

DR. V. HÜTTENBRENNERA

Prof. Pediatrii w Wiedniu

WYKŁAD  
CHORÓB DZIECI.

---

PRZEKŁAD DZIEŁA:

Lehrbuch der Kinderheilkunde von Prof. Dr v. Hüttenbrenner.  
Wien. 1876.

---

WARSZAWA.

W Drukarni Gazety Lekarskiej.

Ulica Ś-to-Krzyżka N-r 1343 (9 nowy).

---

1876.



Дозволено Цензурою.  
Г. Варшава 7 (19) Июля. 1876 г.

# PRZEDMOWA.

---

Układając ten podręcznik miałem na myśli praktyczne wymagania, którym, o ile się zdaje, zadość uczyniłem w pewnym stopniu. Uczęszczającym na wykłady kliniczne, w których niekiedy dział jednakowo traktowanym bywa, brak podręcznej książki, z której bardzo ważne poczerpnąć by mogli wskazówki

W takim samym położeniu znajdują się też młodszy lekarze na wsi, lub w małych miasteczkach, gdyż nieraz, podczas prac uniwersyteckich, może nie dość zwracali uwagi na sztukę leczenia dzieci.

Starałem się stanąć na punkcie widzenia o ile możliwości obiektywnym i na takowym stale się utrzymać. Dotyczy to głównie leczenia, którego skuteczność wówczas tylko uznaję, gdy takowe pokierowane będzie bardzo sceptycznym poglądem, a oparte na znanych faktach patologo-anatomicznych.

Zadziwi to może ogół, że nic dziś nie wspominam o literaturze. Czynię to raz dla skrócenia dzieła, a powtóre dla tego, że znaną ona jest z licznych bardzo i po większej części doskonałych podręczników i wykładów, napisanych ręką znanych specjalistów.

Znam i wysoko cenię prace Bokai, Gerhardt'a, Lamb'a, Löschner'a, Mayr'a, Politzer'a, Rinecker'a, Ritter'a, Steffen'a, Steiner'a, Widerhofer'a etc. jakoteż autorów francuzkich i angielskich.

Jeżeli kiedy będę mógł zebrać nieco więcej materiału mianowicie z anatomii patologicznej, to zakres niniejszej książki powiększę i w tym celu dokonałem już niektórych potrzebnych prac przygotowawczych.

A U T O R.

---

# T R E Ś Ć.

	str.		str.
<b>Choroby czaszki i jej wartości . . . . .</b>	<b>I</b>		
<b>A. Choroby mózgowia i opon jego.</b>	<b>1</b>		
I. Uwagi ogólne . . . . .	1		
II. Opona twarda ( <i>dura mater</i> ) . . . . .	3		
III. Opona naczyniowa i błona pajęczna ( <i>pia mater et arachnoidea</i> ) . . . . .	5		
Meningitis purulenta . . . . .	5		
Meningitis tuberculosa cum hydrocephalo acuto . . . . .	11		
Hydrocephalus acutus . . . . .	26		
Hydrocephalus chronicus . . . . .	27		
A. Wodogłowie wrodzone . . . . .	27		
B. Wodogłowie nabyte . . . . .	28		
Oedema meningum et cerebri . . . . .	31		
Hyperaemia cerebri, congestio ad caput . . . . .	32		
Commotio cerebri . . . . .	33		
Haemorrhagia meningum et cerebri. . . . .	33		
IV. Umiejscowione cierpienia mózgowia i opon . . . . .	34		
<b>B. Guzy czaszki . . . . .</b>	<b>42</b>		
1. Hydroencephalocèle . . . . .	42		
Przepuklina mózgowia . . . . .	42		
2. Hydromeningocèle cerebralis. Przepuklina opon mózgowych . . . . .	43		
		3. Kaephalhaematoma . . . . .	
		Krwawiak głowy . . . . .	43
		4. Caput succedaneum . . . . .	
		Przedgłowie . . . . .	44
		<b>C. Najważniejsze zniepodobnienia czaszki. (<i>Difformitates cranii</i>) . . . . .</b>	<b>45</b>
		1. Microcephalia . . . . .	45
		2. Cranium hydrocephalicum . . . . .	46
		3. Cranium rhachiticum . . . . .	47
		4. Dolichocephalia . . . . .	48
		5. Brachycephalia . . . . .	49
		6. Platycephalia . . . . .	49
		<b>D. Choroby umysłowe u dzieci . . . . .</b>	<b>49</b>
		1. Idiotismus . . . . .	49
		2. Chorea major. Płasawica wielka. Taniec Ś. Wita . . . . .	50
		<b>Choroby nosa . . . . .</b>	<b>57</b>
		1. Coryza. Katar . . . . .	57
		2. Ozaena scrophulosa . . . . .	59
		3. Ozaena syphilitica . . . . .	60
		4. Rhinitis crouposa primaria . . . . .	60
		5. Corpora extranea . . . . .	63
		<b>Choroby jamy ustnej . . . . .</b>	<b>64</b>
		1. Stomatitis catarrhalis . . . . .	64
		2. Stomatitis aphthosa . . . . .	65
		3. Stomacace. Dzięgna . . . . .	68
		4. Soor. Pleśniawki . . . . .	70
		5. Noma. Cancer aquaticus	
		Zgorzel policzka . . . . .	74
		6. Scorbutus . . . . .	76
		7. Ulcus sublinguale . . . . .	76
		8. Pityriasis linguae . . . . .	77
		9. Anchyloglosson . . . . .	78



	<i>str.</i>		<i>str.</i>
10. <i>Macroglossia</i> . . . . .	80	2. <i>Thymus (grasica)</i> . . . . .	179
11. <i>Ranula</i> . . . . .	81	3. Choroby osierdzia. . . . .	180
12. <i>Labium leporinum. Faux</i> <i>lupina</i> . . . . .	—	<i>a) Pericarditis</i> . . . . .	—
Dodatek. Pielęgnowanie jamy ustnej u zdrowych dzieci . . . . .	83	<i>b) Hydrops pericardii</i> . . . . .	182
Ząbkowanie . . . . .	85	4. Choroby serca. . . . .	—
<b>Choroby szyi</b> . . . . .		<i>a) Choroby serca wrodzone</i> oraz zbroczenia w rozwoju większych naczyń . . . . .	—
<i>A. Choroby szyi, dające się wyka-</i> <i>zać przy zewnętrznem badaniu</i> . . . . .	91	<i>b) Zapalenie wsierdzia (en-</i> <i>docarditis) i choroby zasta-</i> <i>wek sercowych</i> . . . . .	185
1. <i>Parotitis</i> . . . . .	—	<i>c) Choroby mięśnia sercowe-</i> <i>go</i> . . . . .	190
<i>a) Parotitis primaria</i> . . . . .	—	5. Choroby opłucnej ( <i>pleura</i> ) . . . . .	191
<i>b) Parotitis secundaria</i> . . . . .	93	<i>a) Pleuritis</i> . . . . .	—
<i>c) Neoplasmata parotidis</i> . . . . .	94	<i>b) Pneumothorax</i> . . . . .	211
2. <i>Ruptura m. sterno-cleido-ma-</i> <i>stoidei</i> . . . . .	94	<i>c) Hydrothorax</i> . . . . .	214
3. Choroby gruczołu tarczowego ( <i>gl. thyreoidea</i> ) . . . . .	96	6. Choroby dróg oddechowych . . . . .	215
<i>a) Struma neonatorum</i> . . . . .	—	<i>a) Broncho-catarrhus</i> . . . . .	216
4. Choroby gruczołów . . . . .	97	<i>b) Bronchitis</i> . . . . .	219
5. <i>Fistula colli congenita</i> . . . . .	99	<i>α) Bronchitis simplex</i> . . . . .	220
<i>B. Choroby szyi, dające się wyka-</i> <i>zać przy wewnętrznem badaniu</i> . . . . .	—	<i>β) Bronchitis capillaris</i> . . . . .	225
1. <i>Angina catarrhalis</i> . . . . .	—	<i>γ) Bronchitis suffocativa</i> . . . . .	230
2. <i>Angina disseminata</i> . . . . .	101	<i>δ) Bronchitis chronica</i> . . . . .	235
3. <i>Angina tonsillaris</i> . . . . .	103	<i>ε) Syfilityczne cierpienia błony</i> <i>śluzowej oskrzeli</i> . . . . .	242
4. <i>Pharyngitis crouposa</i> . . . . .	105	<i>ϑ) Pertussis. Tussis convulsiva.</i> <i>Krztusiec. Koklusz</i> . . . . .	—
5. <i>Pharyngitis diphtheritica</i> . . . . .	—	<i>c) Peryodyczny kaszel nocny</i> . . . . .	256
6. <i>Abscessus retropharyngeales</i> . . . . .	120	7. Choroby miążgi płuc ( <i>paren-</i> <i>chyma pulmonum</i> ) . . . . .	258
7. Choroby przełyku ( <i>oesophagus</i> ) . . . . .	122	<i>a) Pneumonia crouposa</i> . . . . .	—
<i>a) Ciało obce</i> . . . . .	—	<i>b) Pneumonia crouposa z ob-</i> <i>jawami mózgowymi</i> . . . . .	270
<i>b) Działanie kwasów i alkaliów</i> <i>na błonę śluzową przełyku</i> . . . . .	123	<i>c) Pneumonia catarrhalis</i> . . . . .	273
8. Choroby krtani ( <i>larynx</i> ) . . . . .	125	<i>d) Tuberculosis pulmonum</i> <i>acuta</i> . . . . .	285
<i>a) Ciała obce w krtani</i> . . . . .	—	<i>e) Tuberculosis pulmonum</i> <i>chronica</i> . . . . .	289
<i>b) Laryngitis catarrhalis</i> . . . . .	—	<i>f) Phthisis pulmonum. Su-</i> <i>choty płucne</i> . . . . .	290
<i>c) Laryngitis crouposa. Dła-</i> <i>wiec</i> . . . . .	130	<i>g) Atelektatis pulmonum</i> . . . . .	294
<i>d) Stany kurczowe w krtani</i> . . . . .	171	<i>h) Gangraena pulmonum</i> . . . . .	296
<i>e) Syfilityczne choroby krtani</i> . . . . .	172	Dodatek. Główniejsze zniepodo- bnienia klatki piersiowej . . . . .	297
<b>Choroby organów jamy</b> <b>piersiowej oraz wa-</b> <b>żniejsze zniekształ-</b> <b>nienia klatki piersio-</b> <b>wój</b> . . . . .	172	<b>Choroby organów brzusz-</b> <b>nych</b> . . . . .	299
1 (O wysłuchiwanii i opukiwa- niu u dzieci w ogólności . . . . .	—		

	Str.		Str.
. Choroby otrzewnej ( <i>peritoneum</i> ). . . . .	299	d) Nieżyt ostry żołądka i kiszek cienkich z upad- kiem sił ( <i>cholera no-</i> <i>stras</i> ). Wymioty z bie- gunką ( <i>choleryna, chole-</i> <i>ra infantum</i> ) . . . . .	345
A. Peritonitis purulenta . . . . .	299	C. Choroby kiszek grubych . . . . .	352
a) Peritonitis diffusa . . . . .	—	a) Enteritis acuta . . . . .	—
b) Peritonitis circumscripta . . . . .	302	b) Enteritis chronica . . . . .	354
B. Peritonitis tuberculosa sive chronica . . . . .	303	D. Typhus abdominalis. Ileo- typhus . . . . .	363
2. Choroby wątroby. . . . .	305	E. Typhus exanthematicus. . . . .	383
a) Icterus neonatorum . . . . .	306	F. Cholera asiatica . . . . .	384
b) Icterus gravis . . . . .	—	G. Helminthiasis . . . . .	390
c) Icterus levis dzieci wię- kszych . . . . .	307	H. Zmiany w położeniu kiszek. . . . .	394
d) Hepatitis parenchyma- tosa . . . . .	308	I. Atresiae et stenoses intesti- norum . . . . .	397
e) Cirrhosis hepatis . . . . .	—	1. Atresia ani . . . . .	398
f) Hepar adiposum . . . . .	310	2. Wrodzone i nabyte zwężenia kiszek w ich przebiegu . . . . .	400
g) Hepatitis syphilitica . . . . .	—	3. Zwężenie światła кишки przez wsunięcie się ( <i>intus-</i> <i>susceptio</i> ) i t. d. . . . .	406
3. Choroby śledziony . . . . .	311	K. Fissura et fistula ani . . . . .	420
4. Choroby przewodu trawienia, . . . . .	—	L. Nowotwory w przewodzie kiszkowym . . . . .	420
Wiadomości ogólne i dyetetyka dzieci. . . . .	—	D o d a t e k, Guzy brzuszne . . . . .	421
Ogólne uwagi o pielęgnowaniu dziecka . . . . .	328	5. Choroby pępka . . . . .	426
Wiadomości ogólne o cierpieniach przewodu trawienia . . . . .	330	1. Blennorrhoea umbilici . . . . .	428
A. Choroby żołądka . . . . .	332	2. Sarcomphalus . . . . .	—
a) Dyspepsia neonatorum. . . . .	—	3. Pępek skórny. . . . .	—
b) Wymioty zwyczajowe ssawców ( <i>vomitus habi-</i> <i>tualis</i> ) . . . . .	334	4. Pępek z owodnej. . . . .	429
c) Haematemesis. Wy- mioty krwawe . . . . .	335	5. Arteriitis umbilicalis. . . . .	—
d) Gastrocatarrhus acutus. . . . .	—	6. Omphalitis . . . . .	—
e) Przewlekły nieżyt żołąd- ka u większych dzieci. . . . .	338	7. Gangraena umbilici . . . . .	431
B. Choroby kiszek cienkich . . . . .	339	8. Wady pępka . . . . .	432
a) Nieżyt ostry kiszek cienkich . . . . .	—	9. Nabyte przetoki pępkowo-ki- szkowe . . . . .	433
b) Nieżyt kiszek u dzieci większych . . . . .	343	10. Hernia umbilicalis adnata . . . . .	—
c) Colica . . . . .	344	<b>Choroby nerek i przewo- dów moczowych . . . . .</b>	<b>434</b>
		1. Morbus Brightii acutus . . . . .	—

	<i>Str.</i>		<i>Str.</i>
2. Morbus Brightii chronicus . . . . .	435	2. Roseola . . . . .	504
3. Gruźlica i torbiele nerek . . . . .	437	3. Erythema nodosum . . . . .	—
4. Zawał moczowy u noworodków . . . . .	—	<b>D. Dermatitis diffusa . . . . .</b>	<b>505</b>
<b>Choroby przyrządów mocz odprowadzających . . . . .</b>	<b>438</b>	1. Urticaria . . . . .	—
1. Pyelitis . . . . .	—	2. Eczema . . . . .	508
2. Pyelitis calculosa. . . . .	439	3. Prurigo . . . . .	513
3. Hydronephrosis . . . . .	440	4. Prurigo mitis. . . . .	515
4. Catarrhus vesicae. . . . .	441	5. Scabies. . . . .	516
5. Spasmus vesicae . . . . .	—	6. Psoriasis . . . . .	518
6. Enuresis nocturna . . . . .	442	7. Pemphigus neonatorum. . . . .	—
7. Incontinentia urinae . . . . .	444	8. Herpes labialis . . . . .	519
8. Inversio vesicae . . . . .	—	9. Herpes Zoster . . . . .	—
9. Kamienie w pęcherzu . . . . .	—	10. Ekthyma . . . . .	520
<b>Choroby przyrządów płciowych . . . . .</b>	<b>445</b>	11. Furunculosis . . . . .	521
<b>A. U chłopców. . . . .</b>	<b>—</b>	12. Sclerema . . . . .	—
1. Moszna ( <i>scrotum</i> ) . . . . .	—	<b>E. Zboczenia wydzielin skóry . . . . .</b>	<b>522</b>
2. Prącie ( <i>penis</i> ) . . . . .	447	1. Vernix caseosa . . . . .	—
<b>B. U dziewcząt . . . . .</b>	<b>448</b>	2. Seborrhoea capillitii et frontis . . . . .	523
1. Zlepienie komórkowe warg mniejszych . . . . .	—	3. Milium. . . . .	—
2. Blennorrhoea vulvae. . . . .	—	4. Sudamina . . . . .	524
3. Diphtheritis vulvae . . . . .	449	<b>F. Nowotwory skóry . . . . .</b>	<b>525</b>
4. Galactostasis. Mastitis neonatorum . . . . .	—	1. Lupus . . . . .	—
<b>Choroby skóry natury niespecyficznej . . . . .</b>	<b>450</b>	2. Teleangiectasia . . . . .	—
<b>A. Exanthemata acuta. . . . .</b>	<b>451</b>	<b>CHOROBY OGÓLNE.</b>	
1. Morbilli . . . . .	452	<b>I. W skutku zakażenia. . . . .</b>	<b>526</b>
2. Scarlatina . . . . .	464	1. Intermittens . . . . .	—
3. Variola . . . . .	485	2. Syphilis u dzieci . . . . .	528
4. Varicella infantum . . . . .	490	a) Lues hereditaria . . . . .	—
5. Rubeolae . . . . .	493	b) Lues acquisita . . . . .	—
6. Vaccinatio. . . . .	494	3. Hydrophobia. Malliasmus. Zoonosen . . . . .	545
<b>B. Dermatitis erysipelata. . . . .</b>	<b>501</b>	<b>II. Choroby ogólne bez zakażenia. . . . .</b>	<b>546</b>
1. Erysipelas. . . . .	—	1. Scorbutus . . . . .	—
2. Phlegmone cutis . . . . .	503	2. Morbus maculosus Werlhofii . . . . .	549
<b>C. Erythema . . . . .</b>	<b>—</b>	3. Melaena neonatorum. . . . .	550
1. Erythriaris neonatorum . . . . .	—	4. Haemophilia . . . . .	551
		5. Leukaemia . . . . .	—

	<i>Str.</i>		<i>Str.</i>
6. Scrophulosis . . . . .	554	<b>Choroby mleczka pacierzowego i jego osłon.</b> . . .	580
7. Diabetes mellitus. . . . .	559	1. Spina bifida . . . . .	—
8. Rhachitis . . . . .	560	2. Meningitis spinalis . . . . .	581
<b>Choroby narządu ruchu.</b> . . . .	574	3. Tetanus neonatorum. . . . .	—
1. Rheumatismus muscularis . . . . .	—	4. Chorea minor. . . . .	585
2. Rheumatismus articularum acutus. . . . .	575	5. Paralysis essentialis . . . . .	587
3. Hydrops genu . . . . .	577	6. Eclampsia neonatorum . . . . .	588
4. Abscessus psoaticus . . . . .	578	7. Epilepsia . . . . .	591

---

# NAUKA O CHOROBACH DZIECI.<sup>1)</sup>

## Choroby czaszki i jej zawartości.

### A. Choroby mózgowia i opon jego.

#### I. Uwagi ogólne.

Choroby mózgu w wieku dziecięcym nader ważne są i częste, w skutek niezmiernej drażliwości dziecięcego mózgowia i dla tego należy przedewszystkiem rozpatrzyć te symptomata, które zwykle chorobom mózgu towarzyszą i w ogóle objawami mózgowymi nazywane bywają. Specyjalna wartość każdego z nich rozbieraną będzie ściślej przy opisie pojedynczych spraw anatomo-patologicznych. Robimy to dla tego, żeby się ustrzedz powtarzania.

Rozpoznawanie cierpień mózgowych u dzieci ułatwionem jest tą okolicznością, że mamy tu niezmiernie rzadko do czynienia ze sprawami zalewowemi a szczególnie z zalemem włoskowatym (*apoplexia capillaris*), które zwykle tak ciężkie do rozjaśnienia sprowadzają objawy. Rozpoznawanie cierpień mózgowia staje się jeszcze łatwiejszem z powodu następujących okoliczności: najczęściej spotykamy tu gruźkowate zapalenie opon (*meningitis tuberculosa*), wodną puchlinę jam mózgu z przewlekłym przebiegiem, a z miejscowych cierpień pojedyncze gruźki w samym mózgu—inne zaś cierpienia na drugim planie pomieścić się dają.

<sup>1)</sup> Przekład dzieła: „*Lehrbuch der Kinderheilkunde*“ von Prof. Dr. V. Hüttenbrenner. Wien. 1876.

Wodna puchlina jam mózgowia najłatwiej daje się skonstatować w pierwszym i w początku drugiego roku życia, bo przy niezarośniętych ciemionach, każde powiększenie zawartości czaszki łatwo dostrzedz, wyczuć i na centymetry zmierzyć można. Jesteśmy więc w stanie oprócz osądzenia innych objawów, wnioskować nawet w przybliżeniu o nieprawidłowej ilości płynu. Jeżeli tylko, w pierwszym roku życia, powiększenie się masy zawartości czaszki dochodzi znacznych dosyć rozmiarów (20—30 grm.), to prowadzi ono za sobą tak charakterystyczne zmiany w sklepieniu czerepu, że takowe jeszcze w drugim a nawet i trzecim roku wykazać się dają. Jeżeli zmiany te niezbyt były wielkie, to z czasem znikają, a ślady ich zacierają się zupełnie, przy znaczniejszych jednak wylewach, zmiany kształtów wykazać nieraz można w późnym wieku.

Choroby mózgowia dzielą się na ogólne—rozlane, i miejscowe czyli ogniskowe. Podział ten niema ściśle naukowej podstawy, ma on za cel jedynie ułatwienie rozbioru pojedynczych spraw. Do miejscowych cierpień zalicza się tylko nowotwory mózgu, a najczęstszymi z nich są odosobnione gruźelki (*tubercula solitaria*). Rozlaniami zaś nazywamy rozmaite po większej części zapalne processy, przy których surowiczny albo ropny wysięk pomieszcza się w oponach; resp. w komórkach mózgu. Miejscowe sprawy przebiegają najczęściej chronicznie, zapalne zaś zwykle więcej ostro przyjmują charakter. Z tego co się dotąd powiedziało, można już pojąć, że w wielu chorobach mózgu zaledwie sam przebieg rozpoznanie możliwem czyni, niezawsze jesteśmy w stanie w jeden dzień ściśłą postawić dyagnozę.

Dalsze objawy, które prawie wszystkim cierpieniom mózgu towarzyszyć mogą, dzielimy zwykle na objawy podrażnienia i ucisku mózgu. Zwykle objawy podrażnienia występują przed symptomatami ucisku, nie jest to jednak prawidłem, ostatnie bowiem nieraz od samego początku główną grają rolę. Pomiedzy objawami temi znajdujemy wiele form przejściowych, t. j. że możemy mieć jeszcze do czynienia z objawami podrażnienia, wówczas, gdy już silne symptomata ucisku mózgu wystąpiły. W takich wypadkach nie jesteśmy w stanie powiedzieć, że tu kończy się podrażnienie a tu zaczyna ucisk, musimy tylko ograniczyć się skonstatowaniem występujących symptomatów za każdym ich pojawieniem się.

Do objawów podrażnienia zaliczamy ból głowy, który się da objaśnić powiększoną drażliwością mózgowia na wpływy zewnętrzne. Do tejże grupy należą: wielki niepokój, szczególnie nocną porą, rzućanie się i krzyki podczas snu, przestach gwałtowny i zgrzytanie zę-

bami. To ostatnie poprzedza zwykle ogólne skurcze mięśniowe (p. drgawki) przy których zaraz i przytomność znika. Deliria u dzieci się nie zdarzają, bardzo rzadko także hallucynacje i iluzje, zawrót głowy jednakże występuje bardzo często przy czem dzieci padają często raniąc sobie silnie głowę. Do objawów podrażnienia zaliczamy także wymioty, które z powodu swych cech odrębnych, mózgowymi wymiotami zowią. Powtarzają się one przez cały czas trwania podrażnienia i nie brakuje ich przy żadném cierpieniu mózgu.

Zwężenie źrenicy, zwolnione i nieregularne tętno i oddechanie są także objawami podrażnienia, gdy tymczasem przy ucisku mózgu i następczo pojawiającém się porażeniu, źrenica się rozszerza, tętno staje się nieraz niezwykle częstem. Tak samo zachowuje się i akt oddechania.

Objawy podrażnienia często biorą przewagę nad uciskiem i takie formy cierpienia mózgu nazywamy eretycznymi, gdy się zaś rzeczy mają odwrotnie—torpidnymi.

Symptomata ucisku rzadko w ostry sposób, zwykle rozwijają się powoli i to najczęściej wraz z coraz większą nieczułością chorego na zewnętrzne bodźce, co wreszcie następczo do stopnia ogólnego porażenia dojść może.

Ze specjalnego opisu chorób pokaże się jaką wartość mogą mieć e objawy, ich kolejne występowanie i t. d. w rozpoznawaniu téj lub owéj formy cierpienia.

## II. Opona twarda (*dura mater*).

Bardzo rzadko opona twarda bywa siedliskiem pierwotnego cierpienia, zaledwie możnaby tu zaliczyć niezmiernie małą ilość nowotworów, samoistnie z téj opony powstających, jako to: odosobnione gruzelki, mięsaki (*sarcomata*) i może niektóre kształty raka. Trudno przypuścić, aby można było za życia odróżnić je od nowotworów w mózgu samym siedlisko mających, szczególniej wówczas, gdy guzy takie z opony twardej pochodzące, wciskać się poczną w istotę korową mózgu lub mózdzku i w takowój się wreszcie usadowią. W każdym razie będziemy mieli do czynienia z objawami umiejscowionego cierpienia mózgowia.

Równie rzadkiem jak nowotwory zjawiskiem jest krwawiak opony twardej (*Haematoma durae matris*) czyli przewlekłe krwawe

zapalenie wewnętrznej powierzchni tej błony (*Pachymeningitis haemorrhagica interna chronica*). Sprawa ta cechuje się wystąpieniem z naczyń krwi na wewnętrzną powierzchnię błony twardej, pokrywającej połkulę mózgu, wraz z tworzeniem się warstwowatych błon rzekomych i następczém spłaszczeniem odpowiedniej półkuli.

Jeżeli obserwujemy chorobę tę wówczas, gdy ciemiona jeszcze nie są zarośnięte, to możemy dostrzedz, że objętość czaszki zwiększyła się do pewnego stopnia; jeżeli cierpienie w mowie będące wystąpiło później, to głównie uwagę naszą zwróca objawy ucisku mózgowia.

Niezmiernie często zato zajęta bywa opona twarda następczo. Na pierwszym miejscu stawimy zakrzep w zatokach i w żyłach opony wewnętrznej, występujący w skutek próchnienia i zgorzeli kości skalistej (*Caries et necrosis ossis petrosi*), co w wieku dziecinym do częstszych cierpień należy. Jeżeli proces zapalny zajmie podstawę czaszki i przerwie oponę twardą, to sprawa dojść może do ropnego zapalenia opon i samego mózgowia w przyległych częściach (*Meningitis et encephalitis purulenta*) i ztąd krzepnienie krwi rozprzestrzenia się po wyż wspomnianych naczyniach. Krzepnięcie to zdarza się nieraz dopiero podczas samego konania, ale często daleko wcześniej nastąpić może; niezawsze jednak mamy przed sobą pewne tego zejścia objawy, gdyż dzieci takie nieraz do samego skonu, oprócz kończących obraz drgawek, nieprzedstawiają żadnych innych symptomatów, jak np. utraty przytomności etc. Przy próchnieniu kości skalistej, muszla uszna oddala się od czaszki, a wolny jej brzeg ku przodowi jest skierowany. Ponieważ cierpienie kości skalistej, w największej liczbie wypadków bywa jednostronnem, przeto koniecznie zwrócić uwagę należy przy badaniu na położenie muszli usznej, gdyż tym sposobem najłatwiej jest chorobę tę zauważyć.

W żyłach znajdujemy zakrzepy, rozmaicie zabarwione, mniej lub więcej twarde, lub pośrodku rozmiękczeniu uległe; na obwodzie łączą się one ze skrzepami krwi, podczas konania dopiero powstałymi. Ponieważ zjawisko to spotyka się wyłącznie u dzieci wyniszczonych, i występuje zaledwie pod sam koniec życia, nazywamy je zakrzepem marantycznym (*thrombus maranticus*).

Jeżeli u tego rodzaju (marantycznych) dzieci występują objawy ze strony mózgu jako to: krzyki, głębokie westchnienia, drzenie, mianowicie w kończynach górnych, przewracanie gałek ocznych, porażenia nerwu twarzowego etc., to z całym prawdopodobieństwem przypuścić możemy istnienie wspomnianej sprawy w oponie twardej i mózgu.



Zwykle też puchnie jedna lub druga połowa twarzy, lub też tylko jedna z powiek. Obraz kończy się najczęściej drgawkami ogólnymi lub też częściowymi, np. tylko w mięśniach twarzy.

Przy sekcyi znajdujemy opisane powyżej zmiany; nie należy się jednak dziwić gdy zdarzy się, że znalezione zmiany anatomiczne nie odpowiadają objawom mózgowym obserwowanym za życia. Nie raz zdarza się, że przy pewnych długo trwających, typowych a nawet jednostronnych objawach, znajdujemy zaledwie nieznaczne na pozór zapalenie opony twardej i niewielkie przesiąknięcie mózgu płynem surowiczym; w innych wypadkach rzecz się ma przeciwnie, bo przy nie znaczących objawach mamy do czynienia nieraz ze zniszczeniem mózgu sięgającym do węzła podstawowego i rozlane zatkanie żył przez skrzepy, widocznie dawno już powstałe. Często dzieci takie jeszcze w przeddzień śmierci są jak najzupełniej przytomne.

Oprócz próchnienia kości skalistej, często bardzo u dzieci zauważyć można próchnienie sklepienia czaszki.

Tu, tak jak i przy *caries ossis petrosi*, może sprawa dojść do przedziurawienia kości i do analogicznych zajęć w oponie twardej i mózgu. Rzadziej jednak niż przy cierpieniu podstawy czaszki, mamy tu do czynienia z zakrzepem krwi w żyłach, wspólną jednakże cierpieniom obu wspomnianych okolic jest owa nierównomierność pomiędzy nateżeniem objawów za życia spostrzeganych, i zmian na trupie widocznych.

### III. Opona naczyniowa i błona pajęczka.

(*Pia mater et arachnoidea*).

Ropne zapalenie opon. (*Meningitis purulenta*).

Zwyczajne zapalenie wewnętrznych opon mózgu z wystąpieniem surowiczo-ropnego lub ropnego wysięku wzdłuż brózd międzyzawojowych, leżących w pobliżu żył, zdarza się jużto jako odrębne cierpienie, już jako tak zwane: epidemiczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (*Meningitis cerebro-spinalis epidemica*), epidemiczne jednakże jego pojawienie się u nas obserwowanem nie było.

Ropne zapalenie opon umiejscawia się głównie na półkulach, gdy tymczasem gruźlkowy process zwykle podstawę mózgu zajmuje. Nie jest jednak stałą taką lokalizacyją ropnego zapalenia opon, często bowiem znajdujemy, przy skąpych ilościach wysięku na pół-

kulach mózgu, wielkie złogi takowego na półkulach mózdku i to nieraz tylko po jednej stronie wyłącznie.

Drugą różnicą pomiędzy ropną a gruźliczą *meningitis* jest to, że przy pierwszej niema prawie nigdy wylewu surowicy do odpowiedniej komórki, co przy gruźliczkach stały stanowi objaw.

Ropne zapalenie opon wydarza się: przy przepaleniu głowy (*insolatio*), wstrząśnieniach mózgu lub zranieniu czaszki, po róży, cieczeniu z ucha (*Otorrhoea*) resp. przy próchnieniu lub zgorzeli kości skalistej. Przyłącza się ono także do długo trwających obrzęków opon mózgowych, jak przy płonicy (*scarlatina*), ospie, zapaleniach płuc, przy czem surowica w oponach zawarta powoli przyjmuje ropny charakter (wędrówka białych ciałek krwi). Choroba, o której mowa może wystąpić jako częściowy objaw sprawy ropnicowej (*Pyæmia*).

*Meningitis purulenta* wcale nie często w dzieciennym wieku napotykaną bywa, w każdym razie jest ona rzadszą daleko od gruźliczego zapalenia opon. Jeżeli nie weźmiemy w rachubę tych wypadków, w których przyłącza się do rzędu następstw rozmaitych ogólnych chorób jak np. do wodnej puchliny po szkarlatynie, ospie i t. d. to zobaczymy, że najczęściej występuje od traumy, uderzenia, pchnięcia lub upadku na głowę. Zapalenie ropne występuje jako cierpienie ostre, i wydarza się u dzieci najczęściej zdrowych i silnych, nie tak jak gruźlicze, które zwykle wyraźnemi poprzedzone bywa zwiastunami.

Po wstrząśnieniu mózgu (*Commotio cerebri*) pojawia się ono tak gwałtownie, że objawy jego są niejako bezpośrednim dalszym ciągiem tylko, objawów samego wstrząśnienia.

W wypadkach, w których wstrząśnienie mózgu wystąpiło przed wyraźnemi objawami zapalenia, — rozpoznanie staje się łatwem przy dalszem trwaniu i wzmaganiu się tychże objawów; cięższem jest ono nierównie wówczas, gdy tego rodzaju początku nie było, lub gdy takowy wykazać się nie daje.

Jedynie biorąc pod uwagę cały zbiór objawów, i wyłączwszy inne cierpienia, mamy możność postawienia ściślej dyagnozy.

W zapaleniu ropnem niema tego stałego porządku w następowaniu objawów, który przy gruźliczej sprawie daje się spostrzegać, nie we wszystkich także wypadkach jeden i tenże sam symptomat początek choroby stanowi. Wyżej wspomnieliśmy już, że choroba ta napada zwykle zdrowe i silne dzieci, dla tego ważnem jest w jakim stanie znajduje się ogólne odżywianie osobnika, zaskoczonego cierpieniem. Jeżeli bowiem dziecko jest wychudłe, albo blade, chociaż tłuste na pozór, albo z cierpieniem gruczołów, lub wreszcie jeżeli do

wiadujemy się od otaczających, że bez widocznej przyczyny ciała jego a głównie kończyny chudną—to wszystkie te okoliczności przemawiają przeciw ropnemu zapaleniu opon, chociażby cierpienie poprzedzonym zostało przez upadnięcie, lub uderzenie w głowę.

Choroba zaczyna się gwałtownie, lub po krótkotrwałem uczuciu słabości nieokreślonej, drgawkami ogólnymi, które mogą trwać 24 do 36 godzin; koniecznym jednak jest natychmiastowe wystąpienie po nich dalszych objawów mózgowych, gdyż każda choroba ostra może zacząć się w ten sposób.

U większych dzieci zaczyna się ona czasem dreszczem, po którym zwykle następują objawy.

W tych tylko wypadkach jednakże, możemy uważać *meningitidem purulentam*, za istotnie pierwotne cierpienie, gdzie stanowczo uprzednio wykluczylismy za pomocą ścisłego badania fizykalnego, zapalne cierpienia narządów oddechania i krążenia.

Najczęściej przebiega ona z wysoką ciągłą gorączką (*febris continua*), która jednakże nie przedstawia żadnych typowych własności i niczem się nie różni od wielu innych ciągłych gorączek. Na tej więc drodze możemy zaledwie wykluczyć te cierpienia, którym zwykła towarzyszyć gorączka z gwałtownymi exacerbacjami.

Ciepłota zazwyczaj nie przenosi 40,5° C., wyjątek tylko stanowią wypadki przepalenia głowy (*insolatio*).

W bezpośrednim związku z ciągłą gorączką stoją wymioty. Ten objaw zasługuje także na baczną uwagę i powinien być wraz ze wszystkimi swemi właściwościami należycie ocenionym.

Wymioty powinny się powtarzać, substancje wymiecione mają zawierać oprócz szczątków pokarmu, także i śluzowe, wodniste, mniej lub więcej żółcią zabarwione masy, a samo wymiotowanie powinno następować bez silnych wstrząśnień i nudności. Po takich wymiotach nie następuje zupełnie polepszenie w stanie ogólnym, przeciwnie pojawia się bladeść twarzy, ogólny upadek, głęboki sen lub śpiączka (*sopor*). Są to tak zwane cephaliczne wymioty.

Nie powtarzają się one jednak przez cały czas trwania choroby i ustają zwykle z wystąpieniem drgawek.

Zaparcie stolca nie jest wcale tak trwałem jak przy gruzelkowym zapaleniu opon.

Tętno nie zawsze jest zwolnione, nieprawidłowe, przerywane (*pulsus intermittens*), bywa ono bowiem nieraz wzmocnione, pełne, twarde, z początku 100 do 120 razy na minutę uderza, podnosi się zaś do 140 a nawet do 160 gdy wystąpią objawy porażenia.

Oddechanie przytłumione, nie przerywane jednak, nieraz zupełnie prawidłowe; niema owych ciężkich westchnień, stale gruźliczemu zapaleniu opon towarzyszących.

Znaczną wartość rozpoznawczą w odróżnieniu ropnego zapalenia od gruźkowego mają objawy ze strony jamy brzusznej. W świeżych nie zapada się brzuch nigdy tak, jak przy gruźlicy, przeciwnie pozostaje ciągle nieco wzdętym i napreżonym.

Ponieważ stan taki zdarza się także i przy tyfusie, to rozróżnić można dwie te choroby tém, że przy zwyczajnem zapaleniu opon mierne wzdęcie brzucha nie powiększa się tak jak przy tyfusie. Niema także obrzmienia śledziony.

Objaw tylko co przytoczony nie zasługuje już na taką uwagę przy powikłanych lub następczych wypadkach. Systemat ruchowy mało jest zajęty, dopóki nie wystąpią drgawki.

Żrenice zwężone są i leniwo oddziałują, ręce drżą, dają się także zauważyć nieraz nie jednostronne drgania w pojedynczych mięśniach twarzy. Język przy wysuwaniu go z ust drży także.

Sensorium zajęte, większe dzieci bredzą, fantazyują i bezustannie gadają, skarżą się na ból głowy, chwytają się za główkę rękoma. Okazują przytém światłowstręt i bardzo są czułe na najmniejsze poruszenia.

U dobrze odżywianych dzieci nie można zauważyć plam, opisanych przez Trousseau, które, po dotknięciu skóry palcem, na tejże występują.

Jeżeli tylko co wyliczone objawy: ciągła gorączka, wymioty, równomierny, stłumiony, twardy puls, brzuch niezbyt wzdęty, drżenie rąk i mięśni twarzy, zwężenie źrenic, zajęcie sensorii—trwały przez 24 godzin do 3 dni, to przy powiększeniu ciśnienia w jamie czaszkowej, resp. przy wystąpieniu objawów porażenia tętno podnosi się do 100 lub 140 uderzeń na minutę, źrenice się rozszerzają i nie oddziałują już nawet na działanie silnego światła. Bezpośrednio po wystąpieniu tych objawów, pojawiają się drgawki, których zwiastunami były: drżenie rąk i przykurczanie się mięśni twarzy.

Kloniczne te skurcze mięśni woli podległych nie są jednakowo rozprzestrzenione po całym ciele. Baz prawa, drugi raz lewa połowa ciała jest niemi zajęta, raz przeważnie jedna, drugi raz druga kończyna.

Drgawki zwykle silnego dochodzą natężenia, tak, że otaczający bacznie muszą zwracać uwagę aby się dziecko nie pokaleczyło. Ani

siła jednak ani jednostronne umiejscowienie się drgawek nie mogą służyć za miarę do wnioskowania o obfitości lub lokalizacji wysięku.

Czas trwania konwulsji jest rozmaity, czasem tylko kilka godzin wynosi, w niektórych, bardzo szybko przebiegających wypadkach, zaledwie zauważyć je można, w innych powtarzają się przez 24 do 48 godzin.

Tu już następuje śmierć, wyprzedzona zwykle tężcem, a mianowicie *opisthotonus*. W krótko przed skonem tętno staje się bardzo słabym i dochodzi do 140 lub 160 uderzeń na minutę.

Przebieg ropnego zapalenia opon jest daleko bystrzejszym niż przebieg gruźliczego; porządek w którym objawy jeden po drugim następują, także nie jest w pierwszym tak stałym jak w drugim.

Jeżeli ropne zapalenie opon wystąpiło pierwotnie, to zabija w przeciągu 3 a najczęściej 7 dni. Z niezmierną ostrożnością należy przyjmować zawiadomienia o wyleczonych wypadkach *meningitidis purulentae* u dzieci, tem bardziej, że dwie sprawy anatomo-patologiczne, obrzęk opon i zapalenie ich ropne w nadzwyczaj bliskim pozostają związku, tak że pierwszy daje zwykle początek drugiemu.

Ponieważ w chorobie téj, jak wspomnieliśmy, prawie nigdy nie można innego postawić rokowania, jak tylko o nastąpić mającej śmierci, to koniecznie wypada zwrócić uwagę rodziców na wielkie niebezpieczeństwo stanu dziecka, skoro tylko doszliśmy do przekonania o naturze sprawy chorobowej. Nie należy jednakże z samego początku przepowiadać koniecznie śmiertelnego zejścia, gdyż trzeba pamiętać o możliwości zajścia pomyłki w rozpoznaniu. Przy takim rokowaniu, rozumie się, że nie może być mowy nawet o skutecznem leczeniu.

Ogranicza się ono głównie tém, żeby usunąć o ile można wszystkie szkodliwości, do których rozumie się zaliczamy i wszystkie dysplastyczne środki.

Należy więc wystrzegać się wszystkich preparatów rtęci, jako to: kalomelu, sublimatu, szarój maści, bez korzyści są także: puszczenie krwi, wezykatorye, nawet przystawienie znacznej ilości pijawek.

Silbemu bardzo, doroślejszemu już dziecku, w 10 lub 12 roku życia, można zaledwie jedną lub dwie pijawki postawić za uchem, w razie gwałtownego bredzenia (*delirium furibundum*). Moczenie dolnych kończyn w kwasach lub gorczycy wprawdzie nie jest szkodliwym ale też żadnej korzyści nie przynosi.

W początku, gdy mamy do czynienia z zaparciem stolca, możemy podać lekko przeczyszczający środek, większym naprzykład dzieciom tak zwaną: *Potio magnesia citrica effervescens*, świeżo przygo-

towana, lub *Natri phosphorici* ℥j (1,0) na ℥iij (80,0) *Aquae destillatae* z odpowiednim syropem. W wypadkach, gdy dzieci lekarstw nie chcą przyjmować, należy zadawać enemy rozmiękczejące dopóty, dopóki nie nastąpi wypróżnienie. Jedynym środkiem pewno działającym tak na sprawę zapalną, jak też co się tycze uspokojenia dziecka—jest użycie zimna.

Należy robić co kwadrans okłady z lodu na głowę, przez cały czas trwania choroby. Jeżeli ciepłota jest powiększona, to bardzo pożytecznym jest obmywanie ciała zimną wodą, co nawet do uspokojenia dziecka bezwarunkowo pomaga.

Dziecko powinno przytem pozostawać w bezwarunkowym spokoju w izbie nieco zaciemnionej.

Przeciw wymiotom dajemy pigułki z lodu, lody owocowe, wodę z lodem lub zamrożoną wodę sodową.

Wymioty zresztą, pod koniec choroby same przez się ustają, podawanie jednak lodu lub zamrożonej wody jest korzystniejszym niż każdy inny napój, w obec grożącego dziecku omdlenia.

Przy gorączce wskazanem jest podanie w umiarkowanych dawkach siarczanu chininy, stosownie do wieku od 2 do 5 gran (0,12—0,3) pro die. Większych dawek chininy 16 gr. do ℥℞ (1,0 do 2,0) nie należy używać, gdyż one chociaż zniosą gorączkowe podwyższenie ciepłoty, jednak na przebieg choroby żadnego wpływu nie mają.

Jeżeli niema żadnego przeciwwskazania ze strony serca, oprócz nierytmicznych skurczów i słabości uderzeń, to można będzie spróbować użycia naparstnicy w połączeniu z jakim łagodnym moczopędnym środkiem, np.

*Rp.* Inf. fol. *Digitalis* pp.  
e. gr. 2 pti ℥iij (e 0,15 ad 80,0).  
Liquoris terrae foliat. tartar. —guttas X—XXX.  
Syr. simplic. ℥ij (10,0).

Z jednej strony dla uspokojenia działalności serca, a z drugiej dla pobudzenia wydzielania moczu. Nie warto używać jodku potassu, gdyż działanie jego, wywołujące wessanie wysięku, i pobudzające wydzielanie moczu jest bardzo problematycznym; podawanie większych dawek tego środka jest nawet szkodliwym, gdyż w krótkim czasie może wywołać jodowy zapach z ust, jodowy nieżyt i dziegność (*stomacace*).

Trzeba dawać jeść dziecku dopóki nie odmawia przyjmowania pokarmów, najlepiej potrawy płynne jako to zupę, mleko, lekki nadar herbaty z mlekiem etc., i to o ile można wystudzone.

## Gruzełkowe czyli podstawowe zapalenie opon z ostrym wodogłowiem

(*Meningitis tuberculosa sive basilaris cum hydrocephalo acuto*).

Gruzełkowe zapalenie opon na podstawie czaszki czyli wodogłowiem zapalne (*Der hitzige Wasserkopf*) daleko częstszym jest cierpieniem w wieku dziecięcym niż zapalenie ropne.

Różni się ono (między innymi) od *meningitis simplex* tem głównie, że zawsze jest w związku z wystąpieniem cieczy do komórek mózgu. Zdarza się zwykle u dzieci poprzednio już zchorowanych; często nawet udaje się wykryć u nich usposobienie odziedziczone po rodzicach a głównie po ojcu.

Cierpienie to raz występuje jako częściowy objaw ogólnej ostrzej gruźlicy, drugi raz powstawanie gruzełków ogranicza się samymi tylko oponami mózgu. Ostrą gruźlicę opon mózgowych w wieku dziecięcym, można przeciwstawić ostrzej gruźlicy płuc u dorosłych.

Prawie zawsze znajdujemy u dzieci, porażonych gruzełkowatym zapaleniem opon, dawno już istniejące wodogłowia chroniczne (*Hydrocephalus chronicus*) na większym lub mniejszym stopniu rozwoju.

Przewlekłe wodogłowia nadzwyczajnie rzadko bywa wrodzonym, najczęściej rozwija się w pierwszym roku życia po mniej lub więcej gwałtownie przebiegającej krzywicy (*rhachitis*), której ślady często jeszcze dają się wykryć na kośćcu.

Te to właśnie przewlekłe wodogłowia, dają punkt wyjścia wodnej puchlinie komórek mózgu, przy wystąpieniu sprawy gruźliczej.

Zapalenie gruźlicze opon przyłącza się także i do odosobnionych gruzełków w mózgu. W takich razach znajdujemy młode, szare gruzełki rozsiane na około starego, gdy tymczasem w zwykłych wypadkach zajmują one podstawę mózgu.

Znajdujemy następujące stałe zmiany przy gruźliczym zapaleniu opon z ostrym wodogłowiem, jeżeli takowe przebiega przy zupełnie zarośniętej już czaszce:

Opona twarda, jeżeli już prawidłowo nie jest do sklepienia czaszki przyrośniętą, silnie się napręża. Po zdjęciu jęj, pokazuje się mózg, cały nieco obrzmiały, blady, pojedyncze zawoje jego wygładzone, brózdki prawie zupełnie wyrównane.

Wzdłuż wielkiej brózdki podłużnej znajdujemy mniej lub więcej obfitą ilość ziarnin Pacchioni'ego.

Większe żyły opon wewnętrznych przepełnione krwią, naczynia zato włoskowate puste i spadnięte.

Wzdłuż naczyń spostrzegamy rozsiane granulacye, wielkości łebka od szpilki, miejscami zebrane w grupy (*tubercula miliaria*).

Przy otwieraniu komórek mózgowych uderza nas przedewszystkiem ich rozszerzenie. Jeżeli bowiem oddzielimy mózg na wysokości spoidła, już komórki boczne otworzymy. Powiększone w ten sposób komórki, zawierają czystą, lub też dającą pewną ilość osadu, ciecz. Ependyma usiana ziarniną, powierzchnia ściany komórki przedstawia gdzieniegdzie zagłębienia w kształcie dołów. Naczynia, które zwykle w substancji korowej przebiegają, w skutek zagłębienia substancji mózgu występują na powierzchnią tak, że bezpośrednio pod ependymą znajdujemy mniej lub więcej krwią wypełnione żyły.

Delikatniejsze twory, przenikające do komórek, jakoto: przegroda, zstępujące części spoidła, jak również twory sąsiednie, jak: części ciałek prążkowanych i wzgórków wzrokowych — znajdują się w stanie rozmiękczenia. Zniszczone zostały przez gwałtowny wysięk do wnętrza komórek.

Trzecia i czwarta komórka tak samo porozszerzane, zwykle jednak w okolicy niema maceracyi substancji mózgu. W splotach naczyniowych (*plexus chorioidei*) znajdujemy także tam i owdzie rozsiane pojedyncze gaziczki gruzelkowe (*Hydrocephalus chronicus, sequente acuto*).

Po wyjęciu mózgu z czaszki, na podstawie takowego znajdujemy złogi prosowatych gruzelków i towarzyszącego im wysięku. Ztąd nazwa: *meningitis basillaris*.

Od skrzyżowania nerwów wzrokowych (*chiasma nn. optic.*) w tył, aż do mostu Varoli i w bok, do zatok Sylwiusza, wewnątrz błony silnie są infiltrowane ciągnącym się, galaretowatym wysiękiem nieraz na grubość 2—3 milimetrów.

Wzdłuż naczyń, szczególnież wzdłuż tętnicy dołu Sylwiusza (*arteria fossae Sylvii*) widać liczne szare nadzwyczaj drobne gruzelki.

Mózg zwykle bardzo w krew ubogi, szczególnież zaś mózdzek; substancja rdzeniowa ścieńczała i ciastowato miękka.

Trup zwykle wychudły do ostateczności, błady bardzo, brzuch wciągnięty. Na szyi i na całym zresztą tułowiu zwykle znajdujemy skrofuliczne blizny. Gruczoły limfatyczne oskrzelowe a rzadziej i śródbrzuszne powiększone, zserowaciały i pośrodku rozmiękły.



W płucach tu i owdzie pojedyncze tłuszczowo serowate ogniska, opłucna pozrastana, na błonach rzekomych nieraz liczne gruźelki, po większej części zserowaciałe.

Kiszki skurczone, w kiszkach cienkich liczne wPOCHWIENIA (*invaginationes*) powstałe podczas konania.

W kiszce grubiej znajdujemy często ślady przebytych biegunek krwawych (*dysenteria*).

Jeżeli gruźlica opon jest tylko częściowym objawem ogólnej gruźlicy prosowatej, to oprócz wyżej wzmiankowanych zmian w mózgowiu, spotykamy także gruźelki i w płucach, wątrobie, śledzionie, nerkach i otrzewnej.

Opony rdzenia kręgowego, nieraz do samego końskiego ogona (*cauda equina*) są siedliskiem gruźelkowatej ziarniny, złożonej z guziczków zazwyczaj maleńkich i szarawych jeszcze.

Nie stwierdzono jednakże dotychczas, czy to cierpienie opon rdzenia kręgowego jest zjawiskiem stałym.

Gruźlicze zapalenie opon mózgowych jest cierpieniem, jakieśmy wyżej wspomnieli, które już zchorowane uprzednio dzieci napada, i to takie zwykle, które na przerost gruczołów cierpiały.

Dla tego to przy sekcji stale znajdujemy zserowaciałe gruczoły oskrzelowe.

Dlaczego właśnie oskrzelowe a nie inne gruczoły tak stale bywają zserowaciałe, daje się tem objaśnić, że dzieci takie chorują w pierwszym roku życia na krzywicę (*rhachitis*) a więc i na długo trwające i często powtarzające się (to obostrzające się) nieżytowe zapalenia oskrzeli, skutkiem których gruczoły oskrzelowe nabrzmiewają i serowacieją (*tuberculisatio*) z powodu wężego stanu odżywiania.

Takie zserowaciałe gruczoły zawsze są niebezpieczne, jeżeli bowiem rozmiękną, łatwo mogą uwarunkować resorbcyą elementów wywołujących zapalenie.

Początek nie jest ostry, jak przy zwyczajnem zapaleniu opon, lecz powolny, trwanie jednak daleko dłuższe.

Objawy następują po sobie w pewnym stałym porządku i dla tego możliwym staje się podział przebiegu choroby na kilka okresów, dla łatwiejszego oryjentowania się.

Podział wcale nie jest bezwzględnie ścisłym to jest nieda się w każdym wypadku zastosować, gdyż jeden lub drugi okres, ta lub owa grupa objawów, może w danym wypadku na pierwszy plan wystąpić.

U dzieci z niezarośniętymi ciemionami, objawy naturalnie bardzo są zmodyfikowane, lecz o tem pod koniec dopiero pomówimy obszerniej.

W gruźliczem zapaleniu opon rozróżniamy zwykle 4 okresy:

1. Okres zwiastunów (*Stadium prodromorum*).
2. „ podrażnienia.
3. „ ucisku.
4. „ drgawek.

Okres zwiastunów najlepiej daje się spostrzec w takich rodzinach, które już poprzednio jedno, lub kilkoro dzieci przez tę chorobę utraciły. W takich wypadkach lekarz i otaczający mogą doskonale śledzić za początkowymi objawami cierpienia.

W wielu wypadkach, odżywianie napozór jest doskonałe, tkanka podskórna obficie w tłuszcz zaopatrzona, jednakże dzieci są blade.

W takich razach w początku nie więcej niemożna zauważyć jak tylko znaczną zmianę humoru i usposobienia. Wesołe zwykle i żwawe dzieci stają się smutne, grymasne, niechętnie biorą się do zabawek i zwykłych zatrudnień i co zauważyć trzeba, zupełnie gorączki nie mają.

Dzieci w uderzający sposób przytem chudną, mniej jednak na twarzy niż na reszcie ciała, nie tracąc jednakże apetytu i nie cierpiąc najmniejszych zakłóceń ze strony trawienia. Okoliczność, że dzieci więcej chudną w sobie niż na twarzy, pociąga za sobą ten skutek, że rodzice o objawie tym dowiadują się bardzo późno za ledwie, gdy już groźniejsze wystąpiły objawy, i wówczas kładąc dziecię do łóżka przestraszeni zostają, że wychudło ono tak silnie, bez żadnej na pozor przyczyny.

Sen bywa niespokojny, przerywany. Dzieci przewracają się z boku na bok, mówią przez sen, i budzą się. Już w tym okresie można bardzo często zauważyć zgrzytanie zębami; objaw ten jednakże wówczas dopiero staje się zatrważającym, gdy w przyzwyczajenie przechodzi.

Rodzice zwykle dopiero wówczas zwracają uwagę na początkowe objawy, gdy dziecko się przewraca. Nie zdarza się prawie nigdy widzieć dziecka chorego na gruźlicze zapalenie opon, o któremby rodzice nie opowiadali, że na główkę upadło. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ani uderzenie, ani pchnięcie, ani upadek na głowę nie są jedyną przyczyną gruźliczego zapalenia opon, traumatyczne bowiem obrażenie może być jedynie przyczyną wywołującą (*causa efficiens*) tego rodzaju cierpienia. Należy jednak zauważyć, że upad-

nięcie a raczej częste przewracanie się tego rodzaju dzieci, uwarunkowane jest już egzystującą chorobą mózgu. Jasną jest przecież rzeczą, że dzieci takie często cierpią na zawroty głowy, spowodowane z jednej strony ogólną niedokrwistością (*anaemia*) a z drugiej miejscowymi przekrwieniami pojedynczych części mózgu. Przy takim napadzie zawrotu (*Schwindel*) przewracają się tak, że zmuszeni jesteśmy położyć je do łóżka, którego już zwykle nie opuszczają.

Zawrót głowy, który u dorosłych bardzo jasno się manifestuje, tem tylko u dzieci ujawnić się może, że takowe upadają, objaśnić bowiem zjawiska tego nie potrafią.

Objawy opisane trwać mogą dni 8, do 3 tygodni nawet, i przechodzą następnie bezpośrednio w drugi okres cierpienia, to jest w okres podrażnienia mózgu.

Wówczas pojawiają się wymioty, które, ponieważ wkrótce i tętno staje się nieprawidłowe, wielce przyczynić się mogą do ułatwienia dyagnozy i rokowania. Jakiś to już przy opisie zwyczajnego zapalenia opon wspomnieli, wymioty takie cechują się nieobecnością mdłości i dławienia. Po prostu żołądek zostaje opróżniony, skutkiem skurczenia się odpowiednich przy sprawie wymiotowania mięśni, (przepona i tłochnia brzuszna). Zawartość żołądka zrzucaną zostaje wielkimi massami i wymiotowanie to trwa dopóty, dopóki wszystko co tylko znajdowało się w żołądku, wymieconem zeń nie zostanie.

Gdy wymioty występują w przebiegu nieżytku żołądka, to po nich pojawia się zaraz krócej lub dłużej trwające uczucie błogości (*Euphoria*); po hydrocephalicznych wymiotach dzieci bledną, słabną, kładą się na boku i na krótki przeciąg czasu, głęboko zasypiają. Jednym słowem nudności nie wyprzedzają wymiotów, lecz przeciwnie są ich następstwem.

Wymiotowanie powtarza się kilka razy dziennie i w ten sposób różni się od wymiotów przy ostrych wysypkach. Wiele razy do żołądka wprowadzone zostaną czysto płynne czy stałe pokarmy, tyleż razy, w opisany wyżej sposób, wyrzuconemi zeń zostają. Do nich przyłączają się jeszcze znaczne ilości, ciągle połykanéj śliny i mniej lub więcej cieczy żółcią zabarwionéj.

Wymioty nie trwają przez cały czas słabości, lecz znikają drugiego, a niekiedy szóstego dnia, z wystąpieniem objawów ucisku mózgu.

Jednocześnie z wymiotami bywa i ciągle zatwardzenie stolca. Jest ono bardzo upartem, a przyczyna jego leży w niedostateczności

robaczkowych ruchów przewodu jelitowego. Excrementa są twarde żółto-brunatnej barwy, zkwalone i pod koniec choroby dają się wyczuć po przez ściany brzuszne w kształcie przesuwalnych guzów.

Obraz choroby wówczas tylko zostaje zmienionym, gdy gruźlicze zapalenie opon wydarza się u dziecka. cierpiącego na przewlekłą biegunkę lub gruźlicę kiszek. Nawet w takich wypadkach pojawia się zaparcie stolca, chociaż później nieco.

Język ani obłożony, ani suchy: nie tak jak przy innych chorobach. Łaknienia niema jednakże, w największej liczbie wypadków.

Jeżeli zapalenie gruźlicze opon mózgu występuje samodzielnie i bez żadnych powikłań, to jest chorobą bezgorączkową, ciepłota dochodzi zaledwie do 38 stopni, po większej części pozostaje na prawidłowym poziomie i wówczas przedstawia zaledwie zupełnie nieregularne wahania w ciągu dnia.

Dopiero, gdy wystąpi gruźlica wszystkich narządów, pojawia się gorączka z typem podobnym do tego, jaki przy tyfusie brzuszny mamy sposobność spostrzegać. Przy gruźlicy opon jednakże, nigdy ciepłota nie jest tak podniesioną, jak wówczas, gdy mamy do czynienia z ostrą gruźlicą, wyłącznie płuc się tycząca.

Nawet podczas trwania objawów ucisku mózgu wcale gorączki niema. Symptomata gorączkowe pojawiają się wówczas tylko, gdy skutkiem długiego leżenia, powstaną rozprzestrzenione nieżyty oskrzeli lub zrazikowe nacieczenia płuc.

Z tem wszystkiem, już przed pojawieniem się wymiotów, normalne dotąd tętno spada znacznie: na 80, 70, 60, a nawet 40 na minutę, stosownie do wieku. Jest przytem twarde i pełne. Jeżeli położymy delikatnie palec na tętnicę, wyczuwamy w niej pewne drżenie. Charakterystycznym zjawiskiem w początkowych okresach gruźliczego zapalenia opon jest, oprócz zwolnienia tętna, jeszcze i przepuszczanie (das Intermittiren) tego ostatniego. Po pewnej liczbie prawidłowych, to jest w równym rytmie po sobie następujących uderzeń, następuje pauza, której trwanie równa się zwykle dwóm uderzeniom tętna, resp. dwóm skurczom serca. Po tej pauzie następują dwa lub trzy uderzenia tętna nadzwyczaj krótkie i tak szybko jedno za drugim idące, że je zaledwie porównać można z przeddźwiękiem (Vorschlag) na fortepianie lub z akcentacją tonu w tętnicy płucnej.

W jednym i tym samym wypadku częstość tętna zmienia się w mniej lub więcej znacznych odstępach czasu, tak że możemy raz narachować 40, raz 60 lub 80 uderzeń a nawet i 100, gdy dziecko jest niespokojne, krzyczy i płacze. Dobre wyobrażenie o pulsie może-

my wówczas tylko sobie wyrobić, gdy go często liczyć będziemy podczas snu, gdyż zewnętrzne okoliczności na częstość tętna niezaprzeczonej mają wpływ.

Zwolnienie i przepuszczanie tętna trwa przez cały okres podrażnienia zarówno jak i w peryodzie ucisku.

Przy nastąpieniu eksudacyi w światło komórek mózgu, ma miejsce nasilenie wszystkich objawów, to jest, że tętno staje się daleko wolniejszym jeszcze. Pod koniec choroby znika przepuszczanie, twardość i pełność pulsu, staje się on małym, nitkowatym, częstość jego znaczną, gdyż dochodzi w ostatnich 48 godzinach do 140 a nawet d w u s t u uderzeń. Taki wysoki stopień częstości przyjmować należy za objaw porażenia nerwu błędnego (n. vagi) i zwykle zbliżający się skon zwiastuje.

Bardzo podobnie tętnu, zachowuje się i sprawa oddechania. W okresie zwiastunów jest ona prawidłową i wówczas tylko przyśpieszoną, gdy mamy do czynienia z powikłaniem ze strony płuc. Podczas trwania podrażnienia mózgu i nawet po wystąpieniu ucisku tegoż, zauważyć można osobliwą zmianę w respiracyi. Po pewnej liczbie prawidłowych, powierzchownych oddechów, następuje jedna głęboka do westchnienia podobna inspiracya i takąż eXspiracya.

O zjawisku tem najlepiej można przekonać się, gdy dziecko śpi. Wdechanie (*inspiratio*) przypomina głębokie westchnienia, często u melancholików się powtarzające.

Głębokie takie wzdychanie pojawia się ciągle, nieraz do samego końca choroby.

Jakśmy wyżej wspomnieli, zwolniony początkowo puls, zostaje niezmiernie przyśpieszony za zbliżeniem się letalnego zejścia, otóż to samo tycze się i oddechania, które także znacznie częstszem się robi, zostaje jednak ciągle rytmicznym.

Przyśpieszenie tętna prędszej następuje niż przyśpieszenie oddychania.

Fizykalne badanie płuc nie nieprawidłowego nie pokazuje, a co najwyżej rozlany nieżyt oskrzeli; nawet znacznie powiększone gruczoły oskrzelowe nie dają się wykryć za pomocą fizykalnego badania, w niektórych udaje się jeszcze odkryć w górnym a nawet w dolnym płacie rozszerzenia oskrzeli (*Bronchiectasiae*).

Pokrycie ogólne (skóra) nadzwyczaj jest czułym na dotyk, przy najdelikatniejszym dotknięciu dzieci głośno zaczynają krzyczeć, zrzucają z siebie kołdrę i t. d. Barwa skóry na twarzy gwałtownie

się zmienia, ciemna czerwonosc raptownie ustępuje miejsca przerażającą bladosc etc.

Jeżeli przez dłuższy czas pociągamy palcami po skórze, to powstają na niej plamy czerwone, które Trousseau uważa za charakterystyczną cechę rozpoznawczą w gruźliczym zapaleniu opon.

Nie jest to jednakże prawdą, gdyż tego rodzaju plamy zauważyć można także przy innych chorobach mózgu, a nawet u osobników, wycieńczonych innymi cierpieniami, jak np. krwawą biegunką, długo trwającą. Dowodzą one tylko, że nastąpiło zakłócenie w funkcjach nerwów naczynioruchowych. Odpowiednio miejscu dotknięcia powstaje przekrwienie, które jednak nie od razu się rozwija, lecz przeciwnie, potrzeba pewnego przeciągu czasu, aby do punktu kulminacyjnego doszło, przez jakiś czas na tymże się zatrzymuje i następnie znika w ciągu takiegoż przeciągu czasu, jaki użyło na powstanie. Gdy się już plamy Trousseau pojawiać zaczynają, skóra staje się daleko mniej drażliwą, niż z początku. Drażliwość ta coraz bardziej znika w okresie ucisku, tak, że dzieci stają się zupełnie nieczułe na szczypanie, klucie etc. lub długo po podrażnieniu czekać trzeba na odczyn.

Sen nocny u takich dzieci staje się przerywanym, już nietylko przewracanie się z boku na bok zwraca naszą uwagę, ale przyłącza się głośnie wykrzykiwanie wśród głębokiego snu (*cri hydrocéphalique*). Krzyk ten pojawia się i podczas spania w dzień i znika zaledwie pod koniec okresu ucisku mózgu.

Dopóki dziecko jest przytomne, dopóty możemy przekonać się o istnieniu silnego bólu głowy. Starsze dzieci skarżą się, że je głowa boli, młodsze, które jeszcze tego wypowiedzieć nie umieją, chwytają się bezprzestannie za główkę, twarz ich osobliwszy przybiera wyraz, czoło się marszczy, fałda nosowargowa przedłuża się. Gałki oczne często wywracają się do wewnątrz i ku górze: jest to objaw, któremu wszyscy lekarze dziecięcy wielką przypisali wagę.

Wiele bardzo dzieci, w krótkim czasie, traci przytomność, u innych pozostaje ona dosyć długo. Godnym uwagi jest zjawisko, mające tą samą podstawę, co i powstawanie plam Trousseau, mianowicie że dzieci na zadane pytania odpowiadają stosunkowo bardzo późno i odpowiedź swą przez pewien przeciąg czasu ciągle powtarzają.

Przy zapaleniu opon, pojawiającem się w charakterze choroby samoistnej, nie mamy obrzmienia śledziony, to znaczy że opukiwanie nie ukazuje nam na powiększenie objętości tego organu w przebiegu powyższego cierpienia.

Podczas gdy przy tyfusie brzuszny lub przewlekłym gruźli-

czem zapaleniu otrzewnej, brzuch jest wzdęty a meteorismus przez cały ciąg choroby powiększa się, -- to przy gruźliczym zapaleniu opon, rzecz ma się przeciwnie. Brzuch coraz więcej się wciąga, tak że wreszcie zupełnie staje się podobnym do niecki (muldenförmig).

Wówczas można bardzo dobrze obserwować kurczenie się jelit i przez pokrycie brzucha wyczuć skwalone *faeces*. Przy nieco silniejszym nacisku możemy wyczuć tętnienie aorty brzusznej.

Narządy wzroku silny udział w cierpieniu przyjmują.

Słuch nadzwyczajnie staje się czułym, dzieci łatwo przestraszają się nieraz we śnie, zrywają się gwałtownie w skutek nieraz nieznacznego szmeru, lub jak naród w Niemczech mówi: „sie fahren durcheinander“.

Wzrok bardzo wrażliwy na światło, i zdaje się, że silniejsze światłowe podrażnienie, (jak np. jasne i jaskrawe promienie słoneczne), sprawia uczucie bólu.

Żrenica, w początku cierpienia, oddziaływa jeszcze dość szybko, w okresie podrażnienia staje się silnie zwężoną, a w dalszym przebiegu rozszerza do maximum. Nie zawsze na obydwu źrenicach można zjawisko to zauważyć, zdarza się bowiem nieraz, że jedna jest zwężona, podczas gdy druga niewątpliwie się rozszerzyła; obraz może się też zmienić i w ten sposób że źrenica, która już była rozszerzoną, zwęża się napowrót. Z tego niejednakowego zachowania się źrenic nie można jednakże wnioskować o jednostronnem odłożeniu się wysięku.

Żrenice przedstawiają jeszcze jedno zjawisko, dość zresztą przy cierpieniach mózgu charakterystyczne, mianowicie tak zwane „falowanie“. Żrenica jest naprzykład dosyć obszerną, pod wpływem silnego światłowego podrażnienia, gwałtownie się zwęża, przy trwaniu jednak tegoż podrażnienia nie pozostaje zwężoną, lecz waha się tu i tam, raz się rozszerza, raz zwęża. Zjawisko to powtarza się dopóty, dopóki oddziaływanie na światło zupełnie zniesionem nie zostanie.

Badanie dna oka przy pomocy zwierciadła ocznego (*ophthalmoscope*) dla tego ważnem jest, bo mamy wiarogodne spostrzeżenia, że na naczyniówce zdarzać się mogą gruźliki.

Ja zaledwie jeden tego rodzaju wypadek widziałem, i to na trupie w którym wszystkie organa, jak się okazało, zajęte były ostrą gruźlicą.

Istnienie dwóch ziaren gruźłkowych, znajdujących się przy wejściu nerwu wzrokowego za życia nie było skonstatowanem. Podo-

bnie przeczący rezultat otrzymano z obserwacji bardzo znacznej ilości wypadków; należy jednak zauważyć, że tu u nas nadzwyczaj rzadko (w porównaniu z innymi) zdarzają się wypadki gruźliczego zapalenia opon, któreby za częściowy objaw ogólnej gruźlicy, można było pochylić.

Za pomocą zwierciadła dowiadujemy się zwykle tylko że naczyń są bardzo wątte i wąskie, czyli że krwi w nich jest nadzwyczaj mało. W obu oczach też same znajdujemy zmiany. Zmiana ta ważną jest, gdyż nie spotykamy jej przy umiejscowionych cierpieniach mózgu np. przy nowotworach.

Podczas trwania obydwu okresów dzieci wykonywają pewną liczbę ruchów automatycznych, po których można poznać że sfera ruchów zajęta została. Z powodu bólu głowy, dzieci, jakieśmy mówili chwytają się za nią, wiercą palcami w nosie, łapią się za usta, jak gdyby w celu wydalenia z nich jakiegoś ciała obcego, dłubią i skubią części rodne, które nieraz do krwi rozdrapują, i t. d.

Objawy podrażnienia i ucisku nigdy nie są od siebie ostro odgraniczone, lecz przebiegają razem i jednocześnie tak, że nie możemy powiedzieć gdzie się jeden okres kończy a gdzie drugi zaczyna. Każdy wypadek przedstawia zawsze coś osobliwego, jeden objaw więcej staje się widocznym, podczas gdy inny na drugi plan się cofa; i tak na przykład: objawy podrażnienia mózgu, objawy ogólnego rozdrażnienia mogą pierwsze zajmować miejsce, w innym zaś wypadku pojawiają się głównie symptomata ucisku tak, że nawet można rozróżnić eretyczną i torpidną formę gruźliczego zapalenia opon. Ani z jednej, ani z drugiej formy, nie możemy wnioskować o ilości lub wielkości wysięku, lub o zniszczeniu, jakie ma miejsce w częściach substancji mózgu, otaczających komórkę. Wspomniane objawy trwają przez rozmaity przeciąg czasu, 8 dni do trzech tygodni, pojedyncze objawy także nie jednakowo trwają. Jeżeli symptomy cierpienia w trwaniu swem przekraczają podane wyżej granice (mniej niż 8 dni lub więcej niż 3 tygodnie) to z wielkiem prawdopodobieństwem możemy wnioskować, że niema gruźliczego zapalenia opon w danym wypadku.

Do wspomnianych automatycznych ruchów dziecka, przyłączają się zaburzenia w narządzie ruchowym. Pojedyncze objawy tego zaburzenia zjawily się już przy początku cierpienia, gdy tymczasem ogólne kloniczne drgawki występują zaledwie pod koniec choroby.

Zaczyna się od zwykłych ruchów ssania i żucia, które dziecko ciągle wykonywa. Zdaje się, że nadzwyczaj delikatny śluz, który dzieci chcą z ust wydalić, staje się przyczyną tego zjawiska. Może



być także, że przyczyną tą są mylne wyobrażenia (Wahnvorstellungen).

Podczas początkowych okresów cierpienia widzieliśmy zgrzytanie zębami, spowodowane kurczem mięśni twarzy. Objaw ten trwa zwykle aż do wystąpienia ogólnych drgawek. Zanim te się pojawiają, wychudnienie dziecka, już to cierpieniem, już brakiem pożywienia spowodowane, dochodzi do najwyższego stopnia.

Konwulsye są kloniczne, to jest przerywane drgawki, zajmujące raz pojedyncze grupy, poprzecznie prążkowanych mięśni, drugi raz całym wstrząsające ciałem.

Gdy pojedynczych grup mięśniowych się tyczą, to zwykle zajmują mięśnie twarzy, jednej lub drugiej strony, jednej lub drugiej, górnej albo dolnej kończyny.

Zdarzają się i skurcze mięśni oka, skutkiem czego powstaje zéz dłużej trwający, lub też chwilowy, i stosownie do okoliczności bywa dośrodkowym lub odśrodkowym (*strabismus convergens v. divergens*).

Gdy mamy drgawki ogólne, na całe ciało się rozprzestrzeniające, to wówczas także pojedyncze grupy mniej lub więcej się do tego przyczyniają. Może naprzykład przepona raz wraz się kurczyć, w skutek czego dziecko wydaje głośne, do gđakania podobne krzyki.

Z pojawieniem się drgawek, choroba wchodzi w ostatni swój okres, jednak trwać one mogą dość długo, bo 48 godzin i dłużej nawet. Wskazówkę do przepowiedzenia bliskiego już skonu mamy jedynie w zachowaniu się tętna i oddęchania, które zostają jak wiemy silnie przyspieszone i to najpierw puls a potem dopiero respiracya. Tętno może dojść 160 lub 200 a oddęch 40—60—80. Dla odróżnienia tego stanu od cierpienia płuc lub żeber niema żadnych danych charakterystycznych. Oba te objawy należy uważać za porażenie nerwu błędnego zupełnie takie, jakie występuje podczas okresu drgawek w oddzielnych miejscach, jak naprzykład porażenie nerwu twarzowego, jednej z kończyn górnych, obydwu dolnych, pęcherza moczowego, który nieraz do pępka sięgać może, jeżeli moczu nie wypuszczono.

Przed samą śmiercią występują jeszcze raz drgawki, w bardzo gwałtowny sposób, w całym ciele, przyczem zauważyć można silny *opistotonus*.

Przy niezupełnie zarośniętej czaszce objawy nieco zostają zmodyfikowane.

Przesuwalność kości i ta okoliczność, że zawartość czaszki może

zwiększać swoją objętość — dają nam pełen wartości środek do ręki, dla skonstatowania powiększenia się zawartości jamy czaszkowej.

Ciemie wielkie jest z tego powodu naprężone, wypukłone, silnie lecz powoli tętniące. Nastawiwszy nań stetoskop, często usłyszeć można nie charakterystyczny zresztą wcale, systoliczny szmer podmuchowy.

Gruźlicze zapalenie opon niezmiernie rzadko spotyka się u dzieci, mających mniej niż 4 miesiące. Dzieci które ten czas przebyły, chorują zwykle na przewlekłe wodogłowie z krzywicą. Objaw ten dlatego zasługuje na uwagę, że tylko co wspomniane przewlekłe wodogłowie, zwykło miewać recydywy, które się jednak śmiertelnie nie kończą, lecz przeciwnie, dość dobrze znoszonymi bywają. Przy takim powrocie, ciemie także się napręża, wypukła etc., objawy te jednak znowu znikają zupełnie. Przy wysięku zaś w komórki, mającem miejsce przy gruźliczem zapaleniu opon, ciemie wielkie powinno być przez cały czas trwania choroby naprężonem, i naprężenie to powinno się nawet wzmacniać.

Inne objawy pozostają zupełnie na drugim planie. Chudnienie wcale nie jest tak przerażającym, szczególnie u ssawców. Nie dochodzi ono nigdy do tak wysokiego stopnia jak u większych dzieci, a to z powodu daleko szybszego przebiegu cierpienia.

Wymioty takie nigdy w tak charakterystyczny sposób nie pojawiają się u ssawców. Zaparcie stolca niemniej nie jest stałym objawem. Puls i oddechanie zupełnie w ten sam sposób się zachowują, tylko należy tętno na ciemieniu rachować. Czułość skóry nie jest wcale tak znaczną, a plam Trousseau także nie zawsze dopatrzeć się można. Wykrzykiwań we śnie niema, jednak dzieci takie przeraźliwie jęczą, inne przeciwnie leżą zaraz od początku choroby osłupiałe zupełnie.

Ruchy ssania i zezowanie zawsze się pojawiają, ostatnie nawet zaraz z początku.

Rozumie się, że zgrzytania zębami być nie może.

Żrenice też same przedstawiają zjawiska, podobnie i dno oka.

Drgawki występują zato daleko wcześniej, bo nieraz po jednej lub dwóch dobach za ledwie. Przed wystąpieniem drgawek, często zauważyć można silne drżenie rączek, które za zwiastuna konwulsyj uważać można. Drgawki te wraz z zachowaniem się wielkiego ciemienia są to może jedyne ważne dane do rozpoznania, gdyż choroba zabija takie dzieci w daleko krótszym przeciągu czasu niż większe.

Postawić przeto rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon, jest rzeczą bardzo trudną, gdyż objawy są napozór nieznaczące i tylko kolejno występują.

Nigdy nie należy kusić się o rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon z jednego lub kilku symptomów, chociażby były jak najwięcej uderzające i gwałtowne. W ten sposób unikniemy bardzo wielu pomyłek.

Zaledwie ze wszystkich objawów i to w pewnym idących porządku, można wnioskować o gruźliczym zapaleniu opon. Wszystkie muszą wystąpić, chociażby który z nich mniej był wyraźnym. Jeżeli którego z objawów brakuje, lub jeżeli cierpienie przyjmuje niezwykle przebieg, co się tyczy trwania, to trzeba zawsze zastrzedz możliwość jakiegokolwiek powikłania, szczególnie wówczas, gdy chodzi nam o postawienie klinicznej dyagnozy.

Każdemu praktycznemu lekarzowi radzimy w taki sposób postępować: w wypadku, gdzie objawy zwiastunne nie są tego rodzaju, żeby mogły zawiadomić lekarza o nadciągającej chorobie, to baczną uwagę jego powinny na siebie zwrócić wymioty i towarzyszące im zwykle zwolnienie i przepuszczanie tętna, pokazują one bowiem, że w danym wypadku nie ma wyłącznie do czynienia z nieżytem żołądka, lecz z daleko cięższym cierpieniem. Tem przekonaniem powinien się lekarz natychmiast z otaczającymi podzielić, wiele bowiem rodziców raduje się temi wymiotami, widząc w nich jakąś pomoc własną natury. Z drugiej strony za złe poczytują lekarzowi, jeżeli od razu położenia rzeczy właściwie nie ocenił. Z samych jednakże zwiastunów, chudnienia, wymiotów, zwolnienia tętna nie można i nie powinno się rozpoznawać *meningitidem tuberculosam* a tem bardziej stawiać letalne rokowanie, gdyż, jak później zobaczymy, przy każdym przekrwieniu mózgu, u każdego eretycznie rozdrażnionego dziecka mogą się zdarzyć podobne objawy. Zaledwie wówczas, gdy objawy te dłużej trwają i pozostałe znane nam już zjawiska wystąpią, mamy dopiero prawo wyrazić obawę, że niepodobna spodziewać się powrotu do normy.

Nasilenie w zakłóceniu ruchów „ruchy żucia, zezowanie i zgrzytanie zębami“ dają się domyślać prawdopodobnego zjawienia się drgawek. O tem trzeba także rodziców zawiadomić i zwrócić ich uwagę na to, że gdy ta ostatnia ewentualność nastąpi, z pewnością śmierci spodziewać się należy.

Konieczną jest rzeczą w tej chorobie, aby lekarz zwracał uwagę rodziców na każdy pojawiający się lub grożący wystąpieniem ob-

jaw; jeżeli bowiem ludzie ci widzą, że lekarz należyście panuje nad stanem rzeczy, to nawet pomimo śmiertelnego zejścia nie tracą położonego w nim zaufania.

Jasną jest rzeczą, że traktowanie środkami leczniczymi choroby w mowie będącej pozostaje bez najmniejszego rezultatu. Nawet w okresie zwiastunów, wszystkie środki wzmacniające pozostają bez skutku, choroba postępuje niewzruszenie w wytkniętym porządku.

Zadaniem profilaktycznego leczenia powinno być tylko staranie się o „zmniejszenie praedyspozycyi i usunięcie szkodliwego bodźca.“

Rozumie się, że zadanie to lekarz może wówczas tylko wypełnić, gdy dzieci ciąglęj jego pieczy są oddane.

Jeżeli istnieje podejrzenie o suchoty płucne, na rodziców, a głównie na ojca, to należy dziecko oddać zdrowej mamce do wykarmienia. Jeżeli matka ma skłonność do suchot, to oczywiście niewolno jój jest karmić. Najmniejsze zakłócenie w trawieniu, powinno zwrócić na się baczną uwagę i zaradzić mu szybko potrzeba. Tak samo czujnie baczyć należy na dziecko w okresie ząbkowania, tak usposabiającym do rozmaitych chorób. To samo da się powiedzieć o czasie odstawienia ssawca. Równie ważne ma znaczenie dalsze karmienia dziecięcia.

Mięso, dobrze zgotowana zupa, niepodrobione mleko z jakimś bądź dodatkiem, powinny być głównymi artykułami pożywienia, przyczem pobyt na świeżem powietrzu, bogatem w tlen. W wielkich miastach nie zawsze to naturalnie jest możebnem, braki wynadgrodzić należy, choć w części, w ten sposób, że pokój w którym się dzieci zwykle znajdują, będziemy pilnie odwietrzać we dnie, jak również przed pójściem na spoczynek. Bardzo byłoby pożądaną rzeczą, gdyby się dało przewietrzanie w nocy powtarzać, żeby dzieci nie pozostawały długo w atmosferze własnych wyziewów. Najlepiej celowi odpowiada, dobrze urządzona wentylacya w sypialnym pokoju dzieci.

Dzieci takie powinny umiarkowaną ilość ruchu wykonywać i hartować się stosownie urządzeniami i umiejętnie zastosowanemi zimnemi obmywaniami. Żadną miarą nie powinniśmy pozwolić na nadużycie tak w jedném jak i w drugim, gdyż otrzymalibyśmy wręcz przeciwne życzeniu skutki.

Należy być bardzo ostrożnym ze szczepieniem. Takie podejrzane dzieci szczepić należy w takim wieku, o którym wiemy, że rzadko w nim, lub nigdy nie zdarza się gruźlicze zapalenie opon. Szczepić je powinniśmy przed trzecim miesiącem, nie kępując się przytem zupełnie porą roku. W późniejszym wieku lepiej odłożyć

szczepienie na później, gdyż staje się ono powodem podrażnienia, któremu zwykła towarzyszyć chociażby słaba gorączka.

Jeżeli dzieci takie bledną, lub jeżeli pojawiają się u nich obrzmienia gruczołów, to należy niezwlekając zabrać się do stosownego leczenia: Chinina w małych dawkach w połączeniu z łatwostrawnym przetworem żelaza powinna być zaraz przepisana. Zachwalają też bardzo *chininum ferro-citricum*. Obrzmiewanie gruczołów należy leczyć wcieraniem jodu. Jeżeli można, dobrze by było zmienić klimat, w lecie wybrać górzystą, w zimie ostłoniętą okolicę; na zimę najlepiej posłać dzieci na południe do Meran, Lesina, Mentony lub Nizzy. Podczas pobytu latem w górach, zastosować leczenie wodami mineralnymi, np. Pyrmont, Gleichenberską, Klausnerquelle, Spaaer Brunnen i wody te należy dzieciom dawać stosownie do wieku po 10—20 gramm dziennie przez jakiś czas.

Słone i błotne Franzensbadzkie kąpiele należy odradzać, gdyż szczególnie u eretycznych dzieci, sprawiają zbyt silne podrażnienie.

Jeżeli już choroba wybuchła, to należy się ograniczyć więcej wyczekującą metodą.

Zalecane przez starszych paedyjatrów przetwory żywego srebra są bezskuteczne, tego tylko dają nawet zwykle się doczekać, że przy obfitem ich podawaniu dziecko dostanie dzięgny (*stamacace*) i ślinotoku.

Vesicantia, pijawki stawione za uszami, krwawe lub suche bańki nie tylko na nie się nie zdadzą, lecz nawet wręcz są szkodliwemi.

W początku choroby, najlepiej jest dawać dziecku niewielkie dozy chininy. Dwa do 6 granów dziennie w roztworze, co 2 godziny po łyżeczce od kawy—wystarcza. Jeżeli jednak wystąpią wymioty, to lekarstwo to, jak i wszystkie inne zrzuceniem zostanie. W razie wystąpienia obstrukcyi należy przepisać którykolwiek z środków rozwalniających, wyliczonych przy *meningitis purulenta*.

Często zalecanym bywa jodek potassu, częścią jako pobudzający wessanie, częścią jako moczopędny środek.

(Rp. Kali jodati gr. 4 (0,25)

Aq. destill. ℥ iij (80,0)

Syr. simpl. ℥ ij (10,0)

D. S. co 2 godziny łyżeczkę od kawy).

W każdym razie można go wkrótce w moczu wykazać, a przy dłuższem użyciu pojawia się z ust zapach jodu, a działania pomimo to

nie widać. To samo da się powiedzieć o *liquor terrae foliolae tartari* (*Kali aceticum basicum solutum*).

Rp. Kali acet. basici soluti gtt 20  
 Aquae destillatae ℥ iij (80,0)  
 Syrupi simplicis ℥ ij (10,0)  
 D. S. co 2 godziny łyżeczkę.

Jest ono tak samo bez działania jak jod, niema jednak szkodliwego wpływu na organizm jak ten ostatni.

Przy przemijających kolorach na twarzy i paleniu głowy, zalecają się okłady lodowe, które można zastąpić okładami z zimnej wody jak tylko ciepłota głowy do normy powróci. Zimne natryski i oblewania są bezskutecznymi; drażnią tylko eretyczne i niespokojne dzieci i może być, że w ten sposób przyspieszają pojawienie się drgawek.

Jeżeli tylko dziecię przyjmuje pokarmy, to należy mu je podawać obficie. Należy dawać łatwostrawne pokarmy w stanie płynnym dość często w ciągu dnia, lecz w niewielkich naraz ilościach. Enemy z żółtka od jaj z zupą, z mleka i t. d. są bez pożytku. Dzieci mają leżeć w zaciemnionym pokoju, który jednak często przewietrzać należy.

Jeżeli niema stolca, to trzeba dać ławatywę rozmiękczejącą lub też z dodatkiem  $\frac{1}{2}$  do 1 uncji oleju rycynowego (20,0—30,0).

Mocz nagromadzony w pęcherzu powinien być moczociągiem wypuszczony, jeżeli pęcherz ku pępkowi się rozdyma. Wprowadzenie moczociągu u dziewczynek nie przedstawia żadnych trudności. Katetyzowanie chłopców także nie jest wcale trudnym, trzeba jednak wybrać instrument odpowiedniej grubości, to jest niezbyt cienki, i takowy wprowadzać do pęcherza, nie używając przytem żadnego naporu. Używając zbyt cienkiego moczociągu, narażamy się na zatrzymanie go przez zdwojenie błony śluzowej cewki. Przy drgawkach należy zważać, żeby dziecko się nie potłukło, gdy rzucanie stanie się gwałtownem.

Gdy wystąpią zjawiska zbliżającego się skonu, jakoto: prędkie tętno, szybkie oddechanie, to należy dziecko spokojnie pozostawić pieczy otaczających je osób.

Wodogłowie ostre, zapalne (*Der hitzige Wasserkopf*).

*Hydrocephalus acutus*.

Ostre wodogłowie, bez gruźlicy opon zdarza się w wieku dziecinnym nader rzadko. Należy tu policzyć te tylko wypadki, przy

których następuje wylanie się do komórek wysięku, połączone ze zniszczeniem otaczającej istoty mózgu, bez poprzednio istniejącego rozszerzenia tychże komórek.

Daleko częściej spotykamy ostrą recydywę przewlekłego wodogłowia czy to ostatnie będzie wrodzone, czy nabyte.

Do nowotworów mózgu także często przyłącza się często ostre wodogłowie, jako zjawisko końcowe, i tu jednakże exystowało zazwyczaj poprzednio już przewlekłe rozszerzenie komórek. Czyste ostre wodogłowie (jeżeli byśmy mieli sposobność obserwować takowe), powinniśmy za życia wywołać objawy zbliżone więcej do ropnego zapalenia opon, niż do ich gruźliczego cierpienia, a to z powodu szybko następującego śmiertelnego zejścia.

Obostrzenia starego wodogłowia charakteryzują się wystąpieniem objawów ucisku, lub nasileniem takowych, stosownie do okoliczności, a objawy te wytlómaczyć się dają z większą lub mniejszą łatwością, zależnie od tego czy ciemiona już zarosły czy nie.

### *Hydrocephalus chronicus* (przewlekłe wodogłowie).

#### A. Wodogłowie wrodzone.

Rozwija się ono podczas życia wewnątrzmacicznego w zupełnie ten sam sposób jak i wodogłowie nabyte, i już wówczas może do znacznych dojść rozmiarów. Zwykle wkrótce po urodzeniu ilość cieczy w komórkach mózgu zaczyna powoli lecz stale się powiększać, tak, że do 4—6—10 funtów dojść może. Jeżeli ilość cieczy tak znacznych dosięga rozmiarów, wówczas części czaszki, skórą tylko pokryte, największą część takowej stanowią, gdy tymczasem kości jej, zaledwie w kształcie wysepek się przedstawiają. Oczodoły do szpar stają się podobne, czoło szerokie, silnie wydające się. Wodogłowie zazwyczaj bywa symetrycznem, rzadko tylko, w skutek przedwczesnego zarosnięcia którego ze szwów symetryczność ta znika. Objawy porażen i zakłóceń w sferze zmysłów, opisane przy nabytem przewlekłym wodogłowiu występują tu daleko jeszcze wyraźniej.

W wysokim rozwinięte stopniu, cierpienie to zwykle bywa śmiertelnem i rzadko osobnik niem dotknięty dożyć może do wieku młodzieńczego.

## B. Wodogłowie przewlekłe, nabyte.

Wodogłowie chroniczne nabywa się wówczas najczęściej, gdy ciemiona i szwy czaszki dziecięcej jeszcze nie pozarastały. Powiększenie objętości mózgowia przez wzmoczenie się ilości surowicy, warunkuje stosowną zmianę kształtu czaszki. Zmiana ta w mniej znaczącym stopniu nie jest tak wyraźną, najwyraźniejszą zaś staje się w tych wypadkach, które za wodogłowie wrodzone uważać możemy.

Zależy ona na nieproporcjonalnej wielkości czerepu w porównaniu z kośćcem samej twarzy. Na skutek wzmoczenia się masy, zawartości czaszki, powiększa się i objętość takowej, gdyż szwy jej, z łatwością się rozchodzą. Czaszka rozdyma się niejako jak pęcherz, i jak bania mniej lub więcej kulista, siedzi na niedosć rozwiniętym szkielecie twarzy. Ciemiona powiększyły się i naprężyły, kości, zwykle jedna na drugą zachodzące, rozeszły się, przestrzenie samą skórą pokryte stały się szersze, bardzo stosunkowo wielkie, same kości, a mianowicie skronie i czoło ścieńczały, skóra zaś upstrzona poroszerzanami żyłami. Górne ściany oczodołów tak bywają obniżone, że gałka oczna, z powodu zmniejszenia objętości dołu, zostaje na przód i na zewnątrz wypchnięta. Zjawisko to przy znaczniejszych stopniach cierpienia dochodzi do tego, że dolna powieka, przy otwartym oku zakrywa do połowy rogówkę. Części łuskowe kości skroniowych, które w wieku dziecięcym stoją prawie pionowo, zostają, w skutek pomnożenia się płynu w komórkach mózgu, zepchniętymi na zewnątrz, a w cięższych wypadkach przyjmują prawie zupełnie poziome położenie. W takich wypadkach czaszka cała przyjmuje odporność pergaminu i zaledwie w punktach kostnienia wyczuć można pojedyncze grupy kostne. Jeżeli już niektóre szwy zarosły, to czaszka powiększa się tylko w kierunku niezarośniętej części i w ten sposób daje początek rozmaitym formom bezkształtności głowy.

Kształt czysto hydrocephalicznej czaszki zwykle bywa kulistym, gdyż czaszka powiększa się we wszystkich średnicach.

Przy wodogłowie wrodzonym grubość istoty mózgu redukuje się do minimum, ciała prążkowane (*corpora striata*) i wzgórkowe (*thalami optici*) spłaszczone, spoidel (*comissurae*) brak, przy cięższych wypadkach z całego mózgu zostaje zaledwie nieznaczna warstwa, przylegająca do opony twardej, gdy tymczasem rdzeń przedłużony i mózdzek zepchnięte są w średnie i tylne doły czaszkowe.



Zmiany w istocie mózgu zachodzące, są podobne do tych, któreśmy przy zapaleniu gruźliczem opom opisali.

Ponieważ wysięk ciągle dalej wylewa się do komórek, przy jednoczesnej resorbeyi i znikaniu okrażającej substancyi mózgowój, przeto na powierzchni mózgu nie widać zgładzenia zawojów (resp. obrzmienia). Istota mózgu głównie ku komórkom staje się coraz twardszą, elastyczniejszą, jamy się powiększają, etc. Dalszym objawem, pojawiającym się u hydrocephalicznego dziecka, jest oko dzikie, wytrzeszczone; w wyższych stopniach wzrok staje się zupełnie głupowatym. Często na dzieciach takich znajdujemy objawy obecnej lub przeszłej już krzywicy. Objawy podrażnienia i ucisku mózgu spotykamy wówczas tylko, gdy wysięk gwałtownie wystąpił.

Jeżeli wystąpienie to było powolniejszem, to objawy ze strony mózgu pozostają na drugim planie, a zjawiska porażenia główne tło obrazu stanowią. Z pomiędzy ostatnich najcięższą jest utrata wzroku. Po braku oddziaływania ze strony źrenicy, dzikim wzroku i zmianach, przy pomocy oftalmoskopu wykryć się dających (zanik nerwu wzrokowego)—po tak zwanój ślepotcie pochodzenia mózgowego (*Amaurosis cereбрalis*)—można na pewno poznać chorobę.

Często spostrzeżaniem bywa zezowanie, jako skutek, nietylko skurczenia ale i porażenia pojedynczych mięśni. W ten sposób powstaje zez następczy (*strabismus secundarius*).

Porażenia cerebralne bardzo często widzieć się dają, dotyczą one raz jednej, częściej zaś obu, górnych lub dolnych kończyn. Hemiplegiczne porażenia rzadziej się zdarzają, tak samo jak i porażenia nerwu twarzewego.

Nietrzymanie (*incontinentio*) moczu i stolca często miewa miejsce w skutek porażenia jelit i pęcherza. Dzieci mają przytem ogromny apetyt, żarłoczne są w całym znaczeniu tego wyrazu (*Polyphagia*), brak im jednak uczucia sytości. Po większej części dzieci takie są dobrze odżywiane, niektóre jednak pomimo nadmiernego dowozu strawy chudną.

Oddechanie i tętno prawidłowe i okazują zбочenia jedynie wskutek powikłań lub obostrzeń cierpienia.

Jeżeli wysięk nieco gwałtowniej występuje, to mogą pokazać się objawy podobne do tych, które przy gruźliczem zapaleniu opom widzieliśmy: krzyki, wymioty, zmiany tętna, silniej naprężone ciemiona i drgawki. Objawy te nie następują po sobie w takim porządku jak we wspomnianej chorobie, nie wzmagają się, wiele z objawów *meningitidis tuberculosae* zupełnie nie występuje, znikają wreszcie

wszystkie po jakimś czasie, a pozostaje tylko powiększenie objętości czaszki. Można jednak stwierdzić je wówczas tylko, gdy dokonamy ścisłych wymiarów czaszki, przed powstaniem choroby <sup>1)</sup>).

Zwykle mamy do czynienia z powiększeniem czaszki we wszystkich rozmiarach, przy zrośnięciu zaś niektórych szwów, w jednym tylko kierunku.

Przewlekłe wodogłowie w mniejszym stopniu, szczególnie jeśli było w związku z krzywicą kości czaszkowych, może zniknąć, nie pozostawiając śladów. W każdym razie zboczenia w kształcie głowy znikają dopiero w późniejszych okresach wieku dzieciennego. Niemało w takich wypadkach cierpi na tem intelligencya i rozwój całego organizmu w ogóle. Nawet cięższe wypadki wodogłowia mogą się wyzdrowieniem zakończyć, tylko po nich na długi czas pozostają zniekształcenia czaszki. Przy innych wypadkach, w każdym razie życie nie zostaje zagrożone. Pozostawiają one jednak po sobie ślepotę, porażenia, nietrzymanie moczu i stolca etc. Intelligencya także od nich szwankuje (*Idiotismus ex hydrocephalo chronico*). Pozostają także napady drgawek i do padaczki podobne przypadłości.

Należy także wspomnieć, że podczas takiego napadu, może śmierć nagle nastąpić, chociażby dziecko przeszło już wiele podobnych paroksyzmów. Przy sekcji nie możemy znaleźć żadnej przyczyny tej katastrofy, to jest żadnego zniszczenia przez obrzęk lub wylew krwi w substancji mózgu. W płucach zwykle widać obfite ilości pienistej surowicy.

Śmiertelne zejście następuje już to podczas ostrego nasilenia sprawy chorobowej, z powodu gruźliczego zapalenia opon, już z powodu przyłączenia się innych chorób np. *enteritis follicularis*, niezytu kiszek, zapalenia płuc i t. d.

Rozpoznanie przewlekłego wodogłowia nie jest wcale trudnym, bo objawy choroby są widoczne; tylko przy ostrem nasileniu choroby różniczkowa dyagnoza między zwyczajną exacerbacją a gruźliczem zapaleniem opon seq. *hydrocephalo acuto*, przedstawia wiele trudności. Strzedz się potrzeba rozpoznania gruźlicy opon z pojawienia się poje-

---

<sup>1)</sup> Dokonywa się ich już to zwyczajną centymetrową miarką, już cyrklem. Objętość czaszki mierzy się na wysokości guzów czołowych z jednej strony, a z drugiej na palec poprzeczny ponad wyniosłością potylicową zewnętrzną, następnie od tej ostatniej do nasady nosa, a od prawej strony ku lewej pomiędzy wyrostkami sutkowymi.

dyńcych objawów mózgowych (o czem już wyżej przestrzegaliśmy). Tylko przebieg może rozpoznanie ustalić.

Głowa sama i jój zawartość powinna być nietykalną (*noli me tangere*). Ucisk za pomocą sznurkowego czepca, lub plastra lepkiego pokrywającego głowę dachówkowato, jak również punkcja komórek, są pozbawione racjonalnej podstawy.

Jeżeli znaczne wodogłowie przewlekłe dochowało się do wieku młodzieńczego, to wymaga nałożenia stosownego narządu podpierającego.

Leczenie może być tylko ogólnem i skierowanem być winno głównie przeciw powikłaniom. Jeżeli mamy do czynienia z krzywicą, użyjemy antirhachitycznej metody leczenia. Jeżeli niema krzywicy, to powinniśmy się starać o urządzenie odżywiania, w sposób wiekowi chorego odpowiedni. Jeżeli wystąpią objawy obostrzenia, to każemy dziecku zachowywać się jaknajspokojniej, unikamy wszelkiego piastowania i kołysania, zresztą opieramy się na zasadach terapii, wygłoszonych uprzednio przy rozbiorze gruźliczego zapalenia opon.

### *Oedema meningum et cerebri, Hydrocephaloid.*

#### Obrzęk mózgu i jego opon.

W przebiegu długotrwałych i wycieńczających chorób zdarza się surowicze nacieczenie mózgu i opon jego. Stan, znany dawnymi czasy pod nazwą *hydrocephalus externus*, przejawia się za życia rozmaitemi objawami. Z drugiej strony w trupie znajdujemy często obfity obrzęk mózgu i opon, pomimo iż takowy za życia żadnym objawem się nie zdradził. Symptomata prawdopodobnie warunkują się ostrością przesiąkania z jednej, a może zmienionym (chemicznie) składem przesiąkniętej surowicy z drugiej strony. Cierpienia kiszek głównie do tego stanu prowadzą. Obfite biegunki, ostry niezbyt kiszek, cholera nostras, wreszcie uparte dysenterye i zapalenia kiszek: oto choroby, przy których jako zjawisko końcowe przyłączają się tego rodzaju objawy mózgowie; powikłanie to jednak nie jest stałem. Jeżeli stan taki przyłącza się do cierpienia jelit, to wydarza się to zwykle u dzieci, u których ciemiona i szwy jeszcze się nie pozrastały. U większych, to jest takich dzieci, u których czaszka już zupełnie jest zarosnięta, obrzęk opon wikłać może najrozmaitsze choroby, i tak: widzianym bywa przy tyfoidzie cholerycznym, ogólnej puchlinie po pło-

nicy, w processach ropnicowych, przy ciężkich wypadkach błonicy (*Diphtheritis*).

Objawy, w stosunku do cierpień kiszkowych, są następujące: Dzieci, w skutek długotrwałych biegunek i zapalenia kiszek, stały się bezkrwistymi, wychudły, skóra na pośladkach i częściach płciowych zwiędła i obwisła. Miejsca stykające się na kolanach i piętach pościerane i nadżarte kaustycznymi odchodami. Dzieci takie trą głową o poduszki kurczowo, tak że powstają na potylicy prawdziwe odleżyny. Ręce i nogi drżą, ciągle powtarzają się ruchy żucia (objaw na który matki głównie zwracają uwagę), krzyki, i nakoniec ogólne drgawki. Wymioty mogą się pokazać, nie należy jednak pochylić się za objaw mózgowy, gdyż mają wyraźnie charakter gastryczny. Towarzyszą im mdłości i odbijania. Ciemne jest jednak głęboko zaklęśnięciem, jestto objaw, który sam już wyklucza możebność mieszanania tego stanu z prostym lub gruźliczym zapaleniem opon mózgu.

Przy opisie stosownych chorób, rozpatrzmy te okoliczności nieco bliżej.

### *Hyperaemia cerebri. Congestio ad caput.*

#### Przekrwienie mózgu, uderzenie do głowy.

Oprócz przekrwień, występujących przy przewlekłym i ostrem wodogłowi, spotykamy je także, jako powikłanie niektórych ostrych nacieczeń w wierzchołkach płuc, przy tak zwanym *pneumonia cephalica*, przy zapaleniu oskrzeli, przy nieżytych żołądka, szczególnie u dzieci eretycznych.

Objawy za życia ograniczają się zjawiskami podrażnienia mózgu, trwającymi przez dłuższy, lub krótszy przeciąg czasu. Więc: nieprzytomność, krzyki, zgrzytanie zębami, zwolnione tętno i wymioty dłużej lub krócej trwające. Należy zauważyć, że z wystąpieniem tych objawów, powinno wystąpić i zdeklarować się cierpienie będące z nimi w przyczynowym związku. Jeżeli to nastąpi, to symptomy mózgowie znikają a objawy głównego cierpienia występują na pierwszy plan.

Leczenie przekrwienia mózgu polega, nie mówiąc już o leczeniu choroby głównej, na: spokoju, okładach lodowych, powtarzanych konsekwentnie przynajmniej co kwadrans, lekkich środkach rozwalniających i wystrzeganiu się energicznej terapii.

*Commotio cerebri.*

## Wstrząśnienie mózgu.

Już przy opisie gruźliczego zapalenia opon wspominaliśmy o częstem przewracaniu się dzieci, zwracając przytem uwagę na to, że zwyczajne upadnięcie na głowę, może być jedynie okolicznością wywołującą, przyspieszającą wybuch gruźlicy opon.

Padanie dzieci jest najczęstszą przyczyną wstrząśnienia mózgu.

Niemowlęta upuszczane zazwyczaj bywają na ziemię przez matkę resp. przez osoby zajmujące się niemi, lub wywracają się wraz z kolebką, w której spoczywają. Większe dzieci przewracają się na głowę bardzo często przy usiłowaniu chodzenia lub wdrapywania się na rozmaite przedmioty, nie sobie jednak zwykle z tego nie robią, bo najwyżej guzy potem nosić muszą. Jeżeli jednak upadek był silny, to mogą wystąpić objawy wstrząśnienia mózgu. Oprócz rany lub szramy, powstałej od upadku, najważniejszym objawem jest utrata przytomności i szybko potem następujące wymioty. Stosownie do stopnia wstrząśnienia mogą przyłączyć się wreszcie i inne objawy: zwolnienie tętna, nierówność oddechów, wykrzykiwania we śnie zgrzytanie zębami i t. d. W pierwszych dniach, szczególnie jeżeli doszło do wylewu krwi w oponie twardej lub innych oponach, niezmiernie trudno odróżnić silną komocję mózgu od *meningitis tuberculosa*. Przebieg tylko, znieść może zachodzącą wątpliwość.

Wstrząśnienie mózgu skończyć się może wyzdrowieniem, albo też dzieci umierają: od *chock'u*, od ran kości czaszkowych; wreszcie ze wstrząśnienia może rozwinąć się ropne zapalenie opon, także ze śmiertelnem zejściem. W lżejszych wypadkach wyzdrowienie następuje bardzo prędko, w cięższych pozostaje przez dłuższy czas przytępienie pamięci, nieprzytomność i sen niespokojny; u dzieci, które już przedtem były umysłowo tępe, tego rodzaju częste upadki, a więc częste wstrząśnienia mózgu, prowadzą prosto do idiotyzmu.

Leczenie wstrząśnienia mózgu opiera się na tych samych podstawach co i leczenie przekrwienia mózgowego.

*Haemorrhagia meningum et cerebri.*

## Krwotoki w mózgu i oponach.

Krwotok w mózgu czyli *apoplexia sanguinea*, ze zniszczeniem pewnej ilości istoty jego, zdarza się niezmiernie rzadko u dzieci. Wy-

stąpienie krwi z naczyń w oponach wewnętrznym przytrafia się jednak niekiedy u ssawców. Symptomy, które w takich razach występują, bywają głównie dowodem ucisku mózgu, co już w innym miejscu rozbieraliśmy po szczególe.

Trudnym mogło by być rozróżnienie krwotoku od ostrego wodogłowia albo od exacerbacji przewlekłego. Za prawdopodobieństwem krwotoku przemawia (jeżeli takowy jest dość znacznym), gwałtownie występujące, i silne bardzo naprężenie ciemienia.

Ponieważ krwotok bardzo szybko powstaje, to przy silnie naprężonem ciemieniu nie dostrzeżemy tętnienia, lub też będzie ono nadzwyczaj niejasne, bo sklepienie czaszki nie zdążyło jeszcze zastosować się do wzmożonej zawartości. Zejście takich wypadków zawsze bywa śmiertelnem.

#### IV. Umiejscowione cierpienia mózgowia i opon.

1. *Encephalitis* (zapalenie mózgowia) jako choroba samoistna nigdy nie bywa obserwowaną u dzieci.

2. *Apoplexia cerebri et cerebelli* (zalew mózgu i mózdzku) także nigdy się w tym wieku nie wydarza.

3. *Entozoa* (pasożyty) częściej bywają znajdowane, po największej części jednak wykrywamy je przypadkowo na trupie. Pomiedzy niemi spotykamy najczęściej *cysticercus cellulosae*, a rzadziej nierównie worki bąblowca (*Ecchinococcus*). Siedzą one raz w istocie korowej mózgu, drugi raz w oponach. Niekiedy znajdujemy swobodne pęcherze bąblowcowe w komórkach.

4. Nowotwory mózgu i opon (*neoplasmata, tumores*). W pierwszym roku życia, a więc przy niezupełnie zamkniętej czaszce, zdarza się bardzo rzadko spotkać nowotwór w mózgu. Obserwujemy takowe zwykle dopiero między drugim a szóstym rokiem.

a) Mięsak (*sarcoma*). Pod względem odporności bywa miękki lub twardy, i zwykle spotyka się w samym organizmie tylko jeden mięsak (pojedynczy). Siedliskiem jego bywa często mózg, rzadziej mózdzek. Sam nowotwór bywa siedliskiem dość znacznego wylewu krwi, lub też wielu włosowatych wynaczynień, które się też i w tkance sąsiedniej znajdować nieraz mogą. Często jako powikłanie spotykamy wodogłowie znacznych rozmiarów.

b) Głojak (*Glioma*): Spotykane bywają tak w samym mózgu jak i w endymie i różnią się od mięsaków jedynie swoją budową.

c) Rak rdzeniowaty (*Carcinoma medullare melanodes*) bardzo rzadkie stanowi zjawisko.

d) Gruźelki mózgu i opon (*tubercula*).

Są bezwątpienia najczęstszymi z nowotworów, znajdujących w mózgu. Wszystkie następne uwagi kliniczne, jego głównie mają na uwadze.

Gruźelek mózgu występuje albo solitarnie, albo też zaraz od początku bywa wielolicznym.

Tak zwane gruzełki odosobnione (*tub. solitaria*) składają się z mnóstwa mniejszych guziczków, z których wiele spotkać można w okolicy guza, jako odrębnie siedzące nowotwory.

Zwykle dochodzą do takich rozmiarów, że je gołym okiem dojrzeć można i w wielkiej liczbie wypadków są pierwotnym gniazdem gruźlicy. Z drugiej strony, mogą występować tu następczo przy gruźlicy innych narządów i wówczas pojawiają się w znacznej naraz ilości.

Siedlisko ich bywa rozmaitem, najulubieńszém jednak miejscem ich pobytu są: okolica linii środkowej w rdzeniu przedłużonym, wzgórki wzrokowe, ciała prądkowane, *corpus lenticulare*. Sadowią się także często więcej ku tyłowi koło mostu Varoli'ego, zkąd mogą opuścić się do czwartej komórki, gdy tymczasem z miejsc, wyżej wymienionych, dostają się do komórek bocznych. Po nich (co do częstości), idą gruzełki odosobnione, nieraz do znacznej dochodzące wielkości w półkulach mózdku. Mogą one tam zniszczyć istotę rdzenną całej nieraz półkuli, tak że od powierzchni mózdku oddzielone będą zaledwie cienką warstwą substancji ostatniego. Następnie idą gruzełki istoty korowej mózgu, po większej części rozsiane. Punktem wyjścia ich nie zawsze jednak bywa sama istota mózgu, lecz także i wewnętrzna powierzchnia opony twardej. Wrastają one następnie w istotę mózgu i z takową się z czasem zlewają. Otaczająca je masa mózgowa, tylko miejscowo uciśnięta, nie podlega ani zapaleniu ani rozmiękczeniu tak, jak to przy innych nowotworach widzimy.

Do gruźlicy mózgu przyłącza się gruźlica opon z ostrém wodogłowiem, lub też pojawia się wodogłowie przewlekłe z obfitym wysiękiem; często zaś zupełnie żadnego innego zaburzenia dopatrzeć się nie można.

Objawy guzów mózgu (wyrażenie to tylko dla krótkości użytem zostało, p. aut.) są téj natury, że dotąd rozpoznanie ich więcej jest domysłem niżli dyagnozą, z wyjątkiem niewielu rzadkich wypad-

ków; to samo powiedzieć można o określeniu siedliska nowotworu. Stosuje się to głównie do tych wypadków rzadko zresztą się zdarzających, które bystrym odznaczają się przebiegiem, tak że w dwa lub trzy tygodnie śmiercią się kończą. Nie sądźmy z tego że nowotwór tak szybko się rozwinął, tylko, że w początku swego istnienia nie wywoływał żadnych objawów i potem dopiero w 3 lub 4 tygodnie choroby życie zakończył. Wypadki takie ze względu na ich przebieg, bardzo łatwo pomieszać można z gruźlicą opon.

W tych licznych wypadkach, w których gruźelki rozwinęły się w istocie korowej mózgu, lub w oponie twardej, objawy tak są niestałe, że możemy zaledwie wyrazić podejrzenie o istnieniu tego rodzaju sprawy.

Daleko w objawach twych stalszemi są te gruźelki, które mają za siedlisko linię środkową węzła podstawowego i most Varoli'ego i z tego powodu z większą już łatwością rozpoznać się dają.

*Meningitis tuberculosa cum hydrocephalo acuto, meningitis simplex* i wiele innych chorób mózgowia, są to tak zwane choroby ogólne mózgu, to jest takie, które w narządzie ośrodkowym nie mają żadnego stałego siedliska i dla tego nie pociągają ani umiejscowionych, ani jednostronnych objawów peryferycznych, lecz zjawiska obustronne i po całym rozlane organizmie. W przeciwstawieniu z temi ostatnimi postawić można objawy, zwane ogólnie „zjawiskami ogniskowemi“ (*Herdsymptome*). Odpowiadają one zawsze umiejscowionemu cierpieniu mózgu. Im dokładniej i pewniej znana jest funkcya części mózgu, chorobą zajętej, tém łatwiej z objawów sądzić o siedlisku cierpienia.

Ponieważ siedlisko i wielkość guzów w rozmaitych wypadkach różną bywa, to i objawy każdego z tych ostatnich są różne. Nie podobna więc skreślić ogólnego obrazu wszystkich symptomatów, pojawiających się przy nowotworach mózgu. Zwrócimy zatem uwagę głównie na te dane, przy pomocy których odróżnić można nowotwory od gruźliczego zapalenia opon, a z drugiej strony wyliczymy po porządku te zjawiska, które stanowią objaw ogniskowego cierpienia mózgu.

Przebieg *tumoris cerebri*, a więc i gruźelka, różni się najpierw od gruźliczego zapalenia opon trwaniem choroby. *Meningitis tuberculosa* przebiega daleko szybciej i przy stałych, jeden za drugim idących objawach, czego niema przy gruźlicy mózgu. Niema naprzykład zwiastunów, które niekiedy jednak mogą być zupełnie takie same jak przy *meningitis*, niema rozpoczynających chorobę, wymiotów.



Zdarza się także że wymioty występują, ale trwają tak długo, że gdybyśmy w danym wypadku mieli na prawdę do czynienia z zapaleniem opon, to dawno już powinnyby były ustać, albo też mielibyśmy przed sobą dalsze objawy cierpienia.

Zwolnienie tętna wcale nie jest stałym zjawiskiem, niema także przepuszczania w pulsacyi. Puls zwykle bywa prawidłowy, jednak w ogóle wolny, pełny, twardy tak, jak wówczas gdy mamy do czynienia z uderzeniem do głowy. *Carotides* tętnią silnie, a pulsacyą ich widać doskonale przez skórę.

Zachowanie się oddechania przy nowotworach mózgu odpowiada tętnu. Charakterystyczne westchnienia bardzo często się powtarzają, podczas snu zauważyć można typowe, głębokie bardzo, wdechania.

Fizykalne badanie płuc daje albo ujemne rezultaty, albo wykrywa przewlekłe nacieczenie tego narządu, co przy rozpoznaniu ważną daną stanowi.

Skóra w niektórych razach przedstawia godne uwagi zjawiska. Przy *meningitis tuberculosa* cała skóra w początkach choroby, jest w stanie nadczułości (*hyperaesthesia*), wszędzie pojawiają się plamy *Trousseau* etc. Tymczasem, przy umiejscowionem cierpieniu mózgu, staranne badanie wykazuje na twarzy lub kończynach hyperaestetyczne miejsca, podczas gdy reszta skóry zupełnie prawidłową czułość posiada. Z drugiej strony znajdujemy ograniczone miejsca porażone brakiem czułości (*anaesthesia*). Dzieci, władające już pewnym stopniem intelligencyi, dają w tym przedmiocie często nawet bardzo ściśle i wiarogodne objaśnienia. Mniejsze dzieci, lub takie, których intelligencya ucierpiała od choroby mózgu, należy bardzo pilnie badać cienką szpilką i badanie to powtarzać często, tak podczas snu jak i podczas czuwania. W ten sposób można dojść do pozytywnych, a więc rozpoznawczo ważnych, rezultatów.

Spoczynek nocny u takich dzieci, w charakterystyczny sposób nie bywa zakłóconym; dzieci śpią zupełnie spokojnie. W niektórych jednak wypadkach można zauważyć znane krzyki przerywające sen, i powtarzające się nieraz przez dość długi przeciąg czasu.

Bóle głowy zawsze są obecne. Często dzieci wskazują stale na jedno i toż samo siedlisko bólu, z czego jednak nie należy wnioskować wprost, że właśnie to miejsce odpowiada siedlisku choroby; w każdym razie objaw ten zasługuje na uwagę. Ból głowy jest przytem zwalniający, ginie na kilka dni, i powraca nieraz o pewnej godzinie

etc. Jest on nieraz w związku z nerwobólami, zwalniającymi także, lub ciągłymi.

Przytomność zachowuje się w większej liczbie wypadków, nieraz do samego końca, jednak przy umiejscowionem cierpieniu mózgu zauważyć można przytępienie pamięci i leniwość w dawaniu odpowiedzi na postawione pytania.

Przy miejscowem cierpieniu mózgu, brzuch nie zapada się tak, jak przy gruźliczem zapaleniu opon. Pełność jego stosowną jest do stanu ogólnego odżywiania, i znika zaledwie pod koniec cierpienia, gdy w skutek wystąpienia ogólnego wychudnienia, brzuch staje się zapadłym.

Niema obrzmienia śledziony, tak, jak i przy *meningitis tuberculosa*.

Z objawów dotychczas wyliczonych możemy tylko negatywny wniosek wyprowadzić. Przy ścisłem ocenieniu stanu rzeczy, i dosyć długiej obserwacji, można z niejaką pewnością wykluczyć gruźlicze zapalenie opon, pozostanie jednak przewlekłe wodogłowie, któremu wzmiankowane objawy odpowiadają tak dobrze, jak i nowotworowi mózgu. Do postawienia więc dyagnozy „*Tumor cerebri*” potrzeba nam pozytywnych danych. Zachowanie się narządów zmysłów, nerwów czaszkowych, i ruchowych nerwów kończyn, mogą nam w rzeczy samej dać możność wyprowadzenia nieco pozytywniejszych wniosków.

Z pomiędzy zmysłów, przyrząd słuchu mało zostaje nadwężonym, to jest, że w największej liczbie wypadków nie można się w nim żadnej dopatrzeć zmiany. Dzieci doskonale słyszą, starsze tylko z nich skarżą się niekiedy na szum lub dzwonięcie w uszach etc.

Ważniejszem jest daleko zachowanie się oka i jego mięśniowego przyrządu, a szczególnie skurczenia i porażenia tego ostatniego.

Skurczenia zdarzają się rzadziej i dla tego rzadko można widzieć zéz pierwotny (*strab. prim.*) przy miejscowem cierpieniu mózgu. Porażenia daleko są częstsze. Porażenie może rozciągać się na wszystkie mięśnie i grupy mięśniowe, zaopatrzone w gałązki wszystkich trzech par nerwów czaszkowych.

Najczęściej porażeniu ulega nerw okoruchowy (*n. oculomotor.*) z jednoczesną parzą akomodacji i parzą tęczówki, rzadziej rozocznny (*n. abducens*) a najrzadziej bloczkowy (*n. trochlearis*). W skutek długo trwającego porażenia, przewaga przechodzi na stronę mięśni przeciwników (antagonistów), wywołując w ten sposób zéz następczy, który od pierwotnego należy odróżnić. Nie zawsze jeden tylko nerw

zostaje porażonym, często mamy do czynienia z całą kombinacją porażeń, zwykle jednak zaburzenie to bywa tylko jednostronném. Jeżeli inne zjawiska przemawiają za lokalnem cierpieniem mózgu, to objaw tylko co opisany może służyć za punkt wyjścia do wniosku o siedlisku choroby.

Rezultaty badania dna oka, przy pomocy zwierciadła, przedstawiają bardzo ważne dane tak do rozpoznania natury cierpienia, jak i do sądzenia o jego siedlisku.

Najczęściej spotykamy tu dwojakiego rodzaju zmiany, które ściśle wytłumaczyć sobie należy, mając na względzie inne objawy ogólnego cierpienia.

Umiejscowione cierpienia mózgu resp. nowotwory tegoż, szczególnie jeżeli takowe mniej lub więcej szybko wzrastają, uciskają zwykle zatokę jamistą (*sinus cavernosus*), w którą wlewają się żyły, zbierające krew z oczodołów. Powstający przez to zastój sprządza rozszerzenie żył siatkówki i zapalenie nerwu wzrokowego (*neuritis optica*). Zapalenie to ogranicza się początkowo zajęciem brodawki nerwu, odznacza się obfitą produkcją, ogromnem rozcięciem żył i mnóstwem wylewów krwi. Badanie oflamoskopem wykrywa zabarwienie, zatarcie granic, silne przekrwienie i liczne wynaczynienia w brodawce nerwu wzrokowego, rozszerzenie pni żylnych, zachmurzenie i boczne ograniczenie pola widzenia (Stellwag).

Trzeba takie chore dziecko wprawnemu okuliście oddać do zbadania.

W zmianach tych największą wagę ma ta okoliczność, że zaraz z początku zachodzą one w obu oczach, chociaż w niejednakowym stopniu, gdy tyczasem zapalenia nerwu wzrokowego, biorące początek w samym oku, bywają po największej części jednooczne (*uniloculares*) i zaledwie po dłuższem trwaniu cierpienia udaje się przy nich zauważyć zakłócenie funkcji także w drugim nerwie wzrokowym. Jeżeli cierpienie ciągnie się przez czas długi, to proces zapalny nerwu zamienia się na sprawę zanikową. Ślepotą mózgową częściej nierównie spowodowaną bywa cierpieniami jak najrozmaitszych części mózgu, i to części tegoż narządu, znacznie oddalonych od ośrodków wzroku. Z tych cierpień w wieku dzieciennym wydarzają się wyłącznie: nowotwory mózgu i przewlekłe wodogłowie. Które z nich mamy przed sobą, o tem tylko z całego zbioru objawów sądzić możemy.

Na pierwszym miejscu w rzędzie cierpień nerwów czaszkowych postawić należy porażenia twarzowe, powikłane często pod, lub nadoczodołowym nerwobólem (*neuralgia supra, et infraorbitalis*).

Porażenie nerwu twarzowego zwykle pojawiać się po stronie przeciwniej, nerwobóle zaś występują zazwyczaj po obu stronach.

Bóle wspomniane przychodzą w kształcie napadów, pojawiających się najczęściej wieczorem i trwających, z rozmaitem natężeniem, przez godzin kilka. Siedlisko ich odpowiada gałązkom pod, i nadoczodołowym, a gałązki te, przy wyjściu swym z kanałów kostnych tak są czułe na dotykanie, że przy naciśnięciu ich, dzieci głośno krzyczeć poczynają. W czasie wolnym od napadu nerwobólu, miejsca te są bardzo wrażliwe jeszcze, chociaż nie w tak wysokim stopniu. Obecność tego rodzaju nerwobólu jest objawem, na który nader baczna uwaga zwrócić należy. W bardzo wielu jednak wypadkach obserwowaną nie bywa zupełnie.

W rzędzie jednostronnych zaburzeń spotykamy dalej zakłócenia w przyrządach ruchowych. Mają one zwykle niezbyt wyraźny typ i dla tego łatwo je pomieszać z tak zwanymi porażeniami essencyalnymi, bardzo często się wydarzającami.

Z pomiędzy tych porażień najważniejsze zupełnie są *hemiplegiae* i *paraplegiae*, chociaż rzadsze nierównie od porażień pojedynczych kończyn, które powolnym swym rozwojem różnią się od essencyalnych, gwałtownie występujących paraliżów. Porażona, tego rodzaju kończyna, bywa też zazwyczaj mniej czułą, z czasem chudnie i nie rozwija się na równi z resztą organizmu.

Zauważyć nieraz można zgrzytanie zębami, lecz nie jest ono wcale charakterystycznym.

Obserwowano także przykurczenia kończyn (*contracturae*) osobliwie kończyn górnych. Członki takie chudną zazwyczaj, tem znacznie, im dłużej trwa cierpienie.

Nakoniec wspomnieć należy o napadach zawrotu głowy, bezprzytomnienia i atakach podobnych do padaczki. Zawrót głowy często występuje pod postacią napadu przy chodzeniu, staniu, nawet leżeniu, tak że dzieci zaczynają wołać o pomoc, myśląc, że z łóżka spadną. Zauważyć można także napady bezprzytomności, trwające bardzo krótko, bo zaledwie jedną, lub dwie minuty. Napadów tych nie mamy prawa uważać za epileptyczne, tylko za napady omdlenia z utratą przytomności. Bardzo często przychodzą napady padaczkowate (*epileptiforme Anfälle*), pojawiają się w dość długich odstępach czasu, a każdy z nich trwa pięć do piętnastu minut. Czasem wy-

przedzane bywają zwiastunami, czasem pojawiają się wśród najzupełniejszego spokoju ogólnego (*euphoria*). Po silnym napadzie wydarzyć się może, że którakolwiek z kończyn zostanie porażoną. Nie zawsze w danym wypadku uda się nam powiedzieć, jaka właściwie zmiana anatomiczna zaszła w mózgu przy takim zdarzeniu.

Należy baczna uwagę zwrócić na to, że w przebiegu całego cierpienia pojawiają się od czasu do czasu, przerwy zupełnego spokoju, to jest że objawy, z którymi do owój chwili mieliśmy do czynienia, albo zupełnie znikają, albo pozostają *in statu quo*.

Takie zatrzymywania się objawów mają wielką wartość rozpoznawczą przy podejrzeniu znacznego wodogłowia przewlekłego.

Ten pozorny spokój przerywanym naraz bywa, po mniejszym lub większym przeciągu czasu, nowym, gwałtownym wybuchem tych samych objawów, jużto wszystkich razem. już pewnej ich części. Porażenia nerwów czaszkowych stają się wyraźniejszymi, ślepotą obustronną, nerwobóle z większym występującym napięciem, intelligencya znika zupełnie, albo przynajmniej widocznie upada.

Jeżeli istnienie nowotworu mózgowego (*resp.* gruzelka) ma się już ku końcowi, to nieraz występują silne dosyć objawy ucisku mózgu, albo też właśnie przyłącza się *meningitis tuberculosa cum hydrocephalo acuto*. Rozróżnić wówczas obie te sprawy, jest rzeczą niezmiernie trudną.

Czas trwania choroby wynosi od sześciu miesięcy do dwóch lat. Porachowaliśmy tu i czas trwania najpierwszych początków choroby, które zwykle bez najmniejszego śladu przebiegają. Rodzice zwykle za pierwszy objaw uważają upadnięcie dziecka na główkę, tak samo jak przy gruźliczym zapaleniu opon. Od tego to czasu zwykle rachuje się czas trwania cierpienia. Padanie i potykanie się dziecka ma też samą podstawę, co i przy gruźliczym zapaleniu opon; trauma nie jest przyczyną choroby, lecz raczej upadek jest jednym z początkowych objawów cierpienia mózgu i może wpłynąć przyspieszająco na wybuch samój choroby.

Pozwalamy sobie jeszcze raz powtórzyć, że z jednego objawu, lub z jednej grupy symptomów nie wolno jeszcze rozpoznawać nowotworu mózgu. Zaledwie przez zebranie wszystkich pojawiających się symptomatów, przez ścisłe i sumienne wykluczenie innych cierpień, staranną i ciągłą obserwację, możemy dojść do tego, że będziemy w stanie oryentować się choć w przybliżeniu, co do natury cierpienia i siedliska jego.

Rokowanie w chorobie tój jest letalne, z wyjątkiem może niezmiernie małej liczby wypadków, przy których nastąpiło np. skredowacenie *cysticerci*.

Jakiegokolwiek leczenie przedsięwzięlibyśmy, nigdy celu nie osiągniemy, energiczniejsze wystąpienie może nawet złe skutki za sobą pociągając. Należy się ograniczyć przepisami higienicznymi, skierowanymi ku ochronieniu dziecka od szkodliwych wpływów zewnętrznych.

### Guzy czaszki.

#### *Hydroencephalocèle, Hydromeningocèle, Kephalthaematoma.* *Caput succedaneum.*

Stany te opiszemy w jednym rozdziale, bo pomimo, że niema między nimi żadnego pokrewieństwa anatomicznego, jednakże łatwo przy rozpoznawaniu mieszać jeden z nich z drugim.

#### I. *Hydroencephalocèle.* Przepuklina mózgowa, (*der Gehirnbruch*).

Znajdujemy na głowie, zazwyczaj w linii środkowej, guz, na wązkiej, lub na szerokiej osadzonej podstawie. Przeciawszy go, przekonywamy się, że składa się z następujących warstw: skóry, tkanki łącznej podskórnej, powięzi, opony twardej, opony naczyniowej i istoty mózgu, zawierającej jamę, wypełnioną płynem. Wielkość takiego guza bywa rozmaita, zwykle dosyć znaczną, przewyższającą objętość pięści dorosłego mężczyzny. Czasami w guzie znajdujemy prawie całkowity mózg, wielkość jednak guza może zależeć wyłącznie od ilości płynu zawartego w jamach. Guz ma odporność znaczną, tęgą, elastyczną i można go nieco zmniejszyć naciskając, jeżeli komunikacja z jamą czaszkową nie została przerwana. Powstaje we wczesnych bardzo okresach życia płodowego w ten sposób, że pojedyncze porozszerzane części komórek, wraz z otaczającą je tkanką mózgową wysuwają się na zewnątrz, przeszkadzają dokładnemu zamknięciu się sklepienia czaszki, lub też w skutek ciśnienia przebijają sobie otwór w kości i wypadają na zewnątrz.

Jakieśmy już wspomnieli, przepuklina mózgowia sadowi się zwykle na linii środkowej i to najczęściej przy łusce potylicowej (*squama occipitalis*) będącej wówczas wyrostkiem ciernistym kręgu potylicowego (*proc. spinosus verteb. occipit.*) Przepukliny mózgowe zdarzają się

także w okolicy kręgu podstawowego (*atlas*) i kręgów szyjowych i nazywa się wtedy *spina bifida atlantica et cervicalis*. Zdarzają się także w okolicy kości czołowej i nasady nosa; lateralne są bardzo rzadkie.

Przepuklina mózgowa może wyjść na zewnątrz przez jamę ustną, w kształcie guza, rozmaitej wielkości. Otwór, lub niezarośnięta część czaszki znajduje się w takim wypadku na podstawie czaszki, głównie w kości klinowej, którą worek przepuklinowy odsuwa—zdarza się to jednakże bardzo rzadko. Dzieci takie zwykle żyć nie są w stanie i umierają najczęściej w kilka dni po urodzeniu.

Niektóre jednak wypadki trwają dość długi czas, a mianowicie przepukliny powstające na wysokości nasady nosa i mniejsze nieco, w okolicy łuski potylicowej. Worek bywa niewielki, wszystkie warstwy zrośnięte z sobą; przy skostnieniu sklepienia czaszki, guz staje się mniej ruchomy i wtedy łatwo można zmieszać taki wypadek z innymi guzami, szczególnie z naroślami skórnymi.

## II. *Hydromeningocele cerebralis*. Przepuklina opon mózgu.

Różni się od przepukliny mózgu tem tylko, że mózg sam, nie bierze udziału w processie. Płyn nagromadza się tylko w oponach. Inne zmiany są też same co i przy przepuklinie mózgowej. Taka *hydromeningocele* może się podczas wzrostu czaszki zupełnie odwęzić (*sich abschliessen*) i oddzielić, i wówczas znajdziemy ją koło ciemienia w kształcie torbieli, wypełnionej czystą surowicą. W jednym wypadku torbiel (*cysta*) taka, połączoną była z jamą czaszki za pomocą otworu tak maleńkiego, że można było przezeń zaledwie świńską szczecinę przesunąć. Opona twarda przedziurawioną nie była.

Często *hydromeningocele* łączy się z *hydroencephalocele*; w każdym razie pierwsze jest rzadszem niż przepuklina mózgu.

## III. *Kephalhaematoma*. Krwawiak głowy, (*die Blutkopfgeschwulst*.)

W większej liczbie wypadków guz ten powstaje na drodze traumatycznej, wskutek ucisku dróg porodowych na czaszkę. Widziano jednak krwawiak na głowach płodów, wydobytych przy pomocy cięcia cesarskiego. W wypadkach takich, spostrzegamy wkrótce po porodzie spłaszczony okrągławy guz na powierzchni czaszki, szczególnie na części, nie pokrytej mięśniami, zazwyczaj na kości ciemieniowej prawej (*os pariet. dextr.*) Guz ten po kilku dniach powiększa

swoją objętość, dopóki nad powierzchnią nie wzniesie się tęgi, naprężony garb. Warstwy takiego guza są następujące: skóra, tkanka łączna podskórna i *pericranium*, resp. okostna; pod nią napotykamy krew, wypełniającą jamę, której dno stanowi kość, pokryta włóknami kawałkami ściętego włóknika. Krew więc wylała się pomiędzy kość a okostną resp. *pericranium*. Krwawiak taki bywa zwykle pojedynczy, pomieszcza się nieco w bok od linii środkowej; czasem znajdujemy dwa, pomieszczone symetrycznie po obu stronach, a niekiedy znaczną ich liczbę.

Jeżeli guz taki trwa dłużej, to naokoło niego wyczuć można twarde wzniesienie. Ta kostna obrączka zasuwa się coraz bardziej tak, że w końcu tworzy kostną osłonę dla całego guza. Ta nowoutworzona kość bierze początek z okostnej. Krew wylana, długo w takim guzie pozostaje płynną, okoliczność ta sprzyja bardzo przyrośnięciu oderwanej okostnej, a więc i połączeniu się, nowoutworzonych blaszek kostnych. Znaczniejsze ilości ściętego włóknika byłyby dla tej sprawy bardzo niekorzystne.

Guz zmniejsza się coraz z występującem wytwarzaniem nowej substancji kostnej. Nowotwór kostny otacza i zamyka w sobie cały guz, przyczem naciskanie tego ostatniego wywołuje uczucie przypominające chrzęst kruszonych skorup od jaj. Krew znika powoli i nawet długo trwające guzy, otoczone silnym nowotworem kostnym, mogą z biegiem czasu zniknąć bez śladu.

Leczenie krwawiaka takiego powinno być wyłącznie wyczekujące, gdyż przy stosownej cierpliwości możemy doczekać się zupełnego wessania krwi, i samowolnego przyrośnięcia okostnej do kości. Sztuczne wydalanie krwi nie przyspieszy wcale zagojenia; to samo odnosi się i do pędzlowania nalewką jodową. Zresztą można tę kwestyę rozstrzygnąć lecząc dwa symetrycznie ułożone krwawiaki w rozmaity sposób.

#### IV. *Caput succedaneum*. Przedgłowie.

Powstaje także podczas porodu, od ucisku przez drogi porodowe.

Jest daleko częstszem, niż summa wszystkich guzów czaszki na przecięciu widzimy, że części miękkie czaszki nacieczone są surowicznym płynem i pewną ilością wylanęj krwi, szczególniejsz tkanka łączna podskórna i podpowięziowa (*subaponeurotica*). Guz taki zajmuje zwykle przestrzeń, zawartą pomiędzy wielkiem cieniem a łuską potylicową, leży pośrodku i ginie po kilku dniach sam przez się.



Wymienione dotąd formy guzów, różnią się pomiędzy sobą pod rozmaitemi względami i różnice te mamy zamiar w tém miejscu rozpatrzyć, w celu ułatwienia dyjagnozy różniczkowej.

Ponieważ żadne z tych cierpień nie wymaga prędkiego wystąpienia leczniczego, mamy przeto czas poczekać i ściśle zrobić rozpoznanie.

Przepukliny mózgu i przepukliny opon leżą w linii środkowej i najczęściej w okolicy tyłogłowia, krwawiaki czaszki bywają zwykle pomieszczone nieco w bok od linii środkowej i na przedniej okolicy głowy. Przepukliny mózgowe dochodzą daleko znaczniejszych rozmiarów i siedzą na mniej lub więcej szerokiej nóżce.

Krwawiak czaszkowy posiada charakterystyczną obrączkę kostną. Podobne nieco zjawisko może mieć miejsce i przy przepuklinie mózgowej, tem się jednak od poprzedzającego różni, że przy krwawiaku obrączka kostna zaciąga się coraz więcej na powierzchnię guza ku środkowi takowej, przez co, naciskając guz, doznajemy uczucia podobnego do dotykania się połamanéj skorupy jajka, zawieszonéj w jakimś płynie. Przepuklinę mózgową można wreszcie naciskając zmniejszyć nieco, co się przy krwawiaku nie udaje.

Przedgłowie bardzo łatwo rozpoznać się daje, najpierw po swém siedlisku, zwykle bowiem pomieszcza się na tyłogłowiu (tylko przy położeniach twarzowych na przedniej części głowy), wreszcie po swéj ciastowatéj odporności. Po naciśnięciu palcem pozostaje dołek. Różni się od wszystkich innych guzów czaszki głównie tem, że wyniosłość przechodzi w normalne części ją otaczające, bez widocznego ograniczenia.

### C. Najważniejsze zniepodobnienia czaszki

(*difformitates cranii*).

#### 1) Microcephalia.

Zmniejszenie objętości czaszki we wszystkich rozmiarach. Nie ma żadnej widocznój asymetryczności między czaszką a szkieletem twarzy, bo i ten ostatni nie poszedł za ogólnym rozwojem. Mikrocephalia powstaje w skutek przedwczesnego zarośnięcia szwów, podczas życia płodowego lub wkrótce po porodzie. Najczęściej wszystkie szwy i ciemiona zarastają przedwcześnie, czasami zostaje otwartym szew czołowy, który w takich razach dość jest odsuwalny, aby się

dostatecznie rozrosnąć przy wzroście mózgu. Zmniejszona czaszka (mikrokephalia) zawsze łączy się z głupkowatością (*idiotismus*) i jeżeli dziecko ma już dwa albo trzy lata, to łatwo tak ją, jak i głupotę chorego rozpoznać. Nieodpowiedni stosunek zbyt małej głowy do wzrostu odpowiedniego wieku uderza nas tak samo, jak i brak wszelkiego umysłowego rozwinięcia.

Trudniej jest zrobić rozpoznanie tego cierpienia u ssawca, gdyż objawy nie są tak rażące jak w późniejszym wieku.

Jednak ściśle badanie i często powtarzane obserwacje takiego dziecka mogą nam stan ten wykazać.

Szwy pozrastane, nawet twarde w dotknięciu, w niektórych wypadkach wystają w kształcie kantów lub ości, co głównie dotyczy szwu strzałkowego. Małe ciemie zarośnięte, wielkie zmniejszone do minimum. Wzrok dziecka jest niepewny, nigdy na jeden przedmiot długo nie może być skierowanym, gdyż mięśnie oka, kurcząc się ciągle, obracają gałkę w rozmaitych płaszczyznach, a wola nie jest w stanie ruchy te powstrzymać.

Wyraz twarzy głupi, dzieci zupełnie obojętne względem otoczenia, co już daje się ocenić w trzecim lub czwartym roku życia.

## 2) Hydrocephaliczna czaszka.

Czaszka z nabytem wodogłowiem nie dosięga nigdy takiej wielkości jak przy wrodzonej formie tego cierpienia. Czystą formę spotyka się bardzo rzadko, najczęściej wikła ją, poniżej opisane zbezkształcenie, mianowicie czaszka krzywicowa.

Główne cechy jej są: wyraźna bardzo nie stosowność między rozmiarami kośćca twarzy a objętością jamy czaszkowej, w skutek powiększenia tej ostatniej. Powiększenie to spowodowane bywa wzmoczeniem voluminu zawartości, a nie zgrubieniem lub stwardnieniem skorupy kostnej. Miękkie i zaledwie błonami połączone kości ustąpiły, a ztąd powstały zmiany, które można widzieć na czaszce czysto hydrocephalicznej.

Wymiary, resp. obwód takiej czaszki, powiększone we wszystkich kierunkach, ztąd kształt zawsze do kulistego zbliżony. Ciemie wielkie powiększone, zwykle niewyprężone, kształt jego zmieniony, nieprawidłowy, skutkiem rozsuwania się otaczających je kości. Szwy szerokie są i błoniaste,

Oczodoły zmniejszone z powodu obsunięcia się górnych ścian, wymiar ich wysokości głównie skrócony. Położenie gałki ocznej zmienia się w skutek tego: w mniej rozwiniętych wypadkach oko wysunięte zostaje ku przodowi (wypukłone), w wyższych stopniach cierpienia wysuwa się naprzód i na zewnątrz, tak że dolna powieka zakrywa rogówkę do połowy.

Kości skroniowe i potylicowe przechyliły się ku poziomowi, to jest pierwsze na zewnątrz, ostatnia w tył.

Jeżeli wodogłowie nie było zbyt wielkiem, to czysto hydrocephaliczna czaszka może rosnąć, przyjąc kształty zupełnie prawidłowej głowy, w przeciągu dwóch lub trzech lat. Jestto okoliczność, o której należy rodziców uprzedzić.

### 3) C z a s z k a k r z y w i c o w a .

Mamy zamiar mówić tu wyłącznie o bezkształtnościach, powstających skutkiem złogów krzywicowych, gdyż nie tu miejsce opisywać *craniotabes*, która nie wywołuje zmian w kształtach czaszki.

Należy jednak wspomnieć, że okostne złogi odkładają się nie tylko na czaszce, lecz także i na punktach ossyfikacyjnych kości twarzy.

Objętość czaszki także się powiększa, jednakże z powodu, tylko co wymienionych okoliczności, nie ma tak wyraźnej nie stosowności pomiędzy kośćmi czaszki i twarzy.

Czaszka hydrocephaliczna jest prawie kulistą, czaszka krzywicowa kątowatą. Złogi znaleźć można w miejscach kostnienia kości czołowych (garb czołowy, *Stirnhöcker*) i ciemieniowych. Tworzą one garby zaokrąglone, które, jeśli są jednakowo rozwinięte, nadają czaszce kształt czworograniasty (*tête carrée*). Czaszka jest bardzo mocną, chociaż szwy niepozarastały.

Periostalne te złogi powiększają się i zsuwają ku szwom i ciemioniom. W ten sposób powstaje rodzaj niecki pomiędzy garbami obu kości ciemieniowych, która może się rozciągać aż do przedniej części sklepienia czaszki. Jeżeli sprawa chorobowa sięga wysoko, to jest, jeżeli bardzo dużo potworzyło się złogów okostnych, to można znaleźć te ostatnie nawet przy ciemieniu wielkiem, gdzie także rodzaj garbu tworzą. Guz ten zwykle bywa większym od drugich złogów i najczęściej spotyka się u ludzi ze spiczastą czaszką.

Położenie górnego brzegu oczodołów, oraz kości skroniowych i potylicowej nie zmienia się. Oprócz powiększenia czaszki, jakieśmy

wspomnieli, nie ma żadnej nieproporcjonalności między nią a kośćcem twarzy, z powodu że górna i dolna szczęka powiększają się także skutkiem złogów krzywicowych.

Ponieważ krzywica łączy się zwykle z przewlekłym wodogłowiem, przeto niezmiernie często spotykamy kombinacje obydwóch zbezkształceń czaszki.

Opisanie tego rodzaju czaszki można zrobić samemu, po zważeniu powyższych opisów. Stosownie do przewagi jednej z tych spraw nad drugą, występuje raz kształt więcej kulisty, drugi raz więcej kątowaty. Często, na czaszce początkowo zaokrąglonej, rozwijają się wyniosłości tak znaczne i tak odgraniczone, że wyglądają jak gdyby ponalepiane.

Jeżeli mamy do czynienia z taką kombinacją, to zawsze występują objawy zmieszczenia i zepchnięcia, szczególnie na oczodołach. Dalszą pomocą w rozpoznaniu, będzie znalezienie śladów sprawy krzywicowej nie tylko na czaszce, ale i na innych częściach kośćca.

W skutek przedwczesnego zarośnięcia szwów, na czysto hydrocephalicznej, czysto krzywicowej lub zmieszanej czaszce, powstają rozmaite formy teże, które znać potrzeba, gdyż nawet zwracają uwagę laików i niepokoją ich co do umysłowego rozwoju dziecka.

Taka *synostosis* dotyczy raz pewnego szwu w całej jego długości, szwów jednoimiennych, symetrycznych odcinków szwów, raz zajmuje połowę tylko szwu, raz wreszcie występuje tylko jednostronnie. Zahamowanie rozwoju czaszki przez taką synostozę, wywołuje w tem miejscu zwężenie, zkad powstają następujące kształty: poprzecznie zwężony, podłużnie zwężony i skośnie zwężony kształt głowy, które mając na względzie kompensację, nazwiemy długą, krótką a wysoką i krzywą czaszką.

Mamy zamiar przytoczyć tu najważniejsze tylko.

#### 4) Dolichocephalia.

Powstaje przez synostozę kości ciemieniowych. Miejsce zrośnięcia przedstawia się nieraz w kształcie klina. Czaszka jest długa, wąska, bez guzów ciemieniowych, jeżeli nie było krzywicy, czoło wielkie, wypukłe, tak samo i potylicy. I tu występuje już wspomniany poprzednio garb, odpowiadający ciemieniowi wielkiemu. (Czaszka klinowata, *Sphenocephalus*, *Keilkopf*).

Opisana *dolichocephalia* nazywa się prostą dla przeciwstawienia jej długim, wązkim czaszkom z niskim przodogłowiem, które tworzą się w skutek zrostu kości ciemieniowych i czołowej, to jest w skutek skostnienia dolnych, bocznych części szwu wieńcowego. (Czaszka wązka, *Leptocephalia*, *Schmalkopf*).

Wreszcie wspomnieć należy o tych wydłużonych czaszkach, które powstają w skutek synostozy kości ciemieniowych i klinowej t. j. skostnienia szwu klinociemieniowego (*sut. sphaenoparietalis*). Przedstawiają one w okolicy skroniowej siodłowate przewężenie, które bieży ku górze, po za szwem wieńcowym, i wraz z wypukleniem czoła i garbem czołowym, nadaje czaszce kształt liścia koniczyny (Czaszka siodełkowata *klinocephalus*. *Sattelkopf*).

#### 5) Brachycephalia, czaszka krótka, gruba.

(*Dickkopf*, *Kurzkopf*).

Powstaje: 1) w skutek zarośnięcia szwu potylicowego (*sut. lambdoidea*), i mamy wówczas czaszkę krótką z rozszerzeniami w okolicy kości ciemieniowych i podstawy czaszki, (prosta *brachycephalia*), a 2) w skutek skostnienia szwu potylicowego i jednocześnie szwu strzałkowego, do czego przyłącza się kostnienie szwu sutkowego i łuskowego albo nawet i wieńcowego: rozszerzenie podstawy czaszki z wypukleniem całego przodogłowia i ze wspomnianem zgrubieniem kości na ciemieniu wielkim. (*Oxycephalus*, czaszka zaostzona, *Spitzkopf*, *Zuckerhutkopf*).

#### 6) *Platycephalus*—krzywy *Brachycephalus*.

a) *Platycephalus* powstaje przez zrośnięcie jednej połowy szwu wieńcowego (głowa płaska, *Flachkopf*).

b) Krzywy *brachycephalus* powstaje przez skostnienie wewnętrznej części szwu ciemieniowego (*sut. lambdoidea*). Jeżeli otworzymy taką czaszkę, to podstawa pokaże nam skrzywienie w kształcie litery S, to jest skoliotyczne zsunięcie kręgu czaszkowego.

#### D. Choroby umysłowe u dzieci. (*Idiotismus*).

Nie tylko bywa cierpieniem nabytém w późniejszym wieku, gdyż dosyć często ludzie rodząc się, przynoszą z sobą, na świat zawią-

zek téj choroby, lub nabywają takowy w pierwszych życia miesiącach, w skutek chorobnych zajęć w czaszce lub samém mózgowiu.

Idyotyzm w wieku dzieciennym występuje w dwojakiej formie— raz w połączeniu z niedość rozwiniętą czaszką (*microcephalia*), i to zdarza się daleko rzadziej, — drugi raz przy czaszce, napozór zupełnie prawidłowo rozwiniętej. Znaaki rozpoznawcze takiego głupowatego dziecka wyszczególnione już zostały, przy opisie niedostatecznego rozwinięcia czaszki (*microcephalia*).— Głupowatość bez zbyt małej głowy, powstaje w skutek zmiany w utkaniu samego mózgowia, przy której nie ma koniecznie wysiękowej sprawy w komórkach, gdyż zupełnie pozostają normalnemi, a w niektórych wypadkach objętość ich bywa nawet mniejszą niż zwykle. Głupowatość może rozwinąć się przy przewlekłym wodogłowi, połączone z wysokim stopniem krzywicy w sklepieniu czaszki. Wreszcie idyotyzm może się rozwinąć u ssawców, w skutek powtarzających się napadów drgawek padaczkowatych (*epileptiforme Convulsionen*) *Eclampsiae neonatorum*, w skutek wstrząśnienia mózgu i t. d. Nie ulega wątpliwości, że związek tego cierpienia może być spadkowym (*hereditarym*), i zależnym nietylko od okolicy, w której dzieci przebywają, ale i od wielu innych okoliczności. Głupota nie przedstawia się jednakowo u wszystkich dzieci, bywa nawet wiele form przejściowych, przy których stosowne wychowanie może wyrobić pewien stopień rozwoju umysłowego. Idyotyzm może być połączony z pewnemi objawami podrażnienia, mającemi pewien rodzaj podobieństwa do stanów chorobnych, poniżej mających być opisamemi. Jeżeli zechcemy stosownie i skutecznie wychować idyotę, to należy go oddać do zakładu specjalnie na ten cel przeznaczonego i stosownie urządzonego. Témbardziej należy to przedsięwziąć wówczas gdy przyłączą się groźniejsze objawy exaltacyi.

### *Chorea major.*—Płasawica wielka.

Taniec Ś-go Wita. (*der grosse Veitstanz*).

Nazwy téj używamy dla określenia pewnej, dość jasno ograniczonej grupy objawów, nie jest ona jednak ścisłą, a zastosowana przy łóżku dziecka, zupełnie nawet nieodpowiednią. Objawy przychodzą tu w kształcie napadów, gdy przy płasawicy małej (*chorea minor*) skurcze mięśniowe powtarzają się bezprzestannie; przy napadach *choreae majoris* znika zupełnie przytomność, przy płasawicy małej

nigdy tego nie widzimy. W *chorea minor* ruchy mięśniowe wykonywane są pomimo woli i warunkują działanie pozbawione celu, przy pląsawicy wielkiej przeciwnie, mamy do czynienia z ruchami napozór uporządkowanymi i działaniem jak gdyby odpowiadającym pewnemu celowi, przy jednoczesnej bezprzytomności. Takie porównanie można jeszcze dalej przeprowadzić.

Jasną jest rzeczą, że stan ten w samej swój istocie różnym jest zupełnie od *chorea minor*, i objaśnimy go i wytłómaczymy najlepiej, opisując rozmaite jego objawy z osobna.

Choroby tej nigdy nie spotykamy u ssawców, ani u dwu lub trzyletnich dzieci. Zwykle zapadają na nią starsze dzieci, a w ogólnym obrazie choroby figurują niezaprzeczenie i zaburzenia umysłowe.

Najczęściej chorują na taniec Ś-go Wita dzieci nerwowe, wątłe lub wyniszczone szybkim następowaniem rozmaitych ostrych cierpień jednego za drugim, zarówno chłopcy jak i dziewczęta bez różnicy stanu. U dzieci upartych i nieposłuszných, brak należytego wychowania może wywołać pojawienie się choroby lub przynajmniej o tyle niekorzystnie na stan rzeczy wpływa, że pojedyncze napady z silniejszym pojawiają się natężeniem. W okresach wolnych od napadów u wielu dzieci nie zwykłego zauważyć się nie daje, ani w sferze umysłowej tychże, ani w innych funkcjach ich ciała.

Napady występują nieraz w nocy podczas snu, tak, że dzieci nie mają wyobrażenia o tém, co się z nimi stało, gdyż do ich wiedzy nie dochodzą nawet i zwiastuny samego napadu.

Podczas dnia, dzieci takie nie nienormalnego nie przedstawiają, uczą się bardzo dobrze (mamy tu zwykle do czynienia z dorosłymi już dziećmi), piszą jak najlepiej, pojęcie ich zupełnie nie bywa zakłóconem. Dzieci, o których mowa, zwykle nie pod względem odżywiania nie przedstawiają do życzenia, są czerstwe i silne.

U innych dzieci przerwy pomiędzy napadami nie są zupełnie wolne od nienormalnych przypadłości. Nietylko, że przed napadem mogą występować zwiastuny, które dłużej lub krócej trwają, ale jeszcze charakter i zachowanie się dziecka zmienia się zupełnie w stosunku do usposobienia tegoż przed chorobą, a nawet przedstawia silne zmiany w ciągu jednego i tegoż samego dnia. W następstwie pojawia się nadzwyczajna niestałość we wszystkim.

Nie jest w stanie zająć uwagę dziecka przez dłuższy czas, ani nauka ani zabawa, ani żadne jakiegokolwiek zajęcie. Jednocześnie występuje pewna wątpliwość myśli, jedno pojęcie wygania drugie

rozwijają się przytém niezwykła gadatliwość, dziecko jednak nie gada rzeczy związków nie mających, ale najczęściej opowiada o rzeczach i faktach, które w danéj chwili zwracają na siebie jego uwagę. Temu pędowi myśli towarzyszą zwykle dość gwałtowne ruchy, nieraz całego ciała. Ruchy te wykonywane są napozór przytomnie, tak jednak są częste i tak szybko po sobie następują, że zdaje się, jakoby woli i wiedzy dziecka podległe nie były. Jeden np. chłopiec, bardzo spokojny i grzeczny nigdy się inaczej nie obrócił, jak tylko uderzając jedną nogą o drugą i kręcąc się szybko i bezprzestannie, przez pewien czas na jednéj nodze z prawa na lewo, na około swéj osi. Obracanie takie wydarzało się niezliczoną liczbę razy w ciągu dnia, wolnego od napadu, jednak zupełnie bezwiednie, chłopiec nic o tém nie wiedział, a przerwanie podobnego ruchu obrotowego z łatwością silny napad wywoływało.

Inne dzieci zwykły w chwilach wolnych od napadu wdrapywać się na rozmaite przedmioty, podczas zaś napadu dają zadziwiające dowody zręczności w tym względzie. W wolnych przerwach objawy nie zawsze są jednakowe, raz jedna, raz druga grupa przeważa, raz wreszcie dzieci zachowują się zupełnie prawidłowo. Napad wybucha nieraz raptownie, bez pojawienia się jakichkolwiek zwiastunnych symptomatów; w innych wypadkach dzieci stają się niespokojne, skłonne do sprzeczki z towarzyszami lub otoczeniem, wykonywają ruchy odporne przeciw napadającym jakoby na nie czarnym postaciom, dyabłom, potworom, ogromnym zwierzętom i t. p. Hallucynacje takie (resp. iluzje) nie są jednakowe przy każdym pojedynczym napadzie, nieraz widok osób, zwykle przez dziecko mile widzianych, sprawia na nie podobne wrażenie (Iluzje).

Jednocześnie z występowaniem tych omamień, w dziecku rozwija się nadzwyczaj silne uczucie strachu, co się w rozmaity ujawnia sposób. Zwykle już z pojawieniem się pierwszych hallucynacyj, znika zupełnie przytomność, tak, że dzieci nic zupełnie nie wiedzą o tém, co podczas napadu czynią lub mówią; przypominają sobie wkrótce doskonale wszystko, co przed napadem się działo, nieraz nawet zabierają się na nowo do zabawy, przerwanéj przez napad.

Napady przychodzą najczęściej w dzień, rzadziej nierównie w nocy, i wówczas należy je do lżejszych zaliczyć wypadków. Przerwy pomiędzy napadami różnią się co do czasu trwania. Czasem napad pojawia się w 8 lub 14 dni, w innych wypadkach codziennie o pewnéj stałej godzinie, w równych odstępach czasu, etc. Rozmaitość tu tak jest znaczną, że żadne opisanie nie byłoby wyczerpującém.



Czas trwania napadu bywa rozmaitym, jedne pół dnia trwają, drugie godzinami, inne nieraz zaledwie kilka minut. Po takich krótkich, niedokładnych napadach, zwykle niezadługo silny paroksyzm następuje. Napad taki zupełnie odmiennym jest od napadów padaczki, chociaż zarówno tu jak i tam przytomności niema. Różni się i od *chorea minor*, przy której przytomność zupełna pozostaje. Od padaczkowego różni się napad wielkiej pląsawicy tём, że przy epilepsyi dziecko pada, a w całym ciele rozwijają się kurcze kloniczne, gdy tymczasem w *chorea major*, wprawdzie także pojedyncze grupy mięśni nieprawidłową mają innerwację i do najrozmaitszych ruchów pobudzone zostają, jednak te ruchy rozliczne mają zawsze cel pewny, w osiągnięciu którego dzieci okazują zwykle zadziwiającą zreczność. Za trwanie napadu należy liczyć cały przeciąg czasu, w którym dziecko pozbawione jest przytomności. Jak tylko przytomność powróci, co zwykle raptownie następuje, to napad się kończy i następują czyny, zupełnie wiedzy dziecka podległe.

Napad zaczyna się zwykle potokiem słów niezwykłym u grzecznych i dobrze wychowanych dzieci, władających całą przytomnością umysłu. Dzieci zaczynają wymyślać rodzicom i bić ich, pokazują im język, plują na otaczających i t. d. Przytём, chociażbyśmy je jaknajstaranniej odosobnili, starają się wynaleźć łatwe do popsucia przedmioty lub łatwo podlegające mechanicznym obrażeniom części ciała i gwałtownie się na nich mszczą. Wkrótce jednak obraz się zmienia. Niektórym zdaje się, że je ktoś goni, drugie gonią za urojoną postacią, pędzą więc w około pokoju krzycząc i wymyślając; przyczem, rzecz dziwna, dzieci, mówiące zwykle jaknajwyszukańszym językiem, używają grubijańskich wyrażeń i zwrotów, których od otaczających osób nauczyć się nie miały sposobności.

To uganianie się i chwytywanie trwa niezbyt długo i nieraz żadnych więcej objawów niema. Przy innych napadach, po tём polowaniu następują próby wdrapywania się, przyczem dzieci z nieprawdopodobną zrecznością włożą na szafy, drzwi lub drzewa.

Przy tych ewolucyach dzieci okazują nadwyzajną nieraz siłę mięśniową, tak że przesuwają z największą łatwością, bardzo ciężkie meble. Nadzwyczaj trudno pokonać takie dziecko, gdy chcemy tamę położyć zbyt silnemu napadowi z burzącym wszystko nastrojem, gdyż w biciu, kopaniu i kłasnaniu bardzo wiele energii okazuje.

W innych znowu wypadkach panują somnambuliczne zjawiska. Dzieci, z najdokładniej zamkniętymi oczami, konstatują obecność w pokoju przedmiotów lub osób, których nie lubią

i głośno a nagłaco, domagają się usunięcia takowych. Tłómaczyć to można dwojako. Albo poznają one przedmioty, a szczególniej ludzi za pomocą podwyższonego w danym razie zmysłu powonienia, albo téż w szczelinie powiekowej pozostaje maleńki otworek, przez który tém dokładniej dziecko widzieć może. Nawet w zupełnie zaciemnionym pokoju zjawiska te miewają miejsce.

Jeżeli wówczas litować się nad dzieckiem, lub w inny sposób niewłaściwie z niem postępować, to napad wzrasta do nieskończoności.

Szczekanie, ryki i piski i w ogóle głosy zwierzęce wydawane bywają nieraz z niezwykłym natężeniem i często stanowią najwyraźniejszy objaw danego napadu.

Rzadko wydarza się mimowolne oddanie moczu i stolca, po napadzie jednak następuje wydzielanie uryny bardzo rozcieńczonej, jasnej, zawierającej między innymi i cukier.

Napad nie łatwo przerwany być może, a za to nietrudno powiększyć go niezmiernie przez niewłaściwe postępowanie szczególniej ze strony rodziców. Następuje to tém łatwiej, że widząc podobne zachowanie, nie zna się istoty rzeczy i niegrzeczne dziecko, jako takie uważając, surowo karci, a w innych razach, co także często się przytrafia, niepojęte wybryki dziecka przestrasz w otaczających wzbudzają. Zdarza się to dość często pomiędzy bojaźliwymi matkami lub w ogóle w kobiecem otoczeniu.

Napad ustaje skoro tylko powróci przytomność, jednak normalny stan powraca zaledwie po pewnym przeciągu czasu.

Pierwszą rzeczą, którą dzieci robią po przyjsciu do przytomności jest, że przytulają się silnie do boku swoich rodziców, lub osób otaczających, prosząc ażeby ich nieopuszczano i t. d. Bardzo są zmęczone, chętnie się pokładają, oddech mają jeszcze przyśpieszony wskutek ciągłych i szybkich ruchów, tętno wielkie, pełne, twarde, nieco zwolnione, ale prawidłowe. (Uderzenie krwi do mózgu). Z tem wszystkim pojawiają się od czasu do czasu jakby odbłyски napadu, powtarzają się np. hallucynacye, chociaż słabsze daleko, i jeżeli dziecko w takim stanie zostanie podrażnionem, to napad może się powtórzyć.

Jak tylko dziecko przyszło zupełnie do siebie, to zwykle napowróć biegnie do téj zabawy, która przez napad przerwana została.

Przebiegu choroby z góry przepowiedzieć nie można, to tylko rokować możemy, że stan taki, po dłuższem lub krótszem trwaniu, przemienie zupełnie i nie zostawi po sobie żadnych stałych zaburzeń w sferze umysłowej. Chociażby napady powtarzały się jaknajczę-

ścięj, nigdy nie spowodują tępości umysłowej takiej, jaka pozostaje po padaczkę naprzykład. Często jednak zauważyć można, że, tak same napady, jak i owa niezwykła i gwałtowna ruchliwość, o której była mowa, znikają zaledwie za zbliżeniem się dojrzałości.

Charakter i usposobienie dziecka zmienia się zupełnie. Jeżeli wydarzą się jakie ostre cierpienia, to napady przez cały czas trwania takowych znikają zupełnie, z tem większą jednak siłą i tem częściej powracają w okresie zdrowienia.

Postępowanie z takimi dziećmi jest bardzo trudnem i wymaga wiele cierpliwości, wytrzymałości i zdrowego poglądu na istotę rzeczy, tak ze strony lekarza, jak i ze strony rodziców.

Nie w każdej rodzinie leczenie takich dzieci jest możliwem, bo brak nieraz miejsca i osób, odpowiednich do pielęgnowania ich. Jeżeli choroba występuje z wielkiem nasileniem, a dzieci szkodliwemi stają się dla otaczających, lub zbyt wielkie spustoszenia w domu robią, to należy je oddać do stosownego zakładu. Korzystną jednak jest okolicznością, jeżeli jest się w możności pielęgnować dziecko takie w domu.

Z dziećmi pląsawicznymi obchodzić się należy łagodnie, nie należy używać ani gwałtu, ani żadnych środków, mających za cel pahamowanie rozigranej działalności mięskulów.

Często nie jesteśmy w stanie zapobiedz dziełu zniszczenia, które często poczyna się wraz z wystąpieniem napadu, wówczas gdy dziecko jeszcze było oddane zabawie.

Jeżeli napad się zbliża, a uważna opieka poznać to łatwo może po zwiastunnych objawach, to należy czempędzej dziecko przenieść do dobrze zamkniętego i na pół zaciemnionego pokoju, z którego uprzątnięto poprzednio wszystkie rzeczy, łatwo uszkodzeniu ulecz mogące, oraz wszystkie przedmioty, któremi dziecko siebie lub innych mogłoby pokaleczyć. Należy zdjąć z dziecka wszystkie zbyteczne części ubrania, a szczególniej ściągnąć obuwie.

Dać dziecku swobodę ruchów najzupełniejszą, dopóki takowe nie są zbyt niszczące, lub grożą bezpieczeństwu otaczających osób. Gdy ruchy stają się mniej gwałtowne, należy postarać się o ułożenie dziecka i utrzymanie go w tém położeniu. Gdy przytomność powróci, dziecko łatwo daje się do tego namówić i chętnie samo się kładzie. Wówczas dzieci wolą nawet same w łóżku poleżeć. Zabrania się używania wszelkich środków gwałtownych, szprycowań zimną wodą, okładów lodowych — podobnie szkodliwy jest każdy głośny szmer lub obecność obcych osób.

Nie radzimy także przerywać napad postrachem lub groźbą, na drodze wywołania tak zwaną rewulsią psychiczną, gdyż nieraz przez to napad się tylko powiększy, ku ogólnemu niezadowoleniu. Rzadko w taki sposób cel osiągnąć się daje. Należy przyznać, że w istocie, po oddaniu dziecka do zakładu, napady znikają zwykle na zawsze, w skutek zmiany warunków bytu, koniecznym jest jednakże dłuższe tamże przebywanie, bo może nastąpić wznowienie się cierpienia.

W przerwach wolnych od choroby należy baczyć na wybór stosownego zajęcia i kształcenia. Dzieci takie często się nudzą, co spowodować może wybuch nowego napadu. Do szkoły posyłać je nie można, należy jednak kazać je uczyć w domu: grać na fortepianie, wyrzynać rozmaite przedmioty za pomocą piłki włosowatej (Laubsäge) wreszcie nieco czytać i pisać. Zaleca się także ruch umiarkowany na świeżem powietrzu, a w danym wypadku, nawet gymnastyka pokojowa.

Pożywienie ma być posilne: mięso, mleko, zupę, należy podawać dzieciom w dostatecznej ilości, nawet wino i piwo nie powinno być wzbronionem. Ponieważ wzmożona działalność mięśni powoduje silne zużycie materij odżywczych, to dobrze będzie zaraz po napadzie podać dziecku dostateczną ilość pożywne pokarmu.

Nie wiele oczekiwać można skutku po użyciu lekarstw. Duże dawki chininy (gr. 3—4,—0.2 do 0.25 pro dosi) są w każdym razie wstanie odwlec nieco napad, nie mają jednak żadnego wpływu na jego natężenie. Bromek potassu zdaje się mieć to samo znaczenie, jednak długo zadawany, zupełnie pozostaje bez działania. Daje się na dzień  $\text{DS} - \text{D}1 - \text{grXXV} - \text{drS}$  (0.5—10—1.5—2.0), ciągle powiększając dawkę. Jeżeli w dzień niepokój jest znaczny, to podać *hydratem chlorali* z niewielką ilością morfiny w odpowiedniej dawce.

Warto by spróbować żelaza w połączeniu z arsenem

*Rec.* Tinctur. malati ferri drS (2.0)

Tinctur. arsen. Fowleri gtts1.

Aquae cynammoni  $\text{§j}$  (30.0).

MDS rano i wieczór jedną łyżeczkę od kawy.

Do uspokojenia przyczyniają się również ciepłe kąpiele, długo trwające. Należy dzieci trzymać w wodzie umiarkowanie ogrzanej (24° - 26° Reaumure'a) przez godzinę lub dwie, a po kąpieli przez dwie do trzech godzin w poziomem położeniu.

Bezwarunkowo nie radzimy zastosowania podczas napadu odurzenia chloroformem.

## Choroby nosa.

### 1. Katar—Coryza.

Katar, czyli nieżytowe cierpienie błony śluzowej nosa, jest zjawiskiem bardzo częstym w wieku dziecięcym i ma, szczególnie u ssawców zupełnie inne znaczenie jak u dorosłych. Katar występować może jako miejscowy objaw ogólnego cierpienia, albo pojawiać się jako samoistne cierpienie już w pierwszych okresach życia niemowląt. Raz jest on wyrazem ogólnego cierpienia zwanego gryppą (*Influenza*), to jest ogólnego kataru błon śluzowych, drugi raz jest zwiastunem wybuchu jakiej ostrzej wysypki, szczególnie odry (*morbilli*); wreszcie w innych razach jest pierwszym znakiem zbliżającego się wystąpienia przymiotu wrodzonego (*Lues hered*).

W ostatniej formie pojawia się on w pierwszych tygodniach życia, a objawy jego wzrastają ciągle aż do 6ego, lub siódmego tygodnia i wówczas dopiero następuje erupcja wysypki. Wówczas katar, *Coryza* przechodzi w *Ozaena syphilitica*, jeżeli proces od samego początku nie miał takiego chronicznego typu.

Ta forma kataru zdarza się prawie u każdego specyficznego niemowlęcia.

Naprzeciw tego rodzaju nieżyty stoi inna forma kataralnego cierpienia nosa, którą zwykle w pierwszych dniach życia dziecka spostrzegamy, nie opiera się jednak na żadnych specyficznych podstawach.

Błona śluzowa wydziela gęstawy, białawy, nie cuchnący śluz, zasychający łatwo w brunatnawe strupy, sama błona zaś nabrękną jest i rozpułchnioną. Stan taki po obydwu stronach w jednakowym stopniu się rozwija. Zasychanie wydzieliny i obrzmienie błony śluzowej, powodują zwężenie kanałów nosowych i tak już wąskich bardzo w tym wieku. Dzieci sapia, a śpiąc, oddychają otworzywszy usta. Najważniejszą jednak jest ta okoliczność, że zatkanie noska powoduje niezwykłą niechęć do ssania. Dzieci takie, rozumie się samo przez się, nie mogą długo przy piersi pozostawać i ssać takową, bo podczas

sprawy ssania nie mogą oddychać. Wypuszczają więc pierś po kilku pociągnięciach, to znowu cheiwie się na nią rzucają i t. d. Dzieci przez to słabną, brodawki łatwo ulegają owrzodzeniu, jednym słowem odżywianie dziecka w wysokim stopniu utrudnionem zostaje. Stan taki może potrwać 14 dni, do trzech tygodni. Jako moment przyczynowy można przytoczyć tę okoliczność, że ssawcy, którym z jakiegokolwiek przyczyny robiono okłady lodowe na głowę, lub na nieco większą powierzchnię tułowia, zapadają bardzo często na opisywane nieżytowe cierpienie błony śluzowej nosa. Postępowanie, które w tej chorobie zalecić należy, ogranicza się wstrzykiwaniami z lekka ściągających środków i wydalaniem nagromadzającego się, schnącego wysięku.

Ostatniemu zadaniu odpowiada najlepiej wstrzykiwanie, początkowo niezbyt silnego prądu, letniej wody, za pomocą szklanęj, lub kauczukowej strzykawki. Sposobu tego używać należy dopóty, dopóki dzieci nie nauczą się zatykać tylnych otworów nosowych, za pomocą miękkiego podniebienia tak, że płyn może powrócić wyłącznie tą samą tylko drogą, którą został wstrzyknięty.

Takie wstrzykiwanie wody można w ten sposób zastąpić, że nagromadzony wysięk wydalamy za pomocą cienkiego pędzelka, namoczonego w wodzie, który o ile możności jaknajgłębiej w nos wprowadzamy. To postępowanie jest nawet daleko lepsze, bo można wykonanie jego poruczyć otaczającym osobom.

Lecznicze jednak wstrzykiwania powinny być wykonywane przez samego lekarza. Dostatecznym będzie, robienie dwóch dziennie wstrzykiwań lekko ściągających środków, z tem jednak zastrzeżeniem, że przez ten czas wysięk starannie wydalany będzie.

Do wstrzykiwania używa się roztwór siarczanu cynku (griij na  $\mathfrak{F} V$  t. j. 0.2 na 150.0 wody), alunu (*alum. crudi* grV na  $\mathfrak{F} V$  t. j. 0.3 na 150.0 wody) lub wreszcie garbnika (*tannini* griij na  $\mathfrak{F} V - 0.2$  na 150.0 wody).

Płyn taki można także za pomocą pędzelka wprowadzać do nosa, w każdym razie lekarz sam powinien się tém zająć. Nienależy przytem zapominać o odżywianiu. Trzeba więc polecić otaczającym, aby dziecko do piersi przystawiali bezpośrednio po dokładnem oczyszczeniu noska. Jeżeli dziecko nie może zupełnie, lub zaledwie jest w stanie bardzo niedokładnie ssać, to należy mleko z piersi wystrzykiwać i takowe łyżeczką podawać.

## 2. Nieżyt zołzowaty — *Ozaena scrophulosa* (*Die scrophulöse Stinknase*).

Jest zawsze objawem miejscowym rozlanego cierpienia zołzowego. Pokazuje on, że ogólna dyskracza skrofuliczna musi być bardzo znaczną, gdyż dosyć rzadko zołzom towarzyszy. Obok tego kataru, mamy do czynienia z rozmaitemi innymi objawami zołzów, co nadzwyczajnie ułatwia różniczkowe rozpoznanie pomiędzy nieżytem zołzowym i przymiotowym.

Znajdujemy następujące zmiany: nos zgrubiał, szczególnie przy swój nasadzie, z powodu obrzmienia okostnej i przewlekłego stanu zapalnego, w którym się kość znajduje, otwory nosa obrzmiałe i wywrócone, skóra na przejściu w błonę śluzową przedstawia nadżarcia, pęknięcia pokryte skorupami; w okolicy nosa, szczególnie na wardze górnej, spotykamy miejsca ekcematyczne.

Przytém ma miejsce znaczny odpływ z nosa. Jest on krwistopropiasty, cuchnący i nadżerający przyległe okolice skóry. Błona śluzowa nosa zbręknęta, z powodu zapalenia wszystkich swych warstw, jak równie i tkanki podśluzowej resp. okostnej. Kanały nosowe zatkane przez zgęstniałą wydzielinę. W wielu wypadkach wydzielina ta jest bardzo skąpa; w ciągu kilku dni zasycha ona w ukształtowane gruzły, które następnie wysmarkane zostają. Po wydaleniu takiego gruzła, dziecko czuje znaczną ulgę w oddechaniu podczas snu.

Ze wspomnianych nadżarć często wywiązuje się róża, która nie raz całą głowę zajmuje. Jeżeli róża taka często się powtarza, to dojsć może do znacznego istotnego zgrubienia nosa.

*Ozaena scrophulosa* nie spotyka się nigdy u ssawców, pokazuje się zaledwie w drugim lub trzecim roku życia, i w upartych wypadkach trwać może przez całe życie.

Rozwija się wówczas, gdy już inne cierpienia zołzowate istnieją.

Leczenie dzieli się na ogólne i miejscowe. Ogólne leczenie jest skierowane przeciw skrofulozie i przy leczeniu téjże rozpatrzoném będzie. Miejscowa terapia ogranicza się na utrzymywaniu czystości, resp. przestrzykiwaniu nosa, i pokrywaniu nadżartych i ekcematycznych miejsc warstwą tłuszczu np. *unguento diachyli albo*.

Zapaloną błonę śluzową nosa należy kilka razy dziennie nacieierać maścią z czerwonej rtęci straconej (*unguentum hydrargyrii praecipitati rubri*).

Rec. Merc. pp. rubr. gr. j (0.05).  
 Ungt emollient 3 iij (10.0).  
 Ol. rosarum gtt. tres  
 MDS. maść do nosa.

### 3. Nieżyt przymiotowy.—*Ozaena syphilitica*.

Jest zawsze objawem częściowym wrodzonej formy przymiotu (patrz *Lues hereditaria*).

### 4. Pierwotny krup nosa.—(*Rhinitis crouposa primaria*).

Nazwa „Croup“ da się w tym razie zastosować jedynie z tego tylko względu, że często mamy tu do czynienia z wydzielaniem się błon (błony krupowe) lub strzępów błoniastych.

Co do natury samej choroby i co do zmian napotykaných na błonie śluzowej nosa, jest to poprostu sprawa błonicowa (*Diphtheritis*), umiejscowiona w tej okolicy pierwotnie.

Błonicowe zapalenie błony śluzowej nosa występuje także jako miejscowy objaw gardlanej resp. ogólnej błonicy, przy płonicy (*scarlatina*) etc.

Pierwotny krup nosa najczęściej zdarza się u niemowląt ssących, i jest prawie bez wyjątku, chorobą śmiertelną.

Najczęściej pojawia się tylko po jednej stronie, i zaled wie po kilku dniach, przechodzi i na drugi otwór nosa. Tém to właśnie różni się croup od zwyczajnych lub specyficznych *coryza et ozaena*, zwykle występujących po obu stronach jednocześnie. Wysiękanie ma miejsce zazwyczaj w tylnych częściach jamy nosowej i ztamtąd dopiero, posuwa się stopniowo ku przodowi.

Sprawa nie ogranicza się wydzielaniem błoniastego wysięku na powierzchni błony śluzowej, ale dochodzi do błonicowych złożeń w samej istocie tkanki łącznej ją tworzącej. Oprócz wyrzucanych na zewnątrz błon krupowych, wydziela się jeszcze i surowiczokrwawy wysięk, nadzieraający okoliczne części, co z pewnością nie miałyby miejsca gdybyśmy mieli w nosie zwyczajną sprawę krupową. Często zanim wysięk nastąpi, istnieje tylko zwyczajny katar, ze zwyczajną, dość skąpą wydzieliną. Jeżeli jednak wydzielina ta zaczyna przyjmować postać przezroczystą, ciągnącą się, to okoliczność ta jest już znakiem, po którym mamy prawo wnioskować, że mamy do czynienia z poczynającym się wysiękiem błonicowym.



Pierwszym, dającym się zauważyć objawem jest to, że dziecko nie tylko we śnie, ale i czuwając, chrapie, otworzywszy usta, to znaczy, że podniebienie miękkie obrzmiało i jest mniej ruchome niż zwykle (*paresis*). Przymiędzy nos jest już w tylniej części zupełnie zatkany, więc podniebienie miękkie fruwa przy każdym wdychaniu i wydychaniu.

Wraz z temi objawami, a czasem i wcześniej niż one, występuje silna gorączka, skóra staje się gorącą i suchą, oddech przyspieszonym, a ciepota ciała wznosi się znacznie, bo do 40 i 41° Cels.

Gorączka jest stałą (*febris continua*), wówczas ulega nasileniu, gdy nowe obostrzenie sprawy krupowej, na większej przestrzeni nastąpi. — Jeżeli objawy przytoczone, (chrapiący oddech i wysoki stopień gorączki) potrwać dwa, a najwyżej trzy dni, to sprawa krupowa posuwa się coraz więcej ku przedniej części kanału i wreszcie spostrzeżemy w jednym z otworów nosowych białawo-szarą błonę, przystającą silnie do błony śluzowej i zupełnie zatykającą światło kanału. Drugi otwór nosowy zwykle wolnym pozostaje, albo też cieknie z niego surowiczo-krwawy płyn, cuchnący i nadżerający. Później zaledwie, bo dopiero pod koniec choroby, i tu spotykamy błoniasty wysięk.

Jeżeli wstręt do ssania był już widocznym w samym początku choroby, to teraz dopiero zaczyna wychodzić na pierwszy plan, gdy zatkanie dojdzie aż do granicy przedniej kanałów nosowych.

Każdy lekarz wezwany do dziecka, o którym matka opowiada, że od przyjęcia piersi się wzbrania, powinien między innemi starannie obejrzeć gardło i nos. Dalej powinien śledzić dziecko tak spiące, jak i czuwające, czy czasem nie ma (szczególniej podczas snu), chałaśliwego, chrapiącego oddechu.

Po wystąpieniu wysięku w konchach (*choanae*) i jamie nosowej, pojawia się proces błonicowy i w gardle. Znajdujemy pojedyncze, silnie przyrzucone, żółtawe złogi na migdałkach (*tonsillae*), podniebieniu miękkim i t. d.

Zajęcia krtani niema zazwyczaj, bo sprawa błonicowa w nosie zawsze szybko śmiertelnym kończy się zejściem. W kilka dni po wybuchu cierpienia, zwykle przy czyszczeniu nosa, zostają wyrzucone błony, które się najpierw potworzyły, poczem następuje przemijające polepszenie, jednak wkrótce, bo najwyżej po upływie 24 godzin pojawia się w témże samém miejscu recydywa processu, a ztąd i powrót tychże samych objawów.

Takie wydalone błony są dosyć trwałe i przedstawiają odlew jamy nosowej. Po wydaleniu takiej błony, błona śluzowa wcale nie

jest gładką ani całkowitą, przeciwnie, krwawi nadzwyczaj łatwo i wydziela surowiczo-krwawy płyn.

Oprócz powyżej przytoczonych objawów w nosie, jamie ustnej i gardle, występują jeszcze u dzieci objawy ogólne, których nie można wytłomaczyć wysoką gorączką, towarzyszącą całej tej sprawie, ale odnieść je należy do symptomów sprawy posocznicowej (*septicaemia*).

Źrenice takiego dziecka zwężone, dziecko leży *in sopore*, bardzo trudno obudzić je z tej śpiączki, rączki drżą, nieraz pojawiają się i ogólne drgawki. Pierwotny krup nosa trwa przecięciowo przez tydzień, w nadzwyczajnie rzadkich tylko wypadkach kończy się wyzdrowieniem; zwykle zejście jego jest śmiertelne.—Jeżeli wyzdrowienie ma nastąpić, to gorączka spada i po wydaleniu błon wysiękowych, powrót procesu już nie następuje. Pozostaje tymczasem paretyczny stan podniebienia miękkiego i zawsze bezkrwistość bardzo długi czas trwająca.

Jeżeli gorączka nie następuje, a pojawiają się coraz nowe złogi i coraz nowe powroty sprawy miejscowej, to siły dziecka upadają, tętno staje się małym, zaledwie wyczuć się daje, śpiączka i chrapanie ciągle się wzmagają, oddechanie coraz powierzchowniejsze, rysy twarzy giną, występuje bardzo szybkie chudnienie i wreszcie dziecko, nie budząc się ze swjej śpiączki, ulega chorobie i kona. W niektórych wypadkach daje się zauważyć pod koniec choroby, obrzęk twarzy. W moczu jednak nie można znaleźć ani śladu choroby Brighta.

Leczenie krupu nosa bardzo mało obiecuje, jak to z rozpatrzenia przytoczonych objawów jasno widać. Zadanie lekarza powinno być skierowane ku temu, żeby siły o ile możności podtrzymywać i ostrożnie wydalać błony wysiękowe, aby umożliwić przejście powietrza przez kanały nosowe.

Należy robić kilka razy dziennie wstrzykiwania z rozmaitych środków np. (*Kali chloricum* gr. iij na  $\mathfrak{V}$  wody, czyli 0.2 na 150.0) *Acidum carbelicum* (gtt 6 na  $\mathfrak{V}$ , 150.0 wody) *Liquor ferri sesquichlorati* (gtt 6 na  $\mathfrak{V}$ ) i *acidum lacticum* (gtt. VIII do X na  $\mathfrak{V}$ . 150.0). Tenże sam skutek osiągniemy wstrzykując wodę z lodem. Ze wstrzykiwaniami trzeba być nadzwyczaj ostrożnym w początkach choroby, odważniej szprycować możemy wówczas, gdy dziecko umie już zatykać otwory tylne nosa za pomocą podniebienia miękkiego. Leczenie ogólne zasadza się na zwalczaniu gorączki za pomocą chininy (gr. II do V — 0.1 do 0.3 *pro die*) i zimnemi obmywaniami tak

głowy jak i innych części ciała. Jeżeli następuje upadek sił, to zamiast wodą, trzeba obmywać ciało octem, rozprowadzając jedną część dobrego octu winnego, jedną częścią zinnąj wody.

Zaleca się także, w celu zapobieżenia grożącej małopokrwistości, podawanie, zaraz od początku cierpienia, przetworów żelaza (*Trae nervino-tonicae Bestucheffi gttis X Aquae destill. ℥ iij—80. 0, Syrupi simplic. ℥ iij—10.0*— MDS co dwie godziny łyżeczkę od kawy). Czy przez to cel osiągnięty zostaje, czy w ogóle żelazo ulega wessaniu przy gorączce — o tem nie wiemy.

Jeżeli upadek sił coraz się wzmacnia, to podać trzeba *analeptica*, kawę czarną z arakiem (jedną kroplę rumu na pół filiżanki kawy), herbatę z rumem lub Cognac'iem w teje samej dawce, podegrzane wino czerwone (węgierskie Ofner, lub francuzkie Bordeaux) albo konieczną kamforę.

Rp. Camphorae grj (0.05)  
 solve cum pauxillo  
 Spirt. vin.  
 ad mixt. gummos. ℥ iij (80.0)  
 Syrupi simpl. ℥ iij (10.0)  
 MDS w 1-ą lub 2 godziny łyżeczkę od kawy.

Lub wreszcie eter siarczany.

Rp. Aetheris sulphurici gttis X  
 Mixturae gummosae ℥ iij (80.0)  
 Syrupi simplicis ℥ iij (10.0)  
 MDS co godzinę łyżeczkę od kawy.

## 5. Ciała obce w nosie *Corpora extranea*.

Dzieci wsuwają sobie rozmaite przedmioty w nos. Zwykle są to ciała okrągłe lub eliptyczne, zatrzymujące się najczęściej w części błoniastej resp. chrzęstnej, gdyż z powodu swój objętości, nie są w stanie dostać się do części kostnej nosa.

Te obce ciała są to zwykle kulki szklane z uszkiem lub bez takowego, groch, zwinięty kawałek papieru, wata etc.

Większa ich część może tu dość długi czas (1—3 dni) bezkarnie przebywać, gdyż odczyn części otaczających nie jest tak znacznym; ciała obce w nosie nigdy nie są tak mocno zaklinowane jak w przewodzie słuchowym zewnętrznym.

Z tego to powodu wydobycie ciała obcego z nosa jest daleko łatwiejszém.

Jeżeli wsunięte ciało posiada jakiegokolwiek uszko, to trzeba starać się wejść w to ostanie zaostrzonym haczykiem i w ten sposób przedmiot wyciągnąć. W innych wypadkach trzeba użyć łyżeczki *Da vie l'a*, za pomocą której ciało obce po prostu wydłubujemy.

Koniecznem jest leczenie następcze. Przy niezręcznych i zbyt gwałtownych usiłowaniach wyciągającego, łatwo wydarzyć się może, że ciało obce zepchnięte zostaje ku górze do części kostnej nosa, a ztamtąd, z łatwością dostaje się do *pharynx resp. larynx*. Co się tyczy ostatniego wypadku, to może on być powodem, rozumie się samo przez się, bardzo nieprzyjemnych pozypadłości (patrz choroby krtani).

## Choroby jamy ustnej.

W rozdziale tym będą rozpatrzone wszystkie choroby warg, policzków i błony śluzowej języka z włączeniem chorób dziąseł. Za nimi wreszcie pójdą choroby migdałków, tylnej ściany gardzieli, samej gardzieli i wreszcie krtani.

Podział ten dla tego przyjąłem, że lekarz, zmuszony u każdego dziecka, zbadać jamę ustną i szyję, powinien się przy tej sposobności zaraz zorientować, czy niema czasem do czynienia z którymkolwiek z tych processów.

Będzie mowa także o ząbkowaniu i o zboczeniach jakim sprawa ta ulegać może.

### 1. Nieżytowe zapalenie błony śluzowej jamy ustnej (*Stomatitis catarrhalis*).

Przy tej chorobie, zachodzi pytanie, czy dziecko ma już ząbki, czy nie.

Czyste nieżytowe zapalenie błony śluzowej jamy ustnej nadzwyczaj rzadko zauważyć się daje u dzieci bezzębnych. Cierpienie to w ogóle jest bardzo rzadkiem. Tylko przy pleśniawkach (Soor), w okresie ich błoniastym, to jest, gdy się takowe przedstawiają w kształcie białych plam, wysep i t. d., występuje zazwyczaj zaczer-

wienienie i obrzęknięcie błony śluzowej, wysięłającej język i jamę ustną, co jednak złożyć należy na karb rozdrażnienia,—powodowanego sporami grzybka pleśniawki. Wydzielina błony śluzowej jednak nie zawsze się powiększa, często błona śluzowa zupełnie jest suchą.

U dzieci, mających zęby, czyste nieżytowe zapalenie błony śluzowej jamy ustnej zdarza się nieco częściej i to nie liczymy tu wpływów toksycznych, jak na przykład otrucie ługiem (Laugessenz), i po największej części zależy od samej sprawy ząbkowania. Do tego wystarcza brzeg ząbkowy nieco ostry lub ząb pojedynczo stojący, który drażni przeciwległą mu część dziąsła lub błony śluzowej warg. Takie umiejscowione zapalenie rozprzestrzenia się na okoliczne części i wzmaga, a jeśli przyczyna usunięta nie zostanie, to odkładanie się wysięku doprowadzi do dzięgny (*stomacace*).

Częstszem od przytoczonej formy, jest to zapalenie nieżytowe, które występuje przy wyrzynaniu się mlecznych zębów. Cierpienie to wywołuje się nie pierwszymi ząbkami, ale raczej wyrzynaniem się drugiego górnego i dolnego zęba siecznego, albo co się częściej zdarza, raptownem wyrnięciem kłów i pierwszych zębów trzonowych. Charakteryzuje się obfitem bardzo ślinieniem, zaczerwienieniem, zwątlaniem i obrzmieniem dziąsła i podwyższoną ciepłotą jamy ustnej. Ogólnych objawów niema przytem żadnych.

Nieżytowe zapalenie błony śluzowej ust przebiega zazwyczaj łagodnie i samo przez się ginie, przy starannem utrzymywaniu czystości ust. Do oczyszczania jamy ustnej, można używać oprócz czystej, zimnej wody, jeszcze i płukanie z *kali chloricum* albo u ssawców płukanie z *Borax vent*.

Katar błony śluzowej ust bywa także stałym objawem miejscowym innej sprawy chorobowej, częściej zarówno u bezzębnych, jak i u mających już ząbki dzieci, mianowicie processu mlecznicowego (*Aphthe*).

## 2. *Stomatitis aphotosa*—Mlecznicowe zapalenie błony śluzowej jamy ustnej. (*Die Aphthen*).

Na błonie śluzowej języka, warg i policzków, twardego i miękkiego podniebienia oraz na migdałkach, widzimy okrągławe, liczne bardzo plamy, porozprasane i porozdzielane między sobą błoną śluzową, podległą mniej lub więcej silnemu zapaleniu. Plamy te mają

barwę białozółtawą i wielkością, wahają się pomiędzy główką szpilki a soczewicą. Są one nieco wzniesione nad powierzchnią, ostro odgraniczone od części sąsiednich, które zwykle tworzą różową obrączkę w około plamki. Wystąpienie tych plam—mlecznice—nie od razu przychodzi do skutku, pojawiają się one zwolna i wysypka zaledwie po tygodniu się kończy. Mlecznice czułe są na dotknięcie, w tych miejscach szczególniej, gdzie przez dłuższy czas pozostają w zetknięciu z zębami, np. na końcu języka. Anatomicznie rzeczy biorąc, mamy tu do czynienia, ze zmodyfikowaniem nieco, tworzeniem się pęcherzyków. Modyfikacja ta zależy po części od nabłonka błony śluzowej, po części zaś od wystąpienia właściwego téj sprawie wysięku.

Na kolistém miejscu, gdziebądź pod nabłonkiem, odkłada się skąpa ilość gęstego wysięku, zapewne dużo włóknika zawierającego, przez co nabłonek się wznosi i barwę swoją traci. Wysięk w każdym razie niezaprzeczenie następuje, tylko wysięk ten nie jest płynnym i dla tego nazwa „pęcherzyk“ właściwą tu nie jest, gdyż istocie rzeczy nie odpowiada.

Podniesiona warstewka nabłonka odpada następnie sama, lub téż oderwaną i wydaloną zostaje przy czyszczeniu ust, przyczém jednak żadnego niema krwawienia. Pozostaje potém powierzchowny, okrągławy wrzodzik, zwany owrzodzeniem nieżytowém, wypełniający się szybko, bujającym nabłonkiem, zaciągającym go z boków i dna. Nie pozostaje nigdy ani blizna, ani odbarwienie danego miejsca. Objawy, towarzyszące téj sprawie są następujące: nieżytowe zajęcie błony śluzowej jamy ustnej, ślinotok znaczny, z reakcją najczęściej kwaśną, zaczerwienienie błony śluzowej, podwyższona ciepłota ust, ból podczas przyjmowania jadła lub napoju, a szczególniej ciepłej strawy. Sprawa mlecznicowa zawsze pojawia się w towarzystwie dość wysokiej gorączki, która trwa dopóty, dopóki ostatnia mlecznica nie zniknie. Nawet przed wybuchnięciem samej choroby, dzieci już silnie gorączkują, pomimo, że nie można jeszcze wykazać żadnego miejscowego cierpienia. Ta zwiastunna gorączka trwa nieraz 36 do 48 godzin, i potem zaledwie występują pierwsze mlecznice.

Sprawa nigdy nie rozprzestrzenia się na głośnię, ani też nie daje początku błonicy, t. j. że *aphthae* i *diphtheritis* różnią się najzupełniej pod względem natury swój i wcale nie są w żadnym przyczynowym związku ze sobą,

Cierpienie to wydarza się zarówno u bezzębnych, jak i u uzębionych dzieci, u drugich jednakże daleko jest częstszém. Proste przeniesienie choroby zdaje się nieprawdopodobném, a jednak w rodzi-

nach, w których jest dużo dzieci, zwykle kilkoro naraz zachorowują.

U ssawców występuje stosunkowo rzadko, częstą jest pomiędzy drugim a szóstym rokiem życia i częstość jej zmniejsza się od tego czasu, aż do nadejścia dojrzałości płciowej.

Choroba zawsze kończy się wyzdrowieniem—nie rzadko jednakże zdarza się widzieć kilkakrotny jej powrót u jednego i tego samego osobnika.

Leczenie zależy na podawaniu do wewnątrz *kali chlorici*.

Rp. Kali chlorici ℞j (1.0)  
 Aquae destill. ℞iij (80.0)  
 Syrup. ℞iij (10.0)  
 MDS. co 2 godziny łyżeczkę od kawy.

*Kali chloricum* uważanem jest przez wielu poprostu za specyfik przeciwko sprawie mlecznicowej — należałoby więc spodziewać się po wyłącznie wewnętrzném jego zastosowaniu, zbawionego wpływu na zakończenie choroby, co téż w istocie, w wielu bardzo wypadkach zauważyć się daje. Tak samo cel osiągnąć możemy, wymywając tylko dosyć często usta roztworem *kali chlorici*. Roztwór ten przygotować należy tak, aby połknięty, dziecku zaszkodzić nie mógł.

Np. Rp. Kali chlorici drS (2.0)  
 Aquae destill. ℞V (150.0)  
 MDS woda do płukania ust.

Dobry także skutek osiągniemy, dotykając kamieniem piekielnym, niektóre, zwłaszcza większe, mlecznice, ale i bez tego można się obejść.

Mniejszym dzieciom zapisujemy płukanie z boraksu.

Rp. Boracis venetae drS (2.0)  
 Aq. destillatae ℞IV (100.0)  
 MDS. płukanie.

Należy wystrzegać się wszelkich dodatków, jakoto syropu lub miodków, gdyż takowe w cieple łatwo skwaśnieć mogą, co też zawsze ma miejsce, gdy resztki ich w jamie ustnej pozostaną.

Z powodu gorączki i podniesienia w ustach ciepłoty, dajemy zimne napoje, mrożoną wodę czystą lub sodową, kawałeczki lodu, lub lody owocowe. Podczas trwania gorączki dziecko powinno być na

ściślej dyecie. Płynne pokarmy które mu dajemy, powinniśmy przedtem ostudzić, gdyż w przeciwnym razie dzieci ich nie chcą jeść, z powodu bólu.

### 3. Dzięgna — Stomacace.

(*Die Mundfäule*).

Dzięgna — nie tak jak mlecznicowe zapalenie jamy ustnej — zdarza się wyłącznie u już uzębionych dzieci. Jest to zapalne zajęcie błony śluzowej, warg i policzków, które jednak do zapaleń błonowych zaliczyć trzeba, bo połączonem jest z nacieczeniem tkanki i złożeniem wysięku na jej powierzchni wolnej. Cierpienie jest jednakże miejscowem — brak mu zupełnie ogólnych objawów. Nie pojawia się nigdy na żadnej innej błonie śluzowej. Choroba ta zaraźliwą jest, tylko przy bezpośredniem zetknięciu dwóch powierzchni pokrytych błoną śluzową: jeżeli naprzykład zajętem jest podniebienie, to od niego zaraża się błona wyściełająca policzek na odpowiedniem miejscu, wskutek ciągłego zetknięcia.

Przyczyną cierpienia jest nieporządne utrzymywanie ust i zębów, a ponieważ pojawia się zwykle w tych miejscach, w których policzek wystawionym jest na zranienie ze strony zębów, to zdaje się, że takie właśnie gniecenie i ranienie jest punktem wyjścia choroby.

Często bardzo pojawia się ona podczas drugiego ząbkowania. Najczęściej wówczas przyczynę stanowi korzeń zęba trzonowego zanikający, zniszczony przez nowy ząb, i wciśnięty w dziąsło lub błonę śluzową.

Badając jamę ust, zwykle w okolicy zębów trzonowych, rzadziej koło siekaczy, znajdujemy, że dziąsło i przeciwległe miejsce błony śluzowej wargi lub policzka nabrzmiało, obrzękło, przy dotknięciu krwawi, a na niem złogi żółto-zielonawego wysięku.

Wysięk ten nie da zdjąć się bez zranienia błony śluzowej i zmieszany jest ze zgęszczonym śluzem i wydzieliną jamy ustnej. Jeżeli ostrożnie oddalimy wysięk, przyczem, (jakeśmy wspomnieli), niepodobna ustrzedz się krwawienia, to odkrywamy błonę śluzową nacieczoną i zielonkawato zabarwioną, albo też okres późniejszy, w którym część wysięku już się sama przez się oddzieliła. W tym ostatniem razie znajdujemy wrzody, głównie na błonie śluzowej policzka, powierzchowne, o brzegach nieprawidłowo powygryzanych i nieco wywinętych, nigdy głębiej jak błona śluzowa nie sięgające. Jeżeli spotyka



się obumarcie szczęki (*necrosis maxillae*), to takowe nie ma związku z dzięgną, ale powstało w skutek próchnienia korzenia zęba.

Przy dłuższem trwaniu i zaniedbanem utrzymywaniu jamy ustnej, zdarza się nieraz, że zęby, i to często nawet stałe już i zdrowe, ruszają się, grożą wypadnięciem, a wreszcie i wypadają. W rzadkich tylko wypadkach z dzięgny rozwija się noma, i wówczas z pewnością przyczynę stanowi jakaś choroba ogólna, np. płonica, odra, durzyca (*typhus*) etc.

Z ust czuć bardzo nieprzyjemną woń.

Gorączka stosunkowo bardzo jest nieznaczna, w porównaniu z zapaleniem mlecznicowem ust, a w wielu wypadkach wcale się nie pojawia. Język zato bardzo często bywa silnie obłożony, dziecko nie ma apetytu, doznaje nieprzyjemnego odbijania i uczucia ucisku w okolicy żołądka. Objawy te zależą od zakłócenia trawienia żołądkowego, gdyż dziecko połyka ciągle, woniejącą i rozkładającą się wydzielinę jamy ustnej i ślinę, zwykle obficie gromadzącą się.

Przy pieczołowitem utrzymywaniu ust w czystości, i wydalaniu w odpowiednim czasie korzeni zębowych, zanikających, zniszczonych i wcisniętych w dziąsło, choroba ta może być nieraz usunięta; zdarza się jednak częściej nierównie w biedniejszych warstwach społeczeństwa, niż u ludzi zamożnych.

Dzięgna kończy się zwykle wyzdrowieniem, wyjąwszy te nader rzadkie wypadki, w których powikłaną jest zgorzelą policzka (noma). W bardzo rzadkich i bardzo zaniedbanych wypadkach kończy się stratą pary zębów.

Leczenie jest bardzo proste i polega na tém, że staramy się utrzymywać usta w czystości, i podajemy do wewnątrz oraz do płukania *kali chloricum* w roztworze.

Oczyszczanie ust robi się w ten sposób, że dziecko płucze sobie takowe jaknajdokładniej, co dwie godziny, czystą i zimną zdrojową wodą, lub mu je wprawną ręką sumiennie wymywają, jeżeli samo jeszcze tego dokonać nie potrafi. Raz na dzień oczyszczanie to wykonywa sam lekarz, obcierając ostrożnie chore miejsca kulkami szarpiń lub waty, aby w ten sposób wydalić wysięk i zgęstniały śluz.

Jeżeli błona śluzowa bardzo jest zwątloną i silnie krwawiącą, to lekkie przyżeganie kamieniem piekielnym będzie zupełnie na miejscu. Po wydaleniu wysięku, trzeba nadzwyczaj uważnie oczyścić chorą błonę śluzową, roztworem *kali chlorici*, przeznaczonym do płukania. *Kali chloricum* można i wewnątrz zalecić (zob. *stomatitis aphthosa*).

Korzeń zęba, krzywo stojący, lub drażniący sąsiednie części, na-

leży niezwłocznie wyjąć. Często udaje się wydalić takowy silnym zgłębnikiem, w innych razach trzeba użyć stosownych kleszczy.

Choroba trwa zwykle ośm do dziesięciu dni i kończy się, nie zostawiając blizn żadnych. Dziecko, które już raz dzięgnę miało, dostaje ją po raz wtóry, nie dlatego jednak, żeby należało dopuścić istnienie jakiegos ogólnego usposobienia, ale dlatego poprostu, że ust porządnie przez ten czas nie czyściło.

Lekarz ze swój strony, po zupełnem wyleczeniu, powinien jak najusilniej zalecić matce, aby pieczołowicie i dokładnie usta dziecka utrzymywała w czystości.

#### 4. Pleśniawki — Soor

(*Mehlmond*).

Pleśniawki jest to cierpienie błony śluzowej w jamie ustnej (na języku, wargach, podniebieniu) i w nosie, które spotykamy zwykle u dzieci w pierwszych dniach, lub tygodniach ich życia. U większych dzieci zdarza się ono daleko rzadziej i to zwykle u schnących, wyniszczonych osobników, np. po przewlekłych biegunkach.

Choroba jest natury pasożytnej i dostaje się w udziale tym dzieciom, którym albo wcale jamy ustnej nie czyszczono, albo ją czyyszczono w niewłaściwy sposób.

Grzybki, (*Oidium albicans*—Robin) zaczynają rozrastać się na błonie śluzowej, tworząc białawe plamy, a w niektórych piękniejszych wypadkach stanowiąc błonę, która całutki język pokrywa. Najczęściej jednak występuje w kształcie wysepek, a pomiędzy takimi oddzielnymi *plâques* widać miejsca, pokryte prawidłową błoną śluzową.

Rozrastanie się grzyba może dojść do tego stopnia i tak daleko w tył się posunąć, ku tylnym częściom gardzieli i przełyku, że masy pleśniawek i gromadzące się między nimi resztki skrzepniętego mleka, istotnie mogą utrudnić połykanie. Pleśniawka rozwija się tylko przy kwaśnym odczynie płynów ustnych i dla tego pierwszy, dający się spostrzedz objaw cierpienia, jest poczerwienienie modrego papierka lakmusowego, przy zmoczeniu go sliwą.

Objaw ten trwa tylko przez mniej lub więcej krótki przeciąg czasu i albo zależy od nieczystego utrzymywania ust, albo od zaburzeń w trawieniu (*Dyspepsia*).

Wkrótce potem błona śluzowa ust w oryginalny sposób czerwienieje, bo wygląda, jakby pociągnięta sokiem malinowym, sznie lub

staje się lepka, przyczem odczyn ma kwaśny i kwaśny wydaje zapach. Stan taki może trwać dzień jeden lub dwa, i odpowiada okresowi kiełkowania grzyba. Potem zjawiają się złogi na języku, błonie śluzowej warg i t. d. Są one z początku wysepkowate, z czasem zaś zlewają się w białe plamy, połączone jedna z drugą, występujące ponad poziom błony śluzowej i silnie do takowej przylegające. Okoliczność ta zasługuje na szczególną uwagę przy różniczkowém rozpoznaniu, bo w ten tylko sposób, daje się z łatwością odróżnić pleśniawkę, od pozostałych resztek mléka.

Plamy pleśniawkowe same zniknąć mogą, jeżeli pojawiają się pojedynczo, a usta czysto są utrzymywane; pozostawione jednak same sobie, rozrastają się coraz dalej. Z powodu kwaśnego odczynu wydzieliny ust, sernik w mléku zawarty, krzepnie wczesnie i tworzy jędrny twaróg, trawienie się zakłóca, i mogą się przyłączyć rozliczne powikłania (zob. choroby kiszek).

Bardzo często można zauważyć wraz z pleśniawką, właściwe owrządzenia na twardém podniebieniu, nie mające z nią żadnego przyczynowego związku i zwane powszechnie mlecznicami Bednara (*Bednar'sche Aphthen*).

Mlecznice Bednara pokazują się symetrycznie po obydwu stronach części, stanowiącej przejście podniebienia twardego w podniebienie miękkie. Raz są to małe wrzodziki, wielkości łebka od szpilki, powiększające się po brzegach, drugi raz są tak wielkie jak soczewica lub nawet jak półgrajcara. Dotąd nie wyjaśniono dostatecznie ich natury, bo nigdy prawie nie były od samego początku śledzone. Ponieważ owrządzenia te występują symetrycznie, ponieważ pojawiają się zawsze w jedném i tém samym miejscu, ponieważ mają prawie bez wyjątku okrągławy kształt, to przedstawiają pewien anatomiczny moment do porównania ich z wrzodem okrągłym żołądka, niektórymi fermami ekthymy etc.

Ponieważ tak samo owrządzenia w mowie będące, spostrzegać się dają u osobników marantycznych, wyniszczonych, to może tak tu, jak i tam istotę rzeczy stanowi sprawa zatorowa (*embolia*) w powierzchownych naczyniach krwionośnych lub kapillarach błony śluzowej

Mlecznice Bednara zwykle wikłają się pleśniawkami, trudno więc dostrzedz się dają pomiędzy grzybkami, jeżeli takowe bujnie się rozrosły na twardém i miękkim podniebieniu.

Wrzodziki wyróżniają się od części sąsiednich swoją szarawo-żółtą barwą, brzegami dość ostremi i łatwo je zobaczyć możemy, jeżeli w należyty sposób otworzymy ssawcowi usta tak, żeby można

było widzieć tylne części jamy ust i gardzieli. Najlepiej tego doka-  
zać, ułożywszy dziecko, silnie w kołderkę owinięte, na poduszce  
z szezki w ten sposób, żeby światło nań padało ponad ramieniem, sto-  
jącego przed nim badacza.—Lewą ręką z lekka ustala się główkę nie-  
mowlęcia, a prawa otwiera mu usta zwyczajnym kościanym szpadel-  
kiem. Jeżeli zdarzy się nam badać dziecko w takiej chwili, gdy jest  
zupełnie spokojne, to manipulacja opisana, zazwyczaj, spokoju tego  
może nie naruszyć zupełnie.

Wrzodziki te są powierzchowne, brak tylko nabłonka i powierzch-  
ownych warstw błony samej, w głąb' nie sięgają i nie wywołują  
żadnych cierpień okostnej lub kości. Najczęściej zdarzają się u dzie-  
ci ssących, jeszcze częściej u sztucznie karmionych, niż u tych, które  
piers ssają, wreszcie u źle odżywianych niemowląt w domach pod-  
rzutków. Po przejściu tego okresu życia stają się coraz rzadszym  
zjawiskiem; po trzecim roku już prawie nigdy nie były spostrzegane.

Rokowanie w tej chorobie zależy od warunków, w jakich się  
odżywianie dziecka odbywa.—Jeżeli warunki te są tego rodzaju, że po-  
zwalają przypuszczać, iż dziecko w obec nich rozwijać się może, to,  
przy należytej pieczy o jamie ust i zastosowaniu odpowiedniego płn-  
kania téjże, może nastąpić zupełne wyzdrowienie, prawie bez utwo-  
rzenia blizny. W niektórych razach pozostają jednak po obu stro-  
nach blizny gwiazdowate.

Jeżeli jednak przyłączy się jaka inna choroba, jako to: niezbyt  
jelit, niestrawność, zapalenia kiszek, to wrzodziki nie ustępują żadne-  
mu leczeniu, a dziecko umiera przy objawach zajęcia przewodu pokar-  
mowego, iub wikłającego cierpienie, zapalenia oskrzeli.

Ponieważ leczenie tego rodzaju mlecznic jest prawie takie same  
jak przy zwykłych pleśniawkach, więc pomówimy o niém przy końcu  
tego rozdziału.

Pleśniawki po największej części zjawiają się bez mlecznic Be-  
dnara i stanowią chorobę—kończącą się zawsze wyzdrowieniem, po-  
wracającą jednak bardzo często u dzieci, których rodzice nie pamięta-  
ją o utrzymywaniu ust ich w należytej czystości.

Soor rozwija się daleko snadniej u sztucznie żywionych, niż  
u karmionych piersią ssawców, nietylko dla tego, że pierwsze częściej  
cierpią na niestrawność, ale głównie dla tego, że daleko trudniej jest  
utrzymać w czystości usta niemowlęcia sztucznie karmionego, i da-  
leko sumienniej trzeba się oddać téj czynności. Przyczyny pleśnia-  
wek (resp. kwaśnego odczynu wydzieliny ustnej) leżą po części  
w wydzielaniu przez gruczoły śluzowe ust, płynu kwaśno oddziały-

wającego, przy istnieniu nadmiaru kwasu w żołądku, lub przy kwaśnieniu rozmaitych cukrów, używanych do oczyszczania ust dzieciom, przez nierozsądne matki. Jeżeli do utrzymywania ust w porządku użytą zostanie mączka z cukru trzcinowego, to niewątpliwą jest rzeczą, że w jamie pozostają części jego składowe, rozkładają się i dają powód do wytworzenia się kwaśnego odczynu.

Ponieważ pleśniawki występują najczęściej w pierwszych dobach lub tygodniach życia niemowlęcego, tak nadzwyczajnie wrażliwego i wężłego, to łączą się z niemi najrozmaitsze choroby jelit, przyjmujące mniej lub więcej groźny charakter, stosownie do sposobu odżywiania dziecięcia. Jeżeli Soor w późniejszym wieku się wydaży, to zawsze tylko u takich bywa osobników, którzy cierpią na ostre gorączkowe lub przewlekłe, uparte choroby. Pojawia się wtedy w końcowym okresie cierpienia, i ciężko go odróżnić wówczas od błonicowych spraw na błonie śluzowej jamy ust. Pojedyncze pokłady (*plaques*) nigdy nie są białe zupełnie, przyjmują bowiem najrozmaitsze barwy stosownie do okoliczności, odmiany te bowiem powstają w skutek używania rozmaitych zabarwionych pokarmów lub lekarstw: kawy w rozmaitych postaciach, rzewienia (*Rheum*), *radicis colombo* etc.

Pleśniawki same przez się, prawie nigdy nie wywołują owrzodzeń, chyba, gdy nadzwyczaj długo trwają. Dostrzeżenie ich w towarzystwie Bednarowskich pleśniawek jest dziełem wypadku, bo dwa te cierpienia zupełnie od siebie nie są zależnemi.

Jeżeli nie ma żadnych powikłań, to rokowanie jest bezwarunkowo pomyślne, to znaczy, że przy odpowiedniem utrzymywaniu ust i użyciu odpowiednich substancyj do płukania tychże, możemy w kilka dni wydalic massy pleśniawkowe i na długo ustrzedz się recydywy.

Zadaniem leczącego jest alkalizowanie wydzieliny ustnej, a przynajmniej zubożenie kwaśnego jej odczynu. Jeżeli tylko uda się nam tego dokazać, to wegetacya grzybka sama się przerywa, a istniejące pokłady wydalają na zewnątrz. Najlepiej jest używać: płukania z boraxu ( $\text{Bj}$  na  $\text{§ IV}$ —1.0 na 100.0), *kali chloricum*, sody ( $\text{Dc}$  na  $\text{§ V}$ —0.5 na 150.0 wody destylowanej) i t. p. Tylko tak je trzeba przepisać, żeby dziecko mogło połknąć lekarstwo, nie zrobiwszy sobie żadnej szkody. Należy także wystrzegać się domieszkiwania wszelkich syropów lub przetworów cukru dla wiadomych już powodów.

Usta czyścimy dziecku za pomocą czworokątnego gałganka, namoczonego w przepisaniem lekarstwie i to nawet energicznie, nie kalecząc jednak dziecka, nie drażniąc go niepotrzebnie. W ten sposób możemy zupełnie wydalic pleśniawki w ciągu 24 godzin. Jeżeli matka jest zbyt bojaźliwą, lub też jeżeli, w skutek licznych zajęć, nie może się zająć dzieckiem jak się należy, to do osiągnięcia tego rezultatu potrzeba dłuższego nieco czasu, bo trzech lub czterech dni. Gdy już pleśniawki wydalone zostały, musimy starać się o zapobieżenie ich powrotowi. Polega to na tém, że jeszcze przez pewien czas wymywamy usta alkaliczném płukaniem i po każdém przyjęciu stawy oczyszczamy świeżą wodą zdrojową, aby nie zezwolic na gromadzenie się resztek mléka, mogących przyczynić się do wytwarzania kwasów. Przy leczeniu pleśniawek ważném jest także wyznaczenie diety, wybór pokarmów i zwracanie uwagi na występujące powikłania. Żywnienie dziecka, rozumie się ma być uregulowane i wykonywane przy pomocy najodpowiedniejszych pokarmów.

Chociażby dziecko miało i mlecznice Bednara, to leczenie pozostać ma to samo, bo takowe same przez się znikną przy poprawie ogólnego odżywienia. Używanie alkalicznych płukań zdaje się, że dobrze oddziaływa na gojenie wrzodów. Jeżeli takowe z trudnością postępuje, to można wrzodziki z lekka przyżęgać kamieniem piekielnym.

### 5. Zgorzel policzka—Noma. (*Cancer aquaticus*).

Zgorzel policzka spostrzegana bywa wyłącznie tylko u zchorowanych dzieci. Pojawia się najczęściej w końcowych okresach ciężkich chorób gorączkowych, np. ospy, płonicy, durzycy, zapalenia płuc, odry etc.

Między innymi, niedostateczne pilnowanie czystości ust, staje się powodem tego, że dzięguła przechodzi w zgorzel policzka, chociaż dwa te cierpienia różnią się najzupełniej z punktu widzenia anatomicznego.

„Noma,“ nazywa się pewien, właściwie występujący rodzaj zgorzeli błony śluzowej wyściełającej policzek, drążący przez wszystkie warstwy tego ostatniego aż do saméj skóry. Z początku zauważyć można tylko plamę okrągłą na błonie śluzowej, nieraz wielkości srebrnego talara, bezbarwną i ostro odgranieczoną od części otaczających. Odpowiedni policzek obrzmiewa i puchnie, pojawia się ślinotok obfity i złowonny niezmiernie.

Jednocześnie prawie, zwykle po paru zaledwie dniach, pokazuje się na skórze miejsce zgangrenowane, tak samo okrągłe, stosunkowo dość ostro odgraniczone, nieco jednak mniejsze. Z pojawieniem się zgorzeli, występuje, jednocześnie zazwyczaj, upadek sił dziecka. Gangrena powstaje wskutek zatoru (*embolia*) drobniejszych naczyń. Obumarłe miejsce przedstawia się w kształcie masy, łatwo rozrywalnej, miękkiej, nieraz mażącej się, rozmaicie zabarwionej. Do naturalnego wydalenia jej potrzeba mniej lub więcej długiego przeciągu czasu. Z powodu choroby, wywołującej to cierpienie, dzieci zwykle umierają, zanim doczekamy się wydalenia zupełnego, lub ograniczenia zgorzeloniej części. Jeżeli dziecko długo pożyje, to, po wydaleniu jej sztucznem, lub naturalnem (jeżeli się zupełnie odgraniczy), pozostaje straszne zeszpecenie twarzy, gdyż nieraz większa część policzka zniszczeniu ulega, tak że zęby i t. d. doskonale widać.

Co się tycze leczenia, to zauważyć należy, że potrzeba koniecznie użyć metody wzmacniającej w traktowaniu choroby, w podstawie tego cierpienia leżącej. Mocne rosoły z mięsa, wina czerwone, małe dawki chininy, odwar kory chinowej, powinny być obficie zadawane.

*Rp.* Decoct. cort. chinae reg. ex  $\mathfrak{D}$  ptii  $\mathfrak{F}$  iij (1,0 na 80,0).  
Syrup. cort. aurantiorum  $\mathfrak{F}$  iij (10,0).  
M. D. S. co dwie godziny łyżeczkę od kawy.

albo

*Rp.* Tinct. chinae.  
Tinct. vinos. Darelli  $\mathfrak{A}$   $\mathfrak{F}$  Vj (20,0).  
M. D. S. co 2 godziny 10 do 15 kropli na cukrze.

Jeżeli zgorzel się ograniczyła, to obumarłą część należy wydzielić, a brzegi przyzedz kwasem azotnym dymiącym, lub skoncentrowanym roztworem kwasu karbolowego. Już przy pierwszym wystąpieniu zmian na błonie śluzowej, odważne przyżeganie dymiącym kwasem azotnym zupełnie będzie na miejscu. W tym celu radzimy następujące postępowanie. Jeżeli na błonie śluzowej policzka pokaże się zgorzelinowe miejsce, to trzeba je wyskrobać ostrą łyżeczką w zupełności, przyczem działać należy energicznie, aby wydalić nawet części na pozór zdrowe. Po wyskrobaniu zastosujemy śmiało wyżegiwanie wyżej wzmiankowanemi środkami kaustycznymi. W ten sposób uda nam się często zapobiedz przedziurawieniu skóry, lub takowe przynajmniej do minimum ograniczyć.

Jeżeli jednak przyszło już do przedziurawienia i odpadnięcia zgorzelinowych części, a dziecko wróciło w pewnym stopniu do zdrowia, to należy przystąpić do odpowiedniej operacji plastycznej.

Nakoniec musimy koniecznie poradzić wszystkim lekarzom, aby, mając do czynienia z jakimkolwiek chorym na płonice, ospę, durzyce, lub odrę, codziennie oglądali jamę ustną, żeby przecież nie przeoczyć samego początku tak straszego cierpienia.

## 6. Skorbutyczne cierpienie błony śluzowej jamy ustnej.

Choroba ta jest miejscowym objawem ogólnego cierpienia, które w stosownym miejscu rozpatrzone zostanie. Zajmuje nie tylko dziąsła, a szczególnie brzęg takowych, gdyż często występują bardzo charakterystyczne, chociaż bardzo rzadko obserwowane, wylewy krwi, bardzo małe, bo wielkości łebka od szpilki zaledwie, na twardem i na miękkim podniebieniu. Bardzo one przypominają te zmiany, które odrzę towarzyszyć zwykły, tak pod względem miejscowości, jak i pod względem rozsianego usadowienia plam, pomiędzy którymi zawsze znajdują się zupełnie zdrowe tkanki. Najważniejszą cechą rozpoznawczą jest to, że odrowe plamy znikają od pociśnięcia ich palcem lub łopatką, skorbutyczne zaś nie znikają, są to bowiem prawdziwe wynaczynienia krwi.

Oprócz tych małych wylewów krwi, znajdujemy jeszcze, na rozmaitych częściach błony śluzowej, najrzadziej zaś na języku, różne większe wynaczynienia, które niekoniecznie płasko rozlane bywają, ale nieraz przeciwnie tworzą prawdziwe guzy. Okoliczność ta jednak nie jest żadną osobliwszą ich cechą.

Dziąsło zwątłone, obrzmiałe, czerwono-sine, odstaje od zębów, przy dotknięciu krwawi. Z powodu odstawania dziąsła od zębów, te ostatnie zaczynają się ruszać i mogą nawet powypadać.

Krwawienie z ust rzadko się przytrafia, daleko częściej zato, i niebezpieczniejszymi są niezmiernie obfite krwotoki z nosa, którego błona śluzowa znajduje się w tym samym stanie chorobowym, co i błona śluzowa jamy ustnej.

Leczenie jest miejscowe i ogólne, a ponieważ niepodobna jedno od drugiego odłączyć, opiszemy je więc w stosownym miejscu. (Zobacz skorbut).

## 7. Wrzód pod językiem. *Ulcus sublingualis.*

Zawsze tylko u uzębionych już dzieci, znajdujemy przerwane wędzidełko języka, a powierzchnię samego rozdarcia, pokrytą białą-



wym, silnie przytwierdzonym wysiękiem. W nadzwyczaj rzadkich wypadkach i to tylko u większych dzieci, w takim stanie owrzodzenia może się znaleźć wędzidełko wargi górnej lub dolnej.

Wrzodzik taki, który sam przez się żadnych dolegliwości dziecku nie sprawia, a przez rodziców zwykle przeoczonym bywa, okazuje jednak niezmierną upartość co się tycze zablizniania. Zależy to bezwątpienia od sposobu powstawania wrzodu.

Spostrzegamy go przy takich wyłącznie stanach, w których np. język często i silnie pchanym bywa ku przodowi przy silnych napadach kaszlu, i w ten sposób; przyciskając wędzidełko do ostrych zębów siecznych, na przerwanie je naraża. Ponieważ powtarzanie się tych napadów kaszlu powoduje za każdym razem takie kaleczenie wędzidełka języka. to nic dziwnego, że każde lecznicze postępowanie okazuje się zupełnie bezskutecznem. Najczęściej wrzodzik taki spostrzegany bywa u dzieci podczas dławca, lub podobnych, kurczowych napadów kaszlu, długo trwających. Nie jest on jednak cechą właściwą i konieczną dławca, gdyż wiele wypadków tego ostatniego przebiega bez przyłączenia się téj komplikacji.

Jeżeli napady kaszlu ustępują, to i wrzodzik zaczyna się goić, i prawie jednocześnie ze zniknięciem choroby pierwotnej, ranka ta zupełnie się zabliznia, bez żadnego leczenia.

## 8. Pityriasis linguae.

Nazwa ta jest zupełnie niewłaściwą dla oznaczenia tego stanu patologicznego, gdyż łatwo mu przypisać naturę, której zupełnie nie posiada, co już nawet nieraz się wydarzyło.

W żadnym razie nie można wypadku takiego wiązać z nabytym lub wrodzonym przymiotem (*sypphilis*). Stan, o którym mowa, jest napozór czysto zapalnej natury, w skutek czego nabłonek języka w rozmaitych, dość obszernych miejscach zostaje złuszczone. Ztąd język staje się podobnym do mapy geograficznej, tem bardziej, że na granicach obrażeń, nabłonek zwykle rozrostowi ulega. Przez to, obnażona płama otoczona zostaje wzniesionym nieco rąbkim, białawej barwy, wówczas, gdy sama pokryta jest błoną śluzową naga, gładką i czerwono zabarwioną. Stan ten pojawia się napozór bez żadnej przyczyny i w krótkce też bez śladu znika sam przez się. U ssawców zdarza się on niezmiernie rzadko.

U niektórych, nieco starszych dzieci, zdaje się, że proces taki stoi w pewnym związku z zaburzeniami w trawieniu, a przynajmniej jednocześnie z nimi występuje.

Przeciw niemu używa się zwykle do płukania roztwór, zawierający alkohol.

*Rp.* Tinct. ratanhiaie gtt 50.  
 Aq destillatae  $\overline{\text{V}}$  (150,0).  
 Syr. violarum  $\overline{\text{ij}}$  (10,0).  
 M. D. S. woda do płukania ust.

Ponieważ w podstawie sprawy łuszczenia się nabłonekó w, leży proces zapalny, to możnaby użyć, dla oznaczenia tej choroby, nazwy: „*Glossitis desquamativa*“ (Łuszczące zapalenie języka).

### 9. Przyrośnięcie języka — *Anchyloglosson*.

Język przyrośnięty jest zjawiskiem wrodzonem, znaczenie którego, pod wieloma względami, przecenianem bywa. Ażeby tego dowieść, należy dobrze sobie przedstawić budowę jamy ustnej nowonarodzonego dziecięcia.

Wyrostki zębodołowe szczęki dolnej zupełnie nie istnieją, przezco jama ust jest niższą, gałęzie szczęki dolnej udają się skośnie ku tyłowi do trzonu jęj, tak że jama ustna noworodka mniej obszerną jest z przodu ku tyłowi, jak z lewa na prawo. Język przytém, więcej rozwinięty w swęj nasadzie, niż przy końcu, wypełnia całkowicie jamę ustną, a przy zamkniętych ustach wypełnia nawet większą część szpary międzywargowęj. Z miejscowych stosunków jamy, oraz na skutek niedokończonego rozwoju języka wypada, że ruchliwość tego ostatniego musi być nierównie więcej ograniczoną u noworodka, niż u człowieka dorosłego.

Wystarczającym jest zupełnie, jeżeli język może być tak daleko wysuniętym, że koniec jego do brzegu szczęki dostaje. Jeżeli tak jest ruchliwym, to już jest w stanie doskonale wypełniać swą rolę przy akcji ssania, gdyż takowy odbywa się nietylko za pomocą języka, ale i za pomocą rozszerzania jamy ustnej, co przyczynia się do cofania całego dna podjęzykowego, wraz z samym językiem. Tylko wówczas, gdy wywieszony koniec języka nie dosięga brzegu warg i z trudnością dotyka brzegu szczęki, — może być mowa o przyrośnięciu języka i o nieruchomości tę obwiniać należy krótkie lub zbyt tęgie pasem-

ko wędzidełkowe. Ale łatwo sobie anatomicznie wytłómaczyć, że nawet w takich razach, sprawa ssania zupełnie zakłóceniu nie ulega.

Zbyt krótkie wędzidełko warg nie stanowi także żadnej przeszkody w mówieniu, bo nie jest przecie w żadnym związku z rozwojem samego języka. Ten ostatni rośnie ku przodowi, jednocześnie ze szczęką, podczas jednego i drugiego ząbkowania, i na wzrost obu tych organów wędzidełko nie może mieć najmniejszego wpływu.

Chodzi więc o to, co się stanie z wędzidełkiem, w ten sposób zrośniętém? Czy należy je przeciąć czy nie? Rodzice zwykle strasznie się martwią i frasują, gdy im akuszerka oświadczy, że dziecko ma przyrośnięty języczek i myślą, że stan ten wpłynie szkodliwie tak na odżywianie, jak i na rozwój umysłowy dziecięcia.

Zapatrując się z obiektywnego punktu widzenia, przecięcie wędzidełka warg uważać należy za zupełnie zbyteczne. Ponieważ jednak wielu bardzo lekarzy przecięcie to za konieczne poczytuje, nieraz więc jest się zmuszonym takowe wykonać. Cięcia takie, samo przez się nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa i bez krwi rozlewu zrobić się daje. Mając na względzie te okoliczności, lepiej jest samemu przecięciem się zająć, niż poruczyć je któremu ze skorych do operowania, a mniej może wprawnych kolegów.

Operacją wykonywa się w następujący sposób: matka albo niania bierze dziecko na rękę w położeniu poziomem, owinawszy je dobrze w kołderkę. Lekarz stoi naprzeciw niej, tak, aby światło ponad ramionami jego przechodziło, końcem szpadelka, zaopatrzonem w szparkę otwiera dziecku usta i łopatkę ową wsuwa pomiędzy szczękę dolną a dolną powierzchnię języka tak, aby wędzidełko pomieściło się w szparze narzędzia. Wędzidełko przecina się nożyczkami tak daleko, jak sięga biała jego barwa. Szpadelek ochrania język, a dla zapobieżenia wciśnięciu się pomiędzy nożyce wargi dolnej, takowa może być przez drugą osobę nieco ku dołowi odciąganą. Jeżeli tylko ramiona nożyc dostatecznie są w końcach zaokrąglone, to prawie nigdy nie wydarzy się obrażenie żył lub tętnic, przebiegających na dnie języka. Jeżeli pomimo to nastąpi krwotok, to bywa nader nieznanym i najłatwiej daje się zatamować podaniem dziecku piersi. Dobrze by jednak było pozostawić dziecko pod okiem lekarza przez jakiś czas jeszcze (godzinę lub dwie). Gdy mamy do czynienia z rodzicami, którym da się cokolwiek wytłómaczyć, to starajmy się wytłómaczyć im, że przecięcie wędzidełka zupełnie jest niepotrzebném.

Należy wspomnieć tu o innym stanie, który jednak daleko rzadziej się przytrafia, niż tylko co opisane cierpienie. Chodzi tu o zu-

pełną prawie nieruchomość języka, uwarunkowaną zupełnym przyrośnięciem języka do dna jamy ustnej (t. zw. zrost mięsny).

Nazwa „przyrośnięcie“ jest zupełnie niewłaściwą, bo niema tu żadnego zrostu bliznowego etc., ale tylko poprostu zatrzymanie się rozwoju w pewnym tegoż okresie. Przy takim stanie rzeczy, zwykle i sam język niezupełnie się wykształca. (*Mikroglossia*). Język leży na dnie jamy ustnej, dosięga z trudnością zaledwie do szczęki dolnej i nie da się podnieść szpadelkiem—jest więc najzupełniej nieruchomym.

Aby taki język oswobodzić, potrzeba by było wykonać operacyę, połączoną ze znaczną utratą krwi. Zazwyczaj jednak, gdy język niedość jest rozwinięty, to i żuchwa zbyt mała, a jama ustna tym samym węższą bywa niż zwykle (*Mikrostomia*). Dzieci tego rodzaju nie są zdolne do życia.

## 10. Przerost języka—*Makroglossia*.

*Makroglossia*, czyli *Hypertrophia linguae*, tak wrodzona, jak i nabyta, należy właściwie do wykładu chirurgii operacyjnej i dlatego, na równi z następującymi kilkoma rozdziałami, tylko po krótko traktowaną będzie.

Powiększenie języka dochodzi czasem do potwornych rozmiarów, tak, że organ ten wygląda z ust pod formą bezkształtnej bryły, pokrytej wyschłym, zgrubiałym nabłonkiem, z licznymi szczelinami, czerwonościłej barwy.

Przy krzywicy spostrzegamy także powiększenie języka; niema ono znaczenia pod żadnym względem.

Pierwsza forma warunkuje się przerostem tkanki łącznej w kształcie przegródkowatego rusztowania, tak, że nawet spotykamy tworzenie się pewnego rodzaju torbieli. Na przecięciu, przegródki te i zamknięte w nich torebki wydzielają płyn podobny do białka, zawierający mnóstwo komórek, przypominających bardzo ciała limfatyczne. Naczynia krwionośne są silnie porozszerzane, łatwo jednak dają się odróżnić od torbieli i komór między-przegrodkowych. Mięśnie języka zupełnie prawie zanikają w takich razach, po części wskutek ucisku, po części przez zanik pęczków mięśniowych, przy zapalnej sprawie rozrostu w tkance łącznej (*Elephantiasis linguae*).

W rzadkich wypadkach powiększa się także i liczba włókienek mięsnych. Wówczas dopiero mamy prawo fakt tego rodzaju zanoto-

wać, gdy uda się nam dostrzedz samą sprawę tworzenia się nowych włókienek.

Powiększenie języka tak jest nieraz znaczne, że przyjmowanie pokarmów czyni niemożliwym, dzieci przeto muszą być odżywiane przy pomocy sztuki.

Tylko wystąpiwszy czynnie na drodze operacyjnej, możemy się czegośkolwiek *quoad vitam* spodziewać, wszystkie jednak, znane dotąd operacye, przy rozroście języka przedsiębrane, miały zejście śmiertelne.

### 11. Zabka—*Ranula*.

*Ranula*—nazywa się torbiel (*cysta*) pod językiem, dość często spostrzegana w pierwszych latach życia. Najczęściej zdarza się podczas zbliżania się dojrzałości płciowej; nigdy nie bywa wrodzoną.

Powstaje przez przemianę torbielowatą (*degeneratio cystoidea*) jakiego przewodu wyprowadzającego, prawdopodobnie przewodu Warton'a, i przedstawia się w kształcie przejrzystego guza, okrągłego, siedzącego w okolicy wędzidełka, wielkości orzecha laskowego lub włoskiego nawet.

W tem miejscu można spotkać także rodzaj skórzastej torbieli (*cysta dermoidalis*) W każdym razie koniecznym jest leczenie chirurgiczne, zawsze prowadzące do celu, bo tak jedna, jak druga torbiel, z łatwością daje się wydalic zupełnie, i nigdy się już nie wraca.

### 12. Zajęcza warga — *Labium leporinum*.

#### Wiloza paszcza — *Faux lupina*.

Każde powstawanie szczeliny jest wrodzonym, a najczęstszymi z nich są:

Szczelina warg, najczęściej wargi górnej, po jednej, lub po obydwóch stronach połączenia kości międzyszczękowej (*ossis intramaxillaris*) ze szczęką górną. Szczelina taka albo pojawia się sama albo łącznie z:

1) szczeliną wyrostka zębodołowego szczęki górnej, po jednej lub obydwóch stronach;

2) z wilozą paszczą, utworzoną przez niezrośnięcie wyrostka zębodołowego szczęki górnej z kością międzyszczękową. Najrzadsze

są szczeliny spowodowane nieobecnością kości międzyszcękowej. Taką szpara łączy się ze szczeliną twardego, a nieraz i miękkiego podniebienia.

Przy zwyczajnej szczelinie podwójnej, po obu stronach swobodnie wiszącego lemiesza (*vomer*), znajdujemy obszerną komunikację pomiędzy jamą ust i jamą nosową, przyczem, na przedniej części przegrody wisi kość międzyszcękowa. Z tyłu miękkie podniebienie także jest rozdzielone, języczek także środkową szczeliną rozłupany. Często języczka niema zupełnie, lub znowu jest jakby podwójny (*Uvula bifida*).

U zdrowych dzieci, warga zajęcza powinna być zaraz operowaną, bo przecież znaczną stanowi przeszkodę przy ssaniu.

Noworodki przenoszą stosunkowo dobrze bardzo operację pojedynczej wargi zajęczej, połączonej z nieznacznym krwawieniem, a zbliznienie rany bez żadnej następuje trudności.

Wargi zajęcze podwójne zarastają także, chociaż wymagają operacji, połączonej z większą już utratą krwi, znaczne jednak krwotoki powodują niebezpieczną małokrwistość.

Dzieciom zchorowanym nie trzeba robić operacji, bo konieczne przy niej krwawienie niekorzystnie wpływa na samo zbliznienie rany.

Często jest się zmuszonym odłożyć operację, dopóki dziecko nie będzie miało pół roku, lub trzech kwartałów, a przez ten czas powinniśmy jak najstaranniej zająć się jego odżywianiem.

Odżywianie takich dzieci jest niezmiernie trudnym, wówczas mianowicie, gdy mamy do czynienia z wilczą paszczą i szczeliną podniebienia miękkiego.

Ssanie matczyną lub mamczyną piersi udaje im się z trudnością, raz, że brodawki objąć należycie nie mogą, po drugie, że odgrozdzenie jamy ustnej od jamy nosowej, konieczne przy ssaniu, nie może dojść do skutku. Często więc zmuszeni jesteśmy do sztucznego karmienia chorego dziecka; najlepiej wówczas wlewać mu do ust mleko łyżeczką. Można do tego użyć i osobnego narzędzia (*Schiffchen*). Jeżeli chcemy karmić dziecko sztuczną mamką, to trzeba mu wsunąć w szczelinę, złożony w kilkoro, płócienny gałganek, żeby chociaż jako tako szparę zatkać.

## DODATEK.

## Pielęgnowanie jamy ustnej u zdrowych dzieci.

Utrzymywanie ust w czystości jest nader ważnym, tak u noworodków, jak i u większych dzieci, które już mają wszystkie zęby. Przez stosowne pielęgnowanie, nie tylko zabezpieczamy dziecko od wielu chorób jamy ustnej, lecz także usuwamy przeszkody trawienia, bo w przeciwnym razie pokarmy już w ustach ulegają niewłaściwemu rozkładowi. Bezpośrednio po porodzie, usta dziecka powinna oczyścić natychmiast akuszerka, aby z nich i z nosa wydalić wody płodowe etc. Zwykle akuszerki zabierają się do tej czynności bardzo energicznie, co jest zbyt cennym, chociaż dziecku żadnej szkody nie przynosi.

Gdy matka wstaje po położeniu, lub gdy opiekę nad dzieckiem powierzyła, doświadczonemu w wychowywaniu kobiecie, to powinna zaraz kazać mu usta wymywać świeżą wodą z drożdżami, przed karmieniem i po takowym, wszystko jedno, czy dziecko karmione jest piersią, czy sztucznie.

Ostrożność ta jest szczególnie wielkiej wagi w przeciągu pierwszych sześciu tygodni; dobrze nawet obmywania te i w nocy wykonywać.

Wymywanie ust po karmieniu ma tę niedogodność, że przeszkadza dzieciom w śnie, w którym najczęściej, przy samym już ssaniu, zwykły się pogrążyć. Jeżeli rzeczywiście dziecko ma zwyczaj zasypiać przy piersi, to tym dokładniej trzeba mu wówczas usta wymyć przed ssaniem.

Najlepiej do mycia ust używać naumyślnie do tego przygotowanych gałganków. Należy je zrobić ze starego, miękkiego płótna, niepotrzebują być większe jak na cal jeden w kwadracie. Nie trzeba używać gałganka dłużej do tego, jak na dwa razy najwyżej. Jeżeli dziecko już podrosło—ma trzy lub cztery miesiące,—to wystarczy, jeżeli mu rano i wieczór usta wymyjemy w sposób już opisany.

Gdy dziecko już doszło do okresu pierwszego ząbkowania, to wymywanie ust zimną wodą sprawia mu nawet przyjemność, bo w okresie tym ciepłota jamy ustnej nieco bywa podniesioną.

Nowo wyklutym ząbkom wystarcza, gdy je czystą wodą i płóciennym gałgankiem czyścimy, dopóty, dopóki dziecko żywi się tylko mlekiem lub zupką.

Jeżeli się już dużo ząbków wyrznęło, i pokarm dajemy już więcej nieco stały, to trzeba koniecznie czyścić ząbki delikatną i miękką szczoteczką, aby wydalić za każdym razem, pozostałe cząstki pokarmów.

Gdy dziecko więcej urosło i potrafi już sobie usta czyścić, to mogą już wejść w użycie proszki do zębów, np. bardzo miękki proszek węgla lipowego lub mieszanina, następującego składu:

*Rp.* Pulv. ossis sepiac.  
Magnesiae carb.  $\bar{a}\bar{a}$  3 jß (5,0).  
Pulv. rad. ireos florent.  $\mathcal{D}$  ij (2,0).  
Olei menth. piperit. gttss. III.  
M. D. S. Proszek do zębów.

Przy użyciu proszku do zębów, należy uwagę zwrócić na to, żeby dziecko po zastosowaniu go, obficie przepłukało usta wodą, dla wydalenia pozostałej reszty lekarstwa.

Nie można w żaden sposób zaniedbać pielęgnowania zębów mlecznych, bo troskliwe ich utrzymywanie zarówno ważnym jest dla należytego rozwoju szczęki, jak i dla drugiego ząbkowania. Z tego co dalej powiemy, przekonać się można, że niesprawiedliwym i mylnym jest zdanie, jakoby nie warto było dbać o zęby mleczne, gdyż takowe pomimo wszystkiego wypaść muszą.

Zębów mlecznych nie można wyjmować, chociażby się ruszały, gdyż przez przedwczesne ich wydalenie, drugie, to jest stałe zęby łatwo mogą niewłaściwy przyjąć kierunek, co się nie tylko tyczy siekaczy, ale także i kłów, i zębów trzonowych. Zaledwie wówczas, gdy stały ząb zupełnie się wyrznął, lub gdy mleczny wyraźnie mu miejsce niepotrzebnie zajmuje, można i trzeba wyjąć ząb mleczny, chociażby takowy mocno się jeszcze trzymał.

Siekacze bardzo rzadko próchnieją, daleko częściej zdarza się to mlecznym zębom trzonowym. Dzieciom sprawia to ból szczególnie wówczas, gdy miazga (*pulpą*) jest odkryta. W takich razach należąco zalecić wypada, żeby zębów takich nie wyjmowano, tylko żeby je dentysta zaplombował. Ponieważ w największej liczbie wypadków wystarcza zupełnie wypełnienie dziurawego zęba amalgamową masą, to bardzo łatwo można dziecko do tej operacji namówić. Jeżeli zęby mleczne zaczynają się ruszać w skutek zapalenia okostnej, to należy je powymować. Tak samo należy wyrwać zanikłe korzenie zębów, krzywo stojące, lub wdrażone w dziąsło albo policzek, o czém już przy opisie dzięgny była mowa. Nie potrzeba zdaje się



przypominać, jak pieczołowitego pielęgnowania wymagają pozostałe zęby.

## Ząbkowanie.

Znaczenie i niebezpieczeństwo okresu ząbkowania, nawet w najnowszych podręcznikach, tak często przecenianém bywa, że nie od rzeczy będzie zawrzeć je w stosownych granicach. Nie łatwo jest w danym wypadku rozróżnić fizjologiczne ząbkowanie od stanów chorobnych, wikłających tę sprawę normalnie, lub wypadkowo, dla tego zawsze badacz kieruje się dość w swobodnie w wypowiedzeniu o tém swego zdania.

Dla osądzenia téj sprawy, koniecznie trzeba pamiętać, że bardzo wiele spotyka się dzieci, które przechodzą przez okres ząbkowania bez żadnych przypadłości, bez żadnych chorobnych zjawisk. Ząbkowanie samo przez się jest sprawą fizjologiczną i u większej liczby dzieci (naturalnie zdrowych zresztą zupełnie), przechodzi bez żadnych zaburzeń w stanie ogólnym organizmu. O tém trzeba dobrze pamiętać, bo z fizjologicznymi objawami ząbkowania wiążą wiele przypadłości chorobnych, nie mających w rzeczy samój żadnego z nimi związku przyczynowego. Często towarzyszące ząbkowaniu objawy, jak np. biegunki, nieżyty, drgawki, na tyle tylko w związku stoją z fizjologicznymi objawami, że dzieci w tym okresie bardzo łatwo na te choroby zapadają, tak samo, jak np. kobiety podczas miesiączkowania (także fizjologicznego) daleko łatwiej zachorowują, niż zwykle. Dzieci więc są po prostu daleko wrażliwsze na wpływy zewnętrzne, podczas ząbkowania, niż po za obrębem takowego.

Dziecko, aż do trzeciego roku prawie, dostaje 20 zębów mlecznych, wyrzynających się z kolei, w pewnym porządku, które w tym że porządku wypadają, nie próchniejąc zwykle wcale. Opiszemy tu ząbkowanie, tak, jak się normalnie powinno odbywać, a potem zwrócimy uwagę na takie wypadki, w których ono ulega pewnym zboczeniom.

Zarodek zęba przynosi dziecko ze sobą na świat, i to nietylko zarodek mlecznego, ale i stałego zęba. Związek stałego, zęba, leży w ten sposób w szczęce, że z początku znajduje się przed woreczkiem embryonalnego zęba mlecznego, i dopiero później powoli bardzo przechodzi na tylną część takowego.

Naturalnie, że podczas życia zewnątrz macicznego, woreczki zębowe rosną ciągle i u wielu dzieci, bezpośrednio przed wyrżnięciem się zęba, tworzy się na działśle mały guziczek—jestto chwila z rado-

ścią witana przez matkę, cieszącą się „że dziąsło nabrało, bo ząbek jest na wyrżnięciu.“<sup>1)</sup> Jednakże bez tego obrzmienia może się ząbek przerznąć przez dziąsło, i o tej okoliczności zapominać nie trzeba, gdyż już od tej chwili zaczyna się szereg pomyłek.

Ząbki pokazują się w pewnym porządku.

Najpierw pojawia się:			
1-szy i 2-gi ząb sieczny dolny.	potemidzie	I grupa	Wyrzynają się w 5—7 miesiącu. Potem następuje przerwa 3 do 9-ciu tygodni.
1-szy i 2-gi ząb sieczny górny.	" "	II grupa	Pojawiają się w 8—10 miesiąca życia, w przeciągu paru tygodni. Przerwa 6 do 12-tu tygodni. Średnie siekacze najczęściej pojawiają się najpierw u góry, a potem u dołu.
3-ci i 4-ty ząb sieczny górny.	" "		
1-szy i 2-gi ząb trzonowy górny.	" "	III grupa	Grupa ta zawiera w sobie sześć zębów. Najpierw pojawiają się górne zęby trzonowe, potem dolne siekacze, potem dolne zęby trzonowe. Wyrzynają się między 12 a 13-tym miesiącem. Przerwa trzymiesięczna.
3-ci i 4-ty siekacz dolny.	" "		
1-szy i 2-gi ząb trzonowy dolny.	" "		
1-szy i 2-gi kieł górny.	" "	IV grupa	Kły pokazują się między 18-tym a 24-tym miesiącem; raz w pierw górne, drugi raz dolne. Przerwa sześciomiesięczna.
1-szy i 2-gi „dolny.“	" "	V grupa	Wyrzynają się pomiędzy 30-tym a 36-tym miesiącem.
3-ci i 4-ty ząb trzonowy dolny.	wreszcie		
3-ci i 4-ty ząb trzonowy górny.	następują		

<sup>1)</sup> „Jetzt schiessen dem Kinde die Zahnpillen ein.“

Dzieci mają tedy dwa dziesięć zębów mlęcznych, po 10 w każdej szczęce: ośm siekaczy, cztery kły (górne nazywają się także zębami ocznymi) i ośm zębów trzonowych. Ząbkowanie zaczyna się około końca pierwszej, lub początku drugiej połowy pierwszego roku, a kończy się z końcem trzeciego roku życia.

Okresy przytoczone w tabliczce są obliczone tylko w przybliżeniu, tak pod względem wyrzynania się zęba, jak i pod względem trwania przerw, jak to już widać z oznaczenia bardzo obszernych granic. Mogą one znacznie wahać tak w jednej pojedynczej grupie, jak jeszcze ciągle będzie fizyologiczną.

Z końcem piątego, a z początkiem szóstego roku życia zaczyna się drugie ząbkowanie, wówczas gdy właśnie wyrzyna się trzeci ząb trzonowy. Jest on więc pierwszym zębem stałym. Zęby mlęczne, w tym samym porządku, w którym się pojawiały, zaczynają się ruszać w skutek zaniku korzenia, i same przez się wypadają. Około siódmego roku życia pojawiają się oba dolne siekacze stałe. Inne już idą w wiadomym porządku.

Porządek wyrzynania się zębów często bywa zmiennym, a pomimo to o żadnej jeszcze sprawie chorobowej mowy być nie może. I tak np. najpierw pojawiają się górne siekacze, i to wszystkie cztery, szybko jeden po drugim, albo też jeden górny i jeden dolny siekacz naraz. Podobny stosunek zauważyć się daje między wyróżnieniem się kłów i drugą seryą zębów trzonowych.

Między zębami mlęcznymi rzadko bardzo widzieć można *situs mutatus*, lub wzrost w krzywym kierunku.

Nieprawidłowość ząbkowania dotyczy samych zębów, albo czasu, t. j. pierwsze zęby pojawiają się zapóźno, lub którakolwiek z przerw normalnych, nieprawidłowo długo się przeciąga.

Jeżeli np. siekacze przednie, zamiast pojawić się w przeciągu 5-ciu lub 7-miu miesięcy, wyrzynają się zaledwie w trzynastym lub piętnastym, to sądzić należy, że kostnienie wystawione zostało na jakąś przeszkodę, która ustępuje wówczas na pewno, gdy ząbek się pokazał. Może się także wydarzyć, że przeszkoda owa wtenczas występuje, gdy już się rozwinęła jedna, lub dwie grupy zębów: dolne np. dwa siekacze wyrznęły się, przypuszczam, w szóstym miesiącu, więc w czasie prawidłowym, górne więc cztery siekacze powinnyby się pokazać w przeciągu dwóch miesięcy i to w krótkich przerwach. Tymczasem zęby te pojawiają się zaledwie po 6—8-miu miesiącach. W takim wypadku, przeszkoda w kostnieniu wystąpiła późno, bo po

prawidłowem początku ząbkowania, a wpływ swój wywarła dopiero na następną grupę zębów.

Takie przeszkody w ząbkowaniu zawsze związane są z krzywicą, która zwykła pojawiać się między trzecim a dwunastym miesiącem życia.

Chorobny ten proces niema jednak wpływu na przerywanie się zębów, t. j. na wzrost ich w kierunku podłużnym, tylko sprawa kostnienia kości zębowej chorobliwie postępuje naprzód, tak że ząb przyjmuje odmienny od prawidłowego wygląd.

Zęby takie mają brudno-żółtą barwę, nieraz prawie czarną. Polewa (emalia) niedostatecznie się rozwija, przedstawia na powierzchni swej dołkowate braki, których głębsze części są najciemniej zabarwione na żółto lub brunatno.

Takie zęby łatwo się psują, lub z powodu swój miękkości ścierają się (szlifują) o przeciwległe im zęby, aż do korzenia.

Nie wszystkie jednak zęby mleczne jednakowo wyglądają, bo krzywica może wystąpić dopiero wówczas, gdy część ząbkowania przeszła już prawidłowo. Np. pierwsze dwa dolne siekacze przerznięły się w prawidłowym czasie i są normalnie rozwinięte. Wtem rozwija się krzywica, następuje bardzo długa przerwa w ząbkowaniu i po niej zaczynają pokazywać się zęby drugiej grupy, ze wszystkimi opisanymi zбочeniami kształtu i powierzchowności.

Gdy potem krzywica, po kilku miesiącach trwania przemienie, to zęby następnej grupy już będą prawidłowo rozwinięte.

Sprawy chorobliwe, towarzyszące ząbkowaniu, dotyczą błony śluzowej jamy ustnej, przewodu pokarmowego, błony śluzowej oskrzeli i nakoniec objawów ze strony podrażnionego mózgu, które się manifestują ogólnymi, lub częściowymi drgawkami.

Któreż stany są w bezpośredniej zawisłości od sprawy ząbkowania, a które, przypadkowym tylko sposobem, wikłają takowe?

1) Błona śluzowa ust, równie jak i ślinianki, (będące wówczas właśnie w okresie rozwijania się i wzrostu), wydzielają ogromne ilości płynu, który dziecku w dzień leje się z ust, a w nocy połykanym zostaje.

Błona śluzowa ust przedstawia dowody nieżyłowego zapalenia, osobliwie na dziąsłach. Dzieje się to wówczas szczególniej, gdy wiele zębów naraz się przeryna.

Jeżeli ciepłota jamy ustnej jest podwyższoną, wydzielanie śliny wzmożone, a miejscowe objawy w wysokim rozwijają się stopniu, to może wystąpić i gorączka. Mamy do czynienia wówczas z niespo-

kojnością dziecka nadzwyczajną, snem przerywanym, bolesnością błony śluzowej ust etc. (*dentitio difficilis*). Wspomniane nieżytowe zapalenie błony śluzowej jamy ustnej nie tylko wywołanem być może braniem antagonistów wyrzniętego zęba, ale nawet, jeżeli już istniało, to przy tych warunkach wzmagają się jeszcze. Ostre, nieraz nierówne, brzegi zębów mlecznych drażnią przeciwległą błonę śluzową w wysokim stopniu, tak że wreszcie powstaje lub wzmagają się jej stan zapalny.

Zauważane bywają także i mlecznice podczas ząbkowania, jednak mlecznicowe zapalenie ust może pojawić się i po za obrębem okresu tego, jak o tém już poprzednio wspominaliśmy. Widzimy więc, że ostatnia ta choroba niema bezpośredniego związku z ząbkowaniem.

2) Ślina, (resp. i sekrecya gruczołów śluzowych) wydzielana w ogromnych ilościach, i połykana przez dziecko, zwykle w znacznej części, daje powód do zaburzeń w trawieniu. Ponieważ ślina oddziaływa alkalicznie albo obojętnie, to praca trawienia w żołądku nie może być wykonywaną jak się należy. Sernik mleka nie ścina się prawidłowo, tylko w duże kawały, trudno strawne, które wreszcie drażnią kiszkę cienką i mogą stać się powodem, mniej lub więcej znacznego cierpienia przewodu jelitowego.

Musimy jednak jeszcze jedną rzecz zauważyć. Nie każda biegunka i nie każde cierpienie kiszki podczas ząbkowania, stoi w bezpośrednim związku z ostatniem, to jest w opisany sposób nie powstaje. W tej sprawie radzimy być wysoce sceptycznym, szczególnie w początkach praktyki lekarskiej.

Ażeby cierpienie kiszki związać ściśle ze sprawą ząbkowania, przedewszystkiem trzeba koniecznie, wykluczyć każdą inną możliwą przyczynę zaburzenia w trawieniu. Trzeba przedsięwziąć ściśle zbadać matkę, mamkę i wszystkich artykułów żywności, szukać błędów dietycznych, dowiedzieć się, czy pokarmy podawano regularnie i we właściwych ilościach i t. d. Gdy wszystkie te przyczyny wykluczyć się dadzą, wówczas dopiero, jeżeli w rzeczy samej mają miejsce, opisane wyżej, objawy (powiększenie wydzieliny i t. d.), możemy mówić o „bieguncie na ząbki“.

Nakoniec wspomnieć należy, że dzieci podczas ząbkowania wykazują daleko większą cyfrę śmiertelności, że więc nieznaczące wpływy wystarczają widocznie, aby dać powód zakłóceniom w odżywianiu.

Wszystkie inne cierpienia kiszki, stawiane w przyczynowym związku z ząbkowaniem przez matki i wielu lekarzy, należy zupełnie

odrzuć, gdyż przy nich wszystkich napewno, możemy, przy staranem badaniu, wynaleźć prawdziwą ich przyczynę.

Okoliczności te wymagały koniecznie obszerniejszego traktatu, bo tak między laikami, jak i między lekarzami, często daje się sły-szeć zdanie, jakoby należało pozostawić bez czynnego leczniczego wmięszania się takie rozwolnienia „na ząbki“, gdyż takowe są podług nich, w pewnym stopniu objawem fizyologicznym. Zdanie to jest mylném. Właśnie podczas ząbkowania, jakieśmy powiedzieli, dziecko, a szczególnie jego przewód pokarmowy są *minoris resistentiae*, właś-nie w tym okresie konieczną jest niezmierna ostrożność i ważnem zarządzenie dyety, a pożytecznem użycie lekkich środków ściągają-cych. Te biegunki ząbkujących dzieci, już naturą swą zmuszają nas do ostrożnego czuwania, bo łatwo, szczególnie latem, mogą podnieść się do stopnia kollikwatywnego cierpienia kiszek, prowadzącego szyb-ko do zapaści (*collapsus*).

Leczmy więc każde cierpienie kiszek, pojawiające się podczas ząbkowania tak, jak gdyby wywołaném było jakakolwiek z możli-wych innych przyczyn, bo w rzeczy samej żadnej różnicy w tém niema.

3) Błona śluzowa oskrzeli, podczas ząbkowania, bywa często siedliskiem nieżyty i powiększonego wydzielania. Rzadka, pienista, biaława, ciągnąca się wydzielina, wyrzucaną bywa przy kaszlu („ka-szel na ząbki“).

Niema żadnej potrzeby stawiać nieżyt oskrzelowy w związku genetycznym ze sprawą ząbkowania. Błona śluzowa oskrzeli, resp. głośni i tchawicy jest w bezpośrednim związku z błoną śluzową jamy ustnej. Jeżeli tedy ta ostatnia zajęta jest silnem nieżytowém zapa-leniem, to sprawa ta może się przenieść na błonę śluzową oskrzeli *per continuitatem*. Uderza nas jednak to, dla czego przy tém zajściu, proces zapalny przeskakuje głośnię, a pojawia się dopiero na błonie śluzowej oskrzeli. Nieżyty głośni bowiem daleko rzadziej bywają spostrzegane przy ząbkowaniu, niż katar oskrzeli.

Widocznie więc nie ząbkowanie, a inna jakaś przyczyna wywo-łuje to ostatnie cierpienie; w największej liczbie wypadków przyczy-ną tą jest niezawodnie znaczna wrażliwość dzieci na zmiany ciepłoty.

Ta okoliczność, że nieżyty owe, podczas ząbkowania występują, a po wyrznięciu się zęba znikają, nie powinna także upoważniać do wyrażenia „katar na ząbki“, boć przecie widzimy masę bezgorączko-wych nieżyków oskrzelowych, które bez żadnego leczenia, same przez się przechodzą, chociaż wystąpiły po za obrębem okresu ząbkowania.

4) Jeżeli dziecko ma drgawki podczas dostawania zębów, to mówią, że ma „konwulsje na zębki“. O tém da się to samo powiedzieć, co o poprzedzających powikłaniach. Musimy wykluczyć wszelkie możliwe przyczyny drgawek, a wówczas dopiero mamy prawo, o wywołanie takowych obwiniać proces ząbkowania. Ale przecież tak wiele znamy przyczyn, mogących spowodować drgawki u dzieci, w tym wieku będących, że liczba wypadków, w której byliśmy zmuszeni winę złożyć na ząbkowanie, okaże nam się w rzeczywistości niezmiernie małą. Jeżeli rzeczywiście takie wypadki obserwujemy, to mamy wówczas najczęściej przed sobą skurcze pojedynczych grup mięśniowych, pojawiające się u dzieci śpiących. Tego rodzaju drgawki powinny jednak zniknąć podczas przerwy w ząbkowaniu, t. j. po okazaniu się zęba, a przy wyrzynaniu się następnej grupy, na nowo nkażać. Jeżeli tak nie jest, to drgawki inną mają przyczynę.

Wszystkie inne sprawy, związane z ząbkowaniem, jako to: pokrzywka (*urticaria*), lichenes, prurigo, ekzema, nie mają z niem żadnego związku, lecz są tylko poprostu przypadkowemi powikłaniami.

## Choroby szyi.

### A. Choroby szyi, dające się wykazać przy zewnętrzném badaniu.

#### 1. Zapalenie ślinianki przyusznej. *Parotitis*.

Ślinianka przyuszna daleko częściej bywa siedliskiem cierpienia niż gruczoł podszczękowy.

Zapalenie jest najczęstszą z chorób tak samój ślinianki, jak i bezpośrednio otaczających ją części.

Zapalenie ślinianki przyusznej występuje pierwotnie, lub następnie, przy ogólnych cierpieniach jak durzyca, ospa lub odra. W takim razie mamy do czynienia ze sprawą przerzutową (*metastasis*).

#### a) Pierwotne zapalenie ślin. przyusz. *Parotitis primaria*.

Samoistnie występujące zapalenie gruczołu przyszczękowego, po jednej, lub po obydwu stronach, jest choroba, napotykaną w Niemczech

stosunkowo rzadko, tymczasem w innych krajach, szczególnie w północy, wydarza się daleko częściej. Choroba ta występuje tam w formie epidemicznej, nie będąc jednak zaraźliwą. Napada odrazu całą okolicę, nieraz zapadają na nią całe szkoły, nie ma jednak w tych wypadkach złośliwego charakteru, gdyż śmierć następuje tylko w skutek przypadkowych chorób, nie mających żadnego związku z zap. ślin. przyusznęj.

Spotykamy nieraz sporadyczne formy cierpienia, różniące się od epidemicznych bardzo, pod względem przebiegu.

Spostrzegane tu wypadki, są więcęj cierpieniem tkanki otaczającej gruczoł, niż samęj miazgi gruczołu. Widzimy często u większych dzieci, nigdy przed rokiem skończonym, występowanie obrzmienia w obydwu okolicach przyusznych, co nadaje twarzy dziwny wyraz. Obrzmienie to bywa rozmaitej wielkości, przy pojawieniu jest takie, jak orzech włoski, a dojść może do rozmiarów pięści. Występuje tak szybko, że od samego początku może być bardzo wielkiem. Powstaje, nie tak, (jak inne choroby epidemiczne) bez żadnych zwistunnych objawów ogólnych, niema ani gorączki, ani bólu głowy, ani wymiotów, ani drgawek, niekiedy tylko, rozpoczyna się choroba powiększeniem wydzielania śluzu i uczuciem napięcia i palenia. Sam guz jest elastyczny, w niektórych miejscach ciastowaty, nigdzie niema jednak wyraźnego chełbotania. Skóra naprężona, z powodu nieznacznego naprężenia daje się ująć w fałdę i zawsze na guzie przesuwalna.

Sam guz nie jest zbyt bolesnym przy dotykaniu, czem można go właśnie odróżnić od zropienia samęj miazgi gruczołowej. Zejście obrzmienia zawsze jest dobrém (rozejście się), nigdy nie przechodzi w ropienie, lecz za to pozostaje, nieraz przez dłuższy czas, stwardnienie gruczołu i otaczających go tkanek, które jednak ginie przy użyciu stosownych środków.

Dla rozpoznania „Świnki“ (Mumps), jak ją lud nazywa, konieczną jest jednak możliwość wykluczenia każdej innej choroby ostręj, czy to już minionej, czy jeszcze istniejącej.—Możemy mieć także do czynienia z cierpieniem błony śluzowej ust (*Stomacace*), lub gardziel (*diphtheritis*). W takim wypadku spotykamy, wówczas tylko następcze cierpienie gruczołu i otaczających tkanek.

Choroba trwa rozmaicie, dwa tygodnie, lub więcęj. Wiele zależy od tego, czy przed zachorowaniem dziecko było zupełnie zdrowe, czy też cierpiało na żoły —Jeżeli to ostatnie ma miejsce, to choroba często kończy się stwardnieniem gruczołu.



Leczenie samoistnego zapalenia nie wymaga zbytku energii w postępowaniu. Ponieważ brak w danym wypadku objawów ostrego zapalenia z dążnością do zejścia w ropienie, to zimne okłady są zbyt skuteczne; kataplazmowania także wystrzegać się należy, bo przez to moglibyśmy wywołać zbyt wczesne dojrzewanie wytworów zapalnych. Trzeba starać się o utrzymanie równomierniej ciepłoty, co najłatwiej uda się przy pomocy obojętnych tłustych okładów. Jeżeli występują objawy ogólne, to trzeba dziecko położyć do łóżka, przepisać mu ścisłą dietę i porzucić metodę wyczekującą.

Jeżeli z końcem dwóch tygodni, rozejście staje się zbyt powolnym i pozostaje pewne stwardnienie gruczołu, to można zastosować lekkie wcieranie jodu.

*Rp.* Jodi puri gr. j (0.05)  
 Kali hydrojodici ℥ s (05)  
 Glycerini puri ℥ j (30.0)  
 MDS. zewnętrznia, wcierać rano i wieczorem.

b) Następce zapalenie ślinianki przyusznój.  
*Parotitis secundaria.*

*Parotitis*, przyłączająca się do innych cierpień, bywa stosownie do okoliczności jednostronna, lub po obu stronach, chociaż w nierównym stopniu. Przedewszystkiem obserwowana, bywa przy ciężkich formach błonicy, szczególnie takich które wikłają płonicę. W takich wypadkach, nie tylko mamy do czynienia z zapaleniem samej ślinianki, ale i z zapaleniem, oraz ropieniem otaczającej ją tkanki łącznej, jak również tkanki łącznej podskórnej. W takich wypadkach, cała okolica przyusznna obrzmiewa znacznie na całej przestrzeni, lub też z boku mniej nieco niż pośrodku. Guz sam jest gorący i bolesny, elastyczny, a w krótkim czasie można już wyczuć głębokie chełbotanie. Jeżeli już do tego doszło, to nie należy ociagać się z oswobodzeniem ropy za pomocą cięcia, stosownej głębokości, bo inaczej ropa może się opuścić i dać powód strasznym zaburzeniom. Jeżeli zachodzi potrzeba, to należy nawet zrobić kontraperturę w stosownym miejscu, żeby o ile możliwości ochronić skórę od zniszczenia.

Oprócz tego, zapalenie ślin. przyusz. występuje także w przebiegu ospy, durzycy, a rzadziej odry. Objawy tego powikłania, objaśnianego na drodze przerzutu, są takie same jak te, któreśmy opisali, i tak samo należy jak najwcześniej przecinać, tworzące się szybko, ogniska ropne.

c) Nowotwory—*Neoplasmata Parotidis*.

Są bardzo częste; w wieku dzieciennym spotykamy daleko częściej niż u dorosłych rozmaite miękkie guzy, biorące początek w gruczole przyusznym. Pokazują się zawsze tylko po jednej stronie, i w obserwowanych dotąd guzach, nie zauważono nigdy przerzutu na inne narządy. Sam nowotwór bywa rozmaitej wielkości, niezbyt ostro odgraniczony, miękki, elastyczny, łatwo naśladowujący głębokie chełbotanie. Gruczoły chłonne sąsiednie obrzmiałe, a ponieważ masa nowotworu rośnie w kierunku ku jamie ustnej, to łatwo nastąpić może rozpad części guza, w ustach znajdującej się i ztąd powstaje bardzo nieprzyjemna woń wydechanego powietrza. Dzieci takie wyglądają kachektycznie, schorzone, i po kilku miesiącach umierają na choroby, zwykle przyłączające się pod koniec trwania złośliwych nowotworów.

Badanie takiego guza pokazuje, że mamy do czynienia z nowo utworzoną masą, miękką, mniej lub więcej bogatą w naczynia krwionośne, zaraźliwie wpływającą na sąsiednie części, zkad w częściach miękkich i w kości, powstają liczne drobniejsze ogniska wtórne. Badanie drobnowidzowe pokazuje, że mamy do czynienia z mięsakiem okrągłokomórkowym. Bywały spostrzegane także i raki rdzeniowate. Należy przedsięwziąć wyłuszczenie, dopóki guz jest odgraniczonym i ruchomym. Jeżeli nastąpi odnowienie (*recidiva*), lub jeżeli wyłuszczenie nie jest wykonalnym, to trzeba dziecko nieszczęśliwemu jego losowi pozostawić.

Na istnienie „pozornego“ chełbotania, napotykanego przy początku, to jest dopóki guz zajmuje wyłącznie sam gruczoł tylko, nie trzeba nigdy się spuszczać, ani cięcia robić, gdyż takowe zawsze zły mogą mieć skutek.

Często bardzo można widzieć zwyczajny przerost ślinianki przyusznnej, jako też powiększenie zapalnej natury. Najłatwiej odróżnić takie obrzmienia od innych guzów, mając na uwadze ich przebieg. Nikną one, przy stosownym leczeniu, w stosunkowo krótkim czasie, jeżeli w gruncie nie leży ogólne jakie cierpienie (zołzy np.).

## 2. Przerwanie mięśnia sutkomostkoobojczykowego.

*Ruptura musculi sterno-cleido-mastoidei.*

Zupełne lub częściowe przerwanie tego mięśnia spotykamy zawsze tylko w pierwszych dniach po urodzeniu dziecka i zdaje się, że

takowe ma bezpośredni związek z samą sprawą porodową. Dotąd nie jesteśmy w stanie powiedzieć, czy stan ten zdarza się najczęściej przy twarzowych, czy czaszkowych, czy pośladkowych położeniach, gdyż obserwowane dotąd wypadki, zarówno się do jednych jak i do drugich odnoszą. Zdaje się jednak, że ręczna pomoc, przy wydobywaniu główki, w położeniach pośladkowych, musi ułatwiać powstawanie tego cierpienia. Należy także zastanowić się, czy, zjawiające się w późniejszych okresach wieku dzieciennego, skrzywienia szyi (*torticolis*) nie mają czasem związku z tym wrodzonym stanem mięśnia.

Przerwanie następuje zawsze po jednej stronie tylko, i zwykle zdarza się prawie w samym środku. Pierwsze okresy zauważyć się nie dają, bo zginacz głowy nie działa wówczas, gdy dziecko spokojnie leży. Wówczas dopiero spostrzegamy cierpienie, gdy w miejscu rozdarcia wystąpią objawy odczynu. Znajdujemy wówczas na przebiegu mięśnia mostkoobojczykosutkowego i to w jego środku, oraz po jednej tylko stronie wyłącznie, obrzmienie, wielkości orzecha, pokryte przesuwalną i normalną skórą. Obrzmienie to jest okrągławe, powierzchnia jego nieraz nierówna nieco, leży wyraźnie w brzuscu mięśnia, tak że ku tyłowi ograniczyć się nie da. Guz przy dotykaniu nie jest bardzo bolesny. Wielkość jego się nie powiększa, gdyż zauważonym bywa zwykle dość późno. Przez pewien czas objętość guza pozostaje niezmienną, a potem zmniejszać się stopniowo zaczyna. W wypadkach, dotąd obserwowanych, nie pozostało nigdy żadne czynnościowe zaburzenie, jest ono jednak możliwe, chociażby miało się daleko później rozwinąć.

Anatomicznie zapatrując się, widzimy przerwanie mięśnia poprzecznie prążkowanego, zdarzające się w mięśniu zupełnie dotąd zdrowym, i prawdopodobnie powstające na drodze mechanicznego obrażenia.

Nie można dotąd powiedzieć, lub też w danym wypadku z pewnością wnioskować, czy przerwaniu uległy oddzielne pęczki mięsiste, czy cały brzusec mięśnia; w każdym razie powieź mięśniowa prawdopodobnie pozostaje nienaruszona, za czém przemawia wystąpienie zapalnego odczynu pod formą guza ograniczonego. Stan ten goi się w przeciągu czterech tygodni, po zniszczeniu zupełnie niektórych wiązek mięśniowych i pozostawieniu blizny z tkanki łącznej.

Badanie drobnowidzowe takiego wypadku pokazało ślady zapalenia pomiędzy oddzielnymi włókiemkami mięśnia, młodą (ziarninową) tkankę, usianą mnóstwem ziarenek i komórek tkanki łącznej i zawierającą ślady rozpadłych, poprzecznie prążkowanych, włókien-

nek mięsnych. W otoczce (*sarcolemma*) nie widać wcale bujania jąder. Części mięśnia, okalające miejsce zapalone, przedstawiają się zupełnie prawidłowo i wcale nie są stłuszczeniu uległe.

Wessanie wytworów zapalnych można wesprzeć wcieraniem nalewki jodowej, nie częściej jak raz na dwa dni.

### 3. Choroby gruczołu tarczowego.

#### *Morbi glandulae thyroideae.*

Gruczoł tarczowy u dzieci często cierpieniem podlega. Szczególny jednak interes dla lekarza dziecięcego przedstawia pewne obrzmienie tego gruczołu, dość ostro występujące wkrótce po urodzeniu. Inne obrzmyienia gruczołu tarczowego powstają tylko u starszych dzieci, najczęściej w okresie drugiego ząbkowania, i objawiają się w ten sam sposób co i u dorosłych.

#### a) W o l e n o w o r o d k ó w — *Struma neonatorum.*

Nie należy tu zaliczać wypadków, w których u noworodka, albo w pierwszych miesiącach życia, zjawia się wole limfatyczne. Forma ta zdarza się w okolicach, w których miejscowo panuje niedoleżność (*cretinismus*) u wielu dzieci, pochodzących od głupich, lub nawpół głupich rodziców. Dzieci takie zaraz okazują wszystkie objawy niedoleżności, której jednak nie należy mieszać ze zbyt małą głową (*mikrokephalia*). Obrzmienie, o którym mamy mówić, zajmuje zawsze cały gruczoł wkrótce po narodzeniu dziecka, i tem różni się od wola limfatycznego, ograniczającego się zajęciem jednego lub drugiego zrazu. Guz więc rozprzestrzenia się równomiernie na całą szyję i ma odporność miękką, jak poduszka, wypełniona puchem. W głębi nie można wymacać żadnych stwardnień.

Obrzmienie znika samo przez się po kilku tygodniach lub miesiącach. Lekkie, bardzo ostrożnie stosowane pędzlowania nalewką jodową ułatwiają wessanie.

Wola takie po największej części nie są wcale limfatycznymi rozrostami gruczołu tarczowego, lecz zależą głównie od rozszerzenia się naczyń krwionośnych, a mianowicie żył. Obrzmienie, a więc rozszerzenie się naczyń krwionośnych, wydarza się głównie u dzieci urodzonych w położeniu twarzowym.

Lymfatyczne obrzmienie gruczołu tarczowego zdarza się, cho-

cięż rzadko, u noworodków, widziano nawet u 7-iego miesięcznego płodu limfatyczne obrzmienie jednego zrazu. Do siódmego roku życia dzieci zabezpieczone są od pojawienia się wola, nawet w okolicach, gdzie niedołężność panuje. Najczęściej wole pojawia się u dzieci między siódmym a dziesiątym rokiem życia. Obserwowano nie tylko limfatyczne, ale i torbielowate wola rozmaitej wielkości. Nie zdarza się widzieć u dzieci ani tętniakowatego (*str. aneurysmaticum*) ani skostniałego wola.

Wola podmostkowe (*str. substernalia*) mogą wywołać zwięźnięcie tchawicy i, jeżeli rosną bardzo szybko, doprowadzić do pomyłki w rozróżnieniu ich od cierpień ostrych głośni lub tchawicy.

Wole i jego rozprzestrzenienie stoi w związku z niedołężnością (*cretinismus*), oba stany wydarzają się na tymże osobniku jednocześnie i mają prawdopodobnie jedną i tę samą przyczynę.

Pojawiają się także często w związku z krzywicą, zołzami i nawet z gorączką przepuszczającą (*intermittens*). Terytoryjalne warunki stają się przyczyną licznych od tego wyjątków.

#### 4. Choroby gruczołów.

Gruczoły szyjowe są, z pomiędzy wszystkich gruczołów, najczęstszem siedliskiem choroby, zwanéj jednym ogólném imieniem zołzów (*scrophulosis*). Ogólne uwagi co do zołzów, znajdują się w odpowiednim rozdziale.

Tu wspomniemy tylko, że gruczoły szyjowe obrzmiewają i zwykle cierpienie przebywają, albo bez widocznej przyczyny, albo wskutek spraw zapalnych w migdałkach lub błonie śluzowej gardzieli.

Obrzmienie może zająć jeden gruczoł, lub całą paczkę takowych. Jeżeli przyczyną obrażenia jest zapalne podrażnienie błony śluzowej, to zwykle występuje obustronnie, — w innych wypadkach pojawia się tylko po jednej stronie.

Występować może ostro, tak że gruczoł odrazu ma skłonność do przejścia w ropienie, — albo też pojawia się przewlekłe, i wówczas nie ma ropienia, ale zato stwardnienie gruczołów, ze zgrubieniem oddzielnych przegródek łącznotkankowych.

W wypadkach więc takich, znajdujemy powiększone gruczoły chłonne do ujętości dziecinnéj pięści i wyżej, pokryte normalną zazwyczaj i ruchomą skórą, mniej lub więcej bolesne przy ucisku, sto-

sownie do stopnia ostrości sprawy, mające także odporność bardzo rozmaita. Stosownie do okoliczności, skóra, pokrywająca gruczoły, może być wciągnięta w sprawę zapalną. Daje się w gruczole wy-  
czuć wyraźne chełbotanie, i w krótszym lub dłuższym przeciągu cza-  
su może nastąpić pęknięcie, znanego powszechnie, ropnia żółzowego.

Jeżeli taki wypadek nie nastąpi, to obrzmienie przez długi czas  
zostaje stacyjonarném. Gruczoł sam i otaczająca go tkanka łączna  
robi się coraz grubszy i twardszy — i kończy się na mniej lub  
więcej zupełném stwardnieniu (*induratio*) gruczołu. Gruczoł ów czę-  
sto znajduje się w takim stanie, że część jego stwardnieje i przemieni  
się w tkankę łączną, a druga ssérowacieje.

Jeżeli ropieniu ulega gruczoł głęboki, np. leżący pod średnią  
powiezią szyjową, to może się utworzyć rodzaj ropnia zagardzielowe-  
go (*absc. retropharyngeus*).

Gruczoły żółzowato przerodzone odznaczają się między innemi,  
głównie tém, że jeżeli raz doszły do pewnej, nieprawidłowo wielkiej  
objętości, to już ją nadal zatrzymują. Na tę okoliczność należy zwró-  
cić uwagę, bo wten sposób odróżniają się od innego, rzadziej zdarza-  
jącego się stanu.

Spostrzegamy mianowicie czasem, mięsakowate przerodzenie  
(*sarcoma*) gruczołów chłonnych na szyi, które raz począwszy rosnać,  
dojść mogą do olbrzymich rozmiarów. W takim wypadku, już nie po-  
jedyńcze gruczoły obrzmiewają, do znacznych rozmiarów, lecz wszyst-  
kie gruczoły chłonne po obu stronach szyi, a nawet powstają zupełne  
nowoutworzone guzy mięsakowate na szyi, w okolicy podżuchwowej  
i przyusznej. Guzy takie zawsze rozsiewają się wzdłuż dolnej po-  
wierzchni rękojęści mostka, aż ku osierdziu. W takich wypadkach  
gruczoły oskrzelowe, także zwykle stają się siedliskiem podobnej  
przemiany. Jeżeli rzeczywiście guzy rozwinęły się do takiego sto-  
pnia, to trudno je zmieszać z jakimkolwiek innym cierpieniem. Po  
operowaniu ich, także wiele spodziewać się niemożna; często o niem  
nawet myśleć nie należy.

Zaledwie w początkach cierpienia można je zmieszać z żółzowa-  
temi gruczołami. Nie mówiąc już o nieograniczonym wzroście, naj-  
lepszą cechą rozpoznawczą przedstawia twardość gruczołów oddziel-  
nych. Jeżeli stwierdzono naturę danego wypadku, a liczba zajętych  
gruczołów nie jest zbyt znaczną, to nie należy ociągać się z wyłu-  
szczaniem gruntownym gruczołów, bo tylko na téj drodze możliwem  
jest wyzdrowienie.

Histologicznie rzeczy biorąc, widzimy tu nie owe mięsaki, skła-

dające się z okrągłych, lub wrzecionowatych komórek, ale z odmianą ich zwaną „*lymphosarcoma*“. Jestto forma przejściowa między twardym mięsakiem okrągłokomórkowym, a stwardniałym gruczolem chłonnym. Takie *lymphosarcomata*, biorące początek z gruczołów chłonnych szyi, często powodują przerzuty w rozmaitych narządach, najczęściej jednak w gruczołach brzusznych.

## 5. Wrodzona przetoka szyi.

### *Fistula colli congenita.*

Jestto dość rzadki wypadek, i przedstawia przykład zatrzymania się organu na pewnym stopniu swego rozwoju. Polega na niezupełnym zamknięciu trzeciiej szczeliny skrzelowej, lub, jeżeli na środkowej linii występuje, co się nader rzadko zdarza, na niezupełnym zejściu się dwóch łuków skrzelowych.

Otwór zewnętrzny znajduje się nieco z boku nad stawem mostko-obojęczykowym i otoczony jest, nieco wywróconym, brzegiem skórnym. Przez przetokę można za ledwie szczecinę przesunąć; wysłaną ona jest błoną, podobną do śluzowej i albo się ślepo kończy, niedaleko głośni, albo otwiera się w nią, lub w gardziel. W rzadkich wypadkach, wrodzona przetoka szyjowa, może być obustronna. Stosownie do jój zakończenia w szyi, z otworu zewnętrznego wydostaje się raz śluz, drugi raz powietrze.

Przetoki szyjowe trwają nieraz przez całe życie, nie narażając chorego na żadne przypadłości.

Środki, przedsiębrane w celu zagojenia takiej przetoki pozostają bez skutku.

## B. Wewnętrzne choroby szyi i jój utworów.

### I. Nieżyt gardzieli (*Angina catarrhalis*).

U noworodków nieżyt gardzieli nie napotyka się. W wieku aż do 9—10 miesiąca bardzo rzadko dają się spostrzegać choroby migdałów i podniebienia, (z wyjątkiem lepieży (*plaques*) występujących na migdałach przy pierwotnej błonicy nosa).

Podobnież i w późniejszym wieku dziecięcym nie spostrzegamy tych wszystkich przewlekłych nieżytów paszczy, jakie np. zwykłym

są zjawiskiem u dorosłych palaczy, pijaków i t. d. Natomiast szyja, resp. migdały, podniebienie twarde i miękkie oraz tylna ściana paszczy, w późniejszym wieku dziecięcym, nierzadko bywają siedliskiem, nagle występujących i szybko przemijających, ostrych nieżytowych zapaleń błony śluzowej.

Błona śluzowa paszczy również często bywa siedliskiem rozmaitych ostrych cierpień, stale towarzyszących ostrym wysypkom. Niesłychanie ważną jest rzeczą dla pedyatry odróżnienie samodzielnych zapaleń gardzieli i paszczy, od zapaleń towarzyszących ostrym wysypkom. Zapalenia ostatniego rodzaju pozostają w ścisłym związku z wybuchem i przebiegiem objawów zwiastunnych i początkowych przy ostrych wysypkach, dla tego też mówić o nich będziemy, gdy przyjdziemy do opisu samych wysypek, w przeciwnym bowiem razie niepodobnaby było podać jasnego obrazu z przebiegu wysypki.

*Angina catarrhalis* zajmuje błonę śluzową twardego i miękkiego podniebienia, dalej: jęczyzek, migdały, a w bardziej gwałtownych wypadkach i gardziel.

Zmiany anatomiczne, jak zwykle w zapaleniach nieżytowych, polegają na zaczerwienieniu, obrzmieniu, wzmożonej wydzielinie. Oglądając paszczę, obok dopiero co wymienionych objawów, spostrzegamy nadto obrzmienie jęczyzka i nieznaczne powiększenie migdałów.

Dzieci skarżą się na uczucie palenia w gardle, na ból przy połykaniu i doznają często pobudzeń na wymioty, szczególnie w tych razach, w których jęczyzek mocno jest obrzmiały. To samo zdarza się także i wtedy, gdy w cierpieniu jednocześnie bierze udział błona śluzowa gardzieli. Język zawsze bywa obłożony białym okładem, szczególnie w środku, nadto zwykle jest obrzmiały, co się cechuje śladami, odcisniętymi przez zęby. Dzieci starsze skarżą się przytém na cuchnienie z ust i smak papkowaty w ustach.

Jeżeli tylko zapalenie dosięga znacniejszego stopnia, zwykłym towarzyszem jego bywa gorączka, która trwa 2—3 dni, t. j. dopóki cierpienie pozostaje w okresie wzrostu i wzmagania się.

Angina nieżykowa kończy się zazwyczaj pomyślnie i to w czasie stosunkowo krótkim, dzieci jednak, które raz tém cierpieniem były dotknięte, mają wielką skłonność do powrotów. Dłużej nieco trwają te wypadki anginy nieżytowej, które występują jako objaw częściowy ogólnej influenzy. Atoli dłuższe w tym razie trwanie, równie jak silniejsza gorączka, a ztąd i znaczniejsze wychudnienie dziecka nie tylko pozostają w związku z angina, ale zależą i od innych stanów kataralnych.



Taka nieżytowa angina zdarza się przy szybkich zmianach temperatury powietrza, w czasie słotnym i mglistym, i nierzadko pojawia się w postaci małych epidemij.

Nieżytowe zapalenie śluzówki ust, paszczy i przełyku zdarza się także wtedy, gdy dziecko wypije płyn, przyrządzony do prania bielizny (*kali causticum solutum*). Rozumie się, że z kataralnym cierpieniem mamy do czynienia tylko wtedy, gdy substancja gryząca podziałała niezbyt silnie, wtedy też obok zjawisk zapalnych występuje nadmierne pomnożenie śluzu i śliny. Gdy zaś istota gryząca podziałała silniej, wówczas tworzą się znane strupy, jakie zwykle powstają na błonach śluzowych, pod wpływem gryzących alkaliów. Takie głębsze zestrupienia pozostawiają zawsze po sobie blizny, które się odznaczają skłonnością do kurczenia się (zob. przełyk).

Angina nieżytowa sama przez się kończy się wyzdrowieniem. Należy unikać wszelkich szkodliwych wpływów, jak: nagłej zmiany temperatury, kurzu, brudnych i nieprzewietrzanych pokojów.

W razie silniejszej gorączki dziecko winno pozostać w łóżku; dajemy do wewnątrz obfity, kwaskowaty napój, w razie zaparcia stolca — lekkie *laxans* (*Trae rhei aquos. gutt.* 20, *Aq. destill.* unc. 3 (80,0), *Syr. simplic.* dr. 3 (10,0) *D.S.* Co dwie godziny po łyżeczce od kawy.

Miejscowo stosuje się energicznie zimno, szyja owija się zimnym okładem, który zmieniać należy co kwadrans, za napój woda z lodem, do połykania kawałki lodu lub lody owocowe. Starszym dzieciom, które już potrafią płukać gardło, przepisujemy lekkie płukanie z *kali chloricum* (p. wyżej), boraksu (*Boracis ven.* dr.  $\frac{1}{2}$  (20), *Aq. destill.* unc. 3 (80,0), *Syr. cort. aur.* dr. 3 (10,0) *D.S.* Do płukania gardła. Ponieważ angina czysto nieżytowa sama przez się kończy się rozejściem, przeto tuszowanie kamieniem piekielnym jest całkiem zbędne, również unikać trzeba płukań z *alumen crud.*, który działa szkodliwie na zęby.

Wszelkie kataralne cierpienie gardła w każdym wieku, a przede wszystkim pomiędzy 2 a 5 rokiem, leczyć należy z wielką starannością, choćby objawy choroby były bardzo nieznaczne, w pierwszych bowiem dniach nikt nie zdoła odróżnić takie nieżytowe cierpienie od przekrwienia, poprzedzającego sprawę krupową.

## 2. Angina disseminata.

Cierpienie to od formy poprzedzającej tém się odróżnia, że na zajętej nieżytem błonie śluzowej ukazują się rozsiane, żółtawe wy-

sepki wysięku, luźno przylegającego do błony śluzowej. Właśnie też tej własności, że plamki wysięku pozostawiają pomiędzy sobą odstępy wolnej, normalnej lub zaczerwienionej błony, i cierpienie w mowie będące nazwą swą zawdzięcza. Kępki te przeważnie i najliczniej występują na migdałach, atoli odróżnić je trzeba od obrzmiałych torebek, albo zgęszczonej ropy lub śluzu w rowkowatych zagłębieniach migdałów. Ze względu na postać ich, ze względu na pojawienie się nawrotami, jak wreszcie i ze względu na przyleganie do błony śluzowej, kępki rzeczone należą do kategorii wysięków dyfterytycznych (błonicych). Z tem wszystkiem odróżniamy je od właściwej błonicy, gdyż pominawszy już odmienny sposób występowania w danym miejscu, brak tu wszelkich innych zjawisk, jak: objawów ogólnych, udziału sąsiednich gruczołów.

Angina ta napastuje dzieci po kilka razy i zawsze pozostaje bez powikłań, tj. ani błona śluzowa krtani, ani też śluzówka nosa nie bierze tu udziału.

Po kilkakrotnych napadach w mowie będącej choroby, przyjęść może w końcu do rozrostu migdałów.

Leczenie tego rodzaju *anginae disseminatae* jest także same, jak przy nieżytowym zapaleniu. Stosujemy więc i tutaj: zimno, lód, płukania; młodszym dzieciom odpowiednie środki przepisują się do wewnątrz w stosownym rozcieńczeniu. Tylko gdy kępki nie rychło się oddzielają, a obnażone już miejsca nie okazują skłonności do pokrycia się nowym nabłonkiem, tylko wtedy można odpowiednio miejsca zlekka pociągnąć lapisem.

Ponieważ przy każdej nagłej zmianie temperatury, na jakie dziecko zostaje wystawione, cierpienie to chętnie znowu powraca, przeto w celu zapobieżenia powrotom dobrze jest takie dzieci starać się zahartować za pomocą zimnych obmywań i t. d. Z małemi jednak dziećmi, t. j. poniżej lat 3, należy wielką pod tym względem zachować ostrożność. Zimnych kąpielei o 22—16° (R.) trzeba stanowczo unikać, na takie bowiem energiczne drażnienie skóry, dzieci niekiedy oddziałują bardzo silnie. Hartowanie zimnemi obmywaniami wymaga także wielkiej ostrożności, inaczej bowiem łatwo otrzymujemy skutek wręcz przeciwny zamierzonemu. Zaczynamy od tego, iż kazemy kąpać się dzieciom stopniowo w coraz zimniejszej wodzie, tak np. zaczawszy od temperatury 27° R. niżamy ją codziennie o 1 stopień, tak iż w końcu dziecko kąpie się w temperaturze 24—23, nigdy zaś poniżej 22°.

Jak skoro dziecko dosięgło już 3-go lub 4-go półrocza, to rozpoczynamy od zimnych obmywań. Na początek używamy wody o ciepocie pokojowej i zniżamy ją stopniowy do temperatury świeżej wody źródlanej. Obmywania najlepiej jest stosować przed udaniem się dziecka na spoczynek: dobrze wyciśniętą, niezbyt miękką gąbką wycierają się pojedyncze części ciała, jedna po drugiej. W lecie dzieci starsze mogą brać lekcye pływania, byleby te tylko zbyt nie wyczerpywały sił. Dzieci zamożnych rodzin wysłać można w okolice gorzyste o zdrowem i wzmacniającem powietrzu.

Jeżeli hartowanie przeprowadzone zostało z konsekwenoyą, wówczas i skłonność do powrotów powoli ustępuje.

### 3. Angina tonsillaris.

Ta postać zapalenia ogranicza się do migdałów i podobnie jak i poprzedzająca, cechuje się częstymi powrotami.

Migdały są siedliskiem zapalenia mięszowego (parenchymatycznego), które od czasu do czasu wzmagają się. Mówiąc o zapaleniu mięszowem, pragniemy przez to wyrazić, że sprawa ma tutaj przebieg bardziej przewlekły i że wszystkie tkanki, składające gruczoł, biorą w niem udział w mniejszym lub większym stopniu.

Gruczoł taki bywa powiększony, jego przegródki łączno-tkanowe są zgrubiałe, torebki obrzmiałe, zajęte zapaleniem, wyropiewają zupełnie, albo wypełniają się zgęszczoną ropą; pomiędzy nimi w tkance łącznej spotykamy również liczne, świeże lub napełnione zgęszczoną ropą ropnie. Na powierzchni migdału spotykamy głębokie rowki i nadżarcia, zatkane znanymi cuchnącemi czopkami, które się składają ze zgęszczonej ropy lub śluzu.

Co się tyczy objawów, to oprócz powiększenia migdałów i widzialnych na powierzchni ropni, objawy te przeważnie polegają na utrudnieniu połykania, gruczoły bowiem znacznie się powiększają, zwłaszcza w razie częstszych powrotów. Przerost migdałów może dochodzić do tego stopnia, iż migdały stykają się ze sobą na linii środkowej. Bardzo powiększone migdały, szczególnie u dzieci wychudzonych, łatwo się dają dostrzedz i wyczuć nawet od zewnątrz.

Skutkiem zwięzienia lub zatkania przystępu do jam nosowych, dzieci takie mają zawsze mowę nosową.

Oprócz trudności połykania, tak przy pierwszym występie choroby, jak i przy jej powrotach, stale istnieje gorączka, która zwykle

trwa dopóty, dopóki w migdale nie otworzy się ropień. Dalej, gdy przerost jest bardzo znaczny, ujście gardzielowe trąbki Eustachiusza może zostać zatkaném, skutkiem czego powstaje szum w uszach, słępienie słuchu.

Niekiedy zapalenie migdałów występuje epidemicznie, chociaż nie nosi na sobie cech złośliwego procesu. Nie istnieje także zdolność zarażenia, tj. przenoszenia się choroby z jednéj osoby na drugą.

Jeżeli powroty nie są zbyt częste i nie szybko następują po sobie, wówczas i przerost gruczołów nie bywa trwały, przeciwnie migdały stają się znów mniejsze, a nawet w pewnych razach mocno się kurczą, tak iż się zamieniają na małe łączno-tkankowe guziki.

W innych natomiast wypadkach migdały powiększają się coraz bardziej, ropnie pozostałe w ich mięszu odgrywają rolę bodźca, wywołującego coraz to nowe nawroty zapalenia, przyczém sam gruczoł staje się coraz twardszy i zbitszy do tego stopnia, iż już nie podobna liczyć na powrót do stanu normalnego.

Leczenie zapalenia migdałów winno mieć na względzie, aby tego rodzaju przerost nie przyszedł do skutku. inaczej bowiem wyłuszczenie gruczołów staje się nieuniknioném.

Jak i w innych postaciach, stosuje się zimno, spokój, płukania. Jeżeli wytworzyły się powierzchowne ropnie, należy je otworzyć bisturem, który się owija paskiem plastra lepkiego z pozostawieniem tylko końca nicowiniętym; przytem wcale nie zaszkoźimy zrobiwszy kilka głębszych nacięć w migdale, gdyż tym sposobem i głębiej położone ropnie mogą być otwarte. Gdy zaś ropni nie dostrzegamy, a mamy przed sobą tylko znaczne ogólne obrzmienie gruczołu, wtedy należy go energicznie pociągnąć zaostrzoną łasieczką kamienia piekielnego, przyczém szczególniej przyżęgać należy rowkowate zagłębienia i nadżarcia.

Nasilenia zwykle łatwo przechodzą, bywają jednak wypadki, w których po każdym nowym ataku migdały się powiększają. Jeżeli przerost dosięgnął wysokiego stopnia, to gruczoł wzrasta, choćby nawet proces nie stał się ostrym. W migdałach odbywa się wtedy sprawa przewlekła, podtrzymywana nieustannem draźnieniem. W takich razach żadne miejscowe leczenie już nie skutkuje i wyłuszczenie migdałów staje się niezbędnem, a to tembardziej, iż ciągłe się ponawiające zapalenia, szkodliwie wpływają na rozwój takich dzieci.

Tonsillotomia może być wykonaną bądź za pomocą tonsillotomu Tahnenstock'a, zmodyfikowanego przez Mathieu'go, albo też gruczoł można wyłuszczyć guzieczkowatym bisturem o pro-

stym lub wkłęsłem ostrzu. W wielkich miastach pedyatra zrobi lepiej pozostawiając wykonanie operacyi fachowemu chirurgowi. Na wsi zaś najdogodniej wykonać operacyę tonsillotomem Mathieu'go, jako wymagającym najmniej pomocników.

Krwotoku następczego po téj operacyi nie ma się co obawiać.

#### 4) Krup gardzieli (*Pharyngitis crouposa*).

Samojstne krupowe zapalenie gardzieli zdarza się nadzwyczaj rzadko; ale za to stanowi nader częsty objaw częściowy i początkowy sprawy krupowej, rozpościerającej się po podniebieniu, gardzieli, tchawicy i oskrzelach. Niektórzy nawet zgoda zaprzeczają, by w gardzieli występował kiedy czysty krup i twierdzą, że owe kępkki (*plaques*), jakie tu często spotykamy przy krupie krtani, zawsze są natury błoniczej (dyfterytycznej). Bądź co bądź *diphtheritis faucium* jest nierównie częstszą od sprawy krupowej.

#### 5) Błonica gardzieli (*Pharyngitis diphtheritica*).

Z opisu niniejszego wyłączamy wszystkie te formy błonicy, jakie towarzyszą sprawie płoniczej (*scarlatina*). Nie liczymy tu także i tych postaci przy których wysypka szkarlatynowa zjawia się dopiero na 4—5 dzień. W wypadku podobnym zawsze przecież mamy do czynienia ze sprawą szkarlatynową, gdy tymczasem pierwotna błonica paszczy i gardzieli pomimo pozornego podobieństwa, winna być uznana za proces całkiem odmienny od szkarlatyny. Na korzyść tego sposobu pojmowania rzeczy mówi i ta okoliczność, że *diphtheritis faucium* dotyka takie dzieci, które już przed laty przebyły szkarlatynę (z zajęciem paszczy i gardła lub bez) oraz takie dzieci, które jeszcze nie miały szkarlatyny i dostają ją dopiero po kilku miesiącach lub latach. Ostatni wypadek jest jednak rzadki, zwykle bowiem dziecko nie przeżywa błonicy.

Z tem wszystkim nadmienić wypada, że dzieci, które szczęśliwie przebyły silną błonicę paszczy, okazują do pewnego stopnia nietykalność (*immunitas*) względem szkarlatyny. Często np. można spostrzegać, że szkarlatyna napastuje w danéj rodzinie wszystkie dzieci z wyjątkiem tego, które dawniej przebyło błonicę. Jednakże

do wyjaśnienia tego faktu trzebaby jeszcze licznych i dokładnych spostrzeżeń.

Błonica paszczy pierwotna nie zdarza się nigdy u ssawców, a nawet i w drugim i trzecim półroczu jest rzadką. Poczynając od tego wieku jest ona chorobą dość częstą, napastującą także i osoby dorosłe. U ssawców miejsce sprawy błoniczej zajmuje tak zwana pierwotna błonica nosa, która jednak zdarza się daleko rzadziej niż błonica paszczy w wieku późniejszym. Błonica paszczy po większej części jest chorobą śmiertelną, jednakże nie tyle przez swoje zmiany miejscowe (jak krup), ile raczej przez współtowarzyszącą silną gorączkę i zjawiska zakażenia krwi.

Nie tu miejsce zastanawiać się nad kwestyą, czy zakażenie krwi jest zjawiskiem pierwotnym, a błonica—tylko umiejscowieniem choroby ogólnej, czy też odwrotnie ze sprawy miejscowej szerzy się zakażenie na cały ustrój; dotychczasowe badania w tym kierunku nie doprowadziły jeszcze do żadnego stanowczego rezultatu, chociaż większość skłania się ku zdaniu, iż cierpienie miejscowe jest zjawiskiem wtórnym, zakażenie zaś krwi-pierwotnym.

Błonica paszczy bardzo często występuje w postaci epidemicznej i nie ulega dziś już żadnej wątpliwości, że się może przenosić z jednej osoby na drugą, a to tak wprost czyli bezpośrednio, jak i przez użycie przedmiotów, które były w zetknięciu z chorym.

Przebieg rozmaitych epidemij, pod względem śmiertelności, jest uader różny, w niektórych bowiem epidemiach prawie wszystkie dzieci giną, w innych przeciwnie większość przychodzi do zdrowia. Tak więc pod względem rokowania i zejść nic się nie da powiedzieć ze stanowiska ogólnego.

Wybuch błonicy gardła poprzedzają zawsze zwiastuny pod postacią nieznacznej gorączki, ogólnej niedomogi i kataralnego zajęcia błony śluzowej nosa i paszczy. Dokładnie badając takie dzieci, we wszystkich organach otrzymujemy same tylko ujemne wyniki. Zwiastuny tego rodzaju trwać mogą przez 2—3 dni i bardzo często uchodzą baczności osób otaczających. Wymiotów po większej części nie bywa. Nagle gorączka znacznie się podnosi (na 40—41°C. i wyżej), chociaż i w tym jeszcze czasie zwykle nie daje się zauważyć w paszczy i gardzieli wyraźnej lokalizacji procesu.

Rychło atoli w rozmaitych miejscach gardzieli zjawiają się owe zło wróżbne, zielonawo-żółtawe strzępki, jużto rozproszone, już zlewające się na większe kępki (*plaques*) i nie dające się oddzielić bez krwawienia. Lecz sprawa wysiękania nie kończy się z dniem pierwszym,

zawsze jeszcze mają miejsce nawroty na 2-gi, na 3-ci a nawet na 4-ty dzień. Oprócz paszczy i gardzieli takie nawroty występują na błonie śluzowej nosa, w rzadkich wypadkach pierwotna błonica paszczy szerzy się na krtań, tchawicę i oskrzela.

Po wysiękaniu idzie zaraz obrzmienie podżuchwowych gruczołów szyi, z ust bije woń zgniła lub słodkawo mdła. Wydzielina gruczołów śluzowych i śluzówki nosa ulega znacznemu pomnożeniu. Z nosa wypływa nieustannie zrazu jasny i ciągliwy płyn podobny do roztworu białka, później wydzielina przybiera zabarwienie brudnawo brudne. Ciecz ta działa w sposób gryzący na części z którymi się styka. Ponieważ połknięcie staje się wkrótce niemożliwym, a przynajmniej bardzo trudnym, pobrane przeto pokarmy i napoje powracają nazad ustami lub nosem, ślina także nieustannie z ust wycieka.

Oddech bywa przyśpieszony, powierzchowny, z tém wszystkim jednostajny. Wdechom i wydechom towarzyszy charczenie. Bo najprzód błony i strzępki, śluz, krew i t. d. kołyszają się i bujają pomiędzy obrzmiałymi częściami gardła, a skutkiem pogięcia czucia i upadku sił dziecko je nie może wykrztusić. Ale przez krtań powietrze przechodzi bez przeszkody. Głos jest niezmienny, brak również jakichkolwiek objawów patologicznych ze strony oddechania na klatce piersiowej.

Powtórę, zasłona podniebienna popadła w stan porażenia niezupełnego, skutkiem czego czynność jej w części zostaje zniesiona. W czasie wdechów i wydechów zasłona nie zachowuje swego fizjologicznego położenia ale się kołysze tam i sam jak chorągiewka na wietrze. Tylko gdy migdały obrzmiały w stopniu bardzo znacznym, gdy wysięk jest nader obfity, tak iż oba migdały stykają się na linii środkowej, tylko wtedy przyjść może do napadów duszenia się, szczególnie zaś gdy i nos jest jednocześnie zatkany. A jak skoro ten znowu stał się przenikalny, powietrze znowu ma wolny przystęp do krtani. Wybitny obraz obrzęku głośni (*oedema glottidis*) u dzieci zdarza się tylko wyjątkowo, przeciwnie jak u dorosłych.

W wielu razach spostrzegamy także objawy choroby Bright'a, znajdujemy w moczu białko, krew, cylindry włóknikowe, złuszczone nabłonek nerek, a jednocześnie wydzielina moczu się zmujejsza. Jeżeli przy błonicy paszczy występują zjawiska choroby Bright'a, wtedy zawsze przypuszczać wolno, że mamy do czynienia ze szkarlatyną, przy której wysypka była albo bardzo słabo wyrażona albo też została przeoczona. Istnieją jednak dobrze stwierdzone wypadki,

gdzie przy pierwotnej błonicy paszczy występowały objawy choroby Brighta, chociaż nie było i śladu szkarlatyny. Nadmienić jeszcze wypada, że przy błonicy z samą tylko chorobą Brighta rzadziej się zjawia ogólna wodna puchlina (*hydrops universalis*), niż przy chorobie Brighta po szkarlatynie. Przy błonicy chor. Brighta występuje zaraz, zaś przy płonicy (szkarlatynie) dopiero później, jako choroba następcza.

Już od chwili pierwszego pojawienia się cierpienia, gorączka jest bardzo znaczna i za wysoka w stosunku do nastąpnego wysięku. Gorączka stale pozostaje na tej wysokości, albo się wzmacnia przy każdym nowym nawrocie, przy każdym nasileniu i rozpościeraniu się sprawy chorobnej.

Już od samego początku, albo wkrótce po nastąpnym wysięku gorączka przybiera charakter adynamiczny. Dzieci popadają w stan zapaści (*collapsus*), tętno staje się małe, nitkowate, zaledwie wyczuwalne, częstość jego wzrasta coraz bardziej. Źrenice zwężone są zwykle ad minimum, czucie ogólne (*sensorium*) zajęte, przytęm dzieci krzyczą podobnie jak przy *meningitis tuberculosa*. Nierzadko występuje zgrzytanie zębów, krótko mówiąc objawy podrażnienia mózgu. Ciepłota zazwyczaj jeszcze się podnosi. Cierpienie miejscowe może być przytęm całkiem nieznaczne. Jak skoro zjawiska te trwały przez dni kilka, zwykle po 3-4 dniach, występuje zupełna zapaść (*collapsus*), skóra staje się zimną, pokrytą lepkiem potem, przytomność umysłu znika całkiem, źrenice znówu się rozszerzają, tętno nie daje się wyczuć. Zwykle przyłącza się jeszcze surowicze nasiąkanie płuc, i wśród tych zjawisk następuje śmierć. Zdarza się także i obrzęk opon mózgowych, a mianowicie w tych wypadkach, w których głównym siedliskiem choroby jest nos. Niekiedy krwotok z nosa niczem się nie dający zatrzymać, przyspiesza zejście śmiertelne. Zdaje się, iż chora błona śluzowa nosa więcej jest usposobiona do krwotoków, niż śluzówka paszczy i podniebienia.

Zmiany znajdowane przy sekcji takich dzieci, zmarłych na błonicę paszczy są prawie zawsze jednakowe. Ciało zwykle bywa w wysokim stopniu wychudzone, pomimo że choroba trwa krótko i po większej części—jednak niezawsze—dotyka dzieci poprzednio zdrowych i silnych. Trup gnije prędko, fioletowe i zielonawe plamy nie tylko dają się spostrzegać na brzuchu i na grzbiecie, lecz również wcześniej się zjawiają i na szyi.

Wyjawszy podniebienie miękkie, migdały i tchawicę wraz z przełykiem, widzieć można wysięk błonicy w całej jego rozciągło-



ści. Czasami znajdujemy pojedyncze kępki na przedniej powierzchni nagłośni, jednakże bez obrzęku w otoczeniu.

Błona śluzowa krtani i tchawicy zwykle są niezajęte, płuca nieco rozdęte, w stanie drobnopienistego obrzęku, miernie ukrwione, w dolnych częściach pojedyncze lub liczne zgęszczone, pozbawione powietrza, miejsca wielkości łepka od szpilki (*pneumonia catarrhalis*). Pominąwszy już nawet te wypadki, w których sprawa błonicy przechodzi na krtani, tchawicę i oskrzela, zawsze najcięższe nawet oskrzela są siedliskiem nieżyty.

Dopiero co wspomniane nasięki kataralne są zwykle świeżego pochodzenia i na żywym bardzo trudno dają się rozpoznać na mocy objawów fizykalnych. Jeżeli za życia istniały oznaki choroby Brighta, to w nerkach znajdujemy znane zmiany anatomiczne, właściwe takowej.

Jak już nadmieniono, w niektórych wypadkach zdarza się obrzęki mózgu i wewnętrznych opon mózgowych. Pozostałe narządza oprócz zmian przypadkowych nie okazują nic patologicznego.

Wyzdrowienie z błonicy zależy nie tyle od miejscowego rozpostarcia wysięku, co raczej od stopnia natężenia gorączki oraz od towarzyszących chorobie objawów zakażenia krwi, a wreszcie i od stanu sił i odżywiania pacjenta.

Jeżeli wypadek śmiercią się nie kończy, to najprzód gorączka i towarzyszące jej objawy nie osiągają tak wysokiego stopnia, a powtórne proces miejscowy pozostaje w granicach. Nie tylko nie szerzy się tu na krtani, ale oszczędza i nos. Samowiedza, chociaż na czas krótki ulega stępieniu, wkrótce jednak powraca znowu do normy. Stan sił poprawia się, ciepłota się zniża, tętno staje się silniejsze, wolniejsze; wysięki poczynają się oddzielać. woń z ust staje się mniej cuchnąca. Wydzielina śliny zmniejsza się. W takich pomyślnie się kończących wypadkach najdłużej jeszcze trwa obrzmienie gruczołów szyi, z których bądź tylko pojedyncze, bądź też całe grupy ulegają zropieniu.

Wogóle cały okres zdrowienia, nie licząc tu ropienia gruczołów i mających się jeszcze opisać chorób następnych, trwa nie dłużej nad 8 dni; zwykle już na 3—4 dzień sprawa przybiera zwrot stanowczo pomyślny. Jak skoro gorączka ustała, wysięki rychło się oddzielają.

Z pomiędzy chorób następnych błonicy, przedewszystkiem zasługują na wzmiankę: obrzmienie gruczołów szyjowych i t. zw. błonice porażenia (paralize dyfterytyczne). Obrzmienie gruczołów

w pewnych razach następuje tak szybko i w tak znacznym zakresie, iż w przypadku zropienia tego rodzaju gruczołów, dzieci na nowo popaść mogą w niebezpieczeństwo.

Najrzadszem jest zejście w stwardnieniu z następczem zserowaniem gruczołów szyi. Zejścia takie zdarzają się u dzieci już przedtem skrofalicznych i niedokrewnych.

Częściej obrzmienie gruczołów się rozchodzi. Rozejście się w ten sposób przychodzi do skutku, iż substancja gruczołowa i otaczająca ją tkanka łączna mięknie i produkt patologiczny wsysa się niekiedy bardzo prędko. Zwykle wraz z oddzieleniem wysięku na błonie śluzowej, i gruczoł wraca już całkiem do stanu normalnego.

Ale wcale nierzadko się zdarza ropienie w obrzmiałym gruczole. Gruczoł (lub grupa gruczołów) albo sam tylko ulega zropieniu i ropa przedostaje się na zewnątrz przez normalną tkankę łączną podskórną i również normalną pierwotnie, i dopiero później wciągniętą w cierpienie skórę zewnętrzną. W wypadku takim mamy do czynienia ze zwykłym ropieniem gruczołu.

Inaczej się rzecz ma w tych wypadkach, w których nie tylko jedna lub parę grup gruczołowych na szyi obrzmiewa, ale nadto ma miejsce nacieczenie tkanki łącznej otaczającej gruczoł oraz podskórnej.

Obrzmienie zwykle na jednej stronie silniej jest wyrażone. Ropienie rozpoczyna się w głębi, ropa okazuje skłonność do spuszczenia się na dół i zrzadza znaczne zniszczenia z powodu, iż tkanka łączna szyi już sama przez się jest chora. Odpowiednia część skóry ulega zniszczeniu, obumarciu, tkanka łączna podskórna wyropiewa, ropa opuszcza się pomiędzy mięśniami szyi i pniami naczyń i nerwów, tak iż w końcu obnażone mięśnie, naczynia i nerwy wydają się w ranie jakby odpreparowane. Rozumie się, że skutkiem tak obfitego i długotrwałego ropienia, dzieci ulegają znacznemu wyniszczeniu i nieraz kończą życie. Będąca w mowie postać cierpienia gruczołów, którą w nowszych czasach zaczęto nazywać błoniczemi dymienicami (*bubones diphtheritici*), częściej się zdarza w błonicy wikłającej szkarlatynę, niż w błonicy samoistnej. Leczenie miejscowe, oprócz okładów rozmięczających, polega na poprowadzeniu dostatecznie głębokich i obszernych cięć celem dostarczenia ropie wolnego odpływu. (Patrz szkarlatynę).

Oprócz dopiero co skreślonych cierpień gruczołów limfatycznych szyi, na szczególną uwagę zasługuje inne cierpienie następcze,

którym jest wystąpienie zjawisk porażenia w rozmaitych okolicach.

Porażenia te nie zjawiają się natychmiast po błonicy, lecz w większości wypadków dopiero po 3 — 4 tygodniach, często nawet po 6, chociaż w wielu razach już w okresie wysiękania zasłona podniebienna popada w stan porażenia; zdaje się jednak, iż stan ten zasłony podniebiennój nie pozostaje w żadnym związku z późniejszym, właściwem porażeniem błoniczém.

Jak dotąd nie wiemy wcale, na jakiej drodze i w obec jakich zmian anatomicznych porażenie to przychodzi do skutku. Rzadko się zdarza robić sekcję nad takimi choremi, a sekcye takie nie zawsze dają rezultaty dodatnie. Pogląd najbardziej dziś upowszechniony, choć niezupełnie wolny od wątpliwości, jest ten, że tak wzdłuż pochew naczyńowych, jak może i wzdłuż nerwowych pni szerzy się sprawa zapalna analogiczna z błonicą, w kierunku od obwodu ku ośrodkom, rozbudza tém zapalenie w samej istocie mózgu, skutkiem czego mniejsza lub większa część ośrodkowego organu przestaje pełnić swą czynność. W każdym atoli razie zapalenie to nie pozostawia po sobie ani odłożonego barwnika (*pigmentatio*), ani też wybujałej tkanki łącznej. Zatem zresztą przemawia i to, że porażenia błonicze po większej części kończą się wyzdrowieniem.

Jak już nadmieniono, porażenie błonicze, występuje dopiero po pewnym czasie i zajmuje rozmaite okolice kolejno jedną po drugiej, albo téż zaraz od początku pewna grupa mięśni zostaje porażoną i pozostaje taką przez cały czas.

Porażenie zjawić się może w najrozmaitszych grupach mięśniowych, porażenia jednak w górnej części ciała występują częściej niż w dolnej, a z pomiędzy pierwszych, z kolei, częstszymi są porażenia mięśni twarzowych niż mięśni tułowia.

Niekiedy dają się spostrzegać rozmaite kombinacye stanów paretycznych i paralitycznych.

Tak np. znajdujemy porażenie: zasłony podniebiennój, pewnej części mięśni ocznych, kończyny dolne pozostają w stanie paretycznym, mowa staje się niewyraźną, jękającą, połykanie utrudnione, płyny wzięte do ust wracają nosem, ruchomość gałek ocznych upośledzona; porażenie dotyka albo nerwu okoruchowego (*oculomotorius*), odwodzącego (*abducens*), albo też bloczkowego (*trochlearis*). Rozwija się dwuwidztwo, chód staje się chwiejny i niepewny, szczególnie przy wstawaniu. Zwłaszcza gdy na początku istnieje dwuwidztwo, dzieci łatwo padają na ziemię skutkiem zjawiającego się zawrotu. Al-

bo też spotykamy mniej lub więcej zupełne porażenie jednej z kończyn górnych, występujące niekiedy nagle. Tak samo — chociaż rzadziej zdarza się i z kończynami dolnymi. Najrzadziej napotykamy hemiplegię i paraplegię.

Jeżeli pominiemy czynnościowe zaburzenia w częściach porażonych, to dzieci takie w ogóle mają się całkiem dobrze i odżywianie ich także się poprawia. Nawet upośledzenie odżywiania spowodowane porażeniem zasłony podniebienną nie jest tak znaczne, aby stan ogólny przytęm zbyte cierpiał. Pokarmy mianowicie stałe przełykają się łatwo i bez przeszkody, podczas gdy napoje często wracają nosem.

Jeżeli kończyny są porażone, i porażenie trwa dość długo, to dzieci chudną nieco, gdyż mięśnie przez pewien czas pozostają w nieczynności.

Porażenie błonicze trwa przez czas nieokreślenie długi. Niektóre zjawiska porażenia ustępują już po krótkim czasie, 6–8 tygodniach, inne przeciwnie trwają po kilka miesięcy. W ogóle jednak rokowanie jest pomyślne, większość bowiem wypadków kończy się wyzdrowieniem. Wypadki zaś, w których to nie ma miejsca budzić zawsze winny podejrzenia ażali nie mamy do czynienia z t. z. essencyonalnym paralizem, przy którym rokowanie jest daleko mniej pomyślne.

Zjawiska porażenia giną zwykle same przez się, tak iż leczenie byłoby całkiem zbyteczne, gdyby nie zostało stwierdzonem, że prąd elektryczny działa w sposób przyśpieszający napowrót czynności do stanu normalnego.

Używać trzeba w tym celu prądów całkiem słabych, mianowicie w początku, gdyż inaczej, t. j. gdy zostanie użyty prąd mocniejszy i bolesny, dziecko niechętnie się poddaje elektryzowaniu i utrudnia dokładne zastosowanie biegunów.

Dla otrzymania prądów elektrycznych najlepiej jest używać elektro-magnetycznych przyrządów indukcyjnych, podanych przez Leitera (Katalog z r. 1870, tabl. 29), jako najdogodniejszych w praktyce. Przez wyłączenie jednego elementu, przez wyjęcie sztabek żelaznych i przez należyte rozcieńczenie roztworu siarczanu tlenku rtęci, otrzymujemy prąd odpowiedni dla dziecinnego wieku, a który wedle potrzeby można wzmocnić.

Na początek wystarczy posiedzenia odbywać co drugi dzień i dopiero później elektryzowanie wykonywa się codziennie.

Z początku posiedzenia winny trwać krótko, 2 do 3 minut w późniejszym czasie można je przedłużyć, nigdy jednak prąd nie powi-

nięń działać dłużej nad 10 minut (włącznie z przerwami) bo inaczej może to dziecku zaszkodzić.

Wszelkich innych środków drażniących miejscowo, jak wcierań maści drażniących i odciągających, olejków eterycznych i t. d., należy unikać, jako zupełnie bezskutecznych.

Jeżeli są wskazania po temu, to leczenie miejscowe poprzeć można zadawaniem żelaza do wewnątrz wraz z małymi dawkami chininy.

*Rp.* Ferri carb. sacch. 0.2 (gr. 3)  
 Chinini sulfuriei 0.15 (gr. 2)  
 Sacch. albi 2.0 (dr  $\frac{1}{2}$ )  
 M. ut f. pulv. et div. in dos aeq. Nr. VI.  
 D. S. dziennie zażywać po 2—3 proszków.

Jeżeli pozostało osłabienie lub wychudnienie jednej lub obu kończyn dolnych, wówczas wcześniej należy pomyśleć o odpowiednim przyrządzie wspierającym.

Wszystkie inne cierpienia następujące po błonicy gardzieli, nie pozostają z nią w związku przyczynowym i stanowią proste tylko powikłania. Z pomiędzy nich, oprócz nieżyty dróg oddechowych i nieżytych nacieków w płucach spotykamy nadto niekiedy jeszcze gromadne wystąpienie wrzodzianek (*furunculosis generalis*), skutkiem których dzieci znacznie wyniszczone zostają.

**Rokowanie.** Znaczna liczba wypadków błonicy gardzieli kończy się śmiercią.

Zaliczyć tu należy te wszystkie wypadki, w których sprawa chorobna szerzy się na nos i na krtań.

Najpomyślniej przebiegają te wypadki, w których sprawa rozpoczyna się w nosie i ztąd spuszcza się do gardzieli. Zawsze zwracać należy uwagę na ową (powyżej opisaną) lepka, jasną wydzielinę, podobną do roztworu białka, która wypływa z nosa, gdy np. dołączy się ona niespodzianie do istniejącego kataru nosowego. Wypadki takie, pomimo nawet wcześniej zastosowanego leczenia, kończą się zawsze śmiertelnie.

Lecz na rokowanie wpływają nie tyle zjawiska miejscowe, ile raczej stan ogólny, gorączka, objawy zakażenia krwi i stan sił. Jeżeli te ostatnie znacznego dosięgają stopnia, wówczas lekarz winien stawić rokowanie wątpliwe, ba, nawet śmiertelne. Choroby następce, z wyjątkiem zapalenia gruczołów szyjowych, *quoad vitam* nie są wcale niebezpiecznymi. Zresztą na rokowanie wpływają w znacznym stopniu stosunki miejscowe i charakter panującej epidemii.

Leczenie. Takowe rozpada się na ogólne i miejscowe. Łatwo zrozumieć, że w obec choroby, tak niebezpiecznej stosowane były przez różnych lekarzy najrozmaitsze sposoby leczenia. Nie tu miejsce rozwozić się nad temi wszystkimi próbami, których rezultaty zawsze niemal były jednakowe. Mówić tylko będziemy o téj terapii, przy której otrzymano stosunkowo lepsze wyniki, wspomniemy nadto o tém wszystkim, co winno być unikaném, jako stanowczo szkodliwe. Szkodliwemi nie tylko miejscowo, lecz zwłaszcza i dla stanu ogólnego są wszystkie te środki, które w jakikolwiek sposób osłabiają siły chorego. Przedewszystkiem więc unikać należy upustów krwi miejscowych i ogólnych, pijawek, baniek. Z wyjątkiem pijawek, które przez niektórych bywają jeszcze niekiedy używane, środki tego rodzaju oddawna już zostały porzucone. Zresztą już 1 — 2 pijawki wystarczają, aby u dzieci z kądinąd silnych spowodować tak znaczny stopień niedokrewności, przy którym widoki na wyzdrowienie znikają całkiem.

Podobnie rzecz się ma z przyszczydłami, gorczycznikami, maścią emetykową i t. d.

Przyszczydła (*vesicantia*) stosowano na znaczne obszary na szyi i mostku w zamiarze odciążenia sprawy zapalnej na miejsce mniej niebezpieczne. Pogląd taki zdawała się popierać ta okoliczność, iż miejsca w ten sposób obnażone z naskórka rzeczywiście wkrótce się pokrywały wysiękiem błoniczym. Z tém wszystkim takie tłumaczenie faktu jest fałszywe, bo sprawa chorobna w pierwotnie zajętém miejscu ani się nie zmienia, ani też nie zostaje odciążoną. Wystąpienie zaś wysięku na miejscu zastosowania przyszczydła zależy od tego, że błonica jest sprawą ogólną, i jako taka prowadzi do powstawania wysięku wszędzie, na wszystkich błonach śluzowych, na wszystkich obnażonych z naskórka miejscach, na wszystkich ranach. Tym sposobem wielkie przyszczydła są bezużyteczne, a w części nawet szkodliwe z powodu spowodowania przez nie utraty sił i pozostających blizn.

Podobnież i znana powszechnie bardzo mało wartość terapeutyczna gorczyczników, zastosowanych na szyję lub na kończyny dolne, nie usprawiedliwia użycia tych zresztą nieszkodliwych środków. To samo da się powiedzieć i o maści emetykowej (*unguentum e tartaro stibiato*), którą dawniej dość często używano w celu odciążenia sprawy chorobnej na dołek podpiersiowy (*scrobiculum cordis*).

Unikać także należy środków odciągających na przewód pokarmowy, jak np. wielkich dawek kalomelu, łatwo bowiem przy użyciu

ich powstaje biegunka, którą trudno powstrzymać. Środki tego rodzaju nie wpływają pomyślnie ani na sprawę miejscową, ani też na stan ogólny.

Inaczej rzecz się ma z kwestyą, czy w zajętem sprawą błoniczą miejscu należy stosować przyżegania potażem żrącym, kwasem karbolowym, kwasem azotnym dymiącym, i t. d., a zwłaszcza kamieniem piekielnym?

W kwestyi tej dotąd panują zdania całkiem odmienne, a dla lekarza praktycznego pożytecznie jest wiedzieć o wszystkich *pro i contra* w tej kwestyi; wielu bowiem jeszcze pedyatrow stосуje bardzo energiczne leczenie miejscowe.

Najczęściej uciekają się do tuszowania kamieniem piekielnym, przyczem jedni lapisują energicznie samo miejsce zajęte błonicą, inni zaś przyżegają tylko jego otoczenie w nadziei, że tym sposobem da się powstrzymać rozpostarcie sprawy chorobnej.

Z pomiędzy wszystkich sposobów przyżegania, lapisowanie uważane jest za najlepszy, płynne bowiem, albo półpłynne środki żrące działają zawsze w sposób rozlany, t. j. tak na miejsce chore, jak i na miejsce zdrowe. Jeżeli błonica znacznie jest rozszerzona i nie pozostawia zdrowych wysepek powierzchni, lub tylko bardzo małe, wówczas mogą być także użyte i płynne, albo półpłynne środki gryzące. Z pomiędzy środków półpłynnych najodpowiedniejszym jest stężony kwas karbolowy, który dla łatwiejszego zastosowania rozcieńczyć należy równą ilością wody. Bierze się mała kulka ze skubanki, napa-wa się pomienionym roztworem i za pomocą kornecanga przenosi się na chorą błonę śluzową, gdzie się przyciska do niej na kilka sekund. Należy jednak przytém zachować wielką ostrożność, łatwo bowiem można uszkodzić i zdrowe części błony śluzowej, lub przy zbyt długo trwającym zetknięciu kw. karbolowego z chorým miejscem nastąpić może zbyt głębokie zastrupienie.

Jeżeli się nie jest dość wprawnym pod tym względem, lepiej wziąć roztwór słabszy (*Acid. carbolici 20.0 = dr. 5, Aq. destill. 100.0 = unc. 3 D. S.* Do pędzlowania, *sub sigillo* do rąk lekarza). To samo dotyczy zastosowania półtorachlorku żelaza.

*Rp.* Liq. ferri sesqui chlorati gutt. 20—30.

Aq. destill. 30.0 = unc. 1.

D. S. Do pędzlowania, *sub sigillo* do rąk lekarza).

W ogóle jeżeli mamy do czynienia z mocnemi środkami gryzącemi — to samo dotyczy i kamienia piekielnego — to po pierwszym

przyżęgnięciu przeczekać należy dni 2 — 3 i dopiero wtedy w razie potrzeby powtórzyć przyżeganie lub pędzlowanie.

Przeciwno wszelkim przyżeganiam, a mianowicie lapisowawiu w ostatnich czasach bardzo wiele mówiono. Zwolennicy przyżegań mniemają, iż tym sposobem najprzód daje się zniszczyć wysięk, powtórne przyżeganie działa na zdrową tkankę pod wysiękiem się znajdującą — dla tego przyżegają oni silnie, a wreszcie postępowanie to ma przeszkadzać wstąpieniu substancyj gnilnych do krwi. Na to można odpowiedzieć: wysięk jest błonicy, t. j. leży na błonie śluzowej i przenika w jej treść. Jak daleko warstwa wysięku przenika, tego w danym razie stanowczo oznaczyć niepodobna. Przyżegamy więc tylko wysięk nie zaś chorą lub w części jeszcze zdrową błonę śluzową; jednakże skutkiem przyżegania w tej ostatniej następuje przekrwienie, przez co wessanie substancyj gnilnych jeszcze bardziej zostaje ułatwione. Najlepszym tego dowodem jest to, że gruczoły szyjowe po energicznym przyżeganiu nabrzmiwiają nierównie częściej i silniej niż kiedyindziej. Zresztą i to należy wziąć pod uwagę, że już w chwili pierwszego ukazania się wysięku istnieją zjawiska zakażenia krwi, i to zwykle w tak wysokim stopniu, że nie pozostają w żadnym związku z objawami miejscowemi. Tak więc postępowanie to tém mniej zasługuje na uwagę, ile, że posiadamy środek, który nie zrządzając najmniejszej szkody odpowiada wszystkim pod tym względem wymaganiom. Środkiem tym jest lód.

Nie chcemy jednak przez to bynajmniej powiedzieć żeby cierpiącą błonę śluzową pozostawić własnemu jej losowi: przeciwnie, tak nos jak i paszczę oczyszczać należy z największą starannością, oddalając wszystkie dające się zdjąć, rozpadłe i cuchnące strzępki. Uskutecznić to daje się najlepiej za pomocą luźnie zwiniętych kulek ze szarpi, zmoczonych w płukaniu lekko ściągającym; kulką taką trzymaną korncangiem wycieramy łagodnie dotknięte cierpieniem miejsca. Do płukań takich brać można: (*Kali chlor. 2.0 = dr. 1/2, Aq. destill. 150.0—unc. 5 D. S.* Płukanie); (*Acidi carbol. gutt. 10, Aq. destill. 150.0—unc. 5 D. S.* Płukanie). (*Aq. calcis., Aq. destill. aa 50.0—unc 2 D. S.* Płukanie) i t. d. Wszystkie te płukania przepisywać należy w ten sposób, aby dzieci mogły je także połykać, co szczególnie wtedy łatwo następuje. gdy płyn przepuszcza się nosem za pomocą małej strzykawki. Wszystkie te manipulacye wykonywać trzeba z największą ostrożnością, strzegąc się wszelkiego draśnięcia lub szarpania, inaczej bowiem łatwo się zjawiają krwotoki, które jak wiadomo bardzo źle wpływają na rokowanie.



Płukania te są całkiem nieszkodliwe, i przeciwko ich użyciu nie możemy powiedzieć, chyba tylko to, że ten sam skutek osiągnąć można czystą wodą z lodem. I wszystkie inne leki winny być stosowane na zimno.

Środkiem najpotężniej działającym tak na sprawę miejscową jak i przeciwko jój dalszemu rozpostarciu na przyległą błonę śluzową, jest lód. Lód najprzód zmniejsza przekrwienie, towarzyszące zawsze sprawie wysiękowej, na śluzówkę normalną, a przynajmniej mającą wygląd normalny: działa on w sposób przeciwzapalny, podczas gdy przyżegania działają drażniaco. Dalej, pod wpływem zimna processa rozkładu i gnicia wysięku wolniej się odbywają. Nadto wolno przypuszczać, że pod działaniem mocnego zimna bakterye i wibryony—jakakolwiek jest ich tu rola — albo giną, albo przynajmniej nie rozwijają się więcej.

Dla tego zaraz za pierwszym ukazaniem się sprawy chorobnej, w okolicach gardła zimno powinno być stosowane energicznie i konsekwentnie. Okłady płócienne, oziębiane na dużych kawałach lodu, odnawiać należy co 5 minut, które to postępowanie więcej od innych dzieciom się podoba. Aby jednak okłady te osiągnęły cel zamierzony, winny być stosowane nieustannie dzień i noc, a to przez 2 do 3 dni t. j. dopóki trwa wysiękanie. Zresztą czas ten nie da się ściśle oznaczyć i zależy od danego wypadku.

Nie znamy wcale przeciwwskazań do użycia okładów lodowych, przerwać je jednak należy, jak skoro się ukazały znaczne objawy zapalenia i powierzchnia ciała poczyna ziębnąć. W podobnych razach okłady za nadto pochłaniają ciepła z ustroju.

Zewnętrzne stosowanie zimna popiera się użyciem lodu do wewnątrz. W tym celu dzieciom dają się do połykania bądź drobne kawałki lodu ocukrzony, albo z sokiem owocowym; w mieście zaś — w postaci lodów. Niekiedy dzieci nie chcą połykać kawałków lodu. W takich razach daje im się woda z lodem za napój, w małych ilościach, lecz w częstych odstępach czasu.

I na obrzmienie gruczołów, towarzyszące zwykle błonicy, zimno działa bardzo pomyślnie, przy niem bowiem obrzmienie nie występuje w tak znacznym stopniu.

Leczenie wewnętrzne winno być skierowane przeważnie przeciwko gorączce i objawom zakażenia krwi.

Co do pierwszego, to, zwłaszcza gdy ciepłota ciała jest bardzo wysoka, stosować trzeba zimne obmywania wodą, do której włożono nieco lodu, wycierania chustką zmoczoną w wodzie o 20°R., poczem

dziecko owija się w kołdrę; nawet, gdy niema szczególnych przeciwskazań, można dać kąpiel połowiczną o temperaturze 22—24°R., polewając siedzące w niej dziecko wodą zimniejszą. Z tem wszystkim metodyczne leczenie zimną wodą w chorobie téj nie zasługuje na polecenie, z powodu łatwo mogącej wystąpić zapaści (*collapsus*).

Z pomiędzy leków, przeciwko gorączce zadaje się chinina w wielkich dawkach, np.:

Rp. Chinini sulfur. 1.0=gr 15.

Sacch. albi 2.0=dr 1/2

M. ut f. pulv. div. in dos. aeq. N. 6.

DS. Co 3 godziny proszek.

Niektórzy radzą zadawać chininę w większych jeszcze dawkach, tak np. zrana i wieczorem, albo, gdy wyraźne nasilenie gorączki ma miejsce wieczorem, to chinina zadaje się w dwóch porcjach na 1—2 godzin przed spodziewanem nasileniem.

Jeżeli połykanie jest utrudnione, to chinina zadaje się w roztworze:

Rp. Chinini sulfur. 1.0=gr 15

Acidi sulfur. dil. q. s.

Syr. simpl. 40.0=unc. 1.

DS. Zażyć na 2 razy.

Jeżeli dziecko nie chce wziąć proszku dla gorzkiego jego smaku, to zadajemy go w mocnej kawie czarnej, dodawszy do niej odrobinę koniaku; tym sposobem smak gorzki najlepiej daje się ukryć.

Działanie chininy winno być przeciwgorączkowe, t. j. musi ona zniżyć ciepłotę i działać antiseptycznie. Czy wielkie dawki chininy rzeczywiście wpływają pomyślnie na przebieg sprawy błoniczej,—pozostaje to dotąd kwestyą nierozstrzygniętą.

Daléj mając na względzie zakażenie krwi zadaje się do wewnątrz *kuli chloricum*. Na téjże zasadzie dają także kwas karbolowy,

Pierwszy z tych środków znoszony bywa bez żadnej szkody, ostatni stosować należy z wielką ostrożnością, z powodu silnego działania na nerki.

Bez względu na przeciwskazaniem jest obecność choroby Bright'a, przy której kwas karbolowy wywołać może prędko moczkę krwawą.

Kwas karbolowy zadaje się w ilościach niezmiernie małych.

Rp. Acidi Carbolici gtt. 4

Aq. destill. 80.0=unc. 3.

Syr. simpl. 10.0=dr. 2.

DS. Co 2—3 godziny łyżeczkę od kawy.

Podczas zadawania kwasu karbolowego, należy codziennie badać mocz na białko i krew, i przy obecności tego rodzaju nienormalnych składników kwas karbolowy natychmiast odstawić. Z tem wszystkim wartość lecznicza w mowie będącego kwasu jest jeszcze problematyczna.

Zastosowanie środków dotąd wyliczonych (zewnątrznych i wewnętrznych) przypada na czas wybuchu choroby, dopóki gorączka jest jeszcze znaczna, tętno silne, przytomność niezupełnie znikła i, co stanowi moment najważniejszy, dopóki siła mięśni nie osłabła znacznie.

Pomimo gorączki, bez wahania dajemy dziecku jeść, posilny rosół, buljon z żółtkiem jajecznym, surowe mięso posiekane w opłatku kilka razy dziennie, mleka na zimno etc. Za napój niech służy świeża woda źródłana, lub woda z lodem, albo woda sodowa (również zimna).

Gdy brak stolca, trzeba unikać środków przeczyszczających i starać się wywołać wypróżnienie za pomocą enem. W ogóle większy nacisk położyć należy na leczenie zewnętrzne, niż na zadawanie rozmaitych leków do wewnątrz.

Lecz jak skoro objawy zakażenia krwi, i zapaść wystąpią na pierwszy plan, wówczas wymienione powyżej leki wewnętrzne zamienić należy środkami pobudzającymi (*excitantia*). Tym celem w krótkich odstępach czasu zadajemy gorącą herbatę z arakiem, czarną kawę z koniakiem, ogrzane wino czerwone (Bordeaux) i t. d., a to dopóki tętno się nie podniesie. Przytem stosują się obmywania ogrzanym octem winnym lub octem aromatycznym. Ziębące kończyny należy owinać ogrzanymi chustami.

Można także zadawać kamforę (*Comphorae r.* 0.05=gr. 1, *Spir. vini q. s. Mixt. gumm.* 80.0=unc. 3, *Syr. simpl.* 10.0=dr. 3. *D. S.* Co 2—3 godzin 1 łyżeczkę od kawy), eter (*Aether. sulfur. gtt* 10, *Mixt. gumm.* 80.0=unc. 3, *Syr. simpl.* 10.0=dr. 3. *DS.* Co 2—3 godzin 1 łyżeczkę od kawy).

Okłady lodowe odrzucamy, jak skoro następuje zupełny upadek sił.

Jeżeli istnieje choroba Bright'a, to zadajemy lekki środek moczopędny (zob. chorobę Bright'a po szkarlatynie).

Po szczęśliwém przebyciu błonicy, dajemy posilne pokarmy mięsne, żelazo w małych dawkach lub lekkie wody żelaziste, jak np. Spaa, Eger (*Salzquelle*). O leczeniu chorób następnych mówiono już na odpowiedniem miejscu.

## 6. Ropnie pozagardzielowe.

W wieku dziecięcym nie rzadkimi są ropnie, w tkance łącznej poza gardzielią powstające lub wnikające do téj tkanki. Równie często napotykamy je u ssawców, jak i w późniejszym wieku.

Rozpoznanie takich ropni bywa niekiedy bardzo trudne, przy dokładném jednak badaniu udaje się zawsze znaleźć siedlisko choroby i oznaczyć jój naturę, pomimo wielkie podobieństwo w objawach do innych cierpień. Uwaga ta dotyczy przedewszystkiem wieku niemowlęcego.

Ropnie pozagardzielowe powstają skutkiem rozmaitych przyczyn: 1. Tkanka łączna umieszczona za gardzielią i przełykiem może uleść zropieniu—pierwotny ropień pozagardzielowy. Postać to najczęstsza. 2 Gruczoły limfatyczne szyi, a mianowicie głębokie mogą zropieć, a ropa wstępuje do przestrzeni pomiędzy gardzielią i przełykiem z jednéj strony, a przednią powierzchnią kręgosłupa z drugiej, i występują te same objawy, co przy pierwotnym ropniu pozagardzielowym. 3. Wreszcie przy próchnieniu kręgów szyjowych ropa się gromadzi bądź pod okostną trzonów kręgowych, albo też po zniszczeniu takowej zbiera się w przestrzeni wyżej wymienionj.

We wszystkich wypadkach zebranie ropy powoduje następujące objawy. Z początku bywa tylko ból przy połykaniu, pieczenie w przełyku, czasami mała gorączka. Jak skoro ropy więcéj się nagromadziło (w sposób opisany poniżej), wtedy tylna ściana gardzieli wypukła się ku nasadzie języka i ku krtani, tak iż ta ostatnia spycha się znacznie naprzód. Ponieważ guz taki, dosięgłszy pewnej wielkości, wypiera zasłonę podniebienną ku przodowi i tym sposobem czynność jój upośledza, przeto oddech staje się bardzo trudnym. Jest on chrapliwy w przeciwieństwie do oddechu jaki spostrzegamy przy krupie i ostrych chorobach płuc. Przy pierwszym oddechu jest utrudniony, szorstki i świszczący, przy ostatnich bardziej stękający. Jak skoro ropień dosięgnął znacznej wielkości, to staje się widoczny i od

zewnątrz, a głowa nabiera charakterystycznej postawy, która skutkiem jednostronnego guza i skutkiem tego, że dziecko trzyma kręgosłup wyprostowany i na ustalonym stawie atlasu pociąga głowę naprzód działaniem mięśni szyjowych, pozwala na pierwszy rzut oka przypuszczać obecność ropnia pozagardzielowego. Oglądając gardło znajdujemy, że tylna ściana gardzieli wypukłona jest kulisto ku przodowi, miernie nastrzyknięta (bez śladu wszakże okładu dyfterytycznego), śledzący palec wskaziciel wyczuwa wyraźne chełbotanie. Guz nie zawsze siedzi wpośrodku, lecz często i z boku i wtedy zwłaszcza trudno go bywa rozpoznać gdy wypukłona ścianka gardzieli pokryta jest powiększonym migdałem. W podobnych wypadkach należy się kierować położeniem drugiego migdału obok innych objawów, z pomiędzy których pierwsze miejsce zajmuje wypuklenie na stronie zewnętrznej.

Ropień pozagardzielowy samemu sobie pozostawiony może się rozprzestrzenić na cały przystępny dlań zakres. Przestrzeń ta, począwszy od podstawy czaszki przechodzi wzdłuż kręgosłupa aż do przepony gdzie się też i kończy. Ropa może się rozpościerać i na boki, zwykle jednak bywa to tylko ku jednej stronie; ropa przedostaje się tak za, jak i przed pochwą wielkich naczyń szyi i tym sposobem daje się wymacać od zewnątrz.

Samą sobie pozostawiona ropa albo odbywa dopiero co skreśloną wędrówkę, albo przerywa ściankę gardzielową i opróżnia się przez jamę ustną, w rzadszych wypadkach ropień otwiera się na zewnętrznej stronie szyi.

Po opróżnieniu ropy utrudnienie połykania i oddechu znikają. Ponieważ jednak ropień może się przerwać i w nocy, i znaczna ilość ropy wypełnia wchód do krtani, przeto łatwo mogą wystąpić niebezpieczne objawy duszności. A więc po postawieniu dokładnego i pewnego rozpoznania, i gdy już chełbotanie jest wyraźne, wtedy nie należy się ociągać z otworzeniem.

Otworzenie nie przedstawia wcale niebezpieczeństw, wymaga tylko zachowania pewnej ostrożności. Chore dziecko układa się na kolanach jakiejś pewnej osoby, która wiarna dobrze trzymać, między zęby, z jednej lub z drugiej strony, operujący wprowadza poprzecznie szpatelek albo lepiej odpowiedni klinowaty rozszerzacz; potem wskazicielem wyszukuje się najpowierzchniejsze i największe miejsce na guzie i następnie wkłwa się w nie dość głęboko bistur owinięty aż do wierzchołka paskiem plastra lepkiego; ranę można rozszerzyć ku dołowi. Natychmiast wylewa się dobra zwykle ropa, przy-

czem głowę trzeba pochylić ku przodowi aby ropa mogła łatwo odpływać. Krwotok jest nieznaczny i wkrótce ustaje po wypiciu wody z lodem. Po zupełnem opróżnieniu ropy jeszcze się raz wprowadza wskaziciel i rozszerza nim zlekka ranę, a to celem uniknienia zbyt wczesnego zlepiania się tejże. W przeciwnym bowiem razie ropa wkrótce by się znowu zebrała. Podczas wykonania przekłucia niema się co obawiać uszkodzenia przedniej ściany kręgosłupa, który niejako przez ropę samą zabezpieczony jest od obrażenia. Jeżeli rana przez pewien czas pozostaje otwartą, a ropa, której większą część dziecko zwykle połyka, ma swobodny odpływ na dół, wówczas ropień pozagardzielowy goi się stosunkowo prędko i bez żadnych zaburzeń. Goją się nawet takie ropnie, które znacznie się już były spuściły do tylnego śródpiersia.

Przy próchnieniu kręgow do otworzenia ropnia uciekamy się tylko w ostatecznym razie, gdyż inaczej, wobec przystępu powietrza, ropienie staje się obfitsze i gorszych nabiera własności. Zagojenie, t. j. oddzielenie chorągwi kości i pokrycie braku blizną łącznotkankową nastąpić może chyba po wielu miesiącach. Chcąc sprowadzić wyzdrowienie, trzeba takie dzieci przez czas długi trzymać w odpowiednio przyrządzonem łóżku z głową nieruchomo ustaloną. Jeżeli pozwalają okoliczności, to dzieci takie dobrze jest odesłać do instytutu ortopedycznego.

## 7. Choroby przełyku.

Większość chorób przełyku należy do zakresu chirurgii, wszakże winny one być znane i pedyatrze, któremu nieraz się nadarza sposobność niesienia pierwszej pomocy.

### a) Ciała obce.

Starsze dzieci połykają łatwo rozmaite przedmioty, któremi się bawią, a które mogą uwięznąć w przełyku na różnej wysokości. Należą tu kulki i kule, guziki, większe kawałki mięsa nieprzeżutego, monety miedziane i t. d.

Często przedmioty te uwiązają już w gardzieli lub w górnym końcu przełyku, albo też zaklinowują się w środku przełyku, lub przy dolnym jego końcu, tuż przed ujściem do żołądka. Przedewszystkiem należy usiłować wydobyć ciało obce ku górze za pomocą odpowiednich narzędzi, co się niekiedy udaje, mianowicie gdy ciało

zasiadło w gardzieli lub w górnej części przełyku. A gdy się to nie powiodło i gdy wszelki połknięty przez dziecko pokarm powraca, wtedy z największą ostrożnością i bez użycia gwałtownej siły trzeba ciało obce zepchnąć do żołądka. Jeżeli ciało było kątownate lub ostre, trudno wtedy uniknąć przytém uszkodzenia, a gdy siedlisko i natura ciała pozwala, wskazaniem nawet być może wykonanie ezofagotomii. Okrągłe ciała zwykle bez szkody bywają znoszone w kiszkaach. Wejście do wyrostka robaczkowego zbyt jest wazkie aby takie ciało mogło tu uwieźnąć, zresztą i szybszy, (niż u dorosłych) ruch robaczkowy jelit ułatwia rychłe wyjście ciała obcego ze stolcem.

Jeżeli ciało obce przez cały dzień lub dłużej pozostaje w przełyku w miejscu uwieżnienia, to wywołuje odleżynę i t. d., poczem powstaje blizna, która kurcząc się prowadzi do wytworzenia zwężenia.

#### b) Działanie kwasów i alkaliów na błonę śluzową przełyku.

Rzadko się zdarza aby dziecko połknęło który z kwasów mocniejszych jak: siarczany, azotny i solny, a gdy to się i zdarzy to zwykle działanie bywa tak silne, że śmierć szybko zazwyczaj następuje. Częściej się trafia zatrucia potażem gryzącym (*kali causticum*), którego silny roztwór znajduje się w handlu i przez gospodynie bywa używany do oczyszczania bielizny. Z powodu jego bezbarwności dziecko łatwo go wziąć może za wodę i wypija. Działanie jego bywa rozmaite, stosownie do wypitéj ilości. Powyżej już była mowa o działaniu potażu gryzącego na błonę śluzową ust i paszczy, to samo da się powiedzieć i o działaniu jego na śluzówkę przełyku. Jeżeli nastąpiło zestrupienie, to po pewnym czasie strup się oddziela, na błonie śluzowej pozostaje rozmaicie głęboki wrzód, który się w końcu zabliznia. Tkanka bliznowa—jak wszelka tkanka łączna—ma skłonność do kurczenia się. Tym sposobem powstaje później zwężenie przełyku (*strictura oesophagi*). Zwężenie takie bywa na rozmaitej wysokości, może też ich być kilka naraz. Jeżeli dość znaczna ilość płynu gryzącego przedostała się do żołądka, to i tu powstaje strup sięgający często aż do otrzewnej, tak iż nawet spostrzegano w podobnych razach przedziurawienia, jakkolwiek rzadko. Podobnie wszystkie warstwy przełyku mogą zostać przedziurawione, skutkiem czego zjawia się prawostronne zapalenie opłucnej.

Jeżeli dziecko, pomimo znacznego zestrupienia w żołądku, pozostało przy życiu przez czas pewien, to chudnie w wysokim stopniu,

zwymiotowuje wszelki pobrany pokarm, a w końcu rozwija się ogólne zapalenie otrzewnej (*peritonitis generalis*) którego punktem wyjścia jest żołądek.

Wiele dzieci, mianowicie starszych, równie jak wiele rodziców, bojąc się następstw dochodzenia sądowego, ukrywają, że nastąpiło zatrucie ługiem gryzącym i dopiero wtedy przychodzą do lekarza gdy dziecko już znacznie wychudło i pozostaje w stanie wyniszczenia. Wypadki tego rodzaju są z tego względu interesujące, że wypadnie tu przez wyłączenie wszystkich innych chorób postawić rozpoznanie na zwężeniu przełyku. Nieobfite stolce z jednej strony, zarówno jak niemożebność pobierania pokarmów stałych naprowadzają na myśl o zwężeniu przełyku. Badanie zgłębnikiem przełykowym potwierdza przypuszczenie, a w krótkce i rodzice podają prawdziwą anamnezę.

W razie takiego zatrucia zadajemy lekki kwas, najlepiej kwas winny albo rozcieńczony kwas fosforny:

Rp. Acid. tartar. 1,0=gr. 15.

Aq. destill. 80,0=unc. 3.

Syr. simpl. 10,0=dr. 3.

D. S. Co pół godziny 1 — 2 łyżeczek od kawy.

Jeżeli kwasu winnego nie mamy pod ręką, to zadajemy sok cytrynowy, sok jabłeczny i t. d. Ale jeżeli kwas ma działać przez zobojętnienie gryzącego alkali, to winien być zadany, jak najwcześniej. Lecz i później wpływa on na zmniejszenie pomnożonej wydzieliny śliny. Zresztą zadajemy mikstury osłaniające, orszadę, obfity napój, mianowicie mleko i wodę z lodem, także kawałki lodu do połykania.

Zastosowanie środków wymiotnych jest całkiem przeciwwskazane, albowiem łatwo mogą one spowodować rozdarcie nagryzionej błony śluzowej przełyku lub żołądka.

Leczenie takie stosować należy przez kilka dni, i wstrzymać się od wszelkiego badania zgłębnikiem. Zwężenie występuje, rozumie się, dopiero wtedy, gdy blizna zaczęła się tworzyć i kurczyć. Miewa to zwykle miejsce po upływie 4—5 tygodni. Ale i wtedy wstrzymać się jeszcze należy od śledzenia, a mianowicie od metodycznego rozszerzania, młoda bowiem jeszcze tkanka bliznowa łatwo się może rozerwać. Dopiero około 8-go tygodnia można rozpocząć wprowadzanie świeczek. Co do metody i mających się przy tem zachować ostrożności, odwołujemy się do podręczników chirurgicznych. Tylko w razie gdy znaczne wychudnienie grozi niebezpieczeństwem, można wcześniej przystąpić do rozszerzania zwężen.



W rzadkich wypadkach spostrzegano zwięzienia gardzieli i górnej części przełyku w następstwie blizn pozostałych po błonicy i przy-  
mocie.

## 8. Choroby krtani.

### a) Ciała obce w krtani.

Jak i w przełyku, są to zwykle rozmaite drobne przedmioty, przypadkowo wpadające w krtani.

I ciała obce, które wniknęły do jam nosowych od przodu mogą się przedostać do krtani skutkiem wświdrowania lub niezręcznych usiłowań wydobywania. Jeżeli są one małe i jeżeli wpadają wprost do krtani, w czasie głębokiego wdechu, to mogą się przedostać także do tchawicy i oskrzeli, z których mogą być wydalone tylko przypadkowo, lub w drodze zapalenia i ropienia.

Jeżeli krtani daje się obejrzeć wziernikiem krtaniowym, to trzeba się starać wyjąć w ten sposób ciało obce za pomocą odpowiednich narzędzi. Gdy się to nie udaje, probujemy środka wymiotnego, po którym niekiedy ciało obce zostaje wykrztuszone. Czasami je można wyjąć palcem. Jeżeli ciało obce leży nieco głębiej w krtani i gdy je nie możemy wydalić górną, to przystępujemy do *laryngotomii* i staramy się dostać je od dołu. Jeżeli i to się nie udaje, to należy rozciąć krtani. Objawy jakie wywołuje ciało obce w krtani, są: ból, nieustanne pobudzenie do kaszlu, niekiedy znaczna duszność. A nawet gdy już obce ciało zostało wydalone, to mogą się potem ukazać objawy nieżyty krtani z obrzękiem głośni. Ten ostatni może być tak znaczny, że powtórnie może nas zmusić do wykonania tracheotomii z powodu zwięzienia krtani wywołanego obrzękiem.

### b) Zapalenie krtani nieżytowe. (*Laryngitis catarrhalis*).

Ostry nieżyt krtani, z powodu nagłego wystąpienia i burzliwych objawów, jest chorobą, której się bardzo boją rodzice. Jestto bardzo częste cierpienie wieku dziecięcego, zwykle jednak dotyka dzieci starszych nad rok 1, w drugim półroczu jest rzsadsze a najrzsadsze u ssawców. U jednego i tego samego osobnika nieżyt krtaniowy po większej części występuje kilkakrotnie, niekótora dzieci są doń wszczególny sposób usposobione. Nie jest on ani zaraźliwy, ani też się zjawia w postaci epidemii, lecz, jak się zdaje, w ostrych porach roku.

a mianowicie w czasie wilgotnym i mglistym występuje częściej niż kiedyindziej.

Jakkolwiek nieżyt krtaniowy zdarza się i u dorosłych, wszakże nie wywołuje tu takich objawów, jakie u dzieci spowodowane bywają przeważnie wąskością ich krtani.

Nagłość wystąpienia i ostry przebieg choroby wzbudza zwykle wielką obawę w rodzicach i osobach otaczających, zmuszając ich zaraz od początku wzywać pomocy lekarza. Dziecko udaje się na spoczynek na pozór całkiem zdrowe, wesołe, niekiedy tylko nieznacznym katarzem nosa dotknięte; przez parę pierwszych godzin śpi spokojnie; naraz budzi się wśród napadu kaszlu grubego i szczekającego, z oddechem świszczącym, z dusznością, która w pewnych wypadkach przedstawia zupełny obraz zwężenia krtaniowego (zobacz krup). Głos przytem staje się chrapliwy i odzyskuje swą czystość tylko po znacznym wysileniu lub po wydaleniu plwociny. Napad taki trwać może przez kilka godzin, poczem ustępuje stopniowo, a głos odzyskuje pierwotną swą czystość; pozostaje tylko niekiedy lekki szczekający kaszel. Jeżeli dziecko teraz znowu zaśnie, to w krótko objawy powyższe powracają.

Zwykle wraz z napadem zjawia się dość silna gorączka, skóra staje się suchą, gorącą, tętno przyspieszone, dziecko ma silne pragnienie i t. d. Po przejściu napadu duszności gorączka zazwyczaj nieco wolniej, aby z następnym napadem znowu się podnieść. Lecz nie we wszystkich przypadkach stosunek ten ma miejsce: w innych gorączka bywa ciągła (*febris continua*), t. zw. kataralna, która po ustąpieniu sprawy miejscowej także znika.

Jak skoro przywołano nas do takiego dziecka, należy natychmiast zbadać je jak najdokładniej; aby wyprowadzić zupełnie pewne rozpoznanie. Oprócz opisanych dopiero co zjawisk, które zresztą przed przybyciem lekarza mogą znacznie osłabnąć, oglądając gardło, znajdujemy, że błona śluzowa twardego i miękkiego podniebienia, gardzieli i migdałów ma wygląd całkiem normalny. A gdy to nie ma miejsca, gdy napotkamy choćby tylko jedną lub parę kępek białawego wysięku, to mamy do czynienia ze sprawą daleko niebezpieczniejszą.

Tak więc rozpoznanie nieżytku krtani wspiera się na następujących danych: 1) objawy ze strony krtani, które atoli właściwe są także prawdziwemu krupowi; 2) nagłe wystąpienie takowych w nocy bez śladu jakichkolwiek zwiastunów, podczas gdy przy krupie zawsze istnieją zwiastuny, niekiedy przez czas dość długi; 3) ujemny

rezultat badania gardła i jamy ustnej; 4) a głównie sam przebieg choroby. Podczas gdy przy krupie objawy ze strony zwężenia krtani wciąż się potęgują, i wolne przestanki pomiędzy pojedynczemi napadami stają się coraz krótsza, natomiast w nieżycie krtani stosunki są całkiem odwrotne. Po przebyciu pierwszej nocy w późniejszych godzinach rannych oddech staje się zupełnie swobodny, pozostaje tylko lekki szczekający kaszelek. Jeżeli dziecko takie nie będzie wystawione na nową szkodliwość i zachowa się należycie, to wprawdzie napad się powtórzy i następnej nocy lecz w daleko mniejszym stopniu. Jeżeli zaś wystąpi jeszcze raz ten sam szereg objawów, a nawet może w stopniu wyższym, to przemawiać to będzie na korzyść krupu, i lekarz winien zwrócić zaraz uwagę rodziców na tę okoliczność. W takim razie zresztą wkrótce się przyłączają i inne objawy krupu krtaniowego.

Znacznie ułatwia rozpoznanie ta okoliczność, że dziecko przebyło już jeden lub kilka takich napadów. Jeżeli ostatni napad wystąpił wśród takichże zjawisk i okoliczności, co i poprzedzający, to rozpoznanie nie pozostawia żadnej wątpliwości.

Nieżyt krtani zdarza się częściej niż krup i zdaje się, że dzieci które kilkakrotnie zapadały na nieżyt krtaniowy, zostają do pewnego stopnia wolne od krupu. Nieżyt krtani trwa zwykle tylko 24—36 godzin i zaraz po pierwszym napadzie zwykle następuje już zwrot ku lepszemu. W innych jednak wypadkach nieżyt krtaniowy stanowi tylko początek nieżytku rozpościerającego się na całą błonę śluzową dróg oddechowych, a który trwać może 2 do 3 tygodni. Nieżyt krtani kończy się zawsze wyzdrowieniem, zwężenie trwające nawet przez kilka godzin może być zniesione bez szkody. I katar dróg oddechowych kończy się także zawsze wyzdrowieniem.

Jeżeli zjawiska cierpienia zrazu na pozór nieżytowego wzmagają się w ten sposób iż zmuszeni jesteśmy przypuścić obecność krupu to jasną jest rzeczą, że już od początku nie mieliśmy do czynienia ze sprawą czysto kataralną. Pewne rozpoznanie krupu może być postawione dopiero na trzeci dzień choroby, dla tego każdy nieżyt krtaniowy jakkolwiek by się ten wydawał łagodnym, przynajmniej przez taki czas mieć należy pod obserwacją.

Wszelki nieżyt krtaniowy, już nie tylko z powodu owój obawy, jaką wzbudza w rodzicach, ale także i dla tego, że cały szereg spostrzeganych tu objawów może być wyrazem krupu,—zasługuje na jak najtroskliwsze leczenie i w każdym wypadku rokowanie stawiać zawsze należy ostrożnie i z pewnem zastrzeżeniem. Bo rokowanie

wypowiedziane w sensie zbyt pomyślnym łatwo może zachwiać zaufanie do lekarza w razie gdyby w następstwie się przyłączył rzeczywisty dławiec (krup). Najważniejszą rzeczą w leczeniu nieżytu krtaniowego jest to, aby zarówno całe dziecko, a zwłaszcza też szyja pozostawała stale w jednostajnej temperaturze. Atoli ciepłota pokoju nie powinna przenosić 16° R.; że jednak szczególnie w nocy ciepłota spada niekiedy poniżej, baczyć przeto należy aby nieustannie pozostawała na tym samym stopniu. Starać się również należy, aby w pokoju było zawsze powietrze wilgotne; dla tego odparowywać w pokoju wodę przed piecem lub na lampce spirytusowej. Jednostajna ciepłota na szyi podtrzymuje się ciepłymi okładami, które ciągle zmieniać należy. Cel ten może być dopięty okładami rozmaitego rodzaju. Niektórzy przekładają okłady z siemienia lnianego przed okładami z wody ciepłej lub z olejów i tłuszczu. Najnieodogodniejszymi są okłady z wody; okład taki łatwo stygnie, a wtedy staje się przykrym dla chorego.

Daliej baczyć należy aby dziecko ciągle, t. j. w krótkich odstępach czasu otrzymywało napój ciepły i osłaniający, a to aby zapobiedz wysychaniu gardzieli i krtani. Ku temu służyć może ciepła woda ocukrzona, napar ślazu, rumianku lub kwiatu lipowego. Prócz tego jak skoro napad raz się pojawił, nie trzeba pozwolić już dziecku spać tej nocy, albo co najwyżej  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{3}{4}$  godziny, poczem należy je zbudzić i t. d. Zresztą już samo stosowanie okładów wymaga aby dziecko czuwało.

Jeżeli napad jest silny, zwięźenie krtani dosięga znacznego stopnia, jeżeli przy wdechu i wydechu słyszymy w krtani szmery świszczące, wtedy celem ułatwienia oddechu przez oddalenie zbyt lepkiego śluzu; można zadać środek wymiotny jeżeli, rozumie się, nie istnieją żadne przeciwwskazania.

Ale zadawać na wymioty przy każdym napadzie nieżytu krtaniowego, albo dawać go rodzicom już naprzód w przewidywaniu mającego nastąpić napadu,—postępowania takiego ua żaden sposób nie można zalecić, bo najprzód mocny środek wymiotny wcale nie jest obojętną rzeczą dla błony śluzowej żołądka, a powtóre w większości wypadków i bez niego mogłoby się wybornie obejść. Stosować go należy tylko w wypadku wyżej opisanym, w razie nagromadzenia śluzu; powtórzyć zaś wymiotny środek można tylko w takim razie gdyby po 12—24 godzinach nowa ilość wydzieliny się zebrała. Częściej go używać nie radzimy, już choćby dla samej szkodliwości działania emetyku.

Srodek wymiotny zapisuje się w postaci: *Rp. Tartari emet. 0,05—0,1=gr. 1—2, Linctus gummos.=40,0=unc. 1. D. S.* Na wymioty,—albo: *Rp. Inf. pulv. rad. Ipecacuanhae per 1/4 h. e. 1,0=gr. 15 ad col. 40,0 unc. 1, Syr. Ipecacuanhae 2,0=dr. 1/2. D. S.* Na wymioty. Jednego lub drugiego środka zadaje się połowa przepisanej ilości; jeżeli po 10 minutach wymioty nie następują, to zadaje się i reszta w 10-minutowych przestankach po łyżeczce od kawy. Jednocześnie zadaje się dużo ciepłej wody, co także ułatwia wymiotowanie. Jeżeli niema przeszkody ze strony przewodu trawienia, a mianowicie ze strony kiszek cienkich, to zadawać zawsze należy emetyk, gdyż działanie jego jest prędsze i wymioty w mniejszym stopniu poprzedzane bywają nudnościami, niż to ma miejsce z naparem wymiotnicy (*inf. ipecacuanhae*).

Ale ten sam skutek można osiągnąć łechtaniem podniebienia piórkciem. Przy obfitym jednocześnie napoju w sposób ten zawsze się udaje wywołać wymioty, które potem jeszcze zwykle same przez się się powtarzają.

Leczenie farmaceutyczne ograniczamy na zadawaniu środków zlekka wykrztuśnych i rozrzedzających śluz. Do tych ostatnich zaliczają się rozmaite przetwory potasu np.: (*Rp. Inf. pulv. rad. ipecacuanhae e 0,1=gr. 1 1/2 ad 80,0=unc. 3, Bicarbonat. Sodae 0,4=gr. 6, Syr. simpl. 10,0=dr. 3. D. S.* Co 2 godz. łyżeczkę od kawy), (*Rp. Kali chlorici 1,0=gr. 15, Aq. destill. 80,0=unc. 3, Syr. simpl. 10,0=dr. 3. D. S.* Co 2 godz. łyżeczkę do kawy), (*Rp. Salis ammoniaci depurati 1,0=gr. 15, Aq. destill. 80,0=unc. 3, Syr. simpl. 10,0=dr. 3. D. S.* Co 2 godz. łyżeczkę od kawy). W razie gdy po zjawiskach zwięzienia krtaniowego pozostaje silny i męczący kaszel, zadajemy lekkie *narcotica*. (*Rp. Salis ammoniaci dep. 0,5=gr. 8, Extr. cannab. indic. 0,05—0,1=gr. 1—2, Elaeosacch. foeniculi 2,0=dr. 1/2, M. ut. f. pulv. et div. in dos. aeq. N-ro sex. D. S.* Co 2—3 godz. jeden proszek). Jeżeli dzieci na czas dłuższy wyjeżdżają na wieś gdzie nie zawsze mieć można lekarza pod ręką, to przepisać można pastylki, które rodzice mieć mogą zawsze przy sobie, np. *Rp. Pulv. subt. rad. ipecacuanhae 2,0=dr. 1/2, Kali chlorici 0,5=gr. 2, Tragacanthae, Sacch. albi aa q. suff. ut f. lege artistrochisci N-ro 25. D. S.* Jak wiadomo zażywać. Z pastylków tych 1—3 sztuki rozpuszczają się w pół szklanki gorącej, nieco ocukrzonj wody, i roztwór zadaje się następnie łyżeczkami od kawy co godzina lub dwie.

Jeżeli dziecko okazuje szczególną skłonność do podobnych cierpień krtani, wówczas należy starać się usposobienie to znieść za pomocą w rozsądny sposób przeprowadzonego hartowania. U młodszych dzieci zaczniemy od opisanych już gdzie indziej zimnych obmywań, dzieciom starszym każemy się uczyć gimnastyki i pływania. Na lato wysyłamy dzieci do okolic o powietrzu zdrowem i nieco wilgotném jak np. do Ischl, Aussen, Hallein, Reichenhall, lub do Ciecho-cinka, gdzie winny w ciągu lata robić inhalacje solankowe.

c) Dława wiec. (*Laryngitis crouposa*).

**Uwagi ogólne.** Pojęcia: zapalenia krupowego i zapalenia błonicowego (dyfterytycznego) tak często bywały mieszane ze sobą i brane jedno za drugie, że uważamy za niezbędne podać kilka uwag wstępnych, ogólniejszego znaczenia.

Uwagi te robić będziemy tylko ze stanowiska klinicysty, który obie sprawy nie zawsze może na żywym odróżnić; zaś anatomo-patolog, jak to już z samej natury rzeczy wynika, wychodzi ze stanowiska całkiem odrębnego.

Przyczyna, dla której klinicysta, resp. lekarz praktykujący nie jest w stanie ściśle odróżnić obu w mowie będących processów, polega na tem, iż obie te sprawy w skutkach swych są dosyć jednakowe, to jest ten i tamten wysięk sprowadzają przedewszystkiem górne drogi oddechowe, zatykają się, i tym sposobem stawiają zaporę przystępowi powietrza do płuc (zweżenie krtani występujące w sposób ostry). Następstwa takiego zweżenia—wysoki stopień sinicy, zjawiska zakażenia krwi kwasem węglanym i śmierć w skutek zaduszenia—będą na odpowiedniém miejscu wyłożone szczegółowo. Tutaj tyle tylko nadmienić wypada, że rodzaj wysięku zwykle niewiele wpływa na ukształtowanie się tych dominujących objawów.

Pod nazwą zapalenia „krupowego“ rozumiemy takie, przy którym w obec objawów poprzedzającego i towarzyszącego przekrwienia na powierzchni błony śluzowej odkłada się wysięk szybko krzepnący (obfity we włókniak) i tworzący błony. Białawy ten, lub nieco przechodzący w kolor żółtawy wysięk luźnie tylko przylega do błony śluzowej, i daje się zdjąć z błony śluzowej bez jęj uszkodzenia. Sama błona śluzowa jest gładka, nigdzie na niej nie znajdujemy mocno przylegających kepek wysięku; na żywym spostrzegamy nadto jeszcze mocne przekrwienie, które na trupie zawsze już znika.

Badając inne warstwy błony śluzowej, znajdujemy, że takowe tak pod względem drobnowidzowym, jak i makroskopijnym zachowują się w sposób całkiem normalny.

Krupowa ta sprawa na błonach śluzowych jest analogiczną do krupowego zapalenia płuc. Tak jak pneumonia jest chorobą czysto miodajową, tak również i krupowe zapalenie błon śluzowych mianowicie w drogach oddechowych stanowi proces czysto lokalny, który nie zależy wcale od jakiegoś zakażenia krwi, ani też nie wywołuje choroby takowej. Sprawę tę oznaczamy nazwą wziętą z francuzkiego „*croup*,” nazwą, która więcej określa objawy spostrzegane na chorym, niż anatomo patologiczne własności wysięku. (To samo da się powiedzieć i o polskim terminie „dławiec” który żywcem jest przetłumaczony z francuzkiego i nie ma wcale natury wysięku, a dla tego nie może być użyty do oznaczenia sprawy krupowej w innych—nie oddechowych narządach).

Inaczej się zachowuje wysięk t. zw. błonicy cz. dyfterytyczny. I tu błona zachorowuje najprzód wśród zjawisk większego lub mniejszego przekrwienia. W czasie tego przekrwienia odbywa się wysiękanie. I tu wysięk obfituje we włóknik, ale nie leży on tylko na powierzchni błony śluzowej lecz przenika ją i dla tego nie może być zdjęty bez jej uszkodzenia. Barwa wysięku nie jest już biaława lub zlekka tylko żółtawa, ale zajmuje tylko środek pomiędzy żółtą a zieloną. Wysięk nie tylko przenika substancję błony śluzowej, ale też leży i na jej powierzchni. Skutkiem tego, jak również skutkiem obrzmienia nacieczonej śluzówki, podobnie jak przy krupie powstaje przeszkoda utrudniająca przystęp powietrza.

I pozostałe warstwy błony śluzowej nie pozostają bez zmian; stosownie do siły procesu zmiany te mogą być rozmaite. Przewszystkiem zasługuje na wzmiankę—zjawisko stale napotykane w każdym wypadku prawdziwej błonicy—bujanie jąder w tkance łącznej podśluzowej oraz nacieczenie tejże tkanki okrągławymi albo nieco eliptycznymi ziarnistymi komórkami o jedném i rzadko o dwóch jądrach. Stosownie do panujących dziś poglądów komórki te uznaje się za białe ciała krwi wyszłe z naczyń. Im obfitsze jest takie nacieczenie, tem też trudniej chora błona śluzowa powraca do normy. Chociaż nie zawsze, niemniej jednak i w wypadkach mniejszego natężenia spotykamy podobne zmiany także w sąsiednich mięśniach (pomnożenie jąder sarkolemy). Dalej, odbywa się rozpad poprzecznie prążkowanych włókien mięśniowych, albo na ziarnistą

masę rozpadową, albo rozwija się zwyrodnienie woskowate (zwyrodnienie amyloidowe włókien mięsnych poprzecznie prążkowanych). W sprzeczności z zapaleniem krupowem, zapalenie błonnicze nie jest chorobą miejscową, ale jednocześnie ze sprawą chorobną w danym miejscu rozwija się także ogólna choroba krwi. Co prawda, nie oznaczono dotąd w jakim związku oba te zjawiska pozostają względem siebie, nie mniej jednak sam fakt zakażenia krwi przy błonicy nie ulega żadnej wątpliwości. Nie rozstrzygnięto dotąd stanowczo, czy pierwotnie zachorowuje krew skutkiem działania nie znanego nam wcale czynnika i choroba miejscowa jest tylko następstwem ogólnej choroby, czy też zjawiska zakażenia krwi powstają w skutek wessania gnijących i rozkładających się części składowych wysięku; więcej wszakże prawdopodobieństwa znajduje się po stronie pierwszego poglądu. Mając przed sobą taki czysto krupowy i czysto dyfterytyczny proces, nie ma wątpliwości, że mamy tu do czynienia z dwiema całkiem odmiennymi sprawami, a to nie tylko pod względem anatomo-patologicznym, ale także i ze stanowiska ogólnego. Pod tym względem odsyłamy czytelnika do opisu błonicy gardła, będącej głównym przedstawicielem błonicy w ogóle, w niniejszym zaś rozdziale opiszemy czystą sprawę krupową (krtani).

Nie ulega jednak wątpliwości, że istnieją liczne przypadki w których na jednym i tym samym osobniku jednocześnie występują obie sprawy chorobne, a nawet w ostatnich czasach wypadki tego rodzaju tak często bywały spostrzegane w Niemczech, że można je raczej uznać za regułę, nie zaś za wyjątek. Tak np. zdarzają się wypadki, w których istnieje błonnicze zapalenie gardzieli, krupowe w krtani i górnej części tchawicy, a począwszy stąd aż do oskrzeli pierwszo i drugo-rzędowych znajdujemy znowu błonicę, w najcieńszych zaś oskrzelach spotykamy się powtórnie z czystym krupem.

Nie ulega więc wątpliwości, że obie sprawy występować mogą na jednym i tym samym osobniku, a prócz tego uwzględnić należy i tę okoliczność, że znajdujemy miejsca, w których daje się wykazać przejściowe stadyum chorobnej sprawy, t. j. na niektórych miejscach spotykamy zarówno cechy krupowego, jak i błonniczego zapalenia. Począwszy od takiego miejsca proces przechodzi w jednym kierunku w postać czysto-krupową, w drugim zaś — w czysto-błonniczą formę. Miejsca takie znajdujemy na tylnej ścianie gardzieli, w punkcie rozdzielenia oskrzeli lub nieco powyżej nad tym punktem. W gardzieli znajdujemy zwykle czystą błonicę, w cieńszych zaś oskrzelach zapalenie krupowe.



Dla tego obie sprawy oznaczamy mianem „krupu krtani,“ *laryngitis crouposa*; nazwa ta jednak nie przesądza wcale natury istniejącego w danym razie wysięku.

Dodać jeszcze musimy, że mówiąc na tém miejscu o błonicy, nie mieliśmy wcale na względzie owych złośliwych postaci błonicy, jakie wklajają szkarlatynę. Formy te, jakkolwiek mające wiele podobieństwa z pierwotną błonicą, muszą być jednak rozpatrywane oddzielnie od postaci błonicy, występujących pierwotnie; samoistnie mają bowiem znaczenie drugorzędne i niejako stanowią tylko wyższy stopień objawów towarzyszących szkarlatynie. Rozdział ten już choćby dla tego jest ważny, że przez przeniesienie błonicy szkarlatynowej powstaje zawsze tylko szkarlatyna. podczas gdy przeniesienie resp. zarażenie błonicą pierwotną powoduje zawsze tylko błonicę, nigdy zaś szkarlatynę.

Wreszcie nadmienić jeszcze wypada, że krup nie jest zaraźliwy, błonica zaś może być przeniesioną. Formy mieszane, jak pokazało doświadczenie, nie są zaraźliwe.

**Objawy.** Krupu krtaniowego mają wiele podobieństwa z niezłym krtaniowym, gdy tenże występuje w sposób gwałtowny; bywa też nieraz trudno zaraz od początku obie te sprawy od siebie odróżnić.

Podczas gdy niezły krtaniowy przebiega bardziej typowo i dlatego opis jego zgadza się w zupełności z większością napotykaných wypadków, czego już nie można powiedzieć o krupie krtani, gdyż np. u dziecka jednorocznego pewne objawy nie występują tak wyraźnie, jak np. u dziecka trzy-letniego, a u tego znowu inaczéj niż u dwunasto-letniego. I u dzieci cierpiących na krzywicę (*rhachitis*) pewne objawy, jak np. zjawiska oddechania na klatce piersiowej występują z powodu przeobrażenia żeber inaczéj niż przy normalnie zbudowanej klatce piersiowej. Opiszemy najpierw objawy krupu krtaniowego w téj postaci, w jakiej tenże występuje u dziecka 3—4 lat mającego, zkadinał zdrowego i silnego, następnie zaś zwrócimy uwagę czytelnika na różnice uwarunkowane wiekiem, krzywicą i innymi powikłaniami.

Jak już powyżéj nadmieniono, cierpienie rzadko kiedy pozostaje ograniczone do samej tylko krtani. Podobnie jak błonica gardzieli często się szerzy na krtani wywołując objawy „krupu krtaniowego,“ podobnie się ma i przy każdym niemal krupowém zapaleniu krtani, które albo się rozszerza ku dołowi, albo też następczo zjawia się wysięk w błonie śluzowej gardzieli i jamy ustnej. W większości zatém wy-

padków zapalenie krupowe zajmuje całą błonę śluzową dróg oddechowych wraz z gardzielą. Ale odbywa się to nie naraz, lecz wysiękanie następuje nasileniami i nie we wszystkich wypadkach jest jednako silne na wszystkich miejscach. Zwykle krtań zachorowuje przed tchawicą i oskrzelami; w wypadku podobnym chodzi tylko o to, czy jesteśmy w stanie określić z pewnością, czy do umiejscowionego krupu krtani przyłączyła się sprawa krupowa bronchów, albo też czy błona śluzowa oskrzeli pozostaje wolną od choroby.

O ile to jest możebne. — wykaże poniżej skreślony obraz.

**Anatomia patologiczna.** Sprawa krupową wystąpić może u dzieci każdego wieku, wyjątek od téj reguły stanowią zdaje się tylko ssawcy, u których spostrzegana bywa tylko pierwotna błonica (krup) nosa. Zazwyczaj na sekcye trafiają się dzieci poprzednio zdrowe i dobrze odżywiane, dla tego przy szybkim przebiegu cierpienia trup wcale nie jest wychudzony. W rzadszych wypadkach zachorowują dzieci już przedtem cierpiące, z pomiędzy tych najczęściej spostrzegane bywają roczne i dwuletnie dzieci rachityczne. W wypadkach tego rodzaju krup krtani i oskrzeli zwykle bywa t. zw. wtórny, t. j. krup zjawia się tu po odrze, o czém jeszcze później będzie mowa. Oprócz mających się później opisać zmian w błonie śluzowej narzędzi oddechowych, znajdujemy rachityczne zniepodobnienia na czaszce, na klatce piersiowej i kończynach wraz z cierpieniem gruczołów, pozostającym w związku z temiż. U dzieci tego rodzaju znajdujemy także niekiedy nacieki płucne (*pneumonia catarrhalis*), datujące z rozmaitych czasów. I po szkarlatynie — jakkolwiek daleko rzadziej — napotkać można krupową sprawę w błonie śluzowej dróg oddechowych, zwykle atoli sprawa ta ogranicza się do górnej części dróg oddechowych, W takich wypadkach znajdujemy zwykle także i chorobę Bright'a z mniej lub więcej daleko posuniętym stanem stłuszczenia. I po ciężkiej durzycy (*typhus*) zdarza się niekiedy krupowe zapalenie gardzieli, krtani i oskrzeli. Krup krtani umiejscowiony, jak dotąd przynajmniej stanowi rzadkie zjawisko, a choćby rzeczywiście w danym wypadku choroba rozpoczęła się ściśle umiejscowioném zajęciem krtani, to jednak prawie zawsze, przy dłuższem trwaniu choroby, następuje nasilenie nie tylko w miejscu pierwotnie zajętem, lecz także i w sąsiednich częściach. Wystawmy sobie taki wypadek: dziecko tracheotomowane z powodu krupu krtani i oskrzeli zmarło po kilkakrotnych nasileniach, po wykrztuszeniu pewnej części złożonego pierwotnie wysięku. W wypadku takim znajdujemy, że trup wcale nie

jest wychudzony, a i rozkład ogólny nie zbyt wysokiego dosięga stopnia. Na grzbiecie spostrzegamy fioletowe plamy trupie, na brzuchu zaś zielonawe. Rana po tracheotomii od zewnątrz jest wyschnięta, a po wyjęciu tkanki spostrzegamy niekiedy, — a mianowicie, gdy za życia brzegi ranne pokryte były okładem krupowym (dyfterytycznym), — że pojedynczo warstwy mniej lub więcej są obnażone, i w głębi dają się widzieć 2 — 3 obnażone obrączki tchawicy.

Anatomo-patologiczne badanie opon mózgowych i mózgu wydaje zawsze rezultat ujemny, części te są blade, mózg ciastowaty; jeżeli konanie trwało dość długo, to mózg i opony przesiąknięte są w nieznanym stopniu płynem surowicznym.

Po oddzieleniu języka wraz z podniebieniem miękkim, migdałami przełykiem i tchawicą od kręgosłupa, gdy wszystkie te narzędzia wraz z płucami i sercem wyjmujemy z trupa, gdy otworzymy tchawicę i oskrzela od tyłu, przez co rozpostarcie całej sprawy najlepiej się uwydatni, to znajdziemy następujące zmiany:

Już w gardzieli, na podniebieniu miękkim i migdałach spotykamy pojedyncze, okrągławe żółto-zielonawe kępki, wielkości łepka od szpilki do ziarnka soczewicy, ściśle przystające do błony śluzowej i ostro odgraniczone od otoczenia.

Przednia powierzchnia nagłośni równie jak oba dołki utworzone przez więzy języko-nagłośniowe (*ligg. glosso-epiglottica*) zazwyczaj są wolne od wysięku. A nawet patrząc z góry na nie otwartą krtani nie spostrzegamy wysięku w miejscu zawinięcia się śluzówki krtaniowej do wnętrza krtani. Sama błona śluzowa zwykle bywa zaczerwieniona, obrzękła — obrzęk oboczny (*oedema collaterale*). Rozciąwszy krtani od tyłu i przedłużywszy cięcie wdół aż do rozdwojenia tchawicy, w wypadkach wybitnych począwszy od tylnej powierzchni nagłośni, jako od najwyższego punktu, wdół aż do rozdwojenia, a nawet w oskrzelach 1-go, 2-go i 3-go rzędu i nawet najdrobniejszych spostrzegamy wyżej już niejednokrotnie opisane masy wysięku. W niektórych wybitnych wypadkach od góry aż do dołu dają się ze śluzówki zdejmować całe błony, które pod wodą przedstawiają się w postaci skrzepów drzewiastych (dendrytycznych). Grubość błon tych bywa rozmaita: niekiedy rozpościerają się po śluzówce tylko w postaci przejrzystej gazy, podczas gdy inną znowu razą dosięgają grubości 1—2 milimetrów i więcej, tak iż całkiem zatykają krtani. Na przedniej powierzchni znajdujemy w danym razie ranę tracheotomiczną różnej wielkości. Niekiedy spostrzegamy także od-

leżynę zwykle na przedniej ścianie tchawicy; odleżyna ta pochodzi zwykle od ucisku przez dolny koniec nie należycie zgiętej rurki.

Pewne miejsca są już całkiem wolne od pomienionych błon, na innych miejscach błony się rozplývają na zwykły żółtawy, ropiasty i gęsty śluz, pokrywający nieraz na oznaczonej przestrzeni mniej lub więcej nastrzykniętą błoną śluzową. Zjawisko to jest dla obducenta znakiem, że sprawa chorobna trwała już dosyć długo. Rozplýnięcie błon wysiękowych wskazuje dalej, że nasilenie w tych miejscach już ustało i błona śluzowa poczęła znowu wydawać płynną wydzielinę.

Taka pomnożona i zmieniona wydzieliną zawsze występuje ze strony śluzówki narzędzi oddechowych, gdy błony rzekome mają się oddzielić lub rozplýnąć. Znalazwszy na trupie sprawę krupową ograniczoną do krtani i górnej części tchawicy, jednocześnie spotykamy zawsze nieżył błony śluzowej oskrzeli. W wypadkach podobnych płuca bywają rozdęte, mianowicie na brzegach, bardzo słabo wypełnione krwią. Oskrzela są, jak już wyżej nadmieniono, albo siedliskiem nieżytu z wydzieliną mniej — więcej gęstą ciągliwą i nieco ze krwią zmieszana, albo też sprawa krupowa szerzy się i na oskrzela aż do najcieńszych ich rozgałęzień. W cienkich oskrzelach wysięk nie jest złożony na powierzchni błony śluzowej, lecz wypełnia światło oskrzeli w postaci sznurków. Na poprzecznym przecięciu takich sznurków znajdujemy niekiedy w środku drobny otvorek, stanowiący ślad światła takiego sznurka.

Nie we wszystkich częściach płuc znajdujemy wysięk krupowy: w oskrzelach, spotykamy go zazwyczaj w zrazach dolnych, oraz w gałęziach oskrzelowych położonych bardziej w środku, podczas gdy oskrzela przebiegające u brzegów i u obwodu płuc zwykle okazują tylko znaki silnego nieżytu.

Mikroskopowy wygląd błony śluzowej był już opisany w uwagach ogólnych; tamże była mowa o różnicach, jakie spotykamy w warstwach składających błonę śluzową przy krupie i błonicy.

Wysiękłe błony krupowe, pod względem mikroskopowym składają się z mniej lub więcej gęstej siatki włóknikowej, mieszczącej w sobie drobne, okrągławe i o jednym jądrze komórki (białe ciała krwi), które zresztą w pewnych wypadkach całkiem mogą brakować, tak mianowicie we wspomnianych przed chwilą sznurkach w cieńszych oskrzelach.

Im więcej jest tych komórek, im obficie jest niemi nacieczoną błona śluzowa, tem bardziej wysięk zbliża się do dyfterytycznego. Pod tym atoli względem istnieją także i inne zdania. Wszakże brak

miejsca nie pozwala nam nad tą kwestyą dalej się rozwodzić. Podobnie podzielone są zdania i oo do nabłonka. Podług jednych ulega on pewnemu zwyrodnieniu i bierze bezpośredni udział w sprawie krupowej i dyfterytycznej.

Atoli badanie całego szeregu wypadków wydało rezultat ujemny, t. j. znaleziono pod rzekomymi błonami całkiem normalny nabłonek. Nawet przy sprawie stanowczo dyfterytycznej nabłonek dobrze był zachowany, i tylko pojedyncze komórki, badane w płynach obojętnych, były nieco napeężniałe, o zawartości zarnistej mętnej, pomnożenia jąder nie wykazano; gdziekolwiek spotykano obrazy, które zdawały się wskazywać, że takie same komórki, jakieśmy powyżej opisali w tkance podśluzowej, znajdowały się także i pomiędzy komórkami nabłonkowymi.

Przy błonicy zdarzają się także i wynaczynienia, a to albo krwi *in toto*, albo tylko wychodzą pojedyncze czerwone krwi ciała.

Badając rozplątane masy nie znajdujemy nic szczególnego; w wydzielinie oskrzeli oprócz zwykłego składnika gęstopłynnej ropy widzieć można liczne komórki nabłonkowe, nie zmienione

W rozkładających się masach wysięku często także znajdujemy jeszcze grzybki (*penicillum crustaceum*), te jednak stanowią przypadkową część i z właściwą istotą choroby w żadnym nie pozostają związku.

Przy każdym dłużej nieco trwającym procesie, przy którym przystęp powietrza do płuc jest utrudniony — bez względu na to, czy przeszkoda mieści się u góry w krtani, czy też niżej, w oskrzelach np. po dokonanej tracheotomii — płuca stale są także zmienione. Są one rozdęte mianowicie na brzegach, tak iż np. tępość serca znika prawie całkiem, to samo ma miejsce i od tyłu.

Pojedyncze pęcherzyki płucne łatwo pękają i wtedy znajdujemy odymkę podopłucną (*emphysema subpleurale*); opłucna bywa pokryta drobnymi (wielkości łepka od szpilki) i licznymi podbiegnięciami (*suffusiones*). Jeżeli wiele pęcherzyków pęka, to powietrze nachodzi do tkanki łącznej otaczającej grasicę i począwszy ztąd może się szerzyć po szyi i klatce piersiowej, jako odymka podskórna (*emphysema subcutaneum*).

Rozciąwszy płuca, na przekroju znajdujemy krupowe czopki wyglądające z przeciętych oskrzeli, a nadto dolne płaty obficie są zapatrzone w krew, w stanie obrzęku; rozdęte miejsca są pozbawione krwi. Spotkać także można miejsca pozbawione powietrza, a to bądź w postaci rozproszonych ognisk, bądź też obszerniejszych ustępów

(*pneumonia catarrhalis*). Ogniska takie jednakowo często się spotykają w rozmaitych częściach płuc, wierzchołki tych ostatnich również nie stanowią wyjątku.

Zapalenie opłucnej z miernym wysiękiem wyjątkowo tylko bywa spotykane.

Pozostałe narzędzia ciała nie przedstawiają żadnych szczególnych zmian i tylko odosobnione oraz skupione gruczolki w kiszkach są nieco obrzmiałe. Nie możemy rozstrzygnąć, czy objaw ten pozostaje w związku ze sprawą krupową; zresztą jeszcze raz przypominamy, iż zwykle mamy tu do czynienia z dziećmi skądinąd zdrowymi, dobrze odżywionymi i zmarłymi po krótkotrwałej chorobie.

Na krup krtani dziecko nigdy nie zapada nagle: zawsze zaś wybuch choroby poprzedzony bywa przez zjawiska zwiastunne trwające niekiedy bardzo długo. Zwiastuny te ważne są nie tylko pod względem dyagnostycznym lecz także i prognostycznym.

Zjawiska zwiastunne prawie zawsze pozostają te same bez względu na to, czy błonica gardzieli rozszerzy się na krtań, czy krup pierwotnie w krtani umiejscowiony rozpościera się na tchawicę i t. d., czy wreszcie od razu zjawia się *laryngitis i bronchitis crouposa*. Jednakże długotrwały nieżyt oskrzelowy, do którego naraz przyłączają się zjawiska krupu krtani, zawsze wskazuje iż już od początku istniało i w oskrzelach zapalenie krupowe.

Z pomiędzy form wyżej wspomnianych *laryngitis et bronchitis crouposa* jest najczęstszą postacią, za nią idzie *laryngitis et tracheitis crouposa*, najrzadziej zaś zdarza się wypadek wspomniany na początku.

Zresztą niepodobna przeprowadzić ścisłej granicy pomiędzy temi formami, przechodzą one bowiem jedna w drugą.

Zwiastuny trwają przez czas rozmaicie długi, niekiedy tylko kilka dni, czasami znowu dni 10—14. Przeważnie występują tu zjawiska kataralne: katar nosa, nieżyt oskrzeli, język zlekka obłożony, od czasu do czasu lekki dreszcz, niespokojny sen skutkiem gorączki zjawiającej się wieczorami. Rzecz godna uwagi, że krtań stale przytem pozostaje wolną od nieżyty i prawie nigdy się nie zdarza, aby z czystego nieżyty krtani wywiązał się krup krtaniowy.

Dla tego każdy lekarz, który niechce być niespodzianie zaskoczony przez nagle występujące nieprzyjemne objawy ze strony krtani, winien przy wszelkich tego rodzaju dłużej nieco trwających kataralnych objawach codziennie dokładnie obejrzeć paszczę, często bo-

wiem na migdałach dają się zaraz spostrzedz pierwsze złogi krupowego wysięku.

Objawy występujące na początku i w dalszym ciągu sprawy wysiękania, idą nieprzerwanym szeregiem, przyczem jeden wywiązuje się z drugiego. Jednakże dla ułatwienia poglądu na ogólny obraz choroby, dogodnie będzie podzielić objawy na trzy okresy: okres wysiękania, okres zwiężenia i okres duszenia i sinicy.

Wraz z rozpoczynającym się wysiękaniem — wszystko jedno, czy takowe przechodzi z gardzieli na krtań, czy też pierwotnie powstaje w téj ostatniej — zmienia się przedewszystkiem g ł o s i t o n k a s z l u. Oba te objawy jakkolwiek same z siebie nie charakterystyczne dla krupu, nie mniej jednak wielkie mają znaczenie dla rozpoznania. Głos traci swą dźwięczność, staje się ochrypły, a przy dłuższem trwaniu sprawy dzieci już wcale nie próbują krzyczyć, lecz tylko poruszają wargami chcąc pewne wyrazy wymówić. Z początku dziecko może się jeszcze wysilić na wydanie wysokiego fistułowego tonu, co mianowicie wtedy przychodzi do skutku, gdy wolne jeszcze brzegi strun głosowych zostają wprawione w drganie. Nieraz głos wtedy dopiero powraca, gdy ostry okres oddawna już przeminął i po kilku tygodniach trwania zakończył się wyzdrowieniem.

W podobnyż sposób zmienia się i k a s z e l. Staje się on gruby, szczekający, pozbawiony tonu i dźwięczności, i przy znacznie rozpostartym wysięku znika całkiem w okresie duszenia (*stad. asphycticum*), gdyż najprzód z powodu zatrucia kwasem węglanym pobudzenie do kaszlu przyjąć nie może do skutku, a powtórne, ponieważ błona śluzowa pokryta jest grubą warstwą wysięku. Kaszel jest następstwem nie tyle wysięku błoniastego, co raczej płynnej wydzieliny z oskrzeli i oddzielonych już błon rzekomych. Przed każdym kaszlnięciem następuje najprzód głośny, dający się słyszeć wdech, poczem następuje przestanek i dopiero wtedy zjawia się t. zw. krupowe kaszlnięcie.

Kaszlowi temu nadawano rozmaite nazwy: kaszel szczekający, kaszel ośli, kaszel owczy i t. d. Jednakże z samego tylko kaszlu rozpoznania nie można postawić, albowiem taki sam kaszel zdarza się w wielu przewlekłych chorobach mianowicie u dzieci starszych. Zresztą im częstszym jest kaszel, tem pomyślniejszym jestto znakiem, mianowicie gdy kaszel taki zjawia się i w późniejszych okresach. To samo *quoad prognosim* można powiedzieć o kaszlu po dokonanej tracheotomii.

Oprócz zmiany głosu i kaszlu, ważną jest także zmiana zachodząca w oddechu.

Wdech staje się głośnie, gruby, słyszalny i szmer towarzyszący mu przypomina dmuchanie w rurkę metaliczną.

Z początku gdy jeszcze niema znacznej przeszkody w krtani, wdech bywa przedłużony, powolny, przedłużając bowiem czyli zwalnając wdechy i wydechy organizm stara się pokonać ową nieznaczna przeszkodę, jaka na początku w drogach oddechowych istnieje. Trwa to jednak nie długo, mianowicie tylko do wystąpienia właściwego zwężenia: wtedy oddech ze zwolnionego staje się najprzód miernie przyspieszonym

Po opisanym dopiero co wdechu nie zaraz następuje wydech lecz wstawia się pomiędzy nie wolny przestanek, skutkiem tego, że przepona i inne mięśnie wdechowe pozostają przez pewien czas w położeniu jak przy najgłębszym wdechu.

Wydech powstaje w tenże sam sposób co i wdech: jest on gruby, głośno daje się słyszeć i ma dźwięk metaliczny; własności te szczególniej wyraźnie występują, gdy w drogach oddechowych niema płynnej wydzieliny. Typ ten, z wyjątkiem przyspieszania oddechu i wzmagającej się duszności, utrzymuje się aż do okresu duszenia.

Odgraniczenie wdechu i wydechu przez wolny przestanek, równa długość obu momentów (wdechu i wydechu), obok wspomnianych już innych właściwości, z tego względu stanowią znak bardzo ważny, iż podobnego zachowania się oddechu nie spotykamy przy żadnej innej zapalnej chorobie dróg oddechowych i mięszu płucnego. Tak przy pneumonii, zapal. opłucnej, przy *bronchitis capillarlis*, koklusz, jak i przy stanach kurczowych krtani typ oddechu jest całkiem odmienny, jak to później zobaczymy. Oddech krupowy okazuje tylko pewne podobieństwa do typu oddechowego, jaki występuje przy *bronchitis* połączonej z rozrostem gruczołów oskrzelowych i następczym uciskiem większych oskrzeli, wszakże pozostałe objawy chronią od pomieszczenia.

Objawom wysiękania towarzyszy ciągle gorączka, która dosięgać może rozmaitego stopnia. Z 37,5°C. ciepłota podskakuje na 38—39° i wyżej. Bywają jednak wypadki, w których ciepłota wcale nie dosięga znacznej wysokości. Ponieważ przebieg gorączki okazuje pewne własności typowe, przeto poniżej uwidoczniemy go szematycznie wraz z oddechaniem.

Zjawiska wysiękania trwają przez pewien czas, t. j. w czasie tym główne objawami są: gorączka, zmiana głosu, kaszlu, utru



dniony oddech, wdechy i wydechy głośne i oddzielone od siebie; w niektórych razach daje się też wykazać obecność wysięku w gardzieli. Zjawiska te zanim ustąpią miejsca objawom zwężenia, trwać mogą nawet dłużej niż 24, a nawet 36 godzin. Okres zwężenia (*stad stenoseos*) właściwie nie da się oddzielić ostro od okresu wysiękania, gdyż wysiękanie trwa jeszcze i w tym okresie; odróżniamy ten okres tylko dla tego, że teraz objawy zwężenia występują na pierwszy plan.

Zwężenie krtani spowodowane wysiękiem krupowym, niczem się nie różni od zwężenia powstałego skutkiem jakiegokolwiek innej przyczyny, jak np. skutkiem blizny po syfilitycznym owrzodzeniu. Dla tego z samej li tylko obecności zwężenia nie można jeszcze wnosić o istnieniu w danym razie krupu, gdy brak pozostałych objawów; tak np. obecność ciała obcego i przyłączający się doń obrzęk głośni spowodować może takie same objawy.

Mięśnie oddechowe usiłują przezwyciężyć przeszkodę, jaką napotyka powietrze przedostające się do krtani, a ponieważ to się nie udaje, przeto na miejscach najbardziej podatnych występują zjawiska aspiracyi klatki piersiowej (*Aspiration d. Thorax*). Rozpatrując klatkę trzyletniego dziecka chorego na krup, spostrzegamy, że przy każdym wdechu dołek żołądkowy, oba doły nadobojczykowe i wcięcie nadmostkowe (*jugulum*) zakłesają; to samo ma miejsce i na obu bokach klatki, które mianowicie u dzieci młodszych 1—1½ roku mających, przy każdym wdechu zostają wciągnięte—dziecko robi bokami (*Flankenbewegung d. Thorax*). Charakterystycznym jednak dla zwężenia krtani objawem są zjawiska aspiracyi, występujące w obu otworach klatki piersiowej, bo np. przy znacznem uciśnięciu oskrzeli przez rozrosłe gruczoły oskrzelowe i przy wzmożonem wydzielaniu z błony śluzowej oskrzeli—nieraz można spostrzegać zapadanie się dołka żołądkowego przy wdechu, zwłaszcza zaś często robienie bokami, gdy tymczasem ani we wcięciu nadmostkowym, ani w obu dołach nadobojczykowych zakłesania takiego nie spostrzegamy.

Nawet gdy do wspomnianych poprzednio objawów—z wyjątkiem kępek krupowych w gardle—przyłączą się objawy zwężenia krtani, nawet wtedy nie można jeszcze postawić pewnej dyagnozy na krup krtaniowy; silny bowiem nieżyt krtani wywołać może takie same objawy. Gdy jednak zwężenie zamiast (jak to ma miejsce przy niezycie krtaniowym) się zmniejszy lub zniknąć po upływie pierwszych 24 godzin, trwa dalej, wzmaga się, przerywane od czasu do czasu nagle się zjawiającemi napadami silnej duszności, gdy po 6—8—12 godzinach następstwa zwężenia odbijają się w krążeniu ogół-

nem, wtedy (pominąwszy już zjawiska gorączki) nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia z dławcem.

Zwężenie krtani, resp. spowodowane niem objawy na klatce piersiowej trwają, z rozmaitem natężeniem, przez czas dość długi (1—2 dni).

Wszystkie podane tu na oznaczenie czasu liczby mają tylko przybliżoną wartość, w pojedynczych bowiem wypadkach ulegają one znacznym wahaniom.

W miarę jak się choroba przybliża do okresu duszenia (*stad. asphicticum*), objawy zwężenia stopniowo ustają: skutkiem wzrastającego wciąż zatrucia krwi kwasem węglanym, potrzeba oddechania a razem z nią zwykle i siły mięśni upadają, a skutkiem tego dziecko nie czyni już wysiłen w celu przezwyciężenia oporu w krtani.

Pominąwszy cierpienie miejscowe, stopień objawów zwężenia zależy od siły mięśni dziecka. Jeżeli takowe jest skądinąd zdrowe i silne, jeżeli ze strony gorączki nie istnieją objawy ogólnego zakażenia krwi (charakter dyfterytyczny), wówczas pacjent całą swoją energię kieruje ku przezwyciężeniu przeszkody usadowionej w krtani. Dziecko ześrodkowuje całą swoją uwagę na czynności oddechowej. Unika nie tylko wszelkiego ruchu, któryby mógł upośledzić oddech, ale nadto stara go się o ile można ułatwić przez nadanie odpowiedniego położenia głowie i całemu ciału.

Znajdujemy zwykle takie dzieci siedzącymi na łóżku z rękami trzymającymi się czegoś. Skutkiem tego przyczepy mięśni piersiowych utrzymują stały punkt oporu i mogą być użyte do rozszerzenia klatki. Taką czynność odbywają i mięśnie zębate przednie wielkie (*musc. serrati ant. maj.*). Na dzieciach silnych i niezbyt tłustych często dają się spostrzegać na skórze zygzakowate linie, jakie zwykle występują przy energicznem kurczeniu się pomienionych mięśni. Dalej, charakterystycznem jest ustawienie głowy, które zależy jedynie od usiłowań jakie dziecko czyni w celu utrzymania głosiń otworem. Część szyjowa kręgosłupa jest wyprostowana, przyczem bródka kieruje się nieco ku przodowi. Tym sposobem sztywna i tylko ku tyłowi otwarta (z przodu pokryta wysiękiem) głosińia pozostaje do pewnego stopnia otwartą.

Siła mięśni chorego zależy od jego wieku i stanu odżywiania, od rodzaju i własności gorączki oraz od czasu trwania zwężenia. Im dłużej trwa takowe, témbardziej upada siła mięśniowa dziecka. Słabnie ona nietylko w skutek zmęczenia, ale też najbardziej w skutek samych następstw zwężenia. Samo się przez się rozumie, że wypadek

ten tem łatwiej wystąpi iu młodsze jest dziecko. Podobnie ma to miejsce i wtedy, gdy na krup zapadają dzieci rachityczne, cierpiące na długotrwałe nieżyty oskrzelowe, lub nawet na zrazikowe nacieczenie w płucach.

Zwężenie krtani trwa dalej. Jestto najważniejsza cecha odróżniająca pomiędzy nieżytem a krupem krtani. Właściwie zwężenie trwa aż do śmierci, albo dopóki błony rzekome nie zostaną wykrztuszone. W tym ostatnim razie zjawiska zwężenia ustają, ale powracają na nowo wraz z nowym nasileniem wysięku. Gdy jednak wszystkie następstwa zwężenia się rozwinęły, wówczas zjawiska zwężenia słabną na sile, a w okresie duszenia (*stad. asphycticum*) występuje inny typ oddechania. Zresztą zmiana ta w oddechaniu zależy często od zjawiającej się naraz gwałtownej *bronchitis crouposa*. Czas trwania okresu zwężenia nie da się dokładnie określić. W niektórych wypadkach wystarcza już 24 godzin do sprowadzenia okresu asfitycznego, w innych razach okres drugi trwa 36—48 godzin i więcej. Wybitne jednak, przez krup spowodowane zwężenie nie trwa nigdy dłużej nad 3 dni, przyczem albo jeszcze przed upływem tego czasu następuje śmierć w okresie asfiksji, albo błony rzekome się oddzielają i przestają całkiem się odtwarzać.

Tym sposobem zjawiska zwężenia trwają bez przerwy, ale nie wciąż w jednakowej sile. Albo śluz zostaje wykrztuszony, albo błony rzekome i strzępki oddzielają się, przyczem powietrze znowu może wnikać do krtani. Jednakże polepszenie to nie trwa zbyt długo, wkrótce bowiem wraz z wysięknięciem nowej błony rzekomej, występują znowu te same objawy. Zwężenie nie tylko od czasu do czasu słabnie, a to bądź samo przez się, bądź skutkiem wdania się lekarskiego (np. po zadaniu środka wymiotnego, po katetyzacji krtani), ale po pewnym czasie jednostajnego trwania, nagle wzmaga się aż do najwyższego stopnia, aż do zupełnej asfiksji, czyli innemi słowy naraz bez żadnej widocznej przyczyny zewnętrznej zjawia się napad duszenia. Przyczyna tego rodzaju napadów dotąd jest przedmiotem sporów. Jedni widzą w nich skutek nagle występującego kurczu mięśni krtani zwężających, podczas gdy inni przypuszczają porażenie głośni. Na korzyść ostatniego zdania przemawiają nie tylko zmiany w mięśniach krtaniowych znajdowane przy sekcji, w wypadkach silnego wysięku krupowego, ale nadto stwierdzony w nowszych czasach proces zapalny w pojedynczych mięśniach poprzecznie prążkowanych przy błonicy. Z drugiej za to strony przeciwko porażeniu muskulatury mówi ta okoliczność, że napady duszenia się występują

nagle i potem znowu znikają. Gdyby porażenie stanowiło rzeczywiście ich przyczynę, to musiałyby one trwać ciągle, ciągle bowiem istnieją te same warunki: zwężenie, utrudnienie oddechu i porażenie. Łatwiej ta sprawa daje się wytłumaczyć gdy ją sprowadzimy na grunt czysto mechaniczny. Coś podobnego spostrzegać można przy inhalacjach z przyrządu Richardson'a. Jak tylko nieco większa kropla wpadnie do krtani, natychmiast występują owe objawy duszenia się. To samo ma miejsce, gdy katetyzacja krtani, o której jeszcze poniżej będzie mowa, nie zupełnie się udaje. Bardzo więc jest prawdopodobnem, że owe charakterystyczne napady duszenia się powstają skutkiem tego, iż kropla śluzu, albo strzępek błony rzekomej odrywa się i zatyka ten mały otwór w krtani, jaki jeszcze aż do tąd skąpa ilość powietrza przepuszczał.

Bądź— jak bądź, wystąpienie pomienionych napadów wskazuje zawsze, że właściwy okres asfiktyczny nie długo na siebie każe czekać. Ale napady takie już i same przez się są niebezpieczne, gdyż zjawiając się podczas snu lub gdy dziecko leży, spowodzić mogą kompletne uduszenie. Nagle zjawia się sinica twarzy, wdech staje się całkiem niemożliwym, dziecko podskakuje na łóżku, chwytając rączkami ten lub ów przedmiot, twarz jego wyraża najwyższy stopień trwogi, łapie się niekiedy za krtani, jakby usiłowało ztamtąd usunąć zaporę. Napad taki trwa 5—6 sekund—dla osób otaczających czas nieskończenie długi—powoli znowu następuje wdech, jakkolwiek niedostateczny, sinica zmniejsza się i zwężenie powraca znowu do dawnego stanu. Napady takie powtarzają się, występując zwłaszcza wskutek wzruszenia; przebieg ich bywa tego rodzaju, że pomiędzy pierwszym a drugim wstawia się znacznie długi przestanek (5—6 godzin), następne napady zjawiają się w coraz krótszych odstępach czasu, aż wreszcie tak szybko następują jeden po drugim, że bezpośrednio przechodzą w okres asfiksyi. Im częściej zjawiają się napady—nierazko 2—3 szybko występują po sobie—tem bardziej cierpi na tém siła mięśniowa, tém bardziej wzmagają się sinica. Dokładne ich obserwowanie już z tego względu zasługuje na największą uwagę, że podług nich głównie postępowanie terapeutyczne się kieruje. Im szybciej napady duszenia następują po sobie, im bardziej słabnie siła mięśniowa dziecka, tém prędzej pomyśleć należy o wdaniu się operacyjnem. Bezpośrednio do dopiero co opisanych napadów i do dłuższego czasu trwającego zwężenia w krtani przyłączają się następstwa tegoż: sinica i zatrucie krwi kwasem węglanym.

Wraz ze wzmożeniem się tych objawów rozpoczyna się trzeci, ostatni okres—o k r e s a s f i k s y i. Zanim przystąpimy do jego opisania, musimy jeszcze kilka słów poświęcić pewnym objawom—jakkolwiek te są obecne także w okresie asfiktycznym—ważne są one bowiem dla postawienia dyagnozy.

Objawami temi są: ból krtani zjawiający się za dotknięciem, gorączka i zachowanie się oddechu, wreszcie wspomnieć także wypada o zjawiskach auskultacyi i perkussyi w płucach. Mówią, że krtani jest bolesną za dotknięciem, że dziecko często chwyta się za nią rękami. Istotnie przy dotykaniu dziecko czyni poruszenia, jakby się chciało uchylić od dotknięcia, ale także ruchy czyni ono i przy wszelkich innych przedsiębranych z nim manipulacyach, każdy bowiem ruch jest mu przykry.

Także i przy auskultacyi krtani, zdaniem niektórych, ma się w niej słyszeć, jakkolwiek niezawsze, szmer charakterystyczny. Wszystko to jednak są objawy podrzędnej wartości.

Ważne zaś znaczenie, a to tak pod względem dyagnostycznym, jak i prognostycznym ma g o r ą c z k a.

Nie łatwo dać wyczerpujący opis gorączki towarzyszącej krupowi, raz dla tego, że sama już natura wysięku w danym wypadku wpływa na ukształtowanie się gorączki, a powtóre i dla tego, że powikłania występujące w przebiegu krupu krtani do tego stopnia zmieniają przebieg gorączki, iż w każdym niemal wypadku inną będzie krzywizna ciepłoty gorączkowej. Tyle tylko da się powiedzieć o gorączce ze stanowiska ogólnego :

1. W wielu wypadkach ma ona taki sam charakter, jak i w innych sprawach zapalnych, jak np. w krupowej pneumonii, w początkowej się pleurytis. Gorączka ma cechy gorączki ciągłej lub prawie takiej (*febris continua, subcontinua*), bez wieczornych nasileń, we dnie jednak występują wyraźne podskoki temperatury. Przytem tętno, jeżeli zwięźenie i asfiksyja nie wywołały jego osłabienia, bywa wielkie, twarde, i pod palcem nieraz się wyczuwa w postaci uderzeń napiętej struny metalicznej. Przy gorączce téj ani przytomność umysłu, ani siła mięśni nie są wcale upośledzone.

2. Zdarzają się takie postacie krupu krtaniowego, przy których istnieje wysoki stopień gorączki, ciepłota dosięga 40° i wyżej, i zaraz od początku występują na widownię zjawiska zatrucia krwi. Tętno

małe, słabe, zaledwie wyczuwalne i nadzwyczaj przyśpieszone, dziecko leży bezwładnie (osłabienie siły mięśniowej), wielka senność i męczliwość. Mogą także wystąpić objawy podrażnienia mózgu (gorączka adynamiczna).

3. Bywają wypadki, w których pomimo że sprawa wysiękania postępuje bez przerwy, gorączka jest żadną albo tylko bardzo nieznaczną; nie bywa to jednak wtedy, gdy sprawa krupowa przed lub po wykonaniu tracheotomii szerzy się na oskrzela. W wypadkach podobnych zawsze istnieją, typ jej zbliża się do typu gorączek towarzyszących rozległej włosowatej *bronchitis*.

4. Każdemu nasileniu sprawy wysiękowej, występującemu tak w miejscu pierwotnie zajętem, jak i w otoczeniu, towarzyszy zawsze wyraźne podniesienie gorączki. Fakt ten najdokładniej daje się stwierdzić po dokonanej tracheotomii.

5. Przy umiejscowionym krupie krtani gorączka ma charakter ciągły (*febris continua*), z dziennymi wahaniami, i osiąga niekiedy wysokości  $40^{\circ}$ , często atoli pozostaje mierną nie przekraczając  $38^{\circ}$ . Trwa dopóty, dopóki trwa wysiękanie i spada szybko, jak skoro błony rzekomo zaczynają się ostatecznie oddzielać. Jeżeli ciepłota znowu się potem szybko podnosi, to zwiastuje to nowe nasilenie, a to bądź w krtani, bądź poniżej, w tchawicy lub oskrzelach.

6. W wypadkach gdzie sprawa krupowa od początku szerzy się na całą błonę śluzową przyrzędu oddechowego, gorączka miewa przebieg nieregularny, w ogóle jednak osiąga zwykle wyższego stopnia niż w wypadku poprzedzającym. W razie przyłączenia się nacieków kataralnych przybiera znany pneumoniczny charakter. Jednakże podobne wypadki nie trwają tak długo, aby typ ich miał czas wyraźnie się zarysować.

7. Jeżeli wypadek kończy się wyzdrowieniem, a to bądź po tracheotomii, bądź bez niej, to często pozostaje jeszcze potem mierna gorączka która wtedy ma charakter tej gorączki, jaka towarzyszy oierpieniom zapalnym. Trwa to zwykle dopóty, dopóki nie ustanie wydzielanie błony śluzowej.

Powyższe jednak twierdzenia liczne przedstawiają wyjątki, pojedyncze epidemie przebiegają często w sposób całkiem odmienny.

Pod względem prognostycznym panuje zdanie, że silna gorączka, a mianowicie znaczne, szybko się zjawiające nasilenia zwiastują zawsze zejście niepomysłne, nie mniej jednak i wypadki, którym wca-

le nie towarzyszy gorączka lub towarzyszy bardzo nieznaczna, nieraz mają przebieg bardzo niepomyślny. Pomyślnym tylko jest znakiem, gdy po szczycie zjawisk asfiktycznych, resp. po dokonanej tracheotomii występuje tylko nieznaczne podwyższenie temperatury, lub wcale nie następuje. Prawie absolutnie śmiertelne rokowanie dają te wypadki, w których zjawiska zatrucia krwi występują na pierwszy plan.

Celem ułatwienia ogólnego poglądu na tak zawiły przebieg gorączki dołączamy poniżej szematyczne przedstawienie jej przebiegu. Na tablicy wykreślone są dwie linie: jedna nieprzerwana A, i druga kropkowana B. Pierwsza z nich wyraża w przybliżeniu przebieg gorączki przy krupie ograniczonym do krtani i górnej części tchawicy, druga zaś przedstawia przebieg gorączki przy *laryngitis i bronchitis crouposa*. Ponieważ idzie tu tylko o obraz szematyczny, przeto przypuszcza się, że tracheotomia wykonaną została w okresie asfiktycznym. Podług tego uskuteczniiono podział tablicy.

Gorączka rozpoczyna się już w okresie zwiastusów i wraz z wystąpieniem wysiękania wznosi się dość znacznie, zwykle o  $1-1.5^{\circ}$  C.

Podczas wysiękania, które trwać może 24—36 godzin, gorączka pozostaje stałą, czyni tylko niektóre niestałe wahania. W czasie przejścia okresu wysiękowego w okres zwężenia ciepłota zwykle znowu się podnosi, jednakże w stopniu nie wysokim, o  $0.5-1^{\circ}$  C., poczem znowu pozostaje stałe na tej samej wysokości, zazwyczaj jednak przed wystąpieniem zupełnej asfiksyi upada znowu, wtedy bowiem zwykł następować przestanek w sprawie wysiękania. Spadek ten ciepłoty w okresie zwężenia nie zawsze jest stały i nie zdarza się w razie gdy w drogach oddechowych istnieje, chociaż nieznaczny niezbyt. Spostrzegamy go tylko w wypadkach całkiem czystych, ograniczonych do samej tylko krtani.

Ponieważ zwykle przed wystąpieniem asfiksyi przychodzi do skutku nowe nasilenie wysiękania, przeto temperatura znowu się podnosi blisko o  $0.5-1^{\circ}$  C. i przez cały okres asfiksyi pozostaje na tej wysokości. Jeżeli wtedy nie będzie wykonane sztuczne otworzenie dróg oddechowych, to rozumie się, z nadejściem konania ciepłota spada szybko <sup>1)</sup>).

---

<sup>1)</sup> I tak zwane pośmiertne podniesienia ciepłoty, podczas gdy się rozpoczyna stężenie mięśni, także się daje spostrzegać, lecz, rozumie się, nie stanowi zjawiska charakterystycznego dla sprawy krupowej.

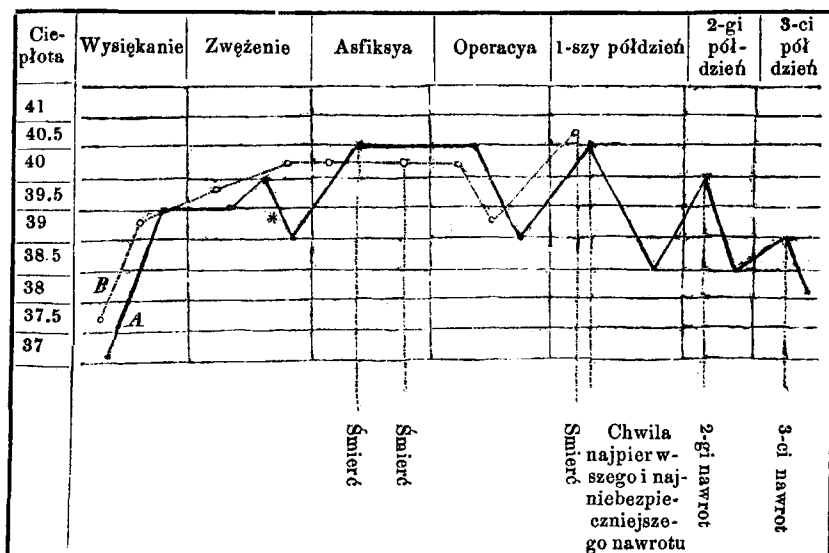
Gdy zaś tracheotomia zostanie wykonaną i to w chwili, gdy się jeszcze konanie nie rozpoczęło, a więc gdy jeszcze mięśnie nie utraciły swęj siły, wówczas znajdziemy, że krzywizna temperatury, pozostająca przez okres asfiktyczny na jednéj i téj samęj wysokości, po operacyi obniża się dość znacznie, bo o 1—1.5° C.

Spadek ciepłoty po operacyi jest znakiem dobrym, a jeszcze pomyslniejszym znakiem jest spadek liczby oddechów, jak to jeszcze poniżej zobaczymy. Częstość oddechu w ciągu 1—4 godzin pozostaje stale jednakową. Chcąc w należyty sposób ocenić wzwyżki temperatury występujące po operacyi, dobrze jest czas po tracheotomii podzielić na pół-dnie, albowiem nasilenia mają miejsce dokładnie w ciągu następnych okresów dwunastogodzinnych. Jeżeli np. tracheotomia została wykonaną w południe, to obok innych mających się jeszcze poniżej opisać objawów temperatura się zaczyna podnosić około godziny 6 éj—7-éj i podniesienie to trwa do północy. Jeżeli dziecko nie umrze skutkiem nasilenia w pierwszym okresie dwunastogodzinnym, to ciepłota opada na nowo, i w następnym dwunastogodzinnym okresie przedstawia ten sam szereg zjawisk. To samo ma miejsce i w następnych okresach. Spadek ciepłoty przed nowemi nasileniami wtedy tylko ulega znacznej zmianie, gdy naraz wystąpi nieżytowe nacieczenie płuc, albo rozległe zapalenie oskrzeli, kataralne lub krupowe.

Jeżeli zaraz od początku lub wkrótce po zjawieniu się krupu krtani przyłącza się *bronchitis crouposa*, to krzywizna temperatury zmienia się o tyle, że przybiera charakter bronchityczny, t. j. im większego natężenia dosięga proces, témbardziej wznosi się ciepłota i to stale, aż do okresu asfiktycznego; w ciągu dnia dają się spostrzedz nieznaczne wahania, wieczornych zaś nasileń gorączki brak. Jeżeli w wypadku takim, gdy objawy zwiężenia wystąpią na pierwszy plan, przystąpimy do tracheotomii, to ciepłota zwykle nieco opada nie tak jednak znacznie jak w pierwszym wypadku. A także wcześniej poczyna ona się wznosić i dosięga niekiedy wyższego stopnia, w porównaniu z tym, na jakim zostawała poprzednio w okresie asfiktycznym.



# I. Obraz szematyczny gorączki przy krupowym zapaleniu krtani i oskrzeli.



Linia *A* wyraża krzywiznę ciepłoty przy krupie bardziej umiejscowionym, linia *B* przy krupowym zapaleniu krtani i oskrzeli.

\* Spadek ciepłoty (linia *A*) w okresie zwężenia spotyka się bardzo rzadko, w wypadkach krupu do samej tylko krtani ograniczonego. W przeciwnym razie krzywizna nieprzerwanie się wznosi aż do okresu asfiktycznego.

Wahania dzienne w tablicy nie są wyrażone.

Tablica ta służy tylko do łatwiejszego zorientowania się w zawiłym nieco przebiegu gorączki, co niekiedy bywa tém trudniejsza, ile że nieraz wszystkie trzy okresy przebiegają w ciągu 12—24 godzin.

Zarówno powyższa jak i następująca tablica jest tylko szematem, mieści bowiem w sobie tylko przeciętne wielkości wzięte z licznych dokonanych na chorych pomiarów.

Podobnie zachowuje się i oddech. O niektórych objawach oddechowych była już mowa na innym miejscu; wspomnieliśmy o głośnych wddechach i wydechach, niby z rury metalicznej wychodzących i rozdzielonych przestankiem. Tutaj zastanowimy się tylko nad częstotnością oddechów w pojedyńczych okresach.

I tutaj w pewnych punktach można oddzielić krup umiejscowiony od krupowego zapalenia krtani i oskrzeli, a nawet zachowanie się

oddechu jest pod tym względem bardziej charakterystyczne niż oiepłoty.

Liczby i tutaj mają tylko wartość przybliżoną; mają znaczenie nie absolutne lecz tylko względne t. j. ważną jest tylko różnica pomiędzy nimi a normalnym oddechem, który się zresztą w dość szerokich granicach waha.

Przy krupie umiejscowionym oddechanie z początku bywa normalne (jeżeli nie jest przyspieszone w skutek wysokiej gorączki), t. j. częstość oddechów nie jest pomnożoną. W miarę jak wysiękanie się wzmacnia, częstość oddechów pomnaża się o 10—12 oddechów nad normę.

Jak w gorączce, tak i tu w okresie zwężenia (z początku) następuje pomniejszenie częstości.

Spostrzega się to tylko przy krupie umiejscowionym i u dzieci silnych, i zależy wprost od tego, że pomniejszoną ilość wdychanego powietrza silne dziecko usiłuje wynagrodzić pomnożoną głębokością wdechów.

W pojedynczych wybitnych wypadkach liczba oddechów spada na 10—12 w ciągu minuty.

Ale zwolnienie to trwa tylko przez parę godzin, a przy rozległej sprawie miejscowej brakuje całkiem. W krótko też warunki sprawy umiejscowionej ulegają zmianie i liczba oddechów wzrasta zwykle bez przerwy aż do okresu asfiksji. Jeżeli w okresach tych występują wspomniane napady duszenia, to po każdym z nich liczba oddechów nieco spada (w szemacie  $\beta$  oznaczone dwukrotnym podniesieniem i obniżeniem krzywizny). Potem krzywizna się wznosi. Jeżeli operacja nie będzie przedsięwzięta, to liczba oddechów w okresie konania wzrasta do 60—80, a nawet często oddechy nie dają się zliczyć i stają się powierzchownymi.

Gdy zaś w tym czasie wykonana zostanie tracheotomia, to liczba oddechów spada coraz niżej. Im bardziej zniża się oddychanie, t. j. im bardziej się zbliża do normy, z tem większą pewnością twierdzić można, że oskrzela pozostały wolne od wysięku.

Przez pewien czas oddychanie pozostaje na téj wysokości i zwolna częstość jego znowu poczyna się zwiększać. Im śpieszniejszym staje się ono, im znaczniejszą jest przytém gorączka, tém znaczniejszym i rozleglejszym jest nasilenie wysiękania. Im mniejszym zaś jest wzmożenie obu czynników powyższych, tém pomyślniejszym jest rokowanie.

Jeżeli nawrot będzie znaczny, to zwykle już po upływie pierwszych 12 godzin następuje śmierć. Jeżeli dziecko przetrzyma pierwszy nawrot to częstość oddechu i gorączka spadają znów znacznie, a to tém bardziej im dokładniejszym było wykrztuszenie. W ciągu następnych 12 godzin zjawia się drugi nawrot z tym samym szeregiem zjawisk co i pierwszy. Jeżeli ten, albo już pierwszy nawrot był znaczny, i rozpościerał się aż do najcieńszych oskrzeli, to oddech staje się bardzo śpiesznym: 50—60.

Jeżeli mamy do czynienia z krupowém zapaleniem krtani i oskrzeli, to częstość oddechania stale się wzmacnia—równie jak gorączka—począwszy od okresu wysiękania aż do okresu zwężenia i asfiktycznego.

Wypada tu nadmienić, że w wypadku podobnym zjawiska zwężenia ustępują często na drugi plan przed objawami sinicy i duszności. Jeżeli w wypadku takim będzie wykonana tracheotomia, to częstość oddechów się zniża, jakkolwiek nie w tak znacznym stopniu jak to ma miejsce przy umiejscowionym krupie saméj tylko krtani.

Przyczyna przyśpieszenia w wypadku podobnym nie leży w zwężeniu krtani, lecz mieści się ona głębiej bo w oskrzelach. Częstość szybko znowu się wzmacnia (60—80), szczególnie w ciągu następnych nawrotów, podczas których dzieci zwykle umierają.

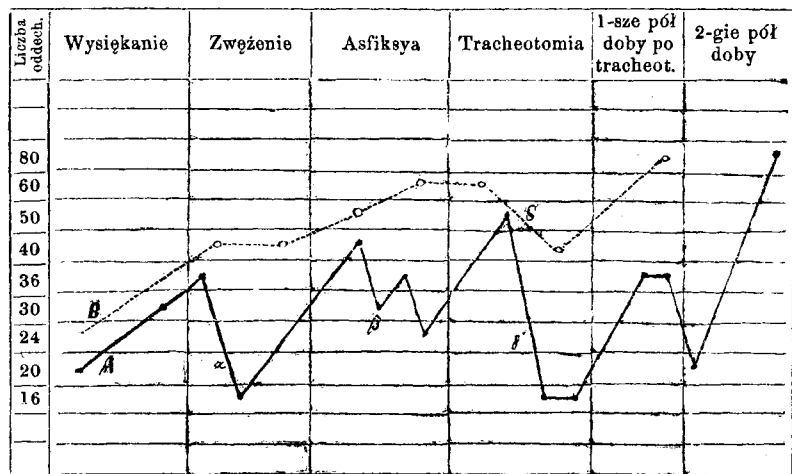
Nadmienić nadto wypada, że oddechy należy rachować przez ciąg całej minuty i to w takiej chwili gdy dziecko nie jest dotknięte żadném wzruszeniem: w tym ostatnim bowiem wypadku częstość oddechów bywa chwilowo znacznie większa.

Tym sposobem przebieg gorączki okazuje pewne podobieństwo do oddechania, jak to wskazują obie nasze tablice szematyczne. Jednakże dla rozpoznania i rokowania, jak to poniżej zobaczymy, zachowanie się oddechu większe ma znaczenie niż zachowanie się gorączki, która w pewnych razach zgoła może brakować.

Rozpatrzywszy zachowanie się oddechu i gorączki w wyżej opisanych okresach, przestaje nam jeszcze zastanowić się nad wynikami auskultacyi i perkussyi. Perkussya daje całkiem prawie ujemne wyniki. Na obu stronach dźwięk perkussyjny jest jednakowy, jasny i pełny i tylko przy dłużéj trwającém zwężeniu zdarza się, iż przednia granica płuc posuwa się ku linii środkowéj, resp. do serca. (Rozdęcie brzegów płuc).

Rozległe tylko nacieczenia kataralne, rozpościerające się po całym zrazie sprowadzają stłumienie, które można stwierdzić perkusyą

## II. Schematyczny obraz oddechania przy krupowym zapaleniu krtani i oskrzeli.



Linia A oznacza przebieg krupu bardziej umiejscowionego.

α) Spadek częstości oddechania podczas okr. zwężenia zdarza się w nielicznych wypadkach krupu krtaniowego.

β) Wahańia w okresie asfiktycznym odnoszą się do uwag podanych na str. 150.

γ) Spadek częstości oddechów po tracheotomii jest znaczny.

Linia B oznacza przebieg krupowego zapalenia krtani i oskrzeli.

δ) Spadek po tracheotomii znacznie jest mniejszy niż w poprzedzającym wypadku.

Wysłuchem wyczuwamy na całej przestrzeni płuc w okresie wysiękania i zwężenia zawsze tylko bardzo głośny szmer powstający w krtani i pokrywający oddech pęcherzykowy.

Jeżeli oprócz tego szmeru krtaniowego dają się nadto słyszeć rżenia, to wskazuje to na obecność obfitego wysięku krupowego w dolnych drogach oddechowych.

Podobnie tylko rozległe nacieki sprowadzić mogą oskrzelowe (bronchialne) wdechy i wydechy. Strzedz się jednak należy, aby u dzieci tracheotomowanych zbyt pośpiesznie nie wnosić o obecności wdechu oskrzelowego: powietrze bowiem wnikające do rurki tracheotomicznej łatwo może taki oddech spowodować.

Wszystkie opisane dotąd objawy zależą od sprawy wysiękania i spowodowanego nim zwężenia. Często już po krótkim trwaniu zja-

wisk zwężenia występują następstwa tegoż. Tym sposobem okres zwężenia przechodzi bezpośrednio w okres asfiksji, jak i w ogóle w krupie krtaniowym jeden objaw zawsze się z drugiego rozwija.

Z początku twarz bywa zarumieniona skutkiem zastojów krwi w naczyniach szyi, odpływ bowiem takowej od klatki piersiowej jest utrudniony, z powodu zmienionych tamże warunków ciśnienia. W dalszym przebiegu, żyły i naczynia włosowate jeszcze bardziej napełniają się krwią żylną, skutkiem czego występuje silna sinica. Nie tylko skóra, lecz i błony śluzowe dotknięte zostają sinicą, tak iż na tych ostatnich przeświecają częstokroć nastrzykane żyłki. Jeżeli zwężenie trwa przez czas dłuższy, to sinica dosięga takiego stopnia, iż obwodowe żyły podskórne rozszerzają się i przeświecają przez skórę w postaci niebieskawych siatek. Żyłne takie siatki szczególnieją dają się spostrzegać na klatce piersiowej. I paznogie podobnie jak błony śluzowe zabarwione są na kolor siny. Zjawiska te wskazują zawsze, że niedostateczność oddechu trwała już przez czas dłuższy.

W końcu dziecko staje się blade, w miarę słabnięcia czynności serca, tętnice coraz bardziej się opróżniają, a żyły wypełniają.

Skutkiem trwającego wciąż zwężenia, arterjalizacja krwi zostaje w znacznym stopniu upośledzona, tak iż kwas węglany nagromadza się we krwi w wielkiej ilości. Wkrótce występują zjawiska zatrucia krwi kwasem węglanym. Siła mięśni słabnie, a wskutek tego i kaszel staje się coraz słabszym. W następstwie osłabienia dziecka i pod wpływem kwasu węglanego na ośrodki nerwowe, objawy zwężenia słabną, oddech staje się bardziej powierzchowny, ale śpieszniejszy, przytomność znika, dziecko leży obojętne na wszystko, skóra przestaje oddziaływać na bodźce zewnętrzne, kończyny zimną, pokrywają się zimnym, lepkiem potem, źrenice zwykle się zwężają *ad minimum*. Stan ten często trwać może przez kilka godzin dopóki wreszcie nie nastąpi śmierć wśród objawów największej niedostateczności oddechu. W rzadkich wypadkach pod koniec życia, występują drgawki (konwulsje). Często śmierć następuje nagle, prawdopodobnie skutkiem zatkania pozostałego otworu głośni strzępką wysięku. Jeżeli jednak następuje wyzdrowienie (bez tracheotomii), to zwykle wszystkie objawy zwężenia i asfiksji nie dosięgają tak wysokiego stopnia, jakimiśmy dopiero co opisali, bo gdy sprawa skłania się ku wyzdrowieniu, wykrztuszanie staje się coraz obfitszem, przez co, rozumie się, następuje przemijająca ulga i zwolnienie objawów. Zwolnienie takie trwa aż do następnego nawrotu wysięku, poczem znowu następuje wykrztuszanie i t. d. W wypadkach takich sprawa krupowa

ustaje zwykle na 6--7my dzień i pozostają tylko objawy nieżytu oskrzelowego.

W pierwszych latach życia, od 1-go do 6-go roku, takie wypadki wyzdrowienia są rzadkie, nieco częstszymi, chociaż zawsze jeszcze dość rzadkimi są one w wieku od lat 7 do 12.

**Rozpoznanie** krupu krtani i oskrzeli wtedy tylko może być postawione, gdy istnieją wszystkie objawy téj choroby. Strzedz się należy wnioskować o obecności sprawy krupowój, z jednego jakiegokolwiek objawu, ostrożność, którą szczególnie mieć trzeba na względzie, decydując się na wykonanie tracheotomii.

Do rozpoznania „krupu krtani i innych dróg oddechowych“ potrzeba przedewszystkiem obecności zjawisk zwiastunnych, nagłe bowiem od początku wystąpienie t. zw. objawów krtaniowych właściwe jest prostemu nieżytowi krtani. Dopiero zmiana głosu, i tonu kaszlu, głośne, słyszalne, grube wdechy i wydechy, oddzielone od siebie wolnym przestankiem, dopiero objawy trwającego wciąż i wymagającego się zwięzienia, przerywanego napadami asfiksji, dopiero te objawy usuwają wszelką wątpliwość, że w danym razie mamy do czynienia z krupem. Przypuszczenie staje się pewnikiem, gdy występują zjawiska sinicy, obok trwającej wciąż gorączki, obok przyspieszonego i trudnego oddechu, i przy braku jakichkolwiek objawów fizykalnych ze strony płuc.

Rozumie się, że wszelkie powątpiewania dyagnostyczne ustają całkiem, od chwili gdy dziecko wykrztusi błony rzekome, lub ich strzępki, z których postaci częstokroć wnosić można o głębokości w jakiej sprawa krupowa ma siedlisko. Pod tym względem ważny również stanowią znak dyagnostyczny opisane już wyżej krupowe (dyfterytyczne) kępki wysięku w paszczy, występujące na początku lub w przebiegu choroby. Gdy takowe istnieją, a jednocześnie występują objawy cierpienia krtani, wtedy nie pozostaje żadnej wątpliwości, że i w krtani sprawa chorobna jest téjże samój natury, co i w gardzieli. W wielu razach nie jesteśmy w stanie zaraz w pierwszych dniach postawić pewne rozpoznanie,—mianowicie gdy paszcza jest niezajęta—w wypadkach podobnych rozstrzyga przebieg. Jeżeli na drugi dzień objawy się wzmagają i t. d., to mówi to na korzyść krupu; gdy zaś objawy te słabną, a wieczorem nasilenie się nie zjawia, wtedy mamy do czynienia z prostym cierpieniem kataralnym.

Zachodzi kwestya, czy jesteśmy w stanie ze zjawisk na żywym

określić z pewnością, czy mamy do czynienia z krupem umiejscowionym, czy też rozprzestrzenionym?

Pod tym względem jedyną bezwzględnie pewną wskazówką jest wykrztuszenie odlewów krupowych, dychotomicznie się rozgałęziających. W braku tego objawu, *bronchitis crouposa* może być rozpoznana z pewnym tylko prawdopodobieństwem. W rozpoznaniu zaś takim kierujemy się własnościami gorączki, oddechu, które już były opisane (patrz tablicę I i II); dalej: zachowaniem się objawów zwężenia do sinicy. Jeżeli sinica jest znaczną, a zwężenie krtani nieznaczne, tak iż wysoki stopień sinicy nie daje się wytłumaczyć samém tylko zwężeniem krtani, wtedy przypuszczać należy, że przeszkoda dla krążenia leży głębiej, w oskrzelach. Jeżeli w wypadku takim istnieje nadto przyspieszenie oddechu i wysoka gorączka ciągła, jeżeli obok tego w płucach dają się słyszeć rżenia, wtedy z wielkim prawdopodobieństwem możemy przyjąć obecność krupowej bronchity. W jaki sposób da się rozpoznać po tracheotomii nawrotne wystąpienie wysięku w oskrzelach dotąd jeszcze wolnych, o tém była już mowa przy opisie szematycznego obrazu przebiegu ciepłoty i oddechania. Najpewniejszym znakiem dyagnostycznym jest zawsze wykrztuszenie błon krupowych, odbywające się bez trudności po założeniu rurki tracheotomicznej.

Wreszcie pod tym względem i na tę jeszcze okoliczność zwrócić musimy uwagę, że krup umiejscowiony, pozostający takim w całym swym przebiegu, w Niemczech należy w ogóle do największych rzadkości, i że w większości spostrzeganych tu wypadków, albo odrazu krup jest t. zw. rozprzestrzeniony, albo się takim staje w dalszym przebiegu.

Aż dotąd opisywaliśmy tylko objawy krupu krtani i oskrzeli u 2 — 4 letniego dziecka, skądinąd zdrowego. Wiek oraz istniejące przedtém choroby modyfikują do pewnego stopnia obraz chorobny. Im starsze jest dziecko, a więc jeżeli ma 10—12—14 lat, im bardziej kształt klatki zbliża się do formy dojrzalej, im szerszą w ogóle stała się krtań, tém bardziej objawy zwężenia takowej ustępują na drugi plan. Ponieważ w okolicach bocznych klatka jest mało podatna, przeto zapadanie się dołka nadżołądkowego mało jest wyraźne, zakłócenie zaś górnego otworu klatki nierównie jest wyraźniejsze. Owego „robienia bokami“ wcale nie spostrzegamy. Dzieci w tym wieku, z powodów łatwo się pojąć dających, łatwiej przebywają zwężenia, już choćby dla tego, że lepiej potrafią wykrztuszać, albo wkrótce się tego wyuczają. Inaczej rzecz się ma u 1—1½ rocznych dzieci rachitycznych. Krup w tym wieku prawie nigdy nie bywa umiej-

scowiony, ale od początku występuje jako sprawa rozpostarta na cały przewód oddechowy. Dalej, i na to jeszcze zwrócić należy uwagę, że krup łatwo tu można pomieścić z inną chorobą, nader częstą w tym wieku, mianowicie z rozrostem gruczołów oskrzelowych, uciśkających większe oskrzela; objawy obu cierpień są bardzo podobne i dłuższa tylko obserwacja może tu rozstrzygnąć dyagnozę.

Jak to później szczegółowo będzie wyłuszczone, klatka rachityczna pod wieloma względami różni się od normalnej. W przebiegu swym od kręgosłupa do mostka, żebra nie mają kształtu łuków, lecz są wyprostowane, a nawet w niektórych wypadkach wypukłość ich zwróconą jest ku ku wewnątrz. Skutkiem tego przedniotylna średnica klatki jest powiększona, mostek bardziej jest oddalony od kręgosłupa niż w stanie normalnym, żebra dolne resp. boki są płaskie (nie wypukłe). Gdy więc przepona energicznie i spiesznie się kurczy, wtedy nie widzimy zapadania się dołka nadżołądkowego, owszem okolica raczej się wypukła, oba bowiem boki klatki piersiowej mocno się wciągają do wewnątrz. Objawy kaszlu, chrypki nie występują na pierwszy plan, również i napady duszenia się nie dosięgają tak wysokiego stopnia, jak w wypadku powyżej opisanym, jakkolwiek podobne dzieci częstokroć cierpią na kurcz krtaniowy i nieraz umierają nań nagle, w razie gdy on wystąpi w przebiegu takiego cierpienia krtani i oskrzeli. Od powyżej wspomnianego rozrostu gruczołów, krup krtani i oskrzeli różni się głównie przebiegiem, pierwszy bowiem jest cierpieniem przewlekłym, a więc zawsze trwał już przez czas dłuższy—przerywany jednak częstymi nasileniami. I tylko takie nasilenie można pomieścić ze sprawą krupową.

Opis powyższy dotyczy krupu pierwotnego. Bywają jednak wypadki zapalenia krupowego, które się przyłączają następnie do tyfusu, a szczególnie do odrzy (*morbilli*).

W krupie pierwotnym zwykle częściej bywa dotknięta krtani. Objawy krupowego zapalenia oskrzeli przy odrze nie łatwe są do wytłumaczenia, albowiem, wyjąwszy wykrztuszanie błon krupowych, całkiem są one podobne do zjawisk zwykłej ciężkiej bronchity. Jeżeli do objawów zapalenia oskrzeli przyłączą się zjawiska krupu krtani i gardzieli, wówczas sprawa wkrótce się wyjaśnia. Dla tego odróżniają krup wstępujący i zstępujący; pojęcia te, jednak nie zupełnie odpowiadają krupowi pierwotnemu i następczemu.

**Przebieg i rokowanie.** Pod względem rokowania nie możemy nic stanowczego wyrzec bez omówienia wskazań do tracheotomii



bardzo bowiem wiele na tém zależy, czy tracheotomia będzie wykonana i kiedy będzie wykonana.

W ogóle powiedzieć można, że im młodsze jest dziecko, tém niepomyślniejszy przebieg. W wieku 1—1½ lat umierają prawie wszystkie dzieci bez wyjątku, a to bez względu czy były tracheotomowane, czy też nie. W wieku od 2—7 lat umiera więcej niż  $\frac{2}{3}$  wszystkich chorych, jak to wypada z zestawienia znacznej liczby wypadków z rozmaitych krajów. Poza tym wiekiem rokowanie staje się nieco pomyślniejsze. W pojedynczych epidemiach stosunek śmiertelności bywa nader zmienny. Błonicza postać choroby ze zjawiskami zakażenia krwi jest najzłośliwszą, tu bowiem żaden prawie wypadek nie kończy się wyzdrowieniem. Jeżeli obok krupu krtani istnieje także krupowe zapalenie oskrzeli, to rokowanie, naturalnie, staje się niepomyślniejszém.

Na choroby następcze umiera stosunkowo niewiele dzieci. Często się zdarza róża przyrzanna, która również ma przebieg niepomyślny.

Po krupie nie zdarzają się przewlekłe nacieki płuc, natomiast spostrzegane bywają wypadki zapalenia opłucnej z miernym wysiękiem ropnym. W wielu razach poza całą sprawą krupową (dyfteryczną) ukrywa się szkarlatyna, której wysypka zjawia się dopiero wtedy, gdy cierpienie krtani i gardzieli trwa już od kilku dni, lub gdy już dosięgło swego szczytu; w wypadkach podobnych zwykle się potem rozwija choroba Brighta. Dalszy przebieg tego rodzaju wypadków, z powodu rozwijającej się wodnej puchliny, jest niepomyślny.

Krup wtórny czyli następczy kończy się zazwyczaj śmiercią i jest niebezpieczny nie tylko sam przez się, ale przeważnie z powodu podstawowej choroby. To samo można powiedzieć o wstępującym krupie przy odrze.

Niezbyt rzadkiem zejściem krupu oskrzelowego jest przejście jego w t. zw. przewlekły krup, t. j. wysiękanie błon krupowych w oskrzelach i krtani trwa dalej przez czas przekraczający zwykłą porę, a jednocześnie brak gorączki i zaburzeń ogólnych. Nie raz jeszcze po upływie całych miesięcy wykrztuszane bywają dychotomnie rozgałęzione krupowe odlewy. Przypadłość tego rodzaju przeszkadza przez czas długi oddalić rurkę tracheotomiczną.

Dotąd nie spostrzegano zwężenia krtani i tchawicy w następstwie zabliźnienia rany tracheotomicznej, chociaż zwężenie takie jest możebne w razie przyłączenia się niepomyślnych powikłań do rany.

Krup raz tylko jeden napada dane indywiduum, nie przenosi się z osoby na osobę, w większych atoli miastach często występuje w postaci epidemij.

**Leczenie** Jasną jest rzeczą, że przy chorobie tak niebezpiecznej i tak szybko przebiegającej, próbowano najrozmaitszych środków. Nie tu jest miejsce rozwodzić się nad wszystkimi metodami terapeutycznymi, niegdyś zalecaniami i znowu potem porzucaniami. Nadmienimy tu tylko, o tych na nieszczęście jeszcze dość często stosowanych, sposobach leczenia, które są stanowczo szkodliwe i jako takie winny być unikane: doliczyć tu należy wszystkie te metody, które pociągają za sobą osłabienie sił dziecka.

Pijawki stosowane na szyi lub na mostek najzupełniej są bezskuteczne, nie są bowiem w stanie przeszkodzić lub zmniejszyć sprawę. W każdym natomiast razie osłabiają siły, które starać się należy wszelkimi środkami podtrzymywać. Unikać więc ich należy podobnie jak i upustu krwi, dziś już rzadko przez kogo używanego. Radzono dawniej przyłożyć wielką wezykatoryę na mostku; ponieważ powstała ztąd rana prędko się pokrywała wysiękiem krupowym, sądzono więc że tą drogą można można odciągnąć sprawę krupową z krtani na miejsce mniej niebezpieczne. Już mówiąc o błonicy wykazaliśmy fałszywość tego wniosku. Rozumie się, że wezykatorye, jako całkiem bezużyteczne, wcale nie zasługują na polecenie. To samo należy powiedzieć o gorczycznikach, synapizmach i t. d. Unikać także należy stosowania środków wymiotnych *coup sur coup*, dziecko bowiem dostaje ciągłych mdłości i znacznie słabnie na siłach. Wprawdzie objawy zwiężenia krtani przy takim leczeniu zmniejszają się, ale to nie dla tego, żeby rzeczywiście zwiężenie ustępowało tylko dla tego, że w skutek następującego osłabienia, dziecko już nie próbuje przewyciężyć istniejącej przeszkody w krtani. Nie chcemy jednak przez to powiedzieć, że środki wymiotne wcale nie powinny być używane; wskazania do ich użycia należy tylko znacznie ograniczyć, gdyż posiadamy nierównie lepsze i pewniejsze środki doprowadzenia powietrza w razie wystąpienia groźnych przypadłości krupowych. Wreszcie nie zasługują również na uwagę wszystkie te sposoby leczenia, których celem jest odciągnięcie na przewód pokarmowy, jak np. wielkie dawki kalomelu.

W leczeniu trzymać się należy następujących zasad:

1. Starać się zachować i podtrzymywać siły dziecka, aby było w stanie przebyć pomyślnie okres zwiężenia krtani.
2. O ile można miarkować sprawę wysiękania.

3. Starać się, aby istniejący wysięk prędko się rozpułynał i został wykrztuszony.

4. Starać się wszelkimi możebnymi środkami dostarczyć dziecku powietrza w miarę wilgotnego i obfitego w tlen, a to nawet przez sztuczne otwarcie dróg oddechowych. (*tracheotomia*).

Wskazaniom powyższym w następujący sposób możemy zadość uczynić.

Przedewszystkiem trzeba oszczędzać siły dziecka, a to przez unikanie wszystkich powyżej wymienionych sposobów postępowania, a gdy zagraża bliżki upadek sił dać należy silny środek pobudzający. Chociaż mamy do czynienia z chorobą gorączkową, nie należy nigdy jednak pozostawiać dziecka bez posilnego pożywienia, pokarmy jednak winny być łatwo strawne. Wspominamy o tém, bo zwykle dzieci nie chcą spożywać pokarmów stałych. Dajemy więc posiekaną wołowinę, jajka na miękko, biszkopt z szodem, herbatę z mlekiem lub koniakiem, przy upadku sił zadajemy mocną czarną kawę z arakiem, polewkę winną, ogrzane wino czerwone i t. d. Szkoda tylko że zbyt często dziecko odrzuca wszelki pokarm. Apetyt znowu powracający zawsze należy uważać za znak pomyślny.

Należy się starać ograniczyć wysiękanie. Na nieszczęście nie zdołano dotąd w tym kierunku zbyt świetnych otrzymać rezultatów. Ale też właśnie dla tego nie należy tu nie opuścić.

Lód stanowi środek wyborny, nie tylko bowiem łagodzi już istniejące przekrwienie błony śluzowej, ale nadto przeszkadza ponownemu jego wystąpieniu. Okłady lodowe na szyję, jeżeli mają odnieść pożądaný skutek, winny być zmieniane co 5 minut. Stosować je należy dopóty, dopóki nie zostanie wykonana tracheotomia, albo też dopóki z dalszego przebiegu choroby wniesć będziemy mogli, że wysiękanie w górnych drogach oddechowych już jest ukończone. I do wewnątrz zadaje się lód, bądź w postaci drobnych ocukrzonych kawałków, bądź też gdy dziecko tego brać nie chce w postaci lodów owocowych t. j. rzeczy, której np. na wsi nie zawsze można dostać. Okłady lodowe i tu jeszcze wpływ wywierają, iż zniżają ogólną ciepłotę ciała.

Staramy się doprowadzić wysięk do rozpułynienia się, przez miejscowe zastosowanie środków, które rozpuszczają błony krupowe, oraz przez zadawanie do wewnątrz takich przetworów którym przypisują działanie roztwarzające śluz i wysięki (*mucum solventia*). Ale zadawanie tych środków właściwe jest tylko w okresie wysiękania, w następujących zaś stadyach, w których dobrowolnie, albo skutkiem lecze-

nia wysięk zaczął już pulchnieć i rozpuszczać się, przystąpić trzeba do zadawania mocnych środków wykrztusnych w połączeniu z pobudzającymi (*analeptica*). Do środków tych należą także środki wymiotne.

Zastosowanie leków na krtani i gardziel odbywa się za pośrednictwem rozmaitego rodzaju wdychań (inhalacyj). Dany lek rozpuszcza się w wodzie i albo wprost przenosi się do krtani za pomocą przyrządu inhalacyjnego *Richardson'a*, albo też przez wdychanie rozpylonych par wodnych (inhalacyjny przyrząd *Siegla*). Inhalacje pierwszego rodzaju używają się na zimno lub tylko jako letnie, podczas gdy w drugim sposobie postępowania zostają wetchnięte gorące pary, w których dany lek jest rozpuszczony. Do inhalacyj zalecano najrozmaitsze, a często nawet najsprzeczniesze leki. Największem wszakże uznaniem cieszą się zawsze przetwory potasu i soda, tudzież woda wapienna i wdychanie rozcieńczonego kwasu mlecznego (40 kropli na 100.0=3 unc. wody). Wychodzą przytém z téj zasady, że jeżeli jeden ze wzmiankowanych środków zdolny jest rozpuścić wykrztuszoną błonkę krupową, to będzie w stanie rozpuścić ją także *in vivo*, t. j. w krtani. Na nieszczęście doświadczenie nie potwierdziło tego domysłu. Z tem wszystkiem inhalacje takie przynajmniej nie są szkodliwe, a nadto tę przedstawiają korzyść że dziecku zostaje dostarczonem w obfitości ciepłe i wilgotne powietrze.

W stężeniu dopieroco wymienioném kwas mleczny oprócz rozpuszczającego, posiada nadto jeszcze działanie zlekka ściągające, które w pewnych processach dyfterytycznych nie jest całkiem bezkorzystne. Wdmuchiwanie kwiatu siarczanego w postaci delikatnego proszku, postępowanie, któremu przypisywano nader korzystne działanie na sprawę krupową i dyfterytyczną, obecnie całkiem już zarzucone zostało.

Tylko w okresie wysiękania można się czegoś od inhalacyi spodziewać, ale tylko na początku choroby; gdy ta postępuje naprzód wówczas trzeba być ostrożnym z użyciem inhalacyj, a to z powodu wzrastającego niepokoju dziecka. Bo najprzód już z tego powodu postępowanie staje się przytrudném, a powtóre—zwłaszcza przy użyciu przyrządu *Richardson'a* — bardzo często następuje pogorszenie duszności. W wypadkach podobnych inhalacje należy przerwać, już choćby z powodu problematycznej wartości takowych.

Do wnętrza zadają się, również na początku, także leki, które posiadają działanie roztwarzające. A więc przedewszystkiem prze-

twory potasu i sodu. Wszystkie one mają prawie jednakowe działanie: *kali chloricum, bicarbonas sodae, salmiak* i t. d.

I bromek potasu w małych dawkach zadaje się z tymże skutkiem co i powyżej wspomniane leki.

Przeciwno gorączce zadaje się, rozumie się, chinina i to w dużych dawkach. Zadajemy ją w krótkich przestankach, koło wieczora, w dawkach 0.2, 0.25=gr 3, 4. Dają ją też i w roztworze. Ale często dziecko nie chce zażyć chininy, a wtedy musimy ją zadawać w enemie. Wtedy dla otrzymania skutku, potrzeba podwójnej dawki. A nadto należy naprzód odbytnie oczyścić z obecnych w niej mas kałowych, gdyż inaczej chinina wcale nie zostaje wessaną. Z tém wszystkiem działanie chininy, w dużych nawet dawkach zadanej, jest nieznaczne: znacznej obniżki temperatury w krupie nigdy nie spostrzegamy, w wielu nawet razach chinina całkiem nie wpływa na przebieg gorączki. To samo da się powiedzieć i o podaniu chininy po operacji. Niewiele ona może wpłynąć na podniesienie ciepłoty, towarzyszące nowym nawrotom wysiękania.

Jak skoro ukazują się objawy następstw zwięzienia, wtedy też zwykle występują i zjawiska rozpulchnienia i rozpuszczenia się błon krupowych. Nie we wszystkich jednak wypadkach następuje to w jednym i tym samym czasie, w pewnych razach wydzielina bywa płynniejszą i występuje wcześniej niż w innych. Jeżeli się takie objawy ukazują, wtedy zadajemy mocne leki wykrztuśne w połączeniu z środkami podniecającymi. Napary i odwary z *radix polygalae senegae, rad. ipecacuanhae* w połączeniu z rozmaitemi przetwercami amoniackimi. Można też użyć eteru jako leku podniecającego. Gdy wystąpi upadek sił, zadajemy kamforę, moszus albo mocną czarną kawę z arakiem lub koniakiem, gorącą herbatę, obmywania ogrzany m oetem winnym, obwijanie w ciepłe chustki.

*Rp. Inf. rad. polygal. senegae e 2.0 ad 80.0 (e dr 1/2 unc. 3), Liq. ammonii anisati gtt. 2., Syr. simpl. 10.0=dr. 3. DS. Co godzinę lub dwie, łyżeczkę od kawy.*

*Rp. Inf. pulv. rad ipecacuanhae e 0.25 ad 80.0 (ex gr. 4 unc. 3), Aeth. sulp. gtt. 10—20., Syr. simpl. 10.0=dr. 3. DS. Co godz. lub dwie, łyżeczkę od kawy.*

*Rp. Camphor. rasae 0.05—0.1 (gr 1—2), solve cum pauillo spir. vini ad Mixtur. gummos. 80.0=unc. 3, Syr. simpl. 10.0=dr. 3 DS. Co 2 godz. łyżeczkę od kawy.*

Gdy jednak upadek sił lub konanie trwają dłużej, wówczas

kamforę prędko odstawić wypadnie, wywołuje ona bowiem, jak wiadomo, bardzo łatwo rozległe krwotoczne nadżarcia (*erosiones haemorrhagicae*) na błonie śluzowej żołądka. Dają się wtedy inne analeptica z liczby powyżej wspomnianych.

Jeżeli w drogach oddechowych dużo jest wydzieliny, albo gdy w czasie wdechów i wydechów słyszymy kołyszące się błonki krupowe, wtedy zjawia się kwestya: zadać na wymioty, czy nie? Zadawanie środków wymiotnych jest jedną z najdawniejszych metod i dotąd jeszcze posiada licznych zwolenników i obrońców.

Nie ulega wątpliwości, że środek wymiotny bardzo często sprowadza znaczne polepszenie w duszności, po jego bowiem zadaniu wykrztuszone zostają nie tylko masy śluzu, ale często także i błonki krupowe. Na téj zasadzie, wraz z rozpoczynającemi się znowu objawami zwężenia, zadają na wymioty i tam dalej, *coup sur coup*. Tym sposobem udawało się wprawdzie osiągnąć ten skutek, że zwężenie prawie całkiem zniknęło, ale z nim razem i siły dziecka. Przy użyciu téj metody nie dla tego nie przychodzi już do znacznego zwężenia, że zatykające błony zostały wydalone, ale dla tego, że powtarzane zadawanie środków wymiotnych sprowadza znaczne osłabienie. Tak więc środki wymiotne źle wpływają na siłę mięśni dziecka, nie polepszając zwężenia, t. j. nie wydalając błonek w takiej ilości, aby powietrze znowu mieć mogło przystęp do płuc. Nie możemy jednak całkiem odrzucić leków wymiotnych, tylko wskazania do ich użycia ściślej trzeba ograniczyć. Na wymioty zadajemy raz tylko jeden. Jeżeli wkrótce znowu się ponawiają objawy zwężenia, to zastosowujemy inną już metodę leczniczą. Na wymioty zadawać można tylko u dzieci silnych, nie na początku wysiękania, a więc przy suchym, ostrym oddechu. Tylko gdy w krtani dużo jest płynnego śluzu, zadać należy szybko działający środek wymiotny, i podtrzymywać wymiotowanie przez zadawanie znacznej ilości napoju.

Jeżeli wymioty są silne i prędko po sobie następują, wtedy skutkiem forsonnych wydechów wydalone zostają masy śluzu i liczne strzępy błoniaste. Jeżeli wśród takich okoliczności zadany będzie środek wymiotny, to zwykle występuje polepszenie w oddechu. Zwężenie się zmniejsza, częstość oddechu również upada, wdechy stają się nieco głębsze, sinica cokolwiek ustępuje. Wkrótce atoli wracają dawne objawy.

Zadajemy:

*Rp. Tartari emetici 0.05—0.1=gr 1—2, Mixt. gummos.*

30.0=*unc.* 1, DS. Pierwszą połowę wyżyc naraz, resztę po łyżeczce od kawy co 10 minut aż do skutku.

Ponieważ emetyk wywołuje łatwo biegunkę, zadajemy więc także *infus. ipccacuanh.*:

*Rp. Inf. pulv. rad. ipccacuanhae c 1.0—1.5 ad 80.0 (gr 15 - 20 ad unc. 3), Syr. simpl 10.0=dr. 3.* DS. Środek na wymioty. Co 10 minut łyżkę stołową aż do skutku.

Unikamy zadawania siarczaniu miedzi, ponieważ przytem nudności, poprzedzające sam akt wymiotów są zbyt silne, a także i działanie na błonę śluzową jest zbyt gwałtowne.

Daliej na to trzeba baczyć, aby dziecku była dostarczona dostateczna ilość powietrza obfitego w tlen i nieco wilgotnego. Trzeba po kilka razy przewietrzać izbę, w której dziecko przebywa, a nawet gdy się już zjawia napady duszenia się, należy posadzić dziecko przed otwartym oknem. Dla utrzymania wilgotności powietrza trzeba, aby przed piecem lub na lampie spirytusowej, nieustannie parowała woda.

Jeżeli mimo zastosowanych dotąd środków, zjawiska wciąż wzrastają, tak iż się obawiamy, że za kilka godzin nastąpi śmierć z zaduszenia, w takim razie przystąpić należy do sztucznego otworzenia dróg oddechowych, aby tą drogą dostarczyć choremu powietrza. Dotąd panują jeszcze bardzo rozmaite zdania, co do pory, w której, przy krupie krtani, należy wykonywać tracheotomię. Liczba tych, którzy przy ostro występującem zwięzieniu krtani, nie chcą robić tracheotomii, jest bardzo szczupła, zbyt bowiem widoczne są korzyści tej operacji, aby nie miały każdego odrazu przekonać. Wszyscy więc zgadzają się na to że tracheotomować potrzeba, idzie tylko o oznaczenie chwili najstosowniejszej do operacji. Jedni sądzą, że operować należy o ile można najwcześniej, nawet w okresie wysiękania i zwięzienia, aby już zawczasu doprowadzić dziecku dosyć powietrza na drodze sztucznej. Tym sposobem, myślą oni, oszczędzimy choremu większą część objawów zwięzienia, napadów duszenia i cały okres asfiktyczny. I siły dziecka przez wcześniej wykonaną operację zostają zaoszczędzone. Inni natomiast robią operację późno, wprawdzie nie podczas konania, ale i nie wcześniej, jak w okresie asfiktycznym. Odkładają operację na sam koniec głównie z tego powodu, że w początku choroby zawsze się jeszcze można pomylić co do dyagnozy. Z pomiędzy dwóch tych skrajnych poglądów najlepszym będzie pono pośredni. Przeciwno zbyt późnej tracheotomii słusznie

przytaczano, że w chwili, gdy dyagnoza nie pozostawia już żadnych wątpliwości, dziecko do tego stopnia jest już osłabione, że nie posiada dość sił do przebycia następnego nawrotu cierpienia.

Tak więc pod względem tracheotomii w krupie trzymać się należy następujących zasad:

1. Operację wtedy tylko czynić należy, gdy krup krtani, jako taki, stanowczo został rozpoznany. A zatem pomimo nieraz zbyt burzliwych objawów, odwlekać trzeba operację dopóty, dopóki nie nabędziemy zupełnej pewności, że mamy do czynienia ze stanem krupowym, nie zaś nieżytowym. Jeżeli przyczyną zjawisk zwężenia jest ten ostatni, w takim razie zawsze już po kilku godzinach następuje znaczne zwolnienie objawów. Tu jeszcze raz uważamy za właściwe położyć nacisk na tę okoliczność, że o istnieniu w danym razie krupu krtaniowego nie można nigdy wnosić z samych tylko objawów zwężenia krtani.

2. Jak skoro choroba już została stanowczo rozpoznana, wówczas nie wolno się dłużej ociągać, wyglądając ostatnich oddechów, lepiej zrobić operację wcześniej jak później, bo i sama operacja w pierwszym razie z większą rozwagą i zastanowieniem daje się wykonać, niż to ma miejsce gdy operujemy *in ultimis*. Najwprawniejszy nawet operator, robiąc tracheotomię na dziecku, nie może się zabezpieczyć od nieprzewidzialnych przypadłości.

3. Bezwzględne przeciwwskazania do tracheotomii właściwie niema, pożytecznym jednak zdaje nam się nieco ograniczyć wskazania.

a) Istniejąca *bronchitis crouposa* nie jest naturalnie przeciwwskazaniem, ale w razie gdy objawy tej ostatniej przeważają nad zjawiskami zwężenia krtani, wtedy od tracheotomii nie można wymagać ulgi, nawet w pierwszych godzinach po operacji.

b) U dzieci nie mających roku tracheotomia robi się w bardzo tylko rzadkich razach, wypadki bowiem tego rodzaju zawsze się kończą śmiertelnie, tak z tracheotomią, jak i bez niej.

c) Również uwzględnić należy i te wypadki, w których objawy zatrucia krwi przeważają nad objawami zwężenia krtani. I w tych wypadkach tracheotomia bywa zwykle całkiem bezskuteczną.

4. Głównem dla tracheotomii wskazaniem pozostaje zawsze: zwężenie krtani. Ale dla tego trzeba, aby takowe znacznego osiągało stopnia, aby wszystkie jego objawy wybitnie były na klatce piersiowej wyrażone i nie powinno już pozostawać żadnej wątpliwości, że jeżeli zwężenie trwać będzie dłużej w tym samym lub wyż-



szym stopniu, to dziecko niechybnie się udusi. Zasada powyższa ma znaczenie ogólne i daje się zastosować do każdego zwężenia krtani przez jakąkolwiek przyczynę wywołanego. Że jednak inne sprawy, prowadzące do stałego zwężenia krtani, w wieku dziecięcym, są bardzo rzadkie i prawie tylko sam krup występuje tu jako przyczyna, przeto i zasada ta *κατ' ἐξοχήν* do krupu się odnosi.

Jeżeli krup jest umiejscowiony, wtedy objawy zwężenia krtani wraz z ich następstwami występują bardzo wyraźnie, a w wypadku takim wskazanie do tracheotomii łatwo się da określić. Trudniejsza sprawa, jeżeli krup krtaniowy rozpostarł się na błonę śluzową tchawicy i oskrzeli, gdyż *bronchitis* taka modyfikuje zarówno oddech, jak i objawy ogólne. I tutaj tylko istniejące zwężenie krtani stanowi o wykonaniu lub niewykonaniu operacji. Jeżeli zwężenie jest znaczne i następstwa jego wysokiego dochodzą stopnia, wtedy *bronchitis crouposa* nie stanowi przeciwwskazania do tracheotomii, operacja bowiem nie tylko ułatwia przystęp powietrza, ale nadto działa jako wyborny środek wykrztuśny.

Jeżeli przeciwnie zwężenie krtani jest nieznaczne, oddech przyspieszony, przytem sinica dość znaczna, jeżeli więc wysoki stopień sinicy nie da się wytłomaczyć istniejącem zwężeniem krtani, ale wypadnie przypuścić jeszcze głębiej zachodzące zaburzenia w krążeniu,— w takim razie do operacji niema po co przystępować. Jeżeli przeszkoda leży nie w krtani, lub w górnych częściach tchawicy, lecz w oskrzelach, wtedy tracheotomia naturalnie żadnego nie uczyni skutku.

Rozstrzygnięcie pytania, czy w danym wypadku wykonać należy laryngotomię, czy laryngotracheotomię; czy wreszcie tracheotomię, pediatra pozostawia operującemu chirurgowi, jeżeli jednak podejrzewamy, że sprawa chorobna posunęła się na oskrzela, w takim razie lepiej jest wykonać tracheotomię poniżej, to bowiem ułatwia znacznie wykrztuszanie błonek krupowych z oskrzeli. Z tego, co się powiedziało, wynika, że tracheotomię można uważać za środek leczniczy przeciwko krupowi, jako takiemu; celem jęj tylko jest: wygrać na czasie, doprowadzając dziecku powietrze na innęj drodze. Po dokonanej tracheotomii zwykle bywa łatwo sprostować popełniony błąd w rozpoznaniu, wykrztuszane bowiem przez rurkę błonki usuwają wszelką wątpliwość co do natury i rozpostarcia sprawy chorobnej. Istnieją jednak pewne oznaki prognostyczne występujące po tracheotomii, których tutaj nie możemy pominąć. Parę uwag pod tym względem podaliśmy już przy szematycznych tablicach przedstawiających

przebieg gorączki i oddechu. Jeżeli operacya szczęśliwie została doprowadzoną do końca, to w większości wypadków pierwszy jój skutek bywa zwykle do tego stopnia pomyślny; iż zdaje się, jakobyśmy mieli przed sobą zdrowe zupełnie dziecko. Odnosi się to mianowicie do tych wypadków, w których proces ogranicza się bardziej do krtani i tchawicy. Wszystkie owe burzliwe przed chwilą zjawiska nagle znikają jakby za uderzeniem laski czarodziejskiej. Liczba oddechów staje się normalną, ciepłota opada znacznie, o 1 – 1.5° C., sinica ustępuje po kilku mocnych wdechach, dziecko siada na łóżku, bawi się, jé, zjawia się silne pobudzenie do kaszlu. Ostatnia okoliczność dla tego ważne ma znaczenie, iż wskazuje, że część tchawicy i oskrzela będące poniżej rurki wolne są od błon krupowych, w przeciwnym bowiem razie wnikające powietrze atmosferyczne nie byłoby w stanie wywołać pobudzenia do kaszlu. Jeżeli zwłaszcza polepszenie to trwa przez kilka godzin, to przyjąć można, iż w czasie operacyi nie było wysięku w głębszych częściach dróg oddechowych.

Jeżeli pomimo wykonanej tracheotomii, oddech pozostaje przyśpieszonym, gorączka wysoka, jeżeli wciąż jeszcze dają się widzieć aspiracyjne zjawiska na klatce piersiowej, choćby nawet nie w tak wysokim stopniu i w postaci nieco zmienionej, jeżeli i sinica pozostaje taką samą, wtedy nie pozostaje już żadnej wątpliwości, że że przeszkoda dla krążenia krwi nie w samej tylko krtani tkwiła, lecz ma swoje siedlisko w oskrzelach. W takim zatem wypadku, sinica przed operacyą zależała nietylko od zwężenia krtani, lecz także od zatkania oskrzeli. Wtedy zjawiska chorobne w małym tylko stopniu słabną, i tracheotomia nie osiąga właściwego sobie zadania, chociaż nie można jój i tu całkiem odmówić wartości, albowiem przez otworzenie tchawicy, wykrztuszanie znakomicie się ułatwia. Lecz i to nieznaczne polepszenie rychło ustępuje (patrz obie powyższe tablice), oddech znowu staje się prędkim, przytém suchym, szorstkim, wykrztuszanie się zatrzymuje, sinica coraz bardziej się wzmaga i w końcu dziecko umiera, skutkiem następnych nasileń choroby, nie odniosłszy żadnej ważnej korzyści z tracheotomii.

We wszystkich wypadkach rokowanie głównie zależeć będzie od tego, jak prędko się zjawia następne nasilenie, i jak wielkiego jest natężenia. Zawsze wyczekiwać należy nasilenia w głębszych częściach dróg oddechowych. Im później zjawia się to nasilenie, im słabszym jest ono, tém pomyślniejsze będzie rokowanie. Na naszych tablicach oznaczyliśmy podwyżkę ciepłoty oraz wzrost częstości oddechu. Nadmienić jeszcze wypada, że oddech staje się suchy i szorstki,

a wykrztuszenie śluzu i błonek krupowych całkiem ustaje. Jeżeli nasilenie nie jest zbyt gwałtowne, to do następnego ranka objawy słabną, a drugie i trzecie nasilenie zjawia się w ciągu następnych 12 do 24 godzin. Jak skoro czas ten szczęśliwie przeminął, wówczas sprawę krupową możemy poczytywać za prawie całkiem ukończoną.

Zresztą już i sam wygląd rany, po upływie pierwszych 24 godzin, pozwala wyrokować do pewnego stopnia o dalszym przebiegu choroby. Jeżeli rana jest suchą, bez reakcyjnego zaczerwienienia, jeżeli pojedyncze jej warstwy łatwo się dają odróżnić, to zawsze uważać to należy za znak niepomyślny. W innych wypadkach, w ciągu pierwszych 24 godzin, rana się pokrywa wysiękiem krupowym resp. błoniczym, brzegi są obrzmiałe, nacieczone, skóra zewnętrzna w najbliższym otoczeniu rany sinoczerwona. Ztąd też, jakkolwiek rzadko się to zdarza, może wziąć początek róża wędrowna. Podobny wygląd rany dowodzi zawsze, że nastąpiło nowe nasilenie wysiękowej sprawy, co także daje się stwierdzić i z pozostałych objawów.

Jeżeli dziecko przebędzie ów peryod nawrotów i nasileń, wtedy i rana się oczyszcza, i w kilka dni w całej swjej rozciągłości pokrywa się ziarniną. Gdy jednak skutkiem ponownych nasileń, albo też w skutek wystąpienia nieżytowej pneumonii, sprawa bierze obrót niepomyślny, wtedy brzegi rany coraz bardziej się rozpadają, rana w tchawicy staje się ziejącą, tak iż wybornie można rurkę usunąć i rana się nie zamyka.

W niektórych razach błonica rany po operacyi stanowi niejako jedyne nasilenie, które występuje jeszcze w przebiegu choroby. Ponieważ, jeżeli tylko warunki pozwalają, pedyatra winien zawsze tak samą operacyę, jak i leczenie następcze pozostawić chirurgowi-specjaliście, pod względem więc odnoszących się tu szczegółów odwołujemy się do podręczników chirurgicznych i umieszczamy tu parę tylko poniższych uwag.

Nigdy nie należy przedsiębrać operacyi bez dostatecznej liczby pomocników. Co najmniej trzeba mieć dwóch asystentów, którzyby stosownemi hakami odciągali brzegi rany. Dziecko powinno być trzymane całkiem nieruchomo, tak jednak, aby oddech jego ile można najmniej był upośledzony. W tym celu najlepiej jest owinąć dziecko w prześcieradło złożone we dwoje, aż do barków, następnie obwiązać trójkątnymi chusteczkami w 3-ch miejscach: na wysokości łokci, na wysokości stawów napięstkowych, i w kolanach. Tak spowite dziecko układa się na mocnym stole, pod głowę podsuwa mu się mała poduszka, operujący staje z lewej strony dziecka, obaj asysten-

ci po obu stronach, nadto jedna osoba ustala głowę, a druga trzyma mocno kolana. Jak skoro rurka tracheotomiczna została już wprowadzoną i ostatecznie ustaloną, wtedy nie należy nigdy oddawać dziecka w opiekę osób niedoświadczonych, lecz powierzyć je osobie obeznanéj z dozorowaniem tego rodzaju chorych.

Leczenie następcze w pierwszych dniach polega tylko na oczyszczeniu brzegów rany spirytusem, wodą karbolową (*Rp. Acidi carbol. 1.0 — gr. 15, Aq. destill. 150.0 — unc. 5*), albo nawet czystym olejem migdałowym.

W ciągu pierwszych dni nie należy wyjmować rurki, nawet dla jej oczyszczenia, brzezi bowiem rany zapadają się, co znacznie utrudnia ponowne wprowadzenie rurki. Można ją wyjąć (celem oczyszczenia lub dla zamiany na inną) dopiero po 5—6 dniach, gdy rana poczyna już ziarninować. Ostatecznie rurkę usunąć można dopiero wtedy, gdy błonki krupowe już się całkiem z krtani oddaliły. Przed dniem 10 tym nie radzimy usuwać rurki, albowiem w czasie tym nie wszystkie jeszcze błonki mogły się wydalić z krtani i możebnym jest jeszcze nowe nasilenie. Jeżeli z powodu pojawiającej się i wzmagającej duszności zmuszeni jesteśmy na nowo rurkę wprowadzić, to dziecko ze strachem opiera się temu i tym sposobem niesłychanie utrudnia wprowadzenie.

Błony krupowe w krtani oddzielają się niekiedy bardzo późno: dopiero po 4, 6—8 tygodniach. Niekiedy rurkę można usunąć dopiero po upływie roku. Usunięciu jej stanąć może niekiedy na przeszkodzie pewien rodzaj kurczu krtani. Kurcz ten podobny jest najbardziej do kurczu krtaniowego (*laryngospasmus*) u dzieci rachitycznych, brak tylko krzyku podczas wdechu, ponieważ w otwartéj tchawicy znajduje się jednocześnie i przeciwotwór. Po usunięciu rurki kurcz taki zjawia kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu i prowadząc osłabienie dziecka, oraz sinicę, zmusza nas w końcu do ponownego wprowadzenia rurki.

Jeżeli choroba tak znacznie już się polepszyła, że można na chwilę wyjąć rurkę dla jej oczyszczenia, to dobrze będzie zmienić rurkę: t. j. wprowadzić inną o odmienném wygięciu, a to w celu uchronienia się od odleżyn. W końcu można także wprowadzać coraz węższą rurkę.

Jeżeli dziecko może już oddychać bez rurki, to po 24—36 godzinach rana na szyi całkiem się zamyka i w końcu pozostaje tylko mała ziarninowa powierzchnia: blizna bywa zwykle nieco wciągnięta, zawsze jednak jest mała.

Z wyjątkiem jednego tylko wypadku, nie spostrzegano wcale zwężenia krtani lub tchawicy w następstwie zablźnienia rany. Głos w całej swój pełni powraca dopiero po 6—8 miesiącach, w wielu wypadkach jednak wcześniej.

Starano się jeszcze innym sposobem (oprócz otworzenia dróg oddechowych) doprowadzić powietrze chorym. Do krtani wprowadzono odpowiednio gruby, elastyczny cewnik, aby tym sposobem najprzód doprowadzić powietrze, a powtóre, aby wywołać kaszel, któryby oderwane już błonki mógł wywalić.

Proponowano nawet cewnik albo odpowiednio zgiętą rurkę z innego materiału pozostawić w krtani i tam umocować. Postępowanie to oznaczono nazwą *tubage de la glotte*. Wkrótce jednak postępowanie to porzucono i wynaleziono rurki ze stwardniałego kauczuku, podobne do rurek insulfacyjnych, które na krótki czas wprowadzają się do krtani (kateteryzowanie krtani).

Aby wprowadzający palec-wskaziciel zabezpieczyć od ukąszenia zębami, używa się odpowiedniego klina, również ze stwardniałego kauczuku (*Hartgummi*) sporządzonego (patrz *Leitera Instrumentenkatalog 1870, Tafel VII, Fig. 8* oraz str. 34, rurki insulfacyjne podobną *W einlechner'a*). Dla wprowadzenia takiej rurki dziecko układa się na kolanach pewnej jakiej osoby, która utwierdza jego ręce i nogi. Inna osoba ustala głowę, asystent zaś trzyma klin wprowadzony między najbardziej tylne zęby trzonowe. Lekarz staje na przeciwko dziecka i stosownie do tego jak mu dogodniej wprowadza prawy lub lewy wskaziciel aż do wchodu do krtani, podnosi nagłośnię i wprowadza następnie rurkę po wskazicielu bez użycia siły. Jeżeli wprowadzenie się udało, słyszemy wówczas szmer spowodowany wchodzącym i wychodzącym prądem powietrza w rurce. Zjawia się silny kaszel i zostają wykrztuszone błonki i strzępy błonek krupowych, oraz śluz.

Jeżeli wprowadzenie się udało i dziecko przez pewien czas oddychało przez rurkę, wtedy znikają w części objawy zwężenia i sini-ca się zmniejsza. Nie można odmówić pewnej korzyści temu postępowaniu, nie mniej jednak z powodu łatwo nastąpić mogących przykrych przypadłości użycie jego ograniczyć należy.

1. Kateteryzowanie krtani żadną miarą zastąpić nie może tracheotomii, bo chociaż po wprowadzeniu rurki objawy zwężenia i sini-ca znikają, jednakże skutkiem wkrótce zjawiającego się powtórnie na silenia w témże miejscu, zjawiska te na nowo powracają.

2. Nawet kateteryzowanie metodyczne, t. j. wykonywane *coup sur coup*, nie zastępuje tracheotomii, a za to w wysokim stopniu osłabia siłę dziecka.

3. Najmniejsza już przeszkoda, napotkana przy wprowadzeniu rurki sprowadza natychmiast asfiksyę; dalej, rurka może odkleić błonki, które zamiast być wyrzucone, spuszcza się na dół i zatykają miejsce rozdzielenia tchawicy. Tego ostatniego bać się należy zwłaszcza przy kateteryzowaniu osłabionych dzieci. Przypadłość ta, którą mieć trzeba na oku przy każdym wprowadzeniu rurki nie wynagradza wcale przemijających korzyści z kateteryzowania krtani.

4. Ponieważ kateteryzowanie takie wymaga licznój i dobrze obeznanój z tą sprawą asystencyi, dla tego w praktyce prywatnej nie łatwo daje się zastosować. Nigdy zaś nie należy w praktyce tej kateteryzować samemu, bez potrzebnej liczby asystentów, a to choćby duszność znacznego nawet dosięgała stopnia: w podobnych wypadkach kateteryzowanie prawie nigdy się nie udaje.

5. Istnieje jedno tylko wskazanie dla kateteryzowania krtani, mianowicie gdy chcemy wygrać na czasie, zanim wszystko co potrzeba zostanie przygotowane do tracheotomii. Jak wynika z tego co się powiedziało, kateteryzowanie może być wykonane tylko w zakładzie, gdzie się znajdują odpowiednio wykształceni asystenci.

6. Ale i w zakładzie takim nie należy kateteryzować dzieci osłabione, bo u takich zwykle nie powstaje kaszel, a skutkiem tego i rezultat bywa ujemny.

7. Nie należy także kateteryzować krtani w okresie wysiękania, wysięk bowiem resp. błonki silnie jeszcze przystają do błony śluzowej i bez uszkodzenia jój nie mogą być oddzielone.

8. Tak więc wskazania do kateteryzmu dadzą się streścić w sposób następujący: Po postawieniu zupełnie pewnego rozpoznania (bo przy nieżyłowym zapaleniu krtani obrzmienie kataralne w skutek kateteryzmu może się tylko pogorszyć) kateteryzować należy w czasie, gdy w krtani występują pierwsze trwałe następstwa zwężenia krtani, gdy istniejące objawy wskazują, że błonki poczynają pulchnieć i gdy jest dużo płynnej wydzieliny. Siły dziecka winny przytém być nie osłabione. Jeżeli następujące polepszenie nie trwa dłużej nad 4 — 5 godzin, wtedy nie należy się dłużej ociążać z wykonaniem tracheotomii, jeżeli tylko istnieje inne po temu warunki.

9. Rozpostarcie sprawy krupowej na błonę śluzową oskrzeli nie stanowi przeciwwskazania do wykonania kateteryzmu; owszem w wypadkach takich niekiedy przy pomocy kateteryzmu zostają wy-

dalone—wprawdzie bez trwałego skutku—duże, dwoiście się rozgałęziające błonki krupowe.

10. Katetyzowanie nie jest przygotowaniem do tracheotomii, lecz tylko ma za zadanie wygrać na czasie.

#### d) Stany kurczowe w krtani.

Kurcze krtaniowe wielkie mają znaczenie dla pedyatry, występują bowiem niekiedy w sposób tak gwałtowny, iż wprost sprowadzają uduszenie.

Kurcz krtani, *laryngospasmus*, jest to występujący napadami kurcz mięśni krtani zwężających, przy czem nie zawsze głośnia całkiem zostaje zamknięta, ale skutkiem skurczowego jej zwężenia następuje niezmiernie trudny, długi wdech z towarzyszeniem głośnego wykrzyku, poczem idzie całkiem już łatwy wydech. W chwili tak utrudnionego wdechu występują zjawiska sinicy w mniejszym lub większym stopniu, sinica ta atoli przy następnym wdechu znika zupełnie. W wypadkach szczególnie gwałtownych, następuje zupełne zamknięcie głośni, aż do chwili nastąpienia wyżej opisanego wdechu. Rozumie się, że w czasie tego zamknięcia, trwającego często  $\frac{1}{2}$ —1 minuty, następuje najwyższy stopień sinicy. Jeżeli napady takie są gwałtowne, to często występują po sobie w bardzo krótkich przestankach, zwykle jednak następne napady bywają słabsze od pierwszych.

Wraz z nastąpieniem napadu dziecko odrzuca głowę w tył, aby tym sposobem rozszerzyć głośnię. Jeżeli następne napady nie są słabsze lecz stają się coraz gwałtowniejsze, to niekiedy nastąpić może śmierć z zaduszenia.

Duszenie się jednak występuje często już przy pierwszym napadzie. Opisana na początku lżejsza postać napadów jest jednak daleko częstsza. Najczęściej dzieci takie należą do rachitycznych, kurcz jednak krtani zdarza się także i u dzieci całkiem zdrowych (zob. *rachitis*). Napady często następują szybko po sobie, 4, 5,—8 napadów w ciągu dnia i więcej. Najczęściej kurcz krtani występuje w pierwszym roku życia, ale i w drugim roku nie jest zbyt rzadkim, w późniejszym natomiast wieku dziecięcym należy już do rzadkości. Jeżeli choroba się przewleka poza drugi rok życia, jeżeli napady te nie słabną lecz występują i nadal w tej samej sile, w takim razie podejrzwać należy, że mamy do czynienia nie z czystym kurczem krtani, lecz z poczynającą się padaczką (epilepsya). Rzeczywiście też nie

mało istnieje wypadków, w których padaczka lub napady padaczkowe rozwijają się powoli z kurczu krtaniowego.

Tym sposobem kurcz krtaniowy występujący przed epileptycznym napadem jest całkiem odmienną natury od kurczu spostrzeganego przy krzywicy (*rhachitis*). Tutaj stanowi on tylko objaw częściowy kurczów padaczkowych, a to tem bardziej że i osoby dorosłe częstokroć padają z krzykiem. Różnica ta ważną jest tak pod względem prognostycznym, jak i terapeutycznym. Wraz z ukończeniem się krzywicy, ginie także i kurcz krtaniowy. Czysty więc kurcz krtaniowy daje lepsze rokowanie niż druga postać. I leczenie zasada się na tem odróżnieniu. Kurcz krtani, występujący w przebiegu krzywicy (*rhachitis*), polepsza się i całkiem znika, jak skoro zastosowaniem zostało leczenie przeciwko chorobie podstawowej.

#### e) Przymiotowe (syfilityczne) choroby krtani.

U starszych dzieci nieczęsto napotykamy w krtani cierpienia natury syfilitycznej, które się niczem nie różnią od cierpień osób dorosłych. Najłatwiej dają się one rozpoznać za pomocą laryngoskopii, starsze bowiem dzieci łatwo się przyzwyczajają do badania wziernikiem krtaniowym. Leczenie w tego rodzaju wypadkach w niczem nie zbacza od zwykłej terapii, stosowanej i u osób dorosłych.

W przymocie dziedzicznym (*lues haereditaria*) w pewnych razach występuje znaczna bardzo chrypka, która obok istniejącego zatkania nosa w znacznym stopniu utrudniać może oddech. W wypadkach podobnych nie znajdujemy nic, jak tylko zgrubienie nabłonka z pomnożeniem nieco wydzielaniem śluzu. Stan ten nie wymaga leczenia miejscowego, gdy przy leczeniu ogólnem cierpienie znika w czasie stosunkowo krótkim.

## Choroby organów jamy piersiowej oraz ważniejsze zniekształtnienia klatki piersiowej.

### I. O wysłuchiwanu i opukiwanu u dzieci w ogólności.

Przy opukiwanu klatki piersiowej dziecięcia przekonywamy się, że sama ścianka klatki piersiowej jest daleko więcej elastyczną



jak u dorosłych. Następstwem tego (ponieważ przytem jest o wiele cieńszą) bywa to: że przy opukiwaniu palcem ściany klatki piersiowej, większa część powietrza zawartego w płucach przechodzi w drganie. Okoliczność ta bardzo łatwo może stać się powodem złudzeń, mianowicie jeżeli się puka nieco silniej, tak jak zwykliśmy robić to u dorosłych. W skutek tego, że sama ścianka klatki piersiowej jest cieńszą i bardziej sprężystą, można wszelkie miejsca płuc pozbawione powietrza łatwiej wyczuć po ich odporności, jak u dorosłych, u których z powodu tęgości klatki piersiowej wycucie odporności jest niemożliwe i ma znaczenie przy rozpoznawaniu jedynie przy obszernych infiltracyach płuc, oraz przy obfitych wysiękach opłucnej.

Z tych to powodów można często przez wycucie zwiększonej odporności wykazać, że mała ograniczona część płuc znajduje się w stanie infiltracyi, podczas gdy przy opukiwaniu albo nie otrzymujemy żadnej zmiany w odgłosie, albo też zmiana ta jest bardzo nieznaczną a to z powodu, że płuco infiltrowanem jest tylko na małej przestrzeni i że w około tego miejsca znajduje się miąższ zawierający powietrze.

Dlatego też nie należy opukiwać zbyt mocno, w takim bowiem razie tracimy możność wycucia oporu, wprowadzając w drganie zbyt wielką ilość powietrza w płucach zawartego.

Najodpowiedniej jest nie opukiwać za pomocą młotka i plesymetru, lecz za pomocą palców. Używając bowiem przyrządów, łatwo można popaść w błąd, pukając zbyt mocno, jak również: dźwięk, powstający w skutek uderzania młotka o plesymetr, jest zbyt mocny; potrzeba wielkiej wprawy by umieć słuchać niezależnie od tego dźwięku i wykryć różnice w tonie, które często są tak nieznaczne, że bywają pokryte dźwiękiem powstającym w skutek uderzania młotka o plesymetr. Toż samo ma miejsce przy pukaniu palcem po plesymetrze. Najstosowniej przeto pukać zcicha, przykładając średni palec jednej ręki do klatki piersiowej, gdyż wtedy najłatwiej wyczuć odporność i rozróżnić dźwięk. Przy nauczaniu jednak klinicznem dobrze jest używać młotka i plesymetru, ponieważ wtedy większe koło słuchaczy słyszeć może różnice w tonie. Nawet u dorosłych przy opukiwaniu za pomocą młotka i plesymetru, tylko ci, którzy bliżej stoja, słyszą dobrze wszelkie różnice w tonie, przy oddalaniu się różnica staje się mniej wyraźną.

Ponieważ przy opukiwaniu, dzieci zwykle ulegają silnemu wzruszeniu, przeto zawsze pierwój należy wysłuchiwać, raz dlatego że

zawsze daje nam ważniejsze rezultaty, a powtóre dlatego, że niepodobieństwem jest wysłuchiwać, podczas gdy dziecię krzyczy.

Daléj, każde miejsce opukiwać należy przez dłuższy czas, mianowicie pukać należy podczas wdechania i wydechania i to po kilka razy, gdyż inaczej łatwo popaść w błąd. Podczas wydechania, które głównie uskutecznia się przez działanie tłoczni brzusznej, i podczas którego ścianka klatki piersiowej jest mocniej naprężona, a trzewia brzuszne zostają wciśnięte we wklęsnięcie przepony, resp. do klatki piersiowej, otrzymujemy zawsze, szczególnie w dolnych i tylnych częściach klatki piersiowej, odgłos bardziej tępy, jak podczas najgłębszego wdechania. Jeżeli więc podczas obu momentów pukamy tak z prawej jak i z lewej strony, to możemy łatwo otrzymać pewne różnice w tonie, które mogą nabrać fałszywego znaczenia, jeżeli nie przekonamy się za pomocą powtarzanego opukiwania, że mamy do czynienia ze stosunkami prawidłowemi. Stosunki te są małoważne przy opukiwaniu przedniej powierzchni klatki piersiowej, ale za to występują tam inne zmiany, o których później będziemy mówili.

Należy również zwrócić uwagę na inną okoliczność, jaką napotykamy przy opukiwaniu klatki piersiowej u dziecka. Opukując z tyłu i od dołu podczas silnego krzyku dziccięcia, albo też z przodu pod obojczykiem, szczególnie z prawej strony, to przy silniejszym pukaniu otrzymujemy tak zwany *bruit de pot fêlé*, albo też przydźwięk metaliczny. Podczas gdy u dorosłych, podobny objaw stanowi zawsze oznakę głębokich zmian chorobnych w płucach, to u dzieci posiada on bardzo małe znaczenie. Nie jest on niczem innym, jak tylko objawem współdziewczenia, który z powodu małej objętości płuc w stosunku do szerokości dróg powietrznych a szczególnie tchawicy, łatwo można obserwować wtedy, gdy głośnia jest otwartą. Przy kawernach, powierzchownie leżących, otrzymujemy także przydźwięk metaliczny, ale przytem muszą istnieć jeszcze inne objawy gdyż u dzieci przydźwięk metaliczny daje się daleko częściej obserwować przy płucach zupełnie prawidłowych, jak przy kawernach.

Prócz tego, należy jeszcze nadmienić, że przy bardzo silnem opukiwaniu samemi tylko palcami, odgłos łatwo przyjmuje dźwięk tympaniczny, ponieważ wtedy wprawiamy w drganie powietrze zawarte w najbliżej leżącym oskrzelu.

Granice pojedynczych organów klatki piersiowej, również są różne u dzieci i łatwo pod tym względem może ten popaść w błąd, kto nie pamięta anatomicznych stosunków dziecięcej klatki piersiowej. Klatka piersiowa nie jest jeszcze rozwinięta; górny jej obwód

(na wysokości jamy pachowej) jest jeszcze większy jak obwód dolny (na wysokości mostkowych końców chrząstek szóstej pary żeber), a obwód środkowy, wzięty na wysokości brodawek piersiowych, również nie dosięga jeszcze swego zupełnego rozwoju. Obwód ten, wymierzony nieco ponad brodawkami piersiowymi, wynosi mniej więcej tyle co i obwód główki. Stosunek ten utrzymuje się stale aż do roku 14-o, tak u chłopców jak i u dziewcząt.

Ten obwód średni, t. j. wzięty na wysokości brodawek piersiowych, mało co mniej wynosi, aniżeli obwód górny i stosunek ten zachowuje się stale u chłopców i u dziewcząt, również aż do 14—15 roku życia. Średnia część klatki piersiowej nie jest więc tak obszerna jak u dorosłych, dlatego też płuca, których przednie brzegi też nie są jeszcze dokładnie rozwinięte, mieszczą się więcej od tyłu, głównie po obu stronach kręgosłupa. Im dziecię jest młodsze, tem bardziej stosunek ten jest wyraźnym. Dlatego też opukiwanie płuc od przodu daje nam mało ważne rezultaty.

Serce wraz z osierdziem leży u dziecka więcej na linii pośrodkowej, tak że u dziecka chudego, położywszy rękę powierzchownie w dołku podsercowym, możemy wyczuć tętnienie prawej komórki, podczas gdy wierzchołek serca i prawdziwe uderzenia serca (*ictus cordis*) wyczuć można nieco na zewnątrz od lewego brzegu mostka między 4 a 5 przestrzenią międzyżebrową.

Daliej należy zwrócić uwagę na położenie grasicy. Piersiowa część grasicy leży w śródpiersiu przedniem i albo przednia jej powierzchnia jest pokryta zupełnie zdwojeniami opłucnych, albo też przylega swobodnie do tylnej powierzchni mostka. Cała masa organu nie leży tak, by się równo rozdzielała na obie połowy klatki piersiowej; ale większa część, często prawie  $\frac{2}{3}$  całego organu, leży albo z prawej, albo z lewej strony. W zwykłych stosunkach dosięga grasicca, począwszy od górnego brzegu mostka aż do piątego żebra. Jeżeli do tego dodamy, że u dzieci osierdzie zwykle też wysoko sięga, to łatwo znajdziemy wyjaśnienie różnic rezultatów otrzymywanych przy opukiwaniu klatki piersiowej u dzieci i u dorosłych.

Opukiwanie prawej przedniej ścianki klatki piersiowej przedstawia małe różnice. Opukując ku dołowi, w odległości około 2—3 poprzecznych palców od prawego brzegu mostka, to koło 5 lub 6-o żebra spotykamy tępy odgłos wątroby, rozciągający się aż do brzegu klatki piersiowej, *nb.* jeżeli nie ma znacznego wzdęcia brzucha.

Pukając nieco dalej ku wewnątrz, przy prawym brzegu mostka otrzymujemy bez pośrednio podobnym tonem jasny

i pełny, czasami zaś nieznaczne stłumienie. Stłumienie to pochodzi ztąd, że pukamy w miejscu przejścia pierwszego żebra w mostek. Prócz tego brzeg płuc nie zawsze dochodzi do tego miejsca i stłumienie może jeszcze od tego zależeć, że obojczyk często w takim kierunku przechodzi nad pierwszym żebrzem do mostka, że formuje się powierzchnia kostna dosyć obszerna. W skutek zbiegu wszystkich tych okoliczności powstaje owo stłumienie, które w każdym razie wcale nie jest stałem, ale zato tem ważniejszym dla lekarza praktycznego.

To miejscowe stłumienie, rozumie się biorąc w porównaniu z dźwiękiem otrzymanym z drugiej strony i w porównaniu z dźwiękiem niżej leżących przestrzeni międzyżebrowych, może również zależeć od powiększonych, przerosłych lub uległych zserowaceni gruczołów limfatycznych śródpiersia przedniego, wnikaających w miąższ płucny. Stanowczo odróżnić przyczynę można za pomocą wysłuchiwania, oraz wykrycia innych objawów.

W pierwszym razie, przy spokojnem oddechaniu, słyszymy zawsze czysty pęcherzykowy oddech, gdy tymczasem jeżeli mamy do czynienia z powiększeniem gruczołów limfatycznych to oddech będzie przytłumiony.

Jeżeli dalej pukać będziemy, w kierunku wyżej określonym, to w drugim i trzecim odstepie międzyżebrowym otrzymamy ton tępy, jeżeli grasica jest posunięta ku stronie prawej. Począwszy zaś z tego miejsca, odgłos jest znów takiż sam, jak na zewnętrznej części prawej przedniej ścianki klatki piersiowej. Po lewej stronie spotykamy stosunki zupełnie inne jak u dorosłych. Podczas gdy u dorosłych mamy jasny i pełny odgłos aż do górnego brzegu trzeciego żebra, to u dzieci stosunki są znacznie zmienione. tak co do położenia organów, jakoteż i w skutek obecności grasicy. Stopień poczyna się już na drugim żebrze i osiąga ono aż do czwartego żebra, jeżeli pukać będziemy w odległości dwóch poprzecznych palców od lewego brzegu mostka. Stłumienie to zależy po części od części grasicy leżącej ze strony lewej, a po części od osierdzia sięgającego znacznie ku górze. Można bardzo pobłądzić, jeżeli opierając się na tem stłumieniu, chcielibyśmy przypuścić istnienie infiltracyi miąższu płucnego, albo zebrańia się płynu w worku osierdzia.

Ta ostatnia choroba zdarza się nadzwyczaj rzadko, a infiltracyę płuc możemy wyłączyć przez wysłuchiwanie. Im bliżej pukamy lewego brzegu mostka, tem stosunki te stają się wyraźniejsze. Stłumienie na 3-ciem i 4-tem żebrze tem wyraźniej występuje, im bardziej zbliżamy się do serca. Począwszy od 4-go i 5-go żebra, mamy

już ton tympaniczny, zależący od żołądka. Ten ton tympaniczny rozciąga się aż do podżebrzy, i czasami zupełnie pokrywa stłumienie, zależące od obecności śledziony, której położenie jest także samo jak i u dorosłych. Przy znacznym nagromadzeniu się gazów w żołądku, jeżeli śledziona nie bywa powiększoną, to trudno nieraz bywa wykryć to stłumienie, ponieważ rozdęte dno żołądka pokrywa przedni brzeg śledziony. Na tylniej stronie klatki piersiowej, stosunki też bywają inne jak u dorosłych. Granice płuc dochodzą do 8—9 żebra, przestrzenie między-żebrowe są bardzo małe, resp. krótkie, tak że znajdują się one na 2—3 poprzecznych palców pod dolnym kątem łopatki. Odległość ta jeszcze się zmniejsza, szczególnie z strony prawej, przy nagromadzeniu się gazów w kiszkiach. Wtedy bowiem kiszki wypychają wątrobę ku górze, przez co gdy z lewej strony otrzymujemy już ton tympaniczny, to z prawej przy tych samych okolicznościach mamy stłumienie. Jeżeli więc np. mamy stłumienie ze strony prawej od dołu na dwa do trzech poprzecznych palcy poniżej dolnego kąta łopatki, to nie jest ono wcale oznaką infiltracji mięszu płucnego, albo też obecności wysięku opłucnej.

Większe dzieci najlepiej opukiwać w łóżku i badanie to wykonywa się nieco później, tak, by dziecię przyzwyczało się już do badania w ogólności. Koniecznym jest, by dzieci siedziały w łóżku zupełnie prosto, albowiem już w skutek krzywego siedzenia i wygięcia kręgosłupa mogą powstać stępienia albo zwiększenie odporności klatki piersiowej, szczególnie od tyłu.

Mniejsze dzieci, do których należą dzieci przy piersi, opukuje się gdy matka trzyma je na ręku. Obnaża się plecy z koszulki i puka się zawsze bezpośrednio po skórze. Prócz tego należy przekładać dziecię z jednej ręki na drugą. Przy opukiwaniu po raz drugi, w celu sprawdzenia, widzimy nieraz że znikają stępienia zależące od złego ułożenia dziecięcia.

Opukiwanie przedniej ścianki klatki piersiowej najlepiej wykonywać ułożywszy dziecię na sieczkowej poduszce. Ręka którą układamy dziecię na grzbiecie nie powinna być zimna, lecz ogrzana, gdyż badanie przy niespokojności dziecka staje się niemożliwym.

Wysłuchiwanie jest bardzo ważnym i w pewnych okolicznościach daje nam ważniejsze rezultaty co do stanu płuc, aniżeli opukiwanie. Należy je zawsze wykonać przed opukiwaniem, ponieważ niepodobieństwem jest wysłuchiwać gdy dzieci krzyczą.

Dla oznaczenia stanu płuc najważniejsze są wyniki badania tylnej ściany klatki piersiowej. ponieważ większa część chorób płucnych ma swe siedlisko w dolnych częściach płuc. Również infiltracje górnych części płuc najlepiej można wykryć przez wysłuchiwanie na wysokości łopatk.

Przy wysłuchiwanie płuc u dzieci należy zwrócić szczególną uwagę na dwa momenta. W skutek małej objętości mięszu płucnego i szerokości tchawicy i oskrzeli pierwszego rzędu, oddech tchawiczny (oskrzelowy, krtaniowy) słyhać na rozmaitej przestrzeni t. j. jeżeli np. wysłuchujemy od tyłu i u góry, po obu stronach kręgosłupa, to w wielu miejscach, szmer oddechu tchawicznego, powstający w tchawicy, pokrywa oddech pęcherzykowy, mianowicie jeżeli dziecie oddecha powierzchownie. Oddech ten ma w zupełności charakter oskrzelowy, jest głośny, chuchający i zarówno słyszalny podczas wdechu jako też i podczas wydechu. Jeżeli następnie wysłuchiwać będziemy inne miejsca, oddalając się na zewnątrz lub ku dołowi, to znajdziemy że natężenie oddechu coraz bardziej się zmniejsza, i oddech pęcherzykowy występuje coraz wyraźniej.

Ten oddech tchawiczny słyhać najwyraźniej jeżeli wysłuchujemy wprost na kolumnie kręowej. Następnie po obu stronach kręgosłupa natężenie jego się zmniejsza, w równym stopniu.

Jest to bardzo ważna okoliczność; gdyż jeżeli znajdziemy że oddech ten po jednej stronie jest wyraźniejszy i dalej się rozprzestrzenia jak po stronie drugiej, to przemawia to za zmianami mięszu płucnego, o czym poniżej dokładniej mówić będziemy.

Dopiero po kilkakrotném wysłuchiwanie, oraz po wysłuchaniu kaszlu, można nabrać pewności w tym względzie.

Również charakter oddechu pęcherzykowego innym jest u dziecka, jak u dorosłego i różnica ta tem jest wyraźniejszą im dziecie jest młodszym. Występuje ona wyraźnie przy głębszem wdechaniu, jak to ma miejsce podczas krzyku i płaczu dziecica.

Oddech ten nazywamy *respiratio puerilis*. Jest to oddech bardzo ostry, podobny do oddechu oskrzelowego u dorosłych, pojawiającego się w początkach infiltracyi krupowej, ale musimy uznawać go za oddech oskrzelowy, gdyż ma charakter podmuchowy. Charakter ten najlepiej można obserwować jeżeli przytem możemy gdziekolwiek słyseć jednocześnie czysty oddech oskrzelowy, przez co różnica staje się bardzo wyraźną.

Oprócz danych jakie otrzymujemy w skutek opukiwania i wysłuchiwania, przy oznaczaniu świeżych cierpień płucnych mamy jeszcze bardzo dobre dane w stosunkach oddechania.

Inne objawy rozbierać będziemy w odpowiednich rozdziałach.

## 2. Grasica. (*Thymus*).

Grasica jest to organ, jak już wyżej zauważyliśmy, znajdujący się w pierwszych latach życia dziecinnego, ulegający prawie zupełnie zanikowi przy końcu drugiego roku życia. Przystępnie niesłuchanie rzadko podlega ona chorobom, których objawy, za życia dziecka, są tak nieznaczne, że zupełnie usuwają się od obserwacji. Wyjątek stanowią jedynie złośliwe nowotwory wychodzące z grasicy, które obserwować możemy jako guzy śródpiersia. Położenie grasicy jest takim, że jeżeli ulega ona znacznemu powiększeniu, to może wywierać nacisk na naczynia i nerwy po za nią leżące. Powiększenie to jednak musi znacznie przewyższać fizjologiczne granice jej wielkości, dosyć zresztą zmienne, inaczej bowiem nie bywa ucisku na naczynia i nerwy. Wszystkie stany, za przyczynę których uważano powiększenie się grasicy, jako to: astma oskrzelowa, skurcz krtani, i t. d. mają inne przyczyny, a nie zależą od powiększenia grasicy. Utrzymują się one bowiem i wtedy gdy wielkość grasicy jest bardzo mała i odwrotnie. Od czasu gdy poczęto szukać innych przyczyn dla wyżej wymienionych chorób, znaleziono je. Tylko powiększenia, zależące od mniej lub więcej szybkiego wzrostu nowotworów, powodują znacznie większe zaburzenia w krążeniu. Objawiają się one z początku jako zastoje żyłne w zakresie żył szyjowych, żyły nieparzystej i półnieparzystej, a w końcu w zakresie żył kończyn dolnych. Rozpoznanie podobnych guzów śródpiersia zawsze połączonym jest z wielkimi trudnościami, dopóki nowotwór rośnie wewnątrz klatki piersiowej; jeżeli jednak występuje na zewnątrz, czy to przez górny otwór klatki piersiowej, czy też w okolicy wyrostka mieczykowego, to rozpoznanie znacznie zostaje ułatwionem. W każdym razie koniecznym jest, by można było wykluczyć w sposób zupełnie pewny wszelkie inne możliwe przyczyny zaburzeń w krążeniu, jakoto wszelkie choroby serca, zebranie płynu w osierdziu, rozmaite choroby płuc i t. d. Pomocniczym środkiem dla rozpoznania, oprócz wyglądu kachetycznego i długiego trwania choroby, bywa też stan sąsiednich

gruczołów limfatycznych szyjowych. Jeżeli guzy znajdujące się w gruczołach limfatycznych, można odróżnić od zwykłych żółzowych zmian w gruczołach i oznaczyć je jako przerodzenie rakowate lub mięsakowate, to okoliczność ta przemawia za guzem śródpiersia. Anatomicznie też nie zawsze można wykazać że dany rakowaty lub mięsakowaty guz śródpiersia ma swój punkt wyjścia w grasicy, gdyż zwykle grasicca zupełnie przechodzi w bujający nowotwór. Tylko przy processach mało jeszcze rozwiniętych znajdujemy resztki grasicy. U dzieci syfilitycznych znajdowano ropnie w grasicy, które uważać należy, jako będące w związku z wrodzonym przymiotem.

Również u dzieci nieżywo urodzonych, lub zmarłych w krótko po porodzie, a pochodzących od matek syfilitycznych i mających wyraźne oznaki przymiotu dziedzicznego, znajdowano wśród mięszu grasicy miejsca rozmiękzone które uważano za ropnie. Czy w takich razach mamy do czynienia z prawdziwym wytwarzaniem się ropnia czy też z processem mięknięcia, tego dotychczas nie możemy stanowczo rozwiązać, jak również nie można wyjaśnić związku tego stanu z przymiotem dziedzicznym. W każdym razie, zmiany te znajdowano tylko u dzieci syfilitycznych.

### 3. Choroby osierdzia.

#### a) Zapalenie osierdzia. (*Pericarditis*).

Choroby osierdzia i wsierdzia, z wyjątkiem wrodzonych wad serca, prawie wszystkie powstają podczas ostrych reumatyzmów stawowych, które wcale nie są rzadkie u dzieci, nawet u ssawców.

Zapalenie osierdzia jest chorobą stosunkowo najrzadziej obserwowaną w wieku dzieciennym, częściej ulega chorobie wsierdzie, rzadko bardzo mięśnie serca, a większe naczynia—nigdy. Również rzadko zdarza się obserwować obfite nagromadzenie się wysięku w worku osierdzia. Najczęściej, podczas przebiegu ostrego gościca stawowego, słyszeć można szmer tarcia w osierdziu, który prędko ginie. U dzieci zupełnie małych bywa bardzo trudno wykazać podobny szmer tarcia w osierdziu, z powodu że szmer oddechowy jest bardzo głośny; chociaż zapalenie osierdzia nie jest wcale rzadkiem, jak tego dowodzi częsta obecność płam ścięgnistych, które znajdujemy na trzewiowym lietku osierdzia. Jeżeli w worku osierdzia zebrał się obfity wysięk, to wykrywa się to w takiż sam sposób jak i u dorosłych, dla tego też pomówimy o tém w krótkości. Zwykle wysięk wytwarza



się podczas nasilenia procesu goścowego. Towarzyszy temu silna gorączka, tętno małe, słabe, nitkowate, oraz utrudnione oddechanie. Najważniejsze objawy są następujące: osłabienie tonów serca, które stają się niewyraźne, osłabienie a nawet zniknięcie uderzenia serca, oraz rozszerzenie się stępienia. Chociaż nie zawsze, ale ważnym objawem jest też obecność szmeru tarcia w osierdziu. Rozróżnienie szmeru osierdziowego od szmerów wsięrdziowych opiera się na tych samych zasadach co i u dorosłych. Zapalenie osierdzia w wieku dzieciennym ma zwykle zejście pomyślne, jeżeli powikłania nie wpływają na zwiększenie niebezpieczeństwa. Wysiłek wsysa się zupełnie, i pozostają tylko plamy ścięgnięte na trzewiowym listku osierdzia. Są one zupełnie nieszkodliwe. Bardzo rzadko obserwowano, by zejściem zapalenia osierdzia było zrośnięcie się obu listków osierdzia, czyli jak zwykle się wyrażają: zrośnięcie się serca z osierdziem. Bywa ono albo całkowitem albo częściowem. Rozpoznanie podobnego stanu za życia jest bardzo trudnem tembardziej że zwykle brakuje najważniejszego objawu, to jest wciągania się podczas rozkurczu między-żebra gdzie bywa uderzenie serca. Choroba ta często jest w związku z obszernem zlepnem zapaleniem opłucnej, albo też zdarza się u indywiduów bardzo wyniszczonych. Zrośnięcie się obu listków osierdzia uskutecznia się bardzo powoli, również i wpływ zrośnięcia na mięsień sercowy staje się później dopiero widocznym. Mięsień sercowy ulega albo stłuszczeniu albo też występuje zwyrodnienie mączkowate, czasami zaś oba te zwyrodnienia istnieją jednocześnie. Oczewistem jest, że gdy mięsień sercowy ulega chorobie, to krążenie znacznie musi na tem cierpieć, a nawet wskutek choroby mięśnia sercowego może nastąpić śmierć nagła. Wskutek zaburzeń w krążeniu występują najpierw zaburzenia w odżywianiu (utrudnienie wsysania), a później dołączyć się może puchlina brzucha i obrzęk kończyn dolnych. Ważny punkt dla rozpoznania różniczkowego od chorób nerek stanowi w takich razach zachowanie się moczu.

Obserwowano też odkładanie się pojedynczych gruzełków, przy ostrój gruźlicy prosówkowej; w każdym razie bywa ich tak mała liczba, że nie wywołują za życia żadnych objawów. Czasami obserwowano odkładanie się gruzełków wśród wysięku pokrywającego trzewiowy listek osierdzia, czyli, tak zwane gruźlicze zapalenie osierdzia. Bujające gruzełki zwykle są bardzo świeże. Leczenie zapalenia osierdzia jest czysto wyczekującym, zaś ogólne przepisy dyjetetyczne należy stosować do wskazań, wypływających z cierpień reumatycznych, towarzyszących zwykle zapaleniu osierdzia.

b) Puchlina osierdzia. *Hydrops pericardii.*

Zebranie się płynu w worku osierdziowym należy odróżnić od zapalenia osierdzia, ponieważ stan ten jest tylko częściowym objawem ogólnej puchliny i nie powstaje nigdy na drodze zapalnej, jak to np. w wielu razach ma miejsce u dorosłych. Największa część wypadków odnosi się do puchliny ogólnej pojawiającej się przy chorobie Bright'a, po płonicy. Puchlina osierdzia bywa zwykle ostatniem zjawiskiem w szeregu objawów puchliny ogólnej i przesięk musi być bardzo znacznym, aby go można było wykryć za pomocą znaków fizykalnych. Zwykle w takich razach śmierć następuje bardzo prędko. W podobnych wypadkach ilość płynu normalnie zawartego w osierdziu bywa dwa lub trzy razy większa. Aby można za życia wykazać obecność płynu, musi go się nagromadzić przynajmniej 300—400 grammów.

## 4. Choroby serca.

## a) Choroby serca wrodzone oraz zbożenia w rozwoju większych naczyń.

Ponieważ przedmiot ten nie należy do zakresu niniejszego podręcznika, przeto musimy w tym względzie odesłać czytelników do podręczników anatomo-patologicznych. O ile ważne są wrodzone nieprawidłowości budowy serca, szczególnie odnośnie do wyjaśnienia nieprawidłowości nabytych, o tyle dzieci dotknięte podobnymi zbożeniami rzadko kiedy są przedmiotem leczenia. Najczęściej podobne dzieci rodzą się nieżywo, albo też umierają wkrótce po porodzie, a zatem przedstawiają interes jedynie dla anatomo-patologów. Musimy jednak wspomnieć o niektórych wypadkach, przedstawiających szczególny interes dla praktycznego lekarza chorób dzieciennych. Odnoszą się tutaj te wypadki, które oznaczają mianem sinicy wrodzonej (*cyanosis congenita*). Spotyka się dzieci, które, chociaż wkrótce po porodzie tracą pierwiastkową czerwoność skóry, jednak nie nabierają prawidłowej barwy, ale zostają ciemno-sine. Nietylko pokrywy ogólne są ciemno-sine i pokryte wyraźnymi żyłami, ale i błony śluzowe także przedstawiają podobne stosunki. Stopień sinicy bywa rozmaity, po kilku dniach dziecię staje się mniej sinem, a znów po upływie kilku może stać się tak ciemnym, iż można sądzić że ma się przed oczą-

mi dziecię murzyńskie. Podobne dzieci mają się przytem pozornie zupełnie dobrze, nie mają gorączki i nie podobna wykazać żadnego cierpienia płuc lub oskrzeli. Również nie jestto *stadium algidum* choleryny albo cholery azyatyckiej, podczas którego dziecię też jest bardzo sine, lecz przyczyny tego stanu, mogącego trwać całe miesiące a nawet i lata, są inne. Przy *bronchitis capillaris suffocativa* zdarzającym się u dzieci w pierwszych dniach życia, występuje również sinica w wysokim stopniu, ale ustępuje wraz z polepszeniem się cierpienia oskrzeli. Takie dzieci sinicowe chętnie ssą i dobrze się chowają. Aby dobrze pojąć tę chorobę, należy przedtem w krótkości wspomnieć o najczęstszych wrodzonych nieprawidłowościach serca. Wyliczmy tu tylko te nieprawidłowości, które zdarzać się mogą u dzieci zdolnych do życia.

1. Może brakować przegrody międzykomórkowej. Może brakować albo całej przegrody, albo istnieje sierpowata listewka, lub też w samej przegrodzie znajduje się dziura rozmaitej wielkości, tak że obie komórki komunikują ze sobą za pomocą mniej lub więcej dużego otworu. O innych modyfikacjach nie wspominaemy, ponieważ skutek będzie zawsze jeden i ten sam.

2. Płodowe drogi krążenia pozostają niezamkniętymi i to albo przez jakiś czas po porodzie, albo też przez całe życie.

a) Dziura owalna pozostaje otworem, gdy brak zastawek albo zupełnie albo w całości, albo też gdy tak ją zamykają że pozostaje jeszcze szpara. Zamknięcie się zupełnie często bywa niemożliwym, w skutek wadliwego rozwoju naczyń, oraz w skutek choroby płucnej nabytej po porodzie, co jest szczególnie ważnem dla lekarza chorób dzieciennych.

b) Przewód tętniczy pozostaje niezamkniętym, albo też, przy pewnych okolicznościach, tak zanika, że ostatecznie następuje zarośnięcie przesmyku aorty (*isthmus aortae*), t. j. zamknięcie tej części aorty, która leży po za tętnicą podobojczykową lewą. Krążenie oboczne odbywa się za pomocą rozszerzonych tętnic, wychodzących z aorty wstępującej i z łuku aorty.

Pień bezimienny i tętnica podobojczykowa są rozszerzone i krążenie oboczne formuje się przez połączenia pomiędzy tętnicami: międzybrową pierwszą, sutkową wewnętrzną, grzbietową łopatki, podłopatkową, piersiową dolną i pozostałemi międzybrowemi a tętnicą nabrzuszną.

Również istnieje przytem zawsze przerost lewej komórki. Sini cy przytem nie bywa, ale stan taki rozwija się wcześniej, jak tylko

po porodzie poczyna się zanik przewodu tętniczego. Nieprawidłowość ta, chociaż często opisywano ją u dorosłych, nie była jednak obserwowaną nigdy podczas wieku dzieciennego. Objawy obocznego krążenia powinny by szczególnie wyrażnie występować na dziecięcej klatce piersiowej. Najmłodsze indywiduum, u którego dotychczas obserwowano podobną nieprawidłowość, miało lat 14. Dlatego też, dla objaśnienia wyżej opisaney czasowej sinicy, można opierać się jedynie na niedostatku przegrody międzykomórkowej, i niezarośnięciu dziury owalnej. Niezarośnięcie przewodu tętniczego trafia się tak rzadko a otwór tegoż przewodu w tętnicy płucnej bywa tak małym, że zupełnie możemy nie rachować na podobny wypadek przy opisywaniu sinicy.

Pozostają nam tylko obie nieprawidłowości najpierw wymienione; w wypadkach takich głównie chodzi o to: czy ma miejsce mieszanie się obu rodzajów krwi? w jakim kierunku? i czy można objaśnić powstawanie sinicy przez mieszanie się krwi w komórkach? Jeżeli następuje zmieszanie się krwi w komórkach sercowych, to prawdopodobniejszem jest że krew tętnicza zostaje wypchniętą do prawej komórki; ponieważ komórka lewa ma daleko silniejsze i bardziej muskularne ściany. Zważywszy więc, że znanych jest wiele wypadków, w których, przy braku przegrody międzykomórkowej lub niezarośnięciu dziury owalnej, wcale nie było sinicy, musimy wyprowadzić wniosek: że mieszanie się w komórkach krwi tętniczej z żylną nie stanowi wcale ogólnej przyczyny sinicy. W takich razach albo mieszanie się krwi jest bardzo nieznacznem, albo też chociaż i jest w znaczniejszym stopniu, to nie stanowi przyczyny sinicy, a podstawą tą, jak już wspominaliśmy, bywają cierpienia oskrzeli w pierwszych dniach życia dziecka.

Przy sinicach dłużej trwających i takich, które pozostają na stałe, mamy zwykle do czynienia z utrudnionym odpływem krwi żylny do komórki prawej. Nie zawsze w danym wypadku określić można, jaka mianowicie jest przyczyna utrudniająca odpływ. W niektórych razach przyczyną bywa nieprawidłowe rozmieszczenie naczyń; aorta poczyna się z komórki prawej, tętnica płucna z komórki lewej, albo też wspólny pień tętnic płucnych przedłuża się bezpośrednio, tak jak u zarodka, w aortę zstępującą, albo też, co bywa najczęściej, cały system tętniczy jest bardzo wązki. Przytem krew nagromadza się w naczyniach i ponieważ mała ilość krwi zostaje przepchniętą przez aortę więc i do prawej komórki przypływa też mało krwi; w krążeniu płucnem znajduje się mała ilość krwi. Przemiana

krwi żylnój na tętniczą odbywa się powoli i na téj drodze powstaje sinica. Gdy dziecie nieco urosnie, to nie stosunek ten może się znów wyrównać. Może to nastąpić tylko w ostatnim wypadku, nigdy zaś w pierwszym. Płody, w których pień tętnicy płucnej przechodzi w aortę, zwykle żyją tylko kilka dni, niektóre zaś, u których tętnice mają nieprawidłowy początek mogą dochodzić późniejszego wieku. W podobnych razach sinica ciągle się zwiększa, szczególnie na obwodzie ciała, tak że w następstwie, wskutek przepełnienia naczyń żylnych i włosowatych, paznogiowe członki palców obrzmiewają w formie pałeczek od bębna.

Badanie serca, w wypadkach dłużej trwających, wykazuje nam po większej części znaki przerostu całego serca. Czasami, chociaż nie zawsze, słychać na wierzchołku serca szmer podmuchowy, mniej lub więcej wyraźny, trudno bardzo dający się wysłuchać u noworodków. Podobne dzieci mają wszystkie objawy choroby sercowej i w końcu umierają w skutek puchliny ogólnej, albo też wskutek cierpienia oskrzeli.

Bardzo często takie dzieci cierpią na często powracające skorbucyjne cierpienia jamy ustnej, przyczem tracą duże ilości krwi. Również często cierpią one na obfite krwotoki nosowe, trudne do zatamowania. Wskutek powolnej przemiany krwi żylnój na tętniczą, dzieci takie mają zawsze chłodne kończyny, słabo rozwiniętą siłę mięśniową, krótki oddech i t. d. Prócz tego łatwo mogą się dołączać inne cierpienia serca, wsierdzia, lub osierdzia i przyspieszać zejście śmiertelne.

#### b) Zapalenie wsierdzia (*endocarditis*) i choroby zastawek sercowych.

Wszystkie processa chorobne pojawiające się na wsierdzu są po większej części skutkami ostrego reumatyzmu stawowego. Następstwa zapalenia wsierdzia, co do stanu zastawek i ścian serca, są zupełnie takież same co i u dorosłych; zastawki przedsionkowo-komorowe lewe częściej bywają siedliskiem processu, niż zastawki aorty; zastawka trójdzielną cierpi niesłychanie rzadko, zastawki zaś tętnicy płucnej – nigdy.

Daleko rzadziej zdarzają się zmiany w otworach. Process zapalenia wsierdzia rzadko miewa takie natężenie, by sięgał głęboko do mięśnia sercowego. Znaczniejsze i grubsze modzelowatości łączno-

tkankowe przy obrączce chrząstkowatej, ściągające się po dłuższym trwaniu, zdarzają się nadzwyczaj rzadko; dlatego to zwężenie lewego otworu żylnego u dzieci stanowi wielką rzadkość, i to tem większą im dziecie jest młodszem. Najczęściej spotykamy niedostateczność zastawki dwudzielnej, jako pozostałość po uprzednio przebytem zapaleniu wsierdza; skutkiem zaś niedostateczności po pewnym czasie występuje rozszerzenie i przerost prawej komórki. Jeżeli niedostateczność jest w znacznym stopniu, albo jeżeli zapalenie wsierdza powtarza się, to i lewa komórka ulega przerostowi. Proste rozszerzenie prawej komórki, bez zgrubienia jej ścianek, będące najpierwszym skutkiem zastoju krwi, często występuje już podczas przebiegu zapalenia wsierdza. Zapalenie wsierdza u dzieci nie zawsze prowadzi do zmian w układzie zastawkowym serca oraz w ściankach jego, czasem przebiega prosto jako choroba, którą jednak rozpoznać można jedynie przy jaknajściślejszej obserwacji. Ta okoliczność, że wskutek zapalenia wsierdza rzadko kiedy wytwarza się wada zastawkowa, stała się powodem iż powstało mniemanie, że u dzieci wady zastawkowe mogą się wyrównywać, to jest że zmiany wsierdza mogą się wyrównać, że krążenie znów staje się prawidłowem. Dodać tu jeszcze musimy, że odnosi się to tylko do ustąpienia nieznacznych zaburzeń. Niepodobnem zaś jest, gdy już istnieje zwężenie któregokolwiek otworu. Jeżeli zapalenie wsierdza zajmuje ścianę komórki sercowej, to podczas życia dziecka mogą istnieć jak najwyraźniej wszystkie objawy, a jednak nie wywiązuje się niedostateczność zastawek.

Objawy powoli ustępują i pozostaje jedynie nieznaczne i nieszkodliwe zgrubienie wsierdza. Wbrew zdaniu innych autorów, musimy tu zwrócić uwagę, że podobne zgrubienia wsierdza są daleko rzadsze, aniżeli płamy ścięgniste na osierdziu; tak jedne jak i drugie świadczą o przebytem procesie zapalnym. W rzeczywistości łatwiej niedopatrzyć na żyjącem dziecku zapalenia osierdza w małym stopniu, jak zapalenia wsierdza. Zapalenie wsierdza pierwotnie napada tylko na dzieci zkadınad zdrowe, a prócz tego przyłącza się do processów septycemicznych, do ospy, do płonicy, a rzadziej do odry. Większość wypadków ma zejście śmiertelne ponieważ powstają zatory w płucach, lub w mózgu. W takich razach, gdzie zapalenie wsierdza występuje pierwotnie, pierwsze objawy niczem się nie różnią od początkowych objawów innych chorób ostrych. To odnosi się tylko do najczęstszej formy zapalenia wsierdza, to jest do formy reumatycznej. Nie zawsze, podczas wystąpienia zapalenia wsierdza, na-

tężenie processu reumatycznego wzmagą się, przeciwnie, zwykle napad reumatyzmu już ustępuje, gdy znów pojawia się wysoka gorączka i t. d. Przy zapaleniu wsierdza występującem pierwotnie brak wymiotów, charakterystycznych dla processów wysypkowych ostrych; częścię, szczególnię u starszych dzieci, występuje dreszcz wstrząsający.

Często u takich dzieci gorączka jest bardzo wysoka, dochodzi do 42°C, zachowuje ona charakter ciągły, t. j. bez wyraźnych znacznych nasileń wieczornych. Taka gorączka trwa 3—4 dni, i niepodobna w tym czasie wykryć żadnych cierpień miejscowych.

Taki wyrok można jednak wydać po ścisłem i kilkakrotnie powtarzanem badaniu, gdyż właśnie nieznaczne infiltracye wierzchołków płuc mogą z początku wywoływać też same objawy, a można ich niedopatrzyć.

Zwykle, chociaż nie zawsze, jednocześnie z ustąpieniem gorączki, przy wierzchołku serca występuje szmer podmuchowy który staje się mniej wyraźnym u podstawy serca i w większych naczyniach, to jest w miarę oddalania się jest coraz mniej słyszalnym. Szmer wsierdziowy, tem się odróżnia od osierdziowego, że pierwszy rozchodzi się i po większych naczyniach, a nawet i po naczyniach szyjowych, podczas gdy ostatni słyszalny jest jedynie w granicach osierdza.

Szmer ma charakter podmuchowy i zawsze jest systoliczny. Przy prostem zapaleniu wsierdza nigdy nie słyhać szmeru diastolicznego, czy to samego, czy też po szmerze systolicznym. Szmer często występuje pod formą rozdzielenia się tonu; przyczyny tego zjawiska do tęg pory nie są dostatecznie wyjaśnione.

Nawet gdy szmer jest dosyć silny i głośny, to jednak zawsze słyhać drugi ton lewęg komórki. Często występuje on tak prędko po szmerze, że usłyseć go można wysłuchując w rozmaitych punktach

Szmer powstaje w tem miejscu, w którem wskutek zapalenia wsierdza potworzyły się nierówności; słyhać go najwyraźnię na wierzchołku, natęzenie jego zmniejsza się w różnych kierunkach. Drugi ton tętnicy płucnej nie bywa wzmocnionym, jeżeli mamy do czynienia z prostem zapaleniem wsierdza. Prosta nierówność powierzchni w lewym przedsionku, albo też na zastawce wcale jeszcze nie wykazuje niedostateczności zastawek, nie stanowi przytem przeszkody dla krążenia, mogącęj doprowadzić do zwiększenia ciśnienia w małym krwi obiegu. Jeżeli jednak drugi ton tętnicy płucnej jest wzmocniony, to stanowi to zawsze oznakę, że zastawka dwudzielna już jest niedostateczną.

Jeszcze ściślej należy stawiać rozpoznanie, jeżeli, prócz obecności stałego systolicznego szmeru podmuchowego na wierzchołku serca wzmocnienia drugiego tonu tętnicy płucnej, występuje rozszerzenie, resp. przerost prawej komórki serca. Objawy te muszą być stałe, to jest należy obserwować je przez czas dłuższy, by można postawić rozpoznanie na: „wadę serca“ resp. „wadę zastawkową“. W każdym razie możebnem jest, że do zapalenia wsierdzia ze szmerem podmuchowym, rozszerzenia serca i innych objawów, dołącza się silne zapalenie oskrzeli. W podobnych razach także występuje silne wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej, które jednak ginie po ustąpieniu kataru, zaś inne objawy, zależące od cierpienia wsierdzia, a szczególnie szmer podmuchowy, mogą trwać dalej. Szmer podmuchowy może znów ustąpić, w miarę jak zgrubienia osierdzia marszczą się i ulegają wessaniu. Nie każde zapalenie wsierdzia wywołuje stałe zaburzenie w funkcji zastawek sercowych.

Jeżeli zgrubienia wsierdzia trwają długi czas, to samo przez się rozumie się że, podobnie jak u dorosłych, na już istniejących wybujałościach mogą się osadzać skrzepy włóknika. Jeżeli to ma miejsce, to nawet przy wadach sercowych, występujących przy reumatyzmach, tworzą się zatory w odległych organach, mianowicie w mózgu, w śledzionie, rzadziej w płucach. Przy zapaleniach wsierdzia, występujących przy chorobach ostrych jak: płońca, ospa lub ropnica (np. po operacjach), wypadki podobne trafiają się już z początku choroby, co oczywiście zależy od owych processów, wywołujących samo zapalenie wsierdzia.

Zatory przy wadach serca u dzieci są rzadkie. Zwykle u dziecka którego stan ogólny zresztą jest dosyć dobry, nagle występują objawy prawostronnego, połowiczego porażenia twarzy, poczem wkrótce dołączają się objawy ropnego zapalenia opon mózgowych.

Niedostateczność zastawek aorty jest niesłychanie rzadką. Rozpoznawanie tej wady u dzieci jest także same jak i u dorosłych, tembardziej, że trafia się ona u dzieci starszych.

O przebiegu zapalenia wsierdzia mówiliśmy już wyżej. Wady serca mają przebieg przewlekły i trwają aż do czasu dojrzałości a nawet i dłużej. Cierpienia towarzyszące wadom serca są: bicie serca, bardzo krótki oddech, skłonność do katarów oskrzelowych i do powtarzania się reumatyzmu stawowego, który, w większości wypadków zawsze poprzedzał wadę serca.

Objawy puchliny brzucha, obrzęku kończyn i t. d., zdarzają się



bardzo rzadko z powodu rzadkości zwożeń otworów sercowych, dlatego też śmiertelność dzieci wskutek wad serca jest nieznaczna.

Leczenie zapalenia wsierdzia i jego następstw jest bardzo ograniczone.

W celu uspokojenia pobudzonej czynności serca, można stosować: absolutny spokój, chłodne okłady na okolicę sercową. Jeżeli ruchy serca są bardzo przyspieszone, a skurcze serca są nierytmiczne, to należy natychmiast zastosować naparstnicę purpurową (*digitalis purpurea*), jeżeli niema przeciwwskazania, jak: ogólnego osłabienia, bezkrwistości w wysokim stopniu. Naparstnicę najlepiej stosować w postaci naparu, zwykle z dodatkiem lekkiego środka moczopędnego. Rozpocząć należy od dawek małych, by można dłużej podawać, ponieważ przy używaniu naparstnicy łatwo występuje działanie kumulacyjne. Podaje się zwykle: Rp. *Inf. fol. digitalis pp. e 0.1—0.2 (gr. 1—iii) ad 80.0 (℥ iii)*, *Liq. terr. fol. tartari gtt 20*, *Syr. simpl. 10.0 (℥ iiβ)*. D. S. Co 2 godziny po łyżeczce od kawy, albo też: Rp. *Pulv. fol. digitalis pp. 0.2 (gr iii)*, *chinini sulphurici 0.5 (gr Viii)*, *Sacchari albi 2.0 (℥ β)*. *M f. pulv. div. in part. aeq. N-o sex*. D. S. Co trzy godziny jeden proszek. Nalewki naparstnicowej nie podaje się u dzieci, ponieważ nie stanowi ona niezawodnego preparatu.

O działaniu naparstnicy na ruchy serca, jako o rzeczy znanéj; mówić nie będziemy. Jeżeli występuje znaczne zwolnienie skurczów serca, to naturalnie wstrzymać należy, podawanie naparstnicy i przepisać lekki środek moczopędny sam, albo też z dodatkiem kwasu roślinnego, np.: Rp. *Acidi tartarici 0.5 (gr. Viiij)* *Aq. destil. 80.0, (℥ iij)*, *Syr. simp. 10.0 (℥ iiβ)*. D. S. Co 2 godziny po łyżeczce od kawy.

Jeżeli wskutek zapalenia wsierdzia następuje niedostateczność zastawek sercowych, wtedy głównie polecić należy ścisłe zachowanie diety, oraz inne odpowiednie przepisy hygieniczne. Podobne więc dziecię powinno mieć pokarm lekko strawny, głównie mięsny, mleko, mało legumin, a głównie unikać należy pokarmów mogących sprawić wzdęcie. Również nie trzeba dawać kawy ani herbaty, by uniknąć wszelkiego pobudzającego działania na serce. Można za to podawać małe ilości piwa wystarego, oraz lekkiego wina, szczególnie u dzieci nieco wyniszczonych, gdyż i u dorosłych użycie małych ilości alkoholu (czy to pod postacią piwa czy też wina) opóźnia wystąpienie objawów puchliny. Prócz tego dzieci powinny używać odpowiedniego ruchu po wolnem powietrzu.

Jak najtroskliwiej zwracać należy uwagę by podobne dzieci unikały wszelkich nateżeń, tak fizycznych jak i umysłowych. Jeżeli

występuje znacznego stopnia bezkrwistość, co często się zdarza, to należy zastosować żelazo, w dawkach, o których już w innym miejscu mówiliśmy.

Jeżeli uderzenia serca nie są regularne, to należy polecić zupełny spoczynek i na nowo rozpocząć podawanie naparstnicy.

Dzieci skłonne do reumatyzmu, należy poddać ostrożnie wzmacniającej kuracji zimną wodą.

Wreszcie nadmienić tu jeszcze musimy, że u dzieci można często obserwować systoliczne szmery sercowe, nie mające nic wspólnego ze zmianami na zastawkach lub zapaleniem wsierdzia. Te szmery podmuchowe najlepiej słychać na wierzchołku serca; zdarzają się one przy rozmaitych chorobach, a mianowicie przy wielu processach wyniszczających, jak np. przy skorbutcie, ciężkich tyfusach, po ciężkiej ospie, przy początku bladaczki u większych dziewcząt, przy bezkrwistości znacznego stopnia, przy białaczce etc. Szmery te znikają przy polepszeniu się stanu ogólnego.

### c) Choroby mięśnia sercowego.

Musimy wspomnieć tu o pewnych przemianach mięśnia sercowego, gdyż dołączają się one do wielu chorób, tak ostrych, jako też i przewlekłych.

1. Stłuszczenie mięśnia sercowego, resp. stłuszczenie włókien mięsnych poprzecznie prążkowanych. Mięsień sercowy staje się wiotkim, płowo-żółtym, co wyraźniej dostrzedz można na ścianie lewej komórki, łatwo ulega rozdarciu, wsierdzie jest zaczerwienione, wskutek imbibicyi (co stanowi objaw pośmiertny), w jamach serca zawiera się nieco krwi słabo skrzepłej. Badanie drobnowidzowe wykazuje nam, że na większej części włókien poprzeczne prążkowanie znikło, że pojedyncze włókienka dają się rozdzielać, oraz że we włóknach mięsnych podkładały się krople tłuszczowe różnaitej wielkości. Jądra sarkolemy nie rozmnażają się, trudno ich dojrzeć, z powodu zmętnienia i ziarnistości włókien mięsnych. Takie stłuszczenie mięśni sercowych spotykamy głównie przy ciężkich formach dyfterytu, przy długotrwałem próchnieniu kości, przy płonicy, przy krzywicy, przy chorobie Bright'a.

2. Inną formę przedstawia ziarniste zmętnienie włókien mięsnych. Zawartość włókna mięsnego jest zmętniona, ale poprzeczne prążkowanie można jeszcze zauważyć. Jądra są nadzwyczaj małe

i delikatne, ale można je dobrze odróżnić pod mikroskopem od owych kropelek tłuszczowych, jądra sarkolemy są dobrze zachowane, w niektórych miejscach zdaje się, że ilość ich bywa większa, a również spotkać można miejsca, okazujące jakby odtwarzanie się włókien mięsnych.

Formę tę obserwować można prawie przy wszystkich chorobach ostrych, jak wysypki, krup, zapalenie płuc a przede wszystkim przy tyfusie brzuszny, przy którym obserwowano zjawiska odtwarzania się włókien mięsnych, szczególnie po długim trwaniu (*typhus, marasmus*) albo też po powrotach tej choroby.

Stłuszczenie serca, o którym wyżej mówiliśmy, często bywa przyczyną napozór nagłej śmierci zdarzającej się w skutek paraliżu serca, szczególnie przy próchnieniu kości, powikłanem przewlekłą dysenteryą.

Za życia stłuszczenie serca rozpoznać można jedynie z wielkim prawdopodobieństwem, ponieważ nie zdarza się ono zawsze podczas wyżej wspomnianych processów; nieraz niema go, chociaż inne zmiany anatomiczne występują w znacznym stopniu, a za to może się pojawić przy miejscowym processie, na pozór bardzo nieznacznym.

Zdarzają się wypadki sekcyjne, w których za życia istniały tylko objawy mniej lub więcej silnej krzywicy, zwykle nawet już dawniej przebytej, oraz niezbyt silnego kataralnego zapalenia kiszek cienkiej, a jednak znajdujemy znaczne stłuszczenie włókien mięsnych serca, komórek wątrobowych i nabłonków nerkowych. Takie znaczne stłuszczenie nie zależy zupełnie od processu, przy którym się pojawia. Prócz tego dzieci takie są zwykle dosyć w tłuszcz zaopatrzone i mają najczęściej  $1\frac{1}{2}$ —3 lat życia.

## 5. Choroby opłucnej.

### a) Zapalenie opłucnej (*Pleuritis*).

Zapalenia ściennego listka opłucnej występują albo pierwotnie, albo w związku, albo wskutek innych chorób, a mianowicie chorób płucnych. Pierwotne zapalenie osierdzia jest stosunkowo daleko rzadszem niż zapalenie występujące w związku z zapaleniem płuc, gdyż przy obszerniejszych zapaleniach płuc, opłucna prawie nigdy nie pozostaje zdrową. U żyjącego jednak nie zawsze można odróżnić czy wysięk opłucny, jeżeli jest dosyć obfity, powstał pierwotnie czy

też w skutek zapalenia płuc i opłucnej (*pleuro-pneumonia*). Również w pewnych wypadkach trudno bywa odróżnić zapalenie opłucnej, występujące ostro i przy których wytworzyło się tyle wysięku, że dolny zraz płucny zostaje uciśniętym do mniej więcej trzeciej części swój pierwotnej objętości, od zapaleń płuc, zajmujących też same okolice; gdyż w podobnych wypadkach w obu razach zarówno mamy: stopienie, oddech oskrzelowy, gorączkę, ból, pobudzenia do kaszlu i t. d., tak jak przy ostrój infiltracji płuca. Ponieważ wysięk jest jeszcze w małej ilości i wytwarza sobie przestrzeń przez uciskanie płuca, przeto nie występują objawy właściwe wysiękom opłucnej, jako to: przemieszczenia organów sąsiednich, rozszerzenie odpowiedniej połowy klatki piersiowej i t. d. W podobnych wypadkach odróżnić można oba te stany jedynie po obserwacji dalszego przebiegu. Cierpienia opłucnej towarzyszą prawie zawsze każdej przewlekłej chorobie płuc.

Takie zapalenie opłucnej występuje pod formą tak zwanego zlepnego zapalenia opłucnej (*pleuritis adhaesiva*); wytwarzają się wtedy przyrosty, błony fałszywe i t. d. W takich błonach fałszywych mogą się odkładać większe lub mniejsze gruzełki, które na trupie spotyka się już w rozmaitym stopniu rozpadu. W takim to znaczeniu można mówić o gruźliczym zapaleniu opłucnej, które nigdy nie występuje pierwotnie, tylko zawsze jako następstwo gruźlicy płuc lub opon mózgowych. Wreszcie opłucna ulega zapaleniu *ex continuo* i *ex contiguo* w skutek zgorzeli, skoro pęka kawerna, leżąca powierzchownie, wskutek zgorzeli (zgorzel biała), albo też gdy powstaje zgorzel rozlana, zajmująca cały płat płuca, dotychczas zdrowego lub podległego infiltracji. W podobnych razach i opłucna rozpada się w skutek zgorzeli i powietrze musi wystąpić do jamy piersiowej (*pneumothorax*).

Ponieważ, jak już wyżej mówiliśmy, ostre zapalenie opłucnej w większej liczbie wypadków powstaje jednocześnie z zapaleniem płuc, przeto opis szczegółowy musimy odesłać do opisu krupowego zapalenia płuc, ponieważ nadzwyczaj trudno byłoby opisywać oddzielnie objawy tych chorób. Tutaj zajmować się tylko będziemy temi wypadkami, w których mniej lub więcej szybko zbiera się znaczna ilość płynu w worku opłucnej. Podobne wysięki opłucnej, albo są natury wodnistej (*Hydrothorax*), albo też są surowiczo-ropne, lub nawet mogą się składać z samej tylko ropy (*Pyothorax-Empyema*). Nie zawsze za życia można z pewnością określić naturę wysięku, wiele bowiem zależy ona od przebiegu, jednakowoż w większej liczbie wy-

padków udaje się określić własności wysięku z wielkiem prawdopodobieństwem. Najpewniejszych danych w tym względzie dostarcza nam przebieg, sposób wystąpienia choroby i cierpienia, które ją wywołały. Wysięki surowiczo-ropne i ropne bywają zwykle jednostronne (i to częściej prawostronne), gdy tymczasem wysięk czysto surowiczy najczęściej znajduje się z obu stron, w równym stopniu.

Jeżeli np. istnieje reumatyzm stawowy, do którego przyłącza się zapalenie płuc i opłucnej, i jeżeli wysięk zresztą dosyć obfity, nie wsysa się szybko, to jest nie ustępuje jednocześnie z infiltracją płuc, to w takim razie mamy do czynienia z wysiękiem surowiczo-ropnym.

Jeżeli po chorobie Bright'a powstałej po płonicy, pojawiają się oznaki zebrania się płynu w workach opłucnych, to w takich razach zwykle mamy do czynienia z wysiękiem surowiczym, resp. z prześiękiem.

Jeżeli np. jednostronny wysięk opłucnej trwa przez dłuższy czas, jeżeli powiększa się powoli ale stale, jeżeli przytem dzieci gorączkują, szczególnie nad wieczorem, jeżeli chudną w wysokim stopniu, to mamy zawsze do czynienia z wysiękiem prawie zupełnie ropnym.

Zlepne zapalenie opłucnej można bardzo często napotkać, ale zrosty nadzwyczaj rzadko bywają tak grube i mocne, aby można je wykazać przez badanie fizykalne, chociaż cienkość i elastyczność ścian klatki piersiowej nadzwyczaj ułatwia badanie.

Niebezpieczeństwo wysięku opłucnej, niezależnie od chorób towarzyszących, zależy głównie od ilości wysięku, od jego natury i od następczego uciśnienia płuca. Im wysięk jest obfity, im ucisk płuca jest silniejszy i zupełniejszy, tem choroba jest bardziej niebezpieczna. Niebezpieczeństwo nie tyle leży w samym wysięku, ile w długim trwaniu choroby.

Jeżeli istnieje jaka przeszkoda, utrudniająca albo uniemożliwiająca wsysanie wysięku, to występują zaburzenia w ukrwieniu, w trawieniu i t. d. zależące od ucisku płuca.

Gdy ucisk nie dochodzi do wysokiego stopnia i nie zajmuje całego płuca ale np. ogranicza się do uciśnięcia tylko jednego dolnego zraza, to jeżeli wessanie wysięku odbywa się szybko, to płuco znów może stać się zupełnie zdolnem do funkcjonowania. Na opóźnienie wessania wpływać może ogólny stan dziecięcia; u dzieci skrofulicznych i wyniszczonych podobne wysięki albo wcale się nie wsysają, albo też bardzo trudno i bardzo powoli. Często też przeszkodą dla

wessania się wysięku bywa stau opłucnej trzewiowej lub ściennój. Jeżeli oprócz wysięku płynnego odkłada się na opłucnej znaczna ilość skrzepów włóknikowych i w skutek tego następuje silniejsze bujanie tkanki łącznej, w której zanikają uacznia limfatyczne, to wytworzona w ten sposób tkanka modzelowata zawsze stanowi znaczną przeszkodę dla wsysania i to tem większą, jeżeli w tych błonach fałszywych rozwijają się nowe naczynia, z których w następstwie, w skutek szerzenia się zapalenia, tworzy się nowy wysięk. Wszelkie istniejące powikłania, jak wady serca, choroba Bright'a i t. d. opóźniają i utrudniają wsysanie.

Ważnym też jest wpływ jaki ma ilość wysięku na przebieg i zejście choroby. Ilość wysięku można ściśle oznaczyć za pomocą badania fizykalnego, co zaś do wniosków, odnośnie do natury wysięku, oraz do stanu opłucnej ściennój i trzewiowej, to te wyprowadzać możemy jedynie z pewnem prawdopodobieństwem

Ilość wytworzonego wysięku przez to ma wpływ na wessanie, że obfite wysięki długo trwają, a przez ten czas krew przyjmuje inne części składowe, które wraz ze składnikami wysięku wydalają się temiż samemi drogami (przez nerki, płuca i skórę), przez co siły dziecka bardzo się wyczerpują.

Rozumie się, że nie można podać w cyfrach absolutnych, jakie są granice zupełnego wsysania się wysięku. Zdarzają się nieraz wysięki małe ściśle ograniczone, lub prędko otorbione, które wsysają się bardzo trudno i bardzo długo. Doświadczenie jednak daje nam kilka danych służących do postawienia rokowania pod tym względem. Skoro wysięk dosięga aż do korzenia płuc, albo do dolnego kąta łopatki, a przemieszczenia sąsiednich organów (serca, wątroby) są nieznaczne, dziecię zaś zkadinał zdrowe, to przy odpowiedniem leczeniu, można orzec z jak największem prawdopodobieństwem, że podobny wysięk ulegnie zupełnemu wessaniu. W podobnych wypadkach również i odpowiednia część płuca nie jest zupełnie uciśnięta, co sprzyja z jednej strony wessaniu, a z drugiej: powrotowi do stanu prawidłowego. Podobny wysięk niezbyt obfity, powstały czy to pierwotnie, czy też w skutek zapalenia płuc i opłucnej, zwykle bywa surowiczo ropny, złogi włóknika bywają też nieznaczne i wszystkie warunki sprzyjają wessaniu.

Jeżeli jednak wysięk przechodzi po za granice powyżej nakreślone i ostatecznie wypełnia całą połowę klatki piersiowej, to warunki wessania stają się coraz mniej pomyślne; ściany klatki piersiowej są u dzieci bardzo podatne, przez co może się stosunkowo zebrać znaczna

ilość wysięku. Nietylko że przepona i śródpiersia ustępują pod wpływem nacisku przez płyn, ale i przestrzenie międzyżebrowe łatwo się rozszerzają, tak że wkrótce i mięśnie ulegają porażeniu. W podobnym wypadku należy już stawiać oględniejsze rokowanie; chociaż zupełne wessanie się podobnego wysięku można obserwować niezbyt rzadko, jednakowoż w każdym razie znacznie się ono przedłuża.

Przy podobnej obfitości wysięku wszystkie inne warunki też nie sprzyjają wsysaniu. Wysięk sam jeżeli jest tak obfity, bywa zwykle ropny; w skutek takiego nagromadzenia się ropy we wnętrzu klatki piersiowej, dzieci ciągle gorączkują, przez co stan ich ogólny bardzo podupada, co stanowi okoliczność bardzo utrudniającą wsysanie. Również jedną z głównych przyczyn przeszkadzających wessaniu, jest zupełne uciśnięcie płuca przez wysięk ropny. Przedewszystkiem krążenie mocno na tem cierpi, jeżeli całe jedno płuco przez długi czas albo na zawsze, staje się niezdolnem do funkcjonowania. Drugie płuco zastępuje, o ile to jest w granicach możliwości czynność pierwszego, przyczem brzegi jego ulegają rozedmie zastępczej (*emphysema vicarium*). Jeżeli jednak rozedma jest bardzo znaczną, to ponieważ krążenie *resp.* oddechanie, również nie dobrze się wtedy odbywa, przeto wkrótce pokazują się objawy zastoju; występuje sinica w mniejszym lub większym stopniu.

W podobnych wypadkach obserwujemy zdarzenie, które przytrafia się prawie we wszelkich przewlekłych cierpieniach opłucnej tak ściennéj jak i trzewiowéj. Widać wtedy na klatce piersiowéj oprócz ogólnego siniego zabarwienia skóry, sieć żył rozszerzonych, bardziej rozwiniętą po stronie choréj. Te sieci żyłne są bardzo wyraźne szczególnie wtedy, gdy w skutek długiego trwania choroby, ogólna massa krwi zmniejszyła się.

Jeżeli wysięk trwa długo, a ucisk płuca jest zupełny, to jeżeli wysięk powoli ulega wessaniu, albo też zostaje wypuszczonym przez przekłucie klatki piersiowéj, płuco nigdy nie rozciąga się w zupełności i w takich razach, jako najszcześniejsze zejście, bywa zniepodobnienie klatki piersiowéj i skrzywienie kręgosłupa. Prócz tego zupełnemu rozszerzeniu się płuca stoją na przeszkodzie nowo-wytworzone zrosty i błony fałszywe, które otaczają płuca ze wszech stron, tak że nawet na trupie nie podobna wyjąć płuca tak uciśniętego, przyczepionego za pomocą silnych przyrostów do kolumny kręgowéj. Dla tego też, przy znacznych wysiękach opłucnej, rzadko kiedy, z powodu wyżéj opisanych anatomicznych przyczyn można się spodziewać zu-

pełnego powrotu do stanu prawidłowego; tak że o ile przebieg niezbyt obfitych wysięków opłucnej bywa zwykle szczęśliwym, o tyle niepomyślnem bywa zejście obfitych, ropnych, długotrwałych wysięków. W skutek zbiegu tych nieprzyjaznych okoliczności zejście bywa zwykle śmiertelnem.

Zapalenie opłucnej występuje jako następstwo ostrego reumatyzmu stawowego (takiego rodzaju zapalenie nazywają: zapaleniem opłucnej reumatycznym), dalej w skutek silnego zaziębnienia, albo też jako objaw częściowy ropnicy lub posocznicy. Wysięki opłucnej spotykamy zarówno u indywidualów każdego wieku. Zdarzają się w okresie ssania jak również między 2—3 rokiem życia, oraz między 10 a 12 rokiem.

Obfite ropne wysięki można tak samo często obserwować u ssawców, jak i w późniejszych latach życia dziecka. Tylko zapalenia opłucnej, pojawiające się następnie, jako skutki chorób ogólnych, stanowią tu wyjątek, podczas bowiem okresu ssania zdarzają się daleko częściej niż w późniejszym wieku. Zato wysięk opłucnej jako następstwo choroby Bright'a, po płonicy, bywa niesłychaną rzadkością u ssawców.

Zapalenie opłucnej (i płuc, *pleuropneumonia*) występuje ostro, w podobny sposób jak zapalenie płuc. W niepowikłanych wypadkach choroba rozpoczyna się od wysokiej gorączki, która tem tylko różni się od innych gorączek, pojawiających się, przy początku innych chorób, że rzadko kiedy dosięga tak wysokiego stopnia jak np. przy ciężkiej płonicy lub ospie. Gorączka trwa zwykle w takim samym stopniu podczas wytwarzania się wysięku, zmniejsza się dopiero gdy ustaje wysiękanie.

Wymioty nie pojawiają się zawsze, jak to np. ma miejsce przy innych chorobach ostrych np. przy wysypkach, przy zapaleniu opon mózgowych, brak ich nawet w większości wypadków; jeżeli się pojawiają, to są to wymioty jednorazowe i zwykle już po tem się nie powtarzają.

Częściej daleko, szczególnie u większych dzieci, choroba rozpoczyna się od dreszczu wstrząsającego, tak jak i zapalenie płuc. Podobny dreszcz może trwać 3—4 godzin, tak że nawet może stać się powodem rozwinięcia się ogólnych drgawek. Szczególniej często się to wydarza u ssawców, chociaż nie zawsze można wykazać związek między istniejącem zapaleniem opłucnej a przebytymi drgawkami.

Jednym z najważniejszych objawów jest ból. Większe dzieci mogą wskazać dosyć ściśle siedlisko bólu, jednak nie można polegać



na podobnych danych, ponieważ nie zawsze są one wierne i nieraz dzieci w wykazują zupełnie inne miejsca, jako bolesne, niż te, które rzeczywiście uległy chorobie. Zachowanie się oddechania stanowi niemyślny znak że dziecię uczuwa ból w okolicy opłucnej. Ta bolesność istnieje jedynie w początkach zapalenia opłucnej, skoro zaś zbierze się znaczniejsza ilość wysięku, albo też skoro gorączka ustąpi, wtedy i ból ginie. Można o tem najlepiej wnioskować z zachowania się oddechania. Gdy dziecię czuje ból w opłucnej, to przedewszystkiem wdechanie bywa bolesnem, dlatego też dziecię dokonywa je szybko i bywa ono krótkiem, wydechanie zaś następuje szybko po niem, ponieważ wtedy ból zmniejsza się. Wydechanie jest wtedy bardzo wybitnem, tak że Frauczci oznaczają taki oddech mianem: *Respiration expiratrice*. Ponieważ przy ostrem zapaleniu opłucnej oddechanie zawsze bywa przyśpieszonym, przeto, w skutek krótkiego bolesnego wdechania i szybko potem następującego wyraźnego wydechania, przyjmuje ono charakter jęczący, stękający. Podobne stosunki oddechania trwają tak długo, dopóki trwa ból. Z opadnięciem gorączki i zmniejszeniem się częstości oddechu powracają prawidłowe stosunki wdechu i wydechu, chociaż wysięk może się jeszcze powiększać. Podobne oddechanie wcale nie jest charakterystycznym dla zapalenia opłucnej, obserwujemy je przy zapaleniach płuc i opłucnej, przy zapaleniu płuc tak krupowem jak i kataralnem, a nawet przy silnem ostrem zapaleniu oskrzeli. Różni się ono jednak znacznie od typu oddechania zdarzającego się przy krupowych zapaleniach krtani i oskrzeli, tak że będzie bardzo korzystnem zestawienie obu typów, ponieważ różnice są bardzo ważne dla rozpoznania.

Przy krupie wdech i wydech są równiej długości.

Przy zapaleniu opłucnej, wdech bywa krótki i dorywczy a przeważa wydech.

Przy krupie tak wdechanie jak i wydechanie są przedłużone, oddzielone od siebie wyraźną pauzą.

Przy zapaleniu opłucnej wdechanie jest krótkie, zaś wydechanie znacznie przedłużone, to ostatnie następuje szybko—bez żadnej pauzy—po wdechu.

Przy krupie, tak wdechanie jako też i wydechanie bywa bardzo wyraźne, słyszalne i szmer powstający przytem ma taki charakter, jakby powietrze było wciągane i wydychane przez rurę metalową.

Przy zapaleniu opłucnej słychać tylko wydechanie, a właściwie tylko szybki skurcz mięśni wydechowych.

Przy początku krupu oddechanie zwykle bywa zwolnionem albo bardzo umiarkowanie przyśpieszone, częstość oddechania zwiększa się dopiero w dalszym przebiegu.

Przy zapaleniu opłucnej od samego początku oddechanie bywa przyśpieszonym.

Częstość oddechania bywa zawsze zwiększoną w początku choroby. W skutek tego że dziecko z powodu bólu oddecha tylko powierzchownie, przeto zmuszonym jest do częstszego oddechania. Przez przyśpieszenie oddechania jeszcze wyraźniej występuje jego charakter jęczący i stękający. Liczba oddechów przy ostrem zapaleniu opłucnej może dochodzić do 40 i 60 na jedną minutę, a nawet i więcej. Podobne przyśpieszenie oddechania trwa w tym samym stopniu przez cały czas trwania gorączki i wytwarzania się wysięku, po ukończeniu zaś wysiękania zmniejsza się nieco, chociaż nie dochodzi jeszcze do stanu prawidłowego. Przez cały czas trwania wysięku zachowuje się umiarkowane przyśpieszenie oddechania.

Gdy częstość oddechu zmniejsza się, to i charakter jego jęczący też znika. Oddechanie powraca dopiero wtedy w zupełności do stanu prawidłowego, gdy znaczna część wysięku ulegnie wessaniu. Jeżeli w późniejszym czasie występuje znaczniejsze przyśpieszenie oddechania, to oznacza nam że nastąpiło ostre nasilenie się procesu, albo że rozpoczyna się kataralna infiltracja płuca zdrowego. Również może to nam wykazywać początek obrzęku płuc który zawsze sprowadza zejście śmiertelne.

Innym ważnym objawem przy ostrem zapaleniu opłucnej jest kaszel, a raczej ściślej mówiąc, podrażnienie do kaszlu, czasami bardzo męczące. Kaszel zwykle zależy od towarzyszącego zapalenia płuc lub oskrzeli, można go jednak obserwować i przy czystym zapaleniu opłucnej. Bywa on krótki, urywany, i w skutek wstrząsania klatki piersiowej powiększa bó — dlatego też dzieci silą się by stłumić wszelkie pobudzanie do kaszlu. To ciągle pobudzanie do kaszlu bywa czasami najprzykrzejszym objawem, dotykającym dzieci podczas zapalenia opłucnej. Objaw ten ustępuje zwykle dosyć szybko, jeżeli nie ma powikłań ze strony płuc, po zastosowaniu odpowiednich narkotyków.

Wszystkie powyżej opisane objawy mogą tak samo zdarzać się przy zapaleniu płuc jako też przy zapaleniu opłucnej; różnicę w tym względzie daje nam tylko badanie fizykalne. Nawet z jego pomocą nie zawsze można w pierwszych dniach choroby postawić ścisłe rozpoznanie.

Z drugiej strony, rozpoznanie wysięku opłucnej bywa przez to ułatwionem, że wysięki te w większej liczbie wypadków zdarzają się tylko z jednej strony. Różnice przeto w odgłosie występują wyraźniej, również można lepiej ocenić różnice szmeru oddechowego.

Jeżeli wysięk jest nieco obfitszym—a musi on wynosić pewną oznaczoną ilość, aby można go było fizykalnie wykazać—to dwa momenta są szczególnie ważne przy opukiwaniu: po pierwsze stępienie w pewnym oznaczonym miejscu, a powtóre: zwiększenie odporności jaką uczuwa pukający palec w ścianie klatki piersiowej. Stępienie tonu w danym miejscu zależy od obecności wysięku, oraz od téj okoliczności: że płuco wskutek uciśnięcia przez wysięk, staje się w pewnym stopniu bezpowietrzne. W przybliżeniu można powiedzieć, że płuco, lub część jego, przynajmniej po nad  $\frac{1}{3}$  pierwotnej objętości musi być uciśniętém, aby przy pukaniu wydało tępy odgłos. Jeżeli uciśnięcie nie jest tak znacznem, to zamiast absolutnie tępego odgłosu, otrzymujemy ton tympaniczny, przytłumiony.

Wtedy to opierając się na większej lub mniejszej tępości odgłosu, rozumie się *ceteris paribus*, można wyprowadzić wniosek co do ilości wysięku. Stępienie resp. tępość odgłosu, zawsze bywa najwyraźniejsze w tylnych dolnych okolicach płuc. Odnosi się to zarówno do prawo- jako i lewo stronnych wysięków, chociaż z prawej strony pamiętać należy, że w skutek wzdęcia brzucha wątroba unosi się ku górze i może być przyczyną dosyć znacznego stępienia. Przy podobnych stępieniach otrzymujemy rozwiązanie kwestyi przez opukiwanie innych okolic.

Przy wysięku opłucnej, stępienie winno się rozszerzać tak na szerokość jako też i na wysokość.

Przy umiarkowanych wysiękach dochodzi ono zwykle do dolnego kąta łopatki. Tępość tonu zmniejsza się coraz bardziej w miarę posuwania się ku górze; zwykle w okolicy łopatki ton ma przydźwięk tympaniczny.

Stępienie rozciąga się dalej w téj samej wysokości aż do linii pachowej, a nawet i po za nią, prawie w podobny sposób jak w linii łopatkowej. Wyjątek stanowią tu wysięki otorbione, które zresztą nadzwyczaj rzadko zdarzają się u dzieci.

Ta okoliczność, że stępienie rozciąga się w jednakowym stopniu od linii łopatkowej aż do linii pachowej, a nawet i po za nią, może służyć za znak odróżniający od zapalenia płuc. Przy tém ostatniem, stępienie ogranicza się zwykle do dolnych tylnych części płuca i nie dochodzi prawie nigdy aż do linii pachowej.

Jeżeli wysięk jest jeszcze obfitszy, to nietylko że można wykazać stopienie na całej tylniej okolicy klatki piersiowej, ale nawet od przodu spotykamy ton tępy, dochodzący aż do 2-go lub 1-żebra. U dzieci wcześniej niż u dorosłych, płuco zostaje zepchnięte ku tyłowi; nie tylko dla tego, że zrosty obu listków opłucnej są daleko rzadsze, ale dla tego że prawidłowo płuca więcej leżą od tyłu. Dla tego też, przy wysiękach wypełniających prawie całą klatkę piersiową (z jednej strony) nie napotykamy tak jak u dorosłych tympanicznego odgłosu pod obojczykiem odpowiedniej strony, ale od początku płuco zostaje zepchnięte ku kręgosłupowi i tam uciśnięte w większym lub mniejszym stopniu. Drugim znakiem, jaki otrzymujemy przy pukaniu, będącym bardzo ważnym przy rozróżnianiu processów chorobnych, jest uczucie odporności przy pukaniu. Odporność ta jest bardziej wyraźną u dzieci, u których klatka piersiowa jest niska, sprężysta i podatna, aniżeli u dorosłych.

Objaw ten wcale nie jest wyłącznie właściwym wysiękom opłucnej, ale istnieje także przy rozmaitego rodzaju infiltracyach miąższu płucnego, występuje on jednak najwyraźniej, przy obfitych wysiękach, w najniższych okolicach. Tylko wtedy, gdy infiltracje miąższu płucnego (krupowe, kataralne etc.) na znacznej przestrzeni leżą bezpośrednio pod ścianką klatki piersiowej, wyczuwamy znaczniejszy opór przy pukaniu. Ponieważ jednak przy infiltracyach płuc, a szczególnie przy zapaleniu płac, części nie zajęte procesem, a mianowicie brzegi płuc zwykle są w stanie rozedmy, przeto uczucie odporności nie jest nigdy tak wyraźnym jak przy wysiękach opłucnej.

Im wysięk jest obfitszy, tem natężenie odporności jest większe, tak że gdy cała klatka piersiowa jest wypełniona wysiękiem otrzymujemy także wrażenie, jakbyśmy pukali po desce.

Na równi z odpornością klatki piersiowej przy pukaniu, bardzo ważne oznaki przy rozpoznawaniu wysięków opłucnej daje nam też oglądanie klatki piersiowej. Małe wysięki nie wywołują żadnych zmian w zewnętrznym wyglądzie klatki piersiowej, większe zaś, szczególnie te, które płuco uciśnęły prawie zupełnie, tak znacznie rozszerzają odpowiednią połowę klatki piersiowej, że nie tylko na oko zdaje się ona mocniej wypukłą, ale nawet przez mierzenie można stanowczo wykazać, że istnieje rozszerzenie.

W skutek uciśnięcia płuca i rozszerzenia odpowiedniej połowy klatki piersiowej, pozostaje ona w położeniu wdechowym i dla tego też jest albo nieruchomą, podczas gdy druga połowa rozszerza się przy wdechaniu, albo też wykonywa ruchy nieznaczne.

Rozszerzenie klatki piersiowej powstaje w skutek paraliżu lub parezy mięśni międzyżebrowych, uciśniętych przez wysięk.

Samo się przez się rozumie, że obfity wysięk wypływa na przemieszczenie sąsiednich ruchomych organów. Przemieszczenie dotyczy wątroby lub serca, co zależy od tego, czy wysięk znajduje się z prawej czy z lewej strony. Przy wysiękach bardzo obfitych całe śródpiersie ulega przemieszczeniu.

Wysięk prawostronny spycha wątrobę. Nie potrzeba by ilość wysięku była bardzo znaczną, by spowodować obniżenie się wątroby ku jamie brzusznej na kilka centymetrów. Wątroba więc jest wystawioną na przemieszczenie jak serce, dla tego że już mały wysięk ciśnie bezpośrednio na wątrobę, gdy tymczasem wysięk z lewej strony musi być bardzo znacznym, aby mógł wpłynąć na przemieszczenie serca, *respectively* wierzchołka serca. Jeżeli wątroba zostanie zepchniętą ku dołowi, to można ją często wymacać. Opukiwanie, zamiast tonu kiszkowego, poczynającego się normalnie u brzegu żeber, daje nam wtedy ton tępy.

Podczas wysysania się wysięku, wątroba powoli posuwa się coraz bardziej ku górze. Przemieszczenie serca zdarza się, jak już wyżej mówiliśmy, tylko przy znaczniejszych wysiękach, témbardziej, że u dzieci leży ono jeszcze więcej ku linii środkowej.

Jeżeli więc wykaże się, że serce uległo znaczniejszemu przemieszczeniu, to okoliczność ta zawsze stanowi nam oznakę, że wysięk jest bardzo obfity. Nie dosyć tu jednak wykazać, że uderzenia wierzchołka serca znajdują się na linii środkowej; trafia się to bowiem nie raz u ssawców, chociaż nie ma żadnego wysięku. Serce musi być przesunięciem w całości; wierzchołek serca, a nie tętnienie prawej komórki, winien się znajdować w dołku podsercowym, lub po za nim, dla tego też należy bardzo starannie wysłuchiwać tony serca.

Po zupełnem wessaniu wysięku, serce powraca na swe prawidłowe miejsce.

Rezultaty wysłuchiwania przy wysięku opłucnej, są bez porównania mniej ważne, jak np. przy zapaleniu płuc, występują jednak tak charakterystyczne objawy, że w każdym razie mają swoje znaczenie dla rozpoznania.

Na pierwszym miejscu postawić należy szmer tarcia opłucnej. Powstaje on tylko z początku, dopóki tworzy się wysięk bogaty we włókna, dosyć suchy. Skoro zaś płyn poczyną się już zbierać w worku opłucnej, wtedy szmer ginie. Istnieje on tylko wtedy gdy oba listki opłucnej są niegładkie, nie może więc powstawać wtedy

gdy są one zrosnięte. Słyszymy wtedy szmer, bardzo blisko ucha wysłuchującego, mający charakter tarcia lub skrzypienia. Zwykle nie słyhać go na znacznej przestrzeni, ale bywa ograniczonym do pewnego miejsca. Nie zawsze można wysłuchać go w tém miejscu, gdzie dzieci skarżą się na ból.

Szmer ten nie rozszerza się na około, w skutek współdziewczenia, i tém odróżnia się on od współdziewczających rżerzeń trzeszczących, od których nieraz trudno go odróżnić, szczególnie gdy rżerzenia te powstają blisko powierzchni.

Gdy wysięk opłucnej w znacznym stopniu uciska płuco, to samo się przez się rozumie, że w odpowiedniém miejscu wcale nie słyhać szmeru oddechowego.

Czasami jednak, mianowicie przy wysłuchiowaniu przy samej kolumnie kręgowój, słyhać niewyraźny szmer pęcherzykowy, który jednakże nie powstaje w tém miejscu, ale zostaje przeniesionym ze strony zdrowej, przez wysięk będący dobrym przewodnikiem dla dźwięku. Przekonać się o tém możemy wysłuchując coraz bliżej kolumny kręgowój, albowiem im bardziej ku niej zbliżać się będziemy, tem szmer oddechowy staje się wyraźniejszym.

Jeżeli klatka piersiowa jest w zupełności wypełniona wysiękiem, otrzymujemy przy wysłuchiowaniu rezultat całkowicie ujemny. Po chorój stronie nie słyhać wcale szmeru oddechowego.

Ucisk płuca może jednak być takim, że szmery oddechowe powstają w niem jeszcze, co łatwo może stać się powodem do zmieszania ich ze szmerami powstającymi przy innych processach, szmery tbowiem są do siebie podobne.

Płuco np. zostaje uciśniętém przez wysięk do  $\frac{2}{3}$  objętości. W podobnym wypadku, powietrze wchodzi nawet do niższych części płuca, ale już nie do pęcherzyków płucnych, lecz do cieńszych oskrzeli. W takim więc częściowo uciśniętém płucu, nie będzie już powstawać szmer oddechowy, pęcherzykowy, dmuchający, ale słyhać będzie tylko szmer powstający w mniejszych i większych oskrzelach. Oddech ten jest zupełnie podobnym do oddechu oskrzelowego przy krupowém zapaleniu płuc, tylko że nie zajmuje tak znacznej przestrzeni i nie jest tak wyraźnym. Jest on więc głucho, cieńszy i jakby przytłumiony.

W podobnym wypadku, jeżeli obserwację rozpoczyna się właśnie w tym okresie, bardzo trudno w danej chwili odróżnić, czy mamy przed oczami zapalenie płuc, czy zapalenie opłucnej, czy też zapale-

nie płuc i opłucnej. W podobnych razach przebieg dalszy może dopiero rozjaśnić tę kwestję.

Zejsście wysięku opłucnej bywa rozmaite. Najczęściej zdarza się, że wsysa się on zupełnie, t. j. że za pomocą opukiwania, ani też za pomocą wysłuchiwania, niepodobna wykazać resztek wysięku. W największej liczbie wypadków pozostaje mniej lub więcej znaczne zgrubienie lub przyrośnięcie opłucnej, jak to często przekonać się o tém można przy sekeyach. Różne bywają stopnie podobnego złozonego zapalenia opłucnej, które prawie zawsze następuje po przebytem zapaleniu. Zgrubienie listków opłucnej może być tak znaczném, że wydaje się napozór jakoby odpowiednia część płuca była otoczona twardą, modzelowatą tkanką luźną. Takie łączno-tkankowe, fałszywe błony posiadają skłonność do marszczenia się. Jeżeli to następuje, to dana część płuca nigdy nie powraca do zupełnie prawidłowego funkcyonowania. W takiém miejscu słyhać oddech pęcherzykowy osłabiony.

Jeżeli grube błony fałszywe znacznie się ściągają, a pokrywają prawie całą ściankę klatki piersiowej, to powstaje zniekształtowanie tułowia, a następczo skrzywienie kolumny kręgowój. Odpowiednia połowa klatki piersiowej zapada się, najpierw z powodu pociągania przez kurczące się zrosty, a powtórę zatrzymuje się w dalszym wzroście, ponieważ przy wdechaniu niezupełnie się rozszerza, gdyż mięśnie wdechowe niedostatecznie działają. (Pozostaje ona nietylko w położeniu wydechowém, ale nawet jeszcze więcej się zapada. Odpowiednie mięśnie żebrowe i międzyżebrowe ulegają zanikowi.

Kierunek przebiegu żeber od kolumny kręgowój aż do mostku, zamiast łukowatego, staje się więcej prostym.

Zewnętrzna wypukłość żebra ulega spłaszczeniu, a nawet w niektórych, zresztą rzadkich wypadkach, zamiast wypukłości można nawet zauważyć lekkie wklęslenie. Odnosi się to tylko do odcinków pojedynczych żeber, w miejscu gdzie klatka piersiowa najbardziej jest zapadnięta. Podobne zniekształtowanie nie dochodzi jednak nigdy do tego stopnia jak przy krzywicy.

Jeżeli wciąganie przez zrosty trwa długo, to nie tylko że zebra zmieniają swój kształt, ale i kręgi ulegają odpowiednim zmianom. W skutek pociągania zużywają się one w skutek czego kolumna kręgową wygina się w stronę przeciwną. Takie skrzywienie kręgosłupa (*scoliosis*), które jest największe w tym punkcie, gdzie pociąganie

było najsilniejsze, resp. gdzie trzony kręgow były najbardziej zniszczone, wyrównywa się przez wypuklenie się strony przeciwnój.

Przez to: że zniekształcenie tułowia, występujące jako następstwo wysięku opłucnej, nie tylko zajmuje kolumnę kręgową, ale pierw nawet dotyczy się żeber, odróżnić można ten rodzaj zniekształcenia od innych, przy których forma klatki piersiowej zmienia się następczo, w skutek *scoliosis* lub *kyphosis*.

Podobna *scoliosa*, połączona z zniekształceniem tułowia, może trwać przez całe życie; jednakowoż często w wieku dojrzałym, podobna nieforemność, nabyta w wieku dziecięcym, wyrównywa się nie do poznania.

Innym zejściem wysięku opłucnej bywa to, że płynne (strawicze) części wysięku ulegają wessaniu, podczas gdy stłuszczona ropa pozostaje nadal otorbiona fałszywemi błonami. Stanu podobnego nie można z pewnością rozpoznać za życia. Podobne wysięki niezupełnie wessane, zawsze stanowią pewne niebezpieczeństwo dla dziecka, z powodu obecności ropy serowato zwyrodnionój. Jeżeli obfity, ropny wysięk opłucnej trwa długo, to następuje przedziurawienie ścian klatki piersiowej przez ropę. Jest to zejście bardzo rzadkie, ponieważ przy obfitych ropnych wysiękach powstaje bezkrwistość, dołącza się gorączka trawiąca i chory zwykle przedtem umiera. Prócz tego ci co pozostają przy życiu nie zawsze wystawieni są na przedziurawienie. U pewnej ich części następuje zejście wyżej już przez nas wspomniane, to jest niezupełne wessanie, u innej zaś — zniekształcenie tułowia.

Uspodobienie skrofuliczne sprzyja wytworzeniu się przedziurawienia. Skrofuliczne zapalenie okostnej żeber, na które podobne dzieci często cierpią, ułatwia przedziurawienie ścian klatki piersiowej. Przedziurawienie następuje w najrozmaitszych miejscach czasam z przodu, czasami w dolnej okolicy klatki piersiowej, czasami, bardzo jednak rzadko, w kilku na raz miejscach. Zwykle na pewien czas przedtem poznać można miejsce grożące przedziurawieniem, bywa bowiem bolesne na dotknięcie. Jeżeli wysięk przedziurawia tylko przestrzeń międzyżebrową, bez udziału okostnej i kości żeber, to czasami skóra rozpada się na znacznej przestrzeni, albo téż czerwienieje w jedném tylko miejscu i tam ulega przedziurawieniu.

Jeżeli przedziurawienie następuje jednocześnie, albo też wskutek zapalenia okostnej żeber, to przedtem istnieją zawsze objawy skrofulicznego zapalenia okostnej. Przez otwór wypływa ropa z początku ciągłym strumieniem, jeżeli otwór nie zarasta. Gdy pewna



ilość ropy już wypływie, wtedy wdechanie i wydechanie wywiera wpływ na wypływ ropy; wypływa ona wtedy w przerwach. Jeżeli płuco jest jeszcze zdolne do rozciągnięcia się, to wpływ ten pojawia się wcześniej, jeżeli zaś płuco nie posiada już tych własności, to wpływ oddechania pojawia się później, t. j. wtedy, gdy większa część wysięku już odpłynęła na zewnątrz. Jeżeli pomimo wpływu oddechania ropa wypływa bezustannie przez przetokę, to nadchodzi wreszcie chwila, że przy wdechaniu powietrze wchodzi przez otwór przetoki do wnętrza klatki piersiowej i naturalnie już potem nie wychodzi.

W taki sposób powstaje ropo-odma piersiowa (*pneumopyothorax*), przy której, w pewnych okolicznościach, ostatecznie w worku opłucnej powietrze może mieć przewagę nad ropą. W dalszym przebiegu nierozszerzanie się płuc może bardzo ułatwiać powstawanie ropo-odmy piersiowej, jak to często się zdarza przy długim trwaniu wysięku ropnego.

Rzadko kiedy powietrze dostaje się do worka opłucnej tą drogą, którą opisaliśmy, nawet przy przedziurawieniu klatki piersiowej przez wysięk, a to dlatego: że otwór bywa zwykle bardzo wązki, oraz że przez skrzepłe kłaczki wysięku nieraz bywa zamkniętym na czas dłuższy. Otwór przetokowy zamyka się od czasu do czasu i przez długi czas wypływu niema wcale. W takim razie może też nastąpić przedziurawienie w innym miejscu.

Dobrowolne przedziurawienie klatki piersiowej przez wysięk nie jest stanowczo niepomyślnem pod względem rokowania, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że większość obfitych, ropnych wysięków opłucnej kończy się śmiercią. W każdym razie im wcześniej to następuje, tem pomyślniejsze bywają okoliczności dla zupełnego rozciągnięcia się uciśniętego płuca. Jeżeli zaś przedziurawienie trafia się u indywiduum skrofalicznego, to występuje próchnienie żeber, albo przynajmniej zapalenie okostnej żebrowej i dzieci takie, po długim ropieniu, umierają zwykle od innych dołączających się cierpień, np. zapalenia oskrzeli, biegunek etc.

Jeżeli znaczna ilość powietrza dostaje się do wnętrza klatki piersiowej, to wysięk szybko posoczeje i dzieci zawsze umierają.

Innem zejściem wysięku opłucnej bywa to: że następuje przedziurawienie opłucnej trzewiowej i większego oskrzela i przez toż oskrzele wysięk częściowo zostaje wydalonym. Zejście takie w wieku dzieciennym trafia się niesłychanie rzadko.

W podobny sposób nawet obfity wysięk opłucnej może być na zewnątrz wydalonym.

Najważniejszym objawem, występującym przy podobnem przedziurawieniu do oskrzela, jest to że od czasu do czasu pojawia się obfita ekspektoracya np. z rana, poczem znów ustaje i t. d. Zjawisko to można też obserwować i wtedy jeżeli duże kawerny komunikują do oskrzeli. Jeżeli taka kawerna wypełni się ropą do pewnej wysokości, wtedy wstępuje ciągle podrażnienie do kaszlu, które trwa, aż dopóki kawerna nie zostanie w zupełności opróżniona. Jeżeli podobny wypadek nastąpi u indywiduum z wysiękiem opłucnej, u którego przedtem płwocina nie odchodziła, to zanim przyjemy go za przedziurawienie oskrzela przez wysięk, pierwój musimy wyłączyć, z wszelką pewnością, istnienie kawerny. Wszelkie opisane zejścia trafiają się u dzieci zarówno często w każdym wieku, tak że nawet ssawcy nie stanowią tu wyjątku.

**Rokowanie** przy wysiękach opłucnej zależy głównie od ilości i własności wysięku. W ogólności, jeżeli wysięk opłucnej występuje u dziecka zresztą zdrowego i przebiega bez żadnych powikłań, to można postawić pomyślne rokowanie, gdyż zwykle wsysa się on zupełnie. Wysięki ropne wsysają się bardzo powoli, wskutek czego całe płuco, albo też część jego zostaje uciśniętą. Ten to ucisk stanowi właśnie główne niebezpieczeństwo. Im więc dłużej czekać trzeba na zupełne wessanie się wysięku, tem rokowanie staje się mniej pomyślnem. Nie można jednak oznaczyć stałego punktu, co do czasu, pod tym względem. Niektóre wysięki wsysają się w 6—8 tygodni, inne w 3—4 miesiący i t. d.

**Zejście śmiertelne** zdarza się przy obfitych wysiękach ropnych, wskutek wyniszczenia i następczej bezkrwistości, często jeszcze wtedy gdy wysięk się wytwarza.

**Leczenie** jakie stosujemy przy wysiękach opłucnej bywa w gruncie rzeczy wyczekującym. Nie posiadamy żadnych środków mogących przyspieszyć wsysanie. Można mu tylko pomagać przez zastosowanie ogólnych przepisów higieniczno-dyjetycznych i usunięcie wszelkich możliwych szkodliwości. Wyjątek stanowią tu tylko te wypadki, przy których trzeba przystąpić do operacyi. Liczba jednak tych wypadków jest bardzo ograniczoną. Jeżeli wysięk ma skłonność do przedziurawienia w danem miejscu ścianki klatki

piersiowej, to należy uprzedzić go i otworzyć w tem miejscu klatkę piersiową za pomocą nakłucia lub nacięcia. Mogą też zdarzyć się i takie wypadki, że wysięk tak szybko się wytwarza, że bezpośrednio przez to zagraża życiu. W podobnym razie przecięcie klatki piersiowej jest stanowczo wskazanem. W każdym razie są to wypadki bardzo rzadkie.

Leczenie więc w pierwszym okresie (14 dni do 3-ch tygodni) musi być wyczekującym. Poleca się absolutnie: leżenie w łóżku, (u ssawców pamiętać należy by ich nie powijać ściśle), jednostajna ciepłota w pokoju, ścisła dyjeta i zabrania się zbyt obfitego używania napoju. To ostatnie polecenie trudno zachować szczególnie w pierwszych dniach choroby, gdy z powodu gorączki bywa silne pragnienie.

Dobrze jest w takich razach płukać dzieciom usta po kilka razy dziennie, świeżą wodą źródlaną; przez to bowiem zmniejsza się uczucie pragnienia. Jeżeli ciepłota ciała znacznie się podwyższa to dobrze jest polecić zimne okłady na głowę, zimne obmywania ciała gąbką dobrze wyżętą.

Chininę stosować można w dawkach umiarkowanych, również przepisuje się naparstnicę w niezbyt dużych dawkach, jeżeli przytem niema przeciwwskazania ze strony przyrzędu krążenia. (*Rp. Inf. fol. digitalis pp. e. 0,2—80,0 (ex griij— $\frac{3}{2}$ ij)*, *Aq. lauro-cer. gtl X*, *Syr. simplicis, 10,0 (3 iij $\beta$ )*. D. S. Co 2 godziny po łyżeczce od kawy).

Przeciw bólom w boku, istniejącym w większości wypadków przy początkach choroby, stosowano wszelkie znane środki lecznicze: pijawki, kataplazmy, gorczyczniki i t. d. Gorczyczniki wywierają mały wpływ leczniczy, ale jeżeli nie leżą zbyt długo, to są zupełnie nieszkodliwe. Kataplazmy jeżeli się je systematycznie stosuje, zbyt rozgrzewają dzieci i mogą nawet wywołać objawy przekrwienia mózgu. Pijawki w każdym razie działają szkodliwie. Nie wywierają one żadnego wpływu na process miejscowy; nawet jeżeli będzie się odciągać znaczną ilość krwi, to proces ten w niczem się nie zmieni pod względem przebiegu, a wywołują u dzieci szybko występującą małokrwistość, która znacznie utrudnia wsysanie wysięku.

Najsukuteczniejszym środkiem przeciw bólom w boku jest lekka przysznicowska opaska, wcale nie uciskająca dziecka, którą zmienia się rano i wieczorem. Jeżeli wysięk już się więcej nie wytwarza i przez kilka dni stoi niezmiennie na jednej wysokości a objawy gorączki ustępują zupełnie, to wszelako nie należy polecać diety mięsnej,

gdyż przy przepełnieniu przyrzadu krążenia, wysięk nie będzie się wsysał.

Skoro nerki są zdrowe, to po ustąpieniu gorączki można zastosować lekkie środki moczopędne np. *Rp. Dct. equiseti ex 2,0—100,0 (3β— $\xi$  iiiβ) Syr. Scillae 10,0 (3 iiβ) D. S.* Co 2 godziny po łyżeczce od kawy (wyżyć w przeciągu 2-eh dni), albo też: *Rp. Dct. ononidis spin. ex 4,0—100,0 (3 i— $\xi$  iiiβ), Liq. terr. fol. tart. gtt. X—XI, Syr. simpl. 10,0 (3 iiβ).* D. S. jak wyżej.

Zwiększenie się wydzielanej ilości moczu stanowi w tych dniach najlepszą skalę, służącą do wykazania czy wysięk wsysa się, czy też nie. Za pomocą opukiwania i wysłuchiwania nie podobna oznaczyć obniżenia się wysięku o  $\frac{1}{2}$  ctm.

Jednakowoż powyższych środków moczopędnych nie należy długo podawać, nerki bowiem łatwo mogą uleść podrażnieniu.

Jeżeli jednak gorączka trwa ciągle, wysięk powoli ale stale się powiększa, występują objawy przemieszczenia organów sąsiednich i t. d., dzieci chudną a bezkrwistość zwiększa się, to w takim razie mamy do czynienia z wysiękiem ropnym: wtedy przepisać należy leczenie wzmacniające.

Zwykle, jeżeli niema przeciwwskazań, dyjeta mleczna bywa w takich razach dobrze znoszona, dalej zalecić można wzmacniające buljony, trochę pieczonej wołowiny (Beefsteak), albo też nawet nieco surowego drobno pokrajanego mięsa wołowego. Istniejąca wyniszczająca gorączka nie jest wcale w podobnym wypadku żadnem przeciwwskazaniem przeciw stosowaniu wzmacniającej dyjety mięsnej. Chłodne obmywania oraz obwijania całego ciała w mokre prześcieradła są tu bardzo odpowiednie.

Wewnętrznie podajemy chininę w małych dawkach, wraz z preparatami żelaza, jako środek wzmacniający. np.: *Rp. Chinini sulph. 0,2 (griij), Fer. carb. sacchar. 0,15 (griij), Sacchari albi 2,0 (3β). M. f. pulv. div. in dos. aeq. Nro sex.* D. S. 3 razy na dzień jeden proszek, albo też: *Rp. Chinini sulph. 0,4 (grVi) Acid. sulph. dil. q. s. ad sol., Aq. dest. Syr. simpl. āā. 40,0 ( $\xi$  iβ), Tinct. nervino-tonic. Bestucheffii gtt. X—XX.* D. S. Co 3 godziny po łyżeczce od kawy.

Preparaty żelaza należy odstawić, jeżeli występuje jakiegolwiek cierpienie kiszek, albo też jeżeli apetyt znacznie upada.

W podobnym wypadku, jeżeli ma się do czynienia z rozsądnymi rodzicami, można niedawać żadnego lekarstwa, w przeciwnym razie ograniczyć się należy środkami obojętnymi.

Podobne dzieci nie znoszą pobytu w szpitalu, jak również

w miejscach zamkniętych, źle odwietrzanych. Jeżeli to jest możebnem i jeżeli można przenieść tak chore dziecko, to należy je wysłać z miasta do mieszkania po za miastem, na wolnem powietrzu. Jeżeli zaś dzieci takie można przewieźć i dalej, to posyła się je do południowych stacyj klimatycznych do Méranu, do Nizzy i t. d.

Jeżeli wysięk opłucnej wessał się zupełnie, lub też pozostały bardzo nieznaczne resztki, to dziecię takie należy w każdym razie starannie pielęgnować, ponieważ po każdym zapaleniu opłucnej pozostaje skłonność do powrotu. Powrót zaś podobnej choroby, szczególniej jeżeli następuje wkrótce po wyleczeniu, stanowi zawsze wypadek bardzo nieprzyjemny, ponieważ w takim razie wysięk przyjmuje zwykle charakter ropny.

Szczególniej staranną opiekę rozciągnąć należy nad takimi wypadkami, w których część wysięku pozostała w stanie stłuszczenia lub zserowacenia. Wypadkom podobnym najczęściej nie towarzyszą żadne burzliwsze objawy, owszem dosyć często przebiegają one prawie niepostrzeżenie, z powodu małego natężenia objawów.

Massy serowate łatwo mogą uleść wessaniu, wywołując następnie ostrą gruźlicę prosówkową albo w płucach, albo też, co częściej, w oponach mózgowych. Szczególniej wszelkie zaburzenia w trawieniu należy starannie obserwować. Jeżeli wskutek wessania się wysięku opłucnej rozwinęło się skrzywienie żeber i kolumny kręgowój, to dobrze jest zastosować odpowiednie leczenie ortopedyczne, jeżeli niema już żadnych objawów zapalnych. Koniecznem jest używanie opaski w formie gorsetu. Jeżeli zaś nie można tego zastosować np. u większych dzieci, to należy polecić im metodyczne wykonywanie głębokich wdechań aby klatka piersiowa rozszerzała się jak najwięcej i aby zmusić do działania mięśnie wdechowe chorój strony. Zbyt często wdechań tych jednak nie należy robić, dzieci bowiem za nadto mogą się męczyć.

Można też przez wyprowadzanie dzieci na spacer na świeże powietrze, zmuszać je do robienia głębszych wdechań.

Nakoniec należy nam jeszcze rozwiązać pytanie: Czy przy wysięku opłucnej trzeba robić przekłucie klatki piersiowej, czy też nie? czy przekłucie lepiej wykonać wcześniej, czy też w późniejszych okresach?

Radzono usuwać wcześniej każdy wysięk przez przekłucie, gdyż przez to oszczędza się siły dziecięcia, a prócz tego unika się niebezpieczeństwa wystawienia płuca na długotrwałe ucisk. Inni wykony-

wają przekłucie w późniejszych okresach, inni nareszcie odrzucają je całkowicie, jako niebezpieczne a co najmniej niepotrzebne.

W wypadkach, w których wysięk osiąga zaledwie do wysokości łopatki, gdy powstał w sposób ostry i okazuje wyraźnie charakter wysięku włóknikowego, nie należy wykonywać przekłucia klatki piersiowej, ponieważ podobne wysięki wsysają się w niezbyt długim przeciągu czasu, a samo przekłucie bywa bardzo niebezpiecznym, gdyż niepodobna wtedy uniknąć wejścia powietrza do wnętrza klatki piersiowej. Prócz tego, jeżeli wysięk jest niezbyt obfity, a przekłucie wykonywa się za pomocą trójkątca, bardzo łatwo można uszkodzić samo płuco. Nie należy też wykonywać przekłucia przy obfitych ropnych wysiękach, jeżeli objawy zapalne jeszcze nie ustąpiły, ponieważ nie mamy żadnych danych do ocenienia, czy po opróżnieniu klatki piersiowej nie zbierze się znów znaczna ilość ropy.

W takim razie po przekłuciu znajdujemy się w tem samym położeniu co przedtem. Jeżeli przekłucie wykonywamy przy wysięku oddawna już stojącym w mierze, czyli jednym słowem, przy „starym wysięku“ i wypuszczamy pewną ilość ropy, to może się zdarzyć, że płuco straciło już zupełnie swoją elastyczność i nie może odpowiednio się rozciągnąć. W skutek tego, albo powstaje nowe zapalenie, albo też wysięk na nowo się wytwarza i wypełnia znów cały worek opłucnej, w innych zaś razach powietrze z zewnątrz przenika do klatki piersiowej — powstaje ropo-odma piersiowa (*pyopneumothorax*), wysięk w krótkim czasie nabiera charakteru ropnego, poczem szybko następuje śmierć.

Dla tego to przekłucie stosować można tylko w tych razach, w których w skutek szybkiego wytwarzania się wysięku powstaje silna duszność, zagrażająca życiu dziecka. W takich razach przez przekłucie wypełniamy wskazanie życiowe. Podobne wypadki są zresztą dość rzadkie, a zejście zawsze bywa wątpliwem.

Jeżeli wysięk sam zagraża pęknięciem, to należy przekłuć trójkątciem dopóki skóra jest jeszcze dobrze zachowaną, albo też miejsce, zagrażające pęknięciem, przecina się podobnie jak zwykły ropień. Ropę wypuszcza się póty, póki oddechanie nie wywiera na wypływ żadnego wpływu, to jest póki strumień jest ciągły. Jeżeli strumień przerywa się, to wstrzymuje się dalszy wypływ i nakłada się opatrunek o ile można ściśle chroniący od wniknięcia powietrza. Nawet wykonywając przekłucie za pomocą starego aparatu *Schuh'a* albo też za pomocą trójkątca połączonego z kiszka kocią, nie podobna z pewnością uchronić od przeniknięcia powietrza. Również metoda

opatrunkowa Lister'a wcale od tego nie chroni. Wejście powietrza do klatki piersiowej sprowadza natychmiastowe sposoczenie wysięku.

Z powodu więc niepomysłnego zejścia jakie spotykamy przy stosowaniu téj metody, należy zaniechać przekłuwania klatki piersiowej przy wysiękach opłucnej u dzieci. Szczęśliwe rezultaty, jakie inni autorowie podają, że otrzymywali w podobnych razach, są albo wątpliwe, albo całkiem nieprawdziwe. Zresztą nasz niekorzystny sąd, jaki wydajemy o przekłuciu klatki piersiowej u dzieci, oparty na własnem doświadczeniu, znajduje wielu zwolenników.

#### b) O d m a p i e r s i o w a (*Pneumothorax*).

Odma piersiowa jest chorobą wcale niezbyt rzadko się trafiającą, nawet u dzieci jednorocznych. Powstaje ona z rozmaitych przyczyn, zupełnie identycznych z przyczynami wywołującemi tę chorobę u dorosłych.

Wyjątek stanowi jedynie pęknięcie mocno rozdętych pęcherzyków płucnych, czego następstwem bywa przeniknięcie powietrza do worka opłucnej; podobny bowiem wypadek nie zdarza się u dzieci.

Przedziurawienie opłucnej płucnej może nastąpić w skutek pęknięcia kawerny powierzchownie leżącej, dalej w skutek rozlanej zgorzeli płuc, powstającej podczas zapalenia płuc, albo też samodzielnie. Nakoniec odma piersiowa podobnie jak u dorosłych może powstawać w skutek przecięcia lub przekłucia ścian klatki piersiowej.

U dzieci należy też odróżniać odmę piersiową od ropo-odmy. Z tego cośmy wyżej powiedzieli, odma piersiowa nie bywa wcale chorobą pierwotną, ale tylko objawem innych chorób, jednocześnie istniejących. Wypadałoby więc mówić o niej przy odpowiednich rozdziałach, ale z powodu ważnych objawów jakie wywołuje, mówić o niej będziemy osobno.

Nie ma potrzeby szczegółowo opisywać wszystkich objawów odmy piersiowej; ponieważ badanie fizykalne daje nam też same rezultaty co i u dorosłych. Wspomnimy tylko o kilku różnicach, oraz o niektórych momentach, mogących stać się przyczyną pomieszania téj choroby z innymi. Odnosi się to szczególnie do metalicznego przydźwięku jaki otrzymujemy przy opukiwaniu prawidłowej klatki piersiowej u dzieci.

Jeżeli u dzieci, przy opukiwaniu klatki piersiowej, otrzymamy przydźwięk metaliczny, albo odgłos pękniętego garnka etc., to objawy te nie stanowią wcale niewątpliwego znaku wystąpienia powietrza do klatki piersiowej.

Przy rozpoznawaniu różniczkowem u dzieci, główne trudności przedstawia rozróżnienie odmy piersiowej od wielkiej kawerny, albo od kilku mniejszych lub większych, łączących się ze sobą kawern, ponieważ nie spotykamy u dzieci znacznej a obojawnie jednostronnej rozedmy płuc, która też może być powodem do pomyłek.

Objawy zatem, jakie spotykamy przy odmie piersiowej, są w krótkości następujące.

Jeżeli wypadek mamy w dłuższej obserwacji, zawsze można wykazać cierpienie pierwotne, wywołujące odmę.

Istniejące infiltracje płuc z wytworzeniem kawern, po większej części w skutek rozszerzenia oskrzeli, wykazać można tak przez badanie fizykalne, jako też przez inne objawy jako to: wychudnienie, kaszel, gorączkę etc. Wychudnienie jednak często nie bywa zbyt znaczne, gdyż np. zrazikowe infiltracje po odrze często rozpadają się w bardzo krótkim czasie, a jeżeli leżą one powierzchownie, to mogą prędko przedziurawić opłucną.

Rozlana zgorzel płuc, jeżeli i opłucna ulega rozpadowi, także prowadzi do wytworzenia odmy piersiowej.

Rozlana zgorzel płuc występuje albo jako zejście zapalenia płuc, albo też jako samodzielne cierpienie płuc. Te ostatnie wypadki zdarzają się rzadziej niż pierwsze; w obu razach zgorzel płuc objawia się przez znaną wstrętną woń, jaką czuć z ust dziecięcia, albo jaką posiada plwocina, jeżeli ją dziecko oddaje, oraz przez nagły upadek sił.

Jeżeli znaczne ilości gazu lub powietrza występują do worka opłucnej, to objawia się to przez ból, duszność i przyśpienie oddechania.

Objawy odmy piersiowej są w pewnym względzie bardzo podobne do objawów wysięku opłucnej, różnice zaś podajemy poniżej.

Jeżeli w jamie opłucnej zamiast wysięku płynnego, jest gaz albo powietrze, to tak samo jak przy wysięku, płuco też będzie uciśniętem i sąsiednie organa będą też przemieszczone. Również można wykazać rozszerzenie odpowiedniej połowy klatki piersiowej, ponieważ gaz zwykle zbiera się w większej ilości. Możemy się o tem przekonać za pomocą mierzenia; rozszerzenie się klatki piersiowej często wynosi 3—4 ctm. Nawet przy odmie piersiowej otorbionej moż-



na się łatwo przekonać o rozszerzeniu klatki, resp. wyrównaniu przestrzeni międzyżebrowych.

Jeżeli podobne objawy nagle występują u dziecka, które cierpi na infiltracye płuc, to wystarcza to do naprowadzenia na myśl odmy piersiowej, ponieważ objawy wysięku opłucnej powstają powoli.

Tam gdzie przy wysiękach opłucnej istnieje płyn, przy odmie piersiowej znajduje się gaz lub powietrze w rozmaitej ilości.

Dla tego to odgłos przy opukiwaniu nie będzie tępy albo stępiony, ale zależnie od naprężenia klatki piersiowej, spotykamy ton albo zupełnie tympaniczny, albo też bardzo jasny. Ponieważ i drugie płuco zawiera powietrze, dla tego to mamy i po drugiej stronie odgłos z przydźwiękiem tympanicznym, różnym tylko co do mocy. Jeżeli to nie ma miejsca, to nie można wykazać żadnej różnicy w tonie po obu stronach. Ton jednak po chorzej stronie bywa głośniejszym, co zresztą nie ma znaczenia.

Przydźwięk metaliczny można napotkać dość często przy opukiwaniu; ma on zaś pewne znaczenie przy rozpoznawaniu odmy piersiowej, u dzieci tylko wtedy, jeżeli jednocześnie wykonywać się będzie opukiwanie i osłuchiwanie; w takim razie znajdziemy przy odmie piersiowej też same znane zjawiska metaliczne, które zawsze spotykamy u dorosłych.

Opukiwanie klatki piersiowej wykaże nam dalej, że wątroba, resp. serce, są przemieszczone. Ton pełny, resp. tympaniczny od przodu i z prawej strony zstępuje poniżej szóstego żebra, zaś stępienie zależące od serca poczyna się nie po lewej stronie mostka, ale na linii pośrodkowej lub nawet z prawej strony mostka.

Opukiwanie zatem nie daje nam pozytywnych rezultatów przy odmie piersiowej, tak jak to np. bywa przy wysięku opłucnej; jest ono tylko pod tym względem ważne, że wykazuje nam obecność powietrza w worku opłucnej, resp. w płucu. Natomiast opukiwanie staje się nadzwyczaj ważnem w tych wypadkach, w których na miejscu, gdzie przedtem było stępienie w skutek obecności infiltracyi (gruźliczej) płuc, otrzymujemy ton jaśniejszy i pełniejszy, lub nawet zupełnie tympaniczny. Cała ważność tego objawu polega na nagłości występowania tej przemiany.

U dziecka, im młodsze, tem łatwiej zastosować wstrząsanie klatki piersiowej (*succussio pectoris*). Łatwo też wywołać pluskanie płynu, ponieważ dzieci znoszą bez szkody ruchy, jakie trzeba wykonać, by wywołać ten objaw. Również łatwo obserwować można dźwięczenie metaliczne.

Przy wysłuchiowaniu słycać odgłos amforyczny i dźwięczenie metaliczne. Wyjaśnienie tych objawów jest wszystkim znane, powstają one bowiem tak jak u dorosłych.

Jeżeli odma piersiowa istnieje przez długi czas, to wysięk ropny, który z początku był już niewielki, zwiększa się tak znacznie, że ostatecznie zupełnie wypycha powietrze i z odmy piersiowej tworzy się ropo-odma, ostatecznie zaś powstaje sam wysięk ropny (*empyema*).

Wysięk musi być znaczny, aby można go wykazać, jeżeli jednocześnie w jamie opłucnej znajduje się powietrze. Stosunki są także same jak i u dorosłych.

Po większej części dzieci dotknięte tą chorobą żyją krótko i zwykle nie długo po wystąpieniu powietrza do jamy opłucnej kończą swoje cierpienia.

Nie zdarza się obserwoać wyzdrowienia przy odmie piersiowej, ponieważ zwykle choroba wywołująca doprowadza do śmierci. Wyleczenie możebnem by chyba było przy odmie piersiowej, pochodzącej z przyczyn traumatycznych.

W każdym razie, odma piersiowa, czy to pojawia się wskutek pęknięcia kawerny płucnej, czy też jako następstwo rozlanej zgorzeli płuc, zawsze przyspiesza zejście śmiertelne.

Odma piersiowa często występuje w ostatnich godzinach życia, tak że nawet niepodobna ściśle wybać umierającego dziecka. Dopiero przy sekcji wykazać można, że powietrze za życia jeszcze wystąpiło do jamy klatki piersiowej.

Rezultat sekcji przy odmie piersiowej bywa także sam u dzieci jak i u dorosłych. Dotąd nie obserwowano jeszcze dwustronnej odmy piersiowej, wypadek jednak taki może się zdarzyć przy odpowiednich okolicznościach. W takim razie rozpoznanie będzie jeszcze trudniejsze, ponieważ brak będzie możności porównania odgłosu otrzymanego przy opukiwaniu.

### c) Puchlina piersiowa. (*Hydrothorax*).

Surowicze przesięki zbierające się w jamie opłucnej oznacza się zwykle mianem puchliny piersiowej (*hydrothorax*), co ma oznaczać, że cierpienie to nie powstaje na drodze zapalnej (wskutek zapalenia opłucnej). W rzeczywistości nie jest to wcale odrębna choroba opłucnej, za czem przemawia już i ta okoliczność, że puchlina występuje zawsze z obu stron jednocześnie.

Przesięknięcie więc podobnego płynu surowiczego, ubogiego w

włóknik i ciała ropne, do worka opłucnej nie jest więc nigdy chorobą pierwotną. Bywa ono albo częściowym objawem ogólnej puchliny np. przy puchlinie po płonicy, albo też podwójna puchlina piersi dołącza się do długotrwałej puchliny brzucha, wywołanej przez marskość wątroby (*cirrhosis hepatis*). Wystąpienie tego cierpienia przyspiesza zwykle zejście śmiertelne. Puchlina piersi występuje też często przy wadach zastawek, nawet wtedy gdy niema puchliny ogólnej w takich razach po jednej stronie może być w wyższym stopniu jak po drugiej.

Leczenie puchliny piersiowej kierować należy przeciw chorobie zasadniczej.

## 6. Choroby dróg powietrznych.

Tutaj odnoszą się wszystkie kataralne, zapalne i epidemiczne choroby dróg powietrznych.

Głównie zajmować nas będą cierpienia błony śluzowej tchawicy i oskrzeli, zaś cierpienia ścianek oskrzeli z następczem rozszerzeniem ich i serowatą infiltracją płuc później będą opisane.

W opisie tym pomieścimy też i koklusz, chociaż można by go pomieścić przy chorobach wysypkowych, z powodu podobieństwa jego do tych chorób.

Co do cierpień zapalnych dróg powietrznych, to o krupowem i dyfterytycznem zapaleniu błony śluzowej oskrzeli mówiliśmy już przy krupie krtani, ponieważ niepodobna oddzielnie opisywać objawów tych chorób. Prócz tego nie pojawiają się one prawie nigdy pierwotnie, a niesłychanie rzadko nie poprzedza ich krup krtani.

Cierpienia dróg powietrznych są daleko ważniejsze u dzieci jak u dorosłych i wyróżniają się też przebiegiem. Nie odnosi się to tylko do niebezpieczeństwa jakim zagrażają, ale też różnice w przebiegu i pojawianiu się tych chorób szczególniejszą są wyraźne, jeżeli choroby te występują jako objawy częściowe processów ogólnych, a mianowicie krzywicy. Nie możemy tutaj bliżej zastanawiać się nad owemi katarami, towarzyszącymi krzywicy, ponieważ ściśle o nich mówić będziemy w odpowiednim miejscu. O tyle tylko o nich pamiętać należy, o ile ważne są tak pod względem rozpoznawczym jako też odnośnie do chorób, które z nich mogą się rozwijać.

Wielkie niebezpieczeństwo cierpień oskrzeli u dzieci polega głównie na wąkości dróg powietrznych, a szczególniejszych ich rozgałęzień. Prócz tego, ponieważ przy cierpieniach zapalnych

dróg powietrznych, szczególnie jeżeli przebieg bywa gorączkowy, prawie cała błona śluzowa dróg powietrznych, lub też większa jej część ulega chorobie, przeto już sama ta rozległość cierpienia stanowi niebezpieczeństwo dla dziecka np. nowonarodzonego.

Jako dalszą przyczynę uważać należy tę okoliczność, że mięśnie oddechowe mają stosunkowo małą siłę, gdyż prawie tylko sama przepona jest czynną, że dzieci nie potrafią odpluwać wydzieliny oskrzeli, i że przy wyższym stopniu cierpienia oskrzeli, żywienie dziecka jest znacznie utrudnionem.

Wreszcie zwrócić tu musimy uwagę na stosunkowo znaczną częstość zapaleń oskrzeli i katarów oskrzeli u dzieci, względnie do cierpienia samego miąższu płucnego. Im dzieci są młodsze tem bardziej jest niebezpieczne wszelkie cierpienie oskrzeli i tem częściej można je spotykać.

Trudno podać ścisły podział chorób oskrzeli, częścią z tego powodu: że jedne cierpienia często przechodzą w inne, częścią też, że jedne i te same cierpienia występują raz jako pierwotne, to znów jako następcze.

Opisywać tu będziemy tylko choroby występujące jako pierwotne, następcze zaś, lub katary stale towarzyszące innym chorobom, będą zawsze opisywane w odpowiednim miejscu.

a) Nieżyt oskrzeli (*Bronchitis catarrhalis*). Bez gorączkowy nieżyt błony śluzowej oskrzeli.

Pod względem anatomicznym nieżyt oskrzeli zasadza się na powiększeniu wydzielania płynnej, ciągnącej się, żółto-zielonawej, bardzo bogatej w komórki wydzieliny, szczególnie w oskrzelach pierwszego i drugiego rzędu.

Błona śluzowa tylko w pierwszym okresie jest w stanie silniejszego przekrwienia, sama zaś albo wcale nie jest obrzęknięta, albo też bardzo nieznacznie i nie jest wcale, jak przy śluzotokach, zmieniona w swem utkanu.

Wydzielaniu temu nie towarzyszy wcale gorączka, owszem stan ogólny pozornie nie ulega żadnemu zaburzeniu. Zwykle nieżyt oskrzeli nie występuje pierwotnie, ale najczęściej nieżyt nosa albo gardzieli przechodzi na błonę śluzową oskrzeli. Często też bywa on zejściem kilkakrotnie powtarzającego się zapalenia oskrzeli. Dostyc

też często występuje jako pierwotne cierpienie błony śluzowej oskrzeli.

Tutaj należałoby też zaliczyć nieżyt oskrzeli zdarzający się u dzieci krzywicowych, ponieważ przebiega on też bez gorączki.

Choroba ta zwykle nie pojawia się w pierwszych miesiącach życia dziecka, najczęściej spotkać ją można u dzieci 2—10-cio miesięcznych, chociaż zdarza się często i w późniejszym wieku. Nie bywa ona niebezpieczną, ponieważ trafia się u dzieci większych i zwykle kończy się zupełnem wyzdrowieniem.

Objawy takiego nieżytku oskrzeli są bardzo niezupełne, ponieważ nigdy nie występuje on jako choroba gwałtowna.

Dla lekarza leczącego głównie chodzi o to, by—z powodu niezajomości rezultatów wysłuchiwanie u małego dziecka, nie rozpoznał podobnego stanu za inną chorobę, np. za zapalenie płuc.

Głównym objawem nieżytku oskrzeli są grube rżerzenia wilgotne w oskrzelach dużego kalibru. Rżerzenia te powstają nawet w tchawicy i nieraz można je słyszeć nie przykładając ucha do klatki piersiowej, jak również łatwo można odczuć grube rżerzenia w oskrzelach, przykładając rękę do klatki piersiowej. Takie rżerzenia wilgotne słycać zarówno podczas wdechania jakoteż i podczas wydechania. Zawsze można wysłuchać, nawet pomimo rżerzeń, oddech pęcherzykowy, czyli jak go nazywają dziecinny. Nie jest on nawet zmienionym, ponieważ ani błona śluzowa oskrzeli, ani miąższ płucny nie ulega wcale zmianie.

Czasami przez jakiś czas, w pewnej części płuca wcale nie słycać oddechu, gdy oskrzele, doprowadzające powietrze do téj części płuca, zostanie zatkanem zatyczką śluzową. Przez kaszel, albo też przez głębokie westchnienie zatyczka zostaje wydaloną i powietrze znów swobodnie dostaje się do płuc.

Kaszel zawsze towarzyszy téj chorobie, z większem lub mniejszem natężeniem.

Bywa to lekki kaszel śluzowy, przy którym wydzielina dróg oddechowych z łatwością się wydalą, nie bywa on nigdy ochrypłym, szczekającym. Napady kaszlu występują w nierównych odstępach czasu i wdechaniem po napadzie odbywa się zupełnie swobodnie. Wydzieliny dzieci zwykle nie wypluwają na zewnątrz, lecz najczęściej połykają. Dopiero większe dzieci można przyuczyć do odpluwania mass śluzowych. Jeżeli oskrzela dużo wydzielają, to czasami w stolcach można wykazać połknięty śluz.

Oddechanie nie jest zmienione. Nie bywa ani przyspieszonym

ani utrudnionem. Jeżeli w tym względzie występuje jaka zmiana, to zawsze stanowi ona oznakę świeżo występującego processu. Innych zaburzeń również nie ma, czasami tylko dzieci tracą apetyt, jeżeli jednocześnie cierpią na nieżyt gardzieli.

Podobne nieżyty oskrzeli trwają od 8-u dni do 3-ch tygodni; aż dopóki cała wydzielina oskrzeli nie zostanie wydaloną przez kaszel i gdy nowa już się nie wydziela. Ponieważ choroba ta przebiega zawsze bez gorączki, przeto stan ogólny dziecka i odżywianie jego wcale przez to nie cierpi, ale dzieci które już raz cierpiały na nieżyt oskrzeli, bardzo są skłonne do powrotu téj choroby. Czasami podobne powroty choroby mogą nawet wywołać zapalenie błony śluzowej oskrzeli przebiegające z gorączką, stanowiące daleko cięższą chorobę. Śluz, pozostając długo w oskrzelach, drażni błonę śluzową i staje się powodem wywołującym jej zapalenie.

Leczenie ogranicza się na stosowaniu środków wykrztuśnych z dodatkiem takich, którym przypisują własności rozrzedzania śluzu np. soda, salmijak, i t. d. (*Rp. Inf. pulv. rad. Ipecacuanhae e 0,15—80,0 ex gr. ii— $\text{§}$ jjj*) *Bicarb. Sodae 0,3 (gr. j)*, *Syr. simp. 10,0 (3jj $\beta$ )*, D. S. Co 2 godziny po łyżeczce od kawy albo też: *Rp. Inf. pulv. rad. Ipec. e. 0,15—80,0 (ex gr. jj— $\text{§}$ jjj)*, *Sal. amon. dep. 0,3—06 (gr. V—gr. X)*, *Syr. simpl. 10,0 (3jj $\beta$ )*. D. S. Co 2 godz. po łyżeczce od kawy).

U większych dzieci można z korzyścią stosować wdechania pary wodnej, ziółek aromatycznych, olejku terpentynowego. U mniejszych dzieci, gdzie nie można stosować płynów sproszkowanych, można w pokoju, w którym dziecko leży, odparować znaczną ilość wody z dodatkiem kilku kropel olejku terpentynowego.

Jeżeli podrażnienia kaszlowe są bardzo męczące, to można podać wodę wawrzynosiwową w małej dawce. (*Rp. Mixturae gummosac 80,0 ( $\text{§}$ ijj)*, *Aq. lauro-cerasi gtt. X—XX*, *Syr. simpl. 10,0 (3jj $\beta$ )*. D. S. Co 2 godz. po łyżeczce od kawy.

Dodać tu należy, że u dzieci wcale nie trzeba się śpieszyć z przytłumianiem podrażnień kaszlowych, a szczególnie nie podawać makowca i morfiny. Kaszel zawsze jest pożądanym służy bowiem do wydalenia pewnej ilości śluzu. Owszem, nieraz potrzeba pobudzić go za pomocą środków drażniących gardziel i zawsze starać się należy niedopuszczyć żadnego wstrzymania w oddawaniu płwociny. Jeżeli zaś podawać będziemy pzetwory makowca lub morfinę w takich dawkach żeby kaszel uspokoić, to jak tylko z dróg oddechowych płwocina nie będzie się wydalać, natychmiast powstaną objawy duszności;

które nawet przybrać mogą bardzo groźny charakter, jeżeli dzieci są bardzo małe a w oskrzelach wydzielanie jest obfite.

Dla tego też przetwórn makowca lub morfinę podawać można jedynie w takich wypadkach gdzie kaszel jest ciągły, nadzwyczaj męczący i wyczerpujący siły dziecięcia. Ale i w takich wypadkach lepiej użyć innych środków kojących, jako to: *Extr. Hyoscyami*, *Extr. Cannabis indicae*; dopiero gdy te nie skutkują można się uciec do wzmiankowanych wyżej przetworów.

To cośmy mówili odnośnie do leczenia podrażnień kaszlowych, tyczy się wszystkich chorób przewodów powietrznych i miąższu płucnego, przy których pojawia się kaszel. Jeżeli niezbyt oskrzeli okazuje skłonność przejścia w stan przewlekły, albo też powtarza się za najmniejszą szkodliwością, to w takim razie stosować należy leczenie przeciw krzywicowe, nawet gdy niema żadnych zmian w skielecie.

W podobnych wypadkach wskazaném jest odpowiednie uregulowanie dyjety, podawanie lekkich przetworów żelaznych oraz tranu. W zimie dobrze jest zalecić kąpiele słońce. Zahartowania przeciw wpływom niepogody dokonywa się za pomocą wycierań zimną wodą i przechadzek po wolnem powietrzu. Latem posyła się podobne dzieci w okolice górzyste albo nad morze.

Najczęściej niezty oskrzelowe przechodzą same przez się przy stosowaniu leczenia zupełnie obojętnego. Niebezpiecznemi bywają tylko wtedy gdy stają się ostremi, to jest gdy przechodzą w ostre zapalenie błony śluzowej oskrzeli.

#### b) Zapalenie błony śluzowej oskrzeli. (*Bronchitis*)

Ze stanowiska klinicznego, należy odróżniać kilka form zapalenia oskrzeli, ponieważ przez to daleko nam łatwiej objąć wszelkie objawy. Pod względem jednak anatomicznym nie można ich od siebie odróżnić, ponieważ mamy zwykle do czynienia jedynie ze stopniowem rozszerzaniem się processu. Zapalenie błony śluzowej oskrzeli (wyrażenie: zapalenie oskrzeli, jest nieściśłem, ponieważ głębsze warstwy oskrzeli nie ulegają zapaleniu) wyraża się przez przekrwienie, obrzmienie błony śluzowej i wydzielanie przezroczystej ciągnącej się wydzieliny, ubogiej z początku w komórki. W dalszym przebiegu przekrwienie ustępuje na drugi plan natomiast pojawia się obfita wydzielina, gęsta, zielonawa, bardzo bogata w komórki, która następnie powoli, w miarę ustępowania zapalenia, wraca do pierwotnych swo-

swoich własności, to jest staje się przezroczystą, śluzową. Zapalenie oskrzeli może zajmować rozmaite przestrzenie; albo zajmuje przeważnie grube oskrzela, pozostawiając wolnymi najdrobniejsze ich rozgałęzienia (*brouchitis simplex*), albo też zajmuje najdrobniejsze oskrzela lub całe drogi powietrzne (*bronchitis capillaris*). Zapalenie oskrzeli włosowatych stanowi naturalne przejście do nieżyłowego czyli zrakowatego zapalenia płuc, to jest do tej formy zapalenia płuc, która powstaje w skutek nieżyty, resp. zapalenia błony śluzowej oskrzeli.

Samo się przez się rozumie że między obiema wspomnianymi formami istnieje wiele form przejściowych, tak, że w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, niepodobna rozróżniać tychże form. Objawy i rezultaty wysłuchiwania bywają bardzo podobne, ważnem jednak jest odróżniać formy zupełnie wyraźne, szczególnie pod względem rokowania.

Prócz tego należy odróżnić jeszcze jedną formę zapalenia oskrzeli, odznaczającą się tak przebiegiem jako też i objawami. Zasada się ona na zapalnym obrzmieniu błony śluzowej najdrobniejszych oskrzeli i wydzielaniu bardzo skąpej, klejkiwej, prawie suchej wydzieliny, która staje się przeszkodą dla dostępu powietrza do pęcherzyków płucnych. Choroba ta pojawia się tylko u noworodków i nazywają ją: „*bronchitis suffocativa*“.

#### a) *Bronchitis simplex.*

Zapalenie oskrzeli jest chorobą gorączkową i w przebiegu swoim jest podobnym do innych chorób gorączkowych, najbardziej zaś do krupowego zapalenia płuc.

Zapalenie oskrzeli występuje czasami bez żadnych objawów zapowiadających, nagle; w innych zaś wypadkach pojawiają się objawy zwiastunne. Odróżnia się tem od innych chorób zapalnych, że nie rozpoczyna się wymiotami ani dreszczem wstrząsającym. Czasami zapalenie oskrzeli stanowi pierwszy objaw tyfusu. W podobnym razie możemy upewnić się w rozpoznaniu jedynie przez obserwację dalszego przebiegu.

Gorączka przy zapaleniu oskrzeli jest ciągłą z nieznacznymi nasileniami wieczornemi; w miarę zaś zmniejszania się miejscowych objawów zapalnych i gorączka stale lecz powoli opada.

Nie osiąga ona nigdy przy zwykłym zapaleniu oskrzeli tak wysokiego stopnia, jak przy zapaleniu płuc lub w tyfusie. Rzadko kie-



dy dochodzi do  $+ 40^{\circ}$  C.; jeżeli zaś osiągniętej wysokości to zwykle trwa bardzo krótko, 1–2 dni. Jeżeli jednak przez kilka dni ciepłota dochodzi do  $40^{\circ}$  —  $41^{\circ}$  C., a obiektywnie nie można nic innego wykazać prócz objawów mniej lub więcej obszernego zapalenia oskrzeli, a brak charakterystycznych objawów tyfusu, to zawsze podejrzewać należy, że mamy do czynienia z ostrą gruźlicą prosówkową płuc.

Nie można ściśle określić jak długo trwa gorączka; w zwykłych nie powikłanych wypadkach, jeżeli zapalenie ogranicza się do większych oskrzeli, trwa ona 9—10 dni. Po upływie tego czasu opada prędko, gdy tymczasem inne objawy mogą trwać dłużej pod formą niezytu oskrzeli.

Przy zapaleniu oskrzeli bardzo ważne są stosunki oddechania. Ten rodzaj oddechania jest najpospolitszym przy większej części cierpień płuc i opłucnej, jak to już widzieliśmy przy zapaleniu opłucnej. Przez ścisłą obserwację sposobu oddechania przy ostrym zapaleniu oskrzeli można wyłączyć wiele cierpień krtani i innych, np. krup, niezyt krtani, kurcz krtani, koklusz i t. d. Ten sposób oddechania wykazuje nam nic innego, jak tylko, że oddechanie jest bolesne, to jest, że dziecię doświadcza przy rozszerzaniu płuc bólu (kłującego podobnie jak u dorosłych), w skutek czego wdechanie jest o ile można krótkie, zaś wydechanie — połączone z jękiem. Przy zapaleniu opłucnej takie bolesne oddechanie trwa tylko z początku, podczas pierwszych objawów zapalnych, ginie zaś jak tylko poczyną się wytwarzać wysięk płynny. Przy zapaleniu oskrzeli takie bolesne oddechanie trwa dopóty, dopóki istnieje obrzmienie błony śluzowej i stan gorączkowy. Prócz tego oddechanie zawsze jest silnie przyspieszonym. Przyspieszenie oddechania zależy od rozszerzania się procesu zapalnego na błonę śluzową, oraz od natężenia gorączki. Prócz tego oddechanie staje się coraz częstszym w miarę jak zwiększa się obrzmienie błony śluzowej i gdy zbiera się dużo wydzieliny w oskrzelach, ponieważ bardzo łatwo mogą wtedy występować objawy duszności i sinica. W podobnym wypadku liczba oddechów może dochodzić do 60 — 80 na jedną minutę. Im mniej płwociny wydala się na zewnątrz, im więcej wydzieliny gromadzi się w oskrzelach, tym częstość oddechania jest większą; stoi więc ona w bezpośrednim związku z kaszlem.

Kaszleł w początkach zapalenia oskrzeli, bywa suchy. Napady kaszlu bywają krótkie, urywane, bolesne, przyczem płwocina nie wydala się wcale. Ton kaszlu jest suchy, ostry, ale nie szczekający; głos jest zupełnie swobodny.

Skoro okres obrzmienia błony śluzowej oskrzeli już przeszedł i następuje obfite wydzielanie, wtedy kaszel staje się lżejszym i niebolesnym. Im większe jest nateżenie procesu miejscowego, im bardziej błona śluzowa jest obrzmiała, im zatem trudniejszym bywa dostęp powietrza do pęcherzyków płucnych, tém łatwiej występuje sinica. W skutek występującego wtedy zatrucia krwi kwasem węglanym, błony śluzowe stają się mniej wrażliwemi na wszelkie drażnienia, przez co kaszel się wstrzymuje, wydalanie płwociny ustaje i wydzielina nagromadza się w oskrzelach. Jeżeli taki przebieg przyjęło zapalenie oskrzeli, to należy spodziewać się zejścia śmiertelnego w niedługim czasie.

W związku z sinicą jest téż niepokój dziecka. Im większa jest duszność tém dziecic jest bardziej niespokojne. Stan taki trwa dopóki dziecic jest przytomne; jeżeli zaś następuje utrata przytomności, to dziecic albo leżą w stanie ciągłej śpiączki, albo téż rzucają się, tak samo jak w krupie w okresie końcowym, z boku na bok, a nawet wyskakują z łóżka.

Małe dziecic, które się jeszcze nosi na rękę, jęczą długo głosem chrapliwym i żalonym, nareszcie milkną; potem trą głową bez ustanku, czasami nawet występują pojedyncze skurcze na twarzy, a w rzadkich wypadkach pojawiają się ogólne drgawki.

Przy zapaleniu oskrzeli bardzo ważnym jest rezultat opukiwania i wysłuchiwania.

Opukiwanie nie daje nam żadnych danych dodatnich. W podobnych wypadkach otrzymuje się odgłos w ogóle prawidłowy, co jakkolwiek jest objawem ujemnym, jest jednak bardzo ważnem odnośnie do nnych objawów, czasami dosyć groźnych.

Wysłuchiwanie płuc da nam dwojaki rezultat zależnie od czasu, w którym wysłuchujemy. Z początku choroby, gdy błona śluzowa jest przekrwioną, obrzmiała etc. znajdziemy oddech pęcherzykowy, mocno zaostrzony, na przestrzeni całego płuca. Jeżeli w pewnem miejscu obrzmienie jest znaczniejszém, tak, że jakaś mniejsza gałąź oskrzela zostaje zupełnie zamkniętą, to przez pewien czas słyszeć będziemy na tém miejscu oddechanie osłabione, aż wreszcie po silniejszym westchnięciu usłyszymy znów głośny oddech pęcherzykowy. Te objawy, jako téż rezultat otrzymany przy opukiwaniu powinny nas ochronić od pomieszania z poczynającym się wysiękiem opłucnej, albo z zapaleniem płuc zrazikowém.

W niektórych wypadkach przy zapaleniu oskrzeli trudno odróżnić oddech ostry pęcherzykowy (*respiratio puerilis*) od oddechu

oskrzelowego. By uniknąć w tym względzie pomyłek, dobrze jest postępować jak następuje. Charakter oddechu pozostaje przy zapaleniu oskrzeli jednakowym na całej przestrzeni płuc, to jest zarówno z przodu jak z tyłu, z prawej jak i z lewej strony. Dla tego też ściśle należy po kilka razy wysłuchiwać oba płuca w różnych kierunkach. Jeżeli gdziekolwiek można w rzeczywistości usłyszeć oddech oskrzelowy, to w takim razie słyszy go się najwyraźniej w pewnym oznaczonym miejscu, w okolicach zaś słyhać miejscowy szmer oddechowy, chociaż czasem przeważa oddech oskrzelowy.

Skoro następuje wydzielanie, oddech staje się mniej ostrym ponieważ obrzmienie błony śluzowej zmniejsza się. Wtedy, tak w grubszych, jako też i w cieńszych oskrzelach występują rżerzenia wilgotne (*ronchi mucosi*), które bywają rozmaite, zależnie od własności wydzieliny. Jeżeli są one dosyć silne, to można je zawsze odczuć, przyłożywszy rękę do klatki piersiowej. Takie wycucie rżerzeń wilgotnych wcale nam nie zastępuje wysłuchiwanie, jednakowoż u dzieci bardzo niespokojnych i niegrzecznych musimy nieraz ograniczyć się do tej metody, dopóki dziecię nie przyzwyczai się do lekarza.

Rżerzenia wilgotne trwają przez cały czas choroby i po przebytem silnym zapaleniu oskrzeli długo nieraz pozostaje obfitsze wydzielanie się śluzu w oskrzelach.

Dopóki w oskrzelach płwocina się wydziela, chociaż objawy gorączkowe już ustąpiły, zawsze jednak obawiać się należy powrotu choroby albo też przejścia zapalenia na najdrobniejsze rozgałęzienia oskrzeli. Zapalenie oskrzeli pomieścić można jedynie w początkach z poczynającym się zapaleniem płuc, jednakowoż w przeciągu 24 ch godzin można zawsze postawić stanowcze rozpoznanie, ponieważ charakterystyczne objawy zapalenia płuc szybko występują.

Zapalenie oskrzeli trafia się u dzieci wszelkiego wieku, ale im dziecię jest większe, tém choroba ta jest mniej niebezpieczną. Najczęściej obserwować można zapalenie oskrzeli u ssawców i w tym okresie życia dziecięcego jest ono najniebezpieczniejszym, ponieważ zwykle nie występuje u dzieci poprzednio zdrowych ale dołącza się w większej liczbie wypadków, jako cierpienie następcze. Występuje zwykle przy chorobach kiszek, wywołanych nie odpowiedniem albo niedostatecznym pożywieniem, lub też pobylem w miejscowościach źle odwietrzanych lub przeludnionych, np. w domach podrutków. U takich dzieci zwykle bardzo wyniszczonych, ostre zapalenie oskrzeli stanowi zwykle chorobę ostateczną, tém bardziej, że najczęściej już dawno przedtém cierpią one na niezbyt oskrzeli.

Prócz tego zapalenie oskrzeli bywa częściowym objawem tyfusu brzuszego, o czém mówić będziemy w odpowiedniém miejscu. Toż samo odnosi się oo zapalenia oskrzeli, jakie obserwujemy podczas odry.

Zejsciem zapalenia oskrzeli bywa bardzo często zupełne wyzdrowienie, nawet u dzieci bardzo małych, jeżeli przedtém były one zupełnie zdrowe. Głównie chodzi o to, by okoliczności towarzyszące chorobie były pomyślne, to jest by dziecię znadowało się w dobrych warunkach co do odżywiania, mieszkania etc. W pewnych okolicznościach zapalenie oskrzeli przejść może na najdrobniejsze rozgałęzienia oskrzeli albo téż nawet w zapalenie płuc zrazikowe. W takich razach, zamiast, żeby koło 8—10 dnia choroby gorączka zmniejszała się—podwyższa się i występują odpowiednie objawy wykazujące, że mamy do czynienia z zapaleniem najdrobniejszych oskrzeli (*bronchitis capillaris*). Czasami chociaż daleko rzadziej, do zapalenia oskrzeli dołącza się krupowe zapalenie płuc. Rozumie się, że w obu wypadkach rokowanie znacznie się pogarsza.

Jeżeli zapalenie oskrzeli przyjmuje przebieg nieszczęśliwy, to zwykle powodem tego bywa znaczny stopień sinicy i obfitość wydzieliny. Podczas konania występuje zwykle obrzęk płuc. Ma to miejsce również w tych wypadkach, gdy zapalenie oskrzeli zjawia się jako choroba następcza.

Na trupie oprócz zmian wyżej opisanych nie spotykamy nic innego, prócz umiarkowanego obrzęku płuc.

Leczenie zapalenia oskrzeli, tak jak i wszystkich chorób ostrych, jest czysto wyczekującym. Każda podobna choroba zwykle zachowuje przebieg niezależny od wszelkiego działania terapeutycznego. Leczenie więc ogranicza się do ułatwienia ekspektoracyi, do dostarczenia dostatecznej ilości nieco wilgotnego, a bogatego w tlen powietrza, i do zmniejszenia gorączki. Dopóki w płucach nie ma rzerzeń wilgotnych respective wydzieliny, dopóty nie należy podawać środków wykrztuśnych. Stosować je można dopiero wtedy, gdy można wykazać obecność wydzieliny w oskrzelach. Daje je się w podobny sposób i w takichże dawkach, jak przy nieżycie oskrzeli.

Jeżeli w oskrzelach nagromadza się dużo wydzieliny, sinica jest znaczna, a przytém mięśnie zachowały swoją siłę, to można podać środek wymiotny, np. *Rp. Tart. emet. 0,05 (gr. j), Tinct gummos 30,0 (℥j). D. S.* wyżyć na dwa razy.

Jeżeli gorączka dochodzi do wysokiego stopnia, to podaje się chininę w umiarkowanej dawce, albo téż w celu obniżenia ciepłoty,

robi się zimne obmywania ciała. Jeżeli płwocina się wstrzymuje, to dla podrażnienia skóry robi się zimne prysznicowskie obwijania klatki piersiowej. Takie obwijania powtarza się w miarę jak okład wysycha. U ssawców nie ogranicza się diety zupełnie, u starszych dzieci dietę stosować należy do gorączki.

Bardzo też ważną dla wydalenia płwociny jest ta okoliczność: by dziecię, będące u piersi, a chore na zapalenie oskrzeli, niezbyt długo leżało w łóżku na jednym boku, ale żeby je często nosić na ręku. Takim postępowaniem zapobiegamy gromadzeniu się wysięku w dolnych częściach płuca. Przytém, nawet nosząc na ręku, często trzeba zmieniać położenie dziecięcia.

Dzieci, które już raz przebyły zapalenie oskrzeli są zawsze skłonne do powrotu téj choroby. Jeżeli dzieci skłonne są do przerostów gruczołów, a cierpią przytém na silne i szybko po sobie następujące zapalenia oskrzeli, to często bardzo i gruczoły oskrzelowe téż bywają zajęte. Przeciw podobnym częstym powrotom należy polecić wzmacniający sposób życia, a zarazem przepisać lekkie przetwory żelaza, oraz tran, jeżeli go dzieci dobrze znoszą. Jeżeli zapalenie oskrzeli powtarza się często w pierwszych latach życia dziecięcia, a w przerwach trwa dalej obfite wydzielanie w oskrzelach, to zawsze należy podejrzewać, że mamy do czynienia z poczynającą się krzywicą.

### β) Zapalenie drobnych oskrzeli. (*Bronchitis capillaris*).

Zapalenie najdrobniejszych rozgałęzień oskrzelowych jest w ścisłym związku ze stanem poprzednio opisanym i w pewnym względzie stanowi tylko wyższy stopień zwykłego zapalenia oskrzeli.

Znajdujemy więc albo zapalenie, z wyżej wymienionemi cechami anatomicznemi, w drobnych i najdrobniejszych gałązkach oskrzeli, albo téż zapalenie obejmuje całą przestrzeń błony śluzowej dróg oddechowych, aż do tchawicy włącznie. Zapalenie drobnych oskrzeli stanowi, jak już wyżej mówiliśmy, naturalne przejście do zrazikowego zapalenia płuc. Jeżeli tylko zapalenie jest dość znacznego natężenia to nigdy się nie zdarza, by miąższ płucny, leżący w bliskości zajętych oskrzeli, nie doznawał pewnych zmian. Najczęściej takie części płuc bywają siedliskiem przekrwienia przez co odpowiednie zraziki odróżniają się, tak zabarwieniem jako téż i tém, że silniej wystają na powierzchni przekroju, od reszty miąższu płucnego. Części te zawsze

zawierają powietrze i jeżeli po wycięciu ich pogrążemy w wodzie, to wcale nie toną.

W drobniejszych oskrzelach śluz gromadząc się formuje masę jednolitą, którą na przecięciu płuc, można wyciągać z oskrzeli pincetą, zupełnie podobnie jak skrzepki krupowe.

Pod wodą podobne masy śluzowe szybko się rozpuszczają, co nigdy się nie trafia z błonami krupowemi.

Zapalenie drobnych oskrzeli bywa szczególnie niebezpiecznym jeżeli dołącza się do tyfusu lub do odry.

Ponieważ pod względem anatomicznym, zapalenie drobnych oskrzeli jest tylko wyższym stopniem, rozszerzeniem się zwykłego zapalenia oskrzeli, dla tego też i objawy kliniczne bywają też same tylko, że stopień ich natężenia jest wyższy.

Gorączka przy zapaleniu drobnych oskrzeli bywa daleko silniejszą jak przy zwykłym zapaleniu oskrzeli. Od początku choroby dochodzi do  $+ 40^{\circ} - + 41^{\circ} \text{ C}$ . i pozostaje na tej wysokości aż do końca. Bywa ona pod względem przebiegu zupełnie podobną jak przy zapaleniu płuc zrazikowém i dopiero w dalszym przebiegu zachodzą pewne różnice. Zamiast spadać, jak przy zwykłym zapaleniu drobnych oskrzeli, gdy zmniejsza się obrzmienie błony śluzowej i wydzielanie, przy zapaleniu płuc zrazikowém podnosi się ona coraz wyżej, ponieważ występują zmiany w infiltracyi utrudniające rozdzielenie i wessanie wysięku.

Największe różnice przedstawia nam oddechanie. Jest ono bolesne. przerywane, przyspieszone jak przy zwykłym zapaleniu oskrzeli. Ponieważ jednak drobne i najdrobniejsze oskrzela wypełnione są wydzieliną, która przytém bywa dość gęstą i ciągnącą się, przeto powietrze znajduje przeszkodę na drodze do pęcherzyków płucnych — co wpływa na utrudnienie oddechania. W skutek tego przepona zostaje pobudzona do silniejszych skurczów i podatny, elastyczny dolny otwór klatki piersiowej zostaje wciągniętym ku wewnątrz. Dla tego to przy każdym wdechaniu ukazuje się na ściankach klatki piersiowej mniej lub więcej znaczne wciągnięcie wzdłuż przyczepienia przepony. Wciągnięcie to bywa najwyraźniejszym na klatkach krzywicowych i paralitycznych w okolicy dołka podsercowego. Nazywają je zaklęśnięciem okołopłucnem (*peripneumonische Furche*). Stanowi ono zawsze dowód istnienia przeszkody w oddechaniu. Nie jest prawdą jakoby zaklęśnięcie to było wyraźniejszym po tej stronie, po której istnieje choroba.

Zakłęśnięcie to jest daleko wyraźniejszym gdy oddechanie jest przyśpieszone, niż gdy jest powolne.

Rękojeść mostka i oba dołki nadobojczykowe wcale nie zapadają. Jeżeli brak tego objawu to zawsze można wyłączyć wszelkie przeszkody w krtani i tchawicy.

Zagłębienie, o którym mówimy, nie jest jednak wcale oznaką charakterystyczną dla zapalenia drobnych oskrzeli. Może go nie być zupełnie tak przy tej chorobie, jak i przy innych cierpieniach płuc. Szczególniej ma to miejsce gdy process rozwija się powoli.

Kaszel przy zapaleniu drobnych oskrzeli zachowuje się zupełnie tak samo jak przy zwykłym zapaleniu oskrzeli. Z początku bywa to kaszel suchy, ale bez oznak miejscowego zajęcia w krtani; później zaś staje się wilgotniejszym i słychać wyraźnie w krtani, że wydzielina wydała się, ale dzieci najczęściej ją połykają.

Kaszel resp. częstość napadów kaszlu znajduje się wraz z ilością wydzieliny, w takim samym stosunku do sinicy, jak już mówiliśmy przy zwykłym zapaleniu oskrzeli.

Sinica, szczególniej przy dłuższym trwaniu choroby, dosięga zwykle daleko wyższego stopnia. Przeszkoda istniejąca w oskrzelach ma swe siedlisko bardzo głęboko, dla tego też dzieci, w skutek utrudnienia zamiany krwi żyłnej na tętniczą, prędko sinieją, a szczególniej rozszerzają się powierzchowne żyły skórne na klatce piersiowej, z powodu, że odpływ krwi z żyły nieparzystej i półnieparzystej jest utrudniony. Żyły te tworzą niebieskawą siatkę przeświecającą przez skórę. Objaw ten zawsze oznacza nam, że istnieje przeszkoda dla oddechania, głęboko położona (patrz przy krupie). Sinica stanowi dobrą skalę dla rokowania, które bywa tym niepomyślniejszym im obfitsza wydzielina gromadzi się w oskrzelach, oraz im podrażnienia kaszlowe są mniejsze. Jeżeli sinica utrzymuje się przez dłuższy czas, to czasami występuje surowiczy obrzęk mózgu i opon mózgowych, następstwem czego bywają drgawki ogólne lub częściowe.

Najważniejsze różnice otrzymujemy przy wysłuchiwanu płuc. Podczas gdy opukiwanie, tak samo jak przy zwykłym zapaleniu oskrzeli, daje nam tylko rezultat ujemny to za to za pomocą wysłuchiwania zawsze możemy odróżnić zapalenie drobnych oskrzeli od zwykłego zapalenia oskrzeli. Zamiast zwykłych rżerzeń wilgotnych słyszymy przy wdechaniu drobne współdzwiczące rżerzenia w wielu oskrzelach. Rżerzenia te oznaczają mianem rżerzeń wysokich, dzwiczących. Prócz tego można je nazwać rżerzeniami wilgotnemi, drob-

no-pęcherzykowatemi i dają się one ściśle odróżnić od trzeszczeń pojawiających się w początkach zapalenia płuc zrazikowego i zrazowego. Rzężenia te słyszymy we wszystkich tych miejscach gdzie process zapalny zajmuje najdrobniejsze oskrzela. Przy rzężeniach współdźwięczących nie słychać oddechu pęcherzykowego, wydech zaś jest ostry i nie zawsze słyszalny. W wypadkach bardzo ciężkich, jeżeli większe oskrzela poczynają wypełniać się śluzem, to na całej przestrzeni płuc słyszymy rzężenia grubo- i drobno-pęcherzykowe, które nieraz pokrywają zupełnie rzężenia współdźwięczne, powstające w drobniejszych oskrzelach, tak że usłyszyć te ostatnie możemy dopiero wtedy gdy znaczna ilość wydzieliny oskrzeli zostanie wydaloną na zewnątrz albo przez kaszel albo przez środek wymiotny.

Zapalenie drobnych oskrzeli stanowi bezpośrednie przejście do zapalenia płuc zrazikowego. Jeżeli teraz w podobnym wypadku tworzą się w płucach pojedyncze infiltracje zrazikowe, to z początku nie mamy żadnych innych objawów, prócz oznak obszernego zajęcia drobnych oskrzeli, ponieważ infiltracje są za małe by mogły powodować stopienie tonu przy opukiwaniu, oraz nie zajmują tak znacznej części płuc, by można było słyszeć oddech oskrzelowy. W takich razach musimy się opierać jedynie na innych objawach towarzyszących, chcąc odróżnić z którym processem chorobnym mamy do czynienia. O tych szczegółach mówić jeszcze będziemy przy opisywaniu zapalenia płuc zrazikowego.

Zapalenie drobnych oskrzeli jest chorobą rzadko kiedy powstającą pierwotnie u dzieci dotąd zdrowych. Okoliczność ta jest też przyczyną dla której przy cierpieniu tem rokowanie jest daleko bardziej niepomysłnem jak przy innych cierpieniach płuc, jak np. przy zapaleniu opłucnej, przy zapaleniu płuc krupowem. Zwykle proste zapalenie oskrzeli przechodzi na drobne oskrzela, wskutek wpływów złej pogody. Z tej przyczyny powstałe zapalenie drobnych oskrzeli ma zwykle przebieg pomyślny i kończy się wyzdrowieniem.

Jeżeli dzieci krzywicowe zapadają na zapalenie drobnych oskrzeli, to przebieg staje się daleko mniej pomyślnym, jak tylko choroba przyjmuje charakter przewlekły, gdyż wtedy bardzo łatwo gruchoły oskrzelowe ulegają przerostowi.

Zapalenie drobnych oskrzeli występuje jako takie pierwotnie przy tyfusie i przy odrze i pogarsza rokowanie nie tylko *quo ad vitam*, ale i pod tym względem, że nawet przy zejściu pomyślnem zawsze pozostają długotrwałe cierpienia płucne.

Bardzo często do już istniejących infiltracyj zrazikowych lub



rozszerzeń oskrzelowych, nawet gdy cierpienia te znajdują się w okresie przemian zwrotnych, dołącza się nowe zapalenie drobnych oskrzeli, wywołane nieraz przez przyczynę bardzo nieznaczną, i powoduje albo zejście śmiertelne albo też znaczne pogorszenie choroby pierwotnej.

Zapalenie drobnych oskrzeli często przyjmuje przebieg bardzo przewlekły, chociaż nie doprowadza do powstawania zrazikowych infiltracyj. Ponieważ w takich razach gorączka trwa ciągle, przeto dzieci nadzwyczaj chudną.

Leczenie zapalenia drobnych oskrzeli zupełnie jest podobne jak leczenie zwykłego zapalenia oskrzeli. Jeżeli w oskrzelach nagromadziło się dużo wydzieliny a wydalenie jój wstrzymuje się, resp. podrażnienia kaszlowe są nieznaczne, a sinica się powiększa, to jeżeli mięśnie zachowały jeszcze siłę to należy podać środek wymiotny. Jak widzimy, tak przy dławcu (krupie) jako też i przy zapaleniu drobnych oskrzeli są zupełnie też same wskazania dla podawania środków wymiotnych. Zawsze należy podawać silne środki wykrztuśne, nie zważając na to czy pierwój dano środek wymiotny, czy też nie. Pod tym względem przetwory amonijakalne oddają nam dobre usługi, np. *Rp. Inf. pulv. rad. Ipecacuanh. e 0,15—80,0 (grij— $\mathfrak{F}$ ij)*. *Liq. amon. anisat. gtts. 20. Syr. simpl. 10,0 (3ij)*. D. S. Co 2 godziny po łyżeczce od kawy, albo też: *Rp. Inf. rad. Polygal. Senegae e 2,0—3,0 ad 80,0 (ex 3 $\beta$ - $\mathfrak{D}$ ii $\beta$ — $\mathfrak{F}$ ij)*. *Liq. ammon. anisat gtts. 20. Syr. simpl. 10,0 (3ij)*. D. S. Co 2 godziny po łyżeczce od kawy.

Jeżeli istnieje cierpienie kiszek przeciwwskazujące użycie wymiotnicy albo indyczki wirginijańskiej (*polygalae Senegae*), to albo dajemy sam *Liq. ammon. anis* po 1—2 kropli w łyżeczce czystej wody, albo też przepisuje się: *Liq. ammon. anis. gtts. XV—XX. Aq. foeniculi, Aq. destill.  $\bar{a}$  40,0 ( $\mathfrak{F}$ i $\beta$ )*. D. S. Co 2 godziny po łyżeczce od kawy.

Pierwszy sposób podawania ma tę korzyść, że amonijak nie tak prędko paruje, jak wtedy gdy go się dodaje od razu do jakiegoś naparu lub innego roztworu.

Również dobrze działającym środkiem, chociaż szybko rozkłada się on w przystępie powietrza, jest suchy węglan amonii (*Ammonium carbonicum siccum*). Przepisuje go się w sposób następujący: *Rp. Ammon. carb. sicci 0,2 (gr. ij), Sacchari albi 2,0 (3 $\beta$ )*. *M. f. pulv. div. in part. aeq.* N-o VI. S. Co 2—3 godziny proszek.

Przetwór ten podawać należy jedynie w ciężkich wypadkach

i przez czas krótki, ponieważ przy dłuższem użyciu łatwo sprawia drapanie w gardle.

Prócz tego, gdy objawy podrażnienia już ustąpiły, dobrze jest stosować wdechania olejku terpentynowego. Jeżeli dziecię chore nosi się jeszcze na rękę, to należy wyparować w pokoju garniec wody gorącej do której dodano 5—10 kropli olejku terpentynowego.

Jeżeli zaś dzieci są większe, to można je przyuczyć do wdechań albo za pomocą odpowiedniego inhalatora, albo też tak że przy dziecku stawia się garnczek wody gorącej z olejkiem terpentynowym, i potem tak dziecię jak i garnczek przykrywa się na parę minut prześcieradłem. Z początku przy wdechaniu olejku terpentynowego, kaszel się zwiększa, tak że wdechanie powinno trwać przez bardzo krótki czas. Dopiero gdy dzieci się przyzwyczajają można robić podobne wdechania rano i wieczór przez dłuższy czas. Wdechania terpentyny doskonale działają na wydzielanie w oskrzelach. Ograniczają je w krótkim czasie i poprawiają je, jeżeli wydzielina ma złą woń.

Co się tyczy dalszego stanu po przebyciu zapalenia drobnych oskrzeli, to wszystko to co powiedzieliśmy przy zwykłym zapaleniu oskrzeli tembardziej tu się odnosi dlatego, że choroba ta daleko więcej ma skłonności do powrotu. Koniecznie należy przepisać posilne, łatwo strawne pokarmy, szczególniej mięsne, oraz pobyt na świeżem powietrzu, w lecie na wsi, aby o ile można uchronić się od powrotu choroby.

### γ) *Bronchitis suffocativa.*

Tego rodzaju zapalenie, według siedliska, jest zapaleniem drobnych oskrzeli. Ogranicza się ono do błony śluzowej najdrobniejszych dróg powietrznych. Charakteryzuje się bardzo skąpą i bardzo lepka wydzielina, wypełniająca prawie zupełnie najdrobniejsze drogi powietrzne. Choroba ta zdarza się prawie wyłącznie w pierwszych okresach życia dziecinnego i nie trzeba jej łączyć z innymi podobnymi do niej chorobami.

Występuje ona często bezpośrednio po porodzie; dość często zdarza się to u dzieci niedonoszonych i dlatego też prawie zawsze ma zejście śmiertelne. Wypełnienie wydzielina najdrobniejszych oskrzeli bywa przyczyną szybko wywołującą sinicę, która może dochodzić do wysokiego stopnia. Zamknięcie światła oskrzeli następuje tem szybciej, że i obrzmienie błony śluzowej jest większe jak zwykle, tak

że nawet przed pojawieniem się wydzielin może wystąpić sinica, powoli przybierająca coraz większe natężenie.

Sinica taka, z początku nawet czasem trudna do zauważenia, nagle znacznie się pogarsza wskutek wystąpienia wydzielin. Pojawia się to pod formą napadów zaduszania, ztąd też i pochodzi nazwa tej formy chorobnej.

Takie napady zaduszania są jednak zupełnie różne od napadów duszności, jakie obserwujemy przy dławcu, przy skurczu krtani, przy kokluszu etc.

Nie zależą one wcale od żadnej przeszkody w krtani, a chociaż występują pod postacią napadów, jednak napad bywa daleko mniej wyraźny i nie charakteryzuje się krzykiem lub niepokojem dziecka. Dzieci, które zwykle mają 2—3 dni wieku, zwykle leżą zupełnie spokojnie i tylko u starszych dzieci występują objawy oznaczające nagłe występowanie napadu grożącego zaduszeniem. Niebezpieczeństwo objawia się przez nagłe wzmożenie sinicy i zmniejszenie się natężenia oddechania. Oddech staje się powierzchownym, ledwie można go zauważyć, bywa bardzo prędkim, a nawet przez pewien czas dzieci mogą pozostawać w stanie asfaktycznym. Bicie serca nie przerywa się, nie występują też żadne skurcze lub drgania ze strony mięśni podległych woli.

Ponieważ dziecko w takim napadzie jest blizkiem zaduszenia, dlatego brak wszelkich energicznych skurczów przepony; nie tworzy się też żadne zakłębienie przy dolnym obwodzie klatki piersiowej. Wśród takiego napadu dziecko może umrzeć. Jeżeli to nie następuje, to oddechanie przywraca się, sinica zmniejsza się, występuje kaszel, stanowiący objaw bardzo pomyślny pod względem rokowania, a którego brak zawsze prawie zupełnie przy początku podobnej choroby. Oddechanie w przerwach między napadami staje się nieco głębszem i nieco przyspieszonym, ale jednak wcale nie dosyć głębokiem, ponieważ sinica trwa dalej chociaż w mniejszym stopniu. Oddechanie nie ma nigdy takiego charakteru jak przy duszności. Staje się takim dopiero wtedy gdy do istniejącej choroby dołączy się silne zapalenie grubszych oskrzeli. Im silniejszym staje się oddechanie w przerwach między napadami, tem bardziej zmniejsza się sinica a rokowanie staje się pomyślniejszem.

Napady zaduszania powtarzają się jednak, tak że znów następuje powiększenie się sinicy, powstrzymanie oddechania etc. Wątpliwem jest czy występowanie napadów jest w ścisłym związku ze zwiększeniem się ilości wydzielin, resp. z zatkaniem najdrobniejszych

dróg powietrznych, ponieważ same napady zaduszenia mogą być skutkiem nagle występującej utraty wrażliwości mięśni oddechowych, spowodowanej przez sinicę.

Odnosi się to szczególnie do napadów występujących w dalszym przebiegu.

*Bronchitis suffocativa* zdarza się często u dzieci których płuca znajdowały się po porodzie w stanie zapadu. Okoliczność taka bardzo sprzyja powstaniu tej formy choroby, ale nie należy mieszać nabytego lub wrodzonego zapadu płuc z tą formą zapalenia oskrzeli.

Dzieci, cierpiące na tę formę zapalenia oskrzeli, wcale nie krzyczą przy stosowaniu nawet silnych bodźców na skórę, albo też wydają słaby, jęczący głos. Gorączki przy tej chorobie niema wcale albo też jest tylko nieznaczne podwyższenie ciepłoty; po większej części przy śmierci następuje nawet spadek ciepłoty poniżej stanu prawidłowego. Wskutek niedostatecznego oddechania, czego wyrazem bywa sinica, kończyny takich dzieci bywają chłodne, toż samo odnosi się do czoła i końca nosa; skóra na całym ciele bywa pokryta zimnym, klejkim potem; oddech też bywa zimny, błona śluzowa jamy ustnej pokryta również klejką, wydzielina śluzowa, kości główki zachodzą na siebie, jednem słowem istnieją wszelkie objawy upadku sił (*collapsus*) u noworodków. Stan podobny pomieszać można z końcowym okresem choleryny (*cholera nostras*). W wypadkach wątpliwych rozpoznanie różniczkowe oprzeć możemy na stosunkach oddechania (przy cholerynie nawet przy końcu bywa ono przyspieszone i głębokie), oraz na anamnezie co do wypróżnień, jakie dziecię przedtem miało.

Wysłuchiwanie i opukiwanie daje nam mało dodatnich rezultatów; nieraz nawet przy rozległym zapadzie płuc nie bywa stępienia w odpowiedniem miejscu na klatce piersiowej. Wysłuchiwanie wykaże nam, że w większej części płuc oddech jest osłabiony, a powtórzywszy wysłuchiwanie usłyszymy pojedyncze rżenia ponieważ powietrze dość głęboko wtedy przenika. Ponieważ wydzielina w oskrzelach jest klejka, ciągnąca się i w małej ilości, przeto pojedyncze rżenia, które słyszeć będziemy, będą suche i drobnopęcherzykowe. Przy polepszeniu się stanu dziecka, usłyszymy liczne rżenia wilgotne, oraz oddech pęcherzykowy głośny, jaki zwykle bywa u dzieci.

Opisywana forma zapalenia oskrzeli zdarza się wogóle dosyć rzadko, przebieg ma ona wogóle nieszczęśliwy, ponieważ zwykle chore dzieci zbyt późno bywają leczone, gdyż pierwsze a niewybitne objawy zwykle uchodzą uwagi otaczających. Jeżeli sinica jest silnie

rozwinęta, to tak skóra jak i błony śluzowe stają się nieczułe na wszelkie drażnienia i dzieci umierają wśród objawów zupełnego zaduszenia.

Jeżeli jednak w należyтым czasie zastosuje się odpowiednie leczenie, to dosyć często udaje się uratować podobne dzieci. Wyrażenie to ma tu w rzeczywistości znaczenie, ponieważ chodzi o to aby dzieci zmusić do robienia głębokich westchnień. Jeżeli to się nam udaje przez czas niejaki, to sinica nie dochodzi wcale do wysokiego stopnia, a jeżeli już przedtém się rozwinęła, to może znacznie się zmniejszyć. Cierpienie miejscowe w podobnych wypadkach wcale nie jest śmiertelne ani z powodu rozciągliwości, ani z powodu natężenia, ale z powodu siedliska, oraz dlatego że wskutek klejkich własności wydzieliny łatwo następuje zamknięcie dróg powietrznych. Niebezpieczeństwo zależy więc na niedostateczności oddechania przez czas w którym wydzielina jest klejką. Skoro po 3—4 dniach wydzielina stanie się płynniejszą, albo zostanie usunięta ku górze, to oddechanie staje się znów łatwiejszém i dzieci powracają do zdrowia w stosunkowo krótkim czasie.

By zmusić dzieci do oddechania używa się różnych środków szczególnież zas wszelkich środków drażniących skórę. Z pomiędzy nich w pierwszym rzędzie postawić należy elektryczność, która oprócz drażnienia skóry wywołuje jeszcze skurcze mięśniowe.

W tym celu najlepiej posługiwać się słabym przerywanym strumieniem, który z początku stosuje się przez kilka sekund, później zaś przez dłuższy czas. Jeden biegun przykładą się np. w okolicy przyczepienia mięśnia piersiowego wielkiego, drugi zaś w okolicy mostka, albo téż, jeden—przy wyrostku mieczykowatym, drugi przy kolumnie kręgowój, aby wywołać skurcze przepony. Takie silne podrażnienia skóry za pomocą strumienia przerywanego zmuszają dziecię do robienia głębszych wdechań.

Do stosowania strumienia elektrycznego najlepiej służyć może mały łatwo przenośny aparat *Leiter'a*, (*Elektromagnetischer Inductionsapparat construirt von Leiter patrz Catalog 1870. s. 97*). Aparat ten powinien posiadać każdy lekarz zajmujący się dziecięciną praktyką. Ma on tę korzyść że elementy są zawarte w drewnianej szkatułce; do wywiązania strumienia używa się siarczanu tleniku rtęci. Jeżeli strumień stosujemy u noworodka, to jeden element wystarcza w zupełności; dopiero gdy okaże się że strumień jest zbyt słaby, należy wprowadzić w działanie drugi element.

Jeżeli chcemy osiągnąć dobry rezultat przez stosowanie elektryczności, to nie wystarczy wcale używanie strumienia tylko rano i wieczorem przez pewien czas. W takich wypadkach dzieci w prywatnej praktyce powinny być pod ciągłym nadzorem lekarza.

Jak tylko sinica zwiększa się, zaraz można zauważyć że i oddechanie staje się mniej głębokiem i wtedy natychmiast przez pewien czas należy stosować strumień elektryczny. Gdy oddechanie staje się głębszem, a skóra na miejscu położenia biegunów silnie czerwienieje i czerwoność ta utrzymuje się na pewien czas, to należy objawy te uważać za dobrą oznakę dla rokowania.

Dopiero gdy oddech stanie się zupełnie prawidłowym, lub przynajmniej zbliżony do prawidłowego, można przerwać stosowanie elektryczności. Silniejszy strumień nie wywiera zresztą szkodliwego działania nawet przy dłuższem użyciu.

Wszystkie inne środki drażniące stoją daleko niżej od elektryczności. Jeżeli jednak nie możemy jej stosować, to kąpiele z gorzycą oddają nam w tym względzie dobre usługi. Nie powinny one mieć więcej nad  $+24^{\circ}$ — $+25^{\circ}$  R. a czas trwania podobnej kąpiele należy ograniczyć do 2—3 minut. Wyjmuje się dzieci wtedy, gdy skóra mocno poczerwienieje. Kąpiel urzadza się w ten sposób że bierze się garść mączki gorzycowej (*farina semin. sinap.*), zawija się w płótno i następnie zanurza w kąpiel. Pozostawia się ją w wodzie dopóty, dopóki cała kąpiel nie nabierze właściwego zapachu.

Kąpiele takie stosownie do okoliczności powtarza się tak często, aż dopóki nie pojawi się stała polepszenie oddechania. Gorzyczyniki, które przystawia się w różnych miejscach, nie działają tak dobrze, a jeżeli pozostawia się je na dłużej, mogą nawet wywierać wpływ szkodliwy.

Jak to już wynika z opisanego sposobu stosowania środków drażniących skórę, dzieci podobne nie powinny długo spać, ale nawet budzić je ze snu należy, jeżeli śpią przez dłuższy czas. Należy drażnić im nos oraz podniebienie za pomocą piórka, w celu wywołania kichania, kaszlu, albo nawet i wymiotów.

Bardzo pilną zwrócić należy uwagę na odżywianie podobnych dzieci. Usunąć należy wszelkie sztuczne żywienie, i podawać jedynie mleko matki albo mamki. Ponieważ dzieci podobne źle ssą z powodu osłabienia, przeto należy pokarm z piersi odciągnąć sztucznie i poić dzieci łyżeczką w krótkich odstępach czasu, np. co półgodziny.

Leczenie wewnętrzne ogranicza się na podawaniu środków wykrztuśnych i pobudzających, które daje się w podobny sposób

i w takichże dawkach, jak i przy innych formach zapalenia oskrzeli. Należy tylko wstrzymać się od podawania silniejszych naparów kochenila indyjskiego wirginijskiego (*rad. polygal. seneg.*), ponieważ przetwór ten szkodliwie działać może na kanał kiszkowy. Najlepiej stosować *Liq. ammon. anisati*.

Można używać jeszcze innych środków pobudzających np. mocnej herbaty z koniakiem lub arakiem (1 kroplę koniaku lub araku na łyżeczkę herbaty), wino czerwone (Bordeaux), w podobnych dawkach.

Jeżeli uda nam się za pomocą takich środków drażniących utrzymać dziecko przy życiu przez 3 — 4 dni, to zwykle przez ten czas wydzielina staje się więcej płynną i mamy wtedy już do czynienia ze zwykłym zapaleniem oskrzeli, które leczy się według przepisów, podanych wyżej.

δ) Przewlekłe zapalenie oskrzeli, połączone z następczym obrzmieniem gruczołów oskrzelowych.

(*Bronchitis chronica*).

Gdy błona śluzowa oskrzeli jest siedliskiem długotrwałego, często powtarzającego się i nasilającego się zapalenia to gruczoły oskrzelowe obrzmiewają, podobnie jak przy przewlekłych cierpieniach kiszek obrzmiewają gruczoły kręzkowe.

Powiększeniu zwykle ulegają gruczoły otaczające tchawicę, oraz głęboko leżące gruczoły szyjowe i to tak znacznie że tworzą się całe ich pakiety.

Powiększenie gruczołów oskrzelowych może dochodzić do rozmaitego stopnia.

Pojedyncze gruczoły bywają niezbyt znacznie powiększone, często jednak dochodzą do wielkości jabłka rajskiego. Gdy całe pakiety gruczołów ulegają zwyrodnieniu i zrastają się w guzy różnej wielkości, wtedy tworzą się guzy znacznej objętości, leżące w śródpiersiu tylnym po obu stronach kolumny kręgowej. Na przekroju okazuje się że pojedyncze gruczoły są w stanie przerostu i zserowacenia. Znajdują się też guzy przejęte barwnikiem i zmienione w twardą tkankę łączną. Znane są zmiany drobnowidzowe zachodzące w takich gruczołach, ale wspomnieć tu musimy, że napotymano nawet ostrą gruźlicę w przerostłych gruczołach, dlatego też słusznie mówić można o gruźlicy gruczołów oskrzelowych.

Błona śluzowa większych oskrzeli — mniejsze zwykle nie są zajęte — znajduje się w stanie obrzmienia zapalnego, wydziela przytém obfita, dosyć gęstą wydzielinę (*bronchoblenorrhoea*). Miąższ płucny nie przedstawia nic godnego uwagi.

Stan podobny znajdujemy prawie wyłącznie u dzieci krzywicy i to u takich, u których objawy krzywicy doszły do wysokiego stopnia. Zapalenie oskrzeli jest częściowym objawem krzywicy i mówić o tém będziemy w odpowiedniém miejscu; to samo dotyczy się i cierpienia gruczołów. Z powodu jednak ważności téj choroby pod względem rozpoznania różniczkowego, opiszemy tutaj jéj objawy.

Ta forma zapalenia oskrzeli zdarza się niesłychanie rzadko w połowie pierwszego roku życia dziecięcia. Najczęściej pojawia się ona począwszy od drugiej połowy pierwszego roku życia, aż do końca drugiego roku. W późniejszym wieku pojawia się coraz rzadziej, a nawet trudniej ją rozpoznać, ponieważ objętość klatki piersiowej zwiększa się; okoliczność ta ma ważne znaczenie przy rozpoznawaniu.

Tutaj téż winniśmy zwrócić uwagę że przy cierpieniach gruczołów oskrzelowych w późniejszym wieku u dzieci wspomnieć należy o limfomatycznym zwyrodnieniu tychże gruczołów, przy limfomatycznym lub mięsakowatym zwyrodnieniu gruczołów szyjowych lub śródpiersiowych. Mogą tu się pojawiać twarde i miękkie formy. Gruczoły oskrzelowe mogą téż ulegać zwyrodnieniu rakowatemu lub mięsakowatemu, jeżeli w innych organach rozwijają się te nowotwory. Ta forma choroby zwykle zależy od rozwijania się raka lub mięsaka w śródpiersiu przedniém. Nawet przy przewlekłych nasiękach płucnych w gruczołach oskrzelowych pojawia się przerost i zserowacenie. Te stany patologiczne są jednak bardzo rzadkie, w stosunku do form o których najpierw mówiliśmy, a prócz tego tak różnią się przebiegiem i objawami, że przy dalszym opisie zupełnie na nie niebędziemy zwracali uwagi.

Objawy przewlekłego zapalenia oskrzeli, przy którym dochodzi do przerostu gruczołów oskrzelowych, wcale nie są tego rodzaju, by można ściśle rozpoznawać istnienie przerostu gruczołów przy każdym przewlekłym zapaleniu oskrzeli.

W wielu wypadkach możemy tylko podejrzewać, że istnieją podobne zmiany, z pewnością zaś tylko wtedy możemy je określić gdy powiększone gruczoły oskrzelowe uciskają jakieś oskrzele.

Ucisk ten prócz tego powinien być znacznym, inaczej bowiem objawy wcale nie są tak bijące w oczy, by można przyjąć że oskrzele zostało uciśniętem przez przerośnięty gruczoł.



Jeżeli jednak istnieją wszystkie objawy, to łatwo można rozpoznać chorobę jak to okaże się z następującego opisu.

Objawy rozwijają się stopniowo. Z początku mamy tylko objawy krzywicy czaszki i klatki piersiowej i przewlekłego zapalenia oskrzeli, które od czasu do czasu ulega nasileniu połączonemu z gorączką.

Zwykle podczas takiego nasilenia występują pierwsze objawy ucisku jednego lub obu wielkich oskrzeli. Objawy te z początku bywają słabego nateżenia i wzmagają się też stopniowo. Objawy, jakie wtedy występują, odnoszą się głównie do kaszlu i do rezultatów badania fizykalnego.

Kaszel w podobnym wypadku staje się bardzo częstym, dziecie nieraz bez przerwy kaszle kwadrans lub pół godziny; prócz tego, chociaż w oskrzelach jest dosyć płynnej wydzieliny, jednak kaszel jest suchy, ma charakter kurczowy, kokluszowy. Brak jednak wdechania świszczącego. Czasami tylko uda się dziecku wykaszlnąć nieco wydzieliny z dróg powietrznych. Często też kaszel ma oddźwięk kaszlu szczekającego, co staje się powodem, że można stan pomieścić z dławcem, tembardziej że i inne objawy są dosyć podobne.

Podczas napadu kaszlu dzieci sinieją w wysokim stopniu — podobnie jak przy kokluszku; sinica jednak zwykle ustępuje zupełnie po ustąpieniu napadu. Kaszel najczęściej występuje pod postacią napadów. Ponieważ w tchawicy i w oskrzelach nagromadza się wiele wydzieliny, przeto nawet wolnem uchem słyszyć można rżenia wilgotne grubo-pęcherzowe. Rżenia te słycać tak podczas wdechu jako też i podczas wydechu; mają one charakter skrzypiący, piłujący (*respiratio stridulosa*) i są charakterystyczne dla opisywanej choroby.

Przy wysłuchiwanu płuca słycać na całej przestrzeni płuc rżenia rozchodzące się z tchawicy i grubszych oskrzeli. W miejscu ucisku, jeżeli jest mało rżeń, słycać oddech bardzo ostry, jednak nie oskrzelowy, ponieważ niema on charakteru chuchającego. Jest on tak głośny, że pokrywa oddech pęcherzykowy nawet gdy niema rżeń. Najlepiej można się przekonać o obecności tego oddechu jeżeli ucisk jest tylko jednostronny. W takim razie najlepiej możemy sprawdzić różnicę. Rżenia są drobno- i grubo-pęcherzykowe—ale nie są współdziałające. Jeżeli zaś mają ten charakter, to zależy od powikłania, które zresztą zdarza się dosyć często. Rżenia są tak silne, że nietylko słydzymy je swobodnem uchem, ale nawet wyczuć je możemy, przez położenie ręki na klatce piersiowej.

Gdy gruczoły lub pakiet gruczołów uciska duże oskrzele, w takim razie, nawet wtedy gdy ucisk ten jest jednostronny, występują na klatce piersiowej objawy nagłej duszności, tak jak w ogóle przy wszystkich przeszkodach dla oddechania, np. przy zwięzieniu krtani przez błony krupowe. Ponieważ przeszkoda znajduje się w samej klatce piersiowej, powietrze więc może swobodnie wchodzić przez krtani i przez tchawicę i wdechowanie nie napotyka przeszkody aż do miejsca uciśniętego, leżącego wewnątrz klatki piersiowej. Wtedy dopiero mięśnie oddechowe, a szczególnie przepona, muszą się bardzo naprężyć, aby zwyciężyć przeszkodę. Wskutek tego następuje zakłębienie klatki piersiowej na obwodzie przepony; przy wcięciu mostku i w dołkach nadobojczykowych wklęsnięcia się nie tworzą, ponieważ inne mięśnie wdechowe nie kurczą się tak energicznie.

Jeżeli więc ucisk jest dosyć znaczny, a przytem wydzielane jest obfite, to tworzy się wdechowe zakłębienie przy dolnym otworze klatki piersiowej, które najwyraźniej przedstawia się w dołku żołądkowym. Wklęsnięcie to trwa dopóty, dopóki istnieje ucisk, czyli dosyć długo, przez 6—8 tygodni i dłużej. Okoliczność ta służy do rozróżnienia tego objawu od objawów duszności występujących nagle przy krupie krtani i oskrzeli.

Ponieważ zwykle skurcze przepony wystarczają, by, pomimo przeszkody, dostateczna ilość powietrza weszła do oskrzeli, ponieważ prócz tego drobne oskrzela najczęściej są wolne od zapalenia i nie zapehane wydzielina, przeto sinica albo wcale się nie pojawia, albo też w bardzo małym stopniu.

Występuje ona tylko wtedy gdy przyłączają się napady upartego kaszlu (rankiem lub wieczorem), poczem znów ustępuje.

Jeżeli niema gorączki ani żadnych powikłań ze strony drobnych oskrzeli, to oddechanie jest bardzo mało lub wcale nie przyspieszone. Dopiero gdy pojawiają się powroty choroby, albo gdy np. dołączy się zapalenie drobnych oskrzeli, występuje przyspieszenie oddechania. Jest to objaw bardzo niepomysłny dla rokowania i podobne dzieci najczęściej umierają.

Najważniejszymi objawami przerostu gruczołów oskrzelowych i ucisku oskrzeli, oprócz istniejących zmian krzywcowych na czaszce i na klatce piersiowej jest: kaszel krótki, przerywany, szczełający lub ostry, oddechanie świszczące, grubo- i drobno-pęcherzykowe rżenia wilgotne w tchawicy i w grubszych oskrzelach, ewentualnie ostry oddech w miejscu ucisku, ujemny rezultat opukiwania, objawy wzmocnienia wdechowania, stosunkowo mała sinica i małe przyspiesze-

nie oddechania, stopniowe występowanie objawów oraz długie ich trwanie, podczas gdy przebieg jest bezgorączkowy z wyjątkiem nasilenia.

Oprócz tych objawów, ważnych szczególnie dla ucisku oskrzeli, można obserwować jeszcze inne, dla ułatwienia rozpoznania. Podobne dzieci skłonne są do cierpień gruczołów i w innych miejscach, mianowicie na szyi i w pachwinie. Znajdujemy zwykle albo wprost obrzmiałe i stwardniałe gruczoły na szyi, lub też całe ich pakiety; najczęściej znajdują się one w dołku nadobojczykowym. Przyjmuje się nawet, że zawsze powinny być więcej obrzmiałe po stronie odpowiedniej, niż po zdrowej. Jeżeli dzieci wiele cierpiały na choroby kiszek jak to bywa u dzieci krzywicowych to zwykle i gruczoły pachwinowe są powiększone i stwardniałe. Czasami nawet u dzieci zofzowatych znajdujemy na szyi blizny powstałe po wyporniałych gruczołach.

Czasami pakiet gruczołów obejmuje żyłę nieparzystą, lub półnieparzystą, co utrudnia odpływ krwi do prawego serca. Następstwem tego bywa, że na klatce piersiowej rozwija się sieć żylna, z prawej lub lewej strony, zależnie od okoliczności.

Obrzmiałe gruczoły szyjowe mogą się podobnie zachowywać względem żył głowy i w takim razie na odpowiedniej stronie twarzy widać też sieć rozдутych żył.

Czasami i nerw błędny może zostać uciśniętym przez gruczoły. Jednakowoż zdaje się, że nie powoduje to żadnych wybitnych objawów. Napady skurczu krtani, które są szczególnie niebezpieczne przy podobnym stanie oskrzeli i gruczołów oskrzelowych, nie odnoszą się wcale do ucisku nerwu błędnego, ale najczęściej są w związku z istniejącą jednocześnie krzywicą.

Powyżej opisane objawy odnoszą się do wypadków zdarzających się od  $\frac{1}{2}$  —  $1\frac{1}{2}$  roku życia.

Jest jednak wiele wypadków, w których objawy nie występują w sposób jak tylko co opisaliśmy. W podobnych razach można tylko podejrzewać, że istnieje powiększenie i zwyrodnienie gruczołów oskrzelowych.

W szeregu podobnych wypadków zawierają się powiększenia gruczołów oskrzelowych z uciśnięciem oskrzeli lub bez tego, u większych dzieci, oraz toż samo cierpienie bez zwężenia doprowadzających dróg powietrznych. U większych dzieci, u których klatka piersiowa stała się obszerniejszą i bardziej pojemną, a głównie utraciła swą formę krzywicową, ucisk oskrzela nawet większego nie zdoła nigdy wywołać objawów wzmocnienia wdechania. W takich więc razach brak zakłębnięcia na klatce piersiowej na obwodzie przyczępień przepony.

Jeżeli drogi oddechowe, a szczególnie tchawica są dosyć szerokie, to świszczące oddechanie wcale nie występuje. Za to w miejscach ucisku ostry oddech jest daleko wyraźniejszy, tak że łatwo można go słyszeć i łatwo odróżnić od oddechu na stronie przeciwnej. W podobnym wypadku, dla postawienia ścisłego rozpoznania konieczna potrzeba by można było wykluczyć z wszelką pewnością ograniczony nasięk w górnym zrazie płuca, stan bowiem przez nas obecnie opisywany wiele ma podobieństwa do tej choroby. W takim razie opukiwanie dostarcza nam najlepszych danych, ponieważ wszelkie nasięknięcie miąższu płucnego da nam niewątpliwie stopienie odgłosu przy opukiwaniu. W każdym razie w podobnym wypadku trudno wydać ścisły sąd co do siedliska i wielkości zajętych gruczołów oskrzelowych.

W końcu wspomnieć jeszcze należy, że gruczoły oskrzelowe mogą przez zwyrodnienie rozwijać się jako guzy znacznej objętości, chociaż przy życiu nie wywołują nieraz żadnych objawów, będących w związku z tylko co opisanym cierpieniem gruczołów oskrzelowych.

Pod tym względem przypomnieć sobie winniśmy, jak często u dzieci zmarłych na ostrą gruźlicę prosówkową opon mózgowych, znajdujemy gruczoły oskrzelowe powiększone i zserowaczone. Rzadko kiedy jesteśmy w stanie rozpoznać to cierpienie, które w każdym razie datuje się od dosyć dawnego czasu.

Zejscia, jakie przyjmuje ta choroba, tak trudna do rozpoznania, po większej części bywają pomyślne, to jest dzieci wyzdrowiają, chociaż choroba długo trwa i często się powtarza. Zejscie śmiertelne zależy zwykle od powikłania, zwykle od dołączającego się zrazikowego zapalenia płuc, chociaż i w tym razie dość często następuje wyzdrowienie. Ponieważ większa część dzieci cierpi na krzywicę, przeto i skurcz krtani trafia się jako powikłanie dosyć często występujące. Skurcz taki sam przez się może spowodować nagłą śmierć dziecka; a staje się on jeszcze niebezpieczniejszym, jeżeli w oskrzelach jest dużo wydzieliny, a gruczoły oskrzelowe są przerosłe. Wiele też dzieci umiera nagle z tej przyczyny, tak że nawet rodzice albo otaczający dziecie nie słyszą nawet charakterystycznego świszczącego oddechania.

Jeżeli napady skurczu krtani ustępują, to jednak niebezpieczeństwo pozostaje i nadal, dlatego też należy zwrócić uwagę rodziców, że ewentualnie dziecie może umrzeć nagle.

Dalsze niebezpieczeństwo, jakie zagraża organizmowi w tej cho-

robie, nie tyle polega na zapaleniu oskrzeli i objawach duszności zależących od tego procesu, jak na powstawaniu zserowaconych produktów zapalnych, bardzo trudno ulegających wess-aniu.

Produkta te, chociaż nie zawsze stają się powodem występowania ostrój gruźlicy prosówkowej płuc albo opon mózgowych, stanowią jednak niebezpieczeństwo dla organizmu, ponieważ albo wcale się nie wysysają albo też bardzo trudno.

W wypadkach niesłychanie rzadkich, ale jednak obserwowanych z pewnością, rozmiękczone i zserowane gruczoły przedziurawiają odpowiednie oskrzele, tak że jeżeli jednocześnie i błoniasta otoczka gruczołu ulegnie przedziurawieniu, to na tej drodze może powstać odma piersiowa. Jeżeli to się nie zdarza, to tylko część serowatej zawartości odpowiedniego gruczołu wydała się do oskrzela, ale stan chorego dziecka zupełnie nie doznaje przez to polepszenia.

Leczenie jakie można stosować przy przeroście gruczołów oskrzelowych skierować głównie należy przeciw chorobie zasadniczej, to jest przeciw krzywicy.

Jak zobaczymy przy krzywicy zapalenie oskrzeli bywa tylko częściowym objawem tej choroby, i nie ustępuje przy żadnym innym leczeniu, jak tylko przy leczeniu samejże krzywicy. Toż samo odnosi się i do powiększonych gruczołów, tak że leczenie musi być wyłącznie przeciwkrzywicowem (patrz niżej).

W celu wywołania zaniku obrzmiałych gruczołów podaje się wewnątrz jodek potasu, w umiarkowanych dawkach, np. *Rp. Kali jodati 0,2—0,3 (gr iij—gr V). Aq. destill. 80,0 (℥ iij). Syr. simpl. 10,0 (℥ iij). DS. Co 2 godziny po łyżeczce od kawy.*

Ponieważ podobne dzieci bywają zwykle niedokrwiste, przeto najlepiej podawać przetwory, w których jod i żelazo znajdują się razem, i które się łatwo znoszą, np. *Rp. Syr. Ferri jodati. gtt̄s VI—X. Aq. destill. Syr. simpl. āā 20,0 (℥ VI). DS. Trzy razy dziennie po łyżeczce od kawy.*

Nigdy nie należy tak długo zadawać jod, by występowały objawy nasycenia organizmu jodem. Można tego uniknąć podając naprzemian jod, tran i jodowe związki żelaza.

Tylko wtedy, gdy w oskrzelach znajduje się wiele wydzieliny, podajemy środki wykrztuśne, ponieważ ilość wydzieliny zawsze się zmniejsza jak tylko polepsza się krzywica t. j. jak polepsza się odżywianie kości, oraz jak obrzmiałe gruczoły poczynają się zmniejszać.

Tylko w wypadkach groźnych podaje się środek wymiotny. Lepiej starać się należyć wywołać wymioty za pomocą łechtania podniebienia, lub silnego ucisku języka. Przy napadach duszności, które też się zdarzają, może też zająć potrzeba wprowadzić do krtani moczociąg elastyczny lub rurkę Weinlechner'a.

Przebieg jest zawsze przewlekły, jak zresztą już mówiliśmy.

Chociaż istnieją wszystkie objawy powiększenia gruczołów, resp. ucisku oskrzeli, to jednak należy przestrzegać aby z dziećmi takimi obchodzono się według wszelkich prawideł dyjetycznych, ponieważ skłonne są one do gróźliwej opon mózgowych.

### ε) Przymiotowe cierpienia błony śluzowej oskrzeli.

Przymiotowe cierpienia błony śluzowej tchawicy i oskrzeli są bardzo rzadkie, jednak czasami zdarzają się. Częściej bywają one w tchawicy a rzadziej w większych oskrzelach. Poznać je można za życia tylko wtedy, gdy sprawiają one zwężenia dróg oddechowych. Cierpienia tchawicy częściej wywołują podobne skutki jak cierpienia oskrzeli, chociaż obserwowano je i w tym ostatnim wypadku.

Cierpienia przymiotowe przedstawiają się jako owrzodzenia błony śluzowej, mające naturę wrzodów syfilitycznych. Owrzodzenia te, wdrażywszy się mniej lub więcej głęboko w tkanki pod nimi leżące, goją się, z pozostawieniem silnie ściągającej się blizny. Okoliczne gruczoły chłonne—przednie szyjowe i oskrzelowe—są, zawsze siedliskiem obrzmienia i przymiotowego stwardnienia.

Przymiot błony śluzowej dróg oddechowych zdarza się wyłącznie przy natężonych formach wrodzonych, lub długotrwałych nabytych, i zwykle przyczynia się do przyśpieszenia śmiertelnego zejścia, jeżeli sprawa dojdzie do zwężenia dróg powietrznych.

Przymiot błony śluzowej oskrzeli, ma się rozumieć, nieda się pokonać żadnemu leczeniu. Przy zwężeniach tchawicy, za ledwie głęboka tracheotomia i sztuczne rozszerzenie może czasową pomoc lub ulgę tylko stanowić.

### Krztusiec, koklusz—*Pertussis, tussis convulsiva.* (*Der Keuchhusten*).

W gruncie krztusieca u dzieci leży zapalenie błony śluzowej oskrzeli, rozlane na cały przewód oddechowy i dlatego to cierpienie w tém miejscu opisujemy.

Koklusz, w przebiegu swym, wiele ma podobieństwa do ostrych wysypek i nawet stoi w niezaprzeczonem związku z odłą. Opisanie jego możnaby więc śmiało przy opisanu wysypek ostrych pomieścić.

Anatomiczną istotą koklusu jest jednak zapalna sprawa na błonie śluzowej przewodów powietrznych, która zupełnie wystarcza do objaśnienia wszystkich objawów tego cierpienia. Jednakże, jak to z opisu choroby zobaczymy, koklusz zawsze przyjmuje pewne odrębne stanowisko w rzędzie chorób narządu oddechania.

Błona śluzowa jest siedliskiem sprawy zapalnej, równomiernie rozprzestrzenionej na całej przestrzeni przewodu powietrznego, począwszy od nagłośni (*epiglottis*), włącznie z jej przednią powierzchnią i od więzów języko-nagłośniowych (*lig glosso-epiglottica*), aż do najcieńszych, błoną śluzową jeszcze pokrytych, rozgałęzień oskrzeli. Błona owa jest zaczerwieniona, obrzmiała, nastrzyknięta, i, charakterystycznie dla początku tego cierpienia, niezmiernie mało śluzu wydziela. Wszystko da się stwierdzić laryngoskopem. Jeżeli cierpienie już się dość silnie rozwinęło, to występuje gęsty, jasny, ciągnący się w nici płyn, który można znaleźć nawet w najcieńszych oskrzelikach, jeżeli zdarzy nam się przystąpić do rozcłonkowania, co się jednak rzadko przytrafia.

Zaledwie w dalszym przebiegu, wydzielina ta przemienia się w płyn obfity, ropiasty, nie dający się odróżnić od zwykłych wydzielin w oskrzelach.

Jeżeli wzmożenie wydzieliny występuje z samego początku, to tego rodzaju wypadek — przyjmuje zawsze niezwykły przebieg.

Charakterystycznymi także dla koklusu są wreszcie i kurczowe napady kaszlu, pojawiające się w przebiegu choroby.

Kaszel tak jest typowym, że, jeżeli się choć raz w życiu taki napad słyszało, można od razu ściśle postawić rozpoznanie.

Zupełny napad, pojawiający się zaledwie w późniejszym okresie cierpienia, składa się z krótkich, urywco za sobą idących, (*staccato*) kaszlnięć, respect. raptownych skurczów przepony, trwających pewien czas, zazwyczaj tak długo, że dziecko dostaje sinicy. Te kaszlnięcia — podczas wydechu — tak szybko i raptownie jedno za drugim następują, że pomiędzy nimi niema czasu na dokonanie wdechu. Zaledwie pod koniec napadu następuje ostre, przedłużone wdechanie, z wielkim wykonane wysileniem. To utrudnienie inspiracyi zależy od skurczowego ściągnięcia mięśni gardziel ściśniających

(*mm. constictores pharyngis*), które zmuszone są do kurczenia się przez podrażnienie nerwów: gardzielowego górnego (*n. laryngeus superior*) i dodatkowego (*n. accessorius*). Taki stan skurczowy nie jest wcale skutkiem ośrodkowego podrażnienia, lub miejscowego cierpienia gardzieli, lecz powstaje w ten sposób, że występująca, właściwa chorobie, wydzielina, drażni zakończenia wyżej wspomnianych nerwów i przez odbicie (*reflex*) wywołuje napad.

Dopóki w przewodzie powietrznym nie wiele jest owęj wydzieliny, dopóty napady są dość rzadkie, wówczas to wydzielina gęsta jest i ciągnąca, nie może więc łatwo wydostać się ku górze, do wrażliwszej części błony śluzowej. Później, gdy wydzielina staje się obfitszą i mniej gęstą, napady występują coraz częściej. Pod koniec choroby, gdy wydzielina przybiera czysto nieżytowy charakter i coraz więcej traci swe specyficzne własności, napady znowu stają się coraz radsze i słabsze.

Napad jednak nie ogranicza się rzędem opisanych objawów (*staccato* idącymi po sobie kaszlowemi wydechami i końcowym, szorstkim, głębokim wdechem). Po takim szeregu zjawisk, następuje drugi takiż sam szereg, aż wreszcie pojawia się dławienie, chęć wymiotowania i wreszcie zruconemi zostają: raz zawartość żołądka, drugi raz szczególnie w późniejszych okresach choroby, znaczne ilości śluzu, ropy a nawet i krwi, z dróg oddechowych.

Napad zwykle poprzedzonym bywa zwiastunami (*aura*), tak, że zwykle starsze dzieci już pewne przygotowania czynią, żeby się od napadu uwolnić. Zwiastunami temi są mianowicie, niezmiernie nieprzyjemne napady łechtania w gardle, które większe dzieci wszelkimi siłami starają się przytłumić. Łechtanie staje się jednak coraz silniejszym, aż wreszcie napad się rozpoczyna.

Łechtanie tak jest silnem, że dzieci się ze snu zrywają. Napady do takiego dochodzą natężenia, t. j. wdęchanie tak zostaje utrudnionem, że dziecko kurczy wszystkie mięśnie wdechowe, aby przeskodę pokonać. W tym celu chwytają się silnie otaczających przedmiotów, żeby zyskać stały punkt oporu dla mięśni karku.

Kolejne następowanie po sobie objawów przy napadzie kaszlu stanowi jasną różnicę między kokluszem a kurczem gardzieli. Pierwszy objawia się kasłaniem *staccato* z następnem głośnem i trudnem wdechaniem, *laryngospasmus* zaś zaczyna się ostrą, głośną, utrudnioną inspiracją, której wykonanie wymaga dość znacznego przeciągu czasu, i po której następuje bardzo spokojna expiracja. Wówczas



tylko rozróżnienie staje się prawie niemożliwym gdy kurcz gardzieli wystąpi u dzieci cierpiących na silne zapalenie oskrzeli.

Koklusz więc jest rozlanem bardzo zapaleniem oskrzeli, objawiającem się typowemi, kurczowemi napadami kaszlu.

Zdarza się u dzieci bez różnicy wieku, nie wyjmując nawet ssawców.

Jest bezwarunkowo chorobą zaraźliwą, a zarazek przenosi się za pomocą wydzieliny oskrzelowej.

Do przeniesienia zarazka koniecznem jest bezpośrednio zetknięcie się zdrowego dziecka czy to z samym chorym, czy też przedmiotów przezeń używanych jakoto: chustek do nosa, szklanki etc. Czy kokluszem można się i w inny sposób zarazić, jak np. przy pośrednictwie osób trzecich, tego jeszcze z pewnością nie stwierdzono.

Za prawidło można przyjąć, że koklusz raz tylko jeden zdarza się u tegoż samego osobnika, zupełnie tak samo jak ostre wysypki. Są jednak wypadki, gdzie koklusz przyjmuje przebieg przewlekły. Napady ustają na dość długi czas, jednak przy każdym nowym zapaleniu oskrzeli, do których dzieci takie niezmiernie są skłonne, kaszel za wsze przyjmuje pozór krztusieca. Wygląda to, jak gdybyśmy mieli do czynienia z nowym pojawieniem się koklusza, kiedy tymczasem jest to tylko recydywa stariej, i niezupełnie ukończonej choroby. Takie zastarzałe i niezwykle przebiegające wypadki, mogą dać powód rozróżnienia krztusieca od kaszlu kurezowego, co przez wielu przyjmowanym bywa. Dzieci takie zwykle poprzednio chorowały na dyskratyczne cierpienia np. krzywicę, zołzy, przerosty gruczołów, zrazikowate nacieczenia płuc etc.

Jeżeli krztusiec zdrowe napada dzieci, to ma przebieg typowy.

Dlatego, aby ułatwić rozpatrzenie szeregu zjawisk, można w jego przebiegu rozróżnić trzy okresy: 1) Okres nieżytowy (*stadium catarrhale*), 2) okres drgawkowy (*stadium convulsivum*) i 3) okres zwolnienia (*stadium decrementi resp. blenorrhoicum*).

Okres pierwszy, nieżytowy, nie należy właściwie do krztusieca, zawiera raczej tylko nieżytowe jego zwiastuny, można więc i w ten sposób chorobę tę podzielić: 1) okres zwiastunów (*st. prodromorum*), 2) okres nasilenia (*st. acmes*) i 3) okres zwolnienia (*stad. decrementi*). Taki podział w zasadzie jest sprawiedliwszym, albowiem i w okresie zwolnienia trwają ciągle, chociaż w mniejszym stopniu owe drgawkowe zjawiska. Gdy one ustają, to i napad podówczas już się skończył.

Okres zwiastunów zawiera prawie wszystkie owe zwiastunne

nieżytowe objawy krztusca. Zjawiska te trwają nieraz bardzo krótko, i rozpoczyna się sam koklusz. Często jednak dzieci cierpią tydzień lub dwa na bezgorączkowe nieżyty nosa i gardzieli, przyczem wydzielina bywa śluzowa, rzadka, biaława. Dzieci kaszlą w nocy więcej niż w dzień (jedyny niezwykły objaw), gorączki nie mają, opukiwanie i osłuchiwanie żadnych wskazówek nie daje. Pomimo pozorniej łagodności objawów, żadne leczenie nie pomaga, przeciwnie, pomimo braku gorączki, kaszel staje się silniejszym i bardziej urywanym, aż wreszcie pojawiają się pierwsze, chałaśliwe wdechania (*reprise*).

Z wystąpieniem typowych napadów, kończy się okres zwiastunów, a rozpoczyna okres kurczowy czyli okres nasilenia.

Gdyśmy choć jeden napad słyszeli, to rozpoznanie nie ulega już wątpliwości, bo bardzo są prawdopodobnymi zeznania rodziców, twierdzących, że wszystkie napady zupełnie są do obserwowanego podobne.

Jeżeli nie mieliśmy sposobności słyszeć taki napad, to możemy z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznać krztusiec, zebrawszy ścisłą anamnezę i otrzymawszy negatywny rezultat z opukiwania i osłuchiwania.

Należy głównie zwrócić uwagę na punkta następujące:

Kaszel występuje w kształcie napadów, zwykle bez powodu, często jednak wskutek podrażnienia umysłu, krzyku, płaczu, biegania, zazwyczaj w nocy.

Przy naciskaniu nasady języka, możemy napad kaszlu wywołać. Trzeba się więc zatrzymać z tą procedurą aż do końca badania, gdyż przez to dzieci stają się bardzo niespokojne a fizykalne badanie narządów piersiowych bardzo utrudnionem.

Jeżeli napad ma się ku końcowi, to następuje zupełnie swobodna przerwa—niema kaszlu, nawet wilgotnego—dopóki nowy napad nie nastąpi.

Co się tycze objawów, to oprócz wyżej opisanych, występuje jeszcze i ta okoliczność, że dzieci dostają podczas napadu, sinicy, i dlatego krztusiec nazywa się też w Niemczech sinym kaszlem (*Blauhusten*). Sinica wzmagą się podczas napadu, aż do końca, trwa przez jakiś czas jeszcze po skończeniu jego, aż wreszcie obieg krwi znowu się wyrówna.

Sinica tem jest głębszą, im dłużej trwa i silniejszym był napad; przy dalszym jego trwaniu, może dojść do pęknięcia obwodowych żył. Najczęściej wylewy takie mają miejsce w łącznicy, przez

co tkanka łączna teje staje się ciemnoczerwoną; niema jednak powiększonej wydzieliny. Stan ten występuje zwykle jednostronnie, nie wymaga leczenia, gdyż sugillacye nikną, z końcem pojawiania się krztuścowych napadów, przeszedłszy przez zwykłą tęczę barw. Po wylewach w łącznicy, najczęściej obserwujemy także wylewy w tkance łącznej podskórnej i to zwykle na głowie, rzadziej na tułowiu, a najrzadziej na kończynach.

Wskutek zaburzeń w krążeniu, przekrwienia błony śluzowej oskrzeli i poniżej opisanych powikłań, możemy spotkać się z krwotokami oskrzelowymi, nieraz nawet bardzo obfitemi. Takie krwotoki pojawiają się w nosie i na dziąsłach, ostatnie bowiem, przy krztuścu, łatwo cierpieniom skorbutycznym dopadają.

Po napadzie oddech zawsze jest przyspieszonym, ale i to znika po pewnym przeciągu czasu. Widząc dziecko zaraz po napadzie, trzeba się strzedz, aby z przyspieszenia oddechu nie wnioskować o powiększeniu ze strony płuc.

Napad zwykle kończy się wymiotami. Ważnem więc jest, jeżeli rodzice opowiadają, że dzieci za każdym pojawieniem się kaszlu wymiotują.

W początku krztuśca, wyrzucana bywa zawartość żołądka, ustaje to jednak podczas dalszego przebiegu, a natomiast wymiotowane masy, w większej lub mniejszej ilości—nieraz około dwóch łyżek, składają się z wydzieliny oskrzeli. Im dalej jest od początku napadu, tém wyrzucana wydzielina robi się coraz więcej podobną do *sputa cocta*.

Napady powtarzają się tak za dnia jak i w nocy, przez co sen nocny silnie zakłóconym zostaje.

W lżejszych i średnich wypadkach można naliczyć 12—16—24 napadów w ciągu 24 godzin, w silniejszych do 40, a bywają i takie, gdzie w ciągu 24 godzin zauważyć można 50—60 napadów.

Napady nie idą po sobie w żadnym prawidłowym porządku; nieraz trzy lub cztery szybko jeden za drugim następują a po nich idzie przerwa trzy lub czterogodzinna. Stosuje się to do pory dnia, pobytu dzieci na świeżem powietrzu lub w pokoju i t. d.

Daleko częściej napady powracają w nocy. Nietylko są częstsze ale i silniejsze. Objaśnić to sobie można w ten sposób, że podczas snu, krew staje się bogatszą w kwas węglany, a ztąd silniej pobudza rdzeń przedłużony, co wywołuje albo głębsze wdechania, mogące w każdym razie stać się powodem kaszlu, albo bezpośrednio po

drażnienie nerwu błędnego, resp. gardzielowego górnego, od czego także kaszel może być zależnym.

Zanieczyszczenie powietrza w izbie powietrzem wydechanem i wzyewami ciała, także może stać się przyczyną kaszlowych podrażnień. Napady wzmagają się, podczas 3 lub 4 pierwszych tygodni, tak pod względem częstości jak pod względem natężenia. Odnosi się to do wszystkich objawów, szczególnie jednak do owéj *reprise*, co mianowicie podczas dnia zauważyć można.

Krztusiec przebiega zawsze bez gorączki, tak, że dzieci zwykle są zupełnie rześwe i wesołe po napadzie, jeżeli się zbytecznie tym ostatnim nie zmęczyły.

Okres nasilenia trwa od dwóch do 4 lub pięciu tygodni i wówczas nieznacznie przechodzi w okres zwolnienia.

Praktyka wykazała jeszcze jedno prawo: że obydwaj okresy prawie jednakowy przeciąg czasu trwają, że więc cała choroba trwa od 4 do 8 tygodni. Jeżeli dłużej się ciągnie, to pewnie mamy do czynienia z jakim powikłaniem. Rozmaite powikłania, przyłączające się do koklusu mogą sprawić, że ten ostatni przeciągnie się przez jakie trzy lub cztery miesiące. Przez cały ten czas, wszystkie napady kaszlu mają krztusiecowy charakter.

Wyjątek od opisanego typu stanowią ssawcy, pod tym względem, że u nich nie można zauważyć owéj *reprise*. Gdy niemowlę napadu dostanie, to ten ostatni poczyna się urywanym (*staccato*) kaszlem, tak jak u dorosłego, ale kończy się zaledwie tylko nieco utrudnioną inspiracją, nigdy jednak niema owego głośnego, przeciągłego wdęchu z właściwym sobie chałasem.

Najłatwiej tę różnicę widzieć można, obserwując dzieci rozmaitego wieku, cierpiące na koklusz.

Dalszą różnicę, chociaż względną tylko, stanowi ta okoliczność, że u ssawców, zaraz od początku napadu, więcej mamy oskrzelowej wydzieliny, niż u doroslejszych dzieci. Wskutek tego, u ssawców daleko więcej rozwija się chorób następczych, niż u dorosłych. Nie wiemy z pewnością, gdzie właśnie jest ta granica wieku od której pojawianie się owéj *reprise* poczynać się zwykło. Powikłanie krztusieca z kurczem gardzieli, możliwem jest w pierwszych miesiącach życia i może się stać powodem fałszywego objaśnienia choroby.

Koklusz może się pojawić w 3 pierwszych życia miesiącach, powikłanie go jednak kurczem głośni jest wówczas bardzo rzadkiem; nigdy więc chałaśliwych inspiracyj nie słyszymy. Obserwujemy ten

objaw (*reprise*) wyraźnie, to jest po każdym napadzie, zaledwie pod koniec pierwszego roku życia.

Dotychczas nie znaleziono dostatecznego wytłómaczenia, dla dojścia, w czem leży przyczyna tego objawu. Brak jego w pierwszych miesiącach życia, nieda się objaśnić ani wązkością głośni, ani niedostatecznym rozwinięciem jój muskulatury.

Okoliczność ta, że podczas napadu, język silnie zostaje wypychany ku przodowi, powoduje u dzieci uzębionych powstawanie owrzodzeń na wędzidełku języka—(wrzodzik podjęzykowy, patrz choroby jamy ustnej). Od naciskania na dolne zęby sieczne, wędzidełko ulega naderwaniu, a wskutek ciągłych obrażeń, na które wystawionem jest naddarte miejsce, powstały wrzodzik może pokryć się błonnicowym wysiękiem i nie zagoić się.

Zagojenie wrzodzika następuje dopiero po ukończeniu się krztuśca. Wówczas napadów kaszlu już niema, nie jest więc już na ciągle wystawionym isulty a zablźnienie szybko dosyć następuje, pomimo że przedtem opierało się wszelkim środkiem leczniczym. Wrzód nie jest wyłącznie od krztuśca zależnym, zdarza się bowiem i przy innych cierpieniach, w których mamy do czynienia z silnymi napadami kaszlu. Nigdy niema go u bezzębnych dzieci, zkąd wniosek, że koniecznym warunkiem jego powstawania jest obecność dolnych zębów siecznych.

Okres nasilenia (*stad. convulsionis*) zawsze przechodzi w okres zwolnienia (*stad. decrementi*).

Jeżeli notowaliśmy liczbę napadów od początku choroby, to znajdziemy, że częstość ich, po dojściu choroby do szczytu, przez parę dni pozostaje niezmienną. Dopiero po upływie tego czasu, napady pojawiają się coraz rzadziej; zauważyć jednak należy, że mogą jednak i później wydarzyć się exacerbacye. Takie pogorszenie może powstać wskutek szkodliwych wpływów atmosferycznych, rozmaitych podrażnień i przyłączających się powikłań. W pierwszych dwóch wypadkach, napady znowu coraz stają się rzadsze i we właściwy sobie sposób znikają.

W okresie zwolnienia napady także tracą i na sile, kaszel staje się słabszym, rzadszym, wdéchanie łatwiejszém i nie tak chałaśliwém. To utrudnienie wdéchania znika pod koniec krztuśca zupełnie, kaszel trwa jeszcze, jako zwyczajne *bronchitis*, przez pewien czas. Przy każdym jednak pogorszeniu, *reprise* może znowu się pojawić (recydywa krztuśca). Nie trzeba więc objawiać, że dziecko już wyzdrowiało, dopóki jeszcze choć trochę kaszle.

W okresie tym zmienia się także i charakter wymiotów. Prawie jednocześnie z pojawieniem się zwolnienia, wzmagają się wydzielina w oskrzelach, przestaje być jasną, białą, ciągnącą się w nici i coraz to więcej zamienia się w gęstą plwocinę (*sputa cocta*). Okoliczność tę stwierdzić można za pomocą osłuchiwania, gdyż podówczas w oskrzelach zawsze słyseć można wielko- i mało-pęcherzykowe rżenia, stosownie do ilości wysięku.

Jeżeli wymioty występują podczas okresu nasilenia, to zwykle treścią ich jest zawartość żołądka. W późniejszych tygodniach tego rodzaju wymioty ustają, a dziecko zaczyna wyrzucać wielkie ilości tylko co opisanych mass. Ilość tej wydzieliny dochodzi nieraz do 3 lub 4 łyżek stołowych; bywa mniej lub więcej z krwią zmieszana, lub wraz z nią wymieconą zostaje pewna ilość zupełnie czystej, świeżej krwi tętnicznej.

W okresie zwolnienia, stopień sinicy także zmienia się znacznie. Zmniejszenie się natężenia sinicy nie jest jednak równomiernem z osłabieniem napadów kaszlu, więcej bowiem zawisło od zachowania się wydzieliny oskrzelowej. Sinica w początkach choroby występuje tylko podczas napadu, potem zwiększa się w miarę wzmagania się wysięku w oskrzelach, tak że pozostaje przez cały okres acmes i przez pewną część okresu zwolnienia. Rozumie się, że podczas każdego napadu i sinica się wzmagają.

Wskutek zaburzeń krążenia w płucnym krwi obiegu, krew nagromadza się w prawej połowie serca, która ulega rozszerzeniu i przerostowi nawet. Odpływ krwi z żył obwodowych ulega utrudnieniu, tak, że nieraz, przy bladej skórze skroni, powiek, piersi, a w ciężkich wypadkach i paznogiowych końców palców, we wszystkich tych okresach widzieć się dają niebieskawe siatki porozszerzanych żył; skutek tego przepełnienia żył w ten sposób się także objawia, że twarz dzieci takich, szczególnie przy dłuższem trwaniu choroby, przyjmuje obrzękły wygląd. Już po tym ostatnim objawie często wnioskować można, że dziecko cierpi na koklusz.

Sinica zwykle wówczas zaczyna znikać, gdy wyrzucanie wydzieliny oskrzelowej łatwiejszem się staje.

W okresie zwolnienia, wydzielina oskrzeli wydaloną zostaje nie tylko podczas samych napadów, ale i po za obrębem takowych, gdyż pojawia się pod koniec zwyczajny kaszel z obfitą bardzo plwociną. Ze zmniejszeniem się sinicy, można jednocześnie stwierdzić stłumienie owych rżeń i naodwrot.

W opisie choroby dotychczas zwracaliśmy uwagę tylko na prze-

bieg prawidłowy u zupełnie zresztą zdrowego dziecka. W takich razach krztusiec rozpoznac się daje z paroxyzmów kaszlu, występujących pod formą napadów, z przerwami zupełnie swobodnemi, bez gorączki, i przy negatywnym rezultacie fizykalnego badania płuc. Przebieg takiego krztusieca jest typowym z wspomnianemi trzema okresami, nieznacznie jeden w drugi przechodzącemi.

Nie wszystkie jednak napady krztusieca przedstawiają taki typowy przebieg: różnicę między krztusiecem u dzieci a kokluszem u dorosłych, jużesmy wyżej opisali.

Krztusiec miewa niekiedy przebieg poronny, t. j. są wypadki, przy których występują zupełnie typowe napady ale w liczbie zaledwie czterech lub pięciu. Najłatwiej spotkać się można z takim wypadkiem tam, gdzie kilkoro dzieci w jednej rodzinie naraz choruje. Rozumie się, że wypadki takie zdarzają się i pojedynczo, są jednak wówczas niezmiernie trudnemi do rozpoznania.

U dzieci, przedtem już chorych, krztusiec przyjmuje przebieg nieprawidłowy, a trwanie jego niezwykle przedłuża się. U dzieci takich krztusiec zawsze przechodzi w jakąś chorobę następczą. Zaliczamy tu dzieci chore na gruźlicę, lymfatyczne, małopokrwiste, krzywicowate, u których krztusiec prawie zawsze kończy się nacieczeniem płuc. Jeżeli koklusz trwa długo, to zwykłym jego powikłaniem bywa pojawienie się gorączki i brak apetytu. Najczęstszemi powikłaniami bywają także zapalne sprawy w oskrzelach i w płucach, a nieraz występuje i odra.

Pomiędzy powikłaniami, na pierwszym planie stoi zapalenie oskrzeli: powiększenie wydzieliny w oskrzelach wówczas, gdy krztusiec przechodzi jeszcze okres nasilenia. Jestto jednak najłżejsze z powikłań, chociaż przedłuża zawsze czas trwania choroby i odracza wyzdrowienie. *Bronchitis* najczęściej wikła krztusiec u ssawców, i w tym wieku zauważyć można iż powikłanie takie bardzo jest niebezpiecznym.

Jeżeli więc u ssawca, chorego na koklusz, w pierwszym okresie cierpienia, zauważymy w oskrzelach liczne rżenia, to powinniśmy niezmiernie ostrożnie stawiać rokowanie *quoad vitam*.

W okresie zwolnienia częściej przyłącza się nieżytowe zapalenie płuc, niż zapalenie oskrzeli. Krztusiec ma wówczas zupełnie prawidłowy przebieg aż po *za acme*. Wtém dziecko od razu zaczyna gorączkować i w płucach występują liczne zrazikowate nacieczenia, wśród niżej opisanych objawów. Niczem się one nie różnią od tak zwanych nieżytych nacieczeń płuc, powstałych na drodze często

kataralnój, dlatego opisu zjawisk za życia i zmian anatomicznych na trupie, szukać należy przy opisie kataralnego zapalenia płuc.

Takie nacieczenia w okresie zwolnienia krztusćca są niezmiernie niebezpieczne, ponieważ wessanie ich bardzo trudnem jest z powodu pojawiającego się i coraz wzrastającego zapalenia oskrzeli, a z drugiej strony ponieważ wielką mają skłonność do przemiany serowatej (tuberkulizacyi). Wspomnieliśmy już, że na te powikłania umierają głównie dzieci, przedtem już schorowane. Przy dłuższem trwaniu choroby, nacieczenia te nietylko serowacieją ale i ulegają też rozmiękczeniu, przy jednoczesnem zajęciu ścian oskrzeli z następczem rozszerzeniem przewodów oskrzelowych (*bronchectasiae*).

Krztusiec stoi wreszcie w pewnym związku z odry; podobnym jest do niej i z tego względu, że ostra gruźlica tak samo bywa częstem następstwem koklusu jak i odry. Ostra gruźlica występuje także w okresie zwolnienia i objawia się swoim tyfusowym przebiegiem, przyczem jednak niezmiernie wysoka gorączka i zasadnicze cierpienie zupełnie ułatwiają rozpoznanie.

Rzadko bardzo cierpienie tego rodzaju trwa tak długo, żeby dojść mogło do złogów gruźliczych w innych organach.

Często jeszcze wydarzyć się może prosowata gruźlica opon, którą pod koniec innych objawów, łatwo rozpoznać można. Obserwowano także przy krztuscu i zapalenie opłucnej z mniej lub więcej obfitym wysiękiem. Często wyprzedza go zrazikowate nacieczenie płuc, a z ogniska pod samą opłucną leżącego rozpoczyna się zapalenie tej ostatniej, co przy obfitości i ropnej naturze wysięku, bardzo rokowanie pogorszyć może.

Wspomnieliśmy już że krztusiec i odra mają pewien związek między sobą. Nietylko epidemije krztusćca następują po epidemijach odry i naodwrot, ale i bezpośrednio po odrze często krztusiec się pojawia i odwrotnie. Można więc odrę policzyć do cierpień następczych po koklusu. Nieraz wybucha ona jeszcze podczas okresu wzmaganiania się choroby i w takim razie znika podczas okresu zwolnienia, przed końcem krztusćca.

Należy bardzo się obawiać pojawienia się odry w przebiegu koklusu, gdyż w takich razach ten ostatni prawie zawsze wikła się następczem bierpieniem płuc i fatalnie się kończy.

Rokowanie w krztuscu zależy od wieku dziecka chorego i jego ogólnego stanu zdrowia. Dla ssawców jest on zawsze niebezpiecznym, z powodu przyłączającego się, nieżyłowego zajęcia oskrzeli.

Zejście bywa śmiertelnem lub przebieg zaciąga się, wówczas



także, gdy choroba wydarzy się u dzieci żółzowatych, cierpiących na przewlekłe (serowaciejące) nacieczenia płuc, lub silnie krzywicowatych (krzywica klatki piersiowej). Przy ostrój gruźlicy prosowatej zejście zawsze jest śmiertelnem.

U zdrowych zresztą. stazszych dzieci, krztusiec, nawet w cięższych wypadkach, prawie zawsze kończy się wyzdrowieniem. Wyzdrowienie w największej liczbie wypadków jest zupełne, pozostaje tylko zwykle przez dłuższy czas skłonność do nieżytych cierpień. U zdrowych dzieci te tylko wypadki przyjmują przewlekły przebieg, które, w skutek częstego wymiotowania, wyczerpują znacznie siły chorego. Jeżeli to się wydarzy, to i u takich nawet dzieci, łatwo bardzo mogą przyłączyć się następcze cierpienia płuc.

Rozumie się, że krztusiec przyjmuje daleko łagodniejszy przebieg u dzieci żyjących wśród przyjaznych okoliczności, w jasnych, obszernych pokojach, niż u tych które żyją nagromadzone wraz z innymi osobami w wilgotnych, ciemnych i ciasnych izbach.

Krztusiec pojawia się sporadycznie i epidemicznie. Sporadyczne wypadki wydarzają się po większych miastach, bez różnicy pory roku. Epidemije stosują się do epidemij odry, wyprzedzając je, lub następując po nich.

Krztusiec zdarza się częściej latem niż zimą i zwykle trwa przez krótki czas, dopóki nie wybuchnie odra.

**Leczenie** krztusca rozpada się na dwie części, na terapeutyczną i higieniczną. Ostatnia ważniejszą jest od pierwszej, bo nie znamy ani jednego środka, któryby był w stanie przerwać zupełnie napad kaszlu. Terapeutyczne więc leczenie skierowane być ma ku temu, żeby ilość napadów w okresie nasilenia ograniczyć i aby ich natężenie zmniejszyć. W okresie zwolnienia, w którym na pierwszy plan występują objawy nieżyty oskrzeli, zadaniem terapii będzie: starać się o zmniejszenie wydzieliny oskrzelowej, i o ułatwienie wydalania takowej,

W pierwszym okresie należy użyć tych wszystkich przetworów, które są w stanie przytłumić zbytnią drażliwość nerwu gardzielowego górnego. Trzeba wspomnieć, że oprócz znanych leków odurzających (*narcotica*), corocznie nowy ogłaszają środek, mający jakoby niezaprzeczoną wartość w leczeniu koklusu. Niewarto wyliczać wszystkich tych lekarstw; o tych tylko wspomnimy, któremi najczęściej się posługujemy.

Na pierwszym miejscu stoi *belladonna* i jej alkaloid: *atropina*. *Belladonna* tę ma wyższość nad innymi środkami odurzającymi, że po-

boczne jęj wpływy są najmnieęj szkodliwe; nigdy np. nie wywołuje zatwardzenia, pojawiającego się zwykle przy użyciu przetworów mawkowca. Posiada za to zbiorowe działanie i tem właśnie staje się użyteczną. Napady stają się rzadszemi i słabszemi, skoro tylko wystąpią pierwsze objawy zatrucia belladoną. Jak tylko to nastąpi, to rozumie się, że natychmiast przerywamy podawanie tak jęj, jak i atropiny. Wówczas napady znowu dawną siłę i częstość napowrót przyjmują. Belladonę daje się ze środkami, rozpuszczającemi śluz np. soda, salmiakiem i t. d. i zapisuje się np. w ten sposób:

Rp. Pulv. rad. belladonae (0.1) grij  
 Bicarbon. sodae (0.4) grVij  
 Sacchari albi (2.0) ʒij  
 M. ut f. pulv. et div. in dos. aequ. No X.  
 DS. Co 3 godziny proszek.

Rp. Atropini sulphur. (0.001—0.002) gr  $\frac{1}{60}$ — $\frac{1}{30}$   
 Aquae destillatae (80.0) ʒij  
 DS. 3 lub 4 razy dziennie 1 lub dwie krople zadawać na cukrze.

Radzimy atropinę używać tylko w ciężkich wypadkach, bo bardzo łatwo możemy wywołać objawy silnego zatrucia. Zwyczajnym proszkiem belladonowym ograniczyć się możemy zupełnie w prywatnej praktyce, a użycie jęj zatrzymać należy na dni kilka, skoro wystąpi rozszerzenie źrenic. Jak tylko te objawy zatrucia znikną, możemy na nowo zadawać ten środek, dopóki nie zauważymy pierwszych objawów powiększenia się wydzieliny w oskrzelach.

To samo, cośmy o belladonie powiedzieli, da się zastosować i do *hyoscyamus*, *extr. cannabis indicae*, *Aconit.*, *Chlorophorm.*, *Chloralhydr.*, *Aq. laurocerasi*, etc. Używano i bromku potassu. Działanie tych wszystkich środków jest jednakowe. Nie należy zupełnie używać ani mawkowca (opium) ani morfiny, (choć, mianowicie ostatnia, doskonale łagodzi podrażnienia kaszlowe, a więc i sam napad, nieraz na dzień cały lub dwa dni go znosząc), a to dlatego, że w ten sposób wydzielina, chociaż skąpa, nagromadza się w przewodach oddechowych i przyczynia się do ciągłej sinicy.

Gdy krztusiec przeszedł w okres zwolnienia, a w oskrzelach pojawiły się rżenia, to środki odurzające należy odstawić, lub użycie ich do minimum ograniczyć, a na ich miejsce wziąć się do leków wy-

krztuśnych (*expectorantia*). Wewnętrzne użycie tych ostatnich pozostaje takim samym jak przy innych cierpieniach oskrzeli.

Radzono, aby posyłać dzieci z kokluszem do fabryk gazu, myślano bowiem, że gazy wydzielające się przy otrzymywaniu gazu oświetlającego, mają zbawienny wpływ na stan błony śluzowej oskrzeli. Przy dłuższem i obszernem zastosowaniu okazało się, że te masy gazów nie pozostają bez szkodliwego wpływu na błonę śluzową dróg oddechowych, przeciwnie, przekonano się, że bardzo często stają się powodem krwotoków oskrzelowych, co wcale nie jest rzeczą obojętną przy krztuścu. Badania tych mass gazowych wykazały także, że zawierają one w sobie pewne ilości gazów nieprzydatnych do oddechania.

Bardzo za to użytecznem dla leczenia krztuśca okazały się inhalacje rozpylonych, ściągających leków. Głównie wspomnieć tu należy o terpentynie, benzynie i kwasie karbolowym. W okresie tym również zbawiennymi są wdychania wody wapiennej (*Aqu calcis, Aqu. destill. āā pp. aequal.*) lub ogrzanego roztworu zwyczajnej soli kuchennej. Każemy wdychania powtarzać dwa razy, potem trzy lub cztery razy dziennie, a do każdej inhalacji bierzemy olejku terpentynowego gtt iij—IV, benzyny gtt 2—3. Z początku wszystkie te środki pobudzają do kaszlu, o czem trzeba uprzedzić otaczających; jednak wyrzucanie plwociny niezmiernie się ułatwia, a wydzielina znacznie zmniejsza.

Inhalacje wówczas szczególniejszą są na miejscu, gdy plwocina tryprowy (*sp. blenorrhoica*) przyjmuje charakter lub niemiłej nabiera woni. Dobre usługi oddaje roztwór kwasu karbolowego w spirytusie

Rp. Acidi carbolici ℥j (1.0)  
Spir. vini ℥jβ (5.0)

czyto jako wdychania za pomocą przyrządu rozpylającego, czy też do wachania.

Do wdychania radzono jeszcze bardzo wiele innych leków, żaden z nich jednak, nawet bromek potasu, niebył w stanie zastąpić przytoczonych tu środków.

Ponieważ przy kokluszach dzieci nie gorączkują, to nie potrzeba wcale kłaść je do łóżka; przeciwnie, pożytecznym, pod względem przebiegu choroby, będzie pobyt na świeżem, czystem powietrzu. Podczas dżdżystej jednak niepogody, lub zbyt ostrej zimy należy

dzieci w mieszkaniu zatrzymać, troszcząc się o przewietrzanie pokoi kilka razy dniem.

Odżywianie dziecka często cierpi bardzo, z powodu częstego wymiotowania—okoliczność, o znaczeniu której już wyżej wspominaliśmy. W cięższych wypadkach zdarza się to nawet wówczas, gdy jeszcze wcale gorączki niema. Na odżywianie dziecka należy baczną zwrócić uwagę. Pokarm ma się składać przeważnie z mięsa, mleka i zupy, i powinien być podawany częściej niż zwykle się jąda, a w niezbyt wielkich naraz ilościach. Najlepiej zrobimy, dając jeść dziecku bezpośrednio po napadzie, ażeby trawienie nastąpiło jeszcze podczas wolnej przerwy. Przy następnym napadzie, pomimo to wszystko, zwykle, skutkiem wymiotów, papka pokarmowa wyrzucaną bywa.

Najpewniejszym środkiem do skrócenia krztuśca, lub złagodzenia jego przebiegu, jest zupełna zmiana powietrza. Rozumie się, że nie zawsze można tego dokonać; skutki jednak tego postępowania, nawet zimową porą, są zadziwiające. Nie chodzi nam tu o to, aby dzieci wysłać do tego lub owego miejsca klimatycznie leczniczego, ale poprostu o zupełną zmianę powietrza i tak: dzieci z miasta wysłać na wieś i na odwrót; pokazało się bowiem, że nawet dzieci wiejskie, daleko łatwiej stracą koklusz, gdy je do większego przywieziemy miasta. Rozumie się, że przytem należy zwrócić uwagę na inne higieniczne ostrożności.

Jako leczenie następcze (Nachkur) krztuśca zalecamy głównie pobyt w niezbyt surowej górskiej okolicy jak Ischl lub Reichenhall, a przy skłonności do nieżytyłów, lub po przebyciu zapalenia płuc, dłuższe przebywanie w południowym klimacie, np. Meran, Nicei, Mentona etc.

Przyłączające się zapalne sprawy w płucach należy leczyć podług zasad, podanych w stosownych rozdziałach.

### c) P e r i o d y c z n y k a s z e l n o c n y .

Na tyle jest podobny do krztuśca, że także napadami się pojawia i to w nocy, jak sama już nazwa pokazuje. Napad kaszlu występuje zwykle około północy i, w ciężkich wypadkach, trwa dwie lub trzy godziny. W dzień dzieci zwykle wcale nie kaszlą, kładą się do łóżka bez żadnych objawów słabości, śpią spokojnie godzin kilka, aż naraz budzą się raptem ze snu wskutek silnego kaszlu, trwającego pewien czas, i niczem niedającego się uspokoić. Po mniej lub więcej

długiem trwaniu kaszlu, dziecko nadzwyczaj zmęczone, bardzo prędko oddechając kładzie się napowrót i spokojnie zasypia, aby się nazajutrz dopiero obudzić.

Kaszel jest krótki, suchy, urywany i aż do końca napadu niema żadnej plwociny. Wdechanie zawsze bywa swobodnem i nigdy niema ani śladu krztuścowej *reprise*. Te nocne napady kaszlu mogą przez kilka tygodni się pojawiać, i to bez żadnego wzmagania się lub zwalniania napadu. Przy dłuższem trwaniu choroby, dzieci cierpią z powodu zaburzenia spoczynku nocnego. Obiektywnie nic nie możemy skonstatować, ani w gardzieli, ani w płucach. Zaledwie czasem spostrzegamy niezwykłą bledość skóry, bez dającą się wykazać przyczyny. Tu i owdzie udaje nam się stwierdzić istnienie gruźlicy u rodziców. Periodyczny kaszel nocny jest zresztą rzadkiem cierpieniem i częściej spotykanym bywa u potomstwa ludzi zamożnych, niż w klasach biedniejszych. Jeżeli dziecko raz na periodyczny kaszel chorowało, to zwykle już go drugi raz mieć nie będzie, chociaż widziano już wypadki powrotu cierpienia.

Na jakiej anatomicznej podstawie opiera się ta choroba— nie wiemy, gdyż zupełnie brak badań pośmiertnych. Prawie wszystkie środki używane dla zwalczenia tego cierpienia są niemal zupełnie bezskuteczne.

Ponieważ napady tak typowo się pojawiają, i w jednakowych odstępach czasu powracają, probowano więc podawać chininę, tak w dużych, jak i w małych dawkach, Jest ona jednak bezużyteczną w periodycznym kaszlu nocnym tak samo, jak i wszystkie środki odurzające. Jeżeli damy te ostatnie w małych dawkach, nawet podczas samego napadu, to żadnego nie otrzymamy skutku; jeżeli zaś podamy większe ich ilości, to wprawdzie możemy spowodzić narkozę dość głęboką na jedną lub dwie noce, ale za to trawienie, szczególnież od morfiny, silnie na tem ucierpi. Jak tylko przerwiemy użycie odurzających środków, kaszel naturalnie zaraz znowu powróci. Najlepiej dojdziemy do celu, dobrze dziecko odżywiając, dając mu łatwo strawne i wyborowe gatunki mięsa wraz z przetworami żelaza, które doskonałą będą bronią, przeciw, wikłającej cierpienie, bezkrwistości. W dzień, pobyt na świeżem powietrzu bardzo jest korzystnym; niemniej starać się powinniśmy o dokładne przewietrzanie sypialni, nawet w nocy, jeżeli można.

Przy takim leczeniu, często kaszel taki sam przez się znika, tak jak i pojawił się, bez żadnej widocznej przyczyny.

Kurczowe napady kaszlu, na które cierpią nocami gruźlicze dzieci, nie mają wspólnego z tym periodycznym kaszlem nocnym.

## 7. Choroby miazgi płuc.

(*Morbi parenchymae pulmonum*).

### a) Zapalenie płuc krupowe

(*Pneumonia crouposa*).

Krupowe zapalenie płuc jest u dzieci stosunkowo rzadszem cierpieniem, niż u dorosłych. Im dziecko młodsze, tem rzadziej na nie choruje, chociaż cierpienie to wydarza się nawet u noworodków, jednak zj powodów, łatwych do zrozumienia, na trupie nie przedstawia tak jasnych zmian, jak *pneumonia crouposa* u dorosłych. Przebieg choroby także innym jest tak u noworodków, jak i u większych dzieci, niż u dorosłych. Odnosi się to nietylko do czasu trwania i zjawisk zwiastunnych, bo brak tu takich nawet objawów, które u dorosłego często istotnie rozpoznanie ułatwiają a z drugiej strony występują znowu takie zjawiska, z których jedynie, można już zapalenie płuc rozpoznać.

Krupowe zapalenie płuc jest sprawą zrazową, to jest zajmuje odrazu cały płat płuca, lub tylko większą część jego. Najczęściej bywa jednostronnem, i częściej zajmuje płat dolny lub średni, niż obydwie zrazy górne jednocześnie. Rzadko nacieczenie rozciąga się na całe płuco. Równie rzadkiem zjawiskiem jest obustronne zapalenie płuc. Jeżeli *pneumonia* dotyczy obydwu płuc, to wówczas najczęściej bywa skrzyżowaną (*pneumonia cruciata*). to jest: nacieczenie pomieszcza się w jedném płucu w zrazie dolnym, a w drugim w górnym.

Jeżeli zapalne nacieczenie płuc jest dość znaczne, i rozciąga się aż do opłucnej, to i ta ostatnia staje się siedliskiem sprawy zapalnej. Raz listek trzewowy tylko staje się mętnym i kosmatym, drugi raz pojawia się mniej lub więcej obfity wysięk — *pleuro-pneumonia*. Tak zwane wierzchołkowe zapalenie płuc (*Spitzenpneumonia*) ma odrębny przebieg, odznaczający się niezmierną ostrością i objawami mózgowymi. Niema jednak istotnej różnicy pomiędzy wszystkimi temi formami. Ostatnią formę nazywają też „wierzchołkowem zapaleniem płuc z objawami mózgowymi“; zdarzają się jednak zapalne nacieczenia dolnych

płatów, także z objawami mózgowymi połączone, lub nacieczenia wierzchołków bez wystąpienia owych objawów.

Krupowe zapalenie płuc różni się co do prognozy od nieżytego, powstawaniem swém i anatomicznemi zajęciami, tak dalece, że konieczném jest zupełne rozdzielenie tych dwóch chorób, gdyż inaczej początkujący może się narazić na liczne w prywatnej praktyce pomyłki.

Pneumonia crouposa występuje sporadycznie, jednakże tak jak i u dorosłych, często tyle się naraz pokaże wypadków, że zaprawdę może być mowa o epidemii tego cierpienia.

Choroba ta przyjmuje zazwyczaj tak typowy przebieg, że śmiało można ją na pewne podzielić okresy.

Rozdzielamy ją więc—ale tylko dla łatwiejszego rozpatrzenia—na trzy okresy: 1) Okres zwiastunów (*st. prodromorum*); 2) okres nacieczenia (*st. infiltrationis*) i 3) okres rozejścia się.

Okres zwiastunów obejmuje objawy początkowe, drugi trwa od poczęcia się sprawy infiltracyjnej do pierwszych zjawisk rezolucyj, z kąd już ostatni okres datuje.

Z pomiędzy wszystkich chorób dzieci, zapalenie krupowe płuc ma okres zwiastunów najkrótszy. Pierwsze objawy występują nieraz raptownie, bez żadnych zjawisk zwiastunnych i po jednym wstrząsającym dreszczu, objawia się u starszych nieco, bo cztero- lub sześćioletnich dzieci, wysoka bardzo gorączka. Nawet w tym wieku jednakże, dreszcz wstrząsający nie jest zjawiskiem stałym, nieraz wcale go niema, albo w miejsce dreszczy występują ogólne drgawki.

Ogólne drgawki występują zamiast dreszczy, także i u mniejszych (dwuletnich) dzieci i noworodków. Nie każde jednak krupowe zapalenie płuc zaczyna się drgawkami—w wielkiej bowiem liczbie wypadków choroba poczyna się prosto wysoka, ciągłą gorączką, bez drgawek i bez dreszczy.

Wstrząsający dreszcz u dzieci niczem się nie różni od dreszczy u ludzi dorosłych, trwa dwie do czterech godzin i nigdy się już w ciągu cierpienia nie powtarza.

Drgawki są zwykle ogólne, t. j. skurcze mięśni rozciągają się zarówno na muskulaturę twarzy jak na tułów i kończyny. Są one obustronne, z jednakowém rozlane natężeniem i trwają przez 2—4 do 6 godzin przy zupełnej utracie przytomności. Jeżeli takie ogólne drgawki występują u dziecka z niezarośniętymi ciemionami, to te ostatnie przedstawiają się nam napiętymi, co będzie dowodem, że wskutek

skurczów, zawartość czaszki zwiększyła się nieprawidłowo (Przekrwienie mózgu i jego opon).

Te drgawki są i d y o p a t y c z n e, t. j. nie związane z żadną grubszą zmianą w mózgu lub oponach i przedstawiają zjawisko analogiczne z drgawkami przyłączającymi się do płonicy, ospy a rzadziej i do odry. Może się jednak wydarzyć, że dziecko, nawet starsze nieco, umiera w czasie tych drgawek. Umiera ono wskutek porażenia mózgu przez zbyt długo trwające konwulsje (zalew surowiczy mózgu—*apoplexia serosa*), albo wskutek obrzęku płuc (*oedema pulmonum*), który może powstać przy istniejącym już i tak przekrwieniu tego narządu. Rezultat badania pośmiertnego wykazuje oprócz zwykłych danych do rozpoznania surowiczego zalewu mózgu—przekrwienie całego płuca lub pewnej jego części, także surowicze przesiąknięcie całej miazgi płuc, jeżeli podstawą cierpienia była pneumonia. Wiele wypadków nagłej śmierci należy objaśniać takim „zalewem surowiczym płuc i mózgu“.

Gdy dziecko dostanie takich drgawek, to naturalnie, nie jesteśmy odrazu w możności postawienia dyagnozy. Przy możliwości jednak ściślejszego zbadania, możemy z prawdopodobieństwem wnioskować, czy w danym wypadku wybuchnie jaka ostra wysypka czy zapalenie płuc. W tym względzie najlepszą wskazówką będzie rezultat badania paszczy. Przy mającej nastąpić wysypce, możemy po wystąpieniu gorączki znaleźć już w gardle pierwsze oznaki charakterystycznego zajęcia téj okolicy, gdy tymczasem przy zapaleniu płuc, wspomniane części przedstawiają się nam zupełnie prawidłowymi, t. j. blademi.

Po dreszczach lub drgawkach, dziecko przez jakiś czas pozostaje nieprzytomnym i osłabionym, przytomność jednak wkrótce powraca zupełnie. Po zniknięciu tych zjawisk występuje wysoka gorączka, właściwa zapaleniu płuc. Ciepłota dosięga w pierwszych dniach  $40^{\circ}$ — $41^{\circ}$  C. W początku cierpienia, aż do wystąpienia infiltracji ciepłota nie przedstawia znacznych zmian wieczornych, jak przy tyfusie; ranne i wieczorne badania ciepłomierzowe, dają prawie zupełnie jednakowe wyniki, a różnica ich nigdy tak wielką nie bywa jak przy durzycy. Dopiero gdy się zaczyna rozejście się nacieczucia, ciepłota, nie zmieniona dotąd, raptownie spada znacznie, tak, że w dniu tym znajdziemy różnicę o jaki stopień, lub dwa. Podczas okresu rozejścia się sprawy, znikanie gorączki bardzo szybko następuje, tak, że prawidłowa ciepłota powraca w daleko stosunkowo krótszym czasie niż u dorosłych.



Jeżeli jednak ciepłota gorączkowa trwa z ciągłym, choć nieco mniejszym natężeniem, pomimo że fizykalne badanie wykazuje dowody rozejścia się nacieczenia, to w takim wypadku, już w pierwszych dniach należy podejrzewać, że w wysięku zaszła już, lub zająć ma taka zmiana, która wessaniu jego istotnie stanie na przeszkodzie.

Jednocześnie z podniesieniem się ciepłoty, następuje przyśpieszenie tętna i oddechania.

Tętno, którego własności i częstość, małego są u ssawców znaczenia, bywa u większych dzieci przyśpieszone: 110, 120, 140, stosownie do wieku i do natężenia danego wypadku, twarde, pełne, pukające (*klopfend*) i w pojedynczych okresach taki sam okazuje przebieg, jak sama gorączka. Uwagę zwrócić powinno trwanie przyśpieszenia tętna, podczas okresu rezolucyjnego, ma bowiem to samo znaczenie, co i trwanie gorączki.

Ważniejszym od własności tętna jest zachowywanie się oddechania. Przy wysokim stopniu stopniu gorączki, jest ono przyśpieszone i zwykle już od początku odrębny przyjmuje charakter, co stało się powodem przyjęcia nazwy *respiratio intercepta*. Przyśpieszony oddech staje się bolesnym, inspiracya krótka, urwana, a cały nacisk złożonym na wydechanie. Wydechanie jest tu bez porównania dłuższym jak wdechanie i łączy się z wdychającym, jęczącym dźwiękiem. Oddechanie tak samo zachowuje się przy zapaleniu płuc, jak i przy zapaleniu oplucnej, z tą tylko odmianą, że przy tém ostatniem po wystąpieniu wysięku, owa *respiratio anhelans* zwalnia się znacznie lub też zupełnie do normy powraca, gdy tymczasem, przy zapaleniu płuc, przyśpieszenie i bolesność oddechu znikają wówczas dopiero, gdy już jasne objawy rezolucyi nastąpią. Częstość oddechów może dojść do 24, 40, ba nawet 60 na minutę, przedstawia jednak pewne wahania, tak, że chcąc dokładny mieć obraz zmian zaszłych w ciągu 24 godzin, zmuszeni jesteśmy często badanie powtarzać. Z pojawieniem się okresu rozejścia, częstość oddechania zmniejsza się znacznie i nie podnosi nawet wówczas, gdy wysięk znikać nie chce.

U dzieci często w oddechaniu właściwe zachodzi zjawisko, które u dorosłych zauważyć się nie daje, z powodu elastyczności klatki piersiowej. Jest niem owa *peripneumoniczna* bródza przez Trousseau opisana, o której tak dużo rozprawiano. Objaw ten nie jest wcale wyłącznie zapaleniu płuc właściwym, zauważyć go bowiem można, jakeśmy już wspomnieli, i przy zapaleniu oplucnej i przy każdym mocniejszym zapaleniu oskrzeli, przy *pneumonia catarrhalis* i krupie oskrzeli.

Mylném jest także zdanie, jakoby bródza Trousseau miała wyraźniej po stronie chorój występować. Wciągnięcie to spowodowaném jest silném i energiczném kurczeniem się przepony, która prawie jedyna z pomiędzy mięśni wdechowych się kurczy. U ssawców to aspiracyjue zjawisko staje się daleko wyraźniejszém z powodu elastyczności klatki i przeważnie przeponowego typu oddechania. „Robienie bokami“ w dolnej części klatki bardzo wyraźném jest u dzieci krzywicowatych z przyplaszczonymi częściami bocznymi piersi a w stającym mostkiem resp. wyrostkiem mieczykowatym (*proc. xyphoides*).

Oddechanie tak może być przyspieszone i utrudnione, że nawet skrzydła nosa poruszają się przy wdechaniu i wydechaniu — jest to objaw wysokiej trudności oddechu.

Kaszel, występujący u dorosłych już w samym początku choroby, u dzieci pojawia się później dopiero, jest krótki, urywany i tak bolesny, że większe dzieci gwałtem starają się go przytłumić.

Kaszel wzmaga się w miarę tego, jak zapalenie płuc do rezolucyi się zbliża, traci jednakże swą bolesność.

Plwociny dzieci nie wyrzucają, ale zaraz połykać ją zwykły. Jeżeli starsze dzieci zaczynają już *sputa crocea* wypluwać, to przebieg *pneumoniae crouposae* tak dalece zbliża się do zapalenia płuc u dorosłych, że opis jego byłby tu zupełnie nie na miejscu.

Wymiotów przy krupowém płuc zapaleniu niema zwykle, co stanowi cechę odróżniającą je od innych ostrych cierpień, jak płonica lub odra.

Zwykle po 24 godzinach, rzadziej zaś po 48, następuje nacieczenie płuc, które natychmiast stwierdzić można przy pomocy fizykalnego badania. W początkach posłyszemy w chorój okolicy trzeszczące rżenia, a wkrótce téż i oskrzelowe wdęchy i wydęchy. W częściach sąsiednich z ogniskiem nacieczenia słyhać grubo i drobnopecherzykowe rżenia.

Oddech oskrzelowy w klatce piersiowej dziecka bardzo łatwo się rozprzestrzenia i dla tego on sam nie może być wziętym za jedyny środek do oznaczenia siedliska infiltracyi. Koniecznie przytém potrzeba, jak to zwykle badając dziecko czynimy, kilka razy dziennie osłuchiwać klatkę piersiową po obu stronach, z przodu i z tyłu, gdyż w ten tylko sposób będziemy w stanie określić, w którym miejscu powstaje ów oddech oskrzelowy. Nie zaudbijmy nigdy ścisłego przestrzegania téj ostrożności, bo niespokojność dziecka, często dalsze ścisłe badanie czyni zupełnie niemożliwém. Jeżeli tylko

nacieczenie jest nieco znaczniejsze i powierzchowniejsze, to na odpowiedniej stronie zawsze dosłyszmy stępienie odgłosu opukowego. Rozprzestrzenienie stępienia nie daje nam jednak ścisłego pojęcia o wielkości przestrzeni nacieczonój, bo brzegi płuc i sąsiednie nacieczeniu części podlegają wyreżającemu rozděciu (*emph. vicarium*), dadzą więc odgłos jasny i pełny, a nieraz i zupełnie bębniasty. Trzeba więc zawsze wnioskować, że przestrzeń nacieczona jest większą, niżby kazała przypuszczać przestrzeń, dająca odgłos przytłumiony.

Nawet przy nacieczeniach, bardzo blisko ścian klatki leżących, przytłumiony odgłos niema nigdy takiej odporności jak przy zapaleniu opłucnej, jestto jednak cecha, która tylko przy zapaleniu dolnych zrazów płuc, może mieć wartość rozpoznawczą. Inną cechą przy rozróżnianiu nacieczenia dolnych płatów od zapalenia opłucnej, jest umiejscowienie stępienia. Przy tém ostatniem (*pleuritis*), jeżeli np. wysięk zupełnie ucisnął dolny zraz płuc, jednakowo przytłumiony odgłos rozciąga się uietylko od kresy wzdłuż kręgowój (*linea paravertebralis*) do pachowój (*linea axillaris*), ale dochodzi nawet do przymostkowój (*l. parasternalis*). Przy zapaleniu płuc, stępiiony lub pusty odgłos przerywa się u kresy pachowój, ustępując miejsca jasnemu i pełnemu lub chociażby mniej stłumionemu dźwiękowi.

Do rozpoznania takich wypadków dopomogą wyniki osłuchiwania.

Przy zwykłym zapaleniu płuc, przyrządy sąsiednie nigdy zepchnięciu nie ulegają i nigdy nie da się zauważyć powiększenie objętości odpowiedniej części klatki piersiowój. Daleko trudniejszemi do osądzenia są wypadki zapalenia jednoczesnego płuc i opłucnej (*pleuropneumonia*). Zajęcie opłucnej, prawie każdemu wypadkowi pneumonii towarzyszy, z tego więc punktu widzenia powinniśmy każde zapalenie płuc „*pleuropneumonia*“ nazywać; jednak tak nieznaczne wysięki ściśle skonstatować się nie dają, chyba, że wywołają szmer tarcia (*affrictus pleuriticus*). Wysięk w opłucnej przy zapaleniu płuc już dosyć znacznym być musi (co najmniej 200—300 grm), żeby go było można wykryć, opukując. Najważniejszą tu jest odporność stłumionego odgłosu, powiększona znacznie obecnością pewnej warstwy płynu. Potém idzie osłabienie szmeru oddechania (oddech oskrzelowy), zepchnięcie sąsiednich urządzeń i przebieg, co już sprawę dostatecznie jest w stanie wyjaśnić.

Osluchiwanie, oprócz oskrzelowych wdechów i wydechów, wykazuje jeszcze pewne ważne dane, przy pomocy których możemy na pewno wnioskować o siedlisku nacieczenia. Nadzwyczaj wyraźnie

daje się u dzieci słyszeć głos oskrzelowy (*bronchophonia*). O istnieniu tego zjawiska nietrudno się przekonać wówczas, gdy dziecko podczas osłuchiwania kaszle, krzyczy albo mówi. Głos oskrzelowy tak jest silnie i jasno wyrażony, że osłuchującemu zdaje się, jakoby dziecko wprost mu do ucha mówiło. Na stronie zdrowej bronchofonii niema, słyhać tylko, i to bardzo niewyraźnie przeniesiony z lalaka oddech oskrzelowy.

Drżenie klatki (*fremitus pectoralis*) przy zapaleniu płuc wzmaga się po stronie chorój, o czém się przekonać można, przyłożywszy rękę. Cecha ta jednakże najmniejszą daje rękojmię, bo drżenie to słabnie, lub znika zupełnie przy bardzo już nieznacznych wysiękach w worku opłucnej.

Przyłączający się znaczniejszy wysięk pleurytyczny, przytłumia nieco oskrzelowy oddech i głos, nigdy jednak do takiego stopnia, jak przy samym wysięku (*sine pneumonia*), boć przecie na ciecz one płuco zupełnie ucisnąć, płyn nie byłby w stanie. Objawy ucisku wówczas dopiero widocznemi się stają, gdy nacieczenie w płucach ma się ku rozejściu, gdyż wówczas dopiero płuca mogą już łatwiej uleść uciskowi ze strony wysięku pleurytycznego.

Jeżeli nacieczenie jest wielkie, albo jednocześnie istnieje téż i znaczny nieżyt oskrzeli, to wystąpić może dość znaczna sinica. Przy zapaleniu płuc rozciągającym się na jeden tylko płat, sinica jest bardzo nieznaczną, w porównaniu z innymi cierpieniami dróg oddechowych, jak: zapalenie włosowatych oskrzeli (*bronchitis capillaris*), krztusiec (*pertussis*), krup oskrzeli (*bronch. crouposa*). Wyjątek w tym względzie stanowią ssawcy lub dzieci, mniej niż rok mające, u których sinica zwykle wysokiego dosięga stopnia. Sinica zwykle znika w okresie rozejścia, powiększa się jednak wówczas, gdy rezolucya zbyt szybko następuje, gdyż wówczas drogi oddechowe napełnione zostają drobnopecherzykowatym, pianistym płynem.

Pragnienie przy zapaleniu płuc, jak w ogóle przy chorobach ostrych, jest powiększone znacznie, język suchy, czerwony, a przy cięższych i dłużej trwających wypadkach, po środku głęboko popękany. Nigdy jednak niema na nim takiego białawego osładu, jak przy tyfusie, lub ostrym nieżycie żołądka.

Wydzielanie moczu, pomimo picia wielkiej ilości wody nie jest powiększone, mocz silnie zaczerwieniony (*urina flammea*) z łatwością osadza (stężony), a osad, złożony z soli kwasu moczowego, rozpuszcza się znowu przy gotowaniu. Odczyn bardzo kwaśny. Z początkiem się rezolucyi nacieczenia, stężenie i osady znikają.

Stolce u większych dzieci zwykle wstrzymane, chociaż dla tego, że wydymania przy ich oddawaniu koniecznie ból choremu sprawiają. U ssawców jednak, tak rozwolnienie, jak i zatwardzenie stolca, tu spotykane, zależy zawsze od powikłań, żadnego nie mających związku z zapaleniem płuc.

U dzieci, przeciąg czasu od wystąpienia nacieku do pierwszych objawów rozejścia, nie da się wcale tak określić, jak u dorosłych. U tych ostatnich, siódmego, dziewiątego, lub jedenastego dnia następuje rezolucya, a z nią i zniknięcie gorączki; u dzieci tego zauważyć nie można, bo przebieg choroby wiele od wieku chorego zależy. U ssawców, lub dzieci, nie mających roku, następuje ona nieraz już na trzeci dzień, u starszych daleko później, nigdy jednak nie można się spodziewać tak zwanych „dni krytycznych.“ W ciężkich wypadkach sprawa zaczyna się rozchodzić zaledwie po dwóch tygodniach.

Jeżeli jeszcze dłuższego potrzeba na to czasu, to już możemy przypuszczać jakieś zmiany w samym wysięku, które wessaniu jego przeszkodziły. Gdy jednak istnieje jednocześnie znaczniejszy wysięk w worku opłucnej, to przebieg cierpienia zostaje zmodyfikowanym na tyle, że skoro wystąpią zjawiska rozejścia się uacieczenia, zaraz wychodzą na pierwszy plan objawy ucisku płuc.

Dalszy przebieg jest przebiegiem, właściwym wyiękowi pleurytycznemu.

Wszystkie, wyżej przytoczone objawy, pozostają prawie zawsze stałemi przez okres nacieczenia, szczególniej zaś nie zmienia się natężenie oskrzelowych wdechów i wydechów, głosu oskrzelowego, wzmocnione drżenia klatki i częstości oddechów. Gorączka za to może bardzo wczesnie upaść, nawet zniknąć zupełnie jeszcze przed wystąpieniem jakichkolwiek objawów rezolucyi. Praktycznego lekarza nie bardzo fakt ten pocieszy, bo w takich razach przebieg zwykle się przedłuża.

Rozejście się nacieku daje się ściśle wykazać fizykalném badaniem, gdyż zaraz przy znikaniu innych objawów, znouwu dają się słyszeć trzeszczące rżerzenia (*rhonchus consonans redux. Laen.*), raz na całej nacieczonój przestrzeni, drugi raz przynajmniej na całej większej części. To trzeszczące rżerzenie przyjmuje coraz wilgotniejszy charakter, aż wreszcie wszystkie współdzwęczne objawy znikają. Z powrotem powietrza do pęcherzyków znika powoli przytępienie odgłosu w cierpiącej części, jeżeli pozostanie jego przez dłuższy czas *in statu quo*, nie zależy od obecności wysięku w opłucnej. Z pojawieniem się trzeszczących rżerzeń w najcieńszych oskrzelikach, znika

głos i oddech oskrzelowy, powiększa się za to kaszel, chociaż inny przybiera charakter. Był on przedtém krótki, urywany i nie-  
zmiernie bolesny, teraz staje się wilgotniejszym, łatwiejszym i peł-  
niejszym, a każdemu napadowi towarzyszy wydzielanie płwociny.  
Mniejsze dzieci ją połykają, starsze jednak wypluwają.

Zejście krupowego zapalenia płuc bywa rozmaite, stosownie do  
wieku i stanu w jakim się zdrowie dziecka dotąd znajdowało. Pierwo-  
tnie występujące zapalenia, przebiegają zawsze łagodniej niż formy  
wtórne (następcze). wikłające np. przebieg tyfusu, płonicy, odry,  
gośćca stawowego etc. Szczególniej przy tyfusie i płonicy, występu-  
jąca w drugim lub trzecim tygodniu pneumonia, zwykle uwarunkowy-  
wa śmiertelne zejście choroby, a zapalenia płuc przy odrze zwykle  
kończą się rozpadem nacieku. *Pneumonia primaria* u ssawców nie-  
zbyt źle zazwyczaj się kończy, naturalnie wówczas, gdy dzieci nie są  
zbyt w jedném mieszkaniu nagromadzone, a mieszkania te nie są zbyt  
niedokładnie przewietrzane. Gdy nacieczenie niezbyt jest rozległe,  
a dzieci postawione w dobrych warunkach odżywiania, to wyzdrowie-  
nieniem kończy się zwykle połowa, a nawet  $\frac{3}{4}$  wypadków. Jednak  
że w domach podrzuteków cierpienie to ma znacznie gorszy przebieg  
a to z powodu szkodliwych warunków zewnętrznych.

Zapalenie krupowe płuc u starszych dzieci, ma stosunkowo naj-  
łagodniejszy przebieg, z pomiędzy wszystkich cierpień ostrych, cho-  
ciaż rzadziej się wydarza niż ostre np. wysypki. Rzadkiem zjawis-  
kiem jest śmiertelne zejście, przy którym śmierć następuje u szczytu  
choroby, w skutek ogólnego obrzęku płuc. Również rzadkiemi są  
zejścia w ssérowacenie lub rozpad ropiasty wysięku. Ostatnie czę-  
ściej już wydarzają się u krzywicowatych, żółzowatych, białaczkowa-  
tych (*leukaemia*). Rozejście się nie następuje w takich wypadkach,  
w oznaczonym czasie, ale się znacznie opóźnia; wysięk tymczasem  
szybko podlega zssérowaceniu, a w massie jego, przy dłuższém trwa-  
niu, tworzą się ogniskowate rozmięczenia, najczęściej z oskrzelami  
komunikujące.

U takich dzieci śmierć rzadko następuje u szczytu choroby  
ostrój, umierają one zwykle w skutek przewlekłego cierpienia płuc  
w stanie naj wyższego wychudnienia.

Pleuropneumonia, ze znaczniejszym wysiękiem w opłucnej przy-  
jmuje daleko powolniejszy przebieg, bo wessanie takiego wysięku po-  
trzebuję daleko dłuższego czasu; jednakże zejście takiego cierpienia  
u dzieci zdrowych zresztą, jest zawsze pomysłne. Jednakże u dzieci  
żółzowatych tworzą się zwykle w takich razach stwardnienia na

opłucnej, w których się obficie odkładają gruźelki prosowate. W ten sposób naturalnie wessanie płynnej części wysięku niezmiernie zostaje utrudnione; później, po wessaniu, tworzą się zrosty listków opłucnej, rozmaitego natężenia, lub też błony rzekome otarbiają część wysięku lub też całą jego masę, zupełnie stwardniałą (serowatą), gdy tymczasem płynne części składowe wessane zostają.—Zresztą zajęć tu mogą wszystkie zmiany klatki piersiowej, zwykłe skutki pleurytycznego wysięku stanowiące: odnosi się tu więc opis ich w stosowném podany miejscu.

Chociaż krupowe zapalenie płuc u dzieci nie przebiega zupełnie tak samo jak u dorosłych, jest jednakże chorobą typową, ostrą, której miejscowe objawy, zawsze ściśle się dadzą określić przy pomocy fizykalnego badania. Już choćby z tego powodu, leczenie, w mowie będącej choroby, powinno się ograniczać postępowaniem wyczekującym, od którego odstępujemy wówczas tylko, gdy pojedyncze objawy szczególnie występować zaczynają na pierwszy plan: w takich razach zabieramy się do leczenia objawowego. Jednak przy zwykłym, łagodnym przebiegu krupowego zapalenia płuc leczenie wyczekujące będzie w każdym razie najwłaściwszem.

Powrócono do takiego przekonania o właściwości metody wyczekującej, resp. symptomatycznej, wówczas gdy wszystkie inne metody leczenia pokazały, że są w stanie zwalczać zaledwie pojedyncze objawy, a na cierpienie miejscowe żadnego nie mają wpływu. Próbowano z kolei leczyć krupowe zapalenie płuc: naparstnicą (*digit.*) chininą, emetykiem i weratryną. Wszystkie te przetwory w istocie są w stanie obniżyć ciepłotę, częstość tętna, ewentualnie i częstość oddechów, nie mogą jednak ani wpłynąć na wcześniejsze wystąpienie rozejścia, ani przyspieszyć opóźnione wsysanie wysięku.

To samo powiedzieć można o leczeniu zimną wodą, które wcale nie daje takich wyników, żebyśmy mieli prawo przenosić tę metodę nad inne. Leczenie krupowego zapalenia płuc za pomocą puszczenia krwi, baniek, leków odciągających na kiszki (*drastica*) i pryszczycdeł już dawno osądzone zostało za szkodliwe, szczególnie ze względu na dalszy przebieg cierpienia.

Leczenie starszych dzieci niczem się nie różni od leczenia osób dorosłych. Podczas początkowej gorączki i nawet po wystąpieniu wysięku, należy dziecko utrzymywać w chłodnej ciepłocie, szczególnie głowę i piersi, zrzucić z nich wszelką zbyteczną odzież i namawiać do częstej zmiany położenia. (Przy zapaleniu płuc, dzieci z powodu bólów w opłucnej, kładą się zwykle na zdrowy bok, gdy tym-

czasem przy zapaleniu opłucnej leżą na boku chorym, aby w ten sposób zmniejszyć ciśnienie wysięku na zdrowe płuco.—Nie jest to jednak stałym zjawiskiem).

Jeżeli głowa bardzo gorąca, to można położyć na nią zimne okłady, które często odmieniać należy. W największej liczbie wypadków niewłaściwym jest przykładanie takich zimnych okładów na przednią ścianę klatki piersiowej, gdyż takowe u wielu osobników stają się powodem wzbudzenia nieznosnego kaszlu. Nie odnosi się to do systematycznych owijań Priessnitz'a, które zwykle łatwo znoszonymi bywają. Można do nich użyć wody w rozmaitej temperaturze, zwykle do owijań używamy wody o 24—20 stopniach R. Powodują one podrażnienie skóry, nie bez wartości, a w wielu razach wpływają na przytłumienie bólów. Silne pragnienie dziecka zaspokoić można świeżą wodą, nie lodowatą jednak. Wszystkie inne napoje jak mleczanka z migdałów, woda z cukrem, woda sodowa z malinowym sokiem, herbata i t. p. bardzo prędko się dziecku naprzykrzą, tak że samo prosić zacznie o świeżą wodę, która pragnienie najłatwiej gasi. Nietrzeba nigdy jednak pozwalać dziecku, żeby naraz dużo wody piło, aby nie spowodować przepełnienia układu krwionośnego, resp. nie powiększyć zbyt znacznie pracy serca. Na tę okoliczność należy zwrócić baczną uwagę szczególnie wówczas, gdy tętno staje się słabem i małym a uderzenia serca niezbyt silnymi się okazują. W takich okolicznościach przypuścić należy, że poprzecznie prążkowane mięśnie serca pewnym uległo zmianom wskutek choroby ostrzej (przemiana ziarnista, *körnige Degeneration*), na czem naturalnie siła mięśnia sercowego traci. W takich więc razach można tylko małe ilości płynu podawać, a nieraz ograniczyć się tylko zwilżaniem ust zimną wodą, co również może ugasić uczucie pragnienia.

U ssawców ważną jest rzeczą, aby ich osoby otaczające ciągle na rękę nosiły. Przytem należy przestrzegać, aby oprócz tego często ich położenie zmieniano. W ten sposób otrzymamy taki rezultat, że dziecko zmuszone będzie do głębszych inspiracji, a przeto i sinica nie dosięgnie tak znacznego stopnia.

Terapeutyczne postępowanie, jakieśmy wyżej powiedzieli, ogranicza się tylko objawowem leczeniem. Jeżeli przy początku gorączka jest nadzwyczaj wysoka, a przyspieszenie tętna bardzo znaczne, to możemy, jeżeli niema przeciwwskazań ze strony serca, podać naparstnicę pod rozmaitemi kształtami:



Rp. Inf. fol. digitalis pp.  
           e (0.2) pti (80.0)  
 Liqu. terr. fol. tart. gttsXX  
 Syrup. simplic. (10.0)  
 MDS. Co 2 godz. łyżeczkę od kawy lub dziecienną,  
 pełną.

Jednakże naparstnica podana w naparze ma tę niedogodność, że działanie jęj często występuje gwałtownie i to wraz z objawami za-  
 paści (*collapsus*). Jeżeli kaszel staje się zbyt uciążliwym to podaje-  
 my dla jego uspokojenia leki odurzające (*narcotica*). U ssawców wy-  
 starcza woda wawrzynowiśni (*aq. laurocer*), a u starszych zwyczajna  
 nalewka makowca w odpowiedniej dawce

Rp. Mixturae gummosae (80.0)  
       Aqu. laurocerasi gttX—XV  
       Syr. simplicis (10.0)  
 MDS. Co 2 godziny łyżeczkę od kawy dla ssawca,  
 aż do 1go roku życia.

Rp. Mixturae oleosae 80.0  
       Tinct. apii simpl. gtt IV—V  
       Syrup. rubi idaei 10.0  
 MDS. Co 2 godziny łyżeczkę od kawy (dla 2 lub  
 cztero-letniego dziecka).

Zwykle po zażyciu tego środka kaszel uśmierza się na tyle, że  
 niema potrzeby uciekać się do podawania morfiny, użycie której na-  
 leży o ile można ograniczyć, z powodu jednoczesnego jęj działania na  
 mózg i przewod pokarmowy.

Jeżeli się ukażą już pierwsze objawy rezolucyi, lub jeżeli od sa-  
 mego początku słychać było nieżytowe rżenia, to należy zaraz za-  
 cząć podawać te same leki wykrztuśne, które wyliczyliśmy przy opi-  
 sie zapalenia oskrzeli.

Przytem, jak już było powiedziane, trzeba dziecku często napo-  
 je podawać, pożywienie za to ograniczyć należy daniem lekkiego  
 rosółku i mleka. Jeżeli jednak gorączka ustępuje, a niema innych  
 przeciwwskazań, to wkrótce znowu powrócić należy do posilnego, ła-  
 two strawnego pożywienia i tu najlepiej zalecić: mocny rosół z wołu-  
 winy, mleko, i drobno posiekane, lub przetarte przez sito mięso z ku-  
 ry lub z wołu.

Nie tycze to jednak weale ssawców; tak jak w wielu innych chorobach tak i tu, niemowlęta powinny być zupełnie tak samo karmione, jak wówczas gdy były zdrowe. Mało tego: należy ich jeszcze częściej, niż w zwykłych godzinach, przystawiać do piersi, gdyż z powodu duszności, na którą cierpią, nie są w stanie dość silnie i dość długo ssać, i dlatego zbyt mało pokarmu przyjmują. Ta sama zasada odnosi się także i do dzieci sztucznie karmionych.

Jeżeli zapalenie płuc, w okresie rozejścia, przyjmuje taki przebieg, że należy się obawiać niepożądanych zmian wysięku, to naturalnie potrzeba stosowne leczenie przedsięwziąć. Ponieważ jednak to ostatecznie niczem się nie różni od leczenia przewlekłych nacieczeń płuc (*pneumonia caseosa*, *pneumonia tuberculosa chronica*), będzie więc w stosownem miejscu rozpatrzonem.

Nakoniec wspomnieć musimy, że jeżeli dziecko raz już chorowało na pierwotne lub następcze krupowe zapalenie płuc, to powinniśmy je ostrożnie zacząć hartować, szczególniej przeciw zmianom pogody, gdyż przy takich zmianach, niezmiernie łatwo znowu tegoż samego cierpienia nabawić się mogą.

Dla większych dzieci, tak chłopców jak dziewcząt, bardzo korzystną będzie nauka pływania w miernie i jednakowo zimnej wodzie (18°—20° R.) Pobyt w ostrym górskim klimacie i zimne obmywania także przyczyniają się do usunięcia recydywy.

#### b) Krupowe zapalenie płuc z objawami mózgowymi.

To zapalenie w przebiegu swym tak się różni od zwyczajnej *pneumonia crouposa*, szczególniej w samym początku, że opis jego musimy podać osobno. Rozdzielenie to jest koniecznem dla łatwiejszego zrozumienia choroby, występującej przy zupełnie odrębnych objawach wstępnych; nie należy jednak sądzić, abyśmy tu mieli do czynienia z jakąś zupełnie inną sprawą anatomopatologiczną. Pod względem anatomii patologicznej, zmiany znajdowane w płucach, niczem się nie różnią od zmian, zachodzących przy krupowym zapaleniu ich, tylko nacieczenie zdarza się częściej w wierzchołkach, niż w innych okolicach tego narządu. Zdarza się jednak, że nacieczenie dolne zajmuje płaty, chociaż za życia można było zauważyć bardzo silne objawy mózgowie. Są to jednak wyjątkowe zdarzenia.

Mamy tu do czynienia z powikłaniem krupowego zapalenia

płuc, zapalnym lub hyperaemicznym stanem opon wewnętrznych mózgu. Nie wiemy na pewno, czy umiejscowienie nacieczenia w wierzchołkach płuc wywołuje ten chorobny stan opon (cisnąc ua żyły, idące od głowy do klatki piersiowej), czy tylko powstawaniu jego sprzyja, chociaż ostatecznie przypuszczenie ma za sobą wiele anatomicznego prawdopodobieństwa. W każdym razie istnieje jakiś niezaprzeczony związek pomiędzy zajęciem opon a krupowem zapaleniem płuc, gdyż bardzo często widzieć można jednoczesne pojawienie się *meningitidis purulentae cum pneumonia crouposa*, nietylko u dzieci ale nawet i u dorosłych; zwykle jednak objawy ropnego zapalenia opon pozostają na drugim planie. Na oponach znajdujemy najrozmaitsze stopnie, mniej lub więcej gęstego nacieczenia ropnego wewnętrznych błon, aż do prostego obrzęku surowiczego opon.

Zdaje się, że i tutaj powinniśmy mieć do czynienia z czemś podobnem, jednakże zajęcie opon pewnie nie dochodzi do ropnego ich nacieczenia, bo większa część tych zapaleń płuc kończy się wyzdrowieniem.

Przebieg téj choroby różni się od przebiegu zapalenia płuc, wyżej opisanego tem, że w samym początku występują silne objawy mózgowie. Zwyczajne zapalenie płuc przebiega wśród wysokiej gorączki, dreszczu wstrząsającego, czasem i drgawek, tu zaś widzimy wymioty, często się powtarzające, wykrzykiwania, zgrzytanie zębami, wielki niepokój przy ciągłej śpiączce lub zupełnej bezprzytomności i wysokiej gorączce. W innych wypadkach sensorium wcale nie jest zajęte, ale za to występuje światłowstręt, znaczne zwięźnienie źrenic i wzmózniona czułość skóry. Objawy te trwają 24, a najwyżej 40 godzin, najczęściej do wystąpienia nacieka w wierzchołkach płuc. Przez czas ich trwania, fizykalne badanie płuc nie wykazuje, nawet nie można znaleźć nieżyłowego zajęcia oskrzeli. Dlatego to z samego początku nie jesteśmy w stanie rozpoznać, czy mamy do czynienia z krupowem zapaleniem płuc, czy z zapaleniem opon ropnem lub gruźliczem.

Jednak przebieg następnych 24 lub 48 godzin może nam już tę wątpliwość rozjaśnić, gdyż wraz z wystąpieniem wysięku w płucach, objawy mózgowie jednocześnie tracą swe pierwotne natężenie. Odróżnienie danego cierpienia od gruźliczego zapalenia opon jest jeszcze łatwiejsze. W téj ostatecznej chorobie, objawy mózgowie występują stopniowo, u chudnącego dziecka, najczęściej bez gorączki. Tu objawy mózgowie pojawiają się gwałtownie bez żadnych zwiastunów; brak także charakterystycznego zwolnienia i przepuszczania tętna. Na

drugi, a rzadziej dopiero na trzeci dzień, można już fizykalnie wykryć nacieczenie jednego lub drugiego wierzchołka płuc. Nacieczenie rzadko rozlewa się na cały górny płat, najczęściej ogranicza się najwyższą częścią samego wierzchołka, wskutek czego fizykalne wykrycie tej sprawy znacznie utrudnionem zostaje. Szczególniej jednak osłuchiwanie, bardzo zostaje utrudnionem z powodu stosunków klatki piersiowej u dziecka. Tchawica leży bezpośrednio wzdłuż stosu kręgowego, począwszy od piątego kręgu szyjowego, aż do 3 lub 4 kręgu grzbietowego. Ciała kręgow są jeszcze dość małe, w stosunku do obszerniej tchawicy. Na trzecim kręgu grzbietowym tchawica dzieli się na dwa najgrubsze oskrzela, które także, zanim do wnętrza się zbliżą, leżą na stosie kręgowym. Jeżeli więc będziemy osłuchiwać na kresie środkowej, w przestrzeni zawartej pomiędzy piątym kręgiem szyjowym, a środkiem okolicy międzyłopatkowej, to usłyszymy chuchający podmuch, powstający w tchawicy i rozdzieleniu jej na oskrzela. Ponieważ dźwięk ten powstaje w obszerniej rurze otoczonej dobruimi przewodnikami głosu, (stos kręgowy i tylne śródpiersie) nieda się zatem odróżnić od oskrzelowego oddechu, nawet można powiedzieć, że prototyp jego stanowi. Gdy, osłuchując, oddalamy się od kresy środkowej raz na prawo, drugi raz na lewo, to przekonamy się, że wspomniany szmer na obie strony się rozlega tak, że pęcherzykowy oddech w wierzchołkach płuc zupełnie jest nim zamaskowany. Zjawisko to staje się tem wyraźniejsze im dziecko jest młodsze, już dlatego choćby, że u niego istota płuc jest w stosunku do stosu kręgowego daleko mniejszą niż u dorosłych; innemi słowy: że przestrzeń utworzona przez 1, 2, 3 żebro z kręgosłupem i prowadząca ku górze do górnego otworu klatki (*apertura superior*), jest u dziecka stosunkowo daleko mniejszą niż u dorosłego. Tem łatwiej więc tchawicowy oddech zdoła u dziecka zagłuszyć oddechanie pęcherzykowe, w tem miejscu powstające. Należało koniecznie zwrócić uwagę na tę okoliczność, aby ochronić początkującego od łatwego pomylenia się, gdyż słysząc tam oddech tchawicowy mógłby nie raz od razu niewłaściwie rozpoznać nacieczenie miazgi płuc. Ten oddech tchawicowy u jednego osobnika jest więcej, u drugiego mniej wyraźny, najwyraźniej słyszeć się daje, przy pojawiającem się zapaleniu płuc.

Jeżeli doszło rzeczywiście do nacieczenia jednego z wierzchołków płuc to oddech oskrzelowy będzie w tem miejscu najwyraźniejszym i najgłośniejszym, a słabnie stopniowo, idąc ku linii środkowej i po za takąą ku przeciwnemu wierzchołkowi. Do rozpoznania

miejscowości nacieczonój, ważną wskazówką są rzeżenia czysto nieżytowe, czy wreszcie trzeszczące od samego początku, można jednakowoż rzeżeń tych niedosłyszeć. W takich wypadkach nigdy nie powinniśmy ograniczać się jednostronnem osłuchiowaniem, należy dziecko osłuchiwać wielokrotnie i to gdy jest spokojne, gdy krzyczy, przed kaszlem i po kaszlu. Opukiwanie daje więcej wskazówek daleko pewniejszych, szczególnie wówczas gdy nacieczenie pomieszcza się więcej ku przodowi, gdyż z łatwością wykrywa stępienie poniżej obojczyka. Stłumienie można także dość łatwo i od tyłu wykryć.

Téj formy zapalenia płuc nie spotykamy u ssawców; najczęściej wydarza się ona pomiędzy drugim i szóstym rokiem. Inne objawy niczem się nie różnią od tych, któreśmy opisali przy zwyczajnem zapaleniu płuc krupowem. W ogóle przebieg jest gwałtowny ale i znikanie objawów bardzo szybkie. Te wierzchołkowe zapalenia płuc bardzo skłonne są do powrotów. Zauważyć wreszcie potrzeba, że jest bardzo wiele zapaleń oskrzeli z objawami mózgowymi, które za to częściej u ssawców się wydarzają. Wreszcie i na to musimy zwrócić uwagę, że te wierzchołkowe nacieczenia płuc u dzieci, ulegają zupełnemu wessaniu i że wcale nie mają skłonności do sserowacenia lub zropienia. Niemają, więc owéj złośliwej natury, którą odznaczają się takie, często powracające, wierzchołkowe nacieczenia u dorosłych. Opłucna najczęściej nie bierze udziału w cierpieniu, i dlatego przyrośnięcia wierzchołków i ścięgniste zgrubienia w tem miejscu należy objaśniać nie wierzchołkowem płuc nacieczeniem, ale zapaleniami klejącami opłucnej (*pleuritides adhaesivae*), które zwykle towarzyszą nieżyłowemu zapaleniu płuc.

### c) Zapalenie płuc nieżytowe (*pneumonia catarrhalis*).

Ta forma zapalenia płuc najczęściej się u dzieci spotyka. W porównaniu z krupowem zapaleniem jest częstszą nierównie i nie tylko pierwotnie u dzieci powstaje ale rozwinać się też może z nieżyłowego cierpienia oskrzeli lub występować następczo przy odrze, płonicy, tyfusie, gdzie zwykle zapalenie płuc także bywa nieżyłowem. Kataralne zapalenie płuc nazywają także „zrazikowem“ (*pneumonia lobularis*) dla przeciwstawienia krupowemu, noszącemu nazwę „płat-

wego' (*pneumonia lobaris*). Żadna z tych nazw nie jest wyczerpująca, jednakże obie razem dosyć dobrze malują pojęcie, bo jedna przedstawia sposób powstawania i naturę wysięku, a druga formę przestrzeni zajętej nacieczeniem.

Trudnem jest opisanie nieżyłowego nacieczenia, występującego przy niezbyt jasnych warunkach, i dlatego, w celu ułatwienia, koniecznem jest opisać najpierw zmiany patologoanatomiczne, wspólne dla wszystkich form tego cierpienia. Jest to już z tego względu pożytecznem, że z nieżyłowym zapaleniem płuc wiąże się bezpośrednio przewlekłe nacieczenie płuc (przewlekła gruźlica płuc), nawet często wprost z pierwszego się rozwija. Musimy więc zaznaczyć się dobrze ze zmianami patologicznymi, a najłatwiej nam to przyjdzie, gdy rozpatrzemy w jaki sposób jedna sprawa z drugiej się wywiązuje. Dopiero wówczas przystąpimy do rozpatrzenia klinicznych objawów choroby.

Już sama nazwa wskazuje, że nacieczenie powstaje tu na drodze nieżyty, nigdy więc ostro, tylko w sposób podostry (*subacut*), gdyż znajdujemy, że błona śluzowa oskrzela odpowiedniego znajduje się w stanie dawno trwającego zapalenia, na większej lub mniejszej przestrzeni. Zapalenie to mogło być ostre, z obrzmieniem, nastrożeniem naczyń i pomnożoną wydzieliną śluzową,—albo też więcej przewlekłe z obrzmieniem (przerostem) i pomnożeniem wydzielaniem śluzu lub ropy (*bronchoblenorrhoca*).

Z obydwu tych stanów może się rozwinąć zapalenie odpowiedniego zrazika—i ztąd nazwa.

W pierwszym wypadku zapalenie błony śluzowej oskrzela rozprzestrzenia się na najdrobniejsze jego rozgałęzienia (*bronchitis capillaris*), a ztąd, wskutek zapełnienia wysiękiem najdrobniejszych oskrzelików powstaje przekrwienie odpowiednich zrazików płuca. Jeżeli stan taki potrwa dłużej, to wywoła z pewnością wypocenie wysięku, dość zbitego, mało zawierającego komórek i włóknika, z podróżującymi ciałkami krwi, z komórkami odłuszczonego nabłonka i ich potomstwem <sup>1)</sup>. Na przecięciu, z oskrzela wydobywa się śluz i ropa, a opróżniona przez to przestrzeń wystaje po nad powierzchnię tkanki płucnej, i najrozmaitsze przedstawia zabarwienie: czerwone, szaro-

<sup>1)</sup> Z powodu tego obfitego dosyć tworzenia się nowych komórek, najprawdopodobniej z nabłonka pęcherzyków płucnych, formę tę cierpienia płuc nazywają też „*pneumonia desquamativa*“.

czerwone lub szare. Modyfikacje, wskutek zbytnej ilości zawartego tam barwnika, u dzieci się nie spotykają. Nacieczona cząstka płuc, puszczone po wycięciu na wodę, tonie, chociażbyśmy poprzednio wygarnęli z niej palcem, metnokrrawy, ropiasty sok jej. Taka część płuc nie da się wydać powietrzem, przez doprowadzające oskrzele.

Rzadko takie nacieczone miejsca bywają nielicznymi, najczęściej spotykamy ich bardzo wiele, a po zmianie ich barwy i możliwości nadęcia niektórych z nich, można się przekonać, że nie jednocześnie powstały. Jeżeli rozkrojemy płuco, usiane drobnymi nacieczeniami, to zawsze spostrzeżemy pomiędzy zapalnymi ogniskami, pojedyncze miejsca zapadnięte (*atelektasis*). Jakiś już wyżej wspomnieli, cierpienie rozpoczyna się przekrwieniem całego zrazika. Jeżeli takie przekrwienie trwa przez czas dość długi a oskrzele doprowadzające zatkało się wysiękiem i obrzmieniem błony śluzowej, tak że powietrze przejść przezeń nie może, to powietrze pozostałe w owym zraziku powoli znikać zaczyna (przez wessanie) choćby wysięk nie nastąpił. Miazga płuc zapada się, traci resztę powietrza, a wskutek trwającego przekrwienia, odznacza się od części sąsiednich ciemniejszym zabarwieniem.

Z tego cośmy dotąd powiedzieli wynika, że nietrudno odróżnić nieżytowe nacieczenie od nabytego zapadnięcia płuc (*atelektasis acquisita*).

Zrazikowate nacieczenia mogą być tak gęste, że zlewają się z sobą i zajmują nieraz prawie cały zraz. W takim razie mamy przed sobą naturalnie zapalenie płatowe płuc, ale różnice wykaże nam przebieg, sposób powstawania i zmiany miejscowe. W pozostałej zdrowej części płuc, spotkamy także porozrzucone nieżytowe nacieczenia, co rzadko bardzo znajdziemy przy zapaleniu krupowem. Za to nieżytowe zapalenie zawsze prawie równomiernie rozciąga się na obie strony. Pozostała część organu zazwyczaj bywa rozdetą, po brzegach szczególnie, mało krwi zawiera i nieraz w większym lub mniejszym stopniu nacieczona drobno-pęcherzykowatym, pianistym płynem. Jeżeli pęcherzykowate nacieczenie siedzi pod samą opłucną, to ta ostatnia staje się siedliskiem ograniczonego włóknikowego zapalenia. Znaczniejszych wysięków pleurytycznych zwykle nie spostrzegamy, często jednak powstają zrosty obydwóch listków opłucnej.

Te wszystkie uwagi odnoszą się do tych wypadków, w których pęcherzykowate nacieczenia rozwijają się w sposób podostry z zapa-

lenia włosowatych oskrzeli. Powstają one także i bardziej przewlekłe, mianowicie przy *bronchoblenorrhoea chronica*, spotykanej często u krzywcowatych lub zółzowatych dzieci. U pierwszych powstawaniu choroby sprzyja bezkształtność klatki piersiowej, gdyż w wyższych jej stopniach oddechanie staje się niedostatecznym a niekształtne żebra także ucisk na płuca wywierają, rozdymanie więc płuc staje się niedostatecznym. Sprawa ta różni się od innych tylko swoim przewlekłym przebiegiem, twardszym, więcej skupionym naciskiem i powstawaniem licznych miejsc atelektatycznych. Tu także możemy się doczekać nacieczenia całego płata płuc.

Ulubionem miejscem nieżyłowego zapalenia płuc u dzieci jest nie górny lecz dolny zraz tego organu. Ponieważ prawie wszystkie przewlekłe nacieczenia płuc poczynają się takim nieżyłowym zapaleniem, to przewlekła gruźlica i suchoty płucne u dzieci najczęściej mieszczą się w dolnych płatach a nie w wierzchołkach, jak to ma miejsce u dorosłych. Jednakże niezbyt rzadko nieżyłowe zapalenie płuc mieści się też w górnych płatach, a tu częściej zajętym bywa brzeg przedni niżli sam wierzchołek.

Jeżeli nieżyłowe zapalenie płuc ma się zakończyć rozejściem, to zapalenie oskrzeli najpierw znikać zaczyna, wydzielina błony śluzowej staje się skąpszą, nastrzyknięcie i obrzmienie tkanek znika. Jednocześnie w nacieczeniu samem następuje rozmięczenie wskutek przesięku surowicy i drobnoziarnisty rozpad komórkowych składników, przezco wessanie za pomocą naczyń krwionośnych i chłonnych, ułatwione zostaje. Większa jednak część produktów zostaje wyrzuconą na zewnątrz z kaszlem, do czego potrzeba stosunkowo dość krótkiego czasu, skoro tylko w oskrzelach zbyteczne wydzielanie ustanie. To ostatnie jednak nie zawsze ma miejsce, mianowicie wówczas, gdy nacieczenie rozwinęło się w więcej przewlekły sposób. W takich razach więcej znajdziemy miejsc zapadniętych, wessanie wiele na tem traci, a wykrztuszanie produktów bardzo się utrudnia. Takie wypadki stanowią przejście od nieżyłowych zapaleń do serowatych nacieczeń płuc. Jeżeli zrazikowate zapalenie trwa przez czas dłuższy, to naciek traci swą barwę coraz więcej, gdyż, razem z nim wysięknięty, barwnik krwi ulega zupełnemu wessaniu. Wysięk nabiera przeto jasno-szarój, prawie białój barwy a u krzywcowatych dzieci bardzo się twardym w dotknięciu wydaje; stan taki może potrwać dość długi przeciąg czasu, bo trzy, lub cztery tygodnie i wówczas nawet, chociaż bardzo powoli, może nastąpić zupełne wessanie nacieku.



Jeżeli zaś nacieczenie niema zostać wessaniem, to ma to miejsce wówczas, gdy do zmian owych dołączają się nowe anatomo-patologiczne zajścia w istocie płuc, lub w oskrzelach.

Zrazikowe nacieczenie zaczyna zmieniać swą barwę, schnie, lub staje się mażącym, z powodu przemiany tłuszczowej komórkowatych składników, i z powodu przemienienia się pozostałej części wysięku w twarogowatą, mazistą masę (przemiana tłuszczowo-serowata — *fettkäsigc Degeneration*). Zajście to nazywano dawniej „zgruzelkowaceniem“ (*tuberculisatio*) rozumiejąc przez to cały przebieg sprawy, a nazwa ta zupełnie nie mówiła, czy się tu z nieżyłowego nacieczenia wytworzyły gruźelki jako nowotwory.

Jeżeli naciek uległ takiej przemianie, to działa niejako, jak gdyby ciało obce, na części sąsiednie i wywołuje w nich zapalenie. Te rozmaite sprawy zapalne, o których jeszcze pomówimy w rozdziale o „przewlekłych nacieczeniach płuc“, stają się powodem rozszerzenia oskrzeli (*bronchiectasiae*), w rozmaitym stopniu, lub też, wskutek rozmięczenia produktów, tworzą się, w samych massach naciekowych, jamy (*cavernae, vomicae*).

Tymczasem w sąsiadujących z wysiękiem częściach, w około zmian przez ten ostatni spowodowanych, następuje bujanie tkanki łącznej w rozmaitym stopniu.

Wszystkie jednakże, dotąd opisane zmiany są tego rodzaju, że w obec przyjaznych okoliczności mogą zniknąć zupełnie, co najwyżej pozostanie nieszkodliwa, tęga blizna z tkanki łącznej. Wniosek ten oparty jest na zmianach niespodziewanie znajdujących przy sekcjach dzieci, umarłych na inne ostre choroby. Pokazuje się więc, że dziecko może zupełnie z tego wyzdrowieć, niezmierniej jednak nabiera skłonności do powrotów.

Po rozpatrzeniu tych wszystkich zmian patologo-anatomicznych łatwo nam będzie oryentować się w przebiegu dość powikłanym i nie-trzymającym się żadnego stałego typu. Jakiśmy już wspomnieli, nieżyłowe zapalenie płuc rozwija się zawsze z zapalnego stanu błony śluzowej oskrzeli, czy to z *bronchitis simplex*, czy *capillaris*, czy też z *bronch. chronica*, połączonej z przerostem gruczołów oskrzelowych. Z tego już wypada, że nieżyłowe zapalenie ma przebieg daleko przewlekleszy niż krupowe, nie należy jednak sądzić, żeby przebieg ten był bezgorączkowym. Przeciwnie, gorączka zawsze bywa wysoka, ciągła i nieraz jedynie z podwyższenia się tej gorączki, sądzić możemy o przejściu zapalenia oskrzeli włosowatych w nieżyłowe zapalenie płuc. Podostry przebieg nie jest z początku tak wyraźny jak

przy dalszem trwaniu choroby, jak równie i w cierpieniach następnych. Nieżytowe zapalenie płuc powstaje w bardzo rozmaity sposób tak, że możnaby powiedzieć, że każdy wypadek przebiega inaczej, tak pod względem powstawania, jak i pod względem prognozy. Niepodobna więc podać opisu, któryby się stosował do wszystkich wypadków, musimy się tylko ograniczyć podaniem najważniejszych w tym względzie wskazówek.

**Objawy.** W każdym wypadku spotkamy objawy nieżytu oskrzeli większych, włosowatych i przewlekłego zapalenia przewodów powietrznych z zaciśnięciem tychże przewodów przez powiększone gruczoły oskrzelowe.

Blizsze opisanie objawów tych cierpień znaleźć można w stosownych rozdziałach. Tu o tem tylko wspominamy, że w oskrzelach słychać rżenia i że mamy do czynienia z gorączką i przyspieszeniem oraz utrudnieniem oddechu, właściwemi ostremu cierpieniu. Objawy te odpowiadają istniejącemu zajęciu oskrzeli i mogą trwać przez rozmaity przeciąg czasu, stosownie do cierpieniu leżącego w podstawie danego wypadku. Raz wcześniej, drugi raz później, objawy te wzmagają się wówczas, gdy nastąpiło zrazikowate nacieczenie płuc. Rżenia, które dotąd były prostemi mało lub wielko-pęcherzowemi, stają się teraz dźwięczące, współdźwięczne (*consonantes*) i trzeszczące. Naturalnie tam najlepiej słyszeć się dają, gdzie się nacieczenia znajdują. Jeżeli nacieczenia leżą centralnie, to objawy te nie będą zbyt wyraźne. Tylko wówczas posłyszemy oddech oskrzelowy, gdy nacieczenia bardzo blisko jedno drugiego leżą. Zdarza się to wcale nie tak rzadko, szczególnie po krztuścu, odrze, tyfusie i t. d. gdy tymczasem zrazikowe nacieczenia przy krzywicy zwykle nie bywają tak rozprzestrzenione.

To samo da się powiedzieć o powstawaniu stłumienia opukowego. Nawet bardzo liczne nacieczenia zrazikowate nie wywołają zmiany w odgłosie opukowym, jeżeli tylko pomiędzy nimi pozostaną przestrzenie, wypełnione powietrzem. Stłumienie odgłosu występuje prawie jednocześnie z oddechem oskrzelowym. W takim wypadku możemy słyszeć w jednym płucu oskrzelowe wdechy i wydechy, gdy tymczasem w drugim usłyszemy najrozmaitsze rżenia, tak współdźwięczne jak i niekonsonujące.

Najtrudniej jest wynaleźć różnicę pomiędzy rozlanem zapaleniem włosowatych oskrzeli a powstającym zapaleniem zrazikowatym płuc, opierając się wyłącznie na wynikach osłuchiwania. Już wspomni-

naliliśmy w stosownem miejscu, że przy zapaleniu włosowatych oskrzeli także spotkać się można z rzęzeniami współdzwicznymi wówczas, gdy najdrobniejsze rozgałęzienia dróg powietrznych zostają cierpieniem zajęte. Jeżeli w takim wypadku rozwinię się następczo nacieczenie zrazikowate, to możemy wprawdzie w niektórych miejscach posłyszeć drobnopęcherzykowe trzeszczenia, często jednak i te zjawiska znikają z powodu zatkania oskrzeli, i w takim razie tylko od czasu do czasu znówu się pojawiają.

W takich wypadkach zaledwie inne objawy będą w stanie rozpoznanie uczynić możliwem. Gorączka dotąd niezbyt wysoka gwałtownie się podnosi, przy jednoczesnem wzmożeniu częstości oddechu. Ilość oddechów gwałtownie lub stopniowo wzrasta do 60 lub 70 razy na minutę. Oddychanie staje się przytem bolesne a dolny obwód klatki piersiowej wyraźnym wciągnięciem podlega. Gorączka, jak przy każdym zapalnym zajęciu błony śluzowej oskrzeli, jest ciągłą, 39,0° do 40° C. bez wyraźnych pogorszeń wieczornych, pomimo, że pod tę porę inne objawy wzmagają się, szczególnie niespokojność dziecka, spowodowana bolesnością oddechania. Gorączka ma jeszcze jedną cechę właściwą, że znika na kilka dni (w dłużej trwających wypadkach) pomimo, że wysięk żadnej przemianie nie podległ, a wyniki osłuchiwania niezmiennymi zostały. Ponieważ wypadki te jednak z ową niezwykłą remissją połączone, są tylko wyjątkiem od ogólnego prawidła, przeto przyjąć należy, że gorączka trwa ciągle dopóki istnieje nacieczenie a znika wówczas, gdy istniejące wysięki wessaniu zaczynają ulegać a nowe nacieki nie następują; jeżeli jednak wysięk podlega przemianie wstecznej, która wessanie jego utrudnia, lub czyni niemożliwem, to gorączka inny przyjmuje charakter. Nie tylko się wznosi ona ale traci nawet owe, wprawdzie niewyraźne, pogorszenia wieczorne, staje się stałą (*febris continua*) albo też niestałe przedstawia zmiany, przyjmując charakter, tak zwanęj, trwającęj, hektycznej gorączki. Utrata sił i chudnienie takich dzieci staje się bardzo znacznem i natężeniem swoim nie odpowiada zupełnie rozprzestrzenieniu się zmian miejscowych. Pomimo to, nawet przy bardzo posuniętem chudnieniu i nader długiem trwaniu cierpienia zupełna *restitutio ad integrum*, staje się możliwą, bo zserowaciały wysięk może się przecie jeszcze wessać, naturalnie wówczas, gdy nacieczenia niezbyt były liczne a dzieci cierpiące znajdowały się w przyjaznych warunkach życia. Dotyczy to głównie dzieci krzywicowatych, u których nieraz bardzo rozprzestrzenione i długo trwające na-

cieczenia nieżytowe, w zadziwiająco krótkim czasie ulegają wessaniu, pomimo najnieprzyjaźniejszych okoliczności

Sinica stanowi drugi objaw bardzo ważny dla rozróżnienia zapalenia włosowatych oskrzeli od zrazikowego nacieczenia płuc, ale i tu ocenienie stopnia sinicy jest bardzo względném, bo przy silnej bronchitis simplex albo capillaris zjawisko to tak samo spostrzegane bywa i to nieraz w bardzo wysokim stopniu. Dla rozpoznania więc ważném może być nasilenie sinicy, trwanie takowej przy jednoczesném odpowiedniém zachowaniu się gorączki, oraz innych mianowicie fizykalnych zjawisk. Długie trwanie sinicy zawsze przemawia za istnieniem nieżytowych nacieków w płucach.

Przy dłuższém trwaniu cierpienia sinica staje się jeszcze wyraźniejszą, gdyż dzieci, stając się małokrwistemi, bledną, a krwią wypełnione siatki żył tém łatwiej przeświecać zaczynają przez delikatną i ścieńczałą skórę. Przy długo trwającej sinicy członki paznogiowe palców u rąk i u nóg nabrzmiewają nieco, przez co ręce przyjmują pewien właściwy wygląd.

Sinica dosięga niezwykle wysokiego stopnia u dzieci krzywicą dotkniętych, gdyż u nich krążenie już przedtém zakłócone zostało z powodu bezkształtności klatki piersiowej. W takich wypadkach sinica dosięga nieraz tak wysokiego stopnia, że na karb cierpienia miejscowego złożoną być nie może i daje się objaśnić zaledwie pobocznemi warunkami. Ponieważ długie trwanie sinicy musi niekorzystnie wpłynąć na ogólny stan ustroju, to ta właśnie okoliczność warunkuje wielkie niebezpieczeństwo cierpien oskrzelowych u dzieci krzywicowatych; rozumie się że sinica w ten sam sposób znikać zaczyna, skoro cierpienie miejscowe rozchodzić się pocznie. W zrazikowém zapaleniu płuc stopień sinicy wiele bardzo zależy od zachowania się oskrzeli. Jeżeli tylko w tych ostatekch nagromadzi się dużo wydzieliny, to pomimo nieliczności nacieczeń sinica dosięgnąć może wysokiego stopnia. Im więcej dzieci kaszlą, im ten kaszel będzie wilgotniejszy, t. j. im więcej wydzieliny dróg oddechowych wyrzucać się będzie na zewnątrz, tém mniejszą będzie sinica, a przeciwnie zwiększać się będzie, skoro tylko kaszel stanie się duszącym a ekspektoracya wstrzymana. Zmiany te najlepiej zauważyć się dadzą u dzieci chorych *in ultimis*.

Im większą jest sinica, tém więcej kwasu węglanego w krwi się nagromadza i tém trudniej znosi się podrażnienie do kaszlu i t. d.

Oddechanie daje wiele wskazówek niezbyt dokładnie jednak zwykle ocenianych. Tylko jednak wzmaganie się objawów jest oko-

licznością bardzo ważną, bo zresztą akt oddechania zupełnie w ten sam sposób zachowuje się przy nieco silniejszym zapaleniu oskrzeli; zachodzi więc tylko stopniowa niejako różnica. Ważną daną do rozpoznania stanowi także czas trwania zmienionego oddechu. W zapaleniu oskrzeli bolesne oddechanie trwa trzy lub cztery dni, tu trwanie tego objawu dłużej się przeciąga i wiele zależy od rozprzestrzenienia się sprawy miejscowej. Oddechanie jest przyspieszonym, przerywanym i bolesnym, cały nacisk pada na wydechanie a bródza pneumoniczna istnieje przez cały prawie czas istnienia choroby.

Kaszel bywa urywany, w przestankach, twardy, suchy, w dalszym przebiegu staje się wilgotniejszym, śluzowym i stosownie do swojej siły, mniej lub więcej plwociny wyrzuca. Jednakże dzieci najczęściej plwocinę tę połykają, nie może więc ona dać nam tu tych wskazówek, których dostarcza u dorosłych. O nastąpieniu więc ekspektoracyi możemy się przekonać tylko za pomocą często powtarzanego osłuchiwania i w wzmaganie się lub opadania sinicy.

Zrazikowe zapalenia płuc zwykły przyjmować bardzo rozmaity przebieg; rozumie się, że pierwotne zapalenia przebiegają zupełnie inaczej, niż te, które się następnie do innych chorób przyłączyły. Zrazikowe nacieczenia, przyłączające się do przewlekłych cierpień błony śluzowej oskrzeli, mają znowu inny przebieg niż te, które wikkłają ostro występujące zapalenie bronchów. Często bardzo, porównywając wszystkie te nieżytowe sprawy, możemy z samego przebiegu odgadnąć, że mamy do czynienia ze zrazikowym nacieczeniem na dosyć znacznej przestrzeni. Przebieg tego cierpienia zależy dalej i od tego, czy wysięk nie uległ jakiej wstecznej przemianie, od tego bowiem zależy naturalnie tak trwanie, jak i zejście cierpienia. Łatwo się domyśleć, że ważny wpływ na przebieg choroby ma i ta okoliczność, czy zrazikowe zapalenie płuc wydarzy się u dziecka zresztą zdrowego, czy też u osobnika żołzami lub krzywicą dotkniętego.

Jeżeli wysięki rozchodzić się zaczynają t. j. jeżeli się rozplývają a przez to łatwiej wessaniu uledez mogą, to czas trwania choroby znacznie się skraca. Nie jesteśmy jednak w stanie czas ten oznaczyć, chociażby w przybliżeniu, jak np. przy krupowym zapaleniu płuc, a okoliczność ta wyda nam się bardzo jasną wówczas, gdy sobie przypomnimy, że nacieczenia występują nie jednocześnie, lecz w pewnych odstępach czasu. Nieraz stary naciek już uległ wessaniu, gdy nowy pojawiać się dopiero zaczyna. Tego rodzaju cierpienie płuc u dzieci chorych na krzywicę trwa nieraz niezmiernie długo.

Nacieczenia trwają często przez czas bardzo długi, nie ulegając żadnym zmianom i nie okazując żadnej skłonności do rozejścia się. Jeżeli przypadkiem zdarzy się nam robić sekcję takiego dziecka, to możemy się przekonać, że wspomniane nacieczenia, nieraz po kilkotygodniowym trwaniu przedstawiają nieznaczne szarawe zabarwienia.

W innych jednak wypadkach rozpad lub serowate przerodzenie daleko szybciej nastąpić mogą: zdarza się to głównie u zdrowych a szczególnie u żółwatych dzieci. Rozpad poczyna się zmętnieniem komórkowatych składników, skruszeniem wysięku i zmienioną barwą jego na żółtawo-szara, lub serowato-żółta. Jeżeli nacieczenia są małe, wielkości łepka od szpilki, to często może się na pozór wydać jak gdybyśmy mieli do czynienia z żółtymi lub pożółkłymi gruzełkami.

Jużeśmy wyżej wspomnieli że przemiana wsteczna mass wysiękowych uzewnętrznia się dość wyraźnymi objawami klinicznymi. Przemiana serowata utrudnia wessanie wysiąkniętego nacieku, a towarzysząca téj sprawie trawiąca gorączka, stanowi wielkie dla ustroju niebezpieczeństwo. Przemiana serowata jednakże nie czyni wessania niemożliwem, może ono bowiem nawet po długiém trwaniu choroby nastąpić, co już nieraz zauważono, nawet wśród bardzo nieprzyjaznych okoliczności.

Przy długiém trwaniu zrazikowych nacieków, uległych serowatemu przerodzeniu, spotykamy w nich dalsze przemiany, w których oskrzela wyraźny przyjmują udział. Zmiany te warunkują się się długo trwającemi nieżyłtami oskrzeli, przy których ściany przewodów powietrznych ulegają zwątleniu.

Ponieważ te zajścia wiele przedstawiają podobieństwa do zmian, wydarzających się przy gruźlicy prosowatej, odsyłamy więc czytelnika do stosownego rozdziału. Wspomnimy tutaj tylko, że dosyć częstém jest stosunkowo zejście zrazikowatego zapalenia płuc w rozpad z utworzeniem jam i z jednoczesném rozszerzeniem oskrzeli. Jednakże jamy takie mogą zupełnie się zablźnić z pozostawieniem łącznotkankowój blizny, zawierającej zwykle zlogi barwnika, wapna lub krędy. Takie że ujście naturalnie dłuższego wymaga czasu.

Zasady leczenia zrazikowatych zapaleń płuc tych samych trzymają się wskazówek, które kierowały leczeniem innych cierpień dróg powietrznych i miazgi płuc. W każdym razie stosuje się ono zawsze do wyników fizykalnego badania. Przetwory makowca bezwarunkowo zastosowywane być nie powinny, inne zaś środki odurzające, jak to *Extractum cannabis indicae*, *Extr. Hyoscyami*, *Pulvis* i *Extr.*

*Belladonnae* mogą być użyte, jednakże w bardzo ograniczonych ilościach.

Jakśmy już wyżej powiedzieli, ciągłość podrażnienia kaszlowego staje się złowróbnym zjawiskiem, gdyż pociąga za sobą wzmoczenie się sinicy. Jeżeli więc zastosujemy morfinę lub opium, czy to w małych czy w średnich dawkach, to kaszel wprawdzie zniknie ale ale wraz z nim przerwie się i wykrztuszanie produktów, a sinica koniec końcem jeszcze wyższego dosięgnie stopnia. Wówczas pojawia się wkrótce niezmierna słabość mięśniowa, powierzchowne oddechanie i ogłuszenie, z którego dziecko obudzić się daje zaledwo przy użyciu bardzo silnych pobudzających środków. Trzeba się więc strzedz podawania przetworów makowca, chociaż często do użycia ich upoważnia nas pozornie powikłanie cierpienia nieżytem kiszkiowym lub zapaleniem jelit.

Głównym zadaniem leczenia jest ułatwienie wyksztuszania, przy jednoczesnym utrzymywaniu i wzmaganiu siły mięśniowej. Wywołanie i ułatwienie wyksztuszania osiągamy za pomocą środków podanych przy opisie zapalenia włosowatych oskrzeli i innych cierpień oskrzelowych. Podawać przytém należy dzieciom łatwo strawne pokarmy, najlepiej w płynnej postaci, a skoro tylko nastąpią pierwsze objawy zapaści, nie zwłóczyć z zadaniem środków pobudzających, o czém już tyle razy przestrzegaliśmy. Przeciw towarzyszącej cierpieniu gorączce podajemy, jak zwykle, chininę w średnich dawkach a w daném cierpieniu jest nawet wskazanie do dłuższego używania tego środka w mniejszych jednak ilościach, gdyż w zastarzałych wypadkach niezaprzeczony wpływ wywiera na pobudzenie apetytu i na całą sprawę odżywiania. Jeżeli gorączka niezbyt jest wysoka albo téż znikła już zupełnie, to z dobrym skutkiem uciec się możemy do małych dawek żelaza, najlepiej, łącząc go z chininą. Przy wysokiej gorączce żelazo wcale wessaniem nie będzie, gdyż wessaniu ulega tylko w kształcie białkanu.

Wdechanie (*inhalatio*) rozmaitych środków pożytecznym będzie w wypadkach o przewlekłym przebiegu, lub w takich w których przyjmujemy istnienie długo trwającej bronchitis, lub bronchoblenorrhoea. Wskazaniem jest i wówczas, gdy sprawa doszła do rozszerzeń w oskrzelach i utworzenia się jam w płucach. Pożyteczność jego w takich wypadkach zasadza się na tém, że przeszkadza ono rozkładowi wydzieliny oskrzelowej, która, pozostając przez dłuższy czas w jamach, nabiera bardzo nieprzyjemnej woni.

Stosujemy więc inhalacje z ciepłej pary wodnej, lub aromatycznych naparów, terpentynę i benzynę. Również pożytecznym będzie wdychanie roztworu soli kuchennej. Środki te najlepiej zastosowywać się dają za pomocą rozmaitych przyrządów inhalacyjnych. U małych dzieci, ssawców, często wystarcza następujące postępowanie: bierze się garczek z ciepłą wodą, do niego dolewa się kilka kropel (3—8) *ol. terebinthinae* i parę tej wody pozwala się dziecku nosem wdychać.

Tak młodsze, jak i starsze dzieci powinny przebywać w pokojach niezbyt gorących (16° R.), dobrze przewietrzanych. Na większe dzieci zważać potrzeba, żeby podczas snu jak najczęściej zmieniały położenie, mniejsze dzieci trzeba ciągle na rękę nosić i zważać, żeby niedługo spały. Jeżeli nie zwrócimy uwagi na te na pozór małoważne okoliczności, to wskutek powierzchownego oddechania wydzielina się nagromadza, sinica wzmagą i bardzo szybko wystąpić mogą objawy zapaści. Osoby otaczające często uważają zjawiska tego rodzaju za dowód znacznego polepszenia.

Zmiana powietrza bardzo jest ważną w przewlekłych wypadkach, przy serowatém przerodzeniu wysięku, przy tworzeniu się jam i oskrzelowych rozszerzeń, naturalnie, jeżeli przeniesienie dziecka jest jeszcze możliwém. Dzieci takie powinny całą zimę przebywać w południowym klimacie: Meran, Nicea, Riva i Mentona; w lecie najlepiej trzymać je w nieco zimniejszym, lecz stałym powietrzu. Do tego najlepiej posłużą niektóre wyżyny alpejskie w Szwajcaryi i górnej Austrii. Podczas tego pobytu należy mlecznej używać kuracyi, dającej niezaprzeczenie bardzo korzystne wyniki. W nowszych czasach zaczęto dzieciom takim dawać kumys w nadziei otrzymania świetnych skutków. Środek ten jednakże w niczem nie jest lepszy od dobrego mleczywa. Jeżeli dziecko leczy się w zamkniętej przestrzeni w szpitalach i t. p., to ani kumys, ani mleko na wiele się nie przyda.

Jeżeli rodzice nie są w stanie wysłać dzieci do wspomnianych miejscowości, to powinni przynajmniej zwrócić baczną uwagę na stosowne ich karmienie, przeważnie za pomocą pieczonego mięsa. W wielkich miastach wcale nie będzie właściwém żywienie takich dzieci wyłącznie mlekiem, gdyż może pociągnąć za sobą zaburzenia w trawieniu, które przy zrazikowatém zapaleniu płuc bardzo niebezpieczne stanowią powikłania.

Z ważniejszych powikłań, przyłączających się do zrazikowego zapalenia płuc, najwięcej na uwagę zasługują: zapalenie opłucnej



i cierpienia kiszek. Wobec takich okoliczności rokowanie staje się bardzo niedobrem, gdyż dzieci zwykle na cierpienie kiszek umierają.

Niezmiernie trudno ściśle postawić rokowanie przy *pneumonia lobularis*, a to z powodu wielostronności téj sprawy. Okoliczność ta łatwą jest do zrozumienia po przejrzeniu wyżej podanego opisu; wspomnimy tutaj tylko o tém, że rokowanie w zrazikowym zapaleniu daleko jest gorsze, niżeli w krupowym, nie jest jednakże tak bezwarunkowo złe, nawet w owych ciężkich wypadkach, w których wyśięk ulega wspomnianym przemianom.

Większa liczba dzieci, czyto krzywicowatych, czy zdrowych, ginie wskutek zmian chorobnych w mowie będących w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu. Wiele z nich jednakże bez różnicy wieku przychodzi do siebie, pomimo najnieprzyjajniejszych warunków. Przekonywają nas o tém nie tylko spostrzeżenia kliniczne ale i owe wspomniane już zmiany, wypadkowo przy sekcjach znajdowane. Nie tylko w górnym, ale i w innych płatach, zazwyczaj w pośrodku takowych spotykamy takie zarośnięte ogniska, których pochodzenie należy objaśnić dawno już minioném nieżyrtowem zapaleniem płuc, gdy tymczasem właściwą przyczynę śmierci stanowiła zupełnie inna choroba, jako to ostra jakaś wysypka, tyfus etc.

Tym to stosunkowo łagodniejszym przebiegiem różni się zrazikowe zapalenie płuc u dzieci, od tegoż cierpienia u dorosłych. Jasną jest ta różnica wówczas szczególniej, gdy wyśięk uległ nawet przemianom wstecznym. Wypadki takie bezwarunkowo szczęśliwiej przebiegają u dzieci niż u dorosłych. Zależy to prawdopodobnie od téj okoliczności, że dorosłe osobniki wystawione są na znacznie większą liczbę szkodliwości, niż dzieci.

#### d) O s t r a g r u ż l i c a p ł u c

(*Tuberculosis pulmonum acuta*).

Ostra gruźlica płuc rzadziej bywa spostrzegana u dzieci, niż u osób dorosłych.

Raz ogranicza się samém tylko płucem wyłącznie, drugi zaś występuje jako częściowy objaw ogólnej gruźlicy prosowatěj. W ostatnim razie nie zawsze do pierwotnych objawów policzoną być może, gdyż nieraz na drugim pozostaje planie, w takich mianowicie wypadkach, o jakich wspominaliśmy już przy opisie gruźliczego zapalenia

opon. Tam *meningitis tuberculosa* jest pierwotną a inne złogi wtórne.

Objawy prosowatej gruźlicy płuc w wypadkach takich do tego stopnia trzymają się na drugim planie, że w wielu razach ani się ich domyślamy. Jeżeli jednak płuca staną się, że tak powiem, główną kwaterą pierwotnych złogów przy ostrej prosowatej gruźlicy, wówczas kliniczne tego zajęcia objawy tworzą zupełnie wykończony obraz, podobny kompletnie do innej choroby, daleko częściej u dzieci obserwowanej, mianowicie do durzycy (*typhus*).

Płuco takie usiane bywa mniej lub więcej znaczną ilością szarych guziczków wielkości łepka od szpilki, po których jednakowym wyglądzie, jednakowej barwie i odporności sądziłoby należało, że wszystkie w jednym powstały czasie. Guziczki te w obu płucach znajdują się w jednakowej ilości.

Znaleźć można także, chociaż nie zawsze, starsze serowate produkty zapalne, lub stare gruźlicze ogniska. Tak samo spotykają się, chociaż nie zawsze, cierpienia gruczołów oskrzelowych (przemiana serowata).

Inne narządy raz bywają także siedliskiem gruzełków, drugi raz nie. Tylko w opłucnej prawie bez wyjątku zawsze spotkać można świeże gruzełki, potem w wątrobie, śledzionie, nerkach, otrzewnej i błonach rzekomych. Organy gruczołowe obrzękają nieco: wątroba bardzo mało—nerki i śledziona bardzo znacznie.

Choroba ta jest nader rzadką, najrzadszą u noworodków; jednak nie ulega wątpliwości, że bywała spostrzegana.

Objawy kliniczne, jakieśmy już wspomnieli, nie tylko zupełnie do tyfusowych są podobne, ale nawet pojedyncze zjawiska są z nimi identyczne, tak że w danym wypadku, różniczkowe rozpoznanie bywa niezmiernie trudne.

Zwiastuny, jak i przy tyfusie, są zupełnie niestałej natury. Dzieci gorączkują niezbyt silnie i gorączka ta do żadnego określonego typu podciągnąć się nie daje. Może się wydarzyć, że dziecko nie tylko godzinami, ale dzień cały lub dwa zupełnie gorączki nie ma. Charakterystycznym jednak przy tej gorączce zjawiskiem jest ta okoliczność, że jakiegokolwiek badanie, nawet fizykalne, nie jest w stanie nic nienormalnego wykazać. Co najwyżej przy dłuższym trwaniu zwiastunów dziecko silnie chudnąć zaczyna.

Stopniowo gorączka poczyna się wzmacniać i to do tak wysokiego stopnia, że w żaden sposób nie da się nawet późniejszymi objawami w tłómaczyć. Dochodzi ona zawsze 40 C. a często i wyżej, tak że

wcale nierzadko na ciepłomierzu dopatrzyć można czterdziestu dwóch lub 42,5 C. Jeżeli ciepłota trzyma się stale poniżej czterdziestu stopni lub na owych wyżynach pozostaje przez parę dni zaledwie, to okoliczność ta przemawia za cierpieniem durzycowém a nie za ostrą gruźlicą. Typ gorączki, jak i przy tyfusie, jest pogarszający (*exacerbirender*): wzmożenie ciepłoty zwykle zdarza się po południu, w godzinach wieczornych i najczęściej wzrasta aż do północy. Potem przez kilka godzin trzyma się na jednakowej wysokości, wreszcie znów opadać zaczyna ciągle, aż nad ranem znowu do minimum dojdzie (*remissio*). Przy ostrój gruźlicy prosowatej zwolnienia nigdy nie są tak wyraźne jak przy tyfusie, w którym ciepłota rano nieraz bywa zupełnie normalną, ale za to i nasilenia nie są tak wysokie, jak w durzycy, w której nieraz dwa stopnie Celsjusza różnicy stanowią. Objawy gorączkowe wrastają przy gruźlicy płuc ciągle w dalszym jej przebiegu, aż do śmierci, następującej zwykle w drugim tygodniu; tymczasem w największej liczbie przypadków durzycy można już w tym czasie zauważyć pewne zwolnienie niektórych objawów.

Ważnym dalej objawem jest ciągle istniejące zapalenie oskrzeli. Opukiwanie nic zgoła nieprawidłowego wykazać nie może, tymczasem ze strony błony śluzowej oskrzeli, już z samego początku zjawiają się objawy stanu zapalnego.

Początkowo objawy te dowodzą tylko przekrwienia i obrzmienia błony śluzowej i później zaledwie pojawia się delikatny i dość suchy wysięk. Usłyszymy więc w początkach bardzo ostry oddech w oskrzelach, a przy znaczniejszem obrzmieniu, miejscami nawet stłumienie oddechu, gdyż dostawanie się powietrza do pęcherzyków utrudnionem zostało. Jeżeli wspomniony wysięk wydzielać się zaczyna, to pojawiają się suche trzeszczące rżenia w mniejszych oskrzelach, nigdy jednak nie posłyszemy szmerów współdźwięcznych, chyba że istnieje jakieś powikłanie. Owe suche trzeszczące rżenia uważano kiedyś za cechę właściwą prosowatej gruźlicy; można je atoli słyszeć przy najzwyczajniejszych nieżytach oskrzeli.

Jeżeli na listkach opłucnej istnieją liczne guziczki gruźlicze, to okoliczność ta może wywołać powstanie szmeru tarcia.

Stosownie do zapalenia oskrzeli oddech przyśpiesza się i staje powierzchownym, nigdy jednak nie ma owęj urywczosci i bolesności oddechania.

Z powodu istniejącego zapalenia oskrzeli powstaje w każdym razie znaczna sinica, stosownie do stopnia obrzmienia błony śluzowej, oraz ilości i jakości wysięku. W miarę silniejszego lub słabszego

oddechania, sinica raz jest większą drugi raz mniejszą, a za zbliżeniem się śmiertelnego zejścia, znacznie się wzmagają.

Ma się rozumieć, że w każdym takim wypadku dobrze i często powinniśmy badać chorego, aby się dowiedzieć, czy sinica w skutek innych przyczyn nie powstała.

Rysy twarzy zmieniają się, stając się obojętnymi; oczy zapadłe, osłupiałe; skrzydła nosa poruszają się zlekka i są nieco wydęte, język i wargi suche, skorupami pokryte, albo w wielu miejscach popękane.

Z ust daje się czuć niezmiernie nieprzyjemna,ekliwa woń, tymczasem błona śluzowa nosa, migdałów i t. d. jest zupełnie swobodną. W gardle także nie ma nic nieprawidłowego. Brzuch rozmaicie się zachowuje, często nieraz od początku bywa nieco gazami wzdęty, w innych wypadkach zawartość jego żadnych zmian nie przedstawia. Stopień odgłosu, odpowiadające śledzienie, zazwyczaj daje się wykazać na przestrzeni większej, niż normalnie i nieraz nawet jesteśmy w stanie stwierdzić opukiwaniem ciągle powiększanie się tego organu. Nie we wszystkich jednak wypadkach śledziona obrzmiewa. Tętno małe, przyspieszone, nitkowate, nic szczególniejszego charakterystycznego nie przedstawia. Rozwolnień niema.

Wszystkie, wyżej wymienione objawy, dochodzą do właściwego sobie natężenia dosyć powoli; przytém musimy koniecznie każdą inną chorobę z zupełną wykluczyć pewnością. U dzieci jest to niezmiernie trudne zadanie, mając na uwadze durzycę, u tych bowiem brak nieraz rozwolnień i znanych durzycowych stoleców.

Żaden wypadek ogólnej, ostrzej gruźlicy prosowatej, nie kończy się nigdy wyzdrowieniem, i to jest może najpewniejsza różnica pomiędzy dwoma temi cierpieniami.

Smierć najożęściej następuje pod koniec drugiego tygodnia, i w wielu wypadkach objaśnienie jej możebnym będzie zaledwo na stole sekcyjnym.

Leczenie téj choroby jest takie same, jak przy wszystkich innych ostrzych gorączkowych cierpieniach i głównie kieruje się ku ułatwieniu wykrztuszenia i podtrzymywaniu sił chorego.

Ostra gruźlica płuc może też w innej wystąpić formie, nie przedstawia jednak wówczas tak jasnego obrazu, jak ten, któryśmy dopiero co skreślili. Przyłącza się ona mianowicie do dawno już istniejącej gruźlicy, lub serowatych zapaleń płuc w rozmaitym stopniu rozpadu będących i to w ostatnich życia tygodniach. Wystąpienie młodych małych, szarych gruzełków ma miejsce nie tylko w okolicy starych serowatych ognisk, ale i w zdrowych dotąd częściach miążgi

płucnej i tu nawet bywają one liczniejsze. Tak samo może dojść do złożeń gruźliczych w innych organach. Ponieważ w takich wypadkach na błonach surowicznych istnieją i stare gruźelki, więc na nich obok starych mnóstwo nowych guziczków znaleźć się daje.

Objawy występujące u takich dzieci za życia, nigdy nie są tak wyraźne, aby się napewno skonstatować dały. Zazwyczaj dziecko zaczyna tylko nieco silniej gorączkować, szybciej siły tracić i gwałtowniej chudnąć. Samo się przez się rozumie, że w wypadkach takich jesteśmy w stanie doskonale stwierdzić inne jednocześnie możliwe cierpienia płuca za pomocą fizykalnego badania. Wypadki w mowie będące zawsze kończą się śmiercią, szczególnie wówczas, gdy ostatnie pogorszenie gwałtownie wystąpi. Jeżeli jednak takie pogorszenia z mniejszym następują nateżeniem i więcej się już nie powtarzają, to takie szczęśliwe osobniki, znajdując się w przyjaznych zresztą warunkach, tak długo żyć jeszcze mogą, że się doczekają potworzenia zgrubień i blizn wcale nieszkodliwej natury.

e) Przewlekła prosowata gruźlica płuc.

(*Tuberculosis miliaria pulmonum chronica*).

Pojęcie przewlekłej gruźlicy płuc wyrobić sobie już można przez analogiją, przypomniawszy tak często w wieku dzieciennym zdarzającą się gruźlicę przewlekłą, którą spotykamy na błonach surowicznych i rozwijających się z tych ostatnich błonach rzekomych. Mamy tu głównie na myśli opłucną z jej zgrubieniami, oraz błonę otrzewną. Rozwijające się na nich gruźelki kształtem swym, barwą i wielkością zupełnie podobne są do tych, które w płucach znajdujemy. Te ostatnie doskonale odróżnić się dają od produktów serowatych zapaleń i od wszystkich oskrzelowych i okołoskrzelowych zapaleń.

Od spraw zapalnych już tém gruźelek się różni, że nigdy nie jest wysiękowej natury. Przy takich przewlekłe przebiegających gruźelkach, które u dzieci nie zawsze tylko w wierzchołkach płuc się mieszczą, znajdziemy wszystkie zmiany, jakoto: rozpad i zapalny stan sąsiednich części, charakterystyczne dla gruźelka. Często cały zbiór takich guziczków sadowi się wokoło oskrzela, tak że na przecięciu wyda nam się jak gdybyśmy mieli do czynienia z utworem powstałym w skutek rozmięczenia mass gruźliczych. Nie ulega żadnej wątpliwości, że guziczki te, w jakikolwiek sposób zabarwione, tak się mogą zlać z sobą, że całą, dość znaczną część miazgi płucnej, pozbawia

powietrza. Przy tój formie cierpienia płuc rozpad jest bardzo częstem zjawiskiem i zasada się na tych samych zmianach miazgi płucnej, które opisaliśmy przy *pneumonia caseosa*. Przewlekła gruźlica pojawia się także przy długotrwałych rozpadłych lub serowatych nacieczeniach płuc. Od czysto zapalnych zmian różni się ona kształtem guziczkowatym, tembardziej że zwykle i na opłucnej znajdujemy pojedyncze guziczki.

Do tych wszystkich form może się przyłączyć ostre nasilenie sprawy i bardzo przyspieszyć śmiertelne zejście cierpienia.

Zjawiska kliniczne, w takim wypadku są bardzo podobne, a raczej zupełnie identyczne z objawami, właściwemi serowatemu zapaleniu płuc. Wypadki jednak przewlekłej gruźlicy wikłają się z takimi cierpieniami, których zazwyczaj nie spotykamy przy serowatym zapaleniu płuc. Dotyczą one głównie przewodu pokarmowego. Przy dłużej trwającej gruźlicy płuc wydarza się, że na błonie śluzowej cienkich i grubych kiszek rozwina się gruźelki które ulegają rozpadowi i stają się przyczyną tak zwanych, pierwotnych i następczych owrzodzeń gruźliczych. W wypadkach takich poczynają się wycieńczające rozwolnienia, które chudnienie przyspieszają i noszą na sobie cechy nieżyty kiszek cienkich. Stolce są niezbyt obfite, zawierają bardzo dużo wody, są jednak silnie żółciowe, zwykle ciemnej brunatnej barwy i niezmiernie złowonne. U większych dzieci następują nieregularnie, a liczba ich zwykle bywa powiększoną — 2 lub 3 na dzień. Jeżeli takie wrzody siedzą w kiszce grubiej, to stolce przyjmują dyzenteryczny charakter.

W wypadkach takich otrzewna bywa także siedliskiem gruźelków tak rozsianych jak i skupionych. Gruzoły śródbrzusne są powiększone i serowato przerodzone. Tak samo na kiszce grubiej (prze-rośniętej) znajdujemy prawdziwe gruźelki.

#### f) Suchoty płucne—*Phtisis pulmonum*.

Na zniszczenie płuc składają się rozmaite sprawy, chociaż klinicyści zwykli nazwą „suchoty płucne“ obejmować pewien właściwy obraz chorobny. Rozmaite zejścia, leżące w gruncie suchot płucnych, są przyczyną koniecznego ztąd wniosku, że nie wszystkie wypadki tój choroby na jednakowe pozwalają rokowanie. Na żywym jednakże nie zawsze jesteśmy w stanie wypowiedzieć jakiej natury jest cierpienie zasadnicze w danym wypadku; jednakże należy rozdzielić skła-

dające się na tę chorobę cierpienia, aby o ile możliwości uniknąć błędów w rokowaniu. Należy wspomnieć o następujących cierpieniach mogących spowodować suchoty płucne:

1) Cylindryczne i workowate rozszerzenia oskrzeli, bez (serowatego lub gruźliczego) nacieczenia pewnych części miazgi płucnej. Przy obu formach, znaczenie sprawy polega na zniszczeniu sąsiednich części płuc. Cylindryczne rozszerzenia oskrzeli zdarzają się u dzieci rzadko bardzo, a u ssawców nigdy. Nieco częściej wydarza się rozszerzenie workowate, jednak jest niezmiernie rzadkiem w porównaniu z dorosłymi. U dzieci, w pierwszym roku życia, nigdy obserwowanym nie było. Obie więc te formy pomimo całej częstotliwości niezbytowych zaburzeń, są niezmiernie rzadkie. Można by to objaśnić większą wytrzymałością ścianek oskrzelowych u dzieci.

2) Cylindryczne i workowate rozszerzenia oskrzeli z serowatem lub gruźliczem nacieczeniem sąsiednich części płuc. Tworzenie jam następuje tu nie na drodze rozszerzenia oskrzeli wskutek zapalnych spraw w ich ściankach, ale na drodze rozpadu nasięku w ciecz ropiastą, wszystko jedno jakiejby on był natury. Jama w ten sposób utworzona, łączy się z oskrzelem, cylindrycznie, lub workowato rozszerzonem etc.

Jeżeli jamy takie pozostają przez czas dłuższy w istocie płuc, to może się wydarzyć, że w około nich powstanie bujanie elementów komórkowych (*Vomica*). W ten sposób, powstaje także rodzaj worka, który dopiero później łączy się z oskrzelem, zupełnie zreztą niezmiennem. Powstałe na takiej drodze, połączenie, może potem znowu zarosnąć, wskutek sprawy zapalnej. Tak samo może naturalnie powstać dużo takich jam, które znowu jedna z drugą kommunikują. Gdy powstanie cały układ kawern, połączonych między sobą, to część istoty płuc przepada, podczas gdy inne jej części zajęte są serowatem lub gruźliczem nacieczeniem. Opisany tu w krótki sposób, stan płuc oznaczonym bywa jako przewlekłe nacieczenie płuc z rozszerzeniem oskrzeli, lub bez takowego, stosownie do tego, czy to ostatnie istnieje, czy nie.

Suchoty płucne częściej daleko spotykane bywają w dolnych zrazach niż w wierzchołkach, nie tak jak u dorosłych. Gdy zajmują płat górny, to prędzej którą ze ścian (przednią) jego—niż sam wierzchołek.

Suchoty płucne rozwijają się w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu, stosownie do wieku i okoliczności, mają jednak zawsze prze-

bieg przewlekły. Zwykle używane wyrażenie „*phtisis acuta et subacuta*“ więcej dotyczy przebiegu klinicznego, z uwzględnieniem nasileń gorączkowych, odpowiadających zwykle nowym nasileniom cierpienia, gruźliczej, lub niezytowej natury.

3) Wskutek zgorzeli płuc lub przedostania się wysięku pleu-rytycznego do oskrzela z następczym utworzeniem ropnia. W płucach, może także utworzyć się kawerna. Obie jednak sprawy spotykamy u dzieci niezmiernie rzadko.

Co do zwiastunów, objawów cierpienia zasadniczego, i przebiegu jego odsyłamy czytelnika do poprzednich rozdziałów.

Musimy tylko wspomnieć, że mając przed sobą, po raz pierwszy, tego rodzaju wypadek suchot płucnych z tworzeniem się jam, nie jesteśmy w stanie odrazu osądzić, w jakim stanie przemiany znajduje się, istniejący w danym razie, wysięk. Zaledwie dalszy przebieg może tę kwestyę wyjaśnić.

Fizykalne badanie wykrywa takie same objawy, jakie widzimy przy badaniu jam u ludzi dorosłych. Ponieważ odgłos opukowy stosownie do okoliczności raz bywa stłumiony (bardzo odporny), drugi raz bębniasty, raz pełny i jasny—jamę więc rozpoznać można jedynie z osądzenia całego zbioru wyników tak opukiwania, jak i osłuchiwania. Głównymi objawami bywają: oskrzelowe wdechy i wydechy oraz wielko- i mało-pęcherzykowe współdźwięczne rżenia. Tak zwane oddechanie jamiste jest tylko głośnym, oskrzelowym oddechem. Przy istnieniu jam, połączonych między sobą i położonych w dolnym płacie, często dają się wykazać, tak zwane, szmery metaliczne. Można spostrzedz także *succusio pectoris* przy dużych jamach, zajmujących cały płat dolny. Jeżeli doprowadzające oskrzele nie jest zatkane, to zawsze słychać głos oskrzelowy (*bronchophonia*). Tymczasem drżenie klatki nie jest stałym i stosuje się do stanu opłucnej.

U większych dzieci, przy istnieniu jam, bardzo nieraz charakterystyczne cechy przyjmuje wykrztuszanie. Następuje ono od czasu do czasu i trwa dopóty, dopóki cała zawartość jamy nie zostanie wydalona, gdyż wówczas dopiero kaszel ustaje. Płwocina bywa zielonawo-żółta, zbita (*sputa cocta*). Nawet u ssawców zauważyć można nieraz, że zawartość jamy przy kaszlu, powodującym zwykle wymioty, zostaje wyrzuconą w wielkich massach przy pomocy tychże wymiotów.

Zachowanie się oddechu wcale nie jest charakterystyczne. Liczba oddechów bywa nieraz prawidłową, za zbliżeniem się jednak



śmiertelnego zejścia niezmiernie przyspieszoną zostaje. Oddechanie przerywane zauważyć się tylko daje przy nasileniach cierpienia, lub przy dołączeniu się zapalenia opłucnej.

Obejrzenie klatki piersiowej daje już bardzo ważne wskazówki. Jest ona wątlą, paralityczną, po stronie chorój zwykle więcej zapadła niż po zdrowej. Przez skórę klatki piersiowej przeświecają liczne sieci porozszerzanych żył, rozciągające się nieraz na ścianę brzuszną, szyję i skronie. Są one oznaką utrudnionego odpływu krwi do serca a z powodu bledości i zaniku wątlój skóry dziecka, łatwo na jaw występują. Schudnienie klatki piersiowej, na której doskonale widzieć można przerwy międzyżebrowe, stoi w ścisłym związku z chudnięciem całego ciała. Rosnące coraz więcej wycieńczenie, oraz znaczny zupełny brak apetytu stanowi pewną wskazówkę wysoko posuniętego rozpadu nacieczenia.

Gorączka, towarzysząca (przewlekłym nacieczeniom płuc) jest hektyczną czyli wycieńczającą. Jest ona nie stałą t. j., że przychodzą długotrwałe zwolnienia, podczas których dziecko nie podlega gorączkowym zmianom ciepłoty a wykazuje zaledwo zwykłe dzienne wahania. Powrót gorączki znowu dowodzi nasilenia lub powrotu silnego nieżyłowego zajęcia oskrzeli.

Jeżeli gorączka jest bardzo wysoką ( $40^{\circ}$ — $41^{\circ}$ C.) i trwa przez dłuższy czas z tem samym natężeniem a wraz z nią trwa też upadek i znikanie sił dziecka, to możemy przypuszczać wystąpienie ostrzej gruźlicy. Zwykle jednak gorączka nie osiąga tak wysokiego stopnia.

Biegunka raz istnieje drugi raz nie, stosownie do okoliczności. Biegunki wycieńczające ze stolcami, których opis podaliśmy wyżej, przyspieszają śmiertelne zejście. Zejście to przyspieszonym być może także przyłączającem się zapaleniem płuc z obfitym wysiękiem, lub gruźliczem zapaleniem otrzewnej.

Pomimo częstości tych wszystkich rozpadowych spraw u dzieci bardzo rzadko zdarza się widzieć u nich krwotoki płucne, gdy zaś się wydarzają, bywają wówczas niezmiernie obfite. Przebieg takich przewlekłych nacieczeń płuc nie jest wcale ani tak szybkim, ani tak bezwarunkowo śmiertelnym, jak u dorosłych. Mamy tu głównie na myśli nacieczenia u krzywicowatych dzieci, przedstawiających nieraz zadziwiającą odporność.

Co się tyczy zasad leczenia, to takowe znaleźć można przy opisie serowatego zapalenia płuc.

g) Z a p a d p ł u c — *Atelektasis pul.*

*Atelektasis—Collapsus*—płuc bywa albo wrodzonym, albo nabytym. Wrodzone bywa mniej, lub więcej rozległym, t. j. mniejsza lub większa przestrzeń płuca twardzieje wstanie zarodkowym i pozostaje bezpowietrzną. Gdy przekroimy takie płuco, to spotkamy jeden, lub więcej zrazików, pozostających niżej poziomu wydętego płuca. Nie zawierają one wcale powietrza, jednakowo, choć ciemniej, zabarwione i dają się jednak z łatwością wydać przez doprowadzające oskrzele. Oddzielone od części, zawierających powietrze i puszczone na wodę, toną. Jeżeli płuco długo leży, i rozwiną się w nim gazy, wskutek gnicia, to objawu tego możemy nie znaleźć. Jestto okoliczność ważna bardzo pod względem sądowo-lekarskim.

Kliniczne objawy wrodzonej atelektazy płuc zależą od objawów i skutków niedostatecznego oddecharia. Dzieci takie po największej części, podczas sprawy, duszą się (*asphyxia neonatorum*), bywają zwykle niedonoszone lub wątłe i niezupełnie rozwinięte. Oprócz cech właściwych, po których rozpoznać można dziecko niedonoszone, widzimy, że oddechanie bywa powierzchownem, przyspieszonym, istnieje śpiączka, dziecko głośno nie krzyczy, tylko jęczy z cicha i niedobrze ssie. Skóra na twarzy i kończynach niebieskawo czerwona — sinica; podobnież i błony śluzowe. Rysy twarzy zapadłe, wyłechane powietrze i kończyny—chłodne. Dziecko dużo sypia i przy objawach ogólnego porażenia, rzadziej przy wystąpieniu drgawek, umiera. Badanie fizykalne rzadko wykaże przytłumienie, gdyż miejsca spadnięte niedość rozległą przestrzeń przy powierzchni płuca zajmują. Szmer oddechowe są naturalnie osłabione i dają się nieraz słyszeć jedynie przy sztucznem głębszem oddecharniu. Określają to zupełnie niewłaściwą nazwą „oddechanie niepewne“ (*unbestimmtes Athmen*).

Nabyty zapad płuc — właściwy *collapsus pulmonum* — nie jest wcale rzadkiem zjawiskiem, boć cierpienia oskrzeli, będące powodem téj choroby, często się udzieci spotykają. W płucach takich, znajdujemy miejsca, odpowiadające zazwyczaj jednemu zrazikowi, leżące niżej powierzchni rozkroju, sino-czerwone, pozbawione powietrza, i wydzielające, przy zgniataniu w palcach, niezmiernie małe ilości soku, lub wcale go nie posiadające.

Powstają one skutkiem zatkania doprowadzającego oskrzela i zatrudnienia przez to dostępu powietrza do pęcherzyka.

Nabyty zapad płuc daje się widzieć przy rozmaitych cierpie-

niach oskrzeli, oraz istoty płucnej. Główny kontyngens dostarczają tu dzieci, krzywicą dotknięte, u których ucisk płuc pochodzi także od zmian kształtu klatki. Jeżeli zapad dochodzi do nieco obszerniejszych rozmiarów, to ujawni się powstawaniem sinicy. Można go nawet z prawdopodobieństwem rozpoznać, po nieproporcjonalności sinicy do zmian, fizykalnie wykryć się dających. Nigdy prawie zapad nie jest tak rozległym, żeby mógł spowodować stłumienie odgłosu opukowego. Bardzo wielkiej wagi jest zapad płuc przy durzycy. Zapalenie oskrzeli, towarzyszące tyfusowi, prowadzi w drugim, lub w początkach trzeciego tygodnia do dosyć licznych zapadów w płucach. Objawia się to wzmożeniem się sinicy i objawów ogólnej zapaści, które wówczas nieraz groźnego mogą nabyć natężenia. Ponieważ dzieje się to zwykle u dzieci nieco starszych, to łatwo można stwierdzić niedostateczne dostawanie się powietrza do pęcherzyków. Jeżeli nie uda się zmusić dziecko do głębszych wdechań, za pomocą środków pobudzających, to rokowanie staje się bardzo wątpliwym.

Zejsście wrodzonego zapadu płuc, nie mówiąc już o ciężarze i wielkości płodu, zależy od pieczołowitości, którą takie dziecko otaczamy. W wypadkach takich trzeba przygotować cały zapas środków pobudzających. Każdemu praktycznemu lekarzowi radzimy w takich wypadkach, chociażby miał do czynienia z noworodkiem, nigdy rąk nie opuszczać i nie ograniczać się metodą wyczekującą. Dzieci takie zwykle przy życiu nie pozostają, jeżelibyśmy chcieli je sztucznie karmić. Piers matczyzna lub zdrowej mamki jest warunkiem niezbędnym. Jeżeli dziecko ssać nie może, to mleko wydoić należy i dziecku łyżeczką nalewać do ust. Odstępy czasu powinny być krótkie, podawajmy pokarm co pół godziny, lub co godzinę. Wdmuchiwanie powietrza przez usta koniecznym jest bezpośrednio po urodzeniu. Przy takim powierzchownym oddechaniu można to i później powtórzyć. Należy zachować pewną ostrożność, bo z łatwością można zbyt silnie i wiele wdmuchnąć powietrza, przez co nietrudno wywołać rozedmę podopłucną. Nie radzimy wdmuchiwać powietrze przez rurę lub cewnik elastyczny, wprowadzony do krtani, bo przezeń zbyt silnie się dmucha, a wypełniającą oskrzela ciecz wpychamy w najdrobniejsze rozgałęzienia. Pożytecznym jest wywoływanie silnych podrażnień skóry, a najlepsze w tym celu usługi oddają kąpiele z gorczycą (zob. *bronchitis suffocativa*). Trzymamy dziecko w kąpieli tak długo, aż skóra nie poczerwienieje, a dziecko silnie krzyczeć pocznie. Zmusi je to do silniejszego wdechania powietrza.

Z lekarstw, używamy środków pobudzających, któremi jednocześnie staramy się wywołać wykrztuszanie, jeżeli takowe byłoby pożądanem (patrz *bronchitis*). Można także przytém dawać małe ilości silnego naparu ruskiej herbaty z kroplą rumu. Mniej dobrze działa czarna kawa u noworodków, bo ją zwykle zrzucają. Za to przy zapadzie płuc u tyfusowych należy podawać mocną czarną kawę w połączeniu z chininą.

### 1. Zgorzel płuc.—*Gangraena pulm.* (*Lungenbrand*).

Zgorzel płuc, jako pierwotne cierpienie nie wydarza się nigdy u dzieci. Często zato pojawia się w następstwie innych cierpień ogólnych lub płucnych. Widzimy ją po krupowym zapaleniu płuc, rzadziej po nieżytywych nacieczeniach istoty płucnej. Nierzadko serowate ogniska, jamy, rozszerzenia oskrzeli, ulegają zgorzeli. Przy durzycy gangrena wydarza się w zupełnie zresztą zdrowych płucach. Przez pojawienie się zgorzeli w płucach, niczem nie różnej od takiejże zgorzeli u dorosłych, rokowanie naturalnie bardzo się pogarsza. Objawia się ona ekliwą, przejmującą wonią, która szczególnie wydechane powietrze zaraża i tem właśnie różni się od woni, istniejącej przy niektórych cierpieniach żołądka. Błony śluzowe paszczy i nosa są blade. Tymczasem przy krupowym np. zapaleniu płuc, zamiast spodziewanego rozejścia następują objawy zapaści, zwykle bardzo znacznej. Zgangrenowane części płuc u dzieci nie wydzielają się za pomocą wykrztuszania. Jeżeli rozpad zgorzelinowy zajmie i trzewiowy listek opłucnej, to powstaje *pneumothorax*, stosownie do okoliczności, otorbiony lub rozlany. W największej liczbie wypadków, wszystkie takie choroby kończą się śmiercią. Przeciw nieprzyjemnej woni zalecamy zazwyczaj wdychania oleju terpentynowego. Żeby takie inhalacje przyniosły oczekiwany skutek, należy je kilka razy dziennie powtarzać.

Krwotoki płucne zdarzają się niezmiernie rzadko u dzieci. Wydarzają się zwykle pod koniec suchot płucnych lub krztuśca. W pierwszym razie mamy do czynienia z prawdziwym krwotokiem płucnym, w ostatnim zaś krew pochodzi z zapaleniu uległych błon śluzowych oskrzeli, często ze śluzówki nosa i paszczy. Ponieważ krwotok nigdy samoistnie nie powstaje, nigdy więc nie zaczyna, tylko zawsze kończy jakieś samoistne cierpienie; nie ma więc w leczeniu jego wskazania chorobnego. *Infarctus haemoptoicus* wydarza się przy wadach zastawkowych serca; rozpoznanie jego jednak jest nie-

zmiernie trudnym tak, jak i u dorosłych, u których jedynie przez *hae moptoe* wykazać się daje.

## DODATEK.

### Główne zniepodobnienia klatki piersiowej.

Klatka piersiwa ssawca ma pewne właściwości, na które zwróciliśmy uwagę przy początku tego oddziału (opukiwanie i osłuchiwanie). Kształt jej nieco przypomina ucięty ostrokrag, z podstawą odpowiadającą dolnemu jej obwodowi. U dorosłego ma ona kształt więcej nieco beczkowaty. Średnia więc część klatki jest u nich więcej rozwiniętą i najobszerniejszą. Płuca zatem zajmują nie tylko tylną ale i przednią część klatki. U dzieci płuca leżą więcej w tylnej części i to tém bardziej im dziecko jest młodsze. Ten stosunek występuje na pierwszy plan przy wszystkich zmianach, jakim podlega klatka, w skutek cierpień swojego kośćca. Zmniejszenia objętości, dotyczące tylnej części klatki mają ważny wpływ na same płuca, resp. na całe krążenie. Klatka piersiowa ulega zbezkształceniu, głównie w skutek sprawy krzywicowej. Zmiany te są najznaczniejsze i dotyczą nie tylko żeber, ale i kręgosłupa z następczem zmieszczeniem pierwszych (zeber).

a) Przy krzywicy żeber, miejsce połączenia części kostnej z częścią chrzęstną ulega guzikowatemu zgrubieniu, przytém zebro z powodu swój podatności, zostaje w skutek działania mięśni coraz więcej wyprostowane tak, iż może się wydarzyć, że wypukłość łuku skierowaną będzie nie na zewnątrz, tylko na wewnątrz. Z powodu wyprostowania żebra, mostek coraz więcej oddala się od kręgosłupa, a tylne części żeber zbliżają się do niego. Wymiar klatki przednio-tylny powiększa się przeto, a poprzeczny zmniejsza. Przestrzeń zawarta pomiędzy przednimi końcami żeber, a mostkiem także się zmniejsza i zwęża. Płuco zatem zajmuje więcej środkową część klatki, ale i ta jest zwężoną. W silnie wyrażonych wypadkach, u trupa można znaleźć na płucach odgniecenia od owych guzikowato zgrubiałych żeber. Dopiero wówczas, gdy krzywica ustąpi, niestosunek ten wyrównywa się. Pozostaje zaledwie wydatność niezwykła mostka (*pectus carinatus*) na dość długi czas.

Rozcięcie klatki w najniższej jej części, także pochodzenia krzywicowego nie ma takiego znaczenia dla płuc, ważnym jest tylko dla

wątroby i śledziouy. Ponieważ objętość klatki piersiowój, w samym dolnym odcinku powiększyła się znacznie, to wątroba z łatwością wznosi się ku górze, tak że próżny odgłos poczyna się nie od łuku że browego, ale daleko wyżej. To samo dotyczy i śledziouy.

b) Przy skrzywieniu kręgosłupa, klatka piersiowa także zmianom ulega, ale te są zwykle jednostronne. Skrzywienia jednak kręgosłupa nie zawsze są rachitycznego pochodzenia, zdarzają się tu bowiem rozmaite cierpienia samoistne jego części składowych resp. trzonów kręgowych (próchnienia, zgorzel), jako też rozmaite wysięki w worku opłucnej, o których już wyżej była mowa. Czysta *kyphosis* i *lordosis* mniej mają wpływu na płuca niż *skoliosis*. Przy pierwszych dwóch wymiar przedniotylny bywa raz skrócony, drugi raz wydłużony; w ten sposób zachodzą takie same zmiany klatki, jak przy krzywicy, tylko nie w znacznym stopniu. *Skoliosis* za to powoduje znaczne zwięźenie téj części klatki, która jest zwrócona wypukłością ku kręgosłupowi. Przez to płuca, albo zupełnie zostają uciśnięte albo tylko zepchnięte. Jest to ważném pod względem fizykalnego badania, gdyż w tych miejscach spotykamy zazwyczaj stępienie odgłosu opukowego i ostry, szorstki oddech, pomimo, że nie ma żadnego nacieczenia w płucach. Druga połowa klatki jest zazwyczaj obszerną, lub rozszerzoną. Przeto wywiązuje się wynagradzające uzupełnienie (*compensatio*). Jedna połowa piersi bywa nietylko zwięzoną, ale i zmieszczoną względnie płaszczyzny środkowój tak, że mostek nie leży naprzeciw kręgosłupa. Zwykle odsunięty jest na przeciwną skrzywieniu stronę. Gdy skrzywienie kręgosłupa jest znaczne i trwa długi czas, to miazga płuc ulega zgęszczeniu (*hypertrophia*) i przedstawia wówczas właściwą sobie mięsistoczerwoną barwę. Takie kyfotyczne i skoliotyczne dzieci nadzwyczaj często chorują na cierpienia dróg oddechowych, przy których sinica niezwyklego dosięga natężenia. Mają one jednak niezwykłą odporność przeciw sprawie serowacenia nieżyłowych nacieków i przeciw gruźlicy prosowatěj.

c) Płaska, paralityczna klatka piersiowa, także zasługuje na uwagę. Oprócz spłaszczenia przedniej i bocznych wypukłości i silnego wychudnienia mięśni oddechowych, wydaje się, jak gdyby klatka bezprzestannie znajdowała się w stanie gwałtownego wdechania. Nie jest jednakże konieczném i nieuniknioném u takich dzieci wystąpienie suchot płucnych.

# Choroby organów brzusznych.

## I. Choroby otrzewnej.

### Zapalenie otrzewnej.

#### A. Zapalenie otrzewnej ropne (*Peritonitis purulenta*).

##### a) Zapalenie otrzewnej rozlane (*peritonitis diffusa*).

Zapalenie otrzewnej ropne bardzo rzadko zdarza się w wieku dzieciennym. Wyjątek stanowią tutaj tylko dzieci w pierwszych tygodniach życia, w których zapalenie to spotykamy już jako cierpienie pierwotne, jako objaw częściowy cierpienia ogólnego,—ropnicy, posocznicy,—już też jako cierpienie następcze, np. po chorobach pępka. W największej liczbie wypadków zapalenie otrzewnej, spostrzegane w tym wieku, jest ogólném. Wysiłek zwykle nie jest czysto ropny, lecz po największej części składa się z surowicy, do której przyłącza się szczupła ilość płatków włóknika. Sama zaś otrzewna jest spilśniona, zmetniała, nastrzyknięta. W innych wypadkach wysiłek składa się prawie tylko z surowicy, jest brudno-krwawo zabarwiony tak, iż musi być nazywany krwotocznym. Nie należy jednakże mieszać z tém pośmiertnego, brudno-czerwonego zabarwienia.

Te zapalenia otrzewnej są zwykle natury następczej. Zapalenia otrzewnej, występujące po cierpieniach pępka są zwykle w początku ograniczone i rozlanemi stają się najczęściej dopiero wówczas, gdy dzieci żyją przez czas dość długi.

Oprócz tego ostatniego wypadku, najczęściej objawy zapalenia otrzewnej u ssawca są mało wydatne tak, iż łatwo możemy nie spostrzedz jego początku.

Pomimo znacznego swego rozszerzania w porównaniu z zapaleniem otrzewnej u dorosłych, zapalenie otrzewnej u ssawców bywa mało bolesne. Niema tu więc objawu, łatwo dającego się spostrzedz i jakiego nigdy nie brakuje u dorosłych. Małą tę bolesność widzimy szczególnie przy macaniu. Podczas gdy u dorosłych obmacywanie sprowadza silny ból, natomiast u dzieci często znoszona bywa bez

wszelkich oznak niezadowolenia. Jednakże bóle mimowolne,—u do-  
rosłych palące i kłujące,—występują u dzieci, o czym przekonywamy  
się z faktu, iż unikają one wszelkiego ruchu.

Oddychanie bywa powierzchowne, przyspieszone;—dziecię uni-  
ka nawet krzyku, aby nie wywołać silniejszego kurczenia się prze-  
pony, które sprowadza mu ból. Takie dzieci skwierczą cicho, tylko  
jęczą lub stękają.

Ustają również ruchy w nogach. Dzieci leżą przez czas dłuż-  
szy z wyciągniętymi na poduszce kończynami, unikając wszelkiego  
poruszenia. Jeśli zbliżą do siebie kolana, to znowu pozostają w tem  
położeniu. Jestto ważnym znakiem, odróżniającym zapalenie otrzew-  
nej od kolki. W tej ostatniej dzieci ciągle zbliżają kolana do brzu-  
cha i mocno i głośno krzyczą. W zapaleniu otrzewnej dzieje się od-  
wrotnie. Silny napad kolki pozwala zawsze z wielką pewnością wy-  
łączyć zapalenie otrzewnej.

Kształt brzucha jest charakterystycznym. Brzuch jest wzdę-  
ty, szczególnie okolica około pępka stożkowato jest wyдутa, skóra  
w tej okolicy obrzmiewa, widać w niej rozszerzone żyły; nieraz oko-  
lica ta, szczególnie w początku, przedstawia zabarwienie różowo-czer-  
wone. Chełbotania zwykle nie można wyczuć, odgłos jednakże przy  
opukiwaniu bywa stępony w okolicach bocznych, jako też na około  
pępka. Ponieważ płyn wysiękowy jest swobodny i ruchomy, przeto  
i stępie odgłosu przy opukiwaniu zmienia się razem ze zmianą po-  
łożenia dziecka.

Jak już wspomnieliśmy, bolesność bywa mała; najbardziej czu-  
łą na dotknięcie bywa okolica pępka: objaw który napotykamy tak-  
że w niektórych wypadkach kolki.

Wymioty, będące u dorosłych objawem pełnym wartości, spo-  
tykają się w ogóle u dzieci bardzo często. Nie możemy przypisywać  
im żadnego szczególnego znaczenia semiotycznego, ponieważ ssaw-  
cy w ogóle wymiotują bardzo często bez żadnego szczególnego cier-  
pienia.

Wypróżnienia bywają albo płynne (nieżyt kiszek cienkich),—  
albo bywa uporczywe zaparcie, po którym następuje obfitsze wypróż-  
nienie.

Gorączka bywa umiarkowaną stosunkowo do bardzo wielkich  
zwykle rozmiarów cierpienia, dosięga jednakże często do znacznej  
wysokości do 39–40°C,—i bywa ciągłą ze zwykłymi wachaniami  
dziennymi. Zabarwienie skóry u takich dzieci bywa słabo lub bru-  
dno żółtaczkowe. Zabarwienie to występuje głównie wówczas, gdy



zapalenie otrzewnej rozwija się skutkiem processów zatorowych, jak przerzutów.

Dzieci są bardzo osłabione, z zapadniętymi rysami twarzy i z zapadniętą czaszką. Wklęsłość wielkich ciemion powiększa się przy obfitych wypróżnieniach płynnych. Źrenice są zwężone. język suchy, obłożony bladym nalotem, albo też jasno czerwony. Z powodu wielkiego zasychania dzieci wykonywają częste ruchy żucia; tętno, któremu nie możemy przypisywać wielkiego znaczenia, jest małe, uderzenia serca również słabe. Jeśli nie rozwijają się powikłania ze strony organów oddychania, wówczas znajdujemy często w dolnych częściach płuc zmniejszone oddychanie skutkiem wciągnięcia przepony.

Takie zapalenie otrzewnej widzimy najczęściej w pierwszych dniach życia, a nawet niekiedy dzieci przychodzą z niem na świat. Najczęściej dzieci takie pochodzą od matek, które chorują na ciężkie, epidemicznie występujące gorączki połogowe. Dalej podobne zapalenia otrzewnej spotykamy w przestrzeniach przeludnionych, źle przewietrzanych, np. w domach podrzutków. U rodzin zamożnych i u dzieci, pielęgowanych starannie, cierpienie to zdarza się bardzo rzadko.

Przebieg podobnych wypadków, które widocznie mogą występować w formie epidemicznej, jest ostry — i zejście w największej liczbie wypadków bywa śmiertelne. Wypadki niepowikłane przebiegają prawie równie niepomysłnie, co powikłane.

W ogóle przebieg bywa pomyślniejszym w zapaleniu otrzewnej, które powstaje *ex contiguo* z zapalenia pępka, ze zgorzeli pępka. W takich wypadkach zapalenie otrzewnej pozostaje najczęściej ograniczonem i dzieci nie umierają skutkiem cierpienia otrzewnej, lecz skutkiem upadku sił po zgorzeli i następczem ropieniu, ewentualnie długiem. W tych formach zapalenia otrzewnej, nie przychodzi do przepukliny przez obrączkę pępkową, głównie z tego powodu, iż dzieci zbyt prędko przytem umierają.

Ponieważ rokowanie jest zwykle niepomysłne co do życia, przeto leczenie w takich wypadkach jest bardzo mało skuteczne. Główną tu jest zasadą unikać wszystkiego, co jakkolwiek osłabiająco działa na stan sił dziecka. Jeśli dziecko takie niema dobrej mamki, lecz karmi się sztucznie, w takim razie zejście niewątpliwie jest śmiertelne. U ssawców unikamy pijawek i zawsze jeszcze używanych dawek kalomelu. Ten środek ma być dawany dopóty, dopóki nie wystąpią stolce zielone. Jeśli jednakże wspomniemy sobie, że przez powiększo-

ne wydzielanie błony śluzowej kiszek nie możemy wywrzeć żadnego wpływu na wysięk, leżący na otrzewnej—wówczas przekonamy się, iż użycie kalomelu jest co najmniej bezcelowe. Zalecamy najlepiej okłady wilgotno-ciepłe, nie zbyt grube, pokryte papierem gutaperkowym--i małe dawki chininy. Dalej

Rec. Mixt. gummos. 80.0 (3 iij)

Tinct. opii simpl. gttm. unam,

Syr. simp. 10.0 (3 iij)

D. S. Co 2 godziny łyżeczka od kawy.

naprzemian ze środkami pobudzającymi ((*Liqu. ammonii anis.*) albo moca wina, portwein, malaga, naturalnie kroplami. Za napój zaleca się najlepiej lekka herbataruska, z rumem lub bez niego.

b) Zapalenie otrzewnej ograniczone (*peritonitis circumscripta*).

Zapalenie otrzewnej ograniczone bywa bardzo rzadkiem w wieku ssawców, przeciwnie w późniejszym wieku dzieciennym zdarza się daleko częściej, aniżeli pierwotne i ogólne zapalenie otrzewnej ropnie. Przebieg podobnego zapalenia ograniczonego, oprócz wszystkich zapaleń otrzewnej, powstających na drodze traumatycznej albo *ex contiguo*, np. po przepuklinach uwieczonych, wsunięciach (*invaginatio*)—bywa ostrawy. Objawy tylko zwiastunne są objawami cierpienia ostrego. Ból głowy, gorączka, wymioty i t. d. trwają jednakże w wielu wypadkach stosunkowo długo, zanim cierpienie miejscowe wykaza się daje.

Zwiastuny nie mają w sobie nic charakterystycznego, podobne są tylko pod pewnym względem. z powodu powtarzających się wymiotów, do objawów początkowych zapalenia opon na podstawie mózgu. W początku bolesność bywa wielka, szczególnie przy dotykaniu lub zmianie położenia; jednakże po zupełnem wystąpieniu wysięku zmniejsza się stopniowo razem z objawami gorączkowymi. Jeśli wysięk jest wielki, wówczas wywołuje on stopienie tympanicznego odgłosu przy opukiwaniu; jeśli jednakże leży on między pętlami kiszek, lub jeszcze głębiej, w takim razie nie występuje żadna zmiana w odgłosie perkusyjnym.

Prawie zawsze jednakże wysięk może być wymacany przez

miękkie pokrywy brzuszne dziecka. Przy badaniu znajdujemy wówczas obszerne miejsce odporne lub guz rozmaitej wielkości, gładki, elastyczny, dający nawet uczucie wyraźnego chełbotania. Takie zapalenia otrzewnej ograniczone najczęściej spotykamy koło okrężnicy zstępującej (*colon descendens*), następnie koło wyrostka robaczkowego, koło pęcherza moczowego, w okolicy pępka i t. d.

Podobne zapalenia otrzewnej u osób poprzednio zdrowych przechodzą w zupełne wyzdrowienie. Zebrany wysięk stopniowo wsiąka, w niektórych wypadkach pozostają tylko wrzekomo błoniaste zrosty pojedynczych pętli kiszkiowych. Wyzdrowienie może jednakże nastąpić także na drodze przedziurawienia. Może ono wystąpić w rozmaitych miejscach, a wypadku tego nie można uważać za niepomyślny pod względem rokowania. Dzieci, które raz przebyły zapalenie otrzewnej ograniczone, są zawsze skłonne do recydyw — i w tem także spoczywa wielkie niebezpieczeństwo. Leczenie bywa głównie wyczekującym, a przy ustąpieniu gorączki wzmacniającem.

### B. Zapalenie otrzewnej gruźlicze czyli przewlekłe (*peritonitis tuberculosa sive chronica*).

Wyżej wspomniane rzekomo-błoniaste zrosty pętli kiszkiowych, pozostające po ropnem zapaleniu otrzewnej, — tworzą niejako przejście między obydwoma formami zapalenia otrzewnej. Jeśli podobne utwory pozostaną u dziecka zółwowatego, źle odżywianego, mało-krwistego i t. d. — wówczas rozwijają się w błonach rzekomych gruźelki, które niekiedy są pierwotne w organizmie dzieciennym. Skoro zaś podobny proces rozwinię się na jednym miejscu, wówczas rozszerza się kolejno po całej otrzewnej. Nie tylko pętlice kiszkiowe są zso-bą zrosnięte, lecz i cały zrosnięty oddział pętli kiszkiowych zrosniętym bywa ze ścianą kiszkiową. W takich, niekiedy bardzo tęgich błonach rzekomych znajdują się gruźelki rozmaitej wielkości, główki szpilki aż do wielkości orzecha laskowego, stosownie do tego, czy guziczki leżą pojedynczo, lub też są zgromadzone. Od tego zależną jest także ich postać. Barwa ich bywa szara, zielono-żółta aż do czystej serowato-żółtej. Wiele guziczków bywa bardzo twardych, szarawych i otoczonych zabarwioną obwódką (tak zw. gruźelki zani-kające). Ściany kiszki są również bardzo zmienione. Ruchy robaczkowe kiszki są również bardzo upośledzone, warstwa mięśniowa przeistoczona mączkowato, stłuszczone, o czem możemy się przekonać

z łatwój rozrywalności pętli kiszkowych przy próbach ich rozplątania. Na błonie śluzowej kiszek znajdujemy albo owrzodzenia pierwotne i następcze gruźlicze, albo też proces mniej lub więcej żywy dyzenteryczny. Gruczoły kiszkowe są powiększone, zserowaciałe, niektóre nawet rozmiękle. (Gruźlica gruczołów krezkowych). Nadto musimy wspomnieć jeszcze i o wielkiem stłuszczeniu wątroby, otoczonej także najczęściej błonami wrzekomemi, o obrzmieniu gruczołów oskrzelowych, krezkowych i pachwinowych, o stłuszczeniu serca i starych nasiękach zapalnych lub gruźliczych w płucach. Rzadziej gruźlicze zapalenie opon na podstawie mózgu sprowadza tu zejście śmiertelne.

Cierpienie dotyka, jak to już wypływa z przywiedzionych danych anatomo-patologicznych, dzieci najczęściej już poprzednio chore. Ztąd w pierwszych miesiącach życia podobne zapalenia otrzewnej są bardzo rzadkie. Przeciwnie od początku 2go aż do 10—12 roku życia stanowią cierpienie wcale nie rzadkie.

Pierwsze objawy podobnego zapalenia otrzewnej zwykle, jeśli tylko nie występują w wyżej opisanej formie częściowego zapalenia ropnego—bywają tak nieznaczne, iż najczęściej bywają przeoczone. Choroba rozwija się w sposób przewlekły, przyczem w początku występują na pierwszym planie cierpienia przewodów powietrznych, płuc, rozmaitych systematów gruczołowych. Charakterystycznym objawem jest wygląd brzucha. Jak to już wyżej po części wspomniałem, jest on napięty, wypuklony i szczególnie w okolicy pępka podniesiony. To podniesienie nadaje często okolicy pępka wygląd konieczny i fałdy pępkowe są przytem zupełnie wyrównane. Przytem jednakże obrączka pępkowa nie jest wcale rozszerzona.

Przy macaniu brzucha uderza nieprzesuwalność powłok brzusznych po trzewiach. Jeśli brzuch jest elastycznym, wyczuwamy wówczas nierówności, nawet większe stwardnienia, które zwykle zależą od powiększonych gruczołów krezkowych. Wypadek perkusyi zależnym jest od grubości błon wrzekomych i od stosunków napięcia pętli kiszkowych. W skórze brzucha przebiegają siatki żył rozszerzonych, a w bliskości obrączki pępkowej rozwija się w okresach późniejszych obrzmienie z lekkim zabarwieniem różowoczerwonym skóry. Ściana brzuszna nie jest wrażliwą przy dotykaniu. Tylko miejsce dopiero co wspomniane niekiedy bywa wrażliwem na ucisk. Gruczoły pachwinowe są obrznięte i niekiedy wrażliwe na ucisk.

Wymioty nie poprzedzają tego cierpienia, owszem płynne wypróżnienia stolcowe bywają daleko częstszymi, aniżeli zaparcie. Niekiedy stolce mają charakter czysto dyzenteryczny.

Daliej charakterystyczną dla tego cierpienia jest dążność do tworzenia się przepukliny w okolicy pępka;—jest to objaw nie tak często spostrzegany w dwóch innych formach zapalenia otrzewnej. Najczęściej ku końcowi na owym wyżej wspomnionem zabarwieniu różowo-czerwonem skóry w okolicy pępka rozwija się tak zw *peri*— i *paraomphalitis* z ropieniem i przepukliną otrzewnej, powlekającą obrączkę pępkową. W końcu i skóra brzucha zostaje przerwana i powstaje przetoka pępkowa nabyta. Ponieważ pętlice kiszek cienkich zrosnięte są ze ścianą brzuszną za pomocą błon wrzekomych, przeto i pętlica kiszek cienkich może być przedziurawiona. Skutkiem tego powstaje połączenie kiszek cienkich przez pępek z powietrzem zewnętrznem—przetoka kiszko wa nabyta. Przetoki tego rodzaju zamykają się i znowu się otwierają. W innych miejscach zdarza się bardzo rzadko przepuklina.—Jeżeli utworzy się przepuklina, wówczas charakterystyczne i stożkowate podniesienie okolicy pępka występuje jeszcze wyraźniej. Wychudzenie i bledność podobnych dzieci dochodzi do stopnia wysokiego. Podobne cierpienia trwają długo i rozciągają się często na miesiące, a nawet na lata. Jednakże w największej liczbie wypadków zejście jest śmiertelne. Dzieci umierają albo skutkiem choroby głównej, albo téż skutkiem przyłączającego się powikłania, np. nieżyty kiszek, oskrzeli, zapalenia płuc zrazikowego i t. d.

Odnosnie leczenia posługujemy się zasadami przy przewlekłych nasiękach płucnych. Tylko odnośnie odżywiania należy wspomnieć, iż takowe winno być z wielką starannością regulowane. Najstosowniejszém jest tu leczenie mięsem surowém. Jak się zaś ma ono uskutecznić, zobaczymy przy chorobach kiszek.

Czysta puchlina brzucha nie bywa w wieku dziecinnym tak rzadka, jednakże jest ona zawsze tylko objawem innej choroby, prowadzącej do śmierci, up. choroby Brighta, marskości wątroby i t. d. Bąblowiec otrzewnej (*echinococcus*), jako téż nowotwory, z niéj wychodzące są tak rzadkie, iż nie będziemy się nimi zajmować. Pod tym względem odsyłamy do wzmianki o guzach brzucha.

## 2. Choroby wątroby.

Choroby wątroby stoją w wieku dziecinnym na drugim planie, tém bardziej, jeśli przypomnimy sobie, jak często u dorosłych wystę-

pują choroby wątroby i przewodów wyprowadzających żółć. Z tego powodu jeden z najtrudniejszych rozdziałów medycyny wewnętrznej prawie zupełnie tu wypuszczamy; rzadko zdarzające się procesy łatwe są do rozpoznania.

a) *Żółtaczka noworodków (icterus neonatorum).*

Żółtaczka jest tylko objawem innego ciężkiego cierpienia, pomimo to jednakże odpowiednią jest rzeczą podzielić ją na „żółtaczkę noworodków, lekką i ciężką“. Pod względem ściśle naukowym podział taki nie ma znaczenia.

Noworodki często przynoszą z sobą na świat żółtaczkę lub też rozwija się ona w pierwszych dniach po porodzie. Przy silném zaczerwienieniu skóry noworodków zabarwienie żółtawe widzimy dopiero po zniknięciu czerwoności. Możemy je widzieć tylko na białkówece. Zdaje się, iż dzieci nie cierpią na swędzenie skóry. Badanie wątroby nie wykazuje nic nieprawidłowego, w niektórych wypadkach okazuje się ona obrzmiałą, przyczem jednakże należy zauważyć, iż wątroba u noworodków w ogóle jest stosunkowo wielka.

Żółtaczka noworodków jest chorobą łagodną, dzieci nie gorączkują, mają apetyt dobry, zabarwienie stolca nie jest zmienione i co najwyżej w ciągu 14 dni znika bez śladu.—Nie jest rzeczą ściśle wykazaną, od czego właściwie zależy ten objaw. Nie można wykazać, czy przechodnie zatkanie przewodu żółciowego stanowi jego przyczynę, czy też są jakie inne.

b) *Żółtaczka ciężka (icterus gravis).*

Tak zwana żółtaczka złośliwa zupełnie niesłusznie jest tą nazwą oznaczona, ponieważ jest tylko objawem zapalenia żył pępkowych (*phlebitis umbilicalis*) lub zapalenia otrzewnej ropnicowego. Nie pochodzi ona z cierpienia wątroby, lecz według wszelkiego prawdopodobieństwa jest krwiopochodną, pod pewnym względem jest tylko wyrazem ogólnego cierpienia. W podobnych wypadkach znajdujemy wszystkie objawy cierpienia pępka z wielką gorączką, upadkiem sił i wspomnianém zabarwieniem skóry. Odcień zabarwienia nie jest jednakże jasno lub cytrynowożółty, lecz brudny, szaro-żółty. Żółtaczka taka ma miejsce przy zapaleniu krwotoczném opłucnej i otrzewnej, jakie zdarza się u dzieci, pochodzących od matek chorych

na ciężkie procesy połogowe. Zejście bywa zawsze śmiertelne i badanie pośmiertne wykazuje zawsze wspomniane zmiany, będące przyczyną śmierci.

c) Żółtaczka lekka dzieci większych.

Żółtaczka nie jest tak rzadką chorobą u dzieci starszych i często nawet występuje w formie epidemii. Pochodzi ona zawsze z niezytu żółdkowo-kiszkowego, który nabywają dzieci w sposób rozmaity. Znajdujemy więc zawsze objawy takiego zaburzenia w trawieniu, które najczęściej połączone jest z uporczywem zaparciem stolca. Masy kałowe nie mają barwnika żółciowego, a więc są białe, białoszare. Zabarwienie żółtaczkowe zaczyna być widocznym najprzód na białkowiec i rozszerza się ztąd na resztę ciała. Rozmaite wydzieliny są wszystkie zabarwione żółtaczkowo, up. jeżeli podobne dziecko dostanie niezytu łącznicy, wówczas wydzielina również jest zabarwiona żółtawo. Dzieci takie skarżą się na swędzenie i dostają też pokrzywki (*urticaria*). Przebieg takich wypadków żółtaczki—nawet wówczas, gdy zabarwienie skóry jest bardzo ciemne — bywa wyjątkowo pomyślny i nawet stosunkowo szybki, ponieważ zależy tylko od niezytowego obrzmienia błony śluzowej. Leczenie takiej żółtaczki, która zresztą łatwo powraca, jest bardzo proste. Ścisłe ograniczenie diety, o ile możności unikanie mleka i potraw mlecznych jest najskuteczniejszym. Do środka dajemy przetwory rabarbaru. Najwłaściwszą dla dzieci jest tak zw. *Tinct. rhei simpl.* i sam proszek rabarbarowy lub w połączeniu z węglanem magnezyi.

*Rp.* Tinct. rhei aquosae 2.0, (℞js)  
 Aq. dest. 80.0, (℥ijj)  
 Syr. simpl. 10.0, (℥ijj)  
 D. S. co 2 godziny łyżeczka dziecienna.

*Rp.* Pulv. rad. rhei chin. 1.0, (℞j)  
 Magn. carb. 2.0, (℞jj)  
 Sacch. albi 4.0, (℥j)  
 M. D. S. co 2 godziny dawać porcyę, jaka się ujmie na koniec noża.

Skoro żółtaczka zaczyna znikać kał znowu zabarwia się żółciowo, wówczas należy przystąpić do leczenia wodami mineralnemi. Najlepiej wtedy używać lekkie szczyawy alkaliczne, np. wodę Bilińską,

Giesshübler i Preblauer. Zaczynamy stosownie do wieku od połowy szklanki i dochodzimy do połowy kamionki. Jeśli skutkiem używania wody mineralnej nie ma wypróżnień regularnych, w takim razie musimy jeszcze od czasu do czasu podawać lekkie środki przeczyszczające. W każdym razie musimy w tym czasie, w razie zaparcia stolca, dawać niewielkie ilości wody gorzkiej Sajdszyckiej, zaledwie 4 — 8 łyżek stołowych. Woda ta jednakże niechętnie przyjmowana jest przez dzieci. Później możemy dawać wody mineralne alkaliczno-muryjatywne np. Spaa, Kissingen lub Emską. Woda Rihitscher, Sauerbrunnen nie jest właściwą w praktyce dziecięcej z przyczyny znacznej zawartości kwasu węglanego. Mogłaby być podawana tylko ogrzana.

d) Zapalenie wątroby miąższowe (*hepatitis parenchymatosa*). — Ostry zanik żółty wątroby. (*Atrophia hepatis acuta flava*).

Jest to bardzo rzadkie cierpienie w wieku dziecięcym, jednakże wykazanem zostało niewątpliwie tak u noworodków, jak i w późniejszym wieku dziecięcym. Objawy spostrzegane u dzieci w pierwszych miesiącach życia, odpowiadają pod wieloma względami objawom, jakie opisaliśmy przy żółtaczce ciężkiej. Skoro jednakże przebieg jest szybki i proces zajmie całą wątrobę, wówczas możemy wykazać znaczne powiększenie objętości organu. Dzieci wkrótce wpadają w stan upadku sił, z którego już nie dają się wydźwignąć.

Nie spostrzegamy drgawek, jakkolwiek np. dorośli podlegają silnym majaczeniom. Nieprawidłowe produkty w moczu — zamiast mocznika — to jest leucyna i tyrozyna, również spotykają się i u dzieci. Ostry zanik żółty wątroby spostrzeganym bywa także i w późniejszym wieku dziecięcym. Nie różni się on w niczem w swych objawach od objawów u dorosłych.

e) Marskość wątroby (*cirrhosis hepatis*). — Zapalenie interstycyjne wątroby (*hepatitis interstitialis*).

Specyalne to bujanie tkanki łącznej w wątrobie z jego następstwami w systemacie żyły wrotnej, bywa tu i owdzie spostrzeganem w wieku dziecięcym, nigdy jednakże u ssawców. Wpływ jednakże tego bujania tkanki łącznej na systemat żyły wrotnej nie jest tak wydatnym, jak u dorosłych, a mianowicie nie ma cierpień kiszkowych.



Cierpienie to spotykamy, jako chorobę samoistną, to jest bez dalszych (od niej niezależnych) powikłań, albo też występuje ono przy gruźlicy otrzewnej, przy silnej dyzenteryi i t. d. Jeśli występuje w połączeniu z wymienionymi dopiero co stanami, wówczas nie jesteśmy chyba w stanie go rozpoznać za życia i możemy sprawdzić je dopiero przy badaniu pośmiertném.

Jeśli jednakże marskość rozwija się samoistnie, wówczas objawy mogą wystąpić w sposób wydatny. Okres obrzmienia wątroby marskiej trudno daje się wykazać. Podobne wypadki przychodzą do badania lekarskiego dopiero w okresie kurczenia się tkanek. Możemy więc przez pokrywy brzuszne wyczuć zmniejszoną objętość wątroby, a przy sprzyjających okolicznościach i nierówności na jej powierzchni. Najwydatniejszym objawem będzie zawsze puchlina brzucha (*ascites*). Rozwija się ona stopniowo i może osiągnąć do wysokiego stopnia. Możemy w takich razach wyczuć wyraźne chełbotanie. Jak już wspomnieliśmy, nie ma najczęściej cierpień kiszkowych, mianowicie krwotoków z kiszek, jako też żyłaków w odbytnicy.

Powiększenie śledziony nie bywa znaczne, przynajmniej wolny jej brzeg nie wystaje z pod łuku żeberowego. Wyżej przywiedzione objawy—zmniejszenie objętości wątroby i puchlina brzucha — mogą tylko wówczas być uważane jako zależne od marskości, gdy jesteśmy w możności wyłączenia z pewnością wszelkich innych cierpień. Odnosi się to szczególnie do zaniku wątroby i choroby Brighta. Pierwszy bardzo jest możliwym, druga daje się oznaczyć za pomocą ścielego i częstego badania moczu. Trudniejszém jest odróżnienie przeietoczenia sadłowego nerek od marskości wątroby. Przy pierwszym równie często występuje puchlina brzucha bez innych objawów obrzękowych i bez możności wykazania w moczu białka lub cylindrów włóknikowych.

W podobnych wypadkach tylko dłuższe spostrzeżenie może wykazać różnicę i to niezupełnie pewną. Marskość zdarza się rzadko. Najmłodsze dziecko, jakie miało niepowikłaną marskość, liczyło 1½ roku. Ponieważ cierpienia kiszek stają na drugim planie, przeto rokowanie nie ze wszystkiém jest niepomyślne. Leczenie podobnych wypadków, w razie pewnego rozpoznania, ogranicza się do regulowania diety i używania lekkich środków moczopędnych. Dieta winna być zastosowana odpowiednio do wieku i głównie pokarmy mięsne i lekkostrawne winny być podawane. Jako środki moczopędne mogą znaleźć zastosowanie: *kali acetic. bas. sol.* i napary z *onosis spin.*, *equisetum* i *juniperus*.

*Rp.* Kali acetici bas. sol. gtts. 20,  
Aq. dest. 80.0, (℥jij)  
Syr. simpl. 10.0, (℥jjj).  
D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy.

*Rp.* Dct. ononidis spin.  
e 2.0—4.0 ad 80.0, (e ℥jj—℥j ad ℥jjj)  
Syr. simpl. 10.0, (℥jjj)  
D. S. jak wyżej.

Te same dawki używamy z *equisetum* i *juniperus*. Jako dodatek do naparów możemy używać także *kali acet. bas. sol.* Możemy także zalecać

*Rp.* Cremor. tart. 1.0, (℥j)  
Aq. destil. 100.0, (℥jv)  
Syr. simpl. 10.0, (℥jjj).  
D. S. co 2 godziny 1 łyżeczka dziecienna.

Przetworów cebuli morskiej (*squilla*) należy unikać z powodu silnych jej własności drażniących. Jeśli wydzielanie moczu się powiększa, a puchlina się zmniejsza, wówczas usuwamy na długi czas środki moczopędne, a podajemy lekkie szczawy alkaliczne.

#### f) Stłuszczenie wątroby.

Ilość tłuszczu w wątrobie u noworodków jest zawsze stosunkowo znaczniejsza jak u dorosłych. Jako samoistne cierpienie nie zdarza się, lecz stale obserwowaném bywa przy chorobie angielskiej, suchotach płucnych, przewlekłym nieżycie oskrzelowym i kiszkowym i przy bardzo rzadkich zatruciach fosforem. Charakter anatomiczny tego cierpienia nie różni się niczém od stłuszczenia wątroby u dorosłych.

#### g) Zapalenie wątroby przymiotowe (*hepatitis syphilitica*).

Tak w przymiocie dziedzicznym, jak i nabytym występuje w wątrobie noworodków i dzieci większych właściwe zapalenie. Zasada się ono albo na silniejszym bujaniu tkanki łącznej wzdłuż naczyń z silném następczém jej kurczeniem się. Skutkiem tego na powierzchni organu powstają wciągnięcia bliznowate. Jestto forma najczęstsza. Albo przychodzi do tworzenia się ropni z obfitém buja-

niem tkanki łącznej naokoło ropnia. Ta tkanka również silnie się kurczy i zamyka zwykle zgęstniałą ropę. Ziarniniaki te (*gummata*) są w niektórych wypadkach tak wielkie, iż dają się wyczuć przez pokrywy brzuszne. W przeciwnym razie ten rodzaj cierpienia wątroby nie bywa przedmiotem ani rozpoznania u żyjącej osoby, ani też właściwego leczenia.

**U w a g a.** Zdarzające się czasem wypadki raka rdzeniowego w wątrobie będą podane w rozdziale „o guzach brzucha“.

### 3. Choroby śledziony.

Śledziona zawsze cierpi tylko następczo, z jednym wyjątkiem białaczki śledzionowej, przy której zdaje się odgrywać rolę główną. O wszystkich innych guzach, tak ostrój, jak i przewlekłej natury, mówimy w odpowiednich rozdziałach. Owe wielkie śledziona sadłowate, które zdarzają się u dorosłych, nie zdarzają się w wieku dzieciennym tak często. Przemiana ta występuje w guzie śledziony u dzieci, dotkniętych przymiotem dziedzicznym, a w części także u dzieci krzywicznych (rachytycznych).

### 4. Choroby przewodu trawienia.

#### Wiadomości ogólne i dyetyetyczne.

Choroby przewodu pokarmowego odgrywają w pedyatryi ważną rolę, ponieważ należą do najczęstszych, jakim ulegają dzieci w pierwszym roku życia. Są one dalej ważne dla lekarza z tego powodu, iż semiotyka ich znacznie się różni od semiotyki u dorosłych.

Jakkolwiek cierpienia kiszkowe i właściwe oznaczenie ich objawów same przez się nie stanowią dla lekarza wielkich trudności rozpoznawczych,—to jednakże są miarą, czy lekarz umie obchodzić się z dziećmi, czy też nie.

Staroświecka nauka, wymagająca podawania dzieciom w razie zaparcia stolca środka czyszczącego, a w razie biegunki kalomelu—musi ustąpić. Jestto zaś możliwém i da się przeprowadzić ze skutkiem tylko wówczas, gdy nowa generacya lekarzy nauczy się właściwie oceniać objawy wspomnianych cierpień.

Odmienność objawów w wieku dzieciennym,—a rozumiemy tutaj pod tém wyrażeniem najczęściej tylko choroby w pierwszym roku życia,—stanie się zaraz daleko wyraźniejszą w porównaniu z obja-

wami u dorosłych, skoro rozpatrzemy stosunki anatomiczne przewodu trawienia.

Przewód trawienia jest pod wielu względami nierozwinięty, skutkiem czego wiele objawów inaczej występuje, aniżeli w organach zupełnie rozwiniętych. Podobnie i nie wszystkie gruczoły, służące do trawienia, funkcjonują w podobny sposób, co u dorosłych. Do różnic tych należą:

1. Jama ustna, i to nietylko pod względem wielkości, lecz i odnośnie formy. Wyrostki zębodołowe szczęki górnej i dolnej nie są rozwinięte, zębów niema. Ztąd przestrzeń w jamie ustnej jest zwężona, a forma jej jest więcej płaska, i nie tak głęboka jak u dorosłych. Przytém język jest nieproporcjonalnie wielki, skutkiem czego przestrzeń jeszcze bardziej zostaje zwężona. Z tego powodu dziecię nie jest w stanie uformować kęsa pokarmowego i porzestaje tylko na pożywieniu płynnym.

2. Gruczoły ślinowe nie funkcjonują w taki sam sposób, jak u dorosłego. Wydzielina ich, mianowicie téż ślinianki przyusznój, nie posiada własności zamieniania mączki w cukier. Ztąd niemożliwą jest rzeczą, iżby rzeczy mączne były we właściwy sposób strawione przez dziecko. Na téj zasadzie, jakoteż z powodu wyżej wspomnianej niemożliwości tworzenia kęsa, wszelkie tak zwane papki, ciastka, nie są odpowiednie do żywienia noworodka.

3. Położenie żołądka i forma jego jest tego rodzaju, iż ilość przyjętego pokarmu musi być niewielka, lecz za to w krótkich odstępach czasu musi być podawana.

4. Ruch y r o b a c z k o w e kiszek są daleko żywsze u noworodka jak u dorosłego, a przez przeważnie płynne pokarmy jeszcze bardziej są wzmocnione. Jeśli ułożymy sobie w myśli wszystkie te punkty, w takim razie wiele różnic natychmiast pojąć będziemy mogli. Ponieważ leczenie wszystkich zaburzeń trawienia stoi w ścisłym związku z regulowaniem i uporządkowaniem odpowiedniej dyety, przeto najprzód przedstawimy opis żywienia zdrowego dziecka. Dye-tetyka wieku dzieciennego, mianowicie w pierwszym roku życia, zwróciła obecnie wielką na siebie uwagę—i to tém słuszniej, iż nieraz jesteśmy w stanie za pomocą regularnego i naturalnego żywienia uniknąć wielkiej liczby chorób, między innymi np. choroby angielskiej.

Rozumna dyetetyka nietylko zabezpiecza od chorób, wynikających skutkiem zboczeń w karmieniu, lecz także główny cel posiada w tém, iżby wychować zdrowe i silne pokolenie. Okaze się z poda-

nego niżej, o ile możemy osiągnąć to przy ograniczonych często środkach.

Odróżniamy karmienie dzieci: przez samą matkę, resp. przez inną karmiącą kobietę (mamkę) i tak zw. karmienie sztuczne noworodka za pomocą mleka jednego z rodzajów zwierząt domowych.

a) Karmienie dziecka przez własną matkę.

Ten rodzaj karmienia jest w każdym razie najodpowiedniejszym dla zdrowego dziecka, naturalnie jeśli własna jego matka zdolną jest do karmienia. Przy tym sposobie karmienia dzieci najlepiej się chowają i unikają wszelkich niebezpieczeństw. Naturalnie matka musi posiadać mleko odpowiednie nie tylko co do jakości, lecz i posiadać dostateczną jego ilość. Na nieszczęście karmienie dziecka przez własną matkę bardzo rzadko jest przedsiębrane, mianowicie też w wielkich miastach, a to z przyczyn następujących:

1. Wiele kobiet z wyższych warstw towarzyskich ze względów konwenansowych usuwa się od tego obowiązku, wymagającego wielu osobistych poświęceń. Inne kobiety przeciwnie przeszkodzone są w tym swemi zajęciami. Lekarz osobistym swoim wpływem może wiele się przyczynić do tego, iżby panie mniej się usuwały od tego obowiązku.

2. W wypadkach chorób karmienie piersią bezwarunkowo jest wzbronione. Dzieciątka musi zaraz być odjęte od matki, resp. nie może być do niej przysadzane, gdy połów przybierze przebieg nieprawidłowy np. gdy wystąpi gorączka, gdy pojawią się symptomy zapalenia otrzewnej, macicy i t. d. Jeśli matka straciła wiele krwi podczas porodu i zaraz po nim, wówczas karmienie zabronionem jest z powodu małokrwistości. Dalszą przeszkodą do karmienia jest początek zapalenia gruczołów piersiowych. To ostatnie występuje najczęściej dopiero w czasie nieco późniejszym, w każdym jednak razie jest bezwarunkową przeszkodą do karmienia.

Wszystkie kobiety, pochodzące z rodziców gruźliczych, lub mające usposobienie do gruźlicy, nie mogą karmić dzieci. Wszystkie małokrwiste, przez długi czas przebywające blednicę, i skrofaliczne również nie są właściwe do karmienia. Podobnie należy zabronić karmienia wszystkim z przewlekłymi cierpieniami macicy, np. z opadnięciem macicy, białymi upławami i t. d. Damy nerwowe i hyste-

ryczne nie mają cierpliwości do końca doprowadzić karmienie. Już z tego powodu należy im karmienie odradzać. Pewna matka, która dziecko przez siebie wykarmione straciła w późniejszym czasie na zapalenie opon mózgowych gruźlicze, nie powinna sama karmić następnego dziecka. Bezwarunkowo w takich razach, jeśli okoliczności pozwalają, należy wziąć mamkę. Matki, dotknięte przymiotem winny karmić zawsze swe dziecko,—jednakże, ponieważ u takich kobiet pokarm zwykle nie jest zbyt obfitym, koniecznym i odpowiednim jest karmienie mieszane.

Dzieci, urodzone z dziedzicznym przymiotem, muszą, jeśli mają zostać przy życiu, być karmione przez własne matki, nawet wówczas, gdy matka sama jest pozornie wolną od przymiotu. Taka matka, jak to bliżej zobaczymy przy opisie przymiotu, nie zostaje zakażoną przez swe zarażone dziecko, mamka natomiast łatwo nabywa przymiotu.

3. Są przeszkody ze strony gruczołów piersiowych. Zdarzają się gruczoły piersiowe wielkie, tłuste u kobiet nawet zupełnie zdrowych i prawidłowo zupełnie rozwiniętych, i nie posiadające prawie wcale miększu gruczołowego. Takie kobiety nie mogą naturalnie karmić, a jeśli to robią, dostają łatwo gorączki i zapalenia sutek. Brodawka może być tak mało rozwinięta, że ssanie będzie niemożliwe. Może się również zdarzyć, iż skutkiem zaniedbania w ostatnich miesiącach ciąży, dobrze nawet zbudowana brodawka będzie stanowić przeszkodę do ssania. Skutkiem ciasnych ubiorów brodawki zostają wcisnięte w piersi. Jeśli podobne brodawki nie będą podczas ciąży obmywane codziennie letnią wodą i naciągane za pomocą szklanej bańki do piersi,—wówczas dziecko nie będzie mogło ująć brodawki lub jeśli ją ujmie, to będzie sprawiać matce bóle, które zniewolą ją do porzucenia karmienia.

Daléj zdarza się, iż podobne brodawki na jedném lub kilku miejscach ulegają obnażeniu i dośrodkowym pęknięciom. Skutkiem tego w wielu wypadkach karmienie staje się niemożliwém. Pojawia się nie tylko bardzo często zapalenie gruczołu piersiowego, lecz ze szpar powstają krwotoki, skutkiem których mleko bywa pomieszane ze krwią.

Leczenie podobnych brodawek owrzodzonych połączone jest z trudnościami, ponieważ przy ssaniu skutkiem pociągania brodawki owrzodzenia łatwo się drażnią. Często wszelki zalecony środek po-

zostaje bez skutku. Jeśli obnażenie nie jest zbyt obszerne, a szczeliny nie są zbyt głębokie, wówczas lekko je możemy pociągać kawałkiem azotanu srebra. Naturalną jest rzeczą, iż musimy to skutecznie bezpośrednio po ssaniu, przyczem brodawkę przerwana należy dobrze osuszyć i następnie ssanie o ile można opóźnić. Lapisowanie należy skutecznie tylko raz jeden dziennie. Tym sposobem udaje się nieraz małe obnażenie na brodawce zagoić. Radzą także używanie maści smołowej i często z wielkim skutkiem. Skład jój jest następujący:

Rp. Ol. cadini 1.0, (Dj)  
 Ung. emollient. Glycerini p. āā 10.0, (3jjj)  
 D. S. Rano i wieczór smarować pędzelkiem.

Jeśli nastąpiło już stwardnienie i wystąpiły bóle w gruczołach piersiowych, wówczas do powyższej mieszanki dodajemy jeszcze *ext. belladonae* 0,2—0,4. Samo się przez się rozumie, iż w obu razach należy pierś przed ssaniem oczyścić z drobiazgową starannością. W ostatnim wypadku mogłoby nastąpić łatwe zatrucie belladoną. W przywiedzionych tu wypadkach matka nie może lub nie powinna karmić swego dziecka. Zachodzi jeszcze pytanie: czy matka nie mająca dostatecznej ilości mleka, ma karmić dziecko i czy może brakującą część pożywienia zastąpić przez inny rodzaj mleka? Pytanie to może być rozstrzygnięte twierdząco wówczas, gdy saméj matce nie szkodzi karmienie. Nieuzasadnioném jest zdanie, jakoby dzieci nie znosiły dwojakiego mleka,—owszem, dzieci w ten sposób żywione często lepiej wyglądają, od dzieci karmionych przez mamki. Mleko własnej matki jest bez wszelkiej wątpliwości jednym z najważniejszych czynników prawidłowego i naturalnego rozwoju dziecka. Mleko krowie musi posiadać dobre przymioty, iżby odpowiadało swemu przeznaczeniu.

b) Jeśli matka nie może lub nie powinna karmić, wówczas najlepszym środkiem zastępczym jest żywienie dziecka za pośrednictwem innej kobiety karmiącej — za pośrednictwem mamki.

Ten sposób karmienia ma wiele niedogodności już z tego powodu, iż do służby w mamki idą najczęściej kobiety niezamężne ze wsi lub z niższych warstw ludności miejskiej. Na kwestyę, czy kobieta zdatną jest na mamkę, możemy odpowiedzieć wówczas, jeśli w zupeł-

ności wypełnia warunki wyżej podane i jeśli przy zbadaniu jój szczegółowem nie znajdziemy nic przeciwnego następującym przepisom:

1. Wiek podobnej kobiety winien być od 20—30 lat. Mamka starsza wiekiem ponad tę liczbę lat jest nieodpowiednią.

2. Mamka winna być zupełnie zdrową. Ponieważ jednakże osoby te znajdują się po krótszym lub dłuższym czasie po położu, przeto przy badaniu należy uwzględnić następujące dane:

Włosy nie powinny wychodzić w większej lub mniejszej ilości; wypadanie włosów mogłoby być znakiem przymiotu.

Zęby winny być czyste, a dziąsła zdrowe, to jest świeżo czerwone nie nabrzmiałe i nie krwawiące. Nigdy nie bierzmy mamki z wielu zębami spróchniałymi i cuchnieniem z ust. Takie osoby po największej części mają zepsute trawienie.

Organy gardła winny być blade, migdałki nie prze rosłe.

Zbadanie gruczołów karkowych winno bezwarunkowo dać rezultat ujemny; — również nie można zalecać na mamkę osobę, która cierpi na skrofuliczne obrzmienie gruczołów szyjowych, albo posiada liczne po nich blizny na szyi.

W niektórych krajach austriackich trudno znaleźć mamkę, która by nie cierpiała na mniejsze lub większe powiększenie gruczołu tarczowego. Cierpienie to samo przez się jest przeciwwskazanem. Ludność płaskich prowincyj niemiecko-słowiańskich mniej jest chorobą tą nawiedzona.

Części płciowe winny być jak najściślej zbadane u każdej mamki. Błona śluzowa warg, wejście do pochwy, winny być czyste, podobnie i gruczoły pachwinowe; jednakże odpowiednio do czasu, w jakim się znajdują mamki, najczęściej ma miejsce u nich obfity odpływ z błony śluzowej. Odpływ taki jest zupełnie nieszkodliwy; jednakże należy o nim uprzedzić osoby, przyjmujące mamkę. Przy badaniu wewnętrznem znajdujemy lekkie obniżenie macicy ze znanymi zmianami w szyjce.

Odbyt, jakoteż międzykrocze, winny być starannie zbadane.

Skóra winna być zbadana całkowicie, i należy szczególną zwrócić uwagę na miejsca zwykle specyficznych wysypek skórnych.

Stan odżywiania podobnych kobiet nie bywa zwykle pomysłny.



Nie potrzebujemy więc do niego wielkiej przywiązywać wagi, chyba że jest wychudnięcie, które wskazuje na stan chorobliwy.

W końcu możemy jeszcze przedsiębrać badanie fizykalne serca i płuc.

Tyle co do badania ogólnego. Zbadanie gruczołów piersiowych winno po niem następować. Piersi nie mają być za wielkie, jednakże winny być bogate w miąższ gruczołowy i ubogie w tłuszcz. Przy wymacywaniu ich wyczuwamy substancję gruczołową jako utwór sznurkowaty, miejscami guzowaty, twardszy. Brodawki winny być długie, podatne i pokryte prawidłowym naskórkiem. Skóra powinna być przejęta obfitą siecią żylną. Przy ucisku dośrodkowym, wywartym na brodawkę powinno strzykać z wielu otworów mleko.

Części składowe znane mleka kobiecego są następujące: kulki mleczne, komórki nabłonkowe i ciała śluzowe, kawałki włókniaka, niekiedy także pojedyncze ciała krwi. Pod względem chemicznym mleko składa się z cukru mlecznego, sernika, tłuszczu (masła), soli i wody. Ani wygląd, ani jednorazowe zbadanie chemiczne nie może rozstrzygnąć pytania, czy mleko mamki posiada własności, sprzyjające rozwojowi dziecka. Najlepszą miarą w tym razie jest stan odżywiania własnego dziecka mamki. Nigdy nie powinniśmy przyjmować mamki bez poprzedniego zbadania przez nas samych lub przez doświadczonego kolegę własnego jej dziecka.

Jeśli dziecko mamki ma się dobrze, posiada twarz zdrową i świeżą, z dobrze rozwiniętym pokładem tłuszczowym i systematem mięśniowym, bez śladów choroby angielskiej, ekcemy lub podejrzanych obnażeń na ustach lub koło stolca,—naówczas mamy dowód, iż mleko wydziela się w odpowiedniej ilości i jakości.

Dziecko mamki winno zawsze liczyć 6—8 tygodni, inaczej nie będziemy w stanie ocenić jego rozwoju. Jeśli weźmiemy mamkę młodszą z dzieckiem 6—8 dniowem, chociażby zdrowem,—wówczas nie będziemy mieli żadnej gwarancji, czy mamka później będzie wydzielać odpowiednie mleko. Możemy wówczas tylko ryzykować się na jej przyjęcie, gdy mamka owa poprzednio już szczęśliwie do końca doprowadziła karmienie. Odpowiednio do tego, cośmy powiedzieli, nie mamy absolutnej gwarancji, jak długo u mamki utrzymuje się wydzielina mleczna w dostatecznej ilości. Osoby otaczające winny od czasu do czasu zwracać uwagę na tę okoliczność. Mamka np. przez 4 miesiące ma dostateczną ilość mleka, po tym jednakże

czasie ilość jego już nie wystarcza i dziecko robi nieraz zbyt wielkie usiłowania przy ssaniu.

W jakim wieku winno być dziecko mamki?

Najlepszy wiek wynosi 6—8 tygodni. Możemy wówczas widzieć już, jak dziecko się rozwija. Części płciowe mamki wróciły już do stanu prawidłowego. Cierpienia skutkiem połogu są mniej prawdopodobne. Nakoniec dziecko mamki znajduje się w wieku, w którym przymiot dziedziczny byłby się już objawił. Wysypka przymiotowa występuje najczęściej przed 6 tygodniami, prawie nigdy po tym czasie.

Czy mamy wybrać na mamkę kobietę pierwszą, czy drugi raz rodzącą?

Należy przenosić po nad wszystkie inne kobietę drugi raz rodzącą, która już poprzednio wykarmiła dziecko i gdy takowe zostaje przy życiu. Nie możemy jednakże zalecać kobiety, trzeci raz rodzącej, zwłaszcza jeśli porody szybko po sobie następowały. Jest rzeczą całkiem obojętną, czy mamy wybrać na mamkę brunetkę, czy blondynkę: zależy to od rozmaitych ras, mieszkających w danym kraju. Trudno w ogóle rozstrzygnąć, czy mamki wiejskie są lepsze od mamek z miasta. Jedne i drugie mają rozmaite wymagania, często niezbyt małe. Wybór mamki winien zawsze zależeć od lekarza, a nigdy nie być pozostawiany akuszerkom lub stręczycielkom. Szczególnie pod względem znaków przymiotu na matce lub dziecku trzeba być bardzo skrupulatnym. Nic więcej nie zaszkodziłoby lekarzowi dzieci, jak popełnienie błędu w tym względzie. Naturalną jest rzeczą, iż lekarz nie może dać żadnej gwarancyi co do późniejszego zarażenia się przymiotem.

Skutkiem czego wydzielenie mleka zmniejsza się lub ulega zmianom jakościowym?

1. Gwałtowny przestach, zgryzoty, wrzuczenia umysłu i t. d. często bardzo uważane bywają za przyczyny, wywierające szkodliwy wpływ na wydzielenie mleka. Nie da się to wykazać ani sposobem chemicznym, ani za pomocą mikroskopu. Nie ulega jednakże wszelkiej wątpliwości, iż dzieci, przedtem zupełnie zdrowe, zachorowują nagle po takich wzruszeniach na zaburzenia w trawieniu, np kolki, wymioty i t. d.

2. Nowe zajście w ciążę jest zwykłą przyczyną mniejszej lub większej utraty pokarmu. Ponieważ podczas karmienia nie

przychodzi regularność, przeto brakuje pod względem ciąży bardzo ważnej jęj oznaki. Cięża bywa często rozpoznana dopiero wówczas, gdy upłynęła już dość znaczna przestrzeń czasu od jęj początku. Zaraz po sprawdzeniu ciąży należy dziecko odstawić.

3. Wiele substancyj, pożywanych przez matki, przechodzi do mleka; i tak wiele ziół aromatycznych, np. piołun, absynt, tymian, czosnek; wiele lekarstw, np. jod, rtęć, barwniki, atropina i t. d. Jest rzeczą bardzo niepewną i nieodpowiednią celowi zadawanie ssawcom lekarstw na tęj drodze.

4. Pojawienie się regularności rozmai ty wywiera wpływ na wydzielanie mleka, w każdym jednak razie przesadzone są obawy o szkodach, jakie ztąd płyną dla dziecka. U kobiety karmiącej regularność winna powrócić dopiero po zupełnem odstawieniu dziecka od piersi. Jeśli pojawia się wcześniej, wówczas skład mleka ulega zmianom. Staje się ono uboższem w wodę, a bogatszem w stałe części składowe, dzieci cierpią wówczas na najrozmaitsze przypadłości, wzdęcie, kolki, wymioty kwaśne, stolce niestrawne. Po ustąpieniu regularności, zaburzenia wspomniane ustępują same przez się, i na nowo wracają przy następnej miesiączce. Powrót regularności następuje albo wcześniej, już po 6—7 tygodniach, albo dopiero później w 4—6—8 miesiącu. W pierwszym razie musimy rozłączyć się z mamką i poszukać innęj. Jeśli przeciwnie regularność przychodzi później, wówczas możemy poczekać jeszcze 4 tygodnie, w ciągu których przygotowujemy dziecko do odstawienia. Jeśli dziecko ma już 6—7 miesięcy, wówczas możemy bezpiecznie je odstawić, tem bardziej, gdy występują w wysokim stopniu zaburzenia w trawieniu. Z drugiej strony zdarza się, iż dzieci nie rozwijają się w sposób widoczny po wystąpieniu regularności tak u własnej matki, jak i u mamki. W podobnym razie musimy, jeśli karmienie mieszane nie może być przeprowadzone, uciec się do zmiany mamki.

W razie zapadnięcia kobiety karmiącej na chorobę gorączkową, również powstrzymuje się wydzielanie mleka.

#### Jak długo kobieta może karmić?

Jeśli nie zachodzi żadna przeszkoda w okresie karmienia, wówczas kobieta nie powinna nigdy karmić dziecka dłużej nad 6—7 miesięcy, to jest w tym wieku odstawienie powinno się rozpocząć i prowadzić przez 2—3 miesiący. Mamki, których własne dzieci są zwykle starsze o 6—8 tygodni, mogą bez szkody karmić dłużej. Szko-

dliwym jest zwyczaj zbyt troskliwych matek pozostawiania dzieci przy piersiach przez 1 $\frac{1}{2}$ —2 lat. Nieraz robi się to tylko celem uniknięcia zajścia w ciążę.

Jak się powinna żywić kobieta karmiąca?

W ogóle uważa się za prawidło, iż kobieta karmiąca ma się żywić odpowiednio do poprzedniego swego przyzwyczajenia. Z fizjologii wiadomo, iż niema pokarmów specyficznych, z którychby powstawało mleko. Należy zawsze używać pokarmów mieszanych, przyczem trzeba unikać pokarmów trudno-strawnych i tłustych. Kobięcie z klasy lepszej nie pozwalamy żadnych jarzyn ciężkich, kapusty kwaszonej, rzepy, grochu, jarmużu i dajemy niewielkie ilości kartofli. Potrawy mleczne również nie bywają dobrze znoszone, a przynajmniej przez czas niedługi. Główne pożywienie winno się składać z lekko strawnych gatunków mięsa. Tłuste mięso wieprzowe, jakoteż gęś i kaczka, nie są właściwe. Mamki ze wsi można karmić odpowiednio do poprzedniego ich sposobu życia, przyczem należy unikać wszelkich potraw drażniących podniebienie i właściwych kuchni angielskiej. Jako wzór karmienia mamek u nas (w Austrii) może służyć następujący szemat:

Rano,  $\frac{1}{2}$  kwarty kawy mlecznej z 1—2 bułkami.

Na 2 śniadanie: trochę mięsa zimnego z chlebem białym albo chleb z masłem.

Obiad: zupa, dobrze ugotowana sztuka mięsa z sosem lub lekką jarzynką, ewentualnie lekka potrawa mączna.

Na podwieczorek:  $\frac{1}{2}$  kwarty kawy mlecznej z 1—2 bułkami.

Wieczorem: zupa w znacznej ilości, zupa mleczna z kaszą, kłuskami lub zacierkami.

Kobiety karmiące winny posiadać dostateczną ilość ruchu umiarkowanego, szczególnie też kobiety ze wsi, przyzwyczajone do zmian pogody, powinny codziennie, nawet w razie niepogody, wychodzić na przechadzkę.

Piwo lekkie może być dawane kobietom karmiącym, lecz w niewielkiej ilości. Piwo nie powiększa wprost wydzielania mleka, lecz działa tylko jako środek gorzki, a alkohol jego działa pobudzająco. Najlepszem jest w tym razie piwo pilzeńskie, które obecnie wszędzie się znajduje. Zaczyna się od pół kwarty i nie przekracza się jednej kwarty.

Kobiety karmiące cierpią bardzo często na zaparcie, szczególnie mamki, nie mające ruchu. Uregulowanie wypróżnień jest bardzo pożądanem, nie należy jednakże nigdy przesadzać w środkach czyszczących. Najlepiej używać soli lekko czyszczących, przyczem należy unikać soli i wody gorzkiej. Węglan magnezji (*magnesia carbon.*) w postaci proszku (1 łyżeczka od kawy na 1 szklanke wody zwyyczajnej) może być w takich razach używany nad ranem.

#### Ogólne uwagi nad karmieniem ssawców.

Jak już wspomnieliśmy wyżej, pokarm musi być podawany noworodkowi częściej i zawsze w małych ilościach. Musi to jednakże odbywać się podług pewnych prawideł; a to dla nieprzeszkodzenia prawidłowemu rozwojowi dziecka. Skutkiem niezwracania uwagi na tę okoliczność, dzieci łatwo nabierają zbytńie ilości tłuszczu i cierpią na rozmaite przypadłości. Skoro noworodek, po obcięciu i opatrzeniu pępka, zostanie wykąpany i celem usunięcia smołki dostanie lewatywę,—wówczas możemy go pozostawić przez 12—16 godzin bez pokarmu. Zwyczaj iudowy dawania mu w tym czasie nieco rumianku lub wody ocukrzonej jest zupełnie nie szkodliwy, jakkolwiek bezcelowy. Należy jednakże pilnie unikać dawania dziecku w tym czasie środków czyszczących. Panuje zwyczaj dawania noworodkom nieco nalewki wodnej rzewienia (*tinct. rhei aquosae*) celem wydalenia smołki. Może to w danym razie spowodować śmierć, należy więc przestrzegać z całą stanowczością. Skazać dziecko na post dłuższy ponad czas wyżej podany nie jest wskazaniem, gdyż łatwo występują objawy upadku sił. Jeśli posiadamy odpowiednią mamkę dla dziecka zdrowego, wówczas dajemy mu ssać bezzwłocznie. Jednakże, jeśli mamy przed sobą mamkę pierwszy raz rodzącą, wówczas musimy nieraz przykładać dziecko od czasu do czasu i nie powinniśmy się zrażać pierwszymi próbami bezskutecznymi. Jeśli dziecko jest silne, a brodawka w odpowiedni sposób była przygotowywana w czasie ciąży, wówczas zawsze udaje się dziecku ssać z piersi, jakkolwiek koniecznem jest pewne zatrzymanie się z podaniem mu piersi. Zachodzi tu jednakże pewna różnica między mlekiem kobiet świeżo po połogu a mamki dawniejszej. Różnicę tę znać należy. Mleko zawiera w pierwszych dniach stosunkowo wiele tłuszczu, skutkiem czego wywiera działanie przeczyszczające. Przez to działanie przeczyszczają-

ce zostaje wydaloną na drodze naturalnej wszelka smołka, wiele złuszczonych nabłoneków i śluzu kiszkiowego z górnych oddziałów przewodu kiszkiowego. Zwykle dzieci takie cierpią na bóle (kolki). Jeśli więc słyszymy, że dzieci są niespokojne, krzyczą i t. d., wówczas nie jest to skutkiem tego, iż pożywienie nie jest wystarczające, lecz najczęściej z powodów powyższych. Własność ta mleka znika po 8 dniach. Nie zdarza się to u mamek starszych (6—7 tygodni), u których dzieci bywają daleko spokojniejsze, lecz od czasu do czasu cierpią na zaparcie stolca lub przynajmniej na opieszałość w trawieniu. W pierwszych 6 tygodniach dzieci śpią wiele, albo przynajmniej śpią często przez 3—4 godzin. Nie zawsze możliwą jest rzeczą dawać im pierś w pewnym porządku, należy jednakże nie karmić ich częściej jak co 2 godziny. Często już w piątym tygodniu udaje się zaprowadzić pewien porządek. Po sześciu tygodniach należy dawać pierś z pewną systematycznością, aby była zachowana pewna przestrzeń czasu między jednym karmieniem a drugim. Od szóstego tygodnia aż do czwartego miesiąca włącznie pozwalam karmić dzieci tylko co 2 godziny i nigdy nie dłużej nad pół godziny. W nocy tylko 1—2 razy przykładamy dziecko do piersi. Od 5—8 miesiąca dajemy dziecku pierś co trzy godziny w ciągu dnia i w nocy tylko raz jeden. W ostatnich czasach jednakże musimy już robić pewne przygotowania do odstawienia, skutkiem czego naturalnie zajdą pewne zmiany w porządku karmienia.

Dzieci przedwcześnie urodzone, z wargą zajęczą, z nieżytem nosa swoistym ssą bardzo źle i wymagają szczególnej opieki, mianowicie też przedwcześnie urodzone. U tych ostatnich możemy nie zachowywać wyżej podanych przepisów odnośnie czasu karmienia. Dalej mamka wiana posiadać brodawkę dobrze uformowaną i pierś łatwo podatną, gdyż dzieci takie nie mają wiele siły do ssania. Dzieciom z nieżytem nosa należy zawsze przed ssaniem dobrze go oczyścić. Dzieci z wargą zajęczą, w razie gdy zboczenie to jest znaczne, często nie mogą ssać wcale, lecz muszą być karmione łyżeczką. Nigdy nie powierzamy dziecka samej mamce, lecz zawsze matka powinna wglądać i przestrzegać wszystkiego, co się odnosi do potrzeb dziecka. Szczególnie podawanie piersi nigdy nie powinno odbywać się bez wiedzy matki. Stosunek matki do mamki, jako do osoby służącej, winien być zaraz z samego początku jasno i ściśle oznaczony, — w przeciwnym razie mogą nieraz zrodzić się nieprzyjemne zajścia między niemi.

Nigdy pierś nie powinna być uważana za środek do uspokojenia dziecka, ani w dzień, ani w nocy, a tem bardziej w razie choroby. Jednakże nieraz potrzeba wiele pracy i wpływu osobistego, aby przekonać o tem matkę resp. całe otoczenie dziecka.

#### Odstawienie od piersi.

Odstawienie od piersi winno nastąpić między 7—10 miesiącem. Nie należy pozostawiać przy piersiach dzieci po tym czasie, gdyż mleko kobiet ulega już zmianom, które nie wpływają na rozwój dziecka. Niebezpiecznie jest odstawiać dzieci przed tym czasem, mianowicie też przed piątym miesiącem, albowiem w tym wieku zwykle nie znoszą jeszcze mleka krowiego, chorują i w końcu znowu muszą być przystawione do piersi.

#### Odróżniamy odstawienie szybkie i powolne.

Dość często zmuszeni jesteśmy odstawić dziecko od piersi szybko, jakkolwiek połączonem to bywa z wielkiem niebezpieczeństwem. We wszystkich wypadkach silnych i ostrych chorób matki lub mamki, musimy natychmiast odstawić dziecko, i dać mu albo inną mamkę, albo też karmić sztucznie. To ostatnie jest szczególnie niebezpieczne w ciągu lata, albowiem dzieci po nagłym odstawieniu zapadają na nieżyt kiszek, do którego bardzo prędko przyłączają się silne objawy upadku sił. Dzieci takie umierają często w ciągu 24—48 godzin, jeśli na nowo nie zostaną przystawione do piersi.

Dla uniknięcia tego niebezpieczeństwa należy już od piątego miesiąca rozpocząć stopniowe odstawianie. Dajemy dziecku raz na dzień, zamiast piersi odpowiednią ilość mleka krowiego w stosownem rozcieńczeniu, 3 części mleka, 1 część wody, bez dodatku cukru ( $\frac{1}{6}$  kwarty),—i kontynuujemy to przez 8—14 dni. Jeśli dziecko wytrzyma to dobrze, bez zmiany wyglądu i stolca, wówczas dajemy mu drugi raz podobną porcyę mleka krowiego, nareszcie po upływie nowych 14 dni trzecią porcyę. W tym czasie możemy jeszcze około południa dawać rosół wołowy. Nie możemy doradzać dawania dzieciom pokarmów mączkowatych w formie kaszek, nawet w razie posiadania 4—6 zębów, albowiem w tym czasie dzieci dobrze już trawiają na pół

podpieczone mięso wołowe, dostarczające w każdym razie więcej pożywienia, aniżeli wszelkie kaszki z mlekiem.

Dzieciom, objawiającym skłonność do choroby angielskiej, podajemy wcześniej obok piersi dobrze osolony rosół wołowy, do którego można dodać nieco substancyj mączkowatych.

Do odstawienia mogą być użyte także wszelkie inne surogaty mleka krowiego, jak mleko szwajcarskie, zupka Liebiga, mączka dziecinna Nestle'go, ale nigdy u zdrowych dzieci nie należy zaczynać od znanych rodzajów kawy: od kawy żołądziejowej, jęczmienniej i t. d.

Jeśli, prowadząc w ten sposób odstawianie, nie widzimy w ciągu 6—8 tygodni żadnej zmiany ani w stanie odżywiania dziecka, ani we własnościach jego stolca, — wówczas możemy z wszelkim spokojem dziecko odstawić zupełnie.

Nigdy nie powinniśmy w ciągu następnych 4—6 tygodni zmieniać pożywienia dzieci odstawionych, jeśli dobrze je znosiły do czasu odstawienia.

Przy stopniowym odstawianiu od piersi unikamy zawsze biegunek, które znane są ze swiej uporczywości.

#### Karmienie sztuczne.

Jeśli matka nie chce lub nie może karmić własnego dziecka, lub nie może przyjąć mamki, wówczas zmuszeni jesteśmy karmić dziecko mlekiem zwierzęcem. Najwłaściwszem do tego jest mleko krowie. We wszystkich używanych surogatach mleko jest głównym składnikiem i dobroć i użyteczność ich zależy tylko od czystości przymieszanego mleka krowiego.

Jednakże wszelkie surogaty, poniżej wyliczone, nie są w stanie zastąpić mleka krowy dobrze odżywionej, zdrowej i starannie utrzymywanej. Używają się one tylko dlatego, iż w wielkich miastach mleko ulega wielu sfałszowaniom, jakoteż iż w pewnym stopniu odpowiadają swemu celowi.

Dzieci, sztucznie karmione, nie rozwijają się tak, jak karmione piersią. Przyczyną, opierającą się na fizjologicznej różnicy jakościowej i ilościowej rodzajów mleka, — jest trudniejsze przyswajanie się sernika mleka krowiego, aniżeli sernika mleka kobiecego. Podczas gdy sernik mleka kobiecego strąca się na delikatne i jednostajne massy, sernik mleka krowiego krzepnie w wielkie i grube strzępki. Skutkiem tego ostatni jest trudniej strawnym i już z powodu samej swiej



formy sprowadza zaburzenia w trawieniu, mogące dochodzić często do stopnia wysokiego.

Z własności wypróżnień możemy zaraz poznać, czy dziecko ssie pierś, czy też jest karmione sztucznie,— a to stosownie do delikatniejszych lub grubszych resztek sernika (zob. choroby kiszek).

Celem zrobienia mleka krowiego strawniejszym dla noworodków, należy je w odpowiedni sposób rozcieńczyć. Dzieciom do 6 tygodni podajemy mleko z wodą po równych częściach—około  $\frac{1}{3}$  kwarty mleka dziennie. Od 6 tygodni do czwartego miesiąca dajemy 3 części mleka i 1 część wody i dochodzimy do  $\frac{2}{3}$  kwarty. Po tym czasie trzeba dawać dziecku mleko nierozcieńczone i przynajmniej całą kwartę dziennie.

Mleko krowie, w ten sposób rozcieńczone, możemy osłodzić małą ilością cukru; nie odpowiednią jest rzeczą dodawać cukier w znacznej ilości, ponieważ łatwo wywołuje zbytnią ilość kwasów żołądkowych.

Podział czasu, przeznaczanego na karmienie, jest taki sam, jaki podaliśmy wyżej przy karmieniu przez kobietę. Należy tylko przy sztucznym karmieniu jeszcze ściślej przestrzegać odstępów czasu, albowiem podobne dzieci i bez tego bardzo często cierpią na zaburzenia w trawieniu. Przytem karmienie winno nieco być rzadsze, ponieważ mleko krowie daleko trudniejszym jest do strawienia.

Daliej należy szczególną zwracać uwagę na czystość naczyń, używanych do karmienia, gdyż mleko łatwo się w nich rozkłada. Ponieważ w wielkich miastach nie można zawsze otrzymywać mleka krowiego, świeżo udojonego, przeto należy ugotować potrzebną na 24 godzin ilość mleka i trzymać ją w miejscu chłodnym. Odpowiednią ilość należy zawsze rozgrzać i podawać dziecku albo łyżeczką, albo za pomocą flaszeczki do ssania. Smoczki do ssania bywają robione albo z kauczuku, albo też z kości słoniowej odwapnionej. Pierwsze jednakże posiadają nieprzyjemny zapach od kauczuku, natomiast drugie bardzo łatwo się tłuką.

Należy unikać podawania środków mączkowatych, nawet w formie zupki Liebiga, i chociażby w formach łatwo strawnych.

Wprzód, w trzecim lub czwartym miesiącu, można dawać dzieciom rosół. Winien on być dobrze osolony, lecz bez dodatku przypraw aromatycznych. Skoro dzieci mają już kilka zębów, można w rosole ugotować ryż lub grzanki z bułki. Jeśli już wyrznęły się pierwsze cztery zęby sieczne, wówczas dajemy dzieciom na pół suro-

we mięso wołowe lub sok z befsztyku, nawet możemy zalecać mięso w stanie rozdrobnionym na delikatne kawałeczki.

Oslabionym i krzywicowym dzieciom dajemy tak zwane beeftea (drobno posiekane mięso bez dodatku wody, ale dobrze osolone, gotuje się w kąpieli wodnej). Na jeden raz potrzeba użyć około  $\frac{1}{2}$  kilograma mięsa bez tłuszczu.

Jeśli samo mleko krowie już nie jest znoszonem, co szczególnie zdarza się przy nadmiarze kwasów żołądkowych, wówczas należy je mieszać z rosółem cielęcym (0,5 kilogr. na 1 kwartę wody odgotować do pół kwarty). Rosół cielęcy ma przyjemny smak słodkawy i czysty chętnie nawet jest pożywany przez dzieci. Rozcieńczamy nim mleko krowie w tym samym jak wyżej stosunku, i możemy dzieci karmić taką mieszaniną od samego urodzenia.

Sztuczne karmienie połączone jest w miastach z wielkimi trudnościami tak z powodu wielkiego jego niebezpieczeństwa, jak i z powodu upowszechnionego bardzo fałszowania mleka krowiego. Nie tylko mleko bywa podrabiane przez najrozmaitsze dodatki, z których woda jest jeszcze najmniej szkodliwa, lecz jeszcze mleko pochodzi najczęściej od krów źle pielęgnowanych, karmionych odpadkami z browarów, gorzelni i t. d. Naturalnie mleko takie nie może być znoszone przez dzieci. Dla usunięcia tych wpływów szkodliwych, znajduje się w handlu wiele przetworów, z pomiędzy których musimy wspomnieć o główniejszych. Żaden z nich nie zastępuje dobrego mleka krowiego, niektórym jednakże, jak np. zupce Liebig'a, nie można odmówić pewnej wartości w niektórych cierpieniach.

### 1. Mleko zgęszczone, tak zwane mleko szwajcarskie.

W handlu znajduje się w szczelnie zamkniętych puszkach mleko z alp szwajcarskich, pozbawione zawartości wodnej. Dla zrobienia go stalszém, połączone jest ze znaczną ilością cukru. Stanowi ono masę dość stałą, którą należy rozcieńczać odpowiednią ilością wody źródlanej.

Bierze się łyżkę stołową mleka i miesza ją z 14 lub 16 łyżkami wody. Dla noworodków bierze się tylko  $\frac{1}{2}$  łyżki na powyższą ilość wody. Dotąd zachowuje ono zawsze jednakową dobroć i ma jedną tylko wadę, ważną szczególnie u noworodków, że jest za słodkie. Przydatnem jest ono głównie w podrózach lądowych i wodnych, a w miastach wygodnem jest z powodu łatwej swój przenośności.

## 2. Zupka mleczno-słodowa Liebig'a.

*A.* 1 łąt delikatnej mączki pszennej i 10 łątów dobrego mleka krowiego gotuje się na masę i pozostawia na pewien czas w kąpieli wodnej, mającej 60° R.

*B.* 1 łąt ziarenek słodowych (znajdujących się w każdym browarze) zostawia się na pół godziny z 2 łątami wody i 10 kroplami roztworu potażu (*liqu. cali carbonici*).

Zwracając uwagę, iżby mieszánina *A* nie przybrała ciepłoty wyższej nad 60 do 70° R. i poruszając ciągle mieszáninę *B*—mieszamy z sobą po trosze te dwie mieszániny i odstawiamy na  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  godziny celem powolnego ostudzenia. W końcu przeciskamy wszystko przez sito, przyczém ziarenka słodowe dobrze wyciskamy. Mieszánina wówczas dobrze jest przygotowana, gdy masa mleczna (*A*), po dodaniu do niej drugiej mieszániny (*B*) stanie się daleko płynniejszą. Dalej zupka Liebig'a winna przybrać barwę brunatną, jeśli ma być łatwostrawną.

Zmodyfikowany ten sposób przygotowywania zupki Liebig'a jest właściwszy od pierwotnego, według którego wszystkie części składowe, po ustaniu się przez pewien czas mieszániny *B*, były zmieszane i następnie trzeci raz gotowane. Skutkiem dodatku ziarn słodowych i węglanu potażu mączka zamienia się na diastazę, a tym sposobem zachodzi niejako strawienie mączki podobnie jak za pośrednictwem śliny.

Zupka Liebig'a winna być za każdym razem świeżo przygotowaną, ponieważ bardzo łatwo kwaśnieje. Z tego powodu, jakotóż z powodu wielkiej ścisłości przy jej przyrządzaniu — użycie jej w praktyce połączone jest zawsze z trudnościami.

Jeśli chcemy konsenkwentnie od samego początku trzymać dziecko na zupce Liebig'a, wówczas poreya mleka krowiego (10 łątów) musi być rozcieńczona wodą—i to w równych częściach. Jednakże wówczas tylko przydatną będzie dla dzieci, gdy przygotowaną będzie z wielką dokładnością. Jeśli tego niema, to mączka w części tylko ulega przemianie i otrzymamy wszystkie następstwa karmienia mączką.

Niewątpliwie jednakże zupka Liebig'a wielką posiada wartość przy cierpieniach kiszkowych, zwłaszcza przy niezżytach kiszek grubych.

### 3. Wyciąg słodowy Löfflund'a.

Dla uniknięcia przygotowywać, używa się wyciąg słodowy, w którym znajdują się składniki główne zupki Liebig'a z wyjątkiem mleka. Dla zrobienia mieszaniny bierze się łyżeczkę od kawy wyciągu na  $\frac{1}{2}$  kwarty mleka. Przez to mleko staje się lekko brunatnym i przybiera smak przyjemny, jakby po przypalonym cukrze. Mieszanka ta chętnie przyjmowana jest przez dzieci i dobrze bywa znoszona. Jednakże nie zastępuje ona wcale zupki Liebig'a, szczególnie też w chorobach <sup>1)</sup>.

### 4. Mączka Nestle'a dla dzieci.

Jestto wyciąg w formie mączki z zupki Liebig'a. Przez dodanie wody otrzymujemy stosownie do jęj ilości papkę lub płyn podobny do mleka. Płyn ten również posiada smak przyjemny, mniejszą jednakże posiada wartość od wyżej podanych surogatów.

Inne surogaty, np. mieszanka śmietankowa Biedert'a, napój z jajek, proszek z jarzyn, wino pepsynowe,—rzadko bywają używane.

Mieszanka śmietankowa Biedert'a ma skład następujący. Ponieważ  $\frac{1}{8}$  kwarty słodkiej śmietanki zawiera 9,5% tłuszczu, 3% cukru mlecznego i 4% sernika, przeto koniecznie trzeba rozcieńczyć ją potrójną ilością ( $\frac{3}{8}$  kwarty) wody przegotowanej; nadto dodaje się na  $\frac{1}{8}$  kwarty 5 gramów cukru mlecznego. Mieszanka zawiera tedy 1% sernika, 2,4% masła i 3,6% cukru (według Fleischmann'a).

Karmienie sztuczne wymaga wiele pilności i wytrwałości. Nigdy dzieci w pierwszych miesiącach życia nie są tak zdrowe i kwitnące, jak dzieci przy piersiach—i dopiero przy końcu pierwszego roku życia, skoro mogą być odżywiane mięsem, różnica się nieco zacieria.

#### Ogólne uwagi o pielęgowaniu dziecka.

Opieka i pewien komfort, jakim można otoczyć nowonarodzone dziecko, zależy w większej części od środków materyalnych rodziców. W rozmaitych, odnoszących się do tego granicach, trzymamy się następujących zasad.

<sup>1)</sup> Samo się przez się rozumie, iż tak do zupki Liebig'a, jak i do mieszaniny z wyciągiem Löfflund'a należy używać zawsze dobrego mleka krowiego.

1. Pokój, w którym znajduje się ssawiec winien być obszerny, dobrze przewietrzany, niezbyt jasny, i nie wystawiony na silne wiatry północne. Przynajmniej 2 razy dziennie należy go koniecznie przewietrzać, przenioswszy na ten czas dziecko do drugiego równie ogrzanego pokoju. Ciepłota może w pierwszych 3—4 dniach być nieco wyższą, 17—18° R., później nie powinna przewyższać 16° R. i zawsze utrzymywać się na jednakowej wysokości. W pierwszych dniach powinniśmy pokój nieco przyciemnić, jakkolwiek szkodliwy wpływ światła słonecznego bardzo jest przeceniany. Po 6—7 dniach nie potrzeba już pokoju zaciemniać.

Posłanie dziecka—czy to kosz, czy też łóżeczko kratkowe,—winno być wygodnie usłane. Materace winny być wysłane trawą morską lub włosem końskim, podobnie jak i poduszka; nie należy wyściełać puchem, od którego głowa dziecka zbyt się poci. Przykrywać należy dziecko lekką kołderką. Tylko w pierwszych dniach życia trzeba dzieciom słabym, niedonoszonym, kłaść do łóżeczka flaszki z gorącą wodą. Zupełnie należy unikać kołyszek lub łóżek na biegunach. Od samego początku winniśmy przyzwyczajać dzieci do spania na łóżku. Należy zabronić kołysania na rękach, ulubionego przez mamki i piastunki, albowiem dzieci łatwo przytém dostają zawrotów głowy. Jednakże po kilku miesiącach należy już dziecko przez kilka godzin dziennie nosić na rękach i często zmieniać położenie. Nie trzeba wcale zabraniać sadzania dzieci, nawet bardzo młodych. Tylko u dzieci krzywicowych należy zwracać uwagę na tę okoliczność (patrz *rhachitis*). Im dzieci młodsze, tém więcej śpią. W początku śpią bardzo nieregularnie, po 6 tygodniach zachodzi już pod tym względem pewna prawidłowość. Nigdy dziecko nie powinno spać w łóżku razem z mamką lub matką, ponieważ łatwo mogłoby być ściśnięte podczas snu.

2. Odzież. Odróżniamy dwie metody odziewania, jedną obcisłą, naszą zwykłą i drugą swobodną, angielską. Dwa te sposoby są najgłówniejsze i o nich wspomnieć tu musimy. W pierwszych dniach życia należy resztki sznurka pępkowego przewiązywać cienką opaską płócienną. Należy unikać wszelkich ubiorów ścisających, szczególnie też wszelkiego obwijania brzucha za pomocą bandaży czyli powija-ków po odpadnięciu pępownicy. Nie zabezpieczą one wcale od utworzenia się przepukliny pępkowej (*hernia umbilicalis acquisita*), przeciwnie przeszkadzają one swobodnemu oddechowi i wywierają szkodliwy wpływ na trawienie. Według naszych zwyczajów odzież noworodków składa się: z koszulki, na którą wkłada się kaftanik, za-

pinany od tyłu. Pozostała część ciała obwija się pieluchami, czworokończastymi kawałkami płótna, pod które podkłada się cerata celem przeszkodzenia przesiąkaniu moczu. Nadto całe dziecko obwija się kołdrą, z której wychodzą tylko na powietrze rączki i głowa.

Metoda ta ma tę wadę, iż nogi nie mają swobodnych ruchów i że dziecko późno dopiero przyzwyczaja się do utrzymywania głowy. Z drugiej strony łatwiej osobom pielęgnującym dziecko nosić je na rękach i utrzymywać czystość. Angielski sposób ubioru zasadza się na tém, iż dzieci zaraz po porodzie ubierane są w podobny sposób, co u nas dzieci 10—12 miesięczne. Koszulka i kaftanik są takie same, dziecko dostaje pończochy i trzewiki, a celem zabezpieczenia ich od przemoczenia moczem, używa się tak zwana pielucha angielska, którą obwija się brzuch, przekłada od tyłu między nogami i końce jęj zapina na guziczki. Dziecko bez obawy w pierwszych zaraz dniach bywa przenoszone w postawie siedzącej. Metoda ta w każdym razie ma dużo zalet, nie krępuje swobodnych ruchów, §wymaga jednakże pewnej wprawy i staranności. Doświadczenie nauczyło, iż wczesne noszenie dziecka w położeniu siedzącym, nie spowodza skrzywienia w kolumnie kręgowj. Przymtem tak ubrane dzieci łatwiej przyzwyczaić jest do oddawania wypróżnień do naczynia.

3. Kąpiele. W pierwszym roku życia należy dzieci kąpać dla czystości codziennie; szczególnie ważnym to jest w pierwszych miesiącach życia, albowiem wydzielanie gruczołów łojowych jest powiększone i dzieci łatwo się zanieczyszczają. Kąpiele nie powinny przenosić ciepłotą 28° R.; ciepłota ta wskazana jest również w innych tygodniach życia, później może obniżyć się do 26—24° R. Nie potrzeba zwykle nic do wody dodawać. Oczyszczając ciało w kąpielu najlepiej zwykłym mydłem. Można zalecić jako dodatek do kąpeli otręby migdałowe lub pszenne. Po dokładnym obmyciu dziecka, należy czystym proszkiem ryżowym przesytać mu wszystkie miejsca w których skóra tworzy fałdy.

#### Wiadomości ogólne o cierpieniach przewodu trawienia.

Cierpienia przełyku były już opisane na innym miejscu, jak również choroby jamy ustnej, które pod wieloma względami stoją w związku z właściwemi cierpieniami żołądka i kiszek.

Objawy cierpień kiszkowych występują, szczególnie u ssawca, w sposób tak stały, iż rozpoznanie może być postawione w sposób

zupełnie przedmiotowy. Ważnemi są głównie zmiany w stolcu, z których jesteśmy zawsze w stanie postawić rozpoznanie pewne, podczas gdy wszystkie inne objawy mają znaczenie mniej lub więcej podrzędne. U dziecka zdrowego musimy zwrócić uwagę na rzecz następującą.

1. Zapach z ust jest przyjemny, ciepły. Często bywa on lekko kwaskowaty, zwłaszcza gdy dzieci są karmione sztucznie. zmiana zapachu dowodzi pewnych cierpień. Oddziaływanie śliny jest obojętne lub lekko kwaśne.

2. Mało znaczenia przywiązujemy do osadu na języku u ssawców, albowiem język u dzieci dobrze odżywianych i zupełnie zdrowych może być biały, a natomiast u dzieci, cierpiących na zaburzenia w trawieniu, może być zupełnie czerwony. U dzieci większych osad na języku ma to samo znaczenie, co i u dorosłych.

3. Stolec prawidłowy dziecka przy piersiach, po odejściu smołki i śluzu kiszkowego płodowego, — jest jednostajny, i stanowi papkę żółtawą z odpowiednią ilością wody i śluzu. Pozostałości po strawieniu mleka są bardzo delikatne i jednostajne, gdyż sernik mleka kobiecego osadza się w delikatne płatki; ztąd stolec dziecka sztucznie karmionego nigdy nie bywa tak jednostajny, lecz zawsze przedstawia grube grudki.

Wiele wypróżnień posiada własność przybierania koloru zielonego po dłuższem pozostawianiu na powietrzu,—stan ten jednakże nie może być nazwany jeszcze chorobowym. Jeśli dzieci karmione są pokarmami mączkowatymi, wówczas stolce przybierają często postać gliniastą. Zapach stolca prawidłowego nie jest nieprzyjemny, słodkookwaśny, nigdy zaś cuchnący, oddziaływanie obojętne lub lekko kwaśne.

Dopiero przy pożywaniu rosółow i mięsa, zmieniają się te własności. W drugim roku życia masy kałowe przybierają już formy stałszą. Dziecko zdrowe oddaje dziennie w pierwszych 6—8 tygodniach 2—5 stolców, a nawet więcej,—co jednakże nie przekracza jeszcze granic prawidłowości. Od tego czasu oddawanie stolca reguluje się w ten sposób, iż dzieci mają dziennie dwa lub tylko jedno wypróżnienie. Wszystkie inne zboczenia od tych warunków prawidłowych, podanych tu w krótkości, odpowiadają pewnym stanom chorobowym, które w dalszym ciągu opiszemy.

#### A. Choroby żołądka.

##### a) Niestrawność u noworodków. (*Dyspepsia neonatorum*).

Pod niestrawnością rozumiemy zaburzenie w trawieniu w pierwszych tygodniach i miesiącach życia, pochodzić mogące z rozmaitych przyczyn. Ponieważ między temi przyczynami znajduje się także zapalne, nieżytowe cierpienie błony śluzowej żołądka, przeto wypadki ostrego nieżytu żołądka bywają także podciągane pod niestrawność. Ponieważ jednakże ostry nieżyt żołądka przebiega bez gorączki, albo jeśli ma większe natężenie, to zawsze występuje powikłanie ze strony kiszek (*cholera infantum*): przeto trudno oddzielić go od niestrawności.

U dzieci większych różnica ta występuje daleko wyraźniej. Niestrawność jest zaburzeniem w trawieniu, a przyczyny jęj rozpadają się na dwie grupy. Przyczyna spoczywa albo w nadmiernej ilości pokarmów, albo też w niedokładnej lub zmienionej mieszaninie wydzielanych soków żołądkowych. Często obie przyczyny działają razem i pierwsza jest pierwotną, druga zaś następczą. Noworodki, urodzone zawczasie, cierpią na niedostateczne wydzielanie się soku żołądkowego. I skład jego nie jest prawidłowym, a ztąd odżywianie takich dzieci nigdy nie przebiega bez zaburzeń w trawieniu.

Karmienie dzieci skutecznia się albo w ten sposób, iż podawane im bywają pokarmy w nadmiernej ilości, albo też zbyt często bez zachowania porządku w godzinach karmienia (*nutritio superflua*), albo też dają im się pokarmy w ilości niedostatecznej (*nutritio imperfecta*), przyczem jeszcze zdarza się bardzo często, iż jakoś pokarmu jest szkodliwa, albo wprost niewłaściwa, np. karmienie przeważnie pokarmami mączkowatymi. Stosunki te mogą się zdarzać tak u dzieci przy piersiach, jak i u sztucznie karmionych, skutkiem czego objawy ulegają pewnym modyfikacyom.

Objawy, występujące przy niestrawności same w sobie są bardzo nieznaczne tak, iż mogą przez mniej doświadczonego całkiem być przeoczone, albo też uważane za małoznaczne.

1. Wydzielanie się soku żołądkowego zbyt kwaśnego, lub za mało kwaśnego, zdradza się odpowiednim zapachem z ust. Idzie z tém także oddziaływanie błony śluzowej ust. Jeśli ma miejsce oddziaływanie silnie kwaśne na błonie śluzowej, wówczas rozwijają się na nięj, przy niewłaściwém baczeniu, masy pleśniawkowe.



(Zob. choroby ust). U dzieci nie spostrzegamy tak cuchnącego zapachu z ust, jak przy chorobach żołądka u dorosłych.

2. Częste odbijania, albo kwaśne albo alkaliczne, bardzo cuchnące.

3. Wymioty przychodzą bardzo często, nie są jednakże stałym objawem. Masy wyrzucone oddziałują kwaśno lub mocno zmieszane są ze śluzem. Sernik bywa skrępeły, najczęściej w postaci nieregularnych płatków rozmaitej wielkości. Wymioty nie występują bezpośrednio po picciu, lecz najczęściej dopiero po czasie dłuższym. Zwykle poprzedzają je nudności, mdłości, które jednakże u ssawców nie są zbyt widoczne.

4. Najważniejsze i najstalsze zmiany przedstawia stolec. W ogóle liczba stolców nie jest powiększona; jeśli tak jest i jeśli wyróżnienia stolcowe są skąpe — wówczas ma miejsce powikłanie ze strony kiszki grubej. Stolec jest bardzo obfity, nie zmieniony co do konsystencji, lecz niestrawiony, to jest sernik nie zamieniony jest na delikatną i jednostajną masę. Chociaż i masa kałowa jest nieco więcej strawiona, to zawsze znajdujemy w niej grube i niestrawione płatki sernika, obok większej lub mniejszej ilości śluzu. Oddziaływanie jest kwaśne lub obojętne, zapach niezmieniony, nieraz cuchnący, ale nigdy niezbyt nieprzyjemny. Zawsze ma miejsce większe lub mniejsze wzdęcie kiszki, nigdy jednakże nie ma wydymań lub kolek. Masy kałowe nie przedstawiają własności, dowodzących owrzodzeń w kiszkach. Po dłuższym pozostawianiu na powietrzu łatwo przybierają zabarwienie zielone lub też w części jako zielonawe wydzielane zostają). (Bilifein zamieniony zostaje w pierwszym razie przez tlen powietrza na biliwerdin, w drugim razie przemiana ta następuje już w kiszkach). Zmiana ta zabarwienia stolca nie jest charakterystyczną dla niestrawności, gdyż zdarza się także i przy innych cierpieniach kiszkowych.

5. Dalsze badanie dziecka wykazuje, iż jest ono bez gorączki, i ma się napozór zupełnie dobrze. Brzuch tylko jest wzdęty, szczególnie też okolica żołądka. Jeśli niestrawność trwa przez czas dłuższy, szczególnie też jeśli pochodzi skutkiem nadmiernego lub nieodpowiedniego karmienia, — wówczas naturalnie cierpi odżywianie dziecka. Nie rosną, lecz bledną, na skórze tworzą się fałdy, w końcu przychodzi do innych chorób kiszkowych, do zaburzeń w odżywianiu kości (*rachitis*). Niestrawność u dziecka przy piersiach mniejsze ma znaczenie, aniżeli u dzieci sztucznie karmionych.

Leczenie tych zaburzeń nie jest łatwem. Nigdy nie należy ograniczać się na zapisaniu lekarstwa, resztę zaś pozostawić przypadkowi. Ponieważ najczęściej przyczyna spoczywa w ilości lub złej jakości i w nieregularnym podawaniu pokarmu, przeto należy usunąć tę przyczynę i zaprowadzić dyetę porządną i ściśle przestrzeganą.

Oddalamy mamkę nieodpowiednią, a zastępujemy ją przez stosowną. Jakość mleka krowiego winna być dokładnie wypróbowana, i złe musi być zastąpione lepszym.

Leczenie lekarskimi jest bardzo proste. Przy nadmiernej ilości kwasów żołądkowych dajemy alkalijską, a przy alkaliczności mas wyrzucanych z wymiotami kwasy. Przy atonii błony śluzowej żołądka dajemy środki pobudzające gorzkie. Np.

*Rp.* Bicarb. Sodae 0.3., (gr. V)  
Aq. destill. 80.0, (℥ iii)  
Sacch. lactis 5.0 (℥ jβ)  
D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy.

*Rp.* Acid. muriatici dil. gtts. 4—6,  
Aq. distil. 80.0, (℥ iii)  
Syr. simplicis 10.0, (℥ j)  
D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy.

*Rp.* Tinct. cascarillae gtts. viginti.  
Aq. dest. 80.0, (℥ iii)  
Syr. simpl. 10.0 (℥ j)  
D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy.

Jeśli jesteśmy w stanie usunąć przyczynę niestrawności, wówczas stan zdrowia wkrótce się poprawia, i w krótkim czasie następuje zupełne wyleczenie. Jeśli przyczyna niestrawności trwa dalej, np. mamka zbyt stara,—wówczas rozwija się albo ogólne cierpienie systemu kostnego (*rhachitis*), albo przewlekłe wzdęcie brzucha z cierpieniem i przerodzeniem gruczołów krezkowych. W końcu skutkiem podobnej ciągłej niestrawności przychodzi do cierpień ostrych kiszek cienkich lub przewlekłych kiszek grubych.

#### b) Wymioty zwyczajowe ssawców.

Skutkiem mniejszej objętości żołądka u ssawców, jego formy i położenia płodowego, a także skutkiem pewnych warunków nie zupełnie wyjaśnionych—część mleka połkniętego powraca napowrót bez

mdłości, krztuszeń i bez zmiany. Wymioty takie bywają bardzo częstymi u dzieci i w ogóle nie wpływają szkodliwie na ich rozwój. Jednakże u dzieci takich trzeba być bardzo ostrożnym przy rozpoznawaniu, ponieważ bardzo łatwo można pomieszać je z istotną niestrawnością.

Wymioty zwyczajowe ustają ze wzrostem dziecka, szczególnie skoro zacznie przyjmować pokarmy stałsze. Nigdy nie spostrzegamy ich w drugim roku. Dzieci z wymiotami zwyczajowymi muszą być karmione bardzo starannie, mianowicie pokarm należy im dawać zawsze w małej tylko ilości. Jeśli jednakże części zwymiotowane są zwarzone i jeśli zmienia się wygląd stolca, wówczas nie mamy do czynienia z wymiotami zwyczajowymi, lecz z cierpieniem żołądka lub kiszek.

c) Wymioty krwawe (*haematemesis*).

Jakkolwiek nadżarcia krwotoczne nie bywają tak rzadkie, to jednakże wymioty krwawe prawie wcale nie zdarzają się w wieku dzieciennym. Obserwujemy je tylko jako jeden z objawów tak zwanego melaeny noworodków, w której następują krwotoki ze wszystkich możliwych tkanek. Również widzimy je w wysokich stopniach skorbutu, który jednakże daje się spostrzegać najczęściej tylko u dzieci większych. Wrzody okrągłe na błonie śluzowej żołądka i w dwunastnicy należą do rzadkości, jednakże przy nich możliwym jest krwotok <sup>1)</sup>. Tak zwane rozmiękczenie żołądka jest zawsze objawem pośmiertnym i nigdy nie sprowadza za życia pewnych objawów, nawet wówczas, gdy jeszcze zaczyna się tworzyć w czasie konania.

d) Nieżyt ostry żołądka u dzieci większych.  
(*Gastrocatarrhus acutus*).

Ostry nieżyt żołądka u dzieci większych przebiega zupełnie odmiennie od zaburzeń w trawieniu żołądka u ssawców. Zależy to w części od zupełnego rozwoju przewodu trawienia, w części od in-

---

<sup>1)</sup> Jeśli dzieci przez dłuższy czas przyjmują kamforę, wówczas powstają na błonie śluzowej żołądka nadżarcia, wielkości krajcara, dość głębokie i krwotoczne, które, ponieważ bywają okrągłe, łatwo mogą być zmieszane z okrągłym wrzodem żołądka.

nych pokarmów i od cierpienia zapalnego samej błony śluzowej żołądka, będącego istotną przyczyną choroby. Cierpienie to występuje albo dobrowolnie, nieraz w formie widocznie epidemicznej, albo też wywołanem bywa przez wpływy niepomysłne i w końcu przez nieodpowiednią jakość pokarmów i ich nadmiar.

1. Przebieg bywa zawsze gorączkowy, jakkolwiek w wielu razach gorączka nie ma wielkiego natężenia. Trwa ona przez cały czas, albo też opada przed ukończeniem się zaburzenia w trawieniu. W pierwszym razie posiada z początku charakter bardzo często podobny do tyfusu, tak iż w początku nie można odróżnić obu procesów. Gorączka bywa bardzo wysoka (38—39°) i wyraźnie nasila się wieczorem i koło północy dosięga do szczytu. Ciężota wieczorna wynosi 39,5—40°. Utrzymuje się jednakże tylko przez 2, najwyżej 3 dni, następnie albo opada nagle tak, iż w krótko staje się prawidłową, albo też obniża się stopniowo. W każdym razie przy ostrym niezycie żołądka nie przedłuża się nad 8—10 dni. Jeśli ma to miejsce, wówczas mamy do czynienia z innym cierpieniem, najczęściej z procesem tyfusowym. Tętno jest przyspieszone (120—140) jednostajne, nieco drżące, i odpowiada przebiegowi gorączki. Oddychanie bywa prawidłowe.

2) Znajdujemy zawsze język obłożony, cuchnienie z ust, wargi lekko zaschnięte i popękane.

3) Nie zawsze występują wymioty; najczęściej przy przepełnieniu żołądka wyrzucony zostaje w obfitęj ilości śluz, oddziaływający bardzo kwaśno i pomieszany z papką pokarmową. Wymioty najczęściej powtarzają się kilkakrotnie i poprzedzone bywają mdłościami, krztuszeniami, skutkiem czego występuje osłabienie sił. Należy z całą pewnością wyłączyć wszelkie objawy, które zdradzają wysypkę ostrą lub cierpienie mózgowe. Jeśli nie pojawiają się wymioty, wówczas występują często odbijania cuchnące, lub zgaga.

4) Przy badaniu brzucha znajdujemy zwykle brzuch wzdęty, szczególnie żołądek, który w okolicy dna bardzo jest wzdęty tak, iż bardzo łatwo pokrywa tępość śledziony. Skoro znika wzdęcie, wówczas łatwo powiększenie śledziony, resp. powiększenie jej tępości może być odkryte. Nie widzimy nigdy na brzuchu przy zwykłym niezycie żołądka, jakkolwiek objawy są bardzo wydatne, wysypki podobnej, jak przy tyfusie.

5. Stolec jest najczęściej zaparty, zwłaszcza w czasie wysokiej gorączki. Jeśli pojawią się liczne i płynne stolce, wówczas mamy do czynienia z powikłaniem ze strony kiszek cienkich, które zresztą czę-

sto bywa spostrzeganém. Rzadziej cierpienie przechodzi na dwunastnicę, przyczém tworzy się żółtaczka.

Cierpienia podobne trwają zwykle 8—10 dni, w którym to czasie znikają wyżej podane objawy. Jeśli jednakże przeciągają się na tej samej wysokości, albo nawet się potęgują, wówczas mamy do czynienia z cierpieniem tyfusowém.

Leczenie podobnych nieżytów żołądka ostrych jest zupełnie wyzeczującym. Dzieciom, liczącym już drugi rok życia, możemy njać nieco pokarmów, czego nie możemy zrobić u ssawców, gdyż szybko występują objawy upadku sił. Dajemy tylko rosół i lekką herbatę z mlékciem, albo przy słabém tętnie z troszką araku. Za napój dajemy wodę sodową, ochłodzoną w lodzie.

Jeśli zaparcie stolca trwa przez dni kilka, a brzuch jest przytém wzdęty, wówczas możemy uciec się do środka przeczyszczającego.

Jeśli jednak mamy jakiegokolwiek podejrzenie tyfusu, wówczas bezwzględnie winniśmy unikać środków przeczyszczających, albowiem łatwo możemy dać powód do biegunek rozplywnych. Bezcelowém jest podawanie kalomelu, jako środka przeczyszczającego.

Przeciwno gorączce podajemy chininę w małych dawkach, działających także jako środek gorzki. Jeśli dzieci, co zdarza się bardzo często, silnie są osłabione, wówczas dajemy ją w połączeniu z żelazem. Po ustąpieniu gorączki i przy braku apetytu i złém jeszcze trawieniu dajemy środki gorzkie razem z lekkimi pobudzającymi.

Skoro gorączka ustanie, wówczas dajemy pożywienie mięsne z winem. Zawsze dajemy pierwszeństwo mięsu na pół surowemu, — mięso wołowe pod tym względem zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkimi innymi rodzajami mięsa. Lekkie wina czerwone i mała-ga oddają również dobre usługi w tych razach.

Dajemy więc następujące lekarstwa:

*Rp.* Aquae laxativ, Viennensis 50.0 (℥ij)

Syr. rubi idaei

Aq. cerasor. nigr. āā 10,0 (℥jjj)

D. S. co 2 godziny łyżeczka dziecinna aż do wywołania stolca.

*Rp.* Chinini sulfurici 0,2—0,2 (gr. 3—4)

Acid. sulf. dilut. gtts. tres,

Aq. destil.

Syr. simpl. āā 40,0 (℥jβ)

D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy.

*Rp.* T. cascarillae gttss. viginti.  
 Aq. dest. 80,0 (℥jij)  
 Syr. simp. 10,0 (℥jij)  
 D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy.

### e) Przewlekły nieżyt żołądka u większych dzieci

Cierpienie to zaczyna się od początku jako takie, rozwijając się powolnie i potęgując się, albo też rozwija się z kolejnych powrotów ostrego nieżytu żołądka. Spostrzegamy je najczęściej u dzieci żółtawych, a niekiedy jest bezpośrednim ciągiem niestrawności u dzieci rachitycznych.

Z drugiej strony na przewlekły nieżyt żołądka cierpią także inne dzieci, blade, pochodzące od rodziców wyniszczonych, gruźliczych.

Nieodpowiedni sposób żywienia takich dzieci, już poprzednio bardzo wrażliwych pod względem trawienia, przyczynia się szczególnie do powstawania i pogorszenia podobnych cierpień żołądka. Następstwami przewlekłych nieżytów żołądka są, oprócz wychudnięcia dzieci, często bardzo znacznego, — rzadziej przewlekłe cierpienia kiszek cienkich lub grubych, jako też choroby ogólne, skrofule, małopokrwistość, zapalenie opon na podstawie mózgu i t. d.

Jak powiedzieliśmy, przebieg bywa przewlekły, często jednakże przerywanym jest przez pogorszenia.

Najwybitniejszymi objawami są: język obłożony, cuchnienie z ust i brak apetytu. Przytém brzuch jest mocno napięty, szczególnie okolice żołądka. Obok przewlekłego nieżytu żołądka występują naturalnie jeszcze często objawy następstw zaburzeń w odżywianiu, z pomiędzy których o rozroście i przeistoczeniu gruczołów krezkowych wspomnimy jeszcze przy przewlekłych cierpieniach kiszek.

Nie zawsze zdarza się zaparcie stolca; jeśli występują stolce płynne lub śluzowe, wówczas mamy do czynienia z powikłaniem ze strony kiszek.

Leczenie przewlekłych nieżytów żołądka jest trudne i ciągnie się długo. Należy o ile możności usuwać przyczyny wywołujące i starać się o ścisłe uregulowanie diety. Zalecamy szczególnie karmienie snrowém mięsem. Powinno być ono zupełnie pozbawione tłuszczu, rozbite w moździerzu i nakoniec wyciśnięte przez delikatne sitko. Smarujemy je albo na kawałku rozmoczonej bułki, albo dajemy dzieciom w formie gałek. Dla niektórych dzieci wypada obsypać gałki mięsne sproszkowaną czekoladą. Mniejszym dzieciom dajemy dwa

łuty, większym 4 łuty dziennie w dwóch porcjach. Jeśli dzieci nie chcą przyjmować surowego mięsa, wówczas możemy przejść do innego rodzaju mięsa. W innych porach dnia dajemy dzieciom rosół i lekką herbatę z mlékkiem lub z 1-ą--2-a kroplami araku.

Jako środek tak zwany *stomachicum* możemy dawać nalewkę Darrella, 1-ą do 2-łyżeczek od kawy dziennie, albo chininę w połączeniu z żelazem. Lepiej jednakże w leczeniu przewlekłego nieżytu żołądka używać wód mineralnych.

Kuracye takie najlepiej przedsiębrać w lecie i to u samych źródeł, ponieważ wody mineralne są tu najlepsze. Jeśli to nie leży w granicach możliwości, wówczas pozwalamy pić wody mineralne w domu, pilnujemy tylko dostatecznej ilości ruchu.

W pierwszym rzędzie stoi tu woda karlsbadzka. Właściwemi tu są szczególnie wody Mühlbrunn i Schlossbrunn ( $\frac{1}{2}$ —1-ój szklanki dziennie nad ranem). Szczaawy alkaliczne (Giesshübler) albo szczaawa sodowa (Preblauer) również dobrze działają. Jeśli egzystuje małokrwistość, albo jeśli przy złym apetycie stan ten przybiera groźny charakter, wówczas dajemy wody żelazne np. Spaa (alkaliczna szczaawa żelazna), Pyrawarter albo Franzensbader—Franzensbrunnen.

Woda Glejchenberg (Klausnerquelle) niechętnie jest przez dzieci przyjmowana. Wód żelaznych możemy w początku dawać nie wiele, 1—2 łyżek stołowych. Dopiero gdy je dobrze znoszą, możemy dawkę powiększać.

## B. Choroby kiszek cienkich <sup>1)</sup>.

### a) Nieżyt ostry kiszek cienkich.

Siedliskiem tego cierpienia jest najczęściej dolna część kiszek cienkich i to nie zawsze na całej ich powierzchni. Najczęściej zajęta jest tylko jedna para pętlic. Przy nie bardzo już widocznem na trupie nastrzyknięciu, przy niewielkiem obrzmieniu błony śluzowej i jój przyrzędu torebkowego, wydziela się znaczna ilość surowiczego płynu.

---

<sup>1)</sup> O cierpieniach dwunastnicy wspominaliśmy już przy żółtaczce, o wrzodach zaś okrągłych, jakie zdarzają się w dwunastnicy, przy chorobach żołądka.

Przy zwykłym nieżycie nie znajdujemy żadnych zmian na otrzewnej. Wypadki niepowikłane nieżyty kiszek cienkich rzadko przychodzą do badania pośmiertnego, nawet wówczas, gdy dzieci karmione są sztucznie.

Najczęściej proces postępuje tak obszernie, iż występuje grupa objawów, oznaczana nazwiskiem cholery dziecięcej.

Objawy nieżyty kiszek cienkich są następujące:

1. Przebieg jest z a w s z e b e z g o r a c z k o w y. W środku lata przy częstych wypróżnieniach wodnistych ciepłota obwodowa często się nawet obniża. Jeśli występuje gorączka, wówczas zawsze mamy do czynienia z powikłaniem, i to najczęściej z nieżytem oskrzeli.

2. Wygląd takiego dziecka nie jest z początku zmieniony, przy dłuższem tylko trwaniu daje się zawsze wykazać schudnięcie. Wargi są suche, podobnie i błona śluzowa ust; ta ostatnia jest jakby lepka i zwykle nieco zaczerwieniona. Pleśniawki, tak zwane afty *B e d n a r a*, nie są rzadkiem powikłaniem. Przy badaniu ust palcem ssawcy próbują ssać. Pragnienie powiększone. Zapach z ust jest zwykle kwaśny,—często zupełnie nie zmieniony.

3. Badanie brzucha wykazuje: wielkie wzdęcie z większem lub mniejszem napięciem pokryw brzusznych. Przy macaniu wyczuwamy często burczenie w kiszkach. Bolesność przy dotykaniu widzimy w niektórych tylko wypadkach, w których skutkiem kolek większa jest wrażliwość w okolicy pępka. W reszcie ciała nie spotykamy nic nieprawidłowego.

4. Najważniejsze zmiany widzimy w stolcu.

a) Liczba stolców jest powiększona, Wynosi często 10—12 na 24 godzin. Przytem każdy stolec jest obfity tak, iż przesiąka przez odzież na znacznej przestrzeni. Zależy to od nieprawidłowego powiększenia ilości zwykłego składnika stolca, t. j. wody. Skutkiem tego stolec jest wodnisty, zabarwienie jego bledsze, jest zamulony, a składniki jego stałe oddzielone od siebie. Przy dłuższem staniu na powietrzu przybiera barwę zieloną (patrz wyżej).

b) Oddzielanie stolca połączonem jest z bólami, a niekiedy bóle te poprzedzają wypróżnienie (kolki). Przy każdym wypróżnieniu odchodzi mnóstwo gazów, skutkiem czego stolec odchodzi zawsze głośno. Po każdym wypróżnieniu następuje pewne osłabienie dziecka.



- c) Właściwości żrących stolec nie posiada. Tylko przy dłuższem trwaniu i niewłaściwem pielęgnowaniu powstaje ekcema na kończynach dolnych, na częściach, głównie przez stolec zanieczyszczanych, a więc na pośladkach, tylnych powierzchniach ud i na piętach (patrz choroby skóry).

5. Odpowiednio do masy wody, wydzielanej ze stolcem, ilość uryny jest zmniejszona. Jest ona bardzo zgęszczona i bogata w mocznik.

Ostrość, jako też natężenie objawów jest większe u dzieci sztucznie lub pokarmami mączkowatymi karmionych, aniżeli u dzieci przy piersiach. To samo odnosi się do rokowania, które u tych ostatnich jest nierównie pomyślniejszem.

Przyczyny nieżyty kiszek cienkich u dzieci przy piersiach są: nadmierne przekarmianie, nieregularne dawanie piersi, mamka za stara, mająca regularność. U dzieci sztucznie karmionych najczęstszą przyczyną choroby jest zepsute lub fałszowane mleko krowie. Równie wielki kontyngens dostarczają tu dzieci karmione pokarmami mączkowatymi (mączka, kasze, sucharki).

Dzieci szybko odstawione również łatwo zapadają na nieżyty kiszek cienkich.

Nieżyt kiszek cienkich u dzieci przy piersiach najczęściej przechodzi w wyzdrowienie, u sztucznie karmionych zależy ono wiele od warunków zewnętrznych, w których dziecko się znajduje. Choroba przechodzi w cholerynę, albo w nieżyt kiszek grubych albo kończy się śmiercią, jeśli przyłączy się obszerniejsze zapalenie oskrzeli. Ma to miejsce szczególnie często u dzieci krzywicowych.

Wśród danych warunków nieżyt kiszek cienkich ma skłonność do powrotu, i jeśli często się powtarza, może przybrać charakter przewlekły. Przewlekłe nieżyty kiszek cienkich same są rzadkie, najczęściej powikłane są z procesami przewlekłymi na błonie śluzowej kiszek grubych.

Leczenie nieżyty kiszek cienkich ma na celu usunąć przyczynę choroby, zwykle łatwo odkryć się dającą. Jeśli to zrobimy, wówczas łżejsze wypadki kończą się wyzdrowieniem u dzieci przy piersiach zwykle bez wszelkich innych środków lekarskich. U dzieci sztucznie karmionych potrzeba często, szczególnie gdy wystąpią objawy upadku sił, przyjąć zaraz mamkę. Jeśli dzieci są nieco już starsze, 4—5 miesięczne, nigdy jeszcze nie ssaly piersi, wówczas nauczanie ich ssania połączone jest często z wielu trudnościami. Udaje się to jednakże prawie zawsze. Skutkiem tego leczenia takiego cier-

pienia istotnie jest bardzo uproszczone. Zmiany mamki nieprzedsiębiorczy nigdy zbyt porywczo, lecz dopiero po rozważeniu wszelkich okoliczności. Przeciw wzdęciu i kolkom letnie okłady na brzuch priesnitzowskie oddają dobre usługi. Jednostajne ciepło i podniecenie skóry są tutaj głównymi czynnikami. Nie robimy żadnego zarzutu okładom z rumiauku. Letnie kąpiele z rumianku, 26—28°R., kilka razy dziennie, oddają dobre usługi przeciwko bólom.

Dzieci z częstymi i wodnistymi wypróżnieniami doznają silnego pragnienia. Oprócz ścisłego uregulowania pory jedzenia, należy im wzbrońić wszelkiego napoju, mianowicie różnych rodzajów herbaty i ziółek. Jeśli jednakże język jest podsychnięty, wówczas dajemy łyżeczkami od kawy wodę sodową, ochłodzoną na lodzie. Skutkiem tego oprócz częstego zmoczenia ust zimną wodą, zmniejsza się także pragnienie. Przy groźnym upadku sił dajemy herbatę, wina czerwone, Bordeaux, Vöslauer i t. d.

Leczenie właściwe ogranicza się do użycia środków ściągających i makowca. W praktyce dziecięcej najwłaściwszą jest *Tinct. opii simpl.*, z którą jednakże należy być ostrożnym u dzieci do 6-tygodni życia, albowiem dzieci bardzo niejednakowo są wrażliwe na działanie makowca. Dzieciom, nie mającym roku, dajemy 1a, najwyżej 2ie krople, następnie dajemy tyle kropli, ile lat liczy dziecko. Ze środków ściągających czysty garbnik nie jest zwykle znoszony. Np.

Rec. *Tinct. cascariillae*

gts. viginti

Aq. dest. 80,0 (℥ iij)

T. opii simpl. gttm. 1—2

Syr. simpl. 10,0. (℥ iij)

D. S. Co 2 godziny łyżeczka od kawy.

Rec. *Tinct. Ratanhiae*

gts. viginti

Aq. dest. 80,0 (℥ III)

T. opii simpl. gttm. unam,

Syr. simpl.

Aq. cinnamomi āā 5,0 (℥ jβ)

D. S. Co 2 godziny łyżeczka od kawy.

Rec. *Pulv. Paulinae sorb.* 1,0 (℥ j)

*Pulv. Doveri* 0,1 (gr. ij)

M. ut f. pulv. et div. in dos. aeq. Nr. decem

D. S. Co 2—3 godziny 1 proszek.

Rec. T. cascarillae  
 gtts. viginti  
 T. opii simpl.  
 gttm. unam,

Sacchari albi 10,0 (3 iij)

Stent usque ad perfectam evap. spir vin. M. D. S. co 2 godziny na  
 końcu noża podawać.

(NB. To samo można zrobić z T. Ratanh.)

Rec. Pulv. Doveri 0,1 (grij)  
 Ferr. carb. sacch. 0,2 (grIV)  
 Sacch. albi 5,0 (3 jβ)

M. ut f. pulv. et div. in dos. aequ. Nr. decem.

(Dobre dla dzieci krzywicznych).

#### b) Nieżyt kiszek cienkich u dzieci większych.

Nieżyt kiszek cienkich przebiega u dzieci większych rzadko w sposób ostry, najczęściej zaś w sposób ostrawy lub przewlekły. Zależy on nie tylko od czystego procesu nieżytego błony śluzowej, ale także bywa stałym towarzyszem wszystkich procesów, połączonych z owrzodzeniami na błonie śluzowej. Ma to miejsce przy wszystkich wrzodach skrofulicznych i gruźliczych. Takie nieżyty są najczęściej cierpieniami następczemi. W takich więc wypadkach mamy przed sobą powikłany obraz choroby. Jeśli mamy do czynienia ze zwykłym nieżytem, wówczas większa część objawów występuje w podobny sposób, jak w wypadkach, opisanych pod literą *a*). Stolce tylko w inny sposób są zmienione. Są one wodniste, liczne, zawierają niestrawione resztki pokarmów, mocno żółciowo zabarwione, bardzo nieprzyjemnie cuchnące. Przebieg bywa również bezgorączkowy, jednakże trwa dłużej, jak u dzieci, liczących mniej, jak rok życia. Zależy to głównie od obszerności procesu w kiszkach cienkich. Przy nieżytach kiszkowych, dłużej trwających, obrzmiewają w rozmaity sposób gruczoły krezkowe.

Zasady leczenia są te same, co poprzednio. Najważniejszym jest uregulowanie dyjety i dawanie odpowiednich pokarmów. Najwłaściwszemi są głównie: surowe mięso i zupka Liebiga. Obok kleiku bardzo dobrze się ona znosi we wszystkich wypadkach przewlekłych. Dalej dajemy dobre wino czerwone lekkie, albo w ciężkich wypad-

kach Sherry lub Portwein. Oprócz przywiedzionych tu środków możemy większym dzieciom dawać jeszcze następujące środki.

Rec. Dct. rad. colombo

e 1,0—2,0— 80,0 (D i—ii na Z ij)

T. opii simpl

gtts. 2—4—6

Syr. rub. idaei 10,0 (Z ij)

D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy.

Rec. Chinin. tannici 0,5—1,0 (D β—j)

Pulv. Doveri 0,06—0,36 ( $gr^{1/10} - ^6/10$ )

Sacchari albi 8,0 (Z ijβ)

M. ut f. pulv. et div. in dos. aeq. Nr. XII. D. S. co 2 godziny proszek.

c) K o l k a w i e t r z n a (*colica*).

Kolka wietrzna rozwija się najczęściej bezpośrednio z niestrawności, która znowu może powstawać z przyczyn wyżej podanych. Jestto przypadłość bardzo częsta i zapadają na nią najczęściej dzieci w pierwszych tygodniach życia. Jeśli występuje później, wówczas przyczyną jej bywa najczęściej uporczywe zaparcie stolca. Dzieci, które ssą pierś własnej matki, cierpią bardzo często na kolki z powodu znacznej ilości tłuszczu w pierwszym mleku. Skoro się zaczną kolki, wówczas brzuch najczęściej przedtem wzdęty robi się twardym jak deska, dzieci zaczynają krzyżeć głośno, przyciągają stopy do brzucha, trzęsą goleniami. Skutkiem krzyku twarz robi się siną, szczególnie błona śluzowa ust. Skutkiem krzyku i dęcia się, ciemiączko wielkie jest bardzo napięte, niema jednakże ucisku na mózg. Jednakże skutkiem silnych bólów przychodzi nawet do ogólnych drgawek, które mogą trwać przez czas rozmaicie długi. Jeśli dzieci dostaną takich drgawek, wówczas nie znajdujemy w mózgu i jego oponach nic nieprawidłowego oprócz surowiczego nasięku tych organów. Skoro zostaniemy przyzwani do takiego dziecka, wówczas dopiero po ścisłym zbadaniu i wyłączeniu wszystkich innych, również z ogólnymi drgawkami połączonych cierpień, możemy rozpoznać przyczynę choroby. Zwykle po odejściu gazów ustępuje napad kolki, lecz po jakimś czasie znowu powraca. Jak już wspomnieliśmy kolka nie rzadką jest towarzyszką niezytu kiszek cienkich. Jeśli kolka jest na-

stępstwem zaburzeń w trawieniu (niestrawności), wówczas trwa dopóty, dopóki nie zostaną usunięte te ostatnie.

Odpowiednio do tego zastosowujemy leczenie. Szczególnie przy zwykłych zaburzeniach w trawieniu z bólami kolkowymi musimy szczególną zwracać uwagę, iżby pierś, ewentualnie inny pokarm, nigdy nie był podawany jako środek uspakajający. Rodzice dziecka myślą, że dzieci krzyczą z głodu i dają im pierś, przez co pogarszają tylko cierpienia. Musimy także ściśle oznaczyć pory jedzenia.

Dla usunięcia napadu, *respective* bólu, wystarcza zwykle makowiec. Obwijania Priessnitzowskie na brzuch, kąpiele ciepłe aromatyczne, jako też rozcierania brzucha łagodzą również bóle. Przetwory makowca podajemy w połączeniu ze środkami aromatyczno-gorzkiemi.

*NB.* Ponieważ dzieci nie jednakowo są wrażliwe na makowiec, przeto należy zawsze go zaprzestać w czasie snu. Przy objawach zatrucia makowcem, dajemy zaraz środki podniecające, czarną kawę z arakiem lub chininę, herbatę z arakiem, robimy obmywania octem, zimne oblewania wodą głowy, ewentualnie dajemy środek wymiotny. U ssawców można w takich razach wywołać wymioty przez drażnienie podniebienia piórkiem. Jeśli objawy zatrucia pochodzą od jednej, tylko kropli nalewki makowca, wówczas nie są nigdy niebezpieczne lecz ustępują najczęściej po 6—8 godzinach.

d) Nieżyt ostry żołądka i kiszek cienkich z upadkiem sił (*Cholera nostras*). Wymioty z biegunką. Choleryna.

Choleryna zdarza się głównie u dzieci w pierwszych miesiącach ich życia, w późniejszym czasie daleko jest rzadszą. Jest ona cierpieniem sporadycznym, różni się zupełnie od cholery właściwej i zdarza się głównie w lecie. Występuje albo jako cierpienie kiszek pierwotne, albo też przyłącza się do istniejącego już przewlekłego ich cierpienia (*enteritis*), skutkiem czego dalszy jej przebieg nieco jest zmieniony. Istota cierpienia polega na mocno wodnistych wypróżnieniach, pochodzących z kiszek cienkich, obok wymiotów zawartości żołądkowej i śluzu i szybkiego wystąpienia objawów upadku sił, które to przypadłości z powodu nie skostniałej jeszcze czaszki są powodem szczególnych objawów. Cholera dziecinna nie jest zaraźliwa lub przenośna, jakkolwiek w miejscach przepełnionych spotykamy ją w formie ende-

micznej. Rozwój wszystkich objawów może w pewnych razach następować w ciągu kilku godzin, w innych wypadkach dzieje się to daleko powolniej.

Pojedyncze objawy podobne są do objawów ostrego nieżytu kiszek cienkich, rozwijają się tylko w stopniu daleko gwałtowniejszym; rzadko występują jeszcze objawy, jakich nie widzimy przy nieżycie.

1. Przebieg jest podobnie jak przy nieżycie kiszek cienkich bez gorączkowy — owszem, ciepłota obwodowa bardziej jest jeszcze obniżona, jak przy zwykłym nieżycie kiszek cienkich. Dopiero w okresie reakcyi, skoro wystąpią rozmaite cierpienia wtórne, powstają poruszenia gorączkowe, które w pewnych razach mogą być bardzo wysokie.

2. Choroba zaczyna się zwykle w y m i o t a m i, nie różniącemi się wcale od wymiotów zwykłych.

Najprzód wyrzuconą zostaje zawartość żołądka, następnie dopiero śluz, albo następują tylko krztuszenia. Wymioty jednakże nie są stałym objawem, lub prawie zupełnie niezwracają uwagi. Zwykle po paru stolcach niestrawionych następują pierwsze wypróżnienia charakterystyczne.

a) Liczba ich jest powiększona, często jednakże wynosi tylko 1—2 stolce.

b) Prawidłowy składnik, woda, jest bardzo ilościowo powiększony tak, iż składniki stałe zupełnie znikają ze stolca. Przytém stolec jest zupełnie bezbarwny, wodnisty i zostaje wyrzucany gwałtownie, „jakby ze szprycy.“ Wypróżnienia często są tak obfite, iż przesiakają przez całą odzież. Często trudno rozstrzygnąć, czy pieluchy przesiaknięte są moczem, czy stolcem.

Jeśli zlejemy stolec do naczynia szklanego, wówczas na dnie osiadają stałe składniki. W osadzie tym nie znajdujemy nigdy większej ilości nabłonków kiszek cienkich, jak przy choleryze azyatyckiej.

Mocz wydziela się w ilości odpowiednio mniejszej, jest zgęszczony i bogaty w mocznik.

3. Przy badaniu brzucha doznajemy uczucia ciastowatości, przy czém dziecko nie czuje wcale bólu. Przez zwolnione pokrywy brzuszne, szczególnie u dzieci przed tém wychudzonych, widzimy bardzo często kurczenie się kiszek cienkich. W takich razach możemy przy rozcieraniu brzucha słyszeć bardzo łatwo burczenie. Po kilku podobnych wypróżnieniach stolcowych występują zaraz pierwsze objawy upadku sił, a mianowicie:

1. Zapadnięcie ciemion, szczególnie wielkich. Jest to bardzo ważny objaw przy rozpoznaniu różniczkowém wówczas, gdy występują drgawki ogólne. Przy podobnych ciemionach możemy wyłączyć wszelki rodzaj zapalenia opon mózgowych, wodnej puchliny mózgu ostrój lub przewlekłej.

2. Kości głowy przy zmniejszeniu objętości mózgu skutkiem utraty wody, zachodzą na siebie, i to w ten sposób, iż brzegi kości potylicowej i czołowej podchodzą pod kości ciemieniowe. Jeśli jeden lub drugi szew skostniał poprzednio, wówczas czaszka przybiera niekiedy kształt bardzo osobliwy.

3. Wyras twarzy jest zupełnie zmieniony, rysy twarzy zapadłe, oczy mętne i głębokie, nos spiczasty, oddech zimny, błona śluzowa ust pokryta lepkiem, gumowatym płynem. Dzieci doznające nadto silnego pragnienia, starają się usunąć lepki ten śluz, a ztąd wykonywają często ruchy przeżuwanie.

4. Skóra przedstawia szczególne własności, które oznaczamy niezbyt trafniem nazwiskiem „*sklerema*.“ Ucisk palcem zostawia dołek jak przy obrzęku, skóra pokryta jest zimnym potem lepkiem i prawie zupełnie nie czuła. Objaw ten jest wyraźnym szczególnie wówczas, gdy choleryną dotknięte zostaną dzieci, poprzednio dobrze odżywione i tłuste. Niewidzimy tego tak dobrze u dzieci, poprzednio cierpiących na niezbyt kiszki i wyniszczonych. Skutkiem nadmiernej utraty wody, podskórne siatki żyłne przeświecają przez skórę w kolorze błękitnym, ponieważ skutkiem zgęszczenia krwi rozwija się ogólna sinica, która szczególnie wyraźna jest na twarzy, na palcach u rąk i nóg, jako też na wspomnianych żyłach.

Jeśli objawy utrzymują się przez czas dłuższy, przez 24–48 godzin, szczególnie zaś wypróżnienia wodniste, wówczas występują objawy w t ó r n e ze strony organów oddychania i mózgu. Skutkiem zgęszczenia krwi, resp. zmniejszenia masy krwi, występuje zwiększona potrzeba oddychania, skutkiem czego oddech zawsze się przyśpiesza. Przyspieszenie oddychania wskazuje zawsze zbliżenie się śmierci. Zwykle jednocześnie z przyspieszeniem oddychania występują objawy tak zwanego *hydrocephaloidu*. Pochodzą one skutkiem surowiczego nasięku opon i mózgu; nasięk ten jednakże bywa często bardzo niewielki. Ztąd wyrażenie „*hydrocephaloid*“ należałoby odrzucić i zastąpić je przez „*oedema meningum et cerebri*.“ Źrenice zwężone są od minimum, wzrok osłupiały, zéz najczęściej dośrodkowy. Głowa ulega ciągłym ruchom na poduszce tak, iż skutkiem tarcia skóry rozwijają się przy dłuższem trwaniu owrzodzenia.

Ręce bywają albo w ciągłym ruchu drgawkowym, albo też wszystkie kończyny sztywne i palce zaciśnięte (kurcz toniczny). W wielu razach występują ogólne drgawki, wśród których następuje śmierć. Mówiliśmy już, czem podobny wypadek różni się od wysiękowego cierpienia mózgu. Własności pulsu dają tu bardzo małe wskazówki, ponieważ dzieci najczęściej pozostają bez tętna. Wypadki, w których następują te zmiany, zawsze kończą się śmiercią. Jeśli nie wystąpią te objawy i choroba przybierze przebieg dłuższy, wówczas występują pewne objawy reakcyi, posiadające wielką ważność.

Właściwego okresu tyfoidalnego niema w cholerynie, prawdopodobnie z tego powodu, iż nabłonek kiszkowy zachowuje się prawie na całej przestrzeni.

Najważniejszymi objawami reakcyi są:

1. Skutkiem zaburzeń w odżywianiu rozwija się ogólne zapalenie rogówek (*keratitis*), robią się one żółtawe, tracą przezroczystość, nawet pękają i t. d. Pęknięcie to albo następuje z początku, albo też jest następstwem jednoczesnego zapalenia całego oka (*panophthalmitis*). Zapalenie to występuje często na obu oczach.

2. Jeśli choleryna zdarzy się w pierwszych tygodniach życia, wówczas nierzadko przychodzi do zgorzeli pępka. Skóra na około pępka przechodzi w zgorzel; ten sam los spotyka wszystkie warstwy ściany brzusznej, niekiedy powstaje zapalenie ograniczone otrzewnej i zrośnięcie pętli kiszkowej ze ścianą brzuszną. Przy rozszerzaniu się zgorzeli, ściana кишки ulega przedziurawieniu i powstaje nabyta przetoka kiszkowa. Zgorzel taka pępka, występująca przy cholerynie, nie zawsze jest poprzedzoną przez zapalenie pępka, gdy już naczynia pępkowe są zamknięte. Wypadki ze zgorzelą pępka nie zawsze kończą się śmiercią, lecz powoli następuje oddzielenie tkanki zniszczonej i rozwój blizny promienistej.

3. W dalszym przebiegu i w czasie rekonwalescencji rozwija się bardzo często mnóstwo wrzodów. Rozrzucone są one po całym ciele i najczęściej kończą się zupełnem wyzdrowieniem.

4. W rozmaitych miejscach skóry najczęściej na tułowiu rozwija się rozlane zapalenie skóry (*dermatitis*) z następczem oddzieleniem zgorzelinowem wszystkich warstw. Może się zdarzyć, iż mięśnie zostaną obnażone, jak na preperacie anatomicznym. Dzieci takie zawsze umierają. Zapalenia całego oka, zgorzel pępka i ostatnie cierpienie—zdarzają się najczęściej przy braku pielęgnowania i w źle przewietrzanych przestrzeniach; natomiast wrzedzionki widzimy bardzo często i wśród lepszych warunków.



Przebieg choleryny jest bardzo ostry, wyzdrowienie też następuje bardzo szybko. Rzadko choleryna przechodzi w przewlekły niezbyt kiszek cienkich lub grubych. Dotyka ona więcej dzieci sztucznie karmione, aniżeli przy piersiach, występuje najczęściej po nagłym odstawieniu i głównie wśród lata. Śmiertelność bywa szczególnie wielką wówczas, gdy w przepełnionych przestrzeniach, np. w domach podrzutek, wystąpią niezwyte kiszkowe.

Gdy dziecko umrze w czasie najgwałtowniejszych objawów upadku sił przy niezmiernie przyspieszonym oddychaniu, wówczas znajdujemy następujące zmiany anatomo-patologiczne:

Ciało jest ewentualnie silne, w innych wypadkach mało wychudzone. Na grzbiecie znajdują się fioletowe, na brzuchu zwykle zielonawe i brudne plamy pośmiertne. Zesztywnienie pośmiertne jest umiarkowane. Mózg blady, lepki, albo suchy, albo surowiczo nasiąknięty, podobnie i opony mózgowe. Surowica w jamach mózgowych zredukowana do minimum. Nawet wysięki puchlinowe mogą być znacznie zmniejszone. Błona śluzowa krtani i przewodów powietrznych jest blada, najczęściej pokryta śluzem pianistym. Oskrzela wypełnione są płynem ropiastym, stosownie do powikłań. Sam miąższ płucny posiada bardzo mało krwi, różowo-czerwonej (skutkiem częstych wdychań przy zmniejszonej ilości krwi), żyły zaś wypełnione są skrzepami krwi ciemno-czerwonej. Brzegi płuc są rozdęte, blade, zrazy zaś dolne bogate w krew i nieco obrzękłe. Serce skurczone, w jamach jego krew płynna, ciemno-czerwona lub skrzepy kruche. Wszystkie błony surowicze — osierdzie, oplucna, otrzewna — są lepkie. Objaw ten tem jest wyraźniejszy, im proces przebiegał ostrzej. Pochodzi on skutkiem oddzielenia się i spłśnienia nabłonka. Wszystkie kiszki mają zabarwienie różowo-czerwone, są matowe, zwiędłe; w żołądku śluz, pewna liczba nadżarć krwotocznych (mianowicie przy używaniu kamfory), w kiszkach cienkich znaczna ilość płynu obok resztek mleka, lekko żółtego i żółciowego zabarwienia. To samo znajdujemy w kiszkach grubych w razie, gdy przed chorobą były zdrowe; w przeciwnym razie znajdujemy w nich pozostałości procesu zapalnego lub dyzenterycznego. Nerki są blade, nabłonki nieco zmętniałe, pęcherz moczowy próżny.

Przy leczeniu choleryny winniśmy się starać głównie o odpowiedni pokarm, dalej użyć całego aparatu środków pobudzających, przy bardzo umiarkowanym i przezornym użyciu makowca, używanego celem zmniejszenia ruchów robaczkowych kiszek.

Skoro dziecko zachoruje na cholerynę, wówczas nie możemy prawie rachować na pomyślne zejście, jeśli nie przyjmuje piersi. Gdy dziecko, sztucznie karmione, zapadnie na cholerynę, wówczas musimy, natychmiast, stosownie do poprzednich wskazówek, przyjąć mamkę i rodzice odpowiedzialni są za następstwa zaniedbania tego w krótkim czasie. Ważnem to jest wówczas, gdy dziecko dostanie choleryny po szybkim odstawieniu od piersi. Mamka może w tych razach uprzędzić śmierć, któraby przyszła w ciągu 24—48 godzin. Dzieci przy piersiach rzadziej zapadają na cholerynę,— jeśli jednakże na nią zachorują, wówczas należy ściśle uregulować karmienie, lub poszukać innej mamki. W rzadkich tylko wypadkach i z wielkiem niebezpieczeństwem życia, udaje się dzieci, chore na cholerynę, utrzymać przy sztucznem karmieniu. Na nieszczęście, skutkiem szczupłych środków materyalnych jesteśmy zmuszeni pozostać przy tem ostatniem. W takim razie musimy mleko krowie, naturalnie dobre, odpowiednio rozcieńczać. Dajemy zawsze połowę wody, drugą połowę mleka, bez wszelkiego dodatku cukru lub wody aromatycznej. Czas karmienia pozostaje taki sam. Jeśli stolce bardzo szybko po sobie następują, wówczas dajemy nalewkę makowca (*Tinct. opii simpl.*) przez kilka godzin po 1—2 kropli, a przestajemy dawać ją wówczas, gdy stolce zaczną występować rzadziej i dzieci będą robić się sennemi. Zaczynamy zaraz użycie środków podniecających. Używamy je albo do środka, albo też w postaciach drażniących skórę. Z pomiędzy tych ostatnich najwłaściwszemi są kąpiele z gorczycą. Dzieci winny pozostawać w nich dopóty, dopóki skóra się dobrze zaczerwieni. Jeśli to nie następuje, wówczas uważamy to za niepomyślny znak pod względem rokowania. Kąpiele gorzycowe musimy powtarzać dopóty, dopóki nie wystąpią pierwsze objawy zmniejszenia upadku sił. Możemy więc robić takie kąpiele co 2—4 godziny. Kąpiele gorzycowe lepsze są od gorzyczyników, które łatwo mogą naciągać na skórze pęcherze i t. d. Po takiej kąpieli należy dziecko dobrze wytrzeć, obwinać w ogrzane prześcieradło i do środka dać ciepłego napoju z jednym ze środków wysokowych. Najwłaściwszemi są herbata z arakiem lub koniakiem, czarna kawa z arakiem. Za napój, łagodzący wielkie pragnienie takich dzieci, dajemy wodę sodową, ochłodzoną w lodzie (łyżeczkami od kawy); albo też takie same ilości zamrożonego wina szampańskiego. Jakośrodkki podniecające dajemy kamforę, piżmo lub rozmaite rodzaje eterów. Skutkiem użycia kamfory powstają łatwo nadżarcia krwotoczne, a piżmo posiada zapach dla wielu nieznośny.

Najodpowiedniejszym jest użycie eteru siarczanego. *Liq. ammonii anisatus* nieraz się zaleca, w części jako środek podniecający, w części zaś z powodu zubożniającego kwasu wpływu amoniaku. Skoro upadek sił się zmniejsza i dziecko przyjmuje pokarm, wówczas albo leczymy pozostający jeszcze niezbyt kiszek grubych (*enteritis*), albo też dajemy lekkie przetwory żelazne. Jeśli po szybkim odstawieniu wystąpiły u dziecka już starszego objawy upadku sił i jeśli zmuszeni byliśmy do przyjęcia nowój mamki, wówczas zaczynamy zaraz po poprawieniu się dziecka odstawianie stopniowe, albowiem przy drugim szybkim odstawieniu mogłyby wystąpić takie same objawy co poprzednio. Przepisujemy tedy następujące formuły:

Rec. Camphor. ras. 0,05—0,1, (gr.  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ )

Solve c. paux. spir. vin. rect.

ad Mixt. gummos. 80,0 (℞ III)

Syr. simpl. 10,0 (℥ ij)

D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy.

Rec. Mixt. gummosae 80,0 (℞ III)

Aether. sulfurici

gtts. decem

Syr. simpl. 10,0 (℥ III)

D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy.

Rp. Moschi orientalis 0,05 (gr.  $\frac{1}{2}$ )

Sacchari albi 2,0 (℥ ij)

M. ut f. pulv. et div. in dos aequ. Nr. quinque

D. S. co 2 godziny proszek.

O użyciu przetworów makowca zob. niezbyt kiszek cienkich.

Leczenie chorób następczych jest podane w odpowiednich miejscach; odnośnie tylko tak zwanych *panophthalmitis* należy wspomnieć, iż przy najłżejszym zmetnieniu rogówki należy zaraz wpuszczać starannie w oczy krople atropinowe. W największej jednakże liczbie wypadków jest to bezskuteczném, albowiem ropne zapalenie siatkówki (*chorioiditis*) jest cierpieniem pierwotném. Nie otwieramy zbyt wczesnie później występujących wrzedzonek, jako też nie wszystkie odrazu, albowiem dzieci nie wytrzymują często tego tak zwanego choc'u.

### C. Choroby kiszek grubych.

#### a) Nieżyt ostry kiszek grubych (*enteritis acuta*).

Torebki (samotne) w kioskach grubych, szczególnie zaś w kieszce ślepej i w okrężnicy wstępującej bywają bardzo często w wieku dziecinnym siedliskiem zapalenia, które jednocześnie połączone jest z silnym nieżytem otaczającej błony śluzowej i z wydzielaniem śluzu.

Torebki są obrzmiałe, przekrwione, nawet w wypadkach większego natężenia przechodzą w ropienie, skutkiem którego następuje oddzielenie się torebki z pozostawieniem wrzodu okrągłego, otoczonego podminowanymi brzegami i t. d. (Wrzód nieżytowy). Sąsiednia błona śluzowa również ulega zapaleniu, a skutkiem następczych procesów zapalnych może przyjść do wytworzenia się na błonie śluzowej owrzodzeń rozmaitej wielkości, różnego kształtu, już to podłużnych, już też poprzecznych odnośnie kierunku kieszki.

Po wydaleniu się torebki, utrata substancji leczy się przez wytworzenie się blizny, nieco wystającej, często zabarwionej; również przy zagojeniu się następczych owrzodzeń błona śluzowa na wielkiej przestrzeni zostaje zastąpiona przez tkankę bliznową. Ponieważ w procesie tym torebki biorą ważny udział, przeto cierpienie to oznaczamy nazwą *enteritis folliculosa*.

Właściwem jest ono głównie pierwszemu roku życia, a przyczyną jego wywołującą są najczęściej poprzednie i długo trwające zaburzenia, towarzyszące niestrawności (*dyspepsia*). W późniejszym zaś wieku dziecinnym cierpienia kiszek grubych mają najczęściej charakter dyzenteryczny, jakkolwiek spotykamy również i proces w torebkach. Pod względem jednak klinicznym nie dają się one odróżnić. Jedynym znakiem odróżniającym byłaby chyba ta okoliczność, iż w dyzenteryi pojawia się krew w stolcu.

Proces ten rzadko zajmuje całą kieszkę grubą, najczęściej zaś ograniczone tylko miejsca; pod względem klinicznego przebiegu stawiamy go przeciwległe do ostrego nieżytu kiszek cienkich.

1. Przebieg bywa zawsze gorączkowy, czego nigdy niema w nieżycie kiszek cienkich. Gorączka nigdy nie jest bardzo wysoka, rzadko przechodzi 38—38,5° C. i często jest tak mała, iż ciepłota za ledwie na kilka dziesiątych jest wyższa. Gorączka jest ciągłą i przedstawia tylko bardzo nieregularne i niestałe podwyższenia. Podwyższenia te stoją najczęściej w związku z pogorszeniem się procesu miej-

scowego. Skoro przyłączy się powikłanie—zapalenie oskrzeli, wówczas gorączka przybiera charakter tego cierpienia i t. d.

2. Wygląd zewnętrzny, niezmieniony w początku przy nieży-  
cie kiszek cienkich, zmienionym jest tutaj z powodu gorączki. War-  
gi bywają zaschnięte, rogówka błyszcząca, policzki zaczerwienione,  
barwa twarzy, jako też reszty ciała, blada, przy dłuższém trwaniu  
występuje znaczne wychudnięcie, skutkiem którego ciemniaczko, przez  
dłuższy czas prawidłowe, zapada i kości głowy zachodzą na siebie  
w sposób poprzednio opisany. Błona śluzowa ust bywa zaczerwienio-  
na, sucha, pragnienie również zwiększone. Zapach z ust bywa nie-  
zmieniony lub słodkawy.

3. Przy badaniu brzucha nie znajdujemy wcale wzdęcia, ow-  
szem przy dłuższém trwaniu cierpienia, brzuch coraz więcej zapada.  
Bolesności nie ma żadnej.

4. Najważniejsze zmiany spostrzegamy także w stolcu.

a) Liczba stolców jest również powiększona w ciągu 24 godzin  
i waha się między 5, 12—20 w ciągu dnia. Stolec każdy jest skąpy,  
najczęściej z początku już zabarwiony zielonawo i zawiera w wielkiej  
ilości obcy składnik, mianowicie śluz. Wśród szklistego i grubopłat-  
kowego śluzu znajdują się wielkie płatki sernika skrzepłego i niestraw-  
wionego. Silne zabarwienie zielonawe stolca nie pochodzi od większej  
ilości żółci, lecz tylko od przemiany bilifeinu w biliwerdin. Ilość wo-  
dy w stolcu również jest powiększona, zapach jego podobny do zapa-  
chu zgnitych jaj, a oddziaływanie alkaliczne. Przy krótkim trwaniu  
procesu nie można wykryć ani krwi, ani ropy w wypróżnieniach.

b) Oddawanie stolca również połączoném bywa z bólami, które  
występują jednakże dopiero po wypróżnieniu i oznaczone bywają wy-  
razem „dęcia“ (*tenesmi*). Pochodzą one od pozostawiania śluzu w fał-  
dach stolcowych. Skutkiem tego, dzieci po oddaniu stolca robią się  
niespokojne, odwrotnie jak w nieżycie kiszek cienkich, w którym rzecz  
się ma przeciwnie.

c) Stolec, silnie pomieszany ze śluzem, ma własności żrące,  
wyraźne szczególnie przy niedbałym pielęgnowaniu. Skóra na po-  
śladkach, tylniej stronie ud i piętach, bywa obnażoną w rozmaity spo-  
sób i w rozmaitym stopniu. (Patrz choroby skórne).

5. Wydzielanie moczu nie jest wybitnie zmniejszone, owszem  
z powodu stanu gorączkowego, mocz bywa zgęszczony i bogaty w mo-  
czany.

Trwanie ostrego nieżytu kiszek grubych zależy głównie od rozmiarów procesu miejscowego, jako też od warunków odżywiania.

Bardzo łatwo ostry nieżyt kiszek grubych przybiera przebieg przewlekły, przerywany ostremi nasileniami. (Forma ostrawa). W końcu przybiera on przebieg czysto przewlekły, o którym jeszcze powiemy specjalnie. W przybliżeniu trwa od 3 tygodni do jednego roku.

W każdym razie należy zawsze uprzedzić rodziców o dłuższym trwaniu. Odpowiednio do wspomnianych nasileń zdarza się, iż w przebiegu zapalenia kiszek grubych, jakkolwiek ku końcowi cierpienia zaczną się już pojawiać przez pewien czas stolce prawidłowe, to jednakże następnie występuje znowu rozmaita liczba stolców charakterystycznych w nieżycie kiszek grubych. Należy wielką na tę okoliczność zwracać uwagę przy leczeniu nieżytu kiszek grubych i należy uprzedzić o niej rodziców.

Obraz ostrego lub przewlekłego nieżytu kiszek grubych zmienia się przez przyłączenie się ostrego nieżytu kiszek cienkich z objawami upadku sił; jest to zejście niezbyt rzadkie. W podobnym razie objawy upadku sił występują na pierwszym planie, a natomiast zapalenie kiszek grubych możemy rozpoznawać tylko z faktów pobocznych. Skoro jednakże objawy nieżytu kiszek cienkich ulegają poprawie, wówczas zaraz objawy zapalenia kiszek grubych występują na plan pierwszy i przybierają swój przebieg prawidłowy.

Przyczyny ostrego zapalenia kiszek grubych są te same, co przy nieżycie kiszek cienkich. Najczęściej poprzedza je długo trwające zaburzenie w trawieniu natury natężonej. Nieżyt kiszek grubych bywa cierpieniem dzieci sztucznie karmionych, a w swój formie przewlekłej lub ostrawej najczęstszym cierpieniem u dzieci szybko lub niewłaściwie odstawionych od piersi.

b) Nieżyt kiszek grubych przewlekły.  
(*Enteritis chronica*).

Jest on bardzo częstym zejściem ostrego. W wielu razach cierpienie od początku przebiega przewlekłe tak, iż mają miejsca tylko jego nasilenia, a nie powroty. Objawy co do istoty są te same, daleko są tylko wyraźniejsze.

1. Gorączka trwa z rozmaitym natężeniem, niekiedy jednakże ginie zupełnie na czas pewien.

2. Wygląd takich dzieci jest zupełnie zmieniony. Podczas gdy w pierwszych chwilach ostrego niezytu kiszek grubych schudnięcie nie jest znaczne, natomiast tutaj przy dłuższém trwaniu choroby dosięga ono do niezwykłego stopnia. Szczególnie widoczném to jest na tułowi, później chudnie także twarz i przybiera wygląd brudnawy, pofałdowany. Ciemiączko jest zapadłe, kości głowy zachodzą na siebie. Brzuch bywa wciągnięty, próżny, przy dotykaniu niebolesny.

3. Stolce składają się ze śluzu, rzadziej z ropy, częściej przymieszane do nich bywają pasemka krwi. W wypadkach lżejszych mają one zapach zgniłych jaj, w cięższych zapach padliny, wywołujący ekliwość. Najczęściej są ciemnożółte, lub brunatne i nagryzają w wysokim stopniu okolice otworu odbytnicowego i t. d.

4. Przy dłuższém trwaniu i silnym niezycie kiszek grubych nie tylko ulega przerostowi błona śluzowa zdrowa, ale także kiszki w ogóle. Bierze w tém udział nie tylko warstwa mięśniowa kiszki, lecz w tym wypadku także i warstwa mięśniowa błony śluzowej (*mucularis mucosae*). Tkanka łączna podśluzowa i tkanka łączna, znajdująca się pomiędzy warstwą włókien obrączkowych i podłużnych, jest obrzmiała, ciążka tkanki łącznej są bardzo wyraźne, a między niemi znajdują się w obfitęj ilości komórki okrągławe, jedno lub dwujądrowe z protoplazmą ziarnistą. Komórki wędrujące, lub wędrujące ciążka białe krwi). Między warstwami mięśniowemi nie możemy ich wykazać. Grupy zwojów gruczołowych są niezmienione.

Ponieważ cała kiszka ulega przerostowi i ponieważ są ciągle wydymania, przeto przy niezycie przewlekłym łatwo powstaje opadnięcie odbytnicy (*prolapsus recti*) w stopniu rozmaicie znacznym. Wypada albo tylko błona śluzowa, albo ściana kiszki, w największej liczbie wypadków wywraca się cała kiszka. Odprowadzenie łatwo następuje i winno być uskutecznione po każdym wypadnięciu, resp. po każdym stolecu.

Jeśli przy leczeniu niezytu kiszek grubych nie ustępuje opadnięcie odbytnicy, wówczas koniecznym jest przed odprowadzeniem pociągać miejsce wypadnięte albo pałeczką ałunu, albo też energicznie zalapisować. Pociągamy miejsca przechodzenia skóry w błonę śluzową i robimy dośrodkowe pociągnięcia ku światłu kiszki. Opadnięcie odprowadzamy i powtarzamy tuszowanie co 2—3 dni. Lapisowanie nie bywa zbyt bolesnym.

5. Przy dłuższém trwaniu przewlekłego niezytu kiszek grubych cierpią nie tylko torebki samotne na błonie śluzowej, ale także

i sąsiedni systemat gruczołów limfatycznych; w pierwszym szeregu gruczoły kiszkowe, a drzy dłuższém trwaniu i gruczoły pachwinowe. Te ostatnie obrzmiewają, twardną, przyczém pierwsze przechodzą w przeistoczenie tłuszczowo serowate i wzrastają do wielkości jaja gołębiego, a nawet orzecha włoskiego. Gruźlica gruczołów brzusznych, tak zwane skrofuły brzuszne).

Obrzmienie i przeistoczenie gruczołów limfatycznych prowadzi do cierpienia naczyń limfatycznych, skutkiem czego naturalnie utrudnia się lub uniemożliwia przyswajanie pokarmów odpowiednich i dobrze strawionych. (*Tabes mesaraica*).

Tylko gdy gruczoły przybiorą znaczną wielkość, możemy je wymacać przez ściany brzuszne. W wielu jednakże razach możemy robić odpowiednie pod tym względem wnioski ze stanu gruczołów pachwinowych i naczyń limfatycznych w skórze brzucha. Znajdujemy na ścianie brzusznej między żyłami cienkie i twarde powrózki, które tworzą siatkę mniej lub więcej wydatną. Są to widocznie naczynia limfatyczne, wypełnione limfą, w miejscach zastawek opatrzone zgrubieniami i połączone z gruczołami pachwinowymi. Jeśli objaw ten w wysokim stopniu występuje, wówczas możemy zawsze z pewnością przyjąć, iż pochłanianie bardzo jest utrudnione. Dzieci takie bardzo powoli powracają do zdrowia nawet wówczas, gdy proces miejscowy dawno już ukończył się w kiszkach grubych.

Jak wspomnieliśmy, między przewlekłym niezłym kiszek grubych z formą ostrą znajduje się wiele przejść, jakoteż zdarza się, iż do formy przewlekłej przyłącza się mimochodem lekki niezbyt kiszek cienkich. Skutkiem tego stolce stają się płynnymi, obfitymi i t. d. Zdarza się również w formie przewlekłej nie zbyt rzadko, iż proces zapalny w torebkach przenosi się na najniższą część kiszki biodrowej (*ileum*). Zwykle proces taki nie dochodzi do wielkich rozmiarów,— jednakże egzystują tu formy przejściowe między niezłym kiszek cienkich i grubych, w których to formach dopiero przy dłuższem spostrzeganiu możemy rozstrzygnąć, który proces jest właściwie cierpieniem pierwotnem. W wielu miejscach mieszane te formy oznaczają nazwiskiem „*entero-colitis*“.

Jak wspomnieliśmy, niezbyt kiszek grubych trwa bardzo długo i przerywanym bywa przez częste pogorszenia. Trwa on tem dłużej, iż zwykle lekarz bywa przyzywanym dopiero przy pogorszeniach. Cierpienie podobne bywa z początku albo całkiem niepostrzeżone, albo też przez otaczających uważane za następstwo wyrzynania się zębów, które to pojęcie na nieszczęście wielu jeszcze lekarzy podziela.



Nieżyłt kiszek grubych, więcej natężony, szczególnie występujący po niestrawnościach, wywiera zawsze wpływ powstrzymujący rozwój niektórych systematów, tkanek i t. d. Rzadko przychodzi do długo trwającego przeistoczenia systematu gruczołowego, do cierpień masy krwi—do powiększenia ilości białych ciałek krwi (*leucocythosis*)—najczęściej zaś rozwijają się cierpienia systematu kostnego—choroba angielska (*rhachitis*) i jej następstwa.

Skoro dzieci przejdą w pierwszym roku życia obszerny proces zapalny w torebkach kiszkiowych, wówczas przez długi szereg lat pozostaje u nich skłonność do powrotów, które często manifestują się jeszcze w wieku dojrzałym. Pozostaje również przez długi czas skłonność do opadnięcia odbytu (*prolapsus ani*).

Wyleczenie silnego nieżyłtu kiszek grubych nie następuje nigdy bez zablźnienia się aparatu torebkowatego i błony śluzowej. Skoro zablźnienie nastąpi na wielkiej przestrzeni, wówczas przeszkadza ono chłonięciu przez długi nawet czas po ustąpieniu procesu,— a ztąd dzieci takie nigdy nie wyglądają zbyt dobrze, a najczęściej są mało-krwiste i osłabione.

Blizny takie nie mają wyraźnej dążności do kurczenia się, nawet wówczas, gdy są bardzo wielkie. Własność tę posiadają w wyższym stopniu blizny dyzenteryczne. Jednakże widziano już zwężenia kiszki grubiej albo miejscowe, albo też rozwinięte w całej lub wielkiej części przewodu kiszkiowego.

**Leczenie** nieżyłtu kiszek grubych ostrego ma wiele wspólnego z leczeniem nieżyłtu przewlekłego, jakoteż z leczeniem innych cierpień kiszkiowych. Ponieważ jednakże nieżyłt kiszek grubych, zwłaszcza też forma jego przewlekła, prawie nigdy nie przebiega bez chorób następczych, głównie bez krzywicy, przeto leczenie jego łączy się nieraz z leczeniem cierpień kostnych.

Odnosnie regulowania dyjety i wyboru pokarmów stosuje się wszystko, cośmy powiedzieli przy innych chorobach kiszkiowych.— Ponieważ najczęściej karmienie sztuczne, albo karmienie za pomocą środków mączkowatych, stanowi główną przyczynę nieżyłtu kiszek grubych, przeto dzieci takie w razie, gdy mają 3—5 miesięcy życia, przystawiamy do piersi. Jakkolwiek w razie, gdy dziecko wcale nie ssało piersi, mamy do walczenia z wieloma trudnościami, to jednakże przy pewnej wytrwałości udaje się nam dojść do celu. Korzystną jednakże rzeczą jest podawać dzieciom, późno przystawionym do piersi, pokarm mieszany; właściwym w takim razie jest rosół dobrze osolony, ugotowany z tapioką lub delikatnie potłuczonym ryżem. Jeśli

dzieci osłabione nie znoszą tego pokarmu, wówczas dajemy im rosół cielęcy ( $\frac{1}{2}$  funta cielęciny bez tłuszczu w 1 kwarcie wody wygotowanego do  $\frac{1}{3}$  kwarty), który chętnie przyjmowanym bywa przez dzieci z powodu smaku słodkawego.

Jeśli dzieci które nigdy jeszcze nie ssały piersi, zachorują na ostry lub przewlekły nieżyt kiszek grubych dopiero w 8—9 miesiącu, wówczas niestosowną jest rzeczą dawać im pierś, ponieważ najczęściej mają już zęby, a więc łatwo mogą zranić pierś, a przynajmniej silnie gryźć mamkę. Wówczas tylko gdy nieżyt wystąpił zaraz po odstawieniu, od którego nie upłynęło zbyt wiele czasu,— możemy znowu przyjąć mamkę. We wszystkich innych wypadkach należy koniecznie wybierać pokarmy łatwo strawne. Nie zawsze się to zaraz udaje, gdyż wiele dzieci absolutnie nie chce przyjmować pokarmów, albo ich nie znosi.

Często dopiero po kilku próbach znajdujemy właściwy pokarm, przygotowany w odpowiedniej formie.

Przy leczeniu ostrego i przewlekłego niezytu kiszek grubych zalecamy następujące środki odżywcze i dodatki do mleka, z których musimy stosownie do okoliczności i indywidualności wybierać najwłaściwsze.

Należy tu jak wyżej—zupka Liebiga. Jest ona pokarmem łatwo strawnym, lekkim, łagodnym i pomimo właściwego smaku chętnie znoszonym przez dzieci. Używanie jej jednakże wymaga wielkiej staranności i uwagi, albowiem nie zawsze może być używaną przez czas dłuższy. Aby działanie było pewniejsze, należy każdą porcję za każdym razem świeżo przygotować, ponieważ zupka Liebiga łatwo kwaśnieje. Dzieciom po 2—3 miesiącach życia możemy przygotowywać ją podług podanego składu, natomiast dzieciom młodszym należy dawać ją rozcieńczoną w odpowiedni sposób (zamiast 10 łątów mleka dajemy 5 łątów mleka i 5 łątów wody). Zupkę Liebiga dajemy 4 razy, najwyżej 5 razy na dzień i raz jeden w nocy. Zupka to wystarcza, albowiem zawsze ma ona większą wartość odżywczą, aniżeli samo mleko. Łatwo jednakże wywołuje ona zaparcie stolca, przezco nie wiemy jeszcze, czy nieżyt kiszek grubych już się ukończył.

W takim razie musi być albo porzucona, albo też odpowiednio rozcieńczona. Jeśli zupka Liebiga jest dobrze znoszona, w takim razie właściwą jest rzeczą karmić nią dzieci tylko przez czas pewien i dopiero później, po 2—3 tygodniach, podawać inne pożywienie,—rosół cielęcy, wołowy lub mięso surowe. Z początku zawsze widzi-

my widoczną poprawę we własnościach stolca. Nigdy jednakże nie możemy wnosić z tego, iż niezbyt kiszek grubych jest już wyleczony. Owszem zawsze potem następują jeszcze brzydkie stolce niestrawione, co leży w naturze choroby.

Najbliżej zupki Liebiga odnośnie skuteczności stawiamy wyciąg słodowy Löfflund'a i kakao. Na pół kwarty dajemy łyżeczkę od kawy wyciągu słodowego Löfflund'a. Jeśli ma on być znoszonym, konieczną naturalnie rzeczą jest używać do niego dobrego mleka krowiego niefalszowanego.

Odnosi się to samo naturalnie i do kakao. Bierzemy go  $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki od kawy (proszku) na pół kwarty mleka krowiego. Mieszalinę tę przygotowujemy podobnie, jak zwykłą czekoladę.

Dzieciom ze szkieletem krzywicowym dajemy z dobrym skutkiem kawę żołądźkową i jęczmienną. Tak jednej jak i drugiej gotujemy z mlekiem tyle, iżby przybrało barwę lekką brunatną. Ilość, podawana do spożycia, zależy od wieku i okoliczności pobocznych.

Często dzieci nie znoszą mleka krowiego ze wspomnianymi dodatkami, wymiotują je lub oddają stolce bardziej nieprawidłowe; w takim razie doskonały wpływ wywierają rozmaite rosoly. Jeśli potrzeba dawać zupy skoncentrowane i w niewielkiej ilości, wówczas wskazaną jest tak zwana Beef-tea. Ma ona szczególną wartość z tego powodu, iż podawaną bywa bez dodatku wody. Pół funta mięsa wołowego bez tłuszczu kraje się w małe kawałki, nieco soli i gotuje przez 2—3 godzin w kąpielii wodnej w naczyniu, zamkniętem pęcherzem zwierzęcym. Sok wówczas się wydzielający, zostaje przefiltrowany i podawany dziecku łyżeczką. Może być również dodawany do zwykłego rosolu wołowego. Sok ten ma smak ostry, do którego jednakże przy dłuższem użyciu łatwo można się przyzwyczaić.

Jeśli sądzimy, że można przejść znowu do pożywienia mlecznego, wówczas rozcieńczamy mleko rosolem cielęcym w początku po równych częściach, potem bierzemy 3 części mleka i 1 część rosolu cielęcego.

W wypadkach lżejszych wystarcza uciec się do kleików (z ryżu lub jęczmienia). W niektórych razach dobrą usługę oddaje mączka dziecinna Nestle'a, której skład właściwy nie jest jednakże znany. Przypisują także staremu kumysowi własności „zamykające“.

Przytoczyliśmy tutaj tylko pokarmy najbardziej używane; konieczną jest rzeczą w pojedynczym wypadku wybrać najodpowiedniejszy pokarm, stosownie do podanych warunków i okoliczności. Nie zawsze udaje się nam trafić na pokarm najwłaściwszy, często musimy

z jednego lub drugiego względu zmieniać sposób karmienia. Nie możemy jednakże odstępować od zasady karmienia dzieci tak w stanie zdrowia, jak i choroby, pokarmami o ile można prostymi. Im pokarm jest prostszy, tem lepiej zwykle się znosi. Odnosi się to także i do leczenia, które w porównaniu z pożywieniem daleko mniej jest ważnem. Używamy przetworów makowca, środków ściągających i gorzkich i wreszcie chininę przeciwko gorączce. Makowiec działa dobrze, jeśli liczba stolców bardzo jest powiększona (10—20 dziennie). Wywołuje on znaczne zwolnienie ruchów robaczkowych, skutkiem czego łatwiej następuje pochłanianie. Nieodpowiednią rzeczą jest dawać zbyt wiele makowca tak, iżby powstrzymać na czas dłuższy wypróżnienia; oprócz innych przeciwwskazań, śluzowa zawartość kiszki, razem z niestrawionemi i rozpadającemi się resztkami pokarmów stanowi zawsze nowy bodziec, drażniący chorą błonę śluzową. Najlepiej podawać zwykłą nalewkę makowca, odpowiednio do wieku, w ośrodku klejkim lub z cukrem w postaci tak zw. *elaosaccharum*. Makowiec może i winien być bez szkody podawany dopóty, dopóki liczba stolców się nie zmniejszy lub nie zejdzie do normy, poczem może być odstawiony aż do następnych pogorszeń.

Ze środków ściągających i gorzkich, oprócz wspomnianych już przy innych cierpieniach kiszkowych, używamy jeszcze *P. Pauliniae sorb.* (z powodu zawartości garbnika), tanninę, colombo, simaruba, drzewo kampešowe, i t. d. Każdy lekarz używa jednego lub drugiego przetworu, do którego ma zaufanie. Wszystkie one działają jednakowo. Przy gorączce dajemy chininę. Z przetworów podajemy garbnikan chininy (*chininum tannicum*), jakkolwiek działanie jego styptyczne jest stosunkowo niewielkie. Dla otrzymania znacniejszego działania chininy, musimy podawać wielkie ję dawki. Z powodu smaku nieco lepszego, garbnikan używa się przez wielu lekarzy. W wielu razach właściwym jest siarczan chininy w połączeniu z lekkim preparatem żelaznym. Jeśli wśród przebiegu wystąpi upadek sił, wówczas uciekamy się do wszystkich środków, wspomnianych przy innych cierpieniach kiszkowych.

Odnosnie wina, które z powodu swęj zawartości wyskokowej używa się jako środek pobudzający, a z powodu zawartości garbnika (wino czerwone) jako środek styptyczny—należy wspomnieć, iż chętnie bywa ono znoszoném przez dzieci. Rodzajami najbardziej używanymi są wina malaga i czerwone wina Bordeaux. Z powodu wysokich cen tych ostatnich możemy także używać wina Vöslauer lub Ofner. Jednakże wina Bordeaux z powodu małej ilości wyskoku za-

sługują na pierwszeństwo. Wino Malaga z powodu przyjemnego słodkiego i dopiero później nieco gorzkawego smaku, chętnie bywa przyjmowane, z powodu jednakże znacznej zawartości wysokoku dawka jego musi być ograniczona. Ssawcom dajemy 1—5—10 kropli dziennie, większym dzieciom 20 kropli do pół łyżeczki od kawy, najlepiej przed południem. Wina czerwonego dajemy dwa razy więcej i ilości jeszcze większe. Zalecają także dawać wino czerwone bez cukru i nieco ogrzane. Stosowném jest podawanie dzieciom wina przez czas dłuższy nawet po powrocie prawidłowego trawienia. Jeżeli po nieżycie kiszek grubych występuje zaparcie stolca, wówczas odpowiedniem przetworém będzie *tinctura Darelli*; dajemy jęj dziennie 1—2 łyżeczek od kawy. Co się tyczy użycia środków gorzkich i przetworów makowca, odsyłamy do innych cierpień kiszkowych.

Rec. Chin. tannici 0,1—0,5 (gr. jβ—8)  
 Pulv. Doveri 0,05—0,1 (gr. β—jβ)  
 Sacch. albi 4,0 (3j)

M. ut f. pulv. div. in dos. aeq. Nr. VI. D. S. co dwie godziny proszek.

Rec. Chin. tannici 1,0—1,5 (gr. 16—32).  
 Syr. rubi idaei.  
 Aq. destil. 40,0 (3jβ)

D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy do łyżeczki dzieciennęj, po staranném wstrząśnięciu lekarstwa.

Rec. Pulv. Paulinae sorb. 0,5—1,0 (gr. 8—16)  
 Pulv. Doveri 0,05, (gr. β)  
 Sacch. albi 4,0 (3j)

M. ut f. pulv. et div. in dos. aeq. Nr. VI.  
 D. S. co 2 godziny proszek.

Rec. Dct. rad. Colombo e 2,0 (3ij)  
 ad 80,0 (3iij)  
 T. opii simpl. gtts 1—4,  
 Syr. cort. aurant. 10,0 (3iij)

D. S. co 2 godziny łyżeczka dziecinna  
 (tylko u dzieci większych).

Rec. Liq. ferri sesquichlor. gtts. X—XII,  
 T. opii simpl. gtts. 1—4,  
 Aq. cinnamomi

Aq. dest.  $\bar{a}\bar{a}$  40,0 (3j $\beta$ )

Syr. simpl. 10,0 (3ij)

D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy (jeśli w stolcu pokazuje się krew).

Rec. Tinct. vin. Darell 10—20,0 (3ij—VI)

D. S. rano i wieczór łyżeczka od kawy.

W lecie dzieci mniejsze starannie wnosimy na świeże powietrze, większe zaś wysyłamy na wieś. Powietrze górskie jest w ogóle dobrze znoszone przez takich pacjentów. Jeśli nie możemy tego skutecznie, wówczas przeprowadzamy umiarkowaną kurację zimną wodą, jako kurację dopełniającą. Musimy jednakże uważać, iżby przy obwijaniach Priessnitz owskich nie wystąpiła ekcema na brzuchu, sprawiająca dzieciom często wiele bólu.

Przeciw dęciom używamy lewatyw z krochmalu z makowcem lub bez niego. Dajemy lewatywę po każdym stolcu.

Lewatyw ściągających z ałunu, lapisu (0,01 na jedną lewatywę) używamy tylko w razach koniecznej potrzeby. Lepszego jeszcze skutku możemy oczekiwać z systematycznego używania lewatyw z wody lodowej.

**D y z e n t e r y a.** Właściwa dyzenterya,—zapalenie dyzenteryczne błony śluzowej kiszek, zdarza się w wieku dzieciennym jako cierpienie pierwotne — rzadziej od zapalenia kiszek torebkowego (*enteritis follic.*). Daleko częściej dyzenterya jest cierpieniem wtórnym. Rozwija się ona albo z przewlekłego nieżytu kiszek grubych tak, iż obydwa processy obok siebie występują na błonie śluzowej, albo przyłącza się jako choroba nowa do wielu cierpień przewlekłych, np. próchnienia, zgorzeli kości, guza białego stawów i t. d. Jest ona plagą wszystkich uporzeczywych cierpień w szpitalach, wszelkie zaś leczenie takiej dyzenteryi pozostaje bez skutku. Pod względem anatomicopatologicznym proces dyzenteryczny nie różni się niczem od takiegoż procesu u dorosłych. Leczenie dyzenteryi podobnem jest do leczenia nieżytu przewlekłego kiszek grubych. W wypadkach ostro występujących i przebiegających, dobre usługi oddają lewatywy z wody lodowej w małej ilości—2—3 łyżek stołowych na lewatywę,—zaraz po oddaniu stolca.

**Dodatek.** Biegunka po odstawieniu. (*Diarrhoea ablactatorum*). Pod nazwiskiem tem rozumiemy wszystkie i najczę-

ściągają bardzo uporczywe biegunki w wieku dziecięcym, występujące po odstawieniu od piersi. Nie zależą one od jakiegoś właściwego procesu patologicznego lub od szczególnego jego umiejscowienia. Mają to tylko wspólne, iż są natury bardzo uporczywej i umiejscawiają się albo w kiszce cienkiej lub grubej i opisane były w poprzednich rozdziałach. Leczenie podobnych biegunek opiera się na zasadach poprzednio podanych. Zasada się ono mniej na lekarstwach, więcej zaś na regulowaniu diety i wyborze odpowiednich pokarmów. Nie wszystkie dzieci znośią jeden i ten sam pokarm, np. zupkę Liebig'a, a natomiast inne dobrze ją trawią. Jeśli, jak to zwykle ma miejsce, mamy do czynienia z cierpieniem krzywicowym szkieletu, wówczas musimy naturalnie zmodyfikować odpowiednio leczenie.

#### D. Tyfus brzuszny.

(*Typhus abdominalis. Ileotyphus*).

Cierpienie to nie jest pierwotnym cierpieniem kiszki, lecz podobnie jak cholera azyatycka jest ogólną chorobą zakaźną, która przeważnie umiejscawia się w przewodzie kiszki. Z tego powodu o obu tych chorobach mówimy w tym miejscu. Musimy tu podnieść w tyfusie tylko te momenty, które u dzieci głównie są wydatne, a ztąd przedstawiają szczególną ważność, natomiast odnośnie przyczyn powstawania, rozszerzania się, zaraźliwości, odsyłamy do specjalnych w tym względzie prac lekarskich. Tyfus w wieku dziecięcym nie jest tak rzadkim cierpieniem i charakteryzuje się głównie tym, że nawet przy gwałtownych objawach cierpienie kiszki jest zawsze bardzo mało wydatne, niewielkie, poronne. Samo się przez się rozumie, iż uwaga ta nie stosuje się do tyfusu wysypkowego (*typhus exanthematicus*), który również, jakkolwiek rzadziej, spotykamy w wieku dziecięcym i przy którym *eo ipso* nie spostrzegamy żadnej zmiany w aparacie gruczołowym błony śluzowej i w niej samej. Skutkiem niewielkiego cierpienia błony śluzowej kiszek cienkich bardzo rzadkimi są przerwania kiszek i tak bardzo groźne krwotoki kiszki. Również nie przychodzi do tak zw. tyfusu z wycieńczeniem (*typhus marasmus*), przy którym z powodu utrudnionego pochlania skutkiem zajęcia wielu torebek chorzy ulegają ogólnemu osłabieniu.

Badanie anatomo-patologiczne daje w krótkości następujące rezultaty: Torebki samotne i kępkki są mniej lub więcej obrzmiałe, ota-

czające części nastrzyknięte, niektóre uległy są rozpadowi, rzadziej ulega temu cała kępka. Kępki mają najczęściej wygląd siatkowaty, co w części pochodzi od rozpadu torebek limfatycznych. Jeśli wytworzy się prawdziwe owrzodzenie tyfusowe — i to zdarza się zwykle w bliskości zastawek (*valvulae ileocoecales*) — wówczas nie różni się ono niczym od owrzodzenia u dorosłego. Reszta błony śluzowej jest w stanie nieżytu, przy którym jednakże nie zawsze oddziela się znaczna ilość płynu wodnistego, lecz błona śluzowa często pokryta jest śluzem bardzo lepkiem. Błona śluzowa reszty przewodu kiskowego jest prawidłowa. Skutkiem podobnego zachowania się błony śluzowej bardzo często w wieku dzieciennym niema w tyfusie biegunki, w wielu razach przez cały czas pojawia się stolec prawidłowy. Gruczoły kiskowe są obrzmiałe, miąższ ich obrzękły, nastrzyknięty, o wyglądzie szpikowym. W rzadkich wypadkach obrzmiewają także w znacznym stopniu gruczoły pachwinowe i na przecięciu przedstawiają te same cechy, co gruczoły kreskowe. Otrzewna jest prawidłowa,—w wypadkach, połączonych z silną biegunką— jest pokryta lepkiem płynem. Bardzo rzadko w wieku dzieciennym następuje przedziurawienie ściany kiszki przez wrzód tyfusowy, a jeśli spotykamy takie wypadki, to dotyczą one zawsze dzieci starsze, u których przebieg tyfusu coraz więcej zbliża się do przebiegu u dorosłych. Najczęściej znajdujemy zmiany w oskrzelach. Błona ich śluzowa znajduje się w stanie nieżytu, jest obrzmiała, zaczerwieniona, a najcieńsze oskrzela są wypełnione ropą gęstą i żółtawą, z początku skąpą (*bronchitis capillaris*). Jeśli zatkanie oskrzeli jest znaczne, wówczas powstają liczne miejsca atelektatyczne, mianowicie w niższych częściach płuc. Przedstawiają one znany wygląd. W innych wypadkach przychodzi do nasięków zrazikowych, ubogich we włókniak, które mogą zająć całe płuco. Zapalenia płuc krupowe są bardzo rzadkie, natomiast nie tak rzadko spotykamy wysięk krupowy na błonie śluzowej oskrzeli, zwłaszcza cieńszych.

Gruczoły oskrzelowe zwykle nie są obrzmiałe. Opłucna przy nasięku powierzchownie leżącym jest zwykle zapalona, rzadszemi są zapalenia płuc i opłucnej ze znacznym wysiękiem lub czyste zapalenia opłucnej z wysiękiem ropnym i uciskiem płuc. Organy gardła są wolne, blade, natomiast przychodzi często do zropienia tkanki komórkowatej około gruczołu przyuszego, i nawet samego gruczołu. Opony mózgowe i mózg są obrzmiałe przy dłuższem trwaniu, albo przy bieguncie rozplywniej mózg jest ciastowaty. Do procesów zapalnych nie przychodzi w tych organach. Oprócz wyżej wspomnianych orga-



nów brzusznych, należy jeszcze wspomnieć o śledzionie. Jest ona 3—4 razy powiększona, przyczem naturalnie musimy zawsze uwzględnić dawniej egzystujący przewlekły guz śledziony. Znajdujące się za życia plamy różyczkowe nie są widzialne na trupie, chyba że mamy do czynienia z istotnymi wynaczynieniami (cierpienia skorbutyczne), które zdarzają się w wypadkach ciężkich.

W tyfusie więc zajętymi bywają głównie dwa oddziały organów, to jest przewody powietrzne i przewód kiszkowy z przyległymi przyrządami gruczołowymi. Przy rozpoznawaniu, szczególnie w pierwszych dniach, wielką wartość posiada metoda wyłączająca, opierająca się na zasadzie, iż prawie wszystkie inne organy pozostają wolne lub cierpią tylko następczo w dalszym przebiegu. Zwracamy dalej uwagę, iż tak objawy początkowe, jakoteż następne, występują kolejno i stopniowo, skutkiem czego rozpoznanie zostaje jeszcze bardziej utrudnione. W pierwszym więc dniu nie jesteśmy w stanie postawić pewnego rozpoznania tyfusu, jak to możemy bardzo łatwo uskutecznić często w wielu innych chorobach ostrych, np. w wysypkach, zapaleniach płuc, krupie. Tylko przebieg choroby daje nam tu podstawę do sądu, jakoteż kolejne występowanie i potęgowanie się pojedynczych objawów. Naturalnie nie wszystkie wypadki przebiegają w jednakowy sposób, raz przeważa jeden, drugi raz inny objaw; raz prędzej, drugi raz później następuje obniżenie krzywizny gorączkowej. Ostatni ten wypadek bywa bardziej możliwym, albowiem właściwy początek nie zawsze daje się oznaczyć z bezwzględną pewnością z powodu bezpośredniego przechodzenia zwiastunów w objawy tyfusowe. Idzie tu więc o pewne rozpoznanie i to ile można wczesne, jakoteż o opis pojedynczych objawów ze wzmianką o wszystkiém, co odróżnia przebieg i t. d. tyfusu w wieku dzieciennym od tyfusu u dorosłych. Możemy jako typ opisać tyfus średniego stopnia, trwający 3 tygodnie, z silnym wychudnięciem, lecz z przejściem w wyzdrowienie. Następnie łatwiej będziemy mogli ocenić wszystkie inne, lub nieprawidłowo przebiegające wypadki, jeśli będziemy zawsze mieli przed oczyma powyższy typ. Musimy opisać pojedyncze objawy, jakoteż ich potęgowanie się i zwalnianie w rozmaitych okresach czasu. Zwykle w wieku dzieciennym tyfus trwa 3 tygodnie = 21 dni. Czas ten jednakże może ulegać rozmaitym zmianom.

Krzywizna gorączkowa, a z nią inne objawy, obniżają się wczesniej, w 18, 16, a nawet 14 dniu, bez żadnego szczególnego powodu. Możemy tylko w tym względzie powiedzieć, iż 21 dnia nigdy nie można oznaczyć jako tak zw. dzień krytyczny. Jeśli jednakże zwol-

nienie wystąpi przed dniem 14, wówczas nie należy upierać się przy rozpoznaniu „tyfusu“. Skutkiem powikłań, mianowicie ze strony oskrzeli (*bronchitis capillaris*) przebieg bywa znacznie przedłużony (5 - 6 tygodni). Jeśli wystąpią zapalenia płuc i opłucnej i inne choroby następce, wówczas przebieg może być jeszcze dłuższym, lecz w takich razach na pierwszym planie występują objawy wysięku, objawy zaś tyfusowe znikają.

Objawy zwiastunne, o których już wspomnieliśmy, posiadają rozmaity czas trwania i natężenia, i przechodzą bezpośrednio, to jest bez wyraźnej granicy, np. jak w wysypkach ostrych, w objawy tyfusowe istotne. Na tej zasadzie oznaczenie pierwszego dnia tyfusu bywa często niemożliwem, a ztąd i dane co do trwania tyfusu w wieku dzieciennym są zmienne. Najlepszym jeszcze punktem do oryentowania się jest zachowanie się śledziony.

Zwiastuny trwają często kilka tylko dni, w wielu razach często 14 dni i więcej. Dzieci bywają osłabione, tracą humor, trawienie bywa zepsute, język obłożony. Apetytu brakuje już w początku, i brak ten utrzymuje się przez cały czas choroby, ustępuje dopiero w początku rekonwalescencji i zostaje zastąpionym często przez wilczy głód (*fames canina*). Przytém występują poruszenia gorączkowe większe lub mniejsze. Mają one charakter ciągły lub ciągławy, urywają się nagle, powracają jednakże na nowo w godzinie zupełnie niezwykłej do silniejszego lub słabszego stopnia. Wszystkie te objawy, razem wzięte, mogą stanowić obraz ostrego nieżytu żołądka, nie można zaś je za takie uważać, skoro bezpośrednio po nich wystąpią stopniowo objawy tyfusowe.

Często zwiastuny te mogą występować w stopniu tak niewielkim, iż można zupełnie je przeoczyć dopóty, dopóki nie wystąpi gorączka w całej sile. W największej liczbie wypadków niema wymiotów; jeśli tylko przy wypełnionym żołądku szybko podniesie się gorączka, wówczas mogą one nastąpić. Brakiem jednorazowych wymiotów odróżnia się tyfus od wysypki ostrych, szczególnie zaś od szkarlatyny i ospy, od zapalenia opon gruczołowego, przy którym zresztą wymioty kilkakrotnie się powtarzają.

Ponieważ przez pewien czas objawy nie przybierają charakteru pewnego, a badanie przedmiotowe, jakoteż zbadanie skóry, gardła, płuc, daje wszędzie rezultat ujemny, przeto między objawami tyfusowemi na pierwszym planie stoi:

**Gorączka.** Jest ona ciągła, to jest trwa przez cały czas choroby, stopniowo wzrasta, najczęściej ku końcowi 2 tygodnia, —

i następnie w podobny sposób opada ku końcowi 3 tygodnia. Charakter ciągly jednakże widzimy tylko wówczas, gdy będziemy uważać na całą krzywiznę gorączki tyfusowej, a nie na poruszenia gorączkowe w pewnym oznaczonym czasie np. w ciągu 24 godzin.

Daléj gorączka jest przez cały czas, t. j. przez całe 3 tygodnie n a s i l a j ą c ą s i ę, to jest krzywizna podnosi się i opada z pewną regularnością, która bardzo jest ważną dla rozpoznania. Podnoszenie się gorączki następuje zwykle wieczorem, zwykle w godzinach popołudniowych między 4—6 godziną i utrzymuje się aż do północy, poczem pozostaje zwykle przez czas pewien, przez 1—3 godzin, na téj wysokości, i nad ranem opada często prawie do ciepłoty prawidłowej. Zwolnienie trwa przez kilka godzin lub wkrótce znowu zaczyna się powiększanie gorączki. Na krzywiznie więc możemy znaleźć dwie rzeczy, albo wysokość powolnie wzrastającą, albo wierzchołek bardzo ostry. I wysokość bywa rozmaita, to jest różnica między maximum i minimum bywa większa lub mniejsza. Ciepłota podnosi się często nagle z 37,5 do 41,5, nawet 42° C. Są to jednakże zwykle wypadki wyjątkowe, które albo przybierają przebieg niezwykle ciężki, albo połączone są z powikłaniami. Różnica wynosi zwykle 1,5—2° C., przyczém jednakże minimum nie bywa niższe od 38,5°, maximum zaś nie przekracza 41°. Jeśli ciepłota przez dłuższy czas jako minimum ma 39° i więcej i krzywiznę popołudniową szybko się podnoszącą aż do 41,5—42,5° przy objawach tyfusowych i wyłączeniu innych cierpień silnie gorączkowych, jak zapalenia płuc i szkarlatyny, wówczas zachowanie się takie ciepłoty wskazuje na gruźlicę płuc, ponieważ ciepłota przy tyfusie w wieku dzieciennym bardzo rzadko dosięga do takiej wysokości. W rzadkich i z drugiej strony także nieprawidłowo przebiegających wypadkach zdarza się nasilenie ranne i zwolnienie wieczorne. Często nieprawidłowy ten stosunek gorączki trwa przez pewien czas, najczęściej w początku pierwszego tygodnia, a następnie ustępuje miejsca zwykłemu przebiegowi. Gorączka przebiega więc w następujący sposób: Jakkolwiek w czasie zwiastunów posiada charakter zupełnie nieprawidłowy, to jednakże może dosięgać wysokości bardzo znacznej,—podnosi się przy wystąpieniu tyfusu do stopnia znacznego, przedstawia wyraźne zwolnienie i nasilenie w ciągu 24 godzin w porach stałych, pozostaje w pierwszym tygodniu tak *in toto*, jak i odnośnie nasileń na jednakowej wysokości, w drugim tygodniu, najczęściej ku jego końcowi, zyskuje stopniowo na natężeniu i dosięga do szczytu, utrzymuje się na nim przez kilka dni i w początku trzeciego tygodnia zaczyna kolejno

opadać.—Często typ tyfusu zostaje zmienionym przez powikłanie, jednakże nie równy jest wpływ, jaki na krzywiznę wywierają pojedyncze cierpienia; i tak np. zapalenie oskrzeli podnosi bardzo gorączkę, przyczem jednakże krzywizna zachowuje charakter tyfusowy, przeciwnie zaś zapalenie krupowe płuc i opłucnej zmienia zupełnie typ gorączki i ujawnia się natychmiast w krzywiznie.

Również skutkiem utrzymywania się niektórych objawów, np. ze strony oskrzeli, może bardzo opóźnić się zupełne ustąpienie gorączki.

Przebieg gorączki przy tyfusie, zwolnienia i nasilenia występujące w pewnych porach dnia, ciągłość gorączki, jako też dosięganie do wysokości nie najwyższych — pozwala więc najlepiej w ciągu pierwszych 4 dni wyłączyć wszystkie inne choroby gorączkowe. Krzywizna gorączkowa przy szkarlatynie i ospie przedstawia najczęściej znaczniejszą wysokość ciepłoty, nie przedstawia zaś tak wyraźnych nasileń i tak stałego podnoszenia się.

Krzywizna przy zapaleniu płuc odróżnia się w części wyższym stopniem ciepłoty, szybkim wystąpieniem wysokości najwyższej, jako też równie szybkim jej opadnięciem przy rozchodzeniu się nasięku zapalnego. Krzywizna gorączkowa podobną jest tylko do krzywizny ostrój gruźlicy i ostrego niezytu żołądka. W pierwszym cierpieniu dalszy przebieg, a często dopiero sekcyja daje bliższe wskazówki.

Ostry niezyt żołądka, niekiedy bardzo podobny w swych objawach, nagle ustępuje po krótkim czasie i ztąd najłatwiej może być odróżniony od tyfusu.

Inne objawy w tyfusie stoją więc na drugim planie, pomimo tego jednakże są bardzo ważne i pilnie winny być zbadane. Przejdziemy tu szczegółowo pojedyncze objawy i organy.

1. Głowa i szyja. W rzadkich wypadkach tyfusu u ssawców, nie znajdujemy żadnej zmiany w wielkiem ciemieniu, przeciwnie więc, jak w innych chorobach ostrych, w zapaleniu opon gruźliczem, ropném, w cholerye dziecięcej. Bywa ono albo napięte, albo też, przynajmniej w początku, zapadłe. Zapadnięcie daje się widzieć dopiero ku końcowi choroby, gdy schudnięcie jest większe, podobnie jak to ma miejsce np. przy przewlekłym niezycie kiszki grubych.

Czoło jest pofałdowane, lecz nie w ten sposób, co przy zapaleniu opon gruźliczem; jest ono więc znakiem sennaści, zmęczenia—i cały wyraz twarzy ma ten charakter. Żrenice bywają w początku, zwłaszcza gdy ciepłota jest bardzo wysoka, a więc w godzinach wieczornych, bardzo zwięzione (stan podrażnienia), oddziałują jednakże obydwie na światło. Obydwie źrenice zachowują się jednako,

podeczas gdy w chorobach mózgowych zwykle dzieje się przeciwnie. Wargi są suche, pokryte brunatnymi strupami, popękane, a z przyczyny odrywania strupów przez dzieci, są najczęściej krwawiące.

Skrzydła nosowe są w ciągłym ruchu, skutkiem przyspieszonego i nieco utrudnionego oddychania.

Język jest suchy, z początku tylko w środku, potem cały obrzmiały, skutkiem czego na brzegach jego oddciskają się zęby. W wypadkach ciężkich język pokryty bywa warstwą brunatną, bardzo grubą, często popękaną. Dziąsła, błona śluzowa policzków i warg, są blade, pokryte śluzem i złuszczoneym nabłonkiem, wcale nie łatwo krwawią albo pokryte są aftami lub wysiękiem błonicowym. Obejrzanie migdałków, łuków podniebieniowych, jako też tylnej ściany gardzieli daje również rezultat ujemny. Błona śluzowa jest wszędzie blada, albo pokryta skąpą ilością śluzu, który łatwo zetrzeć się daje. Badanie to ważnym jest z powodu zapalnych procesów w gruczołach limfatycznych na szyi, w gruczole przyusznym i naokoło nich. Ponieważ obrzmienia tych organów zdarzają się w szkarlatynie z błonicowym zapaleniem w gardzieli lub w czystej błonicy,—przeto ujemny rezultat badania posiada wielką ważność odnośnie rozpoznania różniczkowego.

Cierpienie sąsiednich gruczołów limfatycznych, gruczołu przyusznego, jako też tkanki łącznej, otaczającej ten gruczoł, występuje w szkarlatynie i błonicy pierwotnej albo zaraz, albo po dniach 8,—natomiast w tyfusie cierpienie wspomnianych organów szyjowych występuje najczęściej dopiero w trzecim tygodniu, niekiedy zaś dopiero w rekonwalescencji z recydywą lub bez takowej.

2. *Klatka piersiowa.* Zbadanie klatki, incl. organów oddychania i krążenia wykazuje, co następuje: oddychanie bywa skutkiem gorączki przyspieszone, i z powodu niezytu oskrzeli najczęściej nieco utrudnione. Nie przedstawia ono nic charakterystycznego, dosięga do 40 razy na minutę, zależy w części od zwolnień gorączki, jednakże głównie zależy od natężenia cierpienia płucnego (*Bronchitis*) i jego rozmiarów i od występujących powikłań (*Pleuritis, Pneumonia croup.*), przyczem i charakter jego zmienia się odpowiednio do powikłania.

Opukiwanie klatki piersiowej nie wykazuje nic nieprawidłowego (oprócz śledziony). Odgłos na płucach z obu stron jest jednaki; skoro wykazaniem zostanie stopień odgłosu, wówczas dowodzi to, że pewna część miąższu płucnego przestała przepuszczać powie-

trze. Mniejsze nasięki nieżytowe tém trudniej dają się wykazać za pomocą opukiwania, iż brzegi płucne są tu także rozszerzone rozedmowo, a ztąd odgłos bywa raczej pełniejszy, jak próżny. Tępość serca i wątroby jest również prawidłowa.

U dzieci większych, w 2—3 tygodniu, skoro oskrzela przez dłuższy już czas wypełnione są wydzieliną, wykazać możemy przerost, resp. rozszerzenie prawej komórki, które w czasie rekonwalescencji stopniowo znika. Tępy serca są prawidłowe. Jednakże nieraz w późniejszym przebiegu skutkiem małokrwistości występują w sercu szmery krwi, nie stojące w żadnym związku z cierpieniem wsierdza. Spotykamy także szmery świszczące, pęcherzowe, które dają się słyszeć najwyraźniej podczas skurczu na wierzchołku serca i które wzmacniają się w kierunku ku podstawie serca. Rozkurcz pozostaje zawsze wolnym, zawsze słyszymy wyraźny ton. Również nie ma żadnego akcentowania drugiego tonu tętnicy płucnej, i to tém bardziej, iż objawy nieżytu oskrzeli zwykle już koło tego czasu znikają.

Szmery te przy poprawie stanu odżywiania powoli znikają zupełnie. Przenoszą się one w niektórych wypadkach do tętnic szyjowych (*Nonnengeräusche*). Osluchiwanie płuc wykazuje w początku wszędzie oddech ostry, pęcherzykowy. Tylko tu i owdzie słyszymy pojedyncze rżenia. Przy powiększeniu się ilości wydzieliny w oskrzelach, mianowicie cieńszych, powstają najrozmaitsze szmery piszczące, świsty i rżenia. Jednakże konsonancyi nie ma nigdzie, ponieważ miąższ płucny wszędzie zawiera powietrze.

Jeśli wystąpią szmery delikatnego trzeszczenia z jednoczesnym przyspieszeniem oddychania, wówczas mamy do czynienia z powikłaniem. Skoro wydzielina w oskrzelach jest bardzo lepka i gęsta, wówczas utrudnia wejście powietrza do pęcherzyków płucnych, czemu sprzyja jeszcze ogólne osłabienie mięśni. W takich razach nie wszędzie słyszymy oddech jednako wyrażny, ostry, lecz szmeru oddechowego pęcherzykowego w niektórych miejscach wcale nie ma lub jest bardzo osłabiony. Po zrobieniu kilku głębszych wdychań, możemy w takich miejscach słyszeć często znowu oddech prawidłowy. Stopień odgłosu opukowego nie następuje skutkiem podobnych miejsc, zapadłych przez czas dłuższy (atelektaza nabyta). Przeciwnie, gdy objawy nieżytu oskrzeli są silne, trwają długo i gdy przychodzi do obszernych miejsc atelektatycznych, wówczas występuje wyraźna sinica najprzód na twarzy i potem na kończynach. Siatki żyłne obwodowe i powierzchowne mocno wypełniają się krwią i prze-

świecą przez skórę jako siatki błękitne, szczególnie na klatce pierświowej (z powodu utrudnionego odpływu z żyły tak zw. *azygos* i *hemiazygos*).

Krażenie, resp. oddychanie zostaje nadto zmienione przy znacznym wzdęciu brzucha. W sposób łatwy do pojęcia przepona zostaje przy wzdęciu uniesiona ku górze, dolne oddziały płuc uciśnięte, a ponieważ w nich zawsze znajduje się najwięcej wysięku, przeto skutkiem obu tych przyczyn następuje znaczne zaburzenie w krążeniu. Skutkiem tego zaburzenia w krążeniu w małym krwiobiegu, jak już wspomnieliśmy, występuje znaczna sinica, z powodu której następuje także osłabienie mięśniowe i oddychanie powierzchowne. Jeśli wśród tych warunków przyłączą się jeszcze objawy obrzęku płuc, wówczas zejście będzie zawsze śmiertelne.

Objawy w przewodzie oddechowym, szczególnie w drogach doprowadzających powietrze, jakkolwiekby nie były słabe, zawsze jednakże wielkiej są wagi tak odnośnie zejścia choroby, jak i odnośnie leczenia, które w wielu wypadkach może oddać istotne usługi.

3. **B r z u c h.** Pod tym nazwiskiem rozumiemy właściwie wszystkie organy, które leżą poniżej przepony. Przyjawszy taki podział, łatwiej będziemy mogli rozpatrzyć pojedyncze objawy.

a) **W ą t r o b a.** Tępość w okolicy wątroby, jakoteż jej granice nie są zwykle zmienione. Tylko przy wielkim wzdęciu kiszek cała tępość jest podniesiona ku górze. Tępość, resp. odgłos próżny nie zaczyna się na 6, lecz już na 5 żebrze i nie dosięga do brzegu żebrowego, lecz ustępuje miejsca odgłosowi tympanitycznemu już na 1—2 palcy poprzecznych. Tępość, zależna od 1 płata wątroby, często jest mniej wyraźna skutkiem rozszerzonego żołądka, albo téż nie daje się wykazać, lecz zastąpiona jest odgłosem pełnym tympanitycznym.

b) **Ś l e d z i o n a.** Śledziona w przebiegu tyfusu obrzmiewa o dwa, trzy i więcej razy. Guz śledziony jest ostry i znika znowu zupełnie w czasie rekonwalescencji, jeśli tylko poprzednio śledziona nie była zmieniona. Jednakże nigdy guz śledziony nie dosięga do téj wielkości, co u dorosłych, jakoteż nie spostrzegamy w wieku dziecięcym pęknięć torebki śledzionowej, z wystąpieniem miękkiego miąższu i silnym krwotokiem. Guz stopniowo wzrasta i znowu stopniowo się zmniejsza. Pod względem rozpoznawczym nie jest ważnym wykazanie guza śledziony, resp. powiększonej śledziony, lecz wykazanie stopniowego powiększania się objętości organu. Jestto tém ważniejszym, iż spotykamy wiele dzieci, u których śledziona skutkiem

innych cierpień jest powiększona, lecz przez długi już czas posiada jednakową objętość. (Przewlekły guz śledziony).

Zaraz przy pierwszym więc badaniu, jeśli mamy podejrzenie na tyfus, winniśmy oznaczyć wymiary śledziony przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności pobocznych (wzdęcie brzucha). Dopiero skoro okaże się stałe powiększanie się przez kilka dni, wówczas należy objawowi temu przyznać wartość rozpoznawczą.

Oznaczenie tępości śledziony bywa niekiedy u dziecka trudnym, zwłaszcza jeśli kiszki i żołądek są wzdęte. Objętość śledziony często ograniczona jest tylko do wielkości plessymetra. Znajdujemy ją najlepiej, jeśli dokładnie opukujemy w linii pachowej od góry ku dołowi. Na górnym brzegu 8 żebra natrafiamy na odgłos próżny z powiększoną rezystencją, który rozszerza się ku 10 żebru na przestrzeni 2—3 palców poprzecznych. Jeśli wymiar ten przekroczył w średnicy 2—3 ctm., wówczas mamy do czynienia z guzem śledziony ostrym lub przewlekłym.

W wieku dzieciennym zwracamy uwagę na inny jeszcze punkt, który ma wówczas tylko u dorosłego znaczenie, gdy śledziona doszła już do znacznej wielkości. Śledziona może w wieku dzieciennym, jeśli dosięgła podwójnej lub potrójnej wielkości, bardzo często być wyczuwalną przez miękkie pokrywy brzuszne. Naturalnie nie możliwą to jest rzeczą przy wielkiem wzdęciu, to jest przy mocno napiętych pokrywach brzusznych. Wyczuwamy śledzionę palcami przy obmacywaniu, jako ciało gładkie, usuwające się pod palcami, opatrzone zaokrąglonymi brzegami, językowane, wielkości połowy jabłka. (Guz śledziony ostry). Śledziona przy dotykaniu nie jest bolesna. Skoro opukujemy taką śledzionę, wówczas tępość występuje ku dołowi na 2—3 palców poprzecznych z pod łuku żebrowego albo pokryta jest mocno rozszerzonym dnem żołądka. Śledziona więc dosięga szybko, w pierwszym, lub w początku drugiego tygodnia, do swjej objętości największej, i w podobny sposób zmniejsza się, skoro zaczyna występować objawy gorączkowe. Po tyfusie nie pozostaje przewlekły guz śledziony, jeśli poprzednio nie istniał.

c) **W z d ę c i e b r z u c h a.** Wzdęcie trzewiów może dosięgnąć w tyfusie do stopnia bardzo wysokiego tak, iż brzuch znacznie wystaje ponad powierzchnię piersi, jak silnie napięty pęcherz. Rozdęcie gazami następuje tak w kiszkaach cienkich, jak i w grubych i żołądka. Zebranie gazów w kiszkaach nie jest tak bardzo skutkiem procesu miejscowego w kiszkaach cienkich, lecz jest ono raczej objawem porażenia całej kiszki skutkiem cierpienia ogólnego. Wzdęcie



zaczyna się zwykle już w czasie zwiastunów i to najczęściej w żołądku i dopiero po wystąpieniu gorączki zajmuje i inne części przewodu trawienia. Wogóle wzdęcie jest umiarkowane i tylko w wypadkach ciężkich dosięga do stopnia tak wysokiego, iż utrudnia przez to oddychanie. Przy silniejszym nieco wzdęciu, w okolicy tak zw. *ileocecalis*, która może nieco mocniej być rozdęta, — słyszymy szmer przy obmacywaniu, tak zwany szmer ileocecalis, nie będący wcale charakterystycznym dla tyfusu i nie pojawiający się w wielu wypadkach. Brzuch skutkiem wzdęcia jednostajnie jest napięty, okolica pępka nie jest wydatna, ani ostro wystająca, opukiwanie daje wszędzie odgłos mniej lub więcej pełny i tympanityczny, otrzewna przy dotykaniu nigdzie nie jest wrażliwa; czasem wyczuwamy gdzieś twardość i wspomnianą już śledzionę. Pokrywy brzuszne wszędzie są na kiszkaach przesuwalne i łatwo od nich odciągać się dają. Z podanych tu objawów, właściwych wzdęciu kiszek, łatwo możemy odróżnić je od przewlekłego zapalenia otrzewnej (gruźliczego). Obok innych objawów, najlepszym znakiem odróżniającym jest forma okolicy pępkowej. Okolica ta wystaje zawsze więcej przy przewlekłym zapaleniu otrzewnej tak, iż fałdy pępkowe wydają się wygładzonymi prawie zupełnie lub całkowicie.

Wzdęcie brzucha, nie będące, jak wspomnieliśmy, w żadnym związku przyczynowym z istniejącą biegunką, zmniejsza się również przy spadnięciu gorączki. Jeżeli wzdęcie trwa mimo obniżenia się gorączki, to rekonwalescencya się opóźnia, gdyż wsysanie jest utrudnione.

Jeżeli wzdęcie brzucha ustąpiło i znowu się zjawi, to możemy być pewni recydywy.

d) B i e g u n k a. Stolce wodniste nie są bynajmniej zjawiskiem stałym przy tyfusie, — owszem znaczne ilości wypadków tyfusu, zwłaszcza wiele lżejszych, przebiega bez biegunki. Pojawia się albo jedno prawidłowe wypróżnienie, lub też stolec jest zatrzymany przez czas dłuższy, i przychodzi dopiero po użyciu ławatyw. Jeżeli jednak wystąpi biegunka, to stolce i wypróżnienia są charakterystyczne. W wielu wypadkach, w przeciągu dnia przychodzi jeden, zwykle bardzo obfity rzadki stolec, w innych razach 4—5 stolców podobnych własności i również obfitych. Wypadki te należy zaliczyć do cięższych. Oddawanie stolca połączone jest zawsze z odejściem gazów, a tylko w ciężkich wypadkach jest bezwiedne. Wydymania po oddaniu stolca zazwyczaj nie bywa. Barwa stolca jest zwykle ciemno-brunatna; stolec rzadki (płynny) jak przy ostrym niezycie kiszek

cienkich; odczyn mocno kwaśny, woń jednak kałowa. Oprócz krwi mniej lub więcej zmieszanej, zwykle żadne inne obce części nie są domieszane do stolców. Rzadko się zdarza, aby stolce na powietrzu przybierały barwę zieloną. Stolec prócz tego daje wyraźny osad, złożony z 2 warstw; w górnej warstwie mieszczą się części płynne, zmieniona wydzielina kiszek wraz z tłuszczem i barwnikiem żółtawym, w dolnej zaś znajdują się części składowe zbitse, resztki pokarmów, ciała ropne, odłączone nabłonki i cokolwiek zgorzelinowych cząstek tkanek. Często ze stolcami odchodzą wnętrzaki; najczęściej znajdujemy *oxyuris vermicularis*, rzadziej glisty (*ascaris lumbricoides*); włosogłówka (*Trichocephalus dispar*), znajdująwana często w znacznej ilości w trupach ludzi zmarłych na tyfus, nie wydała się ze stolcami. Biegunka tyfusowa wznaga się zwykle w środku 2-go tygodnia lub w początku trzeciego, i może w sposób zatrważający powiększyć upadek sił (*collapsus*).

4. U k ł a d m o c z o p ł c i o w y. Układ ten cierpi mało lub wcale nie. Mocz odpowiednio do stopnia gorączki jest stężony, czerwony, czysty, ilość mocznika z początku powiększona, podczas gdy chlorki alkaliczne są zmniejszone, co jednak niema nic charakterystycznego dla tyfusu. Organy płciowe nie są nigdy zajęte cierpieniem, z wyjątkiem następczych spraw chorobowych na sromie u dziewcząt. U osobników w wysokim stopniu wyniszczonych nie tak rzadko spotrzągać się daje błonica (*diphtheritis*) warg sromnych po tyfusie.

5. K o ń c z y n y. Na kończynach, oprócz znacznego wychudnienia nie dostrzegamy nic nieprawidłowego. Wspominamy o tém dlatego, że najprzód niema tu żadnego łuszczenia na rękach i nogach, jak przy szkarlatynie i odrze—a powtóre, że w dalszym przebiegu, np. w 3—5 tygodniu nie objawia się wcale puchlina na grzbiecie rąk i nóg. Dwie te negatywne dane, są przedewszystkiém ważne, gdy chodzi o rozpoznanie w późnym okresie choroby, np. przy przyjmowaniu chorego do szpitala. Na mocy braku obrzmienia, a zwłaszcza blaszkowatego łuszczenia na rękach, w wypadkach kilkotygodniowego trwania choroby, można z pewnością wykluczyć szkarlatynę.

6. S k ó r a. Oprócz zjawisk wysokiego stopnia gorączki jak: suchość, chropowatość, pałanie, oraz następstw wychudnienia jak: bladeść i fałdowanie się na twarzy i kończynach, skóra przedstawia jeszcze charakterystyczną wysypkę. Zwłaszcza na brzuchu, znajdujemy rozsiane czerwone punkty, pooddzielane skórą prawidłową, dosyć liczne, wielkości główki szpilki, cokolwiek wystające, znikające pod naciskiem palca (r ó ż y c z k a—*roseola*). W niektórych wy-

padkach pojawiają się guziczki (*papulae*). Plamy te, oprócz brzucha, znajdują się najczęściej na grzbiecie, bardzo są nieliczne na kończynach, prawie nigdy na twarzy. Pojawiają się one poraz pierwszy na początku 2-go tygodnia, niekiedy cokolwiek wcześniej, i bledną ku końcowi 3-go tygodnia, bez pozostawienia zabarwionych śladów. Plamy różyczkowe są dosyć charakterystyczne dla tyfusu, i dadzą się łatwo odróżnić od wszelakiéj innéj wysypki, przez swe umiejscowienie, wygląd i występowanie przy innych towarzyszących objawach. Jeżeli plamy przybiorą postać guziczkowatą, to w początkach nieraz trudno je odróżnić od ospowych, wszelako rozstrzygającym w téj mierze jest umiejscowienie wysypki. Ospa bowiem w prawidłowym przebiegu zaczyna się na twarzy, gdy tymczasem guziczki w tyfusie zjawiają się najprzód na brzuchu, a nigdy na twarzy. Przy długim trwaniu choroby i w wypadkach ciężkich tworzą się odleżyny w okolicy kości krzyżowéj, które jednak nigdy nie dochodzą takiego stopnia i rozległości jak u dorosłych. Łuszczenia się ciała nie spostrzegamy, a tylko w rekonwalescencji włosy całkowicie zwykle wypadają.

7. **Tętno.** Tętno przy tyfusie u dzieci mało dostarcza pewnych wskazówek. Z zachowania się tętna nie można wnosić ani o naturze choroby ani o jéj nateżeniu. Tętno jest przyspieszone, 120—130 na minutę, małe, regularne, podczas nasilenia przyspiesza się jeszcze, pełnieje, lecz bynajmniej nie śledzi za niéim krok za krokiem. Przy silniejszych ruchach chorego tętno może szybko podskoczyć, i dojść 160—180 uderzeń na minutę. Jedyne ważną jest regularność tętna, t. j. że jedno uderzenie po drugim następuje w równych przestankach; na téj zasadzie, zwłaszcza w początku zwiastunów, gdzie jeszcze przeważają zjawiska zakłóconego trawienia, można wykluczyć poczynające się gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Ważne są również własności tętna w początkach objawów upadku sił (*collapsus*), gdyż takowy zwykle najprzód w tętnie się przejawia. Tętno staje się drobne, nitkowate, często niezmiernie przyspieszone. Zjawiska te przychodzą zwykle wśród znacznej remisji i nigdy nie dają dobrego rokowania, zwłaszcza gdy się takie przystępy upadku sił powtarzają.

8. **Układ nerwowy.** Organ ósrodkowy współcierpi przy tyfusie w znacznym stopniu, a zjawiska ujawniają się w rozmaity sposób. Dzieci przez cały czas leżą obojętnie (apatycznie), trudno się dają zbudzić z półsenności, słuch mają przytępiony, (co niekiedy zależy od nieżyłowego zajęcia śródkowego ucha), trudno się orientują,

późno odpowiadają na zadane pytania i t. d. Obojętność ta (*apatia*) trwa w równym prawie stopniu i przy nasileniu (*exacerbacyi*), a tylko przyłączają się jeszcze spokojne bredzenia (*deliria mussitantia*), które jednak przy remissyi ustępują. W innej grupie wypadków rzecz ma się zupełnie przeciwnie. Dzieci są nadzwyczaj niespokojne, rzucają się na łóżku, wrażliwe są na wszelki łoskot, każde dotknięcie, a ztąd niepodobna nawet oznaczyć liczby uderzeń tętna. Przytém występują głośne, gwałtowne bredzenia z bystrym lotem myśli, wzmagające się przy nasileniu i najwyższego dochodzące stopnia około północy. Z tem wszystkiém jednak, nawet w bardzo ciężkich wypadkach nie zdarza się, aby dzieci niepodobna było w łóżku utrzymać, aby się zrywały i uciekały, jak to ma miejsce u dorosłych. Zarówno u dzieci tyfusowych leżących apatycznie, jak i wśród gwałtownych bredzeń, występują wspomniane już kilkakrotnie zjawiska upadku sił, zwykle w końcu drugiego lub w początkach trzeciego tygodnia.

Dzieci zrana zwykle, nagle bledną bardzo, oddychanie staje się powierzchowném, uderzenie tętna przyspiesza się znacznie, przyczém staje się ono drobnem, nitkowatém; kończyny a zwłaszcza nogi ziębną, czoło pokrywa się zimnym potem. Jeżeli nie zadamy środków pobudzających, to zjawiska przytoczone łagodnieją późno dopiero, gdy gorączka zacznie się znowu podnosić, lecz wracają i to w wyższym jeszcze stopniu przy remissyi. Wszyscy chorzy tyfusowi, czy to leżący apatycznie, czy też gwałtownie bredzący, wykonywają pewne właściwe ruchy, do jakich należy np. skubanie i łapanie płatków po kołdrze, dłubanie palcem w nosie—przez co często przychodzi do obfitych i trudnych do zatrzymania krwotoków. Również dzieci zeskubują sobie skorupy z zasychających warg, dając powód do zranień i pęknięć tychże. Ruchy te są często tak wybitne, że ich dostrzeżenie stanowi cenną wskazówkę dla rozpoznania choroby.

Z tego, co powiedziano, wynika, że rozpoznanie tyfusu brzusz nego z pewnemi zastrzeżeniami może być tylko wtedy na pewno zrobione, gdy w przebiegu wystąpią wszystkie, lub przynajmniej wszystkie ważne objawy. Rozpoznanie będzie uzasadnione, gdy przy wystąpieniu cięższej choroby gorączkowej, wykluczyć się dadzą wszelkie inne choroby ostre jak: ospa, szkarlatyna, odra, zapalenia płuc, włącznie z zapaleniem w szczytach, zapalenie opłucnej, ropne i gruźlicze zapalenie opon; gdy następnie gorączka przybiera wyraźne cechy nasilającej się gorączki, a przytém stopniowo wystąpi obrzmienie śledziony, wzdęcie brzucha, ewentualnie umiarkowana biegunka, brak apetytu, język obłożony, brunatne zasychające wargi, zapalenie

oskrzeli, plamy różyczkowe na brzuchu, bredzenia i ewentualnie zapalenie i zropienie tkanki łącznej dokoła ślinianki przyusznej, bez zajęcia organów szyjnych.

Nie zawsze wszystkie wyżej wymienione objawy występują w równym stopniu natężenia; w wielu wypadkach — a to często się stosuje do oddzielnych epidemij, — pewne objawy przeważają, np. na pierwszym planie stawiają się zjawiska ze strony oskrzeli i dochodzą takiego stopnia, że mogą zagrażać życiu. W innych znowu wypadkach na pierwszym planie występuje obrzmienie śledziony, wzdęcie brzucha, biegunka lub wysypka, gdy tymczasem np. zjawiska zapalenia oskrzeli zstępują na ostatni plan.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w wieku dziecięcym stanowczo o wiele więcej bywa lekkich wypadków tyfusu aniżeli u dorosłych, do tego stopnia, że niekiedy bardzo trudno odróżnić takie lekkie formy poronne od nieżytów żołądka. Dla praktycznego lekarza pedjatry wynika ztąd prawidło, nie spieszyć się zbyt z oznaczeniem choroby jako tyfus, a natomiast mówić tylko o pojedynczych zjawiskach tyfusowych, gdyż pochopnie przedstawiona diagnoza nie ostoi się, gdy po 8 — 10 dniach wszystkie zjawiska chorobne znikną bez względu na to, że w początku wydawały się bardzo gwałtownymi.

Zejściem tyfusu bywa w większości wypadków wyzdrowienie, zupełny powrót do stanu prawidłowego (*restitutio ad integrum*), tak że nawet po dosyć ciężkich tyfusach, dzieci doskonale się chowają.

Po przebyciu cięższego tyfusu, zwłaszcza gdy można było z pewnym prawdopodobieństwem przypuścić obszerne zajęcie kiszek, sądząc po silnej biegunce, krwotokach, znacznym wzdęciu brzucha, zdarza się, że w rekonwalescencji odżywianie tępym postępuje krokiem z powodu trudnego chłonięcia się pokarmów. Zejście śmiertelne jest rzadkie. Śmierć przychodzi w skutku puchliny płuc, występującej w następstwie zapalenia oskrzeli, lub z wyniszczenia biegunką, albo wreszcie na wysokości choroby przez porażenie serca w skutek wysokiej ciepłoty ciała. Liczbę wypadków śmiertelnych pomnażają znacznie — chorzy umierający pod wpływem powikłań i chorób następnych. Najczęściej do cięższego tyfusu przyłącza się *pleuro pneumonia*, rzadziej zgorzel płuc pierwotna, lub też zgorzel płuca zajętego sprawą zapalną. Jeśli zgorzel rozszerzy się i na opłucnę, to następuje odma piersiowa. Rzadziej niż zajęcia płuc, zdarza się ropne

lub gruźlicze zapalenie opon mózgowych lub ostra puchlina mózgu. Nerki równie jak organy krążenia rzadko stają się siedliskiem powikłań. Natomiast często zdarzają się zapalenia i zropienia gruczołu przyusznego, tkanki łącznej otaczającej ten ostatni, zapalenia i zropienia gruczołów limfatycznych na szyi, zarówno jak inne przerzutowe zapalenia. Nie zawsze jednak przychodzi do zropienia gruczołów na szyi, owszem często obrzmienie zapalne onych rozchodzi się zupełnie, jak również podobny stan tkanki łącznej otaczającej.

Z powikłań przytoczonych, niektóre już same przez się zagrażają życiu, przy innych np. zapaleniach opłucnej, płuc, zejście jest zawsze bardzo wątpliwe. Niezmiernie rzadko spostrzegać się daje po tyfusie zgorzel policzków (noma).

Przebieg jak również zdrowienie przeciąga się niezmiernie przez wysięk opłucni, wysysający się zwykle bardzo powoli.

Pomyślniej już przebiegają sprawy przerzutowe, które zwykle kończą się wyzdrowieniem, jeżeli tylko nie wystąpią w stopniu zbyt natężonym. Jeżeli gruczoły zropiały, to koniecznie pozostać muszą blizny, nie tak wszakże szpecące jak skrofuliczne, jeżeli tylko ropnie były dosyć wczesnie otwierane.

Tak więc rokowanie w tyfusie u dzieci jest pomyślniejsze aniżeli u dorosłych, gdyż pomijając wiele lekkich form poronnych tyfusu u dzieci, przebieg choroby rzadko jest gwałtowny, powikłanie i choroby następowe są rzadsze, a niektóre z nich, np. przedziurawienie kiszek, zgoła nie zdarzają się. Można więc powiedzieć, że wypadki nieprawidłowe, u dzieci zresztą zdrowych, przebiegające przy temperaturze 39,5-40 nie przychodzącej, pozwalają postawić rokowanie pomyślne, tém więcej, że zwykle nie pozostają po nich nawet żadne przewlekłe cierpienia błony śluzowej, ani szczególna wrażliwość przewodu pokarmowego. Dla wypadków ciężkich, powikłanych, rokowanie wynika samo przez się z tego, co było powiedziane o zejściach.

Przy leczeniu tyfusu należy uczynić zadość dwóm głównym zadaniom zmniejszenia gorączki i utrzymania sił.

Niezmiernie również ważnym jest unikać pewnych środków lekarskich, które stanowczo sprowadzają pogorszenie, jeżeli nie całego stanu, to przynajmniej wzmagają pewne zjawiska do groźnej wysokości. Na pierwszym miejscu ostrożność ta tyczy się środków przeczyszczających, czy to drastyków, czy środków solnych, czy kalomelu. Wszystkie one powiększają wydzielinę błony śluzowej kiszek, i wzmagają, oraz przyspieszają ich ruchy robaczkowe.

Ponieważ zaś кишки cienkie są głównym siedliskiem choroby, przeto jasną jeźrzczą, że istniejące już w danym wypadku wrzody kiszkiowe, muszą się pogarszać. Zdarzyć się również mogą w tych warunkach krwotoki z wrzodów kiszkiowych, przez co siły chorego narażone zostają w wysokim stopniu. Z drugiej strony, podaniu środka przeczyszczającego, może przyjść tak silna biegunka, że trudno ją będzie powstrzymać, a przez to łatwo mogą wystąpić zjawiska upadku sił. — Środki przeczyszczające bynajmniej nie wpływają w tyfusie na wysokość gorączki, ani na wystąpienie nasilenia. O kalomelu powiadają, że podany w większych dawkach, przełamuje gorączkę, słowem że może przerwać tyfus. Tymczasem spostrzeżenie to nie potwierdziło się w zakresie głoszonym, a środek sam jako taki przedstawia wspomniane niebezpieczeństwa. — Jeśli potrzeba pobudzić stolce, dajemy lewatywę z czystej wody zimnej lub z dodatkiem oleju rycynowego, w ilości 6—8 gramów na lewatywę.

Podawanie środka wymiotnego jest również przeciwwskazane, a podobnie też emetyk *in refracta dosi*.

Przy gwałtownych bredzeniach z napływem krwi do głowy, absolutnie należy wstrzymać się z wszelkiem odciąganiem krwi za pomocą pijawek, a tém mniej upustem krwi, — z powodów wyżej wzmiankowanych.

Dla miarkowania gorączki mamy dwa środki: chininę i użycie zimnej wody. Zupełnie jest właściwe zastosowanie równoczesne obu tych środków, lecz w wypadkach lżejszych, gdzie ciepłota ciała nie przenosi 39° C., niema potrzeby stosować leczenia zimną wodą w całym znaczeniu; przy znanym pomyślnym przebiegu tyfusu u dzieci osiągamy już żądany skutek, stosując częściowo zimno w postaci zimnych okładów lub zimnych obmywań. — Czysto wyczekujące leczenie tyfusu wiedzie również do celu, a skutki tej metody należy dobrze mieć na uwadze przy ocenianiu skuteczności leczniczej dodawanych innych środków aptecznych. Z tém wszystkim metodę leczenia wyczekującą dla tego odradzać będziemy, że posiadamy w naszych rękach środki, których wpływ na najmniejszy objaw chorobowy, mianowicie na gorączkę, najmniejszej nie ulega wątpliwości. Tyczy się to przedewszystkiem zimna.

Działanie chininy objawia się w tyfusie w podobny sposób jak przy zimnicy (*intermittens*). Środek ten nie działa przeciwko gorączce jako taki, a tylko sprawia, że nasilenie nie dochodzi zbyt wysokiego stopnia; innemi słowy, jeżeli zadamy chininę w odpowiedniej dawce przed wystąpieniem nasilenia gorączki, wysokość jej nie doj-

dzie zwykle tego stopnia, jaki był dnia poprzedzającego. Jeśli skutek ten nie da się osiągnąć natychmiast, to znaczy pierwszego zaraz dnia, a dopiero wystąpi 3-go lub 4-go dnia zadawania chininy, to jednak uboczne zjawisko gorączki, jak częstość tętna, niepokój, bredzenia, nie będą już tak silne.

Jeśli damy chininę dopiero wtedy, gdy gorączka dosięgła już wysokiego stopnia, to nie będzie żadnego wpływu,—podobnie jak i przy zimnicy chinina nie wywrze działania, jeśli ją zadamy w napadzie już rozpoczętym. Nigdy nie należy, przynajmniej w szpitalach, zaniedbywać dokładnego kontrolowania wpływu chininy przy pomocy termometru. Jednorazowe wymierzenie ciepłoty nie jest dostateczne, a natomiast, celem dokładnego informowania się o krzywiznie gorączki, należy co najmniej wymierzać temperaturę co 2 godziny. Krzywizna powinna być nam jak najdokładniej znana, abyśmy mogli w należytych czasie podawać skuteczne dawki chininy.

W ciągu kilku dni możemy więc bez obawy dla chorego, zachować się wyczekująco — co jest nawet koniecznym już ze względu na upewnienie się w rozpoznaniu. W tym czasie najważniejszą będzie przepisać kwasek roślinny. Mając zadawać chininę, trzeba podać średnią dawkę, przynajmniej jeżeli chcemy jej wpływu na gorączkę. Prócz tego, należy zadawać chininę w nielicznych dawkach, najwyżej w trzech, i w krótkich przestankach, co zresztą dostatecznie wskazuje krzywizna.

W ten więc sposób pojedyncza dawka wypadnie tem większą. Nawet przy dosyć znacznych dawkach, nie zdarzają się u dzieci wymioty lub zjawiska zatrucia chinowego. Najlepiej tedy będzie zadać przed początkiem nasilenia, a więc około 3 godziny po południu, 1—2 decigramów *pro dosi*, i dać dwie takie dawki. Po ukończeniu się nasilenia powtórzymy znowu taką dawkę. Powiększanie dawki byłoby już niewłaściwym. Jeśli mamy do czynienia z silną biegunką, należy zadawać *chininum tannicum* w dawce odpowiednio większej (około 3 razy większej), aby także wpłynąć na gorączkę. Wszelako w tym stanie chinina łatwiej zostaje wywomitowaną z powodu znacznej objętości dawki, która wzbudza kaszel. Najlepiej jeszcze znosi się w mięszance.

Drugim i właściwie o wiele skuteczniejszym dla zwalczania gorączki środkiem jest zimno. Przez wyrozumowane użycie tego działacza odciągamy ciało ciepło, a tym sposobem zmniejszamy niebezpieczeństwo wynikające dla organizmu z długotrwałego gorączkowego pałania. Używamy zimna albo częściowo w postaci zimnych okła-



dów, zimnych obmywań lub w postaci zlewań zimną wodą, albo też stosujemy zimne kąpiele ogólne—najodpowiedniejsze w wypadkach ciężkich.

Wyraz „zimno“ odnosi się tu tylko do różnicy ciepłoty, jaka zachodzi między wodą użytą się mającą, a ciałem ludzkim okazującym podwyższoną temperaturę.

Zimne okłady używają się tylko na głowę; nie powinny one być zbyt ciężkie, lecz powinny większą część głowy pokrywać. Najlepiej będzie włosy na głowie ściąć, gdyż przez to łatwiej stosować okłady i działanie ich pewniejsze. Okład powinien być zmieniony, jak tylko się rozgrzeje, a więc tem częściej, im wyższa jest ciepłota ciała. Przy silnych bredzeniach, nieprzytomności it. d. stosujemy okłady lodowe bezustannie. Należy wiedzieć, że odciąganie ciepła przez zimne, a nawet lodowe okłady na głowę, nie jest znaczne i bynajmniej nie jest tak widoczne, aby termometr wykazywał wyraźne obniżenie temperatury.

Zimne obmywania, do jakich używa się woda 16—18° R., właściwiej stosowane być winny wieczorem. W wodzie takiej zanurzamy dużą miękką gąbkę, wyciskamy zupełnie i obmywamy nią całe ciało. Obmywania te należy powtarzać, skoro tylko skóra się rozpała. Wprawdzie i tym sposobem niewiele odciągamy ciepła, lecz działanie obmywań o tyle już pomyślne, że dzieci chętnie je znoszą, uspokajają się zwykle i zasypiają.

Zimne zlewania używają się w wypadkach ciężkich z wysokiego stopnia otępieniem (*sopor*), lub gwałtownymi bredzeniami. Zimną wodę (16 — 18° R.) lejemy z pewnej wysokości na głowę dziecka, i powtarzamy to, jeśli po pierwszym zlewaniu nie objawiła się żadna poprawa. Lepiej wszelako takie zlewania zimne robić w ogólnej kąpieli, gdyż ewentualnie dzieci wtedy mniejszemu ulegają wstrząśnieniu.

Najpewniejszym sposobem zniżającym temperaturę ciała na kilka godzin i to o znaczny stopień, są chłodne kąpiele ciepłoty 22 — 24° R. Po pobycie w takiej kąpieli przez kilka minut, następuje wyrównanie stopni ciepłoty, a w ten sposób woda kąpieli ogrzewa się, temperatura zaś ciała spada często znacznie, o 1—2° C. Znaczniejsze obniżanie ciepłoty ciała nie jest właściwe, gdyż dzieci łatwo dostają wtedy ziębienia lub nawet silnych dreszczów. Działanie samo czyli czas trwania zniżenia ciepłoty nie jest nawet wcale dłuższy przy użyciu znacznie zimniejszej wody do kąpieli.

Jeżeli chcemy osiągnąć pomyślny skutek z leczenia tyfusu zimną wodą, to należy je przeprowadzać z całą możliwą konsekwencyą, to znaczy, że skoro tylko temperatura ciała dochodzi pewnego stopnia np. 39,5—40° C. natychmiast trzeba powtórzyć energiczne odciążenie ciepła za pomocą pomienionój chłodnej kąpieli. Dział się to powinno dniem i nocą, a więc wymaga wiele czasu i trudów, jak również wprawnej obsługi. W praktyce prywatnej pod tym względem spotykamy się z przeszkodami nie do pokonania.—W kąpieli zostawia się dziecko 10—12 minut, w którym to czasie zwykle czują się bardzo dobrze; następnie przenosi się na świeże łóżko, dla starannego osuszenia,

Ponieważ w godzinach rannych temperatura zwykle sama przez się spada, a dopiero wznosi się do wysokiego stopnia około południa, przeto po większej części wystarcza 5 — 6 kąpieli w przeciągu dnia, gdyż obniżenie ciepłoty utrzymuje się zwykle 3 — 4 godzin. Miara natężenia gorączki będzie dla nas szybsze wznoszenie się obniżonój kąpielą temperatury ciała do pierwotnego jój stopnia. W tym razie dla osiągnięcia jakowegoś skutku, należy stosować kąpiel *coup sur coup*; w pewnych warunkach niżamy ciepłotę wody, jednak nigdy poniżej 18° R.

Leczenie zimną wodą, jeżeli spodziewamy się po niém skutku, musi być, jak powiedzieliśmy, przeprowadzone konsekwentnie, wśród dokładnych wymierzań temperatury; przez to także rzadziej, aniżeli przy leczeniu wyczekującym, chorzy narażeni są na odleżyny w okolicy krzyżowój, zmieniając ciągle położenie. Zimna woda nie ma bynajmniej złego wpływu na pozostałe zjawiska chorobne, jak biegunka lub zapalenie oskrzeli; przeciwnie nawet w skutek pobudzenia skóry przez różnicę ciepłoty, dzieci wykonywają głębsze wdechy, przez które z jednéj strony krew się dokładniej utlenia, z drugiejj zaś i wykrztuszanie ułatwioném zostaje. Często zmiana położenia i w tym kierunku pomyślnie wpływa. Baczna należy zwracać uwagę na pielęgnowaniu ust. Należy je co godzina oczyszczać świeżą zimną wodą, do której dodać nawet można cokolwiek boraksu lub sody. W ten sposób, najprzód oddala się z ust zaschły cuchnący śluz, a przez to usuwa się niebezpieczeństwo rozwinięcia się zgorzeli policzków (*nomu*). Nie małą również korzyścią jest zmniejszenie pragnienia. Chorzy, którym usta oczyszcza się często zimną wodą, piją znacznie mniej, co niemniej jest pożądaném. Przy wyrozumowaném stosowaniu leczenia zimną wodą, użycie chininy zstępuje na drugi plan, wszelako, jeżeli nie chodzi nam o stwierdzenie faktu (działania saméj

wody) należy zadawać i chininę, już z powodu jęj wzmacniającego i przeciwnilnego działania.

Jeżeli zjawiska ze strony oskrzeli dochodzą wysokiego stopnia, zachodzi potrzeba podawania silniejszych środków wykrztuśnych razem z pobudzającymi, tak jak przy samęj *bronchitis*. Przy wczesném upadku sił (*collapsus*) podajemy środki podniecające w postaci wszelakięj: herbatę z rumem, kawę czarną z chininą, szampan mrożony, wszelkie rodzaje eterów, nawet kamforę i piżmo (patrz cholera dzieci) Nie należy jednak zadawać kamfory w większych dawkach i nigdy przez czas dłuższy, gdyż bardzo łatwo wywołuje krwotoczne nadżarcia na błonie śluzowęj żołądka, bardzo szkodliwe dla odżywiania w rekonwalescencyi. Odżywianie chorych tyfusowych, niezmiernie jest ważne, w obec znacznego zużycia materyi, przejawiającego się już zwiększoném wydzielaniem mocznika. Ztąd więc, obok zmniejszania gorączki, podtrzymywanie sił chorego stanowi jedną z najgłówniej-szych wskazań leczenia.

Rozumie się samo przez się, że w początkach można podawać tylko płynne pokarmy, mocne, dobrze osolone rosoly (przez wzgląd na znaczną utratę chlorków alkalicznych z moczem), lekką ruską herbatę z mlékim, lekkie kleiki lub tapiokę, Arrow-root, kleik ryżowy. Za napój dajemy zimną świeżą wodę studzienną w nieznacznej ilości, w krótkich jednak odstępach czasu; gdy zaś nie ma czystęj wody studziennęj, zastępujemy ją wodą sodową, ochłodzoną lodem.

Gdy zjawiska gorączki osłabną, zazwyczaj przychodzi siły apetyt u dzieci niezmiernie wychudłych. Wówczas nie należy bynajmniej skąpić smażonych, lekko strawnych gatunków mięsa. Pożądaném byłoby nawet wcześnięj już dostarczać organizmowi pokarmów azotnych; wszelako nie jest to na miejscu, z powodu, że pokarmy te niedobrze naślinione i żółte, po większęj części wywomitowane zostają.

#### E. Tyfus wysypkowy. — (*Typhus exanthematicus*).

Tyfus wysypkowy zdarza się u dzieci bez żadnej wątpliwości, lecz w Wiedniu, w porównaniu z postacią brzusznią o wiele rzadzięj. — Tyfus wysypkowy różni się od brzuszniego tém głównie, że nie ma w nim ani śladu cierpienia gruczołów samotnych i kepek Peyera, Wyróżnienie obu form tyfusu jest o tyle trudném u dzieci, że i w tyfusie brzusznyin cierpienie kiszek nie jest zbyt silnie wyrażone. Prócz tego tyfus wysypkowy odróżnia się szybszym przebiegiem, gdyż

śmierć, równie jak i wyzdrowienie, t. j. spadnięcie gorączki przychodzi wcześniej, aniżeli w tyfusie brzuszny; dalej różni się większą zaraźliwością, występowaniem różyczkowatej wysypki po całym ciele, zjawiającej się wcześniej i dłużej trwającej. Inne zjawiska, jak gorączka z nasileniami, brak apetytu, język obłożony, jakby zapróżone wargi, wzdęcie brzucha, obrzmienie śledziony, biegunka i zajęcie oskrzeli, są też same. Odnośnie do zaraźliwości, należy zauważyć, że gdy np. do sali szpitalnej dostanie się wypadek tyfusu wysypkowego, wszyscy, którzy zapadają, dostają tej formy tyfusu, nie zaś brzusznej. Rokowanie jest mniej pomyślne aniżeli w tyfusie brzuszny, gdyż objawy w pierwszych dwu tygodniach są bardzo gwałtowne, i chorzy często umierają z porażenia serca w 14—15 dniu choroby. Z ujemnych zresztą danych przy oględzinach pośmiertnych, wspomnieć wypada o jednym fakcie, że mięsień sercowy (poprzecznie prążkowany) w tyfusie wysypkowym napotyka się w wyższym znacznie stopniu ziarnistego rozpadu, aniżeli w tyfusie brzuszny. Od tego cierpienia mięśnia sercowego zależy wiele niepomyślnych zejść tyfusu wysypkowego. Tém się też tłumaczy nagły upadek sił, przy niezmiernie częstém, nitkowatém tętnie. W wielu wypadkach dopiero na stole sekcyjnym możemy rozróżnić tyfus brzuszny od wysypkowego, gdyż w pierwszym również często zjawia się znaczna wysypka.

### F. Cholera azyatycka.

Cholera azyatycka, zarówno jak i tyfus, nie stanowi żadnego właściwego cierpienia kiszek, lecz wywołaną zostaje przez szczególny czynnik, tak zwany jad choleryczny, z objawami, które umiejscawiają się przedewszystkiem w kiszkiach lub tam przynajmniej się rozpoczynają. Jak pod względem tyfusu tak i co do cholery, musimy się odwołać do odpowiednich podręczników, traktujących o sposobach powstawania, szerzenia się, zaraźliwości i t. d., gdyż w tym względzie nie ma żadnej różnicy między dorosłymi i dziećmi.

Cholera azyatycka w swych objawach bardzo wiele ma podobieństwa do ostrego nieżytu żołądka i kiszek z upadkiem sił, a więc do choleryny (*cholera nostras*); wszelako stanowi co do istoty odrębną chorobę już z tego powodu, że występuje epidemicznie, a następnie przez całe lata się nie zdarza, podczas gdy choleryna spostrzega się w każdej porze roku i tylko endemicznie. Nie jest

również wiadomém, aby zetknięcie z chorym na *cholera infantum* lub jego wypróżnienia w jakikolwiek sposób były zaraźliwe,—co natomiast jest wyłączném dla cholery azyatyckiej, a zwłaszcza dla wypróżnień osób zapadłych na tę chorobę.

Cholera azyatycka występuje epidemicznie, jak wspomniano; z początku więc, przy pierwszym wypadku, z powodu podobieństwa objawów, trudno oznaczyć, z którą z tych chorób mamy do czynienia. W czasie wybitnej epidemii cholery, trudno również rozstrzygnąć, czy inne obfite biegunki są tylko wstępem do prawdziwej cholery, czy stanowią one samodzielne cierpienia.

Cholera azyatycka nawiedza dzieci w każdym wieku, równie częstą bywa u ssawców jak u większych dzieci. Częstokroć epidemia w domu całym zaczyna się od dziecięcia przy piersi.

Zjawiska cholery azyatyckiej dają się dogodnie rozdzielić na okres ostry (zimna) *stadium acutum, algidum*, i okres odczynu, z którym bezpośrednio wiąże się tyfoid.

Cholera azyatycka nawiedza albo dzieci zresztą zupełnie zdrowe, albo téż dzieci cierpiące, zwłaszcza podległe przewlekłym cierpieniom przewodu pokarmowego. Co do pierwszych stosownie do stopnia choroby, postanowiono podziały: biegunki cholerycznej i cholery. Wszędzie i zawsze przestrzenie te przechodzą jedna w drugą, tak że niepodobna między nimi przeprowadzić ostrej granicy. U dzieci poprzednio cierpiących, nieznaczny napad wystarcza do przyprowadzenia o śmierć. Rokowanie w cholery azyatyckiej jest zawsze wątpliwe; wypadki na pozór lekkie kończą się śmiercią, z ciężkich dzieci nieraz wracają do zdrowia; mianowicie niepodobna zgoła oznaczyć, czy po pierwszych objawach rozwinie się okres zimna lub téż czy bezpośrednio po odczynie wystąpi tyfoid albo dziecko wyzdrowieje. Zejście tyfoidu nie da się również oznaczyć. Po ciężkich tyfoidach pozostaje trwała chorobliwość i wielka wrażliwość na wewnętrzne wpływy.

Zmiany anatomo-patologiczne w trupach cholerycznych niczem się nie różnią u dzieci od zmian u dorosłych napotykaných. Uważając je za rzecz znaną, wspomnimy tylko, że faktycznie obfite oddzielenie nabłonka kiszki ma miejsce zarówno u ssawców jak i u starszych dzieci, jakkolwiek charakterystyczne ryżowe stolce nie są tak wyraźne w wieku dziecięcym jak u dorosłych. Przez to obfite oddzielenie cylindrycznego nabłonka kiszek cienkich (dającego się oczywiście w stolcach wykazać przy pomocy mikroskopu), różni się

cholera azyatycka od naszej krajowej cholery. Inne objawy, jak gładkość i śliskość błon surowiczych, zgęszczenie krwi, różowo czerwone zabarwienie i wiotkość (porażenie) kiszek, zmiany w nerkach i t. d., są prawie jednakie w obu postaciach cholery,—ba nawet często wybitniejsze w cholercie krajowej aniżeli w epidemicznej. Poprzędnie istniejące patologiczne zmiany błony śluzowej kiszek nie zostają zmienione przez cholercę azyatycką, natomiast płynne części składowe wysięków istniejących mogą szybko ulegać wessaniu.

Cholera napada dzieci zdrowe nagle, bez żadnych zwiastunów, co najwyżej po wystąpieniu 1—2 płynnych (biegunkowych) stolców, a w ciągu kilku godzin cały obraz cholery jest rozwinięty.

Objawy przy cholercie są w krótkości następujące:

1. Stolce są pomnożone, zupełnie płynne, prawie bezbarwne (pozbawione barwnika żółciowego), słabo mętne, pozbawione wody ryżowej, bezwonne i słabo kwaśne, lub z alkalicznym odczynem. Często stolce przychodzą szybko jeden za drugim, często również w większych przestankach, bez wydymania, zwykle bez gazów; później stolce są bezwiedne.

Obok biegunki zawsze występują wymioty, i to często się powtarzające. Z początku wywomitowane zostają resztki pokarmów i śluz, później sama tylko wodnista zawartość żołądka, zielonawo żółcią zabarwiona, w ilości znacznej. Jeżeli niema kurczów, to brzuch jest miękki, a obficie w kiszkiach cienkich nagromadzona zawartość onych, może łatwo naśladować uczucie chęłbotania. Przy obmacywaniu z łatwością otrzymujemy pluskanie płynu.

Gdy stolce są obfite i wymioty trwają, to wkrótce występują zjawiska upadku sił, daleko znaczniejszego, aniżeli przy cholercie zwyczajnej. Pragnienie dochodzi niesłychanego stopnia, a im więcej chorzy piją, tém więcej wymiotują.

Przedewszystkiem ciepłota obwodowa znacznie spada, tak że skóra na częściach niepokrytych daje przy dotykaniu uczucie trupiego chłodu. U chorych cholerycznych, znaczniejsza zachodzi różnica między temperaturą w jamie pachowej, i ciepłotą w kiszce stolcowej, aniżeli w innych chorobach. Temperatura w odbytnicy spada o wiele niżej normy, (może spaść do 35, 34,5°). W innych wypadkach, w okresie odczynu temperatura szybko wznosi się od normalnej lub od normy niższej, do znacznej wysokości 39—40° C. i wyżej jeszcze. W tyfoidzie, ciepłota znacznym ulega wahaniom stosownie do następczych chorób. Zachowanie się temperatury dostarcza niejakiich wskazówek pod względem rokowania.

Za pomyślny znak uważa się, gdy przy zjawiskach zresztą nawet bardzo gwałtownych, ciepłota utrzymuje się w równej mierze, t. j. nie spada, ani wznosi się niżej lub wyżej normy. Tyczy się to oczywiście tylko temperatury w odbytnicy, gdyż ciepłota peryferyczna zawsze spada niżej normy. Jeżeli temperatura w początku choroby szybko spada, to we względzie rokowania objaw to bardzo niepomyślny. Tak samo rzecz się ma, gdy ciepłota w okresie odczynu szybko się podnosi; chorzy umierają wówczas lub też wywiązuje się ciężki tyfoid. w którym przychodzi śmierć z chorób następowych.

Przytoczone zmiany w temperaturze mogą zajść w przeciągu 2-eh godzin lub jeszcze prędzej, z powodu że objawy gwałtownie przebiegają.

2. Dalszém następstwem obfitych wodnistych wypróżnień jest zgęszczenie krwi, sprowadzające znowu rozmaite skutki. Zgęszczenie krwi nie jest wyłączną przyczyną wszystkich objawów, wszelako większą ich część można odwieść do tego stanu, lub przynajmniej objawy stoją doń w prostym stosunku.

Krew zastawa się w obwodowych żyłach i naczyniach włosowatych, a ztąd skóra twarzy i kończyn przybiera odcień mocno sinawy (*cyanosis*). Przytém skóra chłodnie, pokrywa się zimnym, lepkiem potem, ujeta fałda skóry utrzymuje się przez pewien czas; oczy otaczają się siną obwódka, nos zaostrza się; język jest czerwony, suchy, zimny. Oprócz rozszerzonych żył na kończynach, widoczne są zwłaszcza na klatce piersiowej poroszerzane sieci żyłne. Wdychanie staje się głębokie, jęczące, dla zaspokojenia potrzeby powietrza. W dalszym przebiegu oddychanie staje się przyśpieszonym, przy bardzo głębokich wdechach, co uważać można za pewny niemal znak zbliżającej się śmierci. Głos jest szorstki, ochrypły, (*vox choleric*), oddech chłodny. Objaw ten jest mniej wydatny u dzieci, aniżeli u dorosłych. Przy wysłuchiowaniu, słyhać z początku oddech bardzo zaostrzony, późnej zaś osłabiony, jak przy rozedmie płuc. Utrudnione oddychanie objaśnia się łatwo zgęszczeniem krwi. Tętno serca całkowicie znikają w ciężkich wypadkach. Uderzenie serca zaledwie jest namacalne lub również znika zupełnie (*stadium asphycticum*).

Dalszém następstwem zgęszczenia krwi, jest ograniczenie i ustanie wydzielania moczu. Podczas gwałtownych stolców, mocz zgoła się nie wydziela. Wydzielanie uryny zatrzymuje się zupełnie. Po wodem tego jest nietylko samo zgęszczenie krwi, lecz także miąższo-we cierpienie nerek wpływa poczęści. Wydalany następnie mocz za-

wiera zwykle białko z powodu choroby nerek; wydalenie uryny w ilości znaczniejszej uważa się za znak pomyślny.

Inny szereg zjawisk stanowią objawy nerwowe. Nie można ich wyprowadzić jedynie ze zgęszczenia krwi, lecz zależą one także bezwątpienia od zatrzymywania się mocznika i kwasu moczowego we krwi, jak niemniej téż być może i od wpływu samego jadu cholerycznego. Zaczynają się one zwykle kurczami mięśni łydkowych, bardzo bolesnymi; ztąd szerzą się na inne mięśnie, a w końcu zajmują przeponę, przez co oddychanie zostaje jeszcze bardziej uszkodzone i śmiertelne zejście przyśpiesza się. Kurcze te nie trwają tak długo jak tężcowe (tetaniczne) skurczenia mięśni i oddzielone są od siebie wolnymi przerwami dłuższymi, aniżeli to ma miejsce przy rozmaitych innych drgawkach, napotykanych w wieku dzieciennym. Zaliczają się one jak i te ostatnie do rzędu kurczów drgawkowych (klonicznych).

Uczucie opresyji (objawu śmierci) jak i często zdarzająca się czkawka, zależą głównie od nieregularnych i silnych kurczów przepony.

Śmierć następuje albo na wysokości okresu asfiktycznego, w którym więc wszystkie wyżej wymienione objawy do szczytu dochodzą, albo téż rozwija się potem okres t. zw. odczynowy, gdzie widzieć się dają pierwsze ślady pojawiającego się znowu krążenia.

Wymioty i wypróżnienia ustają, podobnie jak i objawy nerwowe; skóra staje się coraz cieplejszą i nabiera jedności; oddychanie staje się powierzchowniejszym, łatwiejszym, sinica zmniejsza się i t. d. W okresie tym ważnem jest tylko zachowanie się ciepłoty ciała. Jeśli pozostaje ona przez czas pewien, przez 6—8 godzin, prawidłową i nie ulega dalej żadnym większym wahaniom, wówczas następuje wyzdrowienie i chory nie przebywa tyfoidu. Często jednakże polepszenie to pozorne trwa tylko czas krótki, przyczem wkrótce występuje nowy napad z takim samym szeregiem objawów, skutkiem których chorzy umierają.

Jeśli po okresie reakcyi nie nastąpi zupełne wyzdrowienie, wówczas choroba przechodzi w okres „tyfoidu cholerycznego“.

Pod nazwisko to podciągamy cały szereg chorób następczych, które są rozmaitej natury i których najwybitniejszym objawem jest jednakże upadek sił — bezwładność tyfusowa. Skutkiem zmiany w składzie krwi następują w rozmaitych tkankach zaburzenia w odżywianiu, będące natury zapalnej.



Najczęstszą chorobą następczą jest zapalenie mięsaszowe nerek (*Morbus Brightii acutus*). Nerki są obrzmiałe, nastrzyknięte, na powierzchni przecięcia wypełnione płynem mętno-krwawym i przedstawiają dalsze znane zmiany anatomiczne, odpowiednie czasowi trwania cierpienia i właściwe chorobie Brighta.

Ztąd moczu i w wypadkach prawidłowo przebiegających, skoro tylko zacznie się wydzielać, zawiera najczęściej białko. Przy zapaleniu nerek, występują wszystkie jego objawy, jak cylindry włóknikowe, złuszczone nabłonki, krew, ropa, nabłonek brukowy. Chorzy popadają w śpiączkę, brzuch jest wzdęty, śledziona obrzmiewa nieco, skutkiem mocznicy powstają ogólne drgawki, dalej obrzęk w tkance komórkowatej podskórnej i w płucach, wśród czego chorzy wkrótce umierają.

Najbliższą grupę chorób następczych stanowią zapalenia organów piersiowych, zapalenie opłucnej z obfitym wysiękiem, zapalenia płuc i opłucnej, zapalenie płuc krupowe, rzadszemi są cierpienia wsierdzia i osierdzia. Zapalenia skóry, róża, ropne zapalenie skóry z następczą zgorzelą i obnażeniem części miękkich nie są rzadkie. Śmiertelność w tyfoidzie zawsze jest znaczna i nawet dzieci, które przeszły lekki na pozór napad cholery, mogą zawsze umrzeć skutkiem tyfoidu.

Leczenie cholery dzieli ten sam los, co leczenie innych ciężkich chorób. Niema chyba środka, czy to antyseptycznego, czy też powstrzymującego biegunkę, któryby nie był używany w cholery. Dzieciom przy piersiach nie można odjąć pokarmu, dzieciom większym dajemy kleik z trochę wina czerwonego, zwłaszcza po ustąpieniu wymiotów. Przeciwko wymiotom i wielkiemu pragnieniu dzieci najlepiej jest podawać kawałki lodu, które rozpuszczają się w ustach. Przeciwko biegunce możemy używać w niewielkiej ilości nalewkę makowca, zawsze celem osłabienia ruchów robaczkowych kiszek; trudno jednakże zatrzymać tym sposobem biegunkę. Zresztą z użyciem tego środka trzeba być bardzo ostrożnym, ponieważ skutkiem złuszczenia nabłoneków kiszki i zgęszczenia krwi pochłanianie bardzo jest wielkie. Łatwo więc może się zdarzyć, iż nastąpi zatrucie makowcem. Środki podniecające również są tu na swoim miejscu.

Najlepszy wpływ wywierają jeszcze środki drażniące skórę, albo w formie kąpieli gorzycowych (patrz cholerynę) albo jeszcze lepiej w formie letnich obwijań w prześcieradła z silnym wycieraniem i następnie letnią kąpielą. Maczamy prześcieradła w wodzie, mającej 24° R., lekko wyżymamy i obwijamy niemi dzieci od szyi aż do nóg.

Temi samemi prześcieradłami wilgotnemi wycieramy je przez czas pewien i następnie obwijamy w suche koce. Tak obwinięte dzieci pozostawiamy przez 1—1½ godziny, dajemy w obfitej ilości środki pobudzające, wino, silną herbatę, w małej jednakże ilości i następnie wsadzamy je na 10—12 minut w kąpiel, mającą 26—28° R.

Jeśli oddech zrobi się cieplejszym i skóra nieco sprężystsza, wówczas możemy uważać to za znak pomyślny. Leczenie tyfoidu zależy od rozmaitych chorób następczych, które razem występują i niczem nie różni się od sposobu leczenia tych chorób, gdy takowe występują pierwotnie.

### G. Glisty w kiszczach.

(*Helminthiasis*).

Glisty odgrywają w wieku dzieciennym wielką rolę i to tém więcej teraz, iż przy częstym użyciu mięsa surowego przy cierpieniach kiszkowych i zaburzeniach w odżywianiu, tak częstym stał się soliter (*taenia mediocanellata*). Pod wielu względami sporną jest jeszcze kwestya, czy robaki sprowadzają pewne cierpienia i to tak charakterystyczne, iżby można z nich samych bez wychodzenia robaków rozpoznawać je na pewno. Wówczas tylko można rozpoznać istotnie glisty, jeśli zobaczymy je w stolcu, przyczem naturalnie możemy zaraz poznać, z jakim gatunkiem mamy do czynienia. Przytém jednakże nie należy powiedzieć bezwzględnie, iżby rozmaite, u człowieka napotykanne glisty, nie sprowadzały żadnych przypadłości, owszem sprowadzają ich wiele. Przy opisie pojedynczych glist musimy bliżej się nad tém zastanowić.

a) *Tasiemiec właściwy* czyli soliter (*Taenia solium*). Węgiel jego (*cysticercus*) pochodzi od świnii, a stąd rzadziej spostrzeganym bywa w wieku dzieciennym i to tém rzadziej, im dziecko jest młodsze, albowiem tak małe dzieci zwykle nie żywią się mięsem wieprzowém. Główka jego opatrzona jest pyszczkiem, na którym znajduje się wieniec haczyków, obok 4 przysawek. Ten rodzaj tasiemca jest bardzo długi, często 20—25 łokci i bardzo często w jednej osobie bywa ich 2 lub więcej egzemplarzy.

Dojrzałe pierścienie (*proglottidy*) oddzielają się nie w długich pasmach, lecz odchodzą pojedynczo lub w krótkich odstępach czasu. Pasemka te nie zawsze odchodzą razem ze stolcem, lecz posiadają taką żywotność, iż dobrowolnie wypełzają z odbytu i na znaczną przestrzeń przechodzą w łóżku lub w ubiorach. Jeśli odejdą wielkie pasma, wówczas odchodzą ze stolcem.

b) *Taenia mediocanellata*. Węgier jego pochodzi od bydła rogatego. Jest on hardziej mięsisty, silniejszy, szerszy od tasiemca właściwego, jednakże odnośnie wychodzenia członków zachowuje się tak samo, jak poprzedni. Nie ma on wieńca haczyków i pyszczyka, tylko 4 przysawki. Zdarza się u wszystkich dzieci, które były już karmione snrowem lub napół surowem mięsem: może się więc pojawić już u dzieci w drugiej połowie pierwszego roku.

c) *J a m k o g ł ó w* (*Botriocephalus latus*). Węgier jego pochodzi z ryb i nie bywa w naszych okolicach spostrzegany. Wszystkie należące tu rodzaje tasiemców były spotykane w innych okolicach, w Szwajcaryi, Rossyi.

Przypadłości, wywoływane przez te rodzaje tasiemca, są jednakowe przy wszystkich. Najgłówniejszém jest odchodzenie pierścieni, skutkiem czego powstają dęcia, swędzenie i łechtanie w odbycie. Jeżeli tasiemiec pozostaje długo, wówczas wzrasta do wielkich kawałów i często jest długi na 30—40 łokci. Naturalnie drażni on błonę śluzową kiszek. Takowa znajduje się w stanie nieżytu, powiększonej wydzieliny. Jeżeli tasiemiec wzrósł do takich mas, w takim razie przeszkadza przechodzeniu materij pokarmowych i kalowych. Badanie bezpośrednie wykazuje to u zwierząt, szczególnie zaś przerost błony śluzowej na około tasiemca.

Dzieci większe skarżą się na ciśnienie w dołku żołądkowym, na nieprzyjemne uczucie w brzuchu, zwykle w czasie wychodzenia większych pasm, a więc w czasie, gdy tasiemiec bardzo jest ruchliwy. Ponieważ długo pozostający tasiemiec nie sprzyja wcale prawidłowemu trawieniu, przeto dzieci wyglądają zwykle blado, małokrwisto, są bardzo drażliwe i t. d. Wpływ tu jest widocznym szczególnie wówczas, gdy już nie powiodły się kuracye, dążące do wypędzenia tasiemca.

Tasiemiec winien być o ile można prędko wydalony, najprzód dla tego, iż sprowadza przykre przypadłości i że w początkach łatwiej wypędzić się daje główka. Należy szczególnego dołożyć starania przy pierwszej kuracyi, albowiem dzieci niechętnie przymuszają się do drugiej i nadto stają się bardzo wrażliwemi i nabywają wielkiej drażliwości kiszek, szczególnie cienkich i wielkiego rozdrażnienia nerwowego.

Ze znanych środków przeciw tasiemcowi mogą być używane w wieku dzieciennym tylko takie, które nie potrzebują być dawane w wielkiej ilości. Odwar z korzenia granatu, bardzo skuteczny, gdy korzeń jest świeży,—nie może być przepisywany, ponieważ musi być

zadawany w ilości przynajmniej  $\frac{1}{2}$  kwarty, do czego naturalnie trudno jest przymusić dzieci. Musimy więc wybierać wyciągi i inne przetwory. Najczęściej używa się koussina, *extr. filicis maris aeth.* i kamala. Koussinę podajemy bez żadnej kuracyi wstępnej w 3—4 dawkach, razem w ilości grama, później zaś nie dajemy na przeczyszczenie, lecz oczekujemy, póki sam stolec się nie pojawi.

Koussina ma tę wyższość, iż używa się w małej ilości pod względem objętości, nie ma przykrego smaku i nie zostaje zwymiotowaną. Na nieszczęście nie zawsze jest skuteczną, zwłaszcza przeciwko *Taenia mediocanellata*, a przytem jest bardzo droga. Kamala działa bardzo skutecznie w formie powidełek (*electuarium*), razem z wyciągiem eterycznym paproci. Przepisujemy ją w następujący sposób:

Rec. Kamalae 15,0 (3 IV)  
 Extr. filic. maris aeth. 8,0 (3 ij)  
 Fiat c. syrup. cort. aurant. et pulv.  
 gumm. l. a. electuarium.

(Dla dzieci do lat dwóch przepisujemy połowę podanych tu ilości).

Środek ten zwykle bez przeszkody zostaje brany przez dzieci, ponieważ jednak nieraz zostaje zrzucenym z wymiotami, przeto konieczną jest rzeczą kuracyę tę poprzedzić pewnem przygotowaniem. Na dzień przed przyjęciem lekarstwa dajemy dzieciom mało pokarmów i to najczęściej tylko potrawy słonawe, np. śledzie, sardele, masło sardelowe, szynkę i t. d., wieczorem zaś dajemy silny i szybko działający środek przeczyszczający, najlepiej *Inf. fol. Sennae* lub *Aq. lax. Viennen*. Skutkiem tego tasiemiec staje się bardzo niespokojnym i kiszki opróżniają się. Kładziemy następnie dziecko do łóżka, około godziny 4 rano dajemy pierwszą połowę środka przeciw tasiemcowi i pozwalamy jeszcze dziecku spać przez parę godzin. W 1—2 godziny dajemy resztę lekarstwa. W godzinę później każemy wypić 20—25 gramów oleju rycinowego w filiżance ciepłego, dobrze osolonego rosółu. Kuracya taka, jeśli kamala nie jest zfałszowana mączką z cegły,—bywa uwieńczoną często pomyślnym skutkiem i daleko w każdym razie znośniejszą jest dla organizmu dziecinnego od koussyny. Są jednakże tasiemce, które nie ulegają żadnej kuracyi i utrzymują się przez dziesiątki lat. Nie spostrzegano jeszcze dobrowolnego odchodzenia samowolnie zmarłych tasiemców.

Inne robaki, spostrzegane w przewodzie kiszkiowym u człowie-

ka, są: glista pospolita (*ascaris lumbricoides*), z postaci podobna do glisty ziemnej, długa na 12—18 ctm., biaława; glistnica robaczkowa (*oxyuris vermicularis*), mała, nitkowata, biaława, często w niezmierniej liczbie się pojawiająca — i włosogłówka (*trichocephalus dispar*). Ta ostatnia bywa bardzo często znajdowana w kątnicy u chorych na tyfus, nie daje jednakże żadnych objawów za życia. Właściwe przypadłości przypisują się dwom pierwszym rodzajom. Z pewnością nie może trawienie odbywać się w stanie prawidłowym, gdy w zawartości kiszki znajdują się pasożyty w większej ilości.

Na pewno stwierdzone przypadłości, wywołane przez glisty, są: 1. Skoro glisty zbiorą się w większej ilości w przewodzie kiszki w wielkie kłęby, wówczas stanowią one przeszkodę dla dalszego posuwania się mas kałowych. Wszystkie następstwa podobnego zaparcia występują wówczas na wierzch.

Glista pospolita robi znaczne wędrówki. Skoro przychodzi do żołądka, wówczas powstają wymioty, w których wychodzi glista, zatruta zwykle kwaśnym sokiem żołądkowym. Jeśli przejdzie przez żołądek szczęśliwie, może dosięgnąć aż do krtani. Na zwłokach jednakże wypadki takie należy zawsze oceniać bardzo ostrożnie, albowiem glisty te w trupie odbywają wielkie wędrówki. I tak, znaleziono raz glistę w jamie H i g h m o r'a.

Glistnice robaczkowe, mieszkając najzwyczajniej w kiszce grubiej, wywołują swędzenie, dęcie w odbycie, chętnie z niego wychodzą i wślazą do pochwy, sprawiając silne swędzenie i palenie w częściach płciowych i białe upławy (*fluor albus benignus*) i mogą nawet być powodem onanizmu.

Wszystkie inne podawane objawy muszą być przyjmowane z wielką ostrożnością, a niektóre z nich nie stają z glistami z pewnością w żadnym związku.

Dzieci bywają blade, cierpią na wymioty nad ranem, przed jedzeniem, mają błękitne obrączki naokoło oczów i t. d. Objawy te jednakże nie stają w bezpośrednim związku z glistami, albowiem dzieci takie cierpią zwykle skutkiem nieodpowiedniego karmienia na zaburzenia w trawieniu, a stąd powyższe objawy łatwo na inną drogę dadzą się wyjaśnić. Również mało wpływają wspomniane glisty na wytworzenie się wrzodów lub zapaleń na błonie śluzowej kiszek. Drgawki lub gorączka, tak zwana *febris verminosa*, nie mogą także być zaliczone na karb pasożytów, albowiem zawsze, po starannym zbadaniu takich dzieci, znajdujemy inne przyczyny tych objawów.

Nigdy nie powinniśmy rozpoznawać glist dopóty, dopóki nie pokażą się one w stolcach.

Przyczyny glist nie są znane, albowiem okresy rozwoju glist zupełnie są nieznanne. Dzieci karmione pokarmami mączkowatymi, szczególnie prawie wyłącznie czarnym chlebem, tak zw. chlebem żytnim, głównie cierpią na robaki.

Leczenie jest bardzo proste. Zalecamy dzieciom dawać zażywienie o ile można mało pokarmów mączkowatych i t. d., a tylko mięso, mleko, rosół,—i w santoninie posiadamy dobry środek tak zw. *antihelminthicum*. Dajemy jej z biszkoitem 0,20—0,25 grm. a następnie środek przeczyszczający, albo jeszcze stosowniej dajemy santoninę w połączeniu z olejem rycynowym, np.

Rec. Santonini 0,20 (gr. III)

Ol. ricini 80,0 (℥ijβ)

D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy aż do wywołania kilku stolców.

Drugim ulubionym środkiem ludowym są lewatywy z czosnku, zwłaszcza zalecane przy glistnicy robaczkowej, zamieszkującej głównie odbytnicę. W niektórych okolicach dają dzieciom jako środek ludowy na drugie śniadanie kawałek chleba z masłem i kawałeczkiem świeżego czosnku.

## H. Zmiany w położeniu kiszek.

Musimy tu pomieścić takie zmiany w położeniu kiszek, które powstają przy interwencji worka otrzewnej. Mogą one nastąpić tak na miejscach przedniej ściany brzusznej, jak i na pewnych miejscach na ścianie brzucha tylnej, to jest w samym worku otrzewnej. Przy wszystkich przepuklinach skutkiem rozmaitych wypadków—skręcenia, zapalenia, zebrania mas kałowych i t. d.—może przyjść do uwięźnięcia (inkarceracyi), to jest, do zwężenia lub zamknięcia światła kiszki.

Zmiany te w położeniu kiszek bywają albo wrodzone, albo nabyte. Co do liczby ostatnie bywają daleko częstsze, przy pierwszych zaś po większej części dzieci nie są zdolne do życia.

1. Przepuklina pępkowa wrodzona—zależy na wypadnięciu okrężnicy, żołądka, wątroby, które wchodzą w delikatny worek, albowiem otrzewna nie zupełnie oddzieliła się od naczyń pęp-

kowych. Przepuklinę tę w przeciwstawieniu do nabytej przepukliny pępkowej oznaczamy nazwiskiem „przepukliny sznurka pępkowego“.

2. Przepuklina pachwinowa wrodzona. — W czasie życia płodowego prawidłowo otwarty wyrostek pochwoy otrzewnej (*processus vaginalis peritonaei*) pozostaje otwartym i po porodzie. Leżą w nim pętlice kiszek cienkich, które łatwo dają się odprowadzić. Obok wypadłych trzewiów znajduje się zawsze pewna ilość płynu zupełnie jasnego, wody przepuklinowej. Ponieważ nie zawsze poprzedzają pętlice kiszek cienkich, przeto łatwo może nastąpić pomieszenie z puchliną jąder (*hydrocele*).

Przepukliny pachwinowe wrodzone w największej liczbie wypadków leczą się same przez się, to jest wyrostek pochwoy otrzewnej znika następnie sam z siebie. Leczenie inne należy do zakresu chirurgii.

3. Przepuklina pachwinowa nabyta. Jest ona w wieku dzieciennym najczęściej zewnętrzna, to jest mosznowa; nigdy jednakże nie dosięga do znacznej wielkości. Jeśli taka przepuklina dojdzie do wielkości pięści dziecka, wówczas należy już do znaczniejszych. Odróżnienie od przeistoczenia moszen, od puchliny jąder jest łatwym, albowiem pętlice kiszkiowe najczęściej łatwo dają się odprowadzać. Uwężnienia przepuklin pachwinowych, jakkolwiek rzadko, były spostrzegane w wieku dzieciennym, nigdy zaś u ssawców.

4. Przepuklina udowa bywa z pewnością niezmiernie rzadką w wieku dzieciennym, u ssawców zaś nie była spostrzegana.

5. Przepuklina pępkowa nabyta. Przepuklina ta bywa w wieku dzieciennym nierównie częstsza, jak u dorosłych. Jest ona znowu u dorosłych rzadsza u mężczyzn, jak u kobiet, natomiast w wieku dzieciennym płeć nie stanowi żadnej różnicy. Przepuklina pępkowa u dorosłych nie pochodzi zwykle z wieku dzieciennego, lecz najczęściej jest na nowo nabyta, co szczególnie dzieje się u kobiet, które przebywały wiele porodów. Pod względem anatomicznym przepuklina pępkowa powstaje skutkiem wystąpienia otrzewnej przez rozszerzony pierścień pępkowy. Fałdy pępkowe i nierówności pępka zostają wyrównane i cała okolica pępkowa wystaje na przestrzeń rozmaitej wielkości. Niekiedy otwór jest tak mały, iż zaledwie ściana kiszki przejść może, w innych razach mamy przed sobą guz wielkości pięści dziecka i więcej. Trzewia (pętlice kiszek cienkich) dają się łatwo odprowadzić, i uwężnienie w obręcce pępkowej należy z pewnością do bardzo wielkich rzadkości. Przyczyna, sprowadzają-

ca przepuklinę pępkową, pochodzi najczęściej, prócz niezupełnego zamknięcia obrączki pępkowej, jeszcze od wzdęcia nabytego przy chorobach przewodu trawienia. Skoro wzdęcie trwa przez czas dłuższy, wówczas pokrywy brzuszne stają się wiotkie i łatwo przychodzi do rozszerzenia obrączki pępkowej. Zwykle niepowijanie brzucha w pierwszych dniach życia obwiniają jako przyczynę przepukliny pępkowej. Nie jest to jednak słusznem, albowiem silne nawet obwinięcie nie jest w stanie przeszkodzić przepuklinie pępkowej.

W wielu razach po usunięciu zaburzeń w trawieniu, przepukliny pępkowe leczą się same przez się, to jest, razem ze wzrostem ściany brzusznej zwęża się obrączka pępkowa. Jeśli jednakże przepuklina pępkowa utrzymuje się nadal, albo też pozostają zaburzenia w trawieniu, jak np. u dzieci rachytycznych, wówczas należy nosić opaskę brzuszną (według wzoru paryzkiego przygotowywaną przez Hammer'a w Wiedniu) przez czas dłuższy. Jednakże dla ssawców nie jest ona zbyt dobra, albowiem bardzo łatwo zostaje powalana i musi być zdejmowaną podczas kąpieli. Właściwą dla nich bardzo jest opaska z kawałków plastra lepkiego, które, jeśli plaster dobrze jest przygotowany, mogą pozostawać i w czasie kąpieli. Do plastra bierzemy *emplast. diachyli simpl.* 2 części i *ceratum fuscum* 1 część. Obydwie części na lekkim ogniu stapiamy i rozsmarowujemy na kawałkach płótna, mających 1 centymetr szerokości i 15 centymetrów długości. Przepuklinę pępkową zupełnie odprowadzamy i tworzymy ze skóry brzucha dwie fałdy, które winny się z sobą stykać o ile można blisko w kierunku poprzecznym. Na te fałdy skórne nakładamy następnie dachówkowato 3—4 kawałki, a na te kilka innych krzyżujących. Jeśli przepuklina pępkowa jest wielka i dziecko niespokojne, wówczas cały ten opatrunek możemy wzmocnić jeszcze przez bandażę, obchodzącą w ósemkowych turach całe ciało. Opaska ta ma tę niedogodność, iż plaster łatwo wywołuje na skórze brzucha sztuczną ekceme. W takim razie należy opaskę odrzucić aż do wyleczenia wysypki.

6. Przepuklina przeponowa. Mamy tu do czynienia z wadą przepony, przez którą trzewia brzuszne—żołądek, kiszki cienkie, wątroba—przechodzą do jamy opłucnej. Płuco odpowiedniej strony jest uciśnięte albo zupełnie nierozwinięte. Mamy tu do czynienia nie z jednoczesnym wywróceniem otrzewnej przez przeponę, lecz tylko z przemieszczeniem trzewiów, podczas gdy otrzewna może np. przez otwory w przeponie wystawać do worka opłucnej, skutkiem czego może powstać prawdziwa przepuklina przeponowa. Ostat-



nie z pewnością bywa rzadszém, natomiast pierwsze części daje się spostrzegać, płody zaś nie są zdolne do życia.

7. Przepukliny w torebkach tak zw. *bursa omentalis*, *retro-peritonealis*, *subcoecalis* nie były spostrzegane w wieku dzieciennym.

8. Opadnięcie odbytu (*prolapsus ani*). Opadnięcie odbytnicy bywa bardzo częstym objawem w wieku dzieciennym i prawie stałym towarzyszem silnych procesów w kiszkiach na błonie śluzowej kiszki grubej i odbytnicy. Wypada albo jedna tylko ściana kiszki, albo też cała kiszka. Widzimy guz ciemno-ozierwony lub czerwono-błękitny, bolesny przy dotykaniu, łatwo krwawiący i leżący w otworze stolcowym. Opadnięcie kiszki odbytnicowej, może być wzięte tylko za polipy odbytnicy. Łatwo może ono być odprowadzone. Oprócz dęcia, nie sprawia ono wcale przeszkody dla wydzielania stolca. Leczenie jego zasadza się na leczeniu cierpienia głównego. Jeśli nie usuniemy cierpienia pierwotnego, wówczas wszelkie środki przeciw opadnięciu pozostaną bez skutku. Na pierwszym miejscu stoją lewatywy z wody lodowej, które pomyślny także wpływ wywierają na niezbyt kiszki grubej. Dobrém jest także wprowadzenie małych i gładkich kawałków lodu do odbytnicy. Jeśli opadnięcie jest znaczne i nie ustępuje pod wpływem wspomnianego leczenia, wówczas pociągamy kışkę kawałkiem lapisu i to na miejscach przejścia skóry w błonę śluzową, robiąc tuszowania w kierunku dośrodkowym ku światłu kiszki.

### I. Zamknięcia naturalnych otworów brzusznych i zwężenia kışzkowe.

Zamknięcia ust i odbytu bywają zawsze wrodzone i tłómaczą się powstrzymaniem rozwoju. Nie bierzemy pod uwagę zamknięcie ust, ponieważ *mikrostomia* i *brachygnatus*, które stanowią w niewielkim stopniu zwężenie otworu ust, dają się spostrzegać tylko u płodów niezdolnych do życia. Ważniejszym jest zamknięcie odbytu; stosownie do miejsca, w jakim nastąpiło powstrzymanie rozwoju, odróżniamy stopień większy i mniejszy tej wady. Musimy tylko wspomnieć, iż najuiższa część odbytnicy rozwija się przez zagłębienie skóry, w miejscu końca ślepego zarodkowej kiszki końcowej. Przez połączenie się obydwóch ślepych końców powstaje następnie nieprzerwana komunikacja.

## I. Zamknięcie odbytu.

(*Atresia ani*).

Odróżniamy tu następujące odmiany:

a) Zarodkowy koniec kiszki rozwinął się w sposób prawidłowy, odbył zaś nie, to jest nie nastąpiło wgłębienie skóry. Ślepy koniec kiszki końcowej znajduje się w takim razie albo bezpośrednio albo przynajmniej bardzo blisko skóry. Jest to najmniejszy stopień wady rozwoju i łatwo może być usunięty za pomocą prostej operacji. W takich razach nie pozostaje najczęściej mimowolne odchodzenie stolca (*incontinentia alvi*).

b) Dalszym stopniem jest taki, w którym jak poprzednio odbył się nie zagłębienie, a kiszka końcowa się nie obniża, lecz ślepo kończy się wysoko w miednicy. Kawałek ten kiszki końcowej leży wówczas najczęściej pośrodku, a przestrzeń między skórą i ślepym końcem wypełniona jest tkanką łączną zbitą. Ponieważ w takim razie najniższa część kiszki końcowej nie może być osiągnięta od dołu, przeto zmuszeni jesteśmy w takim wypadku utworzyć sztuczny odbył.

c) Kiszka końcowa posuwa się w sposób prawidłowy ku dołowi, jakoteż okolica odbytu ku wewnątrz i tworzy się najniższa część odbytnicy, lecz obydwa odcinki kończą się ślepo i oddzielone są od siebie większą lub mniejszą przestrzenią. W takim wypadku znajdujemy prawidłowy otwór odbytowy i dopiero zwracamy uwagę na zwężenie resp. na zamknięcie z nieodchodzenia smołki lub z niemożliwości zastosowania lewatywy. Wypadek ten ważnym jest pod względem praktycznym, albowiem łatwo bardzo może być przeoczonym i zauważanym dopiero wówczas, gdy wystąpią już objawy zapalenia otrzewnej.

d) Wreszcie, w wypadku zamknięcia, opisanym pod c), można widzieć następujący wypadek.

Obydwa ślepe końce kiszkowe zrastają tak blisko siebie, iż się stykają i tylko część przegrody znika; w takim razie mamy mniej lub więcej znaczne zamknięcie końca odbytnicy za pomocą błony obrączkowatej, wystającej w świetle kiszki.

Zamknięcie odbytu (*imperforatio ani, atresia ani perfecta, imperfecta*) łatwym jest do rozpoznania, zwłaszcza jeśli dziecko znajduje się w odpowiedniej opiece. Już akuszerka, spełniająca pierwsze po-

sługi przy noworodku, winna, obejrzawszy dokładnie dziecię, zwrócić uwagę na tę wadę. Jeśli skóra nie jest przedziurawiona w okolicy odbytu, wówczas niema naturalnie wątpliwości, że mamy do czynienia z zamknięciem odbytnicy. Idzie wówczas o to, który stopień z pomiędzy wyżej wymienionych mamy przed sobą? Po dokładném zbadaniu części płciowych, czy nie ma ujścia odbytnicy do pochwy lub do pęcherza moczowego, co u obu płci jest możebném, — posiadamy mało punktów, z których moglibyśmy wnosić na pewno, jak daleko dochodzi właściwie koniec zarodkowy kiszki. Tylko z niektórych wskazówek możemy robić przypuszczenia.

a) Jeśli wytworzył się szew (*raphe*), albo jeśli znajduje się punkcikowaty znak na miejscu odbytu, wówczas możemy w ogóle przyjąć, iż wada nie jest bardzo znaczna.

b) Przeciwnie, jeśli skóra na wierzchołku kości ogonowej zupełnie gładko przechodzi w otrzewną i nie ma żadnego znaku wciągnięcia, jeśli pośladki nie są bardzo rozwinięte, małe, i jeśli odległość moszen, resp. tylnego spojenia warg, od wierzchołka kości ogonowej jest niewielka: wówczas możemy przyjąć z wszelkiem prawdopodobieństwem, iż wada jest znaczna.

c) Z poprzednich danych nie możemy jednakże powiedzieć na pewno, jak znaczna jest wada. Najlepszą wskazówkę daje zawsze wypuklenie, tworzące się w okolicy odbytowej przy ucisku, krzyku i t. d. Wypuklenie to wyczuwamy najlepiej, położywszy rękę płasko na okolicy odbytowej. Skutkiem tego możemy ocenić, czy przy działaniu tłoczni brzusznej kiszka końcowa, wypełniona smołką, ulega obniżeniu. Jeśli ją wyczuwamy albo widzimy wypuklenie gołym nawet okiem, wówczas odległość ślepego końca od pokryw wewnętrznych nie jest znaczna.

Często wszystkie te wskazówki zawodzą i koniec kiszki znajduje się często bardzo wysoko. Daleko łatwiejszem jest rozpoznanie wady opasanej pod c), jakkolwiek osoby otaczające daleko częściej ją przeoczą. Pozornie zupełnie prawidłowy otwór odbytnicowy jest powodem, iż osoby otaczające nie zwrócą nań uwagi. Dopiero nieodchodzenie smołki lub niemożność zastosowania lewatywy skłania osoby otaczające do wezwania pomocy lekarskiej. Najczęściej bywa to zapóźno, gdy już objawy pierwsze zapalenia otrzewnej wystąpiły. Stopień tej wady bywa również rozmaity. Często tylko na kilka linii możemy wdrążyć do odbytu, często znowu na pół cala. I przeciwnie koniec kiszki rozmaicie bywa oddalony od drugiego końca

ślepego. Łatwem do rozpoznania jest zwężenie dolnego końca odbytnicy przez błonę poprzeczną, wystającą w świetle kiszki, jakkolwiek przy niewielkich stopniach téj wady zwracamy uwagę dopiero wówczas, gdy kał przybierze formę stalszą, a więc ku końcowi drugiego półrocza.

W końcu zdarza się jeszcze całkowite zwężenie końca dolnego odbytnicy. Przyczyną takiego zwężenia nie jest proces zapalny, lecz tylko niedostateczny rozwój wypuklającego się końca dolnego odbytnicy.

## 2. Wrodzone i nabyte zwężenia kiszek w ich przebiegu.

Jak już wyżej wspomnieliśmy, pierwotna kiszka posiada wczesnie krezki, — które przyczepiają się do kolumny kręgowój i odpowiednio do wieku zarodka mniej lub więcej są długie. Kiszki, celem przejścia w właściwe położenie, robią rozmaite ruchy — wspomnę tu tylko o tworzeniu się żołądka, w którym krezki biorą udział, dalej o tworzeniu się pętlic, o wzroście kiszek grubych i t. d. Przy ruchach tych, które zresztą odbywają się powolnie i przy ruchach płodu, może się zdarzyć, jakkolwiek rzadko, iż krezki zakręcą się  $\frac{1}{2}$ —1 raza około własnej swój osi. Następstwa, wynikające z takiego skręcenia, są dwojakie: Albo odpowiednia część kiszki zanika w pasek tkankołącznowy (zdarza się to najczęściej w kiszkach cienkich), tak iż jednociągłość przewodu kiszkowego zostanie przerwana na bardzo wielkiej przestrzeni. Odpowiednie kawałki, końcowy i początkowy, kończą się ślepo.

Drugi możliwy wypadek jest ten, iż skręcona krezka ciśnie na leżący pod nią przewód kiszkowy i sprowadza go do zaniku. W takim razie kiszka przedstawia się jak rozcięta w swój ciągłości, albo też zanika cały niższy odcinek aż do odbytu, a miejsce jego zastępuje tylko tkanka łączna. Płody takie nie są zdolne do życia, skręcenia jednakże podobne krezek mogą następować w czasie tak późnym, iż płody przychodzą z niemi na świat.

Praktyczne znaczenie dla lekarza dzieci mają, z małymi wyjątkami tylko zamknięcia odbytu, leczenie których należy jednakże do zakresu chirurgii operacyjnej. Wyzdrowienie zupełne jest jednakże możliwem tak, iż nietylko stolec może być zatrzymywany, lecz powraca także stan prawidłowy i pod tym względem, iż przy każdorazowem napieraniu stolec nie zaraz następuje, lecz może być zatrzy-

many w sposób prawidłowy, a więc innemi słowy, iż funkcje wszystkich zwieraczy dokładnie się spełniają.

Zwężenia, spostrzegane w przełyku, opisane były w odpowiednim miejscu,—to samo odnosi się do uwięźnięcia przepukliny pachwinowej, która prowadzi naturalnie do zwężenia.

W pępku zdarza się szczególne wypadnięcie z następczém uwięźnięciem resp. zwężenie całego światła kiszki.

W drugim miesiącu zarodka egzystuje fizyologiczna przepuklina pępkowa, to jest kiszka środkowa z wyraźnego już żołądka wchodzi do pęcherza pępkowego, znajduje się w połączeniu z pęcherzem żółtkowym za pomocą krótkiego przewodu (*ductus omphalomesaraicus*) i biegnąc ku tyłowi ciągnie się dalej jako kiszka „końcowa“.

Stan ten trwa do trzeciego miesiąca, w którym pokrywy brzuszne zaczynają wzrastać tak, iż kiszki zupełnie zostają zamknięte w jamie brzusznej. Przychodzi wówczas, jakkolwiek rzadko, do wytworzenia przeszkody. Przewód tak zwany *ductus omphalomesaraicus* pozostaje, stanowiąc tak zwany prawdziwy wyrostek Meckel'a przy kiszkach cienkich. Znajduje się on zawsze w pewnej odległości od zastawki *ileocecalis* (około 1-go metra u dorosłego) i składa się z wszystkich warstw, jakie znajdują się w kiszkach cienkich. Wielkość jego jest bardzo stała, wacha się (u dorosłego) między 2—3“.

Nigdy nie spostrzegamy wyrostka Meckel'a przy kiszce grubiej lub dwunastnicy. Jeśli wyrostek Meckel'a jest zamknięty, a więc pokryty zupełną powłoką otrzewnej, wówczas nie spowoduje żadnych zaburzeń. Może się jednak zdarzyć, że *ductus omphalomesaraicus* nie wchodzi do jamy brzusznej jako wyrostek Meckel'a, lecz pozostaje w obrębie pępkowej i jest otwarty w przednim swym końcu. W podobnym wypadku reszta tego przewodu nie zawsze jest jednakowo wielka. Może ona być długa na 2—6—8“, albo też schodzić do minimum. Ponieważ przedni koniec jest otwarty, kiszka więc cienka komunikuje bezpośrednio przez obręczkę pępkową ze światem zewnętrznym. Stan ten oznaczony nazwiskiem przetoki pępkowej, przetoki kiszki cienkiej, odbytu pępkowego nienaturalnego (*anus praeternaturalis umbilicalis*), najlepiej zaś wrodzoną przetoką kiszki o pępkową. W takim wypadku przechodzimy zgłębnikiem do kiszki cienkiej, a z pępka, najczęściej owrodzonego, wypływa zawartość kiszkowa żółciowo zabarwiona. W niewielu wypadkach, dotąd spostrzeganych, zdarzało się, iż w pierwszych miesiącach życia otwór się zamykał lub zwężał się do minimum

tak, iż przez dłuższy czas nie wypływała przezeń żadna zawartość. Zamknięcie to może być dość silne i utrzymać się przez całe życie, albo też podobne zamknięcie przy silnym ucisku lub wstrząśnieniu kaszlowém może nagle pęknąć i tym sposobem trzewia mogą wypaść podobnie jak przez niezamknięty otwór przetoki.

Ponieważ kiszka cienka przymocowana jest do pępka skutkiem zrośnięcia reszty przewodu *omphalomesaraicus* i otwarta jest przetoką na zewnątrz,—przeto nie może tu nastąpić wcale wypadnięcie pętlic kiszkowych w podobny sposób jak przy wywróceniu otrzewnej, lecz może tylko albo wypaść ściana kiszki z wyciowaną na zewnątrz błoną śluzową, albo też następuje wypadnięcie pętlicy kiszkowej z wywróconą na zewnątrz błoną śluzową. Wypadnięcie to najbardziej jest podobne do opadnięcia odbytu, przy ostatnim tylko otwór, przez który następuje opadnięcie jest końcowy. natomiast przy pierwszym jest on ścieenny czyli boczny. Opadnięcie odbytu jest w pochwieniem (*invaginatio*), przy którym brakuje pochwy (*resp. intussusciptions*), którą w tym razie zastępuje przetoka pępkowo-kiszkowa. Skutkiem opadnięcia odbytu, nawet gdy ono jest bardzo znaczne, nie następuje właściwe zżewienie światła kiszki, i nieraz prócz bólów nie sprawia on żadnej przeszkody w oddawaniu stolca; przy wypadnięciu przez przetokę pępkowo-kiszkową następuje zupełnie zżewienie światła kiszki, a nawet znaczny kawałek kiszki (*ileum*) przestaje funkcjonować.

Warunki jednakże do takiego wypadnięcia mogą w wieku dzieciennym powstawać jeszcze na inną drogę. W takich razach nie znajdujemy wcale reszty przewodu pępkowo-kiszkowego, lecz mamy zupełnie prawidłowo rozwinięty i zamknięty pępek.

Następuje tedy w pierwszych dniach życia zapalenie żyły pępkowej (*omphalitis*) i otrzewnej ograniczone (*peritonitis circumscripta*). Skutkiem drugiego następuje zrośnięcie pojedynczych pętli kiszki cienkich między sobą i ze ścianą brzuszną w okolicy pępka. Zapalenie żyły pępkowej przechodzi w zgorzel pępka, po oddzieleniu się tkanki zgorzelinowej następuje przedziurawienie ściany brzusznej i przyległej części kiszki cienkiej. Skutkiem tego powstaje również przetoka kiszkowa, która równie jak wrodzona jest ścienna, i przez którą również może przechodzić część kiszki cienkiej. Rodzaj ten oznaczamy w przeciwstawieniu do poprzedniego nazwiskiem przetoki pępkowo-kiszkowej uabytój.

Przed obrączką pępkową znajdziemy guz krwawo-zabarwiony, mniżej lub więcej długi i ruchomy, i mający postać półksiężycowatą.

Strona wypukła skierowana jest ku przodowi resp. na zewnątrz, natomiast wklęsła skierowana jest ku pępkowi. Uwięzienie następuje przez obrączkę pępkową, nie widzimy jednakże wcale powrózka lub rurki, któraby wychodziła z obrączki pępkowej i dochodziła do wspomnianego wyżej guza. Guz sam jest krwawo-czerwony, łatwo krwawi i jego powierzchnia cała składa się z błony śluzowej. Na obu końcach resp. na rogach guza widzimy, iż błona śluzowa, przebiegająca na powierzchni guza, zagina się do otworu kolistego lub eliptycznego, przez który za pomocą zgłębnika musimy się dostać z jednego rogu do кишки odprowadzającej i z drugiego do кишки odchodzącej.

W jednym rodzaju wypadków poprzedzająca część кишки postępuje z obu stron przed pęlicą кишки cienkiej, graniczącą z otwartym przewodem pępkowo-kiszkowym. W podobnym wypadku możemy sprawdzić w guzie dwa otwory. W innych razach mamy tylko jeden otwór, przez który, stosownie do tego, czy wychodzi część doprowadzająca czy odprowadzająca, wchodzimy do jednej lub drugiej кишки.

Wyjaśnienie sposobu i rodzaju, w jaki następuje wypuklenie, łatwem jest w ostatnim wypadku.

Jedna lub druga część кишки ościennej posuwa się stopniowo. Ponieważ pępek, resp. zrosły przewód pępkowo-kiszkowy jest unktem stałym, przeto wypada ściana кишки i to granicząca z przetoką pępkową z błoną śluzową skierowaną ku zewnątrz, — poczem dopiero później lub bezpośrednio następuje druga ściana kiszkiowa.

Stosunki są tu zupełnie te same, co przy opadnięciu odbytu. Mamy tu wpochwienie, w którym nie ma pochwy (*intussusciptions*). Brakuje również worka przepuklinowego, ponieważ otrzewna leży od wewnątrz. Przy tak zw. przetokach kałowych u dorosłych znajdujemy podobne stosunki, nie przychodzi u nich tylko tak łatwo do opadnięcia, ponieważ trzewia zwykle zrastają się z sobą za pośrednictwem błon wrzekomych, a stąd mało lub wcale nie są ruchome.

W wypadku tym należy uwzględnić szczególnie ścianę, leżącą naprzeciw przetoki pępkowej, ponieważ od niej zaczyna się wypadnięcie, jak o tém łatwo możemy przekonać się na modelu.

Część wypadniętej tylnej ściany będzie prócz tego dwa razy tak wielką jak przeciwległa ściana кишки, wysuwająca się od jednej i drugiej strony. Okazuje się to już z tego, że ta tylna poprzednio ściana кишки, teraz tworzy poniekąd wspólną pochwę obu opadnię-

tych kiszek cienkich. Opadnięta część kiszek składa się z następujących warstw.

Ponieważ przewód pętko-jelitowy jest silnie przyczepiony do wrót przepuklinowych, przeto na zewnątrz będziemy mieli błonę śluzową. Wszelako błona śluzowa sięga tylko do otworu przetoki obecnie wywróconego, tu też kończy się, a zaczyna otrzewna. W tem miejscu znajduje się także uwięzienie (*incarceratio*), przez które zarówno część doprowadzająca jak i odprowadzająca кишки są uciśnięte.

Jeśli oddzielimy błonę śluzową, dojdziemy do otrzewnej; następnie idzie druga warstwa otrzewnej, należąca do innej ściany кишки, wreszcie błona śluzowa tejże.

Wspomnianą część wspólną guza, stanowi tylna ściana stawiającej się pętli kiszkowej, grająca ważną rolę przy wypukleniu, albowiem bardzo prawdopodobnie wypadnięcie od niej się zaczyna. Ponieważ stawia nam się ta właśnie ściana tylna кишки przetokowej, przeto pośrodku guza, między stykającymi się powierzchniami otrzewnymi, będziemy musieli znaleźć konieczne sfałdowane krezki, za którymi będzie można śledzić aż ponad pępek, pomiędzy obydwoma wciśniętymi weń pętlami kiszek.

Pomiędzy dwiema powierzchniami otrzewnymi zwróconymi do siebie przez wypuklenie przedniej albo wolnej ściany кишки, oczywiście nie znajdziemy wcale krezek.

Zachowanie się krezek wpływa prócz tego poniekąd na wielkość stawiającego się guza. Im krezki są więcej ruchome, tém więcej кишки wypadnie, a wypadnięcie ograniczy się, gdy krezki zostaną naprężone. Gdyby tak nie było, to, jeśli nie całe, to przynajmniej większa część kiszek cienkich w ten sposób by wypadła, gdyż tylna ściana кишки (resp. ściana krezkowa), od której wypadnięcie się zaczyna, wywierałaby ustawiczne ciągnięcie.

Jeżeli wypadnięcia jeszcze niema, to otwór przewodu pętko-jelitowego lub jego pozostałości, zwrócony jest ku przodowi. Gdy natomiast przez otwór ten wypadnie sąsiednia część kiszek cienkich, a przytem się wywróci, to w stawiającej się części kiszek, patrząc na guz od przodu, znajdziemy konieczne otwór przewodu pętko-jelitowego zwróconym ku tyłowi.

Wolny brzeg guza ściśle jest zrosnięty z otworem pętkowym, a gdybyśmy w tym razie mogli widzieć otwór pętkowy od tyłu, zobaczylibyśmy dwie pętle kiszek cienkich wchodzące w obrączkę pętkową resp. w otwór przewodu pętko-jelitowego zwrócony teraz ku



tyłowi. Obie te pętle kiszek będą uciśnięte, sfałdowane, a między nimi będą się znajdować sfałdowane również krezki.

Uwięzienie ma miejsce w obrączce pępkowej, powiększa się przez skurcz mięśni brzusznych i przez tłocznię brzuszną w ogóle. Ponieważ wypadłe pętle kiszek, przez żyłne przekrwienie; z ucisku powstałe, obrzmiewają i pełnieją, przeto robi się nowa przeszkoda do odprowadzenia (*repositio*).

Przy opisie dotychczasowym przyjeliśmy, że przewód pępo-jelitowy lub mniej więcej znaczna jego pozostałość zachowała się z życia płodowego, komunikując ze światem zewnętrznym przez mały otwór przechodzący przez obrączkę pępkową.

Wszelako inną jeszcze drogą może przyjść do zmian w pępku i w sąsiednich kiszkiach cienkich, które to zmiany, jak już wspomniano wyżej, pociągają za sobą podobne wypadnięcie kiszki. Może to przyjść do skutku tylko w następujący sposób.

Po zwyczajném zapaleniu żyły pępka, rozwija się zgorzel jego. W wypadku tym, już podczas zapalenia pępka istnieje ograniczone zapalenie otrzewnej, albo też występuje ono z pewnością, gdy się rozwinię zgorzel. Otóż w rzadkich wypadkach, w przebiegu obu tych spraw chorobnych, zdarza się, że jedna z sąsiednich pętli kiszek cienkich, zlepiona zwykle z drugą i ze ścianą brzucha, ulega przedziurawieniu przez zropienie, czyli wytwarza się nabyta przetoka kiszki cienkiej. Wypadek taki postrzega się zawsze tylko w pierwszych dniach życia u dzieci. Wypadnięcie i inne następstwa rozwijają się przy istniejącej jeszcze zgorzeli skóry, lub później dopiero po oddzieleniu się strupa zgorzelinowego.

W podobny lecz mniej gwałtowny sposób wytwarza się także nabyta przetoka kiszki cienkiej, a mianowicie wolniejszy przebieg tłumaczy się tylko tem, że sprawa w mowie będąca zwykle napotyka się u starszych ssawców. — U dzieci zresztą zupełnie zdrowych, rozwija się ograniczone ropne zapalenie otrzewnej w okolicy pępka, albo przychodzi do zropienia tkanki łącznej w otoczeniu pępka samego. Zdarzyć się także mogą obie te sprawy jednocześnie. W skutek tego zapalenia może przyjść do nieznacznego przedziurawienia pętli kiszek cienkich, które zawsze przyrastają do ściany brzusznej; gdy w końcu pępek zostaje przedziurawionym, to się wytworzy przetoka kiszko-pępkowa, która jednak, w przeciwstawieniu do innych postaci tych przetok, po dłuższem trwaniu zwykle zamyka się.

Wypadnięciu sprzyjają przedewszystkiem długie bardzo ruchome krezki. Natomiast utrudnia się wypadnięcie przez mały otwór

przetoki, któredy często za ledwie szczecina daje się przeprowadzić.— W nabytj przetoce kiszki cienkich przeciwnie, tak otwór przetoki jak i miejsce przedziurawienia kiszki cienkiej częstokroć są znacznie większe; z tem wszystkiem jednak nie tak łatwo przychodzi do wypadnięcia, albowiem pod wpływem zapalenia otrzewnej kiszki zrasta ją się między sobą i ze ścianą brzusznią, a ztąd nie mają tój ruchomości jak w pierwszym wypadku. Przyczyną wywołującą bywają napady kaszlu, silne wydymanie się i napieranie przy zatwardzeniu stolca i t. d.

Skoro raz już przyszło do wypadnięcia resp. wywrócenia kiszki, to przy prostem zarówno jak i zdwojonem wypadnięciu przez obrączkę pępkową, następuje zupełne zwężenie światła kiszki. W każdym razie zupełnie przerywa się droga dla pokarmów w kiszkiach cienkich, a prócz tego dosyć znaczna część ich, przynajmniej połowa pętli, przestaje zupełnie funkcyonować. Jeżeli uwięzienie trwa dosyć długo, to część wypadnięta ulega zgorzeli i oddzielać się zaczyna.

Leczenie takiego wypadnięcia, jeżeli ono nie da się odprowadzić w uspieniu chloroformem, polega na przecięciu brzucha (*laparotomia*), gdyż odcięcie proste części wypadniętej pociąga za sobą wytworzenie odbytu nienaturalnego, jakiego dziecko by nie przeniosło. Należy więc odważyć się na otwarcie jamy brzusznej, powyżej lub poniżej pępka, celem odprowadzenia kiszki lekkim pociąganiem ku tyłowi.

Jeżeli pętla uległa zgorzeli lub rozrywa się łatwo w skutek zastoj, to odprowadzenie kiszki jest niemożliwe; nie pozostanie więc nic innego jak część wypadniętą odciąć i zrobić odbytu nienaturalny. Przy dalszem leczeniu używa się nożyc kiszkowych, lecz skutek nie łatwo się da ocenić, gdyż dzieci rzadko dłużej zostają przy życiu.

W razie oddzielenia się zgorzelinowej kiszki wypadniętej uwięzionej, lub w wypadku dokonania tego drogą operacyjną, chory będzie w warunkach daleko mniej pomyślnych, aniżeli przy zrobieniu sztucznego odbytu na okrężnicy wstępującej.

### 3. Zwężenie światła kiszki przez wsunięcie się (*intussusceptio*), skrócenie krezek włącznie z zaciśnięciem kiszki przez błonę rzekomą — tak zwane wewnętrzne uwięzienie.

#### a) W p o c h w i e n i e (*invaginatio*).

W rozdziale tym nie będziemy zupełnie uwzględniać wszystkich wsunięć kiszki, powstałych w agonii i tak często napotykanym

w wieku dzieciennym przy najrozmaitszych chorobach. Najzupełniejszy brak odczynu (reakcyi) w ścianach kiszek dowodzi, że wsunięcia te wytworzyły się po śmierci lub co najwyżej w chwili konania.

Tak zwane, niewłaściwie, „wewnętrzne przepukliny“ często napotyka się w wieku dzieciennym. Im dziecko młodsze, tem częściej się one zdarzają. Przyczynami większej częstości we wczesnym wieku dzieciennym są: 1) większa ruchliwość kiszek, 2) znaczniejsza ruchomość robaczkowa i 3) większa częstość cierpień błony śluzowej kiszek, zarówno ostrych jak i przewlekłych. W wieku dzieciennym zdarzają się nie wszystkie owe, niekiedy bardzo powikłane sprawy patologiczne, w skutek których wytwarzają się tak zwane wewnętrzne zaciśnięcia światła кишки. Mianowicie w wieku dzieciennym nie zdarzają się wewnętrzne przepukliny (*Treitz*), z których najważniejsze są: *hernia in bursa omentali*, *hernia retroperitonealis*, *hernia in fossa intersigmoidea*, *hernia subcoecalis*,—jakkolwiek zdaniem *Treitz*'a właśnie przyczyny wytwarzania tych kieszonek w otrzewnej, leżą w zmienionej lub powiększonej ruchliwości kanału kiskowego u płodu.

Ponieważ niektóre sprawy zdarzają się znacznie częściej od innych, przeto i wyliczanie skuteczniamy wedle częstości. Przyczyny, dlaczego jedna lub druga sprawa częściej się zdarza, nie zawsze dadzą się dopatrzyć; tyczy się to mianowicie, z jednej strony, częstości wPOCHWIENIA, w przeciwstawieniu do rzadkości skręceń krezek w wieku dzieciennym, z drugiej zaś strony, rzadkości tego ostatniego stanu u dzieci w porównaniu z częstością jego u dorosłych. Jestto tem szczególniejsze że właśnie krezki u dzieci są o wiele bardziej ruchome aniżeli u osób dorosłych. Z przyczyn prowadzących do zwężeń kiszek u dzieci, stanowczo najczęstsze są wPOCHWIENIA. Zdarzają się one nietylko w kiskach cienkich, lecz także i w grubych, i sprowadzają jeżeli nie zupełne zamknięcie światła kiszek, to przynajmniej znaczną przeszkodę w posuwaniu się zawartości kiskowej.

Pod względem przyczyn sprowadzających wPOCHWIENIE, należy mieć na uwadze wszystkie wyż wymienione warunki w ogóle: — w szczególności zaś wypada wspomnieć, że w większej części wypadków wPOCHWIENIA znajdujemy chorą błonę śluzową, a mianowicie nie tylko zajętą nieżytem, lecz istotniej cierpiącą, to znaczy okrytą owrzodzeniami lub utratami substancyi — pochodzenia tyfusowego, skrofulicznego, gruźliczego, dyzenterycznego, błonicowego; mimo to jednak zdarzają się wPOCHWIENIA kiszek, przy których na błonie ślu-

zowej nie znajdujemy żadnych zgola zmian chorobnych. U dorosłych przyczyną wpochwienia bywają niekiedy nowotwory rozwijające się w ścianie kiszki lub na błonie śluzowej (włókniak, polip mięsakowaty, tłuszczak). Tymczasem u dzieci nic podobnego nie postrzegano, jakkolwiek właśnie polipy błony śluzowej kiszek bynajmniej do rzadkości nie należą.

Skoro wpochwienie się rozwinęło, to pojawiają się wszystkie jego następstwa na błonie śluzowej i otrzewnej, — jakie znaleźć można opisane w podręcznikach anatomii patologicznej. Zmiany anatomiczno-patologiczne towarzyszące zjawiskom wpochwienia u dzieci niczem nie różnią się od zmian u dorosłych. Wpochwienia bywają rozmaite co do rozciągłości; raz są długie na 1—2" zaledwie, to znowu dochodzą długości  $\frac{1}{2}$ —1' i więcej. Zdwojone wpochwienia t. j. z 5 warstwami, nie były dotychczas postrzegane u dzieci. Siedlisko wpochwienia bywa rozmaite; dla łatwiejszego oryentowania się możnaby wpochwienie rozdzielić na kilka grup, jakkolwiek skutek ich, to jest zniesienie światła kiszki, przy wszystkich (prawie) jest ten sam.

Wedle siedliska odróżniamy: *intussusceptio ileocoecalis*, *iliaca*, *colica*, *ileocolica*. Objaśnienie oddzielnych form tych dają nam same już nazwy, wskazujące mianowicie, jak kiszki jedna w drugą się wpochwiają. Podziały te nie mają innéj wartości, gdyż za życia nie będziemy w stanie oznaczyć siedliska wpochwienia i ochrzcić jedną z powyższych nazw.

Najważniejszém z wpochwień u dzieci jest wpochwienie kiszki biodrowej w ślepa (*invag. ileocoecalis*), dalej idą wpochwienia okrężnicy, wreszcie kiszek cienkich w siebie. Ta skala częstości jednak stosuje się tylko wtedy, gdy uwzględnimy wiek dziecinny w całości, od 0—10—12 lat. Wyszczególniając jednak pojedyncze lata, znajdziemy, że wpochwienia kiszki biodrowej w ślepa, najczęstsze są w pierwszym roku życia, dalej idą wpochwienia okrężnicy etc., które to cyfry częstości w dalszych latach dzieciństwa znacznej ulegają zmianie. Niżej trzech miesięcy wpochwienia są rzadkie, najczęstsze natomiast między 4—6 miesiącem.

W kiszkach cienkich zazwyczaj siedliskiem wpochwienia jest najniższa część k. biodrowej (*ileum*). Pierwotne wpochwienia okrężnicy rozwijają się w dolnej części okrężnicy zstępującej lub w kiszce esowatej (*s. romanum*). *Invaginatio ascendens s. regressiva* należąca i u dorosłych do największych rzadkości, nie była spostrzegana u dzieci. Również nie widziano w dziecinnym wieku wewnętrznych przepuklin i uwięzienia ich wskutek wpochwienia. Przy wpochwie-

niach kiszki biodrowej w ślepa, rzecz się ma jak następuje: krezka kiszki biodrowej wychodząca z otworu w pochwieńia (*collier* francuzów) i rozpościerająca się następnie, układa się równolegle do *mesocolon transversum*, rozciągającego się również do otworu wejścia w pochwieńia; w ten sposób między obiema podwójnemi blaszkami krezek tworzy się mniej lub więcej głęboko kieszeń z wejściem szczelinowatém podłużném, której to kieszeni ściany dopóty stykają się z sobą, dopóki nie między nie się nie wciska. Przez tę podłużną szczelinę, pomiędzy obie krezki kiszki biodrowej i okreźnicy poprzecznej, mogą wciskać się pętle kiszek poza obrębem w pochwieńia będące, rozsuwając krezki coraz więcej, — aż wreszcie nastąpić może uwięzienie. Długa możebność wytworzenia się wewnętrznej przepukliny i jej uwięzienia jest ta, gdy pętla kiszek należąca do kiszki biodrowej, czczej lub dwunastnicy, wcisnie się przez otwór wejścia w pochwieńia, pomiędzy średni i wewnętrzny cylinder.

Przy w pochwieńiu nie zaraz przychodzi do całkowitego zatkania światła kiszki, lecz stan ten wytwarza się dopiero w dalszym przebiegu, wskutek odczynowego zapalenia otrzewnej i błony śluzowej. Ztąd odróżniają okres w pochwieńia i okres uwięzienia (zaciśnięcia). Pierwszy trwa przez czas rozmaity, 1—8—10 dni, zanim wystąpią zjawiska zupełnego zwiężenia kiszek. Z tém wszystkiém nie zawsze przychodzi do całkowitego zatkania, lecz kanał kiszkowy zostaje w części przewodnim.

b) Skręcenia krezek i wywołane przez nie zwiężenia kiszek.

I ten rodzaj zaciśnięcia kiszek niewłaściwie nazywają wewnętrzną przepukliną. Nazwa ta jest dlatego niestosowną, że przy zrośnięciu nigdy niema worka przepuklinowego. Stan ten jak wspomniano, napotyka się bardzo rzadko u dzieci, jakkolwiek wcześniej w dziecinnym wieku, warunki dla skręcenia krezek z powodu ich długości, bardzo są pomyślne.

Skręcenia te, jak się niżej okaże, są ważne z tego powodu, że zupełne skręcenie krezek około osi, może być niedostrzeżone nawet po przecięciu ściany brzusznej (*laprostomia*). Znajomość takiego stanu rzeczy jest więc bardzo ważna dla chirurga. Prócz tego należy pamiętać, że się nie zdarza skręcenie pętli kiszkowej, której osią jest krezka,—innemi słowy, bywa zwykle tak, że krezki skręcają się około swój osi, a za tém skręceniem śledzą kiszki.

W wypadkach postrzeganych, krezki jako całość były skrócone około swój osi w miejscu przyczepienia. Przymtem niekoniecznie musi bezpośrednio nastąpić ucisk pętli kiszkowej, gdyż oprócz dolnego poprzecznego odcinka dwunastnicy, właściwie w pobliżu powrózka nie ma żadnej pętli. Ucisk przychodzi do skutku dopiero przez wydłużenie się skróconego powrózka, który zostaje rozciągniętym przez to, że cała kiszka cienka robi się cięższą. Ucisk przez skrócone кишки zarówno jak i przez rozciągnięte, a nie skrócone, może być wywartny na wszystkie wyżej wymienione odcinki, — wszelako dotychczas widziano to, że jedna z najniższych pętli kiszek cienkich była przyciśniętą do kolumny kręgowój przez powrózek. W obu postrzeganych wypadkach uciśnienie było zupełne, tak że przewodnictwo kiszek było całkowicie przerwane. Rozciąganie, na jakie zostaje wystawiona skrócona krezka, jak również i ucisk jej na pętlę ku odporniej tylniej ścianie brzusznej, zależą od ciągnięcia ciężarem кишки cienkiej stopniowo wypełniającej się surowiczą zawartością i mocno (żylnie) przekrwioną. Przez to siłą ciężkości kiszka coraz więcej zstępuje do małej miednicy. Ponieważ jednak kości miednicy są w wieku dziecięcym stosunkowo mało rozwinięte, a ztąd przestrzeń w dużej i małej miednicy bardzo jest ograniczoną, od tego więc w części zależy, iż skrócenia krezek wogóle niełatwo się wytwarzają u dzieci, — albowiem кишки stosunkowo mocno rozwinięte zamało mają w brzuchu miejsca do nieprawidłowego ruchu.

Jeżeli skrócenie krezek trwa przez jakiś czas, a nie przychodzi do uciśnięcia pętli niżej leżącej, to wskutek ucisku jakiemu ulegają odcinki кишки z obu stron do stożka krezkowego dochodzące, przez skrzyżowanie (t. j. skrócenie), jak również wskutek odciągania tych odcinków resp. całych kiszek, — zjawiają się znaki zaciśnięcia resp. zwężenia kiszek. Pół obrotu wystarcza już do znacznego utrudnienia przewodności kiszek, całkowite zaś skrócenie krezek znosi zupełnie światło кишки. Zwężenie będzie tém silniejsze, im częścię krezka się zawróci. Przy skróceniu się кишки esowatej około swój osi, w podobnych warunkach, pół obrotu wystarcza do całkowitego zniesienia światła.

Odcinek кишки, leżący powyżej zwężenia w dwu punktach istniejącego, będzie się rozszerzał (wzdymał), odpowiednie pętlo kiszek cienkich będą również z początku wzdęte, przekrwione i zapalone, wreszcie ulegną porażeniu i zgorzeli. Odcinek poniżej zwężenia będzie ściśnięty, pusty. Jeżeli powrózek ze skróconych kiszek powstały uciska kawałek кишки niżej leżącej i zaciska go przymtem zupełnie, to naturalnie że stosunki dotyczące się rozciągania, opróżnienia

odpowiednich części kiszek będą znacznie zmienione; w pojedynczych wypadkach zmiany zachodzące zależą od trwania ucisku.

Zacisnięcia petli kiszek przez zarośnięte z życia płodowego utwory, błony rzekome, luki w kreskach, nie zdarzają się wcale; również zwięzienia światła kiszek przez degenerację ich ścian i przez ciała obce.

Z tém wszystkiém w wieku dzieciennym zdarza się jeden rodzaj zwięzienia kiszek, choć tylko częściowy. Mimo wielkiej częstości przyczyny, zwięzienie to jest b. rzadkie, ale niewątpliwie postrzegane. Chcemy tu mówić o częściowém zwięzieniu przez kurczące się dyzenteryczne blizny. Po silnych sprawach dyzenterycznych (błonicowych) tworzą się na błonie śluzowej kiszek grubych, listewki w rozmaitych kierunkach przebiegające, później poprzecznie lub sierpowato sterzące w światło kiszki; te to listewki zwięzają kiszkę w mniejszym lub większym stopniu. Blizny dyzenteryczne są jak wiadomo bardzo podobne do blizn powstających po wyzarciach gryzącami alkaliami lub kwasami. Przypominamy sobie téż nabyte zwięzienia, powstające na początku kanału pokarmowego, t. j. w gardzieli i najwyższej części przełyku, również po błonicy. Mamy tu do czynienia ze sprawą analogiczną, tylko że ostatnio przytoczona o wiele jest częstszą od pierwszej; blizna dyzenteryczna zwięzająca, tém częściej się napotyka im niżej w okrężnicy i odbytnicy się znajduje, nigdy jednak nie zaciska całkowicie światła kiszki.

Jeżeli wskutek długotrwałych silnych dyzenteryj, wydalila się na znacznej przestrzeni błona śluzowa i zastąpiona została przez bliznę, lub wskutek licznych torebkowych owrzodzeń przyszło do suchot kiszkowych,—to zazwyczaj cały przewód kiszkowy *in toto* bywa cokolwiek zwięzony.

Jak w gardle i w górnym odcinku przełyku powstają przy *symphilis* blizny zwięzające, tak samo rzecz się ma *ad anum*.

W końcu słów kilka o ciałach obcych.

Ciała obce mogą utkwąć w przełyku i wywołać całkowite jego zwięzienie. Kęsy pokarmowe duże nagle połknięte, zwłaszcza kawalki mięsa, pozostają utkwione często w przełyku, dalej małe kamyczki (do zabawy), kostki, igły, ości, pestki i t. d. Jeżeli ciało obce nie zostanie usunięte czy to przez wymioty, czy zepchnięcie do żołądka, to wywołuje strup, owrzodzenie, przez co zluźnia się i wpada do żołądka lub dostaje się do jamy opłucnej przez zropienie. Ewentualnie może się także ciało obce dostać do wypuklenia (*diverticulum*). Je-

żeli tego rodzaju owrzodzenie się zablizni, to jak przy otruciach, wytwarzają się blizny zwężające. Grzybki pleśniawek (*soor*) mogą w takich massach wybujać w gardzieli lub górnej części przełyku, że prawie zupełnie zatykają przejście dla płynnych nawet pokarmów.

W rzadkich nawet wypadkach ciała obce dostają się także do odbytnicy, zwykle u starszych już dzieci, które przez psotę robią tego rodzaju eksperymenty. Dostawszy się do kiszki, takie ciała obce żadnego zwężenia nie mogą wywołać, gdyż kiszka jest na to za szeroką. Również z powodu silnych ruchów robaczkowych kiszki, ciała obce wcale nie długo tam zostają w kiszkach, ztąd zaś u dzieci bardzo rzadko zdarzają się tego rodzaju sprawy jak przedziurawienia wyrostka robaczkowego i t. d.

**Objawy i rozpoznanie.** Małocność ust (*Mikrostomia*) poznajemy po stosunkowej małocności i wązkoci wszystkich części wchodzących w skład jamy ustnej. Nietylko usta są wązkie, tak że zaledwie koniec małego palca da się wprowadzić, lecz także wargi są krótkie, szczęki górne i dolne małe, nierozwinięte. Patrząc na całą czaszkę przekonamy się, że sklepienie znaczną ma przewagę nad kośćmi twarzy.

Ten sam zachodzi stosunek i przy wrodzonej puchlinie mózgu. Wielkość czaszki musi być w takim wypadku normalna, a płody są też zwykle zresztą rozwinięte. Wszelako nie wszystkie są zdolne do życia, gdyż niepodobna ich odżywiać przez zwężone usta, zwłaszcza przy krótkich i nieruchomych wargach. Małocność szczęki dolnej (*Brochygnathus*), jest tylko mniejszym stopniem poprzedniego zniepodobnienia, a polega (jak nazwa wskazuje) na wadliwym rozwoju szczęki dolnej, przyczem warga dolna jest krótka i wązka. Patrząc na całą czaszkę widzimy, że szczeka górna wystaje mocniej aniżeli dolna, a zwłaszcza bródka znacznie w tył jest cofnięta. Zniepodobnienie to zdarza się w najrozmaitszych stopniach, od lekkiego śladu zaledwie do zupełnego prawie braku szczęki dolnej, lub przynajmniej nieruchomości jej. Jeżeli stan ten nie doszedł wysokiego stopnia, to dzieci mogą ssać, w przeciwnym razie ssanie jest niemożliwe. Stan w mowie będący, i w stopniu wysokim rozwinięty, wikła się często z t. zw. mięsistym przyrośnięciem języka do podstawy. Należy go dobrze odróżniać od czysto ścięgnistego przyczepienia języka; gdy się łączy z małą szczeką dolną, stanowi znaczną przeszkodę przy ssaniu, tak że noworodki w pierwszych już dniach umierają z braku pokarmu.



Rozpoznanie w pochwieńia ze skręceniem krezek może być zrobione na zasadzie następujących objawów. Za życia niepodobna prawie obu wypadków od siebie odróżnić.

Najwydatniejszym objawem przy wszystkich tych stanach będzie zawsze to, że w przebiegu kiszki znajduje się przeszkoda, której ruch robaczkowy nie może przezwyciężyć, a nawet przeciwnie, wzmacnia. Wszystkie inne objawy dadzą się z łatwością wyprowadzić od tego głównego zjawiska, nie są jednak zawsze stałe, stosownie do trwania, siedliska choroby i wieku chorego.

Skoro się wytworzyło wPOCHWIEŃIE KISZEK, bez względu na to gdzie, to nie jest koniecznym, aby przewodność kiszki natychmiast była zniesiona; zdarza się owszem, że chory znosi takie wPOCHWIEŃIE przez czas dłuższy, bez szczególnych zjawisk (*stadium invaginationis*). Chwila wytworzenia się wPOCHWIEŃIA zdradza się zwykle b. silnym bólem w brzuchu, przejawiającym się u dzieci mocnym niepokojem, krzykiem i obawą. Nie można u dzieci stwierdzić, czy ból jest rozlany, czy też ogranicza się na miejscu wPOCHWIEŃIA, albowiem ból ten zazwyczaj wkrótce ustaje lub powtarza się tylko paroksyzmami.

Przystanek wolny od bólu trwa rozmaicie długo, przez 2, 4—6 dni nie znajdujemy na dzieciach żadnych zmian. Dopiero gdy wskutek odczynowego zapalenia części wPOCHWIEŃIEJ (*intussusceptum*) powstanie obrzmienie pojedynczych warstw, wtedy przychodzi do zwężenia światła kiszki (*stadium strangulationis*). Oba te okresy mogą jednak bardzo prędko po sobie nastąpić, tak że można mówić o postaci ostrzej i przewlekłej.

a) Wrażliwość brzucha na ucisk jest bardzo rozmaita. Z początku w większości wypadków drażliwość nie jest wcale powiększoną. Dopiero przy wystąpieniu objawów ograniczonego lub rozlanego zapalenia otrzewnej, brzuch staje się drażliwszym za naciskiem. Podają nawet, że ugniatanie (*massage*) brzucha u dzieci sprowadza poprawę.

b) Wymioty występują prawie stale, a to nietylko u dzieci przy piersi, lecz u starszych. Wymioty zaczynają się zaraz po wystąpieniu zaciśnięcia, i nie ustają nawet wtedy, gdy już się rozpoczęło oddzielanie się, części wsuniętej, czyli gdy przewodność kiszki została w zupełności lub przynajmniej w części przywróconą. Wymioty przychodzą z krztuszeniami lub bez nich; najprzód wymiotowuje się zawartość żołądka (resztki pokarmów), później zjawiają się obfite wymioty żółciowe, bardzo rzadko jednak wymioty kałowe. Przyczyną

tego może być to, że wogóle wypadki nie trwają tak długo jak u dorosłych. Dzieci umierają daleko prędzej przy chorobie w mowie będącej. Wymioty są najwięcej podobne do wymiotów t. zw. cefalicznych, gdyż ciągle się powtarzają i przychodzą zazwyczaj bez krztuszeń i uprzednich nudności. Brak wszelkich innych objawów mózgowych wyjaśnia wkrótce stan rzeczy. Prócz tego wnet przystępują inne jeszcze objawy przemawiające za cierpieniem kiszek. Wymioty nie dające się powstrzymać, przy braku zjawisk zapalenia otrzewnej, są zawsze objawem podejrzanym i niekiedy najprzód naprowadzają na domysł wewnętrznego uwięzienia. Równocześnie z wymiotami występują także:

c) Zmiany w wypróżnieniach kiszkowych. Należy tu uwzględnić różnicę między dziećmi w pierwszym roku życia i dziećmi większemi, gdyż błona śluzowa kiszek w rozmaitym wieku różnie reaguje. U dzieci niżej roku, wkrótce po wpochwieniu czy to kiszek cienkich, czy kiszek biodrowej w ślepa, pokazują się krwawo śluzowe stolce, liczne i w ilości mniejszej lub większej. Często w stolcu znajdziemy czystą krew. Stolce takie trwają przez ciąg całej choroby. Ku końcowi choroby, wskutek porażenia mięśnia zwieracza pokazuje się ciągły krwawo śluzowy wypływ z odbytu. Ponieważ w tym wieku nawet przy dłuższem trwaniu cierpienia, nie zawsze przychodzi do zupełnego zamknięcia światła kiszek, przeto mogą się pokazywać nawet massy kałowe, zmieszane jednak z krwią i śluzem. Zatrzymanie stolca w tym wieku nie zdarza się wcale; już Rilliet powiada: „*La constipation est un symptome tout à fait exceptionnel*“. Przyczyną tego może być znacznie powiększona wydzielina błony śluzowej kiszek, żwawe ruchy robaczkowe, i płynne lub półpłynne pokarmy. Widzimy tedy, że u bardzo małych dzieci, odchody kiszkowe są objawem prawie stałym, dającym się zużytkować dla rozpoznania.

U starszych dzieci, bardzo podobnych pod tym względem do dorosłych, własności wydzielin krezkowych bynajmniej nie są stałe. Raz mamy biegunkę, równie często pokazują się prawidłowe massy kałowe, lub nawet zatrzymywanie stolca. Tyczy się to jednak tylko wypadków ostrych. W wypadkach przebiegających przewlekłe u dzieci większych, przy wystąpieniu pierwszych znaków oddzielania się kiszek, pojawiają się, naturalnie, krwawo-śluzowe stolce, w których znajdziemy strzępy błony śluzowej, ba nawet w dalszym przebiegu całą oddzielinę wpochwienia części kiszek. Jeżeli oddzielenie się skończyło, a chory zniósł tę sprawę chorobową, to odchód krwawo-

śluzowy może jeszcze trwać pewien czas, dopóki nie nastąpi zablźnienie, lecz wtedy wkrótce normalne stolce wracają, gdy nie przyszło do zaciśnięcia przez tkankę łączną. Nie należy tedy dać się wprowadzić w błąd jednym prawidłowym lub zmienionym stolcem, może ich pokazać się kilka, a jednak istnieje obszerne wPOCHWIENIE. Przy zatrzymaniu stolca, zadane obfite ławaty wy mogą wydalić normalne masy kałowe. Tak więc u dzieci starszych, wypróżnienia kiszki bynajmniej nie stanowią zjawiska, na któreby można polegać.

d) Parcie na stolec (*tenesmus ad anum*) przyłącza się bezpośrednio do dwu powyższych zjawisk, lecz i ono jest zupełnie niestałe. Występuje tylko przy wPOCHWIENIACH niżej umieszczonych, kiszki biodrowej w ślepą lub okrężnicowycb, podczas gdy nie zdarza się wcale przy częstych biodrowych wPOCHWIENIACH. Jeżeli wPOCHWIENIE okrężnicowe trwa długo, a z niem i parcie na atolec, to narreszcie przychodzi często stau porażenia mięśnia zwieracza, o jakim wyżej była mowa.

e) Zachowanie się brzucha jest jednym z najważniejszych i najszacowniejszych objawów, a mianowicie pod dwoma względami,— po pierwsze co do wzdęcia towarzyszącego i powtóre co do guza dającego się wysledzić macaniem brzucha lub badaniem przez odbytnicę. Wzdęcie występuje nie bezpośrednio po wytworzeniu się wPOCHWIENIA, a nawet nie w tych wypadkach, które się same odznaczają przebiegiem bardzo ostrym. Daje się to łatwo pojąć, albowiem w pierwszych chwilach zawsze prawie przewodność kiszki będzie do pewnego stopnia zachowaną, guzy więc nie napotykają znacznego oporu. Dopiero przy zupełnóm zwężeniu kiszki, odcinek powyżej będący rozszerzy się, lecz i to wtedy dopiero w stopniu znaczniejszym, gdy się przyłączą objawy porażenia kiszki. Stopniowe to występowanie wzdęcia dochodzącego ostatecznie często do bardzo wysokiego stopnia, jest ważnym objawem przeszkody w kiszkiach, mimo to jednak w ogólności bardzo rzadko z objawu tego można będzie wnioskować o siedlisku wPOCHWIENIA, zwłaszcza gdy dany wypadek dostanie się późno pod naszą obserwacyę.

W wypadkach dokładnie postrzeganych od początku, ważną usługę oddaje badanie przy pomocy perkussyi; w ten sposób, częstokroć udać się może określenie w przybliżeniu siedliska wPOCHWIENIA, jeżeli uwzględnimy i porównamy stosunki obszerności, wysokość i pełność tonu tympanitycznego. Należy jednak pamiętać, że rozszerzona kiszka, a zwłaszcza kiszka cienka może być prawie zupełnie wypełniona patologiczną wydzieliną, a w tym razie nie wyda tonu pełnego tym-

panitycznego, lecz stłumiony. Tak więc tylko przez dokładne i powtarzane opukiwanie będziemy w możności wyrobić sobie należyte pojęcie o stosunkach. W wypadkach daleko posuniętych przy obecności obfitego patologicznego przesięku w kiszkiach, obmacywaniem będziemy mogli z łatwością wywołać pluskanie płynu; okoliczność ta zasługuje z tego względu na uwagę, że zawsze wskazuje na dosyć już długo trwające cierpienie. Pluskanie wywołać się daje zawsze prawie tylko w pętłach kiszki cienkiej. Jeśli płyn dający pluskanie nagromadzony jest w znacznej ilości, a przytém ściany brzuszne są miękkie, to łatwo wywołuje się uczucie pozornego chełbotania. Tak więc stosownie do stopnia wzdęcia brzucha, znajdziemy go raz twardym, drugi raz miękkim, lub też wzdętym i bardzo naprzężonym. Wzdęcie brzucha musi służyć za wskazówkę tylko wtedy, jeśli dany wypadek od samego początku obserwowaliśmy; inaczej żadnych dalszych wniosków z tego objawu wyprowadzić nie można, z wyjątkiem jeżeli się znajdzie częściowe wzdęcie. Takie stale wykazać się dające częściowe wzdęcie brzucha, przy obecności guza namacalnego, dostarcza najpomysłniejszych wskazówek co do siedliska wPOCHWIENIA. Punkt drugi z wyż wymienionych, t. j. obecność guza w brzuchu jest niezmiernie ważny dla rozpoznania, z tём wszystkim jednak guz nie daje się wymacać z powodu wzdęcia lub głębokiego położenia wPOCHWIENIA. Można powiedzieć, że prawie w połowie wypadków wymacać się daje guz. Takowy guz powstaje oczywiście przez to, że kieszki zwijają się między sobą.—Od tego też zależy wielkość guza; im więcej kiszki się pozwijają, tём większy *resp.* dłuższy będzie guz, oczywiście gdy leży dosyć powierzchownie tak, aby go można było wymacać. Guz ma postać walcowato-kielbasowatą; grubość jego bywa rozmaita, a powierzchnia gładka. Zazwyczaj guz taki wyslizguje się z pomiędzy palców i tём różni się od ustalonych wysięków otrzewnej. Położenie guza bywa rozmaite i nie jest bynajmniej charakterystyczne. Raz znajduje się z prawej, drugi raz z lewej strony, a równie często w środku. Z samego siedliska guza nigdy nie można ocenić, czy mamy do czynienia z wPOCHWIENIEM kiszki biodrowej, lub okrężnicy, lub też biodrowej w ślepa, albowiem wszystkie one mogą zmieniać miejsce i to tём snadniej, że u chorych takich kieszki są zwykle długie, a ztąd pętla kiszki bardzo ruchome. Guz daje się wykazać nie tylko przez obmacywanie brzucha; wiele guzów zależnych zwłaszcza od wPOCHWIENIÓW okrężnicy można wysledzić także i przy badaniu przez odbytnicę. Wprowadziwszy palec wskazujący, dojdziemy w małej miednicy do guza, zwykle ruchomego, którego

wielkość jednak zaledwie w przybliżeniu można ocenić. Guz taki, znajdujący się w małej miednicy lub u wejścia do niej może także za-  
leżeć od wPOCHWIENIA KISZEK CIENKICH. WPOCHWIENIA OKRĘŻNICY  
wypadnięte przez odbyt nie były dotychczas postrzegane u dzieci.  
Jeśli guz się wyczuwa w odbytnicy, to wzdęcie brzucha nie przeszkadza  
temu wcale, gdy tymczasem powierzchownie leżący nie da się  
wymacać przez ściany brzuszne, jeżeli kilka mocno rozdętych pętli  
kiszek cienkich go przykryje. Guz taki możnaby zmieszać tylko  
z powiększonym gruczołem krezkowym, z nagromadzonemi twardemi  
massami kałowemi i z nerką ruchomą.

Guz przy wPOCHWIENIU odróżnia się od gruczołu krezkowego ru-  
chomością i postacią walcowatą. Przy powiększeniu gruczołów krez-  
kowych zazwyczaj jest ich kilka powiększonych i wyczuwalnych  
przez ściany brzuszne. Odróżnienie guza od mas kałowych jest tru-  
dniejsze i tu tylko upewnienie przychodzi po dłuższej obserwacji.

Nerka ruchoma nie była dotąd napotkaną u dzieci. Przy wiot-  
kich ścianach brzusznych zauważyć można u dzieci jeszcze inny objaw  
bardzo cenny, jakkolwiek nie stały. Niektóre z pętli kiszkowych, po-  
nad miejscem wPOCHWIONÉM kurczą się energicznie bardzo, jak gdyby  
staraly się pokonać przeszkodę stawiającą się. Takie kurczenia się  
kiszek cienkich dadzą się dobrze widzieć przez wiotkie ściany brzusz-  
ne, a nawet i wyczuć. Zjawisko to przy żadnej innej chorobie w ta-  
ki żwawy sposób się nie odbywa; jest to częściowo zwiększony ruch  
robaczkowy pod wpływem przeszkody, znajdującej się w kiszkach.

Tablica statystyczna częstości rozmaitych wPOCHWIENI i znajdy-  
wania guza w brzuchu nie może posłużyć za wskazówkę dla rozpo-  
znania w danym wypadku, albowiem u różnych indywiduów wielkie  
zachodzą różnice w stosunkach kiszek, oraz w ruchomości i długości  
krezek.

f) W końcu wspomnimy o niektórych mniej ważnych objawach.  
Tętno w początku wPOCHWIENIA nie jest przyspieszone, lecz małe, nit-  
kowate, przyspiesza się dopiero przy wystąpieniu silnych zjawisk zapala-  
nia otrzewnej. Przy zapaleniu otrzewnej oddychanie jest powiększone  
i przerywane z powodu bolesności. Gdy zapalenie otrzewnej jeszcze nie  
wystąpiło lub nie jest silnego natężenia, to postrzegamy częste wzdycha-  
nia, t. j. głębokie wdech przy oddychaniu zresztą spokojném, po-  
wierzchniém — zjawisko również występujące przy zapaleniu opon  
mózgowych. Wyraz twarzy jest cierpiący, rysy zmienione, barwa skó-  
ry blada, i to w tak znacznym stopniu, że nie stoi w żadnym stosunku

do czasu trwania choroby. U starszych dzieci występują oprócz tego krzyki i zgrzytanie zębami, a więc objawy podrażnienia mózgu.

W wypadkach ostro przebiegających, stosunkowo szybko rozwija się znaczny upadek sił (*collapsus*), trwający dalej przy oddzielaniu się obumarłych części, tak, że dzieci często giną później z wyniszczenia.

Rozpoznanie „wPOCHWIENIA KISZEK“ stawiać należy jedynie po zestawieniu i zebraniu wszystkich objawów; w wielu wypadkach rozjaśnienie przychodzi dopiero w przebiegu (odejście zgorzelinowo-obumarłej części wPOCHWIOUJ). Nawet gdy większa część wyżej wymienionych objawów się znajduje, to jednak rozpoznanie najlepiej stawiać w przybliżeniu, albowiem wiedzieć należy, że siedlisko wPOCHWIENIA nie da się z absolutną dokładnością ocenić nawet wtedy, gdy wymacać można guz. Jest to ważna okoliczność, jeżeli mamy wykonać laparotomię. Rozpoznanie wPOCHWIENIA już z tego powodu nie da się z absolutną pewnością postawić, że prawie téż same objawy co przy wPOCHWIENIU, powstają przy skręceniach krezek samych, albo z następczym uciskiem na pętlę kiszgową poniżej leżącą.

Przebieg wPOCHWIENI KISZEK jest więcéj ostry i więcéj przewlekły, stosownie czy zupełne zaciśnięcie wczesniej lub później występuje. Przy zaciśnięciu, oprócz wstrząśnienia (*choc*) występują zjawiska zapalenia otrzewnej, a śmierć przychodzi po upływie rozmaitego czasu. Przybliżenie podają 4, 6—10 dni.

Jeśli chory przejdzie ten czas krytyczny, a więc jeśli wPOCHWIENIE przybierze przebieg przewlekły i nastąpią zmiany konieczne do oddzielenia wPOCHWIENIA, które przeszło w zgorzel, wówczas trwanie takiego wypadku może wynosić często 3, 6—10 tygodni. W każdym jednak czasie skutkiem przerwania lub na innéj drodze wywołanego zapalenia otrzewnej może nastąpić zejście śmiertelne.

W ogóle jednakże podobne zejścia są rzadkie w wieku dziecięcym i po oddzieleniu się lub wyleczeniu wPOCHWIENIA na innéj drodze, trudno przychodzi zupełne zdrowie. Opierając się na danych statystycznych Leichtenstern'a, znajdujemy, iż oddzielenie się przy wPOCHWIENIACH ilei zdarza się najczęściej, że jednakże nie ma zejścia bezwarunkowo pomyślnego *quoad prognosim*. Wypadki, w których następuje kolejne oddzielanie, przebiegają w ogóle pomyślniej. Wszystkie jednakże podobne zdania mają wartość tylko statystyczną i w każdym danym wypadku nie można całkiem się na nich opierać, ponieważ w każdym wypadku okoliczności poboczne są rozmaite.

Wpochwienie może się jeszcze rozejść na inną drogę, mianowicie przez wyrównanie samowolne. Wypadek taki jest rzadki. Rozpoznanie takie powinno być zawsze robione z jak największą ostrożnością, albowiem zawsze brakuje nam wówczas dowodu z badania pośmiertnego. Nie możemy jeszcze rozstrzygać, czy przez gniecień brzucha lub przez wielkie ilości lewatyw powietrznych lub wodnych może nastąpić wyrównanie wPOCHWIENIA lub czy następuje.

Leczenie w pochwień ogranicza się albo do postępowania czysto wyczekującego i objawowego, albo do wczesnego przedsięwzięcia operacyi, zwanąj laparotomiją. Według mego zdania w wieku dzieciennym należy wybierać tylko między temi dwiema ostatecznościami, albowiem wszystkie inne środki, jak silne przyciskanie brzucha, próby sztucznego odprowadzenia za pomocą lewatyw z wody i powietrza, jakoteż redukcya za pomocą zgłębnika są nie tylko bardzo wątpliwe, lecz nawet mogą być szkodliwe. Ma to miejsce szczególnie wówczas, gdy już wystąpiły objawy zgorzeli w kiszce wPOCHWIONEJ. Przedziurawienie podobnego wPOCHWIENIA następuje w każdym razie daleko łatwiej przy energicznych sposobach leczenia, aniżeli przy postępowaniu wyczekującym.

Przeciw napadom bólów i przeciw dęciem w odbycie zalecają się wielkie dawki makowca. Nie ma wątpliwości, iż użycie takich dawek makowca znoszonym bywa przez dorosłych i sprowadza dobre skutki, w wieku jednak dzieciennym należy ograniczyć jego użycie z powodu wielkiej wrażliwości dzieci, zwłaszcza ssawców, na działanie makowca. Pacjentów takich należy karmić tylko środkami płynnymi.

Podanie bezpośredniego wskazania do laparotomii nie jest możliwem, ponieważ wypadki przebiegają w rozmaity sposób. Należy naturalnie czekać z nią dopóty, dopóki nie rozpoznamy na pewno zwiężenia światła kiszki, sprowadzonego przez wPOCHWIENIE. Jestto koniecznym bezwzględnie, albowiem początek zapalenia otrzewnej może zaciemnić objawy wPOCHWIENIA w początku. Laparotomia może być przedsięwzięta z dwóch punktów widzenia. Albo robimy ją celem wynalezienia wPOCHWIENIA i usunięcia go. Możliwem to jest tylko wówczas, gdy nie ma jeszcze objawów zgorzeli, — ponieważ usunięcie nie będzie możliwem wówczas, skoro już nastąpiło silne zrosnięcie powierzchni otrzewnej. Łatwo może się zdarzyć przy rozsuwaniu, iż ściana kiszki pęknie gdziekolwiek. Albo robimy laparotomiję celem wytworzenia sztucznego odbytu z powodu zwiężenia.

W wielkiej liczbie wypadków udaje się nam to przedsięwzięcie, zejście jednakże, jakkolwiek nie zaraz, to jednak po późniejszym czasie jest najczęściej niepomyślne. Nawet próbowano wycinać całe wPOCHWIEŃCIA z następczém zsyciem kiszki. Skutek nie mógł być pomyslniejszym. Nie powstając przeciw laparotomii, wspomnę, iż skutek jój zawsze zależnym jest od wielkich przypadkowości, które nigdy naprzód w przybliżeniu nawet oznaczyć się nie dają. Pomyślmy tylko o niestałości siedliska wPOCHWIEŃCIA, o powikłaniach i t. d. Pod tym względem dobrze jest, jeśli już przystąpimy do laparotomii, zrobić szerokie cięcie w ścianie brzusznej, iżby można dobrze obejrzeć całe pole operacyjne.

### K. Pęknięcie i przetoka odbytu.

(*Fissura et fistula ani*).

Obydwa te stany spostrzegamy dopiero u dzieci starszych, u których warunki zbliżają się już do warunków u dorosłych. Objawy ich i leczenie w niczém się nie różnią od objawów u dorosłych; musimy tylko wspomnieć, iż pęknięcia nigdy nie są tak uporczywe, iżby potrzeba było rozcinać zwieracz.

### L. Nowotwory (*neoplasmata*) w przewodzie kiszkiowym.

Z guzów, rozwijających się w przebiegu przewodu kiszkiowego w jego ścianach, praktyczne znaczenie dla lekarza dzieci mają tylko polipy odbytnicy. Polipy szypułkowate, włókniste lub mięsakowate (sarkomatozne) spotykamy także w dwunastnicy; podobnie pod błazką trzewową otrzewnej znajdujemy lipomaty wielkości krajcara lub grosza. Wszystkie te jednakże nowotwory są tylko przypadkowe i nie sprowadzają za życia żadnych objawów.

Tylko polipy odbytnicy, nie dochodzące zresztą do zbytnej wielkości, siedzą szypułkowato i są natury włóknistej, mogą sprowadzać ważne przypadłości, przyczyny których nie zaraz rozpoznać się dają. Oprócz dęcia, które przy wypadnięciu i zaciśnięciu bardzo się potęguje, głównie krwotoki zwracają uwagę na obecność polipów odbytnicowych. Wychodzi krew jasna i płynna z masami kałowymi, prawidłowo uformowanymi,—a ponieważ takie utraty krwi często się powtarzają, przeto dzieci łatwo przechodzą w małokrwistość.



Zbadanie palcem wykazuje natychmiast polipa; wyciągamy go więc palcem wskazującym na zewnątrz, jeśli potrzeba, ujmujemy kornicangiem i przewiążujemy. Zwykle nie ma recydywy.

## D O D A T E K.

### Guzy brzuszne.

Używając tu wyrazu „guz,” nie łączymy z nim żadnego pojęcia stałego, lecz bierzemy go w tém samym znaczeniu, co mówiąc „guz mózgowy.” Przez ten ostatni oznaczamy cierpienie mózgu umiejscowione, w przeciwstawieniu do rozlanego, zapalnego. To samo i tutaj. Zbiega się tu wiele, niekiedy całkiem odmiennych procesów patologicznych, albowiem mówimy o guzie śledziony, wątroby, o guzie pozaoztrzewnym i t. d.

Mają one tylko tę wspólność, iż siedlisko ich, wielkość, postać zewnętrzną możemy wyśledzić przez badanie brzucha. Właściwe rozpoznanie natury guza uskutecznia się za pomocą nie tylko obmacywania przez pokrywy brzuszne, lecz także i za pomocą innych środków badania. Rozpoznanie w wielu naturalnie wypadkach pozostaje tylko prawdopodobnym. Niemożliwą jest rzeczą podać punkty pewne, ponieważ nie wszystkie procesy patologiczne mogą być od siebie odłączone. Możemy uczynić to na pewno tylko w niektórych, natomiast inne albo wcale, albo z wielkiem zastrzeżeniem oddzielić się od siebie mogą, np. rak nerek od puchliny nerek, rozszerzenie moczowodu od ropnia mięśnia lędźwio-biodrowego (*psaos*). Opisujemy tu następujące wypadki.

1. Guz śledziony (*tumor lienis*). Skoro w chorobach ostrych śledzioną się powiększy, wówczas wykażemy to za pomocą opukiwania. Jeśli jednakże przejdzie poza tę wielkość i będzie wystawać daleko z pod łuku żebrowego, wówczas wyczuwamy ją w lewém podżebrzu jako ruchomy „guz.” Jeśli powiększona tylko 3—6 razy, wówczas stanowi guz gładki, o brzegach ostrych, twarde, ruchomy, językowaty, przy dotykaniu niebolesny. Guz taki trudno wziąć za co innego, jak za śledzionę, szczególnie jeśli cierpienie główne jest jedném z wywołujących guz śledziony np. przymiot dziedziczny, krzywica, białaczka. Jeśli śledzioną przekracza jeszcze i tę miarę i dosięga aż do grzebienia kości biodrowej, wówczas już brzeg jej przedni nie jest, jak poprzednio, gładki, lecz przedstawia jedno lub

dwa wcięcia. Brzeg jest wazki, ostry lub niekiedy okrągławo miękki. Pierwsza własność przemawia za wysokim stopniem przeistoczenia mączkowatego, druga przeciwnie za powolnym lecz znacznym rozrostem.

2. Guz wątroby (*tumor hepatis*). Wątroba rzadko dosięga do takiej wielkości, iżby wystawała w większych rozmiarach z pod łuku żebrowego. Jeśli wystaje na 2 poprzeczne palce, jeśli można wymacać lewy płat wątroby, a nie ma mowy o zsunięciu wątroby przez wysięk opłucnej lub przez skrzywienie kolumny kręgowej,—wówczas mamy już do czynienia ze znacznym powiększeniem organu, pochodzącym najczęściej skutkiem przeistoczenia mączkowatego samego mięszu. Przy dotykaniu powierzchnia jest gładka, brzeg ostry, bez nieprawidłowych wcięć i najczęściej mamy wówczas do czynienia z podobnym cierpieniem śledziony.

Jeśli powierzchnia osiągalnej wątroby jest nierówna, miękka i niebolesna, jeśli przy obmacywaniu dają się wyczuć wyraźne guziki, jeśli widocznym jest stałe ich wzrastanie, jakoteż całego organu, wówczas przemawia to za rakiem lub mięsakiem wątroby. Jeśli ten ostatni dosięgnie do znacznej wielkości, wówczas rozepcze całą część klatki piersiowej, jakoteż odpowiedni brzeg dolny tak, iż łatwo za pomocą zmiernia można wykazać różnicę; różnica wynosi często 2—3 centymetrów. Jeśli w początku spostrzegamy podobnego raka lub mięsaka—co zresztą zawsze należy do rzadkości—wówczas trudno jest zrobić rozpoznanie różniczkowe między marskością wątroby i guzakiem; pewności nabieramy dopiero przy ciągłej obserwacji i przez wykazanie ciągłego powiększania się wielkości tak guzów jak i wątroby, ponieważ przy obu ostatnich procesach zawsze można wykazać przy dłuższem trwaniu skurczenie się i zmniejszenie objętości. Jeśli rak wątroby rozwija się przez czas dłuższy, wówczas albo występuje znaczne zabarwienie żółtaczkowe, albo jeśli tego nie ma, to wytwarza się stopniowo właściwy wygląd charłaczy, który najlepiej da się porównać z wyglądem białaczkowym. Sąsiednie gruczoły najczęściej obrzmiewają, mianowicie gruczoły krezkowe są przeistoczone rakowato, nie zawsze jednakże wyśledzić się dają. Gruczoły, położone na obwodzie, nie są zwykle zajęte. Wspomniany rak pierwotny lub mięsak miękki,—złośliwy mięsak okrągło- lub wrzecionowato-komórkowy,—zdarzają się stosunkowo często u ssawców tak, iż nie można wyłączyć możliwości rozwijania się pierwszych ich pokładów już w zarodku. Podobny guz wątroby charakteru złośliwego może być zmieszany tylko z większym workiem bąblowca (*echinococcus*), który

tu i owdzie spostrzeganym był w wieku dzieciennym. Z zupełną pewnością można rozpoznać bąblowca tylko wówczas, jeśli przy opukiwaniu wykazać się dają „szmery hydatydowe.“ Jeśli nie ma tego, wówczas rozpoznanie różniczkowe między obydwoma stanami jest bardzo trudne i tylko przebieg rozstrzyga, czy jest więcej prawdopodobieństwa za jednym lub drugim, jakkolwiek musimy zwrócić uwagę, iż rak wątroby bywa daleko częstszym, aniżeli bąblowiec.

3. Tak zwane guzy pozaozrewne (*tumores retroperitoneales*). Nazywają się one tak dla tego, iż rozwijają się z tyłu otrzewnej, resp. znajdujących się w niej organów, i posuwając ją przed sobą, wzrastają aż do jamy brzusznej. W żaden sposób pod nazwiskiem „guz“ nie możemy rozumieć „nowotworu,“ albowiem zbiegają się tu najrozmaitsze procesy, zimne ropnie, puchliny, nowotwory, gruczolę zapalne i zrakowaciałe. Wszystkie mają między sobą tę rzecz wspólną, iż wzrastają do jamy otrzewnej w formie guza, posuwają przed sobą otrzewną i znajdujące się w niej organy, albo dosięgłszy znaczniejszej wielkości, zsuwają je na stronę. Trudno je od siebie odróżnić, ponieważ przy wszystkich jest prawidłem występowanie jednostronne. Dopiero później częstsze występowanie jednego lub drugiego procesu daje pewien punkt do sądzenia przy odróżnieniu np. ropnia mięśnia lędźwio-biodrowego od puchliny nerek. Przy wielu trzeba się powoływać na okoliczności poboczne, które jednakże pod względem rozpoznawczym nie mają wielkiego znaczenia. Zdarzają się następujące wypadki:

a) Pierwotny rak nerek. Jest on zawsze rdzeniowy i zdarza się częściej w wieku dzieciennym, aniżeli u dorosłych, zwłaszcza jeśli nie zaliczymy tu występujących u dorosłych raków wtórnych np. po raku moszen. Rozwija się najczęściej z części korowej i przybiera postać okrągłąwą, nie wywierając wpływu na przyrząd wydzielniczy moczu; w innych razach rozwija się z wpustu (*hilus*) nerki, a nawet z jednego ze znajdujących się tam gruczolów, sprawdza rozszerzenie miedniczki nerkowej i kielichów nerkowych, — w które to rozszerzone przestrzenie wdraża rak.

Nie spostrzegamy tylko raka rdzeniowego, lecz także mięsak okrągło-komórkowaty. Zwykle podobny guz pozostaje samotnym w ciele, w innych razach następują przerzuty do innych sąsiednich gruczolów limfatycznych lub do innych organów np. śledziony, płuc i t. d. Jeśli rak nerek nie dosięga do znacznej wielkości, wówczas nie może być wyczuwalny przez pokrywy brzuszne. Musi dojść on przynajmniej do wielkości pięści mężczyki lub głowy dziecka, zanim

będzie mógł być wyczuwalny przez pokrywające go pętlice kiszkowe. Guz leży jednostronnie, łatwiej daje się wyczuć po stronie lewej jak po prawej, albowiem wątroba utrudnia wymacanie. Powierzchnia guza jest okrągława, zwykle gładka lub lekko garbata, sam guz sprężysty, bardzo tęgi, nie ma jednakże chełbotania. Przy badaniu okolicy lędźwiowej nie znajdujemy zwykle nic nieprawidłowego. W moczu znajdujemy niezmiernie rzadko coś charakterystycznego. Nie ma w nim komórek raka lub mięsaka. Najczęściej mocz jest zupełnie prawidłowy, ponieważ druga nerka zwykle nie jest dotknięta cierpieniem. Dzieci przybierają wygląd chęłbotawy i często umierają zanim jeszcze wytworzą się przerzuty w innych organach. Najłatwiej zmieszać jest to cierpienie z bardzo rzadko występującą w wieku dziecięcym

b) Puchliną nerek (*hydronephrosis*). Stopnie wyższe są bardzo rzadkie w wieku dziecięcym, ponieważ prawie wszystkie warunki, sprowadzające u dorosłego to cierpienie, nie zdarzają się w wieku dziecięcym.

Widzimy ją najczęściej jednostronną, a przyczyną takiego rozszerzenia przyrzędu wydzielającego mocz z zanikiem miąższu nerkowego, bywa zwykle ukośne przyczepienie moczowodu do pęcherza z utworzeniem zastawki, przeszkadzającej odpływowi moczu, albo skręcenie moczowodu ze zniszczeniem jego światła.

Puchlina nerek również musi dojść do wysokiego stopnia, zanim zostanie wyczuwalną przez pokrywy brzuszne. Mniejsze stopnie, jakie znajdujemy np. przy kamieniach pęcherza, przewlekłych niezbytach pęcherza i t. d. mogą być tylko domniemywane z własności moczu. Jeśli jednakże rozdęcie dojdzie do wysokiego stopnia, wówczas druga nerka przyjmuje funkcję i oddziela mocz zupełnie prawidłowy. Nie zawsze udaje się odróżnić puchlinę nerek od raka nerek i nawet z zupełną pewnością nie można tego uczynić, chyba że wyczujemy w guzie chełbotanie. Stan ten różni się od raka długim trwaniem i stanem odżywiania, najczęściej niezłym.

Jeśli rozszerzenie dotyka nie tylko samą nerkę, lecz i znaczną część moczowodu, który stanowi szeroki i wypełniony rozłożonym moczem worek – wówczas stan ten, jeśli można go wyczuć, również może być zmieszany z ropniem mięśnia lędźwiobiodrowego lub rakiem nerki.

Zresztą stan ten zdarza się bardzo rzadko i najczęściej dalszy dopiero przebieg daje nam bliższe wskazówki.

c). Ropień mięśnia lędźwiobiodrowego (*abscessus m. psoitici*). Ropień mięśnia lędźwiobiodrowego (*psoas*) jest z pomiędzy wszystkich tu opisywanych cierpień najczęstszym. Powstaje on tak pierwotnie, jak i następczo, to jest powstaje skutkiem ostrego zapalenia mięśnia (*psoitis*), albo też ropa, zebrana przy próchnieniu kolumny kręgowój, skutkiem swój ciężkości opada na mięsień lędźwiobiodrowy po drodze wytworzonej w tkance łącznej. Zapalenie mięśnia pierwotne, rozwijające się jako cierpienie zapalne samego mięśnia, rzadko jest obustronne, i objawia się, jak każde inne cierpienie ostre, silną gorączką. Kończy się najczęściej w czasie krótkim śmiercią skutkiem objawów ropnicowych, niewiele wypadków przechodzi w wyzdrowienie. Ponieważ najczęściej zapalenia te są jednostronne, przeto ból umiejscawia się nieco ku górze więzcu Poupart'a i na wewnętrznej stronie uda, na miejscu przyczepienia mięśnia ileo-psoas. Przytém udo jest przykurczone i wszelki ruch, dokonany przez ten mięsień, staje się niemożliwym. Ucisk i uderzanie na staw biodrowy nie sprowadza żadnego bólu. Po przejściu objawów zapalnych ropa opuszcza się w rozmaitym kierunku. Najczęściej idzie po więzie Poupart'a i pokazuje się na wewnętrznej stronie uda. Jeśli po przejściu objawów zapalnych nie następuje przerwanie, wówczas tworzy się ropień zimny, który może trwać przez całe lata, osiągnąć rozmaitej wielkości i utrudniać w rozmaity sposób ruchy kończyny. Ropnie powstałe następczo, to jest przez opuszczenie się ropy, dochodzą najczęściej do znaczniejszej wielkości, a rozpoznanie ich bardzo jest ułatwioném przez to, iż widzimy najczęściej znaki poprzedniego zapalenia kręgów (*spondylitis*). Utrudnioną jest również ruchomość odpowiedniej kończyny dolnej. Łatwo w takim wypadku postawić rozpoznanie. Trudniejszém jest ono, gdy możemy wykazać sam tylko guz. Trudno zrobić rozpoznanie różniczkowe między ropniem mięśnia lędźwiobiodrowego i znacznie rozdętym moczowodem.

d). Guzy w kolumnie kręgowój. Na kolumnie kręgowój, zwłaszcza na odcinku jój lędźwiowym, rozwijają się raki lub mięsaki, które wychodzą z kręgów i *in vivo* trudno dają się odróżnić od raka nerkowego. Nie są to najczęściej jedyne raki w organizmie i nie zawsze są pierwotne. Częściej bujanie zaczyna się od gruczołów oskrzelowych i rozszerza się dopiero później na inne organy.

## 5. Choroby pępka.

Cierpienia pępka i szczątką sznurka pępkowego są wyłącznie chorobami dziecięcemi i to właściwemi pierwszymi dniami i tygodniami życia dzieci, albowiem u dorosłych pępek nie ulega chorobom, z wyjątkiem przepukliny pępkowej i przypadkowego uwięzienia. Rozmaite procesy, zdarzające się w pępku, są albo w bezpośrednim związku z odpadnięciem sznurka pępkowego, albo rozwijają się dopiero po jego odpadnięciu, jeśli wyleczenie pozostałego sznurka pępkowego w jakikolwiek sposób zostanie zakłóconém. Dalej spostrzegamy procesy zapalne w pępku i koło niego, nie stojące w żadnym związku z obydwiema powyższymi przyczynami. Nakoniec zdarza się wiele, szczególnie dla historii rozwoju bardzo ważnych i interesujących nieprawidłowości wrodzonych, przy których bierze udział pępek.

Sznurek pępkowy, jak wiadomo, bywa różnaitój długości i grubości i pośredniczy w krążeniu między płodem a łożyskiem, resp. matką. Zawsze zawiera w sobie dwie tętnice i jedną żyłę, które jednakże pod względem budowy histologicznej nie zupełnie się zgadzają z budową większych żył i tętnic. Sznurek pępkowy zostaje zaraz po porodzie podwiązany podwójnie, rozcięty, obwinięty w kompres i lekko umocowany za pomocą opaski brzusznej na brzuchu. Pozostały kawałek sznurka pępkowego zasycha i odpada w 5—6 dniu, bez żadnego zapalenia reakcyjnego w okolicy pępka. W wypadkach prawidłowych koniec pępka jest już zupełnie suchy, w innych wypadkach jeszcze przez czas pewien wydziela płyn szarawy i śluzowy. Po podwiązaniu sznurka pępkowego obieg płodowy czyli łożyskowy ustaje odrazu i zaraz następuje krążenie właściwe. O obiegu łożyskowym musimy wspomnieć, co następuje. Główna różnica między obydwioma obiegami polega na tém, iż w obiegu płodowym nie ma drugiego obiegu, analogicznego obiegowi płucnemu lub małemu, a ztąd całe serce płodu z czterema swymi oddziałami czynném jest w krwiobiegu wielkim. Dla ułatwienia i umożliwienia téj czynności, muszą znajdować się w sercu płodowém przyrządy, które sprawiają, iż lewy przedsionek, resp. komórka, nie otrzymująca krwi z żył płucnych, wypełnia się krwią, — a nadto sprawiają, iż krew prawej połowy serca, przedsionka i komórki dostaje się do naczyń ciała. Do tego celu służy otwór owalny (*foramen ovale*) w przegrodzie obu przedsionków i zastawka Eustachiusza (*valvula Eustachii*), która strumień krwi z żyły głównej dolnej (*cava inferior*) odwraca do le-

wego przedsiönka. Daléj istnieje połączenie tętnicy płucnej z aortą zstępującą za pośrednictwem przewodu Botala, przez który krew z prawej komórki wpada do aorty zstępującej. Wielkość obu komórek jest więc u płodu i noworodka zupełnie jednakowa, ponieważ obie komórki mają do pokonania jednakową pracę, dopiero później występuje różnica lewego od prawego odnośnie siły. Płód pozostaje w nieprzerwaném krążeniu ze swoim organem odżywczym (łożyskiem) za pomocą naczyń w sznurku pępkowym. Przez obydwie tętnice pępkowe, wychodzące z tętnie podbrzuszných (*art. hypogastricæ*) i idące wzdłuż bocznego brzegu pęcherza moczowego z głębi miednicy do otworu i sznurka pępkowego, — krew płodu biegnie do łożyska i powraca z tamtąd znowu przez żyłę pępkową. Największa część krwi nie powraca wprost do serca prawego, lecz biegnie do wątroby przez żyłę pępkową, rozdzielającą się na dwie gałęzie, podczas gdy przewód żylny Arancyjusza (wychodzący z lewej gałęzi żyły wrotnéj, otaczającej płat Spigela i wpadający do żyły głównej wstępującej) mniejsza część krwi wprost dostaje się do serca prawego.

Wypada z tego, iż płód nie posiada tak ściśle oddzielonéj krwi tętniczej od żylnéj, ponieważ w płodzie nie następuje bezpośrednie utlenianie krwi, a natomiast ma miejsce mieszanie krwi nie tylko w samém sercu, lecz i w obiegu żyły wrotnéj. Krew więc żyły pępkowej, zawierająca najważniejsze części składowe do odżywiania płodu, miesza się z krwią przyływającą z żył ciała. Z tego, co powiedzieliśmy, łatwo pojąć, jak dalece następuje pomieszanie dwóch tych rodzajów krwi.

Z podwiązaniem sznurka pępkowego i w niewielkim stopniu już wcześniej, to jest przy pierwszych ruchach oddechowych dziecka powstrzymuje się obieg płodowy i ustępuje miejsca obiegowi płucnemu. Wiele utworów staje się już niepotrzebnymi. Zamykają się więc części tętnic pępkowych, położone wewnątrz jamy brzusznej (*chordæ arteriæ umbilicalis*), żyła pępkowa (*ligamentum teres*), przewód żylny Arancyjusza, przewód Botala, zastawka Eustachyjusza i otwór owalny, który z resztą niekiedy pozostaje na całe życie.

Skoro odpadnie sznurek pępkowy w piątym lub szóstym dniu, wówczas tworzy się pępek, jaki pozostaje na całe życie. Mamy płytkie zagłębienie, w którym znajduje się szczątek pępka. Na około tego wgłębienia znajdują się dwa wypukłe fałdy skórne, które po obu stronach mniej lub więcej symetrycznie schodzą się z sobą. Wypukłość fałdy górnej zwrócona jest ku górze i wypukłość dolnej ku

dołowi. Wkłęśności obu fałd obejmują dołek pępkowy. Częścięj brzegi wypukłe tak się pokrywają, iż potrzeba je odciągnąć od siebie, aby zobaczyć dno pępka.

W pępku mogą występować następujące nieprawidłowości:

1. **O t o k p ę p k a** (*blennorrhoea umbilici*). Jeśli po odpadnięciu sznurka pępkowego, przez dłuższy czas, przez 4—6—10 tygodni, odpływa ciągle płyn śluzowo-ropny, wówczas oznaczamy to nazwiskiem „otoku pępkowego“. Powierzchnia zablizniająca się przybiera charakter podobny do błony śluzowej, fałdy pępkowe zlepiają się z sobą za pomocą strupów brunatnych i zaschłych. Stan ten nie ma znaczenia, znika sam przez się przy koniecznej czystości, albo przy użyciu lekkich środków ściągających.

2. **Z i a r n i n a p ę p k a** (*sarcomphalus*, — *granulatio umbilici*). Ze stanu poprzedniego, jeśli nie zagaja się dno pępka, mogą rozwinać się granulacje wielkości grochu, szypułkowate, czerwone, nieco wilgotne, które oddzielają od siebie fałdy pępkowe i więcej lub mniej, stosownie do długości szypułki, wystają na zewnątrz. Pozostawione same sobie, odpadają same przez się, ulegając zanikowi po dojściu do pewnej wielkości.

Przedźj przychodzimy do celu, mocno przewiązując granulacje w szypułce nitką. Lekkie tuszowania lapisem prowadzą do tegoż celu, jakkolwiek nie tak szybko. Stan ten nie pociąga za sobą żadnego niebezpieczeństwa i nie pozostawia nigdy zniepodobnienia.

3. **P ę p e k s k ó r n y**. (*Cutisnabel*). Dla zrozumienia tego, jakotęż następnego stanu, musimy tu przypomnieć z historyi rozwoju, iż pokrywy zewnętrzne płodu, — a więc skóra, — graniczy z błonami płodowymi w obrączce pępkowej. Od obrączki pępkowej poczyna się zewnętrzna powłoka błon, to jest o w o d n a (*amnion*).

W pępku jest więc granica między dwiema temi błonami. W sznurku pępkowym owodna około tego czasu ściśle i nierozdzielnie zrosnięta jest z innymi częściami składowymi.

Jeśli granica między skórą i owodną zostanie przekroczoną po za pępek, to jest, jeśli skóra na 1—2—3 centymetrów przejdzie po nad obrączkę pępkową, wówczas po odpadnięciu resztki sznurka pępkowego powstanie pępek skórny. Zamiast zagłębienia mamy wyrostek skórny, na 1—3 centymetrów długi i wystający ponad powierzchnią. Składa się on ze skóry, z obu zatkanych tętnic pępkowych z zamkniętą żyłą pępkową, które zamknięte są w pochwie skórnej



i rozłączają się dopiero w obrączce pępkowej. Pępek skórny nie pociąga za sobą żadnego niebezpieczeństwa i jest tylko szpecącym.

4. Pępek z owodnej (*amnionnabel*). Jeśli granica między owodną i skórą zostanie posunięta na koszt skóry, to jest inémi słomy, jeśli ma miejsce brak skóry w ścianie brzusznej, wówczas stan ten oznaczamy nazwiskiem „amnionnabel“. Sznurek pępkowy szeroko przyczepia się do pępka, odpada w zwykłym czasie, pozostawiając ranę, pokrytą ziarniną, i leczącą się przez pozostawienie blizny promienistój. Wyrażenie „*Insertio velamentosa funiculi umbilicalis*“ jest odpowiedniejszym dla tego stanu, ponieważ lepiej odpowiada istotnym warunkom. Stan ten nie pociąga za sobą żadnego niebezpieczeństwa, jest zresztą bardzo rzadkim, podczas gdy pępek skórny zdarza się bardzo często.

5. Zapalenie tętnic pępkowych (*arteriitis umbilicalis*). Ten, jako też następnie opisany stan pępka, jest zawsze zapalnej i zaczyna się już przed odpadnięciem sznurka pępkowego. Przy zapaleniu tętnic pępkowych mamy do czynienia ze zropieniem zakrzepów w kawałku obu tętnic, położonym w jamie brzusznej.

Zropienie ma miejsce zawsze w granicy od tętnicy podbrzusnej do miejsca odpadnięcia. Nigdy kawałek miękkiego zakrzepu nie zostaje podmytym i zaniesionym do reszty krwiobiegu. W tém spoczywa niezłościwość tego stanu, czego nie ma w następującém zapaleniu naczyń pępkowych. Dzieci nieco gorączkują, pępek się nie zagaja, i jeśli na ścianę brzuszną wywrzemy łagodny ucisk ku przodowi od obu stron pęcherza moczowego, wówczas na pępku pokazuje się kilka kropli ropy. Często zapaleniu ulega jedna strona i z jednéj tylko strony wydobywa się ropa. Proces ten trwa przez czas pewien i ustępuje dopiero wówczas, gdy skutkiem bujania wewnętrznej błony tętnica zamkniętą zostanie.

6. Zapalenie żyły pępkowej (*omphalitis*). Zapalenie żyły pępkowej jest cierpieniem daleko niebezpieczniejszém i zejście po niém zawsze bywa wątpliwém, ponieważ prawie zawsze występują objawy ropnicowe. Zapalenie żyły pępkowej następuje jeszcze przed odpadnięciem sznurka pępkowego, albo też dopiero później, zwykle wśród warunków nieprzyjaznych, w przestrzeniach źle przewietrzanych i przepełnionych. Jeśli objawy zapalenia występują już w pierwszych dwóch dniach, wówczas dzieci takie pochodzą zwykle od matek, które chorowały na procesy połogowe. Najczęściej matki takie już podczas porodu są chore, zakażone. Wy-

jaśnienie faktu jest łatwe. Jeśli dzieci takie zachorują na zapalenie żyły pępkowej jeszcze przy sznurku pępkowym mocno przyczepionym, wówczas znajdujemy najprzód zabarwienie różowo-czerwone i obrzmienie skóry brzucha w okolicy pępka. Skóra jest bardzo błyszcząca skutkiem napięcia i przez dłuższy czas pozostawia ślad od ucisku palca. Później, po odpadnięciu pępka, obwód jego barwi się na kolor mocno-czerwono-błękitny, cała okolica silniej się wypukła, fałdy pępkowe mocno wilgotnieją i przy ucisku daje się wycisnąć z obrączki pępkowej nieco ropy. Wkrótce przyłączają się objawy ogólne, wysoka gorączka, upadek sił, wielkie pragnienie przy wielkiem osłabieniu.

Daléj występują ogólne objawy ropnicowe, zapalenie otrzewnej, opłucnej z wysiękiem krwotocznym, zapalenia płuc zrazowe pochodzenia zatorowego. Daléj przychodzi od zapalenia pępka do róży wędrującej, która przebiega po całym ciele, a ztąd dzieci, jeśli nawet nie wytworzą się inne przerzuty, umierają skutkiem wyniszczenia i wysokiej gorączki. W tém spoczywa właśnie niebezpieczeństwo tego stanu chorobowego.

Jeśli zapalenie żyły pępkowej wystąpi dopiero po odpadnięciu sznurka pępkowego, wówczas przebiega w ogóle nieco pomyślniej, ponieważ niebezpieczeństwo przejścia do krwi produktów rozpadu złągodzonym jest z powodu ograniczonego już zakrzepnięcia. Objawy jednakże są te same.

Przyczyny, dające powód podobnemu zapaleniu żyły pępkowej, oprócz podanych, są jeszcze: nieodpowiednie pielęgnowanie pępka, nieodejście stwardniałej wydzieliny, brudne opatrunki i t. d.

Zejściem zapalenia żyły pępkowej jest najczęściej śmierć; wypadki mniejszego natężenia, znajdujące się w warunkach pomyślnych, kończą się wyzdrowieniem,—w małej liczbie wypadków przychodzi do zgorzeli pępka.

Leczenie zapalenia żyły pępkowej musi być wzmacniające i opiera się głównie na pożywieniu. Dziecko, pochodzące od matki, przebywającej proces połogowy, winno być bezwarunkowo przystawione do mamki, posiadającej obfitą ilość mleka i brodawkę długą i łatwo ująć się dającą. Nie udaje się karmienie takiego dziecka sztuczne. Sam pępek należy utrzymywać czysto, oddalać stwardniałe strupy i nakładać opatrunek lekko drażniący—najstosowniej oléj karbolowy.

*Rp.* Acid. carbolic. 5,0 (3j).  
Ol, lini 100,0 (℥jij).  
D. S. do użytku zewnętrznego.

I inne lekkie roztwory ściągające, roztwory cynku, ałunu i garbniaka mogą być używane. Do wewnątrz podajemy chininę w roztworze.

*Rp.* Chin. sulphur. 0,1 — 0,15 (gr. iβ—jij).  
Aq. destill. 80,0 (℥jij).  
Acid. sulfuric. q. s. ad solut.  
Syr. simpl. 10,0 (℥jij).  
M. D. S. co 2 godziny łyżeczka od kawy.

Przy objawach upadku sił podajemy czarną kawę kroplami lub takie same ilości wina malaga. Przy róży nie powinniśmy nigdy stosować zimnych lub lodowych okładów, a to z powodu nieżytu oskrześli, chętnie wikłającego różę. Właściwsiymi są okłady z oleju lnianego w połączeniu z wodą wapienną.

*Rc.* Ol, lini.  
Aq. calcis āā 150,0.  
D. S. do użytku zewnętrznego.

Okłady te również działają ochładzająco i muszą być zmieniane co 10—12 minut.

W przeciwstawieniu do zapalenia tętnic, zapalenie żyły pepkowej jest cierpieniem daleko częstszym i bardzo łatwo daje się przeoczyć, ponieważ pierwsze objawy są zwykle nieznaczne. Nigdy więc nie powinniśmy zaniedbywać, przy wezwaniu do noworodka, zupełnego obnażenia dziecka i dokładnego zbadania okolicy pepka.

7. Zgorzel pepka (*gangraena umbilici*). Zgorzel pepka rozwija się albo z zapalenia żyły pepkowej, przyczem tkanka, uległa zapaleniu, przechodzi w zgorzel, albo w rzadkich wypadkach zgorzel skóry i tkanki podskórnej powstaje na około pepka w cholerycznej. Skoro zgorzel ograniczy się, znajdujemy wówczas naokoło pepka miejsce, wielkości talara, brudne, brunatnawe, stwardniałe, pozbawione czucia, które albo się już oddzieliło od skóry zdrowej, albo też jeszcze miejscami przechodzi bez ściślej granicy w skórę zdrową. Im głębiej draży zgorzel, tém łatwiej następuje przedziurawienie ściany brzusznej i ewentualnie przedziurawienie kiszki cienkiej. Jeśli nie draży tak głęboko i tkanka zgorzelinowa się oddziela, wówczas powstaje rana ziarnująca, która leczy się przez zabliznienie promieniste. Zejście zgorzeli pepkowej zależy głównie od cierpienia, które ją wy-

wołało. Jeśli występuje skutkiem lub po zapaleniu żyły pępkowej, wówczas zejście bywa najczęściej śmiertelne, zwłaszcza gdy jeszcze nastąpi przedziurawienie do jamy brzusznej i do kiszki. Przeciwnie, zejście jest pomyślniejsze przy choleryze dziecięcej w razie, jeśli nastąpi poprawa w stanie ogólnym. W tym ostatnim razie zgorzel szybko się ogranicza i następuje oddzielenie i wyleczenie utraty substancji.

Leczenie, oprócz ogólnego wzmacniającego, niczem nie różni się od zgorzeli w ogóle. Jeśli części, uległe zgorzeli, zupełnie się ograniczyły, wówczas możemy je oddalić. Pozostałą ranę powlekamy skoncentrowanym linimentem karbolowym (*Acid. carbolici 20,0, Ol. lini 200,0*) albo maczamy skubanę w roztworze:

*Rp.* Camphor. ras. 2,0.  
Spir. vin. q. s.  
Muc. gum. arab. 150,0.  
D. S. do zewnętrznego użytku.

i opatrujemy nim ranę co 2 godziny.

8. **Wady pępka.**—Pozostanie przewodu kiszko-pępkowego. W pewnym czasie (w drugim miesiącu) egzystuje w płodzie komunikacja między kiszką średnią, z której później rozwijają się kiszki cienkie, a pęcherzem żółtkowym za pośrednictwem przewodu pępko-kiszkowego (*ductus omphalomesaraicus*). Mamy więc w tym czasie fizyologiczną przepuklinę pępkową, ponieważ część leży w pęcherzu pępkowym. Około trzeciego miesiąca pokrywy brzuszne zrastają się ze stron obu, łączą się i kiszka zupełnie wchodzi do jamy brzusznej. Przewód pępkowo kiszkowy zanika lub pozostaje jako tak zwany wyrostek Meckel'a. Składa się on ze wszystkich warstw kiszek cienkich. Zdarza się jednakże, iż przewód pępkowo-kiszkowy pozostaje wrośnięty w obręcz pępkowej i komunikuje ze światem zewnętrznym—jestto wrodzona przetoka pępkowo-kiszkowa. Wyrostek Meckel'a jest zupełnie nieszkodliwy, przewód jednakże otwarty nie jest wcale takim. Najprzód wypływają przezeń substancje pokarmowe w ilości niemałej, a powtóre może nastąpić niebezpieczne dla życia wypadnięcie, opisane przy zwężeniach kiszki.

**Pomoczownik** (*urachus*) otwarty. Jest czas w życiu płodu, w którym w sznurku pępkowym oprócz naczyń znajduje się pomoczownik czyli przewód moczowy, który łączy omoczną (*allantois*) z kiszką końcową, resp. z odbytnicą. Z pomoczownika rozwija

się przez rozszerzenie pęcherz moczowy, podczas gdy reszta jego zamyka się jako więz pęcherza średni. Ta część pomocownika może pozostać otwartą i komunikować pępek z pęcherzem moczowym. Wypadki te również są rzadkie, co wrodzone komunikacje pępka z kiszka cienką. Wypływa wówczas ciągle z pępka mocz, który wywołuje naokoło owrzodzenia. Stan ten może ustąpić sam przez się, poczem pępek się zablizni, albo też możemy sprowadzić zamknięcie przez transplantację skóry na ścianę brzuszną.

Jeśli jedno i drugie nie jest możliwem, wówczas stan ten nie sprzyja wcale rozwojowi i indywiduum nie osiąga starszego wieku. W przeciwstawieniu do anomalii, opisanych sub 6 możemy stan ten nazwać „wrodzoną przetoką pępkowo-moczową.“

9. Nabyte przetoki pępkowo-kiszkowe. Jak już wspomnieliśmy przy zgorzeli pępkowej, może nastąpić skutkiem rozpadu zgorzelinowego w skórze brzucha—przedziurawienie pętli kiszkowej. To samo może nastąpić, jeśli w okolicy pępka wystąpi ograniczone zapalenie otrzewnej (ropne), które jednocześnie przedziurawi pętlę кишки cienkiej i pępek.

Wreszcie, przy zapaleniu otrzewnej gruźliczém następuje przedziurawienie pępka, po którem w krótkce to samo ma miejsce i w kiszce cienkiej. Przetoki kiszkowo-pępkowe nabyte są bardzo częste i przy każdej ma miejsce wypadnięcie, podobnie jak przy przewodzie pępkowo-kiszkowym otwartym. Podobne jednakże wypadnięcie spostrzegano dotychczas tylko przy zgorzeli pępka, przy której następuje większa utrata substancji w skórze i w kiszce cienkiej. Przy zapaleniu otrzewnej, szczególnie zaś przy formie gruźliczej, zrosty trzewiów między sobą przeszkadzają wypadnięciu.

Te przetoki pępkowe nabyte zamykają się dobrowolnie i otwierają się znowu przypadkowo. Przetoki, rozwijające się po zapaleniu otrzewnej ograniczoném ropném, leczą się przy odpowiedniém leczeniu najczęściej zupełnie. Przetoki, występujące po zapaleniu otrzewnej gruźliczém leczą się czasowo, dzieci jednakże umierają zwykle skutkiem cierpienia głównego. Znajdujemy często przetoki po zapaleniu ropném ograniczoném otrzewnej w pierwszym roku życia, natomiast zapalenie otrzewnej gruźlicze nie zdarza się (zwykle) w tym wieku. Leczenie podobnych przetok nie różni się od leczenia innych.

10. Rozszerzenia obrączki pępkowej. *Hernia umbilicalis adnata*. Przepuklina sznurka pępkowego—(tak też stan ten nazywają) zależy od niedokładnego rozwoju pokryw brzusznych,

skutkiem czego otrzewna nie jest od pochwy naczyń pępkowych (*amnion*) oddzielona. Otrzewna stanowi cienki worek, w którym leży żołądek, wątroba, kiszki i t. d. W ścianie tego worka przebiegają naczynia pępkowe. Gdy nieprawidłowość ta dosięga wysokiego stopnia, wówczas znajdujemy szparę brzuszłą i zupełne wyjście trzewiów na zewnątrz. Przepuklina ta nigdy nie bywa przedmiotem leczenia, ponieważ wszystkie podobne dzieci nie są zdolne do życia.

Przepuklina pępkowa nabyta (*hernia umbilicalis acquisita*). Przepuklina pępkowa nabyta powstaje zwykle skutkiem dłużej trwającego wzdęcia brzucha, przez wystąpienie otrzewnej przez rozszerzoną obrączkę pępkową, w którą wchodzi pętlice kiszki cienkich. Wielkość przepukliny pępkowej waha się od rozszerzenia tak umiarkowanego, iż wchodzi przez nie tylko ściana kiszki—aż do wielkości jabłka i większej jeszcze. Fałdy pępkowe są wygładzone, zamiast zagłębienia dołkowego znajdujemy wypuklenie ze ścięciem skóry tak, iż często się zdaje, jakoby powłoki za chwilę pęknąć miały. Nigdy jednakże tego nie spostrzegamy. Łatwą jest rzeczą odprowadzenie téj przepukliny, ponieważ kiszki łatwo wśród szmeru szczególnego wchodzi do jamy brzusznej. Przez to samo rozpoznajemy także cierpienie, które trudno zmieszać z jakimkolwiek innym. Co do leczenia zobacz str. 395.

## Choroby nerek i przewodów moczowych.

1. Zapalenie mięszone nerek, ostra choroba Bright'a (*morbus Brightii acutus*). Ostre zapalenie nerek ze znanymi zmianami anatomo-patologicznymi w ich częściach składowych zdarza się nader. rzadko w wieku dziecięcym jako cierpienie samodzielne, podczas gdy u dorosłych choroba ta stosunkowo dosyć często występuje pierwotnie. Za to niemniej często spostrzegana bywa w wieku dziecięcym jako cierpienie następcze szczególniej po płonicy, błonicy gardła i nozdrzy, rzadziej po odrze, ospie i durzycy. Najczęściej powodem jest płonica, która albo nie była zauważoną, albo też wysypka trwała przez czas tak krótki, np. przez kilka godzin w nocy, że nie mogła być spostrzeżoną. Zwykle następuje wówczas po pewnym czasie cechujące złuszczenie się blaszkowate, poczem już rozpoznanie żadnej nie ulega wątpliwości. Podobne wypadki spostrzegają się najlepiej, jeśli w licznej rodzinie wybucha płonica. Troje np. dzieci ulega téj chorobie w sposób zwykły, czwarte pozostaje

na pozór zdrowe, zapada jednak po upływie 2 do 3 tygodni na ostrą chorobę Bright'a. Jeśli jednak inne nie zakażone jeszcze dzieci przychodzą w zetknięcie z powyższem, to i one dostają płonicy. Trudniejszym jest rozpoznanie, gdy choroba Bright'a powstała po błonicy gardła. W praktyce niezbędnem jednak jest odosobnienie takiego dziecka, dopóki choroba nie ustąpi, ponieważ często niepodobna odróżnić od siebie spraw tych, w każdym razie w pewnym pokrewieństwie ze sobą będących. Ponieważ ostra choroba Bright'a najczęściej występuje po płonicy, jako cierpienie następcze, a nawet jest jednym z najczęstszych i najważniejszych jój następstw, przeto objawy takowej w innem miejscu będą rozpatrywane.

2. Przewlekła choroba Bright'a—przerodzenie mączkowate nerek. Nerka skurczona (*Schrumpfniere*). W rzadkich wypadkach ostra choroba Bright'a w wieku dziecięcym, np. po płonicy, przechodzi w postać przewlekłą. Miąższ nerki ulega wówczas wszystkim znanym zmianom anatomicznym. Białko w moczu utrzymuje się przez czas dłuższy w większym lub mniejszym stopniu; cylindry włóknikowe, początkowo obsadzone nabłonkiem lub też ciałkami krwi czerwonymi, ulegają przerodzeniu tłuszczowemu lub też otrzymują wygląd sadłowato-błyszczący (przerodzenie mączkowate), podczas gdy wśród okoliczności tych puchlina skóry znika, a dzieci znajdują się w stanie bezgorączkowym, nawet na pozór zdają się zupełnie zdrowi. Każda taka przewlekła choroba Bright'a może w każdej chwili uleść ostremu nawrotowi, a to w ten sposób, iż nowa ilość wysięku we włóknik obfitującego odkłada się w kanalikach skręconych. Każdemu takiemu nawrotowi towarzyszą objawy ostre, gorączka, powiększenie się ilości białka w moczu i nowe obrznięcia puchlinowe. Im częściej następują podobne nawroty, tém niebezpieczniejszemi stają się one, ponieważ już zawsze część miąższu nerkowego znajduje się w stanie stłuszczenia lub przerodzenia mączkowatego, a zatem do czynności już nie jest zdolną.

Podobna przewlekła choroba Bright'a, występująca również po przewlekłych cierpieniach stawów i kości, jest chorobą nader niebezpieczną, nie tylko ze względu na częste nawroty, z których każdy może zakończyć się śmiertelnie, lecz również z powodu tak często przy niej zdarzających się wypadków nagłej śmierci. Częścią z powodu mocznicy, częścią zaś z powodu ostro występującego obrzęku płuc, dzieci umierają nagle, pomimo iż np. przez pewien czas czuły się zupełnie dobrze. Należy przeto być zawsze nader ostrożnym z ro-

kowaniem, jeśli białkomocz i pozostałe objawy przewlekłej choroby Bright'a trwają przez czas dłuższy, zwracając uwagę osób otaczających na możliwość wypadku niespodziewanego. Podobne jednak wypadki kończą się też stanowczem wyzdrowieniem, bez pozostawienia jakiegobądź skłonności do powrotów. Wypadek ten ma miejsce szczególnie, gdy przewlekła choroba Bright'a przyłącza się do cierpienia kości i stawów. Jeśli cierpienie pierwotne się poprawia i przechodzi w wyzdrowienie, to i objawy cierpienia nerkowego powoli znikają.

Znika nawet i przerost lewej komórki serca, jeśli takowy się wytworzył, co jednak w wieku dziecięcym nader rzadko się zdarza. Leczenie podobnych przewlekłych cierpień nerkowych polega na podawaniu dobrych i lekko strawnych pokarmów mięsnych i mlecznych, w celu wyrównania strat przez wydzielanie białka ponoszonych, i na zalecaniu lekkich środków moczopędnych, które nerek nazbyt nie drażnią, rozumie się tylko wtedy, gdy wydzielanie moczu jest zmniejszonem. Bardzo dobre usługi oddaje w razach takich woda Karlsbadzka najlepiej rozumie się na miejscu używana. Podaje się codziennie ze źródeł Schlossbrunnen i Mühlbrunnen 15 grm. wody, dochodząc powoli do 30 gr. p. d., i zwracając ściśle uwagę na wydzielanie moczu. Przedłużone kąpiele letnie (26° R.) co drugi dzień stosowane działają dobrze, jako środek skórę podniecający.

Po kąpieli kładzie się dzieci do łóżka i daje im się nieco pożywienia. Nie potrzeba dzieci tych trzymać ciągle w łóżku, jeśli to nie jest zkądinnad koniecznem, owszem ruch umiarkowany na świeżem, niezbyt goracém powietrzu jest nawet korzystnym. Należy jednak dzieci ochronić od wszelkich nagłych zmian ciepła, ponieważ zmiany te nie tylko niekorzystnie wpływają na cierpienie nerek, ale również mogą łatwo wywołać zajęcie nieżytowe dróg oddechowych, które, nawet w małym stopniu, może mieć ważne następstwa.

Przewlekła choroba Bright'a przechodzi często w przerodzenie mączkowate mięszu nerkowego, w tak zwaną nerkę sadłowatą. Zdarza się nawet, że gdy choroba Bright'a pozornie kończy się wyzdrowieniem, pozostaje mały stopień przerodzenia mączkowatego. Stan ten jednak nerki rzadko jest odosobnionym w ciele, najczęściej spotykamy się wówczas i z przerodzeniem mączkowatém śledziony, wątroby, pęcherza moczowego i w mniejszym stopniu przewodu pokarmowego, szczególnie naczyń. Spotyka się je też nader często, bez poprzedzającego ostrego lub przewlekłego zapalenia, przy długu trwających ropieniach, przy krzywicy, przymiocie dziedzicz-



nym, białacze, uporczywój zimnicy i t. d. We wszystkich razach wymienionych można podejrzewać przerodzenie mączkowate, lecz dla określenia stopnia i rozciągłości jego nie ma punktu oparcia, zresztą zaś rozpoznanie jest nader trudne, ponieważ w moczu prawie żadnych zmian nie wywołuje. Inném, chociaż nader rzadkiem zejściem zapalenia mięszowego jest nerka skurczona. W skutek bujania tkanki łącznej, posiadającej skłonność do skurczenia się, giną kanaliki moczowe, a nerka otrzymuje wygląd ziarnisty. Torebka mniej łatwo daje się ściągnąć. Jeśli stan ten znajduje się z obu stron w wysokim stopniu, wówczas staje się zabójczym przez mocznicę, w wielu wypadkach znajdujemy nerkę skurczoną tylko po jednej stronie, tak iż nerka druga czynność jój na siebie przyjąć może.

Nerka skurczona spostrzega się częściej u starszych dzieci, zdarza się jednakowoż w rzadkich wypadkach i u ssawców, nie należy jój jednak mieszać z tak zwaną nerką zrazowatą, jaka prawidłowo bywa u noworodków, ponieważ stan ten niekiedy utrzymuje się przez czas dłuższy. Jeśli za życia przerodzenie mączkowate nerki zostało rozpoznaniem, to leczenie może być tylko wzmacniające.

3. Gruźlica i torbiele nerek. Są to stany, które jakkolwiek często się zdarzają, jednakowoż za życia zaledwie mogą być rozpoznane. Co do nowotworów, które zwykle są natury złośliwej, patrz rozdział o guzach brzusznych.

4. Za wał moczowy u noworodków. Ponieważ u noworodków poczyna się utlenianie z powstaniem wielu wytworów, a między niemi i kwasu moczowego, niezbędném przeto jest, aby istoty te znowu z krwi wydalonemi zostały. Kwas moczowy wydziela się po połączeniu z zasadami, ale ponieważ w pierwszych dniach życia nerka nie posiada dostatecznej ilości wody dla ich rozpuszczenia, przeto wytwory te osadzają się w piramidach w postaci czerwonego proszku, składającego się częścią z czystego kwasu moczowego (kryształki w postaci osełki lub téż rombiczne), częścią zaś z kwaśnego moczanu sody (kryształki igielkowate lub téż ułożone w gruzły). Na powierzchni rozkroju nerki piramidy przedstawiają zależne od mas tych czerwone prążkowanie, a z brodawek daje się łatwo wycisnąć płyn gęstawy z proszkiem tym zmieszany. Gdy mocz staje się płynniejszym, t. j. bogatszym w wodę, wówczas część rozpuszcza się w wodzie, część zaś na drodze mechanicznej zostaje wydaloną. Dla tego téż często znajdujemy u dzieci pieluszki pokryte czerwonym proszkiem. Przestraszeni rodzice uważają to często za krew, podczas gdy kwaśny zapach łatwo zdradza pochodzenie tego proszku. Stan

ten nie przedstawia nic szkodliwego i może wreszcie być uważany za fizyologiczny. Trwa on niekiedy dosyć długo, bo do 3—6 tygodnia. Ponieważ jednak przytrafia się też, chociaż bardzo rzadko, u dzieci nieżywo urodzonych, to zdaje się, iż musi posiadać jeszcze i inną jakąś przyczynę.

Cierpienia przyrzędów mocz odprowadzających.

1. Zapalenie miedniczek (*pyelitis*). Zapalenie kielichów i miedniczek nerkowych jest częstym cierpieniem wieku dziecięcego, które łatwo przeoczonem i za co innego wziętym być może. Trafia się ono wreszcie nader często przy oględzinach zwłok po chorobach napozór w żadnym z niem związku nie będących, np. u ssawców przy niezbytach kiszek, zapaleniach kiszek i t. d. Błona śluzowa kielichów i miedniczki jest umiarkowanie nastrzykniętą, narządy te są nieco rozszerzone i napełnione mętym i ropiastym moczem. Przy badaniu takiego moczu znajdujemy oprócz ciałek ropnych wielką ilość odpadłych cylindrycznych komórek nabłonkowych i moczan ammonu lub fosforan ammonomagnezowy. Zdaje się iż zgęszczony mocz, przy wielu ostrych cierpieniach przewodu pokarmowego, wywołuje podrażnienie błony śluzowej i staje się powodem stanu niezytowego.

Jeśli zapalenie miedniczek występuje jako cierpienie samodzielne, wówczas występują niektóre objawy poprzedzające, jak to bywa i przy innych cierpieniach ostrych, mogą nawet wystąpić wymioty tak iż możnaby pomyśleć, że inna jakaś choroba gorączkowa ma wystąpić.

Dzieci gorączkują umiarkowanie, ciągle, t. j. bez znacznych typowych nasileń, tętno jest przyspieszone, łaknienie małe, język obłożony, zapach nieprzyjemny z ust. Mocz jest mętny, ilość jego jest niezmnieszoną, ciężar jego właściwy nie jest również znacznie zmniejszony, odczyn jest słabo kwaśny lub neutralny, białko znajduje się w niewielkiej ilości. Badanie drobnowidzowe wykazuje prócz kryształków moczanu sody, umiarkowanej ilości ciałek ropnych i pojedynczych czerwonych ciałek krwi, obecność znacznej ilości nabłonków kielichów, miedniczki i t. d. Nabłonka nerek i cylindrów włóknikowych nie ma, jeśli miąższ nerki nie bierze udziału w cierpieniu.

Jeśli zapalenie ogranicza się jedynie miedniczką, to i wydzielenie moczu nie jest wcale utrudnionem, ponieważ jednak bardzo często cierpienie to połączone jest z ostrym niezłym pęcherza, przeto występują częste skurcze pęcherza, które mogą być nader bolesne. Wiskłający niezyt pęcherza rozpoznać można po znacznej ilości ropy i od-

padłych komórkach nabłonkowych pęcherza. Mocz taki łatwo tworzy osad, a często znajduje się w nim w połowie objętości ropa. Bardzo rzadko rozwija się z cierpienia tego mięszsowe zapalenie nerek. Okazałoby się to wystąpieniem znanych zmian w moczu i poczynająca się wodną puchliną skóry, której przy zapaleniu miedniczek nigdy nie ma. Tylko w rzadkich wypadkach spotykamy bolesność na dotknięcie w okolicy lędźwiowej, albo też dzieci skarżą się na tępy ból w okolicy nerek. Jednak objawowi temu nie należy przypisywać wielkiego znaczenia, ponieważ bóle podobne są często pochodzenia reumatycznego, lub też występują często u większych dzieci po ówczesnych gimnastycznych.

Przebieg zapalenia miedniczek jest zawsze pomyślnym, ponieważ dalsze choroby następne nie powstają. Trwa ono 8 dni do 3—4 tygodni, podczas których należy dzieci trzymać w łóżku tak długo tylko jak gorączkują. Później można im pozwolić ruch umiarkowany, nawet na świeżem powietrzu. Pożywienie winno być lekko strawne i składać się z rosółu, mleka i lekkich jarzyn. Mięsa należy przez kilka dni unikać. Dopiero gdy ilość ropy się zmniejszyła można podawać na w pół wypieczone mięsiwo. Unikać należy wszystkich ostrych środków moczopędnych, ponieważ takowe drażnią tylko nerkę. Dla rozcieńczenia moczu należy podawać w większej ilości wody mineralne (Preblau, Giesstübl i Ems Kränchen), a natomiast ograniczyć ilość wody zwyczajnej. Dzieci, które raz cierpiały na zapalenie miedniczek są bardzo skłonne do powrotów.

2. *Pyelitis calculosa*. Jeśli w miedniczce nerkowej i kielichach zbierze się większa ilość kamieni rozmaitego kształtu, to powstaje ropne zapalenie miedniczki, z znacznym nastrzyknieniem, spęcznieniem i spółchnieniem błony śluzowej. Jako zawartość znajdujemy prócz kamieni płyn krwisto-ropny, amoniakalny. Podobnie zachowuje się i mocz w pęcherzu. Przymiem miedniczka i kielichy są znacznie rozszerzone, a sama nerka ulega przekrwieniom zastoinowym lub też przejęta jest małymi ropniami przerzutowymi. U dzieci może się przy szczególnie pomyślnych warunkach zdarzyć, iż tego rodzaju kamienie nerkowe wychodzą, lub też zatrzymują się w cewce moczowej, z której łatwo mogą być wydobyte.

Postać ta zapalenia miedniczki bardzo często zdarza się tylko po jednej stronie, ponieważ właśnie po jednej stronie znajdują się kamienie nerkowe. Jeśli jednak rozwija się ropne zapalenie miedniczek ze znacznym rozszerzeniem miedniczek i kielichów i następczemi sprawami zapalnymi w istocie korowej nerek, z powodu kamieni

pęcherzowych, i dzieci giną w skutek téj choroby, wówczas znajdujemy zwykle zmiany z obu stron dosyć jednostajnie rozprzestrzenione.

W podobnych razach nasilenie spraw zapalnych i ich następstwa zależnemi są przedewszystkiem od czasu trwania kamieni pęcherzowych i od rodzaju kamieni—przy kamieniach z moczanu ammonu, od stanu błony śluzowej pęcherza. Im większem jest szczególnie obrzmienie i zapalenie błony śluzowej w dnie pęcherza, im bardziej zatem utrudnionym jest odpływ moczu przez zamknięcie otworów moczowodów, tém więcej kielichy i t. d. będą rozszerzone.

Przeciwno tego rodzaju zapaleniu miedniczek jedynem leczeniem jest usunięcie kamieni pęcherzowych, po którym zdaje się jakoby stan dzieci znacznie się poprawiał.

3. Wodna puchlina nerki (*hydronephrosis*). Puchlina nerki dosięga, jak to wzmiankowano już przy opisie guzów brzusznych, znacznej wielkości i najczęściej jest jednostronna. Może ona już tego jedynie powodu być tylko jednostronna, szczególnie przy wyższych stopniach cierpienia, iż druga nerka już wcześniej musi przyjąć na siebie czynność cierpiącej, gdyż w przeciwnym razie życie byłoby bezwarunkowo zagrożonem. W ten sposób puchlina nerki może dosięgnąć znacznej wielkości, zdarzają się nerki zamienione w worki wielkości głowy dorosłego człowieka dochodzące.

Przyczyny rozszerzenia polegają wszystkie na utrudnionym odpływie moczu do pęcherza, cewki moczowej lub na zewnątrz. We wszystkich tych miejscach może się znajdować zaporą. Różnaitne inne przyczyny po za drogami moczowemi znajdujące się, a uciskiem swym też same skutki wywołujące, nie różnią się od tych, jakie spotykamy u dorosłych.

Wrodzona puchlina wodna nerki jest często do tak wysokiego stopnia posunięta, iż może stanowić ważną przeszkodę przy rodzeniu się dziecka, nie jest ona jednak bezwarunkowo śmiertelną, a nawet może po porodzie się powiększać i ze skutkiem być operowaną. Do tego jednak wymagają się następujące warunki. Po pierwsze nie powinno występować czasowe samodzielne opróżnianie się worka, gdyż w takim razie przekłócie, resp. wstrzykiwanie mogłoby być szkodliwem, dalej nie powinno być objawów mocznicy, druga zatem nerka winna być zupełnie zdtną do czynności swój, i nareszcie należy przed wstrzykiwaniem wykonać przekłócie próbne w celu upewnienia się co do rozpoznania. Ponieważ przy przekłóciu i wstrzyknięciu nie potrzeba ranić otrzewnej, a wchłonięcie rozłożonych wy-

tworów zapalnych ze strony tęgiego, prawie włóknistego worka nie jest łatwém, przeto rękoczyn może być przedsięwziętym bez wszelkiej obawy. Sposstrzega się zwykle znaczne zmniejszenie się worka.

4. Nieżyt pęcherza. Rzadko bywa spostrzegany jako cierpienie pierwotne i to tylko u większych dzieci. Powstaje on wskutek wytworzenia się kamieni w pęcherzu lub też, jak już nadmieniono, towarzyszy zapaleniu miedniczek.

Pominąwszy już objawy ze strony kamieni, nieżyt pęcherza jest cierpieniem bardzo nieprzyjemném, ponieważ występujące skurcze pęcherza nie tylko często się powtarzają, lecz również są bardzo bolesne.

Rzadko nieżyt pęcherza przybiera przebieg przewlekły, ponieważ najczęściej ustępuje po stosunkowo krótkim czasie.

Mocz ma tylko w razie obfitego wydzielania śluzu odczyn zasadowy, zresztą zaś jest najczęściej neutralny, lub w wielu wypadkach słabo lub mocno kwaśny.

Jeśli pozostawić mocz w wysokiem naczyniu sklanném, wówczas tworzą się dwie warstwy, a w dolnej mętnej warstwie znajduje się śluz, ropa, a niekiedy i trochę krwi. Obecność śluzu rozpoznaje się po wielu nitkach i kłaczkach pozostających po zlaniu płynu. Wygodny odczyn na śluz otrzymujemy po dodaniu małej ilości potażu i kilkakrotném zmieszaniu. Śluz tworzy wtedy przezroczystą masę galaretowatą.

Badanie drobnowidzowe wykazuje obecność licznych komórek ropnych, komórek nabłonkowych pęcherza, czerwonych ciałek krwi i stosownie do okoliczności kryształków moczanu ammonu lub fosforanu ammonomagnezyowego.

Mocz należy codziennie zbierać i odstawiać w miejscu spokojném. Jeśli mniej się tworzy osadn, to zmniejsza się też i sprawa niezbytowa na błonie śluzowej pęcherza.

Co się tyczy leczenia niezytu pęcherza, powołujemy się na to co podaném zostało przy zapaleniu miedniczek, ponieważ przy obu cierpieniach leczenie jest dosyć jednostajném. Jedno tylko nadmieniamy, że u dzieci, szczególniej młodszych należy się wstrzymać z wstrzykiwaniem płynów drażniących lub ściągających, najczęściej bowiem dochodzi się do celu trzymając się metody wyczekującej.

5. Skurcz pęcherza (*spasmus vesicae*). Większe dzieci zwykle nie cierpią na tę chorobę, chyba jeśli istnieje jakieś istotne cierpienie pęcherza. Skurcz pęcherza bez dalszego cierpienia błony

śluzowej zdarza się nie tak rzadko u ssawców, w dawniejszych czasach nawet baczniejszą nań zwracano uwagę.

Skurcz pęcherza rzeczywiście bywa spostrzeganym i jest nader bolesnym, tak iż niemowlęta mocno wykrzykują, sinieją na twarzy i widać się z przykurczonymi nóżkami, przychodzi nawet do pojedynczych lub ogólnych drgawek mięśniowych.

Skurcze pęcherza powtarzają się kilkakrotnie w ciągu dnia, a przyczyną ich jest albo zbyt kwaśny odczyn moczu, który drażni błonę śluzową pęcherza, lub też gdy odpływ moczu jest utrudniony przez lub powiększoną wydzielinę błony śluzowej części rodnych. To ostatnie szczególnie ma miejsce u dziewcząt u których otwór cewki moczowej często założony jest przez szklaną masę śluzową. Lecz i u chłopców odpływ moczu może być utrudniony przez zebranie się wydzieliny napletka, jeśli ten ostatni jest wązkim.

Jeśli liczne nierozpuszczone cząstki kwasu moczowego znajdują się w moczu, to i one mogą wywołać skurcz pęcherza. Rozpoznanie jednak „skurczu pęcherza“ bez powodującego go innego cierpienia nie jest łatwem, ponieważ objawy jego mają wielkie podobieństwo do objawów zwyczajnej kolki przez wiatry wywołanej. Można zatem tylko po ścisłem rozważeniu wszystkich okoliczności, dotyczących przyczyn obu chorób, rozpoznać która z nich rzeczywiście ma miejsce. Dalej niezbędnem jest wykluczyć z pewnością kolkę brzuszną, co np. u dziecka ośmiodniowego sztucznie karmionego przetworami krochmalnymi, zaledwie byłoby możliwem. Leczenie takiego skurczu pęcherza polega na zastosowaniu ciepłych okładów na okolice pęcherza i podawaniu przetworów makowca (1 kropla nalewki makowca na 100,0 grm. wody), do wewnątrz lub w postaci lawatyw. Do wewnątrz dajemy tej mieszanki co 2 godziny po pół łyżeczki od kawy. Na lawatywę bierze się 3—4 łyżek stołowych. U tak małych dzieci należy być bardzo ostrożnym z podawaniem przetworów makowca. Rozumie się, iż zewnętrzne części rodne winny być utrzymywane w czystości, jeśli okaże się że powiększona wydzielina błony śluzowej jest przyczyną skurczu pęcherza.

6. *Mimowolne moczenie nocne (Enuresis nocturna)*. Moczenie mimowolne jest cierpieniem polegającym na niedokładnem unerwieniu pęcherza, przy którym jednak i przedstawienia fantazyjne mogą być czynnikiem współdziałającym. Przy tej chorobie nie ma się do czynienia z ciągłym odpływaniem moczu, jakie wywołanem bywa przez porażenie pęcherza, np. u idiotów, lecz przeciwnie dzieci zdają się być zupełnie zdrowe, za dnia mogą bardzo do-

brze wstrzymywać mocz, tylko w nocy już po kilku godzinach oddają mocz do łóżka, bez wszelkiej o czynie tym świadomości. Choroba ta znika zwykle z nastąpieniem okresu dojrzewania a najczęściej jeszcze wcześniej. Poczyna się ona dopiero w 2—3 roku życia. Moczzenie to następuje albo wskutek tego, iż pęcherz prędko doznaje uczucia przepełnienia, zatem „wskutek pewnego rodzaju nadczułości w czasie mocnego snu“, lub też działają tu obrazy senne, a zatem bardzo żywe przedstawienia fantazyjne, które wywołują skurcz pęcherza prawidłowo unerwionego. Przymót sen przed i po moczeniu jest tak mocny, iż dzieci wcale sobie tego nie przypominają. Moczzenie mimowolne jest cierpieniem nader nieprzyjemnym, a to z powodu, iż bielizna pościeli ciągle wala się moczem, i przytem dzieci pozostawają godzinami w moczu prędko rozkładającym się, co rozumie się wywiera wpływ szkodliwy na zdrowie. Zresztą zaś moczzenie to samo przez się nie jest szkodliwém. Dzieci, u których spotykaném bywa, są zwykle zupełnie zdrowe, u niektórych tylko znajdujemy niedokrwistość, cierpienia gruczołów i t. d. Moczzenie nocne nie powinno być nigdy karane, gdyż chociaż dzieci się obawiają i strzegą, jednak nieszczęście na nowo się powtarza. Nie należy dawać dzieciom wieczorem obfitego napoju, nie dozwalać im udawać się wcześniej na spoczynek, a po 2 lub 3 godzinach należy je obudzić dla oddawania moczu. Przymót korzystném jest zmieniać położenie, nie dozwalając im leżeć na grzbiecie. Dla czego położenie na grzbiecie przyczynia się do wywołania moczenia nocnego nie wiadomo, tenże sam jednak wpływ wywiera ono na odpływ nasienia (*pollutiones*). Użycie wyciągu z wilczej jagody (*Extr. bellad.*), aż do rozszerzenia źrenicy, bardzo jest zachwalane. Niekiedy też moczzenie mimowolne przez kilka dni wcale nie następuje. Wyciąg z wilczej jagody podawany bywa w dawkach od 0,001 do 0,005 (gr.  $\frac{1}{50}$ — $\frac{1}{10}$ ) 3—4 razy dziennie. następuje wpływ na źrenicę, środek należy odstawić.

Widziano również skutki od użycia azotanu strychniny (*strychnin. nitricum*), lecz nie zawsze. Można podawać środek ten tylko w milligrammach np. *Rp. Strychn. vitr. 0,001 (gr.  $\frac{1}{50}$ )*, *Sacchari albi 10,0 (3 ijs)* *M. ut f. pulv. et div. in dos. aeq. N. XX.* Na noc 1 proszek. Najlepsze jednak i najpewniejsze skutki dają się osiągnąć przy użyciu metodyczném zimnych obmywań. Należy dzieci dobrze wytrzeć na całym ciele gąbką zmoczoną w wodzie przy 18°R. Środek ten działa jako bodziec mocno drażniący skórę, a skutki już osiągnięte zachęcają do dalszego zastosowania.

7. Niemożność wstrzymania moczu. (*Incontinentia urinae*). U idiotów z objawami porażenia jak również w niektórych wypadkach zбоcezeń umysłowych spostrzega się mimowolny odpływ moczu. Zdarza się to jednak bardzo rzadko a w zбоczeniach umysłowych tylko przemijająco. Częściej zato bywa ciągły odpływ moczu przy niedokładnym rozwoju zwieracza pęcherza przy rozszczepieniu wypustu cewki moczowej. Spostrzega się zбоczenie to szczególnie często u dziewcząt. Jest ono połączone ze zбоčeniem w częściach rodnych zewnętrznych. Wargi mniejsze nie schodzą się dla utworzenia spojenia przedniego a przebiegają równoległe z obu stron, pozostawiając ku górze przestrzeń wolną, stanowiącą ujście cewki moczowej rozszczepionej, to jest pozbawionej ściany przedniej. Zwieracz pęcherza jest również zarodkowy, tak iż tylko mała część moczu może być zatrzymywana w pęcherzu. Mocz zatem zostaje wydalony małemi na raz ilościami. Przez ciągłe odpływanie moczu skóra zostaje obnażona, mocz rozkłada się, a dzieci cierpią widocznie z powodu zapachu moczowego, jakim wszystkie przedmioty są przejęte. Noszenie naczynia mocz zbierającego zaledwie jest możliwem w wieku dziecięcym, można jedynie spodziewać się skutku po operacyi plastycznej, widoki jednak nie zupełnie są pomysne z powodu, iż operacye plastyczne w ogóle nie bardzo się udawają na błonach śluzowych. Dzieci takie zwykle nie żyją bardzo długo, ponieważ ulegają bardzo często rozmaitym cierpieniom wśród przebiegu choroby téj zjawiającym się.

8. W y n i c o w a n i e p ę c h e r z a (*inversio vesicae*). Wycinowanie pęcherza przy otwartej ścianie brzusznej nieradko w rozmaitym stopniu spostrzeganiem bywa, lecz dzieci takie w większości wypadków są niezdadne do życia. Znajdujemy w takim razie pod pępkiem czerwony podługowaty guz, wstanie zapalenia będący, w którym można rozpoznać ujścia obu moczowodów. Przytém zwykle znajdują się jeszcze inne zбоczenia na prąciu lub częściach rodnych kobiecych. Jeśli to ma miejsce, to dzieci wkrótce umierają. Noszenie naczynia mocz zbierającego, jeśli takowe może być przymocowane, winno być zaraz zastosowane.

9. K a m i e n i e w p ę c h e r z u. Rozpoznawanie kamienia w pęcherzu może nastąpić tylko po zbadaniu za pomocą zgłębnika, wszystkie inne zaś objawy prowadzą jedynie do przedsięwzięcia tego badania. Kamienie w pęcherzu spostrzegają się szczególnie u chłopców i dochodzą często do znacznej wielkości. Najczęściej spotykamy kamienie złożone z moczaau ammonu, rzadziej kamienie z samego



kwasy moczowego lub szczawowego. Wszystkie inne kamienie należą do rzadkości. Najważniejsze objawy wskazujące obecność kamienia są: bóle w szyjce pęcherza przy chodzeniu, siedzeniu i t. d., przy moczeniu, nagłe przerwanie się strumienia moczu, ciągle pocieranie członka, przezco takowy ulega przerostowi i t. d. Oznaki te dozwalają przypuszczać obecność kamienia i nakazują badanie za pomocą zgłębnika. Jeśli kamień został zgłębnikiem wykryty, należy jaknajprędzej przystąpić do rękoczynu. Młodość dziecka, przypuszczając iż takowe zresztą jest zdrowe, nie stanowi przeciwwskazania dla operacji. Przeciwnie przebieg operacji jest w wieku dziecinnyim bardzo pomyślnym. Co do reszty musimy się odwołać do dzieł chirurgicznych.

## Choroby narządów płciowych z wyjątkiem przymiotu.

### A. U chłopców.

1. **M o s z n a.** Na mosznie spotykamy wiele spraw chorobnych i zboczeń wrodzonych, które bardzo są do siebie podobne i dla tego łatwo mogą być ze sobą pomieszane.

Jeśli oba jądra pozostają w kanale pachwinowym, wówczas znajdujemy worek mosznowy próżny, co jednak niezawsze łatwo daje się stwierdzić, ponieważ często bywa mocne obrzmienie surowicze. Przekonawszy się o nieobecności jąder w mosznie, należy szukać takich jąder w okolicy kanału pachwinowego, gdzie też zwykle odkrywa je się w postaci małych okrągłych ciał. Często jedno jądro leży jeszcze w jamie brzusznej, znalezionem zatem być nie może. Niezsuniecie się jąder (*cryptorchismus*) rzadko utrzymuje się do okresu dojrzałości, zwykle jądra powoli obniżają się, a mianowicie jeśli powodem niezsunięcia się była krótkość przewodu nasiennego (*vas deferens*). Przy wzrastaniu dzieci przewód ten przedłuża się, a jądro zstępuje na właściwe sobie miejsce. Jeśli przyczyną niezsunięcia się jądra są zrosty spowodowane przez błony rzekome otrzewni, to i jądro najczęściej pozostaje na dawnym miejscu. W przewodzie nasiennym spotykamy również niektóre zbożenia, ścisła ocena których niezbędną jest dla należytego określenia położenia obu jąder. Są one następujące:

a) Wyrostek pochwoy otrzewni (*prooessus vaginalis peritoneae*) pozostaje otwarty. Przedłużenie to otrzewni, jeśli jest otwarte, zawiera albo płyn surowicy (wrodzona wodna puchlina jądra — *hydrocele congenita*), lub też pętlice kiszek (wrodzona przepuchina pachwinowa — *hernia inguinalis congenita*), albo też obydwie stany te są ze sobą połączone.

O obecności wodnej puchliny jądra można się łatwo przekonać po przeświecaniu, uczuciu przelewaniu i możności wepchnięcia płynu do jamy brzusznej. Przytem należy zawsze starać się określić obecność i położenie obu jąder. Przepuklinę pachwinową można łatwo rozpoznać po właściwym cierpieniu temu objawach.

b) Jeśli wyrostek pochwoy otrzewni nie zupełnie się zamyka, a mianowicie jeśli przy obecności płynu surowiczego część tylko ścianek wyrostka zarasta, wówczas powstaje puchlina wodna otorbiona, torbiel, która wyczuwa się wzdłuż sznurka nasiennego jako guz okrągławy, mocno naprężony, wielkością wiśnię przechodzący. Torbiel tego rodzaju na sznurku nasiennym, a w rzadkich wypadkach może ich być kilka, można łatwo przyjąć za jądro, jeśli to ostatnie jeszcze w kanale pachwinowym się znajduje. W takim razie należy dokładnie zbadać położenie tych narządów, gdyż w przeciwnym razie bardzo łatwo o pomyłkę. Przeświecanie stanowi znak najlepszy, służący do rozpoznawania zboczeń powyższych.

c) Wodna puchlina jądra przy już zamkniętym wyrostku pachwinowym otrzewni. Jest to nagromadzenie się płynu surowiczego w powłoce jądra, częścią wrodzone, częścią zaś nabyte. Dochodzi niekiedy do znacznej wielkości — do wielkości małego jabłka — i tylko w rzadkich wypadkach znajduje się w wysokim stopniu po obu stronach. Puchlina jądra spotyka się często w małym stopniu, tak iż za ledwie daje się wyczuć, a jest cierpieniem tak częstym, że prawie trzecia część chłopców mu ulega. Wodną puchlinę jądra łatwo się rozpoznaje za pomocą znanego sposobu badania, a nieprzesuwalność płynu odróżnia ją od wymienionych powyżej podobnych doń cierpień.

d) Przepukliny mosznowe, resp. pachwinowe już pokilkakroć wzmiankowane zostały. Ich rozpoznanie i odróżnienie od innych wymienionych powyżej stanów jest łatwym.

Niektóre tylko z tych cierpień wymagają leczenia. Przeciwno niezsunięciu się jąder nie przedsięwziąć nie można a należy wszystko pozostawić czasowi. W większej liczbie wypadków wytwarza się

stan prawidłowy. Otwarty wyrostek pochwowy otrzewni zamyka się sam w wielu razach, mianowicie zaś przepuklina pachwinowa wrodzona często ustępuje, jeśli zaś to nie następuje, to należy zawczasu zastosować odpowiedni pasek przepuklinowy, który jednak winien być codziennie ściśle nałożony, gdyż w przeciwnym razie więcej szkodzi niż przynosi korzyści. Leczenie wodnej puchliny jądra przy otwartym wyrostku pochwowym otrzewni jest także same, jak przy zamkniętym, tylko przy rękoczynie należy się wystrzegać wniknięcia wstrzykniętego płynu do jamy brzusznej. Przy otorbionej wodnej puchlinie jądra wystarcza często zwyczajne przekłócie, a płyn już się nie zbiera na nowo. Nabyta wodna puchlina jądra znika w wielu nawet cięższych wypadkach sama z siebie, a cięcie rdzenne w wieku dziecięcym nigdy nie jest potrzebne, zawsze bowiem cel zostaje osiągnięty przez samo przekłócie lub wstrzykiwanie płynów lekko ściągających, jako to: wina czerwonego, wysokoku, mocno rozrzedzonej nalewki jodowej. Zresztą i tu musimy się odwołać do podręczników chirurgicznych.

2. P r ą c i e. Zboczenia spotykane tu odnoszą się do przebiegu cewki moczowej i napletka. Cewka moczowa może być rozszczepiona na całą długość, lub też ujście jej nie znajduje się w żołądździ, a na przebiegu prącia w postaci otworu okrągłego lub szczeliny na przedniej stronie prącia — *Epispadiaeus* — lub na dolnej jego stronie — *Hypospadiacus*. Oba te stany mogą bardzo dobrze być znoszone, jeśli tylko niema innych zboczeń, lecz terapia jest w obec nich zupełnie bezsilna. U niektórych potworów ujście kiszki odchodowej znajduje się w cewce moczowej. Napletek może być zlepiony z żołądździą za pomocą luźnych warstw komórkowych, tak iż nawet w razie należytej szerokości może być tylko siłą odprowadzony. Zlepienie to komórkowe pozostaje bez szkody do wieku późniejszego, kiedy komórki cechy naskórka nabierają, a wówczas zlepienie samo ustępuje. Napletek może być tak ciasnym, iż odpływ moczu jest prawie utrudniony. Jeśli temu nie zaradzić na drodze mechanicznej a nawet krwawej, to może nastąpić zastój moczu, który może nawet doprowadzić do rozszerzenia dróg moczowych. Przy tak ciasnym napletku i nieco powiększonym wydzielaniu łożu napletkowego, może nastąpić zapalenie napletka i żołądździ — *balanitis* — które może pociągnąć za sobą znaczne obrzmienie napletka. Jeśli napletek jest długi i ciasny to stan ten oznacza się nazwą stulejki (*phimosis*), jeśli zaś napletek odprowadzony uciska żołądźdz to stan ten nazywa się załupkiem (*para-*

*phimosis*). Leczenie obu należy do chirurgii. Wspomnieliśmy o nich dla tego, iż wiele matek obawia się, czy nie ma w tym razie zakażenia przyniotem, co jednak nie ma miejsca. Za to stany te często powstają przy smogwałcie i innych doświadczeniach, jakie chłopcy zwykli wykonywać z członkiem.

### B. U d z i e w c z ą t.

Znaczniejsze cierpienia spotykają się w sromie niewieścim, które jednak dla lekarza dziecięcego są nader ważne. Wiele zbroczeń już było wspomnianych np. przy zbroczeniach cewki moczowej, jak również ujście kiszki prostej znajdujące się w cewce moczowej. Należy jeszcze wspomnieć o niektórych nieprawidłowościach.

1) Zlepianie komórkowe w arg m n i e j s z y c h spostrzeganém bywa tak samo jak u chłopców między napletkiem a żołądźką. Jest ono albo całkowitem, albo téż pozostaje jeszcze otworek tak mały, że odpływ moczu jest możliwy, lub téż nareszcie zlepianie znajduje się w postaci mostka. Wyjątkowo spotyka się zlepianie komórkowe warg sromnych większych, z tak małym otworem, że mocz jeszcze może odpływać. Stan ten bywa zwykle przeoczony, jeśli nie ma zamknięcia zupełnego. Najczęściej odciągnięcie warg od siebie wystarcza do oddzielenia, w przeciwnym razie należy błonkę przeciąć nożem główkowatym po wprowadzeniu zgłębnika. Krwawienie jest nader małe, a zrośnięcie powtórne nie ma miejsca.

2) Wypływ z otworu sromnego (*blennorrhoea vulvae*). Cierpienie to jest częstém u dziewcząt i bywa spostrzeganém, szczególnie między 2 a 10 rokiem życia. Jest ono cierpieniem niewinném i pochodzenie ma po większej części wspólne z tak często zdarzającym się u dzieci wypływem z uszu i nosa. Są to najczęściej dzieci blade, krzywiczne, żółtawate, które nań zapadają. W rzadkich wypadkach zdarza się u dziewcząt zdrowych zresztą i silnych.

Choroba ta polega na wydzielaniu większej ilości płynu śluzowego a nawet gęsto ropnego na powierzchni błon śluzowych wszystkich części składowych sromu niewieściego. Wydzielina jest bardzo często obfita, tak iż bielizna bywa mocno zwalana. Jeśli dzieci trzymają się czysto, to wydzielina nie sprowadza obnażeń ani téż wytworzenia się tworów lepięzowatych w koło sromu lub otworu stolcowego. Jeśli zaś dzieci nie utrzymywane są w czystości i rzadko zmieniają bieliznę, to części otaczające zostają obnażone w skutek działa-

nia drażniącego zeschniętej wydzieliny, i w końcu wytworzyć się mogą znaczne owrzodzenia nieżytowe, przy których jednak gruczoły nigdy nie przyjmują większego udziału. Chociaż owrzodzenia te łatwo otrzymują nieprawidłowe brzegi, to jednak łatwo je odróżnić od pierwotnych wrzodów przymiotowych (nabytych). Wydzielina sromu ma jednak własność przenoszenia samej choroby. Lecz z tego nie należy jeszcze wyprowadzać wniosku o jej swoistości. Musimy na to tém większy położyć nacisk, iż wielu rodziców jest zdania, iż musiało mieć miejsce spółkowanie, i że bez niego dziecko nie mogłoby nabyć tej choroby.

Leczenie podobnego wypływu polega, przy zachowaniu największej czystości, codzienną zmianie bielizny, na użyciu środków lekko ściągających, zimnych obmywań, kąpeli siedzeniowych z wody zimnej lub odwaru kory dębowej (200,0 grm., czyli 7 uncyj przez godzinę gotowanych na jedną kąpiel siedzeniową). Leczenie wymaga wielkiej ścisłości i uwagi, jednakowoż zwykle dochodzi się do celu chociaż nie wcześniej jak po 6—8 tygodniach. Skłonność do powrotów pozostaje jednak zawsze u dzieci niedokrwistych i żółzowatych.

3. Błonica sromu (*diphtheritis vulvae*). Pierwotnie i jako objaw ogólnej błonicy spostrzeganem bywa zapalenie błonicowe warg większych i mniejszych, które przytem ulegają na znacznej przestrzeni zniszczeniu. Cięższe nieco wypadki kończą się najczęściej śmiercią, tylko gdy cierpienie w słabszym rozwija się stopniu, następuje opadnięcie części błonicowych. Leczenie jest miejscowem i ogólnem i nie różni się od leczenia błonicy gardła.

Dodatek. Zastój mleka (*galactostasis*) — zapalenie gruczołu sutkowego u noworodków (*mastitis neonatorum*). Gruczoł sutkowy jest jednakowo rozwinięty u nowo-narodzonych chłopców i dziewcząt i w wielu wypadkach wydziela niemałą ilość mleka. U chłopców zanik gruczołu poczyna się dopiero w wyższym stopniu w okresie dojrzałości płciowej. Zastój mleka zanika zwykle sam, szczególnie jeśli codziennie ostrożnie wyciskać niewielkie jego ilości. Jeśli zaś obchodzić się nieostrożnie z gruczołem, zwykle nieco naprzężonym, to takowy ulega zropieniu i dochodzi do wytworzenia się ropnia gruczołowego, który należy otworzyć, bez uszkodzenia brodawki sutkowej. Można rodzicom pozwolić pokryć gruczoł sutkowy zawierający mleko powłoką ze zwyczajnego tłuszczu.

## Choroby skóry natury niespecyficznej.

Przy niniejszym opisie chorób skóry nie należy oczekiwać podziału ściśle dermatologicznego; jest to rzecz niemożliwa; tu bowiem opisujemy te tylko choroby skórne, które przytrafiają się w wieku dziecięcym. Właśnie też dla przyczyny dopiero co wymienionej większa część chorób skórnych nie wchodzi w zakres niniejszego działu.

Prócz tego pewna grupa z pomienionych chorób, a mianowicie wysypki ostre (*exanthemata acuta*), do tego stopnia ważne miejsce zajmują w całym tym dziale chorób, że reszta chorób skórnych z bardzo małym wyjątkiem stoi na drugim planie. Pedyatra o tyle tylko koniecznie rozpoznaje musi pewne inne wysypki, jak pokrzywkę (*urticaria*), różyczkę (*roseola*) i t. d., aby takowe mógł na pewno odróżnić od wysypki ostrzej (*exanthema acutum*).

Zresztą ścisły podział dermatologiczny nie da się tutaj przeprowadzić i z tego powodu, że ostre wysypki dla pedyatry mniej ważne są ze stanowiska ich umiejscowienia na skórze. Przeciwnie zaś lekarz chorób dziecięcych głównie zapatruje się na owe ostre wysypki, jako na ostrą chorobę wewnętrzną. I rzeczywiście zwróciwszy uwagę na to, co wiemy odnośnie płonicy (*scarlatina*) i odry (*morbilli*), znajdziemy, że przy tych chorobach u wszystkich osobników zupełnie tak samo cierpią w sposób swoisty narządy wewnętrzne, jak skóra. Co się zaś tyczy objawów, jakie towarzyszą owym chorobom, mamy tu na myśli gorączkę, choroby następce i t. d., to odnośnie takowych jakoteż całego przebiegu musimy koniecznie dojść do wniosku, że pomiędzy owymi wysypkami ostremi, a innymi ostremi chorobami—jak tyfusem, zapaleniem płuc, zapaleniem opon mózgowych—istnieje bardzo wielkie podobieństwo.

Z tego, co powiedziano, wypada, że ostre wysypki—odnośnie pedyatry—możnaby najzupełniej słusznie wykluczyć z działu chorób skórnych, a pomieścić je, na przykład, w części, traktującej o chorobach krwi ogólnych. Wszelako opisujemy ostre wysypki na tem miejscu dla łatwiejszego zrozumienia pozostałych chorób skórnych; w przeciwnym bowiem razie musielibyśmy w różnych miejscach niniejszego dzieła powtarzać wszystko to, co się odnosi do zachowania się i wyglądu wysypek, a mianowicie ich podobieństwa i różnicy.

Przymiotowe cierpienia skóry pominęliśmy tutaj; przy nich bowiem głównie nam idzie o choroby odziedziczone, a nie o zali-

czenie danego cierpienia skóry do tego lub owego układu dermatologicznego.

## A. Wysypki ostre.

### *Exanthemata acuta.*

Wszystkie wysypki ostre odznaczają się niektórymi wspólnymi cechami, o których tutaj wspomnieć należy.

Nie stanowią one chorób przeważnie wieku dziecięcego; dość często bowiem napotykamy je u osób dorosłych. Należy wszakże pamiętać o tem, że wiek dziecięcy posiada szczególniejszą skłonność do tych chorób. W wieku zaś dojrzałym zmniejsza się bardzo znacznie pomieniona skłonność do niektórych z tych chorób wysypkowych, jak np. do odry i płonicy.

Skłonność do pomienionych chorób zmniejsza się bardzo znacznie, jak skoro dany osobnik już raz je przechodził. Z tego też powodu wysypki ostre (*exanthemata acuta*) zwykle raz jeden tylko nawiedzają człowieka. Wszelako istnieje pod tym względem w obserwacji lekarskiej mnóstwo wyjątków; dość często bowiem zdarzały się wypadki, w których ta sama osoba niewątpliwie dwa razy przechodziła jedną z chorób wysypkowych ostrych, a nawet widziano trzy razy występującą ospę u jednego i tegoż samego osobnika.

Chorób wysypkowych ostrych z innego jeszcze powodu nie należy uważać za cierpienia właściwe li tylko wiekowi dziecięcemu; gdyż np. ssawce odznaczają się pewną odpornością względem płonicy, a w mniejszym stopniu względem odry.

Wszystkie wysypki ostre są w wysokim stopniu zaraźliwe. Zaraźliwość ich występuje nie tylko przy bezpośrednim zetknięciu z osobą chorą, ale czynnik zakaźny, zarazek, działa w sposób pośredni; przenosić się bowiem może z jednych osób na drugie przez dotknięcie lub używanie odzieży i t. d. Czy zarazek może być przeniesionym za pomocą osób trzecich, tego na pewno nie wykazano; wszelako spodziewać się należy, że prawdopodobnie możliwym jest ten sposób zarażenia.

Zachodzi pytanie, w jakich narządach lub w jakich wydzielinach tkwi ów zarazek. Wyznać trzeba, że tego dla wszystkich wysypek ostrych z pewnością nie znamy. Jak również mało dotychczas wiemy, w jakiej formie występuje zawsze zarazek, a mianowicie

czy takowy jest stałym, czy gazowym. W tym względzie znane nam są tylko niektóre oddzielne fakty. I tak wiadomo np., że zarazek odrowy tkwi w wydzielinie błony śluzowej i że, przeniósłszy taką wydzielinę na błonę śluzową nosa, gardzieli lub na łącznicę osoby zdrowej, jesteśmy w stanie odrę wywołać. Zarazek płonicy na początku choroby prawdopodobnie wydziela się z ciała za pomocą wydychanego powietrza jako ciało gazowe i na téj saméj drodze, t. j. przez oddychanie nim, może płonicę wywołać u innych osób. Wiadomo oprócz tego, że zarazek płonicy jako też i odrowy znajdują się w łuskach skóry (*desquamatio*) i że za pomocą nich udzielać się może rozmaitym osobom. Zarazek ospowy znajduje się przeważnie w zawartości płynnej pęcherzyków ospowych (*pustula variolosa*). Wprowadziwszy małą część tego płynu pod naskórek, wywołać można nietylko miejscową, ale ogólną wysypkę ospową (patrz: szczepienie). Przyznać wszakże wypada, że bardzo dużo i to niezmiernie ważnych kwestyj w tym względzie znajduje się dla nas dotychczas jeszcze w grubéj pomroce. Najzupełniej nic nie wiemy o tém, w jaki sposób działa ów zarazek na krew, wcale nie znamy dalszych przemian owego zarazka podczas różnych okresów choroby.

Choroby wysypkowe ostre pojawiają się albo sporadycznie, albo epidemicznie. W wypadkach sporadycznych siła zaraźliwości bynajmniej nie bywa mniejszą pod żadnym względem, aniżeli podczas epidemii. Jakie przyczyny sprzyjają epidemicznemu powstawaniu pomienionych chorób, tego wcale nie wiemy. Wszelako istnieć muszą pewne nieznanne nam warunki, które konieczne są dla szerzenia się owych epidemij.

W szeregu pomienionych epidemij zauważyć można pewną prawidłowość, którą wszakże tylko wówczas w przybliżeniu oznaczyć będziemy w stanie, gdy weźmiemy pod uwagę znaczne okresy czasu. Zwykle panuje tylko jedna choroba w formie epidemicznej, poczem następuje przerwa znaczniejsza, a następnie pojawia się epidemia innéj choroby wysypkowej. Bardzo rzadko się zdarza, aby jednocześnie panowała wielka epidemia dwóch na raz chorób wysypkowych. Rozumie się, że wielkie miasta nie mogą służyć w tym względzie za miarę porównawczą; tu bowiem prawie zawsze wszystkie choroby wysypkowe pojawiają się albo sporadycznie, albo też w formie małych epidemij, ograniczających się nieraz do niektórych ulic lub do pewnych dzielnic miasta.

W każdéj chorobie wysypkowej odróżniamy kilka okresów; te jednak nie są bynajmniej ściśle odgraniczone od siebie, albo prze-



chodzą bezpośrednio jeden w drugi. Owe okresy w rozlicznych chorobach wysypkowych trwają przez czas niejednakowo długi; tyczy się to szczególnie okresu utajenia (*stadium incubationis*); czas trwania zaś innych okresów zależy przeważnie od natężenia choroby.

Odróżniamy zwykle:

1. Okres utajenia (*stadium incubationis*), licząc czas od zakażenia, aż do wystąpienia pierwszych objawów właściwej choroby;

2. Okres zwiastunów (*stadium prodromorum*), liczy się zwykle od wymiotów, które po większej części na początku choroby występują, aż do pojawienia się wysypki na błonach śluzowych i na skórze;

3. Okres kwitnienia (*stadium floescentiae s. floritionis*), od pojawienia się wysypki—do zupełnego zblednienia takiej—i wreszcie

4. Okres łuszczenia (*stadium desquamationis s. decrustationis*).

Pierwsze dwa okresy, t. j. utajenia i zwiastunów, tak się zlewają ze sobą, że niezmiernie często bardzo trudno odróżnić je od siebie. Inne zaś okresy stosownie do natężenia choroby bywają albo niezmiernie rozciągle co do czasu, albo też przemijająco krótkie; i tak np. okres kwitnienia w płonicy może trwać zaledwie godzin kilka. Niektóre znowu okresy bardzo łatwo dają się odróżnić od siebie; np. okres kwitnienia od okresu łuszczenia: łuszczenie bowiem występuje dopiero w kilka dni po zupełnem zblednieniu wysypki.

Zresztą gdy będziemy opisywać oddzielne formy chorób wysypkowych, to przy każdej wspomnimy o różnicy okresów i o ich trwaniu, rozumie się o tyle, o ile w tym względzie posiadamy niewątpliwe dane. Należy tu jeszcze wspomnieć i o tem, że odróżniamy wypadki chorób wysypkowych prawidłowo przebiegających i nieprawidłowo przebiegających. O ile podobne odróżnienie ma za sobą słuszność, o tém przekonamy się z następných opisów.

## 1. Odra. *Morbilli*.

Odra stanowi chorobę zaraźliwą ostrą, przy której występuje na skórze wysypka, jednostajnie rozprzestrzeniona, przedstawiająca się pod postacią plamek małych, czerwonych, ostro odgraniczonych i wystających nieco nad powierzchnią skóry. Chorobie tej towarzy-

szą zawsze charakterystyczne objawy ze strony pewnych błon śluzowych, jak łącznicy i błony śluzowej dróg oddechowych.

Wysypka odrowa przedstawia się pod postacią małych czerwonych plamek, wielkości ziarna soczewicy, znikających pod uciskiem palca—a zatem pod postacią tak zwanego guziczka (*papula*). W środku takiego guziczka tkwi włoszek. Guziczki pomienione rozrzucone bywają w niezmierniej ilości po całej skórze. Wszelako pomiędzy pojedynczymi guziczkami skóra zachowuje zupełną swą prawidłowość. Tem właśnie różni się wysypka odrowa od płonicowej, która zajmuje prawie nieprzerwanie całe ciało, a przynajmniej bardzo znaczne powierzchnie skóry.

Wysypka na skórze występuje zawsze najprzód na twarzy, po największej części w postaci licznych okrągłych plamek pod uszami. Pierwszego dnia wysypka ogranicza się do twarzy, szyi i do górnych części tułowia. Odtąd drugiego i trzeciego dnia rozszerza się na cały tułów i na kończyny. W tym samym porządku znika wysypka; poczyną ona mianowicie blednąć najprzód na tych częściach, na których najpierw pojawiła się.

Czwartego lub piątego dnia, licząc od pojawienia się wysypki, takowa jest już zupełnie bladą; jednak na tych miejscach, gdzie stały oddzielne guziczki, pozostają charakterystyczne ciemne plamy barwikowe. W dalszym przebiegu owe plamy barwikowe coraz bardziej się zmniejszają; nie znikają jednak pod uciskiem palca, ale przeciwnie za każdym uciśnięciem, z powodu zblednienia skóry, otaczającej plamkę barwikową, plamka ta występuje jeszcze wyraźniej. To pozostawanie plamki barwikowej dowodzi, że podczas istnienia wysypki odrowej następuje wysięk barwika krwi do skóry. Owe plamki barwikowe stosownie do tego, czy były większego lub mniejszego natężenia, trwają przez 8—14 dni.

Jednocześnie z pojawieniem się plam barwikowych występuje odłuszczenie naskórka w postaci pyłku otrębowego. Pyłek ten bywa czasami tak nieznaczny i tak delikatny, że można go najzupełniej przeoczyć. Wszelako najlepiej można się przekonać o łuszczeniu, pocierając skórę sukniem czarnym; wówczas bowiem bardzo łatwo zauważyć możemy, że sukno będzie mniej lub więcej białe opylone. Łuszczenie naskórka dowodzi, że w tych miejscach oprócz wystąpienia substancji barwikowej ze krwi, musiał mieć miejsce i nieznaczny wysięk surowicy, który podniósł, a następnie odłuszczył naskórek. Łuszczenie kończy się zwykle jednocześnie z zupełnym zniknięciem

plam barwikowych. Na tych częściach skóry, gdzie nie było wysypki i plamek barwikowych, łuszczenie miejsca nie ma.

Pomienione zmiany skóry nie stanowią bynajmniej jedynych objawów; spostrzegamy bowiem oprócz tego mnóstwo innych przypadłości, występujących jeszcze przed wysypką, a które są niezmiernej wagi odnośnie rozpoznania.

Łącznica, błona śluzowa nosa, gardzieli, krtani, dróg oddechowych i oskrzeli są także siedliskiem tej samej sprawy odrowej, którą widzimy na skórze. Ale ponieważ owym błonom śluzowym brak właściwego naskórka, przeto plamka odrowa przedstawia się na nich w postaci gwiazdowatego nastrzyknięcia. Pomiedzy temi gwiazdkowatemi plamkami błona śluzowa pozostaje swobodną, prawidłową. Pomienione plamki na błonach śluzowych cechują się objawami niezytu mniejszego lub większego natężenia.

Nieżyt odrowy oczu, nosa, krtani i płuc stale towarzyszy wszystkim formom odry i pojawia się zawsze daleko wcześniej, aniżeli wysypka na skórze. Unikanie światła, cieczenie łez, ból i znaczny niezytowy obrzęk łącznicy, kurcz mięśnia okrężnego (*blepharospasmus*), plamista czerwoność na podniebieniu twardem i miękkim z rozmaitemi odcieniami stosownie do tego, czy błona śluzowa spoczywa na kości, czy na częściach miękkich, suchy i krótki kaszel: oto są pierwsze objawy odry. Pomimo cierpienia podniebienia połykanie nie bywa utrudnione w wysokim stopniu. Niezmiernie rzadko również spotykamy sprawę błonicową (*diphtheritis faucium*). Ale za to z powodu obrzmienia błony śluzowej krtani dość często dochodzi do zapalenia niezytowego krtani (*laryngitis catarrhalis*) ze wszystkimi jej przynależnymi objawami i to bardzo znacznego natężenia.

Objawy niezytowe tworzą przejście z okresu utajenia, respectiue zwiastunów do okresu wysypania (*stad. eruptionis*), jakkolwiek, rzecz można, i w tych okresach pierwszych już mamy do czynienia ze sprawą wysypkową, tylko że ta ostatnia zajmuje wówczas same błony śluzowe. Okres niezytowy trwa po większej części 3—4 dni, a jednocześnie na skórze nie ma nigdzie jeszcze śladu cierpienia.

Cierpienie błon śluzowych może być silniejszym, aniżeli wysypka na skórze i przodować w całym obrazie chorobnym. Wysypka na skórze bywa czasami tak nieznaczna, że nawet opisują „o d r ę b e z w y s y p k i” (*morbilli sine exanthemate*). Również i niezyt błon śluzowych może być ograniczony do minimum, a nawet może i zupełnie brakować spraw niezytowych; będziemy wówczas mieli tak zwaną „o d r ę s u c h ą” (*morbilli sicci*).

Objawy nieżytowe trwają zwykle przez cały czas choroby, a mianowicie nieżyt płuc często trwa przez cały czas zdrowienia, a nawet opóźnia takowe. Przy pojawieniu się wysypki objawy nieżytowe bynajmniej nie ustępują, ani nie zmniejszają swego natężenia. Przewodnie nawet natężenie ich powiększa się, podczas gdy wysypka się pojawia i rozszerza, a dopiero za blednieniem płam poczynają ustępować objawy nieżytowe oka i dróg oddechowych.

Dwom tym objawom, t. j. wysypce i nieżytom, towarzyszy zawsze **g o r ą c z k a**. Gorączka należy do najpierwszych objawów; występuje ona w okresie utajenia i stanowi początek przypadłości zwiastunnych.

Z pojawieniem się gorączki zwykle jednocześnie bywają **w y m i o t y**, przed którymi występują **n u d n o ś c i**, a dopiero przy silnych kurczowych ruchach zawartość z żołądka wydalona zostaje. Zwykle wymioty nie powtarzają się już więcej.

W okresie zwiastunów gorączka i niektóre objawy nieżytowe trwają przez 3—4 dni bez wykazać się dających przyczyn, aż do pojawienia się sprawy wysypkowej na błonach śluzowych i skórze.

Przy wysypaniu (*eruptio*) gorączka wzmaga się i pozostaje na tej wysokości aż do ukończenia wysypania. Odtąd gorączka stopniowo się zmniejsza, a około 9—11 dnia ustępuje w zupełności. Jeżeli około tego czasu gorączka nie zupełnie znika, albo też pozniknięciu na nowo się pojawi, to w takim razie istnieć musi jakieś powikłanie.

Charakter gorączki przy odrze jest ten sam, co przy nieżytach płuc, a mianowicie gorączka bywa ciąglą niezbyt wysoką. Bardzo rzadko dochodzi do 40° C.; nie przedstawia zbyt silnych wieczornych nasileń.

Natężenie gorączki bywa rozmaite stosownie do okresu choroby. W okresie utajenia rzadko gorączka dochodzi do 38° C., a jeszcze rzadziej—wyżej. Wtém nagle gorączka wzmaga się tak, że dosięgać może 40° C. Ta gorączka początkowa (*febris initialis*) odpowiada do pewnego stopnia napadowi dreszczy, jakie widzimy przy ostrych chorobach u dorosłych. U dzieci w odrze nie napotykamy dreszczy, jak również niezmiernie rzadko się zdarza, aby **d r g a w k i** występowały na miejsce dreszczy.

Po owem podwyższeniu ciepłoty zwykle następuje znaczne zwolnienie, które trwać może nawet przez 24—48 godzin, po czem dopiero pojawia się właściwa gorączka wysypkowa, której przebieg

zresztą ulegać może różnym odmianom stosownie do okoliczności przypadkowych.

Przez czas trwania wysypki gorączka trzyma się na jednakiżej wysokości, poczem następuje nagłe obniżenie ciepłoty gorączkowej, t. j. zwolnienie gorączki jest znaczne. Wszelako stan zupełnie bezgorączkowy przychodzi do skutku tylko stopniowo.

Jeżeli gorączka przoduje przed innymi objawami, to powiedzieć można, że mamy do czynienia z odra charakteru erytycznego. Jeżeli zaś przeciwnie z pojawieniem się gorączki wystąpią objawy ogólne, jak stosunkowo znaczne osłabienie, wzrok mdły, tętno małe i nitkowate, źrenice zwężone, śpiączka, bredzenie, krzyki ze snu, to mamy przed sobą charakter gorączki synochalnej. W podobnych wypadkach, przy których już w samym początku choroby przeważają objawy zakażenia krwi, wygląd wysypki bywa bardzo rozmaity. Ta ostatnia zlewa się, barwa jej bywa fioletowo-czerwona, plamki nie wystają ponad skórą i nie znikają pod uciskiem palca—jest to tak zwana odra krwotoczna (*morbilli haemorrhagici*).

W podobnych wypadkach obok pomienionych objawów występują krwotoki z nosa, rzadziej z dziąseł, uszu i łącnicy.

Własność tętna zależy przeważnie od rodzaju gorączki. Zwykle bywa ono częstsze, pełne, regularne. Zresztą nie należy kłaść wielką wagę na różne własności tętna, chyba tylko w tych razach, gdy ono jest bardzo małe, nitkowate i bardzo częste; takie bowiem tętno jest cechą zapaści (*collapsus*).

Oddechanie w skutek cierpienia oskrzeli i gorączki bywa przyśpieszone i nieco bolesne. Wszelako mnóstwo widzimy wypadków, w których oddechanie żadnym istotnym nie ulega zmianom. W okresie wysypania (*stadium eruptionis*) oddechanie bywa przyśpieszone. Jeżeli przyśpieszenie oddychania trwa pomimo tego, że okres wysypania już się ukończył, a mianowicie jeżeli znajdujemy przyśpieszony oddech w okresie opadania gorączki (*defervescentia*), to na pewno musi istnieć u danego dziecka jedna z chorób następujących.

Z innych objawów, towarzyszących wybuchowi odry, wspomnieć należy, że okres utajenia, trwający zwykle dni 14, rzadziej dłużej, a bardzo często krócej, przebiega w początku zupełnie bez gorączki. Jednakowoż dzieci w tym okresie choroby okazują pewną niechęć i zmęczenie, pomimo tego, że w organizmie ich nie możemy nigdzie znaleźć żadnych obiektywnych przyczyn, któreby mogły nam wytłumaczyć owe objawy ogólne. Zaraz potem w obec gorączki

występują objawy nieżytowe, które trwają 3—5 dni, aż nareszcie pojawia się wysypka. Kwitnienie wysypki i jej błednienie trwają mniej więcej 9—11 dni, a łuszczenie kończy się dopiero w trzecim tygodniu.

Przy obiektywnem badaniu dziecka na odrę chorującego widzimy, prócz wyżej wspomnianych objawów, twarz do pewnego stopnia obrzmiała; przyczynia się do tego nie tylko znaczniejsze napięcie skóry, ale także i cierpienie oczu.

Badając usta i tylną ścianę gardzieli, co, nawiasowo mówiąc, o ile można najwcześniej i codziennie przedsiębrać należy, znajdujemy wyżej wspomniane plamki czerwone, zlewające się. Takie plamki zauważyć możemy wówczas już, kiedy na skórze nie ma jeszcze ani śladu wysypki.

Tylko w niesłychanie rzadkich wyjątkach znaleźć można w odrze błony dyfterytyczne znacznej wielkości i charakteru złośliwego. Jest to objaw niezmiernie ważny, mogący posłużyć do odróżnienia odry od płonicy; w płonicy bowiem prawie zawsze istnieją błony dyfterytyczne na migdałkach.

Tylko bardzo rzadko i to w dalszym przebiegu gorączki bywa wysięk krupowy na migdałkach i na gardzieli w mniejszym lub większym obszarze. Podobne wysięki krupowe są bardzo złą oznaką; gdyż mogą rozszerzyć się na krtań, albo też na odwrót mogą one na migdałkach być wyrażeniem tego, co już istnieje na błonie śluzowej oskrzeli i krtań.

Fizykalne badanie. Przy opukiwaniu klatki piersiowej nie znajdujemy zwykle nic nieprawidłowego. Przy wysłuchiwaniu słychać oddech bardzo zaostrowany w najdrobniejszych oskrzelach i nieliczne suche rżenia. Dopiero w dalszym przebiegu rżenia stają się liczniejsze i bardziej wilgotne.

Przewód pokarmowy zwykle nie ulega jednocześnie cierpieniu, chociaż język bywa obłożony, nieco obrzmiałym, a na brzegach jego widać odciski zębów. Nieżyt kiszek występuje zwykle tylko u drobnych dzieci. Zaznaczyć wszakże wypada, że już istniejące cierpienie ulega pogorszeniu w obec powstałej odry.

Nieprawidłowy przebieg odry występuje bardzo często i wieloliczne formy przechodzą wówczas jedna w drugą, tak, że odróżnienie ich jest po większej części sztuczném tylko, i tak np. z przeniesienia odry gnilnej, septycznej, powstać może u drugiej osoby odra prawidłowo i łagodnie przebiegająca i odwrotnie.

Odra, bądź co bądź, należy do chorób dziecięcych najczęstszych. Dzieci zwykle mają więcej skłonności do zarazka odrowego, aniżeli

do płonicowego, tak, że nie wszystkie dzieci zapadają na płonicę, a prawie wszystkie — na odrę.

Odra przenosi się niezmiernie łatwo z jednej osoby na drugą. Już w okresie utajenia posiada np. śluz z nosa własności zaraźliwe. Dla tego téż oddzielanie dzieci zdrowych od chorych nie przedstawia pożytku wielkiego; dzieci bowiem na pozór jeszcze zdrowe prawdopodobnie już są w okresie utajenia choroby. Przeciwnie wczesne i ścisłe oddzielanie osobników zdrowych od chorych przy płonicy ma swą zasadę; w ten bowiem sposób można po części przeszkodzić szerzeniu się choroby.

Prawie wszystkie dzieci muszą przejść odrę. Tylko nieliczne natrafiamy wyjątki, posiadające pewną odporność (*immunitas*) względem téj choroby. Nawet i ssawce zapadają na odrę, o tém doskonale przeświadczyć się można, spostrzegając niektóre epidemie oddzielnych domów lub rodzin. Wszelako musimy być niezmiernie ostrożni, rozpoznając odrę u ssawca wówczas, gdy około niego nie ma lub nie było innych dzieci na odrę chorujących. Bardzo łatwo bowiem pomieścić można odrę z potówką (*sudamina*), różyczką (*roseola*) lub z t. z. „*prurigo mitis*“. Pamiętać należy w tym razie o tém, że wszystkie objawy powinny być obecne i że przebieg musi odpowiadać odrze. Rozszerzenie się choroby ze ssawca na inne dzieci potwierdza rozpoznanie.

Potówka (*sudamina*) ma wiele podobieństwa z odrą odnośnie sposobu pojawienia się choroby, jakkolwiek właściwe wysypanie (*eflorescentia*) różni się w obu tych cierpieniach.

Różyczka (*roseola*) nawet z wyglądu wysypki bardzo podobną jest do odry, ale brak jój objawów niezytowych.

Tak w potówece jak i w różyczce dłonie i podeszwy bywają wolne od wysypki, gdy tymczasem przy odrze wysypka zajmuje i te części ciała. Największa liczba wskazówek odnośnie dwukrotnego przebycia odry spoczywa właśnie na błędném rozpoznaniu jednej z pomienionych dwóch wysypek w wieku ssawczym. Wszelako dość często spostrzegamy, że ssawce pomimo panowania epidemii w danéj rodzinie nie zapadają na odrę, ale później po latach kilku w wieku dziecięcym ulegają téj chorobie.

Jeżeli dziecko cieszące się poprzednio niezłym zdrowiem zapadnie na odrę, to zwykle przebieg jój bywa pomyślnym. Rozumie się, że nie mówimy tu o wypadkach odry krwotocznój. Odra sama przez się, nawet wówczas, gdy występuje z objawami bardzo znacznego i silnego niezytu, nie przedstawia dla zdrowych dzieci za-

dnego niebezpieczeństwa odnośnie chorób następnych. Jednakowoż u dzieci, które odrę przebyły, pozostaje na pewien czas wielka skłonność do nieżytywych cierpień dróg oddechowych. Ale za to dużo niebezpieczeństwa przedstawia odra u tych dzieci, które cierpią na choroby przewłoczne. Osobniki, cierpiące na choroby gruczołów, na chorobę angielską, na martwienie i zgorzel kości (*caries et necrosis*) lub stawów, umierają zwykle nie tyle wprawdzie z powodu samej odry, ile raczej w największej liczbie wypadków z powodu chorób następnych. U podobnych dzieci nie tylko pierwotne cierpienia, a szczególniej choroby zapalne stawów, ulegają po odrze znacznemu pogorszeniu, ale nadto u takich osobników spostrzegamy wszystkie możliwe choroby następne po odrze. Z tego też powodu odra w takich razach sama przez się już posiada charakter złośliwy.

Nawet u dzieci zdrowych spostrzegamy po prawidłowo przebieżonej odrze niektóre choroby następne. Pomimo tego jednak przebieg tychże po największej części bywa pomyślnym, a ogólny stan odżywienia nigdy w takich razach nie cierpi w tak wysokim stopniu, jak np. u żółzowatych.

Choroby następne mogą występować jako powikłania już podczas trwania wysypki, przez co, rozumie się, nie tylko przebieg zmianie ulega, ale i rokowanie staje się daleko mniej pomyślnym.

Wszystkie choroby następne są natury zapalnej i tyczą się przeważnie miąższu płucnego i błony śluzowej dróg oddechowych.

1. **Zapalenie płuc krupowe** (*pneumonia crouposa*), dość często daje się spostrzegać u dzieci dorosłych już podczas okresu kwitnienia wysypki. Jeżeli powikłanie to występuje u dzieci zdrowych, to przebieg jego bywa pomyślnym; nacieczenie (*infiltratio*) bowiem rozpuszcza się w zupełności i ulega wessaniu. Ale okres zdrowienia przedłuża się nieco z powodu tej choroby.

Bardzo rzadko się zdarza, aby sprawa chorobna wystąpiła je dnonocześnie w obu płucach; najczęściej ogranicza się ona do jednego zrazu (*pneumonia lobaris*).

Bardzo często pomienionemu zapaleniu płuc towarzyszy z a p a l e n i e o p ł u c n i (*pleuritis*), które od samego początku odznacza się wysiękiem. Wysięk ten następnie długiego potrzebuje czasu dla zupełnego wessania się.

Zserowacenie, rozpad z utworzeniem jam (*caverna*) w miąższu płucnym, jamy w skutek rozszerzenia oskrzeli: są to zejścia, które niezmiernie rzadko dają się spostrzegać po zapaleniu płuc krupowym w tych razach.



2. Zapalenie płuc nieżytowe (*pneumonia catarrhalis*) zdarza się po odrze daleko częściej, aniżeli zapalenie płuc krupowe. Obawiamy się zwykle téj choroby następczej, szczególniej u takich dzieci, które skąd inąd chorują na przewłoczne nieżyty lub cierpienia gruczołów. Zapalenie płuc nieżytowe, czyli zrazikowe (*pneumonia lobularis*) powstaje z nieżyty i w niczem się nie różni ani od owego zapalenia płuc nieżytego, które pojawia się w przebiegu innych chorób, ani od tego, które samodzielnie się rozwija.

Ponieważ po większej części téj chorobie podpadają dzieci, mające skąd inąd gruczoły przerosłe, zserowaciałe, przeto nacieczenie nieżytowe w płucach (*infiltratio catarrhalis*) dość łatwo przechodzi w zserowacenie i rozmięczenie z torebkowatym rozszerzeniem oskrzeliki. Jeżeli podobna sprawa chorobowa wystąpi, to bardzo łatwo wykazać się daje za pomocą badania fizykalnego. Zresztą i druga okoliczność zasługuje tu na uwagę: w podobnych wypadkach deferwescencya bywa niezupełną, to też odpowiednio do natury choroby następczej gorączka trwa wciąż daléj i sięga już to wyższych już to nieco niższych stopni.

Bardzo rzadko kończy się podobna sprawa chorobna zupełnem wyzdrowieniem. Najczęściej owe zserowacenia pozostają, a następnie ulegają rozpadowi i w końcu, jeżeli dziecko nie umrze wcześniej z powodu wyniszczenia i gorączki, pojawić się mogą gruźliki ostre lub ostrawe (*subacut.*) w większej lub mniejszej ilości. Stosownie do czasu trwania owych gruźlików, znajdujemy je przy oględzinach pośmiertnych w postaci guzików szarych, szaro-żółtawych, dość twardych. Miejscami guziki te są rozmiękczone; miejscami zaś są one ugrupowane na około delikatnego oskrzelika. —

3. Gruźlica prosówkowa ostra (*tuberculosis miliaris acuta*). Pomienioną chorobę bardzo często spostrzegamy po odrze. Bądź co bądź, ostra gruźlica daleko częściej występuje po odrze, aniżeli samoistnie. Zejście, rozumie się, zawsze bywa śmiertelne. Rozpoznanie gruźlicy ostréj za życia chorego indywiduum nie zawsze jest rzeczą łatwą. Ostre gruźliki albo ograniczają się tylko do samych płuc i opłucni, albo też odkładają się we wszystkich narządach. Jeżeli w przebiegu odry wystąpią objawy mózgowe, właściwe dla cierpienia opon mózgowych na podstawie czaszki, to na pewno przyjąć można, że mamy do czynienia z ostrą gruźlicą, co najniżej, opon mózgowych (*meningitis tuberculosa*); ropne bowiem zapalenie opon mózgowych (*meningitis suppurativa*) niezmiernie rzadko

występuje po odrze. Daleko trudniej rozpoznać gruźlicę ostrą w tych wypadkach, w której nie ma współcierpienia opon mózgowych.

Pierwsze objawy występują często już podczas istnienia wysypki i zdradzają się niezmiernie rozległym i niezmiernie silnym zapaleniem oskrzelików włosowatych (*bronchitis capillaris*). W drobnych i najdrobniejszych oskrzelach słychać wówczas rżenia suche, trzeszczące i współdźwięczne. Odpowiadają temu objawy ze strony oddechania i krążenia. Bardzo szybko rozwija się sinica w wysokim stopniu wraz z wielką gorączką.

Gorączka dochodzi do 41°C. a nawet wyżej; przyczem charakter jej bywa najzupełniej podobnym do gorączki przy silnej durzycy. Stopniowo występują coraz to nowe objawy durzycowe bardzo znacznego natężenia; nie długo też dzieci, takiemu cierpieniu podpadłe, trzymają się przy życiu; kończą one zwykle jeszcze przedtém, nim sprawa chorobowa dojdzie do rozległego nacieczenia.

4. Zapalenie najdrobniejszych oskrzelików (*bronchitis capillaris*). Istniejące podczas przebiegu prawidłowego odry zapalenie oskrzeli zwyczajne wzmaga się następnie i zajmuje najdrobniejsze oskrzeliki, przez co i oddechanie i zmiany w płucach przyjmują inny charakter, o czem zresztą już na inném miejscu wspominaliśmy. Jeżeli pomieniona sprawa chorobna pojawi się zaraz w samym początku odry, to rokowanie staje się niepomysłnem; bardzo łatwo bowiem w takich razach przyłączają się nacieczenia zrazikowe (*infiltratio lobularis*).

5. Wysiłek krupowy na błonie śluzowej oskrzeli i krtani (*bronchitis et laryngitis crouposa*). Czasami bywa rzeczywisty wysiłek krupowy (nie dyfterytyczny), rozpoczynający się w niektórych wypadkach od drobniejszych oskrzeli i rozszerzający się stąd w kierunku wstępującym na tchawicę i krtani. Spodziewamy również takie wypadki, o czem już wzmiankowano powyżej, w których mamy do czynienia z wysiękiem krupowym jamy ustnej, a sprawa krupowa odtąd rozkrzewia się w kierunku zstępującym na krtani i t. d.

Zapalenie krupowe oskrzeli może istnieć kilka dni w obec objawów ciężkiego nieżyty oskrzeli i utrudnionego oddechania tak, że o rzeczywistej sprawie chorobnej przez pewien czas możemy wcale nie wiedzieć. Dopiero wykrztuszone gałązkowate (dendrytyczne) prawdziwe błony krupowe przekonywają nas na pewno z czem mamy do czynienia. Jeżeli zapalenie oskrzeli krupowe rozszerza się na krtani, wywołując przez to wyraźne objawy krupu krtaniowego i gar-

działowego, to wcale nie popełnimy błędu, gdy przyjmiemy, że owe poprzedzające ciężkie objawy nieżytowe oskrzeli były w rzeczywistości krupowem zapaleniem.

Rokowanie w obec takiego powikłania staje się bardzo niepomyślnem. Największa liczba dzieci umiera z powodu téj choroby. W takich okolicznościach niezmiernie mało polegać należy na tracheotomii. Tylko w takich razach przystąpić należy do wykonania téj operacji, kiedy istnieje bardzo znaczne zwężenie, grożące dziecku niechybną śmiercią od uduszenia. Jeżeli objawy zwężenia krtani są niewielkie, ale jeżeli przytem sinica jest znaczna, a oddechanie powierzchownem, to bardzo mało nadziei przedstawia wykonanie tracheotomii.

6. C z e r w o n k a (*dysenteria*). Nagromadzenie znaczniejszej liczby dzieci, na odrę cierpiących, w izbach ciasnych i źle odwietrzanych, bardzo często bywa przyczyną powikłania ze strony kiszek grubych. W sposób dość ostry powstaje wówczas na błonie śluzowej kiszek grubych ropienie gruczolków odosobnionych lub wysięk krupowy i dyfterytyczny. Rozumie się, że podobna choroba wyniszcza w wysokim stopniu dane osobniki.

7. Z g o r z e l w n e ą t r z a p o l i c z k ó w (*noma*), Z g o r z e l s r o m u (*gangraena vulvae*), G n i l e c (*scorbutus*). Wszystkie te cierpienia niezmiernie rzadko dają się spostrzegać jako choroby następcze po odrze, kiedy tymczasem bywają one dość częstymi powikłaniami płonicy. W ogóle w tym względzie istnieje prawidło, że cierpienia będące częstym następstwem płonicy, rzadko występować zwykły po odrze.

8. O b f i t y k r w o t o k z n o s a (*epistaxis*), napotyka się przy odrze nieco częściej, aniżeli powyżej wzmiankowane choroby. W skutek obfitych krwotoków z nosa, dzieci nieraz dochodzą do tak wysokiego stopnia małokrwistości (*anaemia*), że zmuszeni jesteśmy użyć zatykadła (*tamponatio*), szczelnie zamykającego jamy nosowe.

**Leczenie.** Bardzo rzadko się zdarza, aby trzeba było w samym początku choroby, t. j. w okresie utajenia i zwiastunów, dzieci zapędzać do łóżka; w tym bowiem okresie choroby ani dzieci nie bywają znacznie chore, ani gorączka nie bywa wysoka. Skoro zaś stan gorączkowy stanie się widocznym, to nieodzwornie wówczas dzieci trzymać należy w łóżku, z którego wypuścić ich nie powinniśmy nawet w okresie zdrowienia, wówczas mianowicie, gdy pomimo ustąpienia gorączki, silne objawy nieżytowe wciąż trwają.

Pokój należy ostrożnie ale dostatecznie przewietrzać. Ponieważ dzieci na odrę chorujące unikają światła, przeto okna należy zasłonić. Dzieciom takim trzeba podawać obficie wodę świeżą za napój, a przeciwko nieżyтовemu cierpieniu krtani użyć można okładów P r i e s s n i t z'owskich. Nieżyt łącznicy nawet wobec bardzo silnego skurczu mięśnia okrężnego (*blepharospasmus*) nie potrzebuje po największej części oddzielnego leczenia. Wogóle przy odrze postępowanie nasze powinno być czyste w y c z e k u j ą c e.

W celu złagodzenia zbyt silnego kaszlu można dzieciom przepisać środki lekko wykrztuszące (*expectorantia*) z dodatkiem jednego ze środków odurzających (*narcoticum*) <sup>1)</sup>. Co się tyczy chorób następczych, to takowe się leczą według prawideł, wskazanych oddzielnie przy opisie każdej z form.

Po ustąpieniu objawów nieżytowych dzieciom zalecić należy kilka kąpiei letnich (3—4). Szczególniej podczas zimy baczyć powinniśmy na to, aby dzieci, które odrę przebyły, nie wypuszczano na świeże powietrze tak długo, dopóki kaszel u nich istnieje. Kwarantanna, włączając już w to cały czas leżenia w łóżku, powinna trwać w każdym razie mniej więcej 5—6 tygodni.

Żywności podczas gorączki dostarczać trzeba ilość bardzo ograniczoną, a dopiero wówczas, gdy gorączka ustąpi, zacząć można podawać choremu pokarmy stałe i w nieco większej ilości.

## 2. Płonica (*Scarlatina*).

Płonica jest jedną z najniebezpieczniejszych chorób dziecięcych: w każdym bowiem okresie bywa ona daleko silniejszą i daleko większego natężenia, aniżeli odra; w każdym okresie choroby może stać się przyczyną śmierci; wreszcie płonica na pozór lekka i prawidłowo przebiegająca w dalszym przebiegu z powodu przyłączających się powikłań i chorób następczych przybiera charakter niepomyślny, groźny, śmiertelny.

Płonica stanowi chorobę zaraźliwą ostrą, przy której występuje na skórze wysypka pod postacią plamek, mniej lub więcej mocno czerwonych, jednostajnie rozszerzonych prawie na całej powierzchni ciała. Czerwoność plamek znika pod naciskiem palca; pomiędzy plamkami nigdzie niema skóry prawidłowej.

<sup>1)</sup> Patrz wyżej: *Bronchitis*.

W wielu wypadkach twarz pozostaje wolną od wysypki, która zajmuje jednostajnie tylko tułów i kończyny. Jednocześnie z wysypką na skórze występuje cierpienie błony śluzowej gardzieli w rozmaitym stopniu natężenia, a niewątpliwie i nerki bywają wówczas siedliskiem przekrwienia, jeżeli już od samego początku nie mamy do czynienia z powikłaniem daleko silniejszym ze strony nerek.

Wysypka na skórze przedstawia się albo jako jednostajna ciemna czerwoność, albo też w niektórych miejscach na znacznej przestrzeni bywa ciemniejszą, aniżeli w drugich, np. w pachwinach, gdzie czerwoność, szczególnie w wypadkach nieprawidłowo przebiegających, najczęściej najprzód się pokazuje. Jeżeli czerwoność zajmuje znaczniejsze przestrzenie, to skóra pomiędzy takimi plamami pozostaje swobodną, przez co skóra przyjmuje wygląd pstrokaty (*scarlatina variegata*). Czasami, szczególnie na brzuchu, tworzą się pęcherzyki, stąd utworzono odmianę płonicy pod nazwą „*scarlatina miliaria*“, która według mniemania wielu starych lekarzy ma należeć do form łagodnych. Owe pęcherzyki prosówkowe powstają zapewne z powodu wysięku, zajmującego rozszerzone przewody gruczołów potowych.

W płonicy wysypka nie pojawia się jak w odrze najprzód na twarzy, ale przedewszystkiem pierwszego dnia na piersiach i na grzbiecie, stąd drugiego i trzeciego dnia rozszerza się na pozostałe części tułowia i na kończyny.

Występowanie wysypki najprzód na piersiach i brak takowej zupełny w największej liczbie wypadków na twarzy: oto są objawy, które, między innymi, mogą posłużyć do odróżnienia płonicy od odrzy i ospy.

Skoro po 2 lub 3 dniach wysypka dojdzie do swego największego rozkwitu, to pozostaje ona nadal na ciele przez czas rozmaicie długi. Czas trwania jej w oddzielnych wypadkach bywa niezmiernie rozmaity. I tak widzieć ją możemy w jednakowym natężeniu przez 2—4—8 dni, w niektórych zaś wypadkach płonicy silniejszej wykażać wysypkę można jeszcze po upływie dni 14. Bywają nawet takie wypadki, w których wysypka pozornie blednie, gdy wtem nagle wobec nowych objawów gorączkowych napowrót się pojawia. W barwie wysypki płonicowej spostrzegamy wszystkie odcienie koloru czerwonego, począwszy od ciemno-czerwonego nawet niebieskawo-czerwonego, aż do najdelikatniejszego, zaledwie widocznego zaczerwienienia skóry. Owa jednak różnorodność odcieni barwy wysypki nie

może bynajmniej służyć ani za miarę oceny natężenia sprawy chorobowej wogóle, ani też w szczególności we względzie rokowania; wypadki bowiem z bardzo silną wysypką przebiegają nieraz zupełnie łagodnie, a bywa i odwrotnie.

Jeżeli z jakiegobądź powodu wystąpią w przebiegu płonicy objawy zapaści, albo też jeżeli ukażą się objawy silnego zakażenia krwi z sennością (*somnulentia*), bredzeniem (*delirium*), śpiączką głęboką (*coma*) i t. d., to obfita i w całym rozwoju będąca wysypka może nagle zblednąć. Po ustąpieniu zaś tych groźnych objawów ogólnych, wysypka zwykle napowrót się pojawia.

Nagłe zniknięcie wysypki ma odnośnie rokowania także same złe znaczenie, jak nagła zapaść i zblednienie ziarniny (*granulatio*) przy ranach, a to nie z tego powodu, żeby wysypka miała wracać do ciała i powodować przerzuty w narządach wewnętrznych, ale dla tej przyczyny, że takie nagłe zniknięcie wysypki wskazuje zawsze na obecność groźnych powikłań ze strony gardła lub krwi samej. W tém też tylko znaczeniu brać ten objaw należy pod uwagę.

Wysypka, trzymając się przez pewien czas w całym swoim rozkwicie, poczyna nareszcie stopniowo blednąć w tym samym porządku, w jakim powstała. Około tego czasu nie możemy odróżnić podobną skórę, dopiero co zbladła, w której zachodzą jeszcze zmiany istotne od skóry prawidłowej.

W tym też okresie choroby niezmiernie trudno, a nawet niemożliwą jest rzeczą rozpoznać płonicy wówczas, gdy nie mamy przed sobą innych objawów, któreby zdradzały obecność jej, jak np. błonica (*diphtheritis*), cierpienie nerek (*morbis Brighti*), tém bardziej gdy brak nam będzie wszelkich danych anamnestycznych. Skoro zaś wystąpi łuszczenie skóry, to prawie na pewno przebieżoną płonicę rozpoznać będziemy w stanie.

Po zblednieniu wysypki następuje przerwa kilkodniowa, a potem dwojakiego rodzaju łuszczenie (*desquamatio*). Łuszczenie odbywa się albo w postaci blaszek, albo też w postaci otrąb, mąki: pierwszego rodzaju łuszczenie spostrzegamy przeważnie na kończynach, jak na dłoniach i podeszwach; drugiego zaś rodzaju — na tułowi, a mianowicie na grzbiecie. I w tym względzie panuje wielka rozmaitość. W niektórych wypadkach cały naskórek, nawet na twarzy, oddziela w dużych blaszkach. Mało tego — bywają nawet takie wypadki, w których cały naskórek palców, nie wyłączając paznogi, oddziela się na podobieństwo palca od rękawiczek. Podobne odłuszczenie w postaci blaszek wyróżnia znakomicie płonicę od odry i wska-

zuje, że w płonicy wysiakanie ma miejsce w skórze, respective w skórze właściwej (*corium*), głębiej i daleko bardziej jest rozprzestrzenione, aniżeli w odrze, w której wysięk zajmuje części bardziej powierzchowne i jest bardziej ograniczonym. Odłuszczenia w postaci blaszek całego naskórka nie należy w każdym razie za mało cenić, pamiętając o tém, że takowy w krótkim czasie musi się odnowić. Bywają miejsca na ciele, na których odłuszczenie niezmiernie wydatnie się odbywa, z tego powodu należy u każdego dziecka przedewszystkiéim na te miejsca zwrócić uwagę. Do miejsc takich należą: część skóry, stanowiąca przejście dłoni w grzbiet ręki, przejście podeszwy w grzbiet stopy; tak w jednym jak i w drugim razie najwydatniej łuszczy się brzeg zewnętrzny tych okolic. Na tych miejscach zwykle znajdujemy linię graniczną pomiędzy starym, a nowym naskórkiem. Naskórek dłoni oddziela się daleko prędzej, aniżeli grzbietu ręki; z tego powodu brzeg zewnętrzny stanowi granicę pomiędzy naskórkiem starym, a nowym. Toż samo ma miejsce i na palcach; jeżeli zatém znajdziemy na palcach jeszcze ślady łuszczenia, to i wątpić nie należy o rodzaju choroby.

Obok wysypki na skórze niezmiernie ważnego znaczenia jest współcierpienie gardła. W tym względzie istnieje ogromne stopniowanie, które tworzy znaczne przejścia jednéj formy w drugą; z tego też powodu uważamy opis ogólny za niedostateczny. Dla łatwiejszego rozglądu radzimy trzymać się następných pierwowzorów (prototypów).

1. Cierpienie gardła przedstawia się w postaci zaczerwienienia i suchości błony śluzowej, tylnej ściany gardzieli, migdałków, podniebienia miękkiego, obu łuków podniebienných i pewnéj części podniebienia twardego. Zaczerwienienie czasami wyraźnie ogranicza się tylko do tego miejsca, gdzie kość łemieszowa łączy się z częściami podniebiennemi szczęki górnej. W podobnych wypadkach bardzo łatwo odróżnić można błonę śluzową zaczerwienioną od pozostałej bledszej części. W znacznej znowu liczbie wypadków zaczerwienienie bywa rozlane i zajmuje całe podniebienie twarde, błonę śluzową policzków i język. Język w takim razie bywa czerwony, obrzmiały i suchy, a po brzegach jego widać odciski zębów. Z powodu przekrwienia, brodawki języka nitkowate (*papillae filiformes*) i grzybkowate (*papillae fungiformes*) stają się bardziej wydatnemi, przez co język przybiera wygląd maliny. Trzeba w każdym razie mieć nieco doświadczenia i nieco wprawy, aby od razu poznać podobną czerwoność języka, który wówczas zwykle nie bywa obłożonym. Dzieci bardziej dorosłe skarżą się na drapanie w gardle, suchość i utrudnione łykanie. Wogóle rzecz

można, cały obraz cierpienia miejscowego ma niezmiernie wiele podobieństwa z różycą (*erythema*) błony śluzowej gardzieli, jaką spostrzegamy po otruciu wilczą jagodą (*atropa belladona*) lub atropiną.

2. Prócz czerwonoci ograniczonej lub rozlanej znajdujemy na migdałkach i na łukach podniebiennych osady białe w postaci punkcików lub płateczków, które niezbyt silnie przylegają do błony śluzowej tak, że za pomocą pędzelka ze szarpi można je łatwo zatrzeć, nie wywoławszy krwawienia; w krótkim jednak czasie napowrót się odnawiają owe białe punkciki lub błonki. Mamy zatem tu do czynienia z błonicą (*diphtheritis*) stopnia najłżejszego. Wszelako podobna sprawa błonicowa nie zawsze istnieje już od samego początku choroby, ale najczęściej występuje dopiero w drugim tygodniu. Migdałki przytém mogą uleść silnemu obrzmieniu, tak że dojdą nawet do linii środkowej (*tonsillitis parenchymatosa*).

Sąsiednie gruczoły limfatyczne na szyi zwykle w tych razach nie ulegają współcierpieniu.

3. Albo jeszcze przed pojawieniem się wysypki, albo jednocześnie, albo też dopiero w drugim tygodniu rozwija się prawdziwa błonica (*diphtheritis*) z bardzo silnemi błonami dyfterytycznemi na migdałkach i na tylnej ścianie gardzieli <sup>1)</sup>.

Owa błonica, towarzysząca płonicy i stanowiąca jęj powikłanie, nie przedstawia odnośnie wyglądu zewnętrznego żadnej różnicy od błonicy samoistnej (*diphtheritis genuina*).

W wypadkach ciężkich dyfteryt przechodzi na błonę śluzową nosa. Wkrótce też oba otwory nosowe wypełniają się wysiękiem żółtawym, zielonawym, lub szarym, przez co powstaje owe znane chrapliwe oddechanie, będące znakiem złowrózby. O tęp zresztą mówiliśmy już przy opisie błonicy samoistnej.

Podobne wypadki, powikłane błonicą gardzieli i nosa, prawie zawsze kończą się śmiercią z powodu silnego krwi zakażenia. Bardzo rzadko się zdarza, aby podobny wypadek ukończył się wyzdrowieniem.

W innych wypadkach błony dyfterytyczne zajmują wejście do krtani (*aditus ad laryngem*) lub samą krtani i tchawicę, przyczęm rozwijają się objawy, znane powszechnie pod nazwą „k r u p u k r t a n i o w e g o”. W tych wypadkach jeżeli zwięzenie krtani dochodzi do wysokiego stopnia, grożąc śmiercią od uduszenia, należy bezwzględnie przystąpić do wykonania t r a c h e o t o m i i. Wszelako po największej części operacja w tych razach nie wiele przynosi pożytku;

<sup>1)</sup> Porównaj: *Diphtheritis*.



brzezi bowiem rany prawie zawsze ulegają sprawie błonicowej ze wszystkimi jej następstwami.

Gruzoły limfatyczne na szyi nie zawsze przyjmują udział w cierpieniu. Należy to jednakże do rzadkich wyjątków; po największej bowiem części gruzoły limfatyczne na szyi ulegają obrzmieniu ostremu, tkanka łączna podskórna może wszelako wolną pozostać od nacieczenia zapalnego. Również i skóra pozostaje swobodną, a bardzo rzadko sprawa w gruzołach dochodzi do ropienia. Obrzmiałe gruzoły limfatyczne wracają po większej części do stanu prawidłowego, jak skoro nastąpiło oddzielenie się błon dyfterytycznych, albo téż śmierć następuje, nim gruzoły zdołają przejść w ropienie, albo wrócić do stanu prawidłowego.

4. Forma, dopiero co podana pod N. 3, tworzy przejście do owiej płonicy złośliwej (*scarlatina maligna*), przy której, oprócz innych objawów ciężkich, istnieje niezmiernie silna błonica w gardzieli z rozpadem zgorzeliowym wysięku i błon śluzowych, zapalenie ropne skóry (*phlegmone*), pokrywającej ślinianki uszne, nacieczenie ropne (*infiltratio purulenta*) całej tkanki łącznej w gruzołach i między mięśniami.

W krótkim czasie następuje rozpad zgorzeliuowy wszystkich tworów pomienionych, tak, że części pod niemi będące stają się dla oka widoczne.

Nie zawsze obie strony ulegają podobnemu cierpieniu; bardzo często bywa tak, że tylko jedna strona w wysokim stopniu zajęta jest sprawą chorobną. Wszelako może się zdarzyć, że zniszczenie skóry dochodzi aż do mostka, a nawet i dalej.

Przy ostatnich dwóch formach cierpienia gardła bardzo często wysypka na skórze przyjmuje barwę siną, brudną, albo téż niebieskawo-czerwoną; w innych zuowu wypadkach wysypka stosunkowo szybko znika. Ponieważ w takich razach wysypka tylko przez czas bardzo krótki bywa widoczną, to bardzo łatwo takową przeoczyć można. Trzeba tylko, aby wysypka pojawiła się w nocy i aby trwała tylko przez godzin dwanaście, to w takich razach przy sztuczném oświetleniu niezmiernie trudno ją spostrzedz. Takie właśnie wypadki oznaczają mianem płonicy bez wysypki (*scarlatina sine exanthemate*). Łuszczenie, które zwykle potem następuje, dowodzi, że wysypka była.

Ponieważ podobne wypadki ciężkiej płonicy, z wysypką mało widoczną, przebiegają zwykle w towarzystwie powikłania ze strony nerek, to bardzo często się zdarza, że możemy je pomieścić z błonicą

złośliwa, samoistna (*diphtheritis genuina maligna*), powikłaną chorobą Bright'a. Czy w takich razach mamy do czynienia z jednakowymi sprawami chorobnymi, tego dotychczas jeszcze dokładnie niewiadomo. Bądź co bądź, są to sprawy podobne, pokrewne, za czém przemawia nie tylko przebieg kliniczny, ale i zmiany anatomo-patologiczne, znajdywane przy oględzinach pośmiertnych.

Formy przytoczone pod N. 1-szym i 2-gim nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa, ale za to dwie formy ostatnie z wielu powodów wprost śmiercią grożą.

Dodać tu wszakże należy, że nigdy nie posiadamy téj pewności, czy nieznaczne cierpienie gardła nie przejdzie w dalszym swym przebiegu w chorobę jak najbardziej niepomyślną.

Trzecie umiejscowienie płonicy stanowią nerki. Narządy pomienione bywają tak samo siedliskiem przekrwienia jak gardło i skóra; wszelako nie we wszystkich wypadkach cierpienie dochodzi do zapalenia miąższowego (*inflammatio parenchymatosa*).

W niektórych epidemijach zaraz w samym początku choroby istnieją objawy ostrój choroby Bright'a; są to jednak wypadki wyjątkowe. Najczęściej cierpienie nerek występuje jako choroba następcza, o czém później będzie mowa.

Gorączka, towarzysząca rzeczonym cierpieniom miejscowym, jest w płonicy niezmiernie ważnego znaczenia nie tylko dla samego jój natężenia, ale i przez to, że na początku lub w dalszym przebiegu natężenie gorączki i charakter (gnilny) jój może być powodem śmierci.

W okresie utajenia, który trwa przez 24 godzin, a nawet i trzy tygodnie, dzieci na pozór czują się dobrze. Nie zawsze istnieje na początku pewne niedomaganie i osłabienie, tak, że bardzo często choroba wybucha bez zwiastunów nagle wobec wymiotów silnych, które się już więcej zwykle nie powtarzają. Nawet w wypadkach lżejszych bardzo rzadko brak wymiotów.

Jednocześnie z wymiotami pojawia się gorączka; ciepłota zaraz na początku szybko wzrasta i dochodzi do 41° — 42° C. Na wysokości takiej utrzymuje się nie tylko podczas powstawania wysypki na błonach śluzowych, która zwykle o 12—24 godzin wcześniej się pojawia, ale nawet przez czas dość długi po ukazaniu się wysypki na skórze.

Płonica odznacza się własnością, której brak odrze; mamy tu na myśli obecność dreszczu wstrząsającego. Dreszcz występuje albo przed wymiotami, albo, co częściej bywa, dzieci wymiotują podczas napadu dreszczu wstrząsającego. Ponieważ nie

zawsze dzieci mogą w tym względzie dać nam wskazówki dokładne, przeto też bardzo często można przeoczyć dreszcze. Zresztą podczas nagłego i silnego napadu dreszczy dzieci po największej części tracą przytomność umysłu, a oprócz tego w wieku dziecięcym bardzo często drgawki ogólne zastępują miejsce dreszczu. Drgawki trwać mogą kilka godzin bez przerwy.

Jezeli wymioty już przeszły to podobna obecność drgawek może dać powód do pomieszania płonicy z zapaleniem ropnem opon mózgowych (*meningitis suppurativa*).

Drgawek nie należy wszelako uważać zawsze za objaw bezwzględnie niepomysłny; wypadki bowiem takie nie zawsze należą do form ciężkich i nieraz kończą się zupełnem wyzdrowieniem. Nie trzeba również zanadto obawiać się wówczas, gdy wystąpi pewne ośpienie władz umysłowych, pewna słabość pamięci i t. d.

Chociaż z drugiej strony możliwą jest rzeczą, aby podczas drgawek nastąpił bezwład mózgu w skutek surowiczego przesięku, albo też nawet i śmierć z powodu porażenia serca, wywołanego przez ciepłotę zbyt wysoką.

W tych razach, gdy żaden objaw, niewątpliwie cechujący płonicę, jeszcze nie wystąpił, nie jesteśmy w stanie prawdziwej postawić dyagnozy przy oględzinach pośmiertnych; albowiem i ospa w zupełności tych samych warunkach przebiegać może.

Wybuch choroby ulega nadto jeszcze innej odmianie przez wystąpienie objawów podrażnienia mózgu. Objawy rzeczzone w danej chwili zdają się zależeć od napływowego przekrwienia mózgu, które może występować przed pojawieniem się wysypki, albo też trwać przez pewien czas jej rozwoju. Przez to obraz płonicy staje się bardzo powikłanym. Dzieci bywają bardzo niespokojne, miotają się w łóżku na wszystkie strony, zgrzytają zębami, wydają głośne krzyki tak we śnie jakoteż i na jawie. Niespokojność może dojść do tak wysokiego stopnia, że niepodobna dzieci wówczas w łóżku utrzymać. Następnie pojawia się bredzenie szalone (*deliria furibunda*), które znika za ukazaniem się wysypki. Czasami objawy mózgowie trwać mogą w całej swój sile przez czas dłuższy aż do zniknięcia wysypki.

Przebieg gorączki bywa ciągły (*febris continua*), bez wyraźnych zwolnień. Zwolnienia nie występują ani po dreszczu początkowym, ani rankami. Tem właśnie różni się płonica od durzycy (*typhus*), odry (*morbilli*), a nawet od zapalenia płuc (*pneumonia*). Szcze-

gólniej wagi jest okoliczność ta na początku choroby, kiedy brak nam jeszcze wszelkich objawów wysypkowych.

Gorączka po swem wystąpieniu utrzymuje się na wysokości swój (39°5—42°C) przez cały czas, aż do jej powolnego opadania.

Pomiędzy opadaniem gorączki, a znikaniem wysypki nie zachodzi bynajmniej pewien ścisły związek. Natężenie bowiem gorączki wcale nie zależy od wyglądu i od natężenia wysypki.

Opadanie gorączki (*defervescentia*) odbywa się powoli, szybko lub też w skokach. Deferwescencya przerywaną bywa przez liczne choroby następce; jednakowoż pomiędzy chorobami następczemi dużo bywa takich, które przebiegają prawie bez gorączki, albo też z gorączką nieregularną, nietypową.

Z pojawieniem się łuszczenia, jeżeli nie ma którejś z chorób następnych, dzieci zwykle przestają gorączkować.

Formę płonicy, przebiegającą z objawami podrażnienia mózgu, oznaczają zwykle mianem płonicy eretycznej (*scarlatina eretica*). Bywają zaś wprost przeciwne wypadki, w których gorączka już od samego początku przyjmuje charakter obezsilający. Objawy zakażenia krwi występują tu na pierwszy plan zupełnie tak samo, jak w odpowiedniej formie odrzy. Na skórze oprócz wysypki pojawiają się ograniczone wynaczynienia krwi, występują przytem krwotoki z nosa, a przez ciągłe wiercenie i skubanie w nosie krwotoki stają się jeszcze bardziej obfite. Pomienioną formę nazywają płonicą gnilną, krwotoczną (*scarlatina septicą s. haemorrhagica*).

Dalsze badanie ciała nie przedstawia nic pozytywnego. Tętno bywa bardziej częste, pełne i regularne, nawet przy podrażnieniu mózgu. W innych wypadkach tętno bywa drobne, nitkowate i niezmiernie częste. Oddechanie odpowiednio do gorączki bywa przyspieszone, ale nieprzerywane. Przewód pokarmowy zwykle nie przyjmuje udziału w cierpieniu. Wszelako język, gdy nie nabiera wyglądu malinowego, wyżej opisanego, staje się obłożonym, obrzmiałym. Wargi są suche i brunatne. Dziąsła lekko krwawią z powodu bardzo łatwo powstającego błonowego zapalenia jamy ust (*stomacace*).

Płonica, bądź co bądź bywa nieco rzadszą chorobą wieku dziecięcego, aniżeli odrza; mnóstwo napotkać można rodzin, które ochronione zostały od płonicy, gdy tymczasem o odrze tego powiedzieć nie można.

Nie znamy dotychczas jeszcze z taką dokładnością jak przy odrze owych warunków, przy pomocy których płonica przenosi się

z jednego osobnika na drugi. Zdaje się, że płonica nieco mniej jest zaraźliwą, aniżeli odra.

Wiemy na pewno, że płonica w okresie wysypania i kwitnienia wysypki wcale nie jest zaraźliwą; często bowiem spostrzegamy, że rodzeństwo może się ochronić od płonicy, jeżeli tylko w tym czasie odosobnionem zostaje od chorego. Przy odrze zaś nie udaje się to, chociażby nawet odosobniano jak można najwcześnieję zdrowe dzieci od chorych.

Najłatwiej przenosi się płonica w okresie łuszczenia, czyto łuszczenie bardzo szybko się odbywa, czyteż opóźnia się z powodu następionej puchliny.

U dzieci, mających więcej jak 14 lat życia, płonica daleko rzadziej się pojawia, jakkolwiek dość często ją spostrzegamy nawet u dorosłych. Nie ulega wszakże wątpliwości, że ssawce posiadają pewną odporność (*immunitas*) względem płonicy. Dzieci, mające mniej jak 6—8 lat życia, rzadko zapadają na płonicę, chociaż w każdym razie bywają wypadki płonicy u dzieci 6—10 miesięcznych. Mnóstwo bywa takich wypadków, że ssawce, chociaż są przez cały czas choroby w zetknięciu z innymi dziećmi na płonicę cierpiącymi, jednakowoż same na płonicę nie zapadają a nawet i nadal wolne pozostają od tej choroby.

Zwykle płonica u dzieci, mających mniej jak rok życia, kończy się zupełnem wyzdrowieniem, ponieważ choroba ta po większej części nie bywa wówczas zbyt znacznego natężenia i pomyślnie przebiega.

Przebieg płonicy bywa niezmiernie różnorodny, a na początku choroby prawie nigdy nie jesteśmy w stanie cokolwiekbądź pewnego przepowiedzieć; brak nam bowiem w tym względzie wszelkiego punktu zaczepnego.

Płonica ukończyć się może śmiercią w każdym okresie; i tak: podczas wybuchu choroby— z powodu nadmiernej gorączki, a w następnych okresach—także z powodu nadmiernej gorączki, a tem samem porażenia serca, z powodu przyłączającej się błonicy (*diphtheritis*) i nareszcie z powodu mnóstwa chorób następczych.

Na początku choroby nie mamy żadnego punktu zaczepnego, na mocy któregośmy mogli cokolwiek powiedzieć o dalszym przebiegu; żadnego w tym względzie nie ma znaczenia ani gorączka, ani wygląd wysypki, ani natężenie i obszar cierpienia gardła. Najbardziej lekkie napozór wypadki przyjmują nieraz przebieg bardzo niepomyślny, np. w tygodniu drugim z powodu przyłączenia się błonicy

nosa i krtani, a w trzecim tygodniu—z powodu puchliny ogólnej (*hydrops universalis*), gośca stawowego (*rheumatismus articularum*) i t. d. Zresztą przebieg w wysokim stopniu zależy od charakteru epidemii panującej.

Bywają epidemie, w których prawie wszystkie wypadki zaraz z samego początku wikłają się ze złośliwą błonicą nosa i gardzieli, w innych znowu epidemijach zaraz po wybuchu choroby gorączka przyjmuje charakter septyczny. W końcu i takie spostrzegano epidemie, w których prawie każdy wypadek płonicy i to w okresie bardzo wczesnym odznaczał się chorobą *Brigh'ta*.

W wypadkach sporadycznych ten sam stosunek zachodzi. Dla tego też usilnie radzimy każdemu lekarzowi, praktykowi, aby w każdym wypadku płonicy rokowanie postawił niezmiernie oględnie; niechaj zawsze pamięta o téj okoliczności, że oczekiwać należy każdą z wielkiego zastępu chorób następczych, że owe choroby następcze w największej liczbie wypadków mogą wystąpić nagle w ciągu 12—24 godzin.

Pomimo to wszystko mnóstwo bywa wypadków, prawidłowo przebiegających; w tych razach wysypanie kończy się na 2-gi lub 3-ci dzień, wysypka na ciele trwa 4—8—10 dni, następnie stopniowo coraz bardziej blednie, a po pewnym czasie, mniej więcej w 4—6 dni następuje łuszczenie. Łuszczenie trwa 14 dni, a nawet czasami 3 tygodnie aż do zupełnego jej ukończenia. Dopiero wówczas, gdy nowy naskórek nabierze nieco więcej tęgości, dzieci uważać można za zdrowe zupełnie. Dopóki zaś resztki starego naskórka znajdują się gdzieś na skórze, dopóty inne dzieci mogą jeszcze zarazić się płonicą.

Przebieg dopiero co opisany nie ulega zmianie nawet przez zapalenie gardła błonicowe nieco większego natężenia, tak, ażeby powiedzieć trzeba było, że nie mamy już do czynienia z płonicą prawidłowo przebiegającą.

Jeżeli dzieci skądinąd chore ulegną płonicy, to, chociażby takowa nie miała charakteru złośliwego, jednakowo choroby zasadnicze poprzednie przyjmują zwykle przebieg bardzo niepomyślny. Tyczy się to mianowicie wszystkich przewłocznych chorób stawów, zapalenia okostni żółwowatego (*periostitis scrophulosa*), martwicy (*caries*) i zgorzeli (*necrosis*). Wszystkie choroby pomienione ulegają znacznemu pogorszeniu; martwica i zgorzel rozszerzają się na znaczniejszą przestrzeń lub głębiej, a chorzy, przeszedłszy nawet szczęśliwie płonicę, kończą swe życie z powodu choroby zasadniczej.

Choroby następcze i powikłania nie ograniczają się, jak to było przy odrze, głównie tylko do dróg oddechowych. Przy płonicy choroby następcze i powikłania dotyczyć mogą wszystkich narządów ciała. Cierpienie nerek, zaznaczyć tu należy, stoi w pewnym stosunku genetycznym z płonimą.

Chcąc przeprowadzić jakąbądź systematykę owych chorób następczych i powikłań, można takowe podzielić na dwie grupy: na cierpienia zapalne i na choroby ogólne.

1. Zapalenie nerek krupowe (*nephritis crouposa*). Puchlina płonicowa (*hydrops post scarlatinam*). Jest to jedna z najczęstszych i najbardziej niebezpiecznych chorób następczych przy płonicy. Tak co do zmian anatomo-patologicznych, jak i co do objawów klinicznych nie różni się w niczem pomienione zapalenie mięszu nerek od innych form ostrej choroby Bright'a. Cała właściwość jój polega tylko na tem, że występuje po płonicy.

Zwykle zapalenie nerek płonicowe występuje w sposób następny. Dzieci na pozór czują się zupełnie dobrze, nie gorączkują już więcej, a łuszczenie odbywa się w pełnym swym biegu; gdy w tem nagle podobne dzieci znów zaczynają gorączkować, ciepłota niezmiernie szybko wzrasta, pojawiają się zwykle na nowo wymioty płynną, żółciowo zabarwioną zawartością żołądka; wymioty te po największej części kilka razy się powtarzają. Zaraz następnie dzieci puchną, mianowicie na twarzy, powiekach, kończynach i na grzbiecie ręki i stopy. Mocz wydziela się w skąpój ilości i bywa przytem mocno nasyconym.

Podczas dni następnych puchlina rozszerza się na całe ciało. Tkanka łączna podskórna staje się mocno obrzękłą; w jamie otrzewnej, opłucnej i osierdziowej gromadzi się płyn surowiczy, co wykazać łatwo można za pomocą badania fizykalnego wówczas, rozumie się, gdy płynu tego ilość będzie dość znaczna. Jeżeli w jamie opłucnej nagromadzi się znaczna ilość płynu, to płuco zostaje uciśniętem, a oddech utrudnionym.

Czasami przyłączają się w krótkim czasie do tego obrazu chorobnego objawy obrzęku opon mózgowych i mózgu. Podobne wypadki zwykle kończą się śmiercią.

Najważniejsze zmiany przedstawia nam mocz. Ilość jego bywa znacznie zmniejszoną. Przez kilka dni nawet mocz wcale nie wydziela się, albo też chorzy oddają kilka kropel ciemno, krwawo zabarwionego moczu, a temu towarzyszą silne bóle przy wydymaniu.

Mocz wydalony jest ciemnej barwy, mocno nasycony, bardzo prędko daje osad, odczyn jego bywa kwaśny albo obojętny. Czasami zaś mocz bywa pomieszany ze krwią, pochodzącą z nerek albo z moczowodów.

Przy gotowaniu moczu w probówce część białka krzepnie. Po dodaniu kwasu azotnego  $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{5}$  płynu strąca się jako białko skrzące. Jeżeli męt kłaczkowaty, powstały przez zagotowanie moczu, wyjaśnia się następnie za dodaniem kwasu, to nie mamy wówczas do czynienia z białkiem, ale z fosforanami. Objaw ten na początku płonicy bardzo często daje się spostrześć.

Mając nieco większą ilość moczu, zbadać można, jak zachowują się mocznik i chlorki. W tym celu gotujemy dość znaczną ilość moczu aż do strącenia białka, cedzimy, a w pozostałej reszcie badamy na mocznik i chlorki. Otóż w takich razach przekonamy się, że mocznika i chlorków jest daleko mniej, aniżeli w stanie prawidłowym; nie zatem dziwnego, że ciężar właściwy moczu bywa małym.

Badając osad moczu pod drobnowidzem, znajdziemy odlewy włóknikowe cewek, pokryte czerwonymi ciałkami krwi. Odlewy włóknikowe bywają nagie (okres ostry, lub ostrawy), albo też pokryte nabłonkiem odłuszczonym, będącym w różnym stopniu stłuszczenia i rozpadu (przejście w okres przewłoczny). Oprócz tego znajdujemy odłuszczony nabłonek z nerek, z moczowodów, ciałka krwi czerwone i białe, kryształy moczanu sodu kwaśnego; jeżeli zaś mocz ma odczyn alkaliczny to znajdziemy mnóstwo kryształów fosforanu amono-magnezyowego (*tripelfosfat*).

W niektórych wypadkach białko pojawia się bardzo wczesnie, t. j. wówczas, gdy nie ma jeszcze żadnych objawów zapalenia nerek. Czasami zaś, wprawdzie dość rzadko, sprawa staje się przewłoczną; w takich razach obecność białka i odlewów włóknikowych wciąż trwa, mocz wydziela się w skąpej ilości, a pomimo to nie rozwija się znaczniejsza puchlina. W takich wypadkach zdarzyć się może, że dzieci, czujące się na pozór zupełnie dobrze, nagle umierają.

Jeżeli ilość moczu, respective ilość mocznika nie powiększa się, to powstają objawy mocznicowego zatrucia (*uraemia*); puchlina, szczególnie w workach surowicznych, wzmaga się, aż w końcu powstaje obrzęk płuc (*oedemu pulmonum*) lub zapalenie płuc nieżytowe (*pneumonia catarrhalis*), z powodu których dzieci kończą życie.

W następstwie nagromadzenia mocznika we krwi powstają, jak wzmiankowaliśmy, objawy mocznicy, cechujące się głównie śpiączką głęboką (*sopor*) i drgawkami ogólnymi (*convulsiones*). Drgawki po-



mienione, oznaczone również mianem „*eclampsia*“, w niczem nie różnią się od drgawek, jakie czasem spostrzegamy na początku choroby; są to ogólne kloniczne drgawki, zajmujące jednostajnie całe ciało, przyczem przytomność umysłu najzupełniej znika. Drgawki rzeczono trwać mogą bez przerwy przez 24 godzin, następnie ustępują, aby potem ponowić się w ten sam sposób i t. d. Tem właśnie różnią się drgawki mocznicowe od drgawek, pojawiających się czasami na początku choroby; te bowiem ostatnie zwykle raz tylko jeden występują.

Drgawki, same przez się, nie są bynajmniej bezwzględnie niepomyślnymi odnośnie rokowania; przeciwnie wielka liczba podobnych dzieci zdrowieje. Wszelako bardzo łatwo może się zdarzyć, aby podczas takiego napadu powstał obrzęk płuc i śmierć spowodował. Otóż w tym względzie mamy niezmiernie ważny objaw, a mianowicie rżenia chrapliwe w tchawicy i w oskrzelach większych. Jeżeli owe rżenia są bardzo liczne, to prawie zawsze, szczególnie przy jednoczesnym ruchu serca słabym i nieregularnym, obawiać się należy następstw obrzęku płuc.

Jeżeli, po najwyższym stopniu puchliny i po objawach powyżej wymienionych, ilość moczu powiększa się, a ilość białka zmniejsza, to spodziewać się można, że nastąpi zupełne wyzdrowienie.

Jeżeli podczas prawidłowego przebiegu płonicy charakteru łagodnego na 3-ci lub 4-ty tydzień wystąpi puchlina, to choroba przedłuży się o 3 lub 4 tygodnie; po ustąpieniu bowiem puchliny łuszczenie, które przedtem było już w całym swym biegu, dopiero teraz ukończyć się może.

Zwykle po przebyciu puchliny nie pozostaje najmniejszego śladu cierpienia w nerkach, toż samo powiedzieć można o stosunku drgawek przebytych do władz umysłowych; po największej części bowiem następuje wyzdrowienie zupełne.

Co się tyczy innych chorób następczych, to takowe podamy tutaj w porządku anatomicznym.

2. Obrzęk opon mózgowych (*oedema meningum*) i ropne zapalenie opon mózgowych (*meningitis purulenta*). Nacieczenia surowiczego opon mózgowych nie należy uważać za objaw cząstkowy puchliny ogólnej. Pomienione cierpienie występuje również i przy innych chorobach następczych, szczególnie wówczas, gdy konanie długo się odbywa.

Znajdujemy zwykle błony wewnętrzne mocno surowiczo nacieczone, a dość często — zgrubiałe i zmętniałe. Za życia spostrzega-

my też same objawy, które bywają przy t. z. wodnej puchlinie mózgu (*hydrocephaloid*); dzieci krzyczą, zrywają się, zgrzytają zębami, źrenice są mocno rozszerzone, przyczém bywa czkawka i drgawki częściowe lub ogólne.

Znaleźć możemy wszystkie formy przejściowe od zwyczajnego obrzęku opon mózgowych, aż do czysto ropnego nacieczenia tychże opon. Podobne zapalenia opon mózgowych rozwijają się zwykle in ultimis, często w ostatnich 24 godzinach konania, nie przedstawiając żadnych innych objawów, oprócz wymienionych.

3. Zgorzel wewnątrz policzków (*noma*). Jest to jedna z bardzo częstych chorób następczych po błonicy; największa liczba wypadków zgorzeli wewnątrz policzków bywa w związku z płonicą. Początek najczęściej bywa niewyraźnym; bardzo często bowiem istnieją tylko takie objawy na dziąsle i na policzku, które upoważniają nas do rozpoznania zapalenia błonicowego, czyli t. zw. *stomacace*. Wkrótce jednak wytwarza się złośliwe nacieczenie skóry i tkanki łącznej podskórnej, a części sąsiadujące stają się twarde, jak deska. Zgorzel poczyna się od błony śluzowej i, rozszerzając się coraz bardziej dokoła, zajmuje nareszcie i samą skórę. Po krótkim czasie zgorzel ogranicza się, ale w każdym razie wymaga koniecznie chirurgicznego leczenia.

4. Błonica (*diphtheritis*). O rozmaitych formach i stopniach błonicy wspomnieliśmy już wyżej. Nie wszystkie formy błonicy, nie wyłączając nawet i największy obszar zajmujących, muszą koniecznie powodować ropienie gruczołów i tkanek sąsiednich. Tylko pewne formy błonicy prowadzą do rozległego zapalenia skóry (*inflamatio phlegmonosa*) i do ropienienia tkanki łącznej podskórnej.

Skoro tylko uwydatni się chełbotanie (*fluctuatio*), to należy, o ile można najwcześniej, zrobić nacięcia głębokie, dla tego, aby ropa łatwo mogła wydalić się, w przeciwnym bowiem razie ropa bardzo łatwo opuszcza się poniżej.

Objawy, jakie bywają przy rozszerzaniu się błonicy na nos, a szczególnie na krtań, opisane już były wyżej.

5. Daleko częściej zdarzają się, szczególnie przy puchlinie, powikłania ze strony płuc. Zapalenie opłucni (*pleuritis*), zapalenie płuc i opłucni (*pleuro-pneumonia*), zapalenie płuc krupowe (*pneumonia crouposa*) najczęściej występują tylko po jednej stronie; kiedy tymczasem puchlinę jamy opłucnej (*hydrothorax*) spostrzegamy zawsze jednocześnie po obu stronach klatki piersiowej.

Jeżeli mamy do czynienia z wodną puchliną ogólną (*hydrops universalis*), to jama otrzewna, opłucna i osierdziowa wypełnione są płynem surowicznym. Jednakże w podobnych razach, zwłaszcza przy wysokiem podniesieniu przepony, bardzo trudno ocenić ilość płynu, zawartą w worku osierdziowym.

6. Obok nagromadzenia płynu surowiczego w jamie brzusznej (*ascites*) spostrzegamy również ogólne ropne zapalenie otrzewni (*peritonitis purulenta diffusa*). Pomieniona choroba o wiele pogarsza nasze rokowanie; zwykle bowiem dzieci w takim razie umierają. Wypadki niekończące się śmiercią odznaczają się okresem zdrowienia bardzo długim; zwykle bowiem pozostają zrosty kiszek za pomocą błon rzekomych, przez co ruch robaczkowy, respective trawienie, bardzo wiele przeszkód doznaje. Niezmiernie rzadko się zdarza, aby wyсіek otworzył sobie drogę na zewnątrz. Forma zapalenia otrzewni gruźliczowa (*peritonitis tuberculosa*) należy do niezmiernie rzadkich wypadków.

7. Ostry gościec stawów (*rheumatismus articu-lorum acutus*) zdarza się bardzo często i to natężenia bardzo silnego. objawy jego w niczem się nie różnią od ostrego gościca stawowego, samoistnie występującego. Tak samo bowiem i w tych razach spostrzegamy zapalenie wsierdzia (*endocarditis*), osierdzia (*pericarditis*), zapalenie opłucni (*pleuritis*) i zapalenie płuc w rozmaitych stopniach.

W ogóle ostry gościec stawów przebiega tu pomyślnie. Po większej części nie napada jednocześnie wszystkich stawów, ale przeskakuje z jednego stawu na drugi. Wszelako bóle przy tem bywają bardzo znaczne i często pozostają po gościcu stawowym zgrubienia wsierdzia. Zgrubienia te jednakże, mianowicie jeżeli zastawki nie uległy skurczeniu, najczęściej rozchodzą się. Dla tego też szmery wsierdziowe, powodowane przez owe zgrubienia, po pewnym czasie zniknąć mogą.

Bywają jednak wypadki, w którym po gościcu pomienionym pozostają rzeczywiste wady sercowe. Spostrzegamy również zapalenia wsierdzia po płonicy nawet bez obecności ostrego gościca stawów. Podobne zapalenie wsierdzia przebiega zawsze z gorączką, która często trwa przez dość długi czas w bardzo znacznem natężeniu, nim jeszcze wykrywamy jakiebądź szmery w sercu. Dla tego też zawsze trzeba z wielką starannością i ścisłością serce zbadać, ile razy tylko podczas łuszczenia choroby zacząną na nowo gorączkować, tembardziej, jeżeli w takich razach nie

znajdziemy przyczyny dla gorączki ani w nerkach, ani w płucach, ani w opłucni i t. d.

W niektórych wypadkach sprawa gośćcowa ogranicza się od samego początku do jednego tylko stawu; powstaje wówczas puchlina stawu odpowiedniego, najczęściej kolanowego, i w końcu sprawa dochodzi aż do zupełnego zropienia jednego lub kilku stawów.

Czasami występują przerzuty ropne w kilku lub we wszystkich stawach w sposób niesłychanie ostry.

8. Gnilec (*scorbutus*) nie należy wcale do rzadkich chorób po płonicy. Czasami gnilcowe zapalenie dziąseł bywa podstawą dla błoniczego zapalenia ust (*noma*).

Spostrzegać również można chorobę plamistą Werlhofa (*morbus maculosus Werlhofii*), albo téż plamicę z wyuczajną (*purpura rheumatica*). Tę ostatnią formę często bardzo trudno odróżnić od pokrzywki (*urticaria*), zajmującej całe ciało. Jeżeli pokrzywka występuje najprzód na twarzy, to z początku można ją wziąć za odrę.

9. Co się tyczy narządów zmysłu, to najczęściej ulega cierpieniu ucho, rzadziej zaś—oko. Zapalenia ropne przewodu słuchowego zewnętrznego wraz z przerwaniem błony bębenkowej i z następczemi wybujałościami polipowemi—nie należą bynajmniej do rzadkości. Cieczenie z ucha bywa bardzo uporeczywe i długotrwałe, szczególnie wóczas, jeżeli takowe wcześniej się pojawia. Podobne cieczenie z ucha (*otorrhoea*) rozszerza odór niezmiernie przykry i wstrętny, przez co stanowi powikłanie bardzo nieprzyjemne.

Nie zawsze pozostaje potem głuchota zupełna; najczęściej, mianowicie jeżeli dość wcześniej zastosowano odpowiednie leczenie otyatryczne, słuch pozostaje niezmienny.

Rzadko spostrzegamy ogólne zapalenie oka jednego (*panophthalmitis*) lub obu. Zwykle choroba pomieniona występuje już podczas wybuchu płonicy i żadną miarą nie daje się powstrzymać. Daleko rzadziej gnilne zapalenie oka bywa częściowym objawem ropnicy ogólnej (*pyaemia*).

10. Przewód pokarmowy bardzo mało ulega współcierpieniu. Na początku choroby z powodu poczynającej się gorączki bywa zwykle nieznaczne zatwardzenie stolca. Bardzo rzadko sprawa dochodzi do niezżytku kiszek cienkich; prędzej już zdarzyć się może czerwotka (*dysenteria*) szczególnie u dzieci obrzękłych,

jeżeli takowe znajdują się w izbach ciasnych, przeludnionych i źle odwietrzanych.

11. Durzyc a p ł o n i c o w a (*Scharlach-typhus*). Przebieg niektórych wypadków płonicy bywa od samego początku charakteru takiego, że najzupełniej usprawiedliwia nazwę dopiero co wzmiankowaną. Objawy wysypkowe są bardzo wyraźnie uwydatnione, ale gorączka i stan ogólny chorych najzupełniej odpowiadają durzycy (*scarlatina torpida*).

Myślmy tu jednak o wcale innej formie, a mianowicie o chorobie następczej, cechującej się istotnie objawami durzycy. Nie jest to tylko stan odczynu, jak w durzycy cholerycznej (*cholera-typhoid*); w tych razach przeciwnie—do objawów istniejącej jeszcze płonicy wprost przyłączają się objawy wyraźnej durzycy.

Czy wypadki podobne mogą zarazić dzieci zdrowe—durzycą brzusznią lub wysypkową—tego dotychczas jeszcze dokładnie nie wiemy.

Najczęściej choroba, tak podczas wybuchu jak i w okresie kwitnienia wysypki, ma przebieg leniwy, niezmiernie powolny: dzieci są bezsilne, jakby odurzone, chciałyby spać bezustannie, bredzą, jakkolwiek ani gorączka nie jest zbyt silną, ani cierpienie gardła—zbyt znacznego natężenia i t. d.

Zwykle w trzecim tygodniu choroby, po zblednięciu wysypki, dzieci na nowo poczynają gorączkować. Gorączka przybiera inny typ; gdyż wieczorem zawsze bywają znaczne nasilenia, a rano—wydatne zwolnienia. Brzuch staje się wzdętym (*meteorismus*), śledziwna powiększa się. Język ma na środku osad, bywa przykryty śluzem zeschniętym i obrzmiewa. Wargi i otwory nosowe są jakby sadzami okopcone. Nie zawsze pojawiają się przytém stolce wodniste. W tych zaś wypadkach, w których występują stolce wodniste, ilość ich nie zawsze bywa większą.

Pomienione objawy durzycowe nie zawsze jednakowo trwają; w niektórych wypadkach tylko 8 dni, w innych tygodni trzy, a nawet i dłużej.

Gorączka wciąż wzrasta i może spowodować porażenie serca, a tém samem—śmierć. W innych razach gorączka, trzymając się przez czas niejaki na pewnej wysokości, poczyną następnie powoli opadać, aż nareszcie następuje wyzdrowienie zupełne.

Podczas trwania objawów durzycowych łuszczenie zatrzymuje

się, i poczyna na nowo swój bieg zwykły dopiero po ukończeniu gorączki.

Przypomniawszy sobie, ile to chorób następczych i powikłań towarzyszyć może płonicy, łatwo zrozumiemy, jak różnorodnym być musi jej przebieg. Różnorodność ta dochodzi do tego stopnia, że jedna epidemija zaledwie podobną bywa do drugiejj; mało tego—jeden wypadek zaledwie podobnym bywa do drugiego.

Spostrzegamy wypadki płonicy, w których objawy w 3—6 dni najzupełniejj znikają i gdzie, pomimo braku wszelkiejj opieki, żadna z chorób następczych nie powstaje; kiedy tymczasem mnóstwo bywa wypadków, trwających aż 4—5 miesięcy i t. d.

Przy rokowaniu, rozumie się, kierować się należy wszystkiemi pomienionemi względami, o czem zresztą już wyżej wzmiankowano.

**Leczenie.** W wypadkach płonicy łagodnych, z przebiegiem prawidłowym, postępowanie lekarza może być czysto wyczekujące (*methodus expectativa*). Można w tych razach ograniczyć się do środków lekko chłodzących. W każdym razie, jeżeli przez kilka dni nie było wypróżnień stolcowych, to przepisać należy środek lekko czyszczący.

*Rp.* Aqu. luxativa viennens. 80,0 (℥jijβ).

Syr. rub. idaei.

Aquae cerasor āā 5,0 (℥j).

M. D. S. Co dwie godziny łyżkę dziecinną, aż do wystąpienia stolców.

Jeżeli objawy błonicowe (*diphtheritis*) przeważają, to należy użyć wszystkich środków, jakie przytoczyliśmy, mówiąc o błonicy samoistnej. Nowszemi czasy z bardzo dobrym skutkiem stosują kwas salicylowy dla oczyszczenia miejsc, sprawą błonicową zajętych.

*Rp.* Acid. salicylic. 2,0 (gr. XXX).

Aquae dest. 200,0 (℥Vij).

Spirit. vini q. s. ad solut.

D. S. Do użytku zewnętrznego.

Chwałą również użycie wewnętrzne kwasu salicylowego; dawka w takim razie powinna być nieco mniejszą.

*Rp.* Acid. salicylic. 0,2 (gr. iij).

Aquae destil. 100,0 (℥ijjβ).

Syr. simpl. 10,0 (℥ijβ).

M. D. S. Co dwie godziny łyżkę dziecinną.

Jeżeli w następstwie rozkładu błon dyfterytycznych i t. d. powiększa się niemila woń z ust, to odpowiednie miejsca należy tuszować nasyconym roztworem półtoro-chlorku żelaza, albo kwasem karbolowym.

W wypadkach, gdzie gorączka jest bardzo znaczną, należy przepisać chininę i przystąpić do energicznego stosowania zimna. Chininę dajemy w dawkach dużych, najlepiej — w roztworze; dzieci bowiem z trudnością proszek połykają.

Na głowę zastosować należy okłady lodowe, zmieniane co kwadrans; przytem bardzo odpowiednie są chłodne obmywania całego ciała. Można również użyć kąpieli chłodnych (20°—22°). Ale wyznać tu trzeba, że metodyczne leczenie wodą zimną nie bywa w płonicy tyle skutecznem, ile w durzycy. Bardzo często się zdarza, że chorzy, i tak już niespokojni, w kąpieli stają się jeszcze bardziej niespokojnemi, przy czem pojawiają się u nich bredzenia szalone (*deliria furibunda*), trudne do pokonania. Być może, że uczucie niepokoju, powiększające się przez zanurzenie chorego w wodę zimną, powoduje podobne pogorszenie.

Jeżeli na początku płonicy wystąpią drgawki, to bezzwłocznie przystąpić należy do energicznego stosowania okładów lodowych na głowę. Trzeba również w podobnych razach bardzo ostrożnie wydalać śluz, zbierający się w ustach. Tętnicę domózgową (*art. carotis*) uciskać należy z jednej strony przez 2—3 minuty; następnie przerywamy ucisk, a po pewnym czasie powtarzamy go znowu. Zwykle podczas uciskania tętnicy domózgowej natężenie drgawek zmniejsza się nieco. Ponieważ dzieci podczas drgawek łykać nie mogą, przeto lekarstwa podawać im należy per anum. Najlepiej zrobimy, jeżeli w podobnych razach zastosujemy lewatywki z wodanu chloralu w roztworze śluzowym. Rozczyn śluzowy służy tutaj do uśmierzenia palenia dokuczliwego, jakie sprowadza wodan chloralu.

Rp. Dct. Salep. 80,0 (℥ijβ).  
Chloral hydrat 1,0 (gr. XVj).  
D. S. Na dwie lewatywy.

Lewatyw pomienionych nie trzeba już więcej powtarzać, jak tylko pojawi się z ust zapach chloroformu. Zwykle pod działaniem wodanu chloralu drgawki ustępują.

Jak skoro pojawiają się pierwsze oznaki płonicy, to dzieci należy trzymać na dyecie bardzo ściślej, a podczas dni ciężkiej gorączki po-

dajemy tylko dobrze osoloną zupkę cielecą, czystą; wszelkich innych pokarmów bezwzględnie unikać trzeba. Dzieci pozostawać powinny w łóżku przez czas odpowiednio długi, aż łuszczenie będzie w całym swym biegu. Wówczas dla przyspieszenia łuszczenia stosować można kąpiele ciepłe (28° C.). Należy wszakże pamiętać o tém, że kąpiele tylko wówczas są możliwe, gdy już przez pewien czas nie ma żadnej z chorób następczych. W podobnych razach kąpiemy dziecko co drugi dzień, trzymając go w kąpieli przez 15—20 minut; obmywamy go dokładnie mydłem, poczem kładziemy go do łóżka, aby się spociko. Jeżeli zaś mamy do czynienia z chorobami następczemi, to dopiero wówczas kąpiele zastosować można, gdy wszelkie ślady owych chorób następczych już znikły.

Co się tyczy leczenia chorób następczych, to wspomniemy tu tylko o puchlinie i o zapaleniu ust błonicowem (*noma*); leczenie bowiem pozostałej reszty chorób następczych opisailiśmy już powyżej w rozdziałach odpowiednich.

Ostra choroba Bright'a wymaga odnośnie leczenia dwóch rzeczy: zastąpienia utraty substancyj białkowych i pomnożenia wydzieliny moczu. Nie łatwo jednak udaje się doprowadzić pokarmy białkowe; dzieci bowiem po spożyciu pokarmów stałych, a nawet mleka w ilości nieco większej, wymiotują. Płyn puchlinowy najlepiej wydzielić możemy przy pomocy kąpiele gorących (28°—30° C.), w których dzieci pozostawiamy przez 10 minut. Następnie należy dzieci starannie obwinąć w kołdry wełniane, aby przez kilka godzin mogły się dobrze pocić. Ważąc dzieci przed i po kąpieli, respective po spoceniu się, znajdziemy zawsze znaczną różnicę odnośnie wagi ciała. Można jednocześnie podziać na czynność wydzielania moczu, przez podanie lekkich środków w moczo pędnych. W ogóle jednak powiedzieć należy, że dopiero wówczas przystąpić można do użycia środków moczopędnych, kiedy objawy ostre już minęły, a sprawa chorobowa staje się bardziej przewłoczną odnośnie swego biegu.

Dajemy w takich razach: *cremor tartari, liq. terr. foli tartar., decoctum equiseti, ononidis* i t. d.

Rp. Cremor tartar. 1,5 (gr. XXIV).  
 Aquae dest. ferr. 100,0 (℥ijjβ).  
 Syr. simpl. 10,0 (℥ijβ).  
 M. D. S. Do dwie godziny łyżkę dziecinną.



*Rp.* Liq. terr. fol. tart. 1,0—1,5 (gr. XVj—gr. XXjV).  
 Aquae destillatae 100,0 (Ξjjjβ).  
 Syr. simpl. 10,0 (Ξjjjβ).  
 M. D. S. Co dwie godziny łyżkę dziecinną.

*Rp.* Dct. equiseti (sive ononidis spinosae) e 1,5 ad 80,0  
 (e gr. XXjV ad Ξjjjβ).  
 Liq. terr. fol. tart. gtts 10.  
 Syr. simpl. 10,0 (Ξjjjβ).  
 M. D. S. Co dwie godziny łyżkę dziecinną.

W razie pojawienia się drgawek natury mocznicowej, najlepiej postąpimy, narkotyzując chorych przy pomocy chloroformu. Zresztą w podobnych wypadkach należy również poprobować uciskania tętnicy domózgowej.

Jeżeli istnieje silne zajęcie gardła, to bardzo często trzeba z wielką dokładnością zaglądać w gardło choremu dziecku, a jak tylko gdziekolwiek spostrzeżemy oznaki zgorzeli, wnet należy tkankę zgorzelinową wyskrobać za pomocą łyżeczki, a otoczenie—tuszować kwasem azotnym dymiącym. Postępując w ten sposób, zdolamy nieraz powstrzymać dalsze szerzenie się zgorzeli.

### 3. Ospa. (*Variola*).

Ospa ludzka jest to choroba gorączkowa, ostra, zaraźliwa, której towarzyszy obfita wysypka w postaci krost (*pustula*), mających na wierzchu wgłębienie pępkowate. Wielkość krost bywa bardzo rozmaita, a po ustąpieniu ich pozostają charakterystyczne blizny kropkowane.

Wysypka ospowa nie powstaje zaraz po wybuchu choroby, ale rozwija się stopniowo. Najprzód spostrzegamy na skórze liczne plamki, barwy krwisto-czerwonej, wielkości główki od szpilki. Przewszystkiem podobne plamki występują na twarzy; daleko rzadziej—na innych miejscach, np. na tych częściach skóry, które ulegają zawsze uciskowi od opasek i t. d. Plamki te zależą od ograniczonego przekrwienia całej warstwy skóry. Z nich w krótkim czasie (24—48 godzin) rozwijają się guziczki białe, wyraźnie występujące ponad powierzchnię skóry, i bardzo łatwo wyczuwać się dające za pomocą dotyku. Z owych guziczków rozwijają się pęcherzyki z jasno wodnistą zawartością, która po 10—12 dniach maci się ropiasto, tak że mamy przed sobą wyraźną krostę, czyli pryszcz (*pustula*); jest to okres

ropienia czyli dojrzewania. Pryszcz ospowy (*pustula*) ma po największej części na wierzchu wgłębienie w rodzaju pępuszka; budowa jego jest krokiewkowa, przyczem czasami, zamiast ropy, krew zawiera (ospa krwotoczna—*variola haemorrhagica*).

Jeżeli pryszcze, co najczęściej na twarzy bywa, zlewają się ze sobą, to oznaczamy podobną ospę mianem „zlewnój“ (*variola confluens*).

Począwszy od dnia 12-go lub 13-go, pryszcze poczynają schnąć jest to okres wysychania (*stadium exsiccationis*). Utworzony strup odpada całkowicie i pozostawia po sobie bliznę czerwonawą, pomarszczoną i kropkowaną. Stopniowo owa blizna coraz bardziej blednie, aż nareszcie staje się mało widoczną.

Jednocześnie z wystąpieniem ospy na skórze, a czasami nawet nieco wcześniej, spostrzegamy wysypkę na błonach śluzowych. Tyczy się to prawie wszystkich błon śluzowych łączących się ze skórą; najczęściej jednak wysypkę taką znajdujemy w gardzieli, przełyku, na łącznicy, krtani, tchawicy, w pęcherzu moczowym i t. d. Wszelako nie zawsze spostrzegamy wysypkę ospową na błonie śluzowej gardzieli przed pojawieniem się wysypki na skórze. Czasami nawet brak wszelkiego cierpienia błony śluzowej gardzieli.

Porównywając pryszcze błony śluzowej gardzieli z pryszczami skóry, znajdziemy na pozór, że pierwsze odnośnie ropienia daleko bardziej postąpiły, aniżeli drugie. Fakt pomieniony zależy od tej okoliczności, że błona śluzowa nie posiada naskórka; z tego też powodu pryszcz przyjmuje zaraz wygląd bardziej biały, miękki i opadający. A zatem z wyglądu samego nie podobna oznaczyć czasu trwania wysypki.

Najprzód, jak już wzmiankowano, spostrzegamy plamki na twarzy. I tu tak samo, jak w odrze, pomiędzy plamkami skóra pozostaje prawidłową. Z tego też powodu, ponieważ i plamki odrowe wystają po nad skórą, niezmiernie trudno w początku choroby odróżnić wysypkę ospową od odrowej. Ale z drugiej strony przy ospie nie ma objawów niezytu nosa i łącznicy, jak przy odrze. Zresztą jeżeli dokładnie poszukamy, to znajdziemy na skórze miejsce, gdzie istnieje już nieco lepiej rozwinięta wysypka, to jest pryszcz (*pustula*). W takim razie, rozumie się, nie ma już wątpliwości co do rozpoznania. Wątpliwość nasza jeszcze bardziej się zmniejszy, jeżeli poczekamy 24 godzin; wówczas bowiem wysypka przyjmie już tak charakterystyczny wygląd, że nawet obecność niezytu łącznicy nie przeszkodzi nam, byśmy mogli na pewno ospę rozpoznać.

Wysypka rozszerza się z twarzy na tułów i na kończyny. Wysiwanie jednak kończy się w daleko krótszym czasie, aniżeli — przy odrze i płonicy, do tego stopnia, że można powiedzieć, jakoby wysypka ospowa poja wiała się jednorazowo — jakkolwiek to nie stanowi prawdy bezwzględnej; gdyż po pierwszym wysypaniu pojawiają się od czasu do czasu coraz nowe pryszcze.

Skoro wysypanie już się ukończyło, to pryszcze ulegają zmianom wyżej wymienionym. Przebieg rozwoju wysypki i zmian ich kolejnych odbywa się zwykle w wielkim porządku. U ssawców tylko przebieg różni się nieco od wyżej opisanego szematu.

Wysypka nie pojawia się za jednym razem w j e d n o s t a j n é m rozszerzeniu na twarzy i całym ciele. Guziczki resp. pryszcze nieco wcześniej występują na miejscach, będących, z powodu okrycia odzieżą, cieplejszemi i wilgotniejszemi, aniżeli na innych częściach skóry. Dlatego téż nieraz widzieć możemy zupełnie wykształcone pryszcze, np. na brzuchu lub na grzbiecie, kiedy tymczasem na twarzy i na innych częściach ciała takowe dopiero rozwijają się. Podobną nieregularność wysypywania spostrzegamy u ssawców i u mamek, niańczących dzieci, na ospę cierpiących; te bowiem indywidua zarażają się wzajemnie przez bezpośrednie zaszczepienie.

Czasami na niektórych miejscach widzieć można pojedyncze pryszcze, 3 lub 4 razy większe, aniżeli inne. Takie oddzielne, duże pryszcze mogą powstawać i bez zlewania się ze sobą pęcherzyków mniejszych; mają one brzegi nieregularne, a w rozwoju swym są bardziej posunięte; kiedy tymczasem jednocześnie na reszcie ciała istnieje wysypka drobna, która zdaje się, jakoby o kilka dni młodszą była od tamtych.

Sprawa ospowa bywa rozmaitego natężenia, co zwykle zależy od ilości rozwijającej się wysypki. Z tego téż powodu odróżniamy kilka stopni pomienionej choroby, które nazywamy: o s p ą (*variola*), o s p i c ą (*variolois*) i o s p ą w i e t r z n ą (*varicella*). Są to tylko rozmaite stopnie jednéj i téj saméj sprawy chorobnéj; gdyż z przeniesienia, resp. zarażenia się zwyczajną ospą wietrzną (*varicella*) powstać może niezmiernie ciężka forma ospy krwotocznej (*variola haemorrhagica*) — i odwrotnie.

Często już w samym początku powstawania wysypki wytwarza się „d y a t e z a k r w o t o c z n a”, t. j. krew występuje nietylko do pryszczy, ale z rozmaitych błon śluzowych przychodzi do bardzo obfitych krwotoków, jak z błony śluzowej nosa, ust, ucha, nawet z łącznicy i z części rodzajnych. Objawy ogólne w podobnym wypadku odpowiadają najzupełniej zmianom miejscowym.

Odróżnienie ospy od odry nie jest bynajmniej rzeczą łatwą, ale, bądź co bądź, możliwą. Daleko łatwiej odróżnić ospę od płonicy; w tym celu posłużyć nam może nie tylko rodzaj wysypki ale i objawy miejscowe. Czasami jednak przed wybuchem ospy pojawia się jednostajnie rozszerzona wysypka na piersiach i na brzuchu, co przeważnie spostrzegać można u dzieci bardziej dorosłych (12 — 14 lat). U osób dorosłych fakt ten stale się przytrafia.

Przed pojawieniem się wysypki występują, tak jak w innych chorobach, charakterystyczne zwiastuny. Na mocy takich zwiastunów podczas panującej epidemii prawie na pewno rozpoznać można ospę u osób, nie mających szczepionej ospy ochronnej.

Okres wylegania trwa rozmaicie długo, ale w każdym razie nigdy on nie bywa tak krótkim, jak w płonicy. Przeciwnie okres wylegania przebiega prawie bez żadnych objawów. Dzieci na pozór czują się bardzo dobrze, gdy wtém nagle powstają niezmiernie silne bóle w krzyżu, ciepłota ciała podwyższa się ( $40^{\circ}$ — $42^{\circ}$ ), następują wymioty, a zaraz potem zaczyna pojawiać się wysypka.

Skoro wysypanie ukończyło się, to gorączka (*febris eruptionis*) zwykle opada nieco, a nawet w niektórych wypadkach takowa znika zupełnie. Przy powstawaniu wysypki, pojawić się mogą drgawki, które w niczem nie będą się różniły od drgawek, występujących na początku płonicy. Drgawki pomienione zwykle tak długo trwają, aż wysypka się pojawi. Pamiętać wszakże należy o tém, że drgawki mogą śmierć sprowadzić już w pierwszych godzinach.

Skoro wysypka dojrzeje, co zwykle następuje 12-go lub 14-go dnia choroby, to pojawia się na nowo gorączka (*febris secundaria, suppurationis*), zależąca od rozległej sprawy ropienia w pryszczach. Spostrzegamy tutaj wszystkie objawy, cechujące gorączkę ropnicową (*febris pyaemica*), jak: dreszcze wstrząsające, bredzenie, upadek sił i tętna i t. d.

Podczas rozpoczynającego się ropienia ciepłota gorączkowa dosięga takiej wysokości, że nieomal znika możliwość dalszego istnienia organizmu. Przy ospie téż spostrzegamy wszelkie możliwe wysokie stopnie ciepłoty gorączkowej.

Gorączka ropna (*febris suppurativa*) trwa tak długo, aż pryszczce zasychać poczną. Po największej części zasychanie pryszczki zaczyna się od twarzy, stąd idzie dalej na tułów i t. d. U dzieci przez drapanie i skubanie powstają na ustach, na nosie i t. d. rozpadliny krwawe, przyczém nieraz dużo krwi uchodzi. W rzadkich wypad-

kach, najczęściej u dzieci zółzowatych, pryszcze ospowe po zeschnięciu bezpośrednio pozostawiają po sobie utratę substancji postaci okrągłej. Takowa utrata substancji bywa niezmiernie podobną do pryszczy przy t. z. „*ekthyma*“ i potrzebuje długiego czasu do zabliznienia.

Skoro już znaczniejsza liczba pryszczy podeszła i pokryła się strupkami, to gorączka znika w zupełności.

Gorączka, pominawszy owe wahania, jakie bywają w różnych okresach choroby, wogóle jest pod względem typu — ciągłą bez wydatnych zwolnień rannych. Pomienione wyżej trzy formy ospy różnią się między sobą tylko stopniem gorączki. Bywają wypadki ospy, w których pojawiają się tylko dwa lub trzy pryszcze; takie wypadki przebiegają prawie bez gorączki.

Ciężkie wypadki ospy krwotocznej kończą się już w samym początku wysypiania śmiertelnie z przyczyny porażenia serca, albo też śmierć w tych razach następuje na początku ropienia. Rozumie się, że między innymi warunkami, wiele przyczyniać się mogą do smutnego zejścia krwotoki do różnych jam ciała, jak do jamy opłucnej, otrzewnej i t. d.

Przebieg ospy jest o wiele regularniejszy, aniżeli płonicy dla tego, że największa liczba chorób następnych pojawia się dopiero po ukończonym okresie wysychania. Choroby następcze po ospie bywają przeważnie natury przerzutowej i występują pod postacią licznych wrzodziańek (*furunculus*), małych ropni skóry (*abscessus cutis*), ropnego zapalenia opłucni (*pleuritis suppurativa*), otrzewni (*peritonitis suppurativa*), opon mózgowych (*meningitis suppurativa*) i t. d. Zapalenie błonnicowe ust (*noma*) należy do częstych chorób następnych po ospie, rzadziej przytrafiają się błonnicowe i krupowe zapalenia dróg oddechowych, jakkolwiek, jak wiemy, sprawa ospowa dość często występuje na błonie śluzowej tego narządu. Zapalenie krupowe żołądka (*gastritis crouposa*) nie należy bynajmniej do rzadkości. U chorych, pomieszczonych w izbach ciasnych, ludnych i źle przewietrzanych bardzo często daje się napotykać czerwotka (*dysenteria*).

Przebieg ospy, włączając już w to i choroby następcze, bywa różnym stosownie do tego, czy osoba miała dawniej szczepioną ospę ochronną, czy też nie. Zresztą kwestyę tę potrącimy jeszcze, mówiąc o szczepieniu ospy (*vaccinatio*).

Ospa jest w wysokim stopniu zaraźliwą, szczególnie dla osób, nie mających szczepionej ospy ochronnej. Zarazek jęj przenosi się

za zetknięciem tylko z osobą chora, przez przeziw, za pośrednictwem odzieży i t. d. Można również wywołać ospę u osoby, która nie miała ospy ochronnej, lub która nie przechodziła opy naturalnej przez szczepienie zawartości pryszczu, podczas 8-go lub 9-go dnia jego kwitnienia. W takim razie powstaje ospa ludzka nietylko na miejscu zaszczepionem, ale na całym ciele; towarzyszą zaś temu wszystkie objawy, właściwe ospie zwyczajnej.

Jeżeli toż samo doświadczenie wykonamy na osobie, mającej już szczepioną ospę ochronną, to zachodzi pytanie, czy podobne szczepienie wogóle się przyjmie, a przypuściwszy nawet rezultat twierdzący, zapytujemy się dalej, czy może nastąpić potem wysypka ogólna, czy też nie. Wogóle osoby, które miały zaszczepioną ospę ochronną, daleko mniej skłonności okazują dla zarazka ospowego jakiegobądź formy, aniżeli inne; a nawet podobne indywidua są przez pewien czas zupełnie wolne od możliwości zarażenia się.

**Leczenie.** Postępowanie lekarskie przy ospie jest czysto w y c z e k u j ą c e. Żadna metoda leczenia, prócz zapobiegawczej (*prophylaxis*), nie może wpływu wyrzucić ani na ilość, ani na wielkość pryszczu, ani też na ich przebieg.

Przeciwko gorączce, mianowicie w okresie powstawania wysypki, stosować można chininę w dawkach większych. Toż samo powiedzieć należy o okresie ropienia; tu chininę stosujemy przeciw ropnicy (*pyaemia*). Niezmierniej wagi jest staranna piecza koło ust. Błonę śluzową ust trzeba 4—8 razy dziennie obmywać świeżą wodą zimną; w ten bowiem sposób łagodzimy pragnienie dokuczliwe dla chorych, nie dopuszczamy zapalenia błonicowego ust (*noma*). Zresztą zmuszeni do ciągłego zajmowania się błoną śluzową ust bardzo łatwo dostrzeżemy każdą tam zmianę, a więc i zapalenie błonicowe w samym swym początku.

Wszystkie usiłowania, które miały na celu zmniejszyć głębokość blizn, albo też całkiem ich uniknąć, pozostały najzupełniej bezskutecznymi. Ani otwieranie pryszczu, ani pokrywanie ich maścią szarą, ani nareszcie różne dawniej wychwalane leki nie przynoszą w tym względzie żadnego pożytku.

#### 4. Osipa wietrzna u dzieci (*Varicella infantum*).

Wybraliśmy nazwę „*varicella infantum*“ dla oznaczenia formy, którą mamy opisać, jedynie tylko dlatego, aby odróżnić takową od

formy ospy, zwykle opisywanej pod mianem: „*varicella*“. Wszystkie zrobione tu spostrzeżenia tyczą się tylko wieku dziecięcego, w którym napotykamy wysypkę do ospowej podobną. Wysypkę pomienioną uważać należy za swoistą, za zupełnie oddzielną formę chorobną. Zasady, które posłużyły nam dla przyjęcia téj oddzielnéj formy choroby, wykażemy zaraz poniżej.

Pod nazwą „*varicella infantum*“ rozumiemy wysypkę w postaci pęcherzyków, przebiegająca z gorączką, albo téż bez takowéj. Wysypka nie jest przywiązaną do pewnéj oznaczonej okolicy ciała. Po zarażeniu się od dziecka, cierpiącego na pomienioną chorobę, powstaje o s p a w i e t r z n a (*varicella infantum*), n i g d y z a ś — o s p a nawet stopnia najłżejszego.

Oto są cechy, które mogą posłużyć do odróżnienia jednéj formy wysypki od drugiéj.

1. „*Varicella infantum*“ zaraz z samego początku występuje pod postacią pęcherzyków, nigdy zaś nie pojawia się w postaci plamek lub guziczków, jak ospa zwyczajna (*variola*). Obserwując wysypkę od najpierwszych jéj zaczątków, znajdziemy pęcherzyki jasnowodniste wielkości punktu, nie przedstawiające żadnéj oznaki odczynu, t. j. obwódki czerwonéj (*halo*). Pęcherzyk jasnowodnisty jest tak mały, że zaledwie sterczy ponad skórą, po ukłuciu takiego pęcherzyka cała zawartość jego wypływa najzupełniej. Zwykle znajdujemy jeszcze dwa lub trzy pęcherzyki podobnego rodzaju na brzuchu, grzbiecie, w okolicy pachwinowéj, rzadziej na twarzy. Podczas następnych 24-ech godzin pojawia się znowu wysypka, ale w znaczéj już ilości, tak że pokrywa całe ciało, wprawdzie niezupełnie regularnie. W 5-tym dniu choroby zwykle nowa wysypka nie pojawia się już więcéj. W ostatnich dniach wysypka nie pojawia się w tak znaczéj ilości jak poprzednio, zwykle ukazuje się za każdym razem tylko kilka pęcherzyków.

2. Zawartość pęcherzyków w początku jest najzupełniej jasnowodnista, a dopiero około 5-go lub 6-go dnia mąci się takowa. Jednocześnie następuje zasychanie pęcherzyków, tworzy się strup, po odpadnięciu którego pozostaje blizna bardzo powierzchowna, albo — żadna.

Pęcherzyk od samego początku nie przedstawia wgłębienia (*umbo*), a budowy nie ma krokiewkowéj, jak w ospie. Odnosnie budowy pęcherzyka nie opieramy się tylko na tym fakcie, że po ukłuciu wypływa najdokładniej cała zawartość jego; dowód to byłby może nieco za słaby. Ale można się o tém przekonać najzupełniej do-

kładnie, odciawszy za pomocą nożyczek pęcherzyk cały i włożywszy go do wysokoku albo do roztworu kwasu chromowego. Wówczas za pomocą lupy bardzo łatwo można zobaczyć, że pęcherzyk taki nie ma owych przegródek, jakie zawsze bywają w pryszczu ospowym.

3. Zarazek wysypki „*varicella infantum*“ nie tkwi w zawartości pęcherzyka; wszystkie bowiem poszukiwania ze szczepieniem owiej zawartości wydały rezultat przeczący, albo téż wynik był tego rodzaju, że powstałej wysypki niepodobna było uznać za ospę wietrzną (*varicella*). Owe wyniki przeczące, jakie otrzymano przy szczepieniu téj formy, dowodzą w sposób bardzo przekonywający, że w każdym razie nie mamy tutaj do czynienia ze sprawami identycznymi z ospą. Gdyby „*varicella infantum*“ była tylko pewną odmianą ospy, to w wielkiej liczbie wypadków musiałyby koniecznie udać się doświadczenia z przeszczepianiem, a szczególnie u osób, które nie miały szczepionej ospy ochronnej, powinniśmy otrzymać ospę zwyczajną. Wszakże powszechnie wiadomo, że w ospie, chociażby wysypka (*eruptio*) była jak najmniejsza, przenośnikiem zarazka zawsze będzie zawartość pryszczu (*pustula*). Oprócz tego wiadomo również, że zaszczepienie takiej zawartości pryszczu ospowego wywołuje miejsce o prawdziwą ospę ludzką i ogólną wysypkę, której natężenia i obszaru nigdy nie jesteśmy w stanie najprzód przewidzieć. Podobnych faktów było jeszcze więcej wówczas, kiedy szczepienie odbywało się nie krowianką ale zwyczajną ospą ludzką; zresztą i dzisiaj można spostrzegać pojedyncze wypadki takie, np. u matek, niańczących dzieci chorujące na ospę. Gdyby ospa (*variola*) i „*varicella infantum*“ miały być sprawami jednoznacznymi, to szczepienie powinno się udawać nie tylko w pojedynczych wypadkach, ale niezmiernie często. Dopóki unitaryści nie zbiją tego prostego i jasnego dowodu, dopóty musimy wzmiankowane dwie formy uważać za sprawy zupełnie różne, chociażby tylko we względzie profylaktycznym.

4. „*Varicella infantum*“ napada w jednakiem natężeniu dzieci, mające ospę ochronną szczepioną, jako téż i takowe, które jój nie mają. Tak samo mało wpływa na powstawanie pomienionej choroby przebyta ospa prawdziwa. Jednorazowe przebycie ospy wietrznej (*varicella infantum*) nie chroni bynajmniej od zarażenia się ospą. Mało tego—doświadczenie nauczyło, że dzieci chorujące na „*varicella infantum*“, pomieszczone razem z osobami cierpiącymi na ospę naturalną, zarażają się ospą naturalną i ciężko chorują—rozumie się, ma to miejsce wówczas, gdy dzieci nie miały przedtém szczepionej ospy



ochronnej—kiedy tymczasem, jak powszechnie wiadomo, dwukrotne wystąpienie ospy u jednej i tej samej osoby w krótkim czasie — raz po razie— należą do niesłychanych rzadkości. Przenośnika zarazy w formie „*varicella infantum*“ nie znamy. Jednakowoż spostrzegamy bardzo często, że w szpitalach dla dzieci, w rodzinie jak tylko jedno z dzieci zachoruje na „*varicella infantum*“, to wkrótce wszystkie inne dzieci na tę samą chorobę zapadają.

5. Objawy, towarzyszące chorobie pomienionej, są w wysokim stopniu łagodne tak, że bardzo wiele dzieci nawet nie gorączkuje wcale. W innych znowu wypadkach wysypka bywa tak obfita i tak obszerna, że dzieci silnie gorączkują. Chorób następczych nie ma żadnych; dla tego też w sposób leczenia wyczekujący i podawanie napojów kwaskowatych najzupełniej wystarcza w podobnych wypadkach.

## 5. Rubeola.

Rubeola w okolicach naszych rzadko daje się spostrzegać; dla tego też niektórzy lekarze nie chcą jej uznawać za oddzielną, samodzielną formę chorobną. W innych krajach, mianowicie w Niemczech północnych, dość często przytrafiają się epidemie tej choroby.

Wysypka ma wiele podobieństwa do odry tak odnośnie wyglądu swego, jakoteż i odnośnie formy kwitnienia: brak zaś najzupełniej w pomienionej chorobie współdziałania błon śluzowych.

Rubeola poczyna się na twarzy, a w ciągu 24 godzin dochodzi do największego rozwoju na całym ciele. Następnego dnia wysypka blednie bardzo szybko. Rubeola nie pozostawia po sobie tak znacznych plam barwikowych, jak odra, ale przeciwnie na trzeci dzień znika bez śladu.

Objawy zwiastunne są bardzo nieznaczne, a przypadłości gorączkowe podczas wysypania— bardzo łagodne, umiarkowane. Przebieg bywa zawsze pomyślnym. Ani przebyta odra nie stanowi odporności (*immunitas*) dla rubeoli, ani ta ostatnia nie ochrania od odry. Czasami w płonicy wysypka bywa bardzo podobną do rubeoli, tem bardziej pomylić by się można, ponieważ nie ma jednocześnie objawów ze strony łącznicy i oskrzeli, ale przebieg dalszy i zmiany w gardle naprowadzą łatwo na prawdziwe rozpoznanie. Uwagi, tutaj przytoczone, tyczą się tylko kilku wypadków, na miejscu spostrzeganych.

Leczenie jest czysto wyczekujące. Dzieci powinny w łoż-

ku pozostawać przez 1—3 dni. Po 8 dniach należy zastosować kąpiel, a następnie można dzieciom pozwolić wyjść na powietrze.

**Dodatek.** Czy dwie formy wysypki pojawić się mogą jednocześnie na jednym i tym samym osobniku, jest to kwestya dotychczas sporna; dla tego też dla braku miejsca pominąć musimy wyczerpujący rozbiór tego skądinąd bardzo ciekawego pytania. Faktem jest niewątpliwym, iż ospa naturalna i szczepiona (krowianka) mogą jednocześnie istnieć u jednej i téj saméj osoby. Nie ma zatem żadnej podstawy, aby a priori przeczyć możliwości istnienia jednoczesnego płonicy i ospy wietrznej (*varicella*) i t. d. Już mnóstwo podobnych wypadków spostrzegano, pomimo to jednak kwestya ta nie przestała jeszcze być wątpliwą i sporną.

## 6. Szczepienie (*vaccinatio*).

### Ospa ochronna.

Przed wprowadzeniem szczepienia w użycie zauważono, że podczas epidemij ospy osoby chodzące około krów, a szczególnie osoby, zajmujące się dojeniem krów, w dziwny jakiś sposób zawsze oszczędzane były od ospy naturalnej. Po bliższem zbadaniu pomienionego faktu przekonano się, że u osób takich znajdują się na rękach blizny, pozostałe po przebytej krowiance (ospie krowiej). Dokładne i sumienne ocenienia tego faktu wydało niezmiernie ważne wyniki; odtąd zaczęto ludziom szczepić prawdziwą limfę krowią. Z owéj pierwszej przeszczepionéj krowianki otrzymano limfę i takową poczęto przenosić z jednéj osoby na drugą, z jednego ramienia na drugi; w ten sposób powstała limfa ospowa humanizowana.

Krowianka (ospa krowia) na téj drodze powstała, czy to przez zaszczepienie prawdziwéj ospy krowiej, czy też z osoby jednéj na drugą, różni się pod pewnemi względami od pryszczu ospowego naturalnego, jakkolwiek bądź oba rodzaje pryszczu mają niektóre cechy wspólne.

1. Podobne są odnośnie do swego przebiegu. Zaszczepiwszy krowiankę, w trzy dni potem zauważyć można mały, czerwony guziczek, który 7go lub 8go dnia przechodzi w pęcherzyk z jasnowodniętą zawartością. Dziewiątego dnia zawartość mętnieje, pryszcz otacza się kręgiem czerwonym (*halo*), a 10-go dnia zawartość staje się podobną do ropy. Odtąd pryszcz poczyna schnąć, tworzy się strup,

po opadnięciu którego pozostaje blizna okrągława, czerwonawa, nieco pofałdowana i punkcikami opatrzona.

2. Pryszcz krowianki ma podobnie, jak pryszcz ospowy naturalny, wgłębienie i budowę krokiewkową.

3. Limfa z pryszczu krowiankowego, przeniesiona na osobę drugą, wywołuje li tylko na miejscu szczepienia krostę (*pustula*); prawie nigdy zaś nie powoduje wysypki ogólnej, jak to bywa przy szczepieniu ospy ludzkiej naturalnej.

4. Ospa jest zaraźliwą li tylko przez zaszczepienie; zaraza nigdy nie przenosi się w inny sposób, jak przy ospie ludzkiej naturalnej.

5. Limfa, zebrana 8go dnia swego rozwoju jest najodpowiedniejszą do szczepienia. Jeżeli zaś zaszczepimy limfę nieco starszą, jak z dnia 9go lub 10go, t. j. wówczas kiedy limfa jest już mętną, kłaczkowatą i ropiastą, to powstanie wprawdzie krosta, ale bardzo łatwo w takim razie róża (*erysipelas*) rozwinąć się może, z powodów bardzo prostych.

6. Jednorazowe przebycie ospy szczepionej chroni przez długi czas od nowego zaszczepienia. Drugie szczepienie przyjmuje się dopiero po latach 10-ciu lub 12-stu.

Co się tyczy sposobu szczepienia i samej substancji, do szczepienia potrzebnej, to można o nich podać następane wskazówki.

1. Szczepienie za pomocą limfy, zebranej z pryszczu ospy ludzkiej naturalnej. Sposób ten już dawno porzucono; przedstawia bowiem wiele niebezpieczeństwa, o czem już powyżej wzmiankowaliśmy.

2. Szczepienie za pomocą limfy, pochodzącej z prawdziwej ospy krowiej. Sposobu tego rzadko się używa. Wszelako bywa on czasami koniecznym, mianowicie wówczas, jeżeli nam idzie o odrodzenie (*regeneratio*) substancji ospowej w wielkim zakładzie, albo gdy substancja do szczepienia używana przeszła już bardzo znaczny szereg dzieci. Za pomocą limfy krwię otrzymujemy istotny prawdziwy pryszcz ospowy u człowieka.

3. Przeniesienie limfy z osoby jednej na drugą, t. j. z ramienia jednego na drugi. Tutaj mamy tak zwaną limfę humanizowaną, za pomocą której szczepimy. Jest to sposób najczęściej używany i przedstawia najwięcej pewności tak pod względem działania, jak i pod względem przyjęcia. Należy

wszakże przy używaniu tego sposobu zwrócić uwagę na pewne ostrożności, o których niżej pomówimy.

4. Szczepią limfę humanizowaną na krowie, a następnie z powstałego w ten sposób pryszcza zbierają limfę i znowu przenoszą na człowieka. Jest to tak zwana *limfa odrodzona* (*Regencrite Lymphe*). Rozumie się, że za ogniwa pośrednie można użyć nie jedną; ale więcej krów, przez co limfa poprawia się i pomnaża. Taką limfę nazywają również *limfą krowią prawdziwą*, nie odpowiada to jednak rzeczywistości.

Limfę, podaną pod Nr. 2, bardzo trudno otrzymać, a przynajmniej trudno otrzymać ilość większą, potrzebną dla szczepienia znacznej liczbie dzieci. Oprócz tego pryszcze w takich razach bywają zbyt duże, a odczyn zapalny zbyt silny, tak, że dzieciom słabym takiej ospy szczepić nie możemy.

Najdogodniejszy sposób szczepienia jest ten, który podaliśmy pod Nr. 3. Jeżeli bowiem limfa pochodzi z osobnika zdrowego, to prawie zawsze się przyjmuje. Odczyn zapalny przytem bywa bardzo nieznaczny, a do niesłuchanie rzadkich wyjątków należą te wypadki, w których oprócz pryszcza miejscowego pojawia się wysypka ogólna, ospowa, o pryszczach drobniutkich. Takie niezmiernie rzadkie wypadki przebiegają w każdym razie zupełnie bez gorączki.

Szczepienie za pomocą limfy humanizowanej wymaga wielkich ostrożności odnośnie tego, aby za pomocą limfy nie przenieść chorób miejscowych lub ogólnych.

Limfa *odrodzona*, czyli tak zwana *limfa krowia prawdziwa*, przedstawia pewne niedogodności dość ważne; trudniej bowiem się przyjmuje, a często wywołuje bardzo silny odczyn zapalny. Czasami nawet oprócz objawów miejscowych powstaje bardzo znaczna wysypka ogólna, do ospowej podobna. Limfa nie przyjmuje się wcale jeżeli wzięta została z pryszcza nierozwiniętego. Zresztą limfa z powodu niespokojności zwierzęcia miesza się ze krwią. A nadewszystko mało mamy pewności, czy u danych krów nie ma zaczątku chorób różnych, rozrostu gruczołów kiszkowych, gruźlicy i t. d. Bądź co bądź jednak w szpitalach lub zakładach wielkich trzeba od czasu do czasu limfę ospową odrodzić w sposób powyżej opisany.

Sposób szczepienia jest niezmiernie prosty. Jeżeli bezpośrednio przenosimy limfę z jednej osoby na drugą, to należy ostrożnie otworzyć jedną z krokievek za pomocą lancetu odpowiedniego. Pryszcz, rozumie się, nie powinien być starszy nad dni 8. Przy otwieraniu pryszcza baczycy należy na to, aby nie krwi nie cie-

kl o. Poczekawszy kilka minut, aż się zbierze kropla jasnej wodnistej limfy, zanurzamy lancet, mający służyć do szczepienia, w owęj kropli. Następnie przy pomocy tego samego lancetu uносimy nieco skóre na ramieniu u drugiego dziecka, któremu chcemy zaszczepić ospę. Ukłucie to powinno być niegłębokie, tak, ażeby jak najmniej krwi się pokazało. Zwykle w kilku miejscach, blisko położonych, ukłuwamy skóre na ramieniu. Czasami szczepimy ospę na znamionach naczyńiowych (*teleangiectasia*). Metoda za pomocą ukłucia bywa zawsze nieco bolesną. Zaszczepić zównież można, odkrobując końcem lancetu nieco naskórka. Substancję ospową wcieramy w to miejsce, przez co otrzymujemy pryszcz podłużny.

Istnieje oprócz tego metoda szczepienia za pomocą odpowiedniego przyrządu (*Impfschnüpperchen*), w którym sprężyna wprawia w szybki ruch trzy malutkie nożyki, sprawiając tem samém małą ciętą ranę na skórze. Krew należy starannie zetrzeć, a odsunawszy nieco brzegi ranki, wcieramy substancję ospową. Jeżeli przechowujemy limfę w rurkach włoskowatych, to należy wydmuchnąć taką wąż na czyste szkiełko albo na paznokieć. Jeżeli posiadamy małą tylko ilość limfy, a potrzebujemy wielu dzieciom szczepić, to do limfy dodajemy kroplę gliceryny, przez co ona nie wysycha tak prędko.

Przebieg ospy szczepionęj, szczególnięj u dzieci zdrowych jest prawie zawsze regularnym—typowym. Powstawanie guziczka respective pęcherzyka, odbywa się zawsze bez gorączki. Dziewiątego lub 10go dnia pojawia się czasami gorączka wtórna (*febris secundaria*), trwająca, aż do zaschnięcia pryszcza. Postępowanie lekarskie w tych razach powinno być czysto wyczekujące. Pamiętać wszakże należy o tem, aby podczas rozwoju pryszcza nie kąpano dzieci. Jak tylko pryszcze zaczną podsychać, to można zezwolić na kąpiele.

Czasami jednakże ospa szczepiona przyjmuje przebieg nieregularny:

1. Pryszcze powstają bardzo małe, w postaci pęcherzyków i usychają przed czasem. W podobnych razach należy jeszcze raz zaszczepić inną limfą. Zdarza się to zwykle przy szczepieniu limfą krowią.

2. Podczas trwania pryszczy pojawia się, szczególnięj u ssaków, wysypka podobna do różyczki (*roseola*), na całym ciełe, albo też tylko na pewnych częściach ciała. Wysypka pomieniona błędnie zaraz, jak tylko pryszcze schną poczynają. Zresztą w wielu wypadkach może być tylko ona powikłaniem przypadkowym.

3. Na drugi dzień zamiast małej czerwonoci na miejscu szczepionem powstaje pęcherz jasno przezroczysty, wielkości grochu, podobny do pęcherza „*pemphigus*“. Pęcherz ten wkrótce zasycha, a od tego miejsca rozwija się mniej lub więcej obszerna ekcema, która pokrywa się strupami, wolno przylegającymi do podstawy. Strupy po dwóch lub trzech tygodniach odpadają. I w podobnym wypadku należy ospę jeszcze raz zaszczepić.

4. Pryszcz przebiega prawidłowo, ale w pobliżu jego rozwija się ekcema, mogąca się rozszerzyć na całe ciało.

5. W rzadkich wypadkach pryszcz nie goją się prawidłowo, ale po opadnięciu strupa pozostaje wrzód z dnem czystym, który potrzebuje rozmaicie długiego czasu dla zabliznienia.

6. Czasami powstaje róża wędrująca (*erysipelas migrans*) albo z pryszczu zupełnie prawidłowego albo też z wrzodu, pod Nr 5 opisanego. Punktem wyjścia róży jest zawsze miejsce szczepione, a stąd przejść może całe ciało. Jest to jedyna choroba, która może przy ospie szczepionej bezpośrednio śmierć spowodować. Zresztą róża pomieniona w niczem się nie różni odnośnie przebiegu od zwyczajnej róży wędrującej. Wspomnieć tu jednak musimy, że w izbach ciasnych i przeludnionych róża pojawia się epidemicznie z przyczyn dotąd nieznanych. W takich razach jedyną pomoc stanowi staranne i ciągłe przewietrzanie oraz czystość niezmiernie wielka.

Wpływ, jaki wywiera szczepienie, da się mniej więcej streścić w sposób następujący:

1. Osoba szczepiona zachowuje przez długi czas—10—12 lat—mniej lub więcej znaczną odporność względem prawdziwego jadu ospowego, tak, że w tym wieku bardzo rzadko spostrzegamy osoby na ospę chore. Po za tym czasem pozostaje wprawdzie jeszcze niejaka odporność, ale dla przekonania się o tem, należy w każdym razie takim osobom jeszcze raz ospę zaszczepić. U mnóstwa podobnych indywiduów powtórne szczepienie nie przyjmuje się. Gdyby zaś szczepienie się udało, to osoby takie znów na pewien czas są uchronione od ospy naturalnej.

2. Jeżeli pojawi się ospa naturalna w pierwszych zaraz latach po zaszczepieniu, to przebieg jej bywa bardzo łagodnym. W wielu podobnych wypadkach wysypka przebiega w sposób poronny (*abortiv*), w innych—jakkolwiek wysypka bywa niezmiernie obfita, jednakowoż przebieg choroby odznacza się łagodnością. Gorączka początkowa (*febris initialis*), jak również i gorączka wtórna (*febris secun-*

*darja*) są bardzo nieznaczne; a ospy krwotocznej wcale nie bywa. Tak samo do niesłychanych rzadkości liczą się choroby następce, jak ropnie przerzutowe, błonicowe zapalenie ust (*noma*) i t. d.

3. Ponieważ rozwój pryszczu jest łagodniejszy, więc i blizny są mniej głębokie i mniej szpecące.

4. Na „*varicella infantum*“ nie ma żadnego wpływu.

5. Zwrócić musimy uwagę na to, że pryszcz ospy ochronnej i wysypka ospy naturalnej istnieć mogą jednocześnie u jednej i téj samej osoby. A mianowicie jeżeli zaszczepimy ospę ochronną podczas okresu wylegania ospy naturalnej, to obydwie sprawy jednocześnie obok siebie będą przebiegać. Szczepienie w takim razie nie wywiera wpływu łagodzącego na przebieg ostry rodniój; przynajmniej nie stwierdzono tego dotychczas. A zatem tylko wówczas liczyć można na wpływ łagodzący, kiedy szczepienie będzie miało miejsce przed okresem wylegania.

6. Co się tyczy przenoszenia chorób ogólnych, konstytucjonalnych, przez szczepienie, to wyznać trzeba, że mogą zdarzyć się podobne wypadki, ale z drugiej znowu strony — zanadto przeceniają niebezpieczeństwo, mogące stąd wypłynąć. Możliwą jest rzeczą, aby wraz z limfą ospową zaszczepiono przymiot (*syphilis*) danej osobie; ale zdarzyć się to może tylko wówczas, jeżeli limfę bierzemy z wysypki, nie posiadającej wszystkich własności prawidłowej krosty ospowej ochronnej. Szczepimy np. za pomocą limfy z pryszczu syfilitycznego, nie więc dziwnego, że syfilis przenosimy. Jeżeli zbieramy limfę, pomieszana z krwią dziecka chorującego na przymiot u t a j o n y, to za pomocą takiej limfy rzeczywiście syfilis innym osobom zaszczepić można. Ale w takim wypadku przenośnikiem zarazki syfilitycznego jest — krew. Sama bowiem limfa bez krwi, chociażby pochodziła od dziecka syfilitycznego, przymiotu nie wywoła.

Czy zołzy, ekcema wilgotna i t. d. mogą zostać przeniesione za pomocą szczepienia — jest to kwestya wątpliwa jeszcze. Faktem jest, że podobne choroby bardzo często występują po szczepieniu; ale nie idzie jeszcze koniecznie ztém, aby one miały być następstwem szczepienia. Być może, że ospa szczepiona pewien wpływ wywiera na wymienione choroby i przyspiesza wybuch takowy. Jeżeli w pewnej rodzinie już kilkoro dzieci umarło na zapalenie opon mózgowych gruźlicowe (*meningitis tuberculosa*), to młodszemu rodzeństwu nie szczepmy wcale ospy, albo przynajmniej szczepmy tylko w takim wieku, w którym zapalenie opon mózgowych gruźlicowe

rzadko się pojawia, mianowicie w pierwszych dwóch miesiącach. Doświadczenie bowiem nauczyło, że, jeżeli w takiej rodzinie szczepimy ospę dzieciom dwu lub trzyletnim, to wnet po szczepieniu wybucha zapalenie opon mózgowych gruzełkowe.

### Przepisy ostrożności.

1. Osobnik z którego limfę zbieramy dla szczepienia innym. Przy wyborze pomienionego indywiduum trzeba tak samo być skrupulatnym i ścisłym, jak przy wyborze mamki. Dziecię takie powinno mieć przynajmniej trzy miesiące życia; młodsze bowiem dzieci jakkolwiek dobrze są odżywiane i napozór skórę przedstawiają zdrową, jednakże mogą być właśnie w okresie utajenia przymiotu dziedzicznego. Jeżeli w tym względzie chcemy być spokojni, to ściśle powinniśmy się trzymać zasady przytoczonej. Jeżeli i inne choroby będziemy mieli na względzie, to wybierzemy dzieci jeszcze starsze.

Dziecię powinno być zupełnie zdrowe, wzrost jego powinien być prawidłowy, barwa skóry niechaj nie będzie blada, i niechaj nigdzie nie będzie wilgotnego ekcematu i t. d. Przedewszystkiem wzrost kośćca powinien być prawidłowym. Jeżeli tylko choć ślady są t. z. „*craniotabes*“, to limfy z takiego dziecka nie powinniśmy używać do szczepienia. Ponieważ około tego czasu pojawiają się już pierwsze oznaki krzywicy klatki piersiowej, to powinniśmy na to baczną zwrócić uwagę. Nieodpowiednie są dzieci, przedstawiające brzuch silnie wzdęty, znaczne ruchy boczne klatki piersiowej, obrzmiałe i stwardniałe gruczoły pachwinowe (po zapaleniu kiszek przewłoczném).

2. W jakim wieku należy dzieciom ospę szczepić? Dzieciom zdrowym, będącym przy piersi, można bardzo wczesnie ospę zaszczepić. Jednak 6-ty tydzień życia stanowi czas najodpowiedniejszy: dzieci bowiem wówczas najlepiej znoszą odczyn zapalny; powtórne — nie są w stanie krosty zdrapać, a potrzecie — wczesnie bardzo dzieci zostają uchronione od niebezpieczeństwa ospy naturalnej. I dzieciom słabszym należy ospę szczepić, témbardziej, jeżeli istnieje obawa co do ospy naturalnej; nie ulega bowiem wątpliwości żadnej, że podobne dzieci daleko łatwiej przeniosą ospę szczepioną, aniżeli naturalną. Należy wszakże w podobnych wypadkach tylko dwa ukłucia zrobić.



Jeżeli rodząca choruje na ospę, to noworodkowi wnet trzeba ospę ochronną zaszczyć, chociaż dopiero po 12 lub 14 dniach na pewno będzie można wiedzieć, czy nie istnieje już u dziecka zakażenie ospą naturalną.

Dzieciom zożwowatym nie należy szczepić jeżeli istnieje u nich jaka choroba ostra. Krzywica (*rhachitis*) nie przedstawia żadnego przeciwwskazania, chyba gdyby takie dziecko cierpiało właśnie na jedną z chorób gorączkowych. Jeżeli nie ma niebezpieczeństwa ze strony ospy naturalnej, to dzieciom syfilitycznym nie powinniśmy dopóty ospy ochronnej szczepić, aż cierpienia skóry i błon śluzowych zaczną znikać. Jednakże dużo tu zależy od rodzaju cierpienia. Dzieciom np. mającym „*condylomata plana ad anum*“ śmiało szczepić można ospę ochronną. Ekcematycznym tylko wówczas szczepić można, kiedy ekcema jest na dogojeniu. Miejsca szczepione łatwo odradzają ekceme, t. j. w otoczeniu takowych rozwija się nowa ekcema, nie ma to, samo przez się, znaczenia żadnego, ale rodzice zwykle bywają tém bardzo zakłopotani.

3. Przyrządy. Lancety i inne odpowiednie przyrządiki (*Schäpperchen*) powinny być po każdym szczepieniu starannie oczyszczone, szczególnie, gdy takowe krwią zostały zanieczyszczone; tylko krew bowiem stanowi przenośnik chorób różnych. Przyrządy powinny być zawsze starannie utrzymywane, zardzewiałe bowiem łatwo mogą różę wywołać.

## B. Zapalenie skóry różowe.—*Dermatitis erysiplatos.*

1. Róża.—*Erysipelas*. Choroba ta pojawia się bardzo często w wieku dziecięcym, nie różni się jednak w niczym od róży u dorosłych. U dzieci zożwowatych bardzo często spostrzegamy różę, mającą za punkt wyjścia owrządzenia na wargach i na skrzydłach nosa. Od tych miejsc rozszerza się na całą twarz i na głowę, włosami pokrytą. Rzadko różę podobne wędrują przez całe ciało, ale za to daleko częściej ponawiają się, przez co powstaje przerost warg i skrzydeł nosowych. Różę przyranną również napotykaemy, ta forma jednak należy do działu chirurgii.

U noworodków spostrzegamy różę, wędrującą przez całe ciało, a towarzysząca temu gorączka i inne powikłania mogą być powodem śmierci. Punktem wyjścia róży u noworodków bywa zwykle pępek owrządzały, lub zapalenie pępka (*omphalitis*), rozwijające się w pierwszych dniach życia. Róża taka stopniowo przechodzi całe ciało,

przycém w miarę jój posuwania, na miejscach dawniej zajętych znika. Skóra na tych miejscach łuszczy się w duże płatki; szczególniej ma to miejsce wówczas, kiedy mamy do czynienia z różą pęcherzową (*erysipelas bullosum*).

U noworodków czasami trudno różę rozpoznać z powodu istniejącej czerwoności skóry zwykłej (*erythriasis*) tém bardziej, że u wielu części rodzajne bywają w pierwszych dniach życia obrzękłe. Często dopiero na drugi dzień jesteśmy w stanie różę rozpoznać, mianowicie gdy czerwoność skóry zmniejsza się, a obrzmienie powiększa.

Jeżeli róża poczyna rozwijać się od pępka, to spostrzegamy około pępka zabarwienie różowo-czerwone, przycém skóra i tkanka łączna podskórna są obrzękłe. Wędrowka róży dopóki nie ustaje, aż ta nie przejdzie całej powierzchni ciała; nie mamy nawet środka, któryby mógł powstrzymać ową wędrowkę. Podczas owój wędrowki róży czasami przychodzi do zapalenia ropnego i rozlanego, zajmującego wszystkie warstwy skóry (*phlegmone*); w następstwie owe części skóry przechodzą w zgorzel i odpadają. Od tego miejsca róża może iść w dalszym kierunku, ale zwykle przybiera już barwę bladoczerwoną, brudną, nawet sinawą z powodu znacznego upadku sił u podobnych dzieci. Taka barwa w obec nieznacznego obrzękowego nacieczenia skóry zawsze śmierć niedaleką zapowiada.

Róży towarzyszy zawsze gorączka silna, utrzymująca się na swój wysokości przez cały czas wędrowki sprawy zapalnej. Czasami zaś gorączka nagle opada, tak, że kilka dni brak jój zupełnie, następnie nagle pojawia się w tém samym natężeniu, a temu towarzyszy dalsza wędrowka róży. Pod koniec róży powstaje nieraz zapalenie oskrzeli (*bronchitis*), zapalenie płuc zrazikowe (*pneumonia lobularis*), zapalenie błony opłucnej (*pleuritis*), otrzewnej (*peritonitis*) i t. d. Dzieci chorujące na różę, umierają albo z powodu zapalenia pępka (*omphalitis*) i ropnicy (*pyaemia*), albo z powodu znacznego upadku sił w następstwie gorączki długotrwałej, albo też w końcu z powodu różnych powikłań.

Różę spostrzegamy najczęściej w izbach przeludnionych, nieczystych, gdzie nawet w pewnych porach roku zdarzają się epidemie tej choroby. Prawie wszystkie dzieci umierają na tę chorobę Oprócz tego róża nawiedza takie dzieci, których matki podlegają sprawie położowej (*morbus puerperalis*).

W praktyce prywatnej w rodzinach nieco zamożniejszych niezmiernie rzadko napotykać się dają wypadki róży. Wszelako czasami róża występuje nie tylko u noworodków, ale i u dzieci starszych,

4—5-cio miesięcznych z przyczyn zupełnie niewiadomych. Tu policyć należy wszystkie owe wypadki róży, przez szczepienie powstałe. I te wypadki w pewnych czasach występują częściej, w innych—rzadziej.

Le czenie jest dość bezsilne. Głównie starać się należy o podtrzymanie sił chorego i o miarkowanie gorączki. Dzieci, pozbawione zdrowej i pieczołowitej mamki, padają zwykle ofiarą. Starać się należy o regularne podawanie pokarmu, oprócz tego wskazaném jest kilka kropel wina czerwonego, malagi, herbaty ruskiej z rumem i t. d. Do wewnątrz dajemy chininę w małych dawkach (0,01 *pro dosi*) dwa lub trzy razy dziennie. Niezbyt dobre są miejscowe okłady zimne, lub lodowe; ssawce bowiem w takich razach bardzo łatwo zapadają na zapalenie oskrzeli i t. d.

Woda gulardowa znajduje tu powszechne użycie; wszelako działła takowa nieco drażniąco z powodu zawartości wysokoku. Daleko lepiej będzie, gdy przepisujemy na okłady mieszaninę następną:

*Rp.* Plumb. acet. bas. sol. gtt. 10  
Aquae font. 200.0 (℥ Vj)  
D. S. do użytku zewnętrznego.

Jeszcze odpowiedniejsze są okłady następujące:

*Rp.* Ol. lini  
Aquae calcis  
ãã partes aequales.

Stare kawałki płótna maczamy w téj mieszaninie i pokrywamy je obficie skubanką. Co dwie godziny trzeba te okłady zmieniać.

Ciepłe okłady (*calaplastata*) przy róży stanowczo są szkodliwe. Podczas róży nie należy dzieci kąpać.

2. Zapalenie skóry ropne (*phlegmone*). Choroba pomieniona bywa czasami zejściem zapalenia różowego. Najczęściej pojawia się u dzieci, u których istnieje błonica gardzieli i zapalenie ropne gruczołów. Oprócz tego spotykamy tę chorobę przy niepomyślnym przebiegu ran. W ogóle „*phlegmone*“ należy do chorób rzadkich. Od róży odróżnić ją można przez zabarwienie sinawe, znaczny obrzęk i przez istniejącą chorobę podstawową.

### C. Różycyca. — *Erythema*.

1. *Erythriasis neonatorum*. Czerwoność noworodków wrodzona bywa czasami tak znaczną, że na pozór przybiera podobieństwo do

płonicy. Trwa 3 — 4 dni, mniej więcej przez czas, jakiego potrzeba do zeschnięcia pępka. Przekrwienie skóry zależy prawdopodobnie od zmiany ciepłoty, od drażnienia, jakie na skórę wywiera powietrze ciąglej kąpiel, w jakiej płód się znajdował. Znajomość stanu pomienionego ważną jest tylko o tyle, o ile potrzebujemy odróżnić go od wielu innych spraw zapalnych skóry.

2. *Roseola*. U ssawców w pierwszych miesiącach życia pojawia się czasami plamista czerwonosc na całym ciele. Niektóre plamki oddzielne zlewają się ze sobą, pozostawiając w każdym razie pomiędzy sobą przestrzenie skóry prawidłowej, przy czym nie wystają ponad poziom skóry. Dzieci nie gorączkują wcale, tylko, zdaje się, jakoby owa wysypka swędzenie im sprawiała. Błony śluzowe są wolne od cierpienia; niepodobna zatem pomieścić tej sprawy chorobnej z odrą. W następnych 24-ch godzinach wysypka zupełnie blednie; bywają jednak wypadki, że takąż sama wysypka pojawia się u jednego i tegoż samego osobnika poraz drugi i trzeci. Leczenia nie trzeba żadnego.

3. *Erythema nodosum*. Na nogach, szczególnie na stronie przedniej uda, po obu stronach goleni, rzadziej na kończynach górnych i na tułowiu znajdujemy rozlaną czerwonosc skóry, w której rozrzucone są guziczki białawe wielkości główki od szpilki lub grochu, wystające ponad powierzchnią skóry. Każdy guziczek otoczony jest obwódką czerwoną (*halo*). Obwódka oddzielna zlewa się ze sąsiednią, przez co nam się wydaje, że mamy do czynienia z czerwonoscia rozlaną.

Pomienione cierpienie jest bolesne, powoduje swędzenie, palenie, a nawet i gorączkę. Guziczki trzymają bez przerwy przez czas dość długi, są uporczywe; często bowiem powracają (*recidiva*). Najczęściej spostrzegamy pomienioną chorobę u dzieci bezkrwistych i słabowitych.

**Leczenie.** Przepisać należy dyetę wzmacniającą; miejscowo zaś polecamy obmywanie zimne i wycieranie mydłem potażowym. Jeżeli skóra jest gorąca, a swędzenie—silne, to należy przystąpić do zimnych okładów.

Po ustąpieniu wysypki i przemianie wstecznej w guziczkach pozostają czasami plamki barwikowe, które dopiero po pewnym czasie ustępują.

#### D. Zapalenie skóry rozlane—*Dermatitis diffusa*.

1. Pokrzywka (*urticaria*), zajmować może całe ciało albo też usadowić się tylko na tułowiu. Sprawa ta polega na rozlanéj czerwoności skóry, na której tworzą się płaskie wzniesienia rozmaitej wielkości, bledsze od reszty skóry; przyczyniają one niezmiernie silne swędzenie i palenie. Pomiedzy większymi plamami czerwonymi znajdują się zawsze części skóry prawidłowe.

Przez drapanie owe płaskie wzniesienia jeszcze bardziej się wzmagają i wyraźniej występują na jaw. Na początku choroby znajdujemy na tułowiu tylko czerwoność obszerną; a ponieważ przedtem zwykle bywają zaburzenia gastryczne i objawy gorączkowe, to na pozór wydawać się może, że mamy do czynienia z płonicą. Przejrzawszy jednak dokładnie wszystkie części skóry cierpiące, znajdziemy łatwo odzielne wzniesienia płaskie, poczem już nie ma żadnej wątpliwości odnośnie natury choroby. Obok tego na znacznej części ciała znajdujemy t. z. skórę gęsią (*cutis anserina*).

Wysypka w pokrzywce powstaje albo od razu, albo też w pewnych przerwach, tak, że możnaby nawet przyjąć przewłoczną formę téj choroby. Pokrzywkę napotykamy zawsze u dzieci starszych, które pod względem stosunków różnych stają się podobnymi do osób dorosłych. Pokrzywka często bywa w związku z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym; dzieci wymiotują kilka razy, gorączkują, jak przy ostrym niezycie żołądka. W innych zaś wypadkach pokrzywka występuje po spożyciu pewnych pokarmów; tu należą poziomki, raki i t. d. Ukąszenia owadów, jak pluskiew, pcheł, może spowodować pokrzywkę. Wywołać ją również mogą niektóre gąsienice, a mianowicie za pomocą swych włosków.

Jeżeli pokrzywka powstaje po niektórych pokarmach szkodliwych to, naturalna rzecz, unikać należy owych pokarmów. W tych zarazach, kiedy pokrzywka zależy od przepełnienia żołądka, to dzieciom przepisemy środek przeczyszczający i potrzymamy je przez pewien czas na dyecie bardzo ścisłej.

Przeciwko wysypce saméj stosować można obmywania wodą zimną z dodatkiem nieco soku cytrynowego lub kwasu wianego. Miejsce zapalne posypujemy pudrem (*poudre de riz*); w ten bowiem sposób najłatwiej złagodzić palenie i swędzenie nieznośne.

2. Ekczema (*eczema*). Jest to choroba w ogóle niezmiernie częsta w wieku dziecięcym, w szczególności zaś—najczęściej ją spotyka-

my u dzieci w pierwszym roku ich życia. Okoliczność ta nie zależy tylko od większej wrażliwości skóry. U ssawców mnóstwo istnieje warunków, które wywołują sztuczną ekcemę (*eczema artificiale*), jak brud, nieczystość, oprzenie skóry przez mocz i wypróżnienia stolcowe.

Nie będziemy tu opisywać ani zmian anatomicznych, ani też niektórych innych właściwości ekcemy; odsyłamy w tym względzie naszych czytelników do dzieł dermatologiją traktujących, gdzie ekcema opisana bywa in toto. W tym miejscu zaś zwrócimy uwagę tylko na owe punkty, które specjalnie odnoszą się do wieku dziecięcego.

W wieku dziecięcym występować mogą prawie wszystkie formy ekcemy; jedne formy częściej, inne zaś rzadziej dają się napotykać.

Ekcema, stosunkowo dość rzadko, zajmuje całą powierzchnię ciała (*eczema universale*), albo też trzyma się pewnych miejsc ulubionych, tu należą: twarz, fałdy skóry w jamie pachowej, szyja, otwór stolcowy, części rodzajne, jamy podkolanowe u dzieci większych i t. d. Jest to tak zwana „*eczema partiale*“.

Wygląd i charakter ekcemy zależy od jej siedliska, wpływów zewnętrznych, jak również i od sposobu leczenia. W jednych wypadkach mamy do czynienia z wysypką pęcherzykową (*eczema vesiculosum*), która często bywa początkiem ekcemy twarzy. Innym razem owe pęcherzyki wypełniają się ropą (*eczema impetiginodes*) i pękają, poczem pozostają wrzodziki, okrągławe, mniej lub więcej głębokie, opatrzone brzegami nierównymi, co stanowi przejście do okrągłej utraty substancji po pęcherzykach ektymy. Tę formę ekcemy daleko rzadziej napotykamy na twarzy; częściej za to — na tułowiu i na części głowy, włosem pokrytej, gdzie włosy, ropa i strupy zlewają się razem ze sobą, tak, że właściwa powierzchnia wilgotna pokryta bywa strupem na kilka milimetrów grubym, z pod którego w oddzielnych miejscach wygląda ropa lub surowica.

W innych miejscach sprawa nie dochodzi do wytworzenia ani pęcherzyków, ani pryszczu (*pustula*); podniesiony bowiem naskórek z powodu drapania i wilgoci oddziela się, tak, że mamy przed sobą powierzchnię wilgotną, zaczerwienioną i naskórka pozbawioną (*eczema rubrum*). Ta forma ekcemy natyka się na głowie, twarzy, wszelako dopiero wówczas, gdy staje się przedmiotem leczenia.

Najulubieńszém siedliskiem tej formy są fałdy skóry, gdzie skóra na skórze spoczywa (*intertrigo*), fałdy przy otworze stolcowym, przy częściach rodzajnych, tylna powierzchnia uda wraz z częścią po-

ślodka, wewnętrzne brzegi stóp u dzieci w powijakach będących, podszwy leżące zwykle na płótnie przemokniętym wypróżnieniami stolcowymi i moczem.

Ekcema sucha z bardzo obfitem łuszczeniem bywa u dzieci większych, np. wdołach podkolanowych, na przegubiu łokciowym, u ssawców zaś—nawet na twarzy. Przy téj formie bardzo często się zdarza, że skóra nacieczona grubieje, a gruczoły sąsiednie obrzmiewają.

Bywają wszelako bardzo liczne wyjątki, t. j. ekcema na każdym miejscu występować może w każdej postaci, jak również „*eczema rubrum*“ przejść może w „*eczema vesiculosum*“ lub w „*eczema impetiginosum*“. Mało tego—jedna i druga forma mogą istnieć jednocześnie obok siebie i t. d.

Ekcema, nawet natężenia lekkiego, jest u ssawców chorobą bardzo przykrą tak dla dziecka, jako téż i dla otoczenia. Najłżejsze bowiem stopnie ekcemy powodują silne swędzenie i palenie; dzieci niepokojone tém poczynają drapać, skubać, przez co powstają rozpadliny, owrzodzenia, strupy krwawiące, a sprawa chorobna rozszerza się przez to coraz daléj.

Jeżeli ekcema znajduje się na głowie, pod uszyna, to dzieci kręcą wciąż głową tam i napowrót; okoliczność ta bardzo często bywa powodem bezsenności. Sen niespokojny i przerywany dokucza nawet dzieciom dorosłym; swędzenie skóry (*pruritus cutaneus*) bowiem wzmagą się od ciepłej pościeli i dzieciom spokojnie usnąć nie dozwala.

W następstwie drapania silnego i ciągłego kręcenia głową sąsiednie gruczoły limfatyczne obrzmiewają, a przy warunkach sprzyjających przechodzą w ropienie.

Zejsście Ekcema kończyć się może—wyzdrowieniem zupełnym, które występuje albo samowolnie, albo po utworzeniu się licznych wrzodziańek (*furunculus*) w bliskości miejsca ekcematycznego. W innych wypadkach poprawa bywa przemijającą i w pewien czas po uleczeniu następują nowe mniej lub więcej silne wybuchy, tak, że ekcema przechodzi w formę przewleczną, trwającą lata całe, a nawet w niektórych razach pozostaje już raz na zawsze i nigdy nie znika.

Wspomnieć również należy, że czasami ekcema nagle znika wraz z pojawieniem się chorób wewnętrznych ostrych. O ważności tego faktu pomówimy jeszcze poniżej.

Ekcema w wieku dziecięcym występuje bardzo często, najczęściej wszelako u ssawców. Nie oszczędza żadnej klasy, napotyka-

my ją bowiem równie często w rodzinach zamożnych, jak biednych, u dzieci dobrze odżywianych, jak i u słabowitych. Jednakże największa liczba wypadków tyczy się dzieci, na krzywicę cierpiących, i żółzowatych.

Opis obszerniejszy i bardziej wyczerpujący pozostawiamy podręcznikom dermatologicznym. Na tém zaś miejscu rozberzemy pytanie, jakie znaczenie ma ekcema w wieku dziecięcym i jak należy postępować z dzieckiem ekcematycznym, t. j. jak je pielęgnować trzeba?

1. Ekcema jest chorobą miejscową skóry. Za tym poglądem przemawia fakt, że chorobę pomienioną spostrzegamy we wszystkich warstwach ludności, tak u dzieci zdrowych, jak i u osłabionych przez choroby ogólne. Jeżeli ekcemę znajdujemy u dziecka żółzowatego, to nie dyateza jest tu przyczyną choroby skórnej, ale po prostu obie choroby przebiegają w danym wypadku współcześnie obok siebie. Gdyby przyczyną ekcemy miała być dyateza, to byśmy potrzebowali chorobę tę u wszystkich dzieci żółzowatych spostrzegać; a przecie tak nie jest.

2. Sądono, że pomiędzy chorobami wewnętrznymi, a wybuchem ekcemy i na odwrót zachodzi związek genetyczny; albowiem pierwsze poprawiają się wraz z wybuchem ekcemy, i na odwrót, po uleczeniu ekcemy choroby wewnętrzne ulegają pogorszeniu. Pogład ten wszelako jest niesłusznym; nie odpowiada bowiem warunkom istotnym. I tak, w wielu wypadkach ekcema, trwająca lata całe lub miesiące, ustępuje najzupełniej albo samowolnie, albo pod wpływem leczenia odpowiedniego, a pomimo to w żadnym z owych wypadków uleczenia nie występuje żadna choroba wewnętrzna. Wiele chorób, jak zapalenie opłucni (*pleuritis*), wady serca (*vitium cordis*), rozrost gruczołów oskrzelowych (*hyperlasia glandularum brouchialum*) i t. d. nie doznaje żadnego wpływu od ekcemy. W innych wypadkach spostrzegamy wprawdzie pewien związek pozorny pomiędzy chorobami wewnętrznymi, a ekcemą, ale ponieważ taka zależność nie zawsze ma miejsce, ponieważ mnóstwo wypadków nie potwierdza téj zależności; przeto zgodzić się trzeba na to, że nie mamy w tym względzie do czynienia z jakimś prawem ogólnym i powszechnym, ale po prostu z przypadkowościami.

3. Dzieci ekcematyczne daleko łatwiej podlegają cierpieniom narządów wewnętrznych, aniżeli dzieci posiadające skórę zdrową. Szkodliwości nieznaczne bardzo łatwo wywołują u podobnych dzieci cierpienia dróg oddechowych, kiszek, a nawet i opon mózgowych. Jednakże fakt pomieniony wcale



nas nie powinien dziwić, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że ekcema najczęściej napotykać się daje u dzieci cierpiących „na gruźlicę”, t. j. u chorujących na żołądki i krzywicę; a przecież, jak powszechnie wiadomo, takie dzieci nawet i w nieobecności ekcemy bardzo często i łatwo zapadają na przytoczone wyżej choroby. Można w tym razie na to tylko się zgodzić, że ekcema, zapalenie opon mózgowych gruźlicowe (*meningitis basilaris tuberculosa*), przekrwienie mózgu (*hyperaemia cerebri*) i t. d. daleko łatwiej występują u podobnych dzieci, aniżeli u innych.

4. Podczas chorób gorączkowych bardzo silnych, przy objawach zapaści ogólnej, np. przy cholerycznej (*cholera infantum*), ekcema nagle znika w następstwie ogólnego upadku sił, bezkrwistości skóry. Ekcema znika również przy chorobach długotrwałych — wskutek zaniku skóry. Zniknięcie ekcemy nie jest bynajmniej przyczyną pojawienia się choroby wewnętrznej, ale na odwrót, z przyczyn chorób wewnętrznych często ekcema znika.

Przytoczone tu cztery punkty są niezmierniej wagi odnośnie leczenia. Zachodzi mianowicie pytanie, jak należy leczyć dziecko, na ekcemę chore i powtórę, czy w ogóle należy ekcemę miejscowo leczyć, aby tém samém nie wywołać choroby ogólnej. Mówimy tu o ssawcach.

1. Dziecko ekcematyczne — w ogóle tak samo żywić powinniśmy, jak inne. Pokarm powinien być stosowny, t. j. mléko z piersi matki lub mamki, albo téż pokarm sztuczny przygotowany z mléka krowiego. Wszelako należy zawsze tę główną zasadę mieć na względzie, aby dzieci takich nie przesycać pokarmem; albowiem pokład tłuszczowy skóry (*panniculus adiposus*) dobrze rozwinięty sprzyja bardzo rozwojowi ekcemy, a powtórę, dzieci takie niezmiernie łatwo zapadają na zaburzenia w trawieniu, na choroby kiszek i t. d.

Szczególną uwagę zwrócić należy na opiekę około skóry nawet w tych razach, kiedy nie stosujemy leczenia właściwego samej ekcemy. Dzieci, mających ekcemę ogólną (*eczema universale*), nie trzeba codziennie kąpać; zbyt częste bowiem kąpiele powiększają tylko swędzenie i palenie. W wypadkach, w których mamy do czynienia z ekcemą sztuczną (*eczema artificiale*) — a podobnych wypadków, nawiasowo mówiąc, bywa najwięcej — kąpiele są bardzo wskazane; w tych bowiem razach tylko niezmiernie wielka czystość może powstrzymać dalsze szerzenie się sprawy chorobnej, a nawet nieraz jedynie tylko czyste utrzymanie skóry może niedopuścić rozwoju ekcemy

przy niektórych chorobach, jak np. przy wszystkich niezżytach kiszek, a szczególnie przy zapaleniu kiszek (*enteritis*) i t. d.

Przy ekcemie twarzy lub przy ekcemie na znacznej powierzchni ciała, części zajęte sprawą chorobną trzeba obmywać dwa lub trzy razy dziennie. Do obmywań zamiast gąbki używać lepiej należy kawałka flaneli. Flanelą, namydloną mydłem zwyczajnym, wycieramy miejsca ekcematyczne. Strupów nie należy pozostawiać, chociaż laicy, a nawet i niektórzy lekarze uważają takowe za pokrywę ochraniającą; sąd ten jednak jest najzupełniej fałszywym; pozostawione bowiem strupy przeszkadzają tylko ukończeniu sprawy chorobnej.

Gdy mamy do czynienia z ekcemą głowy, to przedewszystkiem trzeba włosy oddalić; włosy bowiem zlepiają się wciąż z powodu wydzieliny, tamując mydłu i innym środkiem lekarskim dostęp do miejsca zajętego cierpieniem.

Postępując w ten sposób sumiennie i dokładnie, osiągamy bardzo często jak najlepsze wyniki, bez użycia żadnych innych leków lekarskich.

Dzieci ekcematyczne, skądinąd zdrowe, powinniśmy jak najczęściej wnosić na świeże powietrze; nie tylko ogólne odżywianie przez to się poprawia, ale i sama wysypka schnie lepiej.

Leczenie ekcemy, według tego, co powiedziano wyżej, może być tylko miejscowe. Jeżeli u dzieci ekcematycznych, z ożowatych, stosujemy leczenie ogólne, jak tran lub żelazo, to leczenie takowe na samą ekcemę wywiera wpływ tylko pośredni; takie bowiem postępowanie zmniejsza np. obfitość wydaliny (*excretio*), skutkiem czego ekcema sztuczna prędzej ustępuje. Tyczy się to mianowicie ekcemy na częściach płciowych, która powstała w skutek niezżytu żółwowatego (*blennorrhoea scrophulosa*).

Dopóki nie usuniemy strupów, dopóty nie można stosować żadnych środków lekarskich, ani maści, ani proszków do zasypywania i t. d. Jeżeli zaś maścią lub proszkiem posypywać będziemy strupy, to wszystkie nasze usiłowania i środki lekarskie pozostaną najzupełniej bez skutku.

Przy „*eczema vesiculosum*“ i „*impetiginodes*“ trzeba przedewszystkiem usunąć pęcherzyki; w przeciwnym bowiem razie żaden środek lekarski nie wywrze odpowiedniego wpływu.

Dzieci, a szczególnie ssawce, z ogólną ekcemą wilgotną bardzo źle znoszą przetwory smołowe, a mianowicie systematyczne leczenie za pomocą smoł różnych. Do tej kategorii należą również i przetwory siarko-smołowe; dla tego też używać należy środków nie-

co łagodniejszych, jakiemi są przetwory ołowiu, cynku, w postaci maści lub proszków do zasypywania. I te bowiem środki prowadzą do wyników pożądaných.

Czasami odpowiedniem bywa użycie środka lekarskiego w postaci maści, mianowicie w tych wypadkach, w których powierzchnia ekcematyczna wystawioną jest na działanie ciecży otrých. W innych znowu razach lepszym okazuje się proszek do zasypywania, np. w wielkiej liczbie wypadków wyprząkości (*intertrigo*).

W tych wypadkach, w których swędzenie jest jednym z objawów najbardziej dokuczliwych, stosować należy tłuszcze w połączeniu z przetworami ołowiu, najlepiej w postaci: *unguentum diachyli album*.

Rozumie się, że sposób leczenia zmieniać się musi, stosownie do okoliczności, dla tego też niepodobna tu podać prawideł ogólnych.

Najwięcej trudności przedstawia ekcema twarzy, a to z powodu mnóstwa przesądów zakorzenionych w publice. Nie zważając jednak na to wszystko, powinniśmy wielki nacisk położyć na to, aby koniecznie strupy oddalono, po czém na to miejsce zastosujemy maść z kwiatu cynkowego z przetworem ołowiu:

Rp. Flor. zinci 0.2.

Ungt. cerussae.

Ungt. emollient.

ãã 5.0.

M. f. ungt. S. Do użytku zewnętrznego

Powierzchnię ekcematyczną obmywamy naprzód dobrze mydłem, a następnie pokrywamy ją grubą warstwą maści, wyżej przytoczonej. Sposobu tego tak długo używać należy, aż ekcema stanie się suchszą, a skóra nieco grubiej nacieczoną; następnie stosujemy „*unguentum diachyli album*“ również w grubych warstwach.

Jeżeli dzieci są bardzo niespokojne, a mianowicie jeżeli swędzenie i t. d. dokucza im bardzo, to twarz pokrywamy maską (kawał płótna, w którym wycięto otwory, odpowiadające oczom, uszom i nosowi), posmarowawszy ją naprzód grubą warstwą maści dyachylowej. Dzieci są zwykle zadowolone z podobnej maski, przekonawszy się, że przez to swędzenie znacznie łagodnieje. Szczególniej odpowiednią jest taka maska w nocy, dla tego, aby dzieci mogły noc przepędzić spokojnie. Jeżeli po użyciu maści dyachylowej nacieczenie skóry rozmiękcza się, to znowu powrócić należy do maści cynkowo-ołowianej (patrz wyżej).

Proszek do zasypywania nie jest odpowiednim przy leczeniu ekcemy twarzy, ale zato wskazanym jest przy wyprzałościach (*intertrigo*). W wypadkach lekkich posypujemy proszkiem widłakowym (*pulvis sem. lycopodii*), pudrem (*pondre de riz*), albo też dodajemy do nich jeden z przetworów cynkowych, np. *Oxyd. zinci* 0.2 na 30.0.

Jeżeli miejsce ekcematyczne znajduje się w stanie silnego zapalenia, to wskazane są zimne okłady, a u dzieci bardziej dorosłych z ekcemą ogólną — chłodne kąpiele lub obwijania w zimne i wilgotne prześcieradła.

Natryski wodne są niestosowne u ssawców i drobnych dzieci, przeciwnie zaś natryski z umiarkowanie zimnej wody dobre usługi oddają u dzieci bardziej dorosłych, np. przy mocno wilgotnej ekcemy głowy. Zresztą w podobnych wypadkach, po usunięciu włosów i strupów, z dobrym skutkiem dają się zastosować okłady z wody gulardowej lub octu ołowianego.

Rp. Sachari saturni 1.0. (gr. XVj).  
 Aquae destillatae 100.0 (℥ jV).  
 M. D. S. Do okładów.

Oprócz tego w wypadkach ekcemy uporeczywój stosować można obmywania wodą z wyskokiem (1 : 10), po czém dane miejsce posypać należy proszkiem widłakowym (*pulv. sem. lycopodii*).

U dzieci dorosłych ekcemę bardzo dobrze leczyć można za pomocą przetworów smołowych, tyczy się to przeważnie uporeczywój ekcemy dołów podkolanowych. Używamy w tym celu: *oleum cadini*.

Rp. Ol. cadini 5.0 (1.0) ℥jV gr. XVj).  
 Ungt. emollient.  
 Sapo viridis  
 āā 50.0 (10.0) ℥jVβ (℥jβ).  
 D. S. Do użycia zewnętrznego.

Leczenie ekcemy u dzieci starszych odpowiada najzupełniej temu, jakiego używamy u dorosłych, dla tego też odsyłamy w tym względzie czytelnika do podręczników dermatologicznych.

Zaraz na początku leczenia ekcemy u ssawców rodzicom otwarcie powiedzieć należy, że pomieniona sprawa chorobna długo potrwa, że zaledwie po ukończeniu jednego roku życia się ukończy, a czasami nawet i dłużej potrwać może. Należy oprócz tego zwrócić ich uwagę na możliwe powroty tej choroby, które bywają daleko znacznie-

sze od pierwszorazowego cierpienia tak pod względem obszaru, jak i natężenia. Zapewnić ich również należy, że nie mamy tu do czynienia z chorobą krwi ogólną, ale tylko z cierpieniem czysto miejscowym, wymagającym koniecznie w każdym razie odpowiedniego leczenia. Wytłomaczmy im również, że uleczenie ekcemy nie przyniesie dziecku bynajmniej żadnej szkody. Niechaj od razu będą przekonani, że żadną miarą nie jesteśmy w stanie za jednym zamachem ekcemę uleczyć, ale że leczenie w tym razie wymaga niezmiernie wielkiej opieki i to przez czas dość długi.

3. Świerzb i ą c z k a (*Prurigo*) nie jest właściwie chorobą dziecięcą; u dzieci bowiem w pierwszych latach życia, a ściśle mówiąc, w pierwszych trzech półroczach, pomieniona choroba wcale napotykać się nie daje. Rozwija się dopiero później, a w niektórych rodzinach zauważyć można pewną skłonność dziedziczną, t. j. bardzo często wiele dzieci w jednej rodzinie cierpi na pomienioną chorobę, pomimo to, że u rodziców nic podobnego niema.

Wspominamy o świerzbiączce na tém miejscu tylko dla tego, aby módz odróżnić ją od świerzbiączki łagodnej (*prurigo mitis*), świerzbu (*scabies*) i ekcemy (*eczema*), i aby uwydatnić różnicę owych spraw chorobnych, nie mających zresztą nic wspólnego ze sobą.

Głównym siedliskiem wysypki są wyprostne powierzchnie kończyn, mianowicie udo i przedramię, rzadziej brzuch i grzbiet.

Wysypka występuje w postaci guziczków, dających się wyczuć na dotyk, a odsunawszy je nieco na stronę przekonamy się, że owe guziczki mają wygląd pęcherzyków białawych. Po nakłuciu podobnego guziczka nie płynu nie wycieka. Guziczki są powodem bardzo silnego swędzenia, co zmusza chorych do ciągłego drapania się, a przez to sprawa chorobna rozszerza się jeszcze bardziej. Ponieważ choroba pomieniona trwa miesiące a nawet lata całe, przeto w następstwie ciągłego drapania skóra staje się moeniżej zabarwioną.

W dalszém następstwie owego drażnienia ustawicznego obrzmiewają gruczoły pachwinowe, a nawet i gruczoły pachowe. Gruczoły te jednakowoż nigdy nie przechodzą w ropienie, ale przy odpowiedniém postępowaniu ulegają przemianom wstecznym (*bubo pruriginosus*).

Za świerzbiączkę wówczas przyjąć można dane cierpienie skóry, kiedy, oprócz odpowiedniego umiejscowienia wysypki, przekonamy się, że w danym wypadku niema ani wszy, ani pcheł, ani świerzbu.

Od świerzbu łatwo odróżnić, zwracając baczną uwagę na to, czy istnieją w danym wypadku galerye świerzbowcowe, czy też nie. Trudniiej zaś powiedzieć, czy wysypka nie zawisła od pcheł i wszy, ponieważ największa liczba dzieci ze świerzbiączką należy do biednej klasy ludności, a więc nie brak u nich prawie nigdy owych owadów.

Świerzbiączka ciągnie się całemi latami, dla tego lud prosty nazywa ją „wysypką siedmioletnią“. Od czasu do czasu bywają przerwy, które zdają się być w związku z ogólnym stanem odżywiania.

Jeżeli odżywianie ogólne ulega poprawie w bardzo znacznym stopniu, to wysypka świerzbiączkowa po części znika, a przynajmniej swędzenie zmniejsza się bardzo znacznie. Przeciwnie zaś, jeżeli odżywianie w wysokim stopniu cierpi w skutek chorób wewnętrznych, np. przewłocznego zapalenia płuc nieżytego (*pneumonia catarrhalis chronica*), gruźlicy płuc (*tuberculosis pulmonum*) i gruczołów (*tuberculosis glandularum*) i t. d. to wysypka znika w zupełności, jakkolwiek by skóra była twardą i nacieczoną. Skóra staje się gładką, błyszczącą, delikatną, mocniejsze zabarwienie jój (*pigmentatio*) znika; ale wszystko wraca znowu napowrót, jak tylko stan ogólny odżywienia poprawi się. Fakt ten tłumaczy się tak samo, jak przy ekcemie. Tyle tylko dodać należy, że przy świerzbiączce mamy do czynienia z daleko znaczniejszem cierpieniem skóry, przy którym odżywianie ogólne częściej i bardziej cierpi, aniżeli przy ekcemie, a to z powodu swędzenia niezmiernie dolegliwego, nocy bezsennych, cierpienia gruczołów i t. d.

Ogledziny pośmiertne, wprawdzie niezbyt licznie się przytrafiające, przekonywają, że ostatecznie wytwarza się ogólne przerodzenie mączkowate (*degeneratio amyloidea*) gruczołów brzusznych, kiszek, nawet pęcherza, serca i t. d.

U podobnych osobników zapalenie oskrzeli (*bronchitis*) lub czerwotka nieznaczna (*dysenteria*) dostateczne są, aby spowodować zgon chorego.

L e c z e n i e, jak poczęści przekonać się było można z opisu przebiegu choroby, bywa prawie bezsilne. Wszelako w wypadkach niezbyt zadawnionych można przynajmniej złagodzić swędzenie nieznośne.

Wszystkie te środki, które wywołują szybsze odłuszczenie naskórka, sprowadzają znaczną ulgę choremu, szczególniej jeżeli dana osoba przez długi czas pozostawać będzie w łóżku. Chcąc przyspie-

szyć odłuszczenie naskórka, każemy dzieci w łóżku trzymać, robić im codziennie kąpiele ciepłe i chłodne obwijanie kończyn. Swędzenie ustaje w takim razie na czas dość długi, a obrzmiałe gruczoły wracają napowrót do stanu prawidłowego. Jak tylko dzieci takie poczną chodzić, to cały obraz choroby ponawia się. Pożyteczne również są wcierania skóry za pomocą tłuszczu, mydła, lub maści siarko-smołowych.

Rp. Ol. cadini  
 Flor. Sulfuris  
 āā 2.5 (Dij)  
 Sapo viridis  
 Ungt. simpl.  
 āā 40.0 (Sj)

M. ut f. unguent. D. S. Do użytku zewnętrznego.

Pomienioną maścią trzeba dzieci wysmarować dwa razy dziennie, t. j. rano i wieczorem. W dwie godziny po pierwszym wcieraniu stosować należy kąpiel, trwającą  $\frac{3}{4}$  lub  $1\frac{1}{2}$  godziny, a następnie smarujemy skórę czystym tłuszczem.

Wcierania oleju skalnego (*petroleum*) po równych częściach z gliceryną lub w połączeniu z tłuszczem oddają również dobre usługi. I w tym razie należy potem kąpiel zastosować.

Wyznać wszelako trzeba, że wszystkie sposoby leczenia podają tylko pomoc czasową (*cura palliativa*), tembardziej ponieważ największa liczba chorych na świerzbiączkę należy do biednej warstwy ludności, nie mogącej rozciągnąć starannej i zmuśnej opieki nad swemi dziećmi, respective nad skórą.

4. Prurigo mitis. Tem mianem oznaczamy formę lekką świerzbiączki, występującą nawet i u ssawców. Siedliskiem jój bywają również powierzchnie wyprostne stawów. Spostrzegamy tylko oddzielne pojedyncze guziczki, np. na dłoniach lub na podszwach.

Skóra pomiędzy guziczkami oddzielnymi jest prawidłową. Same guziczki otoczone są również skórą prawidłową, t. j. nie mają obwódki zapalnej. Wysypka przez swoje umiejscowienie na powierzchniach wyprostnych różni się od poczynającego się świerzbu (*scabies*), który odnośnie owego powstawania ma nieco podobieństwa ze świerzbiączką łagodną, ale występuje zawsze na powierzchniach zgię-

cia i oprócz tego u ssawców pojawia się jeszcze i na innych miejscach.

„*Strophulus*“ przeciwnie występuje grupami na różnych miejscach, w niektórych wypadkach towarzyszy mu gorączka, a czasami pojawia się jakby napadami. W tym ostatnim razie dzieci, a nawet ssawce gorączkują nieznacznie przed wybuchem wysypki, a następnie codziennie pojawia się świeża wysypka (*schubweise*), co trwa kilka dni. Pojedyncze guziczki otoczone są obwódką czerwoną, która stopniowo znika, a w wypadkach ostro występujących wcale jej nie spostrzegamy. Tak jeden jak i drugi stan znikają zupełnie w ciągu dwóch lub trzech tygodni bez najmniejszego leczenia. Jeżeli guziczki świerzbiączkowe powodują swędzenie znaczne, to należy je smarować olejem skalnym z gliceryną po równych częściach, jeden lub dwa razy dziennie, a część zajętej skóry trzeba obmyć dobrze mydłem. Guziczki przez to pękają, a następnie bardzo szybko znikają.

5. Ś w i e r z b (*scabies*). Objawy u dzieci są zupełnie też same, co i u dorosłych, tylko u ssawców umiejscowienie jest inne, a oprócz tego w tym wieku życia należy przy leczeniu zwrócić uwagę na pewne ostrożności.

Leczenie świerzbu u dzieci starszych (4—12 lat) nie różni się w niczem od leczenia dorosłych osób; używamy tu zatem siarki, maści siarkosmołowych, styraksu, balsamu peruwiańskiego, oleju skalnego i t. d.

Jeżeli mamy do czynienia z formą pryszczową (*scabies pustulosa*), która przeważnie na rękach występuje, to przepisać należy kąpiele miejscowe (kąpiele nożne, ręczne) ze sublimatem.

Rp. Mercur. sublim. corr. 1.0 (grXVj)  
Sal. ammoniac. depur. 1.5 (gr XXjV)  
Aquae destill. litram j (Vij)

M. D. S. Do każdej kąpieli dodać połowę tej mieszaniny (na dwie kąpiele).

U ssawców nie można stosować podobnej kąpieli; zresztą w ogóle trzeba zachować szczególną ostrożność przy użyciu kąpieli sublimatowych. Cztery lub sześć kąpieli sublimatowych wystarczą zupełnie dla zabicia świerzbowców, głęboko w skórze siedzących. Pryszczce następnie, same przez się, ulegają zagojeniu, albo też przyspieszamy ich zagojenie przez wcieranie środków lekko ściągających — maści cynkowo-olowianej (zobacz wyżej formułę tej maści).



Ssawce zwykle nabywają świerzbu od mamki, rzadziej od rodzeństwa. U ssawców świerzbu nie znajduje się na rękach, pomiędzy palcami rąk lub nóg, ale na twarzy, na policzkach, a szczególnie na tych częściach, które podczas ssania przylegają do piersi mamki. Na owych miejscach znajdujemy bardzo łatwo w skórze delikatnej galerye świerzbowe, pęcherzyki, guziczki i inne zmiany, powstałe w skutek drapania. Oprócz tego spostrzegamy najwięcej chodników świerzbowcowych pośrodku na około tułowia, mianowicie na tych częściach ciała, do których najwięcej przylega odzienie, a szczególnie ów ulubiony pas pępkowy. Tu właśnie znajdujemy wszystkie cechy charakterystyczne, gdy tymczasem brak ich zupełnie na przegubie łokciowym i na palcach. Wszelako podobnego rodzaju umiejscowienie spostrzegamy tylko u dzieci, będących w powijkach. U dzieci zaś w sukienkę ubranych i na ręku noszonych, nie występuje już owo umiejscowienie tak wydatnie; w tych bowiem razach, oprócz miejsc ulubionych, znajdziemy chodniki świerzbowe w znacznej ilości na kończynach, pośladkach i około otworu stolcowego.

U ssawców nie używamy przy leczeniu ani r o z t w o r u V l e m i n g k x'a (*Solutio Vlemingkxii*), ani tak zwanych maści złożonych, t. j. maści siarko-smołowych w połączeniu z mydłem szarem. Te bowiem środki zanadto są silne dla ssawców, tembardziej, że smarować nimi potrzeba całą powierzchnię ciała; łatwo zatem można wywołać zapalenie oskrzeli lub jakąbądź inną chorobę gorączkową. Używamy przeto w tych razach innych sposobów leczenia, które jakkolwiek nie szybko, ale bądź co bądź do celu prowadzą. Najczęściej przepisujemy balsam peruwiański (*balsamum peruvianum*) i styrax (*styrax*). Do balsamu peruwiańskiego dodajemy nieco tłuszczu, lub gliceryny, albo też smarujemy czystym balsamem, obmywszy naprzód dobrze skórę za pomocą mydła zwyczajnego. W trzy lub cztery godziny po wcieraniu dajemy kąpiel.

Styraks jednakowoż zasługuje przez to na pierwszeństwo, że nie wywołuje najmniejszego zaczerwienienia, ani palenia skóry, i że nie wymaga koniecznie następnego użycia kąpeli. Przez kilka dni z rzędu smarujemy skórę maścią styraksową, a następnie albo w kąpeli, albo tylko za pomocą gąbki dobrze obmywamy takie dzieci.

A zatem przy leczeniu świerzbu u ssawców najbardziej odpowiednim jest *styraks*, pomimo to, że jest nieco kosztowniejszym. Używamy go w postaci następnéj:

Rp.	Styracis liquid.	20,0.	( $\frac{3}{8}$ $\beta$ )
	Spir. vin. rect.	10,0.	( $\frac{3}{8}$ $jj$ $\beta$ )
	Unguent. emollient.	50,0.	( $\frac{3}{8}$ $j$ $\beta$ )

M. ut f. ungu. D. S. Do użytku zewnętrznego.

6. Łuszczyca (*Psoriasis*) daje się napotykać w wieku dziecięcym bardzo często, nie występuje wszelako u ssawców. Objawy i leczenie łuszczycy u dzieci są zupełnie téż same, co u dorosłych. To tylko dodać należy, że u dzieci bywają wypadki łuszczycy, która nie ulega powrotom (*recidiva*).

Obok zwykłych sposobów leczenia z dobrym skutkiem podawać można do wewnątrz przetwory arsenu

Rp.	Tinct. Fowleri	gtts j — jii
	Aquae destil.	80,0 ( $\frac{3}{8}$ $jj$ $\beta$ )
	Syr. simpl.	10,0 ( $\frac{3}{8}$ $jj$ $\beta$ )

M. D. S. Wyżyć w ciągu jednego dnia.

Zaznaczyć tu wszakże należy, że tylko przy pierwszym pojawieniu się łuszczycy, albo co najwyżej przy pierwszym jej powrocie arsen podawać można; w wypadkach bowiem zadawnionych środek ten pozostaje najzupełniej bez skutku.

7. Bąblica noworodków (*pemphigus neonatorum*). U noworodków zdrowych, silnych spostrzegamy często, szczególnie na tułowiu, rozrzucone pęcherzyki, napięte, jasno-wodnistą cieczą wypełnione, wielkości grochu lub pół kopiejki. W kilka dni pęcherzyki owe zasychają i tworzą strupy brunatnawe, które następnie odpadają po upływie kilku dni.

Pęcherzyki wyskakują nagle, a po odpadnięciu strupa zeschniętego, nie pozostaje ani blizna, ani zabarwienie mocniejsze (*pigmentatio*). Wysypka bywa często rozrzuconą w znacznej ilości na całym tułowiu (*pemphigus dispersus*) i cała zasycha i odpada w ciągu 14 dni (*pemphigus benignus*).

U dzieci słabowitych, źle lub niestosownie żywionych, u wychudłych w następstwie przewłocznego zapalenia kiszek i t. d. spostrzegamy również podobne pęcherze; ale takowe są luźne, nienapięte, zawartość ich nie bywa jasno przezroczystą, ale — lekko zmętniała, nieco ropiasta; zawartość pomieniona łatwo daje osad, przez co pryszcz u podstawy bywa mętnym, a u wierzchu jasno przezroczystym. Pęcherzyki te nie zasychają, ale powiększają się przez szerzenie się płynu pod naskórką przylegającą (*pemphigus foliaceus*);

albo téż pęcherzyki pękają; uniesiony naskórek oddziela się i wychodzi na jaw podstawa pryszcza w postaci powierzchni czerwonej, wilgotnej i owrzodziałej. Jeżeli to ma miejsce u wielu naraz pęcherzy, to przedstawi się nam obraz godzien politowania. Jeszcze okropniejszy będzie widok wówczas, gdy obok takich wrzodów wisieć będą płatki naskórka, stanowiące przed tem ściany pęcherzyka. Forme pomienioną oznaczają mianem — *pemphigus cachecticus*.

Leczenie skutecznem bywa tylko w pierwszej formie bąblicy. Przy bąblicy charłaczkiej wszelkie leczenie pozostaje bez pożytku; dzieci bowiem takie zwykle dość prędko umierają z powodu choroby podstawowej, pierwotnej. Można wszelako powierzchnie wilgotne posypywać proszkiem widłakowym (*pulv. sem. Lycopod.*), chcąc uniknąć zlepiania się ciała z odzieżą.

Przy bąblicy pomyślniej (*pemphigus benignus*) pozostawiamy pęcherze w spokoju, aby podeschły, następnie posypujemy takowe proszkiem widłakowym. Jeżeli strupy zawczasie odpadły, to posypywać należy proszkiem widłakowym, pomieszczanym z małą ilością kwiatu cynkowego (0,05).

Wszelkie maście są niestosowne. Dzieci nie należy kapać. Jeżeli liczba pęcherzy jest bardzo nieznaczna, to bąblica znika bez żadnego leczenia.

8. Wyprysk wargowy (*Herpes labialis*) spostrzegamy zarówno u dzieci starszych jak i u ssawców przy występowaniu chorób ostrych, zapalenia płuc krupowego, ostrego nieżytu żołądka, rzadziej przy wysypkach i durzycy. Zwykle na wargach, rzadziej na innych miejscach ciała występuje gromadka pęcherzyków, które w początku zawierają płyn jasny, następnie mętny; po kilku zaś dniach zasychają, tworząc strupy brunatnawe. Ztesztą owe pęcherzyki nie mają żadnego znaczenia semiotycznego, jakkolwiek wielu jeszcze lekarzy uważa je za objaw bardzo pomyślny odnośnie rokowania. Wysypka rzeczona nie wymaga żadnego leczenia.

9. Półpasiec (*Herpes Zoster*) napotykać się daje tylko u dzieci starszych, nigdy zaś — u ssawców. Występuje często pod postacią choroby gorączkowej, podobnie, jak którabadź z wysypek ostrych.

Dopiero po zwiastunach gorączkowych pojawia się wysypka na klatce piersiowej w kierunku przebiegu pewnych nerwów, rzadziej — na karku, a jeszcze rzadziej na udzie.

Pęcherzyki, stojące obok siebie gromadkami, i powstające w postaci czerwonych plamek wielkości punktów, potrzebują mniej więcej 14 dni dla uschnięcia. Przed pojawieniem się wysypki na klatce piersiowej zwykle bywa kłucie w bok (neuralgia intercostalis), tak, że w obec istniejącej gorączki sądzić nieraz można o rozwijającym się zapaleniu opłucni (*pleuritis*).

Jeżeli bóle są bardzo silne, a szczególnie palenie w początku choroby, to robić należy okłady zimne, często zmieniane. Wreszcie, ponieważ półpasiec zwykle przebiega zupełnie typowo, żadnego prawie nie potrzeba stosować leczenia. Dodać tu tylko należy, że dzieci gorączkujące pozostawać powinny w łóżku.

10. E c t h y m a. Ektyma dopiero wówczas na jaw wychodzi, gdy na skórze spostrzegamy głębokie, okrągławe utraty substancji. Pierwsze okresy, t. j. rozwój owej utraty substancji nie zawsze łatwo daje się spostrzeżać u dzieci.

Zwykle znajdujemy u dzieci zołzowych, krzywiczych (*rhachitis*) lub skądinąd osłabionych, bardzo liczne stojące w gromadach obok siebie utraty substancji, postaci okrągławej, wielkości grochu lub pół kopiejki. Brzegi są tak ostro odgraniczone, jakby wrzód zrobiony był żelazem od wiercenia dziur. W innych wypadkach brzegi bywają nierówne, powyjadane. Wrzody sięgają najgłębszych warstw skóry właściwej (*corium*), pomimo to jednak nie przechodzą nigdy do tkanki łącznej podskórnej. Wrzody ulegają zagojeniu, pozostawiając bliźnię płaską i gładką.

Najczęściej znajdujemy wrzody na tułowiu, na grzbiecie, na klatce piersiowej, nawet na około pokryw brzusznych bywają nieraz mniej lub więcej gęsto rozsiane; rzadziej występują na kończynach, a wyjątkowo tylko napotykamy je na twarzy.

Po największej części ektyma rozwija się u dzieci chorowitych (*ecthyma cachecticum*). Powstaje zaś w sposób następujący. Naprzód tworzy się mały pryszczyk (*pustula*), otoczony obwódka, czerwono lub sinawo nastrzykniętą. Jednocześnie tworzy się nacieczenie (*infiltratio*) w skórze właściwej (*corium*), która ostatecznie rozpada się. Jakkolwiek po największej części mamy do czynienia z formą charłaczą, to jednakże mnóstwo dzieci zdrowieje, mianowicie wówczas, jeżeli za pomocą odpowiedniego leczenia uda się nam usunąć chorobę podstawową, pierwotną, to i owrzodzenia bardzo łatwo ulegają zagojeniu.

Gdy niema żadnego przeciwwskazania — zapalenie oskrzeli, gorączka — to kąpiele z kory dębowej oddają bardzo dobre usługi.

Pół kilogramma kory dębowej gotujemy przez pewien czas w czterech litrach wody, płyn pozostały wlewamy do zwyczajnej kąpieli, mającej 26° — 27° R. Podobną kąpiel codziennie należy stosować, a jeżeli wrzodziki poczną już zagajać się, to dość będzie kąpać dzieci co drugi dzień.

Jeżeli kąpieli robić nie można, z powodu istniejących przeciwskazań, to pocieramy wrzodziki maścią rtęciową czerwoną.

Rp. Mercur. praecipit. rubr. 0,05 (gr j)  
Ungt. emollient. 5,0 (3 j β)

M. D. S. Do użytku zewnętrznego.

Smarować należy raz jeden tylko dziennie, a gdy wrzodów jest duża liczba, to nie należy wszystkich od razu smarować pomienioną maścią; bardzo łatwo bowiem wywołać możemy ślinotok (*salivatio*).

Obok tego, rozumie się, leczyć potrzeba chorobę pierwotną w celu poprawienia odżywienia ogólnego. Starać się należy o czystość wielką, a do wewnątrz można podawać przetwory żelaza, wino, mięso, mleko i t. d.

11. *Wrzodzianki (Furunculosis)*. Pojedyncze wrzodzianki bardzo często zdarzają się u dzieci, ale nie mają żadnego znaczenia. Wszelako spostrzegamy nieraz u dzieci, a szczególnie u ssawców, wrzodzianki ogólne (*furunculosis*), nie tylko jako chorobę samoistną, ale co częściej bywa, jako objaw następny po cholerycznej dziecięcej (*cholera infantum*), ospie (*variola*) i przymocie dziedzicznym (*lues hereditaria*). W przymocie dziedzicznym wrzodzianki dopiero wówczas występują, gdy inne zmiany, właściwe przymiotowi, ulegają przemianom wstecznym, albo gdy takowe poczęści już znikły.

Wrzodzianki występują bardzo często w liczbie tak znacznej i przez czas tak długi, że odżywianie dzieci cierpi przez to w sposób niezmiernie wielki. Jeżeli pojedyncze wrzodzianki zmiękły już i okazują widoczne chełbotanie, to należy je otworzyć przy pomocy noża. W razie zaś gdyby owych wrzodzianek miękkich i chełboczących było bardzo dużo, to nie trzeba wszystkich od razu otworzyć; dzieci bowiem, a szczególnie ssawce, bardzo źle znoszą wszelką krwi utratę, której tu niepodobna uniknąć. Po wydzielaniu się koreczka ropnego wrzodzianka sama przez się ulega zagojeniu.

12. *Stwardnienie powłoki zewnętrznej (Scleroma)* stan pomieniony, albo podobna do niego zmiana skóry i tkanki

łącznej podskórnej, występuje nieraz jako objaw przy choleryze dziecięcej (*cholera infantum*). Przez zgęstnienie krwi skóra staje się ciastowato-mięką, chłodną, uniesiona fałda na skórze pozostaje przez czas dość długi i t. d.

Pomieniony stan chorobny bywa następczym i nie zależy bynajmniej od nacieczenia lub od zapalenia skóry.

Przy „scleroma“, które spostrzegamy tylko u noworodków, tkanka łączna podskórna i skóra są surowiczo nacieczone, przyczem skóra w początku bywa zaczerwieniona, następnie blednie, staje się chłodną i sztywną. Kończyny, przeważnie podlegające téj chorobie, są twarde jak deska, a dołek powstały pod uciskiem palca, utrzymuje się przez długi czas. Od kończyn dolnych stwardnienie rozszerza się wyżej ku tułowi, jednakże klatka piersiowa po największej części wolną pozostaje. Twarz i kończyny górne najpóźniej ulegają stwardnieniu. Dzieci są zimne, oddech ich chłodny, leżą nieruchomo, jęczą głosem przytłumionym i umierają w obec objawów zaduszenia (*asphyxia*).

Bardzo rzadko się zdarza, aby dziecko, cierpiące na dość znaczne „scleroma“, wyzdrowiało; prawie wszystkie w ciągu kilku dni umierają. Zresztą zejście śmiertelne tembardziej jeszcze się przyspiesza, ponieważ takie dzieci nie mogą dobrze ssać.

Przy leczeniu starać się głównie należy o to, aby ciepłota obwodowa nie promieniowała za szybko. Obwijamy przeto dzieci takie w chusty ciepłe, a do kolebeczki wkładamy flaszki z wodą ciepłą. Co dwie godziny stosować należy ciepłą kąpiel czystą, albo z dodatkiem nieco gorzycy. Można również skórę wycierać wyskokiem gorzycowym, francuzką wódką, ciepłym octem aromatycznym i t. d. Zwykle po owych nacieraniach skóra traci wygląd trupi, staje się czerwienią, bardziej giętką, ale w krótkim czasie objawy te znikają na nowo, krążenie znowu się upośledza, a „scleroma“ postępuje dalej w swym rozwoju.

## E. Nieprawidłowości w wydzielaniu skóry.

1. *Vernix caseosa*. Maż skórna, napotykana u noworodków, jest utworem fizyologicznym i składa się z wydzieliny gruczołów tłuszczowych skóry, pomieszanej z odłuszczoneym nabłonkiem tychże gruczołów. Maż pomieniona pokrywa niektóre części ciała na grubość jednego milimetra, przez mycie wodą czystą nie podobna jój

oddalić, ale trzeba przed pierwszą kąpielą dziecię nowonarodzone dobrze wysmarować oliwą lub czystym szmalcem wieprzowym (*Ung. emolliens*), dla rozmięczenia stwardniałego tłuszczu skórniego.

Zadaniem mazi skórnej jest uchronienie skóry od rozmięczenia w bezustannej kąpeli, w jakiej płód się znajduje. Po przyjsciu dziecka na świat dokładnie trzeba oddalić ową maź skórnią.

2. *Seborrhoea capillitii et frontis*. U dzieci w pierwszych latach życia spostrzegamy znaczniejsze wydzielanie tłuszczu i szybsze odłuszczenie nabłonka na skórze głowy pokrytej włosami. Jeżeli owych obydwóch produktów nie będziemy oddalać za pomocą częstego mycia, to nagromadzą się one i zlepią wraz z włosami. Powstaje przez to rodzaj czepka, pokrywającego nieraz całą głowę i czoło. Czepek ów składa się ze strupów tłuszczowych, a jeżeli odchyliny go, to przekonamy się, że pod nim znajduje się skóra prawidłowa, która jest bardzo wiotką i pokrytą delikatnym nabłonkiem. Jeżeli dzieci nie będą czysto utrzymywane, to pył i wszelki brud miesza się będzie z owymi strupami i wytworzyć się może pod takimi strupami t. z. „*eczema impetiginosum*.“ Owych strupów, powstałych w skutek pomnożonej wydzieliny tłuszczu na skórze głowy, nie należy pomieszać z ekcema, która rozszerza się z twarzy na głowę, lub też która pierwotnie na głowie się pojawia.

Pod koniec pierwszego roku życia powiększone wydzielanie tłuszczu samo przez się ustaje, a strupów stopniowo co raz więcej odpada. Wszelako nie radzilibyśmy nigdy zezwolić na to, aby strupy pozostawiano własnemu biegowi i pozostawiano je do dobrowolnego odpadnięcia. Przeciwnie należy je bezzwłocznie oddalić. Zresztą przy stosowném pielęgowaniu skóry głowy w ogóle sprawa nie powinna wcale dojść aż do utworzenia strupów, codziennie bowiem starać się należy, aby takowe usunąć, smarując je dokładnie oliwą i następnie w kąpeli dokładnie obmywając głowę mydłem szarem.

3. *Prosówka (Miliun)*. U dzieci bardzo młodych znajdujemy często wysypkę, w postaci drobnych białawych guziczków, skórę nieco unoszących. Wysypka owa bywa rozsiana po całym ciele, najliczniej zaś występuje na twarzy. Guziczki nie posiadają przewodni wyprowadzającego i zawartość ich składa się z masy kaszowatej tłuszczowej, pomieszanej z utworami nabłonkowymi.

Guziczki owe znajdujemy również w znacznej ilości na podniebieniu twardem, na stronie zewnętrznej powierzchni zębodołowej szczęki górnej.

Najczęściej je spostrzec można na szwie (*raphe*). Tak w tych miejscach jak i na skórze guziczki owe pękają i znikają bez śladu.

Jednoczesne występowanie guziczków na twardym podniebieniu wskazuje na wczesny rozwój w zarodku; mamy tu bowiem do czynienia ze stanem wrodzonym. Początkowa część przewodu pokarmowego, a zatem jama ustna i początkowa część przełyku, nie rozwijają się z właściwej rury pokarmowej, ale przez wpuklenie pokrywy zewnętrznej. W ten sposób bardzo łatwo mogą wrosnąć do jamy ustnej, cząstki utworów naskórkowych, czem właśnie jasno wytłomaczyć można ową powyższą wzmiankowaną zmianę patologiczną.

Pomieniony stan patologiczny nie wymaga oddzielnego leczenia; gdyż sam przez się znika.

4. Potówka (*Sudamina*). Dawniejszymi czasy, kiedy największą liczbę chorób gorączkowych leczono za pomocą ciepła, potówka odgrywała w medycynie bardzo znaczną rolę. Powstawanie potówki i szybkie jej zniknięcie służyło wówczas za objaw, na mocy którego wyprowadzano wszystkie możliwe pomysły i niepomysłne rokowania.

Pęcherzyki potówkowe powstają przez zatkanie przewodów wyprowadzających w gruczołach potowych. Pęcherzyki pomienione bywają wielkości zaledwie główki od szpilki, zawartość ich jest jasno przezroczysta. Wysypka występuje w niesłychanie znacznej ilości na grzbiecie, twarzy, klatce piersiowej i t. d. Na około każdego pęcherzyka znajduje się obwódka czerwona, przez co cała wysypka ma wielkie podobieństwo do odry.

Potówka najczęściej występuje w gorących miesiącach lata, kiedy dzieci są zanadto ciepło odziane. Zresztą często ją widzimy u takich dzieci, które w ogóle pocą się bardzo, np. u osobników na krzywicę chorych.

W chorobach ostrych, np. przy durzycy w drugim tygodniu znajdujemy na brzuchu wielkie mnóstwo potówek, występujących bez obwódki czerwonej (*sudamina crystallina*). W dalszym przebiegu choroby owe drobnutki pęcherzyki pękają i następuje potem łuszczenie lekkie. Potówka nie ma tu żadnego znaczenia prognostycznego.

Potówka po największej części sama przez się znika, gdy powietrze się ochładza. Najlepiej postąpimy, jeżeli dzieciom cierpiącym na potówkę każemy kilka razy dziennie wytrzeć dokładnie całe ciało gąbką w wodzie zimnej umaczną. Przez takie postępowanie pęche-



rzyki pękają, a zimne wycieranie oprócz tego zmniejsza silne wydzielanie potu.

### F. Nowotwory na skórze.

1. Toczeń (*Lupus*) w wieku dziecięcym występuje prawie we wszystkich swych postaciach. Ani przebieg jego, ani leczenie w niczem się nie różni od tocznia, spostrzeganego u osób dorosłych.

2. Znamiona naczyniowe (*Teleangiectasia*) zdarzają się niesłychanie często w wieku dziecięcym. Są one zawsze wrodzone. Mogą one wyrastać w życiu wewnątrzmacicznym na guzy bardzo wydane, albo też dziecko przychodzi na świat z pewną skłonnością do rozwoju nowotworów podobnych.

Leczenie w tych razach jest czysto-chirurgicznym, odsyłamy przeto czytelnika w tym względzie do podręczników chirurgii. Zaznaczyć tu wszakże wypada, że na małych znamionach naczyniowych można doskonale szczepić. Ale naczynia nowoutworzone rozkrzewiać się powinny tylko w warstwach powierzchownych; w przeciwnym bowiem razie szczepienie nie przynosi pożytku. Na znamieniu naczyniowym należy zrobić 4 - 6 cięć delikatnych, po upływie krwi z nowotworu, umieszczamy na znamieniu substancją, którą chcemy wszczepić. Odczyn bywa bardzo silnym, jednakowoż blizny powstałe ze szczepienia na powierzchownych naczyniakach są nieznaczne i jak najmniej szpecą.

3. Znamię matczyne (*Naevus maternus*) napotykać się daje w najrozlicniejszych postaciach, tak jak je widzimy u osób dorosłych. Znaczenia nie mają żadnego. Niektóre są tak nieznaczne, że bardzo łatwo je oddalić można za pomocą rękoczynów chirurgicznych.

**Dodatek.** - 1. Pasożyty skóry (*Parasita*). Oprócz świerbowca u dzieci nieczysto utrzymywanych, znajdują się wszy (*pediculus vestimentis*), pchły, pluskwy, i t. d. Pasożyty te są powodem różnych cierpień skóry, między innymi bywa często bardzo silna pokrzywka (*urticaria*).

„*Pediculi pubis*“ spostrzegamy bardzo rzadko u dzieci; włosy bowiem około części rodzajnych w tym czasie są jeszcze nierozwinięte, a we włosach na głowie pasożyt pomieniony nie pojawia się wca-

le, ale za to dość obfita ilość jego bywa w rzesach. Wydają się wówczas jako czarne punkciki pomiędzy rzesami i można je łatwo odskrobać za pomocą zgłębnika, przyczem ruchy ich stają się widoczne. Po kilku wcieraniach maścią szarą owe pasożyty znikają dość szybko, a zapalenie powiek (*blepharitis*), które powstaje z powodu owych pasożytów, leczy się stosunkowo prędko.

2. Oparzenie (*combustio*). Oparzenia wszelkiego stopnia zdarzają się niestety u dzieci bardzo często. W ogóle dzieci znoszą oparzenia daleko lepiej, aniżeli osoby dorosłe, odczyn bowiem nie powstaje u nich tak szybko, jak u dorosłych. Po największej części osoby, opiekujące się dziećmi (sługi, mamki, niania), przez swą nieogłębność są przyczyną oparzenia dzieci. Dzieci bardziej dorosłe oparzają sobie nieraz ręce, chwytając rozpalone przedmioty metaliczne. Podobne oparzenia są powodem różnych skrzywień palców, co zależy od silnego ściągnięcia się blizn. W wielu okolicach panuje zwyczaj nierozsądny, że dzieci chore na biegunkę (*diarrhoea*), kolki (*calica*), wydymania (*tenesmus*) i t. d. sadzają nad garnkiem z wodą wrzącą. Ponieważ porcelana jest złym przewodnikiem ciepła, przeto brzeg naczynia ogrzewa się daleko później; więc dopiero po długim siedzeniu nad podobnym garnkiem powstaje oparzenie skóry, otaczającej otwór stolcowy. Wiele dzieci skończyło, niestety, z powodu tego zwyczaju nieroztropnego.

Leczenie oparzeń u dzieci jest zupełnie takie same, jak u osób dorosłych.

## Choroby ogólne.

### I. Spowodowane zarażeniem.

Bardzo wiele z pomiędzy chorób ogólnych, spowodowanych działaniem rozmaitych miazmów lub kontagijów pomieściliśmy w innych rozdziałach, mając głównie na względzie ich umiejscowienie. Stało się to mianowicie w tym celu, aby ułatwić rozróżnienie tych chorób od innych, czysto miejscowych cierpień. Pozostało nam więc do opisania zaledwie kilka z rzędu tych chorób, bardzo zresztą ważnych dla każdego lekarza.

1) Gorączka' przepuszczająca — *febris intermittens*. Tak zwana „febra“, wydarza się często u dzieci i przebiega zupełnie

w ten sam sposób, jak i u dorosłych. Spotykamy ją nawet w pierwszych życia miesiącach; ale u tak młodych dzieci, rocznych a nawet i u trzyletnich, nigdy nie występuje w tak jasnej, jak u dorosłych, formie. Napady u nich zaledwie objawiają się wysokiém, suchém uczuciem gorąca, nie poprzedzoném dreszczami, albo też brak okresu potów.

Nieraz pojedyncze okresy napadu febry w zmienionym występuje porządku: dreszcz pojawia się po gorącu i t. p. Oześcięj jednakże u ssawca, lub rocznego dziecka, zamiast dreszczu występują drgawki. Takie ogólne drgawki trwają 1 do 3 godzin, potem następuje wysokie podniesienie ciepłoty i wreszcie okres pocenia. Zwyczajne drgawki powracają przy każdym napadzie, stosownie do typu, jak i przybiera gorączka. Drgawki zazwyczaj rozpoczynają nawet już i pierwszy napad, a wówczas nie jesteśmy w stanie zdać sobie sprawę z istoty cierpienia w danym wypadku. Jedyną wtedy wskazówkę stanowi endemiczne panowanie gorączki przepuszczającej w owem miejscu, gdy wiele osób na nią choruje.

W ciężkim wypadku konwulsye mogą dziecko zabić nawet i u dorosłych zderza się, że chory podczas napadu umiera. Tak u dorosłych jak i u dzieci bywa to nie podczas pierwszego napadu, ale w wypadkach zastarzałych zazwyczaj.

Rozpoznanie gorączki przepuszczającej u większych dzieci jest bardzo łatwe, gdy sami napad obserwujemy, lub gdy go wiarogodni ludzie widzieli. W każdym wypadku śledziona tak znacznie się powiększa, że zwiększenie to natychmiast można wykazać. *Tumor lienis* w skutek febry nie dosięga jednak u dzieci takich ogromnych rozmiarów, jak u ludzi dorosłych, nawet w okolicach w których zimnica panuje. U większych dzieci później dopiero, po licznych powrotach, rozwija się charłactwo zimnicze (*cachexia malaria*). Nieco inaczej rzecz się ma u ssawców: już po kilku, zaledwie nieco mocniejszych napadach rozwija się wygląd charłaczy. Dzieci bledną, chudną, rysy twarzy zapadają, obrzmiewają, sprawa ogólnego odżywiania upada, chociaż śledziona niezbyt znacznie jest powiększoną. W takich wypadkach, jeżeli napady zimnicy nie są zupełne, trudno bywa rozróżnić chorobę tę od poczynającej się białaczki, tém bardziej, że nawet drobnowidz w obu razach prawie jednakowe zmiany w krwi wykazuje.

Ilość białych ciałek krwi jest wzmożoną, a ziarenka lub bryłki barwnika dadzą się dostrzedz zaledwie w późniejszych okresach przebiegu zimnicy. Tu więc rozpoznanie różniczkowe postawić można dopiero w późniejszym przebiegu.

Obrzmienie śledziony u ssawców łatwo da się wyczuć i od bia-  
łaczkowego różni się t $\acute{e}$ m, że jest ostre: brzegi wi $\acute{e}$ c ma zaokr $\acute{a}$ glone  
i odporność mi $\acute{e}$ kszą. Okoliczności te jednak s $\acute{a}$  zmienne, gdy zimnica  
wydarzy si $\acute{e}$  naprzyk $\acute{a}$ d u dziecka maj $\acute{a}$ cego krzywic $\acute{e}$  albo przewle-  
kl $\acute{e}$  obrzmienie śledziony. Przebieg choroby zale $\acute{z}$ y g $\acute{ł$ ównie od oko-  
licy, w któr $\acute{e}$ j si $\acute{e}$  dziecko znajduje. Po zabraniu dziecka z t $\acute{e}$ j oko-  
licy, zimnica sama przez si $\acute{e}$  znikn $\acute{a}$ ć mo $\acute{z}$ e. Ssawcy przechodz $\acute{a}$  bardzo  
szybko przez kilka napadów zimnicy i dopiero po d $\acute{ł$ u $\acute{z}$ szy $\acute{m}$  przeciągu  
czasu, znalazłszy si $\acute{e}$  w zupełnie odmiennych warunkach, okazuj $\acute{a}$  ob-  
jawy zmian, zasł $\acute{y}$ ch w krwi. Gdy matka i niemowle razem zimni-  
cy dostan $\acute{a}$ , to dziecko nale $\acute{z}$ y od piersi matczyn $\acute{e}$ j odstawić i oddać  
zdrow $\acute{e}$ j mamce do wykarmienia, co w okolicy, w któr $\acute{e}$ j zimnica pa-  
nuje, nie jest tak bardzo łatwym do wykonania.

Leczenie zimnicy polega na podawaniu chininy w du $\acute{z}$ ych daw-  
kach, w stosown $\acute{a}$  por $\acute{e}$ , przed napadem. Je $\acute{z}$ eli chinin $\acute{e}$  podać  
w kr $\acute{o}$ tce przed napadem, lub podczas jego trwania, to nietylko,  
że go nie osłabi, ale przeciwnie wzmocni jego nat $\acute{e}$ żenie, Nale $\acute{z}$ y  
wi $\acute{e}$ c mniej wi $\acute{e}$ c $\acute{e}$ j trzy godziny przed napadem podać chinin $\acute{e}$  i to  
w du $\acute{z}$ ych dawkach. Ssawcom gr. 5 (0,3) na  $\mathfrak{J}$ j (20,0) *syrupi sim-  
plic.* i ca $\acute{ł$ ą t $\acute{e}$  ilo $\acute{s}$ ć ka $\acute{z}$ emy wypić na 3 razy, w jednogodzinnych od-  
st $\acute{e}$ pach czasu. Wi $\acute{e}$ kszym dzieciom  $\mathfrak{D}\beta$  do  $\mathfrak{D}$ j (0,5 do 1,0) *Chinini  
sulphur.* w ten $\acute{z}$ e sam spos $\acute{o}$ b. W dni bezgorączkowe nie dajemy  $\acute{z}$ -  
danych lekarstw, dop $\acute{o$ ki śledziona widocznie si $\acute{e}$  zmniejsza. Gdy na-  
pady znikł $\acute{y}$ , to nale $\acute{z}$ y przepisać lekkie przetwory  $\acute{z}$ elaza. Je $\acute{z}$ eli  
w skutek cz $\acute{e}$ stych powrotów rozwin $\acute{e}$ ło si $\acute{e}$  charłactwo, to podawać  
b $\acute{e}$ dziemy *tinct. arsenic. Fowleri* przez d $\acute{ł$ u $\acute{z}$ szy czas, sam $\acute{a}$ , lub w po $\acute{ł$ ą-  
czeniu z  $\acute{z}$ elazem.

*Rp.* Tinct. arsenic. Fowleri gtt jiiij.  
Aqua destillata  $\mathfrak{J}$ j (30,0).  
Syrup. simplic.  $\mathfrak{J}$  iij (10,0).  
M. D. S. Wy $\acute{z}$ yć w ci $\acute{a}$ gu dw $\acute{o}$ ch dni.

Stopniowo powi $\acute{e}$ kszymy dawk $\acute{e}$  do 4—6 kropli pro die. Je-  
dnak $\acute{z}$ e nie mo $\acute{z}$ emy spodziewać si $\acute{e}$  skutku, je $\acute{z}$ eli nie nast $\acute{a}$ pi zupełne  
przesiedlenie si $\acute{e}$  do zupełnie zdrow $\acute{e}$ j okolicy.

2) Przymiot u dzieci (*syphilis*). a) *Lues hereditaria*.  
Przymiot wrodzony u dzieci bardzo cz $\acute{e}$ sto obserwowac si $\acute{e}$  daje. Nie-  
wszystkie jednak dzieci syfilitycznych rodzic $\acute{o}$ w na przymiot dzie-  
dziczny chorowac musz $\acute{a}$ , pomi $\acute{e}$ dzy nimi mo $\acute{z}$ na bowiem znale $\acute{s}$ ć oso-  
bniki zupełnie zdrowe. Nie wiemy, które w $\acute{ł$ asciwi $\acute{e}$  z pomi $\acute{e}$ dzy

form przymiotu usposabiają do jednoczesnego chorowania płodu. Przy lekkich formach cierpienia u rodziców, rodzą się dzieci z bardzo ciężkim przymiotem i odwrotnie.

Nieraz rodzice, mając drugo lub trzeciorzędne objawy przymiotu rodzą dzieci zupełnie zdrowe, i nadal wolne od tego cierpienia. Tylko na prawdziwy przymiot chorujący rodzice mogą rodzić syfilityczne dzieci. Żadnego wpływu na potomstwo nie wywierają ani miękkie szankry ani rzerzączki. Ani wysypka znaleziona u dziecka, ani ściśle zbadanie rodziców nie może wykazać nam, czy przymiot przeszedł od matki, czy od ojca. Badanie to tem jest trudniejszym, że zwykle trudno jest ojca odnaleźć. W takich razach matka nieraz bywa zupełnie zdrowa, a rodzi dziecko, noszące na sobie objawy ciężkiego cierpienia przymiotowego.

Co się tycze rodziców, tyle tylko możemy pewnego wykazać: oboje są zarazeni przymiotem, nabyli go gdzieindziej, dziecko ich nosi na sobie wszystkie objawy oddziedziczonego cierpienia, chociaż zapłodnienie bywa w takich razach niezmiernie rzadkiem. Ojciec miał przymiot w pewnym już okresie rozwoju i to spowodowało pierwotne objawy u matki, lub odwrotnie,—dziecko będzie syfilityczne. Ojciec ma pewną formę przymiotu, matka się wcale może nie zarazić, a płód będzie syfilityczny.

Nie wiemy na pewno, czy matka przenieść może przymiot na płód, sama się nie zaraziwszy, czy też u niej w takim razie przymiot pozostaje w ukrytym stanie. Dowiedzioném jest jednakże, że taka matka może bezkarnie karmić swoje syfilityczne dziecko, jeżeli sama nie okazywała objawów téj choroby t. j. że nie dostanie pierwotnych objawów przymiotu na piersiach, gdy tymczasem obca kobieta (mamka) może się od dziecka w ten sposób zarazić, tém łatwiej, jeżeli ma na piersiach szczeliny lub naddarcia. Powstają wówczas owrzodzenia, ze stwardniałym dnem, obrzmieniem sąsiednich gruczołów, następczemi wysypkami i t. d.

Jeżeli kto lubi hipotezy, to może przypuszczać, że nasienie (*sperma*) jest wehikułem zarazka, mogącym przenieść się tylko na zarodek, a matka tymczasem zupełnie zarażoną nie zostaje. Jeżeli rzecz się ma przeciwnie, to jest jeżeli syfilityczna kobieta zapłodnioną zostanie przez zdrowego mężczyznę, to dziecko może mieć przymiot, czy jednak u ojca pozostanie on ukrytym, tak jak wówczas u matki, jest rzeczą wątpliwą.

Dziedziczny przymiot nie przenosi się na trzecie pokolenie, przynajmniej niema na to dostatecznych dowodów. Wskazówki, po-

krótce tu wyliczone, nie mają jednak ściślej pewności i wymagałyby wielu stosownych spostrzeżeń, to tylko jest pewnym, że jeżeli u dziecka okażą się objawy przymiotu dziedzicznego, to z pewnością winę należy przypisać rodzicom, bo od nich pochodzi bez wątpienia zarażenie, czy takowe nastąpiło przed poczęciem, czy wkrótce przed urodzeniem; w każdym razie dziecko dostało przymiotu raz w skutek odziedziczonej diatezy, drugi raz bezpośrednio od jednego z rodziców, nigdy zaś od osoby trzeciej. Jest to bardzo ważne z tego powodu, że zbyt często oskarżano mamki, jakoby takowe dziecko zarażyły. Są formy przymiotu, które wyłącznie nabywają się podczas życia wewnątrzmacicznego.

Zdaje się, że płód już bardzo wczesnie zachorowuje; za tém przypuszczeniem przemawia ta okoliczność, że matki syfilityczne, czy przymiot mają ukryty, czy nie, (zob. wyż.) bardzo często ronią, lub też rodzą macerowane, albo martwe dzieci, ze wszystkimi zjawiskami przymiotu wrodzonego, szczególnie zaś form jego trzewiowych.

Bardzo ważną jest wskazówką to, że zanim urodzi się dziecko żywe, miało się do czynienia z licznymi poronieniami lub niewłaściwymi porodami, okoliczność ta bowiem dowodzi o istnieniu przymiotu u jednej ze stron interesowanych, najczęściej u matki.

Przymiot wrodzony, tylko w cięższych wypadkach pojawia się odrazu, zazwyczaj bowiem, występuje dopiero po pewnym przeciągu czasu: dwóch, sześciu tygodniach lub nawet po trzech miesiącach. Przez ten czas przymiot pozostaje w ukryciu i dziecko, oprócz niektórych zjawisk zwiastunnych nie przedstawia żadnych objawów cierpienia, jednakże od takiego dziecka może nastąpić zarażenie mamki, lub przeniesienie przymiotu przy szczepieniu ospy.

Dzieci przychodzą na świat w kwitającym stanie i przez cały okres utajenia odżywianie ich jest bardzo dobre; te z nich jednak, które zaraz po urodzeniu okazywały już objawy przymiotu, najczęściej w kształcie pęcherzy (*pemphygus*) są w opłakanym, wyniszczonym stanie i zwykle wkrótce umierają. Nie możemy na pewno sądzić, czy to zależy od tego, że przymiot pochodzi od matki, co w ostatnim wypadku najczęściej przyjmujemy, czy od tego, że matka ma przymiot utajony a ojciec jest winowajcą w sprawie zarażenia płodu. Należy jednak wspomnieć, że syfilityczna matka daleko częściej rodzi dzieci niewynoszone, zaraz po urodzeniu pokryte pęcherzami bąblicy (*pemphygus*) etc., niż taka kobieta, u której przymiot jest utajonym. W okresie utajenia, zdarzają się takie zjawiska, po których można już wnioskować, że wybuchnie cierpienie przymiotowe. Zjawiska te tem

łatwiej zauważyć i komentować można, jeżeli poprzednie dziecko na przymiot chorowało, a następne, na pozór zdrowe przyszło na świat.

Najpierw spostrzegamy, że, bez żadnych innych przyczyn i bez zakłóceń w odżywianiu, bez uprzednich cierpień tkanki podskórnej blednie ono, skóra dziecka nabiera osobliwszej brudnej barwy, szczególnie na twarzy. Najlepiej się o tém przekonać możemy, porównyując takie blade dziecko z innym dobrze odżywianem i zdrowo wyglądającym. To zabarwienie skóry bardzo prędko się pojawia, zazwyczaj już na 8 lub 10 dzień po urodzeniu, z początku jednak trudno je zauważyć nie porównyując z innymi.

Jednocześnie ze zmianą barwy, zachodzą na skórze, w niektórych miejscach, pewne zmiany, pozostające nawet po wyrzuceniu się wysypki. Skóra na dłoniach, a jeszcze wyraźniej na podszewkach, staje się suchą i szorstką, naskórek pokrywający ją, jest świecący, w niektórych miejscach popękany, łuszczący się. Pokryta takim naskórkiem podszewka wygląda, jak gdyby była pociągnięta roztworem gumy.

Z tych dwóch zjawisk jednakże nie możemy na pewno wyrokować o istnieniu przymiotu wrodzonego, wówczas więc dopiero nabierają wagi, gdy inne dziecko z tegoż rodzeństwa chorowało na przymiot. Przytém dzieci takie ssają źle i z trudnością, nie mogą długo przy piersi leżeć i po kilku pociągnięciach wypuszczają takową z ust. Przyczyną tego jest obrzmienie błony śluzowej nosa.

Ten niezyt, zatykający jamę nosową, przechodzi z czasem w ozaena syphilitica, z gęstą, ropiastą wydzieliną, wypływającą obficie z obydwu otworów nosa. Taki katar w pierwszych już dniach daje dużo do myślenia, chociażby nie było żadnych zjawisk zwiastunnych. Długie jego trwanie stanowi przejście od zwiastunów do objawów samej choroby.

Dalszym objawem jest obrzmienie śledziony dość twarde z ostrym brzegiem. Nie da się ono objaśnić żadnymi zmianami w ogólnym ustroju: ani zmianami w krwi (białaczka), ani w kościach (krzywica). Jest ono w rzeczy samej zależne od przymiotu i da się widzieć prawie zawsze nawet w okresie utajenia. Wyliczone tu objawy, których zupełnie może brakować, trwają przez rozmaity przeciąg czasu, bez żadnej widocznej zmiany. Stan taki może trwać około dwóch tygodni, a zazwyczaj w szóstym tygodniu rozwija się sama choroba; nieraz jednak następuje to po trzech, lub czterech miesiącach, w tych np. wypadkach, gdy u dzieci później zrodzonych choroba ob-

jawia się z coraz słabszym nateżeniem; u takich dzieci wystąpić ona może bardzo późno. Pojedyncze objawy mogą wybuchnąć gwałtownie, nieraz z gorączką, w innych razach pojawiają się powoli i w pewnym stałym porządku.

Przymiot oddziedziczony umiejscawia się na skórze, na błonach śluzowych i w narządach wewnętrznych, szczególnie w wielkich gruczołach brzucha; specjalnie w wątrobie i epifizach. Zmiany zachodzące przy oddziedziczonym przymiocie różnią się od innych, nabytych form następującymi cechami: Przy *lues hereditaria* pojedyncze objawy wyrażone są we wszystkich okolicach umiejscowienia choroby z jednakowym nateżeniem, chociaż pomiędzy temi objawami jedna grupa może wystąpić na pierwszy plan, a druga być mniej wyraźną, zawsze jednak widoczną. Układ gruczołów chłonnych nigdy nie bierze udziału w cierpieniu. Przy zarażeniu tak zwanym twardym szankrem, zawsze nabrzmiwają gruczoły chłonne, w pobliżu leżące, przy cierpieniu gardła gruczoły karkowe, tymczasem przy oddziedziczonym przymiocie nigdy tego nie napotykamy. Możemy znaleźć nie wiem jak znaczne cierpienie miejscowe—nigdy nie znajdziemy obrzmienia sąsiednich gruczołów lub cierpienia, podobnego do dymienicy niebolesnej (*bubo indolens*). Jeżeli w daném miejscu napotkamy (jak poniżej będzie o tém mowa) wyraźne źródło zarazy, to z pewnością mamy do czynienia z nabytym, a nie oddziedziczonym przymiotem.

Zajęcie błon śluzowych jest prawie jednakowe we wszystkich wypadkach, nateżenie jego jednak jest różnem, tymczasem wysypka na skórze bywa bardzo rozmaita i przedstawia kształty przejściowe między jednym typem a drugim.

Należy wyliczyć w anatomicznym porządku wszystkie objawy, spostrzegane u syfilitycznych dzieci i usprawiedliwiające rozpoznanie „przymiotu wrodzonego,“ a później przystąpić do przejrzenia rozmaitych cierpień skóry. <sup>1)</sup>

1) Czupryna (*capillitium*) oprócz znacznego nieraz łojotoku (*seborrhoea*), nie mającego zazwyczaj związku z przymiotem, nie przedstawia nic charakterystycznego dla téj choroby.

2) Czoło także bywa siedliskiem *seborrhoeae*, przez co pokryte jest wielkimi nieraz skorupami, pod któremi skóra ropieje i tward-

<sup>1)</sup> Rozmiary tego dzieła nie pozwalają na dołączenie stosownych ilustracji, które dałyby lepsze wyobrażenie o zabarwieniu skóry, kształcie i umiejscowieniu pojedynczych specyficznych zmian, niż najdokładniejsze opisy. (Przyp. autora).



dnieje. Cierpienie to nieraz zlewa się z mokrym liszajem (*eczema*) twarzy, przyjmującym jednak odmienny wygląd w skutek nacieczenia skóry, zwykłego w takich razach.

3. Oczy są zwykle zdrowe, czasami łącznica bywa siedliskiem silnego nieżytu lub tryprowego zapalenia (*blenorhoea neonatorum*), przy którym najczęściej obie gałki zniszczone zostają.

4. Błona śluzowa nosa jest siedliskiem specyficznego, zapalnego obrzmienia z wydzieliną, w kształcie raz skąpego, drugi raz obfitego, ropiastego płynu. Ten objaw jest prawie zawsze najstarszym zjawiskiem, nieraz bywa bardzo natężony i stanowi ważną przeszkodę przy ssaniu, bo przewody nosowe zatkane zostają nie tylko przez obrzmiałą błonę śluzową, ale i przez zasychający wysięk. *Ozaena syphilitica* nie ogranicza się samą błoną śluzową: sięga ona do okostnej kości nosowych, przezco nasada nosa, stosownie do okoliczności, zostaje raz szeroko rozdęta, drugi raz spłaszczoną i wgniecioną. Z powodu zatkania przewodów nosowych, dzieci takie mają zwykle sapaący lub chrapiący oddech, wyraźny szczególnie w dzień, gdy z otwartymi ustami (gdyż nos jest zatkany) leżą na grzbiecie. Należy dzieci takie często budzić, szczególnie, gdy wydzielina jest obfita, usta im wodą wymywać lub nieco pokarmu w nie wypuszczać, gdyż o wypadki zaduszenia nie trudno.

5. Kąt ust jest obnażony z nabłonka i popekany w tem miejscu, gdzie skóra w błonę śluzową przechodzi (ulubione siedlisko specyficznych cierpień). W tych szczelinach (*rhagades*) rozwijają się pryszczowate wyniosłości w znacznym stopniu, od spływającej śliny; wytrawiają się one (macerują) i owrzadzają, dając początek wrzodom, o nierównych, wywróconych i nacieczonych brzegach. Szczeliny te, w rzadkich wypadkach nie ograniczają się zajęciem samego kąta ust, nieraz bowiem rozprzestrzeniają na cały obwód takowych, zbliżając się coraz bardziej ku wewnątrz. Goją się z pozostawieniem blizn, kierujących się dośrodkowo, w skutek czego usta przyjmują właściwy wygląd.

6. Rysy twarzy odrętwiałe, bez wyrazu, z powodu nacieczenia skóry i tkanki łącznej podskórnej; dzieci przytém same wystrzegają się wszelkich ruchów warg i policzków, z powodu bolesności owych szczelin na kątach ust. Zmiana barwy skóry, występująca już podczas okresu utajenia, silniej występuje, a w dalszym przebiegu łączy się z nią miedziano bure zabarwienie skóry czoła spotykane tylko u dzieci chorych na przymiot. Skóra przytem jest świecąca,

ezorstka i, jeżeli przedsięwzięmiemy leczenie przeciwprzymiotowe, ulega blaszkowatemu łuszczeniu.

7. Błona śluzowa jamy ustnej i twardego, oraz miękkiego podniebienia w wielu wypadkach zupełnie bywa wolną, niema nieraz nawet żadnego silniejszego łuszczenia nabłonka. Innym razem, na języku, na podniebieniu twardem i t. d. znajdujemy łepieże (*plâques*) rozmaitej wielkości, wzniesione nad powierzchnię, białawe, pokryte zgrubiałym nabłonkiem, w rozmaitej ilości. Objaw ten wcale nie jest stałym lub nieodzownym dla rozpoznania „przymiotu wrodzonego“.

8. Gruczoły szyjowe i karkowe są zupełnie zdrowe i pozostają takimi przez cały ciąg trwania choroby.

9. Piersi zwykle nie nieprawidłowego nie przedstawiają, załedwie na skórze, pokrywającej je, można znaleźć czasem pojedyncze guziczki (*papulae*) etc.

10. To samo da się powiedzieć o brzuchu i grzbiecie, ponieważ wszystkie zmiany umiejscawiają się na twarzy i kończynach, pozostawiając tułów mniej więcej wolnym.

11. Fałdy okołostolcowe zawsze prawie bywają siedliskiem szczelin takich, jakie widzieliśmy w kątach ust. Szczeliny te dają początek łepieżom (*plâques muqueuses*), nielicznym zazwyczaj, leżącym po obydwóch stronach otworu, oraz pokrytym wydzieliną do śluzu podobną, skąpą i wydzielaną przez zgrubiały nabłonek.

Łepieże takie, które zwykle wyraźniejsze są koło stolca niż koło ust, owrzadzają się tak, jak i tamte, tworząc rozmaitej wielkości wrzody. Łepieże te pojawiają się naokoło otworu stolcowego, na pośladkach, na mosznach, na sromie niewieścim i na wewnętrznej powierzchni uda. Zwykle znajdujemy je w tych wszystkich miejscach, w które wydzielina owa zacieka.

Łepieże, w mowie będące, spotykamy nietylko około ust i stolca, widzieć je bowiem możemy na wielu innych fałdach skóry, jakoto: w przegubie kolanowym, na szyi, czasem i na policzkach. Jeżeli na jakiej fałdzie, np. na szyi, utworzy się łepież, to zwykle na *vis à vis* leżącej części, tworzy się drugi, nieco mniejszy kondylomat, wskutek ciągłego dotykania się tych dwóch miejsc. Przy recydywach wrodzonego przymiotu bardzo często spotykamy tworzenie się łepieży niekoniecznie w wyżej przytoczonych miejscach i to nieraz dopiero w drugim roku życia.

12. Na tylniej powierzchni uda tworzą się czasem wrzody syfilityczne, w większej lub mniejszej ilości, albo też powstaje liszaj

wilgotny (ekzema), wskutek zanieczyszczenia téj okolicy massami kałowemi. Zdarza się to szczególnie wówczas, gdy mamy do czynienia z dzieckiem wyniszczoném, cierpiącym na niezbyt kiszek.

Umieszczenie ekcemy, wspomniane przy jéj opisie, na tylnej powierzchni uda, może utrudnić rozpoznanie natury cierpienia.

W wątpliwych wypadkach nie powinniśmy się spieszyć z rozpoznaniem, bo twierdzić stanowczo o istnieniu przymiotu możemy wówczas dopiero, gdy zdanie takie nie podlega najmniejszej wątpliwości. Liszaje takie goją się zresztą niezmiernie trudno i to pierwéj, aż przymiot zniknąć pocznie.

13. Kończyny są głównym siedliskiem wysypek przymiotowych, zwykle tułów oszczędzających. Na dłoniach i podszewach, przez cały czas trwania choroby, widać ową suchość, szorstkość i połysk skóry, co już w okresie utajenia miało miejsce. Zjawisko to istnieje prawie bez wyjątku zawsze, może się jednak wydarzyć bez przymiotu, chociaż bardzo rzadko, już zatem nie daje nam nieomylnéj rękojmi do wnioskowania o przymiotowej naturze cierpienia.

W niektórych wypadkach spotykamy też blaszkowate łuszczenie się naskórka, który nieraz oddziela się całemi płatami, wiszącymi na skórze. Skóra w ten sposób obnażona, wilgotnieje lub owrzadza się. Zdarza się to szczególnie wówczas, gdy u wyniszczonego dziecka, pojawi się zapalenie kiszek, z ostrym, nadżerającym kałem.

Gdy przymiot ustępuje, wówczas skóra dłoni i podszew staje się delikatniejszą, chociaż zawsze pozostaje nadal pewna szorstkość, pomimo, że wszystkie inne objawy poznikały.

Daléj często daje się widzieć na palcach rąk i nóg ropienie w łożysku paznogciowym, przyczem rogowa część paznogcia wydaloną zostaje, a na jéj miejsce nowa narasta. Objaw ten jest dosyć charakterystycznym, gdyż przy żadnej innéj sprawie nie można zauważyć podobnego schodzenia paznogci. Nieraz w ten sposób dzieci mogą wszystkie utracić paznogcie.

14) Skóra bywa siedliskiem najrozmaitszych, exentematycznych lub innego kształtu cierpień. Zmiany te, w celu ułatwienia opisu, rozdzielamy na: *a*) plamiste (*syphilides maculosae*), *b*) guziczkowate (*papulosae*) i *c*) łuskowate (*squamosae*).

Oprócz tych postaci, towarzyszących zwykle lżejszym formom przymiotu, należy pamiętać o innéj jeszcze, mianowicie o bąblowatej postaci wysypki, pojawiającej się zwykle u tych dzieci, które zaraz bezpośrednio po urodzeniu przedstawiają objawy przymiotu. Zazwyczaj na dłoniach i podszewach, rzadziej na tułowiu, częściéj na

twarzy i kończynach spotykamy większe i mniejsze bąble, dosyć silnie wypełnione zielonkowatą, prawie bezbarwną zawartością i otoczone czerwoną obwódką, zlewającą się z sąsiednimi częściami skóry bez wyraźnej granicy. Pęcherze te rozwijają się dość szybko z czerwonych punkcików, pękają zwykle pośrodku, a obnażona przezto skóra silnie wilgotnieje i zupełnie pozbawia się naskórka. Dzieci takie zwykle na przymiot umierają, gdyż odżywianie ich przytem znajduje się w opłakanyam stanie.

Bąble te u syfilitycznych dzieci wziąć można za zwyczajną bąblicę charłaczą (*pemphigus cachecticus*), gdyż w obu razach dzieci bardzo bywają wyniszczone, a pojedyncze pęcherze zupełnie są do siebie podobne. Jednakże bąblica przymiotowa umiejscawia się stale w wyżej przytoczonych okolicach, podczas gdy tamta głównie tułów zajmować zwykła. Oprócz tego, przy syfilitycznych pęcherzach, spotykamy też inne, niewątpliwe objawy przymiotu: niezyt nosa, obnażenia w kątach ust i około stolca, zmianę barwy skóry, obrzmienie śledziony etc. Tylko przy istnieniu kilku z pomienionych objawów naraz, sądzić można o przymiotowej naturze cierpienia.

Jeżeli w danym wypadku przymiotu, można zauważyć okres utajenia to, im dłużej trwa ten ostatni, tém łagodniejszym bywa wybuch samej choroby, a wysypki objawiają w rozmaitych postaciach raz jedna za drugą, to znowu razem przy zjawiskach zwiastunnój gorączki. Takie raptowne pojawienie się całej wysypki odrazu, może nastąpić także bez żadnych gorączkowych objawów.

Jakśmy już wspomnieli, wszystkie te wysypki to mają wspólnego, że umiejscawiają się najczęściej na kończynach, szczególnież na udach, pośladkach, jakoteż i na twarzy, pozostawiając tułów swobodnym i tém to różnią się syfilityczne wysypki u dzieci od innych chorób skórnych jakoto: łuszczycy (*psoriasis*), świerzby (*scabies*), pokrzywki (*urticaria*) etc.

Wysypka plamista (*maculosa*) pojawia się w kształcie plamek małych okrągławych, z początku czerwonych, wkrótce zmieniających barwę na miedziano-burą, które nie odrazu wystają nad powierzchnię skóry, przy ucisku palcem nie zupełnie znikają, lecz pozostawiają bladło różowe zabarwienie, wskutek wystąpienia z krwi hematyny.

Gdy plamy te bledną i nikną, to przez długi czas jeszcze pozostają na miejscu ich pobytu barwnikowe piętna.

Wysypka guziczkowata (*papulosa*), od której istnieją formy przejściowe do plamistój, występuje pod postacią guziczków rozsia-

nych, potem zlewających się z sobą, wzniesionych nad powierzchnię. Odznaczają się one także miedziano-burą barwą i niezupełnem znikaniem od palcowego nacisku.

Obie te postaci mogą przedstawiać formy przejściowe do wysypki łuskowatej (*squamosa*), przy której mamy do czynienia z nadmiernym tworzeniem się naskorka. Nie jest ono znowu tak bardzo znaczne, nowoutworzone blaszki dają się z łatwością od podstawy odzielić, są podobne do perłowej macicy, błyszczące, białawe, suche i barwą tą jaskrawo odbijają od brunatno-miedzianego tła. Pomiedzy łuskami, szczególnie tam, gdzie się one zlewają z sobą, powstają naddarcia, z których rozwinąć się mogą bardzo uparte owrzodzenia.

Wysypka łuskowata stanowi wyjątek od ogólnego pravidła pod tym względem, że może zajmować obszernie miejsca i na tułowiu, nadając mu nawet dość charakterystyczny wygląd.

W innych razach ogranicza się wyłącznie zajęciem dłoni i podeszew.

To samo da się powiedzieć o rzadkiej zresztą, pryszczowatej wysypce przymiotowej (*syph. pustulosa*), przy której całe ciało obsiane bywa pryszczami rozmaitej wielkości, zawierającemi ropę. W umiejscowieniu swém nie trzymają się żadnych ograniczeń (*paradigma*) i prawie równomiernie zajmują całe ciało, prawie tak jak ospa. W innych razach także ograniczają się podeszwami i dłońmi, podczas gdy na tułowiu pojedyncze tylko krosty dostrzegać się dają gdzieindziej.

Wrzody podobne do ekthymy, rupia i przymiotowe grzły skórne bardzo rzadko wydarzają się przy *syphilis hereditaria*.

Rzadkiemi są także wypadki, w których wyłącznie jedną tylko z wyliczonych postaci napotkać by można było, najeczęściej istnieją formy przejściowe od jednej do drugiej, tak że mamy prawo mówić tylko o przewadze jednego typu nad drugim.

15) W przyrządach wewnętrznych zachodzą liczne zmiany, a niektóre z nich są stałemi objawami przymiotu wrodzonego, pod względem rozpoznawczym wielką mają wagę.

a) Prawie u każdego dziecka z wrodzonym przymiotem znaleźć można dość znaczne obrzmienie śledziony. Organ ten nieraz 3 lub 4 razy większym się staje od normalnego i wówczas wyczuć go można po przez ścianę brzuszną w kształcie językowatego, ruchomego, twardego, gładkiego guza, o brzegach zaokrąglonych.

Na sekcji przekonujemy się, że śledziona uległa znacznemu przerodzeniu mączkowatemu (*deg. amyloidea*), a na przekroju ma pólkę słoniny. Rzadziej bywa ona siedliskiem gummatów, spotykanych często w wątrobie, płucach, bardzo rzadko w nerkach. Tylko nader znaczne gummata i zgrubienia mogą być za życia ocenione, zwykle zaś sprawa ta podczas życia nie zdradza się żadnymi objawami.

b) Błony śluzowe dróg oddechowych najczęściej nieżytem zajęte, szczególniej tchawica i większe oskrzela. Głośnia także często w stanie nieżytowym. Głos takich dzieci cichy bywa i ochrzypły. Rzadko sprawa dochodzi do owrzodzeń; zwykłym jednak bywa zjawiskiem zgrubienie nabłonka nagłośni i więzów (strun) głosowych. To ostatnie może dojść do takich rozmiarów, że gdy w sprawę rozrostu wciągniętą zostanie tkanka podśluzowa i brodawki, to potworzą się prawdziwe lepieże. Sprawa ta nie doprowadza nigdy do zwężenia *rimae glottidis*.

c) Kości często bywają siedliskiem przymiotowego cierpienia. Najczęściej spostrzegać się dają zapalenia okostnej, zwykle na członkach paznogiowych palców, na piszczeli, na wyrostku sutkowatym. Dalej zauważyć nieraz można ropne zapalenie na zroście epifizów z dyafizami, przyczem pierwsze oddzielić się mogą, (*epiphysiolysis spontanea*), powodując samowolne złamanie kości. Jeżeli do tego nie dojdzie, to na epifizie dadzą się wynaleźć zgrubienia, najczęściej na kościach długich. Szpik także podlega pewnym zmianom, na przecięciu przedstawia się żółtawo-czerwonawym i usianym wylewami krwawymi.

d) U dzieci, przymiot mających, które przez jakiś czas pozornie nieźle się miały, odrazu może nastąpić porażenie jednej z kończyn, zazwyczaj górnej. Porażenie to występuje bez żadnych, poprzedzających je objawów, i samo przez się znowu może ustąpić. Czasami udaje się wykazać, że na porażonej kończynie obie epifizy znacznemu uległy zgrubieniu.

Prawdopodobnym, chociaż nie dowiedzionym jest, że owe porażenia zależą od zapaleń mózgowia (*encephalitis*), często się wydarzających u takich dzieci.

e) Musimy rodziców, mających dzieci syfilityczne, uprzedzić o możliwości gwałtownego napadu cierpienia. Przy bardzo mało znacznych powodach, mogą odrazu pojawić się drgawki całego ciała, trwające nieraz po 12, lub 24 godzin, podczas których dzieci umie-

rają od obrzęku płuc. Ten ostatni przyłącza się do zwyczajnego zapalenia oskrzeli i powoduje śmiertelne zejście choroby.

W wielu razach dzieci umierają raptownie, a na zwłokach ich żadnej przyczyny, któraby śmierć sprowadzić mogła, nie jesteśmy w stanie wykazać.

Przebieg przymiotu odziedziczonego bywa przewlekłym i odznacza się licznymi nasileniami. Nieprawdopodobnym jest, aby cierpienie to mogło się samo przez się wyleczyć; jednak przy ręciovém leczeniu, dziecko można po 2-eh lub 3-eh latach zupełnie od choroby uwolnić, przyczém następcze cierpienia nie są wcale nieuniknionemi. Po tym przeciągu czasu zwykle jeszcze się pojawiają coraz to słabsze powroty rozmaitych cierpień przymiotowych, które tak samo leczyć wypada.

Jeżeli po oznaczonym wyżej maximum czasu, wystąpią choroby następcze, jako to krzywica, a co najczęściej żółzowate zajęcie gruczołów, to już tracimy prawo rozpoznawania w danym razie przymiotu, a powinniśmy ograniczyć się nazwaniem téj choroby „następstwem przymiotu“.

Takie krzywicowe, a głównie żółzowe cierpienia mogą trwać już przez całe lata, a czasem i przez całe życie z rozmaitem natężeniem.

Większa część syfilitycznych dzieci umiera wkrótce po urodzeniu i dzieci takie cierpią zazwyczaj na pęcherzowate syfilidy, które ze sobą na świat przyniosły. Im dłużej trwa okres utajenia, tém rokowanie staje się pomyślniejszem, gdyż wówczas odżywianie dziecka bywa mniej zakłóconém. Jeżeli w takim wypadku uda się wynaléć odpowiednie żywienie dla dziecka, to może ono przy życiu pozostać. Są jednak pewne środki ostrożności, które należy zastosować co do żywienia i ogólnego leczenia takich dzieci, a o nich zamilezcć nie można.

1) Czy syfilityczne dziecko może być karmione przez mamkę, czy nie? Nie ulega wątpliwości, że jeżeli dziecko syfilityczne ssie zdrową mamkę, to ta ostatnia przymiotu dostanie. Na brodawkach potworzą się owrzodzenia, pod pachą obrzmieją gruczoły, a na skórze pojawiają się wysypki etc. Na nieszczęście, zbyt często się zdarza, że zdrowe na pozór dziecko, (w okresie utajenia) powierzają mamce, która przy wybuchu przymiotu, także téj choroby dostaje. Bywają jednak wypadki, że przymiot mające dziecko ssie mamkę i nie zaraża takowéj. Wydarza się to wówczas, gdy ta ostatnia ma bardzo gruby naskórek na brodawkach, a dziecko nie ma owrzodzeń w kątach

ust. Są to jednak wyjątkowe zdarzenia, o czém koniecznie pamiętać należy.

Jeżeli więc wezwą nas do dziecka z wrodzonym przymiotem, karmionego przez mamkę, to rozpoznawszy cierpienie, mamy obowiązek tę ostatnią ostrzedz o grożących jój niebezpiecznych następstwach dalszego karmienia. Jeżeli mamka zupełnie jest tej rzeczy świadomą, a pomimo to postanowiła dziecko dokarmić, to lekarz nie ma zasady żądać odstawienia niemowlęcia. Jeżeli zaś, po udzieleniu jój objaśnienia, mamka rozstaje się z zamiarem wykarmienia ssawca, to lekarzowi nie wolno wpływać na nią, w celu namówienia jój do dalszego karmienia. W każdym razie, takie niemowle, skazane odrazu na odstawienie, narażonem jest na natychmiastowe niebezpieczeństwo życia (zob. odstawienie). Jeżeli zachodzi kwestya o oddaniu ssawca innj mamce, to mamy obowiązek i tu interesowaną osobę objaśnić, nie namawiając jój jednak ani za, ani przeciw.

Z tego cośmy powiedzieli wynika, że odżywianie dziecka ogranicza się pokarmem z matczynej piersi, lub sztuczném odkarmianiem. Tu znowu z licznemi przychodzi walczyć przeszkodami. Matki takich dzieci cierpią albo na początkowe, albo na późniejsze formy przymiotu, mają więc bardzo mało pokarmu. Pokarm ten bez wątpienia ma własności chorobliwe, tembardziej, że matka zwykle przeciwprzymiotowemu leczeniu bywa poddaną. Dalej, odżywianie samj matki ciężko cierpieć musi na tém, że ją dziecko ssie, co znowu wpływa na zmniejszenie ilości wydzielanego mléka. Kobiety, z przymiotem utajonym na więcéj przydać się tu mogą, gdyż odżywianie ich nie jest tak bardzo zakłóconem. W każdym razie matka powinna zawsze takie dziecko wykarmić, naturalnie, jeżeli to jest możliwe. Najpierw doświadczenie pokazuje, że zarazić się nie może, a po drugie dziecko przez karmienie piersią ochrania się od wielu niebezpieczeństw. Jednakże jak najwcześniéj powinniśmy zacząć sztuczne podkarmianie, dając dziecku oprócz piersi, krowie mleko w należytém rozcieńczeniu, lub roztwór mléka koncentrowanego. Odpowiedniém bardzo będzie podawanie solonych zup dziecku, nieco późniéj, w 5-tym lub 6-tym miesiącu, ponieważ zwykle dostaje ono krzywicy.

2. Wielką trudność w żywieniu dziecka stanowi *ozaena syphilitica*, będąca najstalszym objawem przymiotu u dzieci i nieraz bardzo wysokiego dosięgająca stopnia, stawia zatém znaczną przeszkodę w akcie ssania, tém znaczniejszą, że syfilityczne dzieci rodzą się nieraz bardzo słabemi. Z tego powodu nawet karmienie z flaszki utrudnioném bywa; najwłaściwszą w takim razie pozostaje łyżeczka.



Za każdym razem, zanim dziecku jeść damy, powinniśmy mu wyczyścić nos za pomocą cienkiego pędzelka lub dobrze skreconej szarpiny, aby wydalic nagromadzony wysięk. Gdy w ten sposób komunikacyę powietrzną ułatwimy, karmienie znacznie stanie się dokładniejszym.

3. Chociaż twierdzą, że odziedziczony przymiot nie udziela się ani mamce, ani innym osobom, to należy jednak w tym względzie jak najwięcej zachować ostrożność, gdyż pewnym jest, że piastunki oraz inne dzieci z łatwością mogą się zarazić i dostać ciężkich bardzo objawów przymiotu.

Choroby następcze, występujące po przymiocie odziedziczonym, po części już wyżej wspomniane, dość stale obserwowane są. Prawie wszystkie dzieci nabywają w trzecim, lub czwartym miesiącu życia krzywicy. Widzimy ją w czaszce, klatce piersiowej, w kończynach, nieraz w bardzo wysokim stopniu, gdyż wystąpienie jęj ułatwionem zostaje bardzo podupadłym stanem odżywiania. Przebieg takiej krzywicy niczem się nie różni od przebiegu inaczej nabytej.

W niektórych wypadkach, po skończeniu właściwych objawów przymiotu, pokazują się objawy bardzo upartych żoźów w kościach, skórze i gruczołach, gdy tymczasem krzywica rozwija się jeszcze podczas trwania przymiotu, nie może więc być nazwaną chorobą właściwą.

Leczenie przymiotu wrodzonego. Jeżeli odżywianie dziecka w dość dobrym jest stanie, to należy zaraz zastosować przeciwprzymiotowe leczenie, które tem lepsze da nam wyniki, im lepiej dziecko będzie przy niem odżywiane. Leczenie zawsze musi być bezpośrednie, gdyż nie można żądać należytych skutków u dziecka od antisyfilitycznego leczenia matki karmiącej je. Używamy rozmaitych przetworów rtęci, z których jednak nie każdy da się w dziecinym zastosować wieku.

Leczenie wcieraujami (*inunctio*), znoszone nieźle przez dzieci starsze (roczne lub dwuletnie), niewłaściwem jest u ssawców, bo może wywołać uparte i bolesne ekcemy. Wskazaniem więc jest wewnętrzne podanie rtęci. W niektórych wypadkach najlepsze są kąpiele z sublimatu. Do wewnętrznego użycia najlepszym jest kalomel i *protojoduretum hydrargyrii*. Szczególniej pierwszy bywa doskonale znoszony i nie wywołuje, przy dłuższem użyciu, żadnego pobocznego działania.

Ponieważ przymiotowe dzieci niezmiernie łatwo stają się bezkrwistemi, a bezkrwistość może się powiększyć znacznie przy użyciu rtęci, to właściwem będzie kalomel z małą dawką żelaza. Znoszą je z łatwością nawet ssawcy, a chroni ono ich od grożącej bezkrwistości.

Zapiszemy więc kalomel w następujący sposób :

Recp. Calomelanos gr 1 (0.06)  
 Ferri lactici gr ij (0.1)  
 Sacchar. albi dr<sup>1</sup>/<sub>2</sub> (2.0)  
 M. ut f. pulv. et div. in pp. aequ. Nr. sex.  
 D. S. co dzień 1 proszek.

Dajemy codzieln jeden taki proszek rozpuszczony w odrobinie wody lub mleka, najlepiej na wieczór, a po skończonej seryi z sześciu proszków, odstawiamy lekarstwo na kilka dni, po których także same dawki na nowo rozpoczynamy. Po podaniu drugiej takiej seryi, już można zauważyć widoczne gojenie się owrzodzeń i wrzodów, oraz blednienie wysypek.

Odkryte miejsca należy leczyć miejscowo, najlepiej za pomocą maści ze straconej czerwonej rtęci.

Rp. Merc. praecip. rubri gr j (0,05)  
 Ungu. emolientis driij (10.0)  
 M. ut fiat unguentum.  
 D. S. zewnątrznie.

Maść taką można wprowadzać na błonę śluzową nosa, za pomocą pędzelka, lub skreconej szarpki. Należy ją zapuszczać jak można najgłębiej. Jeżeli po jej zapuszczeniu nastąpi kichanie, to znaczne ilości wysięku mogą się na zewnątrz wydalić, a przewód stanie się dla powietrza przystępnym. Ponieważ zwykle rodzice boją się pędzelka tak głęboko wsadzać, przeto lekarz sam to powinien wykonać. Rzadko jest się zmuszonym do podania trzeciej seryi proszków rtęciowo-żelaznych, gdyż zwykle wyleczenie już nastąpiło. Od samego początku leczenia należy uprzedzić rodziców, że przy tej chorobie, pomimo zniknięcia wszystkich objawów, nieuniknionem prawie jest pojawienie się nowych powrotów.

Pierwsza recydywa następuje zwykle po 6-iu, lub 8-iu tygodniach i powrót taki zwykle słabszym jest niż pierwszy wybuch. Leczenie kalomelem powtórzyć należy i t. d.

Jeżeli powroty następują w ten sposób, że tylko się potworzą lepieże koło stolca, to możemy się ograniczyć miejscowem ich leczeniem. Wewnątrz podamy jod w połączeniu z żelazem, a najlepiej syrop jodku żelaza

Rp. Syrup. ferri jodati gtts. X  
Aquae destillatae  
Syrupi simplic.  $\tilde{a}\tilde{a}$  3 Vj (20.0)

choć smak ma nieznośny. Jeżeli potworzyło się dużo wrzodziejących lepieży, a wewnętrzne podanie przetworów rtęci przeciwwskazane jest cierpieniem przewodu pokarmowego, to należy przedsięwziąć leczenie za pomocą kąpeli sublimatowych. Jednego dnia dajemy kąpiel sublimatową, a drugiego kąpiel z kory dębowej. Do kąpeli używamy.

Rp. Merc. sublim. corros gr. octo (0.5)  
Salis amoniaci dep. gr 16 (1.0)  
Aquae destillatae  $\mathfrak{F}$  ij (100.0)  
M. D. S. do 2 kąpeli. Sub sigillo.

Przy kąpeli trzeba być bardzo ostrożnym, gdyż dziecko z ławnością może wodę z wanny połykać. Zwykle dziesięć kąpeli wystarczy. Zbyteczną rzeczą jest leczenie takie powtarzać, przy recydywie lepiej inaczej rtęć zastosujemy (wewnętrznie). Leczenie przymiotu wrodzonego podskórnymi zastrzykiwaniami sublimatu, lub kalomelu (tego ost. z gliceryną), nie tylko żadnej nie przedstawia wyższości, ale nawet może być szkodliwym, gdyż jest bardzo bolesnym, a miejsca w których robiliśmy zastrzykiwanie przechodzą zwykle w ropienie. W przerwach, t. j. w tym czasie gdy tak zewnętrzne, jak wewnętrzne podawanie rtęci przerwaliliśmy, najlepiej zrobimy dając lekkie przetwory żelaza. Najwłaściwszem będzie podanie *ferri carbonici saccharati* po  $\frac{1}{6}$  grana (0.01) pro dos. Gdy się rozwina choroby następce, jakoto: krzywica lub zołzy, to podamy tran z żelazem lub bez niego (zob. krzywicę).

## 6. Przymiot nabyty u dzieci.

Dzieci mogą nabyć przymiot w następujący sposób: Matka w późniejszych okresach brzemienności mogła być zarażoną, a dziecko, które nie miało żadnych objawów choroby, zarazi się podczas po-

rodu, przechodząc przez części rodne zewnętrzne. Będzie to także przymiot wrodzony, ale już nie dziedziczny, jak wyżej.

Dziecko może się zarazić od syfilitycznej mamki. U obydwu znajdziemy ogniska zarażenia, u pierwszego przeważnie na głowie, u drugiego zazwyczaj na ustach. Objawy wtórne dopiero później następują.

Wreszcie dziecko — zwykle starsze, uczniowie np., — może się zarazić, sypiając razem z syfilitycznym osobnikiem. Bardzo często wówczas napotkać można lepiejze około stolca. Bywają one szerokie, wilgotne i nieco twardsze. Na takich osobnikach nieraz nie można znaleźć innych objawów, oprócz wyżej wymienionych. Leczenie, nabytego w jakikolwiek sposób przymiotu, niczem się nie różni od leczenia *lues hereditaria*. Leczenie lepiejzy okołostolcowych ma być tylko miejscowém, chyba że wystąpią inne objawy ogólnego cierpienia. Dla dzieci miejscowo najlepiej używać kalomelu i *chlorina liquida*. Lepieżę posypujemy najpierw kalomelem, a potem pociągamy *chlor. liqu.* Tworzący się sublimat działa doskonale, gdyż lepiejze wkrótce się zmniejszają i znikają, nie zostawiając nieraz ani najmniejszego śladu po sobie.

Przy leczeniu rozmaitych form przymiotu, postawmy sobie za zasadę, chociażbyśmy nie mieli najmniejszej wątpliwości w rozpoznaniu, nigdy odrazu rodzicom nie mówić właściwej nazwy cierpienia, tylko przy pomocy rozmaitych umówień na domysł ich naprowadzić.

Będzie to tém stosowniejsze, jeżeli dziecka nie karmi mamka, nie wystawiamy przez to bowiem na niebezpieczeństwo osoby trzeciej. Powiedzmy rodzicom, że dziecko ma chorobę krwi, która im szkodzić nie może, ale inne osoby narazić może, że powinni zatem przedsięwziąć w tej mierze jak najściślejsze ostrożności i t. p. Po takim umówieniu nie długo zwykle jedno z winowajców zupełnie się istoty rzeczy domyśli. W ten sposób stawiamy się w możności nie wywołania żadnych zatargów rodzinnych, gdyż najczęściej mąż bywa wszystkiemu winien, a biedna kobieta do ostatniej chwili nie wie o strasznej naturze cierpienia. W każdym razie, jeżeli mąż przedstawia jeszcze objawy choroby, należy nań nastawać, aby się poddał przeciwprymiotowemu leczeniu.

Naturalnie inaczej rzecz się ma, jeżeli dziecko takie ssie pierś mamki, u której dotąd nie pojawiły się żadne objawy przymiotu, co zdarzyć się bardzo może wówczas, gdy np. dziecko nie ma owrzodzeń na wargach. Wówczas natychmiast rzecz rozjaśnić należy i przedsięwziąć rewizyą całej rodziny, gdyż zwykle w takich razach mamka

obwinjaną bywa o zarażenie dziecka. Wówczas rozstrzygającą wartość ma postać wysypki u dziecka.

3) Wodowstręt i nosacizna (*hydrophobia et malleus*). W obydwu tych chorobach zaraza przechodzi na człowieka od chorego zwierzęcia i obie spostrzegać można i u dzieci: wściekliznę wcale nierzadko, a nosacizna jeżeli się wydarza, to u większych dzieci, jak np. u groom'ów i t. d. Żadna z tych chorób nigdy u ssawców widziana nie była, wodowstręt zaś u bardzo wielu nieco starszych dzieci. Następuje on w skutek ugryzienia przez chore psy, lub koty, może być że i przez wściekłe lisy, które często w górach bywają napotykanne. Czy z jednego człowieka na drugiego może przejść wścieklizna, dotąd nie dowiedziono. Wodowstręt ma okres zwiastunów rozmaitej długości. Pojedyncze jego objawy występują nieraz za ledwie w dwa, lub cztery miesiące po zupełnym zabliznieniu rany, zwykle na kończynach się znajdującój. W niektórych razach dzieci skarżą się na bóle w bliznie, w innych razach jest ona bezbolesną. W okresie utajenia dzieci mają się bardzo dobrze, o ukąszeniu dawno już zapomniały, tymczasem pierwsze objawy jeden za drugim zaczynają występować. Zwykle pojawia się utrata apetytu i zmiana umysłowego nastroju. Dziecko staje się dzikie, bojaźliwe, niezmiernie drażliwe i ma wzrok osłupiały. Mogą jednak doskonale wodę pić, a sen ich jest spokojny, ruchy mięśniowe normalne. W krótko objawy się wzmagają, występuje nadzwyczajna niespokojność, wzrok staje się coraz dzikszym, a dziecko odmawia przyjmowania pokarmów i wody. Pojawiają się połykowe kurcze. Nie są one jednak stałe, gdyż po pewnym czasie dziecko znowu może pić i łykać. Gdy objawy dalej postępują, wówczas rysy twarzy zapadają, źrenice silnie rozszerzają i pojawia się silna sinica. Ta ostatnia nie zależy ani od anatomicznych zakłóceń w krążeniu, ani od ogólnych, tężcowych skurczów mięśniowych, tylko od ciągle trwającego połykowego skurczu gardzieli.

Badanie, możliwe jeszcze przy niezbyt wielkiej niespokojności dziecka, wykazuje pewne zaczerwienie tylnój ściany gardzieli i wydzielanie, skąpój ilości ciągnącego się śluzu. Oddech przyspieszony, równomierny, ciepłota skóry podniesiona, tętno gorączkowe, niepodobne zupełnie do tętna przy gruźliczem zapaleniu opon. Dalsze badanie, oprócz blizny po ukąszeniu, nie wykaże nic więcej, brzuch raz bywa pełny, drugi raz pusty, stosownie do tego, jak dawno dziecko pokarm przyjmowało. Kończyny nic nieprawidłowego nie przedstawiają. Skóra wykazuje nadczułość (*hyperaesthesia*) nie tylko na do-

tykanie, ale i na widoczne, choć nieznaczne, zmiany ciepłoty, np. na ciągi powietrza.

Potem pojedyncze objawy znowu wzmagają się zaczynają, dziecko staje się coraz niespokojniejsze, szczególnie na widok wody, przy namawianiu go do picia, jaskrawém świetle, przeciągach, i t. d., przy czem przytomność pozostaje jak najzupełniejsza. Wreszcie dziecko zaczyna głośno krzyczeć raptem bez widocznej przyczyny, lub z powodu obecności pewnych osób, pewnych przedmiotów, np. płynów etc. Zdaje się że jest wówczas głodne, bo domaga się kawy, mléka etc., jednak nie chce ich do ust wziąć. Suche pokarmy jak np. bułkę, stara się żuć, ale natychmiast ją wypluje. Bojaźliwość i niespokojność coraz to większa, przytomność po części pozostaje, od czasu do czasu jednak znika na dłuższy lub krótszy czas; kurcze połknięcia i wybuchy wściekłości wzmagają się, szczególnie na widok wody, źrenice rozszerzają się do maximum i dziecko umiera, po dłuższém lub krótszém trwaniu tych objawów, przy zjawiskach porażenia serca lub ostrego obrzęku płuc. Zejście z a w s z e jest ś m i e r t e l n e, tylko trwanie objawów może być dłuższe lub krótsze. Przy sekcji nic nadzwyczajnego nie znajdziemy, t. j. rezultat badania mózgu, mlecza paciierzowego i opon będzie negatywny. Tkanka łączna wszędzie jest bardzo sucha, co zapewne zależy od niedostatecznego dowozu wody do ustroju. Miejscami dają się widzieć dość liczne wynaczenia.

Leczenie w wodowstręciu jest zupełnie bezowocne témbardziej, że dziecko nic połknąć nie może. Rękocyny, przedsiębrane w celu zastrzykiwań podskórnych, niezmiernie dziecko rozdrażniają. Używano *extr. calabaris* ( $\frac{1}{6}$  gr. — 0.01 na jedno zastrzyknięcie), także morfina, a w nowszych czasach *hydras chlorali*—ale wszystkie z jednakowym, t. j. żadnym skutkiem. Wdechania chloroformu nie są godne porady, gdyż z łatwością mogą wywołać zaduszenie, a zresztą żadnego stałego działania nie mają.

## II. Choroby ogólne nie wywołane żadnym zarażeniem.

### 1. Skorbut (*scorbutus*).

Skorbut nie jest wcale tak rzadką chorobą w wieku dziecięcym i dość często spostrzeganym bywa nie tylko u biedaków, żyjących wśród nieprzychylnych dla zdrowia warunków, ale i u dzieci z klasz zamożniejszych nawet. Zwykle występuje pierwotnie, w innych razach jako cierpienie następcze np. po ospie.

W ten ostatni to sposób pojawia się w zamożniejszych domach. Skorbut nie bywa spostrzeganym u ssawców, pojawia się za to dość często u dwuletnich dzieci. Chorobę tę u ssawców zastępuje tak zwana: „*melaena neonatorum*“, jednak, oprócz podobieństwa objawów, nie można wykazać żadnego innego związku między temi dwoma cierpieniami.

Przyczyny wiodące do skorbutu są: niedobre i niedostateczne jadło, niezdrowe i wilgotne mieszkania po piwnicach, długotrwałe podróże na okrętach i t. d. Objawy skorbutu występują raz nagle, w całej swój sile, drugi raz pojawiają się zwolna, jeden za drugim, poczynają się od zajęcia jamy ustnej i wystąpienia pojedynczych plam na skórze. Dalsze wylewy krwawe w skórę, lub w inne tkaniki dopiero później spostrzegać się dają. Skorbut nie posiada właściwych objawów zwiastunnych. Przebiega bez najmniejszej gorączki, brak mu wszelkich objawów, towarzyszących ostrym wysypkom, durzycy, zapaleniu opon, etc, jako to: wymiotów dreszczy i drgawek. Tylko upadek odżywiania i wzrastające chudnienie daje się w dłuższym przeciągu czasu wykazać, chociaż i u doskonale odżywianych dzieci widziano lekkie skorbutyczne cierpienia.

Szereg objawów choroby poprzedzony bywa zwykle wystąpieniem skorbutycznego zajęcia jamy ustnej. Zwykle w początkach uderza nas wyłącznie, nierzyjemna woń z ust, dziąsła wątleją, obrzmiewają, przyjmują sino-czerwoną barwę, przy dotykaniu krwawią, nigdzie jednak nie widać żadnego wysięku krupowej, lub dyfterytycznej natury, Raz całe dziąsło w ten sposób cierpi, drugi raz tylko pewna jego część, a głównie te części, które się pomiędzy zębami znajdują. Obrzmiewają one maczugowato, odstają zupełnie od zębów i t. d. Oprócz tego na twardém i miękkim podniebieniu widać wynacznienia krwi.

W każdym razie błona śluzowa nosa i paszczy przyjmuje udział w cierpieniu, gdyż nie raz dają się spostrzegać silne krwawienia z nosa. Skóra jest po jamie ustnej następném z kolei siedliskiem wylewów krwawych. Te ostatnie spotykamy najpierw na kończynach dolnych, potem dopiero na górnych, a na ostatek i na tułowiu. Wylewy krwawe od petechij, wielkości główki od szpilki, dochodzą do plam takich, jak dłoń ludzka i większych, z początku ciemnych, lub sino-czerwonych, przy dłuższém trwaniu przechodzących przez całą tęczę znanych zmian barwy. Znajdujemy, sine, zielone i żółte plamy w rozmaitej ilości. Przytém mają miejsce coraz nowe nasilenia cho-

roby, coraz nowe wynacznienia w skórze. Oprócz tych ostatnich następują téż obfite wylewy krwi in toto pod skórą i w tkance międźmięśniowej z natychmiastowém ścinaniem się włókniaka. Ztąd powstają guzy rozmaitej wielkości, leżące tuż pod skórą, lub téż głębiej. W rzadkich wypadkach może się wydarzyć, że w skutek krwotoku w skórze, naskórek podnosi się w kształcie pęcherza. U dorosłych zdarzenia tego rodzaju są niezmiernie rzadkie, a po pęknięciu takich krwistych pęcherzy pozostają uparte bardzo wrzody. Przy skorbutcie bardzo często zdarzają się powikłania ze strony narządów wewnętrznych, szczególnie cierpią błony surowicze, przyczem sprawa dochodzi do wydzielenia krwistego wysięku. W większych stawach także następują wysięki krwawe, z domieszką synowii, przezco staw obrzmiewa i staje się nieco bolesnym. Wypadki. powikłane zapaleniami wewnętrznych organów przebiegają zwykle śmiertelnie i wówczas przypadkowo przy sekcji udaje się wykazać nieraz *pachymeningitis haemorrhagica* (zob. opona twarda). Widzieliśmy już, że z nosa i błony śluzowej gardzieli częste pojawiają się krwawienia, otóż takim samym dają początek żołądek i kiszki a krwotoki te niebezpiecznymi nawet bywają z powodu swéj obfitości. Nieraz, jako powikłanie, wystąpić może błonica (*difter.*) nosa i paszczy, przez co rokowanie naturalnie się pogarsza.

Przebieg skorbutu zawsze bywa przewlekły i, jeżeli tylko dziecko przeniesiony w lepsze warunki bytu, zazwyczaj pomyślny, gdyż bardzo ciężkie wypadki rzadko u dzieci spostrzeganymi bywają. Dotyczy to nawet owych następczych wypadków, gdzie skorbut występuje po innych chorobach (jak ospie, durzycy). Trwa zwykle bardzo długo, tem dłużej, że gdy już jedne plamy poznikały, drugie, nowe powstają. Gdy cała choroba minęła, a dziecko przeniesiono w lepsze warunki bytu, pozostaje skłonność do nowych powrotów.

Leczenie skorbutu u dzieci zupełnie jest takie same, jak u dorosłych. Gdzie można, należy dziecko przeprowadzić do suchego, zdrowego mieszkania. Pokarm powinien składać się, stosownie do wieku z dobrego mleka, lub pewnych ilości kwasów organicznych.

Rp. Acidi tartar, gr. 8 (0.5)

Aqu. destill. ℥ iij (80.0)

Syr. simpl. ℥ iij (10.0)

D. S. co 2 godziny łyżeczkę od kawy.

Także sok cytrynowy z cukrem.



Rp. Succī citri rec expr.  $\mathfrak{J}$ ij (20.0)  
Syrup. simplicis  $\mathfrak{J}$ ij (40.0)

lub też po prostu pomarańcze. Większym dzieciom oprócz mięsa, zupy i czerwonego wina, dajemy świeże jarzyny. Szpinak, gotowana lub kwaśną sałatę, kwaśną kapustę, szczaw i t. d. Za lekarstwo — chininę z żelazem, albo *decoctum malti c. turionibus pini*, jako stary ludowy środek :

Rp. Decoc. malti c. turion. pini  
ex  $\mathfrak{D}$ ij (2.50) pti  $\mathfrak{J}$ IV (100.0)  
Succī citri  $\mathfrak{J}$ ij (10.0)  
Syrup. simpl.  $\mathfrak{J}$ ij (10.0)  
M. D. S. co 2 godz. łyżeczkę od kawy.

Miejscowo użyjemy obmywań z octu winnego, a na wylewy, dające się wyczuć w kształcie guzów, położymy okłady lodowe.

Leczenie choroby jamy ustnej wymaga wielkiej sumiennosci. Już samo przez się znacznie się polepsza, gdy dziecko w lepszej znajdzie się opiece, i poddane zostanie przeciwskorbutycznemu leczeniu. Swoją drogą miejscowe traktowanie sprawy tej bardzo bywa korzystnem. Kilka razy dziennie przemywamy dziecku usta octem (po równej części zmieszany z wodą). Łatwo krwawiące dziąsła tuszujemy kamieniem piekielnym *in substantia* co 2—3 dzień, szczególnie po brzegach. Z usunięciem wzruszonych zębów nie należy się spieszyć, bo po wygojeniu dziąseł ustalić się mogą. Jeżeli następuje obfity krwotok z nosa, to należy przedsięwziąć porządną tamponadę tegoż. Przy krwotokach kiszkiowych należy podać pewne ilości *Liqu. ferri sesquichlor.* w połączeniu z makowcem.

Rp. Liquor. ferri sesquichl. gtts 10—15  
Tinctur. opii simpl. gtts 1—5  
Aquaē destillatae  $\mathfrak{J}$ IV (100.0)  
Syrupi simplic.  $\mathfrak{J}$ ij (10.0)  
M. D. S. co 2 godziny łyżeczkę od kawy.

## 2. Plamista choroba Werlhoffa.

(*Morbūs maculosus Werlhoffi*).

Choroba ta bardzo bliska jest skorbutowi, nawet można powiedzieć, że jest po prostu rodzajem skorbutu, w którym brak zajęcia

jamy ustnej i wielkich wylewów krwawych pomiędzy mięśniowych. Ta choroba występuje u zdrowych zresztą dzieci, znajdujących się pośród najpomyślniejszych okoliczności. Dzieci takie nie mają gorączki, silne są, apetyt mają dobry, a całe ciało pokryte krwistymi piętnami rozmaitej wielkości. Niema skorbutycznego zajęcia dziąseł, jednak na podniebieniu twardem widać drobne wynaczynienia.

W rzadkich wypadkach wydarzają się krwotoki z nosa, lub przewodu kiskowego. Przebieg zawsze szczęśliwy, gdyż na chorobę Werlhoffa niezmiernie rzadko dzieci umierają, i to w skutek powikłań, lub zbyt obfitych krwotoków. Leczenie także jak przy skorbutcie, plamy jednak nieraz bardzo szybko znikają, skoro tylko obmywać będziemy dziecko przez parę dni octem.

### 3. Krwotoki kiskowe (*Melaena infantum*).

Choroba ta wydarza się tylko w pierwszych dniach życia i wiele ma podobieństwa, do wyżej pomienionych cierpień. U pozornie zdrowego i donoszonego dziecka w pierwszych 24—48 godzinach pojawiają się krwotoki kiskowe. Krew wydziela się stolcem lub z wymiotami, pod postacią czekoladowych płynów w wielkiej ilości.

Stosownie do miejsca, w którym krwotok nastąpił, krew przedstawia się raz jako fusy (przetrawiona), drugi raz ścięta, trzeci raz płynna. W innych organach krwotoków niema. W skutek znacznej utraty krwi, dziecko wkrótce staje się bezkrwiste, blade, omdlewające, chłodne, szczególnie w oddalonych organach (kończyny). Jeżeli krwawienie nie jest zbyt obfite, a w stosownej chwili (zawczasu) zastosujemy odpowiednie środki, to większą część takich dzieci uda się nam wyratować. Inne umierają z powodu bezpośrednich następstw utraty krwi.

Jeżeli się przekonamy, że krew w stolcach zawarta, nie pochodzi z innych źródeł, np. po operacji, zranieniu, ekskoriacji, znajdujących się na matczynej piersi, to powinniśmy owinać dziecko w ogrzane prześcieradło, starać się aby takowe nie stygło, a wewnątrz podawać ciepłe wino czerwone kroplami i *liquor ferri sesquichlor*.

Rp. *Liquor ferri sesquichl.* gttss X.

*Aqu. cinammomi* ℥ iv (100.0).

*Syrupi simplicis* ℥ iij (10.0).

MDS co godzina łyżeczkę od kawy.

Krwotok ustaje, jeżeli go dziecko wytrzyma, wkrótce, a wówczas to, pamiętać należy o oddaniu niemowlęcia zdrowej i silnej mamce i stosowném uregulowaniu diety.

#### 4. Haemophilia.

Już u ssawców widzieć można krwotoki, bardzo typowe, chociaż niezbyt obfite. Haemophilia, tem się różni od melaena, że krwotoki mogą następować w rozmaitych organach, tylko nie w skórze, czém się różni od skorbutu i choroby Werlhoffa. Haemophilia, spostrzeganą bywa w kilka dni po urodzeniu, lub po odpadnięciu powiny. Najpierw zauważyć można ciągle przesiąkanie krwi, z niezupełnie zagojonego pępka. Krwotoku tego zatamować niepodobna i oprócz niego pojawiają się także krwawienia z nosa, ucha, w jamie opłucnej, w otrzewnej i w oponach mózgu. Nawet na pozór nieznaczne obniżenia skóry dają początek silnym krwotokom. Wylana krew rzadką jest i mało ma skłonności do ścinania się.

Jakieśmy wspomnieli, choroba ta poczyna się krwawieniem z pępka, czego jednak nie należy mieszać z bardzo często się przytrafiającém owrzodzeniem pępka, gdyż i wówczas wydziela się zeń śluz, nieco krwią zabarwiony. Jeżeli mamy do czynienia z prawdziwym krwotokiem pępkowym, to rokowanie zawsze bywa śmiertelne.

Ponieważ nie uda się nam zatrzymać krwotoków kiszkowych za pomocą podawania *liqu. ferri sesquichlor.*, to nie powinniśmy dziwić się, że nie jesteśmy w stanie opanować i krwotoku pępkowego. Niepodobna go zatrzymać, ani przyżeganiem za pomocą lapisu, ani rozpaloném żelazem, ani nałożeniem szwów lub ligatur. Krwotok ciągle na nowo występuje. Choćbyśmy przeprowadzili dwie igły na krzyż przez pępek i naokoło nich zaplątali silną ligaturę, to zawsze pozostaną otworki od przekłucia szpilkami. Sekcyje dzieci, umarłych na melaena lub na haemophilia nie dają żadnych pozytywnych wyników oprócz wylewów krwi.

#### 5. Białaczka (*leukaemia*).

Przy wyżej wspomnianych cierpieniach, nie można znaleźć żadnych zmian patologicznych, tu zaś mamy do czynienia z istotną, wykazać się dającą zmianą w składzie krwi. Dyskrasia ta, zasadzająca się na ciągle wzmagającym się mnożeniu białych ciałek krwi z zaję-

ciem śledziony (forma śledzionowa), lub też gruczołów chłonnych (forma limfatyczna), zdarza się dość często u dzieci. Wiek niemowlęcy nie jest wolnym od pomnożenia się bezbarwnych ciałek krwi, nawet bez udziału w tém śledziony, lub gruczołów chłonnych; jestto t. z. leukocytosis. Leukocytosis nazywa się taki stan krwi, przy którym ilość białych ciałek krwi tylko stosunkowo jest pomnożoną, ale się już nie zwiększa, jak to ma miejsce przy leukaeimii. Czasowe pomnożenie bezbarwnych ciałek spostrzegamy przy krzywicy, po przymiocie, po wyniszczających biegunkach etc.

Przy takich formach także możemy znaleźć powiększenie śledziony, ma ono jednak związek z chorobą zasadniczą a nie z leukocytozą. Właściwa białaczka (leukaemia) rozwija się bardzo powoli. Dzieci uderzająco bledną, wygląd mają woskowaty, nie mają jednak gorączki, a apetyt jest doskonały. Następczo obrzmiewa śledziona, albo gruczoły chłonne. Śledziona może dojść do ogromnych rozmiarów, większych niż jakiegokolwiek inne guzy śledziony w wieku dziecięcym. Jeżeli śledziona obrzmiewa nierównomiernie, ale usadzona jest guzami podobnymi do limfomatów, to nierówności te można wyczuć w kształcie bardzo wyraźnych guzów; w przeciwnym razie wyczuwalny brzeg jęj nie jest gładkim i ostrym, jak przy przemianie mączkowatej, tylko zaokrąglony, przytem wcięcie daje się zwykle z łatwością wymacać.

Jeżeli głównie zajęte są gruczoły chłonne, to znajdziemy, że gruczoły szyjowe, karkowe, oskrzelowe, śródbrzuszne etc., porozrastały się w kształcie grubych pakietów gruczołowych. Nie są zwykle ani tak twarde, ani tak jędrne jak te, które uległy mięsakowatej przemianie (*deg. sarcomatosa*), lecz zato daleko większe, elastyczniejsze, nigdy jednak nie ulegają ropieniu. Oprócz tych gruczołów chłonnych spotykamy zupełnie nowoutworzone *lymphomata* w rozmaitych miążgach, oraz surowicznych i śluzowych błonach. Bardzo wiele można spotkać takich wypadków, przy których obie występują formy.

Zwykle wówczas obrzmienie gruczołów chłonnych jest pierwotne, i dopiero następnie, po pewnym przeciągu czasu obrzmiewa i śledziona.

Drobnowidzowe badanie krwi wykazuje już w początkowych okresach wzmożenie się ilości bezbarwnych ciałek krwi wówczas, gdy jeszcze ani obrzmienia gruczołów, ani powiększenia śledziony klinicznie wynaleść nie można. Zmiana ta jest początkowo bardzo nieznaczna, później wzmagą się ona stale tak, że liczba bezbarwnych

ciałek dorównywa liczbie czerwonych krążków, a nawet ją przewyższa.

Mniejszego stopnia białaczka może jeszcze zniknąć, gdy dziecko znajdzie się wśród przyjaznych warunków bytu. W innych wypadkach bez przerwy się wzmaga, a śmiertelne zejście następuje w skutek przyłączającego się zwykle zapalenia płuc, lub oskrzeli. Sekcja dziecka umarłego na białaczkę, wykazuje zupełnie to samo, co i u dorosłych.

Leukocytoza u dzieci, a nawet u ssawców wcale nie jest rzadką rzeczą: rozpoznanie jej staje się możebnem zaledwie po dokonaniu licznych badań drobnowidzowych nad krwią chorego. Oprócz objawów choroby zasadniczej (krzywica, przymiot lub t. p.) widzimy także nadzwyczajną bladość skóry, której tą chorobą objaśnić nie można.

Drobnowidzowe badanie wykazuje w takich razach, z trudnością dające się ocenić, zwiększenie liczby bezbarwnych ciałek w krwi. To ostatnie jednak jest w leukocytozie stałem, a śledziona i gruczoły pozostają normalnemi. Z takiego jednak leukocytycznego stanu krwi z łatwością może się rozwinąć białaczka prawdziwa.

W wielu wypadkach liczba bezbarwnych ciałek krwi jest tylko stosunkowo wzmożoną, wówczas, gdy wiele czerwonych krążków zginęło, np. po przewlekłych zapalnych sprawach w kiszkiach.

Leczenie białaczki i leukocytozy jest jednakowe, chociaż naturalną jest rzeczą, że wśród wspomnianych wyżej warunków, nie wiele da się powiedzieć o leczeniu białaczki. Najwięcej jednak spodziewać się można po dobrem karmieniu rosółami, kwaśnem mlekiem i przetworami żelaza. Ponieważ przetworów tych niemożna bezkarnie długo używać, to należy w stosownej porze roku, zastąpić je wodami mineralnemi, zawierającemi żelazo i zalecić kąpiele żelazno-błotne Franzensbadskie w stosownej mierze. Jeżeli nadarzy się sposobność to trzeba wysłać dziecko do Franzensbad, a ztamtąd w jaką górską okolicę: Ischl, Aussee, Reichenau, a jako leczenie następcze (*Nachkur*) zalecić kąpiele słone (po dwie na tydzień)

Przy leukocytozie chodzi nam głównie o leczenie choroby zasadniczej. Jeżeli takowa przeszła, to zalecimy kuracją wyżej opisaną.

## 6. **Z o ł z y** (*scrophulosis*).

Zoły są chorobą niezmiernie częstą w wieku dziecięcym, gdyż młodociany ustrój bardzo mało przeciwdziała opanywującej go dyskrazji. Nawet wiek niemowlęcy nie jest wolnym od tego cierpienia, wówczas jednak zoły objawiają się nie tam, gdzie u starszych.

Podstawę do zołzowatego cierpienia nabywa się nieraz w pierwszym roku życia, gdyż większa część, później skrofulicznych dzieci, przechodzi początkowo przez silniejszą lub słabszą krzywicę. Między temi dwiema chorobami nie istnieją żadne genetyczne różnice.

Początek zołzów może być n a b y t y m, w skutek niewłaściwego karmienia i niehygienicznego trybu życia, albo o d z i e d z i c z o n y jak to bardzo często widzieć się daje.

Nabycie zołzów może mieć miejsce i w późniejszych okresach życia dziecka i wówczas uparta forma choroby trwa aż po za okres dojrzewania. Zoły ograniczają się pewnemi okolicami, a powstają wskutek téj okoliczności, że niektóre tkanki mają mniejszą odporność na bodźce zewnętrzne i łatwo zapaleniu ulegają. Głównie dotyczy to gruczołów chłonnych, wreszcie i innych tkanek, jako to: błon śluzowych skóry, okostnej, i t. d. Wzmozona drażliwość na działanie zewnętrznych bodźców nie dotyczy jednakowo wszystkich gruczołów, lecz ogranicza się w danym wypadku pewną okolicą, raz np. gruczołami szyjowemi, drugi raz płucnemi i oskrzelowemi, lub wreszcie śródbrzusznemi.

Tak samo bodźce, wywołujące chorobę mogą być rozmaite. Po silnych i często się powtarzających zapaleniach gardła, obrzmiewają gruczoły szyjowe. Atmosferyczne podrażnienia wywołują cierpienia gruczołów oskrzelowych, a choroby przewodu pokarmowego — przedrodzenie gruczołów śródbrzuszných.

Zołzowate zapalenia gruczołów odznaczają się daléj tém, że produkty ich nie są trwałe i dla tego raz przechodzą w ropienie (ropa skrofuliczna) z szybko następującym rozkładem, drugi raz płynna (białkowata) ich część ulega wessaniu, przy jednoczesnem rozpadzie młodych ciałek limfatycznych, powstałych wskutek bujania komórek. Jądra stają się swobodnemi, ulegają drobinowemu rozpadowi, a pośrodku gruczołu znajdziemy kruchą, żółtawą, sérowatą masę, która

z czasem cały gruczoł zapełnia. Nawet takie, długo w tym stanie pozostające gruczoły mogą przejść w ropienie, szczególnież na szyi, gdzie są wystawione na szkodliwe wpływy zewnętrzne. Rzadziej daleko ropieją serowate gruczoły oskrzelowe i to zwykle przy jednem tylko oskrzelu.

Po zapaleniu i zniszczeniu żółzowatego gruczołu, pozostają zwykle skrofuliczne wrzody i blizny, których opis jest tu zbyteczny, jako znany dokładnie z podręczników chirurgicznych.

Zoły u dzieci, są niezmiernie częste, objawiają się pod różnemi postaciami i z różnem nateżeniem, w czém niezmierną przedstawiają różnaitość. Z tego powodu żaden podział nie jest ścisły, rozróżnić tylko można z korzyścią zoły na eretyczne i torpidne. Pierwsze pojawiają się zwykle dość ostro i odznaczają się silném cierpieniem podmiotowém, przy nieznacznych zmianach przedmiotowych; — przy torpidnej formie znajdujemy nieraz olbrzymie zmiany anatomiczne w rozmaitych narządach, a podmiotowego uczucia choroby prawie wcale niema.

Rozprzestrzenianie się żołów tak bywa rozmaite, że żaden opis przedmiotu tego by nie wyczerpał. Dla tego wspomniemy po kolei o rozmaitych organach z osobna:

1. Układ gruczołów chłonnych, jakeśmy wspomnieli, jest główném siedliskiem żołów. Zmiany, jakim ulega skrofuliczny gruczoł, jużeśmy po krótcie skreślili. Stosownie do wieku zachorowują rozmaite oddziały układu gruczołowego. W pierwszym roku życia, w którym błony śluzowe przewodów oddechowych i trawienia bywają najczęstszem siedliskiem chorób (nieżytyów), obrzmiewają gruczoły oskrzelowe i śródbrzuszne. Szczególniej dotyczy to pierwszych z nich, gdyż drugie i w późniejszym wieku ulegają przerostowi i serowaceniu, wskutek zapalnych spraw lub owrzodzeń, w przewodzie kiszkiowym wydarzających się.

Nie tylko gruczoły śródbrzuszne, ale i gruczołki torebkowe odosobnione, oraz kępki Peyer'a błony śluzowej kiszek mogą uleść żółzowatym przemianom i wreszcie zropieniu (wrzody skrofuliczne kiszkowe).

Gruczoły szyjowe i karkowe są najczęściej w drugim roku życia, siedliskiem zaburzeń żółzowatych tak, że możemy u niektórych osobników znaleźć w nich formy przejściowe do innych spraw chorobowych np. do lymphomatu, lymphosarcomatu etc. Gruczoły te obrzmiewają wskutek nader częstych zapaleń gardła, migdałów, nie-

żyków nosa, cieczenia z uszu i t. d. Ulegają one także nieraz przerośnięciu po obszernych wilgotnych liszajach twarzy (*ekcema faciei*), zwykle w pierwszym roku życia istniejących.

2) Błony śluzowe często bywają siedliskiem żółzowatych cierpień. Są one niezmiernie wrażliwe na wszelkie zewnętrzne szkodliwości i dla tego bywają siedliskiem, bezprzestannie powracających i pogorszających się nieżytów i zapaleń. Mianowicie należą tu: błona śluzowa paszczy, włącznie z migdałami (*angina tonsillaris*) i nosa (katar skrofuliczny). Jeżeli cierpienie jest znaczne, to sprawa przenosi się na okostną i samą kość nawet, przez co nasada nosa przyjmuje właściwy, bezkształtny wygląd. Wypływ z nosa ma nadzwyczaj niemiłą woń (*Ozuea scrophulosa*, *scrophulöse Stinknase*).

Wargi, a szczególnie górna, zwykle bywają obnażone z nabłonka i obsadzone szczelinami (*rhagades*) ciężko się gojącymi. Przy dłuższym trwaniu, z powodu obrzęku wszystkich warstw, warga górna nieforemnie grubieje, co wraz ze skrofulicznym kształtem nosa, nadaje twarzy charakterystyczny wygląd.

Łącznica bardzo często bywa siedliskiem zapaleń (*conjunctivitis lymphatica*, *herpes corneae*) nierzadko z silnym światłowstrętem, łzawieniem i bólem, wskutek silnego skurczu powiek (*blepharospasmus*).

W innych wypadkach mamy do czynienia z nadzwyczajnym obrzmieniem łącznicy i następczym zajęciem rogówki, jednak prawie bez żadnych podmiotowych objawów.

Daliej spotkać można charakterystyczne cierpienie, bo równomiernie pomętnienie tylnych warstw rogówki, bez łuszczenia się nabłonka i wczesnego rozwijania się nowych naczyń (*pannus*).

Przewód słuchowy zewnętrzny często podlega nieżytom, (cieczenie z ucha) przyczem sprawa dojsz może do przebicia błony bębenkowej i przejście na przewód słuchowy średni (głuchota żółzowatych). Proces taki długo trwając, może spowodować zapalenie okostnej na wyrostku sutkowatym, a wreszcie i zapalenie opon (zobacz oponę twardą).

U żółzowatych dziewczynek zauważyć można wreszcie tryprokaty wypływ z pochwy. Upławy te są zupełnie nieszkodliwe i mają to samo znaczenie, co cieczenie z nosa i ucha u żółzowatych w ogóle.

Z powodu zciekania ostrych wydzielin w rozmaitych miejscach, tworzą się na tych ostatnich liszaje wilgotne (*ekcemata*), przyjmujące w krótkce charakter podobny do *impetigo*.



Jakśmy wspomnieli, błona śluzowa oskrzeli bywa szczególnie w pierwszym roku życia, nader często nawiedzana przez sprawy zapalne. W skutek tych zapaleń oskrzeli, rozwijają się małe, rozsiane zgęszczenia (*hepatisations*), które niezmiernie łatwo serowacieją i bardzo często z ostrą gruźlicą zmieszane bywają (zapalenie płuc zołzowate — *pneumonia scrophulosa*). Później możemy mieć do czynienia z większemi zrazikowatemi nacieczeniami, które także wielką mają skłonność do serowacenia, wraz z jego dalszemi następstwami (zob. zapalenia zrazikowe płuc.)

Wspomniane już owrzodzenia, na błonie śluzowej kiszek cienkich i grubych, bardzo są podobne do pierwotnych i wtórnych owrzodzeń gruźliczych brak tylko na błonie surowiczej kiszek granulacyj gruźelkowych.

3. Skóra, oprócz niezmiernie często zdarzającej się ekcemy (będącej skutkiem działania ostrzej wydzielin, a wcale nie objawem zołzów), podlega także owrzodzeniom skrofulicznym będącym zazwyczaj wynikiem zropienia gruczołów. Przedstawiają się one w kształcie wrzodów powierzchownych, z wątlą granulacją, sinawoczerwonemi, podminowanemi brzegami i najczęściej sadowią się na szyi. Rzadziej rozprzestrzeniają się na tułów: klatkę piersiową i t. d. Goją się one, pozostawiając po sobie pościągane, gwiazdowate blizny (*cicatrices scrophuliticae*).

Powstawanie zimnych ropni w skórze lub pod nią, często obserwowanem bywa w zołzowatych.

4. Okostna i kości. Próchnienie (*caries*) i zapalenia okostnej najczęściej wydarzają się na kręgosłupie. Następco powstają skrzywienia kolumny pacierzowej w rozmaitych miejscach i w rozmaitym stopniu. Bardzo uparte zapalenie okostnej w epifizach i zołzowate zapalenia stawów, także są dość częste, szczególnie w stawach palcowych.

Przebieg zołzów podaliśmy wyżej przy podziale jak na eretyczne i torpidne. Wspomnieć jednak należy o niezmierniej skłonności tej choroby do powracania w rozmaita siłą i w różnych postaciach. Zdaje się, że dojrzałość płciowa stanowi pewną granicę, gdyż po jej nastąpieniu powroty zołzów stają się coraz rzadsze, a bardzo uparte, stare cierpienia skrofuliczne zwykle w tym czasie goją się, zostawiając po sobie charakterystyczne ślady (blizny).

Choroby następce, resp. po wiktłania, spostrzegane przy zołzach, są: a) nacieczenia płuc z charakterem serowatym, które ulegają ropieniu, mięknią i dają początek jamom, lub rozszerzeniom oskrzeli,

Jeżeli takie powikłanie się przyłączy, to dziecko wkrótce umrze na suchoty płucne; b) Dalej rozwija się często ostra gruźlica opon lub wszystkich narządów.

Wessanie sserowaciałych produktów zapalnych w gruczołach uważają za przyczynę téj ostrój sprawy chorobowój. Faktem jest, że przy sekcji osobników, zmarłych na ostrą gruźlicę, czyto oponową, czy ogólną, zawsze znajdujemy mniejszą lub większą liczbą ssérowaciałych gruczołów, lub jakiegokolwiek sérowate ropnie. U dzieci nadzwyczaj często znajdujemy w tym stanie gruczoły oskrzelowe.

Leczenie zołzowatych cierpień bardzo często należy do dziedziny chirurgii, gdyż często mamy do czynienia z miejscowemi zajęciami organów, dla ręki naszej dostępnych. Wiele jednak mamy wypadków, wymagających leczenia ogólnego, które niezaprzeczenie wywiera pomyślny skutek. Tran jest nader pożytecznym przetworem, bardzo często w leczeniu zołzów potrzebnym. Wcierania tranu w organy zewnętrzne, np. zołzowate gruczoły, ekcemy etc. jest zupełnie niewłaściwe, gdyż tłuszcz ten łatwo jełczeniu ulega, wydając nader nieprzyjemną woń. Tran działa tylko przy długotrwałem używaniu go wewnątrz, chociaż i tu zachodzą pewne przeszkody.

1) Podczas letnich upałów ustrój go nieznosi: występuje brak apetytu i biegunki, przez dłuższy więc czas może być tylko zimną używany.

2) Te tylko dzieci znoszą go, które mają dobry apetyt. Gdy ten ostatni znika, należy zaprzestać podawanie tranu, jako szkodliwe.

3) Wiele dzieci czuje wstręt nieprzewyciężony do niego. Wszystkie corrigentia psują tylko smak jego, zadawanie tranu w kapsułkach także nie jest praktycznem, bo dzieci łykać ich nie umieją.

Zaczynamy dawać tran w bardzo małych ilościach: pół łyżeczki od kawy, w porze drugiego śniadania i zaraz zalecamy dziecku umiarkowany ruch na świeżem powietrzu. Jeżeli zniesie ono taką dawkę, to ją podwyższamy do łyżeczki od kawy, lub zwykłej łyżki dziecinnej, jednak po 3 lub 4 tygodniach koniecznie trzeba przerwać to leczenie na jakiś czas.

Gdy dziecko tranu nie znosi, lub gdy użycie takowego jest przeciwwskazaném, wówczas dajemy przetwory żelaza w połączeniu z gorzkiemi lub chiną. Z dobrym skutkiem używają przeciw obrzmieniu gruczołów jod endermatycznie:

Rp. Jodi puri (0.05) gr.  $\frac{1}{12}$ .

Kali jodati (0.50) gr. 8.

Glycerini p. (30.0)  $\mathfrak{z}$ j.

MDs. zewnątrznie.

Dają także jod do wewnątrz w połączeniu z żelazem jako syrup jodku żelaza.

Rep. Syrupi ferri jodati gtt 10—20.

Syrupi simplicis ℥j (30.0).

MDS. rano i wieczór po 1 łyżeczce od kawy.

Pożytecznym też jest przepisanie małych ilości wód mineralnych, zawierających jod np. *Haller Jodwasser*, lub *Adelheidsquelle* dziennie po 10—20 gramm z rana.

Nadzwyczaj ważną rzeczą jest uregulowanie diety. Gdy u ssawca znajdziemy chociażby ślady przerostu gruczołów (szczególniej oskrzelowych), to oprócz piersi powinniśmy mu dawać dobrze osolony rosół. U większych dzieci należy o ile możności ograniczyć ilość mączkowatych pokarmów, czarnego chleba i kartofli zakazać, a zalecić dawanie im mięsa, mleka, kawy żołądziej, a w torpidnych postaciach choroby i wino czerwone. Pobyt na świeżem powietrzu jest bardzo pożądanym i dlatego w lecie trzeba wysłać żółzowate dzieci albo nad morze, albo w góry. Bardzo skutecznym, mianowicie przy cierpieniach kości, jest pobyt w Hall i użycie tamtejszych wód, niezaprzeczenie zbawiennych (*Haller Jodquelle*). Jeżeli nie jest się w stanie wysłać dzieci do właściwego miejsca, to należy, przy żółzowatych zapaleniach okostnej etc. używać do okładów jodowej soli z Hall (*Haller Jodsalz*),

## 7. Cukromocz (*diabetes mellitus*).

Cukromocz wydarza się u dzieci nie bardzo rzadko, i spostrzeżoną bywa tak moczówka cukrowa jak i zwykła (*diabetes insipidus*); ssawcy a prawdopodobnie i dwuletnie dzieci nigdy na nią nie chorują. Zwykle zapadają na tę chorobę nieco starsze dzieci, chociaż początki jej już nieraz bardzo wczesnie wykazać się dają.

Objawy cukromoczu u dzieci niczem się nie różnią od objawów, napotykaných u ludzi dorosłych, i dlatego mamy prawo odesłać czytelnika do podręczników specjalnej patologii i terapii. Rozpoznanie tej choroby jest łatwym, boć przecie nie można nie zwrócić uwagi na ogromne ilości wydzielanego moczu; obecność cukru w tym ostatnim jeszcze więcej sprawę wyjaśni. Niezmiernie jasny mocz ma bardzo wysoki ciężar właściwy, a cukier daje się zwykłemi wykryć sposobami. Przy moczówce bezcukrowej, lub przy niewielkich ilościach

cukru w urynie, rozpoznanie staje się trudniejszym, bo z jednej strony w moczu znajdują się też substancje odtleniające, a z drugiej zwiększenie ilości jasnego moczu może towarzyszyć rozmaitym stanom chorobowym np. kurczom. Tylko dłuższa obserwacja może tu stanowić rękojmią ścisłego rozpoznania.

Zejsście moczówki cukrowej bywa zwykle niepomyślném. Najczęściej dzieci umierają na suchoty płucne lub na inne, wklajające choroby. Leczenie moczówki ma być takie same, jak u dorosłych; albo więc posyłamy dziecko do Carlsbad, albo mu każemy w domu pić wodę karlsbadzką. Karmienie jednak takich dzieci przedstawia rozmaite trudności, gdyż przy nieustanném uczuciu głodu stają się uparte i niegrzeczne, i pomimo najściślejszego dozoru zawsze zdołają dorwać się do mączkowatych pokarmów. Ponieważ dziecko nie może przecież tyle mięsa naraz zjeść, dla wypełnienia więc żołądka powinniśmy mu dawać obficie zieleninę, groch, gotowaną sałatę, rzęzuchę i t. p.

## 8. Krzywica, angielska choroba (*rachitis, die doppelten Glieder*).

Krzywica jest chorobą całego układu kostnego, stającą w niezaprzeczonem związku z jego naturalnym rozwojem. Z klinicznego punktu zapatrywania, mamy tu do czynienia z ogólnie zakłóconém odżywianiem rosnących kości, co znowu zawisło od dyspeptycznych zaburzeń w trawieniu żołądkowém i kiszkowém.

Te zaburzenia w trawieniu spowodowane bywają niewłaściwém pożywieniem i stanowią niejako zwiastuny krzywicowych cierpień dziecięcego kośca. Oprócz tego krzywicowe, lub mające początek tej choroby, dzieci, bardzo są czułe na wpływy atmosferyczne, narażone są więc na zapalenia oskrzeli i rozmaite nieżyty dróg oddechowych.

W okresie zwiastunów spostrzegamy zawsze, że cierpienia dróg oddechowych występują zastępczo za choroby przewodu pokarmowego; prawidło to jednak dużo ma wyjątków, gdyż nie wszystkie dzieci żyją w pośród jednakowych warunków.

Krzywica w największej liczbie wypadków, jest cierpieniem nabytem, rzadko bardzo bywa wrodzoną. Do wrodzonej krzywicy zaledwie te wypadki odniesiemy, w których dziecko przynosi z sobą na świat rozmaite zbezkształcenia krzywicowate już tu należeć nie będą

owe wcześniej pojawiające się formy krzywicy, gdzie np. w trzecim tygodniu po urodzeniu można już zauważyć *craniotabes* i t. p.

Krzywica poczyna się zwykle nieznacznie, gdyż zwiastunne jej objawy niczem się nie różnią od zwyczajnego nieżytu kiszek lub oskrzeli. Nie występuje też ona zawsze w jednym i tym samym czasie. W jednych wypadkach pojawia się w 6-ym lub 8-ym tygodniu, u innych za ledwie w 6-ym lub 8-ym miesiącu. Po za obreębem tego okresu rzadziej już się zdarza, żeby się rozwinęła *rhachitis florida*, jednak i te granice czasu są już dość obszerne, aby kliniczny obraz porządnie zamącić.

W każdym razie przebieg krzywicy bywa przewlekły, zdarzają się jednak wypadki, w których objawy szybko jeden za drugim występują.

Przebieg zwykle bywa dość typowy i dzieli się na pewne okresy, w ciągu których pewne oddziały kośćca cierpieniu ulegają. Zważywszy jednak, że krzywica w rozmaitych okresach może występować, zrozumiemy, że obraz jej bywa bardzo rozmaitym, a początkujący spotyka liczne przeszkody w rozwikłaniu tej sprawy. Dzieje się to tém łacniej, że początkowe objawy mogą na pozór wydać się nic nieznaczacemi, pomimo że zwiastują wysoki stopień zakłócenia w odżywianiu kości. Pożytecznym więc będzie, żeby uniknąć powtarzań, najpierw zwiastuny rozejrzeć; potem kliniczne objawy, w jaki sposób przedstawiają się w rozmaitych częściach kośćca, potem towarzyszące krzywicy cierpienia innych narządów, a wreszcie anatomo-patologiczne zmiany w kościach i innych organach.

O najważniejszych zwiastunach jużesmy wspomnieli, mianowicie o zaburzeniach w trawieniu i nieżytach dróg powietrznych. Są to długo trwające niestrawności, spowodowane zbyt podeszłym wiekiem mamki, lub słabowitością matki dziecięcia (gruźlicą np.). W największej jednak liczbie wypadków niestrawność spowodowaną bywa karmieniem dziecka mączkowatą strawą, i wówczas nie ogranicza się zaburzeniem trawienia żołądkowego, ale przechodzi już w prawdziwy nieżyt lub nawet zapalenie kiszek cienkich lub grubych, z przewlekłym przebiegiem. Jeżeli przyłączy się do tego bezgorączkowy nieżyt oskrzeli, to otrzymamy obraz, zwykle zwiastujący krzywicę i obserwowany już na jakiś czas przed wybuchem choroby. Rzadziej już krzywica zwiastowaną bywa przez sam tylko nieżyt oskrzeli, częścięj zupełnie go niema.

Do zwiastunów zaliczyć należy także niezwykle rozwój pokładu tłuszczowego; szczególnie w pierwszych życia miesiącach. U dzieci tłustych, u których mięśnie mało są rozwinięte, wkrótce występują objawy krzywicy, mianowicie na czaszce. Uderzająca bledność, bez widocznych zaburzeń w odżywianiu także może krzywicę zwiastować i często pojawia się wraz z niezwykle otyłością. Takież sam stan spostrzega się w początkach leukocytozy i tylko badanie krwi kwestyę może rozstrzygnąć. Ostra krzywica często poprzedzana bywa wielką niespokojnością za dnia, a bezsennością w nocy. Może być, że objawy te zależą od bolesności złogów okostnych, bolesność ta jednak nie we wszystkich wypadkach bywa spostrzegana.

Gdy krzywica wybucha, to nigdy nie zajmuje całego kośćca na raz, tylko pojedyncze jego oddziały i w sprawie tej dość się prawidłowo zachowuje. Wszystkie kości cierpieniu temu ulegają, ale pod względem klinicznym pierwsze miejsce zajmują: czaszka, klatka piersiowa i kończyny; krzywica napada te oddziały w stałym porządku. Można powiedzieć, że krzywica czaszki pojawia się w pierwszej połowie, pierwszego roku życia, klatki piersiowej — w drugiej połowie tegoż roku, a kończyn, dopiero po roku, to jest wówczas gdy dzieci usiłują już chodzić. Prawidłó to ma jednak wiele wyjątków, tak, że okresy podane mogą być przyjęte za ledwie w przybliżeniu.

Nie zawsze wszystkie części szkieletu muszą przejść przez tę chorobę. Krzywica może ustąpić w pierw, zanim ogarnie klatkę piersiową, albo téż pojawia się w późniejszym okresie życia, gdy już czaszka zupełnie się rozwinęła i wzmocniła. Prócz wymienionych oddziałów kośćca możemy téż mieć do czynienia i ze zdeformowaniem kręgosłupa, często u rachitycznych dzieci napotykaném.

1) Krzywica czaszki objawia się dwojakim sposobem: raz jako *craniotabes*, drugi raz w kształcie okostnych złogów na punkcie kostnienia sklepienia czaszki (kości czołowych i ciemieniowych). Tak jedna jak i druga forma może być pierwszym wyrazem krzywicy, nie koniecznie jedna z drugiej ma się wywiązywać, bywają bowiem znaczne złogi okostne bez poprzedniego istnienia *craniotabes*. Często się zdarza, że obie jednocześnie spostrzedz możemy, albo téż tworzenie się złogów okostnych poczyna się po pewném trwaniu *craniotabes* i stanowi niejako objaw znikania takowej.

*Craniotabes* rozwija się zwykle znacznie wcześniej, niż złogi okostne i dla tego przyjmują, że szósty dzień po urodzeniu jest chwilą pojawiania się pierwszych jój objawów. W wielu jednak razach występuje ona znacznie później, bo nieraz dopiero w trzecim miesią-

cu. Później jest już bardzo rzadką, jeżeli, jeżeli wówczas ma się rozwinąć krzywica, to zwykle tylko w kształcie okostnych złogów.

*Craniotabes* rozwija się tylko na potylicy, ale następnie może zająć całe tyłogłowie. W takich wypadkach cała ta okolica, zamiast być mocną, twardą i kostną, bywa ustępującą pod naciskiem, pergaminową i stąd nazwa „miękkie tyłogłowie“. Takie jednak ciężkie wypadki bywają rzadkie, zwykle napotykamy ograniczone wklęsnięcia, od wielkości soczewicy do wielkości grajcara, w okolicy szwów na wewnątrz, lub na zewnątrz takowych. Badając twardość tyłogłowia, bardzo często znaleźć można, że szew potylicowy zupełnie ustępuje pod naciskiem. Stan ten zależy nie od kraniotabetycznej sprawy, ale bywa wrodzonym i zależy od błoniastego połączenia szwu. Szukając więc miejsc kraniotabetycznych, powinniśmy i na to zwrócić uwagę. Stosownie do natężenia choroby możemy znaleźć jedno takie miejsce, dwa, a czasem cały ich szereg; porozielane jednak są zawsze mocną tkanką kostną. Gdy przy badaniu zachowamy się ostrożnie, to dziecko żadnego bólu nie poczuje i nie wywołamy żadnych następczych objawów ze strony mózgu.

Okoliczność, że *craniotabes* tylko na tyłogłowie spostrzegana bywa, przemawia za t $\acute{e}$ m, że ciśnienie od leżenia ważną odgrywa rolę przy powstawaniu tej choroby. Ma ona jeszcze inne charakterystyczne objawy.

Dzieci pocą się, chociażby bardzo lekko były odziane, szczególnie w nocy. Pot w takiej ilości wydziela się na głowie, że poduszka zwykle zupełnie przemaka, ma on zapach mocny i odczyn bardzo kwaśny, sprawia dzieciom swędzenie, tak, że ciągle kręcą się i trą tyłogłowiem o poduszkę, Przez to wycierają sobie włosy, a skóra łatwo owrzodzeniom podlega.

Objawy te występują nieraz przed pojawieniem się samej choroby, spostrzegać się jednak dają i przy innych formach krzywicy czaszki. Jeżeli na tyłogłowie zaczynają wyrastać młode, zwykle kręcone włoski, to możemy wnioskować, że dziecko zaprzestało tarcia główką o poduszkę. Zwykle okoliczność tę uważają za dobry prognostyk.

Choroba trwa w tym samym stopniu, w którym się pojawiła, albo też wzmagając się nieco, przez 2 do 4 tygodni a czasem do 6-go miesiąca. Od tego czasu a nieraz i wcześniej, zaczyna się pojawiać bujanie okostnej nietylko na punktach kostnienia, ale i na samej okostnej, oraz na oponie tward $\acute{e}$ j; na muszli potylicowej oraz na kościach

ciemieniowych tworzy się zbitsza tkanka kostna, już nie tak łatwo wessaniu ulegająca od ucisku.

Okostne złogi powstają téż samodzielnie t. j. bez poprzedniej craniotabes, tylko zwykle ukazują się nieco później, zazwyczaj około czwartego miesiąca. Złogi te pojawiają się najczęściej na punktach ossyfikacyjnych kości ciemieniowych i czołowej, rzadziej na ciemieniu wielkiem, zwykle przy nieprawidłowém zamykaniu się szwów czaszkowych. Złogi nie na wszystkich czterech punktach kostnienia są jednakowe, zwykle na jednym z nich występują najwyraźniej. Nie jest jednak prawidłem, aby złogi następowały li tylko na punktach kostnienia, bo okostna może naokoło całej czaszki utworzyć gąbczastą, dziurkowaną powłokę kostną rozmaitej grubości, najgrubszą jednak w miejscach kostnienia, wkrótce nabierającą zbitą bardzo odporność. Czaszka przez to grubieje, zbezkształca się i przybiera właściwy wygląd (krzywicowa czaszka).

Ten właściwy stan czaszki przychodzi do skutku głównie na drodze osadzania się okostnych złogów w punktach kostnienia, czego przy poprzedniej formie nie było. Krzywicowa czaszka miewa zupełnie czworokątny prawidłowy kształt, przy czém ciemie wielkie stanowi zagłębienie pomiędzy czterema guzami punktów ossyfikacyjnych; innym razem z powodu rozwinięcia się jednego tylko takiego guza, kształt staje się nieprawidłowym, chociaż zawsze pozostaje czworokątny.

Jeżeli bujanie okostnej występuje jako sprawa rozlana, to pomiędzy guzami tworzy się charakterystyczna rynna, która przez bardzo długi czas istnieć może. Jeżeli silniejsze okostne narosty mają miejsce na ciemieniu wielkiem, przy normalném lub przedwczesném jego kostnieniu, ponieważ zwykle jednocześnie pojawia się też i przedwczesne zamknięcie szwu potylicowego, to w miejscu odpowiedniém znajdziemy znaczne wzniesienie.

Dzięki takim złogom, czaszka nieraz znacznie się powiększa, nieraz tak dalece, że dzieci mianowicie słabowite nie mogą głowy prosto trzymać nieraz w drugim roku życia jeszcze.

Jeżeli niema jednocześnie z krzywicą przedwczesnego zamykania się szwów, zkład owe nieforemności czerepu pochodzą, wówczas wszystkie narosty znikają przy dalszym wzroście zazwyczaj w drugim lub trzecim roku, a w późniejszych okresach życia wykazać się dają tylko wówczas, gdy złogi były bardzo znaczne, a szczególnie gdy na wielkiem ciemieniu w kształcie wieży narosły.



Cierpienie czerepu nie jest jednak jedynym objawem choroby, bo już w piątym i szóstym tygodniu możemy wykazać początki krzywicy klatki piersiowej. Jeżeli sprawa krzywicowa rozwija się później, na przykład po wyrznięciu się dwóch lub czterech siekaczy, to czaszka już żadnym nie ulegnie zmianom, gdy tymczasem np. pierś, mogą być siedliskiem rozmaitych zająć chorobnych.

Krzywica kośćca twarzy nigdy tak wyraźnie się nie objawia, jednak na niektórych punktach kostnienia dają się także złości wykazać jak i na sklepieniu czaszki. Niektóre z pomiędzy kości twarzy grubieją, a twarz przez to odrębny przybiera wyraz.

Większy nierównie wpływ wywiera krzywica na ząbkowanie. Gdy się przed nim pojawi, to zęby wyrzynają się bardzo późno: dolne siekacze, zamiast w szóstym, wyrzynają się dopiero w dwunastym lub 14-ym miesiącu. Rozwój zębów zostaje na cały czas trwania krzywicy wstrzymany, albo też dokonywa się w niewłaściwy sposób. Polewa albo wcale się nie rozwija, albo przedstawia szparowate niedostatki substancji, bywa żółtawo, lub czarniawo zabarwioną; kość zębowa jest miękką i małej odporności a korona zniszczona aż do podstawy.

Jeżeli krzywica występuje po wyrznięciu się pierwszych dwóch lub czterech siekaczy, to zęby te pozostają zupełnie prawidłowemi. Następuje nienormalnie długa przerwa, aż póki nie wyrznie się jaki chory ząb, albo też pojawi się znów zdrowy zupełnie i w takim razie krzywica już ustąpiła. Wówczas wyrzynanie się następnych zębów, przychodzi zupełnie prawidłowo do skutku, pomimo że wzrost kości może być wstrzymany.

Stan więc zębów (zob. ząbkowanie) jest więc bardzo ważny dla osądzenia, od jak też dawna krzywica trwa w danym wypadku. Na pozostałe zęby nie wywiera ona już żadnego wpływu.

3. Krzywica klatki piersiowej, krzywicowe zniepodobnienia klatki występują zwykle w 5-ym, lub 6-ym miesiącu i w początkach trudno je odróżnić od zająć, właściwych normalnemu jej wzrostowi, szczególnie w takich wypadkach, w których nie było krzywicy czaszkowej.

W początkach zauważyć tylko można guzikowate zgrubienia na żebrach, w tych miejscach, gdzie kość z chrząstką przechodzi. Ponieważ zgrubienia takie znajdują się prawie na wszystkich żebrach, tworzy się więc cały rząd guziczków, idący ku dołowi i na zewnątrz, który zwa „rózańcem krzywicowym“. Jeżeli proces rachityczny nie

jest zbyt silny, to żebro pozostaje niezmienione, pod względem kształtu, t. j. przebiegu i wygięcia. Jeżeli jednak i kość stała się miękką i podatną, to w skutek kurczenia się mięśni, a szczególniej przepony, powierzchowny wygląd żebra silnie się zmienia, a ztąd powstają rozmaite ważne zniepodobnienia klatki, mogące zakłócić sprawę oddechania. Zmiany te zazwyczaj występują od 2-go do 8 lub 10 żebra. Krzywcowate żebro traci przedewszystkiem swoją krzywiznę, wyprostowuje się, a przy dalszym rozwoju wypukłość jego, skierowana ku zewnątrz, zamienia się na dość wyraźną wklęsłość; oprócz tego, w pobliżu guzikowatego zgrubienia, żebro zwykle silnie bywa skrzywione (krzywcowate nadłamania). Wyprostowanie żeber, oraz odwrócenie ich wklęsłością na zewnątrz, uajwyraźniej widzieć się daje na bokach klatki piersiowej. Ponieważ takie zniepodobnienie dotychczas zwykle wszystkich żeber zarówno, to powstają następujące, charakterystyczne zniepodobnienia klatki. Przez wyprostowanie żeber wymiar przedniotylny, czyli odległość mostka od kręgosłupa, powiększa się, a wymiar poprzeczny skraca; okoliczności te wyższych dosięgają stopni, wówczas traci swą wypukłość. W każdym razie takie zniepodobnienia klatki utrudniają rozszerzanie się płuc, zepchniętych nieco ku kręgosłupowi, z powodu krzywdy, na którą wystawiony jest przedni odcinek jamy opłucnej.

Oddech u takich dzieci przyjmuje przeważnie typ przeponowy, bo inne mięśnie oddechowe, np. piersiowy większy (*m. pector. major*) nie mogą skutecznie działać, gdyż punkt oparcia jego na żebrach nie jest dość stałym. Ale i przeponowe oddechanie nie będzie prawidłowe, gdyż obwód dolny klatki piersiowej także jest podatny. Przy silnej więc krzywicy klatki zauważymy „robienie bokami“, albo nawet w gwałtowniejszych wypadkach zupełne wciągnięcie przyczepowych punktów przepony przy każdym wdechaniu. Możemy sobie wyobrazić jakiego nabierze znaczenia, wśród takich warunków, zwyczajne zapalenie oskrzeli.

Jeżeli mamy przed sobą zwyczajny krzywcowy różaniec, bez zniepodobnienia całej klatki, to stan taki zniknie zupełnie, tak, że po 2 lub 3 latach, ani śladu po sobie nie zostawi. Jeżeli się żebra powydłużały, wymiar przedniotylny powiększył, a klatka stała się wystającą i wąską (*pectus carinatum*), to stan taki trwać może przez całe życie. Jeżeli wreszcie boki silnie są wciśnięte etc., to niestosunek ten z biegiem czasu coraz się zmniejsza; w każdym razie i nadal pozostaje pewne zesnurowanie klatki w dolnym jej obwodzie. Krzyw-

cowe niepodobnienie klatki nie kończy się z końcem pierwszego roku życia, może ono zwiększać się przez cały drugi rok. Wszystkie te zmiany kształtu piersi zmodyfikowane zostają skrzywieniami kręgosłupa. Skrzywienia te bardzo często wydarzają się u dzieci krzywcowatych i rozwijają się w przybliżeniu w tym czasie, gdy dziecko zaczyna być noszone w położeniu pionowym. Nie myślimy tu wcale zaliczać całego szeregu skrzywień, następujących w skutek spraw zapalnych w szpiku kostnym, i okostnej, oraz próchnień samych kręgów.

Skrzywienia pochodzenia krzywiczego powstają w skutek nierównomiernego znikania, lub spraw zapalnych, przewlekłych, w trzonach kręgowych, albo też są ściśle mięśniowej natury, t. j. w skutek złego odżywiania muskulatury, dzieci, pionowo na rękę trzymane, nie są w stanie wyprostować kręgosłupa, rozwija się zazwyczaj skolioza lub kyphoza, które po poprawieniu odżywiania sama przez się zniknąć może. Czy rzeczywiście mamy do czynienia z taką sprawą, o tém najlepiej można sądzić, jeżeli zupełnie nagie dziecko podniesiemy pod barki. Jeżeli skrzywienie się wyprostowywa, to jest natury mięśniowej i t. d. Kręgosłup wykrzywia się raz w tył *kyphosis*, drugi raz na bok—*skoliosis*, to znów ku przodowi—*lordosis* (b. rzadko). Bardzo często jednocześnie występuje skrzywienia na bok i ku tyłowi. Wyrównywanie lub modyfikacja, jaką te skrzywienia wywierają na kształt klatki, jako znane — opuścimy, wspomnimy tylko, że są one ważne w wieku dzieciennym, gdyż powodują zwięźnięcie obszaru worka płucnej. Krzywcowate dzieci narażone są na skrzywienia dzieci narażone są na skrzywienia kręgosłupa, jeżeli je za wczesnie zaczniemy pionowo nosić. Przyczyniają się też do owych skrzywień niewłaściwy ubiór i niewłaściwe noszenie dziecka np. ciągle na tej samej ręce, w takim bowiem razie kręgosłup ciągle przechyla się ku jednej stronie. Jeżeli więc dziecko nosi ciągle na lewém ramieniu, to kolumna skrzywi się ku lewej stronie dziecka i t. d. Nosząc więc dziecko w położeniu pionowym, należy ciągle zmieniać noszącą rękę, i to w krótkich odstępach czasu. Rachityczne skrzywienia, pomimo mięśniowego pochodzenia, nieraz na zawsze pozostają, a często, w miarę wzrostu kręgosłupa, przyjmują nawet zaraz większy stopień. Przy wielu znaczniejszych skrzywieniach w tył, lub w bok, można zauważyć zastój w podłużnym wzroście kolumny pacierzowej.

4) Krzywica kości długich, zwykle, chociaż nie zawsze pojawia się na samym końcu, wówczas mianowicie, gdy się rozpoczynają pierwsze próby chodzenia, a więc w początkach drugiego roku. Po-

nieważ jednak dzieci krzywcowate, z powodu nieświetnego odżywiania, zazwyczaj później dopiero chodzić zaczynają, to i skrzywienia rachityczne nieco później się pojawiają. Jeżeli krzywica, już w pierwszych życia miesiącach, rozprzestrzenia się na kończyny, to widzimy, że zwykle na przedramieniu tworzą się tylko zgrubienia chrząstki na końcach stawowych, a skrzywienia wówczas dopiero następują, gdy dziecko rękami władać zaczyna.

Wyjątek stanowią tylko te wypadki, w których skrzywienia kończyn następują w skutek silnych skurczów mięśniowych, przy ogólnych drgawkach, stałych i długo trwających. Mogą one być bardzo znaczne, różnią się jednak od skrzywień, przy chodzeniu i staniu nabytych, kształtem, bo stosują się do skurczów tej lub owej grupy mięśni. Skrzywienia głównie dotyczą kończyn dolnych, rzadziej zaś, i to w gwałtowniejszych wypadkach zajmują i górne. Najczęściej zajęta bywa piszczel, której normalna krzywizna, wyraźna szczególnie u ssawców, powiększa się w skutek spoczywającego na niej ciężaru. Dosięga ona rozmaitych stopni—aż do krzywcowego nadłamania, a w wyższych stopniach rozszerza się na udo. Udo wykrzywia się ku przodowi i na zewnątrz, skąd powstaje szablowaty kształt nóg, z bardzo obrzmiałymi epifizami.

Jeżeli krzywcowate dziecko nie może chodzić, tylko siedzieć, to przewraca się, a wówczas próbuje czołgać się po podłodze na rękach. Wtedy powstają skrzywienia kości przedramieniowych, a w wyższych stopniach i ramieniowych, a dzieci opierają się na dłoni, obracając ku przodowi nie grzbietową, lecz dłoniową powierzchnię przedramienia.

Zupełnie w ten sam sposób, jak kości długie, ulegają też krzywcowej sprawie i kości miednicy, łopatka i obojczyk. Zniepodobnienia miednicy nabierają wagi dopiero w późniejszym wieku; łopatka, w swjej części płaskiej, staje się 2 lub 3 razy grubszą, niż zwykle, wyrostki jej więcej wystają i grubsze są od normalnych. To samo tyczy się i obojczyka, który wraz z udem, najłatwiej ze wszystkich kości długich zupełnemu złamaniu ulega, lub się tylko nadłamuje. Nieraz bardzo nieznaczne wstrząśnienie, np. stąpięcie na podłogę, może takie złamanie spowodować.

Zajścia, leżące na dnie tych krzywcowych zmian w kościach, mogą tu być tylko pokrótce rozebrane. Kości noworodka rosną na grubość, w skutek ciągłych złogów okostnych, prędko i silnie kostniejących, podczas gdy ze strony szpiku ma miejsce ciągła resorbcjaj starszej kości. Jeżeli w takich nowych pokładach rozpocznie się kost-

nienie, to bardzo łatwo wydarzyć się może, że kość zupełnie stwardnieje — stanie się zbitą.

Przy *crauiotabes* mamy do czynienia z tém samym zajęciem, tylko nieco zmodyfikowaném. Tworzą się gąbczaste, mało odporne złogi ze strony pericranii i opony twardej, które z powodu ucisku przez mózgowie, ulegają wessaniu. Wessanie to wymagane jest oprócz tego przez normalny porządek wzrostu kości czaszkowych.

Oprócz tych złogów okostnych, w końcach stawowych zachodzi jeszcze silne bujanie składników chrząstkowych, przez co chrząstki także grubieją. Odkładanie się soli wapiennych zostaje wstrzymane, a natomiast w chrząstce końca stawowego tworzy się przestrzeń szpikowa.

Oprócz wspomnianych dotąd zmian należy zwrócić téż uwagę na zakłócenia zachodzące w innych narządach.

1) Wspomniane już, zwiastunne nieżyty przewodu pokarmowego i oskrzeli, trwają przez cały czas krzywicowej sprawy, z rozmaitem natężeniem. Nieżyty kiszkowe, rozmaitego stopnia, zastępowane bywają upartemi zatwardzeniami stolca, przyczém kał, staje się u małych nawet dzieci, suchym i twardym, tak, że zaledwie przy silnych wydymaniach może być wydalony. Takie zatwardzenia mogą występować u rachitycznych dzieci i wtedy, gdy przewlekłe zapalenie kiszek nie zupełnie znikło.

W skutek ciągłych prawie zaburzeń w trawieniu, dzieci takie dostają rozdęcia (*meteorismus*) brzucha, które z powodu zniepodobnienia klatki piersiowej jest bardzo wyraźnym i bardzo często staje się powodem przepuklin pępkowych. Jeżeli obok długotrwałego odęcia, istnieje téż obrzmienie gruczołów śródbrzuszných, to trudno bywa postawić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zwyczajnym odęciem, a gruźliczym zapaleniem otrzewnej. Największą różnicę stanowi zachowanie się pępka. Takie przewlekłe odęcie może trwać bardzo długo, pomimo normalnego na pozór trawienia.

Błona śluzowa oskrzeli w kwitnącym okresie krzywicy (*rhachitis florida*) częściej zajęta bywa niż przewód pokarmowy. Zapalenia oskrzeli u krzywicowatých dzieci odznaczają się swą upartością, a gdy istnieją jednocześnie zniepodobnienia klatki, stają się bardzo niebezpiecznymi. Przy nagromadzeniu się nieznacznych zaledwie ilości wyśięku w oskrzelach, już mogą wystąpić objawy silnej duszności. W skutek tych zajęć następuje przerost gruczołów oskrzelowych i śródbrzuszných z następczemi ich przemianami, o których w stosownem miejscu opowiedzieliśmy.

Jeżeli te gruczoły uległy przemianie lub sserowaciały, to wszystkie sprawy chorobowe w rozmaitych narządach stają się niezmiernie upartymi. W późniejszych okresach krzywicy i obwodowe gruczoły zaczynają obrzmiewać i po ukończeniu téj choroby ma miejsce nieznaczne przejście cierpienia w zoły.

2) Śledziona także ulega przerostowi, a wkrótce i przemianie mączkowatěj. Obrzmienie śledziony nieraz bardzo znaczne, nieda się już tak łatwo wymacać, z powodu ciągle trwającego odęcia.

Przy istnieniu rozrostu gruczołów i prawie zawsze wydarzającego się obrzmienia śledziony, wydarza się u wyniszczonych, chociaż bardzo tłustych dzieci, przemijająca leukocytoza krwi, z kąd' może wyniknąć fałszywe rozpoznanie białaczki (*leukaemia*).

3) Ze strony mózgowia i nerwów u krzywcowatych dzieci występują nieraz zatrważające objawy. Substancya mózgu u nich nieraz ulega przerostowi. Wyrażenie to nie jest dość ściśle, bo nie ma tu przybytku wszystkich składników mózgu, tylko neuroglia silniej się rozwija i wykształca. Komórki mózgowe stają się przytem niezmiernie wązkimi i zawierają minimalne ilości płynu, sam mózg robi się bardzo ciężkim, twardym, a przecięcie półkul bardzo wielkiem. Stan taki w każdym razie może nam objaśnić wiele wypadków nagłój śmierci przy krzywicy.

Daleko częściej od przerostu mózgu spotkać można rozwinięcie się przewlekłego wodogłowia. Jest ono nabytem i rozwija się wkrótce po wystąpieniu objawów krzywicy czaszki. Może dochodzić do bardzo znacznych rozmiarów, nigdy jednak tak wielkiem nie będzie, jak wodogłowie wrodzone. Rozwija się powoli, bez żadnych gwałtownych objawów. Powoli czaszka zaczyna przybierać wyżej opisane kształty, a wówczas u danego osobnika spostrzegamy czaszkę charakterystyczną bardzo, bo jednocześnie krzywcowatą i hydrocefaliczną. W innych wypadkach rozwój wodogłowia jest jeszcze mniej ostry. Pojedyncze nasilenia téj sprawy występują przy wyżej opisanych objawach w tak nieznaczny sposób, przesiękanie płynu do komórek tak jest powolne, że niezamknięta jeszcze czaszka, z łatwością do tych zmian się zastosowywa.

Jeżeli wodogłowie jest nieco znaczniejsze, to przez jakiś czas daje się rozpoznać po kształcie czaszki. Jakie może mieć znaczenie wodogłowie takie w dalszym przebiegu choroby, o tem już wiemy z opisu cierpień mózgowych (p. wyż.).

Krzywcowate dzieci bardzo często dostają drgawek, ogólnych kurczów kłouicznych z utratą przytomności.

Nie zawsze możemy znaleźć anatomo patologiczną podstawą dla takiego napadu drgawek. Są one czasem spowodowane nasileniem się przewlekłej hydrocefalicznej sprawy i w takich razach jednak zauważymy inne objawy ucisku mózgu. W innych wypadkach zależą od przerostu mózgu, lub od nadzwyczajnej drażliwości i czułości nerwów obwodowych.

Dzieci takie, przy nieznacznych podrażnieniach, dostają ogólnych drgawek, często dość długo trwających, np. podczas zwiastunnej gorączki, przy lekkich nieżytach i t. d. W innych wypadkach drgawki mają charakter padaczkowaty (zob. padaczka u ssawców).

Oprócz tych ogólnych drgawek, widzieć można u krzywicowatych nieraz i częściowe kurcze, pomiędzy którymi najważniejszą rolę gra skurcz głośni (*laryngospasmus*). Skurcz szpary głosowej, często wydarza się przy *craniotabes*, chociaż można go widzieć i przy innych postaciach krzywicy, a w bardzo rzadkich wypadkach i u dzieci zdrowych zresztą zupełnie. Kurcz głośni (p. choroby krtani) wówczas szczególnie bywa niebezpiecznym, gdy jednocześnie istnieje zapalenie oskrzeli, gdyż w takich warunkach dziecko łatwo udusić się może. Sekcja takich zaduszonych wskutek spazmu krtani, lub tych, którzy za życia mieli ten kurcz, nie daje jednakowych wyników, a co do mózgu daje nawet zupełnie negatywny rezultat. Kurcz głośni zaczyna się zmniejszać, to jest napady jego stają się coraz radsze, wówczas gdy objawy krzywicy ustępować zaczynają. Pod koniec pierwszego roku życia znika on zazwyczaj zupełnie i do wyjątków policzyć należy te wypadki, w których czysty laryngospasmus trwa jeszcze w ciągu drugiego, lub trzeciego roku życia. Stany podobne do skurczu głośni, towarzyszą często padaczce u ssawców.

4) Znana jest skłonność krzywicowatych dzieci do ekcemy, szczególnie na twarzy, dwie te choroby nie mają jednak bezpośredniego związku. Krzywicowate dzieci pocą się silnie, szczególnie podczas snu; w lecie z tego powodu dostają potówek (*sudamina*), które łatwo wziąć za odrę, z powodu istniejącego zwykle jednocześnie, zapalenia oskrzeli.

Przebieg krzywicy jest przewlekły, jak się tego spodziewać było można już z samego opisu anatomicznych zajęć, niema jednak pogorszenia i nasilenia wszystkich wyżej opisanych objawów. Naturalnie, że na danym osobniku nie zawsze można wszystkie zjawiska choroby wykazać, nie przeszkadza to jednak do ścisłego rozpoznania krzywicy w każdym jej wypadku. Skoro się tylko rozwinęły zjawiska ogólnego cierpienia, to wszystkie inne mogą z kolei wystąpić.

Ten bezpośredni związek wszystkich chorobnych zajęć ustala też metodę leczenia krzywicy, gdy tymczasem wyłącznie objawowe leczenie nie prowadzi do celu. Tylko ogólne przeciwkrzywicowe postępowanie ma być wskazane i przedsięwzięte, objawowe zaś ma prawo bytu tylko przy grożącej ciężkości objawów np. przy obfitem nagromadzeniu się wysięku w oskrzelach. W tranie mamy dzielną broń przeciwko krzywicowatym cierpieniom kośćca, niewiadomo jednak, która z jego części składowych nadaje temu środkowi ową wartość leczniczą. Działanie jego w każdym razie jest niezaprzeczone i wkrótce po pierwszym jego podaniu, zauważyć już można znaczne polepszenie we wzroście kości. Dzieci takie nieraz bardzo lubią tran i długi czas znoszą go bezkarnie, a wypadki w których go odstawić trzeba, z powodu pobocznego działania są bardzo rzadkie. Można go nawet przez długi czas dawać ssawcom, aby tylko nie czysty, tylko pod formą olejowej mieszanki.

Rp. Olei jecoris aselli subfusc. ℥ij — dr. i℥ (0.2.—0.4.).

Mucill. gummi arab.

Aqu. destillatae ℞ q. s. ut. ff. l. art.

Mixt. oleos. col. ℥iij (80.0).

Syrupi simplic. ℥iij (10.0).

MDr. 3 razy dziennie łyżkę stołową.

Taki sposób używania ma tę wyższość, że tran w kiszkaach zostaje na większą przestrzeń rozprowadzony i rozbity na bardzo drobne cząsteczki, a przez to daleko łatwiej ulega wessaniu. Taką mieszankę z tranu podaje się przez pewien czas (4 do 6 tygodni), potem zaczyna się dawać czysty tran, po połowie łyżeczki dziennie. Wreszcie środek ten można połączyć z żelazem:

Rp. Olei jecoris aselli ℥vi (150.0).

Limatur ferri ℥j (20.0).

Stent. in macerat. per. 24 horas, deinde decant.

MDS. rano łyżeczkę od kawy.

W ogóle środek ten dobrze bywa znoszonym, jednakże aby cel osiągnąć, trzeba dawać tran przez czas dłuższy. Czasami dzieci tranu nie znoszą, powoduje bowiem brak apetytu i biegunkę i wówczas powinniśmy go odstawić, a zacząć podawanie przetworów żelaza. Przeciwwskazaniem jest także przy utracie apetytu, obfitych biegunkach i upałach letnich.



Lekkie przetwory żelaza dajemy w połączeniu z lekami gorzkimi i dopiero po powrocie apetytu, znowu do tranu wracamy. Zewnętrzne użycie tranu do wcierań, okładów i t. d. jest bezowocne, a zatem zbyteczne.

Kąpiele solne u dzieci krzywcowatych bardzo dobrze działają. Rozsełamy więc chorych do kąpieli morskich, większych kąpiemy w samym morzu, a ssawców w wodzie morskiej (1 : 4), albo w kąpielach solankowych. Gdy to jest niewykonalnem, to urządzamy sztuczne solanki przez dodatek soli. Bierze się około 250 lub 300 gramów (mniej więcej  $\frac{1}{2}$ ) soli kamiennej na niezbyt ciepłą kąpiel (26° R.). Należy używać dwóch, najwyżej trzech kąpieli solnych tygodniowo, nigdy wieczorem dzieci nie kąpać, bo je to silnie podrażnić może i sen ich nocny zakłócić.

Przeciw silnym potom najlepiej jest wycierać całe ciało kilka razy na dzień zimnemi, dobrze wyżętymi gąbkami. Jeżeli jednocześnie istnieje wysoka małokrwiistość, to zamiast soli kamiennej można użyć Franzensbadzkiego błota żelaznosolnego. Kąpieli takich dajemy tą samą ilość, ale wystarczy wziąć 1 do 3 łyżek soli tej na jedną kąpiel. Do kąpieli dodawano także po 3 do 6 *globuli martiales minores*.

Pobyt na świeżem i suchem powietrzu jest koniecznie potrzebny. Dzieci krzywcowate, w wilgotnych, źle przewietrzanych mieszkaniach, umierają zwykle na cierpienia dróg oddechowych.

Dieta u takich dzieci powinna być także w należyty sposób uregulowaną. Mączkowate pokarmy zabraniamy bezwarunkowo, a za to wcześniej już dawać można dobrze osolone rosoly i mięso. Sześćcio lub ośmiomiesięcznemu dziecku można dawać surowe mięso, dobrze uskrobane i przetarte przez cienkie sito, w rosole lub w kształcie pigułek. Przy mleku wystarcza dla takiego dziecka 1 lub 2 na dzień. Jeżeli tak przygotowane mięso oblejemy gorącym rosolem, to unikamy niebezpieczeństwa solitera (*Taenia mediocanellata*).

Przeciw skurczowi głośni używano wszystkich leków przeciw kurczowych (*antispasmodica*), skutek otrzymać można jedynie na drodze ogólnego leczenia. Przy bardzo silnym napadzie najlepiej uciec się do chlorału (*Hydrat. chlorali* po  $\frac{1}{8}$  gr. — 1 gr. (0.01 do 0.05) p. dos. kilka razy dziennie). Gorąco zalecaną bywa także *Tra moschi cum ambra*.

Gdy się jest zawołanym do dziecka, które ma kurecz głośni, należy mu szybko usta otworzyć i wprowadzonym w nie palcem wskaźującym, język ku przodowi wyciągnąć. Upredzamy rodziców, żeby

za każdym razem to postępowanie powtórzyli, oblewając przytem dziecku twarz zimną wodą. Naturalnie radę taką możemy dać tylko rozsądnym rodzicom, bo inni zamiast wysunąć język, niezgrabnie go ku tyłowi popchną, zwiększając grożące niebezpieczeństwo zaduszenia.

Leczenie skrzywień rachitycznych należy do dziedziny chirurgii.

## Choroby narządów ruchu.

### 1. Gościec mięśniowy.

(*Rheumatismus muscularis*).

Reumatyczne cierpienie włókien mięsnych u starszych dzieci wcale rzadkie nie jest, szczególnie w kształcie bólów między żebrowych, z gorączką, klóciem w boku, przyśpieszonym i bolesnym oddechaniem, co łatwo wziąć za zapalenie opłucnej, lub płuc i opłucnej (*pleuropneumonia*).

W innych miejscach także zauważyć czasem można bóle reumatycznej natury, jak w biodrach, kolanach i t. d.

Trudno skonstatować, czy ssawcy także cierpią na bóle gościecowe, jest to jednak prawdopodobnem, gdyż bardzo często miewają ostry reumatyzm stawów.

Tak zwana gorączka igrzyskowa („*Thurnfieber*“) zależy od zapalnego, lub przynajmniej napływowego (fluksyjnego) stanu pierwotnych włókienek mięsnych, wskutek zbyt silnej działalności mięśnia, przyzwyczajonego do spoczynku.

Choroba ta nie prowadzi za sobą żadnych następstw.

Reumatyzm mięśniowy niema ważniejszego znaczenia, tyle tylko, że reumatyczne dzieci są bardzo wrażliwe na zmiany ciepłoty.

Miejscowo używamy pobudzające okłady *Prießnitz*'a, albo też wcieramy jaką lotną maść.

Rp. Athaeris sulph.  $\mathfrak{M}$   $\beta$  (14,0)  
Spermat. ceti  $\mathfrak{M}$   $\beta$  (40,0)

M. ut. f. unguentum DS. zewnętrznie.

Rp. Linimenti volatil.  $\mathfrak{J}$  j (300)  
Amon. pur. liquid  $\mathfrak{J}$  iij (10,0)

MD. in vitro c. epistom. vitreo clauso S. zewnętrznie.

Ostrożnym trzeba jednak być przy bólach w biodrze, gdyż prawdopodobnym może być poczynające się zapalenie stawu biodrowego (*coxitis*).

## 2. Ostry gościec stawowy.

(*Rheumatismus articularis acutus*).

Gościec latający, czyli ostry reumatyzm stawowy (*die fliegende Gicht*) nietylko występuje u dzieci jako następstwo płonicy (*scarlatina*) ale i jako choroba pierwotna. Dostają go tak ssawcy jak i dwuletnie dzieci i to nawet częściej niż starsze.

Bezpośrednio przed i po rozwinięciu się dojrzałości płciowej choroba ta znowu bardzo bywa częstą. Nie wszystkie stawy i naraz zachorowują. Obrzmiewa ich pewna liczba i bez żadnych zwiastunnych objawów zaczynają puchnąć inne, podczas gdy stan pierwszych znacznie się polepsza. Zwykle w ten sposób choroba wszystkie przechodzi stawy i ztąd nazwa „gościec latający“.

Każdy, chorobą zajęty staw, jest spuchnięty (z powodu silnego nagromadzenia synowii) zaczerwieniony, ruchomy nieco, ale przytem bardzo bolesny i gorący. Zajęcie takie nie w każdym stawie jest równie silne. Najczęściej obrzmiewają stawy: kolanowy, łokciowy, rączny, rzadziej stopowe i małe palcowe. Czerwonosc skóry nad stawem raz bywa rozlaną, drugi raz plamistą (różyca goścowa *roseola rheumatica*) i wówczas niekiedy na całym ciele może być rozsypaną. Takie plamy różycowe znikają bez śladu, pojawiając się w innych miejscach, albo też na miejscu istnienia plamy, następuje dość znaczny powierzchowny wylew w skórę, jak przy purpura. Wylew taki może zaraz z początku nastąpić i pojawiać się nad rozmaitemi stawami w rozmaitych stopniach.

Stan taki nazywa się *peliosis rheumatica* i wydarza u dzieci źle wychowywanych i karmionych, nawet gdy są jeszcze przy piersi. Różni się on od każdego innego reumatyzmu stawowego, a cechuje się tem że oprócz zajęcia stawów pojawiają się i wylewy krwi.

Krew wylać się może do pomnożonej synowii. U ssawców nie pozostaje surowiczą ale wkrótce ropnego nabiera charakteru. W takich razach nie mamy do czynienia z pierwotnym goścem stawowym, tylko ogólnym cierpieniem ropnicowym (*pyaemia*), zależącym nieraz

od gojenia się pępka. Pomimo jak najmniej obiecujących warunków, może jednakowoż w takim wypadku nastąpić *restitutio ad integrum*, Ropa przebija torebkę stawową i cała ruchomość stawu pozostaje nie-naruszoną.

Dzieci z goścem stawowym silnie się pocią; pot ma odczyn bardzo kwaśny i właściwą, nieprzyjemną woń. Choroba ta zawsze się łączy z gorączką, która raz bywa bardzo silną, raz słabą, a raz żadną prawie. Ta gorączka nie jest wcale typową, zmienia jednak zaraz swój charakter, skoro tylko jakie powikłanie nastąpi. U dzieci nie widziano złośliwych form gościa z żółtaczką, biegunką, krwotokami, ogromnem powiększeniem śledziony. Zato wydarzają się rozmaite inne powikłania jakoto: zapalenia wsierdzia, osierdzia, serca, opłucnej, płuc i otrzewnej; w rzadkich wypadkach przyłącza się ropne zapalenie opon lub zatorowe sprawy w tętnicach podstawowych (*art. basillaris*).

Wspomniane powikłania, mianowicie zapalenia błon surowicznych, często występują bez żadnej gorączki, często też z bardzo wysoką gorączką. Tylko na zasadzie badania fizykalnego można rozpoznać chorobę, chociaż wyjątek stanowi tu zapalenie wsierdzia na tyle, że jeżeli przez 3 lub 4 dni istnieje wysoka gorączka, której niczem objaśnić nie można, to mamy prawo z prawdopodobieństwem wnioskować o zapaleniu wsierdzia. W pierwszych bowiem dniach nie słycać podmuchowych szmerów, gdyż takowe dopiero później występują (zob. *endocarditis*).

Przebieg i trwanie ostrego gościa stawowego zależą od liczby zajętych stawów, natężenia choroby, nasileń i zawiślań. Ścisłego jednak rokowania stawiać niemożna; jednak, oprócz ssawców, wyzdrowienie następuje u większej części dzieci. Ssawcy umierają wskutek wysokiej gorączki, albo wskutek powikłań.

O ile rokowanie pomyślnem *quoad vitam*, o tyle smutnem jest co do zachowania działalności zastawek i ujęć. Zakłócenia w nich są z początku nieznaczne i nieraz w wieku dziecinnym pozostają w ukryciu, a rozwijają się podówczas dopiero, gdy występuje dojrzałość płciowa.

Skoro tylko rozpoznaliśmy ostry reumatyzm stawów, natychmiast należy położyć dziecko do łóżka i postarać się o unieruchomienie chorych stawów. Najlepiej założyć lekki opatrunek szynowy. Dzieci zwykle nie znoszą ani zimnych, ani lodowych okładów. Najlepiej poowijać chore stawy w płótna, zmaczane w niebardzo zimnej

wodzie i pokryć to wszystko gutaperką; gdy okłady takie wysychać zaczynają, należy je odmienić. U ssawców, którzy z powodu bólów, bardzo są niespokojni, przeciwskazanem jest użycie zimnych lub lodowych okładów, już z innych powodów i dla tego używamy wyżej podanych maści. Wewnątrz trzeba przepisać chininę i makowiec w stosownych dawkach.

Jeżeli u większego dziecka pojawi się nieprawidłowość w ruchach serca, to trzeba mu dać słaby napar z naparstnicy.

Rp. Inf. fol digitalis p.  
           e gr. VI pti  $\bar{\text{S}}$  iij (0,2 ad 80,0)  
 Kali acet. basici soluti gtt. 20  
 Syrupi simplicis  $\bar{\text{S}}$  iij (10,0)

M DS. co 2 god. łyżeczkę od kawy.

### 3. Puchlina kolana. (*Hydrops genu*).

W stawie kolanowym, rzadziej w obydwóch, zdarza się nagromadzenie niezbyt wielkiej ilości płynu, bez zniesienia początkowo możliwości chodzenia, i to wskutek, często powtarzających się, nasilenń reumatycznego zapalenia, przebiegającego bez gorączki. Przy dłuższem trwaniu może nastąpić ropienie w stawie, ze wszystkimi następstwami zajściami w końcach stawowych.

Jeżeli mamy tylko do czynienia z wodną puchliną, to wystarczy unieruchomienie stawu, za pomocą gipsowego opatrunku i silne pociąganie nalewką jodową. Jeżeli dojdzie do ropienia w stawie i przykurczenia kończyny, to trzeba się stosować do zwykłych zasad chirurgii.

### 4. Wrodzone zwichnięcie uda.

(*luxatio femoris congenita*).

Plan dzieła tego na nieszczęście nie pozwala zastanowić się nad zapaleniem stawu biodrowego (*coxitis*), tak często zdarzającem się u dzieci, wspomnieć możemy tylko o tych stanach, przy występowaniu których, pojawiają się symptomata podobne do tego cierpienia (zob. gościec mięśniowy).

Wrodzone zwichnienie główki udowej jest jednak specjalnie dziecienną chorobą, musi więc być tu rozebrana choćby pokrótce. W rzadkich wypadkach rozpoznaniem być może w pierwszym roku życia, najczęściej wówczas dopiero, gdy dziecko chodzić zaczyna, spostrzegamy, że ma jedną nóżkę krótszą od drugiej. Rzadko zwichnienie dotyczy obu nóg, najczęściej bywa jednostronne. Jeżeli pierwsze ma miejsce, to dziecko, posiadając zupełnie prawie proste kończyny, ma dziwny, kiwający chód. Gdy dziecko jeszcze leży w poduszkach, nierówność kończyn nie jest tak widoczną; gdy nieco podrośnie, to zauważymy że jabłka kolanowe (*patellae*) nie są na jednym poziomie.

Pociągając za krótszą na pozór kończynę, zauważymy, że przy ustaleniu miednicy, obie nogi stają się jednakowo długimi. Puśćmy teraz pociąganą kończynę, a główka udowa znowu z panewki wyskoczy i posunie się po za brzeg ostatniej, ku tyłowi i ku górze. Widocznie mamy tu do czynienia z przewlekłym zapaleniem wszystkich części składowych stawu, z czasów życia wewnątrzmacicznego, ze zmniejszeniem i zniszczeniem główki udowej i zajęciem nawet samej szyjki. Przynajmniej zdaje się że synovia dość obficie się nagromadziła, gdyż odpowiednia torebka stawowa jest rozdętą i zgrubiałą a wia obły (*lig. teres*) wydłużonym. Rozumie się, że przy takim stanie rzeczy, miednica zawsze będzie niesymetryczną.

Gdy dziecko chodzić zaczyna, musimy mu dać trzewik ze stosownej wielkości podkładką.

## 5. Ropień mięśnia lędźwiowego.

(*Abscessus musculi psoatis*).

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ropniem (zimnym) mięśnia lędźwiowego, a innymi guzami jamy brzusznej, już w innym miejscu rozebraniem zostało. Pozostaje rozpatrzyć objawy tego ropnia, występujące przy ostrem jego pojawieniu. Ostre zapalenie mięśnia biodrowego z zejściem w ropienie poczyna się, jak każda inna choroba ostra i zwykle po jednej tylko stronie występuje. W całym wieku dzieciennym bardzo jest rzadkiem, nigdy go nie zauważymy u ssawców. Przyczyną najczęściej *trauma*. W rzadkich wypadkach bywa następstwem, a wówczas mamy do czynienia z opuszczającym się ropniem po próchnieniu kręgow. Takie jednak wypadki rozwijają się przewlekłe.

Zwykle w jakiś czas po silniejszym obrażeniu, skoku, uderzeniu w krzyż etc., rozwija się mocna gorączka z wymiotami i t. podobnymi objawami, które widzimy w wielu chorobach ostrych.

Wkrótce przyłączają się bóle najczęściej w lędźwiach, z początku nie ustalone, tylko pojawiające się najsilniej raz na wewnętrznej stronie uda, drugi raz na podbrzuszu, wreszcie w stawie biodrowym, lub naokoło niego. Dla tego zrazu może się wydawać, jakobyśmy mieli do czynienia z poczynającym się zapaleniem otrzewnej, stawu biodrowego lub około kiszki ślepej (*perityphlitis*). Wkrótce, albo też jednocześnie, pojawia się typowe, patognomiczne ustawienie odpowiedniej kończyny, które tak jest wyraźnem, że jeżeli stwierdziliśmy prawidłowość stawu biodrowego, już prawie błędu w rozpoznaniu nie możemy popełnić.

Odpowiednia kończyna zgięta jest, przywiedziona i nieco do brzucha przyciągnięta, zgięta więc w biodrze i kolanie. To położenie kończyny jest takie, przy jakim mięsień lędźwiowy najwięcej jest skurczonym. Gdy badamy ruchliwość takiej kończyny, znajdujemy, że silniejsze zgięcie, przywodenie (*adductio*), lub kręcenie (*rotatio*) ku wewnątrz nie sprowadza bólu, tymczasem inne ruchy są bardzo bolesne, szczególnie kręcenie na zewnątrz, przy którym najwięcej rozciągamy mięsień chory. Pomimo gorączki, dzieci leżą bardzo spokojnie i nawet starają się unikać wszelkich poruszeń.

Takież stan rzeczy znajdujemy wówczas tylko, gdy wypadek obserwujemy w samym początku. Gdy zapalne objawy ustępują, a bolesność znika, pewna część działalności kończyny i jej ruchliwości powracają, jeżeli tylko część mięśnia w ropień się zmieniła. Wówczas mamy przed sobą zimny ropień, który można w kształcie guza wyczuć przez ścianę brzuszną, jeżeli dosięgnął nieco większych rozmiarów.

Ropień lędźwiowy może otworzyć się w rozmaitych okolicach. Ropa ukazuje się: pod więzmem Poupart'a, na udzie, we wcięciu siedzeniowem wielkiem, pomiędzy mięśniami pośladkowemi, na wewnętrznej powierzchni uda, w kiszce grubiej nawet, a także i w innych miejscach. Jeżeli mamy do czynienia z ostrym ropniem lędźwiowym, to wskazaniem jest najsurowszy spokój i okłady lodowe. Gdy objawy zapalne znikną, należy postąpić według wskazań chirurgicznych. Przeciw zimnemu ropniowi należy o ile możności działać wyciekająco.

## Choroby mlecza pacierzowego i jego opon.

### I. Spina bifida.

Rozdwojenie kanału kręgowego, z wodną puchliną i wypadnięciem opon mleczowych, w kształcie narośli rozmaitej wielkości w okolicy krzyżowej i ogonowej jest dość częstą wadą rozwojową, która jednak nie zawsze wiedzie do śmierci, a grozi niezbyt silnie życiu w pośredni sposób. Najniespodziewaniej u dorosłych ludzi, wpośród guzów okolicy ogonowej, spotykamy częstą spinam bifidam, otoczoną jędrną tkanką tłuszczową. Guz bywa rozmaitej wielkości, raz tak duży, jak ziarnko grochu, drugi raz stanowi worek taki, jak pięść dorosłego mężczyzny. Składa się ze skóry, zwykle nienaruszonej, potem z rozszerzonego worka opony pajęczej, a wreszcie samego mlecza.

Wodna puchlina pochodzi nie od wylania się surowicy pomiędzy mlecz a oponę pajęczą, tylko od puchlinowego rozszerzenia kanału pośrodkowego, tak, że najbardziej wewnętrzny pokład ściany worka składa się zawsze z istoty mlecza, która wprawdzie w wielkich, a nieraz i w dość małych workach, zredukowaną bywa do minimum. Defekt w kręgosłupie zasadza się na tém, że zamiast wyrostka znajduje się otwór, albo, że brakuje zupełnie jednej, lub drugiej połowy łuku kręgowego.

Skóra, pokrywająca worek może uleść zgorzeli (*intra uterum*) i wówczas worek pajęczy jest obnażony, lecz i ten może być zmarzwiał, a opuchnięta część mlecza i sam mlecz nago się oczom przedstawia i otoczonym bywa mniejszym lub większym wrzodem skórnym.

Spina bifida najczęściej spotyka się w okolicy grzbietowej lub lędźwiowej, a rzadziej w krzyżowej.

Bardzo rzadką jest w części szyjowej (dzieci takie rodzą się nieżywe) i powikłaną bywa z *hydrencephalocèle*, *hydrocephalia*, *anencephalus* etc. Jeżeli wskutek zgorzeli mlecz jest obnażony i wystawiony na mechaniczne obrażenia, to wydarzy się ropne zapalenie opon mleczowych, przy którym ropa pomieszcza się między oponami a mleczem, resp. mózgowiem, a oprócz tego wypełnia przewód pośrodkowy, oraz wszystkie komórki mózgu, porozszerzane nieraz ogromną jej ilością.

Dzieci, rodzące się z rozdwojonym kręgosłupem, słabe są i nierozwinięte; zwykle często umierają w pierwszych dniach z powodu słabej swój żywotności. Niektóre trzymają się dłużej: 8 do 10-ciu



dni, a przez ten czas następuje porażenie i zupełna bezczulność kończyn dolnych. Porażenie jednak nie zawsze zaraz się objawia, bo nie-raz dopiero w dwa, lub trzy dni po urodzeniu. W innych wypadkach pojawiają się ogólne drgawki, np. wówczas gdy się rozwinięte ropne zapalenie opon mleczca i mózgowia. Inne znowu dzieci cierpią na niepokonaną niezém czkawkę i w niej umierają, wskutek wyczerpania sił.

Ta okoliczność, że spina bifida powstaje, w największej liczbie wypadków, wskutek opuchlinowego rozszerzenia przewodu pośrodkowego, że więc sam mlecz paciierzowy bierze udział w utworzeniu worka,—ogranicza bardzo skuteczność leczenia.

Bardzo niebezpiecznemi są wszelkie wstrzykiwania czyto jodu, czy rozcieńczonego alkoholu, czy słabych roztworów garbnika i t. d., a to z powodu następczych zajęć zapalnych przy istniejącej komunikacji z komórkami mózgu. Najprędzej jeszcze możnaby się czego spodziewać po elastycznej ligaturze, gdyż takowa mało drażni i pozwoli działa.

## 2. Zapalenia opon mleczowych.

(*Meningitis spinalis*).

Ropne zapalenie opon mleczowych nigdy nie jest pierwotnem, zawsze bowiem bywa następstwem epidemicznie występującej *meningitis cerebrospinalis*. Jeżeli do *meningitis simplex* przyłączy się *meningitis spinalis*, to zajęcie takie cechuje się głównie wystąpieniem skurozów karku, *opisthotonus* albo *pleurothonus*. Kurcze, pojawiające się wówczas, są zwykle więcej toniczne, niż kloniczne. Przy gruźliczem zapaleniu opon często bardzo można także widzieć, że sprawa rozprzestrzenia się aż do nici końcowej (*filum terminale*). Za życia nie ukazują na to żadne objawy.

## 3. Tężec noworodków.

(*Tetanus neonatorum*.—*Starrkrampf der Neugeborenen*).

Rozwija się w pierwszych dniach życia, zazwyczaj w jeden, lub dwa dni po odpadnięciu pepowiny, rzadziej przedtém, a niekiedy w 6-tym lub 7-ym tygodniu po urodzeniu. Jeżeli tężec pojawia się u starszych dzieci, to ani postacią, ani pochodzeniem nie różni się od tężca u dorosłych.

O tych ostatnich formach nie będziemy mówić, wspomniemy tylko, że tężec przyranny rzadszym jest po operacjach i zranieniach u dzieci, niż u dorosłych. Większa część wypadków jest u dzieci pochodzenia reumatycznego, to jest, że przyczyna po największej części pozostaje nieznaną.

Tężec, lub jak go też zowią, szczękoscisk (*trismus*) noworodków, jeżeli chcemy podzielić go pod względem pochodzenia, bywa *traumatyczny*, jeżeli powstaje przy gojeniu się pępka, lub *reumatyczny*, jeżeli go spowodowała gwałtowna zmiana ciepłoty, np. zbyt gorąca kąpiel. Wreszcie zdaje się, że bywają wypadki, przy których ogólne, toniczne (tężcowe) drgawki, występują wskutek ogólnej choroby krwi np. posocznicowej, lub ropnicowej natury. Można by je nazwać „*tetanus toxicus*.”

Jedna z wyliczonych przyczyn podnosi drażliwość mlecza, a głównie ruchowej części takowego, jako też i samych nerwów ruchowych, gdy tymczasem nerwy czucia tylko pobocznie udział w tej sprawie przyjmują. Podrażnienie obwodowe, które w normalnych warunkach powoduje tylko ograniczone ruchy, a zatem skurcze mięśniów woli uległych, tu wywołuje ogólne kurcze tężcowe rozmaitej siły. Czuciowe nerwy nie są tu pobudzone, a czułość ich pozostaje niezmienioną. U noworodków tężcowe kurcze nie odrazu rozprzestrzeniają się na całe ciało, tylko z początku zajmują niektóre grupy mięśniowe, a inne dopiero później. Najpierw kurczą się mięśnie szczęki dolnej (szczękoscisk) a tymczasem przepona np. dopiero na jeden, lub dwa dni przed śmiercią zajęta zostaje.

Przy sekcyi w mleczu pacieryowym nic nie znajdujemy. Przepełnienie krwią opon mózgu i mlecza, jako też pojedyncze wylewy krwi w ośrodkach nawet, są natury następczej t. j. powstały dopiero wskutek długo trwających skurczów mięśniowych. Tężca nie poprzedzają żadne zwiastuny, oprócz pewnej sztywności w mięśniach kończyn i zuchwy. To jednak nietrwa długo ginie zupełnie i mogą przeżić godziny, a nawet dni całe zupełnie spokojne. Wówczas powracają owe, dotąd słabe bardzo skurcze, stają się coraz silniejsze i coraz dłużej trwają; rodzice tego od razu nie zauważają, wkrótce jednak zwracają uwagę na te zajścia, gdyż dziecko piersi ssać niechce.

Jeżeli dziecko w tym okresie badamy, to żadnych zmian nie znajdziemy, oprócz tej okoliczności, że od czasu do czasu niepodobnym się staje wprowadzenie mu palca pomiędzy szczęki. Te pojedyncze skurcze wzmagają się w sile, coraz dłużej trwają i rozprzestrzeniają się na całe ciało.

Objawy u tężec mających dzieci, zwykle są prawie jednakowej siły tak, że osądzenie ich jest dość łatwym, gdyż jak zobaczymy łatwo możemy wykluczyć inne cierpienia, występujące ze skurczami mięśniowemi.

a) Na głowie mało znajdujemy zmian, ciemiona są miękkie, nie naprężone, nawet w czasie najsilniejszego napadu, źrenice zwężone, ale dobrze i szybko oddziałują na wpływ światła. Przetto możemy wykluczyć wszystkie cierpienia mózgu z wysiękową sprawą. Tymczasem wskutek skurczów mięśni twarzowych, zachodzą następujące charakterystyczne zjawiska. Powieki silnie zaciśnięte, skrzydła nosa do maximum rozszerzone, a usta w kształcie ryja wyciągnięte. Oba zważce wyczuć można po obu stronach szczęki, w kształcie twardych wałów i widzieć wyraźne ich granice przez skórę. Nie uda się nam wprowadzenie palca wskaziciela pomiędzy silnie zaciśnięte szczęki, nawet gdybyśmy gwałtu użyć chcieli.

b) Mięśnie tułowia i kończyn także w stanie silnego skurczu, tak, że dziecko takie możemy podnieść za nogi, jak kawałek drzewa, a żaden staw się nie zegnje. Przepona dopiero później podpada silniejszym i dłużej trwającym skurczom. Zdarzają się tylko słabsze i przemijające kurczenia, gdyż zwykle u takich dzieci słyszeć się daje czkawka. Siła skurczów nie jest ciągle jednakową; występują one napadami, wywołanemi zwykle przez konieczne przy dziecku manipulacje. Gdy dzieci leżą spokojnie, lub śpią, to mięśnie wydają się zupełnie prawidłowemi. Dopiero za zbliżeniem się śmiertelnego zejścia, napady tak często jeden po drugim następować zaczynają, że skurcz jest prawie ciągły.

Im silniejszy taki napad i im szybciej jeden za drugim następuje, tém wypadek jest cięższy i témsmutniejszym rokowanie. Wówczas szczególnież wypadek jest ciężki, kiedy wiele napadów samowolnie się pojawia. Przy badaniu dziecka, albo gdy mu pożywienie dajemy (np. przez nos), zawsze silny napad wywołamy. Jeżeli przez niezręczne postępowanie wywołamy dużo takich napadów, to możemy dziecko na śmierć zatetanizować.

c) Skóra obficie pokryta potówkami, a w bardzo wielu miejscach widać gęsią skórę. Gładkie włókna mięśniowe także pokurczone a cebulki włosowe wyraźnie się odznaczają.

d) Z powodu skurczów mięśniowych, szczególnież podczas napadu, cierpi oddechanie na swój regularności i w krótkie pojawia się wysoka sinica. Oddech staje się przerywany, nierówny, a podczas

napadu utrzymuje go tylko przepona. Jeżeli przepona skurczy się na dłużej nieco, to dziecko umrze, przy objawach zaduszenia. Ruchy serca, pod koniec cierpienia, także tracą równomierność, ale nie przyspieszają się.

e) Tężec przebiega z gorączką lub bez niej. Bywają wypadki tak śmiertelne, jak i kończące się wyzdrowieniem, przy których przez cały czas ciepłota się nie wznosi nad normę. Pod względem rokowania jestto bardzo pomyślny objaw, chociaż wiele jest wypadków, które pomimo normalnej, przez cały czas, ciepłoty, kończą się śmiertelnie. W innych razach widzimy dwojakie krzywizny: w jednej ciepłota wzrasta ciągle z małemi zwolnieniami aż do  $41^{\circ}$  lub  $41,5^{\circ}$  Cel. i jeżeli następuje wyzdrowienie, spada bardzo powoli. W drugiej od razu wysoko staje ( $41^{\circ}$ — $42^{\circ}$  C.) i przez cały czas na tymże pozostaje poziomie. Takie wypadki kończą się śmiercią. Ciepłota, mierzona podczas napadu, nigdy nie jest wyższą niż po za obrębem jego. Stężenie pośmiertne następuje po tężcu prędzej daleko, niż po innych chorobach; jednak przypuszczenie, że skurcze tężcowe przechodzą bezpośrednio w stężenie pośmiertne jest niewłaściwe, gdyż jedno od drugiego oddzielone są zawsze pewnym odstępem czasu, choć nieraz bardzo krótkim.

Trwanie tężcowych napadów bywa rozmaite. Bywają wypadki które po 2-ch lub 3-ch dniach kończą się śmiercią, a są to te wypadki, w których napady szybko po sobie następują, a mięśnie oddechowe prędko zajęte zostają. Inne wypadki mają przebieg daleko dłuższy, napady tężcowe trwają po 10—14-stu dni, a nawet do 4-ch tygodni. Gdy mamy przed sobą takie długotrwałe wypadki, to widzimy, że pojedyncze napady nie są tak silne i porozdzielane bywają jeden od drugiego długimi przerwami. Rokowanie, które zawsze jest wątpliwe, a nawet złe bardzo, kierowanem być winno podług stanu ciepłoty ciała, i trwania. Jeżeli ciepłota niska pozostaje, jeżeli wypadek przyjmuje powolniejszy przebieg, a jesteśmy w stanie dostarczyć dziecku dostateczną ilość pokarmu podczas wolnych przerw, to staje się rzeczą możliwą, że dziecko chorobę wytrzyma.

Leczenie tężca noworodków zupełnie zmieniło się w ostatnich czasach przez nowe środki których działanie daje się ściśle kontrolować. Dawniej tężec noworodków uważano za chorobę bezwarunkowo śmiertelną, a ponieważ nigdy nie zauważono, żeby cierpienie to samo przez się przeszło, przeto wypadki wyzdrowienia, które się w ostatnich czasach pomnożyły znacznie, zależą od leczenia. Najczęściej używanymi przy tężcu przetworami są: *extractum calabar* i *hydras*

*chloralii*. *Extr. callabaris* działa wprost porażająco na mięśnie, a *hydras chloralii* silnie przytłumia wrażliwość mlecza pacierzowego, jak to najnowsze badania wykazały. Najlepiej zadawać je do wewnątrz, bo podskórne zastosowanie nie jest tak pewne i lekarstwo raz zbyt silnie, drugi raz wcale nie działa. Ponieważ dziecko jednak usta silnie zaciska, to wewnętrzne zadanie leku bardzo jest utrudnione. Nie raz cel osiągniemy jedynie, rozpuściwszy go w małej ilości mleka i wpuszczając przez nos. Zwykle, wskutek takiego obwodowego podrażnienia napad się wzmacnia, ale wkrótce środek poczyna działać. Jeżeli znowu silna powraca drażliwość, to nową stosujemy dawkę. Jeżeli dajemy wodan chloralu, to dziecko usypia, i wówczas budzić go nie trzeba. Jeżeli jednak z ust zaczyna się wydostawać zapach chloroformu, to musimy na jakiś czas odstawić wodan chloralu, bo jużbyśmy nie byli panami jego działania. Wyciągu kalabaru dajemy od razu gr.  $\frac{1}{6}$  do gr.  $\frac{1}{2}$  (0,01 do 0,03), więcej dawać niemożna. Wodanu chloralu daje się od gr. j do gr. ij (0,05 do 0,1) na dawkę, ale trzeba zacząć od najmniejszej dawki, i starać się dziecko we śnie utrzymać.

Ważną dalej rzeczą dla rokowania jest żywienie dziecka. Jeżeli nie jesteśmy w stanie dać dziecku pierś matki, lub mamki, to rokowanie gorszem się staje. Czasem, jeżeli brodawka piersiowa jest długa i niezbyt czuła, możemy zdołać wsunąć ją między dziąsła, a przez to możebnym się stanie, że podczas przerwy dziecko choć trochę possie. Jeżeli to się nie udaje, to trzeba co 2 godziny utoczyć trochę pokarmu i za pomocą łyżeczki wlewać przez nosek. Udaje się to doskonale i można w ten sposób dać dziecku dość dużo mleka. Jeżeli tego zaniedbamy, to dziecko umrze z wycieńczenia po dwóch lub trzech dniach.

### Taniec Św. Wita. (*Chorea minor — der Veitstanz*).

Ta neuroza koordynacyjna bywa u dzieci bardzo częstą i nabywa się często przez proste naśladownictwo, np. w szkołach i instytucjach. Zasadza się na nieuporządkowanych, bezcelowych, szybko po sobie następujących ruchach rozmaitych grup mięśniowych, występujących bez pobudki woli, nawet pomimo woli, ale przy zupełnej przytomności. Dalej, charakterystycznym jest dla téj choroby, że skurcze mięśni we śnie natychmiast ustają, a skoro tylko dziecko się przebudzi, znowu powracają. U ssawców taniec św. Wita nigdy się nie przytrafia, w 2-gim, 3-cim i 4-tym roku życia jeszcze jest rzadki i staje się częstszym dopiero od 5-go roku, aż do czasu dojrzewania płciowego.

Wybuch tańca św. Wita poprzedzany bywa pewnymi zwiastunami. Dzieci bledną, ohudną, zniechęcają się, robią się niezmiernie niezręczne, np. wypada im łyżka z ręki przy jedzeniu, pisanie i inne ręczne zajęcia stają się dla nich niemożliwe. Odrazu wybuchają targnięcia, które w lżejszych wypadkach, odgryzają się skurczami mięśni twarzy i kończyn, a tylko w cięższych dotyczą też mięśni tułowia w znacznym stopniu. Te ostatnie nigdy zupełnie wolnymi nie zostają nawet w najlżejszych wypadkach. Przy lżejszych wypadkach dziecko stroi rozmaite miny, wyciąga język i przy silnej grze mięśni brody, nieraz silnie go lub policzek pokąsać może.

Wszystkie ruchy, do których trzeba rąk używać, stają się dla dziecka niemożliwe, gdyż układ mięśniowy nie stosuje się do rozkazu woli. Dziecko więc nie może np. ująć ze stołu jakiś przedmiot, bo niewłaściwość wykonywanych w tym celu ruchów staje mu na przeszkodzie. Możliwem staje się wykonanie tego czynu tylko na pośredniej drodze. W większej liczbie wypadków chodzenie nie bywa utrudnione, chociaż dzieci często się potykają, fałszywie stąpają, potracają idąc koło mebli, o takowe etc. W cięższych wypadkach, gdy głównie zajęte są mięśnie tułowia, chodzenie, z powodu ciągłych ruchów takowego z prawa na lewo, staje się niemożliwem i dzieci się przewracają. Leżąc w łóżku, przewracają się z boku na bok, gdy mięśnie tułowia silnie się kurczą, i mogą nawet z łóżka wypaść.

W silnych wypadkach, jeżeli ruchy mięśniowe są silne, trwają przez długi czas i szczególnie, jeżeli zajmują jakąś jedną grupę przeważnie, to mogą rozwinąć się sztuczne ekoemy, bardzo rozprzestrzenione. Należy więc dziecko do łóżka przywiązać, bo ekcemy powstają wskutek ciągłego pocierania.

Zaburzeń umysłowych u dzieci nie spostrzegamy. Nie zdarzają się ani słuchowe, ani wzrokowe hallucynacje, ani napady maniakalne. Tak samo bardzo rzadkiem jest u dzieci powikłanie tańca ś-go Wita reumatyzmem stawowym ostrym, daleko rzadszém jak u dorosłych. Trwanie zależy częścią od natężenia choroby, częścią od stanu odżywiania u dziecka. Wiele bywa dzieci, które przy upadku odżywiania dostają téj choroby, przemijającej jednak zaraz, skoro tylko bezkrwistość zniknie. Jeżeli napady choreiczne są pierwotne i niezbyt silne, to choroba trwa zwykle 4 do 6 tygodni, chociaż nieraz granice te przechodzi znacznie.

Rokowanie przytém jest pomyślne, bo dzieci, jeżeli umierają, to tylko z powodu przyłączających się chorób, a nigdy nie od chorei. Mało da się powiedzieć o zmianach anatomo-patologicznych w tém

cierpieniu. Przez analogią, tak jak u dorosłego, znajdujemy w korze mózgu, w rozmaitych miejscach, wyęcie i rozpad komórek zwojowych, w korze wyspy, jakoteż w węzłach podstawowych, oraz objawy podziału jąder w komórkach zwojowych, a doświadczenia na zwierzętach pokazały, że ruchy mięśniowe stają się niezależne od mózgu i mózdzku. Trzeba jednak zauważyć, że u dorosłych istnieją nieraz wtórno następcze zaburzenia umysłowe, a doświadczenia robiono na zwierzętach, ani jedno ani drugie więc nie da się przenieść bez zmian na dzieci.

Dzieci, które raz przez to cierpienie przeszły, skłonne są do powrotów, chociaż są osobniki, u których chorea raz tylko występuje. Znika ona samowolnie, jak o tém jużśmy wspomnieli, t. j. bywają wypadki, w których chorea pojawiła się wskutek bezkrwistości i znikła, jeżeli przedsięwziemy leczenie téj ostatniej żelazem, chininą, lub żywieniem mięsem, winem i t. d. W lżejszych wypadkach wystarcza podawanie *zinci valerianici* albo *kali bromati* pierwszego gr. II do gr. IV, (0,1—0,2) a drugiego gr. VIIJ do gr. XVI (0.5 do 1.0) pro dosi w roztworze.

Jeżeli niepokój jest znaczny, to wskazaném jest podać dziecku wodan chlorału w takiéj dawce, żeby się nieco śpiącym stało. Nawet gdy taki sen chlorałowy potrwa tylko przez kilka godzin, to silniejsze drgania zaczynają słabnąć znacznie. Leczenie elektrycznością także często było z pomyślnym stosowane skutkiem. Stały prąd z dość silnéj baterji przepuszczamy przez kilka minut przez nerw sympatyczny.

### 5. Porażenie essencyalne (*paralysis essentialis*).

Pod tą nazwą rozumiemy owe obwodowe porażenia, nie odrazu pojawiające się, dla których dotąd nie wynaleziono anatomicznej podstawy. W wybraniu nazwy uczeni niezbyt byli szczęśliwi, musi być ona jednak i nadal zatrzymana. Zmianom pozytywnym do téj chwili rozbieranym, stoją naprzeciw takie zajęcia, gdzie przy najdłuższém trwaniu porażenia, nie można znaleźć żadnych bezwarunkowo zmian w mózgu lub mleczu pacierzowym. Ażeby u dziecka rozpoznać „*paralysis essentialis*, lub *spinalis*“, musimy wprzód wyłączyć wszystkie możliwe zmiany w mózgu lub mleczu.

Porażenie występuje zwykle naraz, po kilkodniowéj umiarkowanej gorączce. Porażenie objawia się w hemi-, lub paraplegicznój formie, częściej jeszcze widzimy porażenia oddzielnych kończyn, zazwyczaj dolnych, a u ssawców częściej górnych (zob *lues hered.*).

Często się zdarza, że porażoną zostaje prawa górna, i lewa dolna kończyna lub naodwrot. W niektórych razach spotykamy tylko paretyczny stan tych członków. Czułość tych części pozostaje niezmienną. Z początku porażona kończyna widocznie powierzchowności swój nie zmienia, przy dłuższem jednak trwaniu choroby chudnie znacznie, mięśnie zanikają i zastąpione zostają przez bujającą tkankę tłuszczową.

Wiele porażen zanika samo przez się, bez użycia żadnych środków, ruchliwość kończyny powraca powoli i w krótkim czasie wraca do normy. W innych razach ruchliwość powraca częściowo, lub po najdłuższym nawet czasie nie wróci wcale, kończyna zanika, a przy próbach chodzenia bez stosownych przyrządów, wystąpią następce skrzywienia kręgosłupa, klatki piersiowej etc.

Leczenie takich porażen opiera się na konsekwentnem użyciu stałych prądów. Czułość mięśni na prądy stałe jest z początku prawidłową i zmniejsza się wówczas dopiero, gdy się pojawi przemiana ich wsteczna, tłuszczowa. Starannem stosowaniem elektryczności możemy powstrzymać przemianę wsteczną. Inne środki zewnętrzne, które próbowano używać, jakoto wcierania wódki, spirytusu kamforowego i t. d., pozostają bez skutku.

## 6. Eklampsja noworodków (*Eclampsia neonat.—Fraisen*).

Rozdział ten w całej pedyjatryi najtrudniejszym jest do określenia, bo istotnie mowa tu o oddzielnym tylko objawie, mogącym występować przy najrozmaitszych chorobach. Jak nazwa wskazuje bywa on też widzianym w pierwszych dniach życia, bez żadnej widocznej choroby zasadniczej. Te, zwykle ogólne, rzadziej częściowe drgawki, u dzieci nerwowych, zwykle spowodowane bywają zaburzeniami w trawieniu z koliką lub silném odęciem (*meteorismus*) i wówczas nazywają się *eclampsia ex dyspepsia*. Czasami drgawki wywołane bywają jakimi innemi obwodowemi podrażnieniami, których wykryć niemożna. Małokrwistość mózgu, np. u wyniszczonych dzieci, może także drgawki spowodzić.

O eklampsyi noworodków możemy myśleć tylko wtedy, gdyśmy wszystkie inne stany wykluczili, nie należy jój zmieszać np. z drgawkami, połączonemi ze skurczem głośni, u krzywicowatych dzieci, bo te mają zupełnie inną przyczynę, często np. dające się wykazać zmiany w mózgu. Chociaż taką eklampsyję uważamy za czę-



ciowy objaw innej choroby, gdyż znika po ustąpieniu zasadniczego cierpienia, to jednak napad jej sam przez się może śmierć spowodować. Jeżeli śmierć nastąpi zaraz przy pierwszym napadzie, to nawet po sekcji nie jesteśmy w stanie przyczyny wyjaśnić, co bardzo ważnym jest pod względem sądowo-lekarskim i sanitarno-policyjnym. Podczas napadu może nastąpić surowicze nasięknienie opon i mózgowia, lub też ostry obrzęk płuc. Pierwszego możemy nie dostrzedz u trupa, a w oskrzelach znajdziemy dużo śluzowatego, surowiczego płynu.

Przy wszystkich drgawkach, nie wyłączając eklampsji noworodków, jak i przy epilepsji, podczas napadu przytomność znika zupełnie, czego niema ani przy tańcu Ś-go Wita, ani przy tętcu.

Drgawki, pojawiające się przy innych cierpieniach, już nieraz wspomnianemi były w innych rozdziałach, przytoczymy wzmiankę o nich i tutaj, w celu łatwiejszego ich przejrzenia wraz z zasadami postępowania zaradczego w takich wypadkach.

Drgawki zdarzają się często przy gruźliczym zapaleniu opon. Stanowią one końcowe ognisko całego łańcucha zjawisk, z którego z łatwością możemy rozpoznać chorobę. Rzadko pojawiają się z samego początku i wówczas cały przebieg choroby nie odpowiada zwykłemu paradygmatowi, a rozpoznanie ostróżniej ma być stawianem.

Zwykle drgawki te bywają ogólne, w niektórych jednak wypadkach zajmują tylko pewne grupy mięśni. Z nich więc sądzić nie można ani o nateżeniu, ani o rozprzestrzenieniu wysięku.

Drgawki zdarzają się też przy nowotworach w mózgu, ale wówczas zwykle nie są ogólne, tylko dotyczą pewnych oddziałów muskulatury, np. połowy twarzy, jednej kończyny i t. p. Są one bardzo pomocne w wyróżnieniu rozpoznania, a nawet i we wnioskowaniu o siedlisku guza.

Przy ropnym zapaleniu opon także pojawiają się drgawki, ale daleko wcześniej niż przy gruźliczym, i także bywają ogólne.

Ostre wodogłowie, które się rzadko samo zdarza, a zwykle łączy się z gruźliczym zapaleniem opon, także objawia się drgawkami, nie różniącemi się od drgawek przy *men. tuberculosa*.

Prawie każde nasilenie przewlekłego wodogłowia objawia się drgawkami.

Każde przekrwienie, bezkrwistość, lub wstrząśnienie mózgu może dać powód drgawkom, które albo w samym początku się zjawiają, albo zupełnie nie występują. Z tego co się powiedziało

wypływa, że z samych drgawek nie można sądzić ani o naturze cierpienia mózgowego, ani nawet o istnieniu choroby mózgu.

Drgawki spotykamy w początku lub w przebiegu innych chorób ostrych i wówczas nieraz zastępują one u dzieci dreszcz początkowy, którym się u dorosłych wiele chorób rozpoczyna. Przy dreszczu także mamy do czynienia z targnięciami mięśniowemi, które tak, że bywają ogólne, a temperatura bardzo przy nich się podnosi. Pomimo uczucia silnego zimna, mamy ciepłotę ciała bardzo wysoką, bo 40—41° C.

Drgawki różnią się tu tém, że u drażliwych dzieci znoszą zupełnie przytomności kurczenie mięśni także jest ogólne a ciepłota wzniesioną. Takie zwiastunne drgawki, zauważyć można przy wybuchu zapalenia wierzchołkowego płuc,—t. z. *pneumonia cerebialis*—płonicy, ospy, rzadziej przy początku *morbilli haemorrhagici*. Przy innych cierpieniach ostrych zdarzają się bardzo rzadko—przy tyfusie prawie nigdy, ani też przy ostrém zapaleniu okostnej. Konwulsyje, które spotykamy przy obrzęku po płonicy, są natury mocznicowej—nie różnią się jednak od innych, ani kształtem, ani sposobem występowania.

Przy silnych podrażnieniach obwodowych także mogą wystąpić drgawki, np. przy skaleczeniach, ranach ciętych, sparzeniach, dalej przy przepaleniu głowy (*insolatio*), silnym przestraszu, który u drażliwych dziewczynek może spowodować, nie dające się uspokoić, kurcze płaczowe.

Gdy się jest wezwany do dziecka, mającego drgawki, co mamy przedsięwziąć? Z tego co się powiedziało wypada, że nie zawsze będziemy w stanie natychmiast chorobę rozpoznać, gdyż tylko daleko posunięte lub poczynające się zapalenie mózgu da się po zebraniu anamnezy, rozpoznać. Jeżeli przy niém pojawią się drgawki, to trzeba się zachować jak najbierniej i o to tylko się starać, aby dziecko, rzucając się w łóżku, szkody sobie nie zrobiło. W każdym razie okłady lodowe będą pożyteczne, ale zimne zlewania głowy nie powrócą dziecku przytomności. Wdechowanie chloroformu jest przeciwwskazane.

Przy eklampsyi noworodków, przy której wypada się najwięcej troszczyć o przyczynę jęj, użyjemy okłady z zimnej wody, lub z lodu (połowę wody, połowę octu) i zmieniać je będziemy często, co dwie trzy minuty. Dalej usuniemy wszelką ścisną odzież, położymy dziecko na mocnym, poziomem łożu (materac z sieczki) i postaramy się o oczyszczenie kiszki ławatywą z octu. Można też, ale z wielką ostrożnością, spróbować naciskania *carotidis* po jednej stronie szyi,

przez pewien czas (2—3 minut). Drgania czasem słabną, jeżeli jednak ucisk ten dłużej wywierać będziemy, to znowu z dawną powrócą siłą. Jeżeli brzuch jest wzdęty, to należy ostrożnie go wygniać w okolicy okrężnicy. Wdechania chloroformu i tu nie są wskazane.

Przy drgawkach, rozpoczynających choroby ostre, jeżeli okłady lodowe nie pomagają, wykonywamy energiczne oblewania głowy zimną wodą. Od wdechania chloroformu także nieco słabną, jako też od lawatyw z wodanem chloralu (⊕ j lub ⊕ ij—1.0—2.0 na lawatywe). Wodan chloralu nie zawsze działa, bo nieraz następuje mimowolne oddanie stolca. Wdechania chloroformu najlepiej działają przy drgawkach, mocznicą spowodowanych, przy wodnej puchlinie po płonicy.

Naturalnie, trzeba się starać o obfity dowóz, bogatego w tlen, powietrza. Po zniknięciu drgawek, mogących trwać kilka godzin, już zwykle jest się w stanie ściśle postawić dyagnozę. Czemkolwiek spowodowane są drgawki, nigdy nie powinniśmy kazać pijawki stawiać, lub krew puszczać. Następstwa utraty krwi ogromnem swym znaczeniem zbyt silnie przeważają bardzo problematyczne korzyści tego postępowania.

## 7. Padaczka (*epilepsia*—*Die Fallsucht*).

Jest mózgową i mleczową formą kurczów, której występowanie, przebieg i zbiór objawów, niczem nie różni się od choroby téj u dorosłych, jeżeli tylko objawia się u dziecka już dwu- lub trzy letniego. Tylko zaburzenia umysłowe, tak często spostrzegane u dorosłych, zdarzają się tu bardzo rzadko. Dość często padaczka zdarza się i u ssawców, u których naturalnie inne przedstawia objawy, niż u większych dzieci.

Aura przedewszystkiem — o której większe dzieci zaraz doskonale wiedzą — u ssawców nie istnieje. Charakterystycznego padania także niema. Napad poczyna się krzykiem laryngospastycznym, po którym bezpośrednio występują ogólne kurcze, najczęściej rozprzestrzenione na całe ciało, a przytomność znika zupełnie. Nie zawsze widzimy targnięcia takie, jak przy drgawkach; kurcze mają więcej kloniczny charakter, ciało robi się sztywném, naprężoném, a po trwaniu tego stanu przez 2 do 10 minut, kurcze naraz ustępują tak, jak i przyszły. Napady te, które z powodu poczynającego je krzyku, można zmieszać ze skurczem głośni, powtarzają się w rozma-

itych odstępach czasu. Czasem przerwa trwa 8—14 dni, czasem 1 lub 2 miesiące, a czasem 6 miesięcy, lub rok cały. Podczas takiej przerwy, dziecko ma się wcale nieźle, bezpośrednio po napadzie jest grymaśne i nie w humorze. Niektóre dzieci rozwijają się zupełnie należycie, inne dostają krzywicy i oprócz tego mogą cierpieć na częste napady prawdziwego skurczu głośni, przez co naturalnie rozpoznanie bardzo utrudnione zostaje.

W takich razach kwestyę rozstrzyga tylko przebieg; jeżeli napady laryngospastyczne trwają z równą siłą po zniknięciu krzywicy, i jeżeli do nich przyłączają się wspomniane kurcze, to mamy do czynienia z cierpieniem p a d a c z k o w a t é m (*petit mal* francuzów). Ta padaczka, pojawiająca się już u ssawców, bezpośrednio przechodzi w tę formę cierpienia, którą widzimy u dzieci, umiających chodzić. Nie chcemy przez to jednak powiedzieć, żeby padaczka nie mogła się téż i później rozwinąć, gdyż często pojawia się dopiero w 3-cim lub 4-tym roku życia.

Jeżeli padaczka rozwinęła się u ssawca, to umysłowy rozwój dziecka zwykle na tém nie cierpi, gdyż zaburzenia w téj sferze dopiero później występują. W niektórych wypadkach, szczególnie jeżeli napady są częste i silne, może już w pierwszym roku życia rozwinąć się idiotyzm, nie będący jednak w żadnym związku z mikrocefalią. Jeżeli mamy do czynienia z prawdziwą padaczką, to rokowanie na tyle jest niepomyślne, że musimy otaczających uprzedzić o długim trwaniu i bezowocności leczenia.

Najlepiej pomaga przy padaczce bromek potasu. Trzeba go używać w dużych dawkach (gr. IV do VIII 0.2 do 0.5 pro die) i to przez długi przeciąg czasu, jeżeli chcemy się korzystnego spodziewać skutku. Napady stają się coraz radsze, ale zato coraz silniejsze; w innych wypadkach słabną, ale w tych samych wracają odstępach. Obserwowano téż wypadki, w których napady padaczkowe, przedtem w krótkich odstępach po sobie wracające, ustały zupełnie po używaniu przez 2 lub 3 lata kali bromati. Czy taka poprawa jest stałą, twierdzić nie możemy.