

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU DRA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA
W WARSZAWIE.

Znaczenie kliniczne odczynu Calmette'a.

Podał

Bolesław Dębiński.

(Rzecz wygłoszona w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem d. 15-go września 1908 r.)

Zaledwie rok upłynął od czasu odkrycia przez CALMETTE'a odczynu ocznego, a już istnieje cała literatura, dotycząca tego przedmiotu. Większość autorów zajmuje się naturalnie kwestyą swoistości odczynu CALMETTE'a i jego znaczeniem dla rozpoznania gruźlicy. Pozatem jednak opracowywane są i inne kwestye, jak: znaczenie prognostyczne odczynu ocznego, próba teoretycznego wyjaśnienia odczynu, powikłania oczne i t. d. Chociaż przedmiot nie jest jeszcze wyczerpany i niektóre punkty pozostają sporne, sądzę jednak, że będzie pożytecznem te liczne prace zestawić, krytycznie ocenić i oddzielić punkty już wyjaśnione i bezsporne od tych, które przedstawiają pewne wątpliwości.

Znaczenie dyagnostyczne odczynu ocznego.

Pierwszą kwestyą najważniejszą dla klinicysty jest naturalnie ta, czy w razie wątpliwości klinicznej w rozpoznaniu gruźlicy odczyn CALMETTE'a jest w stanie sprawę rozstrzygnąć, innemi słowy—czy dodatni odczyn świadczy zawsze o istnieniu gruźlicy, a ujemny o jej braku. Literatura, dotycząca tej sprawy, jest bardzo obfita i nie mogę się kusić, by wyczerpać wszystkie przypadki w tej kwestyi ogłoszone. Sądzę jednak, że liczba prac poniżej zestawionych będzie dostateczną, by mózdz z niej pewne wnioski wyciągnąć. Przyjrzyjmy się wślad za różnymi autorami, jakim jest odczyn oczny w przypadkach gruźlicy niewątpliwych, w przypadkach wątpliwych i wreszcie w przypadkach, w których klinicznie nie stwierdzono gruźlicy.

Z powodu wielkiej liczby prac, nie będę przytaczał każdej w szczególności, lecz zestawię wszystkie w tablicy następującej:

Autorowie	Chorzy gruźliczy			Podejrzani			Niegruźliczy		
	Liczba	Odczyn dodatni + ¹⁾	Odczyn ujemny -	Liczba	Odczyn dodatni +	Odczyn ujemny -	Liczba	Odczyn dodatni +	Odczyn ujemny -
Combemale . . .	16	16	0	—	—	—	17	1	16
Charmeil	1	1	0	2	2	0	10	2	8
Jouvenel	7	7	0	2	0	2	—	—	—
Desbonnets . . .	4	4	0	2	1	1	—	—	—
Halipré et Hué . .	5	5	0	1	0	1	9	4	5
Desplats	13	10	3	5	3	2	29	2	27
Prouff	5	4	1	3	2	1	14	5	9
Grillot	6	6	0	3	3	0	6	0	6
Dujon	1	1	0	—	—	—	1	0	1
Derscheid	8	8	0	3	0	3	10	0	10
Montagnon	16	14	2	—	—	—	10	0	10
Brailion	10	10	0	13	12	1	15	0	15
Soulié	39	34	5	2	0	2	9	0	9
Ferreiro	1	1	0	5	4	1	—	—	—
Uriarte	115	109	6	1	0	1	—	—	—
Deays	8	8	0	7	4	3	8	1	7
Andéoud	261	247	14	47	38	9	303	25	278
Deléarde	10	10	0	1	1	0	62	14	48
Ausset	4	3	1	8	6	2	24	2	22
Mongour et Lande	2	2	0	8	8	0	17	4	13

¹⁾ Znaczenie dyagnostyczne przypisujemy odczynowi dodatniemu tylko wtedy, kiedy on występuje po pierwszym wkropleniu tuberkuliny, a nie po powtórnym lub parokrotnym,

Autorowie	Chorzy gruźliczy			Podejrzani			Niegruźliczy		
	Liczba	Odezyn do- datni +	Odezyn ujemny -	Liczba	Odezyn do- datni +	Odezyn ujemny -	Liczba	Odezyn do- datni -	Odezyn ujemny -
Aubaret et Magne	3	3	0	5	4	1	3	2	1
Carlier	6	6	0	1	1	0	6	0	6
Lefort	5	5	0	1	1	0	10	4	6
Bazy.	12	11	1	—	—	—	5	5	2
Gaudier. . . .	5	5	0	1	1	0	12	3	9
Mantoux. . . .	21	18	3	9	8	1	11	3	8
Bose	36	35	1	17	10	7	10	0	10
Lesué et Marre .	36	35	1	17	7	10	10	0	10
Marie et Bourhlet	5	4	1	10	8	2	105	28	77
Lépine	8	7	1	22	14	8	13	3	10
Raviart	—	—	—	—	—	—	620	271	326
									23 wątpli- wych
Raviart.	—	—	—	—	—	—	66	42	21
									3 wątpli- wych
Letulle	75	72	3	—	—	—	50	10	40
Dufour Brusle .	13	12	1	—	—	—	15	0	15
Olmer et Ferrand	10	9	1	—	—	—	—	—	—
Grasset.	8	7	1	8	5	3	15	1	14
Metraux	15	14	1	11	9	2	42	2	40
Gironi	12	12	0	—	—	—	19	0	19
Stadelmann. . .	64	34	30	20	12	8	192	35	157
Plehn	38	31	7	—	—	—	258	34	224
Gaupp	61	44	17	21	10	11	18	0	18
Rosenberg. . . .	4	4	0	—	—	—	—	—	—
Damask.	63	62	1	8	8	0	3	2	1

Autorowie	Chorzy gruźliczy			Podejrzani			Niegruźliczy		
	Liczba	Odczyn do- datni +	Odczyn ujemny —	Liczba	Odczyn do- datni +	Odczyn ujemny —	Liczba	Odczyn do- datni +	Odczyn ujemny —
Cohn	86	60	26	29	23	6	188	10	178
Citron	31	25	6	14	11	3	45	1	44
Eppenstein . . .	85	60	25	89	38	51	73	4	69
Wolff-Eisner . .	64	34	30	20	12	8	192	35	157
Lewy	41	35	6	54	32	22	235	6	229
Schenek i Seifert	28	22	6	20	6	14	52	3	49
Köhler	170	162	8	5	5	0	1	1	0
Lenhartz	38	33	5	63	23	40	11	4	7
Baldwin	53	50	3	26	8	18	57	16	41
Blümel-Clarus .	289	260	29	—	—	—	—	—	—
Schröder-Kaufman	48	43	5	9	4	5	20	12	8
Franke-Ratien . .	6	6	0	12	9	3	33	4	29
Krokiewicz . . .	222	105	117	—	—	—	385	53	332
Rzętkowski . . .	12	12	0	—	—	—	4	0	4
Dębiński	12	11	1	11	7	4	10	3	7
Skórczewski . . .	9	8	1	3	3	0	48	7	41
Korczyński . . .	57	48	9	12	12	0	35	10	25
Bylina	13	13	0	—	—	—	40	18	22
Luria	23	21	2	13	10	3	24	2	22
Bogdanow	33	33	0	91	25	66	—	—	—

Podług narodowości.

Autorowie	Chorzy gruźliczy			Podejrzani			Niegruźliczy		
	Liczba	Odczyn do- datni +	Odczyn - ujemny -	Liczba	Odczyn do- datni +	Odczyn - ujemny -	Liczba	Odczyn do- datni +	Odczyn - ujemny -
francuscy	702	655 93,30%	47 6,69%	215	152 70,70%	63 29,30%	1458	434 29,76%	1024 70,23%
niemieccy	1169	965 82,54%	204 17,45%	390	201 51,53%	189 48,48%	1378	167 12,11%	1211 87,88%
polscy	325	197 60,59%	128 39,40%	26	22 84,61%	4 15,38%	522	91 17,43%	431 82,56%
rosyjscy	56	54 96,43%	2 3,57%	104	35 33,65%	69 66,34%	24	2 8,33%	22 91,66%
Razem	2252	1871 83,08%	381 16,91%	735	410 55,78%	325 44,21%	3382	694 20,52%	2688 79,47%

Już na pierwszy rzut oka odczyn CALMETTE'a wydaje się być swoistym, olbrzymia bowiem większość klinicznie gruźliczych [83,08%] daje odczyn spojówkowy dodatni i odwrotnie olbrzymia większość niegruźliczych [79,47%] odczynu ocznego nie daje. Musimy jednak zastanowić się, dlaczego odczynu ocznego nie daje około 17% gruźliczych i dlaczego z drugiej strony około 20% niegruźliczych reaguje na tuberkulinę. Przedewszystkiem zauważymy, że odsetka gruźliczych, nie dających odczynu CALMETTE'a, waha się w dosyć szerokich granicach, zależnie od różnych autorów. Gdy u autorów francuskich odsetka ta wynosi tylko 7%, u niemieckich dochodzi on do 18%, u polskich zaś aż do 40% [właściwie u KROKIEWICZA 52%, w pozostałych 10%]. Za przyczynę tak szerokich wahań należy uważać to przedewszystkiem, że nie wszyscy autorowie przyjmują jednakowe kryterium w zaliczaniu chorych do kategorii gruźliczych pewnych lub podejrzanych. Gdy większość za pewnych gruźliczych uważa tych tylko, u których w płwocinie znaleziono prątki KOCH'a, niektórzy do tej kategorii zaliczają chorych na

mocy tylko danych klinicznych. U KROKIEWICZA np., który za pewną grubość uważa nieżyty szczytów [bez stwierdzenia laseczników w płwocinie], odsetka gruźliczych, nie dających odczynu CALMETTE'a, wynosi około 52% ¹⁾, u pozostałych zaś polskich autorów tylko 10%. Nie potrzebuję dodawać, że rozpoznawanie gruźlicy na mocy li tylko objawów klinicznych naraża z konieczności na wiele błędów.

Za drugą przyczynę niejednakowych wyników u rozmaitych autorów uważam brak jednolitej techniki. Gdy francuscy autorowie wszyscy stosują tuberkulinę CALMETTE'a [strąconą wyskokiem i wolną od gliceryny], z niemieckich autorów, jedni [SCHENCK] stosują t. zw. *Tuberculin-diagnosticum* [HOECHST], większość zaś używa starej tuberkuliny KOCH'a. Wiadomo jednak, że tuberkulina KOCH'a daje wtedy tylko pewne wyniki, jeżeli rozczynek jest świeży [do każdego doświadczenia przygotowany oddzielnie]. Przed stosowaniem tuberkuliny CALMETTE'a używałem sam starej tuberkuliny KOCH'a, ponieważ jednak dostarczano mi rozczynów nieświeżych, nie otrzymywałem odczynu nawet u niewątpliwych gruźliczych.

Wziąwszy pod uwagę powyższe względy, pozostaje jednak fakt, że pewna mniejsza lub większa odsetka gruźliczych odczynu CALMETTE'a nie daje. Pewną część tej odsetki stanowią suchotnicy ze sprawą bardzo posuniętą, w okresie charłactwa. Wszyscy autorowie zgodnie zaznaczają, że wielu z podobnych chorych nie jest w stanie wskutek wycieńczenia reagować lub reaguje bardzo słabo na wkroplenie do spojówki tuberkuliny. CITRON np. podaje, że z 31 gruźliczych niewątpliwych 6-u nie dało odczynu ocznego, wszyscy zaś 6 znajdowali się w okresie charłactwa. URIARTE z 79-u gruźliczych niewątpliwych nie otrzymał odczynu tylko u 6-u, również znajdujących się w okresie wycieńczenia. DENYS i inni otrzymują odczyn oczny u suchotników w okresie rozpadu, lecz w bardzo słabym stopniu. W moich spostrzeżeniach tylko jeden gruźliczy w okresie charłactwa nie dał odczynu CALMETTE'a, natomiast dwu dało odczyn słaby i o dobę spóźniony w porównaniu z innymi. Należy jednak zauważyć, że niektórzy suchotnicy nawet w okresie charłactwa dają odczyn oczny bardzo silny. COMREMALE, AUSSET i inni autorowie cytują takie przypadki. W oddziale dra SOKOŁOWSKIEGO spostrzegaliśmy również parę przypadków, gdzie odczyn spojówkowy wystąpił z silnym natężeniem, pomimo stanu charłaczego, w którym znajdowali się chorzy.

Drugą kategorię nie dających odczynu stanowią podług CALMETTE'a i PETIT'a ci, u których gruźlica klinicznie została wyleczona i pozostały ogniska gruźlicy włóknistej. WOLFF i STADELMANN, podzielając tę opinię, przytaczają 4 przypadki, w których odczyn oczny nie wystąpił, badanie zaś pośmiertne wykazało zmiany włókniste. MARIE, BOURIHET i SCHENCK podają po jednym, KROKIEWICZ 2 przypadki gruźlicy włóknistej, gdzie odczyn oczny był ujemny. FERREIRA również potwierdza tę opinię, SCHROEDER zaś i KAUFMANN podają, że odczyn oczny występuje w gruźlicy włóknistej, lecz dopie-

¹⁾ Chorych KROKIEWICZA, którzy dali najpierw odczyn ujemny, a następnie dodatni, zaliczam do tych, którzy dali odczyn ujemny.

ro po powtórnem lub kilkakrotnem zapuszczeniu tuberkuliny do worka spojówkowego. Nasze spostrzeżenia dotyczą 3-ch przypadków gruźlicy włóknistej. W jednym z tych przypadków odczyn oczny wystąpił w bardzo silnym stopniu, w drugim w słabym stopniu, w trzecim zaś nie wystąpił zupełnie. W tym jednak przypadku chory, chociaż dotknięty postacią włóknistą gruźlicy, znajdował się już w okresie charłactwa. Chory ten zmarł, a badanie pośmiertne wykazało obecność w płucach wielkiej liczby guzów, składających się z bardzo twardej tkanki łącznej, w niektórych zaś z tych guzów znajdowały się drobne jamy, wypełnione masami serowatemi. Na mocy powyższych spostrzeżeń sędzę, że nie można jeszcze stanowczo wypowiedzieć się, czy w gruźlicy klinicznie wyleczonej odczyn oczny występuje dodatnio, czy też ujemnie. Kwestya ta już w zasadzie jest trudną do rozstrzygnięcia, niema bowiem ścisłego kryterium co do stanowczego orzeczenia, czy gruźlica jest lub też nie jest wyleczoną. Zresztą w literaturze zbyt jeszcze mało istnieje obserwacyi dotyczących tej kwestyi, by można było z nich pewne wnioski osiągnąć.

O ile jest rzeczą zrozumiałą, że chorzy w okresie charłactwa nie są w stanie reagować na tuberkulinę lub też że gruźliczy ze zmianami włóknistemi mogą nie dawać tego odczynu, o tyle trudniejszym do zrozumienia jest fakt, że nawet wśród gruźliczych ze sprawą mniej posuniętą [w 1-ym i w 2-im okresie] znajdują się tacy, którzy odczynu ocznego nie dają. WOLFF-EISNER np. podaje, że z 20-u gruźliczych w pierwszym okresie nie reagowało 6-u, z 26-u zaś w 2-gim okresie nie reagowało 11-u. Należy przypuszczać, że chorzy tacy, pomimo małych zmian płucnych, są jednak wskutek powikłań w innych narządach tak wycieńczeni, że nie są w stanie reagować na tuberkulinę. STADELMANN np. twierdzi, że w *meningitis tbc.* z małemi zmianami płucnemi, odczyn CALMETTE'a jest negatywny. Podług WOLFF-EISNER'a to samo bywa w *tuberculosis miliaris*.

[D. c. n.].

II. Szczepienia ochronne przeciwko cholercze.

Napisał

Leon Karwacki.

(Odczyt wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem d. 6. X. 1903 r.)

Sprawa szczepień ochronnych przeciwko cholercze posiada w piśmiennictwie naszym już kilka przyczynków literackich; z tego względu pozwolę sobie pominąć milczeniem zarówno dane historyczne i statystyczne, jako też szczegóły techniczne, na których polega różnica między kilku istniejącymi typami szczepionek, uważając, że sprawa ta jest Panom dobrze znana.

Chciałbym natomiast zapoznać Panów z wynikami mego osobistego doświadczenia, opierającego się na 100 przypadkach szczepień w roku 1905 i 50, jak dotąd, z roku bieżącego.

Szczepionka wyrabiana przeze mnie wzoruje się na typie KOLLE'go, z tą jedynie różnicą, że po zabiciu przecinków zawieszina trzymana jest w ciągu tygodnia w cieplarni dla wylugowania możliwie większej ilości endotoksyn w roztwór. Osad wytwarzający się na dnie jest usuwany, a jako materiału szczepnego używa się wyłącznie górnej warstwy płynu. Szczepionka zawiera w domieszce $\frac{1}{2}$ % fenolu dla lepszego przechowywania. Do szczepień zbiorowych szczepionka wydaje się we flakonach po 25 i po 10 ctm. sz., do szczepień pojedynczych używa się w zatopionych ampulkach—po 2 na jedną osobę.

Dla ujednostajnienia ilości materiału szczepnego określona ilość powierzchni agarowej, zasianej jednakową ilością hodowli i trzymanej w cieplarni zawsze przez ten sam przeciąg czasu, splukuje się określoną ilością fizjologicznego roztworu.

Szczepień dokonywa się podskórnie i są dla jednej osoby dwukrotne: 1 ctm. sz. na pierwszy raz i 2 ctm. sz. na drugi raz. Przerwa między szczepieniami powinna wynosić *minimum* 5 dni.

Objawy uboczne, powstające stale po zastrzyknięciu szczepionki, powinny być znane doskonale lekarzom, zwłaszcza tym, którym wypadnie robić szczepienia, gdyż z jednej strony objawy te mogą służyć jako przeciwwskazanie do szczepień, z drugiej—na przykład w szkołach, fabrykach, koszarach—mogą wymagać odpowiednich warunków dla szczepionego, jak przerwa zajęć zwykłych, po trzecie wreszcie powinny być wyjaśnione szczepiącemu się, aby mu oszczędzić niepokoju w razie wystąpienia pewnych następstw po zabiegu. Dlatego też pozwolę sobie obszerniej kwestyę tę omówić.

Objawy są natury dwojakiej: miejscowe i ogólne.

U wszystkich szczepionych w kilka godzin po zastrzyknięciu w miejscu szczepienia powstaje lekki obrzęk i zaczerwienienie, które trwają od 24-ch do 48-u godzin, czasem zaś przez trzy doby. Objawom tym towarzyszą wrażenia subiektywne o różnym natężeniu indywidualnem, poczynając od uczucia gorąca, napięcia tkanki, aż do bólu, mrowienia i drętwienia w palcach [zastrzykiwań dokonywam zwykle na lewem ręku w okolicy *m. deltoidei*]. Objawy subiektywne trwają zwykle około 24-ch godzin. W miarę znikania objawów zapalnych powstaje często uczucie swędzenia. Skóra w miejscu szczepienia nabiera czasem żółtego zabarwienia, jak po wynaczynieniu. Ciekawy ten objaw zależy od działania jadu cholerycznego na naczynia: następuje niekiedy tak silne rozszerzenie się naczyń, że oprócz wysięku płynnego i dyapedozy leukocytów powstaje jeszcze mikroskopowe wynaczynienie erytrocytów, stąd skóra w następstwie nabiera żółtawego zabarwienia.

Oprócz bólu w miejscu zastrzyknięcia, który był u 75% szczepionych, u pewnej części osobników najbliższe gruczoły chłonne, mianowicie pod pachą, były wrażliwe na dotyk i przy poruszaniu ręką. Objaw ten należał do wyjątkowych.

Długotrwałego nacieku w miejscu szczepienia nie widziałem u nikogo.

Objawy ogólne wyrażały się podniesieniem ciepłoty, lekkim niedomaganiem, zaparciem stolca. Podwyższenie ciepłoty było u 25% szczepionych. Przeciętnie ciepłota podnosiła się o parę dziesiątych i spadała do normy w okresie 12-godzinnym. Dwa razy ciepłota podniosła się do 39° i dwa razy do 38°. Nasilenie to trwało przez trzy godziny, poczem ze zjawieniem się potów ciepłota spadła do normy. Wpływ na ciepłotę równie często wyrażał się i obniżką, mianowicie spadkiem do 35,8°, a nawet do 35,6°. Objawy ogólnego niedomagania spostrzegałem u osobników nerwowych, wątłych, u starszych nad 50 lat, częściej u kobiet, niż mężczyzn. Zaparcie stolca spostrzegałem prawie u 50% szczepionych. U dwu szczepionych po każdym zastrzyknięciu szczepionki powstawała krótkotrwała biegunka, po której zjawiało się w następstwie zaparcie. Pewnego rodzaju odurzenie, dalej ból głowy, obserwowałem 3 razy.

Białkomoczu, ani cukromoczu nie spostrzegałem ani razu; co do pierwszego lekarze rosyjscy zaznaczają możliwość przemijającego zjawienia się białka, nie wskazując na bliższą anamnezę danego osobnika.

W jednym przypadku wbrew woli zmuszony byłem dokonać szczepienia na osobniku, dotkniętym w słabym stopniu cukromoczem. Odczyn miejscowy był normalny, ilość cukru w moczu nie powiększyła się.

Objawy powstające po drugim szczepieniu, są naogół znacznie słabsze, niż po pierwszym, pomimo zwiększonej dawki szczepionki.

Natężenie wymienionych wyżej objawów było takie, że ze 150 szczepionych 149 nie zmieniało w niczem zwykłego trybu życia i oddawało się swym zajęciom. Jedyne wyjątek stanowi lekarz, który po zaszczepieniu zmuszony był przerwać wieczorne przyjmowanie chorych i położyć się do łóżka z powodu silnego niedomagania ogólnego, bólu głowy i ciepłoty, dochodzącej do 39°. Następnego dnia zrana wszystkie objawy znikły.

W powstawaniu objawów ubocznych istnieje pewna prawidłowość, która nawet pozwala przewidzieć, czy w danym przypadku objawy te będą słabsze, lub mocniejsze. Abstrahując od wpływów indywidualnych, idiosynkrazji, których przewidzieć nie sposób, uzależnić je można od właściwości pewnych osobnika szczepionego i od właściwości szczepionki.

Co się tyczy pierwszego z tych czynników, to dzieci skrofaliczne, osoby wyniszczone, wątłe, ze skórą źle odżywianą dają odczyn miejscowy znacznie silniejszy, niż osobniki silne, zdrowe, dobrze odżywione. Podskoki ciepłne, niedomagania ogólne występowały przeważnie u osób nerwowych, u osób skłonnych do stanów podgorączkowych, u starszych.

Przechodząc do wpływów szczepionki, zaznaczyć muszę, że decyduje tu zarówno koncentracja endotoksyn, jak i wybór szczepu cholerycznego. Przy znacznej koncentracji szczepionki mogą powstawać miejscowe infiltraty, które sprawiają w początkach znaczne dolegliwości i do całkowitego zniknięcia wymagają dużo czasu, również i objawy ogólne w tych razach są zaznaczone dość mocno. Co się tyczy wyboru szczepu cholerycznego, to te gatunki przecinków, które są hodowane długo na pożywkach sztucznych, lub też świeżo wyodrębnione, lecz mało zjadliwe dla świnek morskich, dają naogół

odczyn słabszy. Przecinki mocne, zjadliwe dla świnek same przez się, lub też ze zjadliwością, spotęgowaną drogą przeprowadzania przez świnki, dają odczyn po szczepieniu mocniejszy. Wnioski te opieram na zestawieniu obserwacji osobników szczepionych w roku 1905 i obecnie zapomocą szczepów różnej zjadliwości.

Kwestya wyboru tego, czy innego przecinka dla przyrządzania szczepionki nie jest, jak dotąd, naukowo ugruntowana. Ja osobiście przyrządzam szczepionkę wielowartościową [z różnych odmian przecinków cholery azyatyckiej], w której połowa materiału składa się ze szczepów, wychodowanych w czasie obecnej epidemii, połowa zaś—ze szczepów dawniejszych. Przeprowadzania przez świnki w celu wzmocnienia zjadliwości zupełnie nie stosuję.

Przechodzę z kolei do streszczenia badań, które podjąłem w roku 1905 i które prowadzę w dalszym ciągu w celu wyjaśnienia wartości szczepień ochronnych przeciwko cholery. Dwa są sprawdziany podobnych zabiegów: jeden statystyczny, przemawiający na mocy faktów zebranych porządnie, zestawionych uzcziwie i imponujących ilościowo, drugi biologiczny, wnikający w treść zjawiska, odsłaniający jego mechanizm i na mocy tego pozwalający drogą rozumowania ocenić celowość lub bezcelowość zabiegu.

Jeżeli szczepienia ochronne mają wywoływać odporność wobec cholery, należy zapoznać się przedewszystkiem z odpornością, która powstaje po naturalnie przebytej chorobie, postarać się ująć wzór odporności w pewne ramy ilościowe i dążyć do otrzymania wyników identycznych zapomocą zabiegu ochronnego.

Wrażliwość przecinka cholerycznego na zadziałanie niweczników swoistych badania podobne znakomicie ułatwia.

Z badań PFEIFFER'a, KOLLE'go, ACHARD'a i BENSAUDE'a wynika, że po przebytej cholery we krwi powstają aglutyniny i bakteryolizyny swoiste. Odrzucając aglutyniny jako drugorzędne w zjawiskach odporności, mamy do czynienia z fermentem rozpuszczającym przecinki, którego przejaw widomy posiadamy w objawie PFEIFFER'a. Otóż rozcieńczając surowicę ozdrowieńców w różnym stopniu, łącząc ją z hodowlą przecinków cholerycznych i zastrzykując do otrzewnej śwince morskiej, z łatwością określić możemy, przy jakim rozcieńczeniu surowicy objaw PFEIFFER'a [bakteryoliza przecinków] powstaje lub nie. To najwyższe rozcieńczenie surowicy, przy którym omawiane zjawisko jeszcze występuje, może wyrażać siłę bakteryolityczną badanej surowicy.

Pomiary podobne, dokonane przeze mnie w roku 1905 w szpitalu Św. Stanisława u 3-ch ozdrowieńców po cholery między 7-ym a 11-tym dniem choroby, wykazały, że bakteryolityczna siła surowicy wynosiła 1000 do 5000 jednostek.

Takie same pomiary, dokonane z surowicą 11 szczepionych przeciwko cholery w 10 dni po drugim szczepieniu, wykazały 2000 do 10000 jednostek bakteryolitycznych.

Te badania wykazują, że jednakowy odczyn humoralny zachodzi i w chorobie samoistnej i w szczepieniu doświadczalnym. Co się zaś tyczy natężenia odczynu, to być może, że jednorazowy pomiar u ozdrowieńców nie daje

o niem należytego pojęcia, być może, że siła bakteryolityczna po 11-u dniach jeszcze narasta i przewyższa to, co otrzymuje się u szczepionych. Ograniczona liczba przypadków i niemożność powtórnego badania krwi luki tej nie pozwoliły mi wypełnić. Sądzę, że tegoroczna epidemia w Petersburgu przyczyni się do gruntownego poznania w kierunku ilościowego wzoru odporności po cholercze, zwłaszcza, że bawi tam delegacya z instytutu PASTEUR'a w celu badań naukowych.

Co się tyczy istot antyendotoksycznych w odporności przeciw cholercze, to żadnych badań w tym kierunku niema.

Próby leczenia cholery wstrzykiwaniami surowicy przeciwcholerycznej, dokonywane teraz w Petersburgu i dające 35% zejść śmiertelnych, dowodzą, że czynność ta w surowicy koni, traktowanych hodowlą przecinków, powstaje w bardzo słabym stopniu. W trakcie szczepień pojawianie się istot antyendotoksycznych zaznacza się tem, że objawy zarówno miejscowe, jak ogólne przy powtórnem wstrzykiwaniu są słabsze, niż przy pierwszym, czyli, że jady choleryczne przez ustrój uodporniony częściowo są zubożone. Prób zaś stwierdzenia tych ciał i wymierzania u ozdowieńców po cholercze dla braku materiału dokonać nie mogłem.

Ostatnie pytanie, jakie są przeciwwskazania do szczepień ochronnych?

Na pierwszym miejscu postawiłbym cierpienia nerek i cukromocz, na drugim miejscu ciężę, następnie cholerynę, czerwonkę i biegunki wogóle. O innych chorobach nie wspominam, gdyż nikt z chorych do szczepień się nie zgłosi. Za przeciwwskazanie warunkowe uważam obecność w danej okolicy ciężkiej epidemii, wobec tego, że w przebiegu szczepień istnieje faza negatywna, w której ustrój zaszczipiony, jako podlegający pewnemu zatruciu, może łatwiej uleść zakażeniu naturalnemu, niż ustrój nieszczipiony.

III. SIGMOIDITIS et PERISIGMOIDITIS.

Zebrał

Bronisław Wilhelm Sawicki.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 40].

Sigmoiditis acuta. Ostre zapalenie kiszki esowatej ma przebieg co do głównych objawów typowy, który najlepiej zobrazować na przykładzie. Oto pierwszy lepszy przypadek, wzięty z kliniki JABOULAY'a [20]: 22-letnia służąca uskarża się na gwałtowne bole w lewym dole biodrowym, które wystąpiły przed dwoma dniami obok wymiotów, rozwolnienia i częstego parcia na stolce. Chora od dawna cierpiała na uporczywe zaparcia, które się kończyły oddawaniem twardego kału z domieszką śluzu, niekiedy z pasmami krwi. Badanie wykazało: budowa i odżywienie dobre, ciepłota powyżej 38°; brzuch niewzdęty, przy oddychaniu okolica dołu biodrowego nie bierze udziału w ru-

chach oddechowych; obmacywanie tejże okolicy wykazuje zwiększone napięcie mięśni (*défense musculaire*). Zastosowano spokój, makowiec, lód na brzuch. Dnia następnego brzuch podatniejszy; w lewym dole biodrowym wyraźnie można wyczuć podłużną guzowatość, mającą postać kiszki i ułożoną wzdłuż więzgu POUPART'a. Chora mniej cierpi, choć się uskarża na bole, rozlane w brzuchu. Nie miała ani stolca, ani wymiotów. Ciepłota powyżej 38°. W dniu następnym, po zastosowaniu oleju, obfite wypróżnienia twarde z domieszką śluzu. Chora odtąd poprawia się szybko, guz staje się trudniej wyczuwalny, aż wreszcie po 5-u dniach znika. W tydzień po zapisaniu się chora opuszcza szpital zdrowa.

Omawiane cierpienie występuje najczęściej u osobników młodych, cierpiących od dawna na uporczywe zaparcia, które zmuszały do częstego stosowania ławatyw oraz środków czyszczących. Wystąpienie objawów zapalenia kiszki esowatej często bywa poprzedzone przez poślóg lub chorobę zakaźną [influenca, szkarlatyna].

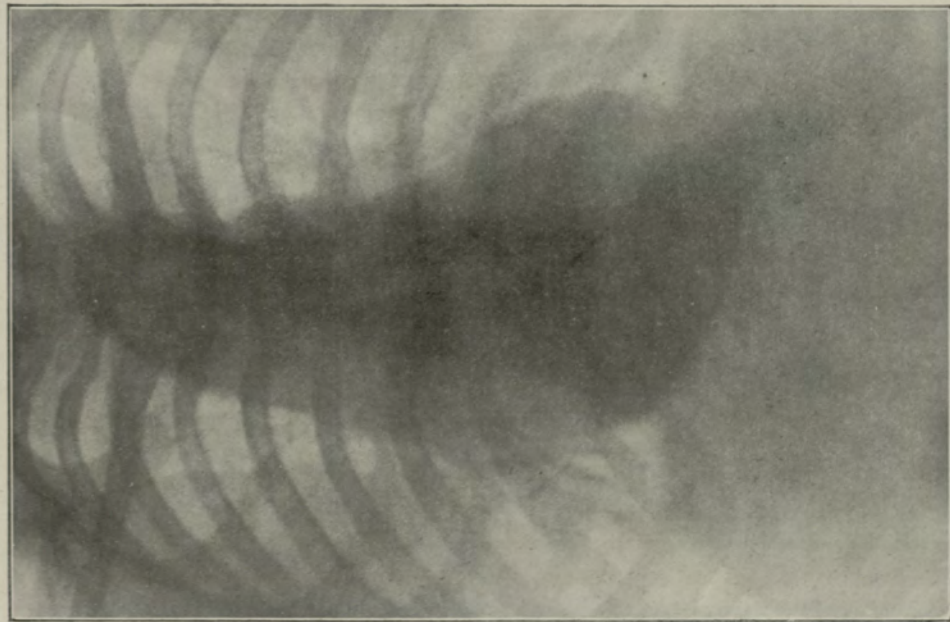
Choroba rozpoczyna się gwałtownym bólem w okolicy lewego dołu biodrowego, zatrzymaniem stolca i gazów. Rzadziej na początku choroby bywają wymioty i rozwolnienie, jak to widzieliśmy w tylko co przytoczonym przykładzie. Wogóle objawy otrzewne w przeciwstawieniu do tego, co najczęściej spotykamy przy zapaleniach wyrostka robaczkowego, tu bywają na ogół bardzo słabo wyrażone. Brzuch wzdęty, miękki, niebolesny, z wyjątkiem okolicy lewego dołu biodrowego, gdzie już na początku choroby znajdujemy zwiększoną odporność mięśniową. Ciepłota bywa podniesiona powyżej 38°, a często dosięga 39°—40°. Badanie palcem przez pochwę i odbytnicę zwykle nic szczególnego nie wykazuje, choć niektórzy [WALCHA] zaznaczają, że można wyczuć rodzaj obrzęku w dolnej części kiszki esowatej.

Dość prędko, gdyż po upływie 1—2, dni powyżej wymienione objawy słabną: ciepłota obniża się, ból się zmniejsza, odporność mięśniowa w okolicy lewego dołu biodrowego niknie, i wtedy możemy wyczuć ponad więzmem POUPART'a guz kielbasowaty, twarde, bolesny, ponad którym odgłos wypukowy bywa stępiony.

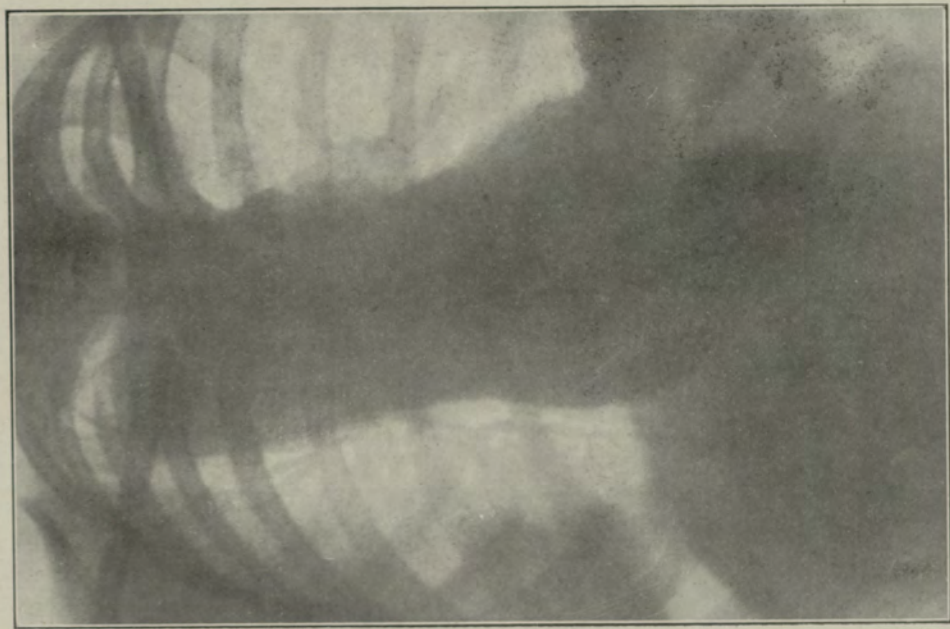
Rektoskopia w tych przypadkach pewnych danych nie dostarcza; zresztą rzadko ją dotąd stosowano. ROSENHEIM, BOAS, MATHEWS zaznaczają, że można znaleźć objawy przekrwienia: śluzówka zaczerwieniona, łatwo krwawi przy dotykaniu jej rurą rektoskopu. Nadto ROSENHEIM spostrzegł gdzieś gdzieś ciemno-czerwone plamy oraz powierzchowne utraty tkanki; zdaje się jednakże, iż w tych przypadkach sprawa zapalna sięgała już głębiej, przechodząc na otrzewną.

Przebieg ostrego zapalenia esicy bywa krótkotrwały. Objawy chorobne nikną szybko, skoro tylko chory oddał stolec twarde, z domieszką śluzu lub kawaleczków śluzówki. Wogóle cała sprawa trwa około tygodnia. Po upływie tego czasu guz znika najczęściej zupełnie, niekiedy jednakże można jeszcze w ciągu paru miesięcy wyczuć kiszkę esowatą pod postacią twardego sznura [МАУОР].

Dodatek do № 40 Gazety lekarskiej, do artykułu D-ra St. Janczurowicza.



Tab. I.
PRZYPADK PIERWSZY.



Tab. II.
PRZYPADK TRZECI.

Ostre zapalenie esicy może rozejść się zupełnie, może przejść w przewlekłe lub wreszcie może dać ostre zapalenie okołokiszkowe—*perisigmoiditis acuta*.

Anatomia patologiczna tej postaci zapalenia jest dotąd bardzo słabo opracowana i opiera się przeważnie na analogii ze sprawami zapalnymi kiszek wogóle. Mamy tu do czynienia głównie z przekrwieniem i nacieczeniem śluzówki, błony podśluzowej i mięśniowej. Grudki chłonne są liczne i nacieczone. W gruczołach kiszkowych obfite złuszczenie nabłonka i wytwarzanie śluzu.

Leczenie ostrego zapalenia esicy polega na zastosowaniu spokoju, lodu miejscowo, makowca, względnie morfiny. Niektórzy przekładają wilgotne okłady rozgrzewające nad lód, lecz on, zdaniem PATEL'a, ma działać szybciej. W 3-im lub 4-ym dniu choroby należy dać choremu olej rycynowy w kilku niewielkich dawkach. Te środki zwykle w zupełności wystarczają, o ile choroba nie prowadzi do ropienia.

Perisigmoiditis acuta. Tę postać zapalenia możnaby podzielić, jak to czyni SAILLAUT, na *perisigmoiditis acuta adhaesiva* i *perisigmoiditis acuta suppurativa*.

Perisigmoiditis acuta adhaesiva może się rozwinać samoistnie lub też powstać z poprzedzającego je przewlekłego zapalenia esicy (*sigmoiditis chronica*). Wyżej już mówiliśmy, że zarówno ten, jako też i ropny typ zapalenia okołoesicowego powstaje, jeżeli niezawsze, to przynajmniej bardzo często z uchyłków tejże кишки.

O b j a w y. Osobnik, mający się zupełnie dobrze lub też cierpiący od jakiegoś czasu na przewlekłe zapalenie кишки esowatej, dostaje nagle bólów, które zaczynają się w jednym punkcie, lecz szybko szerzą się na cały brzuch. Bole mają charakter otrzewnowy: ucisk ręki, a nawet kołdry, poruszanie łóżka zwiększają je. Brzuch wzdęty, wymioty, zaparcie, rzadziej rozwolnienie, ciepłota podniesiona do 39° lub 40°, tętno 110 do 120. Po paru lub kilku dniach, gdy wrażliwość brzucha pod wpływem lodu i spokoju zmniejszy się, można wyczuć w dole biodrowym guz, bardzo bolesny na ucisk, twardy. Kształt guza może być wałkowany lub okrągławy, wielkość rozmaita; pozatem guz może być przesuwalny [zwłaszcza w kierunku poprzecznym] lub też zupełnie nieruchomy. Po kilku dniach [około tygodnia] chory oddaje stolce twarde z domieszką śluzu, ciepłota opada, guz się zmniejsza, staje się mniej bolesny, i chory pomału przychodzi do zdrowia. Jednakże obrzmienie w okolicy lewego dołu biodrowego utrzymuje się jeszcze długo, zanim zniknie zupełnie. ROSENHEIM wyczuwał guz jeszcze po upływie 6-u tygodni, a MAYOR po upływie dwu miesięcy. Omawiane cierpienie ma skłonność do nawrotów. Wreszcie ta postać zapalenia może przechodzić w zapalenie ropne.

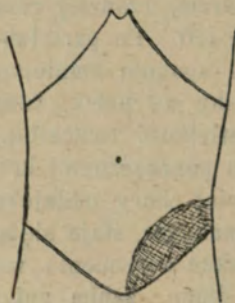
Perisigmoiditis acuta suppurativa. Oto przykład znów z kliniki JABOULAY'a [33]: 21-letni mężczyzna, dotychczas zdrowy, raptem poczuł ból gwałtowny w lewej stronie brzucha, co zmusiło go położyć się do łóżka. W ciągu dwu dni ból się wzmacniał, poczem wystąpiło wyraźne obrzmienie na miejscu bólu. Kilkakrotne wymioty, dreszcze. W 8 dni po rozpoczęciu chory wstąpił do szpitala. Twarz zmieniona, oczy błyszczące, od wczoraj wymioty

i czkawka, stolec i gazy nie odchodzą, ciepłota 39,2°, tętno 120. Brzuch wzdęty, nieruchomy w dolnej części przy oddechaniu, okolica lewego dołu biodrowego wypukłona. Odporność ścian brzucha powiększona, zwłaszcza w dolnej lewej części. Na 4 poprzeczne palce pod pępkiem i na lewo od niego wyczuwalne obrzmienie wielkości dłoni, położone tuż pod ścianą brzuszną przy zewnętrznym brzegu lewego mięśnia prostego. Wypukiwanie na tem miejscu daje odgłos przytłumiony. Laparotomia. Tuż pod otrzewną ścienną znaleziono guz, twardy, chełbozący, czerwony, leżący na wewnątrz od esicy w krecie tejże kiszki. Po przecięciu guza wypływa około dwu szklanek cuchnącej ropy. W kilka tygodni potem zupełne wyleczenie.

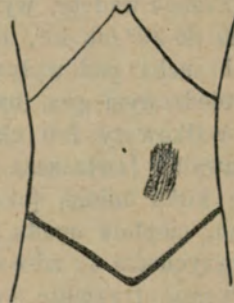
Omawiana postać zapalenia okołosiecowego (*perisigmoiditis acuta purulenta*) niezawsze zaczyna się gwałtownie. Zdarza się, że objawy rozwijają się stopniowo na tle ogólnego niezytu kiszek (*entero-colitis*). Skoro jednakże dochodzi do wytworzenia ropy, występuje wysoka gorączka o typie ciągłym, częste tętno, objawy otrzewne [bole i wzdęcie brzucha, wymioty, zatrzymanie stolca i gazów]. Objawy miejscowe mogą się przedstawiać rozmaicie, co głównie zależy od umiejscowienia ropnia. PATEL [33] stara się ująć te objawy w pewne typy, których podaje pięć.

A więc odróżnia:

1) Ropnie przednio-dolne (*abcès antéro-inférieurs*, rys. 1) leżą bezpośrednio ponad więzłem POUPART'a, poza kanałem pachwinowym, nieco bliżej kości łonowej, niż kolca biodrowego przedniego górnego. Te ropnie znajdują się tuż poza ścianą brzuszną i są wewnątrzotrzewne. Punktem ich wyjścia bywa prawdopodobne owrzodzenie na wypukłej, t. j. przeciwkrekowej powierzchni nieruchomego odcinka esicy.



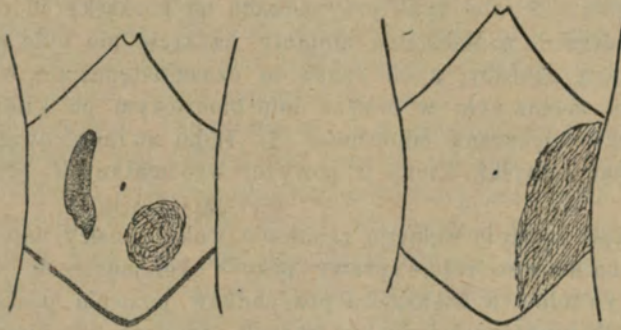
Rys. 1.



Rys. 2.

2) Ropnie przednio-górne (*abcès antéro-supérieurs*, rys. 2) leżą na zewnętrznym brzegu lewego mięśnia prostego, nieco poniżej pępka, w punkcie odpowiadającym linii półkulistej DOUGLAS'a. Te ropnie także przylegają do przedniej ściany brzusznej i są wewnątrzotrzewne. Miejscem ich wyjścia bywa przeciwkrekowa część ruchomego odcinka esicy. Ma to być typ najczęstszy.

3) Ropnie śródkrezkowe (*abcès intra méso-côliques*, rys. 3) mieszczą się pomiędzy rozdzielonymi listkami krezki esicy. Są to ropnie pozaotrzewne i punktem ich wyjścia bywa miejsce przymocowania krezki w ruchomym odcinku kiszki esowatej. O ile ropień przylega do przedniej ściany brzusznej, odgłos wypukowy ponad nim jest tępy; jeżeli go pokrywają jelita, odgłos wypukowy jest bębniasty.



Rys. 3.

Rys. 4.

4) Ropnie biodrowe tylne (*abcès rétro-iliaques*) i 5) ropnie lędźwiowe (*abcès lombaires* rys. 4), które PATEL rozdziela, można śmiało połączyć w jedną postać. Rozwijają się one w tkance łącznej tej części krezki, która przytwierdza nieruchomy odcinek esicy do tylnej ściany brzucha. Odpowiednio do tego obrzmienie i ból występują w okolicy lędźwiowej; natomiast objawy otrzewne są wyrażone bardzo słabo, guz od przodu jest trudniej wyczuwalny. Jedyną różnicą pomiędzy t. zw. przez PATEL'a *abcès rétro-iliaques* a *abcès lombaires* polega na tem, że pierwsze rozlewają się szerzej w okolicy lędźwiowej, gdy drugie przez trójkąt PETIT'a¹⁾ dążą na zewnątrz, co prawdopodobnie zależy od przypadkowych stosunków anatomicznych.

Co się tyczy dalszego przebiegu ropni, powstałych przy kiszce esowatej, to przebieg ten może być rozmaity. Niektóre z nich [przednio-dolne i lędźwiowe] mogą się ostatecznie otworzyć same na zewnątrz. Częściej zdarza się, że ropień się opróżnia do któregoś z narządów wewnętrznych. Tak więc w dwu przypadkach MAYOR'a ropień opróżnił się do kiszki i chorzy wyzdrowieli. Jednakże tak pomyślnie zejście nie zawsze się zdarza. Co do innych narządów, należy wspomnieć, że dość często ropień otwiera się do pęcherza [HEPNER, KOCH, SIDNEY-JONES, WALDVOGEL], do jelita cienkiego [LEJARS] wreszcie do otrzewnej [WALCHA, MERTENS]. To powikłanie prowadzi zwykle do ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej.

¹⁾ Trójkąt PETIT'a jest ograniczony przez grzebięną kości biodrowej i przez mięśnie *m. obliquus ext.* i *m. latissimus dorsi*.

W końcu roku zeszłego LEJARS [34] opisał dwa przypadki ropnego zapalenia okołosiecowego, które naśladowało niedrożność jelit i za nią było przyjęte. Cierpienie rozwijało się stopniowo na tle chronicznych zapaleń, które pomału przeszły w niedrożność z objawami niskiej ciepłoty, wzdęcia brzucha, słabego i częstego tętna, wymiotów, a w drugim przypadku—wzmoczenia ruchów robaczkowych. Operacja w obu przypadkach wykazała, że miało do czynienia z ropniem przy kiszce esowatej. L. zwraca uwagę na następujące szczegóły: w obu tych przypadkach na początku choroby było niewielkie, krótkotrwałe podniesienie ciepłoty, zaparcie nie było stałe w ciągu całego przebiegu choroby, a od czasu do czasu ustępowało; wreszcie w drugim przypadku można było w lewym dole biodrowym po kilku dniach wykryć stępienie i zwiększoną odporność. L. radzi zwracać uwagę na te objawy, by uniknąć pomyłki, którą w powyżej wspomnianych przypadkach popełniono.

Przy rozpoznawaniu ropnego zapalenia wokół esicy należy mieć u kobiety zawsze na uwadze ropne sprawy przy- i okołomaciczne. Dokładne badanie obok wywiadów w większości przypadków pozwala postawić dokładne rozpoznanie. W niektórych jednakże razach staje się ono niemożliwym, a to tem bardziej, że ropień od lewych przydatków może się szerzyć do esicy, jakiegoś o tem już wyżej przy omawianiu jej anatomii wspominali. MICHAUX [27] opisał przypadek, w którym od ropnia w lewym jajniku rozwinęło się ropienie, które przeszło po tkance łącznej w krezce kiszki pod mięśniem lędźwiowo-udowym (*m. psoas*) aż do wnęki nerkowej. Podczas operacji M. znalazł ropień w krezce kiszki esowatej, rozpoznał ropne zapalenie okołosiecowe, i dopiero badanie pośmiertne całą sprawę wyjaśniło.

Także trudne do rozpoznania są przypadki nowotworów kiszki esowatej, które spowodowały przeżarcie jej ściany i ropienie [TUFFIER].

W przypadkach ropnego zapalenia okołosiecowego należy mieć zawsze na widoku ropne zapalenie z przedziurawieniem wyrostka robaczkowego. Wiadomo, że długi wyrostek może się przylepiać do esicy, do otrzewnej w lewym dole biodrowym i tu wywoływać ropienie. Tą drogą powstałe ropnie zupełnie naśladują taki obraz, jaki dziś znamy pod nazwą *perisigmoiditis suppurativa*. KRAJEWSKI w swej pracy o zapaleniach wyrostka robaczkowego [13] bardzo szczegółowo uwzględniła anatomiczną i w części kliniczną stronę tych ropni. OBRAZCOW [3], który jeden z pierwszych w r. 1895 pisał o zapaleniach okołosiecowych, przypuszczał, że to cierpienie zawsze powstaje wskutek dalszego szerzenia się sprawy zapalnej z wyrostka robaczkowego na esicę. Gdy weszła na porządek dzienny sprawa samoistnych zapaleń kiszki esowatej, poczęto z nią wiązać przyczynowo wszelkie ropienia w jej okolicy. Wskutek tego przytaczana w większych pracach o „*sigmo-perisigmoiditis*“ kazuistyka tego cierpienia zawiera znaczną liczbę przypadków operowanych i nieoperowanych, o których można tyle powiedzieć, że był tam ropień w okolicach esicy. Być może, że zupełną ma rację JALAGUIER [28], twierdząc, że wiele z pomiędzy przypadków, opisywanych dziś jako zapalenia okołosiecowe, należałoby zaliczyć do zapaleń wyrostka robaczkowego.

Leczenie ostrych zapaleń okołosiecowych zależne jest od tego, czy mamy do czynienia z postacią zlepną (*perisigmoiditis adhaesiva*), czy też z ropną (*perisigmoiditis suppurativa*). W pierwszym razie należy stosować spokój, łód na brzuch, narkotyki; natomiast w razie ropienia wskazana jest operacja. Zależnie od umiejscowienia ropnia, cięcia należy wykonywać wzdłuż więzów POUPART'a, wzdłuż zewnętrznego brzegu lewego mięśnia prostego lub w innym miejscu. O ile ropień nie przylega do przedniej ściany brzusznej, po otworzeniu jamy otrzewnej należy też jamę zabezpieczyć od rozlania ropy pasami gazy, którymi otaczamy i osłaniamy guz, poczem tenże otwieramy. W przypadkach ropni lędźwiowych, szerzących się bardziej ku tyłowi, cięcia lędźwiowe jest najodpowiedniejsze.

Sigmoiditis chronica. Cierpienie to może przedstawiać się jako dalszy ciąg ostrego zapalenia lub też od razu rozwija się pod postacią przewlekłą. W tym ostatnim razie powstaje ono na tle bardziej rozległych zaburzeń kiszkowych (*entero-colitis mucomembranacea*), występujące tylko wyraźniej w esicy, jako w miejscu większego nagromadzenia się kału. Toteż i objawy przewlekłego zapalenia esicy rzadko występują samodzielnie, a przeważnie wklajają się objawami ze strony prostnicy oraz wyżej położonych części кишки grubej i jelit cienkich. Chorzy cierpią na uporczywe zaparcia, naprzemian z rozwolnieniami, na bole napadowe brzucha i na rozmaite dolegliwości nerwowe. Charakterystyczne dla przewlekłych zapaleń esicy mają być ranne rozwolnienia [BOAS]. Bole występują jako kurcze grubej кишки bez parcia na stolec [HELBER]. Chory oddaje ze stolcami duże płyty śluzu, a od czasu do czasu krew. Zaparcia przy chronicznem zapaleniu esicy mogą mieć charakter atoniczny lub spastyczny. Chroniczne zaparcia atoniczne mogą być wrodzone lub też nabyte wskutek przewlekłej sprawy zapalnej w kiszce esowatej. Zaparcia spastyczne stanowią objaw, który raz występuje wskutek zwiększonej pobudliwości mięśniowej w samej esicy, innym razem jest tylko odruchem cierpienia innego narządu. Charakterystyczne mają być dla obu tych postaci zaparcé stolce [35]. Przy atonicznej postaci zaparcé kał przedstawia się jako krótkie, cienkie wałeczki, lub twarde, zbite bobki, pokryte przezroczystym śluzem. Zaparcia spastycznie przy zapaleniach esicy dają kał pod postacią wałków dłuższych, bardziej miękkich i niekiedy spłaszczonych na powierzchniach przeciwnych. Miejscowo przy przewlekłych zapaleniach esicy wyczuwamy też kizskę, jako twardą, bolesną na ucisk kielbasę, która czyni wrażenie odmienne od tego, jakie nam daje prawidłowa esica przy omacywaniu, wyczuwalna zwykle pod postacią sznura lub twardego ołówka. Duże znaczenie może tu mieć romanoskopia; dotąd jednakże niewiele jeszcze poczyniono w tym kierunku spostrzeżeń. HELBER widział w tego rodzaju przypadkach rozpułchnienie i przekrwienie śluzówki, ziarninę i nadżarcia na niej. ROSENHEIM opisał polipowate narośle, które dawały powód do ciągłych krwawień.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

87. J. Dogiel. Przyczynek do anatomii serca żaby i żółwia ¹⁾.

Zasłużony fizyolog w pracy swojej podaje wyniki badań anatomicznych nad sercem żaby (*rana esculenta*), oraz żółwia (*emys caspica*), rzucające poważne światło na czynność serca tych zwierząt. Mięśnie przedsionków, przegrody międzyprzedsionkowej, komory oraz opuszki aorty należą do tkanki poprzecznie prążkowanej, mięśnie zaś wpustu wielkich żył do tkanki mięśniowej gładkiej. I te i tamte tworzą gęstą sieć powikłanych ze sobą pęczków mięśniowych i drobnych ich rozgałęzień. Przedsionki i ich przegroda oddzielone są od komory warstwą łącznotkankową, nie zawierającą wcale tkanki mięśniowej. Na granicy tej warstwy zarówno pęczki mięśniowe przedsionków, jak mięśnie komory tworzą zagięcia łukowate, których wypukłości zwrócone są w przeciwnym kierunku. Ani pęczki włókien mięśniowych, ani pojedyncze włókna nie łączą przedsionków i ich przegrody z mięśniami komory i opuszki aorty. To, że połączenia takie, acz bardzo słabe, znajdowano, może sobie autor wytłómaczyć chyba tylko przesunięciem pojedynczych włókien przy robieniu preparatów skrawkowych.

Włókna oraz komórki nerwowe znajdował autor u wpustu żył, na przedsionkach i na komorze, wreszcie, w postaci obfitej sieci na opuszcze aorty. Komórki zwojowe, rozrzucone grupami, znajdował między innymi w górnej części komory, u jej podstawy, w miejscach, odpowiadających zastawkom przedsionkowo-komorowym. Autor stwierdził żywą wymianę włókien nerwowych pomiędzy zwojami REMAKA, LUDWIGA i BIDDER'a, co zdaje się stanowić wspólną właściwość dla całego świata zwierzęcego, do człowieka włącznie,

Przedsionki z komorą łączą włókna nerwowe, które wychodzą ze zwojów BIDDER'a [w przegrodzie międzyprzedsionkowej]; w miejscu zastawek przedsionkowo-komorowych dzielą się na dwie, trzy, czasem cztery gałązki i w dalszym przebiegu, tuż pod nabłonkiem wsierdza, rozsypują się na drobne włókienka nerwowe, rozgałęziające się w różnych kierunkach od podstawy komory aż do jej wierzchołka i wdrażające się pomiędzy pęczki mięśniowe komory. Podczas badania tych włókien nerwowych autor napotkał parokrotnie towarzyszące im włókna mięśniowe, które na pierwszy rzut oka imponowały, jako most mięśniowy pomiędzy przedsionkami z komorą. Jednakże przy bliższem rozpatrzeniu okazało się, że włókna te, wzdłuż których kładły się włókna nerwowe, należały całkowicie do muskulatury komory. Co się tyczy stosunku nerwów do mięśni, to autor nie był w stanie wykryć zakończeń nerwowych w kształcie guziczków, które opisywał RANVIER. Z badań autora wynika, że włókienka nerwowe bądź idą równolegle do pęczków mięśniowych, bądź wdrażają się wgłęb ich. Nie jest wyłączone przypuszczenie, że pojedyncze włókienka nerwowe unerwiają i pobudzają do skurczu liczniejsze włókna mięśniowe.

(Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwicklungsgeschichte, t. 70).

W. Starkiewicz.

¹⁾ Praca ta stanowi niezmiernie ważne poparcie teorii neurogenetycznej czynności serca. (Przyp. Red.).

88. Brandweiner. Przyczynnik do statystyki chorób wenerycznych.

Na mocy swego dość dużego klinicznego materiału chorych wenerycznych [7417 chorych 3612 mężczyzn i 3805 kobiet] autor przyszedł do następujących wniosków:

1) Z chorób wenerycznych u obu płci najwięcej jest rozpowszechniony syfilis [47%], potem idzie rzeżączka i kombinacja tych dwu chorób. Jednocześnie istnienie wszystkich trzech chorób wenerycznych u jednego osobnika wcale nie należy do rzadkości [na 7417 przypadków autora—369].

Najrzadziej zdarza się kombinacja miękkiego szankra z rzeżączką.

2) Rozpatrując choroby weneryczne w stosunku do płci, zobaczymy, że syfilis i rzeżączka daleko częściej zdarza się u kobiet, niż u mężczyzn. Również częściej niż u mężczyzn spotykamy u kobiet jednocześnie dwie lub trzy choroby weneryczne. Wśród chorych autora liczba kobiet chorujących jednocześnie na trzy choroby weneryczne była trzy razy większą od liczby mężczyzn. Zato u mężczyzn znajdujemy daleko częściej szankra miękkiego niż u kobiet.

3) Choroby weneryczne o wiele częściej zdarzają się wśród żonatych mężczyzn, niż zamężnych kobiet.

Żonaci przeważnie chorują na rzeżączkę, gdy u zamężnych kobiet najczęściej zdarza się syfilis. Należy jeszcze zwrócić uwagę na ten fakt, że żonaci po większej części zarażają się poza domem, gdy zamężne kobiety zarażają często ich własni mężowie.

4) Wiek. Najwcześniej ze wszystkich trzech chorób wenerycznych u obu płci spotykamy rzeżączkę. Wogóle choroby weneryczne spotykamy przeważnie w młodym wieku: wśród chorych autora 87% wszystkich chorych stanowili chorzy do lat 25; liczba chorych w okresie lat od 25-u do 30-u wynosiła 19% ogólnej liczby; pozostałe 14% spotykamy w późniejszych latach.

Do lat 20-u znajdujemy częściej choroby weneryczne u kobiet, niż u mężczyzn, natomiast po latach 50-u zachodzi odwrotny stosunek.

5) Zajęcie. Rozdzieliwszy chorych wenerycznych stosownie do ich zajęcia, autor przychodzi do wniosku, że najczęściej choroby weneryczne zdarzają się wśród ludzi, mających do czynienia z artykułami spożywczymi, jak oto: wśród kelnerów, piekarzy i rzeźników. Prócz tego należy zauważyć, że wśród tej warstwy ludzi najczęściej zdarza się syfilis.

Chore autora składały się przeważnie z prostytutek, a wśród nich bardzo często i już w bardzo młodym wieku zdarza się syfilis. Z historii chorych syfilitycznych, obserwowanych przez autora, okazuje się, że większość ich przyjmowała tylko jedną swoistą kurację. Więcej niż trzy kuracje należą do rzadkości. Większą liczbę w tym kierunku dała statystyka kobiet, a to dlatego, że większość chorych kobiet stanowiły prostytutki, które obowiązkowo muszą się leczyć.

Z chorych na syfilis 5,24% przyszło do szpitala już z gumatami, a wśród nich więcej niż połowa [56,20%] wcale nie leczyła się swoiście.

Co prawda, wnioski autora dotyczą tylko pewnej części chorych wenerycznych, t. j. tych, którzy w ciągu kilku lat leczyli się w szpitalu, ale wobec znacznej liczby chorych wnioski autora posiadają szersze znaczenie.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis*. 1908, tom XII, zeszyt 1). Springer.

Zjazd higieniczny w Lublinie.

(Dalszy ciąg — Patrz Nr. 40).

O popularyzacji higieny wogóle mówił dr STERLING z Łodzi. Dr St. stwierdził nieuctwo nasze w dziedzinie wiadomości z higieny. Jest to skutek naszego niskiego poziomu kulturalnego. Ten niski poziom kulturalny, który utrudnia popularyzację higieny wśród szerokich mas, uzależniony jest u nas w pierwszym rzędzie brakiem szkół. Najważniejszym czynnikiem szerzenia higieny wśród szerokich mas winna być szkoła. By rolę tę spełniać mogła, musi mieć odpowiednio przygotowanych nauczycieli. Nauczycieli przygotowywać należy przez wydanie odpowiedniego podręcznika i katalogu istniejących pism popularnych i przez systematyczne kursy wakacyjne [wszędzie tam, gdzie istnieją oddziały W. T. H.]. Następnie W. T. H. powinno współdziałać w pracy towarzystw kulturalnych przez popieranie ich usiłowań szerzenia wiadomości przyrodniczych i wspólne wydawanie z nimi pism. Prelegent zaznacza, że lekceważenie przez księgarzy wydawnictw popularnych, więc tanich, gubi w zarodku dotychczasowe usiłowania w kierunku popularyzowania higieny.

Drugim referentem w sprawie popularyzacji higieny był dr MACIEŠZA z Płocka. Popularyzacja higieny od niedawna weszła u nas na nowe drogi. Pchnęło ją na nie zawiązanie się T-wa Hyg. i nowela z dnia 16-go października 1901 r., która pozwoliła na to, że odczyty i pogadanki stały się objawem prawie codziennym nie tylko w miastach, lecz i po wsiach, ilustrowane latorniami magicznymi. W r. 1903 sekcja higieny ludowej W. T. H. na wystawie w Miechowie zorganizowała bodaj pierwszą w Europie wystawę higieniczną dla ludności wiejskiej. Ta pierwsza próba zachęciła W. T. H. do organizowania podobnych wystaw na wystawach rolniczych powiatowych i do utworzenia stałego muzeum higienicznego w Częstochowie. Następnie rzucono projekt zorganizowania wystawy higienicznej ruchomej i zaczęto zajmować się sprawą wychowania higienicznego. W dalszym ciągu zatrzymuje się dr M. dłużej nad działalnością płockiego Domu Ludowego w kierunku popularyzowania higieny wśród warstw ludowych, działalnością owocną, i zwraca uwagę, iż w Płockiem kółka rolnicze przejęły się ideą popularyzowania wiadomości z higieny, zapraszając członków oddziału na odczyty i zapisując się na członków T. H. Wśląd za kółkami poszły i T-wa współdzielcze i sklepy spożywcze [te ostatnie przez walkę z falsyfikatami]. Z powyższych faktów wypływają wskazania dla W. T. H., a mianowicie: T. H. propagować może zasady zdrowotności na szerszą skalę tylko przy współdziałaniu Tow. oświatowych, kulturalnych i współdzielczych. Powołanie ich do tej pracy przez wydanie odpowiedniej odezwy jest obowiązkiem T. H., które wziąć powinno na siebie obowiązek wyszukiwania w miarę możliwości prelegentów i zaopatrywania ich w odpowiednie pomoce za pośrednictwem ludowej sekcji higienicznej lub innych powołanych do tego organów. W tym celu założyć należy muzeum higieniczne ruchome przy T-wie Hyg. w Warszawie, a następnie i na prowincji przy oddziałach prowincjonalnych T-wa. W końcu T-wo Hyg. rozpocząć powinno zaopatrywanie wymienionych wyżej Towarzystw w swoje wydawnictwa, oraz wziąć na siebie pośrednictwo w nabywaniu okazów i tablic.

„O zaopatrzeniu w wodę ludności wiejskiej” napisał referat dr TOŁWIŃSKI. Referat ten został odczytany trzeciego dnia obrad, z powodu choroby dra TOŁWIŃSKIEGO, przez syna jego.

Badania nad tem, jaką wodę pije ludność wiejska, przeprowadził dr TOŁWIŃSKI w pow. lubelskim, twierdzi jednak z zupełną słusnością, że taką samą wodę pije ludność wiejska i w innych częściach kraju naszego. Okazuje się, że z pomiędzy 634 osad ludzkich pow. lubelskiego, w 185-u z liczbą ludności 39,292, czyli 28,9% całej ludności powiatu, niema zupełnie studzien, a w 87-u miejscowościach z 35,761 ludności, czyli 26,2% ludności powiatu liczba studzien jest bardzo mała, cała więc ta masa ludności powiatu ze 273-a osadami ludzkimi zamieszkała przez 75,058 ludności, czyli 55,1% całej ludności powiatu używa wody do picia przeważnie z rzek, stawów, źródełek, a często z dołów, wypełnionych gnijącą wodą deszczową. Użytkuje więc ludność wodę, niодpowiadającą najelementarniejszym wymaganiom higieny. Jak złemu zaradzić? Dr T. zastanawia się obszernie nad urządzeniami dostarczania wody u narodów kulturalnych na Zachodzie Europy, w szczególności zaś nad spółkami wiejskimi wodociagowymi w Niemczech, przeniesienie zaś ich organizacyi na nasz grunt uznaje za niemożliwe: „wobec znanego nam wszystkim losu, jakiemu podlegają wszelkie stowarzyszenia, nie podobna myśleć, ażeby ludność nasza prędko nauczyła się działać w jakimkolwiek bądź kierunku wspólnymi siłami.” Jednym słowem, wysoce słusznym zdaniem dra TOŁWIŃSKIEGO, o organizowaniu podobnych spółek [o czem zapadły uchwały na X-m Zjeździe lekarzy i przyrodników], bez samorządu nie mamy co marzyć. Zrobić coś jednak potrzeba. Należy zabezpieczyć źródła, co można osiągnąć tanio przez umieszczenie krągu betonowego, w studniach dawać cembrzynę betonową i ustawiać pompy. Przeciwko picciu wody z rzek należy walczyć jak naj-usilniej. W miejscowościach nadrzecznych należy budować studnie abisyńskie, łatwe w zastosowaniu i tanie.

„O higienie mieszkań i ubiorów ludowych“ mówił dr MALEWSKI.

Dr A. PUŁAWSKI z Nałęczowa zdał sprawozdanie z 4-letniej działalności tanich kąpielii im. BOLESŁAWA PRUSA i ambulatoryum włościańskiego w Nałęczowie.

Sprawę ubezpieczenia robotników w Europie, podniósł p. KAROL ROZE z Berlina. Oświetlił on przedewszystkiem faktyczne tło sprawy i wykazał jej rodowód i stosunek do t. zw. socjalizmu państwowego. Zastanawiając się nad radykalnymi reformami, dokonanymi przez rząd niemiecki w dziedzinie ubezpieczeń robotników, p. Roze scharakteryzował te pobudki, które skłoniły rząd niemiecki do tych reform. Następnie referent rozpatrzył po kolei każdą z trzech wielkich form asekuracyjnych po kolei, wykazując odrębność każdej, oraz jej braki i zalety. Zestawiając z tem, co zrobili Niemcy na tem polu, to, co zrobiły, a raczej nie zrobiły państwa inne, stwierdził uderzający fakt, że przymusowa asekuracja, ogarniająca w Niemczech 20 milionów ludności—w Austrii jest tylko w bardzo małych rozmiarach, a w wielu innych państwach wogóle nie istnieje. Następnie p. Roze poddał wyczerpującej krytyce nowy projekt asekuracyi od starości, a który obecnie uchwalony został przez parlament angielski i niebawem wejdzie w życie. Gdy ustawa angielska ma charakter czysto filantropijny, analogiczna ustawa niemiecka jest oparta na zasadzie samopomocy; z drugiej strony ustawa angielska zapewnia rentę tylko staremu robotnikowi. Główny brak ustawy angielskiej referent upatruje w tem, że przewiduje ona tylko rentę dla starców, nie zaś dla ludzi niezdolnych do pracy, kiedy właśnie zabezpieczenie losu tej ostatniej kategorii ludzi nie jest najbardziej palącą kwestyą doby bieżącej. W dalszym ciągu referent podaje lapidarne zestawienia, rezultaty eksploatacyjne wszystkich tych ustaw asekuracyjnych w r. 1906, zaopatrując w komentarze te bardzo interesujące cyfry, przygotowane przez berliński urząd centralny na kongres higieny socyalnej w Rzymie, doprowadzone do r. 1906, z których wynika, że dzięki swojej ustawie, Niemcy mogą obecnie

rok rocznie *minimum* 60,000,000 marek wydawać na poprawę rasy przez zapobiegawcze zwalczanie chorób w najszerszym tego słowa znaczeniu, przy czem z funduszków w ten sposób zebranych wydano dotąd ogółem wyłącznie na ten cel od czasu wejścia w życie tych ustaw imponującą cyfrę 620,000,000 marek. Wzmianką, iż Niemcy, niestety, w innej, bliżej nas obchodzącej dziedzinie nie są tak humanitarne, jak w dziedzinie socyalnej, w której istotnie zdobyły sobie palmę postępu, zakończył p. ROSE swój referat.

Następnie wygłosili odczyty: dr PUŁAWSKI z Radziejowa „O walce z chorobami zakaźnymi“, bardzo ogólny, i dr J. BĄCZKIEWICZ z Warszawy „O walce ze śmiertelnością dzieci“, szeroko pomyślany i zawierający wszystko dotyczące tej kwestyi.

W końcu z odczytów, mających ścisły związek z higieną dziecka, wypowiedział referat dr T. HERYNG z Warszawy [z pokazem aparatu] p. t.

„Nowa metoda wyjaławiania mleka z zachowaniem jego zaczynów i ciał ochronnych“.

Żadna ze znanych metod wyjaławiania nie jest w możności uczynić mleko zupełnie jałowem bez rozkładu zawartych w niem ważnych zaczynów i ciał ochronnych. Zasada postępowania dra HERYNGA przy wyjaławianiu mleka polega na tej własności zaczynów mlecznych, że z wyjątkiem lipazy znoszą one bez rozkładania się ciepłotę 75°C, jeśli nagrzanie trwa bardzo krótko, t. j. 5—10 sekund i gdy mleko zaraz zostanie stosownie oziębionem [8—10°C]. Do tego celu zbudował dr H. mały przyrząd, przeznaczony do użytku domowego, który w jak najkrótszym czasie może wyjałowić 200—250 gram. mleka, t. j. dawkę dostateczną do jednorazowego nakarmienia dziecka. Za pomocą pary lub nagrzanego, ściśnionego powietrza mleko zostaje rozpylonem przy pomocy pulweryzatora w szklanym kondensatorze, w którym nagrzane do 75—80°, skrapla się i spływa do odbieralnika i w nim natychmiast oziębianem zostaje.

Opisana powyżej metoda wyjaławiania mleka, przy 75°C przedstawia korzyści następujące:

1) Mleko zachowuje swe fizykalne własności, t. j. kolor, zapach, smak i tłuszcze. Ilość cukru jest nieco zmniejszona stosownie do ilości dodanej wody, koniecznej w mleku przeznaczonem dla niemowląt.

2) Substancje białkowe pozostają niezmiennymi.

3) Mleko takie przy ciepłocie 10°C. nie ściina się i nie kiśnie przez 6 do 8-u dni.

4) Przy ciepłocie 4°C, mleko to nie kiśnie przez dni 10, jeżeli przechowano je bez dostępu światła.

5) Stanowi ono najodpowiedniejszy pokarm dla niemowląt, i nie wymaga powtórnego przygotowywania. Najlepiej przechować je w półlitrowych flaszkach „Thermos“, w których zachowuje ono ciepłotę do 14-u godzin.

6) Mleko przez rozpylanie ulega homogenizacji.

6) Podana tu metoda wyjaławiania mleka może być zastosowana i do wielkich mleczarni, wymaga jednak, aby do rozpylania używać przegrzanego i sterylizowanego powietrza, pod odpowiednim ciśnieniem.

8) Aparat opisany jest prosty w zastosowaniu, tani, daje temp. stałe 75°C—80°C, bez potrzeby użycia kontroli termometru.

9) Wyniki moje, zostały sprawdzone w Berlinie w Instytucie higienicznym przez prof. FICKER'a i w Warszawie przez dra SERKOWSKIEGO i ŻURKOWSKIEGO. Badania dra SERKOWSKIEGO, który zakażał mleko surowe lasecznikami grzłicy, drobnoustrojami tyfusu, ropienia i lasecznikami zawierającymi zarodniki, a następnie wyjaławiał, przepuszczając przez aparat, wykazały, że bakterie chorobotwórcze ulegają zniszczeniu przy ciepłocie, o 10°C niższej, aniżeli przez proste ogrzanie mleka.

10) Co do ilości bakterii, to prof. FICKER otrzymał przy pomocy tego aparatu redukcje kolonii z 908000 w jednym CC, do 80 kolonii; przytem ani substancje białkowe ani fermenty nie zostały zmienione.

Uchwały Zjazdu.

W sprawie samorządu.

Samorząd ziemski i miejski faktyczny, nie zaś nominalny, jest warunkiem nieodzownym poprawy stosunków zdrowotnych i normalnego rozwoju; szczególnie ważnem jest wprowadzenie samorządu dla uruchomienia kapitałów oraz wszelkich operacji finansowych na cele zdrowotne, wymagają, one atoli niezmiernie ścisłej kontroli obywatelskiej.

W sprawie uzdrowotnienia Lublina.

1) Wodociąg, zaopatrujący miasto Lublin w wodę, lubo pod względem własności wody przy dzisiejszem małym jej zapotrzebowaniu nie nastrocza poważnych zarzutów, wszakże, wobec dokonanych przez kompetentne organy studyów, może być uważany tylko za prowizoryum, lecz nie za stałe normalne urządzenie.

2) Rzeźnia, ze względu na urządzenie zewnętrzne i na położenie względem miasta (w górze rzeki), winna być przeniesiona i zbudowana według nowoczesnych wymagań.

3) Wobec olbrzymiego zanieczyszczenia gruntu i rzek, przepływających w mieście, najpilniejszą sprawą jest urządzenie kanalizacji, tymczasowo zaś zaleca się zastosowanie metod biologicznych przy instytucjach, których ścieki są najniebezpieczniejsze dla zdrowia publicznego, mianowicie przy szpitalach.

4) Zapoczątkowanie bruków z gładką powierzchnią zasługuje na uznanie.

5) Wskazaniem jest uregulowanie skarp od strony ulicy Podwale zapomożą zadrzewienia oraz dalsze zadrzewianie placów miejskich.

6) Przeniesienie targowisk miejskich ku obwodowej części miasta jest również wskazane.

7) Dalszy rozwój m. Lublina na drodze uzdrowotnienia jest w znacznej mierze zależny od częściowego chociażby uregulowania warunków zdrowotnych jego przedmieść, jako też położonych między miastem a temi przedmieściami gruntów i osad wiejskich.

8) Sprawą pierwszorzędnej wagi jest sporządzenie nowego planu regulacyjnego miasta i włączenie przedmieść do miasta.

9) Urządzenie instalacji elektrycznych dla przeprowadzenia tramwaju i oświetlenia, i użytkowania ich jako dźwigni, jest konieczną i niezbędną potrzebą miasta; przyczyni się ono zwłaszcza do zaspokojenia potrzeb ludności mniej zamożnej pod względem zdrowych mieszkań, da bowiem możność korzystania z mieszkania poza granicami miasta.

10) Konstatując znaczne ulepszenia w szpitalnictwie lubelskiem, Zjazd podnosi konieczność powiększenia liczby łóżek i przedewszystkiem zbudowania szpitala dla chorych zakaźnych, którego brak odbija się na niezwykłym szerezeniu się śmiertelności z tego rodzaju chorób.

Wreszcie pierwszy Zjazd Hygieniczny prowincjonalny (uznając, że wszelkie uczynione przezeń uwagi i wnioski noszą na sobie cechę tymczasowej dzia-

łałości) z uznaniem podnosi już zapoczątkowane przez prezydenta miasta, radnych magistratu i zebranie obywateli miasta Lublina starania o zaprowadzenie racjonalnej kanalizacji, rozszerzenie i ulepszenie wodociągów, budowę rzeźni, tramwajów, oświetlenia i t. p., a stwierdzając, że jest to jedyny środek, mogący uzdrowotnić miasto — jest zdania, że wszelkie roboty przygotowane, zmierzające do zaprowadzenia wyżej wymienionych ulepszeń, winny być jak najenergiczniej prowadzone, bynajmniej zaś nie odkładane aż do zaprowadzenia instytucji samorządnych.

[D. n.].

Wiadomości bieżące.

— Szczepienia ochronne przeciw cholery dokonywane być mają u nas w ambulatoriach szpitalnych. Wskazówki do stosowania szczepionki przeciw cholery w numerze niniejszym skreślił kol. L. KARWACKI; zasady, na których opiera się uodpornianie przeciwko cholery oraz różne metody przygotowania szczepionek [HAFKIN'a, LUSTIG-GALLOTT'ego, KOLLE'go BESREDKA'y, NEISSER'a i SHIGA'y] Gazeta Lekarska podała w artykule p. t. „O szczepionkach przeciwcholerycznych według wykładu J. PRUSZYŃSKIEGO, wygłoszonego na Zjeździe Hygienicznym w Warszawie dnia 14-go maja 1905 r.

— Dr TALKO-HRYNIEWICZ, lekarz okręgowy z Troickosawska, mianowany został profesorem antropologii na Uniw. Jagiellońskim.

— Dr HENRYK EBERS zwinął zakład wodolecznicy na Lido pod Wenecją.

— Dr KAROL TOKARSKI objął kierownictwo zakładu naleczowskiego na miejsce dra ARKADYUSZA PUŁAWSKIEGO, który po wieloletniej, wielce owocnej dla Naleczowa działalności, przenosi się na stały pobyt do Warszawy.

— Z 20-go na 21-szy września w szpitalach w Petersburgu leżało chorych na cholery 1422, przybyło chorych 386, zmarło 153, a od początku epidemii było chorych na cholery 2811, z tego zmarło 914; śmiertelność wynosi przeszło 32%.

— W ciągu pierwszego tygodnia epidemii cholery dokonano w Petersburgu 3389 szczepień ochronnych.

— Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim Uniwersytetu we Lwowie w r. 1908.

Kursa te trwać będą od dnia 1-go do 20-go grudnia 1908 r. Zapisy przyjmuje Kwestura Uniwersytetu od 16-go listopada do 1-go grudnia. Godziny wykładowe w przeważnej części wykładow będą oznaczone później w porozumieniu z uczestnikami. Liczba uczestników dla niektórych wykładów ograniczona. Zgłoszenia przyjmuje i bliższych wiadomości udziela prof. dr JAN RAOZYŃSKI we Lwowie, ul. Sienkiewicza Nr. 9.

I. Bakteryologia, farmakologia, patologia.

1) Prof. dr E. BIERNACKI: Hematologia praktyczna. 4 godziny tygodniowo. Czesne 20 kor.

2) Prof. dr P. KUČERA: Bakteryologia lekarska z szczególnem uwzględnieniem rozpoznawania bakteryologicznego w praktyce [najwyżej 10-u uczestników. — Ewent. w godzinach wieczornych]. 6 godzin tygodniowo. Czesne 25 kor.

3) Prof. dr L. POPIELSKI: O najnowszych środkach lekarskich. 5 godzin tygodniowo. Czesne 25 kor.