



Dziesięć lat
Dzieci dwugie-

Ogólnego zbioru № 2850.

WIZYBNA LECZKA LECZKA LECZKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

Redaktor Prof. Dr. J. Hornowski.

Wydawca Dr. W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji — Marszałkowska № 73.

Telefon 26-79. Konto pocztowej Kasy Oszcz. № 982.

SANTALOL
SALOL
UROTOPINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI
GLUTENOWE

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY
KOJĄCY

MOCZOPĘDNY

PRZECIWGNILNY

RZEŻĄCZKA

ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE PĘCHERZA
MOCZOWEGO

ZAPALENIE
MIEDNICZEK I NEREK

ZAPALENIE NEREK

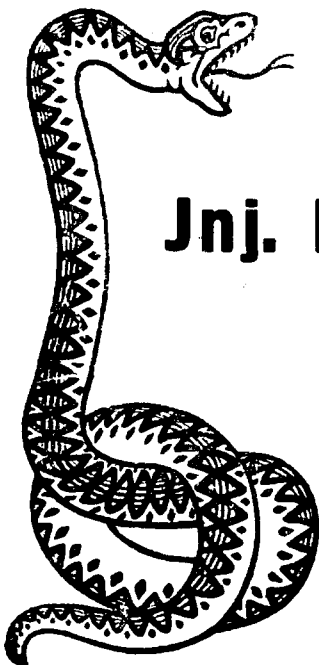
ROPOMOCZ



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.



Ampulae sterilis. vitr.

Jnj. FERROFAG I, II, III Gessner

(żelazo, arsen, fosfor)

POLECA

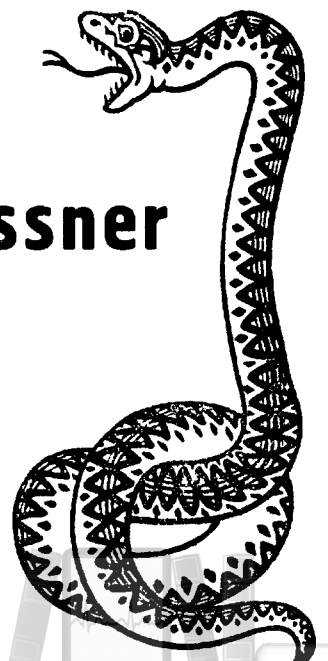
Apteka Mag. Farm. Jana Gessnera

dawniej E. GESSNER

W WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.

UWAGA: Literatura na żądanie — gratis i franco.



ADRENASOL	Adrenalin synthetic 1 : 1000. Flakon 20 grm.
ALACET	Rozpuszczalne w wodzie tabletki, dające płyn Burowa, z dodatkiem kwasu bornego. Wskazania: do kompresów, okładów i płukań zamiast płynu Burowa. Pudełko 10 tabl.
ALGORHIN	Chloreton, mentol i kamfora w płynnej parafinie. Wskazania: kataralny i zapalny stan górnego odcinka dróg oddechowych: nosa, gardła, krtani, tchawicy, oskrzeli: rozedma płuc, koklusz. Flakon — około 50 grm.
ARGENTACOL	Argentum colloidal. Rurka 1 grm.
ASTMOSAN	Tytoń przeciwastmatyczny, składający się: z pokrzyku, blekotu, bielunia, tytoniu multańskiego, konopi indyjskich i azotanu potasowego, używany w astmie oskrzelowej i duszności na tle cierpień płucnych. Pudełko — około 60 grm.
BALSAMENT	Płyn do rozcierania w reumatyzmie i neuralgji. Flakon—około 30 grm.
BABYSAL	Puder osuszający dla dzieci, składający się: z talku, skrobi, tlenku cynku i kwasu bornego, używany w oprzałości u dzieci, ostrem zapaleniu i swędzeniu skóry i t. p. Pudełko tekturowe — około 50 grm.
BEBOL	Krem cynkowo-lanolinowy, używany w oprzałości u dzieci, zapaleniu i swędzeniu skóry i t. p. Tuba — około 40 grm.
BENSOTHYM	Połączenie Natri salicylici, Natribensoici, Thymoli. Proszki w zapaleniu płuc i opłucnej, zapaleniu oskrzeli, bólach reumatycznych i neuralgji. Pudełko — 6 opłatków.
BOROMENTH	Borowo-mentolowa maść waselinowa, używana w katarze nosa chronicznym i przewlekłym, a także w swędzących wypryskach skórnych. Tuba — około 12 grm.
BROMOŚAL	Sal bromatum effervescens. Musująca mieszanina soli bromowych, używana w bezsenności, cierpieniach nerwowych, konwulsjach, nerwicy sercowej, histerji, neurastenji, strachu nocnym u dzieci. Słoik — około 100 grm.

PP. Lekarzom wysyłamy na żądanie literaturę ewentualnie próby.

Warszawskie Tow. Akcyjne Handlu Towarami Aptecznymi

dawniej

„Zjednoczeni Aptekarze“ i „Ludwik Spiess i syn“

w Warszawie, ul. Daniłowiczowska 16.



GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE.

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJĘ
TNOŚCI LEKARSKICH.

Dziesięć
lecie długie

Warszawa, 15 października 1921 roku.

Ogólnego zbioru № 2850.

Prof. Dr Tadeusz Koźniewski.

(Wspomnienie pośmiertne *).

Dnia 23 września zmarł dr Tadeusz Koźniewski, członek naszego Towarzystwa, wybitny uczony polski w dziedzinie nauk ścisłych (chemji i bakterjologii), dzielny organizator i pedagog naszej wszechnicy, człowiek najszlachetniejszego serca, oddany gorąco, nie słowem lecz czynem, obronie naszej Ojczyzny.

Koźniewski, już jako młody lekarz, ogłosił, podczas swojej asystentury w Krakowie w pracowni pr. Marchlewskiego, cały szereg prac wybitnych i oryginalnych, odnoszących się do badań nad chlorofilem i barwnikami, otrzymywanymi drogą syntezy (1907) oraz nad niektórymi alkaloidami (strychniny i brucyny), z nich pochodzący. Później wykonał cenną pracę w instytucie Pasteura o chemji bakterji, głównie kwasoodpornych a przede wszystkim pałeczek gruźliczych i o działaniu toksycznym tuberkuliny, wprowadzonej przez drogi oddechowe. Ta ostatnia praca, nagrodzona na konkursie naszego Towarzystwa w 1913 r., posiada nie tylko doniosłość ściśle naukową, lecz i prak-

tyczną, sprawdził on bowiem na sobie samym własności trujące suchych t. j. sproszkowanych zabitych pałeczek gruźliczych: przy dłuższej pracy analitycznej w pracowni, w atmosferze tego pyłu sam uległ przemijającemu zatruciu przy objawach gorączki i ogólnego rozbicia. Nie mogę rozbiierać tu bliżej tych prac specjalnych, które zjednały młodemu polskiemu lekarzowi uznanie świata naukowego, wspomnę tylko, iż krytyka naukowa uznała, że prace Jego odznaczają gruntowną wiedzą, ścisłość badania naukowego, ścisła, pełna konsekwencji oględność w wyprowadzaniu wniosków ostatecznych.

W naszym Towarzystwie wypowiedział Koźniewski w roku 1917 wielce interesujący odczyt o witaminach; była to bardzo krytyczna ocena tej doniosłej współczesnej kwestji. Większość prac ściśle naukowych Koźniewskiego dokonana

została w okresie przed wojennym (1907 — 1914) w Krakowie, gdzie Koźniewski zajmował skromne stanowisko docenta farmakognozji, prowadząc jednocześnie zajęcia praktyczne z uczniami wydziału farmaceutycznego. Cały rok 1912 przebywał w Paryżu, pracując w Instytucie Pasteura, wynikiem



* Odczytane na posiedzeniu Tow. Lek. Warszawskiego.

czego były wyżej wzmiankowane prace. Z chwilą wybuchu wojny skromny ten uczoney, przebywający po całych dniach w pracowni, wątlę ciałem (dotknięty był wadą serca), lecz silny duchem, miłujący ojczyznę nadewszystko, nie waha się ani chwili, rzuca żonę i małe dzieci, opuszcza warsztat dotychczasowej naukowej pracy, i jeden z pierwszych wstępuje do legjonów, idąc w bój śmiertelny o niepodległość Polski. Udział jego w tych walkach trwał lat kilka, nie w stolicy, albo przy sztabie, ale w samym ogniu na froncie wołyńskim i w wielu innych najbardziej zagrożonych miejscach. Walczył do ostatecznego prawie wyczerpania sił, wzbudzając podziw wśród kolegów i podwładnych. Odpoczynku nie znał wcale. Po skończonej kampanji na froncie był znów lekarzem szpitalnym, niosąc pomoc skuteczną i wysoce humanitarną rannym współtowarzyszom ciężkich bojów frontowych. Już w czasie pokoju, będąc profesorem uniwersytetu, wstępuje ponownie do armji (r. 1920), aby swem doświadczeniem fachowem przyczyniać się do opracowania ważnych kwestji chemicznych związanych z postępem nowoczesnej techniki wojskowej (kwestja gazów trujących). Pracy tej oddaje się z zapalem do samej niemal śmierci. Robi wiele trudnych analiz i wygłasza odczyty dla lekarzy wojskowych. W tym nowym kierunku zasłużył się również niepoślednio naszemu wojsku. Nazwisko więc Jego winno być wyrze w złotych głoskami w historii naszej wojskowości.

W roku 1917 organizujący się Uniwersytet w Warszawie, oceniając pracę i wysokie uzdolnienie Koźniewskiego, powołał go na katedrę

chemji farmaceutycznej i toksykologii. Praca tam była nad wyraz ciężka, gdyż musiał nietylko ułożyć program wykładów, ale zorganizować pracownię i wogóle wprowadzić w ruch całą wielce skomplikowaną katedrę nowopowstałego oddziału farmaceutycznego. Wywiązał się z tego zadania znakomicie, wykłady Jego odznaczały się głęboką wiedzą i rzadkim darem pedagogicznym.

Jako człowiek był Koźniewski charakteru nieposzlakowanego. Zdanie swoje wypowiadał bez ogródek, nie licząc się z żadnymi ubocznymi względami. Pracował nad siły, bez wytchnienia, nie znał wakacji, ani urlopów, więc też zużył się przedwcześnie i legł wśród wytężonej pracy naukowo-społecznej w sile wieku, bo przeżywszy za ledwie 41 lat.

Cześć Jego pamięci!

Tadeusz Koźniewski urodził się w Batumie na Kaukazie w r. 1880, szkoły średnie ukończył w Warszawie, w r. 1899 wstąpił na wydział lekarski uniw. Warsz., przeniósł się jednakże wkrótce do Krakowa, gdzie w 1905 r. otrzymał tytuł doktora medycyny, poczem dwa lata jeszcze studjował nauki przyrodnicze na tejże wszechnicy. Od r. 1906 do 1908 był asystentem przy zakładzie chemji lekarskiej tegoż Uniwersytetu; w r. 1909 został asystentem przy zakładzie farmakologicznym, w 1910 habilitował się na docenta farmakologii uniw. Jagiellońskiego, gdzie pozostawał aż do wybuchu wojny; w 1917 r. powołany został na profesora chemji farmaceutycznej Uniwersytetu warszawskiego.

Alfred Sokołowski.

(Z oddziału dla chorób sercowych i nerkowych w szpitalu wojskowym w Moguncji).

O działaniu chlorku wapnia na ciśnienie krwi, wydzielenie moczu i obrzęki w przebiegu zapalenia nerek.

podał Dr med. Aleksander Simon (ordynator oddziału, obecnie kapitan wojsk polskich).

Oddawna wiadomo, że sole wapniowe odgrywają w przemianie materji ustroju ważną rolę i że bez wapnia jądro komórkowe istnieje, a więc i sama komórka nie może żyć. Ale dopiero w ostatnich latach zdobyły sole wapnia, a mianowicie chlorek wapnia (*calcium chloratum* CaCl₂), nie zaś żrący i jadowity podchloryn (*calcium hypochlorosum*), kilka nowych i ważnych placówek w lecznictwie. W neurologji stosują go z dobrym wynikiem

w tężyczce, którą wszak uważamy za cierpienie gruczołów przytarczycznych, regulujących przemianę wapnia w ustroju; nadto w stanach nadmiernej pobudliwości ustroju nerwowego ośrodkowego i obwodowego, zwł. w wago-tonji, spazmofilji, dychawicy oskrzelowej, kurczu twarzowym i t. d., według Curschmann'a też w chorobie Basedowa. W chorobach nosa chlorek wapnia bardzo jest ceniony jako środek przeciwko za-

truciu jodem, silnemu katarowi nosa (*hay fever*) i t. zw. katarom naczyń ruchowym. Jako środek przeciwko krwawiczej, krwotokom żołądkowym, kiszkiowym i krwawniczym od dawna jest znany, zwiększa on albowiem zdolność krzepnięcia krwi. Wright gorąco go zaleca przeciwko pokrzywce, t. zw. chorobie surowiczej i w celu uniknięcia anafilaksji. Chlorek wapnia zwykle stosowany bywa przez usta jako 10—20% roztwór w ilości od 2—3 gr. dziennie przez dłuższy czas. W niektórych przypadkach zmuszony byłem zalecić choremu wyżyć w ciągu paru miesięcy 200—300 gr. bez jakiegokolwiek szkody dla niego. Chlorek wapnia nie bardzo jest smaczny, dolegliwości żołądkowych po nim nie spostrzegałem, natomiast niekiedy skarżyli się chorzy na bicie serca. Do zastrzykiwań nie nadaje się, gdyż powoduje bóle, ropienie, ba nawet zgorzel. Do zastrzyknięć śródżylnych można natomiast stosować wprowadzony do lecznictwa przez Rose'go ¹⁾ przetwór, t. zw. *afenil* fabryki Knolla. Jest to połączenie chlorku wapnia z mocznikiem. Afenil jest w wodzie rozpuszczalny, i stosowany jako 5—10% roztwór w ilości 10 sz. c. dolegliwości nie sprawia, chory odczuwa w kończynie przyjemne uczucie ciepła. Na zasadzie teoretycznego rozumowania stosowałem w ciągu prawie dwóch lat u kilkudziesięciu chorych nerkowych mego oddziały chlorku wapnia bez znajomości odnośnego piśmiennictwa. Cho dziło mi o stwierdzenie działania jego na ciśnienie wewnątrz naczyń, na wydzielanie moczu i jego własności i o własny sąd, niezależny od innych autorów. Ciśnienie krwi określałem przeważnie za pomocą sfigmomanometru Riva-Rocci'ego z szerokim mankietem Recklinghausen'a. Dopiero przy późniejszym przejrzaniu piśmiennictwa znajduję kilka prac, których wyniki są jednak dość sprzeczne. Wyniki moich spostrzeżeń upoważniają mnie do następujących wniosków. Ani u osób zdrowych, ani u chorych z zapaleniem nerek, z wyjątkiem jednej postaci chorobnej (ostrego zapalenia kłębków z obrzękami), dotychczas nie mogłem stwierdzić wyraźnego ani trwałego wpływu chlorku wapnia na ciśnienie krwi. Przeciwnie zauważyłem, że ciśnienie krwi zarówno u zdrowych, jak i u chorych nerkowych, zwł. z nadmiernem ciśnieniem trwa niezmiennie z wielkim uporem i podlega pod wpływem leków li tylko krótkotrwałym wahaniom. Wyjątek stanowiły przypadki ostrego zapalenia kłębuszków, powikłane przez zwyrodnienie kanalików, przeto i obrzęki, przebiegające stale z nadmiernem ciśnieniem, często nawet znacznem. Tu taj rzeczywiście po chlorku wapnia, jak się o tem można przekonać z tablicy (Grupa II a), widywa-

łem prędkie obniżenie ciśnienia krwi. Ale przypadki te według mnie niczego nie dowodzą, ponieważ przy stosownem leczeniu można dojść i bez chlorku wapnia zupełnie do tego samego wyniku odnośnie do ciśnienia krwi. Leczenia zaś (według nieco zmienionego sposobu Volhard'a) i podczas podawania chlorku wapnia nie mogłem się wyrzec w interesie chorych. Odmienne wyniki ogłasza Rose ¹⁾, co prawda po śródżylnych zastrzykiwaniach wzmiankowanego afenilu. Widował on jakoby regularnie po nich obniżenie ciśnienia krwi, wynoszącego 110—130 mm. Hg o 10 do 20 mm. Hg. Trwało ono kilka godzin ba nawet parę dni. Najznaczniejsze obniżenie miało miejsce w przypadkach z ciśnieniem nadmiernem. W dwóch przypadkach spadło ciśnienie krwi z 180 i 170 mm. Hg na 110 i 105 i dopiero po kilku dniach podniosło się do 125 i 130 mm. Ale w innych przypadkach nadmiernego ciśnienia następowało zmniejszenie o 15 do 20 mm. Ostatecznie powróciło ono jednak do dawnego stanu. Wynik spostrzeżeń Rose'go wydaje mi się nieprawdopodobnym, jeśli uwzględnić patogenezę wzmożonego ciśnienia krwi w zapaleniu nerek, na którą chlorek wapnia wpływu wywrzeć nie może. Dlatego nie sądzę, żeby odmienne wyniki Rose'go stąd pochodziły, że on się posługiwał afenilem, a ja chlorkiem wapnia. Nadmienię jeszcze, że i w tych kilku przypadkach, w których stosowałem afenil, i pod jego wpływem nie widziałem innego działania. Bezpośredniego działania na nerki, na białkomocz, pędzenie moczu, ilość i ciężar gatunkowy moczu w przypadkach Rose'go nie było. Zastrzykiwania afenilu pod względem klinicznym nie działały ani dodatnio ani ujemnie w jego przypadkach zapalenia nerek. Nawiasem wspomnę, że i Rutkiewicz ²⁾ niedawno ogłosił z kliniki Obrazcowa w Kijowie pracę, w której podaje wyniki działania kilku leków na ciśnienie krwi u 15 chorych z miażdżycą naczyń. Autor badał wpływ wazotoniny, jemioly białej (*extr. visci albi*), nitrogliceryny, natrii nitrosi, jodku potasu i sodu, mixt. Bietti i dwujodku rtęci. Okazało się, że żaden z tych środków trwałego wpływu na ciśnienie krwi nie wywarł. Wazotonina i jemiola według Rutkiewicza zgoła nie wywierają działania. Tylko po nitroglicerynie oraz nitrytach widował on często przemijający wpływ w ciągu 2-3 godzin oraz po jodku potasu w większych dawkach (2 g. na dobę) i to tylko w czasie stosowania leku. Po odstawieniu wraca wkrótce ciśnienie krwi do dawnego stanu. I w miażdżycy naczyń przeto stałego obniżenia ciśnienia

¹⁾ Rose l. c.

²⁾ Rutkiewicz. Zeitschrift f. klinische Medizin 1914 str. 231 i nast.

¹⁾ Rose. Berliner klinische Woch. 1917 № 43.

krwi za pomocą obecnie nam znanych przetworów chemicznych osiągnąć nie można. Prócz wpływu na ciśnienie krwi badałem nadto moczopędne działanie chlorku wapnia w licznych przypadkach zapalenia nerek różnych postaci i różnych okresów. Stosowałem chlorek wapnia jako 10% roztwór przez usta w ilości od 3 do 6 łyżeczek (1,5--3,0 g) dziennie, w ciągu paru dni do kilku miesięcy. W 1-ej tabelicy (grupa 1-a) podaję dla ilustracji część moich przypadków, w których nie było najmniejszego wpływu moczopędnego. Wszystkich przypadków nie zanotowałem, bo wynik był zupełnie jednakowy. Przypadki te, choć dotyczą różnych postaci zapalenia nerek, choć w niektórych miało miejsce znaczne zmniejszenie moczu, a w innych nadmierne moczenie, mają wszystkie tyle ze sobą wspólnego, że w żadnym z nich w okresie podawania chlorku wapnia nie było obrzęków. W drugiej tabelicy (Grupa II a) podaję przypadki, w których bezpośrednio lub wkrótce po stosowaniu chlorku wapnia nastąpiło wyraźne, często gwałtowne, powiększenie ilości moczu. Są to przypadki, dotyczące różnych postaci ostrego i przewlekłego zapalenia nerek; we wszystkich jednak występowały mniej lub więcej znaczne obrzęki ogólne lub też przesięki do jam ustrojowych (puchlina brzuszna i t. d.). Zarazem ze zwiększonym wydzielaniem moczu nastąpiło gwałtowne zmniejszenie obrzęków i wagi ciała, np. w przypadku № I o 13,6 k. i № V o 27 kilo. Zupełnie tego samego dowodzą tablice w pracy Arnoldi'ego i Brücknera¹⁾. Z ich ośmiu przypadków zapalenia nerek tylko u chorych z obrzękami nastąpiło i znaczne wydzielanie moczu i zmniejszenie wagi o 4 do 34 funtów. W swoich wnioskach stwierdzają autorowie, że chlorek wapnia działa moczopędnie zwł. w miąższowym zapaleniu nerek z obrzękami. Nadto w pracy, obecnie dla mnie niedostępnej²⁾ podnoszą Imbert i Bonnamour, że chlorek wapnia w małych ilościach (0,5—2,0 gr. pro die) zwiększa w niektórych postaciach zapalenia nerek (w jakich mianowicie?) wydzielanie moczu i chlorków z moczem. Autorowie proponują zastąpienie w pożywieniu soli kuchennej przez chlorek wapnia u chorych nerkowych. Zdaje się, że w powyższych spostrzeżeniach i badaniach, faktycznie słusznych, przecoczono jednak zasadniczą okoliczność. Gdyby chlorek jako taki posiadał własności moczopędne, to zupełnie byłoby niezrozumiałem, dlaczego by jej nie miał okazać u ludzi zdrowych, u chorych wogóle np. sercowych z obrzękami, ani we wszyst-

kich postaciach zspalenia nerek, zwł. w lżejszych i przebiegających ze zmniejszonym wydzielaniem moczu. Dlaczegoż miałby on działać moczopędnie li tylko u chorych nerkowych z obrzękami? Sądzę, że wolno wnioskować, że chlorek wapnia nie działa zupełnie moczopędnie na nerki, lecz usuwa obrzęki i przesięki i dopiero w ten sposób pośredni zwiększa wydzielanie moczu. Zgadza się to z panującą obecnie w nauce teorią, według której obrzęki nerkowe powstają nie wskutek zatrzymania w ustroju chlorków, jak sądzili Vidal i Strauss, lecz wskutek jednoczesnego schorzenia tętniczek podskórnych i podsurowicznych. Powoduje to nadmierną ich przepuszczalność dla surowicy krwi. Przypuszczam więc, że w tych razach po podawaniu chlorku wapnia wapieni osadza się może w postaci koloidalnej drobinowej w ścianach naczyń, zatykając owe ultramikroskopowe szczeliny. Murując czy też tynkując naczynia usuwa dalsze wytwarzanie się obrzęków i przesieków. Z medycyny doświadczalnej możnaby przytoczyć kilka potwierdzających spostrzeżeń. Herbst zauważył np., że międzykomórkowa istota kitowa wielu tkanek zwierzęcych zwięża się i utrwała pod wpływem wapnia, a w braku takowego rozszerza się i rozluźnia, a według Januschke'go działają jony wapniowe rozpęczniając na ciała międzykomórkowe i koloidy. Jeżeli powyższe moje tłumaczenie jest słuszne, to nasuwa się myśl wypróbowania działania chlorku wapnia w sprawach wysiękowych, np. w oparzeniach, w gośćcowych wysiękach stawowych, wysiękowych zapaleniach opłucnej, otrzewnej, opon mózgowych i t. d. Przecież i tam, jak np. w pokrywce, naczynia są wciągnięte w stan chorobny. Nie są to zgoła fantazje, ponieważ i doświadczenia na zwierzętach do tego zupełnie upoważniają. Chiari i Januschke¹⁾ wykazali, że pod wpływem chlorku wapnia można u psów i świnek morskich zapobiec lub znacznie zmniejszyć wysięki opłucnej, które się u nich wytwarzają niechybnie po zatruciu jodkiem potasu, tiozinaminą lub toksyną dyfterytyczną. Zapobiega on też wytwarzaniu zapalnego obrzęku łącznicy u królików po wlewaniu olejku gorczycowego lub abryny. Jedną okoliczność wydaje się na pozór dziwną. Chlorek sodu napewno, a zapewne i romek sodu sprzyjają mocno wytwarzaniu i trwaniu obrzęków zwł. u chorych nerkowych, a chlorek wapnia miałby je usuwać? Sądzę, że jest to sprzeczność tylko pozorna. Pomijam albowiem już okoliczność, że pomiędzy sodem a wapniem istnieje wyraźne biologiczne przeciwieństwo, przejawiające się np. w tem, że

¹⁾ Arnoldi i Brückner. Zeitschr. f. klin. Medizin 1914, zeszyt 3 i 4-y.

²⁾ Imbert i Bonnamour. Journal de Physiologie, Janvier 1910.

¹⁾ Chiari i Januschke. Arch. f. exper. Pathol. n. Therapie 1911. Bd. 65.

chlerek wapnia usuwa wytworzony przez chlerek i bromek sodu cukromocz, że sód pobudza nerwy, zaś wapień działa przeciwnie i t. d. Ważniejsze jest przypuszczenie, że przeciwnie działanie chloru sodu i wapnia na obrzęki polega jednak zapewne wprost na tem, że chlerek sodu w stosowanych przezemnie dawkach osadza się dzięki niewątpliwemu powinowactwu w szczelinach ścian naczyń, nie przenika więc zupełnie do tkanek obrzękniętych. Niema więc wcale możności zatrzymywać wody w tkance podskórnej. Zapewne możnaby zamiast chlorowego wypróbować i inne połączenia wapnia np. mleczan, chociaż w doświadczeniach na zwierzętach właśnie chlerek okazał się najskuteczniejszym. Wreszcie muszę nadmienić, że Iscovesco spostrzegł w przypadkach śródmiąższowego zapalenia nerek, a Rénon często widywał w przypadkach białkomoczu wyraźne zmniejszenie takowego. Bez zastrzeżeń nie mogę tych spostrzeżeń potwierdzić, ponieważ białkomocz w zapaleniu nerek zależy od tylu momentów, że trudno orzec, w jakim stopniu chlerek wapnia przyczynił się do tego.

Wiesbaden, w grudniu 1918.

Grupa I=a.

Przypadki, w których po stosowaniu CaCl_2 wyraźnego wyniku nie było.

№ 1. Bik. *Nephritis dolorosa (Glomerulonephritis subacuta circumscripta) sinistra* po czerwonce. Ciśnienie krwi 130 mm Hg, ilość moczu dob. 200—600 sz. c., c. g. 1,020—1,030, białka ślady, krew ++ PoCaCl_2 (1,0—1,5 g. dziennie) przez 7 dni: ilość moczu dob. 175—500 sz. c., c. g. 1033, białka więcej, krew —; ciśnienie krwi 130 mm Hg. Po dekapsulacji lewej nerki: $1\frac{1}{2}$ —2 litrów moczu na dobę, białko —, krew —, ciśnienie 125 mm,

№ 2. And. *Glomerulonephritis acuta circumscripta dolorosa*. Znaczne zmniejszenie moczu 300—500 sz. c. ślady białka i krwi, c. krwi 125 mm Hg., PoCaCl_2 przez 6 dni po 2,5—3,0 g. żadnego wyniku niema, ciśnienie krwi: 130 mm.

№ 3. Ran. Resztki *glomerulonephr. acuta diffusa* bez obrzęków. 3 dni CaCl_2 po 2,5 g. bez wyniku.

№ 4. Pöhl. *Exacerbatio glomerulonephrit. subacutae diffusae*, bez obrzęków. Ciśnienie krwi 150 mm, ilość moczu 1600 sz. c., białka $\frac{1}{4}\text{‰}$, PoCaCl_2 po 1,5 g. dz. przez 3 tygodnie, mocz bez zmiany, ciśnienie krwi 135 mm.

№ 5. Oel. *Glomerulonephritis subchronica diffusa*. Obrzęków niema, ciśnienie krwi 170 mm., ilość

moczu 1000 sz. c., białka $\frac{1}{2}\text{‰}$. CaCl_2 przez 3 tygodnie po 1,5—3,0 g. dz., mocz bez wpływu, ciśn. krwi 150 mm.

№ 6. Tüt. *Glomerulonephritis chronica diffusa*. Obrzęków niema. Ciśnienie krwi po dłuższem leczeniu 140 mm., ilość moczu 1600—2000, białka 2‰ . CaCl_2 przez $3\frac{1}{2}$ tygodnia po 1,5 g. dz. Ilość moczu 1000—1400 sz. c., białka 3—5 ‰ , ciśnienie krwi 140—150 mm.

№ 7. Brendel. *glomerulonephritis diffusa subchronica*. Ilość moczu dob. >2000, białka $\frac{1}{4}\text{‰}$, krew ++, ciśnienie krwi 160 mm. Przez 2 tyg: CaCl_2 2 g. dz. Ciśnienie krwi 160 mm., moczu 2000, mniej krwi.

№ 8. Bilse. Resztki ostrej *glomerulonephritis acutae diffusae* w okresie bez obrzęków. Ciśnienie krwi 125 mm. Mocz: 1600 sz. c., białka ślady, krew—. CaCl_2 6 dni po 3,0. Ciśnienie krwi 125 mm. Mocz bez zmiany.

№ 9. Maurer. Wtórna marskość nerek (*Nephritis interstitialis secundaria*). Ciśnienie krwi 210—220 mm., ilość moczu dob. 1500—2200, białka $1\frac{3}{4}\text{‰}$, krew —. Po zażywaniu CaCl_2 , $1\frac{1}{2}$ gr, dz., przez miesiąc: ciśnienie krwi 225 mm., *retinitis album*. bez zmiany, ilość moczu 1600 sz. c., białka $1\frac{1}{2}\text{‰}$, krew —. Mors.

№ 10. Rörig. Wtórna marskość nerek. Ciśnienie krwi 175 mm., ilość moczu $2\frac{1}{2}$ —3 l., białka $1\frac{1}{2}\text{‰}$, krew +. CaCl_2 8 dni po $1\frac{1}{2}$ gr.: ciśnienie krwi 180 mm., moczu 3 l., białka $1\frac{1}{2}\text{‰}$, krwi ślady. Mocznica, śmierć.

№ 11. Poslednik. Wtórna marskość nerek. Ciśnienie krwi 175 mm., moczu 1000 sz. c., białka $\frac{1}{2}\text{‰}$, krwi ślady. CaCl_2 przez 4 tygodnie: ciśnienie krwi 150 mm., moczu 1— $1\frac{1}{2}$ l., białka $\frac{1}{2}\text{‰}$, krwi ślady.

№ 12. Winz. *Arteriosclerosis renum benigna*. Ciśnienie krwi 7/XII 185—190 mm., ilość moczu ± 1300 , c. g. 1,022; ślady białka, rzadko wałeczki szkliste. CaCl_2 przez 16 dni po 1,5—2,5 g., nadto djeta, spokój, higjena. Mocz bez zmiany, ciśnienie krwi 15/XII 180—185 mm., 22/XII 175 mm., 29/XII 170—175 mm., 5/I 18 = 170 mm., 2/III 18 = 170—175 mm Hg.

№ 13. Hass. *Arteriosclerosis renum benigna*. Mocz: 2500—4500 sz. c., ślady cukru, krew —. Ciśnienie krwi 155 mm. PoCaCl_2 przez 10 dni po 2,0 g. dz.: ciśnienie krwi 160 mm., moczu $4\frac{1}{2}$ l., zresztą bez zmian.

№ 14. Merklas. *Nephrosclerosis benigna*. Ciśnienie krwi 160—165 mm., moczu 1700 sz. c., ślady białka. CaCl_2 przez tydzień po 3,0 g. Poczem ciśnienie krwi 180 mm., moczu 1350, białka ślady.

GRUPA II-a.

Przypadki zapalenia nerek z obrzękami.

Nr	Data	Nazwisko chorego	ROZPOZNANIE	LECZENIE	Waga	Chory pił przez dobę	Ilość moczu	C. g. moczu	Białko	krew	Badanie mikroskopowe	Cisnienie krwi	UWAGI OGÓLNE
1	16/XI 1917	Mann 30 lat	Ostre rozlane zapalenie kłębków, powikłane nefrozą, chory od 30/X 17. Rana biodra I.	Leżenie i niesurowa djeta nerkowa	75,6 k.	1000 sz. c.	1208 sz. c.	1,008	1 ⁰ / ₁₀₀	++	liczne krwinki i wszelkie wateczki	140 mm Hg	Rana dużo wydziela; znaczne obrzęki całego ciała, zwł. nóg, kroczka, ascites
	27/XI			Leżenie, djeta matosolna, 2 tabl. teofiliny, 15 kropel digipuratu dz.	73,6	800 * *	900—1800	1,007	1 ⁰ / ₂ —1 ⁰ / ₁₀₀	+		130 * *	mocne obrzęki.
	5/XII			To samo + Ca chl. 7 dni po 1,5 g. dz.	70,2	800 * *	1500—2300	1,005	1 ⁰ / ₂ 0/100	+	mniej wateczków	125 * *	obrzęki wyraźnie się zmniejszają.
	16/XII			18 dni Ca chl. po 1,5 g. dz.	65,5	1200 * *	2800	1,006	ślady	—	nieliczne wateczki	120 * *	b. nieznaczne obrzęki.
	26/XII			26 dni Ca chl. po 1,5 g. dz.	62,5	1300 * *	3000—5600	1,005	ślady	—		120 * *	niema obrzęków.
	30/XII			30 dni Ca chl. po 1,5 g. dz.	62	1400 * *	2100—4300	1,006	ślady	—		120 * *	wypisany bez obrzęków; ubyło na wadze 13,6 kilo.
2	7/I 1918	Kessel 21 lat	Ostre rozlane zapalenie kłębków powikłane mocną nefrozą. Chory od 5 dni	Leżenie, djeta nerkowa,	68 k.	700 sz. c.	900	1,018	4 ⁰ / ₁₀₀	—	nabłonki nerkowe, wateczki ziarniste liczne	165 mm Hg	duże obrzęki całego ciała.
	9/I			To samo + Ca chl. 2 dni po 3 gr. dziennie		700 * *	2000	1,012	1 ⁰ / ₂ 0/100	—		140 * *	obrzęki nieco mniejsze.
	10/I			5 dni Ca chl. po 3 g. dz.	63,1	800 * *	3870	1,006	1 ⁰ / ₂ 0/100			125 * *	obrzęki b. nieznaczne, ubyło na wadze 5 kilo w ciągu 3-ch dni.
3	27/IX 1918	Tomas 35 lat	Ostre rozlane zapalenie nerek, powikłane nefrozą, chory od 20/IX 18	Leżenie, djeta nerkowa digipuratu 15 kr. dz., kofeina	78 k.	500 sz. c.	930	1,013	8 ⁰ / ₁₀₀	—	liczne ziarniste wateczki, nabłonki	150 mm Hg	dość znaczne obrzęki ogólne.
	29/IX			3 dni Ca chl. po 2 gr. dz.		500 * *	1230	1,013	4 ⁰ / ₁₀₀			125 * *	obrzęki wyraźnie mniejsze.
	1/X			6 dni Ca chl. po 2 i 3 gr dz.	73	500 * *	3400	1,008	3 ⁰ / ₄ 0/100			125 * *	nieznaczne obrzęki, ubyło na wadze 5 kilo w 5 dni
4	20/XI 1918	Tróg 24 lat	Ostre rozlane zapalenie kłębków, powikłane nefrozą, chory od 17/XI 18	Leżenie w łóżku, djeta nerkowa szczupła	72 k.	500 sz. c.	430	1,025	13 ⁰ / ₁₀₀	—	liczne wateczki szkliste i ziarniste, nabłonkowe i nabłonki	160 mm Hg	dość znaczne obrzęki całego ciała, zwł. nóg.
	28/XI			Przez 6 dni Ca chl. po 2 gr. dziennie	68,5	500 * *	1250	1,015	2 ⁰ / ₁₀₀		mniej liczne	140 * *	obrzęki wyraźnie zmniejszone, ubyło na wadze 3 ¹ / ₂ kilo.

5	30/IX 1917	Staden 25 lat, III sak	Ostre rozlane za- palenie kłebusz- ków, powiększe- nie naczyń, chlo- ry od 27/IX 17	Leżenie w łóżku, dieta ner- kowa łagodna (niesirowa)	75 k.	400 sz. c. 500—700	200 sz. c. 300—700	1,022 1,023	11 ⁰ / ₁₀₀ 28 ⁰ / ₁₀₀	++ ślady	Dużo krwinek nabłonków i wszelkich wa- teczek	150 mm Hg	Obrzęki całego ciała, ascites.
	9/X			Upust krwi, dieta małosolna szczupła, napastnica i teocy- na 0,3 codz., kofetna, zawija- jania	78 1/2	500—700	300—700	1,021	12—18 ⁰ / ₁₀₀	—	Dużo watecz- ków i na- błonków	165	obrzęki i ascites bez zmiany.
	19/X			Dieta nerkowa niezbyt suro- wa, teocyna 0,4 i napastni- ca codz. 15 kropeł, leżenie łóżkowe	82 k. (przed punkcją) 78 1/2 (po punk.)	± 500	500—700	1,022	10—14 ⁰ / ₁₀₀	—	—	140	obrzęki ogólne prawie bez zmia- ny, obwód brzucha 106 cm przed punkcją, punkciat = prze- stęka, 1 litr, 25/X 5 litrów, 6/XI 4 litry 13/XI.
	26/XI			Dieta nerkowa, digipurat 15 kropeł dz., czasem pocenie	82 1/2 (przed p.) 79 (po p.)	750	600—700	1,020	10 ⁰ / ₁₀₀	—	mniej wateczek	135	Obwód brzucha przed punkcją 26/XI = 104 cm; po punkcji brzu- cha 99 cm. obrzęki ogólne zna- cznie mniejsze punkcja brzucha 26/XI = 3 1/2 litra.
	10/I 1918			Dieta i Ca chlor. dziennie 1,5—3 gr. od 8/XI 17. Nad- to 7/XI i 23/XI zastrzyknie- to, po 10 sz. c. atenułu do żyły	66 1/2	800—1000	900—1200	1,017	5—6 ⁰ / ₁₀₀	—	—	130	obwód brzucha 95 cm., punkcji więcej nie było; obrzęków niema.
	16/III			Ca chlor. stale od 8/XI po 3,0 g. dz. (razem 128 dni ± 260 g.)	55	1000—1200	900—1000	1,020	13 ⁰ / ₁₀₀	—	II tylko szkił- ste wateczki	125	obwód brzucha 81 cm. obrzę- ków niema; punkcji nie było obrzęki i ascites nie powróciły abyto na wadze 27 kilo od 13/XI.

Promienie ultrafioletowe (lampa kwarcowa) w lecznictwie.

napisał Dr **Grzegorz Drozdowicz**, kierownik pracowni Rentgenologicznej Szpít. Dz. Jezus.

(Rzecz odczytana na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. w Styczniu 1921 r.)

Historja stosowania światła jako czynnika leczniczego w wielu cierpieniach jest tak stara, jak wogóle historia medycyny. W dziełach lekarzy z pierwszych wieków naszej ery, jak to Oribasiusa i Aetiusa znaleźć można ustępy, odnoszące się do tego przedmiotu, traktujące go jednak czysto empirycznie i nie oddzielające działania światła od wpływu innych towarzyszących mu czynników, więc i ciepła. Zasługa naukowego opracowania istoty światła i różnorodnych jego właściwości jest w całości udziałem czasów ostatnich: fizyka, chemja, botanika, bakterjologia, fizjologia i medycyna w równej nieomal mierze przyczyniły się do wyjaśnienia wielu tkwiących w tym przedmiocie zagadnień, do postawienia przed badającym umysłem nowych zadań i do obudzenia w świecie lekarskim licznych, częściowo już spełnionych nadziei.

Skromny zakres niniejszej pracy, której celem właściwym jest podzielenie się wrażeniami i spostrzeżeniami, jakie autor jej otrzymał przy stosowaniu w ciągu roku naświetlań promieniami ultrafioletowymi w swej pracowni w szpitalu Dz. Jezus i w praktyce prywatnej, — pozwala jedynie na bardzo pobieżny, ogólnikowy przegląd prac, wykonanych w tym kierunku, i ich wyników. Przytem na pierwszym planie, a nawet prawie wyłącznie, — ze względu na wymieniony cel, — podkreślić chciałbym dane, stojące w związku z działaniem leczniczym promieni ultrafioletowych.

Pierwsze wkłady do skarbcza wiedzy o świetle wniosła z natury rzeczy fizyka. Jej zawdzięczamy podział białego światła słonecznego na barwy widma, ona określiła swoiste pod względem fizykalnym właściwości promieni ultrafioletowych jako promieni, istniejących poza tą stroną widma, w której mieści się barwa fioletowa—barwa o najwyższej łamliwości, największej ilości drgań i najkrótszej fali świetlnej w porównaniu z wszystkimi innymi barwami—i posiadających te wszystkie właściwości ale w stopniu jeszcze wyższym. Długość fali promieni widocznych wynosi 700 m, dla prom. czerwonych, do 400 m, dla fioletowych, 400 do 100 dla pozafioletowych.

Dzięki stwierdzeniu przez fizyka Schelle'go w końcu VIII wieku działania chemicznego fioletowej części widma na sole srebra, przez długi czas panował pogląd, dzielący promienie świetlne na cieplikowe i chemiczne. Na czele pierwszych stały promiena długofaliste o najmniejszej łamliwości i najmniejszej ilości drgań t. j. czerwone. Badania późniejszych uczonych, zwłaszcza Becquerella, obaliły ten pogląd, stwierdziwszy niezbicie zdolność działania chemicznego wszystkich rodzajów promieni, a więc i czerwonych, zależnie jedynie od właściwości przedmiotu działania.

W zakresie poznania działania światła na istoty żyjące, botanicy ustalili fakt jego niezbędności dla budowania przez rośliny związków organicznych z kwasu węglowego i wody; co zaś do specjalnego znaczenia promieni fioletowych i pozafioletowych, to

wpływ ich okazał się przeważającym, jako czynnika ruchu zarodki, wzrostu roślin i związanego z nim heliotropizmu.

Bardzo złożone ze względu na ilość wchodzących w grę warunków, a przez to wymagające niezwykle go krytycyzmu, są odnośne badania bakterjologiczne. Jakość pożywki, wpływ ciepłoty, powietrza, ozonu są to czynniki, z których każdy może w pewnych warunkach stać się punktem wyjścia licznych nieporozumień i błędów.

Pomimo tych trudności udało się jednak bakterjologom ustalić fakt, że światło hamuje a nawet wstrzymuje rozwój, — jeżeli nie wszystkich, — to jednak bardzo wielu drobnoustrojów, i że w tym kierunku najsilniej działają promienie fioletowego końca widma.

Okazało się przytem, że działanie światła słonecznego różni się od elektrycznego (Geisler) jedynie ilościowo.

Wręcz przeciwnie działa światło a zwłaszcza prom. krótkofaliste na organizmy zwierzęce, potęgując ich rozwój.

Prace nad działaniem światła na przemianę materji u zwierząt rozpoczął Moleschott (1855 r.).

Wynikiem doświadczeń jego i jego następców było wykazanie dużego wpływu światła w całości i oddzielnych jego promieni na sprawę oddychania: tak, naprzykład, okazało się, że ilość wdychanego tlenu i wydychanego kwasu węglowego wzrasta się znacznie przy świetle, przytem ilość wydychanego kwasu węglowego powiększa się w miarę potęgowania światła, a zwłaszcza podczas działania prom. niebieskich i fioletowych. Wpływ ten nie występuje jedynie przez działanie na wzrok, gdyż występował również i u ślepych zwierząt z różnicą wyłącznie ilościową: u tych ostatnich był nieco słabszy.

Dalszy ciąg tych doświadczeń stwierdził czynną rolę skóry w przyjmowaniu i przekazywaniu organizmowi działań światła i dowiódł wrażliwości w tym kierunku wszystkich tkanek organizmu — mięśniowych, nerwowych i t. d.

Doświadczenia Auerbacha i Engelmana wykazały wybitną wrażliwość na światło zarodki oddzielnych komórek.

Rozszerzeniem się naczyń krwionośnych pod wpływem działania promieni słonecznych objaśnia Bert zjawisko rumienia skóry, występującego najszybciej pod działaniem krótkofalistych promieni. Działanie ciepła zostało w odnośnych doświadczeniach wykluczone dzięki przepuszczaniu promieni światła przez wodę. Znikomość roli ciepła w powstawaniu rumienia wynika również ze spostrzeżeń podróżników w krajach podbiegunowych; silne oświetlenie wywołuje go nawet w atmosferze bardzo chłodnej. Z drugiej strony znany jest fakt, że piekarze i pracownicy przy wielkich piecach prawie nigdy rumieniowi nie podlegają.

Małkowsko spostrzegł i opisał wybitne objawy rumienia skóry i przekrwienia spojówki ocznej

pod wpływem silnego światła elektrycznych lamp łukowych.

Nieliczne stosunkowo doświadczenia nad przebiegiem procesów patologicznych pod wpływem oświetlenia różnymi promieniami wykazały dodatni wpływ prom. fioletowych na powstawanie i przebieg drgawek w sztucznie wywoływanych zakażeniach ropnych u zwierząt (Kondratjew 1880). Od dawna znany jest dobroczynny wpływ ciemności w przebiegu ospy na skórę.

Z zakresu badań wpływu światła na układ nerwowy pochodzą spostrzeżenia Ponsa'y o dobroczynnym wpływie światła czerwonego na melancholików, a niebieskiego i fioletowego na podnieconych. V. Stein zauważył kojący wpływ światła elektrycznego przy oświetlaniu bolesnych ovrzodzeń w nosie i krtani.

Przechodząc bliżej do właściwego tematu niniejszej pracy, zaznaczyć należy, że historia lampy kwarcowej rozpoczyna się w r. 1892, kiedy dr Arons w Berlinie przekonał się o możliwości otrzymania silnego światła bardzo obfitego w promienie ultrafioletowe, a natomiast zupełnie pozbawionego czerwonych i prawie zupełnie żółtych, drogą przepuszczania prądu elektrycznego przez parę rtęci w środowisku bezpowietrznym.

Lampy, zbudowane na tej podstawie, miały początkowo palniki szklane, co silnie utrudniało używanie ich, gdyż szkło pochłania prom. ultrafioletowe. Szkło zatem zostało zastąpione przez kwarc (kryształ górski) w zupełności przepuszczający te promienie. Pierwsza lampa tego typu, znana pod nazwą lampy Kromayera, miała i ma dotąd zastosowanie w chorobach skórnych do naświetlań miejscowych; rozpowszechnionymi zaś obecnie i używanymi w licznych cierpieniach do naświetlań tak miejscowych jak ogólnych są duże lampy Bacha i Jesionka.

Lampy te z natury rzeczy najbardziej nadają się do badań naukowych nad właściwościami prom. krótkofalowych, a ultrafioletowych przedewszystkiem, gdyż dostarczają je niemal bez domieszek. Skorzystano z nich zatem w świecie naukowym b. szeroko, a zwłaszcza w zakresie bakterjologii i chemji. Wysoce interesujące i ważne naukowo wyniki tych badań, stwierdzające w pracach licznych badaczy jak Kröhne, Feldman, Mulzer, Bordier i inni, wybitnie bakterjologiczne działanie promieni ultrafiol., są niestety ze stanowiska czysto lekarskiego, a zwłaszcza leczniczego prawie bez znaczenia.

Okazało się, co już poniekąd było wiadome i poprzednio, że zdolność przenikania promieni ultrafiol. w głąb tkanek jest minimalna, że naprz. łaseczniki gruźlicy najsilniej nawet naświetlanych guzków przy wilku nie tracą bynajmniej swych zdolności życiowych i zaszczepione świnkom morskim wywołują u nich typową gruźlicę.

Względnie pomyślniejsze wyniki dla teorii lecznictwa prom. ultrafioletowymi dały doświadczenia chemiczne, a zwłaszcza biochemiczne, że wspomnę tylko o stwierdzeniu przez francuskich autorów: Bordier, Nogier, działania światła lamp kwarcowych na żółć i krew, działania, przejawiającego się nie tylko zmianą barwy cieczy, lecz i zmianą w ich obrazie spektralnym. Wspomnę tu nawiasem, że ciż sami autorowie, opierając się na stopniowej w miarę trwania naświetlania zmianie barwy roztworu żelazocjanku barytu, pragnęli oprzeć na tem zasadę dozowania prom. ultrafioletowych. Ich chro-

moaktinometr ma jednak jak dotąd dosyć ograniczony zakres zastosowania.

Badania krwi, wykonywane przez Beringa u białych myszy, naświetlanych lampą kwarc. wykazały, zwłaszcza po dłuższych naświetlaniach, wyraźny wpływ na powiększenie ilości hemoglobiny do 14% i na zwiększenie liczby ciałek czerwonych: w jednym przypadku z 6,900,000 do 8,400,000.

Bardzo dużo dają do myślenia i usposabiają do daleko idących wniosków doświadczenia Berniga i Hansa Meyera nad działaniem lampy kwarcowej na zaczyn peroksydazę. Otóż okazało się, że słabe naświetlania, wykonywane poprzez skórę królika (ten szczegół zasługuje na podkreślenie) wybitnie wzmagają jego zdolność utleniającą; naświetlania silniejsze osłabiały ją, a zbyt silne prowadziły nawet do zniszczenia zaczynu.

Równoległe z badaniami naukowymi rozwijało się stosowanie lampy kwarcowej w lecznictwie, przyczem jako oparcie do stawiania wskazań leczniczych służyło stare doświadczenie postugiwania się światłem w różnych cierpieniach. Na podstawie spostrzeżeń przytem odczynów ze strony organizmu i wyników leczniczych starano się, nieraz z dużym nakładem pomysłowości budować *post hoc* teoretyczne uzasadnienia spostrzeganych a niezawsze dających się wyjaśnić ściśle faktów.

Od niepamiętnych czasów notowane spostrzeżenia pomyślnego wpływu światła na gruźlicę sprawiły, że cierpienie to we wszelkich swych postaciach stało się jednym z najpierwszych dla stosowania lampy kwarcowej. Pomyślnie wyniki naświetlania promieniami słońca w górach, jak również możliwość dostarczenia choremu, niezależnie od stanu pogody i wysokości nad poziomem morza, dużej ilości prom. ultrafioletowych, uznanych za najdzielniejszy czynnik leczniczy światła słonecznego, a pochłanianych zeń przez kurz i mgły dolin, sprzyjały szybkiemu spopularyzowaniu tej metody leczniczej.

Obecnie posiada już ona za sobą historję, chociaż latami niedługą, jednak pouczającą i istotnie obiecującą na przyszłość: za pierwszym okresem bezplanowego stosowania i bezkrytycznego entuzjazmu zjawił się czas krytyki, chłodnego sądu a nawet jakby zniechęcenia; obecnie jesteśmy w okresie wykonywania błędów i powodzeń dla budowania teoretycznych uzasadnień i racjonalnych wskazań, stosowania tej młodej a już zasłużonej broni w arsenale środków leczniczych.

Piśmiennictwo, omawiające wyniki leczenia gruźlicy promieniami ultrafioletowymi jest już obecnie bardzo obszerne.

Prace Wagnera, Rollier, Strohlmana, Bacha, Königa, Jesionka i innych (w naszym piśmiennictwie Alkiewicza) podają setki dokładnie opisanych przypadków pomyślnego a nieraz wprost zadziwiającego działania naświetlań u osobników gruźliczych, a zwłaszcza w procesach kości, stawów i błon surowicznych. Wszyscy podnoszą dobroczynne działanie ogólne, przejawiające się wkrótce po rozpoczęciu naświetlań pod postacią ogólnego poczucia świeżości, przyływu sił, wzmocnienia apetytu, osłabienia bezsenności, uspokojenia układu nerwowego wzmoczenia wydzielenia moczu i zmniejszenia ciśnienia krwi. Działanie na schorzale miejsca występuje naturalnie znacznie później, w wielu jednak przypadkach bywa wprost zdumiewające,

przytem równolegle z poprawą zmian miejscowych obniża się ciepłota, ustępują poty.

Z pomiędzy chorych naświetlanych przezemnie w ciągu roku (do października 1920 r.) w mojej pracowni szpitalnej, a w ostatnich miesiącach i w pracowni prywatnej olbrzymią większość, bo 83 na ogólną 103 stanowią gruźlice ze zmianami następującymi: *peritonitis tbc* 31, — *tbc ossium* 25, — *lymphadenitis tbc* 15, — *tbc pulmonum et pleurae* 8, — *laryngitis tbc* 1, — *lupus v.* 3. — Naturalnie, że warunki szpitalne nie zawsze pozwalają na dostatecznie długie leczenie, zwłaszcza takich cierpień jak gruźlica gruźliczo lub złejsze postaci gruźlicy kości — z drugiej strony chorzy prywatni, zwłaszcza zamieszczeni, dzięki obecnym stosunkom komunikacyjnym, dość często muszą przerywać leczenie, lub prowadzić je niesystematycznie — tem niemniej jednak spora liczba wymienionych pacjentów była leczona i spostrzegana dostatecznie długo, aby mieć podstawę do wytworzenia niejakiich spostrzeżeń. Otóż, na ogół wzięwszy, muszę najzupełniej przyłączyć się do zdania wymienionych autorów co do poprawy stanu ogólnego; występuje ona bardzo szybko, nieraz po paru naświetlaniach — wygląd chorych poprawia się, wzmacnia się sen, apetyt i ogólne samopoczucie. To są, że się tak wyrażę, „wdzięczni pacjenci“ bardzo chętnie i z zadowoleniem poddający się zabiegom. Pośród innemi na to ich usposobienie wpływa wyraźnie i bardzo często występujące ukojenie wrażeń bólowych, tak dojmujących zwłaszcza w gruźlicy kości i otrzewnej. W ostatnio omawianych cierpieniach i w gruźlicy gruźliczo wyniki naogół miałem najbardziej dodatnie, mniej widocznie występowały one w gruźlicy płuc, aczkolwiek i tutaj ogólny stan i samopoczucie chorych ulegało zmianie na lepsze prawie we wszystkich przypadkach. Naturalnie jestem niezmiernie daleki od przypuszczenia, że promienie ultrafioletowe mogły tu być alfą i omegą czynników dobroczynnych — bynajmniej — wszyscy ci chorzy korzystali wszak z innych zabiegów leczniczych. Sądzę jednak, że naświetlania grały pomiędzy nimi rolę poważną.

Wrażenie najbardziej dodatnie pozostawiły mi niektóre przypadki gruźlicy otrzewnej — wysiękowej jak i suchej, w których chorzy — w większości kobiety — poprawiały się bardzo znamienicie i wszechstronnie. Jedno z tych spostrzeżeń dotyczy młodej 16-letniej pacjentki z oddziału d-ra Chełmońskiego z zapaleniem otrzewnej suchem.

W listopadzie roku 1919 stan jej był wprost beznadziejny: wybitny upadek odżywiania, silne ogólne osłabienie, częste omdlenia, wysoka ciepłota o charakterze trawiącym. Naświetlania były zastosowane jedynie *ut aliquid fieri videatur*, były jednak wykonywane systematycznie w ciągu paru tygodni. Poprawa co do wysokości i przebiegu ciepłoty, jak również co do bólów i stanu ogólnego była na razie stosunkowo nieznaczna. Chora jednak po powrocie do domu zaczęła się wkrótce stopniowo poprawiać, a obecnie, przed paru tygodniami sama przychodziła na naświetlania i czuje się w okresie zdrowienia.

Ilość analogicznych spostrzeżeń w gruźlicy otrzewnej w ostatnich tygodniach powiększyła się znacznie w mej szpitalnej a także i prywatnej praktyce.

W gruźlicy stawów w bardzo wielu przypadkach mogłem stwierdzić szybsze niż zwykle gojenie się

przetok, zmniejszanie obrzmień a prawie wszędzie osłabienie bolesności. Co do gruźlicy gruźliczo chłonnych, to zwłaszcza w postaciach cięższych byłbym za kombinowanem naświetlaniem promieniami X i ultrafioletowemi.

Mam wrażenie, że nacieczenia głębokich gruźliczo, o ile jeszcze nie zserowaciały, łatwiej ustępują promieniom Roentgena niż ultrafioletowym. Zserowaciały zaś i powstałe skutkiem nich przetoki chętnie poddawałbym zawsze działaniom tych ostatnich, stosując je nie tylko miejscowo lecz i ogólnie — na całe ciało.

Inne wymienione wyżej cierpienia gruźlicze były naświetlane tak krótko, że o jakichkolwiek spostrzeżeniach a nawet wrażeniach nie może być mowy.

Z pomiędzy cierpień nerwów miałem 3 razy do czynienia z rwą kulszową i dwa razy z nerwobólem międzybrowny.

Jeden z chorych na nerwoból musiał się wypisać po dwóch naświetlaniach — drugi był naświetlany 12 razy bez widocznego jednak skutku.

Świeżo jestem pod wrażeniem wybitnej poprawy u chorego z rwą kulszową. Chory ten po 5-tygodniach b. silnych cierpień — ostatnio był na oddziałach d-rów Jakowskiego i Chełmońskiego — był przywieziony do pracowni w okresie tak dojmujących bólów, że trudno go było ułożyć na stole do naświetlań. Już na trzecie naświetlanie przyszedł o kulach, a na piątym władał nogami zupełnie swobodnie.

Z dwóch innych przypadków tego cierpienia jeden był naświetlany zaledwie dwukrotnie, drugi po 8 naświetlaniach odczuwał sporą ulgę.

O innych przypadkach nie wspominam, gdyż z tych lub innych względów były mało charakterystyczne.

Co do stosowania promieni ultrafioletowych pod postacią lampy Bacha lub Jesionka w dermatologii, to liczni autorowie stwierdzają ich skuteczność w wielu cierpieniach.

Ja osobiście miałem do czynienia jedynie z toczniem (*lupus vulgaris*) i z łuszczycą i to w bardzo niewielkiej liczbie przypadków.

Tymczasowe moje spostrzeżenia w obydwóch tych chorobach przemawiają raczej za większą skutecznością stosowania prom. X — niż ultrafioletowych.

A więc mamy fakty leczniczego działania prom. ultrafioletowych. Jakież ich wytłomaczenie?

Otóż narazie mamy do czynienia przeważnie z przypuszczeniami bardzo często pomysłowo zbudowanymi. Zrozumiałe zupełnie tymczasowe — trzeba mieć nadzieję — luki w ścisłych naukowych dowodach z konieczności musiały zostać wypełnione mniej lub więcej przez umotywowane przypuszczenia i intuicyjne uogólnienia.

A więc lecznicze działanie prom. ultrafioletowych w gruźlicy jak również w innych chorobach toksycznych objaśnia W a g n e r autotuberkulinizacją względnie samozastrzykiwaniem, powstającym przez przeniesienie jądów z głębi organizmu do rozszerzonych rumieniowo naczyń skórnych, przyczem następuje czynne uodpornienie ustroju.

W powstawaniu i przebiegu działania leczniczego wybitną rolę mają odgrywać zdolności prom. ultrafiolet., mobilizowania zaczynów a nawet bezpośrednio photoakalicznego działania na przemianę mate-

riji wewnątrz ustroju (prace Neuberga i Leidnera).

Pobudzeniem i wzmożeniem utleniającego działania czynników stara się Wagner wytłomaczyć wpływ naświetlań na układ współczulny — między innymi przez wzmożenie i przyspieszenie utleniania nadmiaru adrenaliny w ustroju.

Na tej drodze objaśnia spostrzegany przez się dobroczynny wpływ naświetlań przy usuwaniu włosów, tłomaczy opisany przez Bacha przypadek wyleczenia moczówki prostej i wielokrotnie stwierdzony wpływ prom. ultrafiolet. na obniżenie ciśnienia krwi.

Strahlman w swej pracy o leczniczym działaniu naświetlań w gruźlicy otrzewnej kładzie nacisk na działanie dwóch czynników: z jednej strony na bakterjobjęcze choć naturalnie pośrednie działanie prom. ultrafiolet. przejawiające się w wywędrowywaniu białych ciałek krwi z rozszerzonych naczyń skóry i otaczających miejsce naświetlane tkanek i ich działanie fagocytarne — z drugiej zaś strony na dodatni wpływ, na przebieg gruźlicy, podniesienia odżywiania i uspokojenia układu nerwowego.

Rzucające się w oczy i występujące prawie u wszystkich naświetlanych chorych zabarwienie skóry, posłużyło również za punkt wyjścia dla teoretycznego uzasadnienia działania promieni ultrafioletowych. Pozostawiając na stronie niezdecydowaną jeszcze ostatecznie sprawę pochodzenia barwnika skóry, Rollier i Meirowski widzą w niem rodzaj transformatora, przemieniającego płytko przenikające promienie ultrafiolet. na promienie o długiej fali, przenikające głębiej.

Jesionek wskazuje fotoaktywność, jakiej pod wpływem naświetlań nabiera krew, wchłaniająca w naczyniach włoskowatych skóry prom. ultrafioletowe. Dzięki tej fotoaktywności, stwierdzonej doświadczalnie przez Schläpfera, energia świetlna i jej działanie lecznicze sięga bezpośrednio do ognisk chorobnych.

Na zakończenie dodam jeszcze słów kilka o technice naświetlań promieniami ultrafioletowymi.

Występowanie i nasilenie bezpośredniego i wi-

docznego skutku naświetlania t. j. rumienia skóry i jej zabarwienia zależy przede wszystkim od siły naświetlania i od osobistej wrażliwości pacjenta. Siła naświetlania reguluje się czasem jego trwania i odległością lampy od naświetlanej części ciała. Zwykle rozpoczyna się leczenie od 3 do 5 minut na jednym posiedzeniu i naświetla się z odległości jednego metra. Następnie w miarę przyzwyczajania się skóry zwiększa się czas naświetlania do półgodziny a nie-raz i więcej i zmniejsza się odległość. Ponieważ wrażliwość skóry jest w tym kierunku bardzo swoista a przykre objawy zbyt silnego zapalenia — aczkolwiek przejściowe i krótkotrwałe — bywają jednak niekiedy dość przykre (palenie, swędzenie, bolesne napięcie) pożądana jest ostrożność w dawkowaniu, zwłaszcza w początku leczenia. Ostrożność ta jest wskazana szczególnie w tych przypadkach, gdzie wogóle chcemy uniknąć zbyt silnego odczynu, na co należy zwrócić uwagę u osób bardzo osłabionych i u chorych w okresach wysokich wahań ciepłoty. W tych razach korzystne okazuje się niekiedy takie przeprowadzenie naświetlań, aby ich jedynym wynikiem skórnym było stopniowo potęgujące się zabarwienie bez rumienia lub z jego minimalnym stopniem.

Natomiast u chorych mniej osłabionych, szczególnie u których radziłybyśmy widzieć działanie przeciwbólowe (rwa kulszowa i t. d.) nie należy według mnie unikać wywoływania silniejszych odczynów skórnych. Naświetlanie wykonywa się zwykle co drugi dzień, o ile jednak zmienia się miejsca działania, to można i codziennie; konieczne jest tylko przytem staranne spostrzeganie.

Celowo unikałem dotąd używania przy naświetlaniach tych uzupełnień, których celem jest wprowadzenie działania ciepła. Do tego służy między innymi nakładany na obwód klosza lampy kwarcowej wieniec lampek żarowych Hagemana.

Długość trwania leczenia na ogół trudno określić, niektóre z moich przypadków, zwłaszcza gruźlicze były leczone z małymi przerwami w ciągu paru miesięcy — do pół roku.

PARĘ UWAG O CHOLERZE.

† Dr Edward Zieliński.

*„Nullius in verba
magistri, non mihi res, sed me rebus
subjungere conor.“ Horacy.*

Czas byłby sprawdzić dawne opisy kliniczne cholery. Bo choć przed takimi opisami starych klinicystów jak Trousseau, Duchaine de Boulogne, Charcot, i nowych tylko Strümpela lub Eichorsta — *chapeaux bas*, nie mniej w interpretacji obrazów chorobnych niekiedy są luki i błędy. Szczególniej dotyczy to opisów cholery. Objawy ze strony przewodu pokarmowego w niej tak brutalnie rzucały się w oczy, że zaćmić musiały inne — pierwszorzędne, będąc same tylko wtórnymi. I dzięki temu cholera wliczona została do cierpień układu żołądkowo-kiszkowego, gdy uznana być winna za nerwicę naczyniową, choć ją ulega wessaniu pierwotnemu w kanale pokarmowym. To, co tu powie-

dziane, wyda się może dla wielu paradoksem, a jednak tak nie jest. Zaledwie bowiem wystąpią objawy ze strony żołądka i kiszek (wymioty, stolce), już spostrzegać możemy zniknięcie odruchów, porażenie tłoczni brzusznej; występuje szybko skurecz naczyń krwionośnych; tętno ginie momentalnie pod palcem w chwili badania; skórę pokrywa zimny lepki pot i sinica, po-czem dopiero wzmaga się szalenie objawy żołądkowo-kiszkowe t. zn. wymioty i rozwolnienie. Lecz azali można je za takie uważać? Chorzy ci ani nie wymiotują naprawdę, ani nie mają rozwolnienia, o ile te grube przejawy uważać jako następstwa podrażnienia przewodu pokarmowego i wzmożenia ruchów robaczkowych. Kto widział pijanego, jak się krztusi, nie mając czem wymiotować, jak brzuch jego pracuje, by wypchnąć zawartość żołądka, widząc t. zw. wymioty choleryka doznać musi rozczarowania. Nie nie

zobaczy u niego z tego, co uważał dotąd za wymioty. Chory choleryczny chlusta momentalnie płynną zawartością bez udziału w akcji tym mięśni brzusznych i przepony, i te i tamta bowiem już są wówczas porażone, wiotkie, brzuch się nie napina, pozostaje miękkim, ciastowatym i rozlewnym. Podobnie rzecz się ma i ze stolcami: żadnego parcia, jak w czerwonce lub choćby zwyczajnych katarach kiszki grubych, żadnego napinania się, nadymania, wciągania podbrzusza: zawartość płynna prostnicy wylewa się podobnie momentalnie, jak z wałców lub stożków o dnach ruchomych, służących do naocznego przekonania się o prawie fizycznym, że ciśnienie na dno naczynia równa się iloczynowi z płaszczyzny dna przez wysokość słupa płynu, niezależnie od kształtu naczynia. I tutaj, gdy się odbytница przepelni nadmiernie tak, że siła ciśnienia stanie się większa, niż siła zwieracza, ten ostatni zwalnia, odbył się otwiera raptownie i zgromadzona płynna zawartość wylewa się nazewnątrż. O żadnym wzmożeniu ruchów robaczkowych kiszki mowy tu być nie może. Brzuch na wysłuch wciąż pozostaje głuchym, na wygląd martwym; żadna pętla kiszkiowa na nim się nie zarysowuje, nie przeży jak przy przeszkodach lub ostrych stanach zapalnych kiszki. Brzuch wciąż pozostaje równomierny, na dtyk miękki, ciastowaty i bezbolesny. Sekcja to w zupełności potwierdza: w żołądku, kiszkiach cienkich, grubej, w samej nawet odbyticy znajdować można kawałki ulegalek, sliwek, ogórków, kartofli, zjedzonych przez chorych w dzień zachorowania, a nie zwymiotowanych, nie wydalonych mimo setki nieraz tak zwanych wymiotów i t. zw. rozwolnienia przez tydzień i więcej pobytu w szpitalu. To aż nadto wymownie dowodzi, że ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego na całej jego długości uległy zupełnemu porażeniu. Akty te wydzielnicze, jakie widzimy u choleryków, nazbyt przypominają to, co można widzieć na żołądkach zwierzęcych izolowanych i na kiszkiach, a nawet na trupach ludzkich po przepelnieniu ich płynem: gdy przejdziemy *maximum* sprężystości tych rur, otwiera się wpust, odźwiernik i zwieracz, i płyn się wylewa momentalnie całą masą. Akty te więc są raczej mechaniczne, niż patologiczne, i nie mają nic wspólnego ze zwracaniem ani z wzmożonymi ruchami robaczkowymi. Nie istnieją one wskutek porażenia układu naczynioruchowego. Nadmiar zaś płynnej zawartości w żołądku i kiszkiach pozostaje dzięki odwróconej osmozie: płynna składowa część krwi, przesącza się przez śluzówkę do światła kanału pokarmowego i przepelnia ją mniej lub więcej prędko, zależnie od stopnia porażenia nerwów naczynioruchowych. Prócz skurczu naczyń obwodowych i płynienia w kierunku przewodu pokarmowego, w układzie mózgowordzeniowym ozdrowieńców jeszcze można często znaleźć znaną skądinąd trójcę objawów: objaw Argyll-Robertsona, Westphala i Romberga. Im przebieg cierpienia jest cięższy, tem dłużej i wyraźniej występują te wszystkie zmiany, w wypadkach lżejszych choć jedna z nich być musi (najczęściej brak odruchu kolanowego). Na zasadzie tego ostatniego odruchu, jego większego lub mniejszego zahamowania, chciano oprzeć nawet rokowanie w cholery.

Wspomniane porażenie ruchów robaczkowych i wysysania wyjaśnia ten brak wyników przy podawaniu lekarstw przez usta i to, że stosowanie kalomelu w dawkach, dochodzących do 4 gm. dziennie, nie powoduje ani ślinotoku, ani zapalenia dziąseł, ani za-

dnych wogóle objawów zatrucia ustroju, ani nawet zniknięcia w kale przecinków cholery. Cokolwiek dawalibyśmy w okresie ziębnienia (*stadium algidum*) przez usta choremu, pozostanie to w żołądku i tylko częściowo ulegnie mechanicznemu wyrzuceniu zeń wraz z chlustającym płynem a potem w okresach późniejszych przesunie się tylko przez kiszki. Chorzy tacy po tygodniu oddają ze stolcem twarde części pokarmów, zjedzonych przed zapaścią, i leki, podawane na początku choroby; stolce ich czasem są jak szpinak zielone, wskutek przesycenia ich kalomelem, niemniej i z takich stolców wyhodować łatwo przecinkowce choleryczne; kalomelu przeto nie można uważać, przynajmniej dla przecinków cholery, za środek odkażający. Nie większą mają wartość leczniczą i owe wlewania wysokie z taniną; nic się z nich nie wsysa, nic się niemi nie odkaża. Natomiast wlewanie podskórnie chlorku sodu, w rocznie fizjologicznym, ma dużą wartość objawową, znosi bowiem kurcze w kończynach, zmniejsza pragnienie, podnosi wprawdzie tylko chwilowo tętno i to nie w okresie ziębnienia, choć z drugiej strony jakgdyby zwiększa ilość i częstotliwość wydaliny z obu końców przewodu pokarmowego. Sekcje cholerycznych prócz ciekawego faktu porażenia ruchu robaczkowego żołądka i kiszki, rzucającego światło na istotę wydzielin i na rolę przewodu pokarmowego wtórną, dają nam możliwość stwierdzenia i paru jeszcze innych faktów, mogących nam posłużyć do próbowania dość oryginalnego leczenia. Ciekawym i uderzającym jest fakt, że wśród chorych i trupów cholerycznych wcale nie znajdują się suchotnicy, gdy właśnie cholera dobiega wszelkich innych chorych na choroby przewlekłe. Trupów, gdzieby nie było zmian starych, uwarunkowanych bądź chorobą przewlekłą serca, płuc (rozedma), wątroby (marskość), nerek (zapalenie nerek śródmiąższowe), żołądka (katar przerostowy), kiszki (katar przewlekły) lub zmian świeżych w macicy (po porodzie) lub zachowanej grasicy u dzieci, trupów takich wśród zmarłych na cholere niema. Przecinek choleryczny dla tych chorych i chwilowo osłabionych lub niedorozwiniętych jest tym krótkim sztyletem, zwanym przez dawnych rycerzy „*miser cordia*“, którym dobijali ciężko rannych lub siebie. Otóż wśród tych dobitych nie widać wcale gruźlików, przynajmniej czynnych. Jeżeli zdarzają się zmiany gruźlicze w wierzchołkach, to są to stare blizny, zserowaciale ogniska lub zwapnienia. A właśnie kogo jak kogo, ale tych gorączkujących suchotników, często już dotkniętych owrzodzeniami w kiszkiach, możnaby się spodziewać znaleźć w pierwszych szeregach wśród ludzi chorych na cholere. Ich jednak nie bywa, jak to zresztą prócz innych już i stary Griesinger nie bez zdziwienia zanotował w swej klasycznej monografii chorób zakaźnych. Wobec tego rodzi się pytanie: czyżby między temi dwiema chorobami było przeciwieństwo jakies, wykluczanie się przynajmniej jednostronne? Kto wie, czy tak nie jest! Klinicznie zdaje się, że jady obydwu laseczników Kocha działają na organizm ludzki wprost przeciwnie.

Gdy jad lasecznika gruźlicy: jad lasecznika cholery:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 1) podnosi ciepłotę ciała, | 1) obniża ciepłotę ciała, |
| 2) rozszerza naczynia obwodowe, | 2) zwęża naczynia obwodowe, |
| 3) przyspiesza tętno, | 3) zwalnia tętno, |
| 4) wzmacnia odruchy ścięgniaste, | 4) obniża odruchy ścięgniaste, |
| 5) daje uczucie rzeźwości, | 5) wywołuje przygnębenie. |

Jak widzimy, przeciwieństwo powyższe przypomina aż nadto przeciwieństwo między morfiną a atropiną, tą ostatnią a pilokarpiną i t. p. I dziw, że, o ile przeciwieństwa między działaniem alkaloidów, tworów roślinnych wyższych, są farmakologicznie opracowane, podobne przeciwieństwa tworów roślinnych niższych (drobnoustrojów) dotąd nie zostały poruszone na drodze doświadczalnej — fizjologiczno-farmakologicznej. A kto wie, czy przez zastrzykiwanie tuberkuliny nie można, jeżeli nie leczyć, to przynajmniej osiągnąć lepszy przebieg i nieść ulgę cholerycznym. Prócz tego na sekcjach cholerycznych spostrzegać można niezwykle skądinąd zjawisko. Oto kurczą się u trupa pojedyncze mięśnie twarzy, kończyn. Raz byłem świadkiem energicznego bardzo wytrysku nasienia,

przyczem nitki nasienne pełne były życia. Zjawisko to jest analogiczne ze zjawiskami na trupach zmarłych wskutek tęcza, u których ciepłota ciała podnosi się jeszcze przez parę godzin po śmierci. I w cholerycznym trup jest cieplejszy od żyjącego chorego (szczególniej w okresie ziębnienia w czasie choroby) i różowy, miał sinicowo-żółtawej barwy przyżyciowej. Nie dziw więc, że lud od wieków pomawia lekarzy o grzebanie żywych jeszcze pacjentów. Istotnie dla profana trup ten może się wydawać bardziej żywym od żyjącego chorego; nie mniej krew skrzepła w sercu i naczyniach przecy przy puszczeniu nawet letargu.

Psków 1/VI 1917.

Notatki lecznicze.

Leczenie czerwonki we Francji

podał Dr. Józef Zieliński

Wszecławiatowa wojna, względy polityczne zbliżyły w latach ostatnich Francję z Polską.

W dziedzinie medycyny Polska może nareszcie dokładnie zapoznać się ze wszystkimi zdobyczami, teorjami, doświadczeniem Francuzów, jak również pokazać im swoją dość bogatą skarbnicę.

Dla szerszych kół polskich lekarzy pożądane są nie tylko francuskie dzieła lekarskie, teoretyczne artykuły, ale i komunikaty z praktycznej francuskiej medycyny, z jej lecznictwa, z organizacji lekarskich i t. p.

Francusko-polski komitet lekarski, Francuzi lekarze bawiący chwilowo w Polsce, Polacy którzy po długoletniej praktyce we Francji powrócili do wolnej Polski, powinni być na usługi polskich lekarzy, tu wychowanych i stale zamieszkających.

Kierowany tą ideą ośmielam się podzielić z ogółem kolegów swem doświadczeniem, zdobytym we Francji w leczeniu czerwonki.

Badania bakterjologiczne pozwalają nam dziś wyraźnie już rozróżniać co najmniej dwa rodzaje czerwonki.

I. Czerwonka lasecznikowa. Jest ona bardzo zaraźliwa, a nosicielem zarazy i jej przyczyną jest charakterystyczny lasecznik, znajdujący w wypróżnieniach stolcowych. Po raz pierwszy był on znaleziony jeszcze w 1888 r. przez Chantemesse'a i Widal'a, ale dokładnie został zbadany i opisany dopiero znacznie później przez Shiga, Flexnera, Vaillard'a i Doptera. Ci dwaj ostatni zdołali otrzymać surowicę przeciwczerwonkową na sposób surowicy przeciwbłoniczej i podali nam już od lat kilku plan racjonalnego leczenia tej postaci.

W 1918—1919 r. podczas wojny mieliśmy w Paryżu dość liczne przypadki tej postaci czerwonki. Zaczęła się ta epidemia w dość szerokich na razie rozmiarach w mojej dzielnicy, miałem więc sposobność zebrać garść spostrzeżeń z wła-

snego doświadczenia. Miałem np. starca 72 letniego, dotkniętego czerwonką w formie bardzo gwałtownej i groźnej, i w 2 dni potem jego wnuczkę 10-o miesięczną, — oboje wyleczyli się jedynie zastrzykiwaniem surowicy (starcowi 40 i 20 cm. a dziecku raz tylko 20 cm.).

Podług Vaillard'a i Doptera w przypadkach zwykłej czerwonki (15 do 30 wypróżnień na dobę) należy zastrzykiwać pierwszego dnia 20 do 30 cm. sześć., w wypadkach cięższych od 40 do 60 cm., a w wypadkach bardzo groźnych można zastrzyknąć i 80 cm. sześć. w dwóch dawkach.

Zastrzykiwanie winno być powtórzone dni następnym, lecz w mniejszych dawkach, jeśli wypróżnienia są równie częste, a bóle nie zmniejszają się.

Zazwyczaj po upływie kilku godzin następuje nadzwyczajne polepszenie: ogólny stan, wygląd chorego zmienia się do niepoznania, liczba wypróżnień zmniejsza się, bóle ustają, apetyt wraca, gorączka spada.

Dzięki stosowaniu surowicy przeciwczerwonkowej śmiertelność, która dawniej wynosiła od 11 do 50%, spadła do 1,6%.

Niema żadnego przeciwskazania do zastrzykiwania surowicy przeciwczerwonkowej; przeciwnie należy ją zalecać jako środek zapobiegawczy (10 cm. sześć.). W bardzo wyjątkowych przypadkach zdarza się nawrót czerwonki (po 10 dniach od ostatniego zastrzyknięcia), w takim razie należy je ponowić w niewielkiej ilości (10 do 20 cm. sześć.).

Po zastrzyknięciu surowicy można czasami (ale bardzo rzadko) spostrzegać u chorych — podobnie jak po użyciu innych surowic — pokrzywkę, bóle w stawach i t. p. Wszystkie te następstwa są krótkotrwałe i nie przedstawiające żadnego niebezpieczeństwa.

II. Czerwonka amebowa. Do czasów wojny czerwonkę tę spostrzegano wyłącznie w krajach gorących albo u osób przybyłych z ko-

lonji. Podczas wojny zaś czerwonka amebowa zdarzała się nawet u ludzi, którzy nigdy kraju nie opuścili. Zarazili się oni od żołnierzy kolo-njalnych bądź bezpośrednio przez wypróżnienia stolcowe, bądź pośrednio przez wodę zanieczyszczoną, albo też sałatę, owoc zroszony tą zakażoną wodą. W wypróżnieniach tych chorych znaleziono *Entamoeba dysenteriae (histolitica)*. W Polsce czerwonki amebowej, zdaje się, wcale się nie spotyka. Klinicznie różni się ona od czerwonki lasecznikowej przez swój przebieg bardzo przewlekły z napadami od czasu do czasu mniej lub więcej ostrymi, mniejszymi bólami, mniejszym parciem na stolec, mniej charakterystycznymi wypróżnieniami i częstymi powikłaniami ze strony wątroby (zapaleniem ropnym wątroby).

W napadach ostrych stosowane bywają zastrzykiwania podskórne emetyny (*emetikum muriatum*) 0,04 cm. 2 razy dziennie przez 2 dni a potem raz na dzień przez 2 dni.

W przypadkach groźniejszych można zastrzykiwać do 0,10 dziennie. Nie należy jednak zapominać, że zastrzykiwanie emetyny wywołuje znakomite polepszenie tylko w ostrych napadach, ale choroby radykalnie nie wylecza; ponadto zastrzykiwanie dokonywane przez dłuższy czas czy też w dawkach większych może wywołać mdłości, osłabienie serca i t. p. W przewlekłych więc przypadkach, w przerwach pomiędzy zastrzykowaniami emetyny, próbowano zastrzykiwać żylnych nowoarsenobenzolu.

Ravaut¹⁾ radzi w ciągu 40 dni zastrzykiwać na przemian 10 razy nowoarsenobenzol nie więcej nad 0,30 i w przerwach 18 razy, emetynę od 0,04 do 0,08 cm. Podobną metodę stosuje Marcel Labbé²⁾. W przypadkach chronicznych — bez napadów ostrych — Marchaux, Chaffard, Dopter radzą wyłącznie nowoarsenobenzol.

W czerwonce amebowej leczenie kliniczne za pomocą odpowiednich lewatyw i stosownej diety odgrywa wielką rolę.

III. Zdarzają się jeszcze i inne rodzaje czerwonki, gdzie znajdowano pasorzyty jak *lamblia*, *trichomonas*, *balantidium coli* (w Rosji, Skandynawji, Francji). Są to jednak przypadki rzadkie i mało zbadane.

Choć czerwonka, a raczej wszystkie jej odmiany nie są jeszcze dostatecznie znane i wiele pozostaje dla badań naukowych, to jednak dla klinicystów, praktyków lekarzy niezbitą jest prawdą, że w Polsce grasowała i grasuje czerwonka lasecznikowa, że jedynie racjonalnym leczeniem jest stosowanie surowicy przeciwczerwonkowej i że konieczne jest, aby ją wyrabiano w Polsce w dostatecznej ilości, albo też sprowadzano z Francji.

¹⁾ „Syphilis, paludisme, amibiase“ Masson 1918.

²⁾ „Paris médical“ № 49 str. 461 1918.

Streszczenia z piśmiennictwa.

H. Pette. Wpływ różnych sposobów leczenia przeciwkiłowego na powstawanie zachorzeń trzeciorzędnych czyli metakiłowych.

Autor analizuje cały materiał kliniczny z oddziału nerwowego Nonne'go za ostatnie dziesięciolecie (kiłę mózgu, rdzenia, wiał, porażenie postępujące), wychodząc ze spostrzeżonego przez się faktu, że z nastaniem ery salwarsanowej zwiększyła się liczba przypadków wczesnego zachorzenia układu nerwowego. Większość chorych na wiał i porażenie postępujące — razem 764 osób — rekrutowało się z osobników z kiłą, poprzednio wcale nie leczonych (67%), podczas gdy dobrze leczeni stanowią zaledwie 2,5%. Im wcześniej chory kiłę nabył, tem dłużej trwa okres wylegania się zachorzenia nerwowego, im później ją nabył, tem krócej trwa ów okres, którego wahania wynoszą wobec powyższego od 3 do 41 lat. Od czasu stosowania salwarsanu choroby nerwowe występują wcześniej, co P. tłumaczy tem, że naogół przypadki są niedostatecznie leczone salwarsanem, który sprowadza w ten sposób zamiast wyleczenia kiły małą odporność mózgu i rdzenia.

H. Higier.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Nr. 67. 151—174. 1920

Hammerstein Gertruda. Leczenie kiły układu nerwowego.

Sprawozdanie autorki ze 140 przypadków kiły układu nerwowego kliniki nerwowej we Wrocławiu. Próbowano najróżnorodniejsze metody leczenia, za-

czynając od rtęci (wcierania, wstrzykiwania salicylanu rtęci, mercuriolu, sublimatu, novasurolu, kalomelu) razem z salwarsanem, jodu 200 grm według Schadeka w dawkach wśródzylnych od 3 — 10 grm. co 2-gi dzień, jodku potasu — 3 grm. dziennie, jodipiny w 10—20% zawiesinie wewnątrzmięśniowo, co 3 dni po 5 grm, tuberkuliny, jednocześnie z rtęcią i salwarsanem, z podtrzymywaniem 3 tygodniowej gorączki tuberkulinowej. Najlepsze wyniki osiągnano w kile mózgu i rdzenia, mniejsze w wiałzie, najmniejsze w porażeniu postępującem.

W tem ostatniem objawy psychiczne mało się poprawiły mimo zmian wybitnych w płynie, świadczących o zmniejszeniu stanu zapalnego w oponach. Spróbować należy wewnątrzżylnych wstrzykiwań salwarsanu, gdy te nie dają wyników, stosować należy wewnątrzrdzeniowe.

H. Higier.

Berliner klinische Wochenschrift 9. 1921.

I. A. Sicard. Leczenie kiły układu nerwowego wstrzykiwaniami neoarszenikowemi w małych dawkach, przez dłuższy okres powtarzanemi.

Praca, streszczająca 2 letnie leczenie i spostrzeżenie 200 chorych, zasługuje na uwagę ze względu na odmienny od niemieckiego sposób leczenia. Dając za wygraną ze „sterilisatio magna“ Ehrlicha, S. woli stosować przez długi czas małe dawki, co

dzień lub co drugi pod skórę lub wewnątrzylśnie. Notuje on poważne wyniki w porażeniu połowiczem, poprzecznym, władzie rdzenia i porażeniu postępującem. Niektórzy w ciągu 2 lat otrzymali do 50 grm. preparatu. Naogół wystarcza 8 grm. na 2 miesięczny kurs leczenia. W wielu przypadkach S. zauważył po 8 — 10 grm. stopniowe osłabienie odruchów ścięgowych, zwłaszcza Achillesa. Jest to objaw zapalenia nerwów arsenikowego, tu i owdzie zapalenia wielonerwowego, połączonego z drętwieniem kończyn i osłabieniem pobudliwości elektrycznej. Ciekawy jest jeden przypadek porażenia poprzecznego z niemożnością chodzenia; chory po tem leczeniu stracił objawy spastyczne, a na miejsce stopopłasu wystąpił zanik odruchów Achillesa, na miejsce przykurczu, wiotkość mięśni, z powrotem wszystkich ruchów i zdolności do pracy zawodowej. Przy wystąpieniu zaburzeń czuciowych lub braku odruchów należy przerwać leczenie, które naogół na płyn mózgowordzeniowy niema wielkiego wpływu.

Presse médicale 29. 1920.

H. Higier.

M. Marinesco. W sprawie leczenia wewnątrzkręgowego kiły układu nerwowego.

Marinesco dowodzi na posiedzeniu Tow. Neurol. paryskiego z d. 3.III.21, wbrew twierdzeniu Sicarda i Parafa, że jego autoseroleczenie, wypróbowane w Rumunji, Hiszpanji i Ameryce, w blisko 11000 wstrzykiwaniach, daje wyniki bardzo zadawalające. Metodę, proponowaną przezeń jako *raehisero salvarsanoterapia in vitro*, wypróbowali ze skutkiem m. i. Ogilvie, Lafon, Belarminow, Rodrigun. Używając surowicy do rozpuszczania neosalwarsanu, można wprowadzić go w podwójnej i potrójnej dawce. Nie należy jednak przekraczać dozy 4 mm., wprowadzonych do kanału kręgowego w 8 grm. surowicy chorego, przy ciepłocie 36°. Do jamy podpajęczynowej mózgu udaje się wprowadzić bez uszczerbku dla chorego wielokrotnie większe ilości. Wprowadzony lek szybko przedostaje się przez opony do istoty mózgowej, jak tego dowiodły dawne doświadczenia autora z barwnikami.

Metodę tę, połączoną z leczeniem rtęcią lub z wewnątrzylsnymi wstrzykiwaniami neosalwarsanu, M. uważa za metodę przyszłości, dającą wyniki nawet w władzie i porażeniu postępującem i nie obawia się podkreślanego przez Sicarda wstrząsu surowiczego (*choc autosérique*), czasem śmiertelnego.

Révue neurulogique 3, 1921.

H. Higier.

F. Sioli. Leczenie porażenia postępującego salwarsanem srebra i sulfoksylationem.

Na 20 chorych z porażeniem postępującem leczonych salwarsanem srebra i sulfoksylationem, 5 poprawiło się wybitnie, 6 znacznie, 9 pozostało bez poprawy. Jednocześnie z poprawą kliniczną stwierdzono zmianę t. zw. 4 odczynu płynu mózgowordzeniowego. Poprawa znacznie przewyższa dawną ze zwykłym salwarsanem, o ile nie dotyczyło to przypadków zbyt starych, t. j. po 2 roku choroby. Zaczynać należy od małych dawek salwarsanu srebra 0,1, które się stopniowo podnosi do 0,3, wyjątkowo do 0,5, stosując 2 razy tygodniowo wstrzyknięcie. Gdy osiągnięta została całkowita ilość 7 grm., przechodzi się do sulfoksylationu, który stosuje się czas dłuższy, wprowadzając po 0,3 raz na tydzień.

H. Higier.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift* 8. 21).

R. Weichbrodt. Badanie doświadczalne nad leczeniem salwarsanem bezwładu postępującego.

Autor przekonał się, że po wstrzykiwaniu wewnątrzylsnem różnych przetworów salwarsanowych znaczna ilość arszeniku przechodzi do płynu mózgowordzeniowego tak, iż po godzinie odsetka arszeniku we krwi i płynie wyrównywa się. Wartość lecznicza preparatów salwarsanowych dałaby się określić najlepiej zawartością arszeniku w tkance mózgowej po wstrzykiwaniu wewnątrzylsnem lub wewnątrzrdzeniowem.

H. Higier.

Deutsche medicinische Wochenschrift 3. 1921.

J. Gerstmann. Wpływ zimnicy trzeciackowej na przebieg porażenia postępującego.

Badanie rozpoczęto w roku 1917 w klinice w Wiedniu. Z 54 daleko posuniętych przypadków porażenia postępującego, drogą szczepienia zimnicy, 17 ma zwolnienia poważne, ze zdolnością do dawnej samodzielnej pracy, 16 nie zupełne zwolnienie, 8 poprawę jeszcze mniejszą, ale która ich czyni zdolnymi do współżycia rodzinnego, a poniekąd społecznego. Pogorszenie po dłuższym lub krótszym zwolnieniu należy do wyjątków. Z pierwszych 9 leczonych zimnicą 3-iej są do ostatnich tygodni pozornie zdrowi i w zawodach swoich czynni. Autor bierze podczas napadu zimnicy z żyły 1 cctm. krwi i wprowadza ją porażeniowemu pod skórę. W ten sposób, przeszczepiając stale od chorego na chorego, otrzymał już 18-te pokolenie plazmodji, jednakowoż leczniczo czynnych.

H. Higier.

Zeitschrift f. die gesammte Neurologie. 23. 1921.

H. Pette. Czy się zmieniła częstość i postać kiły mózgowordzeniowej od chwili wprowadzenia salwarsanu.

Poważna praca, oparta na dużym materiale kliniki nerwowej uniwersyteckiej Hamburga (250 przypadków) i na studjum 84-ch odnośnych prac z piśmiennictwa.

W sprawie kiły 1 i 2 go okresu należy, ze stanowiska neurologa, stwierdzić, że salwarsan stanowi poważne wzbogacenie naszego skarbca leczniczego w walce z kiłą, o ile stosowany jest umiejętnie. W dawkach niedostatecznych osłabia on organizm, stanowiąc obosieczny miecz dla układu nerwowego. Ostateczna odpowiedź jest obecnie jeszcze niemożliwa, czy wogóle kiła mózgowordzeniowa stała się częstszą z nastaniem ery salwarsanowej? Powiększyła się niewątpliwie częstość zachorzeń wczesnych, t. j. w 1-ym roku po zakażeniu, zmniejszyła się natomiast częstość chorób późniejszych. Postać chorobna zmieniła się o tyle, że częściej spotykamy się z zapaleniem opon mózgowych kiłowem, nieraz kilakowem, rzadziej zaś z naczyniową postacią kiły. W okresie 1-ym autor zaleca 4,0 grm. salwarsanu w dawkach 0,5 gramowych co 5—7 dni. W okresie 2-im dodaje do tego rtęć i jod. Kuracja musi być powtarzana co 3—6 miesięcy, póki płyn mózgowordzeniowy nie jest normalny. Zgodnie z Neisserem, Genneridtem, Arningiem, Hoffmannem i Wertheimem P. twierdzi, że „lepszy żaden salwarsan, niż niedostateczny“.

H. Higier.

Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie T. 52. 30—66. 1920.

Wrażenia z XVIII-go Zjazdu Chirurgów Polskich.

Po raz osiemnasty wogóle, lecz po raz pierwszy w wolnej i zjednoczonej Ojczyźnie, zjechali się ze wszystkich krańców kraju chirurdzy, aby uczynić wielki przegląd sił swych i dorobku naukowego. Zawierucha wojenna nie tylko wywołała długą przerwę w pracach Zjazdów, lecz i wykołęła wielu chirurgów, wielu pozbawiła możliwości pracy na polu naukowym, a wręcz wszystkim pracę tę ogromnie utrudniła. Stąd obawy, wygłaszane jeszcze przed kilku miesiącami, gdy była mowa o zwołaniu Zjazdu, czy wogóle ilość prac będzie dostateczna, czy nie lepiej będzie poczekać jeszcze rok? Obawy te były płonne: plon okazał się nadspodziewanie obfity: około stu referatów znalazło miejsce w programie Zjazdu, tak że odrazu nasuwała się wątpliwość, czy tak obszerny porządek obrad będzie mógł być wyczerpany. Ta obfitość zgłoszonych prac jest dowodem nie-spożytych sił lekarzy polskich, którzy pomimo niesprzyjających warunków, wbrew wszystkim przeszkodom potrafili jednak owocnie pracować i zachować dążenie do badań naukowych. Pozwala też ona do roszczenia jaknajpiękniejszych nadziei na przyszłość, gdy zapanują normalne warunki i praca wejdzie na prawidłowe tory. Wojna światowa, aczkolwiek nie potrafiła uszczuplić dorobku Zjazdu, jednak wycisnęła swe wyraźne piętno na większości referatów, tudzież na tematach programowych, które wszystkie trzy posiadały pewien posmak wojenny.

Zjazd zagał prezes prof. Schramm, nawiązując w swem przemówieniu wstępnem tradycję poprzednich zjazdów. Następnie powitał Zjazd prof. Rzętkowski, dziekan wydziału lekarskiego U. W. w imieniu wydziału, prof. Zwierzchowski w imieniu wojskowości, dr Mieczkowski w imieniu Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu dr Puławski w imieniu szpitala Dzieciątka Jezus, z którym tak ściśle związana jest chirurgia warszawska; dr Bączkiewicz w imieniu Stowarzyszenia lekarzy.

Część naukową Zjazdu rozpoczął prof. Rutkowski, wygłaszając odczyt na temat programowy, mianowicie o leczeniu złamań. Po wszechstronnem omówieniu stanu naszej wiedzy w tym kierunku zgodnie z obecnymi badaniami i zapatrywaniami zaznacza prof. Rutkowski, że z trzech sposobów leczenia złamań: unieruchomienia w gipsie, wyciągu i zabiegu krwawego, skłania się on ku temu ostatniemu, o ile ten jest wykonalny. Złożenie bowiem krwawe złamania, pomimo innych warunków, wymaga oprócz wprawy chirurga i personelu pomocniczego jeszcze i obfitego a niekiedy i złożonego instrumentarium. Na drugim miejscu stawia prof. Rutkowski wyciąg, na trzecim gips. Z przemówień następnych jednak można było odnieść wrażenie, że wielu, jeżeli nie większość, woli stosowanie wyciągu i mniej jest pochopna do zabiegów krwawych. Prof. Kryński zwrócił uwagę na wpływ promieni Röntgena na powstawanie kostniny. Dawka 15—20 X znacznie przyspiesza spajanie się i tem samem skraca leczenie. Docent Ostrowski zapoznał nas z bardzo ciekawymi wynikami

wolnej plastyki chrząstek stawowych u dzieci. Potwierdzają one dane doświadczałne przeszczepień u zwierząt: i tu i tam przeszczepiona chrząstka ulega początkowo pewnym zmianom wstecznym lecz wywołuje jednocześnie bujanie tkanek otaczających. W sprawie stosowania zabiegu Albee'go zabierali głos liczni mówcy, pomiędzy innymi prof. Schramm, doc. Ostrowski, dr. Kożuchowski. O ile wszyscy zgadzali się, że u dorosłych zabieg ten daje wyniki dobre, o tyle zdania były podzielone co do wartości operacji tej u dzieci; gorącym poplecznikiem stosowania jej i u dzieci okazał się doc. Ostrowski.

Z referatów, nie znajdujących się w związku z chirurgją kostną, wspomnieć należy o odczycie d-ra Rechniowskiego o promienicy. Stwierdza on bardzo słusznie, że zdarza się ona częściej, niż myślimy i często nie bywa odrazu rozpoznana. Leczenie polegające na zastrzykiwaniu 1% roztworu siarczanu miedzi daje dobre wyniki. Dość obszerną wymianę zdań wywołał referat d-ra Ciechomskiego o drodze do przepony i podżebrza lewego a ogólne zaciekawienie wzbudził pokaz d-ra Judta bardzo ładnego i dużego zbioru zdjęć rentgenowskich odmy piersiowej z czasów wojny.

Dzień drugi zjazdu cechowało o wiele większe ożywienie. Prof. Radliński i dr Koelichen, w bardzo wyczerpującem, a jednak zwięzłem i przejrzystem przemówieniu programowem przedstawili stan obecny wiedzy naszej o leczeniu uszkodzeń nerwów w świetle ostatnich badań i na podstawie własnych spostrzeżeń. Zabiegi w celu przywrócenia całości nerwu i wyleczenia porażen należy stosować nie wcześniej niż w dwa miesiące po urazie (mowa tu oczywiście o zeszytciu wtórnem) i o ile leczenie nieoperacyjne nie dało wyniku. Operacje te nie zawsze prowadzą do celu; odsetek przypadków nieudanych jest dość wielki. Z drugiej strony wiele porażen na skutek urazów można wyleczyć lub znacznie polepszyć leczeniem nieoperacyjnem. Wdzięczniejsze są zabiegi przy bólach, o ile nerw jest uciśnięty przez bliźnię.

Dr Wierzejewski na podstawie bardzo obfitego materiału (800 przypadków) wystąpił jako zdecydowany zwolennik leczenia radykalnego, operacyjnego, albowiem, zdaniem jego, częstokroć tylko drogą biopsji możemy się przekonać czy, jak i w jakim stopniu nerw jest uszkodzony. Zwraca uwagę na potrzebę uprzedniego wykluczenia stanów historycznych. Przemówienia prof. Jurasza, d-ra Horodyńskiego, Gepnera i innych były dowodem zainteresowania się chirurgją nerwów i wielkiego osobistego doświadczenia w tej dziedzinie. Prof. Jurasz radzi jednocześnie z szwem nerwu przeszczepiać ścięgna, aby do pewnego stopnia oddziałać i na psychikę pacjenta. Prof. Sawicki i dr Flatau oraz dr Czarkowski i Rotszadt podali zajmujące spostrzeżenia z chirurgji rdzenia i opon rdzeniowych. Dr Czarkowski nawołuje, zdaniem naszym zupełnie słusznie, aby w przypadkach niejasnych była stosowana laminektomia próbna tak

samo, jak posiłkujemy się często laparotomią próbną w celu ustalenia rozpoznania.

Jeszcze więcej zainteresowania wywołała chirurgia naczyń. Dr Parczewski przedstawił szereg przypadków wycięcia tętniaka i zespolenia naczyń; preparaty jego, a zwłaszcza liczne i udatne fotografie wzbudziły zaciekanie. Na tych ostatnich można było spostrzegać, jak po wycięciu dłuższego odcinka naczynia (6 cm., 8 cm.) i wskutek skrócenia jego, kończyła ustawiona początkowo w zgięciu zupełnym, w ciągu miesięcy stopniowo coraz więcej mogła się rozginać, aż wreszcie możność rozginania wracała zupełnie. Prof. Węgłowski również przedstawia chorego po wycięciu tętniaka tętniczo żylnego tętnicy bezimiennej. Jest on zwolennikiem szwu naczyniowego stosowanego *largamano*, zwłaszcza w chirurgii wojennej. Jego zdaniem nawet lekkie zakażenie nie jest bezwzględnie przeciwwskazaniem, o ile przypadek jest nagły. Podwiązki należy tylko w stanach ciężkiej niedokrwistości lub zakażenia. Przytacza on statystykę swych przypadków, z której podnieść należy bardzo liczne przypadki (przeszło 50) przeszczepiania naczyń. Zabieg ten jest cięższy od zespolenia zwykłego, jednakże wyniki są tylko niewiele gorsze. Prof. Kryński również na podstawie obfitego materiału doszedł mniej więcej do tego samego wniosku. W przypadkach tętniaków poleca on po zeszcieniu ściany tętnicy przykryć ten szew płytą z ściany worka. Wszyscy mówcy szli jedwabiem, przepojonym olejem parafinowym; środków zapobiegających krzepnięciu krwi nie używali.

Posiedzenie poobiednie było poświęcone chirurgii brzusznej. Wrzód żołądka—temat wiecznie chirurga interesujący—wywołał ożywioną i ciekawą dyskusję. Zaznaczyły się dwa obozy—zwolenników wycięcia wrzodu wraz z częścią żołądka i poprzestających na zespoleniu żołądka z jelitem, bądź z wykluczeniem oddźwiernika, bądź bez. Prof. Jurasz, dr Słęk, prof. Rutkowski są za wycięciem, o ile na to pozwalają stosunki anatomiczne, podczas gdy prof. Schramm, Węgłowski, dr Ciechomski i inni mniemają, że zespolenie daje te same wyniki. Technika zespolenia również była omawiana: Ciechomski jest zdania, że otwór powinien być duży, tylko w ten sposób unikamy powikłań pooperacyjnych. Prof. Leśniowski poleca szew jednopiętrowy; stosował on go w kilkudziesięciu przypadkach z bardzo dobrym wynikiem; skraca to bardzo czas trwania zabiegu, co dla zwykle wykrwawionego chorego jest rzeczą ważną. Ostatnio szyje podług sposobu Soresi'ego, przy którym uprzednie podwiązanie naczyń śluzówki żołądka jest zbędne. Prof. Rutkowski, Węgłowski, Ciechomski są zwolennikami szwu kilkopiętrowego.

Chirurgia dróg żółciowych znalazła w osobie prof. Jurasza wymownego rzeczownika. Wystąpił on z imponującym materiałem przeszło 300 przypadków. Jego zdaniem zabieg operacyjny—wycięcie pęcherzyka ew. zespolenie przewodu żółciowego głównego z dwunastnicą—daje bardzo dobre wyniki, nawroty są rzadkie. Należy tylko dążyć do współpracy z internistami, aby ci kierowali chorych w okresach wczesnych, gdy zabieg jest łatwiejszy. Drenowanie przewodów nie jest ce-

lowe; gdzie tylko można należy dążyć do zeszywania rany brzusznej zupełnie.

Trzeci i ostatni dzień zjazdu miał na porządku dziennym leczenie ran. Ten tak obszerny i trudny do ujęcia w krótszym przemówieniu temat miał dwóch mówców programowych. Prof. Leśniowski przedstawił całokształt nowoczesnych zapatrywań i poglądów na procesy, odgrywane się w ranie przypadkowej i na czynniki, które te procesy mogą wzmacniać lub zmniejszać i w ten sposób wpływać na gojenie się ran. Zwrócił on uwagę na wielkie znaczenie rozpadu białka w ranie i na następstwa tego rozpadu, które mogą doprowadzić do wywołania wstrząsu przyrannego. Wpływając na przyspieszenie lub zwolnienie tego rozpadu, wzmożenie lub osłabienie leukocytozy, zasadowości krwi, bujania ziarniny, wpływamy tem samem na przebieg gojenia ran. Obok metody Carrel-Dakin'a widział on dobre wyniki z przepłukiwania ran roztworem mydła. Prof. Kryński jest zwolennikiem płynu Dakin'a należycie przyrządzonego i zastosowanego. Uważa on, że znajomość stosunków anatomicznych rany, baczna uwaga na najmniejsze zaburzenia w ukrwieniu i unerwieniu są nieodzownymi warunkami dobrego leczenia ran. W dyskusji prof. Jurasz zaznacza, że wojna pomimo to nie rozwiązała pytania co do leczenia ran; wycięcie rany było stosowane i przed wojną, lecz nie wszędzie i nie zawsze można je stosować; zastrzykiwania wycyny zawiodły pokładane w nich nadzieje; co się tyczy płynu Dakin'a to daje on na ogół dobre wyniki, lecz i ten sposób nie może czasami uchronić chorego od zakażenia ogólnego i odjęcia kończyny.

Dr Gliksman przedstawił amerykański przyrząd do przygotowywania płynu Dakin'a *ex tempore*, co jest ważne, ze względu na trudność otrzymania dobrego płynu. Dr Ciechomski również zaznacza, że często rozmaite wyniki, zależą od nieodpowiednio przygotowanego płynu, zawierającego za mało lub za dużo chlorku.

Z dalszego ciągu obrad podnieść należy piękne wyniki d-ra Kaczyńskiego, który stosował antiferment jako środek leczniczy w sprawach ropnych, oraz ciekawe spostrzeżenia d-ra Słęka, dotyczące się zgorzeli pęcherzyka żółciowego. Bardzo ciekawy i rzadki przypadek przerzutu tarczycy nowotworowo zmienionej, a usadowionej w mięśniach i kościach podudzia przedstawił dr L. Skubiszewski.

W posiedzeniu poobiedniem bardzo ożywił ją dyskusję wywołały odczyty d-ra Mieczkowskiego i Kożuchowskiego na temat operowania przepuklin u żołnierzy. Zastanawiano się głównie nad sposobem operacji; cały szereg mówców zabierał głos w tej kwestji: dr Sławiński, dr Pomorski, prof. Leśniowski, dr Czarkowski, prof. Węgłowski. Okazało się, że każdy ma swój nieco zmieniony sposób operowania, z którego jest zadowolony i stara się go uzasadnić w ten lub inny sposób. Może więc słuszność miał dr Czarkowski, gdy stwierdził, że najważniejszą rzeczą jest przyszywanie mięśni do więzadła Poupart'a—w jaki to się robi sposób, jest rzeczą mniej ważną, byleby zrost był osiągnięty.

Ostatnim punktem porządku dziennego był odczyt d-ra Wierzejewskiego ilustrowany licznymi przezrociami zdjęć rentgenologicznych o wrodzonych skrzywieniach kręgosłupa. Praca ta, posiadająca na pierwszy rzut oka znaczenie przeważnie teoretyczne i ciekawe z punktu widzenia embriologii, jest jednak też cenną dla klinicysty, jak na to zwrócił uwagę prof. Sawicki, albowiem przypadki takich skrzywień zwykle bywają nierozpoznane lub mylnie rozpoznane ku szkodzie tak chirurga, jak i chorego. Aczkolwiek porządek dzienny jeszcze nie był wyczerpany, lecz wobec spóźnionej pory, prof. Schramm zamknął Zjazd, zawiadamiając, że następny odbędzie się również w Warszawie.

Staralem się powyżej dać tylko ogólny zarys prac Zjazdu i mogłem z tego względu tylko bardzo pobieżnie dotknąć tylko niektórych tematów; wiele innych równie ciekawych, jak również wiele pytań prywatnie dyskutowanych w kuluarach zjazdowych zasługiwałoby na wzmiankę, lecz zaprowadziłyby to nas poza granice pobieżnego sprawozdania. Jednak chciałbym poruszyć parę nasuwających się refleksji. A więc, prawie wszędzie przed wojną zjazdy bywały wykonywane przez firmy mające styczność z chirurgią, jako wdzięczne pole propagandy i reklamy swych narzędzi, przyborów etc. Nic podobnego nie zdarzyło się na niniejszym zjeździe, na co słyszałem liczne sarkania pośród kolegów przyjezdnych, którzy chcieli poinformować się, uzupełnić swe instrumentarium etc. i nie mogli tego uczynić, nie opuszczając obrad. Więc nie było przez pierwsze dwa dni; lecz los nie za-

mierzał tak łaskawie się z nami obejść. Na trzeci dzień zjawił się z obszernym stołem wystawowym przedstawiciel firmy nakładowej Urban i Schwarzenberg!! Obojętność naszych sfer handlowych stworzyła mu idealne pole do popisu i sądzę z ożywienia, jakie panowało koło wyżej wspomnianego stołu, tranzakcje były niemałe.

Wracając do Zjazdu samego zaznaczyć należy, że rzeczywiście owocna praca zjazdowa jest możliwa tylko w pewnej właściwej atmosferze zjazdowej, która się wytwarza częstymi, doricznymi zjazdami i jest nacechowana pewną tradycją. Otóż przerwa tak długa, wywołana wojną, przerzedzenie szeregów starszych chirurgów i brak ś. p. prof. Rydygiera, wszystko to przyczyniło się do tego, że atmosfery owej na Zjeździe było mniej, niż zwykle. Mczna jednak bez obawy żywić nieplonną nadzieję, że już przyszły zjazd będzie pod tym względem w lepszych warunkach i dzięki temu poziom odczytów wygłoszonych będzie równomierniejszy niż to teraz miało miejsce. Podczas tego Zjazdu nastąpiło znaczne wzajemne zbliżenie się, nawiązały się nowe stosunki, odnowiły stare znajomości, wszystko to przyczyni się do chętniejszej pracy wogóle, a dla przyszłego Zjazdu w szczególności. I dla tego też inicjatorom zwołania Zjazdu niniejszego należy się serdeczne uznanie za to, że nie zwlekali jeszcze dłużej ze zwołaniem, a nagrodą ich za pokonane przy tym trudności i poniesiony trud niech będzie przeświadczenie, że Zjazd się udał w zupełności.

Wojciechowski.

Wiadomości bieżące.

— Redakcja „Gazety Lekarskiej“ wita „Polskie Czasopismo Lekarskie“ które powstało ze złączenia się Krakowskiego „Przeglądu Lekarskiego“ i Lwowskiego „Tygodnika Lekarskiego“ Musimy wyrazić radość, iż powstało nowe ognisko myśli i pracy polskiej, pod redakcją profesorów Ciechanowskiego i Nowickiego, tak zasłużonych redaktorów obu pism poprzednich. Nazwiska ich są dostateczną rękojmią wartości i znaczenia nowego pisma. Pierwsze dwa numery, wydane w jednym zeszycie, zawierają liczne prace oryginalne: Arnolda „O leczeniu napotnem nagminnego zapalenia opon“ Nowaczyńskiego „Leczenie wysięków opłucnych wstrzykiwaniami mleka“ Landsberga „Podawanie żółci, jako sposób określenia niedomogi wątroby“, Leyko i Sikorskiego „O hamującym wpływie pituitryny na czynność nerek“ Zaczka „Przyczyny zwichnięć kręgosłupa“, Progulskiego „Nowe zdobycze z dziedziny sztucznego odżywiania niemowląt“ Parnasa „Nowe poglądy w nauce o odżywianiu“ oraz liczne oceny, sprawozdania z towarzystw lekarskich; omawiane są również sprawy organizacyjne i społeczne (Nowicki — sprawa akcji zwalczania raka w Polsce, Papèe — w sprawie organizacji zawodu lekarskiego). Zeszyt ten dowodzi, iż pismo to będzie żywotne i potrafi dać strawę duchową lekarzom polskim. Życzymy mu jaknajszczerzej powodzenia.

— Francuskie wydawnictwa lekarskie. Francuski wydawca pism lekarskich, p. Masson, zawiadomił Tow. lekarskie francusko-polskie w Warszawie, że i nadal gotów jest dostarczać wszystkim członkom tego Towarzystwa wydawane przez siebie czasopisma po cenie 40 marek polskich za frank. Zgłaszać się w tej sprawie lekarze winni do siedziby Stowarzyszenia (ul. Widok № 23). Inne pisma lekarskie proszone są o powtórzenie tej wiadomości.

— Nagrodę imienia Koczorowskiego w Tow. lek. Warszawskiem otrzymała za pracę „Badania nad znaczeniem nadnerczy w powstawaniu miażdżycy“ Dr. Janina Dąbrowska asystentka Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

— Dnia 14-go września odbyło się w Warszawie w sali wykładowej Miejskiego Zakładu Położniczego przy ul. Karowej zebranie organizacyjne Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego, przy udziale pięćdziesięciu specjalistów. Przyjęto statut Towarzystwa, opracowany przez Komitet organizacyjny i zatwierdzony przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych dnia 21-go czerwca r. b. Wybory do Zarządu Towarzystwa dały wynik następujący: Prezes — Dr Zygmunt Monsiorski, Wice prezes — Prof. Dr Adam Czyżewicz, Skarbnik — Dr Marjan Ryłko, Sekretarz — Dr Henryk Gromadzki, Zastępca sekretarza — Dr Władysław Jakowicki. Tymczasową siedzibą Towarzystwa będzie Zakład Położniczy przy ul. Karowej. Narazie posiedzenia naukowe będą się odbywać raz na miesiąc. T-wo będzie wydawało swój organ.

— Polskie Tow. walki ze zwyrodnieniem rasy zwołuje do Warszawy w dn. 30 i 31 października r. b. 11 zjazd wszechkrajowy swoich 12 oddziałów i instytucji o celach pokrewnych. Prace zjazdu będą się odbywały w 4 sekcjach: 1) sekcji eugenicznej, II) wychowania płciowego i etycznego, III) walki z chorobami wenerycznymi i IV) prawno-społecznej. W sekcji pierwszej — eugenicznej poruszone będą tematy: 1) polityka populacyjna a neomalnutjanizm, 2) zwyrodnienie i jego cechy w świetle badań współczesnych, 3) opieka nad matką i dzieckiem i 4) liga pro-

filaktyki psychicznej. W sekcji drugiej—wychowania płciowego i etycznego—będą tematy następujące: 1) znaczenie wychowania płciowego w eugenicie, 2) życie płciowe dziecka. Sekcja trzecia—walki z chorobami wenerycznymi, obejmuje tematy: 1) stan chorób wenerycznych na terytorjum Polski podczas, przed i po wojnie, 2) środki zwalczania chorób wenerycznych i ich źródeł, 3) udział państwa, samorządów i społeczeństwa w zwalczaniu chorób wenerycznych i ich źródeł. Sekcja czwarta prawno-społeczna obejmie: 1) handel żywym towarem (międzynarodowy i wewnętrzny) 2) prawodawstwo w dziedzinie handlu żywym towarem, nierządu i chorób wenerycznych, 3) prawodawstwo eugeniczne. Komitet zjazdu uprasza o przysłanie delegatów, oraz o zgłoszenie przynajmniej na miesiąc przed zjazdem tytułów, treści referatów i wniosków oraz imion i nazwisk referentów. Komitet Organizacyjny Zjazdu czyni starania, aby zabezpieczyć pewną liczbę pomieszczeń dla osób przyjezdnych oraz ulgi w przejeździe kolejami. W celu zarezerwowania dostatecznej liczby pomieszczeń, Komitet uprasza o zgłoszenie liczby osób, które pragnęłyby uczestniczyć w Zjeździe, przed dniem 31 października r.b. Komitet Organizacyjny Zjazdu stanowią: Przewodniczący Komitetu — dr. med. Leon Warnie, wice przewodniczący — prof. dr. med. Zdzisław Sowiński, przewodniczący Sekcji I eugenicznej — prof. dr. med. Michałowa w Michałowicz, przewodniczący Sekcji II wychowania płciowego dr. fil Teodora Męczkowska, przewodniczący Sekcji III walka z chorobami wenerycznymi — dr. med. Wacław Sterling, przewodniczący Sekcji IV prawno-społecznej sędzia Wiktor Brześciński. Sekretarz Generalny Zjazdu dr. med. M. Szczodrowska. Adres Sekretarjatu Warszawa, ul. Widok 11 m. 1, tel. 120 80.

— Zarząd Sanatorjum dla Chorych piersiowych w Rudce (Stacja kol. i poczt. Mrozy), podaje do wiadomości, iż wobec wzrastającej drożyzny zmuszony był

podnieść opłaty od chorych. Obecna opłata wynosi (w zależności od pokoju) mk. 800.— do 1300.— dziennie, łącznie z utrzymaniem i opieką lekarską. W miarę dalszego wzrostu drożyzny należy przewidywać również dalsze podwyżki. Stanowisko Dyrektora Sanatorjum objął z dniem 10 sierpnia r. b. Dr. Paweł Martyszewski, były Dyrektor Sanatorjum dla chorych piersiowych w Jałcie.

Szczegółów o warunkach Sanatorjum udziela jego Zarząd w Rudce — oraz w Warszawie, Prezydjum Komitetu, Czysta 4 i Sekretarjat Komitetu Foksal 11.

NADESŁANO.

1. Szymański — Okulistyka
2. Prace z zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, rok 1921. Zeszyt nowotworowy (12 prac z 9 tablicami).
3. W. Koskowski i Et. Maigre. Origine périphérique de l'hyperthermie provoquée par le bleu de méthylène.
4. Ci sami. Action paralysante du bleu de méthylène sur les terminaisons nerveuses parasympathiques.

TREŚĆ NUMERU:

	strona		strona
A Sokołowski. Prof. T. Koźniewski (wsp. pośm.)	121	dłuższy okres powtarzaniem	134
A l. Simon. O działaniu chlorku wapnia na ciśnienie krwi, wydzielanie moczu i obrzęki w przebiegu zapalenia nerek	122	M a r i n e s c o. W sprawie leczenia wewnątrzkręgowego kiły układu nerwowego	135
G. D r o z d o w i c z. Promienie ultrafioletowe (lampa kwarcowa) w lecznictwie	128	S i o l i. Leczenie porażenia postępującego salwarzanem srebra i sulfoksylatem	135
E d w a r d Z i e l i Ń s k i. Parę uwag o choleryce	131	W e i c h b r o d t. Badania doświadczalne nad leczeniem salwarzanem bezwładu postępującego	135
J ó z e f Z i e l i Ń s k i. Leczenie czerwoności we Francji. Streszczenia:	133	G e r s t m a n n. Wpływ zimnicy trzeciaczkowej na przebieg porażenia postępującego	135
P e t t e. Wpływ różnych sposobów leczenia przeciwkietowego na powstawanie zachorzeń trzeciorzędnych metakietowych	134	P e t t e. Czy się zmieniła częstość i postać kiły mózgowordzeniowej od chwili wprowadzenia salwarzanu	135
H a m m e r s t e i n. Leczenie kiły układu nerwowego	134	W o j c i e c h o w s k i. Wrażenie z XVIII Zjazdu Chirurgów Polskich	
S i c a r d. Leczenie kiły układu nerwowego wstrzykiwaniami neoarszenikowemi w małych dawkach przez		Wiadomości bieżące	
		Nadesłano	

Redaktor: Prof. Dr Józef Hornowski.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie bądź na maszynie po jednej stronie papieru z pozostawieniem marginesu.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5 do 7-ej.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“ w Warszawie i na prowincji kwartalnie Mk 750. Cena pojedynczego numeru 150 marek.

Cena ogłoszeń: cała strona m. 10.000; pół strony m. 6.000; ćwierć strony 3.500.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Senatorska 12. Biuro Reklamy Polskiej — Jasna № 10. Dom Handlowy L. i E. Metz i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11. Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy, Paris — Vesinet 10 Route de la Plaine.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY i SANATORJUM

Dra KUPCZYKA

specjalisty chorób nerwowych
Kraków. Szujskiego 1. 9.

Wskazania: Chor. nerwowe, żołądka i jelit, niedokrwistość, podagra, cukrzyca, otyłość, chor. serca.

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.

Dr. med. **M. Dunin-Karwicka**

powróciła.

ANALIZY: moczu, kału, płwociny etc. etc.
Badania anatomo-patologiczne.

Wspólna 35. Telefon 229-96.

TRICALCINE

środek wzmacniający
najbardziej naukowy i najskuteczniejszy

Uwapnianie (Rekalcyfikacja)

organizmu może być osiągnięte w sposób
pewny i praktyczny tylko

przez

Trykalcynę

składającą się z soli wapiennych
łatwo przyswajalnych.

Gruźlica płuc i kości. Krzywica. Zoł-
zy. Niestrawność z powodu nadmiaru
kwasów. Ogólne wycieńczenie.

Rekonwalescencja po chorobach dróg od-
dechowych, złamaniach i wywichnięciach
kości.

Laboratoire des „Produits Scientia“ 10, rue Fromentin
Paris.

Oddział dla Polski: Królewska 81.

PP. Lekarzom na żądanie wysyłamy próbki

SILV-OZON „MOTOR”

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

WARSZ. TOW. AKC „MOTOR”
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR”

(Balsam Metylii Salicylici comp.)

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akc. „Motor”

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

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

poleca po cenach przystępnych:

wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły do strzyka-
wek i chirurg., termometry i t. p.

Reperacja i odnawianie tychże.

Naprawa strzykawek Rekord.

Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla ce-
łów med. R. Graf & Co. Norymberga.

Katgut z najlepszych i zdrowych kiszek w motkach
i kłębkach.

SPOŁKA AKCYJNA LEKARZY WARSZAWSKICH

p. n. ZAKŁAD LECZNICZY

„**pod PIASTEM**”

w Inowrocławiu, ul. Toruńska 4.

zawiadamia, że odnowiony Zakład jest już czynny i posiada pensjonat na 70 osób, kąpiele solankowe, gazowe, elektryczne, parowe, mechano-elektroterapię, masaż.

Stały lekarz na miejscu.

Zakład otwarty cały rok.

Informacji udziela w Inowrocławiu Zakład. w Warszawie: tel. 72-57 i 45-73.

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

„**MOTOFER**”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem 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.

ZAKŁADY CHEMICZNE

„**LAOKOON**”

Spółka z ogr. cdp.

we LWOWIE.

Spółka z ogr. odp,

Fabryka chemiczna
LAOKOON—Lwów

III. Międzynarodowa wystawa farmaceutyczna Wiedeń 1913:
Dyplom honorowy — Medal złoty.

Fabryka farmaceutyczna
KRONED—Wiedeń

Preparaty:

Galeniczne—Chemiczne—Naukowe i płyny mianowane—Organozwierzęce—Dezynfekcyjne—Kosmetyczne—Weterynaryjne.
Polecamy pierwszorzędnej jakości preparaty fizjologiczne i klinicznie zbadane, uznane przez pierwszorzędne powagi lekarskie, polskie i zagraniczne:

Wszelkie wstrzykiwania podskórne, zbadane na jałowość przez dyr. Instytutu bakterjologicznego prof. Kuczerę i polecane przez Towarzystwo lekarzy lwowskich.

Absolutna pewność jałowości.

NEO-ALKARSODYLUM

ALKARSODYLUM { w ampułkach á 1 ccm. pudełko 10

GLICARSODYL I, II, III. { fiolek.

NOVASTESINUM

GLICEROFOSFAT w ziarenkach, pudełko 100 gr.

JODLYSIN 4%, pepton jodu w roztworze na peptonie naszej

fabrykacji, skład stały.

KOLA granulata i KOLA pastylki.

PIPERAZIN efferv. (stołek 100 gr.) zawiera 5% czystej piperazyny.

PEPTOFERLYSIN, org. związek żelaza 1% przez nas otrzymany najbogatszy preparat żelaza rozszczepia się w alkalicznej treści jelita i nie wymaga djet, idealny w użyciu, flakon 40 gr.

ARSOFERLYSIN organiczne połączenie żelaza i arsenu w postaci kropeł.

OPAGEN opii agentia alcałoida—pastylki á 0,01 alkaloidów opium i iniekcje a 0,02.

STROPHANTUS pastylki á 0,001 strofantyny; stały skład.

Organozwierzęce preparaty:

MAMMID pastylki á 0,30. { preparaty z wymion.

MAMMID iniekcje á 2 ccm. { preparaty z jader.

OVARID pastylki á 0,90, preparat z jajników.

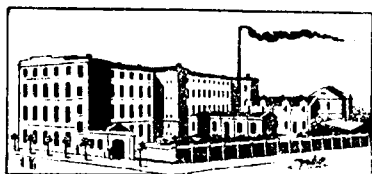
SPERMIN essencja { preparaty z jader.

SPERMIN iniekcje { preparaty z jader.

HYPOPHYSID iniekcje, preparat z przysadki mózgowej.

NA ŻĄDANIE LITERATURA.

Upraszamy przy ordynacji wyraźnie stosować formułę: *Fabricationis „Laokoon”*.
Żądać we wszystkich aptekach i nie przyjmować mniej wartościowych preparatów.



**TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO**

**d. Magister Kławe, S. A.,
22 24, UL. KAROLKOWA, WARSZAWA.**

Tabletki Musujące Magistra Kławe

W tych wszystkich przypadkach, w których wskazane jest użycie wód mineralnych w stanie stężonym, jak również w leczeniu wodami mineralnymi na prowincji, gdyż dostawa wód tych może być utrudniona, doskonale usługi oddają

Tabletki Musujące Magistra Kławe.

Tabletki te zawierają wszystkie składniki solne wody mineralnej naturalnej danego źródła, dzięki czemu przyrządzenie wody mineralnej w domu chorego jest nader łatwe.

**2 tabletki na szklankę wody dają napój musujący,
zastępujący odpowiednią wodę mineralną**

Laboratorja Mag. Kławe wyrabiają tabl. mineralne następujące:

**Apenta,
Bilin,
Borżom,
Contrexeville,
Eger,
Ems,
Franz Joseph,
Essentuki,**

**Marienbad Kreuzbrunnen,
Karlsbad Sprudel,
Obersalzbrunn,
Kissingen,
Huniady,
Salwator,
Selters,
Soden,
Vichy.**

