

ZDROWIE

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO

Prenumerata roczna 12 zł.

Pojedynczy numer 1.20 zł.

SANTALOL
SALOL
UROTROPINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI
GLUTENOWE

MOCZOPĘDNY

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY
KOJĄCY

PRZECIWGNILNY

RZEZĄCZKA

ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE PĘCHERZA
MOCZOWEGO

ZAPALENIE
MIEDNICZEK I NEREK

ZAPALENIE NEREK

KOPONOCZ



LABORATORYUM Dr M LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.

ZAPARCIE NAWYKOWE
CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIĘCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO

CASCARINE



LEPRINCE

$C_{12}H_{10}O_5$

ŚRODEK

$C_{12}H_{10}O_5$

ROZWALNIAJĄCY

LECZĄCY RACJONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.

LABORATORYUM Dr. M LEPRINCE'a, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

ODDZIAŁ DLA POLSKI, MOKOTOWSKA 57 m. 6 W WARSZAWIE.

UNIwersytecka Szkoła Pielegniarek i Higjenistek w Krakowie

otwiera nowy kurs dnia 1 września 1929 r.
Nauka trwa 2 lata; przyjmuje się tylko
internistki. Wykształcenie 6 klas gimnazjal-
nych, lub równorzędne.

ZGŁOSZENIA:

DYREKCJA UNIwersYT. SZKOŁY PIELEŃNIAREK i HIGJENISTEK
KRAKÓW, KOPERNIKA 23.

VII ZJAZD POWSZECHNY HIGJENISTÓW POLSKICH

POŚWIĘCONY SPRAWOM
ZDROJOWISK I UZDROWISK POLSKICH
ODBEDZIE SIĘ W DNIU 4 i 5 WRZEŚNIA R. B.
W INOWROCŁAWIU

Składka — 15 zł.

ZAPISY NA CZŁONKÓW ZJAZDU PRZYJMUJE
KANCELARJA WARSZAW. TOW. HIGJENICZNEGO
WARSZAWA, KAROWA 31 — TEL. 63-46.

Z D R O W I E

ORGAN WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGJENICZNEGO
POŚWIĘCONY HIGJENIE PUBLICZNEJ.

POD REDAKCJĄ D-ra MARCINA KACPRZAKA

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. Jan Bączkiewicz, Prof. Stanisław Bądziński, Dr. Józef Celarek, Dr. Witostaw Dąbrowski
Dr. Aleks. Fruchman, Prof. Dr. Paweł Ganikowski (Poznań), Dr. Marcin Garbaczewski (Lublin)
Dr. Fr. Grodecki, Dr. M. Gromski, Dr. L. Hirsfeld, Inż. K. Jakimowicz, Doc. Tom. Janiszewski
Gen. Inż. Eug. Kałkowski, Prof. Br. Koskowski, Dr. Bronisław Krakowski, Zygmunt Limanowski
Dr. Szczepan Mikołajski (Lwów), Dr. Jan Opieński (Lwów), Prof. Dr. Eugeniusz Piasecki (Poznań)
Dr. A. Puławski, Inż. I. Piotrowski, Prof. Rapczewski, Dr. M. Roszkowski, Pułk. Dr. Stefan Rudzki
Inż. Z. Słomiński, Dr. St. Skalski (Łódź), Dr. Stefan Sterling-Okuniewski, Dr. Wład. Starkiewicz
Prof. Dr. Zdzisław Steusing (Lwów), Dr. Wład. Światopełk-Zawadzki, Doc. Dr. Gustaw Szulc
Dr. Wł. Tołwiński (Lublin), Dr. Cezary Wichrowski, Dr. Czesław Wroczyński, Dr. Józef Zawadzki

Od Redakcji.

Warszawa, Sierpień 1929

Towarzystwo Balneologiczne w Krakowie ogłosiło odezwę treści następującej:

„Polskie Towarzystwo Balneologiczne zwraca się do całego polskiego społeczeństwa, w szczególności do wszystkich lekarzy z gorącym apelem z powodu jawnego postponowania w tym roku krajowych uzdrowisk. Uzdrowiska weszły na drogę postępu. Zarządy ich inwestowały i inwestują w urządzeniach bardzo znaczne sumy. Chcą dorównać uzdrowiskom zagranicznym. Nieuznawanie tej pracy i dławienie jej niemal w zarodku, przynosi niepowetowane szkody materialne i nie mniejsze moralne, a tego w młodym naszym państwie, organizującym się we wszystkich gospodarczych dziedzinach musimy za wszelką cenę unikać. Trzeba budować i wzmacniać, a nie zbuduje się gospodarczej tężyzny narodu i państwa, jeżeli wdzielec

budowania nie bierze udziału w ten czy inny sposób całe społeczeństwo. Nasze uzdrowiska to niezmiernie ważna gałąź narodowego gospodarstwa i wielki skarb narodowy. Umiejmy ją ocenić należycie i umiejmy dbać o nie“.

A więc uzdrowiska nasze przeżywają dość ciężki kryzys, co dla nas higienistów nie jest obojętne. Być może, że Towarzystwo Balneologiczne nieco zgęściło barwy, być może, iż niektóre wnioski są zbyt pesymistyczne, a może nawet zwroty niezupełnie słuszne, tem nie mniej sprawa wymaga bacznej uwagi. Najpierw jest to opinia instytucji miarodajnej, która położyła już duże zasługi w rozwoju uzdrowisk polskich i dlatego głos ten jest większej wagi. Gdzie źródło zła? Niewątpliwie jest to przede wszystkim zagadnienie ekonomiczne. Liczne uzdrowiska nasze z rozwojem czasu winny stać się jedną z bardzo ważnych gałęzi gospodarki narodowej, ale dziś jeszcze niemi nie są. Tymczasem wymagają one znacznych wkładów, nie zawsze opłacających się nawet, przynajmniej początkowo, czego nie chce zrozumieć przeciętny obywatel. Ciężki stan ekonomiczny kraju utrudnia bardzo większe inwestycje w naszych uzdrowiskach, w których kuracjusz chciałby znaleźć wszystko na poziomie zachodnio-europejskim, ale znacznie taniej. Nie znalazłszy zaś — jedzie zagranicę. Wiadomą jest rzeczą, jak wielkie sumy wywożone są corocznie przez naszych obywateli, korzystających z miejscowości kuracyjnych obcych, z krzywdą wielką dla własnych, które w większości przypadków pod względem swych własności leczniczych obcym nie ustępują. Taki stosunek ogółu obywateli do własnych uzdrowisk na ich rozwój dodatnio nie wpływa. Ale ta strona zagadnienia, aczkolwiek bardzo ważna, nas higienistów dotyczy tylko pośrednio.

Higjeniści są zainteresowani sprawą urządzeń sanitarnych i muszą troszczyć się o to, by obywatel, przybywający do jakiegoś uzdrowiska, nietylko nie ucierpiał na zdrowiu, ale aby pod

względem zdrowotnym maksimum tam zyskał. I trzeba przyznać, że narzekania ludności naszej na uzdrowiska krajowe, poza brakiem pewnego komfortu, dotyczą głównie braków w dziedzinie higieny. Ludność przybywająca dla podratowania zdrowia, jest na tym punkcie niekiedy nawet przeczulona. Woda, usuwanie nieczystości, sprawa mieszkaniowa, brak odpowiedniego nadzoru nad produktami spożywczymi, kurz brud,—oto główne tematy do skarg. W jakiej mierze narzekania te są słuszne i co trzeba zrobić, aby złemu zaradzić, będzie tematem obrad VII Powszechnego Zjazdu Higienistów Polskich, który odbędzie się w Inowrocławiu pod egidą Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Sprawa ta bardzo na czasie, jak widać z powyższej uchwały, postawiona jest poraz pierwszy na porządek dzienny obrad higienistów i niewątpliwie wzbudzi wielkie zainteresowanie, tak wśród higienistów i działaczy społecznych, jak i osób, którzy z jakichkolwiek powodów zajmują się sprawą uzdrowisk.

Dla ogółu lekarzy, dla nas higienistów jest to sprawa niezmiernie wielkiej wagi. My nie możemy zadowolnić się tylko tem, czego wymagają laicy — rozpatrzeniem kwestji, w jakiej mierze urządzenia uzdrowisk odpowiadają współczesnym wymaganiom nauki z jednej strony, wymogom życia kulturalnego — z drugiej. My musimy iść znacznie dalej i zająć się również społeczną stroną zagadnienia postawić sobie pytanie, w jakiej mierze ludność nasza może z uzdrowisk korzystać, o ile są one udostępnione dla tych, których zdrowie tego wymaga.

Równoległe z rozwojem nauki i demokratyzacji uzdrowiska przestają być miejscem uprzywilejowanym, z którego korzystają nieliczne grupy ludności wyraźnie chorej i stosunkowo zamożnej, a stają się skarbnicą zdrowia i wypoczynku coraz szerszych warstw ogółu, częściej przemęczonego, niż chorego i zwykle ciężko na chleb pracującego. Pewne wyjątki nie przeczą zasadzie. To rozszerza znacznie działalność uzdrowisk, podnosi ich wartość

społeczną i zmusza do zajęcia się niemi każdego, kto zajmuje się zagadnieniami zdrowia publicznego. Uzdrowiska, w szerokim znaczeniu tego wyrazu, coraz bardziej przestają być miejscowościami wyłącznie leczniczymi, interesującymi głównie lekarzy praktyków, a stają się coraz częściej ośrodkami akcji zapobiegawczej, choćby w postaci wypoczynku i wzmocnienia zdrowia, a więc wchodzącymi w zakres zainteresowań i działania higienistów. Tak stawia sprawę higiena społeczna i, patrząc w przyszłość, pod tym kątem widzenia trzeba rozpatrywać uzdrowiska nasze.

Być może, iż bliższe wejście w dzisiejszy kryzys wykaże nieuwzględnienie w należytej mierze tego postulatu, może krytyczna sytuacja dzisiejsza jest w znacznej mierze wynikiem niedostoso- wywania naszych uzdrowisk do potrzeb i możliwości szerokiego ogółu naszej inteligencji pracującej, od której zależy rozwój uzdrowisk.

M. Kacprzak.

Do

W. W. P. P. PRENUMERATORÓW!

*Administracja miesięcznika „Z D R O W I E” przypomina
uprzejmie o zaległej prenumeracie.*

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HIGJENICZNE

VII ZJAZD Powszechny Higienistów Polskich w Inowrocławiu

Zgodnie z ogłoszonym już programem Zjazdu, który całkowicie będzie poświęcony zdrojowiskom i uzdrowiskom polskim obrady zjazdowe poprzedzi uroczyste nabożeństwo, poczem nastąpi otwarcie Zjazdu przez prezesa Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego dr. med. Witosława Dąbrowskiego, oraz przemówienia p. Wojewody Poznańskiego, p. prezydenta miasta Inowrocławia i innych przedstawicieli władz i Instytucji. Następnie dokonany zostanie wybór prezydium Zjazdu. Na tem pierwszym, plenarnem posiedzeniu wygłoszone zostaną trzy referaty ogólnej treści, mianowicie:

Prof. Poznańskiego Uniwersytetu Dr. med. Paweł Gantkowski: „Cośmy zdziałali w pierwszym dziesięcioleciu odrodzonej Polski dla przyszłości uzdrowisk polskich w świetle przeszłości i teraźniejszości“.

Dyr. Szkoły Państwowej Higieny Dr. med. Witold Chodźko: „Zadanie społeczne uzdrowisk polskich“.

Rektor Politechniki Lwowskiej inż. Otto Nadolski: „Higiena w zdrojowiskach i uzdrowiskach, oraz najniższa norma wymagań higienicznych, jakim zdrojowiska winny odpowiadać“.

Nadto nadesłano następujące referaty:

Prof. Dr. med. Ludomił Korczyński: „Naukowa organizacja zdrojownictwa w Polsce“.

Inż. Marcin Heyman: „O zabudowaniu i planach regulacyjnych w uzdrowiskach“.

Inż. mag. Zygmunt Rudolf: „Wodociągi i kanalizacja w uzdrowiskach w myśl nowego ustawodawstwa”.

Komitet Gospodarczy w Inowrocławiu projektuje urządzenie reunionu kuracyjnego w dniu 3 września, bankietu, wydanego przez miasto w pierwszy dzień Zjazdu i reunionu, urządzonego przez Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych, Nadto w przerwach pomiędzy posiedzeniami odbędzie się otwarcie i poświęcenie nowego gmachu terapii fizykalnej, wzniesionego kosztem około miliona zł. Prócz tego nie wyłączona jest możliwość urządzenia pokazu przez firmy instalacyjne i farmaceutyczne przedmiotów związanych ze zdrojolecznictwem.

Nowiny lekarskie zapowiedziały wydanie specjalnego zeszytu z okazji VII Zjazdu Powszechnego Higienistów Polskich oraz Zjazdu Lekarzy Sanitarnych i II kursu dokształcającego w Ciechocinku stanowiących razem cykl trzech bezpośrednio po sobie następujących zjazdów.

Miesięcznik „Zdrowia” zeszyt wrześniowy poświęca w całości Zjazdowi i zawierać będzie wszystkie prace i referaty które będą wygłoszone na Zjeździe i zostaną nadesłane najpóźniej do dnia 15 września.

Jak widać z powyższego, wezwanie do jaknajpowszechniejszego udziału w Zjeździe poświęconym zdrojowiskom i uzdrowiskom polskim odniosło należyty skutek. Wici rozsyłają się po całym kraju i wszystkie siły jakimi rozporządza Polska mobilizują się w celu odbycia narad w prastarej stolicy ziemi Kujawskiej nad tak ważną dziedziną gospodarstwa krajowego, jaką stanowią zdrojowiska i uzdrowiska polskie.

Sekretarz Komitetu Wykonawczego:
Janina Michałowska

Prezes Warszawskiego
Towarzystwa Higienistów:
Dr. med. W. Dąbrowski

Skład Komitetu Gospodarczego.

Prezydjum honorowe.

Wojewoda Poznański Dunin-Borkowski,
Ks. Biskup Laubitz,
Dowódca D. O. K. VIII Toruń Generał Paślawski,
Rektor Uniwersytetu Poznańskiego prof. Dr. Niezabitowski.

Członkowie.

1. Przewodniczący Prezydent Miasta Apolinary Jankowski,
2. Sekretarz dr. Stanisław Sroczyński, Zdrojowisko Inowrocław.
3. Augustak Jan — dyrektor gimnazjum,
4. Bendlewicz — dyrektor Kasy Chorych,
5. Bossak-Hauke ppłk. dowódca 4 p. a. p.
6. Dr. Błażek Ludwik, Inowrocław,
7. Dr. Bydałek Czesław, Strzelno,
8. Bratek-Dąbrowski J., Inowrocław,
9. Chwojka Ignacy — naczelnik sądu,
10. Cieślak Stanisław — redaktor Dziennika Kujawskiego,
11. Dr. Czarliński, Znin,
12. Czarliński Leon — Dyrektor, Inowrocław,
13. Czapla Zygmunt,
14. Dźwikowski Fr. — Członek Komisji Zdrojowej,
15. p. Dźwikowska Zofja,
16. Dr. Gutowski — sekretarz Stowarzyszenia Lekarzy Zdrojowych,
17. Dr. Graczykowski T. — Naczelnny lekarz Kasy Chorych,
18. Dr. Gantkowski — Profesor Uniwersytetu Poznańskiego,
19. Głowacki Jan — sędzia i radca Magistratu,
20. Dr. Górską Natalja, Inowrocław,
21. Dr. Ganowicz Czesław, Inowrocław,
22. Dr. Górski — Naczelnik wydziału zdrowia,
23. Gluk Władysław — Naczelnik wydziału samorządowego,
24. Gilewicz Zygmunt — pułk. Szef. sanitarny D. O. K. VIII.
25. Ks. Jaśkowski Bolesław — proboszcz,

26. p. Prezydentowa Jankowska,
27. Juengst Władysław — Wiceprezydent miasta,
28. Knast Stefan — Członek Komisji Zdrojowej,
29. p. Kieflerowa,
30. Dr. Krzymiński J. — Prezes Związku Lekarzy P. P. Obwód Kujawski,
31. Dr. Kubiak Leon,
32. Ks. dziekan Kubski,
33. Dr. Karwowski — Profesor Uniwersytetu Poznańskiego,
34. Kozłowicz Stanisław — Radca Magistratu,
35. Kornaszewski, „ „ „
36. Kompfówna — dyrektorka gimnazjum,
37. Kortus Walenty — dyrektor Zdrojowiska,
38. Dr. Kaczkowski,
39. Kaźmierczak Roman,
40. p. Knastowa Kazimiera,
41. Dr. Lewandowski, Mogilno,
42. Lewandowska — dyrektorka szkoły przemysłowej, Inowrocław,
43. Łabiszewski Władysław — Radca Miasta,
44. Mielcarek Józef — adwokat i notariusz,
45. Dr. Mierosławski St.
46. Nowakowski A., inspektor — Członek Komisji Zdrojowej,
47. Dr. Nowakowski St. — Skarbnik Stowarzyszenia Lekarzy Zdrojowych,
48. Dr. Nickelmann — Lekarz Powiatowy,
49. Otto Jerzy — Profesor,
50. Orłowski Czesław — drogerzysta,
51. Dr. Pawlak J. — Naczelnny Lekarz Szpitala Powiatowego,
52. Dr. Rechberg Kazimierz, Inowrocław,
53. Różycki — Profesor Uniwersytetu Poznańskiego Dziekan, wydziału lekarskiego,
54. Reszka T. — Radca magistratu,
55. Rusiecki — Dyrektor Salin,
56. Ruczyński — Starosta,
57. Dr. Sikorski H. — Członek Komisji Zdrojowej,
58. Świnarska — dyrektorka seminarjum,
59. Stein Fr. — dyrektor,
60. Dr. Simon,

61. Dr. Truszczyński — Lekarz Powiatowy, Strzelno,
62. Dr. Truszczyński — Radca zdrowia, Inowrocław,
63. Tołłoczko Władysław — dyrektor, Matwy,
64. Wróblewski arch. — Członek Komisji Zdrojowej,
65. Wolikowski—płk. dypl. Dowódca garnizonu i dowódca 59 pp.
66. Dr. Warschauer — Radca zdrowia,
67. Dr. Wiernicki,
68. Dr. Wojciechowski,
69. Dr. Zborowski Henryk—Prezes Stowarzyszenia Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu,
70. Dr. Znaniecki Leon, Inowrocław,
71. Dr. Zmigród — Radca województwa,
72. Ziętowski Kazimierz — dyrektor.

a) Biuro Informacyjne.

Dr. Stanisław Sroczyński, Zdrojowisko, Inowrocław.

b) Komisja Prasowa. Dr. Gutowski.

c) Komisja Kwaterunkowa.

Fr. Dźwikowski—przewodniczący	Dr. Kaczkowski,
Dr. Gutowski,	Knast Stefan,
Kortus Walenty — dyrektor,	Stein — dyrektor.

d) Komisja Wystawowa.

Radca Reszka T.—przewodniczący,	Orłowski Czesław, drog.,
Fr. Dźwikowski	Dr. Sroczyński Stanisław,
Kaźmierczak Roman,	Dr. Zborowski Henryk.

e) Komisja Wycieczkowa.

Bratek-Dąbrowski J.,	Dr. Sikorki H.,
Czapla Zygmunt,	Dr. Znaniecki Leon,
Otto Jerzy — Profesor,	Ziętowski Kazimierz—dyrektor,
Dr. Pawlak J.,	

f) Komitet Pań.

p. Dźwikowska Zofja, p. inspektorowa Nowakowska,
p. Prezydentowa Jankowska, oraz małżonki lekarzy zdrojowych,
p. Knastowa Kazimiera,

g) Sala Wykładowa.

Hotel Bast, Aula Szkoły Wydziałowej.

h) Gospodarze przyjęć.

Fr. Dźwikowski arch. Stein — dyrektor
Knast Stefan Wróblewski arch.
Nowakowski A.—inspektor oraz lekarze zdrojowi

i) Gospodarze bankietu.

Przezydent Miasta Apolinary Jankowski
Sędzia Głowacki Jan
Radca Kozłowicz Stanisław
Radca Kornaszewski
Radca Reszka T.

Z Państw. Zakładu Higieny. Dyr. Prof. Dr. L. Hirszfeld.
Dział Surowic i Szczepionek Dyr. Dr. J. Celarek.

Dr. Zenon Karłowski Kier. Oddz. Pasteurowskiego.

Szczepionki pasteurowska i karbolizowana w Zakładzie Pasteurowskim w Warszawie.

II.

Pierwsze cztery lata stosowania szczepionki karbolizowanej w Oddziale Pasteurowskim Państw. Zakłady Higieny w Warszawie.

W ostatniem dwudziestoleciu rozpoczął się w wakcynoterapii zwrot do szczepionek, przygotowanych z zabitego zarazka. Próby w tym kierunku zaczęto robić i ze szczepionką przeciwko wścieklicznie.

Calmette, jeszcze będąc w Lille (1890), przechowywał kawałki rdzeni, suszonych według metody Pasteura, w 30% glicerynie i w miarę potrzeby przyrządzał z nich zawiesinę. Próbowano nawet wysyłać rdzenie w glicerynie poza zakłady pasteurowskie. Sposób Calmette'a nie znalazł jednak szerszego zastosowania, ponieważ nawet tak prosty zabieg, jak jałowe przygotowanie zawiesiny, mógł być zbyt kłopotliwy dla lekarza praktyka.

Jeszcze Vansteenbergh (1903) stwierdził, że zarazek stały, zamieniony przez wysuszenie nad kwasem siarkowym na proszek zachowuje swą siłę przez czas długi. Sposób ten znalazł zastosowanie w metodzie Harris'a (1912): sproszkowana szczepionka, przechowywana przy -10° C., zachowuje swą siłę bardzo długo. Przed użyciem trzeba ją jednak rozcieńczać, a rozcieńczona szybko słabnie.

Jakkolwiek technika przygotowania zawiesiny i następnego rozcieńczenia jej jest bardzo prosta, wymaga jednak pewnych zabiegów, zabezpieczających czystość roboty. O wiele wygodniej jest, aby szczepionka była przygotowana w postaci zupełnie gotowego preparatu, nadającego się do natychmiastowego użycia.

Fermi od roku 1906 stosuje 5% zawiesinę zarazka stałego w 1% procentowym fenolu, w rozczyntnie fizjologicznym soli kuchen-

nej. Szczepionka ta przez pierwsze 6—7 dni zawiera zarazek żywy, który po tym czasie ginie. Według Fermi'ego jednoprocenowy fenol ma zabijać najodporniejsze szczepy zarazka. Jednak Sawczenko wykazał, że nawet 5% fenol niekiedy nie zabija zarazka wścieklizny nawet po 7-miodniowym działaniu.

Od dawna było wiadomo, że zarazek wścieklizny w zawieszynie tkanki mózgowej, a takim tylko dotychczas operujemy, jest mało wrażliwy na działanie fenolu. Wykorzystano tę własność zarazka do odkażania, uległych już gniciu, przysyłanych do badania mózgow. Postronne zarazki ginęły, podczas gdy zarazek wścieklizny pozostawał przy życiu. Niewrażliwość jednak zarazka wścieklizny na fenol jest tem mniejsza im dokładniej jest roztarta zawieszyna, czyli im drobniejsze są cząsteczki tkanki mózgowej. Różnice ilościowe uzależniono zatem od wielkości cząsteczek tkanki mózgowej zawieszyny—fenol szybciej rozpuszcza się w lipoidach i łatwiej wnika w tkankę.

Według Puntone'go, zarazek w jednoprocenowym fenolu osłabia się stopniowo — króliki zarażone pod twardą oponę padają z opóźnieniem, a zarażane zawieszyną 7-miodniową nie ulegają już zarażeniu — zarazek jest zabity.

W roku 1920 Remlinger zaproponował użycie szczepionki eterowej, którą od roku 1922 stosuje Alivisatos w Jugosławji.

Obecnie jest w użyciu kilkanaście szczepionek trwałych, powstałych z kombinacji szczepionek Calmette'a, Harris'a, Fermi'ego lub Remlinger'a; żadna z nich jednak nie wykazała rzeczywistej wyższości nad innymi. Wytwórcy nowych szczepionek podawali nadzwyczajne, zdumiewające nieraz wyniki. Dane ich jednak były zbierane przez krótki przeważnie okres czasu i odnosiły się do małej liczby przypadków, wskutek tego nie były przekonywujące. Stosując dawną szczepionkę, również miewaliśmy nieraz w pojedynczych latach absolutne zero śmiertelności, a w następnych, lub w poprzedzających, miewaliśmy śmiertelność zwykłą, lub nawet wyższą od przeciętnej, przy tym samym sposobie postępowania (patrz T. I. str. 393).

Najodpowiedniej byłoby sprawdzić skuteczność działania szczepionek w jedynie miarodajnych warunkach, t. j. w warunkach zarażenia naturalnego, nie sztucznego, laboratoryjnego, na dużej liczbie psów. Możliwe by to było jednak wyłącznie w kli-

nice weterynaryjnej i ze względu na konieczność wielkiej liczby spostrzeżeń i na długi okres wylęgowy wścieklizny doświadczenia te wymagałyby wielkich środków i długiego czasu. Ze względu jednak na to, że sprawa użycia szczepionki trwałej stała się paląca, można, zaufawszy doświadczeniu zwolenników tego lub innego typu szczepionki, zacząć wyrabiać najodpowiedniejszą. Względem jednak, że dawna metoda przetrwała lat przeszło 40, a skuteczność jej była sprawdzona na milionie zgórą szczepionych, nakazywał pewną rezerwę i ostrożność we wprowadzeniu w użycie nowej szczepionki.

Największą liczbę, bo 22.509 osób szczepionych, miał już w roku 1919 D. Semple, w Zakładzie Pasteurowskim w Kasauli, w Indjach. Wyniki przez niego otrzymane, nie były cudowne, ale porównania śmiertelności osób nieszczepionych i szczepionych wykazywały skuteczność szczepionki. Śmiertelność, szczególnie u indusów, była rzeczywiście dość wysoka. Zważywszy jednak, że indusi są bardzo lekko, a nawet częściowo tylko odziani, a często ulegają pokąsaniom przez wściekłe szakale, hyeny, wilki i inne dzikie, mięsożerne zwierzęta, które zadają liczne i ciężkie rany przeważnie w głowę, szczepieni w Kasauli są materiałem naogół mniej wdzięcznym, niż szczepieni w zachodniej i środkowej Europie.

Ogólna śmiertelność szczepionych nową szczepionką w Kasauli wyniosła na 22.509 osób 0,69%, w tem dla 2.009 Europejczyków, naogół lżej pokąsanych — 0,19%.

Późniejsze ogólne zestawienie Semple'a z lat 1900 — 1926, wykazuje :

na 106.657 osób szczepionych zmarło 1.356, czyli 1,27%,
w tem z 11.657 Europejczyków, zmarło 46, czyli 0,40%,
w tem z 95.000 indusów zmarło 1.310, czyli 1,38%.

Sposób przygotowania szczepionki Semple'a jest prosty, polega na niewielu zabiegach, nie narażających materiału na przypadkowe zanieczyszczenia, jak przy więcej złożonych szczepionkach, np. Harris'a i Philipps'a, nie zmienia też gwałtownie antygeny przez nieznaczne dodanie fenolu i krótki pobyt w cieplarni. Preparat wydaje się lekarzowi w stanie zupełnie gotowym do użytku

i nie wymaga przed użyciem rozcieńczenia, jak niektóre szczepionki amerykańskie. Doświadczenia Fermi'ego, Sawczenki i innych wykonywano w ciepłocie pokojowej. Semple przekonał się, że 1-dnoprocentowy roztwór fenolu zabija zarazek wścieklizny już po 24 godzinnem przebywaniu w cieplarni przy 37°—38°. Stanowi to istotną różnicę od szczepionki Fermi'ego.

Wszystkie te względy spowodowały, że zatrzymaliśmy się na szczepionce Semple'a. Przygotowujemy ją według przepisów Semple'a z niewielkimi zmianami w przygotowaniu i w dawkowaniu szczepionki. Nasz sposób postępowania podany jest w Med. D. i Sp. rok 1925 t. IV, zeszyt 1 i 2.

Za skutecznością szczepionki Semple'a, prócz danych statystycznych i własnych jego doświadczeń na zwierzętach, przemawiał też i wynik doświadczeń, wykonanych w roku 1924 przez S. Sieńczewskiego w Zakładzie Bakterjologicznym Prof. Z. Szymanowskiego. Z psów kontrolnych padło 80%, a szczepione nową szczepionką oparły się nie tylko zarażeniu domięśniowemu, ale i zarażeniu pod twardą oponeę.

Do wprowadzenia nowej szczepionki skłoniło dążenie do uproszczenia i udostępnienia szczepień osobom pokąsanym, do ułatwienia lokalnym władzom sanitarnym wydawania zarządzeń miejscowych i chęć uniknięcia trudności, związanych z zamieszkaniem podczas szczepień w Warszawie osób przyjezdnych z prowincji, co przy braku pomieszczeń było przeszkodą nie do zwalczenia.

Dawny internat Zakładowy mógł pomieścić do 100 osób. Podczas wojny światowej, z powodu zmniejszającej się frekwencji (T. I str. 393) był stopniowo zmniejszany, tak, że w chwili przejścia go przez państwo liczył zaledwie 10 łóżek, które w r. 1918 były zresztą przeważnie nie zajęte. Od r. 1919 liczba pokąsanych zaczęła stale wzrastać, większość szczepionych stanowili przyjezdni, jak wykazuje niżej podane zestawienie, a przeważna ich część nie mogła samodzielnie zamieszkać na mieście i, wzorem lat dawnych, szukała pomieszczenia w Zakładzie. Przed wojną na ogólną liczbę szczepionych z b. Kongresówki przyjeżdżało 94%, z Kresów wschodnich 6%. Z internatu zakładowego korzystało 30% osób przyjezdnych z Kongresówki i 80% szczepionych z Kresów wschodnich.

W latach 1918—1923 w Oddziale Pasteurowskim P. Z. H.

	szczepiono	w tem pensjonarzy
z b. Kongresówki	58 ⁰ / ₀	34 ⁰ / ₀
z b. Zaboru Pruskiego	25 ⁰ / ₀	8 [±] / ₀
z Kresów wschodnich	17 ⁰ / ₀	75 ⁰ / ₀

W tym okresie z internatu zakładowego korzystało 1.246 osób szczepionych i 81 opiekunów małych dzieci. Przebyli oni 21.067 dni internatowych, średnio po dni 17.

Z powodu zupełnego braku miejsca w internacie zakładowym, w r. 1922 zaczęto kierować mężczyzn, starsze kobiety i starsze dzieci do oddziału przeznaczanego na internat w szpitalu Św. Łazarza, zachowując internat zakładowy wyłącznie dla małych dzieci i młodych dziewcząt.

Z dniem 1 listopada 1923 r. internat zakładowy, jako zbyt szczupły i nieodpowiadający wymaganiom, został zwinięty, a wszystkie osoby pokąsane nie mogące samodzielnie zamieszkać na mieście, były od tego czasu kierowane do oddziału przeznaczanego dla pokąsanych w szpitalu św. Łazarza przy ul. Książęcej, a na szczepienia przychodziły codziennie ze szpitala do ambulatorjum zakładowego w gmachu P. Z. H. W r. 1924 szczepienia były dokonywane na miejscu w szpitalu św. Łazarza, przez lekarza dojeżdżającego z Państwowego Zakładu Higieny. Osoby, umieszczone w Oddziale internatowym w szpitalu św. Łazarza, chociaż już w r. 1924 nie przychodziły gromadnie ze szpitala do ambulatorjum zakładowego były czynnikiem, zakłócającym normalny bieg życia szpitalnego, gdyż nie chciały się stosować do miejscowego regulaminu. Wskutek tego, wydział szpitalnictwa m. Warszawy starał się usilnie o uchylenie zarządzenia, nakazującego szpitalowi św. Łazarza przyjmowanie pokąsanych i skarżył się ustawicznie na niesforność pensjonarzy. Wobec stałej nieustępliwości władz miejskich i ciągłych nieporozumień z powodu przymusowego umieszczania w szpitalu miejskim pokąsanych przyjeżdżających z prowincji, sprawa wprowadzenia w użycie nowej szczepionki stała się nagłą i prace nad nią zostały przyśpieszone, tak że w r. 1925 szpital św. Łazarza został zwolniony od obowiązku przyjmowania pokąsanych. W tym czasie skierowano z Zakładu do szpitala św. Łazarza 3.601 osób szczepionych i 248 opiekunów małych dzieci.

Prace przygotowawcze nad szczepionką trwała rozpoczęliśmy w r. 1922. Narazie jednak stosowaliśmy ją wyłącznie tylko u obłożnie chorych mieszkańców Warszawy i najbliższych jej okolic, którzy nie mogli przychodzić do ambulatorjum zakładowego. Osób tych było 9 w r. 1922, a 20 w r. 1923. Przekonawszy się, że szczepionka jest nieszkodliwa i dobrze znoszona, używaliśmy jej w roku 1924 u 200 osób, nietylko w razie przypadkowej obłożnej choroby, ale od 18 października u wszystkich mieszkających w oddziale, przeznaczonym dla pokąsanych w szpitalu św. Łazarza. W r. 1925 osób tych było 352, a po zniesieniu tego oddziału w latach 1926 i 1927 szczepiliśmy w ambulatorjum zakładowem dawną szczepionką, a na prowincję wysyłaliśmy szczepionkę karbolizowaną. Od r. 1928 chcąc mieć własny materiał obserwacyjny i w ambulatorjum zakładowem używamy wyłącznie szczepionki karbolizowanej.

Jeszcze Högyes zwrócił uwagę, że odwrotnie, niż w zawiesinach chemicznych, zawierających w roztynach chemicznych jednakową ilość czynnika działającego, zawiesina przygotowana z tkanki mózgowej zawiera w każdej cząstce różną ilość substancji mózgowej szarej i białej—nie można więc przygotować równomiernej, w znaczeniu czynnościowem, zawiesiny. Stwierdzono, że każda cząsteczka tkanki mózgowej zawiera niewiadomą, a różną ilość zarazka. Badania Nitsch'a i Fermi'ego wykazały, że substancja szara mózgu zawiera kilkanaście razy więcej zarazka, niż biała, szara mózgu więcej, niż szara rdzenia, a i w mózgu i w rdzeniu zarazek rozsiany jest nierównomiernie. Anatomopatolodzy uważają obecnie wściekliznę za myeloencephalitis disseminata. Schiemann opisał przypadek wścieklizny, klinicznie pewnej, po pokąsaniu w nogę, w którym, z paru królików szczepionych mózgiem zachorował tylko jeden, szczepiony cząsteczką z okolicy łądzwiowej rdzenia. Z tego względu w przypadkach z wątpliwem rozpoznaniem, trzeba szczepić nie jednego, a kilka królików, cząsteczkami wziętymi z różnych odcinków mózgu i rdzenia. Dawkowanie więc szczepionki, a właściwie działającego jej czynnika, nie może być ścisłe, a raczej musi być niepewne i waha się w rozległych granicach w różnych Zakładach.

Szczepionki bakteryjne zawierają mniej lub więcej ściśle określoną ilość bakterij w płynnem vehiculum — jednak zawiesina jest jednolita. Szczepionka przeciw wodowstrętowi jest zawiesiną

różnej wielkości cząsteczek tkanki mózgowej zawierającej nieznaną, a w każdej różną ilość zarazka. Z tych więc wszystkich względów jednostka objętości tej samej zawiesiny zawiera zawsze różną, raczej przypadkową ilość czynnika działającego. Nawet ilość substancji suchej w różnych, objętościowo równych, próbkach tej samej zawiesiny, jest różna. Tak np., po odparowaniu w tych samych warunkach, tej samej objętości zawiesiny, wziętej z tej samej kolbki, otrzymujemy niekiedy znaczne różnice wagowe.

W tej samej objętości zawiesiny, były więc różne ilości substancji suchej. W każdej porcji tej samej zawiesiny był prócz tego różny stosunek wzajemny ilości substancji szarej i białej, a więc różna ilość zarazka.

Zmniejszenie stosowanej poprzednio dawki o połowę, przy zachowaniu tych samych innych warunków, bynajmniej nie wywołało zwiększenia śmiertelności u osób szczepionych. Wykazuje to poniższe zestawienie. Do roku 1915 włącznie szczepiliśmy 2 razy dziennie 32.176 osób, a od r. 1916 do 1927 włącznie raz na dzień, nie zwiększając jednorazowej dawki dawnej szczepionki — 11.918 osób, czyli szczepiliśmy codziennie dawką o połowę mniejszą, niż przedtem. Na 32.176 osób szczepionych dawną szczepionką w latach 1886 do 1915, zmarło podczas szczepień osób 50, a po ukończeniu szczepień 88, ogółem 138, czyli 0,15% i 0,27%, ogółem 0,42%. Jeśli od liczby osób zmarłych podczas szczepień odliczymy dziewięć osób ciężko pokąsanych przez wilki, pozostanie 41 osób zmarłych podczas szczepień, czyli 0,12%. Na 11.918 osób szczepionych w latach 1916 do 1927 dawną szczepionką, raz na dzień zmarło podczas szczepień osób 19, a po ich ukończeniu 27, ogółem 46, czyli 0,16% i 0,23%, ogółem 0,39%. Jeśli i w tej grupie od ogólnej liczby osób zmarłych przed ukończeniem szczepień odliczymy również 7 osób, ciężko pokąsanych w głowę przez wilki, pozostanie 12 osób zmarłych podczas szczepień, czyli 0,10%. Zmniejszenie więc o połowę dawki szczepionki nie pociągnęło za sobą złych następstw.

Acton i Cumming w roku 1912 używając 1%-wej szczepionki mieli 1,3% śmiertelności; w r. 1913 używając 0,5%-wej szczepionki mieli śmiertelność 1,2%. I oni więc stwierdzili, że zmniejszenie o połowę dawki szczepionki nie spowodowało zwiększenia śmiertelności.

Jeżeli porównamy wyniki szczepień dawną szczepionką, gdy szczepiliśmy dwa razy dziennie w latach 1886 do 1915, z wynikami 1916 do 1929 do I.VI, gdy szczepiliśmy raz na dzień różnymi szczepionkami, przekonamy się, że szczepienie raz na dzień również nie zwiększyło śmiertelności. Gdy szczepiliśmy dwa razy dziennie, to dwukrotne szczepienia w ambulatorjum, dochodzącem niekiedy do 200 osób, dwukrotne przygotowywanie *ex tempore* szczepionki, opatrunki i robota z królikami zajmowały przez dzień cały personel Zakładu. Codziennie dwukrotne przychodzenie do ambulatorjum, bez względu na odległość i pogodę, było uciążliwe i dla szczepionych. Ulgą dla obu stron było wprowadzenie szczepień raz na dzień. Jak widać z niżej podanego zestawienia, wyniki otrzymaliśmy nie gorsze, niż poprzednio.

	Szczepiono osób	Szczepienia raz na dzień		
		z nich zmarło		
		podczas	po	ogółem
r. 1916—1927 dawna szczep.	11.918	19	27	46
r. 1924—1925 karbol. Zakład	552	1	1	2
r. 1928—1929 do I.VI Zakład	233	—	—	—
r. 1929 do I.VI Zakład	73	—	—	—
r. 1926 szczep. karbol. prow.	1.577	1	4	5
r. 1927 " " "	1.417	—	1	1
r. 1928 " " "	944	—	2	2
r. 1929 do I.VI " "	268	—	—	—
	16.982	21	35	56

Jakkolwiek liczba zmarłych pomimo ukończenia szczepień nie jest jeszcze zupełna, to liczbę zmarłych podczas szczepień jest ostateczna. W przypadkach śmierci podczas szczepień otrzymujemy zawiadomienie z prowincji zaraz po wypadku.

W ostatnich czasach dla otrzymania jeszcze lepszych wyników i skrócenia czasu szczepień probowano szczepić parę razy dziennie. Otrzymane wyniki nie są w rzeczywistości lepsze, a szczepienia takie mogą być wykonywane wyłącznie w Zakładach i są uciążliwe zarówno dla szczepionych, jak i dla szczepiących. Nawet gdyby je utrzymać, właściwiej byłoby stosować większą dawkę szczepionki na jednym posiedzeniu w parę miejsc jednocześnie, aby przyspieszyć wessanie szczepionki.

Prawdopodobnie naogół stosujemy więcej, niż wystarczające dawki szczepionki. Ogólnie używane dawki, w olbrzymiej większości przypadków wystarczają zupełnie, a w nielicznych, w których szczepienia zawodzą, bezskuteczne byłoby i dalsze zwiększanie dawki.

Ostatnio, w oddziale neurologicznym Sperańskiego w Instytucie Medycyny Doświadczalnej w Leningradzie, wprowadzono z zachęcającym wynikiem próby wyodrębnienia zarazka z tkanki mózgowej. Jeżeli badania te będą potwierdzone, mogą mieć doniosłe znaczenie, nie tylko dla ściślejszego dawkowania szczepionki, ale i dla otrzymania czynniejszej surowicy leczniczej, zwłaszcza, jeśli, jak to udało się podobno dokonać, wejdzie ona w bezpośrednie zetknięcie z tkanką mózgową. Mogłoby to mieć znaczenie i dla beznadziejnego, jak dotychczas, leczenia rozwiniętej wścieklizny. Może ostatnie prace prof. Nowaka, które wyjaśniły biologię przesączalnego również zarazka zarazy płuc u bydła, *mutatis mutandis* wskażą drogę do bliższego poznania przesączalnego też zarazka wścieklizny. Mogą tu jednak zachodzić duże różnice, bo zarazek wścieklizny jest przystosowany wyłącznie do tkanki mózgowej.

Dotychczas w Zakładach Pasteurowskich uzależniano zwykle czas trwania szczepień od umiejscowienia rany i od czasu, jaki upłynął od pokąsania. Czas trwania szczepień wahał się od 12 do 42 dni, szczepiono raz na dzień, dwa razy, a nawet cztery do sześciu razy dziennie. Semple, zależnie od ukąszenia, zużywa od 48 do 86 ctm. szczepionki, szczepiąc raz na dzień, przez dni 15 do 21, a w ciężkich przypadkach dwa razy dziennie przez pierwsze sześć dni. Od wielu jednak lat w Zakładzie Pasteurowskim w Berlinie, bez względu na rodzaj ukąszenia, szczepiono wszystkich pokąsanych przez 21 dni, a Harris szczepił tylko przez 14 dni.

Ośmieleni tem, dla ułatwienia stosowania szczepień poza Zakładem, sprowadziliśmy jedną dawkę szczepionki do 2 cmc., raz na dzień, przez dni 20. Wyniki, jak wykażemy niżej, mamy bardzo dobre. Jest to przeciętna długość trwania szczepień i średnia dawka jednorazowa.

Można się było obawiać, czy opóźnienie rozpoczęcia szczepień, spowodowane oczekiwaniem na zamówioną w P. Z. H. szczepionkę, nie wpłynie na zwiększenie śmiertelności. Okazało się jednak, że

w przypadkach, których wcześniej zgłaszane są pokąsania i sprawnie działają miejscowe władze sanitarne, pokąsani rozpoczynają szczepienia naogół nie o wiele później, niż dawniej, gdy pokąsanych wysyłano do Zakładu Pasteurowskiego.

Rozpoczęto szczepienia	ambui. Zakł.	provincia	
w latach 1886	1924	1928	
w I tyg. po pokąsaniu	84%	94,8%	92,5%
w II tyg. do IV	15,1%	5,1%	7,4%
w V tyg. i później	0,9%	0,1%	0,1%

Szczepionka zamówiona telegraficznie w P. Z. H. po dwóch, trzech dniach dojdzie do miejsca przeznaczenia, a parodniowa zwłoka nie może źle wpłynąć na wynik szczepień. Każde otrzymane zamówienie P. Z. H. załatwia bezzwłocznie, wysyłając dwa razy dziennie wyroby swoje na pocztę. Jedynie zwłoka dłuższa, niż cztery tygodnie, jak wykazuje niżej podane zestawienie, wyraźnie wpływa na zwiększenie śmiertelności. W pierwszych czterech tygodniach inne czynniki, niż czas rozpoczęcia szczepień, mają rozstrzygające znaczenie.

Rozpoczęto szczepienia	z nich zmarło
w I tyg. po pokąsaniu	40.833 157 0,38%
w II tyg. do IV	7.916 30 0,39%
w V tyg. i później	409 7 1,71%

Opóźnienie rozpoczęcia szczepień znacznie zwiększyło śmiertelność dopiero w przypadkach rozpoczęcia szczepień w piątym tygodniu po pokąsaniu i później. Można więc bez obawy nie rozpoczynać szczepienia dopóki obserwacja psa niewykaże ich konieczność. Dopiero dodatni wynik obserwacji jest wskazaniem do zabicia chorego zwierzęcia. Jedynie przy ukąszeniach w głowę, przy których okres wylęgowy jest krótszy, nie czekamy na wynik obserwacji, mając możliwość przerwać szczepienia, jeżeli obserwacja ta wykaże, że pies jest zdrowy. Doświadczenie wykazało, że płonne były obawy, że zmniejszenie jednorazowej dawki szczepionki, zarówno jak skrócenie czasu trwania szczepień, lub nieznaczne opóźnienie rozpoczęcia szczepień, spowodują szkodliwe następstwa.

Na korzyść nowej szczepionki przemawia też względ, że nie wywołuje ona, lub rzadziej, niż dawna szczepionka, ciężkich powikłań porażen poszczepiennych.

Kliniczny przebieg tych porażeń jest bardzo różny pod względem natężenia procesu chorobowego: od krótkotrwałego porażenia pojedynczych nerwów, najczęściej twarzowego, lub okoruchowego do poprzecznych porażeń rdzenia, niekiedy postępujących ku górze, dających wtedy objawy opuszkowe z ostrym przebiegiem i często z najfatalniejszym rokowaniem. Częstsze są lżejsze zajęcia rdzenia z objawami ze strony prostonicy i pęcherza trwające tygodniami, a zupełnie ich wyrównanie następuje po miesiącach, niekiedy przeciąga się na lata. Niekiedy występują tylko przechodzące szybko niedowłady, formy poronne, w innych przypadkach dochodzi do wyraźnych wiotkich długotrwałych porażeń. Na szczęście powikłania te są rzadkie; 1 na 2.000 osób szczepionych dawną szczepionką, a 1 na 18 000 osób szczepionych nową szczepionką. Czasami śmierć następuje już po ustąpieniu porażeń, wskutek wtórnego, łatwo występującego przy zmianach troficznych, zakażenia dróg moczowych — cysto-pyelitis. Na 46.557 osób, które rozpoczęły szczepienia dawną szczepionką, spostrzegaliśmy 22 przypadki poronne i 21 ciężkich, z zejściem śmiertelnym w trzech przypadkach.

Niżej podajemy krótki opis trzech przypadków porażeń o różnym przebiegu.

1. B. K. (Ks. ch. № 45327), lat 30 nauczycielka z Warszawy. Była ona pokąsana 25 sierpnia 1926 r. przez psa podejrzanego o wściekliznę, kat. C — na prawem przedramieniu dwa draśnięcia. Szczepienia rozpoczęte 27 sierpnia, a po 16 szczepieniach B. zaczęła się uskarżać na ogólne osłabienie, bóle w krzyżu, w łądźwiach i w nogach, na trudności w oddawaniu moczu i stolca, których to objawów nigdy nie doświadczała poprzednio. Zalecono na kilka dni przerwać szczepienia. Po 8 dniach objawy te przeszły i B. ukończyła szczepienia. Druga osoba, pokąsana przez tego samego psa i równocześnie szczepiona zniosła szczepienia bez powikłań. Jest to przypadek poronny. Zasadniczo przerywamy w takich razach szczepienia i przypadki takie wyrównują się po parodniowym leżeniu w łóżku bez wszelkiego leczenia.

2. O. P. (Ks. ch. № 46004) z Warszawy stolarz, lat 33. Był on pokąsany 10 października 1927 r. przez psa podejrzanego, kat. C — w wielki palec prawej ręki. Szczepienia rozpoczęto 12 października. Od początku szczepień O. uskarżał się na osłabienie, ogólne rozbitcie i uzależniał objawy te od szczepień. Na szczepienia przychodził nieakuratnie. Po 14 iniekcji 27 października, jak opowiadał odjęto mu nogi, nie może oddawać moczu, dreszczów, ani gorączki, ani wymiotów nie było. Ze szpitala Przemienienia Pańskiego z paraplegią i odleżynami był przewieziony do kliniki neurologicznej. W klinice rozpoczęła się powolna poprawa. Objawy paraplegji od 26 listopada zaczynają znikać, a odle-

żyny podgając się, szczególnie po zastosowaniu mieszanego antywirusa. Po dwóch dniach O. zgina nogi w kolanach, jednak zatrzymanie moczu trwa jeszcze, a kał trzeba wygrzebywać. Jak twierdzi, alkoholu nie nadużywał, przymiotu, ani zimnicy nie przechodził. Polepszenie postępowało nadal, tak, że 10 grudnia zaczął wstawać z łóżka i chodzić, a odleżyny wygoiły się zupełnie. Jestto przypadek o typowym, najczęściej zdarzającym się przebiegu.

3. K. J. (Ks. ch. № 44736) lat 25, pracownik P. K. O. w Warszawie. Był on pokąsany 10 stycznia 1926 r. przez psa podejrzanego o wściekliznę, kat. C — na małym palcu prawej ręki ranka. Pies ten pokąsał i żonę K., która ukończyła szczepienia bez powikłań. Szczepienia rozpoczęto 11 stycznia. Po 12 iniekcjach zaczął się skarżyć na ból w prawej stronie brzucha i gorączkował. Wezwany lekarz podejrzewał *appendicitis*. Nazajutrz ostre bóle przeszły, lecz wystąpił niedowład początkowo lewej, później obu dolnych kończyn, mocz oddaje kroplami nieustannie. Przyniesiony do kliniki neurologicznej, gdzie rozpoznano *myelitis* postępujący ku górze, *asthenia* zupełna, objawy opuszkowe, mówi szepotem, przełyka z trudnością. Po paru tygodniach ostre objawy przeszły, pozostało osłabienie dolnych kończyn, niemożność dowolnego oddawania moczu, odleżyny. Przeniesiony na oddział chirurgiczny, zmarł piątego marca przy objawach zakażenia dróg moczowych.

Zwykle obserwacja kliniczna wystarcza do ustalenia rozpoznania porażenia poszczepiennego. Przeciwno wodowstrętowi przemawia: krótka inkubacja, spostrzegano je już po 5 iniekcjach, brak podniecenia, omamów i wogóle typowych objawów wścieklizny, brak również objawów miejscowych ze strony rany, występują natomiast zaburzenia czynności prostonicy i pęcherza, a choroba trwa dłużej. W przypadkach zakończonych wyzdrowieniem podejrzenie wścieklizny upada, w przypadkach kończących się śmiercią po kilku dniach choroby, przypominających przebiegiem spokojną postać wścieklizny, jedynie badanie mózgu może rozstrzygnąć wątpliwości. Wrazie braku ciałek Nagri'ego, należy zaszczyć kilka królików cząstkami wziętymi z różnych odcinków mózgu i rdzenia.

Zauważono, że porażenia poszczepienne, zdarzają się częściej u luetyków, alkoholików, częściej u Europejczyków, niż u kolorowych, częściej u pracujących umysłowo, niż u pracujących fizycznie.

Ze względu na możliwość tych ciężkich powikłań zasadniczo nie powinno się szczepić, jeśli niema rzeczywistego wskazania do przeprowadzenia szczepień.

Istotna przyczyna powstawania tych porażen nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśniona, niewątpliwie zależą one od szczepień,

a można je wywołać doświadczalnie u zwierząt, używając normalnej tkanki mózgowej. Spostrzegano je u ludzi pokąsanych przez psy notorycznie zdrowe, a także po stosowaniu innych szczepionek, a nawet surowie leczniczych. Hempt z Zakładu Pasteurowskiego w Nowym Sadzie podaje, że obserwował przypadek porażenia poszczepiennego u syfilytyka, a w dziesięć dni później u jego kilkoletniej córki. W r. 1925 odmówił on szczepień 2 osobom ciężko pokąsanym przez psy zdrowe. Po 4 i 8 tygodniach wystąpiły u nich porażenia, klinicznie analogiczne z porażeniami poszczepiennymi zakończone wyzdrowieniem. Gdyby w tym przypadku rozpoczęto szczepienia, powstanie porażień wiązanoby przyczynowo ze szczepieniami.

Obawa przed wystąpieniem porażień poszczepiennych nie powinna wpływać na zaniechanie stosowania szczepień, o ile zachodzi rzeczywiste wskazanie. Prawdopodobieństwo śmierci osoby pokąsanej, a nie szczepionej, można wyrazić stosunkiem 1:6, szczepionej 1:200, wystąpienia ciężkich porażień 1:2.000, a śmierć z powodu porażień 1:16.000, jeśli używamy dawnej szczepionki.

Nader rzadko zdarzają się porażenia i po szczepionce karbolizowanej, jak wykazuje Krikorianc, dla Zakładów Pasteurowskich w:

	szczepiono osób	porażen	%
w Jerozolimie r. 1923—28	4.583	1	0,218
w Lwowie*) r. 1925—16	2.213	1	0,450
w Kasuali r. 1911—26 europ.	7.296	2	0,027
„ „ tuziem.	77.548	1	0,0013
na	91.640	5	0,005

Dotychczas w Warszawie po użyciu szczepionki karbolizowanej jeszcze porażień nie spostrzegaliśmy na 858 osób szczepionych w ambulatorjum zakładowem i 4.206, szczepionych poza Zakładem, których karty rejestracyjne nadesłano. Nie było zatem ani jednego przypadku porażenia na 5 064 osoby szczepione. Obawa więc wystąpienia powikłań poszczepiennych nie może być przeszkodą do stosowania szczepień, o ile zachodzą rzeczywiste wskazania. Jeśli

*) Gąsiorowski uważa przypadek swój za niepewny.

jednak wskazań tych niema, nie należy stosować szczepień, aby uniknąć możliwości wystąpienia porażień, które, rzecz dziwna, względnie częściej zdarzają się u osób, które bez szkody mogłyby zupełnie nie być szczepione.

Aby osiągnąć wystarczający stopień uodpornienia, ogólnie jest przyjęte, że nietylko trzeba zużyć pewną ilość szczepionki, ale i stosować ją przez czas dłuższy. Może w przyszłości, po rozstrzygnięciu zawilej i spornej sprawy dawkowania, będzie można skrócić czas szczepień. Narazie jednak wskazane jest szczepić według zaleconego schematu.

Pierwsza pomoc osobie pokąsanej polega na odkażeniu i opatrzeniu rany według zwykłych zasad. Najenergiczniejsze nawet zabiegi miejscowe — doszczętne wycięcie rany (ucho, ogon zwierzęcia), lub mocne i głębokie wypalenie, nie chroni napewno przed zachorowaniem i nie można polegać na ich skuteczności. Rany warto przypalić — rozpalonem żelazem paquelinem, lub stężonym kwasem mineralnym, lecz tylko w parę minut po wypadku, licząc się z wymaganiami kosmetyki (twarz). Przypalania późniejsze są bezcelowe, bo zupełnie bezskuteczne. Wyjątkowo zresztą może się zdarzyć, że pokąsany zgłosi się o poradę bezpośrednio po wypadku. W każdym jednak przypadku należy ranę odkażić — ma to na celu zmniejszenie ilości, lub osłabienie zarazka w ranie i ułatwienie uodpornienia. Ze środków odkażających najodpowiedniejsza jest jodyna, lub, mający działać poniekąd swoiście, kwas salicylowy w 5^o/_o-wym roztworze spirytusowym. Stosowano też, bez szczególnych zresztą wyników, bierne przekrwienie Biera, lub swoistą surowicę w proszku, bezpośrednio na ranę.

Po udzieleniu pierwszej pomocy, należy się zastanowić, czy zachodzą wskazania do szczepienia osoby pokąsanej.

Ze względu na rodzaj urazu, powstałego skutkiem pokąsania, zaznaczyć należy, że szczepienia są wskazane zawsze, jeśli jest naruszona całość skóry, lub śluzówki zębem podejrzanego zwierzęcia. Nawet, jeśli rana nie krwawiła, a miało miejsce starcie naskórka, również szczepić trzeba. Szczepienia wymagają nietylko rany, powstałe skutkiem pokąsania, ale i rany przypadkowe, zawałane śliną, czy to przy próbach wyjęcia z gardzieli psa przypuszczalnego obcego ciała, czy to przy nacieraniu szorstkiego języka u bydła, czy też przy lizaniu przez psa świeżej, innego

pochodzenia ranki. Przypadkowe starcie naskórka o ząb psa są równoznaczne z rankami wskutek pokąsania. Przypadkowe rany, powstałe dawniej, niż na 48 godzin przed zawalaniem śliną psa, nie wymagają szczepienia. Doświadczalnie stwierdzono, że pendzlowanie śliną świeżych, lecz starszych nad 48 godzin ranek nie wywołuje wścieklizny.

Skaleczenia przy sekcji, o ile nie przy wyjmowaniu mózgu lub ślinianek, również nie wymagają szczepienia. Wścieklizna nie może być przeniesiona przez przedmioty martwe, zwalane śliną zwierzęcia, a tem mniej przez przedmioty zwalane krwią, która, praktycznie biorąc, nie zawiera zarazka. Z tych względów zbyteczne jest odkażanie pomieszczeń lub przedmiotów. Zdrapania pazurami zwierzęcia, o ile nie budzą wątpliwości co do swego pochodzenia, również nie wymagają szczepień. W tym jednak przypadku należy zwrócić uwagę na trudność odróżnienia drobnych pokąsań i zdrapań u małych dzieci, u których nie można polegać na wywiadach.

Lizanie przez psa skóry nieuszkodzonej, lub ranki przykrytej strupem jest nieszkodliwe. Niemożliwe jest również zarażenie się przez nieuszkodzoną, niepokaleczoną jamę ustną i wogóle przez nieuszkodzony przewód pokarmowy. Stwierdzono doświadczalnie, że psy karmione mózgiem zwierząt wściekłych, nie chorowały, o ile nie pokaleczono im jamy gardzielowej przez dodanie do mózgu szkła, lub opiłek. Jakkolwiek więc słusznie zabronione jest spożywanie mięsa i mleka zwierząt wściekłych, zarazić się wścieklizną przez przewód pokarmowy nie można i osoby, które jadły mięso, lub piły mleko pochodzące od zwierząt wściekłych, szczepić się nie potrzebują.

Jeżeli pokąsanie miało miejsce nie w nagie ciało, a przez ubranie, szczepić nie trzeba, jeżeli mamy pewność, że ubranie nie było rozerwane i że ząb zwierzęcia nie mógł przeniknąć do skóry. Zaznaczyć jednak należy, że ostry kiel psa może przejść nawskroś do skóry, między włóknami materiału, nie pozostawiając widocznego śladu, jeśli się materiał zbiegnie. Bielizny, ani pończoch, nawet jeśli nie uległy rozerwaniu nie, można uważać za wystarczającą osłonę, mogą nasiąknąć śliną.

Jeśli, oglądając osobę pokąsaną, mamy możność wnioskania o stopniu obrażenia na zasadzie własnego wrażenia wzrokowego,

sprawa jest łatwa, staje się trudniejsza, jeśli osoba pokąsana zgłasza się o poradę po dłuższym czasie od wypadku; musimy wówczas poprzestać wyłącznie na wywiadach. W tych przypadkach zasadniczo lepiej być ostrożniejszym, zwłaszcza, jeśli idzie o małe dzieci.

Ze względu na zwierzę, które pokąsało człowieka, wskazania do zastosowania szczepień są następujące:

Dla weterynarji ze względu na wypłatę odszkodowania za bydło, konie, trzodę padłą lub zabita z powodu wścieklizny i ze względu na tępienie wścieklizny między psami ważne jest urzędowe stwierdzenie wścieklizny u zwierzęcia. Dla medycyny ludzkiej ważniejsze jest wykluczenie wścieklizny u psa, który pokąsał człowieka — szczepić bowiem pokąsanego należy nietylko w tych przypadkach, kiedy stwierdzono wściekliznę, ale i w przypadkach kiedy zachodzi podejrzenie wścieklizny, t. j. zawsze, jeśli z całą pewnością wykluczyć jej nie można.

Przez sam fakt pokąsania człowieka pies nie staje się jeszcze bynajmniej podejrzanym o wściekliznę. Psa takiego jednak nie należy tracić z oczu, trzeba go odosobnić, uwięzić krótko i mocno, lub zamknąć i obserwować. W tym celu wystarcza domowa obserwacja psa i narazie jeszcze niema potrzeby zasięgnięcia porady u lekarza weterynarji.

Psy bezdomne natomiast, obce, wałęsające się, do których nikt nie chce się przyznać, w razie pokąsania przez nie człowieka, powinny być jak wyżej, obserwowane przez osoby interesowane lub umieszczone na obserwacji u czyściciela. Jeżeli pies przeżyje czas obserwacji, osobie przez niego pokąsanej nie grozi niebezpieczeństwo zarażenia się wodowstrętem i szczepienia dla niej są zbędne. Pies taki jednak, po ukończeniu obserwacji, jako obcy, wałęsający się, powinien być zabity, gdyż może się znajdować w okresie wylęgowym choroby i w przyszłości mógłby wytworzyć nowe jej ognisko.

Wiadomo, że okres wylęgowy wścieklizny u psa trwać może tygodnie, miesiące, a nawet niekiedy dłużej niż rok. W ślinie jednak psa zarazek wścieklizny znajduje się jedynie podczas choroby psa i na parę dni, najwyżej do tygodnia, przed jego zachowaniem. Podczas długiego okresu wylęgowego w ślinie psa niema zarazka i wskutek tego w tym okresie ukąszenia jego są nieszkod-

dliwe. Wymagany więc 14 sto dniowy czas obserwacji powstał z dodania 7-miu dni, t. j. najdłuższego trwania choroby u psa i z drugich 7-miu dni, końcowych dni okresu wylęgowego, podczas których u psa pozornie jeszcze zdrowego, a będącego już w końcu okresu wylęgowego, ślina może zawierać zarazek. Z tych więc względów, obserwacja psa powinna trwać dwa tygodnie. Jeśli pies czas ten przeżyje, upada przypuszczenie wścieklizny, możemy ją z całą pewnością wykluczyć. W interesie więc osoby pokąsanej, aby jej nie szczepić bez potrzeby, zaleca się przeprowadzenie obserwacji psa. Osoba pokąsana może bez obawy, nie rozpoczynając szczepień, czekać końca obserwacji, która przerywa się i skraca w razie zachorowania psa. Z każdym dniem dalszego trwania obserwacji wścieklizna psa staje się mniej prawdopodobna, a po 14-stu dniach przypuszczenie podejrzenia ostatecznie upada.

Jeśli jednak, podczas obserwacji, pies padnie, lub zostanie, choćby przypadkowo zabity, lub zbiegnie z obserwacji, nie czekamy oczywiście dni 14-tu, obserwacja kończy się wcześniej i nie zwlekamy dłużej z rozpoczęciem szczepień.

Jak wykazaliśmy wyżej, zwłoka, spowodowana przeprowadzeniem obserwacji, nie może źle wpłynąć na wynik szczepień. Dopiero rozpoczęcie szczepień po upływie czterech tygodni od pokąsania wpływa wyraźnie na zwiększenie śmiertelności. Jedynie przy pokąsaniach w głowę, przy których rokowanie jest najcięższe, a okres wylęgowy najkrótszy, rozpoczynamy szczepienia niezwłocznie, a przerywamy je po 14-tu dniach od wypadku, jeśli ostatecznie upadło przypuszczenie podejrzenia wścieklizny.

Jeżeli jednak przed upływem dni 14-tu po pokąsaniu człowieka, psa z jakichkolwiek powodów zabito, nie pozostaje nic innego, jak szczepić osobę pokąsaną — ani sekcja bowiem psa, ani badanie drobnowidowe mózgu może nie dać stanowczej odpowiedzi, a pies mimo to może być wściekły. Badanie mózgu na obecność ciałek Negri'ego u psa dość często, u człowieka jeszcze częściej, może ich nie wykazać, pomimo, że mamy przypadek niewątpliwiej wścieklizny. Pewną odpowiedź daje wynik szczepienia zbadanego mózgu pod twardą oponę paru królikom (próba biologiczna), na tę odpowiedź trzeba jednak czekać trzy tygodnie, a często i dłużej.

Przy sekcji również, nawet w przypadku niewątpliwej wścieklizny, można nie znaleźć zmian charakterystycznych, wskutek czego ujemny wynik sekcji bynajmniej nie wyklucza podejrzenia wścieklizny.

Nawet obserwacja kliniczna nie zawsze pozwala z całą pewnością rozpoznać wściekliznę u psa. Jeśli zwierzę padło podczas obserwacji, bez wyraźnych objawów, również nie możemy wykluczyć możliwości wścieklizny — przebieg jej mógł być nietypowy, mogła go maskować, lub zmienić współistniejąca choroba przewlekła.

Jednym z podejrzanych objawów jest zniknięcie psa z domu, zwłaszcza jeśli pokąsał kogo z domowników, pies taki zwykle pada, lub zostaje zabity w innej, niekiedy dość odległej miejscowości. Jeśli pies zbiegł, niema przedmiotu obserwacji i przeprowadzenie szczepień również jest wskazane.

Ze względu więc na zwierzę, które pokąsało człowieka, można wskazać do przeprowadzenia szczepień streścić w ten sposób: a) szczepienia są wskazane, jeżeli pies, który pokąsał człowieka padł, został zabity, lub zbiegł i nie został odnaleziony w ciągu dni 14-tu po wypadku; b) szczepienia są zbyteczne, jeśli pies żyje i jest zdrow w 14-cie dni po wypadku.

Pod względem prawdopodobieństwa wścieklizny u zwierzęcia, które pokąsało osobę szczepioną, odróżniamy na dołączonych do każdego pudełka szczepionki w kartach rejestracyjnych, kategorie: A, B, C, D.

A. oznacza zwierzę, u którego stwierdzono wściekliznę doświadczalnie, lub przez wykrycie ciałek Negri'ego, lub przez zachorowanie na wściekliznę równocześnie pokąsanych zwierząt, lub ludzi — wścieklizna stwierdzona.

B. oznacza zwierzę, u którego wynik sekcji lub klinicznej obserwacji weterynaryjnej przemawia za wścieklizną — wścieklizna prawie pewna.

C. oznacza zwierzę podejrzone, które zbiegło lub było obserwowane nie przez lekarza weterynarii — podejrzenie wścieklizny.

D. oznacza zwierzę nieznaną, którego nie można było obserwować, i u którego wskutek tego możliwości wścieklizny nie można wykluczyć.

Ze względu na czas, kiedy miało miejsce pokąsanie, zauważyć należy, że trzeba szczepić osoby, zgłaszające się nawet w parę miesięcy po pokąsaniu, o ile oczywiście byłoby wskazanie do szczepień, gdyby osoba ta zgłosiła się wcześniej. Zdarza się, że dopiero po śmierci jednej z osób pokąsanych, zgłaszają się o poradę inne, pokąsane z nią równocześnie. Ze strony osoby pokąsanej niema przeciwwskazania do stosowania szczepień; ani niemowlęctwo, ani wiek zgrzybiały, ani ciąża nie są przeciwwskazaniem. W razie ostrej choroby gorączkowej, odkładamy rozpoczęcie szczepień do spadku gorączki niżej 38°.

Oceniając wiarogodność wywiadów, trzeba pamiętać, że zdarzają się osoby, które przesadzają w opowiadaniu, chcąc, powodowane nieuzasadnioną obawą, szczepić się, nawet jeśli niema rzeczywistej potrzeby stosowania szczepień. Jeśli osoba interesowana, mimo braku rzeczywistych wskazań uporeczywie żąda szczepień, ulegając, należy zaznaczyć to na karcie rejestracyjnej, podkreślając jedynie w tym wypadku: wyrazy „szczepi się na żądanie“, t. zn. że lekarz nie uznaje szczepienia za potrzebne.

Kierując się powyższymi wskazaniami, odmawialiśmy szczepień znacznej liczbie (przeszło 15%) osób zgłaszających się i nie mieliśmy dotychczas przypadku, aby która z nich zachorowała na wścieklicznę. Na 55.630, które się zgłosiły do szczepień, odmówiliśmy szczepień 8.724. W ostatnich latach odsetek ten jest znacznie większy.

Szczepienia szczepionką karbolizowaną, wytwarzaną w P.Z.H., powinny trwać dni 20. Jest to średnia długość trwania szczepień, wskazana, przez doświadczenie Zakładów Pasteurowskich. Zasadniczo szczepić należy codziennie, bez przerw, jednak opuszczenie jednego lub dwóch szczepień nie powinno źle wpłynąć na wynik szczepień, zwłaszcza, że w razie opuszczenia szczepień, dodajemy opuszczone dawki, przedłużwszy odpowiednio szczepienia. Nawet w razie dłuższej przerwy, spowodowanej przypadkowym zachorowaniem, lub gorączką wyżej 38°, wystarcza dokończenie rozpoczętych szczepień, o ile przerwa nie trwała dłużej, niż 2 tygodnie. Jedynie w razie dłuższej przerwy, lepiej jest szczepienia rozpocząć na nowo.

Przeważnie u osób szczepionych nie można zauważyć żadnego ogólnego odczynu. Zazwyczaj szczepieni czują się dobrze, niekiedy

samopoczucie poprawia się, a kilkakrotnie spostrzegałem u tabetyków złagodzenie przypadłości subiektywnych, co mogło zależeć od działania tkanki mózgowej, wprowadzonej w szczepionkę. Zdarzało się, że w rok, dwa po szczepieniach, zgłaszali się ponownie tabetycy, nie pokąsani powtórnie, żądając powtórnego szczepienia. Nie mogę jednak potwierdzić dodatniego działania szczepionki u epileptyków. Podczas szczepień mogą się zdarzyć różne schorzenia współczesne, nie mające ze szczepieniami żadnego związku przyczynowego.

Najczęściej u szczepionych nie można zauważyć żadnego miejscowego odczynu, jednak w 30% przypadków, szczególnie u osób dorosłych, tęgich, z obfitą tkanką tłuszczową podskórną w drugim tygodniu szczepień, odrazu w paru miejscach pojawiają się wykwity na skórze — miejscowe, ograniczone, powierzchowne zaczerwienienia skóry, rzadko z nacieczeniem, niekiedy bolesne a prawie zawsze mocno swędzące. W końcu drugiego tygodnia objawy te zwykle znikają. Jeśli szczepiony narzeka, że ból lub swędzenie jest tak dokuczliwe, że przeszkadza mu spać, zalecać należy zimne, często zmieniane okłady na brzuch, prowadzące do szybkiej ulgi.

Niekiedy już po paru iniekcjach, szczepieni skarżą się na bóle w pachwinach, lub pod pachami, gdzie wyczuwamy w tych przypadkach powiększone i bolesne przy dotknięciu gruczoły chłonne. Spostrzegano takie powiększenie gruczołów pachwinowych i pachowych i po użyciu normalnej króliczej tkanki mózgowej, jest to więc odczyn, nie na swoisty zarazek wścieklizny a na obce białko tkanki mózgowej szczepionki, lub nawet oznaczającą wzmożoną pracę gruczołów. Rzadziej zdarzają się w miejscu szczepień wykwity, przypominające pokrzywkę, lub płoniec. Jeszcze rzadziej zdarza się pokrzywka na całym ciele, dochodzi nawet niekiedy do wytworzenia pęcherzy wielkości orzecha laskowego. Po parodniowej przerwie w szczepieniach objawy te przechodzą. Przypadki te zdarzały się częściej dawniej, gdy używaliśmy gęstej zawiesiny — obecnie, gdy używamy 2%, są one o wiele radsze.

Szczepiąc, unikamy obrażenia igłą gałązki nerwowej, względnie zadrażnienia igłą mięśnia. Z tego względu miejscem wybraniem, najodpowiedniejszym do iniekcji szczepionki przeciw wściekliznie jest tkanka podskórna na brzuchu, po obu stronach linii

białej, powyżej i poniżej pępka, gdzie nawet u osób szczupłych znajduje się większa ilość tkanki tłuszczowej podskórnej, a mięśnie leżą głęboko. Jest tu mniej większych nerwów i naczyń, niż na kończynach, lub w innych miejscach na brzuchu. Zwykle przy iniekcjach podskórnych drobniutka napotkana gałązka nerwowa uchyla się przed obrażeniem igłą, lub jeśli nawet, to dojdzie tylko do zadrażnienia pochewki nerwowej, nie samego miąższu. Może u zwierząt po gwałtownem przebicium twardej skóry igłą wpada zbyt głęboko i zadrażnie mięsień, niekiedy dojść może do uszkodzenia samego nerwu, czyli do zaszczepienia zarazka do nerwu. Zdarzało się to nieraz przy stosowaniu dawnej szczepionki u zwierząt (*Impflyssa Aujeszky*). W tych przypadkach iniekcja z podskórnej stawała się domięśniową. Notowano bardzo pod tym względem podejrzone przypadki i u ludzi (*Abramow, Lubiński, Chevalier*). W tych warunkach zarazek stały szczepionki nieszkodliwy na brzuchu, może się stać szkodliwym w miejscach, obfitujących w drobne gałązki nerwowe, np. w końcach palców na kończynach. Z tego powodu nigdy nie należy robić iniekcji szczepionki przeciwko wścieklicznie na kończynach, gdzie nie tylko odczyn miejscowy jest silniejszy, ale i zachodzi obawa wywołania wściekliczny szczepionej, stwierdzonej niejednokrotnie u zwierząt.

Iniekcje naogół są mało bolesne, boleśnieszce były w początkach stosowania metody, gdy używano zawiesiny rozziartej nie w fizjologicznym roztworze soli, a w buljonie. Nie używamy żadnych środków znieczulających skórę. Częściej też przy użyciu buljonu zdarzały się ropnie w miejscu iniekcji. Obecnie przechodzą lata, zanim zdarzy się ropień w ambulatorjum zakładowem, ponieważ pamięta się o jałowości igieł i szprycy, i zwraca się uwagę na czystość skóry osób szczepionych. Może się jednak zdarzyć niekiedy, nawet przy zachowaniu wszelkich przyjętych ostrożności, pojedynczy ropień, jeśli przy iniekcji wprowadzimy do tkanki podskórnej ropne drobnoustroje z przebitego igłą kanałika potowego skóry. Serje ropni, nie pojedyncze, rzadko się zdarzają, zależą albo od zaniedbania czystości, albo od przypadkowego rozpylenia drobnoustrojów ropnych w otoczeniu chorego, lub wreszcie od zanieczyszczenia szczepionki. Prócz wymycia skóry przed iniekcją zalecamy zajodynowanie miejsca szczepienia, a podczas szczepień częstą zmianę bielizny i mycie skóry.

Przypadkowe zakłócić się osoby szczepiącej igłą zanurzoną w szczepionce, lub zmoczenie nią przypadkowych ranek na dalszych jest nieszkodliwe.

O ile osoba szczepiona nie sugestjonuje się podczas szczepień nieuzasadnionymi przypuszczeniami i podejrzeniami, samopoczucie jej zwykle jest dobre i powinna podczas szczepień prowadzić zwykły tryb życia. Unikać jednak należy podczas szczepień i przez miesiąc po ich ukończeniu używania alkoholu, a także podczas szczepień nadmiernych wysiłków, przemęczenia fizycznego i psychicznego, gdyż są to czynniki, uspasabiające zarówno do zapadnięcia na wściekliznę, jak i do wystąpienia porażień poszczepiennych.

Wyniki otrzymane po stosowaniu szczepionki karbolizowanej są tak dobre, że od roku 1928 jej wyłącznie używamy nietylko do wysyłania na prowincję, ale i w ambulatorjum zakładowem.

	Szczepionka pasteurowska			Szczepionka karbolizowana			
	Szczep. osób	zmarło	porażen	Szczepiono osób		zmarło	porażen
				Zakład	prowinc.		
r. 1924	2.550	8	—	200		—	—
r. 1925	907	6	—	352	—	2	—
r. 1926	804	1	2	—	1577	5	—
r. 1927	399	3	1	—	1417	1	—
r. 1928	—	—	—	233	944	2	—
r. 1929 I-VI	—	—	—	73	268	—	—
	4.660	18	3	858	4206	10	—
				5.064			

Ogólna zatem śmiertelność osób szczepionych dawną szczepionką w latach 1924 do 1927 włącznie—0,39%. Prócz tego miały miejsce trzy przypadki porażen poszczepiennych, z nich jeden zakończony zejściem śmiertelnem.

Ogólna śmiertelność osób szczepionych w latach 1924 do I-VI 1929 w Zakładzie nową szczepionką i tych ze szczepionych na

provincji, których karty rejestracyjne nadesłano = 0,19%. Zaznaczyć należy, że niespostrzeżono ani jednego przypadku porażenia poszczepiennego. Odsetek zgonów może się jednak w rzeczywistości pokazać wyższy, ponieważ dane nasze za r. 1928 i 1929 nie są jeszcze ostateczne. Zakład, ze względu na długi okres wylęgowy wścieklizny, wysyła indywidualne zapytania o losie osób szczepionych dopiero w 3-cim kwartale roku następującego po sprawozdawczym. Dane więc za r. 1928 -- 1929 są jeszcze niezupełne. Za r. 1928 zaczęliśmy wysyłać zapytania w drugim półroczu r. b., a za bieżący w drugim półroczu r. 1930.

Jeśli nawet odliczymy osoby szczepione w l. 1928 i 1929 otrzymamy dla 4.446 osób szczepionych i 8 przypadków śmierci w latach 1924 do 1927 odsetek śmiertelności również równający się 0,19%. Wyniki stosowania nowej szczepionki możnaby uważać za lepsze, niż stosowania dawnej (0,39% i 0,19%), gdyby nie okoliczność, że na prowincji bardzo często są szczepione osoby, których bez szkody dla nich możnaby nie szczepić zupełnie. W każdym jednak razie wyniki stosowania nowej szczepionki nie są gorsze, niż dawnej, a po jej użyciu nie spostrzegaliśmy dotychczas ani jednego przypadku porażenia poszczepiennego. Ponieważ porażenia poszczepienne występują podczas szczepień, lub zaraz po ich ukończeniu, możemy stwierdzić, że nie mieliśmy ani jednego przypadku na 5.064 osoby szczepione nową szczepionką.

Wprowadzenie w użycie nowej szczepionki jest bezwzględnie wielkiem udostępnieniem i ułatwieniem szczepień. Sprowadziło ono jednak zupełną decentralizację szczepień. Zbyt wielkie rozsianie ich ma tę złą stronę, że jakkolwiek wiemy, ile wysłaliśmy szczepionki, nie wiemy natomiast ile osób nią szczepiono, co uniemożliwia dokładne obliczenie odsetka śmiertelności, a bez tego obliczenia nie mamy podstawy do ścisłego wnioskowania o skuteczności szczepionki. Mimo więc niezaprzeczonych wielkich zalet ma nadmierna decentralizacja szczepień i przeciwników, jak: *Alivisatos* (Jugosławia), *Boecker* (Niemcy), *Fermi* (Włochy), a w Kairze świeżo wystawiono internat dla Zakładu Pasteurowskiego na 150 łóżek.

Przy użyciu dawnej szczepionki i szczepieniu w Zakładzie, wysyłaliśmy indywidualne zapytania o stanie zdrowia osób, które ukończyły szczepienia. Otrzymawszy odpowiedzi, obliczaliśmy śmiertelność i dane nasze mieliśmy prawo uważać za pewne.

Cheąc prowadzić w ten sam sposób obliczania śmiertelności przy użyciu szczepionki karbolizowanej, możemy wysyłać takie zapytania jedynie na podstawie nadesłanych do Zakładu kart rejestracyjnych. Zaledwie jednak znikomy, jak wykazuje poniższe zestawienie, odsetek kart rejestracyjnych jest nadsyłany do oddziału.

	wysłano pudełek szczepion.	nadesłano kart rejestracyjnych.
r. 1926	5.132	1.577
r. 1927	5.696	1.477
r. 1928	6.839	944
r. 1929 do 1.VI	2.481	268
	<hr/> 20.148	<hr/> 4.266

Zaledwie więc od 21% wysłanej szczepionki są nadsyłane karty rejestracyjne. Większość wysłanej szczepionki 79%, albo została zużyta bez wypełnienia kart rejestracyjnych, albo leży na składzie w aptekach, albo została wymieniona na świeżą po upływie terminu ważności.

Zasadniczo apteka powinna wydawać szczepionkę jedynie na piśmienne zapotrzebowanie lekarza i szczepić powinni również wyłącznie lekarze, a po ukończeniu szczepienia, wysyłać do lekarza powiatowego i do P. Z. H. wypełnione karty rejestracyjne które są dołączone do każdego pudełka szczepionki. Nader często jednak apteki wydają szczepionkę bez recepty, skutkiem czego szczepią nie lekarze, a pielęgniarze, felczerzy, lub wogóle osoby nie mające nic wspólnego z lecznictwem. Osoby te, obawiając się odpowiedzialności, przypadków swych nie zgłaszają i karty rejestracyjnych nie wysyłają. Prowadzi to do zatajania przed władzami lokalnymi przypadków podejrzanych pokąsań, co utrudnia zwalczanie wścieklizny i uniemożliwia ścisłą ocenę skuteczności szczepionki. Ocena ta opiera się na obliczeniach, które mogą być robione jedynie na podstawie nadesłanych kart rejestracyjnych.

Jakkolwiek przypadki podejrzanych pokąsań zdarzają się u nas bardzo często, są jednak okolice, w których zdarzają się one rzadziej. Niema więc potrzeby magazynowania szczepionki w aptekach, chyba w jednej na powiat do rozporządzenia lekarza powiatowego. Nawet jedno zapasowe pudełko szczepionki wystarcza do rozpoczęcia szczepień u paru osób, a w dwa trzy dni szcze

pionka zamówiona telegraficznie w P. Z. H. dojdzie miejsca przeznaczenia. Uniknęłoby się wtedy niepotrzebnego przetrzymywania szczepionki na składzie w aptekach, aż do czasu, gdy upłynie termin jej skuteczności, co powoduje konieczność wymiany niezżytej szczepionki na świeżą i w następstwie zbyteczną nadprodukcję szczepionki. W r. 1926 wymieniono 355, a w r. 1927—687, w r. 1928 — 1.197 pudełek szczepionki.

Lekarze praktykujący, szczepiąc pokąsanych na prowincji, nie mogą rozporządzać liczniejszym własnym materiałem, a pojedyncze obserwacje giną nie wyzyskane, ani dla celów statystycznych, ani kazuistycznych. Wścieklizna jest jedną z najstraszniejszych i najmniej zbadanych chorób i dla wyjaśnienia wielu spraw zawiłych konieczne jest jaknajlepsze wyzyskanie spostrzeżeń. W tych warunkach niezbędną się stała współpraca lekarzy szczepiących na prowincji z Zakładami Pasteurowskimi. Zachowanie tego kontaktu jest najprostsze i najłatwiejsze za pomocą nadsyłania kart rejestracyjnych i przeprowadzania w miarę potrzeby korespondencji dla wyjaśnienia przypadków niezwykłych. Na żądanie sekcji lekarskiej przy Lidze Narodów wprowadzono schematy jednego typu, dla odpowiedniego ugrupowania gromadzącego się w całym świecie materiału i wyzyskania go dla celów naukowych. Schematy te odnoszą się zarówno do osób szczepionych w Zakładach Pasteurowskich, jak i poza Zakładami.

Ze zmniejszeniem się ambulatorjów Zakładów Pasteurowskich zaczęły one tracić własny materiał obserwacyjny. W Warszawie również, nie rozporządzając w ostatnich czasach własnym materiałem obserwacyjnym, ponieważ w ambulatorjum Zakładowem do r. 1928 używaliśmy dawną szczepionkę, a nową wysyłaliśmy poza Zakład, chcieliśmy mieć możliwość obserwowania przebiegu szczepień szczepionką karbolizowaną. Z tego powodu od r. 1928 jej wyłącznie używamy i w ambulatorjum zakładowem i obecnie każda serja szczepionki przed wypuszczeniem jej na sprzedaż, prócz dotychczasowej zwykłej kontroli w Zakładzie wytwórczym i w Oddziale Badania Surowic P. Z. H., jest kontrolowana klinicznie na szczepiących się w ambulatorjum oddziałowem. Kontrola ta daje możliwość sprawdzenia na miejscu w Oddziale czy szczepionka jest dobrze znoszona i czy odczyn nie odbiega od zwykłej normy.

Ograniczenie decentralizacji szczepień do powiatu ułatwiłoby rejestrację pokąsanych, ocenę skuteczności szczepionki, zwalczanie wścieklizny na miejscu, a nie byłoby uciążliwe dla pokąsanych, bo o ile trudno było wyjeżdżać do odległych Oddziałów Pasteurowskich do większych miast, gdzie trudno znaleźć pomieszczenie na czas szczepień, o tyle łatwiej zamieszkać w najbliższym mieście powiatowem, gdzie mieszkańcy okoliczni często mają rodzinę lub bliskich znajomych. Osoby zupełnie pozbawione środków i znajomości, mogłyby na koszt odnośnej gminy być umieszczone na czas szczepień w szpitalu powiatowym. Pod kontrolą więc i kierunkiem lekarza powiatowego mogłyby szczepienia pokąsanych być ześrodkowane w mieście powiatowem.

Rozporządzenia odnoszące się do zgłaszania i zwalczania wścieklizny i do szczepienia pokąsanych opierają się na zasadniczej Ust. Sanit. i § 13 i 14 „Ust. w przedm. zwalcz. chor. zakaźn. oraz innych chor. występ. nagminnie“: „przypadki podejrzanych pokąsań podlegają obowiązkowemu zgłoszeniu, a władze lokalne mają zarządzić środki, mające na celu zniszczenie ogniska zarazy i zapewnienia pokąsanym pomocy“. Późniejsze, wydane na podstawie powyższych, rozporządzenia Gen. Dyr. Służby Zdrowia z 17.III 1925 № ZZ. 1147/22 i z 19.VII 1925 № ZZ. 6921/25 wprowadzają w użycie szczepionkę karbolizowaną P. Z. H. i zalecają zarządom gmin, aby „wysyłając pokąsanych na leczenie do lekarzy powiatowych, lub do lekarzy wolno praktykujących, zaopatrywać ich w razie ich ubóstwa, w odpowiednią gotówkę na opłacenie kosztów szczepionki i szczepienia“. Pozornie wprowadzenie w użycie szczepionki karbolizowanej obciąża materialnie samorządy, choć w rzeczywistości wydatki na szczepienie ubogich pokąsanych zmniejszyły się znacznie, skutkiem zaoszczędzenia kosztów przejazdu w obie strony samych pokąsanych i ich przewodników do odległych Zakładów Pasteurowskich i utrzymania ich na czas szczepień w internacie zakładowym lub na mieście.

W zwalczaniu wścieklizny medycyna ludzka gra rolę poniekąd bierną, pomocniczą, informacyjną, czynną ma medycyna weterynaryjna, a właściwie policja sanitarna. Mimo jednak, że oddawno jest praktykowane przez nią zwalczanie wścieklizny, wyniki są wciąż niezadowalniające. Nader ważne jest, aby odnośne zarządzenia obowiązywały jednocześnie na dużej przestrzeni. W tym kie

zunku stanowi postępowanie nowa ustawa weterynaryjna: „O zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych“ (Dz. Ust. R. P. r. 1927 № 77 § 673), która ujednostajniła i uzgodniła przepisy dzielnicowe, wprowadziła obserwację psów, zamiast przedwczesnego ich zabijania i w § 26 przewiduje „zastosowanie szczepień zwierząt wrażliwych na zarazę“, co powinno mieć znaczenie dla wprowadzenia szczepionki do zapobiegawczego szczepienia psów jeszcze nie pokąsanych.

Wbrew nawoływaniu prasy codziennej o możliwości osłabienia dozoru nad psami na zasadzie liczb niżej podanych, wskazane jest, aby wprowadzone w ostatnich czasach obostrzone zarządzenia były utrzymane i nadal przestrzegane, dopóki wścieklizna nie będzie wytępiona doszczętnie. Energiczniejsze obecnie, niż przed kilku laty, zwalczanie wścieklizny daje już pewne, ale wciąż jeszcze niewystarczające wyniki. Z samej Warszawy w ostatnich czterech latach zgłaszało się osób pokąsanych: w r. 1926 — 632, w 1927 — 689, w 1928 — 268, 1929 do 1.VI — 78. Z pow. Warszawskiego: w r. 1926 — 231, w 1927 — 268, w 1928 — 186, w 1929 do 1.VI — 48.

Powyższe dane wskazują, że wścieklizna w Polsce bynajmniej nie wygasła i wciąż jeszcze dotkliwie się szerzy. Pewne zmniejszenie się liczby pokąsanych w stolicy i w jej okolicach powinno raczej zachęcić do dalszego zwalczania jej, aż do doszczętnego jej wytępienia, aniżeli do złagodzenia obostrzonych w ostatnich czasach przepisów sanitarno-policyjnych, odnośnie do psów chorych, podejrzanych o zachorowanie, pokąsanych przez wściekłe, lub podejrzane o wściekliznę, lub, co jest bardzo ważne, psów bezdomnych, bezpańskich, wałęsających się.

Dążąc do doszczętnego wytępienia wścieklizny w Polsce, należy zachować surowe, choćby drakońskie przepisy względem wymienionych kategorii psów, a jednak zezwolić na szczepienie czysto zapobiegawcze psów jeszcze nie pokąsanych. Duże doświadczenie Japonii i Stanów Zjednoczonych wykazuje skuteczność szczepień, powtarzanych corocznie. W naszych warunkach za przedwczesne i niewykonalne uważać należy pogłównie uodpornienie wszystkich psów, a możnaby polecić zapobiegawcze szczepienie psów wysoce rasowych, starannie pielęgnowanych i hodowanych, psów wojskowych i policyjnych, jeśli rzeczywiście nie uległy one pokąsaniu. Właściciele psów, które zachorowały na wściekliznę w 6 tygo-

dni po zastosowaniu szczepień zapobiegawczych, powinni być pociągani do odpowiedzialności za wprowadzanie w błąd władz sanitarno-policyjnych, gdyż psy te dostarczano do szczepień zapobiegawczych wkrótce po pokąsaniu ich przez wściekłe.

Odróżniać więc należy, szczepienia leczniczo-ochronne psów pokąsanych, które są zasadniczo wzbronione i szczepienia zapobiegawcze, których zastosowanie zmierzałoby również do wyłączenia wścieklizny inną drogą przez zmniejszenie liczby psów wrażliwych. Psy jeszcze nie pokąsane powinny być szczepione w Zakładach weterynaryjnych i przez czas dłuższy pozostawać pod ścisłą kontrolą weterynaryjną. Za ogólnym wprowadzeniem szczepień czysto zapobiegawczych dla psów wypowiedziała się i sekcja weterynaryjna na Międzynarodowym Zjeździe w Paryżu w roku 1927.

Dr. J. Leoszko.

Medycyna lotnicza i przyczyny wypadków lotniczych.

Pojęcie medycyny lotniczej, jako nauki nowej i szybki rozwój tej nauki, datują się dopiero od czasu wojny światowej. Prawda, że jeszcze wcześniej, na kilka lat przed wojną, w niektórych państwach zachodnich lekarze zaczynają interesować się zmianami, jakie zachodzą w organizmie ludzkim podczas pobytu na wysokościach, wypowiadają zdanie, że człowiek nie jest stworzony do latania i że do pracy przy zupełnie odmiennych warunkach atmosferycznych podczas lotu niezbędna jest stopniowa adaptacja organizmu. Robione są w tym czasie, jak np. we Francji i w Ameryce, pierwsze próby selekcji pilotów. Badania te są bodźcem dla wielu lekarzy do dalszych prac, angażując coraz to świeże siły naukowe. Dopiero jednak wojna światowa i szybki rozwój lotnictwa jako broni, uznanej za broń pierwszej wagi, a w związku z tem masowe zapotrzebowanie personelu lotniczego, stwarza konieczność szybkiej i prawidłowej selekcji tego personelu, celem: primo, określenia zdolności jego do nauki pilotowania, secundo, celem zapewnienia jak najlepszej bojowej sprawności tego personelu, a tem samem daje bodziec do stworzenia specjalnych ośrodków naukowo - doświadczalnych — centrów badań lotniczych, oraz powołania do tej pracy wybitnych jednostek ze świata lekarskiego.

Niektórzy z lekarzy, jak np. Profesor Ferry, Dr. Perrin de Brichambault, kończą nawet szkoły lotnicze, uzyskując prawo pilotażu, aby na sobie doświadczyć i zapoznać się ze zmiennymi warunkami pracy lotnika. A praca ta odbywa się w warunkach całkiem odmiennych od tych, do których przyuczajony jest organizm ludzki podczas bytowania na ziemi.

1) Do warunków specjalnych, napotykanych w powietrzu, zalicza się przede wszystkim: obniżenie temperatury, która wzrasta o stałą jednostkę z wznoszeniem się w górę i wynosi $\frac{1}{2}$ stopnia na każde sto metrów przy powietrzu wilgotnem i 1 stopień przy powietrzu suchem. Dla przykładu, jeśli przyjmiemy, że na ziemi temperatura wynosi piętnaście stopni ciepła, to na wysokości pięć tysięcy

metrów wynosić będzie (minus) dwadzieścia stopni mrozu. Obniżenie to wzrasta do jedenastu tysięcy metrów, gdzie panuje temperatura stała, wynosząca około (minus) 56 stopni mrozu.

2) Wilgotność powietrza, zależna od ilości pary wodnej w powietrzu, zmienia się w ten sposób, że zmniejsza się w stosunku geometrycznym, jeśli wysokość zwiększa się w stosunku arytmetycznym, czyli na dużych wysokościach panuje suchość.

3) Wentylacja zależna na ziemi od szybkości wiatru zwiększa się zależnie od szybkości aeroplanu, a wiemy, że przeciętnie szybkość obecnie na godzinę równa się 200 kilometrów, rekordowa 500 kilometrów.

4) Zmniejsza się znacznie ciśnienie barometryczne, wynoszące na ziemi 760 milimetrów Hg., jak również i ciśnienie cząsteczkowe tlenu.

Czy i jakie zmiany zachodzą w organizmie ludzkim pod wpływem tych zmian atmosferycznych, badaniom tym poświęcili dużo czasu lekarze francuscy (Dr. Ferry, Beyne, Bechague) angielscy (Flack, Haldane) amerykańscy (Bauer, Schneider), włoscy (Gradenico, Herlitzka, Aggazzotti), przeprowadzając badania w specjalnie urządzonych laboratorjach przy Centrach lub Instytutach badań lotniczo - lekarskich. Dla wykonania tych badań skonstruowane były specjalne kamery, kesony, gdzie obniżano ciśnienie atmosferyczne i temperaturę, do norm odpowiadających żądanym wysokościami. Największe i najlepiej urządzone kamery są w Bourget pod Paryżem i Monte-Celio pod Rzymem, gdzie można było obniżać ciśnienie atmosferyczne, odpowiadające 15.000 metrów wysokości. Ścisłejsze badania i bardziej odpowiadające warunkom lotu robione były przez francuskiego lekarza Beyna w aeroplanie, specjalnie do badań dostosowanym. W kabynie poza pilotem było miejsce dla lekarza i badanego lotnika, oraz cały szereg przyrządów do badań narządów krążenia, naczyń krwionośnych i narządów oddychania. Wyniki tych badań dokładnie zostały opracowane i wydane w szeregu prac. Z prac tych wiadomem jest, że zaburzeniom podlegają w pierwszym rzędzie narząd krążenia — serce i narządy oddychania. Mięsień sercowy, wskutek zmniejszonej ilości tlenu zwiększa ilość tętna i siłę skurczu. Ilość uderzeń tętna na minutę zwiększa się proporcjonalnie do wysokości i dochodzi do 120 — 130 uderzeń na

minutę. Przy lądowaniu ilość tętna zmniejsza się, zwykle jednak jeszcze przez pewien czas po wylądowaniu pozostaje nieznaczone przyśpieszenie. Dla tych samych przyczyn i praca płuc zmienia się na wysokościach, zwiększając znacznie liczbę ruchów oddechowych. Na wysokościach ponad 5.000 metrów, gdzie ilość tlenu wynosi połowę zawartości na ziemi — zalecane są, a nawet w niektórych krajach obowiązkowe są, maski do oddychania tlenem dla lotników. Do często obserwowanych zaburzeń, szczególnie na dużych wysokościach należą: bóle głowy, wymioty i senność po długich lotach. Zaburzenia te obserwowane u lotników początkujących, po upływie pewnego czasu znikają. Inny rodzaj zaburzeń, charakterystyczny przez swój rozwój stopniowy, obserwowano u lotników starych, którzy latali przez czas dłuższy na dużych wysokościach, brali udział czynny podczas wojny w walkach powietrznych. Objawy tych zaburzeń, trwających przez czas dłuższy i polegających na zaburzeniach w trawieniu, utracie apetytu, drażliwości, bezsenności, mniejszej odporności ustroju nerwowego i tak dalej, objęte zostały nazwą astenji lotnika. Podane zaburzenia i zmiany w organizmie, występujące przy lataniu, przemawiały za koniecznością przeprowadzenia należytej selekcji kandydatów do lotnictwa, ustalając warunki zdolności fizycznej do latania. Warunki te, mniej więcej podobne we wszystkich krajach, są następujące:

1. Wiek. Kwestja wieku dla kandydatów do lotnictwa przez dłuższy czas była sporną. Obecnie wymagane jest skończone lat 21 do lat 28,
2. Narządy oddychania, krążenia i trawienia, oraz układ nerwowy muszą funkcjonować bez zarzutu.
3. Ostrość wzroku bez wyrównania przy pomocy szkieł dla obu oczu i dla każdego oka z osobna musi być normalna.
4. Ostrość słuchu, stan ucha wewnętrznego musi odpowiadać normie. Ogromną uwagę zwraca się również na wywiady o przebytych chorobach i obciążeniu dziedzicznym, Jak wielkie wymagania stawiane były podczas badań lekarskich kandydatów do lotnictwa — widać z następujących danych statystycznych. We Francji w roku 1925 zbadano 2.324 kandydatów na pilotów z pośród których uznano za

zdolnych 1373, czyli 59 procent, niezdolnych 951, czyli 41 procent. Taki sam, a nawet większy procent zdyskwalifikowanych wypada we Włoszech 46%, w Anglii 58%.

Narówni z badaniami klinicznymi wprowadzone zostały badania nad właściwościami indywidualnymi kandydatów do lotnictwa, — badania psychotechniczne i badania psychofizjologiczne. Skonstruowano cały szereg precyzyjnych przyrządów i aparatów za pomocą których można było mierzyć szybkość i prawidłowość odruchów, szybkość orientacji, dokładność zapamiętywania, spostrzegawczość, opanowanie wzruszenia przy bodźcach emocjonalnych i inne cechy charakterystyczne dla przyszłego pilota.

Szerokie wymagania, stawiane przy przyjmowaniu do służby w lotnictwie, dokładna selekcja kandydatów, oraz stały nadzór i troskliwa opieka lekarska nad personelem latającym w jednostkach lotniczych, a szczególnie w szkołach pilotów — dały w krótkim czasie bezcenne usługi, przyczyniając się do zmniejszenia liczby wypadków lotniczych.

Zebrane systematycznie dane wykazały, że od czasu wprowadzenia prawidłowej selekcji, przeprowadzonej przez lekarzy specjalistów w C. B. L., liczba wypadków lotniczych proporcjonalnie do liczby wylatanych godzin, zaczęła się szybko zmniejszać. Badania nad przyczynami wypadków lotniczych we wszystkich krajach zagranicą, prowadzone były skrupulatnie przez lekarzy od czasu wojny. Statystyczne dane, podane przez angielskich lekarzy wykazały, że z ogólnej liczby śmiertelnych wypadków w pierwszym roku wojny 2 procent padło w walce powietrznej z nieprzyjacielem, 8% przypadło na defekty w motorze lub aeroplanie i reszta, czyli 90% zaliczyć trzeba było na karb wadliwego pilotowania — czyli niedomogi funkcjonalnej organizmu pilota. Włoskie statystyki za czas wojny do roku 1918 na ogólną ilość 357 zabitych wykazują 83% od wypadków lotniczych, czyli na 1-go zabitego w walce z nieprzyjacielem wypada 4 od wypadku lotniczego. Amerykański lekarz Rowntree w raporcie o ilości wypadków lotniczych za czas wojny w armji Stanów Zjednoczonych — podaje następujące dane. Na ogólną liczbę 677 — ponieśli śmierć w walce 169 czyli 25%, reszta czyli 75% zginęli od wypadków lotniczych. Przyczyna każdego wypadku lotniczego była skrupulatnie badana i ten sam lekarz Rowntree daje następujący podział

przyczyn: 1) mechaniczne niedokładności motoru lub aeroplanu, 2) warunki atmosferyczne, 3) kolizje, 4) wina pilota.

Wypadki pierwszej kategorii nie będą miały miejsca, jeśli pilot z mechanikiem przed każdym lotem dokładnie skontrolują maszynę — wypadki te stanowią najmniejszy procent.

Do drugiej kategorii należą złe warunki atmosferyczne — gęste chmury i mgły, z tych przyczyn również kolizje powietrzne. Liczba wypadków tej kategorii ogromnie się zmniejszyła z chwilą wprowadzenia przymusowego latania ze spadochronami.

Do ostatniej kategorii wypadków, stanowiących największy procent należą wypadki z winy pilota, które można podzielić na: 1) powstałe wskutek chwilowej, czy stałej niedyspozycji pilota, 2) wskutek niedostatecznego treningu lotniczego. Ogromną wagę w celu zapobiegania tym wypadkom, Rowntree, jak również i inni autorzy, przypisuje lekarzom lotniczym.

Ponieważ rola i obowiązki lekarzy lotniczych wymagały specjalnego dokształcenia i zapoznania się z medycyną lotniczą, we Francji, Włoszech, Anglii, wszyscy lekarze jednostek lotniczych odkomenderowani byli do C.B.L. celem przesłuchania kilkumiesięcznych kursów, pod kierunkiem już wykwalifikowanych lekarzy lotniczych.

Jeszcze szerzej sprawa ta została potraktowana w Ameryce, gdzie przeszkolenie odbywało się w specjalnej szkole dla lekarzy lotniczych. Na kursach oprócz wykładów z medycyny lotniczej, wewnętrznej, okulistyki, psychofizjologii, zapoznania się z metodami badań co do zdolności fizycznej przy selekcji i klasyfikacji lotników, wymagana była znajomość techniki lotniczej.

Po skończonym kursie, każdy z lekarzy otrzymywał dyplom lekarza lotniczego i odchodził na stanowisko do jednostki lotniczej, gdzie rola i obowiązki jego nie kończyły się na leczeniu. Najważniejszym obowiązkiem jego jest obserwować lotników, aby odpowiednim zarządzeniem umieć zapobiec ewentualnym wypadkom lotniczym.

Aby dostrzec tego, lekarz winien stać się powiernikiem lotników, czego dopiąć można tylko przy ścisłym współżyciu i ciągłej obserwacji nad ich stanem psycho-fizycznym. Obserwacja ta winna mieć miejsce na starcie podczas lotu, aby wyrobić sobie dokładne pojęcie, kto i jakie trudności ma w lataniu, aby otoczyć ich troskliwą opieką, wykryć przyczynę tych trudności i, jeśli takowa tkwi w fizycznej niedyspozycji, wydać zarządzenie przerwania

lotu, aż do zupełnego powrotu do formy lotnika. W ten sposób postępując niejednokrotnie będzie mógł zapobiec wypadkom, sam bowiem lotnik bardzo często nie zdaje sobie sprawy, że chwilowa niedyspozycja, minimalne zaburzenia, które uważa za banalne, mogą wpłynąć ujemnie i pociągnąć za sobą fatalne skutki podczas lotu. Wiadomem jest przecież, że słynny z wojny światowej as lotników francuskich Guy n e m e r nie zginąłby tak nieszczęśliwie, gdyby był pod opieką i obserwacją lekarza; w dniu fatalnym dla niego nie byłby zdrowy i lekarz napewno zabroniłby mu latać.

Celem bliższego zorientowania się z warunkami pracy lotnika wymagane jest od lekarza lotniczego, aby brał udział jako obserwator w lotach wszelkiego rodzaju, aż do akrobacji włącznie. Czy nauka pilotowania i samodzielnego prowadzenia aparatu byłaby pożądaną — kwestja ta jest dotychczas sporna. Ponieważ naukę pilotowania rozpoczyna się zwykle od lat 21 — wiek lekarza stałby przede wszystkim na przeszkodzie.

Jako fachowy doradca dowódcy jednostki lotniczej, lekarz jeszcze szersze pole do pracy posiadać będzie w szkole lotniczej, współpracując przy szkoleniu uczni z szefem pilotażu.

Jak bardzo dodatnie wyniki wykazała taka współpraca lekarzy lotniczych — dała przykład Anglja. Podczas wojny światowej pod Londynem zorganizowana została specjalna eskadra pod kierownictwem pułkownika Dr. F l a c h a, dla uczniów którzy w szkołach lotniczych popełniali wciąż te same błędy w pilotowaniu i lądowaniu. Przysłani do tej eskadry uczniowie po kilku lotach próbnych, badani byli przez lekarzy specjalistów, aby wykryć tło niedokładności i zapomocą specjalnych ćwiczeń (naprzykład jeśli przyczyna tkwiła w zaburzeniach wzrokowych w niedokładnym określaniu odległości), błędy te naprawić. Z ogólnej ilości uczniów, uznanych w szkołach jako niezdolnych, 60% skończyło kurs z dobrym wynikiem.

Podkreślić należy, że cel przewodni, do którego dążyła i dąży medycyna lotnicza, a mianowicie zmniejszenie liczby wypadków z winy pilota, jeśli nie został jeszcze w zupełności osiągnięty, to jednak ostatnie dane statystyczne potwierdzają niezbicie fakt jego doniosłości. W lotnictwie angielskiem zanotowano zmniejszenie liczby wypadków o 20%, we włoskiem o 6%, w lotnictwie ameryk. zamiast jednego wypadku na liczbę 945 godz. lotów w ostat. lat. przypada jeden na 3.365 godz.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Z V-go Międzynarowego Kongresu Med. i Farm. Wojskowej w Londynie.

Wśród powodzi najróżnorodniejszych Zjazdów i Kongresów, jakie w latach ostatnich odbywają się we wszystkich krajach cywilizowanych, Międzynarodowym Kongresom Medycyny i Farmacji Wojskowej należy się zupełnie wyjątkowe miejsce. Fakt, że oficjalni przedstawiciele wszystkich armii i narodów, niezawsze przyjaźnie względem siebie usposobionych, zbierają się dla wspólnych obrad nad losem rannego i chorego żołnierza pozwala wierzyć, że możliwe są czasy, kiedy życie i zdrowie obywateli stanie się świętym obowiązkiem i celem rządów, a wtedy wojna przestanie być „Ultima ratio regum“.

Kongresy Medycyny i Farmacji Wojskowej zainicjowane dziesięć lat temu przez Belgię*) i obejmujące początkowo tylko przedstawicieli wojskowych służb zdrowia armii sprzymierzonych stały się dziś przywilejem oficerów służby zdrowia wszystkich armii. Odbywają się one co 2 lata, w stolicy tego państwa, którego rząd zgłosi oficjalne zaproszenie. Pierwszy odbył się w Brukseli, drugi w Rzymie, 3-ci w Paryżu, czwarty dwa lata temu w Warszawie, ostatni w czasie od 5-go do 11 maja b.r. w Londynie, następny 6-ty został wyznaczony na rok 1931 w stolicy Węgier Budapeszcie. Gościnnie Rząd Związku Szwajcarskiego, którego zasługi na niwie porozumienia międzynarodowego stały się tradycją, zgłosił zaproszenie na każdy Zjazd Medycyny i Farmacji Wojskowej do Szwajcarii, w razie gdyby dla jakichkolwiek powodów któregoś roku zabrakło państwa, pragnącego gościć następny Kongres.

Kongresy Medycyny i Farmacji Wojskowej, pomijając ich wartość naukową i zawodową, stały się aktem międzynarodowej kurtuazji i gościnności. Wszyscy pamiętamy najwspanialszy Kongres, jaki kiedykolwiek miał miejsce na Ziemiach Polskich przed dwoma laty w Warszawie.

Tegoroczny Zjazd w Londynie, chociaż nie zaćmił Warszawy był tem niemniej świetny. Brało w nim udział około 1.000 przed-

*) Istotnemi inicjatorami byli lekarz major armii belgijskiej Dr. V o n c k e u komandor lekarz marynarki amerykańskiej B a i n b r i d g e.

stawicielei 40 różnych armji. Brakowało jedynie Rosji, która dotychczas na Kongresy Med. i Farm. Wojsk zaproszona, być może niestety, nie była, Litwy -- niewiadomo dlaczego i Niemiec, które wciąż jeszcze boczają się za swe „rozbrojenie“. Wybór Budapesztu na miejsce następnego Kongresu jest bardzo szczęśliwy, daje bowiem możność Niemcom przystąpić do Kongresów bez przykrego uczucia zjawienia się odrazu na terenie niegdyś wrogim.

Udział Polski na V-ym Międzynarodowym kongresie Med. i Farm. Wojsk. był bardzo liczny, bo prócz 8 delegatów oficjalnych armji Polskiej z Szefem Departamentu Zdrowia Gen. Roupertem i Komendantem Szkoły Podchorążych Sanitarnych Gen. Hubickim na czele, liczyła wraz z osobami towarzyszącymi, t. j. żonami i córkami około 40 osób.

Przed rozpoczęciem obrad zjazdowych, utartym już zwyczajem, Kongres złożył wspólny wieniec „od Kongresu“ na Grobie Nieznanego Żołnierza Anglii. Wieniec składano z zachowaniem wyjątkowych uroczystości. W Anglii, zwyczajnie, nie składa się wieńców na grobowcu „Nieznanego Żołnierza“, lecz tylko na jego pomniku, wzniesionym na jednej z głównych ulic Londynu. Władze Kościelne, odwiecznym zwyczajem, nie zgadzają się na składanie kwiatów na grobach w prastarej świątyni, gdzie spoczywają wśród najpotężniejszych i najlepszych w Narodzie, wśród królów i uczonych prochy Nieznanego Żołnierza Anglii. V Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej, w uznaniu zasług, jakie Służby Zdrowia wszystkich armji, odały ludzkości i „Wielkiemu Nieznanemu“ uzyskał, jako wielki zaszczyt, prawo złożenia wieńca na płycie grobowej.

Ceremonję przyjmował sam „Bardzo Czcigodny“ arcybiskup, Dziekan Opactwa, przybrany w purpurę w asyście kleru w strojach liturgicznych. Wartę honorową przy płycie grobowej pełnili szefowie Służby Zdrowia armji angielskiej, lądowej morskiej i powietrznej.

Wieniec składała procesja delegatów oficjalnych 40 armji, w galowych mundurach przy szablach i orderach. Na czele procesji kroczył szef delegacji Polskiej Gen. Roupert, przewodniczący poprzedniego 4-go Kongresu i najstarszy stopniem wojskowym Szef delegacji Francuskiej Gen. Lanne, Komendant Wojskowej Szkoły Lekarskiej w Lyonie.

Pochód z wieńcem, z którego zwisało 40 szarf o barwach narodowych, reprezentowanych na zjeździe narodów, zatrzymał się o kilka kroków przed płytą grobową. Dziekan odprawił krótkie modły i wygłosił krótkie przemówienie. Po złożeniu wieńca pochód predefilował przed płytą grobową i opuścił kościół przez główne wejście.

Delegacja Polska, a za nią cały szereg innych delegatów, wraca jednak, stosownie do z góry przewidzianego planu przez wejście północne do świątyni, gdzie Gen. Rouppert z rąk woźnego poselstwa polskiego odbiera wspaniały wieniec z olbrzymich krwisto czerwonych gwoździków i białych lilji, z haftowanymi srebrem szarfami biało-czerwonemi „od Polskiej Delegacji“ i znów uroczysty pochód z wieńcem polskim posuwa się do grobu, staje przed płytą, koło której pełnią dalej wartę lekarze: lekarz admirał morski, lekarz vice-marszałek służby powietrznej i lekarz generał armji lądowej. Znów wyszedł purpurowy Dziekan ze swą swiątą i powtórzył swe słowa i ceremonję. Odpowiedział mu w paru słowach gen. Rouppert składając wieniec.

Złożenie specjalnego wieńca przez jedną tylko polską delegację było odpowiedzią na oddzielny wieniec od delegacji angielskiej, złożony na grobie Nieznanego Żołnierza w Warszawie dwa lata temu, z okazji 4-go Kongresu.

Złożenie oddzielnego wieńca w Opactwie było uznane za wielki dla polskiej delegacji zaszczyt i wyrobiło przychylny dla Polaków nastrój.

Tego samego dnia o godz. 3-ciej po poł. nastąpiło oficjalne otwarcie Kongresu w wielkiej auli Brytyjskiego Towarzystwa Lekarskiego. Stylowa ta sala, niezmiernie bogato i artystycznie ozdobiona kwiatami i starami sztandarami dawnych stowarzyszeń lekarskich regionalnych, zapełniła się różnobarwnymi mundurami wojskowymi i wdzięcznymi strojami pań. Kongres otworzył Minister Wojny Sir Laming Worthington Erans. W dłuższym przemówieniu minister wojny wyraził się, że wiele daje mu do myślenia świadomość, iż przynajmniej, na polu medycyny, narody świata doszły do międzynarodowego porozumienia, które jest najwyższym celem polityki międzynarodowej. Tajemnicą powodzenia lekarzy było to, że zwalczają oni wspólnego wroga ludzkości: ból i choroby.

Następnie przemawiał przewodniczący Kongresu Szef Angielskiej Służby Zdrowia Sir Mattheus Fell, witając delegatów. Po nim przemawiał po francusku generał Laune i wreszcie w języku angielskim Szef delegacji Polskiej Gen. Rouppert podnosił znaczenie międzynarodowych Kongresów Med. i Farm. Wojsk. dla nauki i sztuki wojskowo-lekarskiej a w szczególności dla armji młodych lub dla takich, które, jak Polska, przerwały nie tradycji na długi okres czasu, aby ją znów, w zupełnie innych warunkach, Kongresy te w czasie pokoju są najlepszą okazją dla zdobycia naukowego i fachowego doświadczenia dla wszystkich, których zadaniem i celem jest troska o zdrowie i dobro żołnierza własnej lub nawet obcej i wrogiej armji.

Na tem zakończyło się posiedzenie inaguracyjne, poczem nastąpiło otwarcie wystawy materiału wojskowo-sanitarnego, używanego w armji lądowej, w marynarce i w służbie zdrowia lotnictwa.

O godz. 5³⁰, tego samego dnia, szefowie i niektórzy wybitni przedstawiciele delegacji oficjalnych zostali przedstawieni w sali tronowej pałacu St. James następcy tronu Księżciu Walji i byli tam podejmowani herbatą. Z delegacji Polskiej byli przedstawieni prócz Szefa delegacji, gen. Roupperta, gen. Hubicki, płk. Huszcza i płk. Krupiński.

Dla tych samych osób o godz. 7-ej został wydany przez Rząd Jego Królewskiej Mości w Hotelu Cecil obiad. W imieniu rządu występował Minister Wojny. Wznosząc toast na cześć gości, podkreślił on wielki postęp nauk lekarskich, którym niefachowcy nie mogą nadażyć, podnosił fakt, że w czasie wojny o wiele więcej żołnierzy zginęło od działań wroga, aniżeli od chorób wtedy gdy czasu dawnych wojen choroby dziesiątkowały armje bardziej, niż miecze i kule.

Z pomiędzy szefów delegacji odpowiedzieli Szef delegacji Belgijskiej Gen. Demolder i Szef delegacji Polskiej Gen. Rouppert. Gen. Rouppert podkreślił wielkie ogólnoludzkie i cywilizacyjne znaczenie międzynarodowych zjazdów Med. i Farm. wojskowych, które zapowiadają nową erę w dziedzinie współżycia Narodów, wspominał o wielkiej roli Anglii w historii i cywilizacji świata i wznosił toast na cześć Narodu Brytyjskiego i Kolegów Gospodarzy.

Obiad ten, jak i przedstawienie u następcy tronu, ominęły wielu członków Kongresu. Za to wszyscy byli ugaszczani lekkim orzeźwiającym posiłkiem na raucie, wydanym tegoż samego wieczoru o godzinie 10-ej wieczór w pałacu Lancaster przez Ministra Wojny i Lady Worthington Erans. Pałac w którym odbywał się raut jest dziś zamieniony na muzeum starych strojów dworskich, które też przy miłej pogawędce i wzajemnej wymianie uwag o 1-ym dniu Kongresu zwiedzaliśmy. Raut przeciągnął się do północy.

Tego 1-go dnia Kongresu nastrój był naogół niezbyt wesoły. Koledzy angielscy byli naogół przepracowani, nieco sztywni. Włosi, a szczególnie Francuzi, których było na zjeździe najwięcej, bo około 200, niemal głośno manifestowali, że w Warszawie było lepiej.

Na szczęście każdy następny dzień Kongresu stawał się coraz lepszy i coraz miłszy i wzajemne zbliżenie nie przedstawiało już na 2-i i 3-i dzień nic do życzenia.

Wreszcie, dodać należy, że tegoż dnia w godzinach popołudniowych jak i we wszystkie inne dni, w czasie, kiedy odbywały się posiedzenia naukowe, zorganizowany był specjalny program dla towarzyszących Kongresistom pań — zwiedzanie osobliwości Londynu.

We wtorek dnia 7 maja o godz. 9³⁰ rano zaczęły się właściwe obrady zjazdowe. Przewodniczył obradom tego dnia Vice-admirał lekarz A. Gaskall, a następnie, gdy omawiana była ewakuacja drogą powietrzną — Vice-Marszałek, lekarz służby powietrznej D. Munro. Referat programowy p. t. „Ewakuacja rannych i chorych na morzu” wygłosił komandor lekarz A. V. Elder.

Po nim ref.: „Ewakuacja aeroplanowa” omówił kpt. H. V. Welss.

Po nich wreszcie został ogłoszony referat po francusku pp. P. Oudard i A. Schickélé „Ewakuacja drogą wodną i powietrzną”. Obrady zakończyły się koło południa, a o godz. 13-ej nastąpił wyjazd wygodnymi autobusami wycieczkowymi do odległego o przeszło 100 klm. Aldershat, gdzie mieści się wojskowe centrum wyszkolenia sanitarnego. W wycieczce tej wzięło udział 500 osób; podzieleni na 2 grupy, zwiedzili, jedni centrum wyszkolenia i szpital wojskowy, inni zakład higieny wojskowej, koszary, piekarnie i magazyny.

Oficerowie miejscowi udzielali nadzwyczaj chętnie i uprzejmie wszelkich informacji, zorganizowane były specjalne pokazy, jak np. pieczenia chleba, dezynfekcji wody w polu i t. p.

Zapoznaliśmy się również z trybem życia i odżywianiem wychowawców centrum wyszkolenia. Odżywianie otrzymują doskonałe. Posiłek podawany jest 3 razy dziennie: rano o godz. 7 $\frac{1}{2}$ porridge (kasza jęczmienna z mlekiem lub z masłem) i mięso lub ryba, o 1-ej mięso, jarzyny i legumina (pudding) wreszcie o 4 $\frac{1}{2}$ po poł. herbata, chleb i powidła (jam). Chleb jest bardzo smaczny z czystej mąki pszennej.

Rozkład posiłków w ciągu dnia wydaje się nam bardzo racjonalny z punktu widzenia fizjologii i higieny żywienia.

W reszcie po zwiedzeniu centrum wyszkolenia i szpitala miejscowego, oraz koszar i zakładów, uczestnicy wycieczki udali się na boisko, gdzie oczekiwała dobra orkiestra wojskowa, smaczny podwieczorek pod namiotami i świetny popis gimnastyczny drużyny instruktorskiej. Poziom popisu był tak wysoki, że drużyna ta mogłaby śmiało występować na pierwszorzędnych pokazach na arenie.

Wreszcie po mile spędzonej wycieczce powrócono na godzinę 7-mą do Londynu. Ale uroczystości nie zakończyły się na tem. Czekwały uczestników aż 2 rauty o godz. 9-tej wieczorem, jednych w Królewskim Kolegium Lekarskim, gdzie gospodarzami byli Sir John Rose Bradford i Lady Bradford, innych w Królewskim Kolegium Chirurgicznem, gdzie gości przyjmowali Lord i Lady Moynihan w salach Kolegium, w których mieści się bogate muzeum pamiątek wyśliwskich, galerja świetnych portretów i pamiątek wojennych i wiele przedmiotów muzealnych z dziedziny historii i nauk przyrodniczych. Oba rauty ożywiały doskonałe orkiestry wojskowe i ozdobne bufety.

W środę, w 3-ci dzień Kongresu obrad nie było, gdyż o godz. 10-tej z rana 2-ma specjalnemi pociągami, wszyscy uczestnicy Kongresu wyjechali do Portsmouth, gdzie po śniadaniu, wydanem przez radę miejską, nastąpiły zwiedzania i pokazy.

Przy śniadaniu wygłoszono, po pierwszym, tradycyjnym toaście na cześć Króla, szereg przemówień, z których szczególnie zręczne było przemówienie po francusku Gen. Rouvillois, nawiązane do hasła, widniejącego nad stołem przydyjalnym, w her-

bie miasta Portsmouth. „Heavens light our guide“ (światło niebieskie jest nam przewodnikiem).

Po śniadaniu, podzieleni na 2 grupy, zwiedzaliśmy, jedni szpital morski, łodzie podwodne, inni słynny niegdyś admirałski okręt Nelsona „Victory“ muzeum marynarki i, wreszcie, największy statek bojowy — jaki kiedykolwiek istniał 45.000 tonnowy krążownik pancerny „Hood“. Statek „Victory“ największy przed stukilkunastu laty bojowy okręt żagłowy o 100 armatach, został niedawno odrestaurowany i częściowo całkowicie odtworzony na nowo dla celów historycznych i wychowawczych, kosztem ponad 100.000 f. st.

Statek ten ma nietylko przepiękne kształty i godne podziwu urządzenia. Daje on doskonałe wyobrażenie o życiu na nim załogi (wynosiła ona przeszło 700 ludzi, częściowo kilkunastoletnich chłopców, zwanych małpami prochowemi, gdyż głównem ich zadaniem było pełzanie do niskich pomieszczeń i donoszenie prochu do armat) i sposobach ówczesnej walki morskiej. Specjalną tablicą brązową oznaczone jest miejsce na górnym pokładzie gdzie ranny był Nelson i miejsce pod pokładem, gdzie opatrywano rannych i gdzie skonał ten wielki Admirał. Miejsce to pokryte wieńcami, a obok umieszczono obraz Devisa „Śmierć Nelsona“. Z każdego kąta tego statku, jak i z wielu pamiątek w Anglii, wieje głęboki pietyzm dla tradycji.

Na olbrzymie stalowym „Hood“ prawie 1.000 stóp długim uzbrojonym w 38 ctm. działa, umieszczone w potężnych wieżach pancernych, pokazano nam urządzenia punktów opatrunkowych, szpital okrętowy i wyekwipowanie sanitarne, a następnie zdemonstrowano ćwiczenia, wyobrażające bitwę morską, opatrywanie rzekomych rannych i bardzo skomplikowane i trudne ewakuowanie ich do szpitala okrętowego na noszach okrętowych płóciennych, jak również przeładowywanie rannych ze statku na inny okręt.

Mieliśmy też możliwość oglądać niezmiernie trudne wydobywanie rannych z wież pancernych i spuszczenie ich pod pokład.

W czwartek 9-go maja o 9.30 odbyły się programowe obrady na temat „krótkotrwałe gorączki tropikalne“. Do prezydium tego dnia, jak również i następnego w piątek zaproszony był szef delegacji Polskiej. Referat programowy był opracowany przez ppłk. W. P. Mac Arthur'a, Komandora S. F. Dudley'a i Komandora Whitingham'a. Drugi referat na ten sam temat wygłosił

lekarz rządowy 1-ej klasy J. C. Gerards, delegat Indji Holenderskich.

Po południu o godz. 1-ej znowu wycieczka automobilami, tym razem do Halton, gdzie mieści się centrum przygotowania przyszłych pilotów i mechaników lotniczych dla całej armii angielskiej. Ta olbrzymia kuźnia przyszłych ludzi orłów szkoli ponad 2.500 młodzieży. Zwiedziliśmy wspaniałe b. higienicznie urządzone warsztaty ze świetną wentylacją, pomieszczenia uczniów, sale wykładowe, szpital miejscowy itd.

Po podwieczorku, podanym pod namiotami, nastąpiły pokazy lotów, rzucania manekina ze spadochronem, pogotowia sanitarnego i wreszcie ćwiczenia istotnie doskonałej musztry wychowawców.

Nie mogę pominąć świetnego wyglądu fizycznego młodzieży w tym składzie.

Po powrocie do Londynu czekało nas jeszcze wieczorem zwiedzenie Królewskiej szkoły wojskowo-lekarskiej, oraz przyjęcie w kasynie tego zakładu; zwiedziliśmy bardzo bogato wyposażone pracownie higieny i patologji, niezmiernie bogate muzeum higieny.

Niemniej ciekawe jest urządzenie samego kasyna, ściany zawieszono trofeami myśliwskimi, bronią egzotyczną i portretami doskonałego pędzla.

Przyjęcie, które zakończyło zwiedzanie, było bardzo serdeczne. Honory domu czynili Generał Fell z żoną i córką. Koledzy angielscy prześcigali się w uprzejmości. Być może, że i obficie podawana „whisky and soda“ przyczyniła się do podniesienia nastroju. Wieczór ten pozostawił bardzo miłe wspomnienia.

W piątek o 9.30 odbywały się posiedzenia na temat: „Zranienia naczyń krwionośnych i ich następstwa“ w sekcji chirurgicznej, „Metody badania i ocena kauczuku i szkła aptekarskiego“ w sekcji Farmaceutycznej i normy ustąpienia w różnych rodzajach służby wojskowej“.

Wieczór tego dnia w sekcji dentystycznej był przebojem przyjęć zjazdowych: przedstawienie u Lorda Burmistrza Londynu i bankiet w Guildhall'u.

Bankiet w londyńskiej radzie miejskiej zdarza się tylko z okazji największych uroczystości. Prócz większości kongresistów byli z zaproszonych gości: szef sztabu generalnego, minister wojny

rektorzy 5 uniwersytetów, paru biskupów i wiele innych wybitnych osobistości.

Rada miejska Londynu jest niezmiernie konserwatywną i pełną majestatycznej powagi instytucją; wszystko i dziś odbywa się z ceremonjami takimi samymi, jakie odbywały się tam paraset lat temu, kiedy Lord Burmistrz Londynu był równą osobą Królowi, często silniejszą i zmuszającą króla do uległości dla siebie. I dziś jeszcze istotnym rządcą 10-ciomiljonowego Londynu, jest Lord Burmistrz i jego rada, a król przyjeżdżając w granice Londynu musi każdorazowo uzyskać od Lorda Burmistrza zezwolenie, które zresztą ten ostatni udziela mu dziś osobiście spotykając go u bram miasta.

To też i przedstawienie Lordowi Burmistrzowi i cały bankiet, odbywały się ze średniowiecznymi ceremonjami pełnymi godności i majestatu.

Samo przedstawienie odbywało się w pięknej sali bibliotecznej, gdzie na specjalnem wzniesieniu stał Lord Burmistrz, odziany w złote szaty, gronostaje i olbrzymi złoty łańcuch; obok niego dwaj ławnicy w szatach czerwonych, Lord Pamiętnikarz miasta, w olbrzymiej peruce i czarnej dostojnej sukni, dalej marszałek dworu, mistrz ceremonji, radni miejscy w togach oparci na długich srebrnych laskach, u drzwi łowczowie, w złoto-purpurowych szatach, z trąbkami. Każdy wchodzący mówił u progu tej długiej bardzo sali swe nazwisko, szarżę i narodowość jednemu z wygalowanych urzędników, ten wykrzykiwał je głośno. Okrzyk powtarzał inny dostojnik, znajdujący się u stopnia podniesienia, przy czem każdy z przedstawianych kroczył wzdłuż szpaleru radnych do podniesienia aby wreszcie uścisnąć prawicę Lorda Burmistrza.

Po ceremonji przedstawienia wszyscy zasiedli do stołu w olbrzymiej sali gotyckiej, cieszącej się opinią najpiękniejszej sali świata, udekorowanej rzezbami, witrażami, sztandarami cechowemi i złotemi naczyniami porozwieszanemi na półkach u ścian. Nie odbyło się i przy bankiecie bez uroczystych ceremonij. Honorowe miejsce po lewej ręce L. B. wyznaczono Szefowi Polskiej delegacji gen. Rouppertowi, jako przewodniczącemu 4-go Kongresu, po prawej ręce siedział przewodniczący 5-go Kongresu, Generał Fell.

Sam obiad był niezmiernie wystawny, zakrapiany najwyższego gatunku napojami. Pod koniec obiadu Lord Burmistrz

wzniósł toast "The King" i 2 na cześć Następcy tronu Księcia Walji i rodziny królewskiej. Każdy toast był otrąbywany po obu końcach sali przez łowczych.

Po toaście Lorda Burmistrza, Lord Moynihan, Prezes Towarzystwa Chirurgów, wniósł toast na cześć Kongresu. Odpowiadali mu Gen. Lanne (Francja), Płk. Scamau (Ameryka) i Generał Riva (Italia).

Bardzo piękne w swej formie przemówienie Lorda Moynihan zasługuje na streszczenie.

Zaczął on od osobistych wspomnień z czasów wojny, kiedy to widział w ciągu minuty więcej zniszczonych istnień ludzkich, niżby ich był w stanie uratować swą pracą przez cały rok. Następnie podniósł wielką wartość współczesnej wojskowej służby zdrowia i przytoczył szereg danych, dotyczących pracy i zasług wojskowych służby zdrowia w czasie wielkiej wojny. Niemniejsze usługi oddają służby zdrowia wszystkich krajów i w czasie pokoju i pracą swą dla dobra całej ludzkości dowodzą prawdziwego braterstwa narodów.

Zarazek malarji wykrył Francuz Laveran, rolę komarów w szerzeniu tej choroby Anglik Ross i Włoch Grassi — jaki świetny przykład sojuszu międzynarodowego przeciw wrogowi całej ludzkości.

Niemiec Bilharz wykrył przyczynę choroby (Bilharziazis) trapiącej ludność Egiptu od czasów faraonów. Mówca żałuje niezmiernie, że niema na bankiecie przedstawiciela Niemiec (nieliczne oklaski brzmiące, jak dysonans).

Japończyk Katsurada i Anglik Leiper wykryli sposób szerzenia tej choroby. Znów przykład międzynarodowego sojuszu dla dobra ogółu.

Następnie złożył mówca hołd pielęgniarcom, wspomniał Florencję Nightingale i zakończył zdaniem, że:

Jeżeli życie ma swój wielki sens, jeżeli nie jest ono tylko widowiskiem lub igraszką przeznaczenia, lecz, jak on wierzy, rzeczą świętą, to obowiązkiem ludzi na świecie jest wzajemna pomoc jednych drugim. Wielkie cywilizacje zjawiały się, znikwały i zostały zapomniane. Żydzi szukali zbawienia w etyce, Grecy w nauce, Rzymianie w prawie — wszyscy minęli. Ale cywilizacje zbudowane na niewzruszonej epoce miłości przetrwają. Zawód

lekarski buduje swe prawa na miłości bliźniego. Dlatego mówca wznosi toast na cześć Kongresu.

Wreszcie Sir Rolleston wznosił toast na cześć Lorda Burmistrza i wszyscy w podniosłym nastroju rozeszli się po wspaniałych salach aby podziwiać piękne obrazy i portrety, zdobiące ściany różnych pomieszczeń ratusza.

W sobotę wreszcie o godz. 10 nastąpiło uroczyste zamknięcie Zjazdu, ogłoszenie przyjętych wniosków, uchwalenie tematu na następny Zjazd (1-y temat: szkolenie personelu sanitarnego, 2-i gorączki paratyfoidalne, 3-i psychoneurozy traumatyczne, 4-y normy i ocena szkła do wyrobu ampułek i 5-y następstwa zranień szczęki).

Wreszcie Zjazd wyraził życzenie, aby nazwę Kongresów skrócić w przyszłości na Międzynarodowy Kongres Medycyny Wojskowej, a to dlatego, że ogólny termin medycyna wojskowa obejmuje prócz medycyny i chirurgji farmację, dentystykę i administrację sanitarną, wtedy gdy umieszczenie w tytule prócz medycyny słowa i farmacji każe dentystom i urzędnikom administracyjnym domagać się wzmianki i o nich.

Na tem zamknięto Zjazd.

Tego jeszcze dnia po południu delegacja Polska, oraz wszyscy uczestnicy Kongresu Polacy, byli podejmowani herbatą przez posła Rzplitej Polskiej w Londynie p. ministra Skirmunta. Na herbacie tej, prócz polskich członków Kongresu, urzędników poselstwa i osobistości z kolonji polskiej, było kilkunastu wybitnych obcych kongresistów, z któremi nawiązaliśmy bliższą niż przyjaźni w czasie warszawskiego lub londyńskiego Kongresu.

Następnego dnia wszyscy kongresiści zaczęli się rozjeżdżać, zmierzając zresztą w największej części do Paryża na I Międzynarodowy Kongres Lotnictwa Sanitarnego.

Wszyscy wyjeżdżali z Londynu zadowoleni i z poczuciem, że Kongres udał się doskonale, oraz w przekonaniu, że Kongresy Medycyny i Farmacji Wojskowej mają duże znaczenie i przynoszą sprawie istotne korzyści.

Jerzy Babecki.

K R O N I K A

Zjazd lekarzy powiatowych województwa poleskiego.

W dniach 19 i 20 kwietnia r. b. odbył się w Brześciu n/B. Zjazd lekarzy powiatowych województwa poleskiego. Obecni byli wszyscy lekarze powiatowi, prezydent miasta Pińska i lekarz miejski miasta Brześcia.

Zagaił Zjazd p. wicewojewoda Skrzyński, podkreślając konieczność nasilenia akcji społecznej celem pouczenia ludności, jak zapobieguć szerzeniu się gruźlicy, jaglicy i inn.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał Zjazd Dr. Hryszkiewicz, podając w swem przemówieniu porównawcze dane z prac dokonanych w dziedzinie sanitarno-porządkowej na obszarze całego państwa, zwracając jednocześnie uwagę na konieczność niezwłocznego zajęcia się uporządkowaniem hoteli, restauracji, fryzjerni i t. p. instytucyj ze względu na zbliżający się termin otwarcia Powszechnej Wystawy Krajowej w Poznaniu i połączone z nim wycieczki krajoznawcze zagranicznych gości, zwiedzających wystawę.

Ze sprawozdań lekarzy powiatowych wynika, że walka z gruźlicą i jaglicą rozwija się stale. Na przeszkodzie szybszemu rozwojowi stoją: szczupłe budżety samorządowe, wielkie przestrzenie powiatów, brak dróg komunikacyjnych i rzadkie zaludnienie. Pomimo to jednak w roku zeszłym uruchomiono ośrodki zdrowia w Łunińcu, Brześciu, Kobryniu i Sarnach. Przystąpiono do urządzenia sanatorjum dla gruźlików w Hancewiczach, poza funkcjonującymi już na terenie województwa sanatorjami w Małorycie na 60 łóżek i kolejowem na 40 łóżek.

Szpitalnictwo powoli się rozwija. Szpitale są: w Brześciu, Kamieńcu Litewskim, Pińsku, Drohiczynie, Kobryniu (w roku zeszłym odremontowany kosztem 50 tysięcy zł.), Łunińcu, Hancewiczach, Pruzanie, Dąbrowicy, Włodzimierzu, Kossowie, Różanie (ten ostatni na 15 łóżek, utrzymywany przez T-wo Ochrony Zdrowia). Większość szpitali wymaga kapitalnego remontu i rozszerzenia. Co do rejonów lekarskich, to jest ich dotychczas tylko 27, a to ze względu na brak kandydatów, którzyby się chcieli w obecnych warunkach mieszkaniowych i kulturalnych tam osiedlić. Warunki te stały się jednak poprawiają i jest nadzieja, że już w roku bieżącym uda się uruchomić większą liczbę rejonów.

Akcja sanitarno-porządkowa zrobiła postępy. Wiele domów w miastach odnowiono i pomalowano, w wielu miejscowościach urządzono nowe bruki i chodniki, nowe studnie artezyjskie lub kopane z cembrowiną betonową, uporządkowano 66% śmietników i 77% ustępów w miastach i 51% ustępów we wsiach.

Po zakończeniu dyskusji nad sprawozdaniami lekarzy powiatowych przystąpiono do następnych punktów porządku dziennego.

Inspektor lekarski Dr. Anzelm wygłosił referaty o istocie zadań lekarza powiatowego i o programie pracy nad podniesieniem stanu sanitarnego i estetycznego wyglądu kraju, Inspektor farmaceutyczny p. Jagiełło — o czyn-

nościach lekarzy powiatowych w zakresie spraw farmaceutycznych, wreszcie Naczelnik Wydziału Zdrowia Dr. Zaorski — o zasadach ustroju szpitalnictwa na terenie województwa.

Na tem obrady Zjazdu zakończono, poczem uczestnicy Zjazdu udali się wspólnie na zwiedzenie szpitala miejskiego, miejskiego ośrodka zdrowia i piekarni mechanicznej. Obejrzane instytucje wywarły wrażenie dodatnie, zarówno pod względem urządzenia, jak też prowadzenia i utrzymania.

Zjazd lekarzy powiatowych województwa białostockiego.

W dniach 12 i 13 kwietnia r. b. odbył się w Grodnie zjazd lekarzy powiatowych województwa białostockiego.

Na Zjazd przybyli wszyscy lekarze powiatowi województwa i zaproszeni Naczelnicy Wydziałów Zdrowia z województw: wileńskiego, poleskiego, nowogrodzkiego i wołyńskiego.

W imieniu wojewody zagał Zjazd Naczelnik Wydziału Zdrowia Białostockiego Województwa Dr. Brodowicz, witając gości i lekarzy powiatowych, poczem w imieniu Centralnych Władz Państwowej Służby Zdrowia powitał Zjazd Dr. Hryszkiewicz, a w imieniu Władz miejscowych Starosta Robakiewicz.

Z odczytanych kolejno przez lekarzy powiatowych sprawozdań wynika, że w r. 1928 akcja walki z chorobami społecznymi zrobiła postępy.

Na terenie województwa funkcjonuje osiem ośrodków zdrowia z oddziałami gruźliczym i jagliczym, mianowicie: w Augustowie, Bielsku Podlaskim, Grajewie, Kolnie, Łomży, Sokółce, Suwałkach i Zabłudowie. Ponadto zorganizowano w 10 powiatach 34 rejony lekarskie, w których porad chorym udzielają lekarze rejonowi.

Akcja sanitarно-porządkowa posunęła się naprzód, zabrukowano wiele ulic i placów w Białymstoku, Grodnie i innych miastach, a także drogi wzdłuż szos; urządzono 87% ustępów i 65% śmietników w miastach i 69% ustępów we wsiach, pobudowano szereg nowych studzien, odnowiono 37% domów mieszkalnych w miastach i t. p.

Obszerłą dyskusję wywoływały preliminarze budżetowe gmin w dziedzinie zdrowia publicznego, które w obecnym swym stanie nie pozwalają na wytworzenie realnego obrazu co do wysokości świadczeń poszczególnych gmin na sprawy sanitarne. W dyskusji zabierali głos wszyscy obecni na zjeździe Naczelnicy Wydziałów Zdrowia sąsiednich województw, w których sprawa budżetów sanitarnych jest także niejednakowo traktowana. W wyniku dyskusji Zjazd wyraził prośbę, ażeby Departament Służby Zdrowia wskazał jednolite wytyczne dla opracowania preliminarzy budżetów sanitarnych sejmików, gmin miejskich i wiejskich.

Przy sposobności podkreślono z uznaniem zarządzenie Departamentu Służby Zdrowia, ażeby na zjazdy lekarzy powiatowych zapraszano w miarę możliwości Naczelników Wydziałów Zdrowia sąsiednich województw, wobec zbliżonych warunków prac w dziedzinie sanitarjatu i jednakowych trudności przy praktycznem rozwiązaniu zasadniczych zagadnień zdrowotnych.

Następnie przystąpiono do referatów. Dr. Kacprzak omówił sprawy statystyki lekarskiej, p. Adamowiczowa wskazała na błędy rejestracji chorób zakaźnych w województwie białostockiem, Dr. Siemaszko mówił o zadaniach lekarzy rejonowych, Dr. Zabłocki wygłosił referat o oczyszczeniu wsi, Dr. Brodowicz o propagandzie na wsi, o żłobkach i ochronkach dla dzieci na wsi, o roli władz gminnych w dziedzinie służby zdrowia i o źródłach dochodowych gmin wiejskich w związku z budżetami na zdrowie publiczne.

Po zakończeniu obrad Zjazdu uczestnicy zwiedzili szpitale sejmikowy i miejski, przychodnię przeciwgruźliczą i przeciwjagliczą, muzeum miejskie i regionalne, fare i zamek.

Zjazd lekarzy powiatowych województwa lwowskiego.

W dniach 22 i 23 marca r. b. odbył się we Lwowie zjazd lekarzy powiatowych województwa lwowskiego, na który przybyło 28 lekarzy.

Zagaił Zjazd p. wojewowa Gołuchowski, poczem w imieniu Władz Centralnych powitał Zjazd Dr. Hryszkiewicz, wskazując jednocześnie lekarzom powiatowym na konieczność nasilenia akcji sanitarno-porządkowej i akcji walki z chorobami spolecznymi, która w województwie lwowskiem nie jest jeszcze postawiona na należytnym poziomie.

Na wniosek Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia D-ra Mikulajskiego, zjazd uczcił przez powstanie pamięć zmarłych w roku zeszłym lekarzy powiatowych: D-ra Romana Małaczyńskiego i D-ra Józefa Patryna.

Z odczytanych kolejno sprawozdań lekarzy powiatowych za rok 1928 widać, że wiele z zamierzeń lekarzy powiatowych z dziedziny higieny zapobiegawczej nie mogło być urzeczywistnione ze względu na szczupłe fundusze, któremi rozporządzały wydziały powiatowe.

Żywe zainteresowanie wzbudził referat Doc. D-ra Gąsiorowskiego o ocenie higienicznej wartości wody i kontroli studzien. W sprawie powyższej Dr. Gąsiorowski udzielał wyczerpujących wyjaśnień na liczne zapytania uczestników Zjazdu.

Bardzo szczegółowo opracowany referat D-ra Mulaka o chorobach zakaźnych w województwie lwowskiem w 1928 r. wykazał, że liczba zachorowań na dur brzuszny znacznie się zmniejszyła, mianowicie z 1.702 zachorowań w 1927 r. liczba ta spadła w r. 1928 do 888 przypadków. Dur osutkowy zmniejszył się z 484 przypadków w 1926 r. i 422 w r. 1927 do 415 w roku sprawozdawczym. Czerwonka z 590 przypadków w 1927 r. spadła do 265 w roku 1928. Zmniejszenie się zachorowań wykazuje także płonica (4.022 przypadki w 1927 r. i 3.323 w r. 1928), i odra (7.554 w 1927 r. i 4.194 w r. 1928). Ogółem zanotowano w województwie lwowskiem 18.484 zachorowań na choroby zakaźne w r. 1928. zaś w r. 1927 — 26.735.

Inspektor lekarski województwa Dr. Parecki wygłosił referat o usterek w akcji zwalczania chorób zakaźnych i w sprawozdaniach lekarzy powiatowych o epidemjach. Z dyskusji wynikało, że wiele z tych usterek powstaje

wskutek niedokładnego rozpoznania przyczyn zgonów przez oglądaczy zwłok i często mylnego notowania przyczyn przez zarządy gmin wyznaniowych.

Następnie Dr. Styś szczegółowo referował o stanie piekarni w województwie lwowskiem.

Drugi dzień Zjazdu poświęcony był oględzinom miejskiego zakładu dla sierot przy ul. Kadeckiej, w którym umieszczone jest 350 dzieci od niemowlęctwa do 18-go roku życia. Dzieci te są pod stałą opieką lekarską. Zarówno urządzenie, jak i prowadzenie zakładu są wzorowe. Następnie zwiedzono: pawilony zakaźne szpitala powszechnego, gdzie szczegółowych wyjaśnień udzielał Komisarz m. Lwowa prof. Nadolski i Naczelny Lekarz miejski Dr. Doliński, i publiczny ustęp podziemny na jednym z placów miejskich.

O godz. 4-ej uczestnicy Zjazdu zbrali się ponownie w sali Urzędu Wojewódzkiego, gdzie omawiane były różne sprawy aktualne, związane z pracami lekarzy powiatowych.

O godz. 6-ej Zjazd zamknięto.

Zjazd lekarzy powiatowych województwa wileńskiego.

W dniach 5 i 6 kwietnia r. b. odbył się w Wilnie Zjazd lekarzy powiatowych województwa wileńskiego, na który przybyli wszyscy lekarze powiatowi, przedstawiciele Sekcji Zdrowia miasta Wilna, Naczelnik Wydziału Zdrowia województwa białostockiego i zaproszeni lekarze, pracujący społecznie.

Obrady zagał p. wojewoda Raczkiewicz, podkreślając doniosłość i aktualność spraw z dziedziny zdrowotności publicznej, jakie mają być rozpatrywane na Zjeździe, i życząc pracom Zjazdu owocnych wyników.

Następnie witał Zjazd w imieniu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz.

Z kolei poszczególni lekarze powiatowi odczytali sprawozdania ze swych prac w r. 1928, z uwzględnieniem realizacji budżetów samorządowych na akcję sanitarno-leczniczą.

Na pierwszym miejscu pod względem wysokości budżetu na sprawy sanitarno-lecznicze, stoi miasto Wilno, które w roku ubiegłym przystąpiło do planowej realizacji zamiarów zarówno w dziedzinie uporządkowania lecznictwa, posunięcia naprzód akcji zapobiegawczej, jak i ulepszeń w sprawach sanitarno-porządkowych.

Kosztem 161,946 zł. dokonano kapitalnych remontów szpitala św. Jakóba, szpitala Sawicz, szpitala żydowskiego, dziecięcego i zakaźnego, w którym urządzono wzorowy oddział dla 50 chorych na gruźlicę. Odremontowano lokal dla „Kropli Mleka“, jak również poradnię dla matek i przychodnię przeciwkiłową dla dzieci.

W lokalu miejskim z wydatną pomocą ze strony Magistratu otwarto Poradnię Sportową Komitetu Wychowania Fizycznego i Przynosobienia Wojaskowego, zapoczątkowano urządzenie skweru na placu Łukiskim i założono szereg nowych skwerów, wyzyskując skrawki gruntu, pozostałe po uregulowaniu jezdni. Przedłużono sieć wodociągową o 4½ kilometra, kanały uliczne o 3½ klm., z którymi dokonano połączenia 137 posesyj (z tego 50 częściowych

dła wód ściekowych i gospodarczych). Przedłużono linię oświetlenia o 19 km., na której zainstalowano 268 nowych punktów świetlnych. Urządzono nowych bruków na jezdni 6,165 mtr², przebrukowano 66,953 mtr² ulic i placów i ułożono 28,817 mtr² nowego chodnika betonowego.

Ogólny budżet Sekcji Zdrowia wynosił na rok 1928/29 — 2.106.152 zł. w wydatkach zwyczajnych, z których zrealizowano 1.971.665 zł. Natomiast przekroczono znacznie wydatki z kredytów nadzwyczajnych na remont szpitali. Mianowicie preliminowano na ten cel 74.000 zł, a wydatkowano 161.946 zł. Należy nadmienić, że koszty budowy urządzeń dla odkażania wód ściekowych zapomocą rezerwoarów Imhoffa i chlorowania wody w szpitalach zakaźnym i św. Jakóba, figurują w budżecie wydziału kanalizacyjnego.

Walka z chorobami społecznymi prowadzona jest na obszarze województwa wileńskiego zapomocą przychodni przeciwgruźliczej w Wilnie, ośrodków zdrowia w Głębokiem i Oszmianie, oraz przychodni rejonowych. Na rok bieżący zaprojektowane są ośrodki zdrowia w Wilejce i Mołodecznie.

Znacznym postępem daje się zauważyć w akcji sanitarno-porządkowej. Zabrukowano wiele ulic i placów w miastach i miasteczkach oraz dróg prowadzących przez wsie, urządzono szereg nowych studzien, a w wielu miejscowościach zamieniono w studniach cembrowinę drewnianą na betonową. Co do ustępów w miastach i miasteczkach, to jest ich obecnie przeszło 70%, śmietników 65%, a ustępów 57%. Szerszemu rozwojowi akcji leczniczej i sanitarno-porządkowej stają na przeszkodzie kłeska nieurodzaju i długotrwała i wyjątkowo sroga zima.

Po zakończeniu sprawozdań lekarzy powiatowych przystąpiono do następujących punktów porządku dziennego.

Dr. K a c p r z a k wygłosił referat o statystyce lekarskiej i wyzyskaniu materiałów statystycznych, znajdujących się w starostwach, p. A d a m o w i c z o w a o stanie statystyki sanitarnej w województwie wileńskim, Dr. B r o k o w s k i o wychowaniu fizycznym młodzieży i o organizacji opieki higieniczno-lekarskiej nad szkołami, Doc. Dr. S a f a r e w i c z o znaczeniu sanitarnem analizy wody i jej poszczególnych składników, Naczelnik Wydziału Opieki Społecznej p. J o c z o skoordynowaniu pracy komitetów opieki nad matką i dzieckiem z pracą organów służby zdrowia, Inspektor lekarski Dr. B ł a h u s z e w s k i o czynnościach lekarza powiatowego, Dr. P r z y a ł g o w s k i o ośrodkach zdrowia, Inspektor Starostw p. Ż y ł k o o organizacji doraźnej akcji sanitarno-porządkowej ze strony samorządów, Dr. B o r o w s k i o zwalczaniu i zapobieganiu gruźlicy, wreszcie Inspektor farmaceutyczny p. B r y n a s z k i e w i c z o nadzorze nad aptekami.

Następnie uczestnicy zjazdu zwiedzili przychodnię sanitarno-obyczajową, miejską stację opieki nad matką i dzieckiem, poradnię sportową, wzorowo urządzony i prowadzony oddział dla chorych na gruźlicę przy miejskim szpitalu zakaźnym na Zwierzyncu, miejską szkołę powszechną przy ulicy Szepteyckiego i przychodnię przeciwgruźliczą przy ul. Żeligowskiego.

Wszystkie zwiedzone instytucje świadczą o dużym postępie, jakiego w latach ostatnich doznały sprawy lecznictwa i higieny zapobiegawczej na terenie miasta Wilna.

Zjazd lekarzy powiatowych województwa wołyńskiego.

W dniach 26 i 27 kwietnia r. b. odbył się w Łucku Zjazd lekarzy powiatowych województwa wołyńskiego.

Na Zjazd przybyli wszyscy lekarze powiatowi, lekarz sejmikowy z Dubna, lekarze miejscy z Kowla i Łucka, lekarze szpitalny i szkolny z Łucka i lekarze rejonowi z Ołyki i Zdołbunowa

Zagałę Zjazd p. wicewojewoda Gintowt-Dziewałtowski.

W imieniu Rządu powitał Zjazd Dyrektor Departamentu Dr. Piestrzyński, podkreślając z uznaniem, że lekarze powiatowi, pracując na kresach w warunkach trudnych, a nieraz uciążliwych, pomimo to nie zaniebują wszelkiej możliwości uzupełnienia swej wiedzy fachowej, łącząc się z kolegami w Wołyńskiem Towarzystwie Lekarskiem i przyczyniając się do jego rozwoju.

Z przedstawionych przez lekarzy powiatowych i miejskich sprawozdań widać, że walka z gruźlicą i jaglicą prowadzona jest przez ośrodki zdrowia w Łucku, Kowlu i Lubomlu, przychodnie specjalne w Horochowie i Zdołbunowie, oraz przez 38 przychodni rejonowych lekarskich. W roku bieżącym ma być otwarty ośrodek zdrowia i dom izolacyjny w Równem, a w powiecie lubomelskim będzie zorganizowana lotna poradnia gruźlicza, która będzie obsługiwać wsie, oddalone od ośrodka powiatowego.

Ze względu na liczniejsze przypadki jaglicy w powiecie kowelskim, w którym poza specjalną przychodnią w Kowlu funkcjonują dwa zakłady jaglicze w Adamówce i Brzuchowicach, ma być otwarta specjalna przychodnia jaglicza w Ratnie.

Szpitali w województwie wołyńskiem jest 26 z 798 łózkami. Sześć z pomiędzy nich są to jednostki małe, mianowicie w Szacku na 8 łózek i 10-łózkowe w Wołkowi, Kniahininie, Poczajewie, Łanowcach i Szumsku. Pomimo, że koszt utrzymania takich małych szpitali jest znaczny, są one jednak niezbędne ze względu na zły stan dróg i wielkie przestrzenie powiatów.

Co do spraw sanitarno-porządkowych, to w ubiegłym roku daje się zauważyć znaczny postęp pod względem zadrzewienia i zabrukowania ulic i placów w miastach i miasteczkach, odnowienia domów w miastach, urządzenia publicznych ustępów, budowy nowych studzien i t. p. Na 1. I r. b. w miastach było 46% śmietników i 53% ustępów. We wsiach sprawa z ustępami stała gorzej, bo było ich zaledwie 39%. Hotele, restauracje, kawiarnie, fryzjernie, sklepy spożywcze i t. p. instytucje były niejednokrotnie lustrwane i obecnie są doprowadzone do względniego porządku.

Po zakończeniu dyskusji, w której wyjaśnień udzielał p. Dyrektor Dr. Piestrzyński, przystąpiono do następnych punktów porządku dziennego. Dr. Kacprzak wygłosił referat o statystyce, p. Adamowiczowa zademonstrowała na wykresach błędy w rejestracji chorób zakaźnych, które dały się zauważyć w województwie wołyńskiem, Doc. Dr. Gąsiorowski mówił o badaniu wody, inspektor weterynaryjny Dr. Zaremba o współdziałaniu lekarzy weterynaryjnych z lekarzami powiatowymi w zwalczaniu chorób odzwierzęcych, Dr. Kuźmicki o szkołach w związku z akcją sanitarno-po-

rządkową, Dr. Ulatowski o celach i zadaniach Wojewódzkiego Komitetu Wychowania Fizycznego, wreszcie Kierownik Wydziału Opieki Społecznej p. Titow o opiece społecznej w Województwie Wołyńskim. Dr. Hryszkie-wicz wzywał lekarzy powiatowych do niezwłocznego przystąpienia do akcji sanitarno - porządkowej w związku ze zbliżającym się terminem otwarcia Powszechnej Wystawy Krajowej w Poznaniu i projektowanymi wycieczkami po kraju gości zagranicznych.

Na tem Zjazd zamknięto, poczem uczestnicy zwiedzili szpital powiatowy, przychodnię państwową jagliczą i skórno-weneryczną, stację opieki nad matką i dzieckiem, sierociniec S. S. Teresinek, muzeum regionalne, ruiny zamku Lubarta, katedrę i skarbiec.

Sprawozdanie.

W dniu 29 kwietnia r. b. odbyło się plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych pod przewodnictwem Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia D-ra Eugenjusze Piestrzyńskiego, przy współudziale przedstawicieli Ministerstw, Uniwersytetów, Naczelnej Izby Lekarskiej, Związku Kas Chorych, oraz członków, powołanych z pośród świata naukowego i lekarskiego.

Porządek dzienny obejmował:

1. Projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.
2. Projekt ustawy o aptekach łącznie ze sprawą zasad unormowania handlu drogowego.
3. Utworzenie sekcji:
 - a) do zwalczania chorób zawodowych,
 - b) do zwalczania rak.
4. Projekt rozporządzenia o użyciu farb.
5. Projekt regulaminu dla zakładów przeciwjagliczych.
6. Sprawozdanie z sekcji do zwalczania gruźlicy:
 - a) sprawa uzdrowisk dla chorych gruźliczych,
 - b) organizacja walki z gruźlicą na terenie województwa, jako jednostki administracyjnej.
7. Uzupełnienie sekcji farmaceutycznej.

Po dyskusji, przeprowadzonej nad projektem ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, przedłożonym na posiedzenie plenarne Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przez komisję, wybraną przez sekcję do zwalczania chorób wenerycznych, zgodzono się z zasadami, przyjętymi za podstawę przedłożonego projektu ustawy.

Dłuższą dyskusję wywołał projekt ustawy o aptekach, przyczem w ogólnych zarysach zgodzono się z zasadami, przyjętymi przez sekcję Rady do spraw farmaceutycznych.

Wobec przedłożenia projektu, niezgodnionego z tezami, ustalonymi na posiedzeniu tej sekcji, odbytem w dniu 28 i 29 listopada 1928 r., postanowiono projekt zwrócić do sekcji celem wprowadzenia zmian, uchwalonych na tem posiedzeniu.

W sprawie zasad unormowania handlu drogeryjnego postanowiono przekazać sekcji farmaceutycznej do rozważenia, oraz do decyzji zagadnienie, czy zawód drogisty posiada takie specyficzne właściwości, iż wymaga ustawowego unormowania uprawnień i obowiązków, zakresu działania tego zawodu, w razie zaś twierdzącym poruczyć sekcji ustalenie i złożenie na plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia zasad projektu ustawy o drogerjach, przyczem wyrażono dezyderat, iż ustawa o aptekach, oraz ewentualnie ustawa o drogerjach winny być jednocześnie rozpatrywane.

W sprawie aptek homeopatycznych wyrażono pogląd, iż istnienie aptek specjalnie homeopatycznych nie jest konieczne potrzebne, z tem jednak, aby środki homeopatyczne mogły być utrzymywane przez wszystkie apteki.

W sprawie projektu rozporządzenia o użyciu farb uchwalono projekt odesłać, celem opracowania, do sekcji zwalczania chorób zawodowych.

Projekt regulaminu dla zakładów przeciwjagliczych uchwalono odesłać do sekcji chorób zakaźnych.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie z działalności sekcji do zwalczania gruźlicy, oraz zasady, któremi należy się kierować przy oznaczaniu stref na terenie uzdrowisk w porozumieniu ze związkiem uzdrowisk.

Zgodzono się z tezą, przyjętą w sekcji, iż należy dążyć przedewszystkiem do umożliwienia chorym leczenia sanatoryjnego.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie z sekcji do zwalczania chorób zakaźnych. Ze sprawozdania wynika, iż liczba wypadków poszczególnych chorób zakaźnych w roku 1928 uległa zmniejszeniu.

Kurs dla kierowników Ośrodków Zdrowia.

Od kilku lat daje się zauważyć w Polsce prąd w kierunku tworzenia Ośrodków Zdrowia, których zadaniem ma być ujęcie całokształtu zagadnień w dziedzinie Zdrowia Publicznego na pewnym terenie. Akcja ta, popierana przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) doprowadziła do stworzenia w krótkim czasie przeszło 100 takich jednostek. Jednakże lekarze, stojący na czele tych instytucyj, niezawcze są w posiadaniu niezbędnych wiadomości specjalnych, a bez tego prawidłowa działalność Ośrodka Zdrowia jest nie do pomyślenia.

Celem dokształcenia lekarzy-kierowników Ośrodków Zdrowia urządziła Państwowa Szkoła Higijeny specjalny kurs 3-tygodniowy, mający na celu zapoznanie słuchaczy z organizacją i działalnością wzorowych Ośrodków Zdrowia.

Kurs rozpoczął się 17/VI r. b. i trwał do 6/VII r. b. Pierwszeństwo przyjęcia na kurs mieli lekarze, delegowani przez samorządy i organizacje społeczne.

P R O G R A M

kursu instrukcyjnego dla lekarzy kierowników Ośrodków Zdrowia.

Kurs miał na celu wprowadzenie lekarzy kierowników Ośrodków Zdrowia w zagadnienia, związane z kierownictwem takich instytucyj. Wykładowcy mieli za zadanie zapoznać słuchaczy z techniką pracy we wzorowym Ośrodku Zdrowia w poszczególnych działach, zwracając specjalną uwagę na stronę organizacyjną i wykonawczą, a sprowadzając stronę teoretyczną zagadnienia do najniezbędniejszego minimum.

1. Medycyna zapobiegawcza w działalności lekarza	1 godz.
2. Zasady ogólne organizacji i działalności Ośrodka Zdrowia	3 "
3. Rola pielęgniarki w Ośrodku Zdrowia	1 "
4. Administracja i biurowość Ośrodka Zdrowia	2 "
5. Ośrodek Zdrowia a opieka społeczna	1 "
6. Organizacja i działalność poszczególnych działów:	
a) Dział higieny otoczenia	8 "
b) Dział walki z chorobami zakaźnymi	4 "
c) Dział walki z chorobami społecznymi	15 "
d) Dział opieki nad matką i dzieckiem	6 "
e) Dział higieny szkolnej	2 "
f) Dział propagandy i popularyzacji higieny	2 "
R a z e m	
	45 godz

Kurs trwał trzy tygodnie, czyli 18 dni. Godziny ranne (9 — 12) były poświęcone wykładom, z wyjątkiem trzech dni, przeznaczonych na zajęcia praktyczne z higieny otoczenia. Wobec tego wykłady zajmowały (18 — 3 ×) 3 = 45 godzin. Od 14-ej do 18-ej była prowadzona praca w poradniach i w Ośrodkach Zdrowia.

O K Ó L N I K

Zmiana obuwia w szkołach.

Spostrzeżenia lekarzy szkolnych wykazały, że do najczęstszych schorzeń dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, które w sumie powodują największą liczbę opuszczeń dni szkolnych, należą tak zwane przeziębienia. A jako przyczynę różnych zapaleń gardzieli, (angin), katarów dróg oddechowych, katarów uszu z wtórnym osłabieniem słuchu, różnych cierpień reumatycznych, powikłanych niekiedy nawet schorzeniami serca — lekarze szkolni uważają parogodzinny pobyt dzieci w szkole w zamokłem od śniegu lub deszczu obuwia, z wilgotnymi zaziębniętymi nogami.

Dodatkowo lekarze szkolni i nauczyciele zaznaczają, że podobny stan stóp wpływa ujemnie na krążenie krwi w organizmie dziecka, na jego zdolność do skupienia uwagi, i zmniejsza wydajność jego pracy umysłowej.

Pozatem badania bakteriologiczne wykazały, że powietrze w tych szkołach w których dzieci szkolne zmienia obuwie i nosi pantofle, jest o wiele

czyściejsze, gdyż nie wnosi ona na obuwiu do izb szkolnych ulicznego brudu i kurzu z różnemi zarazkami.

Zauważono również, że dziatwa, która zmienia w szkole obuwie, chętnie czyni to samo u siebie w domu, przez co przyczynia się do propagandy tego higienicznego zwyczaju wśród swoich domowników.

Mając to wszystko na uwadze, w trosce o zdrowie dziatwy i młodzieży szkolnej, Ministerstwo zaleca, by gdzie tylko warunki na to pozwalają, a więc przede wszystkim tam, gdzie można znaleźć pomieszczenie na przechowanie obuwia i gdzie miejsca ustępowe znajdują się w samym budynku szkolnym, dziatwa i młodzież szkolna w okresie od dnia 1 listopada do dnia 1 kwietnia po przyjściu do szkoły zdejmowała obuwie i wkładała pantofle, choćby najskromniejsze, sposobem domowym lub na lekcji robót ręcznych z resztek materiałów sporządzane.

Pantofle należy co pewien czas wietrzyć i trzepać.

W dostarczaniu niezamożnej dziatwie pantofli mogłyby przyjść z pomocą i dozory szkolne.

Uregulowanie w szczegółach zaleceń okólnika Ministerstwo pozostawia administracji szkolnej.

Podsekretarz Stanu:

St. Czerwiński

Budowa ustępów z kręgów betonowych.

Budowa dołów ustępowych z kręgów betonowych, jako znacznie tańszych przy masowym wyrobie, jest stosowana w wielu województwach. Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych po zbadaniu całokształtu sprawy zastosowania kręgów betonowych do wymienionego celu podaje do wiadomości Pana Wojewody, co następuje:

1. Zbiornik betonowy (utworzony z kręgów betonowych), wykonany ze zwykłej mieszaniny betonowej i nieotoczony nazewnątrz warstwą gliny, przepuszcza wodę i stać się może groźnym dla wód gruntowych ze względu na przepuszczanie drobnoustrojów chorobotwórczych.

2. Przy wyrobie kręgów betonowych dla utrzymania ich nieprześciakliwości musi być zachowany pewien stosunek poszczególnych materiałów, który według Dickerhoff'a wynosi:

a) 1 część cementu i 1 cz. piasku, lub b) 1) cz. cementu i 1 cz. piasku, i $\frac{1}{2}$ cz. ciasta wapiennego, lub c) 1 cz. cementu, 3 cz. piasku i 1 cz. ciasta wapiennego, lub d) 1 cz. cementu, 5 cz. piasku i $1\frac{1}{2}$ cz. ciasta wapiennego, lub e) 1 cz. cementu, 6 cz. piasku i 2 cz. ciasta wapiennego.

Lepiej jednak używas zaprawy nie tłuściej, niż 1:2, gdyż b. tłuśta 1:1 pęka. Grubość ścian i dna zbiornika, utworzonego z kręgów betonowych, wynosi przy średnicach:

50 cm. — 60 mm. 80 cm. — 80 mm.

60 „ — 65 „ 90 „ — 85 „

70 „ — 70 „ 100 „ — 100 „

Przez dodanie do zaprawy cementowej preparatu pod nazwą „Kastor“ można urządzenie uodpornić na działanie niskiej temperatury, oraz różnych wpływów chemicznych i atmosferycznych.

Kastor nie zmniejsza wytrzymałości betonu. Do gotowej mieszaniny betonowej dodaje się „Kastor“, aż do utrzymania możliwie jednolitej i jednorodnej masy, obliczając na 165-iloqramową beczkę cementu około 7 kg. preparatu. Większa ilość kastoru może mieć tylko wpływ ujemny.

3. Dotychczasowe obserwacje nad wpływem fekalij i wód gruntowych na trwałość zbiornika betonowego wykazują, że im gładziej jest jego powierzchnia wykonana, tem wpływ ten staje się słabszym.

4. Ustawienie zbiornika z kręgów betonowych na głębokości przemarzania gruntu nie naraża na niebezpieczeństwo, ciśnienie zewnętrzne nie może być brane w rachubę, gdy ścianki mają odpowiednią grubość, od wewnątrz zaś prawdopodobnie nie będzie żadnego ciśnienia, gdyż wydaliny będą zamarzać warstwami.

5. W suchym gruncie przy budowie dołu z kręgów betonowych można zastosować już gotowe dno, które należy połączyć spoiną w sposób zwykły, jak poszczególne kręgi ze sobą, używając do tego odpowiedniej mocnej zaprawy. Przy wysokiej wodzie zaskórnej zbiornik trzeba budować sposobem opuszczanym, a dno jego zabetonować pod wodą po ustaleniu się zwierciadła wody.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:

E. Piestrzyński

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

I. Termin Zjazdu 26 — 29 września 1929.

II. Ostateczny skład sekcji naukowych:

Sekcja Nr. 1. (Nauk matematycznych, fizycznych i astronomicznych). Przew. prof. dr. Wiktor Staniewicz. Zast. przew.: prof. dr. Władysław Dziewulski i prof. dr. Wacław Dziewulski. Sekr. prof. dr. J. Rudnicki, zast. sekr. prof. dr. Stefan Kempisty. Biuro sekcji: Obserwatorium astronomiczne U. S. B. — Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 2. (Chemji). Przew. prof. dr. M. Hłasko. Zast. przew. prof. dr. E. Bekier. Sekr. mg. Osman Achmatowicz. Biuro: Zakład chemji nieorganicznej U. S. B. — ul. Nowogródzka 22.

Sekcja Nr. 3. (Geologii, geografji, mineralogji i paleontologji). Przew. prof. dr. B. Rydzewski. Zast. przew. prof. dr. M. Limanowski. Sekr. dr. P. Radziszewski. Biuro: Zakład Geologii U. S. B. — ul. Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 4. (Anatomji, zoologii i antropologji). Przew. prof. dr. M. Reicher. Zast. przew. prof. dr. Szeliga-Mierzeyewski. Sekr. dr. Jan Prüffel. Biuro: ul. Słowackiego 15.

Sekcja Nr. 5. (Botaniki). Przew. prof. dr. Józef Trzebiński. Zast. przew. prof. dr. Piotr Wiśniewski. Sekr. Bronisław Szakien. Biuro: Zakład Botaniki Rolniczej U. S. B. ul. Objazdowa 2. (Coll. J. Piłsudskiego).

Sekeja Nr. 6. (Przyrodniczo - dydaktyczna). Przew. dr. Zygmunt Fedoro-
wicz (ul. Mała Pohulanka 1). Sekr. Zygmunt Hryniewicz nauczyciel gimn.
ul. Dominikańska 3.

Sekeja Nr. 7. (Przyrodniczo-rolnicza). Przew. prof. dr. Stefan Bazarewski.
Sokr. inż. Józef Szystowski. Biuro: Zakład uprawy roli i roślin U. S. B. —
ul. Objazdowa 2.

Sekeja Nr. 8. (Anatomji patologicznej i medycyny sądowej). Przew. prof.
dr. K. Opoczyński. Zast. przew. prof. dr. S. Schilling-Siengalewicz. Sekr.
dr. Z. Jakubowski. Biuro: Zakład Anatomji patologicznej U. S. B. — Wilno,
Antokol.

Sekeja Nr. 9. (Bakterjologii, higieny i medycyny społecznej). Przew-
prof. dr. Kazimierz Karaffa-Korbutt. Zast. prof. dr. T. Gryglewicz i dr. G. Sztole-
man. Sekr. doc. dr. Safarewicz. Biuro: Zakład Higieny U. S. B. — Antokol,
Szpital wojskowy.

Sekeja Nr. 10. (Fizjologii, chemji fizjologicznej, patologji doświadczalnej
i farmakologii). Przew. prof. dr. C. Traczewski. Zast. przew. prof. dr. M. Eiger.
Sokr. doc. dr. E. Czarnecki. Biuro: Zakład fizjologii U. S. B. Zakretowa 15.

Sekeja Nr. 11. (Medycyny wewnętrznej). Przew. prof. dr. Z. Orłowski.
Zast. przew. dr. Leon Klott. Sekr. dr. Kuncewiczówna i dr. Cynkutisówna.
Biuro: I Klinika chorób wewnętrznych U. S. B. szpital św. Jakóba.

Sekeja Nr. 12. (Chirurgji). Przew. prof. dr. K. Michejda. Sekr. dr. Zemojtel
Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B. Antokol.

Sekeja Nr. 13. (Radjologii). Przew. dr. Leon Sułkowski. Sekr. dr. Wł. Gim-
butt. Biuro: Wilno, Szpital kolejowy.

Sekeja 14. (Ortopedji). Przew. dr. A. Zalewski. Biuro: Klinika chirurg.
U. S. B. Antokol.

Sekeja Nr. 15. (Otolaryngologii). Przew. prof. dr. J. Szumło. Zast. przew.
dr. F. Świeżyński. Sekr. dr. Tadeusz Wąsowski i dr. P. Rozwadowski. Biuro:
Klinika uszna. Antokol.

Sekeja Nr. 16. (Pedjatrji). Przew. prof. dr. W. Jasiński. Sekr. dr. H. Kaul-
bersz-Marynowska. Biuro: Klinika chorób dzieci. Antokol, szpital wojskowy.

Sekeja Nr. 17. (Chorób nerwowych). Przew. prof. dr. Stanisław Wład-
yczko. Zast. przew. dr. A. Falkowski. Sekr. dr. Janina Hurynowiczówna.
Biuro: Klinika neurologiczna U. S. B. Szpital św. Jakóba.

Sekeja Nr. 18. (Psychjatrji). Przew. prof. dr. R. Radziwiłłowicz. Sekr
dr. H. Jankowska. Biuro: Klinika psychjatryczna U. S. B. ul. Letnia 5, Antokol

Sekeja Nr. 19. (Okulistyki). Przew. prof. dr. J. Szymański. Zast. przew.
dr. Halecki. Sekr. doc. dr. Abramowicz. Biuro: Klinika oczna U. S. B. Antokol.

Sekeja Nr. 20. (Ginekologii i położnictwa). Przew. prof. dr. W. Jakowicki.
Sokr. dr. Załeski. Biuro: Klinika ginekologiczna U. S. B. Bogusławskich 3.

Sekeja Nr. 21. (Chorób skórnych i wenerycznych). Przew. dr. Hanusowicz.
Zast. przew. dr. M. Mienicki. Sekr. dr. E. Sawicki. Biuro: Klinika chorób skór-
nych U. S. B. Antokol.

Sekeja Nr. 22. (Stomatologii). Przew. dr. A. Mancewicz. Zast. przew. lek.
dent. Adam Wolański. Sekr. A. Mikulski. Biuro: ul. Wileńska 26 m. 6 (w miesz-
kaniu lek. dent. A. Wolańskiego).

Sekcja Nr. 23. (Historji i filozofji medycyny). Przew. prof. dr. Stanisław Trzebiński. Sekr. doc. dr. Czarnecki. Biuro: Seminarjum historii medycyny U. S. B. Collogium Świętojańskie.

Sekcja Nr. 24. (Medycyny wojskowej). Przew. pułk. lek. dr. Szczepan Ordylowski, Grodno D. O. K. Zast. przew. ppłk. lek. dr. J. Bohuszewicz. Sekr. mjr. lek. dr. Jan Pióro. Biuro w mieszkaniu sekretarza Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 25. (Nauk farmaceutycznych). Przew. prof. dr. J. Muszyński. Zast. przew. Wł. Sokółowski. Sekr. inż. W. Strażewicz. Biuro: Zakład farmakognozji U. S. B. ul. Objazdowa 2.

Sekcja Nr. 26. (Weterynarii). Przew. lek. wet. Apolonjusz Głuchowski, ul. Jagiellońska 7 m. 9. Sekr. lek. wet. Antoni Nowicki, ul. Zygmuntowska 12 Biuro tamże.

Sekcja Nr. 27. (Prasy lekarskiej i przyrodniczej). Przew. prof. dr. J. Szmurło. Zast. przew. dr. Jan Prüffer. Biuro: Klinika otolaryngologiczna U. S. B. Antokol.

Program Zjazdu w najogólniejszych zarysach ustalono następująco: Każdego dnia odbędzie się jedno plenarne posiedzenie z referatem bez dyskusji. Posiedzenia te trwać będą około godziny (od 9 — 10), poczem rozpoczną się obrady sekcyjne. Na zaproszenie komitetu organizacyjnego wykłady na plenarnych posiedzeniach wygłoszą: W pierwszym dniu Zjazdu prof. dr. Leon Marchlewski z Krakowa na temat: Przemiana materji w ustroju zwierzęcym a roślinnym, w drugim dniu prof. dr. Emil Godlewski z Krakowa na temat: Starość i śmierć jako zjawiska biologiczne, w trzecim dniu prof. dr. E. Piasecki z Poznania na temat: Biologiczne podstawy wychowania fizycznego, w czwartym i ostatnim dniu prof. dr. Witold Nowicki ze Lwowa na temat: Zagadnienie choroby raka w nauce i życiu społecznem. Ponadto zamierzone jest poświęcenie części ostatniego posiedzenia pamięci J. Mianowskiego z powodu 50-lecia jego śmierci. Przemówienie wygłosi prof. Wrzosek z Poznania.

Programowe wykłady w sekcjach ogłoszone będą przez poszczególne sekcje. Komitet organizacyjny prosi wszystkich lekarzy i przyrodników, którzy zgłoszą referaty w sekcjach o nadsyłanie tematów wraz ze streszczeniami przed dniem 31 sierpnia. W Pamiętniku Zjazdu wykłady ogólne będą drukowane w całości; na referaty programowe w sekcjach reze wuje się cztery stronicie druku, na referaty mniejsze po pół stronicy.

W myśl postanowien Statutu Zjazdów § 25, na posiedzeniach sekcyjnych prelegenci mają prawo mówić 20 minut. W dyskusji wolno zabierać głos dwa razy, mówić wolno minut 10.

Sekcja mieszkaniowa apeluje do wszystkich członków i uczestników Zjazdu o zgłaszanie swego udziału przed dniem 31 sierpnia. Jest to potrzebne ze względu na wygodne rozmieszczenie i na przygotowanie odpowiednich mieszkań. Zgłaszać się należy na ręce przewodniczącego sekcji d-ra H. Rudzińskiego, ul. Wielka 51 (wojew. Urząd Zdrowia) z podaniem życzenia co do mieszkania (mieszkanie w hotelu, w domach prywatnych, w klinikach).

Dla członków i uczestników Zjazdu są przewidziane zniżki kolejowo w granicach przyjętych przez Zarząd Kolejowy (66% - owa zniżka w drodze powrotnej).

Sekcja wycieczkowa organizuje szereg wycieczek w bliższe i dalsze okolice Wilna. Bliższe szczegóły poda do wiadomości sekcja wycieczkowa, na której czele stoją prof. Limanowski i prof. Rydzewski. Zwiedzanie miasta odbędzie się pod kierownictwem uproszonego w tym celu prof. Ruszczyca.

W czasie Zjazdu zorganizowana będzie wystawa. Na czele sekcji wystawowej stoi prof. Muszyński (Wielka 24).

Wysokość wkładki za udział w Zjeździe ustalono dla członków na zł. 30, dla uczestników — zł. 20. Komitet organizacyjny prosi wszystkich członków i uczestników o nadsyłanie wkładki przy zamawianiu mieszkania do P. K. O. konto Nr. 81309 (skarbnik dr. W. Bądryński).

(—) Prof. Micejda
Generalny Sekretarz

(—) Prof. Januszkiewicz
Przewodniczący

Inowrocław 25. 5. 1929.

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

26 — 29 września 1929 r.

Przy Sekcji IX (bakterjologii, higieny i medycyny społecznej) Zjazdu została zorganizowana pod kierownictwem d-ra A. Borowskiego pod-sekcja higieny szkolnej i wychowania fizycznego. Uprasza się o zgłaszanie referatów w terminie do 31 sierpnia r. b. do Kierownika pod-sekcji d-ra A. Borowskiego (Kuratorjum Okręgu Szkolnego, Wilno, ul. Wolana.

Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu.

W dniu 1-go maja r. b. założone zostało „Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu”. Członkami założycielami są lekarze miejscowi w liczbie 23.

Stowarzyszenie ma na celu współdziałanie rozwojowi Inowrocławia, pielęgnowanie umiejętności lekarskich z zakresu balneologii, trzymanie straży nad czcią i godnością stanu lekarskiego, obronę spraw zawodowych lekarzy zdrojowych, budzenie i rozwój życia koleżeńskieg i towarzyskiego wśród członków.

Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu przestrzega kodeks zwyczajowy Wydziału Klimato- balneologicznego Warszawskiego Tow. Higienicznego z r. 1913-go, oraz wskazania ogólne Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej.

Do Zarządu wybrani zostali dr. med.: Henryk Zborowski — prezesem, Józef Pawlak — wice-prezesem, Roman Gutowski — sekretarzem, Stefan Nowakowski — skarbnikiem. Do komisji rewizyjnej weszli dr. Tomasz Graczykowski, Jan Wieniecki i St. Sroczyński.

Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu dążyć będzie do rozwoju miejscowego zdrojowiska wiedzą fachową.

Sekretarz

Dr. med. R. Gutowski.

Prezes

Dr. med. H. Zborowski.

T R E Ś Ć :

Od Redakcji. — Dr. Z. Karłowski: Szczepionki pasteurowska i karbolizowana w Zakładzie Pasteurowskim w Warszawie. — Dr. J. Leoszko: Medycyna lotnicza i przyczyny wypadków lotniczych. **Dział Sprawozdawczy:** Z V-go Międzynarodowego Kongresu Medycyny i Farmacji Wojskowej w Londynie. **Kronika:** Zjazd lekarzy powiatowych województwa poleskiego. — Zjazd lekarzy powiatowych woj. białostockiego. — Zjazd lekarzy powiatowych woj. lwowskiego. — Zjazd lekarzy pow. woj. wileńskiego. — Zjazd lekarzy powiatowych wojewódz. wołyńskiego. — Sprawozdanie — Kurs dla kierowników Ośrodków Zdrowia Okólnik Zmiana obuwia w szkołach. — Budowa ustępów z kręgów betonowych. — XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie. — Stowarzyszenie lekarzy zdrojowych w Inowrocławiu.

S O M M A I R E :

Dr. Z. Karłowski: Vaccin pasteurien et vaccin phénolé à l'Institut Pasteur de Varsovie.

Dr. J. Leoszko: La médecine en aviation.

Comptes - rendus. — Chronique.

PRENUMERATA WYNOŚI: rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł., kwartalnie 3 zł.

Zeszyt pojedynczy 1 zł. 20 gr.

Redaktor: MARCIN KACPRZAK

Administracja: Warszawskie Tow. Higieniczne, Karowa 31. Tel. 63-46

Konto P. K. O. 9474.

CENY OGŁOSZEŃ W MIESIĘCZNIKU „ZDROWIE”.

Okł. zewn.		Okł. wewn. i przed tekstem		Za tekstem		Kolorowa w tekście	
Cała strona	80 zł.	Cała strona	70 zł.	Cała strona	60 zł.	Cała strona	100 zł.
Pół . . .	50 „	Pół . . .	40 „	Pół . . .	35 „	Pół . . .	60 „
1/3 . . .	35 „	1/3 . . .	30 „	1/3 . . .	25 „	1/3 . . .	40 „
1/4 . . .	20 „	1/4 . . .	20 „	1/4 . . .	20 „	1/4 . . .	25 „

Przy ogłoszeniach wielokrotnych (najmniej 3 razy) udzielamy 10 do 15% rabatu