

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74-04

Następny zeszyt (№ 7, 8, 9) wyjdzie 1-go Października.



Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-biał. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3-4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoe, Cystitis, Pyelitis i t. p.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Płac Św. Aleksandra, Warszawa.



Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone z zastosowaniem
najnowszych wskazań
hygieniczne i lecznicze nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p.)

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przewody chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód mineralnych TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpeli mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra Jaworskiego.

UWADZE P. P. LEKARZY.

Plastry smarowane zwyczajne i kauczukowe (na szpulkach) nie ustępujące wyrobem zagranicznym.

Plasterek angielski przewyższający wyroby zagraniczne.

Opatrunki wyjąłowane w ulepszonej opakowaniu z kontrolą syst. prof. Mikulicza.

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczenia od gnicia i pleśni.

Plasterek rupurowy dziecienny (pępkowy).

Synapizma energicznie działające. Plaster Tatrzański na odciski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie materiały opatrunkowe.

poleca Fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

R. Strzeleckiego

Warszawa, ul. Sienna 33, tel. 48-90.

Na dostawy specjalne ceny.

PRACE ORYGINALNE.

I.

Z pracowni Kliniki dermatologicznej w Krakowie (Prof. W. Reiss).

HISTOLOGIA POKRZYWKI GUZKOWEJ TRWAŁEJ

(URTICARIA PAPULOSA PERSTANS).

Podał

Franciszek Krzyształowicz.

(z tablicami I i K)

Pojęcie pokrzywki nie ogranicza się już dzisiaj do jednej postaci ostrej lub przewlekłej, bo mówiąc obecnie o tej chorobie, myśleć trzeba nie tyle o rozmaitej postaci samych wykwitów, układających w różną postać, ile o różnicach w przebiegu klinicznym tej samej jednostki postaciowej i o rozmaitej przemianie jej wykwitów w przebiegu. Niepodobna nie widzieć zasadniczej różnicy między nagłym występowaniem bąbli pokrzywkowych, powstających pod wpływem nawet lekkich urazów skóry u niektórych osobników i szybko znikających, jako t. zw. pokrzywka sztuczna (*urticaria factitia* v. *dermographismus*), a pokrzywką, występującą w pierwszych latach życia trwającą długo i pozostawiającą wyraźne długo się utrzymujące plamy barwikowe, lub pokrzywką, która w tej samej postaci utrzymuje się czas dłuższy i przez uraz nawet krótkotrwały zaostriża się niejako na nowo. Widzimy następnie, że o ile jedne postacie spostrzega się często, czy jako schorzenie samoistne, czy też jak objaw towarzyszący,

o tyle innych nie spotyka się często tak, że uważać je trzeba za rzadkości w całej masie chorób, pojawiających się w skórze.

Dlatego to wszystkie znane postacie schorzenia, nazywanego pokrzywką, rozdzielać musimy obecnie nie tylko na ostre i przewlekłe, ale w tych drugich rozróżniać jeszcze takie, których wykwity mimo liczne i częste nawroty szybko znikają, i takie, w których raz powstały wykwit utrzymuje się miesiącami w skórze i które określamy jako pokrzywkę trwałą (u. perstans). Ale i w tej ostatniej postaci rozróżniał już Willan jedną, w której dłużej trwający bąbel zachowywał znamioną czerwonosć i drugą, której wykwity pozostawiały po zniknięciu długo się utrzymującą plamę barwikową. Obok tego wyłania się postać, występująca prawie jedynie w pierwszych latach życia, połączona z pozostawieniem barwika w miejscu znikających bąbli, którą zwykliśmy nazywać pokrzywką przewlekłą barwikową (urticaria chronica pigmentosa) i którą oddzielić należy od postaci trwałej (u. chronica perstans). Ta ostatnia postać ma także przebieg przewlekły, ale jej guzki utrzymują się długo w skórze i bardzo powoli zamieniają się w plamę barwikową. Nie wchodząc w to, o ile postacie te mają związek ze sobą, chcę się zająć tylko postacią trwałą, której jeden przypadek miałem sposobność spostrześć w Klinice dermatologicznej krakowskiej.

Niewątpliwie największą zasługę w wyjaśnieniu i oddzieleniu trwałej postaci pokrzywki ma F. J. Pick, który w r. 1881, opierając się na ogłoszeniach Willana i Cazenava, opisał tę postać jako odrębną od innych przewlekłych. Od tego czasu podano tylko nieliczne przypadki tej postaci chorobowej, z czego można wnosić, że należą one do rzadkości.

Przypadek, spostrzegany przy nas, był następujący:

Kazimierz Ch., liczący lat 21, tokarz w fabryce żelaza. Rodzice jego, jakoteż rodzeństwo żyją, zdrowi. Sam chory przebywał w dzieciństwie często zapalenie gardła, a przed dwoma laty zapalenie płuc.

Choroba obecna w skórze rozpoczęła się przed 10 miesiącami powstaniem kilku (6—7) guzków na klatce piersiowej, z biegiem czasu ilość ich wzrastała na tułowiu i kończynach.

Chory jest średnio odżywiony, ale czuje się zdrowy. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono; laknienie jest dobre, stolec codziennie. Badanie krwi nie wykazało

nieprawidłowości, komórek tucznych we krwi nie znaleziono (Dr. Kostrzewski *)).

Najliczniej na klatce piersiowej, grzbiecie i brzuchu, mniej liczne na pośladkach, udach i ramionach, a pojedyncze tylko na przedramionach i gołeniach, spostrzega się guzki i plamy, ściśle odgraniczone od otoczenia i nigdzie nie zlewające się ze sobą. Guzki wielkości ziarna prosa są wyniosłe nad powierzchnią skóry, o barwie czerwonoawbrunatnej, jedne jaśniejsze, inne nieco zasiniałe, a prawie wszystkie otoczone nieregularną obwódką barwikową. Jedne z guzków są odgraniczone ściśle od otoczenia, inne są więcej rozlane, wreszcie inne przyplaszczone. W tych przyplaszczonych można wyczuć w głębi naciek odgraniczający się od otoczenia. Powierzchnia jednych guzków jest gładka, ale nie napięta, innych pofałdowana, wreszcie inny wiotkim pęcherzykiem pokryta. Guzki gładkie przypominają wejrzeniem guzki kilowe, guzki zaś o powierzchni pomarszczonej przypominają znamię miękkie (*naevus mollis*). Między guzkami zaś spotyka się tu i ówdzie ciemne plamy barwikowe, gładkie, w niektórych tylko widać w środku drobną płaską wyniosłość wielkości główki od szpilki.

Obraz zatem wszystkich wykwitów nie odpowiadał zwyczajnej pokrzywce, jaką spotyka się zazwyczaj w postaci ostrej lub przewlekłej, gdyż nigdzie nie znaleziono typowego bąbla pokrzywkowego. Przytem chory podawał, że wykwity nie rozpoczynały się bąblem, ale jako guzek bez uczucia swędzenia lub pieczenia. Dopiero przy potarciu już istniejącego guzka lub nacieku w plamie barwikowej można wywołać łatwo zaczerwienienie i szybko się pojawiający bąbel. Przytem takim samym lekkim urazem wywołuje się z łatwością powstawanie pokrzywki w skórze wolnej od wykwitów (t. *factitia*).

Z dalszych spostrzeżeń dodać należy, że po miesiącu ilość guzków wzrosła w tej samej postaci, głównie na tułowiu, a wstrzykiwanie salwarsanu w ilości 0,20 gr, pozostało zupełnie bez żadnego wpływu na istniejące guzki i powstanie nowych.

Z obrazu klinicznego zatem podnieść należy, że w przebiegu sprawy chorobowej nie spostrzegało się typowych dla pokrzywki bąbli, i że chory nie skarżył się na towarzyszące zazwyczaj powstawaniu pokrzywki swędzenie. Dopiero podrażnienie mechaniczne już istniejących, nawet długo trwających wykwitów, wywoływało ich obrzęk nawet w otoczeniu, w postaci bąbli pokrzywkowych, znikających

*) Koledze Kostrzewskiemu składam niniejszem serdeczne podziękowanie za badanie narządów wewnętrznych i krwi chorego.

dość szybko. Podobną wrażliwość stwierdzało się i w skórze zdrowej przez łatwość wywołania bąbli w tych miejscach (dermographismus).

Chociaż zatem już spostrzeżenia kliniczne budziły wyraźne podejrzenie, że mamy przed sobą pokrzywkę trwałą (urticaria perstans), to jednak dopiero obraz histologiczny utwierdził rozpoznanie przez znalezienie znamiennej dla tej postaci elementów komórkowych i ich ułożenie.

Dla badania histologicznego wycięto cztery wykwitły o różnej postaci, bo i guzek większy, gładki i pomarszczony, i opatrzone pęcherzykiem, wreszcie plamę z wyczuwalnym naciekem.

Barwień używałem różnych, w pierwszym rzędzie błękitem metylenowym Unny z odbarwianiem mieszaniną eterów glicerynowych lub roztynem obojętnym orceiny, następnie roztynem wyskokowym błękitu metylenowego z dodatkiem afunu (metoda Schwenter-Trachslera) i metodą Pappenheim-Unny (zieleń metylowa i pyronina). Dla porównania stosowałem również metodę Dominiego (eozyna-orange-tionina) i wiele innych. Wszystkie metody, podane dla barwień komórek tucznych, oddały mi bardzo dobre usługi, gdyż ziarnistość tych komórek, zabarwiona odmienną barwą, niż reszta tkanek, występowała szczególnie przy metodzie Schwenter-Trachslera bardzo wybitnie, przez co można było dokładnie ją spostrzegać nie tylko w komórkach, ale i poza komórkami w tkance.

Najwybitniejsze zmiany spostrzega się w obrazie histologicznym wszystkich guzków w samej skórze, mianowicie w jej górnej części. W tych miejscach spotyka się duże gromady komórek, leżących ściśle obok siebie w górnych częściach skóry, nad którymi naskórek zdaje się być w całości nieco napięty. (Ob. tabl. fig. 1).

To nagromadzenie komórek jest dość ściśle odgraniczone od reszty skóry właściwej, a tylko tu i ówdzie ciągną się podłużne gromady komórek, jedne w łączności z guzem, inne zupełnie oddzielone.

W guzie samym, jakoteż w gromadach komórek poza nim leżących, można zauważyć z łatwością nawet w słabym powiększeniu, że komórki te towarzyszą naczyniom i że w samym guzie tworzą mniej lub więcej prostopadłe smugi, poza guzem zaś idące w różnych kierunkach wzdłuż naczyń

i ich rozgałęzień. Pod naskórkiem istnieje pas wolny części brodawkowej, odgraniczający guz od góry, gdzie znaleźć można tylko Nieliczne komórki. W niektórych miejscach guza leżą wspomniane komórki bardzo ściśle obok siebie, między temi gromadami zaś widzi się tylko tu i ówdzie miejsca, w których obok znamiennych Nielicznych komórek znajdują się i inaczej zabarwione. Kontrast w zabarwieniu komórek jest tak wybitny, że już w słabem powiększeniu skrawków, barwionych np. błękitem metylenowym i mieszaniną eterów glicerynowych, można z łatwością rozpoznać, że gromady komórek złożone są przeważnie z komórek tucznych (Mastzellen), a między nimi leżą komórki tkanki łącznej w ilości większej, niż w stanie prawidłowym. Te różnice między tymi dwoma rodzajami komórek widzi się naturalnie najlepiej tam, gdzie komórki tuczne znajdują się w nieco mniejszej ilości.

W guzku, który zawiera przypadkowo torebkę włosową w środku, sięgają gromady komórek tucznych prawie tuż do granicy naskórka i leżą wzdłuż naczyń otaczających torebkę i gruczoł łojowy. Ale i w otoczeniu dalszem leżą podobne gromady tych komórek, przez co tworzy się guz podobny do poprzednio opisanego, z tą tylko różnicą, że ten naciek komórkowy sięga głębiej aż do granicy tkanki podskórnej, w bezpośrednim otoczeniu torebki włosowej.

To samo powiedzieć można i o gruczole potnym, który w około przewodu otoczony być może komórkami tuczniemi; w kłębkowej części, a zatem już w tkance podskórnej, nigdy ich nie posiada w tej ilości.

Trzeba jednak zarazem dodać, że chociaż nagromadzenie komórek tucznych wystąpiło we wszystkich wyciętych guzkach, to jednak była pewna różnica ilościowa w guzkach starszych, a świeższych. W tworze, który wedle podania chorego trwał przynajmniej dwa miesiące, były komórki tuczne mniej obfite, gdyż między nimi znaleziono także dość dużo komórek tkanki łącznej. W guzku zaś świeższym komórki tuczne były nagromadzone w większej ilości i leżały więcej ściśle obok siebie, tak że między nimi nie było miejsca na komórki tkanki łącznej, znacznie mniej liczne, niż w guzkach dłużej trwających. Naskórek był na guzku świeższym nieco napięty, przez co brodawki tu i ówdzie zdają się przypłaszczone. W guzkach starszych były smugi naskórka prawie zupełnie prawidłowe, a tylko gdzieś tam granica naskórka była zaledwo falista. Tem też tłumaczy się

wejrzenie guzków, z których jedne miały gładką powierzchnię, inne zaś były na powierzchni nierówne.

We wszystkich wyciętych guzkach zawiera naskórek barwik w większej ilości, niż to bywa w stanie prawidłowym w dolnych szeregach komórek. W skórze samej, szczególnie zaś w części brodawkowej, znalazłem obfite ilości barwika w guzku drobnym, trwającym czas dłuższy, częściowo ustępującym i otoczonym obwódka barwikową. W tych miejscach jednak, w których widzi się jeszcze nagromadzenie komórek tucznych, spotyka się barwik tylko w naskórku, nietylko jednak w najniższym szeregu komórek, ale i wyżej. W otoczeniu zaś samego guzka, gdzie komórki tuczne są tylko nieliczne, spotyka się liczne ziarna barwikowe nietylko w części brodawkowej, ale znacznie niżej w samej skórze i przeważnie zgrupowane w postaci komórek (Fig. 2). Spostrzega się zatem ziarna, ułożone w grupach różnego kształtu, naśladujące przez swe ułożenie komórkę bez jądra, ale z ziarnistą cytoplazmą. Ziarna bywają okrągłe lub owalne i ułożone dość ściśle obok siebie, przez co odróżniają się od komórek tucznych tylko brakiem jądra i innym zabarwieniem.

W naskórku dwóch z wyciętych guzków znaleziono obok większej ilości barwika znaczne zmiany, które dowodzą nasilenia obrzęku całej skóry. W jednych guzkach, jak to już wspomniałem, są tylko smugi naskórka, tworzącego falistą od skóry granicę, nieco krótsze niż w stanie prawidłowym, a barwik napenia jeden lub więcej szeregów komórek, w innych jednak spostrzega się mniej lub więcej wybitne objawy obrzęku. Albo bowiem widać oddzielenie skurzonego jądra, leżącego w wolnej przestrzeni, albo wytworzenie się szerszych przestworów, a nawet pęcherzyków między komórkami.

Te wolne przestrzenie leżą albo pod warstwą zrogowaciałą naskórka albo głębiej w naskórku między komórkami koleczastymi (Fig. 3), które w około takiego pęcherzyka są uszkodzone. W jednym guzku wytworzył się duży pęcherz na powierzchni całego tworzywa między skórą, a naskórkiem (Fig. 4). W tym miejscu zatem widzi się, że naskórek w całej swej grubości został od skóry oddzielony przez nagromadzenie się tamże płynu wysiękowego. W naskórku, pokrywającym ten pęcherz, są wybitne objawy obrzęku tak w komórkach samych, jak i między komórkami, podobnie i w otoczeniu pęcherza wytwarzają się podobne przestrzenie między komórkami naskórka. Ciecz pęcherza jakoteż prze-

strzeni międzykomórkowych nie zawiera nigdzie elementów komórkowych.

W samej skórze w guzku pokrytym pęcherzykiem widoczne są również objawy obrzęku między wiązkami tkanki klejorodnej i między gromadami komórek, w mniejszym stopniu spostrzega się je i w innych guzkach, głównie w sąsiedztwie tworów, złożonego z komórek tłuszcznych.

Ze względu na wielką obfitość komórek tłuszcznych w tem schorzeniu, stanowiących właściwą zmianę patologiczną w tym przypadku, bliższe badanie tych komórek nasuwa się samo przez się. W gromadach tych komórek spotyka się najczęściej komórki owalne, które przez ścisłe do siebie przyleganie mają na powierzchni ściany uciskowe. (Fig. 5a). W tych miejscach właśnie silnego ich nagromadzenia nie różnią się wiele wielkością między sobą i są zazwyczaj tak duże, jak przerosłe komórki tkanki łącznej, spotykane we wszystkich zapaleniach przewlekłych, a znajdujące się i tutaj w małej ilości między komórkami tłuszcznymi. W gromadach tych widzieć można także komórkę tłuszczną, która zachowała nieregularny kształt komórki łącznotkankowej. W niektórych miejscach, szczególnie około naczyń, leży szereg 3—4 komórek sprawiających wrażenie, jakby powstały z jednej komórki tkanki łącznej przez podział (Fig. 5 b.). Obok tego dwie komórki blisko siebie leżące lub ze sobą wypustkami połączone, a mające zarysy komórek tkanki łącznej, dają podobne wrażenie (Fig. 5 c.). Tu i ówdzie spotyka się także komórki zawierające dwa jądra (Fig. 5 d.). Przez te właśnie spostrzeżenia nie udowadnia się wprawdzie tego, że komórka tłuszczna może się dzielić, możnaby jednak z tego wnosić, że ziarna komórek tłuszcznych wytwarzać się mogą w komórkach tkanki łącznej w różnym okresie ich podziału.

Podobieństwo wspomnianych komórek do komórek tkanki łącznej jest bardzo wybitne; przedewszystkiem uderza różnaitość komórek, bo spostrzega się obok małych podługowatych komórek (Fig. 5 e.) duże z drobnymi lub wielkimi, nielicznymi lub obfitymi wypustkami, obok okrągławych lub owalnych, gwiazdźiste lub pająkowate, a zatem komórki różnokształtne, jak komórki tkanki łącznej (Fig. 5 f.).

Jądra przedstawiają także tę różnaitość, jaka występuje w komórkach łącznotkankowych; widzimy małe wązkie jądra komórek wrzecionowatych obok okrągławych lub owalnych przerosłych komórek. Jedne barwią się jednostajnie słabo, inne zawierają dużo ziarnistej chromatyny,

a przytem jedne z nich przykrywa w całości lub częściowo ziarnistość komórek tucznych, inne są tylko nią otoczone, co zależy głównie od jakości przypadkowego przecięcia komórki.

Same ziarna, zajmujące ciało komórki, są w wielu komórkach jednakowe co do wielkości i barwliwości, prócz tego jednak spostrzega się komórki tuczne, w których ziarna różnią się wyraźnie wielkością i nieregularnem ułożeniem (Fig. 5 g.). W największej liczbie przypadków ziarna ułożone są regularnie obok siebie mozaikowato, zakrywając jądro i tworząc zarys komórki, w której nie widać ścianki, jak w komórce tkanki łącznej. Najczęściej również komórka zapelniona jest w zupełności ziarnami, spotyka się jednak i takie, w których znajdują się wolne przestrzenie, zabarwione lekko różowo, ale nie zawierające ziarna (Fig. 5 h.). Te jamki leżą w cytoplazmie albo rozrzucone nieregularnie w komórce, albo tworzą jedną przestrzeń w około jądra (Fig. 5 i.). Te ostatnie komórki znajdowałem w guzku dłużej trwającym obok komórek, których ścianka była jakby przerwana, a ziarna z tej strony leżące wolno poza ciałem komórki (Fig. 5 k.). Taką wolną ziarnistość, barwiącą się w znamieny sposób, spotyka się jako pojedyncze ziarna lub w grupach w około gromad skupionych komórek tucznych lub też w rozszerzonych przestworach między wiązkami tkanki klejorodnej (Fig. 5 l.). Nie ulega zatem wątpliwości, że takie same ziarna, jak w komórkach tucznych, leżeć mogą i całkiem wolno poza komórkami, niektóre grupy jednak o wyraźnych zarysach są niewątpliwie przypadkowemi przecięciami różnego rodzaju wypustek.

Wspomniałem już niejednokrotnie, że kształt komórek tucznych zbliża je bardzo do komórek tkanki łącznej, chociaż w ich cytoplazmie widzi się tylko znamienne ziarna, prócz takich jednak występują tu i ówdzie komórki, w których rozpoznać można siatkę cytoplazmy komórki łącznotkankowej, wśród której istnieją ziarna komórek tucznych. W komórkach takich zatem o różnym kształcie odmiennie (czerwonno) zabarwione ziarna zapelniają część komórki, częściowo zaś widzi się siatkę plasmatyczną (niebiesko zabarwioną), jak w przerosłej komórce tkanki łącznej (Fig. 5 m.). Te ostatnie komórki i poprzednio wspomniane szczegóły (kształt, ułożenie, połączenie komórek, postać jąder i t. p.) wskazują na to, że komórki tuczne w tkance łącz-

nej uważać trzeba za powstające z komórek tejże tkanki, na co wskazywało już wielu autorów, jak Ehrlich, Unna, Westphal, Bäumer, Pappenheim, Schwenter-Trachsler i in. Jeżeli przypatrzeć się bliżej naczyniom drobnym, otoczonym komórkami tłuszcznymi (Fig. 5 a.), należałoby przypuszczać, że komórki te powstawać mogą z oblonków (perithelium).

Wreszcie dodać trzeba, że w niektórych miejscach na obwodzie nagromadzonych komórek tłuszcznych występuje rozlane zabarwienie fioletkowo-czerwonawe. Komórki tej okolicy mają także otoczki podobnie zabarwione, a ziarna w nich są nieco zatarte. Podobne komórki tłuszczne z otoczkami znalazł Unna w nerwowłókniaku, a w nabłoniakach spostrzegał w około naskórka obwódkę podobnie zabarwioną. Pappenheim wykazał podobne zabarwienie rozlane (metachromatisch) w błonie śluzowej jefita, a Schwenter-Trachsler takie nasiąkanie tkanek rozpuszczonemi ziarnami komórek tłuszcznych w skórze człowieka, błonie śluzowej nosa u cielęcia, królika i psa. Schwenter-Trachsler udowodnia zarazem przez ścisłe barwienia, że nie może być mowy o tożsamości ziarn komórek tłuszcznych ze zwyrodnieniem śluzowem, jak to dawniej przypuszczano.

W opisanym przypadku można zatem obraz kliniczny samych wykwitów wytlómaczyć znalezionymi szczegółami anatomicznymi. Najwybitniejszym szczegółem klinicznym jest niewątpliwie brunatne zabarwienie zmian: brunatne plamy, w których znajdują się brunatne guzki lub nacieki płaskie. To zabarwienie brunatne wywołane jest większym nagromadzeniem barwika w naskórku, a tu i ówdzie i w skórze, guzek zaś sam powstaniem dużej ilości komórek tłuszcznych. Powierzchnia guzków jednych jest gładka przez lekkie naciągnięcie naskórka w całości, innych pofałdowana przez powstanie pęcherzyków wśród komórek naskórka lub pod nim. Właściwe zmiany znajdują się w tym przypadku w samej skórze, stąd dobrze wyczuwalny naciek, mianowicie nagromadzenie komórek tłuszcznych, które zdaje się być bardzo znamienne, patognomoniczne dla tego schorzenia. Jeżeli porównamy tę sprawę patologiczną z innymi przewłóklami, uderza przedewszystkiem, że w żadnym obrazie anatomicznym niema tego znamienego występowania wspomnianych komórek, stąd zdaje się być uzasadnionym wnio-

sek, że naciek złożony z komórek tłuszcznych jest charakterystycznym znamieniem anatomicznym dla pokrzywki. Różnica w ilości tych komórek może zależeć od stopnia nasilenia sprawy.

Pierwszy Unna zwrócił uwagę na obecność komórek tłuszcznych w tej trwałej postaci pokrzywki, na ich stałość, wielką ilość i ułożenie. Autorowie, którzy przed nim badali tego rodzaju zmiany, jak Thin, G. i F. E. Hoggan i C. Fox, mówią tylko o nagromadzeniu komórek, których jednak nie rozpoznali, jako komórki tłuszczne. Unna opisał wprawdzie komórki tłuszczne w innej postaci pokrzywki, w przewlekłej barwikowej (urticaria chron. pigmentosa), która zdaje się być jednak z opisaną postacią pokrzywki trwałej Picka (urticaria papulosa perstans) w ścisłym pokrewieństwie. A zatem twór złożony z komórek tłuszcznych musi uchodzić za znamię histologiczne wszystkich postaci przewlekłej pokrzywki. Badaniem mikroskopowym zatem musimy rozpoznawać na mocy tego znamienia tę, a nie inną sprawę patologiczną, chociażby spostrzeżenia kliniczne różniły się do pewnego stopnia w tym lub owym kierunku.

Prawie wszystkie prace o postaci przewlekłej z barwikiem, w których znaleziono gromady komórek tłuszcznych, dotyczyły wieku dziecięcego. Opisywano także przypadki spostrzegane w wieku dojrzałym (Bäumler, Jadassohn, Blumer, Brongersma i in.), w których jednak schorzenie rozpoczynało się w pierwszych latach życia. W tych ostatnich przypadkach znajdowano komórki tłuszczne w różnej ilości. Wedle opinii autorów jednak (Unna, Bäumer, Róna, Blumer i in.) ta różnica w ilości komórek tłuszcznych nie stanowi nic znamiennego, a może zależeć od natężenia sprawy. Wedle Blumera silne nagromadzenie komórek tłuszcznych (Mastzellentumor wedle Unny) znajduje się tylko w tych przypadkach, w których sprawa rozpoczęła się w dzieciństwie, natomiast w przypadkach o małej ilości tych komórek początek nie jest ściśle określony. Dlatego Blumer rozróżnia dwa typy tej pokrzywki: jeden z gromadami komórek tłuszcznych (Typus Unna), drugi tylko z rozsiazanymi (Typus Jadassohn-Róna).

W przeciwieństwie do tego stoją przypadki, w których choroba rozpoczyna się nie w dzieciństwie, ale w wieku dojrzałym, i w których wykazano duże ilości komórek tłuszcznych (C. Fox, Kreibich, Darier, Rutheford, Pellagatti, Gas-

smann, Ercoli). Toteż Reiss zdaje się mieć słusność, zastrzegając się przeciwko tak ścisłemu podziałowi pokrzywki w znaczeniu Blumera.

Jak jednak wytłumaczyć te przypadki pokrzywki trwałej (u. perstans), w których nie znaleziono komórek tucznych, ale nacieki innego rodzaju? Fabry np. opisuje w swoim przypadku zgrubienie naskórka, jak w luszczycy, i duże gromady nacieku drobnokomórkowego obok pojedynczych komórek plazmatycznych i komórek tucznych. Baum znalazł również podobne zmiany w naskórku obok nacieku komórek plazmatycznych w skórze. Schmidt wykazał prawidłowość naskórka, ale znaczny naciek limfocytów w okolo naczyń. W końcu Wolters opisuje w swoim przypadku w otoczeniu naczyń krwionośnych i chłonnych gromady drobnych okrągłych komórek wysiękowych, te drugie jako powikłanie sprawy przewlekłej powstałe skutkiem drapania. Obraz histologiczny w tych ostatnich przypadkach nie wskazuje wcale na rozpoznanie pokrzywki. Czy przypadki takie można uważać za pokrzywkę trwałą, czy też należą one do innych spraw chorobowych, postacią do pokrzywki podobnych — rozstrzygnie dopiero przyszłość wtedy, gdy się udowodni na pewno, że każdą postać pokrzywki znamionuje większa lub mniejsza ilość komórek tucznych w obrazie histologicznym. Jak dotąd te różne obrazy histologiczne wykwitów podobnych do pokrzywki powinny budzić podejrzenie, że nie każdy wykwit, który klinicznie rozpoznać można jako pokrzywkę, ściśle do tej grupy należy. Stąd przypadki te, w których komórek tucznych nie znaleziono muszą należeć do wątpliwych.

Jakie znaczenie zaś mają komórki tuczne dla oceny sprawy patologicznej w skórze, nie wiemy właściwie dokładnie. Wiadomo powszechnie, że komórki te znajdują się tak w prawidłowych, jak i w zmienionych tkankach, nie tylko w skórze, ale i w różnych narządach wewnętrznych. Browicz znalazł je w stosunkowo wielkiej ilości w sercu dzieci starszych i u dorosłych, nigdy zaś u noworodków lub w pierwszych latach życia. W różnych sprawach patologicznych skóry pojawiają się komórki tuczne w małej ilości, w przewlekłych najczęściej w częściach obwodowych nacieków. Możliwe zatem powiedzieć z Ehrlichem, że komórki te znajdują się w tych miejscach, w których nagromadzenie się soku tkankowego jest przyczyną nadmiernego odżywienia tkanek. Dlatego spotyka się je

najczęściej w tych schorzeniach w których obok nacieków powstaje surowicze prześiąknięcie tkanek. W wykwitach kilowych np. widzi się je w większej ilości w plamach niż w guzkach, w toczniu (lupus) w tych wykwitach, które skutkiem jakiegoś podrażnienia są obrzękle. Dlatego możnaby przypuszczać, że w pokrzywce powstaje takie surowicze prześiąknięcie tkanek, przez co przy dłuższem trwaniu rozwija się takie nagromadzenie komórek tucznych. Nie tłumaczy to jednak faktu powstawania tych komórek, gdyż znamy sprawy patologiczne, w których wysięk surowiczy jest znacznie obfitszy, a mimo to nie dochodzi do nagromadzenia tych komórek. Muszą zatem istnieć w skórze jakieś szczególne własności, które wywołują taki odczyn, nie mogący powstać bez jakiegoś nieznanego nam bliżej czynnika. W przypadkach pokrzywki barwikowej u dzieci mamy niewątpliwie do czynienia z pewną wrodzoną właściwością ustroju, podobną np. jak widzimy przy piegach, które występują po raz pierwszy w pierwszych latach życia pod wpływem światła, i własność ta utrzymuje się cały szereg lat. Pokrzywkę trwałą porównaiby można z występowaniem plam żółtych (xanthoma) jako odczyn ustroju, oddziałującego w ten sposób na różne bodźce. Wiemy następnie, że przeważna ilość przypadków świerzbiączki (prurigo) rozpoczyna się przewlekłą pokrzywką, która dopiero po pewnym czasie przekształca się w postać chorobową, zwaną świerzbiączką. Te przypadki schorzeń wrodzonych wytłumaczyby można zatem pewnymi własnościami ustroju wrodzonymi—o wiele trudniej jednak wyjaśnić powstawanie wykwitów np. pokrzywkowych w latach dojrzałych, postaci, która trwa niejednokrotnie cały szereg lat przy obecności dawnych, mało się zmieniających guzków i przy powstawaniu nowych, także długotrwałych i ulegających powolnej tylko przemianie. Przytem wykwity oddziałują zawsze jednakowo, niezależnie od czasu trwania, na bodźce mechaniczne, mianowicie powstawaniem bąbli pokrzywkowych. Przypuszczaby zatem trzeba, że w tych przypadkach musi istnieć jakiś czynnik, stale działający, najprawdopodobniej ogólny, który jest przyczyną odczynu skóry, objawiającego się pokrzywką.

Patogeneza bąbla pokrzywkowego jest jeszcze ciągle przedmiotem sporów i dyskusyi. Wedle najstarszej hipotezy Unny powstaje bąbel (urtica) z jednej strony przez zastój

krwi, z drugiej przez równoczesne zaburzenie w wessaniu przesięku ze strony skurczonych żył.

Wedle Neissera pokrzywka polega na podrażnieniu nerwów, rozszerzających naczynia, które wywołuje przekrwienie nawałowe. Przytem jednak wchodzi w grę i drugi czynnik, mianowicie: udowodnione przez Heidenhaina własności niektórych substancyi, które znajdując się w limfie, drażnią włókna wydzielnicze, zaopatrujące śródbłonek naczyń. Philippson zaś nie przyjmuje nerwicy naczyniowej i uważa pokrzywkę za sprawę, blisko stojącą zapalenia, wywołaną przez zator produktami trującymi i następowe uszkodzenie ścian naczyniowych. Török sądzi także, że pokrzywka nie jest nerwicą naczyniową, a raczej objawem podrażnienia zapalnego, wywołanego przez działanie miejscowe. Winternitz przypuszcza możliwość wpływu na ściany naczyń, nie przecząc jednak i podrażnieniu nerwowemu.

Kreibich uważa bąbel pokrzywkowy za obrzęk, powstający pod wpływem podrażnienia nerwów naczynio-ruchowych, zatem nie za zapalenie, ale za przejście do tego rodzaju zapalenia. Płyn obrzęku uważa Kreibich zatem nie za przesięk, jak Neisser, ale za ciecz pokrewną z osoczem krwi, sądząc, że ciecz ta nie jest wynikiem zapalenia wysiękowego, ale także nie jest limfą ani przesiękiem.

W końcu wymienić należy i najnowsze zapatrywania w tym kierunku, które zamierzają wytlómaczyć powstawanie pokrzywki doświadczeniami ostatnich czasów w nauce o odporności. Wolff-Eisner uważa zgodnie z Josephem pokrzywkę łącznie z różnymi rumieniami za jedną sprawę chorobową, różną tylko co do stopnia. W tych przypadkach przyjmuje się pewną szczególną wrażliwość (idiosyncrasia) pojedynczych osobników. Wolff-Eisner sądzi, że przeważną część tych wrażliwości wytlómaczyć można nadmierną wrażliwością na obce białko, wprowadzone do ustroju. To wcielenie obcego ustrojowi białka wywołuje objawy chorobowe, z których stosunkowo najniewinniejsze są: występowanie pokrzywki, rumieni lub innych schorzeń skóry. Wielka liczba wysypek pokrzywkowych znajduje bardzo łatwe wytlómaczenie, np. powstałe po pokrzywkach lub owadach. W przypadkach pokrzywki, wywołanej przez zboczenia w jelitach, odgrywa rolę wprowadzenie drogą przewodu pokarmowego obcego białka, które nie zostaje w jelitach tak zmienione, aby zatraciło swoje własności rodzajowe, przez co dostaje się do obiegu, jako białko obce.

Przy trwałem wessaniu zaś nie występuje nieczułość względem tego obcego białka, ale raczej nadmierna wrażliwość— i stał pokrzywka pojawia się u tych osobników stale. Ta własność może zniknąć wtedy, gdy sok jelitowy potrafi przemieniać wspomniane materye w taki sposób, że zatracą swoje własności gatunkowe. Wtedy zatem i pokrzywka więcej nie powstanie.

C. Bruck próbuje również wytłómaczyć wszystkie rodzaje pokrzywki z tego jednego punktu widzenia i uważa za celowy podział na pokrzywki z przyczyn zewnętrznych (exogene) i wewnętrznych (endogene). Za pierwsze uważać należy pokrzywki, powstałe przez wpływy mechaniczno-toksyczne, bodźce, które mogą wywoływać skutek wprawdzie swoisty, ale częściowo również zależny od własności osobniczych ustroju. Do postaci z przyczyn wewnętrznych powstałych należą zaś te, które wprawdzie wywołane są bodźcami wewnętrznymi, ale przy obecności pewnych złożeń ustroju, biofizycznej czy chemicznej przyrody, określonych ogólną nazwą „przestrojów” (Umstimmung) (zaburzenia w przemianie materyi, wrażliwość szczególna).

Za postaci przejściowe uważać należy pokrzywkę sztucznie wywołwaną (u. factitia) i skutkiem zimna. Te ostatnie postaci powstają zatem z przyczyny zewnętrznej działającej w pewnej chwili obok czynnika wewnętrznego. W ten sposób stara się Bruck wyjaśnić objawy bąbla pokrzywkowego. Te oba czynniki, czy to działające razem, czy oddzielnie, z jednej strony działanie bodźca, z drugiej niestalość (Labilität) układu nerwowego naczyniowego, zatrzymuje Bruck tem więcej, że daje doświadczalne dowody, iż niektóre postaci, pozornie nie dające się w ten sposób wytłómaczyć, należą właśnie do tej grupy. Są to wysypki pokrzywkowe, powstające skutkiem działania substancyi, których nie można nazwać truciznami, np. po zjedzeniu poziomek, raków, niektórych gatunków mięsa i t. p. Do teoryi Wolff Eisnera o nadwrażliwości względem obcego ustrojowi białka dodaje Bruck doświadczalny dowód u człowieka, że pokrzywka „ex ingestis” polega rzeczywiście na odczynie anafilaksyi; w surowicy bowiem człowieka, oddziałującego pokrzywką po zjedzeniu mięsa wieprzowego, wykazał Bruck ciało anafilaktyczne, które przenosiło typowy obraz nadwrażliwości i na prawidłowe zwierzęta. Autor ten jest zatem tego mniemania, że bąbel pokrzywkowy trzeba uważać za zmianę, powstałą pod wpływem nerwów, ośro-

kowo lub obwodowo, ale nie za zapalenie, gdyż w tym przypadku brak najważniejszego znamienia zapalenia, przenikania komórkowego.

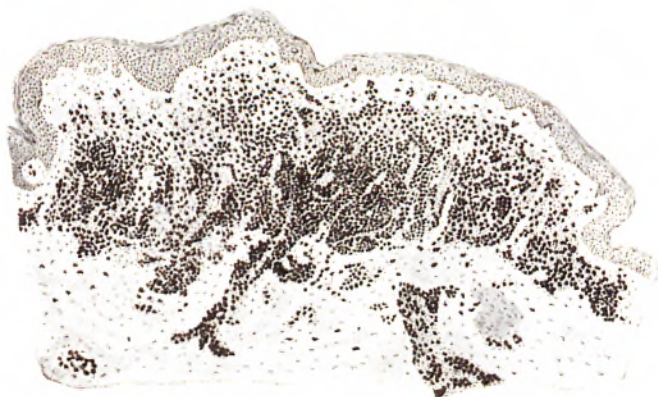
Próba ta wytlómaczenia wszystkich postaci pokrzywki z jednolitego stanowiska rozbudza niewątpliwie wielkie zajęcie, — należy jednak dodać, że dotąd nie udało się jeszcze w zupełności i we wszystkich rodzajach pokrzywki zapatrywanie to potwierdzić. Mimo licznych w latach ostatnich prac o anafilaksyi, sprawa ta nie jest jeszcze wyczerpana, trudnooby było zatem wypowiedzieć w tej sprawie zdanie i co do pokrzywki. Tem trudniej zatem ocenić ten czynnik nadwrażliwości w takim przypadku, jak opisany, t. j. w przypadku pokrzywki trwałej.

P. Prof. Reissowi składam serdeczne podziękowanie za laskawe odstąpienie materiału.

P I Ś M I E N N I C T W O.

- 1) Audry, Mastzellen. Monats. f. pr. Derm. T. 22.
- 2) Baum, U. perstans. Iconogr. dermat. 1907.
- 3) Bäumer, U. pigment. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 34.
- 4) Blumer, U. pigment. Monatsch. f. pr. Derm. T. 34.
- 5) Brocq, Bull. méd. 1910.
- 6) Brongersma, U. pigm. Brit. J. of Derm. 1899.
- 7) Browicz, Komórki tuczne. Bull. internat. d. l'Academ. Cracovic, 1895.
- 8) Bruck, Pathogenese d. Urticaria. Arch. f. Derm. Syph. T. 96.
- 9) Crocker C. R., U. pigm. III internat. Kongress. London, 1896.
- 10) Darier, U. pigm. Tow. dermat. franc. 1905.
- 11) Ehrlich, Mastzellen. Arch. f. mikr. Anat. 1877.
- 12) Elsenberg, U. pigm. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 20.
- 13) Ercoli, U. pigm. Towarz. włoskie, Rzym. 1909.
- 14) Fabry, U. perstans, Arch. f. Derm. u. Syph. T. 34.
- 15) C. Fox, U. pigment. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 17.
- 16) Gassmann, U. chron. pigm. Derm. Ztschr. 1905.
- 17) Hilchrist, U. pigm. Amer. Derm. Assoc. 1898.
- 18) Hieleman, U. perstans, J. of cutan. and. gen.-ur. dis. 1900.
- 19) Hoggan C. & F., U. pigm. Monatsch. f. pr. Derm. 1883 II.
- 20) Jadassohn, U. pigm. Niem. Zjazd dermat. 1894.
- 21) Jarisch, Hautkrankheiten, 1903.
- 22) Johnston, U. perstans, J. of. cut. and. gen. dis. 1899.
- 23) Kreibich, U. chron. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 48.
- 24) Kaposi, U. perstans. Wien. dermat. Ges. 1893.
- 25) Majkowski, U. pigm. Medycyna, 1888.
- 26) Morrow, U. pigm. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 11.
- 27) Mucha, U. papul. chron. Iconogr. dermat. T. IV.
- 28) Neisser, Urticaria Niem. Zjazd dermat. 1889. Deuts. Klinik.

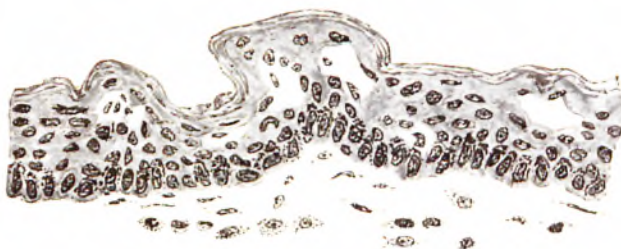
- 29) Nöbl, U. Xanthelasmaidea, Arch. f. Derm. u. Syph. T. 75.
 30) Pappenheim, Mastzellen, Arch. f. pathol. Anat. T. 166, Grundriss d. Farberhemie, 1901. Folia haematol. 1906, 1908.
 31) Pelagatti, U. pigm. Giorn. ital. d. mal. ven. 1909.
 32) Philipsson, Urtic., Giorn. ital. d. mal. ven. 1899.—Arch. f. Derm. u. Syph. 1900, 1903.
 33) Pick F. J. U. perstans. Prag. Ztsch. f. Heilk. 1881—Pick W. Stereosk. m. Atl. 40.
 34) Polland, U. chron. papul. Monatsh. f. pr. Derm. T. 53
 35) Reiss, U. pigm. Monatsh. f. pr. Derm. T. 37.
 36) Robinson, U. pigm. New-York derm. Ges. 1898.
 37) Röna, U. pigm. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 39, 40.
 38) Rubens-Duval, Cytologie d. inflammant. cut. Paris, 1908.
 39) Rutheford, U. pigm. Brit. m. Assoc. 1904.
 40) Schmidt, U. perstans. Iconogr. derm. 1907.
 41) Schwenter-Trachsler, Mastzellen. Monatsh. f. pr. Derm. T. 43, 47., Folia haemat. 1906.
 42) Tenneson i Leredde, U. pigm. Ann. de derm. et syph. 1896.
 43) Thin, U. pigm. Trans. of Clin. Soc. 1875.
 44) Török, Angioneur. u. hämatogen. Entzünd. d. Haut. Derm. Ztsch. 1910.
 45) Török, u. Hari. Pathogenese d. U. Arch. f. D. u. S. T. 65.
 46) Unna P. G. U. pigm. Monatsh. f. pr. Derm. 1887., Histopathologie.—Mastzellen, Ztsch. wiss. Mikrosk. 1891, 8. Berl. klin. Woch. 1892. Monatschr. f. pr. Derm. T. 22, 33, 38
 47) Van der Speck i Unna, Mastzellen. Monatsh. f. pr. Derm. T. 13.
 48) Westphal. Mastzellen. Inaug. Diss. 1880.
 49) Winternitz, U. pigm. Arch. f. Derm. u. Syph. 1907. Festsch. Neisser.
 50) Wolff A. Mracek Handb.
 51) Wolff-Eisner, U. vom Standpunkte d. Anaphylaxie. Derm. Centrabl. 1907.—Immunitätslehre. Fischer. 1910
 52) Wolters. Urticaria. Mediz. Klin. 1909. U. perstans. Unna Festschrift T. I.



Rys. 1.



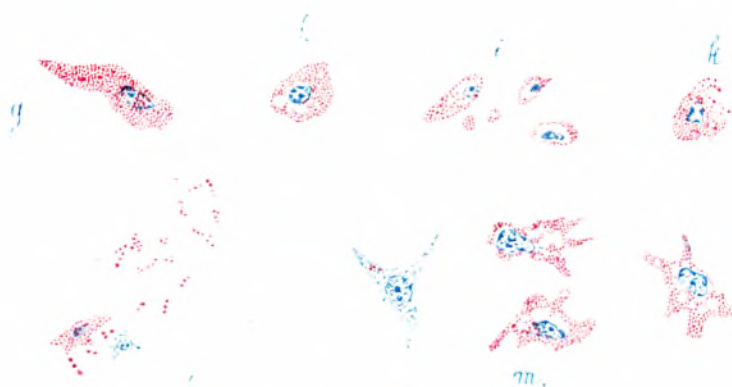
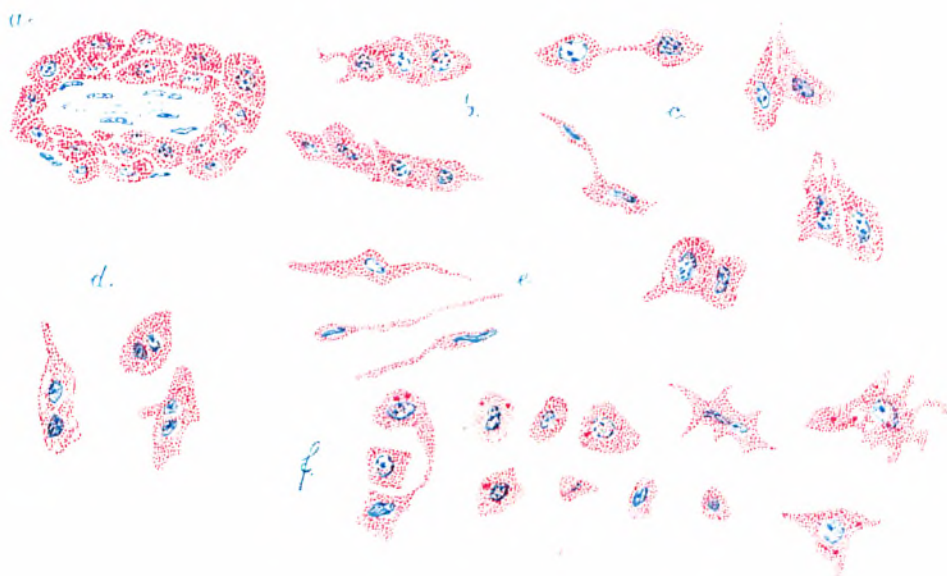
Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.



Rys. 5.

II.

WAKCYNOTERAPIA.

(Zarys społecznego stanu wiedzy o istocie szczepień ochronnych i leczniczych).

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

(Dalszy ciąg).

Wytyczne drogi szczepień przeciwospowych zapobiegawczych są związane z wiekopomnym odkryciem Jenner'a.

Pod nazwą krowianki (cow pox, variola vaccinae) rozumie się zarówno miejscową swoistą wysypkę u krów na strzykach i wymionach, którą przez długi czas uważano za swoistą wyłącznie dla krów, jakoteż i zawartość pęcherzyków. 125 lat temu Edward Jenner wskazał, że krowianka ta posiada własności uodporniające ludzi i że variola humana jest identyczną z variola vaccina. Wyrażenie „vaccina“ (krowianka) używa się w dawnym i nowym piśmiennictwie dla oznaczenia bądź wysypki pęcherzyków—exanthema variolae vaccinae, bądź też zawartości ich—lympha variolae vaccinae, a w ostatnim dziesięcioleciu pod ogólną nazwą „wakcyn“ rozumie się wszelkie szczepionki do uodporniania czynnego—w przeciwstawieniu do surowic, uodporniających biernie. Płynną zawartość pęcherzyków ospowych zwierzęcych w skróceniu zowią „limfą zwierzęcą“ (vaccina animalis), natomiast pod nazwą limfy ludzkiej lub humanizowanej oznacza się zawartość pęcherzyków ospowych, przeszczepionych skórną na człowieka. Nazwy konianki (equine) używa się do oznaczenia zarówno miejscowej wysypki u koni po zaszczepieniu im wakcyny zwierzęcej lub humanizowanej, jakoteż i zawartości pęcherzyków—jako materiału szczepiennego; to samo odnosi się do wyrażenia „lapiue“—produktu wakcynacyi ospowej królików).

W r. 1801 L a y przeniósł doświadczalnie ospę końską na krowy; późniejsze zaś zarzuty i nieporozumienia pochodziły stąd, że utożsamiano rzeczywistą ospę koni z t. zw. grułą, zapaleniem ropowiczem nadkopycia, jak to wskazał w r. 1860 B o u l e y: pierwszy z tych stanów niemiecka literatura nazywa Pferdepocken, drugi—phlegmonöse Mauke. Wielokrotnie stwierdzoną jest możliwość przenoszenia wakcyny ospowej z krów na ludzi i koni, z koni na ludzi i krowy, z ludzi na konie i krowy.

Kwestya identyczności „variolae“, jako choroby, i „vaccinae“, jako efektu szczepień, zajmowała badaczy przez cały wiek XIX, tembardziej, że limfę pierwszej trudniej jest przeszczepiać na zwierzęta, niż limfę ospy humanizowanej. Wobec rzadkości naturalnej ospy u krów, J e n n e r przedsięwziął szczepienia takowej na ludziach — „z ręki na rękę“ (t. zw. metoda J e n n e r'a). Obawa jednak przed możliwością postępowego zwyrodnienia szczepionek i braku ludzi, jako podłoża do hodowania materiału szczepionego, wreszcie obawa czy takowy, pochodząc od ludzi, będzie stale odpowiadał warunkom higienicznym: wszystko to przyczyniło się do powszechnego wprowadzenia wacytacji zwierzęcej na cielętach. Od roku 1807 datują się opisy pomyslniej waryolacji krów (G a s s n e r w Bawarii 1807, B i l l i n g w Sztokholmie i N e u m a n n u w Utrechcie 1825, M a c P h a i l w Baltimore 1832, M a c P h e r s o n w Indyach 1836). Prace tych i następnych badaczy podzieliły świat naukowo-lekarski na dwa wrogie obozy—unitarystów i dualistów.

Najwybitniejszym okresem tej walki było wystąpienie francuskiego bakterjologa w r. 1865—C h a u v e a u w imieniu komisji szkoły w Lyon, jako zdecydowanego dualisty. Pogląd, że variola i vaccina są to sprawy różne, utrzymał Chauveau nawet i później (1891), choć udowodnioną była możliwość przeszczepienia variolavirus w postaci rzeczywistej wacytacji w wielu pasażach na cielętach (V o i g t w Hamburgu w 1881 r.), co stwierdzili też i inni autorzy (F i s c h e r, E t e r n o d, H a e c c i u s i n). W ciągu ostatnich 20 lat próby pomyslniej wariolacji na zwierzętach otrzymano wielokrotnie w różnych miejscowościach (S i m p s o n w Kalkucie, C o p e m a n w Londynie 1892, J u b e l - R é n o y, D u p u y w Aubervilliers, A u s s e t i B a r r e t w Limoges, L a y e t i L e D a n t e c w Bordeaux 1904, C h a u m i e r w Tour i t d., tak iż w obecnej chwili należy uznać za fakt udowodniony następujące tezy H a e c c i u s'a: 1. variola jest przeszczepialna bez zawodu na zwierzęta z warunkiem właściwej techniki i odpowiedniego czasu zebrania zawartości pęcherzyków; 2. inokulacja przez wiele pasażów na tym samym gatunku zwierząt zmienia charakter na typowy obraz wacytacji co potwierdza się i klinicznie i budową anatomiczną; 3. przeszczepiona na ludzi lub cielęta zachowuje się ospa ludzka identycznie z wacytacją krowią, powodując łagodną miejscową wysypkę z jednakoowym charakterem i przebiegiem; 4. inokulacja zabezpiecza ludzi i zwierzęta i daje absolutną odporność zarówno względem zwykłego szczepienia krowianki, jakoteż i względem zakażenia ospą „naturalną“.

Szczepiono limfą też małpy przez 6-7 pass. z jednego zwierzęcia na drugie, następnie z ostatniego przenoszono materiał na cielęta i ponownie otrzymywano prawidłowe pęcherzyki ospowe (Eilerts de Haan w Batawii). Calmette i Guérin w Lille oraz Voigt w Hamburgu zawartość pęcherzyków ludzkich przenosili na króliki; waryolizacja ich uwieńczoną została pomyślnym wynikiem, i lapinę można uważać jako wytwór tego samego pochodzenia, a szczepienia na króle jako zabieg przejściowy w przetwarzaniu ospy ludzkiej na wakcyne.

Najwięcej uwagi poświęcono dytychczas ze względów praktycznych sprawie osłabienia i degeneracji materiału szczepiennego. W trzecim dziesięcioleciu zeszłego wieku wybuchła epidemia ospy prawie wszędzie, pomimo pierwotnej wakcynacji zapobiegawczej, przyczem u szczepionych infekcja wyrażała się w słabszym stopniu, niż u nieszczepionych. Jako przyczynę podawano, że wakcynacja niezupełnie usuwa wrzliwość względem ospy, a winę takiej niezupełnej siły ochronnej przypisywano zwyrodnieniu lub osłabieniu materiału szczepiennego, przenieszonego z jednego osobnika na drugi przez czas zbyt długi. Poszukiwano wówczas powszechnie t. zw. naturalnej ospy krowiej oraz przeszczepiano ludzką ospę lub wakcyne na krowy w celu odnowienia ospy ochronnej, wzmocnienia siły jej, czyli — jak mówiono — w celu „regeneracji“ lub „purifikacji“.

W 10 lat później wytworzył się pogląd, że nawrót epidemii ospowych zależy nie od zwyrodnienia działających czynników w limfie ospowej, lecz od wyczerpania się u ludzi nabytej przez szczepienie odporności czynnej, tak iż trwałość odporności przeciwoospowej wymaga powtórzenia szczepienia, czyli t. zw. re w a k c y n a c y i. Powrócono więc do szczepionek zwierzęcych, nie w celu regeneracji, lecz dla otrzymywania materiału masowego.

Już za czasów Jenner'a znaną była retrowakcynacja, czyli szczepienie humanizowanej limfy na krowy, z pęcherzyków ospowych na ramieniu dziecka szczepiono bezpośrednio krowy, a z powstałych pęcherzyków u zwierząt materiał przenoszono znów na dzieci. W niektórych instytucjach — jakoto w Wiedniu, Petersburgu, Moskwie i in. — przeszczepiają bez przerwy materiał ospowy już z górami 100 lat, materiał ten pochodził od Jenner'a, i nie utracił przez tylkokrotne pasaże swoich właściwości.

Ospa ludzka rzadko bardzo udziela się samoistnie od ludzi zwierzętom, możliwem jest to tylko przez szczepienie limfy lub detritu.

Co do pochodzenia ospy krowiej (*vaccinae naturalis*), to — według Jenner'a — pochodzi ona od choroby koni zw. „grease“ lub „sorcheels“; inni badacze — jak Robert, Sunderland, Macphail, Thiele, Ceely, Bollinger i in. uważają wakcyne za zmodyfikowaną ospę ludzką, przeniesioną na krowy drogą przypadkową lub sztuczną. Według współczesnych poglądów, ospa krowia jest identyczna z ludzką, a wakcyna jest to osłabiona przez organizm zwierzęcy variola. Spostrzegano niejednokrotnie zjawienie się samoistne ospy u krów, jak naprz. Tchórzniccki obserwo-

wał pod Warszawą, w Rosyi zaś Jakobij, Garbanow i in. (szczegóły patrz w mojej „Epizootologii 1898 str. 37). Według badań Huberta, ospę krowią można z łatwością przenieść na ludzi, cielęta, owce, kozy, psy i nierogaciznę. K a e m p l n e r obserwował epidemję ospową krów, od których zaraziło się 10 ludzi z przeważającym umiejscowieniem pęcherzyków na palcach.

Ospa koni (variola equina, horse-pox) przebiega miejscowo, jak wakcyna; ekwinacya jednak—zamiast wakcynacyi—nie może mieć miejsca z powodu możliwości przeniesienia nosaczyny. B a s s i potwierdził fakt, że stomatitis pustulosa contagiosa equorum jest nic innego jak ospa koni. Ospa kóz (variola caprina) lokalizuje się przeważnie na wymionach z przebiegiem, zbliżonym do ospy krów i owiec—jak to stwierdzili H e r t w i g i S p i n o l a. Ospa świń (variola suilla) udziela się ludziom i odwrotnie. Najpoważniejsza ze wszystkich postaci ospy u zwierząt domowych jest ospa owiec: giną od niej corocznie tysiące zwierząt, śmiertelność=47% (Z ü r n). Wzmoczenie się epidemii ospy u ludzi zwykle idzie w parze ze znacznym powiększeniem się epizootyi ospy u owiec; na tę zależność lub współrzędność wskazał pierwszy W l a d y s ł a w H u b e r t, znakomity znawca i badacz ospy. Natomiast R o b e r t K o c h neguje taką zależność. Można się zgodzić ze zdaniem prof. S o h n'a, że w każdej postaci ospy są związane wszelkie inne formy, jej, każda postać uniemożliwia działanie na dany ustrój tej samej jakoteż i wszelkich innych postaci ospy.

Z zupełną słuszością zaliczyć trzeba wiekopomne odkrycie J e n n e r'a do największych dobrodziejstw, wyświadczonych ludzkości: niema już nigdzie ospy tam, gdzie wprowadzono obowiązkowe szczepienie zapobiegawcze, jak naprz. w Niemczech. Ospa krowia czyli wakcyna jest zasadniczo identyczną z rzeczywistą ospą (variola), a mianowicie pierwszą z nich można uważać za stale osłabioną odmianę drugiej, zmienioną pod wpływem przystosowania się do warunków mniej podatnego ustroju zwierząt: dowodem dentyczności i osłabienia jest ten fakt, że przez przeniesienie rzeczywistej ospy na cielę można spowodować tylko wakcynę, która już trwale utrzymuje swój charakter wakcynny (F r e y e r), lecz już nie może spowodować ospy rzeczywistej, będąc przeniesioną powrotnie na człowieka i w całym szeregu dalszych szczepionek z jednego człowieka na drugiego. Na tym fakcie polegało właśnie pierwotne zastosowanie limfy humanizowanej, ta ostatnia dopiero w nowszych czasach ustąpić musiała miejsca limfie zwierzęcej, którą wyrabiają powszechnie w instytutach państwowych lub prywatnych, znajdujących się pod kontrolą rządową. Wyrób ten—jak zobaczymy poniżej—polega na sztucznem szczepieniu cieląt z zachowaniem wszelkich warunków ase-

ptycznych i kontroli, a jako materiału do szczepień używa się bądź limfę humanizowaną (retrowakcyne) bądź zwierzęcą bezpośrednio od jednego zwierzęcia na drugie przy zachowaniu pewnych warunków (p. poniżej).

Skuteczność szczepień zapobiegawczych przeciw ospie jest faktem dziś ustalonym: wakcynacja narówni z przebyciem ospy zabezpiecza od zapadnięcia na ospę. Trwanie tej odporności waha się w szerokich granicach i wynosi przeciętnie 10 lat; ale i po upływie tego czasu istnieje jeszcze pewien stopień odporności w tem znaczeniu, iż choroba u szczepionych przebiega w słabej postaci (variolois) z bar-

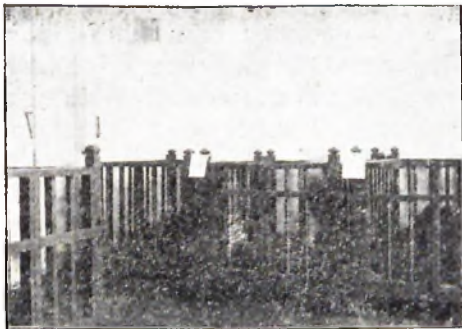


Fig. 22.

Sala dla szczepionych cieląt w Zakładzie szczep. ospy pod kierunkiem D-ra Michalskiego w Kamieńcu Podolskim.

dzo niską śmiertelnością. Przez powtórne szczepienie (rewakcynację) powraca całkowita odporność, która jednak z biegiem czasu znów podlega stopniowemu osłabieniu. I dlatego w miejscowościach, gdzie zagraża nagminny wybuch ospy, lub w zakładach i szpitalach, gdzie personel jest specjalnie narażonym z powodu styczności z chorymi ospowymi, należy częściej szczepić. Jak poucza doświadczenie i statystyka, wystarczy dwukrotne szczepienie ospy, o ile cała ludność podlega obowiązkowej wakcynacji, skutkiem czego szanse zachorowań spadają do minimum. Na tej zasadzie polega prawo stosowane w Niemczech (8 kwietnia 1874 r.). Jako dodatni wynik szczepienia uważa się prawidłowy rozwój przynajmniej jednego pęcherzyka ospowego; siła jednak odporności bywa większą przy wystąpieniu większej liczby (do 4) pęcherzyków.

Jako dowód skuteczności szczepień zapobiegawczych można przytoczyć następujące dane: 1-o po inokulacji dodatniej w ciągu wielu tygodni i miesięcy nie udaje się zaszczepienie materiału nawet ospy rzeczywistej, co stwierdzono od czasów Jenner'a na wielu tysiącach przypadków; 2-o w początku XIX stulecia na skutek dokonanych szczepień zapobiegawczych nastąpił tak gwałtowny spadek zachorowań i śmiertelności od ospy, że podobnego przykładu nie notuje historia; 3-o w końcu 2-go i początku 3 go dziesięciolecia tegoż wieku—gdy nie stosowano jeszcze rewakcytacji i odporność nabyta zaczęła zanikać—zjawiała się ponownie ospa o słabym przebiegu (variolois); 4-o wśród mieszanej ludności, w skład której wchodziła część i nie-szczepionych, ospa omijała tych ostatnich lub występowała w słabych przejawach, prawie bez zejść śmiertelnych: np. w Chemnitz w r. 1870 i 71 r., (wedł. Flinzer'a) było wśród 10.000 szczep. 130 zachorowań, w tem 1 przyp. śmierci.

„ 10.000 nieszcz. 4560 „ „ 420 śm. przyp.

5-o W armii pruskiej wprowadzono obowiązkowe szczepienie już w r. 1834, i dzięki temu w wojsku zginęła prawie zupełnie ospa—w przeciwstawieniu do ludności cywilnej: tak naprz. w czasie wojny prusko-francuskiej w r. 1870/71 ze strony niemieckiej było 278, a ze strony francuskiej 23,400 przypadków śmiertelnych ospy. 6-o Od chwili obowiązkowych szczepień, wprowadzonych w Niemczech (8 kwietnia 1874 roku) ospa stała się tam prawie nieznaną chorobą: mianowicie w ciągu pięciolecia 1893—1897 zmarło w całych Niemczech na ospę 287 osób, tj. 57 rocznie lub 1.1 na 1 milion ludności, podczas gdy w tymże okresie czasu w krajach sąsiednich wynosiła na 1 milion ludności.

we Francji	90 2
w Belgii	99.9
w Austrii	99.1
w Rosyi	463.1!

Słusznie więc twierdzi Vanselow, że Niemcy, zwane przez przeciwników szczepień, „klasycznym krajem obowiązkowego szczepienia” mogą być równocześnie nazwane „klasycznym krajem odporności ospowej”.

Inny, nie mniej pouczający przykład przedstawia Anglia. Na skutek opozycji przeciwników szczepienia ospy,

odsetka nieszczepionych dzieci z 4.8% w r. 1874 podniosła się do 8.5% w r. 1888 i do 20.5% w r. 1898. Prawo obowiązkowego szczepienia ospy z r. 1853 było zniesione w r. 1888

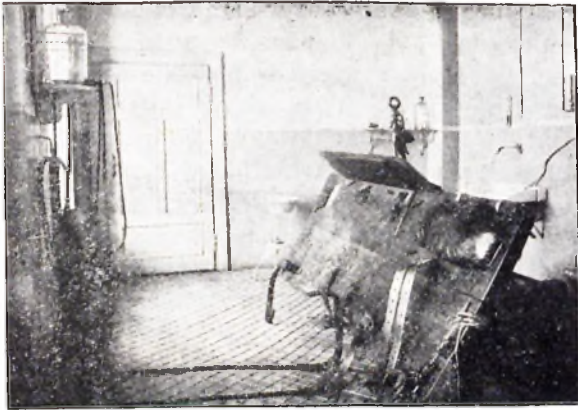


Fig. 23—24.

Sala operacyjna w Instytucie D-ra Tchórnickiego zawiera stół do szczepienia ruchomy w pozycji pionowej, aparat do wyjalawiania wody, przyrządy do mycia rąk, dezynfekcyi pola operacyjnego cieląt, środki dezynfekcyjne.

przez nowy bil, pozwalający rodzicom uchylić się od szczepienia ospy dzieciom, o ile ojciec rodziny „z pobudek naukowych“ nie zgadza się na szczepienie swych dzieci.

Skutkiem tego zarządzenia oспа w Anglii ponownie przybiera charakter epidemiczny (Gubb): w samym Londynie w okresie od 10 sierpnia 1901 do 13 kwietnia 1902 r. było 7171 zachorowań na ospę i w tem 1124 przypadków śmiertelnych.

Zdarzają się niekiedy po zaszczepieniu ospy uboczne objawy niepożądane, ale nie zawsze można je przypisywać szczepionce. Tak np. stwierdzono w Niemczech w okresie 1885—97 rocznie po 9 przypadków śmierci po inokulacji (czyli 3,5 na 1 milion szczepionych), podczas gdy w początku XIX stulecia corocznie umierało w Pruszech 40.000 ludzi na ospę! W Austrii — według statystyki Voigt'a — na 100.000 szczepionych było 69 przypadków ubocznych szkodliwości i 35 wakuiny rozsianej, w tem 1 śmiertelny (ten ostatni wskutek wtórnego ropienia pęcherzyków, rozwiniętych początkowo prawidłowo).

Wśród tych szkodliwości na pierwszym planie należy postawić *syphilis*, który zwłaszcza dawniej przy stosowaniu limfy humanizowanej zdarzał się niekiedy skutkiem niewłaściwego doboru dzieci: znane są między innymi dwa zdarzenia, gdzie limfą jednego dziecka zakażono syfilisem czworo innych, a limfą drugiego — 15 uprzednio zupełnie zdrowych dzieci. Niebezpieczeństwo to obecnie jest zupełnie usunięte z chwilą wprowadzenia limfy zwierzęcej. Usunięto w ten sposób też i możliwość przeniesienia *gruźlicy*, (co do której wyrażano raczej obawę, aniżeli stwierdzono fakty), ostre choroby wysypkowe, różę, a pośrednio przez kontakt i błonicę, krztusiec etc. i wogóle wszelkie te choroby, od których zwierzęta są wolne. Prawidłowe otrzymywanie limfy w odnośnych zakładach i aseptyczna technika szczepień usuwają możliwość i innych objawów niepożądanych (np. impetigo contagiosa, sprawy ropne i t. d.). Najtrudniej ochronić dzieci od wtórnych zakażeń, powstałych przez drapanie pęcherzyków brudnymi paznokciami: tu już nie wystarcza ostrzeżenie rodziców, lepszy skutek wywierają opatrunki nakładane na 6 dzień po inokulacji, mają one swoich zwolenników i przeciwników.

Co do powstania wakuiny rozsianej na zewnątrz pęcherzyków, nawet w odległych częściach ciała (bez obrazu klinicznego ospy), to najczęściej zdarza się to wskutek przyczyn zewnętrznych, np. drapania skóry (Lueddickens, Wetterer), bywają jednak niewątpliwe przypadki prze-

niesienia materiału przez naczynia krwionośne (H a s l u n d).

Sprzyjać temu musi nadmierna indywidualna wrażliwość niektórych dzieci, u których ma miejsce taka wakcyna rozszana, podczas gdy u większości innych miewa przebieg najzupełniej prawidłowy. To samo można powiedzieć i o ognisku zapalnym naokoło pęcherzyków.

Jednakowoż w ostatnich czasach—pod wpływem badań L a n d m a n n'a—coraz bardziej utrwala się pogląd, że limfa bezbakteryjna, prawidłowo (p. dalej) otrzymana nie powoduje ogniska zapalnego około pęcherzyków! i zjawienie się takowego objaśnia się więc obecnością w limfie ropotwórczych ziarniaków—gronkowców, rzadziej paciorkowców. Istnieją też poglądy odwrotne, negujące taką zależność (N e i d h a r t, F r o s c h i inni).



Fig. 25.

Instytut szczepienia ospy D-ra Michalskiego w Kamieńcu Podolskim.
Jalówka przed szczepieniem.

Mojem zdaniem, opartem na szeregu doświadczeń, zgodzić się potrzeba ze zdaniem L a n d m a n n'a, a różnicą w powyższych poglądach objaśnić trzeba niedokładnością, a nieraz i trudnością badania bakteriologicznego wyosobnionych „gronkowców”. Mianowicie do rozpoznania ropotwórczych gronkowców nie wystarczy morfologia bakterii, wyosobnionych na podłożu (typowe ugrupowanie, wielkość, kształt i barwienie = Gram +), lecz równocześnie posiłkować się trzeba innymi cechami, jako to rozrzedzanie żelatyny, aglutynacją pod wpływem surowicy wysokozlepnej

odnośnie do chorobotwórczych gronkowców (z zachowaniem ostrożności, wskazanych przez Neisser'a i Kollego), wreszcie doświadczeniami na zwierzętach. Tymczasem, jedni autorzy zadowalniali się tylko kulturalnymi cechami, inni zaś głównie polegali (jak np. Paul) na szczepieniu zwierząt, choć wiadomem jest dobrze, że zachowanie się bakteryi względem zwierząt nie zawsze bywa jednakowem ze zjadliwością dla ustroju ludzkiego i odwrotnie. I tylko suma cech może decydować o własnościach wyso-bnionych z limfy ziarniaków.

Kto chce polegać na jednej z nich, łatwo się może omylić: np. rozrzedzanie żelatyny cechuje wprawdzie chorobotwórcze, ale również, i niektóre inne — jako to *staph. scariousus*, *quaternus*, *salivarius* Biondi, *ureae liquefaciens*, z drugiej strony rozrzedza żelatynę, choć nie hemolizuje, *staph. quadrigeminus* Czapliewskiego i t. d. Jednem słowem, stoję na tym punkcie widzenia, że szkodliwe i niedopuszczalne w limfie lub detriticie są ziarniaki ropo- lub chorobotwórcze, zróżniczkowane ściśle według współczesnych metod; lecz obojętne są ziarniaki, podobne do gronkowców chorobotwórczych, nie wykazujące jednak sumy wszystkich cech różniczkowych. Ta niedostateczność rozpoznania jest przyczyną tego smutnego faktu, że nawet kierownicy zakładów szczepienia ospy ignorują obecność „gronkowców”, nie wnikając zgoła, czy należą takowe do złośliwych drobnoustrojów, czy też do obojętnych saprofitów; i to jest właśnie przyczyną chaosu i różnorodności poglądów, jakoteż i niepożądanych niespodzianek szczepiennych.

Wprawdzie dodatek gliceryny zarówno w podłożach Cantani jak i w materiale ospowym zabija bakterye (według Lemoiné'a, wystarcza 24-godzinne działanie gliceryny przy 30°), ale już 48-godzinne działanie wpływa szkodliwie na bodźce ospowe; z drugiej zaś strony wiadomo, że tak przy przygotowaniu podłoża Cantani, jak i w limfie ospowej niekiedy ziarniaki mogą wegetować przez czas długi (11 do 18 dni według badań Frosc'h'a).

Statystyka jak i doświadczenie w krajach cywilizowanych poucza, że do wprowadzenia ogólnego szczepień zapobiegawczych nie wystarczy nigdy popularyzacya, uświadamianie ogółu, lecz konieczną jest obowiązkowa, prawem

nakazana wakcynacja i rewakcynacja z warunkiem ścisłego przestrzegania prawa. Pomimo rewakcynacji niezbędnym jest ponowne szczepienie całego otoczenia chorego, zwłaszcza jeżeli osoby otaczające chorego na ospę były szczepione dawno, przed 5 laty lub dłużej: nie stoi na przeszkodzie ani rozwój fizyczny (osoby wycieńczone) ani wiek (noworodki, starcy). Nawet u chorych w okresie początkowym, aż do trzeciego dnia po wystąpieniu objawów ospy jeszcze zaleca się uodpornianie czynne chorych na ospę drogą szczepienia limfy przeciwospowej z warunkiem wykonania wielokrotnych szczepień, nawet powtarzanych jeden raz lub dwukrotnie codziennie. O pożytku szczepień obowiązkowych niema już różnicy zdań: w ostatnim dwudziestoleciu wszędzie tam usunięto



Fig. 26.

Instytut krajowy szczepienia ospy w Warszawie pod kierunkiem d-ra Polaka.

epidemie ospowe (jak np. w Egipcie, w Bośni i Hercegowinie, na wyspie Portoriko i t. d.), gdzie obowiązkowe szczepienie wprowadzono w prawie i w życiu. Naprawdę jednak o to kołacz zasłużony higienista polski dr. P o l a k, pragnąc wprowadzić szczepienia obowiązkowe i u nas—gdzie ospa zabiera żniwo obfite i w miastach i po tych biednych i ciemnych wsiach polskich, naprawdę dzielni działacze społeczni, jak dr. S k a l s k i, chcą zwalczyć epidemię ospy w Łodzi odezwaniami do szkół i kazaniami w kościołach. Roz-

strzygnąć sprawę może jedynie obowiązkowe powszechne dwukrotne i ściśle w praktyce stosowane szczepienie ospy.

Oto kilka cyfr ze smutnej statystyki naszego kraju: dla przykładu weźmy nie ostatnie dwa lata (r. 1909 i 1910), w których epidemia ospy w Warszawie i Królestwie Polskiem kolosalną zabrała ilość ofiar (p. niżej), lecz—rok przeciętny, np. 1907 lub następny.



Fig. 27 i 28.

Urządzenia sal w Instytucie szczepienia ospy w Warszawie.

W r. 1907 zachorowało w Królestwie Polskiem na ospę na każde 10 tysięcy ludności 9,2! ustępując w tej smutnej statystyce jedynie Kaukazowi (9,5), w guberniach centralnych cyfra ta wynosi-

ła 6.0 do 7.7, na Syberyi 6.7, w ziemi Wojska Dońskiego 3.0, w krajach przybaltyckich 2.7, w Azji Średn. 1.7. W tymże roku zapadło na ospę w Warszawie 30.2! w ziemi piotrkowskiej z Łodzią (27.2! podczas gdy w łomżyńskim tylko 2.7, w lubelskim 2.0 i t. d., na każde 10.000 mieszkańców. W tymże roku chorych na ospę zarejestrowano w Warszawie 2.309, zmarło 424! w granicach powiatu Będzińskiego było 1140 przypadków ospy w 28 wsiach; w Łodzi na 350 tysięcy ludności było od 50 do 70 zachorowań miesięcznie, a w listopadzie i grudniu tegoż roku po 800 osób miesięcznie! W ciągu roku zapadło w Łodzi na ospę 3300! a zmarło 863. Urzędowe sprawozdanie Minister. Spr. Wewn. („Otczet o sostożanii narodn. zdrowia za 1907 god”, wyd. 1909 r. str. 25 uważa za przyczynę ciemnotę ludu, mówi ono: „przyczyn szukać należy w opieszałości i ciemności ludu (niewieźestwie nasilenia!), uchylającego się od szczepienia ospy dzieciom, a zwłaszcza z niewiarą do tych środków zapobiegawczy odnosi się ludność katolicka, w przeciwstawieniu do żydowskiej, która prawie całkowicie podlega szczepieniu! Taką posiadamy opinię w Petersburgu, choć sprostować trzeba by, że społeczeństwo nasze jest pozbawione oświaty i kultury wbrew własnej woli, i że obowiązkowego szczepienia ospy czynniki miarodajne nie wprowadziły u nas pomimo nasze-go nalegania.

Jakże nikłe wobec tej strasznej statystyki są doniesienia i depesze o pojedynczych przypadkach ospy w Krakowie i milczenie o katastrofie ospowej u nas.

Ogółem w 1907 roku zaszczepiono w Królestwie 307 na każde 10 tys. ludności.

W r. 1909 w Warszawie na ogólną liczbę 2412 zmarłych na choroby zakaźne ostre—według urzęd. sprawozd. magistratu warsz. — na ospę zmarło 328 osób (w tem 171 mężczyzn i 157 kobiet), w tej liczbie w 1-ym roku życia 114, od 1 do 5 roku życia 166; największa śmiertelność była w 3 ostatnich miesiącach—w październiku 71, listopadzie 74, grudniu 88.

W r. 1910 w Warszawie na ogólną liczbę 2551 zmarłych na choroby zakaźne ostre zmarło na ospę 344 osób! (w tem 170 mężczyzn i 174 kobiet), w 1-ym roku życia 114, od 1 do 5 roku 153; największa śmiertelność przy-

pada na 3 pierwsze miesiące. W styczniu zmarło 79, w lutym 51, marcu 66.

Na ogólną liczbę 13781 zgonów w Łodzi w r. 1911—według statystyki Skalskiego w Łodzi—umarło na



Fig. 29.

Variola vera (ospa).

Odlew woskowy w zbiorach muzealnych mego laboratorium (fotogr. własna).

ospę w roku zeszłym 1308 osób! co stanowi 9.55% ogółu zmarłych, w tej liczbie 1249 poniżej lat 14; największa śmiertelność wskutek ospy była na Bałutach wśród ludności katolickiej (570 zgonów), a ogółem w całej Łodzi ospa zabrała wśród ludności katolickiej 1146 ofiar, czyli lwia część tego, co umarło na tę chorobę wśród ludzi wszelkich narodowości i wyznań.

Że Żydzi dbają o swe zdrowie i bardziej są w tym kierunku uświadomieni, dowodzi fakt, że wobec 2913 zgonów wskutek ospy w Łodzi było tam wszystkiego 33 przypadki śmierci z tej że przyczyny, czyli tylko 1.13%.

Na 100.000 ludności na ospę zmarło w Warszawie w r. 1906—22.4, w 1907—54.9, 1908—34.9, w 1909—42.9.

Poniżej przytaczam dla porównania wyciąg ze „Sprawozdania C. K. Krajowej Rady zdrowia o stosunku zdrowotnych w Galicyi w r. 1906 i 1907” (str. 201).

Art. I. Szczepienie ochronne od ospy i zakłady produkcji krowianki.

W r. 1906 wykazano dzieci zdalnych do szczepienia w Galicyi 301,495 z tych zaszczepiono 272,380 czyli 90.3%
ze skutkiem pomyślnym 254,629 czyli 84.4%
ze skutkiem niepomyślnym 4554,
z niewiadomym wynikiem 13,227,
pozostało zatem nieszczepionych 29,115 = 9.6%.

W r. 1907 zaszczepiono ze skutkiem pomyślnym 268,382 czyli 85.4%; z niepomyślnym 3,552; z wynikiem niewiadomym 14,371; pozostało niezaszczepionych 27,814—8.8%. Najgorsze stosunki pod względem ilości szczepionych są od szeregu lat we Lwowie, bo tu lekarze szczepiący nie mogą wpływać na rodziców, względnie wójtów gminy, by dzieci znieśli do szczepienia jak po wsiach.

Rewakcynowano w r. 1906 w całym kraju 191,405 osób, z tych z wynikiem pomyślnym 163,480; z wynikiem niepomyślnym 15,447; z wynikiem niewiadomym 12,428 (nie zgłosili się do kontroli).

Obowiązani są do rewakynacji dzieci 10-letnie.

W r. 1907 rewakcywowano 188850, z wynikiem pomyslnym 165680; z wynikiem niepomylnym 10560; z wynikiem niewiadomym 12610.

Prócz tego zaszczepiono dzieci szkolnych, które nie byly przedtem szczepione, lub które nie miały wyraźnych blizn szczepiennych w r. 1906 10960 i to z wynikiem pomyslnym 10041; z wynikiem niepomylnym 385; z wynikiem niewiadomym 544.

W r. 1907 zaszczepiono takich dzieci 8297. Z wynikiem pomyslnym 7646; z wynikiem niepomylnym 238; z wynikiem nieznanym 413.

Z powodu pojawienia się ospy w kilku powiatach zaszczepiono z konieczności w r. 1906 po raz pierwszy dzieci 1248 (najwięcej w powiecie tarnowskim 582, w pow. chrzanowskim 480).

Rewakcywowano obowiązkowo 10727 osób (w tem w pow. chrzanowskim 6369 osób; w brodzkim 2206; w dąbrowskim 1099; w bialskim 540; w tarnowskim 506).

U rewakcywowanych było wyników pomyslnych 9042; wyników niepomylnych 1082; wyników nieznanych 603.

W r. 1907 wykonano szczepień obowiązkowo tylko 227 w mieście Krakowie i 3 w powiatach administracyjnych. Nadto rewakcywowano 2105 osób tamże.

Ogółem zaszczepiono i rewakcywowano w całym kraju:

	W r. 1906—1907.	
1. niemowląt podczas szczep. dorocznego	272380	286305
2. dzieci szkolnych poraz pierwszy	10960	8297
3. dzieci z powodu ospy szczep. z konieczn.	1248	227
4. rewakcywowano dzieci 10-letnich	191405	188850
5. rewakcywow. z powodu ospy z konieczn.	10727	2105
	Razem	486720 495884

Podobny stosunek z małemi zmianami powtarza się corocznie.

Na pokrycie kosztów dorocznego szczepienia wraz z rewakcywacya, szczepieniem dzieci szkolnych, tudzież kosztów rewizyi szczepionych wydano z funduszu krajowego w r. 1906 127262 koron, w r. 1907 130434 koron.

W obu latach kosztowało przeciętnie jedno szczepienie lub rewakcynacja 26 halerzy (najtaniej po 10 hal., najdrożej 38 hal.).

Koszta szczepienia i rewakcynacji podczas panującej ospy czyli koszta tak zw. szczepienia z konieczności ponosi skarb państwa.

Zakładów produkcji krowianki było w r. 1906 i 1907 dwa: zakład Prof. Dr. Antoniego Barańskiego i Prof. Pawła Krętowicza, oba we Lwowie. Obydwa zakłady dostarczały na rachunek funduszu krajowego krowianki do szczepienia dorocznego i wywiązały się ze swego zadania w sposób zupełnie zadawalniający.

Zakład Prof. Barańskiego produkuje rocznie około 120000,

zakład Prof. Krętowicza około 340000 porcyi krowianki (obecnie według informacji prof. Barańskiego, produkcya się zwiększyła do 200, ewent. 400 tysięcy porcyi).

Statystyka ospy w Galicyi.

W r. 1908 umarło z ospy w Galicyi 30 osób według wykazów parafialnych: urzędownie sprawdzono ją w 41 gminach należących do 10 powiatów i w mieście Krakowie u 227 chorych (z tych było 167 szczepionych, umarło zaś 29 osób (tych 7 szczepionych).

Najwięcej rozszerzoną była ospa w powiecie chrzanowskim, w którym chorowało 106 osób, umarło 17 (6 szczepionych); w powiecie tarnowskim chorowało 56, umarło 7 nieszczepionych; w powiecie brodzkim, chorowało 44 osób, umarły 3 (1 nieszczepiona). Lekarz urzędowy powiatu chrzanowskiego sądzi, że ospę w roku 1906 zawleczono z Królestwa Polskiego, lekarz inspekcyjny delegowany z namiestnictwa do tego powiatu jest zdania, że epidemia ta jest dalszym ciągiem epidemii z r. 1905, a jako pośrednie należy uważać niektóre przypadki mylnie rozpoznane jako ospa wietrzna. Pierwsze przypadki ospy wietrznej prawdziwej rozpoznano w Chrzanowie w pierwszych dniach lutego 1906, i to u robotnika fabryki galmanu w Kątach, który zachorował jeszcze 24 stycznia, lecz ospę rozpo-

znano u niego dopiero 6 lutego 1905. Z miasta Chrzanowa rozwleczono ospę do gmin okolicznych do Balina, Kątów, Kościelca, Lunowia, Libiąża Wielkiego i Małego, Nieporąża i Regulic, i to głównie przez górników odwiedzających swych towarzyszy w pierwszych dniach choroby. Do Szyrny i Trzebini zawlec mieli ospę emigranci z Rosyi. Do Jaworzna zawleczono chorobę w ten sposób, że brat zaraził się ospą na pogrzebie brata. W Trzebini mieście pojawiła się najpierw ospa w domu rabina odwiedzanego przez obcych z dalszych stron. W Tarnowie jest ospa dalszym ciągiem ospy z roku 1906. Z miast zawleczono ją do gmin okolicznych, a w szczególności ze szpitala, w którym podówczas nie było jeszcze należycie urządzonego oddziału dla chorób zakaźnych.

I tak w szpitalu zaraziła się ospą chora tam pomieszczona Marya I., a Anna Cz. wypuszczona ze szpitala zawiozła zarazki do Jonin i Kielanowic. Z tarnowskiego szpitala zawleczono też ospę do Rzędzina, a stąd do Woli Rzędzińskiej, a także do Hubenic w powiecie dąbrowskim, do Tuczyny w powiecie nieleckim, i do miasta Krakowa, dokąd przywiózł ospę czeladnik piekarski.

Na szczęście nie było z tego powodu (wskutek izolowania chorego) dalszych zachorowań.

Do powiatu brodzkiego kilkakrotnie zawleczono ospę z Rosyi.

I tak do Brodów zawlókł raz ospę agent emigracyjny drugi raz emigrant z Odesy.

Niewątpliwie zawleczono też ospę z Rosyi za pomocą pierza. Jak wiadomo handel pierzem z Rosyi jest w Brodach bardzo rozwinięty. I tak zachorował w pierwszych dniach stycznia 1906 r. handlarz pierzem, a potem 6-ciu robotników w różnych sortowniach pierza.

W taki sam sposób zawleczono ospę z sortowni brodzkiej do wsi Berlina w okolicy Brodów położonej. W Koniuszkowie zachorowała pierwsza 27-letnia żona robotnika, trudniącego się furmanką do Rosyi. Chora ta umarła 12 stycznia, w tym samym dniu zachorowała jej młodsza siostra, brat i sąsiadka.

Z Koniuszkowa zawleczono ospę do Bielowiec w powiecie brodzkim, z Dytkowic zawleczono ospę do starych Brodów i do Gajów starobrodzkich.

Do miasta Krakowa zawlekli ospę z Odessy żydzi emigranci trzy razy, a z Dąbrowic w Rosyi poraz czwarty.

Wszystkie te przypadki wcześniej rozpoznano, a jakkolwiek zdarzyły się w schronisku dla żydów uciekających z Rosyi, a więc w lokalu bardzo przepelnionym, jednak przez wczesną izolację choroba się nie rozszerzyła.

Z Królestwa Polskiego zawleczono ospę do Dembrza w powiecie brzeskim, do Lowczy w powiecie chrzanowskim i do Maniowa w powiecie dąbrowskim, a stąd do Słupca w tymże powiecie. W ujściu jemickiem w powiecie dąbrowskim zachorowała żona poborey cła na granicy po przyjęciu służącej z Rogowa w Królestwie, gdzie podówczas szerzyła się ospa.

Do Pelczyniec w powiecie zbarazkim zawlokła ospę służąca, która przybyła z pobliskiej wsi w Rosyi w odwiedzinach do matki.

Nie zdołano wykryć przyczyny pojawienia się sporadycznych przypadków ospy w Oświęcimiu w powiecie bielskim i Zerostawicach w powiecie wielickim.

W roku 1907 było znacznie mniej ospy w kraju. Według wykazów parafialnych umarły trzy osoby. Według wykazów lekarzy urzędowych i delegowanych sprawdzono ospę w mieście Krakowie i w 10 miejscowościach 6-ciu powiatów u 42 osób, z których 4 zmarły.

W mieście Brodach było w r. 1907 ogółem 7 chorych: w dniu 17 stycznia sprawdzono ospę u przemytniczki, która przed tygodniem była w Rosyi, w granicznej wsi Radziwilłowice na uroczystości obrzezania, w domu, w którym położnica i noworodek leżały chore na ospę.

Przed nią na kilka dni zachorował handlarz towarów, który według wszelkiego prawdopodobieństwa kupił od niej przemycane towary, od chorych ospowych pochodzące.

Dalej w maju zachorował w Brodach emigrant z gubernii wołyńskiej, będący w drodze do Ameryki. Odrębne źródło zakażenia miały inne wypadki ospy w Brodach, lecz pochodzenie każdego wypadku można było odnieść do Rosyi. Każdy z tych przypadków został odosobniony i nie był przyczyną dalszego szerzenia się ospy.

W powiecie kaluskim wybuchła ospa w gminie Jesień blisko węgierskiej granicy, chorych było 14, z tych jedno dziecko umarło.

Ospa została zawleczona z Węgier przez robotników lasowych wracających do Jasienia na święta, albo też przywiózł chorobę właściciel sklepiku w tej gminie, który przed

zachorowaniem odbywał większą podróż po kraju i nocował razem z ludźmi z Rumunii i Węgier.

W powiecie kamioneckim stwierdzono ospę w 4 gminach t. j. w miasteczku Radziechowie i we wsiach Krzywe, Witków Nowy i Peratyn. Do Krzywego zawleczono ospę z gub. Wołyńskiej z gminy Ochłapowa przez koźuch kobiety tutejszej, tam na ospę zmarłej. Najprzód zachorowała siostra zmarłej, a następnie dwie jej sąsiadki; więcej chorych nie było i wszystkie wyzdrowiały. Do Witkowa i Radziechowa zawlekli ospę żydzi z Wołynia z gminy Sadowa, którzy zjechali do Witkowa na wesele; jednego chorego z Witkowa przewieziono nocą do Radziechowa.

Do Perutyna zawleczono ospę z Krzywego przez służącą, krewną osób chorych na ospę w tej ostatniej gminie.

W powiecie krakowskim było w dwóch gminach po 1 przypadku ospy.

W gminie Tonie mają zwykle nocleg pielgrzymi, udający się na odpust do Kalwaryi. Wkrótce po takim noclegu zachorowała w tej gminie dziewczyna, którą odwieziono do szpitala Św. Łazarza w Krakowie, gdzie też umarła. W Czarnej wsi zachorowało dziecko, które stykało się z krewnymi przybyłymi z Królestwa Polskiego.

Wyciąg z austriackiej statystyki, dokonanej przez c. k. centralną komisję statystyczną (Tom 88, zeszyt 3).

Ruch ludności w państwie austriackim (bez Węgier) w latach 1908 i 1909.

Ludność Austrii (bez Węgier)	
z końcem r. 1908 wynosiła	28254670
„ r. 1909 „	28515084
Przyrost ludności w r. 1909	250414
Żywo urodzonych chłopców w r. 1909	484236
„ „ dziewcząt w r. 1909	457003
Razem	941239.
Zmarłych w r. 1908	627771
Zmarłych w 1902 mężczyzn	332194
„ „ kobiet	313928
W r. 1909 razem	<u>646122</u>

Nadwyżka żywo urodzonych nad zmarłymi w r. 1909 mężczyzn 152042, kobiet 143075.

(Różnica z podaniem powyżej przyrostem ludności tłumaczy się wędrowaniem ludności).

Na ospę umarło w r. 1908 w całej Austrii (bez Węgier):

w Tryeście 1 m.

w Galicyi w Krakowie 1. m.

„ w Chrzanowie 6 m. 4 k.

„ w pow. Krakowskim 1 k.

Razem w całej Austrii 9 m. 5 k. = 14.

Z tego w Galicyi 7 m. 5 k. = 12.

(Przeważnie zawleczonych z Rosyi).

Na ospę umarło w r. 1909:

W Czechach w Klatten 1 k.

Na Szląsku w Freudenthal 7 m. 4 k.

W Galicyi w Bohorodczanach 1 k.

Razem w całej Austrii 7 m. 6 k. — 13. (Spraw. C. K.

Rady zdrowia).

Mala ilość wypadków ospy i cholery i szybkie stłumienie zawleczonych przypadków tych groźnych chorób w Austrii i w Galicyi oznacza wyższy poziom kultury w tych krajach. Natomiast tyfus płamisty nieznan w żadnej innej prowincyi austryackiej pochłonął w Galicyi 210 w roku 1908, a na Bukowinie 13 ofiar śmierci, co jest wyrazem nędzy ludzi, w niektórych okolicach i niehygienicznych stosunków w wieśniaczych chatach—izby bez kominów, różne zwierzęta domowe, zwłaszcza zimową porą w izbach mieszkalnych (B. S e r k o w s k i).

Wobec powyższych danych, przedstawiających obraz stosunków ospowych w 2 dzielnicach Polski, a zwłaszcza wobec przerażającej statystyki ospy w Królestwie Polskiem jest rzeczą pierwszorzędną wagi rozważenie, jakimi rozporządzamy środkami i jaką jest działalność instytutów przeciwospowych.

Według łaskawie udzielonych mi informacji przez prof. B a r a ń s k i e g o i d-ra B. S e r k o w s k i e g o, w Austrii przedlitawskiej (bez Węgier) są następujące zakłady krowiankowe:

1. Zakład państwowy we Wiedniu: dostarcza krowiankę dla wojska i wszystkim krajom koronnym wraz z Bośnią i Hercegowiną, z wyjątkiem Morawy i Galicyi.

2. Zakład prywatny d-ra Wintera w Bernie, dostarcza około 200.000 porcyi krowianki dla Morawy (założony około 1895 r.).

3. Zakład prywatny prof. Pawła Kretowicza we Lwowie (1890) dostarcza około 400.000 porcyi dla Galicyi.

4. Zakład prywatny prof. A. Barańskiego we Lwowie, założony w r. 1890, dostarcza około 200.000 porcyi dla Galicyi.

Wszystkie powyższe zakłady prywatne wzorowane są według zakładu państwowego we Wiedniu; nowych koncesyi na zakładanie prywatnych zakładów krowiankowych rząd austriacki nie udziela *).

W Królestwie Polskiem — poza Warszawą — niema żadnych odnośnych zakładów. W Warszawie zaś istnieją Instytut krajowy szczepienia ospy ochronnej pod kierunkiem d-ra Polała, prywatne zakłady drów Tchórznickiego (obecny kierownik dr. Zdano wicz) i d-ra Stępniewskiego. Przytaczam poniżej wyniki ankiety o działalności tych instytutów, ankiety, na którą w poczuciu obowiązku obywatelskiego odpowiedzieli pp. dr. Polał, dr. Zdano wicz oraz dr. Michalski z Kamieńca Podolskiego.

I. Sprawozdanie z działalności Instytutu publicznego szczepienia ospy w Warszawie, łaskawie zakomunikowane mi przez dyrektora d-ra J. Polała.

Oficyalnych szczepień w Królestwie wykonuje się około pół miliona rocznie, w Warszawie szczepień publicznych około 40.000. Dokładnej statystyki, prócz oderwanych wiadomości w Zdrowiu — niema. Zakład publiczny Warszawski składa się z następującego personelu: dyrektora d-ra J. Polała, lekarza-asystenta d-ra Gębarskiego, lekarza-bakteryologa d-ra Gryglewicza, dwóch felerzerów Paszyńskiej i Jaworskiego oraz posługacza.

*) Według łaskawie udzielonej mi informacyi przez d-ra Lazurewicza w Poznaniu — prywatnych instytutów szczepienia ospy w rękach polskich w Księstwie Poznańskiem niema, w Prusiech są jak wogóle w Niemczech, wszelkie instytuty w rękach rządu, które dostarczają bezpłatnie szczepionek na cele publiczne, a dla osób prywatnych za bardzo niską cenę.

W pracy p. t. „Nowoczesne urządzenia do produkcji limfy ospowej w Instytucie publicznym szczepienia ospy w Warszawie“ dr. Polak w następujący sposób przedstawia działalność swego wzorowego zakładu:

„Limfa ospowa stanowi jeden z najstarszych tematów medycyny i higieny obecnej, od kilku już lat bowiem minęło stulecie od czasu odkrycia Jenner'a, a jednak nie przestaje ono zaprzętać umysłów uczonych i praktyków, i w istocie stanowi przedmiot pod względem teoretycznym jeden z najeiekawszych, pod względem praktycznym jeden z najpotężniejszych środków jakimi higiena się posilkuje, środek, który prawdopodobnie wytepi wkrótce jedną z najstraszniejszych plag ludzkości, plagę, która zabiera do dziś dnia, tam, gdzie szczepienie nie odbywa się w dostatecznych rozmiarach, tysiące, dziesiątki i setki tysięcy ofiar, inne kalectwem dotyka lub szpeci na całe życie. Oskuteczności różnych systemów, różnych środków specyficznych mówią ludzie lata, dziesiątki lat wreszcie, lecz nad skutecznością zapobiegawczą limfy ospowej nauka postawiła już kropkę; skuteczność ta sprawdzona na milionach, a w Niemczech, w których najenergiczniej i ściśle obowiązująco ospa się szepci, w armii śmiertelność z niej doszła od wielu już lat do zera, a jak to statystycznie wykazał K i r o s i, gdy w Prusiech przed szczepieniem ospy na 100 umierających umierało 8 osób, a więc na ogólną liczbę dziś umierających osób w Prusiech wypadłoby 60,000 zmarłych na ospę, w istocie z tych 60000 dziś 58420 rocznie bywa uratowanych -- dzięki szczepieniu. Nie też dziwnego, że właśnie od roku bieżącego Francya wprowadziła szczepienie obowiązujące w niebywałej dotychczas postaci, bo z obowiązującym powtórzeniem w 10 i 20 roku życia.

Szczepienie ospy przedstawiało w rozwoju swym trzy okresy, nie licząc wariolaeyi, która poprzedziła odkrycie Jenner'a; a mianowicie:

1) Okres limfy humanizowanej, Jenner'owskiej w swej pierwotnej postaci, od roku 1798 do lat 60-tych zeszłego stulecia.

2) Okres początkowy limfy zwierzęcej, od tamtego czasu do ostatniego dziesiątka zeszłego stulecia.

3) Ostatni okres, największego rozpowszechnienia limfy zwierzęcej dzięki jej połączeniu z gliceryną, który jest zarazem okresem zabiegów aseptycznych.

Granice wszakże okresów tych nie są ściśle, albowiem limfa zwierzęca o wiele wczesniej, niż w latach 60-tych była przez kilku lekarzy we Włoszech stosowaną, a lubo w latach 60-tych o wiele energiczniej dzięki Negri'emu we Włoszech i d-rom L a n o i x i C h a m b a n o w i we Francyi się rozpowszechnia, to jednak humanizowana bardzo długo jeszcze walczyła z nią o lepsze, a nawet w Anglii do końca niemal zeszłego stulecia przeważający i urzędowy zachowała charakter. Co się zaś tyczy okresu aseptyki w przyrządzaniu limfy, to jest on dziełem ostatniej chwili i jak to poniżej wyłuszczymy, nie znajduje się jeszcze w Europie w pełnym rozkwicie; ale w każdym razie ileż to zmieniło się od czasu, gdy w r. 1887 widział starego Negri'ego w Neapolu w pracowni, złożonej z podwórza mizernego i komory, oraz przedstawicieli włoskiego „Societa Milanese“ rozsełających lekarzom w całych gorących Włoszech zerznięte wraz ze skórą pęcherzyki ospowe in natura.

Szybka ewolucya sprawy produkeji limfy odbywała się przed oczyma autora niniejszego od r. 1884, w którym wypadło nam objąć obowiązki szczytnie niegdyś w r. 1824 założonego lecz około 78—80 najgorszego może w Europie pod względem urządzenia instytutu szczepienia a chwilą obecną, w której instytut nasz żadnemu w Europie pod względem urządzenia nie ustępuje, owszem prawie wszystkie przewyższa. Zwiedzaliśmy tedy w różnych epokach od r. 1884 zakłady włoskie, angielskie, niemieckie, rosyjskie, szwedzkie, belgijskie i austriackie; poznaliśmy najwybitniejszych w Europie autorów: Negri'ego, jako już weterana, Ch'alibäus'a, którego powaga do dziś nie osłabła, Ch'ambon'a—dziś staruszek, ale który za postępem techniki krok w krok idąc od czasów znanej działalności Negri'ego do dziś dnia prym we Francyi trzyma, poznaliśmy Voigt'a w Hamburgu i Pissin'a w Berlinie i sławnego fanatyka ex-księdza Pierwuszyna w Petersburgu i najpracowitszego męża na polu aseptyki Paul'a, a niektóre z zakładów głównych poznaliśmy w różnych epokach rozwoju. Poniższy ten przegląd systemów współczesnych produkeji limfy da nam obraz rozwoju techniki,—ponieważ, jak się przekonamy, w instytutach dziś istniejących znajdujemy jeszcze produkcję limfy na rozmaitych tego rozwoju szczeblach.

W ostatnich czasach przeważnie w roku 1904, zwiedziliśmy instytuty następujące: rządowy i prywatny (Pissin'a) w Berlinie, rządowy w Brukseli, departamentalny pod dyrekcją Prof. Calmett'e'a w Lille, Ch'ambon'a w Paryżu i rządowy w Wiedniu, nieco wcześniej — instytut petersburski z liczbą zakładów imienia Cesarzowej Maryi, instytut rosyjskiego Towarzystwa Wolno-Ekonomicznego w Petersburgu i wileński gubernialny—pod kierunkiem d-ra Bagińskiego. Nadto posiadamy wiele wiadomości w druku i w korespondencyi z instytutów, rządowego w Londynie i t. zw. instytutu krowiankowego szwajcarskiego w Lozannie.

Technika przyrządzania limfy tak się w chwili obecnej przedstawia:

Pomieszczenia zakładów mają niemałe znaczenie w dzisiejszych warunkach produkeji. Dawne łączenie zakładów takich z domami wychowawczymi, szpitalami i t. p. przeszło do tradycyi; w 1884 nasz zakład, który się składał wówczas z pieczęci i paru zeszytów do zapisywania szczepionych i otrzymujących limfę, był gościem ambulatoryum szpitalnego. Innych wiele zakładów mieściło się w domach wychowawczych, w których niegdyś z podrzutków zbierano ospę w sposób niemal fabryczny, jak to w petersburskim domu wychowawczym obserwowałem.

Dziś nie pozostał zapewne żaden lepszy w związku ze szpitalem lub domem wychowawczym. Zupełnie inne połączenia tu i owdzie wystąpiły na scenę. W Berlinie zakład rządowy mieści się mianowicie w rzeźni centralnej, w Sztokholmie przed kilku laty zwiedziłem zakład taki obok bardzo małej rzeźni; w Brukseli zaś zakład rządowy umieszczony został w szkole weterynaryjnej.

Dogodność takich kombinacji pod pewnym względem oczywiście jest wielka, lecz nie w tym stopniu jak by się zdawało, albowiem do rzeźni w ogóle nie sprowadzają zwierząt na dłuższy pobyt, a do szkoły weterynaryjnej sprowadzają ich też w celach odmiennych, do-

godność więc stanowi jedynie bliskość weterynarzy. Z drugiej atoli strony weterynarz umyślnie do instytutu przybywający często sprawniejszym bywa, niż taki, który ma sposobność łatwej obserwacji, nadto zakłady w rzeźni mają tło ponure, przykre i dla stosunków z publicznością nie są dogodne; trudno zwłaszcza byłoby takie pracownie łączyć z ambulatoriami szczepiennymi dla publiczności.

Niezmiernie mało zakładów posiada gmachy własne lub pomieszczenia odosobnione od obcych lokatorów. Do takich ze znanych nam bliżej należy londyński zakład państwowy produkeyi limfy, zakład Ch a m b o n'a, zakład w Lozannie i nasz warszawski rządowy. Zakład Ch a m b o n'a posiada dużo pomieszczeń dla zwierząt, wozownie i stajnie, albowiem rozwozi cielęta po mieście wprost z żywych szczepiąc ospę, pomieszczenia laboratoryjne i ambulatoryum szczuple lecz schludne. Zakład w Lozannie posiada pomieszczenie na kilkadziesiąt zwierząt, salę ekspedycyjną, dwa pokoje laboratoryjne, sale operacyjną i skład; wszystko to w małym domku parterowym. Instytut wiedeński (cesarsko-królewski) mieści się w domu, należącym do wydziału krajowego Austrii Dolnej, zajmując oficyę i składa się z 2-ech dość obszernych obórek oraz z obszernego pokoju operacyjnego, 2-ech gabinetów, szczupłej pracowni i ekspedycyi. Zakład departamentalny w Lille pod kierunkiem Calmette'a posiada parę pokoiów (pracownie) oraz skromną obórę w wielkim instytucie Pasteur'a, stauowiąc bynajmniej nie wzorową część wzorowego tego zakładu. Wracając do berlińskiego zakładu rządowego, i tu jak w poprzedniem spostrzegamy zaniedbanie w porównaniu z tak kosztownymi i wzorowymi innymi zakładami higienicznymi Berlina; sala operacyjna i pracownia nie mają nawet podłogi wodotrwałej i schludność pozostawia wiele do życzenia. Zakłady petersburskie mają urządzenie bardzo proste i nie zastosowane specjalnie do celu, podobnież zakład wileński.

Prywatne instytuty wszystkie nam znane z wyjątkiem pomieszczenia instytutu Ch a m b o n'a (przy ul. Ballu) i szwajcarskiego mają pomieszczenie dość licha w domach prywatnych; nawet głośny niegdyś zakład Pissin'a w Berlinie posiada obórkę bardzo ciasną i pokoię operacyjną zupełnie lichą; reszta odbywa się w prywatnym gabinecie lekarskim kierownika.

Nasz zakład posiada dom oddzielny specjalnie na ten cel zbudowany, z obszernem podwórzem, z frontem okazałym, odznacza się znakomitem oświetleniem dziennem i składa się z trzech części na parterze (na piętrze mieszkanie dyrektora). Jedną część (rodzaj przybudówki parterowej) zajmuje murowana obora, widna z pięcioma przegrodami, z podłogą cementową, z hydrantem, wentylatorem, oświetlona co wieczór gazem, jak cały instytut. Oddzielona jest podwójnymi drzwiami i sionką od korytarza pracowni. Obok obórki znajduje się pokój operacyjny, bardzo widny o podłodze terrakotowej (podobnie jak wszystkie pokoje zakładu prócz gabinetu dyrektora). Pokój ten prócz stołu operacyjnego nie zawiera żadnych mebli, sprzętów ani aparatów; jedynie hydrant do zmywania podłogi.

Przylegająca doń pracownia składa się z dwóch pokoi umeblowanych biało i zaopatrzonych w stoliki lawowe, marmurowe i lakierowane biało, w szafki żelazne ze szklannymi półkami, lodownię cynko-

wą białą, wagi i przyrządy do sterylizacji i badań bakteriologicznych.

Druga część do szczepienia ospy publiczności przeznaczona, składa się z przedsionka, poczekalni, w której zapisują się zgłaszający, z gabinetu do szczepień i drugiej poczekalni, w której chorzy czekają do zaschnięcia ranki i ubierają się; wyjście oddzielne, tak iż ruch publiczności odbywa się w jednym tylko kierunku.

Przy obydwóch poczekalniach znajdują się waterklozety. Umeblowanie mocne i estetyczne. Pomiędzy obydwoma częściami zakładu znajduje się gabinet dyrektora, od tyłu zaś mieszkanie posługacza.

Zwierzęta do produkcji limfy przeznaczone używają się w różnych zakładach rozmaite; poprzednio używano tylko cieląt, z wyjątkiem Medyolanu, gdzie z powodu warunków handlu bydłem, o cielęta było trudno i posługiwano się krowami. Obecnie instytuty niektóre, jak brukselski, wiedeński i instytut w Lille posługują się krowami, nawet w Wiedniu mianowicie używają i wołów, omijając część brzucha ulegającą zanieczyszczeniu. Oryginalny pomysł zastosował dr. Bagieński w Wilnie; posługuje się on cielętami nowonarodzonymi, które utrzymuje przez cały okres rozwoju pęcherzyków (około 5 dni) stale przywiązane brzuchem do góry, twierdząc, że w ten sposób cielę nie zanieczyszcza się i że dobrze znosi podobne — ze stanowiska średniego widza—tortury. W każdym razie przeważnie używają się cielęta nieco starsze, to jest żywione owsem lub sianem, nie zaś mlekiem, takich bowiem utrzymanie taniej kosztuje i żywią je lepiej. U nas trudno dostać w każdej porze roku cieląt już odchowanych, i wypada często posługiwać się młodem, żywionem mlekiem.

Nadzór weterynaryjny stały, taki jak u nas obecnie zastosowany został, istnieje we wszystkich prawidłowo zorganizowanych zakładach rządowych. Polega on na odwiedzaniu przez weterynarzy instytutu w terminach właściwych oraz na badaniu zwłok w rzeźniach. O ile wszakże możemy się poinformować o tych sprawach, udział weterynarzy pozostawia zawsze coś do życzenia; w najdrażliwszym zaś położeniu pod tym względem znajdują się zakłady prywatne, gdzie brakowanie zwierząt po zebraniu limfy stanowi znaczną stratę. Nawet instytuty rządowe nigdy nie zainteresowane materyalnie w stracie zwierzęcia lub zapasu limfy, dotkliwie bywają kępowane takim nadzorem. Wiedeński instytut otrzymujący wyniki autopsji od weterynarzy policyjnych, chcąc zabezpieczyć się, aby dla błahych powodów nie marnowała się praca, wymaga przesyłania części organów uznanych za chore i sam sprawdza powtórnie dyagnozę przy pomocy weterynarza zakładowego.

Szczepienie ospy cielętami i zbieranie limfy. Według stanowczego twierdzenia d-ra Paula (który, jako powaga na polu szczepienia i jako kierownik jednego z najpoważniejszych zakładów rządowych produkcji limfy w Europie zasługuje bardzo na zaufanie), wszystkie bez wyjątku instytuty, bez względu na to, że większość ukrywa tę okoliczność, materię szczepienną podstawową otrzymują z pęcherzyków krowiankowych u ludzi; limfę z cielęcia, zebraną po szczepieniu lub humanizowaną zowią podstawową (Stamen limphe); twierdzenia wielu zakładów prywatnych o pochodzeniu limfy

z jakichś epidemii krowich i t. p. uważa Paul za czezy wymysł. Sam on otrzymuje limfę humanizowaną w celu wskazanym z Pragi, nie mogąc w Wiedniu dostać materiału, tem bardziej, że dom podrzutków odmawia mu tego. Nie umiemy stanowczo ani przyjąć ani zaprzeczyć temu twierdzeniu, nie jesteśmy mianowicie pewni, czy system taki, jak się praktykuje w Londynie — z cielęcia na cielę, t. zw. żywa linfa, nie zapuszcza niewyczerpanych seryi. My nie posługujemy się dotychczas od lat kilkunastu limfą humanizowaną, otrzymujemy natomiast od czasu do czasu ową „Stamm lymphé“ z C. K. instytutu w Wiedniu lub też z rządowych zakładów w Londynie i Brukselli; otrzymaliśmy też z Lausanny raz jeden limfę podstawową — z dobrym skutkiem. W każdym razie pewnikiem jest, że przy szczepieniu miazgi ospowej cielętom przez szereg pokoleń, otrzymujemy w końcu pęcherzyki mniej typowe i wówczas trzeba się uciec do retrowakcynacji lub też sprowadzić limfę podstawową z innego instytutu, który nas w ten sposób wyreca w takiej odnowie generacji lub który ewentualnie szczepi żywą ospę z cielęcia na cielę przez cały rok bez przerwy.

Zwierzę przed zaszczepieniem kładzie się na stole lub raczej jak to się dzieje we wszystkich lepszych zakładach, przymocowyywa stojąc, do deski stołu specjalnego, która jest ruchoma i po przewiązaniu zwierzęcia za pomocą trybów otrzymuje położenie poziome. Deska stołu zwykle bywa dębowa. W naszym instytucie jest żelazna pomalowana na olejno. Stół pierwszy w kraju sporządził dla nas p. Gostyński, według oryginalnego wiedeńskiego sprowadzonego przez d-ra Tchórznickiego, z tą właśnie powtarzamy różnicą, że cały jest metalowy; przyśrubowany on jest stałe do posadzki.

Po umocowaniu, jak wyżej, zwierzęcia, goli mu się brzuch (we Francji — bok), następnie zaś powierzchnia ogolona zmywa się mydłem, a nadto — w Wiedniu 2% lysolem, poczem zawsze wodą letnią sterylizowaną. Po obmyciu robią się nacięcia w rozmaitej postaci: bądź w kształcie długich nacięć przez całą długość brzucha (w Wiedniu), bądź w postaci paru centymetrowych o 4—4 i pół centymetrów odległych jedno od drugiego nacięć (Chambon), bądź w postaci rozrzuconych grup nacięć lub nakłóc, w którym to celu posługują się nawet, w rządowym zakładzie belgijskim, osobnym narzędziem z dużą ilością szpilek, pomysłu p. Teofila Bronza, laboranta zakładów.

Po zaszczepieniu ospy nakłada się na brzuch zwierzęcia opaskę czystą, często następnie zmienianą. W Wiedniu tylko smarują całą powierzchnię szczepioną maścią białą zwaną „tegmia“ składającą się z wosku, gummy arabskiej, tlenku cynku i t. p., poczem na maść nakłada się wata hygroskopijna i nadmiar jej się usuwa, tak iż pozostaje jakoby plaster, przylegający do brzucha. W okresie rozwoju pęcherzyków opatrunek ten zmienia się przynajmniej 2 razy; koszt wynosi około 3 koron (1 rub. 20 kop.) na cielaka. Okres tworzenia się pęcherzyków bywa rozmaity u dorosłych zwierząt prawie zawsze 6 dni, u młodych — 5 dni, lecz zdarzają się wyjątki, iż ospa dojrzewa później, a niekiedy i weselej.

Najważniejsze znaczenie posiada oczywiście zbieranie limfy. — Odbywa się ono w sposób następujący: zwierzę umocowyywa się jak wyżej. Opaska zdejmuje się i powierzchnia szczepiona obmywa się

mydłem i wodą wyjałowioną; w Wiedniu do zmywania naprzód używają 2-procentowego lisolu, w Brukseli—roztworu 7-procentowego soli kuchennej.

W Wiedniu i w instytucjach, wzorowanych ściśle pod tym względem na wiedeńskim, do przeprowadzenia wody sterylizowanej utworzono system rurek, przechodzących przez pokój od umocowanego opodal kociołka i prowadzących wodę oraz roztwór antyseptyczny do gąsiorków zawieszonych nad cielakiem. Jestto sposób stanowczo nieodpowiedni, długie bowiem i cienkie rurki zwykle nieoczyszczane przez długi czas, zwłaszcza od wewnątrz, nie przyczyniają się do oczyszczenia wody i stanowią zbiornik kurzu. Uniknęliśmy ich zupełnie, a sterylizację wody urządzamy w autoklawie lub w specjalnym kociołku; gotową zaś wodę o żądanej ciepłocie wnosimy w dzbanku sterylizowanym na stół operacyjny; pokój operacyjny ani kociołka, ani rurek żelaznych zdaniem naszym zawierać nie powinien.

Musimy tu jeszcze nadmienić, że krowy dorosłe w Lille u Calmette'a i w Brukseli operują się zwykle na słomianych, nie wzbudzających zaufania materiałach, rozłożonych na podłodze, oraz że w tym ostatnim zakładzie zbierają limfę z jednego zwierzęcia dwa razy z dwudobową przerwą. Jest to, zdaniem naszym niewłaściwe, ale za to plon daje olbrzymi, nawet od 50,000 do 100,000 porecy z jednej krowy. Samo zbieranie odbywa się najczęściej przez zeszkrobanie pęcherzyków sterylizowaną łyżeczką ostrą, szczypeków używano i używają dotychczas niektórzy ścisłując niemi pęcherzyk, wyskrobują treść jego, lecz limfa bywa wówczas bardziej krwawą. Po zebraniu ospy zasypują się rurki lycopodium, zebrany zaś materiał poddaje się dalszym zabiegom.

Przyrządzenie miazgi i limfy. Zebrany materiał ulega roztarciu bądź w zwykłych moździerzkach szklanych lub agatowych ręcznie, bądź w młynkach specjalnych poruszanych motorami lub ręcznie. Młynek Chalibüs'a jest mosiężny, zbudowany systemem podobnym jak maszynki kuchenne do mielenia mięsa. Taki używa się w Brukseli w różnych innych zakładach; dr. Chambon pokazywał mi nowy młynek podobny, lecz o wiele dokładniej mielący, niklowany, zbudowany przez jednego z niższego personelu instytutu Pasteur'a. Żaden wszakże młynek nie może się porównać z wynalezionem przez Osckora w Wiedniu; ten bowiem jest całkowicie ze szkła zrobiony i o ile łączy się z motorem, działa automatycznie, a nadto pokryty kloszem, ochroniony jest od zanieczyszczeń przy rozcieraniu, ewentualnie od wydzielin ustnych lub oskrzelowych rozcierającego, przy kaszlu i t. p. Po roztarciu miazga miesza się z gliceryną. Często wszakże gliceryna jeszcze przedtem od razu po zebraniu pęcherzyków dodaje się do masy zabranej, z początku w małej ilości, później w większej (w Brukseli) lub, jak to się dzieje w Wiedniu, masa zebrana waży się zaraz po zebraniu i miesza się z początkową ilością gliceryny, poczem odstawia się na 2—3 tygodnie i dopiero się rozciera; tymczasem zaś ulega badaniu bakteryologicznemu i o ile zawiera zbyt wiele kolonii drobnoustrojów (więcej niż 40) przetrzymuje się dłużej i dopiero ulega roztarciu.

Tu właśnie wspomnieć nam wypada o najejebkawszej może sprawie odnoszącej się do limfy ospowej, a mianowicie o obecności w niej bakteryi. Pod tym względem jeszcze na początku r. 1903 zebrałem wiadomości z instytutów bardziej renomowanych. Na listy moje w tym przedmiocie następujące otrzymałem odpowiedzi: (dr. Polak)

Dr. D e g i v e, dyrektor instytutu państwowego w Brukselli (zarówno dyrektor szkoły wyższej weterynaryi) powiada: „Uwolnić limfę zupełnie od obecności ciał obcych, zwłaszcza włosków i bakteryi (najczęściej staphylococcus pyogenes aureus et albus, czasami streptococcus) jest rzeczą niemożliwą. Bakterye te zresztą, powiada p. D e g i v e, z czasem zanikają w limfie, i dla tego, o ile to bywa możliwym, wydajemy limfę po upływie 8—10 tygodni od chwili zebrania; w czasie atoli wybuchów epidemii limfa wydaje się w stanie świeższym, nie oczyszczona, daje ona atoli największą odsetkę szczepień skutecznych, zwłaszcza wtórnych (rewakcynacyi).

Instytut szwajcarski w Lausannie przysłał nam obszerną odpowiedź, z której prawie dosłownie odnośny ustęp brzmi: „O uwolnieniu limfy od bakteryi nie może być mowy: limfa, nie dająca kolonii na żelatynie i agarze nie przyjmuje się wcale, i komunikaty różnych autorów o limfie jałowej nie zasługują na zaufanie. Zwierzęta zarazone pasorzytami zewnętrznymi np. trichophyton tonsurans usuwa się z zakładu. Co zaś się tyczy obecności bakteryi w tkance, to każda limfa w chwili zebrania zawiera gronkowce, a niekiedy i paciorkowce, a wszelkie środki dezynfekcyjne zniszczyłyby pierwiastki działające materyi szczepiennej. Dla tego też stosujemy jedynie: 1) antyseptykę przed zaszczepieniem, 2) ścisłą aseptykę przy zbieraniu i 3) czyste utrzymanie ciałat.

Bardzo krótkie odpowiedzi otrzymaliśmy od d-rów V o i g t'a z Hamburga i d-ra H o r n'a z Towarzystwa Wołno-Ekonomicznego w Petersburgu. Pierwszy powiada: „rozcieramy miąższ ospowej (detryt) z podwójną ilością gliceryny, poczem cedzimy przez sito metalowe i rozlewamy w słoiki; do rurek zaś włosowatych dodajemy mieszaninę z 1 części soli i 2 części gliceryny na 1 cz. detrytu. Nie pamiętam, aby kiedy bakterye chorobotwórcze znalazły się u nas w limfie”. Dr. H o r n zaś mówi: „Cedzimy detryt przez sitko włosiane, słoiki gotujemy i wycieramy watą sublimatową, sądzę więc, że przy tych warunkach nie powinny znajdować się domieszki obce.“

Wpływ zabójczy gliceryny na bakterye w limfie zawarte bez wszelkiej ujemy dla skuteczności limfy znany jest oddawna. P a u l przed kilkoma laty ogłosił szereg doświadczeń odnośnych. W ostatnich latach centralny urząd zdrowia w Londynie, mianowicie zaś wydział szczepień pracuje bez przerwy w tym przedmiocie i w ogóle w sprawie bakteriologii krowianki. Dr. B l a x a l l wykazuje, że gliceryna tylko przy pewnej ciepłocie powietrza daje wyniki powyższe: przy ciepłocie 0 °C., nie działa wcale, natomiast przy 38 °C. może pozbawić limfę bakteryi w ciągu 3—4 dni, lecz wyższe stopnie ciepłoty ujemnie wpływają na trwałość limfy; poddana ciepłocie 37°—42 °C. limfa może stracić w ciągu 2—3 dni bakterye „obce“, lecz zarazem i zdolność przyjmowania się (L e m o i n e), podczas gdy przy 10° jedno i drugie trwać może całe miesiące.

W roku zeszłym, a jeszcze dokładniej w bieżącym, ogłosił Dr. Adam Green w urzędowym sprawozdaniu z działalności centralnego urzędu sanitarnego w Anglii doświadczenia swe w zupełnie nowym rodzaju nad pozbawianiem limfy bakterji za pomocą pary chloroformu: limfę miesza on z 2—3 częściami wody sterylizowanej i przepuszcza przez taką emulsję prąd pary chloroformu w ciągu kilku godzin; chloroformu dodawać bezpośrednio do limfy nie można, albowiem niszczy wówczas jej własność. Co prawda zarodników nie zabija, według Green'a, ani para chloroformu ani gliceryna, ale bakterje w rodzaju *staph. pyogenes aureus, albus, flavus, cereus, albus, citreus* i rzadziej zdarzające się: *proteus vulgaris, streptococcus pyogenes, sarcina lutea* i inne, nie wytwarzające zarodników, giną doszczętnie. Według autora, wystarcza niekiedy godzina do pozbawienia limfy bakterji. Wypróbowana w kilkudziesięciu tysiącach wypadków limfa tak traktowana dała 97,6% dodatnich wyników; trwałość atoli limfy ulegać ma zmniejszeniu. W każdym razie autor sam uważa za potrzebne dalsze wypróbowanie metody dla otrzymania korzystniejszych wyników; dotychczas gliceryna zachowuje w zupełności prawo obywatelstwa.

Co się tyczy sposobu wyrabiania limfy, przyjętego u nas obecnie, to za podstawę jego uważamy możliwą czystość. Do umywania rąk przy operacyach na cieleciu zastosowaliśmy umywalnię o wodzie sterylizowanej. Składa się ona ze zwykłej miski umywalnej, połączonej z kanałem oraz z przyrządu do sterylizacji złożonego z kotła i rezerwoaru niżej położonego oraz z rozmaitych połączeń tych urządzeń z wodociągiem i umywalnią. Woda z wodociągu przechodzi do kociołka, gdzie gotuje się przy pomocy dwóch wielkich płomieni gazowych, po przygotowaniu spuszcza się do niższego zbiornika, gdzie dzięki węzownicy z wodą zimną płynącą ostyga bardzo szybko, tymczasem zaś gotuje się w kociołku nowa porcja wody. Następnie kociołek i zbiornik łączy się z mieszakiem, który pozwala na regulowanie ciepłoty wody. Wodę sterylizowaną do omywania przedmiotów w zetknięciu z limfą będących oraz do omywania zwierząt otrzymujemy z autoklawu lub specjalnego kociołka gazowego; do mielenia, napełnienia rurek i słoików oraz do zalutowywania rurek posiadamy warsztat Osocora, niewątpliwie znakomity przyrząd do produkcji ospy, złożony z konsoli z młynkiem i motorem wodnym wytwarzającym zgęszczone powietrze. Do suchej sterylizacji rurek, słoików i t. p. posługujemy się miedzianą suszarką, w której otrzymać możemy do 160 i więcej stopni ciepła. Do oczyszczania urządzeń służy nam sterylizacja parowa oraz alkohol, do cedzenia limfy posługujemy się dializatorem z siatką mosiężną złożoną; bielizna sterylizuje się w autoklawie.

W celu zachowania, a nawet propagandy czystości w naszym oddziale dla publiczności posiadamy dwie umywalnie (amerykańskie, typu „Astoria“) oraz trzecią dla szczepiących—z kociołkiem gazowym, połączonym z wodociągiem, a dającym wodę gorącą w kilka sekund po otwarciu kranu.

Urządzenia obecnie w Instytucie krajowym zastosowane w ogóle musimy uważać za maximum, jakie nam daje dotychczasowa sztuka produkcji krowianki“ (P o l a k).

Projekt reform w publicznym szczepieniu ospy i dalszą działalność Instytutu krajowego dr. Pola k uzupełnia jak następuje:

Założony w r. 1824 przez b. Komisję spraw wewnętrznych i duchownych Instytut krajowy szczepienia ospy ochronnej po przejściu różnych kolej, których szkice z przytoczeniem danych dokumentalnych, podałem niegdyś w „Zirowiu“ (r. 1887), od r. 1903 znajduje się we własnym nowym, specjalnie do tego celu przystosowanym gmachu. Urządzenie instytutu tak jakościowo, jak ilościowo odpowiada przeznaczeniu zakładu, t. j. zapewnia możność wyrabiania dostatecznej ilości znakomicie przygotowanej limfy dla potrzeb całego kraju. Urządzenia wewnętrzne, przyrządy do zachowania aseptyki i sterylizacyi znajdują się w komplecie, a w roku zeszłym uzupełniony został personel instytutu, przez utworzenie posad: lekarza asystenta i lekarza-bakteryologa. W dniu 23 grudnia (z. r.) zatwierdzoną została dla Instytutu nowa instrukcja, mocą której przywrócono zakładowi zgodną z prawem samodzielność, jaką miał w pewnych czasach swych dziejów.

Tekst instrukcyi brzmi jak następuje:

Zadania Instytutu:

§ 1. Warszawski Instytut szczepienia ospy zajmuje się: a) przyrządaniem dobrego materiału szczepiennego, b) rozpowszechnieniem tegoż materiału przez udzielanie go instytucjom rządowym i publicznym oraz osobom prywatnym i e) bezpłatnem szczepieniem ospy w instytucie wszystkim, zgłaszającym się po to.

Zarząd i personel Instytutu:

§ 2. Personel Instytutu składają: a) lekarz dyrektor, b) lekarz-asystent, c) lekarz bakteriolog, d) felcerzy, e) posługacze.

§ 3. Bezpośredni zarząd instytutu należy do dyrektora.

§ 4. Obowiązki dyrektora stanowią: a) ogólny zarząd zakładu, gospodarstwo, rachunkowość i aktowość, b) przyrządzania i wydawanie materiału szczepiennego, c) szczepienie ospy zgłaszającym się w tym celu do Instytutu.

§ 5. Obowiązki lekarza-asystenta polegają na: a) przyrządaniu materiału szczepiennego i wydawaniu jego pod kierunkiem dyrektora, b) szczepieniu ospy zgłaszającym się, c) zastępowaniu dyrektora w razie nieobecności jego.

§ 6. Obowiązki lekarza-bakteryologa polegają na: a) badaniu bakteriologicznem materiału szczepiennego zarówno podczas przyrządzania jego i po przyrządzeniu, b) zastosowaniu do przyrządzania limfy najnowszych wymagań bakteriologii, c) regestracyi danych bakteriologicznych o każdej seryi limfy.

§ 7. Felcerzy pomagają dyrektorowi i lekarzom przy wykonywaniu powziętych obowiązków i prowadzeniu korespondencyi, podział zajęć ich oznacza dyrektor.

§ 8. Obowiązki niższej służby określa dyrektor.

§ 9. Prócz wymienionego w art. 2 personelu Instytutu, dla obserwacyi nad zdrowiem cieląt, używanych do produkcji limfy oraz wykonywania sekcji cieląt, zaprasza się lekarza weterynaryi.

O działalności, rachunkowości i aktowości Instytutu:

§ 10. W Instytucie prowadzą się następujące księgi: a) Spis inwentarza, c) kontrola rozchodu limfy, e) księga ambulatoryjna szczepionych, d) dziennik wpływów i wydatków, e) kontrola cieląt z oznaczeniem ilości i jakości otrzymywanej z nich limfy, z uwagami bakteryologicznymi i weterynaryjnymi, f) dziennik korespondencyi i g) kwitaryusz.

§ 11. Odnośnie do cieląt ulegających szczepieniu prowadzi się księgę, w której oznaczają się dane następujące: a) miejsca, z kąd pochodzi cielę, wiek, barwa sierści, stan zdrowia i pokarm cielęcia, b) data szczepienia z oznaczeniem, jaki materiał został do zaszczenia mu ospy użyty, c) stan zdrowia cielęcia, d) wynik szczepienia, e) data zebrania limfy, t) wynik sekcji, g) ilość materji otrzymanej oraz wyniki badania mikroskopowego i bakteryologicznego, h) wynik szczepienia na cielętach i ludziach.

§ 12. Każda serya materiału szczepiennego wypuszcza się w obieg po zbadaniu bakteryologicznem i nie wcześniej jak po sprawdzeniu należytych własności jego.

§ 13. Materiał ospowy przechowywa się w naczyniach, na których oznacza się numer seryi, odpowiadający numerowi w księdze zapisanego cielęcia, z którego został zebrany, oraz data wydania limfy z instytutu.

§ 14. Materiał ospowy udziela się na zapotrzebowania na piśmie podawane lub za pokwitowaniem, które przechowują się w Instytucie, jako materiały dowodowe rozchodu limfy.

§ 15. Terminy szczepienia ospy w Instytucie oznaczają się przez Magistrat na przedstawienie dyrektora i podają się do wiadomości publicznej.

§ 16. Corocznie najpóźniej w dniu 1 marca dyrektor przedstawia Magistratowi sprawozdanie z działalności instytutu za rok ubiegły a najpóźniej w dniu 1 sierpnia—projekt budżetu na rok następny.

§ 17. Odnośnie do wydatkowania pieniędzy i rachunkowości obowiązują przepisy ogólne zatwierdzone dla wszystkich, podległych Magistratowi zakładów dobroczynnych.

§ 18. Pieniądze otrzymywane za limfę Instytut przelewa do kasy miejskiej w terminach przez Magistrat wyznaczonych.

Powyższa instrukcyja opracowana została, na podstawie odnośnego referatu mego, przez Komisję Magistratu pod przewodnictwem Edwarda Natanson'a, złożoną z pp. d-ra Karwowskiego, iek. naczelnego szp. Dz. Jezus, p. Kaszlewskiego, naczelnika wydziału dobroczynności publicznej; rady prawnej p. Mrozowskiego i naczelnika kancelaryi p. Ślaskiego.

Ta sama Komisya, z udziałem p. Puszkina, inspektora urzędu lekarskiego, rozpatrzyła jeszcze dwa inne projekty nasze, mające na celu rozszerzenie działalności instytutu oraz ulepszenie sprawy szczepienia publicznego w Warszawie.

Pierwszy projekt dotyczy cennika na limfę ospową. Bezpłatne dostarczanie limfy praktykuje się naprz. w Anglii i w Belgii, w których instytuty rządowe zaopatrzone są w olbrzymie ilości, a cała sprawa szczepienia oparta na organizacji publicznej, bardzo szerokiej. U nas bezpłatne rozdawanie limfy raczej ogranicza zapotrzebowanie, uniemożliwiając zaspokojenie potrzeb kraju i prowadząc do marnowania materiału, albowiem przy rozwiniętym felezeryzmie zapotrzebowywanoby ilości limfy olbrzymio przewyższające potrzeby. Z drugiej strony gminy kraju naszego wydatkują ogółem 8 tysięcy rubli na limfę ospową, albo nazbyt drogą, albo też sprowadzaną z dalekich okolic Cesarstwa: z Symbirską, Orla, Tambowa, Petersburga. Obojętne traktowanie sprawy tej przez Instytut nasz przeznaczony do zaspokojenia potrzeb kraju, t. j. do dostarczania możliwie taniej i dobrej limfy ospowej równałoby się zasadniczemu sprowadzeniu instytucyi do kategorii synekur i dla tego od wielu lat ubiegaleń się o utworzenie cennika na limfę, któryby jednocześnie dał możność rozwinąć olbrzymio produkcję limfy, dać znaczną oszczędność gminom, rozdáwać bezpłatnie daleko większą niż obecnie ilość limfy zakładom dobroczynnym i miejskim.

Komisya uznała, że przy budżecie 7,000 rubli instytut mógłby wyprodukować do pół miliona poreyi limfy rocznie. Celem zebrania dodatkowych 4,000 rb. do 3,000 obecnie na utrzymanie instytutu wydawanych, projektuje pobieranie następującej opłaty za limfę: za rurkę na 2 szczepienia — 15 kop., na 5 szczepień — 20 kop., na 10—30 kop., na 20—40 kop., na 50—1 rubla, a przy zapotrzebowaniach powyżej 100 poreyi—po 1½ kop. za porecę.

Odnosnie do reformy szczepienia ospy w Warszawie Komisya rozpatrzyła projekt przez autora niniejszego przedstawiony, oraz kontrprojekt d-ra Puszkina. Ten ostatni polegający na powierzeniu szczepienia ospy, jak i obecnie lekarzom cyrkulowym, lecz z wyznaczeniem im znacznego za to wynagrodzenia, nie zyskał aprobaty Komisyi, która stała na gruncie specjalnej, odrębnej od obecnej organizacji szczepienia. Projekt autora zmodyfikowany przez Komisję przedstawia się w następującej postaci:

1) Oprócz Instytutu utworzone być mają trzy stałe stacje miejskie szczepienia w różnych dzielnicach miasta. Stacje składać się mają z 3—4 pokoi z oddzielnem wejściem i wyjściem i znajdują się pod zarządem stałych lekarzy; w każdej znajdować się będzie posługacz.

2) Od 1-go maja do 1-go lipca funkcyonować mają corocznie stacje czasowe: w 4-eh przytułkach noclegowych, w przytułku Najświętszej Maryi Panny na Nowem-Mieście i w jednym zakładów miejskich.

3) Urządzić się ma szczepienie w mieszkaniach prywatnych prze 15 lekarzy, po jednym na każdy cyrkuł policyjny; każdy lekarz będzie miał do posług posługacza (sanitariusza). Szczepienie to odbywać się ma we wszystkich domach, przeważnie w jesień i w zimie — prócz powyżej wymienionego okresu wiosennego szczepienia, w któ-

rym dwie trzecie personelu pracować będzie na stacyach szczepienia, zamiast mieszkań prywatnych.

4) Szczepienie na stacyach odbywać się będzie codziennie po 3—4 godziny.

5) Cała organizacja powyższa znajdować się będzie pod nadzorem i kierunkiem dyrektora Instytutu szczepienia, który prowadzić będzie również rachunkowość, aktowość i statystykę szczepień.

Urzędowi lekarskiemu pozostawione być mają czynności, odnoszące się do nadzoru nad ludnością miasta, odnośnie do profilaktyki ospy oraz układanie, za pomocą policyi, list dzieci w każdym domu, nie mających ospy szczepionej i dostarczanie list takich Magi-stratowi.

Wydatki na organizację szczepienia ospy potrzebne, wyniosą według Komisji:

n	
1) Na zarząd centralny, kancelaryę, statystykę, ogłoszenia i t. p.	2,630 rb.
2) Na 3 stacje stałe, t. j. wynajem lokali, pensje lekarzy (po 300 rb.) i posługaczy (140 rb.) oraz wydatki gospodarcze . . .	3,570 rb.
3) Na stacje czasowe	300 rb.
4) Na szczepienie ospy po domach (lekarzom po 360 rb. i posługaczom po 300 rb.) . .	9,900 rb.
5) Na różne materiały	1,000 rb.
6) Urzędowi lekarskiemu na prowadzenie list osób podlegających szczepieniu	1,975 rb.

czyli ogółem 19,375 rb.

prócz 1950 rb. jednorazowego wydatku na urządzenie wewnętrzne stacyi.

Personel lekarski ma być obciążony przeważnie z liczby asystentów-akuszerów szpitali warszawskich⁴.

II. Działalność Instytutu szczepienia ospy ochronnej D-ra J. Tchórznickiego w Warszawie.

(Skreślone przez obecnego kierownika D-ra Zdanowicza).

„Chęć dostarczenia krajowi krowianki wolnej od domieszki bakteryi chorobotwórczych, była pobudką dla D-ra Tchórznickiego do założenia w Warszawie wzorowej pracowni. Aby urzeczywistnić ten zamiar udał się Dr. Tchórznicki zagranicę w celu zapoznania się z najnowszymi zdobyczami na tem polu; zwiedził lepiej urządzone instytuty niemieckie, francuskie i belgijskie, najwięcej czasu i pracy poświęcając rządowemu instytutowi w Wiedniu, wzorowo urządzoneму i świetnie prowadzonemu przez D-ra Paula.

Po takim przygotowaniu Tchórzniczeki założył w Warszawie wzorową pracownię w r. 1899. Z konieczności wszystkie aparaty i przyrządy, dotąd w kraju nieznanne, musiały być sprowadzone z zagranicy, nawet urządzenie pracowni wypadło powierzyć sprowadzonemu z Wiednia technikowi specjaliście. W tej wzorowej pracowni niezmiernie zorganizował odpowiednio przygotowany personel, aby pracownia mogła osiągnąć cel zamierzony. Jak trudne jest otrzymanie materiału szczepiennego, wolnego od domieszki mikrobów chorobotwórczych, niech zaświadczy poniżej podany krótki opis przygotowania krowianki.

Krótki opis przygotowania krowianki.

Do szczepienia pracownia używa cieląt w wieku od 6 miesięcy wzwyż. Cielę podlega starannemu zbadaniu i kilkodniowej obserwacji przez weterynarza, do szczepienia używa się tylko zdrowych cieląt. Zakwalifikowane do szczepienia cielę podlega gruntownemu oczyszczeniu za pomocą mycia i czyszczenia całego cielęcia. Następną czynnością przygotowawczą jest ogolenie brzucha. Na operację szczepienia cielę zostaje przeprowadzone do sali operacyjnej i ulokowane na specjalnym stole operacyjnym; po dokładnem wymyciu swych rąk wedł. metody Fibringera przystępujemy do mycia brzucha cielęcia wodą ciepłą i mydłem szarem w ciągu 10—15 min.; po użyciu mydła z cielęcia myjemy swą rękę powtórnie również według metody Fibringera, nakładamy wygotowane rękawiczki gumowe i przystępujemy do powtórnego mycia cielęcia w wyżej podany sposób; po zmyciu mydła pole operacyjne podlega dezynfekowaniu za pomocą 2% roztworu lizolu, ten ostatni zmywa się wodą wyjałowioną. Manipulacja dwukrotnego mycia brzucha cielęcia wraz z myciem własnych rąk i dezynfekcją brzucha zajmuje najmniej godzinę czasu. Po osuszeniu skóry brzucha za pomocą wyjałowionej gazy dokonywamy szczepienia specjalnym laucetem. Po zaszczeniu nakłada się następujący opatrunek w celu uniknięcia zanieczyszczenia pola operacyjnego: cały brzuch pokrywa się wyjałowioną lepka maścią, mającą własność wysychania na powietrzu; na nią kładzie się cienka warstwa waty wyjałowionej, która łącznie z maścią po wyschnięciu tworzy twardą nieprzepuszczalną skorupę; na to kładzie się wyjałowioną serwetkę, na nią czysty płócienny odpowiednio dostosowany pokrowiec, którego brzegi zszywa się na cielęciu cienkim szpagatem, a brzegi serwetki kilka takimiż szwami przytwierdza się do pokrowca. W ten sposób cielę schodzi ze stołu operacyjnego literalnie zaszyte w płótno. W ciągu okresu szczepiennego opatrunek ulega zmianie 1—2 razy stosownie do potrzeby; przez cały czas obserwacji przedszczepiennej, jak również w czasie okresu szczepiennego mierzy się cielęciu ciepłotę dwa razy dziennie i notuje się ją w księdze cieląt. Manipulacja mycia cielęcia przed zdjęciem ospy jest zupełnie ta sama co i przed szczepieniem. Zdjęcia ospy dokonywamy za pomocą specjalnej ostrej łyżeczki.

Zebrany materiał szczepienny przechowywa się w specjalnych naczyniach szklanych z pokrywkami, wyjałowionych za pomocą wyso-

kiej ciepłoty, w lodowni o t° mniej więcej +4° k. Roztarcie materiału ospowego odbywa się w wyjałowionym młynku szklanym z pokrywką, którego koła są obracane za pomocą turbiny wodnej. Roztarty materiał ospowy o wyglądzie emulsji szarawego koloru zostaje przelany do specjalnego wyjałowionego napełniacza, z którego pod ciśnieniem powietrza materiał zostaje włączany w dowolnej ilości do wyjałowionych cienkich rurek szklanych, których obydwie końce następnie są zatapiane w płomieniu dmuchawki. Krowianka z każdego cielęcia podlega bakteryologicznemu badaniu, cielę zaś sekcji w celu ponownego przekonania się o jego zdrowiu; w wątpliwych razach dokonywane są badania anatomo-patologiczne lub bakteryologiczne podejrzanych organów cielęcia (np. gruczolę chłonna, płuca i t. p.). W pracowni znajduje się „księga cieląt“, w której każde szczepione cielę ma swoją stronę z odpowiednimi rubrykami dla notowania: t° cielęcia, stanu jego zdrowia, wyników badań bakteryologicznych i anatomo-patologicznych; z ilości zebranej ospy i t. p.

Z powyższego łatwo zauważyć, że pracownia posiada następujące niezbędne aparaty 1) do sterylizacji autoklaw dla sterylizowania za pomocą pary opatrunków (wata, gaza, serwetki); piecyk dla suchej sterylizacji wszystkich szklanych naczyń za pomocą powietrza ogrzanego do 150°—180° C. i sterylizator do gotowania narzędzi; kocioł do wyjaławiania wody; 2) dwie specjalne lodownie do przechowania krowianki; z nich jedna ostudzona zimną wodą bieżącą przez węzownicę, druga lodem z 3 stron; 3) aparat: turbina—inżynier do mielenia, napełniania i zatapiania. Wymienione aparaty są najważniejsze, uszkodzenie jednego z nich powstrzymuje całą pracę nad krowianką“.

III. Krótkie sprawozdanie z działalności Instytutu szczepienia krowianki Cesarskiego Towarzystwa Filantropijnego w Kamieńcu Podolskiem.

(Skreślone przez kierownika instytucji d-ra Michalskiego).

W 80-tych latach zeszłego wieku uważano na południu Cesarstwa, a szczególnie w gub. Podolskiej brak dobrego materiału szczepiennego i to było bodźcem, powodującym Kamieniecki oddział Cesarskiego Towarzystwa Filantropijnego do utworzenia własnego instytutu szczepienia krowianki. Zarząd oddziału, otwierając instytut, miał na celu pierwsze zabezpieczenie gubernii Podolskiej i sąsiednich na wypadek epidemii i powtórne utworzenie źródła dochodów na cele dobroczynne.

Instytut szczepienia krowianki został utworzony 1-go stycznia (st. st.) 1887 roku i był odrazu poprowadzony o tyle wzorowo na owe czasy, iż już w roku następnym 1888 na wystawie higieniczno-lekarskiej i dydaktyczno-przyrodniczej we Lwowie (Galicya) został

odznaczony medalem brązowym, w roku zaś 1893 na pierwszej wszechrosyjskiej wystawie higienicznej w Petersburgu otrzymał wielki medal złoty.

Produkowanym u siebie materiałem szczepiennym od samego początku Instytut obsługuje stale gubernię Podolską (obecne ziemstwo Podolskie), resztę zaś wyprodukowanego detrytu rozsyła na żądanie do sąsiednich gubernii—Besarabskiej, Wołyńskiej, Kijowskiej, Czernichowskiej, a także do centrum i na kraniec Cesarstwa (Kaukaz, Turkiestan, Daleki Wschód).

Instytut produkuje rocznie w ostatnich 5—6 latach materiału szczepiennego na 500 tysięcy szczepień.

Za ubiegłe ćwierć wieku z Instytutu wyeksperymentowano krowianki na $7\frac{1}{2}$ miliona szczepień, z których na gubernię Podolską zużyto 3 miliony szczepień (w roku 1911 ziemstwo Podolskie nabyło z Instytutu materiału szczepiennego na 260000 szczepień).

Jesienną porą corocznie instytucje wojskowe nabywają materiału szczepiennego przeciętnie na 90 tysięcy szczepień.

Przez 25 lat w Instytucie dokonano bezpłatnie na dzieciach 20649 szczepień, czyli rocznie przeciętnie 800 szczepień. Cyfra ta niewielka z tego względu, że popierwsze Kamieniec Podolski posiada nie więcej niż 35000 mieszkańców, a powtórne—szczepieniem zajmują się liczni cyrulicy, a nawet i niektórzy wolnopraktykujący lekarze.

Szczepienia dokonane w Instytucie po raz pierwszy dają zwykle 100% przyjęć dodatnich. Zawiadomienia o takim samym rezultacie Instytut otrzymuje stale od lekarzy ziemskich i lekarzy wojskowych.

Instytut posiada dom własny dwupiętrowy, izolowany zupełnie od zabudowań sąsiednich i położony pośród ogrodów. Na parterze mieszczą się — kancelarya (kantory), sala operacyjna do szczepienia cieląt, sala dla 10 klatek z szczepionymi cielętami, pokój dla sterylizacyjnych aparatów i kuchenka dla służącego. Jako kwarantanna dla cieląt sprowadzonych z jarmarku służy obora zdalą od Instytutu położona. Laboratorium Instytutu mieści się na piętrze. Podłoga na parterze wszędzie cementowa.

Cielęta Instytut używa dorosłe (1 rok lub więcej mające). Szczepienie odbywa się na stole mechanicznym firmy Csokor (Wiedeń). Do szczepienia cieląt używa Instytut materiału szczepiennego (Stammlymphe) sprowadzanego z Wiednia od profesora Paula (Ces.-Król. Instytut). Jako roztwór antyseptyczny używany jest lyzol 2‰.

Do rozcierania resp. mielenia miazgi zmieszanej z gliceryną (detrytu) służy młynek firmy Csokor, obracany przez motor spirytusowy (Heizluft. motor) bardzo praktyczny i gwarantujący aseptykę. Materiał szczepienny rozlewa się za pomocą aparatu Csokora do szklanych cylinderków 4 kalibrów, zawierających materiał na 40, 20, 10 i 5 szczepień.

Do sterylizacji materiałów opatrunkowych (wata i opaski płócienne na brzuch dla jałówek) i cielizny służy parowy sterylizator „Excelsior“ warszawskiej firmy Adolf Witt; do dezynfekcji zaś—aparat Zarewicza do formaliny.

Nadzór weterynaryjny istniejący obecnie pozostawia, jak i wszędzie, wiele do życzenia.

Dla badań bakteryologicznych i bakteryoskopicznych produkowanej krowianki Instytut posługuje się oddziałem mikroskopowym pracowni sanitarno-analitycznej, należącej do tegoż samego zarządu Cesarskiego Towarzystwa Filantropijnego.

Czysty zysk, otrzymywany z produkcji krowianki po pokryciu kosztów utrzymania i instytutu, obracany bywa stale na cele dobroczynne (na utrzymanie dwóch bezpłatnych lecznic ambulatoryjnych, na wpisy szkolne dla niezamożnych uczniów bez różnicy wyznań, na wsparcia dla biednych i t. p.)⁴.

(D. c. n.).

III. SPRAWOZDANIA

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSK. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Dnia 3 kwietnia 1912 r.

1. Kol. Wiśniewski przedstawił chorobę z rozpoznaniem *lues serpiginosa tarda*. Cierpienie trwa od 3 lat i przedstawia się w postaci wysypki grudkowej miejscami ułożonej w łuki i koła, rozszerzające się odśrodkowo. Grudki umiejscowione są przeważnie na plecach; niektóre z nich pokryte są łuską lub strupkiem. Gdzieśniedzie widać brunatnawe zabarwienie po wessanych grudkach lub drobne powierzchowne blizenki. Chora raz rouiła; swoście nie leczona. Odczyn Wassermanna ujemny. Przedwodniczący Watraszewski przychyła się do rozpoznania powyższego z zastrzeżeniem co do *tarda*,—jedne i te same wykwity *syphilis papulosae* mogą się spotykać tak we wczesnych, jak i późnych postaciach choroby; w danym przypadku wielopostaciowość wykwitów przemawiałaby raczej za postacią wczesną.

2. Kol. Bernhardt przedstawił przypadek z rozpoznaniem jeszcze nie ustalonym. U chorej 30-kilkoletniej żydówki skóra okolicy pciowej i odbytnicy silnie zaczerwieniona, nacieczona, pokryta brudną wydzieliną, z naskórkiem miejscami odklejonym od warstw głębiej leżących. Na granicy ze zdrową skórą widać kilka pęcherzyków z mętną zawartością. Na lewym przedramieniu znajdują się podobne zmiany nieco słabiej wyrażone. Rozpoznanie waha się pomiędzy *pemphigus vegetans* i *blastomycosis*. Chora będzie poddana bliższemu zbadaniu.

3. Kol. Bernhardt przedstawił sześć przypadków wilka pospolitego na twarzy w trakcie leczenia metodą Herxheimer'a (*tuberkulina* i *salwarsan* dożylnie). Wyniki dotychczasowe przedstawiają się bardzo zachęcająco. Owrzodzenia goją się dość szybko, powoli wchłaniają się i nacieki wilkowe. W jednym przypadku, gdzie zastosowano tylko *tuberkulinę* i *pyrogallus* miejscowo owrzodzenia za bliżniły się, natomiast nacieczenie trwa czas dłuższy.

Posiedzenie dnia 1 maja 1912 r.

Członków obecnych 24, Przewodniczący dr. W a t r a s z e w s k i,

1. Kol. N e h r i n g przedstawił chorobę z rozpoznaniem eczema psoriasisiforme. Choroba zaczęła się przed rokiem od wykwitu na goleni, który rozszerzał się stopniowo. Od 5—6 tygodni całe ciało zajęte jest grudkowato-luskowatą wysypką o charakterze ostrym, dość silnym nacieczeniu. Po zdjęciu łuski widać zaczerwienienie i w wielu miejscach moknięcie. Oddzielne wykwity zlewają się w obszerne place, zajmujące miejscami całe okolice ciała. Kilka wykwitów znajduje się na czole na granicy z włosami. Nieznaczne zwędnienie. W dyskusyi kol. W a t r a s z e w s k i określa chorobę jako łuszczycę ostro przebiegającą.

2. Kol. R o s e n b e r g przedstawił chorobę z rozpoznaniem lupus erythematodes. Od 3—4 miesięcy na lewym skrzydle nosa znajduje się wykwit lekko nacieczony, na zewnętrznej stronie pokryty delikatną łuską; w sąsiedztwie wykwitu i na prawym policzku widać kilka drobnych grudek i krostek. Kol. W o j e i e c h o w s k i opierając się na braku cech wilka rumieniowatego (czopy łojowe, znaczny naciek, zanikowa blizna po środku, wał nazewnątrz wykwitu) skłania się ku rozpoznaniu acne rosacea. Tegoż zdania jest; kol. W a t r a s z e w s k i, który sąsiednie grudki uważa za objawy trądzika, za czem przemawia i cięża, w której znajduje się chora.

3. Kol. W i e l o w i e y s k i przedstawił przypadek Syphilis sec. acquisita u 6-0 letniej dziewczynki (ulcus indur. na lewej dużej wardze, łepięże u stolca).

4. Kol. S p r i n g e r przedstawił przypadek granulosis rubra nasi u dziewczynki 8-0 letniej. trwającą od 4 lat, jednocześnie z hyperhidrosis universalis, starsza siostra chorej też samo cierpienie przebywała.

5. Kol. K u r e l l a przedstawił przypadek z rozpoznaniem syphilis gummosa ulcerosa w postaci trzech głębokich, o silnie nacieczonych brzegach owrzodzeń, pokrytych strupami. Owrzodzenia te, umiejscowione na górnej wardze, trwają od 3 miesięcy. Gruczoły znacznie powiększone, zwłaszcza pachwinowe. Swoiście nie leczony.

Posiedzenie dnia 3 czerwca 1912 r.

Członków obecnych 22. Przewodniczący dr. W a t r a s z e w s k i.

1. Kol. D a l e c k i przedstawił przypadek z rozpoznaniem lupus vulgaris. U 40-letniego mężczyzny znajduje się od 8 lat na górnej wardze, lewym skrzydle nosa, dolnej wardze i podbródka wykwit w postaci zlewających się grudek wielkości ziarna pieprzu. Wykwit dość ostro oddzielający się od zdrowej skóry, na nosie z lewej strony łączy się z obszerną blizną o charakterze keloidalnym. Na uwłosionej części głowy i na czole na granicy z włosami oddzielne grudki, niektóre pokryte strupami. Kol. W i ś n i e w s k i proponuje wykluczyć syfilis (odeczyn Wassermann'a, swoiste leczenie).

Kol. W a t r a s z e w s k i na podstawie głębokich blizn na nosie i charakteru wysypki na capillitium rozpoznaje lues inveterata.

2. Kol. R o z e n b e r g przedstawił przypadek lues acquisita (prawdopodobnie przez mamkę) u kilkumiesięcznego chłopca. Na wypukłej skórze u stolca oddzielne grudki, owrzodziła grudka pomiędzy palcami ręki, na tułowiu ślady różyczki. Rodzice nie przebywali syfilisu. Kol. W a t r a s z e w s k i owrzodzenie pomiędzy palcami uważa za sprawę pierwotną.

3. Kol. W o j c i e c h o w s k i przedstawił przypadek z rozpoznaniem lichen ruber planus hypertrophicus. U 35-letniego mężczyzny wysypka o charakterze grudkowatym, głównie na dolnych kończynach i tułowiu. Grudki, wielkości konopnego nasienia do ziarnka grochu, gdzieś pokryte są grubymi łuskami koloru szarego. Pomiedzy grudkami widać małe bliznki i okrągławe nacieki koloru burego. Jedne grudki są drobne i płaskie, wyglądu woskowego, z zagłębieniem pośrodku, miejscami ułożone w łuki, inne robią wrażenie brodawek. Na górnych kończynach wysypka jest daleko mniej obfita.

4. Kol. W i ś n i e w s k i przedstawił przypadek herpes zoster na wewnętrznej powierzchni lewej górnej kończyny.

5. Kol. W i ś n i e w s k i przedstawił przypadek z rozpoznaniem herpes zoster bilateralis. U młodej kobiety w 6-y m miesiącu ciąży znajdują się od kilku tygodni na wewnętrznej powierzchni obu dolnych kończyn wykwity rozmaitej wielkości, składające się z drobnych pęcherzyków w większości już popękanych z pozostawieniem zasychającej w strupki wydzieliny. Kol. W a t r a s z e w s k i rozpoznaje eczema impetiginosum.

6. Kol. S p r i n g e r przedstawił przypadek; bromoderma tuberosum. Dziecko roczne, do 9 miesięcy rozwijało się normalnie. Przed 3-ma miesiącami zachorowało na cierpienie, które rozpoznano jako meningitis serosa i zalecono brom. Po miesiącu stan układu nerwowego nie zmienił się, natomiast na ciele wystąpiła obfita wysypka. Rodzice dziecka zdrowi, według matki „nerwowi“. Siedmioro innych dzieci zdrowe, w dzieciństwie przebywały angielską chorobę. Obecnie stan nerwowy dziecka bez zmiany ku lepszemu. Objawy skórne umiejscowione są przeważnie na powierzchniach wyprostnych kończyn i na lewym policzku. Wykwity posiadają rozmaitą postać w zależności od czasu trwania i przestrzeni, którą zajmują. Pierwotny wykwit cechuje charakter wyraźnie pęcherzykowy. Pęcherzyki wielkości od ziarnka prosa do grochu zawierają żółty mętny płyn. Większe pęcherzyki okrężone są jasno-czerwoną zapalną otoczką. W ogniskach jeszcze większych widać obszerne warstwy: gdy części obwodowe posiadają wyraźnie pęcherzykowy charakter, części środkowe tworzą obfite wybujalności koloru brunatnego z głębokimi bruzdami. Największe ogniska znajdują się na lewym policzku i w okolicy stawu łokciowego. Na dolnej powierzchni tułowia widać mocno zabarwione plamy.

7. Kol. S t e r l i n g przedstawił przypadek twardzieli skóry. A. J. lat 22, od 6 lat cierpi na zaburzenia żołądkowe. Zmiany skórne datują się od półtora roku. Na 6 tygodni przed początkiem choroby zaniewidziała na prawe oko, lecz cierpienie to ustąpiło. Chora stawia

cierpienie oka i objawy skórne w zależności od utraty miesiączkowania, które ustąpiło przed samem zapadnięciem na oko. Obecnie widzimy typowy obraz obszernej twardzieli skóry, przeważnie w okresie drugim. Roentgenogram nie wykazał zmian w przysadce mózgowej. Na łącznicy prawego oka znajdują się blizny, na rogówce drobne plamki (maculae), dno oka normalne.

Przy badaniu narządów płciowych znaleziono: część pochwową macicy bardzo małą (wielkości orzecha tureckiego), trzon macicy w zupełnym prawie zaniku, jajniki nie wyczuwalne. Leczenie ooforyną pozostało bez wyniku.

8. Kol. Sterling przedstawił 30-letnią D. S., pochodzącą z rodziny zdrowej. W grudniu 1910 roku po raz pierwszy wystąpiły na plecach i kończynach plamy i pęcherze. Gorączki i dreszczów nie było. Stopniowo wykwity rozszerzyły się po całej skórze. W początkach 1911 r. zaczęły występować bardzo bolesne pęcherze, zawierające mętny płyn. W maju r. b. przybyła do szpitala z objawami o typie 1) erythema exsudativ. multiforme, 2) urticaria, 3) impetigo. Rozpoznanie waha się pomiędzy dermatitis herpetiformis Dühringi i dermatite polymorphe douleureuse. W dyskusyi kol. Sterling skłania się ku ostatniemu, kol. W a t r a s z e w s k i rozpoznaje erythema bullosum.

A. Racinowski.

REVUE D'UROLOGIE.

Dr. Le Clerc Dandoy. O leczeniu gruźlicy narządów moczowych za pomocą tuberkuliny.

Na wstępie autor przytacza szereg badaczy, którzy pracowali w danym kierunku. Jeszcze przed 20 laty doświadczenia kliniczne prowadzone przez Chauffard'a, Guyon'a, Albarran'a i in., wykazały ujemne wyniki zastrzykiwań tuberkuliny przy gruźlicy narządów moczowych: zwykle występowały ciężkie zapalenia mięszzowe nerek, powodujące niekiedy zejście śmiertelne. Dopiero w r. 1904 Fenwick, w następnym—Pardoe, a w 1907—Keersmacker, Lenhartz i inni ogłosili bardzo zachęcające spostrzeżenia, w których działanie dodatnie tuberkuliny nie ulegało żadnej wątpliwości.

W następnych latach zaczęło zjawiać się coraz więcej prac, stwierdzających to samo.

W r. 1910 Mantoux ogłosił 70 przypadków gruźlicy narządów moczowych, leczonych tuberkuliną; z nich wyzdrowień zupełnych było 33%, polepszeń stanu zdrowia 48%, bez zmiany—11%, zejść śmiertelnych—8%. Mantoux podaje następujące wnioski:

1) Tuberkulina jest ważnym środkiem leczniczym przy gruźlicy narządów moczowych.

2) Odsetka wyzdrowień jest znaczna.

3) Polepszenie tyczy się tak sprawy miejscowej, jak i ogólnej stanu chorych; przyrost wagi bywa często bardzo znaczny.

4) Różne gatunki tuberkuliny dają wyniki jednakowe.

5) Leczenie tuberkuliną jest wskazane:

a) we wszystkich przypadkach gruźlicy pęcherza bez zajęcia nerek;

b) przy obustronnej gruźlicy nerek oraz przy nawrotach po wycięciu nerki;

c) jako leczenie pooperacyjne po wycięciu nerki;

d) przy gruźlicy jednej nerki w początkowym okresie sprawy chorobowej.

6) W razie daleko posuniętego zniszczenia nerki lepiej zastosować wycięcie schorzonego narządu.

7) Leczenie wymaga bardzo ścisłej obserwacji chorego w celu uniknięcia przykrych powikłań.

8) Przy leczeniu tuberkuliną pożądanę jest jednoczesne leczenie ogólne, w razie potrzeby—i miejscowe; należy powstrzymać się od kąpieli słonecznych.

Wszyscy inni badacze przytaczają te same żądanie, co Mantoux. Wszyscy przestrzegają przed zbyt silnymi dawkami tuberkuliny.

Leczenie tuberkuliną jest niełatwe i długie: wymaga wielkiej cierpliwości ze strony lekarza, jak i chorego.

Metoda leczenia polega na podskórnem zastrzykiwaniu tuberkuliny 1—2 razy na tydzień, przyczem chory podlega ścisłej obserwacji lekarskiej. W razie zbyt silnego odczynu ogólnego (podniesienie się ciepłoty) lub miejscowego (częstsze urynowanie, zwiększenie się bólów, większa ilość krwi i białka w moczu i t. d.) zastrzykiwania należy na pewien czas wstrzymać. Leczenie daje najlepsze wyniki, jeśli połączone jest z leczeniem klimatycznym i dietetycznym. Po przytoczeniu historyi rozwoju i metody leczenia za pomocą tuberkuliny autor opisuje 3 swych własnych przypadków ciężkiej gruźlicy pęcherza i nerek, leczonych powyższą metodą. Leczenie trwało od 4 do 15 miesięcy, u jednych bez przerw, u innych z paromiesięcznymi przerwami. We wszystkich ośmiu przypadkach wyniki były doskonałe: znikły częste i bolesne urynowania, znikła krew i białko z moczu, znikły powiększenie i bolesność nerek schorzałych, ciepłota upadła do zwykłych granic, waga podniosła się, ogólny stan i samopoczucie chorych znakomicie poprawiły się.

Janvier 1912.

Dr. L. Nehring.

B. Motz: Krwawienie samoistne u prostatytków.

U prostatytków bywają krwawienia, niezależnie od przerostu gruczołu krokowego, a mianowicie krwawienia pochodzenia nerkowego (zapalenie krwotoczne nerek, nowotwór, kamień) lub pęcherzowego (zapalenie krwotoczne pęcherza, nowotwór i t. p.). Krwawienia zależne od przerostu gruczołu krokowego, mogą być wtórne i samoistne. Pierwsze bywają spowodowane, pomijając niezręczne cewnikowanie, zbyt szybkim opróżnieniem przepelnionego moczem pęcherza; krwawienie w takich razach występuje u osobników, porażonych stwardnieniem naczyń: kruche, pozbawione elastyczności, naczynia nerkowe pod wpływem nagłego spadku ciśnienia w miedniczkach nerkowych, pękają i powodują krwawienie: to samo dzieje się, gdy przy nagłym opróżnieniu pęcherza pękają nowoutworzone naczynia w ścianie pęcherza u prostatytków. Krwawienia samoistne najczęściej zależą od często spotykanego u prostatytków krwotocznego zapalenia pęcherza.

Autor starał się rozstrzygnąć kwestyę, czy mogą istnieć krwawienia samoistne w zależności od zwykłego przekrwienia w przerostywnym gruczole krokowym? Civiale, Thomson, Tuffier uważają takie krwawienia za możebne, natomiast Guyon nie widział ich ani razu w swej praktyce. Autor opisuje dwa spostrzegane przez siebie przypadki samoistnego krwawienia u dwóch prostatytków—72 u i 75 o-letniego. W obydwóch przypadkach cysto-i-urethroscopia wykazały w tylnej cewce obecność wyrosła na błonie śluzowej, jako pozostałości po ongi przebytem zapaleniu cewki; właśnie z wyrosła tych

powstawały krwawienia pod wpływem przekrwienia przerośniętego gruczołu krokowego; innych przyczyn krwawienia nie znaleziono. Zastosowane systematyczne wkraplania azotanu srebra podług Guyon'a usunęły krwawienia.

Dr. L. Nebring.

Dr. H. Reynes. O zapaleniach pęcherzyków nasiennych i ich leczeniu.

Zapalenie pęcherzyków nasiennych zdarza się o wiele częściej, niż to jest przez lekarzy stwierdzane. Zapalenie bywa zwykle pochodzenia drobnoustrojowego, jako powikłanie przy chorobach ogólnie zakaźnych (grypa, płonica, dur i t. p.), często, jako objaw miejscowy gruźlicy, najczęściej zaś, jako pozostałość po rzeżączce.

Zarazki dostają się do pęcherzyków drogą naczyń krwionośnych lub przez kanały nasienne. Zajmiemy się zapaleniami gonokokkowymi, jako najczęstszymi i najwięcej nas obchodzącymi. Zapalenia te bywają ostre i przewlekłe. Pierwsze spotykamy, jako powikłanie ostrej rzeżączki cewki, pęcherza, gruczołu krokowego, przyjądrza. Zapaleniu towarzyszą objawy ogólne: gorączka, podniecenie, bezsenność, niestrawność, i miejscowe: bóle i podrażnienie narządów sąsiednich pęcherza i prostaty: zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca. Choroba przebiega, jak zwykły ropień; kończy się albo przez wessanie doszczętne lub stwardnienie tkanki zapalnych, albo też przechodzi w stan przewlekły. Najczęściej zapalenie kończy się zropieniem, przyczem gorączka i bóle zwiększają się. Stosujemy w tym okresie kąpiele, kataplazmy, narkotyki. Ścianka ropnia (najczęściej bierze udział w ropieniu i gruczoł krokowy) przyrasta stopniowo do odbytnicy, cieńszeje, w końcu pęka—ropa opróżnia się, do kiszki; wszystkie objawy chorobowe znikają, następuje wyzdrowienie. Czasami ropień otwiera się do cewki i tędy opróżnia się; daje to często powód do przewlekłych wycieków śluzoropnych z gruczołu krokowego. Czasami zachodzi potrzeba zabiegu operacyjnego któregoś ropień otwierać—przez odbytnicę, cewkę lub krocze—dotychczas zdania są podzielone.

Zapalenie pęcherzyków przewlekłe zdarza się o wiele częściej niż przypuszczają lekarze.

Ogólnych objawów przytem niema żadnych, z miejscowych zaś—tylko śluzoropny wypływ z cewki, który, niestety, zwykle rozpoznawany bywa i leczony, jako przewlekły nieżyt cewki lub gruczołów: Littré'ego, Morgagni'ego, Cowper'a, krokowego.

Rozpoznanie zasadza się: 1) na badaniu pęcherzyków palcem przez prostatę, przytem jednak potrzeba mieć wielką wprawę, 2) na badaniu drobnovidzowem wydzieliny pęcherzyków, którą otrzymujemy za pomocą miesienia ich, przedtem jednak trzeba przełożyć cewkę i pęcherz, usunąć miesieniem wydzielinę gruczołów Littré'ego, Morgagni'ego i krokowego. Leczenie przewlekłych zapaleń pęcherzyków polega na stosowaniu gorących nasiadówek, czopków z jodem lub maścią szarą, głównie zaś—na stosowaniu systematycznego miesienia, które prócz tego, że usuwa wydzielinę ropną z pęcherzyków, wpływa przez zwiększenie obiegu krwi na wessanie się nacieków chorego narządu, zwiększając zaś fagocytozę, wpływa zbawienie na odradzanie się tkanek. Miesienie skutecznie się palcem

przez odbytnicę, trwa 3—4 minut, powtarza się 2—3 razy na tydzień.

Dr. L. Nebring.

L. Gauthier. Białkomocz w związku z cewnikowaniem moczowodów.

Zbierając mocz z prawej i lewej nerki osobno za pomocą cewnikowania moczowodów, niepodobna, zdaniem autora, otrzymać pewnych wyników co do zawartości białka w moczu. Zależy to od tego, że 1) przy wprowadzaniu cewnika często rani się śluzówkę—lekko krwawienie i złuszczenie się nabłonka; stąd fałszywe wnioski co do zawartości białka w zebranym moczu; 2) przy zabiegu tym stosujemy często znieczulenie ogólne, co samo przez się może wywołać białkomocz. Obiedwie te przyczyny są zupełnie zrozumiałe i wszystkim znane. Jest jednak jedno zjawisko, dotychczas jeszcze niewytłomaczone, mianowicie: sama obecność cewnika w jednym moczowodzie może spowodować pojawienie się białka w moczu, wypływającym z drugiego moczowodu, do którego cewnik nie był wprowadzany. Autor przytacza następujący przypadek: u pewnego chorego prawa nerka porażona była sprawą gruźliczą; ogólna zawartość białka w moczu wynosiła 0,5‰; zebrany za pomocą cewnika moczowodowego mocz z chorej nerki wykazywał 1,5‰ białka, zebrany zaś jednocześnie z drugiej zdrowej nerki zwykłym cewnikiem pęcherzowym zawierał 5‰; widocznym było, że białkomocz w danym przypadku był zjawiskiem chwilowym. Chorą nerkę usunięto, pozostała zaś pełniła nadal zupełnie prawidłowo swą czynność, przyczem białkomocz znikł. Autor przytacza jeszcze jeden zupełnie taki sam przypadek ze swej praktyki i kończy następującą radą: „bezużytecznym jest szukać białka w moczu, otrzymanym za pomocą cewnikowania moczowodów, gdyż często bardzo nie daje to wyników dodatnich“.

Dr. L. Nebring.

(Przypadki, opisane przez autora, są dość rzadkie, najczęściej zaś otrzymujemy wyniki badania najzupełniej dodatnie). Przypisek sprawozdawczy).

Dr. Bernaseoni. Trzy przypadki stwardnień plastycznych ciał jamistych prącia, z których dwa leczone za pomocą promieni Roentgena.

Autor opisuje 3 rzadkie przypadki stwardnień plastycznych ciał jamistych, które miały sposobność widzieć w swej praktyce—dwa u młodych ludzi, jeden u 60-cio letniego. W dwóch przypadkach autor stosował naświetlania promieniami Röntgena. Jeden chory, po 6 seansach, nie widząc poprawy, zaniechał dalszego leczenia; w drugim przypadku po 18 naświetlaniach stwardnienie znikło doszczętnie. Seanse odbywały się co tydzień, trwały po 15—25 minut; po 5 seansach—2 tygodnie przerwy. Rury używane były twarde (7—8), promienie—filtrowane przez blachę aluminiową 1 mm. grubości.

Dr. L. Nebring.

ANNALES DE DERM. ET DE SYPHILIS.

W sprawie działania rtęci i salwarsanu u chorych, dotkniętych przymiotem.

Na podstawie możliwie ścisłych i dokładnych obserwacji, autorzy dochodzą do wniosku, że nawet intensywnie stosowanie rtęci nie wpływa ujemnie na narząd moczowy. Wpłynęło zaś dodatnio na odżywianie zarówno u chorych, dotkniętych przymiotem, jak i u zdrowego, poddanego doświadczeniu osobnika.

Pod wpływem salwarsanu poprawiał się stan ogólny chorych, owróżdzenia przymiotowe zablizniały się b. szybko, wysysały się nacieczenia tegoż samego pochodzenia. Wessaniu podlegały również zmiany trzeciorzędowe, które nie zawierają weale lub w bardzo nieznacznej liczbie, krętki blade. Według autorów wskazuje to, że salwarsan wywiera wpływ nie tylko na krętki, lecz i na narządy, jest więc też i organotrop.

1911 r. Nr. 8--9.

M. Paschalis.

Znamię błękitne W. Dubreuilh et G. Petges.

Autorzy obserwowali u 46-0 letniej kobiety w okolicy jarzmowej wystające, błękitne znamię. Przy badaniu mikroskopowym znaleźli barwnik w głębokich warstwach skóry. Według autorów znamię to jest odmianą zwykłych znamion barwиковych; kolor błękitny zaś przypisują temu, że barwnik jest widoczny przez stosunkowo grubą warstwę skóry, gdyż pod mikroskopem przedstawia się on jako żółty, brunatny, lub czarny.

1911 r. Nr. 10.

M. Paschalis.

B r o c q w obszernym artykule, nie nadającym się do streszczenia, dowodzi, że sprawa chorobowa, nazywana przez szkołę francuską érytheme polymorphe vésiculeux — bulleux nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej.

1912 r. Nr. 1.

M. Paschalis.

O objawach, zmianach mikroskopowych i procesach biochemicznych, typowych dla pryszczycy grudkowo-pęcherzykowej.

L. Brocq, L. M. Pautrier i J. Ayrignac. Opisałwszy dokładnie zmiany mikro i mikroskopowe, występujące przy powyższym cierpieniu, i zaznaczywszy związek z pokrewnymi sprawami chorobowymi np. prurigo, pryszczycą zwykłą, autorzy na podstawie dokładnie przeprowadzonych badań nad czternastu chorymi wnioskuje, że we wszystkich przypadkach istnieje upośledzenie przepuszczalności nerek, a w znacznej większości odnośnych przypadków (80%) wzmożenie procesów fermentacyjnych w kiszkaach. Fakty te mają doniosłe znaczenie dla leczenia.

1911 Nr. 10.

M. Paschalis.

Epitheliome lymphatique en nappe. A. Fage i R. Le Blaye

Rakowi sutka towarzyszą niekiedy zmiany, opisane przez L. Brocq'a, Delaunay'a i Lenglet'a pod powyższą nazwą, a polegają na występowaniu czerwonych plam, miejscami usianych pęcherzykami, pęcherzyki te zawierają limfę. Pod mikroskopem stwierdzono zatkanie naczyń chłonnych przez komórki nowotworowe.

1912 r. Nr. 2.

M. Paschalis

Lasecznik Loefflera jako przyczyna ropnego zapalenia skóry. A. de Verbizier.

Lasecznik Loefflera może wywoływać na skórze zmiany pierwotne lub wtórne; opisał je dokładnie Trausseau. Autor obserwował u 7-0 letniej dziewczynki z ropną wydzieliną z nosa i zapaleniem sromu — trądzik na pośladkach i czyrak na przedramieniu. Z tych wszystkich ognisk wychodowano laseczniki Loefflera. W celu właściwego rozpoznania i leczenia ropnych zmian na skórze konieczną przeto jest rzeczą badanie bakteryologiczne.

1912 r. Nr. 2.

M. Paschalis.

L. M. Bonnet opisuje przypadek pierwotnej sporotrichozy kości piętowej u 69-0 letniego starca. Obrzęk i przetoki przemawiały za sprawą gruźliczą; hodowle roztrzygnięły rozpoznanie. Na sekcji stwierdzono, że samych ognisk sporotrichozy nie było.

1912 r. Nr. 3.

M. Paschalis.

Z POSIEDZENIA DERM. I SYF. W PARYŻU.

1. L. Fournier, Guénét i Al. Pénault zdają sprawę ze stosowania do wewnątrz arsenobenzolu u 20 syfilityków. Podawano nie więcej, niż 0.4 — 0.5 dziennie w postaci pigulek albo rozcieńczonego roztworu, codziennie lub co 2-gi, 3-ci, 4 ty dzień, przerywając stosowanie przy wystąpieniu biegunki lub innych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Chorzy przyjęli po 2 — 6 gramów. W większości wypadków wpływ był dodatni na stan ogólny, na objawy przymiotowe jednak słaby; jeżeli objawy te ustępowały, to bardzo powoli, a tam, gdzie znikły, powracały na nowo. Wobec tego autorzy są zdania, że sposób ten może być stosowany tylko jako uzupełniający przy wstrzykiwaniach, jeżeli np. tych ostatnich powtarzać nie można lub stan ogólny chorych nie pozwala na zastrzykiwanie do żył dużych dawek „606“.

(Bul. de la soc. fr. de Derm. et. de syph. 1911 r. Nr 9).

2. F. Balzer, Levy — Francheli Condat zalecają w łuszczycy kąpiele dziegciowe. W tym celu do kąpielei dodaje się:

1) huile de cade	50.0 — 100.0
savon noir	25.0
eau	50.0

kąpiel taką stosuje się codziennie, początkowo 1/2 godziny, potem godzinę

2) huile de cade	50.0
jaune d'oeuf	Nr 1
extr. fl. de quillaya	10.0
eau	250.0
3) huile de cade	67.0
colophane	11.0

rozpuścić ogrzewając, ostudzić do 60° — 70°, dodać wstrząsając.

Solut de soude caustique à 20° Baumé 21.90. Zamiast huile de cade można używać anthrasol:

anthrasol	25.0
colophane	10.0

Soude caustique à 20° Baumé około 4.0. Do kąpielei dziegciowych można dodawać ac chrysophanicum 1.0 — 5.0 lub chrysarobing, ac pyragallicum (1.0 — 10.0).

1911 r. Nr. 9.

3. L e r e d d e leczył salwarsanem chorego na wiał rdzenia trwający od lat 10 u. Zastrzyknięto 3 razy po 0,6, dodatni dotąd odczyn Wassermanna przeszedł w ujemny; bóle głowy i w kończynach ustąpiły; wzrok poprawił się znacznie; chory, który dotąd chodził z trudnością, mógł po leczeniu odbywać długie przechadzki. Pozostały bez zmiany zaburzenia w oddawaniu moczu i brak odruchu ze ścięgien. Autor kładzie nacisk, że w danym przypadku, obserwowanym w ciągu 7-u miesięcy objawy chorobowe nie zatrzymały się w rozwoju, lecz ustąpiły, można więc mówić o względnym wyleczeniu
1912 r. Nr. 4.

4. F. B a l z e r obserwował u 40-9 letniego mężczyzny na przedniej powierzchni obu ud i tylnowewnętrznej ramion cały szereg guzów, przedstawiających się mikroskopowo jako włókniaki i tłuszczaki. Największy z nich równa się pięści, są one ruchome, niebolesne, pokryte niezmienną skórą. Z wywiadów okazało się, że chory, cierpiąc na malarję zastrzykiwał sobie podskórnice chininę i kakodylan żelaza; zastrzykiwania te były wykonane zupełnie aseptycznie. Na miejscu zastrzyknięć zaczęły występować stwardnienia, a potem guzy. Bardzo być może, że wprowadzenie lekarstwa pod skórę, działając jak uraz, wywoływało ognisko zapalne, które stopniowo przechodziło w włókniaki i tłuszczak.

1912 r. Nr. 3.

M. Paschalis.

STRESZCZENIA.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Dodatek do nauki o śródmięśniowych tłuszczakach. Podał Dr. R. Herzberg.

Autor podaje, że cierpienie to jest rzadkie i rozwija się najczęściej po czasie wśród warstwy mięśniowej. Małe nagromadzenie tłuszczu w tkance łącznej daje zazwyczaj powód do rozwinięcia się tłuszczaka. Co do umiejscowienia się tłuszczaków to najrzadziej występują one w mięśniach podudzia, a że autor obserwował w mięśniach podudzia to cierpienia, rozpoznane dopiero za pomocą punkcyj próbnej, przeto ogłasza ten przypadek.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1912 Nr 41.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leczenie Acne vulgaris prądem Oudina. Podał Dr. A. Herzfeld w Nowym Jorku.

Autor opisuje bardzo dobre wyniki, jakie uzyskał za pomocą tej metody w leczeniu 12 przypadków acne vulgaris, z których trzy były bardzo ciężkie i przytacza historię choroby tych ostatnich. Następnie opisuje ową metodę, zaznaczając, że po wywołaniu erytemy na skórze, leczenie należy przerwać, by nie dopuścić do zapalenia i oparzenia. Posiedzenie to stosuje dwa razy w tygodniu, a w międzyczasie poleca chorym używać mydło z nadtlenkiem cynku (zinksuperoxydseife) i równocześnie przeprowadza leczenie wewnętrzne, podając np. przetwory nieorganiczne żelaza i arsenu u osób niedokrwistych.

Prądowi Oudina przypisuje autor działanie chemiczne i termiczne i podaje że i przy acne rosacea osiągnął również dobre wyniki.

Dermatologisches Centralblatt Nr 6 Berlin, Marzec 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O postaci nerkowej choroby Werlhofa. Podał Dr. H. Pickhoret

Autor opisuje trzy przypadki Purpura haemorrhagica, która wywołała chroniczne krwotoczne zapalenie nerek, bez następnych

zmian w mięśniu sercowym, tętnie i stanie odżywienia. Wszelka terapia pozostała bez wpływu.

Medizinische Klinik Nr 1. Wiedeń Styczeń 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leczenie salwarsanem i ciężki pemphigus vulgaris. Podał Dr. H. M e r z.

Autor opisuje przypadek tej choroby, w której zastosowany salwarsan pozostał bez skutku, natomiast podanie chininy sprawdziło szybką poprawę, a następnie zupełne wyleczenie tego cierpienia.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911 Nr 48.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Ciężki przypadek Purpura haemorrhagica Podał Dr. L. W o l f e r

Autor przytacza chorobę jednego przypadku ciężkiej Purpura haemorrhagica z licznymi i ciężkimi krwawieniami na skórze i krwawkami podniebienia, języka, warg, nosa i spojówek oka. Obok tego istniały krwawienia z jelit i pęcherza moczowego. Chory cierpiał na podwójne widzenie, które autor tłumaczy krwotokiem do mięśnia rector lateralis i upośledzonej czynności tegoż. Według zachodzących wewnętrznzych objawów uważa autor tę chorobę za infekcyjną

Medizinische Klinik Nr 42 Wiedeń, Listopad 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O ostrej bolesnej i symetrycznej Lipomatozie. Podał Dr. Z. K l i n - k o w s t e i n.

Autor opisuje przypadek tej choroby u 23 letniej pacjentki, u której w przeciagu kilku dni powstały na kończynach górnych symetrycznie ułożone małe guzki o znacznej bolesności, szczególnie przy ucisku tychże. Badania histologiczne wykazały, że były to małe tłuszczaki i nie stały w jakimkolwiek związku z otaczającymi nerwami.

Medizinische Klinik Nr. 32, Wiedeń Sierpień 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

b) SYPHILIS.

Serodyagnostyka kiły. Dr. K. A l t m a n n. Z kliniki dermatologicznej szpital. w Frankfurcie n. M. Dyrektor: Prof. K. H e r x h e i m e r.

Kontrola różnych sposobów i modyfikacji odczynu W a s s e r m a n n a pouczyła autora, że żadna z podanych odmian nie jest w stanie zastąpić metody oryginalnej. Obok niej można z korzyścią użyć odmiany S t e r n a, lecz szczególnie pod względem rozpoznawczym trzeba się mieć na ostrożności z wysnuwaniem z niej wniosków zbyt daleko idące. O modyfikacji D u n g e r n a, którą ten ogłasza jako me-

tożę do stosowania podczas godzin ordynacyjnych lekarza praktycznego, wyraża się A. dość sceptycznie. Dodatni odczyn W., prócz w kile, wydarza się z pewnością tylko w trądzie, Fromboesia tropieca, w krwi narkotyzowanych, w zimnicy, rzadziej i przemijająco w płonicy i w napadzie rzucawkowym (eklampsia). Te wyjątki nie obniżają praktycznej wartości odczynu. W końcu omawia A. znaczenie dodatniego odczynu W. dla leczenia i rokowania. Najprawdopodobniej jest dodatni odczyn oznaką czynnej kily. Z tego wynika samo przez się żądanie, by leczyć dodatni odczyn W. tak jak każdy inny objaw kily. W salwarsanie mamy teraz środek, który w połączeniu z rtęcią ułatwi nam usunięcie dodatniego odczynu W. Co do prognozy, to praktycy robią r. W. najwięcej zarzutów. Przyczyną jest głównie to, że z praktycznej strony przecenia się zbyt często ujemny odczyn, chcąc choremu powiedzieć coś wesołego i podnieść w własnych oczach wartość udzielonej pomocy lekarskiej. Należy więc pamiętać, iż nawet z kilkakrotnie ujemnego wyniku o. W. nie jesteśmy uprawnieni do wniosku że chory jest wyleczony. Przeciwnie nie wolno zapomnieć, że nawet po kilkoletnim ujemnym wyniku może odczyn znów stać się dodatnim. Dodatni odczyn W a s s e r m a n n a należy uważać za objaw kily. Wiele zapowiadającymi są w każdym razie próby G e n n e r i e h a zapomocą prowokacyjnego wstrzyknięcia salwarsanu, ażeby już wcześniej dojść do pewnego zdania co do trwałego wyniku leczenia.

Dermatol. Zeitschrift, 1912, z. 1.

Baschkopf (Kraków).

Dotychczasowe wyniki leczenia ponownego kily zapomocą wycięcia, salwarsanu i rtęci Podał Dr. H. H e h t

Autor na podstawie licznych obserwowanych przypadków jest pelen entuzjazmu dla tej metody, szczególnie wtenczas, jeśli zmiana pierwotna usadowiona jest przystępnie do wycięcia i reakcja surowicza daje wynik ujemny. Zachęca wszystkich lekarzy do leczenia kily według tej metody, a szczególnie prostytutek, u których podobne leczenie powinno być regułą.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911 Nr 44.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do pytania „Kila i tatuowanie“. Podali Dr. W. Bernheim i Dr. A. Glück z Wrocławia.

Wobec licznych ogłoszonych prac, a szczególnie Dobiego, Hollanda i Florangeo, że u osób tatuowanych miejsca impregnowane cynobrem pozostają wolne od zmian kılowych z powodu odszczepiania się powolnego rtęci, która chroni je przed nagromadzeniem się krętków białych, opisują autorzy z literatury drugi wypadek Florangeo, a następnie swój własny, gdzie właśnie w miejscach zabarwionych cynobrem, powstały zmiany kılowe, podczas gdy inne zabarwione barwą niebieską lub tuszem pozostały wolne od zmian chorobowych. Ze względu, że w przypadku, obserwowanym przez autorów, na bardzo krótki czas przed wybuchem zmian drugorzędnych miejsca tatuowane zostały zabarwione cynobrem, wyrażają autorzy zdanie, że u tatuowa-

nych osób na umiejscowienie się zmian chorobowych użyta farba nie odgrywa żadnej roli i powoli odszczepiająca się rtęć z cynobru nie działa ani ochronnie ani chemotaktycznie na nagromadzenie się krętka bladego w tych miejscach i tylko silnemu zadrażnieniu skóry (trauma) należy przypisać wpływ na umiejscowienie się zmian chorobowych.

Dermatologisches Centralblatt Nr 6 Berlin Marzec 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz)

Doświadczenie o leczeniu ran za pomocą Nowojodyny. Podał Dr. K. Friedländer.

Autor podaje, że Nowojodyna, połączenie jodu i formaliny przewyższa w swem działaniu jodoform, albowiem nie jest trująca, jest bezwonna i znacznie tańsza.

Medizinische Klinik 1911 Nr. 38.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dwa przypadki gorączki po użyciu jodu. Podał Dr. A. Konried.

Z tych dwóch opisanych przypadków w pierwszym występowała gorączka bez jakichkolwiek objawów ubocznych po podaniu wewnętrznem wszelkich przetworów jodowych, a nawet po zastosowaniu zewnętrznem jothionu w postaci maści, w drugim po wtarceniu maści jodowej na skórę występowały zawsze objawy ostrej, ograniczonej Thyroiditis.

Medizinische Klinik 1911 Nr 26.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dwa przypadki gorączki po użyciu jodu. Podał Dr. S o l m s e n.

Do powyższych dwóch przypadków opisanych przez Dra A. Konrieda w Nr. 26 Medizinische Klinik, dodaje autor jeszcze przez siebie obserwowany, w którym wystąpiła również przemijająca gorączka po wykonanej Appendektomii i jak stanowczo stwierdzono spowodowaną została jodem znajdującym się w pozostałych nitkach katgutowych.

Medizinische Klinik 1911 Nr 37.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O wydzieleniu się przetworów jodowych u ludzi zdrowych. Podali Dr. E. Herzfeld i Dr. M. Haupt.

Autorzy badali 78 osób z prawidłową czynnością nerek na wydzielenie się tak jakościowe jak i ilościowe, organicznych i nieorganicznych przetworów jodowych, podając je zawsze w jednakowej ilości. W ten sposób zrobili 51 doświadczeń z jodkiem potasu i 97 z jodoktozyną, nowym organicznym przetworem jodu i stwierdzili, że ilość wydzielonego jodu wahała się pomiędzy 3,440—95,64% i w ciągu 24 godzin nie była zawsze regularną. Z jodku potasu ilość wydzielonego jodu wynosiła 0,52 — 89,19% z jodoktozyny zaś 5,32 — 79,85%; z czego wynika, że użyty jod w postaci organicznych połączeń o wiele mniej wydziela się w ustroju i zostaje w takowym w wyższym stopniu zużytkowanym.

Medizinische Klinik 1911 Nr 37.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O leczeniu brodawek Podał Dr. E. S a a l f e l d.

Autor podaje, że najlepszym środkiem w tem cierpieniu jest dymiący kwas azotowy lub u osób bojaźliwych rozmaite żrące kolloidja. Z zabiegów chirurgicznych uważa jako najpewniejsze, usunięcie brodawek za pomocą nożyczek Coopera i następne przyżeganie lub galwanokauter. Również leczenie za pomocą elektrolizy daje bardzo dobre kosmetyczne wyniki, przy którym u osób wrażliwych należy wprzód przeprowadzić kokainową kataphorezę zapomocą bieguna dodatniego. Leczenie zapomocą promieni Röntgena i radu mniej bywa używanem. Przy brodawkach szypułkowatych wystarcza podwiązanie. *Verrucae planae juveniles seniles* i *seborrhoicae* należą zdaniem autora leczyć wewnętrznym podaniem arsenu, a w czasie niedostatecznych wyników pędzlować 10% roztworem resorcyny w spirytusie.

Medizinische Klinik 1911 Nr 50.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Salvarsan. Podał Dr. M. Möller.

Autor strzeszcza uzyskanie w ciągu roku swe spostrzeżenia w ten sposób, że salvarsan nie tylko usuwa prędko objawy kiły, lecz także zastosowany w odpowiedniej dawce, i kilka razy, wpływa na zmianę reakcyi Wassermanna i działa zapobiegawczo przeciw nawrotom choroby. Działanie salvarsanu uważa autor za inne niż rtęci i jodu i dlatego środkowi temu obok poprzednich oddaje wielką wartość leczniczą.

Deutsche med. Wochenschrift 1912 Nr 3.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O przyczynach powstawania reakcyi po wstrzyknięciu salvarsanu. Podał Dr. J. A l m k w i s t.

Autor podaje, że objawy reakcyi po wstrzyknięciu salvarsanu powstają pod wpływem tego środka z rozmaitych toksyn drobnoustrojowych, jeśli takowe znajdują się w krwi. Te ostatnie pochodzą z bakteryi, jakie rozwijają się zwyczajnie w wodzie destylowanej i jakie znajdują się w ustroju, podczas zakażenia tegoż rozmaitymi drobnoustrojami. Działanie owo salvarsanu i tych trujących substancyi nie potrzebuje być ogólnem, lecz może być miejscowe, na jeden organ ograniczone, wskutek czego dotknięte chorobą narządy bywają przez salvarsan zaatakowane i w ten sposób tłumaczy się działanie organotropiczne tego środka.

Deutsche med. Wochenschrift Nr 1 1912.

O leczniczej wartości salvarsanu przy Kala Azar. Podał Dr. A. Christomonos.

Autor stosował ten środek w czterech wypadkach tej choroby zupełnie bez skutku, a podobne ujemne wyniki podaje Nicolla, Cortesi i Levy.

Deutsche medizinische Wochenschrift 1912 Nr 37.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do kazuistyki Kała Azar i leczenie tejże salwarsanem Podali Dr. G. C a r y o p h y l l i s i Dr. D. S o t i v i e s e .

Autorzy dowodzą na podstawie trzech przez siebie obserwowanych przypadków, że choroba ta występuje nie tylko u biednych lecz i u zamożniejszych osób. W jednym przypadku uzyskali autorzy za pomocą salwarsanu nie tylko znaczne polepszenie stanu ogólnego, ale i pojedynczych objawów chorobowych, jak gorączki, obrzęku pojedynczych narządów, krwawienia, potów i t. d. tak, że wypowiadają przekonanie, że nawet zupełne wyleczenie w tym wypadku będzie możliwem.

Deutsche med. Wochenschrift 1911 Nr 47.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Nacieki po salwarsanie i fibrolyzynie. Podał Dr. T i e t z e w B a l k e n h e i n .

Autor opisuje wypadek złośliwej kily, leczonej najpierw rtecją, a potem kilkakrotnemi wstrzykiwaniami salwarsanu. W miejscach wstrzyknięć powstały silne infiltraty z obrzękiem okolicznej skóry i tkanki podskórnej, sprawiające choremu silne bóle i uniemożliwiające chłodzenie. Wobec tego, że wszystkie zastosowane środki nie działały, przystąpił autor do wstrzykiwania Fibrolyzyny w same infiltraty, które wykonał pięć razy, poczem infiltraty zropiały, a po wypuszczeniu wielkiej ilości ropy nastąpiło zagojenie.

Autor zachęca do dalszych prób w tym kierunku tem więcej, że w ostatnich czasach opisał Dr. Marschalko przypadek, w którym aż do wycięcia podskórnych operacyjnych nacieków przystąpić musiano.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 5 Berlin Luty 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przeniesienie kily za pomocą czystych hodowli Spirochaete pallida z człowieka na królika. Podał Dr. H o f f m a n .

Autor podaje, że udało się czyste hodowle krętka bladego uzyskać z kily człowieka przeszczepić na królika i z powstałej zmiany kitowej na jądrze królika uzyskać napowrót czyste kultury krętka bladego; odkrycie to świadczy niewymownie, że krętek bladej jest przyczyną kily i daje możność do należytego odróżnienia właściwej spirochaete pallida od wielu zupełnie podobnych z kształtu spirochaetów, które żadnego znaczenia w etyologii kily nie mają.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 34.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O działaniu ubocznem rozczyzna soli kuchennej przy wstrzykiwaniach śródżylnych Salwarsanu. Podał Dr. G a l e w s k y .

Autor stwierdził w wielu przypadkach, że działanie uboczne przy wstrzykiwaniach śródżylnych Salwarsanu należy odnieść do nienależycie wyjałowionych rozczyznów soli kuchennej. Poleca przeto używać tylko rozczyzny soli kuchennej świeże i należycie sterylizowane, przyczem przestrzega przed stosowaniem śródżylnem Salwarsanu u chorych ambulatoryjnych, tylko u stałych chorych klinicznych lub szpitalnych.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 38.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Nasze doświadczenia leczeniem salwarsanem w przebiegu jednego roku. Podali Dr. K. D o h i i Dr. T. T a n o k a.

Autorowie na podstawie swych spostrzeżeń podają, że leczenie kily zyskało w salwarsanie nowy i dzielny środek, który jedynie zastąpić może leczenie rtęciowe. Środek ten jednak daleki jest jeszcze od idealu i dla zwalczania tej choroby należy go podobnie jak rtęć z należytymi przerwami stosować długo przez tygodnie, miesiące a nawet i lata. Co do metody stosowania, to śródzylną uważają autorzy za najlepszą. Leczenie kombinowane z rtęcią uważają autorzy jako najlepszą i najeuergiejniejszą metodę w leczeniu kily.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1912 Nr 48.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Zastrzykiwanie śródzylnie salwarsanu bez dodatku soli kuchennej. Podał Dr. M. B r a u n

Autor podaje, że leczył w ten sposób 61 przypadków bez jakichkolwiek godnych uwagi przypadków obocznych

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1911 Nr 49.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O zachowaniu się cukru w moczu przy leczeniu salwarsanem. Podał Dr. P. B e n d i g.

Autor podaje, że kilowy Diabetes podobnie, jak inne kilowe kliniczne objawy po zastosowaniu salwarsanu ustępuje. Jeśli obok kily znachodzi się lekki Diabetes mellitus to salwarsan wpływa na tegoż korzystnie, natomiast przy ciężkich wypadkach tej choroby salwarsanu stosować nie można, bo może łatwo wywołać coma diabeticum. Salwarsan sam wywołuje przejściową glikozurę.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1911 Nr 50.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

c) UROLOGIA.

O nowszych sposobach leczenia powikłań rzeźączkowych. Podał Dr. R o h r b a c h. Z kliniki dermat. w Kilonii; dyrektor: Prof. K l i n g m ü l l e r. Z doświadczeń, poczynionych w powyższej klinice, wynika R. następujące wnioski:

I. Na rzeźączkowe zapalenie przyjądrza wpływamy wstrzykiwaniami elektrargolu. Co się tyczy trwania choroby i usmierzenia bólów, korzystniej działa, niż leczenie przeciwzapalne. Pozostający jednak naciek jest tak twardy, a działanie tak niepewne, iż zabiegu bardzo bolesnego wstrzyknięcia elektrargolu nie można pole-

cić, szczególnie w praktyce ambulatoryjnej, jako ogólnego sposobu leczenia.

II. Leczenie szczepionką (wakcynoterapia) oddaje w zapaleniu przyjądrza w 50 proc. przypadków nie tylko pod względem skracania choroby i usuwania bólu samoistnego i uciskowego, lecz także wessania nacieków i miękkości, pozostających wytworów zapalnych tak dobre usługi, że próba tem leczeniem, także w praktyce przychodniej, okazuje się w każdym przypadku wskazaną, zwłaszcza, że wstrzyknięcie jest prawie niebolesne i bez jakichkolwiek szkodliwych wpływów ubocznych.

III. W rzezączkowych zapaleniach stawów jest zastosowanie szczepionki wprost wskazane, gdyż zapomocą dotychczasowych zabiegów nigdy nie możemy tak prędko uzyskać zupełnego usmierzania bólów i trwałogo usunięcia gorączki, ani przybliżonego anatomicznego a szczególnie czynnościowego powrotu do stanu prawidłowego (restitutio ad integrum).

Dermatol. Zeitschrift, 1912, z. 1.

Baschkopf (Kraków).

O poronem leczeniu rzezączki. Wykład E. S p i t z e r a w wied. tow. lekarskim.

Przy obecnem leczeniu trwa rzezączka długo; gdy przebiega typowo, pomyślnie i bez powikłań około 2 $\frac{1}{2}$ miesiąca. Przyczynami czasowych wahań w przebiegu leczenia są: różna jadowitość dwoinek rzezączkowych, wrażliwość chorego, stosunki patologiczne błony śluzowej cewki moczowej, indywidualne zachowanie się chorego i okoliczność, czy to pierwsza rzezączka, czy nie. Uznając działanie bólu kojące i wydzielanie ograniczające leków żywicznych, uważa S. używanie tychże pod dwoma względami za szkodliwe. Po pierwsze spostrzegamy po leczeniu santalem często kolkę nerkowe, mogące dać powód do późniejszych chorób nerkowych. Powtórnie skutkiem jeszcze teraz rozpowszechnionego zapatrywania, że można uleczyć rzezączkę wewnętrznymi środkami lub iż w początku każdej rzezączki tracimy bezużytecznie właśnie najpotrzebniejszy czas w całym leczeniu rzezączki: pierwsze dni, a przystępujemy do miejscowego leczenia wtedy dopiero, gdy zakażenie rozszerzyło się już na całą przednią część cewki. S. wskazuje na częste równoczesne uporczywe schorzenie odbytnicy u kobiet i poleca także miejscowe wczesne leczenie rzezączki u kobiet.

Leczenie poronne. Do prawie jednomyślnie dobrych doświadczeń dołącza S. także własne. Nie wybór odpowiedniego leku przeciwnielegnego, nie sposób zastosowania, lecz wczesne rozpoczęcie leczenia jest warunkiem wyniku dobrego. Po 12 — 24 godzinach dwoinki zniknęły a po 1 — 2 tygodniach może być rzezączka zupełnie wyleczona. S. zarzuca stosowanie szczególnie wysoko procentowych rozczywnów, leczenie endoskopowe i przepłukiwanie pęcherza dla celów poronnych. Z dobrym wynikiem stosuje protargol 5%, ichtargan $\frac{1}{2}$ ‰ i azotan srebrowy $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ ‰ z dodatkiem azotanu alipiny, powtarza te wstrzykiwania co 6 — 12 — 24 godzin, stosownie do podrażnienia i bolesności, po każdorazowym poprzednim drobnowidzowym badaniu wydzielinę aż do 5 dnia w postaci słabszej, poczem pauzuje. Po kilku

dniach znika katar, pozostały skutkiem zadrażnienia. W razie nieudania się poronnego leczenia stosuje się zwykle leczenie — nie przedłużając skutkiem tego trwania leczenia,

D Y S K U S Y A

Fruhaut: W I okresie rzeżączki, w którym chory czuje tylko lekkie pieczenie w cewce, z której można wycisnąć tylko nieznaczną wydzielinę śluzową, nie zawierającą żadnych dwoinek lub tylko małą ilość, możnaby przeprowadzić leczenie wczesne, polecane przez mówcę. W tym okresie jednak bardzo rzadko zgłaszają się chorzy najczęściej przychodzą dopiero wtedy, gdy już możemy stwierdzić gwałtowniejsze objawy zapalne błony śluzowej, z zaczerwienieniem ujścia, z którego wypływa obficie ropa gęsta, niekiedy krwawo zabarwiona, a podczas oddawania moczu występują silne bóle. Tu trzeba usilnie odradzać wstrzykiwania 5% lub jeszcze silniejszych roztworów srebrnych. Znaczne powiększenie bólów, utrzymujące się krwawienia, dręczące wzwody prącia i powikłania z znacznie przedłużonym trwaniem leczenia — to byłby wynik w przeważającej liczbie przypadków, jak się przekonał w klinice pragskiej prof. *Picka*.

Grosz zgadza się z poprzednim mówcą. W tak zw. stadium mucosum oddaje niekiedy leczenie poronne dobre usługi. Tylko chorzy bardzo bojaźliwi, starannie się obserwujący, przychodzą w tym okresie do lekarza. Jeżeli już wystąpiły gwałtowne objawy zapalne, samo przez się zabrania się stosowania wstrzyknięć silniej drażniących, wzmagających zapalenie. W tym okresie poleca leki żywiczne, głównie arzeol, który chorzy bardzo dobrze znoszą. Co się tyczy cennego sposobu *Schindlera* leczenia atropiną, to *G.* podaje zamiast czopków atropinę w pigułkach (0.01 na 20 pigulek, z pigułki dziennie).

W sprawie leczenia pyocyanazą, przypomniał on swoje badania, wykazujące wpływ drobnoustroju *Pyocyaneus* (toksyn i zabitych hodowli) na hodowlę gonokokową. Na rzeżączkowe schorzenie człowieka nie można zadziałać hodowlami wspomnianymi.

Scherber zwraca uwagę, że przeciw oddawna leczymy prawie wszystkie przypadki ostrej rzeżączki miejscowo jak najdokładniej i najwcześniej, przyczem zebrane doświadczenia każą dać pierwszeństwo łagodniejszemu sposobowi, jak argoninie lub protargolowi w roztworze 1 — 2%, ostrożnym przepłukiwaniem cewki przedniej roztworami nadmanganianu potasowego przed wspomnianym przez *Spitza* roztworem zgęszczonym. Mówca osiąga powyższem postępowaniem przeważnie w krótkim czasie zniknięcie dwoinek rzeżączkowych i wydzieliny, mocz się wyjaśnia, — ale wtedy rzeżączka tylko rzadko jest wyleczona, występują nawroty i leczenie trzeba dalej prowadzić.

Lipschütz. Zachęcony doświadczeniami nad działaniem pyocyanazy na meningokoki próbował L. stosowania tej substancji przeciw rzeżączce — z wynikiem ujemnym. Także za pomocą silnie rozcieńczonych roztworów antiforminy nie osiągnął zadawalniających wyników w leczeniu rzeżączki.

(Wiener Allgemeine med. Zeitung, 1912, Nr 10).

Baschkopf (Kraków).

Terapia zatrzymania moczu. Podał Dr. E. Portner.

Autor w formie klinicznego wykładu podaje wszelkie znane prawidła do usuwania tak ostrego jak i chronicznego zatrzymania moczu. Jako środek radykalny uważa punkcję pęcherza za pomocą włosowatego kateteru przez ścianę brzuszną, nad spojeniem łonowym, po poprzednim znieczuleniu skóry i mięśni rozczynek z nowokainy i nadnereczy. W przypadkach zatrzymania moczu z powodu zwężenia cewki moczowej, poleca zakładać nitkowate sondy i katetery, przy przeroście gruczołu krokowego katetery Mercierowskie, przy rżączkach, guzach pęcherza i porażeniach pęcherza z powodu schorzeń centralnych systemu nerwowego, katetery miękkie Nelatona; u dzieci przy porażeniach nerwowych pęcherza poleca autor podać ciepłą kąpiel i położyć dziecko do łóżka, poczem zazwyczaj mocz odchodzi swobodnie i dopiero gdyby po 12 godzinach mocz nie odszedł, poleca przystąpić do cewnikowania.

Medizinische Klinik 1911 Nr 44.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Wiadomości bieżące.

Redakcja „Przeglądu chor. skórnych i wenerycznych“ ogłasza niniejszym konkurs im. Wojciecha Oczko na najlepszą pracę, wydrukowaną w „Przeglądzie“ lub w rękopisie złożoną w redakcyi w r. 1910. 1911 i 1912 r. Nagroda wyniesie 250 rb. Lista sędziów konkursowych będzie ogłoszona w „Przeglądzie“ w pierwszej połowie 1912 roku.

Redaktor i wydawca: **F. Malinowski.**

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.

LABORATORYUM ANALITYCZNE

D-ra St. Serkowskiego

do celów djagnostyki lekarskiej wykonywa:

Analizy szczegółowe moczu i oznaczenie w procentach lekarstw — jodu, rtęci w moczu, **analizy** krwi ogólne i bakteryologiczne, **analizy** włosów i łusek na obecność grzybków pasorzytnicznych, poszukiwanie krętków białych w sprawach miejscowych.

Reakcja Wassermanna (z antygenem swoistym) w płynie mózgowym lub surowicy krwi tabetyków, paralityków, chorych w różnych okresach syfilisu i wogóle podejrzanych o syfilis. **Analizy** ścisłe bakteryologiczne nitek śluzowych, moczu i wydzieliny gruczołu krokowego. **Przygotowanie wacyln** mono i poliwalentnych do wacynoterapii.

G E L O S A N

Ol. Santal Salol Urotropina

in Caps geloduratis (Cistitis)

Sposób użycia 4×3 dz. Poleca apteka BOBAKOWSKIEGO.

V I O F O R M

PABJANICKIEGO TOWARZYSTWA AKCYJNEGO PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO

Środek odkażający, nietrujący, nie ulega rozkładowi przy wyjąławianiu, nie drażni, odwaniania wydzieliny ropne, osusza, tamuje krew.

Wpływ bakteryobójczy nie ustępuje jodoformowi, w stosunku do którego wykazuje wielką zaletę bezwonności.

G A Z A V I O F O R M O W A,

przyrządzana według przepisu prot. Schmiedena.

w FABRYCE ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

R. STRZELECKIEGO

w Warszawie, ul. Sienna № 33.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach w 5% oraz 10%-wem stężeniu.

Hemogen Magistri Klawe

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku; nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany przy wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.

POLECA

LABORATORIUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-84.



APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tabulae graduatae à 30,0

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Mitino pti 33%
" " " " " Resorbino " 33% et 50%
" " " " " adipoph. III " 33% " 50%
" Sapo Rusci liquid D-r. prof. Lassari à 120,0

Solut. sterilisat. in ampul. à 1 C. C.

Atoxyli Gallici 0,05 — 0,10 (et 0,20 in 2 C. C.)

Hydrarg. arseniat.-salicyl. (loco Enesol) 0,03 (et 0,06 in 2 C. C.)

" benzoic 0,02 c. Na Cl
" bichlor. corr. 0,02 c. Cocain. 0,01
" cyanat. c. Cocain aa 0,01
" salicylic. 0,01 — 0,02
" sozojodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych, objętych specjalnym cennikiem.

Również przyrządza wszelkie kompozycje sterylizowanych iniekcji w ilości nie mniejszej 1 tuzina ampulek.

Do tuzina iniekcji dołącza się specjalny pilniczek.