 1924. Heft 5/6. 20. ref. w Jahrbuch f. Kinderheil. Bd. 99. S. 300. 1922. 21. ref. w Dermat. Wochensch. Bd. 76. 1923. Nr. 2. S. 101. 22. ref. w Dermat. Wochensch. Bd. 76. 1923. Nr. 22. S. 495. 23. u Kundratitz'a S. 159. 24. u Kundratitz'a S. 157. 25. L'erythème nouveau chez les enfants. Archiv de méd. des enfants 1923. Nr. 6. Cyt. wedł. Jahrbuch f. K. Band. 107 (57) Heft 6. 1925. S. 372.

26. Ob uzłowatoj erytemie u dietiej. Kliniczeskaja medicina. Moskwa 1921 r. Nr. 3. 27. Ergebnisse d. inner. Med. u. Kind 1913. 28. Cyt. u Kundratitz'a loco cit. S. 158. 29. Cyt. u Kundratitz'a loco cit. 159 30. loco cit. 31. loco cit. 32. loc. cit. S. 153. 32. loco cit. 33. A. J. Pospieło w Uczebnik kożnych boleźniej 1905 r.

(Wpłynęło do Redakcji 24.X.27).

Przyczynek do semiotyki gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dzieci

Podał

T. Mogilnicki

Zapalenie i podrażnienie opon mózgowych grają w patologii wieku dziecięcego rolę bardzo znaczną. Prócz właściwych zapaleń opon mózgowych, wywołanych przez zarazki gruźlicy, kiły, drętwy karku, lub przez drobnoustroje ropne, (paciorkowce, gronkowce, pneumokoki, las. Friedländera, las. Pfeifra), spostrzegamy cały szereg chorób gorączkowych i zakaźnych, przebiegających niekiedy z oponowemi objawami, pomimo, iż niema właściwego zapalenia opon (meningitis serosa, meningismus). Szczególnie często stwierdzamy to podrażnienie opon w przebiegu górnopłatowego zapalenia płuc, ropnego zapalenia ucha środkowego, zapalenia miedniczek nerkowych, duru i t. p.

Niekiedy postawienie rozpoznania na zasadzie klinicznych objawów jest niezmiernie trudne a nawet niemożliwe. W przypadkach wątpliwych rozstrzyga wynik badania płynu mózgodzeniowego, który decyduje o właściwym rozpoznaniu,

Niestety, nie zawsze możemy zrobić nakłucie lędźwiowe, szczególnie dotyczy to praktyki prywatnej, lub warunków, w jakich znajdować się może lekarz prowincjonalny, a niekiedy i nakłucie samo natrafia na poważne trudności: albo nie otrzymujemy przy nakłuciu zupełnie płynu (ponction sèche) lub też płyn wycieka z domieszką krwi i wskutek tego badanie płynu dla rozpoznania nie jest miarodajne. Należy więc starać się znajdować jaknajwięcej cech typowych dla danego cierpienia, żeby spostrzeganie samego chorego dało nam bez badań laboratoryjnych jaknajwiększe prawdopodobieństwo właściwego rozpoznania.

Olbrzymi materiał kliniczny, jakim rozporządza Szpital Anny Marji w Łodzi, potwierdza dane innych badaczy, że najczęstszą postacią zapalenia opon jest zapalenie gruźlicze.

Ta beznadziejna choroba zdarza się u nas bardzo często. Przez ostatnie 3 miesiące leżało w Szpitalu 20 takich przypadków, mamy ich po kilkadziesiąt rok rocznie.

Choroba ta jest nazbyt typowa i nazbyt znana, żebym miał przytaczać wszystkie jej objawy, pragnę tylko podkreślić pewne cechy, na które zwróciliśmy bacniejszą uwagę, a których nie uwzględniają ani podręczniki chorób dzieci, ani monografie poświęcone temu cierpieniu.

Zdaniem mojem, typowem dla gruźliczego zapalenia opon mózgowych jest zachowanie się dermatografizmu. Dermatografizm zdarza się często podczas epidemicznego zapalenia opon, w przebiegu duru, u dzieci nerwowych i t. p., ale wówczas po przesunięciu palcem po skórze szybko zjawia się czerwona linja i również prędko ginie, gdy przeciwnie przy gruźliczem zapaleniu dermatografizm późno występuje, jest bardzo intensywny i niezmiernie długo trwa.

Objaw ten według naszych spostrzeżeń występuje w sposób następujący: Po zrobieniu linji na brzuchu palcem lub ołówkiem, początkowo zjawia się kresa biaława, następnie po kilkunastu sekundach obserwujemy lekkie zaczerwienienie, które stopniowo się zwiększa, a po 1 — 2 minutach widzimy już grubą czerwoną smugę, która utrzymuje się przez kilkanaście minut. W przypadku Słomczewskiej Heleny linje na skórze brzucha trwały minut 20. Niekiedy smugi te są wypukłe, jak wysypka przy pokrzywce: Przypadek: Genowefa Ochal.

Takie zachowanie się dermatografizmu obserwujemy prawie we wszystkich przypadkach zapalenia gruźliczego opon i uważamy je za patognomoniczne. Podobnego zachowania się dermatografizmu nie spostrzegałem w innych stanach chorobowych. Mojem zdaniem, dermatografizm w gruźliczem zapaleniu opon, wbrew twierdzeniu Lesage'a, który uważa, że może go nie być, zdarza się zawsze i jest jednym z najwcześniejszych objawów.

We wszystkich typowych opisach chorych na gruźlicze zapalenie opon, autorzy zgodnie wskazują na szybkie występowanie łódkowato wpadniętego brzucha, który wygląda jakby był wciągnięty od wewnątrz. I rzeczywiście, w końcowym okresie choroby, objaw ten, według naszych spostrzeżeń, jest prawie powszechny. Jednakże w okresie nieco wcześniejszym, na 4—5 dni przed zgonem, występuje niekiedy, szczególnie u małych dzieci, objaw zupełnie inny, o którym nigdzie nie znalazłem żadnej wzmianki, a mianowicie: brzuch wzdyma się wskutek zwiększonego meteoryzmu i wówczas zauważyć się daje wyraźny ruch robaczkowy kiszek, które ustawiają się jak przy zwięzieniu lub przy wgłębieniu. Nieznajomość tego

objawu może być przyczyną fałszywego rozpoznania, tem więcej, że zarówno przy zapaleniu opon, jak i przy wgłobieniu, dominującym objawem są wymioty. Przyczyna tego zjawiska zależy prawdopodobnie od tego, że powłoki brzuszne są bardzo cienkie, a wskutek częściowego porażenia pewne odcinki kurczą się silniej, podczas gdy inne są już porażone.

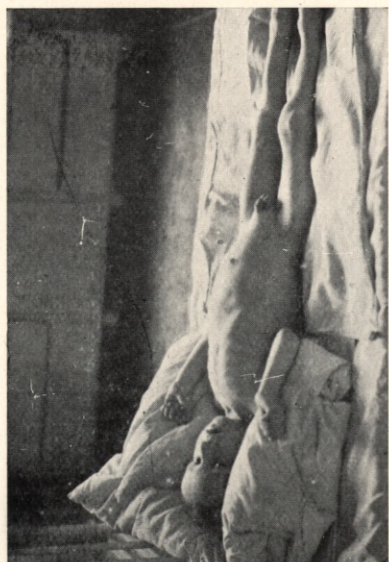
Pragnąłbym również zwrócić uwagę na niezgodność spostrzeżeń naszych co do położenia ciała chorych na gruźlicze zapalenie opon z klasycznymi opisami podręczników chorób dzieci, szczególnie autorów francuzkich i rosyjskich (Nobécourt, Lesage, Fiłatow).

Autorzy ci podają, że dziecko z już rozwiniętą chorobą leży na boku w położeniu kurka od strzelby (en chien de fusil). Jest rzeczą znamionną, że wyrażenie to przed kilkudziesięciu laty nieodpowiednio przetłumaczone z francuzkiego przez nieznającego języka tłumacza jako położenie wyżła (lagawoj sobaki), w dalszym ciągu błąka się w nowszych podręcznikach polskich (Biehlerowa), rosyjskich (ostatnie wydanie Fiłatowa), chociaż wyżeł nigdy nie leży na boku z nogami przykurczonemi.

Otóż twierdę stanowczo, że ogromna większość dzieci do 2 lat już w pierwszym okresie gruźliczego zapalenia opon leży na wznak, a nie na boku, podczas gdy w tym samym okresie dzieci starsze leżą na boku częściej niż na plecach, w położeniu, które nazwałbym płodowem. Prawdopodobnie dzieci powyżej lat 2—3 z większą nadwrażliwością nerwową czują się w tem położeniu najlepiej, uważając, że są w ten sposób najbardziej odgradzone od zewnętrznego świata. Z chwilą gdy przeczulenie nerwowe mija, podczas okresu porażonego, chory kładzie się na wznak, obojętny na wszystko, nie odczuwając już wrażeń zewnętrznych. Dlatego też prawie wszystkie dzieci w końcowym okresie zapalenia opon leżą na wznak z nogami wyciągniętymi, lub zlekka przykurczonemi. Położenie takie widzimy na wszystkich rysunkach w podręcznikach Szlossmana i Feera.

Powyższe moje wnioski wyraźnie ilustrują następujące opisy chorych obserwowanych w Szpitalu:

Zygmunt Derczyński, lat 4, chory od 10 dni, bóle głowy i wymioty od początku choroby. Przed 4 dniami zauważono sztywność karku. Stan obecny: sztywność karku wybitna, objawy Brudzińskiego i Kerniga dodatnie. Leży na wznak, rączki przykurczone, od czasu do czasu chwytą się niemi za głowę. Kończyny dolne wyprostowane. Czasem na krótko kładzie się na boku. Brzuch niezapadnięty, średnio wypełniony. Przez powłoki brzuszne wyraźnie widać ruch robaczkowy jelit, zwłaszcza najsilniej ustawiają się kiszki w górnych odcinkach brzucha, po lekkim dotknięciu się do brzucha ręką. Dermografizm po posunięciu palcem występuje po półtorej do 2 minut, intensywność najwyraźniejsza po 4—6 minutach, znika po 15 minutach. W płynie mózgo-rdzeniowym odczyn zapalne, białka 1.15⁰/₁₀₀, błonka typowa dla gruźlicy, prątki wykryto.



Derczyński Zygmunt, 4 lata.
Widoczny ruch robaczkowy kiszki.



Henryk Solanowski 2 lata. Leży na wzrost.
Widoczny ruch robaczkowy (ustawianie się) jelit.



Sendomier Franciszka 2 1/2 lata.
Rączki przykurczone i lewa noga.



Genowefa Ochal, lat 12.
Widoczny wybitny wystający dermografizm.

Polskie Towarzystwo Pediatryczne

WYCIĄG Z PROTOKÓŁÓW POSIEDZEŃ W WARSZAWIE ZA DRUGIE PÓŁROCZE 1927 R.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21.IX 1927 r.

Obecnych: członków — 39, gości — 27.

H. Brokman i J. Kolago wygłaszają odczyt p. t.: „Osobliwe cechy kliniczne i bakterjologiczne zakażeń jelitowych obecnej epidemji“ (Doniesienie tymczasowe).

W dyskusji: prof. Szymanowski zaznacza, że prątek okrężnicy daje się częściej wykryć we krwi ludzkiej, niż przypuszcza prelegent. Wobec istnienia faktu mutacji ustalenie szczepów b. coli w omawianych przypadkach napotka na wielkie trudności; byłoby więcej celowem zbadać, jak zachowują się szczepy wyhodowane in vitro i jakie wytwarzają toksyny; proponuje przeprowadzić badania na zwierzętach, wreszcie zapytuje, jakie były wyniki badania kału pod względem bakterjologicznym.

H. Hirszfildowa zapytuje, czy była robiona aglutynacja z wyhodowaniami bakterjami i innymi szczepami b. coli.

Prof. M. Michałowicz widzi w omawianych przypadkach zakażenie ogólne — coliaemia; na colitis należy zapatrywać się tu raczej jako na przejaw lokalny w ogólnem zakażeniu — podobnie, jak ma się sprawa z zapaleniem miedniczek nerkowych, na które ustala się pogląd o ich znaczeniu li tylko objawowem, a których nie uważa się za odrębną jednostkę chorobową. Surowica wobec mnogości szczepów b. coli i ich mutacji nie może mieć większego znaczenia w leczeniu podobnych schorzeń.

H. Brokman zaznacza w odpowiedzi: prof. Szymanowskiemu — że wykrywanie b. coli we krwi, według znanych mu danych, nie jest rzeczą zbyt częstą — szczególnie, jeżeli wykluczy się możliwość wtórnego przenikania bakterji do krwi; w omawianych przypadkach znaleziono bakterje we krwi w 50%; ten fakt, jak również niewspółmierność ciężkich objawów ogólnych z nieznacznymi anatomicznymi zmianami w jelitach grubych, upoważniają prelegenta do wniosku, że miał do czynienia z odrębną postacią chorobową; H. Hirszfildowej — że aglutynacja wypadła ujemnie; — prof. M. Michałowiczowi — że, jakkolwiek widocznego wpływu surowicy na przebieg choroby nie udało się zauważyć, mimo to w jednym przypadku wpływ ten był niewątpliwy.

J. Kolago wyjaśnia, że kał był badany pod względem bakterjologicznym; wyniki nie dały nic osobliwego.

Prof. M. Michałowicz oznajmia, że w dniu 23 b. m. o godz. 8 min. 30 wiecz. w lokalu kliniki odbędzie się posiedzenie dyskusyjne w sprawie omawianej choroby, na które będą zaproszeni przedstawiciele instytucji sanitarnych, lekarze szkolni i lekarze sanitarni.

Doc. W. Sz en a j c h wygłasza odczyt p. t.: „Ocena zespołów objawowych w płonicy w związku z leczeniem surowicą swoistą“ (drukowany w „Pedjatrji Polskiej“, tom VIII, zes. I).

W dyskusji prof. M. Michałowicz zaznacza, że obserwował obrzęki bez jakichkolwiek zmian ze strony nerek; obrzęki te są wyrazem zaburzeń gospodarki wodnej organizmu i często poprzedzają zapalenie nerek przyrost wagi w okresie wysypkowym może dać wczesne wskazówki co do grożącego zapalenia nerek.

Posiedzenie kliniczne z dnia 5.X. 1927 r.

Obecnych: członków — 31, gości — 25.

H. T r e n k n e r przedstawia i omawia przypadek półpaśca (herpeszoster) z umiejscowieniem na czole i górnej części twarzy po stronie lewej; ze względu na obecność znacznych pęcherzy, wypełnionych żółtą cieczą, przypadek ten ma pewne podobieństwo do róży.

Prof. M. Michałowicz zaprasza na piątkowe posiedzenia w klinice o godz. 11 rano, gdzie są omawiane przypadki, znajdujące się w leczeniu, jak również zawiadania o odbyć się mającemu posiedzeniu w Państwowej Szkole Higieny w dniu 10 października celem omówienia grożącej inwazją choroby Heine-Medina.

S. P o p o w s k i przedstawia i omawia przypadek z kliniki z prawdopodobnym rozpoznaniem krwotocznego zapalenia tęgówki (pachymeningitis haemorrhagica).

W dyskusji prof. Michałowicz zaznacza, że ze względu na ciężki stan chorego — drgawki, utratę przytomności, ciągły kaszel — trudno mówić o ścisłym rozpoznaniu; trzeba wziąć pod uwagę sprawę kiłową.

H. B r o k m a n jako ilustrację do swego odczytu o zakażeniach jelitowych przedstawia i omawia przypadek paratyfusu B u dziecka, liczącego rok i 2 miesiące.

W dyskusji: R. Stankiewicz stwierdza brak wątpliwości co do tego, że obecna epidemia zakażeń kiszkowych u dzieci należy do bardzo ciężkich. Natomiast, w/g niego, zbędnym jest, jak to czyni B., wyodrębnianie nowych jednostek chorobowych. W ciężkich przypadkach zachorzeń jelitowych u dzieci bakteriaemia należy do reguły, zwłaszcza u dzieci z objawami dystrofji. We krwi tych chorych mogą nieraz krążyć zupełnie odmiennie bakterje, niż w jelicie. Np. ma to miejsce w czerwonce, kiedy we krwi znajdujemy b. coli, b. typhi lub paratyphi. Powyższe zjawisko można sobie tłumaczyć przypadkowym przedostaniem się do krwi chorego odmiennych bakterji z pośród tych, które pasorzytują w kiszkiach. Na skutek utraty odporności przez ustrój, a mamy wszak do czynienia z dziećmi wyniszczonymi, może się spotęgować zjadliwość zarazka i występować mutacja. Bacterium coli może nabyć cech obcych i przeobrazić się w b. dyszenterji lub b. duru brzuszkiego, i występuje wówczas bakteriaemia. Są to rzeczy naogół dobrze znane.

Brokman w odpowiedzi Stankiewiczowi, nieobecnemu na poprzednim posiedzeniu, na poparcie swego poglądu w sprawie obserwowanych zaburzeń kiszkowych przytacza argumenty, znane z poprzedniego posiedzenia.

T. W i ś n i e w s k i wygłasza odczyt p. t.: „Nadwichnięcie kości pro-mieniowej“ (Przeznaczony do druku).

H. P a w ł o w s k a wygłasza rzecz p. t.: „Wrażenia z wycieczki lekarskiej do Holandji“.

Prelegentka—jako pedjatra—interesowała się sprawą mleczną w Holandji i dla ilustracji omówiła w sposób szczegółowy produkcję mleka na jednej z ferm.

W dyskusji: Bitnerowa zapytuje, czy stosuje się tam mechaniczne dojenie krów?

Docent W. Szenajch zaznacza, że t. zw. mleko dla niemowląt zbankrutowało, bo nie może być w rzeczywistości jakieś mleko dla niemowląt

i inne mleko. Każde mleko może być dobre, o ile tylko produkcja jego jest racjonalna; a przy racjonalnej produkcji wartość mleka stoi w stosunku odwrotnym do czasu między udojeniem a konsumpcją; przypomina, że Schlossmann w Wiedniu wystąpił przeciwko specjalizacji mleka.

A. Kamler zaznacza, że mechaniczne dojenie psuje wymiona i jest mniej wydajne.

Prof. M. Michałowicz stawia sprawę mleczną u nas narówni z innymi sprawami społeczno-gospodarczymi, które — jakkolwiek w powolnym tempie — podążają jednak ku lepszemu.

Pawłowska w odpowiedzi zaznacza, że na zwiedzanej przez nią fermie udój odbywa się ręcznie, a mleko jest rozwożone na samochodach.

Prof. M. Michałowicz wygłasza odczyt p. t.: „Dalsze rozwinięcie schematu Brokmana w chorobie płoniczej” (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: H. Brokman zwraca uwagę, że odczyn paciorkowco- wy posiada znaczenie jako wskaźnik odporności ustroju w przebiegu płonicy na paciorkowca, pozatem jednak Brokman w badaniach swych zastanawia się nad tem, jakie znaczenie posiada odczyn paciorkowcowy u osobników z dodatnim Dick'iem jako wskaźnik wrażliwości na płonicę.

Badania te są w toku. Analogiczne badania są obecnie przeprowadzane wraz z d-rem Przesmyckim w stosunku do dyfterji; zostało postawione zagadnienie, jakie znaczenie posiada odczyn skórny z las. błoniczym u dzieci z dodatnim Schick'iem — jako wskaźnik wrażliwości na błonicę.

Doc. Dr. Wł. Szenajch stwierdza wielką niestałość w występowaniu lub znikaniu odczynu Dick'ów u ozdrowieńców po płonicy; na własnym materiale spostrzegał zmienność odczynu w ciągu 2 godzin.

Posiedzenie kliniczne z dnia 26.X.1927 roku.

Obecnych: członków — 35, gości — 12.

Przewodniczący S. Łyskawiński odczytuje pismo prof. Taillensa, prezesa V kongresu pedjatrów w Lozannie, zawierające odpowiedź na depeszę, przesłaną na jego ręce przez prof. Michałowicza w imieniu P. T. P.

Dalej przewodniczący zaznajamia zebranych z treścią okólnika M. S. W. Dep. V Służby Zdrowia w sprawie zapalenia przednich rogów rdzenia.

R. Stankiewicz omawia przypadek dystrofji u dziecka w wieku 1 rok 4 mies. Wyniszczenie znaczne, stan i wygląd dziecka zbliżony do decompositio. Dziecko, z rodziny zdrowej; do 1 roku 2 mies. rozwijało się prawidłowo, karmione piersią do dziewiątego miesiąca życia. Przed dwoma miesiącami dziecko zapadło na biegunkę, której towarzyszyły: podniesiona ciepłota (T^0 39,0), stolce wolne ze śluzem i domieszką krwi, parcie (do 20 stolców na dobę). Dziecko w ciągu 2 mies. leczenia otrzymywało tylko kleik na wodzie z masłem i herbatę z sacharyną. Badanie przedmiotowe zmian w narządach nie wykazuje; skóra sucha, blada, utraciła całkowicie elastyczność. Długość ciała dziecka wynosi 75 cm.; odpowiednia do niej waga winna wynosić 10 — 20 kg.; tymczasem pacjent waży 6,800.

Zagadnienia, jakie nas interesują w tym przypadku, są następujące:

1) wyniszczenie dziecka z powodu cierpienia i nieodpowiedniego odżywiania zarówno ilościowego, jak i jakościowego;

2) obecne leczenie stanu dystroficznego.

Pierwsze zagadnienie jest całkiem zrozumiałe, jeżeli przyjąć pod uwagę istotę cierpienia i 2-miesięczne głodzenie dziecka (kleik na wodzie i herbata z sacharyną). Po przybyciu dziecka do kliniki zastosowano w ciągu pierwszego tygodnia dietę mieszaną bez wybitnego wpływu na krzywą wa-

gi, Wobec tego rozpoczęte zostało djetetyczne leczenie chorego za pomocą dużych dawek cukru buraczanego według metody Nobécourt'a.

Dziecko otrzymywało pro die:

600 gram mieszanki Moro, 1200 gram. herbaty z 240 gr. cukru, 50 gr. soku owocowego.

Ogółem więc otrzymywało 1782 kalorie czyli 255 kalorii na 1 kg. wagi. Dobowa ilość cukru wynosiła 270 gram; na 1 kg. wagi pacjent otrzymywał 40 gram cukru.

Ilość białka w pożywieniu wynosiła 21 gram.

„ węglowodanów „ „ 310 „

„ tłuszczu „ „ 46 „

Po upływie niespełna tygodnia wyniki leczenia były zdumiewające—przyrost wagi wynosił 700 gram.; skóra, poprzednio sucha, wiotka, obecnie wilgotna; obrzęków brak; wygląd chorego zmienił się tak dalece, że otoczenie zaledwie go poznało.

Pobocznych ujemnych objawów w ciągu leczenia za pomocą dużych ilości cukru nie spostreżaliśmy; w moczu tylko jednego dnia stwierdzony jednak został przejściowy cukromocz; ilość cukru we krwi była normalna. W przebiegu klinicznym podkreślić należy znikomą diurezę: dobową ilość moczu wynosiła 250 gram, chociaż chory wypijał 1800 gram. Nadmierne podawanie węglowodanów powoduje zmniejszenie się ilości moczu (Niemann) i retencję wody w ustroju. Aby jednak węglowodany miały możność trwałego związania tej wody, niezbędne są tłuszcze i sole. Osiągamy to w naszym przypadku, podając mieszankę Moro. (Streszczenie własne).

W dyskusji H. Brokman zaznacza, że sacharyny nie można jednak zupełnie usunąć z arsenału leczniczego, np. na krótką metę w ostrych zaburzeniach żołądkowo-kiszczkowych, dla korekcji niektórych leków i t. p.

A. Mikolajtówna i R. Barański przedstawiają i omówiają przypadek ropnego zajęcia lewego stawu łokciowego pochodzenia paratyfuzowego u dziecka, liczącego 2 l. 5 m.

W dyskusji pułk. L. Zembrzusi radzi z powodu nadmiernego obrzęku stawu oraz rozciągnięcia torebki i więzadeł stawowych powtarzać nakłucia ropnia i aspirować wydzielinę, a to celem zapobiegnięcia w następstwie zwiotczeniu stawów, co odezwałoby się ujemnie na czynności tego ostatniego w razie wygojenia bez zabiegu operacyjnego (Str. własne).

P. Baumritter przedstawia i omawia ciężki przypadek porażenia błoniczych u dziecka 2 1/2 rocznego. Porażone tu zostało podniebienie miękkie i przełyk oraz lewy mięsień odwodzący gałki ocznej. Po zastrzyknięciu 80 tys. J. U. surowicy osiągnięto poprawę.

W dyskusji R. Stankiewicz, jakkolwiek widzi w tym przypadku poprawę po konserwatywnym leczeniu surowicą, jeonak radzi w podobnych przypadkach wstrzykiwać anatoksynę celem wywołania czynnej odporności, co powinno dać lepszy wynik leczniczy.

H. Brokman zaznacza, że omawiany przypadek pod względem rozpoznania można pomylić z porażeniami w chorobie Heine - Medina.

S. Łyskawiński zaleca wielką ostrożność, a nawet zaniechanie zgłębnikowania do celów karmienia dziecka w podobnych przypadkach, jako zabiegu zbyt gwałtownego, który może wywołać nagłą śmierć.

W. Mikułowski wygłasza odczyt p. t.: „Leczenie choroby Heine-Medina w świetle obrad V Kongresu pedjatrów francuskich w Lozannie 29—30 września i 1-go października 1927 r. (Druk. w Pedj. Pol., Tom VII, zes. 5).

Programowe referaty na temat leczenia choroby Heine-Medina objęły zagadnienie seroterapii, fizjoterapii i ortopedji, zastosowanych w walce z tem cierpieniem. Prof. G. Etienne z Nancy w odczycie o leczeniu surowicą zapalenia rdzenia, omówił najważniejsze podstawy biologiczne seroterapii w tem cierpieniu i przedstawił pomyślnie wyniki praktycznego zasto-

wania leczniczego tak surowicy ozdowieńców (met. Nettera), jak i surowicy swoistej Pettita z Inst. Pasteura.

Duhem z Paryża omówił sposoby fizycznego leczenia rdzeniowego porażenia dziecięcego. Dr. Nicod wypowiedział referat o chirurgicznym leczeniu porażenia dziecięcego, demonstrując cały szereg leczonych przypadków

W dyskusji: pułk. L. Zembrzusi jest zdania, iż należy powitać z uznaniem stosowanie surowicy, jeżeli mają one zapobiegać powstawaniu porażen, leczenie których stanowi prawdziwe „crux chirurgorum”. Z... będąc przez 14 lat ordynatorem szpitala dziecięcego, rok rocznie spostrzegał po kilka i więcej przypadków porażen na tle choroby Heine-Medina. Ani zeszywnienie stawów, co chętnie stosują francuzi, ani przeszczepianie ścięgien metodami ortopedów niemieckich (Tulpius, Lange) nie dają wyników pożądaných i raczej zadawalniają chirurgów, niż pacjentów oraz ich rodziców. W razie porażenia większości mięśni kończyn nie pozostaje nic innego, jak stosowanie do końca życia przyrządów ortopedycznych (Str. własne).

Doc. W. Szenajch zaznacza, że epidemji dotąd niema i prawdopodobnie nie będzie, ponieważ choroba Heine-Medina występuje w porze letniej; w sprawie leczenia surowicą trudno dziś wypowiedzieć się, ponieważ 60% przypadków bez względu na sposób leczenia w ciągu 2 miesięcy zdrowieją zupełnie; ważniejszą sprawą z punktu widzenia praktycznego są przypadki, leczone surowicą w ostrym okresie, gdzie surowica miała zapobiec porażeniom (streptokokowa surowica Rozenowa).

J. Wołyński zapytuje o dawki surowicy.

F. Sachs przypomina, że Sicard w trzech przypadkach zastrzykiwał po 10 cm. krwi chorego z pomyślnym wynikiem.

P. Baumritter i H. Hirszfildowa wygłaszają odczyt p. t. „Przyczynki do stosowania insuliny w dystrofiach dziecięcych”.

W dyskusji: W. Mikułowski zgadza się z wnioskami referentów co do zasadniczych skutków działania insuliny w kierunku podniecenia apetytu, zatrzymania wody w ustroju, przyrostu wagi i prawdopodobnie zachodzącej korelacji hormonów. Mikułowski wypowiada przekonanie, że właśnie w związku z wyrównaniem korelacji hormonów przychodzi na skutek działania insuliny także do zmian dotychczasowego stanu humoralnego. Jak wiadomo, insulina uskutecznia nie tylko u diabetyka, ale u każdego osobnika wzniesienia rezerwy alkalicznej. M. przypuszcza, że w opisanych przypadkach dystrofji chodziło także właśnie o lecznicze działanie na większą lub mniejszą kwasicę ustrojową chorych dzieci.

Lecznicze działanie insuliny w gruźlicy tłumaczy się nie tylko przez podniecie łaknienia, ale także przez alkalizujące działanie. Jak wiadomo z prac Delore'a, zasadowość humoralna jest ważnym czynnikiem odpornościowym w zagadnieniu terenu gruźliczego. (Streszczenie własne).

R. Stankiewicz w leczeniu dystrofji dziecięcych kładzie nacisk na odpowiednie odżywianie, insulinę uważa jako ultimum refugium.

Doc. Szenajch w 4-ch przypadkach, leczonych insuliną, miał wynik niepomyślny; natomiast podkreśla, iż z dobrym skutkiem stosuje się insulinę na oddziale chirurgicznym szpitala Karola i Marji w celu zapobiegania objawom pochloroformowym.

W odpowiedzi P. Baumritter zgadza się z przypuszczeniem Mikułowskiego co do wpływu insuliny na zmianę stanu humoralnego, a mianowicie w kierunku zwiększenia rezerwy alkalicznej.

Posiedzenie kliniczne z dnia 9.XI 1927 r.

Obecnych: członków — 22, gości — 15.

Prezes S. Łyskawiński komunikuje o wysłaniu do profesora A. Gluzińskiego gratulacyjnego telegramu z powodu ukończonego 50-lecia Jego pracy lekarskiej.

KRESIVAL

łagodny a niezawodny w działaniu
środek wyksztuśny
we wszystkich ostrych i przewlekłych cierpieniach
dróg oddechowych,
specjalnie zalecany w praktyce dziecięcej.

W sprzedaży: flakony po 125 g w oryginalnym
opakowaniu „BAYER“.

PANFLAVIN @ PASTYLKACH

do odkażania jamy ustnej i gardzielowej, działa
nadzwyczaj silnie na laseczniki błonicy, na paciorkowce i pneumokoki, powstrzymując ich wzrost.

W sprzedaży: pudełka po 30 i 50 pastylek
w oryginalnym opakowaniu „Cassella“.

GARDAN

KLINICZNIE WYPRÓBOWANE
ANALGETICUM,
ANTIPYRETICUM
ANTIRHEUMATICUM,

Zawierające drobinowo równe ilości:
Nowalginu i Pyramidonu.
Szybkie i intensywne działanie przy bólach i cierpieniach gorączkowych wszelkiego rodzaju.

W sprzedaży: flakony do 10 i 25 tabletek à 0,5 g
w oryginalnym opakowaniu „HOECHST“.

I.G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Oddział farmaceutyczny „*Bayer-Meister-Lucius*“

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską: Dom Agenturowy „**REMEDIA**”
wysyła literaturę i próby na żądanie
WARSAWSKI, FULDE i S-ka
Warszawa, Hipoteczna Nr. 5 Skrz. poczt. 748



EMULSJĘ TRANOWĄ — GESSNER

z solami podfosforanu wapnia i sodu przy chorobach:
**zołżów, krzywicy, wycieńczeniu i niedokrwi-
stości u dzieci.**

SYROP. DROSERAE c. Natr. silicico — GESSNER

w chorobach:

kokluszu i przy nieżycie dróg oddechowych.

POLECA:

LABORATORJUM CHEM.-FARMAC.

JAN GESSNER

Warszawa, Al. Jerozolimskie 11.

Kąpiele Lecznice w domu **WSZYSTKIE NATURALNE I MEDYCYNALNE**

sporządzać można w każdej wannie z d-ra W. Sedlitzky'ego, Cordis ką-
pieli kwaso-węglowych — Abletin kąpieli igliwiowych — Aweś kąpieli
tlenowych — Jordanin kąpieli przeciw otyłości.

Wszystkie dodatki kąpielowe z Zakładów Przemysł. Karola Szoppera
S. A. Bielsko składają się z suchych substancji, nie uszkadzają waniem
i zostają przepisywane przez lekarzy przed lub po kuracjach już od kilku-
dziesięciu lat. Na wszystkich wystawach środków leczniczych i higienicz-
nych odznaczone pierwszemi nagrodami. Kąpiele kwaso-węglowe à la
Nauheim i z solą jodowo-bromową, ziołami, siarką, stałem, sośniną.

Wyciąg igliwiowy. Sól borowinowa, według analizy z Frazensbadu.

Tabletki kąpielowe: kory dębowej, żelazne, igliwiowe, kreolinowe, jodo-
wobromowe, soli morskiej, rumiankowe, ziołowe, siarczane, solankowe
i smołowe. Literatura i uznania lekarskie przez Zakłady Przem.

Karol Szopper S. A. Bielsko.

W. Mik u ł o w s k i demonstuje dziewczynkę 10-letnią z porażeniem rzekomo-opuszkowym na tle poronnego zakażenia poliomyelitycznego.

Przypadek dotyczy Józefy P., która zachorowała nagle 20.X wśród gorączki. Nazajutrz wystąpiły objawy anartryczne zaburzenia mowy z równoczesnym wiotkim niedowładem kończyny dolnej lewej. Chora, leczona surowicą Pettit'a, opuściła 6.XI szpital jako wyleczona.

W dyskusji: J. Bukowska opisuje własny przypadek porażenia dziecięcego z niedowładem kończyny górnej lewej u dziecka 14-miesięcznego, obserwowany w czasie obecnym.

W rozpoznawaniu porażen na tle choroby Heine-Medina kol. Bukowska zaleca pewną ostrożność, ponieważ u dzieci krzywiczych dość często dają się spostrzeżeć różnego stopnia przemijające niedowłady; ścisłe rozpoznawanie natury porażenia musi być, zdaniem B., potwierdzone przez reakcję zwyrodnienia.

K. Piotrowski zaznacza, że nagle, lecz krótkotrwałe objawy opuszkowe mogą poprzedzać gruźlicze zapalenie opon mózgowych; mówca obserwował podobny przypadek u chłopca 6-letniego, u którego po krótkim insulcie opuszkowym po 3-tygodniach pozornie zupełnego zdrowia wystąpiły objawy oponowe, i chory zmarł na gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

S. Ł y s k a w i ń s k i omawia przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u 12-letniej dziewczynki z kiłą wrodzoną.

W przypadku tym początkowo nasuwało się podejrzenie co do duru brzuszego, a to wobec wysokiej temperatury o typie stałym, wybitnie zmniejszonej liczby białych ciałek do 4320 w 1 mm³, zwolnionego tętna — przy braku wyraźnych objawów oponowych; te ostatnie zjawyły się dopiero w końcu drugiego tygodnia choroby; wykonane wówczas nacięcia łądźwiowe wykazały obecność wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego oraz płyn o zapalnych własnościach, typowy dla sprawy gruźliczej (znaleziono m. in. typowy lasecznik gruźliczy). dziewczynka zmarła w 25 d. choroby; sekcja wykazała typowe dla meningitis tbc zmiany w mózgu, a jednocześnie zserowacenie gruczolów tchawiczo-oskrzelowych. Zastępuje tu na uwagę obecność jednoczesnego zakażenia kiłowego (Wassermann w surowicy krwi ++, Wassermann w płynie mózgowo-rdzeniowym +++). W myśl odnośnych spostrzeżeń H u t i n e l'a i M e r k l e n'a zakażenie to może mieć wpływ na odmienne ukształtowanie się przebiegu gruźliczej sprawy oponowej.

(Streszczenie własne)

Doc. A. Ł a w r y n o w i c z wspólnie z Z. B o g d a n o w i c z ó w n ą wygłasza odczyt p. t. „Spostrzeżenia nad próbą ryczałtową określania zjadliwości laseczników w posiewie śluzu z gardzieli“.

Mimo dokładnego i całkowitego opracowania sprawy szczepień ochronnych w błonicy nie znajdują one w naszych warunkach zastosowania Dlatego w epidemiologii praktycznej dotąd posiada niemałe znaczenie badanie na nosicielstwo las. błonicych. Dotychczasowe sposoby stwierdzania nosicielstwa drogą badania mikroskopowego nie mogą nas zadowalniać ze względu na ustalony fakt istnienia szczepów błonicych nie zjadliwych. Nosicielstwo winno być badane w każdym przypadku jakościowo — na zjadliwość. Na tej drodze dotąd istniały znaczne przeszkody, polegające na konieczności wyosabniania w każdym przypadku hodowli czystych. Tę konieczność usuwa nowa metoda, podana przez Harens i Powell'a. polegająca na zastrzyknięciu doskonałemu świnie morskiej w celu zbadania zjadliwości, zamiast hodowli czystej — zawieszony wszystkich drobnoustrojów, wyrastających na surowicy, Löffler'a. Metodę tę, nazwaną przez autorów „crude taste“, pozwalamy sobie nazwać „próbą ryczałtową“. W naszych spostrzeżeniach „próbą ryczałtową“ daje 82,70% zgodności z wynikami badania zjadliwości hodowli czystych. Przeprowadzając dokładną analizę czynników, wchodzących w rachubę podczas wykonywania próby ryczałtowej, docho-

dzimy do wniosku, że jedynie własności osobnicze świnek morskich mogą stanowić czynnik, znacznie utrudniający niekiedy ujęcie wyników (chodzi tu o świnki, nie reagujące na toksynę błoniczą). Praktycznie za pomocą „próby ryczałtowej” otrzymujemy 71,8% szczepów zjadliwych u chorych i 35,5% u nosicieli. Nadto w szeregu przypadków osobniki, u których mikroskopowo nie daje się stwierdzić laseczki błoniczej, dają wynik dodatni „próby ryczałtowej” — nekrozę. (Szczegóły metodyki będą podane w „Medycynie Doświadczalnej i Społecznej”. (Streszczenie własne)

W dyskusji: J. Bukowska zaznacza, że czynne uodpornienie niemowląt — nosicieli błonicy metodą profesora Dzierżgowskiego stosowane było przez nią w Petersburskim Domu Wychowawczym na kilkunastu dzieciach w wieku 1—12 mies. Toksyna według standaryzacji prof. Dzierżgowskiego wprowadzana była do śluzówki jamy nosowej. Zabieg jakichkolwiek zmian miejscowych lub ogólnych nie wywoływał. W wyniku nosiciele bakterji nie utracili. (Streszczenie własne)

R. Stankiewicz przyznaje, że próba ryczałtowa posiada pierwszorzędne znaczenie z punktu widzenia epidemiologii i immunobiologii; natomiast podkreśla, że z punktu widzenia klinicznego nie przedstawia żadnej wartości, ponieważ na wyniki próby ryczałtowej należy oczekiwać prawie $\frac{1}{4}$ doby.

Powszechnie wiadomo jest, że w anginach dyfterytycznych w 10% przypadków wynik badania bakterjologicznego bywają ujemny; w dławcu błoniczym ujemny wynik spotykamy w 28%. Mimo to klinicznie w tych przypadkach stosujemy leczenie swoiste, nie licząc się z wynikami badania bakterjologicznego. Nie wolno lekarzowi oczekiwać na wynik badania bakterjologicznego, zwłaszcza w przypadkach ciężkich, a już najmniej wskazane jest wyczekiwanie na wyniki próby ryczałtowej ($\frac{1}{4}$ doby).

(Streszczenie własne)

A. Kamler zapytuje, jak przedstawia się sprawa zjadliwości las. Löfflera u nosicieli w czasie.

Doc. A. Ławrynowicz zaznacza w odpowiedzi:

J. Bukowskiej, że świadomie nie wspominał o pracach prof. Dzierżgowskiego nad uodpornieniem czynnem, jako nie mających związku z tematem odczytu;

R. Stankiewiczowi, że próba zjadliwości ma zastosowanie tylko u nosicieli; do celów klinicznych jest ona zbędną, ponieważ obraz kliniczny sam przez się przemawia o naturze zarazka;

A. Kamlerowi, że prześledzić zjadliwość zarazka u nosicieli w czasie jest rzeczą trudną ze względu na możliwość wtargnięcia nowego szczepu.

E. Rejcherówna wygłosiła odczyt p. t. „O wpływie ćwiczeń cielesnych na ustrój ludzki”.

Posiedzenie kliniczne z dnia 30.XI.1927.

Obecnych: członków — 19, gości — 13.

Przewodniczący S. Łyskawiński komunikuje, że P. T. P. wraz z Kołem Medyków-Studentów Uniwersytetu Warszawskiego organizuje uroczyste posiedzenie celem uczczenia pamięci Rektora dr. med. Józefa Brudzińskiego w X rocznicę Jego śmierci; posiedzenie odbędzie się w niedzielę dnia 11 grudnia r. b. o 5-ej pp. w Auli Uniwersytetu Warszawskiego;

Tenże zwraca się następnie z prośbą, aby koledzy prelegenci składali do prezydium przed przemówieniem krótkie streszczenie swych odczytów, zaś koledzy, przemawiający w dyskusji, nadsyłali treść swych przemówień do sekretariatu najpóźniej w tydzień czasu po posiedzeniu.

S. Łyskawiński:

1) przedstawia preparat serca 3-dniowego niemowlęcia u którego przyżyciowo stwierdzono napadową sinicę i wybitny szmer w sercu, na sekcji — znaczne rozszerzenie światła przewodu Botalla i otworu owalnego;

2) omawia przypadek białaczki limfatycznej u 3¹/₂ letniego chłopca (M. S.), obserwowanego początkowo w szpitalu im. Karola i Marii, następnie w szpitalu Ujazdowskim; zasługuje on na uwagę ze względu na towarzyszący mu zespół objawów ostrej choroby zakaźnej, poprzedzonej kilkutygodniowym ogólnym niedomaganiem dziecka; objawy te były następujące: przy uogólnionem niedużego stopnia powiększeniu gruczołów chłonnych wybitniejszy przerost prawostronnych gruczołów podżuchwowych (do wielkości śliwki); stan gorączkowy o nieprawidłowym przebiegu; początkowo nieznaczna, w dalszym przebiegu wybitna skaza krwotoczna (wylewy do skóry, krwawienia z błon śluzowych nosa i jamy ustnej); znaczne powiększenie śledziony i wątroby; we krwi — przy wzmagającej się niedokrwiistości leukocytoza — u nas do 25470 b. c. w 1 mm³; połączona z wybitną limfocytosą (95—98%), przy znacznej przewadze limfocytów patologicznych Riedera; wreszcie wybitne zmniejszenie liczby trombocytów — przy jednoczesnym ujemnym wyniku prób tuberkulinowych, odczynu Wassermann'a w surowicy krwi, badań w kierunku zimnicy oraz oceny przypadku z punktu widzenia innych chorób, połączonych z powyższymi objawami; zasługuje tu dalej na uwagę przejściowa poprawa stanu dziecka po naświetlaniu śledziony promieniami Rentgena, po której nastąpiło jednak znaczne pogorszenie; przypadek został zakończony zejściem śmiertelnym w tydzień po naświetlaniu, w 7 tygodni — po zwróceniu uwagi rodziców na wyraźne objawy niedomagania dziecka (sekcji nie było);

3) omawia w krótkości przypadek, dotyczący 4-letniego chłopca (M. M.), u którego zarówno stan ogólny, jak i badanie krwi podczas 3-dniowego pobytu w szpitalu im. Karola i Marii nie dały wyraźnego prawa do stwierdzenia białaczkowego pochodzenia sprawy chorobowej, natomiast dalszy jej przebieg, obserwowany poza szpitalem, dał możliwość ustalenia ścisłego rozpoznania — białaczki limfatycznej (doc. Szeniajch i doc. Klejn).

(Streszczenie własne).

M. Kacprzak wygłasza 20-min. referat p. t. „Epidemiologia doświadczalna“.

Referent, ilustrując wykład tablicami i wykresami, w skróceniu pokazał dorobek nowego, wiele obiecującego kierunku w epidemiologii, zapoczątkowanego dopiero w okresie powojennym jednocześnie w Anglii i Ameryce. Doświadczenia w obu krajach były przeprowadzone nad myszami i dotyczyły prawie wyłącznie chorób przewodu jelitowego, zwanych tyfusem mysim. Główne wyniki tych doświadczeń można sformułować w sposób następujący: epidemie powstają, rozwijają się i wygasają według pewnych określonych praw, zależnie od zjadliwości zarazka, jego rozpowszechnienia i liczby elementów wrażliwych. W zbiorowiskach, które przeżyły epidemję, zarazek może trwać przez długi przeciąg czasu, nie powodując śmierci myszy (latent infection). Dodanie jednak myszy nie zakażonych wywołuje epidemję ponownie, najpierw wśród jednostek świeżo dodanych, a następnie i wśród pozostałych po dawnej epidemji — myszy świeże są niebezpieczne dla zakażonych. Na przebieg epidemji wywierają duży wpływ warunki rozmieszczenia zarazka, odżywianie myszy i odsetek jednostek nie uodpornionych.

(Streszczenie własne).

W dyskusji doc. Szeniajch zaznacza, że wyniki doświadczeń posiadają wielką wartość dlatego, iż potwierdzają obserwacje nad szerzeniem się epidemji w środowiskach ludzkich i zwierzęcych. Jako przykład może posłużyć sposób powstawania epidemji odrowej w pewnem zbiorowisku ludzi, np. w klasie. Społeczeństwo każdej klasy składa się z osobników, wychorowanych na odrę, i takich, którzy jeszcze nie chorowali na nią;

zachorowań niema — czyli ustala się pewna równowaga. Jeżeli ta równowaga zostanie zachwiana przez wcielenie do klasy kilku osobników, którzy odry nie przechodzą, to odra z pewnością wystąpi w tym wypadku, gdy większość utworzy się z osobników, którzy na odrę nie chorowali, i z wszelką pewnością pierwsi zachorują nowowcieni do klasy.

Ujemną stroną badań jest nieuwzględnienie wpływów atmosferycznych na przebieg epidemii, który to czynnik odgrywa wielką rolę w epidemjach.

W odpowiedzi M. Kacprzak zaznacza, że amerykańscy badacze utrzymują, iż zjadliwość zarazków jest stała, dlatego też w pracach swych nie uwzględnili czynników meteorologicznych. Dalej mówca podnosi, że w myśl wyniku wspomnianych badań nasuwa się następujący praktyczny wniosek: uodpornić należy możliwie wielką ilość osobników, choćby nawet w słabym stopniu.

S. K r a m s z y k wygłasza odczyt p. t. „O wodach mineralnych, naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnem”.

Badania, jakie w ciągu ostatnich dwu lat były dokonywane przez Baudischa i Welo w Instytucie Rockefellera oraz przez Freseniusa i Harpudera w Wiesbaden nad przyczyną „starzenia się” świeżych wód mineralnych, doprowadziły do nowych, a ważnych wyników. Okazało się, że składnikiem, który powoduje szereg biologicznych i fizykalno-chemicznych własności świeżej wody mineralnej, są zawarte w niej nawet i w nader nieznacznej ilości związki żelaza. Związki te znajdują się w wodzie świeżej w postaci chwiejnej „aktywnej”, która przy starzeniu się wody przechodzi w stan stały „nieczynny”.

Badacze amerykańscy poddali te „aktywne” związki żelaza subtelnym badaniom i wykazali, że np. tlenek żelaza (Fe_2O_3), zachowując jeden i ten sam skład chemiczny, może występować „w dwu postaciach”. Jedna postać „czynna” ma własności żelazo-magnetyczne, daje odczyn benzydynamy i wywiera wpływ, podobny do wpływu krwi, na rozrost bakterji, druga zaś — nieczynna wszystkich tych własności jest pozbawiona.

Baudisch i Welo zdolali w dalszym ciągu wykazać, że przy zastosowaniu metody interferencyjno-rentgenograficznej aktywna postać Fe_2O_3 przedstawia się w formie cząsteczek o strukturze krystalograficznej sześcienniej, nieaktywna zaś w formie romboedrycznej. Dalszym wynikiem powyższych doświadczeń były próby stwierdzenia działania żelaza aktywnego na ustroj. I oto w ciągu ostatniego roku udało się prof. Bicklowi i jego współpracownikom w Berlinie drogą badania przemiany materji u królików wykazać, że tlenek żelaza, otrzymany sposobem, podanym przez Baudischa, okazuje wpływ niezmiernie intensywny na przemianę białkową i na przebieg utleniania tłuszczów i węglowodanów.

Podawanie zarówno żelaza aktywnego per se, jak i zawierającej to żelazo wody mineralnej, zwierzętom pociągało za sobą lepsze wykorzystanie pokarmu w kiszkach, retencję azotu, ograniczenie utleniania białka, a także wzmoczenie utleniania substancji, nie zawierającej azotu. Pierwsza praca kliniczna o działaniu żelaza aktywnego ukazała się w połowie października r. b. Moldawsky z kliniki prof. Czerneho (Klinische Wochenschrift 1927 z dn. 15. X. Nr. 42), stosując żelazo aktywne w anemjach u niemowląt i noworodków i to często w formie, wobec której medycyna była dotychczas bezradna, otrzymał niezmiernie szybko wyniki decydujące.

Wyniki, otrzymane przy badaniu wód naturalnych, musiały odbić się i na próbach uzyskania możliwie doskonałych wód sztucznych. W r. 1926 Warburg, a za nim Schoeller i Rothe wprowadzają podwójne tabletki, dzięki którym udało się otrzymać roztwór, mający odpowiednią koncentrację jonów wodorowych oraz wykazujący dodatni odczyn benzydynamy.

Prelegent przedstawia wyniki swoich badań nad stężeniem jonów wodorowych w wodzie naturalnej butelkowej w roztoczeniu zwykłej soli mineralnej oraz w roztoczeniach, otrzymanych z różnego rodzaju tabletek. Prelegent wskazuje na niektóre cechy dodatnie produkowanych już dawniej w kraju tabletek, które udało mu się zbliżyć możliwie do naturalnego pierwowzoru

przez dodanie żelaza czynnego, również w kraju otrzymanego. Dzięki subtelnym badaniom, dokonany metodą interferencyjno - rentgenograficzną w Zakładzie Fizyki Doświadczalnej Uniwersytetu Warszawskiego, udało się stwierdzić, że żelazo czynne, demonstrowane przez prelegenta, pod względem swej struktury atomowej istotnie odpowiada cechom, podanym przez badaczy amerykańskich. Związek ten jest silnie magnetyczny, daje dodatni odczyn benzydnyowy, a więc na podstawie prac Bickla i inn. powinien być czynny pod względem biologicznym i posiadać wybitne działanie na przemianę materji i regenerację krwi. Prelegent w końcu daje krótki pogląd na fizjologiczną podstawę działania żelaza czynnego w związku z zachodzącymi tu zmianami w budowie atomowej oraz demonstruje szereg przezroczy, uwidoczniających zasadę i technikę metody interferencyjno-rentgenograficznej i widma filmowe zarówno żalaza czynnego, jak i nieczynnego. (Streszczenie własne).

Posiedzenie kliniczne z dnia 21.XII.1927 roku.

Obecnych: członków — 25-, gości — 15.

Przewodniczący S. Łyskawiński komunikuje, że dnia 11-go listopada 1927 w Auli Uniwersytetu Warszawskiego odbyło się uroczyste posiedzenie w celu uczczenia pamięci rektora dr. med. ś.p. Józefa Brudzińskiego, zorganizowane w X-tą rocznicę Jego śmierci przez P. T. P. wraz z Kołem Medyków Uniwersytetu Warszawskiego; w podobny sposób została uczczona pamięć Zmarłego przez oddział wileński P. T. P.; dalej odczytuje depeszę, nadesłaną do Zarządu P. T. P. przez oddział wileński Towarzystwa z okazji powyższej uroczystości.

Następnie Ł. odczytuje pismo od Państwowego Zakładu Higieny z prośbą do lekarzy pedjatrów, mających w leczeniu przywratnem przypadki płonicy, aby zechcieli podawać je do wiadomości Zakładu celem przeprowadzenia badań nad obecnością paciorkowców płoniczych u chorych, ozdrowieńców oraz w ich otoczeniu.

Wacław Lubczyński (szpital przy ul. Kopernika 43) przedstawia i omawia przypadek krwawiączki.

Chory, Jan Cz., w wieku lat 14. budowy wiotkiej, nieco rachitycznej, przybył do szpitala w trzecim dniu po wypadku: w szkole, biegnąc, uderzył się brzuchem o róg ławki; narazie odczuwał ból brzucha, który wkrótce ucichł, i chory pozostał w szkole do końca lekcji; wogóle dnia tego źle nie czuł się.

Dnia następnego wystąpił silny i trwały ból brzucha oraz wymioty; ostatnie uporczywie utrzymały się przez dwa dni.

Stan chorego w chwili przybycia do szpitala był niewspółmiernie ciężki do jego dość niewinnego wypadku: wybitna bledź powłok skórnych, wyraźnie zaznaczona sinica warg i paznogi, tętno na t. promieniowej nie wyczuwalne, u koniuszka serca — do 160 na 1', kończyny chłodne; wysklepienie brzucha nierówne: po stronie prawej płaska guzowatość, idąca od pachwiny prawej ku stronie lewej na szerokość dwu palców poza i ponad pępek; powłoki brzuszne napięte, palpacja brzucha bolesna, guz dość twardy. Sprawa miejscowa przy ogólnym stanie zapaściowym pozwalała przypuszczać, że mamy tu do czynienia z ostrem wysiękowym zapaleniem otrzewnej ograniczonym, ale dość rozległym, powstałym na skutek urazu wyrostka robaczkowego, będącego podówczas, być może, w stanie przelekłego zapalenia.

Dni następnych brzegi guza wyraźnie ograniczyły się, samopoczucie chorego poprawiło się. W szóstym dniu pobytu w szpitalu chory miał wypróżnienie, bolesność brzucha ustąpiła; zaznaczył się na skórze w miejscu urazu siniak. W dziesiątym dniu wystąpiło lekkie zażółcenie łąznic. Za czas pobytu 2-krotnie temperatura wynosiła 36°, pozatem była bezgorączko-

wa. Gus stale zmniejszał się i obecnie jest wielkości połowy dużej gruszki. Chory przed 6-ma miesiącami był leczony w tutejszym szpitalu z powodu krwimoczcu i wysięku do stawu łokciowego lewego; analiza moczu wykazała: białka $0,15\frac{0}{00}$, krwinek świeżych do 20 — 30 w polu widzenia, brak walczków; wylew do stawu okazał się wylewem krwawym (punkcja).

W czasie pobytu w szpitalu wystąpiło krwawienie z nosa, a później dość uporczywe z dziąsła, gdy chory wydlubał sobie palcami odłamek z zęba; wykonana wtedy analiza wykazała: ilość i jakość krwinek b. i czerw. — prawidłowa; ilość płytek — około 100 tys. w mm^3 ; płytki wyraźnie barwliwe; krzepliwość—42 m.; kurczliwość skrzepu nieco upośledzona; długość krwawienia — przeszło 45 min. (z płatka ucha — Duke).

Siła krwawienia nieznacznie wzmożona.

Rozpoznano jak za pierwszym, tak i za drugim pobycem — krwawiączkę.

Wywiad rodzinny:

2 braci chorego również cechuje duża skłonność do krwawień: jeden z nich pozostawał w szpitalu po usunięciu zęba; drugi zgłosił się do szpitala z powodu krwawienia z dziąsła, które wystąpiło bez wyraźnego powodu.

U siostry i u rodziców chorego krwotoczności nie spostrzegano; 5-ciu braci matki chorego miało nie przejawiać skłonności do krwawień; poumierali wszyscy wcześniej jako dzieci, jak matka podaje, z powodu chorób infekcyjnych, jak: dyfterja, ospa naturalna, szkarlatyna i inne; zgonu z powodu skrwawienia się miało nie być; babka nigdy nie wspominała córce swej o spostrzeganiu podobnych objawów u swych braci. Leczenie polegało na kilkakrotnym zastrzykiwaniu pod skórę koagulenu, a ponadto na zastrzyknięciu roztworu soli fizjologicznej (Streszczenie własne).

W dyskusji: Popowski w danym przypadku rozpoznaje krwawiączkę u osobnika, dotkniętego trombopenją, a to ze względu na przedłużony czas krwawienia i wylew krwawy w stawie łokciowym oraz krwimocz, obserwowane w innym czasie u chorego.

W. Mikułowski solidaryzuje się z zasadniczym rozpoznaniem krwawiączki, ale nie dziedziicznej, tylko objawowej i nie czystej, ale zespołu „haemofiliahaemogenja“, a to ze względu na przedłużony czas krwawienia i zmiany w płytkach. W żółtaczce wzmiankowanej dopatruje się objawu równoczesnej dysfunkcji wątrobowej, będącej w korelacji ze skazą krwotoczną (Streszczenie własne).

S. Łyskawiński skłonny jest również do rozpoznania w danym razie mieszanej postaci skazy krwotocznej: krwawiączkowo · małopłytkowej (haemophilia-thrombopenia).

Przedborski demonstrowa i omawia sekcyjny preparat wrodzonej niedrożności jelit u noworodka, spowodowanej obecnością tworów taśmowego, przyrośniętego w trzech miejscach do pętli jelita cienkiego i powodującego ich zaciśnięcie.

Możliwość wyleczenia w podobnych przypadkach prelegent widzi tylko w zabiegu chirurgicznym, do czego jednak w danym przypadku z powodu sprzeciwu rodziców nie doszło.

W dyskusji: R. Stankiewicz podkreśla, że różniczkowe rozpoznanie ostrego wgłobienia jelit u niemowląt napotyka na znaczne trudności. Często nie spotykamy guza macalnego i ustawiania się jelit, a zespół „trias Massart'a“ — wymioty, napady bólów i krwawe wypróżnienia nie w każdym poszczególnym przypadku są obecne. Stąd też i trudności rozpoznawcze będącego w mowie cierpienia. Zazwyczaj wgłobienie lub skręt jelita u dzieci rozpoznajemy bardzo późno, więc też i rokowanie zazwyczaj bywa niepomyślne. Według statystyki Gibson'a, śmiertelność wynosi u dzieci: w przypadkach, operowanych w ciągu pierwszych 48 godzin, — $41\frac{0}{0}$; w ciągu 2-jej do 3-jej doby — $62\frac{0}{0}$; w ciągu 4-jej doby — $72\frac{0}{0}$; a po 6-ym dniu — $100\frac{0}{0}$.

Spostrzeżenia własne przypadków operowanych zakończyły się niepomyślnie, ponieważ interwencja nastąpiła zbyt późno (Str. wł.).

S. Łyskawiński przypomina o własnym przypadku u dziecka 28-dniowego, u którego przewężenie dotyczyło dwunastnicy; przypadek ten był szczegółowo omówiony w roku zeszłym na posiedzeniu naszego Towarzystwa.

H. Trenkner zapytuje o pochodzenie przewężającej taśmy.

Przedborski w odpowiedzi zaznacza: Stankiewiczowi, że nie należy utożsamiać niedrożności jelit u noworodków z niedrożnością u dzieci starszych. O ile niedrożność u dzieci starszych nastęrcza znaczne trudności rozpoznawcze, to, przeciwnie, u niemowląt ta sprawa jest stosunkowo łatwiejsza: przemawia za nią brak smółki (szare, a nie żółte zabarwienie treści, wydobytej z jelit, z powodu braku żółci, brak w niej lanugo; ponieważ niedrożność jelit u noworodków występuje najczęściej wskutek zaciśnięcia ich przez jakiś nieprawidłowy twór, przeto zabieg operacyjny, polegający w danym wypadku na przecięciu owego tworu taśmowego, mógłby doprowadzić do wyzdrowienia.

Trenknerowi, że trudno określić w omawianym przypadku naturę taśmy zaciskającej pod względem embriologicznym.

A. Festensztat i Głowacki przedstawiają i omawiają przypadek przerzutowego nowotworu (osteosarcoma) na głowie, wielkością dorównywującego samej głowie, u dziewczynki 8-letniej. Punktem wyjścia była prawa goleń, którą amputowano przed kilkoma miesiącami, co jednak już nie uchroniło dziecka od przerzutów. W prawym płucu dają się stwierdzić objawy, przemawiające za obecnością przerzutu.

W dyskusji: Welfle uzupełnia, że omawiany przypadek przed 9-ma miesiącami był rozpoznany histologicznie w szpitalu im. Karola i Marii — jako sarcoma globocellulare cruris i wtedy proponowano zabieg chirurgiczny, czemu jednak sprzeciwili się rodzice.

S. Łyskawiński wygłasza odczyt p.t.: „Z kliniki skaz krwotocznych u dzieci“.

Za punkt wyjścia dla referatu posłużył prelegentowi przypadek, dotyczący chłopca (T. B.) w wieku lat 3 l. 4 mies., leczonego w szpitalu im. Karola i Marii, u którego przebieg kliniczny i właściwości krwi odpowiadały stanowi krwawiączkowemu, jednakże brak wyraźnych wskazówek co do obecności analogicznych objawów skazy krwotocznej u osobników męskich w jego rodzinie powstrzymywał prelegenta od ustalenia w danym razie krwawiączki samoistnej pochodzenia dziedzicznego; przy tej sposobności Ł. omawia w krótkości patogenę krwawiączki symptomatycznej czyli t. zw. stanów hemofilicznych według nomenklatury autorów francuskich.

(Streszczenie własne).

W dyskusji: Świdorski na podstawie wyników badania krwi w przypadku powyższym rozpoznaje pseudohemofilję; przy tej sposobności opisuje sposób badania krzepliwości krwi, podanej przez Gibbs'a, który uważa za dokładniejszy, niż inne.

S. Popowski uważa sposób Gibbs'a za niedokładny ze względu na przenikanie do kropli krwi płynu międzykankowego; według mówcy, najlepiej jest badać krzepliwość na kropli krwi, zawieszonej w oleju parafinowym.

W. Mikułowski uważa, że przypadek omówiony należy narazie ze względu na ujemne wywiady o dziedziczności rozpoznawać jako krwawiączkę spontaniczną; w przypadku tym dopatruje się terenu cholemicznego, za czym przemawiają, jego zdaniem, towarzyszące przebytemu kokluszowi objawy krwotoczne z równoczesnym stanem podżółtaczkowym. Przytacza 2 klasyczne obserwacje Weila, w których krwawiączka wtórna występowała, jako groźny dla życia objaw dysfunkcji wątrobowej; raz w przebiegu zatkania kamieniem przewodu żółciowego, drugi raz w przebiegu utajonej kiły. W obu przypadkach leczenie przyczynowe usunęło radykalnie krwawiączkę. Przypomina również swój przypadek duru brzuszego, w przebiegu którego

jako objaw dysfunkcji wątrobowej obserwował zespół wtórnej plamicy Werlhofa. (Streszczenie własne).

Wreszcie zamyka dyskusję prelegent S. Łyskawiński.

P. Baumritter wygłasza rzecz p. t. „Przyczynę do leczenia krzywicy ergosteryną naświetlaną“.

W dyskusji: R. Stankiewicz komunikuje, że na ostatnim zjeździe pedjatrów niemieckich w Budapeszcie (1927 r.) Stoeltzner zaznacza, iż tran zawiera oprócz czynnej ergosteryny i nieczynną. Dodanie do tranu fosforu wzmacnia jego właściwości przeciwkrzywiczne, ponieważ fosfor aktywuje nieczynną ergosterynę. Widzimy zatem, że w dawnym środku (fosfor i tran według formuły Kassowitz'a), posiadamy doskonały środek przeciwkrzywicy. Najbliższe porównawcze badania pomiędzy działaniem fosforu z tranem, a Vigantolem w przeciegu krzywicy wykażą, który z tych środków okaże się bardziej celowy w zwalczaniu krzywicy u dzieci (Str. własne).

S. Popowski podkreśla ogromne znaczenie prac, które doprowadziły do wykrycia działania naświetlanej ergosteryny. O ile krzywicę zaliczać do awitaminoz, to ergosteryna naświetlana jest pierwszą witaminą, względnie witalsteryną, otrzymaną w czystej postaci. Tran, jako środek przeciwkrzywiczny, ustępuje ergosterynie naświetlanej, gdyż, jak wykazują to prace Hottingera, jesteśmy w stanie laboratoryjnie określać siłę leczniczą ergosteryny za pomocą jej widma; natomiast określanie wartości leczniczej poszczególnych gatunków tranu wymaga ogromnego aparatu i szeregu długotrwałych badań nad zwierzętami. Nie wyklucza to bynajmniej stosowania tranu, jako środka odżywczo. Obecnie w okresie badań wartości preparatów naświetlanej ergosteryny należy stosować ją w przypadkach czynnej krzywicy, przebiegającej z obniżeniem poziomu fosforu nieorganicznego we krwi. Również należy pamiętać o tem, że spotykamy szczególnie wśród wcześniaków i małych niemowląt przypadki rozmiękczenia kości potylicowej pochodzenia niekrzywiczego. Krzywica wcześniaków również szybko ustępuje pod wpływem naświetlanej ergosteryny.

St. Kramsztyk zaznacza, że zagadnienie ergosteryny naświetlanej posiada ogromne znaczenie teoretyczne. Rola witamin — jako „katalizatorów“ w retencji wapnia była już podkreślona przez mówcę w Tow. Pedjatrycznym przed 1 $\frac{1}{2}$ rokiem jedynie na podstawie obserwacji poliklinicznych. Jednocześnie zagranicą ukazały się prace, potwierdzające słuszność tego spostrzeżenia; tak np. w roku 1924 Houlbert we Francji wskazywał na „utrwalającą“ rolę witamin w przemianie mineralnej, a wapniowej w szczególności, a we Włoszech Baccarani na podstawie badań krwi i moczu dowiódł znaczenie witaminy B w retencji wapnia. Katalizatory takie zależą, jak się zdaje, od szczególnych przeobrażeń atomowych, jak to zresztą wykazał Holtz, współpracownik Windausa, dla aktywowanej cholesteryny.

S. Popowski w odpowiedzi przedmówcy zaznacza, że wapien bynajmniej nie odgrywa roli leczniczej w krzywicy. Badania György'ego wykazują, że wapien wywiera na ustrój działanie zakwaszające, czyli wręcz przeciwnie działaniu wszystkich witamin i wszystkich czynników, za pomocą których leczymy krzywicę (światło, pobyt na powietrzu i t. p.). Wyniki Reyer'a obecnie dadzą się wytłomaczyć tem, że stosowane przez niego drożdże zawierają duże ilości ergosteryny.

F. Goebel—odnośnie do wapnia, podawanego drogą doustną w krzywicy, czuje się zmuszonym do zaznaczenia, że, jak wynika z dyskusji, istnieje tu pewne nieporozumienie: krzywica nie powstaje skutkiem braku wapnia we krwi, lecz w następstwie niezdolności tkanki chrzęstnej do stałego wiązania wapnia; obecnie wywołuje się nawet krzywicę doświadczalną u zwierząt (np. szczurów) najlepiej i najszybciej za pomocą djety Mc. Callum 3143, która zawiera 30% węglanu wapnia.

Odnośnie do spostrzeżeń Volmera, można się z nim zgodzić, że podawanie dziecku 10-miesięcznemu dwu gramów cholesteryny naświetlanej

dziennie w celu leczenia krzywicy jest rzeczą szkodliwą; świadczy ono jednocześnie też o tem, że ta cholesteryna widocznie zawierała minimalną ilość ergosteryny, kiedy trzeba było aż tak wielkich dawek, ażeby wywołać wynik leczniczy pomyślny. Zdaje się być rzeczą pewną, że cholesteryna, otrzymywana z różnych narządów, zawiera nie zawsze tę samą domieszkę ergosteryny. W badaniach własnych mówcy, przeprowadzanych obecnie na szczurach, dotkniętych krzywicą doświadczalną, udawało się usunąć objawy krzywicy za pomocą minimalnych dawek cholesteryny, naświetlanych promieniami pozafioletkowymi, gdyż ta właśnie cholesteryna zawierała znaczącą domieszkę ergosteryny. (Streszczenie własne).

Przedborski zaznacza, że miał dobre wyniki przy stosowaniu Vigantolu.

Sekretarz:

(—) *K. Piotrowski*

Prezes:

(—) *St. Łyskawiński*

Sprawozdanie Roczne Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego

ZA ROK 1927 — DZIAŁALNOŚCI DZIESIĄTY

W roku 1927 odbyło się jedno ogólne walne posiedzenie Towarzystwa w dniu 16 lutego, na którym przyjęto sprawozdanie Zarządu, bibliotekarza, skarbnika i komisji rewizyjnej, poczem dokonane zostały wybory do tej ostatniej, ustalające następujący jej skład: E. Dytel, M. Gromski i p. M. Mauersbergierowa.

Dnia 2-go marca odbyło się doroczne ogólne zebranie członków czynnych Towarzystwa, na którym przeprowadzono wybór sekretarza stałego na miejsce, opróżnione po św. p. J. Kramsztyku, oraz wybór członków Zarządu i Komisji balotującej: sekretarzem stałym został obrany doc. dr. med. Władysław Szenajch; do zarządu weszli: H. Brokman, Wł. Mikułowski—obaj na II trzecie; na I-sze zaś trzecie — T. Kopec, K. Piotrowski, M. Roszkowski i R. Stankiewicz; do komisji balotującej ponownie zostali wybrani: A. Koral, L. Zembrzusi, I. Korsakówna i J. Lubczyński.

W uznaniu zasług na polu pedjatrii prof. Kl. Pirquet został zaszczycony godnością członka honorowego Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

Na posiedzeniu w dniu 9.III Zarząd ukonstytuował się w sposób następujący: prezes — Stanisław Łyskawiński, vice-prezes — prof. Mieczysław Michałowicz, skarbnik — Tadeusz Kopec, bibliotekarz — Remigjusz Stankiewicz, sekretarz doroczny — Kazimierz Piotrowski; członkowie: Henryk Brokman, Włodzimierz Mikułowski, Marjan Roszkowski i Henryk Trenkner.

Liczba członków Towarzystwa w dniu 1.I 1927 r. wynosiła 227, w tej liczbie: czynnych—155, popierających—60, dożywotnich—3, honorowych—9. W roku sprawozdawczym przyjęto w poczet członków czynnych — 11, popierających — 2, honorowych 1.

Pozostaje na 1.I 1928 r. ogółem członków 241, z tego czynnych—166, popierających — 62, dożywotnich — 3, honorowych — 10.

Spółeczna działalność Towarzystwa zaznaczyła się w sposób następujący:

Towarzystwo kontynuowało — wzorem lat poprzednich — ścisły kontakt z centralną instytucją opieki nad dzieckiem, Polskim Komitetem Pomocy Dzieciom, mając w jego Radzie Nadzorczej stałego swego przedstawiciela w osobie vice-prezesa Zarządu, prof. M. Michałowicza, po zrzeczeniu się tego mandatu przez doc. Władysława Szenajcha.

W poczuciu palącej potrzeby gruntownego zreformowania ambulatorjów dziecięcych, w myśl przedstawionego odpowiednim władzom przez Towarzystwo projektu z jednej strony, z drugiej — wobec dotychczasowego braku poprawy stosunków w tej dziedzinie, Zarząd wystosował do Głównej Dyrekcji Służby Zdrowia następujące pismo, w którym, powołując się na

przesłane poprzednio w tej sprawie memorjały, informował się co do zakresu urzeczywistnienia postulatów, wyłuszczonech we wspomnianych memorjałach:

DO

Zał. Nr. 1.

GENERALNEJ DYREKCJI SŁUŻBY ZDROWIA

W wykonaniu uchwały II-go Zjazdu Pedjatrycznego 1924 r. w Poznaniu w sprawie racjonalnych reform w przychodniach dla dzieci Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego zwracał się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w memorjałami dnia 20.V.25 roku i dnia 25.III.1926 r.

Wobec mającego odbyć się w dniach 26 — 29 czerwca r. b. w Wilnie III-go Zjazdu Pedjatrycznego Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego zwraca się obecnie do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z uprzejmą prośbą o powiadomienie go w możliwie szybkim czasie — przed Zjazdem, w jakim zakresie zostały urzeczywistnione postulaty, wyłuszczone we wspomnianych memorjałach.

Z wysokiem poważaniem

Sekretarz:

(—) *Dr. K. Piotrowski*

Prezes:

(—) *Dr. S. Łyskawiński*

W uwzględnieniu potrzeby nawiązania nieistniejącego dotąd kontaktu pomiędzy lekarzem i otoczeniem dziecka, leczonego w szpitalach i ambulatoriach dziecięcych, została poruszona sprawa utworzenia w tych instytucjach nowego typu pielęgniarek wizytujących (społecznych). Uzasadnienie potrzeby takich pielęgniarek oraz dokładny zarys ich obowiązków zostały ujęte w następujący szczegółowy szkic, który został przesłany do miarodajnych czynników:

Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego powziął na posiedzeniu z dn. 12.IV.1927 r. uchwałę, stwierdzającą niezbędną potrzebę stworzenia stanowisk (etatów) pielęgniarek społecznych (wizytujących) w szpitalach oraz ambulatoriach dziecięcych, a to na wzór stosunków w państwach zachodnich, głównie we Francji.

Pielęgniarki społeczne winny mieć potrzebne przygotowanie fachowe, dające rękąmię, że, posiadając zwykłe warunki fizyczne, umysłowe i moralne, znają zasady medyczne w zakresie patogenety, symptomatologii i profilaksji najważniejszych chorób.

Celem pielęgniarek społecznych (wizytujących) jest stałe pośredniczenie między chorym i ciałem lekarskim instytucji leczącej, a to dla:

- 1) umożliwienia i ułatwienia lekarzowi jaknajdokładniejszego poznania istoty choroby pacjenta;
- 2) dla umożliwienia lekarzowi racjonalnego udzielenia pomocy choremu tak pod względem czysto lekarskim, jak i społeczno-lekarskim;
- 3) dla przyspieszenia przez to tempa wymiany chorych w instytucji dziecięcej;
- 4) dla ułatwienia instytucji dziecięcej rychłego rekonwaleskowania chorvch dzieci, nie nadających się do leczenia w tej instytucji przez umiejętne zajęcie się pielęgniarki losem tych chorych; instytucja dziecięca pozbywa się w ten sposób wielkiego ciężaru, jaki stanowią chronicznie chorzy dla budżetu i dla funkcji tej instytucji.

O b o w i ą z k i pielęgniarki społecznej polegałyby:

- 1) Na zbieraniu wywiadów w kierunku źródła choroby, jej charakteru i historii.
- 2) Na zapoznaniu się z chorobą przez umiejętne obserwowanie szczegółów o nasileniu się i barwie dolegliwości, o gorączce, stopniu wyniszczenia i na wykrywaniu prawdy w domu, tajonej często przez chorego z powodu fałszywego wstydu.
- 3) Na zajęciu się losem chorego:

A. Pod względem leczniczym:

- 1) Na kontrolowaniu, czy plan leczenia chorego w domu jest wykonalny, i czy chory go wykonuje;
- 2) na kontrolowaniu, czy wskazówki trybu życia i higieny mają w domu chorego zastosowanie;
- 3) na dopilnowaniu, aby chory w oznaczonych terminach był podany dalszemu badaniu lekarskiemu, a nie znikał z horyzontu obserwacji lekarskiej ze szkodą dla siebie i często dla nauki;
- 4) na dopilnowaniu, aby w myśl wniosku lekarza załatwione zostały wszystkie formalności, potrzebne dla wykonania badania dodatkowego lekarskiego lub dla umieszczenia chorego w odpowiednim zakładzie specjalnym lub w odpowiedniej miejscowości klimatycznej, czy w kolonii leczniczej; funkcje te pielęgniarka wizytująca spełnia według ścisłych wskazówek lekarza i w stałym kontakcie oraz w porozumieniu z siecią innych instytucji, opiekujących się dobrem dziecka.

B. Pod względem społecznym:

- 1) Na poznawaniu warunków społecznych chorego: a) ekonomicznych, b) intelektualnych, c) moralnych, d) zawodowych;
- 2) na udzielaniu pomocy w myśl instrukcji lekarza, a więc:
 - a) w przypadkach chorób infekcyjnych, nie objętych kontrolą Sanitarjatu państwowo - miejskiego, przez stosowne zarządzenia profilaktyczne i przez udzielanie właściwych wskazówek zawsze z ideą usuwania szkodliwych przesądów;
 - b) przez wyszukiwanie wsparcia za pośrednictwem odpowiedniego wyzyskania pomocy rodzinnej chorego, odciążając przez to pomoc publiczną;
 - c) przez ułatwienie pomocy publicznej społecznej w odpowiednich przypadkach;
 - d) przez działalność wychowawczą i kulturalną;
 - e) przez racjonalne usuwanie przyczyn szkodliwych oraz udzielanie pociechy duchowej i moralnej.

Przez wszystkie te funkcje pielęgniarka społeczna (wizytująca) przyczynić się musi do podniesienia autorytetu i znaczenia społecznego instytucji dziecięcej na zewnątrz i do wzmocnienia węzłów zaufania ludności do tejże instytucji.

Komunikując powyższą uchwałę, Zarząd wyraża gorącą prośbę o możliwie rychłe wprowadzenie w życie wymienionych postulatów w odniesieniu do wszystkich szpitali i ambulatorjów dziecięcych, a to w interesie dziecka, którego zdrowie zależne jest od nawiązania nieistniejącego dziś kontaktu między lekarzem a otoczeniem dziecka.

Mając na względzie dodatnie wyniki leczenia rdzeniowego porażenia dziecięcego surowicą ozdrowieńców, Zarząd zwrócił się do Departamentu V-go Służby Zdrowia z propozycją magazynowania surowicy ozdrowieńców na wypadek epidemii choroby Heine-Medina, przesyłając następujące pismo:

Zał. Nr. 2.

DO

MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH
DEPARTAMENT V SŁUŻBY ZDROWIA

W związku z potrzebą przygotowania środków leczniczych na wypadek epidemii porażenia dziecięcego (choroba Heine-Medina) Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego ma zaszczyt zwrócić się do Departamentu V-go Służby Zdrowia z propozycją polecenia lekarzom powiatów, zagrożonych lub nawiedzonych powyższą chorobą, aby lekarze ci:

- 1) sporządzili dokładny wykaz osób-rekonwalescentów po przebytem porażeniu dziecięcym;
- 2) starali się za zgodą rekonwalescentów pobrać, ewentualnie zakupić od nich z odpowiednich funduszków państwowych ich surowicę do użytku leczniczego.

Z wysokiem poważaniem

Sekretarz:
(—) *Dr. K. Piotrowski*

Prezes:
(—) *Dr. S. Łyskawiński*

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne, jako organ wykonawczy III-go Zjazdu Pedjatrów Polskich w Wilnie, w dążeniu do umożliwienia realizacji uchwał i postulatów Zjazdu w jaknajszerszym zakresie, rozesłało je do odnośnych czynników miarodajnych. Treść uchwał i nadany im kierunek został ogłoszony w „Opiece nad dzieckiem” Nr. 6—7 i w „Pedjatrji Polskiej” w Nr. 7 r. 1927.

W roku sprawozdawczym P. Tow. Pedj. objęto protektorat nad nowopowstałym dwutygodnikiem „Młoda Matka”, poświęconym zdrowiu i wychowaniu dziecka do lat 7, przez co rozszerzyło swe wpływy na terenie odnośnej akcji publicystycznej.

Dla uczczenia ś. p. rektora, dra med. Józefa Brudzińskiego zorganizowano w X-tą rocznicę Jego zgonu Uroczyste Posiedzenie, które odbyło się w Auli Uniwersytetu Warszawskiego dnia 11-go listopada. Przemówienia będą podane w „Pedjatrji Polskiej”.

Działalność naukowa Towarzystwa wyraziła się przedewszystkiem w kontynuowaniu wydawania własnego organu „Pedjatrja Polska”, który rozszerzył swe rozmiary w roku sprawozdawczym do objętości 39 arkuszy zamiast 24. W celach propagandowych sto egzemplarzy tego wydawnictwa z odpowiednią dedykacją zostało rozdanych pedjatom-cudzoziemcom, uczestnikom Zjazdu Lekarzy Słowiańskich i Zjazdu Sanitarno-Wojskowego. Poza tem znalazła ona wyraz w systematycznym urządzaniu posiedzeń kliniczno-naukowych: w roku sprawozdawczym odbyło się w Warszawie 20 posiedzeń, w tej liczbie: 17 klinicznych, 2 zwyczajne i 1 uroczyste, co łącznie z posiedzeniami w ubiegłych 9-ciu latach czyni 172 posiedzenia, w tej liczbie klinicznych 130, zwyczajnych 41 i uroczyste 1.

Na posiedzeniach Towarzystwa wygłoszono 36 odczytów i demonstrowano 39 chorych lub preparatów, co łącznie z odczytami i pokazami z lat poprzednich daje 249 odczytów i 204 pokazy.

WYKAZ ODCZYTÓW:

1. H. Brokman i K. Piotrowski—Odczyny skórne u chorych na płonicę
2. H. Brokman, H. Hirszfildowa, M. Mayzner i F. Przesmycki—Analiza odczynów skórnych w związku z wrażliwością na płonicę.
3. H. Brokman—Próba nowego ujęcia patogenazy płonicy.
4. Z. Szymanowski—Organizacja sanitarna w Jugosławji.
5. L. Hirszfild—O istocie zakaźności.
6. R. Barański—Zadania i obowiązki pielęgniarki w Stacji Opieki nad matką i dzieckiem.
7. S. Popowski—Zadania i obowiązki pielęgniarki w przychodni przeciwgruźliczej.
8. J. Lubczyński—Zadania i obowiązki pielęgniarki w przychodni przeciwjagliczej, przeciwkiłowej i przeciwalkoholowej.

9. S. Łyskawiński i J. Półtorzycka — Przypadek białaczki przewlekłej szpikowej u 12-letniej dziewczynki.
10. W. Szenajch — Polska twórczość pedjatryczna.
11. S. Zembrzuski i A. Kamler — Próba zastrzyków zapobiegawczo-osłabiających przeciw odrze w zakładzie leczniczo-wychowawczym.
12. W. Szenajch — Kilka spostrzeżeń o odrze.
13. M. Erlichówna — Organizacja pracy na oddziale dla noworodków.
14. S. Łyskawiński — Żywnienie i pielęgnowanie noworodków w warunkach zakładowych.
15. S. Łyskawiński — Przypadek nietypowego przebiegu gruźlicy jelit u 7-letniej dziewczynki.
16. W. Mikułowski — O potrzebie pielęgniarek wizytujących w instytucjach dziecięcych.
17. F. Cieszyński — Higieniczno-wychowawcze znaczenie ogródków rodzinnych.
18. W. Mikułowski — O zapaleniu mózgu po szczepieniu ospy u dzieci.
19. J. Kolago — O zastosowaniu bakterjofaga w lecznictwie.
20. Z. Dobrowolski — Metodyka badania uszu u dzieci.
21. W. Mikułowski — Przyczynki do kliniki kiły wrodzonej.
22. J. Pieniążek — Z kazuistyki schorzeń górnego odcinka dróg oddechowych, przełyku oraz ucha u dzieci.
23. K. Piotrowski — Przypadek pierwotnego zakażenia prątkami Löfflera dolnych dróg oddechowych.
24. H. Brokman i J. Kolago — Osobliwe cechy kliniczne i bakterjologiczne zakażeń jelitowych obecnej epidemii.
25. W. Szenajch — Ocena zespołów objawowych w płonicy w związku z leczeniem surowicą swoistą.
26. T. Wiśniewski — Nadwichnięcie kości promieniowej.
27. H. Pawłowska — Wrażenia z wycieczki lekarskiej do Holandji.
28. M. Michałowicz — Dalsze rozwinięcie szematu Brokmana w chorobie płoniczej.
29. W. Mikułowski — Leczenie choroby Heine-Medina w świetle obrad V-go kongresu pedjatrów francuskich w Lozannie 29—30 września i 1-go października 1927 r.
30. P. Baumritter i H. Hirszfildowa — Przyczynki do stosowania insuliny w dyspepsjach dziecięcych.
31. A. Ławrynowicz i Z. Bogdanowiczówna — Spostrzeżenia nad próbą ryczałtową określania zjadliwości laseczników błonicych w posiewie śluzu z gardzieli.
32. E. Rejcherówna — O wpływie ćwiczeń cielesnych na ustrój ludzki.
33. M. Kacprzak — Epidemjologia doświadczalna.
34. St. Kramsztyk — O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnem.
35. S. Łyskawiński — Z kliniki skaz krwotocznych u dzieci.
36. P. Baumritter — Przyczynki do leczenia krzywicy ergosteryną naswietlaną.

Oddział Lwowski Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

WYCIĄG Z PROTOKÓŁÓW POSIEDZEŃ

Posiedzenie z dnia 7 grudnia 1926 r.

Prof. Gröer wygłasza słowo pożmirtne ku czci prof. Ottona Heubnera. Obecni przez powstanie uczcili pamięć wielkiego pedjaty.

Thonówna demonstuje przypadek pachy-meningitis haemorrhagica interna luetica. Objawy: senność, wymioty, ciemń silnie wypuklone i napięte, wytrzeszcz gałek ocznych, zez zbieżny, oczopląs poziomy, obu-stronny zanik nerwu wzrokowego, lewostronne porażenie nerwu twarzowego. Odczyn Wassermanna we krwi dodatni. Brak jakichkolwiek zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym, natomiast nakłucie ciemiączka wykazuje obecność ksantochromatycznego, mętnego płynu z wylugowanemt krwinkami, wzmożoną ilością białka, przy normalnej ilości ciałek białych.

Fritz przedstawia przypadek prawostronnego przemieszczenia serca z skoliozą prawostronną u ośmioletniej dziewczynki. Badanie rentgenologiczne wykazuje wysokie ustawienie lewej części przepony, kaskadowaty żołądek oraz wiszące, przesunięte na prawo serce. Prelegent tłumaczy mechanizm zmian w położeniu narządów (serca, naczyń, kręgosłupa) oraz objawy kliniczne ze strony przewodu pokarmowego, uważając zespół wszystkich tych zmian za nową, odrębną jednostkę chorobową.

W dyskusji Meisels tłumaczy to schorzenie idjopatycznym, wysokim ustawieniem przepony. W stanach tych żołądek ma kształt sakiewki, powietrze się w nim nagromadza, nie zostaje wydalone z powodu zaniku przepony, stąd objawy uctsku na narządy klatki piersiowej. Trudność rozpoznawczą przedstawia w tych przypadkach wykluczenie przepukliny przeponowej.

Prof. Gröer wygłasza wykład: „O patogenezie, higjogenezie i terapii gruźlicy”.

W dyskusji biorą udział: Doc. dr. Progulski, dr. Tomaszewski, dr. Popielska, dr. doc. Quest, prof. Gröer.

Posiedzenie z dnia 11 stycznia 1927 r.

Fritz przedstawia przypadek hemihyperhidrosis sinistra faciei u dziesięcioletniego chłopca, który od roku ucuwa po lewej stronie twarzy przy jedzeniu oraz podczas uczenia się lekkie zimno, przyczem ta część twarzy pokrywa się obfitym potem. Obiektywnie w narządzie nerwowym stwierdza się tylko przeczulicę nieznacznego stopnia na bodźce ciepłne, w układzie zaś wegetatywnym lekko wzmożone napięcie nerwu błędnego.

W dalszym ciągu przedstawia Fritz dziewczynkę 6-cio letnią, która zachorowała przed dwoma miesiącami wśród ciepłoty podwyższonej do 38^o,

wycieku z pochwy i bolesnego obrzęku gruczołów w obu pachwinach. Po 10 dniach utworzyły się obustronnie przetoki, które utrzymują się dotychczas, a których wygląd kliniczny przemawiałby za gruźlicą. Badania bakteriologiczne na gonokoki, prątki Ducreya, Plaut-Vincenta, Löfflera, Kocha wypadły ujemnie. Przedstawiający uważa przypadek ten za gruźlicę gruczołów, manifestującą się po ostrej infekcji sromu.

W dyskusji doc. Progulski podnosi, że podwyższona ciepłota ciała i wyciek ropny przemawiałby za ostrą sprawą ropną, ale prawdopodobnie ma się tu do czynienia z sprawą gruźliczą, powikłaną wtórną infekcją.

Brichta demonstruje przypadek ichtyosis vulgaris u 20 mies. dziecka płci męskiej.

Chwalibogowski przedstawia najnowsze poglądy na patologię i leczenie cukrzycy dziecięcej. Do czasu odkrycia insuliny — pedjatrzy wzorowali się w leczeniu cukrzycy dziecięcej na internistach. Odmienna etiologia, wpływ chorób infekcyjnych wieku dziecięcego na przebieg cukrzycy oraz zupełnie inny cel leczenia — wszystko to są momenty, dla których cukrzyca dziecięca musi być odmiennie leczona. Odkrycie insuliny skierowało leczenie cukrzycy dziecięcej na nowe właściwe tory; wyniki dotychczasowe są co najmniej zadawalające. Prelegent przedstawia przebieg kliniczny cukrzycy dziecięcej, omawia obszernie zmiany na skórze, błonach śluzowych, zmiany ze strony przewodu pokarmowego oraz wzajemny stosunek cukrzycy i gruźlicy, wreszcie opisuje śpiączkę cukrzycową.

Dalszy ciąg wykładu odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie z dnia 1 lutego 1927 r.

Redlich przedstawia przypadek kiły wrodzonej u trzyletniego dziecka z jednostronnym mięższowym zapaleniem rogówki, zmianami destrukcyjnymi w stawie biodrowym i dodatnim odczynem Wassermanna.

W dyskusji: Goldschlag podnosi, że monoarthritis luetica zdarza się rzadko, pojawia się jednak przed pierwszą wysypką.

Bikeles zapytuje, czy można w tym przypadku bezwzględnie wykluczyć sprawę gruźliczą stawu.

W odpowiedzi powołuje się Redlich na ujemny odczyn Pirqueta i Mantoux, pozatem zwraca uwagę, że sprawa wystąpiła u dziecka zbyt wcześnie.

Peszynska przedstawia przypadek kiły, powikłanej wadą serca oraz anemią o typie aregeneracyjnym u dziecka 4 $\frac{1}{2}$ -letniego.

W dyskusji: Hescheles nadmienia, że dziecko to pozostaje w obserwacji poradni przeciwkiłowej kliniki od 1 $\frac{1}{2}$ roku. Początkowo odczyn Wassermanna i Meinicke'go były ujemne, podobnie po prowokacji salvarsanowej. Dziś oba te odczyny są wybitnie dodatnie. Choroby nie daje się ściśle podporządkować pod żadną postać kliniczną kiły.

Goldschlag utrzymuje, że nie można wykluczyć, czy infekcja kiłowa nie nastąpiła po wykonaniu odczynów serologicznych, oraz nadmienia, że wskazanem było by w podobnych przypadkach wykonanie odczynu luetynowego.

Lilien zapytuje, czy niema u dziecka objawów oponowych.

Redlich stwierdza, że wynik ujemny badań serologicznych wypadł po przebytej odrze, mogłoby więc tutaj chodzić o ujemną fazę odczynów serologicznych.

Prof. Gröer uważa ten przypadek za niewyjaśniony w zupełności. Serologiczna anergia przy lues congenita jest zjawiskiem spornym. Objawów oponowych w demonstrowanym przypadku niema; badania płynu mózgowo-rdzeniowego dały wynik ujemny.

Fritz w uzupełnieniu do przypadku gruźlicy sromu, demonstrowanego na ostatnim, posiedzeniu podaje, że ostateczne badania ustaliły niezbitcie tło gruźlicze tej sprawy. Następnie wygłasza kilka uwag w sprawie etiologii erythema nodosum.

W dyskusji: Goldschlag przypuszcza, że w przypadku opisywanego przez prelegenta erythema nodosum na twarzy pod postacią pęcherzy, miało się do czynienia zapewne z erythema exsudat, multiforme, oraz twierdzi, że dermatolodzy uważają erythema nodosum za odczyn skórny na najrozmaitsze noksy. Nadzwyczajnie efektywnym leczeniem są wlewania dożylnie 10% natr. salic. Erythema nodosum mobilizuje, być może, gruźlicę, stąd prawie zawsze dodatni odczyn Pirqueta. Prof. Gröer zapewnia, że referowane przez dr. Fritza przypadki dawały typowy zespół objawów erythema nodosum. W materiale dziecięcym erythema nodosum w 93% przypadków jest na podłożu gruźliczym. Podłoża gruźlicze i reumatyczne mogą się niewątpliwie kombinować.

Posiedzenie z dnia 8 marca 1927 roku.

Goldschlag przedstawia przypadek parapsoriasis u 10-letniej dziewczynki. Podkreśla podobieństwo tego schorzenia do kiły, łuszczycy, ospy wietrznej.

Brichta przedstawia dziecko z kiłą, powiklaną wadą serca i niedokrwistością, które demonstrowała na ostatnim posiedzeniu dr. Pezzyńska. Pod wpływem leczenia specyficznego stan ogólny dziecka znacznie się poprawił.

Chwałibogowski w dalszym ciągu swego wykładu z posiedzenia w dniu 11.1.1927 omawia leczenie cukrzycy dziecięcej, wyłącznie dietetyczne albo też kombinowane—dietetyczno-insulinowe. Rozróżnić należy dietę próbną, stałą, tuczającą oraz węglowodanową, stosowaną w czasie ubocznych infekcji. Wskazaniem bezwzględnie do leczenia insuliną jest śpiączka, stan przedśpiączkowy oraz przypadki diabetes totalis, względnie—uparta ketonurja, przypadkowe choroby infekcyjne, 6—8 tygodniowe okresy tuczania dziecka oraz okresy pogorszenia choroby. W dalszym ciągu prelegent omawia ilości dóbowe insuliny i sposób dziańania jej na poszczególne dawki, leczenie coma diabeticum, klinikę wstrząsów hypoglikemicznych oraz rokowanie w cukrzycy dziecięcej.

Posiedzenie z dnia 5 kwietnia 1927 roku.

Czyżewska przedstawia przypadek polyarthriti chronica deformans Poncet oraz dołącza charakterystyczny obraz rentgenologiczny z odwapnieniem chrząstek i kości.

Mokrzycki przedstawia przypadek kiły nabytej u 11 mies. dziewczynki. Wrzód pierwotny na wardze sromowej, owrzodzenia na śluzówce dziąseł, nerkwate wykwyty na skórze w postaci grudek zbiorowych oraz stwardnienia wszystkich gruczołów chłonnych. Rozpoznanie opiera na tem, że dziecko przyszło na świat zdrowe, matka zachorowała wśród objawów kiły przed dwoma miesiącami oraz że okres nawrotów kiły wrodzonej występuje później.

W dyskusji: Prof. Gröer zaznacza, że wystąpienie wysypki równocześnie z wrzodem pierwotnym oraz habitus dziecka przemawiają za kiłą wrodzoną.

Doc Progulski podkreśla, że koniecznym jest zbadanie ojca dziecka oraz stwierdzenie, w którym okresie kiłowym jest matka.

Brichta przedstawia przypadek lues congenita tarda u 11-letniej dziewczynki, osobnika gruźliczego z bardzo rozlgłymi obustronnymi owrzo-

dzieniami na szyi. Po siedmiodniowym podawaniu Kal. jodati zmiany te zmniejszyły się znacznie.

W dyskusji Prof. Gröer dodaje, że zmiany te wyglądały zupełnie na gruźlicę, i że ma się tu do czynienia obecnie już z bardzo rzadkim wypadkiem zołzów kiłowych.

Hescheles wygłasza referat pod tytułem: „Przyczynki do porównawczych badań serologicznych odczynu Wassermanna i Meinickiego“ (autoreferat). Porównawcze badania serologiczne obudwu odczynów, wykonane na materiale poradni kiłowej pedjatrycznej U. J. K., wykazały naogół wybitną przewagę czułości odczynu Meinicke'go w grupie przypadków późniejszych kiły wrodzonej; jest on zarazem oporniejszy względem leczenia, aniżeli odczyn Wassermanna.

W dyskusji Prof. Gröer podkreśla, że na podstawie znaczniejszej czułości odczynu Meinicke'go leczenie przeprowadza się tak długo, dopóki się tego odczynu nie usunie.

Posiedzenie z dnia 10 maja 1927 r.

Doc. Progulski i dr. Redlich podają kilka dodatkowych wyjaśnień do przypadku zgorzeli skóry po błonicy, przedstawionego na posiedzeniu w dniu 9 listopada 1926. Badanie pośmiertne wykazało zaczopowanie art. dosalis pedis przez skrzep.

Peszyńska referuje przypadek prawostronnego przemieszczenia serca u dziecka 6-cio mies. Przemieszczenie wywołane zostało rozstrzenią i przerostem serca, zwłaszcza prawego w następstwie niedomykalności zastawki trójdzielnej, będącej pozostałością zapalenia wsierdzia, przebytego w życiu płodowym.

Goldschlag przedstawia przypadek dermatitis herpetiformis Dühringi u 11-letniej dziewczynki.

Dyskusja nad leczeniem tego schorzenia: Popielska, prof. Gröer, Goldschlag.

Meisels i Redlich referują przypadek, następujący: dziecko rozpoznawcze: dziecko zachorowało wśród wymiotów, wolnych stolców, gorączki o typie continua, która trwała przez 16 dni, potem przeszła w stan podgorączkowy i wówczas wystąpiły objawy erythema nodosum, które bardzo szybko ustąpiły. Dziecko przy zupełnie dobrym stanie subiektywnym, nieznacznej tylko bladeści skóry, bez jakichkolwiek zmian w sercu i płucach, okazywało zmiany we krwi, nasuwające trudności rozpoznawcze, czy ma się do czynienia z białaczką myelogeną, limfatyczną, czy tylko z odczynem białaczkowym — po przebyciu duru albo z powodu gruźlicy. Odczyn Pirqueta ujemny, Mantoux dodatni. Dokładne kilkakrotne badania krwi wykazały, że ma się do czynienia z ostrą białaczką myelogeną.

W dyskusji: Meisels podkreśla, że krótkość trwania wykwitów na skórze przemawia przeciw erythema nodosum.

Goldschlag zaznacza, że zmiany pęcherzowe i zgorzelinowe skóry występują przy białaczce limfatycznej, brakuje ich przy b. szpikowej.

Redlich przypuszcza, że wykwity te odpowiadały białaczkowej erythema toxicum.

Posiedzenie z dnia 14 czerwca 1927 r.

Exelbirt przedstawia przypadek ostitis fibrosa u chłopca 11-letniego. Po wyskrobaniu ogniska schorzenia w obrębie krętarza dużego kości udowej nastąpiło zupełne wyleczenie.

Brichta przedstawia przypadek hysterji u 12 letniego chłopca, który po przebyciu gościca stawowego od roku nie chodzi i nie włada kończyną górną prawą. Obok tych zmian stwierdzono znieczulenie skóry w okolicy karku i prawego ramienia, brak odruchu gardłowego oraz pseudotumor brzucha. Po 3 tygodniach leczenia w klinice dziecięcej we Lwowie dziecko odzyskuje czucie skórne, pisze, rysuje i próbuje chodzić.

Redlich przedstawia przypadek anaemia Jaksch-Hayema.

Gleich wygłasza wykład o zastosowaniu hemografu Schillinga w praktyce dziecięcej, podając zmiany w obrazie krwi w pojedynczych jednostkach chorobowych.

W dyskusji: Redlich nadmienia o najnowszych wynikach badań obrazu krwi przy odrze, które otrzymano na Klinice dziecięcej we Lwowie. Ziemilski podkreśla znaczenie hemogramu dla diagnostyki.

Sekretarka:

(—) *Dr. Orska-Dreyerowa*

Prezes:

(—) *Prof. Gröer*

Wiadomości bieżące

Staraniem utworzonego przez ś p. d-ra med. Władysława Buszkowskiego „Towarzystwa przyjaciół szpitala dziecięcego w Kielcach” został tam wybudowany i w d. 1 października ub. r. oddany do użytku publicznego pawilon dla chorych zakaźnych na 50 łóżek. Pawilon jest zainstalowany według nowoczesnych wymagań higieny szpitalnej; m. in. znalazły tu zastosowanie ważne urządzenia, umożliwiające osobniczą izolację chorych (celki-boksy przy oddziałach ogólnych, specjalny oddział izolacyjny systemu celkowego) oraz urządzenia, ułatwiające w razie potrzeby przerywanie bezpośredniej łączności pomiędzy poszczególnymi jego oddziałami. Łącznie z dawnym pawilonem, posiadającym 10 łóżek dla chorych na gruźlicę kostną (zaopatrzoną w werandę i taras), szpital może obsłużyć ogółem 60-ro dzieci. Lekarzem szpitala do końca r. 1927 był dr. med. T w o r o w s k i. Od 1 stycznia r. 1928 stałą opiekę lekarską objęła w nim dr. med. H a l i n a L e w k o w i c z ó w n a — po odbyciu kilkoletniej praktyki w szpitalach dziecięcych: im. Anny · Marji w Łodzi oraz im. Karola i Marji w Warszawie.

Nowopowstałej placówce pediatrycznej życzyć należy pomyślnego rozwoju.



G A B I N E T
Dr. HIERONIMA CZARKOWSKIEGO

(SIENNA 20. TEL. 170-76)

do leczenia lampą łukową, kwarcową, Sollux'em i diatermją skutecznie
naświetlania pojedyncze i zbiorowe pod osobistym kierunkiem lekarza
od 5 do 7 wieczorem i w godzinach umówionych.

Ceny naświetlań od 2 do 6 złotych.

Filja w Lecznicy (Nowy-Świat 57. Tel. 58-27) od 10 do 12 w południe
i od 4 do 5 po południu.

KAKAO OŚSIANE WEDLA

łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.

Zalecane dla dzieci i osób o słabem trawieniu

E. WEDEL,

WARSZAWA, ULICA SZPITALNA № 8.

KURACJA KEFIROWA
KLAUDJA SIGALINA

WARSZAWA, UL. KRÓLEWSKA № 31.

ZAKŁAD EGZYSTUJE OD ROKU 1863—32 NAJWYŻSZYCH NAGRÓD.



TRICALCINE

ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

NAJRADYKALNIEJSZY
NAJBARDZIEJ RACJONALNY



REKALCYFIKACJA

(UWAPNIANIE)

NIE MOŻE BYĆ PEWNIJ
PRAKTYCZNIJ
OSIAGNIĘTA

JAK TYLKO PRZEZ

TRICALCINE

SOLE WAPNI PRZYSWAJALNE

GRUŹLICA PŁUC i KOŚCI
GRUŹLICZE ZAPALENIE OTRZEWNEJ
KRZYWICA, ZOŁŻY, WYNISZCZENIE ORGANIZMU
PRÒCHNICA ZĘBÒW, ZŁAMANIA KOŚCI
REKONWALESCENCJA

LABORATOIRE DES „PRODUITS SCIENTIA” D^e E. PERRAUDIN Phⁿ del^e cl. 21, Rue Chapal, PARIS 9^e

PEDIATRJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO T-WA PEDIATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

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

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY — T. KOPEĆ

SEKRETARZ REDAKCJI — WŁ. MIKUŁOWSKI

Stali współpracownicy:

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

TOM VIII — ZESZYT 3

(maj — czerwiec — 1928)

WARSZAWA

NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU POMOCY DZIECIOM

1 9 2 8



www.dlibra.wum.edu.pl

Najczęstszem zaburzeniem w zdrowiu niemowląt jest biegunka, ponieważ zwykły cukier, zarówno jak i cukier mleczny niejednokrotnie powodują zaburzenia kiszkowe, a tem samem sprzyjają bieguncce. W tych wypadkach zaleca się stosowanie NUTROMALTU, zamiast zwykłego lub mlecznego cukru.

Z pośród wielu sprawozdań lekarskich wybieramy następujące :

Sprawozdanie 116. Memu 7-io tygodniowemu dziecku, które stale cierpiało na biegunkę, Nutromalt pomógł natychmiast.

Sprawozdanie 280. Zamiast źle znoszonego cukru trzcinowego dodawanego do pokarmu, stosowałem memu chłopcu pański Nutromalt z najlepszym wynikiem.

Sprawozdanie 302. Stosowanie Nutromaltu memu najmłodszemu dziecku dawało doskonałe rezultaty: normalny, stały przyrost wagi, dobry stolec, trawienie bez podrażnień i całkowitą zdolność przyswajania pokarmów.

Dr. A. WANDER S. A., Berne.

PRÓBK I LITERATURĘ WYDAJE BEZPŁATNIE

L. FAVRE, Warszawa, Rymarska 16

Gener. Przedst. na Polskę.

MOTOFANTIN — MOTOR

dawniej INFANTIN

Wyciąg słodowy do zupy Liebig'a

STOSUJE SIĘ U DZIECI Z UPOŚLEDZONEM ODŻYWIANIEM.

ZAKŁADY CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA

„MOTOR“

Sp. Akc.

Warszawa, ulica Marszałkowska Nr. 23.

PEDIJATRIA POLSKA

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

Prenumerata roczna z dwumiesięcznikiem uzupełniającym

OPIEKA NAD DZIECKIEM

wynosi z przesyłką pocztową zł. 20.

Prenumeratę przyjmuje Administracja Pedjatrii Polskiej

P. K. P. D. — Wydział Higieniczno-Lekarski

WARSZAWA — JASNA 11.

KONTO w P. K. O. № 5882.

Redakcja: Warszawa, Mokotowska 39 — T. Kopeć.

Autorzy artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

SPIS RZECZY:

	str.
Lerner — Wyniki leczenia zapaleń płuc kataralnych wieku niemowlęcego	161
Kapłański — O występowaniu odczynu Widala w przebiegu duru brzuszego	169
Kon — Przypadek ropnego zapalenia stawu kolanowego u 9 m. dziecka na tle zakażenia b. paracoli	177
Bychowski — Rozpoznanie różniczkowe, anatomja patologiczna i leczenie choroby Heine-Medina	180
Streszczenie zbiorowe:	
Frenklowa — O własnościach przeciwwkrzywicznych naświetlanej ergosteryny	198
Z Pol. T-wa Pedjatrycznego	203
Wiadomości bieżące	219

SOMMAIRE:

	p.
Lerner — Les essais du traitement de pneumonie catharrale chez les nourrissons	161
Kapłański — L'apparition de la réaction Widal au cours de la fièvre typhoïde	169
Kon — Un cas de gonite purulente chez un enfant de 9 mois au fond de l'infection de b. paracoli	177
Bychowski — La diagnostique, l'anatomie patologique et le traitement de la maladie Heine-Medine	180
Revue générale — analyses:	
Frenklowa — La valeur antirachitique de l'ergosterine éclairée	198
Compte rendu de la Société pédiatrique polonaise	203
Chronique	219

E R R A T A

Treść		zamiast	potogénie	ma być	patogénie
”		”	permeabilitée	”	” permeabilitée
”		”	vois	”	” voies
”		”	comtes	”	” comptes
Str. 75	wiersz 3	”	w Grazzu	”	” w Grazu
”	”	”	wprowadzony	”	” wprowadzony
”	”	”	klinicznego	”	” klinicznie
”	”	”	wyleczenie	”	” wyleczonego

Wobec tego, że objętość „Opieki nad Dzieckiem“,
począwszy od stycznia r. b., została zwiększona z 3 arku-
szy na 6 — cena prenumeraty na rok 1928 wynosi:

dla „Opieki“ 10 zł.

„ „Opieki“ wraz z „Pedjatrją“ . . 20 zł.



DO CZYTELNIKÓW

W końcu czerwca r. b. odbył się III z kolei Zjazd Pedjatrów Polskich, tym razem w Wilnie, Zjazd ze wszech miar udany, a pod względem wartości naukowej przewyższający poprzednie. Koledzy, którzy na Zjazd ten przybyli, poza stratą materialną, wynikającą z ich nieobecności w miejscach stałego zarobkowania, ponieśli koszty związane z przejazdem oraz pobytem w Wilnie, płacąc wpisowe na Zjazd pokryli koszty jego organizacji i wreszcie ofiarowali po 10 zł. na druk Pamiętnika Zjazdu.

Materiał nadesłany obejmie około 16 arkuszy druku. Redakcja poświęciła na ten cel zeszyt grudniowy Pedjatrji Polskiej, co łącznie z sumą składek, ofiarowanych przez uczestników Zjazdu, pozwoliło wydać zeszyt niniejszy w rozmiarach podwójnych. Pozostałą drugą połowę materiału Zjazdowego wydamy w styczniu r. p., jako podwójny zeszyt dodatkowy z a rok 1927. Zeszyt ten będzie zakończeniem tomu VII Pedjatrji Pol., będzie zawierał spis rzeczy za cały rok ubiegły i będzie rozesłany uczestnikom Zjazdu bezpłatnie, a pozostałym prenumeratorom za dodatkową opłatą zł. 5.

Wierzmy mocno, że Ci Koledzy, którzy na Zjeździe nie byli, poniosą chętnie tę drobną ofiarę na rzecz wydawnictwa, które nas wszystkich tak blisko obchodzi, a wzamian za to zdobędą możność poznania bodaj w ten sposób dorobku naukowego ostatniego Zjazdu. Ufni w Wasze poparcie, Koledzy, przystępujemy do pracy, prosimy raz jeszcze — poprzyjcie nasze usiłowania i nadsyłajcie 5 zł. do Administracji na zeszyt dodatkowy, uzupełniający rocznik. W ten sposób zamiast przyobiecanych 2½ otrzymacie rocznik 40-arkuszowy.

Z poważaniem
Redakcja i Administracja
Pedjatrji Polskiej

ACTIFER-KLAWE

Czynny biologicznie tlenek żelaza (Fe_2O_3)

ACTIFER-KLAWE posiada własności magnetyczne, daje odczyn benzydynowy.

ACTIFER-KLAWE wywiera znakomite działanie na regenerację krwi we wszelkich stanach anemicznych.

ACTIFER-KLAWE Okazuje intensywny wpływ na przemianę białkową i węglowodanową.

ACTIFER-KLAWE wypuszczony jest w tabletkach, z których każda odpowiada 0,05 Fe.

SPOSÓB UŻYCIA:

3—16 tabletek dziennie, stosownie do wieku, lub w razie stopniowania dawki.

PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE.

Towarzystwo Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego
d. MAGISTER KLAWE, S. A.
W A R S Z A W A

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi

Lekarz Naczelny: Tadeusz Mogilnicki

(Z oddziału niemowlęcego Dr. H. Frenklowej)

Wyniki leczenia zapaleń płuc nieżytowych wieku niemowlęcego

Podał

M. Lerner

Reasumując wyniki leczenia nieżytowych zapaleń płuc u niemowląt w szpitalu Anny-Marji, kieruję się nie tylko chęcią obiektywnego przedstawienia odpowiedniego materiału, ale również chcę—przez wyróżnienie jednego ze stosowanych leków (chininy) i przeciwstawienie go innym—złożyć przyczynek do aktualnej dziś sprawy celowości stosowania chininy (drogą parenteralną) w przypadkach odoskrzelowego zapalenia płuc.

Wprawdzie chinina, podawana parenteralnie w postaci 10⁰/o roztworu z 5⁰/o uretanem, była przez twórców tej metody leczenia przeznaczona i stosowana wyłącznie w przypadkach włóknikowego zapalenia płuc. (Aufrecht, Cahn-Bronner).

Skuteczność leczenia metodą chininową wyrazili wspomniani autorzy w następujących wnioskach:

1. Chinina znacznie skraca czas trwania choroby,
2. zmniejsza śmiertelność,
3. wybitnie poprawia samopoczucie chorych i warunki krążenia,
4. działanie jej polega na bakterjobójczym wpływie na pneumokoki,

5. chinina nie wywiera ubocznego wpływu szkodliwego. Ponieważ mechanizm działania chininy polegać ma na zdolności bakterjobójczej w stosunku do pneumokoków, więc w przypadkach odoskrzelowego nieżykowego zapalenia płuc nie może mieć chinina równie szerokiego zastosowania, jak w zapaleniu włóknikowym, wiemy bowiem, że flora nieżykowego zapalenia płuc (N. Z. P.) jest bardzo rozmaita i mie-

szana. Często wprawdzie spotykamy pneumokoki, ale nigdy prawie nie mają one tak wyłącznego znaczenia patogenetycznego, jak w zapaleniu płuc płatowem.

Opierając się jednak na fakcie względnie częstego występowania pneumokoków w nieżytowym zapaleniu płuc (N. Z. P.), na przypuszczeniu, że ewentualne zniszczenie lub osłabienie nawet części drobnoustrojów, mianowicie pneumokok, może okazać się pożyteczne dla całości przebiegu choroby, jak również i na spostrzeżeniu, że chinina ubocznie działa dobrze na samopoczucie i układ krążenia — możemy powiedzieć, że próba stosowania chininy w ostrych nieżytowych zapaleniach płuc (N. Z. P.) nie jest *à priori* chybiona.

Autorem, który pierwszy zaczął stosować chininę w N. Z. P. u niemowląt był Friedberg. Pierwsze wyniki były bardzo pomyślne, lecz być może zawdzięcza to Friedberg przypadkowi, gdyż okazało się, że we wszystkich obserwowanych przez autora przypadkach N. Z. P. pneumokoki grały rolę przyczynową.

Od czasu Friedberga liczne kliniki stosowały chininę z uretanem w przypadkach N. Z. P.; wyniki są dość rozmaite. W każdym razie ogół lekarzy, którzy stosowali tę metodę leczenia, utrzymuje, że chinina nawet w tych przypadkach, gdzie nie sprowadza wyleczenia, działa bardzo pomyślnie na ogólny stan chorych i układ krążenia.

Na podstawie powyższych danych zaczęliśmy stosować w przypadkach nieżytowego zapalenia płuc (N. Z. P.) roztwór chininy z uretanem.

Obraliśmy tę postać leku, a nie stworzony przez Cahn-Bronnera syntetyczny preparat „Transpulminę“, uważając, że Transpulmina wskutek swego składu kwalifikuje się raczej do leczenia typowych schorzeń przewlekłych — jak np. rozstrzenie, uporczywe katary oskrzeli, a nie dla tak ciężkiej i ostrej jednostki chorobowej, jak N. Z. P. wieku niemowlęcego.

Równocześnie stosowaliśmy wszystkie inne środki, które były wskazane ze względu na patogenezę i objawy tej jednostki chorobowej.

Stosowaliśmy:

1) leki działające swoiście — w tej grupie najważniejsze zastosowanie znalazła chinina (niekiedy surowice i szczepionki).

2) środki, mające na celu wzmocnienie odporności — (proteinoterapia, parenteralne podawanie roztworu cukru gronowego, dietyka — mieszanki wysokowartościowe, kąpiele i t. p.

3) środki i sposoby zwalczania złej wentylacji płuc i atelektazy: lobelina, wysokie ułożenie, tlen, świeże powietrze i t. p.

Poza tem stosowaliśmy jeszcze w poszczególnych przypadkach, zależnie od postaci chorobowej, środki nasercowe i narkotyki.

Za wyjątkiem chininy, którą stosowano tylko u części chorych, wszystkie inne zabiegi lecznicze i środki były jednakowe u ogółu pacjentów tak, że porównując przypadki leczone i nieleczone zapomocą chininy, możemy powiedzieć, że pierwszy i najważniejszy warunek wszelkiego doświadczenia — podobieństwo pozostałych warunków, został możliwie dokładnie spełniony.

Leczenie chininą polegało na podawaniu znanego roztworu 10⁰/₀ chininy w stanie ciepłym, śródmięśniowo, w obrębie mięśnia pośladkowego; używaliśmy jedną igłę do nabierania, drugą do wkłuwania. Przy tej technice nie spostrzeżono ani razu szkodliwego miejscowego działania chininy. Ilość zastrzyknięć wahała się od 2 — 3 do 6 — 7, wykonywanych przeważnie co drugi dzień.

Bliższe omówienie tej metody leczenia, wpływu chininy na stan ogólny i ognisko chorobowe winno oczywiście być tematem specjalnego artykułu.

W zestawionych poniżej wynikach w dziale metod leczenia podajemy jedynie dwie grupy: 1) przypadki leczone zapomocą chininy i 2) nieleczone; zarówno w jednej, jak i w drugiej grupie poza chininą były stosowane naogół te same metody lecznicze tak iż różnice w wynikach u tych dwóch grup należy z wszelkiem prawdopodobieństwem odnieść do chininy.

Statystyka obejmuje przypadki z roku 1925 i 1926 (i nie-liczne z 1927).

W roku 1925 spostrzegano 37 przypadków N. Z. P. Z tej liczby wyłączyliśmy — 5 dzieci zmarłych w ciągu pierwszej doby (przeważnie przywiezione w agonji) lub zabrane w tymże czasie przez rodziców; krótkość pobytu w szpitalu nie pozwala na wyciąganie jakichkolwiek wniosków, tembardziej, że od metod leczenia nieżyt. zapal. płuc nie możemy żądać skutku doraźnego.

Dla statystyki więc pozostało 32 przyp.

Pod względem wieku mieliśmy:

w	I	kwartale życia	—	3	pacjentów,
"	II	"	"	— 13	"
"	III	"	"	— 2	"
"	IV	"	"	— 0	"
"	V i VI	"	"	— 10	"
"	VII i VIII	"	"	— 4	"

Ze względu na ciężkość stanu ogólnego i rozległość sprawy było: przypadków lekkich — 5, średnich — 15, ciężkich — 12. Sprawa jednostronna była w 12, dwustronna w 20 przypadkach. Wszystkie przypadki były leczone bez chininy (wówczas jeszcze przez nas niestosowanej) zapomocą ogólnych metod, o których poprzednio była mowa. Zaznacze

tylko, że w całej tej grupie przypadków szeroko stosowaliśmy lobelinę, w niektórych zaś proteinoterapię.

Wyniki leczenia były następujące:

- I. Wyleczono — 3 pacjent., co stanowi — 9,5⁰/₀,
- II. Wypisano w stanie wybitnej poprawy — 6 (18,7⁰/₀),
- III. Zmarło — 14 (43,7⁰/₀),
- IV. Wypisano w stanie bardzo ciężkim — 9 (28,1⁰/₀).

Te cztery grupy łatwo możemy zredukować do dwóch:

- I. Przypadki leczone pomyślnie — (wyleczone i zabrane z poprawą) 28,2⁰/₀,
- II. Leczone niepomyślnie (zmarłe i zabrane w ciężkim stanie) 71,8⁰/₀.

O wiele głębiej i słuszniej możemy ocenić nasze metody leczenia, gdy rozpatrzemy oddzielnie grupy przypadków w zależności od ciężkości schorzenia.

Otóż okazuje się, że:

A. W grupie przypadków ciężkich mieliśmy — 100⁰/₀ śmiertelności.

B. W grupie przypadków średnich 75⁰/₀.

C. W grupie przypadków lekkich 0⁰/₀.

W roku 1926/27 obserwowaliśmy 60 przypadków N. Z. P., z tej liczby odpada 23, zmarłe lub zabrane przez rodziców w ciągu pierwszej doby; dla statystyki pozostaje jedynie — 37.

W zależności od wieku spostrzegaliśmy:

w	I	kwartale życia —	3	prz.,
"	II	" "	6	"
"	III	" "	4	"
"	IV	" "	5	"
"	V i VI	" "	10	"
"	VII i VIII	" "	9	"

Według danych z literatury nie bez znaczenia jest czas rozpoczęcia leczenia w stosunku do początku choroby.

W naszych przypadkach rozpoczęliśmy leczenie w ciągu:

- I. Pierwszych trzech dni choroby w 7 przyp.,
- II. Drugich — 3 — 4 " " " 13 "
- III. W drugim tygodniu " " 5 "
- IV. Ponad dwa tygod. " " 7 "
- V. W przewlekłych 3 "

Pod względem stanu ogólnego, natężenia i rozległości sprawy odróżniliśmy: przypadków lekkich — 7, średnich — 7, ciężkich 23.

Na ogólną liczbę 37 chorych spostrzeżono w 21 niedomogę narządu krążenia w chwili rozpoczęcia leczenia.

Z pośród tych 37 chorych część była leczona chininą, część — nie.

Otrzymano wyniki następujące:

- I. Wypisanych ze szpitala w stanie zupełnego wyleczenia—
— 17 chorych, co stanowi — 46⁰/₀,
- II. Wypisanych ze szpitala w stanie wyraźnej poprawy—
2 (5,5⁰/₀),
- III. Zmarło 13 (35⁰/₀),
- IV. Zabrane w stanie b. ciężkim 5 (13,5⁰/₀).

Te cztery grupy, jak poprzednio, redukujemy do dwóch:

- I. Przypadków leczonych pomyślnie (46+5,5) — 51,5⁰/₀,
- II. „ „ „ niepomyślnie . . . — 48,5⁰/₀.

Statystyka powyższa obrazuje ogólne nasze wyniki bez względu na sposób leczenia. Dla oceny zaś wartości leczniczej chininy musimy rozpatrzyć oddzielnie każdą grupę.

Chininę podawano w 25 przypadkach, w 12 — nie.

Wśród tych 25 pacjentów, leczonych chininą mieliśmy:

Wyleczonych — 15,

Wypisanych w stanie poprawy — 1; razem: 16 pomyślnych wyników, co w stosunku do ogólnej liczby leczonych chininą (25) — 64⁰/₀,

zmarło — 6,

zabrano do domu w stanie bardzo ciężkim — 3; razem — 9, czyli 36⁰/₀ wyników niepomyślnych.

Wśród tej grupy mieliśmy 2 przypadki poodrowy i jeden streptokokowy, które według ogólnego zdania nie kwalifikują się do tej metody leczenia.

Wyniki w grupie nieleczonych chininą przedstawiały się następująco:

Wyleczonych — 2,

zabranych z poprawą — 1; razem — 3, co tworzy 25⁰/₀ wyników pomyślnych;

zmarło — 7,

zabranych w stanie ciężkim—2, razem—9, a więc 75⁰/₀ wyników niepomyślnych (jeden przypadek z tej grupy poodrowy).

Już te liczby pozwalają nam na następujące porównanie: W roku 1925 z pośród 32 przypadków N. Z. P., leczonych bez chininy mieliśmy:

I. Wyników pomyślnych — 28,2⁰/₀,

II. „ „ niepomyślnych — 71,8⁰/₀.

W roku 1926/27 z pośród 12 przypadków, leczonych również bez chininy mieliśmy:

I. Wyników pomyślnych — 25⁰/₀,

II. „ „ niepomyślnych — 75⁰/₀.

W tymże czasie z pośród 25 chorych, leczonych zapo-
mocą chininy mieliśmy:

A więc wyniki pomyślne w grupie chininowej uzyskaliśmy:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| I. W przypadkach ciężkich — w | 46,6 ⁰ / ₀ , |
| II. „ „ „ „ — „ | 80 ⁰ / ₀ , |
| III. „ „ „ „ — „ | 100 ⁰ / ₀ , |

W grupie bezchininowej:

- | | |
|------------------|------------------------------------|
| I. w ciężkich — | 12,5 ⁰ / ₀ , |
| II. w średnich — | 0 ⁰ / ₀ , |
| III. w lekkich — | 100 ⁰ / ₀ , |

(w tej grupie średnich przypadków mieliśmy tylko dwa, być może, że dla tej małej liczby otrzymaliśmy przypadkowo tak wielką śmiertelność).

Możemy więc przez porównanie powiedzieć, że w grupie przypadków ciężkich uzyskaliśmy znacznie więcej (3,7 razy) wyników pomyślnych, stosując chininę.

Pragnąłbym jeszcze poruszyć podnoszoną przez niektórych lekarzy sprawę możliwości ujemnego, zwyrodniającego wpływu chininy na mięsień sercowy, sprawę, podnoszoną wbrew ogólnej nieomal opinii klinicystów, mających większe doświadczenie w tej metodzie leczenia.

W tym celu rozpatrzyliśmy wyłączonej poprzednio ze statystyki grupę przypadków — zmarłych lub zabranych przez rodziców w ciągu pierwszej doby pobytu w szpitalu. Były to niewątpliwie przypadki najcięższe, jeżeli więc chinina, podawana znanym sposobem, potrafi wywrzeć wpływ szkodliwy, to przedewszystkiem winniśmy to stwierdzić w tej grupie przypadków. Porównałem w tym celu ilość zgonów wśród tych jednodobowych pacjentów w zależności od otrzymania pierwszego zastrzyknięcia.

Ogółem w tej grupie zanotowano 28 chorych, z pośród nich 5 otrzymało chininę; z tej liczby zmarło troje; zabrano do domu dwoje, to znaczy 60⁰/₀ zgonów w ciągu pierwszej doby u dzieci leczonych chininą. Z pośród pozostałej liczby 23 dzieci — zmarło 14 t. zn. — 60,9⁰/₀. Liczby zgonów są bardzo zbliżone.

Wreszcie zestawiliśmy wyniki stosowania chininy w zależności od czasu rozpoczęcia leczenia. Otóż w przypadkach, w których rozpoczęliśmy leczenie w ciągu:

- | | |
|--|------------------------------------|
| I. Pierwszych 3 dni choroby—wyleczenie stanowi — | 66,6 ⁰ / ₀ , |
| II. Drugich 3—4 „ „ „ „ — | 66,6 ⁰ / ₀ , |
| III. Drugiego tygodnia „ „ „ „ — | 60 ⁰ / ₀ , |
| VI. Trzeciego „ „ „ „ — | 75 ⁰ / ₀ , |

Wyniki nasze nie potwierdzają rozpowszechnionego mniemania, że w przypadkach nieżyłowego zapalenia płuc,

podobnie jak i w płatowem, skuteczność chininy zależy przede wszystkim od wczesnego leczenia.

W przedstawionych poprzednio wynikach leczenia N. Z. P. obraliśmy jako probierz skuteczności stosowanej metody (chininy) — wyleczenie wzgl. skon. pacjenta. Zdajemy sobie przecież sprawę z tego, że ten obrany probierz nie jest idealny. Ścisła ocena skuteczności badanego leku winna się składać z dokładnego przedstawienia i zanalizowania wpływu tego leku na całokształt ustroju pacjenta, ogólny przebieg choroby i poszczególne jej objawy. Jednakże nie chodziło nam o napisanie artykułu monograficznego o chininie, a jedynie o porównanie wyników leczenia przy zastosowaniu różnych metod. A dla takiego celu, zdaje się, efekt ostateczny—wyleczenie—jest wskaźnikiem dostatecznym i najprostszym.

Na podstawie wszystkich powyższych zestawień dochodzimy do wniosku, że w leczonych przez nas w ostatnich trzech latach przypadkach nieżytego zapalenia płuc u niemowląt, chinina wpłynęła pomyślnie na obniżenie odsetki śmiertelności. Ze spostrzeżeń tych narazie nie wyprowadzamy wniosków co do chininy, jako stałej metody leczenia N. Z. P., uważając, że materiał, którym rozporządzamy i jego opracowanie nie upoważnia nas do ostatecznych i niewątpliwych wniosków.

(Wpłynęło do Redakcji 11.I.28).

Ze Szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi
(Lek. Nacz. Dr. med. Tadeusz Mogilnicki)

O występowaniu odczynu Widala w przebiegu duru brzusznego *)

Podał

Juljan Kapłański

Kwestja występowania odczynu Widala w przebiegu duru brzusznego nie przestała być aktualna. Liczne prace, opisy poszczególnych przypadków, jakie znajdujemy w bieżącej literaturze lekarskiej, świadczą wymownie, że zagadnienie to wciąż jeszcze żywo zajmuje uwagę zarówno klinicystów, jak i bakterjologów.

Za materiał do niniejszej pracy posłużyły przypadki duru brzusznego, obserwowane przeze mnie w ubiegłym roku w szpitalu Anny Marji dla dzieci w Łodzi **) oraz przypadki z piśmiennictwa. Pragnę podkreślić na wstępie, że chodziło mi o stronę praktyczną sprawy t. j. o omówienie znaczenia od. Widala, jako środka rozpoznawczego dla kliniki duru brzusznego. Staralem się więc przedewszystkiem zwrócić uwagę na dwa zagadnienia, które głównie decydują o wartości djagnostycznej odczynu serologicznego:

- 1° jak często występuje od. zlepty Widala w przebiegu duru brzusznego, oraz
- 2° w jakim okresie choroby.

Omówienie punktu pierwszego nie zajmie dużo czasu. Możemy obecnie stwierdzić, że od. Widala występuje w przebiegu schorzeń tyfusowych tak często, że doniosłe znaczenie jego, jako środka rozpoznawczego, jest niezaprzeczalne. Do wniosku tego doszli zarówno bakterjologowie, jak i klinicyści na podstawie niezliczonych badań w ciągu lat z górą 30-tu.

*) Wygłoszone na posiedzeniu łódzkiego oddz. Polskiego Tow. Pedjatrzyckiego z dn. 24.II.1928 r.

**) Na oddziale d-ra med. Artura Zieglera.

Należy jednak zaznaczyć, że jakkolwiek z chwilą wprowadzenia odcz. zlepnego do djagnostyki duru, odczyn ten zyskał odrazu prawo obywatelstwa, to jednak pierwsze statystyki (ogłoszone już w kilka lat później) nie były zbyt korzystne dla tego nowego środka rozpoznawczego. Hoffman (Hyg. Rundschau 1902) (1) zebrał materiał różnych autorów, składający z się 2464 przypadków. Okazało się, że niektórzy badacze podawali b. znaczną odsetkę ujemnych odczynów. Procent odcz. ujemnych dochodził p. u Fraenkla do 30,7 (2), u Grubera do 28,5% (3), u Durhama do 37,5% (4). Natomiast statystyka Karwackiego z 1907 roku, obejmująca 8750 przypadków, wykazuje 4,5% ujemnych od. Widala (5). Sam Widal podaje w tym czasie 0,5 — 0,6% odcz. ujemnych.

Przyczynę tak rażącej różnicy objaśniono później tem, że w przypadkach, w których nie otrzymano odcz. zlepnego podczas całego okresu trwania choroby, dokonywano odczyn jedynie z prątkami Ebertha, a nie jednocześnie z prątkami paratyfusowemi. Były to niewątpliwie przypadki paratyfusu. I rzeczywiście. Z chwilą, gdy zaczęto w każdym przypadku dokonywać od. Widala nietylko z prątkami Ebertha, lecz i z prątkami paratyfusowemi, procent odczynów ujemnych obniżył się b. znacznie. Np. już Kayzer wśród 125 przypadków nie otrzymał ani jednego odczynu ujemnego. Tak samo dr. T. Załęski w swojej bardzo obszernej i szczegółowej pracy („O epidemji duru brzuszego w Kostromie“) podaje, że we wszystkich 42 obserwowanych przez siebie przypadkach odczyn wypadł dodatnio. Wymieniony autor podkreśla, że otrzymałby 87% wyników dodatnich, gdyby dokonywał odcz. zlepny tylko z pr. Ebertha. Tutaj należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że niektórzy autorowie spostrzegali odczyn dodatni z prątkami paratyfusowemi u zupełnie zdrowych osesków i u b. młodych dzieci.

Grosser (7) np. dokonał od. zlepnego z pr. paratyfusowemi w 48 przypadkach u dzieci do lat 2, zupełnie zdrowych i bez duru w wywiadach. Otrzymał on znaczny odsetek wyników dodatnich z mianem dość wysokiem (1/200). Należy o tem pamiętać, by unikać w takich razach błędów djagnostycznych.

Wracając do zagadnienia o częstości występowania od. Widala w przebiegu duru brzuszego, należy stwierdzić, że ze statystyką, wykazującą 100% wyników dodatnich, spotykamy się w piśmiennictwie wyjątkowo rzadko. Niemal wszyscy badacze wskazują na trudności, na jakie natrafia niekiedy serologiczne rozpoznanie duru brzuszego. Zdarza się bowiem, że odczyn występuje w późniejszych okresach choroby (Courmount) (8), a nawet pozostaje ujemny przez cały czas trwania choroby w przypadkach bardzo lekkich lub bardzo ciężkich (9).

Hegler (10) omawia na posiedzeniu Tow. Lek. w Hamburgu przypadki niewątpliwego duru brzuszego u dzieci, gdzie nie otrzymał dodatniego odczynu. Były to przypadki o przebiegu łagodnym oraz cięższym. Zaznaczyć należy, że część tych dzieci była szczepiona przeciwko durowi; należałoby więc spodziewać się w tych przypadkach właśnie łagodnego przebiegu i wysokiego miana zlepnego z surowicą krwi. Hegler jest zdania, że w przypadkach, w których zupełnie pewny obraz kliniczny nie zostaje potwierdzony wynikiem badania serologicznego (niskie miano zlepne, wynik ujemny), należy szczerze podwyższyć miano lub sprowokować wystąpienie odczynu za pomocą nieswoistych środków drażniących (Aolan, Caseosan, adrenalina, surowica końska). Inni autorzy, jak np. Roth nie widzieli wpływu wymienionych środków na powstawanie od. zlepnego lub na podniesienie jego niskiego miana. H. Löhr (12) twierdzi, że w przypadkach ciężkich i z wysoką ciepłotą otrzymuje się przez prowokację tylko nieznaczne i krótkotrwałe zwiększenie miana zlepnego. Natomiast w okresie zdrowienia i u nosicieli—kilkudniowe i b. wybitne.

Gerhardt omawia na jednym z posiedzeń lekarskich w Würzburgu w 1920 r. przebieg choroby w 5 przyp. duru w jednej rodzinie. Najpierw zachorował 13-letni syn. Przebieg lekki, od. Widala wybitnie dodatni, posiew krwi dodatni. Po 2 tygodniach zachorowała matka i siostra; przebieg ciężki, od. Widala ujemny w obu przypadkach. Następnie zapadły 2 młodsze siostry: kilkudniowe podwyższenie ciepłoty bez dodatniego od. zlepnego.

Kleinsinger również opisał przypadek duru brzuszego o niezwykle ciężkim przebiegu z ujemnym od. zlepnym. Uważa on niewystępowanie odczynu w przypadkach b. ciężkich za signum mali ominis.

Uważam za zbędne przytaczanie innych danych statystycznych, gdyż jest rzeczą niemożliwą ustalenie liczby, która ściśle określała odsetek dodatnich od. Widala w przebiegu duru. Na podstawie dostępnego mi piśmiennictwa mogę jedynie powiedzieć, że jest ona bliska stu. Jest rzeczą natomiast ważną, że przytoczone powyżej przykłady wystarczają do wykazania, iż obok przypadków, w których rozpoznanie duru brzuszego możliwe jest li tylko dzięki dodatniemu odz. zlepnego, istnieją przypadki niewątpliwego duru, gdzie podczas całego czasu trwania choroby odczyn ten nie występuje:

Przejdę teraz do drugiego zagadnienia, niesłuchanie ważnego z punktu widzenia praktycznego, mianowicie: w jakim okresie choroby występuje od. Widala.

Otóż oddawna wiadomo, że odczyn ten nie występuje w pierwszych dniach choroby, lecz później i dość często nawet znacznie później. Johnston (13), Tagger (14) podają ogólni-

kowo, że otrzymywali dodatni odczyn w drugim tygodniu choroby. Karwacki (15) zebrał 2028 przypadków: według tego materiału odczyn dodatni wystąpił w pierwszym tygodniu w 32⁰/₀ przypadków, w drugim tygodniu 2 razy częściej. W przypadkach Załęskiego, o których wspomniałem wyżej, odczyn zlepný wystąpił:

w 1-szym tyg. (13 przyp.)	w 3 przyp.	— 23 ⁰ / ₀
„ 2-gim „ (33 „)	„ 30 „	— 90 ⁰ / ₀
„ 3-cim „ (41 „)	„ 41 „	— 100 ⁰ / ₀

Jedna z nowszych statystyk, Oстера, (16) podaje następujące liczby: odczyn dodatni w pierwszym tygodniu choroby w 66⁰/₀ przyp. u Schmitz'a, w 69⁰/₀—u Halthoff'a. Wszystkie statystyki wykazują tem większą odsetkę dodatnich odczynów, im okres choroby jest późniejszy. Na 3-ci tydzień choroby wskazują prawie wszyscy, jako na chwilę, kiedy omawiany odczyn występuje najczęściej. Dlatego też dokonywanie odczynu w tym okresie choroby należałoby uważać za najodpowiedniejsze. Jednakże znane są przypadki niezwykle późnego występowania odczynu. Hüne i O. Bulle (17) podają 2 przypadki duru u dzieci w jednej i tej samej rodzinie, gdzie odczyn dodatni wystąpił dopiero w 34-ym i 60 dniu choroby. Rumpf przytacza 2 przypadki, w których odczyn wystąpił w 59-ym i 97-ym dniu choroby. Gruber opisuje przypadek duru, w którym odczyn zlepný wypadł dodatnio w 70-ym dniu choroby. Obserwujemy więc tutaj zjawisko odwrotne, niż przy posiewie krwi na żółci, gdzie najwięcej dodatnich wyników, jak wiadomo, mamy właśnie w pierwszych dniach choroby. Jak wynika z dostępnego mi piśmiennictwa o durze brzuszny, liczba, wyrażająca ilość dodatnich wyników posiewu krwi w pierwszym tygodniu choroby zbliżona jest do liczby, wyrażającej ilości dodatnich od. zlepných, otrzymanych w 3-cim tyg. choroby. Przyczyna zupełnego niewystępowania odczynu nie jest dotychczas wyjaśniona. Natomiast zbyt niskie miano aglutynacyjne i późne występowanie odczynu autorzy tłumaczą powolnem powstawaniem aglutynin. Najnowsze badania nad odpornością oraz nad grupami serologicznymi ludzkiemi (Dungern, Hirschfeld, Hermanns) (18) wykazały w jak dużym stopniu stan odporności danego osobnika uwarunkowany jest przynależnością jego do tej czy innej grupy serologicznej. Stwierdzono, że różne grupy serologiczne posiadają niejednakową zdolność do produkowania przeciwciał.

Schiff i Adelsberger (19) stwierdzili pewną niewydolność w produkowaniu przeciwciał przy zetknięciu się z niektórymi drobnoustrojami przez osobników grupy serologiczne „A“. Badania przeprowadzone przez d-ra Żurkowskiego (20) nad

surowicą krwi dzieci, chorych na dur brzuszny w szpitalu Anny Marji, wykazały przewagę zdolności zlepnej surowicy grupy „O nad“ innymi grupami.

Badania niektórych autorów podnoszą jeszcze inny szczegół; wskazują na pewną kolejność w powstawaniu przeciwciał. Według nich precypityny występują wcześniej od aglutynin.

Przytoczone wyniki badań pozwalają przypuszczać, iż przynależność danego osobnika do tej lub innej grupy serologicznej może wpłynąć na wysokość miana aglutynacyjnego.

Ostatnio udowodniono, że zdolność zlepiania się prątków zależy w dużym stopniu od użytego do hodowli szczepu podłoża, a więc od środowiska, w którym szczep wyrósł. J. Hohn (21) ujął tę kwestję w następujący sposób: a) zdolność zlepiania się nie jest cechą specjalną i pierwotną prątków; powstaje dopiero po rozpadzie pewnych substancji podłoża (powstawanie ferm. kwasów), b) podczas rozpadu tych substancji zachowują się pr. Ebertha rozmaicie, tak że ten sam szczep, zależnie od środowiska, na którym wyrósł, może okazać się łatwo, b. łatwo lub b. trudno zlepny, c) niezdolność aglutynowania polega na niezdolności szczepu wytwarzania z materiału pożywkowego tych właśnie niezbędnych do odczynu substancji, d) pobudzająco działa dodanie różnych rodzajów cukru (najlepiej galaktozy, mannitu, maltozy).

Wiadomo również, że niektóre szczepy, szczególnie świeżo wyhodowane, posiadają b. małą zdolność zlepiania się; zdolność ta zwiększa się dopiero w następnych pokoleniach (Ascoli) (22).

Widzimy więc, że przyczyna późnego występowania od. zlepnego może tkwić zarówno w własnościach surowicy krwi danego osobnika, jak i w samym szczepie drobnoustroju, użytym do odczynu.

Mój materiał składa się z 77 przypadków duru brzusz-
nego:

4	przyp.	przyjętych	w	pierwszym	tyg.	choroby,
43	„	„	„	drugim	„	„
28	„	„	„	trzecim	„	„
2	„	„	„	czwartym	„	„

Powyższy podział należy przyjąć z pewnym zastrzeżeniem, wiadomo bowiem, jak trudno jest ściśle określić początek choroby u chorych, stanowiących nasz materiał szpitalny.

Krew na od. Widala pobierano jak najwcześniej po przyjęciu chorego dziecka do szpitala. Nie wliczyłem do statystyki przypadków, w których krew z tych czy innych względów pobrana została z opóźnieniem. W 30 przypadkach

posiano jednocześnie krew na żółci, w 53 przyp. obliczono ilość białych ciałek krwi. Odczyn zlepnny dokonywany był w pracowni Szpitala Anny Marji, pozostającej pod kierownictwem majora d-ra Żurkowskiego. Dokonywano odczynu równocześnie z pr. Ebertha i z pr. paratyfusowemi. Odczyn powtarzano (przeważnie co 6 — 7 dni, rzadziej co 2 tygodnie): 1^o jeżeli odczyn wypadł ujemnie, 2^o jeżeli otrzymano zbyt niskie miano aglutynacyjne. Dokonano od. Widala raz jeden w 58 przyp., dwukrotnie w 10 przyp., trzykrotnie w 6 przyp., czterokrotnie w 3 przypadkach. Śród 77 przypadków otrzymano od. dodatni w 75 przyp. (97^o/o), w jednym otrzymano od. zlepnny z pr. paratyf. B., w dwóch -- odczyn wypadł ujemnie. Przypadki obserwowane były w ciągu 4 i 5 tygodni.

Przyp. 1. Fr. Zarębski (14 lat) przyjęty na oddz. chirurgiczny 27. VIII-27 r. z objawami, symulującymi zapalenie wyrostka robaczkowego. T. 40^o, silne bóle brzucha, przeważnie w okolicy prawego talerza biodrowego; zaparcie stolca, wymioty. W 3-cim dniu pobytu w szpitalu, (8 dzień choroby) wystąpiła różyczka. Stwierdzono leukopenję (3800 b. c.). Od. Widala, w 9-tym, 14-ym i 21-ym dniu choroby ujemny. Wypisany w końcu 4-go tygodnia choroby.

Przyp. 2. Marjan Pawlik, 2¹/₂ roku. Przyjęty w końcu 2-go tyg choroby. Zachorował w 10 dni po siostrze, która leczyła się wtedy w szpitalu. U siostry stwierdzono tyfus (różyczka, od. Widala 1/400). Za durem u Marjana przemawia wysoka ciepłota, utrzymująca się w ciągu 3 tygodni, znacznie powiększona śledziona, leukopenja (3600 b. c.) oraz brak innych objawów chorobowych.

Podług okresu choroby odsetek od. dodatnich przedstawia się jak następuje:

w 1-ym tyg. chor, śród	4	przyp.,	otrzym.	(2+)	(2-)	50 ^o /o+
„ 2-gim „ „ „	45	„	„	(37+)	(8-)	82 ^o /o+
„ 3-cim „ „ „	34	„	„	(31+)	(3-)	91 ^o /o+

Tutaj muszę zaznaczyć, że przypadki, które wykazały z początku niskie miano zlepnne, a potem wyższe, uważałem za przyp. z od. dodatnim. Figurują one tylko raz jeden w powyższej tabelce. W znakomitej większości przypadków otrzymywano odrazu wysokie miano zlepnne (1/400). W 8 przypadkach mieliśmy zrazu niskie miano (1/50, 1/100). W 3 z nich niskie miano zlepnne utrzymało się. W—6-ciu odczyn zrazu ujemny stał się dodatni w późniejszych okresach choroby. Przytoczę niektóre niezmiernie pouczające.

Przyp. 1. Fr. Pastułka, 15 l., przyjęty 27.VI-27 r. w końcu drugiego tyg choroby. Stan niezwykle ciężki, septyczny. Chory nieprzytomny przez cały czas pobytu w szpitalu. Różyczka, znacznie powiększona śledziona. Od. Widala dwukrotnie ujemny. Zejście śmiertelne po tygodniowym pobycie w szpitalu. Odczyn powtórzony poraz trzeci (na dzień przed śmiercią) wykazał miano 1/100.

Przyp. 2. Fajga Targownik (14 lat) przyjęta 11.IX-1927 r. w 3-cim tyg. choroby. Stan ciężki. Ciepłota wysoka, ciągła. Czerwony, suchy język, drżenie koniuszka. Brzuch wzdęty, bolesny na ucisk, śledziona znacznie powiększona. Leukopenja. Widal w 16-tym i 20-tym dniu choroby ujemny. W 37-ym dniu choroby od. zlepy dodatni z mianem 1/400.

Przyp. 3. Adela Pacholak (14 lat), przyjęta 11.VIII-2/ r. Chora od 12 dni. Stan b. ciężki. W 14-ym dniu choroby występuje różyczka. Śledziona powiększona; 10 zastryknięć urotropiny. Widal dok. dwukrotnie wypadł ujemnie. W przebiegu choroby wytworzyły się liczne ropnie na udach. W 48-ym dniu choroby z ropy przeciętego ropnia wyhodowano pr. Ebertha. W 9-tym tyg. choroby od. zlepy 1/50, w 96-ym dniu 1/400.

Przyp. 4. Ruwim El. (9 lat) przyjęty 4/IV. Przysłany do szpitala z rozpoznaniem, „wstrząs mózgu wskutek upadku” (przed 12 dniami spadek ze schodów). Gorączkuje od kilku dni. W dniu przybycia do szpitala stracił przytomność. Stan b. ciężki. Ciepłota 40°. Wybitne wzmoczenie napięcia mięśniowego w kończynach. W dolnych płatach płuc rozsiane rżenia. Wątroba wyciąga się, śledziona — nie. Mocz bez składników patologicznych. Opadanie czerw. c. krwi — 25 minut. Płyn mózgowo-rdzeniowy niezapalny, ilość cukru zwiększona. Leukopenji niema (13.000 b. c.) Odcz. Widala 8/IV ujemny. W dn. 22/IV odczyn 1/50. W dalszym przebiegu choroby wytworzyły się ropnie na udach i klatce piersiowej. Z ropy otrzymano w dn. 25/IV czystą hodowlę pr. Ebertha. 4/V odczyn Widala dodatni 1/400.

Jeśli porównamy częstość występowania o. Widala z dodatnimi wynikami posiewów krwi, z częstością występowania leukopenji oraz spostrzeganych w durze brzuszonym zjawisk klinicznych (różyczka, powiększona śledziona), to na podstawie naszego materiału możemy powiedzieć co następuje:

Posiew krwi na żółci dał wynik dodatni w pierwszym tyg. choroby w 2 przyp. (na 4 przyp.), w drugim tyg. — w 8 przyp. (na 22), w trzecim tyg. — w jednym przyp. (na 3).

Śledziona była powiększona w 42 przypadkach (55%), różyczka wystąpiła w 28 przypadkach (36%), leukopenia — w 87% przyp., przyczem w 15% p. ilość b. c. wynosiła mniej, niż 4000. Nie stwierdzono leukopenji przeważnie w przypadkach powikłanych (zapal. płuc, ropnie). Jest to odsetek stosunkowo duży, jeśli wziąć pod uwagę, że objaw ten u dzieci nie jest tak stałym, ani tak wybitnym, jak u dorosłych (Jonsscher, Erlichówna).

Najbardziej zbliżonym do od. Widala pod względem częstości występowania okazał się w naszych przypadkach objaw leukopenji. Teoretycznie, najpewniejszym środkiem rozpoznawczym powinien być posiew krwi. Jednakże, praktycznie rzecz biorąc, wartość jego zmniejsza w dużym stopniu fakt, że przeważnie chorzy dostają się pod obserwację dopiero wówczas, gdy okres najbardziej odpowiedni dla dokonania posiewu już minął.

Pragnę podkreślić jeszcze jeden szczegół, a mianowicie— brak infekcji mieszanej w naszych przypadkach. Koaglutynację z pr. paratyfusowemi otrzymaliśmy tylko w jednym przypadku.

Reasumując powyższe, dochodzimy do wniosków następowych:
1-o Od. Widala może wystąpić już w pierwszym tygodniu choroby.

2-o Od. Widala może również wystąpić dopiero w późnych okresach choroby. Nie należy nigdy zadawałniać się wynikiem jednorazowego badania serologicznego.

3-o Od. Widala występuje późno przeważnie w przypadkach o przebiegu ciężkim.

4-o Nie należy przypisywać od. Widala wartości absolutnej — odczyn ujemny nie wyklucza duru brzuszego. Odczyn powinien być oceniany w zależności od przebiegu klinicznego choroby, gdyż są przypadki niewątpliwego duru brzuszego, w których podczas całego czasu trwania choroby odczyn pozostaje ujemny. W takich razach decydują o rozpoznaniu objawy kliniczne oraz wywiady.

PIŚMIENNICTWO.

1. Cyt. Dr. T. Załęski. „O epidemji duru brzuszego w Kostromie”. (1908 r.), 2, 3, 4, 5, i 6. loc. cit. 7. Grosser. Klin. Woch. 1922. N. 8.
8. Cyt. Nicolas-Balthazard: „Précis de Path. Int.”. T. I. 9. Ibid.
10. D. med. Woch. 1922 w 9, prot. posiedz. Tow. Lek. w Hamburgu z dn. 22.XI.1921 r.
11. Berl. Klin. Woch. N. 44.
12. Ztschr. f. d. ges. exper. Med. N. 24.
- 13, 14 i 15. Dr. T. Załęski loc. cit.
16. Oster, (Inst. Hyg. Uniw. w Heidelbergu), Deutsche med. Woch. 1925.
17. M. med. Woch. 1920. N. 35.
18. Cyt. B. Breitner. Die ärztliche Praxis. 1928. N. 1.
19. Dr. Żurkowski: „O grupach serologicznych ludzkich”, wygł. na pos. Łódz. Oddz. P. T. P. 30.XII.24 r.
20. Dr. Żurkowski, loc. cit.
21. Joseph Hohn. M. med. Woch. 1922.
22. Ascoli, Grundriss der Serologie.

(Wpłynęło do Redakcji 19.III.28).

FORTOSSAN

CIBA

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

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

PUDEŁKA ORYGINALNE Z MIARECZKĄ W FORMIE ŁYŻECZKI.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

P A B J A N I C E, wojew. Łódzkie.

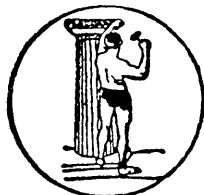
Oddział Farmaceutyczny.

Mleko Białkowe
Plasmon
Casein-Calcium

Przy Chorobach dziecięcych

**OSZCZĘDNE
T A N I E**

Przyjęte do spisu
środków Kas Chorych



Fabryki Plasmon (Neubrandenburg)

Preparaty Mieszane

Płatki owsiane

Sucharki odżywcze

Czekolada

K a k a o

Cakes

25 lat doskonałych wyników w leczniczych.

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

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

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

Próbki i literaturę wysyła się bezpłatnie na żądanie

POLECAMY

Polski Kalendarz Lekarski

NA ROK 1928

ROCZNIK TRZECI.

Znacznie rozszerzony i uzupełniony najnowszymi zdobyczami wiedzy, zawierający między innymi: Kalendarjum, dział **rozpoznawczo - leczniczy** z dokładnem uwzględnieniem **djagnostyki różniczkowej i symptomatologii**, alfabetyczny spis ważniejszych leków z dokładnem uwzględnieniem **produkcji rodzimej**; **synonimy** środków leczniczych; tabelę **najwyższych dawek** dla dorosłych i dla dzieci; aproksymatyczną pojemność naczyń; **klimato- i balneoterapję**; tabelę porównawczą **źródłowisk polskich i zagranicznych**; kąpiele lecznicze; kąpiele słoneczne; leczenie **światłem elektrycznym**; leczenie **lampą kwarcową**; leczenie **promieniami Roentgena**; leczenie **radem**; prof. Korczyńskiego: **Radioczynne wody lecznicze** i ich zastosowanie; **djatermję**; **kosmetykę**; **djetetykę**; tabelę zawartości **węglowodanów**; **witaminy**; **ortopedję**; **surowice i szczepionki**; **proteinoterapję**; Dra Bałeya: **Uwagi o gorączkowym leczeniu psychoz niekiłowego pochodzenia**; badania **laboratoryjne**; **zatrucia**; **najczęstsze zabiegi lekarskie**; okres **wylęgania** i **zaraźliwości** chorób zakaźnych; oznaczenie **okresu ciąży**; **ciężar** i **wzrost** zdrowego dziecka; usuwanie **plam z rąk i bielizny**; **etjologję i profilaksę płonicy**; **sekcję sądowo-lekarską**; **znamiona śmierci gwałtownej**; **ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej**; **spis lekarzy** Izby warsz.-białostockiej; **notatnik**.

Cena kalendarza, formatu kieszonk. w płótno oprawnego, wynosi

6.80 zł. za pobraniem pocztowem 8 zł.

KSIĘGARNIA NOWOŚCI

LWÓW — KOPERNIKA 3.

Pozatem dostarczamy **czasopisma i dzieła fachowe** polskie i zagraniczne,—te ostatnie po cenach ściśle katalogowych, bez doliczenia kosztów przesyłki zagranicznej i na dogodnych warunkach.

Ze Szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

Lekarz naczelny Dr. T a d e u s z M o g i l n i c k i.

(z oddziału niemowlęcego; ordynator Dr. H. Frenklowa).

Przypadek ropnego zapalenia stawu kolanowego u 9 miesięcznego dziecka na tle zakażenia b. paracoli

P o d a ł

Dr. J ó z e f K o n.

Ponizej jest przytoczona historia choroby przypadku, który ze względu na etiologję i przebieg zasługuje na uwagę:

M. G. przyjęty do szpitala dn. 25. VIII. 27. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Odżywianie: pokarm matki, mleko z kleikiem, manna.

Poważniejszych chorób nie przechodził.

Obecna choroba trwa od 10 dni. Rozpoczęła się po upadku dziecka na podłogę, a więc po urazie mechanicznym. Stale wysoka ciepłota, dziecko wychudło. Apetyt niezły, stolce prawidłowe, matka zauważyła obrzęk i bolesność w lewym stawie kolanowym.

26. VIII. 27 waga 4.150, dłuę. 60 cm., wymiary ciemiączka $2\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2}$.

Stan og. ciężki. Dziecko blade, wychudzone, stęka.

Ciepłota 39° . Skóra sucha, szaro-biała, wiotka. Podściółka tłuszczowa b. skąpa.

Objawów krzywicy niema.

Lewa kończyna dolna stale zgięta w stawie kolanowym. Znaczny obrzęk dolnej nasady lewego uda, zwłaszcza od strony przyśrodkowej. Objętość kolana lewego powiększona, w kształcie kulistym. Biernie nie można kończyny rozgiąć. Skóra na kolanie trochę napięta, nieczerwona, nieznaczna bolesność przy ruchach, chęłbotania nie wyczuwa się.

Śluzówki suche, blade. Gardło blade, czyste.

Brzuszek wzdęty, wątroba powiększona, śledziona — nie.

Oddech pęcherzykowy, szorstki, wypuk jasny.

Tony serca czyste, tętno miarowe, niezły wypełnione, częstością odpowiada ciepłocie.

Stolce papkowate, domieszka śluzu.

Leczenie: okład na kolano z płynu Burowa. Coff n. b. co 2g. $\times 5.0$.
Djeta: mleko z mondaminą i Calc. lact. (mieszanka M. A. M.) 8×100 .

27. VIII. 27. T $^{\circ}$ 39° . Odczyn tuberkulinowy 1 : 10.000, śródskórny wypadł ujemnie. Mocz: ślad białka, bez patol. składników w osadzie. Nakłucie stawu kolanowego na oddziale chirurgicznym—wydobyto płyn gęsty, ropny.

29. VIII. 27. T⁰ 38,8⁰, Waga 4.150. Stan og. zły. Z ropy na razie nie udało się nic wyodrębnić. Kaszel. Obustronne średniobańkowe rzęzenia. Stolce dobre. Kolano bez zmiany. Djeta: rosół z jarzyną 150, miesz. M.A.M. 600, sok cytrynowy.

1. IX. 27. Odpowiedź pracowni bakteriologicznej (Dr. Żurkowski): wyhodowano Gr. — prątki ruchome, na cukrach zachowują się, jak para B. Dalsze ustalenie jakości szczepu trudne. Uprasza się o powtórne przysłanie ropy do badania w celu przekonania się, czy nie nastąpiło zanieczyszczenie przypadkowe.

3. IX. 27. T⁰ 38 — 38,5⁰. W obu płucach liczne rzęzenia średnio i grubobańkowe. Stolce dobre. Waga na poziomie.

2. IX. dokonano powtórnego nakłucia kolana i wydobyto próbkę ropy do badania.

4. IX. 27. Odpowiedź pracowni: wyhodowano prątki o następujących własnościach:

- 1) ruch postępowy słaby, ale obecny;
- 2) Gr —
- 3) z cukrem mlekowym brak zacerwienia i gazu; z cukrem gro-nowym, z mannitem, z maltozą — zacerwienie i gaz;
- 4) Odczyny zlepane z surowicami tyfusową, para A i B dały wyniki ujemne.

Wyhodowany szczep należy do rzędu postaci mutacyjnych b. coli, czyli jest tak zwany „b. paracoli”. Krew badana na odczyn zlepane Widala, z prątkami Eberth'a, para A i para C dała wyniki ujemne, szczepu B pracownia chwilowo nie posiada. Obraz krwi według Schillinga:

Eos.	Bas.	Mycl.	Młod.	Pałeczk.	Segment.	Limfoc.	Monoc.	C.	Türka
0	0	0	1 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀	31 ⁰ / ₀	52 ⁰ / ₀	3 ⁰ / ₀	0	

Znaczna anizocytoza, hypochromia, nieznaczna polichromaria, spotyka się pojedyncze normoblasty.

5. IX. 27. Od Wassermana we krwi ujemny. Mocz bez patolog. składników. Odcz. Mantoux 1: 1000 ujemny. T⁰ od 38⁰ do 39⁰. Expectorans, bańki. Djeta t. s. + pokarm matki. Zastosowano 0.1 (=50 milj.) autoszczepionki.

6. IX. 27. Zastosowano 0.2 (= 100 milj.) autoszczep.

8. IX. 27. Spadek krytyczny. T⁰ z 39,5⁰ do 36,9⁰ przy dobrym stanie ogólnym i bez spadku wagi. Zastosowano III raz autoszczepionkę 0,2 (=100 milj.).

10. IX. 27. Wieczorem 8. IX. T⁰ znów się podniosła. Lewe płuco — b. liczne trzeszczenia. Rozległe pleśniawki w ustach. Stan kolana bez zmiany, obrzęk nawet nieco rozleglejszy. Expect. + coff. Inj.: chinini muriat 0.1, Liq. ferr. sesquichlorat 2⁰/₀ do pędzlowania ust. Djeta: pierś, rosół, kakao, mondamina z masłem, papka Moro — 7 × 120.

12. IX. 2 . Prześwietlenie kl. piersiowej — zawołowanie górnego płata płuca lewego. Zdjęcie stawu kolanowego — naogół prawidłowy szkielet kostny.

14. IX. 27. Stosuje się nadal autoszczepionkę 14. IX. VI-ty raz — dawka 0.4 (=200 milj) w odstępcach 2 dniowych. T⁰ od 37⁰ do 38⁰ bez odczynu po autoszczep. 13. IX. rozpoczęto ogólne naświetlanie lampą krzemową. W lewym płucu u góry — krepitacje. Soor — znaczna poprawa.

Od 15. IX. 27 do 23. IX. 27 utrzymuje się stan podgorączkowy z małymi podskokami ponad 38⁰. Waga podniosła się do 4300. Stan ogólny poprawił się. Objawy zapal. płuc ustąpiły. Kolano nadal bez zmian. W tym okresie stosowano codziennie naświetlania lampą krzemową. Acid mur. dil. dla pobudzenia apetytu i djetej: miesz. Czerny Kleinschmidt, papka Moro, rosół, kakao, sok, mondamina z masłem.

23. IX. 27. Nałożono na dolną część lewego uda opaskę elastyczną Biera, która pozostała na nóżce przez całą dobę z przerwą 2 godzinną. Opaskę tą stosowano następnie aż do 5. X. 27 t. zn. blisko 2 tygodnie, robiąc przerwę codziennie na 3 godziny. Tętno w a. dors. pedis było wyczuwalne, na kolanie widoczna lekka sinica. Przez cały ten czas stosowano nadal lampę i jeszcze dwa razy autoszczepionkę (0,5=250 milj.). T⁰ koło 38⁰, stan og. dobry, waga podnosiła się. Mocz — prawidłowy.

4. X. 27. Wybitna poprawa stanu ogólnego. Waga 4.500. Ruchy bierne w stawie kolanowym znacznie swobodniejsze, bolesność b. nieznaczna, obrzęk kolana znacznie mniejszy.

5. X. 27. Nakłucie kolana nie wykazało obecności ropy.

6. X. 27. Nałożono na kończynę chorą lekki wyciąg. Zagorączkował; na skórze pęcherzyki zawierające mętną ciecz (pemphigus). Z pęcherzyków wyhodowano gronkowca złocistego.

12. X. 27. Waga 4.600. Pęcherzyki zasychają. St. og. dobry. Stan podgorączkowy. Nadal naświetlania.

15. X. 27. Uśmiecha się. St. og. dobry, Waga 4.750. Kolano lewe niebolesne przy ruchach biernych. Objętość obu kolan prawie jednakowa.

22. X. 7. Ruchy bierne zupełnie swobodne, ale przykurczenie nieznaczne trwa nadal. Stosuje się wyciąg, naświetlania, calcitrin i mieszaną djetę 150 kal./kg. Waga 5.000.

12. XI. 27. Wypisany do domu z wagą 5.670, ruchy czynne i bierne w kolanie lew m zachowane prawie w całej rozciągłości Stan og. dobry.

W n i o s k i.

Ropne zapalenie stawu kolanowego na tle rzadko spotykanej infekcji b. paracoli u dziecka dystroficznego po urazie. Leczenie lampą krzemową, autoszczepionką i obfitą djetą daje poprawę stanu ogólnego, bez poprawy miejscowej. 12-dniowe stosowanie opaski Biera daje zupełne wyleczenie miejscowe.

(Wpłynęło do Redakcji 11. I. 28 r.).

Rozpoznanie różniczkowe, anatomja patologiczna i leczenie choroby Heine - Medina *)

Podał

Dr. Z. Bychowski

Różniczkowe rozpoznanie.

Różniczkowe rozpoznanie HM nie przedstawia wielkich trudności, o ile się pamięta o swoistym charakterze występujących tu porażań, elektrycznym odczynie zwyrodnienia, stanie odruchów, oraz charakterze i rozprzestrzenieniu odruchów. W pierwszych dniach może istnieć pewna wątpliwość co do nagminnego zapalenia opon mózgowych i rdzenia (MCS). — Ostry początek z ogólną nieomogą dochodzącą do zamroczenia, bóle głowy i wymioty, pewna sztywność karku z objawami Kerniga i Brudzińskiego, podwyższona ciepłota i drgawki, do których małe dzieci zresztą są wogóle skłonne, spotykamy w mniejszym lub większym stopniu przy jednym i drugim cierpieniu. Sprawę można prawie zawsze ostatecznie rozstrzygnąć przy uwzględnieniu następujących okoliczności:

1. MCS występuje nagminnie wogóle na wiosnę, HM w końcu lata i na jesieni,
2. Opryszczki na wargach są częstym zjawiskiem przy MCS, wyjątkiem przy HM.
3. Przy MCS podwyższona ciepłota trwa nieraz kilka tygodni, przy HM przeważnie tylko dni kilka.
4. Przy MCS nigdy nie widać takich globalnych porażań jednej; lub kilku kończyn jak przy HM, natomiast porażenia nerwów czaszkowych bywają przeważnie przy MCS, a bardzo rzadko przy HM.

Rozstrzygającą prawie rolę odgrywa stan płynu mózgowodzeniowego, który przy MCS jest mętny albo mętawy, z dużą ilością wielojądrowych białych ciałek, przy HM zaś najczęściej zupełnie przezroczysty. Tylko autorowie monografji

*) Referat wygłoszony w Państwowej Szkole Higieny.

z instytutu Rockefellera w HM znajdowali do kilkuset limfocytów. Obecność meningokoków nie pozostawia już oczywiście żadnych wątpliwości. Przy uwzględnieniu wyżej wymienionych momentów, a zwłaszcza dalszego przebiegu nie trudno będzie także odróżnić HM od gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Pewne trudności przy różniczkowym rozpoznaniu może nasunąć wieloogniskowe zapalenie nerwów obwodowych (Polyneuritis) tembardziej, że i przy HM Wickman opisuje postać polyneurytyczną. Dla Polyn. charakterystyczne są silne bóle zwłaszcza dotkniętych pni nerwowych i częste zaburzenia czucia — objawy, które nigdy prawie tak dobitnie nie występują przy HM. Same porażenia nie mają przy Polyn., zwłaszcza na początku, takiego globalnego charakteru, jak przy HM. Następnie przy HM już w pierwszych tygodniach występuje często tendencja do szybkiego ustąpienia porażenia, czego nie można powiedzieć o Polyn., gdzie porażenia w pierwszym okresie obejmują coraz szersze terytorja. Odczyn zwyrodnienia i brak odruchów ścięgniastych bywa przy jednym i drugim cierpieniu. Bywają jednakże przypadki, zwłaszcza u dorosłych, gdzie odrazu trudno się decydować na ścisłe rozpoznanie. Sam przed kilkoma tygodniami byłem w takiej sytuacji wobec chorej, którą widziałem tylko raz jeden. Szło o 38-letnią kobietę z prowincji, która przed kilkoma tygodniami przechodziła lekką anginę. Po kilku dniach ogólna nieomoga, bóle krzyża i zupełne porażenie obydwóch dolnych kończyn bez zaburzeń pęcherza. Chorą widziałem w dwa tygodnie po wystąpieniu porażenia. Chora wyraźnie zaznacza, że w przeciągu ostatnich kilku dni nastąpiła pewna poprawa, bo przed wyjazdem do Warszawy absolutnie żadnego ruchu kończynami dolnymi nie mogła wykonać. U wybornie zbudowanej pacjentki znalazłem wybitną paresis obydwóch dolnych kończyn. Mogła jednakże wykonać nieznaczne ruchy w stawach kolanowych i skokowych. Brak odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa, a także podeszwoowych. Czucie zachowane. Wrażliwość mięśni i pni nerwowych dotkniętych kończyn. Górne kończyny i nerwy czaszkowe bez zarzutu, zwłaszcza niema żadnych porażenia w miękkim podniebieniu. Ostro początek po zapaleniu gardła, które mogło być przeoczoną błonicą, bóle o których mówiła, pewna drażliwość dotkniętych kończyn przemawiała raczej za sprawą obwodową. Natomiast fakt, że od samego początku wystąpiło zupełne porażenie obydwóch kończyn i że w przeciągu krótkiego czasu ono już zaczęło się cofać, a także brak charakterystycznych dla Polyn. bardzo silnych bóli, skłoniły mnie do rozpoznania HM. Zdaje się, że miałem rację, bo jak się dowiaduję, chora po kilkotygodniowym pobycie w szpitalu wypisała się podobno zupełnie zdrowa.

Przy różniczkowym rozpoznaniu należy też przyjąć pod uwagę nieropne zapalenie kory mózgowej (Encephalitis non purulenta Oppenheima, Poliencephalitis Strümpell'a), które tak samo zaczyna się gorączką, ogólną niedomogą i t. p. i globalnem porażeniem kończyn przeważnie o charakterze połowicznym, tembardziej, że Wickman opisuje mózgową postać HM, przez wielu autorów zresztą nie uznawaną. Porażenia przy zapaleniu mózgu mają przeważnie spastyczny charakter, odruchy ścięgnowe są wzmożone, istnieją objawy piramidowe (Babiński i t. p., przy HM widziano zresztą wyjątkowo kilka razy dodatni objaw Babińskiego). Brak też zmian ze strony oddziaływania elektrycznego. Ostre rozsiane zapalenie rdzenia (Myelitis acuta disseminata) też może nasunąć pewne wątpliwości, ale zaburzenia pęcherza, wzmożone odruchy ścięgniste i objawy piramidowe z łatwością sprawę rozstrzygają.

Zresztą, w obecności epidemji HM wszelkie wątpliwe niepewne przypadki będziemy, jak to czynimy przy innych epidemjach, do niej zaliczać.

Anatomja patologiczna.

U zmarłych w ostrym okresie HM znajduwano w narządach wewnętrznych zmiany, właściwe wielu chorobom zakaźnym, więc ostre zwyrodnienie mięszkowe nerek, przekrwienie wątroby i śledziony, obrzmienie grudek chłonnych Peyera i t. p. Spostrzegano też zwyrodnienie mięśnia sercowego i zapalne zmiany w migdałach. Wiesner (epidemia wiedeńska) stale znajdował rozrost wszystkich narządów chłonnych bez objawów zapalnych. Wobec tego autor ten przypuszcza, że osobniki z usposobieniem t. zw. limfatycznym prędzej niż inni giną od HM. Takie same przypuszczenie wyprowadzał kiedyś berliński anatomopatolog Westenhoffer w stosunku do nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Wewnętrzne narządy małp z HM wykazują także zmiany w słabszym jeszcze stopniu, a nieraz wcale ich niema.

Na największą uwagę zasługują oczywiście zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. Opony są napięte. Przy ich przecinaniu wylewa się zwykle dużo płynu. Miękkie opony są przekrwione. Rdzeń, a zwłaszcza naturalne jego zgrubienia (intumescensiae) są nieco zgrubiałe, przekrój rdzenia wilgotny, szara istota czerwonawa, jej granica z białą istotą nie zawsze wyraźna. Zmiany mikroskopowe są zresztą nieraz zupełnie słabo zaznaczone.

Najcharakterystyczniejsze są drobnowidzowe zmiany w rdzeniu zupełnie jednakowe u ludzi i u doświadczalnie zakażonych małp. U tych ostatnich stwierdzono je już w pierw-

szych dniach po zakażeniu, jeszcze przed wystąpieniem porażen. Okoliczność ta jest ważna z tego względu, że pomoże nam głębiej wnikać w patogenezę cierpienia. Na tym bowiem punkcie zdania badaczy, jak zobaczymy, nie są jednokowe. Faktyczny stan i rozwój zmian w rdzeniu przedstawia się jak następuje. Największe zmiany u małą spostrzega się w komórkach przednich rogów. Jeszcze wtedy, kiedy porażen niema i zaszczepione zwierzę niczem nie zdradza kryjącej się w niem choroby, niektóre komórki przednich rogów barwią się już inaczej i wykazują pewne zmiany morfologiczne: ciało komórki nieco rozdęte, istota tigroidowa zmniejszona i przesunięta więcej do obwodu komórki. U zwierząt zabitych w 8 — 12 godzin po wystąpieniu pierwszych porażen, zmiany te są już znacznie posunięte i dają zdumiewający i nadzwyczaj charakterystyczny obraz (Wiesner). Ciało komórki staje się nieprawidłowem o niewyraźnych granicach. Wyrostki znikają. Jądro staje się bladym i rozpada się. Na miejscu niektórych komórek pozostały tylko resztki albo wcale ich niema. Istota tigroidowa zupełnie znika. Do niektórych komórek nerwowych zaczynają się dostawać okrągłe wielojądrowe komórki, które jakby wpijają się w ciało komórki nerwowej, coraz więcej ją otaczają, aż nareszcie zostaje ona zupełnie przez nie pożarta — stąd określenie tego procesu jako neurofagja.

Jednocześnie albo nieco później z opisanymi wyżej zmianami w komórkach—widać także wybroczyny w szarej, a nieraz i białej istocie rdzenia. Wiesner jednakże uważa je jako niezależne od istoty sprawy chorobowej i zapatruje się na nie raczej jako na zjawisko przedśmiertne, przypadkowe. Oprócz przednich rogów — głównego terenu zmian wyżej opisanych — widać analogiczne zmiany w tylnych rogach, a także w komórkach zwojów sympatycznych; nie są one jednakże stałe i o mniejszem natężeniu. Tak samo i zmiany w białej istocie rdzenia nie należą do niezbędnych. Jeżeli są, to znajdują się zawsze w najbliższem sąsiedztwie z ogniskami w szarej istocie i mogą być uważane według Wiesnera jako ich ciąg dalszy. Analogiczne, ale jeszcze mniej dobitne zmiany spostrzegano w moście Varola i opuszcze. Jeszcze rzadziej i mniej wyraźnie widywano zmiany w korze mózgowej, gdzie przeważnie ma się do czynienia z nacieczeniami w miękkiej oponie i wzdłuż naczyń. O neurofagji w korze autorzy nie wspominają. Ostatecznie w przednim rogu rozwija się tkanka łączna i bliznowate zwyrodnienie, wskutek czego w starych przypadkach przedstawia się on na przekroju zmniejszony. Pomimo już zupełnego zniszczenia komórek nerwowych, tkanka glejowa według spostrzeżeń Wiesnera jest jeszcze zupełnie nie zniszczona. Według tegoż autora zawsze prawie brak w tym okresie nacieczeń w miękkiej oponie i naokoło

naczyń. Dopiero później nacieczenie zaczyna się rozprzestrzeniać i na tkankę glejowatą, gdzie wkrótce powstają oddzielnie drobne ogniska, których ośrodek stanowi przeważnie „zjedzona” komórka nerwowa. Nieco później i tkanka śródmiaższowa zostaje wciągnięta w proces patologiczny. Jest jakby rozpulchniona. Przestrzenie chłonne i naokoło komórkowe są rozszerzone i wypełnione masą drobnoziarnistą. Nacieczenia wzdłuż naczyń szarej istoty rdzenia i art. spinalis ant. zdają się intensywniejsze. Z biegiem czasu zaczyna się rozpad jąder okrągłych komórek. Pole zostaje zajęte głównie przez jednojądrowe komórki, wśród których jest dużo limfocytów. Występujące w tym okresie zmiany w miękkiej oponie są przeważnie umiejscowione w przedniej powierzchni rdzenia i w jej wyrostku, który wnika do przedniej szczeliny (fissura anterior). Komórki jednojądrowe ostatecznie zupełnie zajęły miejsce wielojądrowych. W polu widzenia zjawiają się obfitujące w protoplazmę komórki i t. z. tłuszczonośne celem usunięcia produktów rozpadu.

Przy szkicowaniu powyższego rozwoju zmian anatomicznych miałem głównie na względzie badania Wiesnera a także Landsteinera i Levaditiego. Punctum saliens tych badań polega na tem, że pierwsze najwcześniejsze zmiany występują w komórkach nerwowych przednich rogów wtedy, kiedy naczynia i reszta tkanek rdzenia nie zostały jeszcze dotknięte. Ten punkt widzenia niezmiernie ważny dla całej patogenetyki HM ma jednakże i swoich poważnych przeciwników, w pierwszym rzędzie Wickmana, który uważa Poliomyelitis anterior acuta za schorzenie przeważnie śródmiaższowe, którego rozprzestrzenienie jest ściśle połączone z naczyniami rdzenia. Mniej więcej takiegoż zdania jest Harbitz i Scheel, Römer i inni. Römer wyraża się dosyć ostrożnie: „Nieraz ma się wprawdzie wrażenie, że następuje zanik komórek nerwowych przednich rogów bez wybitnych ognisk śródmiaższowych, wogóle jednak zdawało mi się, że tkanka jednocześnie podlega napęcznieniu wskutek obrzęku, albo stwierdzono w sąsiedztwie poważniejsze zmiany w naczyniach“... „Przy przeglądaniu moich preparatów starałem się specjalnie otrzymać mikrograficznie miejsca z zanikiem komórek nerwowych bez udziału tkanki śródmiaższowej, i dzięki tym poszukiwaniom uwaga moja została zwrócona na to, że widocznie niema zupełnego izolowania zniszczenia komórek nerwowych“. Zresztą przyznaje Römer, że „byłoby bardzo pożądanem, przeprowadzenie badań nad małpami we wczesnym okresie — bezpośrednio po wystąpieniu porażenia“, ale brak materiału stał mu na przeszkodzie. Należy dodać, że Wickman, a także Harbitz i Scheel mieli do czynienia z rdzeniami ludzkimi, gdzie sprawa chorobowa była w każdym razie już mniej lub więcej posunięta. Badania zaś Wies-

nera i Levaditiego były przeprowadzane na małpach, gdzie można było cały proces prześledzić dowolnie od najwcześniejszych objawów. Pomimo, że osobiście nie posiadam histopatologicznego materiału, wydaje mi się jednakże po przestudjowaniu odnośnej literatury, że należy wrócić do pierwotnej koncepcji Charcota, a mianowicie, że punktem wyjścia zmian anatomicznych przy HM są komórki nerwowe przednich rogów, że mamy tu do czynienia z zarazkiem, który ma specyficzne do nich powinowactwo. Widzimy wszak, że nawet w samym rdzeniu są specjalne ulubione miejsca — przede wszystkim zgrubienie łądźwiowe i znacznie rzadziej zgrubienie szyjne i że nawet tu stwierdza się różniczkowanie na korzyść pewnych określonych grup mięśniowych. Trudno sobie wyobrazić, żeby ofiarami rozsianej sprawy zapalnej były stale jedne i te same gromady komórek. Jeszcze jedna okoliczność natury raczej teoretycznej zasługuje na uwagę. Liczne badania (porównaj między innymi monografię Rynbecka) ustaliły z wielkim prawdopodobieństwem, że ruchowe ośrodki dla poszczególnych mięśni kończyn przebiegają wzdłuż kilku odcinków rdzeniowych w postaci oddzielnych słupków rozmaitej długości. Posiadamy kilka takich schematycznych tablic o przypuszczalnym topograficznym rozmieszczeniu w rdzeniu (Sano, Bruce, Foerster i inni). Każde poprzeczne przecięcie rdzenia obejmuje więc jednocześnie ośrodki, względnie części ośrodków wielu mięśni, i sprawa anatomiczna, która miałaby zniszczyć jakąś grupę synergetycznie działających mięśni powinna byłaby się rozprzestrzenić wzdłuż kilku odcinków rdzeniowych.

Tymczasem widzieliśmy, że przy HM po przejściu ostrego okresu zostają dotknięte tylko pewne mięśnie, oszczędzając inne, których ośrodki znajdują się obok nich zupełnie wolne. Wynika z tego, że w tym samym odcinku rdzeniowym tylko ściśle określona grupa komórek została zniszczona, wtedy kiedy sąsiadujące z niemi na tem samym poprzecznym przecięciu zostają oszczędzone. Takie ześrodkowanie się sprawy chorobowej w ograniczonej tylko ilości komórek nerwowych w jednym i tem samym przecięciu przemawia zdaje się stanowczo przeciw pierwotnej rozlanej śródmiąższowej lub naczyniowej sprawie. Należy też przyjąć pod uwagę i następującą okoliczność mianowicie, że nawet u małp szczepionych przez półkulę mózgową, główne zmiany kliniczne i anatomiczne spostrzega się w rdzeniu, pomimo, że zarazek był w bezpośrednim kontakcie z mózgiem i, zanim się dostał do rdzenia, musiał przejść przez cały szereg innych tkanek. Na zasadzie tego wszystkiego sędzę, że tymczasem musimy i chorobę HM zaliczyć do t. z. systemowych schorzeń układu nerwowego, a mianowicie przednich rogów. Dotknięte mięśnie mają, jak widać przy operacjach ortopedycznych, szarawe,

żółtawe lub biało-żółtawe zabarwienie, są ścięnczone, nieraz, po dłuższym czasie, w stanie zaniku. Ściągną tych mięśni są zwężone. Długie kości dotkniętych kończyn, jeżeli chodzi o gromadne porażenia, są krótsze i węższe. Roentgenogramy wykazują zmiany w ich budowie. W zaniedbanych przypadkach są też zmiany w drobnych zwłaszcza stawach. — Incydentalnie chciałbym tu dodać jeszcze jedną uwagę. Widzieliśmy, że już w okresie zwiastunowym, jeszcze przedporażeniowym, w niektórych komórkach nerwowych mogą być już zaznaczone pewne zmiany, które, jak wiemy, nie zawsze doprowadzają do porażen i zupełnego ich zniszczenia. Na zasadzie klinicznego przebiegu — szybkie przejście porażen — można twierdzić, że komórki te mogą nawet powrócić do normalnej swojej czynności. Należy przypuścić, że tak właśnie sprawa ma się w t. zw. poronnych przypadkach, o których była mowa wyżej. Nie jest więc wykluczonem, że wskutek przebytej w dzieciństwie poronnej postaci HM bez porażen, ale z przejściowymi lekkimi zmianami w komórkach nerwowych rdzenia, komórki te z biegiem czasu mogą prędzej niż inne się „wyczerpać“, co klinicznie ujawnia się tą lub ową postacią zaników mięśniowych. Tłomaczyło-by to może i rodzinny charakter niektórych takich postaci. Wszak wiemy, że w jednej i tej samej rodzinie obok jednego zdeklarowanego przypadku HM z porażeniami, kilku członków przechodzi tylko lekkie poronne postaci. Wskutek przebytych przed laty lekkich przejściowych zmian komórek, te z biegiem czasu odmawiają czynności (abiotrofia Gowersa). W ten sposób można byłoby sobie może wytłumaczyć niektóre przypadki t. z. rodzinnych zaników mięśniowych. Zdają sobie sprawę z tego, że jest to luźne przypuszczenie, które tylko przy zastosowaniu odnośnych metod serologicznych mogłoby znaleźć potwierdzenie. Ciekawem jest z tego względu, że 2 małpy, którym Landsteiner i Levaditi wstrzyknęli zawiesinę z rdzenia chorego z zanikami mięśniowemi o typie Werding-Hoffmana — rzadkiej rodzinnej postaci zaników mięśniowych — zdechły po miesiącu przy typowych dla HM zmianach rdzenia.

Leczenie choroby Heine-Medina

Leczenie w pierwszym najniebezpieczniejszym dla życia i całej przyszłości okresie chorego posiada obecnie nieco poważniejsze punkty oparcia, niżli dawniej. Wobec tego, że ostateczne rozpoznanie HM może być ustalone tylko po wystąpieniu porażen, a podczas grasującej epidemji, zwłaszcza, jeżeli w tem samem mieszkaniu lub rodzinie już jest zdeklarowany przypadek HM, rozpoznanie staje się prawdopodobnem o kilka dni wcześniej — musimy w pierwszym zwiastuno-

wym okresie zadowolnić się t. zw. ogólnem objawowem leczeniem. Przedewszystkiem wskazany jest spokój, ze względu na cechującą ten okres nadwrażliwość. Teoretycznie uzasadnioną jest urotropina, w postaci domięśniowych zastrzyków cylotropina. Przy podejrzeniu na HM wskazane są domięśniowo koloidalne przetwory srebra i złota (electroergol, Aurol), które przy nagminnem zapaleniu mózgu (Encephalitis epidemica seu lethargica) są, zdaje się, istotnie nie bez dodatniego wpływu. W celu zmniejszenia przekrwienia w rdzeniu stosowano nalewkę ze sporyszu. Radzą też częste nakłucia łądźwiowe, które zwłaszcza przy silnych bólach głowy i objawach oponowych mają rację bytu tembardziej, że ciśnienie wewnątrzrdzeniowe jest przy HM często wybitnie wzmożone. Przekłucie łądźwiowe usunie też podejrzenia w kierunku nagminnego lub gruźliczego zapalenia opon. Ostrzegalbym tylko przed wypuszczeniem zbytnej ilości płynu. O ile dawniej w miarę tego, jak rozpoznanie HM stawało się coraz pewniejszym, rola lekarza przyjmowała charakter wyczekujący, o tyle mamy teraz kilka metod, które już w tym okresie przy pierwszym pojawieniu się porażen mogą radykalnie wpłynąć na dalszy przebieg cierpienia.

Wychodząc z założenia, stwierdzonego doświadczalnie, że we krwi osobników, którzy przechodzili chorobę HM, znajdują się swoiste przeciwciała, Netter zaczął w r. 1910 stosować w świeżych przypadkach surowicę ozdrowieńców po HM. Wstrzykuje on codziennie do kanału łądźwiowego 10—15 cm. sześciennych po uprzednim wypuszczeniu takiejże ilości płynu. Wyniki otrzymywał zachęcające. W r. 1917 jego uczeń Salanier ogłosił historję 47 chorych w ten sposób leczonych. W 10 nastąpiło zupełne wyleczenie (guérisons complètes), w 6—prawie zupełne (à peu près complètes), w 13—wybitna poprawa (améliorations très sentibles), w 4—wyrażna poprawa, a w 4—poprawy nie stwierdzono. W 10 nastąpiło zejście śmiertelne, ale wśród nich w 9 były objawy opuszkowe. Metoda Nettera znalazła ciekawe zastosowanie w jednej epidemji w Szwecji—klasycznym kraju HM. W okolicach jeziora Helsam, gdzie znajduje się dużo rozproszonych małych osiedli, grasowała epidemja HM. Cztery tylko gminy—Mo, Rodem, Ass i Norras Gransjö—po przybyciu tam lekarza Dawide'a nie wykazywały jeszcze ani jednego przypadku HM. Na zasadzie poprzednich spostrzeżeń epidemiologicznych nie ulegało prawie kwestji, że w najbliższej przyszłości i te miejscowości zostaną nawiedzone tą plagą. We wszystkich tych gminach ilość osób, liczących mniej niż 25 lat, wynosiła 157. Otóż Dawide 76 osobom zastrzyknął zapobiegawczo surowicę ozdrowieńców, a 84 zostawił dla kontroli bez surowicy. Po pewnym czasie u 34 z tych 84, a więc u 17% wystąpiły bądź to postacie poronne, bądź też para-

żeńne, a wśród 76 szczepionych zachorowała tylko jedna, 4-letnia dziewczynka na lekką gorączkę i sztywność karku, które trwały nie dłużej niż 12 godzin. Zaiste przekonywające doświadczenie!

Niestety metoda Nettera — stosowanie surowicy ozdrowieńców po HM — nie może znaleźć szerokiego zastosowania szczególnie wtedy, kiedy epidemia wybucha w dużych miastach, ze względu oczywiście na brak materiału. Nie każdy, który przebył HM jest gotów krew swoją zaofiarować, zwłaszcza, że najczęściej chodzi o dzieci; nie każda krew (dodatni Wasserman) do tego się nadaje (podobno w New-Yorku znalazło się już obecnie kilku takich zawodowych „krwiodawców na HM“). Wiemy, że dotychczas, za wyjątkiem Römëra, który otrzymał HM u królików, doświadczalną chorobę otrzymano tylko u małą, które do masowej produkcji surowicy z rozmaitych względów się nie nadają. Doniosłym więc krokiem naprzód w tym kierunku były badania Pettita. Wstrzykując w Instytucie Pasteura systematycznie koniom zawiesiny układu nerwowego ludzi i małą dotkniętych HM, otrzymał on surowicę, którą uważa za swoistą i skuteczną. Surowicę Pettita, wyrabianą przez Instytut Pasteura w Paryżu, stosuje się dołędźwiowo i podskórnice, w pierwszym przypadku mniej więcej 10 sześciennych centymetrów dziennie, stosownie do wieku chorego, w drugim koło 20, aż do ustąpienia, względnie złagodzenia objawów porażennych. Klinicyści francuscy (Etienne i inni) dochodzili do 260 sześć. centm. podskórnice i 120 dożylnie. W niektórych przypadkach stosowano surowicę Pet. jednocześnie dożylnie i podskórnice. Należy ją stosować możliwie wcześniej. Pettit i jego uczniowie powołują się zresztą na przypadki, gdzie surowica ta i po wielu tygodniach okazała się jeszcze zbawienną. Dla przykładu kilka historii chorych leczonych surowicą Pettita.

U 15-letniego chłopca występują nagle niedomagania, bóle głowy, karku i klatki piersiowej. Następnego dnia silniejsze jeszcze bóle głowy, wymioty. Ciepłota zrana 41°. Następnego dnia wiotkie i bolesne porażenie (paralysie flasque et douloureuse) górnej kończyny, zwłaszcza mm: deltoideus, pectorales, biceps i triceps. Objawy oponowe jeszcze wydatniejsze. Płyn mózgowo-rdzeniowy zupełnie przezroczysty. W nocy alarmujące objawy, zaburzenia w polykaniu i oddychaniu, tachycardia, czkawka, silne bóle brzucha i porażenie mięśni prostujących szyję. Ciepłota 38°. Następnego dnia ciepłota 38,4, tętno 108. Wciąż groźne objawy opuszkowe. Wieczorem zastrzyknięto do kanału 10 cm. surowicy Pet. a po pół godziny i po 10 godzinach po 10 cm. domięśniowo. Wskutek tych zastrzyków występuje bezpośrednia prawie poprawa.

Duszność ustępuje, dysfagia staje się łagodniejsza, czkawka znika. Noc zupełnie spokojna. Następnego dnia zrana ciepłota 38,2. Chory się czuje znacznie lepiej (beaucoup mieux), objawów opuszkowych niema. Oddech, lykanie, tętno bez zarzutu. Zupełne porażenie mięśni naramiennych, niezupełne mięśni szyi. Rano i wieczorem po 10 cm. surowicy w pośladki. Następnego dnia ciepł. 37,8, tętno 80. Jeszcze 3 zastrzyki do pośladków po 10 cm. Ogólny stan chorego wciąż lepszy. Porażenie mm. deltoid., tri-

ceps, biceps, supra et infraspinatus z wyraźnemi zanikami. Oddziaływanie faradyczne zachowane, w mm. naramiennych upośledzone. Prąd galwaniczny daje w niektórych mięśniach zwolniony skurcz. Według przekonania Babonneix, który te spostrzeżenia opisał, surowica bezwzględnie wstrzymała postępujący rozwój groźnych objawów opuszkowych.

W spostrzeżeniu Etienne'a o początku zlełka gorączkowym, z zaburzeniami pęcherza, spastycznym niedowładem kończyn, ze zmianami odruchów (*modification des réflexes*) znaczna poprawa trzeciego dnia po zastosowaniu surowicy i zupełne ustąpienie wszystkich zaburzeń ruchowych. Po miesiącu chory może nadal pracować jako pomocnik naczelnika na dużym dworcu kolejowym.

Jeszcze jeden przypadek u 66-letniego mężczyzny; sprawa zaczyna się od zaburzeń w urynowaniu, postępującego osłabienia dolnych kończyn z zaburzeniem czucia na podszewkach i goleniach. 5-go dnia po zastosowaniu surowicy wyraźna poprawa w chodzeniu, a 10-go dnia chory chodzi zupełnie bez zarzutu.

Wrażenie, które się otrzymuje przy uważnem czytaniu przytoczonych przez Pettita i innych nieraz skąpych i często niedokładnych, jak widzieliśmy, historii chorób jest niestety niejednolite i często nieprzekonywujące. Samo rozpoznanie w niektórych przypadkach HM nasuwa poważne wątpliwości. Zamiast wyraźnego rozpoznania HM jest często mowa o ostrym zapaleniu rdzenia z zaburzeniami pęcherza (*myelites aigues diffuses*), które może być zupełnie innego niż HM pochodzenia i które, jak wiemy, podlega zupełnie innemu przebiegowi (por. 3-ci wyżej przytoczony przypadek, który napewno nie był HM). Z prywatnego listu z Lipska wiem, że i tam podczas wybuchu ostatniej groźnej epidemji zwracano się do Instytutu Pasteura w Paryżu o surowicę Pettita. Niestety nie wiem jeszcze jakie dała wyniki. Wobec tego jednakże, że jak zapewnia Pettit jego surowica nie daje wstrząsu anafilaktycznego i wogóle jest nieszkodliwa, sądzę, że należy ją stosować może raczej domięśniowo, niż dołędźwiowo, zwłaszcza w przypadkach ciężkich, o charakterze opuszkowym. Dla takich przypadków kończących się prawie zawsze śmiertelnie należałoby zresztą mieć w zapasie pewną ilość surowicy ozdrowieńców Nettera, której skuteczność nie ulega zdaje się wątpliwości.

Zupełnie na innych zasadach jest oparta metoda Bordier'a, stosowana od kilku lat we Francji, szczególnie we Włoszech. Polega ona na skombinowanym leczeniu promieniami Roentgena i djatermją. Ze względu na to, że przy metodzie Bordier'a chodzi o bezpośrednie działanie na dotknięte przednie rogi rdzenia i zajęte mięśnie, jej rola oczywiście zaczyna się dopiero wtedy, kiedy okres gorączkowy minął i wystąpiły porażenia. Kazuistyka Bordier'a zawiera przypadki, kiedy jego metodę zaczęto stosować przy istniejących już od kilku miesięcy porażeniach — z dobrym wynikiem. Bordier wychodzi z założenia, że odpowiednie dawki prom. R. mogą się przyczynić do odzyskania czynności przez schorzałe, ale niezupełnie jeszcze zniszczone komórki przednich rogów. Zaczyna więc leczenie od stosowania prom. R. Bordier kładzie wielki

nacisk na ścisłe przestrzeganie całego szeregu szczegółów technicznych, których tu przytaczać nie będę. W ogólnych zarysach przedstawia się ona tak. Chory leży na brzuchu, promienie R. zostają skierowane ukośnie—między wyrostkiem poprzecznym, a wyrostkiem kolczastym, na przypuszczalne ognisko zapalne, więc przy zajęciu górnej kończyny—na wysokości 3—6 kręgów szyjowych, przy zajęciu zaś dolnej—na wysokości 8—12 grzbietowych i pierwszego lędźwiowego. W ten sposób Bordier sądzi, promienie przenikają istotnie do przednich rogów. Przy zajęciu obydwóch kończyn—ustanawia rurkę Roentgenowską kolejno na jedną i drugą stronę. Bordier stosuje zwykle 3—4 serie z miesięcznymi przerwami. Każda seria obejmuje 3 posiedzenia, a przy każdym posiedzeniu daje 1, 0—1, 5 jednostek. Cała więc seria składa się z 3—4, 5 jednostek. Między jedną serią a drugą Bordier stosuje diatermję na dotknięte gromady mięśniowe. Diatermja ma na celu ustalenie prawidłowych warunków krążenia i odżywiania w zajętych mięśniach. Zwykle bowiem ciepłota chorej kończyny jest o kilka stopni niższa niż zdrowej, co oczywiście wpływa ujemnie na odżywianie się mięśni i usposabia je do zaniku. Przy pomocy diatermji udaje się usunąć tę różnicę i ustalić prawidłowe warunki dla bytowania mięśni. Na zarzuty uczynione Bordier'owi, że prom. R. mogą wogóle ujemnie wpłynąć na rdzeń zwłaszcza dziecięcy, przytacza on doświadczalne badanie Labeau i De Luea'y nad rdzeniami młodych zwierząt, z których wynika „że komórki nerwowe nie doznają żadnego uszkodzenia przy silnych nawet dawkach roentgenowskich“. Najwymowniej zresztą świadczą według Bordier'a przytaczane później jego własne i wielu włoskich autorów spostrzeżenia.—Niestety i historjom choroby Bordiera należy zarzucić zbytnią krótkość i pobieżność. Przy wprowadzeniu nowej metody leczniczej trzeba zawsze gwoli uniknięciu zarzutów mylnego rozpoznania dokumentować wyniki możliwie szczegółowemi i dokładnemi opisami stanu obecnego i przebiegu cierpienia. Pomimo tego, niektóre historje robią istotnie silne wrażenie, zwłaszcza te, gdzie leczenie zaczęto stosować w kilka miesięcy po wystąpieniu porażen. Jeżeli bowiem w przeciągu pierwszych kilku dni i tygodni spostrzegamy często ustąpienie, względnie zelżenie niektórych porażen, to po kilku miesiącach należy to już do wielkich rzadkości. Tymczasem w niektórych przypadkach B. takie wybitne poprawy są notowane. Dla przykładu kilka przypadków.

1 przyp. Wskutek istniejącego od kilku miesięcy wiotkiego porażenia prawej dolnej kończyny, chora nie mogła zupełnie chodzić; po 4-ch seriach roentgeno-diatermji może nawet biegać.

2 przyp. „Wiotkie porażenie lewego ramienia i prawej dolnej kończyny u 20-o miesięcznej dziewczynki. Pomimo czteromiesięcznego stosowania galwanizacji niema żadnej widocznej poprawy. Odczyn zwyrodnienia w dotkniętych

mięśniach. Po 4-ch posiedzeniach (prawdopodobnie serjach. Bychowski) radioterapii dowolne ruchy wróciły. Pozostały tylko „ślady końskiej stopy”.

3 przyp. U 17 miesięcznego dziecka stwierdza się wiotkie porażenie obydwóch dolnych kończyn. Wyrażna hypotermia. Po stronie prawej brak wszelkich dowolnych ruchów, po stronie lewej pozostało tylko kilka ruchów (*quelques mouvements à gauche*). Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa zniesione. W miesiąc po okresie gorączkowym 3 serie według metody Bordier'a. Następnie rytmiczna galwanizacja. Pozostało tylko lekkie porażenie m. *extens. digit. communis* i m. *tibialis anticus*, porażenie, które ledwie można spoznać podczas chodzenia. Chora może być uważana prawie za wyleczoną.

4 przyp. U 5-cio letniego dziecka występuje 4.IX wysoka gorączka, która trwa 3 dni. Wiotkie porażenie dolnej kończyny. 17.XII — po 3½ miesiącach stwierdza się: ruchy wyprostne zniesione. Zimne i sine noga i stopa wiszą bezwładne. Nie może ani stać ani chodzić. Wybitna hypotermia na pośladku, biodrze i stopie. Zupełny odczyn zwyrodnienia w m. *quadriceps femoris*, *tibialis anticus*, *extensor digitorum com. i mm. peronei*. 3 serie. Po 3-ej serii hypotermia prawie znikła. Ruchy wyprostne dobrze uwydatnione. Dziecko opiera dobrze stopę o podłogę i chodzi prawidłowo przy pomocy małej laski.

Przytoczyłem *in extenso* kilka przypadków Bordiera i zwolenników jego metody. Wyniki niezawodnie zachęcające. Niestety, jak już powiedziałem, brak dokładnych historii chorób (jak się zachowywały odruchy, odczyn elektryczny i t.p.), czyni je niezupełnie przekonywującymi. W każdym razie metoda Bordier'a, która była stosowana we Włoszech na setkach przypadków, stanowi duży postęp naprzód. Ujemna jej strona, polega na tem, że wymaga dosyć złożonej aparatury i doświadczonych sił pomocniczych, któremi rozporządza zwykle tylko duży nowoczesnie urządzony zakład leczniczy. Do tej sprawy jeszcze powrócę.

Oczywiście, że metoda Pettita nie wyklucza metody Bordier'a. Ostatnio też ogłoszono kilka przypadków leczonych jedną i drugą metodą z dobrym wynikiem.

W niektórych historjach Bordier'a są też luźne wzmianki o stosowaniu galwanizacji, ewentualnie ortopedycznych zabiegów t. j. tych metod, któremi do niedawna posługiwano się wyłącznie przy leczeniu porażen występujących przy HM.

Kiedy bowiem już ostry okres minął i ogólny stan chorego nie pozostawia nic do życzenia, cała uwaga powinna być oczywiście skierowana na pozostałe porażenia. Największą troskę wywołują porażenia kończyn, zwłaszcza dolnych. Globalne porażenie całej kończyny należy do rzadkości. Porażeniem bywają zwykle dotknięte pewne „ulubione” grupy mięśniowe. Na dolnej kończynie m. przednio-piszczelowy, prostujący palce i paluch, rzadziej czworogłowy i t. d., na górnej m. naramienny (*deltoideus*), dwugłowy, prostujące palce i t. d. Wobec tego zaś, że wskutek braku czynności w niektórych mięśniach cała kończyna staje się niezdolna do zwykłego codziennego użytku, należy nie dopuścić zaniku wskutek bezczynności niedotkniętych mięśni. Z drugiej strony wskutek

przewagi niezajętych antagonistów nad mięśniami porażonemi mogą w nich wystąpić przykurczenia. Wyraźnie to widać przy porażeniu przednich mięśni goleni — jedno z najczęstszych następstw HM. Prawie zawsze mamy jeszcze mniejsze lub większe przykurczenie ścięgna Achillesa t. zw. końską stopę. Tak samo przy porażeniu mięśni prostujących dłoń i palce występują z biegiem czasu przykurczenia w zginaczach, palce stopniowo zginają się, nieraz wprost wpijają się w dłoń, co daje bardzo brzydkie zniekształcenie. Przy takich długotrwałych przykurczeniach występuje częściowe lub zupełne zeszywnienie stawów (ankylosis).

Uprzytomnienie sobie powyższych czynników daje linię wytyczną dla postępowania leczniczego. Obok więc zalecanej przez Bordier'a djatermji poważną rolę odgrywa tu racjonalnie stosowany masaż i gimnastyka. Za pomocą masażu dążymy do podniesienia krążenia w dotkniętych oraz zdrowych, ale chwilowo nieczynnych mięśniach i lepszego ich odżywiania.

Należy pamiętać, zwłaszcza u dzieci, o niezajętej kończynie szczególnie, gdzie chodzi o porażenie jednej dolnej. Dłuższa beczynność zdrowej kończyny może za sobą pociągnąć niepożądane skutki. W tym celu stosujemy ruchy bierne i czynne. Wszystkie te manipulacje powinny być wykonywane umiejętnie i celowo przez osobę wykwalifikowaną, a nie, jak to się często widzi — na chybił trafił. Należy unikać zmęczenia i wyczerpania chorego. Jest wielkim plusem jeżeli osoba masująca potrafi pozyskać zaufanie dziecka chorego. Poważna i sroga mina masażytki, białe fartuch, zakasane ręce, naczynie ze smarowidłem, oraz ból, który sprawia energiczny nieumiejętny masaż, budzą strach u dziecka, opór i zdenerwowanie, które z kolei czynią korzyść z takiego masażu conajmniej wątpliwą. Trzeba potrafić zrobić z tych manipulacji rodzaj zabawy i rozrywki dla dziecka. Jeżeli zajęta jest tylko jedna kończyna, nie należy długo zwlekać z próbami chodzenia, oczywiście pod ścisłą kontrolą. Powinno się to odbywać możliwie harmonijnie i prawidłowo bez wszelkich niepotrzebnych współruchów i grymasów, jak to się niestety nieraz widzi. Łagodnością i żartem można daleko więcej uzyskać, niż powagą i groźbą. Starsze dzieci dobrze jest dla autoobserwacji stawiać przed lustrem.

W tym też okresie zaczynamy stosować elektryzację. Przeprowadzanie słabych prądów faradycznych na przemian z galwanizowaniem wzdłuż dotkniętych mięśni (unikać kości!) wpływa na ich odżywianie i jędrność. O ile można, dążymy do otrzymania od nerwów prądem stałym niezbyt silnych skurczów mięśni. Zbyt forsownego leczenia silnemi, bardzo bolesnemi prądami trzeba unikać. Żeby zaskarbić sobie zaufanie dziecka, można pierwsze kilka razy używać elektrody bez prądu i puścić w ruch dla zabawy młotek faradyczny.

CANDIOLIN

preparat fosforu i wapnia
do doustnego stosowania.

Fizjologicznie wzmacnia przemianę materji
w stanach przemęczenia i wyczerpania,
w zaburzeniach wzrostu i rozwoju w wieku
dziecięcym

W sprzedaży: pudełka z 24 tabletkami czekoladowymi, zawierające po 1 g Candioliny w oryginalnem opakowaniu „BAYER“.

OREXIN

stomachicum i
antemetikum

bez smaku, o niezawodnym działaniu przy
braku łaknienia, upadku sił, złym stanie
odżywiania, hyperemesis.

W sprzedaży: flakony po 10 tabletek à 0,25 g
w oryginalnem opakowaniu „KALLE“.

L.G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Oddział farmaceutyczny „*Bayer-Meister-Lucius*“

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską: Dom Agenturowy „**REMEDIA**“

wysyła literaturę i próby na żądanie

WARSZAWSKI. FULDE i S-ka

WWPP. Lekarzy bezpłatnie

Warszawa. Hipoteczna Nr. 5 Skrz. poczt. 748



W ten sposób dziecko stopniowo przyzwyczaja się do „maszyny“.

Jednocześnie z masażem i elektryzacją stosujemy letnie słone kąpiele, zalecając wykonywanie w kąpeli biernych i czynnych ruchów. Oprócz ogólnych kąpeli zalecamy kilka razy dziennie miejscowe ciepłe kąpiele lub ciepłe okłady na dotknięte kończyny.

Na lato wskazany jest wyjazd do Ciechocinka (błotne kąpiele), Druskienik, Krynicy, Iwonicza i t. p. lub na południe (Grado, Viareggio). Wewnątrz dajemy wątlým dzieciom preparaty żelaza i fosforu. O ile dziecko nie stawia zbyt silnego oporu, stosujemy strychninę podskórną.

Baczną uwagę należy zwrócić już od samego początku na położenie dotkniętych kończyn w celu uniknięcia szpecących przykurczeń. Celowem więc jest kłaść dotkniętą kończynę codziennie na kilka godzin albo na noc do odpowiednio dostosowanej szyny, albo bandażować po przyłożeniu łubki lub grubej tektury.

Najsmutniejszą stroną tego złożonego i wymagającego dużych środków materialnych leczenia jest, że ono może trwać bardzo długie miesiące, a nawet lata. Nieraz po kilku miesiącach daje się zauważyć istotną poprawę, chroniącą od kalectwa. Są jednak przypadki i na nieszczęście wcale liczne, gdzie pomimo najskrupulatniejszego przestrzegania wszystkich przepisów i wskazówek, porażenie wcale albo prawie wcale nie ustępuje. Kończyna staje się blada, zimna, jakby uschnięta, i występują wtórne przykurczenia z dziwaczniemi ułożeniami. Chora kończyna albo pewna jej część rośnie powolniej, niż zdrowa, wskutek tego staje się krótka, czego już potem oczywiście nigdy naprawić nie będzie można. Wtedy powstaje kwestja zastosowania aparatu ortopedycznego. Właściwie mówiąc, cała sprawa teraz przechodzi w sferę działalności ortopedji.

Szczegółowe omówienie leczenia ortopedycznego nie wchodzi w zakres niniejszego odczytu. Święci ono nie jeden tryumf przy HM. Niestety, jak już nieraz przy innych okazjach zaznaczyłem, ortopedja nie korzysta jeszcze u nas, że tak powiem, z pełnych praw obywatelstwa, jak tego się doczekały inne działy chirurgji (urologja i t. p.). W szpitalach naszej stolicy, rozporządzającej pokaźną bądź co bądź liczbą pięciu tysięcy łózek, niema oddziału ortopedycznego. Brak też wszelkiej racjonalnej opieki nad ułomniemi dziećmi, jak to widzimy na Zachodzie i w Północnych Stanach Zjednoczonych. Cała tragedia HM polega właśnie na tem, że porażenia, które po sobie zostawia, wymagają długoletniej opieki pod stałą kontrolą lekarską. A takie długoletnie leczenie wymaga dużo cierpliwości i kultury ze strony rodziców i jest połączone z dużemi kosztami, a w dodatku wymaga wykwa-

lifikowanej pomocy lekarskiej. To też spotyka się niemało takich chorych, którzy są zupełnie pozostawieni tragicznemu swemu losowi i smutnej przeszłości. Na Zachodzie istnieją specjalne zakłady i ogniska dla takich dzieci, w których oprócz systematycznej pomocy otrzymują naukę szkolną i zastosowane do ich kalectwa wykształcenie zawodowe. Obszernie omówiłem tę sprawę w innym miejscu.

Przy mowie o aparacie ortopedycznym powstaje pytanie, kiedy zacząć go stosować. Zdaje mi się, że jak się ma do czynienia z dzieckiem niezamożnych rodziców, nie mających ani czasu ani pieniędzy na długie leczenie, nie należy zbyt długo zwlekać. (Chodzi tu tylko o aparaty do dolnych kończyn). Każdy aparat ma jednakże z natury rzeczy i swoje ujemne strony, o czym rodzice powinni być uprzedzeni. Wskutek stałego ucisku gilzy Hessingowskiej odżywianie kończyny jest upośledzone i w swoim rozwoju, gdzie się ma do czynienia z dzieckiem — zahamowane. Podskórna tkanka tłuszczowa i mięśnie zanikają. I kości podlegają z biegiem czasu temu losowi, jak widać z rentgenogramów. Żeby temu zapobiec należy w dalszym ciągu masować, elektryzować, kąpać i t. p. Wogóle trudno odrazu dopasować aparat. Trwa to nieraz dosyć długo. U dzieci trzeba po pewnym czasie aparat zmieniać. W najlepszym razie aparat pozostaje ciężarem, który pacjent całe życie musi dźwigać. Ideałem leczenia i marzeniem chorego jest pozbycie się aparatu. Do urzeczywistnienia tego celu dąży współczesna chirurgia ortopedyczna.

Nie tu miejsce na opis wszystkich operacji, którymi się posługuje współczesna ortopedja. Niektóre z nich są bardzo pomysłowe i świadczą o głębokim wniknięciu w mechanizm ruchów i rolę poszczególnych mięśni. Operacje te można podzielić na kilka grup. Do pierwszej należą te, które mają na celu usunięcie przykurczeń i zniekształceń — więc przecinanie tego lub innego ścięgna, stopniowe i forsowne wyprostowywanie zeszywnień stawów. Nieraz też zachodzi potrzeba skrócenia ścięgien porażonych mięśni. Zaleciłem to raz przy porażeniu prostujących mięśni dłoni, kiedy te ostatnie wskutek swego ciężaru zupełnie opadały, co w dodatku jeszcze ogromnie szpeciło, z wcale dobrym wynikiem. Tak samo przy zwiotczałym stawie skokowym, taki niewierny rękoczyn może być bardzo celowy. Wydłużone ścięgno zwija się w fałdę. Drugą grupę stanowią artrodezy, co do których dotychczas jeszcze zupełnej zgody wśród ortopedystów niema, ale które w kilku przypadkach, które widziałem, okazały jednakże dobre usługi. Przy zupełnym porażeniu obydwoch dolnych kończyn u t. zw. rękochodów (handgänger) Vulpius dokonywał obustronną artrodezę biodrowych, kolanowych i skokowych stawów. Sam mi takich chorych pokazywał. Był bardzo dumny z jed-

nego chorego, który dawniej czołgał się po ziemi, a po operacji sprzedawał gazety w Heidelbergu, Los takiego osobnika nie jest ma się rozumieć godzien zazdrości, ale w każdym razie znośniejszy niż przed operacją.

Trzecią grupę stanowią operacje przeszczepień ścięgna, które jeden z pierwszych opracował i zastosował chirurg poznański Drobnik w r. 1896. Główna zasada tej operacji polega na tem, że się łączy ścięgno mięśnia nieczynnego (pracobiorca) ze ścięgnem albo tylko z częścią ścięgna mięśnia zdrowego (pracodawca), naprzykład przy porażeniu m. tibialis anticus i dobrem zachowaniu m. extensor hal. longus. W podręcznikach ortopedji są opisane najrozmaitsze kombinacje tej operacji. W każdym razie chodzi o to, że zdrowy mięsień zasila jednocześnie i porażony. Wynik więc zależy od stanu mięśnia, który ma odegrać rolę pracodawcy. Nieraz trudno odrazu osądzić zdolność czynnościową mięśnia, któremu się chce narzucić rolę pracodawcy. Jedni opierają się w takim razie głównie na wynikach badania elektrycznością, o ile u przypuszczalnego pracodawcy jest odczyn zupełnego wyrodnienia, nie korzystają z niego. Vulpis natomiast nie liczył się z wynikiem badania elektrycznego. Kładł główny nacisk na możliwie dokładne zbadanie przed operacją czynności poszczególnych mięśni, a podczas operacji decydującą rolę odgrywały kolor i jędrność mięśni. Najwygodniej oczywiście uciekać się do mięśnia, którego kierunek ruchu jest przybliżony do kierunku dotkniętego mięśnia, (tibialis anticus + extensor hal. longus; flexor carpi ulnaris + flex. digitor. com. i t. p.). Przeszczepiają jednakże z dobrym skutkiem i ścięgna antagonisty (tibialis antic. ze ścięgnem Achillesa). Po operacji trzeba w dalszym ciągu ćwiczyć i wprawiać mięśnie w nowe odpowiednie ruchy. Teoretycznie cała ta sprawa nie jest zupełnie jasna i jest nawet sprzeczna z zasadami ogólnej fizjologii mięśni. Drobnik sądził, że dzięki stałym ćwiczeniom następuje pewne trudne na razie do wytłumaczenia przystosowanie się ośrodków rdzeniowych do nowych potrzeb i wymagań. Faktem w każdym razie jest, że operacja ta daje często zupełnie zadawalniające wyniki. Przed upływem roku od wystąpienia porażenia nie należy jej stosować. Zbyt długiego wyczekiwania, kiedy już nastąpi zupełne zwiótczenie mięśni, też trzeba unikać.

W swoim czasie ogromne zaciekawienie obudziły badania Stoffela i Spitzky nad przeszczepianiem nerwów. Szło o to, że w grubszych pniach nerwowych udało się im wyodrębnić oddzielne gałązki dla poszczególnych mięśni. Sądzono więc, że przy połączeniu gałązki nerwowej porażonego mięśnia z gałązką czynnego, uda się i pierwszemu przywrócić jego czynność. Jak widać jednakże z nowszych podręczników ortopedji, operacja ta dotychczas nie jest popularna.

Najcięższy jest los chorych, dotkniętych zupełnym porażeniem kilku kończyn, gdzie i sztuka ortopedyczna (z wyjątkiem może artrodez) niewiele może pomóc. Dla takich kalek niezbędne są oddzielne zakłady o charakterze leczniczo-pedagogicznym. Takie zakłady istnieją w Anglii, Austrii, Niemczech, (gdzie Krüppelfursorge dzięki Besilskiemu jest ogromnie rozwinięta), Francji, Danii, Szwecji, Finlandji, Zjednoczonych Stanach i Rosji. Główny cel takich zakładów to odciążenie rodziny i społeczeństwa i dążenie do wykrzesania pewnej możliwej jeszcze wydajności praktycznej od najcięższego nawet kaleki. Chorzy dotknięci porażeniem z powodu przebytej HM są przeważnie w pełni swoich władz umysłowych. Świadomość wiecznej niezdolności stale ich gnębi. Znane są wypadki samobójstwa na tem tle. Dając im jakiegokolwiek bądź zajęcie i możność współpracy w ogólnym mechanizmie społecznym, podnosimy ich ducha. Jednocześnie więc z poprawą ich bytu materialnego spełniamy obowiązek humanitarny. Prof. Turner, dyrektor takiego zakładu w Petersburgu, opowiada o jednym takim chorym, u którego były porażone obie kończyny dolne i jedna górna. Dzięki całemu szeregowi operacji chory był „postawiony na nogi”. Wtedy zdał egzamin na nauczyciela ludowego i zajął miejsce kierownika szkoły ludowej na wsi. Druga chora Turnera, która się czołgała na czworakach, została doprowadzona do takiego stanu, że mogła zostać pomocnicą bandażyisty. Wyszła zamąż i wystawiła własną operę w teatrze ludowym. Są to oczywiście wyjątkowe przypadki. Mniej frapujące, ale zasługujące w każdym razie na wielką uwagę i pochwałę widziałem w niektórych zakładach niemieckich. Ze smutkiem trzeba przyznać, że u nas na tem polu niestety jeszcze nic nie zrobiono.

Szczegółowa literatura przedmiotu podana jest w mojej monografji: *Choroba Heine-Medina w świetle spostrzeżeń i doświadczeń lat ostatnich. Odczyty kliniczne. Serja XIX. Zeszyt 7, 8, 9. Warszawa 1912.*

Z nowych prac, poruszających omawiane sprawy, zasługują na uwagę: Bordier H. *Le nouveau traitement de la paralysie infantile. Presse Médicale 1924 Nr. 38. Le traitement de la paralysie infantile par la radiotherapie seule ou associée á la diathermie H. 1925 Nr. 48. Levaditi C. Ectodermo ses neurotropes. Poliomyelite. Encephalite Herjees. 1922. Peabody Draper and Dochez. Aclinical study of acute Poliomyelitis New York 1912. Les progrès récents en thérapie antiinfectieuse Paris 1926. W tej zbiorowej książce jest praca A. Nettera: Serum de convalescents. Poliomyelite. i A. Pettita: La serothérapie de la poliomyelite. Szczegóły ortopedyczne znajdują się w H. Goeht und H. Debrunner. *Orthopädische Operationen. 1920.**

W sprawie opieki społecznej por. Z. B y c h o w s k i. Dzieci kaleki i opieka nad nimi. Warszawa. 1912.

Po napisaniu powyższego odczytu otrzymałem krótkie sprawozdanie z tegorocznego zjazdu pediatrów, mówiących po francusku, w Lozannie (29—30/IX—1/X r. b.), gdzie głównym tematem referatowym była choroba HM. Zastanawia przede wszystkim, że główny referent Etienne, który ma osobiste duże doświadczenie w stosowaniu surowic, radzi raczej mówić o zapaleniu rdzenia wogóle, niż o poliomyelitis (il rendrait mieux parler de myelite que de poliomyelite). Wydaje mi się, że takie rozpatrywanie HM z innymi sprawami zapalnymi rdzenia wcale nie jest pożądane i słuszne. Jak dowodzą badania epidemjologiczne, doświadczałne i bakterjologiczne, HM jest stanowczo oddzielną jednostką nosograficzną. Już przy omawianiu metod Pettita i Bordiera, zwróciłem uwagę na to, że niektóre przytoczone przez tych autorów historie chorób nie są przekonywujące i budzą podejrzenie co do słuszności rozpoznania HM. Z bardzo ożywionej wymiany zdań wynika, że obok licznych zwolenników, seroterapia i metoda Bordier'a mają w samej Francji jeszcze niemało sceptyków co do istotnej wartości leczniczej tych metod. Przytoczono przypadki ze znakomitą poprawą bez surowicy i prom. Roentgena. O szkodliwych następstwach po stosowaniu surowicy nie było mowy. Natomiast kładziono główny nacisk na leczenie diatermją, gorącymi miejscowymi kąpielami, masażem i elektrycznością. Mówiono także z wielkim uznaniem o rozmaitych zabiegach ortopedycznych i pokazano cały szereg chorych z zupełnie dobrymi wynikami po takim leczeniu.

(Wpłynęło do redakcji 2.IV. 28 r.).

STRESZCZENIE ZBIOROWE

O własnościach przeciwkrzywiczych naświetlanej ergosteryny

Podał a

H. Frenklowa.

Przed trzema laty Alfred Hess i jednocześnie Steenbock stwierdzili, iż oleje roślinne, naświetlane promieniami ultrafioletowymi, nabierają własności przeciwkrzywiczych.

Odkrycie to stało się punktem wyjścia dla bardzo poważnych i mozolnych badań w Ameryce, Anglii i Niemczech, które doprowadziły do niezmiernie doniosłych wyników praktycznych.

Pierwszym krokiem na tej drodze było stwierdzenie przez Hess'a faktu, iż nie tylko oleje roślinne, lecz również warzywa nabierają własności przeciwkrzywiczych pod wpływem naświetlania; następnie w ten sam sposób udało się uczynić (aktywować) mleko zwykle i mleko sproszkowane. Zmiany, występujące w produktach spożywczych pod wpływem naświetlania, okazały się trwałe: w doświadczeniach Hessa naświetlane mleko sproszkowane, przechowywane w zwykłych warunkach, po upływie pół roku było jeszcze zupełnie czynne.

Naświetlane produkty zawierają witaminę o własnościach przeciwkrzywiczych, którą autorzy amerykańscy nazywają witaminą D. Przed naświetlaniem produkty te zawierają tylko prowitaminę — tę samą, która musi znajdować się w skórze, skoro naświetlanie dziecka tak samo leczy jego krzywicę, jak odżywianie go naświetlanymi produktami.

W dalszym ciągu tych badań okazało się (autorzy amerykańscy i angielscy: Hess, Rosenheim, Steenbock), iż podłożem, które zawiera prowitaminę w produktach, jest cholesteryna w nich zawarta. Czysta cholesteryna naświetlana (doświadczenia z roku 1925) ma działanie wybitnie przeciwkrzywiece: w ilości 2-ch mg. dziennie leczy krzywicę doświadczalną u szczurów, a w $1^{1/2}0/0$ -owej zawieszynie w oliwie,

podawana w ilości 15 gr. dziennie, wywołuje wapnienie nasad kości i zwiększanie się odsetki nieorganicznego fosforu we krwi dzieci krzywicznych. Doświadczenia te zostały powtórzone i potwierdzone przez autorów europejskich; (Györgi, Hottinger i in.). Parson spostrzegł przypadek ciężkiej krzywicy u dziecka, której nie udało się wyleczyć za pomocą tranu, a która ustąpiła natychmiast po zastosowaniu naświetlanej cholesteryny. Naogół dawki naświetlanej cholesteryny, stosowane przez różnych autorów u dzieci krzywicznych, są wysokie: np. Vollmer i Hottinger podają 2,5 gr. dziennie. Hess leczył dzieci krzywice z powodzeniem, dodając do zwykłego tranu 10% naświetlanej cholesteryny, przez co tran nabierał potrójnej siły działania. Hess stosował również w krzywicy naświetlany sproszkowany mózg (ze wszystkich narządów ciała mózg zawiera największą ilość cholesteryny), i okazało się, że taki naświetlony proszek posiada w wysokim stopniu własności przeciwkrzywiczne i długo je zachowuje.

W związku z własnościami przeciwkrzywiczemi naświetlanej cholesteryny starano się wyjaśnić przyczynę chemiczną tego zjawiska: badania przeprowadzone jednocześnie w Getyndze (Windaus), N. Yorku (Hess) i Londynie (Rosenheim) dały wyniki następujące: 1) aktywacja cholesteryny nie polega na zjawisku utlenienia, gdyż wszystkie produkty utlenienia cholesteryny są nieczynne, 2) aktywacja cholesteryny udaje się najlepiej w nieobecności tlenu (w atmosferze azotu, dwutlenku węgla i t. p.).

Jakie więc zmiany zachodzą w naświetlanej cholesterynie? Punkt topnienia, własności optyczne i skład chemiczny pozostają niezmienione, stwierdzono natomiast ważne różnice w widmie: naświetlana cholesteryna traci zdolność pochłaniania promieni ultrafioletowych o pewnej określonej długości fal (230 — 280 millimikr.). Na tej własności zmienionego widma absorpcyjnego oparte są wszystkie dalsze badania z tej dziedziny — metodyka ta zastępuje w zupełności badania laboratoryjne i kliniczne. Dzięki tej uproszczonej metodzie, opracowanej przez Amerykanów Schlutz'a i Morse'a oraz Pohla z Getyngi, udało się w ciągu krótkiego czasu zbadać dużą ilość różnych związków sterynowych.

Ważnym wynikiem tych badań było stwierdzenie faktu, iż aktywacja danego związku zależy od jego budowy chemicznej: musi to być związek nienasycony. Jeszcze ważniejsze były badania, dokonane dzięki tej samej metodzie spektrometrycznej jednocześnie przez Rosenheima w Londynie, Heilbrona w Liverpoolu i Pohla w Getyndze. Z badań tych wynika, iż naświetlanie cholesteryny aktywuje nie samą cholesterynę, lecz pewne stale jej towarzyszące zanieczyszczenie, że ono jest właśnie tą prowitaminą, która pod wpływem naświetlania staje się przeciwkrzywiczą witaminą D.

Dopiero to odkrycie wytlomaczyło niezrozumiałe przedtem fakty, jak np. to, że zapomocą naświetlania cholesteryny udawało się uczynić tylko 1⁰/₀ całej substancji, że zupełnie dokładnie oczyszczona cholesteryna wogóle nie zmienia się pod wpływem naświetlania, że na tę część cholesteryny, która odrazu nie zmieniła się pod wpływem naświetlania, dalsze naświetlanie nie okazuje już żadnego działania i t. d.

Domieszką cholesteryny, która tlomaczy te wszystkie paradoksalne zjawiska, tym prawdziwym nosicielem witaminy D, jest związek pokrewny cholesterynie, należący do grupy sterolów o wzorze $C_{27}H_{42}O$.

W naturze sterol ten, zwany ergosterolem wzg. ergosteryną znajduje się w większej ilości w sporyszu, od którego wziął swą nazwę (ergot po francusku sporysz), w drożdżach i innych niższych roślinach.

Naświetlona ergosteryna poza charakterystycznymi zmianami widma, o których była mowa wyżej, daje jeszcze typową reakcję chemiczną z digitoniną: podczas gdy przed naświetlaniem strąca się razem z cholesteryną za pomocą digitoniny, naświetlona — znajduje się w przesączu i daje się w ten sposób oddzielić od cholesteryny. Czysta witamina D, zawarta w tranie przechodzi tak samo do przesączu digitoniny, jak i naświetlona ergosteryna.

Z ważnych chemicznych własności ergosteryny wymienimy jeszcze zdolność bardzo łatwego utleniania się, przyczem utleniona ergosteryna nie posiada już własności przeciwkrzywiczych.

Jakie zmiany chemiczne zachodzą w ergosterynie pod wpływem naświetlania — niewiadomo. Wiadomo tylko, że staje się ona substancją o bardzo wybitnych własnościach przeciwkrzywiczych, działającą około 500 razy silniej od naświetlanej cholesteryny. W doświadczeniach na szczurach krzywiczych dawki lecznicze naświetlanej ergosteryny wynosiły zaledwie 0,001 mg. dziennie (Windaus, Rosenheim, Hess i t. d.), dawka profilaktyczna 0,00001 mg. (Hottinger), podać gdy dawki naświetlanej cholesteryny wahają się około 1 mg. Są to najmniejsze znane ilości witaminy o własnościach leczniczych.

Ilości ergosteryny (prowitaminy), zawarte w drożdżach, są w stosunku do tych homeopatycznych dawek leczniczych — bardzo znaczne. W drożdżach świeżych wynosi ona 0,1⁰/₀, w suszonych — 0,8⁰/₀, odsetki, dla celów leczniczych zupełnie wystarczające (należałoby dawać 0,5 gr. — 1.0 gr. naświetlonych drożdży dziennie). W tranie ergosteryna znajduje się nie, jak w drożdżach, w postaci prowitaminy, lecz jako gotowa witamina D. Obecność jej w tranie można sobie wytłomaczyć tak samo, jak pochodzenie witaminy A: wodorosty morskie zawierają prowitaminę (źródłem witaminy D

jest prawdopodobnie wodorost *Nitschia closterium*), która aktywuje się dzięki przenikaniu promieni ultrafioletowych przez wodę, a gotowa witamina znajduje później w tranie doskonały rozpuszczalnik i środowisko, chroniące ją od utlenienia. W mleku krowim składnikiem, który się aktywuje przy naświetlaniu, jest prawdopodobnie również ergosteryna.

Co do ustroju ludzkiego, należy przypuścić, iż ergosteryna znajduje się w tłuszczu skóry i uczyniona przez naświetlanie staje się witaminą. Zaznaczyć należy, iż aktywacja ergosteryny następuje dopiero po bardzo intensywnym naświetlaniu bez dostępu tlenu. Np. 5 mg. ergosteryny, rozpuszczone w 5 cm. sz. alkoholu wymaga 30 — 45 minut naświetlania lampą krzemową w odległości 20 cm. Autorzy, którzy posługują się światłem iskry magnezjowej, (znacznie silniejsze źródło promieni ultrafioletowych, niż lampa rtęciowa), naświetlają ergosterynę krócej. Ukończony proces aktywacji można poznać po tem, iż nie udaje się otrzymać strątu za pomocą digitoniny: wszystko t. j. cała witamina D przechodzi do przesączu.

Naświetlona ergosteryna musi być natychmiast rozpuszczona w oliwie, która ją zabezpiecza od dostępu powietrza

Próby stosowania naświetlanej ergosteryny w klinice dziecięcej są dotychczas bardzo nieliczne, gdyż preparat ten wprowadzono do leczenia krzywicy dopiero niedawno. Ale imponujące liczby niezawsze są potrzebne, jako dowód skuteczności metody i tych kilkadziesiąt przypadków, w których dotychczas stosowano witaminę D u dzieci krzywicznych (Beumer-Falkenheim, Györgi, Hottinger), najzupełniej wystarcza, jako dowód, do jak obiecujących wyników praktycznych doprowadziły te mozolne badania naukowe ostatnich 3-ch lat.

Jednym z pierwszych autorów, który ogłosił drukiem wyniki stosowania naświetlanej ergosteryny u dzieci krzywicznych był Györgi: stosował on ją na klinice w Heidelbergu w dwudziestu kilku przypadkach w ilości 2 — 4 mg. dziennie. Dawka ta wystarczała zarówno do wyleczenia krzywicy, jak i towarzyszącej jej tężyczki, przyczem wyleczenie oznaczało ustąpienie objawów klinicznych oraz powrót zawartości fosforu i obrazu rentgenologicznego do normy. W szybkości wyleczenia zachodziły indywidualne różnice, ale zależy to również od dawkowania, przyczem należy bezwzględnie stosować dawki optymalne. W większości przypadków wyleczenie następowało po upływie mniej więcej miesiąca.

W klinice Stöltznera w Królewcu stosowano naświetlaną ergosterynę u 6 niemowląt w dawkach 2 — 3 mg. dziennie (Beumer-Falkenheim). I tu tempo wyleczenia było zdumiewająco szybkie: np. zawartość fosforu we krwi osiągała normę, (5 mg. ‰) już nieraz po 10 dniach leczenia. Niezawsze pierwsze objawy wyleczenia występują we krwi, gdyż mogą istnieć powikłania, np. przewlekła gorączka, które

utrzymują zaburzenie chemizmu krwi, a mimo to może nastąpić wyleczenie zmian kostnych. Kliniczna poprawa była nągół zdumiewająco szybka: craniotabes w jednym przypadku ustąpił po 10 dniach, w 2-ch po 20 dniach i tylko w jednym później, niż po 20. Zmiany psychiczne u dzieci leczonych występowały również już po 10 dniach.

W klinice prof. Wielanda w Bazylei Hottinger stosował naświetlaną ergosterynę u 15 dzieci w dawkach od 1 do 3-ch mg. dziennie. Objawy tężyczki ustępowały po 10 dniach, po 14 — ilość fosforu we krwi osiągała normę, po 3 — 4 tygodniach stwierdzano zwapnienie nasad kości.

Podczas gdy na przytoczonych klinikach stosowano naświetlaną ergosterynę, Vollmer w zakładzie prof. Langsteina w Berlinie podawał gotowy preparat Mercka Vigantol. Próby zostały wykonane na 20 niemowląt (i 100 szczurach krzywicznych) Dawki — u dzieci — wynosiły od 5 do 10 mg. dziennie, i tu znowu poprawa występowała już po 10 dniach, wyleczenie po 1—2 miesiącach, przyczem większe jednorazowe dawki działały lepiej, niż wielokrotne małe. Stosowanie podskórne Vigantolu było mniej skuteczne.

Krzywica i tężyczka niemowląt nie jest jedyną postacią chorobową, w której witamina D znajdzie swe zastosowanie lecznicze. Tężyczka dorosłych, osteomalacia ciężarnych i osteomalacia właściwa najprawdopodobniej będą również mogły być skutecznie leczone tą metodą. Na poparcie tego przypuszczenia można przytoczyć ciężki przypadek osteomalacji z kliniki wewnętrznej w Heidelbergu, w którym po 3-ch tygodniach stosowania 10 mg. naświetlanej ergosteryny dziennie osiągnięto zdumiewającą poprawę, oraz dwa analogiczne przypadki, spostrzegane przez Hottingera.

Niewątpliwie witamina D znajdzie również zastosowanie w profilaktyce krzywicy, przez podawanie naświetlanej ergosteryny matkom podczas ciąży i karmienia.

Reasumując wyniki prac nad naświetlaną ergosteryną, musimy dojść do wniosku, że jakkolwiek w obecnym stanie badań nie możemy mieć pewności, iż ergosteryna jest tą prowitaminą, a naświetlana — tą witaminą D, gdyż może zostanie wykryte jeszcze inne jakies zanieczyszczenie ergosteryny, inny nienasycony związek sterolowy, który dopiero okaże się tą prawdziwą prowitaminą — jednak znaczenie praktyczne tych badań jest dziś już niesłychanie doniosłe. Od czasu zastosowania po raz pierwszy lampy krzemowej nie było w lecznictwie krzywicy również wielkiego kroku naprzód.

(Wpłynęło do Redakcji 11.1.28).

Polskie Towarzystwo Pediatryczne

WYCIĄG Z PROTOKÓŁÓW POSIEDZEŃ ZA I KWARTAŁ 1928 ROKU

Posiedzenie kliniczne z dnia 4. I. 1928 roku.

W. Mikulowski przedstawia 3 przypadki kiły wrodzonej u dzieci.

Przypadek I dotyczy 13-letniej dziewczynki Toli N., która przybyła do szpitala z rozpoznaniem gruźlicy płuc — celem uzyskania opinii lekarskiej dla umieszczenia jej w sanatorium. Badanie wykazało bronchitis circumscripta, które w przeciągu 10 dni ustąpiło; oprócz tego zostały stwierdzone: obustronne zwicnięcie stawu biodrowego i brak wyrostka mieczykowatego mostka. Odczyn Wassermanna +++.

W przypadku II, 3-letnia dziewczynka Marysia D. zachorowała dn. 11. X. r. ub. wśród objawów mózgowych z temperaturą do 39° trwającą przez 5 dni. Po krytycznym spadku ciepłoty wystąpiła żółtaczka, która trwała 5 dni; objawy mózgowie, nieprzytomność, zaburzenia mowy, chodu utrzymują się przez 2 tygodnie — wreszcie pozostaje tylko bezsenność, która po dalszych 3 tygodniach ustępuje. Badanie okul. wykazuje wybitną pigmentację siatkówki. W płynie mózgowym dodatni odczyn Wassermanna. Referent widzi w przypadku tym potwierdzenie teorii Hutinel'a, Gougerot, Millana o obudzeniu się kiły utajonej pod wpływem urazu, jakim była żółtaczka zakaźna. Drobną na pozór przyczyną wywołała ciężki obraz encephalitis luetica u dziecka dotąd zdrowego.

W przypadku III, 4-letni chłopczyk — Zdzisł B. zachorował po kilkuniedniowej gorączce na żółtaczkę, która się ciągnie 3 tygodnie. Przybywa do szpitala 19. IX r. ub. z dużą wątrobą i śledzioną. Dziecko wykazuje znaczne zahamowanie wagi i wzrostu. Odczyn Wassermanna ++++. Pigmentacja siatkówki. Zastosowanie wcierek szaruchy sprowadza w przeciągu 10-u tygodni ustąpienie żółtaczki. Przypadek dowodzi obudzenia kiły pod wpływem urazu, jakim była jesienna żółtaczka epidemiczna. Przypadek porusza kwestję infantylizmu wątroby i rolę endokrylną tego gruczołu na zahamowanie wzrostu. (Streszczenie własne).

H. Brokman demonstruje zmodyfikowaną przez niego mieszankę Feer'a; dzięki modyfikacji tej, kwasotą i zawartością poszczególnych składników odżywczych odpowiada mleku białkowemu; nadaje się do stosowania w praktyce domowej.

W dyskusji R. Stankiewicz zaznacza, że mieszanka omawiana jest udatna ze względu na jej kwasność i zredukowaną zawartość cukru mlecznego. Podnosi jednak, że mieszanki te wogóle nie we wszystkich krajach zdobyły sobie prawnie obywatelstwa; t. np., we Francji wcale niema w użyciu mleka białkowego.

R. Barański zaznacza, że z punktu widzenia teoretycznego mieszanka jest usprawiedliwiona, praktycznie zaś niewygodna, bo przygotowanie jej ma trwać prawie 2 godziny. Mówca wyraża obawę, że wprowadzenie jeszcze jednej nowej mieszanki, może wywołać dezorientację w wyborze tej lub innej mieszanki. Wartość mieszanki dopiero uwidoczni się wtedy, jeżeli okaże się lepszą od istniejących podobnych mieszanek, t. j. mleka białkowego, mieszanki Feer'a i innych.

M. Roszkowski ze względu na przyrządzenie mieszanki z mleka

zsiadłego, dopatruje pewnej niestałości mieszanki, ponieważ mleko zsiadłe może zawierać rozmaite bakterje.

H. Brokman zaznacza w odpowiedzi: R. Stankiewiczowi — zawartość cukru mlecznego jest taka sama, jak w mleku białkowym (0,5%), mieszanka jest przeznaczona do użytku domowego, gdy natomiast przygotowanie mleka białkowego lub maślanki w domu nie jest możliwe;

R. Barańskiemu — twierdzenie, że przygotowanie mieszanki wymaga 2-ch godzin czasu, jest mylne; zajmuje ono około 1/2 godziny; mieszanka nie zwiększy ilości używanych dotąd, lecz zmniejszy: stosowanie dawnej mieszanki Feer'a staje się zbędnem; jednocześnie mieszanka ta pretenduje do częściowego zastąpienia mleka białkowego.

Już dotychczasowe próby, aczkolwiek w przypadkach lżejszych zaburzeń w odżywianiu, wykazały celowość tej mieszanki. Dalsze badania są wskazane; nie trzeba jednak czekać, aż praktyka wykaże jej wyższość nad dawną mieszankę Feer'a, gdyż już obecnie widać, że nowa mieszanka posiada 2 cechy, których brak dawnej: 1) cukier mleczny jest w niej zredukowany do 0,5%; 2) mamy tu do czynienia z mieszanką kwaśną. (Str. wł.).

J. Bogdanowicz i Wł. Szensaich wygłaszają odczyt p. t. „O odczynie Levaditi-Fanconi'ego w płonicy“. (Rzecz drukowana w „Pedjatryj Polskiej“ Tom VIII, zes. 1).

W dyskusji H. Brokman wyraża zadowolenie, że różnice zdań pomiędzy prelegentami a nim wyrównały się częściowo i że uznają oni obecnie znaczenie odczynu paciorkowcowego dla powikłań. Uważa, że odczyn posiada i znaczenie prognostyczne, choć nie absolutne; bowiem w płonicy mamy do czynienia z wahaniem przeciwciał, z falowaniem sił immunobiologicznych, stąd i odczyn ulega nieraz zmianom, szczególnie w obliczu zbliżającego się powikłania. Naogół jednak odczyn dodatni daje niejako gwarancję, że poważniejsze powikłania już nie wystąpią. Spostrzegany przez prelegentów dodatni odczyn w przebiegu płoniczego zapalenia nerek jeszcze nie przemawia absolutnie za czystą toksyczną genezą tego cierpienia; sprawa ta jeszcze w nauce nie jest ostatecznie wyjaśniona. Podobnie i te przypadki zapalenia gruczołów, gdzie odczyn pozostaje dodatnim, nie przemawiają za ich patogenezą toksyczną. Chodzi zapewne o lżejsze bakteryjne zajęcia gruczołów przy zachowaniu sił obronnych ustroju — stąd zachowanie odczynu dodatniego, brak ropienia. Mówca wyjaśnia dalej, jaki jest odpowiednik humoralny odczynu paciorkowcowego i podnosi, że na zasadzie badań jego własnych należy odróżniać oddziaływanie ustroju ludzkiego na 3 odrębne składniki paciorkowca: toksynę, toksynę ograniczoną i ciała paciorkowców. Dalej mówca zwraca uwagę na konieczność skrupulatnego przygotowania odczynnika: pozabawienie go całkowicie składnika płynnego. W końcu mówi o próbach, dokonanych wraz z kol. Piotrowskim, mających na celu za pomocą stosowania szczepionki — zapobiec wystąpieniu powikłań, próby dotąd pozostały bez dodatniego wyniku. (Streszczenie własne)

R. Stankiewicz podziela zdanie prelegentów, że zachowanie się odczynu Fanconi'ego na materiale omówionym t. j. płoniczym, zależne jest od występowania spraw ropnych; zasadniczo jednak uważa, że odczyn Fanconi'ego nie jest odczynem swoistym w płonicy, lecz tylko w sprawach ropnych. Wobec zmienności zachowania się odczynu, mówca zapytuje, czy niema winy w technice. Na zasadzie wywodów, do których doszli prelegenci, dyskutant twierdzi, że są one dostatecznym dowodem, aby surowicę przeciwploniczą uważać li tylko za antytoksyczną, co mówca już niejednokrotnie potwierdzał.

J. Bogdanowicz uzupełnia, że choroby wyniszczające przewlekłe dają ujemny odczyn Fanconi'ego.

Posiedzenie kliniczne z dnia 18.I.28 r.

Obecnych: członków 31, gości 19.

S. Łyskawiński powiadamia zebranych o śmierci d-ra Jerzego Wandycza, członka czynnego P. T. P., i wzywa obecnych do uczczenia pamięci zmarłego kolegi przez powstanie.

Hejbowicz - Kuleszyna przedstawia i omawia przypadek sekcyjny dziecka siedmiomiesięcznego, u którego za życia stwierdzało się tylko szmery w sercu; na sekcji zaś znaleziono kompletny situs viscerum inversus w jamie brzusznej, oba płuca trzypłatowe, w sercu niezarośnięte foramen ovale, jeden pień tętniczy i nieprawidłowe wyjścia tętnic większych.

Glińska przedstawia przypadek „dystrophia“ na skutek jednostronnego odżywiania mlekiem (Milchnährschaden).

Dziecko 7 m. Przez pierwsze trzy mies. karmione było piersią, od 4-go mies. otrzymywało 1.200 gr. mleka bez dodatku węglowodanów.

W klinice stwierdzono objawy daleko posuniętej dystrofji, krzywicy oraz stolce zmydlone, alkaliczne.

Po przejściu na mieszaną z słołem wyraźna poprawa stanu ogólnego i stolców.

W dyskusji R. Stankiewicz podnosi, że dla dziecka w wieku siedmiu miesięcy optimum mleka na dobę 500—600 gr.

Rubaszew przedstawia i omawia przypadek rozsianej gruźlicy płuc u dziecka czteroletniego. Pacjent w roku 1926 przechodził odrę Zachorował w listopadzie r. ub. przy objawach kaszlu, wymiotów, wolnych stolców oraz braku łaknienia; zauważono również spadek wagi. W grudniu zagorączkował; ciepłota o typie zwalniającym, dochodziła wieczorami do 39°. Z wywiadów rodzinnych dowiadujemy się, że matka pacjenta cierpi „na płuca“.

Stan obecny: wybitna apatja, odżywienie upośledzone, budowa wątła. Nieznaczna sinica twarzy i kończyn; skóra sucha, blada, bez wykwitów; ciepłota wykazuje duże wahania; oddech i tętno przyspieszone;

płuca: granice prawidłowe, nad grzebieniem prawej łopatki przytłumienie, oddech zaostrozony, czasami nieco rzężeń wilgotnych;

układ nerwowy: odruchy zachowane; żadnych objawów oponowych; jedynie przy zginaniu karku nieznaczna bolesność;

w zakresie badań pomocniczych stwierdzono: dodatni odczyn Pirquet'a, dodatni odczyn dwuazowy oraz obecność licznych laseczników Kocha w kale; Rentgen: na całej przestrzeni obu płuc rozsianie licznych ognisk różnej wielkości, o kształtach nieregularnych — obraz typowy dla tuberculosis pulmonum disseminata.

Po kilku dniach stan chorego pogorszył się. Zjawiły się objawy oponowe: Brudzkiego, Kernig'a, Flataua, silne bóle głowy; chory układał się na boku. Wystąpiły również prawostronne objawy piramidowe: Babińskiego i Oppenheima. Nakłucie lędźwiowe wykazało wzmożone ciśnienie płynu mózgowo-rzuceniowego przy braku objawów zapalnych. Badanie dna oka dało wynik ujemny.

W następnych dniach objawy oponowe ustąpiły. Nakłucie lędźwiowe tym razem nie wykazało już nawet wzmożonego ciśnienia. Stan ogólny chorego również uległ poprawie: apatja zmniejszyła się znacznie, dziecko było weselsze, siadało do jedzenia. Pozostały jedynie objawy piramidowe.

Później znów nastąpiło pogorszenie: wróciły objawy oponowe, wróciła również apatja. Jednostronne objawy piramidowe utrzymywały się w dalszym ciągu. Powtórna rentgenoskopja wykazała te same zmiany w płucach, co i prześwietlenie poprzednie.

Na zasadzie przytoczonych danych rozpoznano w przypadku tym rozsianą gruźlicę płuc oraz obecność pojedynczego gruzelka w mózgu. W stosunku do gruźlicy rozsianej podkreślić należy dużą rozbieżność, jaka

zachodzi pomiędzy stanem ogólnym dziecka i wynikiem fizykalnego badania płuc z jednej strony, a obrazem rentgenologicznym — z drugiej. Za gruźlicę zaś pojedynczym przemawiają: wzmoczone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeni. przy braku cech zapalnych, jednostronne objawy piramidowe oraz remisje, które są typowe dla tego cierpienia. (Streszczenie własne).

W. Mikułowski demonstruje i omawia przypadek: **Pertussis-encephalitis post morbillos** u dziewczynki 2-letniej.

W 6 tygodni po przebytej odrze rozwija się u dziecka dotąd zdrowego, z ujemnym odczynem Wassermanna, wśród drgawek, wymiotów, nieprzytomności i gorączki, obraz encephalitis, który po 3 tygodniach ulega pozornej rekonwalescencji, aby potem znowu wystąpić w postaci ostrych bezustannych wymiotów, skurczów głóśni i gorączki do 40°. Badanie płuc dopiero w 5-ym dniu ponownego stanu mózgowego stwierdziło ognisko zapalne w płucu. W miarę wykluwania się procesu płucnego — ustępują wymioty i drgawki, a na ich miejscu pojawia się kaszel kokluszowy ze skurczem krtani. Dziecko, mimo dwukrotnie obserwowanego stanu bezna-
dzijnego, wychodzi zdrowe.

Przypadek stwierdza: 1) zjawisko obudzenia się utajonego koklusza pod wpływem urazu odrzy, 2) ważność roli drgawek i wymiotów, które podobnie, jak kichanie, mogą być równoznacznikiem kaszlu kokluszowego. Ośrodki wymiotów i kaszlu mają nie tylko sąsiadujące umiejscowienie w opuszcze mózgu, ale także podobne drogi odruchowe tak dośrodkowe jak i odśrodkowe. (Streszczenie własne).

T a d. Welfle omawia przypadek anginy **Plaut-Vincent'a**.

Niemowlę 11-miesięczne zostało umieszczone w szpitalu im. Karola i Marii z powodu gorączki, wymiotów i „krost w gardle“; choroba miała rozpocząć się przed dwoma dniami.

Na oddziale stwierdzono: stan ogólny dobry, ciepłota 39,2, tętno szybkie o dobrym napięciu i wypełnieniu; budowa średnia, kościec z wybitnymi zmianami krzywiczemi; narządy wewnętrzne bez zmian wyraźnych; migdałki duże, pokryte szarobiałymi nalotami, mocno z podłożem zespolnemi; nalot przechodzi w nieznacznym stopniu na języczek i łuki podniebienne; w okolicy nalotu słuzówka mocno zaczerwieniona, głos czysty.

Po paru dniach stan chorej pogorszył się, naloty nie ustępowały, przeciwnie — drążyły w głąb mimo stosowania surowicy przeciwbłoniczej, tworzyły się wyzerki; ciepłota w granicach 39 — 40°, tętno szybkie, miękkie, wymioty, foetor ex ore. Dwukrotne badania laboratoryjne wykazały brak prątków Loefflera (w preparacie i posiewie), natomiast stwierdzono obecność lasieczników wrzeczionowatych oraz krętków.

5-go dnia pobytu w szpitalu dziecko dostało zapalenia płuc odoskrzelowego i wkrótce zmarło. Sekcja wykazała: bronchopneumonia dispersa pulm. utriusque oraz głębokie wyzerki na migdałkach, nagłóśni i przy wejściu do krtani.

Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę ze względu na złośliwy przebieg oraz ciekawy obraz anatomiczny, wykazujący duże zmiany martwicze w bliskości migdałków, nie naruszające strun głosowych i tchawicy, co miałyby prawdopodobnie miejsce w przypadku błonicy, (Str, własne).

W dyskusji doc. W. Szenajch przy sposobności zwraca uwagę na ciężkość przebiegu błonicy od pewnego czasu, śmiertelność wzmaga się. Przyczynę tego zjawiska mówca upatruje w zwiększaniu się jadowitości zarazka, lub, co jest pewniejsze, w mieszanej formie zakażenia: streptodiphtheria. W Niemczech w tych przypadkach stosują surowicę dyfterytryczną i przeciwpaciorkowcową z wynikiem podobno dobrym. U nas Państwowy Zakład Higjenu ma w niedługim czasie wypuścić podobną mieszaną surowicę.

W. Mikułowski przypomina o ważności odkrycia bakterjologicznego Sanarelli'ego, który ostatnio wykazał nie tylko jednorodność postaci krę-

ków kiszkowych, ustnych, płucnych, czy w anginie, ale udowodnił, że t. zw. wrzecionowce nie są niczem innym, jak krętkami, które na skutek wpływów zewnętrznych utraciły zdolność wykonywania obrotów wózków śrubowych naokoło swej osi, że więc niema różnicy między wrzecionowcem, a krętkiem. Ze względu na często spotykany brak krętków w preparacie nalotu z gardła przy równoczesnej obecności wrzecionowców — odkrycie Sanarelli'ego nabiera znaczenia praktycznego tak dla bakterjologa, jak i dla klinicysty. (Streszczenie własne).

S. Łyskawiński przedstawia i omawia preparat kiszek, pochodzący od dziecka 4-dniowego z wrodzonym zwężeniem jelita cienkiego i uchyłkiem Meckel'a przyrośniętym do pępka.

U dziecka, które — poza brakiem lewej dłoni — przez pierwsze dwa dni nie zdradzało innych wyraźnych objawów patologicznych, w trzecim dniu wystąpiły wymioty treścią o wyglądzie smółki przy jednoczesnym zatrzymaniu wypróżnień; w następnym dniu badanie, dokonane przez referenta, wykazało znaczne wzdęcie brzucha oraz wypuklenie pępownicy w obrębie wrót pępka z wyraźnym przelewaniem przy naciskaniu tegoż. Na zasadzie powyższych danych została rozpoznana wrodzona niedrożność kiszek, wobec czego w tym samym dniu dziecko było odesłane do szpitala im. Karola i Marii, gdzie niezwłocznie poddano je zabiegowi operacyjnemu. Przy operacji znaleziono przyrośnięcie do pępka pętli jelita cienkiego, która okazała się uchyłkiem Meckel'a; uchyłek ten, jak również pętla jelita, z której on wychodził, były bardzo silnie rozdęte; natomiast pozostała część jelita cienkiego, kątnica oraz jelito grube miały wygląd sznurkowaty, przyczem przejście od rozszerzenia do zwężenia było raptowne; zmian anatomicznych, któreby mogły wpłynąć na wytworzenie się tego przewężenia, nie znaleziono. Zabieg ograniczył się do odcięcia obwodowego odcinka uchyłku Meckel'a, resztkę zaś jego wszczyto w ranę pępka. Dziecko zmarło w kilka godzin po operacji. Sekcja zwłok wykazała, że drożność jelit nie była tu całkowicie zniesiona w biodrowem bowiem jelicie znaleziono kał pokarmowego pochodzenia. (Streszczenie własne).

W dyskusji J. Przedborski zapytuje, czy pierwsza smółka była zabarwiona, czy nie, ponieważ ma to znaczenie dla wyjaśnienia genezy zwężenia.

W. Mikułowski podkreśla, że zagadnienie *occlusio interna* tak u dziecka, jak i u dorosłego nie jest zagadnieniem trudności dajnych, ale przede wszystkim zagadnieniem trudności leczniczych. Zespół ten stanowi wyjątek od zasady „*cessante causa cessat effectus*”, ponieważ mimo dobrej dajnozy i szczęśliwej operacji przychodzi tak często po operacji do zatrucia ustroju pod wpływem resorpcji treści, znajdującej się ponad miejscem zwężenia jelitowego (działanie proteozy, czy histaminy). Stąd ważność doniesionych odkryć fizjologów amerykańskich: Whippla, Hastingsa, Haddena, którzy udowodnili na zwierzętach, że intoksykacja ta stoi w ścisłym związku nie tylko z deficytem wodnym, ale także z obniżeniem wskaźnika soli we krwi. Praktyczny wniosek, aby w każdym przypadku *occlusio interna* wprowadzać choremu nie tylko sól izotoniczną, jak dotąd robiono, ale także w wielkich ilościach sól hipertoniczną, więc 10% — 30% po kilka razy dziennie w iniekcjach śródżylnych lub podskórnych — tak przed operacją, jak i przez szereg dni po operacji. Prof. Gosset i Binet ogłosili cały szereg znakomych wyników tego ważnego dziś leczenia zatrucia ustroju w związku ze zwężeniem kiskowym. (Str. wł.).

S. Łyskawiński zaznacza w odpowiedzi:

J. Przedborskiemu, pierwsza smółka była zabarwiona; opisany przypadek odnosi mówca do grupy zбочeń teratologicznych w przeciwstawieniu do zбочeń spowodowanych przez sprawy zapalne, czego w danym wypadku nie można było stwierdzić.

W. Mikułowskiemu — przypadek był demonstrowany ze względu na stosunkowo rzadką etiologję wrodzonej niedrożności kiszek; trudności lecz-

nicze w danym razie były spotęgowane przez zmiany w kiszkiach, będące w związku z powyższą wadą rozwojową; od proponowanych przez dyskutanta zabiegów nie można było w danym razie oczekiwać pożądanego efektu (Streszczenie własne).

J. Wiszniewski wygłasza odczyt p. t.: „O odrębnościach w obrazie klinicznym zapalenia miedniczek nerkowych u dzieci“. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji prof. Michałowicz zaznacza, że kwintesencją pracy kol. Wiszniewskiego jest postawienie zagadnienia zapalenia miedniczek nerkowych w nowym świetle, a mianowicie, że nie jest ono samoistną jednostką chorobową, lecz tylko ujawnieniem się pewnej innej choroby w miedniczkach.

Z takim zjawiskiem mamy do czynienia w zaburzeniach gospodarki wodnej, gdzie pod wpływem zmniejszonej odporności organizmu bakterium coli mutuje na złośliwe szczepy i wywołuje zmiany w miedniczkach. Dość często oxaluria w przebiegu zapalenia miedniczek nerkowych również wskazuje na zaburzenia przemiany materji. Mówca przypomina, że powyższy pogląd w omawianej sprawie wypowiedział na drugim zjeździe pedjatrów w Poznaniu.

R. Stankiewicz stwierdza, że w przypadkach ostrego zapalenia miedniczek nerkowych, jako jeden z ważniejszych objawów przedmiotowych, należy podkreślić wybitną bolesność okolicy podpępcza i pod łukami żebrowymi. Bolesność okolicy łuków żebrowych występuje wybitnie zwłaszcza przy bimanualnym badaniu. Przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych rozpoznajemy na podstawie badania drobnowidzowego moczu; oprócz ropomoczu obecność pojedynczych wałeczków szklitych w tych razach należy omal że do reguły; ustalenie rozpoznania na podstawie wyrazu twarzy (podkrążone gałki oczne) częstokroć zawodzi.

Podziału zapalenia miedniczek nerkowych na zapalenie: a) toksyczne i b) bakteryjne nie można przyjąć bez zastrzeżeń. Również jest nie do przyjęcia podział etjologiczny szkoły niemieckiej: zapalenie spowodowane paciorkowcami (zakażenie krwiopochodne), oraz zakażenie gronkowcami i b. coli (infectio endogenes-ascendens).

Na jeden szczegół należy zwrócić uwagę: badanie pośmiertne w większości przypadków nie wykazuje w miedniczkach ropy, pomimo, że badanie przyżyciowe wykazuje ropomocz.

W etjologii zapalenia miedniczek nerkowych ważną rolę odgrywa dziedziczność. Materiał kliniczny, polikliniczny i obserwacje własne przekonały mówcę, że częstokroć jest to cierpienie rodzinne. Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych do obecnej chwili przedstawia jeszcze bardzo trudne zagadnienie. Alkalinizacja moczu i naprzemian zakwaszanie nie daje wybitnych wyników leczniczych. (Streszczenie własne).

Docent W. Szeniajch zwraca uwagę na niektóre delikatne objawy, jak np. niechęć do sniania oraz częste moczenie, które występują wcześniej, niż zmiany w moczu.

Pieńkowski oświadcza, że obserwując i analizując własny materiał w poradni, już od lat kilku urobił sobie na zapalenie miedniczek nerkowych pogląd, jaki w tej sprawie wypowiedzieli prelegent i prof. Michałowicz.

W. Mikułowski zapytuje referenta, czy uważa chorobę za samodzielną jednostkę nozologiczną, czy nie.

Jak w położnictwie jedną z najczęstszych przyczyn ropomoczu ciężarnych bywają wężenia moczowodów z powodu różnych malformacji, które należy wykrywać rentgenologicznie i cystoskopowo, podobnie w pedjatrii należałoby częściej posługiwać się cystoskopem Heitz-Boyera i radiografią celem wykrywania nierzadkich wrodzonych zniekształceń lub guzów, powodujących ropomocz. (Streszczenie własne).

M. Roszkowski podkreśla w powstawaniu zapalenia miedniczek nerkowych znaczenie usposobienia rodzinnego, pory roku i bakterji.

J. Przedborski uważa odsetek śmiertelności w materiale prelegenta

za zbyt duży. Materiał prawdopodobnie dałby się podzielić na dwie grupy:

a) przypadki, przybyłe do kliniki już z gotowym rozpoznaniem, ale o ciężkim przebiegu;

b) przypadki, w których rozpoznano sprawę miedniczkową dopiero w klinice.

W ten sposób procent śmiertelności ustosunkowałby się inaczej.

St. Kramsztyk zaznacza, że w leczeniu nie uwzględniono czynnika bakterjologicznego.

R. Stankiewicz w odpowiedzi przedmówcy zaznacza, że na podstawie 80-ciu własnych przypadków, leczonych szczepionkami, nie może uważać tej metody za skuteczną.

J. Wiszniewski w odpowiedzi komunikuje doc. Szenajchowi — na objawy wspomniane przez niego, nie zwrócił uwagi; W. Mikułowskiemu — zapalenie miedniczek nerkowych uważa za sprawę wtórnią; M. Roszkowskiemu — treść referatu nie dotyczyła patogenezę tego cierpienia.

Posiedzenie kliniczne z dn. 8. II. 1928 r.

Obecnych: członków — 46, gości — 35.

S. Półtorzycka demonstruje i omawia preparat anatomiczny nowotworu pęcherza moczowego u dziecka dwuletniego. Makroskopowo twór miał kształt kałafjorowaty; mikroskopowo stwierdzono habdomyoma.

S. Popowski demonstruje 12-letnią dziewczynkę z rozpoznaniem jamy gruźliczej w górnym płacie prawego płuca: po kilkakrotnym zastosowaniu odmy zmiany miejscowe znacznie się cofnęły i stan ogólny uległ poprawie. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na utarte mniemanie, że 11-rzędowa gruźlica płuc nie poddaje się leczeniu

F. Estensta dt demonstruje przypadek guza jamy brzusznej u dziecka 4-miesięcznego; ponieważ dzieciak jest w obserwacji klinicznej dopiero 2-gi dzień, pochodzenie guza jeszcze nie zostało wyjaśnione.

W dyskusji Jastrzębski zaznacza, że przed tygodniem rozpoznał guz u tego dziecka i że, sądząc ze zdjęcia rentgenowskiego, ma się tu prawdopodobnie do czynienia z guzem pochodzenia nerkowego.

W. Mikułowski demonstruje i omawia przypadek spleno-pneumoniae Grancheri u chłopca 12-letniego. Chory przybył 6. VIII. 27 r. do szpitala w stanie duszności i sinicy ze stłumieniem oraz ze zniesieniem szmerów oddechowych nad prawą połową klatki piersiowej. Brak przesunięcia narządów sąsiednich, brak objawu taśmowego Pitresa, kilkakrotne nakłucia ujemne. Hypocholesterinaemia, zatrzymanie chlorków w moczu, ujemne badanie bakterjologiczne płwociny, ujemny Rentgen. Stan trwa 8 dni; 9-go spadek temperatury i zjawienie się szmeru oskrzelowego, pokrytego rżęczeniami dźwięcznymi. Równocześnie wyrzucanie chlorków i następowa rekonwalescencja. W 4 mies. potem obserwowany przez miesiąc nie wykazuje żadnych zmian, któreby mogły przemawiać za gruźlicą płuc. Przypadek był niewątpliwie zespołem Granchera, był jednak także niewątpliwie zapaleniem płuc włóknikowem, a nie żadną z postaci wtórnych (Queyrat), lub pierwotnych (Woillez) kongestji płucno-opłucnowych, które jak z demonstracji widać, nie koniecznie muszą wypierać od uczestnictwa zapalenie płuc włóknikowe w zespole Granchera. (Streszczenie własne).

S. S a s k i wygłasza odczyt p. t.: „W sprawie szczepień ochronnych przeciwgruźliczych szczepionką BCG“.

Dane statystyczne o szczepieniach ochronnych metodą Calmette'a, ogłoszone do końca 1927 r., wykazują, że liczba noworodków zaszczeplonych wynosiła we Francji — 52.772, w Indo-Chinach — 55.000, w Algierze — 1.308, w Belgji — 386, w Grecji — 136, w Hiszpanji — 213, w Rumunji — 938, na Ukrainie — 472. W Polsce Państwowy Zakład Higieny

wydał od lutego 1926 r. do lutego 1928 r. szczepionkę dla 553 noworodków. Ogólna więc liczba dzieci szczepionych, wykazana dotychczas w sprawozdaniach z poszczególnych krajów, wynosi około 90.000. Faktyczna liczba zaszczepionych jest znacznie większa, gdyż wiele krajów nie ogłosiło jeszcze sprawozdań z dokonanych szczepień. O skuteczności szczepień świadczą najlepiej dane statystyczne, uzyskane we Francji, które wykazują, że wśród dzieci szczepionych, narażonych na zakażenie gruźlicą, umieralność na tbc w wieku 0 — 1 roku, wyniosła 0,90% — wobec 25% dla dzieci nieszczepionych. Podobny stosunek otrzymano w Hiszpanji i na Ukrainie. Stwierdziwszy, że na podstawie ostatnich badań szczep BCG należy uważać za bardzo mało zjadliwy, lecz niezupełnie pozbawiony zjadliwości dla zwierząt wrażliwych, prelegent przechodzi do rozpatrzenia zarzutów, stawianych metodzie Calmette'a przez nielicznych zresztą autorów. Zarzuty te dotyczą przede wszystkim — niebezpieczeństwa stosowania szczepionki ze względu na rzekomą chorobotwórczość szczepu BCG, powtórę — możliwości zwiększania się zjadliwości szczepu w czasie przebywania w ustroju szczepionym, wreszcie — nieskuteczności szczepienia, której wyrazem ma być ujemny odczyn tuberkulinowy u znacznej części szczepionych. Zarzuty przeciwników Calmette'a nie są poparte dostatecznym materiałem dowodowym i są systematycznie odpierane przez twórcę metody. Opierając się na danych z piśmiennictwa oraz na własnych badaniach nad zjadliwością szczepu BCG, prelegent uważa za wskazane prowadzenie szczepień noworodków metodą Calmette'a w Polsce. (Streszczenie własne).

M. Prokopowicz-Wierzbowska wygłasza rzecz: „O organizacji szczepień przeciwgruźliczych na terenie Warszawy“.

W marcu 1927 roku Komitet szczepień ochronnych met. Calmette'a zapoczątkował szczepienia na terenie Warszawy i prowadzi je dalej wspólnie z Pol. Zw. Przeciwgruźliczym oraz Państw. Zakł. Higjenu.

Początkowo szczepiono jedynie noworodki z rodzin gruźliczych, obecnie również i z otoczenia zdrowego — zawsze za zgodą rodziców; do rozszerzenia szczepień skłoniły nas: dane z literatury zagranicznej o nieszkodliwości szczepień noworodków; przekonanie, że w środowisku wielkomiejskim wszystkie dzieci narażone są na zakażenie gruźlicze; wreszcie stosunkowo bardzo mała liczba dzieci, pozostających w bezpośredniej styczności z zakaźnymi postaciami gruźlicy (w najbliższej rodzinie).

Szczepienia wykonują w Warszawie oddziały położnicze: Ofic. Szkoły Sanit., Kliniki U. W., Szpitala starozakonných, Św. Zofji, Św. Elżbiety oraz poradnie przeciwgruźlicze.

Szczepionkę przygotowuje Państwowy Zakład Higjenu i wydaje najwyższym instytucjom bezpłatnie.

Szczepione dzieci pozostają pod opieką lekarza - pedjatri i badane są co trzy miesiące. Pielęgniarka wywiadowczyni odwiedzając rodzinę dziecka, bada warunki, w jakich dziecko żyje, oraz możliwość zakażenia wśród rodzinnego. Osoby dorosłe, podejrzane o gruźlicę, badają poradnie przeciwgruźlicze. Do dnia 1.II.28 zaszczepiono w Warszawie 204 dzieci (z których część wyjechała na prowincję). Z pośród stale mieszkających w Warszawie dokładne dane ma Polski Zw. Przeciwgruźliczy o 90 dzieciach.

Zbyt mała liczba zaszczepionych i obserwowanych dzieci nie pozwala na wnioski co do skuteczności szczepień. Prelegentka stwierdza jednak, że dotychczas nie spostrzeżono wśród zaszczepionych żadnej sprawy chorobowej, którąby można było wiązać z podaniem szczepionki; dzieci chorują jak na ogół normalnie, zapadając na właściwe danemu wiekowi sprawy chorobowe. Prelegentka zwraca się do wszystkich lekarzy z prośbą o współpracę w powyższej akcji, a w szczególności o zawiadomienie o jakimkolwiek wypadku chorobowym, któryby mógł stać w związku przyzwołym ze szczepieniem, o ścisłą obserwację dzieci, będących pod opieką lekarzy - pedjatrów, o skierowywanie ciężko chorych dzieci do kliniki lub szpitali w celu wykonania dokładnych badań oraz ew. badania pośmiertnego.

(Streszczenie własne).

W dyskusji Prof. M. Michałowicz podnosi trudności, z jakimi wciąż walczy Komitet do szczepień Calmette'owskich; sprawa szczepień ze znacznym oporem przenika do przekonania wielu lekarzy. Stosunkowo mała ilość szczepień, dokonanych u nas, tłumaczy się nieuświadomieniem publiczności. Wielka trudność w dokonywaniu sekcji dzieci szczepionych, a zmarłych z innej przyczyny, nie pozwala obiektywnie sądzić o pożytku lub szkodzie szczepień. Dotąd na materiale ogłoszonym nie udało się zauważyć wpływu ujemnego szczepień. Mówca zaznacza, że szczepi się nie tylko noworodki, lecz można poddać szczepieniom i dorosłych; t. np. w Norwegii podlega szczepieniu zdrowy personel pielęgniarski na wypadek przydziałenia na oddział gruźlików. (Streszczenie własne).

L. Lipszyc podaje, że szczepił dwojaczki, pochodzące od ojca z otwartą gruźlicą; w kilka miesięcy dzieci zmarły wskutek biegunki; sekcja w obu przypadkach zmian gruźliczych nie wykazała. Według mówcy, szczepionkę BCG stosować można z czystym sumieniem.

Doc. W. Szenajch przypomina, w jaki sposób została załatwiona sprawa szczepień BCG na ostatnim zjeździe pedjatrów niemieckich w Wiedniu: sprawa bez argumentów została odrzucona. Mówca dopatruje się w tym fakcie podrażnienia ambicji narodowych, a może i naukowych Niemców, a to tem prawdopodobniej, że w dziedzinie gruźlicy Niemcy dwukrotnie mieli fiasco: Koch z tuberkuliną i Frydman z gruźlicą żółtą. Omawiając szczepionkę BCG, Szenajch zaznacza, że twórca jej popełnił błąd, nazywając ją niejadowitą (avirulente); z punktu widzenia teorii powstawania odporności szczepionka niejadowita byłaby bezużyteczna. Na zarzuty przeciwników, że odporność po szczepieniu BCG trwa zbyt krótko — 3—4 lata, Szenajch zaznacza, że okres odporności, choćby nawet jeszcze krótszy, ma doniosłe znaczenie w tak podatnym na zakażenia okresie życia dziecka.

S. Łyskawiński dotąd szczepił kilkanaście noworodków, w niektórych przypadkach obserwował biegunkę. Odporność ma trwać około 5 lat. Idea szczepień zaczyna przenikać do publiczności; matki same już częściej zaczynają zapytywać o szczepienia. Podpis na zgodę jednego z rodziców już nie jest wymagalny. Mówca uważa, że cena szczepionki (5 złotych) jest zbyt wysoka w okresie obecnym propagandowym.

R. Stankiewicz obserwował wymioty po zadaniu szczepionki.

Szczep bydlęcy, z którego sporządza się szczepionka, znajduje się w 6% gruźlicy notorycznej.

S. Saski uzupełnia, że odporność według Calmette'a ma trwać 4 lata. Calmette po roku rewakcyduje; nie szczepi jednak zasadniczo dzieci chłafczych. Mutację prątków typu bydlęcego w ludzki uważa za niedowiedzoną.

M. Wierzbowska oświadcza, że wymioty po zadaniu szczepionki zdarzają się bardzo rzadko; jeżeli noworodek istotnie zwymiotował szczepionkę, to podaje mu się dnia następnego. Odczyn Pirquet'a występuje u 20% szczepionych.

Paradiśtal daje krótkie sprawozdanie z rozmów, jakie prowadził z prof. Calmette'em w sprawie szczepień BCG; obszerniejsze sprawozdanie wygłosi w T-wie Biologicznem.

Posiedzenie kliniczne z dnia 22.II. 1928 r.

Obecnych: członków — 23, gości — 23.

L a w e n d ł o w a przedstawia przypadek choroby Hutinel-Pick'a u 3-letniego chłopca.

Dziecko do obecnej choroby było zdrowe, zachorowało przed rokiem; mizerniało, a przed pół rokiem wystąpiły obrzęki na nogach i tułowi, powiększył się brzuch.

Na klinikę przybyło dnia 31.X.27 r. ze znacznymi objawami niedomogi krążenia: tętnem źle napiętem i źle wypełnionem, 120 udeżeń na min., sinicą na twarzy i końcach palców, dusznością, obrzękami znacznymi na kończynach dolnych i okolicy lędźwiowo-krzyżowej.

Granice serca powiększone we wszystkich wymiarach, na prawo sięgają na $1\frac{1}{2}$ cm. poza linię mostkową, na lewo na 2 cm. poza linię sutkową lewą. Uderzenie koniuszkowe macalne w 5-ej przestrzeni międzyżebr. na wewn. od linii sutk. lew. nieprzesuwalne przy zmianie położenia ciała chorego. Tętno serca czyste, głośnawe.

Płuca: Nieznaczne stłumienie nad górnym płatem lewego płuca oraz nad dolnym prawego płuca (tutaj objaw trojaka), Oddech pęcherzykowy.

Brzuch: duży, wyraźnie rozszerzone żyły skórne. Wątroba wystaje na 4 palce z pod łuku żebrowego, twarda, o powierzchni gładkiej, brzegu ostrym. Śledziona wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego, o konsystencji twardej. Objawy wolnego płynu w jamie brzusznej. W układzie nerw. nic szczególnego. Badanie moczu nie wykazało nic patologicznego. Diureza b. upośledzona.

Punkcja prawej opłucnej wykazała obecność płynu przesiękowego. Pirquet ++. Wassermann —. Rentgen: Płuca; przyciemnienie $\frac{1}{3}$ górnej części lewego płuca. Nieznaczna ilość płynu przesiękowego w prawej opłucnej. Serce: powiększone we wszystkich wymiarach, przeważnie w lewą stronę. Brak tętna łuków serca. Cały zespół objawów, jak powolny rozwój cierpienia, obecność dużej wątroby, śledziona, wolny płyn w jamie brzusznej, znaczne obrzęki, obecność objawów znacznej niedomogi serca, nasuwającej raczej przypuszczenie co do pericarditis adhaesiva (nieprzesuwalne uderzenie koniuszka serca, obraz rengenologiczny) przemawiają za naszym rozpoznaniem, a dodatni odczyn Pirquet'a oraz obecność gruźliczego ogniska w lewym płucu świadczy o etiologii gruźliczej tego cierpienia. Przeciwno rozpoznaniu polyserositis tbc. przemawia obecność płynu przesiękowego w prawej opłucnej oraz tak znaczne objawy niedomogi serca. Wykluczyć obecność czystej niedomogi serca mógłby tylko przebieg kliniczny. Po 2-u miesięcznym pobycie w klinice dziecko wypisało się ze znaczną poprawą: duszność, obrzęki ustąpiły, zmniejszyła się nieco wątroba oraz nawet granice serca (Rentgen).

Z leków podawanych najlepszy efekt otrzymywano po iniekcjach nowasuruolu, natomiast wszelkie preparaty naparstnicy pozostawały bez wpływu na stan chorego.

Wobec bezskuteczności naparstnicy można było raczej wykluczyć obecność czystej niedomogi serca; cały przebieg kliniczny przemawiał raczej za naszym rozpoznaniem, t. j. chorobą Hutinela z wtórną niedomogą serca, choć może zbyt łagodny przebieg cierpienia i skuteczność nowasuruolu zdawały się przeczyć diagnozie.

Obecnie po 2-mies. pobycie w domu dziecko powraca na klinikę w stanie analogicznym, w jakim przybyło za pierwszym razem. Z anamnezy dowiadujemy się, iż jakoby od czasu wypisania się z kliniki miało krótki oddech, oddawało mało moczu, a ostatnio przed 3 tyg. pojawiły się znaczne obrzęki, brzuch się powiększył. Zastosowane na klinice iniekcje nowasuruolu, następnie podawanie infus. f. digitalis oraz mocznika per os nie dają żadnego rezultatu. Obecnie możemy upewnić się co do rozpoznania, a poprawę podczas pierwszego pobytu na klinice uważać jako remisję w przebiegu cierpienia. Rokowanie jest złe. (Streszczenie własne).

W dyskusji doc. W. Szenajch zaznacza, że rozpoznanie tej jednostki chorobowej za życia jest zawsze wątpliwe; pewne rozpoznanie można postawić tylko na stole sekcyjnym.

Docent A. Ławrynowicz i T. Ciośłowski wygłaszają odczyt p. t.: „Wartość praktyczna odczynów serologicznych kiłowych u położnic łącznicze za sprawą wykorzystania ich do celów organizacji walki z kiłą wrodzoną“.

Na materiale Miejsk. Zakładu Położniczego im. ks. Anny Mazowieckiej w Miejsk. Inst. Hig. wykonane zostały badania nad odczynami serologicznymi kiłowymi (wiązania dopełniacza, odczyny kłaczkujące), nad globami krwi od 2461 matek (2011 krew pozałożyskowa plus 450 krew żylna) oraz 2254 noworodków (krew pępowiny).

Autorzy dochodzą do wniosków następujących:

Krew pozałożyskowa, jako wykazująca duży odsetek odczynów dodatnich, nieswoistych, nie nadaje się do badania serologicznego u położnic. Odczyn kłaczujący (Sachs — Georgi) u położnic dają stale znacznie mniej zahamowań nieswoistych, niż odczyn wiązania dopełniacza.

W badaniu serologicznym poza odczynem Wassermanna wykonywać należy odczyn kłaczujący

Za minimalną cyfrę orientacyjną rodzin kiłowych w Warszawie można uważać 4 — 6⁰/₀.

Dla wykonania odczynów serologicznych u ciężarnych i położnic należy pobierać krew żylną. O ile się do tego celu używa krwi pozałożyskowej, wyniki dodatnie badania (przy braku objawów kiły i anamnezy kiłowej) należy kontrolować przez powtórne wykonanie odczynu z krwią żylną w 8 — 10 dni po porożu. Odczyn serologiczny wykonywać należy kilkoma metodami, uwzględniając obowiązkowo odczyny kłaczujące. Wynik ujemny we krwi pozałożyskowej nie ulega wątpliwości.

Do celów systematycznego zwalczania kiły wrodzonej masowe wykonywanie odczynów serologicznych z krwią pozałożyskową położnic może znaleźć zastosowanie niewątpliwe, jako sposób wykrywania matek kiłowych lub podejrzanych na kiłę, a to w celu późniejszego ich poddawania obserwacji oraz leczeniu na stacjach higieny zapobiegawczej. (Praca zostanie ogłoszona w „Polskiej Gazecie Lekarskiej“ i w „Nowinach Lekarskich“).

(Streszczenie własne).

Z. Bogdanowiczówna wygłasza referat p. t.: „Odczyn Wassermanna w mleku położnic“.

Dokonano odczynu Wassermanna z mlekiem 300 położnic, jednocześnie odczyn Wassermanna i Sachsa-Georgi'ego z krwią matki i noworodka. W 84⁰/₀ wyniki były zgodne. W 13⁰/₀ odczyn z mlekiem dawał zahamowanie nieswoiste, które występowało najczęściej w dawce 0,1, rozciągało się jednak często na dawki 0,05 — 0,025. W pięciu przypadkach otrzymaliśmy odczyn dodatni w mleku przy ujemnym odczynie we krwi i wyraźnych danych klinicznych, wskazujących na przebytą kiłę. Przy stosowaniu metody Schwartz'a i Schuberta ilość zahamowań nieswoistych dochodzi do 8⁰/₀. Odczyn, dokonywany po upływie tygodnia od chwili porodu, jest więcej swoisty. Ze względu na małą swoistość uważamy, iż odczyn Wassermanna w mleku położnic może grać rolę tylko czynnika pomocniczego przy rozpoznawaniu kiły.

Szczegóły techniki patrz „Ginekologia Polska“ t. VI, Nr. 4—5—1927 r.

(Streszczenie własne).

W dyskusji Pienkowski zaznacza, że na Stacji Opieki nad dzieckiem i matką (Podwale) dokonywał badania krwi u matek w kierunku lues, jednak z powodu wysokiej ceny pobieranej za badanie przez P. Zakład Higieny, zaprzestał wykorzystywania badań.

Doc. Szenajch uważa odczyny serologiczne z krwią pozałożyskową za nie mające znaczenia i radzi używać krew matki lub z pępownicy.

Fr. Cieszyński już od 1924 r. posiłkując się w klinice położniczej metodą Wassermanna, stwierdził duży odsetek odczynów nieswoistych z krwią pozałożyskową. Obecnie wykonywa odczyn kontrolny z krwią matki; czasami przeprowadza kontrolę powtórnie.

S. Łyskawiński komunikuje, że w miejskim zakładzie położniczym imienia św. Elżbiety na Pradze, gdzie referent jest konsultantem dla spraw związanych z opieką nad noworodkiem, od kwietnia 1927 r. jest wykonywane systematycznie u wszystkich położnic serologiczne badanie krwi (łożyskowej i pozałożyskowej) na odczyn kiłowy (badanie krwi odbywa się w miejskim instytucie bakteriologicznym). Do 1 lutego r. b. zbadano w tym kierunku ogółem 465 przypadków, przyczem dodatni wynik odczynu otrzymano: w 14 przypadkach (3⁰/₀) jednocześnie we krwi pępowniczej i pozałożyskowej; w 32 przypadkach (6,8⁰/₀) — tylko we krwi pozałożyskowej;

wreszcie w 7 przypadkach (1,5%) — tylko we krwi pępowinowej; stąd wpływa, że krew pępowinowa wykazała odczyn dodatni ogółem 21 razy (4,5%), krew zaś pozalożyskowa — ogółem 46 razy (9,8%). Co dotyczy klinicznej strony odnośnego materiału dziecięcego, to pod tym względem, według Ł., zasługują na podkreślenie fakty następujące: 1) w grupie pierwszej (z dodatnim odczynem kiłowym we krwi pępowinowej i pozalożyskowej) na ogólną liczbę 13-ga dzieci było tylko 7-ro z wywiadem, nasuwającym podejrzenie co do możliwości zakażenia kiłowego; w tej liczbie okazało się: a) jedno dziecko donoszone, u którego już podczas pobytu w zakładzie wystąpiły typowe zmiany kiłowe na skórze; b) jedno dziecko donoszone z sapką oraz jednocześnie ze znacznym powiększeniem wątroby i śledziny; c) jedno dziecko donoszone z wagą ciała, niższą od przeciętnej u normalnego dziecka, przytem bez jakichkolwiek objawów, podejrzanych co do kiły; d) czworo dzieci donoszonych bez jakichkolwiek wogóle odchyłeń od normy; 2) w grupie drugiej (dodatni odczyn kiłowy tylko we krwi pozalożyskowej) na ogólną liczbę 32-ga dzieci było tylko 8-ro niemowląt z analogicznym do wyżej podanego wywiadem; w tej liczbie okazało się: a) jedno dziecko niedonoszone, które zmarło po dwu dobach życia (bez wyraźnych objawów kiłowych); b) jedno dziecko donoszone z wagą ciała, niższą od przeciętnej normalnej, jednak bez jakichkolwiek objawów, podejrzanych co do kiły; c) pięcioro dzieci bez jakichkolwiek wogóle odchyłeń od normy; 3) w grupie trzeciej (dodatni odczyn kiłowy tylko we krwi pępowinowej) przypadków z wywiadem, nasuwającym wyraźne podejrzenie co do możliwości zakażenia kiłowego, nie było; objawów kiłowych u dzieci, należących do tej grupy, również nie spostrzegano; u wszystkich zaś dzieci bez wywiadu, obciążającego je co do przebytej kiły u matek, nic patologicznego nie zauważono. Wobec tego, że wyniki badań powyższych ze względu na krótkotrwałość obserwacji zakładowej nie mogą być dostateczną podstawą do ścisłego wypowiedzenia się w sprawie ich istotnej wartości rozpoznawczej co do kiły, badania te powinny być kontrolowane ponownie po wyjściu matek z dziećmi z zakładów położniczych. (Streszczenie własne).

Doc. Ławrynowicz w odpowiedzi stwierdza, że wyniki jego badań zgadzają się z wynikami kol. S. Łyskawińskiego. Krew z pępowny w stosunku do krwi matki pod względem serologicznym uważa prawie za identyczną i dlatego może być użyta do badań narówni z krwią matki. Ze względu na ważność sprawy z punktu widzenia higieny zapobiegawczej, w każdym wypadku należy badanie wykonać po raz drugi. Co dotyczy trudności natury finansowej, wysuniętych przez kol. Pieńkowskiego, to obecnie one nie istnieją, gdyż miejski instytut higieny wykonywa próby Wassermann'a zupełnie bezpłatnie, o ile są przysyłane przez instytucje społeczne, jak to stacje opieki, przytulki położnicze. (Streszczenie własne).

Z. Bogdanowiczówna wygłasza odczyt p. t.: „Spostrzeżenia nad zawartością witaminy C w mleku warszawskim”.

Spostrzeżenia nad obecnością witaminy C w mleku sięgają jeszcze ery przedwitaminowej; są to prace Barłowa, Heubnera i Neumanna o związku przyczynowym między gnilem dziecięcym, a wyłącznym odżywianiem mlekiem pasteryzowanym. Doświadczenia laboratoryjne, dokonane w tej dziedzinie przez Funka w 1912 r. potwierdzone były przez cały szereg autorów angielskich i amerykańskich. Ostatnio sprawa wzbudziła ponownie żywe zainteresowanie na skutek wystąpienia Meyera i Nassaua, którzy zaproponowali organizację systematycznej kontroli mleka, przeznaczonego dla użytku dzieci, na obecność witaminy C.

Propozycja ta spotkała się ze strony całego szeregu autorów (Frank, Seligmann) ze względu na dotychczasowy brak racjonalnej metodyki.

Doświadczenia miejskiej pracowni bakteriologicznej miały na celu stwierdzenie, czy mleko rynkowe warszawskie wogóle posiada witaminę C, czy mleko zimowe różni się pod tym względem od letniego, i czy zachodzi różnica między mlekiem rynkowym, a mlekiem ze stacji miejskiej. W tym

celu 3 serje świnek karmione były owsem z dodatkiem nieograniczonej ilości mleka surowego powyższych trzech kategorii. Jako kontrola służyły świnki tej samej rasy i tego samego chowu, karmione mlekiem nagrzanem do 120° i owsem.

W wynikach doświadczeń stwierdzamy, co następuje:

- 1) Mleko rynkowe warszawskie zimą nie zawiera witaminy C lub też zawiera ją w minimalnej ilości.
- 2) Mleko rynkowe latem jest bogatsze w witaminę C.
- 3) Mleko ze Stacji Miejskiej prawdopodobnie posiada więcej witaminy C, niż mleko rynkowe.

W dyskusji doc. Ławrynowicz zaznacza, że mleko rynkowe warszawskie nie tylko jest złe pod względem zawartości witamin, lecz być może, jeszcze gorsze jest z powodu zanieczyszczenia bakteriami, których stężenie dorównywa często zawartości bakterji w szczepionkach. Prócz mikroorganizmów mleko obfituje w znaczną ilość leukocytów (do 100 w polu widzenia), co dowodzi pochodzenia jego od krów chorych na sprawy zapalne wymion.

Gebel uważa doświadczenia kol. Bogdanowiczówny, przeprowadzone nad witaminą z morskimi świnkami, za niedostateczne z dwu względów:

- a) grupa z 6-ciu świnek jest zbyt mała;
- b) każde doświadczenie powinno być przeprowadzone na 4 grupach zwierząt przez podawanie odpowiedniej diety.

R. Stankiewicz stwierdza, że dostarczanie dobrego mleka dla miast jest rzeczą pierwszorzędną wagi. Należy się prelegentowi całkowite uznanie za poruszenie tego tak niezmiernie ważnego zagadnienia. Jaką wagę przywiązują czynniki miarodajne do tej sprawy na Zachodzie, świadczy chociażby fakt, że w Wiedniu w 1924 r., kiedy ta sprawa była poruszana na posiedzeniu pedjatrów, oprócz wybitnych działaczy społecznych i przedstawicieli nauki był obecny również Prezydent Państwa. Mówca zapytuje prelegenta, czy liczbę bakterji w mleku określał latem, czy w okresie zimowych miesięcy? Jaką istotną rolę odgrywają bakterje, znajdujące się w mleku w powstawaniu zaburzeń w odżywianiu, poza drobnoustrojami swoistymi, tego jeszcze rozstrzygnąć nie jesteśmy w stanie. Zdaniem Finkielsteina, w powstawaniu biegunek rola drobnoustrojów została zmniejszona na korzyść zaburzeń pokarmowych i tolerancji poszczególnych składników pożywienia. Sprawa witamin z czasem ulegnie gruntownej rewizji. Już dzisiaj co do niej zdania są podzielone. Faktem jest, że dzieci, karmione wyłącznie piersią, witamin nie wymagają (Langstein). Należy podawać witaminy u dzieci od 4-go miesiąca.

Kolago zapytuje, czy były znajdowane w mleku bakterje chorobotwórcze.

Doc. Ławrynowicz odpowiada, że to, co dali prelegenci w swoich odczytach, jest tylko fragmentem z pracy nad mlekiem. Narazie ustalono w 22% obecność streptococci mastitidis longi, który według bakterjologów weterynaryjnych, powoduje ropienie wymion. Sprawa gruźlicy w mleku jest w toku. Według przekonania mówcy w mleku rynkowym warszawskim często znajduje się laseczka duru brzuszego. (Streszczenie własne).

Posiedzenie kliniczne z dnia 7.III.1928 r.

Obecnych: członków 31, gości 21.

Marjanko-Lewenfiszowa omawia przypadek z nieustalonym jejkę rozpoznaniem. Przed dwoma tygodniami została przywieziona na klinijkę pięcioletnia dziewczynka z powodu wysokiej ciepłoty, bólów głowy i braku łaknienia. Objawy te trwają od 5 tygodni. Nie kaszle, nie wymiotuje. W drugim roku życia przeżyła krztusiec, w trzecim — odrę bez komplikacji płucnych. W najbliższym otoczeniu brak chorych na płucą.

W klinice stwierdzono: stan ogólny dziecka niezły; miernie odżywiona, blada. Ciepłota waha się w granicach 37 — 40,3°, zaczyna się podnosić

codzień o g. 17-ej, jest najwyższa o 20-ej i 23-ej, o 2-ej zaczyna opadać, nad ranem jest już normalna.

Tętno 120 — 140 na l'. miarowe; oddechów 48 na l'.

Nieznaczne powiększenie obwodów gruczołów chłonnych.

W narządach klatki piersiowej zmian nie stwierdzono.

Wątroba macalna na dwa palce pod łukiem żebrowym, śledziona macalna tuż pod łukiem żebrowym. Ze strony układu nerwowego zmian nie stwierdzono. Codziennie duże wahania ciepłoty przy braku jakichkolwiek wyraźnie zlokalizowanych objawów nasunęły w pierwszym rzędzie podejrzenie sprawy swoistej gruźliczej. Prześwietlenie klatki piersiowej promieniami Rentgena dało wynik ujemny, odczyn biologiczne Pirquet'a i Mantoux wypadły również ujemnie. Kilkakrotnie powtarzane badania moczu pozwoliły wykluczyć zapalenie miedniczek nerkowych. Badanie nosa, nosogardzieli i ucha przez specjalistę nie stwierdziło żadnych zmian. Ze strony wyrostka robaczkowego również zmian nie wykryto, brak napięcia powłok brzusznych, brak jakiegokolwiek bolesności w jamie brzusznej, wyróżnienie codzień sformowane.

Odczyn Widala we krwi na tyfus i paratyfus — ujemne. Posiew z kału na tyfus i paratyfus również wypadają ujemnie.

Jałowy posiew krwi wyklucza sprawę septyczną.

Liczba leukocytów, kilkakrotnie badana, nie przekracza 10.000 w mm³; wzór leukocytów normalny.

Kilkakrotne badania krwi na zimnicę nie wykryły pasorzytów zimniczych.

Mimo więc dokładnego badania klinicznego i licznych badań laboratoryjnych nie udało się w powyższym przypadku dotychczas rozpoznać przyczynę długotrwałej gorączki.

Od dziś chora ex juvantibus zaczyna dostawać chininę.

O dalszych jej losach będzie mowa na jednym z najbliższych posiedzeń.

W dyskusji prof. Michałowicz podaje opis własnego przypadku u chłopca lat 10. Pacjent z powodu gorączki był leczony w szpitalu Anny Marji; rozpoznanie nie zostało ustalone. Za poradą mówcy został ulokowany w sanatorjum w Otwocku również bez ściślejszego rozpoznania. Dopiero stwierdzenie powstałej świeżo spleno-pneumonji gruźliczej dało możliwość ustalenia retrospektywnie przyczyny długotrwałej gorączki; według mówcy, był to przypadek septicemji gruźliczej (w pojęciu Landouzy ege); jad gruźliczy, krążący w organizmie, wskutek obecności odporników przez dłuższy czas nie mógł znaleźć punktu zadziałania, aż nareszcie sprawa zlokalizowała się w płucu pod postacią splenopneumonji. Według wszelkiego prawdopodobieństwa, w przypadku demonstrowanym należy przypuszczać sprawę podobną.

R. Stankiewicz jest zdania, że większość przypadków nierozpoznanych w rezultacie wyjaśniają się jako gruźlica w różnych postaciach i organach.

L. Lipszyc przedstawia i omawia preparat anatomiczny pochodzący od oeska z dystopii renis.

W. Halberówna, H. Hirszfildowa i M. Mayzner wygłaszają odczyt p. t.: „Badania nad powstawaniem przeciwciał u dzieci“

Przeciwciała zostały ujęte przez Hirszfelda, jako narządy biochemiczne, mające swe specjalne prawa wzrostu. Dzieci rodzą się bez przeciwciał własnych i dopiero w czasie rozwoju różniczkuje się surowica; proces ten nazwany został przez Hirszfelda serogenezą, a polega on na powstawaniu i narastaniu przeciwciał. Przeciwciała normalne najprawdopodobniej mogą służyć jako wyraz swoistej zdolności do wytwarzania ciał odpornościowych. Wytwarzanie przeciwciał stoi w ścisłym związku z wiekiem. Dzieci młode, serologicznie niedostatecznie dojrzałe, mało są zdolne do wytwarzania przeciwciał. Badania nasze miały na celu:

1) wyjaśnienie związku, zachodzącego między stopniem dojrzałości serologicznej ustroju, a jego sprawnością serologiczną;

2) analizę wpływów bodźców nieswoistych na serogenezę.

Jedna grupa dzieci była uodporniana szczepionką tyfusową, druga grupa — anatoksyną błoniczą, trzecia grupa — krowianką przeciwko ospie. Dzieci, szczepione tyfuszem, wszystkie wytworzyły aglutyniny; miano aglutynacyjne, osiągnięte u dzieci młodszych, było niższe od miana aglutynacyjnego dzieci starszych. Poza tym aglutyniny szybciej zniknęły u dzieci młodszych niż u dzieci starszych. Co do istniejącego związku między obecnością przeciwciał normalnych, a zdolnością do wytwarzania ciał odpornościowych, to okazało się, że wśród badanych dzieci prawie wszystkie niemowlęta nie posiadają żadnych przeciwciał normalnych, natomiast dzieci wieku 2—5 lat wykazały obecność izoprzeciwciał. Poza tym pod wpływem bodźców heterologicznych, jak np. szczepionki tyfusowej, anatoksyny błoniczej i krowianki ospowej, zjawiają się również izoaglutyniny, mianowicie — u dzieci poniżej 6-ciu miesięcy w bardzo nieznacznym stopniu, u dzieci starszych — coraz wyraźniej. Dojrzewanie serologiczne zależne jest nie tylko od bodźców swoistych; działanie bodźców nieswoistych może przyspieszyć proces dojrzewania i to w tym znaczniejszym stopniu, im bardziej posunięty jest proces serologiczny.

Anatoksyna błonicza i krowianka zasadniczo wpływają na powstawanie przeciwciał homo- i heterologicznych, aczkolwiek w słabszym stopniu, niż szczepionka tyfusowa. Ujmując sprawę serogenezy z punktu istnienia samoistnego powstawania przeciwciał, uważamy, że dla ich wytworzenia nie są konieczne bodźce swoiste. Powstawanie przeciwciał wynika przede wszystkim z rozpędu samoistnego, choć szybkość rozpędu, względnie powstawanie przeciwciał może być spotęgowane przez zadziałanie różnorodnych swoistych i nieswoistych bodźców. (Streszczenie własne).

W dyskusji: R. Stankiewicz zapytuje, czy autorzy jednocześnie przeprowadzili badania nad wzajemnym stosunkiem globulin i albumin w czasie wykonywania swych doświadczeń, a to z tego powodu, że powstawanie globulin ma być związane z serogenezą.

M. Mayzner w odpowiedzi przedmówcy zaznacza, że w tym kierunku badań nie przeprowadzali.

H. Hirszfildowa, M. Mayzner i F. Przesmycki wygłaszają odczyt p. t. „Badania nad jadami paciorkowców“.

Badania miały na celu jakościową analizę jadów paciorkowców różnego pochodzenia.

Do doświadczeń użyto 37 jadów, wydzielonych przez paciorkowce: płonicze, róży, gorączki połogowej, zieleniejące, ropotwórcze.

Odczyny skórne zostały wykonane na 144 osobach; każdy jad był zbadany przynajmniej na 2-ch osobnikach.

Odczyny skórne, wywołane przez jady paciorkowców niepłoniczych, niczem nie różnią się od typowych odczynów Dicka. Do porównania użyty został jad sztandartowy. Odczyny skórne przebiegają równolegle. Na 288 odczynów niezgodność wystąpiła tylko w 11 przypadkach. Z doświadczeń wynika, iż wrażliwość na te jady pokrywa się w dużym stopniu i że przeciwciała, skierowane przeciwko nim, o ile są obecne, skierowane są przeciwko różnym jadom.

Badania nad zobojętnianiem jadów róży i płoniczego przez surowice ozdrowieńców wykazały, że surowica ozdrowieńców po płonicy przeważnie zobojętnia jad płoniczy, zobojętnia tylko wyjątkowo jad róży i odwrotnie.

A zatem antygeny charakter tych jadów jest różny.

Stąd wniosek praktyczny, że dla jadów każdej grupy paciorkowców należy przygotowywać oddzielne przeciwjady (surowice lecznicze).

(Streszczenie własne).

W dyskusji Prof. Michałowicz zgadza się z wnioskami prelegentów i występuje przeciw unitarystycznemu pogładowi na jady paciorkowców, reprezentowanemu przez Selmę Meyer.

Jako przykład swoistości jadów paciorkowców w odniesieniu do obrazów klinicznych, mówca przytacza istnienie osobników, skłonnych do

nawrotów róży, czego nie udało się dotąd spostrzec odnośnie do płonicy.

Doc. Szenajch widzi pewną tendencję w historjach chorób, podanych przez Selmę Meyer, a mających udowodnić, że surowicą przeciwpaciorkowcową leczą się z powodzeniem płonica, róża, jak również i gorączka połogowa.

H. Hirszfildowa wyjaśnia, że Selma Meyer, mówiąc o unitaryzmie jadów, chce go widzieć tylko w toksycznym okresie wspomnianych chorób.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21.III. 1928 roku.

Obecnych: członków — 30, gości — 21.

Sekretarz stały, doc. Wł. S z e n a j c h powiadomił zebranych o ukonstytuowaniu się Zarządu P. T. P. na r. 1928; nowowybrany prezes kol. T a d e u s z K o p e ć wygłosił krótkie słowo wstępne, poczem przystąpiono do porządku dziennego.

Prof. F r. C z u b a l s k i wygłasza odczyt p. t. „Nowsze poglądy na czynność fizjologiczną nerek“.

(Odczyt drukowany w Pol. Gaz. Lek. w r. 1927).

Wiadomości bieżące

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich odbędzie się w Wilnie, w czasie od 26 do 29 września r. p. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego Zjazdu jest prof. Dr. A. Januszkiewicz, Sekretarzem Generalnym—Prof. dr. K. Michejda. Utworzono dotąd 24 sekcje, w tem sekcja 14—Pedjatrji. Przewodniczącym Sekcji Pedjatrycznej jest prof. Dr. W. Jasiński, sekretarzem Dr. H. Kaulbersz-Marynowska. Biuro Sekcji: Klinika Chorób Dzieci, Antokol, Szpital Wojskowy. W sprawach naukowych należy zwracać się do przewodniczących poszczególnych Sekcji, a w sprawach ogólnych—do Sekretarza Generalnego.

VI Zjazd Międzynarodowy Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w Rzymie, w czasie od 24 do 29 września r. b. Wybrano trzy referaty programowe: pierwszy biologiczny—„Postaci przesączalne zarazka gruźliczego”—wygłosi prof. Calmette. Drugi kliniczny—„Rozpoznawanie gruźlicy dziecięcej”—wygłosi prof. Rocco Jemma z Neapolu. Trzeci społeczny—„Organizacja profilaktyki przeciwgruźliczej na wsi”—wygłosi Dr. Willjam Brand z angielskiego Związku Przeciwgruźliczego. Dyskusja jest ograniczona do tych trzech zasadniczych tematów. Prócz tego będzie jeszcze wygłoszonych kilka referatów dodatkowych, które dyskusji nie podlegają.

Opłata za udział w Zjeździe wynosi 100 lirów.

Członkowie Międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego są zaproszeni na Zjazd i otrzymują sprawozdania bezpłatnie. Lekarzy, którzy nie są członkami M. Z. P. mogą wziąć udział w Zjeździe, przedstawieni przez Dep. Służby Zdrowia (Min. Spr. Wew.) lub Polski Zw. Przeciwgr.—Chocimska 24. Zgłoszenia będą przyjmowane do 14 lipca.

Dn. 28 kwietnia r. b. odbyło się uroczyste otwarcie i poświęcenie Polikliniki Chorób Dziecięcych U. W., powstałej dzięki zabiegom i wielkiej pracy jej twórcy. Pierwszy przemawiał kierownik kliniki, prof. M. Michałowicz, kreśląc historję powstania polikliniki i podkreślając życzliwą i ofiarną pomoc tych wszystkich, którzy się do urzeczywistnienia jego zamierzeń przyczynili. Następnie przemawiał sekretarz stały Pol. Tow. Pedjatrycznego, Docent Szenajch, zaznaczając wielką potrzebę tej nowej placówki społeczno-naukowej ze względu na brak dotkliwych ambulatorjów i szpitali dziecięcych oraz wady i błędy w już istniejących. Aktu poświęcenia dokonał Ks. Dziekan Michalski, poczem zabrał głos Magnificencja Ks. Rektor Szlagowski, życząc w podniosłych słowach powodzenia w dalszej pracy, około rozszerzeniu Kliniki Dziecięcej.

Dn. 6 maja r. b. odbyło się na Zamku Ujazdowskim uroczyste pożegnanie pierwszego Dyrektora Nauk Oficerskiej Szkoły Sanitarnej, pułk. Dr. Ludwika Zembruskiego. Po przemówieniach, nacechowanych wielką serdecznością i pełnych uznania dla twórczej pracy pierwszego Kierownika Szkoły odbyło się odsłonięcie jego portretu w Sali Honorowej i wrę-

czenie pamiątkowego pierścienia. Uroczystość zakończył odczyt pułk. Zembrzuskiego pod tytułem „Wł. Matlakowski jako student Medycyny“.

Kol. Zambruski został mianowany Kierownikiem Sanitarnym Polskiego Czerwonego Krzyża.

Dn. 18 maja r. b. odbyło się poświęcenie i otwarcie pięknie wyposażonej pracowni światło-lecznicznej przy Szpitalu Św. Łazarza w Warszawie.

Dn. 26.XI. 1927 r. odbyło się Walne Zebranie członków Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, na którym między innymi zdecydowano zwrócić się do Redakcji pism lekarskich polskich z uprzejmą prośbą o wydrukowanie następujących wniosków, jednogłośnie uchwalonych na Zebraniu:

1. Walne zebranie członków P. L. T. R. potępią anonimowe prowadzenie zakładów rentgenologicznych t. j. prowadzenie ich bez podawania nazwiska lekarza kierującego i odpowiedzialnego, lub też z podaniem nazwiska fikcyjnego. Zebranie uważa, że takie prowadzenie zakładów obniża powagę rentgenologii lekarskiej i jest szkodliwe zarówno dla interesów ogółu radiologów polskich jak i dla nauki polskiej wogóle. Uchwała powyższa odnosi się także i do orzeczeń rentg. rozpoznawczych.
2. Walne Zebranie uważa, że w warunkach dzisiejszych w Polsce stałe zatrudnianie w zakładach rentgenologicznych lekarzy cudzoziemców jest niczem nieusprawiedliwione i powinno być surowo potępione. Dyskwalifikuje ono rentgenologję polską wobec zagranicy i jest sprzeczne z prawami państwowemi. Zebranie wzywa członków Towarzystwa do bojkotowania Zakładów, które nie zechcą zastosować się do powyższej uchwały.
3. Załatwianie praktyki prywatnej (płatnej) nawet pod pretekstem ambulatoryjnej w Zakładach Użyteczności Publicznej, państwowych i miejskich powinno być niedopuszczalne.

Walne Zebranie wzywa Zarząd Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego do wszczęcia kroków u czynników miarodajnym do ostatecznego uregulowania tej kwestji.

EMULSJĘ TRANOWĄ — GESSNER

z solami podfosforanu wapnia i sodu przy chorobach:
**zołżów, krzywicy, wycieńczeniu i niedokrwi-
stości u dzieci.**

SYROP. DROSERAE c. Natr. sillicco — GESSNER

w chorobach:

koklusz i przy nieżycie dróg oddechowych.

POLECA:

LABORATORJUM CHEM.-FARMAC.

JAN GESSNER

Warszawa, Al. Jerozolimskie 11.

KAKAO OŚSIANE WEDLA

łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.

Zalecane dla dzieci i osób o słabem trawieniu

E. WEDEL,

WARSZAWA, ULICA SZPITALNA № 8.

G A B I N E T

Dr. HIERONIMA CZARKOWSKIEGO

(SIENNA 20. TEL. 170-76)

do leczenia lampą łukową, kwarcową, Sollux'em i diatermją uskutecznia
naświetlania pojedyncze i zbiorowe pod osobistym kierunkiem lekarza
od 5 do 7 wieczorem i w godzinach umówionych.

Ceny naświetlań od 2 do 6 złotych.

Filja w Lecznicy (Nowy-Świat 57. Tel. 58-27) od 10 do 12 w południe
i od 4 do 5 po południu.

A.077



40000001413

TRICALCINE

ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

NAJRADYKALNIEJSZY

NAJBARDZIEJ RACJONALNY



REKALCYFIKACJA

(UWAPNIANIE)

NIE MOŻE BYĆ PEWNIJ

PRAKTYCZNIJ

OSIAGNIĘTA

JAK TYLKO PRZEZ

TRICALCINE

SOLE WAPNI PRZYSWAJALNE

GRUŹLICA PŁUC I KOŚCI
GRUŹLICZE ZAPALENIE OTRZEWEJ
KRZYWICA, ZOŁZY, WYNISZCZENIE ORGANIZMU
PRÓCHNICA ZĘBÓW, ZŁAMANIA KOŚCI
REKONWALESCENCJA

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

PEDIATRJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO T-OWA PEDIATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

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

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

Stali współpracownicy:

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

TOM VIII — ZESZYT 4
(lipiec — sierpień — 1928)

WARSZAWA
NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU POMOCY DZIECIOM

1 9 2 8



MOTOFANTIN — MOTOR

dawniej INFANTIN

Wyciąg słodowy do zupy Liebig'a

STOSUJE SIĘ U DZIECI Z UPOŚLEDZONEM ODŻYWIANIEM.

ZAKŁADY CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA

„MOTOR“

Sp. Akc.

Warszawa, ulica Marszałkowska Nr. 23.

Mleko Białkowe
Plasmon
Casein-Calcium

Preparaty Mieszane

Płatki owsiane

Sucharki odżywcze

Czekolada

Kakao

Cakes

Przy Chorobach dziecięcych

OSZCZĘDNE
TANIE

Przyjęte do spisu
środków Kas Chorych



Fabryki Plasmon (Neubrandenburg)

25 lat doskonałych wyników leczniczych.

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

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

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

Próbki i literaturę wysyła się bezpłatnie na żądanie

PEDIATRJA POLSKA

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

Prenumerata roczna z dwumiesięcznikiem uzupełniającym

OPIEKA NAD DZIECKIEM

wynosi z przesyłką pocztową zł. 20.

Prenumeratę przyjmuje Administracja Pedjatrii Polskiej

P. K. P. D. — Wydział Higijeniczno-Lekarski

WARSZAWA — JASNA 11.

KONTO w P. K. O. № 5882.

Redakcja: Warszawa, Mokotowska 39 — T. Kopeć

Autorowie artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

SPIS RZECZY:

SOMMAIRE:

	str.		p.
Michałowicz—Dalsze rozwinięcie szematu „Dick-Brokman” w zastosowaniu do choroby płoniczej	221	Michałowicz—Suite au développement du schème „Dick-Brokman” appliqué à la scarlatine	221
Kwaskowski—O zamknięciu t. zw. tamy wątrobowej w związku z chorobą płoniczą . . .	230	Kwaskowski—De la cloture de la barrière hépatique en relation avec la scarlatine . . .	230
Barański i Gumiński—Z kliniki ropnia pozagardłowego	234	Barański et Gumiński—Un cas d’abcès retropharyngéale	234
Bussel—Przypadek prosówki gruźliczej o ostrym przebiegu	246	Bussel—Un cas de miliare à l’évolution aïgue	246
Bussel—Przyczynek do epidemiologii rumienia guzowatego	249	Bussel—Contribution à l’étude de l’épidémiologie de l’érythème nodeuse	249
Wiszniewski—Przypadek meningoencephalitis et neuritis optica luetica u dziecka 20-miesięcznego	253	Wiszniewski—Cas de méningoencephalite et de neurite optique syphilitique chez un enfant de 20 mois	253
Wiszniewski—Przypadek błonicy nosa, powikłanej skazą krwotoczną u niemowlęcia	255	Wiszniewski—Cas de dyphtherie du nez compliqué de diathèse hémorrhagique	255
Streszczenie zbiorowe:		Revue générale - analyses:	
Lewenfiszowa—O podstawowej przemianie materji . . .	258	Lewenfisz—Du métabolisme basal	258
Z Pol. T-wa Pedjatricznego . . .	269	Compte rendu de la Société Pédiatrique Polonaise	269

Dzięki zawartości żelaza czynnego,

Tabletki Wód Mineralnych

MAGISTRA KLAWE

posiadają własności zbliżone do świeżej naturalnej wody.

Tabletki Wód Mineralnych Sztucznych

MAGISTRA KLAWE

EMS, BILIN,

KARLSBAD, BORŽOM,

KISSINGEN, OBERSALZBRUN,

VICHY, MARIENBAD,

SELTERS, WILDUNGEN

i inne.

OPAKOWANIE: Flakon z 80 tabletkami.

2 tabletki na szklanke wody dają napój
musujący, zastępujący odpowiednią
wodę mineralną.

Towarzystwo Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego

d. MAGISTER KLAWE, S. A.

W A R S Z A W A



Dalsze rozwinięcie szematu „Dick-Brokman“ w zastosowaniu do choroby płoniczej

Podał

Mieczysław Michałowicz

Choroba płonicza, zwana naiwnie płonicą od jej charakterystycznej wysypki, była w pojęciu lekarzy, wychowanych w starej szkole pediatrycznej, a więc i w mojem — chorobą wyłącznie zakaźną. W tem ujęciu charakterystyczną cechą tej choroby był nierówny pod względem ciężkości, często śmiertelny przebieg, oraz szereg t. zw. powikłań, spadających niespodzianie na chorego i jego lekarza. Stąd określenie, że choroba płonicza, to „choroba niespodzianek“. Dłuższe zetknięcie się z chorem na chorobę płoniczą nauczyło mnie, że te t. zw. „niespodziane powikłania“ dadzą się ująć w pewien system, wykluczający z góry wszelki moment niespodzianki i tłomaczący przebieg wymienionej choroby u poszczególnych jednostek.

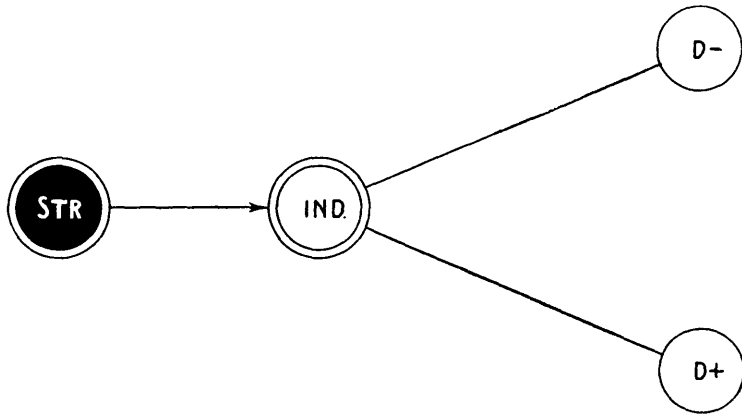
Uważna obserwacja kliniczna w przebiegu choroby płoniczej nakazała mi swego czasu wyodrębnić z niej trzy zespoły:

1. Zespół intoksykacyjny.
2. Zespół septyczny.
3. Zespół auto-intoksykacyjny.

Podział powyższy na trzy zespoły propagowałem, poczynając od roku 1922, na wszystkich posiedzeniach Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, poświęconych omawianiu choroby płoniczej.

W świetle odczynu Dick'ów szemat usposobienia do choroby płoniczej wyglądałby, jak następuje:





Rys. 1. Schemat ustosunkowania się ustroju ludzkiego do jadu paciorkowca płoniczego podług Dick'ów.

Str. — paciorkowiec, Ind. — osobnik, D — odczyn Dick'ów.

W mem rozumowaniu schemat powyższy możnaby było skomentować w sposób następujący:

Możliwość I. Paciorkowiec hemolizujący płoniczy rozwija się¹⁾ często w jamie gardzielowej jednostki. Jednostka taka uodparnia się dzięki temu na jad płoniczy i posiada w swej krwi przeciwwad przeciw jadowi płoniczemu (D. minus). Przy późniejszym zakażeniu się hemolizującym paciorkowcem płoniczym jad płoniczy zostaje zobojętniony przez przeciwwad płoniczy, znajdujący się już w ustroju, i choroba płonicza nie może dojść do skutku.

Możliwość II. Paciorkowiec hemolizujący płoniczy rozwija się w jamie gardzielowej jednostki nieuodpornionej przeciw jadowi płoniczemu (D. plus). Jad płoniczy nie może być wskutek tego zobojętniony i wywołuje odczyn chorobowy.

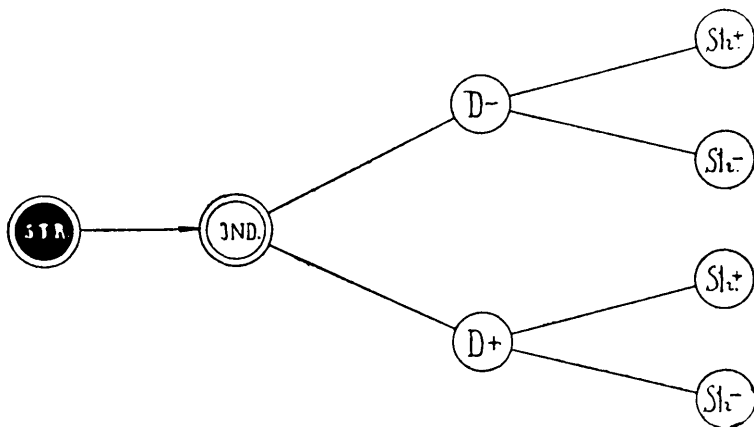
Ten, tak wierny schemat, jeżeli chodzi o ujęcie zagadnienia toksemji, nie wystarczał jednak do zobrazowania wszel-

¹⁾ Wobec szerokiego rozpowszechnienia t. zw. „wszędobylstwa“ paciorkowca, pasorzytuje on w jamie gardzielowej. Przy prawidłowej konstytucji i kondycji swego nosiciela paciorkowiec bez względu na swój rodzaj nie powoduje żadnych zmian chorobowych w ustroju — przeciwnie, z biegiem czasu w ustroju powstają przeciwciała przeciw temu paciorkowcowi i jego bliższym odmianom. Stan taki może trwać lata całe. W pewnych jednak warunkach kondycja ustroju zmienia się, przemiana materji tego ustroju ulega zmianie, wydzielina gardzieli zmienia się pod względem chemiczno-biologicznym. Paciorkowiec pasorzytujący w gardzieli ulega gwałtownej mutacji i staje się obcym dla ustroju, który nie zdążył przygotować przeciw tej nowej odmianie przeciwwadu i zapada w stan odczynu chorobowego silniejszego lub słabszego w zależności od stanu swego chwilowego uwrażliwienia.

kich możliwości w przebiegu choroby płoniczej; nie poruszył bowiem zupełnie zagadnienia septicemji, podkreślanej przezemnie jako odrębnego zespołu.

Wynalezienie odczynu Dick'ów i zastosowanie przez nich surowicy przeciwploniczej potwierdziło moje przypuszczenia. Już kilkanaście pierwszych przypadków zastosowania surowicy przeciwploniczej wykazało, że ta niezwykle skuteczna, jeżeli chodzi o usunięcie objawów toksycznych, surowica nie usuwa objawów zespołu septycznego, a jeżeli je łagodzi, to tylko w nieznacznym stopniu.

Potrzeba uzupełnienia pierwotnego szematu Dick'ów nasuwała się przez to sama przez się. Uzupełnienia tego podjął się Brokman. Odczyn Dick'ów pozwolił określić uodpornienie się ustroju przeciw jadowi ploniczemu¹⁾. Brokman postawił sobie za zadanie określić uodpornienie się ustroju także przeciw samym bakterjom, posługując się w tym celu odczynem Fanconi'ego. W świetle tych badań pierwotny szemat Dick'ów rozwinął się w szemat Brokmana, który podaję poniżej.



Rys. 2. Szemat ustosunkowania się ustroju ludzkiego do paciorkowca.

Str. — paciorkowiec, Ind. — osobnik, D. — odczyn Dick'ów,

Str. — odczyn paciorkowcwy.

¹⁾ O ile nie mamy do czynienia z „niespodzianką“ indywidualną spowodowaną reaktywnością lub hyperalergją samej skóry, o czym będzie mowa w następnych ustępach.

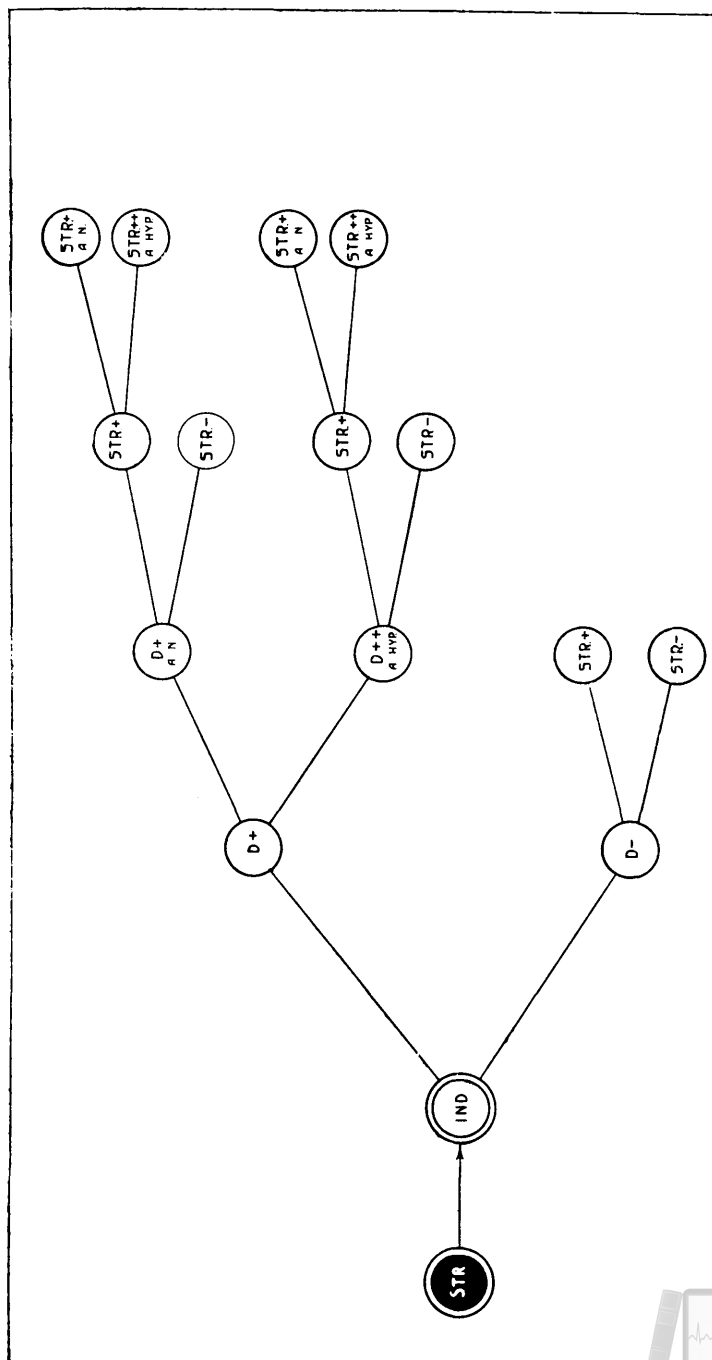
Wyrażony słowami szemat powyższy mówi nam, że paciorkowiec płonicy może paść na:

- 1) Ustrój posiadający odporność antytoksyczną (D. minus) i odporność antybakteryjną (strept. plus).
- 2) Ustrój posiadający odporność antytoksyczną (D. minus) lecz pozbawiony odporności przeciwbakteryjnej (strep. minus).
- 3) Ustrój pozbawiony odporności antytoksycznej (D. plus), lecz posiadający odporność przeciwbakteryjną (strept. plus).
- 4) Ustrój pozbawiony obydwu postaci odporności (D. plus), (strept. minus).

Analizując powyższy szemat przyszedłem do przekonania, że musi on być uzupełniony w sensie wszechstronnijszego zróżniczkowania dalszych dodatkowych możliwości.

Szemat podany przez Brokmana rozróżnia tylko odporności przeciwjadową (D. minus) i przeciwbakteryjną (strept. plus), oraz brak odporności przeciwjadowej (D. plus) i przeciwbakteryjnej (strept. minus). Skrótów te nie wyczerpują jeszcze całkowicie istotnego stanu rzeczy. Wyrazy (D. plus), (D. minus) nie przesądzają, czy mamy do czynienia z alergią normalną czy też wzmożoną, czy też z areaktywnością skóry. Tak samo oznaczenie (strept. minus) można tłumaczyć sobie, że albo cały ustrój nie wyrobił w sobie odporności przeciwbakteryjnej, albo że takiej odporności nie wykazuje tylko sama skóra (areaktywność skóry). Natomiast oznaczenie (strept. plus) nie wyczerpuje jako takie także istoty rzeczy. Oznaczenie (strept. plus) mówi tylko, że ustrój ma w sobie przeciwciała, które reaguje na wprowadzenie ciał paciorkowca, natomiast nie określa wcale, w jakim stanie znajduje się ten ustrój, czy jest on w stanie uodpornienia prawidłowego t. j. takiego, przy którym następuje zarówno sam odczyn jak i zdolność zwalczania choroby, czy też w stanie hyperalergji, t. j. takiego nadmiernego uczulenia się, przy którym następuje odczyn, a nie istnieją warunki do zwalczania choroby,

Poruszenie zagadnienia alergji normalnej i alergji wzmożonej (hyperalergji) wymagałoby uzupełnienia stanu (strept. plus) dwoma następnymi podstanami, stanem alergicznym normalnym i stanem hyperalergicznym. Szemat Dick-Brokmana uległby wobec tego modyfikacji ułożonej przeze mnie i podanej poniżej.



Rys. 3. Szemat I. ustosunkowanie się ustroju ludzkiego do paciorkowca płoniczego i jego jadow podług Michałowicza.

Str. — paciorkowce, Ind. — osobnik, D — odczyn Dick'ów, Str. — odczyn paciorkowcowy, A. n. — allergia normalis, A. hyp. — hyperallergia.

Tak uzupełniony szemat uwzględnia w daleko szerszym stopniu możliwość różnych ustosunkowań się osobnika do zarazka choroby płoniczej:

- 1) D. plus, allergia normalis; strept. plus, allergia normalis — mogłoby odpowiadać chorobie płoniczej z umiarkowanymi objawami toksycznymi i brakiem objawów septycznych.
- 2) D. plus, allergia normalis; strept. plus, hyperallergia — mogłoby odpowiadać chorobie płoniczej z umiarkowanymi objawami toksycznymi i szeroką gamą możliwości objawów septycznych.
- 3) D. plus, allergia normalis; strept. minus — mogłoby odpowiadać chorobie płoniczej z umiarkowanymi objawami toksycznymi i z wyraźnymi objawami septycznymi.
- 4) D. plus, hyperallergia; strept. plus, allergia normalis — mogłoby odpowiadać chorobie płoniczej z wybitnymi toksycznymi objawami i z brakiem objawów septycznych.
- 5) D. plus, hyperallergia; strept. plus, hyperallergia — mogłoby odpowiadać chorobie płoniczej z wybitnymi objawami toksycznymi i z szeroką gamą możliwości objawów septycznych.
- 6) D. plus, hyperallergia; strept. minus — odpowiadałoby chorobie płoniczej z wybitnymi objawami toksycznymi i z wybitnymi objawami septycznymi.
- 7) D. minus; strept. plus, allergia normalis — odpowiadałoby brakowi objawów toksycznych i brakowi objawów septycznych, czyli wyrażałoby zupełną odporność osobnika w stosunku do płoniczego paciorkowca hemolizującego.
- 8) D. minus; strept. plus, hyperallergia — odpowiadałoby chorobie płoniczej z brakiem objawów toksycznych, natomiast z szeroką gamą możliwości objawów septycznych (angina sine exanthemate, aż do septicaemia włącznie).
- 9) D. minus; strept. minus — odpowiadałoby brakowi objawów toksycznych przy obecności objawów septycznych, t. j. podobnemu stanowi, o jakim mówi p. 8.; tylko ze zmniejszonym rozpięciem gamy możliwości septycznych.

Oczywiście, że ten podany przed chwilą szemat aczkolwiek pozwala nam pogłębić analizę choroby płoniczej, nie wyczerpuje jednak jeszcze ostatecznie kwestji i wszelkich jej możliwości, ponieważ w życiu praktycznym minusy otrzymane w odczynach dokonanych z toksyną i z bakterjami, oraz plusy otrzymane podczas wykonywania tych samych

odczynów nie pozwalają nam w niektórych przypadkach odróżnić, co jest własnością skóry, a co jest własnością ustroju, jak na to zwróciłem już uwagę powyżej. Pozatem te same plusy nie dają nam w niektórych przypadkach zupełnie dokładnego pojęcia, czy mamy je uważać za wyraz alergii normalnej, czy też hyperalergji (p. rys. 4 na str. 228).

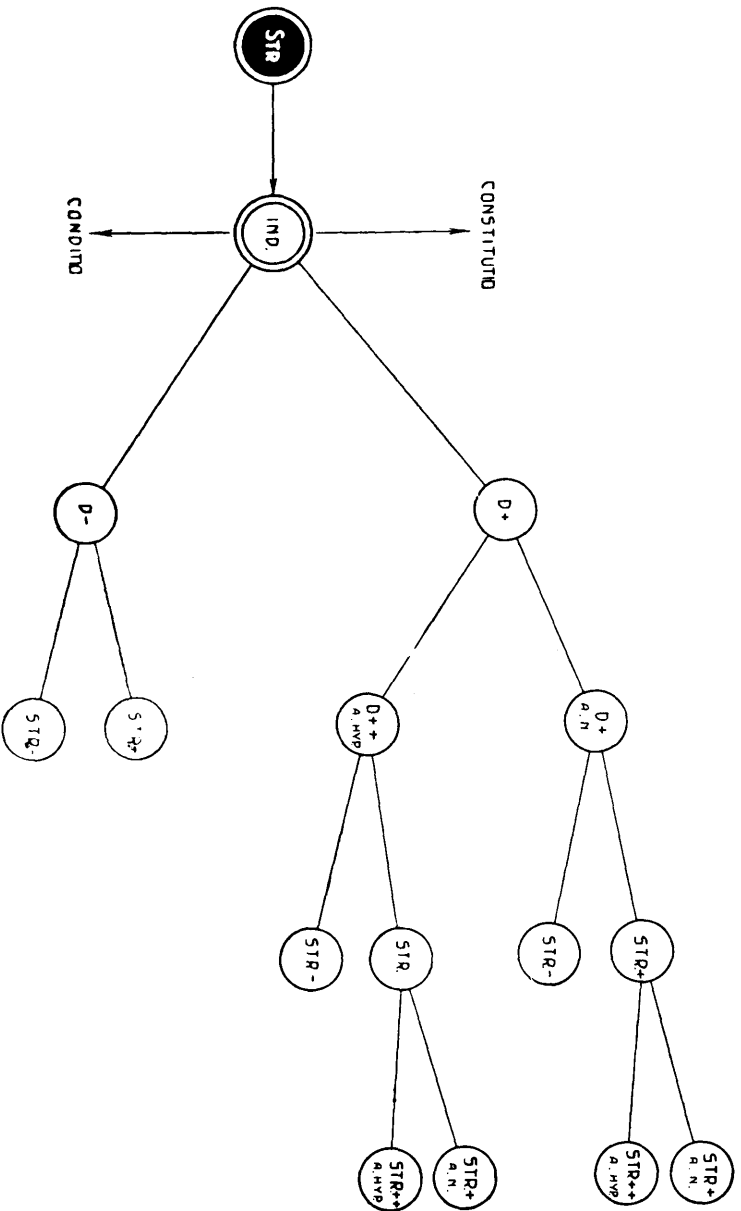
Sprawa całkowitej i względnej odporności ustroju na zarazek płonicy i jego jad nie może być rozpatrywana jedynie pod kątem odporności swoistej, t. j. pod kątem istnienia w ustroju przeciwciał zarówno przeciw jadam jak i przeciw samym bakterjom płoniczym. Musi ona być też rozważana z punktu widzenia samego ustroju i jego konstytucji. Istnieją bowiem ustroje nie posiadające przeciwciał wymienionych, które to ustroje pomimo stykania się ze źródłami zarazka nie zapadają na chorobę płoniczą.

Badania dokonane przez licznych badaczy wykazały, że swoista odporność przeciw jadam płoniczym spotyka się coraz częściej w miarę dorastania dziecka, tak samo badania dokonane w przebiegu masowych szczepień ochronnych wykazały, że małe dzieci uodporniają się tem trudniej, im są młodsze, czyli, że w pierwszych latach życia, ustrój dziecięcy jest pozbawiony w wysokim stopniu zdolności wytwarzania swoistych ciał przeciwploniczych. Wychodząc z powyższych założeń należałoby oczekiwać, że zachorowalność na chorobę płoniczą będzie największa właśnie wśród owych dzieci lat najmłodszych. Tymczasem życie nie potwierdza tych przypuszczeń. Stąd wniosek, że obok wąskiej odporności swoistej przeciwjadowo-bakteryjnej istnieje jeszcze odporność na szerszych oparta zasadach,—odporność ogólniejszej natury.

Odporność ogólna może być bezwzględna i stała lub względna, niestała i okresowa. W pierwszym przypadku mówimy o odporności konstytucjonalnej, w drugim — o odporności kondycjonalnej. Oba te czynniki są uwzględnione w szemacie II, podanym przeze mnie. Strzały idące od „indywiduum“ w kierunku do „konstytucji“ i „kondycji“ wskazują na możliwość uchylania się osobnika raz w tę, raz w inną stronę, na jego większą lub mniejszą, stałą lub przejściową odporność w stosunku do zarazka i jadu płoniczego.

Tak ułożony szemat godzi poglądy badaczy uwzględniających swoistą odporność w sensie Dick'ów i badaczy uwzględniających odporność ogólną w sensie Szontagh'a.

Szemat ten jest pozatem dostatecznie giętki i tłumaczy wszelkie możliwości zapadania na chorobę płoniczą osobników względem niej przedtem przez długie lata odpornych, wszelkie możliwości rozmaitego reagowania poszczególnych członków jednej i tej samej rodziny na jeden i ten sam zarazek, podczas jednej i tej samej epidemji; tłumaczy nam możliwość bądź uodporniania się, bądź uczulania się w sto-



Rys. 4. Schemat II. ustosunkowania się ustroju ludzkiego do pacjotkowca płoniczego i jego jądów podług Michałowicza.

Schemat II. różni się od podanego powyżej schematu I. uwzględnieniem cech konstytucjonalnych i kondycyjalnych ustroju.

sunku do zarazka i jadu płoniczego nawet w przebiegu jednego i tego samego zachorzenia w myśl poglądów Schlossmanna i Selmy Meyer; tłumaczy wreszcie wszelkie uchylenia spotykane przy systematycznym badaniu odczynów Dick'ów co pewien czas u jednych i tych samych osobników.

Poruszone przeze mnie dotychczas zagadnienia dotyczyły dwóch zespołów choroby płoniczej — zespołu intoksykacyjnego i zespołu bakteryjno-septycznego; nie poruszyły wcale zespołu autointoksykacyjnego. W tem więc miejscu muszę zaznaczyć, że podany przeze mnie szemat II daje możliwość uwzględnienia też i zespołu autointoksykacyjnego. Jeżeli bowiem, konstytucja chorego jest tak dalece nieodpowiednia, jeżeli kondycja jego jest tak dalece osłabiona, że ustroj nie jest w stanie reagować na jad zarazka mniej więcej „w granicach normy“ i zostaje wytracony z równowagi pod względem przemiany materji, wtedy w ustroju takim może powstać szereg jądów pochodzenia wśródustrojowego i zatruc dodatkowo szereg układów tegoż ustroju.

W miarę wzbogacania się naszych wiadomości wypadnie nam podzielić w przyszłości strzały wskazujące w naszym szemacie ogólnikowo na konstytucję i kondycję na kilka strzał wskazujących dokładnie, jakiego narządu konstytucję i kondycję musimy mieć na myśli. I tu zgóry musimy zachować miejsce dla układu, o tak ważnem znaczeniu dla przemiany materji i dla odtruwania ustroju, jakim jest układ wątroby. Badania anatomo-patologiczne zwłok osobników zmarłych na chorobę płoniczą, badania kliniczno-laboratoryjne, oraz ciężki przebieg choroby płoniczej u osób starszych dają nam dostateczne dane do przypuszczeń, że konstytucjonalna i kondycyjonalna wydolność lub niewydolność wątroby muszą odgrywać w przebiegu choroby płoniczej ważną rolę.

Na zakończenie podkreślam, jak zwykle, że wypowiedziane przeze mnie poglądy uważam za przejściowe, aktualne tylko dla chwili obecnej. Widzę osobiście w nich tylko próbę pogłębienia naszych zapatrywań na chorobę płoniczą, zapatrywań do niedawna tak jeszcze naiwnych i sumarycznych. Wiele jeszcze z nich przekreślimy, wiele pogłębimy i ujmemy wielostronniej.

O zamknięciu t. zw. tamy wątrobowej w związku z chorobą płoniczą¹⁾

P o d a ł

Dr. Wilhelm Kwaskowski (Tomaszów lubel.)

W drugiej połowie ubiegłego roku miałem możność obserwowania kilku przypadków po przebytej chorobie płoniczej, którym towarzyszyło znaczne powiększenie wątroby bez obrzęków powłok skórnych, bez tła żółtaczkowego skóry i bez urobilinogenu i białka w moczu. Przebieg schorzeń był naogół lekki. Objawy choroby, ciepłota, stan ogólny śnać nie budziły niepokoju, albowiem przez cały okres trwania choroby płoniczej obchodzono się środkami domowemi. Do lekarza zwrócono się po upływie 2-ch, a w jednym przypadku 3-ch tygodni od chwili wygaśnięcia wysypki. Powodem do zasięgnięcia porady były powtarzające się codziennie wymioty i upośledzone łaknienie. Po wykluczeniu czynników przyczynowych, któreby to powiększenie wątroby dostatecznie tłumaczyły, pozostawała, mojem zdaniem, jedyna interpretacja tych przypadków— jako zaburzeń czynnościowych t. zw. tamy wątrobowej w związku z chorobą płoniczą. To też zastosowałem adrenasol „Spiess'a“ tudzież preparaty wapnia. Wynik

¹⁾ Komitet Redakcyjny wita z uznaniem pracę kol. W. Kwaskowskiego, jako dowód, że lekarz pracujący w najtrudniejszych warunkach, lecz miłujący naukę, może przyczynić się do nowego oświecenia najważniejszych zagadnień klinicznych.

Stojąc jednak na gruncie obiektywnego rozważania sprawy, poruszonej przez Sz. autora, Redakcja zaznacza, że przyjmuje ujęcie podane przez kol. Kwaskowskiego jako jedno z możliwych w danym wypadku, nie przesądzając ostatecznie co do reszty możliwości. Dalej należy podkreślić, że związek między działaniem adrenaliny a zmniejszeniem się wątroby byłby jeszcze więcej przekonujący, gdyby autor zastosował większe dawki adrenaliny i otrzymał zmniejszenie się wątroby nie w okresie jednego tygodnia, lecz w przeciągu 6-ciu godzin. Oczywiście, że tego rodzaju stosowanie adrenaliny byłoby możliwe jedynie w warunkach klinicznych. Redakcja zdaje sobie zupełnie sprawę z tego, że Sz. autor nie miał do swej dyspozycji tych warunków pracy. Tem większe uznanie dla autora i tym większy obowiązek zastanowienia się nad poruszonem zagadnieniem dla innych kolegów pracujących w warunkach lepszych pod względem klinicznym

interwencji okazał się pomyślny i wątroba — w krótkim stosunkowo czasie — w ciągu bowiem niespełna tygodnia, cofnęła się poza prawy łuk zębrowy. Wobec skuteczności środków zastosowanych, przypuszczenia o słuszności obranej koncepcji przekształciły się poniekąd w pewnik, co skłoniło mnie do ogłoszenia obserwacji, aczkolwiek zdaję sobie dokładnie sprawę z pewnych luk i niedociągnięć, jakie musiały przy tem powstać z powodu pominięcia badań pracownianych w kierunku sprawdzenia wydolności wątroby. Złożyły się na to warunki lokalne.

Zanim jednak przejdę do podania historii chorób, skreślę słów parę o tamie wątrobowej i znaczeniu tego mechanizmu dla ustroju.

Nagromadzenie się krwi w rozległym łożysku naczyniowym wątroby — niekiedy w ilości wprost imponującej — znane było już Ludwigiowi. Celowość tego odruchu jest jasna. Wiemy — np. iż woda po wessaniu się z przewodu pokarmowego zdąża do prawego przedsionka dwoma szlakami: trakt pierwszy biegnie poprzez żyłę wrotną, żyły wątrobowe i żyłę próżną dolną, trakt drugi — bardziej okrężny — to układ limfatyczny, przewód piersiowy, lewa żyła bezimienna i żyła czcza górna. Gdy wessaniu uległa nadmierna ilość wody, zwieracze żył wątroby zamykają ich światło i woda poprzez przepuszczalne naonczas naczynia wątroby włacza się do rozległych przestrzeni limfatycznych. Ta czynność dynamiczna wątroby zdąża do odciążenia serca prawego od nadmiaru pracy. W razie zaś potrzeby zahamowania wzmożonej fali wody, zdążającej do serca lewego, tamy żył płucnych wspierają zapory żył wątrobowych. Atoli nie jest to cel pierwszy i ostatni czynności dynamicznej wątroby. Ręka obronna tego mechanizmu sięga dalej. We wszystkich schorzeniach, które grożą ustrojowi utratą wody zalegającej, jak i krążącej (np. biegunki), ustrój posiada w ten sposób możność gromadzenia i zaoszczędzania wody. Świadczy to niedwuznacznie o wpływie tamy wątrobowej — prawda pośrednio — na gospodarkę wodną ustroju. Mechanizm tej czynności zaporowej wątroby został dokładnie poznany przez Molitora, Picka, Mautnera, Lawsona i Roca. Badacze ci wykryli u ujścia żył wątrobowych zwieracze mięśniowe, nazwane przez nich tamą wątrobową (większych żył wątrobowych jest zwykle trzy, mniejszych kilka; są to żyły bardzo krótkie, wchodzące wprost z mięszu wątroby do żyły głównej dolnej; wiodą one krew, która doszła do wątroby poprzez tętnicę wątrobną i żyłę wrotną).

Z pojęciem tamy kojarzy się pojęcie o 2-ch jej czynnościach, zasadniczo odmiennych. Pod wpływem bodźców właściwych tama wątrobowa może się otwierać i zamykać. Według Mautnera i Picka obie te czynności żył wątroby

znajdują się pod batutą układu nerwowego wegetatywnego. Wpływy współczulne rozluźniają system zapór żylnych, wpływy zaś parasympatyczne działają w kierunku przeciwnym. Antagonizmowi nerwów wegetatywnych w sokach ustroju i we krwi odpowiada antagonizm katjonów K i Ca .

Doświadczenia S. G. Londeka przemawiają za istnieniem równoległości pomiędzy nerwem błędnym i działaniem jonów potasowych, a nerwem współczulnym i działaniem jonów wapnia. Londek twierdzi, iż podrażnienie n. błędnego powoduje zwiększenie stężenia jonów K we wnętrzu komórki, zaś podrażnienie n. współczulnego zwiększa stężenie jonów Ca . I odwrotnie. Wahania w stężeniu jonów K i Ca prowadzą do zakłócenia równowagi systemu nerwowego mimowolnego. Innymi słowy wpływ nerwów sprowadza się do zadziałania odpowiednich jonów. Wogóle zagadnienie, dotyczące czynności tamy wątrobowej, jest dość złożone i zająmuje się nie tylko o wpływy, o których była mowa powyżej. Układ nerwowy wegetatywny spleta się ściśle z czynnością gruczołów dokrewnych. Z czynnością n. błędnego sprzęga się czynność insuliny — inkretu trzustki, pituitriny, grasicy. A że układ parasympatyczny chroni ustrój od utraty wody, stąd wydzieliny nań działające powodują nawodnienie tkanek. Wpływy współczulne w kierunku uwolnienia ustroju od nadmiaru H_2O popiera tarczyca, nadnercze, gruczoły płciowe. Lecz czynność inkretów uzależnia się od ogólnego stosunku K do Ca . Adrenalina np. — wobec braku odpowiedniej ilości katjonów Ca , pod wpływem katjonów K , zatracą swe cechy współczulne i działa jako czynnik parasympatyczny. Insulina jest czynna wobec właściwego stężenia jonów potasowych i t. d. Równowaga jonów ustroju staje się zatem warunkiem bezwzględny dla prawidłowej czynności układu nerwowego wegetatywnego, gruczołów dokrewnych, a co zatem idzie i normalnej czynności t. zw. tamy wątrobowej. Ponadto istnieje szereg ciał i roztworów, które pośrednio biorą udział w regulowaniu zapór żylnych. Atropina, kofeina, płyny hipertoniczne, organiczne związki Hg (Pollitzer, Stolz) osłabiają tamę. Do umocnienia tamy wątrobowej przyczyniają się cholina, histamina, pepton, płyny hipotoniczne. Jady pochodzenia bakteryjnego stanowią czynnik nieobojętny dla zapór żylnych. Wiemy, iż większość ostrych chorób zakaźnych prowadzi do zwichnięcia równowagi układu mimowolnego na korzyść układu nerwu błędnego. Jest to niebłaży argument do poparcia koncepcji, iż w przebiegu choroby płoniczej istnieją momenty, sprzyjające umocnieniu tamy wątrobowej.

Ten precyzyjny gmach wielostronnych wpływów, dotyczących czynności tamy wątrobowej, pokrywają ośrodki, umiejscowione w mózgu, skąd biegną bodźce tak ku wątro-

bie, jak i w kierunku odwrotnym. Tyle z dziedziny teorii w ujęciu schematycznym.

Podaję krótkie streszczenia obserwowanych przypadków:

Przypadek I. W-ski Janek, l. 7 (Górny-Majdan). Zachorował nagle 12.VIII.27. Wymioty, ból gardła, gorączka. 13.VIII wysypka o cechach wysypki płoniczej, Gorączkował dni siedem. Samopoczucie podczas choroby dobre. Obecnie brak łaknienia i sporadyczne wymioty. Dziedzicznie nie obciążony.

Status praesens. Powłoki skórne i widoczne śluzówki blade. Łuszczenie na ukończeniu. Podściółka tłuszczowa mierna. Gruczoły chłonne podszczękowe macalne, niebolesne. Płuca opukowo i osłuchowo bez odchyień: wypuk jawną, oddech pęcherzykowy. Tętno 10 na l', miarowe, napięcie dobre. Serce niepowiększone. Tony serca czyste, bez rozszczepień i przylaku. Śledziona niemacalna. Wątroba występuje poza prawy łuk żebrowy na 4 palce poprzeczne, bolesna, brzeg jej zaokrąglony. Kończyny dolne wolne od obrzęków. Mocz bez białka i urobilinogenu (próba Ehrlicha). Ciepłota ciała 36,8. Po zastosowaniu Adrenasolu i preparatów wapnia (CaCl_2) wątroba w ciągu dni 6 cofnęła się poza łuk żebrowy.

Przypadek II. Ko-ur Janek l. 6 (Łuszczacz). Zachorował 4.X.27 wśród wysokiej gorączki, wymiotów, bólu gardła. Dnia następnego wysypka płonicza. Gorączka o typie stałym dni 8. Stan ogólny podczas choroby zadawalniający. Obecnie apetyt upośledzony, codziennie wymioty raz, lub dwa razy w ciągu doby.

Status praesens. Skóra i widoczne błony śluzowe blade. Gruczoły chłonne podszczękowe i szyjowe powiększone. Płuca, serce — norma. Wątroba wystaje na 3 poprzeczne palce z pod łuku żebrowego, bolesna. Puchliny brzusznej i obrzęków brak. Mocz bez odchyień od normy. Ciepłota 36,7'. Leczenie i wynik leczniczy jak uprzednio.

Trzech następnych przypadków wobec identyczności z podanymi powyżej nie przytaczam.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. W.

Dyrektor Prof. M. Michałowicz.

Z kliniki ropnia pozagardłowego

P o d a ł

R. Barański i W. Gumiński.

Ropnie pozagardłowe bywają dwojakiego rodzaju. a) w postaci ropni o przebiegu ostrym, powstałych w następstwie zropienia gruczołów, i b) w postaci ropni zimnych, opadowych, w przypadkach gruźlicy kostnej.

Tematem pracy naszej będzie wyłącznie grupa pierwsza. Omawiane ropnie rozwijają się w przestworzu tylnogardłowym (spatium retropharyngeum), które jest jednym z 4, znanych nam na szyi. Położone jest ono między gardłem i przełykiem z jednej strony, a kolumną kręgową wraz z przylegającymi mięśniami — z drugiej. Przystworze to zaczyna się u guzika (tuberculum pharyngeum) kości potylicznej (partis basillaris ossi occipitalis), przechodząc ku dołowi bezpośrednio w obręb tylnego śródpiersia. Przednią jego ścianę stanowi warstwa mięśni gardłowych wraz z powięzią policzkowo-gardłową (fascia buccopharyngea), tylną zaś powięź przedkręgową (fascia praevertebralis), pokrywająca mięśnie przedkręgowe. Z boków odgraniczone pasemkiem zbitej tkanki łącznej (cloison sagittale Charpy) przestworze tylnogardłowe graniczy bezpośrednio z przestworzem przygardłowym (spatium parapharyngeum), w którym mieszczą się ważne nerwy (błędny, szyjny nerw współczulny, podjęzykowy, języko-gardłowy, dodatkowy) oraz naczynia (tętnica i żyła szyjna).

Omawiane przestworza tworzą się już w tkance zarodkowej, zawsze w postaci szczelinek, później jednak zwiększają się do rozmiarów makroskopowych. Zdaniem Lewe'go powstają one w wyniku wzajemnego przemieszczania się poszczególnych organów. Im rozleglejsze są te przemieszczenia, tem tkanka, utrzymująca organy w naturalnem położeniu, staje się pulchniejszą i podatniejszą do rozciągnięcia. Stąd

też wynika, że przestworze tylnogardłowe jest wypełnione niezwykle luźną tkanką łączną. W masie tej ostatniej zalegają sploty naczyń limfatycznych i gruczoły; na wysokości pierwszego-drugiego kręgu szyjnego są położone gruczoły tylnogardłowe (opisane przez Fleming'a i Goutier'a) ważne z tego względu, że zropienie ich jest punktem wyjścia ropnia pozagardłowego.

Czynnikiem etiologicznym w powstawaniu ropnia tylnogardłowego jest zakażenie odnośnych gruczołów niezależnie od tego, czy powstaje ono drogą bezpośredniego obrażenia śluzówki nosa i nosogardzieli, czy też na tle zakażenia ogólnego. Tem się tłumaczy, że w przebiegu chorób zakaźnych ropień tylnogardłowy nie jest wcale rzadkością. Nawet zdała leżące organy mogą w pewnych okolicznościach przyczynić się do powstania zapalenia omawianych gruczołów. Z cytaty Meyer'a wynika, że schorzenia ucha, górnej szczęki, oczodołu, podstawy języka, a nawet choroby skóry mogą być nieraz ku temu przyczyną. Zaznaczyć należy, że przy zapaleniu migdałka podniebiennego ropnia tylnogardłowego nigdy nie bywa. Niekiedy stwierdza się w następstwie schorzeń migdałka gardłowego (adenoiditis) ropowicę tegoż. Nie można jej jednak identyfikować z ropniem tylnogardłowym, gdyż rozwija się ona w mięszu migdałka, na zewnątrz przestworza tylnogardłowego.

Ropień tylnogardłowy o przebiegu ostrym można spotkać w różnych okresach wieku, zasadniczo jednak może być on uważany za cierpienie par excellence wieku dziecięcego, a zwłaszcza pierwszego dzieciństwa.

Tę skłonność wieku dziecięcego do wytwarzania się ropni tylnogardłowych objaśnić można wrażliwością ogólną systemu chłonnego, częstością chorób zakaźnych u dzieci, dalej umiejscowieniem gruczołów tylnogardłowych i największym ich rozwojem w tym właśnie okresie życia. Począwszy od 3 roku życia gruczoły te zasadniczo ulegają zanikowi.

Nietrudno tedy wyprowadzić wnioski, że wszystkie ropowice omawianego odcinka są pochodzenia bakteryjnego. Stwierdzamy zwykle bakterje ropotwórcze, częstokroć jednak z domieszką innych. Z ropotwórczych, według autorów francuskich, najczęściej stwierdza się paciorkowce.

W okresie początkowym rozwoju ropnia można odnotować cały szereg objawów zgoła niecharakterystycznych, jak mniejsza lub większa gorączka, niepokój, bezsenność, chrapanie, wyciek śluzowo-ropny z nosa i t. p. Objawy te częstokroć możemy stwierdzić w stanach nieżytych górno-odcinka dróg oddechowych, w tej liczbie i w zwykłym zapaleniu migdałka gardłowego. Dopiero w miarę nasilania się objawów, a głównie przy przejściu sprawy zapalnej w okres

ropienia występują kardynalne objawy ropnia w postaci zaburzeń czynności łykania, oddychania i głosu.

Skala tych objawów zależna jest głównie od umiejscowienia oraz wielkości samego ropnia. Trudności ssania oraz łykania są prawie zawsze obecne i są jednym z najpierwszych objawów, głównie jednak występują one w przypadkach zlokalizowania się ropnia poniżej miękkiego podniebienia.

Przy niższem umiejscowieniu się ropnia wzmagają się trudności oddechowe. Oddychanie staje się utrudnionem, poszczególne fazy są wydłużone, a rytm bywa często przerywany; towarzyszy tym stanom zwykle sapanie zarówno wdechowe jak i wydechowe. Przyczynę nasilającej się duszności przypisać należy mechanicznemu zwężeniu dróg oddechowych; niekiedy jednak dochodzi do tego obrzęk wiązadła nagłośniolenawkowego lub też skurcz bądź też obrzęk głośni. W związku z tem w niektórych przypadkach prócz stałej duszności występują napady formalnego duszenia się. Wielu autorów podkreśla fakt wzmagania się duszności w pozycji siedzącej i uczucie ulgi przy leżeniu, starając się objaśnić to zjawisko rozłożeniem się zawartości ropnia na większej powierzchni przestworza w pozycji poziomej.

Głos bywa z wyraźnym odcieniem nosowym naogół jednak osłabiony. Niektórzy chcą go upodobnić do kwakania kaczki. Kaszel jest szorstki, gruby, gardłany.

Oglądanie gardła daje bardzo charakterystyczny obraz. Stwierdzamy zazwyczaj uwypuklenie się śluzówki tylnej ściany gardzieli. W okresie wczesnym może być ono asymetryczne w stosunku do linii środkowej, później jednak to się wyrównywa. Śluzówka gardła w tem miejscu może być przekrwiona, czasami normalna na wygląd, a nawet w razie dużego napięcia i ścięczenia przybiera odblask żółtawy. Obmacywanie guza wykazuje zwykle rozlane obrzmienie, w środku którego wyczuwa się miejsce dobrze odgraniczone o miękkiej konsystencji, więcej wygórowane. Jeśli daje ono uczucie „choc en retour“, napewno przypuszczać możemy obecność ropy.

Krzywa ciepłoty w okresie sformowanego ropnia jest mało charakterystyczna. Zazwyczaj w okresie wczesnym gorączka bywa stała i dość wysoka, w okresie dojrzenia ropnia przybiera częstokroć charakter hektyczny.

Rozpoznanie ropnia w okresie już dojrzenia zazwyczaj nie przedstawia trudności. Mogą się one nasuwać jedynie w okresie wczesnym. Należy tu mieć na uwadze (zdaniem Meyer'a) możliwość istnienia róży śluzówki gardła. Według Schmidt'a należy przy różniczkowaniu pamiętać o istnieniu miękkich lipomatów, nieowrzdzonych kilaków, a także niekiedy dodatkowego gruczołu tarczowego. Na szczęście są to wielkie rzadkości, zwłaszcza u dzieci. Z punktu widzenia

FORTOSSAN

C I B A

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

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

PUDEŁKA ORYGINALNE Z MIARECZKĄ W FORMIE ŁYŻECZKI.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

P A B J A N I C E, wojew. Łódzkie.

Oddział Farmaceutyczny.

POLECAMY

Polski Kalendarz Lekarski

NA ROK 1928

ROCZNIK TRZECI.

Znacznie rozszerzony i uzupełniony najnowszymi zdobyczami wiedzy, zawierający między innymi: Kalendarjum, dział **rozpoznawczo - leczniczy** z dokładnem uwzględnieniem **djagnostyki różniczkowej i symptomatologii**, alfabetyczny spis ważniejszych leków z dokładnem uwzględnieniem **produkcji rodzimej; synonimy środków leczniczych; tabelę najwyższych dawek dla dorosłych i dla dzieci; aproksymatywną pojemność naczyń; klimato- i balneoterapję; tabelę porównawczą zdrojowisk polskich i zagranicznych; kąpiele lecznicze; kąpiele słoneczne; leczenie światłem elektrycznem; leczenie lampą kwarcową; leczenie promieniami Roentgena; leczenie radem; prof. Korczyńskiego: Radioczystne wody lecznicze i ich zastosowanie; djatermję; kosmetykę; djetetykę; tabelę zawartości węglowodanów; witaminy; ortopedję; surowice i szczepionki; proteinoaterapję; Dra Baley: Uwagi o gorączkowym leczeniu psychoz niekiłowego pochodzenia; badania laboratoryjne; zatrucia; najczęstsze zabiegi lekarskie; okres wylegania i zaraźliwości chorób zakaźnych; oznaczenie okresu ciąży; ciężar i wzrost zdrowego dziecka; usuwanie plam z rąk i bielizny; etjologję i profilaksę płonicy; sekcję sądowo-lekarską; znamiona śmierci gwałtownej; ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej; spis lekarzy Izby warsz.-białostockiej; notatnik.**

Cena kalendarza, formatu kieszonk. w płótno oprawnego, wynosi

6.80 zł. za pobraniem pocztowem 8 zł.

KSIĘGARNIA NOWOŚCI

LWÓW — KOPERNIKA 3.

Pozatem dostarczamy czasopisma i dzieła fachowe polskie i zagraniczne,—te ostatnie po cenach ściśle katalogowych, bez doliczenia kosztów przesyłki zagranicznej i na dogodnych warunkach.

topografji, wydaje się nieraz niezmiernie trudnem ściśle rozgraniczenie między ropniem tylnogardłowym, a ropniem tylnobocznym, który powstaje w następstwie zropienia gruczołów głębokich szyi, towarzyszących naczyńiom.

Samoopróżnienie ropnia, jako przejaw samowyleczenia możliwe jest tylko w przypadkach ropowicy gruczołu gardłowego. Istotne zaś rośnie tylnogardłowe tej właściwości nie wykazują. Luźny charakter utkania, własność łatwego wsiąkania powoduje to, że ropień powstały w obrębie przestworza tylnogardłowego, opuszcza się niżej. Kierunek jego rozwoju jest zawsze ściśle określony, lecz nie dlatego, by tu istniały jakie stałe drogi lub szczeliny, lecz wprost dlatego, że w tym kierunku ropień spotyka najmniejszy opór. Sprawa istnienia przestworzy, ich kierunku i wielkości zajmowała wielu. Dość wspomnieć o pracach Henle'go, König'a, Paulsen'a i innych. W piśmiennictwie polskiem posiadamy pracę doświadczalną Rosenthal'a. Przychodzi on do wniosków, że ropień tylnogardłowy nie zbacza nigdy poza przyrodzone granice przestworza, że między śródpiersiem przednim i tylnem niema bezpośrednich dróg łączności, że ropień tylnogardłowy nie przedostaje się do pochwy naczyniowej i że poziom opuszczania się uzależniony jest od ilości ropy i ciśnienia.

Ropień tylnogardłowy, pozostawiony swemu losowi, bezwzględnie grozi zejściem śmiertelnem. Wśród przyczyn śmierci wymieniają uduszenie, spowodowane obrzękiem wiązadeł lub skurczem głośni. U małych dzieci groźnym jest stan wyniszczenia w następstwie nieodżywiania, a według Goutier'a — stan posocznicy (na skutek zgorzeli tkanki, tworzącej ściany ropnia). Odnotowano również zapalenie tylnego śródpiersia i odoskrzelowe zapalenie płuc. Thoyer — Rozat, analizując ogłoszone przypadki nagłej śmierci, wnioskuje, iż śmierć mogła być objaśnioną jedynie syncope cordis. Marfan objaśnia powstanie tego zjawiska na drodze odruchowej przez podrażnienie nerwu błędnego, lub też ucisk czy podrażnienie górnego szyjnego splotu współczulnego.

Leczenie ropnia jest bardzo proste. W razie ustalenia chęłbotania wskazanem jest opróżnienie (drogą przecięcia), Ropień tylnogardłowy bywa otwierany zazwyczaj od strony jamy ustnej. Jedynie Cheyne i Burckhardt propagują drogę od zewnątrz, jako więcej odpowiadającą zasadom chirurgji. Drogę tę można jedynie zalecić w przypadkach ropni zimnych i bocznych.

Poniżej przytaczamy kilka dość typowych przypadków ropnia pozagardłowego u dzieci do lat dwu, które zilustrują wyżej umieszczony opis syntetyczny:

1) Orz-ska Stefa, miesięcy 5 1/2. Wyciąg z historii Nr. 2895.

Urodzona na czas, normalnie, karmiona do chwili przyjęcia do kliniki piersią, regularnie. Przed pięcioma tygodniami zachorowała na biegunkę, która trwała przez 3 tygodnie. Dwa tygodnie temu dostała wysokiej gorączki (39°), kaszlu i niezytu nosa, które to objawy trwają bez większych zmian do zgłoszenia się dziecka w ambulatorjum klinicznym. Przed czterema dniami matka zauważyła, że dziecko źle łyka. Równocześnie wystąpiła chrypka. Oddech zrobił się głośny, chrapliwy.

12.1.28. zgłosiła się do polikliniki. Stan obecny: t⁰. — 39°2. Narządy wewnętrzne bez zmian, Z nosa wyciek śluzowo-ropny, niezbyt obfity. Oddech głośny, chrapliwy. Głos zachrypnięty z odcieniem nosowym. Przy każdym wdechu okolica nadbrzusza wyraźnie zapada. Gardziel zaczerwieniona, tylna ściana gardzieli po lewej stronie znacznie uwypuklona ku przodowi w postaci guza. Tylny lewy fałd podniebленно-językowy oraz lewy migdałek są przez to odsunięte ku przodowi. Przednia ściana tego guza łatwo daje się uciskać przy dotyku. Przy cofaniu pograżonego palca wyraźnie wyczuwa się choc en retour. W moczu stwierdzono piurję. Rozpoznano ropień pozagardłowy, który przecięto i wypuszczono koło 2-ch łyżeczek od herbaty ropy.

W tym samym dniu t. j. 12.1.28. przyjęto dziecko do kliniki (po zabiegu). Stan jak wyżej.

W klinice od 12.1. do 21.1. stan ogólny cały czas dobry; dziecko ssie i łyka dobrze, nie gorączkuje, przybywa na wadze 380 gr., z otworu po nacięciu sączy się ropna wydzielina, 21.1. wypisane.

25.1. zgłosiło się ponownie do polikliniki. Objawy ropnia zupełnie ustąpiły. Zjawilo się ropne zapalenie ucha środkowego prawego.

Résumé: Przypadek ropnia pozagardłowego lewostronnego u dziecka 5 1/2 miesięcznego. Przebieg kliniczny danego przypadku dość typowy. Za tło sprawy trzeba uważać poprzedzający ją niezyt nosa i noso-gardzieli. Wynik leczenia chirurgicznego dobry.

2) Gry...kin Rysio, miesięcy 2 dni 10. Wyciąg z historii choroby Nr. 2118. Urodzony na czas, normalnie, karmiony wyłącznie piersią do 1 1/2 miesiąca, potem mieszanie, nieregularnie. Zachorował przed 3-ma tygodniami na zapalenie oskrzeli, które trwało w przeciągu tygodnia. Po tym czasie ciepłota powróciła do normy i dziecko przez 3 dni było zupełnie zdrowe. Od 10 dni gorączkuje do 38°—39°, kaszle, rzęzi, oddycha z trudnością i nie może ssać.

Przyjęty do kliniki 7.1.27. Stan obecny: Leży biernie, z odchyłoną ku tyłowi główką, z ustami otwartymi. Chrypka, łyka źle. Na badanie reaguje słabo. Oddech głośny, chrapliwy, głównie podczas wdechu. Podczas wdechu skrzydła nosa rozszerzają się, nadbrzusze zapada. Oddechów 39, tętno 120 na 1'. Gruczoły na szyi z lewej strony i u kąta żuchwy dochodzą do wielkości wiśni, pozatem drobne. Na tylnej ścianie gardzieli z lewej strony wygórowanie wielkości orzecha włoskiego z przeświecającą ropą, miękkie. Lewy migdałek i tylny łuk podniebленно-językowy przesunięte ku przodowi. Nos bez zmian. Inne narządy bez zmian. Rozpoznano ropień pozagardłowy i dokonano przecięcia, wypuszczając koło 2-ch łyżeczek ropy.

W czasie od 7.1. do 12.1. stan dziecka znacznie się poprawił. T⁰ spadła po kilku dniach do normy, głos się oczyścił; dziecko zaczęło dobrze łykać, oddycha spokojnie, przez nos. Przybytek na wadze przez 10 dni 380 gr. Miejsce przecięcia zabliznia się normalnie. Wypisane 17.1.28 jako zdrowe.

Résumé: Jeden z klasycznych przypadków ropnia pozagardłowego, powstały prawdopodobnie po schorzeniu górnego odcinka dróg oddechowych, o przebiegu normalnym u chłopca 2 1/2 miesięcznego.

3) Sk...ak Zdzisio, 12 miesięcy. Wyciąg z karty poliklinicznej Nr. 10428. Urodzony na czas, normalnie. Od 2-ch tygodni gorączkuje i źle ssie. Początkowo miał katar nosa i kaszał.

Zgłosił się do polikliniki 3.II.28. Stan obecny: T.^o 37,^o₆. Głowa odchylona ku tyłowi, oddech chrapliwy. U kąta prawej żuchwy powiększony gruczoł chłonny. Z prawej strony na tylnej ścianie gardzieli dość duży miękki guz. Objawów nieżytych niema. Inne narządy bez zmian. Rozpoznano ropień pozagardłowy. Po przecięciu wydobyto koło 1 1/2 łyżki stołowej ropy.

4.II.28 Stan dobry.

R é s u m é: Dość typowy przypadek ropnia pozagardłowego u dziecka rocznego. Tło sprawy trzeba wiązać z poprzedzającym nieżytem górnego odcinka dróg oddechowych. Po zabiegu operacyjnym szybko powrócił do zdrowia.

4) Ka...ski Genio, 10 miesięcy. Wyciąg z karty poliklinicznej Nr. 2975. Zachorował przed miesiącem przy objawach nieżyty oskrzeli. Nieco później wystąpiło zapalenie ucha środkowego lewego wraz z obrzękiem gruczołów chłonnych na szyi z tejże strony.

Zgłosił się do polikliniki 2.I.23. Stan obecny: Nos drożny, bez objawów nieżytych, tylna ściana gardzieli z lewej strony znacznie uwypuklona ku przodowi, tylny łuk podniebienny przesunięty. Rozpoznano ropień pozagardłowy. Incisio. 1.II.23. Przebieg pooperacyjny normalny.

R é s u m é: Przypadek ropnia pozagardłowego u dziecka 10-miesięcznego. Za punkt wyjścia sprawy można uważać stan zapalny ucha środkowego, prędzej jednak poprzedzający ją nieżyty stan górn. odc. dr. oddechowych.

5) Br...ski Tadzio, miesięcy 5 dni 19. Wyciąg z karty poliklinicznej Nr. 7606. Zachorował przed kilkoma dniami, oddycha ustami, oddech chrapliwy. Gorączkuje.

Zgłosił się do polikliniki 16.IV.26 z następującymi objawami: Nos drożny bez objawów nieżytych. Tylna ściana gardzieli po lewej stronie znacznie uwypuklona. Rozpoznano ropień pozagardłowy, który opróżniono. Wyleczenie.

R é s u m é: Przypadek ropnia pozagardłowego u dziecka 5 1/2, miesięcznego. Wynik po zabiegu operacyjnym dobry. Tło sprawy wobec skąpych wywiadów nieznanne.

Ogółem mieliśmy możność spostrzegać w klinice 11 przypadków. Z tego część znajdowała się w obserwacji klinicznej, część zaś — poliklinicznej.

Liczba spostrzeganych przypadków jest niewielka i dlatego jako zadanie stawiamy sobie jedynie podkreślenie pewnych osobliwości obserwowanych przypadków oraz porównanie ich z opisywanymi przez innych autorów,

Wiek naszych dzieci z ropniem pozagardłowym, jak to będzie widać z całego przytoczonego materiału wahał się między 2 a 17 miesiącami. Prócz tego w jednym przypadku (6) obserwowaliśmy ropień pozagardzielowy u dziecka prawie 4-ro letniego. Przypadek ten należy uważać za rzadki, gdyż jak twierdzą wszyscy autorzy, predysponowane są do ropnia pozagardzielowego jedynie dzieci do lat 2-eh; w wieku późniejszym gruczoły pozagardłowe są zazwyczaj w zaniku.

6) Zie-ska Irenka, 3 lata 9 miesięcy. Wyciąg z karty poliklinicznej Nr. 1671. Urodzona na czas, normalnie. Obserwowana w poliklinice od 6-go miesiąca życia. Miewa dość często nieżyty górnego odcinka dróg oddechowych.

1.II.26. Zgłosiła się do polikliniki z następującymi objawami: T° 38, lekki nieżyt nosa, gardziel silnie przekrwiona. Migdałki znacznie obrzęknięte. Gruczoły szyjne powiększone, bolesne, zwłaszcza po stronie lewej. Ruchy głowy ograniczone.

3.II. Poza lewym migdałkiem tylna ściana gardzieli silnie się uwykuła. Chełbotania jednak nie stwierdza się.

8.II. Ropień sformował się. Poddano go nacięciu. Potem szybka poprawa.

Résumé: Przypadek ropnia pozagardłowego u dziecka prawie 4-letniego. Tworzenie się ropnia miało miejsce wprost w naszych oczach. Po przecięciu szybka poprawa.

Trudno jest mówić na podstawie 11 przypadków o wpływie pory roku na występowanie ropnia pozagardłowego u dzieci. Jednakże zasługuje na uwagę, że większość z nich, bo 8, obserwowaliśmy w okresie od grudnia do marca włącznie, t. zn. w naszym klimacie w okresie największego nasilenia schorzeń nieżytowych dróg oddechowych.

Nic w tem zresztą dziwnego, boć przecie ropień pozagardzielowy występuje przeważnie na skutek zakażenia śluzówek nosa czy jamy noso-gardzielowej. Z naszych przypadków w 6-iu są notowane w wywiadach lub w wynikach badania przedmiotowego stany nieżytowe dróg oddechowych (przypadki 1, 2, 3, 4, 6, 9). W 4-ym prócz tego notowano zapalenie ucha środkowego. Toż samo cierpienie poprzedzało wystąpienie ropnia pozagardzielowego w przypadku 7-ym i 11. W obydwu zapalenie ucha środkowego mogło być przyczyną zropienia gruczołów pozagardłowych, aczkolwiek niema co do tego absolutnej pewności. Poniżej przytaczamy jeden z tych przypadków (7).

7) Lu...rek Danusia, 1 rok 5 miesięcy. Wyciąg z historii choroby Nr. 2398. Urodzona na czas, normalnie. Karmiona piersią przez 2 tygodnie, potem sztucznie, Do roku była zdrowa, w 13-ym miesiącu życia przechodziła odrę i wietrzną ospę. W 15-ym miesiącu zapalenie płuc oraz błonicy nosa i gardzieli. Od miesiąca gorączkuje, tchnie, kaszle, ma ropny wyciek z ucha lewego i nieżyt spojówek. Z powodu zapalenia płuc leżała w klinice. Wówczas odczyn Pirquet'a dodatni.

Przyjęta ponownie do kliniki 21.V.27. Stan obecny: gorączkuje, objawy tbc gland. peribronchialium et pulmonum. Pyelitis. Otitis media sinistra. Rhinitis.

26.V. stwierdzono wypuklenie się tylnej ściany gardzieli po stronie prawej bez wybitniejszych cech zapalnych. Oddechów 30. Tętno 140. Rozpoznano ropień pozagardłowy, który przecięto i wydobyto około łyżki gęstej ropy.

16.VI. wypisana. Stan ogólny jak przy przyjęciu.

Résumé: Przypadek ropnia pozagardłowego o nieznanym przebiegu u dziecka 17-to miesięcznego, dotkniętego gruźlicą płuc i gruczołów kołoskrzelowych. Charakter ropy wydobytej po przecięciu przemawiał za niegruźliczem pochodzeniem ropnia. Był on rozpoznany przypadkowo, przy badaniu laryngologicznym. Według słów ordynatora objawy gruźlicy płuc i gruczołów kołoskrzelowych maskowały objawy ropnia. W przebiegu zwraca na siebie uwagę nieduża liczba oddechów (30) przy objawach wysokiej gorączki i duszności powodowanej prócz tego gruźliczymi zmianami w płucach.

Większość objawów spostrzeganych na naszym materiale daje się widzieć w każdym prawie klasycznym przypadku. Do nich należy poza objawami ogólnymi charakterystyczna triada — dysphagia, dysphonia i dyspnoe, obrzęk gruczołów szyjnych, odchylenie głowy ku tyłowi oraz typowe, opisane we wstępie objawy w samej gardzieli. Najstałym objawem ze wspomnianej trójcy jest trudność łykania. Zresztą nasilenie poszczególnych objawów zależy od lokalizacji ropnia. Położone nisko dają największą duszność (8 i 9). Przytaczamy poniżej pierwszy z nich:

8) Ps. cha Edmund, 1 rok 3 miesiące. Wyciąg z historii choroby Nr. 421. Urodzony na czas, normalnie, karmiony piersią do 8 miesięcy, potem sztucznie. Zachorował nagle dnia 27.XII.23 przy objawach wysokiej gorączki do 40°, wybitnej duszności wdechowej, opuchnięcia szyi i narzemia żył szyjnych. Po 3-ch dniach t.^o spadła do 35° — 39° i na tym poziomie utrzymuje się.

16.I.24. Badanie laryngologiczne i roentgenologiczne nic specjalnego nie wykazało. Dziecko od początku choroby trzymało głowę odchyloną ku tyłowi.

23.I.24. Przyjęty do kliniki Stan obecny: robi wrażenie ciężko chorego, oddech chrapliwy, głośny, wyraźna chrypka. Dziecko bardzo niespokojne, źle sypia. W pozycji siedzącej duszność zmniejsza się. Gruczoły na szyi obrzmiały, bolesne. Nos bez żadnych zmian. Migdały małe, gardziel lekko przekrwiona. Na tylnej ścianie gardzieli śluzówka uwypuklona, głównie w dolnej części (hypopharynx), z lewej strony prześwieca jakby żółtawym odbłaskiem. Konsystencja w tym miejscu miękkiej masy, z prawej strony nieco twardsza. Inne narządy bez zmian. Rozpoznano ropień pozagardłowy. Ropień przecięto, wypuszczając 1½ — 2 łyżki stołowe ropy.

25.I. otwór poszerzono, aby ropie zabezpieczyć odpływ.

Przez czas od 23.I. do 30.I stan dziecka dobry. T.^o poniżej 38°, pod koniec hipotermiczna. Na wadze przez ten czas przybrało 140 gr. Objawy duszności szybko ustąpiły, apetyt i sen dobry.

30. I. wypisane w stanie zupełnie dobrym.

Résumé: Przypadek ropnia pozagardłowego u chłopca 15 miesięcznego. Według wszelkiego prawdopodobieństwa ropień został sformowany dopiero w końcu czwartego tygodnia. Z objawów zasługuje na specjalne wyróżnienie wybitna duszność i wzmaganie się jej w pozycji leżącej. Sprawa, o ile można zawierzyć obserwacjom otoczenia, wygląda na pierwotną.

W powyższym przypadku mieliśmy możliwość obserwowania nasilania się duszności przy przejściu dziecka do pozycji leżącej. Nie umiemy sobie tego wytłumaczyć, gdyż w dużych ropniach, a raczej ropowicach pozagardzieliowych zazwyczaj spotykamy stosunek odwrotny, t. j. zmniejszanie się duszności przy leżeniu.

Równie często jak wspomnianą wyżej trójcę objawów, stwierdzaliśmy wyraźne powiększenie gruczołów szyjnych przeważnie u kąta zuchwy (1, 2, 3, 6, 8 i 9). Obrzęk gruczołów szyjnych był niekiedy tak znaczny, że rzucało się to w oczy przy pierwszym wejrzeniu na chorego (9). Obrzmiały gruczoły były zawsze bolesne, niekiedy tak dalece, że utrudniały ruchy głowy, jak to widzieliśmy w przypadku 6-ym.

W klasycznych opisach ropnia pozagardłowego jest zawsze mowa o odchyleniu głowy ku tyłowi. Objaw ten notowany jest w 2, 3, 8 i 9 przypadkach. Tłumaczymy go sobie względnie prosto odruchowem napięciem mięśni karkowych, aby przez odchylenie głowy ku tyłowi złagodzić skutki zwężenia gardzieli.

Z objawów rzadkich, a nader ciekawych jest obserwowany przez nas w przypadku 9-ym zespół objawów Horner'a. Zespół ten, jak wiemy, polega na zwężeniu źrenicy, szpary ocznej i zapadnięciu gałki ocznej. Występuje on na skutek uszkodzenia pewnych gałązek szyjnego nerwu współczulnego. Przy ropniu pozagardłowym zasadniczo jest możliwe uszkodzenie tylko górnego szyjnego zwoju, położonego tuż obok *cloison sagittale Charpy'ego*.

9) Nis...korn Lejb, 1 rok. Wyciąg z historii choroby Nr. 1989. Urodzony na czas, normalnie, karmiony piersią do 5 miesiąca życia, potem mieszanie, cały czas nieregularnie. Zachorował przed dwoma tygodniami przy objawach kataru nosa, kaszlu i gorączki. Ta ostatnia trwała 2 dni, potem ustąpiła. Po dwu dniach temperatura znowu się podniosła i na poziomie powyżej 38° utrzymuje się do chwili przyjęcia dziecka do kliniki. Przed 5-ma dniami obrzękły gruczoły u kąta prawej żuchwy. Cztery dni temu otoczenie zauważyło u dziecka wybitną duszność, niepokój, niemożność ssania i utrudnione łykanie. Oddech zrobił się głośny, chrapliwy. Następnego dnia lekarz, podejrzewając ropień pozagardłowy, dokonał incyzji podejrzanego miejsca, lecz ropy nie otrzymał.

Wobec braku poprawy oddano dziecko do kliniki w dniu 21.X.26. Stan obecny: Przytomne, bardzo apatyczne, leży biernie z głową odchyloną ku tyłowi. Pokarm przyjmuje niechętnie. Tętno 156, oddechów 24. Oddech głośny, chrapliwy w obu fazach. Przy każdym wdechu dziecko wyraźnie rozszerza skrzydła nosa. Twarzyczka zlekka obrzmiała, Gruczoły po stronie prawej u kąta żuchwy w postaci pakietu, bolesne. Z lewej strony również powiększone, ale nie w takim stopniu. Nos bez objawów nieżytych, gardziel zaślegmiona bez większego przekrwienia. Za tylnym prawym łukiem podniebiennojęzykowym widać wygórowanie w postaci podłużnego wązka z otworem po nacięciu. Z otworu tego ropa nie wydziela się. W płucach liczne świsty i furczenia. Tętno serca głucho. Rytm płodowy. P—
Pozatem nic szczególnego. Rozpoznano ropień pozagardzieliowy.

24.X. Przez noc dziecko niespokojne, przy karmieniu prawie wszystko zrzuca. Śpi z otwartymi ustami. Przez otwór po pierwszym nacięciu udało się zapomocą kleszczyków wejść do zbiornika ropy, wypuszczając jej koło łyżeczki.

26.X. Stan ogólny dziecka nie zmienił się na lepsze, jest wciąż bardzo ciężki. Wystąpiła wysypka toksyczna. W płucach objawy rozlanego nieżyty oskrzeli. Ciepłota dotąd na poziomie 38°, skoczyła do 39,4°. Równocześnie objawy ze strony gardzieli słabną. Dziecko oddycha spokojniej, łyka lepiej, przy łykaniu nie zrzuca. Gardziel biała, migdałki mniejsze, naciek za łukiem podniebiennym zmalał. Nagromadzenia się ropy nie stwierdzono.

28.X. stan cokolwiek lepszy. T° 37,9. Duszność jak dawniej. Oddechów 44.

30.X. T° 38,5. Tętno 150, oddechów 44. Objawy duszności słabsze. Gruczoły na szyi wyraźnie zmniejszają się. Wystąpił zespół objawów Horner'a na prawem oku, — mała szpara oczna, wązka źrenica i zapadnięcie gałki ocznej. Płuca bez zmian.

31.X. Roentgenologicznie stwierdzono wysięk międzypłatowy.

1.XI. Ropowica na udzie. Przecięcie.

3.XI. Stan ogólny lepszy. Od kilku dni ciepłota nie przekracza 38°, oddechów 30, tętno 144, na wadze wciąż spada, w płucach mniej liczne zężenia.

8.XI. Miejsce po nacięciu ropnia pozagardłowego zabliznione. Objawy nieżytowe ze strony jamy noso-gardzielowej zmniejszają się. Stan ogólny coraz lepszy. Ciepłota w granicach podgorączki. Tętno 144.

11.XI. Dziecko nie gorączkuje. Siada, bawi się. Je dobrze. Przybywa na wadze. Objawy nieżytowe w gardzieli zmniejszają się. W płucach norma. Tylko tony serca głuchawe.

12.XI. Wypisane do domu.

Résumé: B. ciężki przypadek ropnia pozagardłowego. Dobry wynik osiągnięto dopiero przy powtórnych poszukiwaniach zbiorowiska ropy. Pod wpływem ropnia uszkodzenie górnego szyjowego spłotu, stąd wystąpienie zespołu objawów Horner'a. W przebiegu zasługuje na uwagę w pierwszym okresie zwolnienie oddechu oraz obecność dużej duszności. Wystąpienie tego zespołu jest ciekawe z punktu widzenia teorii Marfan'a i Thoyer-Rozat.

Do rzadziej u nas notowanych, a podręcznikowo dość częstych należy również zaliczyć objaw zwolnienia oddechu. Bradypnoe widzimy w przypadkach 5 i 7. Tłumaczymy je sobie głównie wydłużeniem wdechu oraz wydechu na skutek zwężenia gardzieli.

Przebieg naszych klasycznych przypadków nie różni się od ogólnie opisywanych. W niektórych jednak widzimy pewne różnice, które zresztą dotyczą głównie długotrwałości przebiegu. Babonneix i Darré podają w N. Tr. de Méd., że ropień pozagardzielowy nieleczone chirurgicznie kończy się 8 — 10-ego dnia śmiercią. Z naszego materiału przypadek 8 według wszelkiego prawdopodobieństwa trwał znacznie dłużej. To samo dotyczy przypadku 10-ego opisanego niżej.

Zejsście we wszystkich przypadkach z wyjątkiem 10-ego było dobre, mimo, że niektóre były ciężkie. Po zabiegu chirurgicznym dzieci szybko powracały do zdrowia. We wspomnianym zaś 10-ym przypadku nastąpiło zejście śmiertelne w końcu drugiego miesiąca choroby. Exitus laetalis wystąpił przed dokonaniem zabiegu. W przypadku tym przeżywalimy chwile wielkiego niepokoju. Chodziło o to, czy zabieg chirurgiczny mógł chorego jeszcze uratować. Zważywszy jednak stan dziecka, niemal agonalny, olbrzymie zmiany w płucach, trzeba raczej myśleć, że to już nie miałyby wpływu na los dziecka. Utwierdził nas w tem przekonaniu wynik przyżyciowego i pośmiertnego badania gardzieli. Otóż w tym przypadku jakiegoś większego zwężenia gardzieli nie było, ropa bowiem dość cienką warstwą wypełniała całą prawie przestrzeń pozagardzielową.

10) Mr...k Józio, 13 miesięcy. Wyciąg z historii choroby Nr. 2230. Urodzony na czasie, normalnie. Karmiony piersią dotychczas. Zachorował przed dwoma miesiącami przy objawach gorączki i kaszlu. Rozpoznawano wówczas niezbyt oskrzeli. W dwa tygodnie później dziecko zaczęło wybitnie tchnąć i rzezić. Gorączka wysoka.

Przyjęty do kliniki w nocy z 9 na 10.III.27. Stan dziecka wówczas bardzo ciężki. T^o 39^o. Tętno 180. Wybitna sinica. Kolosalne wyniszczenie. Waga 5700. W płucach objawy rozlanego zapalenia płuc. Oddech głośny, chrapliwy, tak podczas wdechu, jak i wydechu. Wyraźne objawy duszności wdechowej i wydechowej. Łykanie utrudnione. Tylne ściana gardzieli nieznacznie uwypuklona. Przy dotyku bardzo miękka. Objawy kataralne ze strony górnego odcinka dróg oddechowych minimalne. Rozpoznano ropień pozagardłowy. Prócz tego rozlane odoskrzelowe zapalenie płuc i zapalenie miedniczek. Dziecko po kilkunastogodzinnym pobyciu w klinice zmarło przed przybyciem chirurga. Sekcja potwierdziła rozpoznanie.

Résumé: Przypadek ropnia pozagardłowego, trwającego prawdopodobnie od dłuższego czasu bez odpowiedniego rozpoznania, u dziecka 13-o miesięcznego. Dziecko przybyło do kliniki w stanie ante mortem. Przyczyną śmierci według wszelkiego prawdopodobieństwa było odoskrzelowe zapalenie płuc.

Następną kwestją, jaką należy poruszyć, jest sprawa rozpoznawania ropnia pozagardłowego. Otóż najważniejszą jest rzeczą, aby u małych dzieci pamiętać o możliwości tego cierpienia. Lekarz, który pamięta o ropniu pozagardłowym, nie robi błędu rozpoznawczego przynajmniej w typowych przypadkach.

Do trudniejszych pod względem rozpoznawczym trzeba by zaliczyć przypadki, które dochodzą do rąk lekarzy jeszcze przed sformowaniem się ropnia. Jako przykłady mogłyby służyć nasze wyżej przytoczone przypadki 6, 8 i 9. W 8-ym mimo istnienia objawów zwężenia gardzieli (wskutek kolosalnego obrzęku gruczołów szyjnych) istotny ropień tylnogardłowy stwierdzono dopiero w końcu 3-go tygodnia choroby. W 9-ym przypadku wprawdzie już w pierwszych dniach choroby można było widzieć wygórowanie na tylnej ścianie gardzieli, jednak było ono nieznaczne i wynik zabiegu operacyjnego w pierwszej chwili był ujemny, zropienie wystąpiło dopiero po kilku dniach. To samo widzimy w niżej podanym przypadku.

11) Kołdra Tazio, 1½ miesiąca, Nr. karty poliklinicznej 10064, bez wywiadów.

17.II.28. zgłosił się do polikliniki z następującymi objawami: nos drożny, słabe objawy nieżytowe. Gardziel zaflegmiona. Ruchy podniebienia miękkiego z lewej strony oszałe, nieco ograniczone. Na tylnej ścianie gardzieli z lewej strony widać wygórowanie. Palec wyczuwa w tem miejscu dość duże, twarde nacieczenie, Jednocześnie stwierdzono istnienie lewostronnego zapalenia ucha środkowego.

Résumé: Przypadek ropnia pozagardłowego u dziecka 1½ miesięcznego w okresie tworzenia się. Z zabiegiem wstrzymano się dni kilka. Dziecko ponownie nie zgłosiło się i dalszy los jego jest niezany.

Przypadek 9-ty dawał trudności rozpoznawcze jeszcze z innego punktu widzenia, mianowicie w pierwszej chwili podejrzewaliśmy boczny ropień gardzielowy, to znaczy powstały przez zropienie gruczołów chłonnych, położonych poza przegrodą strzałkową Charpy'ego w przestworzu przygardłowym. Trzeba powiedzieć, że różniczkowanie obu tych

postaci ropni jest bardzo trudne, a często wprost niemożliwe. W danym przypadku rozpoznanie oparliśmy na braku objawów anginy, ulokowaniu się sznurkowatego wygórowania na tylnej ścianie gardzieli, wieku dziecka i ujemnym wyniku badania bimanualnego.

Tak samo trudne są do rozpoznania przypadki, w których na pierwsze miejsce wysuwają się objawy innego cierpienia. Tak było w 7-ym przypadku, gdzie lekarz zasugerowany zmianami gruźliczemi, stwierdzanemi u chorej, nie rozpoznał ropnia, zauważonego tylko przypadkowo przy badaniu laryngologicznem. To samo miało miejsce w przypadku 10-ym, gdzie lekarza dyżurnego całkowicie pochłoneły zmiany w płucach. W pewnych przypadkach ropień pozagardłowy może dawać wszystkie objawy krupu, jednak tego rodzaju przypadków wśród naszego materiału nie było.

Jak widać z powyższego, leczenie sprowadza się wyłącznie do zabiegu chirurgicznego. W naszych wszystkich przypadkach stosowano nacięcie od wewnątrz. W swoim czasie Comby doradzał otwieranie ropnia pozagardłowego zapomocą sondy żłobkowej dla uniknięcia poranienia dużych naczyń. Metoda ta nie przyjęła się. Chcielibyśmy jednak oddać sprawiedliwość Comby'emu, że w pewnych przypadkach korzystanie z jakiegoś tępego narzędzia jest konieczne. Mamy tu na myśli te przypadki, gdzie wyszukanie zbiorowiska ropy w przestrzeni pozagardłowej sprawia poważne trudności (przypadek 9-ty). Wyszukiwanie go tępeym narzędziem jest bezsprzecznie mniej ryzykowne.

Materiał nasz nie jest duży, jednakże przedstawia on wszystko, co przewinęło się przez poliklinikę i klinikę w przeciągu lat 8-miu. Jeśli pozwoliliśmy sobie przytoczyć zebrane dane, to tylko dlatego, że pedjatrzy o tej sprawie, tak ważnej niekiedy dla życia dziecka, nie zawsze pamiętają.

P I Ś M I E N N I C T W O .

1. Babonneix i Darré. *Nouv. traité de méd.* T. XIII. str. 108.
2. Broca. *Bulletin médical*, 29.VI-1903 ref. *Arch. de méd. des enf.* 1904. T. VII. str. 374.
3. Comby. *Arch. de méd. des enf.* 1912. T. XV. str. 425.
4. Comby. *Arch. de méd. des enf.* 1916. T. XIX. str. 449.
5. Marfan. *Clinique des mal. de la prem. enfance*.
6. E. Meyer. *Handbuch d. sp. Chir. des Ohres u. d. oberen Luftwege*.
7. Rosenthal. *Przegl. chir.* T. III. z. I. 8.
8. M. Schmidt: *Die Krankheiten der oberen Luftwege*.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. W.
Dyr. Prof. Dr. M. Michałowicz.

Przypadek prosówki gruźliczej o ostrym przebiegu

Podał

M. Bussel.

Jeżeli przejrzeć piśmiennictwo w sprawie podziału prosówki ostrej z punktu widzenia klinicznego, to przekonamy się, że nie jest ono wyczerpujące, ani dydaktyczne. Ostatnio Marfan rozróżnia następujące trzy postaci: 1) postać drgawkową (forme éclamptique)—występuje przeważnie w młodym wieku w postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; 2) postać porażenną (forme hemiplégique) — występuje po drgawkach lub w przebiegu stanu komatycznego i 3) postać duszącą (f. suffocante Jacoud = asphyxie tbc. suraigue Andral i Graves). Tej ostatniej można byłoby wobec bardzo krótkiego czasu trwania nadać mojem zdaniem miano „fulminans“. Postać ta nie występuje prawie nigdy u dzieci przed wiekiem 2 lat. Ciepłota zwiększona (do 40°); duszność postępuje szybko; jednocześnie w bardzo krótkim czasie występuje sinica. W płucach stwierdzamy objawy nieżytu oskrzeli lub odoskrzelowego zapalenia płuc. Brak objawów oponowych. Zejście śmiertelne następuje zazwyczaj po 5—10 dniach trwania choroby. Podkreślić należy, że rozpoznanie tych przypadków za życia jest bardzo trudne, czasem niemożliwe. W pojedynczych przypadkach zdjęcie klatki piersiowej promieniami Rentgena (nie prześwietlenie) rzuca promień światła na zagadkę, którą ostatecznie rozstrzyga badanie pośmiertne.

Przed 7-ma miesiącami obserwowaliśmy w Klinice Chorób Dzieci Uniw. Warszawskiego podobny przypadek o niejasnym i niezrozumiałym dla nas przebiegu z punktu widzenia klinicznego, a rozpoznany dopiero po śmierci.

Sara D. w wieku lat 2. L. ks. gł. 2338/1927; jedyne dziecko, matka chora na gruźlicę płuc znajdowała się w otoczeniu dziecka w przeciągu

roku; dziecko urodzone w 8-ym miesiącu ciąży, poród normalny. Waga przy urodzeniu wynosiła 2,200 gr. W pierwszym miesiącu życia odżywiane sztucznie mlekiem z wodą (1:2), do 500 gr. mieszanki na dobę. Od drugiego do piętnastego miesiąca życia karmione piersią nieregularnie; jarzyn i soków owocowych nie dostawało. Na powietrze mało wynoszone. W pierwszym roku życia było blade, często zapadało na nieżyty nosa. W 16-ym miesiącu życia wystąpiła wysypka swędząca guzkowata, początkowo tylko w okolicy kroczka, później na całym ciele. Łąknienie upośledzone, stolce zaparte, wymiotów brak. Do kliniki przyjęte 21.IV. 1927 r. z powodu bladeści, braku apetytu oraz swędzącej wysypki.

Stan obecny. Dziecko płacziwe, blade, nalane, mało jędrne, tkanka tłuszczowa podskórna średnio rozwinięta. Ciepłota mierzona w odbycie 37,4. Tętno 120 miarowe, dobrze wypełnione, niezależne od oddechu. Oddechów 32 na minutę o typie mieszanym. Waga 10,540 gr. Wzrost 81 cm. Na skórze tułowia i kończyn dolnych liczne wykwyty o charakterze grudzika, gdzieś ślady podrapania naskórka. W pachwinie wyprzenia. Na pierwszych trzech palcach lewej ręki i pierwszym palcu prawej ręki paronychia (o etiologii nieznanej). Kościec krzywicy (rózaniec). Badanie objektywne nie wykazało nic patologicznego poza nieznacznym skróceniem odgłosu wypukowego pod prawym obojczykiem. Mocz bez białka, cukru i urobiliny; w osadzie nieliczne skupienia leukocytów (po 10–12 ciałek). Odczyn Pirquet'a po 48 godzinach ujemny. Odczyn Wassermann'a we krwi ujemny.

22.IV. Po luminalu i bromku wapnia dziecko, poprzedniego dnia niespokojne, spało w nocy. Łąknienie lepsze.

23.IV. Stan bezgorączkowy. Tętno 120 na minutę. Jedno wypróżnienie w ciągu 36 godzin. Badanie płuc dało wynik poprzedni.

24.IV. Cw. 37,6 — Cr. 39,6. Tętno 180 — 192 na minutę, miarowe, średnio napięte. Oddechów 32 na minutę. Z nosa obfita wydzielina śluzowa. Jama noso-gardzielowa zaczerwieniona. Objawów oponowych brak. W płucach zmiany poprzednie.

25.IV. Stan gorączkowy. Cr. 40. Tętno, jak dnia wczorajszego. Oddechów 36 na minutę o typie mieszanym. Stan ogólny nie gorszy, niż dnia poprzedniego. Odczyn Pirquet'a wykonany przed czterema dniami nasilił się i jest słabo dodatni. Objawów oponowych brak. Prześwietlenie promieniami R. stwierdziło lekkie przyciemnienie o niewyraźnych konturach w górnej połowie prawego płuca w pobliżu mostka. W wydzielinie z nosa stwierdzono paciorkowce. Prątków błonicy nie wykryto. Naktęcie łądzwiowe dało płyn przezroczysty o właściwościach niezapalnych. Tegoż dnia popołudniu dziecko zostało zbadane przez konsultanta kliniki laryngologa, kolegę Gumińskiego, z orzeczeniem następującem: dziecko oddycha głośno, sapiąc, z dużymi pauzami; wydech mocno wydłużony. Nos zupełnie niedrożny. Po oczyszczeniu stwierdza się znaczny obrzęk śluzówki, nalotów nigdzie nie widać. Wycieku ropnego z pod muszel niema. Wydzielina bardzo obfita, krwawo-ropna, wypełnia nietylko nozdrza, lecz także i jamę noso-gardzielową. Masa zgęszczonej wydzieliny pokrywa całą śluzówkę gardzieli. Migdałki dość duże, nalotów nie wykazują. Obrzęk tkanki limfatycznej pierścienia Waldeyera. Rozpuchnięcie śluzówki całej gardzieli. Krtani zbadać niepodobna. Uszy wybitniejszych zmian nie wykazują. Badanie wydzielin z gardzieli nie wykryło obecności prątków błonicy.

26.IV.27. Cr. 40,6. Tętno koło 200 na minutę, słabo napięte, źle wypełnione, miarowe. Dziecko przytomne, oddycha z trudem, sapie, 50 oddechów na minutę. Lekka sinica. W płucach pojedyncze furczenia i świsty. Tętno serca bardzo głośne. Wątroba i śledziona niemacalne, opukowo nie powiększone. Objawów oponowych brak. Wobec coraz zwiększającej się duszności zrobiono o godz. 14 tracheotomię i wstawiono rurkę. Początkowo stan dziecka poprawił się, uspokoiło się, zaczęło głębiej oddychać. Piło dużo. O godz. 16-ej stan nagle pogorszył się; wystąpił niepokój, sinica. Cw. 41. Tętno szybkie, nie dające się obliczyć, bardzo drobne. O godz. 20-ej zmarło. Wynik badania pośmiertnego: focus caseificationis lobii su

perioris pulmonis dextri (focus tbc. primordialis), lymphangoitis lobi superioris pulm. dextri tbc. Tbc. caseosa glandularum peribronchial. lateris dextri. Tbc. miliaris lobi superioris pulm. dextri, loborum superioris sinistri et medii dextri et pleurae diaphragmaticae. Focus caseificationis hepatis. Tubercula nonnulla lienis et renum. Emphysema pulmonum. Hyperplasia glandularum lymphaticarum colli et submaxillaris et tonsillarum. Hyperplasia apparatus lymphatici tractus digestivi. Hydrocephalus externus.

Przypadek powyższy należy do postaci septycznej prosówki ostrej z obecnością prątków we krwi, według Burnanda i Sayé'go, lub do postaci dusznicowej, według podziału Marfana. W piśmiennictwie polskim szereg podobnych przypadków został podany przez Michałowicza. Z punktu widzenia anatomo-patologicznego należałoby, według Wiegerta, zaliczyć do postaci przejściowej z tego powodu, że rozsianie gruźleń nie było uogólnione i dotyczyło tylko pojedynczych narządów. Badanie pośmiertne nie ustaliło, czy widoczne gruźleki były w przekroju wszystkie jednego wieku, czy powstały równocześnie.

Przytoczony przypadek zasługuje na podkreślenie z punktu widzenia trudności rozpoznawczych, które nasunęły się w jego przebiegu. Bardzo ostry przebieg, sięgający za ledwie trzech dób (francuscy autorzy opisują czas trwania do 10—11 dni), jest zjawiskiem bardzo rzadkiem w przebiegu nawet ostrej prosówki. Ujemny wynik badania objektywnego, zupełny brak sinicy na początku, brak zmian wybitniejszych wypukowych i wysłuchowych, wynik prześwietlenia promieniami Rentgena, brak rozbieżności między ciepłotą, tętnem i liczbą oddechów, ujemny początkowo odczyn tuberkulinowy, który nasilił się dopiero piątego dnia, w 36 godzin przed zejściem śmiertelnym — z jednej strony, a z drugiej strony — wystąpienie objawów nieżyty nosa i gardzieli przy ciepłocie podwyższonej, ujemny wynik badania płuc i coraz wzmagająca się sinica — te oto dane kliniczne uniemożliwiły rozpoznanie cierpienia za życia. Również stawało się mało prawdopodobnym podejrzenie odoskrzelowego zapalenia płuc niespecyficznego. Być może, że zdjęcie promieniami R. umożliwiłoby pedsze zorientowanie się w obrazie płuc; chociaż wiadomym jest jednocześnie, że dusznościowa postać zapalenia oskrzelików (bronchite capillaire suffocante) daje często obraz rentgenologiczny, podobny do prosówki (Roch i Frommel).

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. W.
Dyrektor: Prof. Dr. M. Michałowicz

Przyczynek do epidemiologii rumienia guzowatego

P o d a ł

M. B u s s e l

Rumień guzowaty jest cierpieniem, które od dawien dawna zajmuje umysły klinicystów i bardzo interesuje bakterjologów. Jest to choroba sui generis, ostro występująca, według niektórych autorów, zakaźna i zazwyczaj zaraźliwa; występuje przeważnie sporadycznie, rzadko tylko w postaci epidemji, zdaniem licznych klinicystów, u dzieci, dotkniętych gruźlicą; najczęściej daje uodpornienie; nawroty i powtórne zachorowania są bardzo rzadkie (Ledoux, Bendix). Hutinel opisuje to cierpienie w dziale rumieni zakaźnych (erythema infectiosum), inni znowu w dziale gościcowych schorzeń, inni w dziale gruźlicy.

Jeżeli obraz kliniczny jest mniej lub więcej znany już oddawna, to kwestja etjologii cierpienia ciągle jeszcze podlega dyskusji. Zarazek nie jest dotychczas znany. Przed 30 laty Demme stwierdził we krwi chorych obecność prątka z zao krąglonemi końcami. Prątek ten u morskiej świnki wywoływał powstawanie guzków na skórze, podobnych do guzków przy rumieniu guzowatym. Eichhorstowi nie udało się potwierdzić tych danych, Nicolle i Conseil otrzymali w tym kierunku ujemne wyniki w swoich poszukiwaniach bakterjologicznych. Rozenow znajdował prątka pseudobłoniczego, czasem wspólnie z paciorkowcem. Emrys Roberts wykrył w posiewach z krwi chorych na rum. guzowaty w II tygodniu choroby obecność prątka gram—ujemnego, nieruchomego, długości 1 μ . Przed 1 $\frac{1}{2}$ laty Levaditi, Nicolan i Poindoux stwierdzili we krwi chorych na r. guz. streptobacillus moniliformis, który wykazuje duże powinowactwo do skóry i stawów i może być

przeniesiony na królika. Na razie brak potwierdzenia ostatnich wyników przez innych badaczy. Na Zjeździe w Karlsbadzie w 1925 roku Koch podkreślił, że cały szereg danych z epidemiologii i kliniki r. guzowatego raczej przemawia przeciwko jakimkolwiek bądź związkowi opisywanego cierpienia z gośćcem.

Ze stronników etjologii gruźliczej przytoczymy zdanie Walmgrena i Ernberga. Walmgren uważa r. guz. za okres ostry, czynny w zakażeniu gruźlicą; czas, który upływa między zakażeniem gruźlicą a występowaniem alergji, utożsamia z okresem wylęgania rumienia guzowatego, który ma wystąpić z chwilą nabycia alergji; objawy chorobowe, szczególnie skórne, mają, według Feer'a, być wywołane przez jady gruźlicze. Dla Ernberga tłem niezbędnym dla powstania r. guz. jest uczulenie ustroju na jad gruźliczy.

Większość jednak autorów, przeważnie szkoły niemieckiej, jest skłonna przypuszczać, że specyficzny zarazek rumienia guzowatego występuje tylko w symbiozie z prątkiem gruźliczym, który ma wytwarzać odpowiednie podłoże dla rozwoju choroby. Rumień guzowaty ma występować u chorych na gruźlicę dysponowanych do schorzenia—tak twierdzą niektórzy starzy klinicyści. Dyspozycję tą, podług Feer'a, wytwarza ostro występująca infekcja, przeważnie u osobników w młodym wieku (od 3 — 15 lat). Typowy przebieg kliniczny, szczególnie objawy skórne, ostry charakter, endemiczne czasem występowanie rumienia guzowatego nadają mu cechy samodzielnej choroby zakaźnej. Według Tachan'a skóra u chorych na rumień guzowaty wykazuje wzmoczoną wrażliwość i daje po tuberkulinie i po całym szeregu jadów bakteryjnych podobne odczyny. Zmiany we wnekach, o ile występują, najczęściej nie są specyficzne. Ten sam autor podkreśla, że nie udało mu się wywołać odczynów ogniskowych po próbie skórnej Pirquet'a. Badania histologiczne guzków nie pozwoliły dotychczas wykryć w nich prątka gruźliczego, wyjąwszy Ledou'r, który stwierdził obecność nielicznych prątków w guzku i Landouzy, który znalazł pojedyncze prątki we krwi. Nieznany dotychczas zarazek miałby aktywować utajoną gruźlicę, czego dowodem dla wielu autorów miałby być silny odczyn tuberkulinowy po wystąpieniu guzków (o ile wogóle silny odczyn miałby być odzwierciedleniem czynnej sprawy gruźliczej), powiększanie się gruczołów szyjnych, okołooskrzelowych lub nawet rozsianie się gruźlicy w ustroju. Organizm tylko czasem ulega w walce, dając możność występowaniu rozsianej gruźlicy lub gruźliczego zapalenia opon mózgowych po przebyciu rum. guzowatego. Na szczęście przeważnie jednak organizm zwycięża.

W tem miejscu nasuwa się cały szereg momentów, które znajdują się w zupełnej sprzeczności z poglądami na etiologję rum. guzowatego jako na objaw gruźlicy. Na pierwszym miejscu charakter epidemiczny, jednoczesne czasem występowanie u wielu dzieci, sposób reagowania u wszystkich tylko jedną postacią, mianowicie rumieniem guzowatym; bardzo rzadkie występowanie tych epidemji w porównaniu z częstością zakażenia gruźlicą. Nieliczni tylko autorzy, jak Gendron, Moussous Symes, Medin Walmgren opisują nieduże epidemie r. guzowatego w szkole, na sali szpitalnej, u mieszkańców jednej wioski, w poszczególnych rodzinach. Podobna epidemja r. guzowatego, która wystąpiła u dziecka i u matki w jednej rodzinie, była spostrzegana przez nas:

Janina R. l. 12. L. ks. gł. 1653/1926, przyjęta do kliniki 19.IV.1926 r. Rodzice zdrowi. W otoczeniu brak podobno chorych na gruźlicę. W wieku 3 lat odra, w wieku 8 lat krztusiec.

3.IV wystąpiła gorączka, bóle głowy, gardła i nóg. 6.IV wystąpiły guzki typowe dla r. guzowatego na wyprostnej powierzchni podudzi, na ramieniu prawem, przedramieniu lewem, jednocześnie silna bolesność w stawach kolanowych i skokowych. Po za opisanymi objawami skórnymi, w narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian brak. W moczu brak zmian patologicznych.

Prześwietlenie klatki piersiowej promieniami R. dało wynik ujemny, 20.IV, odczyn Pirquet'a po 48 godzinach dał wynik ujemny.

23.IV. Odczyn Mantoux w rozcieńczeniu (1:1000) dał wynik słabo dodatni. Po 72 godzinach odczyn ten wyraźnie nasilił się, tak iż w rozcieńczeniu (1:1000) wynosił (5,5×3cm.) z wyraźną grudką o ciemno czerwonym zabarwieniu w środku. 27.IV Odczyn Pirquet'a, wykonany obok odczynu doskórnego, wypadł dodatnio. 28.IV. W miejscu wykonania I odczynu skórnego wystąpiło silne zaczerwienienie skóry i odczyn ten wobec tego wypadło uznać za dodatni. Do 12.V. stan ogólny poprawiał się; tegoż dnia zniknęły ślady po rum. guzowatym. Kilkakrotne prześwietlenie promieniami Rentgena dało wynik ujemny. Po wypisaniu z kliniki czuła się bardzo dobrze w przeciągu następnego roku, przyczem badanie obiektywne, potwierdzone prześwietleniem promieniami R., dało wynik ujemny.

Dnia 24.IV.1926 r., t. j. w 3 tygodnie po zachorowaniu opisanego dziecka, matka, która sypiała z niem w jednym łóżku, poczuła lekkie bóle głowy, łamanie w nogach, bóle w kolanach, brak apetytu. Stan podobno był podgorączkowy. Po 2½ godzinach wystąpiły pojedyncze guzki na podudziach, typowe dla r. guzowatego. Objawy te na skórze utrzymywały się w przeciągu niespełna 2 tygodni. Pracy swojej matka nie przerywała. Obserwacja matki, która jest służącą w klinice, w przeciągu roku wykazała stan ogólny dobry. Badanie obiektywne oraz prześwietlenie promieniami R. dało wynik ujemny.

Przytaczamy opis tych 2 przypadków r. guzowatego ze względu na jego charakter zakaźny. W obrębie jakiejś rodziny 12-letnie dziecko zaraziło(?) matkę. Ten sposób zakażenia jest bardzo rzadki, gdyż najczęściej w opisywanych epidemjach dzieci зараżały inne dzieci (jak to ostatnio opisywał Walmgren: W klasie zachorowało 12 dzieci na ogólną liczbę

34), dorośli — inne dorosłe osoby (Maurice Witman opisywał ostatnio 5 przypadków w Londynie, pochodzących z jednego okręgu policyjnego), rzadko zaś dorosłe osoby zarażały małe dzieci.

Muratore Antonio opisuje przypadek r. guzowatego u 25-letniej kobiety z bólami w stawach, z podmuchem systolicznym u wierzchołka serca, który zakaził 9-miesięczne dziecko z ujemnym odczynem Pirquet'a.

Okres wylegania (?) miałby trwać około 20 dni. Nagły początek, względnie szybkie ustępowanie objawów chorobowych, częsty brak jakichkolwiek objawów ze strony płuc lub gruczołów okołoskrzelowych, brak dotychczas danych o kilkakrotnym występowaniu opisywanego cierpienia u jednej osoby — to wszystko pozwala, zdaje mi się, jeżeli nie przekreślić, to podać dyskusji zdanie, że gruźlica jest jedyną przyczyną rumienia guzowatego.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniw. Warsz.

Dyrektor Prof. M. Michałowicz.

Przypadek meningoencephalitis et neuritis optica iuetica u dziecka 20-miesięcznego

P o d a ł

J. Wiszniewski

P. Halina, L. 2505, 1 r. 10 mies. W y w i a d: Rodzice podobno zdrowi. Dzieci było troje; z nich żyje dwoje; jedno 6-miesięczne zmarło na zapalenie płuc. Matka miała jedno poronienie. Dziecko urodzone normalnie, zdrowe, karmione piersią do roku. W 6 mies. życia przechodziło zapalenie płuc. Niedługo potem miało wykwyty bliżej nieokreślone na twarzy i nóżkach. Z polecenia lekarza dostało wcierki szarej maści. Później nie chorowało. Obecna choroba wystąpiła przed 5 dniami. Dziecko w czasie chodzenia przewracało się na lewą stronę, nie mogło utrzymać przedmiotów w lewej ręce. Następnego dnia dwukrotnie wymiotowało. Później chodziło utykając na lewą nóżkę; przed przybyciem do kliniki miało drgawki.

St. ob.: Dziecko przytomne, niespokojne; drugiego dnia pobytu, w klinice miało dwukrotnie ogólne drgawki kloniczne, trwające około minuty. Stan bezgorączkowy. Budowa prawidłowa, dość mocna, odżywianie niezłe. Waga 12.350 grm. Tętno około 100/m. miarowe; oddechy spokojne, miarowe.

Skóra ogólnie blada. Na podudziach skóra miejscami zaczerwieniona; kilka strupów o charakterze impetigo. U kąta warg drobne pęknięcia sączące naskórką. Nieliczne gruczoły chłonne na szyi, pod pachami i w pachwinach.

Kościec: nieznaczne guzy czołowe, różaniec i zgrubienie nasad. Stawy wolne, mięśnie bez zmian.

Uzębienie: prawie wszystkie zęby zniszczone przez próchnicę, tak że sterczą tylko pieńki; gardziel zaczerwieniona; na granicy podniebienia twardego kilka plam czerwonych.

Płuca i serce bez zmian. Brzuch miękki, niebolesny; wątroba nie powiększona, śledziona wyczuwa się na $\frac{1}{2}$ palca poniżej łuku żebrowego.

Odruchy ścięgniaste żywe, skóra normalna. Gałki oczne skierowane ku stronie lewej (déviation conjugée). Żrenice równe, wązkie, reagują na światło leniwie. Nieznaczne wygładzenie mimiki twarzowej po stronie prawej. Objawy Brudzińskiego i Flatau'a ujemne. Ciemiączko niezarośnięte, małe ($1\frac{1}{2} \times 1\frac{1}{2}$ cm), niewypukłone.

Wykonano nakłucie łądźwiowe: płyn nieco opalizujący, pod dużym ciśnieniem. Wskaźnik refraktometryczny 1.3350. Odczyn globulinowe Nonne - Apelt'a i Pandy słabo dodatnie. W kamerze Fuks - Rosenthal'a stwierdzono 480 ciałek białych w 1 mm³, wyłącznie limfocytów.

Dnia następnego: odczyn Pirquet'a ujemny. Badanie dna oka (doc. Melanowski): Zrenice b. wąskie, około 1.5 mm., odruchy zachowane. W dnie ocznym: granice tarczy nieco zatarte, żyły wydatinie wężykolate, obrzęk tarczy, Rozpoznanie: neuritis optica bilateralis verisimiliter luetica.

Odczyn WR w płynie mózgowo-rdzeniowym silnie dodatni. Pod wpływem leczenia zastrzykiwaniami Eparseno i Hg Cl₂ szybka poprawa. Po wypisaniu z kliniki obserwowane wciągu kilku tygodni w poliklinice, gdzie prowadzono dalsze leczenie swoiste.

Przypadek ten, względnie rzadki, mógł nastęrczać trudności rozpoznawcze. W podobnych przypadkach najczęściej różniczkuje się z zapaleniem opon gruźliczem. Naturalnie, że ujemne odczyn tuberkulinowe, odczyn WR, a szczególnie dalszy przebieg i wpływ leczenia swoistego pozwalają ustalić naturę cierpienia. Lecz jest ważnem ustalić, czy na początku cierpienia same objawy kliniczne nie pozwoliłyby przypuszczać natury kiłowej.

Nobécourt w pracy o gruźliczem zapaleniu opon u dzieci kiłowych podaje szereg cech różniczkowo-rozpoznawczych, a mianowicie podkreśla, że meningitis luetica przebiega przeważnie bezgorączkowo, objawy oponowe są niewyraźne, ledwo zaznaczone. Brakuje zaburzeń rytmu oddechowego i sercowego. Częste są natomiast porażenia mięśni ocznych. W naszym przypadku, oprócz powyższych cech, także początek cierpienia i zachowanie się dziecka, brak charakterystycznej maskowatości twarzy nie odpowiadały zwykłemu przebiegowi meningitis tbc i już na początku pozwoliły prawie z pewnością rozpoznać sprawę kiłową układu nerwowego.

Mazzeo omawiając kiłowe zapalenie opon m. rdz. u dzieci, podkreśla, że należy wyodrębnić w osobną postać kliniczną meningitis luetica, jako wyraz ostrych zmian w oponach w odróżnieniu od spraw przewlekłych kiłowych w mózgu i oponach, dających obraz Little'a, sklerozy i t. p. Wyodrębniona w ten sposób postać ostra jest według Hutinela sprawą b. rzadką. Innego zdania są Rodrigo i Leredle, którzy sądzą, że połowa dzieci umierających na meningitis tbc. ma kiłowe zapalenie opon m. rdz. Mazzeo tłumaczy tę rozbieżność nierozróżnianiem sprawy kiłowej ostrej i przewlekłej i nawołuje do ścisłego wyodrębnienia nosologicznego meningitis luetica acuta.

Sprawa powyższa w związku z lues congenita zdarza się przeważnie w 1 — 2 roku życia. Mazzeo opisuje 4 przypadki u dzieci w wieku 5, 11, 23, 24 mies. W obrazie klinicznym podkreśla brak gorączki, natomiast widuje typowe

objawy oponowe (Kerniga, Brudzińskiego), obraz nie jest patognomoniczny, rozpoznanie różniczkowe kliniczne trudne. Trzeba pilnie poszukiwać zmian kostnych, powiększenia śledziony. Rozpoznanie potwierdza badanie płynu m. rdz. i wynik leczenia. Natomiast — najbardziej pewny dowód — zwalczenie krętków w płynie należy do wyjątków.

PIŚMIENNICTWO.

I. P. Nobécourt. De la méningite tbc. chez les hérédosyphilitiques. Le Concours médical. 1926. (ref. M. Péhu w Revue franç. de Pédi. 1927). 2. Mazzeo. Contributo alla conoscenza delle meningite luetiche acute. La pediatria 1926.

Z Kliniki Dziecięcej Un. Warsz.

Dyrektor: Prof. Dr. M. Michałowicz

Przypadek błonicy nosa powikłanej skazą krwotoczną u niemowlęcia

Podał

J. Wiszniewski

M. Barbara-Marta, 6 mies. L. 2833. Przyjęta do kliniki 11.XII.27. Z chorowała 4.XI.1 przy objawach kataru nosa, kaszlu, gorączki do 39°. Budowa prawidłowa, waga 6450 grm. Obwód czaszki 41 cm, klatki piersiowej 39½ cm., wzrost 42 cm., Si 61 cm. Skóra naogół blada, na kończynach dolnych liczne, drobne, wielkości łepka szpilki plamy koloru sinawego, nie znikające przy ucisku (wybroczyny). Przy nieznacznym ucisku skóry w różnych miejscach z łatwością powstają wybroczyny. Na twarzy skóra szorstka, nieco łuszcząca się. Elastyczność skóry normalna, fałd rozprostowuje się dobrze, obrzęków niema. Pod pachami wyczuwają się nieliczne drobne gruczoły chłonne. Kościec: czaszka o zarysach kwadratowych, zaznaczone guzy czołowe i zgrubienie nasad. Ciemiączka małe (1×1 cm). Mięśnie bez zmian, stawy wolne. Śluzówka jamy ustnej czysta, blade-różowa. Gardziel czysta. Język wilgotny, pokryty nieznacznym białym osadem. Z otworów nosa wydziela się trochę śluzu z domieszką krwi. Płuca i serce—bez zmian. Brzuch miękki i niebolesny, wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego; śledziona wyczuwa się tuż pod łukiem żebrowym. Układ zmysłów; nerwo- wy bez zmian, moczopłciowy bez zmian.

Dziecko zostało skierowane do kliniki z powodu podejrzenia cierpienia krwi. Istotnie, bledź dziecka, liczne wybroczyny na skórze i krwawienie z nosa usprawiedliwiały to podejrzenie. Badanie krwi nie wykazało jednak większych odchyłeń od normy:

Czas krwawienia 10½ min.

Czas krzepnięcia 12½ min.

Hb. 95 (wedł. Sahli)

Czerw. ciałek 3.470.000 w mm³

Białych ciałek 8.400 w mm³

Płytek 208.200 w mm³



Wzór: wielojądrazte obojętnochłonne	25%
„ kwasochłonne	2%
„ zasadochłonne	1%
limfocyty	10%
monocyty	12%

Jednocześnie posłano do badania bakteriologicznego wydzielinę z nosa, w której stwierdzono prątki Löffler'a. Zastryknięto 6000 j. u. surowicy przeciwbłoniczej domięśniowo.

Po kilku dniach stan poprawił się, wybroczyny znikły i wydzielina z nosa ustąpiła. Wypisana zdrowa po 11-dniowej obserwacji.

Błonica nosa u niemowląt, jak wiadomo, jest sprawą b. banalną. Ribadeau-Dumas twierdzi, że badania na oddziałach niemowlęcych wydzielin z nosa powinno być tak samo systematyczne, jak robienie odczynów tuberkulinowych. Znalazienie prątków Löffler'a dowodzi niezawsze błonicy nosa: może istnieć jedynie nosicielstwo. Błonica nosa zwykle nalców nie wytwarza. Autor jest zdania, że wtedy gdy mamy jakiegokolwiek objawy kliniczne (wyciek ropno-krwawy, gorączka, lub nawet zwykłe zahamowanie wagi niemowlęcia) należy przyjąć istnienie choroby; szczególnym dowodem jest poprawa i ustąpienie objawów po wstrzyknięciu surowicy. Jedynie wtedy, gdy obecność prątków Löffler'a nie zdradza się żadnym objawem miejscowym lub ogólnym — możemy mówić o zwykłym nosicielstwie.

W naszym przypadku mamy więc do czynienia z błonicą nosa. Zasługują na uwagę współlistniejące wybroczyny na skórze. Objaw łamliwości naczyń włosowatych i wynik badania krwi dowodzą, że mamy tu klinicznie szakę krwotoczną, powstałą prawdopodobnie wskutek toksycznego uszkodzenia śródbłnka.

Powstaje pytanie czy istnieje związek przyczynowy w tym przypadku między błonicą nosa, a wybroczynami. Na to pytanie trzeba, zdaje się, odpowiedzieć twierdząco. Utwierdzają nas w tem przekonaniu spostrzeżenia Glanzmann'a, który stara się wykazać związek (syntropie) pomiędzy błonicą, a występowaniem szaki krwotocznej (purpura), oraz szybki efekt leczniczy po zastosowaniu surowicy. Wielu autorów podaje występowanie w czasie błonicy różnego rodzaju wykwitów skórnych, przeważnie jednak o typie rumienia. Podobne przypadki opisują Hutinel i Mursy, Monti, Heubner, Bagiński, Feer. O wybroczynach wspomina się tylko w ciężkich septycznych przypadkach błonicy. Glanzmann spostrzegał wybroczyny w przypadku dławca błoniczego.

Wybroczyny w naszym przypadku zasługują na uwagę ze względu na 1) wiek dziecka i 2) postać błonicy.

Bardzo możliwe, że uprzednie odżywianie dziecka (brak witamin) było czynnikiem sprzyjającym dla uszkodzenia śródbłonka przez toksynę błoniczą.

PIŚMIENNICTWO.

1. E. Glanzmann. Über die Syntropie von Eiterungen, Erythema exsudativum multiforme, anaphylactoider Purpura und Diphtherie. Jahrbuch f. Kinderh. 1928.
2. Finkelstein. Lehrb. f. d. Säuglingskr. 3 Aufl.
3. Feer. Lehr. d. Kinderh.
4. V. Hutinel. Les Maladies des Enfants.
5. Schick. Diphtherie, in Pfaundler-Schlossmann. T. II.
6. Ribadeau-Dumas et Chabrun. La diphtérie nasale du nourrisson. Bull. de la Soc. de Péd. Nr 1. 1928.

STRESZCZENIE ZBIOROWE

O podstawowej przemianie materji

Pod a ł a

T. Marjanko Lewenfiszowa

Wskutek wazkich prac wykonanych w New-Yorku pod kierunkiem Benedict'a, Grahama Lusk i Eugen Dubois powstalo pojecie t. zw. metabolizmu bazalnego — podstawowej przemiany materji.

Podstawowa przemiana materji w klinicznym znaczeniu nazywamy ilosc ciepla w duzych kalorjach, wytwarzana przez metr kwadratowy powierzchni ciała na godzinę w następujących warunkach:

Badana osoba musi być naczczo od 14 — 16 godzin, leżeć w zupełnym spokoju w atmosferze o 16⁰ ciepłoty, musi być wyeliminowana od wpływów zewnętrznej ciepłoty. Podstawową przemianę materji określamy za pomocą kalorymetrji pośredniej lub bezpośredniej. Kalorymetrja bezpośrednia polega na bezpośredniem oznaczaniu wytwarzanej przez organizm ciepłoty, wymaga bardzo kosztownej instalacji i nawet w Ameryce jest stosowana tylko w instytucjach naukowych oraz w niektórych szpitalach.

Metoda pośrednia polega na określaniu przemiany gazowej oddechowej, na zasadzie której oblicza się następnie ilość wyprodukowanego ciepła. Aparaty w tym celu używane są dwojakiego typu: a) o obwodzie zamkniętym i b) o obwodzie otwartym.

Do pierwszego typu należy aparat Benedict'a i Tompkins'a: badana osoba leży na t. zw. łóżku oddechem w zamkniętej przestrzeni; miech obrotowy elektryczny włacza powietrze wydechowe kolejno do szeregu wchłaniaczy, a więc w pierwszym rzędzie do osuszającego kwasu siarkowego, następnie do wodzianu wapniowego wchłaniającego dwutlenek węgla, wkońcu do kwasu siarkowego, który wią-

że straconą przez wodzian wapnia wodę. Ilość wydzielonego dwutlenku węgla określamy, ważąc drugi i trzeci wchłaniacz przed i po doświadczeniu. Za pomocą gazomierza określamy ilość wprowadzonego do komory tlenu. Spirometr wykazuje najmniejsze wahania objętości gazu w komorze. Stosunek ilości wydzielanego dwutlenku węgla do ilości zużytego tlenu daje nam współczynnik oddechowy, na zasadzie którego, jak to wkrótce omówię, określamy podstawową przemianę materji.

Bez porównania dokładniejsze są aparaty o obwodzie zamkniętym. Szeroko stosowany, zwłaszcza w klinikach i szpitalach francuskich, jest aparat, składający się z udiometru Laulanié, ze spirometru, z t. zw. butelki - melanżera, oraz z maski kauczukowej Tissot. Maską musi szczelnie przylegać do twarzy, zaopatrzona jest w dwie rury metalowe, z których jedna doprowadza powietrze podczas każdego wdechu, druga odprowadza powietrze wydechowe do zbiornika szklanego — melanżera, hermetycznie zamkniętego. Melanżer łączy się za pomocą rurki gumowej ze spirometrem, który mierzy objętość wydechowego powietrza, za pomocą zaś drugiej rurki gumowej z t. zw. udiometrem Laulanié, który określa procentową zawartość tlenu i dwutlenku węgla powietrza wydechowego. Ilość tlenu zużytego przez badaną osobę określamy przez różnicę tlenu w powietrzu atmosferycznym 20,9 na 100 i tlenu w powietrzu wydechowym. Stosunek dwutlenku węgla w powietrzu wydechowym do zużytego tlenu tworzy współczynnik oddechowy.

W spirometrze oznaczamy objętość powietrza wydechowego przez kilka lub kilkanaście minut. Średnica objętości z 3-ch ostatnich minut jest właśnie objętością powietrza wydechowego na 1 minutę.

Znając objętość powietrza wydechowego na minutę, ilość zużytego tlenu w odsetkach, określamy z łatwością ilość tlenu na minutę i na godzinę.

Mnożąc ilość tlenu zużytego w godzinę przez współczynnik kaloryczny tlenu, stały dla danego współczynnika oddechowego, otrzymujemy ilość tlenu w kalorjach. Ta ilość kalorii, podzielona przez powierzchnię badanej osoby, daje nam ostatecznie liczbę podstawowej przemiany materji, a mianowicie ilość dużych kalorii, wytwarzanych przez ustrój na godzinę i metr kwadratowy powierzchni.

Powierzchnię odczytujemy z tablicy Dubois na zasadzie wagi i wysokości według wzoru:

$$S_{\text{powierzchnia}} = T_{\text{waga}}^{0,425} \times H_{\text{wysokość}}^{0,725} \times 71,84 \text{ (stała)}$$

Otrzymana w ten sposób i wyrażona w kalorjach podstawowa przemiana materji musi być porównana z podstawową przemianą materji u osoby zdrowej tegoż wieku i tej

samej płci. W tym celu istnieją już gotowe tablice Aub'a i Dubois z wartością podstawowej przemiany materji u osób od 14—80 lat. Przez porównanie uzyskanej podstawowej przemiany materji z powyższą tablicą określamy wzmożenie lub obniżenie jej w odsetkach. Przemiana podstawowa + 25% oznacza, iż przekracza ona normę o 25%, — 25% iż jest niższa od normalnej o 25%.

Wahania + 10% są jeszcze w granicach normy.

Istnieje szereg tablic z podstawową przemianą materji u dzieci zdrowych. Najbardziej stosowaną jest tablica Benedict'a i Talbot, oparta na badaniach kilkuset dzieci normalnych do 15 lat. We wszystkich istniejących tablicach zauważyć można jedną wspólną cechę: szybkie wzrastanie podstawowej przemiany materji w ciągu I-go roku życia, wolne podnoszenie się w ciągu 3-go półrocza, od 4-go zaś półrocza podstawowa przemiana materji stopniowo obniża się aż do okresu dojrzewania, w którym znów się podnosi.

Stopniowe obniżanie się podstawowej przemiany materji od IV-go półrocza wzwyż zależy według autorów amerykańskich od stopniowego zmniejszania się wewnątrzkomórkowych procesów utleniania i od mniejszej ilości ruchów oddechowych w okresie wzrastania. Od 20—40 roku życia podstawowa przemiana materji nie zmienia się prawie wcale potem znów stopniowo i nieznacznie się obniża.

Dzieci przedwcześnie urodzone mają niższą podstawową przemianę materji, niż dzieci normalnie urodzone. Jest to wyraz samoobrony organizmu, któremu potrzebne jest większe zabezpieczenie przeciwko utracie ciepła, niż dzieciom normalnym. Dopiero w III-im miesiącu wyrównują się różnice w podstawowej przemianie materji u dzieci normalnych i przedwcześnie urodzonych.

W ciągu I-go roku życia podstawowa przemiana materji u chłopców i dziewczynek jest mniej więcej jednakowa. Już od II-go roku życia począwszy otrzymujemy wyższe cyfry dla chłopców i mężczyzn.

Krzyk dziecka podczas doświadczenia podnosi podstawową przemianę materji. Według Murlin krzyk dziecka podczas jednej setnej czasu trwania doświadczenia wzmaga podstawową przemianę materji o 1%.

Wyżej wspomniałam, że do określenia podstawowej przemiany materji badana osoba musi być naczczo od 14—16 godzin, więc jak to nazywają autorzy amerykańscy w warunkach powchłonnych. U niektórych ludzi, zwłaszcza u dzieci to długie pozostawanie naczczo może wywołać uczucie niedomagania, zdenerwowania, zmieniając w ten sposób wynik podstawowej przemiany materji, Toteż Benedict w podobnych przypadkach podaje na godzinę przed badaniem śniadanie, składające się z 200 cm³ kawy pozbawionej ko-

feiny i słodzonej sacharyną, 30 gr. śmietanki i 25 gr. kartofli. Śniadanie takie prawie zupełnie nie zawiera substancji proteinowych, wartość jego kaloryjna równa się 250 kalorjom. Podstawowa przemiana materji wzmagą się w 15 minut po śniadaniu, wzmożenie utrzymuje się w nieco mniejszym stopniu jeszcze w 40 minut po śniadaniu, po godzinie wraca do normy. Spożycie więc powyższego śniadania na godzinę przed badaniem nie zmienia wyników podstawowej przemiany materji.

Obfite odżywianie, zwłaszcza mięsne, w ciągu kilku dni przed badaniem wzmagą podstawową przemianę materji. Niedożywienie w ciągu dłuższego czasu obniża ją o 27⁰/₀—31⁰/₀, Inaczej przedstawia się sprawa u wychudzonych wskutek niedożywienia dzieci. Tu stwierdzamy znaczny wzrost podstawowej przemiany materji nietylko w porównaniu z dziećmi normalnymi tego samego wieku, lecz i tej samej wagi.

Zanim przejdę do omówienia podstawowej przemiany materji w różnych stanach chorobowych, wspomnę krótko o wpływie niektórych leków na p. przemianę materji. Według Schoen'a podskórne wstrzyknięcie 10—20 mgr. morfiny obniża podstawową przemianę materji o 20 do 25⁰/₀. Kwas acetosalicylowy, salicylat sodu, kakodylat sodu, piramidon w dawkach zwykłych nie wpływają na podstawową przemianę materji. Środki przeczyszczające nieznacznie ją podnoszą, środki nasenne podane w przeddzień doświadczenia mogą ją znacznie obniżyć. Podawane w ciągu wielu tygodni umiarkowane dawki jodku potasu nie zmieniają podstawowej przemiany materji. Te same zaś ilości jodków stosowane w przypadkach lekkich gruczolaków gruczołu tarczowego bez wyraźnych objawów nadczynności, wzmagają podstawową przemianę materji o 20⁰/₀, powodując objawy nadczynności. Plummer już w 1921 roku stwierdził, że jod pobierany w postaci roztworu Lugola prawie zawsze obniża znacznie podstawową przemianę materji. W chorobie Basedowa zmniejsza jednocześnie objawy chorobowe, stan ogólny ulega poprawie.

Przy omawianiu podstawowej przemiany materji w stanach patologicznych zacznę od gruczolów wewnętrznego wydzielania, w pierwszym zaś rzędzie od gruczołu tarczowego, który jest głównym czynnikiem regulującym produkcję ciepła.

Usunięcie gruczołu tarczowego u psa i u kota wywołuje obniżenie podstawowej przemiany materji o 20⁰/₀. Dostanie do pokarmu gruczołu tarczowego w ciągu wielu dni zwiększa oddechową wymianę gazów, a więc i podstawową przemianę materji. Już w kilka dni po przerwaniu leczenia za pomocą gruczołu tarczowego podstawowa przemiana materji zaczyna się znów obniżać. Wpływ gruczołu tarczowego

na podstawową przemianę materji zależy całkowicie od obecności w nim tyrotoksyny czyli kwasu trójjodotrójhydroksypropionowego.

W 1916 roku Plummer wprowadza klasyfikację schorzeń gruczołu tarczowego, przyjętą przez wszystkich klinicystów Stanów Zjednoczonych, a obecnie i europejskich, opartą w głównej mierze na określaniu podstawowej przemiany materji, a więc:

1-o Obrzęk śluzowaty i inne stany z obniżeniem wytwarzaniem się wydzieliny gruczolowej.

2-o Wole zwykłe lub kolloidowe.

3-o Wole gruczolakowate zwykłe.

4-o Wole gruczolakowate tyrotoksyczne lub jadowite z nadmiernem wydzielaniem się tyroksyny.

5-o Choroba Basedowa.

1-o W obrzęku śluzowatym podstawowa przemiana materji jest zawsze obniżona do 35—40%, Stosowanie doustne lub podskórne gruczołu tarczowego podnosi ją do normy, lub nawet powyżej normy. Wzrost podstawowej przemiany materji można stwierdzić dopiero w parę dni po rozpoczęciu leczenia, albo nawet dopiero po odstawieniu preparatu tarczycowego; utrzymuje się on przez parę dni, poczem stopniowo obniża — co wskazuje, iż należy leczenie znów rozpocząć. Niektórzy autorzy twierdzą, że skuteczność leczenia za pomocą preparatów tarczycowych obrzęku śluzowatego wrodzonego jest możliwa tylko w pierwszych latach, Inni autorzy nie zgadzają się z powyższym poglądem. Tak np. Herman i Abel opisują przypadek wrodzonego obrzęku śluzowatego u 22 letniej osoby, w którym podstawowa przemiana materji wzrosła pod wpływem leczenia z—69% do +45%, u 18-letniej z—30,8% do +46%.

Po 3-ch miesiącach leczenia zaobserwowano w I-ym przypadku przyrost wysokości o 9 cm., w II-gim o 5 cm. Dzięki więc opoterapii tarczycowej udało się w powyższych przypadkach zwiększyć znacznie podstawową przemianę materji i obudzić zdolność wzrostu. Różnorodność wyników w leczeniu obrzęku śluzowatego za pomocą opoterapii tarczycowej zależy najprawdopodobniej od jakości stosowanego preparatu, również od ilości tyroksyny, którą dany ustrój jeszcze rozporządza. W amerykańskich szpitalach wszelkie preparaty tarczycowe są obecnie zastąpione przez tyroksynę, która prawie bez wyjątku podnosi podstawową przemianę materji w obrzęku śluzowatym.

Według Plummer'a i Boothby zastrzyk dożylny 1-go mlgr. tyroksyny podnosi podstawową przemianę materji o 2,8%, zastrzyk dożylny 10 mlgr.—o 28%.

Odczyn metaboliczny spowodowany tyroksyną dosięga szczytu dopiero na 8-my dzień, później zaczyna stopniowo opadać.

W kretynizmie podstawowa przemiana materji jest również obniżona do 30—40⁰/. Wyciąg z gruczołu tarczowego podnosi podstawową przemianę materji, jednak, jak i w obręku śluzowatym, lepiej i dłużej utrzymuje się poprawa stanu ogólnego i wzrost p. przemiany materji po zastrzyknięciu tyroksyny.

2-o Wole zwykle lub koloidowe jest wywołane nadmierną produkcją substancji koloidowej w gruczole tarczycowym. Podstawowa przemiana materji jest w tych przypadkach normalna lub nieznacznie obniżona — 6 — 18⁰/. Wole zwykle spotyka się przeważnie w okolicach z ubogą w jod wodą, zwłaszcza w niektórych okolicach Szwajcarii i Stanów Zjednoczonych, u ludzi, bydła, ptaków, ryb. U człowieka wole zwykle występuje przeważnie w okresach związanych z nadmierną czynnością gruczołu tarczowego, a więc w okresie dojrzewania płciowego, ciąży, karmienia i t. d. Dla tego w okolicach endemicznych wola zwykłego w Stanach Zjednoczonych podaje się w celach profilaktycznych ciężarnym, następnie dzieciom przez 3 lata przed dojrzewaniem płciowym i w okresie dojrzewania nieduże ilości jodu na jesieni i na wiosnę.

Leczenie wola zwykłego za pomocą zastrzyków dożylnych tyroksyny daje doskonałe wyniki, po 8—12 tygodniach giną nawet bardzo duże wola. Tyroksynę należy jednak podawać pod ścisłą kontrolą podstawowej przemiany materji, która tylko nieznacznie przekraczać może stopień normalny. Zabieg operacyjny jest bezwzględnie przeciwwskazany w przypadkach wola zwykłego, gdyż prowadzi do znacznego obniżenia podstawowej przemiany materji i do pogorszenia obrazu chorobowego. Wolu zwykłemu towarzyszą czasem objawy psychiczne, nerwowe i naczyniowe, tworząc obraz poronnej postaci choroby Basedowa. W podobnych przypadkach tylko określenie podstawowej przemiany materji pozwala sprawę rozstrzygnąć: normalna lub nieznacznie obniżona jest wyrazem wola koloidowego, podczas gdy nawet w najłżejszych postaciach choroby Basedowa, wyjąwszy oczywiście okresy remisji, podstawowa przemiana materji jest wzmożona.

3-o Gruczolaki gruczołu tarczowego z niewzmożoną wydzieliną gruczolową mają normalną podstawową przemianę materji. Wyłuszczenie gruczolaka jest wskazane tylko w niektórych przypadkach, celem usunięcia objawów uciskowych, wywołanych objętością gruczolaka. Leczenie jodem jest bezwzględnie przeciwwskazane. Suell, Ford i Rowtree opisują przypadek gruczolaka zwykłego, gdzie wskutek influency podawano nieduże ilości jodku potasu; wkrótce podstawowa przemiana materji bardzo wzrosła, wystąpiły kliniczne objawy

nadczynności gruczołu — gruczolak zwykły tarczycy przekształcił się w gruczolak tyrotoksyczny.

4-o Gruczolaki tyrotoksyczne cechuje stopniowe wzrastanie podstawowej przemiany materji; objawy nadczynności gruczołu tarczowego rozwijają się w tem cierpieniu często dopiero po 14—15 latach od początku choroby. Podstawowa przemiana materji jest zwiększona conajmniej o 28 — 35%. Wycięcie częściowe wola lub wyluszczenie masy gruczolakowatej obniża ją z 35% do 7%. Wyluszczenie masy gruczolakowatej wystarczy tylko wówczas, gdy podstawowa przemiana materji nie przekracza +50%. Przekroczenie tej liczby nasuwa podejrzenie przekształcenia się tkanki gruczolowej i wymaga większego zabiegu.

5-o W chorobie Basedowa podstawowa przemiana materji jest zawsze wzmożona, w wielu przypadkach nawet do +100%. Naogół jest ona wyższa w ciężkich przypadkach ze znacznym przyspieszeniem czynności serca.

Według Plummer'a chorobę Basedowa cechuje zwiększona i jakościowo zmieniona sekrecja gruczołu tarczowego. Gruczoł tarczowy nie rozporządza jakoby wystarczającą do wytworzenia tyroksyny ilością jodu, wskutek czego zmienia się struktura tyroksyny. Za słusznością tej koncepcji przemawiają doskonale rezultaty, otrzymane przez leczenie choroby Basedowa roztworem Lugola: podstawowa przemiana materji znacznie się obniża, jednocześnie objawy chorobowe ulegają wybitnej poprawie. Skuteczność tyroidektomji w chorobie Basedowa jest znacznie większa, jeżeli zabieg wykonano w okresie remisji, przy niskiej podstawowej przemianie materji. Remisję można właśnie łatwo uzyskać przez podawanie roztworu Lugola lub innej postaci jodu przez pewien czas przed operacją.

Wyniki leczenia promieniami Roentgena są różne u różnych autorów. Stoi to w związku z faktem, że naświetlania promieniami Roentgena na początku podnoszą podstawową przemianę materji, a potem dopiero ją obniżają. Tak np. w przypadku jednego z autorów niemieckich podstawowa przemiana materji przed leczeniem wynosiła +35,4%, po jednorazowym naświetlaniu wzniosła się do +58,7%, w następnym tygodniu spadła do +35,4%. W tydzień po drugim naświetleniu podniosła się do +45,7%, po dwóch zaś tygodniach spadła do +17%. A zatem określanie podstawowej przemiany materji dla zróżniczkowania i racjonalnego leczenia schorzeń gruczołu tarczowego należy już w dobie obecnej prawie do niezbędnych badań pomocniczych.

W zaburzeniach czynności przysadki mózgowej opisują następujące zmiany podstawowej przemiany materji: w stanach ze wzmożoną czynnością np. w akromegalji pod-

stawowa przemiana materji przeważnie wzrasta, według Marcel Labbé, do $+33\%$, wyraźnie obniża się w stanach ze zmniejszoną czynnością przysadki mózgowej (Infantilismus, Morbus adiposogenitalis z objawami przysadkowemi). Wstrzyknięcie wyciągu z przedniej części przysadki mózgowej obniża nieco podstawową przemianę materji, wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej — wyraźnie ją wzmacnia. Osoby normalne reagują wzmożeniem podstawowej przemiany materji po wstrzyknięciu wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej, osoby zaś ze zmniejszoną czynnością gruczołu tarczowego nie reagują wcale, albo też nawet nieznacznie obniżają podstawową przemianę materji. Na zasadzie powyższego sądzić można o pewnej synergji między tyroksyną i czynną substancją tylnej części przysadki mózgowej.

Wpływ nadnerczy na podstawową przemianę materji jest różny u różnych zwierząt: usunięciu nadnerczy u królika towarzyszy długotrwały wzrost podstawowej przemiany materji, która dopiero po upływie wielu dni do kilku tygodni wraca do normy. Zaznaczyć jednak trzeba, że króliki są obficie zaopatrzone w dodatkową tkankę chromochłonną, która po usunięciu nadnerczy zaczyna zastępczo pełnić ich czynność. Usunięciu nadnerczy u psa, kota towarzyszy już po 48 godzinach zmniejszenie podstawowej przemiany materji, około 25% . Dłuższych spostrzeżeń nie można było dokonać, gdyż pies, kot, nieposiadające dodatkowej tkanki chromochłonnej umierają już na 2—5 dzień po operacji.

Jeżeli więc usuwamy nadnercza w ustroju, posiadającym dodatkową tkankę chromochłonną, to podstawowa przemiana materji wzrasta, nieposiadający dodatkowej tkanki chromochłonnej ustrój reaguje zmniejszeniem podstawowej przemiany materji. Obie części nadnerczy niejednakowo działają na podstawową przemianę materji: część korowa zmniejsza wpływ tarczycy na podstawową przemianę materji, część rdzenna, produkująca adrenalinę wzmacnia podstawową przemianę materji. W chorobie Adissona, która zdaje się zależeć od uszkodzenia części rdzennej nadnerczy, metabolizm bazalny jest mniej lub bardziej zmniejszony, w zależności od stopnia choroby. Wstrzyknięcie adrenaliny w podobnych razach podnosi zazwyczaj podstawową przemianę materji. Hermann i Richard opisują przypadek niedomogi nadnerczy z metabolizmem bazalnym obniżonym do $-11,37\%$, po wstrzyknięciu adrenaliny podstawowa przemiana materji podniosła się nawet powyżej normy.

Gruczoły płciowe: Kastracja u wszystkich prawie zwierząt powoduje obniżenie podstawowej przemiany materji. W zespole objawów adiposogenitalnym, zależnym od niedomo-

gi czynnościowej gruczołów płciowych, podstawowa przemiana materji jest często obniżona do — 30⁰/₀. Opoterapja jajnikowa lub jądrowa nie wpływa wyraźnie na poprawę podstawowej przemiany materji.

Omawiając wpływ trzustki na podstawową przemianę materji, musimy w pierwszym rzędzie omówić wpływ insuliny, co do której zdania autorów są bardzo podzielone. Według jednych (Joslin, Gray i Root) insulina podnosi podstawową przemianę materji średnio o 9⁰/₀. Inni jeszcze twierdzą, że wpływ insuliny jest pośredni, że wzrastanie podstawowej przemiany materji po insulinie zależy od zwiększonej ilości pokarmów, które chory dzięki insulynie otrzymuje i od zwiększania się współczynnika oddechowego dzięki lepszemu utlenianiu węglowodanów węgla. Autorzy amerykańscy, Boothby i Wilder, określali wpływ insuliny na podstawową przemianę materji u zdrowych i u cukrzycowych z następującymi wynikami:

W przypadkach z ilością cukru ponad 100 mgr w 100 cm³ krwi podstawowa przemiana materji nie ulega zmianie po zastosowaniu insuliny. Tak np. w jednym przypadku zastrzyknięto 20 jednostek insuliny, następnie kilkakrotnie w ciągu 140 minut po zastrzyknięciu określano podstawową przemianę materji.

Ilość cukru we krwi w ciągu tego czasu obniżyła się stopniowo z 286 mgr w 100 cm³ krwi do 100 mgr., a metabolizm bazalny dawał następujące wartości — 17, 18, 20, 17, 22⁰/₀, a więc prawie nie zmieniał się.

W szeregu innych przypadków spostrzegano, że długotrwałe codzienne zastrzykiwanie insuliny nie daje dużych wahań w podstawowej przemianie materji, jeżeli djeta i stan odżywiania chorego nie ulegają zmianie.

Gdy ilość cukru we krwi spada pod wpływem insuliny poniżej 100 mgr w 100 cm³ i zbliża się do stopnia krytycznego, kiedy to zaczynają występować objawy hypoglikemiczne, zauważyć można nagły wzrost podstawowej przemiany materji. Ten nagły wzrost autorzy przypisują nie bezpośrednio działaniu insuliny, lecz nagromadzeniu się we krwi adrenaliny — jest to wyraz samoobrony organizmu przeciwko hypoglikemji. Pogląd ten podziela szereg amerykańskich autorów.

Działanie śledziony na podstawową przemianę materji jest według wielu autorów wprost przeciwne, aniżeli działanie tarczycy. Usunięciu śledziony u królika towarzyszy prawie zawsze wzmoczenie podstawowej przemiany materji. Jeżeli królikowi z usuniętą tarczycą, a zatem ze zmniejszoną podstawową przemianą materji, usuniemy następnie śledzionę, to podstawowa przemiana materji znacznie wzrasta. W sple-nomegalji stwierdza się powiększenie podstawowej przemiany materji.

Według autorów niemieckich śledziona w splenomegalji wytwarza substancje, pobudzające komórkowe utlenianie, powiększające zatem podstawową przemianę materji — stąd leczniczy wpływ usunięcia śledziony w splenomegalji.

W skompensowanych schorzeniach serca podstawowa przemiana materji nie ulega zmianie, z chwilą zaś wystąpienia duszności, wysokiego ciśnienia krwi, podstawowa przemiana materji wzrasta.

Choroby nerek również nie wpływają wyraźnie na podstawową przemianę materji. Du Bois stwierdza obniżoną nawet do -- 40% w chorobach nerek, którym towarzyszą obrzęki.

Z chorób krwi podstawowa przemiana materji nie ulega zmianie w anemji zwykłej. Dzieje się to, według Grafe'go, dzięki zwiększonej szybkości krążenia, zwiększonej ilości tętna i oddechów, lepszemu wyzyskaniu tlenu. Występujące czasem znaczne zwiększenie podstawowej przemiany materji przypisać należy zwiększonej czynności narządów krwiotwórczych.

W niedokrwistości złośliwej niemieccy, jak również angielscy autorzy stwierdzają zwiększoną podstawową przemianę materji, tem wybitniej, im cięższy jest obraz niedokrwistości.

W białaczkach podstawowa przemiana materji jest wzmoczona do 52% w limfatycznej, do 44% w szpikowej. Podstawowa przemiana wzrasta proporcjonalnie do liczby białych ciałek w mm³ krwi. Według Gunderson'a istnieje związek między liczbą młodych postaci białych ciałek, a stopniem podstawowej przemiany materji.

W chorobach, przebiegających z podniesioną ciepłotą, a więc w róży, durze, zimnicy i wielu innych podstawowa przemiana materji wzrasta równolegle do wysokości ciepłoty. W gruźlicy — już samo zakażenie gruźlicze, przy normalnej nawet ciepłocie, podnosi podstawową przemianę materji.

Nie omawiałam wielu innych stanów chorobowych, w których podstawowa przemiana materji wcale albo tylko nieznacznie ulega wahaniom.

W rozpoznawaniu i leczeniu wielu stanów chorobowych, w pierwszym rzędzie zaburzeń gruczołu tarczowego, określanie podstawowej przemiany materji odgrywa niepomierne dużą rolę. Na działanie ciepłotwórcze tyroksyny wpływa cały szereg gruczołów wewnętrznych wydzielania. Tylne płaty przysadki mózgowej oraz gruczoły płciowe zdają się działać synergicznie z tyroksyną. Dotyczy to według wielu autorów i grasicy.

Nadnercza wywierają wpływ regulujący na działanie tarczycy. Adrenalina poza tem ma również własne działanie ciepłotwórcze, w stopniu jednak znacznie mniejszym od tyroksyny.

Podstawowa przemiana materji wzrasta w gorączce, w nadczynności gruczołu tarczowego, w akromegalji, w białaczce, w niedokrwistości złośliwej, zmniejsza się w stanach z niedostateczną czynnością gruczołu tarczowego, w niedomodze przysadkowej, jajnikowej.

Widzimy więc, że podstawowa przemiana materji zapoczątkowała szereg badań klinicznych i doświadczalnych, oraz ciekawe wnioski dotyczące rozpoznawania i leczenia. Jest jednak jeszcze bardzo dużo sprzecznych punktów, które wymagają większego zainteresowania sprawą przemiany materji, określania jej na szerszą skalę u zdrowego i chorego człowieka.

Polskie Towarzystwo Pediatryczne

WYCIĄG Z PROTOKÓŁÓW POSIEDZEŃ ZA II KWARTAŁ 1928 ROKU

Posiedzenie kliniczne z dnia 4. IV. 1928 r.

Obecnych: członków 36, gości 10.

J. Celarek wygłosił odczyt p. t. O szczepieniach przeciwploniczych.

Prelegent omówił sprawę z punktu widzenia etjologii, epidemiologii i przedstawił następujące praktyczne wnioski w sprawie szczepień przeciwploniczych:

1) szczepieniom ochronnym poddawać należy dzieci z odczynem Dick'ów dodatnim,

2) szczepienia są przeciwwskazane u osób chorych, gorączkujących, dotkniętych gruźlicą, jak również ze schorzeniami dróg moczowych,

3) przed rozpoczęciem szczepienia winno być przeprowadzone badanie moczu. (białko, osad); pożądanem jest ze względu na możliwe odczyny nerkowe, kontrolowanie moczu w toku szczepień,

4) po upływie 4—6 tygodni od ostatniego szczepienia należy powtórnie wykonać odczyn Dick'ów w celu stwierdzenia wyniku szczepienia; w razie dalszego trwania wrażliwości należy wykonać jeszcze jedno szczepienie; trwałość uodpornienia winna być kontrolowana raz do roku,

5) szczepienia powinny być wykonywane w okresie kwiecień—maj,

6) w przypadkach występowania plonicy w rodzinie, członkowie rodziny z odczynem Dick'ów dodatnim mogą być poddani szczepieniu po upływie 5—7 dni od chwili odosobnienia chorego; tam, gdzie odosobnienie jest niemożliwe, względnie kontakt z chorym był bardzo ścisły, a gdzie chodzi nam o uodpornienie, należy poprzednio zastrzyknąć 10 cm³ surowicy przeciwploniczej,

7) celem wyzyskania materiału pod względem statystycznym—należy prowadzić dokładną rejestrację szczepień i ew. przypadków zachorowań wśród szczepionych.

W dyskusji J. Bogdanowicz podaje, że w roku 1927 dokonał około 12 szczepień anatoksyną, z tych 3 w szpitalu Karola i Marii. W jednym przypadku (chłopiec 9 lat) po zastrzyknięciu 2 cm³ anatoksyny uodpornienie nastąpiło tylko częściowo. W 2 przypadkach szczepionych, w miesiąc po szczepieniu wystąpiły objawy plonicy. W jednym przypadku przebieg był wyraźnie poronny, w drugim dość ciężki, lecz bez powikłań. W obu przypadkach wystąpiły wyraźne odczyny w miejscu szczepienia.

Doc. Szenajch żąda ujednostajnienia miana toksyny. Z powodu różnorodności toksyny nie da się należycie ocenić wrażliwość na plonicę: jedna serja toksyny daje wrażliwość w 13⁰/₀, inna aż w 60⁰/₀. Dalej mówca zaznacza, że jak dotąd wpływ szczepień na organizm nie jest dostatecznie wyjaśniony. Zaszczepionego osobnika należy dokładnie obserwować w ciągu 24 nawet 48 godzin; badania takie przeprowadził Jundell w Sztokholmie. Zgadza się z prelegentem, że nie należy szczepić w okresie możliwego wylegania plonicy. Natomiast nie zgadza się mówca z założeniem prele-

genta, aby członkowie rodziny szczególnie osoby dorosłe, na wypadek płonicy w rodzinie przed uodpornieniem czynnym miały być uodparniane biernie przez zastrzyknięcie surowicy.

Prof. M. Michałowicz przytacza dwa przypadki płonicy u dzieci szczepionych o przebiegu bardzo łagodnym, wysypka trwała zaledwie kilka godzin, retrospektywnie jednak ustalono bezwzględnie rozpoznanie płonicy. Odnosnie ujednostajnienia toksyny, mówca jest zdania, że doprowadzić do jednego miana antygen jest nader trudno z powodu mutacji bakteryjnej, jak również z powodu wahań wrażliwości organizmu w różnych okresach.

Doc. M. Erlichówna uważa za konieczne, aby ogół lekarzy zapoznał się z przyczynami, dla których pewne dzieci pomimo szczepienia zachorowują na płonicę. Wśród publiczności spotykamy się ciągle z opinią, która wychodzi od lekarzy nie orjentujących się w istocie sprawy, iż nie warto szczepić dlatego, że chorują także dzieci szczepione.

Brokman uzależnia powstawanie objawów poszczepiennych od materiału szczepiennego. Dotąd w masie była używana do szczepień toksyna, która niekiedy wywoływała podobną do płonicy wysypkę; obecnie P. Z. H. wypuszczać ma tylko anatoksynę. Uodparnianie według Celarka t. j. surowicą i anatoksyną może być zastosowane tylko u osób pielęgnujących chorego np. u matki, pielęgniarce.

Wobec nierzadkich sprzeciwów względem szczepień przeciwploniczych niektórych lekarzy praktykujących, Brokman zgłosił do prezydium wnioszek w tej sprawie, celem poddania go pod głosowanie. Prezes, T. Kopeć oznajmił wnioskodawcy, że wniosek na posiedzeniu klinicznym nie może być rozpatrywany, natomiast będzie przedmiotem rozważań na najbliższym posiedzeniu Zarządu; prócz tego w maju przewidziane jest posiedzenie dyskusyjne, poświęcone omawianiu szczepień ochronnych.

Celarek w odpowiedzi Doc. Szenajchowi i Brokmanowi zaznacza, że proponowany sposób uodparniania w rodzinach, gdzie jest wypadek płonicy, należy stosować tylko w specjalnych przypadkach np. u osób pielęgnujących chorego, w rodzinach z wielką wrażliwością na płonicę i t. p.

Prof. M. Michałowicz wygłosił odczyt p. t. Colitis, appendicitis, psotitis w ich wzajemnem ustosunkowaniu się w niektórych przypadkach klinicznych. (Będzie ogłoszony w Pedj. Pol.).

J. Stejn wygłosił koreferat z dziedziny histopatologii wyrostka robaczkowego.

Posiedzenie kliniczne z dnia 18.IV.1928 r.

Obecnych: członków — 34, gości — 25,

Przed porządkiem dziennym zabrał głos Prezes T-wa T. Kopeć i wygłosił następujące wspomnienie pośmiertne:

Przed tygodniem, dnia 11 b. m. zmarł Docent Uniwersytetu Petersburskiego, a obecnie Warszawskiego, Doktor Medycyny ś. p. Władysław Janowski. Zmarły był członkiem popierającym naszego T-wa od samego początku, losami Pedjatrii Polskiej interesował się zawsze i dokąd stan zdrowia Mu na to pozwalał, był częstym gościem na posiedzeniach naszych,

Nie moją jest rzeczą kreślić życiorys zmarłego, ani wymieniać bogatą spuściznę naukową, jaką po sobie zostawił. Chcę tylko podkreślić jeden moment z pracowitego Jego żywota, w którym przysłużył się dobrze Pedjatrii Polskiej, a było to w roku 1894-ym, kiedy seroterapia błonicy zyskała sobie oficjalne uznanie i prawo obywatelstwa na międzynarodowym Kongresie Higjeny w Budapeszcie dnia 7 września. Od czasu, kiedy Behring i Heubner w Berlinie, a Roux w Paryżu ogłosili poraż pierwszy swoje spostrzeżenia, dotyczące dodatnich wyników w leczeniu błonicy surowicą swoistą, zakotłowało się w prasie codziennej, która licznymi artykułami wywołała zainteresowanie publiczne doniosłym wynalazkiem. Bawił w tym

czasie w Paryżu H. Wawelberg, znany bankier Warszawski, który pod wrażeniem subskrypcji publicznych na Instytut Pasteura, w celu poparcia pracy nad nowym wynalazkiem, zadeponował do prof. Baranowskiego w Warszawie, że przeznaczą 3.000 rb. na wyjazd lekarza z Warszawy do Paryża w celu dokładnego zapoznania się z tą sprawą. Prof. Baranowski po porozumieniu z ówczesnym Dziekanem Wydziału Lekarskiego, Prof. Brodowskim, zaproponował wyjazd s. p. Wł. Janowskiemu. I chociaż już przedtem były ogłoszone w Gazecie Lekarskiej dwie korespondencje, dotyczące tej sprawy, jedna Danysza, asystenta Instytutu Pasteura, a druga D-ra J. Bączkiewicza z Warszawy, który bawił podówczas w celach naukowych za granicą, to jednak przynależało, że poruszył nasz świat lekarski i wzbudził żywe zainteresowanie tą sprawą dopiero Wł. Janowski, kiedy po powrocie z Paryża wygłosił w Tow. Lekarskim swój odczyt pod tytułem: Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi w Berlinie i w Paryżu. Odczyt ten, wygłoszony w dniu 11-y grudnia 1894-go roku, został wydany jako 72-gi zeszyt Odczytów Klinicznych przez Gazetę Warszawską. Janowski podaje w nim szczegółowo sposób uodparniania koni, otrzymywania surowicy, określania jej miana przez szkołę francuską oraz niemiecką, wreszcie podaje spostrzeżenia własne nad wartością leczniczą surowicy, poczynione w Paryżu i w Berlinie, a które wykazywały spadek śmiertelności w błonicy z 35 — 50% do — 14%. Już w styczniu 1895-ego roku ogłosił w Gazecie Lekarskiej drugą pracę pod tytułem: Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy Behringa oraz surowicy Roux. Potem, wspólnie z Bączkiewiczem, ogłosił wskazówki praktyczne nad sposobami zbierania podejrzanego materiału z gardzieli, jego badania, przesyłania do pracowni, dawkowania surowicy leczniczej, zastrzykiwania i t. d. W dalszym ciągu narówni z Jakubowskim w Krakowie, a Koralem i Malinowskim w Warszawie rozpoczął leczenie surowicą swoistą na specjalnie ad hoc przeznaczonym oddziale w Szpitalu Dz. Jezus. W tym samym czasie i znowu dzięki inicjatywie prywatnej ze strony kilku świątliwych obywateli z rodziną Pfeiffrow na czele, zostało zapoczątkowane wyrabianie surowicy w Warszawie przez Palmirskiego (w Krakowie przez Bujwida), Wkrótce surowica krajowa dorównała w zupełności zagranicznej, wyrugowała ją z handlu, a w dniu 1-y października 1895-go roku mógł już Janowski wygłosić swój trzeci odczyt w Tow. Lekarskim: O wynikach leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi, którym wywołał ożywioną dyskusję.

Oto i wszystko, co chciałem powiedzieć o s. p. Władysławie Janowskim, a chciałem powiedzieć dla tego, abyśmy wszyscy wiedzieli, co on dla Pedjatrii Polskiej uczynił i abyśmy Mu to wszyscy we wdzięcznych sercach naszych zachowali — Cześć Jego Pamięci!

Obecni uczcili pamięć s. p. Władysława Janowskiego przez powstanie.

Popowski przedstawił i omówił przypadek rozstrzeni oskrzelowej u 13-letniej dziewczynki.

W dyskusji doc. Szenajch poruszając sprawę etjologii, przypuszcza, że w danym przypadku koklusz był przyczyną schorzenia w myśl poglądów Pospischiell'a.

Popowski przypuszcza, że według danych z wywiadu momentem etjologicznym mogła być raczej odra, powikłana przez zapalenie płuca odoskrzelowe w dolnym lewym płacie, albowiem od tego czasu datuje się kaszel, koklusz wystąpił później.

Glińska demonstrowa i omawia przypadek choroby Henoch-Schönleina u dziecka 11-miesięcznego. (Będzie podane w Pedj. Pol.)

W dyskusji doc. M. Erlichówna zaznacza, że przy rozpoznaniu należało wziąć pod uwagę chorobę Werlhoffa, jednak szybkie cofanie się wylewów krwawych pod naświetlaniem przeczy temu rozpoznaniu.

Stankiewicz zgadzając się z rozpoznaniem, podnosi jednak ciężki stan chorego w początku zachorowania, co nie zdarza się zwykle przy chorobie Henoch-Schönleina.

Leśniowski demonstruje przypadek Polymyositis u dziewczynki 9-letniej.

R. Stankiewicz i J. Wiszniewski wygłosili odczyt p. t.:
Leczenie dystrofji u niemowląt dużemi dawkami cukru.

(Przeznaczone do druku)

W dyskusji prof. Michałowicz, zgadzając się z wnioskami prelegentów, zwraca uwagę, że przy leczeniu dystrofji należy indywidualizować w podawaniu mieszanek. Postępowanie takie wynika z faktu różnorodnej tolerancji dzieci względem czy to węglowodanów, czy to odnośnie tłuszczu.

Nie bez znaczenia w sensie ujemnym wpływa na wynik leczenia dystrofji fakt skupienia dzieci na wspólnej sali, gdzie stale wisi niebezpieczeństwo zapadania na sprawy kataralne, zapalenia płuc odoskrzelowe i t. p.: najlepiej byłoby w takich przypadkach zastosować system celkowy.

Leśniowski wygłosił odczyt p. t.: „Polymyositis primaria“.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2.V.1928 r.

Obecnych: członków 27, gości 11.

K. Piotrowski przedstawił przypadek hyperostosis u chłopca 13-letniego. Przy badaniu stwierdza się guzy wydatte, wysokości do 1-go cm, stożkowate, twarde, nieruchome, usadowione symetrycznie w następujących miejscach: na górnej trzeciej części obu kości ramieniowych, po kilka guzków z obu stron na żebrach bliżej chrząstek, największy na lewej kości talerzowej, w górnej części obu bioder, znaczne guzowate zgrubienia z obu stron na przedudziu w okolicy kostek i mniejsze guzy na kościach promieniowych. Uwzględniwszy zupełnie normalny stan umysłowy pacjenta jak również i zupełną sprawność fizyczną, powstanie guzów należy przypisać prawdopodobnie wadliwemu kostnieniu, na co wskazuje umiejscowienie ich w bliskości linii nasadowych. Co do leczenia mówca zastrzega się przeciw podawaniu przetworów wapiennych.

W dyskusji Wiszniewski zgadza się z mówcą co do etiologii tego zбочenia i w sposób szczegółowy wyjaśnia powstawanie guzów; są to ogniska nadmiernego procesu kostnienia na dawnych linjach epifizarnych. Odnośnie leczenia, mówca zaznacza, że w razie przeskody w ruchach lub ucisku na narządy, należy guzy usuwać chirurgicznie przez ich zbijanie.

R. Stankiewicz zaznacza, że podawanie przetworów wapiennych należy warunkować przez uprzednie badanie krwi na zawartość wapnia.

Jastrzębski przytacza przypadek, w którym powstały guzy w czasie reumatyzmu stawowego; po zadaniu neoatophanu guzy bardzo szybko znikły.

T. Kopeć omawia i przedstawia przypadek krwotoku podpajęczy-nówkowego u dziecka sześciolatniego.

Basia P. lat sześć i pół zachorowała nagle dnia 26.II.1928 r. Zwy-miotowała, narzekała na ból głowy, straciła przytomność, dostała drgawek. Po kilku godzinach odzyskała przytomność. Od tego czasu skarży się na ból głowy i nudności, jest senna, po jedzeniu i piciu wymiotuje.

Nazajutrz przybyła do szpitala im. Karola i Marii w stanie ciężkim, przytomna, z ciepłotą około 38° C. Układała się na boku, z głową odrzuconą do tyłu, jak przy zapaleniu opon nagminnem. Skarżyła się na ból w karku i głowie. Zrenice były równe, na światło reagowały dobrze. Sztynność karku była wybitnie zaznaczona, objawy Brudzińskiego i Kerniga bardzo żywe, odruchy ścięgnięte wzmożone. Oddech i tętno zwolnione. Brzuch mały, wciągnięty, częste wymioty.

Tak pierwszego, jak i drugiego dnia płyn mózgowy był krwawy, pod ciśnieniem zwiększonym. Uderzało, że krwawe zabarwienie płynu było jednakowe od pierwszej do ostatniej kropli, co zgóry wykluczało przypadkową domieszkę krwi, jak to ma miejsce w przypadkowym skaleczeniu

splotu naczyniowego igłą podczas nakłucia. Badanie płynu usunęło wszelkie wątpliwości: po odwirowaniu otrzymaliśmy spory osad krwinek na dnie próbówki, osad niekrzepnący, a nad nim płyn zupełnie czysty, pierwszego dnia słabo, potem coraz silniej zabarwiony (ksantochromia). W osadzie krew, liczba i typ ciałek odpowiadają stosunkom normalnym we krwi. Brak dwoinek w preparatach barwionych, posiewy jałowe. Brak odczynów zapalnych, cukru 0,5⁰/₀, chlorków 8,4⁰/₀.

Odczyn Pirquet'a ujemny, Wassermann'a w płynie też ujemny, dno oczu bez zmian, tarcze prawidłowe.

Drugiego dnia pobytu w szpitalu t. 38,4, 4-go — 39 C, dziecko skarży się na nieznośny ból w karku i głowie, opistotonus jeszcze większy, odruchy Brudzńskiego i Kerniga jeszcze żywsze, nie wymiotuje, je chętniej. Odtąd występuje powolna lecz stała poprawa. Po dwóch tygodniach dziecko jest już wesołe, porusza główką we wszystkie strony, ma płyn mózgowy czysty, złotawy, bez cech zapalnych, odruchy ścięgniste żywe, oponowe niewyraźne; po trzytygodniowym pobycie w szpitalu matka zabiera dziecko zdrowe do domu.

Rozpoznanie: Haemorrhagia subarachnoidalis.

Początkowo, przy pierwszym badaniu dziecka myśleliśmy o zapaleniu opon nagminnem, lecz wygląd płynu zawsze jednakowo krwawy, ksantochromia, jałowość przy braku cech zapalnych, gwałtowny początek schorzenia, to wszystko upoważniało do rozpoznania krwotoku podpajęczynówkowego, jednostki chorobowej do niedawna mało znanej. Dalszy przebieg i szybka poprawa chorej w zupełności potwierdziły nasze rozpoznanie.

(Autoreferat).

R. Barański i W. Gumiński wygłosili odczyt p. t. Z Kliniki ropnia pozagardzielowego. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji Stankiewicz podnosi trudności, jakie nastęrcza badania u dzieci małych stawek przy zwykłym oglądaniu gardła, i dlatego przy podejrzeniu ropnia poleca przeprowadzić badanie palcem.

Z. Dobrowski zaznacza, że przecinanie ropni pozagardzielowych przedstawia pewne niebezpieczeństwo, wobec tego stosuje w wielu razach przerywanie ropni palcem.

J. Pieniążek dzieli ropnie pozagardzielowe stosownie do ich umiejscowienia na trzy grupy; ropnie, o których była mowa, należą do kategorii najczęstszych i względnie łatwych do rozpoznania i leczenia; drugą grupę stanowią ropnie umiejscowione wysoko w przestrzeni noso-gardzielowej, są one przeszkodą przy ssaniu; do trzeciej grupy należą ropnie w dolnym odcinku gardzieli, które utrudniają oddech, dają wrażenie dławca; ta postać najczęściej spotyka się jako powikłanie przy płonicy i odrze. W ostatnich czasach proponują operowanie takich ropni z zewnątrz,

Posiedzenie kliniczne z dnia 30. V, 1928 r.

Obecnych: członków 20, gości 5.

Prezes T. Kopeć zawiadamia, że Zarząd P. T. P. wystosował do prasy komunikat w sprawie szczenię ochronnych przeciwploniczych; komunikat ten został ogłoszony w kilku dziennikach.

Z powodu trzęsienia ziemi w Bułgarii zostały wysłane w imieniu Towarzystwa listy z wyrazami współczucia do Prof. Kirowa i Dabowskiego w Sofji, oraz Dobreffa w Filippioli, od których otrzymano podziękowanie.

J. Wiszniewski przedstawia przypadek pneumokokowego zapalenia otrzewnej u 4-letniej dziewczynki.

Choroba rozpoczęła się przed 4-ma tygodniami nagle, gorączką, wymiotami, silnymi bólami w jamie brzusznej i biegunką. Po kilku dniach ostre objawy ustąpiły, stan chorej pozornie poprawił się, lecz po pewnym

czasie zauważono powiększanie się obwodu brzucha i stan podgorączkowy. Po przybyciu chorej do kliniki stwierdzono w dolnej części nieco powiększonego i twardego brzucha chębotanie, niewyraźnie odgraniczone na poziomie pępka, przy bardzo nieznacznej bolesności na ucisk. Opór mięśniowy zaznaczony szczególnie w prawym dole biodrowym. Ciepłota 38°. Rozpoznanie wahało się pomiędzy gruźliczem zapaleniem otrzewnej, a ropniem. Ujemny odczyn Pirquet'a i neutrofilowa leukocytoza we krwi przemawiały przeciwko gruźlicy. Nakłucie wykonane przez T. Wiśniewskiego w dolnej części jamy brzusznej w linii środkowej wykazało obecność zielonkawej gęstej ropy w jamie otrzewnej. Z ropy wyhodowano dwoinki Frenkla.

Omawiając powyższy przypadek, prelegent podkreśla trudności rozpoznawcze, napotymane w podobnych przypadkach. Cierpienie, względnie rzadkie, spotyka się częściej u dziewczynek (1:1), początek zwykle nagły, gorączka wysoka, wymioty, bardzo silne bóle brzucha, lecz w odróżnieniu od innego rodzaju zapalen otrzewnej — zjawia się uporczywa biegunka. Cierpienie przechodzi przez trzy okresy:

I okres — ostre objawy otrzewnowe; ustąpienie objawów, stan pseudowyleczenia (8 — 14 dni).

II okres — powiększanie się obwodu brzucha, wskutek gromadzenia się wysięku ropnego, obostrzenie objawów ogólnych, niewielka gorączka.

III okres — tworzenie się przetok w okolicy pępka, lub do jelita, pęcherza i pochwy.

Rozpoznanie w pierwszym okresie opiera się na następującym zespoł objawowym:

- 1) płeć — dziewczynka,
- 2) nagły początek,
- 3) silne bóle brzucha,
- 4) wymioty,
- 5) charakterystyczna biegunka (stolce zielone ze śluzem),
- 6) wysoka gorączka,
- 7) szybkie ustąpienie objawów i trwanie dalsze biegunki.

Rozpoznanie w II okresie opiera się na stwierdzeniu następującego zespołu objawowego:

1) przebycie przed paru tygodniami charakterystycznego okresu ostrego,

2) uporczywa biegunka, o zielonych, śluzowych stolcach,

3) powiększenie się obwodu brzucha i stwierdzenie w dolnej części płynu nie dającego się odgraniczyć w kierunku miednicy małej,

4) bardzo nieznaczna bolesność brzucha przy ucisku, słabo zaznaczona obrona mięśniowa,

5) leukocytoza neutrofilowa we krwi,

6) ewentualnie ujemny odczyn Pirquet'a.

Rokowanie w razie otorbienia się wysięku — dobre. Laparotomia daje do 90% wyleczeń. Leczenie chirurgiczne w okresie otorbienia się wysięku. (Streszczenie własne)

W dyskusji Brokman przytacza niektóre szczegóły, ponieważ chory przed przybyciem do kliniki był jego prywatnym pacjentem; w kwestji zabiegu chirurgicznego wypowiada się, że należy jeszcze poczekać.

Wolfstein widział podobne dwa przypadki w jednej z klinik wiedeńskich, gdzie jest przyjęta zasada możliwie późnego operowania.

Kopeć zaznacza, że w szpitalu Karola i Marii było w ostatnich latach kilka przypadków pneumokokowego ropnego zapalenia otrzewnej przyczem były one o tyle więcej typowe od demonstrowanego, że znajdowano w nich ograniczone ropnie zwykle w pośrodku brzucha w okolicy pępka, co jest charakterystyczne dla omawianej postaci zapalenia otrzewnej. Leczone chirurgicznie, przebiegały naogół pomyślnie, ale nie wszystkie.

J. Wiszniewski przedstawił i omówił przypadek zapalenia miedniczek nerkowych. Przyczynę stanu chorobowego udało się ustalić mówcy dopiero po zastosowaniu badania moczu co dwie godziny: okazało się, że z ośmiu porcji badanych w sześciu nie znaleziono nic patologicznego, w dwóch zaś obfitą ilość ropy.

W dyskusji Trenkner podnosi pomysłowość Wiszniewskiego, ponieważ, jak dotąd ograniczono się zwykle do jednorazowego badania moczu w ciągu jednej doby

Wolfsztejn zapytuje, czy dało się zauważyć zależność ciepłoty od znajdowania ropy w moczu.

J. Wiszniewski odpowiada, że synchronji nie udało się zauważyć.

J. Bogdanowicz wygłosił odczyt p. t. „Płonica ododzowieńcza”.

(Będzie drukowane w P. P.).

W dyskusji prof. M. Michałowicz wyraża uznanie prelegentowi, że pierwszy zestawiał materiał polski w omawianej sprawie. Sprawa płonicy ododzowieńczej, czyli zakażenia się płonicą od ozdowieńców, jak dotąd, nie jest rozwiązana. Przy rozpatrywaniu powyższego zagadnienia mówca stawia sobie dwa pytania — 1) kto się zakaża i 2) kto zaraża innych. Na pierwsze pytanie mówca odpowiada, że z wszelką pewnością w organizmie w pewnym czasie zachodzą zmiany usposabiające do zakażenia się. Tylko w ten sposób należy sobie tłumaczyć zapadanie na płonicę, pomimo najskrupulatniejszej dezynfekcji i długotrwałego odosobnienia. Odnośnie drugiego pytania profesor Michałowicz sądzi, że zarażają prawdopodobnie ozdowieńcy po płonicy bakteryjnej.

Trenkner twierdzi, że im wcześniej dzieci po płonicy opuszczały szpital, tem częściej zarażały inne.

Brokman przypuszcza, że często zarażenia ododzowieńcze zależą od wielkiej ilości zdrowych nosicieli.

Prof. M. Michałowicz zaznacza, że przypuszczenie Brokmana zgadza się z jego poglądem, ponieważ nosicielami są prawdopodobnie ozdowieńcy po płonicy bakteryjnej.

Odnośnie zapadania na płonicę ododzowieńczą matek koledry Trenkner, Nisenson i Wolfsztejn zgodnie podkreślają nadzwyczajną rzadkość tych przypadków.

Wiszniewski przytacza przypadek własny zachorowania na płonicę ododzowieńczą matki i bony; bona wyzdrowiała, matka zmarła.

J. Bogdanowicz uzupełnia, że leczenie surowicą przyczynia się w znacznym stopniu do zapadania na płonicę ododzowieńczą.

Z zebranego przez prelegenta materiału nie można ustalić jakie przypadki t. j. toksyczne czy bakteryjne więcej sprzyjają zapadaniu na płonicę ododzowieńczą.

Posiedzenie dyskusyjne z dnia 13.VI.1928 r. na temat:

SZCZEPIONIA OCHRONNE

Obecnych: członków 35, gości 25.

Dyskusję zajął Docent L. Hirszfild z teoretycznego, a Brokman z praktycznego punktu widzenia.

Docent L. Hirszfild w swem przemówieniu omówił dość obszernie sprawę odporności, wyjaśniając pojęcia odporności fizjologicznej, czynnej, biernej i symbiotycznej; następnie omówił mechaniczne powstawanie odczynów odpornościowych, a mianowicie: fagocytozę (układ siateczkowo-śródbłonkowy, leukocytoza), areaktywność, reaktywność, hyperaktywność, odzjadliwianie (odporność depresyjna).

H. Brokman przedstawił sprawę uodparniania za pomocą szczepień w poszczególnych chorobach zakaźnych jak ospa, wścieklizna, płonica, błonica, dur, cholera.

W wyniku tych przemówień docent Hirszfeld i kolega Brokman zgłosili do dyskusji następujące pytania:

- 1) czy szczepienia naogół są korzystne,
- 2) czy wszyscy dają się uodpornić,
- 3) jak długo utrzymuje się odporność po szczepieniu,
- 4) czy należy dążyć do uzyskania trwałej, jawnej odporności,
- 5) jak często należy ponawiać szczepienie, względnie serję szczepień
- 6) czy należy uodparniać dzieci najmłodsze,
- 7) Zapobieganie zapomocą uodparniania czynnego i biernego w obliczu źródła zakażenia (otoczenie chorego, szpitale, instytucje dziecięce),
- 8) znaczenie t. zw. tazy ujemnej w mechanizmie uodparniania.

Następnie odbyła się dyskusja, w której zabierali głos: Docent Władysław Szenajch, Profesor Szymanowski, Jaks, Trenkner, Bogdanowicz, Hirszfeldowa.

Sekretarz:

(—) *K. Piotrowski*

Prezes:

T. Kopeć



EMULSJĘ TRANOŃĄ — GESSNER

z solami podfosforanu wapnia i sodu przy chorobach:
**zołżów, krzywicy, wycieńczeniu i niedokrwi-
stości u dzieci.**

SYROP. DROSERAE c. Natr. silicico — GESSNER

w chorobach:

koklusz i przy nieżycie dróg oddechowych.

POLECA:

LABORATORJUM CHEM.-FARMAC.

JAN GESSNER

Warszawa, Al. Jerozolimskie 11.

GABINET

Dr. HIERONIMA CZARKOWSKIEGO

(SIENNA 20. TEL. 170-76)

do leczenia lampą łukową, kwarcową, Sollux'em i diatermją uskutecznia
naświetlania pojedyncze i zbiorowe pod osobistym kierunkiem lekarza
od 5 do 7 wieczorem i w godzinach umówionych.

Ceny naświetlań od 2 do 6 złotych.

Filja w Lecznicy (Nowy-Świat 57. Tel. 58-27) od 10 do 12 w południe
i od 4 do 5 po południu.

KAKAO OŚSIANE WEDLA

łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.

Zalecane dla dzieci i osób o słabem trawieniu

E. WEDEL,

WARSZAWA, ULICA SZPITALNA No 8.



TRICALCINE

ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

NAJRADYKALNIEJSZY
NAJBARDZIEJ RACJONALNY



REKALCYFIKACJA

(UWAPNIANIE)

NIE MOŻE BYĆ PEWNIJ

PRAKTYCZNIJ

OSIAGNIĘTA

JAK TYLKO PRZEZ

TRICALCINE

SOLE WAPNI PRZYSWAJALNE

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

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

PEDIJATRYJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO T-WA PEDIJATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

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

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

Stali współpracownicy:

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

TOM VIII — ZESZYT 5
(wrzesień — październik — 1928)

WARSZAWA
NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU POMOCY DZIECIOM

1 9 2 8



MOTOFANTIN — MOTOR

dawniej INFANTIN

Wyciąg słodowy do zupy Liebig'a

STOSUJE SIĘ U DZIECI Z UPOŚLEDZONEM ODŻYWIANIEM.

ZAKŁADY CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA

„MOTOR“

Sp. Akc.

Warszawa, ulica Marszałkowska Nr. 23.

Mleko Białkowe
Plasmon
Casein-Calcium

Preparaty Mieszane

Płatki owsiane

Sucharki odżywcze

Czekolada

Kakao

Cakes

Przy **Chorobach dziecięcych**

OSZCZĘDNE

TANIE

Przyjęte do spisu
środków Kas Chorych



25 lat doskonałych wyników leczniczych.

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

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

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

Fabryki Plasmon (Neubrandenburg)

Próbki i literaturę wysła się bezpłatnie na żądanie

PEDIJATRIA POLSKA

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

Prenumerata roczna z dwumiesięcznikiem uzupełniającym

OPIEKA NAD DZIECKIEM

wynosi z przesyłką pocztową zł. 20.

Prenumeratę przyjmuje Administracja Pedjatrii Polskiej

P. K. P. D. — Wydział Higieniczno-Lekarski.

WARSZAWA — JASNA 11.

KONTO w P. K. O. № 5882.

Redakcja: Warszawa, Mokotowska 39 — T. Kopeć.

Autorowie artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

SPIS RZECZY:

	str.
Bogdanowicz i Szenajch— Płonica ododzowieńcza . . .	277
Kwaskowski — Kilka słów o dychawicy oskrzelowej w wieku dziecięcym	288
Gumiński i Marjanko-Lew- enfiszowa — Z kazuistyki ostrego zapalenia ucha środko- wego u dzieci	295
Krusche — O dożylnem stosowa- niu 40% roztworu urotropiny w ciężkich stanach duru brzusz- nego	300
Krotoska — Przypadek hemi- hypertrophia cruciata u dziecka trzyletniego	305
Iwaszkiewicz — Przebieg i leczenie płasawicy	308
Bernsteinówna i Białasze- wiczówna — Badanie krwi i próby czynnościowe w płasa- wicy	316
Polakow — Przypadek płasa- wicy po anginie, zapaleniu sta- wów i wsierdzia	320
Frenkiel — 2 przypadki powi- kłań nerwowych	321
Streszczenie zbiorowe:	
Frenkiel — Patogeneza płasa- wicy	323
Oceny:	
Krzyształowicz — Choroby skóry	329
Z Pol. T-wa Pedjatrycznego:	
w Wilnie	331
w Łodzi	333
Wiadomości bieżące	336

SOMMAIRE:

	p.	
Bogdanowicz et Szenajch— „Return-Cases” scarlatineux . . .	277	
Kwaskowski — L’asthme bron- chiale chez l’enfant	288	
Gumiński et Marjanko-Lew- enfisz — Contribution à la casuistique d’otites moyennes aigus chez l’enfant	295	
Krusche — Le traitement de typhus grave par les injections intraveineuses de l’urotropine à 40%	300	
Krotoska — Un cas d’hémiplegie croisée chez l’enfant de 3 ans	305	
Iwaszkiewicz — La marche et le traitement de la chorée à l’hôpital Anne Marie à Łódź . . .	308	
Bernstein et Białasze- wicz — L’examen du sang et les réactions fonctionnelles au cours de la chorée	316	
Polakow — Un cas de la chorée après l’angine, l’inflammation articulaire et endocardite . . .	320	
Frenkiel — Deux cas des comp- lications rénales au cours de la chorée	321	
Revue générale - analyses:		
Frenkiel — Sur la pathogénie de la chorée	323	
Krzyształowicz — Les ma- ladies de la peau	329	
Compte rendu de la Société Pé- diatrique Polonaise à Wilno . . .		331
à Łódź	333	
Chronique	336	

MALTON

MAGISTRA KLAWE

MALTON-KLAWE jest przetworem odżywczym, zawierającym Maltozę oraz Malto-dekstrynę bez domieszki skrobi.

MALTON-KLAWE nadaje się jako dodatek do pożywienia dla dzieci, ozdrowieńców i starców.

MALTON-KLAWE reguluje trawienie.

MALTON-KLAWE ulega szybkiemu wchłonięciu w przewodzie pokarmowym.

MALTON-KLAWE wzmacnia siły.

MALTON-KLAWE powoduje przyrost wagi.

LITERATURA I PRÓBY NA ŻĄDANIE

Towarzystwo Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego

d. **MAGISTER KLAWE**, S. A.

W A R S Z A W A



Ze szpitala im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie
Lek. Nacz. Dr. Doc. Wł. Szenajch

Płonica odzdrowieńcza

Podali

Dr. J. Bogdanowicz i doc. dr. Wł. Szenajch

Jedną z metod zwalczania chorób zakaźnych jest izolowanie chorych w możliwie najkrótszym czasie od chwili zachorowania i dopuszczanie ozdowieńców do otoczenia zdrowych dopiero po stwierdzeniu ich niezaraźliwości. W chorobach zakaźnych trwających długo i niebezpiecznych (z punktu widzenia zaraźliwości) dla otoczenia przez cały czas choroby lub jej dłuższy okres — jak np. płonica — najracjonalniejszą metodą izolacji — jest umieszczanie chorych w szpitalu. Słusznie też podnoszą w swej pracy M. Kacprzak i St. Adamowiczowa — że uświadomienie społeczeństwa a jednocześnie sprawność urzędu sanitarnego w Warszawie — poprawił się — bowiem liczba umieszczonych chorych (w stosunku do zgłoszeń o zachorowaniu na płonicę) w szpitalach podniosła się w ostatnich latach z 50⁰/₀ do 70⁰/₀.

Jednakże co się tyczy płonic, to na tem nie kończy się zagadnienie. Pozostaje bowiem otwartem pytanie — kiedy chorego po płonicy można z czystym sumieniem wrócić społeczeństwu zdrowych. Termin ten — przeważnie wynoszący 6 tygodni (Niemcy, Polska, Francja, Anglja i t. d.) czasem skracany do 3—4 tygodni lub wydłużany do 8-u (Ameryka — St. Zjednoczone) jest czysto fikcyjnym i nieopartym dotychczas na żadnej realnej podstawie — jak to ostatnio słusznie podkreślają Schlossman i S. Meyer. Że termin ten nie zabezpiecza przed zakażeniem świadczy fakt tak zw. przypadków płonicy odzdrowieńczej (return case. Heimkehrfall) — tj. przyp. płonicy wywołanych wśród otoczenia — przez ozdowieńców po szkarlatynie.

Pierwszy — który zwrócił na to uwagę — był w 1900 r. Killik Millars: podług jego badań 158 chorych płoniczych po

przebyciu w szpitalu 5—8 tygodni, dało 171 przypadków płonicy odozdrowieńczej. (dla skrótu te przypadki będziemy nazywali pł. o d.).

Po nim zainteresowano się bliżej tą sprawą i teraz mamy już dosyć dużą statystykę podobnych zakażeń.

A więc:

Preisich z Pragi — cytuje 145 pł. od.; Sörensen wspomina o 372 pł. od. na 10299 przypadków płonicy, zebranych przez niego w ciągu 7 lat w Norwegii, co stanowi 3,61⁰/. Widowitz podaje — 6,9⁰/o przypadków szpitalnych.

Pospischill i Weiss	—	3,15 ⁰ /o
Klinika w Düsseldorfie	—	1,38 ⁰ /o
Jameson i Marchaut (1927)	—	3,60 ⁰ /o — 6,5 ⁰ /o
Neech przy 15000 przyp. szpitalnych	—	1 ⁰ /o — 1,86 ⁰ /o
Mc. Collon przy 3000 p.	—	1,7 ⁰ /o
Gordon	—	7 ⁰ /o
Roberts	—	1'7 ⁰ /o, 2 ⁰ /o, 2,8 ⁰ /o
Veldhuyzen	—	3,15 ⁰ /o
Kinloch, Smith, Taylor	—	2 ⁰ /o — 5,9 ⁰ /o
Pimienoff	—	8 ⁰ /o

Najciekawsze to to, że przyp. pł. o d. zdarzały się prawie że niezależnie od terminu przetrzymywania chorych na oddziale, nieraz, przeciwnie, rzadziej — przy krótszym przebywaniu chorych w szpitalu (Gordon).

Najobszerniejszą pracę o przypadkach pł. o d., napisał Pimienoff z Gatcziny (okolica Piotrogradu) w 1914 r. Praca ta umieszczona w „Piedjatrii“ — w języku rosyjskim — prawie że jest nieznaną. Zasługuje jednak na uwagę — ze względu na skrupulatne opracowanie materiału.

Pimienoff—w ciągu 2-letniej epidemji płonicy w Gatczynie — miał w szpitalu 239 chorych z których 19 przyp. dało mu 45 przyp. pł. o d. z 4 zejściami śmiertelnymi. Przypadki te zdarzały się, mimo że chorzy pozostawali przeciętnie 43,2 dn. na oddziale, a wśród zarażających niektórzy nawet 55 dni, przyczem dawcy zarazy, byli wszyscy wypisani bez łuszczenia, przeciętnie po 10,3 dniach od chwili zupełnego ukończenia łuszczenia. Chorzy—nosiciele zarazy—co do przebiegu choroby należeli — 6 — do lekk. płonicy, 5 do średniociężkiej, a 8 do ciężkiej. Prócz jednego przyp. wszystkie biegiły z powikłaniami, a tem

15 przyp. zap. gruczołów
6 „ „ ucha środkowego
12 „ „ nerek

wśród zarażonych — przyp. pł. od. — 10 przyp. było bez powikłań — 33 z powikłaniami w tem

21	przyp.	zap.	grucz.
12	„	„	nerek
8	„	„	ucha środk.
8	„	„	innych

Przypadki należały przeważnie do średnio - ciężkich i ciężkich (4 zgony).

Przypadki odozdrowieńcze — wystąpiły — w 29 przyp. w 1 tygodniu po zetknięciu się z ozdowieńcem w 14 w II-im; tygodniu. Naogół infekcja ograniczała się do rodzin, rzadziej sięgała dalej. W jednym przypadku — jeden ozdowieńca dał aż 7 przyp. pł. od.

Historja tego przyp. taka:

Chłopiec lat 7, przyszedł do szpitala na 5 dz. chor. Przeszedł płonicę średnio-ciężką, powikłaną zap. nerek i gruczołów, wypisany po 44 dniach choroby. W 10 dni potem a więc w 54 dniu choroby, odwiedza jednego dnia dwa pensjonaty dla dzieci, bawi się z rówieśnikami, częstuje ich cukierkami. W ciągu 3—4 dni od chwili odwiedzin w pensjonatach tych zachorowuje — w jednym 3 je dzieci, w drugim — 4-ro na płonicę.

Przechodząc teraz do materiału własnego — liczba przyp. odozdrowieńczej płonicy, wyniosła za cały czas istnienia oddziału płoniczego Szpitala im. K. i Marji — 25 p. — przy 19 źródłach zakażenia i 1250 chorych płoniczych, którzy przeszli przez Oddział w latach 1913 — 1927, czyli że procent infekujących osobników był 1,59% a przyp. płonicy odozdrowieńczej 2,00%. W pracy swej — o szpitalu im. Karola i Marji, Szenajch — za pierwsze 10 lat istnienia szpitala, cytuje 13 przyp. płonicy odozdrowieńczej (1,58%) przy 821 przyp. chorych płoniczych na oddziale.

Zestawiając te dane, z danymi innych szpitali — należy podnieść rzeczywiście niski procent przyp. pł. od. co świadczy łośby chlubnie o warunkach higieniczno - zapobiegawczych oddziału płoniczego szpitala. (patrz. tabl. na str. 280)

Przeciętny czas izolacji dla przyp. które były przyczyną prawdopodobną infekcji wynosi — 6 tygodni (41,6 dni) — przy czem tylko w 2 przyp. był on niższy, niż 35 dni, a w 2 przyp. przekroczył 50 dni.

Czas — w jakim po powrocie ozdowieńca do domu — występował nowy przyp. płonicy, wynosił również, jak u Pimienoffa przeważnie tydzień, rzadziej dłużej.

Płonica odozdrowieńca w szpitalu im. Karola i Marii dla dzieci w latach 1913—1927.

OZDROWIENICY — DAWCY PŁONICY				PRZYPADKI PŁONICY ODOZDROWIENCZEJ					
Nr.	Imię i nazwisko	Wiek	Liczba dni pobytu w domu przed oddaniem do szpitala	Dzień choroby, w którym został wypisany ze szpitala	Nr.	Imię i nazwisko	Wiek	Liczba dni od powrotu ozdrowieńca ze szpitala do początku choroby	Powikłania i choroby współistniejące
1	Zosia G.	12 lat	5	42	1	Stasia G.	7 lat	6	Lymphad. collii.
2	Zosia J.	12 lata	1	47	2	Jadzia J.	6 lat	4	Otitis mastoiditis
3	Wiktor K.	5 lat	1	42	3	Franio K.	7 lat	21	Lymphad. collii
4	Hanka R.	2 lata	4	41	4	Matka		4	przebieg ciężki z powikł. ze strony nerek i stawów
5	Jadzia M.	9 lat	7	40	5	Pielęgniarka	6 lat	5	Mors
6	Kryśta M.	12 lat	3	44	6	Kazio M.	5 lat	9	bez powikłań
7	Janinka K.	13 lat	3	42	7	Mania M.	7 lat	2	bez powikłań
8	Stefan S.	10 lat	3	37	8	Stas K.	10 lat	6	Lymphad. collii
9	Estera G.	9 lat	2	51	9	Jadzia S.	7½ lat	7	Lymphad. collii
10	Zosia G.	8 lat	4	41	10	Stasia S.	8½ lat	3	Lymphad. collii
11	Mirosław K.	8 lat	3	41	11	Halina G.	6 lat	7	bez powikłań
12	Lejzor B.	6 lat	2	31	12	Basia K.	9 lat	5	Lymphad. ang. postsc.
13	Halina G.	8 lat	2	43	13	Halina G.	2 lata	3	bez powikłań
14	Magdala W.	8 lat	3	43	14	Antos K.	4 lata	4	bez powikłań
15	Jan D.	5½ lat	5	45	15	Estera B.	5 lat	3	bez powikłań
16	Abram B.	3 lata	3	29	16	Maria G.	4 lata	6	Lymphad. Nephritis
17	Ola L.	8 lat	4	54	17	Lucyna G.	5 lat	7	Nephritis. Otitis
18	Chawa Fl.	4 lata	4	35	18	Marta W.	6 lat	12	Nephritis. Morbilli
19	Chana Fl.	8 lat	3	42	19	Jas W.	4½ lat	11	Morbilli
					20	Kazia D.	4 lata	11	Nephritis, otitis, lymphad.
					21	Krajudla B.	6½ lat	9	bez powikłań
					22	Franio L.	6 lat	7	bez powikłań
					23	Chana Fl.	8 lat	4	bez powikłań
					24	Eli Fl.	2 lata	4	Scarlat. septica. Mors
					25			16	

Mieliśmy więc:

w I tygodniu	—	18	przyp. płonicy
„ II „	—	5	„ „
„ III „	—	2	„ „

(w tem jeden po 21 dniach)

Należy przypomnieć przytem, że chorzy зараżeni przez powracającego ze szpitala ozdowieńca, stykali się już z nim w czasie pierwszych dni choroby—jednak nie ulegli зараżeniu. Po sprawdzeniu dat—okazało się, że powyżsi chorzy (przyp. pł. odzodr.) pozostawali z chorym rodzeństwem

w 2 przyp. przez 1 dni	
„ 3 „ „ 2 „	
„ 7 „ „ 3 „	
„ 4 „ „ 4 „	
„ 2 „ „ 5 „	
„ 1 „ „ 7 „	

Naogół — zarówno przyp. prowokujące chorobę, jak i przyp. pł. odzodr.—należały do przyp. łagodnych i średnio ciężkich, o względnie niewielkiej liczbie przyp. powikłanych. Przyp. jednak pł. odzodr. były cięższe i dały — 2 zgony. Wśród, więc, 19 przyp. wywołujących płonicę, było — 10 przyp. bez pow., 9 z pow., w tem:

zap. grucz.	4	przyp.
„ nerek	2	„
„ ucha	2	„
inne powikłania	5	„

wśród przyp. pł. odzodr. na 25 przyp., było bez powiłań 10—z powikł. — 15, w tem

zap. grucz.	8	przyp.
„ nerek	4	„
„ ucha	4	„
i innych	2	„

Przypadki wywołujące płonicę były i to trzeba specjalnie podkreślić — powikłane przez wtórne infekcje — a więc 2-krotnie przez odrę, raz przez przysusnicę, raz przez osp. w i raz przez powtórna płonicę.

Wszystkie jednak przyp. które były wypisywane z oddziału płoniczego były wypisywane bez powikłań (za wyjątkiem jednego, o którym dalej będzie mowa) przy minimalnym lub braku łuszczenia i przy zachowaniu normalnych przepisów zachowawczych dezynfekcyjno-zapobiegawczych (Kąpiele, bielizna, ubranie, mycie głowy, płukanie gardła i t. d.). Nie było stosowaną tylko — stopniowa dezynfekcja chorych przez umieszczenie ich po przebyciu ostrego stadium choroby na oddziałach ozdowieńczych. Częściowo ta metoda za-

stosowaną była w ostatnim roku (1927) — w roku tym, co prawda tylko przy 67 chorych — nie było przyp. płonicy odozdrowieńczej.

Wśród 20 przyp. chorych — którzy stali się źródłami zarazy — są przypadki takie, które wymagają specjalnego i bardziej szczegółowego omówienia.

Do nich należy przedewszystkiem już nie podwójna a potrójna infekcja odozdrowieńcza.

1. Fl. (1923 r.). — Rodzina z trojgiem dzieci. Zachorowuje 4-letnia Chaja i na 4 dzień choroby przychodzi do szpitala. Przebieg płonicy łagodny, powikłany w 3-im tygodniu zap. grucz na szyi. Wypisana 35-go dnia choroby bez łuszczenia i bez powikłań. W 3 dni po powrocie jej do domu zachorowuje 8-letni chłopiec, który również przechodzi łagodną postać płonicy — prawie bez powikłań (lekkie podrażnienie nerek) i zostaje wypisany — zdrów, bez łuszczenia 42 dnia choroby. W 16 (!) dni potem zachorowuje najmłodsze — 2-letnie dziecko — przebieg płonicy jest b. ciężki, wybitnie septyczny i dziecko — przy objawach ogólnego zakażenia — 6-go dnia umarło.

2. M. Kr., dziewczynka, 12 lat, zachorowuje na płonicę. Przebieg płonicy bez powikłań — średnio ciężki. Rodzice z inteligencji, w obawie o młodsze rodzeństwo, proszą o specjalne ostrożności, to też dziewczynka spędza ostatnie 4 dni nie na oddziale, a w salce odosobnionej, nie stykając się z świeżo przychodzącymi chorem. Kąpie się często, płucze gardło. Przy wypisywaniu, radzi się rodzicom usunięcie na tydzień młodszego rodzeństwa z domu. Dziewczynka wypisaną zostaje w 42 dniu choroby, z rodzeństwem spotyka się po 7 tygodniach — mimo to w 3 dni potem zaraża je płonicą — na szczęście o typie łagodnym — bez powikłań.

3. Przyp. ten, dotyczący 12-letniej dziewczynki Guz. podobny jest do poprzedniego tem, że chora ostatnie 2 tygodnie (5 i 6-y tydzień choroby) spędziła na oddziale obserwacyjnym — z powodu zamykanie oddziału płoniczego. Mimo to, po powrocie do domu po 45 dniach od początku choroby (sama przeszła płonicę z lekkim tylko podrażnieniem nerek) zaraża 7-letniego brata (7 dnia od powrotu ze szpitala).

4. Przyp. ostatni dotyczy małej dziewczynki — 2 letniej Hanki R. która przyszła na oddział po 3 dniach choroby. Przebyła płonicę bardzo szczęśliwie, bez powikłań. Na nieszczęście na oddziale dostała w 4-tym tygodniu odry i 26-go dnia choroby — zap. obustronnego ucha środkowego z obfitym wyciekami. Na życzenie matki — ze względu na brak dzieci w domu — dziecko zostaje 42-o dnia choroby wydane rodzicom — jeszcze z lekkimi wyciekami z uszu, z ostrzeżeniem rodziców o zaraźliwości ropy z ucha. Ostrzeżenie to musiało być zlekceważone, czy też był zbieg nieszczęśliwych okoliczności — dość że w domu zachorowuje na płonicę matka i bona — przyczem bona umiera.

Przypadków — jak powyższe — wskazujących nieraz na niezwykle trudności w zwalczaniu zaraźliwości płonicy — jest przytaczanych w literaturze obcej dość dużo — tutaj warto przytoczyć dwa specjalnie charakterystyczne. Cytuje je Brodrent (1926 r.).

1^o. 10-letni chłopiec — po 6 tyg. płonicy — poddany został operacji wycięciu migdałów. W dwa tygodnie po operacji wraca do szkoły i zaraża 4-ch kolegów. Z nosa wyhodowano u niego — paciorkowce hemolizujące.

2^o. Chłopiec po 8 tyg. pobytu w szpitalu zaraża dwoje domowników; zostaje umieszczony na oddziale odozdrowieńczym — wraca do domu i zaraża brata.

Istnienie przypadków płonicy odozdrowieńczej jest — niezaprzeczalne — i fakt ten — niezmiernie utrudnia radykalną walkę z płonicą i podrywa zaufanie zarówno personelu lekarskiego jak i pielęgniarskiego na oddziałach płoniczych szpitala do wartości metod zapobiegawczych. Już Pospischill twierdził — że całe to kąpanie, dezynfekowanie ubrania, skomplikowany ceremoniał wydawania chorych — jest tylko „komedją“. Był on walką na ślepo zwłaszcza w dobie nieświadomości, co do właściwego zarazka płonicy.

Czy możliwą jest bardziej racjonalne postępowanie z chorem i ozdowieńcami z chwilą, kiedy stanąć na stanowisku — że paciorkowce hemolityczne Dicków — są zarazkami płonicy. Otóż doświadczone badania bardzo wielu autorów stwierdziły obecność tych zarazków u 100% chorych na płonicę — głównie na śluzówce jamy nosogardzielowej. W miarę — jak chorzy wchodzi w późniejszy okres choroby — i zbliżają się do zupełnego wyzdrowienia — zarazki te spotykają się nieco rzadziej — chociaż względnie b. jeszcze często, a więc:

Deicher i Friedemann — stwierdzili obecność pac. hem. u 100% rekonwalescentów

Gordon	—	91,4% — 47%
Ed. Nicholls u chorych w 4 tygodniu	—	100%
Kirkbridge po 30 dniach	—	100%
Alekisan po 20 dniach .	—	90%
„ „ 30 „ .	—	63%
„ „ 40 „ .	—	47%
„ „ 50 „ .	—	33%
Kanewska po 30—40 dn.	—	63,5%
„ 41—75 „	—	55%

Zawsze przytem stwierdzano pac. hemol. płonicy — u tych ozdowieńców — którzy dali przyp. płon. odozdrow. Potwierdzają to Gordon, Friedemann, Deicher, Vas i inni, znacznie zaś rzadziej spotykano je u tych przyp., które nie były przyczyną infekcji. Niejednokrotnie też stwierdzano (Ale-kison, Kanewska) coraz częstsze występowanie streptococcus viridans wśród ozdowieńców, idące w parze ze znikaniem pac. hemolizujących.

Hoppe — zestawił badania różnych autorów — którzy twierdzą, że pac. hemol. są również częstym gościem w jamie noso-gardzielowej osób zdrowych lub chorych na inne niż płonica infekcje (anginy nie płonicze, katary i t. d.). Nie przy-tacza jednak jako postaci pac. hemol. były badane na ich swoistość — jako pac. hemol.-płonicy (odczyny skórne, odczyn wygasania).

A więc według Hambrechta i Narum stwierdzamy pac.

hemol. u zdrowych (w jamie noso-gardz.) w 28⁰/₀ u zdrowych (anginy) 96⁰/₀.

Według Dawis'a . . .	--	100 ⁰ / ₀
„ Clawson'a . . .	--	37 ⁰ / ₀
„ Ito	--	40 ⁰ / ₀
„ Bloomfelda . . .	--	41 ⁰ / ₀
„ Reichenmueller	--	9 ⁰ / ₀ — 26 ⁰ / ₀
„ Hoppe	--	25 ⁰ / ₀ — 50 ⁰ / ₀

Chcąc stwierdzić, czy w przyp. płonicy sporadycznych, zwłaszcza wśród młodzieży szkolnej — przyczyną infekcji mogą być „nositelne zarazków“ — poddał badaniu bakterjologicznemu najbliższe otoczenie (kolegów najbliżej siedzących lub najbliższych przyjaciół) świeżych przyp. płonicy. Wbrew oczekiwaniu przy 47 przyp. płonicy i 247 badanych osobnikach tylko w 14⁰/₀ przyp. wśród kolegów stwierdził obecność pac. hemol.

Jeżeli jednak chodzi o szpital — to, co jest przyczyną obecności tak częstej pac. hemol. u ozdrowieńców płoniczych — czy wyjątkowa odporność zarazka czy raczej — stałe zarażanie ozdrowieńców przez nowopryjmowanych chorych. Za tą ostatnią hipotezą — przemawiały by fakty — że na oddziałach płoniczych paciorkowiec hemolizujący jest właściwie wszechobecny. Potwierdzają to badania Bernharda i Vasa — co do powietrza, w którym stale unoszą się pac. hemol., co do przedmiotów (Balmann, Feiginówna) przytem na specjalnych oddziałach ozdrowieńczych gdzie niema świeżych (w pierwszym tygodniu) przyp. płonicy — pac. hemol. spotyka się znacznie rzadziej. Badania co do obecności pac. hemol. na łuskach chorych — dały wyniki rozbieżne.

Deicher — stanowczo twierdzi że ich niema, Kanewska — ja zaś spotyka w 30 — 40⁰/₀.

O możliwości infekowania się nowymi zarazkami od napływających świeżych chorych — świadczy fakt (Friedemann), że w przyp. płonicy przyrannej pac. hemol. na powierzchni rany spotyka się dopiero po parodniowym pobycie na oddziale płoniczym. Jeżeli więc stanąć na stanowisku płonicy wywołanej pac. hemol. — to można by przypuścić, że przyp. płon. ozdrowieńczej wywołane są przez ozdrowieńców — nosicieli pac. hemol. — przyjętych od świeżo przyprzychodzących na oddział chorych — za czem przemawiałyby to, że chory w pierwszych dniach choroby — nie był przyczyną zarażenia otoczenia nieraz pozostając wśród niego bez żadnych ostrożności — do tygodnia, a po powrocie ze szpitala staje się źródłem zarazy, ewent. — możnaby przypuszczać, że chory u którego pac. hemol. stracił na zjadliwości stawał się znów zjadliwym, czy to wskutek jakiegoś przelotnego kataru, czy st. zapalnego jamy noso-gardzielowej

lub też przy jakiejś innej chorobie (odra, ospa wietrzna i t. d.). Gdyby oprzeć się na powyższych hypoterach — to racjonalna akcja, zmierzająca do uniknięcia przyp. płonicy odzdrowieńczej — powinnyby pójść w następujących kierunkach:

- 1-o Chorzy na oddziałach płoniczych nie powinni być skupiani w dużej liczbie, przyczem na oddziałach specjalnie obowiązuje czystość, obfitość bielizny, światła oraz jaknajlepsza wentylacja.
- 2-o Nie należy utrzymywać ozdrowieńców na tych samych oddziałach — na które przyjmuje się świeżych chorych — lecz powinno się stosować system — 2 lub 3 — stopniowy. Że jednak na tem odosobnieniu ozdrowieńców od świeżych chorych bezwzględnie polegać nie można, świadczy wyżej opisany przypadek trzeci.
- 3-o W miarę możliwości oddzielać od innych chorych przypadki płonicy o typie bakteryjnym.
- 4-o Stosowany obecnie przepis: „minęło 6 tygodni, łuszczenia niema — chory może być wypisany“ nie wytrzymuje krytyki. Chorzy z oddziału płoniczego mogą być wypisywani przed powyższym terminem, o ile stan ich jest dobry, błona śluzowa języka, jamy ustnej, gardła i nosa powróciła zupełnie do normy, o ile mocz nie wykazuje żadnych zmian swoistych dla płonicy i barwa jego stała się nanowo słomkową, zamiast barwy zielonkawej, cechującej mocz płonicy. Wypisać chorego można tem wcześniej, im wcześniej posiew z jamy nosogardzielowej nie wykaże obecności paciorkowców hemolitycznych; jednakże obecność ich nie jest przeciwwskazaniem do wypisania. Przeciwnie, niejednokrotnie chorzy powinni być trzymani dłużej, niż 6 tygodni, chociaż już dawno łuszczenie się skończyło i mocz jest normalny, o ile błona śluzowa języka i jamy ustno-gardzielowej nie jest zupełnie jeszcze normalna, a zwłaszcza o ile istnieją niezagojone sprawy ropne w uszach, gruczołach, opłucnej. Wogóle należy być ostrożnym z wypisywaniem chorych, którzy przechodzili różne powikłania, zwłaszcza o charakterze ropnym, jak zapalenie średniego ucha, gruczołów lub wykazywali przez czas dłuższy nieznaczne względnie dość wysokie podniesienia się ciepłoty bez widocznych powodów.
- 5-o Pożądanem jest, aby chorzy, którzy wracają do skupień dzieci czy dorosłych (szkoły, internaty i t. d.) po wypisaniu ze szpitala (nie dotyczy to chorych

pozostających na leczeniu w domu) przez 2 tygodnie jeszcze nie wracali do tych środowisk a spędzali czas na częstych spacerach, kąpielach i sumiennym odkażeniu jamy ustnej, nosa i włosów.

Co się teraz tyczy otoczenia, do którego chory wraca po chorobie — to tutaj należałoby stosować na szeroką skalę metodę czynnego uodparniania na płonice — a więc:

1-o Wszyscy z otoczenia (za wyjątkiem osób które już na płonice chorowały) powinni być skontrolowani co do odczynu Dicków.

2-o Wszyscy—Dick—dodatni powinni być uodpornieni na płonice zapomocą stosowania odpowiednich toksyn czy anatoksyn czy szczepionek.

Na potwierdzenie powyższej metody mogą służyć dane, zebrane przez autorów: J. Parlana, Kinloch'a, J. Smith'a i J. S. Taylor'a.

Autorowie ci mieli w latach 1911 — 1925 przeciętnie 5,4% przyp. pł. odozdrowieńczej, po stosowaniu zaś odpowiednich szczepień — procent p. pł. odozdr. wyniósł tylko (w 1926 r.) 0,4% (1 na 752 przyp.).

Postępowali oni w sposób następujący.

Do szpitala przyjętych było 252-je dzieci z domów w których pozostało jeszcze 510 dzieci i starszych. Z tych 79 osób okazało się Dick (—) — resztę uodporniono stosując zaraz po 24 godz. od zachorowania, z chwilą odczytania odczynu Dicka (u dzieci do lat 6-iu odczynu Dicka nie robiono — wychodząc z założenia, że tu prawie napewno odczyn jest dodatni) — za pierwszym razem 500 jednostek, po 5 dnia 1000, po 10 dniach 3000. Przeważnie już w 2 tygodnie po ostatnim szczepieniu otrzymywano odczyn Dicka — ujemny.

Rezultaty — jak już wyżej wspomnieliśmy — były zachęcające.

De l'hopital Charles et Marie à Varsovie
Med. en chef. dr. doc. Wł. Szenajch

„Return-Cases“ scarlatineux

P a r

J. Bogdanowicz i Wł. Szenajch

Entre 1250 cas de scarlatine des enfants admit à l'hôpital Charles et Marie à Varsovie pendant les années 1913—1928 il-y-a eût 19 cas (1,56%), qui, apres 6 semaines

passé à l'hôpital, revenu à la maison furent une nouvelle source de contagion (return-case, heimkehrfall).

Jusqu'à maintenant on n'a pas trouvé le propre moyen pour prévenir les return-cases. La meilleure solution de ce problème—accepté par les auteurs, — sera peut-être — le système des salles à part pour les enfants reconvallescents, pour que ceux-ci ne furent pas infectés par les nouveaux cas admis à l'hôpital.

En admettant, que le streptococcus haemolyticus est la cause véritable de la scarlatine, on pourrait aussi immuniser tous les cohabitans du malade (ou seulement ceux qui sont Dick +) par la toxine ou antitoxine de Dick. (ce qui a donné de très beaux résultats cité par J. Parlane, Kinlock, Smith et Taylor).

PIŚMIENNICTWO.

- 1 Edith. E. Nicholls. Am. J. of H. 1927. N. 1. 2. Br. Fejgen. Comptren du d. l. Soc. de biol. 3. Gordon. J. of. prev. med. 1927.
4. W. Jameson, F. T. Marchaut. Synopsis of Hygiene. 5. Mc. Cle-an D. Lancet. 1927. 6. Deicher H. Z. f. Hyg. 1927. 7. Bernhard 1926. D. M. W. 8. Vas. 1926. Z. f. H. 9. Helbig. D. M. W. 1927.
10. Deicher H. D. M. W. 1927. 11. Veldhuyzen. Vas. A. J. Th 1925. 12. Vas. Z. f. Bakt. und Inf. 1925. 13. Friedemann. Deicher D. M. W. 1927. 14. Hahn und Knöpfelmacher. M. f. K. 1915.
15. Robertson W. Edinb. med. J. 1914. 16. Wegman. M. J. A. Lú'sid 1914. 17. Parsons. R. of Publ Health. N. 35. 18 Kanew'skaja. J. de microb. 1927. 19. Dobreizer J. Gig. i epid. 1927.
20. Rozenau. Prev. med. und Hyg. 1925. 21. Lowelt. Am. J. M. Sc. 1927. 22. J. Orient. Med. 1927. 23. Paul K. C. The carrier probl. 1926.
24. Kanew'skaja. M. I. Microb. J. 1927. 25. Aleksiejew G. Gig. i epid. 1927. 26. Kirkbridge. Mary B. I. J. of M. Am. Med. Ass. 1927.
27. Wheeler W. Mary. tamże. 28. Happe. Centrbl. f. bakt. 1927.
29. Stevens. J. of exp. med. 1927. 30. Parlane Kinblock, — Smith — Taylor. J. of Hyg. 1927. 31. J. Bogdanowicz. Pedj. Polska. 1928. 32. Wł. Szenajch. Szpital im. Kar. i Marji. 1926. 33. Kacprzak i Adamowiczowa. Med. doświadc. 1926 34. Doc. dr. Ławrynowicz.

Kilka słów o dychawicy oskrzelowej w wieku dziecięcym

P o d a ł

Dr. Wilhelm Kwaskowski (Tomaszów lubel.)

Patogeneza dychawicy oskrzelowej posiada w ustroju dziecięcym te same punkty uchwytu, co i asthma bronchiale dorosłych. Sprawa ta — może i banalna — ze względu na pewną okoliczność, właściwą ustrojowi dziecięcemu, nabiera mojem zdaniem — rumieńców życia. Tą okolicznością jest fakt, iż w wieku dziecięcym drogi oddechowe częściej, aniżeli w wieku dojrzałym, podlegają atakom ze strony prątką błonicy (b. Löfflera). Możliwość zaś różniczkowania tych dwóch krańcowo rozbieżnych jednostek chorobowych na mocy li tylko danych klinicznych jest niekiedy wyjątkowo wątpliwa i najeżona trudnościami. Mam tu na myśli przypadki błonicy dróg oddechowych o nikłych zwyżkach ciepłoty ciała, a co gorsza — bez nalotów w gardzieli, bez tej nici przewodniej, która wyprowadza zwykle lekarza z błędniaka trudności rozpoznawczych i nie pozwala zboczyć na manowce. Dodajmy do tego, iż nie mamy częstokroć ani czasu, ani też możliwości przeprowadzenia badań pracownianych i że postępowanie lecznicze posiada tutaj, bodaj jak w żadnym innym wypadku — znaczenie szczególne, a sytuacja drastyczna ze względu na konieczność szybkiej decyzji staje się jasna.

Wzmianka o tem będzie później przy próbie różniczkowania dychawicy oskrzelowej.

Obecnie przechodzę do omówienia dychawicy, jako jednostki chorobowej.

Od chwili ukazania się pracy Eppingera i Hessa o wagotonji (r. 1910) zdawało się, iż zagadnienie dychawicy zyskuje rozwiązanie ostateczne. Badacze ci twierdzą, że napady dychawicy są wywoływane przez skurcz oskrzelików wskutek stanu przedrażnienia w obrębie n. błędnego. Atoli dalsze spostrzeżenia postawiły pewne znaki zapytania na zrębie owej teorii. Kümmel, np. po przecięciu zwojów szyjnych n. współczulnego, a więc nerwu rozszerzającego oskrzela nie widział powiększenia skurczu oskrzeli, przeciwnie — cały

napad dychawicy ustawał. Fizjologja uczy nas, iż po krótkiem, chwilowem podrażnieniu n. błędnego otrzymujemy wzmożenie oddechu, dłuższe drażnienie tego nerwu działa na oddech hamująco. A więc ten sam czynnik (n. błędny) może powodować czynności fizjologiczne zasadniczo odmienne. Po przecięciu nerwu rozszerzającego oskrzela i zachowaniu nerwu zwężającego nastąpić może po pewnych zabiegach rozszerzenie oskrzeli: po skurczu pilokarpinowym oskrzeli drażnienie n. błędnego powoduje ich rozszerzenie (Schilf). By te i inne sprzeczności oświecić nieco szerzej, nie od rzeczy będzie sięgnąć do anatomji i fizjologii unerwienia dróg oddechowych.

Płuca otrzymują unerwienie od n. błędnego i od n. współczulnego. Liczne gałązki tych nerwów biegną od spłotu płucnego przedniego i tylnego. Od spłotów płucnych dążą cienkie nerwy do ścian oskrzeli i oskrzelików, unerwiając ich warstwę mięśniową, śluzówkę i kończą się węzłkowatym wzdęciem w warstwie nabłonkowej. Ze względu na związek tych nerwów z mięśniami gładkimi, gruczołami śluzowymi i błoną śluzową dróg oddechowych, są to odpowiednie nerwy: ruchowe, wydzielnicze i czuciowe. Mięśnie oskrzeli i tchawicy znajdują się w stanie stałego napięcia, zależnego od n. błędnego. Świadczy o tem rozszerzenie tchawicy i oskrzeli po przecięciu tego nerwu. Istnieją spostrzeżenia, iż przy drażnieniu n. błędnego obserwujemy niekiedy rozszerzenie oskrzeli. Bethe i Grimm tłumaczą to tem, iż w pniu n. błędnego są obecne i włókna n. współczulnego. Nerwy rozszerzające oskrzela, wychodzą z rdzenia poprzez 1—3 nerwy piersiowe, wstępują do zwoju gwiaździstego, a stąd do płuc. N. współczulny szyjny posiada czasem i włókna zwężające oskrzela, które to włókna podług Bethego należą do włókien n. vagi.

Braücher znalazł włókna n. błędnego i w rami comunicantes. Wszystko to uwypukla trudności poznania wpływów układu autonomicznego na drogi oddechowe i dostatecznie tłumaczy rozbieżność poglądów poszczególnych autorów. Badania Laignel-Lavastine'a i Danielopolu o wpływie układu nerwowego na wydzielanie gruczołów śluzowych oskrzeli przemawiają za tem, iż n. błędny posiada włókna wydzielnicze dla tych gruczołów. Spostrzeżenia farmakologiczne z pilokarpiną potwierdzają słuszność tych badań. N. współczulny działa przeciwnie: po zadaniu atropiny, lub adrenaliny rżenia astmatyczne ustają.

Sprawa nerwów płucnych czuciowych przedstawia się jak następuje. N. błędny posiada w płucach włókna czuciowe, króre drogą samoregulacji ze strony płuc wpływają na oddychanie. W okresie rozszerzania się i zapadania płuc podrażnienie zakończeń n. błędnego wysyła poprzez ośrodek oddechowy bodźce w pierwszym wypadku do wydechu, a w drugim — do wdechu. Podrażnienie zakończeń n. błęd-

nego w błonie śluzowej krtani, tchawicy i oskrzeli pobudza w rdzeniu przedłużonym ośrodek kaszlowy. Oskrzela drobniejsze wykazują mniejszą wrażliwość na podrażnienia do kaszlu. Z mięszu płuc te pobudzenia wcale nie wychodzą, jak nie wychodzą i wrażenia bólowe. Danielopolu jest zdania, iż włókna czuciowe dochodzą do płuc tak z n. błędnego, jak i z n. współczulnego. Vernet zaś przyjmuje, że nerwy współczulne czuciowe wogóle nie istnieją.

Co do nerwów naczynioruchowych płucnych, to obecnie przyjmuje się, iż n. współczulny zaopatruje płuca we włókna zwężające światło naczyń; te włókna wychodzą z 3—6 nerwów rdzeniowych piersiowych poprzez zwój gwiaździsty. W kwestji nerwów rozszerzających naczynia płucne zdania są podzielone. Romm twierdzi, że obustronne przecięcie n. błędnego nie wpływa na krążenie płucne, nie wpływa też na to krążenie i drażnienie odśrodkowego końca tych nerwów.

Danielopolu i Laignel-Lavastine dowodzą, iż przy drażnieniu n. błędnego równocześnie ze skurczem mięśniówki oskrzeli następuje rozszerzenie naczyń krwionośnych i wydzielanie śluzu. Niełatwo jest przy drażnieniu nerwów wykluczyć ich działanie na serce, co oczywiście poważnie wpływa na światło naczyń płucnych. Zdanie jednak Danielopolu należy uważać za dowiedzione. Naczynia włosowate również posiadają nerwy współczulne i przywspółczulne. Są to nerwy o cechach nerwów czuciowych i wydzielniczych i brak im cech nerwów ruchowych.

Jak już wspominałem, napad dychawicy tłumaczy się zwężeniem światła oskrzeli drobnych i większych. Zwężenie zaś oskrzeli uzależnia się od skurczu mięśni oskrzelowych i od obrzmienia śluzówki dróg oddechowych. Występują również i zaburzenia w pęcherzykach płucnych. Wobec rozszerzenia naczyń włosowatych, ich powierzchnia oddechowa kurczy się; dostęp tlenu opada, a ciśnienie CO₂ wzrasta; stąd duszność i sinica. Raz na miejsce czołowe wysuwa się skurcz oskrzeli (skąpa ilość rzeżeń), drugi raz — obrzmienie błon śluzowych (liczne świsty i furczenia), innym razem obie te przyczyny występują równomiernie. Mówiliśmy już, iż Danielopolu i Laignel-Lavastine ujmują zespół w oskrzelach podczas dychawicy jako wyraz pobudzenia odśrodkowego włókien n. błędnego. Claude i Vernet dopatrują się w objawach naczynioruchowych (obrzemie śluzówki) udziału n. współczulnego, atoli Hajos i Lemeth odmawiają temu układowi wszelkiej roli w objawach dychawicy oskrzelowej. Storm van Leeuwen, Kaemmerer i inni wypowiadają się za pokrewieństwem dychawicy oskrzelowej ze wstrząsem uczulinyowym i zaliczają to cierpienie do skaz alergicznych. Według Kaemmerera, wśród objawów dychawicy alergicznej notujemy spadek ciepłoty ciała, obniżenie ciśnienia krwi, swędzenie, obrzęk, roz-

szerzenie naczyń, kataralne zapalenie śluzówek, spadek leukocytów, eozynochłonność i t. d., co sumarycznie składa się na znany zespół objawów uczulenia. Czynników, powodujących dychawicę alergiczną, czyli t. zw. alergenów jest wiele. Celem łatwiejszej orientacji dzielimy je na 4 grupy. Grupa pierwsza — łuski lub włosy zwierząt domowych; grupa druga — niektóre pokarmy (jaja, mleko, ryby, raki i t. d.) grupa trzecia — robaki, drobnoustroje; grupa czwarta — alergeny klimatyczne. Z tych jedne — A — znajdują się na wolnym powietrzu (kurz, woń kwiatów, pyłki roślinne i t. d.), drugie — B — w ciasnych i wilgotnych mieszkaniach. Podług Storm van Leeuvena na łuski ludzkie jako czynnik dychawicy alergicznej pada 90 — 95⁰/. Losy alergenów po przedostaniu się do ustroju tłumaczą badania Oellera. Jeżeli zastrzyknąć morskim świnkom, uprzednio sztucznie uczulonym — dożylnie krew obcą, to ciała czerwone krwi, użytej do zastrzyku, szybko ulegają zniszczeniu i zatorowują drobne naczynia płucne; równocześnie śródbłonki naczyń włosowatych wychwytyują obce ciała krwi; tak obładowane śródbłonki, podobne teraz do leukocytów — dostają się do obiegu krwi i ulegają strawieniu w wątrobie i śledzionie. Zgodnie z tem zapatrywaniem układ nerwowy nie odgrywałby roli w wywoływaniu objawów naczynioruchowych w napadzie dychawicy. A jednak dla klinicysty udział układu nerwowego w wyzwalaniu się napadu dychawicy jest nie do odrzucenia (działanie atropiny i adrenaliny). Tylko ramy pojęcia o roli wago-tonji w dychawicy znacznie rozsuwamy i przyjmujemy, iż powstawanie napadu dychawicy oskrzelowej może powstać przez podrażnienie miejscowe, lub ogólne n. błędnego (vago-tonja bezwzględna), jak również dobrze przez osłabienie n. przeciwnego i wreszcie przez przeczulenie miejscowe tkanek płucnych (vago-tonja względna).

Podniety, które mocne są wywoływać zmiany napięcia w układzie nerwowym ośrodkowym płuc, mogą być pochodzenia nerwowego, humoralnego i miejscowego, czyli, ze strony płuc.

Do bodźców nerwowych zaliczamy przedewszystkiem podniety duchowe. One to mogą wywoływać zmiany w rzucie minutowym serca, w rytmie oddychania, powodują ślinotok, wymioty, ruchy robaczkowe jelit i t. d. Powszechnie znana jest możliwość pobudzenia ośrodkowych n. płuc przez odruch z nosa, krtani, narządów płciowych, żołądka, wyrostka robaczkowego i t. d. Nie wykluczona jest możliwość odruchów ze strony skóry na płuca (niektóre zabiegi, jak bańki, kąpiele, naświetlania powodują zmiany w napięciu układu autonomicznego i zmiany w koloidach krwi). Istnieją autorowie, którzy przyjmują możliwość odruchów, wyzwalających napad dychawicy, ze strony płuc i tym odruchom pozostają

wiają wśród innych przyczyn poważne miejsce (Dunna, Da nielopolu). Wahania w trwaniu napadu dychawicy Daniela polu tłumaczy tem, iż pobudzenie zakończeń n. błędnego, powodując skurcz oskrzeli, obrzmienie i wydzielanie śluzu, podnieca też dośrodkowe zakończenia tego nerwu; to też krótkotrwałe działanie przyczyny wyzwalającej napad może minąć, a sam napad trwa dalej.

Do bodźców humoralnych należą zmiany we krwi pochodzenia alergicznego, hormonalnego i elektrolitycznego (K i Ca). Stwierdzamy też eozynofilję i zaburzenia w kolidach krwi¹⁾ jako odpowiednik na powyższe bodźce. Według Parnasa, w dychawicy oskrzelowej, o ile skurcz obejmuje cały narząd—mamy kwasicę gazową i anoksemję (brak tlenu); jeżeli jedne oskrzela są w skurczu, inne zaś czynne nadmierne, to występują obrazy różnorodne—od kwasicy gazowej z anoksemją do anoksemji z alkalozą gazową (sinica szara).

Czynnik miejscowy — stan płuc — odgrywa wielką rolę w wyzwalaniu się dychawicy. Boć nie wszyscy alergicy i wago-tonicy cierpią na dychawicę oskrzelową; nie wszyscy, którzy cierpią na dychawicę, przejawiają objawy wago-tonji w innych odcinkach ustroju (pokrzywka, zmiany tętna, biegunki i t. d.). Muszą więc istnieć usposobienia miejscowe, by powstał napad dychawicy oskrzelowej. Raz zmiany anatomiczne są nieuchwytnie, innym razem te zmiany są namacalne. W tym ostatnim przypadku, a dotyczy to szczególnie spraw gruźliczych i zakażeń pochodzenia niegruźliczego — przypuszczamy dwa rodzaje uczulenia: jedno—swoiste, przeciw zakażeniu, drugie—przeciwko proteinom, powstałym wskutek rozpadu tkanek. Na powstanie usposobienia miejscowego składać się mogą i cierpienia gruczołów tchawicowo-oskrzelowych.

W leczeniu napadów dychawicy²⁾ pierwsze miejsce zajmuje adrenalina, następnie pituitryna i atropina. Vernet zaleca neopankarpinę, (wyciąg z Jaborandi, zawiera pilokarpinę). Środek ten ma przywracać normalny stan wrażliwości n. błędnego. Kwestja ta czeka jednak rozstrzygnięcia.

Celem ilustracji przytaczam kilka charakterystycznych przypadków dychawicy oskrzelowej u dzieci z praktyki własnej.

Przypadek 1. Icek H, 1 $\frac{1}{2}$ r. Rozpoznanie: dychawica oskrzelowa. Zachorował nagle wśród objawów utrudnionego oddychania i kaszlu suchego. Matka cierpi na kamienie żółciowe i dychawicę oskrzelową.

Stan obecny. Powłoki skórne blade. Głos czysty. Wycieku z domiesz-

¹⁾ Normalny stosunek albumin do globulin (60:40) ulega przesunięciu na korzyść globulin.

²⁾ O leczeniu dychawicy właściwymi alergenami per os, dożylnie lub doskórnje nie wspominam z rozmysłem; są to metody niepewne i powodują niekiedy zejście śmiertelne; obecnie mogą mieć zastosowanie wyłącznie na klinikach.

FORTOSSAN

C I B A

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

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

PUDELKA ORYGINALNE Z MIARECZKĄ W FORMIE ŁYŻECZKI.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

P A B J A N I C E, wojew. Łódzkie.

Oddział Farmaceutyczny.

Nakładem Tow. Lekarskiego Warszawskiego

WYSZEDŁ Z DRUKU

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Lekarskiego Polskiego

za lata 1917 — 21.

pojedyncze egzemplarze w cenie zł. 15 są do nabycia
w kancelarji Tow. Lekarskiego

Warszawa, Niecała 7.

Wobec ograniczonej liczby nakładu uprasza się o jaknaj-
wcześniejsze zamawianie egzemplarzy.



POLECAMY

Polski Kalendarz Lekarski

NA ROK 1928

ROCZNIK TRZECI.

Znacznie rozszerzony i uzupełniony najnowszymi zdobyczami wiedzy, zawierający między innymi: Kalendarjum, dział **rozpoznawczo - leczniczy** z dokładnym uwzględnieniem **djagnostyki różniczkowej i symptomatologii**, alfabetyczny spis ważniejszych leków z dokładnym uwzględnieniem **produkcji rodzimej**; **synonimy środków leczniczych**; tabelę **najwyższych dawek** dla dorosłych i dla dzieci; aproksymatywną pojemność naczyń; **klimato- i balneoterapję**; tabelę porównawczą **zdrojowisk polskich i zagranicznych**; kąpiele lecznicze; kąpiele słoneczne; leczenie **światłem elektrycznym**; leczenie **lampą kwarcową**; leczenie **promieniami Roentgena**; leczenie **radem**; prof. Korczyńskiego: **Radiocynne wody lecznicze i ich zastosowanie**; **djatermję**; **kosmetykę**; **djetetykę**; tabelę zawartości **węglowodanów**; **witaminy**; **ortopedję**; **surowice i szczepionki**; **proteino-terapię**; Dra Baley: **Uwagi o gorączkowym leczeniu psychoz niekiłowego pochodzenia**; badania **laboratoryjne**; **zatrucia**; **najczęstsze zabiegi lekarskie**; okres **wylęgania i zaraźliwości chorób zakaźnych**; oznaczenie okresu **cięży**; **ciężar i wzrost zdrowego dziecka**; usuwanie **plam z rąk i bielizny**; **etjologję i profilaksę płonicy**; **sekcję sądowo-lekarską**; **znamiona śmierci gwałtownej**; **ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej**; **spis lekarzy Izby warsz.-białostockiej**; **notatnik**.

Cena kalendarza, formatu kieszonk. w półtło oprawnego, wynosi

6.80 zł. za pobraniem pocztowym 8 zł.

KSIĘGARNIA NOWOŚCI

LWÓW — KOPERNIKA 3.

Pozatem dostarczamy **czasopisma i dzieła fachowe** polskie i zagraniczne,—te ostatnie po cenach ściśle katalogowych, bez doliczenia kosztów przesyłki zagranicznej i na dogodnych warunkach.

ką krwi z jamy nosowej niema. Gardziel bez zmian. Ruchy krtani normalne. Chwostek (+). Oddech utrudniony. Równocześnie z rozszerzeniem się skrzydeł nosa wciąganie nadbrzusza¹⁾ wzdłuż obu łuków żebrowych i wzrostka mieczykowatego. Mięśnie mostkowo-obojęczykowo-sutkowe—po stronie prawej i lewej—napięte. Wypuk klatki piersiowej jawny, dolne granice płuc mało przesuwalne. Liczne świsty i furczenia po obu stronach klatki piersiowej. Tony serca czyste, tętno 80 na 1', napięcie dobre. Narządy jamy brzusznej bez zmian. Kończyny dolne bez obrzęków. Odruchy ścięgnowe żywe. Ciężota ciała 37,2⁰. Po zastosowaniu adrenaliny oddech normalny.

Przypadek 2. Abraham S., 6 l. Rozpoznanie: dychawica oskrzelowa. Zachorował raptownie, kaszle, oddycha ciężko. Matka cierpi na dychawicę oskrzelową.

Stan obecny. Wzrost średni; nieznaczne skrzywienie kręgosłupa z wypukieniem ku stronie prawej; łopatki odstają; znaczne owłosienie przestrzeni międzyłopatkowej. Błady, oddycha z wysiłkiem: skrzydła nosa falują. Klatka piersiowa łódkowata, różańca brak. Wypuk klatki piersiowej jawny, oddech pęcherzykowy, skąpe furczenia. Poza tem zmian brak. Ciężota ciała 36,8⁰. Po adrenalinie wynik dodatni.

Przypadek 3. Staś K. 11 miesięcy. Rozpoznanie: dychawica oskrzelowa. Wywiad bez znaczenia. Zastąpił nagle przy objawach utrudnionego oddechu.

Stan obecny. Wesół, reaguje na otoczenie i zabawki. Błady. Jama nosowo-gardzielowa bez zmian. Próby badania chrząstki nagłośniowej bez skutku. Klatka piersiowa normalna. W okresie wdychu—wciąganie nadbrzusza. Wypuk jawny, obfite rżenia. Poza tem zmian brak. Adrenalina działa skutecznie.

Przypadek 4. Jaś K., miesięcy 10. Rozpoznanie: dychawica oskrzelowa. Zachorował w nocy. Oddech ciężki, rżenia.

Stan obecny. Na głos rodziców reaguje uśmiechem. Powłoki skórne blade. Gruczoły chłonne podszczękowe macalne. Klatka piersiowa bez różańca. Podczas oddechu napięcie mięśni szyjnych i wciąganie nadbrzusza. Osłuchowo liczne świsty. Wątroba i śledziona niemacalne. Ciężota ciała 36,9⁰. Po adrenalinie rżenia ustają, oddech powraca do normy.

A teraz słów parę o różniczkowaniu dychawicy oskrzelowej od błonicy dróg oddechowych.

Mogłoby się zdawać, iż różniczkowanie dychawicy oskrzelowej od błonicy dróg oddechowych trąci naiwnością. Zdarzają się jednak przypadki dychawicy, które wymagają subtelnej oględności, by stanąć na właściwym poziomie wymagań chwili pod względem rozpoznawczym i leczniczym²⁾. Trudno bowiem oprzeć się pierwszemu wrażeniu, gdy widzimy wciąganie nadbrzusza i dolnych żeber, czy nie mamy do czynienia z błonicą.

Musimy więc każdorazowo brać pod uwagę brzmienie głosu dziecka, stan jamy noso-gardzielowej, wyniki oględzin chrząstki nagłośniowej, ruchy krtani, zapach z jamy ustnej, typ oddychania, ciężotę ciała, wyniki osłuchiwania, mimikę dziecka, objaw Chwostka.

¹⁾ Patrz o roli przepony brzusznej w oddychaniu.

²⁾ Satelitą błędnego rozpoznania jest mylne leczenie. Zastryk surowicy końskiej w dychawicy oskrzelowej może być w skutkach fatalny.

Z góry można zaznaczyć, iż każdy z wymienionych objawów w liczbie pojedynczej nie ma znaczenia bezwzględnego. Badanie głosu nie zawsze jest w naszej mocy; wiemy np., iż napad dychawicy może spowodzić zwężenie głośni (Strümpell), lub zmianę brzmienia czyli barwy głosu, co może wpłynąć i na ruchy krtani. Jama noso-gardzielowa w przypadkach pierwotnej błonicy dróg oddechowych nie da nam również odpowiedzi stanowczej. Oględziny nagłośni, wobec sprzeciwów dziecka i rodziców, którzy niekiedy uważają tego rodzaju badanie za niepotrzebne maltretowanie dziecka — często odpadają. O ciepłocie ciała możemy powiedzieć, iż spotykamy stosunki niekiedy vice versa: zwyżkę ciepłoty podczas napadu dychawicy oskrzelowej (np. tło gruźlicze) i normalną ciepłotę w przebiegu błonicy. Typ oddychania — wciąganie klatki piersiowej z boków i wzdłuż przyczepów przepony brzusznej — spostrzegamy w błonicy dróg oddechowych, w dychawicy oskrzelowej, w przypadkach bronchitis capillaris, u dzieci krzywicznych, co znacznie podważa znaczenie tego objawu. Mimika dziecka. Dziecko w napadzie dychawicy oskrzelowej, nawet o nasileniu znacznem — nie jest ani senne, ani też apatyczne, reaguje na głos matki uśmiechem, wyciąga rączki do zabawek; u dzieci, dotkniętych błonicą dróg oddechowych bywa przeciwnie: obojętność i senność sięga kulminacyjnego punktu. Osluchiwanie w dychawicy oskrzelowej daje liczne świsty, a w przypadkach „asthma siccum“ — względną ciszę i oddech pęcherzykowy; osłuchiwanie w przypadkach błonicy dróg oddechowych stwierdza rżenia drobno i średniobańkowe, jako jeden z przejawów odoskrzelowego zapalenia płuc (mówię tu o przypadkach spóźnionych, te bowiem zwykle dochodzą do lekarza na głuchej prowincji). Objaw Chwostka konstatuje zubożenie ustroju w jony wapnia, a że zubożenie w wapń notujemy i w innych schorzeniach, nie możemy na tym objawie polegać. Foetor ex ore w dychawicy nie spotykałem. Celem ustalenia dychawicy oskrzelowej i różniczkowania tego schorzenia od błonicy, analizuję ściśle wartość wyszczególnionych objawów, nie odrzucam je rychło, traktuję jako pomocnicze, zwracam jednak szczególną uwagę na mimikę dziecka i wyniki osłuchiwania. Jak dotąd nie miałem powodu żałować tego postępowania.

Na zakończenie stawiam pewien wniosek.

Byłoby może wskazane, by nieztyt chawicy u dzieci krzywicznych i skurcze krtani wcielić do działu nauki o wago-tonji i gospodarce mineralnej ustroju, traktując jednocześnie te schorzenia jako siostrzyce dychawicy oskrzelowej.

Za takim ujęciem tej kwestji przemawiałby fakt, iż w stanach chorobowych, wspomnianych powyżej — preparaty adrenaliny dają wyniki lecznicze niezawodne.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. W.

Dyr. Prof. Dr. Michałowicz.

Z kazuistyki ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci.

Podali

Dr. W. Gumiński i Dr. T. Marjanko-Lewenfiszowa.

Rozpoznanie zapaleń ucha środkowego u dzieci napotyka niekiedy na duże trudności, gdyż z konieczności musimy się oprzeć prawie wyłącznie na wynikach badania objektywnego.

Niemowlę skarżyć się nie może. Niemowlę i małe dzieci nie umieją lokalizować bólu; to chwytają rączkami za skroń, to wkładają do ust palec, niekiedy krzyczą przeraźliwie, często są apatyczne, senne.

Najczęściej w 4 ym miesiącu życia dziecko zwraca uwagę naszą na ucho przez tarcie muszli usznej, przez reagowanie krzykiem przy dotknięciu okolicy ucha, przez unikanie leżenia na chorem uchu; wzmaganie się bóli usznych podczas ssania powoduje nagle przerwanie ssania i głośny krzyk. Do tego czasu, a więc do IV-go miesiąca, brak przeważnie jakiegokolwiek ruchowej reakcji i dopiero wyciek z ucha jest pierwszym jaskrawym objawem choroby usznej. Błona bębnowa noworodków jest gruba i mocna, to też wyciek z ucha jest naogół późnym objawem. Wczesny objaw—podwyższona ciepłota — jest przeważnie przypisywany jednoczesnemu i częstemu schorzeniu nosogardzieli i dróg oddechowych. Stany zapalne dróg oddechowych w przebiegu ostrego zapalenia ucha były jeszcze do niedawna uważane za powikłanie sprawy usznej. Obecnie szereg autorów z Escat i Sargnon na czele uważają niezbyt dróg oddechowych i ucha za równoległe ujawnienia ogólnego przeważnie pneumokokowego zakażenia u dzieci.



U niemowląt przy ropnem zapaleniu ucha środkowego występują częstokroć zaburzenia trawienia w postaci biegunek, doprowadzających niekiedy do wyniszczenia ogólnego. Prawdopodobnie przyczyną nieżyków kiszek są toksyny, aczkolwiek wielu badaczy dopuszcza możliwość zanieczyszczenia przewodu pokarmowego stale odpływającą przez trąbki słuchowe ropą.

Do powikłań ogólnych, rzadko w piśmiennictwie omawianych, należą zaburzenia intelektualno-psychiczne. Urbanstschisch opisuje zaburzenia pamięci, mowy, głupkowatość w przebiegu zapalenia ucha środkowego. Zmiany psychiczne, polegające na silnem podnieceniu aż do stanu manjakałnego lub na depresji, występują według Urbanstschischa w 25⁰/₀ kataralnego, w 35⁰/₀ ropnego zapalenia ucha środkowego. Zaburzenia intelektualno-psychiczne nasilają się, jeżeli sprawa uszna ulega pogorszeniu, ustępują przeważnie wraz z poprawą sprawy usznej, po samoistnem lub operacyjnem przecięciu błony bębenkowej, jak to miało miejsce w następującym przypadku:

4-letnia H. M. (Nr. księgi głównej 2986) została przywieziona do kliniki 16.II.1928 r. z następującymi wywiadami:

Dziecko urodzone na czas, poród pośladowki, ciężki. Karmione sztucznie. Pierwszy ząb w siódmym miesiącu życia, chodzić zaczęło w końcu 2-go roku. Często zapada na nieżyty dróg oddechowych. W styczniu b. r. przechodziła odoskrzelowe zapalenie płuc, trwające około 3-ch tygodni. Na tydzień przed przybyciem do kliniki zagorączkowała do 38⁰; podwyższona ciepłota utrzymuje się przez cały czas. Jednocześnie zaczęła tracić słuch, nabrała bezmyślnego wyrazu twarzy, od dwóch zaś tygodni zatacza się przy chodzeniu. W klinice stan dziecka przedstawia się, jak następuje: przytomna, smutna, apatyczna, niechętnie odpowiada na pytania. Wyraz twarzy głupkowaty, czyni wrażenie niedorozwiniętej. Ciepłota 37⁰—37,6⁰. Tętno 110 na 1', mierowe, miernie wypełnione i napięte. Budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Nieznaczne powiększenie gruczołów chłonnych, szyjnych. Gardziel przekrwiona, migdałki powiększone. W narządach wewnętrznych klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian nie stwierdzono. Układ nerwowy: źrenice równe, okrągłe, oddziałują prawidłowo na światło i przystosowanie. Odruchy ścięgniste i okostnowe dość żywe. Objawów oponowych, patologicznych nie stwierdzono. Objaw Babińskiego ujemny.

Odczyn Wassermana we krwi ujemny. Badanie moczu nie wykazało zmian patologicznych.

Utrzymujące się przytępienie umysłowe przy braku zmian patologicznych ze strony układu nerwowego nasuwało podejrzenie sprawy mózgowej, bez wyraźnego umiejscowienia. Dokonane nakłucie łądźziowe wykazało znaczne wzmocnienie ciśnienia śródczaszkowego bez zmian zapalnych w płynie.

Badanie dna ocznego przez okulistę nie stwierdziło żadnych zmian. Badanie uszu, dokonane dnia 17.II, wykazało obustronne objawy nieżytowe, znacznie intensywniejsze w uchu lewem. Wrażliwość wyrostka sutkowego lewego. Lekkie napięcie błony bębenkowej. Aparat statyczny wyraźnie zachwianv. Przy chodzeniu dziecko zboczy zazwyczaj w stronę prawą. Zegarek słyszy obustronnie około 10 cm.

Stan ogłupienia dziecka nie ustępował. Na skutek nasilenia się sprawy zapalnej w uchu lewem, dokonano dnia 21.II przecięcia błony bębenkowej

lewej; sformowanej ropy jeszcze nie wykryto; pod dużym ciśnieniem wypływał płyn surowiczo-krwawy.

Badanie uszu dnia 23.II wykazało dużą bolesność wyrostka sutkowego lewego, zwłaszcza w okolicy emissarium Santorini. Ostre ropne zapalenie ucha lewego dość intensywne. Szeroki otwór powstały po przecięciu błony bębenkowej zabezpiecza w zupełności odpływ wydzieliny ropnej w dużej ilości.

Już w dwa dni po dokonaniu paracentezy stan ogólny dziecka uległ znacznej poprawie: ustąpił bezmyślny wyraz twarzy, dziecko wesołe, chętnie odpowiada na pytania, znikł zupełnie stan psychicznego zahamowania. Po 10-ciu dniach pobytu w klinice dziecko wypisano z poleceniem leczenia uszu ambulatoryjnie.

Szybkie ustąpienie zaburzenia psychicznego po przecięciu błony bębenkowej każe całkowicie uzależnić stan psychiczny od sprawy usznej, a zatem rozpoznać w przypadku powyższym powikłanie psychiczne w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego. Zapalenie ucha było przyczyną zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego, to zaś spowodowało zaburzenie psychiczne. Zaburzenia psychiczne należą do powikłań ogólnych w przebiegu zapalenia ucha środkowego. Przejdziemy teraz z kolei rzeczy do powikłań miejscowych, z których najczęściej występują powikłania kostne, zwłaszcza zapalenie wyrostka sutkowego. Powikłanie błędnikowe występuje znacznie rzadziej. Również rzadko występują porażenia nerwu twarzowego, aczkolwiek bez porównania częściej niż u dorosłych. Dzieje się to z powodu częstego wrodzonego rozszczepienia kostnego kanału nerwu twarzowego u dzieci, a zatem łatwego przejścia stanu zapalnego na łącznotkankowe otoczki n. twarzowego. W kości skroniowej małego dziecka znajdują się stale w dwóch miejscach ubytki kostne t. zwane dehiscencje. Jednym z tych miejsc jest kanał kostny nerwu twarzowego; jest to miejsce powyżej okienka owalnego (między tem ostatniem i przewodem łukowatym), gdzie błona śluzowa jamy bezpośrednio przylega do otoczki nerwu.

Zajęcie nerwu twarzowego wyraża się w porażeniu muskulatury mimicznej po stronie chorego ucha: opuszczenie kąta ust, wygładzenie fałdy nosogardzielowej, niedomykalność powiek i inne. Porażenie n. twarzowego zaczyna się często od mimowolnych drgawek mięśni twarzy, ruchów ssania i t. p. W gruźlicy kości skroniowej porażenie nerwu twarzowego jest objawem groźnym, w sprawach zaś ostrych jest ono krótkotrwałe, mija po kilku dniach, najdalej 2—3 tygodniach; pobudliwość na prąd faradyczny prawie zawsze pozostaje, brak odczynu zwyrodnienia. W początkowym okresie zapalenia ostrego ucha środkowego wystąpić mogą objawy, przypominające do złudzenia zapalenie opon mózgowych względnie mózgu: wymioty, senność, utrata przytomności, sztywność karku, niepokój, kurcze w kończynach i t. p. Ten zespół

objawów, nazwany przez Dupré „Meningismus“ — rzekome zapalenie opon mózgowych, ustępuje zupełnie po przecięciu błony bębenkowej. Dzieci szybko powracają do zdrowia bez ubytków inteligencji. W przypadku, w którym powyższe objawy występują lub utrzymują się po rozpoczętym ropotoku, należy myśleć o rzeczywistym ropnym zapaleniu opon mózgowych.

Płyn mózgo-rdzeniowy w rzekomym zapaleniu opon mózgowych nie wykazuje żadnych zmian zapalnych. Przyczyną wystąpienia powyższych objawów jest bliska łączność opony twardej z kością skroniową u małych dzieci, istnienie licznych naczyń komunikujących między jamą bębenkową i czaszkową przez niezłączone jeszcze szwy.

Na uwagę zasługuje następujący przypadek zapalenia ucha środkowego, powikłanego zajęciem nerwu twarzowego i zespołem objawów Dupré.

B. B. 1 r. 6. m. przywieziona do kliniki 14.III 1928 r. w 9-ym dniu choroby. Dziecko zachorowało nagle z objawami wysokiej ciepłoty, wymiotów, nieżytu nosa. W czwartym dniu choroby straciło przytomność, a na dwa dni przed przybyciem do kliniki zjawiał się kaszel. Poprzednio nie chorowało; przez 1½ miesięcy karmione wyłącznie piersią. Stan dziecka w chwili przywiezienia do kliniki ciężki. Dziecko nieprzytomne. Ciepłota 37.2° — 37.6°. Tętno 120 na 1', miarowe. Odd. 30 na 1', głębokie. Budowa prawidłowa, wąta; odżywienie upośledzone. Mierne powiększenie gruczołów chłonnych szyjnych. Nieznaczne zgrubienie nasad kości długich. Język wilgotny. Gardziel nieco przekrwiona. W płucach stwierdzono stłumienie nad płatami praweli górnym i środkowym; w miejscu stłumienia oddech oskrzelowy pokryty licznymi drobno- i średniobańkowymi wilgotnymi rżęczeniami. Nad resztą płuc wypuk jawny i oddech pęcherzykowy.

Serce: granice niepowiększone, akcja miarowa, tony czyste. W narządach jamy brzusznej zmian nie stwierdzono.

Układ nerwowy: dziecko nieprzytomne, wykonywa ruchy rączkami, nóżkami; ustami — ruchy ssące; niedowład lewostronnego nerwu twarzowego, znaczna wiotkość mięśni kończyn.

Wobec powyższych objawów rozpoznaliśmy prawostronne zapalenie płuc ze współistniejącą jakąś sprawą mózgową. Wykonane dwukrotnie nakłucie łądźwiowe dało wynik ujemny.

Po tygodniowym pobycie w klinice wystąpił ropotok z ucha lewego, jednocześnie dziecko zaczęło wracać do przytomności, stan ogólny uległ wybitnej poprawie. Badanie uszu stwierdziło ostre ropne zapalenie ucha środkowego lewego z samoistnym przerwaniem błony bębenkowej. Badanie bakteriologiczne ropy z ucha wykazało obecność dużej ilości pneumokoków. Po trzytygodniowym pobycie w klinice dziecko wypisano w stanie dobrym do domu.

Stwierdzone w tym przypadku pneumokokowe zapalenie ucha i zapalenie płuc należy uważać za równorzędne ujawnienia ogólnego zakażenia pneumokokowego, objawy zaś oponowo-mózgowe za powikłanie sprawy usznej.

Zbawienny wpływ rozpoczynającego się ropotoku samoistnego lub operacyjnego na przebieg choroby w obu opisanych przypadkach upewnia nas o słuszności twierdzenia

Gomperz'a, że w każdej sprawie gorączkowej u dzieci należy dokładnie zbadać uszy. Przy wystąpieniu objawów psychicznych, oponowo-mózgowych i stwierdzeniu zapalenia ostrego ucha środkowego należy natychmiast dać upust ropnej wydzielinie przez dokonanie paracentezy.

PIŚMIENNICTWO.

1. Victor Urbantschisch. Otogene Reflexneurosen. (w Handbuch der Neurologie des Ohres. G. Alexander u. O. Marburg. 2. Dr. Gustav Alexander. Die Ohrenkrankheiten im Kindesalter. 3. A. Moulon-guet. Les grands syndromes Oto-Rhino-Laringologiques. 4. Sargnon. Considerations cliniques sur l'otite moyenne aiguë des jeunes enfants et surtout des nourissons.

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

Lekarz Naczelny: Tadeusz Mogilnicki.

(z oddziału Dr. A. Zieglera).

O dożylnem stosowaniu 40⁰/₀ roztworu urotropiny w ciężkich stanach duru brzuszego.

Pod a ł a

Dr. med. Stefanja Krusche

Urotropina podawana per os, czy dożylnie wydziela się we krwi, żółci, ślinie, pocie, soku trzustkowym, mleku, płynie mózgowo-rdzeniowym i innych sokach tkankowych. Ibrahim w swoich doświadczeniach dowiódł, że urotropina, dodana in vitro do płynu mózgowo-rdzeniowego, hamuje rozwój bakteryj (gronkowców, paciorkowców, meningokoków, prątków Ebertha i innych). W mniejszym stopniu stwierdził to samo in vivo, podając trzy razy dziennie po 0,5 urotropiny per os, i dlatego zalecał podawanie urotropiny przy zapaleniach opon mózgowych surowicznych i ropnych i jako środek zapobiegawczy przy operacjach mózgu i opon mózgowych. Inni autorowie, jak Sachs, opisują dodatni wpływ urotropiny przy angina necrotica, angina lacunaris, icterus. Audo-Gianotti widział dobre wyniki w durze brzuszny, Deutsch—w ostrych gościach stawowych. Buzello stosował urotropinę w stanach septycznych i stwierdził, że drobnoustroje znikają ze krwi już po 3—4 zastrzykach po 3—4 gr. urotrop.

Niektórzy badacze, jak Trendelenburg i Nicolaier, działanie odkażające przypisują jedynie formaldehydowi, który się oddziela od urotropiny w drogach moczowych, szczególnie przy kwaśnym odczynie moczu. Wobec tego też uważają, że urotropina rozwija swe działanie jedynie w drogach moczowych. Ibrahim i Crohn na zasadzie doświadczeń doszli do przekonania, że wyniki lecznicze urotropiny nie są zależne od obecności formaldehydu, a należy je przypisać samej urotropinie. Ibrahim w swoich licznych badaniach, ani razu nie stwierdził wolnego formaldehydu w płynie mózgowo-rdzenio-

wym, Crohn zaledwie ślady, którym nie mógł przypisać działania leczniczego. Ibrahim i Crohn dochodzą do wniosku, że urotropina w jakiegokolwiek bądź postaci działa nietylko jako środek odkażający drogi moczowe, ale też krew, żółć, płyn mózgowo-rdzeniowy i inne soki tkankowe.

Wychodząc z założenia, że w durze brzuszonym mamy do czynienia z ogólnym zakażeniem ustroju przez prątki Ebertha zaczęliśmy stosować dożylnie urotropinę i staraliśmy się spostrzegać jej działanie lecznicze, jako ogólnego środka odkażającego ustrój. Od 1. 7. 27 r. do 1. 4. 28 r. było 80 przypadków duru brzusznego w szpitalu Anny-Marji. Urotropinę stosowaliśmy tylko w najcięższych przypadkach, ogółem u 23 chorych. Były to przeważnie dzieci starsze, powyżej 8-miu lat, u których przebieg choroby, co do objawów klinicznych i zmian anatomo-patologicznych, jest prawie identyczny z durem brzuszonym u dorosłych. Na 23 chorych, leczonych urotropiną, dzieci poniżej lat 8-miu było 6, reszta była w wieku od lat 8-iu do 14-tu.

Urotropinę stosowaliśmy dożylnie, początkowo dawka wynosiła $2\frac{1}{2}$ cm³. 40% roztworu t. j. 1 gr. urotropiny co drugi dzień. Późniejsze doświadczenia nauczyły nas, że była to dawka zbyt mała. Stopniowo podwyższano dawkę jednorazową, podawano co drugi dzień 5 cm³. 40% roztworu, a w końcu 5 cm³, t. j. 2 gr. urotropiny codziennie. Ilość zastrzyków wahała się od 4—5 aż do 10—12, w zależności od ciężkości przypadku.

Największy wpływ urotropina wywarła na poprawę stanu ogólnego i układu nerwowego. Objawy zamroczenia durowego, sennaść, podniecenie ruchowe, u młodszych dzieci rozdrażnienie — znikwały po 2—4 zastrzykach. Ogólny stan się poprawiał, nastrój był spokojny, dobry. Szybko znikwały objawy oponowe, jak objaw Kerniga, Brudzińskiego, dermatografizm, które jako wyraz podrażnienia opon mózgowych przy durze brzuszonym stwierdzaliśmy niejednokrotnie. Przytaczamy kilka przykładów dodatniego wpływu urotropiny:

1. A. H., 8 lat, chora 14-ty dzień. Stan bardzo ciężki, znaczne wycieńczenie, temperatura 39.5. Skóra sucha, brak tkanki podskórnej, język septyczny, dziąsła krwawią. Tętno serca głuchawe, tętno miarowe 156 na minutę, drobne, słabo napięte. Płuca — wypuk jasny, w dolnych płatach liczne rżenia wilgotne, drobno i średniobańkowe. Brzuch zapadnięty, na dotyk bolesny, wątrobą, śledzioną niemacalnie, stolce wolne, Vidal 1/400 dodatni. Chora otrzymuje co drugi dzień po 5 cm³. urotropiny. Ciężota waha się pomiędzy 38.5—39.5, rżenia wilgotne w płucach utrzymują się, tętno nadal miękkie, 160 na minutę. Samopoczucie jednak już po trzecim zastrzyku lepsze, chora spokojniejsza, interesuje się otoczeniem. Pierwsze badanie moczu wykazało ślad białka i 1—3 ziarniste wafeczki w preparacie. W dalszych badaniach moczu pomimo podawania urotropiny składników patologicznych nie stwierdzano. Ciężota do 39^o utrzymuje się jeszcze przez dwa tygodnie, stan ogólny jest jednak dobry. Chora otrzymała razem 8 zastrzyków -- 38 cm³. 40% roztworu, t. j. 15 gr. urotropiny.

2. E. Z. 6 lat, przysłane z rozpoznaniem zapalenia nerek, z 0,09⁰/₀ białka, wałeczkami ziarnistymi w moczu i 6—8 czerwonymi krwinkami w polu widzenia, Ciepłota 39⁸⁰. Znaczne podrażnienie nerwowe, niepokój. Język suchy, obłożony. Tętno drobne, przyspieszone, miarowe. Płuca — wypuk jasny, nad górnym płatem płuca prawego drobno i średniobańkowe rżenia wilgotne. Brzuch napięty, wątroba, śledziona niemacalne. Na skórze tułowia duża ilość różyczek durowych. Vidal 1/400 wybitnie dodatni. Dziecko otrzymuje co drugi dzień około 3 cm³ urotropiny, razem 16 cm³ 40⁰/₀ roztworu. Ciepłota dochodzi do 40⁰. Po trzecim, a szczególnie po czwartym zastrzyku stan poprawił się znacznie, objawy podrażnienia znikły, samopoczucie dobre. W płucach pojedyncze furczenia. Badanie moczu zmian patologicznych nie wykazuje.

3. T. A. 8 lat, chore 9-ty dzień. Stan ciężki, znaczne podniecenie ruchowe. Ciepłota 38,5⁰. Na skórze duża ilość różyczek durowych. Gardło zaczerwienione, błona śluzowa jamy ustnej sucha, język obłożony, wargi spieczone, krwawiące, krwawienie z nosa. Serce bez zmian patologicznych. Tętno średnio—napięte, przyspieszone. Płuca—wypuk jasny, nad obu płucami świsty, furczenia, grubobańkowe rżenia wilgotne. Wątroba, śledziona niemacalne. W moczu 0,17⁰/₀₀ białka, w osadzie brak składników patologicznych.

Na drugi dzień po przyjęciu ciepłota dochodzi do 40⁰ i utrzymuje się pomiędzy 39—40⁰ przez dni 12. Dziecko otrzymuje codziennie zastrzyk 5 cm³ 40⁰/₀ urotropiny. Już po trzecim zastrzyku stwierdzamy zmianę w samopoczuciu. Dziecko znacznie spokojniejsze, podniecenie ruchowe znika. Moc badano kilkakrotnie i nigdy składników patologicznych nie stwierdzano. Ciepłota spadła na 29-ty dzień choroby. Razem dziecko otrzymało 10 zastrzyków po 5 cm³ 40⁰/₀ roztworu urotropiny, t. j. 20 gr. urotropiny. Przebieg choroby w tym przypadku jak i w większości innych cechowała wysoka ciepłota przy dobrym stanie ogólnym dziecka.

W przypadkach, przez nas spostrzeganych, urotropina mało wpływała na czas trwania choroby. Krzywa ciepłoty dochodziła do normy przeciętnie około 30-go dnia choroby. Na 19 chorych wyleczonych u siedmiu podwyższona ciepłota utrzymywała się 20 — 30 dni, u dwunastu zaś 30 — 50 dni. Są to liczby inne, niż je podaje Audo-Gianotti, który spostrzegł 20 przypadków duru brzuszego, leczonych zastrzykami urotropiny. Czas trwania choroby w jego przypadkach wynosił przeciętnie 23 dni.

Co do działania urotropiny na krzywą ciepłoty, nie możemy wyciągnąć jednolitych wniosków. Obok wyraźnego wpływu dodatniego na spadek ciepłoty, mamy też chorych, u których krzywa t⁰, pomimo znacznej poprawy stanu ogólnego, zachowywała przebieg typowy dla duru brzuszego. Kilkakrotnie stwierdzaliśmy również częściowe i chwilowe załamanie się krzywej ciepłoty. Ciepłota opadała nagle o 2 — 3 stopnie i po 1 — 2 dniach podnosiła się do dawnej wysokości. Charakterystyczną cechą przy leczeniu naszych chorych urotropiną był ich ogólny niezły stan i dobre samopoczucie pomimo wysokiej gorączki.

Chaufford uważa, że urotropina zapobiega powstawaniu nawrotów duru brzuszego. Chaufford w tym celu stosował urotropinę u chorych na dur brzuszny bardzo długo, a prze-

dewszystkiem przy podawaniu chorym większej ilości pokarmów, kiedy to więcej żółci i razem z nią prątków duru brzuszego dostaje się do przewodu pokarmowego i krwiobiegu. Myśmy stosowali urotropinę tylko, dopóki utrzymywały się objawy septyczne i podwyższona ciepłota. Na 19 przypadków bardzo ciężkich mieliśmy 4 nawroty.

Co do wpływu urotropiny na powikłania duru brzuszego, to nie widzieliśmy ani razu, ażeby zapalenia opon mózgowych, zapalenia płuc, krwawienia jelitowe rozwinęły się podczas stosowania urotropiny. Na istniejące już powikłania urotropina działała pośrednio, o tyle, że wpływała dodatnio na ogólny stan chorego zmniejszając objawy ogólnej posocznicy. Objawy podrażnienia mózgu znikwały szybko, nawet tam, gdzie chorzy przybywali z rozpoznaniem zapalenia surowiczego opon mózgowych (Nonne-Apelt wyb. dodatni, Pandy dodatni, białka 1,6 pro mille). Krwawienia jelitowego nie stwierdziliśmy ani razu na całym materiale, leczonym urotropiną, przeciwnie wystąpiły raz we względnie lekkim przypadku, nie leczonym urotropiną. Kilkakrotnie widzieliśmy ropotoki z ucha i ropnie podskórne po zastrzykach kamfory. W jednym, bardzo ciężkim przypadku wystąpiły przy normalnym obrazie krwi krwotoki do tkanki podskórnej.

Na 80 chorych na dur brzuszny przypadków śmierci było 3, t. j. 5⁰/₀ śmiertelności. Według Fiłatowa śmiertelność u dzieci wynosi 3—10⁰/₀, w szpitalach warszawskich według Wolberga 4,5⁰/₀, według prof. Jonszera 4,9⁰/₀. Nasze przypadki śmiertelne odnoszą się do chorych, którzy przybyli do szpitala w stanie bardzo zaniedbanym i z ciężkimi powikłaniami.

Niektórzy autorowie uważają, że urotropina drażni błonę śluzową pęcherza moczowego, wywołując ból przy oddawaniu moczu, krwimocz i białko w moczu. Breunig przyczynę tego podrażnienia przypisuje formaldehydowi, który się wydziela w pęcherzu moczowym, szczególnie przy kwaśnym odczynie moczu. Breunig przypuszcza, że przy mocno kwaśnym odczynie moczu formaldehyd wydziela się już w kanałkach nerkowych i przy specjalnem wyposażeniu powoduje miejscową przepuszczalność naczyń nerkowych dla krwinek. Gragert jako przyczynę podrażnienia pęcherza moczowego przez urotropinę podaje angioneurozę. Obaj widzieli krwimocz tylko w wyjątkowych przypadkach. Myśmy badali mocz w każdym przypadku stosowania urotropiny. Tylko raz jeden stwierdziliśmy po czterech zastrzykach 4—5 cm³ urotropiny stan podrażnienia pęcherza moczowego z 0,4⁰/₀₀ białka w moczu i licznymi krwinkami w osadzie. Po przzerwaniu stosowania urotropiny objawy podrażnienia minęły po kilku dniach. Mieliśmy nawet kilka przypadków takich, jak wyżej przytoczone, gdzie chorzy przybywali ze zmianami

w moczu do szpitala i gdzie podczas i pomimo stosowania urotropiny objawy podrażnienia względnie zapalenia nerek znikają zupełnie.

Na zasadzie spostrzeganych przez nas przypadków duru brzuszego, leczonych urotropiną, dochodzimy do wniosków następujących:

1) urotropinę należy stosować w ciężkich przypadkach duru brzuszego u dzieci starszych w dawkach 4 — 5 cm³ 40% roztworu dziennie.

2) urotropina wpływa dodatnio na stan ogólny chorych, zmniejszając objawy ogólnego zatrucia ustroju.

3) urotropina zapobiega powstawaniu powikłań i wpływa pośrednio przez poprawę ogólnego stanu chorego na już istniejące.

4) urotropina mało wpływa na długość przebiegu choroby i krzywą ciepłoty.

5) Przy jednoczesnem badaniu moczu urotropinę można stosować nawet przy objawach podrażnienia dróg moczowych.

PIŚMIENNICTWO.

1) *Chaufford*: Urotropin in der Therapie des Ileotyphus. Münch. Med. Wochenschrift. 1912 S. 1571. 2. *Audo-Gianotti*: Die intravenöse Urotropin-Injektion in der Therapie des Typhus abdominalis. *Pensiero Medico*. 1924 S. 233. 3. *Ibrahim*: Die Verwendbarkeit des Urotropins zur Behandlung der serosen und eitrigen Meningitis, speziell des Kindesalters. *Med. Klinik*. 1910 S. 1893. 4. *Loeper i Grosdidier*: Intravenöse Urotropineinspritzungen bei Infektionskrankheiten. *Progres medical*. 1918 Nr. 35. 5. *Sachs*: Behandlung der Angina necrotica Plaut-Vincent, der Angina lacunaris mit 40% sterilen Urotropinlösungen. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 1919 Nr. 24. 6. *Buzello*: Über die Behandlung der pyogenen Blutinfektion durch intravenöse Anwendung von Urotropin. *D. Zeitschrift für Chirurgie*. 1922 B. 168, Heft 1—2. 7. *Kuntz*: Ueber ungünstige Wirkungen des Hexamethylentetramins. *Münchener Med. Wochenschrift*. 1913 S. 1656.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniw. Pozn.
Dyrektor Prof. Dr. K. J o n s c h e r.

Przypadek hemihypertrophia cruciata u dziecka trzyletniego

P o d a ła

Dr. Marja Krotoska.

Spostrzegliśmy w klinice przypadek, który ze względu na swą rzadkość zasługuje na uwagę.

Dziecko M. L., lat trzy, przyjęto do kliniki w styczniu 1928 r. z powodu żółtawości. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Rodzice podają, że zaraz po urodzeniu dziecka zauważyli asymetrię twarzy, później w całej budowie ciała. Dziecko rozwijało się dobrze w okresie niemowlęctwa, w drugim roku życia przechodziło krztusiec, w ostatnich miesiącach leczyło się na gruźlicę gruczołów szyjnych oraz na przewlekłe zapalenie ucha środkowego po stronie lewej.

Stan ogólny dobry. Rozwój umysłowy odpowiada wiekowi dziecka. Odczyn Wassermanna ujemny; odczyn tuberkulinowy, wykonany przed odnaniem do kliniki, wybitnie dodatni.

W budowie dziecka uderza brak symetrii. Już przy oglądaniu powierzchownem stwierdza się różnicę w grubości kończyn, oraz asymetrię twarzy. Dokładne wymiary wykazują, że długość kończyn jest równa za wyjątkiem palucha, który po stronie lewej jest o 1 cm. dłuższy. Są natomiast różnice w obwodzie kończyn. Podaję kilka wymiarów;

	str. pr.	str. lewa
Kończyny dolne;		
Obwód uda 10 cm. powyżej górn. brzegu rzepki	— cm. 25,2	— cm. 23
„ „ na wysokości górn. brzegu rzepki	— „ 21,2	— „ 23
„ podudzia 10 cm. powyżej kostki wewn.	— „ 19	— „ 19,5
„ „ 3 cm. „ „ „	— „ 14,5	— „ 15
„ stopy 4 cm. powyżej nasady „ palców	— „ 15,2	— „ 15,6
„ palucha	— „ 5,4	— „ 6,2
Kończyny górne:		
Obwód ramienia 5 cm. powyżej wyrostka łokciow.	— cm. 15,4	— cm. 15
„ „ 9 cm. „ „ „	— „ 15,5	— „ 15
„ przedramienia 5 cm. poniżej „ „	— „ 15	— „ 14,3
„ „ 9 cm. „ „ „	— „ 12,8	— „ 12
„ dłoni	— „ 13,5	— „ 12,5
„ pierwszego paliczka palca środk.	— „ 4,4	— „ 3,8

Rentgenogram nie wykazuje różnic w długości i grubości kośćca. Wymiary klatki piersiowej i brzucha równe po obu stronach. Twarz niesymetryczna, lewa połowa pełniejsza, lewa małżowina uszna wyraźnie większa. Ze względu na opór dziecka trudno było wykonać dokładne pomiary.



Pod względem neurologicznym nie spostrzeżono różnicy między lewą i prawą połową ciała. Na skórze znamię nacyniowe (placard érythémateux) rozmieszczone, za wyjątkiem drobnych, nieregularnie ograniczonych miejsc skóry o zabarwieniu prawidłowym, na całej kończynie lewej dolnej i prawej górnej, a więc na kończynach grubszych. Na kończynie prawej dolnej i lewej górnej, oraz na dolnej części tułowia plamy nacyniowe są także ale mniej rozległe i na tułowiu mniej intensywne. Ciepłota w obu pachach i pachwinach równa.

Stwierdzamy zatem u dziecka przerost części miękkich lewej kończyny dolnej i prawej górnej, przerost lewej połowy twarzy, oraz rozległe znamię nacyniowe zajmujące przedewszystkiem kończyny przerosłe, ale także kończyny normalne choć w słabszym stopniu. Rozpoznajemy hemihypertrophia congen. i to rzadką jej postać, hemihypertrophia cruciata.

Ogółem opisano przeszło 50 przypadków hemihypertrophia, w tem skrzyżowanej bodaj kilka (według Bozzolini o 9). W piśmiennictwie ostatnich czasów znajdujemy liczne prace na ten temat, że wspomnę tylko obszerną pracę I. Graetza w Zeitschrift für Kinderhk., prace Lenstrupa, który sam jeden spostrzegł 8 przypadków, i częste pokazy i dyskusje na ten temat w paryskiej Societé de pédiatrie. W większości przypadków przerost dotyczy kości i części miękkich. Lenstrup we wspomnianych 8 przypadkach spostrzegł w pięciu przerost tylko części miękkich, w trzech także przerost kości. Znamiona nacyniowe, telangiectasia, plamy barwikowe—są częstem zjawiskiem w podobnych przypadkach. Stwierdzano je niekiedy tylko na częściach przerosłych, niekiedy na całym ciełe, najrzadziej na kończynach normalnych, przy równoczesnym braku na kończynach przerosłych. Niektórzy autorowie stwierdzali różnicę w ciepłocie kończyny normalnej i przerosłej.

Z licznych teoryj starających się wytłumaczyć tę dziwną postać chorobową, najwięcej zwolenników ma stara teoria Conheima, przyjmująca i tutaj vitium primae formationis. I. Graetz dowodzi na podstawie przypadku własnego i licznych z piśmiennictwa, że hemihypertrophia ma zawsze charakter wady rozwojowej. Gesell uważa, że zaburzenia we wczesnym okresie życia piodowego, dotyczące procesu dzielenia, od którego zależy symetria normalnego osobnika, mogą wywołać najrozmaitsze postacie asymetrii, także hemihypertrophia. Część autorów dopatruje się przyczyny tego cierpienia w zaburzeniach układu nerwowego, współczulnego. Lenstrup opierając się na pracy neurologa Wernöe o przebiegu dróg współczulnych podaje ciekawy przyczynek do wyjaśnienia tej sprawy. Drogi przedzwojowe krzyżują się naogół, i każdy bodziec działający na nie działa na obie połowy ciała. W licznych doświadczeniach na rybach Wernöe spostrzegł, że istnieją osobniki, których drogi przedzwojowe nie krzyżują się w całym swym prze-

biegu, a bodziec działający na te właśnie drogi wpływa tylko na jedną połowę ciała, drugą zostawia nietkniętą. Jeżeli i u ludzi przyjmujemy możliwość przebiegu nieskrzyżowanego, to fakt ten mógłby nam wytłumaczyć anomalję we wzroście, ograniczoną tylko do jednej połowy ciała. Uszkodzenie dróg przedzwojowych (krwawienie, zakażenie, nowotwór) może wywołać wtedy zmiany w odżywianiu jednej połowy ciała, bez wpływu na drugą.

Autorowie francuscy w przypadkach hemihypertrophia stwierdzali często kiłę wrodzoną.

PIŚMIENNICTWO.

1. Blumenthal. Inaug. Dissert. Leipzig 1909.
2. Graetz I. Zeitschr. für Kinderhk. Band 45. 1928 r.
3. Horwitt. Arch. of Ped. Vol. XLIII. 1926 r.
- 4) Houzel — Schekter — Babonneix, Bullet. de l. Soc. de Péd de Paris 1927.
5. Lange tamże.
5. Lenstrup E. Acta Paediatrica Vol. VI, 1927 r.
7. Mohr G. Arch. of Ped. Vol. XLII. 1925 r.
8. Ougrélidzé M. Le Nourisson 1928 r.
9. Roederer-Phelebon, Bullet, de la Soc. de Péd. de Paris 1927 r.
10. Roederer-Klein tamże.

Ze szpitala Anny Marji w Łodzi.
Lekarz Naczelny Dr. Tadeusz Mogilnicki.

Przebieg i leczenie płasawicy.

P o d a ł

Leopold Iwaszkiewicz

Płasawica należy do schorzeń względnie częstych w szpitalu Anny Marji w Łodzi. Schorzenie to dotyczy przeważnie płci żeńskiej. Przejrzawszy historie chorób szpitala za ostatnie 3 lata, zebrałem 54 przypadki opracowane klinicznie, z których 41, czyli 76%, przypada na dziewczynki. Stosunek dziewcząt do chłopców równa się 3 do 1, co przewyższa ogólnie podawany w literaturze stosunek 2 do 1.

Pod względem wieku dzieci największa ilość przypadków płasawicy przypada na okres pomiędzy 9-ym, a 15-ym rokiem życia; do tego okresu należy 83% spostrzeganych przypadków. Z tego wynika, że najczęściej płasawica występuje przed albo w okresie dojrzewania płciowego. Do 5-go roku życia nie mieliśmy ani jednego przypadku. (p. wykres na str. 297)

Nie jest też obojętna pora roku — największą liczbę przypadków spostrzegano późną jesienią i podczas miesięcy zimowych; druga fala płasawicy przypada na wiosnę. (p. wykres na str. 298)

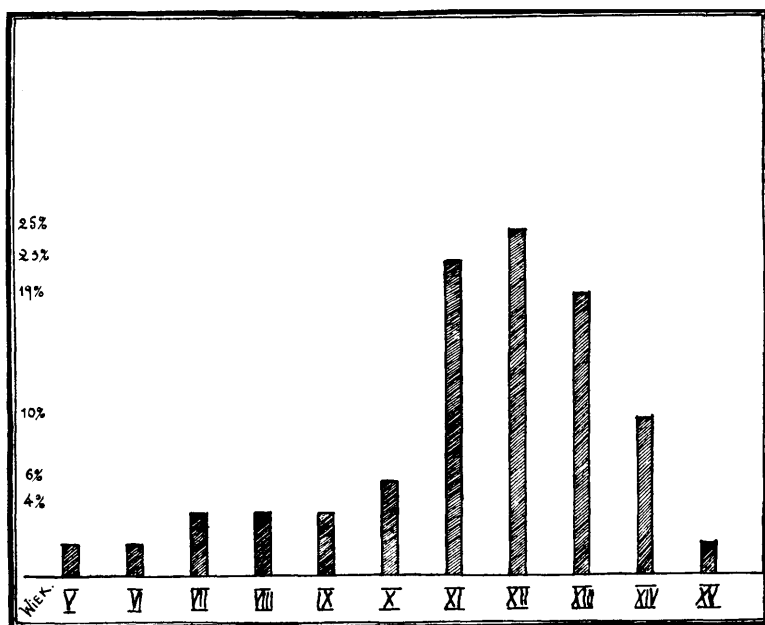
Równocześnie z większą liczbą przypadków płasawicy spotykano na innych salach szpitala przypadki ostrego gościa stawowego, zapalenie wsierdzia, zapalenie opłucnej. Jakie więc wnioski możemy wyciągnąć o stosunku płasawicy do grupy schorzeń gośćowych na podstawie naszego materiału szpitalnego?

Z pośród 54 przypadków płasawicy stwierdzono w 27-miu szmer skurczowy; w wywiadach 10-ciu innych przypadków znajdowano gościec lub też anginę, inaczej—w 50% przypadków płasawicy stwierdzano wadę serca, w 19% — gościec lub anginę.

Pojęcie samoistnego zapalenia wsierdzia zostaje z każ-

dym rokiem zwężane; trudności polegają jedynie na stwierdzeniu przyczyny; jako jeden z warunków należy przypuścić wtargnięcie drobnoustrojów do krwiobiegu. W pierwszych trzech latach życia zapalenie wsierdzia jest rzadkością, gdyż wsierdzie niemowlęcia, jak podaje Finkelstein, odznacza się wybitną odpornością; jeśli zaś wystąpi, przyczyną tych pojedynczych przypadków jest grypa lub zakażenie ogólne (sepsis). Od piątego roku poczynając, wsierdzie traci tę odporność, i gościec stawowy bardzo często zostaje powikłany zapaleniem wsierdzia, przyczem częściej u dzieci, aniżeli u doro-

W Y K R E S 1.

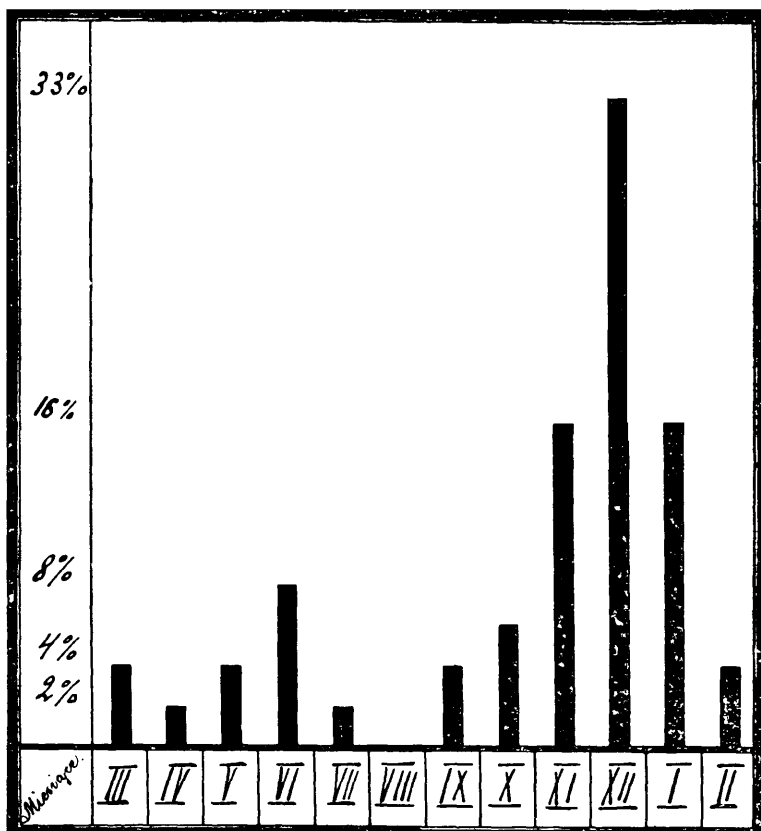


Częstość występowania płasawicy według wieku dzieci.

słych. Bouilland powiada—„chez les enfants le coeur se comporte comme une articulation“. Gościec stawowy przebiega u dzieci łagodnie, prawie bez ciepłoty, nie oszczędza jednak wsierdzia. Według słów Laseque'a „gościec stawowy o ile o stawy się ociera, o tyle serce nadgryza“. Dousch uważa gościcowe zapalenie wsierdzia nie za powikłanie, a za jeden z objawów ostrego schorzenia. Te częste występowanie zapalenia wsierdzia (50⁰/₀) w przebiegu płasawicy oraz gościec i angina w wywiadach rzucają światło na patogenezę płasawicy, dają pewne wskazówki lecznicze.

Czas trwania płasawicy wynosił od 3 tygodni do 2 miesięcy, a niekiedy i dłużej. Mieliliśmy kilka przypadków płasawicy paralitycznej (chorea mollis) z zupełnym wygaśnięciem odruchów ścięgnistych. Niektóre przypadki przebiegały niezwykle burzliwie, z ogromną hyperkinezą, zupełną niemotą, nieprzyjmowaniem posiłków, prawie że nieprzytomnością;

W Y K R E S II.



Częstość występowania płasawicy według miesięcy roku.

trzeba było stale czuwać, aby zapobiec uszkodzeniom ciała; jeden z takich przypadków zakończył się śmiercią prawdopodobnie naskutek wyczerpania serca. W grudniu 1926 roku w jednym z takich ciężkich przypadków, gdzie zachodziła obawa o życie (Wanda B. — 12 lat), a wszystkie środki były już wyczerpane, z polecenia p. d-ra Mogilnickiego została

zastosowana 40% urotropina dożylnie w ilości 3 cm³. Nastąpiło znaczne uspokojenie, poprawa ogólnego stanu; ten oczywisty wynik leczniczy zachęcił nas do dalszego stosowania urotropiny. Poprzednio stosowaliśmy, prócz powszechnie używanych preparatów salicylowych i arsenikowych, zastrzyki siarki i mleka. Mleko zastrzykiwano w odstępach 3—7-dniowych w dawkach od 1 do 10 cm³, liczba zastrzyków nie przekraczała 10; odczyny po mleku były słabe: ciepłota dochodziła do 38° z krezkami i trwała krótko.

Przypadków leczonych jednak mlekiem w latach 1925—26 mieliśmy 6, w dwóch z nich wystąpiły potem nawroty,

Siarkę stosowano w postaci zawiesiny w oliwie w połączeniu z eukalyptolem (Sulfur. depur. 1,0, Eucalyptoli 20,0, Ol. Olivarium ad 100,0).

Zastrzykiwano domięśniowo 1% zawiesinę siarki poczynając od 0,5 i nie przekraczając 2,5 gr. w odstępach 3—6 dniowych; liczba zastrzyków nie przekraczała 10. Ciepłota podnosiła się, ale dopiero następnego dnia, do 39° przeszło i utrzymywała się przez cały dzień; ogólny więc odczyn ustroju po siarce jest w porównaniu z mlekiem o wiele wyraźniejszy. Zmiany występujące w ustroju pod wpływem pozajelitowo wprowadzonej siarki i mleka wykazują pewne wspólne cechy, jakie zauważyć można przy wstrząsie anafilaktycznym. W miejscu wprowadzenia siarki powstaje rozpad białka; nowopowstałe produkty rozpadu białkowego powodują zmiany w układzie kolloidowym soków ustroju, co stanowi prawdopodobnie główny moment w mechanizmie leczenia. Przypadków leczonych jedynie siarką mieliśmy 10, w 2 z nich wystąpiły nawroty.

Począwszy od roku 1927, zachęteni znakomitym wynikiem po 40% urotropinie w ciężkim przypadku, zaczęliśmy stosować ją zawsze w ostrych przypadkach. W przeciągających się przypadkach i w nawrotach, w celu wywołania ogólnego odczynu ustroju stosujemy w dalszym ciągu zastrzyki siarki, dające silniejsze odczyny w porównaniu z odczynami po mleku.

Zdawało się nam, że nasze próby z urotropiną są pierwsze, napotkałem jednak w literaturze wzmiankę, że Decardenas, autor hiszpański, stosował skutecznie 5% urotropinę w kilku przypadkach płasawicy.

Wychodząc z założenia, że płasawica należy do grupy schorzeń gośćcowych, uważaliśmy za stosowne, zastąpić 40% roztwór urotropiny preparatem „cytotropiną“, składającym się:

- z 40% urotropiny,
- 16% natr. salicylic. i
- 4% coffein. natr. salicylic.

Stosownie do składu działa więc ona jako środek odkazający i przeciwgorączkowy.

Na podstawie badań nad działaniem urotropiny Ibrahim i Crohn przy podawaniu urotropiny per os lub dożylnie stwierdzili jej obecność we krwi, żółci, soku trzustkowym i przedewszystkiem w płynie mózgowo-rdzeniowym. Badacze ci wykazali doświadczalnie bakterjობójące działanie urotropiny; wyniki lecznicze uzależniają od obecności przedewszystkiem samej urotropiny, a nie od odszczepiającego się formaldehydu.

Ibrahim i inni badacze uważają, że urotropina w jakiegokolwiek bądź postaci jest środkiem odkażającym nie tylko dla dróg moczowych, ale też krwi, żółci i płynu mózgowego.

Stosowaliśmy cylotropinę, względnie 40% urotropinę dożylnie, poczynając od 2 gr. roztworu, i nie przekraczaliśmy jednej ampułki t. z. 5 gr. Przypadków leczonych jedynie cylotropiną mieliśmy 9; bardzo ciężkich przypadków było 4, w 2 z nich wybitny efekt już po 2-gim dożylnym zastrzyku, zmniejszenie się ilości ruchów, lepszy stan ogólny; w ciężkich przypadkach podawaliśmy cylotropinę codziennie; jeden z tych ciężkich przypadków, mimo codziennego stosowania cylotropiny przez tydzień, w 3-cim tygodniu choroby zakończył się śmiercią; powstały rozległe starcia naskórka na tułowiu i kończynach; śmierć nastąpiła prawdopodobnie wskutek wyczerpania serca; jest to jedyny nasz śmiertelny przypadek. W przypadkach o mniejszym nasileniu podawano cylotropinę co 2—4 dzień; po 5-ciu względnie 8-miu zastrzykach ruchy płasawicze ustępowały zupełnie.

W jednym z lżejszych przypadków przy leczeniu urotropiną po 2 miesiącach zupełnego zdrowia mieliśmy nawrót.

O ile przy stosowaniu cylotropiny nie osiągaliliśmy pożądanego wyniku, podawaliśmy pozajelitowo siarkę; przypadków takich, leczonych metodą kombinowaną, to znaczy: cylotropiną, a następnie siarką mieliśmy 15, co stanowi trzecią część spostrzeganych przypadków. Najlepsze wyniki przepadalyby tej metodzie, gdyż ani razu nie mieliśmy potem nawrotu.

Zdecydowaliśmy również wypróbować metodę hormonalnego leczenia płasawicy według Duzara, która polega na stosowaniu adrenaliny, a mianowicie: przez pierwsze trzy dni zastrzyk dożylny 0,1 roztworu adrenaliny 1 : 1000 w 1 cm³. roztworu fizjologicznego soli 2 razy dziennie; począwszy od 4-go dnia zamiast zastrzyków dożylnych 1 cm³ adrenaliny 2 : 1000 2 razy dziennie pod skórę; od początku leczenia do pokarmów dodaje się 30 — 40 gr. sody (NaHCO₃); według Duzara ruchy, jak również i hypotonja mięśniowa ustępują szybko.

Metodę leczenia adrenaliną, jak podaje Duzar, należałoby wyróżnić już z tego względu, że w przypadkach nawet najcięższych po kilku zastrzykach adrenaliny następuje zmniejszenie hyperkinezy, a po 3—4-em leczeniu wybitne polepsze-

nie. Ten szybki wynik przy stosowaniu adrenaliny ma znaczenie doniosłe, gdyż najtrudniejszym jest opanowanie stanu podniecenia w pierwszych dniach choroby. Lecznicy ten wynik ma zależeć od drugiej alkalicznej fazy reakcji adrenalinowej; alkaliczną fazę potęguje Duzar przez podawanie sody. Według Duzara przyczyna ruchów płasawicznych tkwi w zaburzeniu czynności wegetacyjnych ośrodków nerwowych; czynność układu wegetacyjnego zależy od równowagi jonów wodorowych i wodorotlenowych. Przez stosowanie kombinowanego leczenia adrenaliną i sodą, Duzar dąży do przesunięcia przemiany materii w kierunku alkalozy. Dzięki działaniu adrenaliny Duzar usuwa zaburzenia czynnościowe ośrodków wegetacyjnych, mieszczących się w hypothalamus.

Leczenie hormonalne Duzara stosowano w 4-ch przypadkach. W jednym z nich stosowano zastrzyki adrenaliny przez 10 dni; polepszenia nie stwierdzono; następnie zaczęto naświetlać chorego lampą krzemową; po 24 naświetlaniach i trzech zastrzykach domięśniowych krwi ozdrowieńca po płasawicy wypisano chorego ze znaczną poprawą.

Drugi przypadek. Nawrót płasawicy u 5-letniej dziewczynki, leczony poprzednio zastrzykami mleka. Po 10 dniach kombinowanego leczenia adrenaliną i sodą wynik minimalny; zastosowano narkotyki i arsenik. W tym czasie zapada chora na błonicę, otrzymuje surowicę w ilości 8.000 jedn. odp.; w kilka dni potem znaczne uspokojenie się oraz ustąpienie ruchów płasawicznych. Ta sama chora po 2 miesiącach zupełnego zdrowia zgłosiła się do szpitala ponownie z powodu drugiego nawrotu płasawicy.

Ponieważ hormonalne leczenie Duzara nie dawało spodziewanego wyniku w pierwszych dniach choroby, kiedy to podniecenie bywa największe, ani też nie zapobiegało nawrotom płasawicy, metody tej zaniechaliśmy.

Stosowaliśmy również Nirwanol. Według kliniki Rietschla i Pfaundlera nirwanol jest znakomitym środkiem przeciwplaszawicznym. Nirwanol należy do środków nasennych.

Otrzymuje się przez połączenie mocznika z kwasem glikolowym, po oddzieleniu wody „H₂O”, jest więc zbliżony do veronalu i luminalu. Nirwanol przy płasawicy należy stosować w ilości 0,3 codziennie, aż do chwili wystąpienia ciepłoty i wysypki. Pomiedzy szóstym, a dziewiątym dniem leczenia powstaje ciepłota, która może dochodzić do 39,5⁰ i utrzymywać się od 3 do 5 dni. Warunkiem dla wyniku leczniczego jest wzmożona aseptyczna ciepłota i wysypka, innemi słowy choroba nirwanolowa. Szczególną cechą działania nirwanolu jest długie utrzymywanie się ciepłoty; wysoka ciepłota utrzymuje się od 3 do 7 dni, czyli że znacznie dłużej w porównaniu z ciepłotą osiągniętą dowolną proteinoterapią. Długotrwała ciepłota jest dowodem wzmożonego odczynu ustroju.

Zasadniczy sposób działania dotychczas nie był znany. Husler przypuszcza chemiczny wpływ na ciało prątkowane — corpus striatum. Hefter zaś jest zdania, że naskutek działania nirwanolu ma miejsce rozpad białka; nowopowstałe produkty białkowe doprowadzają do zatrucia ustroju, następstwem czego powstaje ciepłota aseptyczna oraz wysypka. Nie we wszystkich jednakże przypadkach badacze ci mieli pożądaný wynik po stosowaniu nirwanolu. Husler, Hefter i Schmal doradzają stosować nirwanol w przypadkach przedewszystkiem ciężkich i to jedynie w szpitalu.

W naszych przypadkach stosowano nirwanol dwukrotnie i w obu nie stwierdziliśmy dodatniego wpływu leczniczego. Ostatnio Bernard de Rudder z kliniki Rietschla dowodzi, że choroba nirwanolowa, jak ją nazywa Pfaundler, jest odczynem ustroju o typie choroby posurowiczej. Cechami wspólnymi są: okres wylegania, jako czas niezbędny dla powstania nieobecnych w ustroju amboceptorów, następnie objawy odczynu anafilaktycznego; badania przemiany materji potwierdziły analogję z chorobą posurowiczą.

Zjawia się przypuszczenie, że środek może być obojętny, chodzi o sam wstrząs anafilaktyczny. Wychodząc z tego założenia, Knoepfelmacher w przewlekłych przypadkach płasawicy i w jej nawrotach stosuje zastrzyki surowicy końskiej. Chorobę posurowiczą uważa za czynnik leczniczy.

Spostrzegaliśmy znakomity, wprost nieoczekiwany wpływ chorób zakaźnych na przebieg płasawicy. W jednym przypadku, leczonym przeszło dwa miesiące, przypadkowe zakażenie się grypą, panującą na sali, spowodowało wybitną poprawę. W drugim przypadku z nawrotem po przebyciu błonicy nastąpiło znaczne uspokojenie się chorego.

Podawaliśmy prawie we wszystkich przypadkach duże dawki salicylu, który działa przedewszystkiem jako lek swoisty na zakażenia natury goścowej, następnie jako środek napotny.

W okresach silnego podniecenia ogromną ulgę sprawiały chorym długotrwałe kąpiele oraz zawijania w koce.

W czterech przewlekłych przypadkach mieliśmy możliwość stosowania surowicy ozdrowieńców po płasawicy w 3 — 5-krotnych zastrzykach od 5 do 10 gramów w odstępach kilkudniowych; nie spostrzegaliśmy wprawdzie wyraźnego odczynu ustroju, mimo to w 2 — 3 tygodnie od chwili pierwszego zastrzyku występowała znaczna poprawa, nawet w dwóch przypadkach z nawrotem.

W przypadkach lekkich i przeciągających się naświetlaliśmy chorych lampą kwarcową.

Dla poprawy ogólnego stanu podawaliśmy arsenik w postaci Sol. arsen. Fowleri, w postaci zastrzyków Triplex, lub też w połączeniu z żelazem.

Przypadki płasawicy staraliśmy się zawsze odosabniać, co ma niemałe znaczenie dla samego chorego, jak i dla otoczenia.

Na zasadzie naszego materiału klinicznego jest rzeczą niezmiernie trudną orzec, jaki środek i kiedy daje najlepsze wyniki, ponieważ sam przebieg płasawicy jest bardzo różnorodny. Spostrzegamy obok przypadków lekkich i krótkotrwałych stany chorobowe bardzo ciężkie, trwające długo, nieraz po parę miesięcy, przebiegające z nawrotami i niekiedy nie poddające się żadnemu leczeniu.

Jednakże wyrobiliśmy sobie pewien szemat, który zdaniem naszym należałoby stosować i który może dać wyniki względnie najlepsze. A więc:

We wczesnych i najcięższych postaciach płasawicy dożylne stosowanie cylotropiny daje często wyniki wprost zdumiewające.

W przypadkach przeciągających się, przewlekłych i nawrotach najbardziej wskazanem jest pozajelitowe stosowanie siarki; stwierdziliśmy, że im większy jest po zastrzykiwaniach siarki lub mleka odczyn ustroju, tem szybciej występuje poprawa ogólna wraz z uspokojeniem się chorego.

Przy ogólnem podnieceniu należy stosować środki narkotyczne w postaci chloralu, bromu, luminalu, względnie długotrwałe kąpiele, koce, odosobnienie. Ze względu na goścowy charakter płasawicy i możliwość powikłań we wszystkich przypadkach — prócz środków wyżej wymienionych należy stosować preparaty salicyłowe, a dla poprawy stanu ogólnego arsenik, względnie żelazo.

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

Lekarz Naczelny: Tadeusz Mogilnicki.

Badanie krwi i próby czynnościowe w płasawicy.

Podają

Bernsteinówna i Białaszewiczówna.

A. Badanie krwi w płasawicy.

W roku bieżącym w szpitalu Anny Marji, mieliśmy 22 przypadki płasawicy. Były to dzieci w wieku od 7 do 15 lat z przewagą dziewczynek w stosunku 2:1. Źród 22 przypadków, które zgłosiły się do leczenia szpitalnego, nawrotów choroby było 6, z tych jedno dziecko przechodziło płasawicę po raz czwarty, jedno po raz trzeci, czworo po raz drugi. Po raz pierwszy zachorowało 16-ioro dzieci, z tych u czworga płasawicę poprzedzały bóle i obrzęk stawów, u dwojga powikłanie ze strony stawów wystąpiło w przebiegu choroby. 9-ioro miało objawy zapalenia wsierdza: szmer skurczowy nad koniuszkiem serca i zaakcentowanie drugiego tonu nad tętnicą płucną. U dzieci tych ze względu na blade zabarwienie skóry i błon śluzowych, które to objawy już występowały na początku choroby, przeprowadziłyśmy badanie morfologiczne krwi: określenie ilości hemoglobiny, obliczenie ilości czerwonych i białych ciałek krwi, oraz obliczenie białych ciałek krwi podług wzoru Schillinga. Prócz tych badań wykonano odczyn Biernackiego na szybkość opadania czerwonych krwinek. W tym samym czasie, równoległe z badaniami krwi w płasawicy przeprowadzono te same badania w sześciu przypadkach ostrego gościa stawowego, połączanego z wadą serca, i w jednym przypadku surowiczego zapalenia opłucnej pochodzenia goścowego.

Z badań naszych wynika, iż u dzieci chorych na płasawicę ilość hemoglobiny na początku choroby waha się od 60 — 80^o/_o podług Sahliego. Tylko w jednym przypadku stwierdziłyśmy ilość hemoglobiny powyżej 80^o/_o, i w jednym tylko 48^o/_o. Ilość czerwonych ciałek krwi była w granicach

od 3.000.000 do 4.500.000 tylko w pojedynczych przypadkach o przebiegu znacznie łagodniejszym ilość czerwonych ciałek była przez cały czas choroby prawie normalna. W stosunku do białych ciałek stwierdzono mierną leukocytozę w przypadkach cięższych, która naogół wahała się w granicach od 9.000 do 12.000 w 1 mm^3 . W przypadkach o łagodnym przebiegu ilość białych ciałek była normalna. Wskaźnik krwi był od 0,7 do 0,9.

Obliczając białe ciała krwi podług wzoru Schillinga, stwierdziłyśmy obraz następujący: w przypadkach o przebiegu łagodniejszym liczby były normalne, w cięższych występowała eozynofilia do 13%, ilość obojętnochłonnych normalna, względna limfocytoza do 48%, przesunięcia obrazu w lewo nie było. (Limfocytoza nie może być uważana za objaw patologiczny, ponieważ ilość limfocytów w wieku dziecięcym jest normalnie większa niż u dorosłych, jak podaje Naegeli i Schüttelhelm). U dzieci ze znaczną eozynofilią przeprowadzono kilkakrotnie badania na jaja pasorzytów jelitowych, które dały wynik ujemny. Odczyn Biernackiego na początku choroby był znacznie przyspieszony równolegle do natężenia objawów chorobowych. W miarę ustępowania objawów, opadanie było stopniowo wolniejsze. Dla przykładu przytaczamy następujące przypadki:

1. W. Jadwiga, 8 lat, chora po raz pierwszy od trzech tygodni. Wykonuje nieskoordynowane ruchy kończynami górnymi i dolnymi, tułowiem, głową, mięśniami twarzy i języka. Mowa znacznie upośledzona, połykanie utrudnione, (przy chodzeniu nie może zachować równowagi). Odruchy ścięgnowe zachowane. Objaw Gordona ujemny. Płuca — norma. W sercu — szmer skurczowy nad koniuszkiem i zaakcentowanie II tonu nad tętnicą płucną. Ciepłota 37° . Badanie krwi na początku choroby: Hgb. 48%, Er. 3.000.000, L. 9.000, Wskaźnik 0,8. Eozyn. 5%, Limf. 32%, OB. 40 m. Po upływie 6-tygodni w końcu choroby Hgb. 60%, Er. 4.000.000, L. 8.000. Wskaźnik 0,8, wzór Schillinga bez zmian. OB. 145 m.

2. M. Stanisława, 9 lat, chora po raz pierwszy. Wykonuje ruchy płasawicze kończynami, tułowiem, głową, mięśniami twarzy, od miesiąca mowa znacznie upośledzona, ciepłota 37° . Płuca i serce — norma. Badanie krwi: Hgb. 64%, Er. 3.600.000, L. 10.000, Wskaźnik 0,9, Eoz. 5%, Limf. 40%, OB—50 m. Po trzech tygodniach poprawa stanu ogólnego, hyperkinesis mniejsza. Krew: Hgb. 72%, Er. 4.300.000, L. 8.000, Wsk. 0,9, Eoz. 4%, Limf. 35%, OB—140 m.

3. J. Gucia, lat 11, przechodziła dwa razy płasawicę i raz gościec stawowy. Wykonuje znaczne nieskoordynowane ruchy prawą ręką i nogą. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Płuca — norma. Badanie krwi: na początku choroby: Hgb. 6%, Er. 4.000.000, L. 8.800, Wskaźnik 0,8 Eoz. 8%, Limf. 32%, OB.—51 m. Powoli ruchy słabną, stan ogólny lepszy, Badanie krwi: Hgb. 72%, Er. 4.500.000, L. 7.000, Eoz 5%, Limf. 32%, Wskaźnik 0,8, OB.—94 m.

4. B. Genowefa, lat 7, chora po raz pierwszy od trzech tygodni, ruchy płasawicze głową, tułowiem, kończynami, mowa znacznie upośledzona. Płuca, serce — norma. Badanie krwi: Hgb. 60%, Er. 3.800.000, L. 10.000, Wsk. 0,8, Eoz. 10%, Limf. 33%, OB. 33 m. W miarę poprawy krew wykazuje znaczne zmiany: Hgb. 75%, Er. 4.200.000, L. 8.000, Wsk. 0,9, Eoz. 5%, Limf. 30%, OB. 95 m.

5. K. Rywcia, lat 13, chora po raz drugi, wykonywa nieskoordynowane ruchy kończynami górnymi, dolnymi oraz tułowiem. Serce—słaby szmer skurczowy nad koniuszkiem. Płuca — norma. Badanie krwi: Hgb. 74^{0/0}, Er. 4.000.000, L. 9,300, Wsk. 0,9, Eoz. 10^{0/0}, Limf. 40^{0/0}, OB. 92 m. Po ustąpieniu objawów chorobowych, obraz krwi wykazał nieznaczną poprawę. Eozynofile i Limfocyty nie zmniejszyły się w przebiegu choroby, OB. 180 m.

Zestawiając dane otrzymane przy badaniu krwi w płasawicy, stwierdzamy miernego stopnia anemię, wyraźniejszą w przebiegu cięższym, która w miarę poprawy stanu chorobowego wykazuje również poprawę.

Prócz tego stwierdzamy w przypadkach cięższych mniej lub więcej wyrażoną leukocytozę, ustępującą u dzieci wyleczonych, dalej eozynofilję i znaczne przyspieszenie opadania krwinek czerwonych.

W badanych przez nas przypadkach gośca stawowego ilość hemoglobiny wahała się od 54^{0/0} do 75^{0/0}, ilość czerwonych ciałek krwi od 3.300.000 do 4.500.000, białych ciałek krwi od 7.900 do 12.000, wskaźnik 0,7 do 0,9, OB. od 30 do 58 m. Eozynofile od 3 do 12^{0/0}, limfocyty od 22 do 36^{0/0}, pozatem brak przesunięcia w lewo według Arnedta. Porównując badania krwi w płasawicy z badaniami w goścu stawowym i zapaleniu opłucnej na tle goścowym, stwierdzamy podobne zachowanie się obrazu krwi: anemię, leukocytozę, eozynofilję i przyspieszenie opadania krwinek czerwonych.

Takie same badania w pięciu przypadkach płasawicy i sześciu przypadkach gośca stawowego przeprowadził Takeno, wyniki jego badań odpowiadały wynikom otrzymanym przez nas. Schüttelhelm podaje, iż w goścu stawowym stwierdził eozynofilję i względną limfocytozę. W zarysie hematologii dziecięcej Erlichówny sprawa zmian w obrazie krwi w przebiegu płasawicy jest pominięta.

Wyniki naszych badań krwi i badań Takeno przemawiałyby za goścowym pochodzeniem płasawicy.

B. Próby czynnościowe nerek w płasawicy.

Na tym samym materiale klinicznym przeprowadziłyśmy badania czynnościowe nerek. Badania wykonywane były w sposób następujący: jednego dnia przeprowadzano próbę wodną, dziecko zrana dostawało litr wody i w przeciągu następnych 5-ciu godzin określano co godzinę ilość i ciężar gątkowy wydzielonego moczu.

Próba sucha była wykonywana następnego dnia: dziecko otrzymywało pokarm suchy z dodatkiem trzech gramów soli kuchennej i badano w ciągu 12 godzin ilość, ciężar gątkowy i zawartość chlorków w każdej porcji moczu. Oprócz tego w niektórych przypadkach w przebiegu choroby określano dobową ilość moczu. W wyniku badań okazało się, że nasz materiał możemy podzielić na dwie grupy: o łagodniejszym i cięższym przebiegu choroby. Do pierwszej kategorii,

o łagodniejszym przebiegu, zaliczamy 8 przypadków, w których przy próbie wodnej ilość wydzielonego moczu w ciągu 5-ciu godzin wahała się od 600 cm. do 1.000 o ciężarze gatunkowym najniższym od 1.000 do 1.004, przyczem przy drugiej i trzeciej porcji ilość wydzielonego moczu gwałtownie wzrastała, przy następnych wystąpił nagły spadek. Proces więc wydzielania jak również i rozcieńczania wody przez nerki odbywał się zupełnie prawidłowo.

W drugiej kategorii, w cięższych przypadkach, przy spożyciu tej samej ilości wody, próba wodna wypadła następująco: ilość wydzielonego moczu w ciągu 5-ciu godzin wahała się od 240 cm. do 500 o ciężarze gatunkowym od 1.000 do 1.006, przemawiałoby to za niedomogą zdolności wydzielania wody, w mniejszym stopniu — zdolności do rozcieńczania. Ilość dobową moczu w tych przypadkach była w stosunku do ilości podanego płynu również zmniejszona.

Przy określaniu zdolności koncentracji i wydzielania chlorków nie udało się nam stwierdzić w żadnym przypadku wyraźnego upośledzenia zdolności koncentracyjnej nerek; najwyższy ciężar gatunkowy był w granicach od 1.025 do 1.037, przyczem ciężar gatunkowy wzrastał równolegle ze spadkiem ilości moczu. Co do wydzielania chlorków, zauważyliśmy w niewielu przypadkach, iż było ono zwolnione, a mianowicie: z trzech gramów przyjętej soli kuchennej w ciągu 12-u godzin zostało wydzielone od 1,5 do 2,5 gr.

To nie upoważnia nas jednak do stwierdzenia niedomogi nerek, dlatego, że ani badania kliniczne chorych, ani badania laboratoryjne moczu żadnych składników patologicznych nie wykryły.

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

Lekarz naczelny: dr. Tadeusz Mogilnicki.

Przypadek płasawicy po anginie, zapaleniu stawów i wśierdzia.

Podał

Jakób Polakow.

Dziewczynka, lat 10. Początek choroby nagły. Bóle głowy, bóle gardła, łamanie w kościach, ciepłota do 40° . Zaczerwienie gardła, obrzęk migdałków, na których widoczne są szarawe czopy (angina lacunaris).

W ciągu 2 dni (salicyłaty, okłady, płukania) ciepłota opada do normy, bóle głowy i gardła ustępują. Stan ogólny dziecka dobry. Po 6 dniach ponowny skok gorączki do 40° , bóle gardła. Badanie stwierdza obustronne czopy na migdałkach i bardzo znaczne zaczerwienie gardła. W dwa dni później wystąpiły bóle w stawie kolanowym prawym, bóle w stawach śródreżcza prawego, wreszcie obrzęk i bóle w stawie barkowym lewym. Po zastosowaniu maści salicylowej znaczna poprawa.

W kilka dni po ujawnieniu się objawów stawowych dziecko skarży się na bóle w okolicy serca, jednocześnie występuje nieznaczna duszność i ponowne podnoszenie się ciepłoty, która poprzednio była nieco opadła.

Wyraźny szmer skurczowy nad zastawką dwudzielną.

Prawie jednocześnie z objawami zajęcia przez sprawę chorobową wśierdzia, dziecko zaczyna zahaczać się w mowie i występują nieskoordynowane ruchy w kończynach, najpierw dolnych, następnie górnych, i dodatni objaw Gordona.

Stan dziecka pogarsza się szybko do tego stopnia, że dziecko nie jest w stanie siedzieć, nie mówi, nie może połykać pokarmów.

Przy zastosowaniu środków uspakajających i salicylatów stopniowo występuje poprawa, i po upływie 8 tygodni chora opuszcza łóżko.

Stan serca nie wykazuje poprawy. Występują objawy niewyrównania przy znacznie rozszerzonym sercu. Obecnie po 2 latach stwierdzić możemy cor bovinum i szmery skurczowy i rozkurczowy,

Przypadek wyżej przedstawiony może służyć jako jaskrawy przykład ścisłego związku płasawicy z anginą i ostrym goścem stawowym. W 10 dni po pierwszym ataku anginy występuje choroba stawów, w 4 dni potem, a więc w dwa tygodnie od początku infekcji zapalenie wśierdzia i płasawica.

Wszystkie te zespoły chorobowe występują w nieprzerwanym cyklu zakażenia, tworząc jedną całość.

2 przypadki powikłań nerkowych płasawicy.

P o d a ł

Dr. Bronisław Frenkiel.

Jeżeli zaliczamy płasawicę do rzędu chorób infekcyjno-toksycznych należy się spodziewać, że w jej przebiegu niejednokrotnie ulegnie uszkodzeniu tak czuły narząd, jak nerki. Tem więcej, że płasawica należy do reumatyzmów (ostre zapalenie stawów, zapalenie wsierdza), cierpienie, których skutkiem częstokroć pozostaje podostre zapalenie nerek.

W piśmiennictwie mało spotykamy o tem wzmianek. W podręcznikach płasawica jest pominięta jako moment etjologiczny chorób nerkowych.

O związku płasawicy z cierpieniem nerek pisał przed laty Thomas, (Freiburg). W jego przypadku płasawicy (14-letni chłopak) w 3-im tygodniu choroby wystąpiły objawy nerkowe (obrzęki, $\frac{1}{4}^0/0$ białka, liczne szkliste wałeczki). Po 2-ch tygodniach objawy te ustąpiły, a wraz z nimi i zespół płasawiczny. Thomas przypuszcza, że powodem płasawicy było zatrucie elementami moczu. Takie ujęcie nie wydaje mi się prawidłowym i udowodnionem.

Występowanie zaburzeń nerkowych w przebiegu płasawicy nie należy do rzadkości. Niżej przytoczę dwie obserwacje z 1927 roku.

Przypadek 1. Dziewczynka lat 14. W 7-ym roku życia przechodziła płasawicę, która trwała kilka tygodni. Po pomyślnem zejściu choroby dziecko rozwijało się dobrze. W 14 roku życia jest dużą świetnie wyglądającą uczennicą 4-ej klasy. W tym czasie zapada ponownie na płasawicę. Objawy bardzo gwałtowne. Hyperkineza bez przerwy, bezsenność, zaburzenia mowy i łykania. Stan bezgorączkowy, serce bez zmian. W 2-im tygodniu choroby rozbiór moczu wykazał:

6 maja. C. g. 1019, białka $0,3^0/00$, żadnych elementów morf.

Następne rozbiory:

14 maja. C. g. 1021, białka $8,4^0/00$, pojed. białe c., bardzo liczne krwinki, pojed. wałeczki.

25 maja. C. g. 1020, białka $3,2^0/00$, liczne białe c., krwinki do 15 w pol. widz., pojed. wałeczki.

30 maja C. g. 1019, białka $1,0^0/00$, białe c. 2 — 3 w pol. widz. krwinki 5 w pol. widz., pojed. wałeczki.

4 czerwca. C. g. 1026, białka 0,08⁰/₀₀, białe c. 3 — 4 w pol. widz., krwinki nieobecne, pojed. wałeczki.

Obrzęków nie było. Stopniowa poprawa w zespole płasawicznym. Wyzdrowienie.

W przypadku powyższym wystąpiły, trwające około 4 tygodni, lekkie zresztą objawy nefrozo-nefrytu.

Przypadek 2. Halinka Pr., lat 7. Słabo rozwinięta. W 4-ym roku życia zakażenie ropne.

W listopadzie 1927 r. stwierdziłem płasawicę, przypuszczalnie trwającą 10 dni. Stopniowe pogorszenie. Następnie przebieg ciężki. Zaburzenia mowy i połykania. Szmer skurczowy koniuszkowy.

Rozbiór moczu wykazał:

1 grudnia. C. g. 1022, białka 0,06⁰/₀₀, krwinki, pojed. wałeczki szkliste, 150 — 200 leukocytów w pol. widz.

12 grudnia. C. g. 1032, białka 0,03⁰/₀₀, pojed. krwinki, 30 leukoc. w pol. widz., wałeczki.

28 grudnia. C. g. 1017, białka ślady, 10 leukocyt. w pol. widz.

Obrzęków nie było. W 6 tygodniu choroby zaczęła brać luminal (3 razy dzień. po 0,03); po tygodniu 1¹/₂ dnia trwający bezmocz. Ciepłota 39⁰. Wysypka (tydzień).

Po odczynie wysypkowym polepszenie w zespole płasawicznym. Wyzdrowienie. Residuum: vitium cordis.

W powyższym przypadku w przebiegu ciężkiej płasawicy ujawniły się: lekkie podrażnienie nerek, krótkotrwałe zapalenie miedniczek, i wreszcie bezmocz. Ten ostatni objaw skłonny jestem przypisywać działaniu narkotyku.

Opisane wyżej przypadki wskazują, że w przebiegu płasawicy mogą zachodzić powikłania ze strony narządu moczowego. Objawy te zależą części, jak to widzieliśmy, od stosowania leków, w znacznym jednak stopniu należy je tłumaczyć przez zadziałanie toksyn na tkankę nerkową.

Powikłania ze strony nerek nie są groźne i ulegają zupełnemu wyrównaniu.

W obserwacji i leczeniu dzieci płasawicznych należy zwracać uwagę na czynność nerek.

PIŚMIENNICTWO.

L. Thomas. Ein Fall von Chorea-Nephritis. Deutsche med. Wochenschrift 1892 Nr. 29.

STRESZCZENIE ZBIOROWE

Patogeneza płasawicy

(Odczyt wygłoszony w Tow. Lek. w Łodzi w szpitalu Anny Marji)

P o d a ł

Dr. Bronisław Frenkiel

Płasawica jest tak powszechnie znanem cierpieniem, że odpada potrzeba opisu przebiegu tej choroby. Rozpoznanie jest łatwe. Leczenie idzie utartym szlakiem. Jednakże teoria powstawania płasawicy kryje w sobie wiele nierozwiązanych jeszcze zagadnień.

Wiadomo, że na płasawicę zapadają częściej dziewczęta, niż chłopcy, że oszczędza ona niektóre rasy (indjan, murzynów), że występuje przeważnie między 5 i 16 rokiem życia, że zdradza skłonność do nawrotów i do powikłań ze strony serca i wsierdza, że jej ofiarą padają dzieci neuropatyczne, lub pochodzące z rodzin, obfitujących w różne nerwowe cierpienia, że wreszcie ujawnia się częstokroć po zakaźnych chorobach, najczęściej po anginie.

Z tych kilku właściwości płasawicy zarysowują się wszystkie pytania, które przy rozważaniu każdej choroby muszą być rozwiązane.

Zagadnienie momentu etjologicznego, zagadnienie roli konstytucji i wreszcie mechanizmu chorobotwórczego t. j. tej zależności, która wynika z zadziałania momentu etjologicznego na organizm osobnika.

Drogi rozwiązania wymienionych zagadnień dla płasawicy są również zwykłe, a więc:

spostreżenia pojedynczych przypadków choroby i statystyka,
badania bakterjologiczne,
badania doświadczalne i
badania anatomopatologiczne.

Pojedyncze spostrzeżenia, a takie każdy z panów z ławnością przypomni sobie z własnej praktyki, pouczają o szcze-

gólnym związku, jaki zachodzi między płasawicą, a ostrem zakaźnym zapaleniem stawów. Jeden z takich uderzających przykładów opisuje dzisiaj Dr. Polakow.

Affectio organismu rozpoczyna się od sprawy par excellencie zakaźnej—anginy. Później występuje zapalenie stawów i zapalenie wsierdza, a po pewnym czasie ujawnia się płasawica; albo angina przechodzi niepostrzeżenie i jako pierwszy człon cyklu chorobowego występuje zapalenie stawów. Zdarza się, że po anginie dzieci zapadają na płasawicę, w przebiegu której, albo później, widzimy ostry gościec stawowy.

Obecnie obserwuję przypadek, gdzie ruchy płasawicze nawarstwiły recydywę zapalenia stawów, które było poprzedzone przez dwukrotną anginę (wszystko to w ciągu dwóch miesięcy).

Podobne spostrzeżenia są tak uderzające, że każdy z nas u łóżka chorego szuka w wywiadach przebytego gościa.

Francuzi mówią o reumatyzmach, łącząc w tej grupie ostre zakaźne zapalenie stawów, zapalenie wsierdza i płasawicę.

Statystyczne ujęcie tego związku wypada u poszczególnych autorów bardzo rozmaicie. Od Steinera, który zaledwie w 1^o/_o płasawicy wykrywa przebyte zapalenie stawów, do See'a, podług którego u 92^o/_o choreatyków stwierdzić można cierpienia reumatyczne. Przeciętnie autorowie stwierdzają ten związek w 40^o/_o obserwowanych przez siebie przypadków choroby.

W tem miejscu chciałbym podkreślić dwa spostrzeżenia. W pierwszych latach życia zarówno ostre zapalenie stawów jak i płasawica są cierpieniami spotykanymi bardzo rzadko. Z drugiej strony pierwszej z tych chorób towarzyszy wysoka ciepłota, w płasawicy notujemy ją rzadko.

Zaliczenie płasawicy do chorób zakaźnych byłoby w zupełności udowodnione przez odnalezienie wywołującego ją zarazka. Poszukiwania te trwają od 1872 r., kiedy Pianese wykrył w płynie mózg.-rdzeniowym płasawicznych diplokoka. Badania następne wskazują przeważnie na gronkowce i łańcuszkowce, jako winowajców tej choroby. Badania te liczne ale sprzeczne nie zdołały zadośćuczynić postulatowi Kocha dla ustalenia swoistości zarazka płasawicy. Zresztą nie jest ustalona jeszcze swoistość zarazka w goścu stawowym. Heubnerowi udało się wyhodować ze krwi żywego choreatyka szczepy paciorkowców i gronkowców i wywołać przez wstrzyknięcie królikowi obrzęk stawu. Westphal i Wasserman uzyskali szczep gronkowców ze krwi w przypadku płasawicy (po goścu stawowym), za pomocą którego wywołali u królików ostry reumatyzm.

Podobne przekonujące doświadczenia w nowszych

czasach podają Dick, Rotstein i Rosenow. Tak więc badania bakteriologiczne i doświadczalne utrwalają pogląd o ścisłym związku płasawicy i ostrego gościa stawowego¹⁾.

Niezmiernie ważkie są opisy anatomopatologiczne Ashoffa, który znalazł w mięśniu sercowym płasawicznych odrębne nacieczenia drobnokomórkowe i plazmatyczne (węzłki Aschoffa) o specjalnym kształcie, twory, które opisano wyłącznie w omawianych dwu chorobach, płasawicy i ostrym gościu stawowym, i nigdzie indziej.

Tak więc możemy uważać, że płasawica jest pochodzenia zakaźnego i z kolei należy rozważyć pytanie, czy zespół hiperkinetyczny wraz z innymi objawami płasawicy, spowodowany jest przez sprawę zapalną czy też przez toksynę (swoistych lub nieswoistych zarazków).

Badania histologiczne ośrodkowego układu nerwowego w przypadkach płasawicy dziecięcej (a także doświadczalnej) wykazują zmiany zwyrodnieniowe zwłaszcza niektórych części mózgowia (o czym niżej). W nielicznych tylko przypadkach stwierdzano zakaźne zatoki i nieliczne nacieczenia zapalne, przyczem należy pamiętać, że przypadki sekcyjne płasawicy są zawsze powikłane (endocarditis, sepsis).

Zmiany histopatologiczne wskazują na to, że płasawica jest cierpieniem przeważnie mięszszowem, zrzadka wykrywa się związki nawet większych ognisk nekrotycznych z naczyniami.

Zupełne wyzdrowienie dzieci płasawicznych, nawet po ciężkich i burzliwych nawrotach choroby bez wszelkich pozostałości objawowych, możemy łatwiej zrozumieć, przyjmując toksyczną genzę zespołów płasawicznych.

Obserwacje zespołów płasawicy ciężarnych również przemawiają za taką patogenezą.

Możliwość uzyskania zespołów płasawicznych u zwierząt za pomocą różnorodnych jądów podtrzymuje pogląd, że płasawica, jako zespół, powstaje dzięki zadziałaniu toksyn na ośrodki mózgowe.

A więc Mannini wywoływał podobne zespoły przez działanie alkoholu, Demme – jodoformu, a Fuchs za pomocą guanidinum hydrochloricum. Decydujące bodaj są prace Levyego, który otrzymał płasawicze zespoły u myszy za pomocą toksyny błoniczej.

Te ostatnie badania rzuciły nowe światło na całą sprawę. Levy dowiódł, że tylko nieliczne szczepy błonicy posiadają zdolność wywołania płasawicy. Z pośród wielu znalazł on tylko dwa takie szczepy. Heyman (Hygieniczny Instytut Berliński) wykrył jeden tylko szczep o takiej właściwości.

¹⁾ Badania kol. E. Hermana w Warszawie, idące w innym kierunku są odosobnione.

Podobne doświadczenia poczynił Ostertag nad szczepami łańcuszkowców. Tylko niektóre z jego szczepów wywoływały płasawicę, przyczem z biegiem czasu traciły tę właściwość, natomiast powodowały ogólne śmiertelne zakażenie.

Okazało się, że poprzednie zadziałanie na zwierzę toksyną błoniczą ułatwiało powstawanie w tych warunkach płasawicy.

Wszystkie te badania, łącznie z doświadczeniem klinicznym, że płasawica u dzieci często występuje po rozmaitych infekcjach, przemawiają za tem, że płasawica jest pochodzenia toksycznego, w dalszym ciągu, że w grę tu wchodzi pewne grupy toksyn, które zawarte są w niejednakowej ilości w różnych szczepach tych samych bakteryj, i że podobne toksyczne grupy mogą być zawarte (względnie produkowane) przez różne bakterje. Badania te nasuwają przypuszczenie, że powstanie płasawicy zależne jest od ściślejszej konstytucji zarazka.

Dalsze poszukiwania mają dowieść, czy chodzi o istnienie określonych grup toksycznych, czy może o zawartość grup haptoforowych, przy pomocy których obecna toksyna może na ośrodek mózgowy zadziałać.

Wszystko, co wyżej przytoczyłem, upoważnia do twierdzenia, że płasawica dziecięca jest chorobą infekcyjno-toksyczną najczęściej związaną z zakażeniem strepto lub stafilokokowym¹⁾.

Na które narządy osobnika muszą toksyny zadziałać, aby wywołać płasawicę?

Podstawą dla rozstrzygnięcia tego zagadnienia, są szczegółowe badania drobnowidzowe układu nerwowego. Zejścia śmiertelne płasawicy dziecięcej są bardzo rzadkie (około 1-go 0/0), materiał sekcyjny należy do wyjątków, a tem bardziej szczegółowe opracowanie histologiczne mózgow.

Wnioski o lokalizacji zmian w płasawicy opierają się więc głównie na poszukiwaniach dotyczących płasawicy ciężarnych, płasawicy Huntongtona i zespołów płasawicznych w nagminnem zapaleniu mózgu.

Znajdowano zmiany we wszystkich częściach mózgowia. W korze mózgowej zmiany widywano w warstwie ziarenkowej, w mózdzku (bardzo rzadko) w warstwie komórek Purkiniego. Względnie mało zaatakowany jest globus pallidus; rozleglejsze zaburzenia wykazują substantia nigra i niektóre części podwzgórza (corpus Luisii, nucleus periventricularis). Najczęściej zajęte są małe komórki zwojowe w neostriatum, które ulegają zwyrodnieniu, najostrejsze zmiany badania

¹⁾ Nie można pominąć koncepcji Kocha: płasawicę wywołuje zarazek odrębny swoisty, a zakażenie ostrego gościa stawowego działa predysponująco (dowodów tego—brak).

wykazują w Putamen (niestale), gdzie dochodzi do zgorzeli. Zaburzenia wywołane przez jady głównie więc dotyczą układu ruchowego pozapiramidowego, a w nim w pierwszym rzędzie jego najwyższych ośrodków. Część środkowa jąder układu tego (globus pallidus) pozostaje wolna.

W świetle tych badań nadmiar ruchów (hyperkineza) w płasawicy jest wynikiem wypadnięcia pewnych składowych części skomplikowanego mechanizmu, którym rozporządza organizm dla celowego i oszczędnego samokierowania.

Vogtowie ujmują zespół płasawiczny jako wyraz „odhamowania bladawcowego“ (Pallidumentemmung).

Ta, że się tak wyrażę, koncepcja płasawicy porażenna (a nie podrażnieniowa) jest w zgodzie z omówionymi wyżej zmianami niezapalnymi, a zwyrodnieniami w mózgu.

Że jednakże uszkodzenia mózgowia są bardzo rozmaicie umiejscowione, i że przecież spotykamy czasami i nacieczenia zapalne, w zespołach płasawicznych zdarzą się elementy odmienne, a nie wyłącznie odhamowanie układu ruchowego globus pallidus. Wypadnie częstokroć moment regulacyjny mózdkowy (zajęcie warstwy Purkinjego, zmiany w brachium conjunctivum), albo zgoła wystąpią objawy podrażnienia jednej ze składowych części naszej motilitas. (Niektóre ruchy pseudospontaniczne),

Niezbędne jest dalsze opracowanie analizy objawów ruchowych płasawicy i umiejętności djagnostyki w tym kierunku, aby uzyskać indywidualne dla każdego poszczególnego przypadku płasawicy wskazania lecznicze.

Ta analiza w związku z zarysowującą się wiedzą o powinowactwie leków (metale, alkaloidy, glukozydy) do poszczególnych układów czy okolic mózgowia rokuje w przyszłości celowe i indywidualne stosowanie środków drażniących lub uspakajających.

Obraz kliniczny płasawicy, który jest wynikiem zadziałania toksyn na ośrodkowy układ nerwowy, a w nim na układ pozapiramidowy, kształtuje się nie tylko w zależności od konstytucji zarazka, ale również zależnie od stanu napadniętego organizmu. Chodziłoby tu o siły odpornościowe i opornościowe osobnika, o jego rezerwy obronne w stosunku do infekcji wogóle, a w szczególności o podatność ośrodków nerwowych. Można przypuszczać, że te właśnie cechy nie są jednolite dla całego układu nerwowego, i że pewne jego części (w naszym wypadku układ pozapiramidowy) mają różną wrażliwość na różne szkodliwości.

W ukształtowaniu się konstytucji osobnika rola główna przypada gospodarce gruczołów dokrewnych. Otwiera się nowe pole badań nad patogenezą płasawicy. Rola między innymi przytarczycy (gotowość drgawkowa) znana nam jest i skądinąd. Jednakże pogląd Moriniego na płasawicę, jako na

dysfunkcję przytarczycy nie może się ostać w świetle krytyki.

W związku z wyłuszczonej wyżej poglądem na patogenę płasawicy dziecięcej pozostawać musi zrozumienie dotychczasowego leczenia, opartego na empirji (leczenie ogólnie wzmacniające, proteino- i terapeutyczne, fizykalne i uspakajające); w związku z tem winny powstać nowe drogi i próby usiłowań leczniczych.

PIŚMIENNICTWO.

1. Kraus i Brugsch. F. H. Levy. Wykaz literatury do 1924.
2. Rosenow. Amer. Journ. of dis. of child. 26 Nr. 3.
3. Babonneix. Gaz. d. hop. civ. et milit. 96 Nr. 91.
4. Paismrd. 1913.
5. Globus. Z. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 85.
6. Rychlo. Wien. klin. Woch. Jg 23, 36.
7. Meggendorfer. Z. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 87.
8. Gutman. Z. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 107.
9. Loon. ref. Cnbltt. f. ges. Neur. 47.
10. Rohr. D. med. Woch. 24. Nr. 18.
11. Schmal. D. med. Woch. 25 Nr. 35.
12. Matzdorf. D. med. Woch. 26.
13. Duraż. Klin. Woch. 1926.
14. Ziegler. ref. Cbltt. f. ges. Neur. 1925.
15. Herman E. Medyc. doświadcz. R.
16. Orzechowski. Rocznik Lek. 1907.

O C E N Y.

Prof Krzyształowicz. **Choroby skóry**, 177 rys. na 44 tabl., Warszawa 1928. wyd. z zasiłku Wydziału Nauk Ministr. Wyznań Relig. i Oświecenia publ. w zawiadyw. Kasy im. J. Mianowskiego.

Książka powyższa, wraz z wydaną niedawno „Etiologią i patogenezą chorób skórnych“, stanowi jednolitą całość. Jest ona dziełem wysoce oryginalnem Autora, który sam prze-myślał wszystkie problemy naukowe, poddał je surowej ocenie na mocy swego bogatego doświadczenia, a dzięki wrodzonemu krytycyzmowi i przenikliwości wyprowadza nowe wnioski i twierdzenia. Krytycyzm jest obiektywny. Autor podkreśla zasługi innych uczonych, nawet niezgadających się z jego zapatrywaniami, a ze szczególnym naciskiem podkreśla wyniki polskich badaczy. Oryginalną i głęboką jest klasyfikacja chorób skórnych, wprowadzenie nowych grup, ujęcie tych grup i jednostek chorobowych. Autor odrzucił dotąd stosowany układ chorób skórnych na podstawie danych anatomicznych; opiera go na etiologii i patogenezie, choć wie, że próba stworzenia tego podziału jest niezmiernie trudna ze względu na brak dostatecznych wiadomości o etiologii wielu chorób skórnych. Subtelną analizą faktów stara się przeniknąć tajemnicę ich pochodzenia i pokrewieństwa.

Podział chorób skórnych obejmuje VI grup głównych:

- I. Wady wrodzone i dziedziczne,
- II. Zmiany urazowe,
- III. Choroby skórne pasożytne,
- IV. Schorzenia skutkiem zatrucia,
- V. Schorzenia skóry z przyczyny wewnętrznej,
- VI. Nowotwory złośliwe.

W 1-ej grupie znajdujemy znamiona, zmiany zależne od nadmiernego rogowacenia naskórka, jego oddzielania się, zbroczenia wrodzone włosów i paznokci i t. d. Druga grupa obejmuje zmiany skórne, wywołane czynnikami mechanicznymi, termicznymi, chemicznymi i świetlnymi. W tym dziale zwracają przede wszystkim uwagę uszkodzenia, powodowane promieniami Röntgena i trującymi gazami, dzięki przedstawieniu ich w świetle badań najnowszych.

Na szczególną uwagę zasługuje grupa trzecia, ze względu na poglądy oryginalne, a często i umiłowanie, powiem nawet pietyzm, jakim Autor otacza pewne działy, np. grzybice i ropne zapalenia skóry. Do tego działu Autor zalicza na mocy swych licznych i ścisłych badań chorobę Düring'a (zakażenie paciorkowcami). Zapalenia skórno-naskórkowe, epidermo-



dermitis Sabouraud'a i Gougerot'a znajdują dokładny i wyczerpujący opis. Powyższemu cierpieniu Autor poświęcił szczególniejszą uwagę, wyodrębniając je z grupy wyprysków. Autor wogóle nie podaje opisu wyprysku jako choroby, a tylko uzasadnia brak tego opisu: rozmaite cierpienia postaciowo wypryskowate umieścił w różnych grupach, zależnie od ich etiologii. Grupa czwarta obejmuje wysypki lekowe i pokarmowe, pokrzywki, świerzbiączki i chorobę Fordyce'a i Henryka Foxa. Nadzwyczaj ciekawa i oryginalnie ujęta jest grupa piąta. Awitaminozy, skazy, szczególnie krwotoczne, a przede wszystkim zmiany skórne, związane z układem dokrewnym i autonomicznym stanowią teren trudny, często nawet w wielu punktach pokryty tajemniczą zasłoną, którą Autor stara się uchylić. Rozpatruje On zależność zmian skórnych od tych obu układów współcześnie, wskazuje na ich oddziaływanie na skórę.

Chociaż Autor poświęcił leczeniu szczegółowemu dużo miejsca, to jednak poprzedził część kliniczną obszernym zarysem leczenia ogólnego. W tym rozdziale podaje najnowsze metody lecznicze, jak dietetyczną, uodpornienie swoiste i nieswoiste, odczulanie, haemotherapyę, opotherapyę, leczenie wewnętrzne i fizykalne. Leczenie zewnętrzne zajmuje ze względu na swe praktyczne znaczenie, poczesne miejsce, jest wyłożone dokładnie i jasno, czemu w znacznej mierze współdziała ułożenie środków grupami, zależnie od ich działania.

Chociaż Autor zwraca przede wszystkim uwagę na pochodzenie i wzajemny stosunek chorób skórnych, jednak przejrzyste odtwarza ich obrazy kliniczne można powiedzieć, że dusza tych cierpień przyobleka się w kształty wyraźne, a uwydatnienie zależności zmian morfologicznych od zmian histopatologicznych czyni je wyrazistszemi i zrozumialszemi. Obraz kliniczny jest często tak wyrazisty, iż pozwala odróżnić daną jednostkę chorobową od innej i czyni prawie zbędnym rozpoznanie różniczkowe. Jeżeli przytem nadmienimy, że zrozumieniu obrazów bardzo pomaga piękny atlas dobrych reprodukcji, że język i styl poza wypadkowemi usterkami jest czysty i jasny, to należy Autorowi wyrazić szczerą wdzięczność za wzbogacenie dość ubogiej naszej literatury dermatologicznej książką o tak dużej wartości naukowej, która ze względów łatwo zrozumiałych powinna być przełożona na wszystkie, przynajmniej poczytniejsze języki obce.

Oddział Wileński Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

WYCIĄG Z PROTOKÓŁÓW POSIEDZEŃ

Posiedzenie z dnia 14.XI.1927 r.

Obecnych: członków — 12, gości — 10.

Posiedzenie zagaja prezes, prof. W. Jasiński, wzywając zebranych do uczczenia pamięci Zmarłego Członka Oddziału ś. p. Dr. Wł. Załozskiego.

T. Wąsowski demonstruje i omawia przypadek wrodzonego zaróżnienia nozdrzy tylnych u 9-ciomiesięcznego dziecka. (Autoreferatu nie dostarczono).

W dyskusji biorą udział: Stawiarska, Zienkiewicz, Olechnowiczówna.

E. Gerlée przedstawia: 1) 5-letnią dziewczynkę z białaczką limfatyczną, którą rozpoznaje na zasadzie powiększenia wątroby, śledziony i gruczołów, oraz charakterystycznego obrazu krwi.

2) 7-letnią dziewczynkę z ziarnicą złośliwą, którą rozpoznaje na zasadzie: 1) wybitnego powiększenia gruczołów chłonnych w prawej jamie nadobojczykowej i pod prawą pachą, 2) charakteru złepów gruczolowych, 3) leukocytozy, 4) dodatniego odczynu dwuazowego w moczu, 5) powolnego początku choroby, 6) przebiegu ciepłoty.

W dyskusji dr. Muraszko mówi o analogji pierwszego przypadku z przedstawionym przez nią w ubiegłym roku przypadkiem białaczki.

K. Stawiarska odczytuje: Sprawozdanie z działalności Żłobka im. Marji dla niemowląt za okres 10-ciolecia i obecna organizacja Żłobka". (Autoreferatu nie dostarczono — ukaże się w druku).

W dyskusji prof. Jasiński podkreśla wybitny postęp w rozwoju tej instytucji oraz ofiarną i wytrwałą pracę lekarzy Żłobka. Sądzi, że dzięki temu dzieci Żłobka mogły być indywidualnie traktowane, co pozwoliło uniknąć niebezpieczeństwa hospitalizmu. Niską śmiertelność tłumaczyć również należy dużą ilością mleka kobiecego, jakim Żłobek rozporządza. Nader pomysłnym czynnikiem jest możliwość przenoszenia dzieci małych do związanego ze Żłobkiem przedszkola. Dalszym etapem w rozwoju opieki byłoby nawiązanie stosunków z wsią, dokąd należałoby oddawać na wychowanie zupełne sieroty.

J. Zienkiewicz wygłasza odczyt p. t.: Odczyn Biernackiego u niemowląt z kiałą wrodzoną (druk. w Pam. Wil. Tow. Lek.).

Uroczyste posiedzenie z dnia 19.XII.27 r.

(poświęcone uczczeniu pamięci

ś. p. Rektora Józefa Brudzińskiego

w X rocznicę Jego Zgonu)

Posiedzenie zagaja Prezes Wil. Tow. Lekarskiego, prof. Dr. A. Januszkiwicz, poczem wygłoszono następujące odczyty:

J. M. Rektor Uniw. Warszawskiego Ks. Prof. Dr. Szlagowski: „Józef Brudziński, jako organizator Wszechnicy Warszawskiej“. (druk. w Pedjatrii Polskiej).

Prof. Dr. W. Jasiński: „Zasługi J. Brudzińskiego na polu pedjatrii“. (druk. w Pam. Wil. Tow. Lek.).

Prof. Dr. J. Szmurło, dziekan wydziału lek. U. S. B.: „Udział J. Brudzińskiego w życiu społeczno-lekarskiem w stolicy“. (druk. w Pam. Wil. Tow. Lek.).

B. Hanusowicz: „Józef Brudziński, jako kolega uniwersytecki“.
(druk. w Pam. Wil. Tow. Lek.).

Po wysłuchaniu odczytów uczczono pamięć Ś. P. Rektora Brudzińskiego przez powstanie i chwilę skupienia.

SPRAWOZDANIE

za rok trzeci działalności, 1927*).

Wileński Oddział Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego liczył w roku 1927 członków 20.

W roku 1927 Pol. Tow. Pedjatryczne poniosło stratę z powodu śmierci swego członka — Dra Zahorskiego.

W skład Zarządu weszli: Prof. Dr. Jasiński—jako prezes, Dr. Łukowski i Dr. Kowarski—jako wiceprezesi, Dr. Żabko-Potopowicz—jako skarbnik, Dr. Kaulbersz-Marynowska—jako sekretarz. W skład Komisji Rewizyjnej weszli: Dr. Karnicka, Dr. Lewin i Dr. Zagórska.

Posiedzeń naukowych odbyło się 5, jedno uroczyste poświęcone czci ś. p. J. Brudzińskiego.

Wygłoszono na nich 10 referatów i omawiano 16 przypadków chorobowych, co razem z 14 referatami i 31 pokazami dwu lat ubiegłych czyni 24 referatów i 47 pokazów.

Referaty wygłosili:

1. Dr. W. Szuniewicz: Sprawozdanie z działalności Przeciwiłkowej Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem za okres 3-letni (od I.V. 1924 r. do I.III.1927).
2. Dr. J. Dowgiałłówna: O leczeniu ropnych zapaleń opłucnej u dzieci
3. Dr. S. Gogolewska-Löwenhoff: Kilka uwag o szczepieniach ochronnych w ospówce.
4. Prof. Dr. Alexandrowicz: Dziedziczenie chorób w świetle teorii Mendla.
5. Dr. K. Stawiarska: Sprawozdanie lekarskie ze Żłobka Im. Marji dla niemowląt.
6. Dr. J. Ziembkiewicz: Odczyn Biernackiego u niemowląt z kiłą wrodzoną.
7. Ks. Rektor Szlagowski: Józef Brudziński, jako organizator Wszechnicy Warszawskiej.
8. Prof. Dr. Jasiński: Zasługi Brudzińskiego na polu Pedjatrji.
9. Prof. Dr. Szmurło: Udział Brudzińskiego w życiu społeczno-lekarskim w stolicy.
10. Dr. Hanusowicz: Józef Brudziński, jako kolega uniwersytecki.

Omawiano i demonstrowano następujące przypadki chorobowe:

1. Dr. E. Iszora: Przypadek mocznicy przewlekłej u 12-letniej dziewczynki.
2. Dr. Zagórska: Przypadek cirrhosis hepatis cardiotuberculosis Hutinela u 13-letniej dziewczynki.
3. Prof. Dr. Jasiński: Przypadek zespołu Hirschprunga u 7-miesięcznego dziecka
4. Dr. J. Muraszko: 2 przypadki białaczki limfatycznej u 13-letniej dziewczynki i u 9-cioletniego chłopca.
5. Dr. H. Kaulbersz-Marynowska: Przypadek cukrzycy u 8-letniego chłopca.

*) Zgodnie z żądaniem Zarządu Towarzystwa Pedjatrycznego w Warszawie podajemy sprawozdanie za cały rok ubiegły (1927), jakkolwiek część tego okresu była już uwzględniona w poprzednim sprawozdaniu.

6. Dr. Ejzenberżanka: Przypadek ropnia płuc u 14-miesięcznego dziecka.
7. Dr. Szuniewicz: Cztery przypadki kiły wrodzonej ze zmianami kostnymi i pokaz rentgenogramów.
8. Dr. L. Baranowski: Przypadek powikłania po obrzezaniu u 4-miesięcznego dziecka.
9. Dr. P. Lidzka: Przypadek ostrego przekrwienia opon mózgowych u 5-letniego gruźliczego dziecka.
10. Dr. T. Wąsowski: Przypadek zarośnięcia nozdrzy tylnych u 9-cio miesięcznego dziecka.
11. Dr. E. Gerlée: Przypadek białaczki limfatycznej u 5-letniej dziewczynki
12. Dr. E. Gerlée: Przypadek ziarnicy złośliwej u 7-letniej dziewczynki.

W tem demonstrowano:

z Kliniki Dziecięcej przypadków	9
ze Szpitala Miejskiego	1
ze Szpitala Żydowskiego	1
ze Schroniska dla dzieci gruźliczych	1
ze Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem N. 8	1

Sekretarz:

H. Kaulbersz-Marynowska.

Prezes:

W. Jasiński.

Oddział Łódzki Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

Posiedzenie z dnia 30.IX.1927 r.

Obecnych 32 osoby.

A. Ziegler demonstruje przypadek kiłowego zapalenia opon mózgowych. Przy ciężkim stanie ogólnym stwierdzono Wa. w płynie mózgodzeniowym i we krwi Wybitne objawy oponowe znacznie złagodniały po zastosowaniu swoistego leczenia.

Makowski przedstawia przypadek choroby krwi u 12-letniego chłopca. Pirquet—, Wa—. Obraz krwi przemawia za białaczką limfatyczną. Leczony systematycznymi zastrzykiwaniami krwi ludzkiej do mięśni.

J. Kon demonstruje przypadek osteogenesis imperfecta u 9-io mies. dziecka Postać wrodzona.

Mogilnicki przedstawia kilkumiesięczne dziecko z zupełnym rozszczepieniem kręgosłupa na dużej przestrzeni i ogromną przepukliną oponowo-rdzeniową.

Woźniakówna pokazuje błonę wykształzoną w przebiegu dławca przez dziecko w półtorej godziny po zastosowaniu surowicy. Błona stanowi odlew tchawicy z rozgałęzieniami.

Tomaszewski pokazuje dziewczynkę ze zniekształceniem kości garstkowych. Kość promieniowa wsunięta jest dołnym końcem ku przodowi nad dłoń. Zdjęcie Rg. wskazuje przesunięcie poszczególnych kości. Jest to przypadek choroby Madelunga, cierpienia rzadko spotykanego.

Iwaszkiewicz demonstruje przypadek decompositio, gdzie po 3-krotnym zastosowaniu insuliny po 5 jednostek i cukru gronowego podskórnie, nastąpił szybki przyrost wagi.

W dyskusji kol. Kon kwestjonuje rzadkość tego wodnego przyrostu po insulinie, na co istnieją obecnie 3 różne poglądy w pedjatrii.

Iwaszkiewicz wygłasza odczyt p. t.: „Zachowanie się odczynu tuberkulinowego śródskórnego w przebiegu zapalenia opon mózgowych“. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Sterling i Dynenson.

Frenkiel wygłasza odczyt: O odruchu karkowo-żrenicowym przy zapaleniu opon mózgowych“. Flatau opisał odczyn rozszerzania się

żrenic przy rwie kulszowej podczas zginania kończyny dolnej w stawie biodrowym. Referent spostrzegł, że u dzieci dotkniętych zapaleniem opon rozszerzają się źrenice nie tylko przy zginaniu karku, ale również przy zginaniu kończyny, jak w próbie Lasegua. Referent spostrzegł 28 przypadków gruźliczego zapalenia opon, u których tylko w 5-ciu objaw mydrjatyyczny nie występował, wskutek stałej arefleksji nadmiernie rozszerzonych źrenic. W drętwicy karku objaw ten jest zawsze dodatni, raz tylko nie można go było wywołać przy zwięzonych źrenicach. Objaw rozszerzenia źrenicy przy zgięciu kończyny wyprostowanej występuje bardzo wcześnie, równoległe z objawem Brudzńskiego. Jest to odruch bólowy.

W dyskusji zabierają głos kol. Glikzman, Sterling, Mogilnicki.

Posiedzenie z dnia 27.X. 1927 roku.

Obecnych 40 osób.

Makowski demonstrowa 2½-letnie dziecko, przyjęte do szpitala z rozpoznaniem choroby Heine-Medina. Badanie w szpitalu wykazało: bardzo podniesiona ciepłota, nieprzytomność, spastyczny stan dolnych kończyn, lekkie drżenie górnych, niedowład nerwu twarzowego. Rozpoznanie — Encephalitis acuta.

J. Kon przedstawia przypadek spina bifida aperta i hydrocephalus congenitus u 6-ciomiesięcznego dziecka. Jednocześnie zniekształcenie kończyny dolnej.

W dyskusji kol. Tomaszewski podkreśla, że zwykle otwarte spina bifida ulegają zakażeniu z zewnątrz i następuje zapalenie opon.

J. Kon omawia przypadek sekcyjny 2-miesięcznego dziecka sztucznie odżywianego. Obraz kliniczny: uporczywe wymioty od kilku dni bez biegunki — podejrzenie zapalenia otrzewnej. Na sekcji stwierdzono stłuszczoną wątrobę i wzdęcie jelit. W jelicie cienkim znaleziono pałeczkę cylindryczną długości 3—4, cm. której skład chemiczny okazał się parafiną o wysokiej ciepłocie topliwości.

J. Kon przedstawia 11-tomiesięczne dziecko, które po urazie zachorowało na ropne zapalenie stawu kolanowego lewego. Z ropy wyhodowano b. paracoli. Leczenie autoszczepionką nie dało wyniku, natomiast wyleczenie nastąpiło po zastosowaniu leczenia zastoinowego przy pomocy opaski Biera.

W dyskusji kol. Tomaszewski zwraca uwagę, że samo nakłucie daje niekiedy wyleczenie u małych dzieci z ropnym wysiękiem w stawach.

Frenklowa w uzupełnieniu demonstracji z poprzedniego posiedzenia zaznacza, że u dziecka, u którego stosowano insulinę, osiągnięta poprawa była bardzo przelotna, dalsze stosowanie insuliny nie dało dobrych wyników.

Mogilnicki wygłasza referat: Przyczynki do różniczkowego rozpoznania zapalenia opon mózgowych. (Rzecz drukowana w Pedjatrii).

W dyskusji Frenklowa podkreśla, że niemowlęta w przebiegu zapalenia opon mózgowych leżą prawie nawznak. W dalszym ciągu zabierali głos: Frenkiel, Knichowiecki, Dynenson.

Żurkowski wygłasza referat: O wewnątrzszpitalnym nosicielstwie paciorkowca hemolizującego.

W dyskusji zabierali głos Mogilnicki i Frenklowa, podkreślając techniczną trudność wszelkiej izolacji nosicieli. Knichowiecki podkreśla ważność wniosku prelegenta, dotyczącego częstości nosicielstwa zarazków wśród lekarzy i personelu.

Posiedzenie z dnia 25.II. 1927 roku.

Obecnych 32 osoby.

E. Ziegler demonstrowa dziecko 5-letnie z porażeniem dolnych kończyn, które wystąpiło w miesiąc po zakażeniu błonicą. Leczenie w szpitalu zastrzykiwaniami strychnini nitr. 2 razy dziennie po ½ mgr. Referent podnosi kwestję, czy należy stosować surowicę w przypadkach porażen po

bloniczych. W szpitalu Anny Marji przeważnie nie stosujemy leczenia surowicą porażen i wyniki mamy dobre. Jednocześnie Ziegler omawia przypadek nagłego zgonu u dziecka, w 10 dni po błonicy pozornie wyleczonej.

W dyskusji Mogilnicki podkreśla, że ostatnio zjawiają się znacznie cięższe przypadki błonicy niż te, które spostrzegaliśmy w ostatnich latach; szereg autorów francuskich i niemieckich opisuje również większe obecnie nasilenie błonicy. W sprawie leczenia porażen poblonicznych, Mogilnicki jest zdania, że stosować surowicę należy w tych przypadkach, gdzie dzieci nie były leczone specyficznym w przebiegu błonicy, w innych rzeczach należy leczyć porażenia tylko strychniną i mechanoterapią, ewentualnie elektryzacją. Żurkowski zaznacza, że cięższe przypadki błonicy prawie zawsze są jednocześnie powikłane paciorkowcem hemolizującym. J. Kon podaje dane z literatury stwierdzające, że zakażenie mieszane przy błonicy jest zależne przeważnie od silnie toksycznych drobnoustrojów.

Rozennówna przedstawia dziecko 9-miesięczne z ropieniem gruczołów chłonnych podobojkowych po szczepieniu ospy.

W dyskusji zabierali głos: Frenklowa, Tomaszewski, Woźniakówna, E. Ziegler, Mogilnicki; wszyscy podkreślali częstość bardzo silnych odczynów zapalnych po masowych szczepieniach ospy.

Mandelsowa demonstrowa niemowlę ze spastycznym niedowładem kończyn i z jednoczesnym niedowładem nerwu twarzewego. Przyczyna — ostre zapalenie mózgowia.

O. Lange wygłasza referat: „Obraz krwi w przebiegu płonicy“ (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierają głos: kol. Frenklowa, Żurkowski i J. Kon.

Posiedzenie z dn. 16.XII. 1927 roku.

Obecnych 35 osób.

Tomaszewska demonstrowa dziecko z porażeniem nerwu promieniowego kończyny lewej po urazie. Dokonano zeszczenia nerwu.

Kukielówna przedstawia preparat jelit, skręconych dokoła powrózka idącego od jelita do uchyłka Meckela. Kol. Tomaszewski przypomina, że przed kilku miesiącami w przypadku operowanym stwierdzono również skręt dokoła uchyłka Meckela.

Polakow demonstrowa dziecko, przyjęte do Szpitala z rozpoznaniem meningoencephalitis tbc. W domu wymioty, dziecko nieprzytomne, ciepłota wysoka. ruchy płasawicze, drgawki. Płyn mózgo-rdzeniowy niezapalny, ilość cukru w płynie wzmożona. Po dożylnym zastrzyknięciu urotropiny — poprawa. Obecnie pozostały drżenia w mięśniach karku i szyi. Rozpoznanie: encephalitis acuta.

J. Kon demonstrowa niemowlę, u którego niegojący się ubytek w skórze po usunięciu ropnia został pobudzony do gojenia przez zastosowanie maści insulinowej w stosunku 3 jednostki insuliny na 0,5 gr. waseliny.

Frenklowa omawia leczenie krzywicy wigantolem. Stosowanie tego preparatu, według prac amerykańskich i niemieckich autorów, szybko wpływa dodatnio na poprawę stanu zdrowia dzieci krzywicznych. Leczenie to jest pewniejsze i prędzej prowadzi do celu, niż nawet stosowanie nawsietlań lampą krzemową i podawanie tranu.

W dyskusji zabierali głos kol: Mogilnicki, Knichowiecki i Iwaszkiewicz, który zaznacza, że ostatnio w szpitalach wiedeńskich stosuje się wigantol z doskonałym wynikiem, kontrolowanym promieniami Roentgena i badaniem surowicy na zawartość fosforu.

Iwaszkiewicz referuje swoje spostrzeżenia, dotyczące dietyki niemowlęcej w zakładzie Molla w Wiedniu.

W dyskusji kol. Mogilnicki streszcza odczyt Langszteina o dożywianiu niemowląt, wygłoszony na zjeździe pedjatrów w Budapeszcie. Kol. Frenklowa podkreśla, że obecnie w pedjatrii daje się zauważyć zainteresowanie bezmleczną dietą, tak gorąco popieraną przez Molla.

Wiadomości bieżące.

W dniu 20 czerwca r. b. Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu obchodziło uroczystie 70-lecie swojego istnienia. Założone w roku 1857-ym w celu pielęgnowania nauki i języka polskiego, było w epoce rozbiorów ogniskiem życia duchowego i strażnicą pamiątek narodowych. za co należy mu się cześć i chwala!

W dniu 7 lipca r. b. Tow. Lekarskie Lwowskie święciło obchód jubileuszowy pięćdziesięciolecia swego istnienia. Po uroczystem posiedzeniu odbyła się wspólna wieczerza koleżeńska i wycieczka do pobliskiego Morszyna.

Komitet Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę — Warszawa, Szpital Ujazdowski, telefon 522-30, Konto P. K. O. 14111, zwraca się z gorącym wezwaniem do wszystkich, związanych w jakikolwiek sposób ze służbą zdrowia, o materialne poparcie jego zamierzeń — wzniesienia w stolicy państwa pomnika poległym bojownikom.

NEKROLOGJA

W dniu 22 września r. b. zmarł ś. p.

LUDWIK BONDY

Doktor filozofji i medycyny

b. ordynator i b. dyrektor Domu Wychowawczego

im. ks. Boduena w Warszawie

EMULSJĘ TRANOWĄ — GESSNER

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

SYROP. DROSERAE c. Natr. sillicico — GESSNER

w chorobach:

koklusz i przy nieżycie dróg oddechowych.

POLECA:

LABORATORJUM CHEM.-FARMAC.

JAN GESSNER

Warszawa, Al. Jerozolimskie 11.

G A B I N E T

Dr. HIERONIMA CZARKOWSKIEGO

(SIENNA 20. TEL. 170-76)

do leczenia lampą łukową, kwarcową, Sollux'em i diatermją skutecznie
naświetlania pojedyncze i zbiorowe pod osobistym kierunkiem lekarza
od 5 do 7 wieczorem i w godzinach umówionych.

Geny naświetlań od 2 do 6 złotych.

Filja w Lecznicy (Nowy-Świat 57. Tel. 58-27) od 10 do 12 w południe
i od 4 do 5 po południu.

KAKAO OŚSIANE WEDLA

łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.

Zalecane dla dzieci i osób o słabem trawieniu

E. WEDEL,

WARSZAWA, ULICA SZPITALNA No 8.



TRICALCINE

ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

NAJRADYKALNIEJSZY
NAJBARDZIEJ RACJONALNY



REKALCYFIKACJA

(UWAPNIANIE)

NIE MOŻE BYĆ PEWNIJ

i PRAKTYCZNIJ
OSIĄGNIĘTA

JAK TYLKO PRZEZ

TRICALCINE

SOLE WAPNI PRZYSWAJALNE

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

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

PEDIATRJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PEDIATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

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

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

Stali współpracownicy:

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

**TOM VIII — ZESZYT 6.
(listopad — grudzień — 1928)**

**WARSZAWA
NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU POMOCY DZIECIOM**

1928



MOTOFANTIN — MOTOR

dawniej INFANTIN

Wyciąg słodowy do zupy Liebig'a

STOSUJE SIĘ U DZIECI Z UPOŚLEDZONEM ODŻYWIANIEM.

ZAKŁADY CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA

„MOTOR“

Sp. Akc.

Warszawa, ulica Marszałkowska Nr. 23.

Mleko Białkowe
Plasmon
Casein-Calcium

Preparaty Mieszane

Płatki owsiane

Sucharki odżywcze

Czekolada

Kakao

Cakes

Przy Chorobach dziecięcych

OSZCZĘDNE

TANIE

Przyjęte do spisu
środków Kas Chorych



Fabryki Plasmon (Neubrandenburg)

25 lat doskonałych wyników leczniczych.

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

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

Literatura: Czerny, Keller, Feer, Finkelstein, Meyer, Kleinschmidt, Langstein, Pfaundler - Schlosman, Thomas i in.

Próbki i literaturę wysyła się bezpłatnie na żądanie

PEDIATRJA POLSKA

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

Prenumerata roczna z dwumiesięcznikiem uzupełniającym

OPIEKA NAD DZIECKIEM

wynosi z przesyłką pocztową zł. 20.

Prenumeratę przyjmuje Administracja Pedjatrji Polskiej

P. K. P. D. — Wydział Higieniczno-Lekarski.

WARSZAWA — JASNA 11.

KONTO w P. K. O. № 5882

Redakcja: Warszawa, Mokotowska 39 — T. Kopeć

Autorowie artykułów oryginalnych dostają 25 odbitek bezpłatnie.

SPIS RZECZY:

SOMMAIRE:

	str.		p.
Brunon Czaplicki. — Ciała obce w oskrzelach u dzieci . . .	337	Czaplicki — Les corps étrangers dans les bronches chez les enfants	337
M. Prokopowicz - Wierzbowska. — O ropnem zapaleniu płucnej w przebiegu gruźlicy u niemowląt	347	Prokopowicz - Wierzbowska — Pleuritis purulenta au cours de la tuberculose chez les nourrissons	347
Jan Wojciechowski. — Odczyn Biernackiego w gruźlicy chirurgicznej wieku dziecięcego i uzupełnienie metody Peschela	352	Wojciechowski — La réaction de Biernacki au cours de la tuberculose chirurgicale et le complément de la méthode de Peschel	352
H. Frenklowa i S. Mandelsowa. — Odczyn śródskórny Mc. Clure'a i Aldrich'a u dzieci	359	M-me Frenkel et Mandelsowa — La cutiréaction de Mc. Clure-Aldrich chez les enfants	359
Janina Woźniakówna. — Leczenie tężca surowicą swoistą i siarczanem magnezu	364	M-elle Woźniak — Le traitement de tetanus avec le serum spécifique et sulfate de magnésium	364
Kazimierz Piotrowski. — Przypadek pierwotnego zakażenia prątkami Löfflera dolnych dróg oddechowych	370	Piotrowski — Un cas de l'infection primaire des voies respiratoires profondes par le bacille de Löffler	370
Kazimierz Piotrowski. — Dwa przypadki koincydencji płonicy i tyfusu brzuszego	374	Piotrowski — Deux cas de coincidence de la scarlatine et typhus	374
W. Gumiński. — Przypadek rozległej martwicy kości skroniowych u niemowlęcia	376	Gumiński — Un cas d'une large nécrose d'os temporale chez un nourrisson	376
Tadeusz Kopeć — Przypadek wrodzonego przerostowego zwężenia odźwiernika u noworodka — stenosis pylori hypertrophica congenita	390	Kopeć — Un cas de la sténose hypertrophique congénitale du pylore chez un nouveau né	390
Streszczenie zbiorowe:		Revue générale - analyses:	
T. Marjanko Lewenfiszowa. — O praktycznym zastosowaniu i kontroli biologicznej witamin	383	Marjanko - Lewenfisz — Sur l'application pratique et la contrôle biologique des vitamines	383
Z Pol T-wa Pedjatrycznego:		Compte rendu de la Société Pédiatrique Polonaise à Wilno	389
w Wilnie	389	à Łódź	393
w Łodzi	393	Chronique	396
Wiadomości bieżące	396		

HEMOGEN

MAGISTRA KLAWE



CECHA

FABR.

Najracjonalniejszy przetwór żelaza dla słabo rozwiniętych, niedokrwistych, ostabionych, nerwowych i ozdrowieńców.

Wzmocnia układ nerwowy, zwiększa apetyt i przywraca siły.

Broszura o znaczeniu żelaza w lecznictwie oraz próby na żądanie.

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO **d. MAGISTER KLAWE, S.A. WARSZAWA.**

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

Lekarz naczelny: Tadeusz Mogilnicki.

Ciała obce w oskrzelach u dzieci.

Podał

Dr. Brunon Czaplicki.

(Ordynator oddziału chorób uszu, nosa i gardła).

Od czasu wprowadzenia przez Brüningsa udoskonalonego instrumentarium — bronchoskopia znalazła szerokie zastosowanie w rozpoznawaniu i usuwaniu ciał obcych z oskrzeli, a ilość opisywanych w literaturze przypadków zaczęła wzrastać niepomierne. Do roku 1896 w całej literaturze zanotowano zaledwie 5 przypadków ciał obcych, usuniętych z oskrzeli za pomocą endoskopii, w roku 1906 podano ich już 137, w 1909 — 304, w 1912 — 756 i t. d. Obecnie sprawa ta, jak pod względem rozpoznawczym, tak i technicznym, jest doskonale opracowana, wyczerpujące działy znaleźć można w specjalnych podręcznikach; pomimo to literatura bieżąca przynosi nam stale jeszcze opisywane spostrzeżenia, które zawsze dają coś nowego, czy co do samego rodzaju przypadku, czy w ustaleniu rozpoznania lub też w technice operacyjnej. Dlatego też sprawy tej nie można uważać za zamkniętą i wszelkie dalsze publikacje są pożądane. Przeważnie sprawy te omawiane są w literaturze laryngologicznej, uważam jednak za bardzo wskazane poruszanie ich w pismach ogólnych, aby tem większe grono lekarzy mogło się z nimi zaznajomić, co może dodatnio wpłynąć na dobre i wczesne rozpoznawanie i zastosowanie odpowiedniego leczenia.

Chociaż ogólna liczba przypadków opisywanych w literaturze światowej jest bardzo znaczna, to jednak stosunek ich do poszczególnych obserwatorów jest mniejszy, za wyjątkiem kilku, pracujących w olbrzymich szpitalach na ogromnym materiale, — przy pracy w mniejszych środowiskach przypadki te zdarzają się dosyć rzadko, co ma ujemny wpływ na wyrobienie i opanowanie dosyć skomplikowanej techniki.

W ostatnich latach mieliśmy w tutejszym szpitalu 3 przypadki ciała obcego w oskrzelach u dzieci. Przypadki te ze względów rozpoznawczych jak również i operacyjnych zasługują na szersze omówienie.

Przyp. I. Henryk G., lat 8, przyjęty do szpitala dn. 28.IX.1925. Przed tygodniem, bawiąc się glinianą gwizdawką, wciągnął z ustnika jej metalową blaszkę formy stożkowej, przypominającą otwartą spinkę od kołnierzyka. Rodzice dziecka na razie nie zwrócili na to uwagi, dopiero po tygodniu z powodu silnych ataków kaszlu udali się z dzieckiem do lekarza, wspominając, że jakoby chłopiec połknął ciało obce. Prześwietlenie klatki piersiowej promieniami Roentgena wykazało ciało obce w oskrzeli u chłopca skierowano do szpitala.

29.IX. Budowa dziecka prawidłowa, odżywianie mierne, skóra biała, gruczoły chłonne lekko macalne. Jama ustna bez zmian, gardło czyste. Płuca: w prawym dolnym płacie pod łopatką na przestrzeni dłoni oddech, osłabiony z domieszką nielicznych rzężeń, pozatem na całej przestrzeni płuc oddech normalny. Wypukowych zmian niema. Tony serca czyste. Wątroba i śledziona — niemacalne.

Wykonane zdjęcie Roentgenowskie dało cień stożkowaty, ustawiony skośnie wierzchołkiem ku górze, tuż przy granicy mostka na wysokości 5 międzyżebra po stronie prawej. (patrz rentgenogram Nr. 1).

30.IX. W uśpieniu chloroformem przystąpiliśmy do bronchoskopji. Wprowadzenie rurki do krtani sprawiało znaczne trudności z powodu dużej wrażliwości błony śluzowej pomimo narkozy, którą w czasie wprowadzania trzeba było przerywać; dziecko często się budziło, zaczynało krztusić się i rzuć, trzeba było pracę przerywać i dodawać narkozy. Pomimo tych trudności udało się bronchoskopem dojść do bifurkacji i do brzegu prawego oskrzela; dalsze poszukiwania trzeba było przerwać z powodu osłabienia pacjenta, oraz wadliwie działającego aparatu oświetlającego.

2.X. Temperatura wieczorna po wykonaniu zabiegu 37,5^o, pozatem poniżej 37^o; stan dziecka zupełnie zadawalniający, w płucach żadnych zmian poważniejszych.

5.X. Powtórna bronchoskopia również w uśpieniu chloroformem. Wprowadzenie bronchoskopu po uprzednim znieczuleniu błon śluzowych, roztworem kokainy — nieco łatwiejsze; udało się wejść na brzeg prawego oskrzela, jednak i tym razem ciała obcego nie wykryto. Z powodu podrażnienia błon śluzowych wydzielina była znacznie większa, co utrudniało orientację.

10.X. Przez kilka dni ciepłota wahała się około 38^o, w prawym dolnym płacie płuc wystąpiły liczne fuczzenia i rzężenia wilgotne. Okłady, środki wykrztuśne.

16.X. Ciepłota od 3 dni normalna, objawy w płucach znikły. Przystąpiono do ponownej bronchoskopji. Tym razem zalewanie śluzem pola widzenia było jeszcze większe i ogromnie utrudniało poszukiwania. Na wysokości dolnej bifurkacji uwidaczniał się obrzęk śluzówki, najprawdopodobniej zasłaniający ciało obce, lecz jego samego nie dało się uchwycić.

22.X. 3-dniowe wahania temperatury około 38^o, pozatem stan ogólny dziecka zadawalniający.

27.X. Po ustaleniu się ciepłoty w granicach normalnych przystąpiono po raz czwarty do bronchoskopji i tym razem w narkozie chloroformowej. Po przejściu rurką prawego oskrzela tuż za rozgałęzieniem w oskrzeli drugiego rzędu udało nam się dostrzec ciało obce. Po uchwyceniu go wprowadzonymi haczykowatymi klezczykami Brüningsa, wydostano go na zewnątrz, jednocześnie usuwając bronchoskop. Efekt i zadowolenie z osiągniętego wyniku były nadzwyczajne, biorąc pod uwagę długie i mozolne poszukiwania.

PEDJATRJA POLSKA
TOM VIII



PEDIATRJA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO T-WA PEDIATRYCZNEGO

WYCHODZI CO DWA MIESIĄCE POD REDAKCJĄ:

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

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

Stali współpracownicy:

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

TOM VIII.

WARSZAWA

NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU POMOCY DZIECIOM

1 9 2 8



www.dlibra.wum.edu.pl

SPIS RZECZY

zawarty w tomie VIII Pedjatrij Polskiej.

I. PRACE ORYGINALNE.

	Str.
Barański i Gumiński — Z kliniki ropnia pozagardłowego	234
Bernsteinówna i Białaszewiczówna — Badania krwi i próby czynnościowe w płasawicy	316
Bogdanowicz i Szenajch — Ocena zespołów objawowych w płonicy w związku z leczeniem surowicą swoistą	1
Bogdanowicz i Szenajch — O wartości leczniczej surowicy przeciwploniczej	20
Bogdanowicz i Szenajch — Odczyny Dick'ów i Levaditi Fanconi'ego.	48
Bogdanowicz i Szenajch — Szybkość występowania odczynów skórnych w płonicy i ich znaczenie prognostyczne w stosunku do powikłań	65
Bogdanowicz i Szenajch — Płonica ododzowieńcza.	277
Bussel — Przypadek prosówki gruźliczej o ostrym przebiegu	246
Bussel — Przyczynek do epidemiologii rumienia guzowatego	249
Bychowski — Rozpoznanie różniczkowe anatomo-patologiczne i leczenie choroby Heine-Medina	180
Czaplicki Brunon — Ciała obce w oskrzelach u dzieci.	337
Frenkiel — 2 przypadki powikłań nerkowych płasawicy	321
H. Frenklowa i S. Mandelsowa — Odczyn śródskórny Mc. Clure'a i Aldrich'a u dzieci	359
Gumiński i Marjanko-Lewenfiszowa — Z kazuistyki ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci	295
W. Gumiński — Przypadek rozległej martwicy kości skroniowej u niemowlęcia	376
Iwaszkiewicz — Odczyn śródskórny Mantoux w przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych	120
Iwaszkiewicz — Przebieg i leczenie płasawicy	308
Kapłański — O występowaniu odczynu Widal'a w przebiegu duru brzusznego	169
Kon — Przypadek ropnego zapalenia stawu kolanowego u 9 m. dziecka na tle zakażenia b. paracoli	177
Kopeć Tadeusz — Przypadek wrodzonego przerostowego zwężenia odźwiernika u noworodka — stenosis pylori hypertrophica congenita	390

	Str.
Krotoska — Przypadek hemihypertrophia cruciata u dziecka trzy- letniego	305
Krusche — O dożylnem stosowaniu 40% roztworu urotropiny w ciężkich stanach duru brzuszego	300
Kwaskowski — O zamknięciu t. zw. tamy wątrobowej w związku z chorobą płoniczą	230
Kwaskowski — Kilka słów o dychawicy oskrzelowej wieku dzie- cięcego	288
Lerner — Wyniki leczenia zapaleń płuc kataralnych wieku nie- mowlęcego	161
Michałowicz — Dalsze rozwinięcie szematu Dick-Brokman w za- stosowaniu do choroby płoniczej	221
Mogilnicki — Przyczynek do semiotyki gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dzieci	132
Piotrowski Kazimierz — Dwa przypadki koincydencji pło- nicy i tyfusu brzuszego	374
Piotrowski Kazimierz — Przypadek pierwotnego zakażenia prątkami Löfflera dolnych dróg oddechowych	370
Polakow — Przypadek płasawicy po anginie, zapaleniu stawów i wsierdzia	320
M. Prokopowicz-Wierzbowska — O ropnem zapaleniu opłucnej w przebiegu gruźlicy płuc u niemowląt	347
Strzelbicki — Tuła (Z. S. S. R.) — 86 przypadków rumienia guzowatego u dzieci	125
Wiszniewski — Przypadek meningoencephalitis et neuritis optica luetica u dziecka 20-miesięcznego	253
Wiszniewski — Przypadek błonicy nosa, powikłanej skazą krwo- toczną u niemowlęcia	255
Wojciechowski Jan — Odczyn Biernackiego w gruźlicy chi- rurgicznej wieku dziecięcego i uzupełnienie metody Peschela	352
Woźniakówna Janina — Leczenie tężca surowicą swoistą i siarczanem magnezu	364

II. STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Frenklowa — O własnościach przeciwkrzywiczych naświetlanej ergosteryny	198
Frenkiel — Patogeneza płasawicy	323
Lewenfiszowa — O podstawowej przemianie materji	258
T. Marjanko-Lewenfiszowa — O praktyczem zastosowaniu i kontroli biologicznej witamin	383

III. OCENY.

Krzyształowicz, Choroby skóry	329
-------------------------------	-----

IV. SPRAWOZDANIA POL. TOW. PEDJATRYCZNEGO.

w Warszawie	136, 203, 269
w Lwowie	155
w Wilnie	331, 389
w Łodzi	333, 393

V. PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA.

Archives de médecine des enfants	
t. XXX Nr. 4	82
t. „ Nr. 5 podała Skwarczyńska	83

	Str.
Jahrbuch für Kinderheilkunde	
t. 114 zeszyt 3, 4	85
" " " 5	87
" " " 6	88
t. 115 " 1, 2 podał Barański	89
Revue française de pédiatrie	
t. III zeszyt 3 podał Wiszniewski	84

VI. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Wiadomości bieżące	91 160, 219, 336, 396
--------------------	-----------------------

ALFABETYCZNY SPIS RZECZY.

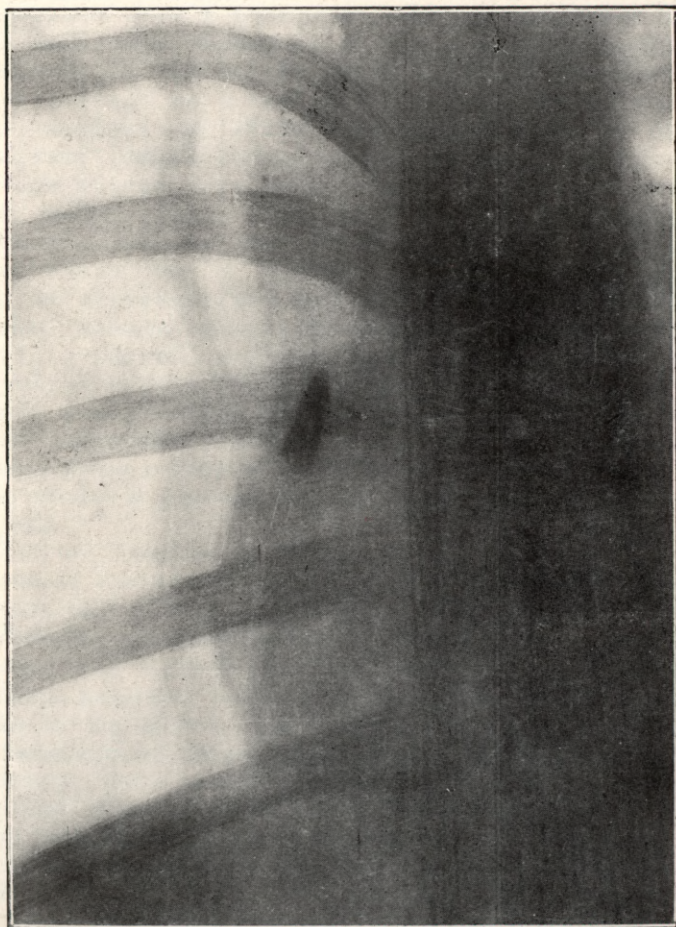
Błoniecy nosa powikłanie skazą krwotoczną u niemowlęcia — przypadek Wiszniewski	255
Brudziński Józef — akademja ku uczczeniu pamięci	93
Dick'ów i Levaditi Fanconi'ego odczyn — Bogdanowicz, Szenajch	48
Clur'a i Aldricha odczyn śródskórny u dzieci — Frenklowa, Mandelsowa	359
Dur brzuszny. O wyst. odczynu Widala w przebiegu duru brzusznego — Kapłański	169
Dur brzuszny. O dożylnem stosowaniu 40% roztworu urotropiny w ciężkich stanach duru brzusznego — Krusche	300
Dychawica oskrzelowa w wieku dziecięcym — Kwaskowski	283
Ergosteryny naświetlanej własności przeciwwkrzywiczne — str. zbiorowe — Frenklowa	198
Gruźlica chirurgiczna wieku dziecięcego — odczyn Biernackiego i uzupełnienie metody Peschela — Wojciechowski	352
Gruźliczej prosówki przypadek o ostrym przebiegu — Bussel	246
Gruźlica płuc u niemowląt — ropne zapalenie płuc w przebiegu gruźlicy — Prokopowicz - Wierzbowska	347
Gruźlicze zap. opon mózg. u dzieci — przyczynek do semiotyki — Mogilnicki	132
Heine-Medin'a choroba: rozpoznanie różniczkowe, anatomja patologiczna i leczenie — Bychowski	180
Hemihypertrophia cruciata u dziecka 3-letniego — przypadek — Krotoska	305
Löfflera prątkami zakażenie pierwotne dolnych dróg oddechowych — przypadek — Piotrowski	370
Mantoux odczyn śródskórny w przebiegu gruźliczego zap. opon mózgowych — Iwaszkiewicz	120
Martwicy rozległej kości skroniowej u niemowlęcia — przypadek — Gumiński	376
Meningoencephalitis et neuritis optica luetica u dziecka 20-miesięcznego — przypadek — Wiszniewski	253
Oskrzela u dzieci: ciała obce — Czaplicki	337
Płasawica — badanie krwi i próby czynnościowe — Bernsteinówna, Białaszewiczówna	316
Płasawicy patogenezę — str. zbiorowe — Frenkiel	323
Płasawicy przebieg i leczenie — Iwaszkiewicz	308
Płasawicy przypadek po anginie, zap. stawów i wsierdzia — Polakow	320
Płasawica — 2 przypadki powikłań nerkowych — Frenkiel	321
Płonica odzrodowienicza — Bogdanowicz, Szenajch	277
Płonica, Ocena zespołów objawowych w związku z leczeniem surowicą swoistą — Bogdanowicz, Szenajch	1
Płonica, Szybkość występowania odczynów śródskórnych i ich znaczenie prognostyczne w stosunku do powikłań — Bogdanowicz, Szenajch	65

Płonicy i tyfusu brzuszego koïncydencji dwa przypadki—Piotrowski	Str. 374
Płonicza choroba: dalsze rozwinięcie szematu Dick-Brokman w zastosowaniu do choroby płoniczej — Michałowicz	221
Płonicza choroba: o zamknięciu t. z. tamy wątrobowej w związku z chorobą płoniczą — Kwaskowski	230
Przemiana materji podstawowa. Str. zbiorowe — Lewenfiszowa	258
Płuc zapalenia kataralne wieku niemowlęcego (wyniki leczenia) — Lerner	161
Ropień pozagardłowy, klinika — Barański, Gumiński	234
Rumienia guzowatego u dzieci 86 przypadków — Strzelbicki	125
Rumienia guzowatego przyczynek do epidemiologii — Bussel	249
Stawu kolanowego ropne zapalenie u 9 ms. dziecka na tle zakażenia b. paracoli — Kon-	177
Surowicy przeciwploniczej wartość lecznicza — Bogdanowicz, Szenajch	20
Stenosis pylori hypertrophica congenita — Kopeć	390
Tęcza leczenie surowicą swoistą i siarczanem magnezu — Woźniakówna	364
Witamin kontrola biologiczna i praktyczne zastosowanie — Marjanko-Lewenfiszowa	383
Ucha środkowego ostre zapalenie u dzieci — Gumiński, Marjanko-Lewenfiszowa	295

SKOROWIDZ NAZWISK.

	Str.		Str.
Adelheim	86	Dreyfus	84, 85
Babonneix	82	Duhem	82
Barański	82, 139, 234, 273, 394	Duzar	86
Baumritter	139, 140, 148	Ejzenberżanka	391, 392
Bernsteinówna	316	Exelbirt	158
Bornsteinówna	394	Festenstat	147, 209
Białaszewiczówna	316	Frenkiel	321, 323, 333
Bogdanowiczówna	141, 213, 214	Frenklowa	335, 198, 359
Bogdanowicz	48, 65, 120, 204, 275	Fritz	155
	277	Garot	85
Bokay	88	Genet	82
Brichta	156, 157, 159	Gerlée	331, 390, 392
Brokman	136, 137, 203, 276	Gleich	159
Brückner	88	Glińska	205, 271, 275
Bussel	246, 249	Głowacki	147
Bychowski	180	Goldschlag	157, 158
Bytek	75	Göttche	86
Celarek	269	Groer	155
Choremis	89	Gumiński	234, 273, 195, 376
Chwalibogowski	156, 157	György	89
Ciosłowski	212	Halberówna	216
Comby	83	Hanusowicz	332
Copin-Lecocq	82	Hara	88
Corcan	84	Hässler	88
Csoma	90	Heimann-Trosien	86
Czaplicki	337	Hejbowicz-Kuleszyna	205
Czerny	87	Hensch	87
Czubalski	218	Hecheles	158
Czyżewska	157	Heubner	85
Debbas	83	Hirszfild	275
Debré	83	Hirszfildowa	140, 216, 217

	Str.		Str.
Hirsch-Kaufmann	88	Ordyńska	395
Iwaszkiewicz 120, 308, 333, 335, 394		Pawłowska	137
Jasiński	331, 391	Pauntz	90
Jenke	89	Pelot	83
Kacprzak	143	Peszynska	156, 158
Kapłański	169, 394, 395	Pieniążek	114
Karnicka	391	Piotrowski	272, 370, 374
Kaulbersz-Marynowska	390, 391	Polakow	320, 335, 394
Klein	84	Półtorzycka	209
Knauer	87, 89	Popowski	137, 209, 271
Knichowiecki	395	Progulski	158
Kocen	393	Prokopowicz-Wierzbowska 210, 347	
Kolago	136	Przedborski	146
Kowacs	88	Przesmycki	217
Kon 177, 333, 331, 335, 394, 395		Redlich	156, 158, 159
Kopeć	270, 272, 390	Reicherówna	142
Kramer	88	Rohmer	84
Kramszyk	144	Rozenówna	335, 394
Krasnogórski	87	Rubaszew	205
Krotoska	305	Saski	209
Krusche	300, 395	Schreiber	82
Krzyształowicz	329	Skwarczyńska	82
Kukielówna	335, 394	Stankiewicz	138, 272
Kwaskowski	230, 288	Stawiarska	331
Lange	335	Stein	270
Lautier	85	Steinen	86
Lerner	165	Stolte	85, 89
Leśniowski	272	Strzelbicki	125
Lewendłowa	211	Szenajch 48, 65, 120, 136, 204, 277	
Lewenfiszowa	258, 295	Szereszewska	393, 394
Lewiówna	393	Szlagowski	96, 331
Lipszyc	216	Szurło	331
Lidzka	391	Thonówna	155
Lubczyński	145	Tolnai	86
Ławrynowicz	141, 212	Tomaszewski	333, 393
Łyskawiński 99, 141, 143, 147, 207		Tomaszewska	335
Makowski	333, 334	Trenkner	137
Mandelsowa	335, 359	Wail	90
Majzels	158	Wakao	88
Marjanko-Lewenfiszowa	215, 295, 383	Wasowski	331
Mayzner	216, 217	Welfle	206
Meyer	85	Wiłsdorff	84
Michałowicz	111, 138, 221, 270	Wiśniewski	137
Mikolajtówna	139	Wiszniewski 84, 208, 253, 255, 272	
Mikułowski 139, 141, 203, 206, 209			273, 275
Mogilnicki 105, 132, 333, 334, 393		Wojciechowski	352
	394	Woringer	85
Mokrzycki	157	Woźniakówna	333, 364, 394
Moszyński	389	Zagórska	392
Muraszko	390, 391	Ziegler	333, 334, 394, 395
Nicolle	85	Zienkiewicz	331, 389, 391
Oberling	85	Ziesch	87
Opitz	89	Zurkowski	334



RENTGENOGRAM Nr. 1.

31.X. Ciepłota po ostatnim zabiegu nie przekroczyła 37^o, objawy płucne znikły zupełnie. W stanie zadawalniającym dziecko wypisano do domu. (Zaznaczyć tu muszę, że dwa ostatnie zabiegi wykonywaliśmy wspólnie z d-rem Helmanem, któremu za łaskawą pomoc serdecznie dziękuję).

W opisanym przypadku godnemi są podkreślenia przede wszystkim dane z wywiadów, nikłe objawy, jakie dawało dosyć duże ciało metalowe w tak wrażliwym środowisku, jak oskrzela, że dopiero po tygodniu rodzice uznawali za potrzebne zwrócić się z tem do lekarza, przy mniej wrażliwej opiece mogłoby to dłużej jeszcze pozostać w ukryciu. Nie zawsze jednak rodzice wiedzą lub przypuszczają obecność ciała obcego, przy braku większych objawów, szczególnie u małych dzieci, otoczenie często nie przypuszcza nic podobnego, badający zaś lekarz, wobec braku pewnych objawów, nieraz też tę sprawę przeoczy, to też zdarza się często, że przypadki te latami całemi pozostają niewykrute. Chevalier Jackson opisuje 20 przypadków ropni płucnych, rozstrzeni oskrzeli, gruźlicy płuc i śmiertelnych krwotoków płucnych, powodowanych przez niewykrute ciała obce w oskrzelach, przebywające tam od 1 — 35 lat. Herman usunął gwóźdź tapicerski, przebywający w płucach 7 lat. Weiss i Krassen podają historję choroby jednej kobiety, która przez 35 lat miała w płucach kawałek szpilki, dookoła której powstał rak.

To też uważam za wskazane poświęcić kilka słów mechanizmowi dostawania się ciał obcych do oskrzeli i objawom, jakie one tam później wywołują.

Pionowe położenie krtani i tchawicy ułatwia u człowieka wpadanie ciał obcych do dróg oddechowych, na szczęście posiadamy naturalny środek ochronny w postaci odruchowego zamykania się głośni. Ten ważny dla życia odruch panuje nad zależnem od naszej woli oddychaniem i dopiero wdech odruchowy może sparaliżować jego działanie. Przeto wchłonięcie ciał obcych w pierwszym rzędzie nastąpić może przy nagłym kaszlu, śmiechu, przestraczu i t. p., występujących przy spożywaniu pokarmów, przy upadnięciu lub nieoczekiwanem uderzeniu osobnika, trzymającego w ustach ciało obce. Osłabienie odruchów jakie ma miejsce we śnie, w narkozie, przy ataku padaczki, usposabia do wchłonięcia ciał obcych. Również sprzyjają temu nieuwaga i niedorozwój odruchów. Więcej niż połowa spostrzeganych wchłoniętych ciał obcych ma miejsce u dzieci do lat 5-ciu. Pewien odsetek wchłoniętych ciał obcych zostaje wyksztuszony już to bezpośrednio po wypadku, lub po pewnym czasie, większość jednak pozostaje w oskrzelach; dzięki swej ciężkości i silnie działającemu wdechowi zostaje odrazu mocno wklonowana, następnie każde rozszerzenie się oskrzeli przy wdechu i zwężanie przy wydechu sprzyja coraz głębszemu zapadaniu się,

wyksztuszeniu zaś przeszkadza odruchowy skurcz głośni, jaki występuje przy każdym kaszlu. Najczęściej pozostają niewyksztuszonemi ciała większe, które wpadłszy do oskrzeli zajmują całe ich światło i opierają się mocno o ścianki, ciała drobniejsze łatwiej bywają wyksztuszone, zanim dostaną się i ustalą w oskrzelach niższego rzędu. Prawie w $\frac{4}{5}$ przypadków ciała obce dostają się do oskrzela prawego, stanowi ono bowiem, jakby przedłużenie tchawicy, tworząc z nią kąt o nieznacznem odchyleniu.

Co do rodzaju ciał obcych, to spotykano w oskrzelach najrozmaitsze rzeczy. Przedewszystkiem wspomnieć trzeba o ciałach płynnych, które zostają aspirowane, naprzykład ropa przy otwieraniu ropni pozagardzielowych, lub krew przy operacjach w jamie nosogardzielowej. Dają one nieraz groźne objawy i wymagają natychmiastowej interwencji, jak zmiany położenia pacjenta głową do dołu, względnie wyssania płynu za pomocą pompki z krtani lub z tchawicy po dokonanej tracheotomji. Co do ciał stałych rozróżniać należy miękkie ciała roślinne i ciała twarde ze względu na wręcz przeciwne skutki ich działania. O ile ciała twarde, przeważnie metalowe, mogą bez większych uszkodzeń i objawów nieraz bardzo długo pozostawać w oskrzelach, o tyle ciała roślinne, jak to groch, orzechy, pestki różnego rodzaju nabrzmiewają od wilgoci i torują drogę infekcji, prędko przy nich występują bardzo gwałtowne nieraz objawy zakażenia miejscowego i ogólnego, to też i zabieg operacyjny nastąpić musi niezwłocznie. Ciała z ostremi kantami kaleczą błonę śluzową i dają krwawienia. Ciała przedziurawione jak rurki, koraliki, przy pomyślnem ustawieniu mogą nie wywoływać objawów zżewienia, powietrze przechodzi bowiem przez otwór. Małe ciała obce mogą zmieniać miejsce i w związku z tem zmieniają się objawy. Igiły, monety, spinki, sztuczne zęby zdarzają się przeważnie u dorosłych, podczas gdy kości, ości, pestki, ziarenka, gwoździe i inne rzadsze przedmioty są udziałem wieku dziecięcego.

Bardzo ważne są pierwsze objawy, jakie wywołuje ciało obce, wpadłszy do dróg oddechowych. Prawie we wszystkich przypadkach występuje tak zwany początkowy atak kaszlu, nieraz połączony ze skurczami krtani i silnemi objawami duszności. Trwa to zwykle przez kilka godzin ze zmienną siłą, poczem następuje okres spokoju, co nieraz daje powód do mylnego przypuszczenia, że ciało obce przeszło do żołądka. Na podobne opisy należy zwracać baczną uwagę przy wywiadach, bagatelizowanie ich bowiem może wpłynąć na opóźnienie postawienia prawidłowego rozpoznania. W literaturze zanotowane są przypadki, gdzie największe powagi lekarskie stawiały mylne rozpoznania, nie przywiązując wagi do opowiadań chorego, względnie rodziców. Seidel opisuje przypadek, gdzie matka ciężko chorego na płuca dziecka,

które z początku choroby z całą pewnością twierdziło, że połknęło gwóźdź, przez 5 lat z powyższą wiadomością chodziła od lekarza do lekarza, od powagi do powagi, w końcu bała się już wspominać o gwoździu, bo kilka razy spotykały ją z tego powodu niegrzeczne uwagi, ostatecznie gwóźdź w oskrzelach okazał się przyczyną choroby.

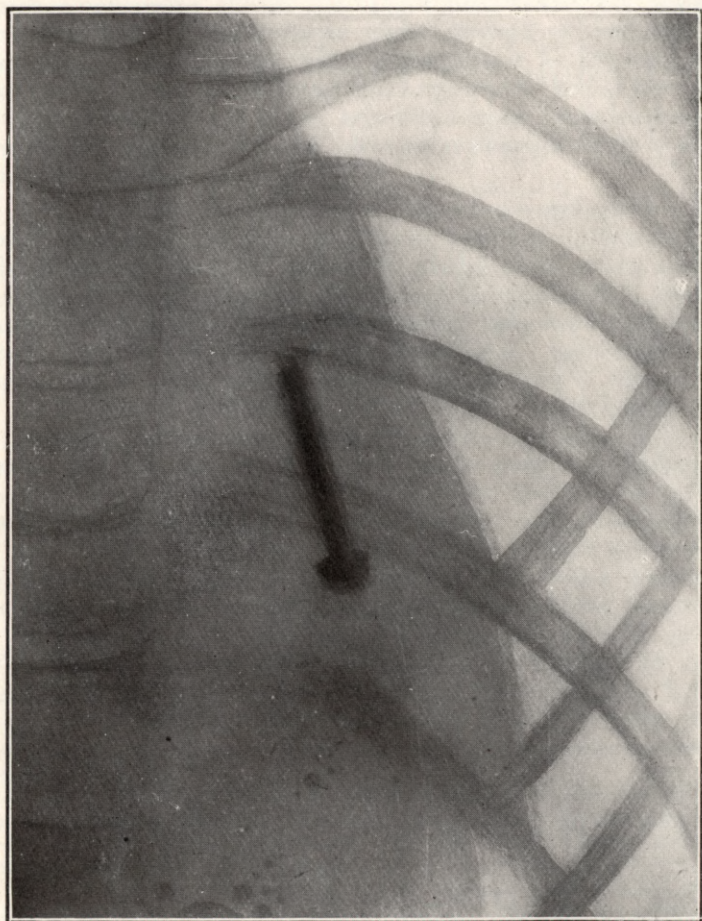
Utrudnia rozpoznanie wielka różnorodność objawów, jakie ciała obce w oskrzelach powodują, podobieństwo zbioru tych objawów do innych postaci chorobowych, brak pewnych objawów stałych, które wskazywałyby na obecność ciała obcego. Alarmujące objawy pierwotne, wywołane przez podrażnienie krtań i tchawicy, ustępują i znikają zupełnie, jak tylko ciało obce ustali się w oskrzelach. Za wyjątkiem nielicznych zresztą przypadków, przeważnie przy ciałach roślinnych, gdzie na 2-gi lub 3-ci dzień występują gwałtowne objawy zapalenia płuc, kończące się przeważnie śmiercią, w większości przypadków następuje kilkotygodniowy, nieraz kilkomiesięczny okres względnego spokoju. W płucach tymczasem zachodzą zmiany patologiczne, zależne od rodzaju ciała obcego, od jego jałowości, i odpowiednio do tych zmian kształtują się późniejsze objawy. Początkowo w okolicy ciała obcego rozwija się ograniczony nieżyt oskrzeli, daje to powód do uporczywego kaszlu, występującego szczególnie przy ruchach ciała, z czasem jednak zakłcającego i sen. Sprawa nieżyłowa rozszerza się na cały płat płucny i już przy częściovem nawet zatkanium oskrzela, powstają rozstrzenie oskrzeli z zatrzymywaniem wydzieliny. Płwocina przybierać zaczyna charakter ropny, z czasem gnilny i cuchnący, wydzielanie jej wskutek rozwijającej się w okolicy ciała obcego ziarniny i późniejszych blizn, staje się coraz trudniejsze i mniej kompletne i po miesiącach, nieraz latach, otrzymujemy obraz postępującej bronchectasiae z obfitą, cuchnącą wydzieliną. W otaczającej tkance płucnej powstaje nacieczenie i zgęszczenie przy obrazie klinicznym przewlekłego zapalenia płuc, powstają zrosty opłucnej, nieraz ostre wysięki i ropnie. W najbliższym otoczeniu ciała obcego następuje zniszczenie ścianki oskrzeli i następne bliznowate zwięzienia; nieraz ciało obce, przebiwszy ściankę oskrzela, znika w tkance płucnej, i daje powód do wytworzenia się ropnia płuc.

Wszystkie te sprawy powstać mogą i na innem tle, brak nam jest stałego kryterium, które wskazywałoby, że wywołane one zostały przez ciało obce.

Gorrigues pobudzony obserwacją w szpitalu głównym w Montpellier jednego przypadku, gdzie ciało obce pozostawało w oskrzelach przez 3 lata i 3 miesiące, było nierozpoznane i dało powód do ciężkich zmian w płucach i pomyłek rozpoznawczych, zebrał z literatury opisy 60 przypadków, w których ciała obce pozostawały w oskrzelach dłużej niż

1 rok, były przez organizm tolerowane i wykryte zostały dopiero przy sekcji, względnie wykształcone lub usuwane po ustaleniu pomyłki rozpoznawczej. Z powyższego materiału wysuwa on wnioski, że najważniejszymi czynnikami pozostawania ciał obcych w oskrzelach są: niedostateczne lub niedostatecznie wyzyskane wywiady i brak objawów stałych, charakteryzujących dane cierpienie. Rodzaj kaszlu bywa zmienny i nie można go uważać za objaw patognomiczny, ważniejszą jest jego długotrwałość. Zmiany wysłuchowe i wypukowe również pewnych wskazówek nie dają, ważną natomiast jest jednostronność cierpienia. Specjalne szmery, mniej lub więcej charakterystyczne dla ciał obcych mogą tylko dopomóc do przypuszczenia ciała obcego i skłonić do radioskopii, względnie próbnej bronchoskopii.

Promienie Roentgena odgrywają bardzo ważną rolę w tej sprawie. Przy ciałach obcych nieprzejrzystych, szczególnie metalowych, otrzymać możemy zupełnie pewne dane nie tylko co do obecności ciała obcego, ale i co do jego umiejscowienia, pożądane są przytem zdjęcia przednie, tylne i boczne. Przy ciałach obcych przejrzystych współdziałanie promieni Roentgena jest również bardzo ważne, jak to wynika z wyczerpującej w tej sprawie pracy Texier i Lavesque. Autorzy ci, wychodząc z założenia, że ciało obce w oskrzelach musi powodować w danym odcinku mniej lub więcej zupełne zwężenie, opisują, jak się to przejawia na zdjęciach względnie prześwietleniach promieniami Roentgena. A więc następuje: 1) przesunięcie organów śródpiersia stałe, lub tylko przy oddechu; 2) zmniejszenie ruchów przepony brzusznej po stronie chorej; 3) zmiany w przejrzystości płuc. Wskutek częściowej lub całkowitej nieczynności jednego płuca następują zaburzenia równowagi w narządach wewnątrz klatki piersiowej. Płuco normalne zajmuje więcej miejsca, niż zapadnięte i przesuwa wszystkie narządy śródpiersia, szczególnie serce i duże naczynia, w stronę zaczopowanego oskrzela. O ile zwężenie jest zupełne, przesunięcie to występuje szybko, jest stałe i wyraźne. Przy niekompletnym zwężeniu występuje to mniej wyraźnie i tylko przy silnym wdechu. Wskutek tej samej mechaniki przepona brzuszna wykonuje po stronie zaczopowanej mniejsze ruchy, niż po stronie zdrowej, stwierdzić to można łatwo, porównując jedną i drugą stronę przy prześwietlaniu na ekranie. Zmiany w przejrzystości płuc zależą również od stopnia zaczopowania oskrzela; części płuca, które nie oddychają, prześwietlają się szaro i nieprzejrzysto, w odróżnieniu od przejrzystości płuca zdrowego. Przy pełnym zamknięciu światła nieprzejrzystość płuca, zniesienie szmerów oddechowych, matowość podstawy – mogą wzbudzać podejrzenie na wysięk opłucnej. Przesunięcie narządów śródpiersia w stronę chorą, względnie nakłucie próbne wyklucza pomyłkę.



RENTGENOGRAM Nr. 2.

O ile te wszystkie środki rozpoznawcze nie dają jeszcze pewności, lecz stwierdzają tylko możliwość obecności ciała obcego w oskrzelach, należy bezwzględnie wykonać próbną bronchoskopję i albo możliwość tę wykluczyć, lub też ciało obce zaraz przy tej sposobności usunąć. Trudności samego zabiegu i jego ewentualne skutki nie mogą odstraszać od wykonania bronchoskopji. Pozostawienie ciała obcego w oskrzelach daje rokowanie bezwzględnie złe, wspomniane w literaturze przypadki z czasów przedbronchoskopowych kończyły się bez wyjątku śmiercią, od czasu wprowadzenia bronchoskopji ilość pomyślnie usuniętych ciał obcych wykazuje 95,5⁰%, śmiertelność zaś wynosi 9,6⁰%.

Powracając do opisanego przeze mnie przypadku omówić muszę trudności techniczne, jakie nam on nastręczył; trzeba było czterech długich seansów, ażeby ciało obce z oskrzela usunąć. Byłbym skłonny tłumaczyć to częściowo małą wyrobioną techniką wobec zbyt rzadko zdarzających się u nas spraw podobnych, jednak w literaturze spotykałem wiele opisywanych przypadków, gdzie szczególnie u dzieci, usuwano ciała obce z oskrzeli za 3-cim, 4-tym, a raz nawet dopiero za 7-mym razem. Rzeczywiście bronchoskopja u dzieci jest bardzo trudna, ze względu na małe pole operacyjne wprowadzać można tylko najmniejsze rozmiary rurek, kilkomiłimetrowy krążek świetlny udostępnia oku tak małą przestrzeń, że przy stałem jeszcze zalewaniu go śluzem orjentacja nie jest łatwa. Następnie u dorosłych w większości przypadków stosować można bronchoskopję w znieczuleniu miejscowem w pozycji siedzącej, podczas gdy u dzieci wykonać ją można tylko w uśpieniu ogólnem, z musu przerywanem, co znacznie przewleka i utrudnia zabieg. Chcąc zmniejszyć te trudności, w przypadku 2-gim zastosowałem uśpienie per rectum; w technice zaś usuwania wprowadziłem zasadniczą zmianę:

Przyp. II. Władysława W. lat 7 przyjęta do szpitala 2.IX. 1927 r. z rozpoznaniem gruźlicy płuc. Dziecko od 2 miesięcy przebywało w Domu Wychowawczym, gdzie stwierdzono, że dużo kaszle, pluje i miewa podwyższoną ciepłotę.

5.IX. Stan ogólny dziecka niezły, budowa prawidłowa, odżywianie upośledzone, skóra wiotka. Gruczoły drobne. Ciepłota prawidłowa. Palce u rąk bębnowato rozszerzone. Jama ustna czysta. Narządy krążenia bez zmian. Nad całym lewym płucem po silnym kaszlu liczne rżenia wilgotne grubo i średniobańkowe. Nad prawym płucem w okolicy łopatki te same objawy. Wypuk wszędzie jawny. Płwocina obfita, cuchnąca. Badanie płwociny na prątki Kocha i włókna sprężyste dało wynik ujemny.

6.IX. Odczyn Biernackiego 22'. Odczyn Mantoux 1 : 100.000 ujemny. Lekkie zwyżki t. do 37,6⁰, ilość płwociny od 10,0 do 30,0 na dobę.

13.IX. Rozpoznanie kliniczne — ustalono — rozstrzenie oskrzeli. Celem upewnienia się wykonano zdjęcie Rentg. klatki piersiowej, które wykazało ciało obce w kształcie śruby, zwrócone główką ku dołowi, w lewym oskrzeli drugorzędnem (patrz rentgenogram Nr. II). Po zastrzyknięciu do oskrzela lewego lodipiny prześwietlenie dało ładny obraz kontrastowy, wykazujący

rozstrzenie oskrzeli w granicach płuca lewego, utrwalenie obrazu na kliszy nie udało się, ponieważ dziecko szybko wyksztusiło zastrzykniętą Iodipinę.

22.IX. Przystąpiłem do usunięcia ciała obcego z oskrzeli za pomocą bronchoskopji. Chcąc usunąć trudności, jakie wynikają ze stosowania przerywanego uspiania chloroformowego, zastosowałem eterowe uspienie per rectum według modyfikacji Jacod. Dziecko dostało wlewkę z mieszanki 30,0 eteru, 100,0 oliwy i 20,0 1^o/_o ol. camphorati, wprowadzoną wysoko do odbytnicy, powoli, w ciągu 15 minut. Po uspieniu zwykłem za pomocą eteru, wspomniana wyżej wlewka utrzymywała dziecko w stanie lekkiego uspienia, wystarczającego zupełnie do wykonania zabiegu. Dziecko zachowywało się spokojnie, nie rzucało się, żadnych późniejszych złych skutków nie było.

Z powodu wątlej i drobnej budowy dziecka, oraz wazkiego wejścia do krtani zastosować można było jedną z największych rurek bronchoskopu Brüningsa. Wprowadzenie dosyć trudne, położenie krtani niskie, dało się skutecznie w pozycji siedzącej. Wprowadzenie bronchoskopu do oskrzela lewego odbyło się dosyć łatwo, ponieważ wskutek rozstrzeni oskrzeli stanowią one jakby dalszy ciąg tchawicy. W pewnym momencie na dnie można było zauważyć ciemny punkt, jakby zardzewiałe żelazo, lecz następnie obfita wydzielina śluzowo ropna z oskrzeli tak stale wypełniała wąziutkie światło rurki, że wykluczała wszelką orientację, przylem wyčerpanie dziecka zmusiło przerwać dalsze badanie bez pożądanego wyniku.

26.IX. Po zabiegu stan dziecka pogorszył się znacznie, wahanie ciepłoty dochodziły do 39,5^o, ilość płwociny powiększyła się do 100.0.

3.X. W prawem płucu pod łopatką wystąpiło stłumienie i osłabienie oddechu, które powoli ustąpiło po zastosowaniu odpowiedniego leczenia.

30.X. Wahanie t.^o nieco mniejsze, stan chorej poprawił się. Postanowiono przystąpić do ponownej próby usunięcia ciała obcego. Ponieważ jednak na pierwszy zabieg dziecko zareagowało dosyć silnie, do czego przyczynić się mogło podrażnienie błon śluzowych przez rurkę bronchoskopu, z drugiej zaś strony wazkie światło rurki i obfite zalewanie wydzieliną, ogromnie utrudniało orientację w głębi jamy oskrzelowej, dawało mało szans odszukania ciała obcego, samo zaś schwytnie go szczypcami musiałoby się odbywać zupełnie na ślepo, wprowadzone bowiem do rurki szczypcy wypełniają światło jej całkowicie, postanowiłem zastosować inną metodę, która mniej maltretując dziecko, pozwalała jednocześnie kontrolować i kierować ruchami wprowadzonych do oskrzeli instrumentów.

31.XI. Korzystając ze znajdującego się w szpitalu stołu operacyjnego z umieszczoną pod nim lampą Roentgena (trochoskop), przesuwalną w tył, naprzód i na strony, ułożyliśmy na stole tym dziecko, również po zastosowaniu rektalnego uspienia. Następnie chciałem ustalić wejście do krtani za pomocą bezpośredniego laryngoskopu. Użyłem początkowo laryngoskopu Seiferta, który według Kahlera, miał być najbardziej odpowiedni w praktyce dziecięcej. Okazał się on jednak bardzo niepraktyczny, wprowadzenie jego było wprost niemożliwe, po kilku próbach odrzuciłem go i założyłem direktoskop Hasslingera, który dał się wprowadzić stosunkowo łatwo. Po ustaleniu w ten sposób wejścia do krtani, zacząłem stopniowo znieczulać kokainą coraz niżej drogi oddechowe, aż okazało się możliwe wprowadzenie tam instrumentu bez wywołania zbytnej reakcji. Wtedy wprowadziłem głęboko do tchawicy kleszczyki do usuwania ciał obcych z instrumentarium Brüningsa, kierując je ku stronie lewej, miejscu znajdowania się ciała obcego. Zgaszono światło i jednocześnie zapalono pod stołem lampę Roentgena, pomagając mi przy tem kol. Dubolewicz za pomocą kryptoscopu (rodzaj dużych okularów z ekranem zamiast szkiele) uchwycił wzrokiem na ekranie ciało obce, jak również i koniec wprowadzonego przeze mnie instrumentu, udzielał mi nadal wskazówek co do ich wzajemnego stosunku w położeniu i odpowiednio kierował ruchami instrumentu w głąb jamy płucnej. W pewnym momencie powiedział mi, że instrument dotyka już ciała obcego, wtedy otworzyłem kleszczyki, uchwyciłem ciało obce i zacząłem go zwolna

pociągając, — prześwietlenie potwierdziło, że ciało zostało uchwycone i że się posuwa. W ten sposób udało się powoli wydostać na zewnątrz zardzewiałą śrubę długości około $\frac{1}{4}$ cm. z główką zwróconą ku dołowi.

Dziecko zniosło zabieg bardzo dobrze, znacznie lepiej, niż pierwszy, ciepłota od czasu zabiegu nie przekraczała 37° , ilość płwociny zmniejszyła się do 10,0 na dobę, ogólny stan dziecka poprawił się i w stanie zadawalniająco wypisane zostało ze szpitala.

Ten sposób usuwania ciała obcego z oskrzeli — pod kontrolą promieni Roentgena — okazał się w danym przypadku bardzo praktyczny, bez porównania mniej znużył dziecko i lekarzy, niż to ma miejsce przy zwykłej bronchoskopji, trwał znacznie krócej i dał pożądany wynik. To też przy następnym odpowiednim przypadku nie omieszkamy zastosować go ponownie. W dostępnej mi literaturze nigdzie nie spotkałem się z opisem takiej modyfikacji, za wyjątkiem jednego, nieco zbliżonego, podanego przez Halphena, gdzie u 10-miesięcznego dziecka, wobec niemożności wprowadzenia najmniejszej rurki, usunięto z 3-rzędnego oskrzela gwizdek wprowadzając wprost do oskrzeli haczyk pod kontrolą promieni Roentgena.

Ostatni przypadek daje nam obraz samowydzielenia się ciała obcego (słomki) z oskrzeli przez powstanie ropnia płucnego, który się otworzył na zewnątrz.

Przypadek III. Wiktor S., $3\frac{1}{2}$ roku, przyjęty do szpitala dn. 8.VIII.1927 roku. Chory od $\frac{1}{4}$ tygodni, przez pierwsze dwa tygodnie wysoko gorączkował, w ostatnich dniach ciepłota niepodwyższona. Od początku skarży się na ból w prawym boku pod łopatką. Przysłany z rozpoznaniem: bronchecytasia, phlegmona subscapularis dextra.

8.VIII Stan ogólny dziecka dosyć dobry. $T^{\circ} 37^{\circ} - 37,7^{\circ}$. Gruczoły pachowe i pachwinowe wielkości fasoli. Jama ustna czysta, foetor ex ore. Serce bez zmian.

Płuca — po stronie prawej poniżej kąta łopatki wypuk stłumiony, po stronie lewej na wysokości łopatki wypuk bębnekowy. Oddech pęcherzykowy, w miejscach o wypuku bębnekowym — rzężenia i oddech oskrzelowy. W dolnej części prawego płuca oddech osłabiony.

Wątroba wyczuwalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego.

Na klatce piersiowej po stronie prawej pod łopatką wygórowanie wielkości pięści, miękkie, w głębi wyczuwa się chęłbotanie.

Zastosowano wstrzyknięcia Neosalvarsanu.

13.VIII. Nakłuta phlegmona; z ropy wyhodowano pneumokoki. Po zastrzyknięciach Neosalvarsanu foetor ex ore zmniejszył się. Stan ogólny bez zmian.

17.VIII. Szerokie nacięcie ropowicy, wypłynęło dużo ropy z krwią. Tamponada.

18.VIII. Badanie płwociny oraz treści żołądkowej prątków wrzeczonych nie wykazało, stwierdzono gronkowce i nieliczne pneumokoki.

20.VIII. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało ograniczenie ruchów prawej połowy przepony oraz nieznaczne zawołowanie prawego kąta przeponowo-żebrowego. Cień zgęszczenia w lewym górnym płacie. V zastrzyk 0,03 neosalvarsanu. Stan ogólny dobry.

23.VIII. Z rany nieznaczna wydzielina ropna, przy kaszlu ukazują się pęcherzyki powietrza. $T^{\circ} 37,4^{\circ}$. W dolnej części prawego płuca wysłuchuje się oddech dzbanowy, wypuk jawny.

26.VIII. Stan ogólny dobry. Zmiany w płucach mniej wyraźne, po stronie prawej oddech pęcherzykowy, wypuk jawny. T^0 37^0 — $37,4^0$.

30.VIII. Stan pogorszył się, t^0 wieczorem 40^0 , brak łaknienia, stolce wolne. Z rany obfita wydzielina, przy kaszlu pęcherzyki powietrza.

1.IX. Oddech w dolnym płacie prawego płuca z tyłu o charakterze oskrzelowym, Z rany wydzielina krwawo-ropna. Sonda przenika na 4 cm. wgłęb. T^0 $39,3^0$ — $38,8^0$.

2.IX. Ciepłota $39,2^0$. Rozszerzono ranę na klatkę piersiowej i głęboko wytamponowano. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało liczne pasma w górnym płacie obu płuc. Duże cienie wnękowe. Po stronie prawej zrosty opłucnej.

3.IX. T^0 38^0 — $37,8$. Stan ogólny nieco lepszy.

5.IX. Podczas opatrunku z rany wydobyto słomkę z kawałkiem kłosa długości 7 — 8 ctm. Była to więc przyczyna całej choroby. Wchłonięta przebił opłucną i tkanki klatki piersiowej górując, pod skórą jako phlegmona subscapularis.

8.IX. Stan chorej znacznie się poprawił, ciepłota $36,9^0$ — $37,3^0$.

10.IX. W stanie zadawalającym dziecko wypisane ze szpitala.

PIŚMIENNICTWO.

1. Chevalier Jackson. Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. T. XLI, 1922 str. 522. 2. Gorrigues. Annales des maladies de l'oreille etc. T. XLIII, 1924, str. 683. 3. Seidel. Koch Zeitschrift für Ohrenheilkunde. Bd. 79. 4. Halphen. Archive international de laryngologie. 1925, T. 1. 5. Texier et Lavesque. Annales des maladies de l'oreille etc. T. XLII, 1923. str. 1187. 6. Kahler. Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde etc. Bd. 28, 1927. 8. Jacod. Annales des maladies de l'oreille etc. T. XLVI, 1927, str. 583.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniw. Warsz.
Dyrektor Prof. Dr. Michałowicz.

O ropnym zapaleniu opłucnej w przebiegu gruźlicy płuc u niemowląt.

Podał

M. Prokopowicz - Wierzbowska.

Najczęstsze postaci ropnego zapalenia opłucnej spotykane u niemowląt bywają powikłaniem lub następstwem odoskrzelowego, względnie płatowego zapalenia płuc, a więc spowodowane przez drobnoustroje ropotwórcze jak: pneumostaphylo-streptokoki. Poza tem istnieje druga grupa spraw zapalnych t. zw. ropne gruźlicze zapalenie opłucnej. Zdaniem ogółu autorów gruźlicze ropne zapalenie opłucnej jest bardzo rzadkie, przyczem znacznie rzadziej występuje u dzieci niż u dorosłych.

Rozpoznanie gruźliczego ropnego zapalenia opłucnej napotyka na duże trudności. Trudności te polegają przede wszystkim na wyodrębnieniu tej postaci od ropnych spraw nieswoistych, nie stojących w żadnym związku z gruźlicą. Nie posiadają one bowiem w swym przebiegu cech dla siebie jedynie specyficznych, badanie zaś bakterjologiczne nie zawsze rozstrzyga istniejące wątpliwości. O gruźliczem ropnym zapaleniu opłucnej możemy mówić z zupełną pewnością jedynie wtedy, gdy stwierdzimy w ropie prątki Kocha mikroskopowo, względnie szczepiąc ropę śwince. Badanie mikroskopowe jednak zdaniem badaczy rzadko daje wynik dodatni, inokulacja zaś śwince, jak wiadomo, posiada mniejszą wartość praktyczną ze względu na czas trwania doświadczenia. Wiadomo również, że ropne gruźlicze zapalenia opłucnej, w których znajdują się jedynie prątki Kocha, a więc t. zw. „jałowe“ należą do rzadkości, zazwyczaj bowiem równocześnie stwierdza się drobnoustroje ropotwórcze jak pneumostaphylo-streptokoki. Bardzo trudno jest również (biorąc pod uwagę trudności wykrycia prątków Kocha) rozstrzygnąć, czy w przypad-

ku, w którym stwierdzamy zarazek ropotwórczy mamy do czynienia z wysiękiem gruźliczym, czy też nie. Nie daje nam również wskazówek w tym kierunku badanie morfologiczne ropy z opłucnej, nie wiadomo bowiem, sądząc z piśmiennictwa dotyczącego rozpoznania różniczkowego, czy opłucnowy wysięk ropny gruźliczy posiada specyficzne cechy.

Na podstawie danych z literatury i ogólnie przyjętych pojęć możnaby ropne zapalenia opłucnej u osobników gruźliczych podzielić na 3 kategorie: 1) zapalenia ropne, w przebiegu których nie stwierdza się w ropie drobnoustrojów ropotwórczych, a jedynie prątki Kocha, mikroskopowo, lub metodą biologiczną; tej postaci odpowiadają zazwyczaj zmiany swoiste na opłucnej (Hutinel). 2) W ropie znajdują się prątki Kocha stwierdzone jedną z metod i równocześnie drobnoustroje ropotwórcze, 3) w ropie znajdują się jedynie drobnoustroje ropotwórcze.

Dwa pierwsze rodzaje należałoby nazywać ropnem gruźliczym zapaleniem opłucnej, 3-ci natomiast ropnem zapaleniem opłucnej u osobnika gruźliczego, nie przesądzając czy i jaką rolę w powstaniu tego schorzenia odgrywa współistniejąca gruźlica. Podział taki posiadać może wartość teoretyczną, nie odpowiada jednak wymaganiom praktycznym, szczególnie jeśli chodzi o odróżnienie postaci drugiej od trzeciej, ze względu na trudności rozpoznawcze wyżej wymienione. Zupełnie więc pewne odróżnienie gruźliczego zapalenia opłucnej od zapalenia opłucnej u osobnika gruźliczego jest zdaniem autorów (Netter) bardzo trudne. 1

Rozpoznanie ropnych gruźliczych zapaleń opłucnej opiera się zazwyczaj na stwierdzeniu zmian gruźliczych w płucach, względnie — u młodego niemowlęcia — zakażenia gruźliczego, oraz na charakterystycznym przebiegu, a mianowicie powolnym początku oraz względnie łagodnym lecz przewlekłym rozwoju. Tę ostatnią cechę spotyka się jednak nierzadko w ropnych zapaleniach opłucnej u osobników niegruźliczych, np. na tle pneumokoków.

Wszystkie opisywane ropne zapalenia opłucnej u dzieci gruźliczych posiadają tę najważniejszą cechę choroby przewlekłej, co je ma odróżniać od ostro przebiegających ropnych zapaleń, nie stojących w żadnej łączności z gruźlicą. Nie spotykamy natomiast w literaturze opisu przypadku ropnego zapalenia opłucnej o ostrym przebiegu, którego powstanie możnaby mimo to łączyć ściśle z istniejącą sprawą gruźliczą płuca. Jednak spostrzeżenia kliniczne uczą, że postacie takie istnieją, a jedynie być może nie zostają jako takie rozpoznawane i wyodrębniane.

Poniżej przytoczone przypadki ropnych zapaleń opłucnej o przebiegu ostrym, spostrzegane w klinice, wykazują wspólny punkt wyjścia, którym jest rozpadowa gruźlica płuc.

D. J. 9 miesięcy. Ojciec chory na gruźlicę płuc, matka zdrowa. Do ostatnich czasów nie chorowało i rozwijało się normalnie. Choroba, z powodu której dziecko przybyło do kliniki zaczęła się przed 3-ma dniami gorączką i utrudnieniem ssania. Dnia 24.VI-go przyjęte do kliniki. Waga 7.200, odżywienie dość dobre. Temp. 39^o, oddech 40/m miarowy, tętno 130/m. Przytomność zachowana, dziecko bardzo niespokojne. Gruczoły chłonne podszczękowe powiększone. Kościec o wybitnych zmianach krzywiczych. Śluzówki jamy ustnej silnie przekrwione, przy lekkim dotyku krwawia, na dziąsłach i podniebieniu małe szare naloty. Płuca w granicach normalnych, wypuk z tyłu jawny, z przodu po stronie lewej pod obojczykiem nieznaczne stłumienie. Oddech pęcherzykowy. Pod lewą pachą drobne rżenia. Serce bez zmian patologicznych. Narządy jamy brzusznej zmian nie wykazują. Odruchy fizjologiczne zachowane, patologicznych brak. Odczyn Pirquet'a ujemny, odczyn Mantoux 1/10.000 dodatni, powtórnie wykonywany odczyn Pirquet'a dodatni. W moczu stwierdza się: c. g. 1,020, oddziaływania kwaśne, białko 0,15^o/₀₀ nabłonki 3 — 5 w polu widzenia, leukocyty 20 — 40 w polu. Badanie nalotów z jamy ustnej wykazuje niezróżnicowane koki, wrzcionowców brak.

W następnych dniach ciepłota utrzymuje się. Stan zapalny jamy ustnej pod wpływem przemywań wodą utlenioną ustępuje stopniowo. Dziecko bardzo niespokojne. Dn. 27.IV stan gorszy, wymioty po każdym karmieniu, dziecko zamroczone. Prześwietlenie promieniami Roentgena klatki piersiowej wykazuje zaciemnienie jednolite, rozlane na dużej przestrzeni w okolicy wnęki lewej. 29.IV. Stan dziecka pogarsza się szybko, światłowstręt, drżenie rąceł, sztywności karku brak. Dnia 30.IV wykonane nakłucie łędźwiowe wykazuje wzmoczone ciśnienie, płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty, odczyny: Nonne — Apelta +, Pandy +, 12 białych ciałek w 1 mm.³, prawie wyłącznie limfocyty. 1.V stan ten sam. W płucach stłumienie po stronie lewej pod obojczykiem oraz z tyłu od góry do kąta łopatki, oddech pęcherzykowy, liczne dźwięczne rżenia. 2.V stan bardzo ciężki, wyraźna duszność, lekka sinica, oddech o gnilym zapachu. Płuca: po stronie lewej od szczytu do kąta łopatki przytłumienie, poniżej stłumienie zupełnie, w górze oddech oskrzelowy, rżenia; na przestrzeni stłumienia oddech pęcherzykowy osłabiony. W pasze lewej oddech jamisty, dźwięczne rżenia. Nakłucie opłucnej lewej dało około 4 cm.³ płynu surowiczego ropnego, z wykonanego posiewu wyrósł gronkowiec złocisty. 4.V. Stan dziecka uległ znacznemu pogorszeniu; bardzo silna duszność i sinica; płuca po stronie lewej: stłumienie do kąta łopatki, poniżej (w miejscu poprzedniego stłumienia) wypuk z odcieniem bębnowym, tamże oddech oskrzelowy osłabiony. Powtórne nakłucie opłucnej: po przekłuciu opłucnej tkok strzykawki cofa się gwałtownie; udaje się wydobyć zaledwie kilka kropli ropnego płynu. Prześwietlenie wykazuje wysięk w lewej jamie opłucnowej, połączony z ograniczoną zrostami odmą. Tego dnia dziecko zmarło.

Rozpoznanie kliniczne: Tbc. pulm, utr. pr. sin. Caverna pulm. sin. Pleuritis purulenta et pneumothorax sin. Meningitis tbc. Stomatitis, Pyelitis.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: Pyopneumothorax sin. apertus. Caverna lobi sup. pulm. sin. cum pleura communicans. Tbc. miliaris pulm. dextri et lobi inf. pulm sin. Tbc. caseosa gland. peribr. et. gl. mesenterii. Peritonitis tbc. diffusa plastica. Tuberculum solitare ad meningum progrediens in. reg. temp. sin. Pachymeningitis haemor. sin. Ulcera tbc. ilei et ulcus duodeni. Tubercula miliaria hepatis et lienis.

W przypadku tym jak widać istniała gruźlica płuc, która pod wpływem zakażenia nieswoistego (którego objawem było stomatitis i pyelitis) uległa szybkiemu obostrzeniu, wytwarzając rozpad i jamę w płucu lewym. Bliskie sąsiedztwo jamy z opłucną spowodowało przejście drobnoustrojów ropotwórczych na opłucną i w następstwie szybkie powstanie

ropnego zapalenia opłucnej. Jama, która była miejscem wyjścia zakażenia opłucnej, znajdowała się tuż pod opłucną, nie długo bowiem nastąpiło przebicie jej, czego następstwem była stwierdzona przy powtórnym nakłuciu odma. Może nasuwać się wątpliwość, czy zakażenie wtórne opłucnej nie nastąpiło skutkiem przebiccia jamy i przedostania się jej zawartości do opłucnej; przeciwko temu przemawia jednak stwierdzenie ropy przed powstaniem odmy, oraz zmiany na opłucnej, stwierdzone na sekcji w postaci zrostów i zgrubienia, wskazujące na proces zapalny, trwający dłuższy przeciąg czasu, podczas gdy objawy odmy wystąpiły dopiero w dniu śmierci. Mieliśmy więc tutaj do czynienia z ropnym gronkowcowym zapaleniem opłucnej przy równoczesnym istnieniu rozpadowej gruźlicy płuc, która była źródłem zakażenia opłucnej. Przebicie jamy do opłucnej i wytworzenie odmy powikłało sprawę i spowodowało zejście śmiertelne.

O ile przypadek ten ze względu na powikłanie odmą mógłby na pierwszy rzut oka nasuwać pewne wątpliwości, co do drogi zakażenia opłucnej, przypadek 2-gi, którego opis podajemy poniżej, przedstawia się zupełnie jasno.

R. F. 10 miesięcy. Rodzice zdrowi. Od urodzenia rozwijało się normalnie, nie chorowało do obecnej choroby. Zachorowało przed dwoma tygodniami: kaszel, gorączka, od kilku dni wyraźna duszność.

Przybyło do kliniki 2. IV. w stanie ciężkim, sinica i duszność wybitna, przytomność zachowana, niespokojne. Temperatura 38,7, tętno 130/m. oddech 38/m. Waga 8,900, odżywienie dobre, nieznaczne zmiany krzywicze. Płuca: po stronie lewej ztyłu od góry do dołu, w pasze i przodu zupełnie stłumienie, oddech pęcherzykowy bardzo osłabiony, płuco prawe bez zmian. Serce zmian patologicznych nie wykazuje. Brzuch wzdęty, niebolesny. Wątroba znacznie powiększona, sięga na 2 cm. poniżej pępka. Śledziona niepowiększona. Nakłucie opłucnej dało 400 cm.³ płynu ropnego, w którym stwierdzono paciorkowce.

W następnych dniach stan dziecka pogarszał się znacznie. Dnia 5.V. bardzo niespokojne, silne i częste wymioty, twarz o wyrazie cierpiącym, oczy zapadnięte, wybitna sinica twarzy. Brzuch silnie wzdęty, bardzo bolesny. Stolce płynne częste. Wieczorem dziecko zmarło.

Rozpoznanie kliniczne: pleuritis purulenta. Peritonitis acuta?

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: Peritonitis fibrinosa pur. diff. Pleuritis purulenta. Tbc. primaria apicis sin. sub forma pneumonia caseosa localisata. Caverna recens apicis sin. Caseificatio gland. hili lat. sin. Oedema lobi inf. pulm. sin. Anaemia myocardi. Infiltratio adiposa renum. Catarrhus mucosus intestin.

U dziecka pozornie zupełnie zdrowego występują ostre objawy zapalenia opłucnej, nakłucie wykazuje płyn ropny, zawierający paciorkowce. Przebieg schorzenia gwałtowny, zejście przy objawach zakażenia otrzewnej. Z powodu krótkiego pobytu dziecka w klinice nie zostały wykonane odczynny tuberkulinowe (robimy je zazwyczaj dopiero po kilkodniowym pobycie) rozległy zaś wysięk opłucnowy nie dozwalał stwierdzić zmian w miąższu płucnym. Z tej to przyczyny

wynik badania sekcyjnego, stwierdzający obecność gruźlicy rozpadowej oraz jamy był dużą niespodzianką.

W przypadku powyższym widzimy znów gruźlicę rozpadową płuca, oraz ropne zapalenie opłucnej po tejże stronie. Jest wielce prawdopodobne przypuszczenie, iż sprawy te stoją w ścisłej łączności ze sobą. Jama gruźlicza płuca stała się tu bezwątpienia źródłem zakażenia opłucnej (przyczem nie stwierdzono uszkodzenia opłucnej w drodze przebicia), a przejście drobnoustrojów odbyło się najprawdopodobniej drogą naczyń chłonnych. Przebieg schorzenia o charakterze ostrym i gwałtownym.

Na przypadki te zwracamy uwagę z przyczyn następujących. Dowodzą one, że zapalenie ropne opłucnej może istnieć jako powikłanie gruźlicy płuc u niemowląt i że może ono mieć charakter schorzenia ostrego, niczem nie różniącego się od innych ropnych spraw na opłucnej. Przebieg więc ostry nie przemawia przeciw rozpoznaniu tła gruźliczego. Źródłem zakażenia w tych przypadkach jest najprawdopodobniej jama gruźlicza, która jak wiadomo zawiera prawie zawsze oprócz prątków Kocha inne drobnoustroje ropotwórcze (paciorkowce, gronkowce, pałeczki Friedländera, rzekomobłonicze, proteus i inne, jak również beztlenowce). Czy w tych przypadkach ropa opłucnowa zawierała również prątki Kocha nie wiadomo, gdyż w tym kierunku badania nie były robione.

Netter uważa, że w ropnych przewlekłych zapaleniach opłucnej u dzieci należy zawsze wykonywać odczyn Pirquet'a; na podstawie powyższych przypadków należałoby dodać, iż również w ostrych zapaleniach opłucnej u niemowląt odczyn Pirquet'a może być wskaźnikiem dla ustalenia rokowania i leczenia (szczególnie jeśli chodzi o zabieg chirurgiczny). Odczyn dodatni wskazywałby bowiem u niemowląt na gruźlicę czynną i nasuwał przypuszczenie, iż istnieje przyczynowy związek między obiema sprawami. Poszukiwanie prątków Kocha w ropie posiadać może jedynie wartość teoretyczną, gdyż jak wspomniałam drobnowidzowe stwierdzenie jest niezwykle trudne, a próby biologiczne dają wynik zbyt późny. Nie można na podstawie dwu spostrzeganych przypadków stwarzać specjalnego typu schorzenia, lecz być może dalsze badania klinicystów-pedjatrów stwierdzające przypadki podobne opisany, umożliwią wyodrębnienie z pośród zapaleń opłucnej postaci ostrego ropnego zapalenia, jako powikłania specjalnie rozpadowej gruźlicy płuc u niemowląt.

Z Kolonji Lecznicej Dziecięcej im. Rektora J. Brudzińskiego.
Lekarz naczelny: Szymon Starkiewicz.

Odczyn Biernackiego w gruźlicy chirurgicznej wieku dziecięcego i uzupełnienie metody Pescheia.

Podał

Dr. Jan Wojciechowski.

(Kierownik pracowni klinicznej i gabinetu Roentgenologicznego uzdrowiska.)

Osadzanie się krwi nie jest odczynem swoistym. Spostrzegamy ten odczyn we wszystkich postaciach gruźlicy, w ostrych chorobach zakaźnych, w ostrym i przewlekłym goście, przy nowotworach złośliwych, w ciężkich niedokrwistościach i chorobach krwi, a także w takich stanach fizjologicznych, jak: ciąża i menses. Jednym słowem we wszystkich przypadkach zwiększenia rozpadu tkanek pochodzenia zapalnego lub nowotworowego.

Przyczyna przyspieszenia opadania krwinek leży w zmianach zachodzących w osoczu krwi, mianowicie w zwiększeniu fibrynogenu i innych globulin (labilglobulin), co stoi znowu w związku z ładunkiem elektrycznym krwinek (Hüber i Mond).

Ponieważ zależnie od ilości fibrynogenu i globuliny we krwi zwiększa się wewnętrzne tarcie krwinek, powinniśmy szukać stałego związku między lepkością krwi i przyspieszeniem opadania.

W przypadkach, które mam zamiar opisać, zastosowałem metodę Peschela, wypróbowaną przeze mnie na wielu przypadkach gruźlicy płucnej. Ma ona tę przewagę nad innymi metodami, że będąc prostą, wygodną i ściśle daje możliwość przedstawienia wyników pod postacią krzywej, pozwalającej czytać cały przebieg opadania jednym rzutem oka. Przed pobraniem krwi przygotowuję pewną ilość probówek hemoglobinometrycznych, nalewając do każdej 5% roztworu cytrynianu sodu, ściśle do podziałki 25. — Krew pobieram zawsze z rana o godzinie 10—11 (przed obiadem) z żyły łokciowej w ilości 1,5 — 2 cm³ do wyjałowionej strzykawki Recorda, z której natychmiast wylewam krew do probówki ściśle do podziałki

FORTOSSAN

C I B A

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

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

PUDEŁKA ORYGINALNE Z MIARECZKĄ W FORMIE ŁYŻECZKI.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

P A B J A N I C E, wojew. Łódzkie.

Oddział Farmaceutyczny.

Nakładem Tow. Lekarskiego Warszawskiego

WYSZEDŁ Z DRUKU

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Lekarskiego Polskiego

za lata 1917 — 21.

pojedyncze egzemplarze w cenie zł. 15 są do nabycia
w kancelarji Tow. Lekarskiego

Warszawa, Niecała 7.

Wobec ograniczonej liczby nakładu uprasza się o jaknaj-
wcześniejsze zamawianie egzemplarzy.



POLECAMY

Polski Kalendarz Lekarski

NA ROK 1928

ROCZNIK TRZECI.

Znacznie rozszerzony i uzupełniony najnowszymi zdobyczami wiedzy, zawierający między innymi: Kalendarjum, dział **rozpoznawczo - leczniczy** z dokładnem uwzględnieniem **djagnostyki różniczkowej i symptomatologii**, alfabetyczny spis **ważniejszych leków** z dokładnem uwzględnieniem **produkcji rodzimej**; **synonimy środków leczniczych**; tabelę **najwyższych dawek** dla dorosłych i dla dzieci; aproksymatyczną pojemność naczyń; **klimato- i balneoterapję**; tabelę porównawczą **zdrojowisk polskich i zagranicznych**; kąpiele lecznicze; kąpiele słoneczne; leczenie **światłem elektrycznem**; leczenie **lampą kwarcową**; leczenie **promieniami Roentgena**; leczenie **radem**; prof. Korczyńskiego: **Radioczyste wody lecznicze** i ich zastosowanie; **djatermję**; **kosmetykę**; **djetetykę**; tabelę zawartości **węglowodanów**; **witaminy**; **ortopedję**; **surowice i szczepionki**; **proteino-terapię**; Dra Baley: **Uwagi o gorączkowym leczeniu psychoz niekiłowego pochodzenia**; badania **laboratoryjne**; **zatrucia**; **najczęstsze zabiegi lekarskie**; okres **wylęgania i zaraźliwości chorób zakaźnych**; oznaczenie **okresu ciąży**; **ciążar i wzrost zdrowego dziecka**; **usuwanie plam z rąk i bielizny**; **etiologję i profilaksę płonicy**; **sekcję sądowo-lekarską**; **znamiona śmierci gwałtownej**; **ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej**; **spis lekarzy Izby warsz.-białostockiej**; **notatnik**.

Cena kalendarza, formatu kieszonk. w płótno oprawnego, wynosi

6.80 zł. za pobraniem pocztowem 8 zł.

KSIĘGARNIA NOWOŚCI

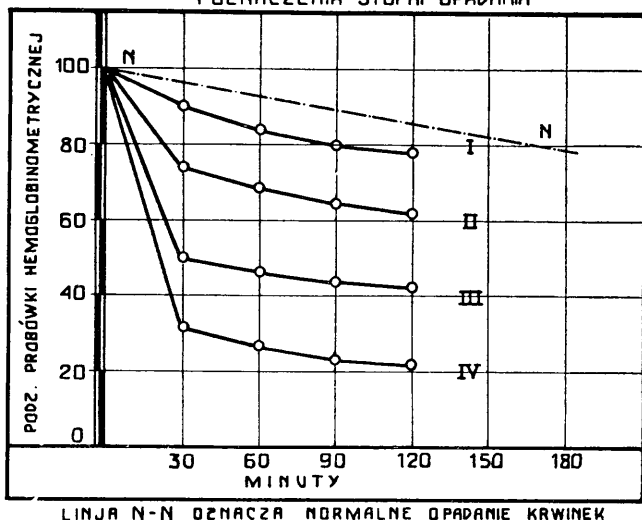
LWÓW — KOPERNIKA 3.

Pozatem dostarczamy **czasopisma i dzieła fachowe polskie i zagraniczne**, — te ostatnie po cenach ściśle katalogowych, bez doliczenia kosztów przesyłki zagranicznej i na dogodnych warunkach.

100.—Zawartość mieszam przewróceniem probówki 5—6 razy i zapisuję czas. Następnie sprawdzam i notuję szybkość opadania co $\frac{1}{2}$ godziny na kartkach, odpowiadających tablicy, którą tu widzimy, (tablica Nr. 1) obserwując proces opadania

T A B L I C A I.

GRAFICZNA METODA OKREŚLANIA OPADANIA KRWINEK
I OZNACZENIA STOPNI OPADANIA



w ciągu 2-ch godzin. Czas ten uważam za zupełnie wystarczający wobec tego, że po 2-ch godzinach krzywa opadania przyjmuje kierunek prawie linii poziomej.

Zauważyłem, że różnice szybkości opadania są bardzo rozległe i że da się wprowadzić rozróżnienie kilku stopni przyspieszenia, co uczyni tę metodę więcej ścisłą. Więc podzieliłem pole między poziomą, a pionową linią kilkoma równoległymi poziomymi i oznaczam stopnie opadania w zależności od tego, gdzie przypada linia danego przyspieszenia. Jeżeli cała linia przyspieszenia pada powyżej linii poziomej przy 80 oznaczam to, jako opadanie I stopnia.—Jeżeli większa część linii przyspieszenia leży między 80 i 60 otrzymuję opadanie II stopnia i t. d. Przy IV stopniu większa część linii przyspieszenia leży między 40 i 20.—Opadania niżej tej linii nie obserwowałem.

Kończąc opis metody, muszę powiedzieć parę słów o stałym charakterze krzywej przyspieszenia, mianowicie: szybkość opadania zawsze (bez wyjątków) jest największa w okresie pierwszej $\frac{1}{2}$ godziny, w okresie drugiej $\frac{1}{2}$ godziny

zwalnia się nieco. Po godzinie szybkość jest już bardzo nieznaczna. Więc największe załamanie linii mamy zawsze na 30-ej minucie.

Przy bardzo silnem przyspieszeniu (IV stopnia) załamanie to następuje na wysokości 30—35 podziałki.

Oprócz tego zauważyłem, że krzywa normalnego opadania nie ma żadnego załamania t. j. jest zwykle prostą i w ciągu 2 godz. zniża się od 100 do 85—80.

Przechodzę teraz do wyników badań 45 dzieci chorych na gruźlicę kości i stawów w Kolonii Leczniczej Dziecięcej, spostrzeganych w lipcu i sierpniu r. b.

Badania te mają charakter wstępny, ponieważ nie postawiłem sobie żadnych specjalnych zagadnień, oprócz jednego: wyjaśnić, jak wypada odczyn Biernackiego u dzieci w gruźlicy chirurgicznej. Aby wyłączyć czynnik subiektywny, historje chorób przeglądałem dopiero po ukończeniu badania.

Badano dzieci w wieku od lat 5 do 18 włącznie.

	5—10 lat	10—15 lat	powyżej 15 lat	Razem
Ilość badanych dzieci	10	27	8	45

Wśród nich chłopców 23, dziewczynek 22.

Wyniki dodatnie (przyspieszenie opadania) otrzymałem w 40 przypadkach, z tych 38 z rozpoznaniem tbc. i 2 z rozpoznaniem gośca. W 5 przypadkach opadanie było normalne.

Podział dzieci według rozpoznania i wyniki O. B.
określone w stopniach:

Spondylitis t. b. c.	4	1-IV, I-III, I-II i I-I st.
Coxitis t. b. c.	12	1-IV, 3-III, 4-II i 4-I st.
Gonitis t. b. c.	14	3-III, 6-II, 3-I i 1-N (?)
T. b. c. costarum	2	2-II
T. b. c. kości stopy i ręki	2	1-IV, 1-II
T. b. c. os. cruris	1	II
Scoliosis et anaemia	1	N
Lymphadenitis colli	1	II
Scrophulosis. Conjunctivitis		
Staphyloma-Lymphadenitis	1	III
Anaemia post osteomyelitid. femoris et humeri, Rheumatismus	1	III
St. post rachitis. Otitis media chronica	1	II
Post osteotomiam (genu valgum)	1	II
Atrophia muscular. (?)	1	N
Polyarthritis rheumatica	1	II
T. b. c. ossium pedis sinistrae	1	N
Observatio genus dextri	1	N

Ogólny wynik badań, przemawiający za ścisłością określenia rozmiarów procesu chorobowego i ogólnego stanu chorego wyprowadzimy później, przeprowadziwszy analizę poszczególnych przypadków. — Na razie już na podstawie tej tablicy musimy zaprzeczyć zdaniu, które spotkałem w pracach nad O. B. że najwięcej skrócony czas opadania jest w przypadkach spondylitis.

Z załączonej tablicy widzimy, że szybkość opadania nie zależy od umiejscowienia sprawy chorobowej. Tak w przypadkach spondylitis otrzymaliśmy przy naszych badaniach 4 różne stopnie opadania. To samo widzimy w przypadkach coxitis i gonitis.

Teraz przystąpimy do analizy poszczególnych przypadków i postaramy się na podstawie tej analizy wyprowadzić odpowiednie wnioski.

Na początku opiszę przypadki, które dały normalne opadanie krwinek. (Rozpoznanie podaję z historii chorób).

1 — Włostowska — Rozpoznanie: scoliosis dorsalis dex., lumbalis sinistra cum gibbo. Anaemia.

Dziewczyna lat 14, ma wygląd zdrowy, silnie przybywa na wadze (w ostatnim miesiącu + 3 kg.) Miewa czasami po 37,3. Pirquet +.

2 — Konradówna — Rozpoznanie: obserwatio genus dextr. Wygląda dobrze. Przybyła w ostatnim mies. 1 kg. Ciepłota czasem 37,1—4. Pirquet +.

3 — Szott — Rozpoznanie: T. b. c. ossium pedis sinistrae. Byłem zaintrygowany. Może rozległa sprawa gruźlicza? Dlaczegoż szybkość opadania normalna?

W namiocie zastałem chłopca pozostającego na nogach. Badanie wykazało na skórze malleoli externi bliznę wielkości pięćcio-groszówki. Samopoczucie i ogólny wygląd ma dobry. Na nogę zupełnie nie skarży się. Ciepłotę miał N. Przybytek wagi w ciągu ostatniego miesiąca wynosił 2,5 kg. Odczyn Pirquet'a dwa razy robiony dał wynik ujemny.

4 — Będzikowska — Rozpoznanie: gonitis t. b. c. sinistra. Ogólny stan dobry. Ciepłota prawie stale prawidłowa, czasem 37,1. Przybyła na wadze 0,5 kg./m. Pirquet ++.

5 — Podworski — Rozpoznanie: zanik mięśni podudzia. — Ogólny stan dobry. Ciepłota normalna. Przybytek wagi 1,2 kg./m. Pirquet —.

Przyspieszenie I st. stwierdziłem w 8 przypadkach, z których 1 z rozpoznaniem spondylitis, 4 coxitis i 3 gonitis.

Ogólny stan tych chorych określony jest jako dobry. Ciepłota podgorączkowa (w 1 przyp. spondylitis t⁰ do 37,5—6) Pirquet dodatni (od + do +++).

Największą liczbę przypadków — 20 — dał stopień II. Z nich spondylitis — 1, Coxitis — 4, gonitis — 6, t. b. c. cost. — 2, Lymphadenitis — 1, Rheumat. artic. — 2, t. b. c. os. cruris — 1, t. b. c. kości stopy i ręki — 1.

Ogólny stan tych chorych w 4 przypadkach określony jest jako dobry i w 7 jako średni.

Ciepłota w 2 przypadkach do 37,5 — 8, w 10 przypadkach do 37,1 — 3 i w 3 przypadkach prawidłowa.

Przybytek wagi w 12 przypadkach, ubytek w 2-ch i reszta bez zmian.

Stopień III dało 9 przypadków: z nich — spondylitis — 1, Coxitis — 3, gonitis — 3, 1 przypadek z rozpoznaniem ankylosis genus et articuli talo-cruur. dextr. post operationem.

Ale muszę tu zaznaczyć, że chora miała podwyższoną ciepłotę do 37,5. Ubytek na wadze — 1 kg/m. Wygląd wąły, Pirquet +++.

Mojem zdaniem w danym przypadku rozpoznanie jest niezupełne.

Dziewiąty przypadek z rozpoznaniem: scrophulosis. Conjunctivitis. Oczopląs. Staphyl. oculi dextri i dowiaduję się teraz, że chora miała b. duże gruczoły szyjne (ropiejące). Ciepłotę miała 37.0 — 38.0. Przybytek na wadze + 1 kg/m. Pirquet dodatni +.

Wreszcie stopień IV dały 3 najcięższe przypadki z badanych:

1 — Kania — Rozpoznanie: observatio vertebrar. cervic. insp. spondylitis t. b. c. — Ogólny stan ciężki.

Wyniszczenie silne. T^o do 39^o. Pirquet nie robiony.

2 — Ignasiak — Coxitis t. b. c. dextra cum ankylosi. T^o do 39^o. Waga stała. Pirquet ++++. Znaczne wycieńczenie.

3 — Kupisz Zygmunt — Gruźlica stopy z przetokami. Wyniszczenie b. znaczne. T^o do 38^o. Przybytek na wadze 1 kg/m. Pirquet ++++.

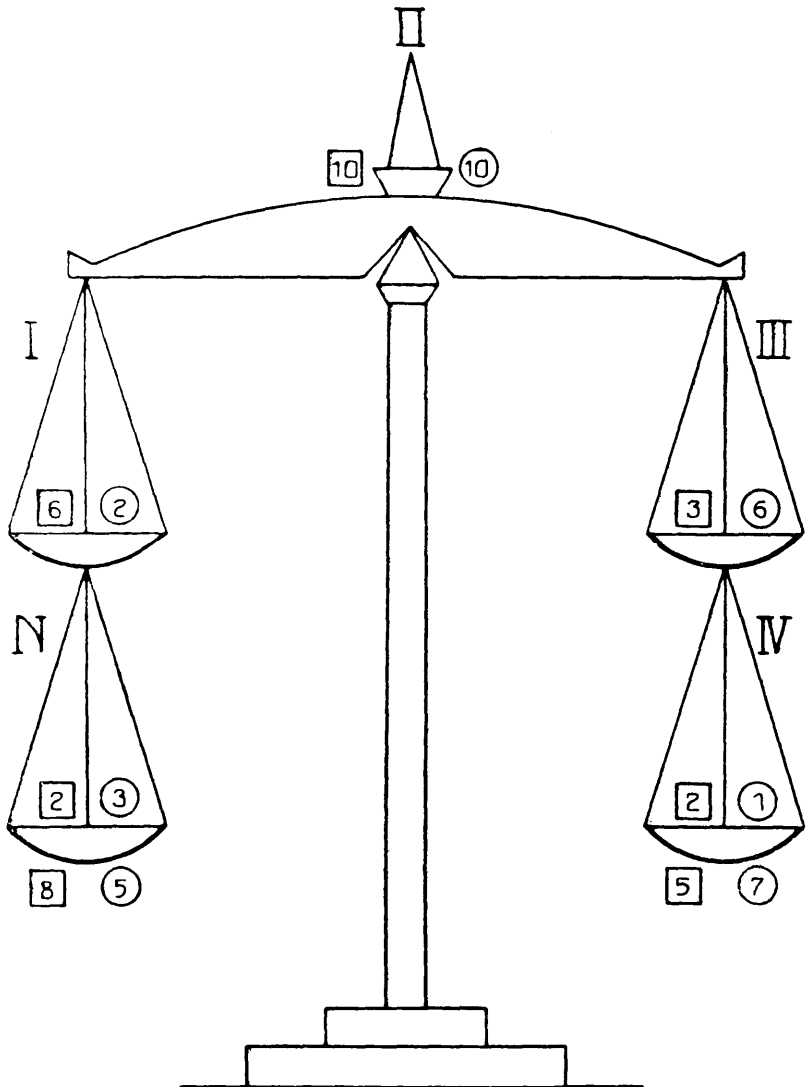
Z analizy poszczególnych przypadków wynika, że w odczynie Biernackiego mamy dobrą i wygodną metodę określania czynności spraw chorobowych i ogólnego stanu chorego. W zupełności zgadzam się z jednym z autorów, który określając znaczenie O. B. mówi, że „przebieg krzywych wykreślanych systematycznie podczas choroby jest wyrazem walki, która się toczy w ustroju między zarazkiem i jego antytoksynami“. Co do oznaczenia odczynu B. dla rokowania w gruźlicy chirurg., zagadnienie to wymaga dalszych badań w ciągu dłuższego czasu.

Zagłębiając się myślą w wyniki badań, postawiłem sobie pytanie, czy nie można byłoby na podstawie tych nielicznych przypadków wyprowadzić wniosku co do ciężkości schorzeń gruźliczych kostno-stawowych w zależności od płci. Starłem się zbliżyć do rozstrzygnięcia tego pytania podwójną metodą, korzystając z tego, że liczby chłopców i dziewczynek są prawie jednakowe, podsumowałem ilość stopni otrzymanych przez jednych i drugich. A więc 23 chłopców otrzymało razem 41 stopni, 22 dziewczynki 43 stopnie szybkości.

Ale ponieważ szybkość opadania u płci żeńskiej jest wogóle większa, więc może nieduża przewaga stopni u dziewcząt pochodzi z tej ogólnej różnicy szybkości opadania. Inaczej wypadłoby przyznać, że płeć żeńska daje większą szybkość opadania, a więc i cięższe przypadki.

Podejmiemy do tegoż zjawiska z innej strony. Zsegregujemy wszystkie przypadki według stopni i przedstawimy

TABLICA II.



LICZBY W KWADRATACH OZNACZAJĄ, CHŁOPCÓW
 " W KÓŁKACH " DZIEWCZYNKI

to w postaci wagi, w której centralną część zajmą przypadki średniej szybkości (ciężkości) więc II stopień; liczba, która na nasze szczęście dzieli się równo po połowie według płci, (10 chłopców i 10 dziewczynek). Po lewej stronie wagi umieścimy przypadki lżejsze (N i I st.), po prawej cięższe (III i IV). Teraz weźmiemy sumę po stronie lewej (8 chłopców i 5 dziewczynek), więc w lżejszych przypadkach przewaga jest po stronie chłopców.

Po prawej stronie liczby zachowują się akurat odwrotnie, t. j. na 5 chłopców przypada 7 dziewczynek. Więc w ciężkich przypadkach przewaga liczb po stronie płci żeńskiej. (patrz. str. 357. Tablica II).

Gdybyśmy mieli większą liczbę przypadków, moglibyśmy tym sposobem stwierdzić, że płeć żeńska skłonna jest do zapadania na cięższe postacie. Ale ta przewaga nie jest zbyt znaczna.

Reasumując wyniki naszych badań, możemy wyprowadzić wnioski następujące:

1. W rzędzie innych ścisłych badań klinicznych, jak mierzenie ciepłoty, określanie wagi, badanie mikroskopowe i inne, odczyn Biernackiego jest metodą niezbędną i ma pierwszorzędne znaczenie dla określenia czynności sprawy chorobowej, jej ciężkości i określenia ogólnego stanu chorego.

2) Powtórne okresowe badania opadania krwinek w gruźlicy kostno-stawowej, zwłaszcza przy jednoczesnych badaniach rentgenologicznych, niewątpliwie oddadzą wielką przysługę klinice i wyjaśnią ich znaczenie dla rokowania.

3) Szybkość opadania krwinek nie zależy od umiejscowienia sprawy chorobowej.

4) Wprowadzenie do metody Peschela uzupełnienia w postaci stopni szybkości opadania krwinek przyczynia się do ścisłości określania stanu chorobowego.

P I Ś M I E N N I C T W O .

1. Biernacki. Krytyka Lekarska. 1897 r. 2. Linzenmayer. A. f. Gyn. 1920. 3. Westergeen. Klin. Wochenschrift. 1922. 4. Kopańczewski. Colloides en Biologie et Medicine-Paris. 1923. 5. Landsberg. Przegląd Epidemiczny. T. II, z. II. 6. Starfinger. Biochem. Z. 1921 tom 114, 122, 123. 7. Rejcherówna. Polskie Arch. medyc. wewn. T. I, zes. 1. 8. Dawidowicz. Polska Gaz. Lekarska. Z. 44, 1923. 9. Fahräus. Bioch. Zeit. 89. 10. Frisch und Starlinger. Klinische Wochen. 1921, 38/39. 11. Klimhoff. Beitr. z. Klin. d. Tab. 55. 12. Schmidt. B. z. Klin. d. Tab. 55. 13. Peschel. Beitr. z. Klin. d. Tab. 58. 14. Münde Fr. Medicin. Klinik 21. 19. 5. 15. Frenklówna i Samet. Polska Gaz. Lekarska 41/1924. 16. Śliwiński. Polska Gaz. Lek. 43, 1924. 17. Sterling. Polska Gaz. Lek. 18. Wąsowicz. Gruźlica 3, 1926. 19. Margolisowa. Gruźlica 3, 1926. 20. Milewski. Tad. Arch. med. wew. T. III z. 2. 21. Dobrowolski L. Gruźlica 5, 1926 r. 22. Dawidowicz. Gruźlica 5, 1926 r. 23. Maurice Salomon et Jean Valtis. La Presse médicale N. 39—1925 r. 24. Polska Gaz. Lekarska 4, 1927 r. 25. Granat. Immunobiologia, klinika i pro. tbc. u dietety. Sbornik 1927 r. 26. Brokman i Hirszfeldowa. Jahrb. Kind. 1924. 105—55. str. 55.

Ze szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

Lekarz naczelny T. Mogilnicki,
Z oddziału H. Frenklowej.

Odczyn śródskórny Mc. Clure'a i Aldrich'a u dzieci.

P o d a ł y

H. Frenklowa i S. Mandelsowa.

W r. 1923 autorzy amerykańscy Mc. Clure i Aldrich opisali u dzieci odczyn, polegający na wstrzyknięciu doskór-
nem 0,2 cm. sz. roztworu fizj. soli, przyczem tworzy się pe-
rełka, która u normalnego osobnika utrzymuje się w prze-
ciągu 50 minut lub dłużej. W przypadkach obrzęków autorzy
ci stwierdzili znaczne przyspieszenie odczynu: perełka solna
znika szybciej, nieraz już po upływie minuty lub nawet
jeszcze prędzej.

W następnym roku autorzy ci podali bardziej szczegóło-
we wyniki, dotyczące omawianego odczynu: w 16 przypad-
kach chorób nerek u dzieci z obrzękami perełka znikała tem
szybciej, im większe były obrzęki i odwrotnie; zjawisko to
ma polegać na wzmóženem powinowactwie tkanek do wody
w stanach obrzękowych (podług innych autorów mechanizm
tego odczynu jest dotychczas niewyjaśniony). Szybkość wsy-
sania się soli, wstrzykniętej doskórnie ma być większa na
kończynach dolnych, niż na górnych wskutek niejednakowych
warunków obiegu krwi rąk i nóg. Zatrucia i zakażenia wpły-
wają podług Mc. Clure'a i Aldrich'a również na przyspiesze-
nie odczynu; to samo występuje w niektórych postaciach
chorób serca oraz w okresie popłoniczym (bez widocznych
obrzęków).

Spostrzeżenia Mc. Clure'a i Aldrich'a zostały potwier-
dzone — u dzieci i u dorosłych — przez cały szereg auto-
rów amerykańskich. Autorzy ci (Milton B. Cohen, Baker,
Walter G. Stern, Olmstead) uważają, że normalny czas trwa-
nia odczynu wynosi 60 minut, i że przyspieszone znikanie
perełki doskórnej jest wyrazem miejscowego zaburzenia krą-

zenia lub ogólnego zakłócenia gospodarki wodnej ustroju (obrzęki wzgl. gotowość obrzękowa). W obrzękach, towarzyszących niedomodze serca, czas trwania perełki solnej, zmniejszony w miejscach obrzękniętych, może być prawidłowy w innych częściach ciała.

Baker na podstawie badań nad odczynem Mc. Cl.—Aldr. w płonicy i błonicy u dzieci twierdzi, że w obu zakażeniach jest on znacznie przyspieszony, przyczem przyspieszenie to ma być tem większe, im zakażenie jest cięższe. Loveth przypisuje odczynowi Mc. Cl.—Aldr. w płonicy tak duże znaczenie, iż uważa przyspieszenie odczynu poniżej 30 minut za dodatkowe wskazanie do dania surowicy.

Harrison podaje, jako normalny czas dla odczynu McCl. — Aldr. u dzieci powyżej roku godzinę: w 12 przypadkach zapalenia płuc u dzieci w wieku 2 — 14 lat czas ten był znacznie skrócony. Po przełomie przyspieszenie odczynu utrzymuje się jeszcze w ciągu dłuższego czasu: w 2-ch przypadkach w miesiąc po spadku ciepłoty odczyn był jeszcze przyspieszony.

Poza piśmiennictwem amerykańskim rzadko kiedy znajdujemy wzmiankę o odczynie Mc. Cl.—Aldr.: kilku tylko autorów europejskich sprawdzało wartość tego odczynu (Povoa, Merklen i i.) i naogół potwierdzają przytoczone wyniki autorów amerykańskich.

Celem naszej pracy było sprawdzenie wartości praktycznej omawianego odczynu w różnych stanach chorobowych u dzieci, szczególnie zaś u chorych niemowląt i stwierdzenie, czy ma on znaczenie djagnostyczne wzgl. prognostyczne w stanach zaburzenia gospodarki wodnej ustroju dziecka. Wiedząc, jak wielkie znaczenie posiada przemiana wodna w fizjologii i patologji oseska, można było a priori przypuszczać, iż omawiany odczyn, umożliwiając nam ocenę stanów zakłóconej równowagi wodnej, będzie miał duże znaczenie kliniczne.

Materiał nasz obejmuje 117 dzieci w wieku od 3-ch tygodni do 15 lat, u których wykonałyśmy 215 odczynów, stosując następującą technikę: 0,2 cm. sz. fizjol. roztworu soli wstrzykiwano bardzo powierzchownie (koniec igły musi przeświecać przez skórę) za pomocą bardzo cienkiej igły w skórę brzucha i obserwowano wytworzone na miejscu wstrzyknięcia nacieczenie (perełkę) aż do zniknięcia. Ocena wysysania się perełki odbywała się za pomocą dotyku, gdyż wzrokowo nie udaje się zupełnie dokładnie ustalić momentu, kiedy cała sól się wessała.

Odczyn wykonywano u wszystkich dzieci w jednakowym miejscu na prawo od pępka, tylko kilkanaście pierwszych

odczynów wykonano w innych miejscach: na udach, przedramionach i klatce piersiowej, przyczem stwierdziłyśmy, iż na brzuszku czas trwania odczynu był najdłuższy, czyli najlepiej nadawał się do spostrzegania przyspieszenia i zwolnienia.

Różnica między trwaniem odczynu w różnych częściach ciała była nieraz bardzo znaczna np:

klatka piersiowa	31	minut
przedramię	47	„
brzuch	77	„

Powyższy przykład dotyczy dziecka, u którego czas trwania odczynu był wyjątkowo długi, gdyż u większości naszych dzieci spostrzegaliśmy odczyny, trwające mniej niż 30 minut. Dane innych autorów co do czasu trwania odczynu McCl.-Aldr. u dzieci różnią się od naszych wyników, gdyż podają oni, jak wyżej widzieliśmy, jako normę dla dziecka powyżej roku 50 do 60 minut. Krótszy czas trwania odczynu w naszych spostrzeżeniach należy prawdopodobnie przypisać okoliczności, iż miałyśmy wyłącznie do czynienia z dziećmi choremi, u których widocznie działały czynniki, przyspieszające wsysanie się perełki solnej.

Przy omówieniu naszych spostrzeżeń odróżnić musimy wyniki:

- a) prób jednorazowych. i
- b) wyniki wielokrotnego powtarzania tych prób w określonych odstępach czasu u tych samych dzieci.

Pierwsza grupa obejmuje przypadki z następującymi rozpoznaniem:

Pneumonia, Bronchopneumonia	27	przyp.
Nephrosis, Nephritis (z obrzękami i bez obrzęków)	11	„
Chorea	13	„
Vitium cordis (z obrzękami i bez obrzęków).	9	„
Peritonitis tbc.	3	„
Pleuritis exsudativa	6	„
Polyarthritus rheum	2	„
Dystrophia. Atrophia	24	„
Inne rozpoznania	22	„

Przechodząc do omówienia wyników u naszych dzieci, zaznaczyć musimy, iż nie spostrzegaliśmy żadnych charakterystycznych różnic w odczynach pośród poszczególnych grup chorobowych. Naogół przeważał, o czem już była mowa, bardzo krótki czas trwania odczynu: poniżej 30 minut, wyjątkowo tylko trwał godzinę lub powyżej godziny (10 przypadków). Jakiegokolwiek zależności między szybkością odczynu a rozpoznaniem nie udało nam się stwierdzić, gdyż we wszystkich grupach zdarzały się zarówno bardzo szybkie, jak i długotrwałe odczyny. W przypadku przewlekłej nefrozy u dzie-

czynki 14-letniej z małemi obrzękami dolnych kończyn czas trwania odczynu, wykonanego, jak zwykle, na brzuchu, wynosił 85 minut. Na zasadzie danych z piśmiennictwa, oczekiwaliśmy w przypadku tym bardzo szybkiego odczynu ze względu na obecność obrzęków, możliwe jednak, iż w danym razie należało wykonać odczyn w obrębie obrzęków, t. j. na dolnych kończynach.

Przypadki wad serca, płasawicy, zapalenia otrzewnej i opłucnej oraz gośca stawowego nie przedstawiały pod względem czasu trwania odczynu nic szczególnego. W 23-ch przypadkach płatowego i odoskrzelowego zapalenia płuc w okresie podniesionej ciepłoty odczynu były bez wyjątku bardzo szybkie.

W dystrofjach różnego stopnia, spostrzegaliśmy zarówno bardzo długi, jak i zupełnie krótki czas trwania odczynu, przyczem nie udało nam się wykryć żadnego związku między szybkością odczynu, a stopniem wyniszczenia dziecka. Natomiast we wszystkich bez wyjątku przypadkach atrofij odczynu były tak szybkie, iż perełka znikła wprost w oczach. Najszybsze wogóle odczynu o czasie trwania 8 i 9 minut występowały w tej właśnie grupie dzieci.

U 51 z pośród naszych przypadków próba McCl.-Aldr. została wykonana wielokrotnie w celu sprawdzenia stałości omawianego odczynu.

Próby te wypadły tylko w 13 przypadkach dodatnio, t. j. u dzieci tych czas trwania odczynu, powtórnego po krótszych (kilkodniowych) lub dłuższych (kilkotygodniowych) przerwach nie uległ zmianie, jak np. u dziecka S. N., 15 mies., Rozp. Krzywica:

22.12 — 36 minut, 21.1 — 21 min., 24.1 — 18 minut, 2.5 — 29 min.

U pozostałych 38 dzieci o stałości odczynu nie mogło być mowy, jak to widzimy z następujących przykładów:

Gr., 10 mies., Dystrophia, Pertussis.
 22.11 — 69 minut, 21.11 — 18 min., 26.11 — 15 min., 28.11 — 57 min.,
 22.12 — 16 min., 21.1 — 25 min., 24.1 — 11 min., 2.5 — 16 min.
 Chl., 6 mies., Otitis media.
 7.11 — 40 min., 10.11 — 35 min., 24.11 — 66 min., 26.11 — 24 min.,
 28.11 — 19 min., 5.12 — 10 min, 22.12 — 111 min., 21.1 — 15 min.,
 M., 11 lat, Chorea minor.
 19.6 — 16 min., 21.6 — 53 min.
 M., 8 mies., Pertussis, Bronchopneumonia.
 18.6 — 8 min., 21.6 — 54 min. i t. p.

Sprzeczności tych nie można było wytłumaczyć zmianami w stanie dziecka, gdyż pomimo najdokładniejszego spostrzegania naszych przypadków nie udawało nam się wykryć żadnej równoległości między szybkością odczynu, a przebiegiem choroby, wzgl. stanem odżywienia (u niemowląt).

Nasze przypuszczenie a priori, iż odczyn ten może być wskaźnikiem zaburzeń równowagi wodnej u niemowląt, nie sprawdziło się, gdyż niestałość odczynu, występująca niezależnie od objawów klinicznych, uniemożliwiała opieranie na nim jakichkolwiek wniosków.

Być może, iż przy ocenie wyników naszych należy mieć na względzie tę okoliczność, iż dzieci nasze, a zwłaszcza niemowlęta, przebywając przez czas dłuższy na oddziale, podlegały różnym utajonym zakażeniom, które mogły wpływać na przyspieszenie odczynu, ale w takim razie próba McCl.-Aldr. jest dla celów praktycznych zbyt subtelna.

Na podstawie danych z piśmiennictwa należy przypuszczać, iż odczyn McCl.-Aldr. odznacza się większą prawidłowością w stanach obrzękowych u starszych dzieci, ale nasi chorzy, wśród których było zaledwie kilka przypadków z obrzękami do tego rodzaju spostrzeżeń się nie nadawali.

W tych stanach chorobowych natomiast, o których była powyżej mowa, zarówno przy jedno, jak i przy wielokrotnych próbach, odczyn McCl.-Aldr. w naszych doświadczeniach okazał się niestały, t. j. ulegający u tego samego osobnika dużym wahaniom i — praktycznie — bezwartościowy.

PIŚMIENNICTWO.

1. Mc. Clure i Aldrich. J. A. M. A. T. 81—1924 i T. 82—1924.
2. M. B. Cohen. J. A. M. A. Tom 84. 1925, N. 21 i T. 86, 1926, N. 22.
3. Guggenheimer P. Klin. Woch. 1926, N. 16. 4. Harrison J. J. A. M. A. T. 84, 1925, N. 17. 5. Hornung. Zeitschr. f. Geb. u Gyn. T. 92, 1927, N. 2. 6. Loveth B. R. Am. Journ. of Med. Sc. 1927. 7. Merklen P. Bull. et mém. soc. méd. T. 42, 1926, N. 26. 8. Olmstaed. J. A. M. A. T. 86, 1926. 9. Ricaldoni A. Bull. et mém. soc. méd. 1928, N. 8.
10. Stern W. G. J. A. M. A., T. 87, 1926, N. 17. 11. White H. Am. heart journ. T. 2, 1927, N. 5.

Ze szpitala Anny Marji w Łodzi.

Lekarz naczelny: T. Mogilnicki.

Leczenie tężca surowicą swoistą i siarczanem magnezu.

Podał

Janina Woźniakówna.

Tęzec jest chorobą infekcyjną, powstającą najczęściej wskutek zakażenia rany cząstkami ziemi. Objawy tej choroby są bardzo charakterystyczne: najwcześniejszym objawem jest szczykościsk, później występuje tężcowy skurcz mięśni twarzy, tułowia i kończyn. W cięższych przypadkach przychodzi do porażenia mięśni przełyku, mięśni oddechowych oraz wystąpienia drgawek tonicznych.

Rokowanie w tej chorobie jest poważne zwłaszcza, jeżeli okres od chwili zakażenia do wystąpienia pierwszych objawów chorobowych jest krótki. Według Rozego, jeżeli okres wylegania trwa krócej niż 7 dni, rokowanie jest bardzo złe, jeżeli wynosi więcej niż 10 dni, rokowanie jest lepsze.

Śmiertelność przed wprowadzeniem surowicy swoistej Behringa była bardzo duża. Według Richtera wynosiła 80⁰%, Posselta — 80⁰%, Behringa — 80 — 90⁰%, Curschmana — 44,6⁰%, Ketzlera — 67,39⁰%. Naskutek leczenia surowicą śmiertelność obniżyła się, lecz jest jeszcze bardzo wysoka. Engelman podaje 28⁰% śmiertelności, Köhler — 43⁰%, Posselt — 40⁰%, Holsti — 34,2⁰%, Ullrich — 45,5⁰%.

Surowica swoista daje najlepsze wyniki, gdy stosuje się ją zapobiegawczo i to możliwie jak najwcześniej, według Aschoffa do 12-tu godzin po zranieniu, w ilości 10 cm. sz., czyli 40 jedn. antytoksyknych. Antytoksyna bowiem neutralizuje toksyny tężca tylko w drogach krwionośnych, na toksyny związane już z tkanką nerwową nie działa.

Surowica podana zapobiegawczo, jeżeli nie chroni we wszystkich bez wyjątku przypadkach od zachorowania, to jednak znacznie przedłuża okres wylegania choroby. Według Sutera, Bära, Lotheissena do 7-miu tygodni.

Surowicę leczniczo stosuje się dożylnie, do kanału kręgowego i domięśniowo. Podskórnie prawie nie jest stoso-

wana, wobec zbyt powolnego wchłaniania się. Roux stosował również surowicę domózgowo; Sicard w okolicę pni nerwowych. Niestęchanie ważną rzeczą jest zastosowanie surowicy jak najwcześniej, z chwilą wystąpienia pierwszych objawów chorobowych. Ilość surowicy obliczają autorzy według jednostek antytoksyecznych. Jednostka antytoksyeczna jest to ilość surowicy, którą należy zastrzyknąć podskórnio myszce o wadze 10 gr., by uchronić ją od zachorowania po zastrzyknięciu świeżej toksyny tężcowej, stanowiącej cztery miliony razy wyższą dawkę od śmiertelnej dla tej myszy.

Surowicę dożylnie pierwszy zaczął stosować Nocard, później Graff i Simon. Friedemann w jednym przypadku w ciągu 15-tu dni zastrzyknął 136 500 J. A. dożylnie, Kreuter zaczyna od 200 J. A. i dochodzi do 500 J. A. na dawkę. Kole daje 50 J. A., Behring 100 J. A. na dawkę.

Leyden, Blumenthal i Roux zalecają zastrzykiwania do kanału kręgowego w ilościach od 100 — 150 J. A. na dawkę.

Najrozleglejsze jednak zastosowanie ma surowica podawana domięśniowo. Jednakże mimo stosowania tak dużych dawek surowicy, jak widać z poprzednio cytowanej statystyki, wyniki nie są najlepsze. Zaczęto zatem szukać nowych dróg, by ratować chorych. Zwrócono uwagę na leczenie objawów i starano się o obniżenie nadmiernej pobudliwości chorego, napięcia i prężenia mięśni, oraz o usunięcie drgawek. Cel częściowo osiągnięto przez podawanie narkotyków i środków uspökajających: jak chloral hydrat, urethan w dużych dawkach, morfina, pantopon i inne.

W 1905 roku Meltzer i Auer wprowadzili do lecznictwa siarczan magnezu, Meltzer przeprowadził badania doświadczalne z siarczanem magnezu na królikach. Stosując roztwór siarczanu dożylnie, domięśniowo i podskórnio w ilości 1,5 — 1,7 gr. na kilo wagi otrzymywał: początkowo obniżenie, później zniesienie odruchów i znieczulenie, przytem zwierzęta przez dłuższy czas były uspione i wykazywały zupełny bezwład mięśniowy. Ośrodek oddechowy nie ulegał porażeniu.

Przy dożylnem stosowaniu zbyt stężonych roztworów następowało nagłe porażenie mięśnia sercowego zanim jeszcze wystąpił bezwład mięśniowy. Meltzer stosował również roztwór siarczanu magnezu wprost na rdzeń przedłużony. Wówczas już po 16 minutach wszystkie centra ulegały porażeniu. Po zastosowaniu jednak sztucznego oddychania można było zwierzę przywrócić do życia. Stosując siarczan magnezu do kanału kręgowego w okolicy lędźwiowej uzyskiwał znieczulenie i brak ruchów w dolnej połowie ciała. Przy długotrwałem działaniu może nastąpić sen przy zachowaniu czynności ośrodka oddechowego. Sole magnezu stosowane wprost na pień nerwowy, znosiły przewodnictwo nerwowe. Na zakończenia nerwowe siarczan magnezu działał porażająco, jak kurara

Cloetta twierdzi, iż po narkozie, wywołanej siarczanem magnezu, nie stwierdził zmian w komórkach nerwowych, znajdował natomiast dużo tych soli we krwi i limfie. Mansfeld dowodzi, że sól magnezu wchodzi w odwracalny związek z otoczką plazmy. Abderhalden przychodzi do wniosku, iż sól magnezu powoduje pęcznienie otoczki komórki i zmienia układ kolloidalny plazmy. Chura obserwował działanie siarczanu magnezu u dzieci i dorosłych. W wyniku podaje, iż po zastosowaniu małych dawek 0,03 — 0,2 na kg. wagi uzyskiwał podrażnienie układu parasympatycznego; przy większych dawkach — obniżenie napięcia tego układu.

Charakterystycznym jest, że sole wapnia działają antagonyście, znosząc już w małych dawkach działanie magnezu

Opierając się na doświadczeniach Meltzera można twierdzić, że siarczan magnezu nadaje się do objawowego leczenia tęcza. W ostatnich czasach w literaturze spotyka się liczne doniesienia o dodatnich wynikach leczenia siarczanem magnezu. Standler podaje dobre wyniki po zastrzykiwaniu podskórnym 30 — 40% roztworu siarczanu magnezu do 25 gr. na dobę. Dreifuss stosuje 33% roztwór. Meltzer 0,03 gr. na kg. wagi 3 — 4 razy dziennie — w ciężkich przypadkach 0,5 gr. na kilo wagi wraz z eterem domięśniowo. Göppert stosuje u dzieci 0,2 gr. na kilo wagi domięśniowo. Kocher 1,5 gr. na kilo wagi. Straub podaje dożylnie 2,5 — 3% roztwór od 50 — 150 cm. Liebold — 5% roztworu 10 cm. 2 — 3 razy dziennie. Do kanału kręgowego stosowali siarczan magnezu Blake i Logan. Franke i Griffon stosowali siarczan magnezu w roztworze 25% 2 — 4 cm. Meltzer zastrzykuje 0,03 na kilo wagi w 15 — 25% roztworze. Jednakże autorzy ci przestrzegają przed niebezpieczeństwem porażenia ośrodka oddechowego przy tej metodzie.

W Szpitalu Anny Marji już w 1924 r. stosowano leczenie surowicą i siarczanem magnezu u chorych na tęzec noworodków. Z 5-ciu przypadków opisanych przez H. Frenklową troje wyzdrowiało, czyli wynik był bardzo dodatni. W 1927 r. E. Ziegler opisał przypadek tęcza u 9-ioletniego chłopca, u którego leczenie swoiste surowicą nie dało dobrych wyników. Dopiero po zastosowaniu dużych dawek siarczanu magnezu, chłopiec zaczął się szybko poprawiać i w krótkim czasie nastąpiło wyleczenie. Przypadek był nie tylko bardzo ciężki, ale z bardzo krótkim (3-dniowym) okresem wylegania, co jak wiadomo pogarsza rokowanie.

Zachęteni temi dobrymi wynikami, zaczęliśmy w roku ubiegłym stosować u wszystkich chorych na tęzec skombinowany system leczenia surowicą i dużymi dawkami siarczanu magnezu. W tym okresie mieliśmy 7 przypadków tęcza. Leczenie przeprowadziliśmy w sposób następujący:

W pierwszych dniach leczenia zastrzykiwaliśmy surowicę

do kanału kręgowego, do żyły i do mięśni, by szybciej uzyskać działanie lecznicze; po 4—5 dniach zastrzykiwaliśmy surowicę tylko do mięśni, aby podtrzymywać jej stężenie w ustroju. Ilość stosowanej surowicy uzależnialiśmy od ogólnego stanu chorego i punktu wyjścia zakażenia. Jeśli punktem zakażenia była rozległa, brudna i trudna do leczenia chirurgicznego rana, gdzie istniało ognisko, skąd mogły wydzielać się świeże toksyny, a stan ogólny chorego był ciężki, tam stosowaliśmy więcej surowicy.

Nakłucia lędźwiowe wykonywaliśmy w narkozie z chloru etylu. Metoda ta okazała się słuszna i bardzo korzystna, gdyż:

- 1) unikaliśmy tak niebezpiecznego niepokoju i rozdrażnienia chorego,
- 2) technika zabiegu była łatwa i szybka,
- 3) niekiedy po krótkiej nawet narkozie dzieci zasypiały spokojnie na 2—3 godziny.

40% roztwór siarczanu magnezu zastrzykiwaliśmy podskórnie od pierwszego dnia leczenia w ilościach od 15—20 gr. czystego siarczanu magnezu na dobę. Wobec jednak tego, że działanie siarczanu magnezu jest przemijające dłuższych przerw między zastrzykowaniami nie robiliśmy. Mając dobre wyniki przy stosowaniu pod skórę — do żyły i do kanału kręgowego siarczanu magnezu nie zastrzykiwaliśmy. Przy podawaniu 40% roztworu nie zauważyliśmy ani razu martwej skóry, ani ujemnego wpływu na nerki.

Oprócz surowicy swoistej i siarczanu magnezu stosowaliśmy duże dawki uretanu od 4—8 gr. na dobę — wyjątkowo chloral hydrat. Ciepłe długotrwałe kąpiele, staranne przewietrzanie pokoju chorego, racjonalne odżywianie, w ciężkich przypadkach lawatywy odżywcze, dokładne opatrwanie ran, uzupełniały leczenie tej źle rokującej choroby.

Z siedmiorga leczonych dzieci—sześćcioro opuściło oddział w dobrym stanie, jedno tylko, już podleczone, wbrew naszej woli zostało zabrane do domu przez niekulturalną matkę, gdzie, wobec braku opieki i złych warunków domowych, zmarło po tygodniu z powodu nieżyłowego zapalenia płuc.

Dla zilustrowania przebiegu leczenia przytoczę kilka historyj chorób:

1. Kazio K., 4 l., przybył na oddział szpitala ze skomplikowanym złamaniem kości prawego podudzia. Po 18 dniach od chwili złamania wystąpił szczykościsk, silne stężenie mięśni tułowia i kończyn, wygięcie kręgosłupa i krótkotrwałe drgania całego układu mięśni szkieletowych. Stan ogólny dziecka b. ciężki. Temp. 39°.

Stosowano surowicę przeciwtężcową do kanału kręgowego raz dziennie w ciągu trzech dni, po 2 flakony — t. j. 80 J. U., a do mięśni codziennie po 2 flakony. Zastrzykiwania 40% siarczanu magnezu 3 razy dziennie po 10 cm³. Stężenie mięśni i drgawki stopniowo ustępowały. Po 9 dniach leczenia matka zabrała dziecko w stanie osłabionym do domu na własne

żądanie. Wkrótce zawiadomiła nas, że dziecko całkowicie wróciło do zdrowia.

2. Arkadiusz G., 8 lat — skaleczył się w nogę. Po 2 tygodniach wystąpił szczękościsk, sztywność karku i drgawki.

4.VIII.28 na oddziale stwierdzono stan ciężki; wybitny szczękościsk, tęczyowy skurcz mięśni, typowy dla tęcza risus sardonicus, kilka razy dziennie krótkotrwałe drgawki.

Inj. 2 flakony surowicy przeciwtęczywej do żyły.

Inj. 2 flakony „ „ do mięśni.

Inj. 40% roztwór siarczanu magnezu pod skórę 4 razy po 10 cm.³ na dobę.

Roztwór 10% uretanu 3 razy po 10 gr.

5.VIII szczękościsk wzmógł się, mięśnie napięte, sztywne, drgawki tylko jeden raz w ciągu doby.

Inj. 2 fl. surowicy do mięśni, siarczan magnezu i urethan jak dnia poprzedniego.

6.VIII sztywność mięśni utrzymuje się, drgawek już nie stwierdzono, chłopiec spał spokojnie.

Zastrzyknięto surowicę do kanału kręgowego i do mięśni.

7.VIII stan lepszy. Chłopiec próbuje siadać, usta otwiera lepiej, mięśnie mniej napięte, drgawek nie było.

15.VIII chory zaczyna chodzić.

18.VIII stan zupełnie dobry, chory chodzi bez pomocy. brzuch miękki, risus sardonicus słabo zaznaczony.

Ogółem w ciągu leczenia chłopiec otrzymał:

2 flak. sur. przeciwtęczywej do żyły.

2 flak. „ „ do kanału kręg.

12 flak. „ „ do mięśni.

Czystego siarczanu magnezu w ciągu 16 dni — 290 gr.

3. Edmund K., 7 lat, zgłosił się do szpitala dn. 22.V.28.

Dnia 21.V wystąpił szczękościsk, sztywność mięśni i drgawki. Nie był rzekomo skaleczony.

22.V stwierdzono ogólny stan b. ciężki: trismus znacznego stopnia, mięśnie klatki piersiowej i brzucha silnie napięte, kończyny sztywne, kręgosłup wygięty; dziecko połyka z trudnością, chwilami sinieje, przy badaniu i wogóle z chwilę zbliżania się do łóżka niepokoi się i dostaje drgawek. Zastosowano 2 flak. surowicy do kanału kręg. i 2 flakony do mięśni. Inj. 40% siar. magn. 3 razy po 10 cm. pod skórę.

23.V stan nadal ciężki: sztywność mięśni utrzymuje się, przełykanie utrudnione, sinica, kilka razy dziennie drgawki.

Inj. 2 flak. surow. do żyły, 2 flak. do mięśni. Zwiększono dawkę siarczanu magnezu,

24.V stan nieco lepszy, drgawek nie było, połyka lepiej, szczękościsk mniejszy, sztywność mięśni utrzymuje się.

Inj. 2 flak. surowicy do kanału, siarczan magnezu nadal.

25.V stan ulega stopniowo poprawie, chłopiec pije chętnie, zaczyna się podnosić, nie ulega tak łatwo rozdrażnieniu, jak na początku choroby.

Inj. 2 flak. surowicy do mięśni.

30.V stan chłopca zadawalniający. Siedzi o własnej sile, twarz przybiera normalny wyraz, brzuch miękki.

Siarczan magnezu zaczęto stosować w ławatywach. Stwierdzono wysypkę posurowiczą na całym ciele.

6.VI stan dobry, chłopiec chodzi.

8.VI został wypisany do domu zupełnie wyleczony.

W czasie leczenia otrzymał:

4 flak. surowicy do kanału.

2 flak. „ do żyły.

6 flak. „ do mięśni.

MŁODA MATKA

DWUTYGODNIK

poświęcony zdrowiu i wychowaniu dziecka do lat 7-miu.

Pod redakcją

Dr. Barańskiego i Wandy Pełczyńskiej.

Wychodzi 1 i 15-go każdego miesiąca.

WARSZAWA

Górnośląska 20 m. 7. Telefon 401-24.

Warunki prenumeraty:

Miesięcznie Zł. 1.— Półrocznie Zł. 5.40.

Kwartalnie „ 2.70. Rocznie „ 10.—

Numer pojedynczy 50 gr.

W ciągu 9 dni otrzymał czystego siarcz. magn. pod skórę —122 gr.
W ciągu 11 dni „ „ „ „ w ławatywach,—137 gr.

Jakkolwiek materiał nasz jest mały, bo obejmuje tylko 7 chorych, to jednak na zasadzie spostrzeżonych przypadków, przychodzimy do wniosku że:

- 1) dobre wyniki daje skombinowana metoda leczenia surowicą swoistą i siarczanem magnezu w dużych dawkach;
- 2) należy unikać podrażnienia chorego, a więc bolesne zabiegi, jak nakłucia leżwiowe wykonywać w narkozie;
- 3) otoczyć dziecko dobrą pielęgnacją i racjonalnie je odżywiać.

PIŚMIENNICTWO.

H. Frenklowa. *Pedjatrja Polska* 1924 r. B. Frenkiel i L. Iwaszkiewicz. *Polska Gazeta Lekarska* 1925 r. E. Ziegler. *Pedjatrja Polska* 1927 r. R. Nitsch. *Szczepionki i surowice* 1921. Meyer und Gottlieb. *Experimentelle Pharmakologie*. Melcer, Deut. Med. Woch. 1909. Bd. I. R. Cruchet. *La pratique des maladies des enfants* T. V. R. Hoesch. *Munch. Med. Woch.* 1924 Bd. II. Strebel. *Deut. Med. Woch.* 1927. Bd. I. Katz. *Deut. Med. Woch.* 1927 Bd. I. Klar. *Deut. Med. Woch.* 1927. Bd. II. H. Meseck. *Klin. Woch.* 1926. Kraus und Brugsch. *Speziele Pathologie und Therapie*. Comus et Gourney. *Nouveau Traité de Médecine* V, II. Bergman und Stachelin. *Handb. der inner. Med.* Bd. I.



Z Warszawskiego Szpitala dla Dzieci.
Lekarz naczelny: Dr. Władysław Rodys.

Przypadek pierwotnego zakażenia prątkami Löflera dolnych dróg oddechowych *).

Podał

Dr. Kazimierz Piotrowski.

Każdy ze znanych nam zarazków chorobotwórczych, nawiedzając organizm ludzki, nie daje jednakowego obrazu klinicznego u szeregu dotkniętych osobników; przy łóżku chorego napotykamy polimorfizm kliniczny. Pod względem odmian przejawów klinicznych, czyli t. z. polimorfizmu klinicznego dominujące miejsce zajmuje przymiot, następnie gruźlica, płonica, odra, a potem dopiero błonica. Klinika błonicy i leczenie w dzisiejszej dobie jest tak dalece znane, że, zdaje się, mówić w tej sprawie jest rzeczą nieco spóźnioną. Pomijając zwykły obraz błonicy górnych dróg oddechowych, rzadziej spotykamy się z pierwotną sprawą w nosie, uchu, spojówkach oka, na organach płciowych dziewcząt i może najrzadziej w dolnych drogach oddechowych, t. j. w drobnych oskrzelach i tkance płucnej.

Rozpoznanie sprawy błoniczej w dolnych drogach oddechowych bez porażenia dostępnych dla oka narządów przedstawia znaczne trudności.

Powodowany rzadkością występowania pierwotnej błonicy dolnych dróg oddechowych, jakoteż trudnością rozpoznania tej sprawy, pozwalam sobie przedstawić odnośny przypadek.

Stefan T., l. 7, w dniu 20 grudnia 1922 roku przybył do Warszawskiego Szpitala dla Dzieci z powodu płonicy w 2-im dniu choroby. Odrę miał przechodzić w początku drugiego roku życia. Stan chorego w dniu przyjęcia: Stan ogólny pomyślny.

1) Rzecz wygłoszona w dniu 22.VI. 1927 r. na posiedzeniu P. T. P.

Budowa: cechy krzyżycy na czaszce i klatce piersiowej; odżywianie średnie; na vertex capitis kilka strupów, z pod których daje się wyciskać ropa;

Skóra: dosyć słaba drobnopunkcikowa wysypka, gruczoły szyjowe umiarkowanie powiększone, różańcowato ułożone, niebolesne, co nie wskazuje na istnienie w nich sprawy o charakterze ostrym.

Jama noso-gardzielowa: stan kataralny, na migdałkach punkcikowe naloty. Wypływu z nosa niema, uszy bez zmian. Serce: tony czyste, tętno około 100 — regularne. Płuca: oddech pęcherzykowy. Brzuch — bez zmian. Białka w moczu niema. T. 37,6.

23.XII. Wysypka znikła, język wybitnie malinowy, o grudkowatej powierzchni, plamki na migdałkach utrzymują się.

24.XII. Ciepłota spada do normy, plamki znikają.

Następnie w ciągu 23 dni stan zupełnego zdrowia, ciepłota poniżej 37, gruczoły pozostały jak w dniu przyjęcia, wypływu ani z nosa, ani z uszu nie było, białka w moczu nie stwierdzono, apetyt dobry, sen normalny: wybitne płatowe łuszczenie.

17.I.23 r. t. j. w dniu 30-ym przebywania na oddziale płoniczym—zakatarzenie, plamki Koplika, ciepłota 37,6. Chory został przeniesiony na oddział mieszany.

18.I. C. 36,8 — 39,4 wieczorem, stan silnego zakatarzenia, gardziel pstrokata, bez nalotów, odrowa wysypka w pełni; w płucach tu i owdzie furczenia i świsty.

20.I. 37,4 — 38,2. Wysypka w pełni; w oskrzelach wystąpiły obustronnie liczne furczenia, świsty, a także głuche rżenia.

21.I. 37,2 — 38,6. Wysypka zaczyna blednąć, rżeńń mniej, kaszel łagodniejszy.

22 I. t. j. w dniu 35 przebywania w szpitalu na skutek zezwolenia władzy sanitarnej został wypisany do domu.

Wydając chorego do domu, poleciłem rodzicom dokładnie mierzyć ciepłotę i w razie pogorszenia zasięgnąć rady lekarskiej.

Dalszy przebieg choroby był następujący:

23.I. 38,5 — 39,2 marmoryzacja skóry, stan kataralny ustąpił. Tętno 120, miarowe, pełne; tony serca czyste; w obu płucach, szczególnie po stronie lewej bardzo liczne rżenia, ogniska zapalne stwierdzić nie mogłem. Mocz bez białka, gardziel normalna, wydzielin z nosa niema. Choremu bardzo dokuczają suchy, ciężki, ustawiczny kaszel, plwociny przy kaszlu chory prawie nie wydziela.

Stan ogólny nie robi wrażenia ciężkiej choroby, chory energicznie siada i rezolutnie odpowiada na pytania.

24.I. C. 39,1 — 38,8 Stan chorego nie uległ żadnej zmianie.

29.I. 38,8 — 39,9. Gardło czyste, wypływu z nosa niema, w płucach wciąż rżenia, kaszel uporczywy, męczący, suchy trwa. Twarz nieco obrzękła. Mocz mętny, brunatny. W dniu następnym białka 5‰, w osadzie do 30 — 40 wałków ziarnistych, inkrustowanych leukocytami, bardzo liczne czerwone ciała.

31.I. 39,8 — 40,5. Mocz krwawy, ze skrzepami, w ilości dostatecznej; obrzęk, który zaznaczał się na twarzy, znikł; w płucach wciąż furczenia i świsty. Gardziel biała, czysta. Kaszel wciąż częsty, męczący, z małą ilością wydzieliny.

2.II. Chorego ogląda inny lekarz i kwalifikuje do szpitala z powodu popłoniczego zapalenia nerek i kataralnego stanu płuc po odrze. Chory pozostał w domu.

3.II. C. 38,4 — 39,8. Ogólny stan bez polepszenia, mocz mniej krwawy, rżenia utrzymują się, kaszel trwa. Duszności niema, głos czysty. Samopoczucie chorego pozostaje nadal względnie dobre.

4.II. 39,4 — 40,4. Chorego oglądamy razem z dr. Dytlem i tym razem, t. j. w 14-ym dniu wysokiej ciepłoty, prócz wyżej opisanych objawów, nic nowego nie stwierdziliśmy; w gardzieli nic podejrzanego prócz

zaczzerwienienia. Nasunęła się myśl o ostrej sprawie gruźliczej płuc. Polecono zbadać płwocinę w tym kierunku.

6.11. Dr. Szerypo w płwocinie wykrył bardzo liczne prątki Löfflera; w tymże dniu spostrzegłem nikię, białe, punkcikowe plamki we wnękach migdałków, migdałki same bez wyraźnego odczynu zapalnego. Zastrzyknąłem 4 flakony surowicy przeciwbłoniczej.

7.11. C. 40,4 — 40,2. Stan chorego bez zmiany.

8.11. 38,4 — 40,6. Pod prawą łopatką trzeszczenia, oddech oskrzelowy. Słuchanie niema; plamki na migdałkach utrzymują się. Chory znacznie osłabł, jest apatyczny. Zastrzyknąłem jeszcze 3 fl. sur. przeciwbłoniczej.

9.11. 37,2 — 37,3. Chory dużo śpi, poci się, kaszel łagodniejszy; oddech oskrzelowy z pod prawej łopatki znikł, rzężenia utrzymują się, lecz w mniejszej ilości.

10.11. 40,2 — 38,8. Plamki z migdałków znikły. Wydzielina przy kaszlu obfita, śluzowo-ropna.

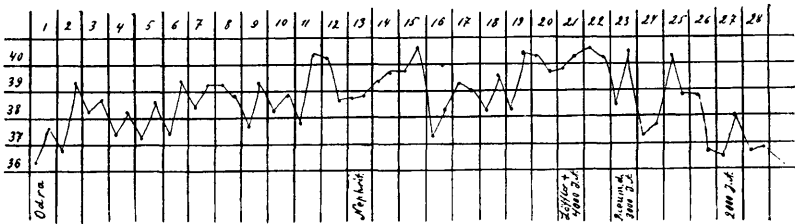
12.11. 36,8 — 38,0. Stan znacznej poprawy ogólnej; wobec utrzymujących się rzężeń zastrzyknąłem jeszcze 2 fl. surowicy.

Od 13.11. stan bezgorączkowy, rzężenia znikły, białko znikło.

Posiew z płwociny wykonany przez Dr. Szerypę dał kilka kolonii prątków Löfflera i b. dużo prątków rzekomo-błoniczych.

Tak się przedstawia strona kliniczna danego przypadku.

Każde rozpoznanie nie potwierdzone przez obdukcję może nasuwać pewne wątpliwości co do istoty choroby.



W przypadku odnośnym miałem do czynienia z trzema zarazkami, które kolejno nawiedziły jeden i ten sam organizm, a mianowicie: płonicę, odrę i błonicę. Każdy z tych trzech zarazków, prócz właściwej mu choroby, mógł wywołać ze swej strony powikłania swoiste, a więc: płonica — zapalenie nerek, odra — zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc, błonicę zaś możnaby tylko uważać za rzecz przygodną, a może, jako nosicielstwo. Ta okoliczność w znacznym stopniu mogłaby zmniejszyć napozór wartość mego rozpoznania, nadanego w nagłówku niniejszego komunikatu.

W celu uwypuklenia roli, jaką w tym przypadku przypisuję prątkowi Löfflera, pozwolę sobie raz jeszcze zwrócić uwagę na sprawy chorobowe, które rozegrały się w ustroju w ich kolejności i czasie występowania.

Pierwszy okres płonicy, 24 dni, nie przedstawiał nic osobliwego; dalej następuje 5-dniowy okres zupełnie typowy dla odry. W 35 dniu płonicy, a 6-ym odry zaczyna się dźiać coś w ustroju: ciepłota znacznie podnosi się, występuje bardzo ciężki, mę-

zący, suchy, ustawiczny kaszel, przy jednoczesnym banalnym zajęciu średnich oskrzeli. W 42-im dniu płonicy, a 13-ym odry występuje zapalenie nerek; termin dla zapalenia nerek popłoniczego bardzo spóźniony—rzadko, ale i to się zdarza; odra w danym przypadku nie miała cech złośliwych, septycznych, a samo zapalenie nerek przebiegało dosyć łagodnie. Mając na uwadze że wszelkie poodrowe powikłania przebiegają bardzo ciężko, nie mam podstawy, aby uzależnić zapalenie nerek od odry.

W 23 dniu poodrowym występuje krótkotrwałe ognisko pneumoniczne pod prawą łopatką. Ze względu na tak odległy odstęp czasu, na względnie łagodny przebieg odry, nie mogę ustalić związku przyczynowego tej ostatniej z pneumonią. Ponieważ objawy zapalenia płuc wystąpiły na 3-ci dzień po zastrzyknięciu surowicy i krótko trwały, spostrzegalem je tylko raz jeden, mogę przypuszczać, że nie było to zapalenie płuca w ścisłym słowa tego znaczeniu, lecz sprawa niejako sztuczna, a mianowicie: pod wpływem zadziałania surowicy przyszło do rozpulchnienia i rozplynięcia błon i wypociny w drobnych oskrzelikach i pęcherzykach płucnych, które, wypełnione lepka ciecżą, mogły dać objawy fizykalne, właściwe zapaleniu płuc w okresie rezolucji.

Cały 17-dniowy okres gorączkowy od 6-go dnia odrowego aż do wykrycia prątków Löfflera nie dawał się wtłoczyć w ramy tych pojęć, jakie posiadam o przebiegu odry i płonicy. Dopiero wykrycie prątków Löfflera sprawę wyjaśniło, zastosowanie zaś surowicy przyczyniło się do szybkiego powrotu do zdrowia i upoważniło mnie do rozpoznania w danym przypadku, zakażenia pierwotnego prątkami Löfflera dolnych dróg oddechowych, t. j. drobnych oskrzelików i ewentualnie płuc.

Z Warszawskiego Szpitala dla Dzieci.
Lekarz Naczelny: Dr. Władysław Rodyś.

Dwa przypadki koincydencji płonicy i tyfusu brzuszego.

Podał

Dr. Kazimierz Piotrowski.

Przypadek I-szy.

Mieczysław Szp., lat 6 $\frac{1}{2}$, przyjęty na oddział wewnętrzny dnia 5 sierpnia r. b.

Wywiady: w nocy z 29 na 30 lipca—gorączka, kilkakrotne wypróżnienia treścią prawie czarną; podano rycynę. Na drugi dzień chory również dostał rycynę, przed wypróżnieniem wystąpiły gwałtowne bóle w brzuchu. Ex consilio rozpoznano „powikłanie ze strony otrzewnej” i w dniu 5.VIII, chory został umieszczony w szpitalu celem dokonania zabiegu operacyjnego.

Na oddziale wewnętrznym chory przebył 6 dni, t. j. do 10.VIII; najwyższa ciepłota w ciągu tego czasu była 37,7 i to tylko raz jeden, w dniu przyjęcia; bóle w brzuchu, rozwolnienie ustąpiły, objawy otrzewnowe nie były wyraźne. Zatrzymano się przy rozpoznaniu appendicitis i zabieg operacyjny przesunięto na czas późniejszy.

W dniu 10.VIII, chory zapada na płonicę o bardzo łagodnym przebiegu, bez jakichkolwiek powikłań. W 24-yim dniu okresu płoniczego ciepłota zaczyna podnosić się dość szybko. Spodziewanych powikłań popłoniczych, jak również zmian w jamie brzusznej nie udało mi się stwierdzić w ciągu pierwszych kilku dni. W 5-yim dniu obecnego stanu gorączkowego udało mi się wyczuć śledzionę o okrągłym, miękkim brzegu. W 6-yim dniu Vidal wypadł w sposób następujący—z bac. typhi abdom. $\frac{1}{800}$, z bac. paratyphi A i B $\frac{1}{200}$.

Niezbyt obfita różyczka wystąpiła w 10-yim dniu. W 14-yim dniu ciepłota spadła do normy i chory na żądanie ojca 16.IX został wypisany ze szpitala.

Przypadek II-gi.

Mieczysław K., lat 7, przybył 18.IX r. b. na oddział płoniczy w trzecim dniu choroby. Przebieg pierwszego okresu płonicy w tym przypadku był umiarkowany, wysoka ciepłota trwała 10 dni, co łącznie z 3-ma dniami przebytemi w domu trwało dni 13-cie;—jest to II-gi typ ciepłoty płoniczej, na co zwróciłem uwagę poprzednio (patrz Ped. Pol, Zeszyt 3 — 1927). Dalsze 30 dni ciepłota prawidłowa; następnie zaczęła się podnosić w sposób charakterystyczny dla duru. Powikłań popłoniczych, mogących powodować podniesienie się ciepłoty nie udało mi się narazie spoznać.

W 6-yim dniu obecnego stanu gorączkowego śledziona stała się macalną; w 11 dniu odczynny zlepek wypadły dodatnio w następujący sposób: paratyphus A — $\frac{1}{1000}$, B — $\frac{1}{100}$, typhus abd. ujemny. Po 16 dniach ciepłota normalna; chory opuścił szpital 26.X r. b. zdrów.

Zbieżność dwu tak poważnych jednostek chorobowych, jak płonica i dur, zdawałoby się, powinny znacznie pogarszać rokowanie. Tymczasem przebieg płonicy jak również i duru był zupełnie pomyslny: w obu przypadkach powikłań popłoniczych nie było, dur zaś przebiegał bardzo łagodnie — bez zwykle spostrzeganych w tych wypadkach objawów — stanu tyfoidalnego, obłożenia języka, zajęcia sensorjum, zaburzeń kiszkowych.

Rozpoznanie duru w obu przypadkach w wielkim stopniu zostało oparte na odczynie zlepnym. Taki łagodny przebieg durów w okresie płoniczym można tłumaczyć w dwojaki sposób: 1) albo to były infekcje z natury łagodne, 2) albo płonica i dur są do pewnego stopnia antagonistami. Myśl ta szczególnie nasunęła mi się przy analizowaniu pierwszego przypadku.

Początek i przebieg choroby (6 dni w domu), choć nie typowy, jednak spotykany w durze: wysoka ciepłota, częste wypróżnienia, bóle brzucha, do pewnego stopnia objawy otrzewnowe. W szpitalu w ciągu 5-ciu dni zupełne zacisze, w 5-ym dniu występuje płonica, w 24-ym dniu płoniczym ujawnia się wzrastająca gorączka, w 6-ym dniu której Vidal wypadła 1 do 800.

Zachodzi możliwość, że pierwsze objawy w domu były spowodowane przez zakażenie durowe, w tym czasie chory mógł ulec infekcji płoniczej (okres utajony) i na skutek tej nowej infekcji — może antagonistycznej w stosunku do duru — objawy ostatniego szybko ustąpiły. Począwszy od 24-go dnia okresu płoniczego zarazek duru nanowo przejawia swoją działalność, czyli jest to niejako dalszy ciąg zahamowanej pierwotnej sprawy. Do takiej interpretacji upoważnia mnie wysokie miano zlepne już w 6-ym dniu gorączki; to wskazywałoby, że organizm wyrobił aglutyniny już wcześniej niż w ciągu 6-ciu dni, a więc i początek duru był wcześniejszy.

Oczywiście, że myśl o biologicznym antagoniźmie płonicy i durów brzusznych, jest tylko mojem przypuszczeniem.

Gdyby w tym kierunku udało się zebrać dostateczną ilość materiału, to możnaby wysnuć wnioski praktyczne, np. leczyc duru surowicą przeciwpłoniczą.

Z Polikliniki Chorób Dziecięcych Uniw. Warszaw.
Dyrektor: prof. M. Michałowicz.

Przypadek rozległej martwicy kości skroniowych u niemowlęcia.

Podał

W. Gumiński.

Wyciąg z karty ambulatorjum Kliniki Chorób Dziecięcych za Nr. 2370 głosi, co następuje:

Do poradni zgłoszono (dn. 21.XI.24) dziecko roczne (rok i dni 21), Cecylię Ł., z objawami obustronnego ropotoku z uszu.

Według słów matki, dziecko przebyło 2-krotnie jakąś sprawę chorobową płucną, przyczem od czasu ostatniego nasilenia stale pokasłuje. Od miesiąca jakoby matka obserwuje wyciek ropny z uszu. Przed 2 tygodniami wystąpiły objawy niedomykalności powiek lewego oka, wygładzenie fałdy nosowo-wargowej i opuszczenie kącika ust z tejże (lewej) strony. Ciepłota nie była mierzona.

Badanie uszu wykazało: obustronne, koliste zwężenie przewodów zewnętrznych, obecność ziarniników, wyłaniających się ze sklepienia jam bębenkowych i zasłaniających znaczną część światła przewodów. Błony i kosteczki zniszczone. Zgłębnik wyczuwał tu i tam obnażoną, chropowatą kość ściany wewnętrznej (jam bębenkowych). Ropienie było niezbyt obfite, wydzielina krwawo-ropna, b. cuchnąca. Wrażliwości wyrostków sutkowych nie stwierdzono. Powłoki miękkie niezmięnione. Niedowład wszystkich gałązek lewego nerwu twarowego wyraźnie zaznaczony. Porażenia mięśni języczka brak. Łykanie względnie sprawne. Ze strony opon mózgowych zmian nie stwierdzono. Drżenia gałek nie stwierdzono. Żrenice reagują prawidłowo. Pod względem słuchu — dziecko reaguje na klaskanie w dłoń.

Nazajutrz badanie wewnętrzne wykazało u dziecka stan znacznego wyniszczenia. Na skórze liczne czyraki. Wybitne stłumienie w przestrzeni międzylłopatkowej, tamże zaostrzony oddech. Kaszel „szczekający“. Inne narządy wewnętrzne bez zmian. Roentgen (Kasa Chorych): w górnej $\frac{1}{3}$ prawego płuca niewielkie ognisko. Cienie wnek wybitnie powiększone, skąd ciągną się wzmożone smugi naczyń oskrzelowych.

22.XI — Ziarninę usunięto pętlą i łyżeczką; zastosowano wdmuchiwanie jodoformu oraz suchą tamponadę.

Kilkakrotne badanie ropy (metoda Ziehl-Neelsena) obecności prątków gruźliczych nie ujawniło. Odczyn Pirquet'a wybitnie dodatni ++. W ziarninie znaleziono prócz elementów składowych (komórki plazmatyczne tuczne włóknotwórcze, jedno i wielojądrowe ciała białe) dużo komórek olbrzymich. Według słów matki przebieg bezgorączkowy.

W 7 dni później (27.XI) stwierdzono rozwinięcie się zeza zbieżnego po stronie lewej.

29.XI Po raz pierwszy zaznaczył się zlečka objaw Brudzińskiego.

4.XII Stwierdzono narastanie ziarniny w uszach. Klinicznie stan uszu nie uległ poprawie. Przebieg jakoby bezgorączkowy.

11.XII Kaszel „szczekający”. Dziecko senne. Brudziński +. Nakłucia lędźwiowego nie zrobiono wobec kategorycznego sprzeciwu matki.

14.XII Dziecko nieprzytomne. Koernig +, Brudziński +; w jamie ustnej pleśniawki.

15.XII Exitus.

Zanim omówię interesujące nas szczegóły cierpienia usznego, uważam za konieczne odpowiedzieć na pytanie, z jaką postacią chorobową mieliśmy zasadniczo do czynienia. Aczkolwiek, jak widać z karty poliklinicznej, brak jest ścisłych obserwacji klinicznych i badań dodatkowych, jednakże na mocy głównych wytycznych (badanie fizykalne, Roentgen, Pirquet) możemy wyciągnąć wnioski, że mieliśmy tu do czynienia z gruźlicą gruczolów wnekowych, a bezpośrednio przyczyną zejścia śmiertelnego było rozwijające się zapalenie opon mózgowych.

Nasuwa się teraz pytanie, czy obserwowane ropne zapalenie uszu u dziecka gruźliczego należy uważać za pospolite, czy też było ono schorzeniem o charakterze swoistym. Zdaniem moim, zapalenie uszu w omawianym przypadku było niezaprzeczenie natury gruźliczej. Na zarzut, że badania ropy na obecność prątków gruźliczych dawały wynik ujemny, zaznaczyć muszę, że wogóle wykrycie prątków gruźlicy w ropie nie jest rzeczą łatwą. I dziwić się temu nie należy. Wiadomo bowiem, że w pewnym okresie gruzełek ulega rozpadowi. Masy serowate są wytworem martwicy koagulacyjnej tkanek, poprzedzonej ich zwyrodnieniem tłuszczowem. Gdy gruzełek ulega temu procesowi, stopniowo giną i drobnoustroje. W ropie ogniska gruźliczego prócz rozpadowych cząsteczek, kawałków tkanek i włókniaka, znajdujemy stosunkowo mało ciałek ropnych. Ilość bakterij jest również znikomą. Dlatego też badając ogólnie znaną metodą Ziehl-Neelsen'a, ma się wrażenie, że wynik dodatni jest niemal jedynie dziełem przypadku. Cemma ch w pracy swej cytuje, że przy pierwotnych metodach badania ropy znajdował prątki zaledwie w 7% przypadków. Ostatnio zmodyfikował on całą metodę, przyczem punktem ciężkości była konieczność „koncentracji” badanego materiału drogą hodowli na specjalnych pożywkach (biologische Anreicherung). Tylko tą drogą udawało mu się osiągnąć dodatnie wyniki w blisko $\frac{2}{3}$ badanych przypadków.

To samo tyczy się również badania tkanek, podejrzanych o gruźlicę. Zachodzi duża różnica, czy materiał wzięty był wprost z ucha, czy też podczas operacji (na wyrostku), czy składał się jedynie z ziarniny, czy też i części kostnych. Pobranie ziarniny z ucha środkowego nie może służyć, jako

kryterjum rozstrzygające. Wiemy bowiem, że w daleko posuniętych postaciach gruźlicy rozpadowej, ziarnina może wcale nie zawierać elementów swoistych, a być jedynie wytworem odczynu zapalnego. Gruźelki z komórkami olbrzymimi Langhans'a spotyka się tylko w świeżych przypadkach.

Jedynie przekonywawcem jest badanie drobnowidzowe kawalków, usuniętych drogą operacji, oraz wyniki szczepień na zwierzętach. Pomijając jednak te szczegóły badań laboratoryjnych, śmiem twierdzić, że w omawianym przypadku wszystkie dane, a zatem: utajony początek, nieburzliwy i bezgorączkowy przebieg, obraz zniszczenia uszu środkowych, miejscowa produktywno-ziarninowa postać zapalenia, charakter ziarniny, obecność martwiaków — przemawia za tem, że należy uznać bezwątpienia proces uszny za swoisty.

Cemach w swej pracy uważa za objawy pierwszorzędne i prawie znamienne:

1) szybko występujące zniszczenie błony przy obecności gruzełków i

2) obecność martwiaków;

jako drugorzędne przytacza:

a) zwężenie przewodów,

b) niebolesny początek,

c) bujanie ziarniny,

d) porażenie nerwu twarzowego i t. p.,

to jest wszystkie te zjawiska, jakie widzieliśmy u dziecka.

Gruźlicze zapalenie uszu u dzieci jest zjawiskiem dość częstym. W źródłowej pracy Leegarda znajdujemy pewne dane statystyczne. Określa on odsetek gruźlicy uszu u niemowląt na 10⁰/₀—20⁰/₀. Największy jednak odsetek przypada na okres od lat 2 — 8, gdyż sięga 29⁰/₀. Zdaniem Leegarda jest to okres, na który zazwyczaj przypada największa liczba zakażeń gruźliczych. Według moich danych z roku akademickiego 1923/24 odsetek zapaleń uszu o charakterze gruźliczym w materiale ambulatoryjno-klinicznym wynosił 11,5⁰/₀

Zdaniem większości badaczy narząd słuchu bywa zakażony wtórnie. Zakażenie przypada zazwyczaj na koniec II okresu gruźlicy. Pierwotne ognisko stwierdzamy zwykle w gruczołach lub w płucach.

W omawianym przypadku godną odnotowania jest rozległość sprawy chorobowej. Wynikiem tego było skojarzenie porażenia dwóch nerwów czaszkowych: twarzowego i odwodzącego. Zaatakowanie nerwu twarzowego spotyka się u niemowląt niekiedy i w przebiegu nieswoistego, ostrego ropnego zapalenia. Objaśnia się ono tem, że w tym okresie życia często istnieją w ścianie kanału rozstępy (dehiscencje), przez co ułatwionem bywa niemal bezpośrednio zetknięcie się ropy z otoczką nerwu. Przy odpowiedniem jednak traktowaniu, objaw ten może być tylko przejściowym i dość szybko mija.

Zgoła inaczej przedstawiła się sprawa u dziecka obserwowanego przeze mnie. O objawach uciskowych ze strony gromadzącej się ropy, ewentualnie ziarniny, nie mogło być mowy. Ucho środkowe, jako takie, było całkowicie zniszczone. Pomimo krótkiego czasu nasilenia objawów usznych, mieliśmy tu do czynienia z szeroko zakrojoną martwicą ścian jamy bębenkowej. Nerw twarzowy w przypadkach martwicy kości skroniowej może ulec uszkodzeniu w każdym miejscu swego przebiegu. Erb opracował nawet szemat, pozwalający nam ściśle określić miejsca uszkodzenia nerwu. Niestety, subtelne próby określenia zaburzeń smaku, ilości wydzielanej śliny, stwierdzenia szumów i sprawności słuchu są niemożliwe do przeprowadzenia u tak małych dzieci. W każdym jednak razie, na zasadzie braku objawów porażenia języczka, oraz braku objawów zapalnych umiejscowionych u wierzchołka wyrostka, lub otworu rylcowo-sutkowego można twierdzić, że miejsce porażenia leżało poniżej zwoju kołankowego (gang. geniculi), najprawdopodobniej w obrębie ujścia nerwu strzemiennowego (N. strapedin) i struny bębenkowej (chorda tympani). Topograficznie odpowiada to okolicy przewodu łukowatego zewnętrznego i okienka owalnego; tu najczęściej umiejscowione są martwiaki przy posuwaniu się sprawy chorobowej w kierunku błędniaka. Czy ostatni był już nieczynny — trudno określić u niemowlęcia, w dodatku spostrzeganego tylko ambulatoryjnie.

Na tem jednak sprawa chorobowa się nie ogranicza. Wkrótce wystąpiły objawy zeza zbieżnego lewego oka. Porażenie nerwu odwodzącego w przebiegu ropnego zapalenia ucha nosi nazwę zbioru objawów Gradeniego i jest zjawiskiem b. poważnym, niekiedy złowrogim. Dowodzi ono bowiem niezbitcie zajęcia jakimś procesem chorobowym komórek końcowych u wierzchołka piramidy kości skroniowej, skąd zapalenie przechodzi na nerw odwodzący.

Mieliśmy zatem w omawianym przypadku głęboko posunięte zmiany w kości, sięgające podstawy czaszki. W istocie, w kilka dni później wystąpiły objawy oponowe i potwierdziły nasze przypuszczenie. Zapalenie opon mózgowych było bezpośrednią przyczyną zgonu.

P I Ś M I E N N I C T W O .

1) C e m a c h „Das Problem der Mittelohrtuberkulose“. 2) L e e g a r d Beitrag zum Studium der Mittelohrtuberkulose. Poss. Beitr. 18/1922.

NOTATKA KLINICZNA.

Przypadek wrodzonego przerostowego zwężenia odźwiernika u noworodka — *stenosis pylori hypertrophica congenita*.

P o d a ł

Tadeusz Kopec.

N. N. noworodek płci męskiej, drugie z kolei dziecko rodziców młodych i naogół zdrowych, przyszedł na świat o 3 tygodnie zawcześnie, urodził się w piątek, dn. 12. X. 28 o godz. 22-iej, ważył 3170 grm.

Dobra i doświadczona akuszerka miała w opiece matkę i dziecko, rzecz działa się na głębokiej prowincji. W sobotę dała kilkakrotnie pić dziecku, zrobiła ławatywę, po której nic nie otrzymała. W niedzielę dziecko zaczęło zwracać, wymiotować po każdym picciu. Akuszerka zrobiła znowu ławatywę, tym razem otrzymała ciemno zabarwioną wodę. Niezadowolona, że dziecko dotąd smołki nie oddało, dała mu małą łyżeczkę olejku. Do poniedziałku wieczoru nie było skutku ani po olejku, ani po ławatywie. Dziecko dostało raz jeszcze na przeczyszczenie, tym razem nie zrzuciło i po kilku godzinach oddało pierwszy stolec — śluz szaro zabarwiony, galaretowaty, bez krwi i bez smołki; piło chętnie, szukało buzią, lecz co wypiło to i zrzuciło, moczu nie oddawało wcale. W poniedziałek czyli trzeciego dnia życia, akuszerka zauważyła poraz pierwszy „wałek“ w górnej części brzucha — to ją do reszty zaniepokoiło. We wtorek i w środę dziecko w dalszym ciągu wymiotowało, moczu i stolca nie oddawało, na wadze straciło 670 grm. Przy robieniu ławatywy akuszerka napotykała trudności przy wprowadzaniu miękkiej kanki gumowej, a przy wlewaniu wody musiała „z całej siły“ naciskać i woda natychmiast wyciekała obok kanki. Akuszerka zrobiła alarm i we czwartek, t. j. szóstego dnia życia przywiozła dziecko do Warszawy.

Widziałem je zaraz wieczorem. Stwierdziłem duże wy-

niszczenie i zubożenie w wodę — ciemniaczka, szwy czaszkowe były zapadnięte, wyraz twarzy cierpiący, język podsychnięty, tętno drobne i słabo napięte. Brzuszek wzdęty. W górnej połowie poprzez ścięczałe powłoki widać było ruchy robaczkowe, przy których dziecko często płakało. Dolny brzeg wątroby wystawał trochę z pod łuku żebrowego, wałka w okolicy odźwiernika, żołądka, śledziony wymacać nie można. Lekko zaznaczone żółtaczkowe zabarwienie białek i skóry.

Nie ulegało wątpliwości, że mamy przed sobą wrodzone zwężenie, ew. zamknięcie światła przewodu pokarmowego, a ponieważ akuszerka utrzymywała, że w wymiocinach dziecka widziała smółkę, dziecko ani razu stolca nie oddało, wprowadzenie kanki od lawatywy napotykało na opór i woda, z trudem wlewana, natychmiast powracała — mimowoli narzucała się na myśl najczęstsza wada rozwojowa — zamknięcie odbytu.

Chirurg wezwany tego samego wieczoru na poradę, stwierdził, że rectum jest wolne, lecz głębiej wyczuwa się jakieś ciało elastyczne, okrągłe, które wchodzi do małej miednicy i zamyka jej światło.

Staliśmy wobec zagadki i mieliśmy do wyboru — albo pewną śmierć dziecka z głodu, albo zabieg operacyjny. Wobec zgody ojca postanowiliśmy dziecko operować, mieliśmy słabą nadzieję, że może jednak znajdziemy zwężenie wrodzone odźwiernika żołądka, a w takim razie istnieje możliwość uratowania dziecka. Wobec ciężkiego stanu i obezwodnienia dziecka, wobec drobnego, słabego tętna — postanowiliśmy dać przez noc kroplówkę z 5⁰/₁₀₀ roztworu cukru gronowego, a do zabiegu przystąpić nazajutrz rano, t. j. w piątek dn. 19-ego.

Po otwarciu otrzewnej oczom naszym przedstawił się widok następujący: cały brzuszek wypełniony ogromnym żołądkiem, którego dno sięga głęboko do małej miednicy. Żołądek wzdęty i wypełniony treścią przykrywa zbite w kłębuszek, wąskie pętle sztywno zabarwionych, pustych jelit. Po wprowadzeniu zgłębnika do żołądka otrzymaliśmy 130 ctm. sz. brudnoszarej, bogatej w śluz treści o odczynie kwaśnym. Po opróżnieniu żołądka, przy jego obmacywaniu znaleźliśmy gruby twardy wałek — obręcz w miejscu odźwiernika, zacisnięty tak mocno, że nie przepuszczał wprowadzonego do żołądka kateteru. Wobec tego przecięto dokładnie całą mięśniówkę odźwiernika do śluzówki i nałożono szwy — zabieg Rammstedt-Webera, — poczem rany zaszyto.

Dziecko dostało zaraz po zabiegu kroplówkę i domięśniowo roztwór 5⁰/₁₀₀ cukru gronowego. W sobotę po raz pierwszy oddało mocz, w niedzielę — 3 razy piło chętnie, wymiotowało początkowo mniej, potem znowu więcej, stolca

ani samo, ani po lawatywie nie oddawało i wreszcie zmarło we wtorek, 11 ego dnia życia (badanie pośmiertne było wykluczone).

Wobec niepomysłnego zejścia, wymiotów i braku wypróżnień po zabiegu, należy przypuszczać, że obok wrodzonego przerostowego zwężenia i na skutek tego, kolosalnego wiotkiego rozszerzenia żołądka, mieliśmy jeszcze w danym przypadku zwężenie lub brak światła w jelitach cienkich u noworodka — wcześniaka na tle niedorozwoju przewodu pokarmowego. Takie zwężenia mogą mieć miejsce w jednym lub w kilku sąsiadujących ze sobą odcinkach, czego niestety podczas zabiegu nie można było odszukać. Jeżeli tak było — przypadek był w każdym razie stracony, a jeżeli pozwalałam go sobie opisać, to ze względu na jego wielką rzadkość i dlatego, że jest to już drugi przypadek operowany w Warszawie.

Zwężenie odźwiernika należy u nas wogóle do rzadkości, objawy jego występują zazwyczaj po 2—3 tygodniach życia. W danym razie mieliśmy nie zwężenie, ale zupełne zamknięcie odźwiernika i to wrodzone, dające objawy już w drugim dniu życia.

Przypadek pierwszy, o którym wspominam, był zwykły, dał w parę tygodni po przyjściu na świat typowe objawy schorzenia; operowany pod koniec drugiego miesiąca życia i wrócił do zdrowia w zupełności, (Był demonstrowany i omawiany przez Kol. Barańskiego i Kol. Trawińskiego na posiedzeniu P.T.P. w dniu 5.XII.28).

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O praktycznym zastosowaniu i kontroli biologicznej witamin.

P o d a ł a

Dr. T. Marjanko Lewenfiszowa.

Obawa przed awitaminozą jest powszechna i zresztą zupełnie uzasadniona. W związku z tem matki, zależnie od stopnia inteligencji, mniej lub więcej dopominają się o preparaty witaminowe. Fabrykanci produkują je w zastraszającej ilości, niestety większość tych preparatów posiada minimalną wartość leczniczą.

Liczba prac nad istotą awitaminozy, zapoczątkowana przez Funka, wzrasta z roku na rok. Piśmiennictwo obce, jak również polskie, obfituje w dużą ilość teoretycznych rozważań o witaminach, awitaminozach i ich leczeniu; praktycznych wskazówek w związku z powyższą kwestją jest znacznie mniej. W referacie niniejszym omówię praktyczne zastosowanie i kontrolę biologiczną witamin na zasadzie najnowszych prac.

Witaminami w ścisłym tego słowa znaczeniu nazywamy ciała, których częściowe lub zupełne wyeliminowanie z pożywienia wywołuje charakterystyczne obrazy chorobowe. Zasadnicze witaminy są nazwane literami A, B, C, D i E, albo też według ich własności biologicznych — witaminą zabezpieczającą od zeschnięcia spojówki i rogówki (A), od beriberi (B), od gnilca (C), od krzywicy (D), witaminę zaś E charakteryzują własności rozrodcze.

Zapotrzebowanie ustroju w witaminy zależy od szeregu czynników, a mianowicie od: 1) usposobienia, 2) wieku, 3) pory roku, 4) stanu odżywiania, 5) pewnych stanów fizjo-patologicznych, jak np. wcześniactwo, ciąża, choroba zakaźna i t. p.

Czynnik pierwszy — usposobienie — może być omówiony w stosunku do wszystkich witamin. Ilość witamin, potrzebna do utrzymania zdrowia, jest różna u różnych osób. Jednakowe

niesprzyjające warunki odżywiania wywołują tylko u niektórych osobników awitaminozę.

Doświadczenie z okresu wojennego poucza, iż w tych samych okolicznościach tylko niektóre dzieci zachorowywały na gnilec, lub krzywicę. Dużą rolę odgrywa tu i czynnik dziedziczenia: tak np. rodzice krzywicznych dzieci mają często cechy przebytej krzywicy; opisane są przypadki rodzinnego gnilca. Toteż wskazane jest energiczne leczenie zapobiegawcze tych właśnie dzieci, których rodzice przechodzili choroby na tle awitaminozy.

Brak witaminy A prowadzi do zeschnięcia spojówki i rogówki, u dużego dziecka i u dorosłych do zmierzchowej, kurzej ślepoty. Witamina A rozpuszcza się w tłuszczach, znajduje się w tranie, mleku, żółtku, mięsie i rybie. Przy diecie beztłuszczowej, zwłaszcza u niemowlęcia karmionego odwirowaniem chudem mlekiem lub maślanką, albo też przy wyłącznej diecie węglowodanowej — wystąpić mogą zaburzenia w przemianie materji z groźnymi objawami ocznymi. Najbardziej zagrożony jest wiek od 3-go miesiąca do 2-go roku życia. Najczęściej występuje kseroftalmja w miesiącach marcu do maja. Wcześniaki i dzieci słabe odznaczają się dużym zapotrzebowaniem witaminy A.

Zawartość tłuszczu w mleku $2\frac{1}{2}\%$ — 3% wystarczy do pokrycia zapotrzebowania witaminy A. W razie utraty apetytu, jak np. w długotrwałej chorobie zakaźnej, należy podawać chociaż małe ilości tłuszczu, np. w postaci śmietany lub masła, aby zapobiec wystąpieniu awitaminozy. Gdy już wystąpiły objawy oczne, tylko energiczne dostarczanie witamin, najlepiej w postaci tranu, może wzrok uratować.

Witamina B, zapobiegająca chorobie beriberi, znajduje się obficie w mleku, sokach owocowych, w jarzynach, mące, w mięsie i w wielu innych pokarmach. Dlatego brak jej odzuwa się w naszych warunkach bardzo rzadko.

Witamina C znajduje się w surowych sokach owocowych (pomarańcze, pomidory, cytryny it. p.). Gotowane jarzynie i surowy sok mięsny zawierają mniej witamin. Mleko krowie zawierając rozmałą ilość witamin, zależnie od paszy, pory roku, naogół zawierając mało witaminy C, a zatem sztucznie karmionemu dziecku trzeba już w 3 — 4-ym miesiącu życia podawać w jakiejkolwiek postaci witaminę C. Mleko kobiece zawiera dostateczną ilość witaminy C. wystarczy zatem od 6-go miesiąca życia dostarczać dziecku soki owocowe. Zaczynamy od 20 gr. soku owocowego, przechodzimy prędko do 50 gr. dziennie (co stanowi połowę dużej pomarańczy).

Obawa przed możliwością wystąpienia biegunek pod wpływem soków jest zupełnie nieuzasadniona. W miesiącach zimowych i wiosennych musimy podawać zwiększoną ilość

witamin, gdyż z jednej strony w tym okresie mleko, jarzyny i owoce zawierają ich mniej, z drugiej strony na ten okres przypada zwiększona ilość chorób zakaźnych, zapotrzebowanych dużo witamin. W każdej chorobie gorączkowej zużywa się dużo witamin, stąd wskazanie do podawania dużej ilości lemoniady ze świeżych cytryn. Do diety gorączkującego dziecka należy dodać około 50—100 gr. soków owocowych. Ilość witamin musi być znacznie zwiększona w przypadkach, w których już wystąpiły, na skutek braku witaminy C, objawy chorobowe. W tych razach trzeba ilość soków owocowych zwiększyć do 100 — 200, nawet 300 gr. dziennie.

W stanach niedokrewności wczesnego dzieciństwa zaleca się również obficie dostarczanie witaminy C. Szereg autorów (Aron, Bertoye, Erlichówna, Mouriquand) twierdzi, że niektóre postaci niedokrewności pokarmowej powstają skutkiem braku witaminy C, i leczą tę postać dużą ilością soków owocowych.

Witamina D zabezpiecza od krzywicy i leczy ją; leczy również osteomalaciam podczas i po ciąży. Zapotrzebowanie ustroju w witaminę D może być pokryte różnymi drogami:

a) przez podawanie ciał zawierających witaminę D, w pierwszym rzędzie tranu, potem masła, jaj, tłuszczów zwierzęcych;

b) zwierzęce i roślinne tłuszcze są po naświetlaniu światłem pozafjolkowem źródłem witaminy D, np. naświetlone mleko;

c) ustrój naświetlany światłem pozafjolkowem jest w stanie sam wytworzyć dostateczną ilość witaminy D.

Tran jest jednym z najstarszych i najlepszych środków leczniczych w krzywicy. Doskonałe wyniki daje również naświetlanie mleka. 200 gr. naświetlonego mleka dziennie wystarczy do zapobiegania, 500 gr. — do leczenia krzywicy.

Obecnie wiadomem jest, że macierzystą substancją witaminy D jest ergosteryna. Przez naświetlanie ergosteryny powstaje witamina D. Jednym z preparatów naświetlonej ergosteryny jest vigantol. Baumryter stwierdził szybką poprawę krzywicy, leczonej naświetlaną ergosteryną. 3 razy po 3 krople vigantolu dziennie wystarczy do leczenia i zapobiegania krzywicy u niemowlęcia. U wcześniaków i dzieci słabych od 2—4 miesiąca vigantol może spowodować biegunkę. Przyczyną biegunek zdaje się tu być nie vigantol, lecz olej. Takim dzieciom poleca się vigantol w postaci rozpuszczalnych pastylek 1 — 2 dziennie.

Szybki rozwój dziecka w I-ym roku życia, kiedy długość ciała powiększa się o 50 — 75 cm., waga o ciała 6000 gr., odbywa się tylko przy dostarczaniu odpowiedniego pożywienia, zawierającego witaminy. Zapotrzebowanie witamin noworodek pokrywa z dwóch źródeł: z zapasu witamin z życia płodowego i z pożywienia.

Zawartość witamin w pożywieniu matki wpływa w dużym stopniu na wewnętrzny rozwój płodu. Pogląd ten jest zgodny z doświadczeniami Korenschewsky'ego i Karra, Hessa i Ungera, Ołow'a: sztuczne zmniejszanie witamin A, B, D i E. w pożywieniu matki działa ujemnie na przebieg ciąży oraz rozwój płodu. Doświadczenia Abels'a wykazują, że podawanie ciężarnym kobietom tranu wywiera wpływ dodatni na wewnątrzmaciczny rozwój płodu. Według Vogt'a podawanie wigantolu w ciąży wpływa dodatnio na wagę matki, dziecka, oraz ilość pokarmu.

Ciekawe są spostrzeżenia Steppa dotyczące młodziwa, które zawiera dużą ilość witaminy A i B, nieco mniejszą witaminy C. Jeżeli weźmiemy jeszcze pod uwagę dużą zawartość soli w młodziwie, ciał odpornościowych, białka, oraz jego wartość kaloryjną, to zrozumiałem jest znaczenie młodziwa dla noworodka.

W mleku krowim ilość witamin zależy całkowicie od pożywienia. Najwięcej witamin zawiera mleko czerwcowe. Mleko zimowe zawiera bardzo mało witamin, stąd wynika wskazanie do podawania preparatów witaminowych, zwłaszcza w miesiącach zimowych. Wartość lecznicza tych preparatów jest różna, zależy w dużej mierze od przygotowywania i przechowywania. To też nasuwa się konieczność przeprowadzenia stałej kontroli preparatów, znajdujących się w sprzedaży. Witaminy niestety nie nadają się do prób fizycznych i chemicznych, jakim podlegać mogą różne leki i pokarmy. Ponieważ ich czynność fizjologiczna i lecznicza może być porównana tylko z wydzieliną gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, stąd siłę działania ciał witaminowych można określić tylko doświadczalnie, na zwierzętach. Lesné i Clément proponują mianowanie ciał witaminowych określonymi jednostkami fizjologicznymi.

Jednostką fizjologiczną witaminy byłaby dzienna dawka dla zwierzęcia z określoną wagą i dietą, konieczna i wystarczająca dla zapobiegania awitaminozie.

Witaminy łatwo ulegają różnym wpływom szkodliwym: jedne tracą swoje własności pod wpływem ciepła i wysuszenia, inne przez utlenianie albo wpływ promieni słonecznych, inne wreszcie z biegiem czasu. Dlatego też pożądanem jest oznaczenie na opakowaniu preparatów witaminowych nie tylko zawartości jednostek fizjologicznych, lecz i daty przygotowania.

Zacniemy od witaminy A. Zwierzęciem kontrolnem dla tej witaminy jest biały szczur trzytygodniowy z wagą 25 – 30 gr. Dieta wystarczająca, lecz pozbawiona witaminy A, wywołuje u niego po 5-ciu tygodniach kseroftalmję, wkrótce potem śmierć. Jednostką fizjologiczną dla witaminy A jest codzienna, konieczna i wystarczająca dawka dla szczura białego, zabezpieczająca go od kseroftalmji przy diecie pozbawionej wita-

miny A. Jedna kropla tranu dziennie odpowiada powyższym wymaganiom, Według Lesné i Clément tran leczniczy powinien zawierać conajmniej 45 jednostek fizjologicznych w 1 cm^3 . Dobry tran zawiera 70 — 100 jednostek fizjologicznych.

Z diet pozbawionych witaminy A używają dla doświadczeń następujące:

Kazeiny	— 18 ⁰ / ₀
Cukru	— 65 ⁰ / ₀
Oliwy	— 10 ⁰ / ₀
Drożdży piwnych	— 2 ⁰ / ₀
Soli	— 5 ⁰ / ₀

Soku cytrynowego i wody w dowolnej ilości.

Kazeina nie powinna zawierać domieszek tłuszczu. Drożdże muszą być czyste i w dobrym gatunku, w przeciwnym razie wywołują u szczura biegunkę, nawet śmierć.

Dla witaminy B kontrolnem zwierzęciem jest gołąb. Karmiony wyłącznie ryżem polerowanym dostaje po 5—6 tygodniach beriberi. Jednostką fizjologiczną witaminy B jest dzienna dawka wystarczająca dla zapobieżenia beriberi u gołębia z wagą 300—350 gr., karmionego wyłącznie ryżem polerowanym,

Gram drożdży piwnych zawiera do 10 jednostek fizjologicznych witaminy B.

Dla witaminy C zwierzęciem kontrolnem jest świnka morska. Dieta zwykła, lecz sterylizowana wywołuje już na 21 dzień krwotoki, nawet śmierć świnki (waga 250—300 gr.). Jednostką fizjologiczną witaminy C jest dzienna dawka konieczna i wystarczająca dla zapobiegania gnilcowi. Sok cytrynowy zawiera 1—2 jednostek w cm^3 . 20 kropli soku cytrynowego dziennie zabezpiecza od gnilca dziecko, karmione mlekiem wyjąłowym. Ta sama ilość soku cytrynowego leczy objawy gnilca, oczywiście, że w pierwszym rzędzie trzeba zmienić mleko.

Dla witaminy D zwierzęciem kontrolnem jest, jak i dla witaminy A, biały szczur. Jednostkę fizjologiczną określa się taksamo, jak dla witaminy A. Jedna kropla tranu równa się jednostce fizjologicznej. Tran znajdujący się w sprzedaży powinien zawierać conajmniej 45 jednostek fizjologicznych. Wśród gatunków tranu, kontrolowanych przez Lesné i Clément, część zawierała 90 jednostek w cm^3 , duża zaś część zawierała mniej, niż 20 jednostek.

Substancje naświetlane posiadają różną siłę przeciwkryzywą. Dobre gatunki naświetlanej ergosteryny zawierają według Hessa i Windausa 500.000 jednostek w gramie. Naświetlana i badana przez Lesné i Clément ergosteryna zawierała od 500 — 2.500 jednostek w gramie. W zależności jednak od sposobu przygotowywania tracą szybko swą siłę,

mniej więcej po 3-ch miesiącach. 4 mlgr. naświetlanej ergosteryny dziennie może wyleczyć czynną krzywicę w przeciągu 2 — 3-ch tygodni. Wśród diet pozbawionych witaminy D, najlepszą dla kontrolnego zwierzęcia jest następująca:

Zbożowej mąki	— 80,9%
Białka kurzego	— 10%
Masła	— 5%
Soli	— 4,1%

Dieta powyższa jest pozbawiona fosforu. Podczas doświadczenia zwierzęta muszą być pozbawione światła. Po 3-ch tygodniach można stwierdzić zmiany krzywice zarówno makro — jak mikroskopowe.

Z powyższego wynika, iż nie jest wcale rzeczą trudną dla fabrykanta określić zawartość witamin w poleconych lekach i pokarmach, określić ilość jednostek fizjologicznych na jednostkę miary lub wagi. Jeżeli dodać do tego na opakowaniu datę przygotowania, względnie ograniczony okres używalności, jak to się dzieje z surowicami lub szczepionkami, — to lekarz miałby cenne ułatwienie w leczeniu awitaminozy i jej zapobieganiu.

Oddział Wileński Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

WYCIĄG Z PROTOKÓŁÓW POSIEDZEŃ.

Posiedzenie z dnia 23.I. 28 r.

Obecnych: członków 14, gości 9.

Po przeczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia Gerlę informuje w związku z pokazem chorej z ziarnicą, że jeden z gruczołów został wycięty i poddany badaniu histopatologicznemu, które wykazało obecność komórek Steinberga i eozynofilów, co w zupełności potwierdziło poprzednie rozpoznanie

M. Moszyński przedstawia nowotwór, wychodzący z prawej nerki, wycięty u 5-cioletniego dziecka i rozpoznany na zasadzie badania drobnowidowego, jako rhabdomyoma. Nowotwory te rosną podotrzewnowo, zmian w moczu i bólów nie powodują, są jednak bardzo złośliwe, dają najczęściej przerzuty do płuc; rokowanie jest niepomyślne.

Po omówieniu przypadku prelegent wspomina dalej o dobrych wynikach stosowania przesączu Besredki (antivirus) w meningokokowym zapaleniu opon mózgowych i zachęca do szerszego stosowania tegoż sposobu leczenia.

J. Ziembkiewicz przedstawia przypadek kiły mózgu u 14-tomiesięcznego dziecka. Do 7-go miesiąca życia, dziecko rozwijało się normalnie, w tym czasie dostało po raz 1-szy drgawkę, sztywniało i siniało, piana występowała z ust. Stan taki trwał miesiąc. W 12-ym m. życia stan ten powtórzył się i trwał 2 tygodnie, od tego czasu rozpoczęły się wymioty — codziennie, częste i obfite; dziecko przestało siadać i zaczęło tracić na wadze. Przy przyjęciu stwierdzono spastyczny stan mięśni kończyn, nogi dziecko trzymało przyciągnięte do brzucha i skrzyżowane, ustawnie śliniło się i wymiotowało. Rozpoznano status post encephalitem. Po zbadaniu krwi i stwierdzeniu wybitnie dodatniego odczynu Bordet - Wassermanna chorą poddano leczeniu swoistemu. Zastosowanie 7 zastrzyków rtęci w ilości 1 mg. na kg. wagi nie poprawiło stanu chorej — po podaniu zaś dożylnem neosalvarsanu w ilości 0,03 pro kg. nastąpiła już po 2 zastrzyknięciach poprawa, wymioty zmniejszyły się, dziecko zaczęło na wadze przybierać, pod koniec leczenia wyprostować nóżki i siadać, a przy podtrzymywaniu stawać. Wobec dodatniego odczynu Wassermanna i ustąpienia objawów mózgowych pod wpływem leczenia swoistego ustalono rozpoznanie jako lues cerebri. Dziecko znajduje się nadal pod opieką Stacji dla dzieci kiłowych.

J. Ziembkiewicz przedstawia przypadek zwężenia zastawki dwudzielnej, bez objawów niedomykalności tej zastawki u 2-letniej dziewczynki. Po płonicy, którą przechodziła przed 2 laty, chora miewała bóle i bicie serca. Stwierdzono budowę asteniczną, błądźce powłok, powiększenie granic serca: prawa na lewym brzegu mostka, górna na 3 żebrze, lewa na 1/2 cm. nazewnątrz od lewej linii sutkowej. Nad koniuszkiem i nad anatomicznym miejscem zastawki dwudzielnej słyszalny szmer rozkurczowy, 2-gi ton — dość dźwięczny, nad tętnicą płucną 2-gi ton wybitnie zaakcentowany

i rozdwójony; tętno dość słabo napięte, łatwo uciskalne, niezbyt miarowe. Krzywa tętna wykazuje typowy pulsus anacroticus. Ciśnienie krwi 80 — 55 Roentgen stwierdził niedużą lewą komorę, wypuklenie lewego przedsionka, nieznaczne rozszerzenie prawej komory.

W dyskusji zabierają głos prof. W. Jasiński i L. Łukowski,

Kaulbersz-Marynowska przedstawia przypadek — ropnego jałowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u 5-letniego dziecka, które przed 1½ miesiącem zostało wypisane z Kliniki po wyleczeniu z czernicy, na którą cierpiało przez 2 miesiące. W domu dziecko przechodziło przed dwoma tygodniami ospę wietrzną. W przeddzień powtórnego przybycia do kliniki dziecko nagle dostało gorączki i wymiotów. Stwierdzono ciężki stan dziecka, silne wypuklenie ciemniaczka, sztywność karku, dodatni objaw Kerniga. Płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, prawie biały, pleocytoza 7400, żadnych drobnoustrojów w preparacie z osadu nie znaleziono, dwukrotny posiew pozostał również jałowy. W preparacie barwionym osadu stwierdzono 96% leukocytów o regularnych zarysach i jądrach, barwiących się wyraźnie, a więc podobnych do niezmiennych białych ciałek krwi. Po 3 dniach pobytu w klinice ciepłota ciała spadła, stan dziecka polepszył się znacznie. Dokonane po 10 dniach nakłucie wykazało płyn jasny, przezroczysty, odczyn zapalne ujemne, pleocytozę 30, składającą się z samych limfocytów. Rozpoznanie postawiono na zasadzie analogii z przypadkami, opisywanymi przez Widala, Chauffarda i Gautiera.

W dyskusji zabierają głos: prof. W. Jasiński i Dr. L. Łukowski.

Prof. W. Jasiński wygłasza odczyt p. t. „Typy Sigaud u niemowląt“. (ukaze się w druku).

W dyskusji Dr. Czarnocki mówi, że odpowiednim terenem dla oznaczenia typów byłaby szkoła i ciekawym byłoby łączyć typy ze zdolnościami. Dr. Zagórska zapytuje o szczegóły występowania gruźlicy u dzieci różnych typów. Dr. Łukowski mówi, że Wilno ze względu na znaczne pomieszanie ras byłoby odpowiednim terenem do badania typów. W odpowiedzi prof. Jasiński zaznacza, że do określania typów nadają się już noworodki; w tym okresie nie wchodzi w grę czynniki kondycyjne, a tylko konstytucjonalne; ciekawą będzie obserwacja, czy pierwotnie określone typy pod wpływem krzywicy i innych chorób nie ulegają zmianie.

E. Gerlée wygłasza odczyt p. t. „Z kazuistyki ropnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci“. (ukaze się w druku).

W dyskusji Dr. Łukowski omawia szereg przypadków zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych, spostrzeganych u dzieci w Szpitalu dziecięcym w Wilnie. — Dr. Kaulbersz-Marynowska mówi o przypadku meningokokowego zapalenia opon mózgowych u rocznego dziecka; przebieg kliniczny dawał obraz meningitis tuberculosa. Na sekcji stwierdzono ropę, usadowioną na podstawie mózgu i w komorach, a na powierzchni brak było ropy.

Zagórska mówi o konieczności częstego robienia nakłuć komorowych.

Posiedzenie z dnia 20.II.1928 r.

Obecnych: członków — 15, gości — 3.

J. Muraśko przedstawia 14-letnią dziewczynkę, która przybyła przed 30 ma godzinami do kliniki z powodu ciężkiej śpiączki cukrzycowej, w stanie b. ciężkim, z wybitnym zapachem acetonu, głębokim oddechem, sinicą, tętnem dobrze napiętym 130. Objawy powyższe wystąpiły na 3 godziny przed przybyciem do kliniki. Dziecko dziedzicznie nie obciążone; w wywiadzie dur brzuszny, płonica; od roku dziecko dużo pije, moczu oddaje często, w dużych ilościach. Cukier w moczu w ilości 3,8% stwierdzono na 2 tygodnie przed wystąpieniem objawów śpiączki. Wtedy też zastosowano ambulatoryjne leczenie i odpowiednią dietę. Natychmiast po przyjęciu zastosowano insulinę: w ciągu 1-ej doby ogółem 120 jednostek,

jednocześnie podając cukier doustnie w ilości 20 gr. i natr. bicarbon. w ilości 20 gr. Objawy śpiączki utrzymywały się 20 godzin; w chwili obecnej stan chorej jest dobry.

J. Muraszk o przedstawia dziewczynkę 3-letnią, przyjętą do kliniki 17.I. b. r. z powodu porażen po błonicy.

Dziecko zachorowało podobno nagle 17.XII.1927; w tym dniu stwierdzono błonicę i zastrzyknięto 3000 jednostek surowicy swoistej, nazajutrz ponownie 3000 jednostek. Poprawa stanu ogólnego nastąpiła prędko, jednak w 5-tym dniu choroby wystąpiło porażenie podniebienia, a w 2-gim tygodniu—porażenie kończyn dolnych, niedowład górnych i zez. W chwili przyjęcia stwierdzono porażenie kończyn doinych, zniesienie odruchów kolanowych, porażenie nerwu odwodzącego, niedowład podniebienia. Po zastosowaniu leczenia w postaci zastrzykiwań strychniny i galwanizacji nastąpiła znaczna poprawa: chora zaczęła chodzić, zez zmniejszył się. Prelegentka przytacza statystykę porażen po błonicy i zwraca uwagę na wczesne i ciężkie porażenia w danym przypadku, które wystąpiły, pomimo wczesnego zastosowania dość dużych dawek surowicy.

W dyskusji zabierają głos Żabko-Potopowicz i prof. Jasiński.

J. Zienc kiewicz przedstawia chorą 13-letnią, z zapaleniem nerek

W dyskusji zabierają głos: prof. Jasiński, Muraszk o, Potopowicz

Kaulbersz-Marynowska przedstawia preparat serca dziecka 9-ciomiesięcznego z wrodzoną wadą serca. Dziecko od urodzenia było sine, sinica zwiększała się z biegiem czasu coraz więcej. Granice serca były powiększone, prawa dochodziła do prawej linii przysutkowej. Szmer skurczowy nad koniuszkiem i nad mostkiem nie zawsze był słyszalny. Na sekcji stwierdzono: foramen ovale apertum, foramen interventriculorum, stenosis a. pulmonalis.

W dyskusji zabierają głos Potopowicz i prof. Jasiński.

P. Lidzka wygłasza referat: Kilka uwag o etjologii rumienia guzowatego (ukaze się w druku).

W dyskusji Potopowicz zapytuje, czy pojawienie się rumienia wpływa na przebieg gruźlicy. Dr. Zagórska mówi, że erythema nodosum łączy się często ze szmerem w sercu i, że moment zakażenia gruźlicą nie może być nigdy ściśle określony. Stawiarska zapytuje jak anatomo-patologicznie przedstawia się erythema nodosum. Prof. Jasiński mówi o przypadku, gdzie były wykwyty rumienia wielopostaciowego (erythema multiforme), a jednocześnie charakterystyczne guzki erythema nodosum.

W odpowiedzi Lidzka zaznacza, że wystąpienie eryth. nodosum nie stanowi złego rokowania dla przebiegu gruźlicy. Występowanie przy erythema nodosum szmeru w sercu nie jest często obserwowane w piśmiennictwie. Według Hamburgera, guzki są tuberkulidami, ale zarazków gruźliczych w guzkach nigdy nie znaleziono. Eryth. exsudat. multiforme zjawia się zwykle na kończynach górnych i wykwyty występują w powierzchniowych warstwach skóry, a erythema nodosum przeważnie na kończynach dolnych i guzki są usadowione w głębszych warstwach skóry, dochodzą często do okostnej.

Posiedzenie z dnia 15.III. 1923 r.

Obecnych członków 17.

Po przeczytaniu protokołu Muraszk o i Eijenberżanka uzupełniają pokaz chorej z cukrzycą informacją o obecnym stanie jej zdrowia.

K. Karnicka przedstawia 9-cioletniego chłopca z wrodzonym brakiem m. pectoralis major et minor. Chłopiec budowy wątłej o wzroście i wadze odpowiadającej 7-letniemu dziecku. Klatka piersiowa niesymetryczna, o łukach żebrowych nieco wywiniętych z zaznaczonym różanecem. Zew-

nętrzne jej części w okolicy sutkowej nieco wpadnięte; lewy hemithorax: 28 cm., prawy — 30 cm. Skóra z lewej strony ściślej oblega klatkę piersiową, brak lewej brodawki (athalia), otoczka niska, wyżej usadowiona niż po stronie prawej. Brak jest również tkanki tłuszczowej podskórnej i gruczołu sutkowego (amastia). Badanie stwierdza obecność tylko $\frac{1}{3}$ mięśnia piersiowego większego t. j. część obojczykową (pars clavicularis), której dolny brzeg zznacza się wyraźnie. Brak również mięśnia piersiowego mniejszego. Kręgosłup ustawiony normalnie. Łopatki skrzydlate. Brzuch duży, wypukłony; rozstęp mięśni prostych; wogóle cały układ mięśniowy jest słabo rozwinięty. Pomimo braku mięśnia piersiowego mniejszego i $\frac{2}{3}$ mięśnia piersiowego większego, ruchy ręki nie są upośledzone.

E. Gerléé przedstawia 5-letnią dziewczynkę z analogicznym brakiem mięśnia piersiowego większego po stronie prawej.

M. Zagórska wygłasza referat „O leczeniu odmą obustronnej gruźlicy płuc” i przedstawia trzy chore leczone tym sposobem w Schronisku dla dzieci gruźliczych w Wilnie.

Przyp. I-szy: 13-letnia dziewczynka, prątkująca b. obficie, z daleko posuniętą gruźlicą lewego płuca i z dużą jamą między 2-giem a 4-tem żebrzem. Ciepłota wahała się od 37,5 do 39. Od roku ma stosowaną odmę. Przed 6-ciu miesiącami przestała prątkować, obecnie mało kaszle i mało odpluwa. Ciepłota od 10 miesięcy stale normalna. Na wadze przybyła 5 kg., duszność ustąpiła, utrzymują się tylko dzwięczne rżenia. Ostatnią odmę dopełniono przed 3 tygodniami.

Przyp. II-gi: 11-letnia dziewczynka, obficie prątkująca, chora od kilku miesięcy, przybyła z wyraźnymi zmianami w obu płucach: w dolnym płacie lewego płuca wysłuchiowano mnóstwo półdzwięcznych rżeń; w górnym płacie prawego i lewego płuca szmery oddechowe wydłużone, chuchające. Ciepłota wahała się od 37,9 do 39. Roentgen wykazał marmurkowatość obu płuc. Wobec tych zmian nie stosowano na początku odmy, tylko złoto w postaci aurosanu po 0,05, a następnie po 0,1—razem 2,5 gr. Ciepłota spadła do normy, stan ogólny poprawił się, lecz rżenia i prątki, choć mniej liczne, utrzymywały się; wtedy (przed $\frac{1}{2}$ rokiem) założono odmę leczniczą obustronną. Obecnie ilość płwociny zmniejszyła się znacznie, prątki b. nieliczne i to nie zawsze obecne, duszność i kaszel ustąpiły. Na wadze przybyła $\frac{1}{2}$ kg., ciepłota ciała stale prawidłowa, samopoczucie dobre.

Przyp. III: 11-letnia dziewczynka, również obficie prątkująca, z gruźlicą obustronną. W dolnych płatach obu płuc liczne dzwięczne rżenia, liczniejse w płucu lewym. Założono odmę lewostronną. Obecnie samopoczucie dobre, brak duszności, ciepłota stale normalna, ostatnie badania płwociny nie wykazały prątków. Rżenia pojedyncze utrzymują się nadal.

W dyskusji zabierają głos dr. Zienkiewicz, dr. Muraszko, prof. Jasiński, dr. Żabko-Potopowicz.

Żabko-Potopowicz przytacza zdanie Czernego w sprawie leczenia złotem. Czerny twierdzi, że najgorszym okresem na jego oddziale gruźliczym był okres prób leczenia sanokryzyną. Obecnie Czerny stosuje proteinoterapię (surowica uodpornionych koni), i jest z tego sposobu zadowolony. Żadna jednak z metod leczenia nie uchronia chorego od 2 śmiertelnych postaci „gruźlicy, t. j. prosówkowej i gruźliczego zapalenia opon mózgowych, a więc specjalnego leczenia gruźlicy dotychczas niema.

Ejzenberżanka wygłasza referat p. t. Istota odczynu tuberkulinowego i jego znaczenie.

Sekretarz:

(—) Hanna Kaulbersz-Marynowska.

Prezes:

(—) Wacław Jasiński.



Oddział Łódzki Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

Posiedzenie z dnia 27.I. 1928 r.

Mogilnicki demonstruje jednocześnie 9 przypadków płasawicy w różnych okresach choroby. Leczenie: salicyłaty, arsen, w przypadkach przewlekłych zastrzykiwania siarki, w ostrych, ciężkich — cytotropina dożylnie.

Szereżewska przedstawia 2-letnie dziecko z licznymi wybroczynami w skórze i błonach śluzowych.

Lewiówna demonstruje niemowlę z objawami zapalenia opon mózgowych. Płyn mózgodzeniowy jałowy, odczyn Wassermann'a w płynie —, we krwi —, w płynie bardzo liczne wielojądrowe leukocyty. Przy drugim badaniu o. W. w płynie ujemny. Prawdopodobne rozpoznanie — przewlekłe epidemiczne zapalenie opon mózgowych.

W dyskusji Żurkowski wyjaśnia sprawę nieswoistości odczynu W. w związku ze zmianami układu koloidalnego, które mogą występować i w innych chorobach zakaźnych, Zbyt czuły antigen może wykryć globulinowe przesunięcie tam, gdzie ono ilościowo jest znacznie niższe, niż w kile. Ilościowo, a nie jakościowo różnią się zmiany układu koloidalnego w gruźlicy i kile. Dawniej, przy słabych antigenach o. W. nie wykluczał kiły, obecnie jest tendencja do uczulenia antygenów i dlatego mamy okres, kiedy o. W. może nie być dowodem kiły.

Tomaszewski pokazuje zdjęcia Roentgenowskie 2-ch przypadków złamań, leczonych za pomocą nałożenia szwu kostnych.

Kocen wygłasza referat p. t.: „Patogeneza skaz krwotocznych“. Prelegent omawia istotę krzepnięcia krwi w świetle teorii zaczynowej, według której z fibrinogenu powstaje włóknik pod wpływem trombin; trombina powstaje z protrombiny, dzięki działaniu trombokiny, pochodzącej z płytek i innych elementów i działającej w obecności jonów wapnia. Można podzielić choroby krwotoczne na kilka grup, uwidoczniwszy na tablicach. A więc krwotoczność, wynikająca z niezdolności krzepnięcia krwi, czyli krwawiczka właściwa — brak zaczynów przy normalnej ilości płytek, czas krzepliwości przedłużony. Druga grupa, to małopłytkowość — trombopenja essentialis (morbus Werlhoffi), charakteryzuje się przedłużonym czasem krwawienia i małą ilością płytek. Małopłytkowość bywa także objawowa. Do trzeciej grupy należą choroby krwotoczne bez zmniejszenia ilości płytek przy rozmaitych zatruciach i zakażeniach. Tu mamy na pierwszym planie uszkodzenie śródbłonków naczyń. Co do leczenia, to w krwawicze pomaga jedynie przetaczanie krwi, a w trombopenji naświetlanie promieniami Roentgena, lub usuwanie śledziony. Istnieje również cały szereg chorób krwotocznych, których nie można zaliczyć do określonej grupy.

W dyskusji J. Kon zaznacza doniosłość grupy trzeciej dla pedjatrii. Tutaj należą wszystkie przypadki z objawami krwotocznymi w chorobach zakaźnych. Żurkowski podkreśla, że obecna teoria krzepliwości krwi musi ulec w przyszłości zmianie z chwilą rozwoju chemii fizykalnej, nieuznającej tych różnych enzymów, które stanowią treść obecnych poglądów na krzepnięcie krwi.

Posiedzenie z dnia 24.II. 1928 r.

Obecnych 50 osób.

Lewiówna przedstawia przypadek ospy wietrznej u 8-io miesięcznego niemowlęcia, powikłany ropnemi wykwitami, oraz zgorzelą skóry.

W dyskusji Mogilnicki podkreśla stosunkową częstość występowania zgorzeli skóry w przebiegu ospy wietrznej w ciężkich postaciach tej naogół lekkiej choroby. Herszfinkiel, Lichtensztainowa i Knichowiecki mówią o powikłaniach przy ospie wietrznej zapaleniem płuc, różą, krwotocznym zapaleniem nerek,

Knichowiecki demonstruje przypadek płasawicy o ciężkim przebiegu u 14-letniego chłopca, wyleczony zastrzykowaniami cytotropiny.

Iwaszkiewicz pokazuje 4-miesięczną niemowlę z wybitną sinicą skóry i błon śluzowych—*morbus coeruleus*, w którym stwierdzono hyperglobulję (14.550 000 czer. ciał. krwi) i 95% hemoglobiny.

Rozenówna przedstawia przypadek ropnego zapalenia opłucnej, wyleczonego nakłuciami.

Polakow demonstruje 2 przypadki cukrzycy, leczone małymi dawkami insuliny.

Kapłański demonstruje 6-ioletniego chłopca z *trombopenia essentialis*, wyleczonego zastrzykowaniami krwi matki i *coagulenu*. Stwierdzono poza ogólną poprawą, zwiększenie się ilości płytek i hemoglobiny.

Mogilnicki omawia przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych u 7-letniej dziewczynki, uderzonej w główkę 2 tygodnie przed początkiem choroby, podkreślając doniosłe znaczenie urazu dla wybuchu *menigitis tbc.*, w przypadkach utajonej gruźlicy.

Kapłański wygłasza odczyt p. t.: „O występowaniu odczynu Widala w przebiegu duru brzuszego”. (druk. w *Pedjatrji Polskiej*).

W dyskusji **Mogilnicki** podkreśla konieczność kilkakrotnego powtarzania odczynu Widala, proponując również dokonywać odczynu 2-azowego nie w pracowni, a na samych oddziałach szpitalnych ze świeżym moczem. **Zurkowski** mówi o odczynach paradoksalnych, zaliczając również do nich odczyn ujemne we wczesnych okresach duru brzuszego.

Posiedzenie z dnia 30.III. 1928 r.

Obecnych 40 osób.

Bornsztajnówna pokazuje dziecko 3 letnie z porażeniami pobłoniczmi, leczone podczas błonicy surowicą. Obecnie po zastrzykowaniach strychniny znaczna poprawa.

J. Kon pokazuje dziecko 4-letnie z porażeniami pobłoniczmi. Dziecko przechodziło anginę przed 7-miu tygodniami — błonica nie była rozpoznana i surowicy nie stosowano. Obecne leczenie — zastrzykiwania surowicy i strychniny.

A. Ziegler demonstruje dziecko z *durem brzuszny*m powikłanym objawami oponowemi.

W dyskusji **Mikłaszewski** twierdzi, że w 45% przypadków nie stwierdza się odczynu Widala w przebiegu całego duru. **A. Ziegler** wyjaśnia, że na zasadzie dużego materiału w Szpitalu *Anny Marji* można twierdzić, że ujemny odczyn Widala występuje zaledwie w 15% przypadków. **Mogilnicki** podkreśla częstość późnego występowania odczynu złepnego, nieraz już u ozdrowieńców po *durze brzuszny*m.

Polakow omawia dalsze leczenie przypadków *cukrzycy* w Szpitalu *Anny Marji*. (Przypadki te będą ogłoszone w druku).

Barciński demonstruje przenośny aparat *Roentgena* z odpowiednimi wyjaśnieniami.

Posiedzenie z dnia 27.IV. 1928 r.

Obecnych 32 osoby.

Szereszewska demonstruje niemowlę z bardzo licznymi zmianami kości długich i żeber. Rozpoznanie — *osteogenesis imperfecta*.

W dyskusji **J. Kon** wspomina o 3 spostrzeganych przypadkach tej choroby.

Rozenówna pokazuje niemowlę dotknięte *krzywicą*, *wodogłowiem* i *anemią* typu *Jaksch-Hajema*.

Kukielówna pokazuje preparat jelit 7-iodniowego noworodka, który zmarł w Szpitalu na skutek objawów niedrożności. Sekcja wykazała niedorożwój całego jelita grubego. Taki przypadek notowano tylko raz jeden w Szpitalu *Anny Marji* w 1911 roku.

J. K o n przedstawia preparat żyły pępkowej, wydobytej przy sekcji zwłok 4-tygodniowego dziecka, które zmarło przy objawach posocznicy. W żyły pępkowej znaleziono zakrzep ropiejącą. Zmiany zewnętrzne pępka nieznaczne.

K r u s z ó w n a wygłasza odczyt: „O stosowaniu urotropiny 40⁰/₀ dożylnie w ciężkich przypadkach duru brzuszego“. (Rzecz przeznaczona do druku).

W d y s k u s j i Mogilnicki podkreśla bardzo dodatni wpływ urotropiny w ciężkich przypadkach duru. Żurkowski wspomina, że obecnie stosuje się przy leczeniu duru szczepionkę doustnie.

W o ź n i a k ó w n a wygłasza odczyt: „O dożylnem stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej“ (Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie z dnia 8.VI. 1928 r.

Obecnych 31 osób.

A. Ziegler przedstawia dziecko z żółtaczką hemolityczną. Sprawa trwa od pół roku. Oporność krwinek czerwonych zmniejszona do 0,59. Odczyn Van d. Bergha pośredni dodatni. Urobilina i urobilinogen w moczu zwiększone.

K a p ł a ń s k i demonstuje poraz drugi dziecko, które przedstawiał w lutym r. b. dotknięte chorobą trombopenia essentialis. Leczone obecnie naświetlaniami Roentgena. Ilość płytek we krwi nie podnosi się, ale krwawień, które dawniej wciąż się powtarzały, od szeregu tygodni nie było. Prócz naświetlań stosuje się codziennie 200 gr. wątroby. Obraz krwi poza płytkami znacznie się poprawił. Ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych podwoiła się.

W d y s k u s j i zabierali głos: A. Ziegler, Mogilnicki i Rajchman.

W o ź n i a k ó w n a demonstuje 2 letnie dziecko z dużą czaszką o twardych kostnych wypukłościach guzowatych, rozłożonych niesymetrycznie. Ciemię względnie nieduże. Płyn mózgowo-rdzeniowy wysyła pod dużym ciśnieniem, niezapalny. Gomaszewska przypuszcza, że jest to przypadek nietypowy hydrocephalus internus.

O r d y ń s k a demonstuje preparat wyciętego wyrostka robaczkowego. W świetle wyrostka znaleziono ogniwo tasieńca.

A Ziegler referuje swoje wrażenia z kursów pedjatrycznych w Düsseldorfie. Streszcza odczyty Langszteina: „O odżywianiu niemowląt“, Spetka: „O mleku krowim“. Eckszteina: „O odżywianiu i pielęgnowaniu wcześniaków“, Jaschkego: „O chorobach noworodków“, Haberera: „O zapaleniu wyrostka robaczkowego i skurczu odźwiernika“, Selmy Majer: „O chorobach zakaźnych“.

L e w i ó w n a oznajmia o zorganizowaniu w Łodzi przy poradni TOZu centrali mleka kobiecego, przeznaczonego dla chorych niemowląt na miesiąc.

M o g i l n i c k i zdej sprawozdanie ze Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Pradze. Prelegent oznajmia, że na ostatniem posiedzeniu Sekcji Pedjatrycznej w Pradze, postawił 2-a wnioski: 1) o utworzeniu wspólnego pedjatrycznego pisma w językach słowiańskich, 2) o systematycznym udziale delegatów pedjatrów słowian w zjazdach pedjatrycznych polskich.

M o g i l n i c k i oznajmia, że w Czechach niema organu pedjatrycznego i nie jest jeszcze zalegalizowane Tow. Pedjatryczne.

Przewodniczący:

T. Mogilnicki

Sekretarz:

J. K o n



Wiadomości bieżące.

Protokół posiedzenia Komitetu w sprawie Konkursu im. ś. p. D-ra Stanisława Kamińskiego, ogłoszonego przez Pol. Tow. Pedjatryczne (patrz Pedjatria Polska tom VI, zeszyt 7, str. 462, rok 1926).

Komitet Konkursowy stanowili Docent Bujak, Prof. Gröer, Prof. Jasiński, Prof. Jonscher, Prof. Michałowicz i Dr. Roszkowski. Członkowie Komitetu pozamiejscowi nadesłali oceny piśmienne, załączone do protokołu. Członkowie miejscowi wypowiedzieli swe zdanie na posiedzeniu, odbytem dnia 30 listopada 1928 r. o godz. 10 rano w Klinice Pedjatrycznej U. W. Opinia, ustalona na zasadzie otrzymanych piśmiennych i ustnych ocen wypadła jak następuje:

Nadesłana na Konkurs praca pod godłem: „Come what come may“, stanowi ciekawy, sumiennie opracowany, poddany wielostronnej analizie referat, lecz nie jest istotnym przyczynkiem do wzbogacenia wiedzy lekarskiej w dziedzinie Pedjatrii (stosownie do p. 2 Konkursu). Wobec powyższego Komitet uznaje konkurs za nieodbyty i ogłasza go ponownie, ustalając termin ostateczny dla nadsyłania prac na dzień 31 września 1929 r. **włącznie**. Warunki Konkursu — patrz „Pedjatria Polska“ tom VI, zeszyt 7, dodatkowy, 1926 r.

Warszawa, dn. 30.XI.1928 r.

M. Michałowicz

M. Roszkowski

Uwaga: nadesłana na konkurs praca pod godłem „Come what come may“ i zapieczętowana koperta z nazwiskiem autora są do odebrania w Redakcji „Pedjatrii Polskiej“ do dnia 1 stycznia 1929 r.

W listopadzie r. b. minęło 40 lat od założenia pierwszego Polskiego pisma lekarskiego w Polsce Zachodniej p. t. „Nowiny Lekarskie“. Mimo niewoli, mimo braku warsztatu naukowego, mimo niemożności komunikowania się z ośrodkami naukowymi w pozostałych zaborach, „Nowiny Lekarskie“ nie tylko przetrwały najcięższe lata ucisku, ale, dzięki wysiłkom kolegów Wielkopolskich, utrzymały się na wysokim poziomie naukowym i stały się poważnym czynnikiem w rozwoju i postępie nauki lekarskiej Polskiej. W związku z uroczystymi obchodami jubileuszowymi „Nowin Lekarskich“ w Poznaniu, Redakcja nasza dołącza ze swej strony życzenia „ad multos annos“.

Redakcja otrzymała zeszyt I czasopisma p. t. Chirurgia narządów ruchu i ortopedja Polska, pod redakcją Prof. I. Wierzejewskiego i Doc. dr. A. Wojciechowskiego. Jest to pierwsze czasopismo polskie poświęcone tej coraz to bardziej zaznaczającej się odrębności specjalności. Zeszyt I poświęcony został I Zjazdowi nowoutworzonego Polskiego T-wa Ortopedycznego w Poznaniu. Wydany, jak na nasze stosunki, wprost wspaniale, na kredowym papierze, bogato ilustrowany, wskazuje, że i my staramy się nadążyć za pokrewnymi działami na Zachodzie.

Na treść pierwszego zeszytu składają się prace: Fr. Raszeji, A. Grucy, I. Wierzejewskiego, W. Łapińskiego, M. Łatkowskiego i M. Grobelskiego. Pedjatrów polskich czasopismo to musi interesować ze względu na swój stosunek do schorzeń organów ruchu, które u dzieci nie mniej często, a może nawet częściej wstępują, niż u dorosłych.

Nowemu pismu tak świetnie prezentującemu się już w swych początkach należy życzyć dalszego odpowiedniego rozwoju.

(Redakcja i Administracja: Topolowa. 2. Doc. A. Wojciechowski).

EMULSJĘ TRANOWĄ — GESSNER

z solami podfosforanu wapnia i sodu przy chorobach:
**zołżów, krzywicy, wycieńczeniu i niedokrwi-
stości u dzieci.**

SYROP. DROSERAE c. Natr. silicico — GESSNER

w chorobach:

koklusz i przy nieżycie dróg oddechowych.

POLECA:

LABORATORJUM CHEM.-FARMAC.

JAN GESSNER

Warszawa, Al. Jerozolimskie 11.

G A B I N E T

Dr. HIERONIMA CZARKOWSKIEGO

(SIENNA 20. TEL. 170-76)

do leczenia lampą łukową, kwarcową, Sollux'em i diatermją skutecznie
naświetlania pojedyncze i zbiorowe pod osobistym kierunkiem lekarza
od 5 do 7 wieczorem i w godzinach umówionych.

Ceny naświetlań od 2 do 6 złotych.

Filja w Lecznicy (Nowy-Świat 57. Tel. 58-27) od 10 do 12 w południe
i od 4 do 5 po południu.

KAKAO OWSIANE WEDLA

łączy łatwostrawność kleiku z przyjemnym smakiem czekolady.

Zalecane dla dzieci i osób o słabem trawieniu

E. WEDEL,

WARSZAWA, ULICA SZPITALNA № 8.



TRICALCINE

ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

NAJRADYKALNIEJSZY
NAJBARDZIEJ RACJONALNY



REKALCYFIKACJA

(UWAPNIANIE)

NIE MOŻE BYĆ PEWNIJ

PRAKTYCZNIJ
OSIĄGNIĘTA

JAK TYLKO PRZEZ

TRICALCINE

SOLE WAPNI PRZYSWAJALNE

GRUŻLICA PŁUC ; KOŚCI
GRUŻLICZE ZAPALENIE OTRZEWNEJ
KRZYWICA, ZOŁZY, WYNISZCZENIE ORGANIZMU
PRÓCHNICA ZĘBÓW, ZŁAMANIA KOŚCI
REKONWALESCENCJA

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