

GAZETA LEKARSKA

Materya promienista jako środek leczniczy.

ODCZYT

prof. N. Cybulskiego [Kraków],

wygłoszony przy otwarciu „Domu lekarzy“.

Wszelkie zбочenia od normy, wszelkie zaburzenia w funkcyach ustroju ludzkiego lub zwierzęcego można uważać jako osobne zjawiska, a jako takie mogą one oczywiście być przedmiotem ścisłych badań naukowych. Taki pogląd na medycynę, jako naukę, która dawałaby możność nie tylko określać warunki, wśród których powstaje zjawisko patologiczne, lecz zarazem także warunki, które usuwają stan patologiczny, daje nam prawo zaliczać medycynę do kategorii nauk ścisłych. Między medycyną, jako nauką, a innymi naukami ścisłymi zachodzi jednakże różnica w tym względzie, że nie tylko same zjawiska, jako stany patologiczne, są o wiele więcej skomplikowane, zależne od bardzo wielu, często nieuchwytnych czynników i warunków, lecz że każdy fakt w tej dziedzinie, mniej lub więcej ustalony, umysł ludzki stara się prawie bezwzględnie wyzyskać w celach praktycznych, w celach niesienia ulgi i pomocy dotkniętym zaburzeniami chorobowemi istotom, i ta właśnie okoliczność nadaje niejako medycynie charakter prawie wyłącznie wiedzy praktycznej, wiedzy stosowanej. Co więcej, nie tylko w celach praktycznych usiłujemy zastosowywać fakta, poznawane w zakresie samej medycyny, lecz w ten sam sposób postępujemy prawie zawsze z faktami z innych dziedzin, np. z dziedziny biologii, fizyki lub chemii i niema prawie jednego większego odkrycia z ostatnich wieków w dziedzinie nauk ścisłych, któreby w mniejszym lub większym stopniu nie znalazło zastosowania w medycynie.

Wystarczy, jeżeli Panom przypomnę, z jakim zapalem rzuciliśmy się do badań drobnoustrojów i w jak szerokim zakresie fakta, stwierdzone w tej dziedzinie, znalazły zastosowanie w medycynie.

Zaledwie w świecie naukowym zjawiała się wiadomość o promieniach RÖNTGEN'a, prawie bezpośrednio zaczęliśmy je stosować nie tylko w celach dyagnostycznych, ale i leczniczych.

Obecnie żyjemy w okresie, w którym już nie z szybkością siły pary, ale elektryczności usiłujemy wyzyskać dla celów leczniczych najnowsze i—można powiedzieć—jedno z największych odkryć ubiegłego stulecia, mianowicie własności materji promienistej. Uplynęło zaledwie kilka lat od chwili, gdy nowe własności materji zostały wykryte, a już istnieje cała obszerna literatura o stosowaniu tych własności w celach leczniczych.

Korzystam z dzisiejszej uroczystości, ażeby o tym nowym kierunku kilka słów powiedzieć, a także wychodząc z ogólnych założeń i podstaw naukowych, poczynić pewne zastrzeżenia, i o ile to jest możliwe w danej chwili, wytknąć właściwą drogę dla badań tej kategorii.

Wiadomo wszystkim Panom, że obecnie znamy już kilka pierwiastków, jak np. uran, tor, aktyn, polon, rad, które same lub w swoich związkach chemicznych wydają wciąż osobne promienie, niewidzialne dla oka, o których istnieniu jednakże możemy się bardzo łatwo przekonać, bądź przez to, że one wywołują jonizację gazów i innych złych przewodników elektrycznych, bądź przez to, że wzbudzają światło w fluoryzujących ciałach i w oku, lub same świecą w ciemności, bądź w końcu przez to, że działają na płyty fotograficzne, przenikając przez ciała nie przezroczyste i wywołują redukcye, podobne do promieni świetlnych.

Według własności promienie te zostały podzielone na trzy grupy, pod nazwą α , β i γ ; z nich najmniejszą zdolność przenikania przez ciała obojętne mają promienie α , nieco większą β , a największą γ . Promienie β najbardziej są zbliżone do promieni RÖNTGEN'a, promienie γ do promieni katodowych.

Z początku spostrzeżenie przypadkowe, a następnie przedsięwzięte doświadczenia wykazały, że wszystkie te promienie, a w szczególności promienie najsilniejszej z tych substancji—radu, wywierają działanie na organizmy zwierzęce i roślinne wogóle prawie identyczne z działaniem promieni X. Z dotychczasowych badań można wnosić, że najbardziej wrażliwymi na działanie tych promieni są twory nabłonkowe, następnie komórki nerwowe, a wogóle wszystkie komórki młode, obfite w protoplazmę np. jaja, komórki embryonalne w okresie rozwojowym, komórki najmniej zróżnicowane. Zmiany, które występują w komórkach lub tkankach pod wpływem tych promieni, są zależne od siły i natężenia promieni, względnie od ich ilości i czasu działania.

Pierwszym objawem jest [HEINECKE] zacieranie się konturów i granic komórek, następnie protoplazma ulega rozrzedzeniu, a jako ostatni objaw widzi my pęcznienie jądra i jego znikanie.

Cały szereg autorów, jak BOHN, P. K. GILMANN, F. H. BRETJER, CH. R. BARDEAU, SCHUPER i t. d. na *planaria lugubris*, *planaria macularia*, na larwach trytona, na jajach żab i innych jestestwach wykazuje jednogodnie wszędzie te same zmiany, tak pod wpływem promieni X, jak również pod wpływem promieni, wydzielanych przez materje promieniste, a zwanych promieniami BÉCQUEREL'a. I tylko na podstawie badań porównawczych autorowie ci stwier-

dzają, że wogóle jednakże wszelkie twory żyjące są wrażliwsze na promienie BECQUEREL'a. Jeżeli działanie tych promieni jest krótkotrwałe, to zwykle z początku obserwuje się podniesienie potęgi życiowej, np. przyśpieszenie rozwoju jaj lub zarodków, jeżeli atoli działanie jest dość silne, to zwykle sprawy życiowe słabną, np. rozwój zarodka się zwalnia, staje się nieprawidłowym i w końcu daje formy monstrualne lub zupełnie ustaje, a powstała np. *morula* pod działaniem promieni zamienia się w kulę, złożoną z bezkształtnej masy. Jeżeli działamy np. promieniami X lub β na rozwijające się jajo kurcze, to o ile działanie to nie jest tak silne, ażeby było w stanie przerwać rozwój zarodka, kurczęta się wylęgają, lecz albo posiadają rozmaite zбочzenia i monstrualności, albo tylko rozwój niektórych narządów, np. piór, staje się nieprawidłowym.

Wogóle wśród jednych i tych samych warunków działanie obu kategorii promieni bywa tem silniejsze, im badane istoty są brane z wcześniejszych okresów rozwoju.

PERTES obserwował działanie promieni X, oraz promieni radu [10 mlg.] na jajkach *ascaris megalcephala* podczas ich rozwoju pod mikroskopem i znalazł, że w okresie, w którym normalne jaja składały się już z 16-u blastomer, jaja pod wpływem tych promieni dochodziły tylko do 4-ch, następnie traciły coraz bardziej kontury i stopniowo przekształcały się w bezkształtną masę.

Prawie jednocześnie z szeregiem badań eksperymentalnych już obecnie bardzo liczny poczet lekarzy stosował promienie radu lub innych substancji promieniotwórczych w celach leczniczych, a mianowicie w całym szeregu przypadków nowotworów złośliwych, jak np. *lupus vulgaris* [MAC LEAT], *ulcus rodens* [DAWIDSON], *epitheliomata* języka lub przełyku [EXNER], *epitheliomata* skóry [GOLDBERG, BLOCH, BLOUDAMOUR], rozmaite formy raka i mięsaków. Prawie wszyscy autorowie jednoznacznie podają, że rezultat tego sposobu leczenia był zawsze dodatni, a niekiedy najzupełniej skuteczny, wyleczenie występowało nawet w przypadkach, nie dających się już operować i, przynajmniej w tym krótkim czasie, nawrotów nie zauważono.

Przez wielu autorów stwierdzono także bakteryobójcze działanie obu kategorii promieni; pod tym jednak względem nie wszystkie bakterie okazały się jednakowo wrażliwymi; np. bakterie gruźlicze nawet na pożywkach okazywały wielką odporność. Natomiast te same bakterie wśród żywych tkanek ginęły pod wpływem stosunkowo słabych promieni uranu i toru.

Działanie promieni X, jak również radu na śledzionę, gruczoły limfatyczne i wogóle twory torebkowe (*glandulae folliculares*) nasunęło kilku lekarzom myśl stosowania ich w białaczce i przeciw limfadenomatom; wynik, jak podają przynajmniej niektórzy z nich, był również zachęcający.

Najbardziej charakterystyczną cechą materii promienistej, a w szczególności radu i toru, jest fakt, że nie tylko te substancje same wydają promienie, ale że wszystkie przedmioty, które pozostają z nimi w styczności, stają się też na dłuższy lub krótszy czas promieniotwórczymi. Tę właściwość nazywano promieniotwórczością indukowaną. Ta właściwość materii promienistej nie zależy od promieni, gdyż zatopione w szklanych rurkach nawet najsilniejsze preparaty radu jej nie okazują i występu-

je ona tylko wtedy, jeżeli preparaty tych substancji są otwarte, a w szczególności jeżeli są w roztworach.

Otóż RUTHERFORD na podstawie własnych doświadczeń oraz doświadczeń innych autorów przyszedł do wniosku, że indukcje promieniocenne zależą od osobnej substancji materialnej, mającej charakter gazu, której cząsteczki posiadają ogromny zapas energii i ją stopniowo zamieniają w promienie BECQUEREL'a. Substancję tę nazwał e m a n a c y ą.

Emanacja, podobnie jak argon, jest materią chemicznie nieczynną, lecz zdolną przenikać gazy i inne otaczające przedmioty, kondensować się na powierzchni stałych przedmiotów i być źródłem promieni BECQUEREL'a.

Jak Panom wiadomo, obecnie przynajmniej dla radu stwierdzono z całą ścisłością, że temu ciągłemu wydzielaniu emanacji towarzyszy stale rozwój ciepła, bez względu na otaczającą temperaturę, i że skutkiem tego — radi jego związki są ciałami, które posiadają własną temperaturę, prawie o trzy stopnie wyższą od otoczenia. Wiecie także Panowie, że pomimo wydzielania emanacji związki te pozornie nie tracą na wadze, oraz, że ilość emanacji, jak również ilość promieni zostaje w prostym stosunku do ilości atomów w związkach. A ponieważ ilość emanacji nie zostaje w żadnej zależności od czynników fizycznych, jak np. temperatura i ciśnienie, więc musiano przyjąć nową hipotezę, że całe to zjawisko zależy od zmian, zachodzących w atomach.

I rzeczywiście, charakterystyczną cechą pierwiastków materii promienistej jest ich stosunkowo wielki ciężar [uran 240, tor 232.5, rad 225]. Te więc duże atomy, zawierające ogromny zapas energii, mają częściowo ulegać rozkładowi i emanacja jest skutkiem ciągłego odrywania się od nich bardzo drobnych cząsteczek, obdarzonych wielkim zapasem energii; sprawie tej towarzyszy wywiązywanie się także pewnej ilości ciepła. Ilość cząstek jest jednak tak mała, że najbardziej promieniotwórczy rad ma tracić zaledwie 1/100 swej substancji w ciągu 130 lat. Przytem wytwarza milion razy więcej kaloryi ciepła, niż przy powstaniu odpowiedniej ilości wody.

Emanacja, jak już zauważyliśmy wyżej, powoduje w obojętnych otaczających przedmiotach zdolność do wytwarzania promieni BECQUEREL'a, wogóle osiada ona na powierzchni stałych przedmiotów, niektóre jednakże z nich przenika głębiej, np. watę, parafinę, celuidynę i w takim razie przedmioty te promieniują o wiele dłużej, niż inne.

Jasną jest rzeczą, że starano się także badać wpływ emanacji na jęstwa żyjące i chociaż badań w tym kierunku jest jeszcze bardzo mało, to jednak już obecnie na podstawie doświadczeń LONDON'a i GOLDBERG'a można twierdzić, że działanie emanacji jest podobne do działania promieni BECQUEREL'a. Niższe ustroje, bakterye i zarodniki giną, tak, że emanacja może służyć do wyjaławiania przedmiotów w zwykłej temperaturze. Młode zwierzęta, jak myszy, po kilkunastogodzinnym pobycie w atmosferze nasyconej emanacji również giną wśród objawów duszności, przekrwienia skóry i płuc.

Parafina, wata, guma, korki i pierze, nasycone emanacją i przyłożone na 2—5 godzin do skóry, wywołują zaczerwienienie, które występuje po kilkunastu godzinach lub kilku dniach, łuszczenie się naskórka, a niekiedy nawet zapalenie skóry. To działanie emanacji już w pierwszych chwilach nasunęło myśl stosowania jej w celach leczniczych, a mianowicie wdychanie powietrza, zawierającego emanację toru lub radu w chorobach płuc, w szczególności w gruźlicy [GORDON, REHENS, GOHN MACK i INTYRE z Glasgowa], jakoby z dobrym skutkiem.

Organizm ludzki, podobnie jak wata, pochłania także emanację; tak ELSTER i GAETTEL znaleźli, że osoby pracujące w zakładach, w których znajduje się rad w postaci soli, lub minerałów, wydzielają emanację w powietrzu wydychanem i to przez czas dłuższy, chociażby w tym czasie wcale nie oddychały powietrzem, w którym emanacja się znajduje.

Ponieważ wszystkie pierwiastki promienioczynne, jak rad, tor, uran i inne, wchodzi w skład rozmaitych minerałów, a więc znajdują się w ziemi, przeto nasuwało się pytanie, czy się nie uda wykazać emanacji w wodach źródłanych wogóle, a w mineralnych w szczególności.

Radania z ostatnich czasów, wykonane w dwóch kierunkach, a mianowicie: badania źródeł mineralnych z jednej strony i badanie eksperymentalne wody, którą przepuszczano przez minerały, zawierające uran, lub rad z drugiej, dały odpowiedź na to pytanie w sensie dodatnim. Okazało się bowiem, że we wszystkich prawie bez wyjątku wodach mineralnych można wykazać większą, lub mniejszą ilość emanacji, która z natury swojej jest bardzo zbliżona do emanacji radu. Nadto, ostatnie badania THOMSON'a wykazały, że wszystkie metale są także substancjami promienioczynnymi i że według wszelkiego prawdopodobieństwa wszystkie wytwarzają emanację.

Cząsteczki, tworzące emanację, jak już zauważyłem wyżej, są cząsteczkami materii w ruchu, obdarzonymi ogromną ilością energii; otóż przynajmniej dla radu stwierdzono, że jego emanacja w zamkniętych rurkach, tracąc swą energię przez promieniowanie, stopniowo zamienia się w hel. Potwierdzenie tego faktu w roku ubiegłym znalazł dr Ch. MOUREU. Autor ten bowiem wykazał, że w gazach bardzo wielu wód mineralnych można stwierdzić obecność helu.

Sam fakt przejścia emanacji w hel, jak Panom wiadomo, uważa przynajmniej pewna część badaczy jako dowód przekształcania się pierwiastków chemicznych jednego w drugi.

Mam nadzieję, że każdy z Panów uzna, że przytoczone fakta, jakkolwiek dotychczas luźne i nie powiązane z sobą, otwierają jednakże przed nami tak obszerne pole do badań, tak wielkie przestworza tajemnic natury, jak żadne odkrycie naukowe dotychczas.

I w rzeczy samej, przyjmując teorię atomistyczną i budowę cząsteczkową materii, przenieśliśmy to pojęcie także na materię żywą i wszelkie sprawy w protoplazmie i wszelkie działania na nią wyobrażaliśmy sobie jako sprawy chemiczne między - lub śródcząsteczkowe, a całą energię ustroju, włącznie do stanów psychicznych, wyprowadzaliśmy li tylko z powinowactw chemicznych. Wobec zjawisk promienistości materii, wobec prawdopodobieństwa, że źródłem

energii wogóle i to źródłem nieskończenie obfitszem, lecz dla nas jeszcze niedostępnem i nieznanem, mogą być atomy, z czasem te zapatrywania będziemy musieli porzucić. Od tej chwili nasze pojęcia o sprawach materyalnych w ustrojach już się nie dadzą wtłoczyć w stare ramy teorii molekularnej, gdyż badania te będą musiały obejmować także i sprawy, zachodzące w atomach, co oczywiście skomplikuje i znacznie utrudni zadanie, lecz według wszelkiego prawdopodobieństwa pozwoli nam się zbliżyć do bardziej dokładnego ujęcia zjawisk natury, które na dotychczasowych podstawach pozostałyby zupełnie nieujęte. Dla mnie np. już obecnie staje się rzeczą wątpliwą, azali samo zjawisko życia jest wynikiem tylko spraw molekularnych? Jeżeli, jak twierdzi THOMSON, wszystkie metale wydają promienie, t. j. wytwarzają emanację wskutek rozkładu atomów, a więc są źródłem tej atomowej energii, rozchodzącej się w przestrzeni, to czyż mamy podstawę, czyż możemy zaprzeczać, że rozmaite elementa, rozmaite atomy pierwiastków, wchodzących w skład naszego ciała, nie wytwarzają podobnej emanacji, której nie dostrzegamy tylko wskutek braku odpowiednich sposobów badania. A jeżeli dać wolność fantazyi i zgodzić się na to przypuszczenie, to o ileż obszerniejsze staje się zadanie medycyny i lekarzy, jako badaczy zaburzeń w prawidłowych sprawach ustroju ludzkiego. Czyż nie można na tej podstawie przypuścić, że zaburzenia mogą zachodzić nie tylko w sprawach molekularnych protoplazmy, lecz i w składowych częściach każdej molekuly.

Tak zakreślony punkt widzenia nie tylko nadaje znaczenia działaniom dodatnim lub ujemnym promieni BECQUEREL'a lub X, lub też działaniu samej emanacji, lecz pozwala nie upatrywać mistycznego przesądu we wzajemnem oddziaływaniu jestestw żyjących na siebie i oddziaływaniu zjawisk kosmicznych na człowieka.

Wracając jednakże do założenia, wypowiedzianego na wstępie, a mianowicie: do zakreślenia kierunku i granic terapeutycznego działania materji promienistej, muszę zaznaczyć, że cały dotychczasowy ruch w tej dziedzinie sprawia wrażenie, przynajmniej na mnie, chaotycznego, grubego empiryzmu.

Z góry chyba przecież można powiedzieć i przewidzieć, że tak w działaniu promieni, jak w emanacji, ludzkość nie znajdzie *panaceum* na wszelkie cierpienia swego ciała i duszy, również z góry można było zdawać sobie sprawę, że wprzód nim to nowe, prawie nieznanne zjawisko będziemy mogli z korzyścią stosować w celach leczniczych, wypada poznać jego działanie i wpływ na rozmaite funkcje ustroju. Tego zadania dotychczas nie spełniono, a te usiłowania, które istnieją, nie zawsze były przedsiębrane z odpowiednią ścisłością. Mimo to wszystko już i z tych faktów, które znamy, można wyciągnąć pewne konsekwencye, które trzeba mieć na względzie w dalszych badaniach; i tak stwierdzono, że wogóle twory mniej stałe, lub pozostające w okresie tworzenia się ulegają łatwiej działaniu tak promieni obu kategorii, jako też emanacji. Te, z nadzwyczajną szybkością poruszające się nieskończenie małe cząsteczki materji jakby rozsadzały organizację molekularną protoplazmy, która oczywiście w młodych i mało wyróżnionych tworach, musi być inną, niż w tworach stałych. Stąd rzeczy-

wiście można wnosić, że elementy nowotworów, przynajmniej niektórych, jako mniej stałe i mniej wyróżnione, mogą także łatwiej ulegać zniszczeniu pod wpływem promieni i emanacji, niż twory fizjologicznie normalne; lecz i w tym względzie potrzeba było znaleźć sposoby dozowania siły działającej i normowania jej według potrzeby. Słowem—wypadało przedtem wytworzyć jednostkę działania i tą jednostką mierzyć tak siłę promieni, jak emanacji. Tego też dotychczas nie dokonano. Być może więc, że różnice wyników rozmaitych autorów mają swe źródło w tym braku miary.

Jakkolwiekbydz, uważam za dobry znak, a dla siebie za wielki zaszczyt i prawdziwą przyjemność, że życie naukowe w tym naszym „Domu“ mogłem rozpocząć od przedstawienia Panom tych wielkich i szerokich zadań naukowych, wobec których stają przyszłe pokolenia lekarzy.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

14. Alfred Lévy Bing. Zastrzykiwania rtęci śródmięśniowe w syfilisie.

LÉVY BING oddaje pierwszeństwo zastrzykiwaniom przed innymi sposobami stosowania rtęci nie tylko ze względów praktycznych, ale i leczniczych. Możliwość ścisłej kontroli dawkowania rtęci, szybsze działanie lecznicze, zaoszczędzenie przewodu pokarmowego od podrażnienia, które bywa prawie nieuniknione przy stosowaniu rtęci *per os*, zupełnie pewne i szybsze wessanie się rtęci bezpośrednio do krwi, oto są korzyści stosowania metody zastrzykiwań. Stroną ujemną zastrzykiwań się: ból, wylewy krwi, nacieczenia i stwardnienia, ropnie, powikłania nerwowe (*ischias, neuritis, atrophia muscularis*), zatory. Nadto jako powikłanie mogą być: podrażnienie błony śluzowej jamy ust, rzadziej biegunka, a jeszcze rzadziej rumień i białkomocz.

Do zastrzykiwań używane są sole rtęci rozpuszczalne i nierozpuszczalne.

Sole rozpuszczalne rtęci szybko się wysysają i wydzielają z organizmu, wobec czego powinny być zastrzykiwane codziennie; ta ostatnia okoliczność bywa dla chorych nieraz bardzo uciążliwa i uniemożliwia stosowanie tej metody. Zastrzykiwane w dawkach małych, nie wywołują tak często zatrucia; prócz tego lekarz ma możliwość codziennego kontrolowania stanu pacjenta. Wobec tego zastrzykiwania soli rozpuszczalnych są wskazane u chorych gruźliczych, u cierpiących na zęby, nerki i wątrobę, u dzieci i chorych z powikłaniami syfalistycznymi w oczach; również z korzyścią stosują się przy porażeniach ogólnych. Sole te nie wywołują zatorów i bardzo rzadko stwardnienie. Ból jest stanowczo mniejszy, niż przy stosowaniu soli nierozpuszczalnych.

Sole nierozpuszczalne, wstrzyknięte w tkankę mięśniową, wysysają się stopniowo w małych dawkach, przeistoczonych w składniki rozpuszczalne przy zetknięciu się z płynami organizmu. Wyniki lecznicze soli nierozpuszczalnych dawniej były więcej dodatnie, niż przy stosowaniu soli rozpuszczalnych, a to dlatego, że dawki rtęci w solach rozpuszczalnych były niedostateczne i mniejsze, niż w solach nierozpuszczalnych; obecnie zaś

gdy dawki rtęci w tych ostatnich zwiększono, różnica w wynikach leczenia jest prawie żadna. Zaletą stosowania tych soli jest rzadkość zastrzykiwań [co tydzień]. Przeciwwskazane jest stosowanie soli nierozpuszczalnych u chorych z białkomoczem, z cierpieniami nerek, wątroby, zębów, u starców, u charłacznych. Chorzy na serce, otyli, z tętniakami aorty, cukromoczem znoszą te zastrzykiwania bardzo dobrze.

Sole rozpuszczalne zastrzykuje się: pod skórę, w żyły, w łącznicę oka, do kanału kręgowego, wewnątrz tchawicy, między mięśnie.

Sole nierozpuszczalne zastrzykuje się: w okolicę ledźwiową, w masy mięśniowe z dwu stron kręgosłupa, w okolicę łopatkową. W następujące miejsca pośladków są stosowane te zastrzykiwania: punkt SMIRNOWA — okolica pozakrętarzowa; punkt GALLIOT'a — na dwa palce na zewnątrz od skrzyżowania się linii poziomej, przechodzącej przez krętarz wielki z linią pionową, równoległą do fałdy międzypośladkowej; punkt FOURNIER'a, który odpowiada $\frac{1}{3}$ górnej części pośladka; punkt BARTHÉLEMY'ego, mniej więcej na brzegu zewnętrznym mięśnia pośladkowego wielkiego.

Następnie autor wylicza wszystkie sole rozpuszczalne i nierozpuszczalne, oraz wyprowadza wnioski na zasadzie własnych doświadczeń.

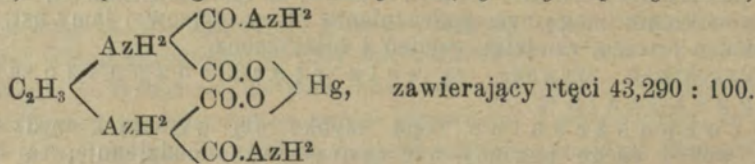
1. Przetwory rtęciowe rozpuszczalne.

1) Alaninat rtęci lub Amidopropionat rtęci

(*Hydrarg. alaninatum vel amidopropionicum* ($C^3H^6AzO^2$) 2Hg)

zawiera rtęci 53,19 na 100. Jest to proszek krystaliczny biały, rozpuszczalny w wodzie. Autor wstrzykuje ten środek według przepisu: Hg. alanin. 0,1, Aq. destill. 10,0 — szprycka objętości 1 cm. sz. zawiera 1 ctgr. alaninatu, odpowiadający 53 decymilligr. rtęci. Środek ten nie wywołuje objawów zatrucia. Autor radzi zastrzykiwać codziennie 2 ctgr. alaninatu, gdyż 1 ctgr. uważa za dawkę niedostateczną.

2) Asparaginian rtęci (*Hydrarg. asparaginum*)



Jest to płyn przezroczysty, bez barwy i zapachu. Autor do zastrzykiwań używa roztworu 1—2—3%. Dawki te chorzy łatwo znoszą. Zastrzykiwania są niebolesne, ale skuteczność ich działania, według autora, jest mała.

3) Benzoan rtęci (*Hydr. benzoicum*) ($C^6H^5-CO^2$) $^2Hg + H_2O$ zawiera rtęci 45,25 : 100.

Jest to sól biała w postaci kryształków bez smaku i zapachu, rozpuszcza się w wodnym roztworze chlorku i jodku sodu. STRUKOWENKOF podaje następujący przepis roztworu:

Hg. benzoic.	0,3
Natrii chlor.	0,1
Cocaini muriat.	0,15
Aq. destill.	40,0.

Okazało się, że w tym roztworze po 15-u dniach $\frac{1}{3}$ rtęci strąca się przez kokainę, wobec tego BRETONNEAU proponuje przepis:

Hg. benzoic. 0,3
 Ammonii benzoic. 1,5
 Cocaini benzoic. 0,06
 Acid. benz. 0,3
 Aq. destill. q. s. ad 30,0.

GAUCHER zastrzykuje roztwór:

Hg. benz. 1,0
 Natrii chlor. pur. 0,75
 Aq. sterilis. 100,0

[szprycka o 1 cm. sz. zawiera 1 ctgr. benzoanu = 0,0045 Hg].

Przetwór ten, używany przez autora według przepisu GAUCHER'a, nie wywołuje biegunki; dla celów leczniczych wystarcza dziennie 2 ctgr. benzoanu; w razie potrzeby dawkę można powiększyć do 3—4-ch ctgr.

4) Chlornik rtęci. Dwuchlorek rtęci (*Hydrarg. bichlor. corrosivum vel Sublim. corrosivum*. $HgCl_2$) zawiera rtęci 73,80 : 100. Autor przytacza kilka przepisów, według których zastrzykuje się ten środek.

Przepis LEVIN'a:

Sublim. corros. 0,5
 Natrii chlor. 1,0
 Aq. destill. 100,0, zawiera w 1 cctm. 0,005 Hg.

Przepis CRUYL'a:

Sublim. corros. 1,0
 Olei oliv. steril. 100,0.

Szprykę PRAVAZ'a zastrzykuje się co tydzień.

ESTREICHER, ŁUKASIEWICZ i PIASECKI podają przepis:

Sublim. corros. 0,5
 Natrii chlor. 0,5
 Aq. destill. 10,0.

Szprykę PRAVAZ'a raz na tydzień.

Przepis CHERON'a:

Sublim. corros. 0,5
 Natrii chlor. 2,0
 Acid. carbol. cristal. 2,0
 Aq. destill. 200,0.

STAUB proponował:

Sublim. corros. 1,25
 Ammon. chlorat. 1,25
 Natrii chlorat. 1,25
 Album. ovi N. 1
 Aq. destill. 250,0

Przepis BAMBERGER'a:

Pepton pulv.
 Ammon. chlor. aa 9,0
 Sublim. corros. 6,0.

Autor stosuje:

Sublim. corrosiv. 0,1—0,2
 Natrii chlor. 0,075
 Aq. destill. 10,0.

Ilość rtęci w szpryce PRAVAZ'a o 1 ctm. sz. = 0,0148—0,0074.

Autor stosuje codziennie po 2 ctgr. Dawki te niezbyt dobrze są znoszone.

5) D w u j o d e k r t ę c i . J o d n i k r t ę c i (*Hydrarg. bijodatum vel Hydr. jodatium rubrum*, HgJ^2) zawiera rtęci 44,05 : 100. Jest to proszek czerwony, nie rozpuszcza się w wodzie, rozpuszcza się w alkoholu, a szczególnie w jodkach alkalicznych, w sublimacie. Używa się go w 2-ch postaciach—w roztworze oleistym i wodnym. Pierwszy A. MARTIN w 1868 r. zastrzykiwał dwujodek rtęci w roztworze jodku potasu. BRICHTEAU posługiwał się jodkiem sodu, jako mniej drażniącym, celem rozpuszczenia dwujodku rtęci. W 1830 roku TERILLON, GAILLARD i IVON zaczęli zastrzykiwać dwujodek rtęci w roztworze jodku potasu i fosforanu sodu, ale zastrzykiwania te okazały się bardzo bolesnymi. Autor na mocy własnego doświadczenia radzi zastrzykiwać wodny roztwór dwujodku według przepisu:

Hg. bijod. . 0,2
Natrii jodat. 0,2
Aq. destill. 10,0.

Ilość rtęci w szpryce o 1 ctm. sz.=0,0176—0,0220. Dawki te choroby znoszą dobrze.

Roztwór oleisty dwujodku zastosowany został po raz pierwszy przez BOUCHARD'a w 1888 r. M. PANAS posługiwał się roztworem dwujodku rtęci w sterylizowanej oliwie w dawce 4 milligram. dziennie.

Autor zastrzykuje środek według przepisu:

15 milligr. dwujodku rtęci w 1 ctm. sz. roztworu, przyczem do roztworu używa oliwy z orzechów i oleju rycynowego w równych częściach. Dawka ta nie wywołuje objawów zatrucia, ale bywa bolesna. Wyniki leczenia są wyborne.

Roztwory wodne dwujodku rtęci używane są w 2-ch postaciach—mianowicie: jako jodokakodylan rtęci i jodarrhenalat rtęci.

a) J o d o k a k o d y l a n r t ę c i (*Hydrarg. jodo-cacodylicum*). Jest to sól biała, krystaliczna, rozpuszcza się w wodzie i alkoholu; w eterze zaś nie rozpuszcza się. Autor przepisuje:

Hg. bijod. . 0,15
Natrii jodat. 0,15
Natrii cacodyl. 0,5
Aq. destill. 10 cctm.

[szprycka o 1 ctm. sz. zawiera 15 milligr. dwujodku = 0,0066 Hg] i radzi zastrzykiwać 2 ctm. sz. dziennie. Dawki te znoszone są bardzo dobrze.

b) J o d a r r h e n a l a t r t ę c i (*Hydrarg. arrhenalatum*).

Autor używa go według przepisu:

Hg. bijod. . 0,15
Natrii jodat. 0,15
Arrhenal. 0,5
Aq. destill. 10,0

Szprycka o 1 ctm. sz. zawiera 0,0066 Hg.

6) C y a n e k r t ę c i (*Hydrarg. cyanatum* (CAz) Hg) zawiera rtęci 79,36 : 100. Jest to biały proszek bez zapachu o smaku mławym, metalicznym. CULLINGWORTH pierwszy stosował zastrzykiwanie cyanku rtęci w roztworze glicerynowym w dawce 2—3 ctrg., ale dawka ta okazała się zbyt silna i wywoływała ciężkie objawy zatrucia. Wobec tego SIGMUND zmniejszył dawkę do 1 ctrg., a GAŁĘZOWSKI do 5 milligr. CHIBRET, DARIER, ABADIE, SPILLMANN posługują się następującym przepisem:

Hydr. cyanat. 1,0
Cocaini muriat. 1,0
Aq. destill. 100,0.

Autor używa roztworu następującego:

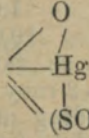
Hydr. cyan.	2,0
Natrii chlor.	0,75
Aq. destill.	100,0.

[szprycka objętości 1 ctm. sz. zawiera 2 ctgr. cyanku = 0,0158 rtęci] i zwykle stosuje zastrzykiwań 20. Wogóle uważa ten środek, jako mało skuteczny. Zastrzykiwania są bardzo bolesne i wywołują prawie zawsze biegunkę, kolki i inne objawy zatrucia. Cyanek rtęci jest najwięcej trującym ze wszystkich soli rtęci.

7) **F o r m a m i d a n r t ę c i.** (*Hydrarg. formamidatum* CHO. AzH. Hg. OH) zawierający rtęci 76,4 : 100. Jest to biały proszek, rozpuszczający się w wodnym roztworze formamidu i kwasie solnym. Autor posługuje się roztworem:

Hg. formamid.	0,1
Natrii chlor.	0,075
Aq. destill.	10,0.

[szprycka o objętości 1 ctm. sz. zawiera 1 ctgr. formamidanu = 76 decymiligramom rtęci]. Robi się 20 zastrzykiwań codziennych. Zastrzykiwania są bardzo bolesne, ale nie wywołują objawów zatrucia; wyniki lecznicze są bardzo zadowalające.

8) **H e r m o f e n o l** (*Hermophenyl* C⁶H⁵ 

(SO³NA)² zawiera rtęci 40:

100. Jest to biały proszek, rozpuszcza się łatwo w wodzie, w alkoholu zaś nie. Autor używa roztworu:

Hermophenyl.	0,2
Aq. destill.	10,0.

[szprycka o 1 ctm. sz. zawiera 2 ctgr. hermofenolu = 8 milligramom rtęci]. Środek ten dobrze się znosi, gdyż nie wywołuje stwardnień i objawów zatrucia.

9) **M l e c z a n r t ę c i** (*Hydr. lacticum* [C³H⁵O³]² Hg) zawiera rtęci 52,91 : 100, przedstawia się w postaci bezbarwnych kryształków i łatwo rozpuszcza się w wodzie. Autor stosuje mleczan według przepisu GUERBER'a:

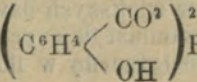
Hg. lactici	0,2
Aq. destill.	10,0.

[szprycka objętości 1 ctm. sz. zawiera 2 ctgr. mleczanu = 0,010 rtęci] i radzi 20 — 25 zastrzykiwań. Zastrzykiwania są bolesne, często powodują stwardnienia, nie wywołują zaś objawów zatrucia.

10) **O x y c y a n e k r t ę c i** (*Hydr. oxycyanatum* [CAz]²Hg.HgO) zawiera rtęci 85,47 : 100. Jest to sól biała, bez zapachu, łatwo rozpuszczalna w wodzie. CHIBRET i BOER pierwsi zaczęli stosować ten środek. Autor zastrzykuje go według przepisu:

Hg. oxycyan.	0,2
Natrii chlor.	0,075
Aq. destill.	10,0.

[szprycka objętości 1 ctm. sz. zawiera 2 ctgr. oxycyanu = 0,017 rtęci], codziennie w ciągu 20-u dni. Zastrzykiwania są bardzo bolesne i wywołują objawy zatrucia. Wyniki lecznicze te same, co przy stosowaniu cyanku rtęci.

11) **S a l i c y l a n r t ę c i** (*Hydr. salicylicum* (C⁶H³ )² Hg.) zawiera

rtęci 42,19 : 100. Autor stosuje ten środek według przepisu:

Hg. salicyl.	0,2
Natrii chlor.	0,075
Aq. destill.	10,0,

[szprycka o 1 ctm. sz. zawiera 2 ctgr. salicylanu = 84 decymiligramom rtęci]. Radzi stosować codziennie w ciągu 20—25 u dni. Zastrzykiwania te nie wywołują objawów zatrucia, bolesne są tylko w ciągu pierwszych 2-ch godzin, miejscowo zaś nie powodują ani stanu zapalnego, ani stwardnień. Wyniki lecznicze są dobre i szybkie.

12) Soz o j o d o l a n r t ę c i (*Hydr. soz o j o d o l i c u m* $(C^6H^2I^2 \begin{matrix} \text{OH} \\ \text{SO}^2 \end{matrix}) Hg^2$)

zawiera rtęci 35,58 : 100. Jest to proszek koloru żółto-pomarańczowego, nierozpuszczalny w wodzie, ale rozpuszczalny w wodzie słonej i w SO^2 Schwimmer posługiwał się następującym przepisem:

Hydr. soz o j o d o l .	0,8
Kalii jodat.	1,6
Aq. destill.	10,0

i zastrzykiwał 8 ctgr. soz o j o d o l a n u na tydzień.

Autor używa roztworu:

Hydr. soz o j o d .	0,8
Natrii jodat.	1,6
Aq. destill.	10,0

[szprycka o 1 ctm. sz. zawiera 8 ctgr. soz o j o d o l a n u = 0,0285 rtęci]. Autor radzi zastrzykiwać albo 2 razy na tydzień po 8 ctgr., albo codziennie po 2 ctgr. w ostatnim wypadku według przepisu:

Hydr. soz o j o d o l .	0,2
Natrii jodati	0,4
Aq. destill.	10,0.

Środek ten nie wywołuje żadnych powikłań ani ogólnych, ani miejscowych i działa skutecznie i szybko.

13) I m i d o - b u r s z t y n i a n r t ę c i (*Hydr. succinimidatum vel imido-succinicum* $(C^4H^4AzO^2)^2Hg$), zawierający rtęci 50,50 : 100. Przedstawia kryształki białe, rozpuszczalne w wodzie i alkoholu. Środek ten wprowadził D E S S A I G N E S w 1852 r. W O L F F używał go według przepisu:

Hg. succinimid.	0,75
Cocaini	0,75
Aq. destill.	50,0.

Autor stosuje roztwór:

Hg. succinimid.	0,15
Aq. destill.	10,0

[szprycka objętości 1 ctm. sz. zawiera 15 milligr. bursztynianu = 0,010 rtęci]. Radzi zastrzykiwać codziennie w ciągu 20—25-u dni. Zastrzykiwania nie wywołują objawów zatrucia i są bolesne w ciągu co najmniej 2-ch godzin.

W n i o s k i. Przytoczywszy wszystkie przetwory rtęci rozpuszczalne, autor na zasadzie własnych doświadczeń i porównania wyników leczenia, dochodzi do następujących wniosków: stosowanie alaninatu, asparaginianu, sublimatu, cyanku, oksycyanku, formamidanu i imido-bursztynianu rtęci uważa za niebezpieczne, a działanie za niedostateczne; pozostałe—dwujodek, benzoan, hermofofenol, mleczan i salicylan rtęci w zupełności odpowiadają wszystkim wymaganiom. Roztwór wodny dwujodku autor uważa za jeden z najlepszych i przeto najwięcej go zaleca. Benzoan, mleczan, hermofofenol autor radzi zastrzykiwać w większych dawkach, niż dotychczas stosowano, mianowicie dziennie 3 ctgr. zamiast dawnych dawek po 1 ctgr. Dawkę dzienną salicylanu autor uważa za dostateczną w ilości 2 ctgr.

II. Przetwory rtęciowe nierozpuszczalne.

1) Chlorek rtęci. Kalomel (*Hydr. chloratum. Calomel* Hg^2Cl^2) zawiera rtęci 84,925 : 100. Do zastrzykiwań używa się kalomelu w zawiesinie w oliwie i w wodzie. a) Kalomel w oliwie. Autor posługuje się przepisem BALZER'a:

Calomel. 1,0
Vaselini liquid. 10 cbctm.

[w szprycce PRAVAZ'a, zawierającej 10 ctgr. sz kalomelu, jest 0,0849 rtęci]. Środek ten zastrzykuje się raz na tydzień; do zastrzykiwań codziennych używa się kalomelu 1 ctgr. i wazeliny 1 cbctm.

b) Kalomel w wodzie. Autor używa go według przepisu NEISSER'a:

Calom. 1,0
Natrii chlor. 0,25
Aq. destill. 10,0.

Według KOPP'a i CHOTZEN'a:

Calomel. 1,0
Natrii chlor. 0,25
Mucil. gummi arab. 0,5
Aq. destill. 10,0

[w szprycce PRAVAZ'a objętości 10 ctgr. sz.] i według przepisu DANLOS'a

Calom. 0,5
Orthoform. 0,8
Vaselini liquid. 10 cbctm.

Jako odmiany przetworu kalomelu używa się kalomelu kamforowego według przepisu:

Calom. 1,0
Camphor. 1,0
Vaselini liquid. q. s. ad 10 cbctm.

[10 ctgr. w szprycce PRAVAZ'a].

Autor sądzi, że najlepiej zastrzykiwać kalomel w oliwie według wyżej przytoczonego przepisu BALZER'a—szpryczkę co tydzień w ciągu 5-u lub 6-u tygodni. Każda dawka zawiera 84 milligr. rtęci. Zastrzykiwania są bardzo bolesne i wywołują często miejscowe zapalenia ropne, lecz działanie ich jest pewne i szybkie.

2) Olej szary (*Oleum cinereum*).

Pierwszy LANG w 1886 r. zaczął go używać według przepisu:

Hg — 3 partes
Lanolini 3 —
Ol. oliv. 4 —

[rtęci w stosunku 30 na 100].

NEISSER zastąpił lanolinę wazeliną i proponuje następujący przepis:

Hydr. 10,0
Vaselini liquid. 80,0
Tinct. aether. benz. 5 cbctm.

[rtęci 11,11 na 100].

Przepis BALZER'a:

Hg. puri 20,0
Tinct. aether. benz. 5,0
Vaselini liquid. 40,0

[rtęci 33,33 na 100].

VIGIER proponuje przepis:

Hg.	3,90
Vaselini albi liquid.	5,0
Ung. neapolit.	2,0

trzecę w ciągu kwadransa i dodać:

Vaselini albi	14,0
Vaselini liquid.	40,0

[rtęci 40 na 100].
Przepis GAY'a:

Hg. puri	20,0
Lanolin.	5,0
Vaselini liquid.	35,0

[zawiera rtęci 33,33 na 100].

LAFAY używa oleju:

Hg. puri	40,0
Lanol. anhydr. steril.	12,0
Vaselini albi steril.	13,0
Olei vaselini medic. steril.	35,0

[rtęci 40 na 100].

Autor radzi używać szarego oleju, zawierającego rtęci w stosunku 40 na 100. Należy zastrzykiwać co tydzień od 6 — 12 ctgr. rtęci seryami po 6 — 7 igieł z przerwami dwumiesięcznymi. Ogólny system leczenia tym środkiem, według BARTHÉLEMY'ego, powinien być następujący: w pierwszym roku zastrzykiwania w ciągu 8-u miesięcy; w drugim—w ciągu 6-u; w trzecim i czwartym—w ciągu 4-ch miesięcy. Chorzy doskonale znoszą olej szary, gdyż nie wywołuje ani biegunki, ani zapalenia dziąseł, ani wreszcie stwardnień. Jako środek leczniczy jest wyborny i szybki w działaniu przy wszystkich objawach syfilisu, jak drugo- tak i trzeciorzędnych. Stosuje się również i w przewlekłym syfilisie.

3) Tlenek rtęci (*Hydr. oxydatum HgO*) zawiera rtęci 92,6 : 100 w 2-ch odmianach: żółty i czerwony. Dr WATRASZEWSKI pierwszy wprowadził zastrzykiwania tego środka; z początku używał tlenku czarnego, potem tlenku czerwonego, w końcu zaś, przekonawszy się o właściwościach żółtego, zaczął stosować ten ostatni według przepisu:

Hg. oxyd. flavi	1,0
Gummi arabici	0,25
Aq. destill.	30,0

[w szprycie PRAVAZ'a 33 milligr. tlenku żółtego].

ROSENTHAL stosuje:

Hg. oxyd. flavi	0,5
Olei oliv.	15,0

BALZER:

Hg. oxyd. flavi	0,5
Olei vaselin.	10 cbctm,

[w szprycie PRAVAZ'a, zawierającej 5 ctgr. tlenku, jest 46 milligr. rtęci].
Autor radzi stosować tlenek według przepisu BALZER'a w ilości 10 ctgr. co tydzień. Zastrzykiwania są bolesne, nie wywołują objawów zatrucia. Wyniki lecznicze są również szybkie, jak i przy stosowaniu oleju szarego.

4) Fenolan albo karbolan rtęci (*Hydr. phenylicum vel Hydr. carbolicum* (C⁶H⁵O)²Hg), zawierający rtęci 51,81 : 100. Pierwszy zaczął stosować ten środek do celów leczniczych GAMBERINI według przepisu:

Hydr. phenyl.	0,2
Mucil. gummi arabici	0,4
Aq. destill.	10 cbctm.

Zastrzykuje się szpryczkę co drugi dzień w ciągu miesiąca.

Autor stosuje:

Hydr. phenyl. 1,0
Olei vaselini 10 cbctm.

[szprycka objętości 1 ctm. sz. zawiera 10 ctgr. fenolanu=0,0645 decymiligramom rtęci]. Autor radzi zastrzykiwać co tydzień 10 ctgr. fenolanu; liczba zastrzykiwań 6—10. Środek ten chorzy dobrze znoszą. Jest więcej bolesny, niż olej szary. Działanie lecznicze jest powolne i mało energiczne.

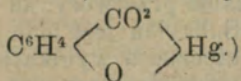
5) J o d e k r t e c i (*Hydr. jodatium vel hydr. protojoduretum* Hg²J²) zawiera rtęci 61,16 : 100. Autor używa przepisu:

Hydr. protojod. 1,0
Olei vaselin. 10 cbctm.

[szprycka objętości 1 ctm. sz. zawiera 10 ctgr. jodku = 612 decymiligramom rtęci].

Zastrzykuje się co tydzień 10 lub 14 ctgr. jodku [14 ctgr. jodku = 10 ctgr. kalomelu]. Środek ten chorzy dobrze znoszą. Jest mniej bolesny niż kalomel, ale więcej niż olej szary.

6) S a l i c y l a n r t e c i z a s a d o w y (*Hydr. salicylicum basicum*



zawiera rtęci 59,52 : 100. Jest to proszek biały, bezkształtny, nierozpuszczalny w wodzie, alkoholu, eterze i chloroformie. Pierwszy zaczął stosować ten środek SILVA ARAUJO; następnie BALZER zastrzykiwał go według przepisu:

Hydr. salicyl. 1,0
Olei vaselin. 10 cbctm.

[szprycka objętości 1 ctm. sz. zawiera 10 ctgr. salicylanu=59 milligramom rtęci].

Autor zastrzykuje roztwór BALZER'a co tydzień. Chorzy dobrze go znoszą. Ból mniejszy, niż przy stosowaniu kalomelu. Działalność lecznicza jest powolna i mało energiczna.

7) G a r b n i k a n r t e c i (*Hydr. tannicum*).

Pierwszy zaczął zastrzykiwać go KAPOSI według przepisu:

Hg. tannici 20 partes
Paraffini liquid. 10 partes

Autor stosuje:

Hg. tann. 1,0
Olei vaselini 10 cbctm.

[w szpryce objętości 1 ctm. sz. jest garbnikanu 10 ctgr.=23 milligramom rtęci]. Zastrzykiwania stosują się co tydzień, są one bardzo bolesne i wywołują stwardnienia. Wyniki leczenia nie są znaczne.

8) T y m o l o - o c t a n r t e c i (*Hydr. tymolo-aceticum*)

Hg $\begin{array}{l} \text{O.O.C}^2\text{H}^3 \\ \text{O.C}^{10}\text{H}^{13} \end{array}$ + (C²H³O²)²Hg) zawiera rtęci 56,94 : 100. Jest to sól biała,

bez zapachu i smaku, nierozpuszczalna w wodzie. JADASSOHN i ZEISSING pierwsi zastosowali roztwór:

Hg. thymolo-acetic. 1,0
Paraffini liquid. 10,0

BARTHÉLEMY używa:

Hg. thymolo-acetic. 1,0
Oleo oliv. steril. 10,0.

Autor zastrzykuje:

Hg. thymolo-acet. 1,0
Olei vaselini 10 cbctm.

[szprycka o 1 ctm. sz. zawiera 10 ctgr. tymolo-octanu = 0,057 rtęci]. Zastrzykiwania co tydzień są bolesne, ale nie wywołują objawów zatrucia. Wyniki lecznicze są szybkie.

9) Urowian rtęci (*Hydr. uricum* (C⁵H⁴Az⁴O³)Hg) zawiera rtęci 54,34:100. Jest to proszek biały, bezkształtny. Autor stosuje:

Hg. urici 1,0
Olei vaselini 10 cbctm.

[szprycka o 1 ctm. sz. zawiera 10 ctgr. urowianu = 543 decymilligr. rtęci]. Zastrzykiwania co tydzień są bardzo bolesne, ale nie wywołują objawów zatrucia. Wyniki lecznicze są zadowalające.

Wnioski. Porównywając wszystkie nierozpuszczalne przetwory, autor oddaje pierwszeństwo kalomelowi i olejowi szaremu. Salicylan jest mniej energiczny. Garbnikanu i fenolanu autor nie uważa za skuteczne w wynikach leczniczych. Co do jodku rtęci, to autor wstrzymuje się z wypowiedzeniem ostatecznego zdania aż do dalszych obserwacji. Urowian w zastrzykiwaniach jest bardzo bolesny, ale daje dobre wyniki lecznicze. Tymolo-octan wywołuje często miejscowo sprawy zapalne.

III. Przetwory rtęci mieszane.

Olej szary z dodaniem dwujodku rtęci. Autor zastrzykuje go według przepisu:

Olei cinerei 40%	5,25
Hg. bijodati	0,45
Olei nuc. puri	6 cbctm.
Olei ricin.	20 cbctm.

[szprycka o 1 ctm. sz. zawiera 7 ctgr. Hg metal. i 15 milligr. dwujodku = 66 decimilligr. rtęci].

Wyniki lecznicze są te same, co przy stosowaniu szarego oleju. Zastrzykiwania co tydzień.

(*Les injections mercurielles intra-musculaires dans la syphilis par le Dr Alfred Lévy-Bing. Paris. 1903.*)
B. Luczycki.

15. A. Schmidt. Leczenie nawykowego zaparcia stolca (*obstipatio habitualis*).

Odróżnia się zwykle dwie postaci tego cierpienia [FLEINER]: spastyczną i atoniczną. Leczenie nawykowego zaparcia stolca polega przedewszystkiem na uregulowaniu diety. Chory powinien spożywać o ile możliwości ciężko strawne, pozostawiające dużo resztek pokarmy, oraz takie, które obfitują

w produkty rozpadu. Do pierwszych należą: chleb, zawierający dużo cellulozę, jarzyny, owoce; do drugich—kwaśne mleko, maślanka, pewne tłuszcze. Autor podaje następujący schemat diety:

Na śniadanie: kawa ze śmietanką i cukrem; piernik [*Pumpernickel*] z masłem i miodem; przed śniadaniem kawałek ocukrzonego melona.

Na 2-gie śniadanie: maślanka lub kefir.

Na obiad: rosół; mięso lub ryba—do tego dużo zielonej jarzyny; sałata; dużo kompotu. Do obiadu wino mozelskie lub jabłecznik.

Na kolację: mięso [szynka wędzona]; chleb z masłem. Piwo.

Przed udaniem się na spoczynek: świeże lub gotowane owoce, zwłaszcza śliwki.

Co się tyczy leczenia mechanicznego, to obejmuje ono mięsienie ciała, faradyzację brzucha i kiszki odchodowej, zabiegi hydropatyczne i ćwiczenia gimnastyczne. Wszystkie te zabiegi działają pośrednio, ożywiając krążenie krwi w organach brzusznych i wzmacniając mięśnie brzucha. Mięsienie brzucha powinno być mocne w przypadkach wyraźnejatonii i przeciwnie—ostrożne przy stanach podrażnienia. To samo da się powiedzieć i o faradyzacji, która po większej części bywa stosowana jednocześnie z mięsieniem. Z zabiegów hydropatycznych ciepłe okłady, nasiadówki i okłady ze spirytusem wywierają wpływ kojący; zwyczajne zimne okłady, letnie tusze działają orzeźwiająco; zimne zaś nasiadówki i tusze szkockie—pobudzająco.

Poglądy co do wartości lawaty i wlewań do kiszki w leczeniu nawykowego zaparcia stolca, są różne; ostatnimi czasy jednakże wogóle znajdują one rzadsze, niż dawniej zastosowanie, a to z następujących powodów: 1) dowiedziono, iż rozpowszechnione dawniej przypuszczenie, iż t. zw. „wysokie“ wlewania mogą sięgać aż do zastawek BAUHIN'a, jest mylne; 2) niejednokrotnie zwracano już uwagę na niebezpieczeństwo, jakie grozi kiszkom przez zbyt częste stosowanie zimnych wlewań roztworów, chemicznie wcale nie obojętnych; 3) leczenie lawatami i wlewaniem jest zawsze tylko symptomatyczne. Wyjątek stanowią wlewania z oliwy, które od czasu powtórnego wprowadzenia ich przez KUSSMAUL'a i FLEINER'a zyskały sobie powszechne uznanie.

Do najczęściej używanych środków farmaceutycznych, odpowiednich przystem do dłuższego użycia, należą: pastylki rabarbarowe, kaskara, sól karlsbadzka, tamaryndy, proszek lukrecyowy [KURELLA]. Kto woli używać środków domowych, zalecić mu można ziółka przeczyszczające (*species laxantes*), lub według przepisu EWALD'a powidełka ze śliwek, gotowane z liśćmi senesowymi. Jeżeli konieczność wymaga zastosowania środków mocniejszych (*Podophyllin*, *Extr. Aloës*, *Extr. Colocynthid.*), to najlepiej przepisywać je w postaci pigułek.

(*Deutsch. medic. Wochenschr.* 1905. N. 3).

W. Breszel.

16. Brieger. Spostrzeżenia nad leczeniem wodą w niektórych chorobach nerwowych.

Autor w odczycie, wygłoszonym na Zjeździe lekarzy niemieckich w Wrocławiu w roku zeszłym, zdawał sprawę ze spostrzeżeń swych, zrobionych nad leczeniem wodą w niektórych chorobach nerwowych w zakładzie wodoleczniczym uniwersytetu berlińskiego.

Jako najważniejsze pole dla leczenia wodą autor z pośród chorób nerwowych uważa osłabienie nerwowe—neurastenię.

Podług poglądu H. STRÜMPPELL'a czynnik psychiczny—sugestia—odgrywa w leczeniu wodą u neurasteników najważniejszą rolę. Autor na taki pogląd zgodzić się nie może; nie odmawiając pewnego wpływu sygestyi skłonny jest do twierdzenia, że leczenie hydropatyczne same przez się bez

udziału sygestyi w wielu razach wywiera wpływ dodatni przy zwalczaniu niektórych przypadłości u neurasteników. Na dowód tego przytacza fakt, niejednokrotnie przez siebie stwierdzony, że stan neurasteników się pogorszył przy stosowaniu zbyt energicznych procedur, zbyt zimnej wody w zakładach wodoleczniczych lub natrysków i nacierań, bez wskazówek lekarza dokonanych, gdy tymczasem odpowiednie procedury w tych samych przypadkach łagodziły lub usuwały dokuczliwie objawy chorobowe.

Jeżeli mamy do czynienia z osobnikami wyczerpanymi, z osłabionymi, należy przede wszystkim zwrócić uwagę na ich oddziaływanie na bodźce i przejść od procedur łagodniejszych do silniejszych; u osobników drażliwych (*reizbare Schwäche*) i skłonnych do stanów pobudzenia autor stosuje procedury tylko łagodne, niedrażniące narząd nerwowy.

Co się wogóle tyczy stosowania leczenia wodą u neurasteników, autor szczególnie w praktyce ambulatoryjnej uważa 2 do 3 procedur dziennie za zupełnie wystarczające. Jedną z nich w godzinach rannych po opuszczeniu łóżka powinna uwzględniać stan ogólny, drugą w późnych godzinach po obiednich—skargi chorego i pojedyncze objawy chorobowe.

Autor rozpoczyna ogólne leczenie od obmywań miejscowych lub całych ciała wodą o ciepłocie 24°C i stopniowo przechodzi do 12 — 10°C. Z początku po takiej procedurze autor poleca pozostawanie w łóżku przez pewien czas. W ten sposób przyzwyczajają chorego do leczenia wodą. Następnie u ludzi silnych, dobrze odżywionych przychodzi do procedur bardziej energicznych, jak kąpiele nasiadowych, połowicznych różnych stopni pod względem ciepłoty, mechanicznego podrażnienia i trwania.

Jednym z objawów najbardziej trapiących neurasteników jest bezsenność, dla której zwalczania, podług autora, leczenie wodą posiada środki najskuteczniejsze. Chodzenie po wilgotnej podłodze z obnażonymi stopami, krótkotrwałe zimne kąpiele nożne, pobudzające opaski brzuszne i łydkowe, kąpiele nasiadowe i całe sprowadzają niekiedy bardzo szybko skutki zdumiewające.

Dokuczliwy ból i ciśnienie w głowie, tak częste u neurasteników, muszą być w różny sposób leczone, stosownie do tego, czy przyczyną jest przekrwienie, czy niedokrwistość mózgu.

W przekrwieniu ulgę sprawia bezpośrednio na głowę stosowana zimna woda w różnych postaciach (*Kopfkühlschlächte*, *Kopfkappen*) lub też procedury, sprowadzające przekrwienie do różnych narządów, jak kąpiele nasiadowe [32 — 30° początkowa ciepłota, 5 minut trwania, końcowa do 20°C], nożne, polewanie kolan i bioder zimną wodą, opaski brzuszne i łydkowe, całe i częściowe [tułowia] zawijania w koce. Jeżeli ból głowy pod wpływem powyższych procedur się pogorszy, co by dowodziło, że przyczyną jego jest niedokrwistość mózgu, wówczas ulgę sprawiają, jak się to autor wielokrotnie przekonał, okłady ściskające na głowę.

W zaburzeniach naczynioruchowych u neurasteników autor widział dodatni wpływ nacierań, które przy innych postaciach neurastenii okazują się szkodliwymi.

W neurastenii płciowej dobre usługi oddają kąpiele nasiadowe, natryski na grzbiet.

W tachykardii nerwowej znaczenie lecznicze posiadają całkowite zawijania w koce w połączeniu z okładem hydropatycznym na kark (*Nackenschlauch*). We wszystkich przypadkach neurastenii wpływ leczenia wodą niewątpliwie nie polega na sugestyi, a wszelkie manipulacje, oparte na podstawie fizjologicznej, odpowiadać muszą określonym wskazaniom. Koniecznym przedtem jest prowadzenie leczenia hydropatycznego przez czas długi w celu ustrzeżenia się od nawrotów.

I przy leczeniu histeryi tylko leczenie objawowe jest na miejscu. W tej chorobie, zdaniem autora, strzedz się należy gorących kąpeli, a głównie zalecić należy krótkotrwałe procedury, jak natryski, zanurzania, nacierania, chłodne, krótkotrwałe, połowiczne kąpiele [25 — 22°C przez 3 minuty], zimne natryski promieniowe, a przy domowem leczeniu zimne oblewania, kąpiele z następnem oblewaniem. Wszystkie te procedury są szczególnie skuteczne w porażeniach histerycznych.

Półowiczny ból głowy i płasawica są bardzo wdzięcznym polem dla leczenia wodą. Przy pierwszym autor z pożytkiem stosował okłady pobudzające na twarz, wilgotny okład hydropatyczny na głowę (*Kopfkappen*), przy drugiej całe zawijania w koce, okład hydropatyczny na kark.

Z organicznych chorób nerwowych najczęściej stosowane jest leczenie wodą w wiadzie mlecza. W tej chorobie zadaniem leczenia wodą jest złagodzenie objawów podrażnienia i bolesności, do czego służą ciepłe całkowite, obojętne kąpiele. By jednak, o ile to jest możliwe, oddziałać na samą chorobę, starać się musimy o wywołanie przekrwienia i podrażnienia włókien nerwowych, przyczem jednak zwrócić należy szczególną uwagę na stopień zmęczenia i wyczerpania chorego, na jego zdolności oddziaływania na bodźce i stosownie do tego kombinować siłę i trwanie pojedynczych procedur. Obok całkowitych kąpeli właściwe są połowiczne kąpiele 34 — 30°C bez tarcia z łagodnym oblewaniem [WINTERNITZ]. Przeciw bolesnym kryzom i strzelającym bólom posiada wodoleczenie skuteczne środki w długotrwałych kąpielach nasiadowych 34 — 37°C, w miejscowych kąpielach parowych i t. p.

Wyższość terapii fizykalnej, a szczególnie leczenia wodą nad innymi metodami leczniczymi przy nerwobólach, specjalnie przy rwie kulszowej, autor już wielokrotnie wykazał; dalsze jego w tym kierunku doświadczenia potwierdzają to w zupełności.

Wszelkie jednak kuracze hydropatyczne w chorobach nerwowych muszą być konsekwentnie i cierpliwie przeprowadzane.

Samo się przez się rozumie, że leczenie wodą nie może być uważane za środek uniwersalny. Jako jednak środek objawowy w chorobach nerwowych zasługuje leczenie wodą z całą jego prostotą i łatwo dającą się przeprowadzić techniką na większe, aniżeli dotąd uwzględnienie w praktyce.

(*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 1904, N. 22). F. Arnstein [Kutno].

ODCINEK.

Kilka uwag z powodu oczekiwanych zmian w ustroju szpitali Warszawskich.

Napisał

W. Męczkowski.

Jak wiadomo, szpitale Warszawskie mają przejść pod zarząd miasta. Ma się przeto urzeczywistnić to, czego od szeregu lat domagali się lekarze warszawscy, najbliżej związani ze szpitalami i najsilniej odczuwający braki dotychczasowego ustroju, a co właściwie istniało już u nas przed wielu wiekami.

Objęcie szpitali przez miasto jest wyrazem przekształcenia pojęć społecznych, co na Zachodzie nastąpiło od dość dawna i co tam zostało w odpowiedni sposób wcielone w życie. Leczenie biednych, wbrew poglądom dawniejszym, nie jest aktem dobroczynnym, lecz obowiązkiem społeczeństwa, a w pierwszym rzędzie—zorganizowanej jego jednostki, gminy.

Jest to taki sam obowiązek społeczny, jak dostarczanie członkom gminy zdrowej wody, oświetlenia, środków komunikacyjnych [dróg, bruków], jak wreszcie dostarczanie nauki, szkoły i t. p.

Jak stwierdza doświadczenie medycyny, prawidłowe leczenie może się odbywać jedynie w szpitalu, o ile nie chodzi o dotkniętych lżejszą chorobą, dla których może wystarczać poliklinika-ambulatoryum, albo też o ludzi zamożnych, dla których w ich własnym mieszkaniu można stworzyć warunki odpowiednie. Jeśli przeto każdy niezamożny człowiek ma prawo otrzymać należyłą pomoc w chorobie, to znaczy, iż w razie potrzeby winien on znaleźć miejsce w szpitalu.

Ten właśnie naturalny obowiązek ma u nas teraz przejąć na siebie miasto.

Moment ten stanowi niewątpliwie ważny etap w dziejach naszego szpitalnictwa. Ważność chwili nakazuje lekarzom, jako biegłym w tej sprawie, zabrać głos.

Powodowany tą myślą, zamierzam przedstawić szereg uwag i zasad, które winnyby służyć za podstawę organizacyi zarządu szpitali Warszawskich.

Doniosły fakt przejścia szpitali pod zarząd miasta winien być momentem do rozejrzenia się w całokształcie szpitalnictwa. W tym momencie winny być rozpatrzone wszelkie braki, zarówno w gospodarce wewnętrznej, jak w ustroju, w formie zarządu szpitali; powinno być rozpatrzone pytanie, czy obecne szpitale zaspakajają potrzeby społeczeństwa, a wreszcie winny być podane środki, zmierzające ku poprawie stanu obecnego.

Zaczynamy w tej chwili od góry i zamierzamy mianowicie wytknąć braki w zarządzie, w dyrekcyi szpitali i przedstawić zasady, na których winien być oparty ustrój szpitali.

Tę metodę „od góry“ uważamy za wskazaną z paru względów.

Naprzód blizki termin przejścia szpitali pod zarząd miejski najpilniejszą czyni sprawę stosunku szpitali do miasta, określenie atrybucyi zarządów miejscowych w szpitalach i głównego gospodarza szpitali—magistratu.

Następnie reforma gospodarki wewnętrznej w szpitalach musi zależeć od formy stosunku z magistratem. Zresztą wszelkie braki szpitalne oraz projekty środków zaradczych magistrat może rozpatrywać wówczas jedynie, gdy miasto zostanie istotnie gospodarzem szpitali.

Wreszcie organizacja zarządu jest niewątpliwie sprawą najbardziej zasadniczą: dopóki nie zmienią się warunki w samym zarządzie, wszelkie próby reform, proponowane w ostatnich latach przez organy urzędowe, z konieczności muszą mieć charakter paliatywów, które nie mogą zmienić zła, tkwiącego w szpitalnictwie naszym.

W myśl powyższego planu rozpatrzmy przedewszystkiem obecny ustrój, t. j. organizację zarządu w szpitalach Warszawskich, nie dotykając w tej chwili szczegółów gospodarki wewnętrznej.

Na mocy prawa z 19.VI 1870 r. szpitale oraz wszystkie zakłady dobroczynne w Królestwie Polskiem przeszły pod zwierzchni zarząd Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej oraz takichże Rad gubernialnych i powiatowych.

Zatrzymamy się w tej chwili na Warszawie.

Rozpatrzmy centralny zarząd szpitali, który reprezentuje Rada Miejska Dobroc. Publ., a następnie zarząd miejscowy w poszczególnych szpitalach.

Radę Miejską stanowią: 1) Prezydent m. Warsz., jako przewodniczący; 2) Oberpolicmajster Warsz.; 3) Naczelnik zakładów Dobroc.; 4) Inspektor lekarski szpitali cywilnych; 5) Zarządzający Warszawską Izbą skarbową; 6) Inspektor szkół m. Warszawy. Oprócz powyższych należą do Rady kuratorzy szpitali i wogóle zakładów dobroczynnych, Prezes Tow. Dobroc. i Dyrektor szpitala w Tworkach—wszyscy ci jedynie odnośnie spraw, dotyczących reprezentowanych przez siebie zakładów. Nadto do Rady należy 4-ch do 6-u członków z wyboru Rady Miejskiej z pośród „mieszkańców miejscowych i pozostających na służbie urzędniców”. Ostatnią kategorię członków stanowią obecnie osoby: ZIŁOW, dawny naczelnik zakładów Dobroc., ZIĘTKOWSKI, b. wiceprezydent miasta, sędzia KRONENBERG, sędzia MOLDENHAWER, prof. J. KOSIŃSKI, hr. F. CZACKI.

Z zestawienia powyższego składu Rady widzimy już zasadnicze jej rysy, mianowicie: a) ma ona charakter ściśle urzędniczy; b) pozbawiona jest zupełnie elementu lekarskiego; c) każdy szpital reprezentowany jest jedynie przez kuratora, który, rzecz prosta, jako nie lekarz, nie jest w stanie informować należycie Rady o potrzebach lecznictwa szpitalnego.

Bardzo złożona dziedzina szpitali i zakładów dobroczynnych nie może być załatwiana i kierowana sposobem biurokratyczno-kancelaryjnym. Wymaga ona przedewszystkiem znajomości rzeczy oraz oddania się sprawie. Cały przeto zarząd, oparty na zasadach kollegialnych, sprowadza się w praktyce do tego, iż cały ster dzierżyć musi naczelnik Zakładów Dobroczynnych, który, mając przed sobą ogrom zadania, z konieczności ograniczać się musi do biurokratycznego załatwiania spraw.

Rażącym dalej brakiem odnośnie do zarządu szpitali jest zupełny brak lekarzy w Radzie Miejskiej. Lekarze naczelnicy szpitali na mocy prawa mogą być powoływani na posiedzenie jedynie z głosem doradczym, lecz jak to wiemy

z doświadczenia, dzieje się to bardzo rzadko. Ci przeto, którzy stoją najbliższej spraw szpitalnych, którzy jedni tylko są biegłymi w sprawach lecznictwa szpitalnego—ci właśnie głosu nie mają.

Jedynymi reprezentantami szpitali są w Radzie kuratorzy, dawniej wybierani z pośród urzędników państwowych, w ostatnich czasach z pośród przedstawicieli arystokracji, od których przecież niepodobna oczekiwać znajomości rzeczy ani gorliwego oddania się sprawie.

Jedynym fachowym lekarskim członkiem jest inspektor lekarski szpitali Warszawskich. Na mocy art. 390 tomu XIII zbioru praw „Inspektor lekarski szpitali cywilnych, mając główny nadzór nad tymi zakładami pod względem lekarskim i farmaceutycznym, odbywa w nich rewizye i o stanie ich składa Radzie Miejskiej sprawozdanie wraz ze swojemi uwagami”. Czyli według ustawy w zarządzie on udziału nie bierze, nie ma atrybucyi kierowniczych, lecz jedynie kontrolującą.

Życie jednak samo musiało było zmienić całkowicie charakter tego urzędu wobec zasadniczych braków w organizacyi Rady. Pominięcie głosu lekarskiego w centralnym zarządzie szpitali musiało być spowodować, iż ten jedyny lekarz w Radzie, który na zasadzie ustawy winien być tylko wizytatorem i kontrolerem działalności szpitali, w rzeczywistości stał się głównym kierownikiem całokształtu szpitalnictwa. To też inspektor lekarski jest faktycznie rządcą szpitali Warszawskich. Już takie wysunięcie poza ramy, nakreślone przez ustawę, jednego z członków, musiało wpłynąć na zmianę stosunków wewnątrz Rady Miejskiej i w zarządzie szpitali, a co zatem idzie pociąga dezorganizację: prawidłowy bowiem ustrój wymaga, by role i zadania poszczególnych funkcjonaryuszów były nie tylko ściśle określone, lecz by nie dawały w zasadzie możności pewnym urzędnikom przyjmowania atrybucyi, niezgodnych z ideą organizacyi, skreślonej przez prawodawcę. Już sam ten fakt świadczy o zasadniczych brakach organizacyi, które życie wykazało dowodnie, a co zresztą można było przewidzieć już na zasadzie rozważania teoretycznego.

Jeśli centralny zarząd szpitalny wykazał w życiu, w praktyce całkowitą nieodpowiedność, to w większym jeszcze stopniu powiedzieć to należy o zarządzie miejscowym w poszczególnych szpitalach.

Do zarządu szpitala należą: lekarz naczelny, główny zwierzchnik służby lekarskiej [§ 552 et seq. ustawy 1842]; kurator szpitala, czuwający nad administracją szpitala, intendent. Wreszcie różne czynności w zakresie gospodarki wewnętrznej spełniają siostry miłosierdzia. Zarząd przeto szpitala stanowi kilka osób, lecz zarząd ten nie jest kolegialny, bo każda z tych osób rządzi sobie oddzielnie i jest właściwie niezależną od innych. Największe nieporozumienie w panujących u nas poglądach przedstawia stanowisko kuratora. Według art. 411 zbioru praw T. XIII, kurator czuwa, by intendenci zakładów dobroczynnych i inne osoby sumiennie spełniały swe obowiązki; jeżeli zaś osoby te nie pełnią należycie swych obowiązków, kurator zawiadamia o tem Radę.

Na zasadzie przeto ustawy rola kuratora w szpitalu odnośnie do działu administracyjnego jest zupełnie taka sama, jak inspektora szpitali—odnośnie do działu lekarskiego. Obaj są kontrolerami działalności szpitala, obaj winni czynić rewizyę w szpitalu, a o wszelkich nadużyciach i t. p. winni powiadamiać Radę Miejską, t. j. sami nie mają prawa do bezpośredniej interwencji w szpitalu. Tylko tyle i nic więcej. Podobnie jak inspektor szpitali nie jest bezpośrednim zwierzchnikiem lekarza naczelnego, również według brzmienia ustawy kurator nie jest zwierzchnikiem intendenta.

Intendent szpitala na mocy art. 405 jest odpowiedzialny osobiście wprost przed Radą Miejską za całą wewnętrzną gospodarkę. Jeżeli w praktyce wytworzył się stosunek zupełnej zależności intendenta od kuratora, to jest to wynikiem różnic w stanowiskach społecznych osób zajmujących te urzędy — i niewątpliwie dzieje się to wbrew idei przewodniej prawodawcy. I znów fakt ten świadczy, że w istocie samego ustroju kryją się braki, skoro występują takie przeistaczania ról i obowiązków różnych funkcyonaryuszów.

Do tych różnych władz, stanowiących miejscowy zarząd przybywa, jak to już wyżej wspominaliśmy, piąta — t. j. inspektor lekarski. Która z tych władz zajmuje naczelne stanowisko faktyczne, zależy to już od osobistych właściwości przedstawiciela władzy. Istnienie w szpitalu kilku władz musi z konieczności powodować zamęt, uniemożliwiający pomyślny rozwój szpitala. Dla ilustracyi stosunków przytoczę choćby taki przykład, że służba niższa na salach przy chorych ma nad sobą kilka niezależnych władz: ordynatora, intendenta, siostry miłosierdzia, nie mówiąc już o kuratorze, lekarzu naczelnym i inspektorze lekarskim.

Istnieje nadto jeszcze jeden organ w miejscowym zarządzie szpitalnym — mianowicie ogólne zebranie ordynatorów. Utworzenie tego organu miało zapewne na celu wypełnienie luk w zarządzie szpitali, zależnych od odsunięcia lekarzy od zarządu szpitali. Organ ten niewątpliwie mógłby być pożyteczny i w zasadzie słuszny. Atrybucye jego jednak nie są określone należycie pod względem prawnym; nadto zaś, jak wykazuje praktyka niektórych przynajmniej szpitali, posiedzenia ordynatorów odbywają się niezmiernie rzadko, a uchwały ich częstokroć nie są wprowadzane w życie.

Tyle co do ustroju, nakreślonego przez ustawę. W wykonaniu przepisów tych tkwią nadto braki, zasługujące również na podniesienie. Ograniczając się jedynie do zarządu szpitali, a pomijając w tej chwili gospodarkę wewnętrzną, zaznaczyć należy, że główny brak dotyczy wyboru osób, należących do zarządu szpitali. Dotyczy to przedewszystkiem lekarzy naczelnych. Zdawałoby się zupełnie naturalnem żądanie, by na stanowiska lekarzy naczelnych wybierano osoby, które w szpitalu przeszły szkołę jako ordynatorzy, które z życiem szpitalnem są obznajmione. Tymczasem w ostatnich latach zaszło parę faktów, przeczących tej naturalnej zasadzie. Gdy jednak już w ustroju zarządu tkwi charakter biurokratyczny, to musi się to odbijać na wszelkich czynnościach zwierzchnich władz. Naczelnego lekarza wybiera się, jak każdego innego urzędnika. Taki urzędnik, nie znając życia i potrzeb życia szpitalnego, musi, rzecz prosta, oprzeć swą działalność na paragrafach: musi dbać jedynie, by nie dopuścić do wykroczenia przeciw jakiemukolwiek przepisowi, lecz współdziałać rozwojowi szpitala — rzecz prosta — nie może.

Stąd też w ostatnich czasach w niektórych szpitalach działalność lekarzy naczelnych ujawnia się głównie w postaci wydawania cyrkularzy. Lecz prowadzić żywej instytucyi jedynie zapomocą wydawania cyrkularzy nie podobna. Wprawdzie szpital, jak każda instytucya, może żyć przez pewien czas siłą uzyskaną z dawnych czasów inercyi, lecz rozwijać się nie może, gdy po za cyrkularzem brak czynnej i planowej pracy. Same przez się cyrkularze bezpośrednio szkodliwe nie są, bo spotyka je zwykły los cyrkularzy, t. j. w praktyce przeważnie nie są spełniane. Szkodliwe są one ubocznie, bo uspokajają tylko sumienie rządców szpitala, budząc w nich złudzenie, że pchają naprzód ster szpitala.

Tyle co do zarządu szpitali.

Z tą sprawą wiąże się inna, mianowicie fundusze na utrzymanie szpitali. Reorganizacya 1870 r. sprawę funduszów zupełnie pominęła milczeniem. Wnioskować przeto należy, iż wszystko miało zostać po dawnemu, t. j. że utrzymuje się dotychczasowe źródło dochodów, mianowicie dobroczynność pry-

watna, dochody od kapitałów szpitalnych, które powstały również z ofiar dobroczyń, wreszcie opłata chorych za leczenie. Ostatnia rubryka poważnym źródłem być nie może, bo nigdzie szpitale publiczne z opłat chorych utrzymywać się nie mogą. Istotnie też do 1870 r. głównym, nieomal jedynym źródłem dobroczynności były ofiary i zapisy. Gdy, jak to mówiliśmy, społeczeństwo przez reformę 1870 r. zostało odsunięte od szpitali, gdy przestało mieć jakiegokolwiek wpływy i kontrolę nad szpitalami, źródło to przestało być w zupełności. Dowody cyfrowe oraz oświetlenie tego faktu prasa nasza lekarska powielekroć przedstawiała. Szpitale przeto pozostały bez żadnych funduszków: nie tylko niemożliwym jest ich rozwój, lecz wcześniej, czy później musiała nastąpić ruina. Istotnie też Warszawska Rada Miejska ogłosiła publicznie bankructwo. Wobec deficytu 175000 rb. i braku środków na jego pokrycie zażądała, by dług ten pokryło miasto, grożąc w przeciwnym razie zamknięciem szpitali.

Fakt ten, jakkolwiek niezwykle dziwny, że użyję tu najdelikatniejszego wyrażenia, był jednak od dawna oczekiwany i przez naszą prasę lekarską przewidziany. W literaturze naszej powielekroć już wytknięto wszelkie braki naszego szpitalnictwa. Poza tem lekarze warszawscy występowali parokrotnie z memoryałami w tej sprawie, które, niestety, powiększyły tylko zbiory archiwalne. Przypomnę tylko memoryał w odpowiedzi na kwestyonaryusz komisji pod przewodnictwem TURAU, która, jak to władze wyraźnie zaznaczyły, została utworzona pod wpływem przeświadczenia, że fatalny stan szpitalnictwa potrzebuje pilnie reform.

Proponowany przez Radę Miejską środek pokrycia deficytu przez miasto nakazuje mniemać, że blizką jest już sprawa oddania szpitali Warszawskich pod zarząd miasta. Rzecz prosta bowiem, iż miasto może dawać fundusze na te tylko instytucje, które pozostają pod jej zarządem, których gospodarka znajduje się w rękach Magistratu. Reforma ta więc nie polega na tem tylko, że zjawia się nowy szafarz, miasto, które łożyć będzie fundusze, lecz że zmienia się jednocześnie zarząd, ustrój szpitali Warszawskich.

Przechodząc teraz do naszkicowania zasad, na jakich winien być oparty stosunek szpitali do miasta, zaznaczymy, iż miasto, przyjmując pod swój zarząd szpitale, włącza w sferę swej działalności całą dziedzinę lecznictwa szpitalnego publicznego, a co zatem idzie przyjmuje na siebie odpowiedzialność pod względem zaspakajania odnośnych potrzeb społeczeństwa. Ponieważ jednak szpitalnictwo, jak poucza doświadczenie różnych miast i państw, jest sprawą bardzo zawiłą, przeto i stosunek miasta do szpitali nie może być prostym i wymaga szerszego omówienia.

Aby nowy układ stosunków nie nosił cech sztuczności, musi uwzględnić życie, stan obecny szpitali, pewne zasadnicze ich rysy, wynikające z rozwoju historycznego, wreszcie wzory i doświadczenie innych krajów.

Spójrzmy przedewszystkiem, czy z rozwoju dziejowego szpitali naszych nie można byłoby uchwycić pewnych rysów, charakteryzujących i odróżniających szpitale nasze od innych?

Sądźmy, iż historia szpitali naszych istotnie pozwala wyodrębnić parę cech zasadniczych. Zaznaczyć przedewszystkiem należy, że krytyczny i surowy nawet sąd historyczny musi w dziejach szpitali w Polsce znajdować pod wielu względami wspaniałe dowody kultury polskiej. Jako najbardziej wybitny dowód uważalibyśmy fakt, że już w XIV, XV, XVI wiekach szpitale były uważane nie tylko jako zakłady dobroczynne, lecz jako instytucje społeczne, miejskie, któremi miasto opiekowało się z obowiązku. Niezależnie od pierwiastków duchowych, które dawały opiekę chorym i ubogim w szpitalu, miasto ze swej strony delegowało obywateli miejskich, rajców lub ławników, którzy, jako opiekunowie, prowizorowie sprawowali zarząd szpitala, kierowali całą administra-

cyą. Opiekunów tych wybierały oba urzędy miejskie wraz z cechmistrzami. Przytem stosunek miasta do szpitali nie był luźny, lecz faktyczny, czego wyrazem było to, iż miasto odpowiadało finansowo za wszelkie nadużycia, straty i t. d., na jakie były narażone szpitale przez złą wolę lub niedbalstwo opiekunów.

Skoro tedy obecnie szpitale mają przejść pod zarząd miejski, to dla nas nie jest to zjawiskiem nowem, nieznanem, niezgodnem z naszym rozwojem historycznym: nie — my mamy wrócić jedynie do tego, cośmy stworzyli dawniej i jak żyliśmy od najdawniejszych czasów aż do księstwa Warszawskiego włącznie.

Drugim rysem charakterystycznym dziejów naszych szpitali jest kolegialny ustrój zarządów.

Od najdawniejszych czasów zarząd miejscowy w szpitalach składał się z dwóch prowizorów oraz przełożonego, wzgl. proboszcza szpitalnego. Tak było prawie do końca XVIII w. Za czasów księstwa Warszawskiego istniały przy magistratach komisye szpitalne, zarządzające szpitalami. Tę samą zasadę widzimy w XIX w. w Radach nadzorczych, w Radach opiekuńczych. Tę samą wreszcie zasadę, jako wypływającą z życia społeczeństwa, pragnęła uwzględnić i reforma 1870 r. przez stworzenie Rad: miejskiej, gubernialnych i powiatowych Dobroczyńności publicznej. Lecz reforma ostatnia wzięła z życia jedynie formę, nie biorąc jej treści: stworzono wprawdzie kolegium, lecz, nadając mu charakter wybitnie biurokratyczno - urzędniczy, spaczono ideę samą.

Jako trzeci rys zasadniczy podamy, iż szpitale nasze zawsze utrzymywały bliską łączność ze społeczeństwem. Nie były to nigdy jakieś instytucje biurokratyczne, żyjące poza społeczeństwem: wychodziły one ze społeczeństwa, społeczeństwo opiekowało się niemi, czuwało nad ich bytem. Stąd pochodzi niezwykła ofiarność społeczeństwa na rzecz szpitali przez wszystkie wieki aż do połowy XIX w., stąd również tak wielka liczba szpitali po wsiach, miastach i miasteczkach.

Wreszcie ostatni rys, wynikający z całego ustroju życia, to samorząd. Państwo, król i wyższe władze duchowne — odgrywały zawsze wobec szpitali rolę opiekunów, protektorów, do których zarząd szpitala uciekał się w razie potrzeby o pomoc i opiekę prawną. Czy to synody biskupie w wiekach dawniejszych, czy też liczne konstytucje zwłaszcza z w. XVIII, kreśliły różne ustawy, zapewniające szpitalom opiekę i prawidłowy rozwój. Zawsze jednak była szanowana idea samorządu, sprawowanego przez społeczeństwo miejscowe w zakresie szpitalnictwa.

Te są, zdaniem naszym, najistotniejsze rysy historycznego rozwoju szpitali naszych.

Rzecz prosta, iż dawne wzory, jako zasady, nie mogą być obecnie wcielone w życie: zmiany w poglądach społecznych, rozwój i zmiana charakteru współczesnego szpitala względnie do dawnego, wreszcie rozwój medycyny tworzą nowe wymagania, nakazujące przystosowywanie szpitalnictwa do potrzeb życia bieżącego. Rysów tych jednak lekceważyć nie należy.

Co się tyczy wzorów obcych ustroju szpitali w różnych krajach, to w szczególności wchodzić nie będę, odsyłając czytelnika do przygotowanej już przeze mnie pracy, którą wkrótce ogłoszę. W tej chwili zaznaczę tylko, że jednolitego typu w różnych krajach niema. Różnorodność ustroju szpitali spotykamy nawet w jednym państwie, w różnych jego prowincjach: wszędzie, gdzie ludność żyła odrębnem życiem historycznym, zależnie czy to od różnic narodowościowych, czy też odmiennych warunków politycznych — wszędzie wytworzyły się odmiennie cechy ustroju szpitalnictwa, typ mniej lub więcej odmienny.

I rzecz to zrozumiała. Szpitale są to instytucje społeczne i jako takie stanowią wytwór rozwoju historycznego każdego społeczeństwa, noszą na sobie

piętno rodzimej kultury. Jest to zjawisko niezmiernie ważne, z którym liczyć się należy.

Stąd też wynika, że zapożyczenie wprost bez zmiany pewnego wzoru z ustroju szpitali innych krajów byłoby nieodpowiedniem pod każdym względem. Przystudyowanie wzorów obcych może być pod wielu względami pouczającym, lecz gotowych już form dać nie może.

Uwzględniając to wszystko, t. j. wyniki naszego dorobku społecznego, doświadczenie innych krajów, możemy określić pożądany typ ustroju szpitali naszych w następujący sposób: 1) kollegialny ustrój zarządu; 2) wpływ i kontrola społeczeństwa; 3) bezpośredni kierunek szpitala w rękach lekarza naczelnego

[D. n.].

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dn. 21-go lutego.

I. KOSOBUDZKI przedstawił chorego z licznymi chrzęstniakami i kostniakami palców obu rąk (*enchondromata et exostoses multiplicia digitorum manus*). Obrazy rentgenowskie wykazały, że płaskie narośle są naroślami kostnymi, guzowatości zaś większe składają się z chrząstki, uległej miejscami skostnieniu.

II. KOSOBUDZKI demonstrował chorego, dotkniętego przewlekłym zeszywnieniem kręgosłupa typu MARIE - STRÜMPPELL'a.

III. ORŁOWSKI STANISŁAW wygłosił pierwszą część swego odczytu p. t. „Anatomia patologiczna rdzenia kręgowego“. Odczyt poparty był demonstracją obrazów z epidiaskopu i w tej swej części uwzględnił następujące cierpienia: *tabes dorsalis*, *morbus FRIEDREICH'i*, *sclerosis lateralis* i t. zw. stwardnienie powikłane, gdzie zwyrodnieniu ulegają pęczki tylne i pęczki piramidalne.

Ign. Landstein.

Wiadomości bieżące.

— Kol. J. PAWIŃSKI wybrany został na członka korespondenta Towarzystwa terapeutycznego w Paryżu.

Дозвол. Цензурою, Варшава, 3 марта 1905. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa. Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.