

### המלריה והילד מאת ד"ר הלל יפה ז"ל\*

I. מלריה מלידה.

ישנן השקפות שונות בנדון זה. העלולים הולדות להדבק ישר מאמותיהם, ז. א. היכולים טפילי המלריה הנמצאים בדם האם לעבור לדם הולד בלי תווך היתוש? אין ביכלתנו לעבור על כל הספרות בשאלה זו. נזכיר רק עובדות אחדות.

(א) כבר ב-1910 מביא (Beckel<sup>1</sup>) 12 מקרי מלריה מלידה בלתי מסופקים.

(ב) בספר הקלסי על מחלות ילדים אומר המחבר (Thomson<sup>2</sup>):

"It is even probable that the foetus may be infected *in utero* by parasites passing from the mother's blood through the placenta"

(ג) (Thounard & Neumann<sup>3</sup>) מביאים מקרה של וולד חולה במלריה ואשר בחבל טבורו נמצאו טפילי (Pl. praecox (Tropica).

(ד) (Griffith, Mitchel<sup>4</sup>) מזכירים מקרים אחדים בלתי מסופקים של מלריה מלידה.

(ה) בפרקטיקה רבת השנים שלי בארץ-ישראל ראיתי מקרים אחדים של מלריה קלינית אצל וולד בן מספר שעות עם טחול, חום וכו', אבל לא מצאתי טפילים בדמים של וולדות במקרים הבודדים אשר בדקתי.

(ו) צימן (H. Ziemann<sup>5</sup>) בספרו על המלריה מחוה את דעתו שאפשר שטפילי המלריה יעברו מן האם לילד רק כשיש קשר ישר בין דם האם לדם הילד.

(ז) (Tauner & Hewlett<sup>6</sup>) מאמינים בהחלט במלריה מלידה, היות וישנם מקרים ברורים. המראים שטפילי מלריה ואותו הסוג שישנו בדם האם נמצאים בדמו

\* למלאת שנה לפטירתו של הד"ר הלל יפה ז"ל אנו מפרסמים את המאמר הבא שנמסר לנו ע"י המנחה שבועות מספר לפני מותו. תצורה עבודת מחקר זו לשורת החקירות שהעניק המחבר לספרות הרפואית העברית כחלוץ הרפואה העברית בארצנו. המערכת

(1) Cleveland Medical Journal IX, p. 879 (1910)

(2) Children Diseases. Garrad, Batten & Thursfield, p. 1090 (1913)

(3) United Fruit C. J. Report for 1931, p. 108

(4) Diseases of infants and children

(5) Menses Handbuch d. Tropenkrankheiten. Bd III, p.437 (1906)

(6) Lancet, 17 Aug. 1935

של התינוק תיכף אחרי הולדו, גם אצל תינוק הנולד במקום נקי ממלריה. הם מביאים מקרה מענין. בלונדון נולדו תאומים לאם אשר הרבתה לסבול ממלריה. אחד התאומים חלה בלי חום, 50 יום אחרי הלידה, הכניסו אותו לביה"ח עם סימני חוסר דם במדה קשה. בדמו נמצאו טפילי מלריה שלישנית (Tertian) ז. א. מאותו המין שנמצא בדם אמו. אחרי 10 ימים נמצאו בדם התינוק שיוזנטים וגמיטים. מענין שבדם אחיו שנולד אתו יחד לא נמצאו כל טפילים.

(ח) בעלי מקצוע רבים מכחישים את האפשרות שתעבור מלריה מן האם לילד. (Ascioni & Mariott<sup>7</sup>) עשו נסיונות בדם חולים במלריה אשר עבר דרך מסנן Berkefeld ואשר הם זרקו לדם בריא. התוצאות היו חיוביות. להפך, (Groham Hansen<sup>8</sup>) לא מצאו טפילים בדם וולדות רבים אשר נולדו מאם חולה במלריה. (Blacklock & Gordon<sup>9</sup>) גם כן לא מצאו טפילים בדם וולדות שנולדו מאם נגועה במלריה.

### II. צורות המלריה ומהלכה אצל הילד.

(א) תחלואה ותמותה במלריה. ידוע, שילדים חולים במלריה יותר ממבוגרים. James מצא במקומות אחדים בהודו 60% ילדים חולים במלריה בעוד שלא מצאו את המחלה בין המבוגרים. (Koch<sup>10</sup>) מצא ב-Kaiser Wilhelms Land 80% ילדים חולים במלריה בגיל פחות משנתים. 41.6% בגיל 2-5, אפס — בין התושבים בגיל 55-5

(ב) (Stephens & Christophus<sup>10</sup>) מצאו בגויניאה העליונה ש-90% של התינוקות וילדים עד 8 שנים היו חולי מלריה. בגיל 8 עד 12, 28%-75% נגועי מלריה. מן היחס הזה הסיקו המלומדים האלה את המסקנה שתושבי המקומות שבהם ישנה מלריה, הרי הנגועים הם מגזע כושי מלאי וכי מקבלים חסון בגיל הילדות.

לפי נסיוני הריני סבור שההשקפות האלה הן מוגזמות, אבל אין ספק שההבדל בין אחוז חולי המלריה בגיל הילדות ובין זה של מבוגרים הוא גדול מאד. וזה בפרט בין הערבים או בכלל ילידי הארץ. את ההבדל הזה זוקפים אנו על חשבון החסון היחסי שהמבוגרים רוכשים בנעורם. ואמנם בין מבוגרים, מהעולים החדשים בארץ והנמצאים במקומות, נגועי המלריה, ידועים לי מקרים רבים לא פחות אולי מאשר בין הילדים. לשאלת החסון עוד נשוב.

(7) Rivista di Malariologia 1932 XI, p. 417

(8) Malaria, St. Louis 1913

(9) Annals of Tropical Med. & Parasitology, 1925, IX, p. 327

(10) Lancet, 17 Aug. 1935, p. 441

על פי המספרים הנמצאים בידי, ביחוד אלה שאספתי במשלחת הרופאים שהוזמנה על ידי „הדסה“ ב־1918/19, יוצא שבכל המושבות הישנות אשר בהן שולטת המלריה, מספר הילדים החולים במלריה הוא לפחות פי שלש או ארבע ממספר המבוגרים החולים במחלה זו. חוץ מקדחת שחור השתן, הנה גם מספרים אחדים מתוך העבודה האחרונה בשטח המלחמה במלריה, במחוז טבריה, שנעשתה על ידי ד"ר יעקב יפה.

אחוזי נושאי טפילי המלריה במחנות בידואים

אחוז	גיל	
42,0%	4-0	(א) בטיחה
35,0%	8-4	
19,0%	8 והלאה	
37,0%	4-0	(ב) עין אישי
41,6%	8-4	
30,0%	8 והלאה	
14,3%	4-0	(ג) סמיקה
45,4%	8-4	כפר נחום
7,0%	8 והלאה	
17,0%	4-0	(ד) מג'דל
16,0%	8-4	
5,6%	8 והלאה	

(ב) המהלך הקליני על פי רוב מקבלת המלריה בין הילדים אותן הצורות כמו אצל המבוגרים, אבל המהלך הוא קשה ומדאיג יותר. התקפות של עוית (קונבולסיות) קורות לעתים די קרובות, החום בכלל יותר גבוה, ההקאה יותר שכיחה וחזקה. חוסר ההכרה גם הוא מופיע יותר מאשר אצל מבוגרים. לפי נסיוני במושבות האי, מקרי קדחת קלסיים מהמין המסוכן ביותר, קדחת אנושה (F. perniciosus) הם, להפך, פחות שכיחים בין ילדים מאשר בין מבוגרים. פה עלי להעיר שהמכוון בזה למקומות מלריה אשר בהם התישבו המבוגרים לפני שנים מספר ולא נולדו שם, ו. א. הם נמצאים בתנאים דומים לאלה של הילדים בנוגע לאינפקציה, ויחד עם זה הם נתונים יותר לעקיצות על ידי היתושים לרגלי עבודתם. ואמנם, לעומת זה בין הערבים (אעפ"י שאין לי מספרים מדויקים) רבים, לדעתי, הילדים החולים בקדחת אנושה, בעוד שמספר החולים האלה בין המבוגרים הוא פחות גדול.

(ג) כאן כדאי לאמר מלים אחדות על קדחת שחור השתן. הנה

מספרים אחדים על מקרי קדחת שחור השתן בחדרה. מ־1890 עד 1900, מתוך 59 התושבים אשר חלו במחלה הנ"ל בלויית 83 התקפות, אין אפילו מקרה אחד בגיל פחות מ־5 שנים. מ־5 עד 10 שנים — 11 מקרים בין 6 ילדים (2 מתו); מ־10—20 שנה, 12 התקפות בין 10 אנשים (5 מתו); מ־20—30 שנה, 26 התקפות בין 23 איש (3 מתו); מ־30—40 שנה, 12 התקפות בין 5 אנשים (2 מתו); מ־40—50 שנה, 9 התקפות בין 6 אנשים (4 מתו); מ־50—70 שנה, 13 התקפות בין 9 תושבים (4 מתו).

מתוך הסטטיסטיקה לפי הגיל אשר סדרתי, מוצאים אנו 136 איש אשר קבלו 172 התקפות. ילדים בגיל מ־0 עד 10 שנים — 14 חולים בקדחת שחור השתן עם 20 התקפות. מ־11 עד 20 — 36 איש עם 44 התקפות, בו בזמן שמספר החולים בגיל מ־21 עד 70 הוא 86, אשר קבלו יחד 108 התקפות.<sup>11</sup>

(ד) בסתו של 1891, כשהייתי בזכרון יעקב יחד עם ד"ר קליין רופא המושבה ומלאתי את מקומו במשך 13 יום, היו כ־40 מקרי קדחת אנושה, אשר רובם מתו. ביניהם איני זוכר אף מקרה אחד של ילד (זו היתה אפידמיה של מלריה חזקה), ואחרי זה אני זוכר מקרים בודדים של ילדים בני 3 עד 6 שחלו במחלה הנוראה הזו. III. שאלת החיסון.

(א) חוסן מלידה כנראה ישנם אנשים מיוחדים שאין להם ולא היתה להם מלריה למרות שהם גרים ועובדים במקומות שבהם שוררת מלריה במדה מרובה. לא זה בלבד, אלא שישנם גזעים הסובלים ממלריה פחות מגזעים אחרים. למשל, הכושים, ביחוד באפריקה המרכזית. אלא שכל זה הוא יחסי. גם בין הכושים ישנם מקרים רבים עם סמני מלריה, טחולים גדולים וגם טפילים בדמם, אבל פחות מאשר בין האחרים.

(ב) החוסן הנרכש בשנות הנוער. המלומד המפורסם R. Koch וכמו כן Stephens & Christophus מצאו כי הרבה ילדים כושים באפריקה המרכזית שומרים בדמם את טפילי המלריה מבלי להראות את הסמנים הקליניים של המחלה. על עובדה זו מבסס Koch את שיטתו למדוד את מדרגת המלריה לפי מספר הילדים אשר בדמם מוצאים טפילים. הילדים האלה חלשים, בעלי טחול גדול, אינם קודחים ועל ידי זה, לפי Koch מקבלים חיסון נגד מלריה. James<sup>12</sup> אינו מסכים לזה,

<sup>11</sup> Dr. H. Jofé, Revue de Med. et d'Hyg. Trop. 1929, N° 4

<sup>12</sup> Malaria in India

לפחות בנוגע להודו. Phehn מתנגד לתיאוריה הזאת. הוא אומר שהילד הכושי מקבל מאמו כחיהתנגדות ידוע למלריה ולכן היא אינה משפיעה עליו כל כך; אבל לא כן הוא המצב בנוגע לילדי האירופים, הסינים והמאלאים. כל זה בנוגע לקמרון. במשך 40 שנות עבודתי בארץ-ישראל, אשר חלק הגון מהן עבדתי במקומות הנגועים ביותר במלריה, ראיתי מצד אחד, ילדי הארץ, מבוגרים רבים מאד בעלי טחולים ענקיים, עם טפילי מלריה בדמם, עם כבד מגודל ותשישות אמיתית, אבל במספר רב יותר ראיתי ביניהם אנשים בריאים וחזקים למדי (על פי רוב בעלי טחול מגודל). באתי לידי מסקנה שישנו חוסן יחסי בין ילדי המקומות הנגועים במלריה אבל הוא קטן ורחוק מהיות כללי. החוסן היחסי הזה נוצר במשך דורות על ידי חוקי בחירה טבעית ותורשה. תושבי המושבות באיזורי מלריה זוכים הרבה פחות בחוסן זה, מפני שהם עצמם באו למקום ולא נולדו בו, או כשהם כבר דור שני — רק באופן חלקי.

אני מאמין בחוסן מלידה ועוד יותר בחוסן המתהווה אחרי דורות מספר אצל אנשים החיים במקום נגוע במלריה. אני מאמין בחוסן יחסי, אצל אדם אשר קבל התקפות קלות ורבות של מלריה בימי נעוריו. אבל ישנם הרבה יותר אנשים הסובלים מקדחת במדה חזקה יותר אחרי ההתקפות הראשונות, כאלו הרעל של המלריה מתוסף בכל פעם. אני מאמין, כי הרפוי אינו מפריע אלא, להפך, עוזר להתקדמות כח החיסון.

#### IV הדיאגנוזה.

הדיאגנוזה של מלריה בכלל ושל מלריה אצל הילדים בפרט אינה תמיד פשוטה. שני זרמים שלטו בזמנים שונים בארצנו. אחד היה הזרם של הרופאים שראו בכל חולה, בכל מקרה של חום — מלריה, והזרם השני של החברים המחפשים סבות אחרות במקרים ברורים של מלריה. עלינו להזהר משתי הקיצוניות האלה. כבר הזכרתי בסעיף השייך לסימפטומטולוגיה כי בפרט אצל ילדים מקבלת המלריה לפעמים צורה של דלקת המה, טיפוס וכו'. כמובן שבדיקת דם החולה, היא על פי רוב עזרה חשובה, אבל גם במקרים אלה לא צריך לשכוח: (א) קבלת כינין, פלסמוכיין ואטברין ימים אחדים לפני בדיקת הדם מונעת מהכיר את טפילי המלריה הבורחים מן הדם השטחי ונכנסים לנימי הדם (קפילרים) של הטחול, הכבד ומח העצמות. (ב) ישנם מקרים לא מעטים אשר הבדיקות הראשונות אינן מראות בהם תוצאות חיוביות למרות מה שהחולה לא קבל רפוי ואע"פ שסוף סוף מכירים בנוכחותה של המלריה; אצל ילדים שלא קבלו רפוי מוקדם מוצאים כמעט תמיד טפילים. (ג) אל נשכח כי החולה במלריה יכול לחלות בעוד מחלה (דרך

העכול, דרכי הנשימה). אחרי ההערות האלה עלינו בכל זאת לזכור שבדיקת הדם היא חשובה עד מאד, וטוב שכל רופא העובד רחוק ממעבדות ידע לעשות את הבדיקות האלה בעצמו, או יסדר את משלוח המכשירים למעבדות מבלי לאבד זמן רב. מצב הטחול יכול להורות לנו את הדרך בחפשנו את סבת המחלה. אבל גם פה אל נשכח כי בטיפוס הבטן, בקדחת מלטה ובעוד מחלות רבות הטחול כמעט תמיד גדול. אמנם יש לזכור, שבטיפוס הרי הטחול אינו גדל תיכף אלא בהדרגה, בעוד שבמלריה הוא מתחיל לגדול תיכף ומיד. מומנט חשוב הוא מצב הסביבה. אם הילד החולה גר, או אפילו היה לפני 20—15 יום במקום הידוע כנגוע במלריה, הרי ישנה אפשרות גדולה שהוא חולה במחלה זו.

החום. כולנו יודעים שבקדחת סרוגית (Feb. intermittens) יש מהלך חום מיוחד. בקדחת שלישינית יש חום ביום אחד ובשני אין. אותו הדבר בטרופיקה ובקדחת רביענית: יום חום ושני ימים בלי חום. אבל למעשה ישנם מקרים רבים מאד אשר בהם הסדר שונה והחום מקבל צורה מתמדת הדומה לזה של טיפוס וכו'. אבל אל לנו לשכוח כי יש ארבע מחלות אשר בהן אנו מוצאים לפעמים אותה צורת החום — יום חום ויום בלי חום: (א) פאראטיפוס; (ב) קדחת מלטה; (ג) שחפת; (ד) אינפקציה כללית.

עוד אמצעי ישנו בידינו לשם גלוי המלריה במקרים שאחרי כל השקלא וטריא הבדיקות נשארו מסופקות. זה הוא — גירווי מלאכותי (Provocatio). למשל ע"י זריקת כינין, זריקת חלב, מקלחת קרה של הטחול או הקרנתו.

#### V פרוגנוזה ומניעת המחלה.

המחלה רצינית אצל ילד חלש אשר סבל כבר ממלריה ונשאר במקום המלריה. בכלל הפרוגנוזה טובה יותר אצל מבוגרים. מקרים קלסיים של מלריה אנושה (perniciosa) נדירים בין ילדים, וגם הרפוי משפיע על הילדים במהירות גדולה יותר, היות והם יכולים לקבל מנות של סמים גדולות יותר מהמתאימות לגילם.

איני רוצה לדבר כאן על הפרופילקסיה של מלריה בכלל, כי זה יקח יותר מדי זמן ומקום. אזכיר רק את הדברים העקריים: (א) ראשית — השנוי בתנאי החיים. אני מדגיש, שנוי לטובה ולא סתם שנוי איזה שהוא. אם שנוי זה מועיל לכל חולי המלריה, על אחת כמה וכמה שהוא מתאים לילדים חולים. אחוז הילדים החולים בין ילדים עניים או אלה החיים בתנאים רעים לגבי נקיון והיגיינה הרבה יותר גבוהה מאשר בין אלה שנמצאים בתנאי חיים טובים. (ב) כמובן, שכל עבודות ההבראה, המלחמה ביתושים, אמצעי ההגנה על ידי רשתות וכו' משפיעים באופן מזהיר ביחוד

היא רפואה חשובה מאד ואני משתמש בה לעתים קרובות יחד עם כינין, גם דרך הפה וגם בוריקות לתוך השרירים. 0.50 כינין בימוריאט עם  $1 \text{ cm}^3$  תמיסת פלסמוכינה 1%, אבל רגיל אני לתת Decoct cortic chinae עם ארסן. ואחרי 5 ימים של רפוי זה אני נותן Atebrin 3 פעמים ביום, בכל פעם 0.03 עד 0.10. בכלל היו נותנים פלסמוכינה יחד עם אטברין, אבל בזמן האחרון הופיעו מאמרים חשובים, אשר בהם מיעצים לתת את שני הסמים האלה לסרוגין.

## על הפסיבדו-אימפוטנצה

מאת ד"ר מכס מרסוזה, תל-אביב

לכשיתאונן פלוני באזני הרופא על חוסר יכולת מצדו לבצע את פעולת הבעילה, על נסיונות בעילה אחדים שלא עלו בידו וכו' — הרי שאלת „סוג“ האימפוטנצה, במה ששייך לסבתה, טעונה עוד בירור, אבל אין ספק שעצם עובדת האימפוטנצה קיימת ועומדת. ואף על פי כן אפשרית כאן אשלייה. במלים אחרות: ישנה אפשרות של אימפוטנצה מדומה. כי הרפיון של הגבר לגבי תפקידו המיני הקונקרטי, כשהוא לעצמו, אינו מצדיק עוד את הגירסא „אימפוטנצה“: במושג זה עלינו להבין קודם-כל אותן ההפרעות בפוטנצה שסיבתן בלקוי ממשי — יהא אורגני או פונקציונלי — של הכח המיני!

ברצוני לציין סוגים ידועים של חולים הרואים את עצמם בחזקת אימפוטנטיים, ואף נמצאים תחת טיפול רפואי מתאים, ושעם כל זאת אינם כלל אימפוטנטיים. בדרך-כלל אנו מבדילים:

(א) אימפוטנצה מינית-אורגנית (צורות מושחתות, התקשות פלסטית, הפרעה היפופיזארית מגידול, שנהבת<sup>1</sup>) וכו'.

(ב) אימפוטנצה לאחר חבלה (חבלות במח בלוויה-השדרה, בעצבי אגן-הירכיים; סירוס וכו').

(ג) האימפוטנצה כסימן לתחלואי חלופי-החמרים או מערכת-העצבים-המרכזית (מחלת-הסוכר, חלי ברייט).

(ד) אימפוטנצה כתוצאה מהרעלות כרוניות (שפרון, ניקוטיניסמוס, מורפין-ניסמוס וכו').

<sup>1</sup> שנהבת — Elephantiasis.

על ילדים. אצל הילדים הרבה יותר חשוב וגם יותר קל, לסדר הגנה מפני נשיכות היתושים, לשמור על ההיגיינה, על האוכל, וכו' וכו'.  
(ג) פרופילקסיה כינית. למרות ההתנגדות מצד בעלי מקצוע אנגלים וגרמנים, טרם חדלתי להאמין בפעולת הפרופילקסיה על ידי כינין. ולשביעת רצוני הנני מוצא בספרות קולות רבים התומכים בשיטה זו. בכל השאלה הזו, ישנה אי הבנה. אני יודע שיש לשיטה זו צדדים שליליים, בעיקר אם אין עושים אותה בסדר קבוע: הסכנה העקרית היא בזה שהמלריה מסתרת והטפילים יכולים להתפתח עד אשר הם גורמים אחרי כן למלריה מסוכנת, אבל איני חודל לחזור ולאמר כי לפני התחלת הפרופילקסיה על ידי חלוקת הכינין (ואולי אטברין) צריך לבדוק את כל תושבי המקום וכל אלה שיש להם סמני מלריה או שבדמם נמצאים טפילי מלריה, צריכים לקבל רפוי אינטנסיבי ורק אחרי כן עליהם לעבור לפרופילקסיה כינית. לפרטים לא אכנס.

VI רפוי המלריה אצל הילדים.

כבר הזכרתי שילדים יכולים לסבול בדרך כלל מנות גדולות יותר ביחס לגילם, מאשר מבוגרים. אני אומר „בדרך כלל“ מפני שיש גם מקרים עם אידיאור סינקרוזיה, אבל אלה הם מקרים יוצאים מן הכלל.

אני מביא בזה מספרים מפרופסור גרל (<sup>13</sup>Grall)

בכלל הוא נותן לילדים פחות משנה	0.15 עד 0.25 ביום	אני נותן מ-0.20 עד 0.50
מ-2 עד 6 שנים	0.3 עד 0.50	מ-0.20 עד 0.50
מ-6 עד 12 שנה	0.50 עד 1.00	מ-0.75 עד 1.00
מ-12 עד 15	0.75 עד 1.25	מ-0.75 עד 1.50

אבל טוב להתחיל במנות קטנות — מפני האידיאורסינקרוזיה האפשרית — ולעבור מיד למנות רגילות.

לפני כשנה הדפסתי מאמר על הרפוי המודרני של מלריה ואינני יכול להכנס עתה לכל הפרטים. אני אחלק בין החברים המעוניינים ביותר אקומפולרים אחדים שנשארו לי.<sup>41</sup>

בקצור: אל לנו לותר על הכינין, ידידנו הישן והנאמן. אבל עלינו להתחשב גם עם הרפואות החדשות אשר בני סמכא בלתי מעוניינים מודיעים לגביהן על תוצאות טובות. כמובן, שאני מרצה פה רק על נסיונותי האישיים. הפלסמוכינה

<sup>13</sup> Grall et Marchoux: Le Paludisme, 1910, p. 488.

<sup>41</sup> Dr. Jofé. Revue de Méd. & d'Hyg. Tropicales, 1934, Sept.-Oct.