

A. 077

PEDJATRJA POLSKA

DWUMIESIĘCZNIK

ORGAN POLSKIEGO T-WA PEDJATRYCZNEGO

KOMITET REDAKCYJNY:

M. Michałowicz i Wł. Szenajch — Warszawa, Fr. Gröer — Lwów,
W. Jasiński—Wilno, K. Jonscher—Poznań i T. Mogilnicki—Łódź.

Redaktor — T. KOPEĆ — Warszawa

STALI WSPÓLPRACOWNICY:

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

TOM XI — ZESZYT 5

1 9 3 1

WARSZAWA

NAKŁADEM POLSKIEGO KOMITETU OPIEKI NAD DZIECKIEM



E. Mróz — Zmiany w spłotach naczyńniastych komór mózgowych w przypadku posocznicy meningokokowej	332
H. Kaulbersz-Marynowska — Odczyn Biernackiego w płonicy i w odrze	340
A. Skwarczyńska i M. Śliwińska — Z kliniki okresu wyłęgania odrzy	344
Wł. Mikułowski — O t. zw. kile wisceralnej w klinice dziecka	347
Wł. Mikułowski — O roli konstytucji kiłowej w przebiegu ostrych i przewlekłych zakażeń u dzieci	348
L. Bernaciński — Równowaga Donnana jonów wodorowych między krwią, a płynem mózgowo-rdzeniowym	349
H. Brokman i L. Zaks — Przyczynę do alergii tuberkulinowej w odrze	350
H. Brokman i Z. Glińska — Badania nad genezą ciał odpornościowych	352
W. Jasiński — Konieczność i sposób ustalenia norm rozwoju fizycznego dzieci w Polsce	355
R. Stankiewicz — Wysięki jałowe, ropne w zapaleniach płuc u dzieci	363
S. Popowski i R. Stankiewicz — Leczenie schorzeń nieswoistych płuc u dzieci za pomocą odmy sztucznej	373

E. Mróz — Alteration des plexus chorioidiens des ventricules du cerveau dans un cas de septi-cemie meningococcique	332
H. Kaulbersz-Marynowska — Sur la reaction de Biernacki dans la scarlatine et la rougeole	340
A. Skwarczyńska i M. Śliwińska — Sur la clinique de la periode d'incubation dans la rougeole	344
Wł. Mikułowski — Sur la syphilis viscerale dans la clinique infantile	347
Wł. Mikułowski — Sur les roles de la constitution syphilitique au cours des maladies infectieuses aiguës et chroniques des enfants	348
L. Bernaciński — L'équilibre de Donnan des ions hydrogènes entre le sang et le liquide cephalo rachidien	349
H. Brokman i L. Zaks — Contribution a l'allergie tuberculeuse dans la rougeole	350
H. Brokman i Z. Glińska — Recherche sur la genese des anticorps immunisatoirs	352
W. Jasiński — Sur la necesité et le mode de fixer les mesures physiologique du developement physique des enfants polonais	355
R. Stankiewicz — Les exsudations purulentes steriles au cours du pneumonie des enfants	363
S. Popowski i R. Stankiewicz — Les traitements par le pneumothorax des maladies pulmonaires non tuberculeuses chez les enfants	373

*PAMIĘTNIK
IV ZJAZDU
PEDJATRÓW POLSKICH
WE LWOWIE
23–26.V.1931*

Sprawozdanie Komit. Organ. IV. Zjazdu Pedjatr. Pol. we Lwowie (23 — 26 maja 1931).

P o d a ł

Doc. Stanisław Progulski

Wybrany w Wilnie podczas III. Zjazdu pedjatrów polskich komitet organizacyjny składał się z przewodniczącego Prof. Groera i sekretarza Doc. Progulskiego. Komitet kooptował do współpracy przygotowawczej kolegów asystentów Kliniki dziecięcej lwowskiej jako to Chwalibogowski, Redlicha i na skarbnika Brichtę. Dwukrotnie zapraszał komitet organizacyjny szersze koła kolegów pedjatrów lwowskich na wspólne narady celem rozwinięcia propagandy na rzecz zjazdu, jakoteż dla wciągnięcia chętnych kolegów do współpracy w czynnościach przygotowawczych.

Tak w wyborze tematów głównych, w których starano się uwzględnić najbardziej nowoczesne zagadnienia pedjatrji polskiej, jak i w uzyskaniu odpowiednich referatów nie natrafił komitet na żadne trudności. Szczególną radość zgotował nam Kraków, którego przedstawiciel naukowy Prof. Lewkowicz przyrzekł wzięcie udziału w zjeździe wraz z swoim personelem lekarskim i wygłoszenie wykładu inauguracyjnego. Po ułożeniu tymczasowego programu, dalsze prace przygotowawcze doznały pewnego utrudnienia z powodu wyjazdu przewodniczącego komitetu Prof. Groera na czas dłuższy do Ameryki. Skutkiem tego, jakoteż i zbyt powolnego zgłaszania się kolegów z uczestnictwem wykładów, ostateczny program można było ustalić tuż przed zjazdem. Ilość uczestników w zjeździe wyniosła 135 osób. Wygłoszono na nim oprócz 6 referatów programowych, 32 wykładów. Z tych na: Kraków przypadło 5; Lublin — 1; Lwów — 2; Łódź — 3; Sosnowiec — 1; Warszawę — 17; Wilno — 3.

25.V. w salonach Gmachu Uniwersyt. odbył się raut dla gości zjazdowych.

26.V. popołudniu odbyło się nadzwyczajne ogólne zebranie Tow. Pedjatr. pod przewodnictwem prezesa, T. Kopia z Warszawy.

Tego samego dnia o godz. 5-tej popołudniu zamknięto obrady zjazdu. W czasie zjazdu nadeszły telegramy z życzeniami od kolegów — lekarzy: Erlichówny (Warszawa), Garbaczewskiego (Wilno), Łukowskiego (Wilno), Łyskawińskich (Warszawa), z Redakcji Medyc. Praktycznej w Poznaniu, Roszkowskiego (Warszawa).

Na zakończenie wygłosił Prof. Groer wykład: Wrażenia z Ameryki. Następnego dnia przyszła do skutku wycieczka do Zagłębia naftowego i Truskawca, w której wzięło udział 19 osób. Inne planowane wycieczki z powodu niedostatecznej ilości zgłoszeń nie mogły się odbyć.

SPIS UCZESTNIKÓW ZJAZDU.

1. Aleksiewiczowa Zofja — Lwów, Asnyka 2.
2. Aszkenazy Klara — Kołomyja.
3. Baczkiewicz Jan — Warszawa, Jasna 24.
4. Bernaciński Lucjan — Kraków, Bonerowska 2.
5. Białówna Irena — Białystok, Św. Rocha 2.
6. Bogdanowicz Jan — Warszawa, Marszałkowska 2.
7. Brokman Henryk — Warszawa, Orla 11.
8. Bahrówna Netty — Lwów, Zamarstynowska 2.
9. Brillowa — Lwów, ul. Asnyka.
10. Brichta Zdzisław — Lwów, Paulinów 5.
11. Cieszyński Ksawery — Warszawa, Filtrowa 3.
12. Chwalibogowski Artur — Lwów, Potockiego 4.
13. Czoban - Sandauerowa Franciszka — Lwów, Teatyńska 37.
14. Cynberg — Zamość.
15. Deimlowa Małgorzata — Biała k/Bielska, Św. Jana 13.
16. Distenfeld Ida — Lwów, Głęboka 15.
17. Dortort Artur — Stanisławów.
18. Festensztat Adam — Warszawa, Pańska 69.
19. Frenklowa Henryka — Łódź, Kościuszki 36.
20. Füllenbaum Laura — Lwów, Prowiantowa 3.
21. Fleck Ludwik — Lwów, Kochanowskiego 9
22. Garfein Olga — Lwów, Zielona 17.
23. Glińska Zofja — Warszawa, Nowowiejska 11.
24. Goldman Jadwiga — Łódź, Rokicińska 15.
25. Godlewski Waclaw — Kraków,
26. Grocholska Weronika — Lwów, Zakład Sierot, Kadecka.
27. Gundlach Ludwik — Łódź, Kościuszki 24.
28. Gutman Eljasz — Łódź,
29. Grünberg Zygmunt — Warszawa,
30. Goldschlag Fryderyk — Lwów, Fredry 7.
31. Gottlieb Julja — Lwów, Asnyka 6.
32. Groebłowa Augusta — Lwów, Krakowska 14.
33. Groer Franciszek — prof. — Lwów, Senatorska 5.
34. Hahn Olga — Lwów, Listopada 30.
35. Hałacińska Felicja — Lwów,
36. Hoppe Czesław — Warszawa.

37. Hescheles Izidor — Lwów, Akademicka 26.
38. Huppercówna Janina — Białystok, Skorupska 23.
39. Ilnicka - Krauze Alina — Warszawa,
40. Iszora Eugenjusz — Wilno,
41. Jankowska Marja — Lublin,
42. Jaroń Włodzimierz — Częstochowa, Kilińskiego 13.
43. Jasińska Anna — Kraków, Kopernika 36, II p.
44. Jasiński Wacław — prof. — Wilno, Antokol, Szpit. Wojsk.
45. Jonscher Karol — prof. — Poznań, Aleje Marcinkowskiego 26.
46. Joffe Gustawa — Kraków.
47. Jaroszevska Jadwiga — Warszawa,
48. Kamler Antoni — Warszawa, Aleja Szustra 47.
49. Kaulbersz - Marynowska — Wilno.
50. Klepacki Witold — Lublin, Niecała 16.
51. Kokoszko Michał — Otwock, Wojcickiego 2.
52. Kopec Tadeusz — Warszawa, Mokotowska 39.
53. Kolodyńska Zdzisława — Kraków, Wolska 8.
54. Kramszyk Stefan — Warszawa, Królewska 35.
55. Kościuszkowa Janina — Kraków,
56. Kościuszkowa Stefanja — Łańcut.
57. Kucharska Bogusława — Poznań.
58. Klimowicz Leon — Warszawa.
59. Kosińska Wanda — Lwów, Zamarstynowska 9.
60. Kochanowski Juljan — Lwów.
61. Landauówna Lea — Lwów.
62. Lewenstein Zofja — Lwów, Wagilewicz.
63. Lewingerowa - Spinner G. — Kraków, Paulińska 6.
64. Lewiówna Rachela — Łódź, Żeromskiego 24.
65. Lewkowiczówna Halina — Kielce, Szpital dla Dzieci.
66. Lewkowicz Ksawery — prof. — Kraków, Krowoderska 19.
67. Lidzka P. — Wilno, Klinika Dzieci.
68. Lieberman H. — Sosnowiec.
69. Lifschütz Natalja — Lwów, Św. Anny 1.
70. Lilien Norbert — Rabka.
71. Loriowa Marja — Lwów, Sykstuska 37.
72. Ludwik Stanisław — Lwów, Chorążczyzny 16.
73. Margolisowa Anna — Łódź, Piotrkowska 81.
74. Markiel Karol — Lwów, Jagiellońska 24.
75. Maternowska Zofja — Borysław, Zakład dla Niemowląt.
76. Meisels Samuel — Lwów, Czarnieckiego 3.
77. Michałowicz Mieczysław — prof. — Warszawa, Lekarska 23.
78. Michałowicz Jerzy — Warszawa.
79. Michałowska Marja — Warszawa, Wspólna 61.
80. Mikułowski Włodzimierz — Warszawa, Marszałkowska 47.
81. Mielewska Nadzieja — Ostrowiec Kielecki.
82. Mróz Edward — Kraków.
83. Mikiewiczówna Anna — Lwów, Kochanowskiego 8.
84. Mogilnicki Tadeusz — Łódź, Sienkiewicza 37.
85. Moszczeński Stefan — Lwów, Łyczaków 57.
86. Münzer Jakób — Lwów, Słowackiego 4.
87. Nasilowski Antoni — Sosnowiec, Marjacka 14.
88. Niepokojszycka Jadwiga — Warszawa, Grójecka 43.
89. Nowicka Wiktorja — Busko Kieleckie (Kolonja Lecz.).
90. Orska Dreyerowa Zofja — Jaworów.
91. Otto Marjan — Lwów, Św. Antoniego 3.

92. Paszkiewicz Aleksander — Kraków, Strzelecka 2.
93. Peitzer Fryderyk — Lwów.
94. Peszyńska Emilja — Lwów, Listopada 14.
95. Piechowski Bolesław — Poznań, pl. Wolności 11.
96. Pieńkowski Marjan — Warszawa, Wiejska 18.
97. Popielska Helena — Lwów, Senatorska 5.
98. Potapowicz J. — Tomaszów Maz., Uzdrowisko Wilanów.
99. Pilewska Zofja — Lwów, Dwernickiego 11.
100. Progulski Stanisław — doc. — Lwów, Asnyka 1.
101. Quest Robert — doc. — Lwów, pl. Bernardyński 2a.
102. Raciązek Gustaw — Warszawa,
103. Redlich Fryderyk — Lwów, Głowińskiego 5.
104. Rolińska Stanisława — Lwów.
105. Roller Maksymiljan — Lwów, Kazimierzowska 35.
106. Rosenberg Stefanja — Łódź, Wołczańska 222.
107. Roszak Stanisław — Katowice, 3-go Maja 11.
108. Rowińska Aleksandra — Warszawa.
109. Rosenmann Maks — Bielsko.
110. Rosenberg Antonina — Jarosław.
111. Reiss Ernestyna — Lwów.
112. Scharf Julian — Kołomyja, Kraszewskiego 9.
113. Schwarzmann Józef — Warszawa, Złota 48.
114. Ślaski Krzysztof — Lublin, Staszica 2.
115. Sonenstrahl Gustaw — Lwów, Potockiego 9.
116. Starkiewicz Szymon — Busko Kieleckie.
117. Strasmann Leon — Janów Lubelski.
118. Strzelecka - Arnoldowa Marja — Lwów, Kraszińskiego 11.
119. Szaykowski Wacław — Białystok, Mazowiecka 7.
120. Szaniawski P. — Częstochowa, Kościuszki 13.
121. Szenajch Władysław — prof. — Warszawa, Krakowskie Przed. 6
122. Szenic Marjan — Poznań, Działyńskich 9.
123. Stabrowski Mieczysław — Poznań.
124. Stankiewicz Remigjusz — Warszawa.
125. Staruskiewicz Oktawia — Lwów.
126. Schneider Juljusz — Lwów, Romanowicza 1.
127. Skwarczyńska Anna — Warszawa, Zamek.
128. Tannenbaum Henryka — Drohobycz.
129. Umińska Irena — Poznań, Fredry 9.
130. Wasilkowska Krukowska Helena — Lwów.
131. Wierzbowska Marja — Warszawa.
132. Wolnówna Janina — Kraków, pl. Szczepański 2.
133. Woźniakówna Janina — Łódź, Nawrot 38a.
134. Wżykowska Michejdzina — Wilno.
135. Zagórska Marja — Wilno.

Sprawozdanie kasowe IV Zjazdu Pedjatrów Polskich we Lwowie**I. W p ł y w y:**

Pozostałość z III. Zjazdu Pedjatr. Pol.	zł. 160.50
Wkładki uczestników Zjazdu	„ 3414.—
Wpłaty firm za stoiska reklamowe	„ 1000.—
Razem	zł. 4474.50

II. W y d a t k i:

Na zeszyt dodatkowy Pedjatrji Polskiej	zł. 1700.—
Wydatki gospodarcze i kancelaryjne	„ 749.75
Wydatki za imprezy towarzyskie i artystyczne	„ 1820.40
Zwroty	„ 10.—
Razem	zł. 4280.15

W p ł y w y zł. 4474.50

W y d a t k i „ 4280.15

Pozostaje zł. 194.35, z których resztę po ostatecznem zamknięciu rachunków, przekaże się następnemu Zjazdowi.

Skarbnik IV Zjazdu Pedj. Pol.

Dr. Brichta Zdzisław

PRZEBIEG ZJAZDU.

I posiedzenie.

IV. Zjazd pedjatrów polskich we Lwowie, rozpoczął swe obrady 23. maja 1931, w gmachu Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Otwarcia Zjazdu dokonał J. Magnif. P. Rektor Dr. Witkowski krótkim przemówieniem w auli uniwersyteckiej, poczem przemówił sekretarz T-wa Prof. Dr. Senajch z Warszawy.

KOLEŻANKI i KOLEDZY!

Otwieram IV zjazd pedjatrów.

Zjazdy nasze mają znaczenie dwojakie: naukowe i organizacyjne. Na zjazdach porozumiewamy się co do najważniejszych zagadnień w zakresie naszej specjalności, oraz dążymy do coraz ściślejszego zespolenia się pedjatrów polskich.

Pod tym ostatnim względem zjazd obecny będzie miał w historii pedjatrji polskiej wielkie znaczenie: mamy właśnie w dotychczasowym statucie Towarzystwa Pedjatrycznego dokonać zmian, mających na celu osiągnięcie jeszcze ściślejszego zjednoczenia pedjatrów polskich i wyłonienia ogólnokrajowej reprezentacji i władz Towarzystwa — będzie to zakończeniem prac organizacyjnych, dążących do zrzeszenia się wszystkich pedjatrów w Polsce w jedno Towarzystwo — prac, których początek sięga przeszło 20 lat wstecz. Nie od rzeczy więc będzie, jeżeli dziś myślą przejdziemy szybko tę długą drogę i w krótkim zarysie zapoznamy się z dotychczasową naszą pracą.

Pierwszą u nas próbą zespolenia się lekarzy pedjatrów było utworzenie przez Józefa Brudzińskiego sekcji pedjatrycznej przy Towarzystwie Lekarskiem w Łodzi.

Dnia 24 października r. 1908 w sali szpitala Anny-Marji dla dzieci w Łodzi odbyło się posiedzenie inauguracyjne nowoutworzonej sekcji. Brudziński, jako inicjator, w przemówieniu wstępnem przypisał „otwarcie pierwszej sekcji pedjatrycznej więcej, niż miejscowe znaczenie, dlatego, że miał nadzieję, że pobudzi to inne środowiska pedjatryczne do zgrupowania się ściślejszego, a w dalszem następstwie doprowadzi do zrzeszenia się wszystkich sekcji pedjatrzy-

nych w jedno Towarzystwo Pedjatryczne Polskie ze zjazdami rocznymi". Że nie tylko Brudziński tak oceniał zespolenie pedjatrów łódzkich, świadczy fakt, że na inauguracyjne posiedzenie przybyli liczni delegaci z Warszawy, oraz że nadesłano wiele depeš i listów od różnych organizacyj lekarskich i poszczególnych kolegów z Warszawy, z Krakowa, z Kijowa i t. d. Przewodniczył na tem zebraniu Julian Kramsztyk, późniejszy pierwszy Sekretarz Stały naszego Towarzystwa. Złożył listownie życzenia również nestor pedjatrów polskich, prof. M. Jakubowski z Krakowa. Na tem pierwszym posiedzeniu Wacław Jasiński odczytał rzecz p. t. „Szkic rozwoju pedjatrji polskiej“, a Józef Brudziński omówił: „Cele i zadania pedjatrji współczesnej“. Jako najważniejsze cele pedjatrji polskiej w owym czasie, nakreślił mówca: stworzenie wzorowych oddziałów dla niemowląt z odpowiednio urządzonemi pracownikami, utworzenie Towarzystwa Pedjatrycznego, skupienie się pedjatrów polskich koło specjalnego organu.

Z tych zamierzeń ostatnie zostało w tymże roku 1908 z inicjatywy również Brudzińskiego wykonane: ukazał się pierwszy zeszyt kwartalnika p. t. „Przegląd Pedjatryczny“ pod redakcją Z. Andersa z Warszawy, J. Brudzińskiego z Łodzi, S. Kryśewicza z Poznania, K. Lewkowicza z Krakowa i J. Raczynskiego z Lwowa, a na liście wydawców, popierających materjalnie i moralnie nowe czasopismo, spotykamy nazwiska prawie wszystkich pedjatrów polskich. W „słowie wstępnem“ do pierwszego zeszytu czytamy: „Przystępujemy do pracy z przeświadczeniem, że dzięki osobnemu czasopismu pedjatrja nasza rozwijać się będzie szybciej i wszechstronniej; przystępujemy z gorącym pragnieniem, aby poziom jej rozwoju mógł jaknajrychlej zrównać się z poziomem pedjatrji w innych, pod szczęśliwszą gwiazdą pracujących społeczeństwach“.

Z wielkim pietyzmem zarówno Brudziński jak i wszyscy współpracownicy pracowali nad powstaniem tych żółkłych już dzisiaj kart roczników „Przeglądu Pedjatrycznego“ i „dla nas — to najlepsze porywy naszej młodości“, jak się wyraził M. Michałowicz.

Posiedzenia sekcji pedjatrycznej Łódzkiej odbywały się raz na miesiąc, i uczęszczali na te większe zebrania nie tylko pedjatrzy z Łodzi, lecz przyjeżdżali na nie koledzy z bliższych i dalszych zakątków Polski.

Wkrótce zaczynało się spełniać i drugie zamierzenie Brudzińskiego, dotyczące ściślejszego zespolenia się pedjatrów w innych środowiskach. W r. 1910 powstała sekcja pedjatryczna przy Towarzystwie Lekarskiem w Warszawie. Posiedzenia, zainaugurowane 20 stycznia r. 1910, odbywały się w ciągu lat pięciu

do dnia 20 kwietnia 1915 r. (ogółem były 52 posiedzenia) i dopiero wojna położyła kres działalności zarówno sekcji Łódzkiej, jak i Warszawskiej.

Ostatnimi czynami zespołowemi, sięgającemi już wgląd czasów wojennych, było wydanie: „Księgi Pamiątkowej — zbioru prac współpracowników D-ra Józefa Brudzińskiego“, wydanej ku uczczeniu otwarcia w dniu 15 listopada 1915 r. Uniwersytetu Warszawskiego, którego pierwszym rektorem i organizatorem był J. Brudziński, oraz wydanie w r. 1917 ostatniego, siódmego tomu „Przeglądu Pedjatrycznego“, poświęconego współredaktorowi Ludwikowi Andersowi, w 40-tą rocznicę Jego pracy lekarskiej. Odtąd praca zespołowa pedjatrów jakby zamarła. Inter arma silent musae...

Ruch naukowy powstał na nowo dopiero w nowem Towarzystwie Pedjatrycznym, założonem z inicjatywy L. Andersa, długoletniego dyrektora Domu Wychowawczego im. Ks. Boduena w Warszawie. Oto, jak Anders na posiedzeniu inauguracyjnym w dniu 27 lutego r. 1918 tłumaczył genezę powstania Towarzystwa: „Działalność sekcji z natury rzeczy musiała być ograniczona li tylko do prac o podkładzie naukowo lekarskim, wszelka inna — szersza, wykraczająca poza ustawę i regulaminy Towarzystwa Lekarskiego, musiała być z natury rzeczy zaniechana, nie mogła liczyć na samodzielność, musiała bowiem podporządkować się obowiązującym przepisom i zwierzchnictwu Zarządu Towarzystwa Lekarskiego.

Dlatego też po namyśle postanowiłem naszkicować projekt ustawy Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego jako instytucji samodzielnej, powołać się mającej dla zadośćuczynienia poglądom lekarza pedjaty w zakresie o wiele szerszym, niż na to pozwalały ramy posiedzeń sekcyjnych. Zamiar mój znalazł posłuch wśród grona kolegów, których zdołałem zainteresować memi zamierzeniami, i oto przy ich pomocy, po odbyciu kilku zebrań dyskusyjnych, po omówieniu ustawy z prawnikiem, gotową już rzecz w grudniu r. 1916 złożył Brudziński władzom okupacyjnym do zatwierdzenia. Ustawę w charakterze członków założycieli podpisali Ludwik Anders, Józef Brudziński, Bohdan Korybut-Daszkievicz, Tadeusz Kopeć, Julian Kramszytk, Władysław Szenajch i Kazimierz Zieliński. Dnia 19 marca r. 1917 ustawa została zatwierdzona“.

Na tem inauguracyjnym posiedzeniu został wybrany pierwszy skład Zarządu, którego prezesem został inicjator Towarzystwa Ludwik Anders, i Towarzystwo rozpoczęło swą działalność.

Władze okupacyjne ograniczyły teren działalności Towarzystwa do Warszawy i jej okolic. W Zjednoczonej Polsce należało dążyć do umożliwienia tworzenia oddzia-

łów w całym Państwie. W tym celu w r. 1921 dokonano odpowiedniej zmiany ustawy, opracowano regulamin dla oddziałów, i pierwszy oddział Towarzystwa powstał dnia 11 grudnia r. 1921 w Łodzi, drugi — dn. 9. III. r. 1925 w Wilnie, trzeci — 23. III. r. 1926 we Lwowie; czwarty — 20. IV. r. 1929 w Poznaniu.

W ciągu minionego okresu czasu odbyto w Warszawie 232 posiedzenia, na których ogłoszono 328 referatów, oraz demonstrowano i omawiano 348 chorych i preparatów; w oddziałach odbyto 168 posiedzeń z 173 referatami i 572 pokazami, czyli ogółem w ciągu 13 lat odbyto 400 posiedzeń z 501 referatami i 920 pokazami.

W kilka lat po powstaniu Towarzystwa można było przystąpić do zwołania zjazdu naukowego pedjatrów. W tym celu Zarząd w październiku r. 1921 powołał specjalną komisję organizacyjną, i pierwszy zjazd pedjatrów odbył się w Warszawie we wrześniu 1922 r. Drugi zjazd odbył się w Poznaniu w czerwcu w 1924 r., trzeci — w Wilnie w czerwcu 1927 r., wreszcie dziś zebraliśmy się po raz czwarty we Lwowie. Prócz tego obradowaliśmy dwukrotnie w Warszawie i w Wilnie jako sekcja pedjatryczna, w obrębie ogólnych zjazdów lekarzy i przyrodników polskich.

Wobec szybkiego rozwoju Towarzystwa wynikła wkrótce potrzeba wydawania własnego organu Towarzystwa. W tym celu Zarząd zwrócił się w początkach r. 1920 do różnych instytucyj, opiekujących się dziećmi, z prośbą o poparcie usiłowań Towarzystwa, a otrzymawszy pomoc, wynoszącą przeszło 130 tysięcy marek polskich, w tem od Polsko-Amerykańskiego Komitetu Pomocy Dzieciom 100 tysięcy marek, przystąpił do zorganizowania redakcji. Na nadzwyczajnem zebraniu członków czynnych, odbytem w dniu 16 kwietnia r. 1920, postanowiono wydawać organ Towarzystwa p. t. „Pedjatrja Polska” i wybrano komitet redakcyjny, który opracował „prospekt pisma”, zebrał odpowiedni materiał naukowy i mimo nadzwyczajnych trudności wydał pierwszy zeszyt „Pedjatrji Polskiej” w pierwszym kwartale r. 1921. Z wydanego prospektu przytoczę zdanie, mające znaczenie również w chwili obecnej: „Naród polski odzyskał byt państwowy i przystępuje do nowego ugruntowania swego życia w wolności. Ale, aby Polska stała się naprawdę niepodległą, a po wyjściu z niewoli politycznej nie wpadła w rąbstwo ducha, musi koniecznie myśleć polska i nauka polska wystąpić na arenie świata godnie, wspaniale i twórczo. Pedjatrja polska, jako jedna z gałęzi wiedzy, może się należycie rozwijać tylko w odpowiednich warunkach, do których należą wzorowo urządzone zakłady dla zdrowych i chorych dzieci, osobne towarzystwa pedjatryczne, osobne czasopisma. Wychodząc z powyższych założeń, Polskie Towarzystwo

Pedjatryczne, chcąc z jednej strony dać możliwość naszym badaczom ogłaszania swoich prac, z drugiej strony uprzyścić naszym lekarzom, a częściowo również działaczom społecznym i wychowawcom wyniki prac obcych, powołuje do życia organ p. t. „Pedjatrja Polska“. Pragniemy, aby „Pedjatrja Polska“ stała się ogniskiem pracy naukowej na polu pedjatrji, przyspieszyła jej rozwój u nas, wytworzyła stały kontakt z nauką światową, ześrodkowała w jednym miejscu, co najlepszego w tej materji wydać mogło społeczeństwo i zagranica“.

Wkrótce, głównie wskutek wybitnego rozwoju społecznego działu naszej nauki, ramy „Pedjatrji Polskiej“ stały się za szczupłe. To też od roku 1923 zaczęła wychodzić „Opieka nad dzieckiem“, poświęcona ochronie macierzyństwa, opiece nad dziećmi i młodzieżą, i odtąd oba czasopisma wydaje „Polski Komitet Opieki nad Dziećmi“ przy wybitnej pomocy materialnej i moralnej wydziału opieki nad dzieckiem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Dotąd wyszło 10 tomów roczników „Pedjatrji“ i 8 roczników „Opieki“, czyli razem 18 tomów, a włączając w to 7 tomów „Przeglądu Pedjatrycznego“, otrzymamy 25 obszernych tomów — roczników pism naukowych, poświęconych pedjatrji teoretycznej, klinicznej i społecznej.

W tych tomach zawarta jest praca pedjatrów polskich za ostatnie lata. Jeżeli dodamy jeszcze do tego liczne prace pedjatryczne, rozsiane po różnych czasopismach lekarskich, kilka oddzielnych książek, oraz „Polskie monografie i wykłady kliniczne z dziedziny pedjatrji“, pięknie wydawane z inicjatywy i pod redakcją M. Michałowicza, których to monografij ukazało się już dziesięć zeszytów — otrzymamy pełny obraz pracy piśmienniczej pedjatrycznej. Uwzględnwszy pracę redaktorską oraz pracę organizacyjną i naukową, włożoną w cztery setki posiedzeń z półtysiącem referatów i z prawie tysiącem pokazów, możemy bez zbytej skromności powiedzieć, że w minione dwudziestolecie dokonaliśmy wielkiej pracy, zarówno organizacyjnej, jak i naukowej.

Dziś, gdy od obecnego zjazdu mamy rozpocząć pełne życie organizacyjne, przedstawiłem w krótkim zarysie drogę naszego rozwoju, prace nasze oraz prace i wysiłki naszych poprzedników, abyśmy nie zasłużyli na zarzut niewdzięczności i zawsze mieli w pamięci tych, którzy nas pierwsi organizowali i skupiali, oraz kładli podwaliny pod współczesny gmach pedjatrji polskiej.

Nie od nas zaczęła się pedjatrja i nie na nas się skończy — życie krótkie, sztuka długa. Pielęgnujmy czujnie, troskliwie i umiejętnie tę roślinę, którą zasadzili nasi poprzed-

nicy — niech wyrosnie we wspaniałe drzewo, przynoszące owoce obfite. Niechaj młodzi wysoko dźwigną ten gmach pedjatrii polskiej, lecz niech stale pamiętają o tem, co przed 40-tu laty powiedział młody wówczas Bronisław Sawicki „Trudno się dziwić, że cudzoziemcy nic nie wiedzą o naszym piśmiennictwie, jeżeli my sami nie mamy o niem dokładnego pojęcia. Pochodzi to stąd, że my młodzi często wyobrażamy sobie, iż od nas dopiero zaczyna się złoty okres piśmiennictwa naszego; względem tego, co zrobiono dawniej, zachowujemy się z nieufnością i lekceważeniem. Tymczasem nieprawda: przejrzyjmy dokładnie wyniki pracy naszych poprzedników; a przekonamy się, że nieraz oni więcej od nas zrobili”.

Hasłem zaś wszystkich naszych obecnych i przyszłych prac powinno być: Nauka dla życia! Nauka, jako światło, oświetlające drogi naszej działalności praktycznej. Ostatecznym zaś celem prac naszych niech będzie zapewnienie szczęścia dziecku w Polsce. Chcąc ten cel osiągnąć, musimy w prace nasze wkładać nietylko myśl, lecz i serce, jak to powiedział dostojny uczony na Zamku — pierwszy obywatel Polski Ignacy Mościcki, w aforyzmie udzielonym redakcji „Opieki nad dzieckiem”: „Gdy przystępujemy do zagadnienia tak subtelnego, jak sprawa społecznej opieki nad dzieckiem, nie wystarczają nam przesłanki czysto naukowe i rozumowe; tam bowiem, gdzie mowa jest o dziecku, w grę wchodzi przede wszystkim serce. Dlatego, pamiętając zawsze o ścisłych wskazaniach nauki i posługując się niemi w pracy — za punkt wyjścia bierzmy raczej względy uczuciowe i moralne, troskę o przyszłego człowieka, o jego rozwój zarówno fizyczny jak i duchowy”:

Przeszłości cześć!

Terażniejszość i przyszłość niech żyje!

Imieniem komitetu gospodarczego powitał uczestników zjazdu Prof. Dr. Groer, wreszcie Prof. Dr. Ksawery Lewkowicz z Krakowa wygłosił odczyt inauguracyjny p. t.: Odporność w zakażeniach, a soki ustroju.

Tego samego dnia popołudniu zjazd rozpoczął swe obrady naukowe.

Posiedzenie referatowe w dniu 24.V.1931 popoł.

Prezydjum: Prof. Dr. X. Lewkowicz (Kraków)
Prof. Dr. K. Jonscher (Poznań)
Dr. R. Stankiewicz (Warszawa)
Sekretarz: Dr. A. Chwalibogowski (Lwów).

Początek posiedzenia godz. 15.

Zwalczanie chorób zakaźnych drogą szczepień ochronnych.

Podał

H. Brokman.

Epidemjologia chorób zakaźnych w swych najróżnorodniejszych przejawach opiera się na dwóch podstawowych zjawiskach. 1. Na odwiecznej wędrówce drobnoustrojów i 2. Na zmianach biologicznych zachodzących w ustrojach nosicieli tych bakterij, to jest zwierząt i ludzi. Pod wędrówką bakterij należy rozumieć ich przenoszenie się z miejsca na miejsce, z ustroju na ustrój, z kraju do kraju; dalej utrata przez nich zjadliwości (co zdarza się często), wzgl. nabywanie zjadliwości (co jest już zjawiskiem znacznie rzadszem); dalej szybkie rozmnażanie się w pewnych odpowiednich po temu warunkach, wreszcie do zjawiska wędrówki należy odnieść nabywanie przez zarazek chorobotwórczości dla gatunku np. ludzkiego dla którego zarazek ten do tej pory nie był chorobotwórczy (febris undulans i tullurämia). Zmiany biologiczne u nosicieli bakterij są nadzwyczaj różnorodne, a w zakresie nas interesującym sprowadzają się do falowania wrażliwości w stosunku do bakterij i to w obydwuch kierunkach, a więc w sensie nasilenia lub osłabienia tej wrażliwości. Przytem należy zaznaczyć, że obydwie zjawiska, zarówno tak zwana wędrówka bakterij, jak również i zmiany we wrażliwości zwierząt oraz ludzi nie odbywają się niezależnie jedno od drugiego, przeciwnie wywierają one na siebie wzajemnie wpływ bardzo doniosły. Świat bakterij powoduje w swych nosicieli odczyn immunobiologiczne bardzo ważne dla wrażliwości ustro-

jów w stosunku do tychże bakteryj; odwrotnie znów stan immunobiologiczny środowiska wpływa na zmiany w obrębie samych bakteryj, w pierwszym rzędzie w sensie zatracania przez nich zjadliwości, przystosowania się do życia saprofitycznego.

Stąd jest jasnym, że zjawiska epidemjologiczne winny być rozpatrywane z punktu widzenia nie statyki lecz dynamiki. Należy jednak zaznaczyć, że ten ruch, ta zmienność w obrębie dwu podstawowych dla epidemjologii zjawisk nie w jednakowej mierze przejawia się w stosunku do poszczególnych chorób zakaźnych. Możemy tutaj dość ściśle rozróżnić dwie grupy chorób. Pierwsza, której głównymi przedstawicielkami są odra, ospa naturalna i wietrzna, oraz druga grupa, na czele której stoją głównie nas tutaj interesujące: błonica i płonica. Grupa pierwsza wykazuje trwanie obydwu czynnych tutaj sił w stanie, który niewiele zapewne zmienił się od chwili, gdy choroby te zadomowiły się wśród ludzkości. Nic bowiem nie wskazuje na to, a ż e b y z a r a z e k o d r y i o s p y u l e g ł l u b u l e g a ł j a k i m k o l w i e k b ą d ź z m i a n o m. Nieznane nam morfologicznie zarazki tych chorób pod względem biologicznym wykazują niezmienną w każdym razie, zawsze dużą chorobotwórczość dla ustroju ludzkiego. Również i druga siła — w r a ż l i w o ś ć u s t r o j u l u d z k i e g o na wymienione czynniki chorobotwórcze nie wykazuje pod tym względem uchwytniej zmienności.

W każdym bądź razie pod względem skłonności do zachorowania panuje zupełna równość, wrażliwość na chorobę jest powszechna (po za czasową niewrażliwością). Jedynie tylko przebycie choroby czyni ustrój niewrażliwym. To też dostatecznie intensywne zetknięcie się z zarazkiem ospy, odry, ospy wietrznej prawie w 100% przypadków powoduje zapadnięcie na tę chorobę.

Natura stwierdzając, iż tyl!o przebycie choroby w postaci jawnej, klinicznej czyni ustrój niewrażliwym na powtórne zakażenie, wskazuje nam drogę w zakresie szczepień ochronnych. Natura nie zna tutaj uodpornienia bez choroby drogą zetknięcia się ustroju ze względnie niezjadliwym zarazkiem bo takowy nie istnieje. To też nie jest rzeczą przypadku, iż j e d y n i e c z y n n y m s p o s o b e m u o d p o r n i e n i a p r e c i w o s p i e o k a z a ł o s i ę w y w o ł a n i e c h o r o b y d r o g ą v a r i o l i z a c j i, w z g l ę d n i e w a k c y n a c j i. To też i p r ó b y u o d p o r n i a n i a c z y n n e g o p r e c i w o d r z e r o z w i j a ł y s i ę z a s a d n i c z o w t y m s a m y m k i e r u n k u. W głównej mierze polegały one na dążeniu do wywołania choroby w jak najlżejszej postaci. Sprowadzają się one do szczepienia możliwie małą ilością zarazka, wzgl. zarazka osłabionego. Stosowana jest również metoda uodporniania czynno - biernego przez zakażenie dziecka naturalnie lub sztucznie przed lub po zastrzyknięciu surowicy ozdrowieńca. Do tej ostatniej kategorii należy również odnieść umyślne narażenie na zakażenie niemowląt, posiadających jesz-

cze we krwi odporność nabytą biernie od matki. Wszystkie te metody rzadko kiedy dają możliwość uzyskania długotrwałej odporności bez powstania choroby, acz nieraz w postaci lekkiej. Lecz najłżejsza nawet odra staje się niebezpieczną dla otoczenia, choć w słabszej nieco mierze, niż odra o przebiegu normalnym. Jedyne tylko metoda amerykańska p. Tunncliff, oparta na uodpornianiu dzieci paciorkowcami wzgl. jadami paciorkowców wyhodowanych z przypadków odry, stanowi metodę zupełnie zdaje się bezpieczną. O skuteczności tej metody jednak poza korzystnymi wynikami samej autorki, zdania brzmią raczej niepomyślnie.

Zupełnie analogicznie przedstawia się stan szczepień ochronnych czynnych przeciwko ospie wietrznej. Wstrzykuje się doskórnie albo zawartość pęcherzyków, albo też krew chorego na ospę wietrzną. Tę ostatnią metodę stosował u nas Mayzner.

Zupełnie odmienne warunki znajdujemy w drugiej grupie interesujących nas tutaj chorób zakaźnych, do których zaliczyć należy influencę, chorobę Heine - Medin'a, a w szczególności błonicę oraz płonicę. Mamy tutaj do czynienia z nieustającą zmiennością zarówno w obrębie bakteryj, jako też środowiska ludzkiego. W naszym referacie zajmiemy się prawie wyłącznie błonicą oraz płonicą, a to ze względu na okoliczności, iż patogeny tych chorób została już w znacznej mierze pogłębiona. Stąd więc możemy tutaj operować nie ogólnikami, lecz określonymi pojęciami biologicznymi.

Omawiając z początku świat interesujących nas tutaj bakteryj należy podkreślić podobieństwo epidemjologiczne istniejące pomiędzy lasecznikiem błonicy, a paciorkowcem szkarlatynowym. Obydwa te drobnoustroje mogą ulec zmianom wstecznym w sensie zatracenia ich zjadliwości (w zakresie wytwarzania jadu lub też ich inwazyjności) — przeistaczania się w dyfteroidy, wzgl. w paciorkowce zieleniejące. Zmiany odwrotne — w kierunku nabierania ponownie zjadliwości udaje się nieraz wywołać w stosunku do paciorkowców, w naturze jednak nie zdają się one odgrywać wybitniejszej roli. Drugie podobieństwo istniejące pomiędzy prątkiem błonicy, a paciorkowcem szkarlatynowym dotyczy znaczenia epidemjologicznego obfitego zakażenia. Ilość drobnoustrojów, jaka znajduje się w otoczeniu osobnika narażonego na zakażenie decyduje nieraz o powstaniu choroby. Stąd znacznie większe niebezpieczeństwo ze strony chorego na błonicę lub płonicę, aniżeli ze strony nosiciela, gdyż ten ostatni wydała znacznie mniej zarazków. Wreszcie trzecią cechą wspólną dla obydwóch drobnoustrojów jest jej względna nieszkodliwość dla szeregu ludzi, rozporządzających pewnymi właściwościami obronnymi w stosunku do tych drobnoustrojów.

Obecnie już przechodzimy do drugiej siły, która reguluje zjawiska epidemjologiczne, w zakresie błonicy i płonicy, a więc do środowiska ludzkiego. I tutaj spostrzegamy masę płynną,

znajdującą się w nieustannym ruchu. Ustroje ludzkie w zależności od właściwości konstytucjonalnych, nabytych, wreszcie wywołanych przez zadziaływanie czynników usposabiających, wciąż zmieniają swe ustosunkowanie się do tych drobnoustrojów. Błony śluzowe dróg oddechowych stanowią wciąż zmienną co do swej przepuszczalności barjerę dla atakujących zarazków, zmienną pod wpływem czynników klimatycznych, stanów niezżytowych, uszkodzeń pooperacyjnych. Ciały odpornościowe humoralne i tkankowe występują, znikają, wahają się w swem nasileniu. Warunki odżywiania, zmęczenie, ogólne warunki higieniczne, infekcje dodatkowe wpływają na wymienione wyżej oraz nieznanne nam czynniki wewnątrzustrojowe, decydujące o wrażliwości na bakterje. Ustosunkowanie się pomiędzy siłą zarazka atakującego, a zdolnością obronną ustroju układa się w inny sposób, w każdym poszczególnym przypadku powodując to chorobę jawną, (przy przewadze zarazka) to znów utajoną w postaci nosicielstwa (w wypadku przewagi ustroju).

Mając na uwadze dzisiaj wartość szczepień ochronnych najbardziej nas musi interesować to współżycie ustroju z zarazkiem, które wyraża się w postaci zakażenia utajonego. W tem bowiem zjawisku biologicznem natura zarysowała nam niejako drogę, jaką kroczyć winniśmy w naszym postępowaniu zapobiegawczem. Zarazki błonicy i płonicy są bardzo rozpowszechnione. Mamy tutaj do czynienia według określenia Friedemann'a z całym „szeregiem zakażeń“, wśród którego to, co nazywamy według dawnych pojęć epidemją, a więc zakażenia przebiegające powyżej progu dostrzegalnego klinicznie, stanowią według Lewinthal'a jedynie załamanie się fal na wciąż niespokojnem falującym morzu zakażeń utajonych. Według obliczeń Friedemann'a corocznie jedna trzecia ludności miejskiej jest przez pewien okres czasu nosicielem prątków błoniczych, gdy tymczasem choruje na błonicę wszystkiego $\frac{1}{10}$ ludności (90% nigdy nie choruje). Rozpowszechnienie paciorkowca płoniczego wskutek trudności różniczkowania go z innymi paciorkowcami nie zostało ściśle ustalone, zdaje się być jednak niemniejsze aniżeli prątka błonicy. Tymczasem na szkarlatynę zapada wszystkiego 30% ludności; inni, prawie wszyscy przechodzą zakażenie utajone.

To zakażenie utajone nie przechodzi dla ustroju bez śladu, lecz powoduje powstanie przeważnie antytoksyny błoniczej wzgl. płoniczej, wyrażającej się w postaci zmiany odczynu Schick'a, wzgl. Dick'a z dodatniego na ujemny. W środowisku, gdzie okazja do zetknięcia się jest duża, antytoksyna ta zjawia się we wcześniejszym okresie życia, aniżeli tam gdzie wskutek mniejszego skupienia ludności zakażenie wogóle, a zakażenie utajone w szczególności, mniej łatwo przychodzi do skutku (Rudder, Friedemann, Reiter, Pfaundler).

Z punktu widzenia znaczenia szczepień ochronnych obchodzi nas tutaj, jakie znaczenie dla jednostki oraz dla społeczeństwa

posiada zakażenie utajone, to znaczy, czy powstająca naskutek zakażenia odporność antytoksyczna wpływa na zwiększenie niewrażliwości jednostki w stosunku do danej choroby zakaźnej. Dalej czy w wyniku tej większej niewrażliwości jednostek podnosi się zdolność do walki z zarazkiem całego społeczeństwa. Takie lub inne rozstrzygnięcie sprawy zależy będzie od uświadomienia sobie roli dwóch zasadniczych tutaj czynników. Po pierwsze należy sobie uświadomić, jaką jest patogeniza interesujących nas chorób, ściślej mówiąc, jakie cechy biologiczne ustroju warunkują niewrażliwość na te choroby; a w związku z tem, czy zakażenie utajone warunkuje powstanie tego właśnie stanu biologicznego. Po drugie musimy sobie odpowiedzieć na pytanie, czy ten stan odporności, który ustrój zyskuje naskutek zakażenia utajonego, wzgl. szczepień ochronnych posiada w warunkach epidemjologicznych dla jednostki i całego środowiska znaczenie pancerza ochronnego przed zarazkami chorobotwórczymi.

W sprawie pierwszego pytania należy zaznaczyć, że tajemnica patogenyzy zarówno błonicy, jak i płonicy nie została jeszcze całkowicie wykryta. W stosunku do błonicy zdawało się co prawda do niedawna, że zagadnienie tej choroby całkowicie zostało wyjaśnione. Wszystko zdawało się przemawiać za tem, że działanie chorobotwórcze prątka błoniczego sprowadza się wyłącznie do wytwarzania przezeń jadu, o niewrażliwości zaś u człowieka na ten drobnoustrój decyduje obecność antytoksyny we krwi. Okazało się jednak, że pogląd powyższy był zbyt wąski. Zostało stwierdzone bowiem, że sprawa chorobotwórczości prątka błoniczego nie wyczerpuje się jedynie jego zdolnością do wytwarzania jadu. Dużą rolę odgrywa tutaj pewna siła życiowa poszczególnych szczepów (głównie wyhodowanych z przypadków błonicy toksycznej), ich inwazyjność, zdolność przeciwstawiania się siłom obronnym ustroju. Przytem ta ostatnia cecha prątka błonicy występuje niezależnie od jego własności jadotwórczych, a nawet zachodzi tutaj stosunek antagonistyczny w zachowaniu się obydwu właściwości prątka błonicy. Jasnym jest stąd, że obecność czynnie powstałej w ustroju antytoksyny błonicznej nie może być bezwzględny zabezpieczeniem przed chorobą, ani też bierne wprowadzenie tego przeciwjadu podczas choroby niezawsze leczy. Własności bowiem antytoksyczne ustroju zwrócone są tylko przeciwko jednej czynności prątka błoniczego. Zdaje się jednak, że człowiek posiada również możność paraliżowania drugiej życiowej „czynności” prątka błoniczego. Ważną linię obronną odgrywają tutaj błony śluzowe, które stanowią nietylko bierną barierę dla bakteryj, lecz według prac szkoły Neufeld'a zdolne są zmieniać zjadliwe prątki błonice na niezjadliwe dyfteroidy. Zresztą jest rzeczą prawdopodobną, że własności antytoksyczne, oraz czynność błon śluzowych nie wyczerpują jeszcze całokształtu możliwości obronnych zwróconych przeciwko prątkowi błoniczemu.

W sprawie patogenazy płonicy sprawa przedstawia się analogicznie, a nawet antytoksyna zdaje się posiadać tutaj jeszcze mniejsze znaczenie aniżeli w błonicy. Zdolność jadtowórcza paciorkowca płoniczego stanowi zaledwie fragment jego chorobotwórczego działania na ustrój. I tutaj obecność antytoksyny niezawsze chroni przed płonicą, a w każdym razie nie chroni przed ropotwórczymi własnościami paciorkowca. Surowica antytoksyczna szkarlatynowa zupełnie nie chroni myszy przed zakażeniem paciorkowcem płoniczym. Natomiast zupełnie nie zawierająca antytoksyny, ad hoc przygotowana surowica przeciw paciorkowcowi płoniczemu posiada wybitne własności zabezpieczające dla myszy. Znaczenie zdrowych błon śluzowych zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości. Nasilenie epidemji płonicy w okresie nieżytyłów błon śluzowych (zresztą jak i błonicy), względna rzadkość płonicy (i błonicy) w krajach podzwrotnikowych przy obecności zarazka przemawia za wybitną rolą błon śluzowych w zakresie ochrony przed płonicą. Zresztą cały szereg własności surowic i pełnej krwi ludzkiej powodujących zmianę paciorkowca płoniczego na paciorkowiec zieleniejący, wpływ bakterjobjóczy tej krwi wyjaśniają nam dostatecznie, że antytoksyna stanowi ze swej strony jedynie fragment w niewrażliwości na płonicę.

Na zasadzie ścisłych spostrzeżeń epidemiologicznych nie ulega wątpliwości, że zakażenie utajone powoduje powstanie conajmniej odporności antytoksycznej, zarówno przeciwbłonicy, jak i przeciwploniczej. Choć nie jest wykluczony jego wpływ i na inne własności odpornościowe ustroju. Tak więc ten stan biologiczny, który posiada duże znaczenie dla niewrażliwości na chorobę, zostaje osiągnięty.

Znaczenie obecności przeciwjadu ze względu na charakter złożony odporności nie może być decydujące. W warunkach endemji poza okresem epidemicznym, przy bardzo nawet rozpowszechnionych zarazkach, zachorowania należą do względnej rzadkości, nawet u ludzi pozbawionych antytoksyny. Najwidoczniej właściwy ludziom arsenał obronny (nawet poza odpornością antytoksyczną) jest wystarczający. Dochodzące do skutku zakażenie utajone jest tutaj jakgdyby tylko świadectwem tego, że ustrój pokonał zakażenie bez choroby. Tak więc dla tych ludzi i tak zdolnych do zwalczania zarazka w spokojnych warunkach epidemiologicznych, nabycie odporności antytoksycznej nie stanowi napózór żadnej zdobyczy. Ale tylko napózór. Jak już wyżej widzieliśmy warunki epidemiologiczne ulegają ciągłym zmianom, często na niekorzyść ustroju i to w zaznaczonym już wyżej kierunku. Tak bakterje mniej zjadliwe, przeważające w pewnym okresie czasu mogą ustąpić miejsca zarazkom bardziej zjadliwym. Dalej mniej obfite zakażenia, pochodzące od nosicieli, w okresie epidemji stają się bardziej obfitemi. Wskutek szeregu wpływów usposabiających mogą uleże załamaniu leżące poza odpornością antytoksyczną właściwości obronne ustroju. W tym to okresie czasu,

w okresie walki niekorzystnej dla człowieka, odporność antytoksyczna, zdobyta w okresie walki bardziej łagodnej, może przechylić szalę na korzyść człowieka. Odporność antytoksyczna skądinąd o wartości względnej, w tym momencie może stać się decydującą.

Odporność osobnicza o mechanizmie takim lub innym, chroniąc daną jednostkę przed zakażeniem nie wyczerpuje tem jeszcze swego znaczenia. Zdrowotność środowiska zależy ściśle od odsetka osobników odpornych. Czem więcej osobników wrażliwych, tem większe szanse wybuchu epidemji. W razie wybuchu epidemji zagrożeni są nietylko wrażliwi. Wówczas, jak wykazały badania doświadczalne autorów amerykańskich (Topley, Webster), zaczynają chorować i względnie odporni. Odwrotnie w środowisku z dużą przewagą osobników odpornych mogą czuć się względnie bezpiecznie i wrażliwi. Tak więc wywołana przez zakażenie utajone odporność antytoksyczna u większości osobników w danym środowisku z mniejszą wybitnie szanse w wybuchu epidemji.

Od zakażenia utajonego krok tylko do szczepień ochronnych. Nasze bowiem szczepionki zgruba można ujmować, jako zarazki maksymalnie osłabione, lecz nie pozbawione własności antygenowych. Jest to także pewien rodzaj zakażenia utajonego. Szczepienia przeciwbłoniczne i przeciwploniczne w większości przypadków sprowadzają przynajmniej odporność antytoksyczną. Tem samem powodują one podobny wynik epidemjologiczny. Otrzymuje się nawet wrażenie, że szczepienia ochronne dają tak znaczny odsetek odporności antytoksycznej, jakiego nie spostrzegamy nigdy w warunkach jaknajbardziej sprzyjających zakażeniu utajonemu. Należy jeszcze zaznaczyć, że znaczenie szczepień ochronnych nie sprowadza się tylko do wywołanej przez nie aktualnej odporności, lecz, co bodaj ważniejsze, warunkują potencjalną zdolność do walki przy zetknięciu się w przyszłości z zarazkiem.

Mówiliśmy dotąd o korzystnych stronach szczepień ochronnych. Każdego z nas jednak musi interesować pytanie, czy nie są one związane z pewnem niebezpieczeństwem, czy nie wywołują one innych zmian biologicznych w ustroju, które mogą spowodować większą wrażliwość na chorobę na dłuższy lub krótszy okres czasu. Teoretycznie jest to możliwe, każda bowiem szczepionka stanowi zespół antygenów cząstkowych, z których zapewne tylko jeden stanowi bodziec do wytworzenia odporności antytoksycznej. Nie jest wykluczone, że niektóre antygeny zawarte w szczepionce mogą ustrój „przeinaczyć” w kierunku dlań niekorzystnym. W doświadczeniu to przeinaczanie zarysowuje się i dotyczy nasilenia powinowactwa komórek osobnika szczepionego w stosunku do czynnika chorobotwórczego. Szczepienia ochronne przeciwploniczne

niestety, jak wykazały w roku 1927 badania nasze z Mayznerem wpływają niejednokrotnie na nasilenie powinowactwa komórek skóry do jadu płoniczego, a więc w sensie dla ustroju niekorzystnym. Odczyn Dick'a ujemny zaraz po szczepieniu stawał się dodatni, lub dodatni nasilał się. Podobnie ze szczepieniami przeciwploniczemi. W badaniach Sparrow odczyn Schick'a w niektórych przypadkach, ulegał przejściowemu nasileniu. Z drugiej znów strony wiemy, że najczęściej zapadają na płonicę i błonicę dzieci z silnemi odczynami biologicznemi. Tak więc liczyć się należy z możliwością wystąpienia zwiększonej, choć p r z e j ś c i o w e j wrażliwości po szczepieniu. Poglądu tego, acz nie przesadzając sprawy mechanizmu zjawiska, przytrzymuje się Groer mówiąc, iż szczepienia wpływają w „niewiadomym kierunku“ na alergiczny stan ustroju.

Prócz wymienionych wyżej zmian powstających po szczepieniach w tkankach ustroju dla ścisłości nie można pominąć zaburzeń w sokach, które noszą miano fazy ujemnej. Ta ostatnia polega na zmniejszaniu się miana antytoksyny pod wpływem szczepienia (Hamburger, Nassau). Finkelstein i Seiffert przypisują temu zjawisku znaczenie dla wrażliwości klinicznej. W każdym bądź razie szczepienia ochronne posiadają przynajmniej teoretycznie i odwrotną stronę medalu, której nam we własnym gronie, przystępującym do palących zagadnień z obiektywizmem badaczy i sumieniem lekarzy nie wolno ukrywać. Jednakże zdając sobie oddawna z tego sprawę b y l i ś m y z a w s z e z w o l e n n i k a m i s z c z e p i e ń o c h r o n n y c h. Jesteśmy bowiem głęboko przekonani, że korzyści z nich płynące wielokrotnie wynagradzają szkody. Jednakże musimy wyciągnąć z tego stanu rzeczy pewne konsekwencje.

1. Należy możliwie unikać wykonywania szczepień w tym okresie, gdy choroba przeciwko której szczepimy, panuje epidemicznie, ażeby uniknąć niekorzystnego wpływu tak lub inaczej pojętej fazy ujemnej. A więc przeciwko błonicy i płonicy należy szczepić w miesiącach wiosennych i letnich. 2. Wbrew panującemu naogół zdaniu jesteśmy zwolennikami szczepienia jedynie dzieci z dodatnim odczynem Schick'a i Dick'a. Unikamy szczepienia nawet małych dzieci z ujemnemi odczynami. Stan ten bowiem jest dla dziecka korzystny niezależnie, od tego czy ta niewrażliwość na jad jest uwarunkowana obecnością antytoksyny, czy też małym powinowactwem komórek do jadu. Wyprowadzenie dziecka z tego korzystnego dlań stanu niewrażliwości, co jest bardzo często przejściowem wynikiem szczepień, uważamy za rzecz teoretycznie przeciwwskazaną, praktycznie zaś w dążeniu do wytworzenia odporności antytoksycznej, za niedość uzasadnioną.

Najważniejszą dla oceny szczepień ochronnych jest naukowo zebrana i opracowana statystyka. Zadanie przedstawienia tej sprawy Sz. Kolegom przyjął na siebie Prof. Szenajch. Zaznaczę tu

z góry, że zdaniem mojem dane statystyczne przemawiają za korzyścią szczepień ochronnych. Jednakże pod tym względem dalecy jesteśmy od ideału, do jakiego przyzwyczyli nas szczepienia ochronne przeciw ospie. Przypadki zachorowań wśród szczepionych, a nawet biologicznie uodpornionych przeciwko błonicy i płonicy nie należą do rzadkości. Widocznie uzyskanie odporności antytoksycznej stanowi jedynie fragment odporności, nie przesądzający dynamiki infekcji. To też naturalnem jest nasze dążenie do udoskonalenia szczepień w tym sensie, ażeby dawały one odporność bardziej kompletną. Pod tym względem weterynarja daje nam już pewne gotowe formy, które chcielibyśmy przenieść na człowieka. Za najskuteczniejsze w weterynarji uważane są zapoczątkowane przez Pasteur'a szczepienia osłabionym zarazkiem wąglika oraz czynno - bierne (jednocześnie zarazkiem i surowicą) uodparnianie przeciwko różycy świń. Obydwie metody szczepień opierają się na wprowadzeniu żywego zarazka. Już oddawna czynione były próby tego typu w szczepieniach u ludzi. Tak jedna z dawnych metod uodparniania przeciw dżumie (Kolle) oparta jest na wprowadzeniu zarazka osłabionego. W stosunku do błonicy znana jest metoda Böhme'go, polegająca na wcieraniu do skóry po skaryfikacji żywych prątków. Metoda ta pomimo wyniku biologicznego nie przyjęła się z przyczyn zrozumiałych. Nie uważamy jednak za wykluczone, że uodparnianie drobnoustrojami żywymi stanowić może przyszłość metod szczepiennych. Pod tym względem nawet postępy nauki w ostatnich czasach zdawały się zarysowywać nowe możliwości. Wśród bakteryj można zapomocą całego szeregu czynników, a najlepiej zapomocą zadziałania surowicą odpornościową, wywołać odszczepianie się postaci o odmiennych właściwościach biologicznych, t. zw. postaci R, które w obrębie niektórych bakteryj są niemal zupełnie pozbawione zjadliwości. To też pierwszą myślą badaczy było zużytkowanie tych postaci dla celów szczepiennych. Zamiar ten jednak nie mógł być dotąd wprowadzony w czyn z dwu powodów: 1. Nie posiadamy jeszcze do tej pory pewności, czy odmiany te stanowią virus fixe, czy też w ustroju ludzkim nie mogą ulec zmianie zwrotnej w postaci zjadliwą. 2. Nie wiemy jeszcze, czy uodparnianie temi postaciami potrafi uodpornić ustrój przeciwko postaci zjadliwej. Doświadczenia przeprowadzone na myszach (Schütze) z lasecznikiem Aertrycke oraz na ludziach (Grünell) z lasecznikiem duru brzuszego, nie rokują pod tym ostatnim względem pomyślnie.

Kończąc swój odczyt pragnę raz jeszcze zwrócić uwagę na to, że szczepienia ochronne stanowią świadomą naszą interwencję w stosunki, jakie zachodzą pomiędzy światem makro i mikro organizmów. Istnieją tutaj trojaki możliwości ułożenia się tych stosunków. Pokój, zawieszenie broni i walka. Pokój następuje wówczas, gdy ustrój odporny nie tylko przeciwstawi się chorobie, lecz potrafi odzjadliwić zarazek; wówczas występuje nosicielstwo postaci niezjadliwej. Zawieszenie broni, to równowaga pomiędzy

ustrojem, a zarazkiem postaci zjadliwej; to nosicielstwo postaci zjadliwej. Wreszcie przy ustosunkowaniu się sił na korzyść mikroorganizmu — występuje choroba. Naszą rzeczą jest drogą szczepień ochronnych przeważać szalę na korzyść ustroju ludzkiego, by uniknąć otwartej wojny w postaci choroby. To też tutaj w dziedzinie zjawisk naturalnych panuje niezachwianie zasada — Si vis pacem para bellum. Przygotowujmy się do wojny, stosujmy ale i udoskonalajmy szczepienia ochronne.

W sprawie szczepień ochronnych.

P o d a ł

Prof. Władysław Szenajch.

I. Najpewniejszym środkiem ochronnym w wielu chorobach zakaźnych jest przejście danej choroby zakaźnej, które chroni zazwyczaj na całe życie od następnego zachorowania.

II. Szczepienia, w których szczepi się osłabiony zarazek i wywołuje lekkie schorzenie, dają najlepsze wyniki — wzór: szczepienie przeciwospowe.

III. Szczepienia przeciwospowe jednorazowe nie dają takiego trwałego wyniku, jak przejście choroby. Prawdopodobna przyczyna — inny zarazek i inna droga zakażenia.

IV. Naukowe i statystyczne podstawy szczepienia przeciwospowego w chwili powszechnego jego wprowadzenia przed kilkadziesiąt laty były mniejsze, niż podstawy szczepień przeciwbłoniczych w chwili obecnej.

V. Szczepienia przeciwbłonicze i przeciwplonicze w postaci obecnej nie mogą dać takiego wyniku, jak szczepienia przeciwospowe.

VI. Ocena szczepień przeciwbłoniczych i przeciwploniczych jest trudna, głównie ze względu na to, że jest wiele dzieci niewrażliwych na te choroby; z drugiej strony dzieci wrażliwe mogą zdobyć odporność w szybkim czasie bez szczepień.

VII. Chcąc oceniać wartość szczepień, trzeba dzieci nie tylko szczepić, lecz zaszczepić.

VIII. Ważniejszą rzeczą w ocenie szczepień jest nie brak zachorowania, lecz charakter choroby w razie zachorowania.

Stwierdzenie na obszernym materiale braku lub małej liczby ciężkich postaci chorobowych u szczepionych w porównaniu z nieszczepionymi świadczyłoby o wartości praktycznej szczepień.

IX. Wobec nieszkodliwości szczepień i wobec stwierdzonych już obecnie dodatnich wyników szczepień, należy akcję szczepienną przeprowadzać dalej i dążyć do udoskonalenia metodyki szczepień.

Organizacja szczepień ochronnych przeciwbłoniczych.

P o d a ł

Prof. L. Hirszfeld

(Komunikat odczytany w zastępstwie przez prof. Gąsiorowskiego).

Państwowy Zakład Higjeny pierwszy bodaj zwrócił uwagę na kontynencie Europy na sprawę szczepień przeciwbłoniczych i przeciwploniczych, poczętych na wielką skalę w Ameryce.

Szereg prac naukowych od 1922 omawia ten problem.

Początkowo udało się na terenie Państwa naszego urucho-
mić tylko akcję szczepienną przeciwko płonicy, która mimo wy-
siłku niestety zmalała w ostatnich latach tak z powodu braku środ-
ków, jak i należytego zainteresowania ze strony lekarzy.

Na kongresie paryskim, zwołanym w r. 1928 przez Komitet Higjeny Ligi Narodów, a składającym się z wybitnych higienistów i pedjatrów, opracowano szczegółowy plan prac, mających na celu sprecyzowanie następującego zagadnienia: jaka szczepionka dzia-
ła najlepiej (anatoksyny, mieszanki i t. p.), w jakim stopniu szcze-
pienia ochronne zmniejszają zachorowalność, względnie śmiertel-
ność, następnie czy szczepienia są zupełnie nieszkodliwe i czy jady
używane w rozmaitych krajach są jednakowe. W opracowaniu
tych zagadnień brał udział: Instytut Pasteura w Paryżu, Medical
Research Council i Wellcome Research Laboratory w Londynie,
Miejski Zakład Higjeny w Berlinie, Zakłady Higjeny w Holandji,
Pradze, Zagrzebiu, w New-Yorku, a w Polsce Państwowy Zakład
Higjeny.

W Warszawie stworzono pod przewodnictwem Prof. Hirszfelda Komitet szczepień ochronnych, w skład którego
wybrano Dr. Palestra z ramienia Departamentu Służby
Zdrowia, następnie dr.: Wroczyńskiego, Ławrynow-
wicza, Ruszkowskiego, Bychowskiego i Na-
czelnego Lekarza Kas Chorych. Odpowiednie
fundusze przeznaczył Departament Służby Zdrowia, Wydział
Zdrowia Magistratu i Kasa Chorych. Akcję powierzono Kolumnom
lotnym i bezpłatnym Stacjom szczepień Państwowego i Miejskiego
Zakładu Higjeny pod kierownictwem Doc. Sparrow.

W podobny sposób zorganizowano pracę w Łodzi i Wilnie. Dotychczasowa akcja szczepień przeciwbłoniczych na terenie miasta Warszawy w czasie od 15 stycznia 1930 do 1 kwietnia 1931 przedstawia się według sprawozdania Doc. Sparrow następująco:

w 50 szkołach powszechnych, 8 przedszkolach, 9 gimnazjach, 6 żłobkach, 10 zakładach wychowawczych i 7 przychodniach wykonano:

odczynów Schick'a	21.489
szczepień I razowych	2.712
„ II „	4.444
„ III „	658

Przeciętna wrażliwość, czyli dodatni odczyn Schick'a wynosi 37,7%, z wiekiem opada (do 5 r. życia 75%, powyżej 15 lat — 21,7%).

Dziewczęta powyżej 5 lat są znacznie wrażliwsze od chłopców (odmienny tryb życia, a może i czynniki ogólnej natury biologicznej).

Nasilenie odczynów dodatnich obniża się z wiekiem — przeciwnie, liczba odczynów rzekomych wzrasta od 1,5% — 4,9% (powyżej 15 lat).

Stopień wrażliwości zależy od środowiska, w którym dzieci wznoszą. Ze sfer bardziej kulturalnych, zamożniejszych i uświadomionych są znacznie wrażliwsze (67,6% — 79,6%), aniżeli dzieci proletariatu (37% — 40%).

Szczególne uwagę zwraca niska wrażliwość dzieci żydowskich (26,9%). Warunki społeczne proletariatu żydowskiego i aryjskiego mniej więcej są te same, prawdopodobnie więc wczesne dojrzewanie serologiczne zależy tu od warunków biologicznych.

Szczepienia wykonano anatoksyną, której wartość wahała się w granicach 10 — 14 jednostek Ramona, a szybkość kłaczowania wynosiła od 2 — 5 godzin. Anatoksynę tę wyrabiał Oddział Wyrobu surowic i szczepionek P. Z. H. w Warszawie. Przerwa pomiędzy szczepieniami wynosiła 2 — 3 tygodnie.

Zebranie bliższych dat co do odczynów poszczepiennych było niemożliwe, ponieważ dzieci korzystając z pretekstu bardzo często nie pojawiały się w szkole. Zaledwie w 5 przypadkach stwierdzono silniejszy odczyn poszczepienny.

Wyniki uodporniania zależą od wieku i płci szczepionych. Materiał zbadany jest niezbyt wielki. Liczba odczynów Schicka wykonanych w 2 — 3 miesiące po drugim szczepieniu wynosi 928, przyczem w 79,5% odczyn wypadł ujemnie. Dzieci starsze lepiej się uodporniają (powyżej 15 lat 94 — 100%). Dziewczęta uodporniają się trudniej od chłopców, a różnica poziomu krzywych w rozmaitych okresach wieku wynosi 10 — 14%.

Po 1 raz. szczepieniu odczyn Schicka wypadł ujemnie w 48,5%
 „ 2 „ „ „ „ „ „ 79,5%
 „ 3 „ „ „ „ „ „ 93,7%

Wynik szczepienia zależy wreszcie od stopnia wrażliwości pierwotnej (im pierwotny odczyn Schicka silniejszy, tem odsetek uodpornionych jest niższy).

W szkołach powszechnych w Skierniewicach przeprowadzono szczepienia przeciw błonicy i płonicy jednocześnie, używając anatoksyny paryskiej. Odczynów Schicka wykonano 1,943, z czego 41.3% wypadło dodatnio; odczynów Dicka wykonano 1.842, z czego 25.4% z wynikiem dodatnim.

Dzieci z dodatnim odczynem Schicka, a ujemnym Dicka szczepiono tylko anatoksyną błoniczą. Drugi odczyn Schicka wypadł u 66.6% ujemnie.

Dzieci z odczynem Schicka i Dicka dodatnim szczepiono szczepionką B. P. (anatoksyna błonicza, anatoksyna płonicza i paciorkowce). Po 2 miesiącach odczyn Schicka wypadł ujemnie w 51,3%, a Dicka w 69,8%.

Dzieci z odczynem Dicka dodatnim, a Schicka ujemnym szczepiono anatoksyną płoniczą. Po 2 miesiącach odczyn Dicka wypadł ujemnie w 61.5%.

Spostrzeżenia zebrane dowodzą, że anatoksyna P. Z. H. nie ustępuje anatoksynie paryskiej.

Decydującą wartość w ocenie efektu uodparniania mogą mieć spostrzeżenia epidemjologiczne w czasie epidemji, a więc stwierdzenie, czy dzieci szczepione chorują, jak często chorują i jaki jest przebieg choroby.

Wśród dzieci szczepionych na terenie Warszawy stwierdzono 31 przypadków zachorowań na błonicę. Liczba zachorowań pozostaje w odwrotnym stosunku do liczby szczepień. Dzieci szczepione dwukrotnie zapadały 2 razy rzadziej, niż szczepione raz 1, a przebieg naogół był lżejszy.

Liczba zachorowań wśród dzieci młodszych, uodparniających się trudniej, przeważa dwukrotnie.

Porównując odsetek zachorowań wśród ogółu dzieci do lat 15 widzimy, że jest on 3 względnie 5 razy wyższy, niż wśród dzieci dwukrotnie szczepionych zależnie od tego, czy uwzględni się wszystkie zachorowania u szczepionych, czy też te tylko, które wystąpiły po upływie 1 miesiąca od drugiego szczepienia.

Jak widać z dotychczasowych spostrzeżeń, akcja szczepienia daje na naszym terenie wyniki pomyślne i zmniejsza znacznie liczbę zachorowań na błonicę. Pomimo, że dokładna orientacja statystyczna będzie możliwa dopiero po upływie lat kilku, już dzisiaj można uważać szczepienia ochronne przeciwbłonicze, jako potężny oręż w walce z tą chorobą.

Podkreślić wreszcie należy, że podobnie jak w krajach zachodnich, również i u nas krzywa zachorowań na błonicę wznosi się

ku górze. W roku 1930 zarejestrowano w Warszawie 3,244 przypadki, czyli 13 razy tyle, co w r. 1919. Najwyższy czas, by zainteresowanie się akcją zapobiegawczą przeciwbłonicy objęło i u nas szersze kręgi.

D Y S K U S J A:

1) W. M i k u ł o w s k i

stwierdza, że Brokman wbrew programowi w odczycie swoim mówił tylko o zwalczaniu płonicy, a pominął milczeniem ważne zagadnienie uodparniania przeciw innym chorobom zakaźnym, jak ospie, ospie wietrznej, wścieklicznie, chorobie Heine Medina, odrze i tp. Niemniej należy stwierdzić, że Brokman przeszedł od r. 1928 znaczną ewolucję pod względem swoich poglądów, ponieważ dziś mówił, że „funkcja witalna to nie jest wszystko“, że „odporność biologiczna jest postacią zakażenia utajonego“, że „uodpornienie przeciwplonicze nie zaspokoilo naszych nadziei“, że „dalecy jesteśmy — nie ulega wątpliwości — od ideału uodpornienia“. W roku 1928 komunikat Pol. Tow. Pedjatr. na skutek agitacji Brokmana zachęcał do szczepienia przeciwploniczego bo „wrażliwość dziecka na jad płonicy możemy z ł a t w o ś c i ą sprawdzić zapomocą odczynu skórniego Dicka, bo z pośród szczepionych zachorowuje 4 razy mniej, niż z pośród nieszczepionych“. Togoda, Moriwaki udowodnili brak specyficzności streptokoka ploniczego pod względem morfologicznym i serologicznym. Rossi wykazał niższość leczniczej surowicy przeciwploniczej od surowicy rekonwalescentów z powodu braku antygenu.

Szczepienie zapobiegawcze przeciwplonicze i przeciwbłonicy nie zawsze zapobiega chorobie. W dyfterji wykazali ten fakt: Kaan, Cathala, Coffin, Debré, Grenet; Siegl przestrzegał przed tą fazą ujemną szczepienia i żądał badania bakteriologicznego na nosicielstwo. Oponent domaga się rozszerzenia ubezpieczenia także i na lekarzy t. j. zwrócenia uwagi na możliwość konfliktu sądowego w związku ze szczepieniem ochronnem. Przypomina zagadnienie „Auflockerung des Impfpfanges“ w odniesieniu do ospy. Państw. Rada Zdrowia w Niemczech § 6 mówi o „odszkodowaniu“ w przypadkach nieszczęśliwych. Przypomina Casus Busson z Wiednia (7 przypadków śmierci we Wiedniu).

2) Prof. K. J o n s c h e r:

Zwraca uwagę na trudności podziału chorób zakaźnych na grupy w referacie Brokmana — odporność w stosunku do odry jest bezwzględnie mniejsza niż jak to się zwykle twierdzi, a więc podlega pewnym wahaniom. W grupie drugiej Brokmana znajduje się choroby, epidemiologicznie tak różne jak błonica i płonica, należące do dwóch różnych grup podług klasyfikacji Szenajcha. Różnica w wyniku szczepień ochronnych przeciwko ospie z jednej strony, błonicy i płonicy z drugiej strony, polega na większej naturalności szczepienia przeciwospowego, a sztuczności (zarówno pod względem materiału jak i sposobu wprowadzania) szczepienia przeciwbłonicy i przeciwploniczego. Bliższe podpatrzenie warunków naturalnych spowoduje większą skuteczność również tych ostatnich szczepień. Praktycznie w warunkach obecnych jesteśmy upoważnieni do stosowania szczepień przeciw błonicy i płonicy w razie, gdy wymagają tego warunki epidemiologiczne.

3) T. M o g i l n i c k i:

Szczepienia przeciwbłonicy powinny być stosowane dlatego przede wszystkim, że są zupełnie nieszkodliwe, a powtóre, że ogromną większość

dzieci udaje się uodpornić zapomocą szczepień. W Łodzi już zaszczepiono 15.000 dzieci i dotąd żadnej szkody nie zauważono. Naturalnie, że czas jest zbyt krótki, żeby można było mówić o wpływie tych szczepień na zachorowalność i śmiertelność dzieci.

4) Prof. N. G a s i o r o w s k i:

Mimo wielkiej liczby zagadnień dotychczas teoretycznie nie wyjaśnionych, dotychczasowe wyniki szczepień ochronnych — zwłaszcza przeciwbłoniczych uprawniają praktyka lekarza do spokojnego zastosowania sztucznego uodparniania. Zjawiska wyjątkowo występujące, dotychczas niewyjaśnione jak np. dodatni odczyn Schicka po 3-krotnem szczepieniu, wymagają teoretycznego wyjaśnienia, lecz nie obniżają wartości szczepienia.

5) J. S. S c h w a r c m a n:

Szczepienie ochronne, o ile nie może zapobiec zapadaniu na chorobę, powinno przynajmniej zabezpieczyć łagodniejszy przebieg choroby u osoby szczepionej. Otóż co do szczepienia przeciwbłoniczego, w piśmiennictwie niemieckiem przytoczone są przypadki ze śmiertelnem zejściem osób, szczepionych przeciw dyfterytowi.

Co do szczepień przeciwploniczych, to wobec krótkiego stosunkowo trwania odporności (mniej więcej w ciągu 1 roku), przyjmując pod uwagę też częstą ujemną fazę, też przypadki u c z u l a n i a organizmu zapomocą szczepień toksyną ploniczą, też niedostatecznie wypracowaną metodykę (szczepienie toksyną, toksyną z bakterjami, anatoksyną ect.) należy się odnosić z zastrzeżeniem co do ostatecznej decyzji o konieczności szczepienia ochronnego przeciw plonicy.

6) H. F r e n k l o w a:

Porusza sprawę szczepień ochronnych przy ospie wietrznej, odrze i krztuścu. W ospie wietrznej, chorobie, odgrywającej u niemowląt dużą rolę, jedynie pewne wyniki dawało w Łodzi uodpornienie zapomocą zaszczepienia treści pęcherzyka; w krztuścu należy bezwzględnie stosować profilaktycznie szczepionki swoiste.

7) Prof. W. J a s i ń s k i:

Na zasadzie obserwacji w Klinice dziecięcej U. S. B. wskazuje na skuteczne działanie zapobiegawcze szczepień ochronnych przeciwko ospie wietrznej na oddziale niemowlęcym — oraz o skutecznem działaniu zapobiegawczem szczepionki przeciwkokuksuszowej (Neo — Dmetys).

8) Prof. K. J o n s c h e r:

Podkreśla, że w Klinice poznańskiej pomimo dużego oddziały niemowlęcego sprawa ospy wietrznej na oddziale niemowlęcym nie istnieje zupełnie, ze względu na brak odpowiednich przypadków.

W odpowiedzi na dyskusję:

9) H. B r o k m a n:

Zarzut uczyniony przez Mikułowskiego, iż o całym szeregu chorób nic nie mówiłem, nie wytrzymuje najmniejszej krytyki. Zarzut taki nie powinien być czyniony na poważnem zebraniu naukowem, choćby w myśl wskazań prof. Szenajcha, który pisał, że nigdy prelegentowi nie należy czynić zarzutu, że tego nie powiedział, gdyż wyczerpanie całkowite tematu jest niemożliwością techniczną.

Bezwzględnie przeszedłem w ciągu lat ostatniej ewolucję w poglądach i będę przechodził ją, mam nadzieję, dalej. Uważam to nie za wadę, a objaw dodatni, tembardziej, gdy ta ewolucja oparta jest na własnych badaniach. Zresztą Mikułowski źle interpretuje moje dawne poglądy. Niema w tem nic dziwnego, gdyż M. w danem zagadnieniu niedosta-

tecznie się orientuje. Inną zupełnie wagę posiada różnica poglądów mych z Prof. Groerem, na którą M. się powoływał, gdyż zdanie Prof. Groera oparte jest na własnej głębokiej naukowej analizie, czego o zdaniu M. powiedzieć nie można.

W odpowiedzi P r o f. J o n s c h e r o w i zaznaczę, że jednak różnica pomiędzy dwiema grupami chorób zarysowuje się dość wyraźnie, choć istnieją niewątpliwie przejścia. Niektórzy autorzy sądzą, że zarazek odry uległ pewnemu osłabieniu. Również istnieje niewrażliwość (czasowa) na odrę. Zasadnicza różnica polega na tem, że natura nie zna uodpornienia w pierwszej grupie chorób drogą zakażenia utajonego, a więc bez choroby (prócz niemowląt, posiadających odporność bierną).

M o g i l n i c k i e m u: należy rzeczywiście dążyć do wywołania chorób w lekkiej postaci na wzór szczepienia przeciw ospie. Próby uodporniania niezjadliwymi żywymi postaciami dążą w tym kierunku.

F r e n k l o w e j: Uodpornianie obecne przeciw odrze jest dalekie od ideału, gdyż wywołanie nawet lekkiej odry zagraża otoczeniu.

P r o f. G ą s i o r o w s k i e m u: Byłem i pozostanę zwolennikiem szczepień. Z obowiązku sprawozdawczego podałem zarówno dodatnie jak i ujemne strony szczepień.

K O M U N I K A T Y.

J. B o g d a n o w i c z i T. W e l f l e. **Charakterystyka epidemji błonicy w 1930 r.** (Patrz zeszyt 4-ty Pedjatrji Polskiej z 1931 r.).

J. B o g d a n o w i c z i T. W e l f l e. **Obraz kliniczny błonicy w epidemji 1930.** (Patrz zeszyt 4-ty Pedjatrji Polskiej z 1931 r.).

J. B o g d a n o w i c z i T. W e l f l e. **Leczenie ciężkich przypadków błonicy surowicą podawaną do kanału łądzwiowego.** (Patrz zeszyt 4-ty Pedjatrji Polskiej z 1931 r.).

Z Oddziału chorób wewn. Szpitala Św. Zofji

(Prym. Doc. R. Q u e s t)

i z Oddziału chorób zakaźnych Państw. Szpitala powsz.
we Lwowie

(Prym. Doc. W. L i p i ń s k i)

Badania serologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadkach porażenia póloniczego.

P o d a ł

Doc. Robert Quest.

Błonica jest jedną z najgruntowniej zbadanych chorób zakaźnych i to pod względem klinicznym, bakterjologicznym i serologicznym, a jednak w badaniach nad patogenezą błonicy znajdują się jeszcze pewne luki.

Do tych niewyjaśnionych jeszcze należycie problemów należy sprawa porażen póloniczych.

Wiemy, że jad błonicy wykazuje szczególnie wielkie powinowactwo do układu nerwowego, a wyrazem tego są przypadki porażenia póloniczego, występującego z reguły w okresie późniejszym, zazwyczaj dopiero po drugim tygodniu choroby.

Objawy porażenia dotyczą głównie podniebienia, mięśni ocznych i kończyn dolnych, rzadziej występuje porażenie nerwu twarzowego, mięśni przełyku, krtani, a w nader rzadkich przypadkach porażenie mięśni oddechowych, zwłaszcza przepony.

Porażenia powodują głos z oddźwiękiem nosowym, zwracania części płynów przez nos, zez i trudności w czytaniu, niedowład kończyn dolnych, trudności w połykaniu, w fonacji i w oddechaniu.

Jako przyczynę nagłego zejścia z powodu niedomogi serca po przebyciu błonicy uważają ogólnie obok ostrego zapalenia mięśnia sercowego również procesy zwyrodnienia nerwu błędnego.

Badania serologiczne krwi u tych dzieci przeprowadzone przez Schicka i Kleinschmidta wykazały, że u większej części dzieci z porażeniami podyftrycznymi krew wykazuje obecność antytoksyn błonicznych i to zwykle w znacznej ilości, u innych dzieci

brak antytoksyn, a co najciekawsze, że porażenia u tych ostatnich często znikają szybko i bez specyficznego leczenia, podczas gdy porażenia u dzieci posiadających antytoksyny błonicze we krwi wyjątkowo nawet prowadzą do zejścia śmiertelnego.

Istnieje tutaj zatem jeszcze zagadnienie nierozwiązane.

Płyn mózgowo - rdzeniowy w przypadkach porażenia pobłoniczego wykazuje według Roemhelda i Feera wzmózoną ilość białka, a wyjątkowo i zwiększoną liczbę limfocytów a według Regana i jego współpracowników globulinę czasem nieco wzmózoną. Nasuwało się pytanie, jak się zachowuje płyn mózgowo-rdzeniowy tych dzieci pod względem serologicznym co do zawartości toksyn i antytoksyn.

W r. 1921 ukazała się praca Lavergua i Zoellera w *Bulletins et memoires de la Societé medicale des Hôpitaux de Paris* zajmująca się zachowaniem się jadów i przeciwjadów błoniczych we krwi i w płynie mózgowo - rdzeniowym dzieci z porażeniami pobłoniczemi. Autorowie ci przeprowadzali badanie krwi w tym kierunku w 11 przypadkach, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego w 6 przypadkach, nie podają jednak, czy to chodziło o przypadki lekkie, czy ciężkie.

Wstrzykiwali oni płyn mózgowo - rdzeniowy morskim świnkom, w ilości 5 cm.³ domięśniowo, a w ilości 0,5 cm.³ wśródskórnice. W żadnym w 6 badanych przypadków nie mogli wykazać toksyny błoniczej.

W celu zbadania zawartości antytoksyny w płynie mózgowo-rdzeniowym zmieszano ilość toksyny błoniczej, dającą jeszcze wyraźny odczyn śródskórny u świnki morskiej, z płynem mózgowo-rdzeniowym. Mieszanę tę wstawiono na przeciąg 1 godziny do ciepłarki, poczem użyto jej do odczynu śródskórnego u świnki morskiej. Odczyn ten wypadł we wszystkich przypadkach dodatnio, to znaczy, że w żadnym z badanych przypadków nie stwierdzono w płynie mózgowo-rdzeniowym antytoksyny błoniczej. Do tych samych wyników doszli według wspomnianych autorów Roemheld w jednym przypadku (*Fortschritte der Medizin* 1918) i Guillain i Laroche (*These Paris* 1909) również w jednym przypadku. Autorowie ci stwierdzili, że toksyny błonicze są związane z komórką nerwową, dlatego brak ich w płynie mózgowo-rdzeniowym był do przewidzenia. Brak antytoksyn w płynie mózgowo-rdzeniowym był o tyle nieoczekiwany, że u wszystkich chorych znajdowano antytoksyny we krwi.

9 przypadków przeze mnie badanych dotyczy wyłącznie dzieci z ciężkimi objawami porażenia pobłoniczego, cztery z nich skończyły się śmiercią.

Jeżeli gdzie, to właśnie w takich ciężkich przypadkach można by było spodziewać się wyraźnych zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym pod względem serologicznym.

Pierwszy przypadek dziecka B. T. był badany przeze mnie jeszcze przed ukazaniem się pracy Lavergue'a i Zoellera.

W celu wykazania toksyny błoniczej wstrzykiwano wśródskórnie śwince morskiej 0,10 wzgl. 0,5 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego. We wszystkich badanych przypadkach odczyn śródskórny wypadł ujemnie.

W celu zbadania zawartości antytoksyn w płynie mózgowo rdzeniowym zmieszano 0,10 cm³ płynu mózg. rdz. z 0,10 cm³ roztworu toksyny (1 : 50) stosowanej przy odczynie Schicka i wstawiono na 1 godzinę do termostatu poczem wstrzyknięto tę mieszanę wśródskórnie śwince morskiej.

We wszystkich przypadkach wystąpił czerwony guz z następną nekrozą, to samo w miejscu stosowania toksyny (1 : 50) jako kontroli.

W jednym przypadku u dziecka M. R. zastosowałem w celu wykrycia toksyn i antytoksyn w płynie mózgowo rdzeniowym metodę podaną w zeszłym roku przez E. Gildemeistera i Hotori Watanabe (Zentralbl. f. Bakteriolog. 1930 Orig. H. 7 u. 8), która według zdania tychże autorów ma być o wiele czulsza od próby Römera. Metoda ta polega na wstrzyknięciu badanego płynu w ilości 0,1 cm³ do nabłonka rogówki królika.

W miejscu wstrzyknięcia występuje drobny pęcherzyk, który w krótkim czasie znika. O ile badany płyn zawiera toksynę błoniczą, w miejscu wstrzyknięcia występuje owrzodzenie rogówki, gojące się w przeciągu 6 do 7 dni. Metodą tą również nie można było wykryć ani toksyny, ani antytoksyny w płynie mózgowo rdzeniowym dziecka M. R.

Badania przeprowadzono na dzieciach:

1. Bohdan T. 3 l. przyj. 22.VI. 1921. o godz. 12. 16. V. zachorował na błonicę gardła i nosa i otrzymał 3.000 jed. ant. surowicy przeciwbłoniczej. Przebieg choroby był bardzo lekki. Przed tygodniem zaczął się skarżyć na trudności w chodzeniu i polykaniu, część płynów wychodziła przez nos.

Dziecko blade sine, źrenice rozszerzone, oddech utrudniony, rzęzenia z daleka słyszalne. Tętno 132 T. 36,8^o — 37,2^o. Porażenie podniebienia miękkiego, mięśni karkowych, grzbietowych i dolnych kończyn. Ogólny zapad.

Karmienie sondą. Wstrzyknięcie kamfory, sztuczne oddychanie. Po 7 godzinach dziecko zmarło.

2. Leon Z. 3½ l. W 4 tygodniu choroby wystąpiło porażenie kończyn dolnych, podniebienia i prawego n. twarzowego.

3. Dominik S. 2½ l. W 10 dzień choroby zauważono porażenie podniebienia miękkiego, pr. n. twarzowego i kończyn dolnych.

4. Urszula K. 2½ l. 4 tygodnie po przebyciu błonicy wystąpiło porażenie podniebienia i dolnych kończyn.

5. Zygfryd St. 10 l. przed 6 tygodniami przechodził dyfterję leczoną surowicą; od 2 tygodni chód niepewny, mowa nosowa i wypływanie po-

W 2 pierwszych przypadkach stosowano toksynę wiedeńską z dostarczoną mi z Zakładu Higjenu Uniw. J. K., gdzie też przeprowadzono te doświadczenia, dalszych 7 doświadczeń wykonano na oddziale chorób zakaźnych Szpitala Państwowego skąd też pochodzą 3 badane przypadki. Panu Prof. Dr. Steusingowi, Dyrektorowi Zakładu Higjenu U. J. K., jak i Panu Prym. Doc. Dr. Lipińskiemu pozwalam sobie za to wyrazić moje podziękowanie.

karmów płynnych przez nos, pozatem osłabienie mięśni karkowych, w 9 dzień pobytu w szpitalu nagły skon.

6. Anna D. 6 l. przyjęta 26.9. 1928 na oddział zakaźny z błonicą gardła. 6.10 — porażenie podniebienia. Wstrzyknięto 10,000 jed. ant. surowicy przeciwbłoniczej.

7. Elżbieta W. 8 l. przyjęta w 16 dzień choroby, od 5 dni źle mówi i płyny wracają jej nosem. Podniebienie miękkie porażone. Dziecko znacznie osłabione, tętno nikłe. Granice serca zwiększone, tony serca głucho, wymioty. W 4 dniu pobytu w szpitalu dziecko zmarło.

8. Józef P. 2 l. przyjęty na oddział zakaźny w 4 tygodniu choroby. Porażenie pr. n. twarzowego i podniebienia miękkiego.

W 3 dniu pobytu w szpitalu nastąpiło nagłe zejście śmiertelne.

9. Mojżesz R. 8 l. przyjęty 18.11 1930. Przed 5 tyg. przebył błonicę i otrzymał 4.000 jed. surowicy przeciwbłoniczej. Ptoza powiek zwłaszcza po str. lewej. Porażenie n. twarzowego lew., i nerwów odwodzących gałkę oczną i podniebienia po str. lew. Porażenie mięśni karku i grzbietu, kończyny górnej lewej i kończyn dolnych.

Z Oddziału chorób wewn. dzieci Szpitala św. Zofji we Lwowie.
Prymarjusz Doc. R. Q u e s t.

O zachowaniu się pobudliwości ustroju nerwowego obwodowego w przypadkach porażenia pobłoniczego.

P o d a ł

Doc. Robert Quest.

W r. 1918 ogłosił T. Goett w Münch. med. Wochenschr. pracę, w której podał jako wczesne objawy porażenia pobłoniczego wzmoczoną pobudliwość pewnych grup nerwów obwodowych, a mianowicie stwierdził on wśród 20 spostrzeganych przypadków 13 razy (t. j. w 65%) wystąpienie objawu Chwostka i to najczęściej we wszystkich trzech gałęzkach nerwu twarzowego. Objaw ten uważa Goett za jeden z pierwszych objawów, zwiastujących wystąpienie porażenia pobłoniczego, wzgl. parezy pobłoniczej.

Objaw Chwostka można wykazać w tych przypadkach już na kilka dni przed wystąpieniem objawów porażenia, a znika on często już wcześniej, kiedy objawy te istnieją jeszcze w całej pełni.

W 2 przypadkach zauważył Goett po ustąpieniu objawu Chwostka jednostronne porażenie nerwu twarzowego.

Znaną jest rzeczą, że osłabienie lub zniesienie odruchów kolanowych poprzedza zazwyczaj wystąpienie porażenia pobłoniczych, lecz i tu zauważył Goett często wybitne wzmocnienie tych odruchów przed wystąpieniem ich osłabienia wzgl. zniesienia.

Na to zwrócił uwagę już przedtem Zappert. W podręczniku Pfaundlera i Schlossmanna podaje on, że we wczesnym okresie choroby odruchy kolanowe mogą być wyjątkowo utrzymane, a nawet silnie wzmoczone.

Nie we wszystkich jednak przypadkach musi po ukazaniu się objawu Chwostka i wzmoczonych odruchów kolanowych nastąpić pareza lub porażenie, ale objawy te są dla nas ważne z tego względu, że nakazują nam one zachować u tych dzieci pewne ostrożności.

H. Hamann wykazuje również (Zeitschr. f. Kinderheilk. 1918, S. 209), że u ozdrowieńców po błonicy, u których stwierdzimy objaw Chwostka i wzmożone odruchy kolanowe, należy spodziewać się w większości przypadków w kilku następnych dniach objawów porażenia i to nie tylko jak dotychczas sądzono, po przebyciu ciężkiej błonicy toksycznej, ale także i w przypadkach lekkich, ograniczonych do zajęcia gardła i nosa.

Pobudliwość nerwów na prąd galwaniczny w przypadkach Goetta nie była zazwyczaj wzmożona, brak było również innych objawów tężyczki, jak drgawek i skurczy rąk i nóg (Karpopedalspasmen).

Zachowaniem się pobudliwości nerwów obwodowych na prąd galwaniczny w przebiegu błonicy zajmował się Michałowicz. (Przegląd pedjatryczny 1910 str. 415). Badał on wrażliwość galwaniczną nerwów obwodowych u 68 dzieci na oddziale błoniczym kliniki Eschericha w Wiedniu i doszedł do wniosków następujących:

1. W przebiegu błonicy nerwy obwodowe wykazują pobudliwość wzmożoną na prąd galwaniczny; 2. jest ona największą w pierwszych dniach choroby i zmniejsza się powoli w ciągu dni następnych, 3. wzmożona pobudliwość trwa długo nawet w przypadkach lekkiej błonicy i świadczy o tem, że działanie nawet stosunkowo niewielkiej ilości jadu pozostawia ślady w układzie nerwowym.

W liczbie 68 dzieci badanych znalazł Michałowicz 2 razy objaw Chwostka, a 8 razy mniej lub więcej wzmożone odruchy kolanowe. Porażeń u żadnego z 68 spostrzeczonych przypadków nie stwierdził, a to prawdopodobnie z tej przyczyny, że porażenia występują zazwyczaj później, już po opuszczeniu oddziału zakaźnego.

Jak widać z powyższych spostrzeżeń istnieje w przebiegu błonicy okres wzmożonej pobudliwości nerwów obwodowych i to w przypadkach Goetta głównie na bodźce mechaniczne, jako wczesny objaw porażenia pobłoniczego bez równoczesnego wzmożenia pobudliwości na prąd galwaniczny. W przypadkach Michałowicza istnieje nadwrażliwość galwaniczna, a nie mechaniczna.

Ochsensus opisuje w Monatschr. f. Kinderheilk. 1924, str. 323, 2 przypadki błonicy u dziecka 11 mies. i 15 mies., u których w 7 wzgl. 10 dniu po ustąpieniu nalotów błoniczych w gardle, stwierdził objawy tężyczki: skurcz głośni, objaw Chwostka, a w jednym z opisanych przypadków wzmożoną pobudliwość galwaniczną. W obu przypadkach nie zauważono jakichkolwiek objawów porażeniowych.

W ubiegłym roku mieliśmy sposobność spostrzegania na oddziale naszym 5 przypadków porażenia pobłoniczego, u których zauważyliśmy szczególne zachowanie się pobudliwości nerwów obwodowych na bodźce mechaniczne, jak również jednocześnie na prąd galwaniczny.

Historje choroby tych przypadków w skróceniu są następujące:

1. Stanisław S. 5 l. przyjęty 13.5.1930. 3 tygodnie po przebyciu błonicy, atak sercowy; o własnych siłach chodzić nie może. Porażenie N. abducens obustronne, trudności w polykaniu, bezgłos. Podniebienie miękkie porażone. Ruchy kończyn górnych nie zupełnie skoordynowane. Niedowład obu kończyn dolnych. Odruchy brzuszne prawidłowe, odruchów kolanowych wywołać nie można. Chwostek obustronnie we wszystkich 3 gałązkach wybitnie dodatni. Objaw Lusta dodatni. Pobudliwość elektryczna. N. med. sin. MA: S. Z. K. 1.6, S. Z. A. 2.2, S. O. A. > 5, S. O. K. 2.8.

2. Mojżesz R. 8 l. przyjęty 18.11.1930. Przed 5 tyg. przebył błonicę i otrzymał 4000 jedn. surowicy przeciwbłoniczej.

Od 10 dni istnieją porażenia. Lekka ptoza powiek, zwłaszcza po stronie lewej ponadto obustronna pareza nerwów odwodzących gałkę oczną. Porażenie l. nerwu twarzewego i podniebienia miękkiego po stronie lewej. Mowa nosowa, płyny wracają nosem. Dziecko z trudnością podnosi głowę, nie może samo się podnieść i usiąść.

Sila mięśniowa kończyny górnej lewej znacznie obniżona.

Dziecko z trudnością podnosi kończynę lewą. Chód niepewny, ataktyczny. Odruchów kolanowych i ścięgna Achillesa wywołać nie można. Odruchy brzuszne po pr. zaznaczone po l. zniesione.

Obok tych zmian stwierdzono u dziecka: Objaw Chwostka we wszystkich 3 gałązkach dodatni zwłaszcza po stronie lewej. Objawy Lusta i Petenyiego po obu stronach dodatnie.

22.XI. Pobudliwość galwaniczna N. med. po stronie l. ma. S. Z. K. 0.8, S. Z. A. 3.2, S. O. A. 1.6, S. O. K. 1.8.

Wobec tego, że odczyn Schicka wypadł słabo dodatnio, wstrzyknięto 18.000 jed. antyt. surowicy przeciwbłoniczej. Pozatem stosowano faradyzację. Stan dziecka stale się polepsza.

5.12. Dziecko siada samo dobrze i trzyma głowę, chodzi jeszcze z trudnością.

18.12. Odruchów kolanowych wywołać nie można. Objawy Chwostka, Lusta i Petenyiego po obu stronach zaznaczone. Stan elektryczny: N. med. sin. S. Z. K. 2.4, S. Z. A. 2.6, S. O. A. 4,6, S. O. K. > 5.

24.12. Objawów Chwostka i Lusta wykazać nie można. Odruchów kolanowych brak.

3. Klara R. 9 l. (siostra poprzedniego dziecka) przyjęta 20.11.1930.

Przed 5 tyg. przechodziła błonicę. Od 3 tyg. mówi niewyraźnie, płyny wracają przez nos.

Lekka pareza N. facial. po str. prawej i równocześnie objaw Chwostka obustronnie we wszystkich trzech gałązkach. Porażenie podniebienia miękkiego. Dziecko z trudnością podnosi się z pozycji leżącej.

Odruchy ścięgniste w kończynach górnych żywe. Odruchy brzuszne zachowane a kolanowe żywe. Objaw Lusta po str. prawej dodatni. Chód niepewny, wlecze nieco nogę prawą. Faradyzacja.

23.11. Odczyn Schicka ujemny. Stan elektryczny N. med. sin. S. Z. K. 1.0, S. Z. A. 1.8, S. O. A. 2.8, S. O. K. 2.2.

4.12. Chwostek +, Lust i Petenyi zaznaczone. 25.12. Dziecko mówi wyraźnie i chodzi dobrze. Chwostek — Lust i Petenyi —. Stan elektryczny N. med. sin. ma.: S. Z. K. 1.6, S. Z. A. 3.8, S. O. A. 5, S. O. K. > 5.

4. Eugenja M. 13 l. przyjęta 28.11.1930. Przed 6 tyg. przechodziła błonicę; otrzymała 8000 jed. antyt. surowicy przeciwbłoniczej.

Od 2 tyg. mowa nosowa, zachłystywanie się przy picciu, chód utrudniony.

Żrenice oddziałują na światło i akomodację dobrze. Paresis N. facial dext.

Chwostek obustronny w 3 gałązkach. Bezgłos, podniebienie zwisa nie-

ruchomo. Siła mięśniowa w górnych kończynach obustronnie osłabiona. Objaw Hoffy zaznaczony. Odruchy brzuszne obecne. Chód chwiejny. Odruchy kolanowe nie dadzą się wywołać. Lust dodatni.

4.12. Badanie elektryczne N. med. sin. ma.: S. Z. K. 1.2, S. Z. A. 1.8, S. O. A. 2, S. O. K. 3.0.

15.12. Podniebienie miękkie napina się słabo przy fonacji. Porażenie pr. n. twarzowego wybitne. Chwostek obustronnie obecny. Odruchy kolanowe nie dadzą się wywołać. Lust obustronnie zaznaczony, Pefenyi również, szczególnie po lewej stronie.

17.12. Stan elektryczny N. med. sin. ma.: S. Z. K. 2.4, S. Z. A. 2.8, S. O. A. > 5, S. O. K. 5.

22.12. Mowa głośna, wyraźna, chód pewniejszy. Odruchów kolanowych brak. Chwostek w gałązce dolnej zaznaczony, porażenie pr. n. twarzowego zaznaczone.

28.12. Chwostek i porażenie N. facial. ustąpiły zupełnie. Mowa dobra. Chód prawie prawidłowy.

5. Włodzimierz T. 10 l. przyjęty 24.11.1930. 4 tyg. po przebyciu błonicy mowa niewyraźna, zachłyстанie się, przy picu odchodzą płyny przez nos. Podniebienie przy fonacji podnosi się nieznacznie, uvuła zbacza ku stronie l. Chwostek obustronnie dodatni. Odruchy brzuszne obecne. Odruchów kolanowych wywołać nie można. Przy chodzeniu stwierdza się pociąganie l. kończyną. Odczyn Schicka ujemny.

9.12. Objaw Chwostka +, Objaw Lusta +. Badanie elektryczne N. med. sin. ma.: S. Z. K. 1, S. Z. A. 3.6, S. O. A. 3, S. O. K. 4.8.

17.12. Chwostek tylko w dolnej gałązce zaznaczony. Chód dobry, odruchy kolanowe nie dadzą się wywołać.

Jak wynika z opisu podanych powyżej 5 przypadków musimy przyjąć, że mamy tu do czynienia z porażeniem pobłoniczem z równoczesnym wystąpieniem objawów wzmożonej pobudliwości nerwów obwodowych tak na bodźce mechaniczne, jak i na prąd galwaniczny, a więc objawów charakterystycznych dla tężyczki. Możliwe byłoby tu podnieść, że objawy Chwostka i Lusta po 2 wzgl. 3 roku życia nie są już patognomiczne dla tężyczki i można by je uważać za objawy neuropatii. Wobec tego jednak, że objawy te ustępowały równocześnie z objawami porażenia, albo nieco wcześniej, przemawia za tem, że stoją one w związku z przebytą płonicą.

To dziwne zachowanie się nerwów obwodowych, kiedy przed wystąpieniem objawów porażenia w pewnych grupach nerwów, występują objawy podrażnienia w tych samych grupach nerwów lub w innych, tłumaczy Goett działaniem jadu błoniczego. Jad ten według niego działa w małych ilościach podrażniająco, a po przekroczeniu pewnej granicy działa porażająco na nerwy, jak to Goett stwierdził u 2 dzieci, gdzie po ustąpieniu objawu Chwostka wystąpiło porażenie nerwu twarzowego. Zachowanie się odruchów kolanowych tłumaczy Goett w ten sam sposób. Wzmożonej pobudliwości na prąd galwaniczny Goett w swoich przypadkach nie stwierdził. Michałowicz uważa nadwrażliwość galwaniczną w przebiegu błonicy również za wynik działania jadu błoniczego, nie sądzi jednak aby tutaj chodziło o objawy tężyczki.

Równoczesne, spostrzegane w naszych przypadkach, ukazanie się objawów nadwrażliwości i porażenia w tej samej grupie

nerwów możemy wytłumaczyć sobie w ten sposób, że działanie jadu błoniczego odbywa się tu w dwóch kierunkach.

Z jednej strony wywołuje jad błonicy zmiany organiczne w nerwach pod postacią zapalenia tychże nerwów (Polyneuritis), z drugiej strony wywołuje on w nerwach obwodowych zmiany czynnościowe w postaci tężyczki. Te ostatnie zmiany stoją prawdopodobnie w związku z zaburzeniem równowagi elektrolitów, szczególnie stosunku Ca do K z powodu wadliwej przemiany materji. Zachodzi tylko pytanie, czy jad błonicy działa tu wprost na zachowanie się elektrolitów, czy pośrednio, drogą gruczołów dokrewnych.

Wiemy, że gruczoły dokrewne mają dla przemiany materji wogóle, a w szczególności dla przemiany soli wybitne znaczenie.

Wiemy pozatem, że jad błonicy działa na układ gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, przedewszystkiem na nadnercza i na przysadkę mózgową.

Nadnercze, jak to swego czasu wykazałem, odgrywa ważną rolę w przemianie materji wapna, a więc możliwem jest, że tą drogą przychodzi do wywołania objawów tężyczki.

W jakim stopniu jad błonicy oddziałuje na ciała przybłonkowe, które mają tak ważne znaczenie w etjologii tężyczki, nie jest dotychczas ustalone.

Z końcem ubiegłego roku dwaj włoscy autorowie Peola i Inglesi ogłosili swoje badania nad zachowaniem się wapna i potasu w surowicy krwi dzieci chorych na błonicę. (Riv. Clin. pediatr. 1930. z. 9. według referatu w Monatschr. f. Kinderheilk. 1931).

W ciężkich przypadkach błonicy toksycznej i przy porażeniach poblonicznych znaleźli oni znaczne obniżenie poziomu wapna w surowicy krwi i zwiększony iloraz $\frac{Ca}{K}$

W przypadkach błonicy ze wzmożonemi odruchami stosunek Ca : K nie był stały. Objawy zwiększonej pobudliwości nerwów w przebiegu błonicy odnoszą wspomniani autorowie po części do zmian humoralnych, po części do zmian degeneratywnych w komórkach nerwowych.

U trzech naszych chorych, t. j. u Mojżesza R. Klary R. i Włodzimierza T. zbadano zawartość wapna w surowicy krwi zaraz po przyjęciu na oddział, a drugi raz krótko przed opuszczeniem szpitala.

Ilość wapna w surowicy krwi wynosiła przy pierwszym badaniu 22.11. u Mojżesza R. 8.4 mg% Ca, 27.11. u Klary R. 9.6 mg.% Ca u Włodzimierza T. 6 mg.% Ca, a więc poziom wapna wybitnie obniżony, gdyż ilość wapna w surowicy krwi dzieci prawidłowych wynosi według badań Kremera, Bingana i Howlanda 10 do 11 mg.% Ca.

Dnia 17.12., a więc w czasie, kiedy u chorych dzieci objawy nadwrażliwości nerwów obwodowych znacznie się poprawiły,

znaleziono w surowicy krwi u Mojżesza R. 10 mg.% Ca u Klary R. 11 mg.% Ca, a u Włodzimierza T, 9,3 mg.% Ca, a więc ilości prawidłowe.

To znamienne zachowanie się poziomu wapna w surowicy krwi w przebiegu błonicy, a mianowicie niski poziom w okresie wyraźnych objawów nadwrażliwości nerwów na bodźce mechaniczne i na prąd galwaniczny, a podniesienie się tego poziomu po ustąpieniu tychże objawów klinicznych, uważać musimy, jako spowodowane działaniem jadu błoniczego.

Szpital Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

Dyrektor T. M o g i l n i c k i.

Dożylnie stosowanie surowicy przeciwbłoniczej w przebiegu ciężkiego dławca u dzieci i krótka intubacja.

P o d a ła

Woźniak - Gidyńska.

Wielki odsetek śmiertelności u dzieci w ciężkich przypadkach dławca błonicznego skłania lekarzy do ustawicznych wysiłków w kierunku ulepszania metod leczniczych. Głównym zadaniem bywa osiągnięcie jaknajszybszego opanowania zakażenia i niedopuszczenia do groźnego dla dzieci, zwłaszcza do lat 2-ych, powikłania odoskrzelowem zapaleniem płuc.

Lecznicza wartość surowicy zależy od czasu jej stosowania, sposobu w jaki się ją zastrzykuje, oraz ilości wprowadzonych do ustroju jednostek antytoksyknych. Im wcześniej rozpoczynamy swoiste leczenie błonicy, tem wyniki naogół są lepsze. Z chwilą gdy toksyna z krwioobiegu przedostaje się do tkanek i połączy się z komórką, działanie antytoksyny jest bardzo ograniczone i znikome. Najintensywniejsza walka antytoksyny z jadami błoniczemi odbywa się na drodze krążenia. Neutralizowanie jądów błoniczych przez antytoksynę nie jest tak szybkie, jak sądzono dawniej (Ehrlich), lecz według doświadczeń Morgenrotha i Lewy'ego trwa około 24 godzin. Wobec tego powolnego działania surowicy stale wytwarzające się duże ilości jądów nieneutralizowane w krwioobiegu przedostają się do tkanek i je uszkadzają. Z powyższego wynika, że leczenie błonicy powinno być rozpoczęte jaknajspieszniej i w ten sposób, żeby jaknajprędzej związać krążące w krwi jady.

Najszybsze działanie lecznicze osiągamy przez zastrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej dożylnie. Należy jednak pamiętać o tem, że surowica z krwioobiegu zostaje szybko wydzielona. Według Morgenrotha i Lewy'ego już w 8 godzin po zastrzyknięciu, stężenie surowicy we krwi opada i po 24 godzinach znajduje się już tylko $\frac{1}{3}$ pierwotnego stężenia. Należy więc albo kilkakrotnie zastrzykiwać surowicę dożylnie, lub stosować skombinowaną metodę t. j. obok zastrzykiwań dożylnych równocześnie wprowadzać antytoksynę domięśniowo celem podtrzymywania stężenia surowicy we krwi.

Doświadczenia Schick'a pouczają, że surowica zastosowana domięśniowo działa wolniej i dopiero po 24 godzinach od chwili zastrzyknięcia osiąga maximum stężenia we krwi. Bardzo wolno wsysa się surowica zastrzykiwana podskórnio. Berghaus wykazał doświadczalnie, że lecznicze działanie surowicy zastosowanej dożylnie jest 500 krotnie większe, niż zastrzykiwanie pod skórę. Dlatego też zastrzykiwania surowicy pod skórę jako zbyt wolno działające powinny być zaniechane.

W Szpitalu Anny Marji od kilku już lat stosujemy surowicę dożylnie w ciężkich postaciach błonicy gardła i krtani, jak również w przypadkach późno rozpoznanych lub zaniedbanych. Ilość zastrzykiwanej dożylnie surowicy wynosi od 3 — 7-tu tysięcy J. A. W każdym przypadku jednocześnie zastrzykujemy surowicę domięśniowo 10 — 12 tysięcy J. A. i powtarzamy zastrzykiwania codziennie, o ile nie następuje wyraźna poprawa.

W dławcu błonicy ta skombinowana metoda lecznicza dawała świetne wyniki. Okres procesu chorobowego skracał się widocznie dzięki szybkiemu opanowaniu zakażenia, swoiste działanie surowicy powodowało bądź rozplywanie się błon, bądź też szybkie ich oddzielenie się. W pierwszym wypadku unikaliśmy tak niebezpiecznego zabiegu jakim jest intubacja, w drugim mieliśmy możliwość skracania okresu pozostawiania rurki intubacyjnej w krtani. Intubacja należy do zabiegów, które stosujemy z konieczności aby uchronić dziecko od uduszenia. Doświadczenie innych autorów i nasze wykazało, że zwłaszcza u dzieci do lat 2-ich, założenie rurki intubacyjnej znacznie pogarsza rokowanie wskutek możliwości następujących powikłań: 1) dzieci intubowane znacznie częściej zapadają na zachłystowe zapalenie płuc, co zwiększa znacznie odsetek śmiertelności, 2) dzieci kilkakrotnie intubowane łatwo przyzwyczajają się do rurki intubacyjnej, wskutek ciągłych reintubacyj i długiego leżenia rurki w krtani powstają odleżyny na błonie śluzowej, co w następstwie sprządza blizny i zwężenia krtani.

Spostrzeżenia nasze wykazały, że po 6 — 8 godzinach po dożylnym zastrzykiwaniu surowicy w ilości 6 — 7 tysięcy J. A. błony dyfterytyczne oddzielały się na dużej przestrzeni. Często u dzieci stwierdzaliśmy wówczas zwiększoną duszność skutkiem mechanicznego zwężenia światła krtani oddzielającą się błoną. Stan powyższy staraliśmy się wykorzystać i usunąć zalegające błony za pomocą ostrego ataku kaszlu. U starszych dzieci udawało się niekiedy wywołać silny kaszel lub wymioty przez zadrażnienie błony śluzowej gardła. U młodszych niekiedy trzeba było wywoływać kaszel przez wprowadzenie rurki intubacyjnej do krtani. Podczas kaszlu staraliśmy się usuwać wydzielinę śluzową z ust możliwie jak najbardziej dokładnie. W tych razach pomiędzy wydzielającym się śluzem spostrzegaliśmy małe kawałki błon, a niekiedy nawet całe duże błony stanowiące odlewy krtani, a nawet rozgałęzionych oskrzeli. Po usunięciu błon natychmiast rurkę intubacyjną wyjmo-

waliśmy z krtani, uważając w tych razach intubację jako środek wykrztusny. W licznych przypadkach wystarczało tylko jeden raz założyć rurkę na kilka lub kilkanaście minut, względnie parę godzin. Jeżeli po założeniu rurki błony nie były wykrztuszone i oddech się nie poprawił, pozostawialiśmy rurkę w krtani, jednak nigdy nie na dłużej niż 8—12 godzin w obawie przed wytwarzaniem się niebezpiecznych w następstwie odleżyn i zachłystowego zapalenia płuc. Rozumie się samo przez się, że krótka intubacja wymagająca często powtórzenia zabiegu, może być dokonywana tylko wtedy, kiedy intubujący ma dużą wprawę.

Stosowanie jednoczesne zastrzykiwań dożylnych surowicy i krótka intubacja dawała nam w przypadkach bardzo ciężkiego krupka często nadspodziewanie dobre wyniki, co jest tem bardziej godne podkreślenia, że przypadki leczone w Szpitalu są aż nadto często spóźnione i zaniedbane, dzieci przywożone w okresie duszenia się często już z licznymi ogniskami odoskrzelowego zapalenia płuc.

Dla ilustracji przytaczamy kilka historii chorób:

Z. P., 3 lata, przybywa na oddział błoniczy 4-go dnia choroby. Surowicy nie otrzymała. Stan bardzo ciężki. Oddech nadzwyczaj utrudniony, powierchowny, sinica, bezgłos. Tętno drobne, szybkie. Na migdałkach szaro brudne naloty. Zastrzyknięto 5.000 J. A. surowicy przeciwbłoniczej do żyły i 7.000 do mięśni. Po 6-ciu godzinach od zastrzyknięcia surowicy wystąpił silny atak duszności i sinica, wobec czego byliśmy zmuszeni założyć rurkę intubacyjną. Podczas kaszlu usunięto dużą ilość śluzu i kilka kawałków grubych błon dyfterytycznych. Po kilku minutach rurkę usunęto. Po wyjęciu rurki oddech mniej utrudniony, sinicy niema. Stopniowo stan oddechu poprawił się. Następnego dnia zastrzyknięto ponownie 10.000 J. A. surowicy domięśniowo. Tegoż dnia po raz drugi wystąpił silny atak duszności, który zmusił nas do ponownej intubacji. Po założeniu rurki dziecko wykrztusiło kilka kawałków błon. Po kilku minutach rurkę usunęto i od tej chwili nastąpiła powolna stała poprawa. Powikłań płucnych nie stwierdziliśmy. W 2 tygodnie po przyjęciu do Szpitala dziecko wypisano w stanie zupełnie dobrym.

J. K., 2 l. 4 m., chory od 5-ciu dni. Przed przyjściem do Szpitala surowicy nie otrzymał. Stwierdzono stan bardzo ciężki. T. 39,2. Tętno ledwie wyczuwalne. Oddech utrudniony, sinica, niepokój. Natychmiast po przyjęciu na oddział założono rurkę intubacyjną, i zastrzyknięto 6.000 J. A. surowicy przeciwbłoniczej i 6.000 domięśniowo. W płucach stwierdzono ogniska zapalne. Po 3-ch godzinach po zabiegu nastąpił atak kaszlu, podczas którego za pomocą tamponów usunęliśmy sporą ilość śluzu i kilka drobnych błon. Zaraz po tem usunęliśmy rurkę intubacyjną. Dziecko obywało się bez rurki przez 23 godziny i ponowny atak duszności zmusił nas do reintubacji. Rurka pozostała w krtani 12 godzin. W ciągu następnych 2-ch dni dostrzykiwaliśmy po 10.000 J. A. do mięśni i pomimo spóźnionego leczenia, dwukrotnej intubacji i ciężkiego stanu dziecka, udało się je uratować.

L. W., 1 rok 4 m., przybył do szpitala 6-go dnia choroby. W domu stosowano surowicę dwukrotnie po 8.000 J. A. Stan dziecka ciężki, niepokój, sinica. Zaintubowano natychmiast po przyjęciu. Zastrzyknięto 10.000 J. A. surowicy domięśniowo, po półtorej godzinie rurkę intubacyjną wyjęto i usunięto śluz i ślady błon. W płucach stwierdzono ogniska zapalne. Po 7-miu godzinach po ekstubacji ponowny napad duszniczy, zmuszający do powtórnego założenia rurki. Po 2-ch godzinach rurkę usunęto. Odtąd stan dziecka stopniowo ulegał poprawie. Na drugi dzień dostrzyknięto jeszcze 10.000 J. A.

domięśniowo. Na 4-ty dzień pobytu w szpitalu ciepłota opadła i stan był zupełnie zadawalniający. Dziecko po 2-ch tygodniach zostało wypisane jako zupełnie zdrowe.

Podobnych przypadków moglibyśmy przytoczyć cały szereg. Zaznaczamy tutaj, że surowicę dożylnie zastrzykujemy tylko wtedy, kiedy uprzednio nie była ona nigdy stosowana. Dotychczas na naszym materiale nie stwierdziliśmy ani razu poważniejszego szoku anafilaktycznego, ani nie mogliśmy przekonać się, żeby choroba posurowicza miała w przypadkach dożylnie stosowanej surowicy bardziej ciężki przebieg, niż wtedy, gdy surowicę zastrzykujemy wyłącznie śródmięśniowo.

Rok	Ogólna liczba przyp. dławca	Liczba dzieci intubowanych	Liczba zapaleń płuc	Wyleczono	Zmarło	Zachorowało
1927	167	56=33%	38=22,7%	120=71,9%	39=23,3%	8=4,7%
1928	134	37=27,3%	30=22,4%	109=81%	15=11,1%	10=7,6%
1929	171	67=38,2%	36=20,5%	147=84%	24=13,7%	4=2,2%
1930	140	48=34,2½%	19=13,6%	116=82,8%	23=16,4%	1=0,7%

Tablica powyższa wyraźnie ilustruje stosunkowo małą śmiertelność w dławcu błoniczym u dzieci, dzięki stosowaniu skombinowanej metody leczenia w najcięższych przypadkach. Uważamy bowiem, że najszybciej prowadzi do celu zastrzykiwanie dożylnie i jednocześnie domięśniowo surowicy i w razie konieczności intubacji zakładanie rurki możliwie na czas krótki.

P I Ś M I E N N I C T W O .

O. Sejd el, M. Med. W. 1915. E. Leschke, M. Med. W. 1915. K. Alber, Jahr. f. Kinderh, 1914. Kausch, D. Med. W. 1913. W. Bayer, M. Med. W. 1913. Fette, Med. Klinik 1909. F. Reich, Med. Klinik 1919. Szenajch i Lewkowiczówna, Ped. Pol. 1929. Szenajch i Stankiewicz, Pedj. Pol. 1922. E. Ziegler, Pedj. Pol. 1926.

Z Kliniki Chorób Dzieci U. J.
Dyr. prof. Ks. L e w k o w i c z.

Badania nad stężeniem jonów wodorowych w płynie mózgowo-rdzeniowym w ropnych zapaleniach opon mózgowych (nagminnem i zwykłym).

P o d a ł

Lucjan Bernaciński.

(Streszczenie własne).

Badania nad stężeniem jonów wodorowych w płynie mózgowo-rdzeniowym ropnych zapaleń opon mózgowych przeprowadziłem w 7 przypadkach, mianowicie:

w 5 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowych

w 1 przypadku stofylokokowego zapalenia opon mózgowych oraz w 1 przypadku, w którym stwierdzono bacterium influenzae.

Na podstawie tego materiału stwierdziłem w przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowych zwiększenie stężenia jonów wodorowych (w porównaniu ze stężeniem tychże w normalnym płynie mózgowo-rdzeniowym), idące naogół w parze z zawartością ropy w płynie mózgowo - rdzeniowym.

W płynie komorowym stwierdziłem mniejsze stężenie jonów wodorowych niż w płynie rdzeniowym pochodzącym od tego samego chorego, tłumaczące się zawsze mniejszą zawartością ropy w płynie komorowym.

Oprócz zawartości ropy w płynie należą do czynników, wywołujących zwiększenie stężenia jonów wodorowych w płynie mózgowo - rdzeniowym:

- a) zakłócenie równowagi Donnan'a między krwią, a płynem mózgowo-rdzeniowym, przez zmniejszenie się różnicy stężeń białka,
- b) wytwarzanie kwaśnych produktów przemiany materji w płynie mózgowo-rdzeniowym przez drobnoustrój zakażający.

W miarę leczenia i zmniejszenia się zawartości ropy w płynie mózgowo-rdzeniowym następowało zmniejszenie się stężenia jonów wodorowych.

Po ustąpieniu ropienia występuje zmniejszenie stężenia jonów wodorowych w odniesieniu do stężenia jonów wodorowych w normalnym płynie mózgowo-rdzeniowym, aby w końcu po kilku dniach wrócić do normalnego stężenia jonów wodorowych w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Zmiany w spłotach naczyniastych komór mózgowych w przypadku posocznicy meningokokowej.

P o d a ł

Edward Mróz

st. asystent Kliniki Pedjatrycznej U. J. w Krakowie.

Sprawa patogenezy zapalenia nagminnego opon nie jest dotąd zamknięta, a stanowisko zajęte dawno przez Prof. Lewkowicza, że zapalenie opon jest sprawą wtórorzędną, pierwotnie zaś zajęte są spłoty naczyniowe i wyściółka nabłonkowa komór — prócz przekonywujących prac Prof. Lewkowicza — mogłoby uzyskać potwierdzenie przez badanie anatomiczne spłotów naczyniowych. Badanie to winno być wykonane w samym początku choroby. Teoretycznie biorąc, do badań takich nadają się najlepiej przypadki posocznicy meningokokowej, szybko prowadzące do śmierci. Wtedy bowiem można uzyskać do badań histologicznych spłoty i śledzić ewentualne zmiany, powstałe w nich wprzód, nim zdążyło się rozwinąć zapalenie opon. W przypadkach zaś dłużej trwającego schorzenia prowadzącego do śmierci, czy to wskutek ropogłowa, względnie wodogłowa, czy też innych powikłań badanie spłotów i znalezienie ewentualne w nich zmian niema już takiego znaczenia, wtedy bowiem trudno rozstrzygnąć, czy naprzykład ropieńki w kosmkach są sprawą pierwotną, czy wtórną.

W jednym przypadku ciężkiej posocznicy meningokokowej, spostrzeganej w Klinice pedjatrycznej U. J. w Krakowie, wykonałem badanie histopatologiczne spłotów naczyniowych, wynik tego badania przedstawia się następująco:

Przypadek dotyczy dziewczynki 12-letniej M. B., którą przywieźli rodzice do Kliniki pedj. dnia 28.III.1929. rano, podając w wywiadach, że córka ich chora jest od dnia poprzedniego od południa. Choroba rozpoczęła się nagle boleściami, wymiotami, drgawkami, gorączką i wysypką na całym ciele.

W czasie badania w ambulatorjum chora wymiotuje i odaje rzadki, zielonkawy stolec. Przytomność upośledzona, skóra na całym ciele, zwłaszcza na kończynach pokryta licznymi wybroczynami, poza tem blada, na kończynach sinawa. Czynność serca silnie przyspieszona, tony głuche. Sztywność karku nieco zaznaczona, inne objawy oponowe ujemne. Mimo doraźnego podania leków chora w kilka minut po przywiezieniu zmarła.

Wykonałem nakłócie łądzwiowe pośmiertne. Uzyskałem 5 ccm płynu opalizującego pod ciśnieniem 2 mg Hg. Ilość ciałek w 1 cmm 320. Białko oznaczone skalą Maestrezata 0,8%, cukier +, globuliny +, w osadzie znalazłem dwoinki gramoujemne wewnątrz i zewnątrzkomórkowe, odpowiadające meningokokom. Na agarze wyrosły w 12 godzin typowe kolonie meningokoków. We krwi wziętej pośmiertnie do badania w preparacie mazanym i na hodowli meningokoków nie znaleziono. Sekcja wykonana dnia 29 marca wykazała zwyrodnienie mięszkowe wątroby, nerek, mięśnia sercowego, podostry obrzęk śledziony, rozpoczynające się zapalenie opon, charakteryzujące się przekrwieniem opon i nieznacznym ich zmętnieniem. Natomiast w rogach tylnych komór bocznych mózgu znaleziono nieco płynu mętnego. Sploty naczniowe zatopiłem w celloidynie, skrajałem seryjnie, uzyskując około 600 skrawków o przeciętnej grubości 10 mikronów. Barwienie hematoksyliną i eozyną. W preparatach tych znalazłem cały szereg bardzo ciekawych zmian. Nie będę opisywał preparatów w porządku seryjnym lecz przedstawię poszczególne obrazy, wiążąc je w ten sposób, jak prawdopodobnie powstawały i rozwijały się.

Otóż znalazłem zmiany w tętniczkach tak średniego jak i małego kalibru, co należy szczególnie podkreślić. W wielu preparatach widać te tętnice wypełnione bądź szczelnie, bądź przyściennie leżącymi skrzepami przyżyciowymi, składającymi się z mas włóknika i licznych ciałek białych. Skrzepy te, jak widać w preparatach i na mikrofotografiach, ulegają częściowej organizacji, to jest od strony ścian naczyń wrastają w obręb skrzepu młode komórki łącznotkankowe, czyli fibroblasty o charakterystycznych owalnych, barwiących się hematoksyliną bladoniebiesko jądrach, z torebką jądrową silniej okonturowaną. Fakt organizacji skrzepu należy silnie podkreślić, świadczy on bowiem o tem, że zacopowanie naczyń nastąpiło niewątpliwie wcześniej, nim rozwinęły się objawy choroby i nim powstały na oponach zmiany zapalne, zaledwo uchwytny na stole sekcyjnym. W jednym z kosmków z utrzymaną pokrywą nabłonkową widać naczynko, może małą tętniczkę, nadmiernie rozciągniętą i wypełnioną skrzepem wyraźnie zropiałym z widocznymi licznymi jądrami bądź prawidłowych ciałek białych wielojądrazstych, bądź z jądrami częściowo uszkodzonymi, co charakteryzuje się niezwykle kształtami i gorszą barwliwością; śródbłonek tegoż naczynia był dobrze widoczny prawie na całym obwodzie przekroju naczynia. W podścielisku naokoło naczynia widać kilka leukocytów. Można sobie łatwo wyobrazić, że w związku z zacopowaniem takiego naczynia muszą powstać zmiany w kosmku. W związku z zaburzeniem krążenia z jednej strony, a oddziaływaniem znajdujących się wśród zakażonego skrzepu zrazków — co należy logicznie przyjąć — z strony drugiej, przyjsć musi do zmian wstecznych kosmka. I takie właśnie obrazy zmian wstecznych widać w wielu preparatach. W wielu kosmkach nie widać naczyń, a tylko parę wybitnie uszkodzonych leukocytów wśród

masy blado barwiącej się eozyną, prawie bezpostaciowej, o wejrzeniu nieco szklistem. Tak przedstawia się kosmek uległy martwicy, najpewniej w związku z zacopowaniem naczyń, które uległo zniszczeniu. W niektórych kosmkach masa barwiąca się eozyną okazuje jakby włókienkowanie, tak że mogłaby odpowiadać skrzepowi w związku z wylewem krwawym do podścieliska kosmka. W wielu kosmkach obok zmian martwiczych podścieliska widać zmiany w komórkach nabłonka pokrywającego kosmki. Jądra niektórych komórek ulegają zagęszczeniu (pyncosis), inne okazują gorszą barwliwość jąder (chromatolysis) przy zachowaniu torebki jądrowej, jeszcze inne nie posiadają wcale jąder (kariolysis), niektóre komórki odrywają się i obnażają podścielisko kosmka.

Gdy krążenie w kosmku jest utrzymane, a skrzep zakażony przylega do ściany naczyń, wtedy po zniszczeniu śródbłonka sprawa zapalna przechodzić może ze skrzepu na ścianę naczyń i na podścielisko kosmka w otoczeniu naczyń. Spotykamy wtedy albo rozległe ropienie, co niewątpliwie jest w związku z obecnością zarazków znajdujących się w skrzepie i co widzimy w jednym z preparatów, mianowicie u podstawy bukietu kosmków znajduje się zacopowane naczynie, kosmki zaś okazują bardzo obfity naciek ciałek ropnych; albo spotykamy drobne ropieńki, siedzące pod nabłonkiem, jak to widzimy w szeregu preparatów. Ropnie te bądź okazują, widoczny związek z zacopowaniami naczyń, bądź związek ten da się wykazać tylko dzięki seryjnemu badaniu skrawków.

Łatwo zrozumieć, że skoro taki ropieniek usadowi się w kosmku pod pokrywą nabłonkową to pojedyncze leukocyty obciążone meningokokami mogą przedostać się między komórkami nabłonkowymi na wolną powierzchnię kosmka, albo po uszkodzeniu nabłonka i jego oderwaniu się może taki ropieniek poprostu wylewać się do wolnej jamy komory mózgowej. Takie obrazy widzimy w kilku preparatach.

W niektórych miejscach widać w żyłach skrzepy przyścienne zropiałe. Skrzepy takie mogły łatwo powstać w przypadku, gdy krążenie mimo zacopowania tętniczki było utrzymane, a z krwią dostawały się zarazki przez system włosowaty do żył. Te skrzepy zropiałe w żyłach przechodzą w jednym miejscu bez wyraźnej granicy w otoczenie, tak że rysunek ściany naczyń jest zupełnie zatarty, a naciek skrzepu przechodzi bezpośrednio w rozległy naciek ropny tkanki otaczającej. Przy oglądaniu skrawków następnym, odpowiadających seryjnie temu obrazowi, można stwierdzić, że w pewnej odległości skrzep kończy się, a żyła wypełniona jest prawidłowo krwinkami czerwonymi. Niemniej jednak naokoło naczyń żylnych widać nacieki ropne, który wnosząc tylko z obrazu, przedstawiającego niezmiennie z prawidłowym światłem ściany żyły, mógłby się wydawać niezależnym od zmian w naczyniu i dopiero oglądanie dalszych skrawków tłumaczy powstanie nacieku okołonaczyniowego.

W jednym z preparatów widać w sąsiedztwie naczyń, zaczołowanych skrzepami zakażonymi kosmek, którego podścielisko w całości jest rozepchane licznymi krwinkami czerwonymi. Jest to obraz zawału krwotocznego i da się łatwo wytłomaczyć zaburzeniem krążenia podobnie, jak w przypadkach zawałów krwotocznych w innych organach obficie unaczynionych (płuca).

Zbierając wyniki, znalazłem zaczołowanie tętnic oraz naczyń włosowatych skrzepami zropiałymi, zakażonymi, w związku z tem martwicę kosmeków oraz ropnie przeważnie drobne, bądź siedzące pod nienaruszoną pokrywą nabłonkową, bądź przebijające nabłonek do wolnej jamy komór mózgowych. Niektóre ze skrzepów okazują rozpoczynającą się organizację.

Wiążąc obraz histopatologiczny z badaniem klinicznym, musi się przyjąć, że skoro w płynie mózgowo-rdzeniowym wykazano ciała białe i meningokoki, nadto meningokoki w preparacie mazanym ze śledziona, skoro tak obraz kliniczny jak i wynik sekcji wskazywał na posocznicę meningokokową, to skrzepy zropiałe znajdujące się w kosmkach są skrzepami zakażonymi, zawierającymi meningokoki. Niestety bowiem w preparatach zatapianych w celloidynie nie można zabarwić meningokoków, preparaty zaś parafinowe nie bardzo nadają się do badania tak delikatnego organu, jakim jest spłot naczyniowy.

Tak więc wynik badania spłotów w danym przypadku wykazuje w nich daleko posunięte zmiany przy nieznacznych zmianach w oponach, potwierdzając w ten sposób słuszność zapatrywań Prof. Lewkowicza na patogenezę zapalenia nagminnego opon.

W końcu chcę nadmienić, że o ile wiem, tego rodzaju badań spłotów poza Kliniką Pedjatryczną U. J. w Krakowie nie przeprowadzano i podobnych wyników nie ogłoszono. W Klin. Pedj. w Krakowie ogłosił podobne wyniki Dr. Klepacki, w jego jednak przypadku zmiany w kosmkach były „grubsze” i niebyło zmian w tętniczkach.

D Y S K U S J A.

b) M o g i l n i c k i:

stwierdza, że stosowanie dożylnie surowicy przeciwdyfterytycznej i jednocześnie stosowanie jej domięśniowo działa szybko i często ratuje życie dzieciom. W tych razach krótka intubacja jest tylko środkiem wyrzutuśnym, z tem zastrzeżeniem, że surowicę dożylnie można stosować tylko dzieciom, które uprzednio nie miały zastrzykiwanej surowicy a intubację robi lekarz świetnie intubujący.

c) H. B r o k m a n:

Do referatu Woźniakówny. Przed stosowaniem naogół surowicy a tembardziej przy stosowaniu dożylnem pożądane byłoby w myśl wskazań Schicka uprzednie śród — lub podskórne wstrzyknięcie surowicy dla stwierdzenia na zasadzie odczynu, czy chory nie znajduje się w stanie anafilaksji względnie idiosynkrazji w stosunku do surowicy.

d) C i e s z y ń s k i:

Komunikuje o lekkiej błonicy u dziecka rocznego, które mimo przejścia błonicy i zastrzyknięcia 6000 j. i. po trzech miesiącach ponownie zachorowało na wyraźną błonicy i musiało otrzymać ponownie surowicę. Czy potem dziecko miało ciała odpornościowe, nie może mówca powiedzieć, gdyż z powodu katarów i grypy nie mógł dotąd robić odczynu Schicka i ewentualnie dziecka uodpornić. Co do nieskuteczności surowicy autor wątpi, gdyż w wielu innych przypadkach surowica dawała zawsze rezultaty znakomite.

ACIDOL-PEPSIN

Znakomity i trwały preparat kwasu solnego i pepsyny w stałej postaci, wskazany przy zaburzeniach trawiennych, niedostatecznym wydzielaniu soku żołądkowego, braku łaknienia. Przewaga Acidol-Pepsiny nad zwykłymi preparatami kwasu solnego z pepsyną polega przedewszystkiem na stałej postaci, lepszym smaku, mniejszem działaniu drażniącym i pomyślniejszym wpływie na wydzielanie żołądkowe.

Opakowania oryginalne:

rurki po 10 i pud. po 50 pastylek po 0.5 g.
Moc I. (b. kwaśne). Moc II. (sl. kwaśne).



HELMITOL

Wewnętrzny ogólny środek odkażający

dla leczenia zakażeń wszelkiego rodzaju, a zwłaszcza zakażeń dróg moczowych, wątroby, żołądka, kiszek i t.u

Doskonały środek zapobiegawczy

Ze względu na swą znakomitą tolerancję nadaje się bardzo dobrze również i dla leczenia przewlekłego

Opakowania oryginalne:

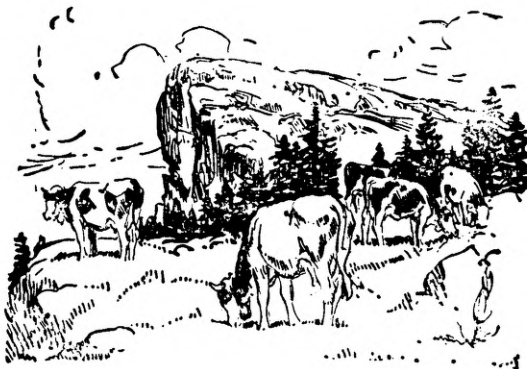
rurki po 20 tabletek à 0,5 g.

«Bayer-Meister Luchs»



LEVERKUSEN a Rh.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA”
Warszawa, Hipoteczna 5, skrzynka pocztowa 748.



NESTLÉ'A MACZKA DLA DZIECI

zawiera wysoki odsetek mleka i nadaje się znakomicie do odżywiania niemowląt. Wszystkie części składowe tego artykułu dobrane są w ściśle naukowym stosunku. Maczka Nestlé'a zawiera wszelkie składniki, niezbędne do rozwoju młodego organizmu dziecka.

Literaturę oraz próbne puszki wysyła bezpłatnie na życzenie

Nestlé And Anglo-Swiss Condensed Milk Co

Oddział na Polskę:

G D A Ń S K , K R E B S M A R K T 7—8.



II posiedzenie. 25.V.1931 przedpoł. godz. 9,15.

Prez y d j u m: Przew. Prof. Dr. Lewkowicz (Kraków).
Dr. Wyżykowska - Michejdzina (Wilno).
Dr. P. Szaniawski (Częstochowa)
S e k r e t a r z: Dr. Redlich (Lwów).

R e f e r a t programowy: Prof. Dr. K. J o n s c h e r (Poznań): **Skaza adenoidalna i przerost migdałków.** (ukaże się w całości w Polskich Monografiach i Wykładach Klinicznych z Dziedziny Pedjatriji).

Koreferat: Doc. Dr. A. D o b r z a ń s k i (Lwów) (nie nadesłano).

D Y S K U S J A

do referatów programowych:

1) S t a n k i e w i c z zaleca przyjąć wskazania i przeciwskazania, wysunięte przez prof. Jonschera, a mianowicie operować, kiedy są „istotne wskazania“. Czopy i ropnie dookoła migdałkowe nie zawsze są wskazaniem do zabiegu. Niezawsze możemy ustalić przyczynowy związek pomiędzy anginą, a gościcem stawowym. Liczne spostrzeżenia mówcy przemawiają za tem, że często gościec i płasawica u dzieci powstaje po usunięciu migdałków. Mówca nie zgadza się, że usunięcie migdałków może wpływać dodatnio na przebieg jąkania się i lęków nocnych u dzieci. Stankiewicz zachęca do leczenia zachowawczego, jako to: odżywianie, pobyt na świeżem powietrzu, leczenie objawowe, solanki i t. p.

Mówca na podstawie 6-cio letniego doświadczenia i współpracy z roentgenologiem, posiada doskonałe wyniki leczenia zachowawczego za pomocą promieni Roentgena. Zabieg uważa jako „ultimum refugium“ i należy go dokonywać, tylko w razie „istotnego wskazania“ do operacji.

2) R e d l i c h:

Współpraca laryngologów z pedjatrmi jest u nas coraz ściślejsza. W niektórych klinikach zagranicznych stosują naświetlanie promieniami Roentgena z dobrymi wynikami.

3) B r o k m a n:

Zwraca uwagę na konieczność wykonywania zabiegów operacyjnych dopiero po upływie kilku tygodni od chwili ustąpienia spraw zapalnych ostrych lub podostrych w pierścieniu Waldeyra.

Również ze względu na znaczenie obronne błon śluzowych w stosunku do błonicy, płonicy a również i grypy należy unikać stosowania zabiegów w okresie epidemji tych chorób.

Pożądane jest również badanie na nosicielstwo błonicy przed zabiegiem i odłożenie go na czas późniejszy w razie wykrycia zarazków.

4) M o g i l n i c k i :

Przy przeroście migdałków należy możliwie działać konserwatywnie i operować migdały, kiedy jest absolutne mechaniczne wskazanie lub też, o ile istnieją długotrwałe małe gorączki, których niczem nie możemy sobie objaśnić, o ile wykluczmy gruźlicę, a przy ucisku na migdał udaje się wycisnąć ropę.

5) Prof. F r. G r o e r :

Zwraca uwagę na związek skazy adenoidalnej z gruźlicą z jednej strony, a ze stanami alergicznymi z drugiej strony.

Narządy adenoidalne są narządami wydzielniczymi. Leczenie konserwatywne — może być aktywne i polega nie tylko na wyczekiwaniu okresu naturalnej regresji.

6) Doc. St. P r o g u l s k i :

Określenie wskazań do wycięcia migdałków powinno być wynikiem narady dwóch lekarzy t. j. pedjaty i laryngologa i to lekarzy odpowiedzialnych. Byłoby to zalecenie, mające na celu przeciwdziałanie tylu nadzyciom.

7) Prof. L e w k o w i c z :

Uważa za bardzo korzystne, że zebranie zwróciło się przeciw furor operativus, który się z pewnych stron zaznacza. Nie można tego zarzucać wszystkim laryngologom, ale niekiedy odnosi się takie wrażenie. Widzimy bowiem chorych, którym laryngolodzy proponowali wycięcie migdałków, a u których stwierdzamy normalne zupełnie stosunki tak, że przychodzimy do przekonania, że trzeba by u tych chorych najprzód migdałki wstawić, aby je potem wyjmować.

8) Prof. J o n s c h e r :

W odpowiedzi nie poleca szafowania promieniami Roentgena w leczeniu przerostu migdałów. Za przeciwwskazanie czasowe do zabiegu operacyjnego należy uważać wszelkie procesy zapalne ogólne lub miejscowe, ze szczególnem uwzględnieniem ropni około zębowych, wobec częstej próchnicy zębów w skazie adenoidalnej. Stany podgorączkowe mogą być wskazaniem tylko w wyjątkowych przypadkach.

9) Doc. A. D o b r z a ń s k i :

W odpowiedzi Dobrzański zastrzega się przeciw powiedzeniu Stankiewiczza, że laryngolodzy operują bez wskazań i wyjaśnia, że wskazanie do zabiegu operacyjnego na migdałkach musi być postawione na podstawie porozumienia pedjaty z laryngologiem. Taka współpraca rozwija się w ostatnich latach we Lwowie z wielką korzyścią dla powierzonych im dzieci. Przerost migdałka gardłowego może być momentem usposabiającym, względnie czasem nawet wywołującym pavor nocturnus lub jękanie, bo są przypadki znane, że objawy te po adenotomji ustępowały.

Rozumie się samo przez się, że w czasie epidemji błonicy, błonicy, a nawet grypy, operowanie nie powinno mieć miejsca.

W przypadkach zakażenia ogólnego lub zakażenia innych narządów, w których wykazujemy bezwzględny związek między temi stanami, a stanem zapalnym migdałków zabieg operacyjny, jest bezwzględnie wskazany, o ile nie mamy widoków na wyleczenie, gdyż nie usunięcie migdałków może być kwestją życia dalszego dla dziecka. Znane są liczne spostrzeżenia kliniczne znacznej poprawy lub nawet całkowitego wyleczenia schorzeń stawów, nerek, serca i innych po operacji migdałków. Zwłaszcza u dorosłych mamy setki chorych, którzy po usunięciu ropiejących migdałków, zostali wyleczeni. Zaznaczyć trzeba, że w pierwszych 2 — 9 tygodniach występuje czasowe zaostrzenie stanu chorego, które po pewnym czasie ustępuje na zawsze. Te fakty nie dadzą się absolutnie zaprzeczyć, stąd też dziwi mię to stanowisko niektórych kolegów, że zabieg operacyjny

ze wskazań względnych powinny być a priori odrzucone, kiedy spostrzeżenia kliniczne przemawiają inaczej. Naświetlanie promieniami Roentgena ma bezwzględnie niekorzystny, a nawet szkodliwy wpływ na śluzówkę dróg oddechowych i nie uważam za wskazane stosowanie ich w przypadkach przerostu, bo szkodliwy wpływ na śluzówkę w formie zaniku i suchości wystąpi znacznie później po miesiącach i latach. Stany podgorączkowe mogą pochodzić z migdałków ropiejących, o ile nie ma innej przyczyny. U dorosłych często bardzo znikają one po wyłuszczeniu, dlaczegoż u dzieci nie miałyby to miejsca? Dlatego podkreślam jeszcze raz konieczność współpracy laryngologii z pedjatrą, by wybrać najodpowiedniejszy moment do zabiegu operacyjnego. Przyznam się, że nie widziałem niekorzystnego wpływu usunięcia migdałków, ani miejscowego, ani ogólnego, lecz tylko korzystny, gdy wskazania były ściśle postawione z uwzględnieniem stanu ogólnego i cierpienia podstawowego.

Przerwa 10 minut.

K O M U N I K A T Y :

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. S. B.
Dyrektor Prof. Dr. Wacław J a s i ń s k i
i z Miejskiego Szpitala Zakaźnego w Wilnie
Nacz. Lek. Dr. Walery G i e d g o w d.

Odczyn Biernackiego w płonicy i w odrze.

P o d a ł a

Hanna Kaulbersz - Marynowska.

(Streszczenie własne).

Bogate piśmiennictwo, dotyczące odczynu Biernackiego w różnych postaciach chorobowych, a w szczególności w gruźlicy, zawiera dotychczas mało przyczynków, omawiających zachowanie się tego odczynu w ostrych chorobach zakaźnych.

Z badań nad szybkością opadania krwinek w płonicy zasługują na uwagę ogłoszone w r. 1925 prace Büchlera i Rhodina. Büchler stwierdzał w początku choroby znaczne przyspieszenie, które stopniowo zmniejszało się i osiągało między 25 a 28 dniem choroby prawidłowe i trwałe wartości. Krzywa opadania Büchlera od pierwszego do 25 — 28-go dnia płonicy przebiega, jako linja skośna, o dość dużym nachyleniu, od 25 — 28-go dnia, jako linja pozioma. Büchler uznał tę krzywą opadania (otrzymaną na zasadzie badania szybkości opadania krwinek w 15 przypadkach płonicy) za tak charakterystyczną, że umożliwiała mu ona nawet zaocznie rozpoznawać płonicę. Rhodin, w przeciwieństwie do Büchlera, spostrzegał duże wahania dobowe w pierwszych tygodniach płonicy.

Uznając doniosłość wszelkich metod pomocniczych, mogących w niepewnych przypadkach ułatwić należyte rozpoznanie płonicy, przystąpiliśmy do badania odczynu Biernackiego w płonicy, a celem otrzymania wartości porównawczych, również i w odrze. Dokonaliśmy badań w 50 przypadkach płonicy, 57 odry oraz w 11 przypadkach zakażeń mieszanych odrą i płonicą, w ogólnej liczbie 840 badań. Badania przeprowadzaliśmy za pomocą mikrohaemosedimetru Langego, otrzymując potrzebną ilość krwi nakłuciem opuszki palca igłą Franka. Krew pobieraliśmy zawsze w tych samych warunkach, t. j. naczczo lub przed drugim

śniadaniem. Szybkość opadania oznaczyliśmy po 30 i po 60 minutach (w wykresach uwzględnialiśmy wartości otrzymane po 60 minutach; w przypadkach znacznego przyśpieszenia np. 25 mm. po 15 minutach krzywą opadania oznaczaliśmy za pomocą linii falistej). Równocześnie dokonaliśmy dla porównania 80 badań metodą Westergrena i Linsenmeyera, przyczem otrzymaliśmy wyniki zgodne.

Norma szybkości opadania krwinek wykazuje duże wahania w zależności od wieku. Z przeprowadzonych dotychczas badań u 150 zdrowych dzieci i dorosłych otrzymaliśmy w mikrohaem. Lango przeciętną szybkość opadania krwinek u noworodków 1 — 2 mm. po 1 godz., w pierwszym miesiącu życia 3 — 4 mm., w drugim 4 — 5 mm, następnie szybkość opadania wzrasta do 7 — 10 mm i taką pozostaje w okresie dziecięcym. W wieku 16 — 18 lat u zdrowych chłopców otrzymaliśmy liczby podobne, jak u miesięcznych dzieci (3 — 4 mm.) a u dziewcząt liczby nieco wyższe (4 — 7 mm).

U zdrowych dorosłych mężczyzn i kobiet mamy jeszcze zbyt małą liczbę badań, by móc określić przeciętną — liczby dotychczas otrzymane wahają się u mężczyzn w granicach 4 — 5 mm., u kobiet 5 — 7 mm. po 1 godzinie; u osób powyżej lat 60 opadanie jest szybsze: 11 — 12 mm. po 1 godz.

Nasz materiał płonicy i odrowy, z wyjątkiem jednego dziecka w wieku 6 tygodni *) i szesnastu dorosłych (7 płonicych, 9 odrowych) składał się z dzieci w wieku 1 — 15 lat, wobec czego jako normę przyjęliśmy opadanie, nie przekraczające 10 mm. po 1 godzinie. W zależności od szybkości opadania odróżniamy pięć stopni przyśpieszenia: I-szy, kiedy opadanie nie przekracza 12 mm. po 1 godzinie (według mikrometody Lango), II-gi, kiedy opadanie trzyma się w granicach 12 — 15 mm. po 1 godz., III-ci 15 — 18 mm., IV-ty 18 — 21 mm. wreszcie V-ty wykazujący opadanie do 25 mm. po 1 godzinie.

Jednolitego typu krzywej dla płonicy, ani dla odry nie stwierdziliśmy. Nie zawsze spostrzegaliśmy przyspieszenie opadania w pierwszych dniach płonicy. Z 50 przypadków płonicy 32 było bez objawów II-go okresu, (t. zw. powikłań), z tych w 11 przypadkach (34%) opadanie w pierwszych dniach choroby było prawidłowe, lub tylko lekko przyśpieszone (przyśp. I st.), mimo, że niektóre z nich wykazywały ciężkie objawy toksyczne; 10 przypadków wykazywało przyśpieszenie II st., reszta zaś (8 przypad.) przyśp. III i IV stopnia.

W szeregu przypadków przyśpieszenie opadania i leukocytoza w 5 — 7 dniu płonicy wykazywały wyższe wartości, ani-

*) Dziecko to zostało przyjęte na oddział płonicy na prośbę matki, chorej na płonicę, która nie mając dla dziecka opieki w domu, wolała je mieć przy sobie, by móc karmić piersią. Dziecko to w piątym dniu pobytu na oddziale płonicym dostało wysypki płonicy. Przypadek ten, aczkolwiek powikłany zapaleniem ucha środkowego, zakończył się pomyślnie.

żeli w 2 — 3 dniu, następnie krzywa opadania obniżała się, osiągając nieraz już w drugim tygodniu choroby prawidłowe wartości, poczem, w większości przypadków, podnosiła się pod koniec trzeciego lub czwartego tygodnia ku górze, mimo braku dających się stwierdzić objawów chorobowych, by po kilku dniach znowu obniżyć się lub wrócić do normy. Możliwe, że przyspieszenie w trzecim, czwartym tygodniu choroby stoi w związku z tworzeniem się w tym okresie endotoksyn i zatruciem przez nie ustroju.

W dwu przypadkach krzywa opadania dwunastego dnia choroby osiągnęła prawidłowe wartości i przebiegała od tego czasu stale w postaci linii poziomej. Krzywą opadania o charakterze zbliżonym do krzywej Büchlera otrzymaliśmy w 3 przypadkach.

Wśród 18 przypadków płonicy z objawami drugiego okresu (powikłaniami) w jednym tylko stwierdziliśmy w pierwszych dniach choroby prawidłową szybkość opadania, w dwu przyspieszenie I stopnia, wszystkie zaś pozostałe przypadki wykazywały od początku znaczne przyspieszenie, utrzymujące się z nieznacznymi wahaniami przez 4 — 5 tygodni, a nieraz i przez cały czas choroby na tym samym poziomie. W dwu tylko przypadkach krzywe opadania wróciły pod koniec pobytu w szpitalu do normy, w innych zaś, nieraz, mimo ustąpienia powikłań, szybkość opadania w chwili wypisywania wykazywała jeszcze wysokie wartości.

Co do odry, to na 10 przypadków odry bez powikłań, w 7-miu przypadkach stwierdziliśmy prawidłowe opadanie krwinek w początku okresu wysypkowego, w pozostałych trzech opadanie wykazywało przyspieszenie II — IV st., a wśród 47 przyp. odry z powikłaniami w 2 przypadkach opadanie krwinek w początku okresu wysypkowego było prawidłowe, w innych zaś przypadkach b. przyspieszone. Krzywa odrowa w 3 przypadkach bez powikłań przebiegała jako prosta pozioma, w innych wykazywała nieraz znaczne wahania, a w przypadkach z powikłaniami trzymała się na wysokim poziomie, z wyjątkiem 1 przyp. śmiertelnego, gdzie w dzień agonji, opadanie krwinek początkowo przyspieszone, opadło do normy (co tłumaczmy zakwaszeniem ustroju z powodu nadmiaru CO₂ we krwi). Wśród 11 przypadków odry w przebiegu płonicy, w trzech przypadkach przyspieszenie opadania krwinek było większe w czasie trwania wysypki odrowej, aniżeli płoniczej, w większości tych przypadków w okresie powysypkowym odry występowało największe przyspieszenie, nawet mimo braku widocznych powikłań.

W odrze samodzielnie przebiegającej, podobnie jak w płonicy prawidłowe wartości opadania krwinek na początku choroby, pozwalają z pewnem prawdopodobieństwem przewidzieć brak wystąpienia powikłań w dalszym jej przebiegu.

Liczba naszych przypadków jest zbyt mała, by uznać to zjawisko jako prawo; tembardziej, że trudno teoretycznie wytłumaczyć, by już od pierwszych dni choroby jedne przypadki były predysponowane do powikłań, inne nie. Gdyby powikłania w pło-

nicy zależały tylko od pierwotnego zakażenia, to stałe prawie stwierdzenie przyspieszenia opadania na początku choroby w przypadkach z powikłaniami, a częsty brak tego przyspieszenia w przypadkach bez powikłań, byłyby jednym z dowodów, że w przypadkach z powikłaniami czynnik septyczny istnieje od początku choroby wspólnie z toksycznym i przyspieszenie w tych przypadkach zależne jest od współistnienia tegoż septycznego czynnika, w innych zaś, czysto toksycznych postaciach, opadanie krwinek może być prawidłowe. Wiadomo jednak, że objawy II-okresu (powikłania) w płonicy zależą nie tylko od pierwotnego zakażenia, ale i od innych czynników, jak np. przebywania wśród świeżych przypadków płonicy.

Narazie podajemy nasze spostrzeżenie, dotyczące znaczenia odczynu Biernackiego w początku choroby dla rokowania do wiadomości zdając sobie sprawę, że dopiero badania oparte na większej liczbie przypadków, chociażby dokonane tylko w pierwszych dniach choroby, pozwolą na ujęcie spostrzeżenia tego w prawidłowo, względnie obniżą lub odbiorą mu jego wartość dla rokowania.

Równocześnie z odczynem Biernackiego w szeregu przypadków (30 przyp. płonicy, 34 odrzy) badaliśmy leukocytozę i obraz krwi według Schillinga (łącznie 395 badań), chcąc otrzymać wartości porównawcze jednej, jak i drugiej metody dla rozpoznania i rokowania. Wyniki naszych spostrzeżeń umieścimy w odrębnej pracy, tu ograniczymy się tylko do stwierdzenia, że aczkolwiek krzywe opadania i leukocytozy przebiegają często równolegle, jednak nieraz występuje wyraźna rozbieżność — przyspieszonemu opadaniu odpowiadać może zmniejszenie ilości c. białych. Przyspieszenie opadania jest również niezależne od ciepłoty ciała — nieraz b. wysoka ciepłota przebiega z opadaniem prawidłowym lub nawet obniżonym, i odwrotnie, przy prawidłowej ciepłocie stwierdza się nieraz wybitne przyspieszenie opadania krwinek. Mierzenie ciepłoty i badanie odczynu Biernackiego powinny się stać, zdaniem naszym, wzajemnie uzupełniać.

W n i o s k i: 1) Krzywa opadania zarówno w płonicy, jak i w odrze, nie przedstawia typowego obrazu, wobec czego nie może mieć znaczenia rozpoznawczego. 2) Zachowanie się odczynu Biernackiego w początku choroby ma pewne znaczenie dla rokowania: a) prawidłowe opadanie lub słabe przyspieszenie opadania w pierwszych dniach płonicy pozwala z pewnym prawdopodobieństwem, mimo ciężkich nieraz objawów toksycznych, przewidzieć brak wystąpienia powikłań w dalszym jej przebiegu; to samo dotyczy również odrzy; b) stwierdzenie zaś przyspieszenia na początku choroby nie daje żadnych danych co do jej dalszego przebiegu, (zarówno szereg przypadków bez powikłań, jak i wszystkie prawie przypadki z powikłaniami, wykazywały przyspieszenie opadania krwinek w początku choroby, utrzymujące się przez cały czas trwania powikłań i nawet jeszcze po ich ustąpieniu, wykazując mniejsze lub większe wahania).

Z kliniki okresu wylegania odry.

P o d a ł y

A. Skwarczyńska i M. Sliwińska.

Spostrzeżenia autorek dotyczą 130 dzieci, leczonych w latach 1914 — 1930 w szpitalu im. Karola i Marji. Przebyły one tam cały okres wylegania odry, lub znaczną jego część. W 100 przypadkach miało miejsce zakażenie wewnątrzszpitalne i na te dzieci zwrócono szczególną uwagę. Odstępstwa od faktów, które w tym okresie uważane są za regułę — nie są bynajmniej rzadkie.

1) D r o g i z a k a ż e n i a. Przyjmując za zasadę przenoszenie odry przez bezpośrednie zetknięcie z chorym, względnie (rzadziej) przez prąd powietrza — autorki opisują dokładnie jeden przypadek, w którym odra była przeniesiona przez osobę trzecią.

2) O k r e s w y l ę g a n i a (czas pomiędzy dniem zakażenia, a dniem wysypki). Obserwacje dotyczą 36 dzieci, u których źródło i warunki zakażenia były dokładnie znane. U 22 dzieci okres ten trwał 13 — 15 dni (norma), u 2-ga 11 i 12 dni (skrócenie), u 12-ga 16 — 23 dni (wydłużenie).

3) K i e d y o d r a j e s t z a r a ż l i w a? W niektórych przypadkach już na 6 dni przed wysypką chory niewątpliwie był źródłem zakażenia. Nie zauważono ani razu, żeby odra była zaraźliwa, później, niż w 1-szym dniu wysypki.

4) O b j a w y k l i n i c z n e. a) ciepłota: rozpatrywane są wyłącznie wykresy ciepłoty dzieci, u których choroba zasadnicza przebiegała bez gorączki. U 4 dzieci zauważono krótkotrwałe podniesienie ciepłoty w związku z atakiem świeżego zakażenia odrowego. Podobny objaw zdarza się zapewne częściej — bywa jednak niezauważony, lub mylnie tłumaczony.

a) Prodromalny okres podniesienia ciepłoty jest wg. materiału szpitalnego dłuższy, niż się zwykle przyjmuje (u 22 dzieci—4 dni, u 44 dzieci 4—8 dni, u 10 dzieci 8—12 dni). W bardzo znacznej większości przypadków (52 razy na 64) gorączka wyprzedzała objawy naturalne. Autorki wyodrębniają 3 typy gorączki w okresie wylegania i znajdują na swoim materiale: typ I—28 razy, typ II — 37 razy, typ III — 5 razy, typ mieszany (I + II) — 5 razy. U 8 dzieci ciepłota była zupełnie nieregularna. Następuje dokładny opis 4 przypadków o wysokiej atypowej gorączce— dawały one trudności rozpoznawcze.

b) W okresie prodromów autorki notują: zmianę usposobienia 39 razy, wymioty 27 razy (opis przypadku), biegunki 26 razy. Badaniem krwi nie zajmowano się zupełnie.

c) Plamki Koplika stwierdzano w 66%. Nie jest to objaw wczesny; brak jego nie mówi przeciw odrze. Enanthema była spostrzegana u 20 dzieci, z których 13 miało dodatni objaw Koplika; 4-krotnie notowano lekką anginę.

d) Objawy kataralne: u 22 chorych nie było ich wcale. Najczęściej zaś występowały między 4 a 9 dniem przed wysypką.

e) Odczyn Pirquet'a wykonany 12 i 16 dni przed wysypką u 2-ga dzieci uległ aktywowaniu na 1 i 2 dni przed wysypką odrową.

f) Surowica ozdrowieńców odrowych była zastrzyknięta zapobiegawczo w 13 przypadkach. W 8 z pośród nich zauważono znaczne złagodzenie objawów w okresie wylegania, lub nawet brak ich.

W n i o s k i .

1) Poważnym niebezpieczeństwem epidemji w szpitalu grozi każdy przypadek odry nie dość wczesnie rozpoznany i nie dość ściśle odosobniony.

2) W okresie epidemji odry należy uważać za podejrzane przypadki z niewytłomaczoną gorączką.

3) Podniesienie ciepłoty, jest objawem wcześniejszym od objawów kataralnych.

4) Prodromalny okres podniesienia ciepłoty, któremu towarzyszą często wymioty, biegunki, złe samopoczucie wynosi w 70% opracowanego materiału od 4 — 8 dni, a więc jest dłuższy, niż się zwykle przyjmuje.

5) Odra może być zaraźliwa już na 6 dni przed wysypką.

6) Zastrzyknięcie surowicy może zupełnie znieść okres zwiastunów, lub zredukować go do minimum tak pod względem czasu, jak nasilenia objawów.

7) Za normę należy uważać, okres wylegania (czas od dnia zakażenia do dnia wysypki) trwający 13 — 15 dni. Względnie często zdarza się wydłużenie tego okresu, (nawet bez stosowania surowicy); w wyjątkowych przypadkach okres wylegania może być krótszy, niż 13 dni.

D Y S K U S J A

1) F. Redlich:

W klinice naszej badaliśmy wspólnie z kol. Z. Maternowską odczyn Biernackiego w przebiegu odry i stwierdziliśmy, że odczyn ten niema znaczenia dla celów djagnostycznych.

Stwierdziliśmy, że odra jest najbardziej zaraźliwą w okresie przed-wysypkowym, po ukazaniu się wysypki na całym ciele przestaje być zaraźliwą.

4) K a u l b e r s z - M a r y n o w s k a.

Spostrzegła przypadek, w którym wysypka odrowa wystąpiła w 11 dniu od chwili zakażenia. Datę zakażenia można było w tym przypadku ściśle określić z tego powodu, że dziecko przybyło na oddział płonicy w 1-szym dniu płonicy ze żłóbka, w którym ani przedtem, ani w następnym bezpośrednim okresie nie było żadnego przypadku odry, na oddziale zaś płonicy w tym czasie znajdowało się kilkoro dzieci w okresie wylęgania odry. Dziecko dostało wysypki odrowej w 11 dniu pobytu w szpitalu. Być może, że na skrócenie okresu wylęgania wpłynęło w tym przypadku to, że dziecko uległo zakażeniu odrą w 1-szym dniu płonicy, choć w innych analogicznych przypadkach nie spozarzegaliśmy skróconego okresu wylęgania odry.

KOMUNIKATY :

O t. zw. kile wisceralnej w klinice dziecka.

Podał

Włodzimierz Mikułowski.

(Streszczenie własne).

Kiła narządów wewnętrznych dziecka jest dziś częściej rozpoznawana, niż dawniej. Jest ona przyczyną liczniejszych zaburzeń, niż dawniej przypuszczano. Wiele gorączek, bólów i niedyspozycji ma tło kiłowe. Oprócz narządów wewnętrznych, jak wątroba, przełyk, żołądek, kiszki, nerki, serce, naczynia i t. p. także i gruczoły dokrewne ulegają schorzeniu kiłowemu, dając powód do zespołów objawowych, których leczenie specyficzne wymaga często uzupełnienia przez opoterapię. Gruczoły dokrewne i system nerwowy stanowią ogniwo pośrednie między krętkiem i odczynem humoralnym, który może się uzewnętrznić pod licznymi postaciami. Gdy pod nazwą kiły „wisceralnej” rozumiało się dawniej jedynie zaburzenia statyki narządów podległe kontroli anatomicznej — dziś rozdziałem kiły wisceralnej obejmujemy liczne postacie zaburzeń równowagi humoralnej, dające się uchwycić łatwiej pod względem dynamicznym, niż statycznym.

O roli konstytucji kiłowej w przebiegu ostrych i przewlekłych zakażeń u dzieci.

P o d a ł

Włodzimierz Mikułowski.

(Streszczenie własne).

Rola phaenotypowej konstytucji kiłowej w przebiegu ostrych i przewlekłych zakażeń dziecięcych — jest dla lekarza praktycznie biorąc ważniejsza, niż rola konstytucji genotypowej, ponieważ pierwsza jest uleczalna, druga nie jest uleczalna. Ustrój zakażony kiłą, przedstawiając stan specjalnego uczulenia tkanek, wykazuje zmniejszoną odporność na działanie licznych bodźców chorobowych infekcyjnych. Skłonność dzieci konstytucjonalnie kiłowych do zakażeń ciężkich, jak oponowo-mózgowych oraz lekkich, jak kiszkowych — jest notorycznie znana. Ponieważ cechą kiły jest skłonność do nawrotów, banalna nawet infekcja może spowodować u dziecka konstytucjonalnie kiłowego nawrót kiły w postaci ostrej, lub przewlekłej. Obudzenie kiły utajonej odbywa się zazwyczaj z utratą indywidualności danej infekcji banalnej wśród nowych objawów chorobowych. Mimo poliformizmu kiły — cechą zmienną dla obudzenia kiły stanowi jej charakterystyczne powinowactwo do tkanki elastycznej, do tkanki nerwowej i do procesów marskich.

D Y S K U S J A

5) Chwalibogowski:

Chwalibogowski uważa, że Mikułowski posuwa się w swojej „luofobji” stanowczo zadaleko. W szczególności nie zgadza się on z przedmówcą, by kiła miała jakiegokolwiek większe znaczenie w etiologii cukrzycy dziecięcej. Twierdzenie powyższe opiera zarówno na danych własnego materiału, obejmującego 30 dzieci oddziału cukrzycowego kliniki lwowskiej, wśród których nie stwierdził ani razu nie tylko zakażenia, ale nawet t. zw. obciążenia kiłowego, jako też na statystykach innych autorów, jak Wagnera i Priesla, Joslina, Toveruda i t. d.

KOMUNIKATY :

Z kliniki Chorób Dzieci U. J.
(dyr. prof. X. Lewkowicz).

Równowaga Donnana jonów wodorowych między krwią a płynem mózgowo-rdzeniowym.

Podał

Lucjan Bernaciński.

(Streszczenie własne).

Stwierdziłem stałą różnicę stężeń jonów wodorowych między krwią z jednej strony przegrody, a płynem mózgowo-rdzeniowym z drugiej.

Stężenie we krwi jest stale większe od stężenia w płynie mózgowordzeniowym od 0, 1,2 PH 0,08 PH, przyczem średnia wartość wynosi 0,095 PH ($CH = 0,11 \times 10^7$).

Różnica ta może być wytłomaczona równowagą Donnan'a, której schemat podaję poniżej:

Stan początkowy:

Na R' czysta woda
I II

Stan równowagi:

Na H R' Na O H'
I | II

przyczem warunkiem tej równowagi jest równanie



Rolę R spełnia w naszych warunkach białko i różnica w zawartości białka między krwią, a płynem mózgowo - rdzeniowym może powodować ustalenie równowagi ze zwiększonym stężeniem jonów O H w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. W.
(Dyrektor Prof. Michałowicz).

Przyczynek do alergji tuberkulinowej w odrze.

Podali

H. Brokman i L. Zaks.

Kliniczne doświadczenie uczy, że przebycie odry częstokroć wpływa na uruchomienie gruźlicy utajonej, wzgl. pogarsza gruźlicę jawną. Coprawda w ostatnich latach zostało ustalone, że odsetek przypadków, w których daje się zauważyć niekorzystny wpływ odry wynosi niespełna 25%, jednakże w tych wzgl. nielicznych przypadkach nie ulega on żadnej wątpliwości. Genezy tego zjawiska doszukiwano się we wpływie biologicznym odry na gruźlicę. Punktem wyjścia były tutaj dawne spostrzeżenia Pirquet'a, który spostrzegał słabnięcie odczynów tuberkulinowych w okresie wysypkowym. Znikanie t. zw. ergin miało warunkować zmniejszoną zdolność do walki z prątkiem gruźliczym. Pogląd ten nie przez wszystkich był uznawany. Kleinschmidt spostrzegał przypadki uogólnienia gruźlicy bez słabnięcia odczynów tuberkulinowych w przebiegu odry. Groer zjawisko słabnięcia odczynu tuberkulinowego uważał za nieswoiste dla odry i ujmował, jako wynik konkurencji antygenów. Goebel i Herbst w roku 1927 oparli swoje rozumowania na dawnym spostrzeżeniu Schick'a, potwierdzonem przez Szenajcha a polegającym na tem, iż w okresie zwiastunów odry odnawiają się dawne odczyny tuberkulinowe; dalej ciż sami autorzy otrzymywali odnawianie się skórnych odczynów tuberkulinowych przez zastrzyknięcie krwi osobnika, będącego w okresie zwiastunów. Autorzy ci wyprowadzają wniosek, iż podobnie jak odra w okresie zwiastunów aktywuje dawne odczyny tuberkulinowe, czyni to również z ogniskiem gruźliczem, sprzyjając generalizacji. Badania kliniczne potwierdziły, iż w tym okresie choroby można stwierdzić u dzieci nacieczenia dookołaogniskowe. Ostatnio Viethen (Kl. W. N. 45, 1931) podaje, że obraz rentgenologiczny w postaci nacieczeń przywłokowych jest objawem charakterystycznym dla odry naogół (nietylko u dzieci gruźliczych).

W ten sposób patogenezą obostrzenia gruźlicy po odrze ujęta została zupełnie odmiennie od klasycznego poglądu Pirquet'a. Nie anergja lecz raczej alergja miała ją warunkować. Pogląd ten odpowiadał bardziej naszym założeniom, które roz-

winęliśmy na innym miejscu, a ujmującym istotę patogenyzy chorób zakaźnych. (Cechy alergiczne w chorobach zakaźnych. Warsz. Czas. Lek. Nr. 37, 38, 39. 1930 i Polskie Mon. z dziedz. Pedjatrji w druku). Opierając się na spostrzeżeniach klinicznych, które wskazują na to, że pogorszenie gruźlicy występuje po upływie kilku tygodni od chwili przebycia odry, postanowiliśmy porównać nasilenie odczynów tuberkulinowych przed i w kilka tygodni po odrze. Udało nam się spostrzegać cztery przypadki odry u dzieci z dodatnim odczynem tuberkulinowym. W jednym przypadku dziecko dające odczyn z tuberkuliną w rozcieńczeniu 1 : 10000000 (odczyn Mantoux) przestało oddziaływać po 3-ch tygodniach od chwili ustąpienia odry na to samo rozcieńczenie tuberkuliny. U drugiego dziecka natomiast, które jak i pierwsze w czasie wykonywania pierwszego odczynu znajdowało się w pierwszych dniach okresu wylegania, wystąpił po odrze dodatni odczyn z tuberkuliną w rozc. 1 : 100 wówczas, gdy przed odrą był on ujemny. Wymienione dwa przypadki nie mogą być wyzyskane dla naszych badań. Natomiast na wyraźne wnioski pozwoliło spostrzeganie dwóch przypadków, dotyczących dzieci małych w zakładce Judta. Pierwszy odczyn był wykonany przed okresem wylegania, następny w 6 tygodni od chwili wystąpienia odry. Tutaj wystąpiło wybitne nasilenie odczynu. U pierwszego dziecka, które dawało zupełnie ujemny odczyn w rozc. 1 : 10000, otrzymano później z tem samym rozcieńczeniem tuberkuliny bardzo silny odczyn. Podobnie u drugiego, nie oddziaływującego na 1 : 1000000 rozc. tuberkuliny, otrzymano później odczyn z bardzo silnym zaczerwienieniem i nacieczeniem.

Spostrzeżenia te mogą być tylko rzeczą przypadku i muszą być potwierdzone na bardziej liczny materjale. O ile okaże się, iż mamy tutaj do czynienia ze zjawiskiem częstym, zależnym od przebycia odry, natenczas będziemy musieli wziąć pod uwagę znaczenie wzmożonego oddziaływania na tuberkulinę dla patogenyzy obostrzenia się spraw gruźliczych po przebyciu tej choroby Równoległe spostrzeganie: występowania opisanego przez nas zjawiska i przebiegu klinicznego gruźlicy, pozwoli zagadnienie to wyjaśnić. Być może okaże się wówczas, że przypadki opisane przez Gröera, Jasińskiego i Redlicha, a dotyczące polepszenia się stanu gruźlicy po odrze, idą w parze z anergją, wzgl. obojętnością (adiaphorją według Gröera) w stosunku do prątką gruźlicy, natomiast być może przypadkom, w których występuje obostrzenie gruźlicy, towarzyszy po odrze wzmożona alergja tuberkulinowa.

Badania nad genezą ciał odpornościowych.

Podali

H. Brokman i Z. Glińska.

W poglądach na genezę powstawania normalnych ciał odpornościowych u ludzi zarysowały się, jak wiadomo, dwa poglądy, wzajemnie sobie przeciwstawiające się. Wówczas gdy jedni przypisują duże znaczenie, niemal decydujące, czynnikowi konstytucyjnemu, a nawet przyznają możliwość samoistnego powstawania tych ciał, jako wyrazu dojrzewania ustroju, drudzy są zdania, iż czynnikiem wywołującym jest wyłącznie zakażenie bodźcem swoistym w postaci choroby względnie t. zw. zakażenia utajonego.

Jednym z powodów przemawiającym za słusnością ostatniego poglądu miały być badania statystyczne, dotyczące częstości występowania dodatniego i ujemnego odczynu Dick'a i Schick'a w różnych środowiskach. Między innymi przez Rudder'a wyzyskane zostały dane Zingher'a, dotyczące częstości kojarzenia się jedno - znacznego odczynu Schick'a i Dick'a. Zingher stwierdził na swoim materiale, że z górą 67,3% dzieci posiada odczyn jednoznaczny, albo dodatnie, albo ujemne: Schick, + Dick, + względnie Dick, — Schick — Rudder uważa, że tak częste kojarzenie się jednoznacznych odczynów może służyć za dowód decydującego znaczenia bodźca swoistego dla powstawania ciał odpornościowych, jako odpowiadające warunkom epidemjologicznym; w miastach bowiem szanse jednoczesnego zetknięcia się z zarazkami błonicy i płonicy, względnie jednoczesnego uchronienia się od tych dwóch zarazków są bardzo duże, co tłumaczy właśnie kojarzenie się odczynów jednoznacznych.

Dla wyjaśnienia interesującego nas zagadnienia posługiwaliśmy się następującą metodą. U dzieci, mających dodatni odczyn Schick'a i Dick'a, zastosowaliśmy mieszaną szczepionkę błoniczopłonicy. W razie nie dojścia do głosu czynnika konstytucjonalnego, t. j. przy braku zdolności do swoistej dla danego osobnika odpowiedzi na ten lub inny wprowadzony antygen, należałoby się spodziewać wyników jednoznacznych, a więc jednoczesnej zmiany obydwóch odczynów z dodatnich na ujemne, względnie pozostawanie ich dodatnimi. Ogółem uodporniono w ten spo-

sób 156 dzieci. U 67 obydwu odczyny stały się ujemnymi, u 40 pozostały dodatnimi natomiast u 14 stał się ujemny tylko odczyn Schick'a a u 33 tylko odczyn Dick'a.

Doświadczenia te dowodzą wybitnego znaczenia czynnika konstytucjonalnego w sensie swoistej zdolności, lub braku tejże do wytwarzania raz odporności antytoksycznej przeciwbłoniczej, to znów przeciwbłoniczej.

W celu wyjaśnienia sobie, jakie jest istotne znaczenie obydwóch czynników (konstytucjonalnego i infekcyjnego) dla genezy ciał odpornościowych, opracowaliśmy pod względem statystycznym nasz materiał dotyczący dzieci, u których był wykonywany jednocześnie odczyn Schick'a i Dick'a. Postępowaliśmy w sposób następujący: w każdej grupie dzieci obliczaliśmy odsetek odczynów jednoznacznych dodatnich i ujemnych. Niezależnie od tego, obliczaliśmy ile tych odczynów jednoznacznych powinno było wypaść na zasadzie rachunku prawdopodobieństwa, a więc przy zupełnie przypadkowej kombinacji, t. j. wówczas gdyby zarówno czynnik konstytucyjny i epidemiologiczny pod względem nas interesującym nie miał odgrywać żadnej roli.

Przykładem może służyć obliczenie dotyczące dzieci w Zakładzie w Witkowicach: Zbadanych zostało 331 dzieci. Odczynów jednoznacznych stwierdzono 226, a według rachunku prawdopodobieństwa powinno być odczynów jednoznacznych 221. Czyli faktycznie ponad rachunek prawdopodobieństwa około 3%.

Ogółem materiał nasz obejmuje 4.004 dzieci. Zestawiając dane otrzymane na materiale z roku 1928 z danymi z roku 1931, znajdujemy wybitną różnicę w odsetkach odczynów jednoznacznych wynoszącą: w roku 1928 odczynów skojarzonych było 8% powyżej rachunku prawdopodobieństwa; w roku 1931 odczynów skojarzonych było 22% powyżej rachunku prawdopodobieństwa.

Przyjawszy nawet pod uwagę omyłkę, jaka jest właściwa każdemu podobnemu obliczeniu, musimy przyjść do wniosku, że różnice te nie mogą być jedynie wynikiem przypadku, a to ze względu na to, że operujemy dość znacznymi liczbami.

Jeszcze większe różnice zaznaczyły się przy porównywaniu poszczególnych środowisk: Tak w szkole „A” stwierdzono odczynów jednoznacznych Schick'a i Dick'a 48% powyżej rachunku prawdopodobieństwa, wówczas gdy w Zakładzie w Witkowicach 3% powyżej rachunku prawdopodobieństwa. W szkole A być może stosunkowo niewielki materiał wpłynął na tak znaczne odchylenie od rachunku prawdopodobieństwa; jednakże tak wielkie odchylenie od przeciętnej każe się liczyć z działaniem jakiegoś czynnika epidemicznego, który to odchylenie spowodował.

Materiał porównawczy opracowany przez nas z powyższego punktu widzenia należy ujmować jako ilustrację całego szeregu czynników epidemiologicznych, odgrywających tutaj rolę. Po pierwsze musimy się liczyć z działaniem czynnika konstytucjonalnego oraz zakażenia utajonego. To ostatnie (zakażenie utajone)

wówczas gdy jednocześnie dotyczy błonicy i płonicy, zwiększa siłą rzeczy % odczynów jednoznacznych. Czynniki konstytucjonalny natomiast, jakieśmy to widzieli, wpływa na rozbieżne występowanie odporności przeciwbłonicy i przeciwplonicy. Tak więc dane nasze stanowią niejako wypadkową działania czynnika infekcyjnego i konstytucjonalnego. Każdy z tych dwóch czynników przejawia się oczywiście w niejednakowym stopniu w zależności od tego, z jakim materiałem mamy do czynienia: wpływa tutaj przeciętna wieku danego środowiska, panowanie w ostatnich czasach epidemii błonicy lub płonicy, względnie obydwóch chorób jednocześnie; wreszcie naogół wyższy lub niższy stan uodpornienia na płonice i błonicę jednocześnie.

Dokładne opracowanie naszego materiału nastąpi w innym miejscu (Medycyna Doświadczalna i Społeczna). Tutaj chcemy tylko podkreślić, iż naszym zdaniem został przez nas wyodrębniony pewien wskaźnik epidemiologiczny, który pozwoli nam na pogłębienie szeregu zjawisk, zachodzących w zakresie chorób zakaźnych.

DYSKUSJA

1) Frenklowa:

zapytuje czy w przypadku dziecka, które przed odrą miało odczyn tuberkuliczny ujemny, a po odrze dodatni, nie nastąpiło świeże zakażenie gruźlicą. U dzieci, u których były zachwiane wyniki odczynów Schick'a i Dick'a, należy podług prelegentki uwzględnić czynnik wieku. Z badań, wykonanych w swoim czasie przez Frenklową i Margolisową nad odczynem Dick'a u dzieci, wynikała przewaga Dick — ujemnych u dzieci młodszych, a Schick — ujemnych u trochę starszych.

2) Brokman:

Nasze uwagi opieramy tylko na nielicznych przypadkach, które, jak zaznaczyłem, muszą być uzupełnione dalszemi spostrzeżeniami. Ponieważ jednak chodzi tutaj o spostrzeżenia nowe, sądzimy, że mamy prawo do jego ujawnienia. W każdym bądź razie nawet te nieliczne spostrzeżenia wskazują na to, że nasilenie alergii tuberkulicznej po odrze, przynajmniej niekiedy, ma miejsce i może posiadać znaczenie patogenetyczne. Grupę dzieci, u których odsetek skojarzonych odczynów był poniżej rachunku prawdopodobieństwa, podaliśmy dlatego, że nie wiemy, czy czynnik uodpornienia części dzieci w tej grupie odgrywał jedyną rolę. Być może, że i inne czynniki tutaj zaważyły na szali.

Czynnik wieku odgrywa dużą rolę, stanowi on jednak zapewne tylko poszczególny przykład wpływu czynnika konstytucjonalnego.

III posiedzenie. 25.V.1931. godz. 15,15 po południu.

Prezjdjum: Dr. Sz. Starkiewicz (Busk - Górka).
Dr. H. Lewkowiczówna (Kielce).
Dr. H. Brokman (Warszawa).

Sekretarz: Dr. Brichta (Lwów).

Konieczność i sposób ustalenia norm rozwoju fizycznego dzieci w Polsce.

Podał

Prof. Waclaw Jasiński

(Streszczenie własne).

Ocena rozwoju fizycznego dziecka wymaga niezbędnie porównania liczb, otrzymanych drogą pomiarów u danego osobnika, z liczbami przeciętnymi, uznanymi za normę dla tej samej płci i wieku.

„Normami“ temi należy, oczywiście, posiłkować się oględnie: nie wyciągamy dzisiaj daleko idących wniosków jedynie z „suchych“ liczb, uwzględniamy w szerszej mierze czynniki konstytucjonalne i warunki rozwoju (*conditio*), a nadewszystko nie utożsamiamy rozwoju fizycznego ze stanem zdrowia osobnika, wiadomo nam bowiem, że dziecko słabiej rozwinięte fizycznie może być zdrowsze od dziecka, którego rozwój przekracza przeciętną normę.

Jednakże trudno wyobrazić sobie nakreślenie stanu obecnego dziecka w jego historii choroby lub nawet w krótkich notatkach „księgi chorych“ lekarza - praktyka, a trudniej jeszcze „kartę zdrowia“ dziecka w szkole, przedszkolu, w zakładzie opiekuńczym lub na kolonji leczniczej bez mniej lub więcej szczegółowych danych, dotyczących rozwoju fizycznego.

Dane te służą nam za podstawę do określania wzajemnego stosunku poszczególnych pomiarów (wskaźniki rozwoju i odżywiania) oraz do porównywania wieku chronologicznego dziecka (lat czy miesięcy jego życia) z wiekiem fizjologicznym t. j. wiekiem, jakiemu odpowiada dziecko według swego rozwoju. Różnice pomiędzy wiekiem fizjologicznym a chronologicznym okre-

ślamy osobno dla poszczególnych pomiarów (waga, wzrost, rozszerzalność klatki piersiowej) i przedstawiając graficznie (profile różnicowe lub ilorazowe) staramy się dać obiektywny obraz rozwoju dziecka.

Do tej oceny niezbędne jest posiłkowanie się tablicami norm rozwoju fizycznego i w różnych krajach naszego kontynentu oraz za oceanem dane do tych tablic 'oddawna były zbierane (Quêtelet, Camerer, Axel Key, Dufestel i w. inn.).

W Polsce dane, dotyczące rozwoju fizycznego dzieci, zbierane były urywkowo (Kosmowski, Drabczyk, Jaros, Lipcówna, Bogdanowicz) i nie posłużyły za podstawę do wypracowania norm ogólnych.

Dopiero w roku 1930, z inicjatywy Wydziału higieny szkolnej M. W. R. i O. P. z dr. S. Kopczyńskim na czele, zebrano planowo i z zachowaniem współczesnych wymagań bogaty materiał liczbowy, dotyczący wzrostu i wagi młodzieży szkolnej w wieku od lat 7 do 16. Dane te, ogłoszone w marcu 1931 r. w Wiadomościach Statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego w Warszawie, wypełnią należycie dotychczasowy brak norm przeciętnego rozwoju dzieci szkolnych.

W stosunku do innych okresów życia dziecka zmuszeni będziemy nadal posiłkować się normami obcemi, które są dla nas z różnych względów nieodpowiednie.

Normy te przedewszystkiem nie są bynajmniej doskonałe: dawniejsze dane oparte są przeważnie na dość szczupłym materiale, zbierano je niezawsze ściśle (mierzone dzieci w obuwiu, ważono w ubraniu, odliczając tylko przeciętną wagę ubrania), niezbyt dokładnie określano wiek badanych dzieci, a nadewszystko nie uwzględniano przy obliczeniach ustalonych dziś w statystyce wymagań (granice odchyień, krzywe Gaussa, i Galtona, tabele korelacyjne i t. p.).

Najczęściej u nas stosowane, jako łatwe i praktyczne w użyciu taśmy Pirquet'a, oparte na danych Camerera i uzupełnione przez Pirquet'a (1913), ulegają dalszym zmianom i udoskonaleniom (Kornfeld 1929) a przegląd obecnego piśmiennictwa wykazuje w ostatnich latach ożywioną pracę na tem polu, dokonywaną zarówno przez poszczególnych badaczy (Bach, Wood, Woodbury i Baldurn, Schmidt - Monnard, Frendenberg i inn.), jak i przez odnośne urzędy państwowe (Deutscher Zentral Anschluss).

Każdy pedjatra w Polsce, który posiłkował się w praktyce danymi Pirquet - Camerera, zauważył z pewnością znaczne odchylenia od norm, zawartych w taśmie Pirqueta w zastosowaniu do naszych dzieci: w wieku przedszkolnym dzieci nasze najczęściej przekraczają tę normę, w latach od 7 do 12 r. dane są najbardziej zgodne, a w okresie pokwitania częściej zdarzają się liczby zbyt niskie u dzieci, których rozwój fizyczny jest skądinąd zupełnie dobry. Rzecz prosta, muszą tu wchodzić w rachubę różnice rasowe, narodowościowe, oraz wpływy stanu kultury, hi-

gjeny i zamożności tak różne u nas w porównaniu z bliskimi sąsiadami.

Skoro przeto uznamy konieczność posiłkowania się wogóle normami rozwoju fizycznego, musimy konsekwentnie uznać niezbędną potrzebę zebrania materiału na terenie własnego państwa, bo tylko w ten sposób będziemy mogli oprzeć wypracowane normy na racjonalnych podstawach.

Wiadomo nam zresztą, że nawet w granicach naszego państwa wypadnie nam uwzględniać odchylenia zależne od charakteru zaludnienia naszych dzielnic kresowych (Kaszubi, Huculi i t. p.).

Przejdźmy teraz do omówienia sposobu zebrania danych liczbowych, dotyczących norm rozwoju fizycznego u dzieci w Polsce. Pomiary indywidualne oparte na systematycznym mierzeniu tych samych dzieci w ciągu całego okresu rozwoju, mają dużą wartość, lecz nie mogą być przedmiotem działania zbiorowego; na wyniki tych badań wypadłoby czekać jeszcze przeszło 20 lat.

W tej chwili przeto może być mowa wyłącznie o pomiarach masowych, dokonanych siłami zbiorowymi wśród możliwie dużej liczby dzieci. Ze względu na to, że dla dzieci szkolnych zebrane zostały, jak wyżej nadmieniono, wartościowe dane liczbowe, chodziłoby przede wszystkim o okres życia od urodzenia dziecka do 6-ciu lat włącznie.

Jakie powinny być dokonane pomiary? Za podstawowe uważamy w pedjatrji liczby, dotyczące wzrostu i wagi oraz wysokości ciemieniowo-siedzeniowej (CS, wzgl. SI według Pirquet'a), obwodu główki, klatki piersiowej—z tych 5 liczb podstawowych wyprowadzić można większość wskaźników rozwoju fizycznego.

Niestety, dokonanie tak szczegółowych pomiarów byłoby trudne do urzeczywistnienia, ponieważ zaś normy rozwojowe muszą być oparte na danych ścisłych, pomiarów dokonać należy bardzo sumiennie i dokładnie, co wymaga więcej czasu, z konieczności zatem wypadłoby ograniczyć się do zebrania danych co do w z r o s t u i w a g i, jak to już uczyniono dla dzieci szkolnych, z innych pomiarów za najbardziej wskazany i niezbyt trudny do przeprowadzenia możnaby uznać o b w ó d g ł ó w k i w p i e r w s z y m r o k u ż y c i a: obwód ten jak wiadomo, w ciągu pierwszego roku odpowiada dość ściśle wysokości ciemieniowo-siedzeniowej, daje on również pojęcie o wymiarach klatki piersiowej, łatwiej zaś wymierzyć obwód główki niż klatki piersiowej lub wysokości ciemieniowo-siedzeniowej.

Pomiary muszą być poprzedzone zebraniem najważniejszych wiadomości dotyczących wieku dziecka (z podaniem dnia urodzenia), narodowości, rozwoju fizycznego, zawodu (względnie stanu majątkowego) obojga rodziców. Dane te obejmuje załączony projekt ankiety (Tabl. 1), która musiałaby być wydrukowana w odpowiedniej liczbie egzemplarzy i rozesłana zawczasu do punktów pomiarowych.

Serja

Miejscowość

powiat

L. porz

Dane zebrat d. kwietnia, maja 1932 r.

(nazwisko lub pieczęć badającego)

Dziecko

(imię i nazwisko)

w wieku lat mies. (skończonych) urodzone d.

mies. roku

powiat

	Ojciec	Matka
Skąd pochodzi		
Gdzie mieszka		
Wyznanie		
Język ojczysty		
Zawód		
Zarobek tyg.		
Rozwój fizyczny i stan zdrowia		

Mieszka u oja, matki, w zakładzie

..... chodzi do przedszkola od roku życia

Które dziecko (z bliźniąt, niedonoszone)

Ile dzieci żyje ile zmarło

Dziecko uważane przez rodziców za *mocne, średnie,**słabe.* Chorowało *często, ciężko, lekko.***Wady rozwojowe.**

Zauważone przez rodziców

" przy badaniu

Co do czasu dokonania pomiarów, chodziłoby tutaj o zebranie danych w możliwie jednakowych warunkach, a więc jeśli nie w ciągu jednego dnia, to przynajmniej w ciągu jednego miesiąca. Pomiary szkolne zostały dokonane w ciągu 2-tygodni kwietnia r. 1930, dla pomiarów obecnych możnaby wybrać czas pomiędzy 15/IV a 15/V 1932 r.

Kto ma dokonać pomiarów? Najłatwiej byłoby posiłkować się istniejącymi już organizacjami: a więc, dane o noworodkach dostarczone byłyby przez odnośne oddziały w klinikach, w szpitalach czy zakładach położniczych, dane zaś co do dalszych okresów zebrałyby tak zw. Ośrodki Zdrowia wzgl. Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem, wchodzące w skład tych Ośrodków lub też Stacje oddzielne, a wreszcie zakłady opiekuńcze i sierocińce.

O ile jednak z zakładów położniczych korzystają dziś prawie równomiernie różne warstwy ludności, o tyle materiału, zebrany w Ośrodkach Zdrowia i na Stacjach Opieki mógłby być zbyt jednostronny. Zadaniem naszym byłoby zatem odwołać się drogą odezw do wszystkich warstw społeczeństwa i zachęcić najszerzy ogół do wzięcia udziału w akcji, której wyniki będą wszak miały znaczenie dla całego społeczeństwa.

Przechodzę do konkretnego przedstawienia całkowitego planu akcji:

1) IV Zjazd Pedjatrów Polskich we Lwowie uchwala konieczność dokonania pomiarów i poleca przeprowadzenie tej akcji Zarządowi Głównemu Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

2) Zarząd Główny Polsk. Tow. Pedjatrycznego:

- a) przedstawia władzom państwowym w Warszawie szczegółowy memoriał w sprawie pomiarów i zyskuje dla akcji powyższej poparcie moralne i materialne (Subwencje Depart. Zdrowia, Min. Pr. i Op. Społ., oraz Min. W. R. i O. P., Publicz. Przedszkol).
- b) zwołuje w Warszawie posiedzenie z udziałem antropologów w celu uzyskania ich opinii co do tego, jakie dzielnice (powiaty, gminy, miejscowości) zasługują na szczególne uwzględnienie ze względu na charakter zaludnienia.
- c) tworzy, przy współudziale swych członków zamiejscowych, Ośrodki do badania rozwoju fizycznego dzieci w Polsce.
- d) przygotowuje dla utworzonych Ośrodków szczegółowe instrukcje w sprawie dokonania pomiarów.

Dalszą akcją przeprowadzają już same ośrodki, które należałoby stworzyć: w 5 miastach uniwersyteckich pod kierunkiem dyrektorów klinik; w Katowicach, Lublinie i Łodzi pod kierunkiem lekarzy naczelnych tamtejszych szpitali dziecięcych — ogółem 8.

Kierownicy ośrodków pomiarowych objęliby dzielnice, odpowiadające terenom działalności Izb Lekarskich, a mianowicie:

Klinika Dziecięca U. W. — m. Warszawę, woj. Warszawskie i Białostockie.

Klinika Dziecięca U. Jag. — Woj. Krakowskie i Kieleckie.

Klinika Dziecięca U. J. K. — Łwowskie, Stanisławowskie i Tarnopolskie.

Klinika Dziecięca U. S. B. — Wileńskie, Nowogródzkie i Poleskie.

Klinika Dziecięca U. P. — Poznańskie i Pomorskie.

Szpital Anny Marji w Łodzi — Łódzkie.

Szpital Dziec. Jezus w Lublinie — Lubelskie i Wołyńskie.

Szpital w Katowicach — Woj. Śląskie.

Kierownicy poszczególnych ośrodków otrzymają od Zarządu Centralnego szczegółowe instrukcje w sprawie przeprowadzenia pomiarów, wykaz miejscowości, na jakie mają zwrócić szczególną uwagę (według opinii antropologów), odezwy do ludności oraz pisma Zarządu P. T. P. do odnośnych Wojewodów z prośbą o wydanie odnośnych poleceń Urzędowi Wojewódzkim, w szczególności Urzędowi Zdrowia oraz Wydziałom Opieki Społecznej w sprawie pomocy i współdziałania w przeprowadzeniu akcji pomiarowej. Kierownik każdego ośrodka w porozumieniu z odnośnymi urzędami Wojewódzkiemi oznacza zgóry miejscowości, w których będą przeprowadzone pomiary, biorąc pod uwagę, prócz wymienionej wyżej opinii antropologów, techniczne ułatwienia, jakie dać mogą działające na danym terenie organizacje opiekuńcze: lekarzy, prowadzących Stacje Opieki, personel tych Stacyj, środki techniczne (wagi, wzrostomierze) oraz sam lokal Stacyj lub Ośrodków Zdrowia.

Organizacje istniejące (Ośrodki Zdrowia, Stacje Opieki) przeprowadzałyby pomiary samodzielnie. Dla przeprowadzania pomiarów byłyby jednak wyznaczone odrębne dni i godziny, poza godzinami zwykłej pracy.

Do miejscowości, nie posiadających Stacyj lub Ośrodków Zdrowia, w szczególności do wsi, osad i miasteczek byłyby skierowane „kolumny pomiarowe“, składające się z lekarza i higienistki i zaopatrzone w środki techniczne — lokalu i pomocy tym kolumnom udzielaliby nauczyciele szkół powszechnych po uzyskaniu zezwolenia M. W. R. i O. P. i odnośnych dyrektyw dla inspektorów szkolnych. Kolumny pomiarowe pracowałyby w ciągu całego miesiąca, objeżdżając kolejno wyznaczone im zgóry miejscowości, liczba tych kolumn byłaby zależna od ośrodków materialnych, jakie byłyby do rozporządzenia, w układaniu planów pomiarów każdej dzielnicy chodziło bardzo o szersze uwzględnienie ludności wiejskiej, co będzie wymagało tworzenia liczniejszych kolumn, gdyż po wsiach naszych Stacje Opieki są jeszcze rzadkością. Wypełnione druki składane są najpierw u Kierowników Ośrodków pomiarowych, którzy odsyłają je do Zarządu P. T. P.

Obliczenia mają być dokonane przez fachowe siły Głównego Urzędu Statystycznego w Warszawie według obecnych wymagań naukowych. Kartki — po obliczeniu będą zwrócone Pol. T-wu

Pedjatrycznemu i przez nie przechowywane, jako materiał do dalszych prac i wniosków. Koszty obliczenia zależne od liczby kartek. Jeżeli staniemy na przypuszczalnej liczbie 100.000, koszt ten wyniósłby około 15 tys. złotych; może Zarządowi Pol. T-wa Pedjatrycznego uda się uzyskać możliwość pokrycia kosztów obliczenia z funduszu przeznaczanego na jednodniowy spis ludności, jaki ma się odbyć w grudniu r. b. Fundusz powyższy wynosi około 4 milj. zł. suma więc 15 tys. zł. nie uszczupliłaby go zbytnio.

Całkowity kosztorys akcji pomiarowej byłby trudny do ustalenia. Nasuwałoby się tutaj podzielenie kosztu tej akcji pomiędzy władze centralne i miejscowe w ten sposób, ażeby poszczególne Ministerstwa (Min. Pracy i Op. Społ. Depart. Zdrowia Min. W. R. i O. P.) udzieliły subwencji oraz wzięły na siebie drukowanie kartek, odezw i plakatów wreszcie dały lokale na punkty pomiarowe. Korespondencja, prowadzona przez Kierowników Ośrodków może będzie zwolniona od opłaty pocztowej. Przeprowadzenie pomiarów w poszczególnych Województwach obciążałoby władze miejscowe: gdyby każdy Wojewoda wyznaczył na ten cel z funduszy dyspozycyjnych po 2 tys. złotych, udałoby się uruchomić w każdym Województwie jedną kolumnę pomiarową, (lekarz pedjatra i higienistka), nabyć dla niej wagę ze wzrostomierzem i inne przyrządy oraz opłacić koszty podróży i 25 dni pracy kolumny. Opłata za pracę byłaby oczywiście bardzo skromna (przypuszczalnie 20 zł. dla lekarza, 10 dla higienistki za 1 dzień pracy), personel ośrodków zdrowia i stacyj opieki musiałby dodatkową pracę swoją ofiarować bez wynagrodzenia, traktując sprawę jako jeden z licznych obowiązków społecznych, nakładanych na lekarzy i spełnionych przez nich z tak wielką ofiarnością.

Powodzenie akcji pomiarowej zależy w pierwszym rzędzie od stopnia zainteresowania tą sprawą naszych pedjatrów — zarówno kierowników kliniki i szpitali, jak lekarzy ośrodków i stacyj opieki, wreszcie tych lekarzy, którzy zgodzą się na wzięcie udziału w kolumnach pomiarowych. Akcja powyższa może przynieść pożądane rezultaty wtedy tylko, jeżeli wykonana będzie sprężyście, a jednocześnie sumiennie i dokładnie—dlatego też pedjatrzy polscy powinni ująć tę sprawę w swoje ręce i wykonać ją z takim poświęceniem, jakiego dawali dowody na wielu innych polach pracy społecznej.

Z tego powodu pozwoliłem sobie poruszyć tę sprawę na Zjeździe i proszę o uchwalenie wniosków następujących:

IV Zjazd Pedjatrów Polskich, uznając konieczność zebrania danych liczbowych, dotyczących wagi i wzrostu, względnie innych pomiarów, dających pojęcie o przeciętnym rozwoju fizycznym dzieci w Polsce uchwała:

- 1) gorąco polecić Zarządowi Głównemu Pol. Tow. Pedjatrycznego przeprowadzenie szerokiej i planowej akcji pomiarów wśród dzieci od noworodków do 6-ciu lat włącz-

nie, po uzyskaniu dla tej sprawy najdalej idącej pomocy ze strony władz państwowych i samorządowych.

- 2) zwrócić się do Kierowników Klinik i szpitali Dziecięcych, do ogółu pedjatrów i lekarzy, pracujących na polu opieki społecznej, z gorącym apelem o poparcie akcji pomiarowej przez przyjęcie w niej udziału i dokonanie tej żmudnej pracy z jak największą sumiennością i dokładnością.

D Y S K U S J A:

1) M o g i l n i c k i

popiera gorąco sprawę zebrania materiału statystycznego, dotyczącego wagi i wzrostu dzieci w Polsce.

2) C i e s z y Ń s k i:

zwraca uwagę, że przy dokonywaniu przeciętnych pomiarów dzieci polskich należy uwzględnić w równej mierze pomiary dzieci wiejskich, które nie są tak zdegenerowane, jak dzieci proletariatu miejskiego, i mogą skorygować przeciętne pomiary dzieci polskich. Mówca zwraca uwagę, że dla pomiarów dzieci szkolnych wiejskich można użyć aparatu nauczycielskiego, który będzie zmontowany dla wykonania ogólnego spisu ludności 9.XII r. b. W tym celu mówca przyrzeka zwrócić się o udzielenie tego aparatu do Generalnego Komisarza Spisowego, z którym jest w przyjaźni.

3) B r i c h t a:

stwierdza, że wartość danych statystycznych, opartych na pomiarach dokonywanych w ubiegłym roku w szkołach, jest conajmniej problematyczna, specjalnie jeżeli chodzi o pomiary wagi ciała, używano bowiem prawie powszechnie wag dawno niecechowanych, względnie niekontrolowanych uprzednio.

4) P r o f. J a s i ń s k i:

stawia wnioski w sprawie ustalenia norm rozwoju fizycznego dzieci w Polsce, który przyjęto przez aklamację:

- 1) uznając konieczność zebrania danych liczbowych, dotyczących wagi i wzrostu, (wzgl. innych pomiarów podstawowych), w celu ustalenia przeciętnej normy rozwoju fizycznego dzieci w Polsce, IV Zjazd Pedj. Polskich poleca Zarządowi Pol. Tow. Pedjatr. przeprowadzenie możliwie szerokiej i planowej akcji w tej sprawie po uzyskaniu najdalej idącego poparcia władz centralnych i czynników państwowych i samorządowych.
- 2) IV Zjazd zwraca się do Kierowników Klinik, Szpitalików Dziecięcych i Ośrodków Zdrowia oraz do ogółu pedjatrów polskich i lekarzy, poświęcających się pracy lekarsko-społecznej, z g o r ą c y m a p e l e m o wzięcie udziału w zamierzonej akcji i dokonanie żmudnej, a odpowiedzialnej pracy zebrania danych, dotyczących rozwoju fizycznego dzieci w Polsce z jaknajwiększą sumiennością i dokładnością.

K O M U N I K A T :

Z kliniki Chorób Dziecięcych U. W.
Dyrektor Prof. M. M i c h a ł o w i c z.

Wysięki jałowe, ropne w zapaleniach płuc u dzieci.

P o d a ł

R. Stankiewicz.

Ropne zapalenie opłucnej występuje u dzieci zarówno w pławotomem, jak i w zrazikowym zapaleniu płuc. Spotykamy to powikłanie znacznie częściej, niż to można przypuszczać. Zgodnie ze spostrzeżeniami większości badaczy (Rilliet, Barthez, Ylppö, Moro, Nobécourt) w przypadkach włóknikowego zapalenia płuc u dzieci, opłucna w mniejszym lub większym stopniu zawsze przyjmuje udział w zapaleniu. Tak samo zajęcie opłucnej spotykamy i w $\frac{1}{4}$ przypadków zrazikowego zapalenia płuc u dzieci. W lekkich przypadkach zapalenia płuc udział ze strony opłucnej jest niewielki. Jeżeli zaś ognisko zapalne jest rozległe i dochodzi do opłucnej, naówczas opłucna jest matowa lub pokryta złogami włóknika.

Są to zapalenia płuc, przebiegające z zajęciem błon surowiczych. Właściwie mówiąc, ropne zapalenie opłucnej nie jest samoistną jednostką chorobową, lecz tylko objawem częściowym w przebiegu zapalenia płuc u dzieci (Finkelstein). Potwierdzają to wyniki badań pośmiertnych, ponieważ u dzieci zmarłych na zapalenie płuc w $\frac{2}{3}$ przypadków znajdujemy w mniejszym lub większym stopniu zajęcie opłucnej. U niemowląt i dzieci do lat 3-ich niezmiernie często spotykamy ropne zapalenie opłucnej.

Zwłaszcza u niemowląt, według Schkarina, zmarłych na zapalenie płuc, prawie zawsze na sekcji można ustalić zmiany zapalne na opłucnej. To samo spostrzeżenie uczynił Papapanagiota. Autor ten poczytuje za regułę, że ropne zapalenie opłucnej u dzieci jest przeważnie sprawą wtórną, która powstaje wskutek schorzenia sąsiedniej tkanki płucnej lub też na drodze przerzutowej. W tym ostatnim przypadku ropne zapalenie opłucnej jest częściowym objawem zakażenia ogólnego. Potwierdzają to wyniki badań Bovairda, który na 56 sekcjach u niemowląt zmarłych na zapalenie płuc, stwierdził w 27 przypadkach ropne zapalenie opłucnej, a w 10 przypadkach złogi włóknika na opłucnej. Według

wielu badaczy oraz spostrzeżeń własnych w większości przypadków u niemowląt i dzieci do lat 3-ich opłucna reaguje na czynniki zakaźne zapaleniem ropnym. Powstanie sprawy chorobowej, jej rozwój oraz szerzenie się czynników szkodliwych odbywa się drogą oskrzelową, krwionośną i limfonośną.

W przebiegu zapalenia jelita grubego niekiedy powstaje ropne zapalenie opłucnej drogą przerzutową, jak to dowodzą liczne spostrzeżenia Czerny'ego, Moser'a, Seifert'a, Sevestre'a, Finkelstein'a, Feer'a i Koplik'a. Tak na przykład, Behrend pośród 100 przypadków u niemowląt, zmarłych na zapalenie jelita grubego, u 30 na sekcji stwierdził zapalenie opłucnej.

Ropne zapalenie opłucnej, jako cierpienie samoistne (pierwotne!) należy do rzadkości. Spotykamy je tylko po uszkodzeniach i urazach klatki piersiowej u dzieci. Najczęściej jednak ropne zapalenie opłucnej występuje, jakżeśmy to zaznaczyli wyżej, w przebiegu zarówno włóknikowego jak i zrazikowego zapalenia płuc u dzieci. Według Lemoine'a i Netter'a spotykamy te wysięki częściej w okresach początkowych cierpienia (pleuritis parapneumonica*) et. parabronchopneumonica) niż w końcowych (pleuritis metapneumonica et metabronchopneumonica). Powikłania te wywołują najczęściej pneumokoki, lub też spotykamy tutaj zakażenia mieszane (gronkowce, rzadziej paciorkowce lub bac. Pfeiffer'a).

Etiologia, patogeneza i przebieg kliniczny ropnego zapalenia opłucnej są dostatecznie znane. Natomiast morfologia ropnego wysięku bynajmniej nie jest jednolita. Według Feer'a, Lesage'a, Martin'a, Durier'a wygląd ropnego wysięku w dużej mierze zależy od drobnoustrojów. A więc w zakażeniach pneumokokowych spotykamy u dzieci w opłucnej ropę gęstą, jak śmietana, koloru żółtawo-zielonego.

Paciorkowce natomiast wywołują zapalenie opłucnej, w którym ropa jest surowicza z domieszką włóknika.

W zapaleniach wywołanych gronkowcami ropa jest płynna i cuchnąca. Netter jednak nie przywiązuje wielkiej wagi do wyglądu ropy w zależności od drobnoustrojów. Są to rzeczy znane i nie wymagają bliższego omawiania. Natomiast sprawa wysięków jałowych pochodzenia niegruźliczego w zapaleniach opłucnej u dzieci jest naogół mało uwzględniana w piśmiennictwie pedjatrycznym. Le Damany w 1891 r. stwierdził po raz pierwszy u dorosłych wysięki jałowe w opłucnej w przebiegu wielu spraw chorobowych. Autor ten nadmienia, że niekiedy sama opłucna może być nawet zupełnie niezmieniona i normalna. W większości atoli przypadków jałowe wysięki udało mu się stwierdzić wtedy, kiedy w płucach były ogniska zapalne, bądź objawy zwaprobienia płuca lub zawał. Le Damany nazywa te wysięki „epanchements pleuraux pneumogènes“...

Następnie Widal i Gourgerot stwierdzili, że w niektórych

*) „Synpneumonica“ według Finkelsteina.

przypadkach zapalenia płuc (pneumonie, congestion pulmonaire) i w zapaleniach płuc po urazie, w zawale, występują powikłania ze strony opłucnej pod postacią wysięków ropnych. Badanie bakterjologiczne wykazuje, że wysięki te są jałowe. Nakłucie opłucnej stwierdza, że płyn jest czasami koloru cytrynowego, surowiczny, krwawy lub ropny, przeważnie jednak jest to gęsta ropa koloru białego lub żółtego. Po odstaniu się w naczyniu na dnie tworzy się skrzep włóknikowy. Po odwirowaniu tego płynu mamy gęsty obfity osad. Bakterjoskopia bezpośrednia nie wykazuje w ropie obecności drobnoustrojów. Posiewy tego płynu są zawsze jałowe. Jeżeli płyn zastrzyknąć pod skórę śwince morskiej, to otrzymujemy wyniki ujemne.

Badanie drobnowidowe tych wysięków wykazuje białe ciała krwi obojętnochłonne z jądrami wielopłatowymi. Są one przeważnie niezmienione, żywe, czynne i podobne są do białych ciałek, znajdujących się we krwi. Zaródź tych białych ciałek z jądrami wielopłatowymi jest niezmieniona i jednolita (homogène), a jądro jest wyraźnie okonturowane. Jeżeli zapalenie opłucnej z wysiękiem jałowym trwa czas dłuższy, naówczas płyn staje się więcej klarowny. Oprócz białych ciałek krwi z jądrami wielopłatowymi w osadzie znajdują się limfocyty i komórki eozynochłonne. Każde następne nakłucie opłucnej może wykazać nieco odmienne cechy cytologiczne wysięku ropnego i odmienny jego kolor. Wzór cytologiczny też bywa różny, lecz naogół przeważają białe ciała krwi z jądrami wielopłatowymi. Niekiedy jednak pod względem cytologicznym osad jest mieszany i składa się z białych ciałek obojętnochłonnych z jądrami wielopłatowymi, limfocytów, złuszczonego śródbłónka i komórek eozynochłonnych. Obecność komórek eozynochłonnych należy do zjawisk częstych. Czasami liczba ich może dochodzić do 60 % (Le Damany). Według większości badaczy eozynofilja jest pochodzenia miejscowego.

W niektórych przypadkach w ropie stwierdza się wyłącznie złuszczone komórki śródbłónka, krwinki czerwone, rzadziej natomiast białe ciała krwi obojętnochłonne z jądrami wielopłatowymi i limfocyty. Wzór cytologiczny może nie ulec zmianie w ciągu całego przebiegu, ale i może podlegać wahaniom; mianowicie zmniejsza się liczba białych ciałek obojętnochłonnych i zwiększa się liczba limfocytów. W przebiegu cierpienia wzór cytologiczny tych wysięków może się zmieniać. A mianowicie w okresach początkowych cierpienia przeważają białe ciała krwi obojętnochłonne. W późniejszych okresach spotykamy w wysięku przeważnie limfocyty. Rzadko kiedy jałowe wysięki w okresach późniejszych schorzenia przechodzą w wysięki, w których znajdujemy drobnoustroje. Według spostrzeżeń M. Georges'a i S. Goskinas'a to przejście zdarzyć się może w 13%.

W wysiękach jałowych, jakieśmy to zaznaczyli, białe ciała obojętnochłonne są niezmienione, żywe, czynne, i podobne do białych ciałek z jądrami wielopłatowymi, jakie normalnie spo-

tykamy we krwi. Natomiast w wysiękach długotrwałych białe ciała obojętnochłonne mogą ulec zmianie. Naówczas w osadzie z ropy znajdujemy obumarłe i obumierające krwinki białe z jądrami wielopłatowymi w różnych okresach zmian wstecznych. A więc zmiany wsteczne w leukocytach zależą od długotrwałości wysięku (Mosny, Dumont). Istotnie w wysiękach, które powstały szybko, białe ciała obojętnochłonne są niezmienione; w wysięknych zaś długotrwałych białe ciała krwi ulegają wyżej przytoczonym zmianom wstecznym. Patogeneza wysięków jałowych do dzisiaj nie jest należycie wyjaśniona.

Powstanie jałowych wysięków Le Damany uzależniał od zapalenia płuc, zwłaszcza jeżeli ognisko zapalne znajduje się w pobliżu opłucnej i wskutek tego nazywał te wysięki „*epanchements pleuraux pneumogènes*”. Wtedy pomiędzy listkami opłucnej, płucnej i opłucnej ściennej powstają wysięki jałowe na obwodzie ogniska zapalnego wskutek działania toksycznego. Widal i Gourgerot dzielają wyżej przytoczony pogląd na powstanie wysięków. Przemawia za tą hipotezą i wygląd ciałek obojętnochłonnych: białe ciała przeważnie są niezmienione, żywe i czynne, podobne do ciałek obojętnochłonnych, znajdujących się we krwi. A więc brak zmian w białych ciałkach z jądrami wielopłatowymi przemawia na korzyść tej teorii. Königer uzależnia powstanie jałowych wysięków od odczynu tkankowego opłucnej na zapalenia ropne. Na skutek przekrwienia mięszu płucnego i działania toksycznego na naczynia zjawia się aseptyczny wysięk w jamie opłucnowej, a przez ścianę naczynia przenikają białe ciała krwi obojętnochłonne i wskutek tego są one niezmienione (Widal i Gourgerot). Analogiczne zjawisko opisali badacze francuscy, a mianowicie, występowanie wysięków jałowych w opłucnej w przebiegu ropni podprzeponowych lub ropni wątroby (*Pleurésie par lesions de voisinage*). Spostrzeżenia dokonane w Klinice Chorób Dziecięcych U. W. wykazały, że w przypadkach ropnych wysięków otorbionych, nakłucie opłucnej wykazało wysięk jałowy w jednej kieszeni, podczas kiedy w drugiej znajduje się wysięk, w którym obecne są pneumokoki. Analogiczne spostrzeżenia uczynił Königer w ropnem zapaleniu opłucnej w dziesięciu przypadkach. Jakiś wyżej zaznaczyli, w przypadkach ropnych jałowych wysięków sama opłucna może nawet być normalna i niezmieniona (Le Damany). To też według M. Georges'a i S. Goskinas'a w tego rodzaju przypadkach nazwa „zapalenia opłucnej” nie jest słuszna. Należałoby raczej, miast zapalenia opłucnej, używać nazwy „*epanchement pleural pneumogènes*”, którą to nazwę w swoim czasie zaproponował Le Damany.

Większość badaczy skłonna jest przypuszczać, że jałowe wysięki są wywołane nie zarazkami, lecz toksynami drobnoustrojów. Podczas próbnego nakłucia opłucnej drobnoustrojów może już nie być, natomiast stan zapalny trwa dłużej, niż uszkodzenie

opłucnej, wywołane przez te drobnoustroje. Ehrlich przypuszcza, że wiele drobnoustrojów osiada na opłucnej lub znajduje się w zło-
gach włóknika. Stąd też często po nakłuciu w otrzymanej cieczy
brak jest bakteryj. Wydaje się jednak, że hipoteza Le Damany
o powstawaniu tych wysięków jest najwięcej prawdopodobna.
Nowsze prace Tendeloo, o powstaniu i przebiegu zapalenia płuc,
do pewnego stopnia uzupełniają i popierają tę hipotezę. Tendeloo,
opierając się na badaniach doświadczalnych wprowadził pojęcie
„zapalenia obocznego” (Kollaterale Entzündung), które powstaje
w pobliżu ogniska zapalnego. Jest to pojęcie identyczne z zapa-
leniem okołogniskowym (Schmincke). Zapalenie oboczne spotyka się w płucach częściej, niż w innych narządach, ponieważ
tkanka płucna posiada liczne naczynia włoskowate, dzięki czemu
możliwe jest zwiększone wysiękanie i przenikanie białych krwinek
z jądrami wielopłatkowymi przez ścianę naczyń. Zatem wysięki ja-
łowe w opłucnej w przebiegu zapalenia płuc należy traktować,
jako zapalenie oboczne czyli okołogniskowe. Wysięki jałowe
ropne w opłucnej pochodzenia niegruźliczego, były opisane przez
wielu badaczy. Petretakis spotykał je w zapaleniach oskrzeli;
Trémolières i Rafinesque stwierdzili je w przebiegu grypy, powi-
kłanej zapaleniem płuc lub obrzękiem płuc. Niekiedy zjawiają się
wysięki jałowe w opłucnej w przebiegu zarówno płatkowego jak
i odoskrzelikowego zapalenia płuc, lub też powstają czasami jedno-
cześnie w przebiegu ropnych wysięków międzypłatkowych. W więk-
szości przypadków wysięki te są przelotne, szybko przemijają,
lecz niekiedy mogą trwać czas dłuższy (M. Georges, S. Goski-
nas). Zazwyczaj towarzyszą one zapaleniu płuc w pierwszych
dniach cierpienia (pleuritis parapneumonica et parabroncho-pne-
umonica), w okresie gorączkowym. Rzadziej występują one w
późniejszych okresach po zapaleniu płuc u dzieci (pleuritis meta-
pneumonica et metabronchopneumonica). Ilość płynu w opłucnej
jest bardzo mała, rzadziej spotykamy wysięki większe. Stąd też
rozpoznanie tych wysięków jest bardzo trudne i często nawet
mogą one być przeoczone. Fizykalne objawy płynu są bądź mini-
malne, bądź też nie istnieją wcale. Nie zawsze nawet wykrywamy
te małe wysięki zapomocą badania rentgenograficznego. Obecność
tych wysięków jest przeważnie zamaskowana objawami zapalenia
płuc. Jedyne zmiany opukowe (stłumienie!) na ograniczonej prze-
strzeni mogą nasunąć podejrzenie, co do możliwości istnienia tych
wysięków, a ostatecznie rozstrzyga o należytem rozpoznaniu na-
klucie opłucnej.

Z punktu widzenia klinicznego znajomość tych wysięków
jałowych u dzieci jest ważna ze względu na rokowanie i leczenie.
Wysięki jałowe są przeważnie dobrotliwe i w tego rodzaju przy-
padkach następuje przeważnie samoistne wyleczenie (D. Ger-
hardt, Nonnenbruch). A więc dzięki temu nie wymagają zabiegu
chirurgicznego. Jednokrotne nakłucie próbne zazwyczaj jest wy-
starczające, poczem następuje całkowite wyleczenie dziecka cho-

rego. Cechą charakterystyczną tych wysięków jest, że są one małe (5 — 10 — 30 cm.³), przeważnie jałowe i posiadają charakterystyczny wzór cytologiczny (niezmienione białe ciała obojętno-chłonne). Kolor płynu jest zależny od ilości znajdujących się w nim komórek. Zarazków w tych płynach nie znajdujemy, ponieważ są one jałowe, a zastrzyknięcie płynu zwierzętom daje wyniki ujemne.

Dotychczasowe spostrzeżenia własne, dotyczące ropnych, jałowych wysięków w przebiegu zapalenia płuc u dzieci, wynoszą zaledwie dwanaście przypadków. Jest to materiał, zebrany na oddziale obserwacyjnym Kliniki Chorób Dziecięcych U. W. za okres dwóch lat. W tym okresie przewinęło się przez oddział 37 przypadków płatowego zapalenia płuc u dzieci i 89 przypadków odoskrzelikowego zapalenia, a więc odsetek jałowych wysięków wynosi na materiale własnym zaledwie 0,9%. A. Fänkel poczytuje za prawo, że wysięki ropne, nie zawierające żadnych drobno-ustrojów, są bezwarunkowo pochodzenia gruźliczego. Biorąc pod uwagę to zastrzeżenie, zbieraliśmy materiał dowodowy tylko u tych dzieci, u których odczyn Pirqueta i Mantoux w rozcieńczeniu 1/100 i 1/1000 wypadły ujemnie. Przebieg zaś samego cierpienia u tych dzieci był typowy zarówno dla płatowego, jak i dla zrazikowego zapalenia płuc. Czyli, że mieliśmy bezwątpienia do czynienia z cierpieniem nieswoistym, w przebiegu którego nastąpiło powikłanie pod postacią ropnego, jałowego wysięku w opłucnej.

Powikłanie to spostrzegaliśmy u chłopców w 8-miu przypadkach, a u dziewcząt w 4-ch przypadkach. Wynikałoby stąd, że częściej w przebiegu zapalenia płuc jałowe wysięki występują u chłopców niż u dziewcząt. Zastrzegamy się jednak, że materiał jest nieliczny i nie upoważnia pod tym względem do wniosków ostatecznych. Stwierdzamy tylko liczbową przewagę płci męskiej.

Powikłanie to występuje częściej w okresie wczesnego dzieciństwa, niż u dzieci starszych. Według wieku spotykaliśmy to powikłanie u dzieci, jak wykazuje następujące zestawienie:

od	6-ciu	do	12-tu	miesiący w	3	przypadkach
„	1 roku	„	2 lat	„	2	„
„	2 lat	„	3 „	„	2	„
„	3 „	„	4 „	„	2	„
„	4 „	„	5 „	„	1	„
„	8 „	„	9 „	„	1	„
„	11 „	„	12 „	„	1	„

W płatowym zapaleniu płuc jałowe wysięki spostrzegaliśmy w 6-ciu przypadkach, przyczem w 3-ch przypadkach stwierdziliśmy wysięk już w pierwszych dniach cierpienia (pleuritis parapneumonica*), czyli, że powikłanie to wystąpiło jednocześnie

*) Przypadki L. Ks. Głównej 4929, 4272, 5721. Ze względu na rozmiar artykułu nie przytaczam historii chorób, a tylko Nr. książki Głównej.

z rozwojem zapalenia płuc. W pozostałych 3-ch przypadkach jałowe wysięki stwierdziliśmy dopiero po przebyciu płatowego zapalenia płuc (pleuritis metapneumonica)**); w dwóch przypadkach 8-go dnia po przełomie, a w przypadku 3-cim w miesiąc po włóknikowym zapaleniu płuc.

W zrazikowym zapaleniu płuc wysięki jałowe spostrzegaliśmy w 6-ciu przypadkach. Nadmienić przytem należy, że w odoskrzelikowym zapaleniu płuc częściej wysięk jałowy rozwija się w końcowych okresach (pleuritis metabronchopneumonica) niż na początku cierpienia (pleuritis parabronchopneumonica).

W początkowym okresie zrazikowego zapalenia płuc, jałowe wysięki stwierdziliśmy w 2-ch przypadkach. ***) Dotyczyły one dzieci 10-cio miesięcznych, chorych na grypę, powikłaną grypowem zapaleniem płuc. Już w pierwszym tygodniu zrazikowego zapalenia płuc stwierdziliśmy wysięk jałowy w opłucnej. W pozostałych 4-ch przypadkach zrazikowego zapalenia płuc****) wysięk jałowy w opłucnej stwierdziliśmy dopiero w końcowym okresie cierpienia, a mianowicie w końcu 2-go — 3-go — 4-go lub 5-go tygodnia zapalenia płuc. Przytem należy zaznaczyć, że w 5-ciu przypadkach zapalenie płuc poprzedzała grypa, a tylko w jednym przypadku mieliśmy do czynienia z poodrowem zapaleniem płuc, powikłanem wysiękiem jałowym w opłucnej.

Wysięki jałowe w opłucnej stwierdziliśmy zarówno po stronie prawej (6 przypadków) jak i po stronie lewej (6 przypadków). Po nakłuciu opłucnej ilość otrzymanego wysięku wynosiła w naszych przypadkach od 5 cm³ — 10 — 15 — 25 do 50 cm.³ maximum. Ponowne nakłucia opłucnej, dokonane w odstępach parodniowych, przeważnie już nie wykazywały wolnej ropy w opłucnej. A więc wysięki te były niewielkie, jakeśmy to zresztą wzmiankowali wyżej, zarówno w płatowych jak i zrazikowych zapaleniach płuc. Zazwyczaj są one przelotne, dobrotliwe, wskutek czego cierpienie kończy się przeważnie samoistnem wyleczeniem, co mieliśmy możność stwierdzić w spostrzeżeniach własnych. Z pośród 12-tu przypadków wszystkie zakończyły się pomyślnie i dzieci zostały wyleczone. Nie wdając się w szczegóły, należy nadmienić, że wygląd tych wysięków jałowych i wzór ich cytologiczny był w spostrzeżeniach własnych identyczny z wynikami przytoczonymi wyżej t. j. przewaga białych ciałek obojętnochłonnych (75%), niewielka ilość limfocytów (25%), pojedyncze komórki złuszczonego śródbłonna; komórki zaś obojętnochłonne spotykaliśmy tylko w sporadycznych przypadkach (4-ch). W 10-ciu przypadkach przy bakterjoskopji bezpośrednio żadnych drobnoustrojów nie znaleziono. Tylko w 2-ch przy-

***) Przypadki L. Ks. Głównej 4872, 4562, 2706.

****) Przypadki L. Ks. Głównej 5012, 5920.

*****) Przypadki L. Ks. Głównej 4945, 2151, 2449, 4110.

padkach*) w preparatach bezpośrednich znaleziono Gramm dodatni dwoinki (pneumokoki?). Natomiast posiewy na buljonie zwykłym z domieszką krwi ludzkiej i pneumokokowym zarówno w 10-ciu wymienionych przypadkach, jak i w pozostałych 2-ch były jałowe.

Specjalnie w zapaleniach pneumokokowych, jak to wykazał Jakowski, w preparatach bezpośrednich niekiedy bakterje mogą być obecne, natomiast posiewy są w tych przypadkach jałowe. Według Jakowskiego, są to przeważnie bakterje obumarłe, które wkrótce podlegają autolizie, bądź też tracą one swoją żywotność.

Wobec nasuwających się wątpliwości i rozbieżności pomiędzy wynikami badania bezpośredniego i jałowością posiewów w tych 2-ch przypadkach, wysięki zaszczypliśmy świnie morskiej i otrzymaliśmy wyniki ujemne. Badanie to potwierdziło ponad wszelką wątpliwość, że mieliśmy do czynienia w tych 2-ch przypadkach z wysiękami jałowymi w przebiegu zapalenia płuc.

W N I O S K I.

1) W zapaleniach płuc u dzieci do lat 3-ch opłucna często przyjmuje udział.

2) W niewielkim odsetku przypadków (0,9%) zapalenia płuc u dzieci spotykamy ograniczone wysięki ropne, jałowe, które są pochodzenia niegruźliczego.

3) Wysięki ropne, jałowe, pochodzenia niegruźliczego, spotykamy zarówno w płatowym, jak i zrazikowym zapaleniu płuc u dzieci.

4) Wysięki te posiadają charakterystyczny wzór cytologiczny.

5) Przeważnie są one niewielkie, przelotne i dobrotliwe.

6) Znajomość tych wysięków jest ważna ze względu na rokowanie i leczenie.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. B r u n s O. und E w i g W. Erkrankungen der Pleura. Spezielle Pathol. und Therapie innerer Krankheiten. Kraus F. und Brugsch T. III Band 1924 r. 2. B u r g h a r d. Zur Pathogenese und Therapie eitriger Pleuraerkrankungen im Säuglingsalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd 42 1926 r. 3. G o s k i n a s. Sur les épanchements aseptiques pneumogènes de la plèvre consécutives aux lésions pulmonaires grippales. La Presse méd. N. 5. 1920 r. 4. L e D a m a n y. Epanchements pleuraux aseptiques consécutifs aux affections bronchopulmonaires. Presse Méd. 1901 r. 5. G e o r g e s M. et G o s k i n a s. Sur les épanchements aseptiques pneumogènes de la plèvre consécutifs aux lésions pulmonaires grippales. Presse Méd. 1920 r. 6. K ö n i g e r. Ueber sterile seröse Pleuraergüsse bei Pleuraempyem und Lungenabszessen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 12,

*) Przypadki L. Ks. Głównej 4872 i 2151.

1909 r. 7. S t ä h e l i n. Pleuritis. Handb. d. inn. Med. 1924 r. 8. S t a m m C. Empyembehandlung in Säuglings und Kindesalter. Monatschr. f. Kinderheil. 49 Band Heft 1. 1931 r. 9. S o k o ł o w s k i A. Wykłady Kliniczne. Choroby dróg oddechowych. 1905 r. 10. T e n d e l o o. Studien über die Entstehung und den Verlauf der Lungenkrankheiten. 1931 r. 11. W i d o w i t z. Ein Beitrag zur Pathogenität des Pneumokokkus bei metapneumonischen Erkrankungen im frühesten Kindesalter. Archiv. f. Kinderheilk. Bd. 70 1922 r. 12. Z y b e l l. Das Empyem in Säuglingsalter. Ergeb. d. inn. Med. und Kinder. Bd. 11. 1913 r.

D Y S K U S J A:

1) K a u l b e r s z - M a r y n o w s k a.

W klinice dziecięcej U. S. B. w Wilnie spostrzegano w r. 1928 przypadek jałowego ropnego zapalenia opon m.-rdzeniowych u 5-cio miesięcznego dziecka, w którym rozpoznanie zostało ustalone na zasadzie stwierdzenia w pł. mózgowo-rdzeniowym ogromnej liczby leukocytów (pleocytoza 7400) o wyraźnych konturach jądra i protoplazmy, podobnych do normalnych leukocytów krwi, na którą to cechę Widal zwrócił uwagę. Przypadki ropnego jałowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych kończą się pomyślnie, podobnie jak i ropne jałowe zapalenie opłucnej. W naszym przypadku w 12 dniu choroby nakłucie łądźwiowe wykazało płyn przezroczysty, składający się prawie wyłącznie z limfocytów i dziecko ozdrowiało zupełnie (przyp. opisany przeze mnie w Polskiej Gaz. Lek. 1928).

K O M U N I K A T Y:

Dr. R. Stankiewicz (Warszawa): — Zrazikowe zapalenie płuc z komórkami olbrzymiemi, jako powikłanie grypy. (praca wchodzi w skład Monografji drukowanej obecnie w „Polskich Monogr. i Wykł. Klinicz. z dziedziny pedjatrji“).

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. W.
Dyr. Prof. M. Michałowicz.

Leczenie schorzeń nieswoistych płuc u dzieci za pomocą odmy sztucznej.

Podał

S. Popowski i R. Stankiewicz.

Leczenie nieswoistych schorzeń płuc u dzieci za pomocą odmy sztucznej rozpoczęliśmy na początku 1929 r. i na posiedzeniu Towarzystwa Pedjatrycznego przedstawiliśmy pierwszy przypadek grypowego zapalenia płuc, leczony tą metodą z wynikiem nadspodziewanie pomyślnym. Od tego czasu w ciągu ubiegłych dwóch lat materiał nasz obejmuje dotychczas zaledwie 10 przypadków nieswoistych schorzeń płuc u dzieci, leczonych za pomocą odmy sztucznej. Niewielka liczba przypadków tłumaczy się tem, że odmę sztuczną stosujemy tylko w przypadkach wyjątkowych u dzieci, w myśl wskazań, ustalonych przez Ibrahimá. Duken'a, Jahr'a, Neumann'a i Klotz'a. W zrazikowych zapaleniach płuc, według Klotz'a, „odmę sztuczną należy stosować jeżeli zapalenie płuc zaczyna przechodzić w stan przewlekły i jest obawa powstania rozstrzeni“.

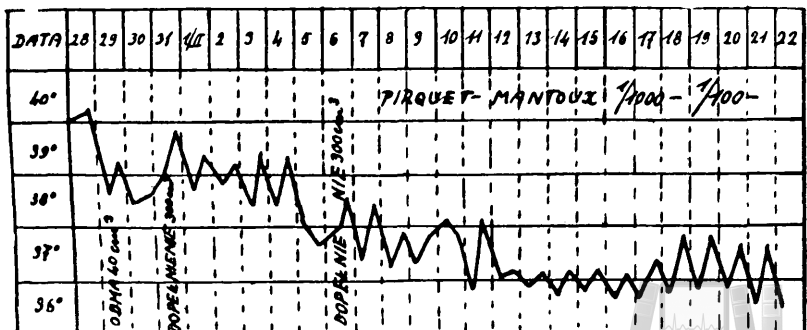
Zatem spośród materiału klinicznego niewiele znajdujemy przypadków, które kwalifikują się do leczenia za pomocą odmy sztucznej. W okresie sprawozdawczym za ubiegłe 2 lata przewinęło się w Klinice Chorób Dziecięcych U. W. na oddziale obserwacyjnym 130 przypadków nieswoistych schorzeń płuc, z czego tylko 10 przypadków było leczonych odmą.

Pośród leczonych było:

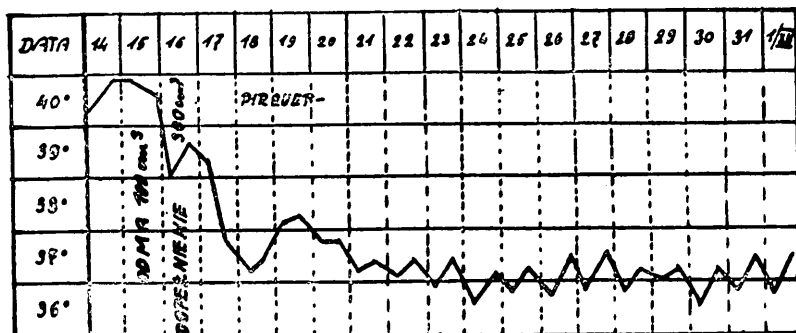
- 1) 3 przypadki głębokiej zgorzeli płuc,
- 2) 6 przypadków zrazikowego zapalenia płuc,
- 3) 1 przypadek rozstrzeni oskrzeli.

Niewielka liczba przypadków zrazikowego zapalenia płuc, leczonych odumą, tłumaczy się tem, że na oddziale obserwacyjnym mieliśmy albo przypadki bardzo lekkie, które nie wymagały leczenia, albo też od samego początku ciężkie, przebiegające z ropnem zapaleniem opłucnej, a więc nie nadawały się one do leczenia odumą. Zresztą zawsze trzymaliśmy się zasady Romingera, że „zakładanie odmy, zwłaszcza u całkiem małych dzieci, nie jest zabiegiem obojętnym”. Według tego badacza, „odsetek dzieci, wyleczonych zapomocą odmy, jest niewielki, a niebezpieczeństwo związane z zabiegiem jest duże”. Przyczem nadmienić należy, że do leczenia odumą kwalifikowaliśmy tylko materiał wyjątkowy. A więc przedewszystkiem przypadki głębokiej zgorzeli płuc górnopłatowej, która „przez dłuższy czas pozostawia jamę opłucnową wolną, co jest pierwszym i najważniejszym warunkiem założenia odmy” (A. Landau i J. Held). Dolnopłatowa zgorzel u dzieci nie nadaje się do leczenia odumą, ponieważ często towarzyszą jej zmiany na opłucnej (zrosty), które uniemożliwiają dokonanie odmy i uciśnięcie płuca.

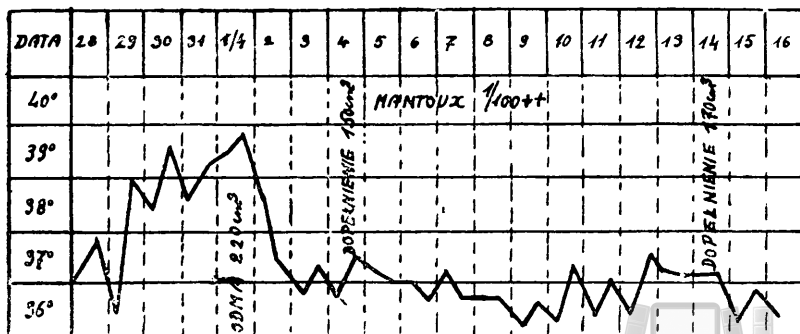
Pierwszy przypadek zgorzeli, leczony za pomocą odmy sztucznej, dotyczył Kazia M. lat 11, przyjętego do Kliniki 28.X.1929 r. L. Ks. Głównej 4482 ze zgorzelą głęboką górnego lewego płata. Cierpienie zaczęło się nagle przed tygodniem i przebiegało wśród bardzo burzliwych objawów, jako to: wysokiej t° ($39,5^{\circ}$), wymiotów parokrotnych i krwotoków z nosa. Kliniczne badanie i rentgenologiczne ustaliło zmiany zgorzelinowe w obrębie górnego lewego płata. Na drugi dzień po przyjęciu do Kliniki (8-go dnia choroby) założono odmę sztuczną z dwukrotnem dopełnianiem w pewnych odstępach czasu: 1-sze dopełnienie na 3-cią dobę po założeniu odmy (wpuszczono 300 cm^3 powietrza przy końcowem ciśnieniu — 4). Już po założeniu pierwszej odmy z dopełnieniem nastąpił spadek ciepłoty, a po drugim dopełnieniu gorączka opadła i nastąpiło wyzdrowienie całkowite dziecka (Kliniczne i rentgenologiczne).



Drugi przypadek zgorzeli, leczony odmą sztuczną, dotyczył Jerzego D. lat 8, przyjętego do Kliniki 14.IX.1929 r. L. Ks. Głównej 4520 ze zgorzłą głęboką prawego górnego płata. Cierpienie przebiegało wśród wysokiej t° ($40,5^{\circ}$), bólu głowy i drgawek parokrotnych. Siódmego dnia choroby (2-go pobytu na oddziale) założono odmě sztuczną (wpuszczono 100 cm^3 powietrza) i na drugi dzień dopełniono odmě (300 cm^3 powietrza przy ciśnieniu końcowem — 4). Następnego dnia nastąpił spadek t° do $37,2$ i niespełna po tygodniu wyzdrowienie dziecka. Nadmienić przytem należy, że w tym przypadku żadnych innych leków aptecznych nie stosowano. Oba wyżej przytoczone przypadki były później w obserwacji poliklinicznej w ciągu roku, przy czem nastąpiło wyleczenie całkowite zarówno kliniczne, jak i rentgenologiczne (zdjęcie rentgenograficzne zaraz po wyleczeniu jak i w rok potem zmian nie wykazywało).



Trzeci przypadek zgorzeli, leczony odmą sztuczną dotyczył Jadzi E. lat 4, przyjętej do Kliniki 28.III.1931 r. L. Ks. Głównej 5932. W dniu przyjęcia badanie kliniczne i rentgenologiczne ustaliło w środkowym płacie w części jego przywnękowej duże ognisko zapalne. Oddech był cuchnący, gnilny, typowy dla sprawy zgorzelinowej. Piątego dnia po przyjęciu do Kliniki (12-go dnia cierpienia) założono odmě sztuczną (wpuszczono 220 cm^3 powietrza); następnego dnia nastąpił spadek t° z $39,8$ do $36,8$, polepszenie samopoczucia i poprawa stanu ogólnego. Trzeciego dnia dopełniono odmě (150 cm^3 powietrza), poczem nastąpiło wyzdrowienia dziecka. Dziesiątego dnia ponownie dopełniono odmě (170 cm^3 powietrza) i dziecko w stanie zupełnie dobrym opuściło klinikę z poleceniem dalszego leczenia w poliklinice.



Trzy wyżej przytoczone przypadki, leczone za pomocą odmy sztucznej z wynikami nadspodziewanie pomyślnymi, dotyczyły głębokiej zgorzeli płuc, niepowikłanej zajęciem opłucnej. Pomyślny wynik leczenia w dużej mierze uzależnić należy od tego, że odmę założono we wczesnych okresach cierpienia (koniec pierwszego tygodnia).

Poza głęboką zgorzelą płuc górnopłatową do leczenia odmą sztuczną nadają się wyjątkowe przypadki zrazikowego zapalenia płuc u dzieci. Jednak przed rozpoczęciem leczenia należy ściśle ustalić wskazania i przeciwwskazania do odmy i dopiero potem można przystępować do leczenia tym sposobem. A więc, przedewszystkiem nadaje się do leczenia odmą sztuczną 1) **j e d n o s t r o n n e z a p a l e n i e p ł u c g r y p o w e**, wobec którego współczesne leczenie zachowawcze jest bezsilne. Doświadczenie kliniczne poucza, że tego rodzaju cierpienie cechuje wielka skłonność do uogólniania się i przeto stanowi ono istotną „plagę szpitalną”; 2) **z w ł a s z c z a b a r d z o n a d a j ą s i ę d o l e c z e n i a o d m ą t e j e d n o s t r o n n e z a p a l e n i a p ł u c o d o s k r z e l i k o w e**, które są powikłane wysiękiem międzypłatowym lub 3) **p r z e b i e g a j ą w ś r ó d o b j a w ó w z n a c z n e g o p r z e s u n i ę c i a ś r ó d p i e r s i a i n i e d o m o g i u k ł a d u k r ą ż e n i a (s i n i c a)**.

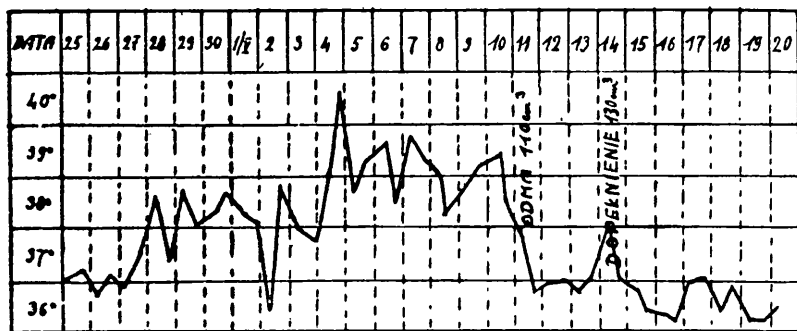
Zawartość krwi w płucach zależy nie tylko od pracy serca, ale przedewszystkiem od ciśnienia w klatce piersiowej. Jednostronne zmniejszenie tego ciśnienia wpływa na większe ukrwienie tego płuca: znany przykład tego przesunięcia krwi spotykamy przy leczeniu odmą sztuczną gruźlicy płuc. Jeżeli założyć odmě jednostronną, z powodu czego wzmagają się ciśnienie w płucu chorem, naówczas więcej krwi dopływa do płuca drugiego; krew ta w drugim płucu ulega lepszemu utlenieniu się, sinica się nie zwiększa, chociaż uciśnięte płuco nie przyjmuje udziału w oddechaniu. Rentgenologicznie stwierdzamy w drugim płucu nieuciśniętym przepelnienie krwią, co się wyraża wzmocnieniem rysunku naczyń.

W przypadku zapalenia płuc, płuco, będące w stanie zapalnym, jest mniejsze i zajmuje mniejszą przestrzeń. Stąd ciśnienie po tej stronie klatki piersiowej jest zmniejszone, a ukrwienie chorego płuca większe. Płuco chore zawiera więcej krwi, która nie utlenia się należycie, wskutek czego, między innymi, powstaje sinica.

Jeżeli w przebiegu zapalenia płuc występuje znaczne zwężenie jednej połowy klatki piersiowej, przesunięcie śródpiersia i wybitna sinica, naówczas należy założyć odmě. Odma sztuczna w tych przypadkach wybitnie zmniejsza sinicę i wywiera dobroczynny wpływ nie tylko na układ krążenia, ale i na dalszy przebieg cierpienia, jakśmy to spostrzegali w przypadku 4-tym.

Przypadek 4. Jan M. lat 1 mies. 8 przybył do Kliniki 25.IV.1929 r. L. Ks. Główniej 3897 z powodu ciężkiej grypy, powikłanej prawostronnym zapaleniem płuc i znaczną sinicą. 16-go dnia choroby założono odmě sztuczną po stronie prawej (wpuszczono 110 cm³ powietrza przy ciśnieniu koń-

cowem — 2). Na drugi dzień ciepłota z 39,5 opadła do 37, sinica ustąpiła i nastąpiła znaczna poprawa stanu ogólnego. W miarę, jak na 4-ty dzień po założeniu odmy powietrze uległo wessaniu (Roentgen) ciepłota podniosła się do 38,2°; natychmiast dopełniono odmę (130 cm³ powietrza), poczem nastąpił ponownie spadek t° i wyleczenie dziecka, (klinicznie i rentgenologicznie).



Leczenie odoskrzelikowego zapalenia płuc za pomocą odmy jest wskazane i w tych przypadkach, które 4) przebiegają wśród znacznej duszności i ciężkiego stanu ogólnego. Zarówno stan ogólny ciężki jak i duszność są wyrazem nie tylko ciężkości schorzenia, ale przede wszystkim świadczą o zatruciu ustroju jadami drobnoustrojów. Tego rodzaju przypadki w znakomitej większości kończą się niepomysłnie przy leczeniu zachowawczem, ponieważ cierpienie przewleka się, a tem samem sprawa zapalna uogólnia się. Dlatego odma sztuczna nie jest przeciwwskazana w przypadkach jednostronnego zrazikowego zapalenia płuc, któremu towarzyszy znaczna duszność, o czem przekonano nas spostrzeżenie własne.

Przypadek 5. Jadzia Cz. 1 rok mies. 10, przyjęta do Kliniki 27.XI.1929 r. L. Ks. Głównej 4555 z objawami prawostronnego odoskrzelikowego zapalenia płuc, przebiegającego wśród znacznej duszności i porażenia układu naczyniowego obwodowego (bładość). Liczba oddechów 60 na l', w ciągu 5-ciu dni leczona zachowawczo bez wyników, a tymczasem duszność wzrastała się, pomimo, że t° nie przekraczała 38°; 6-go dnia pobytu założono odmę (300 cm³ powietrza), poczem t° opadła do 37, wątroba zmniejszyła się, duszność ustąpiła i stwierdziliśmy nadspodziewaną poprawę stanu ogólnego dziecka. Wkrótce potem nastąpiło całkowite wyleczenie, pomimo, że w 10 dni po założeniu odmy powietrze wessało się całkowicie (badanie rentgenograficzne).

W wyżej przytoczonych 5-ciu przypadkach nieswoistych schorzeń płuc, leczonych odmą, osiągnęliśmy wyniki nie tylko bardzo pomyślne lecz wprost zdumiewające i długotrwałe. Późniejsza bowiem parokrotna kontrola tych dzieci w ciągu roku wymownie nas o tem przekonała.

Odma sztuczna nie wywiera szkodliwego wpływu na przebieg cierpienia. Nie należy zatem obawiać się tego zabiegu, albowiem w przypadkach nadających się do tego rodzaju leczenia odma

sztuczna jest potężnym zabiegiem leczniczym. Nierzadko widzujemy u dzieci „samoistną odmę” w przebiegu zapalenia płuc, przyczem wywiera ona też dzięki czynnemu wpływ na dalszy przebieg cierpienia, jako to: polepsza się samopoczucie i następuje spadek t° (Ibrahim, Duken, Jahr, Neumann, Barański). Naogół można powiedzieć, że odma sztuczna w żadnym wypadku nie działa ujemnie na samopoczucie dziecka, układ krążenia i oddechania, a widzujemy nawet zwiększoną sprawność tych narządów (znikanie sinicy i duszności). Unieruchomienie chorego płuca, ochrona należyta tkanki schorzałej, pozwala nam uniknąć szerzenia się nie tylko zarazka chorobotwórczego, zawdzięczając uciskowi naczyń limfonośnych oraz przekrwieniu biernemu płuc, ale w znacznej mierze odma sztuczna nie pozwala szerzyć się ognisku zapalnego. Dzięki odmie uprzedzamy możliwość powstawania nowych ognisk w płucu, które jest unieruchomione. Według Jahra i Neumanna nie jest wykluczone, że w ciężkich przypadkach zapalenia płuc, dzięki odmie sztucznej, udaje się „zahałmować” i nie dopuścić do takiego powikłania, jakim jest zapalenie opłucnej.

Pomimo korzystnych wyników nie należy tej metody stosować *largamano* w każdym przypadku, lecz tylko w przypadkach wyjątkowych, a mianowicie w tych, w których leczenie zachowawcze nie dało wyników pomyślnych. Zwłaszcza odma sztuczna, jako metoda pomocnicza, wskazana jest w przypadkach przewlekających się zapaleń płuc u dzieci. Niekiedy za pomocą odmy osiągamy tutaj wyniki pomyślne, chociaż mogą one być przejściowe.

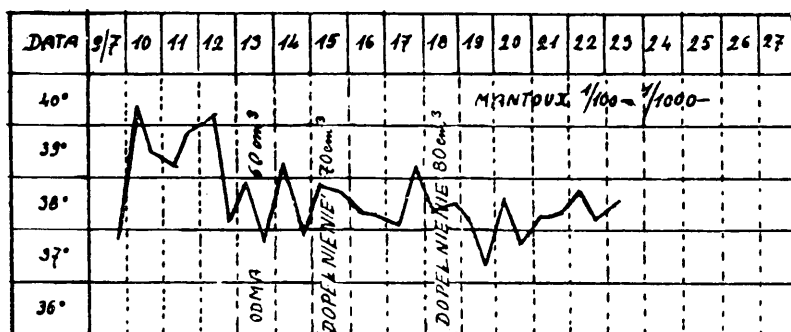
Pośród materiału własnego mieliśmy dwa takie przypadki przewlekłego zapalenia płuc, w których odma sztuczna, chociaż nie dała całkowitego wyleczenia, to jednak za pomocą tej metody osiągnęliśmy czasowe pomyślne wyniki, chociaż były one przemijające.

Przypadek 6-ty. Terenia K. lat 2 mies. 9, przyjęta do Kliniki 18.VI.1930 r. L. Ks. Głównej 5171. Przypadek z tego względu ciekawy, że dziecko miało wrodzoną wadę serca. Przedmiotowe badanie ustaliło przewlekające się zapalenie lewego dolnego płata, powstałe na tle grypy. Po dwutygodniowej obserwacji dziecka w Klinice i bezowocnym leczeniu zachowawczym, w końcu 3-go tygodnia pobytu założono odmę sztuczną z jednokrotnym dopełnieniem. Po dokonaniu odmy nastąpił spadek t°, ustąpiła sinica i stwierdziliśmy znaczną poprawę stanu ogólnego. Dziecko wypisano z Kliniki w celu leczenia klimatycznego ze względu na letnią porę roku. W ciągu 3-ch miesięcy dziecko czuło się dobrze. Po upływie zaś 5-ciu miesięcy ponownie przybyło ono na oddział, ale tym razem z objawami znacznej niedomogi układu krążenia (spadek ciśnienia obwodowego, sinica, rozszerzenie serca, znaczne powiększenie wątroby i obrzęki kończyn). W płucach badanie fizykalne i rentgenograficzne nie stwierdziło zmian w dolnym lewym płacie, w którym poprzednio było ognisko zapalne.

Wiek dziecka nie stanowi przeciwwskazań do odmy sztucz-

nej, jeżeli chodzi o leczenie nieswoistych schorzeń płuc. Najmniejszy pacjent którego leczylimy odmą sztuczną miał $\frac{1}{2}$ roku.

Przypadek 7-my. Jerzy T. miesięcy 6, przyjęty do Kliniki 9.VII.1930 r. L. Ks. Głównej 5243. Dziecko od 3-go miesiąca życia było chore na prawostronne zapalenie płuc w przebiegu którego rozwinęło się wyniszczenie (waga dziecka 5,600 kg.) i długotrwały stan gorączkowy. W dniu przyjęcia t° 40, stan ogólny bardzo ciężki. Przedmiotowe badanie kliniczne i rentgenograficzne wykazało w okolicy przykręgosłupowej po stronie prawej odoskrzelikowe zapalenie płuc. Po założeniu odmy z dwukrotnem dopełnieniem nastąpił umiarkowany spadek t° do 38, sinica zniknęła oraz zaznaczyła się wybitna poprawa stanu ogólnego. W niespełna tydzień po dokonaniu odmy stwierdziliśmy przyrost wagi ciała (290 gr). Chorego w stanie znacznej poprawy wypisano, poczem leczono w poliklinice. Początkowa poprawa okazała się jednak nietrwałą. Dziecko było leczone w poliklinice jeszcze 3 miesiące i zmarło wskutek wyniszczenia oraz uogólnienia się ognisk zapalnych w obu płucach.



Wątpliwy wynik leczenia za pomocą odmy sztucznej osiągamy i wtedy, kiedy dziecko wykrztusza obfitą ropną płwocinę lub duże ilości tej ostatniej. W tych przypadkach odma sztuczna jest stanowczo przeciwwskazana, ponieważ należy się liczyć z dalszem uogólnianiem się cierpienia i możliwością przerzutów ogniska zapalnego. Dalej, wątpliwy wynik leczenia odmą jest wtedy, kiedy po stronie przeciwnej (w drugim płucu) są objawy nieżyty oskrzeli. Według Klotza w tych przypadkach wcześniej czy później rozwija się w tem płucu odoskrzelikowe zapalenie, co jest istotną przyczyną niepowodzenia, jakieśmy to spostrzegali w następującym przypadku:

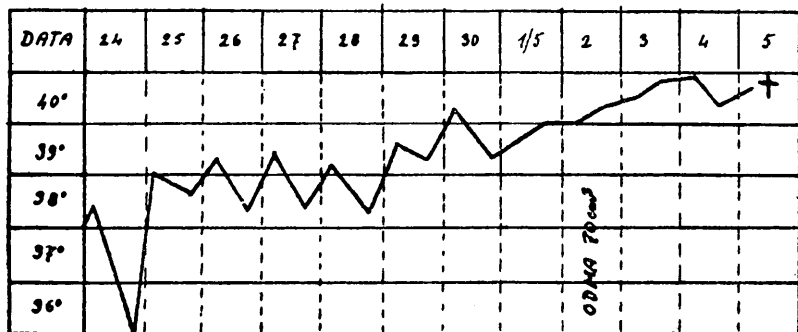
Przypadek 8-my. Marysia S. 8 mies. przyjęta do Kliniki 8.IV.1930 r. L. Ks. Głównej 4964 z powodu lewostronnego zapalenia płuc o przebiegu bardzo ciężkim, przypominającym posocznicę. Po dokonaniu odmy nie było poprawy: t° nie opadała, a w 4 dni potem dziecko zmarło.

Sekcja wykazała obustronne zapalenie płuc z przewagą po stronie lewej. NB. za życia po stronie prawej badanie fizykalne zmian nie stwierdzało.

Również po dokonaniu odmy nie osiągnęliśmy wyniku pomyslnego i w przypadku niżej przytoczonym.

Przypadek 9-ty. Halinka M. Mies. 8 przyjęta do Kliniki 21.XI.1929 r. L. Ks. Głównej 4546. Kliniczne rozpoznanie brzmiało: dur rzekomy?, ropne zapalenie miedniczek nerkowych, nowotwór w okolicy lewej nerki i przy-

kręgosłupowe zapalenie płuc po stronie prawej. Stan ogólny dziecka był bardzo ciężki, a cierpienie przebiegało wśród objawów posocznicy. W 3-im tygodniu pobytu na oddziale dokonano odmy po stronie prawej, lecz bez wyników pomyślnych:



W dwa tygodnie po zabiegu dziecko zmarło. Sekcja wykazała: nowotwór, wychodzący z lewego nadnercza, i w dolnym prawym płacie w okolicy przykręgosłupowej ogniskowe stwardnienie płuc, jako pozostałość po przebytem zapaleniu. Istotną przyczyną śmierci jednak nie była tutaj odma, a ogólne charłactwo, które rozwinęło się wskutek nowotworu. Zaznaczyć należy, że ostatnie dwa przypadki (8, i 9-ty) już przed zabiegiem leczniczym rokowały niepomyślnie, ponieważ przebieg cierpienia był wyjątkowo ciężki. W obu tych przypadkach uciekaliśmy się do odmy, jako do środka ostatecznego, nie obiecując sobie zresztą wiele po tym zabiegu.

Pośród nieswoistych schorzeń płuc, nadających się do leczenia odmą sztuczną, należy jeszcze wymienić rozstrzeń oskrzeli. Spotykamy tu jednak duże trudności, ponieważ rozstrzeni oskrzeli towarzyszą zwykle rozległe zrosty opłucnowe, które uniemożliwiają całkowity ucisk płuca. Oprócz tego w rozstrzeni oskrzeli spotykamy przeważnie daleko posuniętą marskość mięszu płucnego. Sztuczna odma w tych warunkach napotyka na znaczne trudności, ponieważ nie udaje się całkowicie ucisnąć ani płuca, ani rozszerzonych oskrzeli, które są otoczone grubą warstwą tkanki łącznej. Stąd też nie należy sobie obiecywać dobrych wyników po leczeniu odmą rozstrzeni oskrzeli. Między innymi K. Dąbrowski u dorosłych leczył rozstrzeń oskrzeli za pomocą odmy sztucznej i nie osiągał dobrych wyników. Według Rista „do leczenia za pomocą odmy sztucznej, nadaje się rozstrzeń oskrzeli tylko wczesnych okresach”. Dalej, wadą tego sposobu leczenia jest, że odmę musimy stosować przez szereg lat. Przy zakładaniu odmy należy dążyć do całkowitego ucisku schorzałego płuca, co w całym szeregu przypadków może być przyczyną powstania objawów wysoce niepożądanych. Oprócz tego, jak wiadomo, pewne postacie rozstrzeni oskrzeli po leczeniu odmą przez czas dłuższy nie ulegają zmianie. Zatem istotny dowód przyczynowy pomiędzy polepszeniem i leczeniem trudno jest ustalić.

Osobiste nasze spostrzeżenia są zbyt skąpe. Za pomocą odmy sztucznej leczylimy tylko jedno dziecko z rozstrzenią oskrzeli.

Przypadek 10. Zosia P. Lat 12 przyjęta do kliniki 5.I.1929 r. L. Ks. Głównej 3665. Badanie kliniczne i rentgenograficzne (po wlewaniu lipiodolu) ustaliło niewielką rozstrzeń w lewym dolnym płacie. Po miesięcznej obserwacji dziecka założylimy odmě, która była dopełniana w przeciągu 8 miesięcy. Po upływie 1 roku badanie fizykalne i rentgenograficzne wykazało zmiany identyczne z tem, cośmy stwierdzili na początku przed założeniem odmy. Osiągnięty wynik po odmie w tym przypadku nie był zachęcający. Większość klinicyków też nie stwierdzała dodatniego wpływu leczniczego odmy na przebieg rozstrzeni oskrzeli.

W N I O S K I.

1) Odma sztuczna jest metodą pomocniczą przy leczeniu nieswoistych schorzeń płuc u dzieci.

2) Nie należy jej stosować w każdym przypadku.

3) Do leczenia odmě nadają się tylko przypadki wyjątkowe u dzieci.

4) Przed rozpoczęciem leczenia należy ustalić wskazania i przeciwwskazania do założenia odmy.

5) Za pomocą odmy sztucznej należy leczyć u dzieci:

a) głęboką zgorzel płuc górnopłatową,

b) jednostronne zrazikowe zapalenie płuc, powikłane lub nie wysiękiem międzypłatowym,

c) jednostronne zapalenie płuc, przebiegające wśród objawów duszności i sinicy,

d) przewlekające się i przewlekłe zapalenia płuc ze skłonnością do rozstrzeni oskrzeli,

e) rozstrzeń oskrzeli tylko we wczesnych okresach.

6) Przeciwwskazana jest odma, jeżeli w drugim płucu stwierdzamy zajęcie oskrzeli lub też kiedy dziecko wykrztusza obfitą ropną plwocinę.

7) Wiek dziecka, sinica i duszność nie stanowi przeciwwskazań do odmy.

PIŚMIENICTWO.

1. D u k e n J. Der künstliche Pneumothorax in der Behandlung der Kindlichen Pneumonie. Klinische Wochenschr. N. 47. 1930. 2. J a h r J. und N e u m a n n R. Zur Pneumothorax — Behandlung der Säuglingspneumonie. Klinische Wochenschr. N. 47, 1930. 3. I b r a h i m und D u k e n J. Zur Behandlung der Kindlichen Pneumonie mit dem Künstlichen Pneumothorax. Archiv. f. Kinder 84 Band, 1928.

W zaparciach i zaburzeniach trawiennych wieku dziecięcego najstosowniejszym lekiem regulującym wypróżnienia jest

ENTEROL-MOTOR

(ol. paraf. chem. puri pro uso interno).

Bez smaku i zapachu jest chętnie przyjmowany przez dzieci.

Cenną właściwością Enterolu jest możliwość stosowania go w stanach podrażnienia wyrostka robaczkowego, gdzie jak wiadomo, olej rycynowy działa u j e m n i e.

Wskazania: zaparcia, zatrucia pochodzenia jelitowego, nieżyty ostre, przewlekłe przewodu pokarmowego zwłaszcza jego dolnych odcinków.

Doustnie: 2—3 łyżeczki dziennie zależnie od wieku.

W enemie: 2—3 łyżki stołowe.

MAGISTER
FARMACJI

JAN GESSNER

APTEKA I LABORATORJUM CHEM.-FARMAC.
Warszawa, Al. Jerozolimska 11.

Telefony: 795-49 — biuro; 625-70 — apteka; 227-11 — fabryka

P O L E C A :

Inj. „PNEUMONIN“ Gessner

№ 1 w 1cc i № II w 2cc

Skład: Chinin-Camphora-Menthol
Eukalyptol i Ol. Aether.

Grypa, zapalenia płuc, astma i krztusiec u dzieci.

Sirupus DROSERAE C. EXTR. Thymi

łagodzi ataki kaszlu, w krztuścu
i zaflegmieniu dróg oddechowych.

LITERATURĘ I PRÓBKĘ DLA P.P. LEKARZY GRATIS I FRANCO.

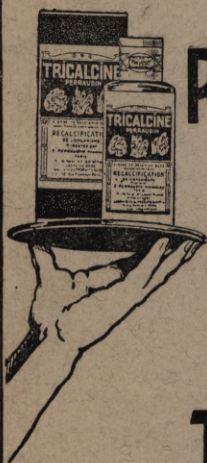
A.077

TRICALCINE

ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

NAJRADYKALNIEJSZY

NAJBARDZIEJ RACJONALNY



REKALCYFIKACJA

(UWAPNIANIE)

NIE MOŻE BYĆ PEWNIJ

PRAKTYCZNIJ

OSIĄGNIĘTA

JAK TYLKO PRZEZ

TRICALCINE

SOLE WAPNI PRZYSWAJALNE

GRUŻLICA PŁUC I KOŚCI
GRUŻLICZE ZAPALENIE OTRZEWNEJ
KRZYWICA, ZOŁZY, WYNISZCZENIE ORGANIZMU
PRÓCHNICA ZĘBÓW, ZŁAMANIA KOŚCI
REKONWALESCENCJA

LABORATOIRE DES "PRODUITS SCIENTIA" D^e E. PERRAUDIN Phⁿ del^oci. 21. Rue Chaptal PARIS 9^e

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71. Telefon 8-34-48.



www.dlibra.wum.edu.pl