



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJ-  
TNOŚCI LEKARSKICH

Redaktorzy Dr. A. Puławski i Dr. W. Starkiewicz  
Wydawca Dr. W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji — Marszałkowska № 73.  
Telefon 26-79. Konto pocztowej Kasy Oszcz. № 982.

Ogólnego zbioru № 2837.

## ZAPARCIE NAWYKOWE

CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIOTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO.

### CASCARINE

$C^{12} H^{10} O^5$   
ŚRODEK



### LEPRINCE

$C^{12} H^{10} O^5$   
PRZECZYSZCZAJĄCY

LECZĄCY RACYONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.

LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62, Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.



## Lipojodyna



(Ester dijobrasydyn-etylowy, zawierający 41 proc. jodu).

Przetwór jodowy neuro-lipo, a zatem politropowy,

odpowiadający wszelkim nowoczesnym wymaganiom farmakologii i kliniki doświadczalnej.

**Nie drażni przewodu pokarmowego. W dawkach leczniczych nie powoduje jodicy. Oddaje znakomite usługi kliniczne.**

Dawkowanie: 1—3 tabletek dziennie po obiedzie i po kolacji.

Zwracamy uwagę na przyjemny smak tabletek **Lipojodyny**, które zalecamy żuć starannie.

**Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego**  
w Pabjanicach, ziemi Piotrkowskiej.

**Algorhin-Spiess** **Antiseptic. ad tract. respirator.** Skład: Chloreton, kamfora, olej cynamonowy i płynna parafina. **Wskazania:** Angina wszelkiego pochodzenia, Coryza. Laryngitis, Pharyngitis, Bronchitis acuta et chronica; Otitis media purulenta. **Sposób użycia:** Rozpylanie, pędzlowanie, wkraplanie. Flakon zawiera 50 gram.

**Digitol Spiess.** **Essentia digitalis titrata.** Standardyzowana esencja naparstnicy o działaniu zawsze pewnym i jednakowym. **Sposób użycia:** dla dorosłych zamiast niepewnej o zmiennym składzie T-ra Digitalis po 15—30 kropli na dawkę. Flakon zawiera 15 gram.

**Epilepsin Spiess.** **Sal bromatum rubrum compositum.** Połączenie związków mineralnych i roślinnych o dużej zawartości bromu. **Wskazania:** epilepsja i cierpienia nerwowe i umysłowe, w których chodzi o zmniejszenie chorobliwej pobudliwości mózgu. **Sposób użycia:** 3—6 proszków dziennie. Pudełko zawiera 15 lub 60 proszków.

**Ferrosan Spiess.** Złożona nalewka żelaza.

**Ferrosan-Arsen Spiess.** Złożona nalewka żelaza z arsenem. **Wskazania:** Blednica, niedokrwistość, rekonwalescencja. **Sposób użycia:** 2—3 łyżki stołowe dziennie. Flakon zawiera 250 gram.

**Fructalein Spiess.** **Pastilli laxantes.** Owocowy nieszkodliwy **środek czyszczący**, zawierający fenolftaleinę i agar. Działa niezawodnie i bez objawów ubocznych. Posiada przyjemny smak. Szczególnie nadaje się dla dzieci. Dawka: 1—2 pastylki na raz. Pudełko zawiera 20 pastylek.

**Na żądanie wysyłamy PP. Lekarzom jednostronnie literaturę,  
ewentualnie próbki.**



# WIZYTA L EKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·  
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ-  
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dzień i Noc  
lecie drugie -

Warszawa, wrzesień 1920 roku.

Ogólnego zbioru № 2838

## Patogeneza cukrzycy w świetle badań współczesnych.

Marceli Landsberg.

Asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warszawskiego.

(Kierownik Prof. Dr. K. Rzętkowski.)

Rzecz, wygłoszona w Warsz. Tow. Lekarskiem 26. X 1919.

Dzięki nadzwyczaj ułatwionym sposobom ilościowego określania cukru we krwi, podanym przez *Bertrand'a i Benedict'a*, nauka o przemianie węglowodanów w ustroju zwierzęcym poczyniła znaczne postępy.

Rozporządzamy obecnie dosyć pokaźną sumą realnych danych, pozwalających poddać głębszej analizie jak normalny obieg węglowodanów w organizmie, tak i zboczenie jego cukrzycę.

Rozumie się, że jest jeszcze bardzo wiele kwestyj niewyjaśnionych, lecz owocność prac lat ostatnich może być tylko bodźcem do dalszych badań.

Cukrzyca, *diabetes mellitus*, należy do cierpień znanych oddawna. Uważano ją za przejaw jakiejś dyskrazji i choć, co prawda, tu i owdzie odzywały się głosy, dowodzące zależności tego cierpienia od schorzenia tych lub owych narządów, „sedes morbi“ cukrzycy znane nie było.

Pierwszy *Claude Bernard*, za pomocą swojej „Pique“, wskazał na wybitną rolę ustroju nerwowego w patogeniezie cukrzycy. Genjalny ten badacz, przez wykrycie glikogenu i mechanizmu jego powstawania, odrazu pchnął na nowe tory naukę o cukrzycy. Dzięki *Cl. Bernard'owi* wiemy, jak ściśle powiązana jest przemiana węglowodanów z czynnością wątroby i centralnego ustroju nerwowego. Badania *Borberga, Kahna, Macleod i Pearce, Bluma i Banga, Wilenka* i wielu innych pogłębiają tylko prace *Cl. Bernard'a* bliżej określając zależność gospodarki węglowodanowej wątroby od czynników nerwowych, względnie od gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Wykazują one doniosłą rolę nadnerczy i ich wytworu —

adrenaliny — w uruchamianiu glikogenu wątrobowego. Lecz nie tylko nadnercza, ale i tarczyca, przysadka mózgowa i gruczołki przytarczycowe biorą żywy udział w przemianie cukru.

Jednakowoż głównym „organ diabetogène“ jest trzustka, jak to wynika z doświadczeń *Mehringa i Minkowskiego* oraz *de Dominicis*. Doświadczenia ich, epokowe w historii nauki o cukrzycy, wykazały po raz pierwszy absolutną konieczność prawidłowej funkcji trzustki dla zachowania równowagi w przemianie węglowodanów. Po raz pierwszy zdołano wywołać nie przejściowy tylko cukromocz, lecz prawdziwą cukrzycę, i to w najcięższej jej postaci. To też względna łatwość operacji usunięcia trzustki (w modyfikacji *Hédon'a*) u psa sprawiła, iż lwia część badań nad cukrzycą stosuje się właśnie do cukrzycy psa depankreatyzowanego. Różni się ona, co prawda, pod niektórymi względami, od samoistnej cukrzycy ludzkiej, lecz przyczyną tego jest, prawdopodobnie, pewna różnica w ogólnej przemianie materji człowieka — istoty wszystkożernejszej i psa, zwierzęcia mięsożernego.

Już nadługo przed odkryciem *Mehringa i Minkowskiego, Bouchardat i Lanceraux* zwracali uwagę na schorzenia trzustki w cukrzycy, lecz dopiero po wyczerpujących pracach wspomnianych niemieckich autorów zaczęto uważniej studjować zmiany, zachodzące w trzustce w przypadkach cukrzycy.

Badania *Heibergera, Lombroso, Hansemanna, Weichselbauma, Sałtykowa* i innych wykazują, iż w przypadkach cukrzycy znajdujemy zawsze te lub owe zmiany anatomiczne w trzustce. Przytem jedni, jak

*Hansemann*, jako „agent diabetogène“ uważają całkowity miąższ trzustkowy, podczas gdy inni, jak *Weichselbaum*, *Thoinot*, *Heilberg* tylko w t. zw. wysepkach *Langerhauusa*, „les îlots endoermiens“ widzą tkankę o wydzielaniu wewnętrznym.

Na mocy badań tych wiemy, że przeważna część przypadków cukrzycy przebiega z pewnymi przemianami anatomicznymi trzustki.

*Eppinger*, *Falta* i *Rudinger* pierwsi zwrócili uwagę na wzajemną zależność wszystkich narządów o wydzielaniu wewnętrznym. Wiemy, iż schorzenie jednego z nich wywołuje zaburzenia w czynności drugich (tarczyca - nadnercza). Takim tylko czynnościowym zaburzeniem działalności trzustki, względnie wątroby, zależnym od schorzenia innych narządów, możnaby objaśnić fakt, iż w niektórych przypadkach cukrzycy *żadnych* zmian anatomicznych w trzustce nie znajdujemy. Tyle o patologicznej anatomii cukrzycy.

Lecz w jaki sposób oddziałują owe narządy djabetogenetyczne na przemianę węglowodanów, jakim jest mechanizm powstawania najwybitniejszych objawów cukrzycy: cukromoczu i przecukrzenia krwi? Wiemy, iż cukier w moczu osobnika zdrowego znajduje się tylko w minimalnej ilości, we krwi zaś ilość jego utrzymuje się na stałym poziomie (około 1‰).

Rozróżniamy dwie postacie cukromoczu: z przecukrzeniem krwi, lub bez niego. Ostatnia postać występuje samorzutnie bardzo rzadko: są to przypadki tak zwanej cukrzycy nerkowej, (*Klemperer*) cierpienia łagodnego i klinicznie jeszcze niezupełnie określonego. Doświadczalnie cukromocz taki można wywołać, między innymi, przez podawanie ciała glukozydowego, florydyny (*Mehring*); następuje wówczas gwałtowny cukromocz, poziom zaś cukru we krwi jest bardzo niski, może nawet zniknąć zupełnie.

Postać cukromoczu bez przecukrzenia krwi nie ma tak wielkiego znaczenia, jak te przypadki, kiedy to właśnie przecukrzenie krwi jest przyczyną cukromoczu. Jak tylko poziom cukru we krwi przekracza pewną normę, nerka (mowa tylko o nerce zdrowej) wydziela nadmiar jego i powoduje cukromocz.

Co prawda, przy powstawaniu cukromoczu, prócz hiperglikemji i inne czynniki odgrywają dosyć dużą rolę. Wiadomo bowiem, iż niezawsze ilość cukru moczowego wzrasta *równolegle* z poziomem cukru we krwi. Prawdopodobnie mamy tutaj do czynienia z niewyświetloną dotychczas swoistą funkcją nerek. Wiemy, na przykład, że podanie diuretyny wywołuje u królika hiperglikemję bez cukromoczu; to samo widzimy przy przewlekłym podawaniu adrenaliny, jak to stwierdził *Anastazy Landau* w swych studjach nad cukromoczem adrenalinowym. W każdym jednak razie hiperglikemja jest jednym z najważniejszych zagadnień djabetologii.

Hiperglikemja może być rozumiana z dwóch

punktów widzenia: ustrój zatracza zdolność spalania cukru. Cukier ten nagromadza się we krwi i, jako balast, zostaje wydalany przez nerki. Owa „nietolerancja“ cukru spowodowana jest przez brak pewnych hormonów (trzustka), których obecność jest konieczna dla prawidłowego spalania cukru przez tkanki.

Z drugiej zaś strony przypuścić można, iż ustrój cukrzycowego stale wytwarza zbyt wielkie ilości cukru, i choć jego spalanie idzie trybem zwykłymi nadmiar ciała tego, po zaspokojeniu głodu cukrowego ustroju, wydziela się w moczu.

Obie te teorie: teoria nietolerancji i nadprodukcji zwalczają się wzajemnie. Postaram się przytoczyć dowody, które operują autorowie jednej i drugiej szkoły.

Teoria nietolerancji uderza swą prostotą. Przemawia za nią wiele faktów, zaczerpniętych z kliniki i patologii doświadczalnej. To też takie powagi, jak *Boucharde*, *Pavy*, *Minkowski*, *Achard*, *Lépine*, *Magnus-Levy* i większość starszych autorów są gorącymi jej stronnikami.

Oto główne jej dowody:

1. Nizki poziom wskaźnika oddechowego, (0,7) w przypadkach ciężkiej cukrzycy ludzkiej i doświadczalnej (trzustkowej) jest dowodem niespalania węglowodanów. Wskaźnik ten nie wzrasta nawet po podaniu cukru.
2. Praca mięśniowa, przy której, jak wiadomo z badań *Chaveau* i *Kaufman'a*, ustrój zużywa szczególnie wielkie ilości cukru, nie zmniejsza cukromoczu.
3. Cukier podany podskórnie, lub dożylnie w przypadkach ciężkiej cukrzycy zostaje całkowicie wydalony.
4. Ochładzanie, wzmagające cukromocz w przypadkach lekkiej cukrzycy, nie powiększa cukromoczu u beztzustkowego psa. Dowodzi to, zdaniem autorów, że pies taki wydziela wszystek cukier, na który się może zdobyć.
5. To samo stwierdza stałość t. zw. wskaźnika *Minkowskiego* D:N. Liczba D:N oznacza stosunek ilości cukru do azotu całkowitego w moczu psa, cierpiącego na cukrzycę trzustkową przy absolutnie bezwęglowodanowej diecie. Stałość wskaźnika owego, chwiejącego się około 2,8, zdaniem *Minkowskiego*, dowodzi, iż jest to całkowity cukier, tworzący się z białka. Cukier ten, nie będąc zużytkowany, wydziela się w moczu.
6. Obecność ciał ketonowych ma też być skutkiem niespalania się cukrów, w myśl maksymy a właściwie ładnego frazesu: białka i tłuszcze spalają się w ogniu węglowodanów.

Wszystkie te dowody mają na celu li tylko stwierdzenie faktu niespalania się cukrów w przypadkach ciężkiej cukrzycy, względnie częściowej utra-

ty zdolności tkanek do zużytkowania ciała tego w t. zw. lekkich postaciach djabetu.

Przytoczę poniżej cały szereg badań, dążących do wyświetlenia owej „nietolerancji“ i mechanizmu jej powstawania.

Już *Claude Bernard* zauważył, że cukier we krwi „in vitro“ po pewnym czasie zanika. Nazwał on tę sprawę glikolizą. *Lépine* zużytkował doświadczenie to dla prac swoich nad cukrzycą. Znalazł on, jak również i jego uczniowie, że glikoliza we krwi djabetyka idzie w daleko wolniejszym tempie aniżeli u człowieka zdrowego. *De Meyer*, którego zdaniem czynnik glikolityczny znajduje się przeważnie w leukocytach, usuwa tę „insuffisance glycolitique“ przez dodanie wyciągu trzustkowego do krwi.

Za pomocą metod serologicznych otrzymuje on nieco problematyczną antyglikolizynę i antypankreatynę. Podług *Cohnheima* czynnik glikolityczny znajduje się również w mięśniach. Twierdzi on, iż ubita na miążgę tkanka mięśniowa psa beztrzustkowego spala cukier gorzej od tkanki psa zdrowego. Po dodaniu wyciągu trzustkowego spalanie cukru wzmagają się.

Prace *Lépin'a*, *de Meyer'a*, *Vandepu't'a*, *Cohnheim'a* i innych spowodowały wielką ilość badań następnych, które jednakże wykazały, iż wszelkie manipulacje nad wyciągami z narządów i t. z. „Organbrei“ ze względu na wielkie trudności zachowania bezwzględnej jałowości, miarodajnie być nie mogą. Chcąc in vitro związać sprawę glikolizy, badacze zapominali, iż funkcja tkanki na miążgę roztartej pod wieloma względami różni się od tkanki żywej, że czynność komórki jest w ścisłej zależności od jej budowy.

To też aplauz uzyskały prace znakomitego fizjologa *E. W. Starlinga* i jego uczniów nad spalaniem cukru przez narządy w możliwie fizjologicznych warunkach.

Badali oni ilościowo glikolizę serca psa normalnego i cierpiącego na cukrzycę trzustkową. Okazało się, iż mięsień sercowy psa cukrzycowego przy pracy spala o połowę mniej cukru gronowego, aniżeli serce psa zdrowego.

Po dodaniu odwaru trzustki glikoliza serca chorożego wzrasta. Prace te wywołały wielkie wrażenie. Zdawało się bowiem, iż kwestja spalania jest raz na zawsze rozwiązana i nawet taki przeciwnik teorii o niespalaniu cukru w cukrzycy jak *Norden* — podług jego słów własnych — utracił grunt pod nogami. Nieco później lwowski badacz *Wilenko* stwierdził, iż spalanie cukru przez izolowane serce adrenałizowanego zwierzęcia również jest zahamowane, a trzeba zaznaczyć, że *Norden* jest jednym z głównych obrońców teorii nadprodukcji; większość zaś niemieckich klinicyстів stoi na stanowisku przeciwnym. We Francji z wybitniejszych tylko *Glénard*, *Gilbert*, obecnie może *Lépine*, z fizjologów *Hédén* zarzucili teorię *Bouchard'a* o niespalaniu się cukru w cukrzycy z powodu upadku wszelkich procesów

utleniających w tej chorobie i powracają powoli do poglądów ojca djabetologii *Claude Bernard'a*.

Na czym polega owa teoria nadprodukcji i jakie jest jej umotywowanie? Jak wiadomo, wszelkie węglowodany pod wpływem czynników diastatycznych ślinianek i trzustki rozkładają się na cukier gronowy.

Cukier ten z jelit wędruje przez żyłę wrotną do wątroby. Tutaj podlega polimeryzacji i jako glikogen pozostaje w wątrobie. Pozostaje on do chwili, kiedy znów, jako glikoza, wędruje w miarę potrzeby do krwioobiegu głównego i do wszystkich tkanek przeważnie do mięśni. Wiadomo bowiem, iż praca mięśniowa odbywa się prawdopodobnie li tylko kosztem cukru; najprawdopodobniej dzięki tworzącemu się z niego kwasowi mlecznemu. Glukoza, dochodząca do tkanki mięśniowej, spala się do kwasu mlecznego tylko w miarę potrzeby, reszta jej polimeryzuje się, jako glikogen, i w ten sposób tworzy pewien zapas materiału palnego, niezbędnego dla pracy mięśniowej.

Jak wykazały prace *Embden'a* i jego uczniów kwas mleczny, zarówno jak i cukier gronowy i wszystkie ciała cukrotwórcze, jest jednym z głównych bodźców glikogenolitycznego działania wątroby. Wskutek wzmożonego dopływu do wątroby kwasu mlecznego, wzmagają się hydroliza glikogenu i tem samem ilość cukru we krwi. O ile glikogen w wątrobie znajduje się w małej ilości (a tak się dzieje np. w stanach głodu węglowodanowego) wytwarza ona cukier nie tylko z glikogenu, ale i z białka (t. zw. cukier białkowy), a może i z tłuszczów. Ostatnia ta możliwość pewna nie jest, co się zaś tyczy t. z. cukru białkowego, to wiadomo, iż kwas aminowy jak alamina, lizyna, asparagina, kwas glutaminowy i cystyna są ciałami cukrotwórczemi.

W cukrzycy, zdaniem *Nordena*, sprawa hydrolizy glikogenu w wątrobie podlega zboczeniu. Wskutek tej „dyszooamylji“ krew przecukrza się, a wątroba, pozbawiona glikogenu, ciągle tworzy nowe zapasy glikogenu, którego jednak zatrzymać nie może. W ten sposób wątroba djabetyka odpowiada na bodziec zwykły nadmierną produkcją cukru. Stąd niski poziom wskaźnika oddechowego; nie oznacza on niespalania się cukru; przypomnijmy sobie, iż cukier djabetyka tworzy się przy bezwęglowodanowej djecie, przeważnie z białka; otóż resztki białkowe, ciała w tlen nie obfitujące, spożywają tlen i w ten sposób obniżają wskaźnik.

Takie pojmowanie sprawy tej potwierdza się, zdaniem *Nordena*, przez prace *Porgesa* i *Salomona*. Badali oni zachowanie się wskaźnika oddechowego u zwierząt, pozbawionych wszystkich narządów brzochni, a więc i wątroby. Wskaźnik oddechowy był mniej więcej jednaki u zwierząt djabetycznych i zdrowych. Stąd wniosek następujący: Spalanie cukru przez tkanki djabetyka odbywa się normalnie, a wskaźnik oddechowy nie zmniejsza się, gdyż usu-

nięto miejsce wytwarzania się ciał tlenochłonnych — wątrobę — gdzie właśnie tworzą się resztki białkowe przy zamianie białka na cukier. Prace te były poddane bardzo surowej krytyce. Zwrócono słuszną uwagę, że badania nad ogólną przemianą materji nad umierającymi zwierzętami nie mogą być miarodajne.

Co się tyczy jednej z głównych tez Minkowskiego — stałości wskaźnika D:N, to po pierwsze, nie jest on stały, w przypadkach cukrzycy floryzynowej dochodzi do 3,6, w przypadkach cukrzycy ludzkiej do 6; po drugie zaś, nie oznacza on maksymalnego wydzielania cukru przez psa beztrzustkowego. Cukromocz psa takiego zwiększa się przez podanie np. adrenaliny.

Zrozumiałe jest z punktu widzenia teorii dyszooamylji, że cukromocz u cukrzycowego wzrasta po podaniu cukru gronowego doustnie, lub parenteralnie. Cukier ten wydziela się nie wskutek tego iż tkanki nie mogą go zużyć, ale dlatego że, dochodząc do wątroby, nie zostaje w niej zatrzymany, lecz gwałtownie rzucony do krwi, i tak już przecurkzonej. To też podawanie węglowodanów u djabetyka, odcukrzonego należycie, nie wytwarza tak znacznej hyperglikemji i może nie powodować cukromoczu.

Co się tyczy badań Lépin'a, Vandepu't'a, de Meyer'a, Cohnheim'a i innych, to prace autorów późniejszych, jak *Hall, Bendix, Kraus, Mc. Guigan, Rona, Levena, Hess i Landsberg* różnicy pomiędzy glikolizą tkanek djabetycznych i zdrowych stwierdzić nie zdołali.

To samo stało się z wyżej wymienionemi poglądami na bezpośredni wpływ trzustki, wzgl. na spalenie się cukru.

Najprawdopodobniej trzustka działa nie na tkanki wprost, lecz na komórkę wątrobową, regulując zachowanie się w niej glikogenu. Przemawiają za tem badania *Kauscha, Marcuse, Rosenfelda* — a przeważnie *Hédona*. Znakomity fizjolog ten wprowadził trzustkę do krwiobiegu głównego i do obiegu żyły wrotnej u psa pozbawionego trzustki. Okazuje się, iż cukromocz wzgl. hyperglikemja zmniejszają się tylko wtedy, jeżeli trzustka jest włączona do obiegu żyły wrotnej. Wprowadzenie zaś trzustki pomiędzy a. corotis, a v. jugularis jest bezskuteczne. W ten sposób widzimy, że trzustka działa tylko na wątrobę — jak mówi *Norden*, jako „Diastase-dämpfer“.

Jako jedyny atut w ręku stronników teorii „nietolerancji“ pozostały doświadczenia *Starlinga* z glikolizą serca. Lecz w krótkce po ogłoszeniu pracy tej *Macleod i Pearce* wykazali, iż spalanie cukru przez pracujące serce upada nie tylko u psa pozbawionego trzustki ale wogóle po każdej poważniejszej operacji, osłabiającej dany ustrój. Zniewoliło to *Starlinga* do sprawdzenia doświadczeń swoich i prawie że jednocześnie ukazały się prace *Cruikshank'a i Patterson'a*, uczniowie

jego, oraz *Morawitza i moja*. *Cr. i Patterson* potwierdzili badania *Macleod i Pearce* i wykryli źródła błędów poprzednich prac *Starlinga*, badania moje zaś miały na celu wyświeetlenie tej kwestji zasadniczej przez określanie ilości cukru, spożytej przez utrzymane przy życiu i wyodrębnione mięśnie psów zdrowych i cukrzycowych. W tym celu do odpreparowanych tętnicy i żyły tylnej łapy psa wprowadzono szklane rurki, resztę zaś naczyń łapy przewiązywano.

Do tętnicy wlewano krew osobnika, do którego łapa ta należała, około litra. Krew ta przy pomocy specjalnej aparatury była utrzymywana stale przy 38—39 stopniach C. Łapy były w ciągłym ruchu, podrażniane przez prąd elektryczny. Elektryzacja trwała około godziny. Porównywano ilość cukru we krwi tych kończyn przed elektryzacją i po niej. We wszystkich przypadkach jak u psa zdrowego, tak i u psa pozbawionego trzustki, zużyta ilość cukru była mniej więcej jednakowa. Zarazem w badaniach nad glikolizą krwi udało mi się stwierdzić, że nawet w wypadkach nadmiernego pochłaniania tlenu przez młode krwinki (przy zatruciu fenylodrazyną) glikoliza nie wzrastała, czyli że sprawy utleniania i glikolizy krwi równolegle nie przebiegają. Przemawia to przeciw teorii *Bouchard'a* o „ralentissement de la nutrition“ w cukrzycy przez zahamowanie spraw utleniania.

W jakiś czas potem *Verzar*, fizjolog węgierski, dotychczas przeciwnik teorii nadprodukcji i *Macleod i Pearce* w nieco inny sposób stwierdzili, iż wyodrębnione narządy psów cukrzycowych spalają cukier równie dobrze jak narządy psów zdrowych. Badania wyżej wspomnianych autorów, zarówno jak i moje, były wykonywane nad zawartością cukru w płynach, odżywczych, przed i po doświadczeniu. Wykazywały one, że ilość cukru w płynach tych zmniejsza się jednakowo u djabetyków jak u osobników zdrowych lecz nie stwierdzały one, że produkty rozpadu drobin cukru są w obu przypadkach również jednakie. Może właśnie w tym końcowym procesie zachodzi jakaś różnica. Na pytanie to znajdujemy odpowiedź w matematycznie ścisłych i nadzwyczaj pomysłowych, dotąd drukiem nie ogłoszonych badaniach *J. Parnasa*, z których zdawał relację w *Tow. Nauk. Warszawskiem*.

Stwierdził on również, iż proces spalania cukru w cukrzycy trzustkowej nie różni się od spalania cukru przez tkanki zwierzęcia normalnego. W doświadczeniach nad spalaniem cukru przez mięśnie żaby, pozbawionej trzustki i dotkniętej wskutek tego cukrzycą, *Parnas* wykazał, że: po pierwsze, mięsień żaby cukrzycowej konsumuje tę samą ilość cukru, znajdującego się w nim, co i mięsień żaby zdrowej; po 2) oba te mięśnie zdolne są przy jednakowym bodźcu do wykonywania absolutnie jednej i tej samej pracy, po 3) ilość tlenu spożyta przy pracy tej jest również jednakowa i — co najważniejsze — oba te

Już się rozpoczęła sprzedaż obligacji

# 4<sup>o</sup> Państwowej Pożyczki Premjowej

dnia 6-go listopada 1920 r.

będzie wylosowana z pośród tej ilości obligacji, jaka istotnie oddana została do sprzedaży

## Pierwsza

# MILJONOWA PREMJA

wypłacana wygrywającemu **bez jakichkolwiek potrąceń nie później niż w 14 dni** od daty przedstawienia odnośnej obligacji.

**Lokata oszczędności i kapitału** w obligacjach 4% Państwowej Pożyczki Premjowej, jest racjonalnem, celowem i korzystnem zabezpieczeniem gotówki.

**Obligacjami tej pożyczki można posługiwać się jak gotówką**, składając je w pewnej wartości nominalnej, jako: wadja przy licytacjach, kaucje akcyzowe i celne, kaucje przy zawieraniu kontraktów ze Skarbem Państwa, kaucje składane do depozytów wszelkich instytucyj rządowych w wypadkach, gdy prawo przewiduje składanie kaucyj pieniężnych.

**Kuponami tej pożyczki można płacić cła i podatki państwowe.** Polska Krajowa Kasa Pożyczkowa i Poczтовая Kasa Oszczędności będą przyjmowały bez żadnej opłaty na przechowanie Obligacje 4% Państwowej Pożyczki Premjowej aby uchronić posiadaczy przed pożarem, kradzieżą lub zgubą obligacji.

**Przy wprowadzeniu przyszłej waluty polskiej** 4% Państwowa Pożyczka Premjowa będzie przerachowana



**po kursie o 10<sup>o</sup> wyższym**



od kursu ustalonego dla wymiany znaków obiegowych.

**W każdą sobotę w ciągu pierwszych dwudziestu lat**  
**będzie wylosowywana jedna wygrana w kwocie**

# Miljona Marek Polskich

Do pierwszego ciągnięcia

**cena obligacji tylko 1000 marek**  
**bez doliczania odsetek.**



CASCARA MIDY

*Najtagodniejszy  
najpewniejszy  
przeczyszczający*  
srodek  
**PIGUŁKI**

**CASCARA MIDY**

*1-2 pigułek przy kolacji  
Pudełko z 50 pigułkami i 20 pigułkami*

**OBSTRUKCJA**

CASCARA MIDY

Próbki: Laboratoire Midy

FOKSAL 13 WARSZAWA

LEK SWOISTY ORYGINALNY

**Piperazine**  
**MIDY**

ZIARNISTA MUŚUJĄCA

NAJBARDZIEJ OBFITUJĄCA W PIPERAZINĘ

NAJPOTĘŻNIEJSZY ŚRODEK,  
ROZPUSZCZAJĄCY KWAS MOCZOWY

WYWIERA DZIAŁANIE PRZECIWNILNE NA MOCZ      POBUDZA CZYNNOŚĆ WĄTROBY

Proby wysyła skład główny Laboratorium Midy, Warszawa, Foksal, 13

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszem zawiadamia WW. PP. Doktorów, iż

**„MOTOFER“**

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

**Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“**

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

**Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.**

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.





mięśnie produkują przy jednakowej pracy jednaką ilość kwasu mlecznego. W ten sposób Parnas, pracując najfizjologiczniej — nie posługiwał się on płynami odżywczymi — w sposób bardzo jaśkrawy udowodnił, rzec można, fakt następujący: spalanie cukru w cukrzycy idzie najzupełniej normalnie.

Jeżeli jest tak w istocie, to w jaki sposób należy przedstawiać sobie sam fakt powstawania hyperglikemji? Gdzie znajduje się właściwa *materia peccans* djabetu? Wspomniane badania *Hédona*, *Kauscha*, *Marcusego*, *Rosenfelda*, oraz ostatnio *Lépina* stwierdzają, iż hormon trzustkowy w jakiś sposób wpływa na sprawy przemiany węglowodanów w wątrobie. Lecz dotychczasowe poszukiwania jakichś zmian morfologicznych czy chemicznych wątroby w djabetcie były jałowe. Dopiero *Lesser*, *Fröhlich* i *Pollak* oraz *Hofmeister* rzucili nieco światła na tę zawiłą sprawę. Przypuszczając, iż proces glikogenolizy w wątrobie cukrzycowej jest wzmożony, należałoby stwierdzić, iż i ilość zaczynu rozkładającego glikogen, djastazy, również jest zwiększona. Lecz tak nie jest.

*Cl. Bernard* i *Schiff* zwrócili uwagę, iż pośmiertny zanik glikogenu w wątrobie żaby wiosną przebiega bardzo szybko, podczas gdy zimą ilość glikogenu po wyjęciu wątroby z ciała zmniejsza się bardzo nieznacznie. Jednakże nie dzieje się to wskutek różnicy w ilości djastazy, która jest w obu wypadkach jednakowa. Według *Lessera* dziwny fakt ten należy tłumaczyć w ten sposób, że zimą, wskutek niewyświetlonych dotychczas czynników, djastaza nie ma dostępu do glikogenu, że na wiosnę zachodzą najwidoczniej pewne zmiany struktury tkanki wątrobowej, dające możliwość zetknięcia się zaczynu i substratu. Owe zmiany wywołał *Lesser* doświadczalnie przez utrzymywanie żab w atmosferze beztlenowej i przez wycięcie trzustki. W tych warunkach „zimowa“ wątroba zachowywała się tak samo jak letnia. Przy założeniu *Lessera* zostały jeszcze niejako wyraźniej potwierdzone przez badania *Fröhlicha* i *Pollaka*. Po dodaniu adrenaliny do izolowanej wątroby stwierdzili oni gwałtowny wzrost glikogenolizy. Wątroba taka produkowała o wiele więcej cukru ze swoich zapasów glikogenu, aniżeli bez wpływu adrenaliny. Przy tej samej ilości diastazy adrenalina jakby zbliżała ze sobą diastazę i glikogen, oddziaływujące wzajemnie na fizjologiczną izolację obu tych ciał. Że w istocie glikogen w komórce wątroby djabetycznej znajduje się gdzieindziej, aniżeli w wątrobie normalnej, za tem do pewnego stopnia przemawiają pewne dane *Hofmeistera* i *Ishimori*. Zauważyli bowiem oni, iż po nakłuciu *Cl. Bernarda* ziarenka glikogenu, zabarwione metodą *Besta* występują z ośrodka komórki wątrobowej, usadawiając się bardziej peryferycznie. Tużaj rają bliższy dostęp do djastazy płynu międzykankowego i podlegają hydrolizie.

Opierając się na wszystkich tych danych, mimo wielu jeszcze niewyjaśnionych kwestyj, możemy na-

kreślić pewien schemat przemiany węglowodanów w cukrzycy.

Cukromocz jest spowodowany w pierwszej linii przez hyperglikemję. Hyperglikemja ta jest skutkiem nadmiernego wytwarzania cukru przez wątrobę. Dzieje się to przez gwałtowną hydrolizę glikogenu w tkance wątrobowej. Owa dyszooamylja jest spowodowana przez bliższe zetknięcie się fermentu z substratem. Sprawa glikogenolizy u zwierzęcia normalnego znajduje się pod stałą kontrolą trzustki, hamującej ją, oraz produktów nadnerczy, wpływających nań pobudzająco przez swą sympatykotropję.

Wątroba, pozbawiona glikogenu wskutek ciągłego jego rozkładu pobudzana przez pochodne cukru, jak kwas mleczny, wzgl. kwas pyrogronowy, tworzy stale świeże zapasy glikogenu; w braku węglowodanów tworzy je z białka i może z tłuszczów. W sprawie powstawania cukru białkowego tworzą się z tak zwanych resztek białkowych ciała ketonowe, powodujące zjawiska ketonemji i kwasicy.

Co się tyczy kwestji spalania lub niespalania cukru w cukrzycy, należy podkreślić, że chociaż fakty, przemawiające za niespalaniem, nie są dowodzącymi, to jednak nie jest wykluczone pewne uchylenie od normy w użytkowaniu w nieprawidłowy sposób wytworzonego cukru przez ustrój cykrzycowy.

W ten sposób można rzec wraz z *Cl. Bernard'em*. „Le foie devient le pivot de la glycogène normale aussi bien que de la glycogenese pathologique ou diabetique.“

Widzimy, iż nauka o cukrzycy w dalszym ciągu opiera się na pracach tego znakomitego badacza.

Czy powyższe traktowanie cukrzycy, jako cierpienia, które wynikało wskutek zaburzenia obiegu węglowodanów w wątrobie, może mieć również i pewne praktyczne znaczenie, czy jest ono krokiem naprzód w sprawie leczenia djabetu?

Celowo nie poruszam tutaj zagadnień terapii djabetycznej, której wyników dodatnich niepodobna zrozumieć z punktu widzenia teorii o niespalaniu cukru. Pozwolę sobie poruszyć stosunkowo mało opracowaną terapię farmakologiczną cukrzycy, wzgl. cukromoczu.

Środków przeciwcukrzycowych, zalecanych jako niezawodne, jest bardzo wiele, lecz tylko niektóre z nich zyskały prawo obywatelstwa, a mianowicie środki grupy makowca, brom i wszystkie antipyretica działają one bezsprzecznie na spadek cukromoczu, W jaki sposób?

Z naszego punktu widzenia przyczyną hyperglikemji jest wzmożona hydroliza glikogenu w wątrobie, stale podlegająca hamującemu wpływowi trzustki, z drugiej zaś strony wiemy, iż przez włókna n. współczulnego proces glikogenolityczny otrzymuje bodźce podrażniające. Wszelkie zatem środki, pobudzające swoistą działalność trzustki z jednej strony, i hamu-

jące proces hydrolizy glikogenu — tę „hyperhepatie“ Glenarda — z drugiej, powinny działać przeciwdiabetycznie. O sposobie wzmożenia hormonów trzustki nie pewnego twierdzić nie możemy. Jak dotychczas, doustne i parenteralne podawanie preparatów trzustki nie wykazało żadnego przeciw cukrzycowego działania: Co się tyczy wpływu na sam proces glikogenolizy, to można oddziaływać na nią w trójnasób: na centralny ustrój nerwowy, na *farmakologicznie* samoistne zakończenia n. współczulnego i, wreszcie, na samą komórkę wątrobową. Z tego punktu widzenia wszelkie środki, uspakajające centr. ustr. nerwowy, zmniejszają hyperglikemję; tak jest w istocie: brom, opium i antipyretica rzeczywiście są środkami przeciw cukrzycowymi. Co się tyczy zakończeń n. współczulnego, to wiemy, iż swoistym ich bodźcem jest adrenalina, powodująca, jak wiadomo, cukromocz. Antagonistów zupełnych adrenaliny nieznamy. Można by tu nazwać środki, pobudzające ustrój, tak zwany autonomiczny, jak: cholina, fizostygmina i pilokarpina, lecz środki te zbyt są trujące. *Brodie i Dickson* za antagonistkę adrenaliny uważają apokodeinę, pochodną kodeiny. W badaniach (niedokończonych) udało mi się stwierdzić pewien wpływ apokodeiny na cukromocz adrenalinowy, lecz uwydatniał się on dopiero po prawie że śmiertelnych dawkach. Środkiem *częściowo* hamującym działanie adrenaliny jest ergotoksyna, alkaloid sporyszu. *Loevy* za pomocą środka tego zmniejszał cukromocz adrenalinowy. Przypomnę w tem miejscu, że usunięcie trzustki wzmacnia wrażliwość ustroju na adrenalinę; dowodem jest reakcja źrenicowa *Loevy'ego*, polegająca na rozszerzaniu się źrenicy oka po zauszczeniu paru kropel rozczyynu 1:1000 adrenaliny

do spojówki. *Frölich* i *Pollack* zdołali zmniejszyć hydrolizę glikogenu w wyodrębnionej wątrobie przez ergotoksynę. Jednakowoż środki te są zbyt toksyczne, aby *leczyć* niemi nadmierną pobudliwość ustroju nerwu współczulnego. Dotychczas takiego środka *leczniczego* nie znamy, bardzo możliwe, że prace nad pochodnymi choliną będą pod tym względem owocniejsze.

Pozostaje sama komórka wątrobową. Wiadomo, iż takie ciała jak sublimat, arsenik i trucizny, można rzec, specyficznie wątrobowe, wpływają ujemnie na cukromocz. Jednym z jądów wątrobowych jest hydrazyna. Przy wspomnianych badaniach mych nad wpływem fenylohydrazyny na glikolizę, zwróciłem uwagę na znaczny spadek cukromoczu u psa beztrzustkowego, traktowanego, fenylohydrazyną. Spostrzeżenie to potwierdzają badania *Underhill'a* i *Fine'a* nad działaniem siarczanu hydrazyny na cukromocz. Pod wpływem fosforu, również jadu wątrobowego, *Frank* i *Isaak* zmniejszali hydrolizę glikogenu w izolowanej wątrobie. Z prac *Starlinga* wiemy, iż lymphagoga I-ego porządku, jak pepton i wyciągi z mięśni raka oraz pijawki, wzmagają obieg limfy szczególnie w wątrobie. Może więc przez swoją hepatotropję działają ciała owe również antydiabetycznie; tyczy się to przeważnie hirudyny (jak to stwierdził *Wilenko*). W ten sposób widzimy, że wszelkie środki, tylko uśmierdzające hyperglikemję, czynią to dzięki wpływowi ich, bądź pośrednio, przez ustrój nerwowy, bądź bezpośrednio na tkankę wątrobową. I w tym kierunku może się rozwinąć przyszłe leczenie farmakologiczne cukrzycy.

## Próby leczenia chorych na dur wysypkowy surowicą ozdrowieńców.

(Notatki z niewoli niemieckiej.)

Podał *Ant. Kraskowski*. \*)

Jako lekarz armji rosyjskiej dostałem się z obozem szpitala 8-ej dywizji piechoty, w pierwszym zaraz tygodniu wojny wszechświatowej do Magdeburga i tam byłem w szpitalu niemieckim. Mieliśmy internowanych chwilowo lekarzy niemieckich, z którymi utrzymywaliśmy czysto koleżeńskie stosunki, oficjalnie nawet ułatwiliśmy dwóm kolegom powrót do swoich razem z furmankami, bagażem i sanitariuszami.

\*) W odpowiedzi na »Dobrobyt higieniczny z życia jeńców w Niemczech« w pierwszym roku wojny (okres 1914 i 1915) autor podaje tę pracę, stanowiącą streszczenie dłuższego oryginału. w imieniu współpracowników lekarzy: armji angielskiej — d-ra *Laid'a*, belgijskiej — d-rów *Ballon'a* i *Destré'go*, francuskiej — *Monvoisier'a*, rosyjskiej — d-rów *Arnoldowa*, *Berezina*, *Jelutina* i *R. Biegmana*.

W tydzień później, gdy nas zabrali pod *Wittenbergiem* do niewoli, Niemcy, uprzedzeni wcześniej, chociaż wiedzieli, że mają do czynienia tylko z obozem sanitarnym, dla większego postrachu puścili kilka szrapneli, któremi zabili jednego sanitariusza i dwa konie z obozu sanitarnego. Oprócz tego odebrali nam wszystkie rzeczy prywatne, a do karet szpitalnych Czerwonego Krzyża, sam widziałem to na drugi dzień na rynku w *Wittenbergu*, ładowali paczki z patronami i inną amunicją. Nas, koło 20-tu lekarzy z 30-tu sanitariuszami i felczera i ze 150-ma najcięższymi rannymi, zapędzili do więzienia. Tam przetrzymali nas dwa tygodnie; przez pierwszy tydzień wcale jeść nie dali i tylko dzięki wypadkowej pozostawionej w kieszeni kolegi dr. *Wariszczewa* paczce z I fun-

tem cukru i z herbatą mogliśmy przez cały tydzień zaspakajać pragnienie herbatką (po rosyjsku „w nagładku“) na pamiątkę tego zachowałem i mam dotychczas jeszcze kawaleczek cukru, na który patrząc, osłodziłem sobie herbatę.

Kiedy wypadkowo trafił do nas jeden ze zwolnionych przez nas w Magdeburgu niemiecki kolega, nietylko nic nam nie dopomógł i nie starał się o uwolnienie dla nas, ale nawet nie podał nam ręki.

Jeden z niemieckich oficerów z „trupią główką“, rozkazując żołnierzom przyszykować bagnety, próbował odebrać bezbronnemu naszemu lekarzowi dywizyjnemu Bekmanowi, jego złoty znak doktorski rosyjski, jako „zdobycz wojenną“ (niektórzy Niemcy po odebraniu rosyjskich znaków i orderów zawieszali je obok swoich na piersiach) i tylko młodszy kolega R. wyręczył d-ra B., zaofiarowawszy swój srebrny znak lekarski.

W tydzień później, oprócz naszych, umierających i ciężko rannych, przywieźli nam chorych niemieckich i zaproponowali nam leczyć ich, na co odpowiedzieliśmy, że głodni jesteśmy i bez jedzenia nic nie zrobimy. W ten czas piątego dnia dali nam cielaka i kartofli, a później chleba, kawy i t. d. jak innym jeńcom.

Po dwóch tygodniach przetranslokowali nas do obozu oficerskiego w Neiss (na Śląsku), gdzie parę miesięcy było około 120-tu lekarzy bez zajęcia. Stąd w końcu października dostaliśmy się do Gütterlslo (W. Salja) do oficerskiego obozu jeńców, mieszczą-

się w nowych budynkach *szpitala psychiatrycznego*, gdzie dla mnie, dr. Swieńskiego (z Żyrardowa), *Mauljesa* (z Warszawy) przeznaczony był pokój ze stałą  $t^{\circ} + 7^{\circ}$ . Naturalnie wkrótce nabawiliśmy się reumatyzmu, z którym po paru tygodniach odesłali mnie do obozu żołnierskiego w Mündenheide w pobliżu granicy Holandji, gdzie obowiązany byłem leczyć jednocześnie z dr. Kurylukiem prawie bez przerwy drżących żuawów, hindusów, z którymi porozumiewaliśmy się przez odpowiednich trzech tłumaczy. Byli też tam Polacy i Rosjanie cywilni, ale ich natychmiast wysłano.

Tam w garażu awiacyjnym, a później w baraku, zrobionym z cieniutkich deseczek, wypadło mi nocować przy  $t^{\circ} 4^{\circ}$ , bo mocny wiatr morski wywiewał wszystko ciepło z funkcjonujących tylko w dzień piecyków. W lecie 1915 r. wysłano mnie do obozu Klein-Wittenberg w Turynji; w tym obozie spotkałem największą nędzę. W obozach jeńców widywałem jeńców cywilnych od lat 7—8 do lat 70—80, — starców nawet z rupturami i zupełnie niezdatnych do pracy (najczęściej wziętych z Belgji i Polski, — niektórzy z nich wzięci byli nawet wprost z kościoła — podczas nabożeństwa.)

Początkowo dla nas lekarzy był przeznaczony pokój, wyglądając jak duża stodoła (stałe wilgotny i zimny) w bezpośredniej łączności ze szpitalem, w którym chorzy leżeli przez pierwszy miesiąc epidemii

wprost na podłodze, często bez kołder, i tak gęsto, że lekarze i służba sanitarna musieli przeskakiwać przez chorych, narażając się bardzo łatwo na zarażenie.

W niewoli, w tym samym obozie w Klein-Wittenberg, gdzie byli również francuscy lekarze i duchowni, miałem za współlokatora księdza, francuskiego abbata, lat 55 — 60, który wzięty ze swojej parafji na froncie, tak przejął się niewolą, że postanowił nie golić się, nie strzyż, nie czesać i nie myć. Można sobie wyobrazić, że osobnik ten z długą i gęstą brodą i z niestrzyżonymi włosami, był wstrętnie brudny i zawszony, — insekty stale były widoczne na nim i na ścianach. Dopiero pod koniec kwietnia, kiedy otrzymanym *aparatem* dezynfekcyjnym do parowania, zmusiliśmy go do odpowiedniej dezynfekcji, tembardziej, że umarł sąsiad jego, francuski ksiądz-jezuita i paru francuskich lekarzy zachorowało na dur plamisty. „Wszawy Abbat“, jak nazywaliśmy go, pozostał jednak zdrowy i w lipcu 1915 r. powrócił do Francji.

Z ogólnej liczby 36-ciu internowanych lekarzy zmarło ośmiu (42, 11%): dwóch z rosyjskiej armji: dr. Platonow i B. Bogdanowicz, trzech z francuskiej i trzech z angielskiej.

Żołnierze i cywilni, Anglicy, Belgijczycy, Francuzi, Rosjanie, razem piętnaście tysięcy jeńców, byli ulokowani w polu, koło miasta Wittenberga, na małej przestrzeni (koło półtora kilometra długości i pół km szerokości).

Niemcy, a nawet ich lekarze, nie wchodzili do obozu kwarantannowego; wszystko pozostawili jakoby na odpowiedzialności bezbronych i bezsilnych internowanych lekarzy, którym, jak i reszcie jeńców zabroniono nawet wszelkiej komunikacji pocztowej. Nawet mając pieniądze, nic nie można było kupić, gdyż nasze pieniądze Niemcy uważali za przenośnika zarazy.

Przez pół roku byliśmy zupełnie odcięci od świata. Odżywienie jeńców było tembardziej marne, że służba kuchenna wszystko, co było najlepsze, chowała „dla siebie i swoich“, a nasz dozór lekarski był bezsilny. Wogóle odżywiali jeńców szarą zupką z margaryną, wodą z kawą z dodatkiem paruset gramów chleba, który większość palących wymieniała na tytoń lub sprzedawała, aby te pieniądze wkrótce przegrać w karty. Hazard z tęsknoty, jak mi się wydawało, codziennie się powiększał, panowała ogólna chęć zapomnienia o wszystkim i niektórzy rzeczywiście zapominali nawet o najniezbędniejszych potrzebach własnego organizmu.

Chorzy, przenoszeni do szpitala, wyglądali zupełnie jak trupy, — istne typy okazów, określonych jako „skóra i kości“.

Byli między jeńcami i tacy, którzy do palenia papierosów zrywali papę z dachów i zbierali znalezione na śmietniku papierki.

Byli tam i ludzie półnormalni, nie podobni do

ludzi, obrośnięci jak zwierzęta, nie czesani i nie myci; wcale nie dbali o siebie, całe dni drzemiąc, milcząc i zawsze pozostający w jednym, przeznaczonym dla nich kąciku; niektórzy z nich nawet do ustępu nie chodzili i wypróżniali się do tej samej miseczki, w którą żądali, by nalać im „wasser-zupki“ lub „wasser-kawy“, a pozornie wyglądali jak zdrowi i na nic się nie skarżyli.

W pierwszym półroczu niewoli Niemcy tylko raz chcieli zaofiarować jeńcom bieliznę papierową, która była podobna do ceraty na kompresy i prała się tylko w zimnej wodzie. Jeńcom nie podobało się, pomimo, że prawie bez przerwy przez siedem miesięcy większość z nich nosiła jedną i tę samą bieliznę, która od ciągłego noszenia, a może od <sup>używania</sup> do prania (mydła dopiero później dali) tak się podarła, że niektórzy pozostali zupełnie bez bielizny. Przy 15 tysiącach jeńców w obozie rzadko na kogo wypadła kolej korzystania z natrysków, urządzonych na 100 do 150 osób dziennie. Naturalnie insektów było niezliczone mnóstwo. Cementarz położony był tuż przy obozie, obok budynków kuchennych na małym placu; groby urządzone po 5-6 jeden na drugim (czasami grób dochodził do sześciu pięter wysokości po 1½ metra piętro); liczba ich powiększała się bez przerwy codziennie.

Na domiar złego w r. 1916 dla postrachu dyscypliny pan komendant obozu jeńców w Klein-Wittenberg wszczyniał czasami niespodziewanie alarm: jeden z dozorców niemieckich dawał sygnał gwizdawką, na której odgłos wszyscy jeńcy, którzy byli w obozie gęsto oplątany drutem kolczastym, w przeciągu pięciu minut musieli się schować do baraku; kogo zaś zauważyli koło baraku lub koło ustępu, do tego strzelali, nie wyłączając nawet chorych i personelu sanitarnego. W jednym wypadku przestrelano fartuch d-rowsi Laupmanowi, w chwili, gdy przechodził z jednego baraku szpitalnego do drugiego.

Najgorzej było w dniu ogłoszenia wojny przez Włochów. Wściekli Niemcy strzelali do baraków z jeńcami; pamiętam, że zabili 14-stu i ranili około pół setki, bez żadnego powodu ze strony jeńców.

W lipcu 1915 r. gdy kwarantanna była skończona i Niemcy weszli do obozu jeńców, jeżeli który z jeńców w czemkolwiek zawinił, zamiast aresztu w kozie, był karany w ten sposób, że przepuszczono go przez szeregi dwóch, trzech par Niemców z jednej i drugiej strony, którzy bili winnego jeńca rękami gumowymi na palec grubymi i zaopatrzonymi w środku w sprężynę. Od uderzeń robiły się rany, dużo gorsze niż od nahałek kozackich, gangrenujące prawie do kości. Mniejsze przewinienia karano przywiązaniem na parę godzin do słupa, na łokieć wysokości.

Pomimo wyżej wymienionych warunków życia jeńców w obozie Klein-Wittenberg, 35-ciu lekarzy sprzymierzonych armji, internowanych przez Niemców zmuszonych było jednocześnie do walki z cholera, z

krwawą biegunką, durami, między którymi najwięcej było wypadków duru plamistego.

Każdemu z pracujących w tej epidemji lekarzowi wyznaczono „pensję“ od 60 m. miesięcznie (dla młodszych lekarzy) do 100 m. (taką pensję dostawał n. p. lekarz korpusowy XV-korp. armji rosyjskiej gen. Żygaczow). Z tego odliczano po 2 m. dziennie na stół, tak, że o sprawieniu sobie ubrania, o papierosach i innych wydatkach nie było nawet mowy. Każdy z nas był głodny i oberwany — litości dla nas nie było, — tylko od nas żądano litości dla naszych pacjentów — biedaków.

Wtenczas zaproponowałem kolegom, aby spróbować leczyć chorych na tyfus plamisty krwią ozdrowieńców. Na moją propozycję zgodzili się i wzięli udział w współpracy następujący lekarze z armji rosyjskiej Arnoldow, R. Bekman, Berezin i Jelutin; z belgijskiej Belondi, Destré; z angielskiej Lauide i z francuskiej Monvoisier; w czwartym miesiącu pracy przyłączył się lekarz niemiecki d-r Bloch, alzatczyk, jako zastępca swego szefa d-ra Arschenbacha.

Bez odpowiedniego laboratorium, w chwilowej spiżarni byłej kantyny dla jeńców, znalazłem kącik, w którym początkowo tylko sam w marcu 1915 r. rozpocząłem zbierać szprycą Rekorda krew rekonwalescentów, przelewałem ją do buteleczek, odpowiednio wyjałowionych przez gotowanie; na drugi dzień wyciągałem z nich pipetą kapilarną surowicę do odpowiednio świeżo wydętych przezemnie <sup>WG.</sup> sterylizowanych baloników; końce pipety po wciągnięciu surowicy, zalewałem i w takim stanie wręczałem wyżej wymienionym ordynatorom baraków plamisto-tyfusowych do wyłącznie podskórnych zastrzykiwań chorym.

W żadnym wypadku nie stwierdzono po zastrzykiwaniu flegmony lub podobnego miejscowego odczynu, co świadczy o jałowości surowicy.

Mam nadzieję, iż szanowni koledzy wybaczą mi różne niedokładności, zależnie od tego, że nie miałem mikroskopu, sterylizatora, książek lekarskich etc. lecz wskutek niezależnych od nas warunków życia niewolniczego, zmuszony byłem obchodzić się bez tego wszystkiego.

Krew rekonwalescentów brano najczęściej w drugim — trzecim tygodniu po kryzysie w ilości od 5 do 50 gram. w zależności od sił rekonwalescenta. W warunkach najcięższych pierwszych lat niewoli niemieckiej, kiedy od Niemców otrzymywałem po kilka szklanych rureczek, pomimo posiadania gazu i lampki Bunzena, trudno było o przygotowanie innym sposobem surowicy i tylko czasami, segregując zhemolizowaną surowicę, korzystałem najczęściej ze świeżo przygotowanej i niemętnej, do czego używałem surowicy z krwi wziętej przed jedzeniem od rekonwalescentów, u których tylko na mocy wywiadów i od-

# Hipolit Amber

## Skład narzędzi chirurgicznych

Warszawa, Marszałkowska 139, wprost bramy, I-sze piętro. Telef. 230-23

poleca po cenach przystępnych:

wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły do strzykawek i chirurg., termometry i t. p.

Reperacja i odnawianie tychże.

Naprawa strzykawek Rekord.

Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla celów med. R. Graf & Co. Norymberga.

**Katgut z najlepszych i zdrowych kiszek w motkach i kłębkach.**

# Konkurs.

Komisarz Kasy Chorych m. Łodzi ogłasza niniejszem

## Konkurs

na posadę Naczelnego Lekarza Kasy.

Lekarze ubiegający się o tę posadę mają do 1 listopada r. b. nadesłać oferty wraz z odpisami świadectw pod adresem Komisarza Kasy (Łódź, Al. Kościuszki Nr. 1.)

Pierwszeństwo mieć będą ci, którzy wykazą się praktyczną działalnością w kasach lub podobnych instytucjach.

Warunki zależne od umowy.

# Ogłoszenie konkursu.

Celem obsadzenia stałej posady lekarza salinarnego przy zarządzie państw. żupy solnej w Kosowie ogłasza się niniejszem konkurs z terminem wnoszenia podań do dnia 15 listopada 1920 r.

Do tej posady są początkowo przywiązane pobory X klasy rangi urzędników państwowych łącznie z przepisaniem dodatkami, aprowizacja, o ile ta będzie przyznana dla personelu żupy solnej, ryczałt na konie, pobór materiału opałowego według normy dla urzędników salinarnych za opłatą połowy ceny zakładowej, systemizowany deputat soli, tudzież prawo do emerytury względnie zaopatrzenia wdowy i sierot.

Instrukcja określająca obowiązki lekarzy salinarnych jest do przejrzania w godzinach urzędowych w kancelarii zarządu państwowej żupy solnej w Kosowie.

Ubiegający się o posadę lekarza salinarnego mają wnosić podania, zaopatrzone odpowiednimi załącznikami, curriculum vitae, jako też oświadczeniem, że są obznajomieni z obowiązującą instrukcją dla lekarzy salin wprost do Zarządu państw. żupy solnej w Kosowie w powyżej podanym nieprzekraczalnym terminie.

Podania później wniesione lub nieodpowiadające warunkom konkursu nie zostaną uwzględnione. Wynik konkursu zatwierdza Dyrekcja państwowych Zakładów salinarnych w Krakowie, której przysługują prawo zupełnie dowolnego wyboru między kandydatami.

**Zarząd państw. żupy solnej w Kosowie.**

# Ogłoszenie konkursu.

**Ministerjum Zdrowia Publicznego** ogłasza konkurs na posadę prymarjusza oddziału chorób wenerycznych i skórnych (kobiecego) szpitala powszechnego we Lwowie.

Do posady tej przywiązane są pobory IX stopnia służbowego urzędników Państwowych, uregulowane ustawą z dnia 13. 7. r. b. Dz. Ustaw Nr. 65 poz. 429.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać iż:

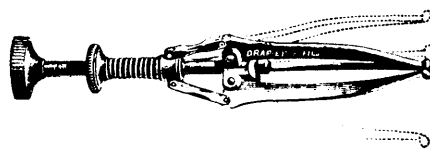
- 1) są obywatelami Państwa Polskiego,
- 2) posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem,
- 3) są specjalistami w dziedzinie chorób skórnych i wenerycznych, w tym celu winni kandydaci przedłożyć swoje prace naukowe.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 15 X. 1920.

Podania należycie udokumentowane należy wnosić w tym terminie na ręce Pana Dyrektora szpitala powszechnego we Lwowie.

**DO WSTRZYKIWAŃ ŚRÓDŻYLNICH**

Jedynie racjonalna i praktyczna jest strzykawka z nasadą do igły umieszczoną nie na osi lecz na obwodzie (ekscentrycznie); dzięki czemu można wprowadzić igłę do żyły w kierunku równoległym do jej przebiegu, nie zaś pod kątem, jak to ma miejsce w strzykawkach zwykłych.

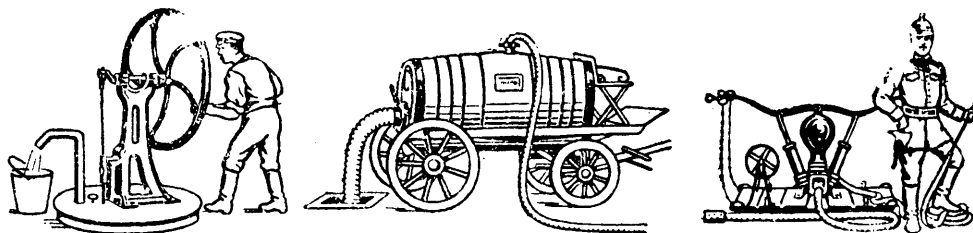
**Rozwieracz napletkowy D-ra Clément Simona**

pozwalający na stopniowe rozszerzanie stulejki zapalnej po wrzodach miękkich albo syfilitycznych, w zapaleniu żołądki i w rzeżączce.

Literaturę wysyłamy na żądanie.

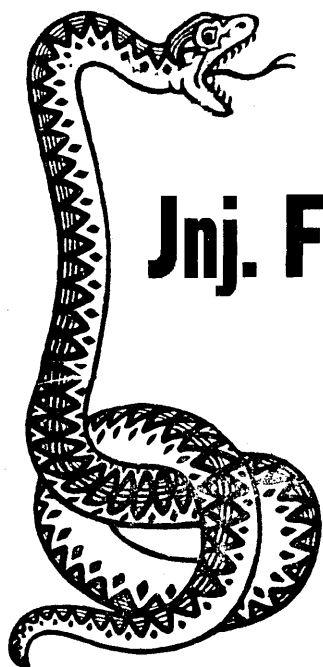
**Drapier & Fils**, Fabrykanci przyrządów chirurgicznych, ortopedycznych i bandaży,  
41 rue de Rivoli i 7 Boulevard Sebastopol—Paryż.

Przedstawiciel dla Polski:  
**N. MANZON**, Warszawa, Wierzbowa 8.



**POMPY** do wody ręczne i transmisyjne, **BECZKI** asenizacyjne i wodne,  
**SIKAWKI** i przybory straży, **WEŻE** gumowe i parciane  
poleca

**Fabryka Stanisław Trębicki i S<sup>ka</sup>**  
Warszawa Kopernika 33.



**Ampulae sterilis. vitr.**

**Jnj. FERROFAG I, II, III Gessner**

(żelazo, arsen, fosfor)

POLECA

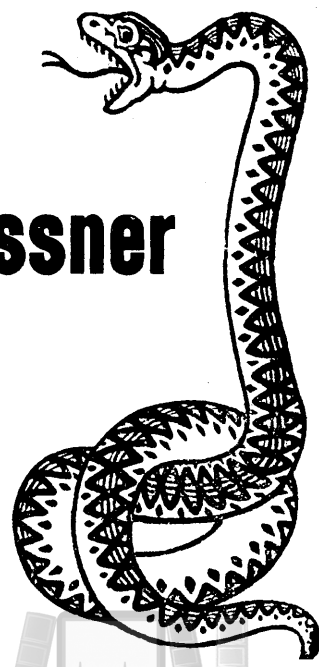
**Apteka Mag. Farm. Jana Gessnera**

dawniej **E. GESSNER**

w **WARSZAWIE**

**ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.**

UWAGA. Literatura na żądanie — gratis i franco.



powiednich sprawdzeń klinicznych kolegów ordynatorów można było przypuszczać nieobecność luesu i gruźlicy.

Tym sposobem przez cztery i pół miesiąca seroterapii eksperymentalnej wykorzystano więcej niż litr surowicy rekonwalescentów na 392 wstrzyknięcia podskórne, u 243 chorych na tyfus plamisty, (przy kon-

troli na 4-ch tyfusowych 6-ciu iniekcjami po 3,0—2,5 normalnej surowicy zdrowych osób i nierekonwalescentów.) Iniekcje robiono chorym raz jeden w 119 wypadkach, dwukrotnie — w 99, trzykrotnie — w 25. Próbowano robić co drugi — trzeci dzień i codziennie. Zużyto więcej niż litr surowicy w dawkach od 0,4 do 1,5 pro injectionem.

Zastrzykiwano po:

0,4	0,5	0,7	1,0	2,0	2,5	2,75	3,5	4,0	4,5	6,0	8,0	10,0	15,0
1	2	1	23	42	152	5	18	21	8	5	4	6	1

W wypadkach

Wstrzykiwania robiono chorym w czasie choroby:

dzień	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
w wypadkach	4	15	60	74	96	76	31	30	9	2	3

Na 11 śmiertelnych wypadków robiono iniekcję po jednej dawce:

Dzień chor.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Dzień śmierci	Powikłania
Szpit. list. Nr. 8	—	—	—	—	∇ 1,0	—	—	—	—	—	†	12	Tbc
„ 77	—	—	—	—	—	—	∇ 5,0	—	∇ 1,0	—	∇ 4,0	17	Paralysis
„ 89	—	—	—	—	∇ 10,0	—	—	—	—	—	†	12	—
„ 118	—	—	∇ 4,0	†	—	—	—	—	—	—	—	5	—
„ 161	—	—	—	—	—	∇ 3,0	—	—	—	—	—	17	Pneum. od 12 dn
„ 180	—	—	∇ 1,0	—	—	—	—	†	—	—	—	9	—
„ 184	—	—	—	∇ 4,0	—	—	—	∇ 1,0	—	—	—	15	Pneumonia
„ 186	—	—	—	∇ 3,5	—	—	—	—	—	—	—	14	Tbc
„ 190	—	—	∇ 4,0	—	—	—	—	—	—	—	—	14	Pneumon.
„ 229	—	—	—	—	∇ 4,5	—	∇ 4,0	—	—	—	—	13	—
„ 237	∇ 3,0	—	—	∇ 2,5	—	—	†	—	—	—	—	8	—

∇ — nad cyfrą — oznacza iniekcję.

Większość współpracowników lekarzy zanotowała, że najskuteczniejsze działanie surowicy uodporniającej następuje po dawkach od 2,0 do 5,0 w okresie choroby najczęściej od 4-go do 9-go dnia. Ale i z 4 przypadków służących do kontroli, w dwóch było działanie dodatnie: nastąpił spadek ciepoty, po-

prawa tętna, stan ogólny polepszył się. Przed zjawieniem się wysypki zrobiono 36 iniekcji, spośród których, w 6 wypadkach wysypka nie zjawiała się wcale.

Podczas czteromiesięcznego okresu seroterapii odnotowano:

Miesiąc	Dur wysyp.	Bez serot.	Przy serot.	Różn. %
Marzec	Chorowało Umarło % śmiert.	665 47 14,15%	30 1 3,3%	10,85%
Kwiecień	Chorowało Umarło % śmiert.	629 29 28,58%	81 3 3,70%	24,88%
Maj	Chorowało Umarło % śmiert.	139 7 19,86%	72 4 4,16%	15,70%
Czerwiec	Chorowało Umarło % śmiert.	9 3 30%	51 4 7,84%	22,16%

Różnica w odsetkach śmiertelności przemawia wyraźnie na korzyść seroterapii. Powiększenie odsetku śmiertelności w ostatnich miesiącach objaśnia się nie tylko większością cięższych przypadków duru plamistego. przy ogólnym wycieńczeniu jeńców, ale być może, jak zauważyli niektórzy koledzy, w pierwszym okresie seroterapii, po paru niepomysłnych wypadkach, objaśnia się tem, że iniekcja surowicy chorym ze słabymi płucami lub sercem, choć nieznacznie ale wogóle, pogarszała stan ogólny. Odnotowano to jako przeciwwskazanie do seroterapii i z większą ostrożnością robiono iniekcje surowicy.

Na ogólną liczbę poddanych doświadczeniu za pomocą seroterapii 243 chorych zauważono w większości wypadków krótkotrwałe zmiany spadku gorączki pulsu, a około  $\frac{1}{3}$  kart gorączkowych wykazuje jakoby zupełnie pomysne wyniki seroterapii, mianowicie poprawę samopoczucia chorego, spadek gorączki i wzmocnienie i polepszenie tętna. Prawie jednakowe zmiany odnotowano i po zastrzyknięciu 3,0 normalnej surowicy: zrobiono 6 iniekcji czterem chorym, z tego w 2 przypadkach rezultat był pomysny. Dwie trzecie zaś sprawdzanych chorych nie dało odpowiednio pomysnych rezultatów klinicznych, jednak proc. śmiertelności okazał się mniejszy. Rzeczywiście, mam przykład na sobie: kiedy podczas eksperymentów zaraziłem się surowicą ozdrowieńców, którą przez nieostrożność wciągnąłem pipetą do ust, dostałem anginy i bezpośrednio potem zachorowałem na dur plamisty; na moją prośbę konsultanci d-r. Jelutin i Arnoldow zastrzyknęli mi na 7 dzień surowicę „monowalentną“ (wziętą ze krwi I mocniejszego rekonwalescenta), a na 9 i 11 dzień surowicę „poliwalentną“ (ze krwi kilku rekonwalescentów) po 3,0; po małej uldze na 8-my dzień, w ciągu następnych dni choroby żadnej zmiany nie odczuwałem ani na lepsze, ani na gorsze. Stwierdzając fakt, że zaraziłem się typowym drem plamistym przez surowicę ozdrowieńców, powinienem wytłomaczyć, że nie myślę odrzucać zupełnie teorii zarazy przez wszy; będąc w stałym kontakcie z infekcją, przy zachowywaniu jak

największych ostrożności, pozwałam sobie zaznaczyć jeszcze raz, że zaraziłem się tylko „monowalentną“ surowicą ozdrowieńców, którą przez nieostrożność wysałem wyżej opisaną pipetą i chociaż w tej chwili wypłułem płyn wciągnięty, wypłukałem gardło spirytusem, 5% wodą utlenioną i wodą z jodyną, po paru dniach dostałem anginy z ogólnym niedomaganiem, bólem w pasie i łydkach i z bardzo silną szkodliwą migreną. Bezpośrednio potem na 7-my dzień zjawiała się wysypka i wystąpiły inne objawy duru wysypkowego. Jednocześnie zauważono, że i u innych chorych tyfus plamisty rozpoczynał się od anginy; prawdopodobnie z kurzem zarazki tyfusu dostawały się na migdały.

Oprócz tego w lazarecie spotykałem sanitariuszów, którzy wcale nie chorowali na tyfus, a trudno było pomyśleć, żeby byli bez wszy. Przeciwnie widywałem w tym samym obozie jeńców, których kołdry były wprost żółtawo-szare od wszów, które w sporej ilości gnieździły się na białym i na ubraaniu; z tych jeńców jednak niektórzy nie zachorowali na dur plamisty; jeńcy śmieli się z nich, mówiąc, że „ich wszy przegryzły zarazki duru plamistego“.

Po 6-ciu miesiącach ciężkiej walki z chorobami w Klein-Wittenbergu, wysłany na epidemję do Alten-Grabowskiego obozu, jeszcze przed wykończeniem dokładniejszej monografii, prosiłem współpracowników lekarzy o wypowiedzenie swego zdania. Najwięcej obojętnie wypowiedzieli się rosyjscy lekarze: d-r. Arnoldow, Berezin, Jelutin, Żygaczow i Bekman, którzy, notując nieszkodliwość podobnej seroterapii, spodziewali się po niej lepszych wyników. Angielski lekarz dr. Lauid zgadza się też z tem zdaniem, podkreślając słabe działanie surowicy w niektórych przypadkach i zupełną bezskuteczność w krwotocznej formie duru plamistego, z bardzo obfitą wysypką.

Niemiecki lekarz Dr. Bloch (przez którego szef lekarzy jeńców, niemiecki Dr. Aszenbach zbierał interesujące go notatki, gdyż sam obawiał się bliższego zetknięcia z nami i z chorymi) wypowiedział się, iż rzeczywiście seroterapia surowicą okazała się nieszkodliwą



i miała widoczny wpływ na zmniejszenie śmiertelności, i wogóle w niektórych przypadkach oddziaływała dodatnio na przebieg choroby, na ciepłotę i na tętno.

Najwięcej pozytywnie wypowiedział się belgijski lekarz, Dr. Bauland w imieniu swoim, Dr. Destré'go i francuskiego lekarza Monvoisier'a; wspominając o wyżej wymienionych sposobach zbierania krwi ozdrowieńców (na 8 — 9 dzień po kryzysie, w dozach od 1,0 do 4,0 surowicy pro iniectione) przyszedli oni do następującego wniosku: „z 36 leczonych seroterapią chorych 3 umarło, 2 wskutek powikłania pneumonią, a 1 na 9-ty dzień choroby z niewiadomej przyczyny (intoksykacja bardzo ostra, połączona ze stanem śpiączkowym, niewstrzymywaniem moczu, ze stolcem pomimo woli.)

Jeżeli porównać podaną niewielką liczbę przypadków śmierci (8,6 %) z tą, jaka bywa często podczas gwałtownych epidemii i dochodzi niekiedy do 30 % i więcej, to należy przyjść do wniosku, że zastrzyknięcia działają bardzo skutecznie.

Rzeczywiście, u większości chorych na dur wysypkowy, leczonych wstrzykiwaniami surowicą ozdrowieńców kryzys następował na 10 — 11 dzień, a niekiedy nawet na 8-my, podczas gdy zwykle temperatura spada do 37<sup>o</sup> dopiero na 13 dzień lub później; dalej, prawie u wszystkich chorych wkrótce po zastrzyknięciu zauważono stopniowe obniżenie się gorączki z polepszeniem objawów takich, jak tachicardia, cephalalgia, prostatitis, puls stawał się pełniejszym i język oczyszczał się. Jako przykład może nam posłużyć przebieg choroby jednego z pacjentów (N — 177, Besson, tablica XXVIII monografii) przyjętego do szpitala z zupełną utratą sił, z silnie obłożonym języ-

kiem, wywierającego bardzo przykre wrażenie na otoczenie. Zastrzyknięcie dwóch gramów surowicy wywołało ustąpienie złowróznych objawów w przeciągu dwóch dni.

Zestawiając wyniki naszych doświadczeń, dokonywanych w bardzo niekorzystnych warunkach, możemy na ich podstawie wyprowadzić wnioski, że „wstrzykiwanie surowicy ozdrowieńców nie okazało się szkodliwym w żadnym wypadku, owszem w większości wypadków okazało się bardzo korzystnym dla chorych i stanowi wielce skuteczną broń w walce z tą straszną chorobą, przeciwko której jeszcze nie wynaleziono specjalnych środków. W tej myśli wydaje się nam, że surowica powinna być zalecana i stosowana we wszystkich przypadkach, chociażby na pozór nie wydawały się one bardzo ciężkimi, gdyż wszystkie przypadki, z początku lekkie, mogą mieć w następstwie przebieg bardzo ciężki. Wstrzykiwanie surowicy należy zalecać we wszystkich przypadkach tej choroby, w dozach od 2,0 do 3,0 na raz; jest to dawka, która, naszym zdaniem, dawała jak najlepsze wyniki i którą można powtarzać bez obawy jakichkolwiek złych następstw“.

Tym zbiorowym wnioskiem dr. Baulanda kończę tę pracę.

Ze swojej strony myślę, że potrąciliśmy dużo tematów.

Kończąc życzę, żeby dalsze próby seroterapii więcej przydatne dla medycyny praktycznej, były dokonywane nie z surowicą ludzką, lecz aby, wzorem prof. Nikoli'ego (r. 1915), korzystano z surowicy małp, które udało mu się zarazić dudem plamistym.

## Wiadomości bieżące.

— Warszawskie Towarzystwo Lekarskie otrzymało od kol. Józefa Pawińskiego hojną ofiarę 20 000 marek z następującą odezwą:

„Dla upamiętnienia wielkich dnidziejowych, jakie w polowie ubiegłego miesiąca przeżywaliśmy w trwodze i niepokoju o losy naszej stolicy podczas ofensywy hord bolszewickich — i dla uczczenia poświęcenia i bohaterstwa wszystkich warstw społecznych Warszawy — a zwłaszcza młodzieży szkolnej

i akademickiej składam 20 000 marek polskich dla Kasy Wsparcia wdów i sierot po lekarzach.

Pragnę, aby fundusz ten był użyty na większe zapomogi udzielane corocznie dla tych zacnych a niezamożnych lekarzy lub ich rodzin, którzy odznaczyli się poświęceniem i ofiarną pracą w ostatnich wypadkach wojennych lub wogóle w ciągu obecnej wojny. Szczegóły co do sposobu użycia zapomóg określę później.“

Warszawa, dnia 14 września 1920 r.

## TREŚĆ NUMERU.

	strona
Marceli Landsberg. Patogeneza cukrzycy w świetle badań współczesnych . . . . .	249
Antoni Kraskowski. Próby leczenia chorych na dur wy-	

	Strona
sypkowy surowicą ozdrowieńców . . . . .	254
Wiadomości bieżące . . . . .	259
Statystyka chorób zakaźnych . . . . .	260



Firma egzystuje  
od 1819 r.

# Alfons Mann

Firma egzystuje  
od 1819 r.

FABRYKA NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

FABRYKA PRZETWORÓW  
LECZNICZYCH

**EUGENJUSZA MATULI** w Radomyślu Wielkim

poleca własne przetwory:

**Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)**

w działaniu identyczny z Syr. Fellowa, D-ra Eggera i t. p. Nieoceniony lek krzepiący w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenji i t. p. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole podfosforowe rozpuszczone w syropie. Skład chemiczny podany na każdej flaszcze. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski.

Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody.

**Sapomenthol** Zawiera ciała lotne jak: Oleki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol i t. p., które przetwarzane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają masę, łatwo, dokładnie wcieralną, w użyciu przyjemną, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach goścących różnych postaci**, osobliwie w gościec mięśniowym, postrzale, rwie kulszowej, nerwobólach i t. p. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż, badania, wykonane na klinice wiedeńskiej na oddziale III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija się watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach. Tylko w oryginalnych słoikach.

Powyższe przetwory są do nabycia we wszystkich aptekach. Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując, używać zawsze formułek oryginal. Matula. Nazwy, marka ochronna opakowanie prawnie zastrzeżone.

**MERAN**

Połud. Tyrol

Miejscowość kuracyjna o klimacie subalpejskim i stacja dla przyjezdnych. **Kuracja winogronowa.** Hydroterapia. **Kąpiele słoneczne.** Kuracja terenowa, wszystkie nowoczesne urządzenia kuracyjne. Kuracja jesienna i zimowa dla **chorych sercowo, nerwowych, dla chorób nerek, reumatyzmu**, katarów dróg oddechowych i rekonwalescentów. Pierwszorządne hotele, sanatoria, pensjonaty, mieszkania umeblowane i nieumeblowane w każdej cenie. Informacje i ułatwienia podróży przez **Zarząd kąpeli Meranu. Hotel Bellevue-Habsburgerhof.** I rzędu, w pobliżu dworca, 150 łóżek, wł. Józef Fuchs. **Grand Hotel Bristol**, Hotel luksusowy, A. Forcati, Dyrektor. **Continental-Hotel**, spokojnie, miło, dom familijny I rzędu, 80 pokoiów i 10 kąpeli. **Hotel Frau Emma**, naprzeciwko dworca, I rzędu, 240 łóżek. Hellensteiner. **Savoy-Hotel**, Stephaniepromenade, modny, wytworny dom 120 pokoiów, 50 kąpeli. **Sanatorium Dlätpens „Stefanie“**, dla chorych sercowo, nerwowych, na przemianę materji i rekonwalescentów. **Hotel Tirolerhof**, Dom familijny I rzędu, w pobliżu dworca, 120 łóżek, garaże samochodowe. **Waldpark-Sanatorium Obermais**, dla chorych sercowo, nerwowych, na przemianę materji i rekonwalescentów.

WYDAWNICTWO

„GAZETY LEKARSKIEJ”

**ODCZYTY KLINICZNE**

SERYA XXII.

Nr. 1, 2, 3.

**Seweryn Sterling.** Zapalenie nerek w świetle poglądów tegoczesnych (wyczerpane).

Nr. 4, 5, 6.

**J. Szmurło.** Gruźlica krtani, gardła i nosa w świetle własnych spostrzeżeń.

Nr. 7, 8, 9, 10.

**Władysław Janowski.** Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu i w kilku in. stanach chorobn.

Nr. 11, 12. **Antoni Mikulski.** Homoseksualizm.

Cena zeszytu { 1-10 po 1 mk. za zeszyt, Cena seryi mk. 15.  
11 i 12 „ 3 „ „ „ „

Nabywać można w Administracji „Gazety Lekarskiej” i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni **GEBETHNERA i WOLFFA**

# SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku  
do przygotowania kąpieli balsamicznych  
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“  
Marszałkowska 23.

# SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.)

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie  
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

## Sanatorjum <sup>dra</sup> TURBANA w Davos

Lekarz kierujący: **Dr. H. Vogel-Eysern.**

Lekarz konsultant: **Dr. Turban.**

# HEMATOGEN

organiczny związek żelaza, łatwo asymilujący się

poleca  
własnego wyrobu

**Apteka Mag. Farm. J. GESSNERA**

Jerozolimska 25 w Warszawie.

INSTYTUT BAKTERIOLOGICZNY

**GONOCYNA:** szczepionki przeciw rzeżączce.

**STAPHYNA:** poliow. szczepionki przeciwgronkowcowe.

Szczepionki **PRZECIWKOKLUSZOWE** Bordet.

**SUROWICE:** płynne i suche.

**TUBERKULINA:** do reakcji Pirqueta i inj. podsk. (typów: ludzkiego i zwierzęcego).

WARSZAWA, ul. Ś-to Krzyska 16.

Dr. med. SERKOWSKI

# Meran

Tyrol południowy (obec. włoski).

## Zakład leczniczy Stefania

dla wszelkich cierpień wewnętrznych i nerwowych z wyjątkiem otwartej gruźlicy płuc, dla ozdrowieńców przepracowanych, źle odżywionych. Wszelkie środki lecznicze natury fizycznej. Idealna kuchnia. Koszt dzienny od 30 lir (około 250 marek). Wiza konsula włoskiego na wjazd, austriacka i czeska na przejazd potrzebna. Podróż na Wiedeń, Innsbruck. — Informacji udziela

**Dr. Binder.**