

tego poglądu; jeżeli jednak za artrytyzm uważać będziemy to, co do niego istotnie należy, a więc podagrę, rozmaite postacie chronicznych cierpień stawów a wreszcie chroniczny reumatyzm (choć właściwie nie wiadomo, co do niego odnieść należy), to okaże się, że związek tych stanów jest dość problematyczny. I tak podagrę widziałem wszystkiego 10 razy, jeżeli więc może ona wywoływać stwardnienie tętnic, czemu bynajmniej nie przeczę, to zdarza się to bardzo rzadko. Częściej już spotykałem rozmaite odmiany artrytyzmu, a mianowicie 57 razy, t. j. około 10%; najczęściej widywałem go u kobiet w małych stawach palców u rąk, w postaci t. zw. zgrubień HEBERDEN'a. Wreszcie reumatyzm chroniczny, do którego zaliczyłem rozmaite nietypowe bóle w kończynach, notowałem 15 razy. Nawet połączwszy te 3 grupy w jedną, to wypadnie, że podagrę, artrytyzm i reumatyzm spotykałem w anamnezie mych chorych 82 razy, t. j. w 15%. Gdybyśmy więc przyjęli jako rzecz dowiedzioną, że t. zw. artrytyzm może spowodować stwardnienie tętnic, to zdarza się to rzadko, i czynnik ten, w porównaniu z powyżej przytoczonymi, odgrywa jedynie podrzędną rolę.

Inne choroby spotykałem w następującym stosunku:

Diabetes mellitus	11 razy
Cholelithiasis	23 „
Nephrolithiasis	29 „
Wysypki skórne	4 „
Nadkwaśność żołądka	11 „
Tabes dorsualis	22 „

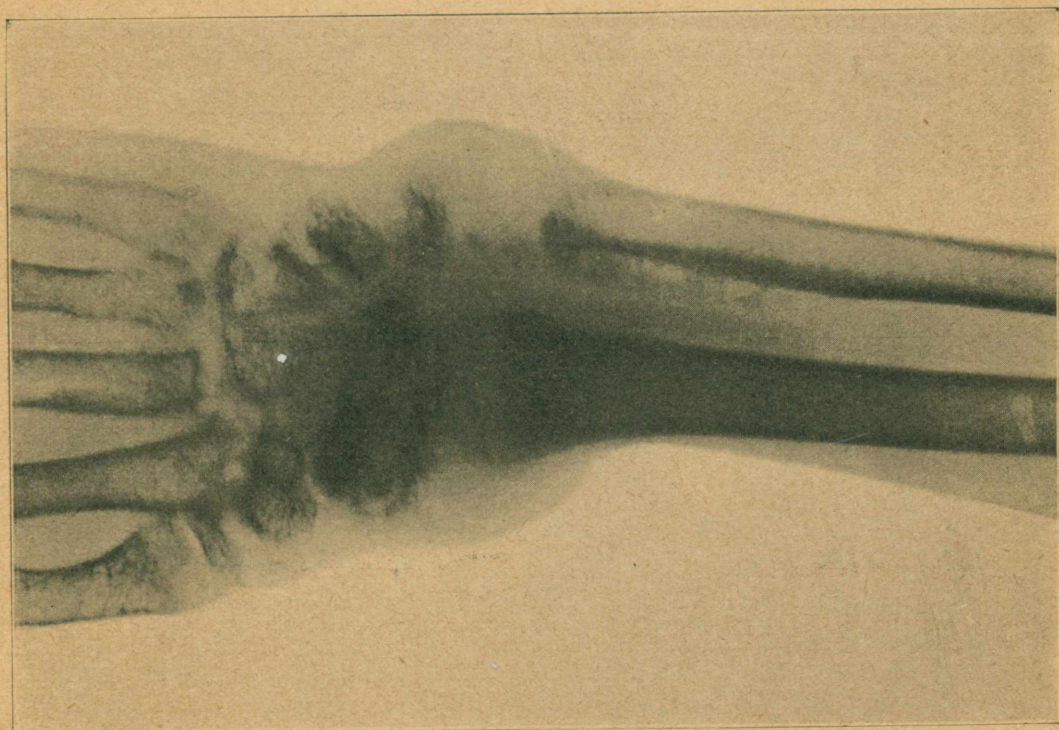
Niektóre z nich, jak np. nadkwaśność żołądka, oczywiście zależą od nieprawidłowego odżywiania oraz nadużycia alkoholu; związek innych, jak wiądu rdzenia, jest jasny, a mianowicie jest on zjawiskiem współrzednem ze stwardnieniem tętnic, zależnem od wspólnej przyczyny, t. j. syfilisu. Kamienie żółciowe i nerkowe, jako choroby miejscowe, na rozwój

ogólnego cierpienia tętnic wpływu wywierać nie mogą.

Przechodzimy do grupy 3-ciej, t. j. chorób zakaźnych. Badania anatomiczne niektórych autorów wykazały, iż choroby zakaźne mogą wpływać na powstawanie zmian w mięśniu sercowym i naczyniach; poszukiwania jednak może dowodzą, iż rzeczywiście zdarza się to bardzo rzadko¹⁾. Pomimo iż na to bacznią zwracałem uwagę, w anamnezie mych chorych znalazłem jedynie 30 razy jakąś chorobę zakaźną, a mianowicie ostry reumatyzm stawów 7 razy. Z pomiędzy innych chorób nie zdawało mi się, aby tyfus brzuszny mógł być postawiony w jakimkolwiek związku ze stwardnieniem tętnic. Zazwyczaj zdarzał on się w bardzo młodym wieku, wiele lat przed pierwszymi objawami ze strony naczyń. Jedynie tylko co do dwóch chorób, a mianowicie ciężkiej malarii (kaukaskiej) i influenzy, to chorzy przypisywali wybuch stwardnienia tętnic przebyciu jednej z powyższych chorób. Nie przeczę temu, tem bardziej, że pogorszenie stanu chorych po influenzy stanowczo ja sam widywałem. Wogóle jednak cyfry powyższe dowodzą, że choroby zakaźne w etiologii stwardnienia tętnic mogą odgrywać tylko podrzędną rolę.

Pozostaje mi jeszcze wspomnieć o czwartej grupie czynników etiologicznych, t. j. ogólnej konstytucji chorych, a mianowicie o stanie nerwowym chorych. Dawno to już zwróciło moją uwagę, że nerwowy stan chorych, mianowicie niepokój, smutne, przynębiające wrażenia nadzwyczaj szkodliwie wpływały na przebieg stwardnienia tętnic. Bardzo często przywrócenie normalnego psychicznego stanu zatrzymywało na długie lata przebieg choroby lub przynajmniej znakomicie łagodziło jej objawy. Ztąd też, przystępując do zbierania anamnestycznych danych, utworzyłem specjalną rubrykę nerwowości; w istocie znalazłem, że pomiędzy

¹⁾ Do tych samych wniosków dochodził i Edgren.



mymi chorymi był pokaźny poczet takich, których należało uważać za nerwowych w wyższym stopniu. Byli tacy, którzy skarżyli się wyłącznie na objawy nerwowe, byli tacy, których nieprawidłowy stan nerwowy i psychiczny odrazu rzucał się w oczy. Ogółem spotykałem nerwowość u moich chorych 174 razy, t. j. w 32%, z tego 97 razy t. j. 26% u mężczyzn, a 77 t. j. 43% u kobiet. Pomimo iż jest to względnie duży materiał, nie chcę na zasadzie tych danych bynajmniej wyprowadzać żadnych stanowczych wniosków; nerwowość wogóle spotykamy tak często, iż niema nic dziwnego, że i pomiędzy chorymi, dotkniętymi stwardnieniem tętnic, ją widzimy. Zawsze jednak pozostaję przy tem, że nie można zupełnie odmówić jej wpływu na powstawanie stwardnienia tętnic.

Z pomiędzy autorów HUCHARD i ROMBERG *) wspominają o wpływie czynników nerwowych i psychicznych na powstawanie stwardnienia tętnic.

Nareszcie istnieje pewna liczba chorych, u których w anamnezie żadnej przyczyny dopatrzyć się nie można było. Takich chorych naliczyłem 32; gdyby do nich dodać i tę kategorię, u których notowano tylko nerwowość, a których było 24, to wypadnie 56 chorych, t. j. 10%, u których żadnej przyczyny dopatrzyć się nie było można. Cyfra ta prawie równomiernie rozpada się na mężczyzn i kobiety. Można by zrobić całej niniejszej pracy następujący zarzut: jeżeli stwardnienie tętnic rozwijać się może bez żadnej dla nas dającej się określić przyczyny, to, być może, że i wszystkie wyżej rozebrane czynniki nie mają żadnego wpływu na powstawanie choroby, która rozwija się bez ich współudziału. Ale sądzę, że takie rozumowanie nie byłoby ścisłe; liczba przypadków, w których przyczyny odnaleźć nie można, stanowi zaledwie dziesiątą część wszystkich chorych, jest więc rzeczą daleko naturalniejszą

przypuścić, że w tej liczbie działała jakaś przyczyna, a tylko nie byliśmy w stanie odszukać jej w anamnezie; może zresztą właśnie wpływy nerwowe, o których wyżej mówiłem, odgrywały tu pewną rolę.

Muszę tu jeszcze dotknąć dwóch czynników, co do których nie posiadam żadnych danych, a którym francuscy autorowie przypisują ważne znaczenie, o ile mi się zdaje, także na zasadzie rozumowania, a nie faktów. Pierwszą z nich jest dziedziczność. U moich chorych starałem się z początku punkt ten wyświecić, okazało się wkrótce, że otrzymywałem tak niejasne dane, a tylko wyjątkowo stanowcze odpowiedzi, że przestałem zwracać na tę okoliczność uwagę.

Drugą jest rodzaj pożywienia. Tego nawet nie próbowałem badać, do tego stopnia zdaje mi się rzeczą niemożliwą określić nawet bardzo inteligentnemu człowiekowi, wiele jakiego rodzaju spożywa pokarmów. Takie zaś zdania, jakie znajdujemy u HUCHARD'a o nadużywaniu mięsa, o powstających leuko- i ptomainach, nie mają żadnego poważniejszego znaczenia. Nie ulega wątpliwości, że nadmierne jedzenie może wpływać na rozwój stwardnienia tętnic, ale dalej iść nie możemy.

Na tem wszakże nie możemy zakończyć naszych badań etiologicznych. Stwardnienie tętnic jest chorobą tak rozmaitą i może zajmować już to cały układ tętniczy, mianowicie też drobnego wymiaru, już też zajmować tylko pewne oddziały i wtedy przeważnie naczynia większego kalibru, że jest rzeczą i ważną i ciekawą wiedzieć, czy też pewne czynniki etiologiczne nie stoją w związku z różnicami w anatomicznym obrazie choroby. Tutaj najpewniejsze dane mogłyby dać poszukiwania kliniczne, dopełniane badaniami anatomicznymi. Tego jednak w obecnej chwili dokonać nie mogę. Rozpocząłem wprawdzie odnośne badania, przy małej jednak liczbie sekcyi chorych na stwardnienie tętnic, jaka w jednym oddziale zdarzyć

*) Handbuch der Herzkrankheiten 1906.

się może, nie mogę dziś jeszcze przytoczyć takiego materiału, z któregooby wolno było wyprowadzać wnioski. Mniej pewne, wszelako także nie bez znaczenia wnioski można wyciągnąć i na drodze klinicznej. Możemy mianowicie powiedzieć z dużym prawdopodobieństwem, że u tych chorych, u których ciśnienie jest zwiększone, zajęte są małe tętniczki, tylko bowiem zwężenie znacznej liczby drobnych naczyń może spowodować podniesienie ciśnienia w całym układzie tętniczym. Oczywiście nie łączy to możliwości, że jednocześnie i większe tętnice (np. wieńcowe serca) są zajęte. Przeciwnie, tam, gdzie ciśnienie jest normalne albo zmniejszone, mamy zasadę przypuszczać, że małe tętnice są zdrowe, a choroba dotknęła naczynia większego kalibru (aorta, tętnice wieńcowe, piszczelowe). Również i formy kliniczne dają nam w tym względzie pewne wskazówki. Tak np. zajęcie nerek przemawia za ogólnym stwardnieniem, *angina pectoris* lub kulenie przestankowe—za miejscowym.

Co do pierwszego, t. j. różnic w ciśnieniu, to na 543 przypadki znalazłem ciśnienie 400 razy wzmożone, a 143 razy normalne lub obniżone. Badanie stosunku tych form do czynnika etiologicznego wykazuje, że syfilis i alkohol jednako często figurują w obu grupach, a mianowicie pierwszy w 30%, drugi w 22%. Natomiast w pozostałych czynnikach spotykamy pewne różnice. I tak: tytoń w grupie o ciśnieniu zwiększonym występuje w 29%, a w grupie o ciśnieniu małym w 40%; przeciwnie, otyłość w pierwszej grupie w 60%, a w drugiej w 50%. Z tego wynikało, że tytoń chętniej powoduje zmiany w większych tętnicach, gdy zaś otyłość sprowadza więcej zmiany w drobnych tętniczkach.

Przechodzimy obecnie do tego, co nam da badanie pojedynczych form klinicznych. Muszę powiedzieć, że te same trudności, co przy badaniu etiologicznym stwardnienia tętnic, spotykamy i przy odróżnianiu pojedynczych po-

staci tej choroby. Jak tam u jednego i tego samego chorego spotykamy rozmaite czynniki chorobotwórcze, tak tu znowu rozmaite objawy, któreby nakazywały jeden i ten sam przypadek odnieść do kilku form. To też żadnego podziału za zupełnie ścisły uważać nie można. Rządząc się zasadą, że za podstawę do określenia formy brałem objawy górujące albo najbardziej charakterystyczne, mogłem podzielić moich chorych w następujący sposób:

1) Forma skryta czyli nie dająca żadnych subiektywnych objawów	115
2) Objawy nieokreślone ze strony serca (niepokój, ból serca, ucisk, bicie serca, tętnienie w głowie) . .	57
3) Duszność	137
4) Angina pectoris	149
5) Arytmia stała bez i z objawami subiektywnymi	28
6) Napady ostrego obrzęku płuc	13
7) Kulenie przestankowe	20
8) Zawrót głowy	20

Największe znaczenie co do częstości mają dwie postacie: *angina pectoris* i duszność, a szczególnie pierwsza, wskazuje ona bowiem mniej lub więcej pewnie na zajęcie tętnic wieńcowych serca. Natomiast duszność jest formą bardzo niejednorodną, która ostatecznie dowodzi jedynie, że serce nie może w zupełności podolac pracy, ale, czy przyczyna tego nieśposunku leży w samym mięśniu sercowym (zmiany jego wskutek cierpienia tętnic wieńcowych), czy też w znacznych przeszkodach w krążeniu obwodowym (zmiany w drobnych tętniczkach), o tem pojęcia nam nie daje.

Wszystkie przypadki duszniczy bolesnej rozpadają się w następujący sposób: u mężczyzn 113, t. j. 32% wszystkich przypadków stwardnienia u mężczyzn, u kobiet zaś 35, t. j. tylko 20%. Widzimy więc, że forma ta zdarza

się daleko częściej u mężczyzn. Etiologia jej u mężczyzn przedstawia się w następujący sposób: najczęściej spotykamy tu nadużycia tytoniu, bo w 56-u przypadkach, czyli połowa chorych, dotkniętych dusznicą bolesną, byli palaczami; dalej syfilis notowano u 46 chorych, nadużycia alkoholu u 39. Wogóle można powiedzieć, że u 51 chorych, t. j. w 45% nie było żadnej innej przyczyny, prócz 3 ch powyższych.

W 17 przypadkach figuruje sama otyłość, w 21—żadnej nie było przyczyny, a w 24, obok 3-ch wymienionych na początku, działała jeszcze i otyłość. Fakt ten objaśnia nam, dlaczego *angina pectoris* zdarza się o wiele częściej u mężczyzn, niż u kobiet: w etiologii jej naczelną miejsce zajmuje tytoń, syfilis i alkohol, t. j. czynniki, których u kobiet nie spotykamy wcale albo daleko rzadziej. Podkreślam tutaj, że tytoń wśród czynników, wywołujących dusznicę bolesną, zajmuje pierwsze miejsce. U kobiet w etiologii tej formy spotykamy otyłość w $\frac{2}{3}$ wszystkich przypadków, a brak wszelkiej etiologii w $\frac{1}{3}$.

Zupełnie inaczej przedstawiają się czynniki etiologiczne w drugiej grupie, t. j. duszności. Forma ta najpierw względnie częstsza jest u kobiet, niż u mężczyzn: u pierwszych stanowi 39% (68 przyp.), gdy u drugich tylko 21,8% (80 przyp.). Odpowiednio do tego i stosunki etiologiczne są inne. I tak u mężczyzn na 80 przypadków otyłość sama jedna była przyczyną choroby 23 razy t. j. w 28%, kiedy dla *anginae pectoris* ten stosunek wynosi tylko 15%. Działanie tytoniu, syfilisu i alkoholu razem łącznie odnajdujemy w tej formie 25 razy, t. j. w 31%, kiedy procent ten dla duszniczy bolesnej wynosił 45%. Otyłość samą lub w połączeniu z innymi czynnikami spotykałem 58 razy, t. j. w 72%, kiedy dla *anginae pectoris* ten stosunek wynosił tylko 36%. Jednym słowem, w formie, cechującej się przeważnie dusznością, najważniejszym czynnikiem etiologicznym jest otyłość; wszystkie inne ustępują tutaj na drugi

plan. U kobiet jest to jeszcze bardziej widoczne: na 68 chorych wogóle było otyłych 54, t. j. 80%; u pozostałych 12 nie było żadnej widocznej przyczyny.

Bardzo ciekawych danych dostarcza nam mała grupa kulenia przestankowego (*claudicatio intermittens*). Obejmuje ona 24 przypadki prawie wyłącznie mężczyzn, a mianowicie w 21 przypadkach. W grupie tej otyłość, zdaje się, nie odgrywa żadnej roli, widziałem ją bowiem tylko 7 razy, a samą tylko raz jeden. Natomiast na 21 chorych, 18 czyli prawie wszyscy nadużywali tytoniu, a nadto 11 z nich alkoholu, a 10 przebyło syfilis. Forma ta ma dużo wspólnego z dusznicą bolesną, i etiologia jej też jest podobna, tylko jeszcze bardziej jaskrawa. Dowodzi ona niewątpliwie, że tam, gdzie stwardnienie jest miejscowe, ograniczone do tętnic większych rozmiarów, tam główną przyczyną bywa alkohol, syfilis, a nadewszystko otrucie nikotyną. ERB już zwrócił uwagę na ważną rolę, jaką nadmierne palenie odgrywa w etiologii kulenia przestankowego.

Pozostaje mi jeszcze do do rozpatrzenia udział, jaki biorą nerki w stwardnieniu tętnic. Już niejednokrotnie wspominałem, jak ważne znaczenie ma stan nerek dla określenia formy anatomicznej choroby; cierpienie nerek dowodzi zawsze, że stwardnienie zajmuje drobne gałązki tętnic trzewiowych. Niestety, w tym względzie nie mogę się opierać na całym swym materiale, posiadam bowiem wiadomości o stanie nerek zaledwie niespełna u trzeciej części wszystkich chorych, a mianowicie w 157 przypadkach. Z tego cierpienie nerek notowano 55 razy, t. j. mniej więcej w 30%. Aczkolwiek nie obejmuje ta grupa całego mego materiału, to jednak sama przez się jest dość duża i pozwala już na wyciąganie pewnych wniosków. W anamnezie tych 55 chorych spotkałem:

Syfilis	20 razy t. j. 36%
Alkohol	8 " " 14%

Tytoń	12	"	"	21%
Otyłość	37	"	"	65%
Artrytyzm	7	"	"	—
Podagra	3	"	"	—
Kamienie nerkowe	7	"	"	—

Cyfry te dają nadzwyczaj ciekawe i niespodziane dane. Nie alkohol, nie podagra, ani artrytyzm są najważniejszymi przyczynami cierpienia nerek, ale otyłość. Nawet gdybyśmy artrytyzm, podagrę i kamienie nerkowe połączyli w jedno, to wyniosą one zaledwie połowę tego, co otyłość. Na drugim miejscu idzie syfilis; inne czynniki odgrywają podrzędną rolę. Dochodzimy więc inną drogą do tego samego wyniku, do jakiego doszliśmy poprzednio. Tytoń i alkohol, a głównie pierwszy, wywołuje zmiany ograniczone i przeważnie w większych naczyniach, i dlatego spotykamy go tak często w etiologii duszniczy bolesnej i kulenia przestankowego; widzimy go o wiele rzadziej w etiologii zapalenia nerek i wogóle form o zwiększonym ciśnieniu, które dowodzą zajęcia drobnych tętniczek. Przeciwnie otyłość odgrywa podrzędną rolę w etiologii powyższych cierpień, natomiast występuje ona na pierwszy plan w cierpieniu drobnych naczyń, a więc przedewszystkiem zapalenia nerek (66%), rozmaitych form duszności i wogóle form o zwiększonym ciśnieniu.

Na tem kończę rozbiór mego materiału. Jak sądzę, dostarczył on ciekawych i ważnych danych. Nie potrzebujemy teraz stwardnienia tętnic przypisywać jakimś niejasnym pojęciom o dyatezie, dziedziczności, mamy bowiem fakty, które same za siebie mówią. Stwardnienie tętnic w ogromnej większości przypadków jest następstwem nieprawidłowego sposobu życia, a więc: nadmiernego jedzenia przy braku ruchu (otyłość), nadużyć w picu i paleniu oraz syfilisu. Profilaktyka jest w stanie tym szkodliwościom zapobiedz i przez to zmniejszyć spustoszenia,

czynione przez chorobę, która do najczęstszych należy.

Naturalne jest pytanie, które się nasuwa, a mianowicie, w jaki sposób przyczyny tak rozmaite i z sobą nie wspólnego nie mające, jak truciźny, otyłość (nadmierna praca?), mogą wywoływać w układzie tętniczym te same zmiany. Tu jednak opuścić musielibyśmy fakty, a wkroczyć w dziedzinę hipotez i spekulacji, a przysiętem pytanie to nie należy właściwie do etiologii, lecz patogenii choroby. Co do mnie, to nie tylko nie znajduję w nauce zadawalającej odpowiedzi na powyższe pytanie, ale nawet nie widzę sposobu, w jakiby do jego rozwiązania zbliżyć się można było. Być może, że czynniki powyższe nie działają wcale same na układ naczyniowy, czy to w sposób chemiczny (drażniąc ściany naczyń), czy mechaniczny (zmieniając ciśnienie), lecz działają za pośrednictwem nadnerczy, które dopiero, zmieniając warunki ciśnienia, sprowadzają zmiany w naczyniach.

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. 7).

PRAWY STAW NAPIĄSTKOWY.

Przedewszystkiem uderza fakt, że staw—wbrew temu, co dawała inspekcja i palpacja, zupełnie nie jest powiększony. Na miejscu samego stawu — zamiast normalnego podłużno-czworobocznego cienia od części miękkich—otrzymujemy wprawdzie okrągławo-guzowaty zwiększony cień, odpowiadający temu, co kilkakrotnie wykazywała inspekcja i palpacja, lecz

cień ten zupełnie nie zależy od zgrubienia kości: ma on zupełnie to samo natężenie, co cień, jaki dają części miękkie lub tkanka łączna.

Co się tyczy stawowych końców *ulnae* i *radii*, to pomimo krótkiej ekspozycji, są one zupełnie wyświetlone—uległy one niemal zupełnemu zniszczeniu; — pozostał z nich — z *ulnae* minimalny, a z *radius* nieco większy pasek dystalny, zlewający się z cieniem pierwszego rzędu kości napiąstka, tak że linia stawowa nie jest wyraźna. Na skutek tego na pierwszy rzut oka otrzymuje się wrażenie, jakoby przestrzeń pomiędzy zlewającymi się z pierwszym rzędem kości napiąstka zniszczonymi epifizami a końcami diafiz stanowiła właśnie linię stawową.

Co się tyczy diafiz kości przedramienia, to *radius* wyświetlony jest znacznie mniej, niż *ulna*; *substantia compacta* jest tu wyraźna, lecz i tu nie widać wyraźnie normalnej struktury kości (równoległe beleczki)—jest ona jakby zamazana. Natomiast *diafiza ulnae* jest ogromnie wyświetlona—i w dolnej trzeciej części nie widać zupełnie *substantiae compactae*—wyżej jest ona widoczna, lecz ściemniała.

Pierwszy rząd kości napiąstka występuje bardzo niewyraźnie — drugi rząd występuje nieco wyraźniej, lecz i tutaj kości są ogromnie wyświetlone, zwłaszcza w środkowej części; nie widać w nich zupełnie normalnej struktury, mają one wygląd gąbczasto-sitowaty.

Epifizy kości *metacarpi* są w znacznym stopniu zniszczone; nieco lepiej są one zachowane na IV i V palcach. Na palcu pierwszym zaś zniszczona jest tylko część epifizy — ocalał z niej proksymalny pasek — oddzielony od diafizy jakoby próżną przestrzenią.

Co się tyczy *diafiz* kości *metacarpi* — to kolosalnemu wyświetleniu uległa *diafiza metacarpi* I — nie znać tu zupełnie struktury. *Diafizy* reszty palców są mniej wyświetlone.

17-letniemu chłopcu, który przedtem żadnych chorób nie przechodził, bez żadnej ze-

wewnętrznej przyczyny, bez gorączki i infekcji—zaczynają powoli słabnąć kończyny dolne, po 3 miesiącach trwania choroby występują napadowe rwące bóle w obu stawach kolanowych, poczem zaczynają słabnąć także i kończyny górne; dopiero ku końcowi pierwszego roku choroby zaczynają rozwijać się zgrubienia kości w okolicach stawowych, następnie deformacja klatki piersiowej, a potem i kręgosłupa. Stan chorego, pominąwszy nieznaczny remisję ku końcowi drugiego roku choroby—stałe się pogarsza. Chód staje się zupełnie niemożliwy, rozwijają się coraz to większe równomierne zaniki i porażenia mięśniowe. Zgrubienia w okolicy stawów i deformacja klatki piersiowej i kręgosłupa postępuje — wszystko to bez objawów cierpienia organicznego układu nerwowego. Badanie rentgenowskie wykazuje dekalcyfikację epifiz i części diafiz oraz brak udziału substancji kostnej w zgrubieniach stawowych.

ROZPOZNANIE RÓŻNICZKOWE.

Pierwszą myślą, jaka nasuwała się przy rozpoznaniu różniczkowym, było, czy nie mamy w przypadku naszym do czynienia ze sprawą czysto stawową. Tak więc omówić musimy przede wszystkim:

SPRAWY GOŚĆCOWE I ARTRYTYCZNE.

Pierwotny przewlekły postępujący gościec stawowy. (*Rheumatoide Arthritis*—GARROD).

Postać tę, która rozpocząć się może od bólów, dawać zgrubienia okolic stawowych i wzmożenie odruchów, wyłączamy na zasadzie danych następujących: 1) Zaczyna się ona prawie zawsze od drobnych stawów, najczęściej dotknięte bywają stawy palców, dłoni i stopy, czego w naszym przypadku nie było; 2) zgrubieniu stawów towarzyszy obrzęk, obrzmienie oraz rozmaite zmiany skóry, czego w naszym

przypadku nie było; 3) zajęcie otoczek stawowych powoduje bardzo wczesne u n i e r u c h o m i e n i e stawu, kontraktury oraz ogromne dewiacje,—u naszego chorego zaś, pomimo znacznego zgrubienia okolic stawowych nie było żadnych dewiacji, ruchomość zaś wszystkich stawów zachowana była do ostatniej chwili prawie zupełna.

WTORNY PRZEWLEKŁY GOŚCIEC STAWOWY.

(*Rheumatismus fibrosus Jaccoud*).

Wylączamy postać tę na zasadzie 1) braku sztywności i ankiлоzy stawów, które tam są głównym objawem; 2) na zasadzie znacznych zgrubień stawowych, podczas gdy tam są one bardzo nieznaczne i 3) na zasadzie tego, że chory przedtem ostrego gościa nie przechodził.

OSTEOARTHRITIS DEFORMANS.

Ze wszystkich spraw stawowych postać ta w stosunku do opisywanego przez nas przypadku ma największe znaczenie różniczkoworozpoznawcze. I tam powstają znaczne zgrubienia okolic stawowych, i tam mamy do czynienia z bólami, zanikami mięśniowymi, i tam same stawy właściwie nie są zajęte, i nigdy nie dochodzi do ankiлоzy, ani włóknistej, ani kostnej, jak to miało miejsce w naszym przypadku.

Lecz sprawa chorobowa rozpoczyna się tam przedewszystkiem od ograniczenia ruchów, podczas gdy ruchy stawowe u chorego naszego zawsze były wolne. Tam sprawa występuje zazwyczaj po urazie (najczęściej w stawie biodrowym) podczas gdy u chorego naszego niepodobna było wykryć żadnej przyczyny zewnętrznej w powstaniu zjawisk chorobowych. Jednym z pierwszych objawów jest tam krepitacja, której u chorego naszego nie było, potem zaś występują spłaszczenia stawów, których również nie spostrzegaliśmy u naszego chorego.

Co do drugiej, rzadszej postaci *osteoarthritis deformantis* z obrzękami dookołastawowymi i z hydrartrozą (ADAMS), to o tej nie może być mowy w naszym przypadku.

Jakkolwiek w *osteoarthritis deformans* w cierpieniu biorą udział przedewszystkiem chrząstki i kości (odłamki zniszczonych powierzchni kostnych i chrząstkowych, które tkwią w stawie, są właściwą przyczyną ograniczenia ruchów), jednakże sprawa kostna ogranicza się tam ściśle do epifiz, a właściwie ich powierzchni stawowych, nigdy zaś nie spotykamy takich zmian w diafizach, a tembardziej takich złogów stawowych, jakie wykazał nam rentgenogram w naszym przypadku.

Wreszcie zaznaczyć należy, że zmiany w układzie mięśniowym, występujące w sprawach artrytycznych, dotyczą mięśni, związanych bezpośrednio ze schorzałym stawem, natomiast nigdy nie spostrzegano dośrodkowego kierunku porażen mięśniowych, jak to miało miejsce w naszym przypadku.

Tak więc na zasadzie danych klinicznych nie da się w przypadku naszym przyjąć żadna z określonych klinicznie postaci cierpień stawowych.

KRZYWICA.

Co się tyczy krzywicy, to właściwie w przypadku naszym wylacza ją już sam wiek chorego, gdyż początek choroby tej przypada zazwyczaj na początkowy okres rozwoju układu kostnego (pomiędzy czwartym miesiącem a końcem drugiego roku), chory zaś nasz twierdzi, że zmiany kostne zaczęły się u niego rozwijać dopiero w roku zeszłym, a więc w 17 ym roku życia.

Jeżeli jednakże, podawszy w wątpliwość krytycyzm samoobserwacyjny chorego naszego, przypuścić nawet, że te zmiany kostne, które u niego znajdujemy, stanowią tylko *residua* przebytej niegdyś krzywicy, to rozpatrzmy, o ile na

przypuszczenie to pozwala nam sam charakter stwierdzonych zmian kostnych.

A więc przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że klinicznie tylko zmiany w okolicach stawów napiętkowych u naszego chorego odpowiadają temu, co spotyka się w krzywicy; klinicznie zmiany te są niemal i d e n t y c z n e: i tu i tam guzowate okrągławe zgrubienie epifiz *radii* i *ulnae*, przyczem kości promieniowej w stopniu znacznie większym, niż łokciowej, co niemal stale zdarza się w krzywicy; — i tu i tam wypuklenie to odcina się w kierunku dystalnym bardziej, niż w proksymalnym; i tu i tam spotykamy poniżej zgrubienia tego rowek wytwarzający t. zw. „doppelte Glieder“ (RITTERS-HAIM), lecz pomimo całej tej analogii klinicznej okazuje się, że w przypadku naszym mamy do czynienia ze zgrubieniem, powstałym zapewne wskutek nowo wytworzonej tkanki łącznej, gdyż rentgenogram nie wykazuje właściwego zgrubienia kości, czego w krzywicy nigdy nie bywa.

Sama zaś deformacja klatki piersiowej nie przypomina nawet rachitycznej: tu stożkowate rozszerzenie klatki piersiowej w części dolnej przeważnie z łódkowatym zapadnięciem górnej części mostka, tam przeciwnie wypuklenie mostka i spłaszczenie bocznych części klatki piersiowej (*pectus carinatum*).

Zmiany w kończynach dolnych także różnią się znacznie od zmian, jakie spotykamy w krzywicy: w przypadku naszym mamy wyłącznie zgrubienia w okolicach stawów, tam zaś silne zniekształcenie kończyny (*genu valgum*, *genu varum*, *pes valgus*, *pes varus*, *pes planus*). Zaznaczyć także muszę, że w krzywicy na kończynach górnych i dolnych — *diáfizy* bywają zawsze zgrubiałe, u chorego naszego zaś są one wybitnie ścieńczałe.

Wreszcie, co się tyczy objawów ze strony układu nerwowego, to w krzywicy spotykamy tylko wiotkość masy mięśniowej (*Pseudoparaplegie* — COMBY), w naszym zaś przypadku mieli-

śmy do czynienia z istotnem i znacznem w pewnych okolicach osłabieniem siły mięśniowej. Odruchy u chorego naszego były wzmożone, zwłaszcza kolanowe, w krzywicy zaś bywają one albo normalne, albo osłabione. Czaszka chorego naszego była wprawdzie wielka, lecz nie hydrocefaliczna. Nie było też objawów ze strony krtani (*spasmus glottidis*).

Tak więc ani wiek chorego, ani przebieg choroby, ani morfologia zmian kostnych, ani objawy ze strony układu nerwowego, ani obraz rentgenologiczny nie pozwalają nam w przypadku naszym na przyjęcie krzywicy.

NOWOTWÓR.

Objaśnienie przypadku naszego sprawą nowotworową wyłącza badanie rentgenowskie, a zresztą trudno byłoby wyobrazić sobie nowotwór, który zlokalizowałby się wyłącznie w okolicach stawowych; pozatem brak było w przypadku naszym wielkich przekrzywień kości, sztywności stawów, fraktur lub infrakcji, brak objawów nowotworowych w innych narządach ciała — ogólny zaś stan chorego przeczył istnieniu sprawy nowotworowej złośliwej, która zawsze bywa w kościach.

CHOROBA PAGET'A.

Na uwzględnienie różniczkowo-rozpoznawcze w przypadku naszym zasługuje również t. zw. Choro**b**a PAgET'a (*Osteitis deformans*, *pseudorachitis senilis*). Kości w cierpieniu tem wykazują kombinację spraw malatycznych i hipertroficzych, które wywołują najrozmaitsze zmiany w budowie i postaci zewnętrznej kości. Spotykamy tam sprawę zarówno rezorpcyjną i dekalcyfikacyjną (patrz nasz rentgenogram), jak i wytwarzanie się tkanki bezwapiennej i późniejszą jej sklerozę (RECKLINGHAUSEN-STILLING).

Z naszym przypadkiem cierpienie to wykazuje pewne wspólne cechy kliniczne, jak bóle, osłabienie kończyn dolnych, drobny wzrost,

przebiegu kończyn, deformację klatki piersiowej, a nawet zgrubienie w okolicach stawowych, które, jakkolwiek w chorobie tej są rzadkością, jednakże opisane zostały przez WHERRY'ego.

Wylączamy cierpienie to na zasadzie danych następujących: 1) bywa ono przeważnie w wieku starszym, nigdy zaś przed 40-ym rokiem życia; 2) jako prawidło, następuje w chorobie tej zwiększenie głowy; 3) zgrubienia w okolicach stawów są niezmierną rzadkością; 4) skrzywienia kości są bez porównania większe, niż to miało miejsce w naszym przypadku; 5) klatka piersiowa ulega zwężeniu i spłaszczeniu z boku, nie zaś rozszerzeniu i łódkowatemu zapadnięciu, jak u naszego chorego; 6) występują wyraźne przerosty guzowate wzdłuż kości.

CHOROBA GASNE'A.

Radiograficzny obraz dłoni i stawu napiętkowego w przypadku naszym nasuwał pewną analogię z niezmiernie ciekawym, a niemal jedynym w literaturze przypadkiem, opisanym przez GASNE'a w r. 1900 („Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière“).

Cechą wspólną przypadku naszego i przypadku GASNE'a jest zniszczenie kości *metacarpī*, epifiz kości przedramienia, ich ścieńczenie, oraz podstaw falang. A oto niektóre szczegóły radiograficzne z przypadku GASNE'a: wszystkie bez wyjątku kości *metacarpī* znikły. Zmiany polegają na rozpuszczaniu się kości (*fonte*), które znikają zupełnie („usés comme à la meule”) — rozpuszczają się one, według niezmiernie trafnego wyrażenia autora, jak „cukierek dziecinny“ (*d'orge*), który topnieje pod wpływem ssania przez usta. Kości promieniowej brak poliedrycznego zgrubienia w miejscu, odpowiadającym epifizie, nie ma ani śladu z *processus styloideus*, przechodzi ona bezpośrednio w falangi; *radius* i *ulna* są ogromnie ścieńczone, podstawy falang zupełnie zniszczone.

Jak widzimy, analogia z przypadkiem naszym jest dość znaczna: wybitne zmiany kości napiętkowa u naszego chorego, które na rentgenogramie są jakby zupełnie rozplynięte, wydają się jakoby początkowym okresem tego procesu, który w przypadku GASNE'a doprowadził do zupełnego zniknięcia tych kości. Zmiany kości promieniowej są jeszcze bardziej analogiczne: i tutaj zniszczenie epifizy, *processus styloidei*, brak poliedrycznego rozszerzenia u dołu.

Natomiast klinicznie — pomimo pewnych cech wspólnych (jak zaniku mięśni, braku objawów organicznych ze strony układu nerwowego), przypadki nasze różnią się tak dalece, że nie może być mowy o tożsamości postaci chorobowej. W przypadku GASNE'a zmiany ograniczone były wyłącznie do prawej kończyny górnej, podczas gdy w naszym przypadku zajęty był niemal cały kościec, następnie nie było tam żadnych zgrubień w okolicach stawowych, tak charakterystycznych w naszym przypadku, choroba rozpoczęła się tam od silnego obrzęku i obrzęku, w stawach była wyraźna krepitacja — wszystkiego tego w naszym przypadku nie było.

CHOROBA BRUCK'a.

Cierpienie to, które z przypadkiem naszym ma wspólne cechy: przekrzywień kości, zmian w okolicach stawów oraz zaników mięśni, wyłączamy na zasadzie braku w naszym przypadku ankilozy stawów oraz biernych złamań kości, które dla przypadku BRUCK'a były charakterystyczne.

AKROMEGALIA.

Dość duże dłonie, a zwłaszcza stopy u chorego naszego mogły nasunąć także myśl o *akromegalii* (*maladie de Marie*), tembardziej, że i ta postać chorobowa rozpocząć się może od bólów. Lecz w cierpieniu tem nigdy nie bywa zgrubień wyłącznie w okolicach stawo-

wych — jeżeli jakaś część ulega powiększeniu, to *en masse*, przytem w powiększeniu tem udział biorą także i części miękkie (nos, wargi, język). Te właśnie — zawsze stałe zmiany części miękkich — zwłaszcza nosa, języka i warg — nadają choremu wygląd niezmiernie charakterystyczny, którego brak było u naszego chorego zupełnie, jak również brak zmian w narządach

wewnętrznych (serce, krtań), a przedewszystkiem zaburzeń wzrokowych (hemianopsia), tak charakterystycznych dla tego cierpienia. Nadmienię przytem muszę, że wielkie ręce i stopy są u chorego naszego rzeczą wrodzoną, a nawet rodzinną (ojciec i brat), co tembardziej przemawia przeciwko akromegalii.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

11. SALFELD. Leczenie przewlekłych zapaleń stawów za pomocą fibrolizyny.

Wiadomo, jakie niewdzięczne pole dla leczenia przedstawiają przewlekłe cierpienia stawów, rozwijające się od początku, jako takie, czy też występujące w następstwie ostrego lub przewlekłego gościa stawowego, albo przy zniekształcającem zapaleniu stawów, dnie i t. d. Bardzo bolesne obrzmienia, sztywność i przykurczenia wymagają całego arsenału środków fizycznych, które wszystkie, razem wzięte, wywierają często b. mały skutek, a niekiedy i wcale żadnego dodatniego skutku nie osiągają. Kąpiele, mięsienie, elektryzacja, gimnastyka, leczenie za pomocą wywoływania zastoju żylnego, leczenie za pomocą gorącego powietrza, fango i t., nie licząc długiego szeregu środków wewnętrznych i zewnętrznych, stosujemy często w pojedynczych przypadkach bez wyraźnego skutku. Stosunkowo najlepiej jeszcze działa wywoływanie przekrwienia żylnego. Metoda ta oddała autorowi w wielu przypadkach przewlekłego zapalenia stawów nieocenione usługi, w wielu zaś innych przypadkach pozostała bez wpływu. Liczne prace MENDEL'a (Essen) i jego następców o fibrolizynie podsunęły autorowi myśl wypróbowania tego środka w przewlekłych zapaleniach stawów. Zaletą tego przetworu jest to, że zawiera kwas salicylowy, który wywołuje przekrwienie części obwodowych

(BIER) i przeto tak skuteczne wywiera działanie w sprawach gościecowych.

W ostrym gościecu stawowym stawy znajdują się w stanie ostrego zapalnego obrzęku, w przewlekłych zaś zapaleniach bez względu na to, jakiego są pochodzenia, mamy już często zgrubienie, stwardnienie, zbliznowacenie stawów. Otóż, jeśli zdołamy za pomocą kwasu salicylowego wywołać w takich stawach przekrwienie, a za pomocą innego środka osiągnąć rozpułchnienie i rozmięczenie stwardnień i zrostów, to będziemy w stanie zbawiennie wpłynąć na przewlekłe zapalenie stawów i ich następstwa. Środek taki pozyskaliśmy w thiosinaminie, o której już HEBRA pisze, że tak rozmięcza i giętkimi czyni tkanki bliznowe, że w ten sposób najrozmaitsze zaburzenia mogą być usunięte. O stosowaniu tego środka w przewlekłych zapaleniach stawów autor znalazł wszystkiego dwie krótkie notatki (LEWANDOWSKI i HERCZEL). Fibrolizyna jest połączeniem thiosinaminy z kwasem salicylowym i, dzięki właśnie temu składowi, wywiera o wiele lepsze działanie, niż sama thiosinamina. Fibrolizynę stosować można śródżylnie, podskórnie i śródmięśniowo. Autor wybrał tą ostatnią drogę, jako najmniej niebezpieczną i najmniej bolesną. Wstrzykuje fibrolizynę w mięśnie pośladkowe. Wstrzykiwanie powinno odbywać się możliwie szybko. Lekkie palenie po za-

strzyknięciu jest mało dolegliwe. W niektórych przypadkach autor spostrzegał po wstrzykiwaniach wylewy krwi, które stopniowo zniknęły. Nacieczeń ani razu nie zauważono. Ażeby uniknąć tego powikłania, nie należy nigdy używać mętnych roztworów. Najczęściej robiono chorem 20 i więcej wstrzykiwań. Za każdym razem wstrzykuje się zawartość jednej ampulki, która wynosi 2,3 ctm. fibrolizyny. Odpowiada to 0,2 thiosinaminy. Ubocznego działania (na serce lub nerki) nie spostrzegano. Białkomocz stanowi przeciwwskazanie do stosowania fibrolizyny. Autor prócz fibrolizyny stosował u swych chorych, zależnie od przypadku, mięsienie, elektryzację, czynną i bierną gimnastykę. Wszyscy chorzy odbywali prócz

tego kurację kąpielową w Wiesbaden, gdzie autor praktykuje. Kąpiele solankowe również wywołują wpływ rozmięczający na stawy, ale bez stosowania fibrolizyny autor dawniej nigdy nie spostrzegał tak znakomych skutków kuracji. Dla ilustracji działania fibrolizyny autor przytacza kilka przypadków spośród b. wielu przez siebie obserwowanych (*polyarthritica chronica, arthritis deformans*). Prawie wszędzie, z małymi tylko wyjątkami, nastąpiło szybkie wessanie się wysięku, *resp.* zniknięcie obrzmienia, znaczne zmniejszenie krepitacji, ustąpienie bolesności, a przede wszystkim poprawa co do ruchów w dotkniętych stawach.

(Therapeut. Monatshefte. Grudzień 1906 r.)

S. P.

Sprawozdanie ze Zjazdu międzynarodowego opieki nad obłąkanymi, odbytego w Medyolanie 26 30. X. 1906 r.

podał

Władysław Sterling.

FRANK (Zürich).

O potrzebie założenia międzynarodowego instytutu dla badania i zwalczania przyczyn chorób umysłowych.

Autor nakreśla ogólny plan zadań takiego instytutu.

I. ZADANIA OGÓLNE.

1. Badania nad wzrostem chorób umysłowych, ewent. tylko pewnych ich postaci wśród rozmaitych narodów.

2. Badania nad zdarzaniem się lub też brakiem pojedynczych postaci chorób umysłowych wśród poszczególnych kulturalnych i niekulturalnych narodów.

3. Badania nad przyczynami tych zjawisk.

4. Badania nad przyczynami poszczególnych postaci chorób umysłowych.

5. Zbieranie i rozpatrywanie materiału, dotyczącego powstawania chorób umysłowych u zwierząt.

II. DZIEDZICZNOŚĆ.

1. Zbieranie materiału, dotyczącego dziedziczności chorób nerwowowych i umysłowych oraz dopełnianie go przez nowe materiały, dotyczące narodów kulturalnych i niekulturalnych.

2. Badanie praw, rządzących dziedzicznością (zbieranie historii chorób całych pni ge-

nealogicznych, całych generacyi przy pomocy gmin i t. d.).

3. Badanie dziedziczenia przewlekłych postaci cierpień umysłowych na zasadzie dużego materiału.

4. Badanie nad możliwością regeneracyi.

5. Badanie nad współdziałaniem dziedzicznego usposobienia psychopatycznego.

a) bezpośrednio z jadami organicznymi i nieorganicznymi (przymiot, gruźlica, tyfus, ospa etc., choroby przemiany materyi, alkohol, morfina, opium, haszysz i t. d.).

b) pośrednio — z otruciem komórek zarodkowych (blastoforya), przez jady organiczne i nieorganiczne).

c) sporządzanie statystyk porównawczych pomiędzy obciążeniem dziedzicznym umysłowo zdrowych i umysłowo chorych.

III. ALKOHOLIZM.

1. Zbieranie całkowitego materiału naukowego, wykazującego blastoforyczne działanie alkoholu.

2. Wpływ alkoholu na rodziny, gminy ludów kulturalnych i niekulturalnych i na zwierzęta.

3. Stwierdzenie predyspozycyi alkoholików do rozmaitych chorób, zwłaszcza umysłowych.

4. Związek pomiędzy alkoholizmem i zbrodnią.

5. Związek pomiędzy alkoholizmem i nędzą.

6. Obciążenie państwa przez alkoholizm.

7. Zmniejszenie siły fizycznej przez alkohol.

8. Obyczaje pijackie ludów kulturalnych i niekulturalnych.

9. Działanie opium i innych podobnych trucizn.

IV. PRZYMOT.

1. Badanie nad bezpośredniem i pośredniem działaniem przymiotu na układ nerwowy ośrodkowy.

2. Przegląd materiału, dotyczącego chorób umysłowych pochodzenia przymiotowego.

3. Działanie jadu przymiotowego na indywidua, rodziny, gminy, państwa.

4. Skutki zakażenia przymiotem u ludów kulturalnych i niekulturalnych.

5. Skutki zakażenia przymiotem u ludów abstynenckich względem alkoholu.

6. Działanie przymiotu na mózg — (porażenie postępujące).

CRISTIANI (Lucca).

O rezultatach postępu „assistance familiale” we Włoszech.

Autor zdaje sprawę z rozwoju kolonii dla obłąkanych w Lucca, której jest dyrektorem. Zaczął on mianowicie powierzać niektórych chorych z zakładu opiece rodzin posługaczy. Zakład w Lucca mieści 956 obłąkanych, jest on przepelniony chorymi, jak wszystkie zakłady we Włoszech. 81 chorych, powierzonych opiece hetero-rodzinnej, pracuje w polu, zajmuje się rzemiosłem. Jest to nie tylko środek uwolnienia zakładu od nadmiaru obłąkanych, lecz pozwala on rozwinąć zakładom ich prawdziwą działalność: zakład, uwolniony od masy chorych, którzy nie potrzebują ani lekarza, ani posługaczy, może całą uwagę swoją zwrócić na chorych uleczalnych i przestaje być, jak dzisiaj, prawdziwą fabryką postaci przewlekłych.

FLETSCHER BEACH (Londyn).

Opieka nad dziećmi nienormalnemi pod względem fizycznym i umysłowym oraz nad dziećmi epileptycznemi w Anglii.

Opieka nad dziećmi temi polega na rozumnej kombinacyi leczenia higienicznego, fizycznego, moralnego i umysłowego. Rozpoczyna się od rozwijania i pielęgnowania zmysłów. Tak więc rozwija się zmysł dotyku przez to, że każe się dziecku trzymać w ręku przedmioty chropawe, nierówne, miękkie, nawijać perły, składać papier, budować klockami i t. d. Wzrok rozwija się przez rozróżnianie barw za pomocą papierków różnobarwnych, słuch przez wyuczenie dziecka rozróżniania rozmaitych dźwięków lub też za pomocą muzyki; smak i węch przez doświadczenia z zapachami i płynami, wywołu-

jącami wrażenie przyjemne i nieprzyjemne. Wtedy dopiero przechodzi się do czynności bardziej skomplikowanych, jak czytanie, pisanie, rysunki, pierwsze wiadomości z geografii, pojęcie o miarach, wagach, wartości monet. Gdy postęp jest widoczny, przechodzi się do robót ręcznych, jak stolarstwo i ogrodnictwo dla chłopców, zaś zajęcia domowe i szycie dla dziewcząt. Niektóre z dzieci tych nie poddają się rygorowi, są one często inteligentne i zręczne, lecz upośledzone pod względem moralnym: kłamią, kradną, są okrutne względem zwierząt, czasem nawet popełniają występki.

Obecnie istnieje w Anglii 149 szkół specjalnych dla wychowania elementarnego dzieci nienormalnych i epileptycznych: 5 z nich stanowią pensjonaty. Z tych 149 szkół—131 przyjmuje eksternów nienormalnych pod względem umysłowym, 13 — nienormalnych pod względem fizycznym, 4—stanowią internaty dla nienormalnych psychicznie, ostatnia wreszcie jest internatem dla dzieci epileptycznych. Ostatnio otwarto w Londynie kilka szkół dla chłopców starszych — nienormalnych pod względem umysłowym — uczą ich tam rozmaitych rzemiosł.

FOISTIN (Paryż).

Klasyfikacja i leczenie t. zw. „nienormalnych pod względem umysłowym dzieci“.

Autor rozróżnia trzy rodzaje dzieci nienormalnych: 1) dzieci z deficytem intelektualnym na skutek niedorozwoju: idiotów, głuptaków; 2) dzieci ze zmianami psychicznymi bądź to wskutek chorób umysłowych (psychozy degeneracyjne), bądź to chorób nerwowych (psychoneurozy), epilepsya, histerya, neurastenia, płasawica; 3) dzieci, które utraciły zdolności umysłowe z przejściem w otępienie (otępienie epileptyczne, porażenie postępujące, *dementia praecox*). Oprócz tego odróżnia on całą kategorię, którą określa nazwą „dzieci rzekomo nienormalnych pod względem umysłowym“, pojmując pod tą nazwą: a) dzieci niezrozumiane przez otoczenie; b) dzieci opuszczone; c) dzieci wyczerpane fizycznie. Podczas gdy pierwsza wielka kategoria (dzieci istotnie nienormalnych pod względem umysłowym) wymaga opieki lekarsko-pedago-

gicznej, druga (wrzekomo nienormalnych dzieci) wymaga tylko rozumnej opieki rodzinnej.

LADAME (Genewa).

Szwajcarskie Towarzystwa pomocy dla obłąkanych.

Towarzystwa takie istnieją dzisiaj w Szwajcaryi w dwunastu kantonach; pierwsze z nich założone zostało przed 40 laty w S.-Gall, ostatnie przed rokiem w Genewie. Istnieją one mianowicie w kantonach: St.-Gall (miasto St.-Gall), Thurgovie (w Kreuzlingen), Lucerne (w Lucernie), Zürich (w Zürichu), Appenzell (w Heiden), Grisons (w Coire), Argovie (w Aarau), Bern (w Bernie), Bâle-Ville (w Bazylei), Vaud (w Lozannie), Soleure (w Solurze), Genève (w Genewie).

Zasadniczym rysem towarzystw tych, który odróżnia je od analogicznych towarzystw w innych krajach, jest ich popularność i oparcie się na zasadach demokratycznych. Składka roczna jest minimalna (1—2 franków), członkowie bardzo liczni rekrutują się z pośród wszystkich warstw ludności. Wszystkie one powstały dzięki inicjatywie prywatnej, nie mają przeto w sobie nic oficjalnego, działają jednakże w zupełnej harmonii z administracją zakładów oraz z oficjalnymi komisjami opieki nad obłąkanymi. Zajmują się one chorym przed, podczas i po wyjściu jego z zakładu, jego rodziną, wreszcie wszystkim, co dotyczy poprawy opieki nad obłąkanymi w kantonie, starają się zbadać przyczyny społeczne chorób umysłowych, przesądy ludowe co do obłąkanych i zakładów dla obłąkanych oraz obojętność publiczności, dotyczącą losu obłąkanych i poprawy ich bytu. Urządzają pogadanki i odczyty lekarzy specjalistów o kwestjach praktycznych z dziedziny chorób umysłowych: o sposobie obchodzenia się z obłąkanymi, o leczeniu chorych w zakładach, o opiece rodzinnej na wsi, o przyczynach obłąkania, specjalnie zaś o roli dziedziczności, o wychowaniu, o alkoholizmie, opisy dostępne rozmaitych postaci chorób umysłowych, o leczeniu epileptyków, o rozmaitych postaciach chorób umysłowych (idyoci, głuptacy, kretyni), o granicach zdrowia umysłowego, o mózgu i

duszy, o anatomii układu nerwowego, o epidemiach chorób umysłowych w wiekach średnich i o analogicznych zjawiskach dzisiaj. Odczy-

ty te są potem drukowane i stanowią całą bibliotekę psychiatrii popularnej.

(D. u).

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 grudnia 1906 do 14 stycznia 1907 r.

Ospa była jeszcze dominującą formą infekcyi w miesiącu sprawozdawczym.

Ogółem liczba chorych przybyłych w miesiącu sprawozdawczym na rozmaite formy infekcyjne wynosi 94 (43 m. 51 k.), z poprzedniego miesiąca pozostało 97 (46 m. 51 k.), uznano za zdrowych 82 (41 m. 41 k.), przeprowadzono do innych szpitali stosownie do rodzaju choroby 2 m., zmarło 20 (10 m. 10 k.), pozostało na miesiąc następny 87 (36 m. 51 k.).

Według poszczególnych postaci ostrej infekcyi było chorych na

O s p ę: z poprzedniego miesiąca pozostało 26 (14 m. 12 k.), nowych chorych przybyło 27 (13 m. 14 k.), wyzdrowiało 15 (8 m. 7 k.), pozostało na miesiąc następny 30 (15 m. 15 k.).

Nieszczepionych od urodzenia przybyło 9 (7 m. 2 k.), zmarło 6 (2 m. 4 k.). Zejścia śmiertelne nastąpiły: w 2 przypadkach skutkiem formy zlewającej się ospy, w 1-yim przypadku skutkiem ciężkiej formy ospy (raz szczepiona w dzieciństwie), powikłanej zapaleniem płuc, w 1-yim przypadku skutkiem powikłania zapalenia płuc, dwustronnem ropnem zapaleniem ucha środkowego i ropniem na goleni, w 1-yim przypadku skutkiem ciężkiej formy ospy (ciąża w IV-yim miesiącu, poronienie), w 1-yim przypadku skutkiem następczej płonicy z zapaleniem ucha środkowego, w 1-yim skutkiem następczej płonicy.

Chorzy przybyli z 23 ulic miasta Warszawy i ze wsi Mokotów, a mianowicie: Chłodna 3, Dzika 40, Freta 1,49., Gnojna 1, Krochmalna 25,48, Łucka 17, Marszałkowska 100, Młynarska, Muranowska 32, Nalewki 15, Nowogrodzka 41, Niska 55, Okopowa 9, Orla 12, Pawia 61, Powązkowska 4, Plac Witkowskiego 6, Radzymińska 1,55, Stawki 16, S-to Jerska 13, Wolska 15, Zielna 12, Żelazna 3.

P ł o n i c a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 34 (17 m. 17 k.), nowych chorych przybyło 14 (7 m. 7 k.), wyzdrowiało 27 (15 m. 12 k.), zmarło 4 (2 m. 2 k.), pozostało na miesiąc następny 17 (7 m. 10 k.). Zejścia śmiertelne nastąpiły skutkiem: w 2-ch przypadkach ropnego obustronnego zapalenia gruczołów szyjowych powierzchownych i głębokich, w 1-yim przypadku skutkiem piorunującej płonicy, w 1-yim przypadku bez anginy, natomiast z zapaleniem jamy ustnej, skutkiem zapalenia opon mózgowych. Dni szpitalnych przebyli chorzy na płonicę 498 (24 m. 402 dni, 24 k. 396 dni). Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Chmielna 106, Krakowskie - Przedmieście 46, Krochmalna 17, Nowowiejska 5 (4 przyp.) S-to Jańska 18, Wołyńska 17, Złota 83, Żórawia 43 i ze wsi Górki, Młociny i Stoczek.

T y f u s w y s y p k o w y. Pozostało z poprzedniego miesiąca 3 (2 m. 1 k.), na miesiąc następny pozostało 13 (1 m. 12 k.). Dni szpi-

talnych przebyli 176 (3 m. 50 dni, 13 k. 126 dni). Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Dobra 28, Grzybowska 6, Krochmalna 17, Leszno 98, Muranowska 26, Niska 39, Sierakowska 4, Solna 6, Tamka 30, Wołyńska 11 (3 przypadki).

B ł o n i a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 5 (3 m. 2 k.), przybyło 8 (4 m. 4 k.), wypisano zdrowych 7 (5 m. 2 k.), zmarło 4 (1 m. 3 k.), na miesiąc następny pozostało 2 (1 m. 1 k.). Zejścia śmiertelne nastąpiły: w 2-ch przypadkach skutkiem ciężkiej formy błonicy nieleczonej w domu, 1 przypadek—13-letnia dziewczyna przybyła prawie naga do naszego szpitala, w 1-ym przypadku skutkiem rozległego zniszczenia błon śluzowych jamy gardzieliowej, noso-gardzieliowej i krtaniowej. Dni szpitalnych przebyli 98 (7 m. 59 dni, 6 k. 39 dni). Przybyli z następujących ulic i domów: Grzybowska 68, Mazowiecka 9, Młynarska 2, Petersburska 501, Stalowa 51, Wiejska 23, Wolska 54 i ze wsi Góra Kalwarya.

T y f u s b r z u s z n y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 2 k., przybyło 7 (6 m. 1 k.), zmarło 2 m., pozostało na miesiąc następny 7 (4 m. 3 k.); zejścia śmiertelne nastąpiły: w 1-m przypadku u 2-letniego chłopca skutkiem ciężkiej formy tyfusu brzuszego, powikłanej złośliwym zapaleniem jamy ustnej, w 2-gim skutkiem zaniedbania choroby w domu po 4-ch dniach pobytu w szpitalu. Dni szpitalnych przebyli chorzy 180 (6 m. 93 dni, 3 k. 87 dni). Przybyli z ulic: Chłodna 60, Dobra 28, Łamana 2, Ostrowska 12, Stare Miasto 20 i ze wsi Targówek i Mokotów.

O d r a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 14 (4 m. 10 k.), przybyło 6 (2 m. 4 k.), wypisano zdrowych 14 (5 m. 9 k.) zmarł, 1 m. skut-

kiem powikłania prawostronnem zapaleniem płuc, pozostało na miesiąc następny 5 k. Dni szpitalnych przebyli 349 (6 m. 104 dni, 14 k. 245 dni). Przybyli z następujących ulic: Bonifraterska 27, Krochmalna 9, Mokotowska 7, Piękna 46, Stawki 16 i ze wsi Wola 1.

R ó ż a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 5 (1 m. 4 k.), przybyło nowych chorych 4 (2 m. 2 k.), wypisano zdrowych 4 (1 m. 3 k.), na miesiąc następny pozostało 5 (2 m. 3 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 125. Zapisani z ulic: Karmielicka 17, Pańska 17, Solec 66.

K a r b u n k u ł z ł o ś l i w y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 3 m., przybył 1 m. ze wsi Górna Dąbrowa, wypisano zdrowych 3 m., wypisano zdrowym 1 m.. Dni szpitalnych przebyli chorzy 41.

Prócz tego z ubiegłego miesiąca pozostawali chorzy na zapalenie opon nagminne 1 m., na nieżyt oskrzeli matki przy chorych dzieciach 3 k., z flegmoną na stopie 1 m.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyli chorzy na grypę 2 k., na zapalenie opon mózgowych 1 k., z rozedmą płuc i wadą serca w ciężkim stanie 1 m., 3 matki z nieżytem oskrzeli przy chorych dzieciach, na zapalenie płuc 1 m., na ogniskowe mieszane zapalenie gardzieli 4 (1 m. 3 k.), na zapalenie otrzewny 1 m., przewieziony do szpitala Dzieciątka Jezus.

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym 191 chorych przebyło 2718 dni szpitalnych.

Zamiejscowych chorych przybyło 13 (10 m. 3 k.).

Z braku miejsc wydano 2 k. bilety odmowne, z innych przyczyn 7 (3 m. 4 k.).

Śmiertelność miesięczna 10,4%.

Wiadomości bieżące.

— Tematy dla Sekcyi prasy lekarskiej X-go Zjazdu Lekarzy i przyrodników we Lwowie w r. 1907.

1) Ujednostajnienie mianownictwa (terminologii) w czasopismach lekarskich polskich.

2) Błędy językowe w naszym piśmiennictwie lekarskiem.

3) Prasa lekarska wobec spraw zawodowych.

4) Sprawa sprawozdań z piśmiennictwa polskiego do czasopism cudzoziemskich. (Według załączonego projektu oraz dodatkowe wnioski Prof. D-ra KADYJEGO: a) Założenie pisma referatowego w języku niemieckim lub francuskim dla sprawozdań z prac lekarskich polskich; b) umieszczanie prac wydawnictw polskich w pismach zagranicznych).

5) Zorganizowanie sprawozdań z prac w obcych językach dla czasopism lekarskich polskich: a) założyć nowe pismo lub zaproponować jednemu z istniejących zmiany w tym kierunku, aby umieszczane w nich były wyłącznie referaty bieżące i referaty zbiorowe z 11 literatur obcych, względnie b) aby kierownictwa wszystkich czasopism lekarskich wydawały wspólne streszczenia z literatury naukowej lekarskiej bieżącej, pojawiającej się we wszystkich językach.

6) Czy i jakie reformy potrzebne są w polskich czasopismach lekarskich?

7) Jakie są przeszkody w rozwoju cza-

sopiśmiennictwa lek. pol. i jakie sposoby byłyby do ich usunięcia?

8) Sprawa pism popularnych.

9) Założenie związku przedstawicieli prasy lekarskiej polskiej i o stosunku tego związku do międzynarodowego związku prasy lekarskiej.

10) Sprawa wydawnictwa podręczników lekarskich polskich.

— VII-my międzynarodowy Zjazd fizyologów odbędzie się w roku bieżącym pomiędzy 13—16 sierpnia w Heildelbergu.

— VI-ty międzynarodowy Zjazd dermatologiczny odbędzie się pomiędzy 9—14 września r. b. w Nowym Yorku.

— Na prezesa Towarzystwa neurologicznego w Paryżu na rok 1907 wybrany został rodak nasz znany zaszczytnie z prac w dziedzinie neuropatologii D-r J. BABIŃSKI.

— Kolosalny zapis bo 25 milionów franków otrzymał Instytut PASTEUR'a w Paryżu po zmarłym bankierze paryskim OSIRISIE.

— Widocznie nie tylko lekarze polacy zajęli wiadome stanowisko wobec stanu felczerskiego. „Russkij Wracz“, przytoczywszy z „Medycyny“ ostateczne uchwały na Zjeździe felczerów w Warszawie, uznaje za racjonalne nasze wręcz odrębne stanowisko, niż głoszą uchwały, t. j. nasze postulaty, aby znieść zupełnie Szkołę felczerów.



SEWERYN PERKOWSKI

Spotykając przed kilku tygodniami dosyć często ś. p. PERKOWSKIEGO w pełni sił i zdrowia, nie spodziewaliśmy się pisać o Nim już wspomnienia pozgonnego. Niestety, prawie nagle śmierć przerwała pasmo dni życia pracowitego i pożytecznego lekarza, dobrego obywatela kraju, gorąco milującego ziemię ojczystą.

Ś. p. PERKOWSKI urodził się w Warszawie; ukończywszy szkołę realną tutejszą, wstąpił na kursy przygotowawcze do Szkoły Głównej, w roku zaś 1862 zapisał się na wydział lekarski tejże Szkoły. Biorąc czynny udział w walce naszej o niepodległość w roku 1863, zmuszony był wyjechać zagranicę. Tam więc dokończył studyów lekarskich, a mianowicie w Paryżu w roku 1869 otrzymał stopień doktora medycyny.

Po ukończeniu wydziału lekarskiego osiadł w Burgundii w miasteczku Sémur.— Niedługo jednak mógł zajmować się praktyką w tem mieście. Nadszedł rok 1870, a z nim krwawa wojna francuzów z prusakami. Młody, pełen zapału lekarz zapragnął nieść pomoc współbraciom swej nowoprzybranej ojczyzny. Pracował na wojnie gorliwie i sumiennie, dowodem czego, że w nagrodę zasług dekretem z dnia 2 listopada 1871 roku przyznała mu Rzeczpospolita francuska prawa obywatela francuskiego.

Po ukończonej wojnie z końcem roku 1872 ś. p. PERKOWSKI ponownie zaczął praktykować we Francyi w mieście Beaumont sur-Sarthe. Oprócz praktyki prywatnej sprawował tu obowiązki lekarza obwodowego, członka zarządu higieny publicznej i lekarza drogi żelaznej.

Zatęskniwszy do kraju, w roku 1874 wraca ś. p. Seweryn do Ojczyzny. Przybywszy do Warszawy, zmuszony był powtórzyć znów egzaminy lekarskie już w przekształconym ze Szkoły Głównej Uniwersytecie Warszawskim. Stopień lekarza otrzymał w roku 1876; w roku następnym został mianowany ordynatorem w czasowym szpitalu Czerwonego Krzyża, w roku zaś 1878 ordynatorem Szpitala Ujazdowskiego. Na tem stanowisku pozostawał do roku 1892, w tym to bowiem czasie większość ordynatorów polaków, nie chcąc opuszczać kraju, wolali podawać się do uwolnienia.

Ś. p. PERKOWSKI, pomimo licznych zajęć, jako ordynator wojskowego szpitala, nie zapominał o piśmiennictwie i pozostawił po sobie szereg prac i spostrzeżeń, które w znacznej części umieszczał i w naszym czasopiśmie, będąc od lat kilkunastu stałym członkiem naszej redakcyi. Ś. p. PERKOWSKI, jeszcze mieszkając we Francyi, był członkiem korespondentem, po powrocie zaś do kraju członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Z chwilą otworzenia Warszawskiego Tow. Wioślarskiego został jego czynnym i gorliwym członkiem, widząc i w tym sporcie pomiędzy innymi drogę do poprawienia fizycznego wychowania młodzieży, tak bardzo zaniedbanego u nas. Wszystko to świadczy, jak energiczny i czynny był żywot ś. p. PERKOWSKIEGO. Żal dobrego i zanego kolegi, który zmarł właśnie w chwili przełomowej dla Ojczyzny, którą tak bardzo ukochał, żal, że nie doczekał się owoców tej ciężkiej walki światła z ciemnością, postępu z wstecznictwem, sprawiedliwości z bezprawiem.—Cześć zacnemu człowiekowi i jednemu z dziś już nielicznych dawnych bojowników o „naszą i waszą wolność“.

Spis prac i spostrzeżeń drukiem ogłoszonych

przez

ś. p. PERKOWSKIEGO.

1) „De la pneumonie rhumatismale“. Paris 1870. 2) „Amygdalite unilaterale non specifique terminée par gangrène i t. d.“. Gazette des hopitaux 1873. 3) „Ictère du nouveau né, hemoragie i t. d., tamże 1874. 4) Wiadomości o świetle, jego istocie, działaniu fizyologicznem. Zastosowanie terapeutyczne“. Gaz. Lek. 1874. 5) „Zwichnięcie ścięgna główki długiej mięśnia dwugłowego ramienia“. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1875. 6) „Godne uwagi objawy następne rany postrzałowej kręgosłupa w okolicy szyjowej“. Gaz. Lek. 1879, toż po niemiecku w Centrbl. f. Chirurgie 1879. 7) „Przyczynek do usiłowań określenia czynności mózgu z objawami umysłowemi u człowieka“ Pam. Tow. Lek. Warsz. 1878. 8) „O podskórnem wstrzykiwaniu chloroformu. Skuteczność zastrzykiwań czystej wody“. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1879. 9) „Rak prawej szczęki górnej. Wycięcie. Następne operacje plastyczne. Wyzdrowienie“. Gaz. Lek. 1879. 10) „Mały przyczynek do następstw rdzeniowego zapalenia kończyn“. Gaz. Lek. 1879. 11) „Raptowne zupełne zaniewiedzenie w miesiąc po amputacji uda“. Gaz. Lek. 1879. 12) „Uretro-cystotomia, wydobyte dwu dużych kamieni z pęcherza kobiety 78-letniej, wyzdrowienie“. Medycyna. 1880. 13) „Przecięcie gałązek nerwu usznokroniowego, jako środek leczniczy przeciw nerwobólowi szczękowemu“, tamże 1880. 14) „Przypadek ropnicy, wyzdrowieniem zakończony“, tamże 1880. 15) „Rana postrzałowa kolana, wyleczona bez żadnych ujemnych następstw pod opaską Listera i gipsem“. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1880. 16) „Trzynaście lat trwająca prozopalgia, naciąganie n. szczękowego dolnego poniżej podstawy czaszki, rezekcja gałązek końcowych“. Medyc. 1881. 17) „Pomyślne wyniki litotrypsy, litotomii, uretrotomii w związku z przebiegiem gorączki moczowej i t. d.“. Medyc. 1882 dod. nadzw. 18) „Nadliczbowa cewka prącia, uparty jej tryper, operacja“. Medycyna 1883, toż samo po francusku w „Comptes rendus du XIII Congres intern. de med. Paris 1900“. 19) „Dobre skutki wyłuszczenia szpiku przy osteomyelitis kości długich“. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1883, toż samo po niemiecku w Centrbl. f. Chirurgie. 20) „Osteoplastyczna zasada Pirogowa — Le Fort'a zastosowana po odpilowaniu dolnej nasady goleni i wydaleniu zwyrodnionego wnętrza kości piętowej“. Medyc. 1885. 21) „O zszywaniu nerwów, wraz z opisem przypadku zszycia n. promieniowego i t. d.“, Kronika Lek. 1887 i Wracz t. r. 22) „Niemoc płciowa i jej leczenie“. Kronika Lek. 1887 i osobno. 23) „O znieczulaniu miejscowem i t. d.“. Medyc. 1888. 24) Tryper chroniczny i jego leczenie“ (napis. z polecenia wojsk. inspektora lek. w Król. Pols, Zbiór prac naukowych lek. Szpit. Ujazd. Warsz.) 1892.

Do dzisiejszego numeru dołącza się tablice do art. d-ra W. Sterlinga.

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie, influenza i in. chorobach.

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kalis, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych

zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.**—

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura napoju!); dla starszych dzieci 1—2 łyżki deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżki 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.

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33. Zurych, Hanau nad Menem, Londyn.

Glycosal

Tropaeolin

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



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 przeciwnie w chirurgii, w praktyce urologicznej, uszu i dentystycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephryn

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

Zelatina sterylizowana

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

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania na morfinę i innych pochodn. tożs.

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.

Hämogattol

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: żółty, kaszel oskrzelowy emphyzema. 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, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Surowica antydiftertyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Menzler'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tyfusdiagnostikum—Ficker'a
Jequiritol—Jequiritolserum.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstości 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 właściwości ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że dawki podawane.

Tannoform

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

Stypticin. Zapisuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

**Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.**