

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 40.

Warszawa d. 7 października 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką f. . . rb. 8 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową | półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 19.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourey 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE: Przyczynek do patologii i leczenia chirurgicznego niedomogi pęcherza na tle zaniku sterczu, podał S Groszlik. Kwas moczowy, dna i artrytyzm, podał Anastazy Landau (Dokończenie). — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna.* 179. L. Blum. Niebezpieczeństwo wlewań śródżylnych środków zasadowych; własności trujące sodu. 180. Fernand Boivin. Leczenie otęłości. 181. Kemf. Badania kliniczne nad opróżnianiem żołądka w stanie normalnym i chorobowym. *Choroby układu nerwowego.* 182. Trömner. O odmianach odruchów Babińskiego i Oppenheima i nowym objawie stopowym (objaw łydkowy). *Choroby weneryczne i skóry.* 183. Lubliński. Czy język geograficzny jest dziedziczny? 184. Kuhn. Nocne leczenie ostrej rzeżączki u mężczyzny. *Choroby gardzieli.* 185. E. Oppikofer. O zgorzeli nowym zapaleniu krtani, tchawicy i przelyku w płonicy. — WIADOMOŚCI DROBNE i TERAPEUTYCZNE. — KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA. — ODCINEK. Z zagadnień etyki zawodowej, przez F. Mieczyńskiego. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.—OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Przyczynek do patologii i leczenia chirurgicznego niedomogi pęcherza na tle zaniku sterczu¹⁾.

Podał

S. Groszlik.

Pamięci d-ra Władysława Krajewskiego pracę tę poświęca autor.

Obok niedomogi pęcherza, która rozwija się u osób wiekowych na tle przerostu gru-

czołu krokowego, istnieje inna jeszcze postać tego cierpienia—starcza niedomoga pęcherza natury niewątpliwie prostatycznej, przyczem jednak gruczoł krokowy nie wydaje się większym od normalnego, albo nawet wykazuje mniejszy lub większy stopień zaniku. Osobniki tej kategorii zgłaszają się zazwyczaj z pęcherzem wypełnionym, sięgającym do pępka, z mimowolnem nietrzymaniem moczu, zwłaszcza w czasie snu, ciężkimi zaburzeniami narządów trawienia i innymi objawami przewlekłej mocznicy, słowem, przedstawiają klasyczny obraz t. zw. trzeciego okresu prostatyzmu. Jeśli choremu wypuścimy mocz

¹⁾ Według referatu, wygłoszonego na Zjeździe chirurgów polskich, odbytym w październiku 1910 r w Warszawie.

za pomocą cewnika, to pomimo ścisłego przestrzegania wszystkich odnośnych przepisów i jaknajdokładniejszego zachowywania zasad aseptyki, z nieubłaganą koniecznością rozwija się zakażenie pęcherza moczowego; bardzo często przybiera ono cechy ogólnego zakażenia i kończy się zejściem śmiertelnym. W przypadkach pomyślnych, w których sprawa nie przebiega z taką gwałtownością i ogranicza się tylko do pęcherza, następuje całkowite zatrzymanie moczu, tak, że chory musi stale posługiwać się cewnikiem. Innymi słowy, zatrzymanie moczu przewlekłe niezupełne (zazwyczaj aseptyczne) z rozstrzenią pęcherza przekształca się w zatrzymanie moczu przewlekłe zupełnie septyczne.

Wszystkie te objawy świadczyłyby niechybnie o przeroście gruczołu krokowego, gdyby nie wyniki badania miejscowego, które przekonywa nas, że mamy do czynienia albo z gruczołem, co do wielkości nie różniącym się prawie od prawidłowego, albo nawet z gruczołem zanikłym. Te właściwości gruczołu szczególnie się uwydatniają, jeżeli pęcherz zostanie poprzednio opróżniony, i jeżeli będziemy badali dwuręcznie, pozostawiając cewnik w pęcherzu. Okaże się wówczas, że gruczoł krokowy składa się z dwóch wyraźnych zrazików wielkości orzecha laskowego lub nawet mniejszych, niekiedy zaś wyczuwamy go zaledwie w postaci zgrubienia tylnej ściany części kroczonej cewki bez wyraźnej brzozy, dającej się zazwyczaj dokładnie wymacać w gruczole prawidłowym, a nawet powiększonym. Tak zanikły stercz wykazuje zazwyczaj powierzchnię nierówną, guzkowatą, jest twardy i mało ruchomy, niekiedy jednak posiada konsystencję zupełnie prawidłową.

Zachodzi pytanie, jak pogodzić wymienione ciężkie objawy kliniczne z tak nieznanymi zmianami w obrębie gruczołu krokowego.

Sprawa ta już oddawna zwróciła na sie-

bie uwagę badaczy i była niegdyś przedmiotem dość żywych sporów, zwłaszcza wśród chirurgów francuskich. Ostatecznie utrzymało się zdanie MERCIERA, który, zarówno jak w przeroście sterczu, tak i tu przyczynę niedomogi pęcherza upatrywał w mechanizmie zastawkowym, działającym w obrębie ujścia pęcherzowego, z tą jednak różnicą, że w przeroście rolę zastawki miał odgrywać średni płat gruczołu krokowego, w przypadkach zaś, przebiegających bez powiększenia sterczu, zastawka zostaje utworzona przez poprzeczną fałdę mięsną, która wychodzi z tylnej wargi ujścia pęcherzowego i zamyka otwór wewnętrzny cewki moczowej. Jest to owa słynna *valvule du col* MERCIERA, która zajmowała poczesne miejsce w dawnych podręcznikach urologicznych, pomimo iż istnienie jej było wielokrotnie podawane w wątpliwość. Cieszyła się ona jednak uznaniem dopóty, dopóki pojęcia nasze o niedomodze pęcherza u starców nie uległy gruntownej zmianie pod wpływem szkoły francuskiej. Wiadomo powszechnie, że GUYON przeniósł punkt ciężkości zaburzeń prostatycznych na sam pęcherz moczowy, którego ściany ulegają jakoby zwyrodnieniu miażdżycowemu w związku z ogólną miażdżycą ustroju. To zwyrodnienie ściany pęcherza ma być główną przyczyną niedomogi, powiększenie zaś sterczu odgrywa tylko rolę podrzędną, do tego stopnia, że zaburzenia prostatyczne mogą rozwijać się według GUYONA u starców również przy braku jakichkolwiek zmian w obrębie ujścia pęcherzowego, a nawet przy zaniku sterczu. Właśnie tego rodzaju przypadki, ochrzczone nazwą *prostatisme vésical* albo *prostatisme sans prostate*, służyły za najmowniejszy argument na korzyść teorii miażdżycowej GUYONA, w której świetle znalazły też bardzo proste wyjaśnienie.

Obecnie teoria GUYONA należy już do historii. Zdyskredytowały ją przedewszyst-

stkiem ściśle badania anatomiczne, które wykazały, że ściana pęcherza u prostatyków wcale nie ulega tak głębokim zmianom, ażeby te mogły być uważane za przyczynę niedomogi, jak to sądził GUYON. Następnie zaś i głównie teoria ta straciła wszelki grunt pod nogami, gdy się okazało, że z usunięciem powiększonego gruczołu krokowego ściana pęcherza odzyskuje sprawność, która już od dawna uważana była za wygasłą. W ten sposób zostało dowiedzionem ostatecznie, że przyczyną zaburzeń pęcherzowych u osób, dotkniętych przerostem sterczu, jest przeszkoda mechaniczna, tkwiąca w szyi pęcherza w postaci guza, który tamuje swobodny odpływ moczu. Pozostało jednak do tychczas nierozstrzygniętem, jak należy zapatrywać się na niedomogę pęcherza w przypadkach t. zw. prostatisme vésical, przebiegających bez powiększenia sterczu, i jakie powinno być nasze zachowanie się wobec przypadków podobnych.

Odpowiedź na to pytanie nastęca poważne trudności, zwłaszcza, jeśli zważymy, że nie posiadamy prawie żadnych danych ani o zmianach, zachodzących w ścianie mięśniowej pęcherza w niedomodze skutkiem zaniku gruczołu, ani o zmianach w kształcie ujścia wewnętrznego cewki w podobnych sprawach. Zdanie CIECHANOWSKIEGO ²⁾, jakoby tłem anatomicznem niedomogi pęcherza w zaniku sterczu miał być zanik mięśniówki pęcherzowej, zdanie, oparte na stwierdzeniu ilościowej zmiany stosunku mięśnia pęcherzowego do tkanki łącznej podścieliskowej w przypadkach pozapalnego zaniku sterczu, nie wydaje

mi się dostatecznie uzasadnionem, ponieważ autor ten nie miał do czynienia z właściwą niedomogą pęcherza. Z drugiej strony nie bez zastrzeżeń można się zgodzić na wręcz przeciwny wniosek, jaki z własnych poszukiwań wyprowadzają MOTZ i ARRÈSE ³⁾. Autorowie ci utrzymują, że w 12 przypadkach na 15, pod tym względem zbadanych, znaleźli nie zanik, lecz przerost mięśniówki pęcherzowej, zupełnie odpowiadający podobnym zmianom ściany pęcherza w przeroście sterczu, sądzą przeto, że w niedomodze pęcherza u prostatyków bez powiększenia sterczu stan mięśnia pęcherzowego nie odgrywa żadnej roli. Jednakże szczegółowa analiza przytoczonych przypadków wykazuje, że przeważną ich większość stanowiły gruczolaki, nabłoniaki, a nawet ropnie sterczu, które w żadnym razie nie należą do kategorii niedomogi pęcherza, przez nas rozpatrywanej. W dwóch za ledwie przypadkach pozostałych badanie histologiczne wykazało zapalenie przewlekłe sterczu bez jakichkolwiek zresztą zmian w otworze wewnętrznym cewki moczowej, które byłyby w stanie przyczynę niedomogi pęcherza wyjaśnić.

(D. c. n.)

Kwas moczowy, dna i artrytyzm.

Podał

Anastazy Landau.

(Rzecz, wygłoszona na XI zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie oraz w Towarzystwie lekarskiem Warszawskim).

(Dokończenie)

Szanowni Panowie! Przejdźmy obecnie od rozważań abstrakcyjnych do obserwacji codziennej. Jeżeli rozejrzymy się w mate-

²⁾ S. Ciechanowski. Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza i powiększeniem gruczołu krokowego u starców. Przegl. Chirurg. T. IV, 1898-1900.

³⁾ B. Motz et J. Arrèse. Note sur les vessies des „prostatiques sans prostate“. Ann. d. malad. d. org. gén. urin. 1903. Nr. 24.

ryale patologicznym, z jakim codziennie się stykamy, to przekonamy się, iż specjalnie u nas nadzwyczajnie często spotykamy „artrytyków”, że nie ma właściwie cząstki ciała, w której u nas nie rozpoznawalibyśmy artrytyzmu, i że istotnie pacjenci nasi spożywają kolosalne ilości specyfików dnawych: cytaryny, piperazyny i t. d. U nas rzeczy zaszły nawet tak daleko, iż chorzy sami stawiają sobie rozpoznanie artrytyzmu na mocy rozmaitych sensacji w kończynach (ból, rwanie, palenie) oraz analizy moczu, w którym z całą powagą znawców wskazują na wysoki ciężar gatunkowy, obecność osadu kwasu moczowego, szczawianów i t. p. Bez przesady twierdzić mogę, iż ze stu chorych, zwracających się do nas ambulatoryjnie, 95 uchodzi za artrytyków. Wobec tak kolosalnego rozpowszechnienia się tego stanu chorobowego musimy się naprawdę zastanowić, z czym mamy w danym razie do czynienia, azali z prawdziwą dną, czy też z innymi sprawami chorobowymi, zaliczanymi do grupy tak zw. artrytyzmu przez brak wzajemnego porozumienia się, co pod tą nazwą rozumieć należy.

Postarajmy się owo pojęcie artrytyzmu rozczłonkować na pewne logiczne grupy. Otrzymamy wówczas trzy zasadnicze kategorie: 1) artrytyzm stosowany bywa u nas w znaczeniu BOUCHARDOWSKIM i oznacza usposobienie do licznych bardzo stanów chorobowych o niejasnej etiologii, 2) do artrytyków zaliczani są u nas chorzy, u których przedmiotowo wykryć się dają przewlekłe zmiany stawowe w postaci zniekształceń, zgrubień, guziczków, trzeszczeń. t. d. i wreszcie 3) artrytyzm rozpoznaje się u nas u osobników o pewnym charakterystycznym wyglądzie, zaliczanym dawniej do t. zw. pletora vera, zwłaszcza jeżeli osobniki podobne skarżą się na rozmaite bóle i rwania w stawach lub mięśniach chociażby bez zmian przedmiotowych

ze strony tych narządów. i jeżeli, jako dowód przedmiotowy artrytyzmu, przedstawia analizę moczu z wysokim ciężarem gatunkowym, obfitym osadem krystalicznym i t. p.

Rozpatrzmy kolejno wyodrębnione przez nas grupy. Co się tyczy pierwszej, to już wyżej zaznaczyłem, iż obszerne pojęcie BOUCHARDA o bradytrofii i artrytyzmie, zdaniem mojem, nie da się utrzymać. Jakkolwiek niewątpliwie czynniki wrodzone i wewnątrzustrojowe czyli, innymi słowy, usposobienie w mechanizmie powstawania stanów chorobowych odgrywają wybitną rolę, to jednak łuszczycy, pryszczycy, wyprysku, dny, kamicy nerkowej, kamicy żółciowej, miażdżycy tętnic, astmy nerwowej, otosklerozy, zapaleń tęczówki, naczyń i t. p., wszystkich tych chorób niewolno nam sprowadzać do jednego mianownika—artrytyzmu. Jakkolwiek wielu z wymienionych powyżej stanów chorobowych towarzyszą jakieś zmiany w przemianie materii, jakkolwiek wiele z nich wikła dnę, powstając na tle zaburzonej przemiany purynowej, to jednak nie należy identyfikować dny ze skazą wogóle i nie wolno twierdzić, iż wszystkie te stany chorobowe zależą tylko od kwasu moczowego, gdyż mechanizm ich oraz etiologia mogą być nader różnorodne. Przyszłość w tej dziedzinie należy do badań nad wydzieliną wewnętrzną i poszukiwań biologicznych, tymczasem jednak o tyle możemy służyć postępowi, iż przestaniemy skupiać pod jednym mianem różnorodne stany chorobowe.

Do drugiej kategorii zaliczyłem artrytyków, u których badanie przedmiotowe wykrywa zmiany ze strony stawów: zniekształcenia, zgrubienia, trzeszczenia i t. d. Tutaj należy ściśle odróżniać sprawy stawowe pochodzenia dnawego od tych, które z podagrą nic wspólnego nie mają. Nie będę tu szczegółowo omawiał różniczkowego rozpoznania dny i przewlekłego gośćca stawowego. Wie-

my doskonale, iż i w tej ostatniej sprawie nie rzekliśmy jeszcze ostatniego słowa, bowiem pod tą nazwą zbiorową zebrane zostały stany chorobowe, różne co do swego obrazu anatomicznego, przebiegu klinicznego i etiologii. Są postacie przewlekłego gośćca stawowego, gdzie sprawa umiejscawia się prawie wyłącznie na nasadach stawowych: na kościach i chrząstkach, nie dotykając zupełnie, przynajmniej na początku, torebki stawowej, w innych przeciwnie — ta ostatnia właśnie jest punktem wyjścia sprawy chorobowej. W jednych przypadkach chron. gośćca stawowego dotknięte są przeważnie stawy większe, w innych — stawy drobne; w jednych przypadkach sprawa rozwija się, jako następstwo uprzedniej ostrej sprawy zapalnej, w innych przyczyną jej jest zatrucie jadem gruźliczym lub kiłowym, jeszcze w innych — ujemne warunki życia (chłód i wilgoć). Nadto w całym szeregu przypadków prócz późnego wieku żadnego momentu etiologicznego nie jesteśmy w stanie wykryć. Słowem, pojęcie przewlekłego gośćca stawowego wypadnie nam w przyszłości rozczłonkować, ale już obecnie nie należy tych spraw utożsamiać z dną. W tej ostatniej mamy przedewszystkiem do czynienia ze swoistymi zaburzeniami w przemianie purynowej, z tworzeniem się złogów moczanowych ostrych i przewlekłych, których brak jest zupełnie w przewlekłym gośćcu stawowym. Dna i przewlekły gościec stawowy są to dwa całkiem odmienne światy, których wspólną cechą jest tylko przypadkowe umiejscowienie sprawy chorobowej w tem samym miejscu. Okoliczność ostatnia powoduje niekiedy, iż postawienie właściwego rozpoznania należy do zadań trudnych. Obecność jednak w wywiadach ostrych napadów paluchowych, wykrycie guziczków dnawych, zwłaszcza na uszach, obciążenie dziedziczne, czynniki etiologiczne (alkohol, ołów), lub jeżeli przeciwnie okaże się, iż sprawa

rozwija się w wielu drobnych stawach, symetrycznie, ze zmianami odżywczeimi drobnych mięśni i skóry, lub jeżeli sprawa umiejscowi się w jednym albo w paru większych stawach i t. d., — wszystkie okoliczności powyższe naprowadzić nas mogą na właściwą drogę. MAGNUS-LEVY zwraca uwagę na jakościową różnicę trzeszczeń, które w dniu są nader drobne (Gichtknirschen) w przeciwieństwie do grubych trzeszczeń w przewlekłym gośćcu stawowym; trzeszczenia te, zdaniem M.-L., odnoszą się do siebie, jak drobne i grube wilgotne rżenia w sprawach płucnych. W przypadkach wątpliwych należy uciec się do bardziej złożonych metod, z jednej strony do badania roentgenograficznego (złogi moczanowe w przeciwieństwie do wapiennych występują na roentgenogramach w postaci jasnych plam), z drugiej — do badania krwi i całej wogóle przemiany purynowej. Nader pomocna w rozpoznaniu jest obecność t. zw. guziczków dnawych, które odznaczają się swym charakterystycznym wyglądem makroskopowym (np. perelki na uszach), umiejscowieniem oraz obrazem roentgenograficznym. Niekiedy jednak dopiero analiza chemiczna guziczka, zwłaszcza, jeżeli zawartość jego wydziela się nazewnątrż, decyduje o jego istotnej naturze. Niedawno obserwowałem przypadek choroby ADISONA ze złogami w tkance podskórnej i skórze, uznawanymi przez wielu kolegów za moczanowe, a których analiza chemiczna wykazała, iż były one pochodzenia wapiennego.

Skoro mowa jest o guziczkach, wspomnę jeszcze o węzełkach HEBERDENA, o które w literaturze toczył się długi spór; jest on już obecnie poniekąd rozstrzygnięty, i przyznać należy, iż, jakkolwiek guziczki HEBERDENA mogą towarzyszyć dnie, to jednak nie są one jej wyłącznym objawem, gdyż tworzyć się mogą w przebiegu cukrzycy i innych spraw chorobowych (okres przekwitania u kobiet)

Streszczam się: Do jednego mianownika artrytyzmu nie należy sprowadzać dny i przeróżnych przewlekłych spraw stawowych, gdyż to są sprawy chorobowe odmienne co do swej patogenezy, obrazu anatomicznego i przebiegu klinicznego.

Trzecia kategoria artrytyków posiada klinicznie najmniej ściśle i zarazem najbardziej rozlewne zarysy; podstawą do rozpoznania w danym razie są wygląd chorych, sensacje bólowe bez odnośnego podłoża przedmiotowego i analiza moczu. Niejednokrotnie u osobników tych spotykamy nadto skargi żołądkowe (zgaga, palenie), zaparcie stolca, krwawnice, skłonność do cierpień skóry (swędzenie, wyprysk i t. d.), obniżanie się, chwanie i wypadanie zdrowych zębów i t. d. Powyższy obraz kliniczny możnaby podprowadzić pod t. zw. usposobienie dnawe, i tutaj musimy się zastanowić, na jakiej podstawie możemy podobne usposobienie rozpoznać. Zacznijmy od analizy moczu. Podczas gdy EBSTEIN, NOORDEN, MINKOWSKI, a u nas DUNIN do jednorazowego badania moczu żadnej wagi nie przywiązują, jak również odmawiają wszelkiego znaczenia rozpoznawczego obecności szczawianów, kwasu moczowego i moczianów w osadzie oraz wysokiemu ciężarowi gatunkowemu moczu, autorowie francuscy, a u nas BIERNACKI uważają powyższe własności moczu za charakterystyczny objaw artrytyzmu.

Co się tyczy ciężaru gatunkowego, to wiadomo, iż jest on wielkością przypadkową, zależną od dowozu wody, utraty jej przez skórę, kiszki i t. d. oraz ilości wprowadzonych części stałych, wydalanych przez nerki. Ten sam osobnik może mieć przy tym samym sposobie żywienia się mocz o niskim i wysokim ciężarze gatunkowym: tracąc w lecie dużą ilość wody z potem, można mieć mocz stężony, a w zimie będzie on miał ciężar zupełnie normalny. Widywałem osobniki, u któ-

rych wysoki ciężar gatunkowy zależał od nadmiernego spożywania soli kuchennej, co, rzecz prosta, niema nic wspólnego z zaburzeniami przemiany materii. Wogóle wysoki ciężar gatunkowy moczu jest objawem tak ogólnikowym, tak, rzekłbym, banalnym, iż na tym gruncie nic trwalszego budować niepodobna.

Dawniej, kiedy kwas szczawiowy w moczu uważano za produkt niedostatecznego utlenienia węgla, kiedy obfity osad szczawianu wapnia utożsamiano z nadmierną zawartością kwasu szczawowego w moczu, oksalurya stanowiła odrębną jednostkę chorobową, której istotą miało być zwolnienie przemiany materii. Bliższe jednak zbadanie tej kwestyi doprowadziło do wyników wręcz odmiennych i zgoła nieoczekiwanych. Okazało się przede wszystkim, iż kwas szczawiowy w ustroju ludzkim nie spala się zupełnie i że wprowadzony doń wydziela się, jako taki, z moczem. Zjawisko powyższe stoi w związku z ogólnem prawem oksydacyi, na mocy którego utleniać się mogą w ustroju zwierzęcym tylko ciała, które posiadają wolne atomy wodoru, zdolne do łączenia się z tlenem, a tej oto własności pozbawione są właśnie szczawiany. Z rozważań tych wynika, iż kwas szczawiowy nie jest pośrednim produktem spalania białka, tłuszczów i węglowodanów i że zaledwie centygramowa zawartość jego w moczu, na którą, jak zauważył MINKOWSKI, przypada najwyżej $\frac{1}{50000}$ część całej przeróbki węglowej, nie jest sprawdzianem dostatecznej oksydacyi w ustroju. Od faktów przeczących przechodzę do twierdzących. Badania nad oksaluryą wykazały, iż kwas szczawiowy w moczu jest pochodzenia niemal wyłącznie zewnątrzustojowego i zależny jest w pierwszej mierze od zawartości jego w pokarmach, a następnie—od mniej lub więcej pomyślnych warunków wchłaniania w przewodzie pokarmowym. Z obfitego osadu szczawianu

Dragées

ATOXYL à 0,01

BLAUDI cum ATOXYL à 0,01

Atoxył — organiczny arsenowy związek, zawierający około 37,7% arsenu mocno związanego w swej budowie, środek względnie mało toksyczny o wybitnym odżywczym i wzmacniającym działaniu na organizm. Połączenie żelaza z atoksyłem w postaci pigułek stosowane bywa z powodzeniem przez najwybitniejsze powagi lekarskie, jako środek wytwarzający czerwone ciała krwi (chloroza, anemia), w ogólnym osłabieniu — specjalnie przy osłabieniu systemu nerwowego. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie po 1—2 pigułek po jedzeniu.

poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie
Jeruzolimka 27 róg Kruczej.

NOWE WARUNKI POLISOWE.

- a) Termin ulgowy w opłacie premii — trzymiesięczny.
b) Nieuiszczenie premii w terminie ulgowym skutkuje automatyczną redukcją, czyli czyni polisy T-wa które już trwały 3 lata — nieumarzalnemi.
c) Po roku, polisy T-wa w razie śmierci ubezpieczonego są bezspornemi.
d) W razie śmierci ubezp. w pojedynku, kapitał płatny jest o ile umowa trwała rok jeden, w razie samobójstwa o ile trwała 3 lata
e) Ubezpieczeni mają prawo swobodnego podróżowania po całym świecie

Kapitał
zakładowy
oraz rezerwowy
przeszło 5.500.000 r.

BIURO DYREKCYI:
WARSZAWA, MAZOWIECKA 22
pałac bar. L. Kronenberga

Pierwsze Krajowe T-wo Ubezpieczeń
„PRZEZORNOŚĆ”
Ubezpieczenia na życie i od następstw wypadków

Agentury we wszystkich miastach Królestwa i Cesarstwa.

Taryfy i prospekty na żądanie — bezpłatnie.

Warsz. Tow. Akc.

„MOTOR”

Marszałkowska 23

poleca

własnego wyrobu:

Glicerofosfat

ziarnisty z żelazem,
z lecitiną.

Piperazinę
musującą.

Kola
granulowane.

bynajmniej wnosić nie należy o ilości kwasu szczawiowego w moczu, bowiem ilość i strącanie się są to dwa całkiem różne zjawiska. Mocz o małej zawartości kwasu szczawiowego posiadać może obfity osad szczawianowy i odwrotnie, mocz z dużą ilością kwasu szczawiowego zdolny jest całą tę ilość utrzymać w roztworze, dzięki obfitej zawartości kwaśnego fosforanu sodu. Widzimy przeto, iż oksalurya, nie uosabiając żadnych swoistych zaburzeń w przemianie materii, przestała być odrębną jednostką chorobową, jak cukrzyca, dna i t. d., i że jej znaczenie patologiczne ogranicza się wyłącznie do kamicy nerkowej. Szczawianomocz nie znajduje się w żadnym związku z przemianą purynową i dlatego nie stanowi żadnego objawu swoistego dny lub usposobienia dnawego.

Strącanie się moczanów uważam za objaw równie banalny, jak wysoki ciężar gatunkowy moczu, dowodzi ono tylko większego stężenia jego.

Co się tyczy osadu kwasu moczowego, to tutaj poniekąd zachodzą warunki analogiczne do strącania się szczawianów. Rozpuszczalność \bar{U} w moczu jest zjawiskiem nader złożonym, na które, oprócz ilości kwasu moczowego składają się odczyn moczu, a zwłaszcza stosunek, jaki zachodzi między fosforem sodu jedno- i dwuzasadowym oraz zachowanie się koloidów moczowych — urochromu i śluzu. Obfite osadzanie się \bar{U} nie mówi o jego ilości, widywałem bowiem osobniki, które, znajdując się na diecie bezpurynowej i wydzielając na dobę 0,3 — 0,5 grm. \bar{U} wyłącznie pochodzenia wewnątrzustrojowego, tem nie mniej miały w moczu obfity osad kwasu moczowego. Jakkolwiek strącanie się \bar{U} jest tem łatwiejsze, im większa jest jego zawartość w moczu, to jednak z samego osadu wniosków o dobowej wydajności \bar{U} wyprowadzać niepodobna. Zresztą, gdybyśmy nawet ilość tę jaknajdokła-

dniej określili, to jednak stalibyśmy dalej bezradni, nie wiedząc, co z otrzymaną cyfrą począć. Wiadomo przecież, w jak znacznym stopniu wydajność \bar{U} zależna jest od jakości pożywienia, od dowozu materiału purynowego, a dla stwierdzenia swoistych zaburzeń przemiany purynowej, stanowiących o dnie, przeprowadzić należy bądź analizę krwi, bądź też dokładne badanie całej przemiany purynowej o trwaniu conajmniej 10-dniowem, z wysobnieniem kwasu moczowego wewnątrz- i zewnątrzpochoźnego. Osadzanie się jego dowodzi wyłącznie wadliwych warunków rozpuszczania się \bar{U} oraz skłonności do kamicy. Chociaż ta ostatnia stanowi względnie częste powikłanie dny (10% u EBSTEINA, przeszło 40% u LECORCHÉ), to jednak identyfikować podagrę i kamicy nerkową niepodobna.

Zwykła zatem analiza moczu nie jest pomocna w rozpoznawaniu dny i usposobienia dnawego, i zgodzić się należy z EBSTEINEM i DUNINEM, którzy utrzymują, iż rozpoznanie powyższe stawiać należy i można bez wszelkich analiz moczu. Jeżeli wytrącimy sobie z ręki objawy przedmiotowe w postaci analizy moczu, to okaże się, iż pozostałe objawy, spostrzegane u trzeciej grupy artrytyków, są nader chwiejnej natury. Sensacje bólowe, ogólne nieusposobienie, wygląd zewnętrzny i t. d. nie są objawami, które stanowić mogą o trwałem rozpoznaniu. Niewątpliwie, obraz powyższy styka się nader blisko z jednej strony z neurastenią, z drugiej zaś — ze stanami nawpół patologicznymi, jakie spotykamy u ludzi, którzy, sami na dnę nie zapadając, są jednak pod tym względem obarczeni dzie dzicznie. Jakimi punktami wytycznymi kierować się należy w rozpoznawaniu usposobienia dnawego? Nader cennych wskazówek dostarczają nam wywiady; stwierdzenie w rodzinie pacjenta niewątpliwej dny, obecność pewnych czynników etiologicznych (alkohol i ołów), skłonność do bólów myal

gicznych, oto są dane, jakimi kieruje się np. EBSTEIN. Wobec tego, iż dna jest chorobą w wysokim stopniu dziedziczną, należy przy rozpoznawaniu skazy dnawej liczyć się z kwestyą, czy w kraju danym dna jest chorobą częstą, czy też nie. Stwierdzamy u chorych naszych na każdym kroku artrytyzm, słusznie przeto zapytać można, jak u nas stoi sprawa z prawdziwą dną? Rozmawiałem o tej sprawie z wieloma kolegami, i każdy z nich na pytanie, ilu też widział chorych, dotkniętych prawdziwą dną, po pewnem zafasowaniu odpowiadał, że albo ich wcale nie widział albo bardzo niewiele. Tak np. śp. DUMIN mówił mi, że przy swojej kolosalnej praktyce, obejmującej wszystkie warstwy naszego społeczeństwa, ostrej dny widział przypadków kilkunaście. Co do mnie osobiście, wyznać muszę, iż, pomimo że rozporządzam znacznym materiałem z patologii przemiany materii, ostrych przypadków dny widziałem kilka do dziesięciu, tak, że znaczna zachodzi różnica między masą chorych na cukrzycę a nader skąpą liczbą chorych na dnę. Dodać muszę, iż podobnie rzecz się ma i z dną przewlekłą; każdego chorego badam na obecność złogów dnawych na muszlach usznych, w okolicy wyrostka łokciowego, na palcach i t. d. i muszę powiedzieć, iż złogi moczowe są u nas zjawiskiem jeszcze rzadszem, aniżeli dna ostra. Słowem, w kraju naszym dna zarówno ostra, jak i przewlekła nie należą do zjawisk tak częstych; a skoro zgodzimy się na przesłankę powyższą, to, rozumując konsekwentnie, twierdzić należy, iż i usposobienie dnawe nie może być częste, gdyż brak nam decydującego czynnika etiologicznego, dziedziczności. Zgodzę się, iż pewien ułamek artrytyków, zaliczonych przezemnie do trzeciej kategorii, znajduje się w kontakcie z dną, i że niektórzy z nich są przedstawicielami jej forme fruste, ale wobec względnej u nas rzadkości dny typowej stanowią oni

mogą tylko drobną garstkę. Jak sklasyfikować pozostałą masę? Zaznaczyłem już wyżej, iż wielu tych chorych posiada nader liczne punkty styczne z neurastenią. Oczywiście, nadanie im miana neurasteników zamiast artrytyków sytuacji naszej nie zmieni, gdyż nie wzbogacamy przez to poznania sprawy chorobowej, albowiem istotna treść stanów neurastenicznych, ich formuła chemiczna i fizyologiczna, są również jeszcze nieznane. W ostatecznej konkluzji dojść muszę do wniosku, iż stan chorobowy, u nas bardzo rozpowszechniony pod mianem artrytyzmu, w przyszłości dopiero rozwikłany będzie. Pomimo to nie należy zamykać oczu na fakt, iż chorzy tej kategorii ze zmianą trybu życia, po leczeniu wodami mineralnymi, zabiegami wodolecznicznymi, po pobycie nad morzem, poprawiają się, ale poprawa, uzyskana naprz. od zastosowania diety bezmięsnej, bynajmniej nie dowodzi, iż z dną mamy w danym razie do czynienia. Z kwasem moczowym, z zaburzeniami przemiany purynowej stany powyższe zdają się mieć mało wspólnego.

Jak więc widzimy, na karb tak zwanego artrytyzmu spiętrzone u nas rozmaite stany chorobowe. Już sama okoliczność, iż pojęcie to stało się tak rozlewne, odbiera mu kliniczną rację bytu. Ponieważ mową posiłkujemy się, jako środkiem wzajemnego porozumienia się, powinniśmy z niej usuwać to wszystko, co zamiast ładu i porządku prowadzi do zamętu. Zarzućmy wyraz artrytyzm, powiedzmy, iż istnieją stany chorobowe, dla których powstania moment usposobienia wybitną odgrywa rolę; zgódźmy się, iż istnieje dna i usposobienie dnawe, których ewolucja jest ściśle związana z zaburzeniami kwasu moczowego, powiedzmy, iż spostrzegać się dają postaci chorobowe spraw stawowych, różne co do swej etiologii, obrazu anatomicznego i klinicznego, ale w każdym razie nic wspólnego

nie mające z dną; zgódźmy się wreszcie, iż istnieje obraz chorobowy o nader rozlewnych konturach, spostrzegany u ludzi zamożnych, którego na razie nie możemy ściśle zanalizować, ale nie sprowadzamy tak różnych rzeczy pod jeden mianownik artrytyzmu. Zarzu-

cenie tego wyrazu oraz rozczłonkowanie jego na właściwe części składowe jest, zdaniem mojem, jedyną drogą, która naukę naszą i nasze postępowanie lekarskie na szerszy gościeniec wyprowadzi.

STRESZCZENIA

Medycyna wewnętrzna.

179. L. Blum. Niebezpieczeństwo wlewań śródżylnych środków zasadowych: własności trujące sodu.

LABBÉ świeżo zwrócił ponownie uwagę ogólną pracami nad leczeniem kwasowości cukromoczonej wlewaniem soli zasadowych do żył, prof. LEPINE jeszcze bardziej podkreślił ten sposób leczenia, a SICARD i SALIN starają się rozszerzyć wskazania tej metody na wiele objawów cukrzycy.

Jak wiadomo, STADELMANN wypróbował na zwierzętach, iż wprowadzanie do żył 7% roztworów zasadowych nie zagraża życiu, w śpiączce więc cukrzycowej zalecał wprowadzanie bez obawy 3—5% roztworów węglanu sodu. Po jego pracy posypały się inne, jedni stosowali 3%, inni 1—2%, wreszcie niektórzy (WOLPE, ROSENSTEIN, HESSE) 3—5% roztwory węglanu sodu. STADELMANN w następstwie zaczął zalecać sól pośrednią między węglanem i dwuwęglanem—półtorawęglan sodu ($\text{Na}^3 (\text{HC}^2\text{O}^6)$), otrzymując ją przez ogrzewanie roztworu dwuwęglanu przez czas dłuższy. Zalecał więc w tym celu przygotowanie roztworu 7,2 gm. węglanu sodu suchego, 4,6 gm. dwuwęglanu w 150 gm. roztworu fizyologicznego lub też ogrzewanie 150 ctm. sz. roztworu fizyologicznego z 10—11 gm. dwuwęglanu sodu. Do zastrzykiwań używał 1—1½ litra tego roztworu.

Autor zwraca uwagę na niestałość dwuwęglanu sodu i dlatego w doświadczeniach swych używał suchego węglanu sodu, który zawiera 32,4% sodu, stosował zaś roztwór

5%. BLUM przytacza historię choroby chorych ze śpiączką cukrzycową, w 1 przypadku stosował roztwór 5% węglanu sodu, z trudnością udało się mu wprowadzić 750 ctm. sz., chora wśród drgawek zmarła, u drugiej chorej wstrzykiwał 2,9% roztwór i również wprowadził go z trudnością z powodu kurczu żyły, w kilka godzin drgawki ogólne, śpiączka i śmierć, a zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku nastąpiły wynaczynienia około żył, do których wprowadzano sodę. To też autor przypuszcza, iż stosownie do rady STADELMANNA należy stosować półtorawęglan sodu w roztworze co najwyżej 6%. Idąc dalej w rozumowaniach, autor własności trujące w tych razach przypisuje sodowi, powołuje się w tym względzie zarówno na własne spostrzeżenia, jak i spostrzeżenia innych. Sod właśnie wywołuje drgawki i osłabienie tętna i t. p. Trujące zresztą własności sodu stwierdzili już fizyologowie zarówno w doświadczeniach na zwierzętach (BOCK, HOFFMANN), jak i na komórkach zwierzęcych i roślinnych. Zobojętnić te własności można przez dodanie drobnych ilości soli potasowych lub chlorku wapnia.

Autor rzuca myśl, czy i w zastrzykaniach zasadowych nie dałoby się iść tą drogą, sam jednak zwraca uwagę, iż w tym razie nie można wprowadzać soli potasu, jako trujących dla serca, ani też soli wapnia, które z węglanem sodu dają osad nierozpuszczalny węglanu wapnia, należałoby więc wprowadzać chlorek wapnia przed lub po wprowadzeniu węglanu sodu.

Ze swych spostrzeżeń autor przychodzi

do wniosku, iż należy być bardzo ostrożnym ze stosowaniem w śpiączce cukrzycowej zastrzykiwań śródżylnych sody.

(La Sem. méd. 37)

180. Fernand Boivin. Leczenie otyłości.

Leczenie otyłości opierać się musi na zasadzie fizjologicznej i zmniejszyć przyływ oraz zwiększyć do możliwych granic wydatki ustroju, innemi słowy, wzmódcz w nim spalanie. Ilość pokarmów powinna być mniejsza od istotnie potrzebnej. Według spostrzeżeń autora wystarcza 27,5 — 35 ciepłostek na kilo wagi, przy ruchu umiarkowanym można obniżyć nawet liczbę ciepłostek w pokarmach do 17—23 na kilo wagi, i otrzymamy wtedy stopniową utratę wagi po 100—150 grm. dziennie.

Zwiększenie utraty ciepła osiągamy przez zabiegi wodolecznicze i noszenie przewiewnego, lekkiego ubrania. Zwiększenie zaś spalania przez kineziterapię, gimnastykę, szybkie wchodzenie na góry, jazdę na rowerze, tenis etc. Stosowanie sportów musi być stopniowe i umiarkowane, aby nie wywołać przemęczenia. Jednocześnie ze znikaniem tłuszczu wzmagają się przez to mięśnie.

W każdym pojedynczym przypadku należy indywidualizować leczenie, szczególnie przy powikłaniach chorobami serca i nerek.

(Thèse Paris 1911).

181. Kemf. Badania kliniczne nad opróżnianiem żołądka w stanie normalnym i chorobowym.

W stanie normalnym po śniadaniu, złożonym z 200 grm. kleiku owsianego, 50 grm. gotowanego mięsa cielęcego, 2 kawałków chleba z masłem, 8 śliwek suszonych ugotowanych i małej łyżeczki kompotu z jagód czerwonych, żołądek opróżnia się po upływie 3—5 godzin, po 5 godzinach zatem cała zawartość opuszcza już żołądek, drobne bardzo, ale makroskopowo widzialne cząsteczki mogą pozostać jeszcze przez godzinę, natomiast cząsteczki mikroskopowe mogą pozostawać nawet w ciągu 12 godzin i dłużej.

W stanie patologicznym zaleganie pokarmów występuje przedewszystkiem w niedomodze czynnościowej nerwowej, częściej jednak o wiele w chorobach o

podkładzie anatomicznym. Im zaleganie jest większe, tem prawdopodobniejsza jest postać anatomiczna, a im bardziej jest stałe, tem cięższa jest postać choroby. Jeżeli idzie o rozpoznanie różniczkowe między chorobą żołądka i kiszek—zaleganie treści przemawia za chorobą żołądka. Jeżeli chodzi o rozpoznanie między wrzodem i niestrawnością czynnościową, to zaleganie pokarmów w żołądku od 5—8 godzin przemawia za wrzodem żołądka.

Opóźnienie w opróżnieniu żołądka z małych cząstek pokarmowych występuje w przypadkach cierpień śluzówki. Stwierdzenie najczęściej makroskopowych cząstek pokarmowych już nam daje cenne wskazówki. Obfita ilość tych cząstek lub częste ich znajdowanie w żołądku czcym świadczy o chorobie organicznej. To samo, gdy żołądek spólcześnie nie opróżnia się z zawartości przed 6—8 godzinami po spożyciu. Spólczesne występowanie opóźnienia w opróżnieniu żołądka z małych cząstek pokarmowych ze stałym sokotokiem przemawia za wrzodem żołądka, o ile zaś sokotok występuje bez zaburzeń w czynności ruchowej, wrzodu zazwyczaj niema.

Częściej zdarza się zaleganie cząstek mikroskopowych pokarmów, zdarza się ono w rozmaitych postaciach chorobowych i dlatego nie posiada znaczenia klinicznego.

(Z kliniki prof. Fabera w Kopenhadze Arch. g. de Med. VIII 1911).

J. Z.

Choroby układu nerwowego.

182. Trömner. O odmianach odruchów Babińskiego i Oppenheima i nowym objawie stopowym (objaw łydkowy).

Od czasu wykrycia odruchu kolanowego (ERB i WESTPHAL w 1875 r.) oraz ze ścięgniacha ACHILLESA (GOWERS w 1879 r.) żaden nowy objaw w dziedzinie odruchowej nie okazał się doniosłości tak wielkiej, jak o b j a w p a l u c h o w y BABIŃSKIEGO. Jest to objaw, świadczący niewątpliwie o sprawie chorobowej organicznej w układzie nerwowym ośrodkowym powyżej części lędźwiowej rdzenia. Niestety, w postaci zupełnie wyraźnej i wąt-

pliwości nie budzącej objaw BABIŃSKIEGO występuje w przypadkach daleko posuniętych, gdy rozpoznanie i bez tego trudności nie następuje; w okresach cierpienia początkowych na objawie tym zbywa, lub też jest on nie dość jasno wyrażony.

Pewne uzupełnienie objawu BABIŃSKIEGO stanowi objaw goleniowy OPPENHEIMA, występujący często w przypadkach, gdy na objawie BABIŃSKIEGO zbywa, zwłaszcza w okresach początkowych cierpienia organicznego. Lecz natężenie i tego odruchu podlega znacznym wahaniom, sam sposób wywoływania go przedstawia nieraz trudności.

Wobec tego autor proponuje pewne modyfikacje w sposobie wywoływania wymienionych objawów—dzięki temu występują one wyraźniej i stają się czulszymi wskaźnikami sprawy chorobowej.

1. Co do objawu BABIŃSKIEGO, to autor wywołuje go, wywierając ręką nagły i energiczny ucisk na podszwę tuż pod kłębem palucha,—charakterystyczne wolne wyprostowanie palucha następuje w tych warunkach bądź podczas samego ucisku, bądź w chwili przerwania go. Odruch ten autor nazywa objawem stopy uciskowej lub objawem BABIŃSKIEGO uciskowym.

2. Objaw OPPENHEIMA autor proponuje wywoływać, silnie uciskając ręką kant wewnętrzny kości goleniowej na granicy między dolną i środkową trzecią częścią; następuje wówczas wyprostowanie palucha, po większej części wraz ze zgięciem całej kończyny. Autor nazywa to objawem OPPENHEIMA uciskowym.

3. Pod nazwą objawu łydkowego autor opisuje nowy, znamieny dla cierpienia organicznego odruch, wywołwany w sposób następujący: kończynę dolną, na wpół zgiętą i nieco zwróconą ku zewnątrz, podtrzymuje się jedną ręką, drugą zaś przesuwa się szybko, jednocześnie uciskając, od przegubu w dół po mięśniach łydki; następuje wówczas zgięcie grzbietowe stopy (działanie mięśni—wyprostnego palców wspólnego i piszczelowego przedniego).

Wymienione objawy odruchowe mają

być stalsze, niż objawy BABIŃSKIEGO i OPPENHEIMA, co autor udowadnia następującymi cyframi. Na 20 świeżych przypadków rozmaitych porażień kurczowych pochodzenia organicznego autor znalazł: objaw BABIŃSKIEGO zwykły w 15 przyp., uciskowy w 14, objaw OPPENHEIMA zwykły w 12, uciskowy w 4, natomiast objaw łydkowy w 17 przypadkach. Na 42 przypadki zadawnione: objaw BABIŃSKIEGO zwykły w 33, uciskowy w 38 przypadkach, OPPENHEIM zwykły w 18, uciskowy w 36, w reszcie objaw łydkowy w 38. (Z cyfr tych jednak wynika, że w przypadkach świeżych stalszy jest tylko objaw łydkowy, przyp. refer.).

Objawy, przez autora opisywane, mają tę zaletę że wywoływanie ich nie wymaga żadnych przyrządów, z drugiej jednak strony—są one dla chorych dość bolesne.

(Deutsche medic. Woch. 1911 Nr. 37).

S. O.

Choroby skóry i weneryczne.

183. Lubliński. Czy język geograficzny jest dziedziczny?

Na mocy więcej niż 50 własnych spostrzeżeń autor na pytanie powyższe odpowiada twierdząco. Pomóżdż w tych razach nie wiele można, zwłaszcza przestrzega autor przed stosowaniem środków żrących i ściągających: kwasu chromowego, nalewki jodowej, i t. d., które mogą tylko wywołać zapalenie śluzówki. Najwyżej można w tych razach stosować płukania z lekkiej wody alkalicznej lub z wody utlenionej słabego rozcieńczenia, szczególnie po jedzeniu. Dorosłym należy zabronić palenia i wyskoku.

(Deutsche med. Woch. 1910, Nr. 50).

184. Kuhn. Nocne leczenie ostrej rzeżączki u mężczyzny.

Dla skrócenia przebiegu rzeżączki i dla uniknięcia możliwych powikłań KUHN podaje dość prosty i zarazem dość oryginalny sposób leczenia: mian. radzi, aby chory robił sobie przestrzykiwania dniem i nocą co 1/2 godziny do 1-ej. Następnie chory powinien bardzo dużo pić; przestrzykiwać powinien po oddaniu moczu i natychmiast wypić ilość płynu, odpo-

wiadającą ilości oddanego moczu. Co dotyczy samego lekarstwa, autor najlepiej radzi stosować protargol w rozcieńczeniu, nie wywołującym podrażnienia, i zatrzymywać płyn w cewce w ciągu 5—10 minut.

Główną rzeczą w leczeniu rzeżączki jest, zdaniem autora, mechaniczne usunięcie ropy, resp. gonokoków, a dopiąć tego celu można jedynie za pomocą bardzo częstego przemywania, którego należy dokonywać głównie w ciągu pierwszych kilku dni¹⁾.

(Münch. med. Woch. 1911. Nr. 37).

Springer.

Choroby gardzieli.

185. E. Oppikofer. O zgorzelinowym zapaleniu krtani, tchawicy i przełyku w płonicy.

Materyał sekcyjny zakładu anatomopatologicznego w Bazylei, dotyczący płonicy i obejmujący 128 badań zmarłych skutkiem tej choroby przekonał autora, że zmiany w wymienionych w tytule narządach nie są bynajmniej zbyt rzadkie w płonicy. W 92 przypadkach stwierdzono zmiany w krtani, tchawicy lub przełyku, w 66 zaś zmiany te były zgorzelinowe. W 62 przypadkach znaleziono zgorzel w krtani, w 14 zmiany zgorzelinowe przeszły na tchawicę, w 3-ch wreszcie sprawa chorobowa dotarła do wnętrza oskrzeli. W 12 przypadkach zgorzeli częściowej uległ przełyk jednocześnie z krtanią lub nawet z tchawicą, w 3-ch zmiany zgorzelinowe stwier-

dzono tylko w przełyku. Najczęściej znajdowano je w górnych częściach przełyku, raz tylko w okolicy wpustu, pięć razy na całej przestrzeni śluzówki przełyku.

Owrzodzenia bywają bądź płaskie o obwodzie nieprawidłowym, bądź o ostrych brzegach lub też wreszcie mniej lub więcej podminowane.

W krtani najczęściej spotyka się owrzodzenia u wejścia, a więc na nagłośni, fałdach nagłośnionałekkowych i na chrząstkach nałekkowych. Lecz i w samej krtani zdarzają się owrzodzenia pojedyncze w rozmaitych miejscach, a nieraz zajmują one nawet całą śluzówkę krtani.

Zejście sprawy zależy od stanu ogólnego, a owrzodzenia, powyżej wymienione, mogą zabiżniać się zupełnie;—nie ulega jednak wątpliwości, że w szeregu przypadków są one fatalną komplikacją, zmuszając z jednej strony do wykonania tracheotomii, z drugiej powodując zwężenia bliznowate przełyku.

Wczesne rozpoznanie nieraz mogłoby może przyczynić się do lepszego zejścia, niestety, samo badanie—wobec zwykle młodego wieku, a więc bardzo niespokojnych pacjentów, szczególnie przy tem rozdenerwowanych chorobą,—jest nader utrudnione i rzadko tylko może zostać dokonane. Jakkolwiek bądź wstrzymywanie się od jedzenia ze strony dzieci, u których zmiany w gardzieli się zagoiły, winno zwrócić uwagę lekarza w kierunku możliwości istnienia wrzodziejących zmian w przełyku. Wziernikowanie, a w następie wczesne sondowanie może zapobiedz wytworzeniu się zwężenia stałego.

Co się tyczy leczenia, to najlepsze, według autora, jest częste, lecz delikatne wycieranie jamy ust wata, zmoczoną w kwasie borsynym lub wodzie utlenionej, i wogóle przestrzeganie czystości.

(Arch. f. Laryng. t. 25 z. 2).

M. Gantz.

¹⁾ Sposób ten zaledwie może być stosowany w szpitalach, gdzie autor proponuje nawet urządzić wartę do budzenia tych nieszczęśliwych chorych co pół godziny, ale w żaden sposób nie w praktyce prywatnej, gdzie chory nie porzuca swej pracy codziennej, a przed otoczeniem ukrywa się ze swoim cierpieniem.

(Przyp. referenta)

Wiadomości drobne i terapeutyczne.

= De SANDRO dokonał nowych doświadczeń nad wpływem przeziębienia. Badania swe robił na zwierzętach, mianowicie na psach i królikach. Oziębienie ciała zmniejsza według SANDRO odporność na zakażenie durowe skutkiem zmniejszenia się liczby krwinek białych, fagocytozy, wytwarzania się bakteryolizyn, antytoksyn, opsonin i agglutynin.

(Ref. med. 26. 1911).

= RANSOME i CORNER stwierdzili u 6 letniego chłopca zgorzel stopy po błonicy nosa. W przebiegu choroby wystąpiła zapaść. Na 17 dzień chory zaczął uskarżać się na bóle w prawej łydce, kończyła niebawem poniżej kolana zsiniała. Wprawdzie wkrótce dzięki krążeniu okólnemu sinica ustąpiła z łydki, ale krwiobieg w stopie nie ustalił się, i nastąpiła na 47 dzień zgorzel, która wywołała konieczność amputacji stopy. Dotąd w literaturze znamy 10 takich przypadków zatorów zakaźnych po błonicy.

(Lancet, 1911).

= KÜLBS badał wpływ żywienia regularnego i nieregularnego na kotach. Dając kotom dowolną ilość mięsa, autor zauważył, że zwierzęta spożywają tylko pewną określoną ilość i utrzymują się w równowadze. Zwierzęta, karmione co drugi, trzeci lub czwarty dzień, ale regularnie, zjadają 2—4 razy więcej, ale nieco mniejsze ilości i pomimo to pozostają w równowadze. Nieregularne natomiast żywienie sprowadza szybkie wychudzenie i śmierć skutkiem rozstrzeni żołądka, rzadziej niezytu podostrego żołądka i kiszek. Również i regularne żywienia, ale w długich odstępach czasu po pewnym czasie sprowadza niedomogę ruchową żołądka i śmierć zwierzęcia. Fakty te zresztą spostrzegamy i u ludzi: regularne nawet znaczne wypełnienie żołądka przechodzi często bezkarnie, natomiast nieregularne żywienie sprowadza szereg zaburzeń ze strony żołądka.

(Zeit f. Klin. Med. 73 1 i 2)

= MURANÓN zbadał na 200 trupach tarczycę dodatkowe. W tkance łącznej okołotarczycowej znalazł u 117 trupów 4 gruczoły, u 42—3, u 15—2, u 4—5 i u 1—1, żadnego dodatkowego gruczołu nie znalazł w 1 przypadku. Dolne gruczoły są owalne, górne bardziej okrągłe. Barwa gruczołów dodatkowych ciemno-szara, górne mają odcień żółtawy, spoistość średnia między spoistością tkanki tłuszczowej i tarczycy. Dolne gruczoły leżą przed tętnicą tarczycową i nie są połączone z tarczycą bezpośrednio, górne zaś przylegają do tylnej wewnętrznej powierzchni tarczycy. W każdym gruczole znajdujemy istotę koloidalną. Wewnątrz zarodzi komórek ciało tłuszczowe, dające odczyn na lipid, jest to wydzielina normalna, a nie produkt zwyrodnienia, brak tłuszczu daje się zauważyć u dzieci. Choliny nie znaleziono w gruczolach. Sok, wyciśnięty z gruczołów, działa na ciśnienie krwi oraz wywołuje zwężenie źrenicy.

(Acad. med. Quer. Espan. 30 I II).

= HALLAS, chcąc się przekonać, o ile połykanie pokarmów bez żucia wpływa na narządy trawienia, badał zawartość żołądka u idyotów, którzy połykali jedzenie bez żucia. U 14 chorych stwierdził nadmierną kwasność, a z tych u 10 jednocześnie zaleganie pokarmów, w 10 przypadkach warunki były normalne. Wogóle z 32 badanych u 22 stwierdził zmiany w chemizmie trawienia. Trzeba nadmienić, iż chorzy ci otrzymywali pożywienie rozdrobnione. Należałoby przerobić te doświadczenia na większym materiale i posiłkować się materiałem odpowiedniejszym, niż autor.

(Hospitalstidende 1911).

+ Przeciw świądowi S. W. MILLER zaleca:

Rp. Resorcini	2,0
Ichtyoli	5,0
Bals. peruv.	15,0
Ol. ricini	120,0

(Ref. med. 44. 1911).

+ Przeciw połowicznemu bólowi głowy prof. MARFAN zaleca, prócz ścisłego przestrzegania diety, kąpieli ciepłych, środków czyszczących i środków moczopędnych, zależnie od przypadku następujące proszki:

Antipyrini	0,25
Coffeini	0,05
Chinini valerianici	0,2
Natrii bicarbon.	0,3

(Journ. de méd. 1911).

+ W. LüPT po uprzednim przypaleniu wrzodu miękki ego karbolem stosuje mukożan w postaci proszku i zmienia opatrunek co 2 lub 3 dni. Nalot znika niekiedy już po 24 godzinach, wrzód pokrywa się zdrową ziarniną i wkrótce zabliznia się. We wrzodzie pierwotnym autor stosuje hektynę. (M. f. prakt. Derm. 53).

+ Zastrzykiwanie podskórne halodów (chlorków, bromków i jodków) wywołuje według CHISTONIEGO przejściowe zwiększenie liczby krwinek białych oraz znaczne zwiększenie liczby płytek krwi, liczba krwinek czerwonych nie ulega zmianie.

(Ref. med. 27. 1911).

+ METZGER dokonał szeregu doświadczeń na zwierzętach i ludziach co do zmian, wywołanych przez jod w narządzie trawienia. Z doświadczeń co do związków nieorganicznych jodu wynika, iż sole jodu już po kilku minutach przechodzą do kiszek i nie wchłaniają się w żołądku, ale w kiskach. Co się tyczy związków organicznych, sajodiny i jodipiny, to sajodyna ulega częściowemu rozkładowi na jod nieorganiczny w żołądku, jodipina zaś nie rozkłada się w żołądku. Najwięcej doświadczeń dokonywał z jodocitną, która jest związkiem lecytyny z jodem i białkiem, nie drażni ona żołądka i ulega szybko wchłanianiu w kiskach.

(Med. Klin. 36).

J. Z.

+ Według POLAKA ze wszystkich dotychczas znanych środków, stosowanych w róży, najpewniej działa surowica przeciwbłonicza.

(Klin. ther. Woch., 1911, Nr. 17).

M. S.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Max Setz. Die Grundzüge des modernen Krankenhausbaues. Str. 204 in 8^o 128 rysunków i tablic. Wiedeń 1911. 3,80 koron.

Ktokolwiek z lekarzy miał możność oglądania lepszych szpitali i klinik europejskich i bliżej się zainteresował sprawą szpitalnictwa, ten wie dobrze, jak trudno zapoznać się teoretycznie z tym działem medycyny z książek i podręczników. Pomijając opisy specjalnych szpitali przez ich dyrektorów (np. monachijskiej kliniki psychiatrycznej przez KRAEPELINA, wüzburgskiej przez RIEGERA, słynnego szpitala Eppendorfskiego w Hamburgu przez RUMPLA) lub też poszczególne atlasy w rodzaju zbiorowego atlasu KOLBA zakładów psychiatrycznych, to posiadamy wydawnictwa

odnośne, przygodnie wydane przez miasta z okazji zjazdów lekarskich, wydawnictwa zbyt obszerne i rozwlekłe (np. opis klinik i szpitali Moskwy i Hamburga) lub zbyt pobieżne i krótkie (np. opis szpitali Madrytu i Budapesztu).

Setz, budowniczy miejski z zawodu, zawiadujący wydziałem budowlanym szpitali w Wiedniu, przedsięwziął pracę niełatwą i wypełnił lukę dotkliwą, usystematyzowawszy materiał odnośny w wydanym przez siebie krótkim podręczniku traktującym o „Podstawach nowoczesnego budownictwa szpitalnego”. Technika budowlana i higiena znajdują się w ścisłej zależności wzajemnej i wymagają od budowniczego i lekarza porozumienia

NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

HISTOGÉNOL

Naline

Histogénole Naline otrzymał najlepsze świadectwa i jest jedynym środkiem tego rodzaju o którym zdawano sprawę

w **Paryżkiej Akademii Nauk,**

w **Paryżkim Towarzystwie Terapeutycznym,**

w **Paryżkim Towarzystwie Biologicznym**

i w rozprawach, przedstawionych kompetentemu sądowi Paryżkiego **Fakultetu Lekarskiego**,
HISTOGÉNOL NALINE stosuje się z doskonałym wynikiem w ciągu kilku lat w szpitalach, sanatoriach, lecznicach i klinikach całego świata. Przepisuje się do leczenia i wyleczenia:

przewlekłych katarów oskrzeli, gruźlicy, małokrwistości, neurastenii, cukrzycy, zółtów, limfatyizmu i zimnicy i we wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego.

HISTOGÉNOL NALINE należy podawać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie dorosłymi 2 łyżki deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptokach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celownikowej zafałszowań należy wyraźnie przepisywać.

HISTOGÉNOL NALINE w postaci „ELIKSIRU“ lub **HISTOGÉNOL NALINE** w postaci „ZIARNEK“ i sprawdzić czy rzeczywiście podpis **A. Naline** znajduje się na szyjce butelki.

Histogénol Naline znajduje się w sprzedaży we wszystkich aptokach i składach aptecznych.

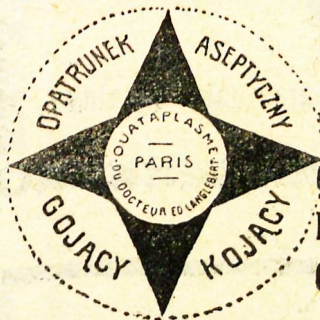
HURTOWA SPRZEDAŻ U FABRYKANTA

A. Naline, Pharmacien de 1-re Classe à Villeneuve-La-Garenne, près Pars-St-Denis (Seine)

Składy **HISTOGÉNOLU** we wszystkich aptekach Rosji i w Rosyjskim Towarzystwie Handlu Aptecznymi Towarami, Kazanskaja 12 w Petersburgu, w Charkowie i Jekaterynburgu, w Towarzystwie Lemme i C-o w Rostowie nad Donem i Odessie, w Towarzystwie Jurotań w Kijowie, w Kaukaskim Towarzystwie Handlu Towarami Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferrejna w Moskwie.

OUATAPLASME

D-ra E. LANGLEBERTA



Zalecony we Francji przez Ministerjum Wojny, Marynarki i Kolonji

NATYCHMIASTOWY OPATRUNEK ASEPTYCZNY

STERYLIZOWANY PRZY 130°

Wykonywa się w jednej chwili na zimno lub na gorąco, może być stosowany sam przez się, albo z dodatkiem środków leczniczych; stosuje się w leczeniu:

Chorób skórnych: OSTRYCH i PRZEWLEKŁYCH (Wyprysk, wysypki)

Waglik, Ropień, Ropowica, Zapalenie żył, Boża.

Różnorodnych spraw ropnych;

OPARZENIA · ZWICHNIĘCIA · STŁUCZENIA

Chorób oczu: Zapalenie łącznicy i rogówki

Główna Agentura **G. POMMIER** — Petersburg — Pantelejmonowska Nr. 27.

BULGARINE THÉPÉNIER

CZYSTA HODOWLA MLECZNYCH ZACZYŃÓW

Zaleca się do leczenia biegunek; katarów żołądkowo-kiszkowych, chorób skóry pochodzenia kiszkowego (ekzema, furunculosis; akne); potężny środek zapobiegawczy przed zarażeniem się cholera.

Wyssać dwie tabletki Bułgariny w pół godziny po jedzeniu.

Thépénier. 2 Bd des filles du Calvaire, Paris.

Główny agent na Rosję.
Gabriel POMMIER w Petersburgu,
 ul. Pantelejmonowska Nr. 27.

i celowego uzupełnienia czynności. Technika budowlana szpitali i zakładów leczniczych, w ten sposób pojęta, staje się specjalnością, która posiada pewną wielostronność i wymaga ciągłego śledzenia i studyowania wszelkich ulepszeń i nowości na polu ogólnem techniki i higieny.

Z ogromu tych wymagań skryzalizowało się z biegiem lat coś niecoś, jako ogólnie i powszechnie obowiązujące i praktyczne, które atoli względnie do potrzeb specjalnych i zależnie od warunków miejscowych i klimatycznych podlega pewnym modyfikacyom i zmianom.

Z tego właśnie stanowiska krótki podręcznik SETZA, wychodzący jako oddzielny tom z cyklu „Technische Praxis”, daje wskazówki podstawowe i zasadnicze zarówno higienistom i budowniczym, jak władzom miejskim i zarządom sanitarno-budowlanym, gdzie i jakie budować zakłady lecznicze, zgodnie z zasadami higieny i estetyki, nie lekceważąc wymagań i zastosowań praktyki oraz potrzeb lekarskich. Autor omawia we wstępie program budowlany, różne rodzaje zakładów, obszar głównych szpitali europejskich, położenie i wymiary szczegółowe, system pawilonowy i korytarzowy, ich zalety i wady. W następnych rozdziałach, obficie ilustrowanych, jest mowa o salach dla chorych, ogrzewaniu i wentylacji, salach ogólnych, dziennych i nocnych, salach jadalnych, operacyjnych i porodowych, werandach i leżalniach, o kąpielach i salach do mycia, o łózkach wodnych, o gabinetach do badania, pokojach służbowych dla personelu lekarskiego i pielęgniarzy, o wodociągach i ustępach, o składach dla bielizny i narzędzi lekarskich, o korytarzach, drzwiach, oknach, schodach i windach osobowych i ciężarowych. Urządzenie pracowni, gabinetu dla masażu, gimnastyki leczniczej i rentgenografii, sal operacyjnych i ambulatoryów zajmuje następny rozdział. Nie pomija Serz pobieżnego rozpa-

trzenia specjalnych szpitali dla noworodków, osesków i stacyi obserwacyjnych. Nieco krócej rozprawia się z rozkładem i urządzeniem: budynków administracyjnych, apteki, magazynu, kuchni, spiżarni, pralni, kotłowni, kąpiele, dezynfektoryum, trupiarni, warsztatów, stajni, dróg, ogrodu i folwarku przy szpitalnego. Rozdział o sanitarno - policyjnych prawach i obowiązkach budowlanych kończy systematycznie opracowaną książkę, przyczem ciekawą jest rzeczą, że odnośne uchwały austriackie z r. 1882 nie utraciły prawie nic z jędrności i aktualności.

Wśród rysunków znajdujemy plany sytuacyjne najbardziej znanych szpitali i klinik Berlina, Wiednia, Paryża, Wrocławia, Hamburga, Baltimore, Norymbergi, Monachium Drezna i t. d. Tablica 32-a na str. 13 obejmuje różne typy szpitali, rozpoczynając od Hôpital Boncicaut w Paryżu na 194 łóżek do Rudolph-Virchow Krankenhaus w Berlinie, na 2000 łóżek i od Klinisches Spital w Lipsku, w którym przypada na każdego z 940 chorych po 90 metr. kwadr. placu, do Northern convalescent w Londynie, mieszczącego 480 ozdrowieńców z 308 metr. kwadr. placu na każdego. Jak widzimy, mamy tu wzory warunków higienicznych i sanitarnych, o których nasz lekarz prowincjonalny i we śnie marzyć nie śmie, a które nawet nasz lekarz stołeczny za muzykę przyszłości uważać musi.

Niestety, dział mniejszych zakładów, szpitalików prowincjonalnych, sanatoryów i lecznic prywatnych, prawie wcale nie został uwzględniony przez autora, snadź w tym kierunku osobiście mało doświadczonego. Tutaj luka została absolutnie nie zapełniona ani przez mniejszy podręcznik SETZA, ani też przez dawną wielką pracę RUPPELA (Anlage und Bau der Krankenhäuser) lub najnowsze zbiorowe dzieło GROBERA (Das deutsche Krankenhaus).

H. Higier.

O D C I N E K

Z zagadnień etyki zawodowej.

Odczyt wygłoszony na I-ym Zjeździe lekarzy
prowincjonalnych
przez

F. Mieczyńskiego (Chorzele gub. Płocka).

„Medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrzestnymi były miłosierdzie i współczucie” — zdanie to przed laty 12-ma wygłosił BIEGAŃSKI w „Myślach i aforyzmach o etyce lekarskiej”.

Obok wspomnianych „rodziców chrzestnych” kroczy etyka, jako nieodstępna współtowarzyszka naszego zawodu, wyłoniła ona się również ze współczucia i potrzeb społecznych. Odnośnie do tej współtowarzyszki chciałbym porozumieć się z kolegami w kilku kwestjach, gdy nas się zebrało tyłu z jednego zagona pracy. Przedtem jednak poczuwam się do obowiązku poświęcić kilka słów tym, którzy w tej dziedzinie już się wypowiedzieli.

Zawiazki etyki zawodowej lekarskiej zarysowują się już w „Przykazaniach HIPPOKRATESA”, omiawiających przepisy postępowania lekarzy względem chorych i pojęcia o stanie lekarskim, jako korporacji. W późniejszych czasach wyszły „Kanony o etyce lekarskiej” Ambrozego PARÉ (1517—1590).

W Anglii w r. 1807 PERCIVAL wydał „Kodeks etyki lekarskiej”, przyjęty w Stanach Zjednoczonych, następnie w Niemczech.

W Niemczech wyszła „Etyka lekarska jako przedmiot studyów medycznych” ZIEMSSENA, rozważająca: 1) zastosowanie się i obowiązki lekarzy względem chorych i 2) zachowanie się lekarzy względem swego stanu.

(Przewodnią myślą tej pracy jest „każdy lekarz powinien pamiętać o tem, że jako członek licznej klasy, powinien dążyć zawsze do podniesienia powagi swego stanu”).

GENDRE i LEPAGE od 1900 r. w Paryżu miewali wykłady z dziedziny deontologii dla słuchaczy wydziału lekarskiego pod protek-

cyą BROUARDELA, rzecznika podniesienia moralnego poziomu lekarzy.

(„Zalety duszy tworzą prawdziwego lekarza, nie jest w stanie zastąpić ich: ani wiedza, ani inteligencja, ani stosunki towarzyskie, ani protekcja, właściwie mówiąc, są one w stanie zastąpić inne braki”).

U nas sprawy etyki zawodowej miały już swoich rzeczników. Wszystkim znane są „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej” BIEGAŃSKIEGO, zawierające bogaty materiał odnośnie do etyki w ogólności i w związku z etyką zawodową lekarską w pierwszej części i przesiąknięte pierwiastkiem idealnym aforyzmy w drugiej części. Ostatecznym wynikiem rozumowań BIEGAŃSKIEGO jest zdanie: „nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”.

We Lwowie wyszedł „Kodeks deontologii” MIKOŁAJSKIEGO.

W Kronice lekarskiej znajdujemy cały szereg prac, poświęconych etyce lekarskiej, że wymienię J. ZAWADZKIEGO: „O byt lekarzy” (r. 1895) „Pomoc lekarska” „Specjalności w Warszawie” (1895) „Projekt statutu izb lekarskich”, (1905) „O zabezpieczeniu lekarzy”.

W Krytyce Lekarskiej znajdujemy cały dział za czas 11-letniej egzystencji tego czasopisma—artykuły GRODECKIEGO: „W drażliwej sprawie”, w sprawie reklam, STRUWEGO: „Z powodu Myśli i Aforyzmów”, KOPCZYŃSKIEGO: „O etyce według ZIEMSSENA”, SONNENBERGA: „Reklama lekarska w obliczu etyki lekarskiej”, regulamin co do ogłoszeń i reklam, wypracowany dla lekarzy łódzkich, KOPCZYŃSKIEGO, RZĘTKOWSKIEGO, FRENKLA, MARKIEWICZA: w sprawie świadectw szkolnych, ENDELMANA: „O deontologii, jej celach i zadaniach” LOEWINA: „O reklamach”.

W Medycynie i Kronice lekarskiej znajdujemy artykuły Józefa ZAWADZKIEGO w kwestyi reklam i honoraryów (1908), 1909 „W sprawie taksy lekarskiej”, 1910 „W sprawie reklam i ogłoszeń

lekarzy, 1911 „Stosunek lekarza leczącego do leczonego i jego rodziny”.

Ze stowarzyszeń i korporacji zajmowały się kwestyami etycznie zawodowymi: Izby lekarskie galicyjskie, Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Towarzystwo Lekarskie Łódzkie, Radomskie. Z różnolitych kwestyi, stosunku lekarzy do chorych i społeczeństwa i odwrotnie, stosunku względem swego stanu i kolegów, omawianych w powyżej wspomnianych źródłach, chciałbym porozumieć się z Sz. Kolegami w dwu palących zagadnieniach, mało dotąd poruszanych, a nurtujących naszą korporację, mianowicie w kwestyi świadectw, zbyt pochopnie wydawanych, i rzekomych synekur lekarskich.

* * *

Oдноśnie do pierwszego dezyderatu, do zbyt pochopnego wydawania świadectw lekarskich, każdemu z nas znane są częste bardzo żądania publiczności zasłaniania się w różnego rodzaju przypadkach pomienionymi świadectwami: bez śladu choroby o chorobie lub odwrotnie, wydawania ich na na niewidzianego bądź do instytucji społecznych, bądź do urzędów, w celu osłonięcia się z powodu nieakuratności, odroczenia terminów, urlopów, żądania świadectw, upoważniających do wsparć, asekuracyjnych, po wypadkach o niezdolności do pracy, o niezdolności do powinności wojskowej, orzeczeń przy pobiciach, t. zw. obdukcji i t. p. Świadectwa te tak pochopnie nieraz i z łatwością są wydawane w razach właściwych i niewłaściwych, rzetelnych i nierzetelnych, że przez wszystkie prawie instytucje są lekceważone, jakkolwiek przyjmowane i tolerowane. Otóż kwestya ta powinna raz na zawsze być omówiona i uregulowana. Podpisywać to, czego się nie widzi, wydawać i podpisywać pewne orzeczenia, niezgodne z rzeczywistością, ze szkodą drugiej osoby lub instytucji równa się oszustwu.

A oto kilka ilustracji w tej dziedzinie.

1) Znam przypadek, gdzie dla odwleczenia odsiadki kary z jakiegoś wyroku trzykrotnie wydawane było świadectwo o chorobie, za trzecim jednak razem bez skut-

ku, bo wydawano świadectwo zdrowemu. Są to rzeczy niby błahe. „Czy sprawa godności lekarskiej dla owego lekarza nie była również bląhą”? że powołam się na słowa MARKIEWICZA.

2) Kol. KOPCZYŃSKI w artykule: „Świadectwa lekarskie szkolne” wskazuje nieoględnosć przy wydawaniu świadectw, z czego wynika, że świadectwa o zdrowiu dostają uczniowie, obarczeni jaglicą, zaćmą, płamicą.

3) Podobne skargi wnosi kol. RZĘTKOWSKI w artykule: „O wydawaniu świadectw choroby przez lekarzy” choćby z litości i bezinteresownie przy opuszczaniu lekcyi i dodaje, że „każdy lekarz, który wydaje świadectwo choroby człowiekowi zdrowemu popełnia oszustwo”.

4) Te same dezyderaty stawia MARKIEWICZ o szerszym zakresie w artykule „Świadectwa lekarskie” z powodu artykułów RZĘTKOWSKIEGO i FRENKLA i dodaje: „Niesłychana pobłażliwość i uprzejmość przeważnej liczby lekarzy w świadczeniu i orzekaniu jest głównym powodem upośledzonego stanowiska lekarzy u nas na stanowiskach społecznych, urzędowych tak pod względem moralnym, jak i pod względem wynagrodzenia za pracę”.

Na zdania te chyba każdy z nas się pisze, a jednak wydajemy różne niewłaściwe zaświadczenia.

Krzywdą, jaką się wyrządza lekceważeniem tem powadze i godności stanu lekarskiego, jest większa, aniżeli by wydawać się mogło:

1-o że wywiera to nader demoralizujący wpływ na publiczność mniej inteligentną, a to chyba nie leży w naszych zadaniach;

2-o że naraża lekarzy na przykre nieraz zajścia z inteligentniejszą publicznością, która zżyła się już prawie z tą anomalią, ze zdziwieniem lub nawet z obrazą przyjmuje odmowę;

3-o że świadectwa właściwe i prawdziwe są ignorowane;

4-o obniża godność każdego z nas, a tem samem naszego zawodu, a „Godność osobista to sztandar bojowy człowieka”, „Kto nie jest w stanie utrzymać własnego pro-

porca, ten nie może być chorążyem całego pułku”, mówi BIEGAŃSKI;

5-o wobec tego ze stanowiska etycznego naszego zawodu, który górować powinien ponad wszystkimi, bo ma okazję wysubtelnienia pojęć etycznych bardziej, aniżeli inne zawody, zasługuje na potępienie.

Otóż wnioskiem tego zagadnienia, czy zażalenie powinno być, by publiczność odzwyczaić raz na zawsze od podobnych żądań i uświadomić ją, że żadne względy, ani towarzyskie, ani przyjacielskie, ani też rodzinne, „nie mówiąc już o materyalnych, nie mogą wpływać na orzeczenia i zaświadczenia inne, ponadto, co widzimy, co nam zawód, nauka i uczciwość nakazuje.

* * *

II. Drugą kwestyą, nie mniej palącą, a bardziej jeszcze uwłaczającą kardynalnym zasadom etyki naszego zawodu, są tak zwane, czy rzekome *synekury lekarskie*, lichu uposażone, a dobrze opłacające się.

Ta kwestya zawsze stała pod godłem „*noli me tangere*”. Nie będę wyszczególniał tych synekur, są to bowiem powszechnie znane rzeczy, nie występuję tu w roli prokuratora, występuję tu w obronie większości uczciwych kolegów (z a z n a c z a m t o) i na tych stanowiskach przecież będących, na których pada zawsze podejrzenie. Nie dotykam tu lekarzy szpitalnych, lichu płatnych lub wcale nie wynagradzanych, którzy z całym poświęceniem nieraz wiele czasu i pracy bezinteresownie oddają w myśl wspomnianych „rodziców chrestnych” naszego zawodu: „miłosierdzia i współczucia”. Zato ohydne dochodzą głosy, może fałszywe nieraz, o tych transakcyach, warunkowych umowach, a głównie o uznawaniu zdrowych za chorych, a chorych za zdrowych dla braku czasu, uwagi no i wynagrodzenia. Tu już zasady naszego zawodu są, że tak powiem, wynicowane, bo któż z nas w życiu codziennem i praktyce wyszukiwać będzie chorobę u

zdrowych, a kto lekceważyć chorych, kto z nas poszukiwać będzie klientów, a nie pacjentów. Tu, jak i w poprzedniem zagadnieniu, odnośnie do świadectw etyczno-zawodowa opinia chyba nie zyskuje, a rozciąga się z pojedynczych przypadków na ogół lekarzy, demoralizuje również społeczeństwo w ten sposób, że słyszy się nieraz zdania: „porządny człowiek, bo z nim można załatwić interes“, a „podły, bo niedostępny”.

Powołam się tu na słowa GRODECKIEGO „W drażliwej sprawie”: „Piętnujmy zdrajców nauki, którzy dla mamony od hasel jej odbiegli. A ten powiew niech odświeży zaczynającą trącić stęchlizną atmosferę naszych stosunków lekarskich”.

Zapewne, że łatwiej schwycić kawał chleba odrazu i korzystać zeń przez rok cały, napawając się spokojem domowym, bo nie duchowym, niż zbierać okruchy, nie dosypiając po uciążliwych karkołomnych podróżach, zato wpadłszy raz na tę ścieżkę, można ześlizgnąć się w pogoni za mamoną do mniej szlachetnych jeszcze machinacyi. A ostateczną nagrodą lekarza, tak pojmującego swe stanowisko, po obliczeniu zawodowych zasług, może być sparafrazowany dwuwiersz Wyspiańskiego:

„Miałeś bracie złoty róg,
Ostał Ci się ino sznur”.

* * *

Pozwolę sobie tu wnieść zażalenie jeszcze względem prasy lekarskiej, która, skądinąd godnie dzierżąc sztandar naukowy, zamało porusza kwestyi etycznych (oprócz „Medycyny i Kroniki lekarskiej” oraz nieistniejącej już „Krytyki Lekarskiej”) i do Towarzystw lekarskich prowincjonalnych, które za mało dbają o zrzeszenia nas w pewnych okręgach i za mało zajmują się etyczno-wychowawczemi sprawami naszego stanu. Zawsze w zrzeszeniach, jeżeli ktokolwiek z nas nie miałby z poczucia ideałów własnych dyrektywy, liczyć musiałby się z opinią otoczenia.

Wiadomości bieżące.

— Magistrat przystąpił do budowy pawilonu w szpitalu S-go Stanisława, budowę prowadzi firma Martens i Daab.

— W Stanach Zjednoczonych wprowadzono od 28 z. m. obowiązkowe szczepienie duru brzuszego w całej armii.

— Semon przeznaczył ofiarowane sobie przez laryngologów 10,000 rb. na urządzenie katedry laryngologii w Londynie. Katedra ta będzie nosiła miano Semona.

— Zarząd dróg żelaznych w Szwajcaryi wkrótce odda do użytku 4 specjalne wagony dla chorych, udających się do miejsc kuracyjnych. Wagony są ogrzewane parą, oświetlane elektrycznością i składają się z pokoju dla chorego z łóżkiem metalowem z szezlongiem, który może być zamieniony na drugie łóżko lub fotel. Obok tego pokoju jest przedział dla lekarza oraz zwykle przedziały wagonu sypialnego I-ej i II-ej klasy dla rodziny i służby. Prócz tego w wagonie jest kuchnia elektryczna oraz toaleta. Dla zmiany powietrza wszędzie wentylatory elektryczne. Zapas wody 1000 litrów. Wagony te mogą kursować po wszystkich liniach europejskich.

— Spożycie wód mineralnych w Szwajcaryi wzrasta corocznie: w r. 1906 sprowadzono wód mineralnych za 1.403.872 fr., w tem z Niemiec za 503,712 fr., z Francji za 437,989 fr., z Austrii za 130,816 fr. Wody te kupują głównie restauracje hotelowe.

— W Sztokholmie projektują otworzyć instytut międzynarodowy dla badań nad pijaństwem.

— W paryskim muzeum higienicznym uwzględniono następujące działy w bibliotece: higiena miast, higiena mieszkań, zapobieganie chorobom zakaźnym, higiena mieszkań zbiorowych (internatów, szpitali etc.), higiena żywienia, higiena podróży oraz higiena socyalna (walka z gruźlicą, pijaństwem, drożdżyną, sanatoria). Prócz tego zachowano miejsce dla higieny indywidualnej. Muzeum mieści się przy Boulevard de Sébastopol 57.

— W niedawno ogłoszonym odczycie o Molierze M. Donnay tak charakteryzuje lekarzy z komedyi: Były to przepyszne typy komedyowe, z życia przeniesione na scenę. Byli śmieszni już z powodu kostumu, pedantyzmu, używanego przez nich żargonu: nosili szerokie peruki, szerokie brody, byli ociężali, jeździli na mułach lub koniach spokojnych, wizyty odbywali w długich sukniach z kołnierzem szerokim i w kołpaku, mówili chętnie po łacinie, używając dla steroryzowania chorego w rozmowie słów specjalnych, technicznych; dziwnych. Tworzyli ciało zamknięte, bardzo zazdrośnie strzegli swych praw i przywilejów. Było ich w Paryżu wszystkiego 150, ale robili gwałtu za 1500 osób swemi głośnemi dyskusjami o krążeniu krwi, o upuście krwi i emetyku".

— Jako kuryozum, pisma francuskie podają następujące ogłoszenie w jednym z pism sportowych niemieckich: „Słynny ginekolog może mieć sposobność do zabicia tłustego jelenia, w czasie zaś pobytu ma ustalić ściśle rozpoznanie choroby mojej żony. Zwracać się...!

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów 1-o Prospekt Sanatorium „Gries pod Bozen” i 2-o ogłoszenie „Piperazyna Midy”.

ZAMIAST ZELAZA!**ZAMIAST TRANU!**

HEMATOGEN D^{RA} HOMMELA

Od 21 lat jest w użyciu w świecie lekarskim

Nie zawiera kwasu borowego i salicylowego i innych przymieszek przeciwbakteryjnych, zawiera prócz chemicznie czystej hemoglobiny i inne sole świeżej krwi, głównie zaś ważne związki fosforu (kalium, natrium i lecytynę) i nie mniej ważne białka surowicy w stanie stężonym i czystym bez wszelkiego rozkładu. Posiada wielkie znaczenie jako środek krwiotwórczy i dyetetyczny obfitujący w organiczne związki żelaza, jako środek wzmacniający dla dzieci i dorosłych w osłabieniu ustroju wywołanem różnymi przyczynami.

Nie dający się niczem zastąpić, szczególnie w praktyce dziecięcej.

- Wyjątkowe wyniki w krzywicy, zółtach, niedokrwistości, chorobach kobiecych, neurastenii, osłabieniu serca, w zimnicy, przedwczesnym osłabieniu mężczyzn. W okresie zdrowienia (zapalenie płuc, gryppa i t. d.).
- Wybornie działa jako środek wzmacniający u chorych na płuca. Dzieci wyjątkowo chętnie go przyjmują; znakomicie pobudza apetyt.

Hematogen D-ra Hommela w porównaniu z falsykatami odznacza się tem – że nie zmienia się przez czas bardzo długi, co zostało stwierdzone wieloletniem doświadczeniem w okolicach podzwrotnikowych i przy zamrażaniu, jest absolutnie bezpieczny odnośnie grzylicy, co osiągamy zapomocą wielokrotnie przez nas opisanego sposobu przygotowania przy zastosowaniu najwyższej możliwej temperatury.

Panom lekarzom polecamy pod postacią naszego najnowszego, o poprawionym smaku Hematogenu D-ra Hommela, idealny zupełnie czysty, przez czas nieograniczony nie psujący się preparat hemoglobiny.

Dla uniknięcia podrobienia, uprasza się o przepisywanie zawsze: **HEMATOGEN D-RA HOMMELA.**

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napojul; dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych —2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Fabryka Hematogenu D-ra HOMMELA. Petersburg, ul. Smoleńska № 33.

Muiracithin

Części składowe Muira puama, Lecithina. Rad. liqu.

Wskazania: Impotentia virilis, neurastenia płciowa i inne choroby układu nerwowego.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

KACEPE BALSAM

Części składowe: Octowo-salicylowy-Mentholester, octowo-salicyloaetylowy ester, maść lanolinowa.

Wskazania: Wcieranie uśmierzające bóle i lecznicze w dnie, goścu, rwie kulszowej, migrenie, neuralgii, pleuritis i innych chorobach przebiegających z bólami, doskonały środek do masażu przy przepracowaniu mięśni podczas sportów działa znacznie skuteczniej, niż zwykle używany salicylometylowy ester (gaultheria lub ojek starzęślany) posiadający przykry zapach.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Noridal

Części składowe: Calc. chlor., Calc. iod., Bals. peruv.

Wskazania: Hemoroidy, Krwotoki, Pruritus anus, Tenesmus, Nieżyt odbytnicy, bolesne oddawanie stolca, rozpadliny i wyprzenie okolicy odbytu.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Skład główny na Rosyję: Kantor chemicznych preparatów.
St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant: St. Rońszewski Warszawa Bracka 6 telefon 128 46