



AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru N^o 2691.

Adres Redakcyi—Żółwia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

CIECHOCINEK

Dr W. BIESIEKIERSKI

WILLA HOME.

Dr E. Reichstein

ordynuje podczas sezonu letniego
w CIECHOCINKU,
dom Adama.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

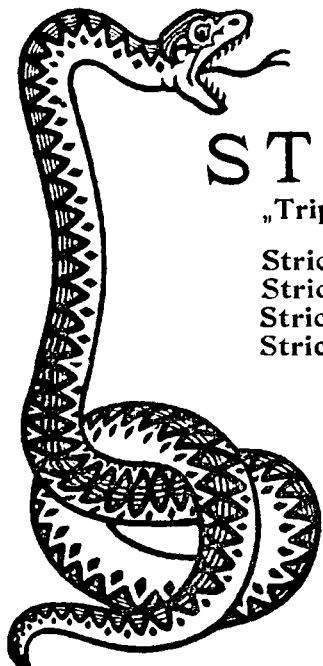
W szpitalu Anny Maryi w Łodzi

wakować będzie od 1-go lipca r. b. posada

Lekarza Naczelnego

Wynagrodzenie wynosi: 4300 marek pensyi i 16% dodatku drożyznianego.

Oferty należy nadsyłać do Zarządu Szpitala Anny Maryi w Łodzi, ul. Rokicińska N^o 11.



INIEKCJE

STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

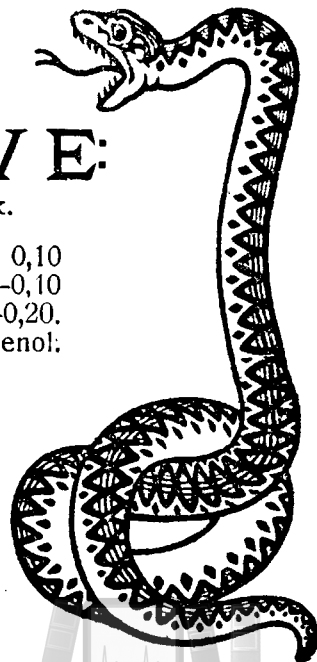
POLECA

A P T E K A.

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Jodol

**Znakomicie zastępujący jodoform,
bezwonny i nie trujący.**

Wybitny środek przeciwnilny i usuwający woń w dermatologii, chirurgii, ginekologii,
chorobach oczu i uszu.

Zastępuje Jodek potasu w leczeniu syfilisu.

Niezbędny do leczenia dyskretnego chorób wenerycznych i przymiotu.

Menthol-Jodol (jodek krystaliczny z dodat. 1% mentolu)
specjalnie w chorobach nosa, krtani i w dentyście.

Dokładną literaturę dostarcza **K A L L E & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE.** Biebrich nad Renem.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

APTEKA K. WENDY

Odczynniki serodyagnostyczne d-ra Karwackiego.

Typhus, paratyphus A i B.

Tbc. H i B. aglutinogenum.

Przetwory chemiczne czyste do celów laboratoryjnych, barwniki do badań mikrosko-
powych, płyny mianowane.

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

Telef. № 107.

w Warszawie

Zarys Chirurgii Praktycznej

dla lekarzy i studentów.

Z E S Z Y T 1.

Skład u autora (Chmielna № 62).

Cena m. 2.50.





Więź Lekarska

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 30 czerwca 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2691.

Uczestnikom

II Zjazdu

Higienistów Polskich

Redakcja.

Warszawa, d. 29 czerwca 1917 r.

W ciągu lat trzech, dzielących nas od I-go Zjazdu Higienistów polskich, który się odbył we Lwowie w przededniu wybuchu wojny wszechświatowej, Ojczyzna nasza na całej prawie przestrzeni stała się widownią bezprzykładnych walk i związanych z nimi klęsk i zniszczenia.

Zamiast urzeczywistniać wzniosłe postulaty higieny, jakie były rozważane na tym pamiętnym Zjeździe, musieliśmy być świadkami podeptania wszelkich praw do życia i zdrowia całych mas naszej ludności, patrzeć na ruinę dorobku naszej pracy i kultury. Wojna trwa jeszcze, ale z chaosu zniszczenia, z morza łez i krwi wylania się powoli wielka a dla nas zbawcza idea, że naród nasz, że ziemia polska nie ma już nadal pozostawać w niewoli. W interesach innych państw i narodów; w interesach ludzkości leży istnienie Polski niepodległej i silnej, posiadającej należnej jej od wieków stanowisko wśród państw i narodów. Nadzieja ostatecznego tryumfu idei, która nigdy w nas nie zagasła, za którą walczyli nasi ojcowie i całe pokolenia, dodaje nam sił do znoszenia mąk, związanych z wojną, która nas dotąd jeszcze zaciska w swe kleszcze.

W niezwykłych, zaiste, warunkach i nastroju odbywać się będzie w naszej stolicy II-gi Zjazd Higienistów polskich! Stoi przed nami wielkie zadanie odbudowania Ojczyzny, powetowania strat, jakie ponieśliśmy nietylko przez wojnę, ale i przez wiekową niewolę. Troska o zdrowie publiczne, o zdrowie jednostek, planowe reformy, obejmujące wszystkie dziedziny higieny na przyszłość, doraźne zaradzanie złemu, gdzie tego wymaga konieczna potrzeba, podnoszenie zdrowotności wszystkich zakątków naszego kraju, ratowanie dzieci, głównej podstawy naszej przyszłości, podtrzymywanie wogóle życia w strasznie przerzedzonych szeregach naszej ludności — oto zadania, które czekają wszystkich współobywateli, które będą przedmiotem rozważań II-go Zjazdu Higienistów polskich.

Całem sercem witamy uczestników Zjazdu, którzy, jak jeden mąż, stanęli do apelu, życzymy Im mocy ducha, dojrzałej rozważgi, umiejętności i sił do ustalania wniosków, mających na celu uzdrowotnienie kraju. Niech pracom higienistów polskich przyświeca myśl, że głos Ich znajdzie niewątpliwie posłuch wśród obywateli, którzy nie pożałują ofiar z pracy i mienia, aby zamieniać w czyn uchwały, jakie na Zjeździe zapadną. Szczęść, Boże!

Redakcja.

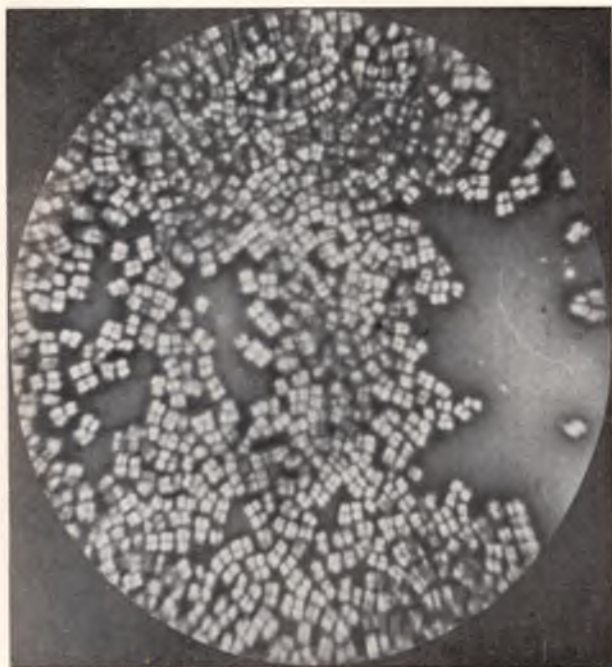
Odbudowa kraju a walka z gruźlicą.

Podał

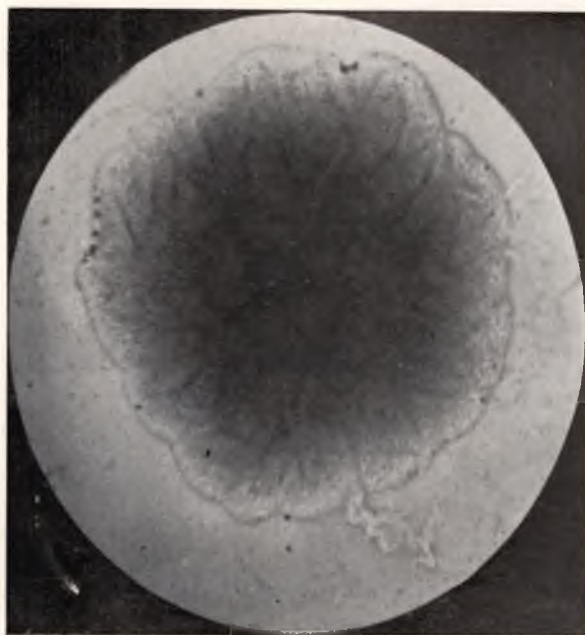
Dr Med. Alfred Sokołowski.

W odczycie, wypowiedzianym przeze mnie na początku obecnej wojny w Tow. Lekarskiem, pod tytułem: „Wojna a suchoty”, wskazałem, że jednym z wysoce smutnych i ciężkich następstw wojen ubiegłych było szerzenie się suchot nietylko wśród wojsk armii walczących, lecz i między miejscową ludnością i to nie jedynie w czasie trwania kampanii, lecz przedewszystkiem po niej, gdy dotknęli gruźlicą, a nie ulegli jej nieszczęśli-

wi wojownicy rozeszli się szeroko po krajach, stanowiąc wśród rodzin, do których wracali, nie tylko wielki ciężar społeczny, lecz jednocześnie i bezsporne źródło możliwej zarazy dla zdrowego otoczenia, wśród którego przebywać musieli nieraz całe lata. Z tego więc powodu zwracałem uwagę, iż musimy być przygotowani, że i po ukończeniu obecnej wojny nastąpi również wzmocnienie gruźlicy i że musimy przygotować się zawczasu,



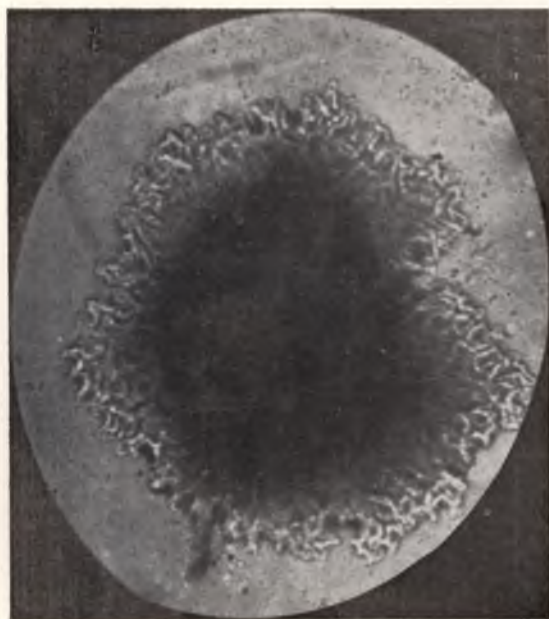
3



4



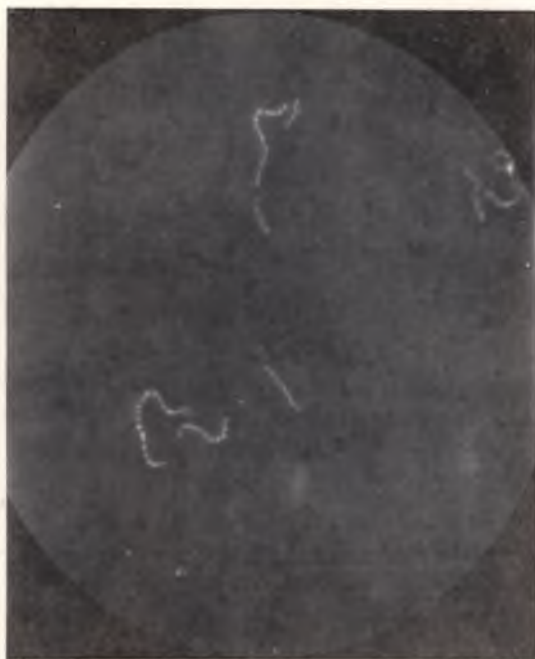
7



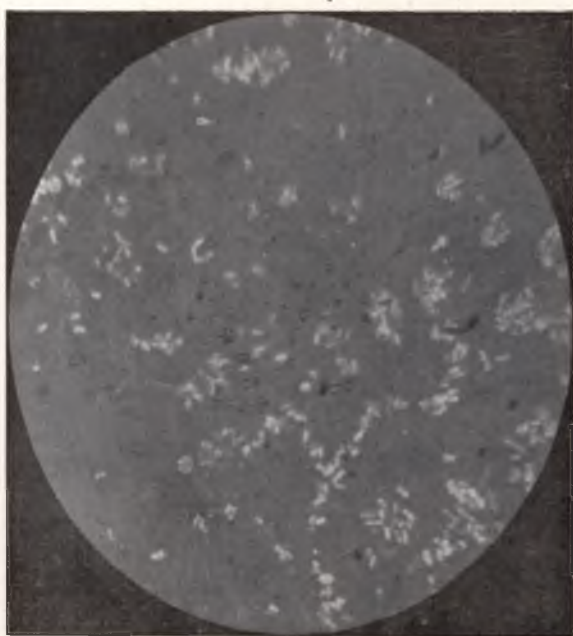
8



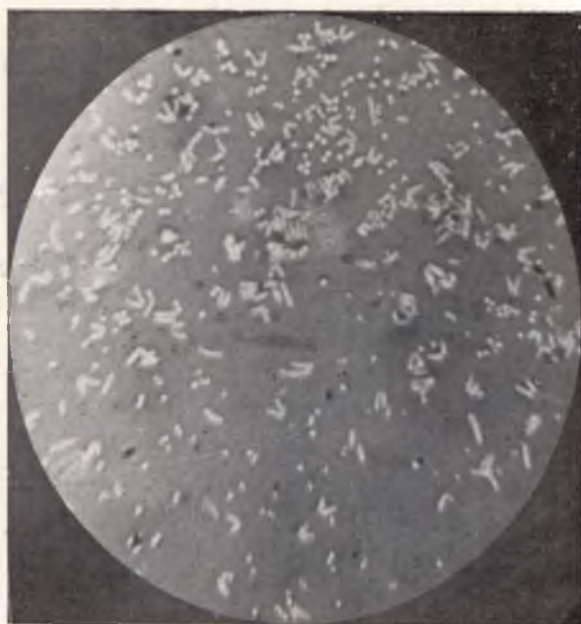
1



2



5



6

aby wystąpić energicznie do walki z tą tak szeroko rozwiniętą u nas prawdziwą plagą ludzkości. Przypuszczenie moje już obecnie, jeszcze przed ukończeniem tej długiej wojny, zaczęło się ujawniać aż na zbyt jaskrawo, tak dalece że możemy już je udowodnić nawet poniekąd liczbowo. Wprawdzie z Królestwa dane w tej sprawie dość ściśle posiadamy tylko dla naszych wielkich centrów, jak Warszawa i Łódź, i to tylko w zakresie śmiertelności, a nie chorobowości. W każdym jednakże razie i te dane stanowić mogą wielce znamienne przyczynki do w mowie będącej kwestyi. I tak: w ciągu ubiegłych lat dziesięciu bywało w Warszawie przeciętnie, w obliczeniu na 100 tysięcy żyjącej ludności, 200 do 250 zejść śmiertelnych na gruźlicę płucną, co wynosiło rocznie przeciętnie zejść około 1800 do 2000 osób (przy ludności wynoszącej 800 do 900 tysięcy). Stosunek ten już w roku 1915 zmienił się na niekorzyść w wysokim stopniu, gdyż wyniósł wedle wykazów urzędowych liczbę zmarłych na suchoty 2644 osób t. j.: 318 na sto tysięcy mieszkańców t. j. 12,6‰ ogólnej liczby zmarłych (209527 osób). Gorzej jeszcze przedstawia się rzecz w roku 1916. Wedle zestawień urzędowych (M. Ciemnińskiego) zmarło w tymże roku 4032 osoby na suchoty płucne, co wynosi przy ludności 813753 blisko 500 na sto tysięcy mieszkańców t. j. 1½‰ prawie, t. j. śmiertelność podwójną niemal w porównaniu z rokiem 1912. Uderza to tem bardziej, że całkowita liczba zmarłych w r. 1916 wyniosła 18479 t. j. była nawet mniejsza nieco, niż w r. 1915. Śmiertelność więc z gruźlicy płucnej wyniosła w stosunku do ogólnej śmiertelności 23‰ w 1916, a 21‰—w 1915, w porównaniu z 12,6 w 1915 i 11,5 w 1914. Ta przerażająco wysoka śmiertelność z gruźlicy płuc, jaką spostrzegamy w Warszawie w ciągu 2 lat ostatnich, nie wydaje mi się jednakże, żeby była wskaźnikiem tak znakomicie wzmożonej chorobowości w kraju na suchoty, a to dlatego, że stosuje się ona tylko do samej Warszawy, w której statystyka nie wykazuje bynajmniej i nie rozróżnia wcale, jak tego wymagają nowoczesne statystyki, ludności zamieszkałej stale w Warszawie od ludności przyjezdnej, a doświadczenie wykazuje, że właśnie w ciągu tych 2 lat wyjechała z jednej strony ogromna ilość ludności na prowincję i do Cesarstwa (1914 i 1915) i to przeważnie osobników młodych i zdrowych i odwrotnie znowu — przybyła głównie z pobliza

Warszawy ludność, złożona z dzieci i osobników starych, niedołężnych i chorych, z których napewno duży odsetek stanowili gruźlicy.

2) W statystyce z 1915 r. nie rozróżniano bynajmniej śmiertelności z gruźlicy płuc wedle oddzielnych grup wiekowych, które mogłyby rzucić pewne światło, jaka to kategoria chorych umierała w Warszawie głównie na suchoty płucne. Otóż P. Ciemniński, zarządzający Biurem Statystycznym, na prośbę moją, wypracował mi tabelę w której śmiertelność z gruźlicy płuc w r. 1916 podzielona jest na oddzielne grupy po lat 5 od 1-go do 90 roku życia. Tablice te przedstawione są w sposób następujący: I tak

Zmarło w ogóle osób,	z tych na gruźlicę płuc
0— 1 1913	" 64
1— 5 2847	" 479
5— 10 862	" 260
10— 20 1140	" 613
20— 30 1220	" 707
30— 40 1052	" 485
40— 50 1383	" 544
50— 60 2156	" 464
60— 70 2416	" 290
70— 80 2351	" 105
80—100 1130	" 17
wyżej 100 9	" 2
18479	4032

Rzut oka na powyższą tablicę wykazuje w latach między 20 a 40 rokiem, w których zazwyczaj śmiertelność z suchot bywa stosunkowo mniejsza, niż w latach po 40, w których śmiertelność zwykle wzrasta stopniowo aż do lat 60, w tablicy zaś powyższej różnice te wybitnie nie występują; ilość przypadków śmiertelnych wypada stosunkowo równomiernie. Widać więc wśród ludzi w tym najzdrowszym okresie życia (20 do 40) musiał istnieć znaczny procent uprzednich gruźlików, t. j. prawdopodobnie takich, którzy dla tej choroby nie zostali wzięci do wojska, nie zdołali wyjechać, lub jako chorzy przywędrowali do Warszawy do szpitali lub przytułków. Chociaż musimy wyznać, że i ten mój wniosek może mieć tylko pewne cechy prawdopodobieństwa ze względu, iż nie posiadamy podstawowej normy dla tej kategorii ściśle naukowych statystyk, t. j., jak już wspomniałem wyżej, liczby stałej ludności miejscowej (Orts Bevölkerung) (2), rozkładu stałej ludności wedle wieku, z której to liczby dopiero można byłoby wyprowadzić podstawową (*Standard Population*) przeciętną śmiertelność dla szczegółowych grup chorobnych. Uwagi powyższe odnoszą się również i do naszego dru-

giego ośrodka miejskiego, w którym dokonywana bywa rejestracja śmiertelności, t. j. do miasta Łodzi, gdzie zauważono również znaczny wzrost śmiertelności z suchot podczas 2 lat ubiegłych, a przedewszystkiem w roku 1916, w którym, wedle notatki, udzielonej mi przez d-ra Sterlinga, zmarło wogóle na gruźlicę 3340 osób na ogólną liczbę 11706 zgonów, co stanowiłoby przeszło 30% ogólnej śmiertelności, a zejść z gruźlicy 820 na sto tysięcy, m. Łódź bowiem liczyć miało w tym roku 42300 mieszkańców.

Ta liczba zejść z gruźlicy jest niesłychanie wielka nawet w tem mieście, które już przed wojną wykazywało śmiertelność z suchot płucnych niezwykle wysoką, ze statystyki bowiem, podanej przez 1 Ligę Przeciwgruźliczą w Łodzi, dowiadujemy się, iż tamże w r. 1911 umarło 389 na 100 tysięcy.

Otóż tak się przedstawiają gołe, lecz wymowne bardzo dane statystyczne z 2 wielkich miast Polski. Odrzućmy pytanie mimowolne, jak wytłomaczyć sobie ten fakt, a zarazem, czy smutne doświadczenie tych 2 miast polskich możemy uogólnić dla całego kraju.

Co do pierwszego pytania, to ze względu na wyżej przytoczone już wątpliwości statystyczne, trudno jest bardzo dowieść, czy ta wzmożona śmiertelność nie jest objawem li tylko pozornym z wyżej przytoczonych motywów, czy też związaną jest ściśle z warunkami smutnymi, życiowymi, panującymi w całym kraju, a bardziej jeszcze w jego centrach, a przedewszystkiem ze złem odżywianiem się biednej ludności, wywołującym, jak wiadomo, w pierwszej linii ogólne osłabienie i upadek odporności słabszych jednostek, przeważnie dzieci i starców, i usposabiającym do zakażeń wogóle, a specjalnie zarazkiem gruźliczym, lub też przyspieszającym rozwój gruźlicy płuc, uprzednio już istniejącej u danej jednostki, lecz o przebiegu łagodnym.

Odpowiedzieć na to pytanie jest bardzo trudno. Zapewne, biorąc teoretycznie, złe odżywianie musi wpływać na osłabienie odporności, ale czy tylko u dzieci i starców? W tablicy jednakże, zestawionej wyżej według wieku, widzimy, że naogół zwiększona śmiertelność z gruźlicy u nas najmniej stosunkowo odbiła się na wieku dziecięcym i starczym, gdyż normalnie u nas, podług zestawienia Zakrzewskiego¹⁾ za lata 1903 do 1912, największa

śmiertelność z gruźlicy płuc wypadła między rokiem 50 a 59 (37 na 10 tys.), a u dzieci między 1 a 4 — 16,0. Więć na powiększenie zejść śmiertelnych, równomierne niemal we wszystkich latach życia ludności naszego kraju, musiały wpłynąć nietylko złe warunki odżywiania, lecz cały szereg innych przyczyn, tembardziej, że rozpatrując tablice śmiertelności miasta Warszawy z lat ubiegłych, znajdujemy lata takie, jak np. rok 1880, w którym śmiertelność wynosiła 430 na sto tysięcy, lub jak rok 1891, w którym była 308 na 100 tys., t. j. liczby zbliżone do roku 1916, a przewyższające 1915, mimo iż były to lata, w których ani wojny, ani klęski głodowej nie było w Warszawie. Etiologiczne bowiem warunki zwiększania się i zmniejszania rozwoju gruźlicy są zjawiskiem biologicznym wielce skomplikowanym, a przedstawiają dotychczas wiele punktów spornych i nie rozwiązanych należycie. Zapewne, w zasadzie słusznym jest banalny frazes, powtarzany powszechnie, że wszystko, co wpływa na osłabienie odporności organizmu, a więc: złe warunki życiowe, złe odżywianie, przepracowanie, nadużycia wszelkiego rodzaju i wiele innych momentów, wpływać może na rozwój gruźlicy, ale nie należy zapominać, że najważniejszą rolę odgrywa tu zakażenie. Nie ulega przytem najmniejszej kwestyi, że warunki biologiczne rozwoju samego zarazka odgrywają tu rolę niepoślednią, widzimy bowiem, że w jednej i tejże samej miejscowości, pośród tych samych ludzi epidemie w jednych latach rozszerzają się ze znaczną, a w innych z małą złośliwością (cholera, tyfus); coś podobnego musi mieć miejsce i z gruźlicą. Jeśli z tego punktu rozpatrywać będziemy wzmożoną w Warszawie śmiertelność z gruźlicy w roku 1915 i 16, to kto wie, czy nie dojdziemy do przekonania, że była ona w pewnym związku z niesłychanie złymi warunkami pomieszczenia, w jakich przebywały dziesiątki tysięcy chroniących się do Warszawy najbardziej nędznych mieszkańców okolicznych miast i wiosek. Ktokolwiek widział te improwizowane przytułki, lub nawet dawniej istniejące, przepełnione zdrowymi i choremi, lecz zawsze wycieńczonymi jednostkami, mógł nabrać przekonania, że one to są istotnem źródłem tych masowych zakażeń. Jeśli więc z tych środowisk wyszedł po dziś dzień panujący tyfus wysypkowy, to, zdaniem mojem, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że tam było i źródło infekcyi gruźliczej, która ujawnia się nie tak szybko, jak tyfus lub inna choroba zakaźna ostra, lecz bardzo powoli, nieraz dopiero w

¹⁾ Atlas śmiertelności z gruźlicy, wydany przez Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze.

kilka miesięcy po nastąpieniu zakażeniu, wybuchu jako rozwinięta wyraźnie choroba. A iluż suchotników z otwartą gruźlicą przebywało nieraz całe tygodnie i miesiące w tych schroniskach, zanim znaleźli pomieszczenie w szpitalach, gdzie zakończyli życie. A wszakże owi rozsądnicy suchot, owi bezdomni, to była ta kategoria ludzi, których nie wzięto do woj-ski z powodu choroby, a którzy byli zbyt słabi, aby wzorem i pędem ogólnej paniki uciekać dalej za wschodnie granice.

Tak się przedstawia, zdaniem mojem, geneza owej wzmożonej epidemii suchot płucnych, panującej w Warszawie w 1915 i 16 roku. Pogląd ten jest w ścisłym stosunku z danymi naukowymi, odnoszącymi się do sposobu szerzenia się gruźlicy, dane te bowiem wykazały na podstawie licznych prac, iż gruźlica szerzy się i rozwija szybko głównie w ośrodkach wielkich miast w dzielnicach biednych, w których znajdują się złe, bezsłoneczne i ciasne mieszkania, sprzyjające szerzeniu się zarazki. Brak czasu nie pozwala mi omówić bliżej tej zresztą dobrze znanej kwestyi, wspomnę tylko, że badania Kohna w Berlinie, Freudemberga w Monachium, a u nas Cierniewskiego dla Warszawy, a Schenaicha dla Łodzi wykazały, w jak fatalnych warunkach mieszkaniowych znajduje się biedna ludność miast i że właśnie pośród tych środowisk szerzy się gruźlica najbardziej. Z drugiej strony doświadczenie, wykonane w Londynie i Edynburgu, przekonało, że gruźlica zmniejszyła się znacznie w tych miastach, kiedy w nich zburzono całe niezdrowe dzielnice, a zbudowano w innem miejscu całe dzielnice nowe o zdrowych mieszkaniach, przeznaczonych dla biednej ludności. Pozatem w złych mieszkaniach istnieją i inne fatalne warunki życiowe, które też mogą wpływać pośrednio na możliwość zarażenia się, jak to właśnie miało miejsce w Warszawie w początkach wojny t. j. w końcu 1914 i w pierwszej połowie 1915, kiedy owi nieszczęśliwi bezdomni byli nie tylko bez domów, ale i bez żywności i bez odzieży, i żyli w ciągłym strachu o niepewne jutro i w stałym przygnębieniu duchowem o los swój i swoich bliskich. Ludzie ci wędrowali ciągle z jednego złego do często jeszcze gorszego przytułku, do opuszczonych mieszkań lub suterren, lub też przyjmowali ich z łaski znajomi lub krewni, najczęściej tacy sami biedacy, jak oni. Nic więc dziwnego, że u wielu z nich, dotkniętych już dawniej gruźlicą, stan pogarszał się szybko, jak również iż umożliwiali zarażanie się skupionych razem

z nimi w najfatalniejszych warunkach życia biednych, jak oni, lecz zdrowych jeszcze współtowarzyszy niedoli, a przede wszystkim starców i dzieci.

Co się tyczy drugiego pytania, czy znaczna liczba suchotników i zejść z tej choroby, spostrzegana w Warszawie i Łodzi, daje się zauważyć w innych miastach naszego kraju, a przede wszystkim pośród ludu wiejskiego, to orzeczenie czegoś bardziej stanowczego pod tym względem trafia na niezwykle trudności, przede wszystkim z powodu nieistniejącej u nas obowiązkowej rejestracji zejść śmiertelnych z gruźlicy, a tembardziej rejestracji chociażby gruźlicy otwartej. Zdaje się jednakże z licznych komunikatów kolegów z prowincyi, z którymi się spotykałem w ciągu tych 2 lat, że gruźlica w całym Królestwie szerzy się nadmiernie, co zresztą jest rzeczą bardzo zrozumiałą, gdyż warunki, o jakich wspominałem, ujawniły się nawet w bardziej ponurem świetle w licznych miejscowościach kraju, a głównie w miasteczkach, które były bezpośrednim lub bliskim terenem działań wojennych i w których gromadzili się b. biedni bezdomni, tworząc, podobnie jak w Warszawie i Łodzi, ogniska szerzenia się zarazy. Zresztą jeśli nawet obecnie jest wprost niemożliwe określenie liczbowe wzrostu suchot płucnych w całym kraju, tem nie mniej wynika z wyżej powiedzianego, że powstaje w obecnej chwili a bardziej jeszcze w bliskiej przyszłości wielce poważne niebezpieczeństwo dla kraju, gdyż z liczb zmarłych, otrzymanych w Warszawie i Łodzi, ze zwiększonej liczby zmarłych suchotników wyprowadzić można stanowczy wniosek, że liczba żyjących suchotników w tych miastach zwiększyła się również znacznie. Jak bowiem wykazało doświadczenie, liczba zmarłych suchotników, powiększona 7 razy, daje nam mniej więcej wskaźnik żyjących suchotników, czyli że w Warszawie w 1916 r. liczba żyjących suchotników wynosić powinna 30 tysięcy osób, które, żyjąc w najgorszych warunkach, spowodowanych przez wojnę obecną, a przytem wywędrowując w dużej ilości na prowincję, a przeważnie na wieś, i mieszkając pośród zdrowej ludności, musi niechybnie rozszerzać coraz bardziej tę fatalną chorobę. Groza jest wielka już nie tylko o teraźniejszość, ale i o przyszłość naszego narodu. Słusznem więc jest, aby na obecnym Zjeździe Lekarzy i Higienistów, przybyłych z całego kraju, zastanowić się i wspólnie omówić akcyę ratunkową

w tej wielce doniosłej dla naszego kraju sprawie.

Jeśli jednakże ma być omawiana walka z gruźlicą, to przede wszystkim rodzi się mimowoli pytanie, czy akcja ta jest możliwa w obecnym okresie trwającej jeszcze wojny i czy istnieją wogóle dane naukowe, pozwalające rokować dodatnie wyniki z tej walki. Otóż, Szanowni słuchacze, mogą stwierdzić z wszelką stanowczością, że dane te istnieją, a stwierdzają je z jednej strony ściśle badania anatomopatologiczne, wykazujące, że co najmniej $\frac{1}{3}$ spraw gruźliczych kończy się zupełnym zabłąźnieniem, a powtórne badania kliniczne i statystyczne, które wykazują, że w większości krajów w Europie zachodniej od kilku dziesiątków lat, t. j. od czasu odnośnych badań statystycznych, śmiertelność, a tem samem i zachorowywanie na odnośną chorobę zmniejsza się stopniowo. I tak: doświadczenie w Anglii wykazało, że w ciągu lat 45 (1863—1908 roku) nastąpił równomierny spadek przeszło o 50% (z 25,3 do 11,4% na 10000). To samo zanotowano w Szkocji (z 25 na 13). W Niemczech między rokiem 1876 a 1905 spadła śmiertelność z 36,1 na 19,6. W Danii z 26,2 na 13,4. Toż samo pouczające zjawisko dało się spostrzedz i u nas w Warszawie, według bowiem zestawienia Zakrzewskiego w ciągu ostatnich lat 30-u (1881—1912) spadła śmiertelność z suchot z 334 na 200 na sto tysięcy, t. j. o trzecią prawie część. Nie mogą tu obecnie zastanawiać się bliżej, czy szczęśliwe owo zjawisko zależne jest od wielkich reform sanitarnych, które przypadają w Europie na ów okres czasu, czy też współdziałało tu również i zmniejszające się wogóle natężenie zarazka gruźliczego, lub stopniowa immunizacja ogółu ludności. W każdym razie fakty powyższe dowodzą, że istnieją dane, upoważniające nas w zupełności do podjęcia owej walki społecznej, w której są zapewnione wszelkie widoki powodzenia, naturalnie, o ile walka prowadzona będzie wedle danych naukowych, a w systematycznym i wytrwałym prowadzeniu tej walki wezmą czynny udział nie tylko władze samorządne, lecz i cały ogół odpowiednio uświadomionego społeczeństwa, zdającego sobie sprawę dokładnie z celów tej szerokiej akcji obywatelskiej. Akcja ta, rozpoczęta na wysoką skalę od lat już kilkudziesięciu na Zachodzie, u nas do tej pory ledwo kielkować zaczyna i to przeważnie tylko w wielkich miastach naszego kraju (Warszawa, Łódź, Kraków i kilka innych) dzięki usiłowaniom Towarzystw Przeciwgruźliczych, a więc przeważnie w postaci akcji

prywatnej społeczno-filantropijnej. A jednakże walka z gruźlicą najpilniej odnosić się winna szczególnie obecnie, z wyżej przytoczonych motywów, do wsi polskiej i jej mieszkańców. Bo chociaż dotychczas nie posiadamy żadnych absolutnie ścisłych danych, odnoszących się do śmiertelności i szerzenia się gruźlicy u nas na wsiach, to jednakże nie może ulegać najmniejszej kwestyi, że gruźlica szerzy się musi pośród ludu wiejskiego z podobnem natężeniem, a kto wie, czy nie w bardziej rozległy sposób, jak w wielkich miastach, gdyż nie tylko przemawia za tem obserwacja lekarzy, lecz i *a priori* wnioskować można o tem, gdyż wysoce zaniedbana kultura i higiena wsi naszej stanowić musi wyborne podłoże do rozwoju tej fatalnej choroby. Jak to bardzo słusznie zwrócił uwagę wielki badacz gruźlicy Koch: złe i niehigieniczne mieszkania stanowią najgłówniejszą przyczynę szerzenia się gruźlicy. A jak wysoce zaniedbana jest higiena wśród naszego ludu, jak nędzne są mieszkania, o tem, zdaje się, zbytecznem jest dłużej się rozwodzić, liczni bowiem nasi higieniści wielokrotnie omawiali ten temat w tutejszem Towarzystwie i prasie. Przytoczę tylko zdanie doktora W. Puławskiego z Radziejowa, który w tej sprawie pisze tak: „Ciasnota, niechłujstwo, brak kąpieli, brak wentylacji, światła, wilgoć—oto charakterystyka większości mieszkań naszego ludu wiejskiego. Rozpowszechnione zołzy i krzywica, dają bardzo często, jako ostateczne, wcześniej lub później gruźlicę, w mieszkaniach wilgotnych stają się zwykle podłożem dla złośliwych form gruźlicy, kończących się bezwarunkowo śmiercią¹⁾”. Ta wysoce trafna charakterystyka mieszkań ludu naszego usprawiedliwia zupełnie ostateczny wniosek autora co do powstawania gruźlicy w tych warunkach.

Zresztą ten smutny stan higieniczny domów wiejskich i z nim związaną groźbę szerzenia się gruźlicy spotykamy nie tylko u nas, a konserwatyzm i niechłujstwo chłopów naszego niczem nie jest większy od konserwatyzmu chłopów naszych bliskich sąsiadów, o którego kulturze wysokiej wmawiamy sobie, a bardziej jeszcze starają się wmówić w nas nadzwyczajne rzeczy. W rzeczywistości jest zupełnie inaczej. Ogólna śmiertelność na wsiach w Prusach jest niemal ta sama, co i w wielkich i niezdrowych pozornie miastach (Prinzing). W wysoce ciekawej pracy, opartej na obszernej ankiecie, ogłoszonej w 1911 r. przez profesora uniwer-

¹⁾ Zdrowie. 1910 r. 743.

sytetu Berlińskiego, Jacoba ¹⁾, znajdujemy niemal identyczny opis cech ujemnych chaty włościańskiej w kulturalnej i zamożnej prowincji pruskiej, Hanowerze. I tak: ciasne pomieszczenie, szczególnie miejsc sypialnych, wspólne łóżka, wilgoć, zaduch, brak czystości, wychodka i t. p., tak że na 3250 dokładnie zbadanych mieszkań w 48% brakowało najelementarniejszych warunków higienicznych. Dalej podnosi autor niedostateczne odżywianie ludu wiejskiego, a przede wszystkim kładzie wielki nacisk na brak kąpieli, bo, jak się wyraża obrazowo: „W wielu okolicach wiejskich znajduje się tylko nieznaczna liczba osobników, które więcej, niż dwa razy w życiu się kąpały, t. j. po urodzeniu i przed wstąpieniem do wojska, a kobiety przed weselem“. Stąd też, omawiając częstość gruźlicy na wsiach, twierdzi, że gruźlica jest nie tylko chorobą, związaną ze złym mieszkaniem, lecz i z brudem. (*Die Tuberkulose ist nicht nur eine Wohnung-, sondern auch eine Schmutzkrankheit* str. 72). Stąd też nic dziwnego, mówi dalej, że przeszło 45% dzieci między 6 a 14 r. reagowało dodatnio na odczynnik Pirqueta, a w domach, w których przebywali dorośli gruźlicy, dzieci dawały prawie zawsze reakcję dodatnią, i z liczby 148 dorosłych gruźliczych 77 zajmowało mieszkania, w których uprzednio mieszkali lub zmarli suchotnicy. Co zaś do częstości suchot na wsiach, to autor zaznacza, że w niektórych okręgach wiejskich wynosiła ona w r. 1907 roku 30 do 35 na dziesięć tysięcy mieszkańców, czyli niemal podwójną liczbę śmiertelności, notowanej w tymże roku w państwie Pruskiem (14,46). Nic więc dziwnego, że autor, nawołując wielkim głosem, wzywa do walki z gruźlicą, tak rozpowszechnioną wśród mieszkańców wielu wiejskich okręgów, i podaje bardzo szczegółowe przepisy walki, a przede wszystkim nawołuje do gruntownej reformy budowy chaty wiejskiej i do szeregu reform higienicznych na wsi na wzór Anglii.

Jeśli tak jest w Niemczech, cóż dopiero wykazałyby u nas szczegółowe ankiety. Nie czekajmy więc, aż coraz bardziej szerząca się gruźlica znacznie zwyrodniałą najlepszą część naszej ludności — przyszłość naszego kraju. Zabierzmy się rąco i chętnie do roboty wspólnymi siłami na całej przestrzeni naszej Ojczyzny, gdzie przede wszystkim istnieje tak smutny stan higieniczny chaty wiejskiej, jaki opisał kolega Puławski.

Obecnie pomówić mi wypada, na czym polegać winna owa walka w okresie ważnym dla nas niesłuchanie t. j. okresie odbudowy naszego kraju. Otóż pod tym względem pozwolę sobie przytoczyć wysoce rozumne zdanie Rudolfa Virchowa, lekarza niezwyklego umysłu, wypowiedziane jeszcze w 1846 r. w sprawie walki z tyfusem wysypkowym, grasującym podówczas, jako wielka epidemia, pośród ludu polskiego na Górnym Śląsku: „Uważam, jako podstawowe środki zaradcze przeciw powtarzaniu się tej ciężkiej epidemii w przyszłości, oświatę z jej córami — wolnością i dobrobytem. Tego w podarku nigdy od nikogo naród dostać nie może i musi sam to z wewnątrz siebie wydobyć i wypracować“.

To niezwykle piękne i wysoce rozumne zdanie Virchowa, zalecane przez niego, jako środek zapobiegawczy przeciw szerzeniu się ostrej choroby zakaźnej (tyfusu wysypkowego), daje się zastosować najzupełniej i do choroby zakaźnej przewlekłej, jaką jest gruźlica płuc. Jest to bowiem jedyna i pewna droga zwalczania tej strasznej plagi ludzkości, droga wprawdzie długa i mozolna, lecz pewna. Jak bowiem wykazało doświadczenie na Zachodzie Europy, a głównie w Anglii, w miarę postępu, oświaty i reform ogólnosanitarnych, stosowanych nie tylko w stolicach i wielkich miastach, lecz w całym kraju, zmniejsza się wśród ludności nie tylko procent śmiertelności w ogóle, lecz równolegle z tem idzie spadek śmiertelności z chorób zakaźnych ostrych, jakoteż i gruźlicy płucnej. Mamy więc drogę jasną i prostą podstawowej walki z gruźlicą u nas. Powinna nią być pośród ludu wiejskiego przede wszystkim szkoła, ale szkoła dobrze zorganizowana i dobrze prowadzona przez nauczycieli, biegłych nie tylko w przedmiotach ogólnych, lecz i higienie teoretyczno praktycznej. Szkoła urządzona nie w marnym budynku, lecz w *ad hoc* wystawionym. Winna być wzorem, w którym nauczyciel wskazywać będzie praktycznie podstawy zdrowej higieny, stosować się mającej w chacie włościańskiej (otwieranie okien, usuwanie kurzu, brudu, swędu, wilgoci, stosowanie kąpieli i t. p.). W niej również winna być wdrażana w umysł dzieci w pogadankach, ilustrowanych odpowiednimi pokazami, doniosłość gruźlicy i walka z nią na drodze higieny ogólnej. Tak samo szczegó-

¹⁾ Dr P. Jacob. Die Tuberkulose und die hygienischen Misstände auf dem Lande. Berlin, 1913.

łowo omawiana być winna i współrzędna z gruźlicą druga klęska społeczna t. j. alkoholizm.

Uświadczenie w tych obu kierunkach walki powinno stanowić w szkole jeden z najważniejszych przedmiotów, gdyż u większości ludzi przez cały ciąg ich życia pozostają w umyśle przedewszystkiem te pojęcia, jakich nabył w szkole. Zapewne te same zasady walki z powyższymi wielkimi klęskami, mogą być omawiane z korzyścią przez nauczyciela i w pogadankach z dorosłymi wieśniakami danego okręgu. Podstawą jednakże trwałej wiedzy pozostanie wpływ na umysł dziecięcy. Dobra więc szkoła jest, zdaniem mojem, jednym z najważniejszych postulatów w podstawowej walce z gruźlicą pośród ludu.

2) Jesteśmy w okresie, w którym w całym kraju następuje odbudowywanie i coraz szerzej będą odbudowywane zniszczone przez wojnę chaty włościańskie.

Otóż przy tej odbudowie musimy przystąpić bezwarunkowo do kapitalnej reformy mieszkaniowej, aby usunąć te podstawowe braki, o których mówiliśmy wyżej, a które stoją niechybnie w związku z rozwojem gruźlicy. Więc nowopowstające nasze urządzenia samorządowe winny wziąć bardzo do serca tę sprawę, a korzystając z lokalnej autonomii, stanowczo nie dopuszczać do budowy chat dawnego typu, a pozwalać jedynie na budowę takich, których plany opracowane i zatwierdzone zostały przez komitety budowlane, lub oddzielnych architektów, z pośród których wspomnę pracę Tuliszkowskiego¹⁾ i innych. Planu budowy winny być nie tylko zatwierdzone przez odnośne komitety budowlane, lecz też komitety winny kontrolować, czy budowa jest prowadzona zgodnie z planem i czy jest wedle niego wykończona. Komitety owe winny wyrabiać uboższym mieszkańcom zapomogi lub pożyczki, aby nie dopuścić do powstawania na nowo w kraju chat dawnego typu, wadliwych zupełnie pod względem higienicznym. Że przy planowaniu nowych chat winno być stanowczo wymagane zakładanie ogródków i wogóle zadrzewianie stopniowe wsi, budowa dobrych studzien, miejsc ustępowych, to zdaje się zbytecznem byłoby nawet w krótkości się rozwodzić.

¹⁾ Budowle wiejskie zdrowe, ogniotrwałe i tanie. Napisał Inżynier Józef Tuliszkowski. Praca nagrodzona na konkursie imienia doktora Alfreda Sokolowskiego.

Dwa te podstawowe postulaty: dobra szkoła i higieniczna chata włościańska, jako też walka z alkoholizmem będą tą pewną, acz powolną, drogą, która po wielu latach usilnej pracy doprowadzi do zrealizowania trzeciego podstawowego czynnika w walce z gruźlicą t. j. podniesienia ogólnego dobrobytu klas biednych pracujących, a przedewszystkiem ludu wiejskiego, czemu w wysokim stopniu pomagać i współdziałać będą autonomiczne urządzenia państwowe przez zakładanie kas zabezpieczenia od chorób i starości, opieki nad dziećmi i t. p. instytucji samopomocy, których wynikiem będzie niechybnie podniesienie ogólnego poziomu kultury i dobrobytu kraju.

Na zakończenie więc raz jeszcze powtarzam: Podstawą walki z gruźlicą u nas w kraju, a przedewszystkiem na wsi, będzie oświata ludu.

Obok jednakże tej wielkiej pracy u podstaw walka z gruźlicą wymaga również uwzględnienia istniejącego już zła t. j. bardzo wielkiej liczby suchotników, mieszkających w lichych izbach po wsiach i miasteczkach pospołu ze zdrowymi, gdyż oni, szczególnie będący w dalej rozwiniętych okresach choroby, przyczyniają się do szerzenia tej strasznej plagi.

W jakim więc kierunku winna się rozwijać na wsiach akcja przeciwgruźlicza? Pomijam już różnorodne, powszechnie znane przepisy higieniczne, nie tylko odnoszące się do unieszkodliwiania płwociny gruźliczej wogóle, ale też odnoszące się i do stosunków suchotnika ze zdrowymi osobnikami, które przy złych mieszkaniach stają się jedynie literą martwą, gdyż, jak powiedział słusznie Duclaux: „Walka z suchotami, to nie walka z gruźlicą płwociną, jeno z chorym na gruźlicę człowiekiem“. Jedyny więc i radykalny poniekąd środek byłby: usuwanie i to na drodze prawodawczej, jak to ma obecnie już miejsce w niektórych krajach (Saksonia, Norwegia), suchotników z otwartą gruźlicą do odpowiednich sanatoryjów lub przytułków. W Niemczech przed 20 laty sądzono, że najsukcesyjniejszą bronią w walce z gruźlicą jest radykalne leczenie początków tego cierpienia w odpowiednio urządzonej sanatoryjach ludowych. Do tej walki zabrano się energicznie i istotnie dokonano rzeczy zdumiewających. W ciągu lat kilkunastu pobudowano 115 sanatoryjów ludowych na 15 tysięcy łóżek kosztem 220 milionów marek. Utrzymanie tych sanatoryjów kosztowało w r. 1913 19 mi-

lionów marek. Wyniki narazie wydawały się doskonałe. Statystyki sanatoryjne wykazywały około 80% wyleczeń, a śmiertelność z gruźlicy spadła z 22 : 10,000 do 15 : 10,000. Z biegiem jednak czasu okazało się, że pośród owych 80% wyleczonych średnia długość życia nie przekracza 10 lat dla chorych z I okresu, 5 lat dla chorych z II okresu i 2 lat dla chorych z trzeciego. Co do sprawności roboczej, to liczby te są jeszcze niższe: 6, 3 i 1 rok (statystyka Turnaua). Nadto okazało się, że obniżenie śmiertelności z gruźlicy zdołano osiągnąć i w innych krajach zachodnich, a przede wszystkim w Anglii, choć nie stawiano tam tylu i tak kosztownych sanatoryjów. To też ustala się obecnie pogląd, że zarówno wyleczenie w początkach gruźlicy, jak i ogólne obniżenie śmiertelności w tej chorobie, zawdzięczamy nie sanatoryjom, lecz środkom ogólnym, podnoszącym z jednej strony warunki zdrowotne kraju, a z drugiej — dobrobyt klas społecznych i jednostek. To są zasadnicze środki do walki z gruźlicą. Jako środek zaś pomocniczy, wysoce skuteczny, a o wiele tańszy, niż sanatoria, uznać należy t. zw. „przychodnie“, które powinny być organizowane w liczbie jaknajwiększej przy udziale towarzystw filantropijnych, gmin i państwa, jako pomoc dla ubogiej ludności w leczeniu początkowych okresów choroby. Również dla gruźlicy rozpadowej muszą być obmyślane pewne środki, gdyż społeczeństwo ma prawo wymagać, ażeby chorzy ci byli izolowani i nie rozszerzali zarazy wśród swych rodzin. Budowanie jednak szpitali dla tej kategorii chorych pociągnęłoby zbyt duże koszty. W Królestwie możemy liczyć około 150,000 suchotników, a z nich około 30,000 w okresie dalszym. Same szpitale dla nich kosztowałyby najmniej 50,000,000 rb., a utrzymanie ich dziesiątki milionów rocznie. Wobec tego trzeba będzie ograniczyć się do pobudowania tylko kilku większych szpitali w wielkich ośrodkach miejskich, a resztę chorych lokować w skromnych przytułkach, obliczonych na kilku, najwięcej kilkunastu chorych. Przytułki takie mogłyby znajdować się w każdym miasteczku, w każdej gminie i mo-

głyby pozostawać pod opieką nawet specjalnie wyszkolonych pielęgniarek, lekarz zaś z sąsiednich miejscowości mógłby dojeżdżać do nich co pewien czas. Myśl zakładania takich przytułków podałem już w r. 1898 (w *Krytyce Lekarskiej*). U nas pozostała ona wprawdzie bez echa, w Norwegii jednak w ten właśnie sposób zaczęto realizować izolację suchotników i osiągnięto doskonałe wyniki. To też idea ta — pod mianem „systemu norweskiego“ — zaczyna zdobywać sobie coraz większe prawa obywatelstwa i aklimatyzuje się nawet w Niemczech, gdzie zakładają t. zw. „Heimstaedte“, t. j. przytułki o prostej konstrukcji i taniem utrzymaniu.

Tę myśl urządzenia na wsiach skromnych przytułków i przychodni przy nich, choćby na początek tylko dla chorych daleko posuniętych, musimy propagować jaknajśilniej, jest ona bowiem łatwa do zrealizowania nawet w obecnych ciężkich ekonomicznie czasach. Trzeba tylko dobrej woli członków zarządu gmin, którzy nie powinni się zrażać niepowodzeniem i przejąć się zasadą, że w walce tej kategorii dojść można do wyników wielkich jedynie powoli i stopniowo. Powinniśmy brać za przykład Norwegię, kraj do niedawna bardzo jeszcze ubogi i zacofany pod względem kultury, dziesiątkowany przez gruźlicę i inne choroby zakaźne, który jednak drogą dobrze zorganizowanej pracy zbiorowej i poczucia obywatelskiego osiągnął wyniki tak wspaniałe, że dziś służyć może nie tylko dla nas, lecz i dla innych narodów o wyższej kulturze jako wzór znakomitych urządzeń społecznych, przede wszystkim na punkcie doskonale zorganizowanej walki z gruźlicą przy pomocy małych stosunkowo nakładów materialnych.

A więc w tej wielkiej sprawie higienicznej, która jest tak nagląca i wydać może nadzwyczajne owoce dla naszego narodu — „Wzniesmy serca do góry“. Stańmy rażno do wspólnej pracy: każdy w swym zakresie, stosując się do mądrego orzeczenia naszego ludowego poety:

„Czyni każdy w swem kółku, co każe Duch Boży,
A całość sama się złoży“.

Z patologii socyalnej chorób kobiecych¹⁾.

I.

Przyczyny zastoju i zboczeń w rozwoju szkieletu miednicy dziewcząt.

Napisał

Dr J ó z e f J a w o r s k i.

Położenie socyalne sprzyjać może warunkom powstawania pewnych chorób, powodować, nawet wytwarzać niektóre cierpienia, wreszcie, wpływać na przebieg pewnych chorób, ułatwiając go lub hamując.

Pośród licznych warunków i przyczyn, sprzyjających powstawaniu i rozwojowi wśród ludności naszej w Polsce chorób kobiecych, znajduje się pewna liczba takich podstawowych i dotyczących całej masy ludności, z których usunięciem i wszystkie inne stracić mogą swe znaczenie i zniknąć bez śladu. Twierdzenie to odnieść należy nietylko do chorób kobiecych, lecz wogóle do uzdrowotnienia całej ludności. I w tych razach, gdy chodzi o zapobieganie chorobowości ogólnej, czy też specjalnie chorobowości kobiet, takie podstawowe środki, jak zwalczanie przyczyn wzmagającej się chorobowości, śmiertelności i wyradzania się ludności, a dalej, zwalczanie braku kultury, niezaradności, słowem, ogólna socyalna i ekonomiczna reforma, wzmożone szerzenie oświaty powszechnej, sprawić mogą, że środki pojedyncze i wogóle o mniejszym zakresie staną się zbędnymi.

W stosunku do zapobiegania chorobom kobiecym wszystkie wyżej wymienione przejawy życia i warunki socyalne posiadają znaczenie doniosłe i wymagają osobnego i szerokiego omówienia. W tem miejscu jednakże mam zamiar poprzestać na rozpatrzeniu warunków i przyczyn chorób kobiecych, wprowadzić również ogólnych, lecz więcej bezpośrednich, a nadewszystko wchodzących w zakres ginekologii jako osobnego działu medycyny socyalnej i higieny.

Na razie zatrzymam się wyłącznie na przyczynach, wywołujących zastój i zboczenia w rozwoju szkieletu miednicy.

Ilustracją i dowodem opóźniania się wzrostu i rozwoju szkieletu miednicy jest rozwój oddzielnych jej kości. W chwili porodu znaczna część kości biodrowej jest je-

szcze chrząstkowa. Dopiero w 6-ym roku życia następuje ostateczne skostnienie dolnych gałęzi kości podłędźwiowej, kulszowych i łonowych. Wkrótce potem odbywa się stopienie się tych dwu kości, które zwiemy wtedy kością łonowokulszową (*os puboischiadicum*). Połączenie się kości podłędźwiowej (*os ilium*) z kością kulszową, a następnie i z łonową następuje dopiero w okresie pokwitania, t. j. w 13—14-ym roku życia zapomocą chrząstkozrostu.

Jeżeli zatem skostnienie chrząstek, a następnie stopienie się oddzielnych kości miednicy, a tembardziej ich połączenie zupełne, opóźnia się z jakichkolwiek bądź powodów, to warunki zewnętrzne, głównie czynniki mechaniczne, oddziaływać mogą na powstanie miednicy nieprawidłowej. Rzecz zrozumiała, że takie wpływy tembardziej będą zgubne, im wcześniej zaczną oddziaływać, a zwłaszcza przed nastąpieniem dojrzałości płciowej.

Do przyczyn, które opóźniają rozwój miednicy dziewcząt, a nawet spaczyć go mogą, należy przedewszystkiem krzywica, właściwa dzieciom głównie ludności, w ciężkich warunkach socyalnych bytującej.

Zastój w rozwoju kości, wywołany krzywicą, w pierwszych latach życia dziewcząt, w połączeniu z ciężarem tułowia, przeciwcisnieniem ud, pociąganiem mięśni, przemocowanych do miednicy, dają postać charakterystyczną miednicy zniekształconej. Miednica taka skutkiem choroby kości nabiera pewnej giętkości.

Po skończonej chorobie kość twardnieje, lecz zniekształcenie pozostaje na zawsze.

W miednicy krzywicowej uderzającym jest skrócenie wymiaru prostego (*conjugata vera*). Krzywica, jak wiemy, powodować może jeszcze inne formy zniekształceń, zwłaszcza wtedy, gdy kręgosłup uległ skrzywieniu. Wygięcia i skrzywienia kręgosłupa ku bokowi i tyłowi powstają również podczas rozwoju i wzrostu, ściślej kształtowania się szkieletu. Takie wygięcia i skrzywienia kręgosłupa w części lędźwiowej wpływają na kształt miednicy.

Zniekształcenie garbate miednicy, według

¹⁾ Jest to wyjątek z większej pracy pod powyższym tytułem, zgłoszonej na II Zjazd Higienistów Polskich.

teorii Breisky'ego — pochodzenie pacierzowe, spinogene, jest następstwem nabytego w dzieciństwie garbu.

Wykrzywienie boczne kręgosłupa, tak często spotykane, głównie u dziewcząt, w wieku szkolnym, według Hoffy, sześć razy częściej niż u chłopców, skutkiem ciągłego ciśnienia, skierowanego przeważnie w jedną stronę miednicy, wpływa na powstanie miednicy ukośnie zwężonej.

Badania moje dzieci proletariatu warszawskiego, głównie z ochrony sali zajęć Towarzystwa Opieki nad Dziećmi, potwierdzają fakt powstawania miednicy asymetrycznej pod wpływem szerzącej się wśród nich krzywicy szczególnie obecnie, w dobie niedostatku i wszelkich prywacy.

Zastosowanie przezemnie metody rentgenoskopijnej do badania miednic dziewcząt przekonywa w sposób jeszcze więcej jaskrawy o zastoju we wzroście i mniej lub więcej wyraźnych zniekształceniach miednicy ich z powodu choroby kości, mianowicie krzywicy, a także wskutek działania czynników mechanicznych.



Moja kolekcja zdjęć rentgenoskopijnych, dokonanych w pracowni szpitala ś-go Rocha przez kol. W. Sitkowskiego, między innymi wskazuje:

1) że w miednicach dziewcząt 3 — 4 letnich, obarczonych krzywicą, a wogóle niedostatecznie i nieodpowiednio odżywianych, pewne części kości biodrowych, głównie ich brzeg górny — są jeszcze chrząstkowe; 2) że w miednicach dziewcząt takich, nawet 8—10-letnich, dolne gałęzie kości kulszowych i łonowych jeszcze czasami przeświecają, co dowodzi zastoju we wzroście kości i opóźnieniu się skostnienia (patrz rentgenogram); 3) że w miednicach dziewcząt takich tylne kolce kości biodrowych zbliżone bywają ku sobie,

a wzgórek krzyżowy zstępuje głębiej do miednicy pomiędzy kości biodrowe i ku przodowi, zaś spojenie łonowe jakby wystaje ku przodowi. Tym sposobem miednice takie są rozciągnięte w kierunku poprzecznym, spłaszczone. (Patrz rentgenogram)

Niektóre z dziewcząt, badanych przeze mnie, bardzo późno zaczęły chodzić, bo w 3-im, a nawet w 5-ym roku życia, a są między nimi i takie, które przez pewien czas chodziły i ponownie przestały chodzić.

Drugą kategorię przyczyn, powodujących powstrzymanie rozwoju miednicy lub jej nieprawidłowości, stanowią nie choroby kości, lecz inne momenty. Nasamprzód pewne zwyczaje i przesady, co do postępowania z małymi dziećmi. Powtórę, nadmierne wysiłki fizyczne w wieku młodocianym. Potrzebie, praca rękodzielnicza i fabryczna w okresie pokwitania. Wreszcie, niekorzystne warunki życia szkolnego.

Do rzędu więc takich przyczyn, ściślej momentów mechanicznych, które polegają na nierównomiernej pracy pojedynczych części szkieletu, właściwiej tych lub innych grup mięśni, należą, zdaniem moim, między innymi: po pierwsze, rozpowszechnione w kraju naszym, głównie po wsiach, piastowanie dzieci przez małe dziewczęta; dalej, zwyczaj zbyt wczesnego sadzania dzieci; następnie, zwyczaj zamykania ich w tak zwanych stojakach, a także zwyczaj zmuszania dzieci do zbyt wczesnego chodzenia.

Do wpływów szkodliwych na rozwój miednicy zaliczam także przedwczesną pracę fizyczną, po nad siły, zjawisko stale spotykane u nas, głównie wśród dziewcząt wiejskich. Dziewczęta te, poczynając omal od zarania życia, dźwigają niewspółmierne w stosunku do ich rozwoju i sił ciężary i wogóle, pozostając najczęściej w pozycji pionowej przy pracy, w stopniu wysokim, napinają tłocznie brzuszna.

Nawiasowo dodam, że według W. Grabskiego, w grupie robotników fabrycznych w Królestwie Polskim, w wieku lat od 15 do 17 kobiety stanowią prawie tyleż co mężczyźni, w grupie zaś robotników w wieku od lat 12 do 15 kobiety stanowią $\frac{2}{3}$ mężczyźni.

Te wszystkie warunki życia i czynniki natury czysto mechanicznej, nawet przy braku wszelkiej sprawy chorobnej w kościach, spowodować mogą rozwój wadliwy miednicy, jej mniejsze lub większe zniekształcenie.

Pod wpływem ciężaru tułowa kość krzyżowa, wprowadzie się nie przegina, jak to by-

wa w krzywicy, ku przodowi, lecz jednakże zstępuje głębiej, niżej, pomiędzy kości biodrowe i ku przodowi. W taki sposób powstaje spłaszczenie miednicy. Wszystkie wymiary proste miednicy płaskiej, niekrzywicowej, są we wszystkich płaszczyznach skrócone.

Badania dziewcząt w różnych okresach ich życia, ustalają fakt, że wzrost ich ciała postępuje nierównomiernie, jakby skokami, że nie zawsze udaje się spostrzec harmonię we wzroście oddzielnych części szkieletu i całego ustroju. Okoliczność ta przemawia za tem, że ustrój w okresie wzrostu dziewcząt, specjalnie dziewcząt, a nie chłopców, jest nader delikatny, mało odporny na zachorowania, skłonny do niedorozwoju części oddzielnych.

Bez względu więc na to, czy w sprawie powstawania nieprawidłowości w budowie miednic staniemy na stanowisku teorii Litzmanna, a poniekąd Breiskyego i Freunda, polegającej głównie na znaczeniu zmienionych warunków ciśnienia ciężaru tułowia, czy też hołdować będziemy teorii Breusa i Kolisko — niedostatecznego rozwoju i wstrzymania rozrostu kości, przyznać musimy, że podstawową przyczyną większości postaci miednic wogóle nieprawidłowych, są pewne choroby wieku dziecięcego, mające swe źródło najczęściej w wysoce niekorzystnych warunkach socjalnych, głównie ekonomicznych, a także w ujemnych warunkach życia i pracy dziewcząt małych i dorastających.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. Breus und Kolisko. Die pathologischen Beckenformen. 1910. 2. E. Bumm. Grundriss zum Studium der Geburtshülfe. 3-e Auflage. 3. W. Grabski. Rocznik statystyczny Królestwa Polskiego. 1914. 4. J. Henle i Merckel. Zarys anatomii człowieka, przeło-

żony z IV wydania niemieckiego przez grono lekarzy warszawskich pod redakcją dr E. Lotta. 1916. 5. Litzmann. Die Formen des Beckens. 1861. 6. Tenże. Die Geburt bei engen Becken. 1884.

Negatywne barwienie bakterii.

(Z notatek laboratoryjnych).

Podał

Dr Med. S. Serkowski.

(Z 8 mikrofotogr.).

Tuszuowa metoda Burriego do negatywnego barwienia bakterii znalazła powszechne zastosowanie zwłaszcza do badania krętków błędnych i do mikrofotografii. Metoda negatywnego uwydatnienia obrazów drobnowidzowych jest bardzo cenna w codziennej praktyce i ma cele specjalne, odrębne od metod barwienia dodatniego: obie wzajemnie dopełniają się, lecz jedna drugiej nie wyklucza. Szereg modyfikacji tej metody lub też specjalne zastosowania jej (np. do badania bakterii, odbarwiających się według Grama) zaprojektowali Hecht i Wilenko, Gins, Sangiorgi, Fischer, Bley, Nitsche, Knack, a z polskich autorów F. Eisenberg, oraz Lenartowicz i Potrzebowski z Krakowa (wszystkie te prace drukowane są w Centr. f. Bakteriol. od 1909 do 1915 r.). Zamiast tuszu zalecano różne czarne i czerwone barwniki, jak nigrozyne, congorot, także koloidalne srebro itd.

Z powodu braku w sprzedaży tuszu, zastosowałem do negatywnego barwienia bakterii barwnik marki W. L. A. z grupy nigrozynej, którego roztwory nie dają osadów, stale obecnych w tuszu.

Załączone mikrofotografie, wykonane z preparatów negatywnych, przedstawiają: 1-laseczniki *b. anthracoides* z zarodnikami, 2-paciorkowce, wyosobnione ze krwi, 3-sarcina tetragena, 5-laseczniki pomoru ryb, 6-*b. diptheriae* i *cocci* z nalotu. O 4, 7 i 8 mikrofotografiach mowa jest dalej.

Sposób użycia, jak i preparatów tuszowych: Materiał z owrzodzenia, wydzieliny lub hodowli rozciera się na szkiełku z kroplą barwnika, lub też preparat utrwalony i wysuszony pokrywa bardzo cienką warstwą barwnika, usuwa nadmiar przez pochyle ustawienie szkiełka i bez przemycia wodą bada po wyschnięciu; świeże preparaty na ruchy spi-

rochet — wprost pod szkiełkiem pokrywko-
wem. Preparaty odbitki z kolonii, bez rozcie-
rania, pokrywa się kroplą barwnika. Warstwa
ostatniego powinna być bardzo cienka: naj-
lepiej bakterye uwydatniają się na popielatem
lub szaro-niebieskawem tle, nie nazbyt ciem-
nem. Znajdujący się w sprzedaży (Apteka
Wendy) barwnik jest wodnym roztworem
barwnika nigrozynowego „W. L. A.“, kilka-
krotnie przesączonym przez azbest i wyjało-
wionym; na preparat przenosi się pipetką.

Przypuszczam, że nie tylko barwnik da-
nej marki nadaje się do negatywnego bar-
wienia: i inne rozpuszczalne w wodzie, czar-
ne, nigrozynowe barwniki mieć mogą te sa-
me własności. Z pośród tych, jakie można
nabyć w obecnym czasie barwniki nigrozyno-
we marki „W. L. A.“ i marki „II“ dają zupeł-
nie dobre wyniki, nawet lepsze od tuszu, któ-
ry daje ziarenkowate osady.

Badając różnorodne zastosowania nega-
tywnego barwienia, zrobiłem następujące spo-
strzeżenia.

Zaletą opisanej metodyki badania jest
(patrz mikrofot. 3) możliwość uwydatnienia
zarysów bakteryi, nawet w dużych zlepkach,
np. w osadach aglutynacyjnych i odbitkach z
kolonii, czego nie można powiedzieć o bar-
wieniu dodatniem; oraz zastosowania negaty-
wnego barwienia do preparatów, uprzednio
już zabarwionych dodatnio. Możemy więc
preparat zabarwić dowolnym zasadowym bar-
wnikiem anilinowym, np. błękitem, fuksyną
lub według Grama, a następnie — po zbada-
niu i zmyciu olejku cedrowego ksylolem —
pokryć go barw. „W. L. A.“ bakterye przedsta-
wiają się bezbarwnie. Można też odwrotnie

— ten sam preparat badać wprzód w nega-
tywnem, później pozytywnem barwieniu.

Barwnik nigr. „W. L. A.“ lub „II“ nie
wpływa hamująco (2 krople na zawartość pły-
tki) na rozwój bakteryi w hodowlach: w po-
dłożach, podbarwionych nigr. „W. L. A.“,
rozwój odbywa się szybko i białe kolonie u-
wydatniają się jaskrawo na ciemnem tle pod-
łoża. Prócz tego, w koloniach zabarwiają
się przestrzenie międzykomórkowe, lepiej u-
wydatnia się budowa kolonii: system bruzdek
ma charakter ciemnych linii rozgałęziających
się, doskonale widocznych w koloniach *b. ty-
phi abd.* i wielu innych gatunkach, jak to wi-
dzimy na mikrof. 4-ej, kolonii 48-godzinnej
świeżo wyosobnionego szczepu bakteryi w
epizoot. pomorze ryb, *proteus Zopfii* (mikr.
7) i kolonii *bact. acidi lactici* (mikr. 8).

Kolonie w podbarwionych podłożach są
nieco ciemniejsze, niż w zwykłych podłożach
wskutek powyższej przyczyny, ale nigdy nie
zabarwiają się tak, jak to bywa pod wpły-
wem dahlji w metodzie Signorelli (1912) i in-
nych. W ten sposób podbarwione pożywki
można zastosować w kamerach Brefelda lub
Recklinhausena do badania sposobów roz-
mnażania się drobnoustrojów.

Wogóle, negatywne barwienie bakteryi
nadaje się nie tylko do badania krętków bła-
dych i do mikrofotografii, lecz i do uwyda-
tnienia kształtu, budowy i ugrupowania ba-
kteryi, zwłaszcza w większych zlepkach, jak
osadach aglutynacyjnych i odbitkach z kolo-
nii, także do badania budowy kolonii do pa-
sożytów zwierzęcych i roślinnych, wreszcie
do badania budowy innych grup drobnoustro-
jów (*oidiomycetes et fungi imperfecti*).

Streszczenie zbiorowe.

Unieszkodliwianie nosicieli zarazków.

Podat

S. S e r k o w s k i.

Pod nazwą „nosicieli“ zarazków lub
przenosicieli rozumiano zdrowych ludzi (nie
zdrowieńców), którzy sami, nie podlegając
pewnej chorobie zakaźnej, hodują bakterye
swoiste, chorobotwórcze w swoim ustroju
i wydzielają je na zewnątrz. „Trwałymi“ no-
sicielami nazywano te osoby wówczas, jeżeli
same przebyły już daną chorobę i, pomimo
zupełnego przyścia do zdrowia, posiadają w
swoich wydalinach bakterye swoiste przez

długi okres czasu. Zasadniczej różnicy niema
więc między nosicielami obu kategorii: nie-
bezpieczeństwo pod względem epidemiologi-
cznym jest jednakowe, różnica polega tylko
na pochodzeniu (anamnezie) i, być może, spo-
sobach unieszkodliwiania. Niebezpieczeństwo
jest jednakowo groźne, czy nosiciel był
i jest zdrowym, lub też sam przebył daną
chorobę, a warunkuje się sposobem i ilością
wydalanych zarazków, oraz obcowaniem no-

siciela z nieodpornymi ludźmi, podlegającymi infekcyi. Ponieważ między chorobą a zdrowiem istnieć może dużo stanów przejściowych, chorób o lekkim przebiegu i t. zw. przypadków ambulatoryjnych, które dają powód do trwałego wydzielania bodźców swoistych zjadliwych, więc w ostatnich czasach (1916 r.) zaprojektowano skasowanie wogóle pojęcia „trwałych” lub zwykłych nosicieli i połączenie obu powyższych kategorii pod jednym zbiorowem mianem „nosicieli” [Küster i Günzler (1)]. Prócz bakteryi durowych, błoniczych, meningokoków i t. p., i ultramikroskopowe bodźce mogą się szerzyć przez nosicieli, co wskazał Loeffler odnośnie do przesączalnych zarazków pryszczycy (*aphthae epizooticae*).

Przytaczać tu nie będę obszernego piśmiennictwa, omawiającego kazuistykę wydzielania wibryonów cholery, laseczników duru brzuszego, paratyfusów, krwawej biegunki, laseczników dżumowych, błoniczych i meningokoków. Odrzucając mocno niepełne opisy z tych czasów, kiedy nieznane były jeszcze współczesne metody różnicowania bakteryi, lub też tych autorów, którzy w nowszych czasach nie uwzględniali metod sero- i diagnostycznych, można uważać za ustalony okres wydzielania wibryonów cholery do 49 dni, przeciętnie 12 dni [Pfeiffer (2)]. Na ten okres nie wpływa wcale fakt, czy nosiciel był uprzednio chory, czy też nie był. Na mocy większej statystyki (Pfeiffer, Frosch, Friedheim), można uważać za dowiedzione, że w czasie epidemii w otoczeniu chorych znajduje się 20% zdrowych nosicieli wibryonów cholearycznych.

Najdokładniejsze dane o nosicielach laseczników durowych dają statystyki specjalnych zakładów do zwalczania tyfusu w południowych Niemczech. Tak więc, według Froscha, na 6708 chorych tyfusowych, badanych stale bakteriologicznie, było 310, czyli 4,62% nosicieli, wydzielających w kale bakterye duru brzuszego dłużej, niż przez 10 tygodni; w tej liczbie 144 (czyli 2,15%) nosicieli do trzech miesięcy i 166 (czyli 2,47%) powyżej trzech miesięcy. W trzyletnim okresie czasu tych 310 nosicieli infekcyi udzieliło 215 razy pewnych i 61 możliwych, t. j. ogółem 276 zakażeń dalszych na 6708 przypadków duru, czyli ogółem 4,11%.

Zarówno więc w epidemiologii cholery, jak duru brzuszego, nie jest zbyt wielkiem niebezpieczeństwem szerzenia infekcyi przez nosicieli w porównaniu do zakażeń bezpośrednich przez wydaliny ludzi chorych (np. w r. 1906, według Froscha, tylko $\frac{1}{14}$ wszystkich zakażeń pochodziła od nosicieli, $\frac{13}{14}$ zaś bezpośrednio od chorych). Jak zestawia Prigge (3), w ciągu pięciolecia 1905—1910 w tej części Niemiec, która znajduje się pod obserwacją przez zakłady do zwalczania tyfusu, było ogółem tylko 501 ustalonych bakteriologicznie nosicieli infekcyi, w tej liczbie 261 nosicieli, którzy uprzednio nie chorowali (w tem 80,5% kobiet), i 240 „czasowych”, wydzielających bakterye swoiste w okresie zdrowienia i po-

źniej aż do roku (wśród tych ostatnich 68,7% kobiet).

Sceptycznie można zapatrywać się na niektóre opisy wieloletnich nosicieli, o ile oparte są wyłącznie na anamnezie, że obecny nosiciel przed x laty chorował na dur brzuszny, zwłaszcza jeżeli przez cały czas wskazany nie były wykonywane ani badania kału i moczu, ani spostrzeżenia epidemiologiczne. Wydają mi się nie miarodajne i takie opisy, których autorzy przytaczają np. okres 6—10-letni nosicielstwa na tej zasadzie, że w ciągu tego czasu w otoczeniu zachorowała jedna osoba! Bywają jednak dobrze obserwowane przypadki (jak np. przypadek Sawyera: nosiciel tyfusowy w ciągu 4 lat zakażył 26 osób).

Dotychczasowe opisy długotrwałych nosicieli możnaby zestawić w następujący sposób:

1. Okres wydzielania laseczników durowych trwał od 1 do 10 lat: Queckenstedt, Hilgermann, Houston, Sawyer, Messerschmidt, Ustwedt, Bindseil, Niepraschk, Mosebach, Meyer i Ahreiner.

2. Wydzielanie trwało 11 do 20 lat: Mosebach, Hutchinson, Hilgermann, Fischer (1913), Scheller, Droba, Woodward, Writer, Schmitz i Kessler.

3. Wydzielanie trwało 21 do 30 lat: Bernhuber (1912), Rosenthal, Dean, Mosebach.

4. Wydzielanie trwało 31 do 40 lat: Huggenberg, Schröter (1912), Dennemark, Philipowicz (1911), Bigelow (1913).

5. Powyżej 41 lat: Bolduan, Noble, Gregg, Jundell.

6. 55 lat: Martz (4).

Ostatni autor opisuje przypadek obecnie przebiegającego duru (potwierdzono to na mocy badań sero- i bakteriologicznych), ale ponieważ ta sama chora przebywać miała tyfus w r. 1859, więc autor uważa, że noszenie i wydzielanie laseczników trwało 55 lat!

Większą odsetkę kobiet, niż mężczyzn wśród nosicieli tyfusowych, stwierdził również Wodtke, według którego na 8648 przypadków duru w połudn.-zach. Niemczech w latach 1907—1914 było 155 (czyli l. 79%) nosicieli, w tem 0,93% mężczyzn i 3,14% kobiet. Maksymalne liczby, według tegoż autora, dochodzą do 2,5% nosicieli w stosunku do ogólnej liczby chorych durowych.

Co do odsetka nosicieli las. błoniczych, poglądy autorów różnią się bardzo znacznie — w granicach od 0,1 do 32%. I w tej, jak i w innych chorobach zakaźnych stwierdzano dawniej — długotrwałych nosicieli, np. w ciągu 6, 9, 12 miesięcy, 4 lat (Prip), nawet 8 lat (Neisser). Większość autorów [jak np. Abel, Strauch, M. Ruben w 1915 r. (6)], podaje, że zwykle *bac. diphteriae* ginie w gardzieli zdrowieńców w 4-ym tygodniu choroby, a jeżeli trwa dłużej, — dopiero wówczas dany osobnik może być uważany już za nosiciela. Według statystyki Schellera, na 359 przypadków błonicy w 126 (czyli 35%) las. błonicze zginęły dopiero po 3 tygodniach, licząc od początku choroby, — w 64 (18%) po miesiącu, w 7 (2%) po 3 miesiącach. Takież wyniki daje nowa statystyka Tjadena, oparta

na 1338 przypadkach błonicy. Najdłużej trwające noszenie zdarza się wśród dzieci, u dorosłych zaś najczęściej kończy się w 3 tygodnie, licząc od początku choroby.

Bodźce epid. zapalenia opon mózgowych, czyli meningokoki znajdują się w gardzieli chorych w 66,6% przypadkach w ciągu pierwszych pięciu dni choroby, w 4,39% po upływie trzech tygodni. W otoczeniu jednego chorego znajdowano od 2 do 42 zdrowych nosicieli meningokoków (Lingelsheim). Według Bochalli, ze zdrowych nosicieli po 14 dniach 73,3% było wolnych od meningokoków, i rzadko spotkać je można było po 4 tygodniach. Nie podlega wątpliwości, że w szerzeniu się nagminnego zapalenia opon mózgowych wielką rolę odgrywają zupełnie zdrowi przenosiociele meningokoków. Pierwszy ustalił ten fakt prof. Lewkowicz w Krakowie, później udowodnili go Lingelsheim, Ostermann, Bruns, Bochalli, Droba, Kučera w Galicyi i in.

Meningokoki znaleźć można w górnym odcinku dróg oddechowych, nie tylko prawie u wszystkich chorych, lecz również b. często na śluzówce nosowogardłowej otoczenia chorego: prawdopodobnie nie od chorego jednak roznoszą się zarazki, lecz na tle nagminnego swoistego nieżyty nosa część tylko nosicieli zapada na swoiste zapalenie opon mózgowych. Tak np. w roku 1909 opisałem przypadek zapalenia opon mózgowych na tle meningokoków: nagle uległa zapaleniu opon uczennica, uprzednio zupełnie zdrowa, po trauumie (znajdowała się w pobliżu rzuconej bomby), co dało powód przeniknięcia dwójek swoistych do opon mózgowych.

Ostermann znalazł na 25 członków rodziny, w której zdarzył się jeden tylko przypadek dżentymy karku — aż 17 roznosicieli zarazy. Inni podają cyfrę zdrowych nosicieli na 50%, Buchalli stwierdził 42 zdrowych nosicieli wśród garnizonu wojska, gdzie był tylko jeden chory na zapalenie nagm. opon mózgowordzeniowych. Odsetek nosicieli według różnych badaczy waha się od 20 do 100%. Dane z wielu epidemii zbiegają się w tem, że w jamie nosowogardłowej meningokoki mogą przebywać w ciągu kilku tygodni, albo powodują objawy *pharyngitis meningococcica* albo bez żadnych objawów (jak i pneumokoki) i tylko u pewnych osobników mogą spowodować swoiste zapalenie opon mózgowordzeniowych, zwłaszcza u dzieci i młodzieży.

Selter i B. Gruber uważają meningokoki — pierwszy z nich za częstych, drugi za stałych mieszkańców śluzówki gardzieli: zdaniem ostatniego autora, 1 do 2% wszystkich badanych zdrowych ludzi posiada na śluzówce meningokoki. Jego zdaniem, nosicieli meningokoków trzeba uważać narówni z nosicielami pneumokoków.

Odmienny pogląd wygłosili Fromme i Hancken (6), którzy wśród 149 osób z najbliższego otoczenia chorych wykryli 20 (czyli 13,4%) nosicieli meningokoków, a wśród dalszego otoczenia na 1559 osób 84 (czyli 5,9%); natomiast między 115 osobnikami z

poza tego otoczenia nosicieli nie znaleźli. Przeciętnie przebywanie tych koków na błonach śluzowych trwało 44 dni (min. 11, max. 150 dni). Że dwukrotne badania nie zawsze są wystarczające, dowodzi ta okoliczność, że w 20 przypadkach (3,8%) wykryto ponownie meningokoki, pomimo że trzy—, względnie sześciokrotne poprzednie badania wypadły już ujemnie. Odsetek ten odnosi się do sumy wykonanych badań: uwzględniając zaś samych tylko nosicieli, Fromme i Hancken twierdzą, że po trzykrotnym ujemnym badaniu pozostaje 25%, a po czterokrotnym ujemnym — jeszcze w 17% przypadków stwierdzić można obecność meningokoków w następnych badaniach!! czyli nawet czterokrotne badania nie zawsze są jeszcze miarodajne!

Na Międzynarodowym Zjeździe Higienistów w Berlinie w 1909 r. podawano okres trwania meningokoków na śluzówce na 5 — 30 dni, co stoi w sprzeczności z wywodami powyższych autorów, a Cohn przytacza jeden przypadek noszenia meningokoków w ciągu 5 miesięcy.

Bezwątpienia, różnorodność wyników badań, zwłaszcza co do nosicieli błonicy i meningokokowych objaśnia się niejednorodną metodyką badania i niejednokrotnymi poglądami autorów, z których jedni (dualiści) znajdują znacznie mniejszy odsetek nosicieli błonicy od innych (unitarystów), a drudzy znów — zależnie od stosowania serodyagnostyki lub tylko poprzestawania na cechach hodowlanych meningokoków otrzymują wielkie różnice %owe badań dodatnich.

Tak więc sprawa nosicieli zarazków nie jest ustalona w ostatecznej formie. Podczas gdy nosicielom wibryonów cholerycznych i laseczników tyfusowych i paratyfusowych (jako skutek choroby) przypisuje się znacznie mniejszą rolę, niż innym sposobom zakażenia, przeciwnie w nagminnym zapaleniu opon mózgowych wybuch choroby samej wielu badaczy uważa jako skutek przebywania meningokoków na zdrowej śluzówce. Co do błonicy nosicieli, to zdania są bardzo podzielone i znajdują się w zupełnej sprzeczności, której wyrazem są poglądy unitarystów i dualistów.

W streszczeniu podaję dane w sprawie unieszkodliwiania nosicieli tyfusowych i błonicy.

Zabiegi chemoterapeutyczne w unieszkodliwianiu nosicieli błonicy i duru.

Dotychczasowe próby, dążące do skrócenia wegetacji błonicy na błonach śluzowych, nie osiągnęły skutku, jakoto płukania z wody wapiennej i wody chlorowej [Knack (7)], mieszanin toluolowych, pyocyanazy, *liq. sesquichlorati*, *tinct. jodi*, wody utlenionej, sprayów sublimatowych (Lippmann), jodowych [M. Ruben (5)] i t. d. Tak np. Lippmann w szpitalu z dużą liczbą chorych i nosicieli laseczników błonicy wśród personelu szpitalnego stosował terapię wszelkich płukań i *sprayów* „bez żadnego skutku”. Co do *sprayu*

jodowego, zaproponowanego przez S. Abela w 1913 r., jako środka do usuwania *b. diphteriae* z gardzieli nosicieli, to Martha Ruben w szpitalu w Hamburgu nie mogła stwierdzić wyniku pomyślnego, choć nie było i niema też żadnego lepszego sposobu. Niezbędne są więc nowe drogi unieszkodliwiania nosicieli (prócz uodporniania czynnego, biernego i metody „*simultan*”). Trudność w usunięciu laseczników błoniczych ze śluzówek potęguje się przez to, że dotychczas nie ustalony jest ostatecznie stosunek pomiędzy lasecznikami błoniczymi rzeczywistymi (*b. diphteriae*) a rzekomymi (*b. pseudo et paradiphteriae*). Unitaryści lub moniści w niezjadliwych szczepach widzą rzeczywiste laseczki błonice, które utraciły zjadliwość i jadowitość (Roux, Yersin, Martin, Schanz, Fraenkel, Abbott, Behring, Lambotte i in.). Dualiści uważają zaś laseczki rzekomobłonicze za samodzielne ustroje, nie mogące zmienić się w postaci laseczników błoniczych, ani odwrotnie (Loeffler, Hoffmann-Wellenhoff, Zarnino, Escherich, Beck, Fraenkel, Spronck, Graham-Smith i in.).

Według Riemsdijka (8) „teoria dualistyczna coraz więcej ma zwolenników”: nawet zdecydowani unitaryści, jak Fraenkel przechodzą do obozu dualistów. Stojąc na stanowisku dualistycznym, mamy na celu unieszkodliwianie laseczników błoniczych rzeczywistych, pomijając nosicieli rzekomobłoniczych.

W celu zniszczenia laseczników durowych próbowano stosować:

a) Środki, działające bezpośrednio na błonę śluzową, jakoto kalomel, siarczan magnezyi, sól karlsbadzka, dwuwęglan sodu, *extr. phytolaccae*, fortoinę (której przypisywano działanie bakteryobójcze), *radix jalapae* i t. d. O wszystkich tego typu środkach i zabiegach powiada Lentz, że nie mają żadnego działania i skutku na bakterie tyfusowe.

b) Chloroform, jako środek do odkażania w ostrych niezżytach kiszek, po raz pierwszy zastosował Conradi u królików i ludzi, później sprawdzili ten sposób Bully i Pribram. Bully stosował u 2 nosicieli po 0,5 chloroformu 4 razy dziennie w kapsułkach żelatynowych, i nie mógł stwierdzić żadnego wpływu na wydzielające się w kale laseczki durowe. W r. 1911 Pribram również bez skutku (3 razy dziennie po 0,5 chloroformu) stosował u nosicieli las. paratyfusowych.

c) Barwiki dają dobre wyniki w leczeniu spraw pierwotniakowych, ale nie mają żadnego wpływu na laseczki durowe i nie mogą unieszkodliwić nosicieli [Prigge (9)]. Uhlenhuth i Messerschmidt (10) stosowali leczenie barwikami (z rzędu *triphenylmethan* i *fluoreszein*) królików—nosicieli. Wprowadzone dożylnie lub śródmięśniowo barwiki te same lub w połączeniu z rtęcią, miedzią, przechodzą do żółci i wywierają działanie bakteryobójcze. Ten zabieg połączony jest z tak silnym odczynem miejscowym, że nie można go stosować do ludzi.

d) Lekarstwa, zawierające formaldehyd, jakoto: urotropinę, helmitol, hetralin,

myrmalid, myrosan, borovertin i t. p., były stosowane na szerszą skalę. Obszerne piśmiennictwo o urotropinie możnaby zestawić w następujący sposób. Dawniejsze doniesienia były rozbieżne w poglądach: jedni autorzy (Gaertner, Tsuzuki, Niepraschk, Büsing i in.) otrzymywali w bakteryomoczu ujemne lub niepewne wyniki, inni zaś pomyślne (jak Biss, Richardson, Neufeld, Horton i Smith i t. d.), lub zmniejszenie czasowe laseczników (Morgan i Harvey). Ostatnie badania, poczęści dokonane w czasie wojny na większym materiale [jak np. Mann (11)], wykazują, że urotropina, stosowana od samego początku choroby, może zapobiec durowemu zapaleniu pęcherzyka żółciowego (*cholecystitis typhosa*). Zamiast urotropiny stosowano też z różnym skutkiem inne preparaty, jak helmitol, hetralin, borovertin i in. Ten ostatni, jako środek przeciw bakteryomoczu durowemu, zaleca Niepraschk, Schneider i Ustvedt.

e) Preparaty żółciowe, jak sucha żółć, sole żółciowe chologen, gallisol, zalecano w celu wzmoczenia ilości i wydzielania żółci. I te preparaty zawiodły oczekiwania.

f) Leczenie jodem. W roku 1910 Tsuzuki i Ishida stosowali jod do leczenia nosicieli tyfusowych. Pierwszej grupie, składającej się z 29 ludzi, dawano wielokrotnie dziennie po 0,5—1,0 jodku potasu (+ *tinct. amara* 2,0, *aq. dest.* 100,0) początkowo w wzrastających, później w dawkach ubywających. Wydzielanie się laseczników ustało (przeciętnie) po 42 dniach leczenia. Druga grupa (21 nosicieli) otrzymywała dziennie *liq. Fowleri* 0,2—1,0 *tinct. amara* 2,0, *aq. dest.* 100,0. Po 34 dniach wydzielanie zarazków ustało. W trzeciej grupie z 16 ludzi nie dawano żadnych lekarstw i pomimo tego wydzielanie ustało po 59 dniach samo przez się, wobec czego autorzy nie mogli wypowiedzieć się zasadniczo w sprawie terapii jodowej.

Kalberlah (12) leczył 5-u nosicieli 2—3 miesięcznych nastojem jodu z węglem zwierzęcym (*tinct. jodi* 7—15 kropeł 3—4 razy dziennie i łyżeczkę węgla zwierzęcego Mercka); w kale laseczki swoiste zginęły po 8 u czterech i po 14 dniach u jednego pacjenta. W dodatkowych badaniach, wykonanych na długotrwałych (6—8 miesięcznych, nosicielach, terapia jodowo-węglowa zawiodła zupełnie. Również bezskuteczne leczenie nosicieli paratyfusowych preparatem jodowym obserwował Wilucki (13).

g) Preparaty rtęci, miedzi, srebra, salicylowe nie dały w walce z roznosicielami tyfusowymi żadnego lub prawie żadnego wyniku (Prigge).

Küster i Günzler (l. c. str. 495) w lazarecie wojennym leczyli różnymi sposobami 236 nosicieli durowych, w tem 179 bez skutku, u pozostałych laseczki zginęły z kału bądź bezpośrednio po leczeniu (35), bądź po pewnym czasie (22). Zdaniem ich, dobry skutek może być osiągnięty tylko wówczas, gdy nie nastąpiły jeszcze głębsze zmiany histologiczne pod wpływem bakterii; w stanach zaś

zapalnych, powikłanych przez kamienie żółciowe, może dać dobry wynik tylko leczenie chirurgiczne. Między innymi autorzy stosowali następujące preparaty (cyfry w nawiasie oznaczają liczbę ogólną przypadków i liczbę bezskutecznych zabiegów): autowakcyne wewnątrzmięśniowo (14 — 13), borowertynę (16—15), helmitol (20 — 12), błękit metylowy (18 — 16), kwas mlekowy (9 — 8), thymoform (25—17), thymofen (13—10), urotropinę (25—22) i t. d.

W trzech, leczonych chirurgicznie, przypadkach autorzy ci wyosobnili łaseczniki paratyfusowe, aglutynujące się pod wpływem żółci w roztworze tylko do 1:400; takie same niskie miano uzyskano pod wpływem surowicy swoistej wysokoaglutynującej paratyfusowej, co uważają za potwierdzenie hipotezy Friedbergera, że bakterye, osiadłe w pęcherzyku żółciowym nosicieli, są „surowiczoodporne“¹⁾. Autorzy ci zwracają uwagę, że nie jest odpowiedni wybór króli, jako najlepszego obiektu do doświadczeń, ponieważ hekatomba króli nie wyjaśniła sprawy lecznictwa; wydzielanie bakterii ustaje samo przez się po kilku miesiącach; przez zaszczepienie zaś bezpośrednie do pęcherzyka otrzymują się objawy zapalne, które nie odpowiadają warunkom zakażenia naturalnego i wtedy wszelkie zabiegi są bezskuteczne.

Potwierdza to też Weinfurter (16), którego zdaniem łaseczniki durowe w pęcherzyku żółciowym królików giną samoistnie już po tak krótkim przeciągu czasu, że w surowicy nie powstają ani aglutyniny, ani ciała, wiążące dopełniacz. W r. 1913 opisali Weinhardt i Haussner (15) przypadki nosicieli łaseczników durowych, gdzie nawet przez usunięcie pęcherzyków żółciowych (*exstirpatio*) nie można było usunąć wydzielania długotrwałego łaseczników swoistych z kału. Te spostrzeżenia zachwiały wiarę w zabieg operacyjny, jako niezawodny przeciw nosicielom i okazały bezskuteczność jego w tych przypadkach, w których niema przewlekłego zapalenia pęcherzyka.

Wpływ pomyślny ekstyrpacji pęcherzyka podają Dehler, Däschler, Fromme, Holmes (1912) i Leary (1913) i ujemny Brunn i Pribram (1912).

Największą nadzieję pokładano w uodpornianiu czynnem. Z dawniejszych autorów jedni (Irwin i Houston, Meader i Stone) otrzymywali dodatnie, inni (Hale) ujemne wyniki. 13 przypadków ujemnych stosowania autowakcyny (na 14 stosowanych) podają Küster i Günzler. Ujemne też wyniki otrzymał niedawno Schwer (17), którego zdaniem „uodpornianie czynne nosicieli durowych zapomocą wakcynacji własnymi szczepami niema żadnego wpływu na wydzielanie łaseczników“, ale — jak pokazały doświadczenia dootrzewnowe na świnkach morskich — autowakcynacja wywiera taki wpływ, że zjadliwe szczepy tracą swoją zjadliwość. Schwer przypuszcza, że wobec tego należy stosować autowakcyny względem nosicieli tak długo, aż wydzielane łaseczniki stracą swoją zjadliwość, co należy sprawdzać na zwierzętach. Do sprawdzania zjadliwości S. stosował $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{6}$ uszka normalnego do otrzewny: *exitus* po 12—24 godzinach (Kolle-Hetsch, jako dawkę śmiertelną, podają od $\frac{1}{2}$ do $\frac{1}{100}$ uszka), szczerpiąc równocześnie dwie świnki — jednej część uszka z hodowli *ante vaccinationem*, drugiej taką samą dawkę hodowli *post vaccinationem* (1 uszko 24 godz. hodowli w 3 ctm. sz. fizyolog. NaCl, z tego 1 ctm. sz. = $\frac{1}{3}$ uszka do *peritoneum*).

Te wnioski Schwera są ważne i wymagają sprawdzenia. Autor dawkował autowakcyny metodą Wrighta; do danych celów byłaby niezbędna bardziej ścisła metoda wagowa (18).

Przegląd wszystkich powyższych prac nietylko ma na celu wykazanie, że niezbędnem jest poszukiwanie nowych terapeutycznych zabiegów i zwłaszcza dalszych prób nad metodą „simultan“ w zastosowaniu do błoniczych i dużych dawek autowakcyny, prawidłowo dawkowanej, do durowych nosicieli, ale także wskazuje, do jakiego stopnia jest ważnem umiejętne przeprowadzenie stałego odkażania w czasie choroby i nosicielstwa, odosobnianie nosicieli w szerszem słowu znaczeniu, kontrola bakteriologiczna ich wydaliny i uodpornianie otoczenia.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. E. Küster i Günzler. Z. Behandlung v. Typhusbazillen Ausscheidern. Ztschr. f. Hygiene u. Infekt. t. 81, 3 z, 1916. 2. Pfeiffer. Die Verbreitung der Cholera durch s. g. „Dauerausscheider“ u. „Bazillenträger“. Klin. Jahrb. t. 19, str. 483. 3. Prigge. Bazillenträger u. Dauerausscheider. Arb. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte,

t. 41, 1912, str. 276. 4. Martz. Ein Typhusbazillenträger v. 55. jährl. Ausscheidungsdauer. Ztschr. f. Hygiene t. 80, 1915, str. 355. 5. M. Ruben. Ztschr. f. Hygiene u. Infekt. t. 80, 1915, str. 184. 6. Fromme i Hancken. Ztschr. f. Hygiene t. 82, 1916, str. 242. 7. A. v. Knack. Ztschr. f. Hygiene u. Infektionschr. t. 80, 1915, str. 170. 8. M. van Riemsdijk. Centr. f. Bakt. i Orig. t. 75, 1914, z. 3, str. 229. 9. Prigge. Arb. a. d. Kais. Gesundh. t. 41, 1912, str. 276. 10. Uhlenhuth i Messerschmidt. Münch. Med. Wochenschr. 1914, s. 735. 11. G. Mann. Wien. med. Wochenschr. 1916, str.

¹⁾ Zmiany nietylko w własnościach zlepných, ale i hodowlanych łas. durowych pod wpływem przebywania w ustroju spostrzegano wielu badaczy: do tej kategorii odnosi się *bact. typhi mutabile* Jakobsena, a w ostatnich czasach spostrzeżenia Goebela (14).

335. 12. Kalberlah. Med. Klinik 1915, N. 21.
13. Wilucki. Münch. Med. Woch. 1915, str. 2356.
14. Goebel. Ueber einen atypischen Typhusstamm. Centr. f. Bakteriolog. I. Orig. 75, 1915, str. 376.
15. Weichardt i Haussner. Erg. d. inn. Medizin. u. Kinderheilk. X, 1913, str. 809.
16. F. Weinfurter. Centr. f. Bakt.

I Or. 75, 1915, str. 379.
17. Schwer. Z. Frage d. Behandlung der Typhusbazillenträger. Veröff. d. Medizinalverwaltung VI, 1916, str. 67—68.
18. L. Szereszewski. Ujednolinitenie metod mianowania wacy. Spraw. Warsz. Tow. Naukowego IX, 1916, str. 895.

Posiedzenia kliniczne w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Posiedzenie d. 14 stycznia.

Posiedzenie to poświęcono ś. p. K. Chelchowskiemu i wybrano Komisję dla uczczenia Jego pamięci (p. Nr. 4 Gaz. Lek., str. 51).

D. 21 stycznia.

Komisja dla uczczenia pamięci K. Chelchowskiego zdała sprawę ze swych czynności (p. Gaz. Lek. Nr 10, str. 127). Odczytano sprawozdanie z czynności naukowych za rok 1916. Wybrano sekretarza na rok 1917.

1) Korybut Daszkiewicz zdaje sprawę ze 135 sekcji wykonanych na oddziale i przedstawia dane kliniczne z wynikami badań pośmiertnych; ważniejsze wnioski prelegenta: 1) w 42% przypadków rozpoznanie kliniczne dosłownie zgadzało się z anatomopatologicznym. 2) między niestrawnością i nieżytem kiszek u dzieci jakoteż między nieżytem oskrzeli i nieżytem zapaleniem płuc trudno bardzo postawić granicę rozpoznawczą. 3) zapalenie grudek chłonnych jelita u dzieci zdarza się niezwykle często, nie zdradzając się częstokroć objawami klinicznymi. 4) mocz u dzieci

za rzadko bywa badany w celu rozpoznawczym w kierunku *calculi* i *pyelitis*, które nie są zbyt rzadkimi chorobami wieku dziecięcego. 5) grasica w stanie przerostu zdarza się nawet u dzieci paroletnich. 10) pęknięcie serca u dziecka małego jest możliwe z powodu zapalenia gruźliczego mięśnia sercowego. 11) gruźlica rozpadowa jest możliwa u dzieci nawet w pierwszych miesiącach życia.

W dyskusji Grudziński podkreśla doniosłość rentgenografii w odróżnianiu zapalenia płuc nieżyłowego od nieżyty oskrzeli. Puławski przypomina zreferowaną przez siebie pracę amerykańską, w której zestawiono 1000 rozpoznań klinicznych z wynikami sekcijnymi; najczęstsze błędy dotyczą pneumonii, *myocarditis*, *tuberculosis miliaris*.

II. Rechiniewska przedstawia zbadany histologicznie preparat polipa łożyskowego wielkości dłoni odłuszczonego zapomocą palca i pomyślnie usuniętego chorej 38-letniej w 1½ roku po porodzie; przybyła ona na oddział w stanie dużej anemii z powodu częstych krwawień macicznych.

A. Lande.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniach plenarnych Zjazdu higienistów polskich będą wygłoszone następujące odczyty:

I. Posiedzenie plenarne d. 29 czerwca o g. 2 po poł.

Referaty z zakresu projektów prawa i zdrowia publicznego w Polsce.

1. Dr. J. Polak: Projekt prawa o zdrowiu publicznym w Polsce.

2. Prof. Ciechanowski: Prawodawstwo sanitarne i organizacja służby zdrowia.

3. Dr. Maciesza. Humanitaryzm, czy przymus policyjny, jako zasada wykonania prawodawstwa sanitarnego.

4. Dr. St. Tarczyński. Znaczenie chemii dla higieny z punktu widzenia państwowego i społecznego.

5. Dr. Szaykowski. Wniosek w sprawie ministerium samorządów.

II. Posiedzenie plenarne d. 30 czerwca o godz. 11-ej rano.

Stan sanitarny kraju, walka z gruźlicą.

1. Dr. W. Szumlański: Stan sanitarny kraju.

2. Dr. J. Zawadzki: Najpilniejsze postulaty higieny miast i miasteczek.

3. Dr. A. Sokołowski: Odbudowa kraju a walka z gruźlicą.

4. Dr. S. Sterling z Łodzi: Gruźlica w Łodzi. Plan walki.

5. Dr. Gałęcki z Rudki: Projekt organizacji przeciwgruźliczej w państwie polskim.

6. Dr. E. Wiszniewski z Siedlec. Gruźlica w Siedlcach przed wojną i obecnie.

7. Dr. A. Zapasiewicz. O stanie zdrowotnym m. st. Warszawy.

8. Dr. S. Skalski z Łodzi. Stan zdrowotny Łodzi w okresie wojny obecnej.

9. Dr. S. Skalski z Łodzi. Hipoteki sanitarne domów.

10. Dr. E. Wiszniewski z Siedlec. Sprawozdanie z działalności deputacji sanitarnej miejskiej w Siedlcach za rok 1914. 15, 16 i 17.

11. Dr Starkiewicz z Dąbrowy. O następstwach niedostatecznego odżywiania.

12. Dr. E. Osiński: Czy są u nas obecnie choroby wywołane niedostatecznym odżywianiem.

13. Dr J. Jaworski Niedostateczne i nieodpowiednie odżywianie jako przyczyna zaburzeń i zmian w sferze płciowej kobiecej.

III. Posiedzenie plenarne d. 1 lipca o godz. 4 pp.

Walka z chorobami wenerycznymi i eugenika.

1. Dr. W. Łukasiewicz. O zwalczaniu chorób wenerycznych.

2. Prof. Ciechanowski. W sprawie walki z chorobami wenerycznymi.

3. Dr Boguszewski. Eugenika.

30 czerwca od 8 do 11 rano i od 4 do 7 po poł. oraz 1 lipca od 8 rano do 1 po poł. odbywać się będą posiedzenia sekcyjne.

Wykaz sekcji podaliśmy w numerze poprzednim.

Podczas Zjazdu będzie miała miejsce w gmachu Tow. Higienicznego Wystawa, na którą zapowiedziano następujące ekspozyty:

1) Laboratorium chemiczne miejskie wystawia produkty spożywcze zafałszowane.

2) Laboratorium bakteriologiczne miejskie—wyniki badań bakteriologicznych.

3) Komisja do badań chleba—laboratorium podręczne do kontroli zaczynów i wypieku chleba oraz tablice i fotografie.

4) Urząd Zdrowia—Tablice.

5) Laboratorium Chemiczne Warszawskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Zafałszowania leków oraz produktów spożywczych, tablice i fotografie.

6) Wystawa. Książki z dziedziny higieny.

7) Tow. Akc. „Fr. Karpiński”. Roztwory koloidalne złota, srebra i rtęci oraz inne przetwory farmaceutyczne.

8) Tow. Akc. „Motor”. Przetwory farmaceutyczne i wody mineralne sztuczne.

9) Tow. Akc. „L. Spiess”. Przetwory iarmaceutyczne.

10) H. Klawe. Przetwory farmaceutyczne.

11) L. Modliński i Lilpop. Leki prasowane.

12) Hebda. Maść od świerzyby.

13) Przyjemska. Spluwaczki higieniczne „Eureka”.

— W programie odbywającego się II Zjazdu Higienistów polskich zamieszczono zwiędzenie pólkolonii Tow. Kol. Letnich na placu wyścigowym, które się odbędzie d. 1 lipca w niedzielę o godz. 2-ej po poł. (dojazd do placu Zbawiciela tramwajem, ztamtąd przez ul. Nowowiejską koło kościoła do ulicy Polnej nawprost Nr. 36-go). 1500 dzieci z zaufków Warszawy pod odpowiednim dozorem korzysta tam przez dzień cały (od 9-ej do 6-ej) ze świeżego powietrza, odpowiedniego pożywienia, a nawet pomocy lekarskiej w razie potrzeby. Wiodok prawdziwie „wojenny”, odpowiadający duchowi czasów obecnych!

— Stowarzyszenie Lekarzy Polskich wydało własnym staraniem wykład d-ra J. Jaworskiego, p. n. Profilaktyka osobista lekarzy oraz zabezpieczenie ich bytu wobec epidemii tyfusu wysypkowego. Rzec poświęcona jest uczestnikom II Zjazdu Higienistów Polskich i dołączona będzie do Dziennika Zjazdu.

— „Zdrowie” z. 6, poświęcony Uczestnikom II Zjazdu Higienistów Polskich, zawiera: Artykuły oryginalne: Artykuł wstępny. Dr Kazimierz Bacia. Ruch urodzeń i śmierci w parafiach warszawskich w latach 1913—1916. Dr S. z. Starkiewicz. 10 przypadków wrodzonej ślepoty pochodzenia głodowego u noworodków. Dr Seweryn Sterling. Gruźlica w Łodzi. Plan walki. Dział sprawozdawczy: Higiena żywienia.—Choroby zakaźne.—Walka z chorobami wenerycznymi. Wiadomości z ruchu i potrzeb higieny i medycyny krajowej. Przegląd bibliograficzny.—Nekrologia.—Wiadomości bieżące. Do zeszytu dołączono Dziennik Zjazdu Nr. 1.

Ogólne zebranie członków w Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych odbędzie się w sobotę, dnia 30 czerwca 1917 roku, o godz. 8-ej wiecz., w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (Niecała № 7).

Do numeru niniejszego dołącza się tablica rysunków do artykułu d-ra Serkowskiego.

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że wakują obecnie poniżej wymienione nagrody konkursowe z funduszy specjalnych, będących w rozporządzeniu Towarzystwa, a mianowicie:

1) Nagroda pieniężna w kwocie rb. 300, — z funduszu imienia D-ra Walentego Koczorowskiego, za najlepszą pracę, złożyć się mającą Towar-

zystwu Lekarskiemu w rękopiśmie, w języku polskim, opartą na własnych samodzielnich badaniach, z zakresu nauk przyrodniczych, w zastosowaniu do medycyny lub higieny. Jeżeli komitet konkursowy z pomiędzy prac nadesłanych uzna dwie za równie dobre, pierwszeństwo mieć będzie praca, odznaczająca się dobrym stylem i poprawnością języka. Wymaganem jest, aby prace konkursowe były pisane na maszynie, albo też pi-

smem wyraźnym, a w każdym razie nie ręką autora. Prace nadsyłane być mają w ostatecznym terminie do dn. 31 marca 1918 r. pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7) z dołączeniem godła oraz nazwiska autora w kopercie zapieczętowanej. Praca nagrodzona może być wydrukowana w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

2) Dwie nagrody pieniężne, każda w kwocie około rub. 250, z funduszu imienia D-ra Józefa Wszeborza za najlepsze dwie prace oryginalne, w języku polskim napisane i w rękopisach Towarzystwu Lekarskiemu złożone, na dowolne tematy z dziedziny patologii ogólnej lub higieny, przedstawić się mające w terminie od dnia 1 stycznia 1914 do dnia 31 grudnia 1917 roku. Termin prekluzyjny 31 stycznia 1918 roku.

3) Nagroda pieniężna w sumie około 1000 franków (około 400 rubli) z funduszu imienia D-ra Alfreda Sokołowskiego, za najlepszą pracę oryginalną, ogłoszoną drukiem w oddzielnej pracy lub też w czasopiśmie polskich, albo złożoną w rękopisie w czasie od dnia 1 stycznia 1914 roku do dnia 1 września 1917 r., z dziedziny chorób dróg oddechowych (anatomia patologiczna, patologia doświadczalna lub klinika i t. d.) z pierwszeństwem dla monografii.

4) W końcu roku 1917 i 1922 przyznane będą dwie nagrody imienia D-ra Henryka Dobrzyckiego; pierwsza z nich wyniesie 600 rubli, druga — 700 rubli. Nagrody będą przyznane za prace oryginalne, pisane w języku polskim, już to nadesłane na konkurs w rękopisie, już to ogłoszone drukiem między r. 1911 — 1917 (włącznie) i między rokiem 1917 — 1922 (włącznie) z dziedziny balneologii, balneoterapii i klimatologii; prace te powinny przede wszystkim uwzględniać potrzeby kraju naszego (t. j. Polski w jej dawnych, z przed 1772 roku granicach).

Gdyby żadna z prac, nadesłanych w rękopisie lub ogłoszonych drukiem z zakresu balneologii, balneoterapii i klimatologii nie zasługiwała na nagrodę, nagrodę tę otrzyma praca, ogłoszona po polsku drukiem w odpowiednim okresie konkursowym, z zakresu nauk lekarskich wogóle, bez względu na opracowany temat. Nagrodzona praca, bez względu na rozmiary, powinna być ściśle naukową i wnosić do nauki choćby najskromniejszy, lecz oryginalny przyczynek.

5) W końcu roku 1917 przyznane będą dwie nagrody z zapisu Jana Wilhelma Knolla, każda po rub. 475, za dwie prace naukowe napisane w języku polskim, jedna z dziedziny chirurgii, druga z dziedziny higieny. Nagrody te przyznane będą za dwie najlepsze prace oryginalne polskie, wydrukowane w okresie konkursowym od 15 stycznia 1913 do 15 września 1917 roku, lub nadesłane na konkurs w rękopisach, a mianowicie: a) za pracę z dziedziny chirurgii, bez ścisłego określenia z góry tematu pracy, oraz b) za pracę z dziedziny higieny, również bez określenia z góry ścisłego tematu. Termin nadesłania prac w rękopisach oznacza się na dzień 15 września 1917 roku, z zachowaniem zwykłych warunków konkursowych. Prace, nagrodzone już na innych konkursach, nie mogą być brane pod uwagę.

U w a g a o g ó l n a. Wszystkie prace naukowe nadsyłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7) z nadmienieniem, że autor je do danego konkursu przeznacza. Do prac, w rękopisach przedstawianych, dołączane być mają godła, z nazwiskami autorów w kopertach zapieczętowanych. Bliższe informacje w Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego, ul. Niecała № 7.

Sekretarz Stały, *Dr Med. A. Sokołowski.*

TRZĘŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Od Redakcyi	310	<i>Streszczenie zbiorowe. S. Serkowski. Unieszkodliwianie nosicieli zarazków</i>	321
Alfred Sokołowski. Odbudowa kraju a walka z gruźlicą	310	<i>Posiedzenia kliniczne w Szpitalu Dzieciątka Jezus. dnia 14 i 21 stycznia</i>	326
Józef Jaworski. Z patologii socjalnej chorób kobiecych	318	<i>Wiadomości bieżące.</i>	326
S. Serkowski. Negatywne barwienie bakterii.	320		

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi Żórawia 22. — Adres Administracyi: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 10^{1/2} do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17,50, półrocznie M. 8,75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M 1,25 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgowordzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglkowe. Nosaczna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,
ponownie przez autorów opracowane.

Cena m. 13.75, z przesyłką m. 15.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena niższa na **m. 6.25, z przesyłką m. 7.50.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N .

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

C e n a m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Z D R O W I E

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socjalnej.

Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,
objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Higiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ. 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokoły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCJI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów Im. Rau'a, 2) Z instytutu Higieny Dziecięcej Im. Lenwała, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygienicz. VII. RUBRYKA Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADESŁANE. XIII. ŻYCIO-RYSY. XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
 № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
 № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowym duru brzuszego.
 № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria anafilaksji.
 № 10. Ludwik Zembrzusi. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.