

---

# Czasopismo Lekarskie

---

## Udział niektórych instytucji publicznych w sprawie wychowania higienicznego.

Podał Dr. Stanisław Koczyński z Warszawy.

(Rzecz, odczytana na posiedzeniu Wydziału Szpitali i przytułków Warsz. Tow. Higienicznego w d. 5 Września r. b.).

Olbrzymi rozwój w ostatnich dziesiątkach lat nauk przyrodniczych, a zwłaszcza bakterjologii, spowodował szybkie postępy najmłodszej z nauk, a dziś tak szeroko roztaczającej swe panowanie, mianowicie higieny. Higiena i zdrowie, higiena i dobrobyt, higiena i moralność – oto tematy, które tak często w ostatnich latach bywają poruszane. Zarówno pojedyncze jednostki, jak i całe państwa za punkt wyjścia do wielu swoich urzędzeń wzięły postulaty higieny. Zrozumiano, że tysiące, wydane na urzędzenia higieniczne, wracają się jako miliony pod postacią dobrobytu ogólnego. Potworzono towarzystwa higieniczne, pourządzano serye odczytów z dziedziny higieny, porozrzucano wiele czasopism i broszur treści higienicznej. W całej tej działalności jednostek, żywiej odczuwających potrzeby ogółu, zdaje nam się, nie przebija należycie myśl, którą w pracy niniejszej chcielibyśmy podkreślić, a która da się streścić w słowach następujących: Higiena należy do nauk najbardziej praktycznych. Najmniej chodzi w niej o sumę teoretycznych wiadomości, a najwięcej o spełnianie jej przepisów. Społeczeństwo należy nie uczyć zasad higieny, lecz wychowywać higienicznie. Wytworzenie nałóg higienicznych o to najwyższy cel i zadanie krzewiciela zasad higieny.

Społeczeństwo nasze nie dość silnie uświadamia sobie, jak wielką rolę w sprawie wychowania higienicznego odgrywają niektóre instytucje społeczne. Bo doprawdy, szpitale, przytułki położnicze, ochronki, żłobki, szwalnie, szkoły,

kolonie letnie ogrody dziecięce, kąpiele ludowe, domy zarobkowe i noclegowe i t. p. przedstawiają aż nadto sposobności do wdrażania osób, korzystających z tych instytucji, w spełnianie zasad higieny. Wszak nic tak nie przekonywa, jak czyn i przykład. Niewielka przymieszka teorii umacnia w owych nałogach.

Zadaniem więc pracy niniejszej będzie wykazanie tego, w jaki sposób wspomniane wyżej instytucje publiczne przyczyniać się mogą do wychowania higienicznego. Podniesienie tej nowej roli, wysoce doniosłej, bo społecznej, podobnych instytucji powinno jednocześnie odpowiednie sfery zachęcić do dbałości o możliwie wzorowe ich urządzenie. Te szkoły higieny praktycznej tem lepiej zadanie swe spełniać będą, im bardziej do wszystkich wymagań higieny się zastosują. Przez wiele lat zwracano uwagę na stronę estetyczną gmachów publicznych. Niechże teraz uwzględnianą będzie przedewszystkiem ich strona higieniczna i ich w tym kierunku rola pedagogiczna.

Zarzucać nam będą, że higiena to rzecz droga, że wyrasta ona jedynie na gruncie dobrobytu materialnego. Na to odpowiemy, że istnieje cały szereg przepisów higienicznych, które dadzą się wykonywać tak prostymi środkami, że znaleźć je można w każdej z wymienionych powyżej instytucji, na które zdobyć się winien nawet niezbyt zamożny naród. Chodzi tylko oto, ażeby w wykonywaniu tych przepisów się wdroyć.

Rozpoczynamy od szpitali.

Wzorowo urządzony *szpital* jest znakomitą szkołą nałogów higienicznych, które zakorzeniwszy się w chorym podczas jego pobytu w szpitalu, stać się mogą jego drugą naturą na całe życie. Szpital uczy przedewszystkiem czystości. Jak wiemy, każdy chory po przybyciu do szpitala, za wyjątkiem tych, co znajdują się w stanie bardzo ciężkim, musi się wykapać, oddać własną bieliznę i ubranie na skład, a sam otrzymuje czystą koszulę i szlafrok. Na wstępie więc widzi, że żądają od niego czystości, że—widać—jest ona potrzebna do zdrowia. Otrzymana czysto bielizna, świeżo czystą pościelą przykryte łóżko, sprawiają nań miłe wrażenie, budzą w nim, bez wątpienia, zamiłowanie do czystości. Ścisła, w pewnych terminach zmiana bielizny i pościeli na łóżko, częstsza ich zmiana w razie zanieczyszczenia zwraca uwagę chorego na tak ważną rzecz, jak czystość bielizny i pościeli, związaną ściśle ze zdrowiem wogóle, a z chorobami skóry w szczególności. Korzystając co pewien czas z kąpeli, chorzy nietylko przyzwyczajają się do tak ważnego czynnika zdrowia, lecz jednocześnie uczą się umiejętnie kąpać. Dowiadują się, że można stosować wodę o różnej temperaturze, przez różny przeciąg czasu, co bynajmniej dla zdrowia obojętnem nie jest. Dalej, szpital uczy myć twarz i ręce co rano i przed każdym jedzeniem, płukać usta i czyścić zęby. Zbyt długie paznogie chorey musi sobie obciąć. Lekarz takich paznogi u chorych nigdy tolerować nie powinien. Pasożyty w głowie, nieraz przez lata całe nieusuwane, zostają w szpitalu usunięte.

Kołtun nieraz pod groźbą wypisania ze szpitala bywa obcięty. Chory w szpitalu zostaje wciągnięty w większą dbałość o czystość głowy przez systematyczne mycie jej i czesanie. W szpitalu chory wciąga się w używanie papieru klozetowego, gdy w domu brudził sobie bieliznę lub przez zanieczyszczanie okolicy odbytnicy powodował jej zapalenie. Dalej, szpital jest znakomitą szkołą dyetyki dla chorych. Chory dowiaduje się o ważności pewnych pokarmów pod względem odżywczym (mięso, jaja, groch tarty, chleb czerstwy i t. d.), dowiaduje się, że w pewnych stanach tylko niektóre pokarmy przyjmować można, odzwyczajają się od alkoholu, uczy się pijać mleko gotowane, nabiera smaku do owoców gotowanych, dowiaduje się o ważności dyety mlecznej i t. d. Chory uczy się, jak należy jeść: słyszy zwracaną sobie przez lekarza uwagę, iż powinien jeść wolno, pokarmy dobrze przeżuwać i zwilżać śliną. Podczas badań chory zmuszony jest nieraz głęboko oddychać. Przy sposobności słyszy od lekarza, jak ważnem jest głębokie oddychanie zwłaszcza w atmosferze czystego powietrza. W szpitalikach dziecięcych dzieci są przyuczane do trzymania rączek podczas snu na kółdrze. Chory, a zwłaszcza chora, widząc, jak się obchodzą z nimi, uczą się bezwiednie pielęgniarstwa: przypatrują się wielkiej czystości w opatrywaniu ran, przyglądają się opatrywaniu odleżyn, obchodzeniu się służby szpitalnej z chorymi przy przenoszeniu ich, przewracaniu, podawaniu lekarstwa, jedzenia i t. p. Praktyka wykazuje, że z rekonwalescentek wyszła niejedna pielęgniarka.

Z wyszczególnionych powyżej przykładów widzimy, jak ważną rolę odgrywa szpital pod względem wychowania higienicznego. Jeżeli dodamy jeszcze to, że chory widzi naokół siebie czystość i porządek, czystą podłogę, czyste sprzęty, widzi, jak służba dba o otwieranie okien, o odpowiednią temperaturę na sali, to zrozumiemy, że nabiera on jeszcze więcej zamilowania do czystości i porządku; a ma to tem większe znaczenie, że do szpitali się garną ludzie ubodzy, z warstw przeważnie niższych, którzy częścią dla braku środków, a daleko częściej dla braku zrozumienia ważności higieny i wdrożenia się w nałogi higieniczne, wspomnianych wyżej przepisów nigdy nie wykonywali.

Olbrzymią rolę w sprawie wychowywania higienicznego odgrywają *przytulki położnicze*, gdzie matki uczą się rozumnie i higienicznie wykonywać najważniejszą swą czynność fizyologiczną — rodzenie dzieci. Tu, jak w szpitalach wogóle, kobiety przedewszystkiem są wdrażane w zachowanie niezwykłej czystości, tak ważnej przy porodzie: kąpiel, obmywanie części rodnych, czystość bielizny, pościeli, ułożenie podkładów na łóżko i t. d. Chora widzi obchodzenie się z nią podczas porodu i stawia później odpowiednią wymagania od odbierającej od niej dziecko w domu akuszerki lub babki wiejskiej. Zwłaszcza w okresie poporodowym chora wdraża się w bardzo wiele czynności higienicznych: uczy się obchodzenia z dzieckiem, widzi, jak je kąpia, jak mu przemywają oczy, jak je waży i z wagi wnioskuje o stanie zdrowia, jak

je przewijają, jak układają na łóżeczku; dalej, chora słyszy i widzi, że dziecko należy karmić w pewnych odstępach czasu, że karmienie nieregularne sprowadza u dziecka zaburzenia żołądka, że nie należy zasypiać, trzymając dziecko przy piersi, że sama matka powinna zachować odpowiednią dyetę, mieć przemywane części rodne, dbać o czystość i prawidłowy stan brodawek. Dalej matka nie bywa wypuszczona z przytulku przed 9 dniami i uczy się więc tego na przyszłość; słyszy od lekarza, czem grozi wczesne wstanie i przyrzeka sobie, że nigdy nie wstanie na 3-ci lub 4-ty dzień po porodzie, jak to czyniła dotychczas.

Piszący te słowa, zna przykłady, kiedy kobiety, po odbytych w przytulku położniczym porodzie nabrały zamiłowania do pielęgnowania chorych rodzających i zostały dobrymi babkami wiejskimi.

Ważną szkołą higieniczną są *żłobki, ochronki i szwalnie*, szkołą w właściwym znaczeniu tego wyrazu, bo chodzi tu o dzieci, uczęszczające do tych zakładów. Przy opisie będę miał na myśli wzorowy tego rodzaju zakład dobroczynny imienia Maryi Rotwandowej, położony w Warszawie przy ul. Siennej № 85, gdzie jestem lekarzem. Dziecko, które matka przynosi lub przyprowadza do żłobka (w wieku od roku do 4-ch lat), zaraz bywa kąpane w wanience, ma czysto umytą główkę, rączki, usta i t. d. Kąpiel odbywa się co dni kilka. Dolną bieliznę musi przynieść z domu czysta, wierzchnią dostaje w zakładzie na czas w nim pobytu. Warunki higieniczne nie pozwalają na brudzenie się (wzorowa czystość sprzętów, podłoga ksyrolitowa i t. p.) w razie jednak zabrudzenia rączek lub buzi dzieci starsze idą je zaraz myć do sąsiedniego pomieszczenia, gdzie są roztawione nizko miednice; dzieciom młodszym myją rączki i usta dziewczęta starsze ze szwalni, kolejno pełniące w żłobku dyżur. Dzieci przyzwyczajane są wszelkie śmieci, jakie przypadkowo ujrzą na podłodze, wrzucać do specjalnego pudełka. Nizko na ścianie wisi mały ręczniczek, którym dzieci wycierają sobie usta same, lub na żądanie wychowawczynie. Dzieci przebywają w zakładzie dzień cały, dostają więc jeść. Pokarm jest zastosowany do wieku, co wychowawczynie objaśnia zgłaszającym się po odbiór dzieci matkom. Dalej, dzieci mają zwracaną uwagę co do powolnego żucia, po jedzeniu młodszym jest wymywana jama ustna, starsze płuczą usta same. W ciągu dnia dzieci ze względu na swój wiek około 2-ch godzin sypiają, zwykle po obiedzie. Przyzwyczajają się do tego szybko: wkrótce po obiedzie zaczynają ziewać i idą do swych nizko roztawionych łóżeczek, rozpinają się, zdejmują buciki. Po 2-ch godzinach spania wstają rześkie, wesole. Wychowawczynie przy sposobności wypowiada różne uwagi matkom, które nadzwyczaj chętnie dzieci tu oddają: widzą bowiem dzieci czyste, zdrowe; w podziw je wprawia, jak nieraz latami trwający „ogniopiór“ pod wpływem czystości wkrótce znika, a dziecko, nietylko że na tem nie cierpi, lecz przeciwnie wygląda doskonale. Tu również matki pokonywają swą obawę co do kąpiele. Wiadomo, że boją się one

bardzo przeziębienia dzieci; najmniejszy kaszel wystarcza, by dziecko miesiącami nie widziało wody. Tymczasem w żłobku dzieci kąpane są wszystkie i matki przekonywają się, że kąpiel ciepła dziecku wcale nie zaszkodziła.

Jeszcze ważniejsze pod względem wychowawczym są ochronki dla dzieci starszych (od lat 4-ych do 8). Ścisły dozór wychowawczynie sprawia to, że dziecko musi przyjść do zakładu możliwie czyste: umyte, uczesane, z obciętymi paznogciami. Jeżeli we włosach dziecka zauważono robactwo, co jest częstym zwłaszcza przy t. zw. zlewaniu się głowy u dzieci (eczema), wtedy wychowawczynie woła matkę, udziela jej odpowiednich wskazówek i nie pozwala przyjść dziecku do ochrony wcześniej, aż głowę doprowadzi do normalnego stanu. Podczas pory obiadowej (12 — 2) znaczna część dzieci idzie do domu, niewielka, mianowicie, dzieci biedniejsze, spożywają jedzenie na miejscu. Tu również przed jedzeniem dzieci muszą sobie umyć ręce. Ułatwia to kilka umywalni umieszczonych przy salach. Dzieciom przypomina się o tem, by jadły powoli. Po jedzeniu dzieci z ochronki, zarówno jak dzieci, które powróciły z domu, idą myć sobie ręce, płukać usta. Podczas wizyt swych lekarz zakładu przypomina dzieciom, by oddychały nosem (na co zwracają im również uwagę wychowawczynie), by kilkakroć dziennie płukały usta i gardła, myły się i czyściły zęby zrana i na noc. W zakładach dzieci chodzą dwa razy tygodniowo do natrysków, znajdujących się w wysokich widnych suterenach gmachu. Kąpiele odbywają się pod kierunkiem wychowawczyń. Na salach stoją spluwaczki, do których dzieci przyzwyczajają się spluwać i kosze, dokąd wrzucają papierki, śmieci i t. p.

Dzieci wchodzą z rozbieralni do pomieszczenia z natryskami grupami. Najprzód wciągu minuty zlewa je służący letnią wodą, później myją się przez 5 minut mydłem, następnie znowu przez 5 minut obmywają się letnią wodą. Podobne przyzwyczajanie dzieci do kąpieli ma niesłychanie wielkie znaczenie wychowawczo-hygieniczne. Dzieci po pewnym czasie zaczynają lubić tak kąpiel, że gdy przerwy kilkutygodniowe świąteczne pozbawiają je kąpieli, to wprost za nią tęsknią. Bez wątpienia, dziecko, które przez kilka lat z rzędu dwa razy tygodniowo się kąpało, później o kąpieli, która stanie się jego nałogiem, nie zapomni. Tu również początkowo niekiedy zakład musi staczać rozprawy z rodzicami, obawiającymi się przeziębienia dzieci. Skoro tłumaczenia i dowodzenia, że w wątpliwych przypadkach dziecko zostaje badane przez lekarza, nie pomagają, wtedy zarząd żąda usunięcia dzieci, nieposłusznych rygorowi. Zwykle wtedy owe matki ustępują. Dzieci przyzwyczajane są do wybiegania na podwórze podczas przerw między godzinami zajęć. Dodam jeszcze, że dzieci wątpliwego zdrowia są badane przez lekarza. Nieraz o spostrzeżonej chorobie (cierpienie oczu, płuc i t. d.) rodzice bywają zawiadamiani i otrzymują wskazówki, dokąd mają się udać.

W szwalniach, gdzie szyją dziewczęta od lat 8-iu do 14-tu, również stosowane są te same przepisy, co i w ochronkach. Oprócz tego dziewczęta przyzwyczajają się siedzieć możliwie prosto, podczas szycia, haftowania nie nachylać zbyt głowę, co niestety, jest tak wśród nich rozpowszechnionem, a co pewien czas (mniej więcej 20 minut) dziewczęta odkładają bieliznę, wstają, wyprostowują się i robią kilka gimnastycznych ćwiczeń, przeważnie rękoma. W ten sposób dziewczęta przyzwyczajają się do wyprostowywania kręgosłupa i zabezpieczają się od tak częstych jego skrzywień. Dalej, dziewczęta ze szwalni dyżurują kolejno w żłobku, w ochronce, mają nadzór nad czystością młodszych dzieci, a przez to i same o sobie więcej dbają. Następnie biorąc udział w czyszczeniu i sprzątaniu zakładu, uczą się stosować dbałość o podobną czystość u siebie w domu (otwieranie okien podczas zamiatania, wycieranie kurzu na mokro i t. d).

Nieco dłużej rozpisaliśmy się o żłobkach i ochronkach, bo też doprawdy należy im się więcej uwagi. Są to niezwykle ważne szkoły higieniczno-wychowawcze, tem ważniejsze, że uczą się tam higieny najważniejszej i najtańszej dzieci z suterem, z piwnic, z poddaszy, a wracając do swych domów sieją tam ziarną tych doniosłych zasad. W szczególności zwłaszcza nie odczuwamy tego faktu, że z owych 15-letnich dziewcząt, uczęszczających do szwalni, wyrosną wkrótce matki, które w rozpowszechnianiu zasad higieny tak ważną rolę odgrywają.

Gdyby w kraju naszym powstało więcej podobnych żłobków i ochronek, nie wątpię, że w krótkim czasie zrobilibyśmy olbrzymi krok naprzód pod względem rozwoju kulturalnego.

Niezwykle ważną instytucją higieniczno-wychowawczą jest wzorowo urządzona *szkoła*, posiadająca pełniącego należycie swą czynność lekarza szkolnego. W sprawie tej pisaliśmy obszerniej na innych miejscach (Przegląd Pedagogiczny 1900 № 7 i 8, Zdrowie 1901 № 5 i 6). Tu wskażemy w kilku słowach, co lekarz szkolny dla wychowania higienicznego swych uczniów zrobić może. Najpierw wspomnieć trzeba, że urządzenie wzorowe pomieszczeń szkolnych, otoczenie ucznia warunkami, zgodnymi z wymaganiami higieny, jest zasadniczym czynnikiem, kształcącym ucznia pod tym względem.

A więc duże i liczne okna w przestronnych klasach, czystość podłogi i sprzętów szkolnych, dalej, otwieranie okien podczas każdej przerwy między lekcjami i t. p. wszystko to wraza się silnie w młody umysł dziecka, które widzi, że są to rzeczy ważne, że tak być powinno. Wspomnę, że ważną jest rzeczą, by szwajcar zwracał baczną uwagę dzieci na wycieranie obuwia przy wejściu do szkoły. Dziecko uczy się w ten sposób, wchodząc gdziekolwiek do mieszkania, kurz uliczny zostawiać za drzwiami.

Co się tyczy wychowywania w dzieciach nałogów higienicznych, to tu przede wszystkim działać winien lekarz szkolny przy pomocy rozumnych nauczycieli. Lekarz szkolny, jak wiadomo, nie powinien leczyć dzieci w szkole, powinien jedynie mieć dozór nad

ich zdrowiem, zapobiegać chorobie. Powinien przynajmniej dwa razy do roku wszechstronnie badać dzieci i o stanie ich zdrowia donosić rodzicom. Dzieci, notowane pod jakim bądź względem, powinny być badane częściej. Podobne oględziny lekarskie przede wszystkim zmuszają dzieci do zachowania czystości ciała. Dziecko brudne zostaje strofowane i zawstydzone w liście do rodziców, w którym lekarz szkolny żąda, by dziecko co najmniej raz na tydzień chadzało do kąpieli. We wzorowych szkołach zagranicą, jak wiadomo, istnieją natryski w gmachu szkolnym, z których dzieci korzystają 2 razy tygodniowo. Oprócz czystości ciała lekarz szkolny zwraca uwagę na budowę ciała i odżywianie, wzrost, wagę, objętość klatki piersiowej (uczy głęboko oddychać), siłę mięśniową, stan kręgosłupa, stan oczu, uszu, (zabrania dłużyć w uszach), stan zębów, jamy ustnej (przypomina o czyszczeniu zębów, płukaniu ust), wyrosłe adenooidalne, zwraca uwagę na czystość wymowy i t. d. O zauważonych krokach komunikuje rodzicom. Następnie kontroluje, czy dzieci spełniają podane przepisy, czy się leczą z chorób. Lekarz szkolny nieraz dowiaduje się, jak szkoła działa na dom pod względem wychowawczo-hygienicznym. Nieraz ojciec lub matka dziecka, któremu lekarz szkolny nakazał częstszą kąpiel, zmianę nocną bielizny, płukanie nst po obiedzie, i które przepisy to wykonywa, bo „doktór w szkole tak każe“, sami przez wzgląd na dziecko do tych przepisów starają się zastosować.

Zauważywszy u dziecka w szkole objawy samogwałtu, lekarz szkolny w odpowiedniej przemowie stara się dziecko od tego nałogu powstrzymać. W tym celu komunikuje się z księdzem prefektem szkoły i z rodzicami, zalecając im między innymi baczenie nad tem, by dziecko leżąc w łóżku trzymało ręce na kołdrze. Lekarz szkolny nieraz przekonać się może, że we właściwym czasie zrobiona uwaga dziecku, które o następstwach nic nie wiedziało, powstrzymuje je i ratuje od zgubnych skutków; tej tak silnie rozpowszechnionej wśród młodzieży szkolnej plagi. Między innymi nauczyciele nie powinni pozwalać dzieciom wychodzić podczas lekcji z klasy do ustępów. Lekarz szkolny, badając stan oczu i znajdując początek jaglicy, zaburzenia refrakcyi, przez odpowiednie wskazówki zapobiega następstwom tych cierpień i wad. Dzieci, u których stwierdzono rupturę, otrzymują odnośne uwagi co do zachowania się na ćwiczeniach gimnastycznych. W klasie uczniowie powinni być strofowani przez nauczycieli, jeśli nie siedzą prosto, nie oddychają nosem, spluwają na podłogę i t. p. Nauczyciel powinien żądać od dzieci, które przez dłuższy czas nie uczęszczały do szkoły wskutek choroby świadectw lekarskich o rodzaju choroby i o możności uczęszczania do klasy bez obawy zarażenia innych dzieci. Znajdując się pod ścisłą pod tym względem kontrolą, młodzież szkolna zawczasu uczy się nie lekceważyć chorób zakaźnych, dowiaduje się o możliwości przenoszeniu zarazków i wyrasta z przeświadczeniem, że rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych w znacznym stopniu my sami jesteśmy winni.— Jeżeli w szkole dzieci otrzymują śniadania, wtedy szkoła ma możność wdra-

zania dzieci w mycie rąk przed i po jedzeniu, w żucie powolne pokarmów, w jedzenie w pozycji siedzącej i t. p. Przy klasach obok ustępów winny być rozstawione umywalnie, wisieć miotelki do czyszczenia ubrania, nożyczki do obcinania paznogi. Lekarz szkolny, odwiedzający klasy, nauczyciel, dozoruający dzieci, powinni w odpowiednich przypadkach kierować dzieci do umywalni, miotelki lub nożyczek. Dziecko, które w zbyt brudnym ubraniu przyszło do klasy, powinno być z odpowiednią adnotacją odesłane do domu. Zauważyłem, że odesłanie w podobnych razach jednego chłopca do domu wpływa na podniesienie poziomu czystości w całej klasie. Lekarz, opatrujący na ambulansie rany u dzieci szkolnych, uczy je zarazem, że najmniejszej rany lekceważyć nie należy, że może być ona punktem wyjścia do długiego cierpienia. Z przykładów, gdzie zadraśnięty palec i nieopatrzone spowodował zastrzał, dzieci przekonywają się o ważności słyszanych z ust lekarza przestróg. Jeżeli przy szkole istnieje pensjonat, to, oczywiście, lekarz pensjonatu ma tu niezwykle obszerne pole do działania, kontrolując ściśle spełnianie zalecanych przezeń przepisów higienicznych

(d. n.).



Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej D-ra St. Serkowskiego w Łodzi.

## O własnościach odkażających formaliny.

Opracował Tadeusz Mogilnicki, stud. med.

(Ciąg dalszy).

Jako środek odkażający płynny, formalina <sup>10)</sup> używa się względnie dość często, jak np. przy odleżynach, lecz w powodzi innych płynnych środków dezynfekcyjnych nie gra ona tak wybitnej roli, jak formalina w stanie gazowym—formaldehyd, który w obecnej

<sup>10)</sup> *Thomalla*. Ueber eine vollkommen antiseptische Nähseide und antiseptischen Ketgut (Berlin. klinische Wochenschr. № 15 1898). Autor podaje oryginalny sposób dezynfekcyi za pomocą formaliny ketgutu i nici, mianowicie: wkłada je na jakiś czas do roztworu formaliny w żelatynie, następnie wyjmuje i suszy. Przy nakładaniu szwu żelatyna rozpuszcza się i wyswabdzająca się formalina niszczy zarazki, które mogłyby dostać się z nitką. Sposób ten może mieć duże zastosowanie w prywatnej chirurgicznej praktyce, można bowiem ketgut i nitki nosić zawinięte w papier i używać bez obawy zarażenia ran.



chwili znajduje szerokie zastosowanie przy odkażaniu mieszkań.<sup>11)</sup> Na formaldehyd przeważnie zapatrują się, jako na środek odkażający wyłącznie powierzchnię przedmiotów; tylko niektórzy badacze przyznają mu zdolność przenikania do wewnątrz (*de Rechter, Milewski*), a co za tem idzie—i głębokiej dezynfekcyi. Podług *de Rechtera*,<sup>12)</sup> niektóre ciała posiadają dużą zdolność absorbowania f-hydu; do nich należy przedewszystkiem wełna, dalej idą mięśnie, skóra, kości, tłuszcz, bawełna, jedwab i t. p. Na zasadzie tej zdolności wchłaniania formaldehydu przez wszystkie tkanki zwierzęce *de Rechter* starał się konserwować trupy zwierząt i ludzi; zbudował specjalny aparat, przez który bez przerwy przechodzi gaz formaldehydowy. W tym aparacie udawało się przechowywać trupy małych zwierząt, np. świnek morskich, w przeciągu 5 miesięcy, trup kobiety przez 4 tygodnie i ani w jednym ani w drugim przypadku rozkład nie następował. Badanie świnek morskich zdechłych na węglik i poddanych w przeciągu 4 dni działaniu formaldehydu w aparacie *de Rechtera* wykazało, że wyginęły nie tylko laseczniki, ale i zarodniki węglika. To samo stwierdziły badania nad zwierzętami, zdechłymi na gruźlicę i poddanymi 2 — 4 dniowemu działaniu formaldehydu. *Milewski*<sup>13)</sup> przytacza również szereg doświadczeń stwierdzających, że formaldehyd posiada zdolność przenikania przez bibułę i papier. Nawet zarodniki węglika, zawinięte w kilka warstw papieru, ginęły pod wpływem formaldehydu. Podług *Fairbanksa* mało odporne bakterye, np. laseczniki błonicy, giną przy odkażaniu za pomocą formaldehydu nawet pod przykryciem materaców. Kurz dezynfekuje się zupełnie, co również dowodzi pewnej zdolności przenikania formaldehydu<sup>14)</sup> do wewnątrz.

Jednakże na zasadzie badań *Flüggego, Abba i Rondelli, Czapliewskiego, Reischauera, Gravitza* i innych pewnem jest tylko odkażanie powierzchni przedmiotów, chociaż wszyscy prawie badacze zgadzają się ze zdaniem *Kocina*<sup>15)</sup>, że przy zwiększonej ilości lub przy dłuższem działaniu istnieje pewna przenikliwość formaldehydu.

Na udanie się dezynfekcyi wpływają głównie trzy warunki 1) stan ciepłoty, 2) stan wilgoci, 3) wentylacya. Każdy z tych warunków rozpatrzmy osobno.

O dodatnim wpływie ciepła na wyniki odkażania pisał już w 1881 r. *R. Koch*, odnosząc to do wszystkich środków odkażających. Specyjalnie zaś na wpływ ciepłoty przy odkażaniu formal-

<sup>11)</sup> Prócz mieszkań za pomocą formaldehydu można odkażać: ubrania (*Ciągliński, Rosicki, Petruschky*), listy i książki (*Milewski*), narzędzia chirurgiczne (*Bernaciński*) i t. d. <sup>12)</sup> *G. de Rechter*. Du pouvoir pénétrant de l'aldéhyde formique (*Annales de l'Institut de Pasteur* vol. 12. p. 447) <sup>13)</sup> *Milewski*. O dezynfekcyi formaldegidom kniż i korespondencyi. (diss. Petersburg 1898) <sup>14)</sup> *Fairbanks*. Experimentelle Untersuchungen über Zimmerdesinfection mit Formaldehyd (*Centralblatt für Bakteriologie* J d. XXIII № 1 i 2. <sup>15)</sup> *Kocin*. K woprosu o dezynfekcyi formaldegidem po Breslawskomu sposobu. *Wiestnik obszczest. higieny* 1901 str. 1667.

dehydem wskazywali *Pottevin* (1894) *Roux* i *Trillat* (1896) i inni. Teraz nie ulega już wątpliwości, że im wyższą jest ciepłota odkażanej przestrzeni, tem odkażanie daje lepsze rezultaty. Dlatego też odkażanie mieszkań lepiej udaje się w lecie, niż w zimie. Ciekawe są pod tym względem badania *Mayera* i *Wolperta*,<sup>16)</sup> <sup>17)</sup> które wykazały, że odkażanie mieszkania w zimie, przy ciepłocie w pokoju 0° nie udaje się nawet przy użyciu 6 razy większej ilości formaldehydu, niż w lecie. Znaczenie t° podług tych badań jest jeszcze większe, niż wilgoci, kiedy bowiem 30° C. i 40% względnej wilgoci wystarczało do zupełnego odkażenia, to przy 0° i 100% względnej wilgoci nawet 6 razy większa ilość formaldehydu nie działała zupełnie. To samo dotyczy i t° pomiędzy 15 i 30°; ilość formaldehydu, która przy 15° była zupełnie niewystarczająca, przy 20–25° działała względnie dobrze, a przy 30° niszczyła wszystkie zarazki. Do podobnych wyników doszli *Milewski*, *Abla* i *Rondelli Kaup*, *Fairbanks* i in. *Kaup*<sup>18)</sup> podaje następujące porównawcze liczby. Wytwarzając formaldehyd przy pomocy aparatu Prausnitz—Bauman'a przy t° wyżej nad 12° C. udało się zabić 91,3% zarodków węgliką, niżej 10° C. za ledwie 4,55%; przy pomocy ap. Lingnera (czyli przy większej ilości formaldehydu) wyżej 12° ginęły wszystkie zarodniki węgliką, niżej 10°—40,9%!

Podwyższenie t° pozwala nam zmniejszyć czas odkażania, co ma wielkie znaczenie w życiu, szczególnie przy odkażaniu mieszkań ludzi niezamożnych (*Fairbanks*)<sup>19)</sup>

Wyżej wymienione liczby dostatecznie wykazują, jak ważną rolę gra stan ciepłoty przy odkażaniu formaldehydem. Robiąc więc dezynfekcyę zimową porą, trzeba opalać odkażane pokoje; należy jednak zwrócić uwagę na to, aby nie palić w piecu przed samą dezynfekcyą, a w przeddzień: jeżeli nie wszystkie przedmioty mają jednakową ciepłotę, (jak to bywa, gdy piec jest gorący), to para, osiadając na przedmiotach więcej rozgrzanych, ulotni się szybko, a co za tem idzie—formaldehyd działa na nie tylko szybko przez czas krótki; polimeryzuje się i odnośnie do tych przedmiotów może dać ujemne wyniki.

Jak już zaznaczyliśmy, pierwszy *Peerenboom* zwrócił uwagę na konieczność nasycenia odkażanej przestrzeni parą wodną. Dla poparcia swego stwierdzenia *Peerenboom* wraz z *Rubnerem* przytaczają następujące doświadczenie:<sup>20)</sup> biorą dwie jednakowe kolby, w które wkładają badane przedmioty, zakażone przez bakterye;

---

<sup>16)</sup> *Mayer* i *Wolpert* Beiträge zur Wohnungsdesinfection mit „Formaldehyd. (Hyg. Rundsch. № 4. 1901). <sup>17)</sup> *Mayer* i *Wolpert* Zur Rolle der Lufttemperatur bei der Formaldehyddesinfection (H. R. № 8 1901). <sup>18)</sup> *Kaup*. Die Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd (Wiener med. Wehshr. № 42 1898. <sup>19)</sup> *Fairbanks*. Weitere Versuche über Formaldehyddesinfection Bd. XXIII st. 689. <sup>20)</sup> *M. Rubner* i *Peerenboom*. Beiträge zur Theorie und Praxis der Formaldehyddesinfection Hyg. Rundsch. 1899.

w jednej z tych kolb powietrze jest nasycone wilgocią, w drugiej osuszone za pomocą chlorku wapnia. Przez pewien czas przez obie kolby przepuszczają formaldehyd: w kolbie z wilgotnym powietrzem wszystkie bakterye wyginęły, podczas gdy znajdujące się w drugiej kolbie nie przestawały się rozwijać.

Doświadczenia *Hammerla i Kermanauera* <sup>21)</sup> wykazały, że gdy przy suchem powietrzu ginęło 16—45% bakteryi, w tych samych warunkach—tylko za dodaniem wilgoci—wszystkie drobnoustroje zostały zabite. Autorzy ci dla należytej dezynfekcyi uznają za konieczne wyparować 4 razy tyle wody, ile potrzeba dla nasycenia danej przestrzeni.

Zdanie to nie zgadza się z poglądem większości badaczy, którzy starają się tyle tylko wyparować wody, ile trzeba do nasycenia powietrza parą wodną, a nie więcej. Ilość wilgoci posiada swoje maximum, którego przekroczenie może dać również ujemne wyniki, jak i odkażanie przy zbyt małej ilości wilgoci, ponieważ na przedmiotach odkażanych przy zbyt wielkiej ilości pary wodnej może wytworzyć się niedostateczna koncentracja formaldehydu <sup>22)</sup>. Sprawdzić to można w następujący sposób (*Peerenboom i Rubner*): Bierzemy dwie kolby, w obydwóch powietrze nasycamy wilgocią, w jedną z nich kładziemy suche, w drugą mokre nitki zarażone bakteryami. Przepuszczając gaz formaldehydowy, przekonywamy się, że po pewnym czasie suche nitki są zupełnie jałowe, podczas gdy na mokrych nie wszystkie bakterye wyginęły.

Im wyższą jest ciepłota odkażanej przestrzeni, tem więcej trzeba dla nasycenia jej wyparować lub rozpylić wody. Podług *Rubnera* powietrze nasycą się <sup>23)</sup>:

przy 0° . . . . .	4,9	wody
„ 10° . . . . .	9,4	„
„ 15° . . . . .	12,8	„
„ 20° . . . . .	17,2	„
„ 25° . . . . .	22,9	„
„ 30° . . . . .	33,1	„

Co się tyczy wentylacyi, to ta stanowczo szkodzi odkażaniu: im lepszą jest wentylacya danej przestrzeni, tem odkażanie daje

<sup>21)</sup> *Hammerl und Kermanauer*. Zur Desinfectionswirkung des Formalins. Münch. med. Wochschr. № 47 i 48. 1898. <sup>22)</sup> Na szkodliwość zbytnej ilości wilgoci dla sprawy odkażania, między innymi, zwraca uwagę *Palczykowski* w swej pracy: K woprosu o primienieniu formalina w terapii i obszczestwiennojj gigieny w śwrazi s jego desinficirujeszczym swojstwom. Wiestnik Obszczest. Gigieny rok 1901 str. 795. <sup>23)</sup> Cyt. u *Czaplewskiego*. Ueber die Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd in Cöln. Zeitsch. für praktische Aertzte 1902 r. str. 168.

gorsze wyniki. Stosuje się to przedewszystkiem do aparatów, które powoli wytwarzają formaldehyd, jak np. lampy Scheringa, gdzie dla odkażania potrzeba dłuższego czasu (12 — 24 godzin). Dlatego też przed odkażaniem należy szczelnie zamknąć drzwi i okna i dobrze pozalepiać rozmaite szpary i otwory <sup>24</sup>).

Jedną z najwybitniejszych zalet odkażania za pomocą formaldehydu jest to, że nie psuje ono zupełnie przedmiotów, które niszczą się przy wszelkiej innej dezynfekcyi, tak np. cienkich materyi, przedmiotów skórzanych, metalowych i innych. Kwiaty tylko należy wynieść z pokoju odkażanego, ponieważ nie znoszą one formaldehydu <sup>25</sup>).

Zdania, co do szkodliwego działania formaldehydu na zwierzęta, są podzielone: podczas, gdy jedni twierdzą, że działa on szkodliwie (*Hammerl i Feibler, Harrington*), inni są biegunowo przeciwnego zapatrywania (*Aronson, Fiegel, Rubner, Fairbanks*). *Fairbanks* np. zostawiał na cały czas dezynfekcyi (24 g.) w pokoju myszy i króliki i nie zauważył nawet śladu *coniunctivitis*. Że działa on bardzo źle na ludzi, wywołuje silne podrażnienie błon śluzowych, miałem sposobność przekonać się na sobie i swoich kolegach, gdyśmy wchodzili do odkażanych pokoiów podczas dezynfekcyi.

W każdym razie, bez względu na to, czy formaldehyd szkodzi ludziom, czy nie, zapach jego jest tak przykry, że należy go możliwie najszybciej usuwać. O ile nie zależy na czasie, wystarcza należyte przewietrzenie mieszkania w przeciągu kilkunastu godzin; w przeciwnym razie t. j. o ile chodzi o to, aby pokój można było zamieszkać natychmiast po odkażeniu, należy podług *Flüggego*, <sup>26</sup>), rozpylić 25% amoniak.

Ten ostatni wchodzi w związek z formaldehydem, tworząc tak zw. *heksametylentetramin* (CH<sub>2</sub>)<sub>6</sub> N<sub>4</sub>, ciało nieposiadające żadnego zapachu. Na 100 m. sześć. przestrzeni wystarczy rozpylić około 800 c. sześć. amoniaku. Po 20 minutach zapach formaldehydu znika zupełnie. Przy użyciu aparatu Lingnera amoniak nie wpływa na zmniejszenie zapachu formaldehydu, ponieważ gliceryna neutralizuje jego działanie. *Czaplewski* rozpyła po dezynfekcyi taką ilość 25% amoniaku, ile zużył przedtem 40% formaliny.

Ilość formaldehydu, jaką należy użyć przy odkażaniu, waha się w dosyć znacznych granicach w zależności od sposobu wy-

---

<sup>24</sup>) *Schlossman*. (Ueber eine neue Methode der Wohnungsdesinfection. Berlin. Klinische Wochenschr. № 25 1898 r.) podaje, że przy jego sposobie odkażania, trwającym 3 godz. nie należy się obawiać wentylacyi, która może nawet wywrzeć wpływ dodatni, zwiększając przenikliwość formaldehydu przez wywołanie ruchu powietrza. <sup>25</sup>) *Laszczenko* w swojej pracy: „Srawnitelnyja ispytania obezzaraziwajuszczago dziejstwa goleyna i lepieszek Scheringa.“ Wręcz 1897 № 33, na zasadzie tego, że formaldehyd niszczy rośliny, twierdzi, że jest to jednym z dowodów (sic!), że bakterye należą do świata roślinnego! <sup>26</sup>) *Flügge*, Die Wohnungsdesinfection durch Formaldehyd. Zeitschrift für Hygiene und Inf. Bd. XXIX Heft 2.

tworzenia formaldehydu. Jeżeli, odkażając przy pomocy pastylek Scheringa, przeciętnie zużywają 2 gr. na 1 m. sześć, to aparat Flüggego wymaga 2,5 gr., karboformal 2--3 gr., ap. Czaplewskiego około 4 gr., a aparat Lingnera  $7\frac{1}{2}$  i więcej. W stosunku mniej więcej odwrotnym zmienia się czas, wymagany do odkażenia. Aesculap Scheringa wymaga 20—24 godz., ap. Flüggego, karboformal i ap. Czaplewskiego 7 godz., ap. Lingnera zaledwie 3 godz. Stosownie do zwiększenia ilości formaldehydu—zmniejsza się i czas potrzebny na dezynfekcję. *Flügge* np. dowodzi, że zamiast 2,5 gr. na 1 m. sześć i 7 godzin, można użyć 5 gr. i działać przez  $3\frac{1}{2}$  godziny, a skutek będzie ten sam. Zdaniem zaś *Kocina* przy podwójnej ilości formaldehydu i dwa razy krótszym czasie, formaldehyd okazuje daleko silniejsze działanie. To samo tyczy się i rozczynów formaliny: kiedy 1% zabija lasecznika błonicznego w przeciągu 30 m., 3% zabija nie w 10 m., a w  $2\frac{1}{2}$  minuty. Według *Milewskiego*, przeciwnie, nieduże ilości przy dłuższem działaniu sterylizują lepiej, niż większe ilości przy krótszem działaniu.

W ogóle, wyniki badań rozmaitych autorów, pracujących przy pomocy tego samego aparatu bardzo różnią się pomiędzy sobą: gdy np. *Trillat i Roux*, *Gallibert*, *Phuhl*, *Milewski* mieli z autoklawem Trillat dobre rezultaty, *Abba i Rondelli*, *Szymański*, *Gruber* doszli tu do wyników ujemnych. To samo można powiedzieć o lampie „Aesculap“ Scheringa, która, posiadając swoich zwolenników (*Hammerl i Feitler*, *Gehrke*, *Fairbanks*, *Reischauer*, *Fiegel*), ma i przeciwników (*Szymański*, *Czaplewski*, *Silberschmidt*, *Elsner i Spiering*). Wyniki badań rozmaitych autorów co do metody Schlossmana, również są nie jednakowe.—obok dodatnich wyników (*Schlossman i Walter*, *Dzierzgowski*, *Phuhl*, *Fliiek*) bywają i ujemne (*Czaplewski*). Różnica tych poglądów polega na niejednakowej metodzie badań: o ile jedni uwzględniają ilość wilgoci, to nie zwracają uwagi na ciepłotę, przy jakiej robiono doświadczenia i przeciwnie; a prawie wszyscy, z bardzo małymi wyjątkami (*Stammerl i Feitler* <sup>27</sup>), nie przytaczają siły żywotnej danych bakteryi i odporności ich na środki odkażające. Jak już zaznaczyliśmy wyżej co do sublimatu, tak i względem formaldehydu, rozmaite szczepy jednakowych gatunków bakteryi zachowują się niejednakowo; gdy np. szczep zarodników węglika, który badali *Hammerl i Feitler* ginął w 1% formalinie w przeciągu 2 godz., w 2—5%—w przeciągu 1 godz., w 10—20%—10 minut; zarodniki węglika badane przez *Kocina* już przy 0,1% formaldehydu ginęły w przeciągu 100 minut, a przy 0,3% w przeciągu 15 m. Podług *Stahla*, zarodnik węglika ginie w przeciągu 1 godz. przy działaniu formaliny 0,1%. Widzimy więc, że odporność tego samego gatunku bakteryi względem formaldehydu może być kilkanaście razy silniejszą lub słabszą.

<sup>27</sup>) *Hammerl i Feitler*. Ueber eine elective Wirkung des Formalins auf Milzbrandbacillus. Centralblatt für Bakteriologie. Bd. XXIV str. 349.

Do badań nad siłą odkażającą gazowego formaldehydu używają najczęściej zarodników węgla, dalej ropotwórczego gronkowca i paciorkowca i lasecznika błoniczego. Rozpatrzmy w świetle cyfr, jaki wpływ wywiera formaldehyd na każdą z tych bakterii.

Tablica I. Zarodniki węgla

Autor	Metoda	Ilość formaldehydu na 1 m. sześć	Ilość czasu (trwanie odkażania w godz.	Wyniki
Gemünd	Aesculap	2 gram.	24 godz.	+
Fairbanks	"	2 "	24 "	—
Hammerl i Feitler	"	2 "	12 "	—
Abba i Rondelli	"	3 "	24 "	—
Jaeger	"	4 "	24 "	25%
Reischauer	"	3 "	7 "	+
Reischauer	Karboformal	3 "	7 "	+
Brunn	met. Flüggego	2,5 "	7 "	—
Kocin	"	2,5 "	7 "	60%
Jaeger	"	2,0 "	7 "	+
Přuhl	Glikoformal	7,5 "	5 "	—
Schlossman	"	7,5 "	3 "	—
Czaplewski	"	7,5 "	3 "	+
Dzierzgowski	"	7,5 "	3 "	60%
Reischauer	met. Czaplewskiego	4 "	7 "	60%
Dieudonné	Karboformal	2,5 "	7 "	—
Erne	"	2,5 "	7 "	—
Enoch	"	2,5 "	14 "	—
Magnus	"	3 "	16 "	+

UWAGA: — w tych tablicach oznacza, że wszystkie bakterie zginęły; + że wszystkie pozostały przy życiu; %—ilość zabitych bakterii.

Liczby podane w pierwszej tablicy plastycznie wykazują różnicę wyników rozmaitych badaczy, nawet przy jednakowych aparatach; gdy np. *Fairbanks, Hammerl i Feitler*, pracując z apar. „Aesculap“ doszli do wyników dodatnich, *Gemünd* z tym samym aparatem dochodzi do wyników ujemnych; to samo zauważyć można, porównując dane *Jaegera* <sup>28)</sup> i *Brunna, Schlossmana*

Tablica II.

Gronkowiec ropotwórczy.

Autor	Metoda	Ilość Formaldehydu na 1 m. sześć w gramach	Ilość czasu odkażania w godzinach	Wyniki
Fairbanks	Aesculap	1,0	24	—
Gehrke	„	2,0	24	—
Peerenboom	„	3,0	24	—
Jaeger	„	2,0	20	20%
Abba i Roneelli	„	2,0	15	33%
Flick	„	2,5	7	10%
Brunn	met. Flüggego	2,5	7	—
Abba i Rondelli	„	2,5	7	64%
Jaeger	„	2,0	7	75%
Gruber	aut. Trillata	2,0	18	75%
Reischauer	met. Praussnitza	3,0	7	—
Kaup	„	3,0	7	97%
Friedeman	Glikoformal	7,5	3	—
Czaplewski	„	7,5	3	+
Flietk	„	5	5	—

<sup>28)</sup> Jaeger und Magnus. Versuche über Desinfection mittels Formalin Hyg. Rundsch. 1902 r. № 7.

*i Czaplewskiego*; gdy przeciwnie jeden i ten sam autor, posilkując się szczepem zarodników węgliką o jednakowych własnościach, dochodzi do zgodnych rezultatów przy różnych aparatach, np. Reischauer <sup>29)</sup>.

I względem ropotwórczego gronkowca wyniki badaczy są bardzo sprzeczne; porównajmy np. wyniki *Friedemana i Czaplewskiego, Brunna i Flicha lub Fairbanksa i Jaegera*.

Tablica III.

Paciorkowiec ropotwórczy.

Autor	Metoda	Ilość formaldehydu na 1 m. sześć w gramach	Ilość czasu odkażania w godzinach	Wyniki
Fairbanks	Aesculap	1,0	24	—
Moëller	"	1,5	36	—
Laszczenko	"	2,0	24	—
Jaeger	"	2,0	20	—
Friedman	Glikoformal	7,5	3	—
Dzierzgowski	"	7,5	3	—
Elsner i Spiering	"	8,5	3	—
Magnus	Karboformal	3,0	16	—
Jaeger	met. Flüggego	2,0	7	—
Kocin	"	2,5	7	—

<sup>29)</sup> Reischauer. Vergleichende Untersuchungen über die Brauchbarkeit verschiedener Verfahren zur Ausführung der Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd. Hyg. Rundsch. 1901. № 12, 03.



Tablica IV.

Lasecznik błoniczy

Autor	Metoda	Ilość formaldehydu na 1 m. sześć. w gramach	Ilość czasu odkażania w godzinach	Wyniki
Fairbanks	Aesculap	1,0	24	—
Gemünd	„	2,0	24	—
Gehrke	„	2,0	24	—
Reischauer	„	3,0	7	—
Abba i Rondelli	„	2,0	7	—
Euoeh	Karboformal	0,5	7	—
Dieudonné	„	2,0	7	—
Reischauer	„	1,5	7	—
Gruber	aut. Trillata	2,0	18	—
Brunn	met. Flüggego	2,5	7	—
Abba i Rondelli	„	2,5	7	92%
Jaeger	„	2,0	7	—
Reischauer	met. Czaplewskiego	4,0	24	—
Friedeman	Glikoformal	7,5	3	—

Jak pokazują liczby podane na III i IV tablicy, wyniki badań rozmaitych autorów co do paciorkowca i lasecznika błoniczego zgadzają się między sobą, a mianowicie rezultaty te są, z bardzo małymi wyjątkami, dodatnie; zależy to od nieznacznej odporności omawianych bakteryi; prawdopodobnie, znacznie mniejsza ilość formaldehydu, od podanej, też byłaby w stanie je zniszczyć.

(d. n.)



## O sposobach badania plwociny w pierwszych okresach gruźlicy.

Opracował **Ludwik Pinkus** stud. med.

(Dokończenie).

Wymienione sposoby odpowiednio do środków jakimi się posilkują w celu *ujednostajnienia* plwociny, mogą być podzielone na cztery grupy.

Do pierwszej będą należały sposoby, które dla *ujednostajnienia* plwociny używają ługu. Są to sposoby Biederta, Kamińskiego, Mühlhäusera-Czaplewskiego, Afanasjewa z modyfikacjami i Serkowskiego. Mając za punkt wyjścia zasadę Biederta: rozpuszczanie śluzu, ciał białkowych i t. p. ługiem, różnią się między sobą w dalszym postępowaniu. Podczas gdy Biedert poprzestaje na poddaniu plwociny działaniu narznanego ługu i czeka na utworzenie się w stożkowatym naczyniu *osadu*, Kamiński bada już zawiesinę, gdy przeciwnie Afanasjew *osadza*, działając na mieszaninę kw. octowym, Mühlhäuser-Czaplewski—zobojętniając otrzymaną zawiesinę za pomocą tegoż kw. octowego i fenoltaleiny, nakoniec Serkowski — za pomocą centryfugi.

Działanie na otrzymaną zawiesinę kw. octowym (oraz wyskokiem u Serkowskiego), jak również inne zmiany w pierwotnym sposobie Biederta, wywołane zostały nie tylko chęcią przyspieszenia osadzania się, lecz i niektórymi innymi względami. Zauważono, mianowicie, że nawet po dłuższym gotowaniu z ługiem, na sposób Biederta dodanym, często większe kłaki plwociny nie rozpadają się, że następnie trudno uniknąć dodania nadmiaru ługu i że co najważniejsza—*laseczniki gruźlicy zmniejszają znacznie swoją zdolność barwienia się*. Wymienione modyfikacje dążą do usunięcia tych wad sposobu Biederta: 1) przez działanie na plwocinę większą ilością, ale zato *bardziej rozcieńzonego ługu* i 2) przez *osłabienie wpływu* ługu na laseczniki kw. octowym lub wyskokiem.

Te są ważniejsze różnice sposobów, stanowiących pierwszą grupę.

Drugą grupę będą stanowiły sposoby, które dla ujednostajnienia plwociny używają również chemicznych odczynników, innych aniżeli ług. Tutaj odnieść należy sposoby Stroscheina (płyn boraksoborny), van-Ketela (fenol), Ilkiewicza

(kw. octowy) i Lannoise'a-Girard'a (chlor). Poczęści do teje grupy należy sposób Amanna (chloroform).

Ogólnie przyznają uczeni, że wszystkie te płyny ustępują ługowi pod względem własności rozpuszczania śluzu i t. p., przytem fenol jeszcze wpływa wywiera na laseczniki gruźlicy, aniżeli ług.

Do trzeciej grupy wejda te sposoby, które do omawianego celu dochodzą drogą fizyczną, a więc Dahmena-Heima (działanie wysokiej t<sup>o</sup>), oraz Rindfleischa i Amanna, częściowo należący do grupy poprzedniej (działanie mechaniczne)

W czwartej wreszcie grupie znajdują się sposoby biologiczne lub częściowo biologiczne: Philipa, Spenglera (pankreatyna) i Jochemanna; tutaj też wejda sposoby szybkiego otrzymywania czystych hodowli laseczników gruźlicy z płwociny.

Każdy z powyższych sposobów ma swoich gorących zwolenników. Jaksch, np. wypowiada się stanowczo za Biedertem (5), Sterling (14) i Biegański (3)—za Ketelem, Voornveld (8), powołując się również na Paulusa, wypowiada się za sposobem Spenglera i t. d. Że zaś istota rzeczy, jak dotychczas, nie jest bynajmniej oparta na trwałych podstawach wywodów teoretycznych, rozwiązanie zmuszeni jesteśmy szukać na drodze *doświadczeń porównawczych, przeprowadzonych z zupełną obiektywnością*. Porównawczych zaś badań w rzeczywiście tego słowa znaczeniu posiadamy niewiele, zaliczyć do nich można badania Afanasjewa (12) i Heima (15), a trzeba—pracę Beitzke'go (7).

Ponieważ to porównawcze badanie ma głównie cel praktyczny na myśli, możemy i *musimy* ustanowić sobie zgóry jakiś *sprawdzian*, według którego będziemy oceniali wyniki badania i *sądzili o ich przydatności dla badań klinicznych*. Brak takiego ogólnie przyjętego sprawdziana jest poniekąd przyczyną różnicy zdań w rozmaitych podręcznikach do badań klinicznych, co do wartości znanych nam już sposobów.

Pragnąc ustanowić sobie sprawdzian wartości zalecanych sposobów dla celów klinicznych, musimy się kierować warunkami badań klinicznych wogóle i następnie —, o ile jaki sposób nie uwzględni naszych wymagań *łącznie*, powinniśmy go uznać za nieodpowiedni.

Pierwszeństwo wusiłowaniach ustanowienia podobnego sprawdziana należy się van-Ketelowi (16). Podług tego autora każdy sposób powinien odpowiadać następującym trzem warunkom: 1) być prostym w wykonaniu i pewnym w wynikach, 2) nie przedstawiać niebezpieczeństwa zakażenia się przy jego wykonywaniu, myciu użytych naczyń i t. p. i 3) musi dawać jasny obraz mikroskopowy.

Co do dwóch ostatnich punktów, to musimy się, wraz z Beitzkem (7), zgodzić, że trzeci jest zupełnie zbyteczny, albowiem warunek w nim zastrzeżony rozumie się sam przez się; warunek zaś „bezpieczeństwa“ również upada: uniknienie niebezpieczeństwa przy wykonywaniu wszelkiego przepisu zależnem jest od wykony-

wującego. Co do punktu pierwszego, to nie możemy się już zgodzić z tymże autorem, który twierdzi, iż trudność w wykonaniu danego sposobu nie może grać żadnej roli o ile daje on lepsze od innych wyniki. Prawda, że każdego sposobu można się wyuczyć. Ale mimo to, wbrew Beitzke'mu i przytoczonemu przezeń Amannowi, który jest zdania, iż przedewszystkiem powinno się mieć na celu wykrycie lasecznika, nie oglądając się na czas stracony, twierdę, że tylko trudność wykonania i niepewność wyników powstrzymuje lekarzów-praktyków od używania tak niejednogłównie zalecanych przez różnych autorów sposobów, i że tylko obawa przed prózną stratą drogiego dla nich czasu zmusza ich do zadawalniania się raczej przypuszczalnem rozpoznaniem choroby. Toteż, rozszerzając punkt pierwszy sprawdziana Ketela, uważamy za najodpowiedniejszy s p r a w d z i a n następujący:

*Sposób winien być dokładny szybki i niedrogi.*

Prof. Afanasjew (12), wymieniając wady sposobu Biederta (przytoczone przez nas wyżej), rozbiera wartość proponowanych przez rozmaitych autorów modyfikacji, które mają te wady usuwać. Sposób Kamińskiego może dać tylko wtedy wynik dodatni, jeżeli w badanej płwocinie była dostateczna ilość laseczników, a więc, jeżeli się one znajdują w każdej kropli otrzymanej zawiesiny; w przeciwnym razie laseczników możemy nie wykryć. Sposób Philipa daje dobre wyniki, ale wielką jego wadą, podług A., jest to, że na wyniki trzeba jeszcze dłużej czekać, niż w sposobie Biederta. Sposób Dahmena, chociaż dość szybki, jednak uważa autor cytowany za nieodpowiedni dla dwóch przyczyn: popierwsze, ponieważ otrzymujemy osad zbyt obfity, wcale prawie niemniejszy od wziętej do badania porcyi płwociny,—powtórę, ponieważ w każdym razie w otrzymanym osadzie białkowym nie mogą być laseczniki rozmieszczone równomiernie, gdyż rozcieranie w moździerzu jest to sposób mechaniczny, dostateczny dla równomiernego rozmieszczenia cząsteczek znaczniejszych, a nigdy takich drobnych jak las. gruzlicy. To samo podług A. należy powiedzieć o sposobie van-Ketela. Chociaż tutaj przez ścięcie białka fenolem otrzymujemy płatki drobniejsze, niż u Dahmena, jednakowoż jedne z nich mogą zawierać laseczniki, a inne nie; przytem trwa dóbę i dłużej. Tą drogą dochodzi autor do wniosku, że sposób Biederta jest względnie najlepszy i proponuje własną modyfikację tego sposobu. <sup>10)</sup>

Heim (15) radzi w razie, gdy rozporządzamy niewielką ilością płwociny, używać sposobu Mülhäusera (modyfikacja Czaplewskiego nie jest mu jeszcze znana), oprócz tego przytacza on modyfikację sposobu Biederta, podaną przez Kamena, która polega

<sup>10)</sup> Ponieważ wyżej kilkakrotnie poruszoną została sprawa zbyt późnego otrzymywania wyniku, musimy nadmienić, że możność otrzymania wyniku po 24—36 gg. nie może być poczytana za wadę sposobu, chociaż—rozumie się—im prędzej będzie widoczny wynik, tem lepiej.

na dodawaniu do otrzymanej według Biederta zawiesiny wysokości, dopóki nie nabierze ona wagi gatunkowej wody (przez co ułatwia się opadanie laseczników na dno); następnie wypowiada się przeciw sposobowi van-Ketela, jako dającemu wątpliwe wyniki, i gorąco zaleca sposób Dahmena, zmodyfikowany przez siebie. Modyfikacja polega głównie na tem, że Heim gotuje całą płwocinę, przyslaną do badania.

Quot homines—tot sententiae.

Toteż słusznie czyni Beitzke, poddając część wyliczonych przez nas sposobów ścisłemu badaniu porównawczemu. B. wypowiada się przeciwko sposobowi Lannoise'a-Girard'a, ponieważ rozpuszczanie śluzu w tym sposobie należy złożyć na karb znajdującego się zazwyczaj w Eau de Javelle ługu, a nie chloru, co upodabnia dany sposób sposobowi Mühlhäusera. Wogóle sposób ten zbliżony jest do sposobów van-Ketela i Stroscheina, ale wcale od nich nie prostszy. Sposobom Dahmena i Ilkiewiczza zarzuca zbytnią uciążliwość wykonania przy niezbyt pomyślnych wynikach. Następnie, podaje dwie tablice badań porównawczych, z których wynika, że *najlepszym jest sposób Mühlhäusera-Czaplewskiego*. Na drugim miejscu umieszcza autor sposób Stroscheina. Sposób Jochmanna dawał wyniki bardzo zmienne, sposoby zaś Amanna, Spenglera i Ketela okazały się bardzo niepewnymi.

Przystępując również do porównawczego zbadania sposobów ujednostajniania płwociny, skupiania laseczników oraz zwiększania ich liczby, postanowiłem *każdą* płwocinę zbadać możliwie *wszystkimi* sposobami; wyłączyłem jednak sposoby Rindfleischa i Amanna, ponieważ pierwszy do podobnych badań się nie nadaje, a drugi system byłby zbyt uciążliwy. (Sposób Rindfleischa wogóle może być w zupełności zastąpiony pewniejszym, opisanym wyżej.<sup>11)</sup> Również oddzielnie omawiam otrzymywanie czystych hodowli.

Chcąc otrzymać wyniki jaknajdokładniejsze, musiałem dbać o to, ażeby zawsze brać do badania *jednakową ilość*, aby brane do badania porcey poszczególnej płwociny miały—o ile to jest możliwe—*jednakową zawartość laseczników*, aby *wszelkie czynności*, wspólne wszystkim sposobom, *były rzeczywiście jednakowo wykonywane* i—nakoniec—aby jaknajmniej użyć na pojedyncze badanie czasu i w ten sposób dokonać większej ich ilości.

W tym celu z każdą płwociną postępowałem, jak niżej opisuję:<sup>12)</sup> 1) Przedewszystkiem badałem płwocinę w sposób zwykły, a więc makroskopowo, mikroskopowo (pow. 450) i bakteryologicznie (barwienie podł. Grama i na las. gruzlicy—4 preparaty).

2) Następnie rozcierałem badaną płwocinę w zwykłym mździerzu chemicznym, wielkość którego doбираłem do ilości płwo-

<sup>11)</sup> Patrz uwagę 5.

<sup>12)</sup> Przy układaniu poniżej opisanej metody kierowałem się nie tylko względami badania porównawczego, ale i ew. możliwością zastosowania niektórych jej szczegółów w praktyce.

ciny. O ile śluzu było dużo, a plwocina podzieliła się na warstwy, zlewałem go z osadu.<sup>13)</sup> Z roztartej plwociny znów barwiłem 4 prep. na las. gruzlicy.

3) Roztartą w ten sposób plwocinę wlewałem do zwyczajnej biuretki (bezkranowej) z podziałką na  $\frac{1}{10}$  c. sz. na której dolny koniec nasadzony był kawałek rurki kauczukowej ze ściskaczem i odcinkiem rurki szklanej, zwężonej na swobodnym końcu. Po kilku godzinach (a czasem jeszcze prędzej) plwocina dzieliła się na 2 warstwy: u dołu znajdował się osad, a nad nim śluz (czasem nad śluzem widoczna jeszcze była warstwa wody). Jeżeli plwocina nie mieściła się odrazu w biuretcie, to śluz usuwałem za pomocą małej pipetki lub dużej rurki o przecięciu mniejszem od przecięcia biuretki, ostro zakończony na jednym końcu; po wprowadzeniu jej do biuretki do pożądanego głębokości górny otwór zatykałem palcem i w ten sposób usuwałem śluz, przygotowując wolne miejsce dla reszty plwociny. Niekiedy plwocina zbyt wolno osadzała się; wtedy przyśpieszałem opadanie osadu, spychając płatki długą palczką lub wyciągając z pod nich śluz za pomocą pipetki.

4) Po odstaniu się plwociny rozlewałem ją w stożkowate próbówki, zaopatrzone w korki kauczukowe, drzewne lub z waty, po 2 c. sz. Uprzednio przygotowałem podłoże do sposobu Jochmanna, które w zwykły sposób rozlałem w próbówki po 4 c. sz.

5) Następnie postępowałem z rozlaną plwociną według przepisów, zmieniając tylko odpowiednio liczby, a w niektórych modyfikując nieco — z konieczności — i sam sposób (np. w sposobie Dahmna). W razie potrzeby gotowania plwocinę wlewałem w początku do zwykłej próbówki, a po gotowaniu do stożkowej.

6) *Nie czekając utworzenia się osadu, osadzałem zaraz przyrządzoną według rozmaitych sposobów plwocinę na centryfudze system Bauscha i Lomba, rozmywałem z każdej próbówki na czterech szkiełkach pokrywkowych i barwiłem podług Gabetta.*

7) Nakoniec, umieszczałem preparaty w olejku cedrowym i liczyłem laseczniki — pod imersją  $\frac{1}{12}$ , apertury 1.25, okularze 2, długości tubusa 17 (mikroskop Zeissa) — w ten sposób: liczyłem tylko wtedy, jeżeli całe zajęte było przez preparat; pół takich zliczyłem na każdym z 4 preparatów od 5 do 10, zależnie od tego, czy otrzymywałem zbliżone, czy też różne liczby; następnie wyliczałem dla każdego preparatu średnią arytmetyczną, z nich zaś liczbę przeciętną dla danego sposobu.

Trzeba dodać, że jeżeli w polu było laseczników więcej niż 40—50 liczenie było już niemożliwe. Oznaczałem to symbolem: ∞.

<sup>13)</sup> Niejednokrotnie badałem śluz na zawartość laseczników gruzlicy, ale za każdym razem otrzymywałem wyniki ujemne. Widocznie, zwykłe sposoby nie nadają się do badania śluzu, lub też ostatni nie zawiera wcale laseczników gruzlicy, albo jedynie niewielką ich ilość.

W ten sposób otrzymane liczby, bezwarunkowo, nie mogą być uważane za bezwzględnie ścisłe, ale nam w danym wypadku nie idzie o *zupełną* ścisłość. *Malo* bowiem *różniące się* wyniki mogą być uważane za jednakowe, odpowiadające zaś im sposoby będziemy różniczkowali na zasadzie innych ich właściwości.

Liczba laseczników w polu widzenia nie tyle zależy od *ilości* rozmazywanego na szkiełku materyału, ile od *grubości warstwy* rozmazanej. Przy pewnej wprawie można zawsze jednakowo rozmazać, używając w tym celu cienkiego drucika platynowego, zakręconego w uszko o stałej średnicy. O ile złe rozmazywanie się spreparowanej płwociny leży w naturze danego sposobu, musi ono być poczytane za wadę tego sposobu i ew. zaważyć na szali przy wyprowadzaniu wniosków otrzymanych wyników liczbowych.

Raz użyte naczynia czyściłem wacikiem i wodą, następnie kilkakrotnie płókałem wodą przekroploną i osuszałem przy pomocy dmuchawki.

W poniższej tablicy podajemy część odnośnych naszych badań.

Oprócz liczby przeciętnej laseczników podajemy w nawiasach przy każdym sposobie *liczbę maksymalną*, z jaką spotkaliśmy się w jednym polu widzenia. Ma to duże znaczenie praktyczne, albowiem pozwala wnioskować, o ile łatwym jest badanie preparatu, przyrządzonego podług danego sposobu.

### Tablica.

∞ oznacza: więcej, niż 40—50;  $\frac{1}{s}$ ,  $\frac{2}{s}$ ,  $\frac{3}{s}$  i t. d. ozn.: jeden, dwa, trzy i t. d. laseczniki na całym preparacie;  $\frac{1}{1}$ ,  $\frac{2}{3}$ ,  $\frac{4}{x}$ ,  $\frac{\infty}{x}$  ozn.: jeden, dwa, cztery, niezliczona ilość w jednym, w trzech, w każdym polu widzenia.—Od. —oddziaływanie; kw. —kwaśne; zas.—zasadowe; ob.—obojętne. B. bacillus; las.—laseczniki; bt.—bacterium; dp.—diplococcus; z. m.—zakażenie mieszane (bakteryje: ropne, zapalonia płuc, jamy ustnej i in.). C.—ciałka; kr.—krow. <sup>14)</sup>

<sup>14)</sup> Wykrycie krwi w płwocinie nie jest — przy pewnej wprawie — trudne. Pod względem ważności rozpoznawczej wykrycie krwi w płwocinie zajmuje miejsce zaraz po lasecznikach gruźlicy. Podług *Scriby* w 90% krwiopłucie znamionuje gruźlicę, podług zaś *Sickera* tylko w 81%. Ostatni wlicza więcej niż 30 spraw chorobowych, przy których może wystąpić krwiopłucie, jakoto: choroby mózgu i nerwowe (uszkodzenia mózgu, mlecza; histerya, epilepsya i in.), naruszenia krwioobiegu (przekrwienie zastoinowe, infarkt, krwawienia zastępcze i ciężowe) i miejscowe sprawy płucne, które mogą być wywołane zarówno zmianami ogólnymi w organizmie, jak osiedleniem się w płucach pasorzytów zwierzęcych (distomum, taenia echinococcus, filaria Sanguinis, trichina spiralis) i roślinnych (actinomycesis, aspergillus; lepra, lues). Ten sam objaw może być wywołany sprawami, umiejscowionymi w narządach sąsiadujących z płucami, lub w oskrzelach.—(Spec. Pathol. u. Ther. von H. Notnagel, 1900, tom. 14).





## Sposoby wykrywania lasczników w grzyllicy

Nr. badania	Krótka charakterystyka plwociny	Gram	Zwyczajny sposób	Po starciu plwociny i t. d.	I grupa				II grupa				III gr.	IV grupa		
					Biedorta	Kamionskiego	Mülhäusera-Czaplewskiego	Afanasjewa zuod.	Serkowskiego	Stroscheina	van-Ketela	Ilkiewicza	Lanowize Girarda	Dahmena Heima	Philipa	Spenglera w mod. Paulusa
5	Nablonok Kr. Od. zas.	-	-	0	-	-	-	2 (3)	2 (4)	-	-	0	-	-	-	+
6	Rozpad. Nablonok. Od. zas.	Paciorkowice	-	2 (4)	-	-	16 (22)	16 (26)	9 (20)	10 (27)	-	-	-	-	-	+
7	Rozpad. Nablonok. C. ropnie Od. zas.	z m.	-	3 (6)	-	-	5 (5/5)	-	40 (5)	-	-	-	-	-	-	+
8	Ropa Od. kw.	Paciorkowice	-	10 (20)	-	-	30/5 (19)	-	5 (5)	5/1	-	-	-	-	-	-



Z powyższej tablicy wynika, że najdokładniejszymi są sposoby Mühlhäusera-Czaplewskiego i Serkowskiego z I grupy oraz Stroscheina z II-ej. Sposób Stroscheina jest najmniej złożony (o ile nie brać pod uwagę przygotowania samego płynu Wendrienera) i przez to najlepiej nadaje się w wypadkach, kiedy nie można zbyt wiele czasu poświęcić na rozbiór oraz nie posiada się wirówki, którego to przyrządu wymaga sposób Serkowskiego. Ten ostatni jest wprawdzie pewniejszy od sposobu Stroscheina (który daje niekiedy niedobre wyniki, źle rozmazujące się i barwiące się preparaty), ale — jak rzekliśmy — wymaga zastosowania wirówki.<sup>15)</sup>

Dla posiadających wirówkę sposób Serkowskiego będzie najprostszy, bo wymaga płynów najzwyczajniejszych i obchodzi się bez nagrzewania, a zarazem jest dokładniejszy od poprzedniego.

*Pierwsze miejsce pod względem dokładności trzeba oddać sposobowi Mühlhäusera-Czaplewskiego.* Może on mieć zastosowanie zarówno w wypadku posiadania wirówki, jak i nieposiadania jej (podobnie do sposobu Stroscheina); jedynie czynności, przewidziane przez ten sposób, zajmują znacznie więcej czasu, niż przy pierwszych dwóch.

Po skupieniu tymi sposobami — laseczniki albo są rozrzucone po całym polu widzenia, albo układają się w grupy mniej lub więcej zbite; często widzimy szereg równoległe ułożonych laseczników.

Odczynniki, wymagane do powyższych trzech sposobów, są wszystkie bardzo tanie.

Tak więc, te trzy sposoby trzeba uważać za *dokładne, szybkie i niedrogie* i jako takie — odpowiadające zupełnie celowi.

Co do reszty sposobów, to stanowiące I grupę są lepsze od pozostałych i najzupełniej podpadają pod nasz sprawdzian, ale poszczególne z nich ustępują w dokładności sposobom Mühlhäusera-Czaplewskiego i Serkowskiego. O sposobie Kamińskiego musimy powtórzyć zdanie Afanasjewa.

O wartości innych grup wyrokują cyfry. Chciałbym tylko zaznaczyć, że liczby podane przy sposobie Jochmanna trzeba złożyć tylko na karb metody osadzania, stanowiącej drugą część tego sposobu. Pierwsza jego część, polegająca na zwiększeniu laseczników na drodze biologicznej nie ziszciała oczekiwań i w wypadkach, kiedy laseczników było bardzo mało i należało oczekiwać zwiększenia ich liczby, bynajmniej to ostatnie nie miało miejsca.

---

<sup>15)</sup> Wirówka znakomicie zaoszczędza czas, którego nietrzeba tracić na oczekiwanie, aż się osad utworzy; oprócz tego, jest ona niezbędna przy badaniu moczu dla otrzymania osadu, przy badaniu wody i t. p. Z tego względu, jak i zważając na stosunkowo niewielką jej cenę, radziłbym tym, którym często nadarza się potrzeba dokonywania rozbiorów lekarskich, a szczególnie szpitalom, zaopatrzyć się w ten przyrząd. Używana w naszej pracowni wirówka Bauseha-Lomba okazała się w praktyce nader pożyteczną; należy do droższych (110 marek.)

Zaznaczyć należy, że prawie wszystkie używane przez powyższe sposoby odczynniki źle wpływają na własność barwienia się laseczników oraz na ich postać. Wpływ ten ujawnia się mniej lub więcej, zależnie od rodzaju odczynnika, jego tęgości, czasu działania i t. p. Najszkodliwszy wpływ wywiera fenol (sposób van-Ketela!), następnie idą rozmaite kwasy, ostatnie miejsce zajmuje ług *w słabych rozczyinach*. Słabe rozczyliny ługu *przy krótkiem działaniu* na płwocinę jak stwierdza wieloletnia praktyka naszej pracowni—wcale nie powodują zmian w mogących się znajdować w płwocinie lasecznikach.

Nie małą rolę we wszystkich sposobach grają czynności czysto mechaniczne, jak wstrząsanie i centryfugowanie. Toteż widzimy, że już samo starcie płwociny znacznie ułatwia wykrywanie laseczników. Znacznie też ułatwia sprawę usunięcia śluzu wprost drogą mechaniczną, bądź zwyczajnem złaniem z osadu, bądź od-pipetkowaniem po uprzedniem odstaniu się płwociny w jakimkolwiek wazkiem wysokiem naczyniu. (Tej ostatniej czynności można uniknąć, jeżeli całą płwocinę pomieścić w biuretce i z niej odpuszczać potrzebną ilość po odstaniu się, jak to opisanem zostało wyżej). Obawa, ażebyśmy przez to, wraz ze śluzem nie usunęli znacznej ilości laseczników, jest płonna—jak to wykazuje tablica oraz wspomniane już badania specjalne. Czynieć tego nie należy w razie, jeżeli przedmiot badania mamy w bardzo nieznacznej ilości.

Co się tyczy sposobów szybkiego otrzymywania czystej hodowli laseczników gruzlicy z płwociny, to żadnego z nich nie możemy zalecić, gdyż są jeszcze zbyt mało wypróbowane, dają niepewne wyniki, a przedewszystkiem trudne są do zastosowania w praktyce pozalaboratoryjnej. W ostatnich czasach zwrócił na siebie uwagę sposób Hessego otrzymywania czystych hodowli na specjalnem podłożu z odżywki Heydena (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. t. XXXI). Ale zarówno co do niego, jak i co do proponowanych przez C. Fränkel'a (przenoszenie po kilku dniach niezajętych przez kolonie miejsc podłoża do agaru glicerynowego), Jochmanna (kwaśne podłoża z odżywką Heydena) i in. modyfikacyi (Münch. med. Wochenschr., 1900, str. 782) zdania bardzo są podzielone. Myśmy otrzymywali wyniki ujemne, szczepiąc *czyste* hodowle na podłoża Hessego i Jochmanna, ale badań naszych nie uważamy jeszcze za zakończone. W każdym bądź razie, sposoby te, jako zbyt długo trwające (minimum 3 dni) nie mogą być—przynajmniej dzisiaj—uznane za odpowiednie do omawianego przez nas celu.

To samo, tylko jeszcze dobitniej, trzeba powiedzieć o innych sposobach tego działu, jak i o szczepieniu zwierzętom.

Dziwnym zbiegiem okoliczności najdokładniejszymi okazały się najprostsze i stosunkowo najtańsze sposoby.

### III.

Nie tylko na sam fakt zabarwienia się na czerwono trzeba zwracać uwagę przy badaniu preparatu, ale i na formę lasecznika. Barwnik czerwony (przy używanym przez nas sposobie barwienia Gabetta, mogą przyjąć, prócz laseczników gruźlicy, niektóre zarodniki, nasiona lycopodium (*Gelblanco* w Münch. med. Wochenschr. 1900, 198), półkoliste resztki komórek nabłonkowych<sup>16)</sup> i t. p. Wszystkie te imitacje lasecznika Kocha łatwo dają się odeń odróżnić na podstawie swojej formy. W omawianym laseczniku najstalszą jest jego szerokość; w wypadkach, kiedy pod działaniem rozmaitych odczynników zaródz lasecznika kurczy się, skupia się do środka (co wykazuje barwnik), *naokoło zabarwionej zarodki znajduje się niezabarwiona przestrzeń, jakby otoczka, dopełniająca część zabarwioną lasecznika do granic normalnych*. Długość lasecznika jest bardzo niestała: od długości bacter. pneumoniae do długości, zajmującej prawie całe pole widzenia; najczęściej nie składa się z masy jednostajnej, ale z wielkiej ilości bardzo drobnych ziarenek, więcej lub mniej skupionych. Przy dobrem barwieniu zawsze można zauważyć na końcach lasecznika silniej zabarwione *ciałka biegunowe*. Lasecznik występuje przeważnie w postaci lekko zgiętej (zdarzają się też często postaci s lub e, choć bywają formy zupełnie prostolinijne. Na jednym preparacie nieraz dają się widzieć rozmaite postaci lasecznika. Zdarzają się też niekiedy t. zw. *zwyrodniałe* (inwolucyjne) formy lasecznika, w postaci kropek, przecinków, lub też przeciwnie—bardzo długich nitek albo zbliżonych do formy promienicy. Najczęściej daje się to zauważyć w płwocinie wodnistej, złożonej z płynu śluzowatego i drobnego nieznacznego osadu; płwocina taka jest najtrudniejsza do badania; zwyczajnym sposobem nigdy się w niej laseczników nie wykryje i lepiej odrazu przystąpić do skupiania.<sup>16)</sup>

Ze względu, że dla rozbioru wystarcza niewielka ilość płwociny, lepiej brać do analizy płwocinę, oddaną zrana przed śniadaniem. W ten sposób unikamy domieszek pokarmów, przeszkadzających w czynnościach, opisanych wyżej; oprócz tego przekonano się, że ranna płwocina częściej zawiera laseczniki, niż w ciągu dnia oddana. Nie trzeba też poprzestawać na jednokrotnym badaniu, jak się przekonujemy z 9, 10 i 11 badań z załączonej tablicy. To ostatnie badanie, jak i 4, dowodzi, jak starannie trzeba przeglądać preparat, żeby nie przeoczyć znajdujących się na nim niekiedy w bardzo niewielkiej liczbie laseczników.

Należałoby teraz z kolei przystąpić do omówienia t. zw. *odpornych na kwas* (säurefesten) bakterij, posiadających własności barwienia się laseczników gruźlicy. Ale niewiele możemy o tych

---

<sup>16)</sup> Spostrzeżenie naszej pracowni.

bakteriach powiedzieć, gdyż praca nad zbadaniem ich własności wre w pracowniach w całej pełni. Zapoczątkowała ją Rabinowiczówna, odkrywszy odpornego na kwas lasecznika w maśle, a potem w plwocinie. Dzisiaj liczymy już wiele podobnych bakteryj (laseczniki Petriego, Fränkla, Rubnera, Pappenheima, Żahna, Möllera, różne gnilne i in., oraz gruźlicy rybiej i ptasiej), ale zarówno co do ich własności morfologicznych, jak i biologicznych zdania uczonych są podzielone; nie może też być mowy o ich różniczkowaniu, które by się nadawało do naszych celów. Gdy jedni twierdzą, że obecność tych laseczników w plwocinie daje się łatwo stwierdzić dzięki ich postaci, różniącej się od las gruźlicy szerokością, prostoliniowością i wogóle swoją *niezgrabnością* („plump“), inni są zdania, że wyjątkiem ich zgola posługiwać się nie należy, gdyż tą drogą odróżnić tych bakteryj nie podobna. Zamiast tego radzą posługiwać się szczepieniem na podłożu (agar glicerynowy, bulion) i zwierzętom. Na podłożach wyrastają hodowle znacznie prędzej od gruźlicy (już po 24—48 g.), przyczem kolonie różnią się od kolonij lasecznika Kocha. Zaszczepione zaś niektóre zwierzętom o tyle tylko wywołują zmiany patologiczne, o ile wraz z niemi wstrzyknięte zostało masło wyjąłowane; lasecznik gruźlicy tego dodatku nie potrzebuje; oprócz tego na kwas odporne laseczniki od laseczników gruźlicy dają się odróżnić na drodze badań histologicznych; tak więc widzimy że większość powyższych sposobów, albo nie jest pewna, albo nie daje się tymczasem do naszych celów; wogóle szczepienie z plwociny należy do najtrudniejszych.

Na szczęście, zmieszanie tych bakteryj z prawdziwemi lasecznikami gruźlicy i stąd fałszywe rozpoznanie jest wskutek względnie rzadkiego zjawienia się odpornych na kwas bakteryj w plwocinie — według zdania Rabinowiczówny — wyłączone. Bakterye te są obecne w plwocinie najczęściej przy zgorzeli płuc. (Meyer, Virchow's Archiv, t. 160, zes. 2; Rabinowiczówna, Deutmed Woch., 1900, str. 256; Brieger, Berl. klin. Woch. 1900, 272 i in.). To samo dotyczy laseczników trądu i łaju napletkowego.

Reasumując wszystko, co się wyżej powiedziało, musimy przyjść do wniosku, że *przy odpowiedniem prowadzeniu badań zawsze dają się wykryć laseczniki gruźlicy w plwocinie, o ile się tam znajdują*, i że przy dzisiejszym stanie nauki *rozpoznanie gruźlicy może być oparte jedynie na wykryciu swoistego lasecznika*. (Inne sposoby rozpoznawania gruźlicy nie mają dotychczas w praktyce ogólnego zastosowania dla różnych powodów) <sup>17)</sup>.

#### IV.

Oprócz wykrycia lasecznika gruźlicy trzeba jeszcze stwierdzić, czy obok niego nieznajdują się w plwocinie inne drobnoustroje.

<sup>17)</sup> W razie jeżeli chory polyka plwocinę, trzeba poddać badaniu zawartość żołądka lub wypróżnienia. Sposób badania pozostanie ten sam.

Tembardziej trzeba się o tem przekonać, jeżeli się lasecznika gruźlicy nie wykryło. W pierwszym wypadku będziemy mieli do czynienia z t. zw. *zakażeniem mieszanem*, w drugim — z chorobą, która w początkowym swym okresie naśladuje przebieg gruźlicy płuc. Może się też zdarzyć, że w płucach umiejscowiły się naraz dwie choroby.

Nie wchodząc w to, czy zakażenie mieszane jest objawem pierwotnym, współzrędnym, czy wtórnym (zdania uczonych co do tego są podzielone) — wykrycie jego w każdym razie ma znaczenie dla określenia stanu chorego. W tym celu należy *koniecznie* barwić preparaty z płwociny podług Grama, gdyż tylko ta metoda pozwala dać nam odpowiedź na powyższe zapytanie. Oprócz tego, sposób Grama może rozwiązać i drugą kwestyę, mianowicie wykrycie chorób, symulujących gruźlicę. Literatura zna wypadki, gdzie objawy gruźlicy wywołane były pleśnią promienicy<sup>18)</sup>, *aspergillus fumigatus*, i in. (Literaturę tego tematu znaleźć można w Archiw. e. Padwysockiego). W wyżej przytoczonej tablicy widzimy, że w dwóch wypadkach w płwocinie, przysłanej od chorego jakoby na gruźlicę, laseczników Kocha nie można było wykryć, ale za to wykryto w jednym przypadku *dipl. pneumoniae*, a w drugim *bact. influenzae*; te wyniki mają wielkie współzrędne z innemi danemi znaczenie rozpoznawcze.

Uważamy też za niesłuszne powszechne dziś zaniedbywanie tego sposobu barwienia przy badaniu płwociny.

Wyżej przytoczone drobnoustroje mogą też pochodzić z jamy ustnej. Dla rozwiązania tej sprawy powinniśmy zważyć na ilość powyższych drobnoustrojów, ich charakter i jakie miejsce zajmują w płwocinie. O ile ich jest dużo, występują w dużych koloniach i lokują się w morfologicznych składnikach, pochodzących z niższych dróg oddechowych, orzekamy, że nie mamy do czynienia z florą jamy ustnej. Wszelkie „płókanie“ płwociny jest bardzo utrudnione i nie prowadzi do celu.

O potrzebie badania płwociny bezpośredniego i na niebarwionych preparatach mówić nie będziemy. Chcemy tylko zwrócić uwagę, że wyniki tego badania *nie mają żadnego wpływu na sposób wykrywania laseczników gruźlicy* (patrz tablicę). Ani kwaśny odczyn płwociny, ani jej typ lub składniki morfologiczne (zwłaszcza krążki krwi czerwone) nie mają — jak widzimy z tablicy — *wielkiego* w tym wypadku wpływu (dzisiaj przynajmniej mówić o nim byłoby przedwcześnie).

Z przysłaną do badania płwociną radzimy postępować, jak następuje:

Po zbadaniu płwociny makroskopowo, włóż ją do płytki Petriego, wybrać w sposób wyżej opisany „podejrzane“ miejsca<sup>19)</sup> i rozma-

<sup>18)</sup> W naszej pracowni zdarzyło się 2 razy wykrycie w podobnym wypadku promienicy.

zać na 6 szkiełkach pokrywkowych. W czasie, kiedy przygotowane preparaty będą wysychały, zbadać płwocinę na preparacie niebarwionym, a potem 6 przygotowanych preparatów utwalić i barwić: 2 podług Grama, a 4 podł. Gabetta. Badać naprzód preparaty, barwione podł. Grama (w celu uniknięcia sugestyi), a następnie bardzo starannie przejrzeć preparaty barwione podł. Gabetta <sup>20)</sup>. W razie jeżeli się na tych czterech preparatach laseczników gruźlicy nie znalazło, należy przystąpić do skupiania.

W tym celu należy płwocinę zetrzeć w jakimkolwiek, nadającym się do tego, naczyniu przy pomocy tłuczka i startą wlać do biuretki (bezkranowej) dla odstania się. O ile płwocina zawiera dużo śluzu, trzeba go zlać z osadu i poddać starciu tylko ostatni. Jeżeli do badania dostarczono bardzo dużo płwociny, to można użyć nie całej, ale wybrać masy zbite w kłębki lub pojedyncze kląki i te zetrzeć.

Po odstaniu się wypuścić osad z biuretki do szeregu stożkowato zakończonych probówek, zaopatrzonych w korki, i postępować, jak to wyżej opisane było, używając jednego z trzech sposobów: Stroscheina, Serkowskiego lub Mülhäusera-Czaplewskiego, pamiętając, że ten ostatni jest najdokładniejszy <sup>21)</sup>.

Przy badaniu laseczników trzeba zwrócić uwagę na rozmaite szczegóły, o których wyżej już była mowa <sup>22)</sup>.

Na zakończenie dodam jeszcze parę słów o przechowywaniu płwociny, przeznaczonej do badania.

Dodawanie sublimatu szkodzi przy skupianiu laseczników przez wydzielanie się rtęci. Fenol działa bardzo niekorzystnie na same laseczniki: są one kilkakrotnie węższe od normalnych (część zabarwiona), pogięte w różnych kierunkach, nieraz zwinięte zupełnie w kółko. Przypuszczać należy, że niektóre tracą zupełnie swoje własności odporności na działanie kwasu.

Toteż najlepiej utwalić płwocinę za pomocą kilku kropel chloroformu, *który nie zmienia własności laseczników*, lub też — jak radzą inni — tymolu.

Umieścić ją należy w jakimkolwiek bądź naczyniu, przemytem gorącą wodą i dobrze zakorkowanym. Wszelkie inne sposoby przechowywania należy uważać za zbyteczne. Nawet działanie promieni słonecznych nie okazuje zbyt szybkiego wpływu, o ile płwo-

<sup>19)</sup> Szukanie t. zw. soczewek jest zbyteczne, ponieważ bardzo rzadko dają się one odszukać.

<sup>20)</sup> Szczególniej starannie badać trzeba preparat, w którym na dobrze na niebiesko zabarwionem tle znajdują się miejsca, zabarwione na czerwono. (Spostrzeżenie naszej pracowni).

<sup>21)</sup> W razie nieposiadania wirówki trzeba czekać na utworzenie się osadu. W tym celu bardzo są przydatne owe stożkowate probówki, która łatwo zrobić samemu ze zwykłych probówek, wyciągając je w płomieniu palnika dmuchawkowego. Kto odpowiedniego urządzenia nieposiada, może je obstałować w każdym laboratorium. Koszt niewielki.

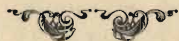
<sup>22)</sup> Preparat źle zabarwiony należy natychmiast odrzucić, gdyż badanie jego może nas doprowadzić do błędnych wyników.



cina *zbytnio* nie wyschnie: w płwocinie umyślnie postawionej w płytce Petriego przy oknie, a więc narażonej na wszelkie zmiany atmosferyczne, po 15 dniach z łatwością wykryłem laseczniki gruźlicy. Przy przewożeniu płwociny na większe odległości dodać należy tylko czystej wody o ile płwociny jest niewiele, ażeby ją uchronić od wysychania.

**Literatura.** 1) Strümpel, Patologia i terapia szczegółowa, przekł. rosyjski z VIII wyd. niem. 1894. Str. 312. Rozdział o gruźlicy płuc. 2) Korányi, „Lungenschwindsucht“ w *Real-Encyclopädie d. gesam Heilk Eulenburga*; 3 wyd. 1897, tom. XIV, str. 19. 3) Biegański, Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych, 1901, tom. I., str. 186, [Gruźlica płuc]. 4. Sticker, „Sputum“ w *Real-Enc. d. g. H. K.*; 3 wyd., r. 1900, t. XXIII, str. 181. 5) Jaksch, *Klinische Diagnostik innerer Krankheiten*, 4 wyd. 1896, str. 139 „Der Answurf Nachweis der Tuberkelbacillen.“ 6) Beitzke, *Die Anreicherungsverfahren der Tuberkelbacillen im Sputum, Hygien. Rundschau*, 1902, Nr. 1—8) Voornveld, *Ueber die Resultate von Sputumuntersuchung bei Lungentuberculose. Rozprawa. Zürich-Amsterdam. 1900.* 9) „Mokrota“ w słowniku Vilaret; przekł. rosyjski 1822, str. 967. 10) Hoffmann, *Krankheiten der Bronchien*, 1896 „Tuberculose der Bronchien“ str. 150, „Secretion. Morgensputa Gesunder“ str. 12, „Husten“ str. 90, Auswurf“ str. 92. 11) L. Korczyński, Kilka szczegółów z dyagnostyki gruźlicy płuc. 1900. Cyt. u Biegańskiego. 12) Afanasjew, *Lekcii po kliniczeskaj mikroskopii i bakteriologii*, 1896. Pierwsze trzy wykłady, „O kliniczeskaj mikroskopii i bakteriologii bugoreczatki woobszeze i w czastnosti lohkich“. 13) Czaplewski, *Die Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbacillen*, 1891. 14) Sterling, *Przyczynek do kwestyi poszukiwania lasecznika gruźliczego w płwocinie, Gaz. lek.*, 1894, str. 183. 15) Heim, *Lebrbuch der bakteriologischen Untersuchung und Diagnostik*, 1894. str. 351, „Auswurf“. 16) van Ketel, *Arch. f. Hyg.*, 1892, t. XV, str. 109. **Oprócz tego wiele drobniejszych artykułów lub referatów, w czasopismach i przeglądach rocznych. (Przy Pam. Warsz. Tow. Lek.; Schilla i Baumgartena).**

*Sprostowanie.* W przepisie Philipa należy poprawić słowo „wierzchniej“ na „spodniej.“



## Towarzystwa Lekarskie

### Towarzystwo Lekarskie w Częstochowie.

Posiedzenie w dniu 18 Stycznia 1902 r.

I. Kol. Biegański przedstawił chorego ze zeszytnieniem kręgosłupa podług typu Bechterewa. Przed 17 laty chory poczuł ból w plecach; ból przeszedł, ale pozostało zgięcie i zeszytnienie pleców; przed 2 laty powtórzyło się toż samo w karku, obecnie istnieje nieruchomość części szyjowej i grzbietowej kręgosłupa, zanik mięśni karkowych i łopatkowych strony lewej. W stawie barkowym teźże strony ruchy są bolesne i ograniczone. Na

przedniej powierzchni kręgów szyjowych palec wyczuwa, idące w podłużnym kierunku, kostne wyrośle. Kol. Biegański wyklucza pruchnienie kręgów, pachymeningitis cervicalis hypertrophica, nowotwór opon rdzenia i przychodzi do przekonania, że mamy do czynienia z postacią chorobową, opisaną przez Betcherew'a pod nazwą „zesztywnienie kręgosłupa.“ Znane są w literaturze dwa typy tego cierpienia: jeden Strümpella i Marie—drugi Betcherew'a. Kol. Biegański sądzi, że przedstawiony przypadek zbliża się do typu Bechterew'a.

Kol. Puterman zaznacza, że przedstawiony przypadek różni się od typu Bechterewa odmiennem przegięciem głowy, odmienną kolejną występowania zmian, obecnością zajęcia stawów, co jest właściwością typu Strümpella—Marie, jak również opisane przez nich kostne wyrośle na przedniej ścianie kręgosłupa, jako skostnienia więzów kręgosłupa. Kol. Biegański odpowiada, że staw karkowy nie jest w stanie ankylozy, obok tego w wywiadach brak bólów w tym stawie. Różnice mniejszej wagi, w obec niezdecydowanej etyologii w obu typach, niemogą obalić podobieństwa danego przypadku z typem Bechterew'a. Kol. Wołkowiec proponuje zwrócić uwagę na tę okoliczność, że na plan główny występuje tu pojęcie arthritis ankylopoetica, a zastosowana w tym kierunku terapia może rzucić światło, choćby ex juvantibus, na etyologię, a więc i naturę danego przypadku. Radzi więc niepomijać środków używanych w diatezie moczanowej jak piperazina, sydonal, zwłaszcza gdy przetwory salicylu i jodu zawiodły.

Kol. Królikowski sądzi, że etyologia w obu typach prawdopodobnie jest jednaką, mianowicie leptomeningitis, różnica polega na umiejscowieniu sprawy.

II. Kol. Rozenfeld demonstruje przypadek dermatitis exfoliativae v. pityriasis rubrae. Z początku plamy czerwone wystąpiły w okolicy stawów łokciowych i kolanowych, potem na twarzy, piersiach, udach, tak, że w ciągu 4-ch tygodni zajęły całą powierzchnię skóry. Zabarwienie znika pod uciskiem, łuszczenie obfite, łuski niewielkie oddzielają się łatwo, bez krwawienia. skóra gruba, szorstka; gdzieniegdzie pęknięcia naskórka; paznogieie zniszczone; swędzenie nieznaczne; hyperaesthesia i hyperalgesia. Bezsensność. Kol. Rozenfeld wyklucza pryszczycę, łuszczycę i pie-rzchnienie. Kol. Puterman zaznacza że Kopytowski i inni znajdowali w tej postaci diplococcus i uważają ją za sprawę ostrą zakaźną. Kol. Rozenfeld jest zdania, że kwestya zaraźliwości jest nierozstrzygnięta, a sama choroba jest przewlekła.

III. Dyskusya nad odczytem kol. Biegańskiego, „O tegorocznej epidemii gościca stawowego,“ wygłoszonym na poprzednim posiedzeniu.

Kol. Puterman jest zdania, że kwestya poruszona przez kol. Biegańskiego jest oddawna znana; że przypadki anginae, następstwem których jest reumatyzm stawowy, powstają nie pod wpływem gronkowców, lecz paciorkowców. Meyer wyodrębnił nawet osobny typ diplostreptococcus, który Leyden uważa za specyficzny dla tych cierpień. W leczeniu kol. P. nie jest zwolennikiem pędzlowań, lecz używa szprycowań wodą utlenioną.

Kol. Levy nieuważa związku pomiędzy obu cierpieniami za kwestyę ustaloną. Kol. Królikowski tego samego jest zdania,—jak również kol. Piasecki i kol. Drabczyk.

Kol. Wasserthal widzi łączność pomiędzy obu cierpieniami i przytacza jeden przypadek: chory prawie co rok miewa gościec stawowy, który zawsze poprzedzany jest przez zapalenie gardła.

Kol. Biegański twierdzi, że nie każda angina pociąga za sobą gościec, lecz tylko ta, która posiada właściwy, specyficzny charakter bakteryologiczny.

Kol. Kohn jest zdania, że gościec stawowy jest nazwą zbiorową, obejmującą rozmaite stany chorobowe. Te z nich, które są pochodzenia zakaźnego, często bywają poprzedzane przez zapalenie gardła.

Kol. Biegański pomimo tylu różnorodnych zdań stoi przy swoim twierdzeniu, że związek pomiędzy gościem stawowym a zapaleniem gardła jest bardzo częstym, że lekarze nieraz go przeocząją, chociaż niekażda angina wywołuje gościę, bowiem jedne anginy zależą od działania gronkowców, drugie od paciorkowców. pneumokoków i t. d.

IV. Kol. Wasilewski odczytał referat: „3 przypadki krupu przewlekłego.“ Nazwą tą kol. W. obejmuje wszystkie przypadki tej choroby trwające dłużej nad 3 tygodnie. Po opisie tych 3-ch przypadków kol. W. zaznacza, że jeżeli przyjąć, iż krup jest błonicą krtani, to opisane jego spostrzeżenia są niezwykle rzadkością, gdyż statystyka Hennig'a podaje 2% przewlekłej błonicy w ogólnej ilości tego cierpienia, a Jakubowicz podaje tylko ½%. Jeśli leczenie ogólnie dziś przyjęte niewystarcza, kol. W. proponuje przede wszystkim intubację krtani.

Posiedzenie w dniu 15 Lutego 1902 r.

I. Dyskusya nad odczytem kol. Wasilewskiego z posiedzenia poprzedniego pod tytułem: „3 przypadki krupu przewlekłego.“

Kol. Żołędziowski zaznacza, że w opisanych przypadkach brak ścisłego rozpoznania. Kol. Drabczyk robi prelegentowi zarzut, że, wbrew przyjętemu powszechnie zdaniu, obie te sprawy chorobowe t. j. krup i błoniec niesłusznie identyfikuje.

Kol. Rozenfeld jest przeciwnego zdania, że oba te cierpienia są jednakowego pochodzenia, toż samo zdanie wyraża i kol. Biegański.

Kol. Wasilewski odpowiada, że przypadki swoje nazywa krupem wyłącznie na podstawie objawów klinicznych. Behring wygłasza zdanie, że są przypadki niewątpliwej błonicy, w których laseczników Löfler'a wykryć niemożna; stawiony przeto zarzut nieścisłego rozpoznania, dla braku odpowiednich badań bakteriologicznych, upaść musi.

II. Kol. Batawia demonstruje chorego z niedowładem wszystkich 4-ch kończyn i obustronnem opadnięciem powieki górnej.

Po opisie przypadku i wykluczeniu pokrewnych cierpień kol. B. stawia rozpoznanie histeryi, pomimo braku stygmatów histerycznych i wyraźnych zmian czuciowych. Za rozpoznaniem takim przemawia suma objawów: stały ból głowy, wzmoczenie wszystkich odruchów, stała senność, mowa szeptem, stałe zaparcie stolca, umiejscowiona bolesność kręgosłupa, nadczułość w okolicach lędźwiowych, brak apetytu. Ta anorexia jest, według Charcot'a, monosymptomatyczną postacią histeryi, występującą bez stygmatów: opadnięcie powieki jest raczej wynikiem skurczu mięśnia okrężnego, a niedowładem mięśnia unoszącego powiekę, co stwierdza w danym przypadku kol. Marczewski badaniem oczu chorego.

Kol. Biegański i Sterczyński zgadzają się na rozpoznanie.

III. Kol. Batawia „O elektropsychoforze — przyczynek do leczenia wewnątrzcewkowego nasieniotoکو i przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego“. Kol. B. przedstawia przyrząd swego pomysłu, który jest kombinacją elektrody cewkowej i zmodyfikowanego psychoforu

Winternitz'a. Kol. B., będąc przeciwnikiem elektryzacji tylnej cewki, zaleca w omawianem cierpieniu miejscowe stosowanie zimna, ku czemu zmodyfikował psychrofor w ten sposób, że tylko koniec jego na przestrzeni 2—3 cent. pozostał metalowym, reszta pokryta jest masą izolacyjną. Przepuszczany strumień wody ochładza w tym przyrządzie tylko część metalową, a więc i prostatyczną cewki, a nie całe prącie. Elektropsychrofor służyć może jednocześnie i do elektryzacji; połączenie obu tych działań t. j. zimna i elektryczności może oddać w niektórych przypadkach rzetelne usługi. Zdaniem kol. B. nienależy stosować elektryzacji cewki tylnej bez jednoczesnego jej ochładzania i to tylko w przypadkach nacieniotoku samoistnego i przewlekłego zapalenia gruczołu przyprątneho; przy stosowaniu elektryzacji z ochładzaniem zmniejsza się możliwość krwawienia z cewki.

Kol. Pasierbiński zaznacza, że t<sup>o</sup> stosowana przez kol. B. musi być bardzo bolesna, o ile ma rzeczywiście ochładzać. Wypróbował bowiem to na wielu chorych, którzy bardzo się uskarżali na ból przy t<sup>o</sup> wody 8<sup>o</sup>.

Kol. Bata wia odpowiada, że stosował wodę o 4<sup>o</sup> i chorzy znosili to dobrze.

IV. Kol. Marczewski demonstruje gałkę oczną, kilka dni temu usuniętą z powodu obecności w niej kawałka żelaza, a po uprzedniej próbie wydobywania jej z pomocą elektromagnesu, co jednak nieudowodniło do celu. Po opisie danego przypadku i przebiegu operacji kol. M. szczegółowo rozpatrzył przebieg i ważność rozmaitych uszkodzeń gałki ocznej wskutek wdrażenia i pozostania w niej ciała obcych.

V. Kol. Biegański wypowiedział odczyt „O pracy naukowej lekarza prowincjonalnego,“ który to odczyt został in extenso umieszczonym w Krytyce lekarskiej.

Posiedzenie w dniu 15 Marca 1902 r.

I. Kol. Pisarzewski wygłosił rzecz „O leczeniu pęknięcia macicy“. Po szczegółowym opisie objawów pęknięcia kol. P. przechodzi do leczenia, które wymaga indywidualizowania każdego przypadku. Bezwzględny zwolennik zabiegu chirurgicznego (laparotomia) kol. P. nie jest. Uważa za najważniejszy warunek do wyboru tej drogi, długość czasu jaki dzieli operację od chwili uszkodzenia macicy. Im jest czas krótszym, tem więcej danych, że nienastąpiło zakażenie i tem więcej danych do otrzymania dobrego rezultatu z chirurgicznego zabiegu. W przypadkach zaś ninadających się do operacji należy możliwie prędko oswobodzić chorą od płodu, a ranę w macicy traktować według zasad chirurgii. O ile to jest możliwym, unikać obrotów, jak również nakładania wysokich kleszców; po usunięciu płodu jamę macicy wyłożyć lekko gazą jodoformową.

Kol. Rozenfeld uważa, że w etyologii pęknięcia macicy główną rolę gra teoria Bandla i ona powinna kierować postępowaniem lekarza.

Kol. Królikowski uważa drenowanie macicy za niewłaściwe, opóźnia ono bowiem oklejanie się brzegów rany i może spowodować zakażenie otrzewnej.

Kol. Wasilewski uważa obecność płodu w jamie brzusznej niekoniecznie za bezwzględne wskazanie do laparotomii.

Kol. Sękowski jest zdania, że głównym wskazaniem do przedsięwzięcia laparotomii będzie to, czy pęknięcie macicy jest zupełnem t. j. całkowitem, czy też nie; w pierwszym przypadku bezwarunkowo powinna być ona wskazana, a to bez względu na czas, jaki dzieli operację od chwili pęknięcia, a także bez względu na to, czy istnieje zakażenie czy też nie.

Kol. Kohn: pomimo że kol. P. uważa statystykę za główną wskazówkę dla postępowania lekarskiego, to jednak kol. Kohn zapytuje co ma robić lekarz prowincjonalny w nagłym wypadku wezwany już po pęknięciu. Zapobiedz on nie może, stosować teorii, opartej na statystyce także nie—pozostaje mu tylko wydobyc płód, sposobem możliwym, nieogładając się na dane zacierpnięte ze statystyki.

Kol. Królikowski jest zdania, że przy istniejącem zakażeniu laparotomia wskazaną nie jest.

Kol. Pisarzewski odpowiada, że przy zmianie w mięśniu macicy i bez silnego rozciągnięcia pierścienia Bandl'a może nastąpić pęknięcie. Co się tyczy wydobycia płodu z jamy brzusznej, to zwolennicy konserwatywnej metody dostają go zawsze per vias naturales, co jednak niezawsze jest łatwem.

W odpowiedzi kol. Sękowskiemu prelegent zaznacza, że takie pęknięcie tylko zupełne uważa za wskazanie do operacji, ale kol. S. niedostatecznie rozróżnił pęknięcie zupełne od niezupełnego: w pierwszym otrzewna pęka, w drugim tylko odkleja się.

Kol. Sękowski odpowiada, że w swem przemówieniu tego objawu nie przytoczył, gdyż on sam z siebie wynika, a odklejenie otrzewnej zależnem jest wyłącznie od wylewu krwi, który może być tak małym na zewnątrz, że odklejenia nie-sprowadza.

II. Kol. Marczewski, nawiązując rzecz do demonstracji swej na posiedzeniu poprzednim, wypowiedział referat: „Ciało obce, całkowicie w ciałku szklistem pograżone.“

Kol. M. opisuje szczegółowo etiologię cierpienia, drogę, którą przenika ciało obce w głąb gałki, położenie ciała obcego. Dalej obraz kliniczny wywołanego cierpienia, objawy podmiotowe, przebieg choroby, także wpływ rodzaju ciała obcego na tenże przebieg. Np. najgorsze rokowania daje żelazo i miedź; zależnem ono jest także od umiejscowienia się ciała obcego. Leczenie — usunąć ciało obce z zachowaniem, o ile to możliwe, wzroku, w przeciwnym zaś razie —przynajmniej z zachowaniem formy gałki ocznej. W razie niemożności —enucleatio, w celu niedopuszczenia zapalenia sympatycznego; przy wystąpieniu iridocyclitis najlepiej bezwzględnie enucleować.

III. Kol. Marczewski demonstrował chorego, u którego wydobyl 9 mm. długi odcinek stali z głębi gałki. Stal przednim końcem dotykała tylnej powierzchni rogówki a tylnym głębi ciałka szklistego, prostopadle od przodu ku tyłowi w gałce; po zrobieniu dostatecznego otworu w rogówce, wydobyto ciało obce elektromagnesem. Zaćma urazowa; objawy podrażnienia małe. Za kilka dni kol. M. przystąpi do usunięcia zaćmy i jest nadzieja zachowania wzroku.

## Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie z dnia 17 Marca 1902 r

I. Statystyka chorób zakaźnych w m. Kaliszu za Luty: szkarlatyny 1, dyfterytu 1, kokluszu 20 (1 śm.), influenzy 10, tyfusu brzuszego 8 (1 śm.), tyfusu nieokreślonego 4.

II. Kol. Drozdowski podał niektóre wiadomości z życia ś. p. kolegi Maurycego Kelnera, członka honorowego Towarzystwa. Obecni pamięć zmarłego uczcili przez powstanie.

III. Kol. Zucker przytoczył, że widział w własnej praktyce nowonarodzone dziecko ważące 13<sup>3</sup>/<sub>4</sub> f.

IV. Kol. Wernic przytacza przypadek dychawicy historycznej (asthma histericum), obserwowany w praktyce prywatnej u starszej osoby, chorej od 4 lat po śmierci męża, u której w nocy występowały rzęzenia świszczące i napady częstego oddychania, trwające czasami godzinę. Objawy rozedmy płucnej i stwardnienia tętnic w bardzo nieznacznym stopniu. Leczenie jodem bez skutku; środki wykrztuśne tylko początkowo ulgę sprawiały. Pogorszenia występowały pod wpływem czynników psychicznych. Najciekawszą rzeczą było, że wyzdrowienie całkowite nastąpiło w okresie napadów częstych i ciężkich, którym towarzyszyło zap. okrzeli, w czasie b. uciążliwej podróży; to polepszenie trwało i w Warszawie, gdzie chora cały czas miała rozrywkami zajęty. Leczenia niestosowano wtedy wcale. Obecnie napadów nie bywa.

W 2-gim przypadku, u histero-neurastenika, 22 l., pod wpływem samotności wystąpiły napady nocne duszności, połączone z kaszlem; objawy ustąpiły przy zastosowaniu li tylko środków psychicznych.

Posiedzenie z d. 17 Kwietnia 1902 r.

I. Statystyka chorób zakaźnych za Marzec: dyfterytu 6, odry 1, kokluszu 26 (1 śm.), tyfusu brzuszego 4, tyfusu nieokreślonego 5.

II. Kol. Wilczewski. Tej zimy widzujemy ciężkie przypadki kokluszu, z zejściem w zapalenie płuc. Sposobu leczenia polegającego na zmianie miejsca pobytu nie zawsze można zastosować: jeden ze szwajcarskich lekarzy twierdzi, że dezynfekcyą formaldehydem mieszkania, gdzie znajduje się chore na koklusz dziecko, zmniejsza napady kaszlu. Kolega W. dodaje, że potwierdzają to spostrzeżenia dwa przypadki, jakie miał w praktyce, w których przeprowadził dezynfekcyę formaldehydem w ten sposób: usunąwszy otoczenie, dezynfekował pokój dziecka za pomocą lampy „Eskulap“, zamknąwszy go następnie na 24 godzin; po tem w ciągu 12-stu godzin przewietrzył go i następnie wprowadził chorego. Po zastosowaniu tego widział poprawę w przebiegu choroby.

Kol. Bienniecki dodał, że dezynfekcyja formaldehydem, choć skuteczna jest jeszcze tak droga, że można ją stosować tylko u zamożniejszych; co się tyczy spostrzeżenia kolegi W., przypuszcza, że otwarcie okien i przewietrzanie całego mieszkania mogło dać ten sam rezultat.

III. Kol. Bienniecki widział w 2 przypadkach, że stosowanie u suchotników thiocoli w dawkach po 1,0 3 razy dziennie wywołało incontinentio urinae; (po 3-ch i 6-ciu dniach). Stosowanie zaś w dawkach po 0,5, dwa razy dziennie nie wywarło ubocznego działania, Thiocolowi nie przypisuje B. własności specyficznych.

IV. Kol. Beatus Edward. Wezwany do chorej zastał duszność, bicie serca, obrzęk kończyn dolnych. Przy badaniu znalazł: puls przyspieszony, arytmia, w moczu nieco białka. Po kilku dniach wystąpiła hemiplegia sinistra; czucie i ruchy po lewej stronie niesione. Na drugi dzień bezwład przeszedł — czucie wróciło. Kolega B. w danym przypadku wyklucza zator, który-by tak prędko nie przeszedł, zatrzymuje się na anaemia partialis cerebri wskutek osmatycznego napadu u chorej z arterio-scleroris.

V. Kol. Kasprzak. Sprawozdanie z oddziału położniczego przy szpitalu Ś. Trójcy. W tym r. oddział otrzymał materac sprężynowy, ofiarowany przez osobę prywatną — za który w imieniu chorych dziękuje. Ruch położnych był następujący: ogółem było 23: z tych zamężnych 19, niezamężnych 4; miejscowych 7, z przedmieść 8, z gub. Kaliskiej 6, chwilowo bawiących w Kaliszu 2; wieloródek 14, pierwiastek 9; urodziło się chłopców 15, z tych 3 martwych; 6 dziewczynek, z tych 4 martwe; jedno nie wiadomo jakiej płci. Operacye wykonano w 9 przypadkach: 1) kleszcze nałożono 4 r., z tych jedne wysokie; wszystkie dzieci wydobyto żywe; 2) Craniotomia et cranioclosia foetus 4 r.; w jednym przypadku na główkę następczą; 3) Embryotomia 1 r. Nosowe położenie było 2 r. Rozdarcie krocza 5 r. (gradus II) Placenta praevia lateralis 1 r. (Krwotoki na 2<sup>1/2</sup> tygodnia przed porodem. Tamponada gazą jodoformową pochwy i sklepień w ciągu tego czasu; dziecko żywe; łożysko w dolnym odcinku macicy przyrośnięte). Wypadku śmiertelnego nie było.

Posiedzenie, z dnia 17 Maja 1902 r.

I. Statystyka chorób zakaźnych za kwiecień: koklusz 8, tyfusu brzusznego 4.

II. Kol. Wilczewski zakomunikował, że stosując światło czerwone u chorych na różę jest z wyników zadowolony. Na dowód przytacza przebieg róży u dziewczyny 19-letniej, u której przy zapisaniu się do szpitala ciepłota dochodziła do 40.5°. Po zaleceniu zasłony czerwonej na twarz i szyję, bez użycia żadnych lekarstw, pacjentka stopniowo odzyskiwała przytomność i ciepłota spadała; sprawa umiejscowiła się; chora wyzdrowiała.

III. Kol. Beatus Ed.: Zawał krwotoczny płuc. Chora lat 50-ciu uskarża się na duszność, obrzęk nóg i kaszel. Przy badaniu znajdujemy kobietę dobrze zbudowaną z obfitym pokładem tłuszczowym. Ciepł. normalna, najwyższa 37° tętno przyspieszone, 120. Z ust wydziela się piana krwawa, ciemno-fioletowa. Granica

górną serca zaczyna się na trzeciem żębrze, lewa za linią sutkową lewą, prawa—zachodzi za linią mostkową lewą, czyli serce rozszerzone we wszystkich wymiarach. Tętno serca głucho, szmerów niema. Kurczliwość serca leniwa. W płucach zaostrenie oddechu po stronie prawej, po lewej zaś oddechu niesłychać; drobnopęcherzykowe rżężenia zajmują dolny płat lewego płuca; stępienie po stronie lewej w dolnej części nieznaczne. Płwocinę wyrzuca obficie; składa się ona z ciemnej, prawie czarnej, krwi, którą chora odpływała przez trzy tygodnie; po tym czasie flegma stała się żółtawo gęsta i cuchnąca. Kończyny dolne obrzęknięte; w moczu nieco białka. Moczu oddaje dużo. Wymiotów niema. Łaknienie dobre. Stolce codzienne. Przed dwoma laty przechodziła podobną chorobę. Po 6 tygodniach wszystkie objawy przeszły, obrzęki znikły, zostało się znaczne rozszerzenie żył dolnych kończyn; białko znikło. Kaszel ustąpił, zarazem i duszność. Granice serca zmniejszyły się cokolwiek. Szmerów obecnie również nie znajdujemy, zato wybitna arytmia; puls 80.

Z. czem mieliśmy w danym przypadku do czynienia?

Pierwsza myśl, która nasuwała się, była: rozszerzenie serca, zastoiny w płucach i z tego powodu piana krwawa. Zastoiny jednak nigdy nie trwają tak długo, po kilku dniach przechodzą. Przy zapaleniu płuc, które u starszych osób przebiega czasami bez gorączki, a nawet z niską temperaturą, płwocina jest rdzawa, nigdy nie jest ciemna.

Możnaby przypuścić opade zapalenie; lecow płucz opadowe zapalenie płuc, wskutek mocnego długotrwałego przekrwienia i zastoiny, występuje u osób wyniszczonych długotrwałymi chorobami, występuje symetrycznie, a nie po jednej stronie. Sprawa ta bezgorączkowa występuje jednak w przebiegu długotrwałych chorób gorączkowych, ustępuje tylko wówczas, kiedy wzmocniona czynność serca i zmiana położenia zdołają wyrównać zaburzenia. Więc mieliśmy w danym przypadku do czynienia z zawałem krwotocznym, który daje objawy do zapalenia płuc do tego stopnia podobne, że niektórzy klinicyści, jak Ziemssen, uważają daną chorobę, za zapalenie płuc zatrowe. Nie jest to jednak zapalenie płuc. Przy zawałe brak gorączki; przy zapaleniu płuc płwocina rdzawa, okresowy przebieg; tu zaś płwocina ciemna, brunatna prawie czarna; brak typowego przebiegu.

Członek-Sekretarz, Kasprzak.

---

## Towarzystwo Lekarskie Mińskie.

Posiedzenie z d. 17 Kwietnia.

1. Kol. Sack przedstawił chorą z Sclerosis disseminata.
2. Kol. Janowski pokazał fotografię chorego z licznymi włókniami skóry (fibromata cutis multiplicata mollusca); chory ów cierpi na myelitis transversa. Kol. Janowski opowiedział



również o rzadkim, nieopisanym nigdzie, przypadku przyrośnięcia błony śluzowej powieki do rogówki u chorego ze staphyloma anticum.

3. Kol. Gerszuni wygłosił odczyt: „O najnowszym stosowaniu tuberkuliny“. Prelegent obserwował w klinikach zagranicznych i w sanatoryjach bardzo pomyślne działanie na przebieg gruźlicy nowej tuberkuliny t. w. Bacillen-Emulsion Koch'a; wpływ środka na obniżenie ciepłoty jest wprost zadziwiający, własność agglutynacyjna emulsji, eo ipso uodporniająca—nie podlega żadnej wątpliwości; należy dla dobra chorych tuberkulinę najszerszej stosować. Niepowodzenie starej tuberkuliny zależało od innego sposobu przyrządzania środka i stosowania zbyt wygórowanych dawek; wstrzykiwanie rozpoczynać należy od  $\frac{1}{400}$  milligrm.

W dyskusji, w której wzięli udział koledzy Szabad, Graeaynow, Sack, Kowarski, Lunz i Janowski, poddawano wątpliwości czystość nowego preparatu, przestrzegano przed możliwością sprowadzania Tuberculosis miliaris i nie radzono stosowania tuberkuliny w praktyce prywatnej.

4. Wysłuchano odczytu kol. Lipmanoff'a: „Przypadek astazyi—abazyi, wyleczony za pomocą hypnotyzmu“.

Gdy inne środki zawodziły, prelegent zastosował z zupełnem powodzeniem hypnotyzm u 11-letniej dziewczynki z powyższem cierpieniem. Kol. Lipmanoff zachęca do stosowania hypnotyzmu na szerszą skalę, otrzymał bowiem pomyślne wyniki przy leczeniu innych chorób, mianowicie: impotentia, onanizmu, alcoholizmu, enuresis nocturna, insomnia, singultus, folie du doute, hystero-epilepsia.

W dyskusji kol. Gracyanow doradzał nie zapominać o istniejących przepisach względem stosowania hypnotyzmu, z którymi ogólny lekarz powinien się liczyć. Inni koledzy (Lunz, Sack), dowodzili, że nie należy lekarzom praktycznym przeceniać wartości hypnotyzmu, skoro tacy koryfeusze medycyny, jak Jolly, Mendel nie uznają skuteczności tej metody leczniczej.

Posiedzenie z d. 15 Maja 1902 r.

1. Lekarz sanitarny kol. Gracyanow odczytał rzecz p. t.: „Rozpowszechnienie chorób zakaźnych w Mińsku w latach 1899—1901 r.“ Odczyt, osnuty na materiale gromadzonym przez Mińskie Biuro lekarsko-statystyczne, wykazuje, że choroby zakaźne panują w Mińsku sporadycznie przez rok cały, wybuchając, jako epidemie, na wiosnę i jesienią; pomiędzy chorobami temi tyfus brzuszny zajmuje pierwsze miejsce (36—50%), nawiedzając przeważnie miejscowości, położone nad rzeką i niezaopatrzone w wodę wodociągową.

Posiedzenie z d. 19 Czerwca r. 1902.

1. Prezes wygłosił mowę, poświęconą pamięci zgasłego członka Towarzystwa d-ra Tomasza Witkowskiego (1835 r. — 1902 r.). Zmarły był człowiekiem o szerszych ideałach, kochał bliźnich, dla nich i dla kraju gorliwie przez całe życie pracował; zmarł na stano-

wisku podczas przyjęcia chorych. Nędzarze ponieśli w nim niepowetowaną stratę i najbardziej cios odczuli. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

2. Kol. M. Pollack miał odczyt p. t.: „Kilka przypadków gorączki płożogowej, leczonych za pomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej“. Prelegent w 8 swych przypadkach widział dodatni wpływ środka na przebieg choroby: ciepłota się obniżala, poprawiał się ogólny stan, choroba zostawała jakby zatamowaną w swym rozwoju. Z 8 chorych zmarła tylko jedna (peritonitis puerperalis septica).

Temat wywołał bardzo ożywioną dyskusję. Podczas, gdy niektórzy (Szubercza, Janowski) chwalili działanie środka, inni (Vogel, Berland, Obieziński, Fiedorowicz, Maszkillejson) odmawiali jej wszelkiego znaczenia. Kol. Berland, stwierdzając fakt zmniejszenia ostatnimi czasy śmiertelności przy gorączce płożogowej, widzi w tem pośredni tylko wpływ surowicy: akuszerowie, w zapale dla nowego środka leczniczego, zaprzestali nadużywać wyskrobywań macicy; nie skutecznością surowicy, tylko bardziej biernym zachowaniem lekarzy — tłumaczyć należy dobre zejścia gorączki płożogowej. Koledzy Vogel, Obieziński i Maszkillejson zupełnie się solidaryzują z poglądem d-ra Berlanda o szkodliwości wyskrobywań macicy i doradzają przy febris puerperalis terapię obojętną. Kol. Fiedorowicz chwali stosowany przez się środek we wszelkich zakażeniach: actol (sol. 1:400) i gorąco zaleca kolegom wypróbowanie tego środka przy febris puerperalis, pustula maligna etc.

3. Kol. Masznillejson opowiedział pokrótce o rzadkim przypadku potworu płodu (Cystotheratoma), który utrudnił poród.

Posiedzenie z d. 14 Sierpnia r. 1902.

1. Kol. Berland przytoczył własną kazuistykę potworów płodu, uporządkowawszy ich podług przyjętej w nauce klasyfikacji.

Dyskusya (Kol. M. Pollack, Lunz, Masznillejson), zdążając do wykrycia przyczyny tego zjawiska, mogła stwierdzić tylko pojawienia się potworów przeważnie wśród ludności biednej (wpływ odżywiania?, urazu?, przymiotu?).

2. Wysłuchano odczytu kol. Grabowieckiego: „O zależności pomiędzy obstipatio chronica i parametritis posterior“. Prelegent zwraca uwagę, jak często zapoznaną bywa ta etyologia zaparcia stolca i wyjaśnia na zasadzie najnowszych danych naukowych zależność tych zjawisk oraz omawia leczenie.

W dyskusyi kol. Szabad uznaje retroflexio uteri za niemniej częstą przyczynę zaparcia stolca.

3. Kol. Masznillejson opowiedział o przypadku rozdarcia sklepienia sub coitu u kobiety w miesiąc po porodzie.

4. Kol. Eliasberg poruszył powtórnie sprawę zorganizowania lekarskich dyżurów nocnych. Dyskusję odłożono.

Jan Offenberg.



# REFERATY

*Donath.* **Przypadek porażenia peryodycznego na tle urazu.** U pewnej młodej słabo rozwiniętej kobiety (25 lat), która przeżyła rozmaite choroby zakaźne, lecz nigdy nie była nerwowo-chorą, wystąpiło porażenie peryodyczne bezpośrednio po urazie (upadek z tramwaju i naderwanie mięśni stopy). Oddzielne napady, trwające od  $\frac{1}{2}$  godziny do 8 dni, rozpoczynały się od porażenia palców, potem porażeniu ulegały ręce, następnie stopy, wreszcie całe kończyny dolne. W cięższych napadach porażenie przechodziło też na mięśnie szyjowe i oddechowe. Przytem występowało uczucie gorąca, pragnienie, poty, a nawet bredzenie. Porażenie wiotkie było połączone ze znikaniem pośredniej i bezpośredniej wrażliwości na prądy stałe i przerywane. Podczas napadu niekiedy bóle w kolanach i głowie. Objawy porażenia ustępowały w porządku ich wystąpienia.

Wien. Klin. Wochenschr. 1901 Nr. 48.

*Krieger.* **O „wyleczeniu“ przepuklin pachwinowych.** Autor omawia wyłącznie „wyleczenie“ przepuklin przy stosowaniu pasów przepuklinowych.

Wyleczenie może przedewszystkiem nastąpić w ten sposób, że nabłonek worka przepuklinowego zanika i wewnętrzne powierzchnie ulegają zrośnięciu—ten rodzaj wyleczenia bywa przeważnie w pierwszym okresie życia zewnątrzmacicznego.

Nadzwyczaj rzadko występuje wciągnięcie się worka do jamy brzusznej, dla tego podobny rodzaj „wyleczenia“ nie bywa brany pod uwagę.

Małe znaczenie również przypisać należy opisanemu w 4 przypadkach opróżnieniu się worka przepuklinowego dzięki tłuszczakowi powstałemu w zewnętrznym pierścieniu pachwinowym (fovea inguinal. ext.).

W przypadkach „wyleczenia“ przez wrośnięcie sieci—przepuklina pozostaje, tylko treść jej się zmienia—zamiast kiszek mamy sieć.

Następnie wymienić należy bliznowate zwężenia worka wskutek spraw zapalnych w okolicy, połączonych z ropieniem lub nacieczeniem. Ta postać przypadkowego wyleczenia, zarówno jak poprzednie zarośnięcie ścianek worka w jednym miejscu, też do częstych nie należy.

Najczęstszą postacią „wyleczenia“ jest zwężenie szyjki worka przepuklinowego przez sznurkowate i wysepkowate zrosty bliznowe przy powstaniu t. zw. stigmata Cloqueti. Ta postać w niektórych przypadkach stanowi „wyleczenie“ długotrwałe i, rzec można, radykalne. Takie zwężenie szyjki pociąga za sobą zmniejszenie samego worka, choć nie ulega on zanikowi jak i kanał pachwinowy z obydwojma otworami. Należy zauważyć, że nie ucisk pasa przepuklino-

wego wywołuje zwężenie, lecz że takowe powstaje dzięki przewlekłemu zapaleniu, zależnemu nie od ucisku, lecz od stałego podrażnienia wskutek wypadania kiszek.

Pas przepuklinowy sprzyja jedynie zwężeniu światła szyjki, nie pozwala bowiem na stałe rozszerzanie się jej przy wypadaniu trzew; stan taki może jednakże nastąpić tylko przy długoletnim noszeniu.

Wogóle warunki do „wyleczenia“ przepukliny są sprzyjającymi tylko do okresu dojrzałości, ściślej powiedziawszy do ukończenia szkół. Po tym okresie, dzięki walce o byt, warunki „wyleczenia“ się pogarszają. W dobrych stosunkowo warunkach znajdują się przepukliny powstałe wskutek urazu i następnie wprawione. Villaret przytacza przypadek, z powodu którego pewien lekarz z Brukselli został oskarżony o wydanie fałszywego świadectwa. Ten lekarz wydał zaświadczenie o istnieniu niewielkiej przepukliny, której jednak przy badaniu wojskowym po krótkim czasie nie znaleziono. Komisya uznała, że tak szybkie wyleczenie nie mogło mieć miejsca. Lekarz został uniewinniony w 2 instancjach dzięki przedstawionemu orzeczeniu, że przepukliny powstałe wskutek nagłego nasilenia cielesnego ulegają zupełnemu wyleczeniu w przeciągu czasu od kilku dni do trzech miesięcy.

O wyleczeniu rzeczywiście możemy mówić tylko wtedy, gdy niema nawrotu w przeciągu najmniej 2 lat.

W praktyce urazownictwa widoki wyleczenia mają jedynie przepukliny powstałe przez uraz działający nagle, o ile są natychmiast wprawione i na długi czas umocowane za pomocą pasa.

Refer. podł. „Die militäraerztl. Ztschr. 1901. Zesz. 10 i 11.

Z. P.

*Goldscheider.* Przyczynek do teoryi nerwic urazowych. Panujący obecnie pogląd Charcotowski, upatrujący w nerwicy urazowej objawy histeryczne i wyłącznie czynnościowe, wypart—niesłusznie—poglądy Oppenheima, który dowiódł, że shock urazowy powoduje też zmiany anatomiczne w centralnym układzie nerwowym. Niewątpliwie bowiem mocne podrażnienia nerwów wywołać muszą zmiany stałe, aczkolwiek niedostępne dla uzbrojonych nawet naszych zmysłów; natomiast tłumaczenie wszystkiego autosugestyą uważać należy za naciągnięte. Na podstawie kazuistycznego przypadku Goldscheider pokazuje, jak podrażnienie urazowe obwodowe może wywołać zmiany upowszechniające się zgodnie z prawami anatomii układu nerwowego. Dzięki zastosowaniu odurzenia, które przechylilo rozpoznawanie na korzyść uszkodzowanego, G. dowiódł, że psychogeniczne pozornie objawy histeryi traumatycznej zależały od subtelnych zmian w półkółach mózgowych, przypominających zmiany ogniskowe. Istnieją, zresztą, już liczne dane ściśle (np. doświadczenia Schmausa), przemawiające za tem, że objawy nerwicy urazowej zależą od nikłych zmian w budowie komórek nerwowych. Zresztą, niektóre zwroty w pismach Charcota pozwalają wnioskować, że i on—obok autosugestyi—uznawał istnienie pewnych zmian w stanie komórek nerwowych.

(Festschr. für v. Leyden. II. 151).

*Irma Klausner.* Przyczynek do etyologii stwardnienia rozsianego. W etyologii rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia wymieniają choroby zakaźne, urazy, zatrucia, oraz usposobienie dziedziczne lub nabyte. Zestawienie 126 przypadków z kliniki prof. Hitziga (78 mężczyzn, 48 kobiet) dało wyniki następujące: U 31 chorych istniało nerwowe obciążenie rodzinne, z nich 2 miało podobneż cierpienie w rodzinie; krewni 2 innych cierpieli na drżenie; u 5-ciu obciążenie polegało na opilstwie ojca. Usposobienie osobiste było w 23 przypadkach, przyczem u wielu z nich już w dzieciństwie istniały objawy osłabienia ogólnego i nerwowości. W skutek chorób zakaźnych cierpienie powstało w 8 przypadkach (po grypie, zapaleniu płuc, reumatyzmie stawowym, ropieniu worka łzowego); innych 11, w których cierpienie wystąpiło w 8—10 lat po przebyciu zakaźnej choroby, nie można zaliczać do tej kategorii. Pomiedzy zatruciami pierwsze miejsce należy się opilstwu (14 razy); inne zatrucia (4 razy) są przeważnie zawodowe. Poważne miejsce w statystyce powyższej zajmują urazy, będące w 26 przypadkach *causa mortis*, wliczając w to porody i podniecenie psychiczne; jeśli te odliczyć, to urazy spowodowały cierpienie u 11 chorych (upadek zwyczajny, wstrząs mózgu, uderzenie w głowę, zasypanie ze złamaniem kości, zranienie oka drzazgą, załamaniem się na lodzie); w 8 innych przypadkach po urazie nastąpiło pogorszenie istniejącego cierpienia. Przemęczenie było notowane w 9 przypadkach, przeziębienie w 13. Ze statystyki powyższej wynika, że stwardnienie rozsiane nie zależy od jednej przyczyny. Należy przyjąć tylko istnienie nieznanego bliżej usposobienia układu nerwowego, przy którym rozmaite przyczyny okolicznościowe wywołują powyższe cierpienie.

Refer. podł. Arch. f. Psych. Bd. XXXIV. Hf. 3.

Z P.

*Otto Niedner.* Leczenie krwotoków płucnych. Wychodząc z założenia, że spokój najbardziej sprzyja powstrzymaniu się krwawienia, autor uciekał się do tego środka w krwotokach płucnych, starając się za pomocą odpowiedniego opatrunku unieruchomić zepsute płuco. Opatrunek stosowany w tym celu powinien być taki by: 1) można go wygodnie nałożyć, nie narażając chorego na nowe wstrząśnienie, 2) by, nie uciskając klatki piersiowej, pomimo to na chore płuco wywierał dostateczny nacisk, wreszcie 3) by mógł być zostawiony bez zmiany na kilka dni, a nawet na kilka tygodni. Do nałożenia takiego opatrunku najlepiej się nadaje kauczukowy plaster lepki Helfenberger'a, który należy pokrajać na paski 3 cm. szerokie, 60 cm. długie. Przystępując do opatrunku, przedewszystkiem uciskamy szczyt chorego płuca; w tym celu, umocowawszy jeden koniec paska na kręgosłupie, mniej więcej na wysokości 3—4 wyrostka ciernistego piersiowego, prowadzimy go, mocno naciągając ponad szczytem płuca, i umocowujemy na mostku. Następne rzędy układamy dachówkowato na poprzedzające. Dla zabezpieczenia grzebienia łopatki, tudzież obojczyka z jednej strony, z drugiej zaś w celu wywarcia większego ucisku na zagłębienie nadobojczykowe pod opaskę wkładamy spore dobrze uciśnięte waciki.

Załatwiwszy się w ten sposób ze szczytem płuca uciskamy bozną część klatki piersiowej za pomocą poziomo idących pasków płasra, które umocowujemy w tych samych miejscach co i paski uciskające płuco zgóry. Paski poziome prowadzimy pod pachę, którą również wypełniamy wacikami. Brodawkę piersiową również należy zapomocą waty od nadmiernego ucisku zabezpieczyć, sutkę natomiast trzeba obejść.

Opisany tu sposób autor stosował w 5 przypadkach, z których w 3 otrzymał nadspodziewanie pomyślne wyniki.

Zbytecznem byłoby dodawać, że przed nałożeniem opaski należy sobie zdać sprawę o siedlisku krwotoku, co nie stanowi wielkiej trudności, najczęściej bowiem już sami chorzy doznają tu pewnej subiektywnej sensacji. Gdy ze strony chorego nie możemy otrzymać wskazówki, wówczas należy się uciec do ostrożnego badania obiektywnego.

Deut. Med. Wochenschr. № 23.

*G. Rosenfeldd.* **Dyeta przy biegunce przewlekłej.** Leczenie biegunki przewlekłej powinno przede wszystkim dążyć do usunięcia wszelkiego podrażnienia kiszek przez pokarm. W ten sposób udaje się zazwyczaj usunąć bez żadnych leków biegunkę, o ile takowa nie jest wynikiem owrzodzeń, żylaków lub zwężeń. Wprawdzie leki zmniejszają wrażliwość kiszek, nie usuwają atoli usposobienia do biegunki ani też zapobiegają nawrotom. Pomijając jarzyny, owoce, piwo, soki owocowe, tudzież potrawy nadmiernie zimne, co do drażniących własności których niema dwóch zdań, Rosenfeld do rzędu pokarmów drażniących zalicza mięso, masło i mleko, przyczem ostatnie uważa za najbardziej szkodliwe, jakkolwiek do dziś jeszcze nie wiemy dokładnie, jakiej z części składowych zawdzięcza mleko swe własności drażniące. Co się tyczy masła, zwłaszcza zaś surowego, to nie ulega wątpliwości, że zwiększa ono wrażliwość kiszek; to samo, acz w mniejszym stopniu stosuje się do mięsa. Z rozmaitych gatunków mięsa najmniej podrażnia kiszki mięso kurze i gołębnie, w większym już stopniu cieleęcina i wołowina. Całkiem odrębne stanowisko zajmuje wieprzowina, albowiem gotowaną szynkę chorzy zazwyczaj znoszą dobrze. Jaja na miękko spożyte z solą lub rozbite w buljonie posiadają tę samą co i gotowana szynka własność, zdarzają się jednak chorzy, którzy jaj nieznoszą.

Pokarmy przeciwbiegunkowe należą do państwa roślinnego; zaliczamy tu ryż, kleik owsiany, grysik, sago, krupy, kakao, cukier, czekoladę, herbatę, bulki, sucharki wreszcie Cakes; z potraw mięsnych jedynie zupka mięsna może znaleźć zastosowanie. Rzecz godna uwagi, że buljon barani uważany jest za pokarm sprowadzający zaćmę. Wobec przytoczonych danych, przychodzimy do wniosku, że jadłospis chorych na biegunkę w okresie surowej diety musi być nader monotony, i przedstawia się w ten sposób: pierwsze śniadanie: herbata ocukrzona lub kakao albo czekolada na wodzie, sucharki; drugie śniadanie: buljon, sucharki; obiad: buljon z krupami, ryż na wodzie z cukrem i cynamonem, sucharki, czekolada, cakes. Podwieczorek taki jak

pierwsze śniadanie; kolacja: kleik owsiany rozgotowany na papkę, ryż. Za napój służyć winna woda przegotowana, woda ryżowa, herbata ocukrzona lub gorzka, zimna lub ciepła. W ten sposób chory otrzymuje dostateczną ilość pożywienia, albowiem 100 grm. ryżu, 200 grm. czekolady, 300 grm. sucharków zawierają 2160 kaloryi. Jedynie uciążliwą jest jednostajność pożywienia, tej atoli prawie nie sposób uniknąć. Po ustąpieniu biegunki, gdy stolce w ciągu dwu dni są dobre, możemy dodać choremu rozgotowane mięso kurze lub gołąbie. Jeżeli chory ten dodatek znieśie dobrze, wówczas otrzymuje w dalszym ciągu to samo mięso, ale już duszone. Dalszy stopień stanowi smażony na maśle drób, który dodajemy do ryżu. Gdy masło smażone już nie podrażnia kiszki, przechodzimy wówczas na masło świeże. Szczególnej ostrożności wymaga podawanie mleka, które z początku chory spożywa łyżkami, stopniowo jednorazowe dawki zwiększając. Gdy wreszcie chory znosi już większe porcje mleka, leczenie możemy uważać za skończone, choremu zaś pozwalamy na spożywanie wszelkich pokarmów z tem atoli zastrzeżeniem, by nie przeciążał przewodu pokarmowego.

Podany tu sposób leczenia jest dosyć uciążliwy, bardzo jednak często daje dobre wyniki; w przypadkach niepowikłanych Rosenfeld ani razu nie doznał zawodu.

Podług refer. w Centralbl. f. die gesammte Therapie № 7.

Fr. Grodecki.

**Walko.** Wartość lecznicza tudzież sposób działania upustu krwi przy mocznicy. Autor omawia szczegółowo 11 przypadków, w których upust 500—900 cm.<sup>3</sup> krwi z następnem wlewaniem roztworu soli kuchennej okazał się nader skutecznym przy mocznicy.

Na czem polega działanie upustu krwi, dotąd dokładnie nie wiemy; przypuszczenie, że razem ze krwią opuszcza ustrój pewna, wystarczająca do przerwania napadu, ilość jadu, zdaniem W. nie ma racyi bytu. Na parcie osmotyczne, jak zresztą wogóle na ciśnienie krwi, upust żylny wywiera tak mały wpływ, że trudno stąd się spodziewać jakiegokolwiek działania leczniczego.

Walko przypuszcza, że występujące przy mocznicy podrażnienie ośrodka naczynioruchowego sprawia ogólne zwięzienie naczyń, dzięki czemu krążenie w nerkach ulega zwolnieniu, powodując zmniejszone wydzielanie się moczu. Przez upust większej ilości krwi skurcz naczyń zmniejsza się i na tem właśnie polega najważniejsze znaczenie tego zabiegu.

Przy napadzie uremicznym stosują się dotąd ciepłe kąpiele. Otóż Leube zwrócił uwagę, że, jeżeli tylko wydzielanie się moczu jest niedostateczne, kąpiele ciepłe wywołując nadmierne potnienie, mogą nie tylko spotęgować, ale nawet spowodować napad mocznicy, albowiem jak tego odpowiednio badania dowiodły, przy poceniu się ustrój traci tylko wodę, podczas gdy stałe części składowe zatrzymują się w nim. Wobec tego leczenie zapalenia nerek resp. mocznicy zapomocą kąpiele gorących wtedy tylko będzie wskazane, gdy obok wzmożonego wy-

dzielania się potu nastąpi obfita diureza. Wlewanie roztworu soli kuchennej po upuszczeniu krwi wskazane jest szczególnie przy mocznicy, wiskającej ostre zapalenie nerek.

Podług ref. w *Centralbl. für die ges. Therapie.* № 7. 1902. Fr. Grodecki.

## Z Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego.

*Wydział higieny zawodowej i przemysłu* (25 III i 28 V. 02).

I. Józef Zawadzki „Warunki zdrowia i bytu pracownic warszawskich,“

Dziewczyna z biednej rodziny rozpoczyna samodzielną pracę bardzo wczesnie, bo nieraz już w 12 roku życia, wstępując najczęściej do rodzin mniej zamożnych w roli piastunki, po latach paru zostaje służącą „do wszystkiego,“ a następnie w miarę uzdolnienia otrzymuje służbę lepszą w domach zamożniejszych. Część służących specjalizuje się następnie, jako praczki lub prasowaczki. Główną wadliwością warunków pracy tej kategorii pracownic jest wyczerpująca praca bez odpowiedniego wypoczynku w ważniejszym okresie życia, bo w okresie rozwoju organizmu. Przytem domy warszawskie są tak budowane, że nawet w większych lokalach niema oddzielnego pokoju dla służących, muszą więc one sypiać albo w kuchniach, albo w dusznych i ciasnych pawlaczach.

O robotnicach fabrycznych można powiedzieć to tylko, że wynagrodzenie ich jest zawsze mniejsze, niż mężczyzn; poza tem warunki higieniczne pracy zależą od rodzaju pracy.

Olbrzymią klasę pracownic stanowią szwaczki, modniarki, hafciarki i kwaciarki. Naogół pracownice te otrzymują wynagrodzenie najzupełniej niewystarczające na najskromniejsze utrzymanie, a, oprócz tego, praca ich jest nużąca i niepewna i odbywa się w ciasnych i dusznych lokalach. Warunki te są powodem wielu chorób fizycznych i moralnych.

Wyższą już kategorię pracownic stanowią sklepowe i kasyerki. Zajęcie ich jednak jest bardzo uciążliwe i trwa zbyt wiele godzin, a wynagrodzenie jest bardzo skromne. Mieszkanie, o ile je otrzymują, przylega zazwyczaj do sklepu i składa się z ciemnego zazwyczaj i ciasnego pokoju.

Wreszcie, do najwyższej kategorii pracownic należą buchalterki i nauczycielki. Otóż buchalterki są również źle wynagradzane w porównaniu z mężczyznami, czasami też i stosunki biurowe pozostawiają wiele do życzenia. Co zaś do nauczycielek, to w najlepszych warunkach znajdują się te, które mają stałe posady w zakładach naukowych. Dawanie zaś lekcji prywatnych jest na ogół źle płatne, a wymaga za dużo pracy i zabiera zbyt wiele czasu.

Wszystkie prawie zajęcia kobiet są tego rodzaju, że nie zabezpieczają przyszłości, a więc na starość lub w razie choroby pracownice znajdują się bez środków do życia. Do polepszenia jednak warunków bytu mogą przyczynić się tylko same pracownice, łącząc się w związki, tworząc kasy przezorności i t. d., a potrosze może wpły-



nać na to i społeczeństwo, tworząc instytucje, które opiekowałyby się kobietami w chwilach krytycznych.

Dla poprawienia zaś warunków higienicznych pracy kobiet należałoby zorganizować kontrolę nad zakładami, zatrudniającymi kobiety, opracować przepisy higieniczne dla każdego rodzaju zajęcia i ograniczyć ilość godzin pracy dla małoletnich.

W dyskusji podnoszono trudność rozwiązania kwestyi, gdyż jest ona ściśle połączona z warunkami ekonomicznymi. Wreszcie, w samym społeczeństwie istnieją przesady, dla których mniej się ceni pracę kobiet, niż mężczyzn, często też nawet sami rodzice więcej dbają o zdrowie synów, niż córek. Prawa przymusowe nie wiele tutaj zdziałać, mogą, natomiast dozór ze strony całego społeczeństwa, opracowanie przepisów higienicznych oraz zwalczanie przesądów za pomocą szeregu odpowiednich pogadarek, wszystko to mogłoby bezwątpienia wpłynąć znacznie na poprawę warunków istniejących.

Dla opracowania konkretnych wniosków postanowiono powołać specjalną komisję.

II. P. Borawski: „O szkodliwościach terażniejszego sposobu zbierania szczeciny.“ Obecnie w rzeźniach warszawskich zbiera się szczecina w następujący sposób: po sparzeniu wieprza w kotle wrywa się lub zeskrobuje z niego szczecinę, rzucając ją dla pośpiechu na podłogę. Z podłogi zbiera się następnie szczecinę wraz z tłuszczem krwią i błotem, jakie znajdują się na podłodze, i pakuje się do worków, a następnie wynosi się na miasto. Łatwo sobie wyobrazić, ile to pyłu i brudu daje taka szczecina przy jej sortowaniu, które się odbywa w ciasnych mieszkaniach szczeciniarzy; a zajmuje się tą pracą w Warszawie około 300 osób. Szczeciniarze, aby nie zmniejszać wagi towaru, sprzedają szczotkarzom również szczecinę brudną. W ten sposób około 800 osób, zajmujących się w Warszawie szczeciniarstwem i szczotkarstwem, łyka kurz i brud.

A tymczasem wydanie rozporządzenia, aby w rzeźniach zbierano szczecinę nie do worków, lecz do koszów i aby przed wyniesieniem z rzeźni przepłukano ją starannie pod kranami wodociągowymi, zaradziłoby złemu w zupełności. Otóż szczotkarze zwracają się do Towarzystwa Higienicznego, aby ono wystąpiło do Magistratu m. Warszawy z takim wnioskiem.

W dyskusji między innymi zabrał głos p. Lenartowicz, opisując rzeźnie warszawskie. Rzeźnie warszawskie są bardzo stare (rzeźnia na Rybakach powstała w XVI wieku, na Solcu w XVII w., na Pradze w 1856 roku) i obecnie nie odpowiadają minimalnym wymaganiom higieny. Są one ciasne, ciemne i brudne. Dostyc powiedzieć, że w jednym kotle w ciągu nocy sparza się bez zmiany wody do 500 wieprzów.

Wydział postanowił zwrócić się przez Radę Towarzystwa Higienicznego do Magistratu o wydanie rozporządzenia, aby w rzeźniach szczecina była zbierana do koszów i obficie przepłukiwana przed wypuszczeniem jej na miasto.

III. P. S a n d e c k i, referent komisji w sprawie lekarzy cechowych, odczytał sprawozdanie z 3 posiedzeń tej komisji. Opracowa-

no regulamin dla przyszłych lekarzy cechowych, omawiano kwestyę, w jaki sposób cechy mogłyby zbierać pieniądze na wydatki, które pociągnie za sobą ustanowienie lekarzy cechowych. W dyskusyi podnoszono, że projekt lekarzy cechowych nie jest i nie może być żadnym „nakazem“ dla cechów, ale że Towarzystwo Hygieniczne, uznając ustanowienie lekarzy cechowych za rzecz niezmiernie pożyteczną, nie wątpi, że i cechy warszawskie doniosłość tej kwestyi ocenią i lekarzy cechowych ustanowią. Regulamin dla lekarzy cechowych, opracowany przez komisye, ułatwi cechom zawieranie umów z lekarzami i objaśni, co lekarze cechowi mogą zrobić dobrego dla cechów. Regulamin ten przyjęto i postanowiono go rozesłać wraz z odezwą o ustanowienie lekarzy cechowych do wszystkich cechów.

(d. n.)



# KRONIKA

## a) Kronika naukowa.

O chirurgicznem leczeniu kolki i zapalenia nerek. Stosując — w celach rozpoznawczych — anatomiczne cięcie nerki, przekonał się Prof. Israel, że takie cięcie miewa znaczenie lecznicze; mianowicie, w pewnych przypadkach kolki nerkowej i krwotoku, zależnego od przekrwienia czynnego nerki (wywołującego naprężenie torebki nerkowej). Myśl leczenia podobnych stanów chorobowych drogą operacyjną podobała się chirurgom; zaoponowali interniści. Prof. Senator, który w tej sprawie głos zabrał, zgadza się na zabieg chirurgiczny przy ranie nerki; zgadza się na nacięcie przy bezmoczku wskutek ostrego wstępującego zap. nerki, „przy ciężkich zap. nerek bez białka i wałeczków w moczu;“ przy zap. nerek, którym towarzyszą peryodyczne obfite krwotoki, przy zap. nerek umiłowionem w jednej nerce. Ale w przypadkach najczęstszych, kiedy zapalenie zależy od przyczyn ogólnych, a nie miejscowych, zabieg Israella może być szkodliwym. Cięcie nerki nie tylko nie usuwa zapalenia, ale nawet jest przyczyną nowego — zap. zlepiającego przy powstawaniu blizny. Jeżeli w przypadkach przekrwienia ostrego, któremu towarzyszył bezmocz, nacięcie sprawiało ulgę, to nie dlatego, że usunęło ono przekrwienie, ale że umożliwiło odpływ moczu; w innych przypadkach poprawa zależała od rozerwania istniejących zrostów nerki z otaczającymi ją tkankami, od przymocowania przesuniętej nerki i t. p. Te właśnie stany, a nie zapalenie, mogą być uważane za wskazanie do operacyi. Stosowanie parafiny podług Gersuny'ego. Przed paru laty (w r. 1900) wiedeński chirurg Gersuny miał pacyenta pozbawionego jąder (po ka-

stracyi); ów pacjent, wstydząc się stanąć przed komisją poborową, prosił G. o odpowiednią operację kosmetyczną. G. zastrzyknął do jąder roztopioną parafinę, która, gdy zastygła, uformowała sztuczną protezę, imitującą jądra. Wkrótce później G. zastosował u kobiety cierpiącej na incontinentia urinae tę samą metodę: zastrzyknął roztopioną parafinę pod śluzówkę pęcherza i nazewnątrż pęcherza, wkoło ujścia zewnętrznego.

Od tego czasu protezy parafinowe stosowano w bardzo różnych przypadkach: przy incontinentio urinae, incontinentio alvi (z powodu amputacyi kiszki prostej, przetok i t. p.); przy cystocele; przy przepuklinach; w celu przeszkodzenia zbliżeniu się dwu końców wyciętego nerwu lub dwu powierzchni kości (po złamaniu operacyjnem ankiłozy), a przede wszystkim — przy operacyach plastycznych, kiedy chodziło o wyrównanie zniekształceń z powodu utraty tkanek (zastępowano parafiną wyciętą szczękę, wycięte żebra; wypełniano braki tkanek w głębokich dziobach po ospie; napełniano nią oczodół, by utworzyć oparcie dla sztucznego oka; leczono nosy siodłowate przy pomocy tej metody i t. d.).

Przeciwno tej metodzie przemawia: 1) możność zatoru; ale na setki przypadków zdarzył się on raz jeden, bez szczególnie ujemnych skutków; 2) parafina z biegiem lat zostaje wessaną, więc wypadnie nieraz zabieg powtórzyć.

Zastrzykiwać można tylko specjalny gatunek parafiny, który się topi przy ciepłocie 37° do 40°, przy pomocy specjalnej strzykawki; kiedy parafina jest już pod skórą, należy ją odpowiednio ugnieść, nadając protezie żądane kształty.

Dr Garnault (p. str. 379). W dniu 31 Lipca wyciął Prof. Tuffier, przy pomocy Dra Roux, część guza, który wytworzył się na miejscu zaszczerpionej sobie przez Garnaulta gruźlicy bydłowej. Z wyciętego guza część zaszczerpiono morswinkom, część zaś zasiano na odpowiednie podłoża. Badania bakteryologiczne prowadzi Roux; zmiany na skórze śledzi Jaquet; Tuffier zaś ma sobie polecone usunięcie gruczołów pachowych w razie, gdyby zajęcie ich groziło życiu Garnaulta.

Śródżylne stosowanie tlenu. Prof. Gaertner (z Wiednia) uczynił niezwykle interesujące odkrycie: że można do żył bezkarnie wprowadzać czysty tlen. Wiadomo zdawna, że, jeśli do krwi dostanie się znaczniejsza ilość powietrza, powstają groźne objawy zaduszania z powodu t. zw. zatoru powietrznego w układzie krążenia płucnego. Gaertner wpadł na pomysł wprowadzania do żył czystego tlenu i okazało się, że wtedy krew ten tlen wchłania i zwierzę żadnych zaburzeń nie doznaje.

Krew żylna nabiera wtedy własności tętnicznej; zastąpić jednak oddychania przez wprowadzenie do żył tlenu — nie można, ponieważ brak wtedy drugiej części aktu oddychania: wydalania kw. węglowego. Natomiast zwierzęta sztucznie zatrute tlenkiem węgla można ocalić przy pomocy tej metody.

Te wszystkie doświadczenia przekonały, jak dalece różnie zachowuje się powietrze, a tlen — w żyłach; powietrze jest ciałem obcem, które tylko powoli i w minimalnych ilościach może być wydalone przez płuca, — tlen zaś jest składową częścią krwi i może być przez tę ostatnią zużyty.

Nie ulega wątpliwości, że śródżylne stosowanie tlenu stanie się metodą leczniczą w tych stanach choro-

bowych ostrych, kiedy płuca chwilowo nie mogą dostarczyć organizmowi dostatecznych ilości tlenu.

Może tu być mowa o takich stanach, jak np.: uduszenie przez przeszkody mechaniczne; zap. płuc, zajmujące obydwa płuca; zatrucie tlenkiem węgla; ale przede wszystkim należy wypróbować sposobu Gaertnera na noworodkach w stanie pozor-

nej śmierci urodzonych, kiedy serce jeszcze działa, ale ośrodek oddechowy nie jest już czynny. Wprowadzenie małej ilości tlenu przez żyłę pępkową mogło by działać zbawczo.

Przy wykonywaniu tego zabiegu u dorosłych wypadnie wybrać żyły od serca oddalone, by krwi dać czas na wessanie części tlenu, zanim on do serca dojdzie.

## b) Kronika bytowa.

73. Kol. Czesław Stankiewicz otrzymał pozwolenie wydawania pod swoim kierunkiem miesięcznika „Ginekologia”. Kol. Jerzy Brunner otrzymał koncesję na wydawnictwo tygodnika „Lekarz”. Kol. Roman Gutowski otrzymał pozwolenie na wydawanie dwutygodnika „Postęp lekarski”, pod redakcją kolegów Edmunda Biernackiego i Józefa Webera.

74. Projekt żydowskiego szpitala dla obłąkanych w Łodzi. W żydowskim łódzkim Tow. Dobroczynności, z inicjatywy kol. L. Przedborskiego, odbyło się zebranie nadzwyczajne w sprawie utworzenia w Łodzi szpitala dla obłąkanych żydów.

Zebranie ogólne powierzyło Zarządowi towarzystwa powołanie Komisji, która-by: 1) opracowała projekt odpowiedniej lecznicy i 2) opracowała projekt finansowy, przewidujący zarówno koszt budowy i utrzymania, jak i sposoby zbierania odpowiednich funduszków.

75. W № 191 „Gońca” Łódzkiego czytamy: „Lecznice łódzkie nie cieszą się w ogóle zbyt wielkim napływem zwiedzających. Dziwne to napozór zjawisko, boć przecie Łódź, jak każde większe miasto, posiada liczny proletaryat, który powinien by korzystać z taniej obsługi leczniczej. Możeby jednak znalazło się wytłumaczenie tej obojętności łodzian, gdyby ktoś ciekawy zadał sobie trud poszperania we zwyczajach niektórych lecznicz tutejszych. W jednej z nich lekarze (szczęściem nie wszyscy) nie trzymają się godzin przyjęć wyznaczonych z góry w rozkładzie, spóźniając się po pół godziny i więcej nawet. Osoba wiarogodna opowiadała

nam o pewnej lecznicy, której właściciel pozwala sobie na niewydawanie reszty, skoro pacjent położy na stół rubla, lub większą monetę, a przez delikatność nie śmie zwrócić uwagi lekarzowi że bilet kosztuje tylko 40 kop. Grzeczność wielu lekarzy ordynujących w klinikach pozostawia również sporo do życzenia — na każdym kroku dają oni uczuć pacjentowi, że niema prawa liczyć na takie same traktowanie, jakiego by doznawał, lecząc się prywatnie — nie w lecznicy. Lubi znowu zdają się chcieć, by nad miarę wysokie żądania honorarium za operacje, dokonane w klinice, wyrównywały niższą cenę biletu wejścia do tejże. Są i tacy panowie, którzy wbrew t. zw. etyce lekarskiej, nieproszeni, wyśmiewają leczenie lekarzy wolno-praktykujących, chcąc tem niejako wykazać przed pacjentem swą wyższość nad tamtymi „fuzzerami”. Cóż więc dziwnego, jeżeli później ten i ów zraża się do lecznic, które powinny przecie przez rozmaite udogodnienia starać się o pozyskiwanie jak najszerszych kół ludności. Podobno dzieje się to w całej Europie... lecz widać „co kraj to obyczaj”.

Znów oskarżenie bezimienne.

A przecie, jeśli tego rodzaju publikacya ma być rodzajem kary za przewinienie, to tylko wymienienie nazwisk do celu doprowadzi.

Tego jednak nie lubią czynić panowie dziennikarze, obrzucając błotem korporacyę lekarską.

Natomiast, gdy idzie o ich własną skórę — wręcz przeciwnego są zdania.

Niedawno ktoś oskarżył publicznie jakiegoś dziennikarza o szantaż (porabianie 25 rubli „szwajggeldu”).

Cała prasa zawrzała oburzeniem,

żądając wymienienia nazwiska, ponieważ takie bezimiennie oskarżenie rzuca cież na całą prasę!

O tem zupełnie słusznem żądaniu będziemy przypominali panom dziennikarzom, kiedy bezimiennie oskarżą lekarza, nie bacząc na to, że takie bezimiennie oskarżenie rzuca cież na całą korporację lekarską!

76. Na ostatnim zjeździe lekarzy kolejowych w Odessie zapadła uchwała powierzenia czynności w aptekach kolejowych farmaceutom (a nie felerzom, jak to ma miejsce obecnie) i wyjednaną na to sankcyi ministerjum.

77. Czerwcowy zeszyt „Więstnika petersburgskawo wraczebnawo obszczestwa wzaimnoj pomoszczi“ zawiera dwa artykuły, które poruszają bardzo żywotne kwestye. Pierwszy z nich „O tajemnicy lekarskiej“ A. Koni'ego przedstawia poglądy rozmaitych prawodawstw na kwestyę tajemnicy zawodowej.

Istnieją trzy główne kierunki w literaturze i w prawodawstwie:

Jeden z nich wymaga od lekarza bezwzględnej tajemnicy zawodowej. Francuskie prawodawstwo, jak również większość francuskich i belgijskich lekarzy (*Brouardel, Lacassagne, Feruaest*) nie tylko żąda utrzymania tajemnicy „*quand même et toujours*“, uznając ją jako warunek układu chorego z lekarzem (*Brouardel* nie uwzględnia zerwania tego układu nawet za zgodą chorego), ale podciąga lekarza pod odpowiedzialność sądową nawet w razie opublikowania wiadomości o chorobie zmarłego, chociażby lekarz kierował się pobudkami ściśle naukowymi.

Następujący przykład plastycznie wykazuje praktyczne zastosowanie tej zasady we Francyi: Malarz Bestien Lepage przez długi czas chorował na raka; lekarz Vatelet, który go leczył, wysłał chorego dla poratowania zdrowia do Algieru; chory po pewnym przeciągu czasu umarł. Po jego śmierci zaczęto publicznie w pismach dowodzić że dr Vatelet wysłał umyślnie chorego do Algieru, żeby się od niego uwolnił. W obec tego Vatelet w „*Matin*“ opisał chorobę Lepage'a. Wówczas prokurator z własnej inicjatywy oskarżył Vatelet'a o pogwałcenie tajemnicy lekarskiej. Sprawa ciągnęła się dosyć długo i ostatecznie Sąd Kasacyjny zatwierdził wyrok, skazujący Vatelet'a na zasadzie tego, że żadne względy nie mogą doprowadzić lekarza do ogłaszania wiadomości o chorobie, nawet po śmierci chorego.

Drugi kierunek, dozwalający wyjawienia tajemnicy lekarskiej, gdy chodzi o zabezpieczenie zdrowych ludzi od chorób zakaźnych lub w celach naukowych, ma za sobą prawodawstwo niemieckie i niektórych prawników i lekarzy np. *Liebmana, Renoy* i innych.

Trzeci kierunek wymaga od osób mających się żenić zaświadczenia lekarskiego, jak to bywa przy odbywaniu służby wojskowej lub przy ubezpieczeniach na życie. Poglądowi temu holdują niektóre stany Ameryki Północnej i pewna ilość uczonych doktorów, jak *Emil Mory, Kazalis* i inni.

W państwie Rosyjskiem specjalnych postanowień co do tajemnicy lekarskiej niema. W prawodawstwie jest tylko przewidziana kara za rozgłaszanie z zamiarem szkodenia wiadomości, które były powierzone pod sekretem. Dlatego też szereg wypadków, gdzie przy rozgłaszaniu nie było zamiaru szkodenia, kiedy lekarz rozgłasza powierzone sobie wiadomości w dobrej wierze lub przez lekkomyślność, nie da się podciągnąć pod ten artykuł.

Nawet przysięga, którą składa każdy lekarz po skończeniu uniwersytetu o zachowywaniu tajemnicy rodzinnej powierzonej doktorowi, nie wspomina nie o odpowiedzialności prawnej, a li tylko o ściśle moralnej, obowiązującej zarówno lekarza, jak i każdego innego.

Nowy projekt rosyjskiego kodeksu karnego, grożąc aresztem lub karą pieniężną do 500 rb. za świadome rozprowadzanie powierzonych wiadomości, przez osoby obowiązane do zachowywania tajemnicy, jeśli wiadomości mogą znieśliwić tego, kogo się tyczą, rozpatruje również i sprzeniewierzenie się tajemnicy lekarskiej. Artykuł ten wprowadza pojęcie o znieślawieniu i nie wspomina o nieostrożnem rozgłaszaniu wiadomości, a więc pozostawia bezkarnymi te wypadki, w których lekarz rozpowiada wiadomości jawnie hańbiące bez zlej myśli. Nie zwraca się również uwagi w nowym projekcie i na te ujawnienia wiadomości o chorobie umysłowej, bezpłodności etc, nie zawierające w sobie nic hańbiącego, a jednak mogące być w skutkach bardzo szkodliwemi.

Obecnie obowiązujące w państwie Rosyjskiem prawo, nie określając zupełnie, kto jest obowiązany do zachowania tajemnicy, wymienia natomiast z całą ścisłością te wypadki, kiedy lekarz powinien odkryć tajemnicę, np. we

wszystkich wypadkach chorób zakaźnych (prócz syfilisu), w razie nagłej śmierci lub samobójstwa. Wreszcie, przed sądem lekarz, wezwany jako biegły, nie ma prawa zasłaniać się tajemnicą zawodową, przeciwnie, obowiązany jest powiedzieć wszystko, co wie o chorobie pacyenta. Lekarz przed sądem jest przede wszystkim świadczeniem.

W końcu artykułu autor przytacza szereg nieujętych w system przykłałów, z których wynika, że ścisłe określenie granic tajemnicy lekarskiej jest niemożliwe i że wobec tego niemożna tej kwestyi normować w drodze prawodawczej.

W zasadzie, utrzymanie tajemnicy lekarskiej powinno obowiązywać każdego lekarza, ale istnieją wypadki, kiedy dla dobra ogółu należy odstąpić od tej zasady. Granice tu wskazywać może nie prawo, a etyka lekarska.

Drugi artykuł, p. Drozdowski tego, porusza kwestyę może jeszcze bardziej na czasie, niż pierwszy — mianowicie kwestyę: *zgody chorego na operacyę*. Powodem napisania tego artykułu była sprawa chirurga dr. Modlińskiego, który został oddany pod sąd za zrobienie operacyi bez zgody chorej.

Prokurator w mowie oskarżającej twierdził, że lekarz jest obowiązany mieć niezbitę dowody, że chory zgodził się na daną operacyę. Otóż autor całym szeregiem faktów zbija to dowodzenie. Nie może tu być mowy o chorym „inteligentnym“, kiedy lekarz ma możność wytlomaczenia na jakiej zasadzie i dlaczego operacya jest konieczną i kiedy — w razie niezgodzenia się — niema w duszy doktora tej goryczy, która zjawia się po odmownej decyzji ze strony ludzi nieoświeconych. Należy rozumieć stan duszy chorego, który przychodzi do szpitala. Liczy on na to, że dostanie proszek lub krople, które zupełnie wystarczą do wyzdrowienia. Na niespodzianą propozycyę operacyi chorey odmawia, nie dlatego, żeby rozumiał, że operacya jest niepotrzebna lub żeby chciał umrzeć, a przeciwnie dlatego, że chce żyć. Przykład najlepiej zilustruje powyższy pogląd. Wieczorem u chorego z silnymi bólami brzucha został skonstatowany zawrót kiszki. Na operacyę chory nie zgadza się stanowczo, podając jako powód odmowy to, że w domu ma żonę i siedmioro dzieci. Na drugi dzień, gdy niczem nie można było zmniejszyć cierpień chorego, lekarz pro-

ponuje mu znowu operacyę, wykazując, że jest to koniecznie choćby dla szczęścia jego rodziny i znowu otrzymuje odpowiedź odmowną, tem samem motywowaną. Wtedy lekarz proponuje mu, żeby się poradził leżących na sali chorych i po dziesięciu minutach pacjent zgadza się na operacyę, która została natychmiast wykonaną. Znalezione zawrót S. Romanow.

Przed powrotem do domu, po wyzdrowieniu, chory mówi: „Cóż my możemy wiedzieć, przecie jesteśmy „ciemni“; ja sądziłem, że to przejdzie samo przez się, ja przecie chorowałem na coś podobnego już dwa razy“.

To co dawniej było, ta niemożliwość ocenięcia i porównania cierpień — doprowadza do odmowy: „Ja już 2-3 razy miałem to samo, mówi chory z zapaleniem wyrostka robaczkowego — pomęczyłem się trochę i przeszło“. Po kilku dniach proces rozszerza się, następuje pogorszenie, chory zgadza się na operacyę, ale jest już zapóźno wskutek ogólnego zapalenia otrzewnej i osłabienia chorego.

O ile wypadek może wpłynąć na zgodę chorego, można widzieć z faktu następującego. Do szpitala przywieziono chorego żołnierza ze zmiażdżoną ręką. O operacyi chorey stanowczo słyszeć niechciał. Tego samego dnia do doktora wypadkowo przyszedł oficer, którego lekarz poprosił, aby pomógł z żołnierzem. Słowa oficera o konieczności operacyi natychmiast przekonały żołnierza. Co ma w takim razie robić lekarz, operować przy takiej zgodzie, czy nie? Przecie zgoda nastąpiła, jak gdyby przez subordynacyę, ponieważ trudno przypuszczać, aby chory był na tyle mało rozwinięty, żeby sądził, że oficer lepiej się na tem zna, niż lekarz.

Te przykłady jasno dowodzą od jak blahych powodów może często залеżeć zgodzenie się lub niezgodzenie się na operacyę i jak do tego mało można przywiązywać wagi. Pomimo to, nikt nigdy gwałtem nie operuje i pod tym względem nie może być samowoli lekarzy.

Zachodzi jednak pytanie, co robić, gdy chory jest nieprzytomny lub niepełnoletni, a tembardziej jeżeli chore jest dziecko — w takich wypadkach pozwolenie dają rodzice, opiekunowie lub w braku ich krewni. Ale i tutaj może powstać nieprzewidywana trudność. Ze wszystkich krewnych danego chorego mogą żyć tylko dzieci małoletnie,

których trudno pytać o pozwolenie. Zresztą, szukanie krewnych jest możliwe tylko wtedy, gdy operacją da się odłożyć. Jeżeli jednak warunek ten nie istnieje, potrzeba, zdawało by się, żeby doktor po dokładnem zbadaniu stanu chorego przystępował natychmiast do operacji.

Najgorsze jest położenie małoletnich lub niepełnoletnich w razie konieczności operacji, jeżeli chory taki pochodzi z miejscowości odległej o 200—300 wiorst od danego miasta. Pozwolenie samego chorego niepełnoletniego nie wystarcza, należy zwrócić się do rodziców jego, a ci przeciw mogą być ludźmi „ciemnymi“, nie umiejącymi pisać. Zresztą, list otrzymany od syna lub córki może wzbudzić w rodzicach wątpliwość co do konieczności operacji. „A może i bez tego choroba przejdzie, a może zwrócić się do innych lekarzy“?

Charakterystyczny w danej kwestyi jest następujący fakt: Do szpitala w Moskwie przyszedł trzynastoletni chłopiec z chorobą ucha, wymagającą operacji. Lekarz, nie chcąc sam decydować, posłał do rodziców chorego list z zapytaniem o pozwolenie na operację po czterech dniach otrzymał odpowiedź przychylną; niestety, chory już nie żył. Zresztą, jaką wagę można przywiązywać do zdań rodziców lub krewnych, których częstokroć los i życie chorego nie a nie nieobchodzi, co wcale nie należy do wyjątków!

Jeżeli chory niepełnoletni jest sierotą, to należy zwrócić się do krewnych; w takim jednak razie koniecznie trzeba dowieść wogóle istnienia pokrewieństwa, a w razie różności zdań krewnych należało by chyba określić stopień pokrewieństwa.

Sprawa doktora Modlińskiego wykazała, że prawo niewymaga koniecznej zgody chorego na operację, a przeciwnie istnieją przepisy, z których wynika, że w razie koniecznej potrzeby lekarz jest obowiązany zrobić operację nawet bez zapytania chorego o zgodę.

Zdaniem dr. Łozińskiego było by pożądanę, aby chory (o ile umie pisać) własnoręcznie podpisywał, że zgadza się na operację, jak to bywa u niektórych chirurgów za granicą. Zdawałoby się, że nie może być pod tym względem dwóch zdań, tymczasem praktyka życiowa wykazuje, że jest inaczej. Chory, który przez długi czas nie chciał się zgodzić na operację, dając ostatecznie ustne pozwolenie, nie zechce najczęściej

podpisać tego, że się zgadza, uznając to za niepotrzebną formalność lub sądząc, że podpisuje wyrok śmierci na siebie.

(Może się zdarzyć, że takie żądanie podpisu wzbudzi w chorym pewne wątpliwości co do rzeczywistej potrzeby operacji; chory, od którego żądano podpisu, może słusznie podejrzewać, że lekarz nie jest pewnym siebie, że na wszelki wypadek chce się zabezpieczyć. *Przypisek referenta*).

Zresztą, jeżeli chodzi o takie bezwzględnie pewne dowody zgody, to przecie można wątpić i o prawdziwości podpisu chorego, trzeba by podpisywać w obecności co najmniej dwóch świadków lub zaświadczyć podpis u regenta.

„Jeżeli jednak, mówi adwokat p. *Lednicki* w swej obronie dr. Modlińskiego, w znakomicie urządzonej klinice lekarz zostaje oskarżony i nie może przedstawić dowodów swej niewinności, to co się stanie z dziesiątkami tysięcy lekarzy, pracujących w zapadłych miasteczkach, osadach, wsiach“. Ile złego społeczeństwu przyniesie może taki system krepujący lekarza w wypełnieniu swych obowiązków, jak to się odbije na szarej masie ludzi?

Nie, o ile zdarzyło się nieszczęście, które można poprawić tylko przy pomocy operacji, to tutaj szkoda tracić czasu na szukanie jakichś formalnych dowodów piśmiennych.

Jeżeli podług zdania lekarza lub lekarzy odkładać operacji nie można, to należy operować natychmiast, a nie pozwalać choremu umierać tylko dlatego, że nie przyszedł list od rodziców, oddalonych o kilkaset wiorst. Jeżeli chory pełnoletni lub niepełnoletni zgadza się na operację, to zgoda ta powinna wystarczyć.

W razie jakiegokolwiek sprawy sądowej sąd powinien wierzyć przysiędze lekarza co do zgody chorych a nie wymagać niezbitych dowodów, papierów regentalnie zaświadczonych, przed dostaniem których dziesiątki ludzi może umrzeć—przy zachowaniu wszystkich przepisów prawa.

W tym samym numerze znajdujemy streszczenie artykułu A. Brückmana: „*O odpowiedzialności sądowej za zrobienie operacji*“. Autor, pomiędzy innemi, przytacza zdanie znakomitego prawnika *L. Bava*, który dochodzi do następujących wniosków: operacja, zrobiona za zgodą chorego, niezbędna dla uratowania życia lub polepszenia zdrowia, wykonana według wymagań nau-

ki, nie może być rozpatrywana, jako uszkodzenie ciała, choć ażeby pociągała za sobą kalectwo. O ile tych warunków niema, to operacja jest *nieostrożnem* uszkodzeniem, jeżeli nie zgadza się z wymaganiami nauki; *rozmyślnem*— jeżeli jest zrobioną bez zgody chorego.

Mając do czynienia z chorym nieprzytomnym, lub gdy podczas operacji okazuje się, że należy wyciąć więcej, niż było zamierzono, lekarz—zdaniem

Bara—powinien wychodzić z założenia, że chory, gdyby był przytomny, zgodził by się z koniecznością.

Co do operacyi małoletnich, szczególnie dzieci do lat 12, należy robić ją ze zgodą rodziców lub opiekunów, chociaż, o ile ci, mimo widocznej konieczności operowania, bezzasadnie opierają się temu, lekarz powinien zrobić to, czego wymaga nauka i doświadczenie.

(T. M.)



## Listy do Redakcyi

*Szanowny Redaktorze!*

*W sprawie partactwa leczniczego.*

W korespondencyi zamieszczonej w zeszytcie siódmym „Czasopisma“ wypowiada kol. Fr. Grodecki przekonanie, że partactwo lecznicze należy raczej od ciemnoty naszego ogółu, aniżeli od niedoskonałości medycyny. Na potwierdzenie tego poglądu przytacza 10 spostrzeżeń, w których lekarz byłby niewątpliwie pomógł (wyjątek stanowi przypadek szósty—gruźlicy), gdyby chory do niego we właściwym czasie się zwrócił, a nie do partacza.

Ale obok szeregu takich przykładów można—niestety—postawić inny, gdzie i lekarz jest bezsilny

Ten drugi szereg—wcale nietajny ogółowi—jest przyczyną małej wiary w medycynę—i jest przyczyną główną partactwa.

Gdyby lekarz zawsze choremu pomógł, nikt by się nie zwracał do partaczy.

Tak jak dziś się dzieje, to i znachor każdy pochwalić się może licznymi przypadkami, w których po jego lekach chory do zdrowia powrócił. Wszak większość chorób ostrych kończy się pomyślnie bez wszelkich leków.

Że mały poziom oświaty drugorzędą rolę w rozwoju i panowaniu partactwa—najlepiej świadczą różne kneipizmy i inne metody podobne, cieszące się powodzeniem w krajach cywilizowanych i wśród warstw inteligentnych.

Nie zaniedbując krzewienia oświaty, jako jednego ze środków walki ze szkodliwymi praktykami leczniczymi, główny nacisk położyć musimy na doskonalenie się zarówno samej medycyny jak i na to, by lud korzystał ze wszystkich dobrodziejstw, jakie w danej chwili ona dać jest w możności.

*Józef Michalski.*

---

Komitet redakcyjny:

L. Fankanowski, B. Handełsman, Ks. Jasiński, K. Jonseher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, E. Sonnenberg.

---

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

---

Дозволено Цензурою г. Лодзь 21 Августа 1902. г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.