

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 7.

Warszawa d. 16 Lutego 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Binro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Materiały do nauki o stwardnieniu tętnic. O przyczynach stwardnienia tętnic (arteriosclerosis). Napisał Dr. Teodor Dunin. — Dystrophia ossium progressiva. (Dalszy ciąg). Podał Dr. Władysław Sterling. Streszczenia i wyciągi — 10. Gościec, stany zbliżone do gościec reumatyzmu oraz leżenie spraw gościecowych 20% mydłem płynnem (Salizylapen) Krewla. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. — Posiedzenie Sekcyi Ginekologicznej. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Dunin. L'étio-
logie de l'arteriosclerose. 2) Dr. Władysław Sterling. —
La dystrophie des os progressive.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Dunin. — Ueber
die Ursachen der Arteriosclerose. 2) D-r Władysław
Sterling. — Ueber progressive Knochendystrophie.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Materiały do nauki o stwardnieniu tętnic.

O przyczynach stwardnienia tętnic
(arteriosclerosis).

Napisał

dr. TEODOR DUNIN.

Przed paru laty ¹⁾żytykowałem część
meego materiału dla rozpatrzenia jednego z naj-

¹⁾ Gazeta Lekarska Nr. 19/6 r., oraz Zeitschrift
f. klin. Med. T. 54, Z. 5 i 6.

ważniejszych a zarazem najciekawszych obja-
jawów stwardnienia tętnic, t. j. zwiększonego
ciśnienia w układzie tętniczym. Obecnie na za-
sadzie tego samego materiału chcę rozpatrzyć
drugą, nadzwyczaj ważną stronę tejże choroby,
a mianowicie jej etiologię. Materiał, jakim
rozporządzam, jest o wiele większy, aniżeli ten,
na którym się opierałem w pierwszej mej pracy;
tam mogłem żytykować tylko te historie cho-
rób, w których dokonałem pomiarów sfigm-

manometrycznych, tu zaś oprzeć się mogę na całości materiału, jaki posiadam.

Od czasu, jak zapoznaliśmy się z rozmaitemi postaciami stwardnienia tętnic, wiemy, jak niesłychanie częstą jest ta choroba; można bez przesady powiedzieć, że wraz z gruźlicą dominuje ona nad całą patologią, przynajmniej o tyle, o ile bierzemy pod uwagę jedynie choroby organiczne. Naturalną więc jest rzeczą, że zbadanie tego cierpienia, a przede wszystkim jego etiologii, posiada pierwszorzędne znaczenie, mianowicie też pod względem praktycznym.

W stosunku do tej ważności kwestya etiologii stwardnienia tętnic nie została należycie opracowana. Niektórzy autorowie, jak np. HUCHARD²⁾ wprost powiadają, że badania etiologiczne nie wiele mają znaczenia, albowiem z ustaniem czynnika etiologicznego sama choroba, już ukonstytuowana, nie ustępuje. Trudno jednak na to się zgodzić, znajomość bowiem etiologii daje nam możność wniknięcia bliżej w samą patogenię choroby. Sam też sposób opracowania etiologii, jaki znajdujemy w dziele HUCHARD'a, jest zupełnie wadliwy, zamiast bowiem oparcia się na faktycznych danych, autor ten, na zasadzie tego, co wiemy, a jeszcze gorzej, co przypuszczamy o działaniu rozmaitych czynników etiologicznych, drogą dedukcyjną wyprowadza wnioski, czy i o ile mogą one wywołać stwardnienie tętnic. Idzie on nawet tak daleko, że naprzód z góry rozstrzyga, jaką formę choroby dany czynnik wywołać może. Nie potrzebuję dodawać, jak błędny jest ten sposób postępowania, wiedząc, jak niezupełne, a często zupełnie sprzeczne są nasze wiadomości o działaniu rozmaitych czynników chorobotwórczych. Jedyną drogą, wiodącą do celu, jest obiektywne zbadanie, o ile można wszechstronne, warunków, wśród których żyją chorzy, dotknięci stwardnieniem tętnic;

dopiero na zasadzie takiego materiału możemy się odważyć na wyciąganie wniosków. Ze wszystkich autorów, piszących o stwardnieniu tętnic, jeden tylko EDGREN³⁾ postępował w ten sposób, materiał jednak, którym rozporządzał, nie jest tak wielki, aby jego wnioski za ostateczne uznać można.

Co się tyczy moich danych, to nadmienię muszę, że materiał mój pochodzi wyłącznie z praktyki prywatnej, a więc przeważnie klas zamożniejszych. Danych szpitalnych zużytkować nie mogłem, dlatego że od wielu lat prowadzę wyłącznie oddział męski; przytem liczba chorych, cierpiących na stwardnienie tętnic, bywa w szpitalach względnie niewielka, a materiał bardzo jednostajny. W każdym razie byłoby rzeczą bardzo ważną dopełnić moje dane cyframi, osiągniętymi w szpitalach, tem bardziej, że tam wchodzi w grę nowy czynnik etiologiczny, z którym ja nie miałem do czynienia, a mianowicie nadmierna praca fizyczna.

Jak powiadam, starałem się, o ile to było możliwe, u każdego chorego dowiedzieć się o sposób jego życia, wreszcie dowiedzieć się o choroby, jakie przechodził, aby tym sposobem uzyskać możność odnalezienia związku pomiędzy rozwojem choroby a pewnymi czynnikami etiologicznymi. Że w wyciąganiu wniosków trzeba być bardzo ostrożnym, tego nie potrzebuję dodawać. Wielką trudność w ocenieniu znaczenia pojedynczych czynników chorobotwórczych sprawia okoliczność, iż wielu chorych podlegało działaniu kilku naraz szkodliwych wpływów, i że niewątpliwie niejednokrotnie wiele z nich współdziałało dla wywołania choroby. Tylko krytyczne rozważenie wszystkich okoliczności oraz oparcie się na dużym materiale pozwala nam do pewnego stopnia uchronić się od błędu i wyłączyć to, co jest przypadkowe, od tego, co istotnie może mieć znaczenie.

Liczba chorych, dotkniętych stwardnie-

²⁾ Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte T. I. 1899.

³⁾ Die Arteriosclerose 1898.

niem tętnic, co do których mam notatki, wynosi 543. Jest to niewątpliwie bardzo duży materiał, o częstotści jednak choroby nie daje żadnego pojęcia; aby o tem sądzić, należałoby go porównać z ogólną liczbą chorych, szukających porady. Tego uczynić nie mogę, ogólne tylko moje wrażenie jest to, że stwardnienie tętnic należy do najczęściej spotykanych w klasach zamożniejszych.

Z pomiędzy tych chorych było mężczyzn 366, a kobiet tylko 177, czyli że mężczyźni zapadają przeszło dwa razy częściej od kobiet na stwardnienie tętnic. Różnica ta nie może być rzeczą przypadku, raz bowiem jest ona zbyt znaczna, a po drugie, ogólnie biorąc, kobiety częściej zasięgają pomocy lekarskiej, niż mężczyźni. Przyczyny, dlaczego mężczyźni częściej zapadają, niż kobiety, będziemy musieli szukać w następnych danych.

Co do wieku chorych, to dane przedstawiają się w następujący sposób:

	Mężczyzn	Kobiet
od 30—40 lat	16	8
„ 40—50 „	68	29
„ 50—60 „	130	71
„ 60—70 „	96	55
powyżej 70 „	45	13
	355	176

Co do reszty, brakuje wiadomości.

Z tej tablicy przedewszystkiem widzimy, o ile niesłuszne jest zdanie, że stwardnienie tętnic jest chorobą starości. Przeciwnie, zdarza się ono już w wieku względnie młodym, jest częste w wieku dojrzałym, a najczęstsze między 50 i 60 rokiem, którego to wieku w każdym razie starością nazwać nie można. Co do płci, to wielkiej różnicy w tym względzie niema, w każdym razie można zauważyć, że mężczyźni wcześniej zachorowują, aniżeli kobiety.

Przechodzimy obecnie do właściwych czynników chorobotwórczych. Przy zbieraniu mych

danych zwróciłem uwagę na 1) na czynniki, wprost trująco działające na organizm, a więc alkohol, tytoń, kawa i herbata ⁴⁾. 2) choroby, towarzyszące stwardnieniu tętnic (otyłość, arttryzm, podagra, choroba cukrowa i t. d.). 3) choroby, które poprzedzały wybuch stwardnienia tętnic, a głównie choroby zakaźne. Wpółśród tej grupy syfiliś zajmuje zupełnie odrębne miejsce, raz dlatego, że, mimo iż zarażenie się nastąpiło przed wybuchem stwardnienia tętnic, to jednak sam syfiliś trwa dalej, a po drugie, że działa on do pewnego stopnia, jak trucizna, stale zatruwając organizm, na podobieństwo więc środków pierwszej grupy. Ztąd właściwie mógłby ten czynnik figurować w każdej z tych trzech grup, a najwłaściwiej będzie rozbiierać go wraz z grupą pierwszą. 4) ogólne właściwości ustroju, a mianowicie stan nerwowy. Możliwe znaczenie tego czynnika etiologicznego omówię niżej.

Pierwsza grupa etiologiczna dostarcza nam nadzwyczaj ważnych wskazówek.

Rozpaczam, stosownie do tego, co powiedziałem wyżej, od syfiliśu. Tu przede wszystkim muszę zwrócić uwagę na trudności, jakie spotykamy ze zbieraniem wiadomości w tym względzie. Każdy lekarz dobrze to wie, jak niechętnie chorzy przyznają się do przebytego syfiliśu; to też nie ulega żadnej wątpliwości, że podane przeze mnie cyfry są mniejsze od rzeczywistych. Przy oznaczeniu syfiliśu kierowałem się przedewszystkiem zeznaniem samego chorego, leczeniem specyficznem, jakie przechodził, dalej t. zw. stygmatami syfilitycznymi, do których zaliczam blizny po zagojonych gumatach, objawy władu rdzenia oraz zmiany w żrenicach (objaw ARGYLL-ROBERTSON'a), wreszcie bezpłodnością z licznymi poronieniami. Szczególniej też u kobiet, gdzie wypytywanie

⁴⁾ Otrucia ołowianego, które, zdaniem niektórych autorów, bywa przyczyną stwardnienia tętnic, o czem i ja przekonałem się w praktyce szpitalnej, pomiędzy chorymi z praktyki prywatnej nie widziałem ani razu.

się o przebyty syfilis było prawie zawsze niemożliwością, mogłem kierować się jedynie wyżej przytoczonymi pośrednimi dowodami. Notowałem go więc u mężczyzn ogółem 142 razy, t. j. w 40% wszystkich przypadków u mężczyzn, gdy tymczasem u kobiet tylko 25 razy t. j. w 14%. Widzimy tu zatem kolosalną różnicę, która już w części daje nam odpowiedź, dlaczego stwardnienie tętnic częstsze jest u mężczyzn kiedy bowiem choroba ta dwa razy jest częstsza u mężczyzn, niż u kobiet, to syfilis spotykamy w anamnezie 3 razy częściej u pierwszych, niż u drugich. Mógłby ktoś wprowadzić zapytać, jakie mamy dowody na to, że syfilis wogóle odgrywa jakąkolwiek rolę w powstawaniu stwardnienia tętnic, na to jednak pytanie odpowiemy później.

Zobaczymy teraz, jak się przedstawia stosunek syfilisu do wieku chorych.

	Mężczyzn	Kobiet
od 30—40 lat ⁵⁾	4 (25%)	0
„ 40—50 „	31 (45,6%)	10 (34,5%)
„ 50—60 „	61 (47%)	11 (15,5%)
„ 60—70 „	34 (35,4%)	4 (3,3%)
powyżej 70 „	12 (26%)	0

Widzimy z tego, że, im młodszy wiek chorych, tem częściej w anamnezie spotykamy syfilis; jest to szczególnie widoczne u kobiet, gdzie syfilis może być uważany za przyczynę choroby prawie tylko u osób, w młodszym wieku będących. Innemi słowy, starsze osoby dostają stwardnienia wskutek innych przyczyn, u młodych trzeba bardzo rachować się z syfilisem.

Do syfilisu powrócimy jeszcze, gdy będzie mowa o pojedynczych formach choroby, teraz przechodzimy do drugiego czynnika chorobotwórczego, t. j. do n a d u ż y c i a a l k o h o l u.

Spotykałem je 133 razy i to wyłącznie tylko u mężczyzn, a więc w 36%, czyli nieco rzadziej, niż syfilis. Do pewnego stopnia muszę powiedzieć tu to samo, co powiedziałem z racyi syfilisu: chorzy niechętnie przyznają się do nadużycia trunków, tak, że zeznania trzeba było z nich wyciągać, a dowodów pośrednich tu już niema; przytem wielu zapatruje się bardzo liberalnie na wyraz nadużycie: 4 kieliszków wódki, codziennie wypijanych, nie zaliczają jeszcze do nadużycia. Mogę więc śmiało powiedzieć, że i tu cyfry, podane przeze mnie, niższe są od rzeczywistych.

Jeżeli cyfrę 133 rozłożymy według wieku chorych, to zobaczymy to samo, co przy syfilisie, a mianowicie, że nadużycia alkoholu w stosunku do ogólnej liczby chorych tego samego wieku zdarzają się częściej w wieku młodym, a mianowicie:

od 30—40 lat	8
„ 40—50 „	34 (50%)
„ 50—60 „	50 (46%)
„ 60—70 „	29 (30%)

Możemy więc powiedzieć, że, jeżeli stwardnienie tętnic rozwija się w wieku młodszym, to przyczyną tego bywa zatrucie jadem syfilitycznym i alkoholem. W wieku późniejszym przyczyny te już nie działają w takim stopniu, i tu stwardnienie tętnic można uważać poniekąd za objaw fizyologiczny.

Trzeci czynnik tej grupy, t. j. nadużycia tytoniu, zdarzają się najczęściej, być może, dlatego, że chorzy nie krępują się wcale z przyznawaniem się do niego. Trudność przedstawia tylko oznaczenie, od jakiego punktu zaczyna się nadużycie. Jako normę przyjąłem, że cyfra powyżej 20 papierosów lub 4 cygar stanowi już nadużycie. Że norma ta jest dowolna, tego nie potrzebuję dodawać, sądzę jednak, że zbliża się ona do rzeczywistości. Nadużycia w paleniu spotykałem 190 razy i to prawie wy-

⁵⁾ Stosunek procentowy obliczany jest w stosunku do ogólnej liczby mężczyzn resp. kobiet tegoż wieku.

łącznie u mężczyzn, kobiet bowiem, nadużywających tytoniu, spotkałem tylko 14, t. j. 8% wszystkich chorych. Natomiast u mężczyzn procent ten wynosi 48%, (176 chorych), czyli że połowa wszystkich chorych nadużywała tytoniu. Rozkład na lata pokazuje tę samą prawidłowość, co w dwóch pierwszych czynnikach, t. j., że w wieku młodszym częściej się spotykamy z działaniem tego czynnika, niż w późniejszym, a mianowicie:

od 30—40 lat	7
„ 40—50 „	36 (53%)
„ 50—60 „	72 (55%)
„ 60—70	44 (41%)
powyżej 70	17 (37%)
	176.

Kobiet, nadużywających tytoniu, było tak mało, że szczegółowy rozbiór tych przypadków nie może mieć większego znaczenia.

Prócz powyższych szkodliwości starałem się jeszcze zabrać dane co do nadużycia kawy i herbaty. Zdarzały się one jednak o wiele rzadziej, a mianowicie w 62 przypadkach, prawie zawsze razem z nadużyciem trunków i palenia i także prawie wyłącznie u mężczyzn.

Pierwsza ta grupa daje nam już nadzwyczaj cenne wskazówki. Jeżeli bowiem weźmiemy pod uwagę z jednej strony to, że stwardnienie tętnic zdarza się u mężczyzn prawie 2 razy tak często, jak u kobiet, a z drugiej strony, że u mężczyzn zdarza się tak często, bo prawie w połowie przypadków, czynnik etiologiczny, którego prawie wcale nie spotykamy u kobiet, to musimy przyjąć, że w tym w tym właśnie czynniku szukać należy częstszego zapadania mężczyzn, niż kobiet. Jednym słowem, syfilis oraz trucizny używkowe, t. j. alkohol, tytoń, kawa i herbata, są jedną z ważniejszych przyczyn stwardnienia tętnic. Można by zapytać, która z tych przyczyn najczęściej bywa przyczyną choroby; na to pytanie wogóle trudno jest od-

powiedzieć, a mianowicie dlatego, że rzadko spotykamy w anamnezie jeden tylko z powyżej przytoczonych czynników, lecz często razem, a nadto niejednokrotnie w połączeniu z czynnikami, o których jeszcze niżej będzie mowa. W każdym razie mogę powiedzieć, iż syfilis, jako jedyny czynnik chorobotwórczy, spotkałem 23 razy, tytoń 22 razy, a alkohol tylko 6 razy, co by przemawiało zatem, iż 2-m pierwszym czynnikom większą rolę w powstawaniu stwardnienia tętnic przypisać należy, aniżeli alkoholowi.

Co się tyczy danych, zaczerpniętych z literatury, to, jak powiadam, rachować się należy jedynie z danymi EDGREN'a; autor ten znajdował syfilis w 20% wszystkich badanych przypadków, gdy zaś nadużycia alkoholu w 33%, a więc obie cyfry niższe od tych, jakie ja znalazłem. O nadużyciu tytoniu nie mówi on wcale. SCHRÖTTER⁶⁾, którego dzieło posiada wielkie krytyczne zalety, o czym już w pierwszej mej pracy wspominałem, wogóle załatwia się krótko z etiologią i własnych danych nie podaje. HUCHARD wreszcie postępuje metodą odwrotną i, jak w danym razie, wielce wadliwą, a mianowicie, zamiast oprzeć się na faktycznych danych, rozbiera on nasze wiadomości o zmianach anatomicznych, powstałych pod wpływem syfilisu i alkoholu, i na zasadzie tych danych wnosi, że ani alkohol, ani syfilis nie odgrywają ważniejszej roli w powstawaniu stwardnienia tętnic. Tymczasem, jak to już mówiłem, musimy przy rozpatrywaniu etiologii stwardnienia tętnic postępować tą samą drogą, jaką szli FOURNIER i ERB dla określenia istotnej przyczyny władu rdzenia (*tabes*), a mianowicie, badać, jak często znajdujemy syfilis w anamnezie chorych na wład, i na tej zasadzie wyprowadzać wnioski. Postępując drogą, jaką idzie HUCHARD, wzmiankowani autorowie nigdy by nie doszli do wykazania

⁶⁾ Nothnagel'a: *Spezielle Pathologie u. Therapie* T. XV.

syfilitycznej natury wiaǳu. Charakterystyczne jest to, co mówi HUCHARD o wpływie tytoniu: „ponieważ zmiany anatomiczne, wywołane przez tytoń, nie są nam znane, musimy się wstrzymać z wydaniem zdania w tym wzglęǳie (t. j. wpływu jego na powstawanie stwardnienia tętnic)⁴. Ale brak wiadomości o zmianach anatomicznych, wywołanych działaniem tytoniu, nie może nas wstrzymać od uznania tego czynnika za chorobotwórczy, jeżeli dane etiologiczne za tem przemawiają. Zresztą najnowsze badania doświadczalne, mianowicie ADLER'a i HENSEL'a ⁵), pokazują, że nikotyna, wstrzyknięta do żył, wywołuje u królików te same zmiany, co adrenalina.

Przechodzimy do drugiej grupy czynników etiologicznych, a mianowicie do chorób, towarzyszących stwardnieniu tętnic. Które z nich i o wiele mogą wpływać na powstawanie tej choroby?

Zaczynam od tej choroby, której związek ze stwardnieniem tętnic wydaje mi się niewątpliwym, a mianowicie od otyłości. Z góry muszę oświadczyć, że do otyłości nie zaliczałem jedynie owych nadmiernych stopni, które graniczą z kalectwem; pojmowałem pod tem słowem i to, co się nazywa dobrą tuszą, mianowicie więc ludzi, których całe ciało, być może, nie jest nadmiernie pokryte tłuszczem, ale których duży, napięty brzuch świadczył o nagromadzeniu dużej ilości tłuszczu zarówno pod skórą, jak i na około trzew brzusznych. Mamy tu ten stan, który dawniejsi autorowie nazywali *plethora abdominalis*. W ten sposób pojęta otyłość zdarza się tak często razem ze stwardnieniem tętnic, że fakt ten wprost rzuca się w oczy. I tak na 543 chorych spotkałem 326 otyłych, t. j. w 60%, a więc tak często, jak żaden inny czynnik chorobotwórczy. Jeżeli rozbijemy tę cyfrę na płeć, to otrzymamy 200 przypadków u mężczyzn, t. j. 56%, a 126 u kobiet, t. j. 72%.

Poraz pierwszy widzimy tutaj przewagę czynnika chorobotwórczego u kobiet; z pomiędzy kobiet chorych na stwardnienie tętnic $\frac{3}{4}$ więc było otyłych. Rozkład na lata pokazuje mniej więcej to samo przy czynnikach pierwszej grupy, t. j. że osoby starsze częściej zachorowują bez przyczyny, niż młodsze, choć nie jest to tak widoczne tu, jak tam, a mianowicie:

	mężczyzn	kobiet
od 30—40 lat	6	7
„ 40—50 „	45 (66%)	23 (80%)
„ 50—60 „	68 (52%)	51 (71%)
„ 60—70 „	54 (56%)	41 (74%)
powyżej 70 „	27	4

Wypada z tego, że z pomiędzy kobiet w wieku od 40—50 lat prawie wszystkie były otyłe. Wobec tego o związku tych dwóch chorób nie może być żadnej wątpliwości. Więc zachodzi tylko pytanie, jakiego rodzaju może być ten związek? Mógłby tu istnieć trojakiemu rodzaju stosunek: 1) albo stwardnienie tętnic jest przyczyną otyłości. Nie potrzebuję długo zastanawiać się nad tem, że tego rodzaju związek nie jest prawdopodobny. Stwardnienie tętnic nie ma w sobie nic takiego, co mogłoby sprzyjać zbieraniu się tłuszczu, można przytem niejednokrotnie sprawǳić, że otyłość powstaje daleko wcześniej, aniżeli stwardnienie tętnic. Dyskusyi więc mogą ulegać jedynie dwie następne możliwości, t. j. 2) otyłość jest przyczyną stwardnienia tętnic i 3) obie te choroby powstają pod wpływem jednej i tej samej przyczyny, czyli wadliwego, a mianowicie nadmiernego odżywiania się.

Jest mi niepodobieństwem oświadczyć się stanowczo na korzyść jednej lub drugiej z tych możliwości. Być może, że oba sposoby powstawania odgrywają tu rolę. Z jednej bowiem strony, jak to już w pierwszej mej pracy wykazałem, zmniejszenie się otyłości wpływa niewątpliwie na obniżenie się ciśnienia w ukła-

⁷) Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 45, 1906.

dzie tętnicznym, a zarazem korzystnie wpływa nie tylko na objawy subiektywne, ale i obiektywne arterosklerozy, czyli że stanowi ona względem tego ostatniego cierpienia czynnik chorobotwórczy. Prawdopodobnie odgrywa ona tę samą rolę, co nadmierna fizyczna praca. Z drugiej strony nie można odrzucać i przypuszczenia, że zbyt obfite odżywianie, przy braku odpowiedniego ruchu, może prowadzić nie tylko do otyłości, lecz, przepełniając układ tętniczy, podnosić w nim ciśnienie i może stawać się przyczyną chorobowych zmian w ścianach naczyń. HUCHARD, o ile mi się zdaje, przypisuje więcej znaczenia jakościowym nadużyciom w jedzeniu, niż ilościowym, a mianowicie uważa on zbyt obfite spożywanie mięsa, jako przyczynę stwardnienia tętnic. Nie mogę tego ani potwierdzić, ani odrzucić, nie mamy bowiem na to żadnych danych. Argumenty zaś, przytaczane przez HUCHARD'a, nie wytrzymują żadnej krytyki. Zresztą, jak widzimy, odgrywa tu dominującą rolę otyłość, a do jej powstawania samo tylko nadmierne spożywanie mięsa nie wystarcza. Z drugiej strony wszakże zauważę, że osoby otyłe zazwyczaj też i mięsa spożywają za dużo. O otyłości, jako przyczynie stwardnienia tętnic, mówi wyraźnie SCHRÖTTER, nie podając cyfry na poparcie swego zdania, HUCHARD wcale o niej nie wzmiankuje, EDGREN zaś widywał ją o wiele rzadziej, niż ja.

To są najczęściej spotykane czynniki, którym musimy przyznać ważną rolę w powstawaniu stwardnienia. Widzimy ztąd, że choroba ta przeważnie jest następstwem niewłaściwego sposobu życia, a mianowicie z jednej strony nadużyć: trunków, tytoniu, kawy i herbaty, syfilisu (jeżeli ten za skutek nadużyć można uważać), a z drugiej nieumiarkowania w jedzeniu i, co zatem idzie, niechęci do ruchów fizycznych.

(D. n).

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra med. E. Flatau
w szpitalu żydowskim na Czystem.

Dystrophia ossium progressiva.

—
podał

Władysław Sterling.

—
(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 6).

20. III. 06. Chory zapisał się powtórnie na nasz oddział, przeniesiony z jednego z wewnętrznych oddziałów naszego szpitala, na którym przeleżał 3 miesiące.

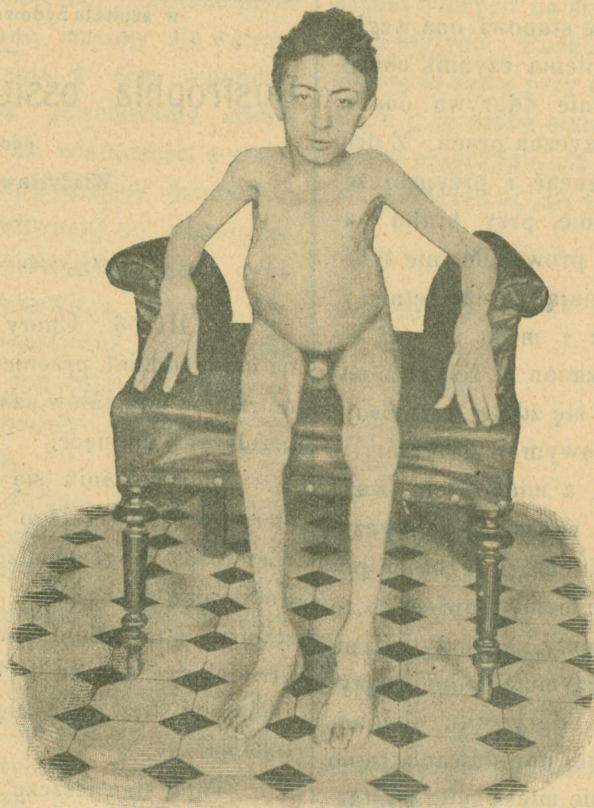
Po wypisaniu się z naszego oddziału w sierpniu roku zeszłego chory jeszcze przez pewien czas mógł chodzić, trzymając się ściany i opierając się na lasce. Powoli jednakże z nastaniem zimy chód stawał się coraz bardziej utrudniony, tak że z końcem grudnia chory zmuszony był udać się do szpitala (na oddział wewnętrzny).

Tutaj stan jeszcze się pogorszył. Obecnie chory zupełnie nie może chodzić i czuje się jeszcze słabszym, niż przedtem. Przez cały ten czas przy leżeniu bólów w nogach nie miał, przy chodzeniu zaś przeważnie w stawach kolanowych. Przy siedzeniu doznawał uczucia ugniatania klatki piersiowej. W kończynach górnych miał bóle w stawach barkowych, natomiast przy ruchach w stawie łokciowym i nadgarstkowym bólów nie miał. W ostatnich tygodniach bóle w nogach się zwiększyły. Obecnie od 2 miesięcy trudno mu jest nawet siedzieć na łóżku.

Apetyt dobry. Stolec co 3 dni. Zaburzeń w oddawaniu moczu nie ma. Bólów głowy nie miewa. Sypia dobrze. Nudności, ani wymiotów nie było.

St. praesens. Odżywianie chorego niezłe. W narządach wewnętrznych i dzisiaj nie można wykryć nic patologicznego.

Czaszka przy opukiwaniu nie bolesna,



Mobilitas.

KOŃCZYNY GÓRNE.

Lewa kończyna górna.

Staw barkowy. W siedzącej pozycji podnoszenie ramienia możliwe jest zaledwie do kąta 80° , do płaszczyzny poziomej niemożliwe, siła mięśniowa przytem jest bardzo nieznaczna; opuszczanie w tym samym stawie lepsze, jakkolwiek także bardzo osłabione (patrz Stat. z d. 2. I. 05).

Abdukcya i addukcya osłabione, lecz w porównaniu z Stat. 2. I. 05 wyraźnej różnicy nie ma, przyczem addukcya wyraźnie silniejsza od abdukcji.

Wysuwanie ramienia ku przodowi silniejsze, aniżeli ku tyłowi — oba ruchy osłabione.

Staw łokciowy. Zginanie i rozginanie ogromnie osłabione, przyczem rozginanie

jeszcze słabsze od zginania. Różnicy w porównaniu z st. 2. I. 05 niema.

Staw napięstkowy. Fleksya palmarna i wolarna bardzo osłabiona, jakkolwiek mniej, niż w stawie łokciowym. Różnicy w porównaniu z st. z d. 2. I. 05 także nie widać.

Ruchy palcami niezłe; bardzo osłabione są tylko *m. m. interossei*. Opozycya dużego palca wcale niezła.

Prawa kończyna górna.

Staw barkowy. Stwierdzić tu można ogromne osłabienie siły mięśniowej. Chory może unieść ramię zaledwie do kąta 45° i to z wielkim wysiłkiem, przyczem siła tych ruchów jest bardzo nieznaczna. Nieco lepsze jest opuszczanie ramienia ku dołowi, jakkolwiek i ten ruch jest bardzo osłabiony.

Abdukcya i addukcya do klatki piersiowej osłabione w porównaniu z st. z d. 2. I. 05,

oba ruchy są bardzo słabe; addukcyja nieco lepsza.

Wysuwanie ramienia do tyłu obecnie lepsze jest, aniżeli ku przodowi (st. z d. 2. I. 05. wykazywał stosunek odwrotny).

Staw łokciowy. Siła ruchów = st. z d. 2. I. 05. Obecnie zginanie jest znacznie silniejsze od rozginania.

Staw napięstkowy. Obecnie fleksja palmarna gorsza jest od dorsalnej (2. I. 05. było odwrotnie). Oba te ruchy dzisiaj są też słabsze. Pronacja przedramienia znacznie lepsza jest od supinacji. Uścisk dłoni z prawej strony gorszy, aniżeli z lewej (2. I. 05). *Interossei* prawe funkcjonują tak samo, jak lewe (patrz st. z d. 2. I. 05).

Opozycya dużego palca dobra.

KOŃCZYNY DOLNE.

Lewa kończyna dolna.

Staw biodrowy. Stwierdzić tu można ogromne osłabienie siły mięśniowej w porównaniu z st. z d. 2. I. 05; i ekstensja i fleksja są niezmiernie słabe (minimalne), przyczem stosunek tych ruchów dzisiaj jest odwrotny, bowiem fleksja jest nieco silniejsza od ekstensji. Abdukcja i addukcja kolosalnie osłabione; addukcja nieco lepsza od abdukcji, która prawie = 0.

Staw kolanowy: Ekstensja i fleksja bardzo osłabione bez wyraźnej różnicy (inaczej niż przy st. z d. 2. I. 05).

Staw skokowy. Ruchy stopą wyraźnie słabsze, aniżeli przy st. z d. 2. I. 05, jakkolwiek w mniejszym stopniu, niż w stawie biodrowym i kolanowym. Niezwykły stosunek pomiędzy antagonistycznymi ruchami, a mianowicie przewagę dorsalnej fleksji stopy nad plantarną — można stwierdzić i dzisiaj, jakkolwiek w stopniu mniejszym, niż poprzednio.

Ruchy palcami dobre.

Prawa kończyna dolna.

Staw biodrowy. Ruchy wogóle jeszcze słabsze, aniżeli po stronie lewej. Fleksja nieco słabsza od ekstensji, a abdukcja od addukcji.

Staw kolanowy. Ruchy bardzo osłabione; fleksja nieco silniejsza od ekstensji.

Staw skokowy. Dzisiaj wyraźnej różnicy pomiędzy fleksją dorsalną a plantarną nie widać. Obie osłabione.

Ruchy palcami dobre.

Ani lewej, ani prawej kończyny *en masse* unieść nie może. Wogóle ruchy całą kończyną — t. j. zginanie i rozginanie wykonywa w ten sposób, że przesuwa palcami stopę to w jedną, to w drugą stronę („Kletternbewegungen“). Ruchy te są również możliwe — jeżeli podtrzymywać ręką kończynę w powietrzu.

Równomierny nieznaczny zanik mięśni obu kończyn dolnych.

Ruchy tułowiach zachowane, lecz osłabione i to w stopniu silniejszym, niż dawniej. Chory nie może usiedzieć długo na łóżku. Wzruszanie ramionami, zbliżanie i oddalanie łopatek od kręgosłupa niezłe, jakkolwiek nieco osłabione. Równomierne zaniki mięśni w pasie barkowym, ramienia i przedramienia, w mniejszym stopniu dłoni — o ile się zdaje, w porównaniu z rokiem ubiegłym nie postąpiły. (Najbardziej dotknięte są *supra*—i *infraspinatus*. Pewien zanik *m. cucullaris* po stronie prawej).

O D R U C H Y.

Odruch z *triceps* obustronnie zachowany, słaby.

Odruchy periostalne nie występują wyraźnie.

AR — bardzo żywe — prawy — żywszy bez *Fussclonus*.

PR bardzo żywe (*Oberer Patellarreflex*).

Odruchy brzuszne i z *cremaster* — bardzo żywe.

Odruch podeszwowy z obu stron niewyra-

żny (w każdym razie jest tendencja do fleksyi plantarnej).

Chód zupełnie niemożliwy nawet przy podtrzymywaniu.

Uciskanie na nerwy i na mięśnie niebolesne — również i na diafizy kości. Natomiast uciskanie na kości w okolicach stawów jest bardzo bolesne — najbardziej staw kolanowy, skokowy, w mniejszym stopniu biodrowy i w jeszcze mniejszym stopniu stawy górnych kończyn. Uciskanie na *articulatio claviculo-sternalis* prawie nie wywołuje bólu.

UKŁAD KOSTNY.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że zmiany kostne w przebiegu roku ubiegłego wyraźnie postąpiły naprzód. Opiszę tu tylko różnice pomiędzy stanem dzisiejszym a st. z d. 2. I. 05.

Co się tyczy kończyn górnych, to oba stawy łokciowe oraz wszystkie stawy palców nie uległy żadnej zmianie w rozwoju choroby. Deformacja i zgrubienie postąpiły tylko w stawach barkowych oraz w stawach napięstkowych. Dotyczy to zwłaszcza stawów tych po prawej stronie, gdyż zmiany w lewym stawie barkowym i napięstkowym w porównaniu z zeszłorocznym badaniem są stosunkowo nieznaczne.

Caput humeri dextri narosło w tak znacznym stopniu, że przy normalnej pozycji siedzącej przy opuszczonych ramionach — powierzchnia stawu barkowego wystaje w postaci ogromnego pagórka ponad dołkiem obojczykowym. Na skutek tego wzniesienia ponad poziom powierzchni stawowej — prawy obojczyk przyjął zadziwiającą pozycję: przebiega on mianowicie — nie, jak w warunkach normalnych, równolegle do przebiegu żeber, lecz niemal zupełnie prostopadle do ich przebiegu — i przytem z tyłu do przodu i z góry na dół. Ta nienormalność pozycji obojczyka zwiększa się jeszcze przy podnoszeniu ramienia ku górze.

Podobne stosunki spotykamy i po stronie lewej, jakkolwiek w stopniu znacznie słabszym.

Wyrastki łopatki i obojczyka, przylegające do stawu barkowego, nie uległy w przebiegu roku ubiegłego widocznej zmianie — natomiast powiększyły się znacznie stawowe powierzchnie obojczyków, przyjmujące udział w połączeniu z mostkiem — zwłaszcza prawa z nich narosła ogromnie w sposób guzowaty — dzisiaj jest ona znacznie większa od guza po lewej stronie ponad zapadnięciem klatki piersiowej, o którym mowa będzie dalej.

Zaznaczyć również należy, że ruchomość stawów górnych kończyn, którą można było stwierdzić za poprzednim pobytem chorego w naszym oddziale — daje się stwierdzić i dzisiaj — z pewnem jednakże ograniczeniem: mianowicie w prawym stawie barkowym ruch bierny ku górze daje się wykonywać tylko do płaszczyzny poziomej, jeżeli forsownie próbować podnieść ramię ku górze powyżej tej płaszczyzny — to ruch ten udaje się, lecz przyjmuje w nim udział i łopatka, której brzeg zewnętrzny przesuwają się nazewnątrz i ku przodowi.

We wszystkich innych stawach kończyn górnych ruchy są najzupełniej wolne.

Niemożność wykonywania ruchów czynnych, unoszących ramię ponad płaszczyznę poziomą, dotyczy tylko pozycji siedzącej, gdyż w pozycji leżącej (fiksacja łopatek?) ruchy te są wcale niezłe.

Stawy łokciowe = 2. I. — 05.

Lewy staw napięstkowy = 2. I. 05.

W prawym stawie napięstkowym stwierdzić można w porównaniu z rokiem ubiegłym znaczne wzdęcie *processus styloidei radii* oraz *ulnae* — pierwszego w stopniu znacznie silniejszym. Poniżej tego zgrubienia prawego stawu napięstkowego utworzyło się poprzeczne wgłębienie, które po stronie prawej jest znacznie większe, niż po lewej — czyni to wrażenie jakiegoś rowka strangulacyjnego poniżej zgrubienia

stawowego. Deformacya ta w zasadzie swej przypomina poprzeczne wgłębienie w okolicy mostka poniżej zgrubiałych i wystających stawów obojętkowo-mostkowych.

KOŃCZYNY DOLNE.

Stawy biodrowe i skokowe pod względem objętości i ruchomości = st. z d. 2. I. 05.

Lewy staw kolanowy, być może, nieco więcej zgrubiał.

Prawy staw kolanowy znacznie powiększył się w objętości w porównaniu z st. z d. 2. I. 05. Znikła więc obecnie symetria zmian.

Obie patellae zupełnie ruchome.

Prawy staw kolanowy bolesny przy ruchach biernych — ekstensya nieco ograniczona.

W Y M I A R Y:

Wysokość ciała = 136,0

Obwód środkowej części ramienia.

strona prawa = 16,5

„ lewa = 16,0

Obwód przedramienia na granicy pomiędzy górną i środkową $\frac{1}{3}$

Pr. = 17,25

Lew. = 17,25

Największy obwód stawu napięstkowego:

Pr. = 18,0

Lew. = 17,0

Obwód uda w połowie:

Pr. = 26,25

Lew. = 26,75

Obwód goleni na granicy górnej i środkowej $\frac{1}{3}$:

Pr. = 21,5

Lew. = 21,5

Największy obwód stawu kolanowego

Pr. = 32,5

Lew. = 30,5

Największy obwód stawu skokowego:

Pr. = 23,5

Lew. = 22,5

Długość całej górnej kończyny od *processus acromialis* do końca środkowego palca = 62,0.

Długość środkowego palca = 10,5.

Długość stopy od końca dużego palca = 26,0.

Obwód klatki piersiowej na wysokości sutek = 68,0.

Obwód brzucha na wysokości pępka = 74,0.

Kręgosłup — wykazuje kifozę i podwójną skoliozę w części górnej grzbietowej i grzbietowo-lędźwiowej.

11. V. 06. Stan ten sam. Chodzić nie może. Skarży się na bicie serca. Bierze Rhomnol.

16. VI. 06. Ból głowy. Bicie serca.

25. VII. 06. Skarży się na dwojenie w oczach. Obiektywnie żadnych porażań mięśni ocznych stwierdzić nie można. Stan układu kostnego i nerwowego bez zmian.

30 VII 06. Wypisuje się bez poprawy.

W ostatnich tygodniach pobytu chorego w szpitalu dokonane zostały przez D-ra BARSCZEWSKIEGO zdjęcia Roentgenowskie stawu kolanowego i napięstkowego prawego. Zdjęcia te dały wynik zgola nieoczekiwany. Opiszemy tu pokrótce zmiany patologiczne.

PRAWY STAW KOLANOWY.

Przedewszystkiem rzuca się w oczy, że dolna część kości udowej nie jest zgrubiała, lecz wbrew oczekiwaniom — ścieńczała. Kontury stawowej powierzchni kości nie tylko nie występują plastycznie, jak to bywa na normalnych zdjęciach, lecz są zatarte.

Epifiza kości udowej nie występuje wyraźnie. Powyżej miejsca, które odpowiada epifizie, zaczynają być widoczne kontury kości, która nieco powyżej tego miejsca uległa patologicznemu przegięciu pod kątem około 135° .

Cała widoczna na zdjęciu część kości udowej jest prześwietlona. Od przodu widać wąski ścięńczący pasek, odpowiadający *substantiae compactae*, od tyłu bardziej jeszcze ścięńczący takież pasek, a pomiędzy nimi silnie prześwietlona przestrzeń zdekalcyfikowanej kości.

P a t e l l a zatraciła zupełnie swą normalną strukturę: nie widać w niej zupełnie przebiegających równolegle do pionowej osi ciała beleczek kostnych, lecz prześwietloną owalną masę, która nie odcina się, jak w warunkach normalnych, od przedniej powierzchni stawowej, lecz zlewa się z bezkształtnym cieniem rozplyniętej epifizy biodrowej. Jest ona przytem widocznie ścięńcząca.

Jeszcze bardziej wyświetlone są kości goleni, biorące udział w stawie kolanowym: dotyczy to zwłaszcza *tibiae*. *Substantia compacta tibiae* widoczna jest tylko od strony tylnej powierzchni stawu i to w postaci niezmiernie

ścięńczącego paska, od przodu zaś nie widać jej zupełnie, natomiast widać ogromnie prześwietloną przestrzeń o sitowatym wyglądzie, która ku górze nie sięga jednakże do samego stawu, lecz przerywa się. Mianowicie występuje tutaj prześwietlony pas, który jednakże nie wykazuje struktury kości prześwietlonej, a ponad pasem tym widoczny jest cień od zupełnie zniszczonej epifizy *tibiae*, zlewający się z ogromnym owalnym cieniem, który w części odpowiada epifizie kości udowej.

Co się tyczy *fibulae*, to jest ona znacznie mniej prześwietlona; z boków widoczne są nieco ścięńczące paski *substantiae compact.* podobnie jak na *tibia* — cień kości przerywa się — i pomiędzy zupełnie zniszczoną epifizą, biorącą udział w utworzeniu wielkiego owalnego cienia, a prześwietloną diafizą — pozostaje jakoby wolna przestrzeń; robi to wrażenie, jak gdyby tam właśnie była linia stawowa, a leżące poniżej końce *tibiae* i *fibulae* — były epifizami; w istocie zaś linia stawowa znajduje się powyżej, a epifizy kości goleni są zniekształcone i w znacznym stopniu zniszczone.

d. c. u.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

10. SCHALENKAMP. Gościec, stany zbliżone do gośćca (reumatyzmy) oraz leczenie spraw gośćcowych 20% mydłem płynnym (Salizylsapon) KREWEL'a.

Autor wychodzi z założenia, że salicyl wywiera wpływ głównie na nerwy obwodowe. Działanie czystego kwasu salicylowego musi przeto być silniejsze, niż działanie złożonych połączeń tegoż, esterów. W samej rzeczy autor miał wielokrotnie sposobność przekonać się,

że kwas łatwiej przenika przez skórę i o wiele szybciej wywiera wpływ kojący, niż estery. Reumatyzm i reumatyzmy, różniąc się znacznie pod względem etiologii, mają jednak kilka cech wspólnych: 1) działanie wilgotnego zimna, jako czynnik wywołujący; 2) pewną elektywność, przejawiającą się w swoistem, nagle występowaniu bólu i sztywności w pojedynczych częściach ciała, wśród których stawy, mięśnie, błony surowicze, pochewki nerwów stanowią najbar-

dziej ulubione miejsca, i wreszcie 3) swoiste oddziaływanie na kwas salicylowy. Reumatyzm i reumatyzmy mają ścisły stosunek do naczyńioruchowego i czuciowego obwodowego układu nerwowego, kwas zaś salicylowy oddziałuje właśnie na te obwodowe nerwy czuciowe i naczyńioruchowe, a przez to działanie tegoż przy stosowaniu naskórnem jest o wiele szybsze i pewniejsze, niż przy stosowaniu wewnętrznem. Że ostry gościec stawowy jest pochodzenia bakteryjnego (koki i t. d.), dowodzi tego cały przebieg choroby. Bakteryologia ma tę zasługę, że wyodrębniła sporą liczbę gościów rzekomych, mianowicie cały szereg tak zwanych reumatoidów, które są następstwem rozmaitych zakażeń (rzeżączki, przyniotu, gruźlicy, inwazyi łańcuszkowców albo gronkowców i t. d.). Wszystkie te reumatoidy są odporne na działanie salicylu. Pozostaje jednak jeszcze sporo przypadków, w których przetwory salicylowe b. dobrze działają, a jednak ani w stawach, ani we krwi nie można znaleźć sprawcy cierpienia. Dalej przekonano się, że istnieje jeszcze szereg przypadków, w których salicyl działa źle i powoli. W tych przypadkach znaleziony został w dotkniętych stawach gronowiec. Podobne przypadki z przewlekłym przebiegiem i wadliwym oddziaływaniem na kw. salicylowy uważa się za zakażenie mieszane, za powikłanie ropnicą prawdziwego gościa.

Reumatyzmy zakażne cechuje uszkodzenie nerwów obwodowych, niezakażne zaś, t. zw. reumatyzmy, polegają zarówno na uszkodzeniach obwodowych, jako też ośrodkowych. W ten sposób otrzymuje się następujący schemat:

A. Formy zakażne. 1) Ostry gościec stawowy (*polyarthritis acuta rheumatica*). 2) Ostry wrzekomy gościec stawowy (*polyarthritis acuta pseudorheumatica s. rheumato-pyæmica*) — z wyłączeniem wszystkich reumatoidów (tryprowych, gruźliczych i t. d.). 3) Formy podostre i przewlekłe wzmiankowanych grup 1 i 2.

B) Formy niezakażne: 1) Wywołane przez zmiany konstytucjonalne w ośrodkowym układzie nerwowym, np. *arthritis deformans*. 2) Wywołane przez zmiany konstytucjonalne w obwodowym układzie nerwowym: a) naczyńioruchowym (*lumbago, torticollis, pleurodynia etc.*), b) czuciowym (*neuritis, neuralgia etc.*).

Stany chorobowe pod B. 2 mogą być wywołane przez rozmaite przyczyny ustrojowe, t. j. wewnętrzne i zewnętrzne, np. przez otyłość, skazę moczanową, otrucie ołowiem, nikotyńą, wysokiemi, przez cukrzyce, przyniot i t. d. Również sumujące się urazy mechaniczne mogą stanowić grunt, na którym rozwija się reumatyzm. W ten sposób działać może także ciepło promieniste (np. u maszynistów). We wszystkich pomienionych postaciach mamy prawdziwe cierpienie nerwów naczyńioruchowych, wywołane albo przez nieznanego jeszcze sprawcę (A), albo przez szczególne konstytucjonalne uszkodzenia układu naczyńioruchowego (B), które albo działają z ośrodkowego układu na obwodowy, albo też bezpośrednio umiejscawiają się w układzie naczyńioruchowym na obwodzie. W obu więc grupach (A i B) uszkodzenie nerwów stanowi zjawisko pierwotne, zaziębnia zaś grają rolę czynnika wywołującego.

Kwas salicylowy rozpuszcza się źle w zimnej wodzie, lepiej w gorącej, dobrze w wysoku i eterze, słabo w tłuszczach i tłustych olejach (maxim. około 5%), lepiej w mydlach. W wazogenie, saponimentach, wazolimentach rozpuszcza się w stosunku około 10%, jeśli dodać nieco wysoku. W sapenach KREWEL'a rozpuszcza się na zimno 20%, na gorąco 33 $\frac{1}{3}$ %. Czysty kwas salicylowy znalazł już dawniej zastosowanie lecznicze, jako środek zewnętrzny, w postaci maści z terpentyną lub bez niej, dalej w saponimentach, wazolimentach. Częściej do stosowania zewnętrznego używane są estery kwasu salicylowego: mezotan, salit, salen, reumazan, ol. *Gaultheriae procumbens*.

Prócz działania bakteriobójczego i przeciwgorączkowego, kwas salicylowy posiada jeszcze działanie, rozszerzające naczynia. Czy działanie to polega na podrażnieniu nerwów, zwężających naczynia, dotychczas jeszcze nie wiadomo. Obok rozszerzenia naczyń wstępuje zwykle wzmożona czynność gruczołów potowych, prawdopodobnie na drodze odruchowej, być może, także wskutek bezpośredniego podrażnienia nerwów wydzielniczych.

Na mocy swych doświadczeń z naskórnem stosowaniem 20% sapenu salicylowego autor przyjmuje, że działanie kwasu salicylowego mniej skierowane jest na ośrodek grupy wazo-

motorów, niż na komórki zwojowe, znajdujące się w ścianach naczyń. Wpływ zaś kwasu salicylowego na nerwy czuciowe tłumaczy się zarówno częstym przebiegiem ich razem z nerwami naczynioruchowymi, jako też pokrewieństwem kwasu salicylowego z fenolem, który, jak wiadomo, przy miejscowym stosowaniu wywołuje porażenie nerwów czuciowych. Możliwym jest także, że kojący wpływ kwasu salicylowego zależy od zmniejszenia obrzmienia zapalnego, skutkiem czego zmniejsza się ucisk, wywierany przez wysięk na zakończenia nerwów czuciowych. Zazwyczaj stosuje się kwas salicylowy wewnątrznie w postaci soli sodowej, esterów lub innych złożonych związków (aspiryny, salofenu, salipiryny).

W ostatnich czasach zaczęto także stosować odpowiednie roztwory w postaci zastrzykiwań okołostawowych (BOUCHARD) i wewnątrzstawowych (SANTINI). MENDEL gorąco zaleca do wstrzykiwań śródżylnych odpowiednio przygotowany roztwór pod nazwą attritin. W niektórych przypadkach istnieje przeciwwskazanie do stosowania kwasu salicylowego zarówno *per os*, jak i innemi drogami. Bywa to wtedy, gdy środek ten nie jest znoszony przez serce, nerki albo żołądek. Co się tyczy serca, to znaczne przyspieszenie jego czynności, a nawet zapasć występować mogą dopiero przy bardzo dużych dawkach salicylu. Na nerki kwas salicylowy działa (PRIBRAM, LÜTHJE, QUENSTEDT i inni) drażniąco, przyczem wywołać może białkomocz, waleczki, nabłonek nerkowy i nawet krwiomocz. I tu również występuje przewaga naskórnego stosowania kwasu salicylowego, przy którym skutek osiągamy już od bardzo małych dawek. To samo da się powiedzieć o zaburzeniach żołądkowych (uczucie ucisku, brak łaknienia, palenie, nudności, wymioty), występujących niekiedy przy stosowaniu salicylu głównie *per os*, ale także przy zastrzykiwaniach, ponieważ kwas salicylowy wydziela się przez błonę śluzową żołądka. I w tym razie naskórne stosowanie kw. salicylowego jest bardzo pożyteczne.

BOURGET, jak wiadomo, stosuje kwas salicylowy w 10% maści, zawierającej terpentynę. Skutek od tej maści widzimy wówczas wtedy, gdy występuje *dermatitis*. Dodatek ol. thereb. ma właśnie na celu wywołanie podrażnie-

nia skóry. Ol. gaulteryowy wydaje nieprzyjemną woń, a przytem skuteczność jego, zdaniem niektórych autorów, ma być mniejsza od maści BOURGET'a. Stosowanie naskórne esterów (mezotanu, salitu..) ma również swe złe strony. Przedewszystkiem są to związki złożone, które muszą dopiero zostać rozłożone w ustroju na prostsze, powtórę, wywołują one łatwo podrażnienie skóry, pryszczykę i t. d. Nie pozbawioną również znaczenia jest okoliczność, że cena tych wszystkich związków jest o wiele wyższa, niż kwasu salicylowego. Wreszcie, co najważniejsze, 20-procentowy sapen salicylowy KREWEL'a, jak to wykazały poszukiwania autora, o wiele łatwiej przenika przez tkankę zwierzęcą i posiada o wiele większą rozpuszczalność w wodzie, niż wszystkie estery. Sapen salicylowy KREWEL'a jest to zwyczajny roztwór kwasu salicylowego w sapenie, rodzaju płynnego mydła, bez wszelkiego dodatku innych środków rozpuszczających. Sapeny wogóle odznaczają się olbrzymią zdolnością rozpuszczania rozmaitych środków leczniczych, szczególnie kwasu salicylowego i jodu. 20% roztwory kw. salicylowego i 35% roztwory jodu dotychczas nie były jeszcze znane. Uderzająca jest również okoliczność, że roztwory sapenowe bynajmniej nie drażnią skóry. Na wiele setek przypadków autor ani razu nie zauważył pryszczyki. Jedy-
na zmiana, która niekiedy występuje po bardzo długim stosowaniu sapenu salicylowego, jest to t. zw. skóra pergaminowa, przyczem naskórek staje się cienkim, jak papier, suchym i błyszczącym. Stan ten jednak szybko przemija. Sapen salicylowy wciera się tak długo, aż skóra staje się możliwie suchą. Przy reumatyzmach wcierania takie nie wywołują bólu, przy ostrym zaś gościec stawowym z silną bolesnością i silnie wyrażonym stanem zapalnym dotkniętych okolic silne wcierania powodować mogą znaczne bóle, skutkiem czego należy tu ostrożnie masować, a najlepiej kurację rozpocząć od podania choremu 1—3 gm aspiryny dziennie, aż wystąpi pewne złagodzenie bólów. Natarte miejsca okrywa się jedwabniami lub płóciennymi chustami i watą. Zresztą można obejść się i bez tego. Kwas salicylowy zjawia się bardzo szybko w moczu. Przy stosowaniu sapenu salicylowego w moczu daje się wykryć obecność kwasu salicylowego jeszcze po upływie 3 dni

od ostatniego wcięcia, podczas gdy przy stosowaniu wewnętrznym kwas salicylowy znika z moczu już po 12—24 godz. Tem tłumaczy się długotrwałe działanie wcięć w porównaniu z wewnętrznym stosowaniem salicylu. Sapon salicylowy tworzy jakby depot w szczelinach

tkanki podskórnej, skąd stopniowo i powoli wyeliminowane zostaje. Autor radzi wcięcia sapon salicylowy w ilości 5—30 kropeł co kilka godzin.

Therap. Monatshefte. Grudzień. 1906.

S. P.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie Sekcji Ginekologicznej

z dnia 26 października 1906 r.

1) STANKIEWICZ Czesław przedstawił przypadek *menstruatio praecox*. Dotyczy on pięcioletniej dziewczynki, która od 2½ lat prawidłowo miesiączkuje po 2—3 dni. Sutki rozwinięte, jak u 15-letniej dziewczyny; na wżgórku łonowym rzadkie włosy. Macica około 4 cm. długości; jajniki nie wyczuwalne (badanie *per rectum*). Przedstawione jednocześnie dwie siostry pacyetki 13 i 14-letnia nie miesiączkują wcale.

Matka pacyetki, licząca obecnie 40 lat, nie miesiączkowała nigdy. Rodziła 9 razy; ostatni raz przed 2 miesiącami.

W dyskusyi NEUGEBAUER Fr. zaznacza, że Francuzi ostrzegają, aby nie każde krwawienie u małych dziewczynek lub noworodków brać za miesiączkę, gdyż czasami krwawienie to bywa objawem mięsaka jajników.

2) STANKIEWICZ Cz. przedstawia 31-letnią kobietę, operowaną przed 5½ laty z powodu raka części pochwowej macicy.

Zabieg operacyjny składał się z dwóch części: a) wyskrobania mas nowotworowych i przypalenia żegadłem Paquelin'a (kol. E. JASIŃSKI), b) operacji brzusznej (Cz. STANKIEWICZ), polegającej na oddzieleniu macicy i przydatków już to za pomocą noża, już to Paquelin'a, poczem usunięto macicę przez pochwę i zamknięto jamę otrzewny od dołu, zaszywając ją tak, że kikuty więzów szerokich i wogóle cała rana zostały wyłączone z jamy brzusznej. Powłoki brzuszne zeszyto w jedno piętro szwem SCHROEDER'owskim. Gruczoły podłędźwiowe nie były powiększone i nie zostały usunięte. Zdrowienie, powikłane wystąpieniem psychozy pooperacyjnej (napady „zachloroformowania się“) pomiędzy 5—8 dniem, po zatem prawidłowe. Od czasu operacji, w ciągu 5½

lat, przybyło pacyentce na wadze 50 funtów; nawrotów niema. Blizna brzuszna nie wykazuje przepukliny.

S. zaznacza, że od r. 1900 w przypadkach raków macicy, nadających się do operacji doszczętniej, zasadniczo operuje *per laparotomiam*, uznając tę drogę za jedynie odpowiednią.

3) Tenże przedstawia okaz ciąży zamacicznej, operowanej z powodu wolnego wylewu krwi do jamy brzusznej. W środkowej części prawego jajowodu znajduje się miejsce zgrubiałe, wielkości śliwki, lejek jajowodu i ujście brzuszne rozszerzone tak, że ma się wrażenie, iż w danym przypadku odbyło się poronienie jajowodowe. Po przecięciu, w miejscu zgrubiałem widać dwie jamy, przedzielone przegrodą. Pytanie, czy przegroda powyższa jest doczesną zagiętą ciążą jajowodową, czy wrodzoną fałdą ścian jajowodu, czy też istniały obok siebie dwie ciążę jajowodowe, rozstrzygnie prawdopodobnie drobnowidz.

4) NATANSON Antoni przedstawił osobnika lat 20, który uważa się za kobietę, nosi odpowiedni ubiór i pragnie wyjść za mąż. Osobnik ten, niskiego wzrostu, o nieznacznym podkładzie tłuszczowym, posiada owłosienie bardzo znaczne, typu męskiego; głos niski, sutki nie zawierają gruczołów, tylko tłuszcz. Penis mały, cienki, zdolny do erekcji; *hypospadiasis peniscrotalis*; *scrotum fissum*; w połowach worka nie można wyczuć żadnego gruczołu. Wejścia do kanału, któryby można poczytywać za pochwę — niema. Badanie *per rectum* nie daje pewnych wskazówek. Między pęcherzem a kiszka mały twór, niezbyt ruchomy, będący zapewne szczątkiem gruczołu krokowego. Wszystkie dane przemawiają za typem męskim osobnika, co wobec trybu życia, właściwego kobietom, i chęci pozostania kobietą, gotuje mu ciężkie przejścia życiowe.

5) Następnie prowadzono dyskusję nad operowaniem raka macicy.

W rozprawach głos zabierali: GRZANKOWSKI, LEŚNIEWSKI, J. JAWORSKI STANKIEWICZ Cz. KARCZEWSKI, BORYSSOWICZ, WINAWER. Między innemi ustalono, że chirurgiczne leczenie doszczętne raka macicy uważać należy za celowe, gdyż ono daje od 10—25% wyleczeń; że koniecznym warunkiem zejść pomyślnych przy leczeniu chirurgicznym raka macicy jest możliwość jak najwcześniejszego operowania; że raki macicy bardzo zaniedbane mogą być leczone tylko paliatywnie.

Posiedzenie z dnia 30 listopada 1906 r.

1) RYŁKO przedstawił fotografie płodu, zmarłego w dwie godziny po urodzeniu z *atresia ani et recti i degeneratio penis*.

2) DUNIN-KARWICKA, jako gość, przedstawiła makro- i mikroskopowy preparat *endometritis exfoliativa* przy t. zw. *dysmenorrhoea membranacea*.

3) NEUGEBAUER przedstawił potworka, pochodzącego z praktyki kol. CHODAKOWSKIEGO: *hydrocephalus internus, ascites, peromyelia* wszystkich czterech kończyn.

Płód rodził się w położeniu pośladowem; główka została wydobyta z wielkim trudem; obwód jej wynosi aż 40 ctm.; mimo to wyszła bez wymóżdżenia; naderwało się tylko krocze. Górne połowy wszystkich kończyn nadmiernie krótkie z powodu niedorozwoju kości. Wywiady wyłączają *sypilis* ojca, jako moment etiologiczny potworności.

4) NEUGEBAUER przedstawił chorą po operacji przetoki moczowej, poprzedziwszy demonstrację naszkicowaniem historii rozwoju operacji, stosowanych przy przetokach moczowych u kobiet, wyłączając operacje, stosowane dla przetok moczowodów, ponieważ są to operacje zupełnie odmienne.

Chora po raz czwarty rodziła przed dwoma laty; babka przy wypadniętej ręczce dokonała obrotu i wydobyła nieżywe dziecko. Kiedy nastąpiło wydzielanie się uryny przez pochwę, czy zaraz po porodzie, czy też nieco później, nie pamięta. Przetoka była zeszywana już dwa razy bez skutku. W dniu 13 Listopada r. b. po przygotowawczem rozszerzeniu bliznowato zwężonej pochwy kulami i jawkami BOZEMAN'a była operowana w położeniu w raczka

(à la vache) z nałożeniem 8 szwów węzełkowych ze srebrnego drutu.

N. dokonał *hystero-kolposyntesis cruenta cum hysterocleisi vesicali*; na siódmy dzień zdjął szwy; *prima reunio completa*.

Po przybyciu chorej do szpitala, znaleziono w pochwie i pęcherzu wiszące złogi wapienne na szwach, pozostałych po poprzedniej operacji. Szwy te usunięto.

Przez kilka dni dawano chorej według przepisu EMMET'a rozczyń *acidi benzoici + boracis*, aby wytworzyć kwaśny odczyn moczu. Co do samej przetoki, to przepuszczała ona dwa palce do pęcherza. Górny brzeg przetoki stanowiły resztki rozerwanej tylnej wargi macicznej, sama przetoka otoczona była twardą bliznowatą obrączką, a kąt przetoki prawostronny niewidoczny, skryty w głębi.

5) NEUGEBAUER wygłosił odczyt p. t. „O ciałach obcych, przypadkowo pozostałych w jamie brzusznej podczas operacji“ (szereg 30 nowych spostrzeżeń, które razem z poprzednio przez N. opisanymi stanowią kazuistykę 226 przypadków). Nowy przyczynek do nauki o odpowiedzialności operatora. Odczyt będzie *in extenso* drukowany.

Wychodząc z założenia, że, mimo wszelkich ostrożności, jednak wypadki pozostawiania ciał obcych w jamie brzusznej zdarzać się będą; następnie, że podczas operacji bywają sprawy, zupełnie od operatora niezależne, a wpływające na ujemne wyniki *resp.* śmiertelne zejścia, jako to: narkoza, krwotoki, zboczenia w przebiegu ważnych organów i t. p., które to rzeczy czasem bywają powodem do wytaczania spr. w sądowych operatorom, NEUGEBAUER podnosi myśl, aby dla zabezpieczenia się od podobnych faktów brać od chorych, ewentualnie ich rodzin, t. zw. rewery, wyrażające zgodę na operację, oraz gwarancję nie roszczenia żadnych pretensyi do operatora.

KIJEWSKI Fr. zaznacza doniosłość kwestyi, poruszonej przez NEUGEBAUERA, i w zupełności podziela pogląd jego w sprawie rewersów. Sam od pewnego czasu bierze takie rewery od chorych, przez siebie operowanych; rewery te w szpitalu Wolskim są dołączane do kart szpitalnych i pozostawiane w aktach.

J. JAWORSKI w sprawie odpowiedzialności operatora i żądania od chorego lub rodziny t.

zw. rewersów, mających rzekomo zabezpieczać lekarza od odpowiedzialności w razie nieszczęśliwego wypadku z chorym, wypowiada zdanie, że, jeżeli ustawodawstwa ścigają i karzą wykroczenia lekarskie przeciwko zasadom sztuki, to bynajmniej nie krępują lekarza w jego wykonawstwie. Mówca przytacza odnośne §§ kodeksu karnego rosyjskiego, austriackiego i niemieckiego o odpowiedzialności lekarza, z których wynika, że uchybienia lekarza, chirurga i akušerki rozpoznaje władza lekarska, i wtedy dopiero bywają oni karani (§ 870 kod. rosyjs.).

Wina lekarza, aby ją uznać za błąd lekarski, musi być jasno widoczna; вина musi być wynikiem należytego zastanowienia i namysłu, nie zaś dorywczego działania, spowodowanego nagłością wypadku. J. przytacza przypadek (*Kunstfehler*), podany przez KÜMMEL'a, trzykrotnego bezcelowego operowania jednej i tej samej chorej oraz przypadek odjęcia przez akušerów rączki żywego płodu „wskutek roztrągnięcia” pod wpływem dorywczego działania.

Dalej JAWORSKI przypomina, że elementarną zasadą, wymaganą przez prawo, jest zgoda i zezwolenie chorego, względnie jego opiekuna, na operację. Nawet słuszne i wskazane zabiegi operacyjne, wykonane wbrew woli, lub bez zezwolenia chorego, prawo zalicza do roz-

myślnych uszkodzeń lekarskich; wyjątki (chory nieprzytomny, samobójstwo etc.) są przewidywane.

W ostatecznym wniosku JAWORSKI twierdzi, że proponowane przez mówców t. zw. rewersy są bezcelowe i bezwartościowe pod względem prawnym, gdyż, zastrzegając tylko korzyści jednej strony, są zaprzeczeniem prawa; nie licują z humanitaryzmem, gdy chory lub rodzina, chcąc nie chcąc, „podpisuje”, że zgadza się na poniesienie nawet śmierci w razie mogących zajść w czasie operacji nieszczęśliwych wypadków.

Rewersy takie, tworząc w umyśle chorego i otoczenia niebezpieczeństwa, wątpliwości, nieraz fantastyczne, obniżają zaufanie publiczności do lekarzy, a tem samem szkodzą powadze stanu lekarskiego; wprowadzenie t. zw. rewersów drogą prawa zwyczajnego może z czasem stać się powodem nadużyć ze strony mniej etycznych lekarzy, którzy, nie będąc powołanymi ze względu na swe uzdolnienie fachowe, podejmować mogą operacje, asekurując się *a priori* wobec nieświadomych prawa przez pobieranie takich rewersów.

Rewersy podobne, jak mówi J., śród naszego świata lekarskiego nie znalazły zastosowania.

M. Ryłko.

Wiadomości bieżące.

— Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich niniejszem uprzejmie uprasza Pp. Lekarzy wszelką korespondencję w kwestyi Stowarzyszenia Lekarzy Polskich lub adresowaną do tegoż kierować pod adresem biura Zarządu w Warszawie (Wierzbowa 9 m. 7).

— Dowiadujemy się, iż sprawa umiastowienia szpitali ma być znów na czas dłuższy odłożona, a to z tego powodu, iż sprawa ta ma być przedstawiona do ostatecznego zdecydowania Dumie państwowej.

— ZMARLI. W Warszawie zmarł dr. med. Michał PIŁCICKI w 83 roku życia. Ś. p. PIŁCICKI ukończył Akademię medyko-chirurgiczną w Petersburgu w roku 1851. Zaczął służbę lekarską jako lekarz wojskowy. W roku 1857 został mianowany pro-sektorem anatomii w Warszawskiej Akademii medyko-chirurgicznej. W roku 1862 został mianowany adjunktem, a po upływie pewnego czasu i profesorem anatomii praktycznej i topograficznej w Szkole Głównej Warszawskiej. Od 1869 do 1875 r. pozostawał jeszcze na tejże katedrze i w przekształconym ze Szkoły Głównej Uniwersytecie Warszawskim.

— W Warszawie w dniu 10 lutego zmarł dr. Seweryn Perkowski w 62 roku życia. Obszerniejszy życiorys niespodzianie zmarłego zacnego kolegi podamy w jednym z najbliższych numerów naszego czasopisma.

— W Petersburgu zmarł Dymitr Mendelejew, znakomity chemik rosyjski w 70 roku życia.

SKROFULY

ANEMIA

SYFILIS

UZNANE OD AKADEMII MEDYCZNEJ
WYMAGAĆ
Etykiety zieloną — Podpis
Adres : 40, rue Bonaparte, PARYŻ

WYSTRZEGAĆ SIĘ BEZSKUTECZNYCH PODRABIAŃ

Uprasza się P.P. Lekarzy zapisywać zawsze:
FIGUŁKI BLANCARD

PILULE DE BLANCARD

DE PARIS

Rada Lekarska w Petersburgu orzekła, że wyrób Pigulek Blancard wymaga wielkiej zręczności, którą osiąga się tylko przy produkcji wyłącznej i ciągłej „Journal de St. Petersburg” z dnia 8/20 Czerwca 1860 r.

LEUCORRHEA

BLEDNICA

STAN LIMFATYCZNY

Glycosal

Tropaeol

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydyftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menger'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfnsdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolse
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiąższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnowotworowy w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatylna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnowotworowymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aq. laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskazan.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działań ubocznych i innych pochodn. tejżo.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeczka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy emphysem. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphysema. Nie ma ubocznego działania KI.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym.
Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że dawki podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnowotworowy, specyficzny przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się obywatelnie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesięczk., krwot. przy zatrzymanej mles., obfite miesięczkowe krwotoki.



Opatentowany

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny. Łagodny.
Niezawodny.

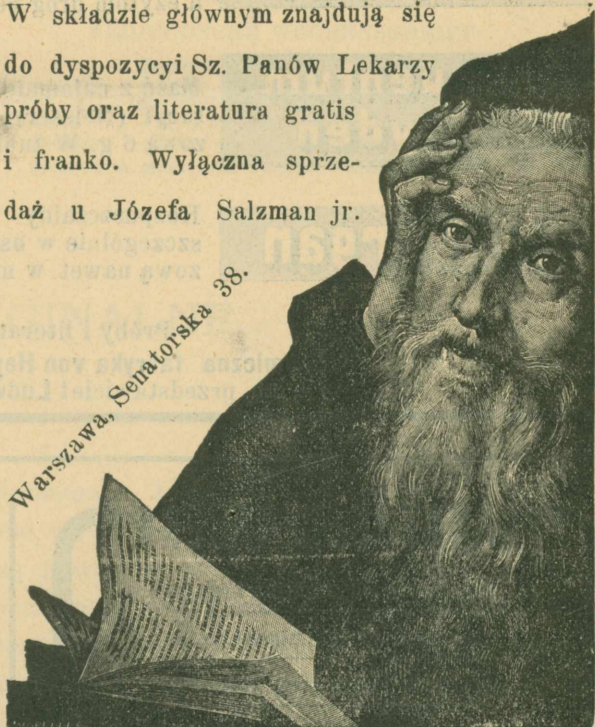
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“ stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wylączna sprzedaż u Józefa Salzman jr.

Warszawa, Senatorska 38.



U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie „Purgen'em“ i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgoła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu.

D-r Antonio Maggiorani

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA****Własność państwowa francuska***Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisującego użyte Wód.***VICHY CÉLESTINS**Stabosci żółdka,
pęcherza,

dolegliwości wkrętych, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Stabosci wątroby i organów kółt wydziałających.

VICHY HOPITALStabosci żółdka i
kiszekWytworzy ze soli naturalnej ekstrahowanej
z wód.**PASTILLES VICHY-ÉTAT**

Można trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydaję jednej rękawki wody
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.**Collargol**

Wyborny środek leczniczy w chorobach septycznych, w sprawach puerperalnych etc., jakoteż jako środek zapobiegawczy przeciw gorączce poługowej. Do wewnątrzżylnego stosowania (żadnych szkodliwych skutków!) przez odbytnicę i do wewnątrz i jako „Unguentum Credé” do wcierania. Również do leczenia ran, zakaźnych chorób ocznych i do płukania pęcherza.

Omorol

Zupełnie niedrażniący proteinat srebra do leczenia zapalnych zakaźnych błon śluzowych gardzieli (angina, dyfteryt) i narządów płciowych i do leczenia zakażeń spojówki i rogówki.

Duotal

Duotal „Heyden'a”, nietrujący preparat guajakolu, bezwonny bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym nęzynom dróg oddechowych.

Unguentum Heyden

Maść z calomelolu (calomel colloidalne) do antisyfilitycznych kuracji (Neisser). Nie plami skóry i bielizny. Dawka jednorazowa 6 g. W tubkach z podziałką do przesuwania po 30 i 60 g.

Novargan

Rozpuszczalny preparat białkowo-srebrny do leczenia trypra szczególnie w ostrym okresie. Nie działa drażniąco na błonę śluzową nawet w mocnem stężeniu.

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Drezno;
lub przedstawiciel Ludwik Freider, Leszno 60.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu, wzmacnia utlenianie, przyspiesza przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnosną literaturę wysyła p.p. Lekarzom

S. KARCZEWSKI

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

Dr. Romualda Bindera

Zakład wodolecznicy i sanatorium
Wila Stefania w Meranie

otwarty od 1-go września do czerwca.

Łagodna, sucha i słoneczna zima, sezon wiosenny i jesienny szczególnie korzystny. Leczenie wodą, elektrycznością, masażem, gimnastyką leczniczą, kąpielami świetlnymi i słonecznymi, owocami, dyetą i wero-dowaniem.

Terapia sportowo - terenowa.

Wszelki komfort, wspaniałe urządzenie. Piersio-wo-chorych zakład nieprzyjmuje.

Prospekty wysyła D-r Binder

(leczy po za zakładem i dozwala korzystać z urzędzeń zakładowych także eksternistom).