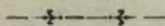


GAZETA LEKARSKA.

I. O LECZENIU RAKA.

Podał

Dr Stanisław Czerny (Praga Czeska).



W r. 1897 ogłosiłem w „*Semaine médicale*“ wyniki badań moich nad leczeniem raka i doniosłem, iż udało mi się wyleczyć raka skóry, stwierdzonego badaniem drobnowidzowem, naturalnie raka miejscowego, który się w ustroju jeszcze nie uogólnił.

Od tego czasu badania nad tymże przedmiotem dalej prowadziłem, a zadawalające wyniki pobudziły mię do napisania niniejszej pracy.

Metodę moją można zastosowywać z pomyślnym wynikiem tylko przy raku dostępnym, a więc umiejscowionym na wargach, nosie, uchu, powiekach, czole, policzku, języku, wierzchu głowy, ustach, piersi i części pochwowej macicy.

Musimy na wstępie otwarcie zaznaczyć, że nawet nie próbowałem zastosowania mojej metody do raka, niedostępnego dla ręki lekarza, np. raka żołądka lub wątroby.

Praca moja w „*Semaine médicale*“ zwróciła uwagę lekarzy francuzkich, że tu wspomnę tylko prace: Dra ROBILLARD'a (*Thèse de la Faculté de médecine de Paris 1899*) i Dra P. LAMOTTE'a (*L'Echo médical du Nord. 25. III. 1900*).

Muszę nadmienić, że większość badaczy powitała moją metodę bardzo przychylnie, zarzucając jej jedynie konieczność długiego stosowania i ograniczenia do raków powierzchownych. Polega ona na użyciu arseniku, utartego na delikatny proszek i rozcieńzonego alkoholu etylowego, w stosunku mniej więcej 1 grm. arseniku na 100 grm. alkoholu [50%-owego].

Miejsce cierpiące po należytem oczyszczeniu [przypadkowe krwawienia tamujemy wacikiem (tamponem)], penzlujemy powyższym roztworem i nie opatrujemy zupełnie. Pod działaniem arseniku przy dostępie powietrza, tkanka zrakowaciała powoli obumiera.

Pierwszego dnia doznają chorzy lekkiego bólu, który można złagodzić lub usunąć użyciem zewnętrznem 10%-owej kokainy. Francuzi zachwalają w tym celu ortoform.

Ważną jest rzeczą starać się o utrzymanie miejsca cierpiącego w suchym stanie, aby utworzył się na niem strup. Pod działaniem arszeniku pojawiają się często na powierzchni posmarowanej kropelki ciecicy, które przeszkadzają stwardnieniu strupa.

Drugiego dnia na miejscu zastosowania arszeniku dostrzegamy wytworzenie się suchego, ciemnego, silnie przylegającego strupa, lecz tylko na miejscu dotkniętem nowotworem. Na zdrową skórę roczyn arszenikowy, przeze mnie używany, nie działa żrąco. Najczęściej już wtedy, t. j. drugiego dnia, chory doznaje ulgi w bólach, które go poprzednio dręczyły i znika przykry odór.



Jeśli utworzy się suchy, ciemny strup, to wystarczy raz dziennie powtarzać, penzlowania roczynem arszenikowym, tylko w razie obrzmienia skóry zaniechać go na 1—2 dni a nie używać żadnych okładów.

Wskutek codziennego penzlowania, strup stale rośnie, co dowodzi, iż arszenik przenika głębiej i niszczy coraz głębsze warstwy nowotworu.

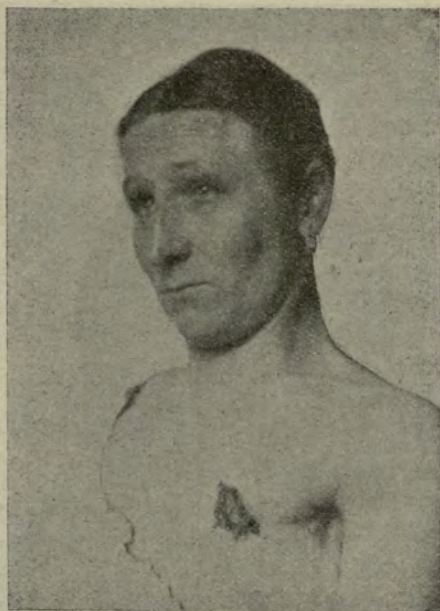
Zdarza się nie rzadko, że cały nowotwór odpada, a pozostałe owrzodzenie należy zagoić zwyczajnym sposobem. Utworzony strup również po pewnym czasie daje się łatwo zdjąć, albo nawet sam odpada. Po odpadnięciu pierwszego strupa, koniecznie trzeba pozostałe owrzodzenie penzlować dalej, a to w tym celu, aby się przekonać czy mamy do czynienia z tkanką rakowatą. Cząstki tej tkanki pod działaniem arszeniku szernieją, podczas gdy zdrowe miejsca pokrywają się żółtawym strupem; tak więc ta metoda leczenia jest zarazem środkiem rozpoznawczym.

Metoda ta doprowadza do zupełnego wyleczenia, jeśli rak, jak powiedzieliśmy, jest ograniczony, gruczoły chłonne nie zajęte i stan ogólny pomyślny.

Czas trwania leczenia chorych zależy od stanu samej choroby. Małe owrzodzenia lub guzy małe można usunąć w przeciągu 2-ch—4-ch tygodni; przy wielkich nowotworach leczenie przeciąga się często nawet do kilku miesięcy.

Żadnej specjalnej diety [unikania mięsnych pokarmów] chorym nie przepisuję, co najwyżej, zabraniam picia napojów wysokowych.

Ograniczam się tutaj na podaniu tylko 2-ch przypadków, z pomiędzy wielu przeze mnie leczonych i demonstrowanych w Towarzystwie czeskich lekarzy w Pradze.



Przypadek I. Franciszka P., 45 lat, pochodzi z Caslavi, z rodziców, którzy umarli w późnej starości. Nikt z rodziny na raka nie chorował. Przed 4-ema laty spostrzegła stwardnienie w lewej piersi, powyżej brodawki, gdy zaś guz ciągle się powiększał, z porady lekarza poddała się odjęciu sutki. Guz badany okazał się rakiem. Po 6-ciu miesiącach ponowne stwardnienie w miejscu blizny, które znów za pomocą operacji usunięto.

Od tego czasu, to znaczy przez 2½ roku, chora czuła się zdrową. Przed 2-ma jednak miesiącami spostrzegła, że utworzyły się nowe guziki w okolicy blizny, udała się więc do lekarza, który radził poddać się znowu operacji. Chora na nią się nie zdecydowała i zgłosiła się do mnie dnia 3. I. 1901 r.

Przy badaniu jej znalazłem, iż jest dość silnie zbudowana, dobrze odżywiona, mięśnie ma rozwinięte. W narządach wewnętrznych nie znalazłem żad-

nych zmian. W lewej okolicy sutkowej kilkanaście twardych guziczków, tworzących razem twarde guz wielkości 2-ch włoskich orzechów.

Po zastosowaniu mego sposobu leczenia utworzył się strup, który po krótkim czasie został usunięty, poczem leczenie miejscowe powtórzono, a powstały strup samwkrótce odpadł owrzodzenie zaś zagoiło się.

Przypadek II. Franciszek S., wieku lat 63, z Kralic w Czechach. Poprzednio zawsze zdrowy i pochodzi ze zdrowej rodziny. Przed 3-ma laty utworzyło się po lewej stronie szyi owrzodzenie, stopniowo zwiększające się i opierające się wszelkim środkom leczniczym.

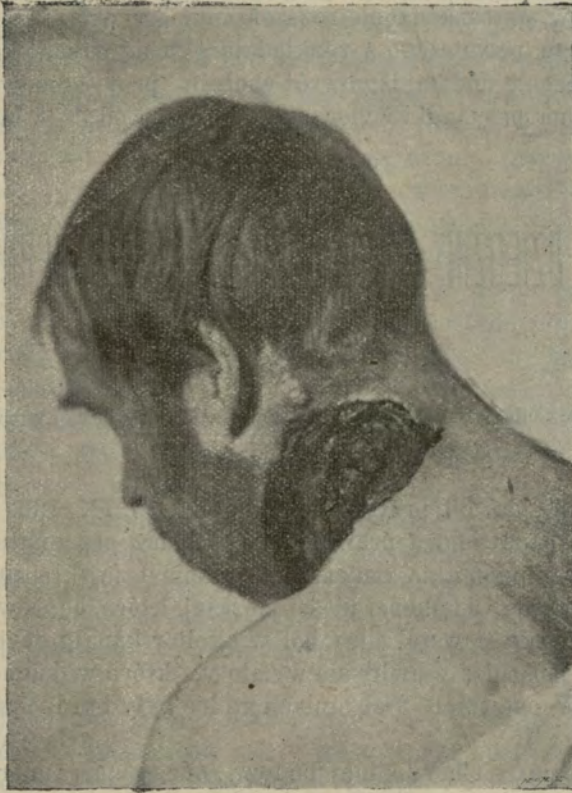


Przy badaniu dnia 14. XI. 1900 r., znalazłem, że chory: jest wzrostu średniego, silnej budowy, dobrze odżywiony, badanie zaś narządów wewnętrznych nie wykryło nic nieprawidłowego. Na lewej stronie szyi znajduje się obszerne owalne owrzodzenie o rozmiarach 15 na 10 ctm. Brzegi owrzodzenia stwardniałe, wystające. Powierzchnia wrzodu pokryta strupami, a częściowo cuchnącą wydzieliną. Leczenie stosowaliśmy codziennie. Po dwóch dniach utworzył się twarde strup, stopniowo powiększający się, który po 3-ch tygodniach zaczął na obwodzie odpadać; w środku trzymał się dość

długo. W tym przypadku, już po usunięciu jednego strupa owrzodzenie za-
bliźniło się.

Wiadomem jest powszechnie, że większość lekarzy jest zdania, jakoby
operacya chirurgiczna była najskuteczniejszym zabiegiem w leczeniu raka.
Lecz również wiadomem jest, że w wielu przypadkach operacya, nie tylko nie
leczy raka radykalnie, lecz że powrót jego jest szybki i że rośnie do niebyswa-
łych przed operacyą rozmiarów.

Kiedy z moją pracą po raz pierwszy publicznie wystąpiłem, a zupełnie
wyleczonymi chorymi starałem się moją metodę leczenia udowodnić, robiono uwa-



gi, że takich wyników można także sposobem chirurgicznym dopiać. Podobnie
twierdzą i autorowie innych metod nieoperacyjnych, przytaczając cały szereg
przypadków, przy których miało nastąpić wyleczenie raka. Faktem jest jednak,
że liczba przypadków śmiertelnych wzrasta a również, że rak jest częstszym.

Nie chodzi mi bynajmniej, bym szkodził innym sposobom leczenia raka,
celem moim tylko, abym na podstawie wyników zdobył uznanie mojej metody
leczenia tej choroby. Kilka jeszcze słów o wyższości—przynajmniej w pewnych
razach—mojej metody nad metodą operacyjną.

Chirurg, dla pewności skutku, musi razem z chorem miejscem wyciąć i część zdrowego, podczas gdy arsenik, podług mej metody zastosowany, usunie tkankę rakowato zwyrodniałą, zdrowego jednak miejsca nie naruszy. Okoliczność ta odgrywa ważną rolę w przypadkach usadowienia się raka na miejscu widocznem, jak np. na twarzy.

Lecz i przy tej metodzie, zaznaczyłem, są granice, za którymi nie pewnego powiedzieć nie można, a mianowicie w przypadkach, gdy gruczoly są już zajęte lub chory zanadto wycieńczony, dalej przy ostrych pooperacyjnych nawrotach, a wreszcie gdy nowotwór jest za wielki. Jednak i w tych przypadkach, w których inne metody zastosowane być już nie mogą, wtedy gdy chirurg widzi się bezradnym a chory bywa pozostawiony swemu losowi, można niekiedy z mojej metody dobry osiągnąć skutek, a mianowicie: złagodzenie dotkliwych bólów, przeszkodzenie rozszerzaniu się dalszemu raka i usunięcie nieznosnego odoru, powstałego z rozkładających się wrzodów.

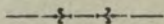
Na zakończenie dodam, iż powrót choroby przy stosowaniu mej metody jest rzadki. Mam przypadki wyleczenia, datujące od 3—4 lat.

II. Z DZIEDZINY NIESPODZIANEK PRZY HERNIOTOMII.

Podał

Z. Radliński,

lekarz oddziału chirurgicznego szpitala Kiryłowskiego w Kijowie.



Chory A. K., lat 60, przybył na oddział d. 30. IX. 1900 r. Od lat kilku ma przepuklinę pachwinową prawą i nosi bandaż przepuklinowy. Na 4 dni przed przybyciem do szpitala zauważył, że zamiast zwykłej przepukliny, wyszło jakieś ciało twarde, wielkości pięści męskiej, które odprowadzić się nie dało. Równocześnie powstał silny ból w okolicy kanału pachwinowego, w dole brzucha i w mosznie; zjawily się wymioty, które w dzień przybycia na oddział ustały. W ostatnich 3-ch dniach stolce były bardzo skąpe, wiatry trochę odchodziły.

Status praesens. Chory silnej budowy, odżywiania miernego; brak wyraźnych zmian w narządach oddechowych i krwionośnych, prócz cokolwiek głuchych tonów serca. Tętno słabe, 88, ogólne osłabienie, *facies hippocratica* niemal. W prawej połowie moszny ponad niewyraźnie wymacalnem jądrem—twardy guz wielkości pięści. Od guza biegnie twardy sznur, grubości wielkiego palca, 3 ctm. długi, ku kanałowi pachwinowemu, gdzie znów znajdujemy zgrubienie. Guz jest twardy, elastyczny, nie gładki, z wypukleniami. Przy wypukliwaniu daje odgłos tępy, jest bolesny sam przez się i na ucisk; szczególnie bolesne jest zgrubienie w okolicy kanału pachwinowego. Skóra na mosznie i nad kanałem pachwinowym—prawidłowa.

Wobec tych objawów rozpoznano: *entero-epiplocele incarcerata*; dodatek „entero“ był wątpliwy, jednak na podstawie objawów niedrożności jelit wykluczony być nie mógł. Brak wybitnego wzdęcia brzucha przemawiał przeciw zupełnemu zamknięciu światła jelit; zupełnie wyłączyć go jednak nie można było, ponieważ nieobfite stolce i wiatry pochodzić mogły z dolnego odcinka, poniżej uwięźnięcia. Mieliśmy do czynienia z przypadkiem, gdzie zabieg chirurgiczny był bezwzględnie wskazany, jakkolwiek nie mogliśmy przewidzieć dokładnie, co znajdziemy.

D. 31. IX. 1900 operacya w uspieniu chloroformowem. Cięcie długości 12 ctm., w górnej swej połowie równoległe do więzu *POUPARTA*, w dolnej przechodzące na moszną. Warstwowe preparowanie wgłęb nie wykryło worka przepuklinowego. Natomiast natrafiono na twardy, białawy guz w mosznie, nieotoczony błoną surowiczą [nie zrosniętą]. Sam guz nacięto podłużnie i po przejściu ścianki grubości 12—15 mm. przedostano się do jamy, zawierającej ropę i wysłanej grubą warstwą szarawej brudnej ziarniny. Ściankę jamy stanowiła zbita, ścięgniasta, ułożona warstwowato tkanka łączna. Jama kończyła się ku górze w miejscu, gdzie zaczynał się sznur, łączący guz ze zgrubieniem w kanale pachwinowym. Zgrubienie owo zostało również nacięte i w niem znaleziono to samo co w guzie: ropę i ziarninę.

Jama ropnia i w tem miejscu szła ku jamie brzusznej, przepuszczała palec wskazujący w głąb na 3 ctm. i kończyła się na pozór ślepo [zglębnik z wiadomych powodów użyty nie był]. Otworzony guz postanowiono z moszny wyseparować i wyciąć na wysokości sznura, idącego do kanału pachwinowego. Przy tej czynności przypadkowo natrafiono na leżący z tyłu i ku wewnątrz od guza, worek przepuklinowy bez zawartości. Po otwarciu go dość obficie wylał się płyn surowiczy. Worek wyseparowano aż do wrót przepuklinowych, z któremi był mocno zrosnięty i na tej wysokości obcięto. Założono sączki z gazy jodoformowej do jamy utworzonego zgrubienia w kanale pachwinowym, a także do szyjki worka przepuklinowego. Ten ostatni sączek założony został w przypuszczeniu, że płyn, który wystąpił po nacięciu worka był to wysięk wskutek poczynającego się zapalenia otrzewnej. Dolny kąt rany został zaszyty, reszta wypełniona gazą wyjałowioną. Nałożono opatrunek.

Przebieg pooperacyjny był następujący. 1. X. Stan ogólny zadawalający; wzdęcia ani bólu brzucha nie ma. Wiatry odchodzą. Rano były wymioty. Ciepłota prawidłowa, tętno 80, dobre. Opatrunek mocno zamoczony żółtawym płynem. 2. X. Bólu niema. Chory czuje się dobrze i chce jeść. Był stolec. Mocz oddaje mało. Ciepłota i tętno prawidłowe. Opatrunek wyraźnie zwilżony moczem. Zmiana opatrunku, przyczem sączki pozostawiono na miejscu. Rana czysta. 4. X. Stan ogólny zadawalający. Mocz wieczór 100 ctm. mętnego. Opatrunek, znów mokry z zapachem moczu, zmieniono. [Przypuszczenie, że chory niezręcznie obchodzi się z naczyniem, w które mocz oddaje]. Zmieniono sączki, przyczem otwór szyjki worka przepuklinowego znaleziono sklejoną. 7. X. Stan ogólny zadawalający. Ani bólów, ani wzdęcia brzucha niema. Język wilgotny i prawie czysty. Opatrunek znów mo-

kry. Mocz zebrano około 200 ctm. Przy zmianie opatrunku do pęcherza przez cewnik wiano rozczyń *kali hypermanganici* i rozczyń ten ukazał się w miejscu naciętego zgrubienia w kanale pachwinowym. Rana pokrywa się ładną ziarniną. 11. X. Opatrunek znów mokry. Rana czysta. Zmiana opatrunku. Mocz 300. Stan ogólny dobry. 15. X. Mocz bardzo mętnego zebrano w ciągu doby 600. Rana dobrze ziarninuje, tylko w głębi cokolwiek nalotu z martwych tkanek. Opatrunek wilgotny. Stan ogólny i łaknienie dobre. Sił przybywa. W ciągu następnych dni mocz oddaje przez cewkę coraz więcej (25. X—1700) i czystszy niż przedtem (26. X mocz zupełnie czysty). Równocześnie opatrunek zamakał coraz mniej. Rana z biegiem czasu przybrała kształt wąskiej szpary długości (d. 26. X) 6 ctm., szerokości $1\frac{1}{2}$ ctm., dość głębokiej, o ścianach wysłanych ładną ziarniną. Szpara owa stopniowo się zwężała, aż wreszcie dn. 14. XI. chory na własne żądanie został ze szpitala wypisany ze szczeliną 4 ctm. długą, $\frac{1}{2}$ ctm. szeroką, w głębi której jest mała, niedostrzegalna wśród ziarniny przetoka do pęcherza. W ciągu dnia mocz przez nią nie wydziela się zupełnie, a tylko czasem w nocy w małej ilości. Zalecono przypalanie szpary azotanem srebra.

Z opisanego wynika, że mieliśmy do czynienia z przepukliną uchyłka pęcherza moczowego, oddzielonego od tego ostatniego za pomocą szyjki. Przypadek powyższy jest ciekawy i z tego względu, że jednocześnie istniała właściwa przepuklina pachwinowa, niezależna zupełnie od wypadłego uchyłka pęcherza i znajdowała się w obrębie kanału pachwinowego, poniżej i ku wewnątrz od wypadniętego uchyłka.

Z ODDZIAŁU CHEMICZNEGO INSTYTUTU MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU.

III. PRZYCZYNEK

DO NAUKI O SOKU ŻOŁĄDKOWYM I SKŁADZIE CHEMICZNYM ENZYMU.

Podali

M. Nencki i N. Sieberowa.

— † — † —

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 17].

Wobec nieznacznej zawartości wskazanych pierwiastków w soku żołądkowym, musieliśmy przedewszystkiem przewyciężyć pewne trudności analityczne i zyskać takie metody badania, którym możnaby zaufać. Po wielu próbach pozostaliśmy przy następującym sposobie postępowania.

Wysuszona przy 110° C. aż do stałej wagi substancja, została za pomocą zwykłego palnika spaloną w tygielku porcelanowym, przy bardzo wolno wzrastającej temperaturze. Podobne spalanie na popiół 0,5 do 2,0 grm. substancji wymaga 20 do 30 godzin. Popiół zawsze posiadał czerwone zabarwienie, zależne od tlenku żelaza. Jakościowo było w nim wykazane i wapno. Tam,

gdzie nie chodziło o określenie popiołu, suchy osad był spalony wprost przez stopienie z potasem i saletrą. W obu razach popiół zostawał rozpuszczony w możliwie małej ilości kwasu solnego, a następnie za pomocą roztworu molybdenu strącano z roztworu kwas fosforowy. Osad molybdenowy po 24-godzinem odstaniu się, był filtrowany przez mały, wolny od popiołu sączek, następnie przemywano go możliwie małą ilością roztworu saletrzanu amonu w kwasie saletrzanym [5% NO_3NH_4 + 1% NO_3H], rozpuszczano w NH_3 i nie wynoszący więcej nad 30 do 50 ctm. sz. roztwór strącano za pomocą pewnej ilości mieszaniny magnezowej. Po 2—3-dniowym odstaniu się osad był jak zwykle ważony jako magnezja pyrofosforowa.

Przesącz z osadu molybdenowego przesycą się amoniakiem i poddaje się w ciągu kilku godzin działaniu ciepłej kąpeli wodnej. Wypadły tlenek żelaza, do którego często bywa domieszane wapno, filtruje się na małym sączku, zupełnie go się wymywa, rozpuszcza w kwasie solnym i strąca [według KNORRE'go ¹⁾] w kwaśnym roztworze octowym za pomocą *Nitroso-β-Naphthol'u*. Po 3-dniowym staniu osad się filtruje, przemywa 50%-wym kwasem octowym, suszy, spala po dodaniu nieco saletrzanu amonu i waży jako tlenek żelaza.

Ten sposób obliczania żelaza za pomocą ważenia, nawet tam, gdzie się waży wszystkiego kilka mgr., posiada przewagę nad każdym określeniem kolorymetrycznym. Próbowaliśmy określać żelazo ferrometrem JOLLE'S'a, ale nie otrzymaliśmy zgodnych liczb. Odcień zabarwienia otrzymanego siarkocyjanowego tlenku żelaza, był często zupełnie inny, niż roztworu normalnego i pozostawał odmiennym również przy zmianie koncentracji. Mniemając, iż w popiele obok żelaza może znajdować się również mangan, badaliśmy powtórnie popiół soku żołądkowego na mangan podług bardzo czulej metody P. PICHARD'a ²⁾, ale rezultat był stale ujemny.

Tam, gdzieśmy chcieli obok kwasu fosforowego i żelaza określić również chlor, tam, według CARIUS'a, umieszczaliśmy odważoną substancję wraz z czystym, mocnym kwasem saletrzanym i saletrzanem srebra [w niewielkiej ilości] w zatopionej rurce—przy większych ilościach w 2-ch różnych rurkach—i ogrzewaliśmy z początku przez dwa dni w kąpeli wodnej, przyczem codziennie wypuszczano gazy, a następnie przy 200°, póki nie było żadnego więcej ciśnienia. Zawartość rurki była potem wraz z wodą, użytą do przemywania, parowana w kąpeli wodnej aż do odpędzenia kwasu saletrzanego, pozostałość ujęta została za pomocą wody, odłączony AgCl przełożony był na zważony suchy sączek i po osuszeniu przy 110° znowu zważony. Z przesączu z AgCl , nadmiar Ag był strącony za pomocą HCl , przesącz stąd otrzymany zgęszczono w kąpeli wodnej, pozostałość wzięto za pomocą wody, a ztąd dopiero wydzielono później, sposobem wyżej wskazanym, kwas fosforowy oraz żelazo.

Przy zgęszczaniu samego soku żołądkowego *in vacuo* przy 35° do 40°, pozostałość ciemnieje od mocno skoncentrowanego kwasu solnego, wobec czego

¹⁾ G. KNORRE. Berichte der Berl. chem. Gesell. T. 20, str. 283, oraz Zeitschrift für analytische Chemie. T. XXVIII, str. 234.

²⁾ Compt. rend. t. 176, str. 550 i 1882; także MALY'S Jahresber. für Thierchemie. 1898 str. 521.

naruszonem bywa ściśle określenie twardej pozostałości. Dlatego też tam, gdzie określenie popiołu nie było nam potrzebne, określaliśmy zawartość kwasną w soku żołądkowym za pomocą miareczkowania i zobojętnialiśmy ją ściśle odpowiadającą ilością wodoru sodu. Roztwór obojętny wyparowywano w kąpeli wodnej, następnie suszono przy 110° do otrzymania stałej wagi, od wagi po osuszeniu odejmowano wagę powstałego NaCl i w ten sposób otrzymywano zawartość twardej pozostałości w soku.

W poniższej tablicy zamieszczamy zawartości w soku pozostałości twardej, fosforu i żelaza, ilość ostatnich w procentach pozostałości twardej. Do każdego obliczenia zobojętniano, jak to właśnie wskazaliśmy, około 400 ctm. sz. soku żołądkowego za pomocą wodoru sodu i odpowiednio badano.

Tablica I.

N ^o	Zawartość kwasu odnośnie do HCl w 100 ctm. sz. soku żołądkowego	Pozostałość twarda w 100 ctm. sz. soku w g.	Zawartość fosforu w procentach pozostałości twardej	Zawartość żelaza w procentach pozostałości twardej
1	0,55%	0,2632	0,71%	0,61%
2	0,50%	0,3647	0,24%	0,20%
3	0,56%	0,3319	0,27%	0,44%
4	0,54%	0,3405	0,22%	0,28%
5	0,51%	0,4074	0,25%	0,63%
6	0,54%	0,1600	0,54%	0,36%
7	0,52%	0,2972	0,37%	0,67%
8	0,51%	0,2872	0,73%	0,47%
średnio	0,53%	0,306	0,41%	0,42%

Tablica II zawiera określenia chloru, fosforu i żelaza w odłączonym za pomocą centryfugi osadzie pepsynowym, który był otrzymany w sposób następujący:

Świeży sok żołądkowy dyalizowano przez 24 godziny w worku pergaminowym do 10-krotnej ilości wody destylowanej; mętna zawartość worka stała przez 15—20 godzin przy 0°, a następnie centryfugowano ją, przyczem na dno buteleczek opadał śluzowy osad, podobny do ciasta. Znajdującą się nad nim, najczęściej przezroczystą ciecz, można było zupełnie dobrze zlać. Lepki, łatwo jednak odchodzący od ścianek naczynia, osad kładziono na sączek, a z sączka, nie przemywając, podnoszono szpadelkiem i suszono na szkiełkach zegarkowych *in vacuo* nad skoncentrowanym kwasem siarczanym i sodą gryzącą.

Po wysuszeniu substancja ta dawała się łatwo przysuszyć i nie traciła prawie nic więcej na wadze w kąpeli powietrznej przy 107°. Gdyśmy już w ten sposób zebrali pepsynę z 2-ch do 4-ch litrów soku, określano

w mej metodą wyżej opisaną z początku chlor, później kwas fosforowy, a następnie żelazo.

Tablica II.

№	Wydzielona za pomocą centryfugi pepsyna, wysuszona przy 107°	Chlor	Fosfor	Żelazo
		w procentach suchej pepsyny		
1	0,7784 g.	0,45 ^o / _o	0,104 ^o / _o	0,117 ^o / _o
2	0,5130 „	0,47 ^o / _o	0,148 ^o / _o	0,151 ^o / _o
3	1,0372 „	0,48 ^o / _o	0,073 ^o / _o	0, 11 ^o / _o
4	0,4304 „	0,47 ^o / _o	0,091 ^o / _o	0, 13 ^o / _o
	Średnio	0,475 ^o / _o	0,104 ^o / _o	0,16 ^o / _o

W trzeciej seryi doświadczeń, osad pepsyny również z centryfugi otrzymany, tak długo przemywaliśmy na sączku 96%-owym alkoholem, aż przesącz przestał reagować na chlor. Poczem substancję tę suszyliśmy przy 105° aż do stałej wagi, spalaliśmy ją następnie w tygielku porcelanowym, wreszcie w popiele, stąd otrzymanym, określaliśmy kwas fosforowy, żelazo, a w jednym przypadku również chlor. Liczby, otrzymane przez nas, zamieszczamy w tablicy III.

Tablica III.

№	Przemyty alkoholem i suszony przy 105° osad pepsyny w gr.	Popiół	Żelazo	Fosfor	Chlor
		w procentach suchej pepsyny			
1	1, 813	0,457 ^o / _o	0,119 ^o / _o	0,046 ^o / _o	—
2	2,1758	0,389 ^o / _o	0,158 ^o / _o	0,045 ^o / _o	0,188 ^o / _o
3	0,6622	0,439 ^o / _o	—	0,091 ^o / _o	—
4	0,7108	0,309 ^o / _o	8,068 ^o / _o	0,055 ^o / _o	—
	Średnio	0,399 ^o / _o	0,115 ^o / _o	0,059 ^o / _o	0,188 ^o / _o

Porównywając liczby, podane w powyższych trzech tablicach, dochodzi się, zdaniem naszym, do następujących wniosków:

1) Uderza przedewszystkiem nieznaczna ilość części stałych w soku żołądkowym psa, na którym przeważnie robiliśmy nasze spostrzeżenia. Pies, który służył do badań pani SZUMOW-SIMANOWSKIEJ, miał w swym soku żołądkowym *minimum* 0,428%, *maximum* 0,6%, średnio 0,53% pozostałości twardej. Otrzymywał on dziennie 700 grm. mięsa, 600 grm. chleba, 1 litr mleka i 1 litr wody. Nasz pies, ważący 26 kilo, dostawał dziennie 1,2 kilo mięsa, 400 grm. chleba i 1 litr zupy owsianej. Chociaż wody otrzymywał nasz pies mniej, jednak i pozostałości twardej było mniej w jego soku. Pochodzi

to stąd, że nasz pies dostawał stosunkowo mniej węglowodanów. Gdyśmy zmienili ilości pokarmu w ten sposób, że dostawał on 500 grm. mięsa, 600 grm. chleba i 1 litr zupy owsianej, wtedy ilość części stałych zaczęła się wahać pomiędzy 0,3% a 0,4%, a więc była stanowczo większa, niż przy pokarmie przeważnie mięsnym.

Najmniej znacznym wahaniem, nietylko u tego psa, ale jak to możemy twierdzić, opierając się na licznych badaniach soku żołądkowego innych psów, podlega kwasność soku żołądkowego. Przy zmiennych ilościach pozostałości twardej, żelaza i kwasu fosforowego, ilość kwasu solnego bywa względnie stała.

Przeciętnie, na ośm badań ilość fosforu, odnośnie do pozostałości twardej soku żołądkowego, równa się 0,41%, żelaza — 0,42%. Obie te liczby jednak u tego samego i jednakowo odżywianego psa podległy są znacznym wahaniom. Najwięcej pierwiastków tych znaleźliśmy w świeżym soku żołądkowym, mniej już w pepsynie, odłączonej za pomocą centryfugi, a najmniej w pepsynie, prze-mytej alkoholem.

[C. d. n.]

Z powodu memoriału komisji i podkomisji w sprawie poprawy szpitalnictwa w Warszawie.

— EDK —

Ogłoszony przed paru tygodniami referat komisji, delegowanej przez Radę Miejską Dobroc. Publ., stanowić będzie poważny akt w dziejach szpitalnictwa naszego. Świadczy on, że komisja z całym zrozumieniem ciężącej na niej odpowiedzialności odniosła się do swego zadania i starała się wniknąć we wszystkie bolące punkty tej trudnej sprawy.

W referacie zaznaczone są wszystkie ważniejsze braki naszego ustroju szpitalnego, a z całej pracy przegląda szczerze pragnienie zaradzenia im. W ten sposób w referacie komisji znajdujemy obok krytyki istniejącego stanu i środki projektowane ku poprawie złego.

Ze względu na ważność sprawy pozwałam sobie zabrać głos i omówić tu projektowane przez komisję środki zaradcze.

Jeśliśmy mieli pokrótce scharakteryzować ogólne wrażenie, to powiedzielibyśmy, że komisja, wychodząc z założenia że jest bardzo źle, nawet po wprowadzeniu w życie wszystkich swoich projektów mogłaby osiągnąć zaledwie to, że byłoby trochę lepiej, lecz zawsze źle.

Lecz przejdźmy do szczegółów:

Komisja zaznacza, że Warszawa, przy ludności 690000 mieszkańców, posiada 2400 łóżek szpitalnych¹⁾, t. j. 1 łóżko na 287 mieszkańców, gdy w miastach Europy zachodniej przypada 1 łóżko na 200.

Gdyby zastosować u nas tę normę, trzeba by posiadać 3500 łóżek, t. j. o 1100 więcej, niż obecnie. Ponieważ jednak takie powiększenie komisja

¹⁾ Komisja w osobnym wykazie łóżek szpitalnych podaje cyfrę 2393. Odnośnie do poszczególnych pozycji musimy nadmienić: Szpital na Pradze po otwarciu nowego pawilonu liczy 320 łóżek, a nie 360. Następnie komisja dla niezrozumiałych powodów nie uwzględniła szpit. dla dzieci im. Bersonów i Baumanów o 35 łóżkach. Jeżeli liczyć istniejące obecnie łóżka to

w obecnej chwili uważa za niemożliwe, przeto przyjmuje stosunek 1 łóżko na 230 mieszkańców, czyli inaczej żąda nowych 600 łóżek, t. j. jako cel do osiągnięcia poczytuje liczbę 3000 łóżek.

Pomijamy już pytanie, skąd się wzięła cyfra 230 [bo zarówno możnaby przyjąć stosunek 1:250 lub 1:210 i t. p.] zwrócimy uwagę, że komisya nie uwzględniła tu wzrostu ludności. Gdyby nawet wszelkie projekty komisyi mogły być pomyślnie przeprowadzone, to owoców oczekiwać możemy nie wcześniej niż po 10-ciu latach [przypominamy tu historję budowy nowego szpitala Dziec. Jezus]. Wówczas jednak ludność Warszawy wynosić będzie nie 690,000 lecz więcej, mianowicie koło 900,000 ²⁾. Wówczas przy żądanych 3,000 łóżek stosunek będzie 1 łóżko na 300 mieszkańców, t. j. stosunek daleki od pożądanego przez komisję 1:230, a nawet gorszy od obecnego 1:287.

Lecz nie dość tego.

Komisya, jako ideał, o którym nie śmie marzyć, uważa stosunek 1 łóżko na 200 mieszkańców, powołując się na stan sprawy w większych miastach Europy Zachodniej. Przedewszystkiem, na ogół biorąc, stosunek ten na Zachodzie jest znacznie lepszy. Normy cyfrowej nigdzie niema. W różnych miastach są różne stosunki, można tylko powiedzieć, że są ogólnie lepsze niż 1:200. Według tablicy BOURDETTE'a [1893 r.] tylko w Wiedniu był stosunek 1:200. Natomiast w Paryżu 1:102, w Kolonii 1:110, we Wrocławiu 1:115, w Moskwie 1:141, w Sztokholmie 1:145, w Monachium i Dreźnie 1:166, w Londynie 1:175.

Tak było w 1893 r. Od tego czasu stan niewątpliwie znacznie się poprawił, bo zagranicą panuje bardzo żywy ruch na polu szpitalnictwa. A jednak pomimo tego, znacznie lepszego niż u nas stosunku, okazał się wielki brak łóżek szpitalnych w większych miastach Europy.

otrzymamy takie cyfry: [na zasadzie sprawozd. R. M. z 1899 dołączając do tego nowo urządzone łóżka w szpital. św. Stan. i Praskim]

Szpit. Dziec. Jez.	529
Św. Ducha	188
Praski	320
Wolski	75
Św. Stanisława	120
Ewangelicki	80
Łazarza	300
Oftalmiczny	50
Dziec. Chrześc.	120
Dziec. Starozak.	35
Żyd. ogólny	322
	<hr/>
	2139

Cyfra powyższa 2139 obejmuje istniejące obecnie łóżka. Komisya w rachunek włącza łóżka, które mają powstać po otworzeniu nowego szpital. Dziec. Jez., oraz szpital. Żyd. i otrzymuje cyfrę 2393 istniejących i mających powstać łóżek. Podkomisya zaś lekarska, na której pracy komisya oparła swe wnioski, daje znów całkiem nowe cyfry, mianowicie 2240 istniejących i 345 mających powstać łóżek, czyli razem 2585. Która z tych trzech cyfr jest prawdziwą, czy nasza, oparta na sprawozdaniu Rady Miejskiej, czy cyfra komisyi, czy też podkomisyi?

²⁾ Ludność Warszawy wynosiła:

w 1882 r. — 382 964

w 1893 r. — 501 021

w 1900 r. — 690 000 czyli

ludność w okresie 12-letnim [1882—1893] wzrosła o 31%, a w następnym okresie 7-letnim o 38% [Ruch ludności m. Warszawy za okres 12-letni, opracowany przez sekcję statystyczną magistratu m. Warszawy]. Przyjmując, że w następnym 10-leciu ludność wzrośnie o 30%, otrzymany cyfrę ludności 900000.

W Berlinie z powodu braku miejsc na salach ogólnych pozamieniano na sale dla chorych w wielu szpitalach t. zw. *Tagesräume* [jadalnie], w których obecnie już stoją łóżka dla chorych [np. w szpitalu Am Urban]. Oprócz tego w Berlinie przebudowują i znacznie powiększają szpital Charité a nadto budują nowy wielki szpital na krańcach miasta na 2500 łóżek. Podobnie w Hamburgu dla braku miejsc w szpitalach mają budować nowy szpital, również wielki jak Eppendorf. Również w Kolonii w szpitalu miejskim okazał się taki brak miejsc, że musiano dodać wiele łóżek nadetatowych, skutkiem czego łóżka na salach stoją w 4 rzędy. Dla tychże samych powodów we wszystkich prawie szpitalach Paryża powstawiano między łóżka t. zw. *brancards*, a nadto wstawiono trzeci szereg łóżek pośrodku sali. Wobec takiego stanu *Assistance Publique* w Paryżu energicznie się zabrała do wielkich reform w szpitalnictwie.

Takich przykładów możnaby przytoczyć wiele.

Dowodzą one, że stosunku 1 łóżko na 200 mieszkańców wcale nie można uważać za wystarczający. Komisya więc, przyjmując stosunek 1 na 230, stanowczo zbyt niskie zakresliła sobie cele. Nie ulega też najmniejszej wątpliwości, że jakkolwiek z pracy komisji wieje szczerą chęć przeprowadzenia gruntownej reorganizacji szpitalnictwa, to jednak proponowane środki gruntownie sprawy nie poprawią. Kierując się głównie względami braku fundusów, komisya doszła do tego, że zadawała się 600 łóżkami zaledwie, co stanowczo złemu nie zaradzi.

Do czego prowadzą półśrodki, najlepiej przekonywa b. świeża historia. W 1897 r. komisya pod przewodnictwem rz. r. st. Ziłowa, delegowana przez Radę Miejską dla obmyślenia sposobów wyprowadzenia szpitalnictwa „z opłakanego stanu”, uznała, że liczbę łóżek w Warszawie o wiele należy powiększyć. Uwzględniając wzrost miasta [czego w obecnym referacie nie uczyniono] wyrachowano, że liczbę łóżek tak należy powiększyć, aby w 1902 r. było 2600.

I do czegoż doszliśmy?

W obecnym t. j. 1901 r. osiągnęliśmy już prawie ów ideał—według bowiem danych podkomisji lekarskiej rozporządzamy już 2585 łóżek. A tymczasem stan jest widocznie więcej rozpaczliwy niż wówczas, czego dowodem jest między innymi delegowanie jednej komisji pod przewodnictwem ochmistrza TURAU, drugiej komisji pod przewodnictwem prof. KOSIŃSKIEGO, wreszcie podkomisji lekarskiej pod przewodnictwem prof. CZAUŚOWA. Czy ta historia nie nakazuje obawiać się, że po wprowadzeniu nawet wszelkich projektowanych przez komisję reform trzeba będzie znów ratować szpitalnictwo, ku czemu trzeba będzie powoływać nowe komisye.

Następnie, przeglądając podział owych 600 łóżek, projektowanych przez komisję [50 dla nerwowych, 30 dla syfilityków, 110 chirurgicznych, 160 wewnętrznych, 50 dziecięcych, 50 dla dzieci zakaźnych, 40 rakowatych, 150 dla dotkniętych chorobami przewlekłymi], uderza brak łóżek dla chorych zakaźnych.

Duch czasu, zależny od kierunku i doświadczenia nauki lekarskiej, nakazuje wszędzie—że tak powiem—wyłaniać z miasta wszelkich chorych na choroby zakaźne i leczyć ich w szpitalach.

Praktyka Europy Zachodniej wykazała, że skutecznie walczyć z chorobami zakaźnymi można tylko wtedy, gdy chorzy tacy nie pozostają w rodzinie, nie we własnym mieszkaniu, lecz w szpitalu. To jest najpewniejsza droga przecięcia epidemii. Aby to jednak było możebne, trzeba przede wszystkim mieć owe szpitale. To też w Europie Zachodniej miasta większe bywają starannie zaopatrywane w łóżka dla chorych zakaźnych. Jako normę powszechnie przyjmują 1 łóżko na 1000 mieszkańców. I dzięki temu tam nie znają tak strasznych epidemii chorób zakaźnych jak w Warszawie. U nas niema miast, żeby nie panowała ta lub inna epidemia. I cóż wobec tego znaczy 120

łóżek, gdy stosując normę Zachodnio-Europejską potrzebaby ich było 700? Komisya zupełnie nie zatrzymuje się nad tą pozycyą, bo nawet nie projektuje nowych łóżek, jakby uznając obecny stan za zadawalający.

A jednak cóż się pod tym względem dzieje? Gdy panuje w mieście epidemia ospy, wówczas cały szpital zajęty jest przez ospę, wtedy chorzy na szkarlatynę nie mogą marzyć o szpitalu — i odwrotnie. Nawet gdy niema szczególnie grasującej epidemii, to można się dostać do szpit. św. Stan. tylko przez szczególne starania.

A dalej cóż znaczy dla Warszawy 50 projektowanych łóżek dla dzieci zakaźnych? Powiedzą nam, że to znacznie więcej niż obecnie, prawda — lecz niezmiernie mało względnie do potrzeb wielkiego miasta.

Zresztą wszystkie dotychczasowe komisye nie uwzględniają jednego faktu. Wraz z powstawaniem nowych, lepiej urządzonych szpitali; musi wzrastać zaufanie coraz szerszych sfer do szpitali, jak to się działo zagranicą. Życie samo będzie sprawiało, że cała masa ludzi, którzy dotychczas leczą się u siebie w domu, dążyć będzie do szpitali. Zapotrzebowanie więc szpitali wzrastać musi — z faktem tym liczyć się należy.

Taka sama połowiczność akcji daje się zauważyć i w środkach, proponowanych przez komisję odnośnie do jakościowego utrzymania szpitali.

Szpitala nasze, przynajmniej większość ich pod względem swego urządzenia są to raczej przytułki dla nędzarzy. Tymczasem chorzy winni znaleźć w szpitalach warunki, przynajmniej takie, jakie posiadają we własnym domu. Dla tego też chorzy stronią od szpitali, boją się ich. Szpitale powinny być rozsądnikami cywilizacyi; chorzy winniby unosić ztąd zasady lepszej kultury. Lecz dla całej masy zwykłego kontyngensu szpitalnego, rzemieślników i robotników fabrycznych — szpital to smutna ostateczność, do której ucieka się tylko w położeniu bez wyjścia. Tylko dla mniejszości biedaków, gnieźdzących się w ciasnych mieszkaniach, szpital przedstawia takie warunki, jakie oni mają w domu. Lecz ci właśnie powinni znaleźć dla siebie lepsze urządzenia w czasie choroby.

Lecz przejdźmy do szczegółów.

Na utrzymanie jednego chorego dziennie w 1900 r., według etatu, było 20 kop. Obecnie komisya proponuje 25 kop. Może to być niewątpliwie lepiej, lecz czy będzie dobrze, to inna sprawa. Zanim reforma ta zostanie przeprowadzona, ceny targowe produktów niewątpliwie podniosą się, a wówczas i 25 kop. będzie niewystarczającą cyfrą. Zresztą i dziś to już można powiedzieć. W szpitalu Dróg Żel. Nadwiślańskich na utrzymanie wyznacza się 35 kop. — i ta cyfra, jak to twierdzą ludzie stojący blisko, bynajmniej nie jest za wysoką. Również i przy obrachowywaniu wydatków na potrzeby lekarskie, odzież, bieliznę, pościel, posługaczy i t. p., uwzględniono cyfry minimalne, jakkolwiek z góry należy przewidywać, że rozwój życia, wzrost ceny produktów i t. d. w krótkim czasie przekona, iż powyższe cyfry minimalne, lecz z biedą obecnie wystarczające, wkrótce okażą się zupełnie niedostatecznymi.

Jednym słowem projekty, podane przez komisję zarówno co do stro-ny ilościowej jak i jakościowej, zupełnie nie odpowiadają zamiarom gruntownego przeobrażenia szpitalnictwa, które tkwią w założeniu komisyi.

Odpowiedzieć na to nam mogą, że trzeba liczyć się ze szczupłymi funduszami i działać w granicach możności finansowej. Lecz komisya sama słusznie zaznacza, że stan jest tak smutny, iż wymaga poważnej, radykalnej zmiany, że Radzie Miejskiej grozi wprost bankructwo (str. 15). W myśl tego komisya ucieka się do tak ważnego aktu państwowego, jak utworzenie nowego podatku. Lecz w dalszym już ciągu, jakby schodząc ze stanowiska gruntownych reform, komisya sprowadza proponowane przez się środki do minimalnych rozmiarów, ogranicza się do półśrodków.

Z pośród projektów finansowych komisji, szczególnie uderza propozycja sprzedaży folwarku Rakowca, należącego do szpitala św. Rocha, w celu uzyskania sumy potrzebnej na budowę innych szpitali, oraz budowy nowego szpitala św. Rocha na terytorium szpitala św. Łazarza i szpitala Wolskiego na terytorium b. Domu przytułku i Pracy.

Wszystkie te instytucje powstały na skutek zapisów dobroczynnych i w tego rodzaju pochodzeniu tkwi już odrębna samodzielność na wieczyste czasy każdej poszczególnej instytucji. Z takiej samodzielności wynika logicznie, że tego rodzaju operacje finansowe są w zasadzie niedopuszczalne.

Fundusze danego szpitala nie powinny być używane na inne cele, na pożyczki, które zawsze—jak każda pożyczka—muszą być związane z pewnem niebezpieczeństwem co do całości sumy.

Słuszną byłoby rzeczą, jeżeliby z funduszków szpitala św. Rocha został pobudowany na nowem miejscu nowy szpital św. Rocha, większy i wygodniejszy. Lecz obracanie funduszków jednego szpitala na potrzeby drugiego, uważamy za niemożliwe i dla szpitalnictwa stanowczo szkodliwe.

Komisja i podkomisja lekarska podkreślają fakt, że źródło dobroczynności prywatnej, które tak tryskało w XVIII wieku, w ostatnich kilkudziesięciu latach było niezmiernie powolnym strumieniem. Sądzymy, iż poważnie obawiać się należy, że w razie urzeczywistnienia powyższych kombinacji, źródło dobroczynności wyschnie całkowicie. Głównym warunkiem, przy którym może się ujawniać dobroczynność prywatna w postaci legatów, zapisów, musi być zawsze nie naruszalność woli zapisodawców.

Co się zaś tyczy budowy szpitala św. Rocha i Wolskiego, to już dziś dwaj członkowie komisji, prawnicy, z których jeden jest radcą prawnym Rady Miejskiej, w *votum seperatum*, zaznaczają, że budowa szpitala św. Rocha i Wolskiego na obcym terytorium poważnie może zachwiać w przyszłości byt tych szpitali pod względem prawnym.

Tak więc, chcąc wyprowadzić szpitalnictwo z oplakanego stanu, komisja musi uciekać się do środków, przedstawiających wprost pewne niebezpieczeństwo—i po co? Po to jedynie, aby załatać do pewnego stopnia dziury istniejące w szpitalnictwie, a nie gruntownie na długie lata poprawić stan rzeczy.

A tymczasem wielka szkoda, że komisja nie zatrzymała się i nie rozwinęła myśli, którą wypowiada w paru miejscach w swym referacie. Komisja mianowicie parokrotnie zaznacza, że szpitale noszą już charakter instytucji społecznych i jako takie winny ciężać całkowicie na obowiązkach magistratów miejskich, że w miastach Cesarstwa szpitale należą do zakresu bezpośrednich obowiązków zarządów miejskich, gdy tylko w Warszawie znajdujemy taką anomalię, że Zarząd miejski zajmuje się wszelkimi gałęziami gospodarstwa miejskiego, pobiera podatki, nawet podatek szpitalny, a jednak szpitalnictwo, które wszędzie stanowi ważny dział gospodarstwa miejskiego, nie pozostaje w żadnym związku z magistratem, lecz zależy od odrębnej instytucji Rady Miejskiej.

Otóż to jest istotna anomalia, którą usunąć należy. Szpitale winny być oddane całkowicie we władanie Zarządowi miejskiemu. Leczenie ubogich, dostarczanie ubogim pomocy w szpitalach i przytułkach nie może być uważane za akt filantropijny, lecz stanowi bezpośredni obowiązek miasta, taki sam, jak utrzymywanie sądów, policji i innych instytucji. Gdy raz szpitale wejdą w zakres działalności miasta, to wtedy znajdą się środki na budowę nowych szpitali i ich prowadzenie. Wielkie miasto, które znajduje fundusz na kanalizację, wodociągi, oświetlenie elektryczne, bruki ulepszone itd. itd., znajdzie fundusze i na szpitale, bo wszak szpitale nie są mniej pilną i ważną sprawą higieniczną, niż kanalizacja lub bruki. Miasto może zaciągnąć na ten cel pożyczkę, jak zaciąga ją na inne cele, bez potrzeby naruszania własności legatów poszczególnych szpitali. Aby to jednak mogło nastąpić, aby miasto zaczęło łożyć i utrzymywać szpita-

le, a nie dawało jedynie jakiegoś grosza, pozostającego z remanentów, to koniecznym jest jeden warunek: mianowicie, szpitale muszą przejść i faktycznie i formalnie pod Zarząd miejski. Dopóki na czele szpitali stoi odrębna instytucja, z natury rzeczy sprawująca jedynie funkcje organu kontrolującego, dopóki miasto niema żadnego wpływu na bieg życia szpitalnego, dotąd żywszy udział miasta nie nastąpi. Miasto musi być samo odpowiedzialne za rozwój szpitalnictwa, a aby to mogło mieć miejsce, musi samo dzierżyć ster.

Zresztą nie będąc nawet zbyt przewidującym, rzec można, że cokolwiekbyśmy w tej chwili o tem sądzili, reformy takiej zażąda życie samo, życie zmusi miasto do objęcia całej dziedziny szpitalnictwa pod swój zarząd.

Jakkolwiek jednak fundusze miejskie wcześniej, czy później będą głównym źródłem utrzymania szpitali, nigdy jednak nie przestanie być pożyteczną, a nawet konieczną dobroczynność prywatna. Cokolwiekbyśmy mówili o społecznym charakterze szpitali, jednak miejsca tu dużo dla dobroczynności—a udział jej zawsze będzie ważny. Historia powstania naszych szpitali w czasach dawniejszych, a w nowszych, powstanie dwóch szpitali dziecięcych, ocnego ewangelickiego, żydowskiego, takich instytucji, jak: Kolonje letnie, Pogotowie ratunkowe, Sanatorjum dla suchotników itd., przekonywa co może zrobić dobroczynność. Instytucje te, założone ze środków prywatnych, funkcjonują doskonale, rozwijają się coraz lepiej i wcale nie żywią obaw, aby im miało grozić bankructwo. Zresztą doświadczenie całej Europy, a nawet całego świata poucza wymownie co znaczy dobroczynność w sprawie szpitalnictwa. Anglja, jak wiadomo, szczyci się i słusznie swymi szpitalami, a jednak głównem i często jedynem źródłem dochodu szpitali angielskich jest dobroczynność prywatna. W Niemczech, Austrii i Francji, poza szpitalami miejskimi, wszędzie spotykamy znaczną ilość szpitali, będących własnością stowarzyszeń dobroczynnych, pod których bezpośrednim zarządem te szpitale pozostają.

U nas w ostatnich kilkudziesięciu latach dobroczynność prywatna usunęła się od szpitalnictwa, aczkolwiek ona nie zamarła, lecz skierowała się do innych potrzeb publicznych. Komisya zaznacza parokrotnie tę abstynencyę dobroczynności od szpitalnictwa. Wielka szkoda, że komisya nie zbadała przyczyn, dla których przestał działać ten ważny czynnik, a który w dziejach naszego szpitalnictwa odegrał tak ważną rolę. Przyczyny te są, zdaniem naszym, dość jasne. Powołamy się tu na zdanie cytowanego już wyżej BOURDETTE'a: „Żyjemy przecież w wieku praktycznym; dobroczyńcy zaczynają rozumieć, że jeżeli mają brać udział w sprawach miłosierdzia, to muszą koniecznie znać kierunek dobroczynności i jej następstwa.“

Zaufanie i zainteresowanie do spraw szpitalnych ze strony społeczeństwa może istnieć tylko wtedy, gdy to społeczeństwo ma pewien udział w życiu szpitalnem, gdy z bliska i bezpośrednio widzi, jaki bieg ma życie szpitalne. To jest kardynalny warunek—bez niego niepodobna liczyć na żywszy udział dobroczynności prywatnej.

Powyższe uwagi ogólnego charakteru niejednokrotnie były poruszane w prasie naszej, a ostatnio w odpowiedziach lekarzy szpitalnych na kwestyonaryusz ochmistrza TURAU. Niestety, ani komisya, ani też podkomisya lekarska nie dotknęły zupełnie ogólnych pytań, dotyczących szpitalnictwa. Komisya w swoich wywodach wychodziła z zasady *status quo* i ograniczyła się do sprawy utworzenia pewnej liczby łóżek szpitalnych, jakkolwiek rzecz prosta taka ilościowa reforma stanu rzeczy nie poprawi.

Podkomisya lekarska, podając w bardzo ogólnikowem streszczeniu niektóre dezyderaty lekarzy szpitalnych, dodała, że oprócz tego lekarze szpitalni wymieniłi inne potrzeby szpitali, dotyczące zarządu szpitalami wogóle i działu gospodarczego; lecz podkomisya lekarska pozostawiła punkty te bez rozpatrywania, jako nie wchodzące w zakres jej czynności. Zdawałoby się, że te sprawy ogólne zostaną uwzględnione przez komisję, która z natury rzeczy miała

dać syntezę potrzeb szpitalnictwa. Tymczasem i komisya tych ogólnych spraw nie rozpatrywała zupełnie ¹⁾).

Przechodząc teraz od powyższych rozważań do szczegółów, dotknąć tu musimy przede wszystkim pewnych punktów dotyczących organizacyi lekarskiej w szpitalach.

Podkomisya lekarska, omawiając sprawę pomocy lekarskiej i etat lekarski, wspomina o pomocnikach lekarzy głównych, zarządzających oddziałami. Ponieważ podkomisya nie zupełnie nie mówi o tych nowych urządach, trudno coś pewnego powiedzieć. Domyślić się jednak można, że mowa tu o stanowisku pośrednim między lekarzem głównym a ordynatorem, że kilka dotychczasowych oddziałów ma stanowić całość, na której czele pod względem służbowym stać ma pomocnik głównego lekarza.

Gdyby ta zwierzchnia władza dotyczyć miała jedynie działu administracyjnego, to o to można by się jeszcze spierać. Lecz gdyby to miało dotyczyć i strony lekarskiej, to byłoby niemożliwe, bo zasadniczo sprzeciwiałoby się jednemu celowi istnienia szpitali, t. j. prawidłowemu leczeniu chorych. Działalności lekarskiej lekarza nie można porównać z działalnością jakiegokolwiek urzędnika. W sprawie leczenia lekarz nie może być zależnym od swego zwierzchnika. Aby lekarz mógł leczyć sumiennie, musi przede wszystkim zachowywać swoje ja, musi robić to, w co wierzy, co mu nakazuje własne, szczerze przekonanie. Jeśli lekarz sam lub chory wymaga konsultacyi, to stosunek między konsultującymi musi być koleżeński, równy. Jeżeli konsultacya ma być narzucona z góry, jeżeli jeden z konsultantów może być naczelnikiem drugiego, to cóż będzie wobec różnicy zdań? Przy istnieniu stosunku służbowego wypadaloby, że zdanie naczelnika winnoby przeważać. Lecz jakże w takim razie może leczyć ordynator wbrew swemu szczeremu przekonaniu? Jeżeli przy łóżku chorego prywatnego wśród konsultujących powstaje zasadnicza różnica zdań, a chory żąda, jak to się zdarza, aby obaj prowadzili kuracyę, to żaden uczeiwy lekarz nie zgodzi się leczyć w takich warunkach. Ta sama sprawa musi się powtarzać i w szpitalu przy proponowanych reformach. — Leczenie prawidłowe, porządne stanie się wprost niemożliwym.

Zginie wtenczas największa rękojmia — odpowiedzialność ordynatora za życie chorych przed własnym sumieniem. Natomiast zjawi się formalistyka, mająca na celu nie dobro chorego, lecz karność urzędniczą. Zresztą stosunek tego rodzaju musi być stałym źródłem kolizyi najróżnorodniejszych osobistych, które ostatecznie odbijają się muszą na interesach, na zdrowiu chorego, a lekarzy zniechęcać będą do poświęcenia się szpitalowi z zapalem.

Ustawa 42 r., pod wielu względami znakomita i dla naszych czasów, i w tej sprawie daje bardzo rozumne wskazówki, świadczące, że prawodawca poczytywał za bardzo ważną samodzielność ordynatora w sprawie leczenia chorych.

W § 556 wśród obowiązków lekarza naczelnego, ustawa wymienia narażanie się względem ciężko chorych, lecz wyraźnie zaznacza: „na wezwanie le-

¹⁾ Tu sprostować musimy drobne niedokładności, które wkrały się do streszczenia podkomisyi.

Podkomisya uważając sama za konieczne podnieść wynagrodzenie ordynatorów, co najmniej do wysokości pensyi, pobieranych w innych miastach Cesarstwa, odnalazła i w desyderatach lekarzy żądanie: „zapewnienia bytu materialnego i stanowiska służbowego wszystkich wogóle lekarzy szpitalnych“. O ile nam wiadomo, rzecz się miała niezupełnie tak. Lekarze szpitalni nie tylko nie domagali się podniesienia pensyi, lecz zrzekli się jej zupełnie lub gotowi byli chętnie pozostać przy obecnych pensjach a to w tym celu, aby wobec wielkiego braku fundusów nie utrudniać zadań Rady Miejskiej i o ile można zaoszczędzone środki obracać na urządzenie i budowę szpitali. I co do ambulatoryów lekarze nie żądali usunięcia ich ze szpitali. Przeciwnie większość szpitali wyraziła się za zreformowaniem ambulatoryów, lecz z zachowaniem ich przy szpitalach.

karzy ordynujących“. Rzecz prosta, że „lekarz naczelny, gdy sam dostrzeże ciężko chorego, może i powinien zażądać od lekarza ordynującego objaśnienia co do stanu choroby“. Według § 583 ordynator nie jest ograniczony w swem postępowaniu i działa niezależnie pod względem stosowania przyjętych metod leczenia. Jedyne, gdyby chciał wypróbować nową jaką metodę, winien poprzednio przelożyć to lekarzowi naczelnemu. Nadto w razie chorób bardziej zawiłych, ordynator winien wzywać do narady lekarza naczelnego, a w razie potrzeby i innych lekarzy, z wiedzą naczelnego (584).

Z tych wyjątków widzimy, że prawodawca, zastrzegając zwierzchnią władzę lekarza naczelnego, pragnie jednak, aby sama sprawa leczenia była wykonywana niezależnie i samodzielnie przez jednego człowieka. Taki tylko jedyny warunek może zapewnić prawidłowy i zgodny z interesami chorych bieg spraw lekarskich w szpitalu.

Że w szpitalach w Cesarstwie, zwłaszcza ziemskich, potworzone zostały stanowiska starszych i młodszych ordynatorów, pozostających w podwładnym sobie stosunku, to potemu były powody innej natury. Tam przedewszystkiem był brak lekarzy asystentów. Aby ściągnąć młodych lekarzy do pomocy ordynatorom w szpitalach, trzeba było ich zachęcić, trzeba było dać im pewne stanowiska stałe. To chciano osiągnąć przez utworzenie ordynatorów młodszych, którzy poniekąd odgrywają tam rolę naszych asystentów. Lecz u nas wobec wielkiej liczby lekarzy praktykujących w szpitalach, ten środek jest zupełnie zbyteczny, a nawet, jak to mówiliśmy wyżej, ze względów zasadniczych szkodliwy.

Jeżeli zwrócimy się teraz do Europy Zachodniej, skąd cały świat czerpie niepodzielnie wzory szpitalnictwa, to tam nigdzie nie znajdziemy śladu organizacji, proponowanej przez podkomisyę. Czy to dyrektorowie oddziałów w Niemczech, czy prymaryusze w Austrii, czy *medecins des hôpitaux* we Francji, czy wreszcie *physicians i surgeons* w Anglii—wszyscy oni odpowiadają naszym ordynatorom, są zupełnie niezależni i samodzielni, a za pomocników mają li tylko czasowych, zmieniających się co 2—4 lat asystentów, zwanych sekundaryuszami, internami i t. p.

Rozwijając tę samą myśl, musimy dalej zaznaczyć, że tenże cel wymaga, aby jedynym gospodarzem, zależnym zresztą od lekarza naczelnego, na oddziale był ordynator. Wszelcy asystenci, jacy są na oddziale, muszą podlegać ordynatorowi bezpośrednio. Dwóch gospodarzy na oddziale być nie może, asystent nie może być luźno związany z oddziałem, czy to przez zależność bezpośrednią od Naczelnego czy też od innego funkcyjnaryusza.

Również bez żadnych motywów podkomisyja lekarska zaznacza, iż uznaje za konieczne zaprowadzić obowiązkowe dyżury ordynatorów. W jakim to celu, jakie mają być czynności dyżurujących ordynatorów, nie wiadomo. Jeżeli można upatrywać analogię z tem co było przed 1879 r., to cel tego projektu jest taki, aby ordynatorzy brali czynny udział w całości życia szpitalnego. Do 1879 roku ordynatorzy kolejno pełnili dyżury w szpitalach. Jeżeli jednak obowiązek ten został zniesiony i włożony na stale mieszkających w szpitalu lekarzy miejscowych, to nie dla tego bynajmniej, aby przez to chciano ulżyć w pracy ordynatorom, lecz dla tego, że dyżury te były zupełnie bezcelowe. Aby mózdz być kontrolerem przy przyjmowaniu produktów spożywczych, oceniać jakość potraw i wogóle czuwać nad zachowaniem porządku administracyjno-sanitarnego oraz policyjno-lekarskiego, to przedewszystkiem na tem trzeba się znać. Utarty to frazes, że każdy lekarz zna się na wartości potraw, mięsie i t. d.

Tu nie wystarcza teoretyczna znajomość rzeczy. Każda kucharka, każdy reżnik zakasuje takiego ordynatora-kontrolera. Czynności te, po zdjęciu ich, z ordynatorów w 1879, były włożone na lekarzy miejscowych, jak tego wymaga ustawa z 1842 r. (§ 605). Było to bardziej właściwem, bo jeden lekarz

stale pełniący te obowiązki mógł się być z tem wcześniej, czy później zapoznać w praktyce. Lecz były to tylko nadzieje. W istocie, jak to powszechnie i wszystkim wiadomo, lekarz miejscowy przy spełnianiu tych czynności jest tylko niemym świadkiem, który daje głośno swoje *approbatur* lub odrzuca zależnie od tego, co mu podszeptnie pocichu siostra starsza lub intendent.

Rzecz prosta, że stan będzie jeszcze gorszy, jeżeli czynność tę sprawować będzie nie jeden lekarz stale, lecz codziennie inny. Skutków przewidzieć nie trudno: z początku będą ordynatorzy milcząco asystować przy tych aktach administracyjno-sanitarnych, a później będą się uchylać, bo bierne, milczące stwierdzenie swoją obecnością czynności, na których się mało znamy, jest przykrem i niezgodnem z uczciwem pojmowaniem przyjętych obowiązków.

Jeżeli chodzi istotnie o pożytek, to czynności takie spełniać winien tylko człowiek kompetentny, który dobrze się na rzeczy zna, lekarz higienista. Przy prawidłowym ustroju każdy winien czynić to, co do niego należy. Podział pracy jest głównym warunkiem dobrej organizacji pracy. Gdy ordynator będzie spełniał czynności higienisty, lekarza policyjnego i t. p., to niewątpliwie bezpośrednie jego obowiązki t. j. leczenie chorych, będzie na tem cierpiało. Stara to i z codziennego doświadczenia znana prawda. Niewątpliwie w myśl tej starej prawdy zniesiono w 1879 r. dyżury ordynatorów i chciano poprawić stan rzeczy przez włożenie tych obowiązków na jednego lekarza. Czyżbyśmy mieli wracać od tego, co już przed 20 laty zostały uznane za niepraktyczne i bezcelowe?

Dobra administracja musi być zawsze i wszędzie jednolita i sprężysta. Nie może więc być codziennie komu innemu powierzona i to jeszcze jednostkom, nie mającym dokładnego wyobrażenia o rzeczy, a tem samem pewności i stanowczości sądu.

Wreszcie dotknąć tu musimy jeszcze jednego punktu w referacie podkomisji lekarskiej.

Mówiąc o pomocy lekarskiej w szpitalach, podkomisya zaznacza, że stosunek liczebny lekarzy do chorych jest zupełnie wystarczający i z tego powodu „zdawałoby się, że w szpitalach odbywają się badania nie tylko w kwestjach dyagnostycznych i terapeutycznych, lecz i badania charakteru bardziej ogólnego, dotyczące higieny szpitalnej, dyetetyki, epidemiologii i t. p. pytań z zakresu spraw sanitarnych naszych szpitali“. „Tymczasem przeglądając sprawozdania szpitalne, mówi podkomisya, nie znajdujemy tam materiału faktycznego“. Przyczynę takiego stanu podkomisya upatruje w nienormalnych warunkach materialnych lekarzy szpitalnych: lekarze ci za pracę swoją nie otrzymują albo żadnego wynagrodzenia, albo też bardzo nędzne.

Przedewszystkiem dla czego podkomisya oparła swe wnioski na sprawozdaniach szpitalnych? Rzecz prosta, iż tam nic znaleźć nie mogła, bo sprawozdania te robią felczerzy szpitalni według pewnych utartych schematów. Tam niema żadnego „materiału faktycznego“, bo nikt oto lekarzy szpitalnych nie pyta.

A jednak, gdyby podkomisya nie chciała się ograniczać do sprawozdań szpitalnych, to by się przekonała, że prac z zakresu szpitalnictwa było względnie sporo. Nie tu miejsce wliczać je szczegółowo. Powołamy się tylko pokrótce na prace ¹⁾: SZOKALSKIEGO, WŁAD. KRAJEWSKIEGO, L. NENCKIEGO, J. POLAKA, T. DUNINA, Z. KRAMSZTYKA, J. TCHÓRZNICKIEGO, B. ZIEMIŃSKIEGO, H. DOBRZYCKIEGO, G. FRITSCHEGO, WŁ. ŚWIĄTECKIEGO, J. SZWAJCERA, O. BUJWIDA, W. STERLINGA, J. ROGOWICZA, SAKOWICZA, J. ZAWADZKIEGO, O.

¹⁾ Uwzględniamy tylko prace, które wyszły po 1880 r. i dotyczą wyłącznie szpitali Warszawskich.

HEWELKEGO, B. JAKIMIĄKA i t. d. Pomijamy tu całą masę danych i prac, porzucanych po czasopiśmie, zwłaszcza w Pam. Tow. Lek. Warsz. i w Zdrowiu.

Zaznaczyć jednak należy, iż istotnie względnie do prac z zakresu medycyny specjalnej, liczba prac z dziedziny szpitalnictwa była niewielka. Lecz przyczyną tego wcale nie jest złe wynagrodzenie lekarzy szpitalnych pod względem materialnym. Wogóle przez wiele lat u nas panowało przekonanie, że spraw z zakresu szpitalnictwa dotyczyć w prasie nie wolno. Gdy w 1897 r. jeden z lekarzy szpitalnych wystąpił z pracą: „Potrzeby szpitalnictwa Warszawskiego“, obudziło to powszechny podziw, że ktoś mógł zabrać głos w sprawie, w której lekarze szpitalni nie mają głosu. Autor sam uznał wystąpienie swe, jako przekroczenie panujących zwyczajów, gdyż uważał za stosowne nie ujawniać swego nazwiska, lecz podpisać się pseudonimem. Dopiero, gdy powstało Towarzystwo Hygieniczne, uznano że pod patronatem takiej instytucji, obejmującej i dział szpitalnictwa, omawianie spraw szpitalnych jest uprawnione. Od tego czasu rozpoczął się niezmiernie żywy ruch: niema prawie kwestyi, która — by nie była mniej lub więcej wszechstronnie omawiana.

Zresztą, jakiegokolwiek mogą być powody, to rzecz można z pewnością, że nie względem na szczupłe wynagrodzenie materialne powstrzymywał lekarzy szpitalnych od prac z dziedziny szpitalnictwa. Faktem jest, co zresztą stwierdza i podkomisya lekarska, że ofiarność lekarzy szpitalnych jest u nas niezwykła. Wszakże oni z własnych środków zaopatrują w instrumenty i narzędzia gabinety, laboratoria, z własnych środków nabywają częstokroć dla chorych droższe lekarstwa, których szpital dostarczyć nie może — jednym słowem, czynić zarzutu lekarzom szpitalnym w Warszawie ze zbytńego rachowania się z otrzymywanym wynagrodzeniem — niepodobna. Wszakże ciż lekarze w odpowiedziach na kwestyonaryusz ochemistrza Turana oświadczyli gotowość zrzeczenia się pensyi ze względu na krytyczny stan funduszków szpitalnych.

W końcu jeszcze jedna uwaga.

Ze zdumieniem i przykrością widzimy z memoriału podkomisji lekarskiej, że chce nadal utrzymać zło, od tak dawna uznane i przesądzone, mianowicie — felczerów w szpitalach.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 17].

LÜTTGEN (*Münch. med. Woch.* 1900. 48) opisuje następujące spostrzeżenie. Chora 65-letnia od czterech dni przedstawia ciężki obraz zamknięcia kiszki, zależnego, jak z początku sądzono, od uwięźniętej przepukliny udowej. Pomiędzy wykonania operacji (*herniotomia*), obraz chorobowy w niczem się nie zmienia; przeciwnie, coraz staje się groźniejszym. Wobec tego zastrzyknięto jej 0,005 siarczanu atropiny. W pół godziny wystąpiły objawy bardzo ciężkiego zatrucia atropiną: suchość jamy ustnej i gardzieli, nieugaszone pragnienie, zawroty, tętno pełne i twarde, rozszerzenie źrenic, mocne zaczerwienienie twarzy, drgawki ogólne, bredzenie. W 12 godzin wszystkie te objawy ustąpiły, a chora oddała bardzo obfity stolec. Jednakże w ciągu następnych dni na nowo wystąpiły wymioty, a wraz z nimi cały poprzedni obraz niedrożności kiszki. Ostatecznie, wskutek upadku sił chora zmarła. Niestety, badania pośmiertnego zwłok nie dokonano.

OSTERMAIER (*Münch. med. Woch.* 1900. 49) spostrzegł w szpitalu następujący przypadek.

Starzec 80-letni, z ogromnemi zmianami miażdżycowemi w tętnicach, od 10 dni nie miał stolca. Wymioty, wzdęcie i ogromne bóle brzucha. Ani środ-

ki czyszczące, ani wysokie wlewania nie pomagają, a przytem chory coraz bardziej słabnie, tętno staje się niemiarowem, małym, częstem, a wymioty—kałowymi. Wobec tego zastrzyknięto choremu—11-go dnia choroby—0,001 atropiny. W godzinę potem ustały wymioty, bóle brzucha i czkawka; jednakże ani stolców, ani wiatrów nie było. Wieczorem tegoż dnia znowu zastrzyknięto choremu 0,001 siarczanu atropiny. Dwunastego i trzynastego dnia choroby pacjent ma się nieźle, ale stolców i wiatrów nie oddaje. Przez te dwa dni zastrzykiwano choremu dwa razy dziennie, t. j. rano i wieczorem, po 0,001 siarczanu atropiny. Czternastego dnia choroby jeszcze nie ma ani wiatrów, ani wypróżnień stolcowych, a ponieważ chory jest nieco silniejszym, więc zastrzyknięto mu 0,003 atropiny. W cztery godziny potem obfity stolec z wiatrami bez żadnego bólu. Wieczorem tego dnia nieznaczne bredzenie; zresztą żadnych innych objawów otrucia atropiną nie było. Odtąd chory szybko wrócił do zdrowia.

Oprócz tego często stosował OSTERMAIER atropinę, jako środek czyszczący (*evacuans*), w cierpieniach, przebiegających jako wtórny, odruchowy skurcz kiszkowy (*enterospasmus*), albo też jako wtórny bezwład kiszkowy (*enteroparesis*): mowa tu o tych zaburzeniach kiszek, które występują wobec kolki żółciowej (*cholelithiasis*), kolki nerkowej (*nephrolithiasis*), nerwobólu żołądkowego (*ulcus ventriculi*), zapalenia przyjądrza (*epididymitis*), bólu lędźwiowego z reumatyzmem mięśni brzusznych (*lumbago et rheumatismus musc. abdominis*), wobec pęknięcia mięśni brzusznych (*myorrhexis*), nerki wędrującej (*ren migrans*), a wreszcie wobec zwykłego uporczywego zaparcia stolca. Zwykle w takich razach i sami chorzy i lekarze uciekają się do rozmaitych środków i sposobów, aby usunąć dotkliwy i nieprzyjemny stan kiszek — najczęściej wszakże nadaremnie. „Otóż, w takich razach, jak OSTERMAIER zaznacza, atropina okazywała się zadziwiająco skuteczną“. „Bóle, wzdęcie i wymioty znikają bardzo szybko, a w 12, 24, albo w 36 godzin pojawiało się jedno wypróżnienie stolcowe, albo kilka i to zawsze bez żadnego bólu“. „W kilku przypadkach, w których przez dłuższy czas po zastosowaniu atropiny nie było stolców, te ostatnie pojawiały się bardzo łatwo pod wpływem zwykłej lawatywy, albo małej łyżeczki oleju rycynowego“. „Wygląda to tak, jakby kiszeki, przygotowane przez atropinę, łatwiej ulegały działaniu słabych środków czyszczących“.

W tych razach OSTERMAIER stosował atropinę albo podskórnie, albo w postaci pigulek—albo raz dziennie na czczo $\frac{1}{2}$ miligrama, albo też dwa razy dziennie, rano i wieczorem, po $\frac{1}{2}$ miligrama.

Wspomnieć tu zresztą należy, że OSTERMAIER stosował podskórne zastrzykiwania $\frac{1}{2}$ miligrama atropiny rano i wieczorem—przy zapaleniu wyrostka robaczkowego (*appendicitis*). Były to wprawdzie dwa lżejsze przypadki, jednakże zbawienne działanie atropiny okazało się widocznem: ruchy robaczkowe kiszek uspokajały się, bóle ustępowały, a na drugi lub trzeci dzień pojawiały się wypróżnienia stolcowe bez żadnego bólu.

DIETRICH (*Münch. med. Woch.* 1901. 8) opisuje przypadek ostrej niedrożności kiszek u mężczyzny 25-letniego prawdopodobnie wskutek skręcenia lewej części zagiętej kiszki grubej (*flexura sigmoidea*). Zaraz pierwszego dnia choroby, gdy inne środki nie dawały żadnej ulgi, zastrzyknięto choremu 0,001 atropiny. Ponieważ nie nastąpiła potem żadna poprawa, przeto tego samego jeszcze dnia, wieczorem, zastrzyknięto po raz drugi atropinę w ilości 0,0015. W dziesięć minut potem chory począł się skarżyć na suchość w gardle, przyczem i częstość tętna się powiększyła; noc jednakże chory przepędził względnie spokojnie. Następnego dnia, t. j. drugiego dnia choroby, wystąpiły wymioty kałowe. Zastrzyknięto przed wieczorem 0,003 siarczanu atropiny. W 20 minut potem bicie serca, suchość w gardle i częstsze uderzenia tętna [120]. Noc spokojna, obfite odchodzenie wiatrów, a następnego dnia, t. j. trzeciego dnia

choroby, nad ranem, obfity stolec. Odtąd dość szybko, bo w przeciągu pięciu dni, pacjent wrócił do zupełnego zdrowia.

ROBINSON (*Therapeut. Monatsh. 1901. Heft. 4*) podaje spostrzeżenie, dotyczący kobiety 45-letniej, u której trzeciego dnia niedrożności kiszek [między innymi objawami i wymioty kałowe], gdy wszelkie inne środki zawiodły, zastrzyknął 0,002 siarczanu atropiny. Wkrótce uspokoiły się bóle, a w kilka godzin potem poczęły i wiatry odchodzić; ale wypróżnienia stolcowego nie było, a nawet następnego dnia jeszcze dwa razy były wymioty kałowe. Z tego powodu tegoż dnia [4-go choroby] chorej zastrzyknięto dwa razy, rano i wieczorem, po 0,002 siarczanu atropiny. W trzy godziny po drugim, a raczej trzecim zastrzyknięciu odeszło mnóstwo wiatrów, a niezadługo potem pojawiły się obfite wypróżnienia stolcowe. Odtąd stan chorej coraz bardziej się poprawiał, tak, że pacjentka bardzo szybko wyzdrowiała.

ROBINSON ogólnikowo tylko wspomina, że w danym przypadku objawy otrucia atropinowego były bardzo nieznaczne natężenia; powiększyły się wprawdzie po trzecim zastrzyknięciu, jednakże bardzo szybko ustąpiły. Szkoda tylko, że nie znajdujemy wcale żadnej wzmianki, jakie to były objawy.

SIMON (*Münch. med. Woch. 1901. 12*) opisuje spostrzeżenie, w którym u kobiety 29-cio letniej, po siódmym normalnie odbytym porodzie, w przebiegu choroby połogowej (*endometritis puerperalis*), 8 dnia wystąpiły od razu groźne objawy zamknięcia kiszek (*ileus*). Trzeciego dnia trwania owych objawów wstrzyknięto trzy razy [rano, po południu i w nocy] po 0,001 atropiny. Wprawdzie w stanie ogólnym nastąpiła mała poprawa, jednakże objawy niedrożności kiszek trwały w dalszym ciągu. Z tego powodu następnego dnia, t. j. czwartego dnia trwania zamknięcia kiszek, zastrzyknięto dwa razy, rano i wieczorem, po 0,002 atropiny. W dwie godziny po drugim wstrzyknięciu wystąpiło bredzenie i nieprzytomność umysłu. Trwało to kilka godzin. Nad ranem zaczęły odchodzić wiatry i płynne, smrodliwe stolce. Odtąd codziennie już pojawiały się i wiatry i wypróżnienia stolcowe; odtąd też odnośnie do kiszek stan chorej uległ zupełnej poprawie. Sprawa połogowa trwała jeszcze dość długo, około dwóch miesięcy, poczem pacjentka zupełnie wyzdrowiała.

HÖCHTLEN (*Münch. med. Woch. 1901. 12*) wreszcie opisuje uastępujący przypadek.

Kobieta 71-letnia, która przed laty już wielokrotnie chorowała na zapalenie kiszek ślepej i otrzewnej, od kilku dni przedstawia objawy niedrożności kiszek. Siódmego dnia choroby wymioty kałowe. Wieczorem tegoż dnia zastrzyknięto 0,003 atropiny; niezadługo potem wystąpił ogromny niepokój i bredzenie, co trwało kilka godzin. Następnych kilka dni stan chorej coraz bardziej się pogarszał, atropiny wszakże już więcej nie zastrzykiwano, gdyż obawiano się otrucia. Jednastego dnia choroby pacjentka zmarła, a badanie pośmiertne zwłok wykazało, że niedrożność kiszek powodowały blizny i zrosty, zależne od przebytego dawniej zapalenia otrzewnej: w prawem zagięciu i w lewym zagięciu kiszka gruba była zupełnie uciśnięta, a prócz tego istniało wiele zrostów tak między samymi pętlcami kiszek cienkich, jako też pomiędzy nimi a kiszka grubą.

Oto wszystkie spostrzeżenia, jakie dotąd ogłoszono o wpływie podskórnych zastrzykiwań dużych dawek siarczanu atropiny na ostrą niedrożność kiszek. Opisano dotąd 23 przypadki tego rodzaju, oprócz rozmaitych przypadków, o których ogólnikowo OSTERMAIER (*Münch. med. Woch. 1900. 49*) w swej pracy wspomina.

Można wprawdzie owym spostrzeżeniom rozmaite robić zarzuty, jednakże dwa niewątpliwe wnioski z nich wyprowadzić można, a mianowicie:

po pierwsze, że można bez szkody zastrzykiwać podskórnie siarczan atropiny w dawkach pięć razy większych, aniżeli dotychczas sądzono;

po w t ó r e, że w niektórych przypadkach ostrej niedrożności kiszek duże dawki siarczanu atropiny, zastrzyknięte podskórnie, mogą się okazać środkiem zbawiennym.

Co się tyczy dawek, to wiadomo, że dotąd powszechnie uważamy za największą dozwoloną dawkę jednorazową (*pro dosi*) 1 miligram siarczanu atropiny, gdy tymczasem spostrzeżenia wyżej przytoczone dowodzą, że po największej części można bezkarnie zastrzykiwać dawkę pięć razy większą, a mianowicie 5 miligramów na raz. Największa dawka dobową (*pro die*) według wszystkich farmakopei wynosi 3 miligramy; chorym zaś, o których powyżej mowa, wstrzykiwano 1 centygram, a więc przeszło trzy razy więcej niż zwykle.

Nie przypuszczam, aby lekarze, podający swe spostrzeżenia, nie zwracali uwagi na objawy otrucia atropiną; dziwną więc wydaje mi się ta okoliczność, że na 23 spostrzeżenia, tylko w 8 zanotowano owe objawy. Czyżby one u reszty chorych wcale nie występowały? W każdym razie po większej części otrucie atropinowe pojawiało się dopiero po drugim lub trzecim wstrzyknięciu i to w formie bardzo łagodnej, np. jako lekkie, krótkie bredzenie, a tylko kilka razy [3] rozwinął się groźny obraz ciężkiego otrucia, ale i to względnie szybko ustępowało.

Zdaje się zatem, że na mocy dotychczasowych spostrzeżeń możnaby się odważyć na takie niezwykle heroiczne dawki w wyjątkowych razach rozpaczliwych; trzeba by wszakże postępować w tym względzie bardzo oględnie, szczególnie w praktyce prywatnej; nie miemy bowiem, jakie mogłoby być położenie lekarza, gdyby zła wola otoczenia zechciała skorzystać w danym razie i lekarza przed sądem obwiniła o niepomyślne zejście.

Co się tyczy punktu drugiego, to przypomnieć należy, że we Francji już BRETONNEAU i TROUSSEAU zwrócili uwagę lekarzy na niezwykłą skuteczność przetworów Wilczej Jagody (*Belladonna*), a mianowicie wyciągu (*extr. Belladonnae*) w niektórych chorobach kiszek, zwłaszcza przeciw uporczywemu zatwardzeniu (*obstipatio*), niedrożności kiszek (*ileus*). Za ich przykładem poszli i lekarze niemieccy, zachęceni przez SCHÖNLEIN'a i HUFELAND'a. Od owego też czasu datuje się zwyczaj łączenia niektórych środków czyszczących z wyciągiem Wilczej Jagody (*extr. Belladonnae*). BATSCH'a wszakże zasługą pozostaje, że zwrócił uwagę na skuteczność dużych dawek atropiny, stosowanej podskórnie.

Rozumie się, że dotąd nie można podać ogólnego prawidła we względzie stosowania atropiny przeciwko niedrożności; u jednych chorych może nastąpić wyzdrowienie po zastosowaniu daleko mniej heroicznego środka leczniczego; u innych zaś, pomimo zastosowania atropiny, operacja może się okazać nieodzowną.

W każdym razie w przypadkach bardzo ciężkich przed przystąpieniem do operacji, albo też gdy operacja dla jakichbądź powodów okaże się niemożliwą, należy spróbować wzmiankowanego leczenia.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— W Warszawskim Towarzystwie Hygienicznym na następujące 3-letnie wybrano na prezesa: prof. KOSIŃSKIEGO, na wiceprezesa kol. POLAKA a na sekretarza kol. PALMIŃSKIEGO.

— Dzienniki polityczne donoszą, iż w r. b. prócz warszawskich ruchomych oddziałów okulistycznych, ma udać się na prowincję i petersburski i to specjalnie do gub. Suwalskiej i Płockiej.

Do dzisiejszego Nr. Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: Informacya „Warszawskiej Kasy Pożyczkowo-Oszczędnościowej lekarzy“.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 20 Апрелья 1901. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8

Priessnicowski Zakład Wodoleczniczy 12-1
w Gräfenbergu, Szląsk Austriacki,
 położony na wysokości 630 metrów w górach Altvater. Stacya D. Ż. Hydro-
 terapia, Kąpiele z kwasu węglan. i elektryczno, Gimnastyka lecznicza etc.
 Kierownik lekarski **Dr. R. Hatschek**, drugi lekarz **Dr. A. Richter**.

Lecznica Chirurgiczna
D-ra A. GRÜNBAUMA.

WARSZAWA

12-11

25, Nowolipki, 25

Przyjmuje pacyentów, kwalifikujących się do operacyi, na stałe pomieszczenia.

Cena 2—4 rb. dziennie.

P E R T U S S I N

Extract. Thymi saccarat. Taeschner.

26-14

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7, Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898).
 № 56 Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. (1899) i № 17 Wiener med. B. (1900).

Skład główny: Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Składy: Mag. farm. E. van Bellen, Aptekarz Th. Buchar lt, Ryga Kalkstrasse 26.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz **H. Bierthümpfel**, Warszawa, Marszałkowska 133.

KROWIANKA ospa
 ochronna

w Instytucie szczepienia ospy, **Daniłowiczowska 8.**

D-ra Tchórnzkiego.

6-2

Dr. W. MALESZEWSKI

0—7

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag. ordynuje jak lat dawnych w sezonie od 20 kwietnia do 1 października.

w Karlsbadzie.

„Drei Staffeln“ Alte Wiese.

NATURALNA

Maryenbadzka sól zdrojowa

w butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach po 5 gr.

WSKAZANIA:

Zastępować może źródło maryenbadzkie we wszystkich przypadkach, w których chorzy nie mogą udać się osobiście do Maryenbadu. W przypadkach tych naturalna sól maryenbadzka jest nie tylko najtańszym, lecz i najlepszym środkiem przy ogólnem otłuszczeniu, otłuszczeniu wątroby, serca, zaparciu stolca i pletorze.

Nabywać można we wszystkich aptekach, składach materiałów aptecznych i wód mineralnych oraz bezpośrednio w ekspedycji głównej w Maryenbadzie (Czechy). 12—1

Dr. BOLESŁAW KOSTECKI

stałe przebywający w Abbazyi ordynować będzie od Maja do Września

w Karlsbadzie

Schwarze Rache, Sprudestr., Nr. 100.

6—3

D-r Karol Zaleski

w nadechodzącym sezonie będzie ordynował w Druskiennikach.

Choroby wewnętrzne i nerwowe.

4—1

Sanatorium D-ra RÖMPLERA
 6—3 dla chorych piersiowych
Görbersdorf na Śląsku
 Kuracya letnia i zimowa.

SKŁAD
WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
 PRZY APTECE
FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna 39, telef. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco gratis. 52—18

Ekspedycya szybka i akuratna.

Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych

JENERALNA REPREZENTACYA

na Królestwo Polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

SKŁAD GŁÓWNY LIMFY D-ra TCHÓRZNICKIEGO.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO - ORTOPEDYCZNY

4—2

D-ra REICHSTEINA

Warszawa, Leszno 31.

przyjmuje z chorobami chirurgicznymi, ze skrzywieniami kręgosłupa, kończyn, chorobami stawów, mięśni i do masażu od g. 4—6. W **Pracowni Ortopedycznej** przy Zakładzie wyrabiają się przy udziale specjalistów: gorsety, przyrządy na kończyny (Schienenhülsenapparaten Hessinga), sztuczne kończyny, wszelkie pasy rupturowe i brzuszne i t. d.

D-r W. Bujakowski

6—1

stale ordynuje

w Druskienikach.

Nałęczów.

W zimie ścisły internat dla chorych wewnętrznych i nerwowych (z wyłączeniem umysłowych i epileptyków). Dwóch stałych lekarzy, dozorczeni chorych, masażystka. Stosowanie wszelkich racjonalnych metod przyrodoleczniczych.

Dyrektor **Dr. A. Puławski,**

0—16

b. ordynator szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

Dr. OSKAR KAUFMANN

10—6

ordynuje jak dawniej

w Karlsbadzie

w domu „Pascha“ Sprudelstrasse.

Ciechocinek

Pensjonat D-rowej A. Sawickiej w wili „Zacisze,” miejscowości zdrowej i suchej, w pobliżu łaźni i parku.

Zadaniem pensjonatu — za umiarkowaną opłatę dostarczyć gościom wygodne pomieszczenie, życie zdrowe i smaczne.

Dla osób młodych i dzieci przybywających bez rodziny, zapewnia się najtroskliwszą opieką. Sezon pierwszy rozpoczyna się od 20 Maja.

Bliższe szczegóły: **Warszawa, Krucza 9. u D-rowej A. Sawickiej.**

Wyroby z soli naturalnych—ekstrakt wody.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki ułatwiające trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Do przyrządzenia samemu sobie woda alkaliczna gazowa.