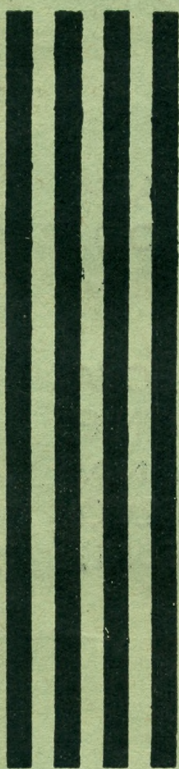


17 1632

OPŁATA POZYTOWA, UISEKZONA, RYZALTEN

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

**D  
M  
E  
-  
S  
-  
J  
U  
N  
-  
K**



pod redakcją

**DR. MED. ALFREDA GALEWSKIEGO**

Rok IV. Grudzień—Styczeń 1934 r. Zeszyt 611 (13 | 14)

2692.D.1948

AKADEMIA LEKARSKA W GDAŃSKU  
BIBLIOTEKA

# FOSFATYNA FALIERA

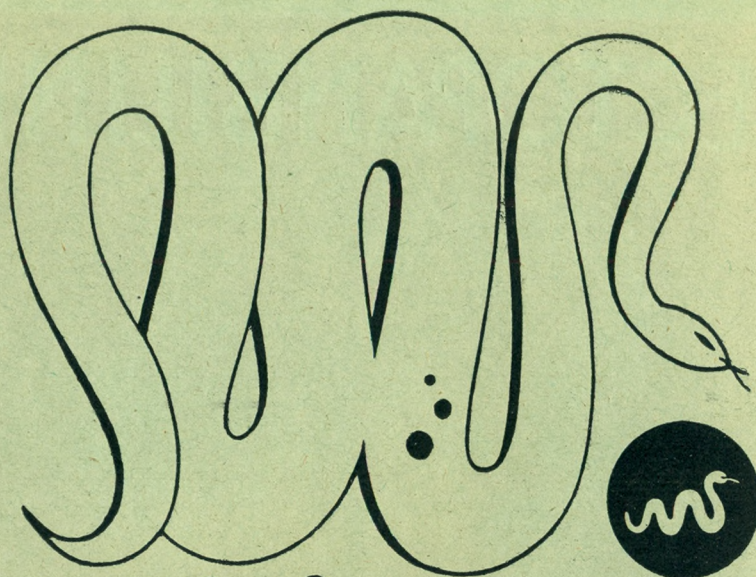


NIEODZOWNY POKARM  
NIEMOWLĘCIA OD  
7 MIESIĄCA ŻYCIA.

WZMACNIA KONSTYTUCJĘ DZIECKA  
UŁATWIA ZĄBKOWANIE I WYBITNIE  
W PŁYWA NA  
PRAWIDŁOWY ROZWÓJ  
KOŚĆCA I MIĘŚNI.



WARSZAWA, GRZYBOWSKA 86.



*200-250 razy mniej...*

toksyczne od odpowiednich  
alkaloidów są

## **GENALKALOIDY**

POLONOWSKIEGO I NITZBERGA

### **GENEZERYNA**

Niedokwaśność, częstoskurcze, dyspepsja

### **GENATROPINA**

Nadkwaśność, zaburzenia  
w układzie współczulnym

### **GENOSTRYCHNINA**

Astenja, neurastenja, niedowłady

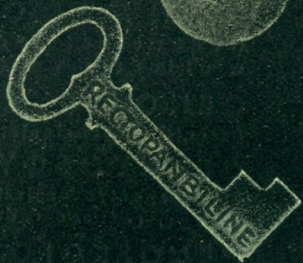
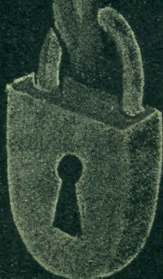
### **GENHYOSCYAMINA**

Stany spastyczne jelit, zapalenie  
mózgu, różnego rodzaju drżenia

### **GENOSKOPOLAMINA**

Stany parkinsoniczne,  
znieczulenia chirurgiczne

# RECTOPANBILINE



LAB. CHEM. FARM.

"ASMIDAR"

WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

*Do niniejszego zeszytu „Przeglądu Terapeutycznego“ dołączony jest bezpłatny dodatek p. t. Przemysł chemiczno-farmaceutyczny wobec znachorstwa i medycyny.*

## DZIAŁ NAUKOWY

Dr. med. Alfred GALEWSKI (Warszawa).

### Leczenie gruźlicy pęcherza moczowego

Według ostatnich poglądów anatomo-patologów klinicystów gruźlica pęcherza moczowego jest schorzeniem wtórnym, powstającym w następstwie gruźlicy nerek. W 90% przypadków gruźlicy nerki towarzyszy jej gruźlica pęcherza moczowego. Rzadko kiedy gruźlica pęcherza powstaje w następstwie gruźlicy narządów sąsiednich, jak: jąder, przyjądrza, pęcherzyków nasiennych, jajników, jajowodów i macicy.

Należy zaznaczyć, że początkowo gruźlica nerek nie wywołuje żadnych dolegliwości, dopiero zaburzenia ze strony pęcherza moczowego dają objawy parcia, bólów, ropo- i - krwimoczcu.

Dawniej uważano, iż gruźlica pęcherza moczowego jest schorzeniem pierwotnym (Guyon) i dlatego wszelkie zabiegi były skierowane wyłącznie na pęcherz.

Obecny pogląd jest inny, a kierunek leczniczy zwrócony na nerki, skąd rozpoczyna się zakażenie.

Istotnie, doświadczenie kliniczne wykazuje, iż usunięcie gruźliczej nerki daje polepszenie stanu chorobowego w pęcherzu moczowym w przeszło 50% przypadków.

Według Leguena wyleczenie gruźlicy pęcherza po usunięciu chorej nerki występuje w 70% przypadków. Czas poprawy zależy od najrozmaitszych czynników, jak naprz.: natężenia objawów chorobowych, od-

porności i t. d., i trwa od kilku do kilkunastu miesięcy. Po tym okresie ustępują zazwyczaj dokuczliwe objawy, jak parcie na mocz, bóle pęcherzowe, oraz ropomocz.

Według Wildbolza wyleczenie gruźlicy pęcherza moczowego po usunięciu gruźliczej nerki występowało w 56% przypadków. Autor obserwował chorych po operacji w ciągu 10-u i 20-u lat i nie dostrzegł jakiegokolwiek pogorszenia. Według Fryszmana po usunięciu nerki wyleczenie gruźlicy pęcherza występuje w 75% przypadków.

W przypadkach operowanych w okresie wczesnym choroby można uzyskać większy odsetek wyleczonych.

Według Wildbolza około 25% chorych ginie po zabiegu w pierwszym lub drugim roku, następstwem zapalenia gruźliczego opon mózgowych, jelit, otrzewnej, a zwłaszcza płuc.

O ile usunięcie gruźliczej nerki nie poprawia schorzenia pęcherza, należy wówczas brać pod uwagę: 1) schorzenie gruźlicze drugiej nerki, niezawsze dające się stwierdzić przed zabiegiem, lub rozwijające się po zabiegu, 2) dużą zjadliwość prątków, lub wreszcie 3) zmniejszoną w stosunku do tych prątków odporność tkanek pęcherza moczowego.

Wielce pouczająca jest statystyka śmiertelności podana przez Janse-  
na. Według tego autora z 26-ciu chorych na gruźlicę nerkowo-pęcherzową, leczonych zachowawczo, pozostało przy życiu zaledwie dwóch, natomiast w 844 przypadkach operowanych śmiertelność wyniosła — 11%.

Naogół leczenie zachowawcze gruźlicy dróg moczowych daje 60% śmiertelności w ciągu 5-u lat, reszta zaś chorych ginie w ciągu następnego pięciolecia. Po zabiegach operacyjnych śmiertelność w ubiegłym stuleciu wynosiła 35%, w bieżącym — 5%.

Samoistne wyleczenie się gruźlicy nerki, lub pęcherza moczowego jest niesłychanie rzadkie, aczkolwiek możliwe są wypadki zbliźniowacenia pojedynczych gruzełków w nerce.

W przypadkach rzekomego wyleczenia gruźlicy nerek znikają wprawdzie objawy ze strony pęcherza oraz ropomocz, dokładne jednak badania wykazały, że samowyleczenie się gruźlicy pęcherza w tych przypadkach było następstwem usunięcia czynności nerki.

Nawet procesy zwapnienia w nerce nie świadczą o samowyleczeniu się nerki gruźliczej, gdyż ztraca ona wówczas wszelkie swe czynności zewnętrzne (wydalnicze) i wewnętrzne.

Autorzy francuscy (Heitz-Boyer) opisywali nadzwyczaj ciekawe zespoły chorobowe gruźlicy nerek, w których po pewnym czasie ropa i laseczniki znikają zupełnie z moczu; tłumaczy się to faktem, że część nerki,



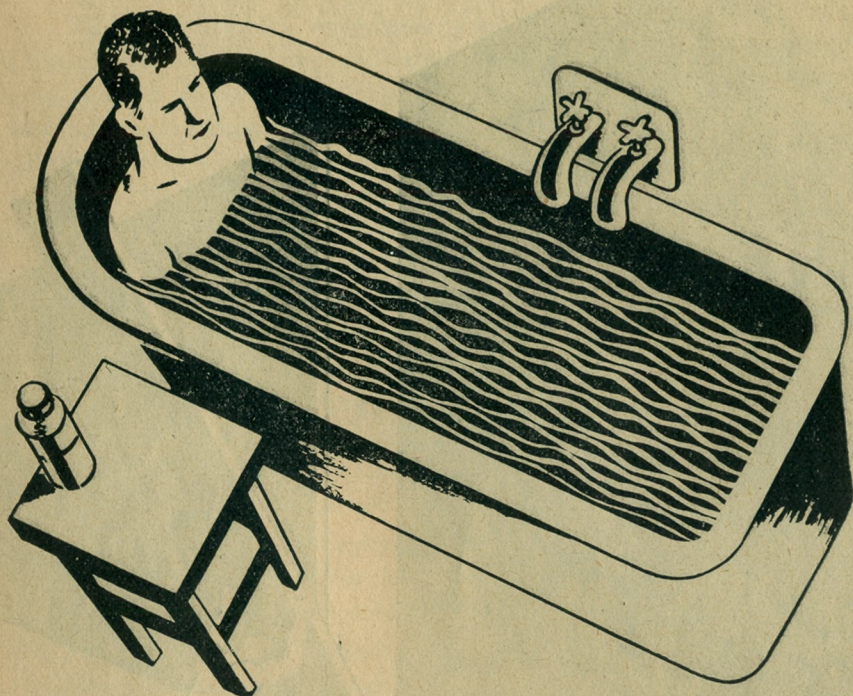
## GENEZERYNA

wypełnia lukę w leczeniu dyspepsji, jako  
jedyne środki, zwalczający niedokwaśność

• 200 razy mniej toksyczna od ezeryny •

„AS MIDAR” SP. Z O. O. • WARSZAWA • GRZYBOWSKA 88

WYDZIAŁ WYDAWCTWA I REKLAMY  
WARSZAWA • GRZYBOWSKA 88



**KLEROL**  
**MAŚĆ i PŁYN**  
**DO KAPIELI**  
**NAJSKUTECZNIEJ**  
**Z WALCZA**  
**REUMATYZM**



zmieniona chorobowo, ulegała zwapnieniu, a do pęcherza wydzielal się mocz, pochodzący ze zdrowej części nerki.

Zbliżnowacenia ognisk gruźliczych opisywane były przez Gastaigna i Pechera, jednak szereg innych autorów stanowczo twierdzi, że nigdy nie spostrzega się zbliźnowacenia ognisk gruźliczych w nerkach i pęcherzu, jak to bywa w innych narządach.

Na podstawie tych danych można twierdzić, że niekiedy istnieje samowyleczenie się nerek, ale tylko pod względem klinicznym, kiedy ustępują objawy chorobowe, pomimo, że obraz anatomo-patologiczny daje w całej pełni gruźlicę nerek.

Przeciwwskazaniami do zabiegu operacyjnego są: obustronna gruźlica nerek, względnie czynne ogniska w innym narządzie.

Dawniej przypuszczano, że usunięcie chorej nerki przy obustronnej gruźlicy nerek polepsza nietylko stan ogólny, ale również i stan drugiej nerki, doświadczenia jednak wykazują, że ten sposób nie daje wyleczenia pęcherza moczowego.

Poza leczeniem chirurgicznym wypada z kolei omówić leczenie zachowawcze, na które składa się: leczenie wewnętrzne, dietetyczne i klimatyczne.

Przedewszystkiem należy wspomnieć o leczeniu wewnętrznym tuberkuliną, jednak stosowanie jej wymaga wielkiej ostrożności, gdyż nieumiejętne dawkowanie może wywołać wzniesienie ciepłoty ciała, wzmożenie krwimoczu, białkomoczu, częstomoczu i bólów pęcherzowych.

**Leczenie tuberkuliną** jest przeciwwskazane w przypadkach obustronnej gruźlicy nerek.

**Naświetlania promieniami Roentgena** niekiedy zmniejszają bolesne parcie na mocz; liczba krwinek czerwonych i białych w moczu może się czasowo zmniejszyć.

**Ze środków stosowanych miejscowo** wypada wspomnieć o oliwie, zmniejszającej bóle i parcie, oraz rivanolu. Nie należy stosować azotanu srebra, gdyż środek ten wzmacnia bóle i parcie.

**Leczenie dietetyczne** oparte jest na dietach Gersona, Sauerbrucha i Hermannsdorfera.

Według Gersona odporność ustroju ludzkiego na laseczniki gruźlicze wzmacnia się, gdy ustrój ulegnie pewnemu zakwaszeniu; w tym celu zaleca dietę bezsolną, obfitującą w białko i tłuszcze, z ograniczeniem węglowodanów.

Należy zaznaczyć, że zarówno dieta białkowa, jak i tłuszczowa działają zakwaszająco i osuszają tkanki, dzięki czemu przeciwdziałają

**CINNOZYL = cinameina + cholesteryna + kamfora  
w sterylizowanym roztworze olejowym.**

powstawaniu wysięków i wzmagają odporność ustroju na bodźce zapalne. Węglowodany zaś i chlorek sodu sprzyjają nawodnieniu tkanek, stąd też słuszne ograniczenie ich spożywania.

Spostrzeżenia, dotyczące 186 chorych, leczonych dietetycznie, mówią o efektach w gruźlicy skóry, gruczołów i narządów moczopłciowych.

Chorym na gruźlicę pęcherza należy, oprócz leczenia chirurgicznego i wewnętrznego, zalecić leczenie klimatyczne w miejscowościach podgórskich. W niezbyt posuniętych przypadkach gruźlicy pęcherza, często dzięki zastosowaniu leczenia ogólnego z miejscowem, udaje się osiągnąć poprawę; stan zapalny zmniejsza się, parcie na mocz ustaje, a gruźelki niekiedy zablizniają się.

W gruźlicy więc pęcherza moczowego na pierwszy plan wysuwa się nie leczenie zachowawcze, ale chirurgiczne; w razie zaś przeciwwskazań do zastosowania zabiegu — należy uciec się do leczenia wewnętrznego, dietetycznego i klimatycznego.

#### ŹRÓDŁA PIŚMIENNICZE:

1. Gluziński. Gruźlica dróg moczopłciowych. Lwowski tTyg. Lek. 1908. Nr. Nr. 9 i 10.
2. Heitz-Bover. Journal d'Urologie 1912. N. I. II. 3. Küm-mel. Über Nierentuberkulose. Zeitschrift für Urologie 1923. N. 29.
4. Leguen. Arch. urolog. de la clinique de Necker, Paris 1914. T. I. 5. Lewinsohn. Samowyleczenie gruźlicy nerek. Gruźlica 1929.
6. Pikielny. Leczenie gruźlicy pęcherza moczowego. Warsz. Czas. Lek. 1929. Nr. 6.
7. Wildbolz. Die Tuberkulose der Harnorgae.

## STRESZCZENIA

### Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej

#### Medycyna wewnętrzna.

Leon Giroux i Henri Dausset. *Leczenie dusznicy bolesnej przy pomocy krótkich fal.* (Le monde medical, Paris 1934, Nr. 840).

Stosowanie promieni pozaczzerwonych, diatermji, a zwłaszcza radjoterapii w dusznicy bolesnej nie zawsze daje wyniki skuteczne. Autorzy wprowadzają nową metodę leczenia dusznicy bolesnej, polegającą na stosowaniu krótkich fal. Sposobem tym leczyli 7 przypadków ciężkiej dusznicy bolesnej. W 5 przypadkach cechowały bóle przy wysiłkach fizycznych,

w 1-y m przypadku zjawiały się one nawet przy zachowywaniu spokoju. natomiast w jednym — w czasie uprawiania sportu. Chorzy, poddani tej metodzie leczniczej, nie mieli ani nadeisnienia ani niedomogi sercowej, względnie nerkowej, doznawali jedynie codziennie silnych bólów w okolicy serca.

Kuracja składała się z 6 — 12 sesjów o napięciu 300 — 400 woltów, nie dając żadnych ubocznych objawów.

Na podstawie przeprowadzonych obserwacji autorzy dochodzą do

**GENEZERYNA usuwa niedokwaśność żołądka.**

wniosku, że stosowanie krótkich fal usuwa szybko dolegliwości bólowe w dusznicy bolesnej; dlatego podkreślają ważność tej metody.

Dr. med. M. N u s b a u m.

### Bakterjologia.

A. M a r c h i o n i n i i B. O t t e n s t e i n. *Zawartość diastazy w płynie mózgowo - rdzeniowym w kile.* (Kl. Woch. 1932, Nr. 32 oraz 34).

Do płynu mózgowo - rdzeniowego (0,1) dodaje się 3% roztworu glikogenu (9 cm<sup>3</sup>) oraz roztworu fosforanów. Mieszanie ogrzewa się do 40° w ciągu 2 godz. Następnie określa się poziom cukru i oblicza ilość diastazy, która spowodowała fermentację. W przypadkach niekilowych zawartość diastazy w płynie mózgowo - rdzeniowym wynosi 11 — 40 mg na 100; w kile — nie przekracza nigdy 10 mg na 100; Autorzy sądzą, że krętek blady i jego toksyny niszczą diastazę. Niemal zupełne zniknięcie diastazy z płynu mózgo.-rdzen. stwierdza się w 100 przypadkach na 100 w kile nerwowej leczonej, a w 80 na 100 w nielezionej. Zjawisko to występuje w 79% przypadków kily utajonej lub wrodzonej. Koincydencja z dodatnim odczynem B - W niezawsze da się ustalić. Autorzy stwierdzają, że metoda, polegająca na określeniu w płynie mózgo. - rdzen., jako czulsza od innych, używanych w diagnostyce kily, winna znaleźć szerokie zastosowanie.

Dr. med. M. S z e y n m a n.

## Ocena książek

Jakób F r o s t i g. *Psychjatria*  
Tom I: Część pierwsza i druga. Str. X i 344. — Tom II: Część trzecia. Str. 460. Lwów 1933, Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich.

K a r l. E l l e r. *Badania serologiczne u chorych niekilowych, szczepionych pasorzytami trzeciaczki.* — (Ztschr. f. Immun. 1932, t. LXXIV).

Z pośród 168 osobników niekilowych, szczepionych pasorzytami trzeciaczki, 151 wykazało w okresie gorączkowym (po 6 — 9 napadach, rzadziej po 3) dodatni odczyn B - W we krwi.

Takiż odczyn obserwowano w 22 przypadkach zimnicy leczonej. Odczynu Sachs - Georgi i Meinickego wypadły również dodatnio, rzadziej jednak, niż odczyn B - W.

Dodatni odczyn B - W stwierdzono u 19 z pośród 22 chorych kilowych, leczonych zimnicą. (Surowica ich przed szczepieniem zimnicy wykazywała odczyn ujemny). Co więcej: odczyn B - W znikł u tych chorych po kuracji chininowej, zatem nie zależał od reaktywacji kily.

Ta stałość w występowaniu dodatniej seroreakcji w pewnych okresach szczepionej zimnicy, upewnia, że zachodzą tu procesy analogiczne do tych, które stanowią podłoże odczynu w surowicy kilowej.

Wydaje się jednak, że reaktywność kile i zimnicy są różne, mimo, że prowadzą do analogicznego odczynu. Przeciwnie, żadnej roli w seroreakcji tak zimniczej, jak kilowej.

Dr. med. M. S z e y n m a n.

Dwutomowe dzieło Dra Frostiga ma cel dydaktyczny; do niego dostosował autor układ książki, wybór materiału i sposób przedstawienia przedmiotu. „Punkt wyjścia dla opisu,

dla patogenezy i systematyki -- czytamy we wstępie — stanowiły objawy *psychiczne*". Stąd pierwsza część podręcznika, traktująca o podstawach teoretycznych psychiatrii, objęła takie zagadnienia jak: ogólne prawa życiowe ustroju, popędy i instynkty, prawa dziedziczenia, dyspozycje i inteligencja, rozwój szczepowy osobowości psychicznej, zespoły archaiczne, struktura osobowości dojrzałej (świadomość — system paleopsychiczny — ideał osobowości i kompleksy stłumione). Część druga — Psychopatologia ogólna — omawia przyczyny powstawania stanów psychopatycznych oraz, kolejno, zaburzenia pamięci, spostrzegania, zaburzenia w wyobrażaniu i myśleniu, zaburzenia inteligencji, nastrojów i uczuć, woli i działania, i t. d. Jeśli dodać, że opracowanie przedmiotu ma wszelkie cechy naukowej gruntowności, układ materiału jest przejrzysty, z samego przeglądu treści tomu I wynika, że Psychiatria Dra Frostiga, jako znakomite dopełnienie psychologii pedagogicznej, zainteresuje nie tylko lekarzy, ale i wychowawców oraz psychologów, zwłaszcza szkolnych.

Tom II, znacznie obszerniejszy, zawiera klinikę zaburzeń psychicznych. — Autor wprawdzie uprzedza we wstępie, że dodane na końcu tomu zestawienie piśmiennictwa nie ma pretensji do zupełności, godzi się jednak zaznaczyć, że obejmuje ono zgórą tysięcy publikacji (książek i rozpraw) z ostatnich dziesięcioleci, opracowanie zaś dzieła świadczy wyraźnie o tem, że pracą Dra Frostiga wypiastrowała sumiennosc i ambitna chęć ujęcia wyników najnowszych badań w system nowoczesnej psychiatrii.

Te już niewątpliwe walory książki pozwalają stwierdzić, że przez żadnego specjalistę pominięta ona być nie może.

(Z przeoczeń korekty dostrzeżliśmy w t. I, str. 135 u góry: „skrutu”).

Drom.

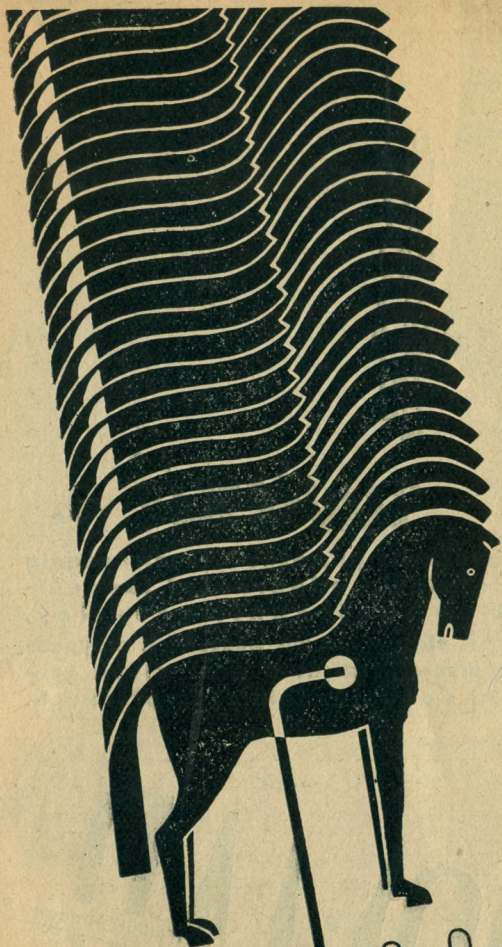
Dr. Kazimierz S t r o ż e c k i, b. starszy asystent Higijeny U. W. *Łażnie w dawnej Polsce i konieczność ich wznowienia*. Str. 110. Warszawa 1933. Skład główny u autora.

Zdrowotność kraju zależy w dużej mierze od przestrzegania przez jego obywateli zasad higijeny. Dlatego też medycyna społeczna otacza specjalną opieką te wszystkie ośrodki, w których czystość nie jest synonimem zdrowia. Czystość ta jednak wymaga odpowiednich urządzeń, w pierwszym rzędzie publicznych łaźni. Niestety, sprawa ta pozostawia u nas jeszcze bardzo wiele do życzenia. I jeśli w tej chwili tyfus plamisty zaprzęta uwagę sfer lekarskich w Polsce — to właśnie dowód, że należy jak najszybciej przystąpić do racjonalnego rozmieszczenia łaźni publicznych, aby umożliwić najuboższej ludności naszego kraju korzystanie z tych elementarnych urządzeń higienicznych. Zachód, który już dawno o tem pomyślał, nie zna prawie epidemii tyfusu plamistego.

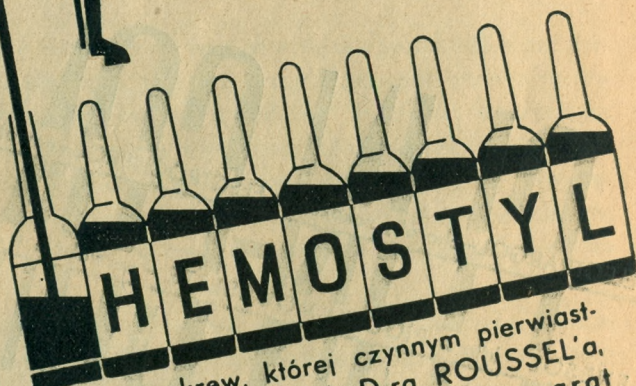
Dobrze się stało, że teraz, kiedy zagadnienie to jest aktualne, pojawiła się książka dr. Kazimierza Strożeckiego, poświęcona organizacji łaźni w dawnej Polsce. Pracą tą powinny zainteresować się nasze władze sanitarne.

„Jeśli tą drogą powstanie choćby jedna łaźnia ludowa, to za swą pracę będę sowicie wynagrodzony” — powiada dr. K. Strożeczki w przedmowie. Ta nagroda należy się autorowi.

O.



LEVITT - HIMA



**1700**

koni daje krew, której czynnym pierwiast-  
kiem jest **HEMOSTYL** D-ra ROUSSEL'a,  
najaktywniejszy biologiczny preparat  
krwiotwórczy i przeciwkrwotoczny  
**FLAKONIKI - AMPUŁKI • SYROP**

LITERATURA I PRÓBY: CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY  
PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE „ASMIDAR” - WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88



*zwięzić...*

laseczniki, pozbawić je możliwości rozmnażania przez wzmocnienie odporności tkanek - oto droga do zwalczania gruźlicy. CINNOZYL stosuje się we wszystkich przypadkach gruźlicy płucnej, nawet w postaciach gruźlicy czynnej z powstawaniem jam płucnych.

**PIWIPOLIAD**  
 ELECTRARGOL - choroby zakaźne • ELECTROCUPROL - nowotwory • LECITHINE - anemia •  
 ENESOL - kiła • PIGUŁKI MOUSSETTE - nerwobóle • SOLUROL - dna i gościec •  
**GLIN-GUMMAR**

## DZIAŁ CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNY

**Niewłaściwe metody**

Ustęp pierwszy art. 6 Ustawy z dn. 2 sierpnia 1926 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji mówi, co następuje:

Kto celem przyciągania klienteli i ułatwiania warunków konkurencji podaje do wiadomości powszechnej lub większego koła osób ze świadomością niezgodne z prawdą a zdolne do wprowadzania w błąd fakty, dotyczące stosunków handlowych swego albo cudzego przedsiębiorstwa, jako to: jakości, właściwości, wartości, pochodzenia, przeznaczenia wytworów, towarów lub świadczeń i t. d. i t. d., ulega karze grzywny do zł. 6.000.—, lub aresztu do 3 tygodni, albo obu karom łącznie. W razie szczególnie obciążających okoliczności grzywna może być podwyższona do zł. 12.000.—, a areszt do 6 tygodni.

Tyle mówi obowiązujące prawo o nielojalnej konkurencji firm ściśle handlowych. Jakież sankcje karne należałoby stosować w podobnych wypadkach niewłaściwego postępowania placówek, które życie powołało nietylko do zaspokojenia dochodów jednych, a wygody innych, lecz gwoli udostępnienia lecznictwu odpowiedniego arsenału środków do walki z chorobą? Naszem zdaniem tego rodzaju przewinienia powinny być przez prawodawcę jeszcze bardziej bezwzględnie ścigane.

Powyższe refleksje nasunęły się nam w związku ze szkodliwymi metodami, jakich chwytają się u nas niektóre firmy farmaceutyczne, aby dotrzeć do lekarzy z propagandą swoich wyrobów. Firmy te, korzystając z popularnego dziś hasła popierania wytwórczości krajowej, naginają je do własnych celów, które pozostają w jaskrawej kolizji nietylko z interesami pokrewnych firm farmaceutycznych, ale—co ważniejsze—szkodzą lecznictwu, szerząc świadomie fałszywe informacje o znajdujących się na rynku specyfikach.

Nie zwrócilibyśmy może uwagi na te niezdrowe metody konkurencyjne, gdyby imaly się ich firmy mniej znane, podrzędne. Niestety jednak, tak nie jest. Niedawno pojawił się w obiegu „Wykaz porównawczy preparatów krajowych z zagranicznymi“, który, jakkolwiek wydrukowano w „mocno“ zakonspirowanej formie, to jednak nawet niezbyt domyślnemu czytelnikowi nietrudno domyślić się, kto był jego autorem (poważne zakłady chemiczno-farmaceutyczne).

Zaparcia nawykowe na tle niedomogi wątrobowej usuwa  
**RECTOPANBILINA.**

Tego samego rodzaju jest również rozpowszechniana bezpłatnie odbliska z czasopisma „Dziecko“ (Nr. 4 z 1933 roku) oraz jeszcze kilka dobrze znanych lekarzom ulotek prowincjonalnych firm farmaceutycznych.

Cóż te wykazy i ulotki zawierają?

Zgoła fałszywe dane. Zestawia się ze sobą w tych publikacjach i utożsamia środki, zarówno składem jak i działaniem zupełnie odrębne, mające co najwyżej podobne wskazania lecznicze. Podaje się w tych wykazach jako zagraniczne specyfiki, bądź oddawna wyrabiane w kraju (na podstawie zakupionych licencji) środki, bądź zawdzięczające tylko zagranicznemu wytwórcy powszechnie znaną nazwę.

Autorzy tych ulotek, dbając jedynie o własną kieszeń, doprowadzają do niesłychanego chaosu specyfikowego, uniemożliwiającego zarówno racjonalną propagandę wartościowych preparatów, jak również właściwą orientację lekarza w arsenale znajdujących się na rynku środków leczniczych. Jakież olbrzymie szkody wyrządza ta „literatura“ reklamowa! Lekarzom, którzy zamiast naukowej informacji, otrzymują dezorientujące „wykazy porównawcze“; chorym, którzy zażywają, zamiast danego leku, zupełnie inny; krajowemu przemysłowi chemiczno-farmaceutycznemu, który musi rozwijać się i kroczyć własną drogą.

Ze ta szkodliwa i niewłaściwa „propaganda“ nie znajduje uznania w naszym społeczeństwie, świadczą najlepiej dwa artykuły, które ukazały się w ostatnich tygodniach w poważnej prasie warszawskiej (lekarzkiej i handlowej).

Jeden z tych artykułów wyszedł z pod pióra najbardziej kompetentnego w tej materji, dyrektora działu chemji Państwowego Zakładu Higjeny, p. dr. Mieczysława Dominikiewicza, p. t. „Niestosowna propaganda“ („Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ Nr. 5, z dnia 1 lutego 1934 r.). Drugi ukazał się w Nr. 1. (z dnia 2 stycznia 1934 r.) „Codziennej Gazety Handlowej“ p. t. „Czy właściwa droga?“.

Dr. Dominikiewicz w powyżej wymienionym artykule rozprawia się przede wszystkim pod względem naukowym z tego rodzaju porównaniami i zestawieniami, jak np. luminalu z gardenalem, noctalu z irenałem, passifloriną i passicratiną, irenalu z veronalem, medinałem i t. d. i t. d.

„Ignorancja — pisze dr. Dominikiewicz — osiąga granice w utożsamieniu salofenu z cachets Faivre, salolu z fenniną, stypticyny z remedium sedativ. haemostatic., thiocolu z thiocolanem Age, solarsonu z kwa-

Salicylan metylowy rozpuszczalny w wodzie = KLEROL.



sem arsenowym. Zato jednakże budzi zdumienie zupełne pominięcie krajowego neosalutanu w zestawieniu z neo-salvarsanem.

Oto wiązanka kwiecica z tego bukietu, jakim jest kapitalny „wykaz porównawczy”, przeznaczony do szybkiej orientacji lekarzy polskich przy zapisywaniu leków“.

„Codzienna Gazeta Handlowa“, a więc organ sfer handlowych, zajął również, jak wyżej zaznaczyliśmy, nieprzychylnie stanowisko w stosunku do tych niewłaściwych metod reklamy farmaceutycznej.

Czytamy w tem piśmie między innymi takie uwagi:

„Nie ulega żadnej wątpliwości, że całe społeczeństwo musi jak najenergiczniej współdziałać w podjętej przez czynniki gospodarcze akcji popierania wytwórczości krajowej, gdyż wiąże się to nierozdzielnie z dążeniem do utrzymania równowagi budżetowej oraz wysiłkami w kierunku rozbudowy rodzimego przemysłu. Każdy grosz, w jakiegokolwiek bądź formie zasilający kieszeń obcego kupca lub wytwórcy, pogłębia kryzys. O tem należy stale pamiętać, gdyż jestto nakazem chwili obecnej. Podkreślając jednak z naciskiem konieczność samoobrony przed zalewem naszego rynku towarami zagranicznymi, mamy prawo tem silniej przeciwstawić się groźnym objawom lekkomyślnego szafowania hasłem „popierajmy przemysł krajowy“ w dziedzinie lecznictwa, które powinno być traktowane jedynie pod kątem widzenia troski o zdrowie ludzkie, co bardzo często wyklucza możliwość podporządkowania się jego zagadnieniom ściśle gospodarczym. Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że działanie środka leczniczego uzależnione jest od najrozmaitszych czynników, wśród których psychiczne odgrywają niemałą rolę. Czy można wobec tego ze spokojnem sumieniem twierdzić, że dany lek działa identycznie na każdego chorego? Cóż dopiero powiedzieć o lekach rozmaitych wytwórni, znajdujących się w sprzedaży pod różnemi nazwami? Zestawiać natomiast ze sobą leki o różnym składzie, sądzimy, można tylko wyłącznie na podstawie wyników doświadczeń naukowych w klinice lub szpitalu. Dotyczy to zarówno krajowych, jak i zagranicznych leków“.

Ten dwugłos jest bardzo charakterystyczny i świadczy najlepiej, że zarówno nasze sfery naukowe jak i handlowe odwracają się ze wstrętem od podobnych nieuczciwych sposobów propagandy, które nie przynoszą korzyści ani lecznictwu ani naszemu młodemu przemysłowi chemiczno - farmaceutycznemu.

h. l. o.

**LOBELINA pobudza ośrodki oddechowe.**  
**Preparat krajowy.**

## Notatki terapeutyczne

### Leczenie „lymphogranuloma benignum“ pachwiny.

Pinard w powyższych przypadkach stosuje z powodzeniem wstrzykiwania do gruczołów sterylizowanej gliceryny. Już po pierwszym zastrzyku chory czuje się lepiej. W razie zropienia, należy naciąć gruczoły i wypuścić ropę, poczem wstrzyknąć 1 — 2 cm.<sup>3</sup> sterylizowanej gliceryny. („Monde Medicaie“ 1933, N. 821).

### Leczenie zatrucia cjankami przy pomocy błękitu metylenowego.

Ravina i Simone Lyone wykazali, iż błękit metylenowy jest specyficznym środkiem przeciwko zatruciu cjankami. Geiger przy pomocy iniekcji dożylniej roztworu 50 cm<sup>3</sup> 1% rozt. błękitu metylenowego uratował od śmierci młodego człowieka, który pochłoniął 1 gram cjanku potasu w roztworze 125 g. wody. Chorego sprowadzono do szpitala w stanie śpiączkowym, z wyraźną sinicą, wyraźnem rozszerzeniem źrenic, oddechem słabym i nieregularnym. W pięć minut po wstrzyknięciu, śpiączka ustąpiła, chory oprzytomniał. Brooks stosował z dobrymi efektami błękit metylenowy przy zatruciach cjankami. („Monde Med. 1933, N. 837).

### Insulina „Novo“.

Bardzo racjonalną inowację wprowadziła firma „Novo“ w Warszawie, dozując w kraju insulinę duńską „Novo“, sprowadzaną w stanie suchym z firmy macierzystej w Kopenhadze. Firma ta produkuje fiołki po 400 j. n. w 5 cm.<sup>3</sup>, czyli po 80 jednostek międzynarodowych w 1 cm.<sup>3</sup>. Stosowanie tego stężenia jest bardzo wygodne, szczególnie w przypadkach cięższych, wymagających jednorazowego wstrzyknięcia 40 i więcej jednostek.

Dzięki wysokiemu gatunkowi produkcji insuliny „Novo“, wstrzyknięcia jej nie wywołują żadnych podrażnień.

## Wiadomości bieżące

### Ze Szpitala na Czystem w Warszawie.

Sprawa Szpitala na Czystem była w ostatnich tygodniach przedmiotem ożywionej dyskusji zarówno w sferach lekarskich Warszawy, jak również w prasie.

**GENATROPINA usuwa nadkwaśność żołądka.**

Dotyychczasowy dyrektor tego Szpitala, dr. Antoni Goldman, korzysta z urlopu, zastępuje go narazie dr. A. Wertheim oraz pułk. dr. Eile.

### **Komunikat T. E. K. A. (Tutmonde Esperantista Kuracista Asocio).**

Czasopismo lekarskie „Internacia Medicina Revuo”, redagowane wyłącznie w języku Esperanto wychodzi w Brukseli. Abonament roczny wynosi zł. 9. Każdy abonent staje się automatycznie członkiem światowego Związku Lekarzy Esperantystów TEKA bez dopłaty. Związek ten ułatwia lekarzom stosunki z zagranicą. Informacyj udziela dr. Lubelczyk, Senatorska Nr. 36. (tel. 587-07).

Esperancki słownik lekarski (terminologia lekarska) d-ra Briquet można nabyć w Administracji „Dziennika Urzędowego Izb Lekarskich”, Warszawa, ul. Fredry 2. Cena słownika — zł. 15.

### **Z RUCHU WYDAWNICZEGO**

W kwietniu r. b. ukaże się doc. A. Wojciechowskiego „Zarys leczenia złamań i zwichnięć dla studentów i lekarzy praktyków”.

Cena subskrypcyjna bez przesyłki zł. 10.—za egzemplarz na papierze zwykłym, zł. 14.— na kredowym. Koszty przesyłki — zł. 1.50.

Wpłaty należy skutecznie za pośrednictwem P. K. O. (konto Nr. 19480) do dnia 15 marca. Po zamknięciu subskrypcji cena będzie znacznie podwyższona.

„Dietetyka wraz ze sposobami przyrządzania potraw” dr. med. Alfreda Galewskiego do nabycia u autora — Warszawa, ul. Solna 6 m. 30, Konto w P.K.O. Nr. 1778. Cena zł. 4.

Ukazała się w sprzedaży praca R. Rivoire'a p. t. „Nowe zdobycze endokrynologii” w polskim przekładzie dr. med. Henryka Szpidbauma.

Nakład „Polskiego Wydawnictwa Lekarskiego — Ars medici”, Warszawa 1934, str. 188.

### **OD WYDAWNICTWA**

W celu ustalenia nakładu „Przeglądu Terapeutycznego” uprzejmie prosimy Sz. Czytelników o łaskawe jak najszybsze zakomunikowanie, czy zyczą sobie nadal regularnie otrzymywać nasze czasopismo.

**Insulina „Novo” nie wywołuje podrażnień.**

Zaznaczamy, że odpowiedzi nie mają wiążącego charakteru, ponieważ wszystkim pp. Lekarzom wysyłamy „Przegląd Terapeutyczny” **bezpłatnie**.

### NADESŁANO DO REDAKCJI

**Jakób Frostig**. Psychiatria. Tom I. Część pierwsza i druga. Str. X i 344. — Tom II: Część trzecia. Str. 460. Lwów 1933, Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich.

**Dr. Kazimierz Strożecki**, b. starszy asystent Higieny U. W. Łaźnie w dawnej Polsce i konieczność ich wznowienia. Str. 110. Warszawa 1933. Skład główny u autora.

**Lekarz Tybetański**, styczeń 1934, N. 1.

**Kronika Farmaceutyczna**, 1 lutego 1934, N. 3.

**Przegląd Ubezpieczeń Społecznych**, organ Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych, styczeń — luty 1934. Zeszyt 2.

### TREŚĆ ZESZYTU Nr. 6-1 (13-14).

<b>Dział naukowy:</b>	Dr. med. Alfred Galewski — Leczenie gruźlicy pęcherza moczowego . . . . .	1
<b>Streszczenia:</b>	Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej . . . . .	4
<b>Ocena książek</b> . . . . .		5
<b>Dział chemiczno-farmaceutyczny:</b>	Niewłaściwe metody . . . . .	7
<b>Notatki terapeutyczne</b> . . . . .		10
<b>Wiadomości bieżące</b> . . . . .		10

#### PRENUMERATA

	Miejscowa
Rocznie	Zł. 6.—
Kwartalnie	Zł. 1.50

Zamiejscowa
Zł. 7.—
Zł. 1.75

#### CENY OGŁOSZEŃ:

1/1 strony	Zł. 300.—
1/2 „	„ 175.—
1/3 „	„ 92.—

Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1.—

Redakcja i Administracja:

**Warszawa, Grzybowska № 88, tel.: 224-27 i 229-34.**  
Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14.

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt od 10—12.

**Redaktor:** Dr. med. Alfred Galewski. **Wydawca:** Aleksander Wieniewicz.  
**Sekretarz redakcji:** Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

preparat krajowy!

# LOBELIN

METODA S.H. BOEHRINGER  
JOHN A.G. "INGELHEIM"

PORAŻENIA ODDECHOWE

ASFIKSJA

ZATRUCIA GAZAMI

I ALKALOIDAMI

LAB. CHEM. FARM.  
"ASMIDAR"  
WARSAWA  
GRZYBOWSKA 88

HT

**Najlepszy abisyński**

**środek**

**przeciwastmatyczny**

**EXIBARD**

---

PROSZEK

TYTOŃ

PAPIEROSY

---

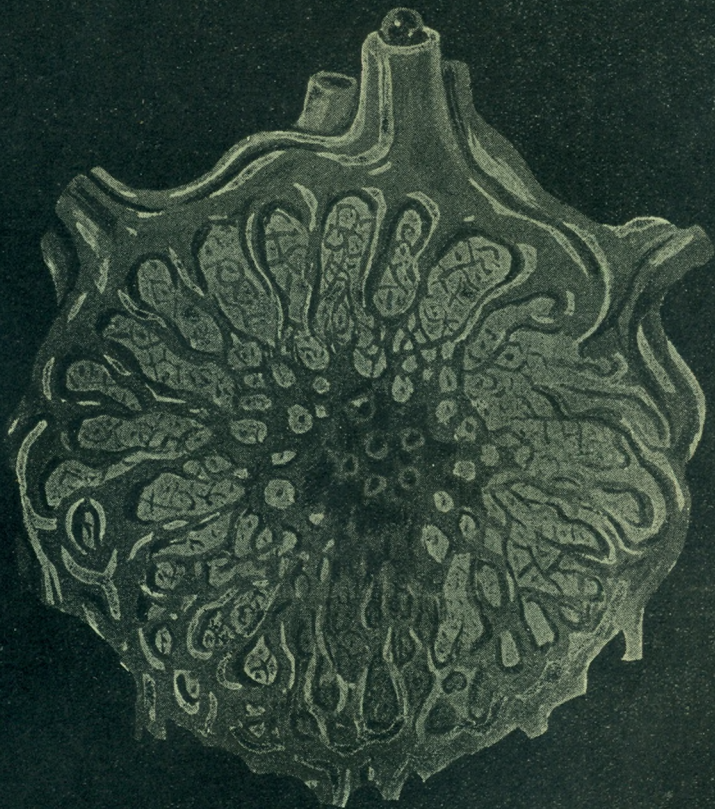
PRÓBKI ORAZ LITERATURĘ WYSYŁAJĄ NA ŻĄDANIE:  
CHEMICZ.-FARMACEUT. ZAKŁADY PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE

**ASMIDAR Sp. z o. o.**

**WARSZAWA, GRZYBOWSKA Nr. 88.**



KAMICA ŻÓŁCIOWA  
KOLKA WĄTROBIANA  
ŻÓŁTACZKA



# PANBILINE

LAB. CHEM. FARM.

"ASMIDAR"

WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

**DUŃSKA INSULINA**

**„NOVO”**

**DOZOWANA W KRAJU**

Przygotowana z pierwszorzędного materiału renomowanych rzeźni duńskich.

Kontrolowana chemicznie i fizjologicznie

**NAJWYŻSZA CZYSTOŚĆ**

**NIEZMIENNE DZIAŁANIE**

**WOLNA OD DZIAŁANIA TOKSYCZNEGO**

**NIE WYWOŁUJE PODRAŻNIEŃ**

Flakoniki à 100, 200 i 400 jednostek międzynarodowych w 5 cm.<sup>3</sup>

Ceny dla publiczności: Zł. 3.75; Zł. 6.75; Zł. 12.60 za flakonik

**„NOVO“ Sp. z o. o.**  
**WARSZAWA, KRÓLEWSKA 29a**



428 p

Akc. 16.11.48

Państwowy Zakład Higieny  
Filia w Gdyni

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

OPŁATA POCZTOWA  
UISZCZONA RYCZAŁEM

DWUMIESIĘCZNIK

pod redakcją Dr. med. ALFREDA GALEWSKIEGO

ROK V.

1935 r.

Nr. 4 [23]

WP.  
Dr. med. Szule Gustaw  
Warszawa  
Chocimska 24



*zwięzić...*

laseczniki, pozbawić je możności rozmnażania przez wzmocnienie odporności tkanek - o droga do zwalczania gruźlicy. CINNOZYL stosuje się we wszystkich przypadkach gruźlicy płucnej, nawet w postaciach gruźlicy czynnej z powstawaniem jam płucnych.

4930.D. 1947.



Farmaceutyczne zakłady przemysłowe **Aleksander Wieniewicz**, Warszawa, Grzybowska 88.

**ASPIDAR**  
**GLIN-GUMMAR**

ELECTRARGOL - choroby zakaźne • ELECTROCUPROL - nowotwory • LECITHINE - anemia •  
 ENESOL - kiła • PIGUŁKI MOUSSETTE - nerwobóle • SOLUROL - dna i gościec •

LEVITT-NEM

CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE  
 ASMIDAR sp. z o. o. • WARSZAWA • GRZYBOWSKA 88



*W ciągu 48 godzin  
pod wpływem działania  
Genoskopolaminy (250 ra-  
zy mniej toksycznej od sko-  
polaminy) następuje  
zdumiewająca poprawa*



*w przypadkach drżączki  
w zespole Parkinsona  
oraz po zapaleniu mózgu.  
Granulki • płyn • ampułki*

**A S M I D A R**  
Warszawa, Grzybowska 88

# ANGIOXYL

D<sup>ra</sup> ROUSSEL'A

LECZENIE SWOISTE  
DZIĘKI TROFICZNEMU DZIAŁANIU  
NA ŚCIANKI NACZYŃ

stosuje się w

DUSZNYCY BOLESNEJ  
NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM  
MIAŻDŻYCY TĘTNIK  
ZAPALENIU TĘTNIK

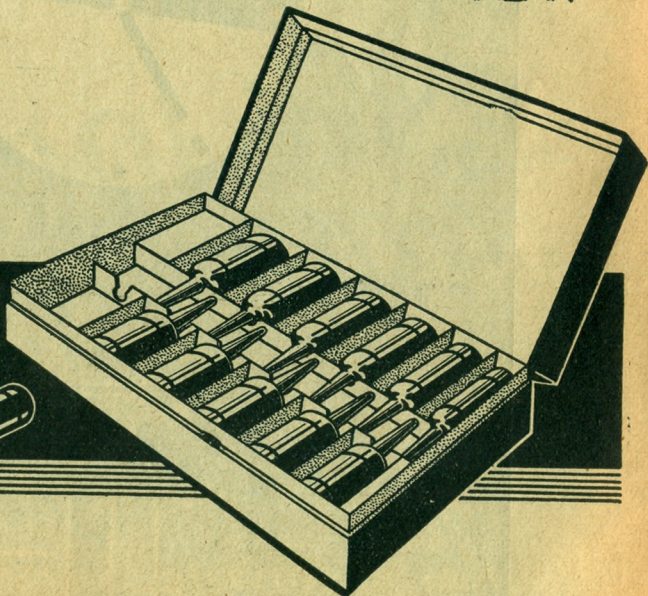
wskazany  
ponadto w

ZABURZENIACH OKRESU  
PRZEKWITANIA

AMPULKI: 2 do 4 dziennie naraz domięśniowo.

SYROP: 3 łyżeczki do kawy dziennie między  
posiłkami.

NIE POSIADA PRZECIWWSKAZAŃ



LITERATURA I PRÓBY:  
WARSZAWA, — GRZYBOWSKA 88.

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

## DZIAŁ NAUKOWY

Dr. med. Alfred ETTINGER (Warszawa)

### Kilka doniesień o wynikach nowszych badań nad działalnością hormonów płciowych

Badania Aschheima i Bernarda Zondeka doprowadziły w 1926 roku do wykrycia obecności w przysadce, a przede wszystkim w przednim jej płacie, nieznanego dotąd hormonu. Hormon ten został przez Zondeka wyosobniony, a sporządzony zeń preparat nazwany „prolanem”.

Własności hormonu określa Zondek w sposób następujący: jeżeli wszczepimy dziewczym i niedojrzałym płciowo samiczkom myszy, czy szczura małeńki kawałek tkanki z przedniego płata przysadki, lub wstrzykniemy prolan, to pod ich działaniem powstaną zmiany specyficzne, charakteryzujące się powiększeniem i przekrwieniem jajników, obrzękiem i złuszczeniem się zrogowaciałego nabłonka macicy, powiększeniem pochwy i macicy oraz przyspieszonym dojrzewaniem pęcherzyków. Te zmiany są niejako 3-ch stopni, które autor oznacza jako HVR I—III (Hypophysen Vorderlappen Reaktion). W stopniu pierwszym występuje dojrzewanie pęcherzyków i zostaje wywołana ruja, w drugim — są krwawienia do powiększonych pęcherzyków (punkty krwawe), w trzecim — wytwarzanie ciałek żółtych.

Zondek i Aschheim wyodrębnili prolan dwojaki: A — hormon dojrzewania pęcherzyków i B — hormon luteinizacji. Prolany są pochodzenia komórkowego i mają powstawać w zasadochłonnych komórkach płatu przedniego (Zondek, Evans i Simpson, Smith, Berblinger), według innych autorów w komórkach kwasochłonnych (Kraus).

Według tych autorów prolan wyzwała produkcję hormonu pęcherzyków (follikuliny) w dojrzewających komórkach pęcherzykowych.

*1926 r.*

Hormony przedostają się do krwiobiegu, wywołując zmiany rujowe u zwierzęcia (powiększenie macicy, budowa rujowa śluzówki pochwy, złuszczenie się zrogowaciałych nabłonków).

To przedwczesne dojrzewanie płciowe uwidacznia się w 100 godzin po podaniu prolanu. Jednorazowe podanie hormonów powoduje tylko jednokrotną ruję u infantylnego zwierzęcia. Jajniki jego wykazują powiększenie pęcherzyków, masowe krwawienia do nich i wytwarzanie ciałek żółtych.

Po upływie 4-ch tygodni wszystkie zmiany całkowicie ustępują.

Stężenie prolanu w preparacie oceniamy miarą zdolności wywołania przedwczesnie u infantylnej żeńskiej myszy (szczura) przejściowego oestrus (rui) lub proestrus z objawami w jajnikach i odpowiednimi zmianami w macicy i pochwie.

Prolany są wydzielane przede wszystkim z moczem i tu określa się ich stężenie i ilość. Znajdują się także w surowicy krwi, płynie mózgowo-rdzeniowym i innych płynach ustroju.

W wieku do okresu dojrzewania płciowego i w tym okresie odczyny na prolan wypadają ujemnie.

W warunkach zwykłych wydzielanie prolanów u kobiet, zarówno jak i u mężczyzn w młodym i średnim wieku jest bardzo nieznaczne.

W czasie ciąży następuje załanie ustroju prolanem A i B, pochodzącym prawdopodobnie nie tylko z przysadki, ale i z łożyska, które wtedy obejmuje pod tym względem funkcje przysadki. Ilość prolanów, wydzielanych w moczu zwiększa się b. znacznie, na tym opierają się odczyny, wykazujące wczesną ciążę.

Odczyn Aschheima i Zondeka polega na wykazaniu niezwykle wielkich ilości hormonów przedniego płata przysadki w moczu, które pojawiają się już w pierwszych dniach ciąży zaraz po „zagnieżdżeniu się” jaja płodowego. Wydzielanie hormonów zaczyna się nagle, niejako wybuchowo, jest największe w dwu pierwszych miesiącach ciąży i zmniejsza się stopniowo w następnych aż do porodu. Po porodzie dalsze zmniejszanie się ilości prolanów jest szybkie, tak, że znikają one z moczu całkowicie do 8-go dnia połogu.

Co się tyczy follikuliny, to wydzielanie jej znacznie się zwiększa w pierwszych ośmiu tygodniach ciąży, osiągając swój punkt najwyższy w dwu ostatnich miesiącach, by tak samo, jak prolan, zniknąć z moczu do 8-go dnia połogu. U zwierząt stosunki są inne: u kobyły np. rozpoznanie ciąży opiera się na wykazaniu follikuliny (Küst), u kozy podczas

**LOBELINA pobudza ośrodki oddechowe.  
Preparat krajowy.**

cięży, trwającej 5 miesięcy, zwiększone wydzielanie follikuliny może być wykazane dopiero po upływie  $3\frac{1}{2}$  miesiąca, niema wydzielania hormonów przedniego płata przysadki.

U owiec ciężarnych nie wykazano ani we krwi, ani w moczu większych ilości hormonów, podobnie przedstawia się sprawa u sukii.

Prolan A wydzielany bywa w bardzo zwiększonej ilości, gdy czynność jajników ustaje, czy to w okresie przekwitania, czy po kastracji, względnie po naświetlaniu promieniami Roentgena. Także przy pewnych guzach jajnika wydzielanie prolanów bywa zwiększone.

U zwierząt przedni płat przysadki wytwarza prolan, tylny własności tej nie posiada, część pośrednia wydziela bardzo małe ilości prolanów. U człowieka stosunki są odmienne, gdyż tylny płat przysadki zawiera prolan przeważnie w części, przylegającej do płata przedniego.

Usunięcie przedniego płata przysadki powoduje zanik narządów płciowych i ich czynności. U zwierząt dojrzałych płciowo wkrótce następuje zatrzymanie spermatogenezy, dojrzewania jaj i ustaje ruja. Istniejące już pęcherzyki jajnikowe stopniowo zanikają, nie dochodzi do wytwarzania nowych ciałek żółtych, zwolna postępuje całkowita regresja narządów płciowych i gruczołów płciowych dodatkowych, oraz wtórnych cech płciowych.

Ponowne wszczepienie przedniego płata przysadki sprowadza u samiczek powiększenie i przyrost wagi jajników, wytwarzają się nowe pęcherzyki i ciała żółte, jednakże stan zupełnie normalny i pełną czynność jajników osiągnąć jest trudno. U samców następuje całkowity powrót do normy, dotyczy także i wtórnych cech płciowych.

U zwierząt kastrowanych wszczepienie przysadki nie daje żadnych wyników. Widocznie hormony przysadki wywierają swe działanie fizjologiczne w zakresie rozwoju płciowego tylko drogą przez gruczoły płciowe, a nigdy bezpośrednio. Stąd pochodzi określenie ich działania „gonadotropowego”. U kobiety kastrowanej (ovariectomia) nie udało się wywołać prawdziwej menstruacji zapomocą samego hormonu pęcherzykowego.

Kaufman podawał kobiecie kastrowanej przed wielu laty, której macica znajdowała się w stanie specyficznego zaniku, follikulinę i hormon ciała żółtego.

Po odpowiednim przygotowaniu follikulinę i po zastosowaniu hormonu ciała żółtego śluzówka macicy wróciła do normalnego stanu przedoperacyjnego i w wyniku odbyła się typowa menstruacja.

Oba hormony muszą współdziałać, aby nastąpił cały cykl menstruacyjny w postaci charakterystycznego przestrojenia śluzówki macicy okresu wydzielania i następnego wydalania połączonego z krwawieniem.

Folikulina powoduje „okres proliferacji” śluzówki macicy, hormon ciała żółtego przeprowadza bujającą śluzówkę w wydzielającą. O ile ciąża nie powstała, to śluzówka „rozbudowana” i doprowadzona do okresu wydzielniczego zostaje „wyrzucona”.

Smith i Engle uzyskali menstruację u kastrowanej małpy po podaniu tych obu czynnych hormonów.

Zarówno mężczyźni, jak i kobiety wydzielają trzy hormony: t. zw. „męski”, hormon pęcherzykowy, „follikulinę”, i prolan (Oesterreicher).

Według Böhlera mężczyźni wydzielają stale hormon męski od czasu pokwitania: ilość dzienna tej wydzieliny wynosi do 20-u lat — 1 jednostkę (według skali Oesterreichera — mierzonej na grzebieniu kogucim) od 20-u do 30-u lat: 2 jednostki, od 30—40 lat: 1—2 jedn. w wieku od 40—60: mniej niż jednostkę dziennie. Po 60-tym roku życia ilość wydzielanych hormonów jest tak mała, że nie daje się już obliczyć.

Japończycy (Usui, Ito, Fujioka i Nagai) otrzymali z moczu młodych mężczyzn hormon, którego działanie ma być b. energiczne.

Wydzielanie follikuliny u mężczyzn młodych i w latach średnich waha się według Laqueur'a między 10-u a 200-u J. M. (jednostki miesię) na litr moczu.

Böhler oblicza, że mężczyźni wydzielają od okresu dojrzewania do 30-ego roku: 25—30 J. M. dziennie, od 30-u do 50-u lat: 10 — 15 J. M. Przed pubertatem i po 60-ym roku ilość follikuliny w moczu jest tak mała, że w 1 litrze nie daje się wykazać. Oesterreicher uważa liczby podane przez Böhlera, za zbyt niskie i sądzi, że u zdrowych mężczyzn w średnim wieku przeciętną wartością jest 30 J. M. follikuliny na litr zbieranego moczu, t. j. tyle samo, co u kobiet.

Co się tyczy prolanów, to dorosły mężczyzna ma ich wydzielać średnio 8 J. M. w ciągu 24 godzin (Katzmann i Doisy). Aron podaje liczbę niższą: 3 jednostki miesię.

Homoseksualiści nie różnią się pod tym względem od normalnych mężczyzn i nie wydzielają więcej hormonów „kobiecych”.

Mężczyźni, u których czynność gruczołów płciowych przedwcześnie została zahamowana, względnie jądra były niedostatecznie rozwinięte, wykazywali zwiększone wydzielanie prolanów, jednakże stosunki

Zaparcie nawykowe na tle niedomogi wątrobowej usuwa  
RECTOPANBILINA.



te są skomplikowane i samo określenie ilości wydzielanych prolanów nie wystarcza, by ocenić, czy czynność gruczołów płciowych jest zachowana.

Naogół jednak mężczyźni, wydzielający duże ilości prolanów, mają mniej wartościowe gruczoły płciowe, od takich, którzy wydzielają follikulinę, nie wydzielając prolanów. U zwierząt badania na prolan moczu wałachów były dotychczas ujemne.

Mężczyźni wytwarzają aż do późnego wieku hormon „męski”, a zdrowy męski starzec ma aż do śmierci czynne gruczoły płciowe. Cały czas trwa wytwarzanie plemników (co stwierdza się badaniem) i produkcja hormonów płciowych (określa się metodami stosowanymi w odczynach hormonalnych). Wydzielanie follikuliny można wykazać do końca życia (Büchler). Okresu odpowiadającego klimakterium w znaczeniu ścisłym u mężczyzn niema.

Zondek podzielił klimakterium na trzy zazwyczaj po sobie następujące okresy: 1) w którym wydzielają się duże ilości follikuliny (polyfollikulinstadium), 2) kiedy wydzielają się małe ilości (oligofollikulinstadium) i 3) follikulina już się nie wydziela, a zato duże ilości prolanów (polyprolanstadium).

Prolan A wydziela się w okresie po klimakterium w zwiększonych ilościach (Saethre). Te zwiększone wydzielanie prolanów, a brak wydzielania follikuliny odbywa się u starych kobiet z „fizjologiczną regularnością”.

Na zjeździe psychiatrów skandynawskich w Kopenhadze w 1932 r. Oesterreiche zaznaczył w odczycie, że według niego po klimakterium trwa nadal cykl miesięczny aż do śmierci kobiety, objawiający się przez rytmiczne wahania w wydzielaniu prolanu A.

## STRESZCZENIA

### Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej

M. Loeper, M. Perrault, A. Lesure. *O leczeniu pewnych toksycznych objawów pochodzenia jelitowego*. Le Progres Medical 1935, Nr. 48.

Schorzeniom przewodu pokarmowego, a zwłaszcza schorzeniom jelitowym, towarzyszą często zaburzenia w postaci potu, ślinotoku, wysypki,

obrzęku twarzy, podwyższenia lub obniżenia ciśnienia krwi, zwolnienia tętna, arytmji, zaburzeń wzrokowych. Stwierdzono, że normalne, lub nadmierne resorpcje pewnych składników pochodzenia endogenego (uformowanych w jelitach), lub pochodzenia egzogenego (wprowadzonych w postaci pokarmów) wywierają może

wpływ toksyczny na system nerwowy. Autorzy badali doświadczalnie i klinicznie działanie histaminy i jej pochodnych, zwłaszcza imidazolu i przytaczają obserwacje trzech chorych.

Jeden z chorych od dłuższego czasu cierpiał na bóle jelitowe, biegunki, którym towarzyszyły obfite poty, ślinotok, zawroty głowy. Ciśnienie krwi według Vaqueza wynosiło 10,5 — 8. Stwierdzono: w surowicy krwi 18 miligr. imidazolu, w moczu 66, w kale 102. Odczyn kału wybitnie kwaśny. Zastosowanie adrenaliny i wapna doprowadziło do wyleczenia.

U drugiej chorej stwierdzono co dwa trzy miesiące ataki w postaci obfitych biegunek, którym towarzyszyły zawroty głowy i spadek ciśnienia krwi. Kał posiadał odczyn kwaśny i zawierał 190 miligr. imidazolu, surowica krwi 18, mocz 115. Dokładne wywiady nie doprowadziły do nawiązania tych zaburzeń z pobraniem pewnych pokarmów. Osiągnięto poprawę przez podanie adrenaliny i wapna. W trzecim przypadku składnik wywołujący intoksykację był ten sam, ale wprowadzony z zewnątrz. Po spożyciu bażanta u chorego wystąpiły objawy ogólnego niedomagania, wysypka, obrzęk powiek, zawroty głowy. Ciśnienie krwi spadło z 14,8 na 11. Stwierdzono w kale 84 miligr. imidazolu, w moczu 115, w surowicy krwi 14.

Klinicznie i doświadczalnie histamina i jej pochodne, jak imidazol, dają te same objawy; wiele produktów spożywczych zawiera histydyne i histaminę. Objawy toksyczne wywołane przez histaminę i jej pochodne podobne są do objawów szoku anafilaktycznego.

Leczenie: dieta — w ciągu kilku

dni zaleca się zielone jarzyny z pominięciem produktów mięsnych i mącznych. Z pośród środków farmakologicznych wskazana jest kombinacja węgla, bizmutu, wapna i magnezy, i jako antagonisty histaminy, — adrenalina.

Dr. med. J. E r d e l y.

E. D o n z e l o t. *Patogeneza stałego nadciśnienia krwi*. Le Journal Médical François 1935, Nr. 7.

Teoria nerkowa.

Obserwacje kliniczne wykazują, że stałemu nadciśnieniu towarzyszą często zaburzenia nerkowe. Jeżeli obserwować przebieg schorzenia w porządku chronologicznym, to we wczesnych stadiach rozwoju nadciśnienia stałego nie stwierdza się zmian w nerkach, występują one stopniowo w miarę rozwoju cierpienia wraz ze zmianami naczyniowo - sercowymi. U chorych z nadciśnieniem stwierdza się czasami białkomocz, natomiast autopsja nie wykazuje ani makroskopowo ani mikroskopowo żadnych zmian w nerkach. A zatem zjawisko stałego nadciśnienia, jest istotnie pierwotne, wtedy gdy towarzyszące mu zaburzenia nerkowe są wtórne. Jako wyjątek uważać należy postać nerkową nadciśnienia, powstającą jednocześnie pod wpływem tej samej przyczyny.

Teoria naczyniowa.

Zjawisko stałego nadciśnienia przypisywano zmianom w systemie naczyniowym. Tak np. Volhard dzieli chorych z nadciśnieniem stałym na białych, dotkniętych miażdżycą tętniczek czerwonych i dotkniętych miażdżycą dużych pni tętniczych. Doświadczenia kliniczne wykazują jednak, że przy nadciśnieniu zmiany w dużych naczyniach są jego następstwem. Co się tyczy tętniczek i naczyń włosowatych, to istnieją dwie teorie.

**NOWE PREPARATY KRAJOWEJ PRODUKCJI**

# KLEROL

**ŚRODEK PRZECIWRHEUMATYCZNY**

pozbawiony jakiegokolwiek drażniącego działania

**MAŚĆ I PŁYN DO KĄPIELI**

## **WSKAZANIA**

reumatyzm stawowy i mięśniowy,  
stany artretyczne, rwa kulszowa (ischjas),  
wszelkiego rodzaju bóle w mięśniach, stawach, krzyżu,  
karku i t. d.

## **ZALETY**

łatwo ulega wchłanianiu przez skórę, wprowadza do ustroju składniki antyseptyczne i przeciwzapalne, nie brudzi, nie plami, nie tłuszczy, ponieważ nie zawiera żadnego tłuszczu.

# FEMINAL

**M g r. WIENIEWICZOWEJ**

**Wskazania:** FEMINAL stosuje się w przypadkach upławów śluzowo-ropnych, przekrwieniach macicznych i jajnikowych, w rozmaitych wypryskach, paleniu i swędzeniu sromu, usuwaniu objawów poporodowych procesów gnilnych (przykra woń narządów rodnych) oraz w przypadkach obrzęku piersi i sutków w okresie karmienia. FEMINAL zalecić można również *zdrowej kobiecie* jako środek codziennej higieny, nie tylko do przepłókiwań wewnętrznych pochwy, lecz również do zewnętrznych obmywań sromu, pach, pachwin, w przypadkach odparzeń i nadmiernego wydzielania potu. Roztwór FEMINALU jest doskonałym środkiem antyseptycznym dla *młodych matek* oraz dla *osób pielęgnujących chorych zakaźnych, niemowlęta i położnice*.

**Sposób użycia:** Rozpuszczoną tabletkę FEMINALU w litrze ciepłej wody użyć do irygacji.

**CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE  
ZAKŁADY PRZEM. - HANDLOWE**

**AS MIDAR**

**WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88**

Bądź chodzi o zmiany miażdżycowe, które są następstwem nadciśnienia, bądź o stały skurcz — hipertonię. Pal to maczy tę hipertonię, jako zaburzenie w tonusie włókien mięśni gładkich, jako dysocjację toniczną i kinetyczną tych włókien. Powstaje pytanie, jak wytwarza się ten stan hipertoni.

Teoria nadnerczowo - chromaffinowa.

Według Vaqueza przyczyną stalego nadciśnienia tętniczego jest nadczynność systemu nadnerczowo - chromaffinowego. Nowotwory nadnercza można podzielić na niewywołujące zmian w ciśnieniu i na takie, które wywołują nadciśnienie stałe, lub napadowe. Prace wielu autorów wykazują, że adrenalina wywiera wpływ na tonus naczyniowo - sercowy, zatem guzy części rdzeniowej nadnercza powodują zmiany w ciśnieniu krwi. Guzy części korowej, wywołując też nadciśnienie, działają prawdopodobnie drogą podrażnienia systemu naczynioruchowego.

Poszukiwania zdążają zatem dwiema drogami: nadciśnienie stałe wywołane jest bądź przez zaburzenia w sekrecji, bądź przez podrażnienie nerwowe.

Koncepcja neuro - humoralna.

System regulujący ciśnienie tętnicze składa się z dwóch elementów: 1) nerwowy i organo - wegetatywny, 2) humoralny i elektrolityczny. Stałe nadciśnienie powstaje prawdopodobnie wskutek naruszenia równowagi układu neurovegetatywnego, spowodowanego przez zaburzenia w czynności gruczołów wydzielania wewn., albo przez zaburzenia w ogólnej przemianie materji.

Zaburzenia w gruczołach wydzielania wewn.

Najnowsza teoria głosi, że adrenalina i insulina zachowują się jako hormony antagonistyczne. A zatem, jak twierdzi Vaquez, nadnercze uważane być może jako aparat regulujący ciśnienie krwi i schorzenie jego bezpośrednie lub pośrednie — wskutek dyskorelacji w czynności grucz. wydzielania wewn. — wywołać może stan nadciśnienia stałego.

Dr. med. J. E r d e l y.

Emile A r o n: *Kwasy aminowe, jako środek terapeutyczny.* Gazette médicale de France 1934, Nr. 17.

Autor podaje szereg spostrzeżeń o roli i funkcji kwasów aminowych, podkreśla ich znaczenie, jako nowego środka terapeutycznego, oraz cytuje ich zastosowanie praktyczne.

1) Leczenie anemji zapomocą tryptofanu i histydyny. Opierając się na badaniach doświadczalnych, wykazujących, że elementami niezbędnymi do utrzymania w równowadze aparatu krwiotwórczego są — tryptofan, histydyna, żelazo i miedź, autor od roku stosuje te środki w przypadkach anemji złośliwej. Wpływ tej metody na stan ogólny, jako też na stan odbudowy krwi jest o wiele bardziej dodatni, niż wpływ metody Whipple'a. W przypadkach odpornych na terapię wątrobową i kw. aminowemi wskazany jest izolowany hormon soku żołądkowego.

2) Leczenie choroby Basedowa dijdotyrozyną.

Prace Haringtona i Kendalla wykazały, że w grucz. tarczycowym poza tyroksyną znajduje się dijdotyrozyna, zawierająca dwa atomy jodu. Dijdotyrozyna, stosowana w przypadkach nadtarczyczności, daje wyniki pomyślne.

3) Leczenie wrzodu żołądka i dwu-

nastnicy przy pomocy domięśniowych wstrzykiwań histydyny.

Najnowsze koncepcje, oparte na badaniach doświadczalnych, dotyczące wrzodu żołądka i dwunastnicy, traktują to lokalne schorzenie jako objaw zaburzeń przemiany ogólnej; stąd tendencja do nadania nazwy — choroby wrzodowej. Opierając się na tych doświadczeniach, autor stosuje u chorych z wrzodem żołądka domięśniowe wstrzykiwania histydyny. Histydyna, wywierając wpływ na ogólną przemianę, daje poprawę stanu lokalnego. Po 3—6 zastrzykach ustępują objawy wrzodu żołądka, stan ogólny poprawia się; obraz rentgenologiczny potwierdza cofanie się sprawy. Kuracja powtarzana przez pewien czas, co 5 miesięcy, zapobiega nawrotom. Wyciągi z różnych narządów, jak insulina, angioxyl i t. p. zawdzięczają prawdopodobnie swą wyjątko-

wą skuteczność w leczeniu wrzodu żołądka obecności w nich histydyny.

4) Leczenie dystrofji mięśniowej przy pomocy glikokolu.

W przypadkach dystrofji mięśniowej wstrzykiwania glikokolu wywierają dodatni wpływ na stan włókien mięśniowych. Autor w podobnych przypadkach stosował z wynikiem pomyślnym domięśniowe wstrzykiwania histydyny.

5) Próby leczenia raka przy pomocy kw. aminowych.

Vlès i Coulon dokonali szeregu doświadczeń na myszach i doszli do wniosku, że kw. aminowe (najbardziej cystyna) powodują regresję raka myszy.

Zdaniem autora kw. aminowe, jako środek terapeutyczny, mają przed sobą rozległy horyzont.

Dr. med. J. E r d e l y.

## Przegląd prasy lekarskiej polskiej

Karol S a n t a r j u s: *Zwalczanie niedrożności porażennej jelit wyciągiem z tylnej części przysadki mózgowej*. Nowiny Lekarskie 1935, Nr. 4, str. 115.

Według autora w zwalczaniu niedrożności porażennej jelit ważną rolę odgrywa wyciąg z tylnej części przysadki mózgowej, t. zw. retrohipofizyna; autor stosuje środek ten dożylnie, wywiera on wówczas znacznie silniejsze działanie bodźcowe na ruch robaczkowy jelit. Często po wstrzyknięciu towarzyszą następujące objawy: niepokój chorego, ogólne osłabienie, spadek ciśnienia krwi, przyspieszenie tętna, błądźliwość powłok zewnętrznych. Wstrzyknięcie winno być wykonane b. powoli, celem niedopuszczenia do zapaści. Bezpośrednio

po zabiegu chory odczuwa gorąco w jamie brzusznej, w czasie trwania zastrzyku odchodzą wiatry i często kał.

Działanie retrohipofizyny daje się stwierdzić w przypadkach daleko posuniętych porażań, mianowicie w ropnych zapaleniach wyrostka robaczkowego, operowanych przy ograniczonych lub rozlanych zapaleniach otrzewnej; u tych chorych ruch robaczkowy samoistnie nie może wrócić do normy; jednorazowy zastrzyk dożylny retrohipofizyny w 3-cim lub 4-tym dniu po operacji powoduje oddawanie wiatrów i stolca, zmniejsza się w ten sposób wzdęcie brzucha i duszność, a chorzy odczuwają znaczną ulgę w cierpieniu. Działanie to zwykle trwa kilka do kilkunastu go-

dzin, po upływie tego czasu doległości jednak powracają.

Pozatem retrihipofizyna oddaje cenne usługi w przypadkach niejasnych, w których trzeba rozstrzygnąć czy istnieje ostra niedrożność jelit, czy też mechaniczna.

W razie przeszkody mechanicznej retrohipofizyna powoduje stawianie się jelit przed przeszkodą i wskazuje miejsce, w którym znajduje się owa przeszkoda. Niedrożność porażenna jelit, towarzysząca atakom kamicy nerkowej i żółciowej, ustępuje szybko po retrohipofizynie.

Środek ten, według autora, daje cenne usługi, mające rozstrzygnąć wątpliwości w dagnostyce różnicowej.

Dr. med. A. G.

A. Bieleńki i L. Goldkorn: *Leczenie gruźlicy płuc dożylnymi wstrzykiwaniami będkwinianu sodu*. Warszawskie Czas. Lek. 1935, Nr. 13, str. 260.

Autorzy, powołując się na wyniki pracy Bazzano, który w r. 1932 na zjeździe internistów włoskich doniósł o zachęcających wynikach leczenia wrzodu żołądka przy pomocy będkwinianu sodu, zaczęli stosować środek ten w schorzeniach płucnych. Stosują ten lek, wychodząc z następujących założeń:

1) N. b. oddawna uważany jest za lek płucny (działanie wykrztuśne).

2) N. b. podany dożylnie ma działać gojąco i zablizniająco.

3) N. b. działa przeciwnie.

Autorzy radzą stosować następujące dawkowanie i technikę wstrzykiwań: rozpocząć od 5 cm<sup>3</sup> roztworu 20%, następnie przechodzić stopniowo do dawki 10 cm<sup>3</sup> 20% roztworu w ciągu pierwszego miesiąca, w miesiącu następnym wstrzykiwać codziennie 15 cm<sup>3</sup> 20% roztworu.

Wstrzykiwać należy bardzo powoli i dokładnie.

Według autorów efekty leczenia zjawiają się w przypadkach świeżych nawet z jamami (zmniejszenie prątkowania, poprawa radiologiczna).

Z przypadków zastarzałych najlepiej reagują postaci otwarte typu fibrosa i ulcero - fibrosa, natomiast w przypadkach fibro - caseosa communis następowała przejściowa poprawa w postaci polepszenia apetytu, przybytku na wadze, zmniejszenia płwociny i złagodzenia kaszlu.

Bezcelowe jest stosowanie n. b. w przypadkach bronchopneumonia caseosa, oraz w daleko posuniętych okresach gruźlicy.

Specjalne wskazanie do wstrzykiwań n. b. stanowią przypadki z obfitą płwociną przed zabiegiem operacyjno - uciskowym (odma, ekshereza, plastyka, plomba).

Dr. med. A. G.

## Ocena książek

Dr. med. i fil. Tadeusz Bilikiewicz, docent Uniwersytetu Jagiellońskiego: *Psychoanaliza w praktyce lekarskiej*. Wyd. Lek. Eskulap, Warszawa 1935, str. 31.

W piśmiennictwie lekarskim daje się odczuć brak pracy, traktującej

zwięźle o zasadach psychoanalizy tak z punktu widzenia metody badania, jak i leczenia. Lukę tę wypełnia broszura doc. Bilikiewicza.

Autor rozpoczyna pracę od uwzględnienia niezbędnych wskazówek technicznych, do których leczący

**CADECHOL wzmacnia mięsień serca.**  
**Preparat krajowy.**

psychoanalizą winien się zastosować, następnie omawia wskazania do leczenia powyższą metodą. W pierwszym rzędzie wchodzi w grę psychonerwice, histerja, neurastenja (psychastenja), zaburzenia płciowe. Metodę tę uważa za przeciwwskazaną u paranoików i w cierpieniach, powodujących paranooidalne nastawienie chorego.

Dokładnie omawia historję powstania tej nauki (z hipnozy). Kładzie wielki nacisk na analizę marzeń sennych; podaje sposoby jakimi powinien lekarz kierować się przy interpretacji marzeń sennych. Psychoanaliza jest, według autora, metodą, wdrażającą się najgłębiej ze wszystkich metod psychologicznych w duszę człowieka.

Celem metody leczniczej jest analiza objawów. Postępowanie to ma zmierzać do wyjaśnienia genezy objawu psychopochodnego (lub też zespołu objawów (psychonerwica).

Według autora, bowiem ucieczka w chorobę jest urządzeniem celowym, którem ustrój psychiczny człowieka broni się przeciwko czynnikom szkodliwym. Zabieg psychoanalityczny zmierzać musi do całkowitego wyjaśnienia genezy cierpienia. Celem tego postępowania jest uświadomienie choremu sensu jego objawów, polegające na odtworzeniu warunków i sytuacji, które stoczyły chorego na drogę nerwicy. Do tego celu służą: 1) analiza objawów i 2) wynurzenia chorego w marzeniu sennem. Cel analizy marzeń sennych polega na udowodnieniu choremu, iż to, co ukryje, zostaje wykryte z przedłożonych lekarzowi marzeń sennych, pozatem na wyjaśnienie mu natury konfliktów chorobotwórczych, oraz mechanizmu ich przedzierzgnięcia się w objawy. Le-

karz potrafi wyczytać z marzeń sennych przeżycia, które chory tłumil, zapomniał o nich lub nie dostrzegał w nich związku genetycznego z objawami. Według doc. Bilikiewicza wynik badania psychoanalitycznego ma potężne znaczenie lecznicze. Nie należy uważać marzeń sennych za stek niedorzeczności, są one bowiem najpodobniejsze do symboliki alegorycznych objawów.

Marzenie senne nie zawsze jest spełnieniem jakiegoś życzenia, większość snów zawiera subiektywnie podbarwione przedstawienie pewnych problemów, któremi zaprzątnięty był śniący. We śnie, jak pisze autor, dają się zauważyć: 1) zjawisko zagęszczenia (sen przedstawia w krótkim rzucie oka problemy, rozciągające się całemi latami), 2) procesy rozszczępienia osobowości (zjawisko to związane jest ściśle z występującem we śnie procesem przenoszenia odniesień z jednej osoby na drugą). Często przedstawiają one minione konflikty, problemy, przeżycia ważne dla późniejszego okresu zdarzenia. Autor przytacza 23 sny, interpretując dokładnie i analizując każdy z osobna.

Autor twierdzi wkońcu, iż każdy lekarz - praktyk winien posiadać niezbędne wiadomości z psychoanalizy, chociażby z punktu widzenia praktyczno - leczniczego.

Ciekawą tą pracą winien zainteresować się nie tylko neurolog i psychjatra, ale również każdy lekarz praktyk.

Dr. med. A. Galewski.

R. Liège, Ed. Masson.  
*Transfuzja i immuno - transfuzja krwi.*

Praca składa się z dwu części. Pierwsza poświęcona jest transfuzji i immuno - transfuzji krwi. Autor ba-

**CINNOZYL = cinameina + cholesteryna + kamfora  
w sterylizowanym roztworze olejowym.**

da transfuzję w chorobach krwi i narządów hemopoetycznych, w ciężkich krwotokach przewodu pokarmowego oraz w tyfusie brzuszny; cytuje liczne doświadczenia i obserwacje. W drugiej części autor podaje powikła-

nia, związane z transfuzją i immunotransfuzją, jak: ciężkie zaburzenia nerkowe, hemoglobinurję, przypadki szoku.

Pracę uzupełnia obfita bibliografia.  
Dr. med. J. E r d e l y.

## DZIAŁ CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNY

# Kto odpowiada za grzechy przemysłu chemiczno-farmaceutycznego

Nieraz już na tem miejscu zwracaliśmy uwagę, że przemysł chemiczno-farmaceutyczny powinien być otoczony specjalną opieką, że błędne jest mniemanie, jakoby w tej dziedzinie produkcji można bez żadnych zastrzeżeń tolerować t. zw. zamienność, t. j. zastępowanie jednego preparatu innym, choćby jak najbardziej do tamtego zbliżonym pod względem składu i działania. Skuteczność gotowego środka leczniczego zazwyczaj zależy właśnie od tych minimalnych, napozór zupełnie nieuchwytnych, różnic, jakie zachodzą między preparatem upodobnionym, a jego pierwowzorem.

Należy stwierdzić obiektywnie, że istnieją preparaty zastępcze, które dają prawie identycznie te same wyniki terapeutyczne, co preparaty oryginalne, ale te zawsze są wynikiem długoletnich badań i doświadczeń; wszystkie zaś inne, pośpiesznie kopjowane, bez dokładnego sprawdzenia wyników leczniczych, osiąganych dzięki ich stosowaniu, muszą budzić jak największe zastrzeżenia.

To, co wyżej powiedzieliśmy o samych preparatach, odnosi się bardzo często również i do ubocznych elementów, składających się na specyfik, a więc i jego np. opakowanie.

W zeszycie majowym z r. b. (rocznik IX, zeszyt 5) „Wiedzy Lekarskiej” dr. Eugenjusz Piotrowski, naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Czortkowie, opisuje wypadek, że po zastosowaniu dożylnem glukonianu wapnia u chorego, który otrzymał w latach ubiegłych kilka seryj zarówno calcium chloratum, jak i glukonianu wapniowego — tenże chory dostał silnego collapsu. Powyższy wypadek z glukonianem wapnia powtórzył się w tym samym czasie i innym lekarzom.

**GENATROPINA usuwa nadkwaśność żołądka.**



Dr. Piotrowski, zaniepokojony temi nienormalnymi objawami, skomunikował się z wytwórnią owego środka i otrzymał od zainteresowanej firmy wyjaśnienie, „że wskutek zakazu sprowadzania ampułek jenajskich, zmieszona była przez pewien czas korzystać ze szkła krajowego. Jak się okazało, szkło to chociaż obojętne, zawiera wapń (chyba sól? — przypisek redakcji „Wiedzy Lekarskiej“), który, działając przez czas dłuższy na zawartość ampułki — powoduje zmiany, mogące, jak przy glukogenie wapnia, mieć przykre następstwa, przy innych zaś wrażliwych preparatach, zmiany te podnoszą bolesność rozczywu, ich mętnienie i t. d. Na skutek naszego wyjaśnienia Ministerstwo Przemysłu i Handlu udziela obecnie zezwolenia na przywóz rurek jenajskich, co pozwoliło nam teraz wycofać z obiegu preparaty w ampułkach ze szkła krajowego“.

W kilka miesięcy później dr. Piotrowski miał znowuż podobny wypadek, a mianowicie (stosując inny zastępczy preparat tejże firmy) przyszło, mimo zachowania wszelkich wymagań aseptyki, w dwu przypadkach do powstania abscesów, z których jeden wymagał nawet interwencji chirurgicznej.

Cytując te przypadki, autor zupełnie słusznie stawia w nagłówku swego artykułu pytanie: „Czy lekarz ma odpowiadać za grzechy przemysłu chemiczno - farmaceutycznego“. Oczywiście, nie. Ale te właśnie wypadki powinny być wskaźnikiem, z jaką rezerwą musi lekarz oceniać mocno lansowane hasło zastępowania jednych preparatów drugimi. Ta nieufność lekarzy nie zaszkodzi rozwojowi dobrego krajowego specyfiku. D o b r e g o — podkreślamy. Bo o ten może nam tylko chodzić, nie zaś o produkcję bezwartościowych lub nawet wręcz szkodliwych namiastek.

Przemysł chemiczno - farmaceutyczny, mający przynieść choremu pomoc, musi rozwijać się drogą naturalną, z biegiem lat, bez pośpiechu, nie może go cechować tylko pogoń na zyskiem bez oglądania się na cel najważniejszy, t. j. wartość leczniczą wytwarzanych preparatów.

Grzechy przemysłu chemiczno - farmaceutycznego obciążają formalnie wytwórcę leków, powstawać jednak będą coraz rzadziej, o ile lekarze z większą ostrożnością oceniać będą leki rzekomo zastępcze.

h. l. o.

## DZIAŁ SPOŁECZNO-ZAWODOWY

**Sprawy lekarskie w prasie codziennej**

Doc. dr. Piotr Słonimski w „Kurjerze Porannym“ z dnia 19 czerwca r. b. w artykule p. t. „O lepsze jutro wydziału lekarskiego stolicy“ porusza niezwykle ważne zagadnienie konieczności skupienia zakładów teoretycznych wydziału lekarskiego Uniwersytetu Stołecznego na jednym wielkim rejonie, któryby był przystosowany do dalszej rozbudowy tej uczelni, noszącej dziś zaszczytne imię Pierwszego Marszałka Józefa Piłsudskiego.

Autor artykułu, poruszając tę aktualną sprawę, podkreśla, że: „pod względem lokalowym Uniwersytet Warszawski jest prawdziwym „kopcuszkim“ wśród wszystkich szkół akademickich w Polsce.

Zapewne, iż między zakładami Uniwersytetu są różnice, jedne, lecz jakże nieliczne, odpowiadają charakterowi stołecznego Uniwersytetu i zarazem w zupełności wymogom nauki współczesnej (np. Zakład Anatomji), inne natomiast, a tych jest większość, walczą z głodem terenowym i materiałowym. Potrzeby te stają się coraz to bardziej aktualnymi, a to wobec intensywnego rozwoju wiedzy lekarskiej na całym świecie.

Liczne problemy, związane z potrzebami nie tylko ludności cywilnej, ale i medycyny wojskowej nadaremnie czekają do tej pory na uruchomienie odpowiednich placówek przy zakładach uniwersyteckich. Należy podkreślić, że niektóre z zakładów z natury swych zagadnień muszą mieć zupełnie specjalne warunki do pracy. Wszelkie hałasy, wstrząsy, błąkające się prądy elektryczne i t. d., dochodzące z zewnątrz, utrudniają lub wprost uniemożliwiają przeprowadzenie np. pewnego typu badań fizjologicznych.

I tak wiadomo, iż pracownie naukowe w Leningradzie, kierowane przez znakomitego laureata Nobla, P a w ł o w a, nie tylko korzystają ze specjalnych przywilejów (zamknięcie całej ulicy dla ruchu kołowego), ale posiadają specjalne komory izolacyjne do badań nad wielką dziedziną wiedzy, dotyczących odruchów warunkowych, będących specjalnością prof. Pawłowa i jego szkoły.

Należy więc dążyć i u nas mimo istniejących trudności budżetowych, do stworzenia odpowiednich warunków pracy nie tylko na dziś, ale i dalsze jutro przez celową reorganizację wydziału lekarskiego stołecznego Uniwersytetu, który dumnym być może z tego, że wśród swych do-

ktorów honorowych liczy od roku 1921 Wodza Narodu J ó z e f a Piłsudskiego“.

Do tego samego zagadnienia powraca również w „Kurjerze Porannym“ (z dnia 5 lipca r. b.) prof. dr. A. Leśniowski, przyczem dodaje, że wszystkie pomieszczenia kliniczne Uniwersytetu im. Marsz. J. Piłsudskiego nie odpowiadają wymogom. „Przedewszystkiem — pisze autor — są za szczupłe: za czasów rosyjskich były one przeznaczone dla 180 słuchaczy 3 i 4 roku studjów, u nas muszą zmieścić trzykrotnie większą liczbę — powyżej 500 studentów 4, 5 i 6 roku studjów. Ta szczupłość pomieszczeń stoi w wysokim stopniu na przeszkodzie zasadniczemu żądaniu nauczania, mianowicie by było ono jak najbardziej praktyczne, by studenci mogli jak najwięcej stykać się bezpośrednio z chorymi“.

Uwagi te powinny zainteresować nasz świat naukowy.

O innej zupełnie sprawie pisze „Wieczór Warszawski“ (z dnia 6 lipca), wspomina mianowicie o pierwszym wyłomie w tajemnicy lekarskiej, jakim jest rozporządzenie wykonawcze do nowej ordynacji podatkowej, nakładające na lekarzy przymus ujawniania nazwisk pacjentów przy składaniu zeznań o dochodzie.

Jak informuje „Wieczór Warszawski“ „Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej interwenjował w Ministerstwie Skarbu, prosząc o zmianę tego zarządzenia i podkreślając sprzeczność, jaka zachodzi między żądaniami władz skarbowych a tajemnicą lekarską. Obecnie ministerstwo odpowiedziało Izbie, że nie może uwzględnić postulatów lekarzy i, że nazwiska pacjentów muszą być ujawniane. W ten sposób powstał wyłom w odwiecznych przywilejach stanu lekarskiego“.

(o).

## Komunikat

Komisja Zarządu Głównego Tow. Internistów Polskich, przygotowująca Zjazd Towarzystwa w Łucku, który się odbędzie około 20 września 1935 r. przypomina, że przedmiot obrad stanowią następujące referaty główne:

I t e m a t: Marskość wątroby.

Anatomja patologiczna: referenci prof. dr. L. Paszkiewicz i dr. A. Pruszczyński.

Klinika: referent prof. dr. J. Grek.

II t e m a t: Ropne sprawy płucne.

Anatomja patologiczna: referent prof. dr. W. Nowicki.

Klinika: referent doc. dr. Z. Gorecki.

**GENHYOSCYAMINĘ stosuje się w chorobie Parkinsona.**

Chirurgja: referent prof. dr. T. Ostrowski.

Podając powyższe ponownie do wiadomości, komisja najuprzejmiej zaprasza do wzięcia udziału w Zjeździe. Tytuły referatów, dotyczące tematów głównych, oraz innych referatów lub pokazów prosimy nadsyłać wraz z nazwiskiem referentów i streszczeniem (5—10 linijek maszynopisu), uwydatniających zasadniczą treść przemówienia, pod adresem sekretarza komisji, dr. Józefa Waclawa G r o t t a (Warszawa, ul. Wspólna 28), najpóźniej do dnia 20 lipca b. r. Przekroczenie tego terminu narazić może prelegenta na nieumieszczenie jego wykładu w programie Zjazdu, co według statutu odebrałoby mu możliwość wygłoszenia wykładu na Zjeździe.

Przewodnictwo Komitetu Miejscowego w Łucku objął Lekarz Wojewódzki p. dr. Witold Habich (Łuck, Kolonja Urzędnicza), do którego należy kierować zgłoszenia udziału w Zjeździe, oraz wszelkie zapytania w sprawach mieszkaniowych, technicznych (projekcje, epidjaskopja i t. p.) i komunikacyjnych.

Spis referatów, dokładny program i inne szczegóły, dotyczące Zjazdu zostaną przesłane (po uiszczeniu opłaty zjazdowej) zgłaszającym swój udział w początkach września b. r.

Prezydjum Zarządu Głównego T. I. P.

(—) Prof. dr. Mściwój Semerau - Siemianowski  
przewodniczący.

(—) dr. Józef Skłodowski  
zast. przewodniczącego.

(—) dr. Józef Waclaw Grott  
sekretarz.

### TREŚĆ ZESZYTU Nr. 4 (23).

<b>Dział naukowy:</b>	Dr. med. Alfred Ettinger — Kilka doniesień o wynikach nowszych badań nad działalnością hormonów płciowych	1
<b>Streszczenia:</b>	Przeгляд prasy lekarskiej zagranicznej . . . . .	5
	Przeгляд prasy lekarskiej polskiej . . . . .	9
<b>Dział chemiczno-farmaceutyczny:</b>	Kto odpowiada za grzechy przemysłu chemiczno-farmaceutycznego . . . . .	12
<b>Dział społeczno-zawodowy:</b>	Sprawy lekarskie w prasie codziennej . . . . .	14
<b>Komunikat</b>	. . . . .	15

### PRENUMERATA

	Miejscowa	Zamiejscowa
Rocznie . . .	Zł. 6.—	Zł. 7.—
Kwartalnie . .	Zł. 1.50	Zł. 1.75

### CENY OGŁOSZEŃ:

1/1 strony	Zł. 300.—
1/2 „	„ 175.—
1/3 „	„ 92.—

Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1.—

Redakcja i Administracja:

**Warszawa, Grzybowska № 88, tel. 224-27 i 229-34.**  
Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 10—12.

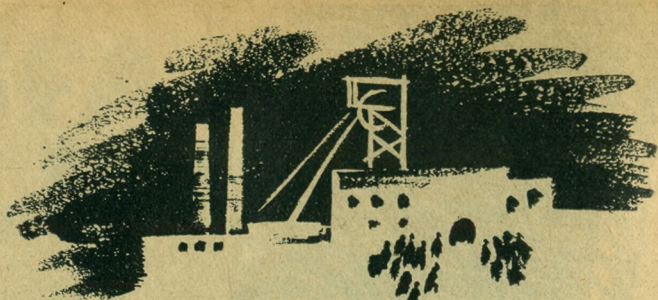
Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt: od 10—12.

**Redaktor:** Dr. med. Alfred Galewski.

**Wydawca:** Aleksander Wieniewicz-

**Sekretarz redakcji:** Hipolit Lucjan Ostowski.

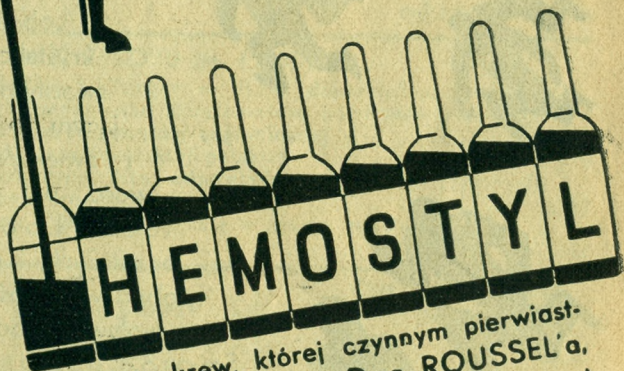
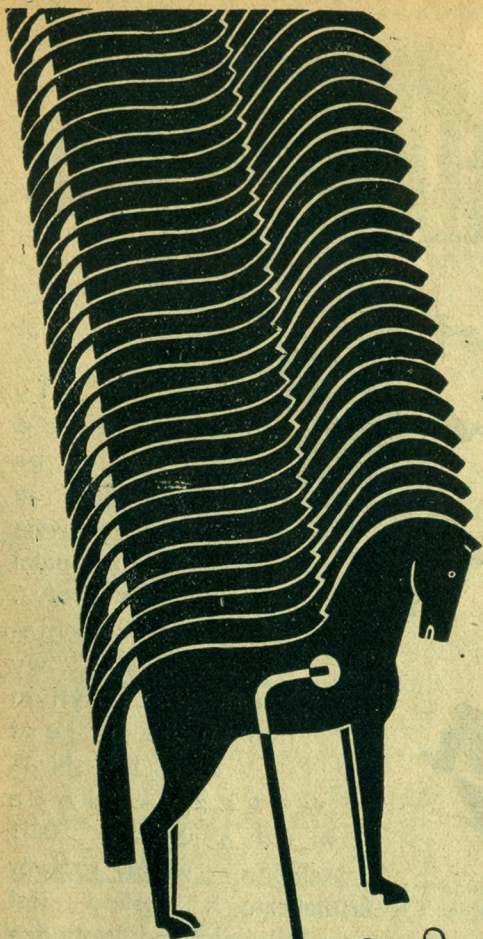
Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.



LEVITY - HIM

Ty  
sięce  
istnień  
pa  
da ofiarą  
ga  
zu, wydobywają  
; tego się z kopalni  
podczas katastrofy...  
W takich nie-  
szczęśliwych wy-  
padkach jedynym  
ratunkiem jest  
**LOBELINA**  
wstrzyknięta  
w dawce 0,01  
Lobelina — wodny roztwór  
krystaliczny  $\alpha$  Lobeliny — jest  
swoistym lekiem, pobudza  
jącym ośrodek oddechowy  
i zwiększającym jego wrażli-  
wość na prawidłowy bodziec  
( $\text{CO}_2$ ). Lobelina w dawkach  
lecniczych, silnie wzmagających  
pobudliwość ośrodka oddechowego,  
nie wpływa szkodliwie na inne narządy.  
Sposób użycia: jednorazowa dawka  
dla dorosłych wynosi 0,01. Jednorazowa  
dawka dla noworodków, wcześniaków  
i osesków - 0,003 podskórnie lub domięśn.  
W przyp. groźnych wstrzykuje się dożylnie.  
Opakow.: pud. po 2 i 6 amp.  $\alpha$  0,003 lub 0,01.

P R E P A R A T   K R A J O W Y



1700

koni daje krew, której czynnym pierwiast-  
kiem jest HEMOSTYL D-ra ROUSSEL'a,  
najaktywniejszy biologiczny preparat  
krwiotwórczy i przeciwkrwotoczny  
FLAKONIKI • AMPUŁKI • SYROP

LITERATURA I PRÓBY: CHEMICZNO FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY  
PRZEMYSŁOWO . HANDLOWE . ASMIDAR . WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88

# FOSFATYNA FALIERA

TO  
SPRZYMIERZENIEC  
TROSKLIWEJ MATKI


ODŻYWKA  
NIEMOWLĘCIA OD  
6 MIESIĄCA ŻYCIA

WZMACNIA KONSTYTUCJĘ DZIECKA  
UŁATWIA ZABKOWANIE

I WPŁYWA NA  
PRAWIDŁOWY ROZWÓJ  
KOŚĆCA I MIĘŚNI.



WARSZAWA • GRZYBOWSKA 88



**LECZENIE  
CHORÓB  
WĄTROBY:  
PANBILINE**

**LECZENIE  
ZAPARCIA:  
RECTOPANBILINE**

LABORATOIRE de la PANBILINE  
ANNONAY

WYŁĄCZNE PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ  
LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE  
ASMIDAR, WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88  
Tel. 224-27; 229-34



428 p

Aw. 16. 11. 18

Podatki i opłaty  
Fijsa w Gdyni

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

OPŁATA POCZTOWA  
UISZCZONA RYCZAŁEM

2 DWUMIESIĘCZNIK

pod redakcją Dr. med. ALFREDA GALEWSKIEGO

ROK V.

1935 r.

Nr. 6 (25)

WP.

Dr. med. Chodźko Witold

W a r s z a w a

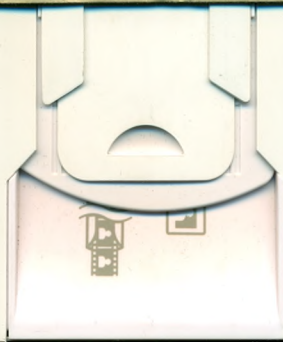
Chocimska 24

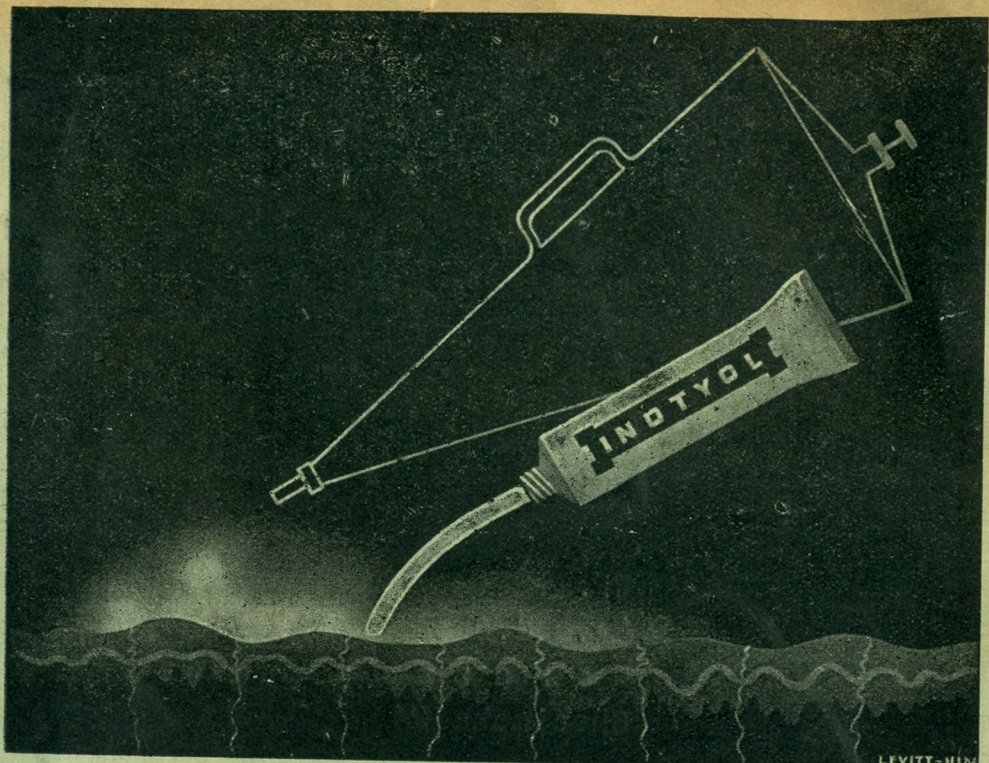


*zwięzić...*

Isaszczki, pozbawic je moznosci rozmnozania przez wzmozaczenie odpornosci tkanek - oto droga do zwalczenia gruźlicy. **CINNOZYL** stosuje sie we wszystkich przypadkach gruźlicy plucnej, nawet w postaciach gruźlicy czynnej z powstawaniem jam plucnych.

4930.D. 1947.





LEVITT-HIM

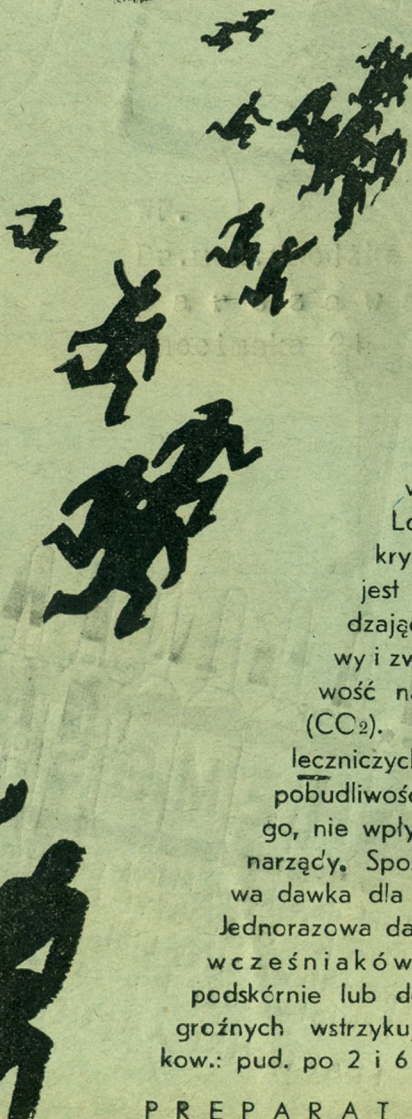
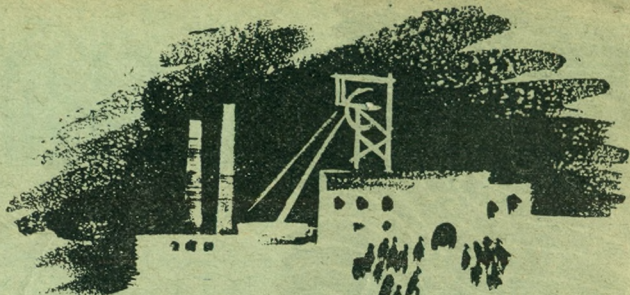
Farmaceutyczne zakłady przemysłowe **Aleksander Wieniewicz**, Warszawa, Grzybowska 88.

**ASPIDAR**  
**GLIN-GUMMAR**

ELECTRARGOL - choroby zakaźne • ELECTROCUPROL - nowotwory • LECITHINE - anemja •  
 ENESOL - kita • PIGUŁKI MOUSSETTE - nerwobóle • SOLUROL - dna i gościec •

LEVITT-HIM

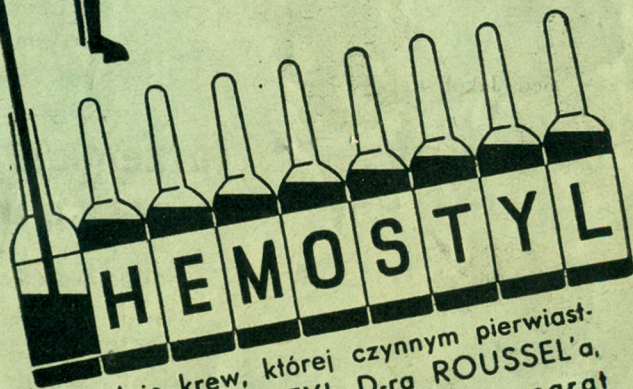
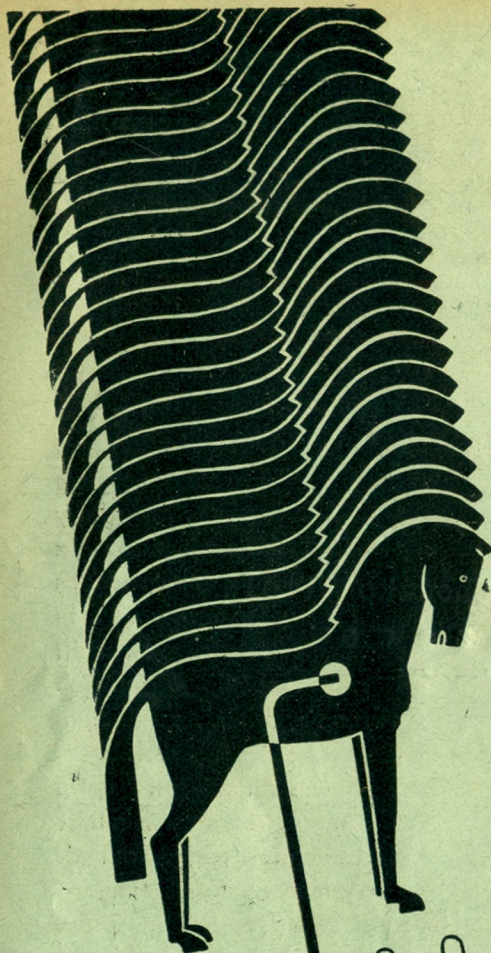
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE  
 ASMIDAR sp. z o.o. • WARSZAWA • GRZYBOWSKA 88



LEVITI - HIA

Ty  
si ą c e  
istnie ń p a  
da ofiar ą g a  
zu, wydoby  
waj ą c e s i ę z  
kopalni podczas  
katastrofy... W t a  
kich nieszczęśli  
wych wypadkach  
jedynym ratunkiem  
jest LOBELINA  
wstrzyknięta  
w dawkę 0,01  
Lobelina—wodny roztwór  
krystaliczny  $\alpha$  Lobeliny —  
jest swoistym lekiem, pobu  
dzającym ośrodek oddecho  
wy i zwiększającym jego wrażli  
wość na prawidłowy bodziec  
(CC<sub>2</sub>). Lobelina w dawkach  
lecniczych, silnie wzmagających  
pobudliwość ośrodka oddechowe  
go, nie wpływa szkodliwie na inne  
narządy. Sposób użycia jednora  
zo wa dawka dla dorosłych wynosi 0,01  
Jednorazowa dawka dla noworodków,  
 wcześniaków i osesków—0,003  
podskórnie lub domięśniowo. W przyp.  
groźnych wstrzykuje się dożylnie. Opa  
kow.: pud. po 2 i 6 amp. à 0,003 lub 0,01.

P R E P A R A T   K R A J O W Y



**1700** koni daje krew, której czynnym pierwiast-  
kiem jest HEMOSTYL D-ra ROUSSEL'a,  
najaktywniejszy biologiczny preparat  
krwiotwórczy i przeciwkrwotoczny  
FLAKONIKI • AMPUŁKI • SYROP

LEVITT - HUB

LITERATURA I PRÓBY: CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY  
PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE „ASPIDAR” • WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

*Z okazji*

*BOŻEGO NARODZENIA oraz NOWEGO ROKU*

**1936**

*Najserdeczniejsze życzenia zasyła Sz. Czytelnikom*

*Redakcja*

## DZIAŁ NAUKOWY

*Z II Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego*  
Dyrektor: Prof. dr. Z. R a d l i ń s k i

Dr. med. Jakób KAHAN, st. asystent Kliniki (Warszawa).

### **Dwa przypadki (przemieszczenie nerki i ostitis fibrosa femoris), przebiegające pod postacią rwy kulszowej.**

W czerwcu r. b. zgłosiła się do mnie chora R. B., lat 46, ze skargami na bóle w krzyżu, w okolicy lędźwiowej, po stronie lewej, oraz w obrębie lewego uda. Chora zaznaczyła, że dłuższy czas leczy się z powodu rwy kulszowej, a ostatnio — ropomoczu.

W y w i a d y: cierpienie chora datuje od 12 lat. Wystąpiły wówczas bóle w krzyżu, lewej pachwinie, oraz lewej kończynie dolnej. Bóle te miały charakter napadowy. Po zastosowaniu ciepłych okładów na okolicę krzyża bóle ustały. Od tego czasu stale zjawiały się napady bólowe o tem samem promieniowaniu, niekiedy nawet co tydzień. Rozpoznano wówczas rwę kulszową i chorą leczono promieniami R o e n t-

g e n a. Po naświetlaniach, przed 5 laty pacjentka straciła miesiączkę. Ostatnimi czasy miewa dolegliwości w dolnej połowie brzucha z promieniowaniem bólów do krzyża i lewego uda. Bólom tym nie towarzyszyła nigdy podwyższona ciepłota. Przed 4 laty podobno stwierdzono krwimocz. Od roku miewa parcie na moc i częste mikcje. W moczu wykryto wielokrotnie ropę. Przed 20 laty miewała krwotoki płucne i gorączkowała. Poprzednio przechodziła zapalenie płuc (obecnie ma duszność wysiłkową). Ze strony przewodu pokarmowego skarg żadnych nie podaje. Nie rodziła, nie roniła.

S t a n o b e c n y: chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiania dobrego, źrenice równe, okrągłe, na światło reagują prawidłowo. Układ chłonny bez zmian. Tarczycza niemacalna.

K l a t k a p i e r s i o w a: prawidłowo wysklepiona, dołki nad i podobojczykowe zaznaczone, granice płuc prawidłowe. Odgłos opukowy jawny, nad szczytami, szczególnie prawym, wyraźnie skrócony. Drżenie głosowe w okolicy prawego szczytu wzmożone. Szmer oddechowy pęcherzykowy, zaostrozony nad szczytami. Nad prawym szczytem wydech słyszalny, wydłużony. Poniżej kąta łopatki prawej szmer oddechowy o charakterze chuchającym, oraz liczne dźwięczne rżenia.

N a r z ą d k r ą ż e n i a: granice prawidłowe, tony czyste, miarowe.

J a m a b r z u s z n a: tkanka tłuszczowa obfita, brzuch wypukły, miękki. Wątroba w granicach normy, niebolesna. Przy obmacywaniu brzucha stwierdza się tkliwość w dolnym lewym kwadrancie bliżej linii środkowej. Goldflam obustronny ujemny. Nerki niemacalne. Przy unoszeniu kończyny dolnej lewej stwierdza się lekką bolesność w okolicy mięśnia biodrowo - lędźwiowego (m. ileopsoas).

K o ń c z y n y d o l n e: prawa bez zmian, lewa — lekka bolesność, przy ruchach biernych i czynnych po zewnętrznej stronie uda i łydki, nieraz w dole podkolanowym. Objawy Lassegua i Turyna ujemne. Lekka tkliwość w okolicy otworu kulszowego (foramen ischiadicum). Bolesności w okolicy fałdu pośladowego nie stwierdza się. Odruchy kolonowe, Achillesa prawidłowe.

Z d j ę c i e r e n t g e n o w s k i e: kręgosłup i miednica zmian kostnych nie wykazują. Na zdjęciach dróg moczowych widać zarysy prawej nerki i prawego moczowodu, zarysu nerki lewej nie widać (pyelografia dożylna). Na wszystkich tych rentgenogramach stwierdza się cień, wielkości fasoli, ułożony po stronie lewej na wysokości stawu krzyżowo-

biodrowego. Ostatni z rentgenogramów przedstawia zdjęcie cewnika, wprowadzonego do lewego moczowodu i wykazuje cień, znajdujący się po stronie wewnętrznej moczowodu, cewnik zaś swobodnie przechodzi obok.

Badanie moczu wykazuje ropę.

Mamy przed sobą chorą, u której na pierwsze miejsce wysuwają się cierpienia ze strony dróg moczowych. Konkretnie stwierdza się: ropomocz, brak cienia lewej nerki (po pyelografji), oraz bóle odruchowe kończyny dolnej lewej. Wobec tego, że na podstawie badań, przeprowadzonych dotychczas, nie została dostatecznie wyświetlona sprawa lewej nerki, zaproponowałem umieszczenie chorej w II Klinice Chirurgicznej im. Józefa Piłsudskiego (Dyrektor: prof. dr. Z. Radliński), celem dokładnego przebadania.

Badanie czynnościowe nerek wykazało, iż prawa nerka wydziela barwik po 5 min., lewa po 15 (dr. Dreger). Z lewej nerki poza tem otrzymano mocz, zawierający ropę.

Badanie rentgenologiczne (dr. Wł. Trzetrzewiński): w obrębie miednicy małej po stronie lewej, nieco ku wewnątrz od dolnej krawędzi stawu krzyżowo - biodrowego, widać intensywny, ostro zarysowany, cień kształtu okrągłego, wielkości dużej czereśni. W celu dokładnego zlokalizowania tego cienia pożądanem było wykonanie pyelografji wstępującej.

Pyelografja wstępująca: cewnik, wprowadzony do moczowodu lewego na zdjęciu w dwu płaszczyznach przechodzi w bezpośrednim sąsiedztwie cienia podejrzanego. Po wstrzyknięciu 12 cm<sup>3</sup> środka kontrastowego stwierdza się, że wypełnia on rozgałęzioną jamę, odpowiadającą, najprawdopodobniej, hydronefrotycznej miedniczce opadniętej nerki. Obserwowany poprzednio cień leży wewnątrz miedniczki i odpowiada kamieniowi. Moczowód ułożony w kształcie znaku zapytania (dr. Kochanowski).

Na podstawie tych zdjęć dopiero teraz można było odtworzyć przebieg cierpienia. Na tej podstawie rozpoznano nerkę przemieszczoną, położoną na granicy miednicy małej i dużej, zawierającą kamień. Bóle w kończynie dolnej, w okolicy krzyżowej, były wywołane nieprawidłowym ułożeniem nerki, ataki zaś bólowe powodował kamień nerki.

Dokładne rozpoznanie można było ustalić, jak widać z powyższego, jedynie tylko na podstawie pyelografji wstępującej.

Dnia 2.7.1935 r. dokonałem usunięcia nerki, która była w licznych zrostach i przywarta do wewnętrznej brzoży mięśnia biodrowo-łędźwio-

wego (m. ileopsoas). Przebieg pooperacyjny gładki, bóle w kończynie ustały.

Prawie w tym samym czasie obserwowałem podobny przypadek u kobiety lat 23, która zgłosiła się ze skargami na bóle w prawej kończynie dolnej. Bóle te stopniowo przy chodzeniu nasilały się i trwały 7 miesięcy. Chorą leczono przez cały czas z powodu rwy kulszowej.

Badanie chorej nie wykazało żadnych punktów bolesnych, obserwowanych w przebiegu rwy kulszowej, natomiast przy obmacywaniu kości udowej chora odczuwa dotkliwy ból. Chorą skierowałem również do II Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu J. Piłsudskiego, gdzie dokonano zdjęcia rentgenowskie, które wykazało, że w 1/3 górnej nasady istnieje proces „ostitis fibrosa”. Parę ognisk tego samego typu stwierdza się w kościach miednicy.

Godzi się na tem miejscu zaznaczyć, że w tym przypadku, tak samo jak i w poprzednich, rozpoznawano rwę kulszową, opierając się prawdopodobnie, jedynie tylko na umiejscowieniu bólów w kończynie. Bóle te zaś mogły być bólami odruchowymi, na co nie zwracano uwagi. W jednym przypadku wywołane były nieprawidłowem umieszczeniem nerki, w drugim zaś — skutkiem schorzenia kości udowej (ostitis fibrosa).

## STRESZCZENIA

### Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej

A. M. W y d r i n: *Kiła serca i naczyń*. Sowietkaja wraczebnaia gazeta 1035, Nr. 14.

Symptomatyka schorzeń kilowych aorty jest niezwykle urozmaicona i zależna w znacznej mierze od umiejscowienia procesu. Z wczesnych objawów większe znaczenie posiadają bóle i duszność. Co się tyczy bólów, to są dwojakiego rodzaju: 1) umiejscowione w okolicach serca i aorty, 2) bóle, rozpoczynające się w okolicy mostka i rozprzestrzeniające się w najrozmaitszych kierunkach (irradjacja). Pierwszy rodzaj bólu obserwuje się po wysiłkach fizycznych, oraz pod wpływem wzruszenia lub zimna. Drugi typ — przebiega zupełnie jak „angina pecto-

ris”, poczynając od przechodzących, krótkotrwałych bólów, którym towarzyszą różne irradjacje, aż do groźnego „status anginosus”, trwającego całemi godzinami i prowadzącego nierazdo do śmierci.

Aż do ostatnich czasów dusznica bolesna uważana była za bezpośrednio związaną z miażdżycą naczyń wieńcowych. Jednakowoż okazało się, że obecność zmian anatomicznych w naczyniach wieńcowych nie zawsze jest warunkiem koniecznym powstawania napadów a. p. Tak naprzykład z pośród przypadków autora szereg z objawami a. p. wykazywało niedomogę serca. W licznych innych chorzy zmarli przy objawach steno-



# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

pod redakcją

Dr. med. ALFREDA GALEWSKIEGO

Wydawca:

ALEKSANDER WIENIEWICZ

Sekretarz Redakcji:

HIPOLIT LUCJAN OSTOWSKI

Redakcja i Administracja:

Warszawa, Grzybowska Nr. 88, tel. 224-27 i 229-34.

Konto w P. K. O. 6070.

1931 — 1935

Spis rzeczy

II 1632.

4930. J. 1947.

2692. J. 1948.

### III

#### I. PRACE NAUKOWE.

<i>Prace oryginalne:</i>	Rok.	Nr.	Str.
A. Galewski — Nowoczesne leczenie nadczynności tarczycy.	1932	6	1
D. Lubicz — Leczenie nieżytu wrzodziejącego jelit grubych.	1932	1	1
M. Wiśniewski — Choroby nerek wieku dziecięcego i ich leczenie.	1933	2	1
S. Lewinson — Nowotwory nerek.	1933	3	1
A. Galewski — Dieta Ketogenna.	1933	4	1
M. Nusbaum — Nowoczesne leczenie dychawicy oskrz.	1933	5	1
A. Galewski — Leczenie gruźlicy pęcherza moczowego.	1933-34	6-1	1
M. Szejnman — Leczenie gruźlicy płuc w świetle obserwacji sanatoryjnej.	1934	2	1
A. Galewski — Leczenie niedokrwistości złośliwej.	1934	3	1
Stanisław Higier — Nowoczesne zdobycze leczenia schorzeń naczyńnych.	1934	4	1
A. Galewski — Nowoczesne leczenie cukrzycy oraz ocena krytyczna stosowanych diet.	1934-35	6-1-2	1-9
S. Lewinson — Dekapsulacja nerkowa w przebiegu ostrego zapalenia nerek z bezmoczem.	1934	6	12
J. Węgierko: Przysadka mózgowa.	1935	1-2-3	1-3
A. Ettinger: Kilka doniesień o wynikach nowszych badań nad działalnością hormonów płciowych.	1935	4	1
Stanisław Higier — Dyspareunia.	1935	5	1
J. Kahan — Dwa przypadki przebiegające pod postacią rwy kulszowej.	1935	6	1
<i>Przekłady:</i>			
Akrocjanozy	1932	1	1
Nowoczesne leczenie koklusu w świetle krytyki.	1932	2	1
Co to jest choroba Still'a?	1932	2	7
Znaczenie punktu bolesnego w rozpoznawaniu rozszerzenia atonicznego żołądka.	1932	2	9
Sarsaparylla w leczeniu nerek.	1932	2	9
Nerczyca lipidowa (Nephrosis lipoides).	1932	3	2
Nowoczesne leczenie spraw ropnych w płucach.	1932	3	5
Rola fermentacji i infekcji jelitowej w pałologii.	1932	4	1
Poliomyelitis epidemica.	1932	5	1
Akrodynja lub choroba Swift - Feer'a.	1932	5	4

#### II. STRESZCZENIA.

##### *a) z prasy lekarskiej zagranicznej:*

Angina z limfocytozą we krwi (Anna Marie Nebe).	1932	6	10
Leczenie choroby Basedowa di-jodo-tyrosina (Ernst Steinitz i Erno Than).	1932	6	11
O stosowaniu diatermji w zapaleniach nerek (H. Coche).	1932	6	12
O wskazaniach do transfuzji krwi w chorobach wewnętrznych (N. Jagić).	1932	6	12
Żeński hormon krystaliczny w leczeniu (L. Devraigen i G. Sauphar).	1932	6	13

## IV

	Rok.	Nr.	Str.
Dalsze próby lecznicze w hydrops atriculatorum intermit- tens (H. Schlesinger).	1933	1	5
Czy dla djagnostyki różnicowej schorzeń serca wystar- czają zwykłe elektrody kardjograficzne odprowa- dzenia (Alfred Ninrich).	1933	1	6
Przegląd literatury włoskiej o gruźlicy (Ferrari).	1933	1	6
Stam alegorji po związkach barbiturowych (Sonhofson).	1933	1	6
Pierwsza pomoc w uszkodzeniach i chorobach oczu (K. Lidner).	1933	1	7
Nasze dotychczasowe doświadczenia z metodą „podmi- nowania“ w operacjach odklejenia siatkówki (K. Lidner).	1933	1	7
Wrodzony brak ruchów bocznych jednego oka (H. Cop- per).	1933	1	7
Przyczynek do patogenezy i leczenia rwy kulszowej (Löw).	1933	2	8
O leczeniu naparstnicą (H. Eppinger).	1933	2	8
Odczyn Dicka u osobników dotkniętych ropnem zapale- niem ucha środkowego (H. Wornis i J. Fricker).	1933	2	9
Sprawa stosowania antygenów ze spiroch. pallida w ser- jodiagnostyce kily (R. R. Hoeitzer i S. M. Junus- sowa).	1933	2	9
Obserwacje rzadkich przypadków kily ocznej (E. Pus- caryn).	1933	2	10
O leczeniu przewlekłych obustronnych schorzeń nerko- wych (R. Fleckseder).	1933	2	10
Własności odczynowe wyciągów cytocholowych i ich działanie wobec surowicy czynnej (W. Levy).	1933	3	11
Leczenie chininą zapalenia płuc płatowego (M. Wein- berger).	1933	4	5
Klinika grypy ze szczególnem uwzględnieniem obrazu krwi (Arndt).	1933	4	6
O leczeniu schorzeń gośćcowych (J. Kowarschik).	1933	5	5
Leczenie zapaści podczas śpiączki cukrzycowej (M. Lab- bè i R. Boulin).	1933	5	7
Leczenie duszniczy bolesnej przy pomocy krótkich fal (L. Giroux i H. Dausset).	1933-34	6-1	4
Zawartość diastazy w płynie mózgowo - rdzeniowym w kile (A. Marchionini i B. Ottenstein).	1933-34	6-1	5
Badania serologiczne u chorych niekilowych szczepio- nych pasorzytami trzeciaczki (K. Eller).	1933-34	6-1	5
W sprawie leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy przy pomocy sondy jelitowej (J. Scholtz).	1934	2	7
Wpływ zastrzyku dożylnego 20% cytrynianu sodu na zaparcia jelitowe pooperacyjne (J. Bottin).	1934	2	7
O leczeniu nadkwaśności i wrzodu żołądkowo - dwuna- stniczego przy pomocy wyciągu z tylnego płata przysadki (P. L. Droust).	1934	2	8
O leczeniu żylaków (W. Beetzner).	1934	3	7
O leczeniu różnych postaci infekcyj przy pomocy			

	Rok.	Nr.	Str.
wstrzykiwań dożylnych węgla zwierzęcego (Saint-Jacques).	1934	3	8
Kilka spostrzeżeń nad stanem zapalnym naczyń, połączonym z ich rozszerzeniem w przebiegu złośliwego powolnego zapalenia wsierdza (N. Fiessinger, A. Ravina i R. Messing).	1935	3	12
Kliniczne znaczenie bakcylemji gruźliczej (E. Loewenstein).	1935	3	12
Kilka uwag o czynnikach przesączalnych prątko Kocha (J. Valtis i F. Deiuse).	1935	3	13
O leczeniu pewnych toksycznych objawów pochodzenia jelitowego (M. Loeper, M. Perrault i A. Lesure).	1935	4	5
Patogeneza nadciśnienia krwi (E. Donzelot).	1935	4	6
Kwasy aminowe jako środek terapeutyczny (E. Aron).	1935	4	8
Zum Krankheitsgeschehen und zur therapie der Trombopathien (Erwin Pulay).	1935	5	9
O wartości terapeutycznej Cholin - Rhodanu (F. Markowitz).	1935	5	10
Wycięcie gruczolu tarczycowego a wzrost nowotworów (M. Reiss i J. Balint).	1935	5	12
Tonus naczyń a gruczoły wkrewne (J. Pal).	1935	5	13
Kiła serca i naczyń (A. M. Wydrin).	1935	6	4
O leczeniu słońiowatości (M. Seigneur).	1935	6	5
<i>b) z prasy lekarskiej polskiej:</i>			
O leczeniu nadciśnienia tętniczego i stanów dusznicowych wyciągami z mięśni szkieletowych (Jerzy Goertz).	1932	6	13
O hepato - henografji (J. Granatowicz).	1932	6	14
Symptomatologia zapalenia przewlekłego wyrostka robaczkowego (J. Rutkowski).	1933	1	8
Z kazuistyki rentgenoterapii promienicy (S. Rubinrot).	1933	2	10
Badanie radiologiczne śluzówki przewodu pokarmowego i jego wartość kliniczna (St. Januszkiewicz i A. Makower).	1933	3	11
O wartości powtórnego wstrzykiwania tebeprotyny Toennissena dla diagnostyki gruźlicy chirurgicznej (J. Jasiński).	1933	4	7
Metoda leczenia tyreotoksycznego przy pomocy doustnego podawania krwi zwierzęcej (R. Bornstein i E. Lendel).	1933	5	8
Doświadczenia nad wzrostem guzów i powstawaniem przerzutów u szczurów uprzednio ogólnie naświetlonych promieniami Roentgena (J. Flaks i B. Grynkrout).	1934	2	10
Dwunitrofenol, nowy środek w leczeniu otyłości (Selzer).	1934	4	11
Przyczynki do djaгностиyki i terapii uchyłków dwunastnicy (L. Płockier i J. Kryński).	1934	6	6

## VI

	Rok.	Nr.	Str.
Kwas mrówkowy w leczeniu schorzeń gośćcowych (A. Karczyński).	1935	1-2	16
Zwalczanie niedrożności porażennej jelit wyciągiem z tylnej części przysadki mózgowej (K. Santarius).	1935	4	9
Leczenie gruźlicy płuc wstrzykiwaniami będzwinianu sodu (A. Bielenki i E. Goldkorn).	1935	4	10

## III. SPRAWY ZAWODOWO - SPOŁECZNE.

A. S. — Bolączki zawodowe.	1933	1	10
Alfred Galewski — Kilka słów w sprawie dietytyki.	1933	2	11
M. Szejnman — Znaczenie społeczne szczepień przeciwbłoniczych.	1933	4	8
A. Galewski — Znaczenie dietytyki dla oddziałów chirurgicznych.	1933	5	8
A. Ettinger — Kilka słów o znaczeniu kily wrodzonej.	1934	2	11
Stanisław Higier — Dwa mierniki jeden wniosek.	1934	3	11
A. Ettinger — Choroby zawodowe skóry.	1934	4	13
Sprawy lekarskie w prasie codziennej (O).	1935	4	15

## IV. NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

Genalkaloidy.	1931	1	2-8
Próby leczenia raka.	1931	1	10
Nowoczesne poglądy i leczenie zapalenia gruźliczego otrzewnej.	1931	1	11
Leczenie przetok kałowych przy pomocy fuksyny karbolowej.	1931	1	11
Leczenie neuralgji narządów rodnych kobiet.	1931	1	12
Traktowanie ospy xylolem.	1931	1	13
Leczenie zapalenia płuc płatowego wstrzykiwaniem chininy i adrenaliny.	1931	1	13
Nowa metoda leczenia infekcji. Immunko - transfuzja Wrighta.	1931	1	14
Leczenie zapaleń śluzowo - błoniczych jelit cienkich i grubych.	1932	1	8
Leczenie podciśnienia tętniczego stałego.	1932	1	9
Nowoczesne leczenie dychawicy oskrzelowej.	1932	1	10-11
Tarczycza a reumatyzm.	1932	1	12
O zastosowaniu cytrynianu sodu w leczeniu.	1932	1	12-14
Leczenie niektórych postaci biegunek u osesków.	1932	2	9
Leczenie dietytyczne gruźlicy.	1932	2	10
Leczenie udaru mózgowego.	1932	2	11-13
Syntalina w leczeniu.	1932	2	13
Kolka wątrobowa.	1932	2	13
Maść antyseptyczna do nosa.	1932	2	14
Leczenie rzucawki siarczanem magnezu.	1932	2	14
Fermentacja żołądkowa.	1932	2	14
Purytus ani.	1932	2	14
Leczenie przewlekłego gośćca.	1932	3	8
Chlorowodorek choliny, jako czynnik aktywujący bliznowanie ran.	1932	3	9
Niedokrwistość wtórna u gruźlików.	1932	3	9

## VII

	Rok.	Nr.	Str.
Chlorek wapnia w chorobach dziecięcych.	1932	3	9
W sprawie krwawień z przewodu pokarmowego u osob- ników cierpiących na wątrobę.	1932	3	11
Obrzęki spowodowane obniżoną czynnością tarczycy.	1932	3	11
Obrzęki u osesków.	1932	3	12
Awitaminoza i jej stosunek do kamicy dróg moczowych.	1932	3	13
Zaburzenia przewodu pokarmowego o podłożu we- wnątrzwydzielniczym.	1932	3	13
Dwa przypadki żółtaczki hemolitycznej wywołane wło- soglówką ludzką.	1932	4	5
Nowoczesne zdobycze lecznicze w dziedzinie infekcji gruźliczej.	1932	4	5
Choroba Recklinghausena.	1932	4	6
Objaw bólu uciskowego wyrostków ościstych kręgów w niedomodze mitralnej nieskompensowanej.	1932	4	7
Awitaminoza a wole.	1932	4	8
Leczenie czyraczności stowarsolatem cynku.	1932	4	8
Nowoczesne leczenie gruźlicy płucnej.	1932	4	9
Wskazania lecznicze efedryny.	1932	4	10
Leczenie pełnokrwistości.	1932	4	11
Nowy aparat do leczenia starości i stanów asteniczych u mężczyzn.	1932	4	12
Leczenie zespołu abdominalis.	1932	4	12
Rak skóry.	1932	5	6
Przypadek kamieni gruczołu krokowego.	1932	5	7
Sole niklu i kobaltu w leczeniu cukrzycy.	1932	5	8
Leczenie neuralgii twarzowej trójchloretylenem.	1932	5	9
Genostrychnina w leczeniu.	1932	5	9
Nowoczesne leczenie odwapnienia zlokalizowanego.	1932	5	11
Leczenie nadciśnienia tętniczego.	1932	5	12
Metoda cytofilaktyczna prof. Delbet'a.	1932	6	15
Cztery nowe spostrzeżenia, dotyczące Cinnozyl'u w le- czeniu gruźlicy.	1932	6	15
Leczenie gruźlicy Cinnozylem.	1933	1	12
Nowy preparat folikuliny krystalicznej.	1933	1	12
Leczenie bezsenności.	1932	2	13
O kuracji moczopędnej w Evien - les - Bains.	1933	2	14
O preparatach folikuliny.	1933	2	14
Leczenie kiły przez odbytnicę.	1933	3	13
Leczenie schorzeń wątrobowo - żółciowych.	1933	3	13
Leczenie Klerolem.	1933	4	11
Woda Vichy-Etat.	1933	4	12
Magnez a wątroba.	1933	5	15
Leczenie „lymphogranuloma benignum“ pachwiny.	1933-34	6-1	10
Leczenie zatrucia cjanami przy pomocy błękitu mety- lenowego.	1933-34	6-1	10
Insulina „Novo“.	1933-34	6-1	10
Produkty Vichy - Etat.	1934	4	15
Nowy preparat amonium sulfo - bituminicum - Bituol.	1935	1-2	19
Kontrola pH moczu.	1935	1-2	20

## VIII

## V. SPRAWY FARMACEUTYCZNE.

	Rok.	Nr.	Str.
Od redakcji.	1932	6	16
H. L. O. — Czy preparaty szkodzą lekarzom.	1933	3	14
H. L. Ostowski — Propaganda preparatów farmaceutycznych a ich cena.	1933	1	14
H. L. Ostowski — Lekarz jako propagator leków farmaceutycznych.	1933	5	11
H. L. O. — Niewłaściwe metody.	1933-34	61	7
H. L. Ostowski — „Lekarz, aptekarz i wytwórca leków“.	1935	1-2	17
H. L. O. — Kto odpowiada za grzechy przemysłu chemiczno - farmaceutycznego.	1935	4	12

## VI. OCENA KSIĄŻEK.

Michał Choromański — Zazdrość i medycyna (Mieczysław Ostowski).	1933	1	9
M. Girszowicz — Krótki zbiór recept dla lekarzy praktyków (A. G.).	1933	3	12
J. Frostig — Psychiatria (Mieczysław Ostowski).	1933-34	6-1	6
K. Strożecki — Łaźnie w dawnej Polsce i konieczność ich wznowienia (O).	1933-34	6-1	6
W. Podsoński — Lecznicze znaczenie wód siarczanych (O).	1934	2	11
Włodzimierz Mikułowski — Klinika i leczenie krztuśca (B. Muszkatblat).	1934	3	10
J. Węgierko — Najważniejsze zasady leczenia dietetycznego (A. Galewski).	1934	4	12
St. Liebhard — Klinika żeńskich hormonów płciowych (Rudolf Kirszblum).	1934	6	7
M. Giedroyć — Wiekowe spory o błonę dziewiczą (Mieczysław Ostowski).	1934	6	10
T. Billikiewicz — Psychoanaliza w praktyce lekarskiej (A. Galewski).	1935	4	10
R. Liége i E. Masson — Transfuzja i muno-transfuzja krwi (J. Erdely).	1935	4	11
W. Jacobson — Z armją Klucka na Paryż, pamiętnik lekarza (O).	1935	5	13

## BEZPŁATNE DODATKI.

H. L. Ostowski (przy współpracy R. Kirszbluma)—Przemysł farmaceutyczny wobec znachorstwa i medycyny.	1934	1	
--	------	---	--

Wiadomości bieżące, żalobna karta, komunikaty, informacje i nadesłane do redakcji pod koniec każdego zeszytu.



kardji, a podczas sekcji stwierdzono zupełnie prawidłowy stan naczyń wieńcowych.

W poszczególnych przypadkach bóle te, powstające w obrębie serca, mogą być wywołane drogą odruchową, przyczem odruch może wychodzić z okolic najrozmaitszych narządów, jak pęcherzyka żółciowego, wyrostka rob., żołądka i t. d. Pletniew i Chesin wykonali przeszło 80 parawertebralnych wstrzykiwań nowokainy i spirytusu w obrębie dolnych szyjowych i trzech górnych piersiowych węzłów u chorych z ciężką dusznicą bolesną. Podczas wprowadzania igły przy wykonywaniu zabiegu w obręb wzmiankowanych miejsc wielu chorych doznało wrażenia ukłócia bezpośrednio w serce. Po wprowadzeniu przez igłę nowokainy, odczucia bólowe serca natychmiast ustępowały.

W większości przypadków tętniaka aorty odczyn Wassermanna bywa dodatni.

Na obrazie roentgenowskim wg. Assmana tętniak wykazuje zwykle równe, dość prawidłowo wygięte brzegi, podczas gdy guzy wychodzące ze śródpiersia zazwyczaj mają brzegi zatokowate i ząbione. Powiększanie się tętniaka zależy w znacznym stopniu od przyczyn zewnętrznych, jak: ciężka praca fizyczna, podnoszenie wielkich ciężarów, intensywne uprawianie sportu, a przedewszystkiem silne urazy klatki piersiowej.

Częstemi powikłaniami tętniaka są

stany zapalne płuc i opłucnej; przy większych tętniakach często pojawiają się objawy niewydolności serca. Do schorzenia kilowego zastawek aorty przyłącza się zapalenie wsierdza; wtedy występują objawy dekompensacji.

Z chorych autora (224 przypadki) przeważna część poddała się niedostatecznemu leczeniu przeciwkilowemu.

Tętniak aorty wstępujący spotyka się częściej od innych umiejscowień. Perforacje zazwyczaj następują do oskrzeli, rzadziej do przelyku, osierdza i płuc.

Dr. med. Alfred E t t i n g e r.

Michel S e i g n e u r: *O leczeniu słoniowacizny (elephantiasis)*. La presse medicale 1935 (11 września).

W myśl badań Sabouraud, potwierdzonych niedawno przez Sice, słoniowacizna jest wywołana przez streptokok, który wykryto w surowicy w obrębie chorych części. Wyniki te pozwalają na zbliżenie pod względem patogenetycznym słoniowacizny z różą. Słoniowacizna początkowo atakuje jedynie skórę, oszczędzając naskórek. Ten ostatni zostaje wciągnięty w sprawę chorobową jedynie w przypadkach starszych.

W przypadkach świeżych słoniowacizny autor zastosował leczenie podobne, jak w róży, opierając się na wybitnych analogiach tych schorzeń. Wyniki miał bardzo dobre. Stosował wlewania dożylnie sulfarsenolu (1—4 wlewań po 0.12 w odstępach trzydniowych). Dr. med. Alfred E t t i n g e r.

## Wiadomości ze świata

### Austrja

Założone zostało Tow. Pedagogji Leczniczej. Zadaniem towarzystwa jest kształcenie dzieci cofniętych umysłowo i upośledzonych fizycznie, kształcenie i doksztalcenie odpowiednich sił pedagogicznych i współpraca pedagogów z lekarzami. Prezesem tow. jest doc. dr. von Wieser.

Kąpiel przeciwreumatyczna = KLEROL.

*Chiny*

W Chinach przypada rocznie na 14 milionów narodzin 12 milionów zejść śmiertelnych. Prof. Chen-Ta z Peiping utworzył poradnię eugeniczną i prowadzi energiczną propagandę wśród ludności najuboższej, mającą na celu uświadomienie o konieczności ograniczenia ilości narodzin.

*Francja*

W departamencie Bouches du Rhône, zwłaszcza w Marsylii, stwierdzono w roku 1934 — 38 przypadków poliomyelitu. Śmiertelność wyniosła 16%. W każdym stwierdzonym przypadku zastosowano w jaknajszyszym czasie seroterapię.

*Libja i Syryja*

W tych krajach stwierdza się często marskość wątroby. Występuje ona zwłaszcza często u kobiet przed 40 rokiem życia. Mieszkańcy nie używają alkoholu, rzadko zapadają na kiłę, natomiast często chorują na malarję i czerwonkę.

*Niemcy.*

W Bonn założono Instytut dla dzieci umysłowo upośledzonych. Instytut znajduje się w ścisłej współpracy z uniwersytetem w Monachjum.

*Turcja.*

W Istambulu obawiają się epidemji tyfusu. Ostatnio notowano 150 przypadków śmiertelnych.

*Węgry*

Uroczyscie obchodzono 30-lecie istnienia uniwersytetu Pázmány w Budapeszcie. W uroczystościach wzięli udział przedstawiciele świata naukowego i dyplomacji.

**TREŚĆ ZESZYTU Nr. 6 (25):**

<b>Dział naukowy:</b>	Dr. med. Jakób Kahan — Dwa przypadki (przemieszczenie nerki i ostitis fibrosa femoris), przebiegające pod postacią rwy kulzowej . . . . .	1
<b>Streszczenia:</b>	Przeгляд prasy lekarskiej zagranicznej . . . . .	4
<b>Wiadomości ze świata</b>	. . . . .	5

**PRENUMERATA**

	Miejscowa	Zamiejscowa
Rocznie . . .	Zł. 6.—	Zł. 7.—
Kwartalnie . .	Zł. 1.50	Zł. 1.75

**CENY OGŁOSZEŃ:**

1/1 strony	Zł. 300.—
1/2 „	„ 175.—
1/3 „	„ 92.—

**Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1.**

\* Redakcja i Administracja:

**Warszawa, Grzybowska № 88, tel. 224-27 i 229-34.**  
Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 11—12.

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt: od 10—12

**Redaktor:** Dr. med. Alfred Galewski. — **Wydawca:** Aleksander Wieniewicz  
**Sekretarz redakcji:** Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „Siła“, Warszawa, Marszałkowska 71. Tel. 8.34.48.

## NOWE PREPARATY PRODUKCJI KRAJOWEJ

# VALNEROL

środek przeciwskurczowy uspokajający układ nerwowy i regulujący obieg krwi (drażetki) zawiera brom organicznie związany w postaci bromopochodnej oleju łogowego, oraz czysty składnik oleju kozłkowego; stosuje się we wszystkich podrażnieniach ośrodkowego układu nerwowego.

# KLEROL

**ŚRODEK PRZECIWIWREUMATYCZNY**  
pozbawiony jakiegokolwiek drażniącego działania  
**MAŚĆ I PŁYN DO KĄPIELI**  
łatwo ulega wchłanianiu przez skórę, wprowadza do ustroju składniki antyseptyczne i przeciwzapalne, nie brudzi, nie plami, nie tłuszczy, ponieważ nie zawiera żadnego tłuszczu.

**STRYCHNINUM GLUCONICUM hydr.**

# GLUTONINA

w ampułkach à 1 cm.<sup>3</sup> znacznie [mniej toksyczna od innych preparatów strychninowych, w dawkach od 0,002 do 0,005 g działa silnie i równomiernie]

# FEMINAL

**M g r. WIENIĘWICZOWEJ**  
(tabletki)

stosuje się w przypadkach upławów śluzowo-ropnych, przekrwieniach macicznych i jajnikowych, w rozmaitych wypryskach, paleniu i swędzeniu sromu, usuwaniu objawów poporodowych procesów gnilnych (przykra woń narządów rodnych) oraz w przypadkach obrzęku piersi i sutków w okresie karmienia. FEMINAL zalecić można również zdrowej kobiecie, jako środek codziennej higieny, nie tylko do przepłókiwań wewnętrznych pochwy, lecz również do zewnętrznych obmywań sromu, pach, pachwin, w przypadkach odparzeń i nadmiernego wydzielania potu.

# BITUOL

**AMMONIUM [SULFO]-BITUMINICUM.**

Próbki i literatura na żądanie pp. Lekarzy

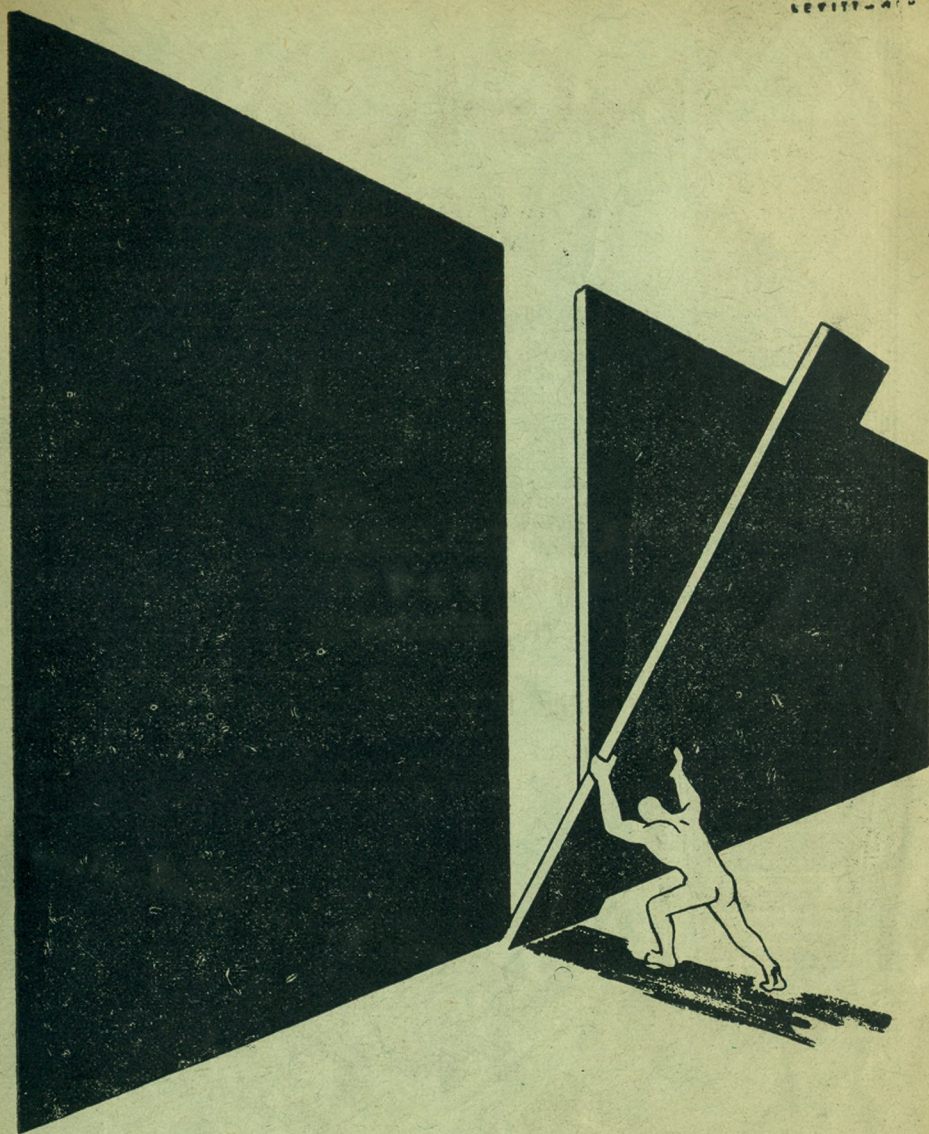
**CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEM. - HANDLOWE**  
**AS MIDAR** Warszawa, Grzybowska № 188.



abisyński środek przeciw-  
astmatyczny EXIBARD  
proszek - tytoń - papierosy  
Dr. H. Ferré & Cie - Paris

Wyłączne przedstawicielstwo na Polskę  
Chemiczno-farm. zakłady przem.-handlowe  
„Asmidar”, Warszawa, Grzybowska 88

1931/32



## GENEZERYNA

wypełnia lukę w leczeniu dyspepsji, jako  
jedyne środki, zwalczający niedokwaśność

• 200 razy mniej toksyczna od ezeryny •



LABORATOIRE de la PANBILINE  
ANNONAY

WYŁĄCZNE PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ  
LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE  
ASMIDAR, WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88  
Tel. 224-27; 229-34

II 1632

OPŁATA POZYTOWA. UISZCZONA RYCZALTEN

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

**DZIEŃ-NIEMIECZ-  
K**



pod redakcją

**DR. MED. ALFREDA GALEWSKIEGO**

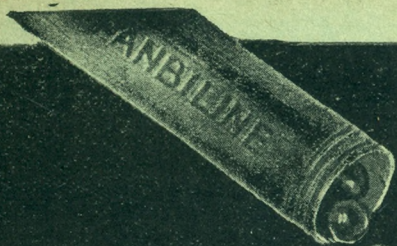
Rok IV.

Luty—Marzec 1934 r.

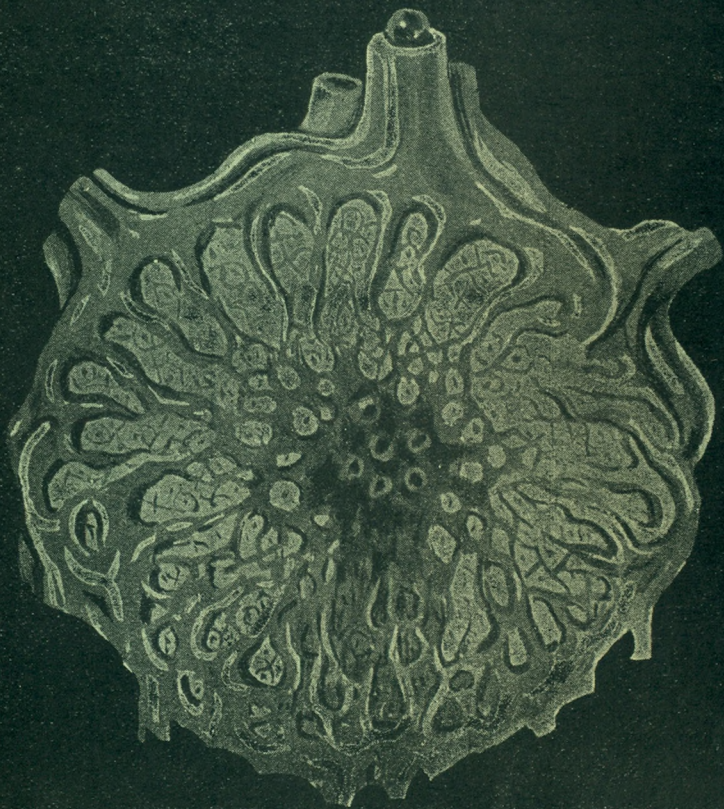
Zeszyt 2 (15)

2692 D. 1948

GRADNIA IZARSKA W ODAŠNY  
BIBLIOTEKA



KAMICA ŻÓŁCIOWA  
KOLKA WĄTROBIANA  
ŻÓŁTACZKA

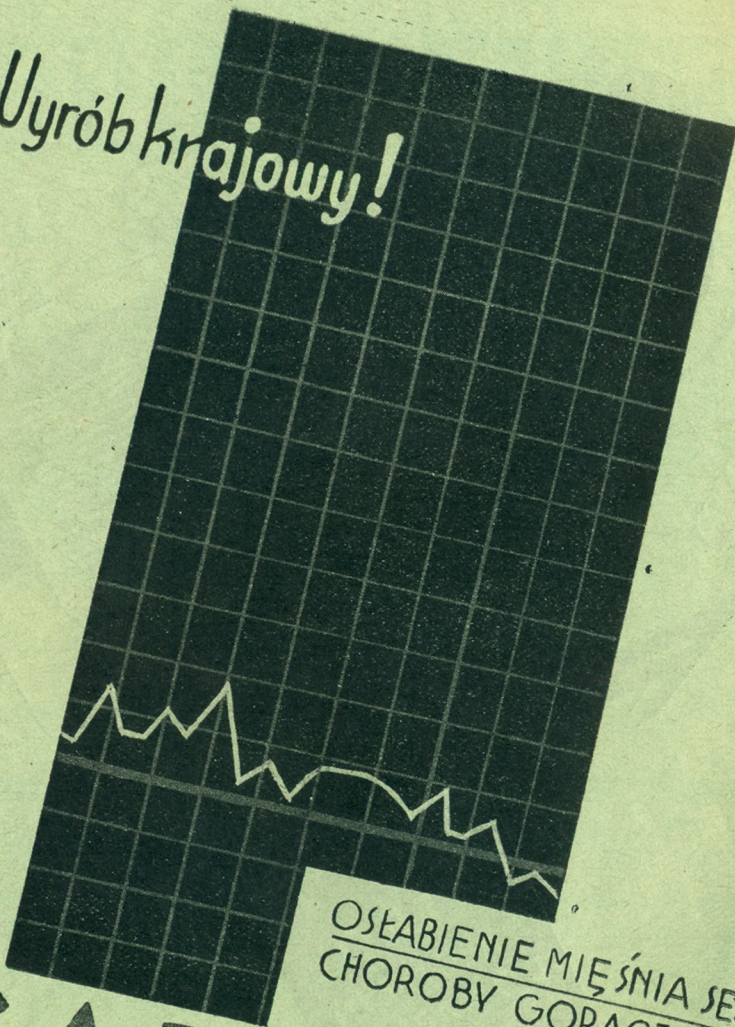


# PANBILINE

LAB. CHEM. FARM.  
"ASMIDAR"  
WARSZAWA GRZYBOWSKA 88



Wyrób krajowy!



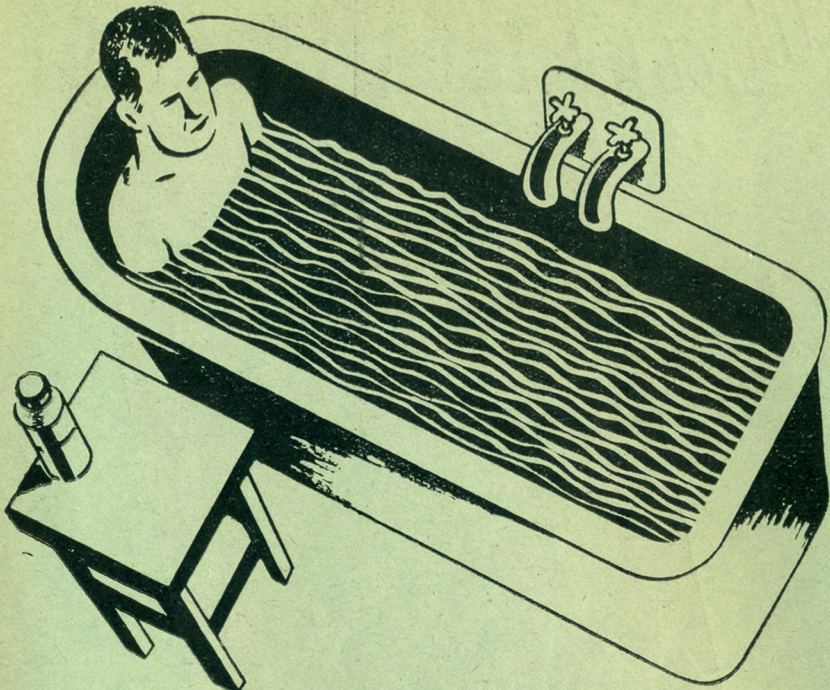
OŚLĄBIENIE MIĘŚNIA SERCA.  
CHOROBY GORĄCZKOWE.

# CADECHOL

HT

LAB. CHEM. FARM.  
- „AS MIDAR”  
- WARSZAWA -  
GRZYBOWSKA 88

METODA C.H. BOEHRINGER  
SOHN A.G. „INGELHEIM”



**KLEROL**  
**MAŚĆ i PŁYN**  
**DO KĄPIEŁI**  
**NAJSKUTECZNIEJ**  
**ZWALCZA**  
**REUMATYZM**

CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEMYSŁOWO-HANDLOWE  
„ASMIDAR” SP. Z O. O. • WARSZAWA • GRZYBOWSKA 88

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

## OD WYDAWNICTWA

Jeszcze raz przypominamy naszym Sz. Czytelnikom, że z dn. 15 kwietnia r. b. upływa ostateczny termin nadsyłania zawiadomień, dotyczących żądania dalszego bezpłatnego dostarczania naszego czasopisma. Po tym terminie w celu uregulowania nakładu **zmuszeni będziemy przetrwać wysyłkę „Przeglądu Terapeutycznego“** tym pp. Lekarzom, którzy nie nadesłali nam takich zawiadomień.

## DZIAŁ NAUKOWY

Dr. med. Mieczysław SZEYNMAN (Warszawa)

### Leczenie gruźlicy płuc w świetle obserwacji sanatoryjnej (Otwock)

Na czoło nowoczesnego lecznictwa sanatoryjnego gruźlicy płuc wysuwają się dwie potężne metody: klimaterapia i chirurgia płucna.

Klimat stanowi pierwszorzędną broń w walce z gruźlicą.

Widywałem nieraz, jak chorzy przybywający z różnych miejscowości — gorączkujący uprzednio od dłuższego czasu, trawieni toksemją, anergiczni, — już po kilkudniowym pobycie w Otwocku odzyskiwali swolną siłę, gorączka obniżała się, obraz chorobowy tracił na nasileniu.

Suchy, nizinny klimat Otwocka uważać należy za szczególnie dobroczynny dla gruźlików. Góry czy podgórze, wbrew przyjętej opinii, służą niektórym tylko typom chorych (wczesne, łagodne postaci) — we wszystkich natomiast przypadkach, w których współistnieją objawy osłabienia serca, bądź toksyczne (ciężka, ostra gruźlica płuc), bądź mechaniczne (rozległe zmiany włókniste płuc z przeciągnięciem lub zaфикsowaniem serca) — góry i podgórze oddziałują szkodliwie. Chorzy tacy skarżą się na duszność, bicie serca, niepokój.

Kierując zatem do miejscowości górskiej lub podgórskiej, lekarz winien zawsze zadać sobie pytanie, czy serce chorego na to pozwala.

W przeciwieństwie do obosieczności klimatoterapii górskiej, klimat Otwocka nie nastęrcza żadnych zastrzeżeń i stanowi niezbędną czynnik, podnoszący siły obronne zaatakowanego ustroju.

Podkreśliwszy wagę klimatoterapii, nie należy jej jednakowoż przeceniać. Wiemy, że doniedawna, gdy klimat był jedyną ucieczką chorego, często po zmiennej poprawie następowała katastrofa. Klimatoterapia tonizuje chory organizm, wzmacnia jego odporność, daje mu największą ilość odpowiednich warunków, stanowi jednak jakgdyby tło, na którym rozwinąć należy dalszą terapię — chirurgiczną.

Zespolenie tych dwóch czynników leczniczych daje dopiero w końcowym efekcie zaleczenie czy też definitywne wyleczenie pacjenta.

Chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc — to zdobycz ostatniego ćwierćwiecza. Wchodzą tu w grę: odma sztuczna, przecinanie zrostów opłucnowych, wrywanie nerwu przeponowego i torakoplastyka. Inne metody (plomba, apikoliza, oleothorax) pomijam.

Z pośród zabiegów chirurgicznych bezsprzecznie pierwsze miejsce zajmuje odma sztuczna. Opinia D u m a r e s t'a, że odma to jedyny bodaj skuteczny sposób w leczeniu gruźlicy, jest zewszecmiar słuszną. Inaczej mówiąc: osobnik, chory na gruźlicę płuc, któremu z tych czy innych powodów nie założono odmy, traci nieraz jedyną możliwość wyleczenia się z tej choroby. Od czasów F o r l a n i n i e g o, twórcy metody, zagadnienie odmy sztucznej posunęło się znacznie naprzód. Obowiązujące przed niewiele jeszcze laty zastrzeżenia złagodniały, bądź odpadły zupełnie, dzięki olbrzymiemu doświadczeniu. Dzisiaj żadnej ścisłej granicy wieku, jako przeciwwskazania, ustalić nie można.

Zakładaliśmy odmę w wielu wypadkach u osobników pięćdziesięcioletnich i starszych z zadowalającym wynikiem bez powikłań. Naodwrot zaś u dziewczynki 5-letniej, która przybyła z ciężką rozpadową gruźlicą całego płuca, dzięki odmie udało się jedynie na przeciąg 1½ roku wytworzyć stan względnego zdrowia; po tym okresie piorunująca gruźlica jelit spowodowała zejście.

Ścisła jednostronność sprawy również nie stanowi obecnie warunku sine qua non. Chorzy z rozległą włóknistą sprawą w jednym płucu, gdy wytwarzało się świeże ognisko w drugim, zupełnie dobrze znosili ucisk tego ogniska, nie zdradzając ani duszności, ani zaburzeń w krążeniu. Kombinowanie zresztą freniektomji jednostronnej z odmą drugiego płuca, oraz odma obustronna (obszerniej omówię te zabiegi poniżej) potwierdzają to w zupełności.

Stosunkowo często zjawiają się chorzy z cukrzycą, powikłaną gruźlicą płucną. Muszę tu podkreślić szczególnie pomyślne wyniki, uzyskane w tych przypadkach dzięki zastosowaniu kollapsoterapii. Nietylko sprawa płucna ulegała zahamowaniu, ale i objawy cukrzycy pod wpływem ucisku chorego płuca łagodniały. Dlatego też klimatoterapia w połączeniu z leczeniem uciskowym, insulinowaniem i wysoko kaloryczną, tuczającą dietą stwarzały dla tych, szczególnie zagrożonych, chorych wyjątkowe warunki.

Z pobieżnego przeglądu widzimy zatem, że ani wiek, ani obustronność sprawy chorobowej, ani współistniejąca cukrzyca nie stanowią przeciwwskazań w stosowaniu odmy sztucznej. Za przeciwwskazania można uważać — ciężką gruźlicę nerek, jelit oraz ciężką wadę serca. Najwdzięczniejszym terenem, na którym kollapsoterapia święci triumfy, są wczesne, początkowe sprawy: wczesne nacieki podobojczykowe, wczesne jamy. Natychmiastowe założenie odmy w podobnych przypadkach jest nieodzowne. To też opinię wielu starszych ftizjologów, którzy każą czekać na ewentualny dalszy rozwój sprawy, uznać należy za błędną i wręcz szkodliwą dla chorego. Leczenie odmą, kierowane przez doświadczonego lekarza, nigdy nie zaszkodzi, a w zwalczaniu wczesnych spraw płucnych oddaje nieocenione usługi. Czasem wczesne nacieki wysysają się samoistnie, a wczesne jamy ulegają zasklepieniu, nie należy jednak ryzykować, ociągając się z założeniem odmy, gdyż grozi to nieraz choremu niepowetowaną stratą. Dla przykładu podaję przypadek, dotyczący 30-letniego pacjenta, który dotychczas był zdrowy. W czasie ćwiczeń wojskowych wystąpiła biegunka z gorączką. Chorego skierowano do szpitala z podejrzeniem na paradur czy czerwonkę. Przypadkowe prześwietlenie klatki piersiowej wykazuje masywny naciek górnego płata lewego płuca z tworzącym się centralnie wyjaśnieniem (cavum). Przybywa do sanatorium w stanie ciężkim, z wybitną toksemją, prątkuje. Natychmiast założono odmę. Już po kilku dopełnieniach ciepłota spada do normy, stan ogólny poprawia się z dnia na dzień. Rentgenologicznie stwierdza się coraz lepszy ucisk nacieczonego płuca, jamiste wyjaśnienie znika. Po 1/2 rocznym pobycie w sanatorium chory wypisuje się w doskonałym stanie, nie prątkuje, przybytek na wadze kilkunastu kg. W ciągu następnego roku perjodyczne dopełnienia odmy. Po tym czasie pacjent zostaje uznany za klinicznie zdrowego, leczenie odmą zakończono. Prześwietlenie wykazuje nieznaczne bliznowate smugi w miejscu dawnego nacieku.

Jestto klasyczny przypadek, w którym dzięki wczesnej interwencji, udało się zahamować postęp choroby, a w następstwie zagoić chore płuco.

Groźny wybuch gruźlicy zmienił się dzięki kollapsoterapii w przykry jedynie epizod w życiu pacjenta.

Wczesne postaci gruźlicy płuc nie tylko prognostycznie, ale i ze względów technicznych stanowią wdzięczny materiał operacyjny.

W przypadkach tych zrosty rzadko stają na przeszkodzie, to też łatwo daje się uzyskać pneumothorax completus (ucisk całkowity) i totalis (odwarstwienie całego płuca). W sprawach dalej posuniętych, w przewlekłych suchotach płucnych, zrosty utrudniają, a często uniemożliwiają interwencję. Ale i tu odma spełnić może swoje zadanie. Niekoniecznie bowiem duże ilości insuflowanego powietrza i wysokie ciśnienie końcowe decydują o efekcie terapeutycznym.

Brauer wprowadził pojęcie t. zw. selektiv pneumothorax, odmy wybiórczej. Niewielka ilość gazu może dać dostateczny ucisk chorych odcinków, w nich bowiem aparat sprężysty jest porażony, i stąd łatwość ucisku. Odma wybiórcza, jeśli daje się skutecznić, uciska czynne ognisko, hamuje proces chorobowy, spełnia zatem, swe zadanie, w mniejszym naturalnie zakresie, niż ucisk płuca całkowity.

Wspomnieć należy o propagowanej przez szkołę włoską t. zw. odmie kontralateralnej, t. j. kollapsie przywnękowych ognisk przez ucisk zdrowego płuca oraz o t. zw. odmie nienasyconej, dzięki której po 1 — 2 dniach całe wprowadzone powietrze zostaje zresorbowane przez opłucną. Prześwietlenie, wykonane w 1 — 2 dni po zabiegu, odmy takiej nie wykaże. Mimo to, częste dopełnianie odmy nienasyconej daje zadowalające wyniki, należy o takim „pneumothorax insatiable“ pamiętać, gdyż źle interpretowany obraz rentgenoskopowy prowadzi do nieporozumień.

Wreszcie wypada omówić działanie odmy hemostatycznej.

Bywają wypadki, gdy odma jedynie zdoła powstrzymać gwałtowne, grożące śmiercią, krwotoki płucne. Muszę zaznaczyć, że w uporczywych krwiopluciach uzyskiwałem pomyślne wyniki przez stosowanie t. zw. autohemotransfuzji, o której pisał w swoim czasie Berliński (wstrzykiwanie dożylnie 7 cm.<sup>3</sup> krwi chorego, rozcieńczonej w 3 cm.<sup>3</sup> destylowanej wody).

Do najczęstszych powikłań odmy sztucznej należy wysięk opłucnowy. Niektórzy autorowie określają częstość jego występowania na 30 — 40% (Nicol, Naveau i inni). Należy podkreślić, że skrupulatna aseptyka zabiegu, jak również i objętość insuflacji (400 — 600 cm.<sup>3</sup> powietrza)

zmniejsza ten odsetek. Większe insuflacje drażnią bowiem opłucną i sprzyjają wysiękaniu.

Wysięki surowicze leczy się wyłącznie konserwatywnie, przy jałowych wysiękach ropnych przemywa się opłucną roztworem rivanolu 1 : 10000, 1 : 5000. O ile jałowe ropniaki opłucnej przebiegają łagodnie i nie dają się chorym zbyt w znaki, o tyle zakażone wtórnie, tworzą groźny obraz septyczny. Wypuszczanie perjodyczne ropy z przemywaniem opłucnej, freniektomja — niewiele pomagają. Należy wykonać rezekcję żebra z drenażem, poczem uciec się do torakoplastyki. Są to jednak, na szczęście, przypadki rzadkie.

Stosowanie odmy sztucznej wykracza poza gruźlicę płuc. Obejmuje ono również ropnie płuc, zgorzel, rozstrzenie oskrzelowe, a Bernarda stosował ją z wynikiem pomyślnym nawet w poodrowych zrazikowych zapaleniach płuc u dzieci.

Drugą zkolei metodę uciskową stanowi phrenicoexhairesis, preniectomia, wyrwanie nerwu przeponowego. We wszystkich przypadkach, w których wskazana jest odma, zrosty zaś uniemożliwiają jej założenie, należy dokonać tego zabiegu. Skuteczność zabiegu zależy nie od przecięcia, lecz od wyrwania nerwu wraz z anastomozami.

Doświadczenie sanatoryjne poucza, że freniektomja ma doniosłą wartość leczniczą, równą często odmie. To też należy uważać zabieg ten nie za pomocniczy, lecz zupełnie samodzielny. Łatwość wykonania i jednorazowość są zaletami freniektomji. Ucisk, przez nią spowodowany, jest naogół dostateczny. Wprawdzie odpada możność kontroli ucisku i cała dynamika kollapsu, jaką rozporządza lekarz stosujący odmę, to jednak wyniki lecznicze są nader często dobre. Wbrew opinii rozpowszechnionej wśród lekarzy, ucisk uniesionej przepony nietylko leczy sprawy dolnopłatowe, lecz również wywiera wpływ dobroczynny na ogniska górno-płatowe. Powikłania pooperacyjne są rzadkie. W pojedynczych przypadkach zjawiają się wysięki opłucnowe i, rzecz dziwna, przeważnie po stronie przeciwnej.

Freniektomja, jako zabieg samoistny, odgrywa doniosłą rolę w chirurgji płucnej, szczególne jednak jest jej znaczenie w kombinowanej terapii dwustronnej gruźlicy płuc.

Dwustronna, czynna, postępująca gruźlica płuc — stanowi teren najbardziej zawodny w sensie leczniczym. Dawniej tacy chorzy skazani byli na szybsze lub powolniejsze dogorywanie, dzisiaj jednak i w tych ciężkich przypadkach usiłujemy bronić się, nieraz skutecznie. Odma po jednej stronie, freniektomja po drugiej — oto wskazany sposób postę-

powania. Płuco, w którym stwierdzamy świeże ognisko, poddajemy działaniu odmy, po stronie przeciwnej natomiast aplikujemy phrenicoexhairesis. Uzyskuje się czasem efekt wręcz zdumiewający.

Dla ilustracji przytoczę jeden z wielu przypadków sanatoryjnych. 21-letni chłopiec zgłasza się z wysoką gorączką, potami, toksemją. W płwocinie kolonje prątków. Stan ogólny bardzo ciężki. Stwierdzamy rozległą rozpadową gruźlicę prawego płuca, oraz świeże rozpadające nacieczenie w górnym płacie płuca lewego. Założono odnę lewostronną. Po kilku insuflacjach stan chorego nie uległ większej zmianie. Wówczas dokonano wyrwania nerwu przeponowego prawego. Odma lewostronna dopełniana nadal. W ciągu dalszych 2 tygodni chory wykazuje niezwykłą poprawę. Temperatura spada do normy, łaknienie wraca, objawy zatrucia ustroju cofają się. Stan ogólnej poprawy utrwała się coraz bardziej, chory opuszcza łóżko. Odnę dopełnia mu się w określonych odstępach czasu.

Stosowanie obustronnej odmy przy dwustronnej gruźlicy płuc stanowi obszerny temat, który wymaga oddzielnego omówienia. Naogół zabieg ten nie jest tak niewinny, jakby się zdawało, zwłaszcza jeśli odma nie jest naprzemienna, lecz jednoczesna. W takich przypadkach najczęstszą komplikację stanowi perforacja płuca, jako wynik pęknięcia rozedmowych pęcherzyków płucnych. Czasem otwór perforacyjny zasklepia się samoistnie — częściej jednak chory przy każdym wdechu pompuje powietrze do opłucnej. Powstaje asfiksja, wymagająca natychmiastowej ewakuacji powietrza z jamy opłucnowej. Przy stale otwartej szczelinie perforacyjnej lub przy wentylu duszenie powtarza się w coraz krótszych odstępach czasu, wkońcu nie pozostaje nic innego, jak umieścić w jamie opłucnej igłę à demeure.

Zabieg J a c o b a e u s'a, czyli przecięcie zrostów opłucnowych, jest zabiegiem pomocniczym przy odmie sztucznej. Gdy mimo powtarzanych dopełnień zrosty nie rozciągają się należycie, a kikut płucny, wiszący na nich, nie daje się dostatecznie ucisnąć, należy je przeciąć. Nie wszystkie zrosty nadają się do zabiegu, wymagającego zresztą dobrej techniki operacyjnej. Torakoplastyka (B r a u e r, S a u e r b r u c h) należy do dużych zabiegów chirurgicznych. Nieodzownym warunkiem w tych przypadkach jest jednostronność sprawy chorobowej. Wydolność zdrowego płuca kontroluje się przez uprzednią freniektomję po stronie chorej. Przed zabiegiem należy ocenić ogólny stan chorego, zbadać odczyn Biernackiego, diazoreakcję i urobilinogen w moczu. Do torakoplastyki kwalifikują się postaci włókniste i guzkowo-włókniste oraz duże



stare jamy, których nie można w inny sposób ucisnąć. Sprawy wysiękowo-serowaciejące stanowią przeciwwskazanie. Trakoplastyka jest zabiegiem ciężkim, w rękach niezbyt doświadczonych — ryzykownym. Nietyle zatem wykonanie zabiegu, ile umiejętne ustalenie wskazań do niego stanowi zadanie fizjologa.

W pobieżnym szkicu omówiłem pokrótce tylko dwa główne czynniki sanatoryjnego leczenia gruźlicy płuc: klimato- i kollapsoterapię.

Wspomnieć należy jeszcze o stosowaniu leczniczem złota, które — w przypadkach włókniejących zmian płucnych — dawało pomyślne wyniki. Szczególne jednak znaczenie przypisuję auroterapii w gruźlicy krtańi, która dawała mi nader zachęcające wyniki. Dieta wreszcie wysokokaloryczna, tuczająca, często wspomagana małymi dawkami insuliny, dopełnia obrazu leczniczego (dieta Gersona nie ma tutaj zastosowania).

## STRESZCZENIA

### Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej

J. S c h o l t z. *W sprawie leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy przy pomocy sondy jelitowej* (Therapie der Gegenwart 1933, zeszyt X).

W ostatnich czasach zaczęto stosować przy leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy metodę, polegającą na odżywianiu chorego przy pomocy sondy jelitowej. Pokarm doprowadza się do organizmu strzykawką Recorda 8 razy dziennie co 2 godziny. Jest rzeczą ważną pielęgnowanie jamy ustnej płókaniem wodą utlenioną. Po podaniu posiłku sondę należy przepłókać wodą i sokiem cytrynowym, jako nośnikiem witaminowym.

Pokarm, przecedzony przez sitko i ochłodzony w lodowni, przygotowuje się rano na cały dzień; składa się z: 1 — 1½ litra mleka, 100 g cukru gronowego, 20 g mąki, 50 — 80 g masła (wszystko przygotować i oziębic) i 6 jaj (jaja rozbić i zmieszać z mlekiem).

Sonda winna leżeć 35 dni, poczem należy przeprowadzić 10 dniową kurację dietetyczną.

Podawać winno się: zupy słuźowe, mleko, purée z kartofli, grysiku, jarzyn oraz biały chleb z masłem i wreszcie mięso mielone. W ciągu pierwszych 14 dni należy bezwzględnie leżeć w łóżku.

Autor dochodzi do wniosku, że leczenie sondą jelitową usuwa dolegliwości bólowe.

We wrzodach żołądka, głęboko drażących, spozstrzega się całkowite wyleczenie (stwierdzone rentgenologicznie); przy wrzodach dwunastniczych zaś nie zauważono wyraźniejszego polepszenia.

Dr. med. Maksymiljan N u s b a u m.

J. B o t t i n. *Wpływ zastrzyku dożylnego 20% cytrynianu sodu na zaparcia jelitowe pooperacyjne* (La Presse Medicale 1934, N. 5).

Autor zwraca uwagę, iż po zabiegach chirurgicznych jamy brzusznej powstaje często okluzja jelit, która w następstwie prowadzi do obniżenia poziomu chlorków we krwi oraz wzmoczenia mocznika i zwiększenia

rezerwy alkalicznej krwi. Celem zwalczania tych objawów wstrzykuje się roztwór hipertoniczny chlorku sodu, który wywołuje podwójne działanie: po pierwsze — doprowadza poziom chlorku we krwi do normy, po drugie — działa na perystaltykę jelit. Autor zaznacza, iż działania tego nie należy przypisać specjalnie chlorkowi sodu, lecz różnego rodzaju roztworom hipertonicznym soli. W tym celu próbuje on stosować dożylnie roztwór 20% cytrynianu sodu (15 — 20 cm.<sup>3</sup>) i przypuszcza, iż działa tutaj jon sodu. Po zastrzykach stolce i gazy odchodziły natychmiast. Metoda ta nie jest jednak wolna od objawów ubocznych, gdyż wywołuje zwolnienie tętna oraz sinicę i wymaga w tych wypadkach stosowania środków nasercowych.

Dr. med. Maksymilian N u s b a u m.

Prof. P. L. D r o u e t. *O leczeniu nadkwaśności i wrzodu żołądkowo-dwunastniczego przy pomocy wyciągu z tylnego płata przysadki* (Arch. des Maladies de l'Appereil Digestif 1933, N. 10).

Autorzy wprowadzają do lecznictwa nadkwaśności wrzodu żołądka i dwunastnicy nową metodę, polegającą na podawaniu przysadki mózgowej. Powołując się na doświadczenia z insuliną, która wzmaga nadkwaśność, stosują antagonistę — tylny płat przysadki. Wstrzykują podskórną jedną ampulkę (firmy Byla), zawierającą 40 j. dziennie, serja składa się z 12 wstrzykiwań (najlepiej wstrzykiwać w 1 — 2 godzin po obiedzie). W nadkwaśności wystarcza jedna serja, we wrzodzie kuracja zależna jest od przypadku (2 — 3 serje).

Autorzy mieli na obserwacji 15 przypadków nadkwaśności, 15 —

wrzodów żołądka, 2 — wrzodów dwunastnicy; pod wpływem wyżej wspomnianego leczenia osiągnęli zupełne wyleczenie w 15 przypadkach (8 nadkwaśności i 7 wrzodów), w 16 poprawę (5 nadkwaśności i 11 wrzodów). Tylny płat przysadki mózgowej obniża znacznie już w godzinę po wstrzyknięciu ilość wolnego kwasu solnego, również zmniejszają się bóle w czasie stosowania pierwszej serji wstrzykiwań, wymioty ustępują szybko, sensacje zgagi, palenia w żołądku nikną w kilka dni po rozpoczęciu kuracji, następuje poprawa ogólnego stanu, lanknienia, przybytek na wadze, niekiedy poprawiały się objawy radioskopowe, oczywiście zmiany głębsze nie ulegały poprawie.

Mechanizm działania wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej jest następujący: autorzy wykazali pod wpływem leczenia zmniejszenie się chlorków we krwi i zwiększone wydalanie ich z moczem, ilość chlorków w krwinkach również ulegała zmniejszeniu. Według autorów tylny płat przysadki mózgowej obniża ilość chlorków w tkankach, stąd zmniejszenie ilości kwasu solnego w żołądku; można przypuścić, że środek ten pobudza układ sympatyczny lub hamuje n. błędny, działając na ośrodki nerwowe.

Wskazania do stosowania powyższego środka są następujące: stany nadkwaśności, nieżyty nadkwaśne, nadkwaśność pochodzenia nerwowego, niektóre stany nadkwaśności, związane z zapaleniem woreczka żółciowego niekamicowego, wrzody żołądkowo-dwunastnicze, wrzody żołądka.

Przeciwwskazania: 1) wysokie ciśnienie tętnicze, 2) ciąża, 3) kamica żółciowa.

Dr. A. G a l e w s k i.

**LOBELINA pobudza ośrodki oddechowe.  
Preparat krajowy.**

# KLEROL

NAJSKUTECZNIJ ZWALCZA  
REUMATYZM



MAŚĆ I PŁYN  
DO KĄPIELI.

Schorzenia wątroby i dróg żółciowych leczy BILIVAL.  
Preparat krajowy.

## Przegląd prasy lekarskiej polskiej

J. F l a k s i B. G r y n k r a u t. *Doświadczenia nad wzrostem guzów i powstawaniem przerzutów u szczurów, uprzednio ogólnie naświetlonych promieniami Roentgena* (Warsz. Czas. Lek. 1933, N. 42).

Autorzy przystąpili do badania wpływu naświetlania promieniami Roentgena na wzrost szczepionych nowotworów i powstawanie przerzutów. Osecki szczurze poddano jednorazowemu ogólnemu naświetlaniu, zastosowano  $\frac{1}{2}$  dawki śmiertelnej, t. j. takiej, która wywołuje śmierć osesków (około 3-tygodniowych) w przeciągu 7 — 15 dni; użyto aparatu Siemens, naświetlając 20 minut przy napięciu 160 KV 2 mA, 30 cm. odległości i filtry 1 mm. dykty. Po naświetlaniu szczepiono szczury mięsakiem Jensena do lewego uda. W ten sposób autorzy mieli możliwość badania wzrostu nowotworu w ustroju uprzednio naświetlonym. Do doświadczeń użyto 150 osesków, z czego część była kontrolna, a reszta poddana naświetlaniu. Technika doświadczeń następująca: oseski każdej szczurzyicy dzielono na 2 grupy, ważono z dokładnością do 0,5 gr., pierwszą grupę naświetlano promieniami R i zwracano karmiącej matce, 2-a grupa była kontrolna. Trzeciego dnia po naświetlaniu szczepiono wszystkie mięsakiem Jensena do mięśni lewego uda. Szczury ważono co 5 dni, doświadczenie trwało od 2 — 3 tygodni po szczepieniu, poczem szczury zabijano, notując jednocześnie wagę oseska i wyluszczonego guza, podczas sekcji zwracano uwagę na przerzuty.

Autorzy dochodzą do następujących wniosków: jednorazowe i całkowite naświetlanie osesków— $\frac{1}{2}$  dawki

śmiertelnej promieni Roentgena—zastosowane przed szczepieniem mięsaka powoduje: zahamowanie wzrostu ciała, oraz szczepionego mięsaka, to samo naświetlanie nie wykazuje żadnego wpływu na powstanie przerzutów, często nawet przyspiesza ich zjawienie się. Promienie Roentgena hamują wzrost nowotworów drogą pośrednią, poprzez ustrój, gdyż w doświadczeniach tych naświetlano zwierzęta jeszcze zdrowe, przed szczepieniem nowotworu.

Wnioski swe autorzy interpretują w sposób następujący: Zahamowanie wzrostu guza nie zależy od zmniejszenia sił odpornościowych ustroju, gdyż komórki nowotworowe rosły w organizmie znacznie osłabionym (spadek wagi ciała, zanik układu limfatycznego), a zależy raczej od zjawienia się ciał szkodliwych dla wzrostu komórki nowotworowej, lub od braku ciał potrzebnych do wzrostu. Wiadomo, że zmiany chemiczne, występując w ustroju naświetlonym, nie sprzyjają wzrostowi komórek nowotworowych, a zahamowanie wzrostu ciała — według badań autorów — wpływa hamująco na wzrost guza.

Powstawanie wczesne przerzutów autorzy upatrują w tem, że już w kilka dni po szczepieniu oseska do mięśni znajdują się w gruczole limfatycznym żywe i zdolne do rozmnażania komórki nowotworowe, a przerzut makroskopowy zjawia się po upływie 3-ch tygodni; u osesków natomiast naświetlonych, komórki nowotworowe, przenikając do osłabionego promieniami R gruczolu limfatycznego, rozrastają się łatwiej, powodując przerzut wcześniej, niż u zwierząt prawidłowych. Dr. A. G a l e w s k i.

**KLEROL jest znakomitym środkiem przeciwbólowym i przeciwzapalnym.**

## Ocena książek

Dr. Władysław P o d s o Ń s k i.  
*Lecznicze znaczenie wód siarczanych.*  
Str. 16. Odbitka z Polskiego Almanachu  
Uzdrowisk, Kraków 1934.

Autor w powyższej broszurce  
omawia szczegółowo lecznicze znaczenie  
wód siarczanych (Lubień Wielki-  
Zdrój) oraz wskazania do leczenia

kapielami siarczanemi. Praca ta,  
obszernie uwzględniająca odnośne piś-  
miennictwo, powinna zainteresować  
naszych balneologów, tembardziej  
w chwili obecnej, kiedy prowadzi się  
intensywną propagandę krajowych  
uzdrowisk.

O.

## DZIAŁ ZAWODOWO-SPOŁECZNY

Dr. med. Alfred ETTINGER

### Kilka słów o znaczeniu kiły wrodzonej

Właściwa ocena kiły wrodzonej pod względem statystycznym (w szerokim tego słowa sensie) i znaczenia jej, jest zadaniem bardzo trudnym zarówno z przyczyn klinicznych, jak i społecznych. Wszystkie nasze dane w tym kierunku są naogół niedostateczne, gdyż ujęcie pojedynczych przypadków jest najczęściej bardzo trudne. Znaczenie społeczne i ekonomiczne jednostek, obarczonych kiłą wrodzoną, ocena ich zaciążenia na życiu ogółu wraz ze wszystkimi tego skutkami wymyka się z pod wszelkiej dostępnej nam statystyki. Śmiało rzec można, że rozmiaru szkód możemy się tylko domyśleć.

Lekarze wszystkich specjalności, z wyjątkiem może dermatologów i pedjatrów, pamiętają i rozpoznają zazwyczaj kiłę wrodzoną tylko w przypadkach t. zw. kiły wrodzonej wczesnej, gdy dziecko rodzi się z objawami kiłowemi, względnie kiedy objawy te w krótkim okresie czasu po urodzeniu występują.

Rozpoznanie jest w tych razach rzeczą bardzo łatwą i te przypadki — to główny materiał statystyczny. Jeżeli jednak chodzi o t. zw. kiłę wrodzoną późną, to tutaj rozpoznanie jest nieco trudniejsze, nieraz nie myśli się o niem zupełnie. Zwykle praktycznie sprawa wygląda w ten sposób, że chory leczy się miesiącami u różnych lekarzy na rozmaite schorzenia, aż wreszcie, nieraz tylko szczęśliwym zbiegiem okoliczności, udaje się komuś postawić właściwe rozpoznanie, ale czasem kończy się i bez tego. Sam znam wiele takich przypadków, które wcale nie są rzadkie.

Trzecią kategorię stanowią dzieci, o których wiadomo, że rodzice, względnie jedno z rodziców przechodziło kiłę, a które przychodzą na świat bez żadnych objawów chorobowych.

Zacznijmy od tych przypadków, kiedy lekarz, oglądający dziecko, nie wykazujące zmian kiłowych, nie zatroszczył się o sprawdzenie, czy rodzice nie chorowali. Nie jest to jednak może błąd tak wielki. Nieraz, wiedząc nawet, że istnieje obciążenie kiłowe, przechodzi się nad tem do porządku. Robi się poprostu odczyn Wassermann'a, a kiedy wypada ujemny, sprawa uważana jest za „wszechstronnie“ wyjaśnioną.

Takie postępowanie jest niesłuszne: w kile wrodzonej bardzo często występują ujemne odczyny serologiczne w obecności niewątpliwych objawów, a jeszcze częściej u dzieci z zupełnie pewnymi „stygmatami“. To też każdy taki przypadek winien być bezwzględnie zbadany bardzo dokładnie zarówno klinicznie, jak i serologicznie conajmniej 5 — 6 razy, aż do końca pierwszego dziesiątka lat życia, i stale kontrolowany. W przypadkach, w których są poważne podejrzenia czy też pewne dane, należy stosować leczenie specyficzne, ogólne, hormonalne i t. p.

Podejrzane są dzieci rodziców, u których stwierdzono kiedykolwiek zahamowanie hemolizy, jak również dzieci małżeństw, w których były liczne poronienia, dużo dzieci umierało w niemowlęctwie, zdarzały się cięże bliźniacze, rodziły się niemowlęta z wodogłowiem i t. d. i t. d.

Wreszcie liczni doświadczeni klinicyści stwierdzają, że niekiedy w rodzinach kiłowych dzieci, niewykazujące żadnych objawów kiły, odznaczają się, przy dobrych zdolnościach i dużej inteligencji, wybitną niesfornością, hałaśliwością, nieposłuszeństwem. Są to dzieci t. zw. „trudne do wychowania“, „nieznośne“. Nie można o nich napewno twierdzić, że są to dzieci kiłowe, jednak podejrzane o kiłę są niewątpliwie.

W krótkim artykule nie sposób jest, oczywiście, wyczerpać wszystkich błędów czy niedopatrzeń dajagnostycznych, z jakimi spotykamy się w praktyce na każdym kroku, pragnę jednak przytoczyć jeszcze jeden bardzo ciekawy i tajemniczy przypadek, który mi utkwiał w pamięci.

Było to dziecko, obserwowane przeze mnie wraz z jedną z koleżanek oraz kolegą. Do koleżanki zgłosiła się matka z dobrze rozwiniętym 2 — 3-letnim chłopczykiem, cierpiącym od kilku miesięcy na silne bóle w kończynach dolnych. Po dłuższym leczeniu jeden z ordynujących lekarzy polecił wykonać zdjęcie roentgenowskie. Na zdjęciu stwierdzono typowe zmiany kiłowe kostne, badanie krwi wykazało zahamowanie hemolizy (niezupełne). Jednym słowem typowy obraz kiły wrodzonej. Zarówno rodzice dziecka, jak i ono, o zupełnie ujemnej anamnezie kiłowej; zmartwieni i zaniepokojeni zwrócili się do mnie i wtedy wspólnie ze wspomnianym kolegą zbadaliśmy ich jak najdokładniej pod względem klinicznym i serologicznym, wykonaliśmy też u obojga badanie płynu mózgowo-

rdzeniowego, także po szeregu prowokacyj. Wszystkie badania dały wyniki zupełnie ujemne.

Dziecko jednak miało kiłę, czego dowodziły zarówno wszystkie dane kliniczne i serologiczne, jak i potwierdzenie w postaci wyników następowego leczenia.

Nie będąc w możności rozwikłać tego przypadku, podaję go do wiadomości dla jeszcze dobitniejszego podkreślenia trudności dajagnostycznych, pojawiających się przy rozpoznawaniu kiły wrodzonej.

## Wiadomości bieżące

### XIV Zjazd Psychjatrów Polskich

Komitet organizacyjny XIV Zjazdu psychjatrów polskich nadesłał nam poniższy komunikat z prośbą o zamieszczenie:

**K o m u n i k a t.** W porozumieniu z Zarządem Głównym Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego zawiadamiamy, że zgodnie z decyzją przyjętą na Walnem Zgromadzeniu XIV Zjazd Psychjatrów Polskich odbędzie się 19, 20, 21 maja 1934 r. w Krakowie. Temat główny Zjazdu: zaburzenia reaktywne, psychiczne i nerwowe z punktu widzenia etjologicznego, klinicznego, psychopatologii dziecka i ubezpieczeń społecznych.

**P r o g r a m T y m c z a s o w y.** Referaty główne: rola konstytucji w zaburzeniach psychicznych reaktywnych — doc. dr. Zieliński, Kraków. Udział pierwiastka reaktywnego w nerwicach — doc. dr. Artwiński, Kraków. Udział pierwiastka reaktywnego w psychozach — doc. dr. Łuniewski, Tworki oraz pułk. dr. Nelken, Warszawa. Klasyfikacja spraw reaktywnych w świetle dzisiejszego doświadczenia klinicznego — prof. dr. Borowiecki, Poznań. Mechanizm powstawania zaburzeń reaktywnych — dr. Bornsztajn, Warszawa. Korreferat — dr. Chłopiczki, Kraków. Zaburzenia reaktywne u dzieci i młodzieży na tle nieprzystosowania do rzeczywistości — prof. dr. Szuman, Kraków. Zaburzenia psychiczne reaktywne u dzieci — dr. Mikulski, Warszawa. Profilaktyka zaburzeń psychicznych reaktywnych u dzieci — dyr. dr. Stryjeński, Kraków. Orzeczenie sądowo-lekarskie w sprawach urazowych — dr. Jankowski, Kraków. Nerwice reaktywne a zdolność do pracy — dr. Medyński, Kraków.

**L u ż n e o d c z y t y:** Podstawy psychologiczne reakcji psychotycznych — dr. Drochocki, Kraków. Etjologia zaburzeń reaktywnych na tle zjawisk symbiozy psycho-psychoidalnej — dr. K. Wize,

Dziekanka. Znaczenie pedagogiki leczniczej przy terapii zaburzeń reaktywnych u dzieci — dr. W. Spektorowa, Łódź. Badania psychotechniczne nad uzdolnieniami zawodowymi dzieci niedorozwiniętych umysłowo — dr. B. Biegeleisen, Kraków. Opieka nad psychicznie chorymi dawniej i dzisiaj — dyr. dr. T. Łapiński, Warszawa. Zagadnienia psychoz w wieku przedstarczym i starczym — dr. Meissner, Kobierzyn. Zagadnienia demencji — tenże. Zagadnienia związku typów rasowych z właściwościami psychicznymi, fizjologicznymi oraz ze skłonnościami do pewnych chorób — tenże. Zabójcy, przebywający w Zakładzie Kobierzyńskim, pod względem antropologicznym — tenże. Omówienie badań konstytucyjnych w nerwicach — dr. J. Kirschner, Kraków.

Zgłoszenia odczytów i referatów przyjmowane będą do dnia 1-ego kwietnia 1934 r. Wszelkie pisma w sprawie Zjazdu i zgłoszenia odczytów prosimy kierować pod adresem: sekretarza generalnego Zjazdu: doc. dr. E. Artwińskiego, Kraków, ul. Batorego 17.

Za Komitet organizacyjny: Sekretarz generalny doc. dr. E. Artwiński, Prezes prof. dr. St. K. Pieńkowski.

### **Biuletyn Turystyczno Prasowy Kolei Francuskich za marzec 1934 r.**

Nowe Wydawnictwa Turystyczne. Staraniem Dyrekcji Kolejowej Alsace Lorraine ukazała się broszura „Les Vosges à ski”, zawierająca dokładne mapy szlaków turystycznych w Wogezach, oraz piękne zdjęcia tych okolic. Zjednoczone koleje Paris-Orléans i Południowe w porozumieniu z Dyrekcją kolei portugalskich, wydały broszurę „Le Portugal”, zawierającą krótki opis tego interesującego dla turystów kraju. Dyrekcja Kolei Państwowych wydała barwną broszurę „En Bretagne”, która, poza pięknymi fotografiami, zawiera wspomnienia o tym pięknym i ciekawym kraju, skreślone przez Cateaubriand'a, Renan'a, Michelet'a i innych. Powyżej wymienione broszury są bezpłatnie do dyspozycji publiczności w Przedstawicielstwie kolei francuskich, Warszawa, Ossolińskich 4.

II Międzynarodowe Targi odbędą się w Tunisie od 14 — 19 kwietnia 1934 r. Dla osób udających się na te Targi została przyznana 30% zniżka kolejowa, lotnicza („Lot”) — 50%. Francuskie Towarzystwa okrętowe „Compagnie de Navigation Mixte” i „Compagnie Générale Transatlantique” przyznały 30% zniżki. Szereg praktycznych wskazówek co do podróży i pobytu zawiera prospekt „Visitez la Tunisie”, który jest bezpłatnie do dyspozycji publiczności w Przedstawicielstwie Kolei Francuskich, Warszawa, Ossolińskich 4.

**CINNOZYL = cinameina + cholesteryna + kamfora  
w sterylizowanym roztworze olejowym.**



Targi w Lyonie od 8 do 18 marca 1934 r. Koleje Francuskie przyznały dla osób przybywających z zagranicy 50% zniżki na kolejach w czasie od 6 do 19 marca 1934 r. Bezpлатne broszury o Lyonie są do otrzymania w Przedstawicielstwie Kolei Francuskich, Warszawa, Ossolińskich 4.

Pokaz filmowy i odczyt o Bretanii w Warszawie. Z inicjatywy Kolei Francuskich i pod wysokim protektoratem J. E. Pana Ambasadora Francji odbył się dnia 22 lutego w sali Towarzystwa Higienicznego pokaz filmowy i odczyt o Bretanii. Odczyt pod tytułem „La Bretagne — la mer, la lande” wygłosił p. Fraysse, naczelnik wydziału turystyki Francuskich Kolei Państwowych, poczem licznie zgromadzonej publiczności zademonstrowano filmy: „Au Pays Breton”, „Armor” i „Quibéron”.

Konkursy dla popierania rozwoju turystyki francuskiej. Touring Club de France — najpoważniejsza narodowa organizacja dla popierania rozwoju turystyki francuskiej, organizuje w roku 1934 cały szereg ciekawych konkursów w celu ulepszenia środków lokomocji, stanu dróg, rozwoju przemysłu hotelowego i gastronomicznego. Podczas Zielonych Świątek przewidziany jest międzynarodowy konkurs, poświęcony Campingowi, połączony z wystawą, która będzie urządzona w Paryżu, prawdopodobnie w lasach Saint Cloud. Międzynarodowe turystyczne zawody kolarskie odbędą się na drodze górskiej z Bayonne do Carcassonne. Komitety Touring Club de France organizują następujące konkursy: 1) na najładniej udekorowany kwiatami dworzec kolejowy, 2) „le village coquet”, 3) „le Bureau de poste bien tenu”, 4) „la Bonne Cuisine”, 5) na najlepszą książkę o podróży. Na nagrody dla uczestników każdego z powyższych konkursów przewidziano sumę 50.000 franków.

Tegoroczne Targi w Lille. 10 Targi w Lille odbędą się tego roku w okresie od 31 marca do 15 kwietnia.

### **Komunikat Związku Lekarzy Esperantystów T. E. K. A.**

Zmarły niedawno znakomity uczony francuski prof. dr. Calmette był wielkim sympatykiem ruchu esperanckiego, uważając go za jeden z potężnych czynników rozwoju ludzkości. Prof. dr. Calmette był członkiem honorowym Światowego Związku Lekarzy Esperantystów T.E.K.A.

Zmarł wybitny esperantysta hiszpański, prof. dr. Carlo Cortezo y Prieto, sławny lekarz i znany pisarz. Prof. Carlo Cortezo

y Prieto, poznawszy Esperanto, stał się gorliwym zwolennikiem tego języka. Oto urywek z jego opinii o Esperancie: „Czytać przemówienie, wygłoszone w Genewie przez profesora Chińczyka, lub statystykę, dotyczącą badań naukowych Uniwersytetu w Tokio, w parę dni po ogłoszeniu ich, to rzecz piękna, godna porównania z telegrafem bez drutu, lotnictwem lub telefonem. Dlatego jestem i będę entuzjastycznym zwolennikiem Esperanta”.

W dn. 4 — 11 sierpnia r. b. odbędzie się w Sztokholmie 26 Międzynarodowy Kongres Esperantystów. Podczas Kongresu odbędzie się posiedzenie naukowe Związku Lekarzy Esperantystów T.E.K.A. z referatami i dyskusją w języku esperanto.

### NADESŁANO DO REDAKCJI.

Dr. Władysław Podsoński. **Lecnicze znaczenie wód siarczanych.** Str. 16.

Odbitka z Polskiego Almanachu Uzdrowisk, Kraków 1934.

Lekarz Homeopata, styczeń 1934, N. 1.

Lekarz Tybetański, marzec 1934, N. 3.

Kronika Farmaceutyczna, marzec 1934, N. 5.

### TREŚĆ ZESZYTU Nr. 2 (15).

<b>Dział naukowy:</b>	Dr. med. Mieczysław Szejnman — Leczenie gruźlicy płuc w świetle obserwacji sanatoryjnej (Otwock) . . . . .	1
<b>Streszczenia:</b>	Przeгляд prasy lekarskiej zagranicznej . . . . .	7
	Przeгляд prasy lekarskiej polskiej . . . . .	10
	Ocena książek . . . . .	11
<b>Dział zawodowo-społeczny:</b>	Dr. med. Alfred Ettinger — Kilka słów o znaczeniu kiły wrodzonej . . . . .	11
<b>Wiadomości bieżące</b>	. . . . .	13

### PRENUMERATA

	Miejscowa	Zamiejscowa
Rocznie	Zł. 6.—	Zł. 7.—
Kwartalnie	Zł. 1.50	Zł. 1.75

### CENY OGŁOSZEŃ:

1/1 strony	Zł. 300—
1/2 „	„ 175—
1/3 „	„ 92—

Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1.—

Redakcja i Administracja

**Warszawa, Grzybowska № 88, tel.: 224-27 i 229-34.**

Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14.

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt 10—12.

**Redaktor:** Dr. med. Alfred Galewski.

**Wydawca:** Aleksander Wieniewicz.

**Sekretarz redakcji:** Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

# ANGIOXYL

Dra ROUSSEL'A

LECZENIE SWOISTE  
DZIĘKI TROFICZNEMU DZIAŁANIU  
NA ŚCIANKI NACZYŃ

stosuje się w

DUSZNICY BOLESNEJ  
NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM  
MIAŻDŻYCY TĘTNIC  
ZAPALENIU TĘTNIC

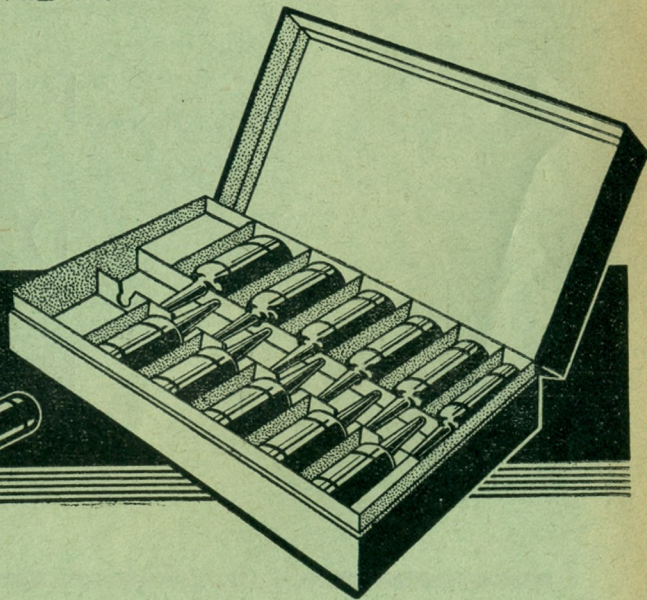
wskazany  
ponadto w

ZABURZENIACH OKRESU  
PRZEKWITANIA

AMPUŁKI: 2 do 4 dziennie naraz domięśniowo.

SYROP: 3 łyżeczki do kawy dziennie między  
posiłkami.

NIE POSIADA PRZECIWWSKAZAŃ



LITERATURA I PRÓBY:  
WARSZAWA, — GRZYBOWSKA 88

200 RAZY MNIEJ TOKSYCZNA  
OD HYOSCYAMINY



# GENHYOSCYAMINA

GRANULKI  
PEYN  
AMPULEKI

STANY SKURCZOIVE  
NA TLE HIPERIVAGO-  
TONJI,

STANY PARKINSO-  
NICZNE,  
PLASAWICA,  
ROZNEGO RODZAJU  
DRZENIA.

LAB. CHEM FARM  
**ASMIDAR**  
WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

428 p

Ar. 16. 1948

Państwowy Zakład Higieny  
Filja w Gdyni

OPŁATA POCZTOWA UISZCZONA RYCZAŁEM

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

pod redakcją Dr. med. ALFREDA GALEWSKIEGO

Rok IV.

1934 r.

Nr. 3 (16)

LEVITT-HIM

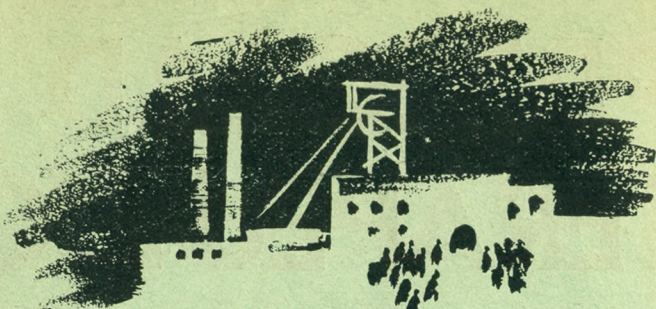


*zwiezić...*

laseczniki, pozbawić je możliwości rozmnażania przez wzmocnienie odporności tkanek - oto droga do zwalczania gruźlicy. CINNOZYL stosuje się we wszystkich przypadkach gruźlicy płucnej, nawet w postaciach gruźlicy czynnej z powstawaniem jam płucnych.



4930.D. 1947.



LEVITT - HIM

Ty  
si ą c e  
istnie ń p a  
d a o f i a r ą g a  
z u, w y d o b y w a j ą  
c e g o s i ę z k o p a l n i  
p o d c z a s k a t a s t r o f y ...

W t a k i c h n i e  
s z c z ę ś l i w y c h w y  
p a d k a c h j e d y n y m  
r a t u n k i e m j e s t  
L O B E L I N A

w s t r z y k n i ę t a  
w d a w c e 0,01

Lobelina — wodny roztwór  
krystaliczny  $\alpha$  Lobeliny — jest  
swoistym lekiem, pobudza  
jącym ośrodek oddechowy  
i zwiększającym jego wrażli  
wość na prawidłowy bodziec  
(CO<sub>2</sub>). Lobelina w dawkach  
leczniczych, silnie wzmagających  
pobudliwość ośrodka oddechowego,  
nie wpływa szkodliwie na inne narządy.

Sposób użycia: Jednorazowa dawka  
dla dorosłych wynosi 0,01. Jednorazowa  
dawka dla noworodków, wcześniaków  
i osesków-0,003 podskórnie lub domięśn.  
W przyp. groźnych wstrzykuje się dożylnie.  
Cpакw.: pud. po 2 i 6 amp. á 0,003 lub 0,01  
P R E P A R A T K R A J O W Y

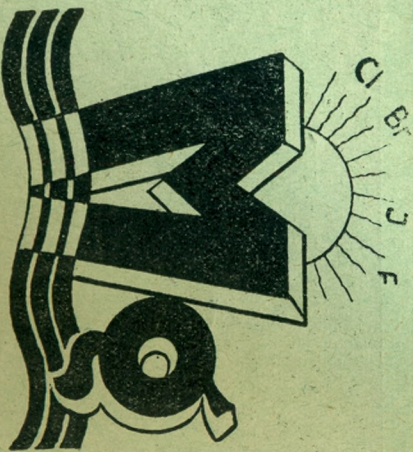


*W ciągu 48 godzin  
pod wpływem działania  
Genoskopolaminy (250 ra-  
zy mniej toksycznej od sko-  
polaminy) następuje  
zdumiewająca poprawa*



*w przypadkach drżączki  
w zespole Parkinsona  
oraz po zapaleniu mózgu.  
Granulki • płyn • ampułki*

**A S M I D A R**  
Warszawa, Grzybowska 88



**LECZENIE SOLAMI  
CHLOROWCOWEMI  
MAGNEZU**

**DELBETASE**

**METODA**

**CYTOFLAKTYCZNA**

**PROF. P. DELBETA**

WYRÓB KRAJOWY

METODA

LABOR. CHAPELLE, PARYZ.

*astenia,  
wyczerpanie  
umysłowe i fizyczne*

Generalne Przedstawicielstwo D<sup>z</sup>. E. Paulin  
Sp. z o.o. Warszawa, Królewska 29 a



# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

## DZIAŁ NAUKOWY

Dr. med. Alfred GALEWSKI (Warszawa).

### Leczenie niedokrwistości złośliwej typu Addison-Biermer w świetle nowoczesnych prądów

Niedokrwistość złośliwa doniedawna była chorobą zupełnie nieuleczalną. Dzięki jednak nowszym, cennym zdobyczom naukowym udaje się dziś w klinice ciężki proces chorobowy na dłuższy czas zahamować.

Wielu autorów radzi w n. zł. podawać krew podskórnie, domięśniowo, dożylnie i dotętniczo. Ziensen wprowadza krew odwłóknioną podskórnie, tą metodą jakoby miał otrzymać niezłe wyniki. Pappenheim zaleca wstrzykiwania domięśniowe krwi w ilości 5 — 30 cm.<sup>3</sup>; Walter radzi także wstrzykiwać domięśniowo sztucznie uszkodzoną krew — odwłóknioną, oziębioną i napowrót ogrzaną. Weber gorąco poleca wstrzykiwania domięśniowe 10 — 20 cm.<sup>3</sup> krwi co 2 — 3 dni, kuracja ma składać się z 10 — 15 iniekcji.

W swoim czasie stosowano krew dotętniczo, a ostatniemi czasy dożylnie z dodatkiem 2½% cytrynianu sodu. Przetaczanie krwi należy dokonywać co 10 — 14 dni (Percy).

Na powyższe metody należy zapatrywać się krytycznie, gdyż trwałego wyleczenia n. zł. po wielu obfitych nawet przetaczaniach krwi nie osiągnięto, przeciwnie, zjawiała się nawet niedomoga wątroby.

Proteinoterapia stanowi zbliżoną metodę do wstrzykiwań krwi; zwolennikiem jej jest Faber, który pod wpływem wstrzykiwań 1—3 cm.<sup>3</sup> mleka, względnie caseosanu miał otrzymać dobre efekty.

Celem wzmoczenia pracy szpiku kostnego, zaczęto stosować wycięcie śledziony, mającej hamować czynność szpiku kostnego. Metodę tę stosował Eppinger, który zauważył znaczną poprawę w stanie chorych. Praca szpiku kostnego naogół poprawiała się, we krwi pojawiały się retikulocyty, normoblasty, leukocytoza, trombocytoza; metoda ta jednak nie zasługuje na polecenie, gdyż daje 20% śmiertelności.

Zamiast wycinać śledzionę, Tomanek stosuje naświetlania tego narządu i w ten sposób uzyskiwał niezłe wyniki. Naświetlanie natomiast szpiku kostnego (Curschmann) dawało mierne rezultaty. Proponowane w swoim czasie zabiegi, polegające na wyłyżeczkowaniu szpiku kostnego, zwłaszcza kości goleniowych (Schramm), nie odniosły żadnego skutku, również nie dawało efektu zalecane przez Gunna leczenie n. zł. przy pomocy podawania lecytyny i cholesteryny, celem trwałego zachowania „stromy” krwinek czerwonych. Bez znaczenia także pozostały preparaty szpiku kostnego i trzustki, natomiast lepsze już wyniki dawała tyroidyna (Unverricht), pobudzająca czynność szpiku kostnego.

Doniosłe znaczenie w leczeniu niedokrwistości złośliwej ma metoda (która — rzecz można — podważyła dotychczasowe), polegająca na podawaniu wątroby. Zapoczątkowana została przez Minot i Morphy. Autorzy podają w ciągu 4 — 6 tygodni 120 — 240 g surowej wątroby, inni podają 300 — 500 g na dobę, a niektórzy chorzy potrafią przyjmować nawet do 1 kg dziennie. Po okresie 4 — 6 tygodniowym przyjmowania wątroby we krwi pojawia się retikulocytoza, szybki wzrost normocytów, powolniejszy natomiast hemoglobiny, anizocytoza ustępuje, pozostają małe ilości megalocytów, ilość leukocytów wraca do normy, natomiast eozynofilia dochodzi do 15%; bilirubinemia zmniejsza się, urobilinurja, urobilinogenurja, indykanurja znikają.

Na początku leczenia zjawia się poliurja, obrzęki tkankowe ustępują, jedynie tylko trwałym objawem pozostaje bezsoczność żołądkowa. Klinika poucza, że większe dawki wątroby mogą usuwać objawy ze strony układu nerwowego — ataksję, objaw Romberga, odruchy kolano-we powracają. Po zaniechaniu leczenia wątrobowego wszelkie objawy chorobowe po pewnym czasie zjawiają się z powrotem.

W piśmiennictwie były notowane sporadyczne przypadki zatrucia wątrobowego z utratą nawet przytomności. W przypadkach, w których nie można było stosować wątroby doustnie, Pulfer pierwszy podawał roztartą, a następnie przetłoczoną przez sito z mlekiem per rectum.

Znacznym postępowaniem w leczeniu n. zł. stanowi podawanie pozajelitowe wyciągów z wątroby. Jednym z pierwszych europejskich przetworów wątroby był „procythol“, przygotowany przez Stosiusa; jedna łyżeczka zawierała czynnej substancji wątrobowej = 250 g pozatem „hepartrat“, zawierający 1,8% azotu, 3,4% fosforu, 1,46% chlorku sodu, 0,015% siarki, ślady żelaza, albuminę, polipeptydy i peptony; mocno stężony wyciąg posiada „Campolon“ — 5 g odpowiada 500 g świeżej wątroby.

Autorzy amerykańscy stosują wyciągi wątrobowe (Elli - Lilly 343) dożylnie z początku 20 cm<sup>3</sup> ze 100 g wątroby tygodniowo, a potem raz na miesiąc. Ilość retikulocytów była wyższa o 50%, niż przy dostnym stosowaniu wątroby (Isaacs). Objawy nerwowe szybko ustępowały.

Według Schillinga regeneracja krwi pod wpływem podawania wątroby jest zgoła inna, niż to bywa przy samoistnych remisjach, wygląd retikulocytów jest inny; o ile w remisjach samoistnych zjawiają się megaloblasty o budowie siateczkowej, przeciwnie w czasie leczenia wątroby stwierdza się we krwi dużą ilość prawidłowych siateczek zasadochłonnych, jak to bywa w krwotokach, kiedy szpik kostny jest zupełnie nie tknięty.

Według Schilinga znikają erytrokonty (podłużne ciała albo bakterie, znajdujące się w n. zł.).

Larell i Jones wykazują, że skuteczność działania wątroby polega na obecności w niej ciał nukleinowych; autorzy wyciągali z wątroby nukleoproteidy i kwasy nukleinowe i wstrzykiwali psom — poprawa była nadzwyczajna.

Według zaś Dakina i jego współpracowników wątroba zawiera kompleks kwasu glutaminowego i oksyproliny. Jungman jest zdania, że wątroba hamuje rozpad krwinek i układ U. S. S. w kierunku zmniejszenia jego czynności hemolitycznej, za czym przemawiają: policytemja, zmniejszenie się stężenia bilirubiny we krwi, urobiliny w moczu i kale.

Pal i Zondek stwierdzają, że nerka, gruczoły rozrodcze, śledziona, tarczyca, nadnercza, mięsień sercowy i mięśnie obwodowe zawierają hormony, wzmagające czynność szpiku kostnego, według Ungleya mózg, a Galewskiego — łożysko.

Badania japońskiego uczonego Masso wykazują, że pod wpływem wstrzykiwań „stromata“ krwinek czerwonych w ilości 2 cm.<sup>3</sup>. na

**CINNOZYL = cinameina + cholesteryna + kamfora  
w sterylizowanym roztworze olejowym.**

1 kg wagi ciała zdrowym psem, uzyskano silną erytrocytozę, sama hemoglobina niema wpływu na regenerację krwi.

Równorzędne znaczenie lecznicze posiadają wyciągi z błony śluzowej żołądka. Pierwsi wprowadzili żołądek do lecznictwa n. zł. Castle, Sturgis, Isaac, Wilkinson i Meulengracht. Żołądek podaje się w postaci sproszkowanego preparatu (stomopson, mucotrat), 20 — 40 g dziennie do zupy. Niektórzy autorzy tym sposobem otrzymywali doskonałe wyniki lecznicze w myelitis funicularis na tle n. zł. Według Henninga czynnik leczniczy żołądka obfituje w części oddzielnikowej, brakuje go w ciele żołądka i, co ciekawsze, w achylicznym soku żołądkowym, co przemawia za ścisłym związkiem pomiędzy bezsocznością a n. złośliwą.

Jeszcze lepsze efekty lecznicze w n. zł. otrzymywano, stosując bardzo stężony sok żołądkowy; substancję tą nazwaną „addisyną“. Morris, Schift i Scherman zagęszczają sok żołądkowy w próżni przy temperaturze 40°. Jednorazowa iniekcja „addisyny“ w ilości 4 cm<sup>3</sup>=3 litrom soku żołądkowego powoduje uderzający wzrost retikulocytów, dochodzący do 40%, liczba krwinek czerwonych z 1,6 miliona dochodzi do 4 milionów.

Czy czynnik zawarty w śluzówce żołądka i soku żołądkowym jest identyczny z czynnikiem wątroby — niewiadomo. Działającego czynnika leczniczego w n. zł. dziś nie znamy. Badania Fontesa nad regeneracją krwi wykazują, że tryptofan jest wstępnym produktem hematyny, a histydyna odgrywa rolę w tworzeniu kompleksu hemoglobinowego. Histydyna ma wzmacniać zawartość hemoglobiny, natomiast tryptofan — liczbę krwinek czerwonych. Niektórzy wypowiadają zdanie, że naskutek zmian w trawieniu żołądkowym, upośledzone bywa prawidłowe rozszczepienie białka i utrudnione wchłanianie produktów jego rozpadu, tak że istota n. zł. polega na braku tryptofanu i histydyny. W tym celu radzą podawać oba te aminokwasy p. n. „hemostra“, po których uzyskuje się znaczną poprawę w obrazie krwi.

*Tryptofani 0,02*

*Histidyni 0,04*

*2 — 3 razy dziennie*

Ponieważ według niektórych badaczy n. zł. ma tło bakteryjne (pałeczka okrężnicy), Gravitz radzi częste płókania żołądka i jelit, a Seyderhelm zakłada sondę dwunastniczą, pobiera bakterje okrężnicy, daje na posiew, przygotowuje autoszczepionkę, którą zaleca wstrzykiwać podskórnice.

**GENATROPINA usuwa nadkwaśność żołądka.**

Zkolei należy omówić leczenie n. zł. związkami nieorganicznymi. Żelazo, wbrew mniemaniu wielu autorów, w niedokrwistości złośliwej nie wywołuje żadnego wpływu, zresztą obfita jego ilość nagromadzona jest w tej chorobie w tkankach, natomiast żelazo w niedokrwistości wtórnej daje doskonałe efekty.

W ostatnich czasach ogromnie ciekawie przedstawiają się badania doświadczalne nad działaniem miedzi (wątroba zawiera około 1 mg %) na regenerację krwi u zwierząt anemizowanych upustami krwi i fenyldrazyną. Miedź u tych zwierząt wywierała dodatni wpływ.

Należy także wspomnieć o dobrych wynikach, otrzymywanych w leczeniu n. zł. wstrzykiwaniami Thorium X.

Hartman stosuje salwarsan, Hitmann zaś duże dawki neosalwarsanu, elektroferrolu, Holler zaś małe dawki jodu, które podobnie jak tarczyca, mają pobudzać pracę szpiku kostnego.

Daleko już większe znaczenie w leczeniu n. zł., niż wyżej wymienione środki, ma arsen, który stosuje się wewnątrznie lub podskórnice. Po zastosowaniu kuracji arsenowej zjawia się poprawa i remisje chorobowe. Naegeli stosuje Sol. arsen. Fovleri albo arsacetynę po 0,05 trzy razy dziennie. W leczeniu n. zł. uzyskujemy efekt wówczas, o ile podawać zgodnie z Neisserem duże dawki arsenu w postaci acidum arsenicosum od 10 — 20 mg dziennie; stopniowo dochodzi się do 80—100, a nawet 150 mg dziennie. Tą metodą osiągnano nieraz dobre wyniki. Również niezłe rezultaty lecznicze dawał rozczyzn Ziemsena. Kurację arsenową należy łączyć z podawaniem wątroby.

**Leczenie diety.** Whipple i Robbius pierwsi dokonali wielu doświadczeń na psach anemizowanych (krwioupusty) i przekonali się, że psy, karmione mięsem i wątrobą, znacznie prędzej uzyskiwały utraconą krew, niż kontrolne, karmione mlekiem i węglowodanami. Doświadczenia te pouczają o niewątpliwym wpływie białka, jako pierwszorzędnego bodźca w odradzaniu się krwi. W n. zł. należy ograniczać ilość węglowodanów, które sprzyjają rozwojowi flory jelitowej, a także i tłuszczów, które z jednej strony bywają źle przez chorych tolerowane, a z drugiej odgrywają pewną rolę w powstawaniu n. zł. (Stoelzner).

Wielu autorów (Koessler, Maurer) zwróciło uwagę na związek n. zł. z awitaminozą. Według Koesslera brak witaminy „A” powoduje zanik śluzówki żołądka i jelit. Objawy nerwowe tłumaczą się brakiem witaminy „B”, a skłonność chorych na n. zł. do krwawień — brakiem witaminy

„C”. Autorzy dokonywali wielu doświadczeń na szczurach, którym podawano dietę ubogą w witaminy „A” i „E”; szczury zapadały na n. zł., podawanie witaminy „A” i „E” leczyło tę chorobę. Wątroba zawiera znaczną zawartość witaminy „E” i na tem — według Mac Colluma — polega jej skuteczne działanie.

Dieta w n. zł. winna więc obfitować w białko, musi być uboga w węglowodany i tłuszcze, pozatem winna zawierać witaminy. Według Minot jest ona następująca: 120 — 240 g gotowanej cielejcej wątroby, 120 g mięsa czarnego, 300 g jarzyn zielonych (szpinak, sałata), 250 do 500 g świeżych owoców (morele, brzoskwinie, pomarańcze, winogrona), 250 g mleka, 70 g tłuszczu na dobę, małą ilość węglowodanów, 1 jajo. Dieta ta zawiera 340 g węglowodanów, 135 g białka, 70 g tłuszczu, 0,03 g żelaza, ogółem 2000 — 3000 kaloryj.

Zamiast wątroby można podawać nerki, płuca, mózdzek, a z jarzyn — świeże pomidory, marchew, zielony groszek, kapustę czerwoną, szpinak, z owoców — jabłka, czereśnie, jeżyny. Niektórzy, celem zmiany flory bakteryjnej, zalecają kurację kefirową. Scyfart leczy chorych na n. z. wątrobą, naświetlaną promieniami pozafioletkowymi. Niektórzy stosują również i insulinę. W celu zaś poprawienia łaknienia — podawać należy kwas solny, pepsynę, Extr. Chinae lub Condurango.

**Leczenie klimatyczne.** Chorym na n. zł. zalecamy pobyt w klimacie górskim. Czynniki, które mogą w tym klimacie wpływać na ustrój ludzki są: zmniejszone ciśnienie powietrza i jego rzadkość, oraz większe nasilenie działania słonecznego we wszystkich odmianach (ciepło, światło, działanie chemiczne, zwłaszcza w postaci krótkofalowych promieni pozafioletkowych). Narząd krwiotwórczy zwiększa wówczas liczbę krwinek i hemoglobiny. Pierwsze spostrzeżenia, dotyczące zwiększenia liczby krwinek czerwonych, dali nam Francuzi (Bert, 1877). W roku 1913 Laquer na sobie samym wykazał w Col d'Olen (2900 m n. p. m.) przyrost hemoglobiny i krwinek czerwonych.

Doświadczenia Abderhaldena na 66 królikach i 54 szczurach, z których połowa żyła w Bazylei (252 m), a druga połowa w St. Moritz (1775 m), wykazały rzeczywiste powiększenie masy krwi u zwierząt zabitych i badanych w St. Moritz. Jaquet i Suter stwierdzali na młodych psach przemianę białego szpiku w czerwony, jako następstwo wzmożonej jego czynności. Na baczniejszą uwagę zasługują badania Kestnera, który robił doświadczenia na psach niedokrwistych (krwiouputy), naświetlając je silną lampą kwarcową. W porównaniu do zwierząt kontrolnych na-

świetlane poprawiały się znacznie szybciej, co więcej nietylko naświetlanie dawało ten skutek, ale pozostawanie zwierząt niedokrwestych w sali, która przez czas dłuższy wystawiona była na działanie lampy kwarcowej. Zwierzęta zdrowe nie wykazywały różnicy. Doświadczenia te pouczają, że na odnowę krwi wpływa w klimacie wysokogórskim nietylko ciśnienie powietrza, ale i działanie promieni krótkofalowych z grupy pozafioletkowej. Godzi się na tem miejscu wspomnieć o ciekawem spostrzeżeniu Machta, który twierdzi, że jadowitość surowicy chorych na n. zł. można zmniejszyć, o ile ją naświetlać promieniami pozafioletkowymi.

Oczywiście sam klimat wysokogórski nie ma wybitnego wpływu na n. zł., raczej na n. wtórną, lecz w połączeniu z wyżej wymienionem leczeniem wewnętrznym jest czynnikiem nader ważnym.

Na zakończenie należy zaznaczyć, że niekiedy pomimo usilnego leczenia farmakologicznego, dietetycznego nie uzyskujemy poprawy; niepowodzenia w leczeniu występują z chwilą dołączenia się powikłań na tle zaburzeń rdzeniowych, dróg moczowych, miażdżycy naczyń, względnie niedomogi mięśnia sercowego.

W dzisiejszej dobie największe triumfy lecznicze w n. zł. święci dieta wątrobowo - żółdkowa, chociaż należy zaznaczyć, że i ona niedokrwestości złośliwej w zupełności nie wylecza.

#### PISMIENICTWO:

- 1) Apfelbaum „Pol. Ar. M. W.“ 1930 II, IX. 2) Arneth „W. Kl. W.“ 1931.
- 3) Cytronberg „P. Ar. M. W.“. 1928. VI. 4) Dziekiewicz „Now. Lek.“ 1928, Nr. 4.
- 5) Ehrlich „M. m. W.“ 1917 Nr. 18 i 19. 6) Essinfeld „Med. Klin.“ 1932, Nr. 1.
- 7) Gaüssler „M. m. W.“, 1933, Nr. 11. 8) Goldman „Med. War.“ 1930, Nr. 4, 9) Knorr „W. Kl. W.“. 1928. 10) Lewin „Med. Klin.“ 1933. 11) Meulengracht „Kl. Woch“, 1930, Nr. 25. 12) Morávitcz „D. m. W.“ 1933 13) Naegeli „Blutkrankheiten“ 1931. 14) Neuburger „Med. Klin. 1928. 15) Rencki „Pol. Ar. M. W.“ 1933
- 16) Ruszniak „D. M. W.“. 1932. 17) Sonnenfeld „Kl. W.“ 1928. 18) Tomanek „P. Ar. M. W.“. 1928.

#### STRESZCZENIA

### Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej

W. B a e t z n e r. O *leczeniu żyłaków*. (Ther. der. Gegenw. 1933, Nr. 10).

Doniedawna leczenie żyłaków było prawie że wyłącznie operacyjne.

Od chwili wprowadzenia do leczenia żyłaków wstrzykiwań środków, uszkadzających ścianę żyły, metoda zachowawcza zyskała coraz trwalsze podstawy i ostatnio nawet została

**CADECHOL wzmacnia mięsień serca.**  
**Preparat krajowy.**

uznana przez chirurgów za metodę wybiórczą. Celem tej metody jest uszkodzenie ściany żyłnej do tego stopnia, ażeby zamienić żyłę w bliznowaty, łącznotkankowy postronek. Metoda ta doniedawna budziła pewne obawy, gdyż wchodzić tu mogło w grę wytworzenie skrępliny, łatwo odrywających się i powodujących powstawanie zatorów. Obawy te naogół nie są uzasadnione, gdyż wytworzone skrępliny przylegają dość ściśle do ściany naczyniowej; pozatem doświadczenie poucza, że na 100.000 zastrzyków w żadnym przypadku nie doszło do powstania zatoru. Autor wstrzykuje najchętniej 50% cukier gronowy, pozatem 20 — 30% roztwór soli kuchennej. Polecany przez niektórych autorów 1% roztwór sublimatu spowodować może uszkodzenie nerek, dlatego też należy być nader ostrożnym z jego stosowaniem. Jeżeli chodzi o technikę wstrzykiwań, autor poleca wstrzyknięcie 1 cm<sup>3</sup> cukru w pozycji stojącej, poczem dopiero należy zastosować ucisk w pozycji leżącej z uniesieniem kończyny dolnej w górę. Wstrzykiwanie trwać winno około 40 sekund, przyczem rozpocząć należy wstrzykiwania od miejsc najbardziej obwodowo położonych, t. zn. w obrębie podudzi i, stopniowo przejść należy do głównego pnia żylnego. Zastrzyki początkowo wykonywać należy w odstępach 3 — 4 dniowych, potem okresy między wstrzykiwaniami można stopniowo skracać. Ogólna ilość zastrzyków zależy od reakcji chorego i od wyników uzyskanych. Dokładne obliczenie ilości niezbędnych wstrzyknięć jest prawie że niemożliwe. Niekiedy już po jednym zastrzyku rozszerzona ściana żyły ulegała stwardnieniu i zamknięciu, w innych natomiast przypadkach wynik

ujawniał się dopiero po dłuższym czasie. Leczenie przeprowadzał autor zawsze w warunkach ambulatoryjnych, zabraniał tylko chorym uprawiania w tym czasie jakichkolwiek sportów. Chorzy uskarżali się zwykle w ciągu dnia po zastrzyku na lekkie dolegliwości w kończynie, po zastrzykach roztworu soli kuchennej występowały niekiedy silne bóle w łydkach. Zastrzyki te przeciwwskazane są w przypadkach ostrego lub przewlekłego zakrzepowego zapalenia żył, gdyż nawarstwienie się świeżej skrępliny na skręplinę już istniejącą wzmacnia obawę powstania zatoru. Również u osobników wyniszczonych, z ciężkimi wadami serca, z cukrzycą, należy być nader ostrożnym przy wyborze tej metody leczniczej. Autor, stosując od szeregu lat wstrzykiwanie roztworów cukru lub soli kuchennej przy żyłkach, otrzymał w 60 — 70% przypadków b. dobre wyniki. Już po paru zastrzykach znika ociężałość i zmęczenie w obrębie kończyn dolnych, obrzęki i swędzenie skóry ustępują, jak również dokuczliwe bóle w łydkach. Przy chodzeniu — brak bólów, również ciężka praca nie wywala żadnych odczynów bólowych. — Do całkowitego zniknięcia żyłakowatych splotów nie dochodzi, większe jednak żyłaki znikają; pod względem kosmetycznym noga przybiera znośną postać.

Dr. med. H. Z a l c m a n.

Prof. S a i n t - J a c q u e s (Montréal). Zrefer. przez prof. Sergent. *O leczeniu różnych postaci infekcyj przy pomocy wstrzykiwań dożylnych węgla zwierzęcego.* (Le traitement des infections variés par les injections intraveineuses de carbone animal).

Prof. Coghlin dokonał u zwierząt (na 738 przypadkach), dotkniętych róż-

**Znacznie (250 razy) mniej toksyczna od strychniny  
GENOSTRYCHNINA.**



nemi postaciami infekcji doświadczenia wstrzyknięcia dożylnie zawiesiny węgla zwierzęcego. We wszystkich przypadkach (zakażone rany, zapalenia stawów pochodzenia zakaźnego, gorączka pologowa i t. d.) Coghlin osiągnął wyleczenie. Badania fizjologiczne i histopatologiczne wykazały, że komórki endoteljalne wątroby, śledziony i szpiku kostnego wchłonęły ze krwi mikroskopijne cząsteczki węgla i że ilość komórek wielojądrazystych we krwi zwiększyła się. Prof. Coghlin dokonał próby na jednym ze swych asystentów, który przez 18 miesięcy cierpiał na czyraczność. Po jednym zastrzyku nastąpiło wyleczenie.

Autor stosował tę metodę w przeszło 100 przypadkach (przeszło 200 zastrzyków dożylnych) różnych postaci infekcji. Przypadki nie były selektowane, lecz brane w miarę zgłaszania się chorych z różnymi postaciami infekcji. Z tych przypadków jeden był śmiertelny (chora z gruźlicą jelit i guzem pochodzenia gruźliczego), jeden — polyarthrititis deformans — bez zmian, pozostałe przypadki wyleczone.

Autor dzieli chorych na 3 kategorie: 1) chorzy, u których gorączka spadła w ciągu 48 godz. po zastrzyku, wyleczenie nastąpiło szybko — 50%. 2) Chorzy, u których spadek temperatury następował stopniowo, wyleczenie następowało stopniowo — 30%. 3) Chorzy, u których stosowano też inne środki (propidon i inne szczepionki) — 19%. Większość chorych otrzymała po jednym zastrzyku, kilka — do sześciu, ze względu na ciężki stan.

Autor poleca tę metodę, jako istotną i skuteczną, nieprzedstawiającą żadnego niebezpieczeństwa, nie dając

ca żadnej reakcji w postaci szoku, bezbolesną.

Wskazania: ostre i przewlekłe, rzeżączkowe zapalenia macicy i jajników, gorączka pologowa, ostre zapalenie woreczka żółciowego, ostry reumatyzm stawowy, — czyraczność — ostre rzeżączkowe zapalenia stawów i t. d.

Metoda stosowania: wstrzykuje się dożylnie jednorazowo lub więcej 3—4 cm<sup>3</sup> — 2% zawiesiny bardzo drobno sproszkowanego węgla zwierzęcego.

Wskazówka praktyczna: zaleca się przed wstrzyknięciem sparafinować strzykawkę płynną wazeliną, w przeciwnym razie trzonek zatnie się.

Dr. med. J. E r d é l y (Paryż).

M. L o e p e r i R. D e g o s.  
*W sprawie leczenia kardjopatji pochodzenia kilowego metodą stosowania cukru i insuliny wraz z lekami specyficznymi.* Revue de Médecine. Nr. 1, Styczeń 1934. (Le traitement des cardiopathies syphilitiques par adjonction du sucre et de l'insuline à la médication spécifique).

W leczeniu niedomogi serca różnego pochodzenia autorzy otrzymali dodatnie rezultaty przez podawanie chorym cukru i insuliny. Kojarzenie tych środków wraz z digitaliną i ouabainą daje wyniki o wiele lepsze niż wyłączne stosowanie leków nasercowych. Według autorów cukier i insulina działają na czynność mięśnia sercowego, pozatem wzmagają aktywność leków nasercowych. W kardjopatjach pochodzenia kilowego kojarzenie cukru i insuliny wraz z lekami przeciwkilowymi zapobiega nagłym, brutalnym zaburzeniom ze strony serca i naczyń oraz zaburzeniom natury ogólnej, które obserwuje się często

przy wyłącznem stosowaniu środków przeciwiłowych. Autorzy są zdania, że cukier i insulina nadają prawdopodobnie włóknom mięśnia sercowego pewną równowagę chemiczną, niezbędną na zadziałanie w sposób „optima“ na zadrażnienia środków przeciwiłowych i zwiększają tolerancję ustroju w stosunku do tych leków. Autorzy zwracają uwagę, że cukier i insulina nie są środkami zupełnie niewinnymi i każdorazowo muszą być traktowane indywidualnie.

Technika stosowania: autorzy podają choremu codziennie 125 g glukozy w dwu porcjach z przerwą  $\frac{1}{2}$ —1 godz. W czasie przerwy dają podskórny zastrzyk 10 jednostek insuliny (Endopancrine). Zastrzyk środka przeciwiłowego stosowany jest w dwie godziny później. Kuracja cukrowo-insulinowa towarzyszy kuracji przeciwiłowej (2 — 3 mies.).

## Ocena książki

Mikulowski Włodzimierz. *Klinika i leczenie krztuśca*. Monografie lekarskie dla lekarzy — praktyków. Warszawa 1934. Wydawnictwo lekarskie „Eskulap“.

W krótkiej syntetycznej monografii o klinice i leczeniu koklusz autor daje b. ciekawie zebrany materiał kliniczny. Autor sądzi, że kaszel kokluszowy ma wszelkie cechy objawów toksemji z lokalizacją w mózgu (rytm, impulsywność, niepohamowanie, stany półomdlenia, senność, drgawki); dowodzi, jak ważną rolę odgrywają w klinice koklusz, zwłaszcza u małych dzieci, encephalopatie kokluszowe, które mogą przebiegać nawet bez

Peza kuracją przeciwiłową autorzy zalecają pokarmy bardzo cukrzozne, lub też pobieranie co 2 — 3 mies. w ciągu 10 — 15 dni glukozy wraz z zastrzykami insuliny.

Przy myocarditis syphilitica z ciężką niedomogą serca i złym stanem wątroby i nerek autorzy podają jednocześnie digitalinę wraz z oubainą i otrzymywali wybitne rezultaty. Stosowano przeważnie preparaty rtęciowe: w przypadkach wybitnie ewolucyjnych — novarsenobenzol, który uzupełniany był serjami rtęci i bizmutu. Dawki każdorazowo były dość znaczne i zbliżone do siebie w celu uniknięcia reaktywacji. Kojarszenie cukru i insuliny ze środkami przeciwiłowymi jest bardzo zalecane i służyć może przykładem auxoterapii w szerszym znaczeniu.

Dr. med. J. E r d é l y (Paryż).

kaszlu — lecz nigdy bez ogniska w płucach.

Autor sądzi, że ocena sposobów leczenia, oparta na obserwacjach nasilenia samego kaszlu, jest mylna, bowiem kaszel nie jest treścią choroby, koklusz nie jest Hustenkrankheit.

Bardzo szczegółowo omówione są schorzenia płucne, anatomja patologiczna i badania rentgenologiczne płuc w koklusz, kokluszowe zapalenie opłucnej i wreszcie samo leczenie krztuśca. Jest on zwolennikiem terapii modo Pospischill: aeracja, kąpiele, morfina lub makowiec, pokrzyk wilczej jagody, neopancarpina, ephetyna, ephedryna.

Dr. med. B. M u s z k a t b l a t.

**LOBELINA pobudza ośrodki oddechowe.**  
Preparat krajowy.

## DZIAŁ ZAWODOWO - SPOŁECZNY

Dr. med. Stanisław HIGIER (Warszawa).

### Dwa mierniki — jeden wniosek

Że obecny kryzys objął i rzesze lekarskie, podkreślać zbyteczne. Że odbił się na nich o wiele silniej, niż na innych zawodach wyzwolonych — jest dziś już również rzeczą obiektywnie stwierdzoną i odczuwaną przez ogromną większość lekarzy - praktyków na własnej skórze.

Nic dziwnego: kryzys gospodarczy, dotyczący całej Polski, całego nawet świata cywilizowanego, zastał nas, lekarzy, właśnie w okresie zasadniczych przemian, czy to w sposobach zarobkowania, doniedawna niezorganizowanych i opartych niemal wyłącznie na indywidualnej konkurencji, czy w zakresie przygotowywania się do zawodu i wykonywania go z uwzględnieniem profilaktyki i kliniki nowoczesnej. Tembardziej więc nie wydaje się przesądzone, aby „kryzys lekarza“ skończyć się miał istotnie wraz z zakończeniem depresji gospodarczej, jaką obecnie przeżywamy.

Poczucie powyższych przemian wdrożyło się już w psychikę dziesiętszego pokolenia, które niemal w całości ujmuje rzeczywistość z powagą i pesymizmem, wybiegającym daleko naprzód. Rozbieżności poglądów na sytuację obecną właściwie niema. Rozbieżności zaczynają się dopiero w sposobie ujmowania środków, zdolnych do opanowania przewlekającego się kryzysu. Istnieją tu dwa biegunowo przeciwstawne poglądy.

Jedni więc podkreślają przedewszystkiem nadmiar, nadprodukcję lekarzy. Powołują się na przerażające cyfry, dotyczące bezrobocia lekarskiego: około 30% lekarzy pozbawionych jest obecnie jakiegokolwiek dochodu, wielu zarobkować musi przygodnie w dziedzinach zupełnie obcych, nie posiada środków dostatecznych do utrzymania się mniej więcej 70% lekarzy. A przecież z nielicznymi wyjątkami i lekarze pracujący nie są i nie mogą być dostatecznie wyzyskiwani pod względem intensywności i racjonalnego zastosowania wysiłków. Odpowiednie badania bezrobocia lekarskiego z punktu widzenia społecznego stwierdzają wreszcie, że bezrobocie to bynajmniej nie jest tylko odbiciem ogólnego kryzysu, gdyż jak się okazuje okres t. zw. „dobrej konjunktury“ 1926—1928 manifestował jedynie przejawiający się już wówczas kryzys pra-

cowników umysłowych wogóle, bodajże z lekarzami na czele. Wniosek — należy na długie lata ograniczyć lub nawet zamknąć przyływ nowych i młodych sił lekarskich, należy bronić swych stanowisk niezależnych lekarzy prywatnych, zwalczać instytucje, organizujące pomoc lekarską.

Ale powyższym argumentom przeciwstawione są inne, niemniej ważkie.

Więc przedewszystkiem sprawa „uwspółczesnienia“ klinicznej, praktycznej pracy lekarza. Przy dzisiejszym stanie wiedzy nie wystarcza zazwyczaj pojedyncze pobieżne przebadanie pacjenta u niego w domu lub w gabinecie lekarskim, nie wystarczy tych kilku lub kilkunastu minut, które doniedawna poświęcano zarówno pacjentowi prywatnemu, jak i choremu szpitalnemu, dla objęcia całokształtu zmian chorobowych, indywidualnych odchyłeń czynnościowych od normy, dla zapoznania się — jakże niezbędnego — z konstytucją chorego i warunkami jego życia, dla wytyczenia mu ogólnej drogi do wyleczenia, jak i przepisania szczegółowych zleceń na najbliższy okres. Z punktu widzenia już samej tylko rzetelności leczniczej, dotychczasowe masowe przyjęcia chorych, masowe załatwianie dowolnej ilości pacjentów w ciągu godziny przyjęć, prowadzenie ambulatorjów przez jedną osobę, ordynatury obejmujące kilkadziesiąt, a nie raz i więcej łóżek oddziałowych — wszystko to musi ustąpić nowemu porządkowi rzeczy, w którym kilku lekarzy (już wyszkolonych i płatnych, a nie wyszkalanych dopiero) pełnić będzie te czynności, które dotychczas pełnił jeden.

Ważniejszą jest jeszcze okoliczność, że ingerencja i rola lekarza w życiu publicznem znacznie wzrosła. Lekarz z mniej lub bardziej doskonałego rzemieślnika, lub jeżeli kto woli artysty, staje się przedewszystkiem pracownikiem społecznym \*), walczącym mniej z samą chorobą, a bardziej ze zjawiskami ogólnemi, powodującemi lub współtworzącemi niedomagania cielesne i psychiczne. Ubezpieczenia społeczne, poradnie zapobiegawcze dla młodocianych i walka z epidemjami i chorobami zawodowymi, higiena pracy, reforma odżywiania, zagadnienia ludnościowe i t. d. i t. d., wszystko to są dziedziny, w których lekarz już dzisiaj może znaleźć zastosowanie dla swych umiejętności fachowych.

Syntetycznie sprawy powyższe ujmując, stwierdzić należy, że spo-

---

\*) Mowa tu nie o „społecznikostwie“, które charakteryzowało raczej idealistyczny światopogląd lekarzy polskich dawniejszej generacji, ale o czynności i roli społecznej.

leczeństwo nowoczesne potrzebuje o wiele więcej procentowo lekarzy niż dawniejsze.

A przytem jeżeli o nasze, polskie, stosunki chodzi, niedobór lekarzy jest wyraźny; dla zadośćuczynienia celom, które przytoczyliśmy, dla samego dojścia do obowiązującego na zachodzie poziomu, Polska stworzyć u siebie musi bardzo liczne jeszcze kadry lekarskie.

Ale — powie na to sceptyk, szermujący poprzednio streszczonemi argumentami — skąd znajdą się środki na utrzymanie tej armji „pracowników społecznych”? czy stosunkowo niebogaty, a wyniszczony obecnym kryzysem gospodarczym kraj będzie umiał zorganizować i wyżywić potrzebną mu może skądinąd ilość lekarzy? czy może raczej, przeciwnie: okaże się, że Polska przez czas dłuższy nie będzie sobie mogła pozwolić na „luksus” nowoczesnego i nowoczesnie wykształconego lekarza, a tembardziej, na wielkie akcje społeczno - lecznicze? Biorąc za punkt wyjścia moment obecny, akcja lecznicza i pomoc lekarska w Polsce pozostanie więc ograniczona i tania, a kryzys wśród lekarzy będzie się tylko w dalszym ciągu pogłębiać?...

Kto ma tu rację?

Jak zwykle — słuszność jest wieloznaczna i bynajmniej nie prostolinijna. Jedno nie ulega wątpliwości, że same tylko zakazy i utrudnienia dla pragnących pracować w zawodzie lekarskim nie prowadzą do celu. Kto wierzy święcie w regulujące właściwości prawa pobytu i podaży, konsekwentnie przyznać powinien, że ingerencja tego rodzaju jest sztuczna, a więc szkodliwa. Kto w prawa te nie wierzy, a pragnie czynnego ustosunkowania się do zjawisk i przemian społecznych, ten stwierdzi z łatwością, że samo przerzucanie pewnej liczby młodzieży z jednego zawodu do drugiego, nie może przeciąć błędnego koła przyczyn i skutków „strukturalnego” kryzysu inteligencji pracującej.

Zrozumiałe jest natomiast, że w przemianach, jakie się odbywają, nie tyle ilość, ile jakość poważną odgrywa rolę; że przemiany te tem mniej boleśnie przez żyjące pokolenie będą odczute, im mniej będą miały ów fatalistyczny charakter, uniemożliwiający wszelką samoobronę. Jeżeli można się po nich spodziewać i skutków dodatnich, to jedynie wtedy, gdy lekarze sami losy swe w ręce pochwycają, obliczą możliwości, narzucą czynnie społeczeństwu swą nową rolę, oddziałają na opinię publiczną tak, że pojmie ona znaczenie lekarzy w nowem życiu społecznem; stworzą wreszcie nowe warsztaty pracy dla siebie i przyszłych pokoleń!

**Zaparcie nawykowe na tle niedomogi wątrobowej usuwa  
RECTOPANBILINA.**

## Rozmaitości ze Świata

### Australja.

Ostatnio notowane były liczne wypadki zatrucia ołowiem wśród górników w Mont-Isa. Komisja do specjalnych badań pracuje nad sposobami zastosowania środków zapobiegawczych przeciw tym zatruciom.

### Francja.

Akademja Medyczna nadała tytuły członków cudzoziemskich: M. Dominguez, obecnemu ministrowi Kuby w Paryżu i prof. Sannarelli, kierownikowi Instytutu Bakterjologicznego w Rzymie i tytuły członków wolnych M. Danielopolu (Bukareszt) i Bensis (Ateny).

Statystyki wielu krajów wykazują, że ilość mężczyzn, chorujących na gruźlicę przewyższa ilość kobiet. Bernard i Poix notują te same stosunki we Francji, zwracają uwagę władz na konieczność racjonalnego i metodycznego planu walki z gruźlicą i proporcjonalnego podziału łóżek dla chorych w sanatorjach, gdyż ilość dla kobiet przewyższa także dla mężczyzn.

(pg. „Le Siècle Médical“ —Nr. 175, 15 maja 1934 r. — ref. Dr. J. E r d é l y z Paryża).

### Hiszpanja.

Sytuacja wielu lekarzy jest tak krytyczna, że porzucają medycynę dla innych zajęć bardziej intratnych.

### Niemcy.

W Niemczech istnieją stacje sprzedaży mleka kobiecego dla niemowląt. Dr. Kayser opisuje w Münch. Med. Woche taką stację w Erfurcie. Kobiety dostarczycielki otrzymują miesięcznie 30 — 40 Mk. Mleko jest sterylizowane.

### Rumunja.

Rumunja dotąd mało uzbrojona była do walki z gruźlicą. Niedostateczna ilość sanatorjów i odpowiednich oddziałów w szpitalach nie pozwalała na izolację chorych. Obecny minister zdrowia publicznego złożył w parlamencie obszerny projekt organizacji Ligi Narodów do Walki z gruźlicą, obejmujący cel Ligi, jej zadania i kwestję środków materialnych. Świat lekarski i polityczny jest przekonany, że wprowadzenie w życie tego projektu przyczyni się do zmniejszenia śmiertelności.

### Stany Zjednoczone.

Z powodu braku środków musiano przerwać w St. Louis budowę szpitala dla murzynów. Obecnie dzięki darowi w wysokości półtora mil-

jona dolarów szpital ten dla 600 chorych, którego koszty wynoszą 2 i pół miliona dolarów, ukończony będzie w 1935 r.

### **Turcja.**

Przepisy religijne i społeczne stworzyły nieprzebytą zaporę dla przygotowania odpowiedniego personelu pielęgniarskiego, rekrutującego się z kobiet. Pierwsza szkoła pielęgniarstwa dla kobiet inauguruwana była przez rząd republikański w 1925 r. Obecnie dyplomowane pielęgniarki pracują na całym terenie Turcji od Erzurum aż po Adrianopol.

## **Wiadomości bieżące**

### **Dziesięciolecie „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“.**

„Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ obchodziło w ostatnich tygodniach dziesięciolecie swego istnienia. Z tej okazji wydano specjalny zeszyt jubileuszowy w powiększonej objętości.

Zasłużonemu Jubilatowi życzymy dalszej owocnej pracy.

### **Kalendarzyk Zjazdowy.**

W dniach od 19 — 21 maja r. b. odbył się w Krakowie XIV Zjazd psychjatrów polskich.

### **Zmiany w szpitalach.**

W związku z przeniesieniem na emeryturę kilku ordynatorów szpitali warszawskich w najbliższym czasie ogłoszone zostaną konkursy na powyższe stanowiska.

## **Z RUCHU WYDAWNICZEGO**

Ukazał się Nr. 2 — 3 znanego miesięcznika popularnego „DLA ZDROWIA“, redagowanego przez wybitnych higienistów i lekarzy polskich; zawiera on pomiędzy innymi bardzo ciekawie ujęte rozprawy profesora d-ra Gutkowskiego, Szulca, Zembrzuskiego i innych, dotyczące najbardziej aktualnych zagadnień z dziedziny ochrony zdrowia i walki z chorobami społecznymi. Numer zamyka tak zwana „Skrzynka Poczto-wa“, zawierająca obszernie odpowiedzi na zapytania, skierowywane do Redakcji przez czytelników miesięcznika w sprawie najrozmaitszych bolączek zdrowotnych życia codziennego. Administracja miesięcznika, mieszcząca się przy ul. Solnej Nr. 18 w Warszawie, obniżyła prenumeratę roczną z zł. 10 na zł. 5 — a to w celu uprzywilejowania tego jedyne-go i nader pożytecznego pisma jaknajszerszym sferom naszego społeczeństwa.

jona dolarów szpital ten dla 600 chorych, którego koszty wynoszą 2 i pół miliona dolarów, ukończony będzie w 1935 r.

### **Turcja.**

Przepisy religijne i społeczne stworzyły nieprzebytą zaporę dla przygotowania odpowiedniego personelu pielęgniarskiego, rekrutującego się z kobiet. Pierwsza szkoła pielęgniarstwa dla kobiet inauguruwana była przez rząd republikański w 1925 r. Obecnie dyplomowane pielęgniarki pracują na całym terenie Turcji od Erzurum aż po Adrjanopol.

## **Wiadomości bieżące**

### **Dziesięciolecie „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“.**

„Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ obchodziło w ostatnich tygodniach dziesięciolecie swego istnienia. Z tej okazji wydano specjalny zeszyt jubileuszowy w powiększonej objętości.

Zasłużonemu Jubilatowi życzymy dalszej owocnej pracy.

### **Kalendarzyk Zjazdowy.**

W dniach od 19 — 21 maja r. b. odbył się w Krakowie XIV Zjazd psychiatrów polskich.

### **Zmiany w szpitalach.**

W związku z przeniesieniem na emeryturę kilku ordynatorów szpitali warszawskich w najbliższym czasie ogłoszone zostaną konkursy na powyższe stanowiska.

## **Z RUCHU WYDAWNICZEGO**

Ukazał się Nr. 2 — 3 znanego miesięcznika popularnego „DLA ZDROWIA“, redagowanego przez wybitnych higienistów i lekarzy polskich; zawiera on pomiędzy innymi bardzo ciekawie ujęte rozprawy profesora d-ra Gutkowskiego, Szulca, Zembrzuskiego i innych, dotyczące najbardziej aktualnych zagadnień z dziedziny ochrony zdrowia i walki z chorobami społecznymi. Numer zamyka tak zwana „Skrzynka Poczto-wa“, zawierająca obszernie odpowiedzi na zapytania, skierowywane do Redakcji przez czytelników miesięcznika w sprawie najrozmaitszych bolączek zdrowotnych życia codziennego. Administracja miesięcznika, mieszcząca się przy ul. Solnej Nr. 18 w Warszawie, obniżyła prenumeratę roczną z zł. 10 na zł. 5 — a to w celu uprzyświeśnienia tego jedyne-go i nader pożytecznego pisma jaknajszerszym sferom naszego społeczeństwa.



**NADEŚLANO DO REDAKCJI.**

**Wł. Mikułowski:** Klinika i leczenie krztuśca. Wydawn. „Eskulap“,  
Warszawa, 1934.

„Dla Zdrowia“ Nr. 2 — 3 z 1934 r.

„Kronika Farmaceutyczna“ Nr. 10 i 11 z 1934 r.

„Lekarz Tybetański“ Nr. 5 z r. 1934.

„Przegląd Ubezpieczeń Społecznych“ Nr. 5 z 1934 r.

**Z ŻAŁOBNEJ KARTY.**

W ostatnich miesiącach zmarli między innymi:

Zasłużony bakterjolog i internista, ordynator Szpitala Ujazdowskiego, docent Uniw. Warsz. dr. med. Stefan Sterling - Okuniewski.

Dr. Jan Ałapin, wenerolog (z Warszawy).

Dr. Bronisław Grocholski, laryngolog (z Warszawy).

Dr. M. Woflson, pedjatra (z Warszawy).

Dr. Władysław Zalcman, ginekolog (z Warszawy).

**DIETETYKA**

(wraz ze sposobami przyrządzania  
potraw) Dr. med. Alfreda Galewskiego

Do nabycia w cenie Zł. 4.— (dla pp. Lekarzy u autora  
(Warszawa, Solna 6). Konto w P. K. O. Nr. 1778.

**PRENUMERATA**

	Miejscowa	Zamiejscowa
Rocznie .	Zł. 6.—	Zł. 7.—
Kwartalnie .	Zł. 1.50	Zł. 1.75

**CENY OGŁOSZEŃ:**

1/1 strony	Zł. 300.—
1/2 „	„ 175.—
1/3 „	„ 92.—

Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1.—

Redakcja i Adminisrracja

**Warszawa, Grzybowska № 88, tel.: 224-27 i 229-34.**

Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt 10—12.

**Redaktor:** Dr. med. Alfred Galewski.

**Wydawca:** Aleksander Wieniewicz.

**Sekretarz redakcji:** Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SIŁA“, Warszawa, Marszałkowska 71. tel. 8-34-48.

# FOSFATYNA FALIERA



NIODZOWNY POKARM  
NIEMOWLĘCIA OD  
7 MIESIĄCA ŻYCIA.

WZMACNIA KONSTYTUCJĘ DZIECKA  
UŁATWIA ZĄBKOWANIE I WYBITNIE  
WPŁYWA NA  
PRAWIDŁOWY ROZWÓJ  
KOŚĆCA I MIĘŚNI.



HT

WARSZAWA, GRZYBÓWSKA 88.

# FOSFATYNA FALIERA



NIEODZOWNY POKARM  
NIEMOWLĘCIA OD  
7 MIESIĄCA ŻYCIA.

WZMACNIA KONSTYTUCJĘ DZIECKA  
UŁATWIA ZĄBKOWANIE I WYBITNIE  
WPŁYWA NA  
PRAWIDŁOWY ROZWÓJ  
KOŚĆCA I MIĘŚNI.

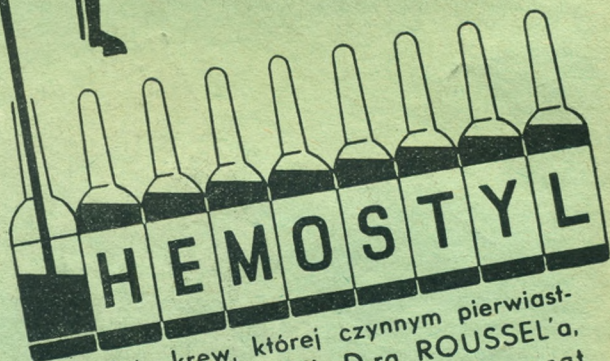


HT

WARSZAWA, GRZYBÓWSKA 88.



LEVITT - HMA



**1700** koni daje krew, której czynnym pierwiast-  
kiem jest **HEMOSTYL** D-ra ROUSSEL'a,  
najaktywniejszy biologiczny preparat  
krwiotwórczy i przeciwkrwotoczny  
**FLAKONIKI • AMPUŁKI • SYROP**

428

**Państwowy Zakład Higieny**  
**Filja w Gdyni**

Ar. 16.11.48

OPŁATA POCZTOWA UISZCZONA RYCZAŁEM

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

pod redakcją Dr. med. ALFREDA GALEWSKIEGO

Rok IV.

1934 r.

Nr. 4 (17)



*zwiezić...*

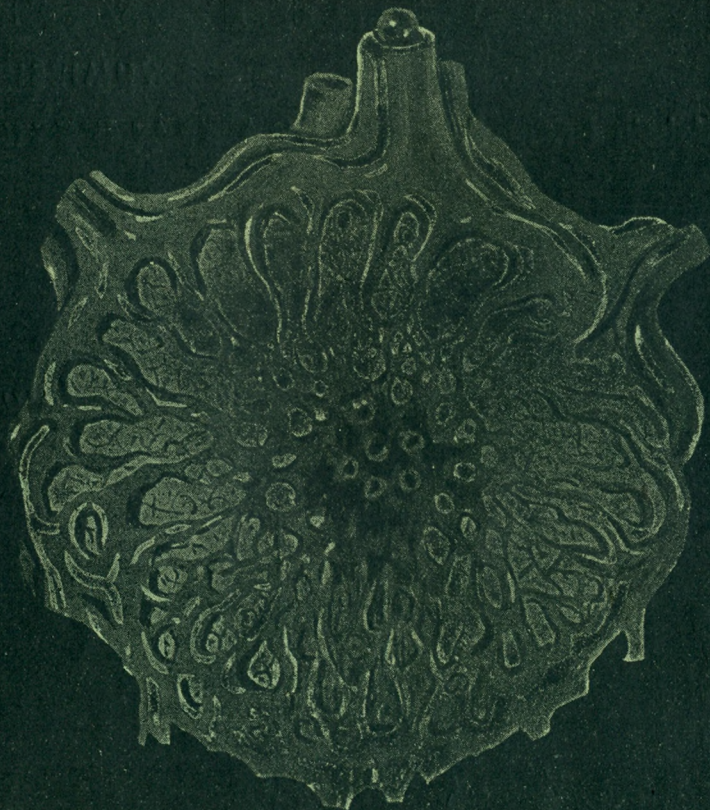
łaseczniki, pozbawić je możliwości rozmnażania przez wzmocnienie odporności tkanek - oto droga do zwalczania gruźlicy. **CINNOZYL** stosuje się we wszystkich przypadkach gruźlicy płucnej, nawet w postaciach gruźlicy czynnej z powstawaniem jam płucnych.



4930.D.1947.



KAMICA ŻÓŁCIOWA  
KOLKA WĄTROBIANA  
ŻÓLTACZKA



# PANBILINE

LAB. CHEM. FARM.  
"ASMIDAR"  
WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

żółciopędne  
działanie  
**BILIVALU**  
cholanu sodowego le-  
cytyny o zawartości  
25% lecytyny  
ma zastosowanie  
przy wszelkich  
zastoinowych  
stanach żółci  
w woreczku

**BILIVAL**

ułatwia przepływ  
żółci do dwunastnicy wzma-  
gając w ten sposób ruch  
robaczkowy jelit  
Stosuje się w schorzeniach  
wątrobowych zwłaszcza zwią-  
zanych z zaburzeniami prze-  
miany cholesterynowej

Dawkowanie:

3 razy dzien-  
nie bezpośrednio  
po jedzeniu 3-4  
pigulek naraz. Po-  
lepszenie nastę-  
puje po kilku  
dniach. Aby jed-  
nak uniknąć  
nawrotów, nale-  
ży zażywać Bili-  
val przez czas dłuższy.  
Opakowanie: flakony o za-  
wartości 50 pigulek

PREPARAT KRAJOWY

**BILIVAL**



LEVIT-F.H.M.

Naturalne produkty

# VICHY-ÉTAT:

---



## Wody

(Célestins, Grande-Grille, Hôpital, Chomel)

## Sól

## Comprimés

(tabletki musujące)

## Pastyłki

(do ssania o różnych smakach)

stanowią najbardziej racjonalną kurację:

SCHORZEŃ WĄTROBY,  
ŻOŁĄDKA i JELIT,  
CHORÓB PRZEMIANY MATERJI  
(REUMATYZM i ARTRETYZM).

skuteczne jedynie ze znakiem



GENERALNE PRZEDSTAWICIELSTWO

**Dr. E. PAULIN**

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Warszawa, Królewska 29a, tel. 632-17



# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

## Zgon wielkiej uczzonej ś. p. Marji Skłodowskiej-Curie

Dnia 4 lipca 1934 r. zmarła w Sancellemoz wielka uczona, profesor Sorbony Paryskiej, dwukrotna laureatka Nobla, członek Paryskiej Akademii Medycznej, dyrektor Instytutu Radowego w Paryżu, założycielka Instytutu Radowego w Warszawie, chluba nauki polskiej, ś. p. Marja Skłodowska - Curie.

Ś. p. M. Skłodowska - Curie urodziła się w Warszawie 7 listopada 1867 r.: dyplom uzyskała w 1895 r. w Paryżu. W 1898 r. wykryła polonirad; w tymże roku oraz powtórnie w 1911 r. odznaczona została nagrodą Nobla. W roku 1922 zostaje wybrana na członka Akademii Nauk w Paryżu, a w 1929 r. odznaczona komandorją Francuskiej Legji Honorowej. Dzięki inicjatywie Skłodowskiej - Curie zostaje w r. 1932 założony w Warszawie Instytut Radowy.

Zgon naszej wielkiej uczzonej pokrywa ciężką żałobą świat naukowy.

Cześć Jej świetlanej pamięci!

Redakcja Przeglądu Terapeutycznego.

### DZIAŁ NAUKOWY

Dr. med. Stanisław HIGIER (Warszawa).

## Nowsze zdobycze lecznictwa schorzeń naczyńowych

Jedną z cech charakterystycznych współczesnej medycyny klinicznej jest nierównomierny rozwój rozmaitych jej gałęzi. Ujmując to w perspektywie historycznej, mówić można o nagłym zatrzymaniu się określonych dziedzin i działów przy równoczesnym wybitnym rozra-

staniu się innych. Z punktu widzenia stanu aktualnego przedstawia się to znów w postaci istnienia prawdziwych luk w zakresie nowoczesnie poj-  
mowanej patologii i dżagnostyki szeregu spraw chorobowych z odpo-  
wiadającą im jawną przestarzałością leczenia w odnośnej dziedzinie.

Jedną z takich luk stanowi bezwątpienia dział schorzeń naczyń ob-  
wodowych, który od kilku lat zaledwie budzi należyte zaciekawienie teo-  
retyków i praktyków. W tej zaniedbanej dziedzinie do najbardziej ciem-  
nych i zupełnie po macoszemu doniedawna traktowanych spraw, zali-  
czyć z kolei wypadnie grupę postępujących schorzeń naczyń kończyn,  
schorzeń powstających w stosunkowo wczesnym wieku, a prowadzących  
zwykle wkońcu do zamknięcia światła naczyńniowych i martwicy tkanek  
otaczających.

Grupa powyższa, wyodrębniona jako określony zespół anatomo-  
patologiczno - kliniczny po raz pierwszy przez Winiwartera (w 1879 r.),  
nazwana jednak przez niego zbyt wąsko „Enderteriitis obliterans“, za-  
wiera w sobie większość tych wszystkich przypadków, które oznaczono  
w ciągu ostatniego pięćdziesięciolecia jako: Dysbasia angiosclerotica,  
Diathesis angiospastica, claudicatio intermittens juvenilis, gangraena  
spontanea i t. p. Zaliczone do niej prawdopodobnie również winny być za-  
burzenia naczynio-skurczowe typu choroby Raynauda, mające skłonność  
do postępowania (tracąc swój pierwotnie napadowy charakter), jak  
i niektóre obrazy miażdżycy wczesnej naczyń obwodowych.

Świeżą podnieję do zgłębienia tych schorzeń stanowiło ukazanie  
się przed kilkunastu laty pracy Buergera, który wyodrębnił nieznaną do  
tego czasu w Ameryce postać Winiwarterowską, ukazując jej właściwą  
wagę w patologii, nadając jej jednak jeszcze mniej szczęśliwe, a na bar-  
dzo subiektywnych hipotezach patogenetycznych i patologicznych, opar-  
te miano „Thromboangiitis obliterans“. Koncepcja Buergera spotkała  
się z dość ostrą krytyką i dzisiaj zdaje się nie ulegać wątpliwości, że do  
cierpień tych podchodzi należy nie jak do jednostki nozologicznej, ale  
jako do pewnego zespołu fizjopatologicznego i, co z tego dopiero wynika,  
zespołu histopatologicznego z jednej, a objawo-klinicznego z drugiej  
strony.

W myśl powyższego, zaproponowałem już gdzieindziej ujmowanie  
tych spraw syntetycznie, jako grupy schorzeń naczyńniowych postępują-  
cych ischemizujących i zacieśniających (Acrongiopathiae progressivae  
ischaemisantes et obliterantes A.P.I.O.) i tej nomenklatury trzymać się  
będę w niniejszym artykule.

Niezależnie od walki, jaka się toczy pomiędzy zwolennikami „no-

zologicznego" i „semjologicznego" poglądu na omawiane schorzenia naczyniowe, ustalono obiektywnie dwie ważne dla lekarza-praktyka okoliczności: 1) że przypadki postępującego zacieśnienia naczyń obwodowych zdarzają się o wiele częściej, niż się doniedawna zdawało; 2) że są one niezwykle odporne na leczenie.

Jakże przedstawia się w tej chwili bilans leczenia powyższych cierpień?

Przedewszystkiem — coraz wyraźniej zaznacza się różniczkowanie na leczenie przyczynowe i objawowe, przyczem większość środków, zwłaszcza farmakologicznych, stosowanych w ciągu ubiegłego pięćdziesięciolecia w chorobach naczyniowych, odsunięta zostaje na plan dalszy, jako działająca tylko objawowo, niezdolna do powstrzymania szybkości postępującego procesu chorobowego. Mimo to szereg autorów, szczególnie starszych (Schlesinger i inni), stara się zrehabilitować wartość takiego, par excellence konserwatywnego leczenia A. P. I. O., podkreślając, że osłabianie objawów, głównie o charakterze odruchów bólowych lub naczynioruchowych, przerywa błędne koło przyczyn i skutków, umożliwiając samowyleczenie.

Chodzi więc tu w pierwszym rzędzie o opanowanie bólów, niezwykle dokuczliwych, nasilających się czasami do rzeczywistych paroksyzmów, kiedyindziej uniemożliwiających stale w ciągu całych tygodni, sen lub ruchy dowolne chorą kończyną. Bóle w A.P.I.O. przybierać mogą u jednego i tego samego osobnika, zależnie od okresu choroby i zajętego odcinka, najrozmaitszy charakter, rzadko tylko dają trwalsze remisje, nie opuszczając zwykle pacjenta w ciągu lat aż do zejścia śmiertelnego.

Stwierdzono już dawniej, że szereg środków przeciwbólowych, a co ciekawsze morfina i jej przetwory, są bardzo mało skuteczne w stosunku do bólów „naczyniowych"; również stosunkowo niepewne są wyniki działania analgetyków grupy „anilinowej" i salicylatów. Próbowano więc uśmierzać bóle w A.P.I.O. różnemi zestawieniami i preparatami o działaniu wzmocnionem, z tych do najbardziej celowych zaliczyć można kombinacje pyramidonu z wodanem chlorału, niektórzy klinicyści (Cref) dodają do tego małą dawkę strychniny, inni kofeiny lub teobrominy, jeszcze inni papawerynę i luminal. Analogicznie do działania azotynów i azotanów w przypadkach dusznicy bolesnej, stwierdzono dodatnie ich działanie na objawy bólowe w omawianych schorzeniach naczyniowych; działanie to ogranicza się głównie do tych postaci i okresów A.P.I.O., w których dominuje składowa skurczowa (zwłaszcza przy współlistnieniu

**CINNOZYL = cinameina + cholesteryna + kamfora  
w sterylizowanym roztworze olejowym.**

zmian miażdżycowych), najlepiej działa wstrzyknięcie 2%—3% Natrii nitrosi, słabiej pojedyncza dawka nitrogliceryny, podawanej jednak przez niektórych terapeutów chętnie przy dłuższej kuracji.

W ostatnich czasach próbowano stosować m. i. i w celu opanowania napadowego bólu wstrzykiwania johimbiny, bądź samej (w dawce 0,005—0,01), bądź w połączeniu z uretanem (np. t. zw. Vasotoninę), naogół z wynikami dodatnimi, zwłaszcza przy równoczesnej hipertensji. Wreszcie stwierdzono bezpośredni dodatni efekt przeciwbólowy pojedynczego wstrzyknięcia acetylcholino (najwybitniejszy bodaj przy dawce średniej = 0,1), co, jak się okazało, nie zawsze idzie w parze z ogólnym leczniczym działaniem serji wstrzykiwań acetylcholino w danym przypadku (Higier).

Na pograniczu leczenia objawowego i przyczynowego stoi metoda Smithwick'a i White'a, polegająca na wstrzykiwaniu donerwowem (perineuralnem), ściślej mówiąc pod otoczkę gałązek nerwowych czuciowych, alkoholu. Stwierdzić jednak trzeba, że w przypadkach stosunkowo świeżych, nie wykazujących jeszcze znaczniejszych zmian odżywczych na obwodzie, metodą tą udaje się nieraz otrzymać dłuższe remisje objawów bólowych.

Do leczenia objawowego zaliczyć wypadnie również te zabiegi miejscowe, niechirurgiczne, które skierowane są ku ograniczeniu i gojeniu owrzodzeń, ognisk martwiczych i t. p., jak i zmniejszeniu wynikających stąd bólów. Stosuje się tu głównie okłady wilgotne (niewysychające), oraz maści obojętne z dodatkiem anestezyny i insuliny. Ostatnio wprowadzono maść leotaminową, zawierającą obok insuliny i drugą frakcję wydzielania dokrewnego trzustki oraz witaminę B; maść ta subiektywnie powoduje pewne podrażnienie (pieczenie), wykazuje jednak właściwości „gojenia“ w większym, niż zwykła maść insulinowa, stopniu.

Co się tyczy leczenia przyczynowego, to podkreślić należy, że coraz większego znaczenia nabiera zasada ogólna, na pierwszy rzut oka prosta, jakkolwiek wypracowana długoletnim doświadczeniem specjalistów, szczególnie szkoły francuskiej, że leczenie przyczynowe, dotyczące aparatów nerwowych odruchowych tam tylko ma właściwy sens i charakter, gdzie proces patologiczny istotnie ogranicza się do jednego odcinka (np. jednej tylko kończyny), wzgl. do jednego metameru. Tam gdzie sprawa chorobowa jest bardziej uogólniona, obejmując kilka odcinków, tam wszelkiego rodzaju zabiegi miejscowe oraz operacje w obrębie układu sympatycznego uznane być muszą jako paljatywy, niewchodzące w zakres właściwego leczenia przyczynowego.

Zasada ta posiada jednak pewne „ale“, nie wiemy bowiem do- tychczas, czy procesy o charakterze A.P.I.O., zdawałoby się zupełnie umiejscowione, a nawet zależne od etiologii miejscowej (np. pourazowe) nie stanowią jedynie okresu wstępnego schorzenia ogólnoustrojowego (skazowego), względnie, czy nie prowadzą one do wytworzenia się w ustroju pewnego czynnika patogenetycznego, zdolnego do uogólnienia zmian chorobowych.

Wracając do leczenia farmakologicznego, tym razem z punktu wi- dzenia *therapiae causalis*, przypomnieć trzeba, że oprócz wymienionych już środków (podawanych w leczeniu przyczynowym, jednak stale przez czas dłuższy) szeroko są tu stosowane wszelkiego rodzaju leki hypoten- syjne z wynikami naogół wątpliwymi. Ostatnio coraz częściej podkre- ślana jest wartość lecznicza jodu w A.P.I.O., podawanego w dawkach homeopatycznych (Guggenheimer i in.), np. w roztworze 0,02—200,0 łyżkami stołowymi.

Z pośród leków, mających na celu zmniejszenie krzepliwości krwi, niebezpiecznej — jak twierdzą niektórzy — zwłaszcza w postaciach kla- sycznej „*Thromboangiitis*“, przyjęło się jedynie podawanie cytrynianu sodu w dawkach 0,10 — 0,30 pro dosi; przyjmowanie hirudyny oka- zało się niecelowe i dla ustroju nieobojętne.

Nie jest również obojętną histamina, której wpływ rozszerzający na naczynia przedwłośnikowe nie ulega wątpliwości, która jednakowoż po- siada działanie przejściowe z następną fazą negatywną i wpływa szkodli- wie na regulację automatyczną ukrwienia miejscowego. Mimo to, Schade i Bettman otrzymywali przy dłuższem stosowaniu histaminy podskórnie w A.P.I.O. wyniki zachęcające.

Inny zgoła jest mechanizm działania leczniczego o s m o t e r a p j i. Zwłaszcza w Ameryce szeroko stosowane są obecnie dożylnie wstrzykiwania hipertonicznych roztworów soli kuchennej (4% — 10%), uznawane przez wielu specjalistów (Silber, Klacz) za wybiórczą wprost metodę leczenia cierpień naczyniowych „obliterujących“. Istota ich dzia- łania polega prawdopodobnie na „odwodnianiu“ tkanek i przeciwdziała- niu w ten sposób zgorzeli, jakkolwiek wpływ tu ma również i samo oży- wienie wymiany międzykomórkowej; dowodem tego służyć może uży- wanie przez innych wstrzykiwań hypotonicznych, zdawałoby się przeciw- stawnych co do działania poprzednim, z podobnym jednak efektem leczniczym (Hope).

Leczenie bodźcowe i wstrząsowe, zwłaszcza zaś proteinoterapia, w Europie zarzucona niemal zupełnie w leczeniu chorób naczyń,

w Ameryce święci również wielkie tryumfy. Jest rzeczą interesującą, że ogranicza się ona w tej dziedzinie niemal całkowicie do wstrzykiwań (lub szczepień) szczepionki durowej, jakkolwiek nikt z autorów nie podnosił sprawy szczególnej swoistości tej szczepionki w A.P.I.O. Szczepionka ta doskonale wpływać ma zwłaszcza na zaburzenia odżywcze, a więc wskazana jest przede wszystkim w przypadkach rozwijających się z owrzodzeniami typu „ulcera cruris“ (Allen i Smithwick, Barker i in.). W jakim stopniu leczenie to może opanować proces chorobowy, trudno dotychczas dać obiektywną odpowiedź.

Opoterapia stosowana była w postępujących cierpieniach naczyń obwodowych *larga manu*; wystarczy przytoczyć, że próbowano tu wszystkich, prócz adrenaliny, wydzielin gruczołów dokrewnych. Wyniki lecznicze nie zawsze jednak odpowiadały podstawom teoretycznym, na których dany pomysł terapeutyczny się opierał. Z odpowiednich substancji i przetworów organoterapeutycznych wymienić tu wypadnie te, które wytrzymały egzamin czasu o tyle, że pozostały w arsenale leczniczym większości specjalistów. Należy tu opoterapia jajnikowa, przysadkowa, podawanie insuliny, leczenie pozainsulinową frakcją wydzielania dokrewnego trzustki, wyciągami sercotropowymi mięśni prądkowanych i wreszcie acetylcholiną.

Leczenie A.P.I.O. wyciągami lub hormonem jajnikowym oparte jest teoretycznie z jednej strony na farmakodynamice powyższych ciał (właściwości regulacyjne w odniesieniu do odruchów wegetatywnych, zwłaszcza zaś naczynio-ruchowych, rozszerzanie włósników), z drugiej na stwierdzeniu konstytucjonalnej skłonności mężczyzn do zapadania na tego typu schorzenia naczyniowe wobec wielkiej rzadkości występowania A.P.I.O. u kobiet.

Działanie lecznicze, jeżeli nie w sensie opanowania procesu chorobowego, to, w każdym razie, w postaci zwolnienia jego tempa praktycznie stwierdzone było przez szereg autorów (Sicard, Lichtwitz, Leibovici i in.), zarówno używających wyciągów jajnikowych niestandardyzowanych, jak i biologicznie miareczkowanej substancji „hormonalnej“; osobiście chętniej podaję wyciąg całkowity (ew. z określoną domieszką folikuliny), gdyż otrzymywałem nim wyraźniejsze polepszenie okresowe.

Wyciągi przysadki stosowane są ze względu na ich tonizujące właściwości, dające się doświadczalnie zauważyć, zwłaszcza w odniesieniu do naczyń miednicy i kończyn dolnych, dalej ze względu na ich regulacyjne właściwości w przemianie węglowodanowej, bromowej i jo-

dowej, wreszcie jako aktywator hormonu płciowego. Podawane są dawki masywne zarówno wyciągów całkowitych, jak i wyłącznie z płatu przedniego. Doskonale wyniki przy równoczesnym podawaniu hypofizyny i jodu mieli Pribram i Polak, szczególnie jeżeli chodzi o postaci o typie miażdżycy wczesnej.

Insulina stosowana była pierwotnie w A.P.I.O. raczej symptomatycznie, w celu przeciwdziałania tworzeniu się i szerzeniu zgorzeli, jak również, o czym wzmiankowaliśmy poprzednio, dla przyspieszenia gojenia się owrzodzeń. Z czasem stwierdzono jej właściwości terapeutyczne względem samego procesu chorobowego (Marchac, Muszkatlenblit). Abstrahując od przypadków, w których cierpienie naczyń obwodowych powstaje na tle cukrzycy u djabetyków, i gdzie insulinoterapia stanowi rdzeń leczenia, stwierdza się i w innych przypadkach poprawę pod wpływem insuliny, zwłaszcza w okresie panowania napadowych pogorszeń, objawów skurczowych i bólowych. Podawać insulinę należy tu systematycznie 2—3 razy dziennie w dawkach małych (7—10 jednostek).

O wiele wyraźniejszy jest wpływ leczniczy pozainsulinowej frakcji dokrewnego wydzielania trzustki (Angioxyl, Kallikreina i t. p.). Mimo sceptyczną ocenę jej działania przez niektórych autorów (Kaufer) stwierdzić można, że w pewnych okresach i postaciach A.P.I.O. leczenie Angioxylem i przetworami analogicznymi nie da się niczem zastąpić. Osobiście mogłem się wielokrotnie przekonać o dobroczynnym wpływie tego leczenia w stadiach początkowych, jak również w przypadkach współlądających z nadciśnieniem i objawami mózgowymi; gorsze nieco są wyniki u osób młodych, stygmatyzowanych neurowegetatywnie i u których stwierdza się raczej hypotensję. Warto też zaznaczyć, że często leczenie Acetylcholiną (p. dalej) okazuje swą wartość dopiero po uprzednim przygotowaniu ustroju przez Angioxyl.

Dawkowanie stosunkowo wysokie, w każdym razie w pierwszych dniach kuracji (2 ampułki dziennie).

Leczenie wyciągami Mm. prążkowanych (Myostriatol, Lacarnol i t. p.) po krótkotrwałych tryumfach znajduje się dzisiaj znów pod znakiem zapytania, jeżeli o wpływ przyczynowy w A.P.I.O. chodzi. Wyciągi te działają nieźle w stosunku do pewnych objawów, np. łatwego męczenia się i bólów wysiłkowych zajętych kończyn, stąd płyną wskazania ich w przypadkach dominowania w obrazie — chromania przestankowego (Neuman); wpływ systematycznych kuracyj temi wyciągami na cały przebieg choroby nie jest dostatecznie wyjaśniony. I tu większość auto-

**CADECHOL** wzmacnia mięsień serca.  
Preparat krajowy.

rów wypowiada się za rozpoczęciem leczenia dawkami masywnymi, które po krótkim czasie winny ustąpić dawkom małym.

Acetylcholina na krótki dystans daje wyniki najbardziej efektowne, czasami już po pojedynczym wstrzyknięciu zjawia się zarówno wyraźna poprawa subiektywna, jak i zmiana obiektywna w wyglądzie schorzałej kończyny; kiedyindziej optimum działania wyraża się po 3 — 6 zastrzykach. Podawanie jej w sposób przewlekły nie prowadzi jednak, jak stwierdził szereg badaczy (Kaufman, Hoeck, Higier), do dalszej poprawy, dać może natomiast objawy niepożądane, czy to ze strony „obwodu“, czy serca (Felix i Tochowicz). Stosować więc acetylcholinę należy z przerwami; dawka normalna wynosi 0,10 — 0,20 Acecoline.

Co się tyczy leczenia A.P.I.O. energją promienistą i ciepłą, stosowane jest miejscowe naświetlanie promieniami podczerwonemi chorego odcinka oraz radem (nie emanacją) pni naczyń doprowadzających (Borovansky). Prowadzić to ma do odruchowego rozszerzenia układu tętniczego, a być może również, do nowotworzeń naczyńiowych, niezbędnych dla szybkiego powstania krążenia ubocznego (kollaterale), które przejąc będzie musiało czynności odżywcze niszczonego przez procesy zacieśniania i zakrzepy układu większych tętnic. Powyższe metody lecznicze dokładnie nie są jeszcze zbadane, wymagają wielkiej ostrożności i umiejętnego indywidualizowania dawek i sens posiadają tylko wtedy, gdy proces chorobowy obejmuje wyłącznie jedną kończynę (p. wyżej). W innych przypadkach traktowane być muszą jedynie jako leczenie objawowe.

Do leczenia par excellence przyczynowego zaliczone natomiast być muszą naświetlania rentgenowskie, skierowane nie na schorzałe odcinki, ale na te narządy, które mają być „patogenetycznym“ punktem wyjścia samej choroby. Szeroko stosowane, głównie przez terapeutów francuskich, są serjowe naświetlania nadnerczy. Metodą tą uzyskuje się istotnie dobre wyniki, zwłaszcza w postaciach o typie przewlekłego Raynauda, gdzie prowadzi ona do długotrwałych remisji.

W jakim stopniu lecznicze efekty przypisać należy regulacyjnemu działaniu naświetlania na nadnercza same (hyperadrenalinemja), w jakim zaś ubocznemu działaniu na odpowiednie odcinki rdzenia i układu sympatycznego (zwoje przykręgowe), a wreszcie i na trzustkę, która często mimowoli zostaje naświetlona — nie zostało dotychczas wyjaśnione.

Przechodzimy wkońcu do leczenia operacyjnego, które w ciągu kilku ostatnich lat przeżyło wraz z całą chirurgją neurovegetatywną

**Znacznie (250 razy) mniej toksyczna od strychniny  
GENOSTRYCHNINA.**



okres wielkiego rozkwitu. Zdać sobie przecie należy sprawę, że większość dokonywanych zabiegów ma na celu leczenie procesów miejscowych i w myśl wyżej powiedzianego, za terapię przyczynową uchodzić może w tych tylko przypadkach, w których angiopatia obejmuje jedną jedyną tylko kończynę lub przejawia się w sposób ściśle „metameryczny”. Wyjątek stanowią zabiegi na nadnerczach, szczególnie jeżeli za Opelem i jego szkołą uznać podkład hyperadrenalinemiczny wszystkich omawianych tu cierpień.

Zabiegiem klasycznym jest tu epinephrectomia, naturalnie jednostronna, dająca często wybitne polepszenia, lub nawet — jak twierdzą niektórzy — całkowite wyleczenie. Zwłaszcza w postaciach przewlekłych typu „Thromboangiitis”, idących z okresami ciepłoty podgorączkowej, notowane są przypadki remisji, liczących dzisiaj 3—4 lata (Oppel, Leriche, Stricker i in.), a nawet więcej. Durante zamiast usuwania nadnercza, zabiegu trudnego i powodującego wstrząs całego ustroju, proponuje ostatnio t. zw. operację Pendego, t. j. jednostronne usunięcie n. trzewnego.

Z innych zabiegów wymienimy: najdawniejszą sympaticectomię (Jaboulay — Higier — Leriche), raczej neurektomię sympatyczną dołożanaczyniową, polegającą na przerwaniu unerwienia sympatycznego (a więc naczyńozwężającego), przebiegającego w przydanie pnia naczyniowego; sympathicotomię, t. j. przecięcie i pasma granicznego na odpowiedniej wysokości, wreszcie, ganglionectomię, t. j. usunięcie zwoju lub zwojów sympatycznych, zwłaszcza w paśmie granicznym (np. zwoju gwiaździstego i t. d.).

Danielopolu, jeden z najwybitniejszych znawców tej dziedziny, stwierdzając, że metoda chirurgiczna dążyć musi do całkowitego przecięcia łuków odruchowych w naczyniach, w których upośledzony jest automatyzm naczynioruchowy i dominują przesadne lub paradoksalne odruchowości, wypowiada się ostatnio za sympathicotomią; tezę tę popiera większym doświadczeniem klinicznym, zawierającym bardzo zachęcające wyniki.

Ujmując sprawę ogólnie, widzimy, że lecznictwo A.P.I.O. jest bardzo bogate i różnorodne, jednakże dalekie od umiejętności opanowania choroby w wielkiej ilości przypadków. Nic dziwnego. Dział ten czeka dopiero na nowoczesną terapię, opartą o nowoczesny również i syntetyczny pogląd na patogenezę tych cierpień.

# ANGIOXYL

D<sup>ra</sup> ROUSSELA

LECZENIE SWOISTE  
DZIĘKI TROFICZNEMU DZIAŁANIU  
NA ŚCIANKI NACZYŃ

stosuje się w

DUSZNICY BOLESNEJ  
NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM  
MIAŻDŻYCY TĘTNIC  
ZAPALENIU TĘTNIC

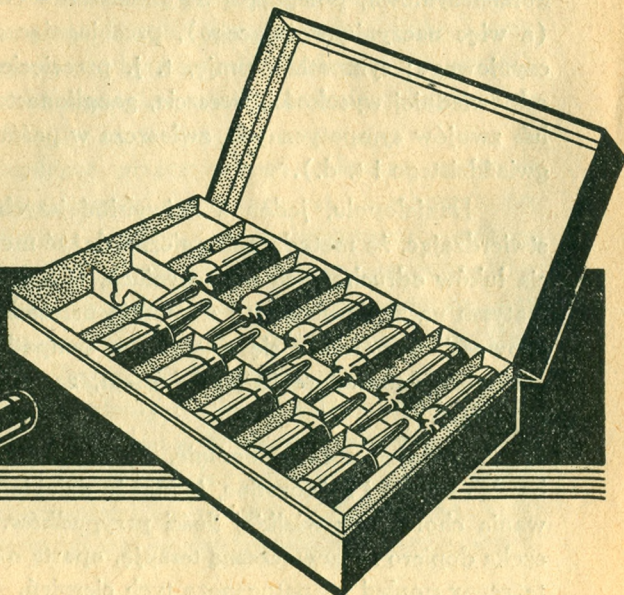
wskazany  
ponadto w

ZABURZENIACH OKRESU  
PRZEKWITANIA

AMPUŁKI: 2 do 4 dziennie naraz domięśniowo.

SYROP: 3 łyżeczki do kawy dziennie między  
posiłkami.

NIE POSIADA PRZECIWWSKAZAŃ



LITERATURA I PRÓBY:  
WARSZAWA, — GRZYBOWSKA 88

## STRESZCZENIA

**Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej**

R. M a n c k e. *Stosowanie próby Millona w moczu, jako środka, wykazującego zniszczenie tkanki wątrobowej* (Münch. Med. Woch. 1934, str. 981).

Wykazanie uszkodzenia tkanki wątrobowej we wczesnych okresach jest ogromnie ważne, stąd bowiem wpływają wskazania do leczenia schorzenia wątroby insuliną i węglowodanami oraz lecytyną. Dotychczas klinika posługiwała się różnymi próbami, między innymi zadowolą się wykazaniem urobiliny, urobilinogenu i bilirubiny w moczu. Autor stosuje od dłuższego czasu w przypadkach uszkodzenia tkanki wątrobowej w klinice lipskiej własną próbę Millona.

**T e c h n i k a s t o s o w a n i a:** Niewielką ilość moczu miesza się z równą ilością odczynnika Millona, gotuje się i sączy. Przesącz wówczas wykazuje (o ile próba ma wynik dodatni) czerwone zabarwienie.

Odczynnik Millona składa się z 1 części rtęci + 2 części kwasu azotowego (ciężar gat. — 1,42), które mają być zmieszane na zimno, a potem podgrzane i rozcieńczone podwójną ilością wody. Po kilku godzinach klarowny płyn oddziela się od krystalicznego osadu.

Doświadczenie wykazuje, że próba ta wypada najwyraźniej w cięż-

kich, rozlanych uszkodzeniach tkanki wątrobowej, jak np. w ostrym zaniku wątroby. Również dodatnio wypada w początkowym stadium marskości wątrobowej i śpiączce wątrobowej.

W żółtaczce nieżytowej wypada powyższa próba niejednolicie. Próba ta wyprzedza objawy kliniczne (przy braku foeter hepaticus i delirium). Ma to duże znaczenie praktyczne w ciężkich przypadkach żółtaczki nieżytowej, w których już powstają wskazania do leczenia uszkodzenia komórek wątrobowych. Pozatem odgrywa ona niemniej ważną rolę w różnicowaniu żółtaczki pochodzenia mechanicznego od wątrobowo-komórkowego. Dodatnia próba Millona przemawia za uszkodzeniem tkanki wątrobowej. Ciekawą jest rzeczą, że wypada ona niekiedy dodatnio w przewlekłych nieżytach dróg żółciowych, zwłaszcza wywołanych pałeczkami okrężnicy. Świadczy to o tem, że schorzenia dróg żółciowych mogły spowodować w następstwie uszkodzenia komórek wątrobowych; daje więc ta próba wskazanie do odpowiedniej terapii.

Dodatni odczyn według autora daje pochodne oksyfenylowe, do których należy tyrozyna.

Dr. med. A. G a l e w s k i.

**Przegląd prasy lekarskiej polskiej**

S e l z e r. *Dwunitrofenol\**), nowy środek w leczeniu otyłości. Polska Gazeta Lekarska 1934. Nr. 35.

Poza leczeniem dietetycznym i hormonalnem otyłości, które niezawsze dają zadowalające efekty (leczenie

\*) Powyższy produkt został jeszcze w czasie wojny opracowany przez p. in. Z. Koenigberga, pod którego kierunkiem obecnie przygotowują do wypuszczenia na rynek chemiczny-farmaceutyczne zakłady przemysłowo-handlowe ASMIDAR w Warszawie.

tarczycy można stosować, ale z wielką ostrożnością, ze względu na mogące wystąpić niepożądane objawy ze strony układu krążenia) autor przytacza, iż z pośród innych leków, działających na przemianę materji, próbowano stosować tetrahydronaftylaminę, błękit metylenowy i t. d.

W zeszłym roku Tainter i Cutting dokonali szeregu doświadczeń na psach, stosując dwunitrofenol i przekonali się, że środek ten w dawkach nietrujących, zwiększa procesy spalania w ustroju. Jednocześnie we Francji Majer i Magne doszli do tych samych wyników.

Dwunitrofenol (1, 2, 4)  $C_6H_3(NO_2)_2$  jest proszkiem żółtym, słabo rozpuszczalnym w wodzie, lepiej w alkoholu i eterze. Jest rzeczą ciekawą, że środek ten powoduje bardzo szybko podwyższenie przemiany podstawowej (po minucie podskórnie, a po kilku po podaniu go doustnie). Dawka wynosząca 10 mg kg wagi zwiększa przemianę podstawową o 50%. Równowaga azotowa zostaje nieknięta, natomiast stwierdza się wybitny wpływ na przemianę węglowodanową (mleczany we krwi) i tłuszczową (iloraz oddechowy bywa mniejszy od jedności). We krwi zjawia się hyperglikemja. Ilość zużytego tlenu wzrasta 10-krotnie w porówna-

niu ze spoczynkiem, niż wypada na samo utlenianie węglowodanów.

Ustrój wygląda jakby był wystawiony na wielkie wysiłki. Dawki toksyczne powodują silne nasilenie procesów oksydacyjnych i hypertermję.

Tainter i Cutting wykonali podobne doświadczenia na 150 otyłych. Podawano preparat w kapsułkach żelatynowych w postaci soli sodowej dwunitrofenolu w ilości 100 mg. co odpowiada 75 mg czystego leku 2—3 razy dziennie w czasie lub po jedzeniu. Leczenie to trwało 2 do 16 tygodni, a spadek wagi wynosił około 1 kg tygodniowo.

Przemiana podstawowa po pierwszej dawce wzrastała o 40 — 50% i utrzymywała się stale na tym poziomie; po ukończeniu leczenia spadała do normy w ciągu 3 — 4 dni. Objawów ubocznych ze strony serca ani układu nerwowego nie stwierdzono, jedynie niesmak w ustach, pocenie się, żółte zabarwienie skóry (od nitrofenolu). Ciepłota ciała nigdy nie podwyższała się, pokrzywka zjawiała się w 7% przypadków. Leczenie dwunitrofenolem nadaje się do leczenia wszelkich postaci otyłości bez względu na przyczynę. Jestto leczenie objawowe.

Dr. med. A. G.

## Ocena książek

Dr. J a k ó b W ę g i e r k o. *Najważniejsze zasady leczenia dietetycznego*. Warszawa 1934, stron 62.

Krótki, przejrzyste napisany na prośbę sekcji lekarzy uzdrowiskowych Z. L. P. P.) podręcznik, zawiera zasadnicze wiadomości z dietetyki ogól-

nej i szczegółowej. Podręcznik ten, jak zresztą sam autor stwierdza, nadaje się bardzo dla chorych i właścicieli zakładów dietetycznych; wypełnia w ten sposób lukę w leczeniu zdrojowiskowym, związanem bardzo z leczeniem dietetycznem.

Dr. med. A. G a l e w s k i

**GENHYOSCYAMINĘ stosuje się w chorobie Parkinsona.**

**DZIAŁ ZAWODOWO - SPOŁECZNY**

Dr. med. Alfred ETTINGER

**Choroby zawodowe skóry**

W ostatnich dwu dziesiątkach lat równoległe z rozwojem i coraz większym zróżniczkowaniem przemysłu zwiększyła się zarówno ilość znanych chorób zawodowych skóry, jak i zainteresowanie ich patogenezą i terapią. W obcym piśmiennictwie dermatologicznym znajdujemy szereg znakomitych i wyczerpujących prac z tej dziedziny (Oppenheim). U nas ostatnie lata przyniosły cenny i obfity plon działalności polskich autorów z Mierzeckim ze Lwowa i Wiktoorem Borkowskim z Warszawy na czele. Jednakże wszystkie dotychczasowe poczynania nie wyczerpały jeszcze całokształtu tej wielostronnej kwestji i przed dalszemi badaniami otwarte jest szerokie pole. Cały szereg zagadnień w tej dziedzinie wymaga dokładnej znajomości i przestudjowania.

Zaczyna się od stwierdzenia, czy dane schorzenie jest istotnie chorobą zawodową? Następnie wymaga oceny pytanie, czy zmiany chorobowe, obserwowane w pewnym przypadku kłaść na karb tylko czynników zewnętrznych, czy też w powstawaniu ich odgrywają rolę przyczyny włonne (endogenne) i jaki jest wzajemny stosunek obu tych czynników?

W niektórych zawodach wszyscy robotnicy po przepracowaniu pewnego okresu wykazują zmiany chorobowe, w innych — schorzeniu podlegają tylko nieliczni. W grę wchodzi wszystkie skomplikowane problemy uczulenia, nadwrażliwości i zatrucia; naszym zadaniem jest wyeliminowanie i ocena znaczenia każdej składowej.

Z tem łączy się bardzo ściśle sprawa zapobiegania: tyczy się to dążenia do usunięcia czynników szkodliwych z materiałów przerabianych oraz ochrony bezpośredniej i pośredniej od zetknięcia z niemi.

Równie ważne jest badanie przedwstępne robotników, celem niedopuszczenia osobników wrażliwych do manipulowania czynnikami, stanowiącemi szkodnik dla ich skóry.

Wszystkie urządzenia, mające na celu ochronę osobistą, czystość i higienę, odpowiednie przewietrzanie, oświetlenie zakładów pracy, usprawnienie fizyczne ustroju i t. d. zależnie od swej celowości, mogą się mniejwięcej wybitnie przyczynić do zmniejszenia ilości chorób zawodowych.

Tutaj należy wymienić t. zw. „odczulanie“, które stoi niejako na pograniczu lecznictwa i akcji zapobiegawczej. Metoda ta polega na wykryciu czynnika uczulającego — przyczyny danego schorzenia skóry. Gdy

**Zaparcie nawykowe na tle niedomogi wątrobowej usuwa  
RECTOPANBILINA.**

uda się taki znaleźć, próbujemy go usunąć. To ostatnie nie zawsze jest możliwe i wtedy leczenie ucieka się do metody odczucia małymi dawkami antygeny.

Niestety, jak miałem możność sam się przekonać na wielu przypadkach, leczonych tą metodą na oddziałach szpitalnych, utrzymywanych wielkim kosztem, wyniki lecznicze są zupełnie minimalne i nie pozostają w żadnym stosunku do ogromu pracy i pieniędzy, jakiego wymagają.

Należy jeszcze pamiętać, że w wielu razach ma miejsce t. zw. „poszerzenie podstawy uczulenia“, t. zn., że skóra, która stała się wrażliwą na jakiś bodziec, przenosi tę właściwość na szereg innych czynników wskutek niejako wytrącenia ze stanu równowagi.

Leczenie chorób zawodowych skóry nie jest zadaniem wdzięcznym. Jedna i ta sama przyczyna wywołać może zmiany skórne, występujące w postaci rozmaitych jednostek chorobowych.

Inne noxy wywołują zawsze zmiany w tej samej postaci. Znane jest np. schorzenie zawodowe ślusarzy, szoferów i mechaników, stykających się stale ze smarami i oliwą, u których zmiany skórne pojawiają się w postaci niezwykle licznych zaskórników i krost na tle skóry ciemno zabarwionej, świecącej się i tłustej. U ludzi pracujących w innych zawodach bywają charakterystyczne modzele o specjalnych umiejscowieniach, zazwyczaj na palcach i dłoniach w miejscach rozmaitych, ściśle uzależnionych od czynności wykonywanej.

W każdym razie zasadniczym i najtrudniejszym do zrealizowania postulatem lekarza jest usunięcie czynnika chorobotwórczego z otoczenia chorego; co zazwyczaj jest równoznaczne z koniecznością wyrzeczenia się przez pacjenta pracy zawodowej. Co to znaczy, wiemy dobrze. W wyjątkowych tylko przypadkach udaje się namówić chorego do zmiany zajęcia, względnie wyszukać mu inną czynność w jego fachu. Dlatego tak wielkie znaczenie mają badania przedwstępne osób pragnących pracować w zawodach, które zmuszają do ustawicznego stykania się skóry z takimi czynnikami, jak woda, kwasy, ługi, smary i podobnymi.

W pierwszym rzędzie należy oczywiście dyskwalifikować wszystkich już obarczonych chorobami skóry, szczególnie takimi, jak wyprysk (eczema), czyraki, zapalenia skóry i t. d. Dalej wielkie znaczenie ma obciążenie chorobami alergicznymi, jak astma, gorączka sienna (heufieber) i t. p.

Tutaj ma wdzięczne zadanie przed sobą zarówno profilaktyka, jak i niedawno przymusowo wprowadzone, a tak doniosłe, badania młodocianych.

## Notatki terapeutyczne

### Produkty Vichy - Etat.

Sól naturalna i tabletki (Comprimés) pozwalają ludziom pracy lub też będącym w podróży mieć „Vichy w kieszeni”. Wystarczy bowiem rozpuścić odpowiednią ilość w litrze wody, by otrzymać roztwór alkaliczny, którego mineralizacja zbliżona jest do wody Vichy - Etat.

Również pastylki Vichy - Etat zawierają skoncentrowaną sól Vichy. Są one przyjemne w smaku, a użyte po jedzeniu ułatwiają trawienie; to też słusznie nazywane są „cukierkiem terapeutycznym — par excellence”.

## Wiadomości bieżące

### Z Uniwersytetu Warszawskiego

Dziekanem Wydziału Lekarskiego na rok akademicki 1934/35 został wybrany profesor zwyczajny fizjologii, dr. med. Franciszek Czubalski.

### Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego nadesłał nam poniższy komunikat:

Fundusz zapomogowo-stypendjalny im. Dr. med. Stanisława Kopcia.

Zapomoga w wysokości złotych 700.—, dla młodego lekarza polaka, wyznania rzymsko - katolickiego, na dalsze studia naukowe, przeważnie z zakresu teoretycznych nauk lekarskich, w instytucjach naukowych, w kraju lub zagranicą odbyć się mające.

Pierwszeństwo do otrzymania zapomogi mają ci lekarze, którzy ukończyli medycynę nie dawniej, jak przed 3-ma laty i niemniej roku pracowali jako asystenci szpitalni pod kierunkiem doświadczonych ordynatorów, wykazując w czasie tej pracy zapał i pewne aspiracje naukowe.

Oprócz podania dołączyć należy:

- 1) curriculum vitae
- 2) bieg studjów dotychczasowych
- 3) ewentualne odbitki prac dotychczasowych ogłoszonych drukiem
- 4) określenie kierunku, w którym kandydat pracuje lub ma zamiar pracować.

**Najracjonalniejsza kuracja tylko dzięki VICHY-ÉTAT.**

Podania wraz z załącznikami składać należy na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Króla Alberta 1, Nr. 7) do dnia 31 października 1934 r.

Sekretarz Stały: (—) Prof. Dr. med. A. Leśniowski.

### Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Zmarł w Warszawie docent Un. War. dr. med. St. Klein.

Docent dr. med. Stanisław Klein urodził się w Warszawie w roku 1863; w r. 1889 ukończył studia lekarskie na Uniwersytecie Warszawskim, poczem kształcił się zagranicą.

Docent Klein oddaje się z zapałem hematologii. Najcenniejszą jego pracą jest „Die Myelogenie“, w której stara się dowieść, iż wszystkie komórki szpiku kostnego pochodzą z prakomórki macierzystej „myelogenji“, która daje początek myeloblastom, megaloblastom i megakarjocytom. Pozatem napisał szereg cennych prac z zakresu białaczki. W dziedzinie metodyki barwienia krwi udoskonalił własną metodę p. n. metoda barwienia „Polychromem“. Pozostawił w dorobku piśmienniczym również cenne prace z dziedziny wątroby, gruźlicy i innych działów medycyny. Jako wieloletni ordynator Oddziału Wewnętrzznego Szpitala na Czystem prowadził swój oddział na wzór klinik uniwersyteckich.

Cześć Jego pamięci!

### TREŚĆ ZESZYTU Nr. 4 (17).

Zgon wielkiej uczonej ś. p. Marji Skłodowskiej-Curie . . . . .	1
Dział naukowy: Dr. med. Stanisław Higier. Nowsze zdobycze lecznictwa schorzeń naczyniowych . . . . .	1
Streszczenia: Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej . . . . .	11
Przegląd prasy lekarskiej polskiej . . . . .	11
Ocena książek . . . . .	12
Dział zawodowo-społeczny: Dr. med. A. Ettinger. Choroby zawodowe skóry . . . . .	13
Notatki terapeutyczne . . . . .	15
Wiadomości bieżące . . . . .	15

### PRENUMERATA

	Miejscowa	Zamiejscowa
Rocznie . . . . .	Zł. 6.—	Zł. 7.—
Kwartalnie . . . . .	Zł. 1.50	Zł. 1.75

### CENY OGŁOSZEŃ:

1/1 strony	Zł. 300.—
1/2 „	„ 175.—
1/3 „	„ 92.—

Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1.—

Redakcja i Administracja

Warszawa, Grzybowska № 88, tel.: 224-27 i 229-34.

Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14.

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt 10—12.

Redaktor: Dr. med. Alfred Galewski.

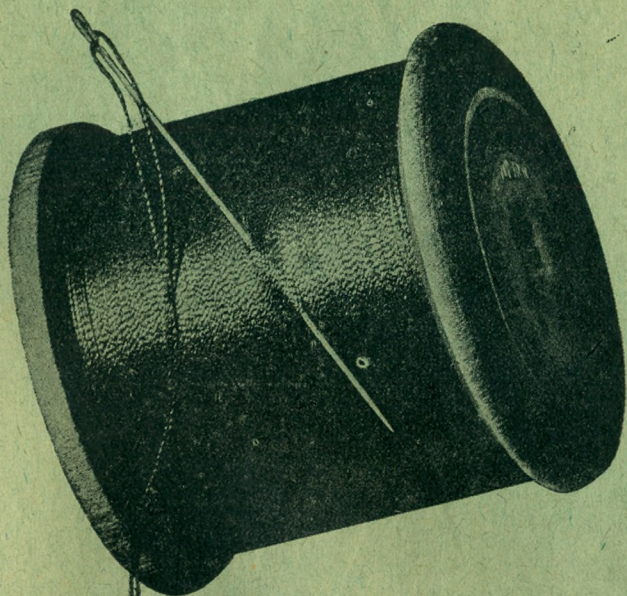
Wydawca: Aleksander Wieniewicz.

Sekretarz redakcji: Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SIŁA“, Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.



LEVITT-HIM



## ...taka prosta rzecz

jak nawleczenie igły, jest marzeniem wielu chorych, cierpiących na drżenia z różnych przyczyn. To – zdawałoby się niezdobywalne marzenie – jest w stanie urzeczywistnić tylko genhyoscyamina, 200 razy mniej toksyczna od hyoscyaminy.

Inne wskazania: zaburzenia w trawieniu, stany parkinsoniczne, następstwa letargicznego zapalenia mózgu, płasawica.

Granulki • płyn • ampułki

---

Chemiczno-farmaceutyczne zakłady przemysłowo-handlowe „Asmidar”, Warszawa, Grzybowska 88



abisyński środek przeciw-  
astmatyczny EXIBARD  
proszek • tytoń • papierosy  
Dr. H. Ferré & Cie - Paris

Wylączne przedstawicielstwo na Polskę:  
Chemiczno-farm. zakłady przem.-handlowe  
"Asmidar", Warszawa, Grzybowska-88

LEWITINIM



## GELOGASTRYNA

wewnętrzny opatrunek żołądka, tworzy ochronną powłokę, izolującą śluzówkę żołądka od kwaśnej zawartości pokarmowej; umożliwia zabliznienie owrzodzeń żołądkowych, zapobiega i uśmierza bóle, wynikające z nadmiernej wydzielającego się soku żołądkowego. Preparat przyjemny w smaku usuwa wszelkie objawy zespołu nadkwaśności żołądka: bóle, zgagę, wzdęcia, odbijanie, niestrawność

LEVITT MM



**KLEROL**  
**MAŚĆ I PŁYN**  
**DO KĄPIELI**  
NAJSKUTECZNIEJ  
ZWAŁCZA  
REUMATYZM

428 p

~~Państwowy Zakład Higieny  
Pija w Łodzi~~

OPŁATA POCZTOWA UISZCZONA RYCZAŁEM

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

pod redakcją Dr. med. ALFREDA GALEWSKIEGO

Rok IV. 1934 r. Nr. 5 (18)



*uwieźcie...*

laseczniki, pozbawić je możności rozmnażania przez wzmocnienie odporności tkankowej drogą do zwalczania gruźlicy. CINNOZYL stosuje się we wszystkich przypadkach gruźlicy płucnej, nawet w postaciach gruźlicy czynnej z powstawaniem jam płucnych.



4930.D.1947.

# RECTOPANBILINE



LAB. CHEM. FARM.  
„ASMIDAR”  
WARSZAWA GRZYBOWSKA 88

# FOSFATYNA FALIERA



NIEODZOWNY POKARM  
NIEMOWLĘCIA OD  
7 MIESIĄCA ŻYCIA.

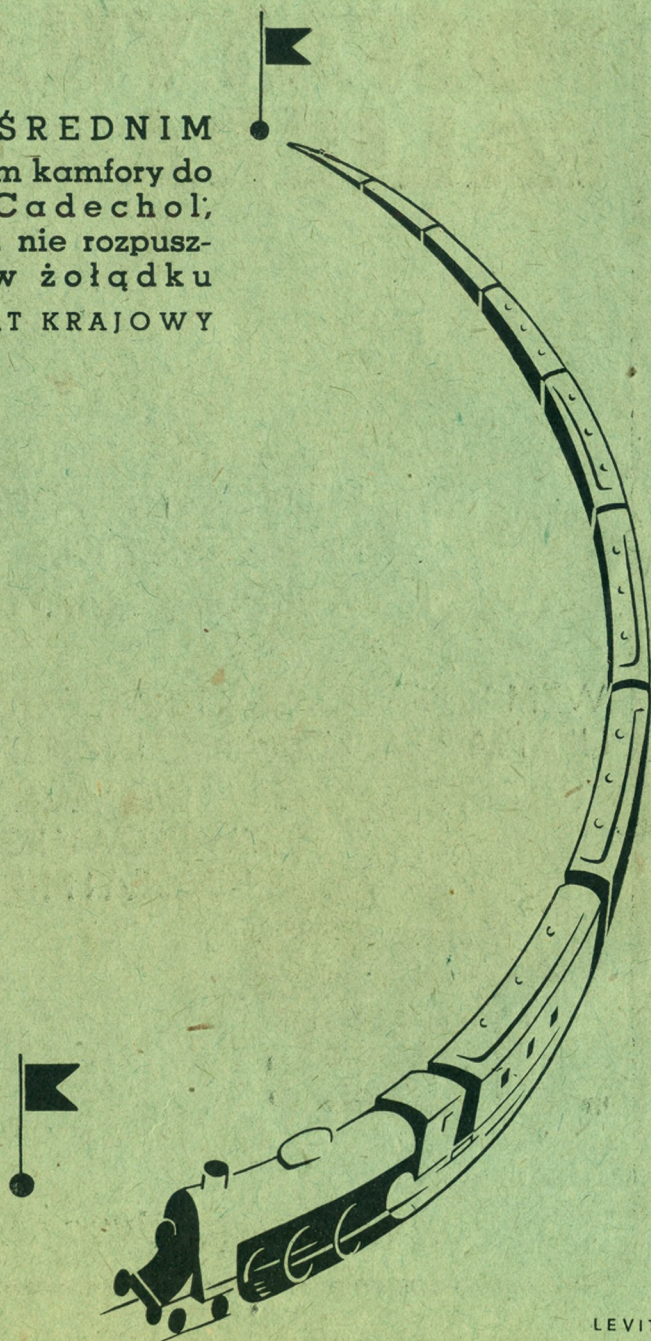
WZMACNIA KONSTYTUCJĘ DZIECKA  
UŁATWIA ZĄBKOWANIE I WYBITNIE  
WPŁYWA NA  
PRAWDŁOWY ROZWÓJ  
KOŚĆCA I MIĘŚNI.



HT

WARSZAWA, GRZYBÓWSKA 88.

BEZPOŚREDNIM  
wehikułem kamfory do  
jelit jest Cadechol;  
ponieważ nie rozpusz-  
cza się w żołądku  
PREPARAT KRAJOWY





# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

## DZIAŁ NAUKOWY

Dr. med. Rudolf KIRSZBLUM (Warszawa)

### Organoterapia i hormonoterapia jajnikowa \*)

#### 1.

Od niepamiętnych czasów kiełkowała w umysłach lekarzy idea zastąpienia braku lub niedomogi poszczególnych narządów narządami pobieranymi od zwierząt, praktyczne zaś urzeczywistnienie organoterapii zapoczątkowane zostało przez Brown-Sequard'a, który uważany jest za ojca rozpowszechnionego obecnie leczenia wyciągami z narządów.

Jeżeli z drugiej strony jesteśmy w dobie obecnej świadkami coraz ulepszających się metod organoterapii, to równocześnie da się zauważyć, że przechodzimy do coraz większej specjalizacji w tej dziedzinie leczenia i, że jesteśmy niejako na przełomie kierunku przejścia na terapię zapomocą samych pierwiastków czynnych narządów, to znaczy hormonów w stanie czystym (racjonalna hormonoterapia).

Obok opoterapii w ogólnikowym znaczeniu, wypada rozróżnić organoterapię, odnoszącą się do leczenia wyciągami z gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, bardzo słusznie nazwanych gruczołami dokrewnymi.

Jeżeli znaczenie jajnika dla ustroju znane było oddawna, to jednak dopiero rozwój inkretologii zupełnie nowoczesnej skierował badania kliniczne, doświadczalne i terapeutyczne na właściwe tory, pozwalające poznać mechanizm działania jajnika i jego ścisłą współzależność od innych gruczołów dokrewnych, jak p. p. p. m. \*\*) tarczycy i inne.

\*) Odczyt wygłoszony na 184 posiedzeniu klinicznym w Zrzeszeniu Lekarzy Rz. P. dn. 10.4.1934 r.

\*\*) p. p. p. m. — przedni płat przysadki mózgowej.

Nowoczesne poglądy, ustalające fizjologiczny mechanizm miesiączkowania, pozwoliły na dokładniejsze badania hormonów płciowych kobiety.

Obok fizjologii miesiączkowania i badań, zarówno doświadczalnych jak klinicznych nad istotą, działaniem i wzajemnym oddziaływaniem hormonów płciowych, ściśle związanych z sobą, należałoby poruszyć opracowanie jednego, najważniejszego bodaj hormonu jajnikowego, pod względem czynnościowym, nazwanego rujotwórczym i wyodrębnionego pod nazwą — f o l i k u l i n a.

Opracowanie tego hormonu, jako przetworu gotowego, było związane z fizjologią miesiączkowania i wymagało współpracy fizjologów, klinicystów i chemików.

Prace Zondeka, Aschheima, Doisy'a, Allena, Schroedera, Butenandt'a, Marriana, Laqueur'a, Girard'a, Oginio i wielu innych pozwoliły nie tylko wyświetlić cykliczne zmiany w narządzie rozrodczym kobiety, ale również ustalić zależność tych zmian od kolejno wydzielających się hormonów w jajniku.

Wydzielanie hormonów jajnikowych uzależnione jest z kolei od szeregu innych gruczołów ustroju dokrewnego, przedewszystkiem zaś od tak zwanego „motoru funkcji płciowych kobiety“, którym jest p. p. p. m., wydzielający prolany.

Pod wpływem prolanów powstają w jajniku substancje, wywołujące w śluzówce trzonu macicy zmiany okresowe, wyrażające się w ukazującym się normalnie co 28 dni miesiączkowaniu.

## 2.

Schemat miesiączkowania, jako fizjologicznego zjawiska, zależnego od pojawienia się w jajniku 2 kolejno po sobie występujących hormonów, można pokrótce wyobrazić sobie w sposób następujący:

Okres czasu, około 28 dni, między menstruacjami nazwiemy cyklem międzyperjodowym; jeżeli schematycznie podzielimy ten cykl na 2 części, to zauważymy, że w pierwszej połowie tego czasokresu, t. zn. w ciągu około 14 dni rozwija się w jajniku pęcherzyk Graafa, wydzielający folikulinę i zawierający jajeczko; procesowi temu odpowiada w śluzówce trzonu macicy zjawisko, uwarunkowane przez hormon wydzielany przez pęcherzyk Graafa.

Śluzówka macicy (która aż do chwili dojrzałości płciowej przedstawia się pod względem biologicznym stale jednakowo, jako cienka

warstwa, zawierająca nieliczne gruczoły), podczas całej fazy dojrzewania pęch. Graafa kilkakrotnie powiększa swoją pierwotną grubość i różnicę w niej można wyraźnie 2 warstwy: podstawową i nowoutworzoną, t. zw. czynną i zawierającą liczne gruczoły.

Cały ten okres zmian w śluzówce trzonu macicy, odpowiadający fazie dojrzewania pęcherzyka Graafa i wydzielania folikuliny, nazywamy okresem przerostu, czyli proliferacyjnym.

Okolo 12 — 14 dnia przed perjodem pęka pęcherzyk Graafa, folikulina wydziela się, jajeczko wchodzi do jajowodu.

Zauważyć należy, że ten właśnie moment odpowiada okresowi oestrus, rui zwierzęcej; jestto fizjologiczny moment składania jaja (la ponte ovulaire), tak u kobiety, jak i np. samiczek gryzoniów.

Wypada również przypomnieć, że właśnie akurat w połowie cyklu między-perjodowego daje się zauważyć u niektórych kobiet, nie okazujących skądinąd żadnych odchyżeń od normy w narządzie rozrodczym, maleńkie i lekkie krwawienie; jestto moment składania jaja, samo zaś krwawienie powinno być przypisywane pęknięciu pęcherzyka Graafa. Ponieważ w tem obserwowanem niekiedy małym krwawieniu brak jakichkolwiek wylewów krwawych, przerywanych naczyń, należy wnioskować, że zachodzi tutaj krwawienie, powstałe przez przesączenie (analogiczne do rui zwierzęcej).

Po wypuszczeniu jajeczka w pękniętym pęcherzyku Graafa powstaje wylew krwawy, wytwarza się z niego inny gruczoł dokrewny, ciało żółte, które rozwija się w ciągu drugiej połowy cyklu między-perjodowego, wydzielając drugi hormon jajnikowy — luteinę.

Temu drugiemu okresowi cyklu między-perjodowego odpowiada w śluzówce trzonu macicy zjawisko, uwarunkowane czynnością wydzielniczą ciała żółtego. Wzmaga się przekrwienie, gruczoły i naczynia rozrastają się, w komórkach gruczołowych gromadzi się wydzielina. Równocześnie komórki tkanki łącznej zmieniają swój kształt, przypominając swym wyglądem tkankę doczesną.

Cały ten okres zmian w śluzówce trzonu macicy, odpowiadający fazie luteinowej, a więc — rozwoju ciała żółtego, nazywamy okresem wydzielniczym.

O ile więc podczas cyklu między-perjodowego, folikulina przygotowuje śluzówkę maciczną do przyjęcia jaja i jajczkowania, o tyle hormon ciała żółtego przygotowuje macicę do pracy fizjologicznie jej

**CINNOZYL = cinameina + cholesteryna + kamfora**  
w sterylizowanym roztworze olejowym.

przeznaczonej, w przypuszczeniu zapłodnienia jaja, t. j. do ciąży (z tego też powodu autorzy amerykańscy nazywają ten hormon progestiną).

Jeżeli jajo nie zostaje zapłodnione, to czas trwania ciała żółtego jest ograniczony; zanika ono 14-go mniej więcej dnia po pęknięciu pęcherzyka Graafa, a jego czynność wewnątrzwydzielnicza ustaje; ciało żółte ulega regresji, przyczem zanik ten powoduje rozpad silnie rozwiniętej śluzówki macicznej.

Przeobrażona, wielokrotnie uwarstwiona, nowoutworzona śluzówka trzonu macicy ulega załamaniu: całe płaty łuszczą się, odrywają od podłoża i przerywa się ciągłość naczyń krwionośnych, a strzępy rozpadłej śluzówki wraz z krwią i obumarłym jajeczkiem zostają wydalone nazewnątrz podczas upływu menstruacyjnego.

Bardzo szybko rana oczyszcza się i pokrywa nabłonkiem; w jajniku zaczyna rozwijać się nowy pęcherzyk Graafa, który, trzeba podkreślić, w okresie trwania czynności ciała żółtego nie mógł wstąpić w okres swego rozwoju, ponieważ luteina, jak to stwierdzili Hamon i Knaus, hamuje dojrzewanie pęcherzyka. Wraz z zaczątkiem rozwoju nowego pęcherzyka Graafa taki sam cykl katamienialny rozpoczyna się nanowo.

### 3.

Ten schematyczny mechanizm miesiączkowania kierowany jest niejako hormonami p. p. p. m. prolanami, których rozróżniamy dwa: A i B.

Prolan A działa w ciągu pierwszej połowy cyklu między-perjodowego, a więc wpływa na wydzielanie folikulin i jajczkowanie; przestaje działać z chwilą, kiedy pewien próg nasycenia folikulinemji zobojętni jego działanie (przypada to w normalnych warunkach w momencie pęknięcia pęcherzyka Graafa); po zneutralizowaniu działania prolanu A, zaczyna górować prolan B, wpływając na wytwarzanie się luteiny, progestyny.

W razie zapłodnienia i rozwijającej się ciąży, powstają coraz większe ilości prolanu B (znajdujemy go przecież w moczu ciężarnych).

O ile zaś jajo nie zostało zapłodnione, to po pewnym czasie nadmiar luteinemji zobojętni zkolei działanie prolanu B, co ma wpłynąć na regresję ciała żółtego i rozpad śluzówki macicznej.

To wzajemne oddziaływanie p. p. p. m. na jajnik, oraz hormonów jajnikowych na przysadkę jest hipotezą — gdyż właściwy mechanizm nie został dotychczas należycie wyświetlony.

Courrier spostrzegł, że na kilka godzin przed mającą wystąpić miesiączką ukazuje się nagle podwyższenie folikulinemji, której pochodzenie jest jeszcze dotąd niewytłumaczone.

Według hipotezy Courriera folikulina występuje w 2 różnych momentach cyklu miesięczkowego: podczas dojrzewania pęcherzyka Graafa, przygotowując śluzówkę macicy do działania luteiny, oraz tuż przed miesiączką, która wkrótce pojawia się wskutek nagłego ukazania się folikuliny w ustroju.

Poszczególne ściśle obserwowane przypadki kliniczne zdają się przemawiać za tą hipotezą. W niektórych przypadkach braku miesięczkowania rzeczywiście stwierdzono, że jedno tylko wstrzyknięcie 500 jedn. szczyrzych folikuliny wywołało menstruację po upływie 24 — 48 godzin.

Taka terapia zalecana przez Hauptsteina w formie uderzania hormonalnego, t. zn. w dużych dawkach w ciągu bardzo krótkiego czasu znane jest pod nazwą hormonalstoss.

Jeżeli folikulina występuje w dużych ilościach, zupełnie nagle, na kilka godzin przed perjodem, wywołując go, to możnaby przyjąć, że w tym momencie luteinizujący prolan B został naprawdę zneutralizowany przez nadmiar luteiny, ustępując już miejsca prolanowi A.

Takie rozumowanie dałoby się pogodzić z zapatrywaniem o jednolitości prolanów, t. zn., że różnica między temi hormonami nie jest jakościowa, lecz ilościowa i że działanie prolanów zależne jest od małej lub większej ilości jednego i tego samego hormonu p. p. p. m.

Jako potwierdzenie powyższego rozumowania, tłumaczącego możliwość przeobrażania się prolanu B w prolan A tylko przez zmniejszenie się jego ilości i rozcieńczenie we krwi, przytoczyć należy badania Schultze-Rhonhofa, który omawia sprawę zachowania się poszczególnych rozczyńców, zawierających hormon względnie hormony gonadotropowe p. p. p. m.

Obierając za rozczyń prolanu B mocz ciężarnych, otrzymywał za pomocą reakcji Zondeka-Ascheima odpowiedź pozytywną na zawartość hormonu luteinizującego, jak również reakcję rujotwórczą.

Rozcieńczając ten sam mocz ciężarnych 8-krotnie, wspomniany autor otrzymywał już tylko odczyn rujowy i ani jednego punktu krwawego; odpowiedź taka wykazywała więc wyłączną zawartość prolanu A; rozcieńczając jeszcze bardziej mocz, otrzymywał coraz słabszą odpowiedź tylko w odniesieniu do prolanu A, przy następnych zaś rozcieńczeniach żadnego odczynu nie stwierdzał.

W celu potwierdzenia takiego założenia, należało uwzględnić reakcję odwrotną, to znaczy stwierdzić, czy rozczyń zawierający wyłącznie prolan A nie można było przez odpowiednie zagęszczenie przeistoczyć w prolan B. Takie badania były przeprowadzone zresztą już wcześniej przez Ascheima i przez Zondeka. Obierając za rozczyń o wyłącznej zawartości prolanu A mocz kobiet kastrowanych lub dotkniętych nowotworem narządu rozrodczego, autorzy ci rzeczywiście stwierdzili odczyn rujowy bez jakichkolwiek zmian charakterystycznych dla luteinizującego prolanu B.

Ascheim po 15-okrotnej koncentracji takiego moczu stwierdzał w dalszym ciągu wyłącznie odczyn rujowy, Zondekowi jednak udało się zauważyć odczyn luteinizujący po 50-okrotnym zagęszczeniu.

Schultze-Rhonhof przeprowadził analogiczne badanie z moczem 62-letniej kobiety dotkniętej carcinoma uteri.

Taki zwykły mocz dawał tylko odczyn prolanowy 1-go stopnia, a więc wykazywał tylko hormon wywołujący dojrzewanie pęcherzyka Graafa (Prolan A), natomiast już po 10-okrotnej koncentracji ukazał się jeden punkt krwawy, po 20-okrotnej koncentracji — występowały w jajnikach zwierząt doświadczalnych ciała żółte.

Również Büttner już w 1931 roku wzmiankował o występowaniu punktów krwawych w jajnikach niedojrzałych myszek po wstrzykiwaniach 10-okrotnie skoncentrowanego moczu kobiet rakowatych.

Sprawa wydzielania przez p. p. p. m. jednolitego hormonu dała się pogodzić z dalszemi badaniami nad ciałkiem żółtem. Jeżeli bowiem Allen, Courier i Clauberg stwierdzili istnienie hormonu ciała żółtego, zwanego luteiną lub progestiną, to Zondek i Ascheim znaleźli w ciałku żółtem stosunkowo duże ilości również folikulinę \*).

Wobec tego można przypuszczać, że nadmiar luteinemi przy niezapłodnionem jajeczku powoduje niejako rozcieńczenie prolanu B we krwi, przeistaczając go w prolan A, mający bezpośredni wpływ na folikulinę i uwalniający jej zawartość utajoną w ciałku żółtem; stąd pojawienie się hormonu pęcherzykowego we krwi tuż przed perjodem.

\*) Zdaniem tych autorów źródłem tej folikulinę są resztki komórek otoczkowych, które, bujając, wznoszą pomiędzy pojedyncze pasma komórek luteinowych, wytwarzających hormon ciała żółtego.

## 4.

W takim oświetleniu danych fizjologicznych miesiączkowania, potwierdzonych zresztą patologją, badaniami doświadczalnemi i klinicznemi, sprawa leczenia zaburzeń płciowych zapomocą organoterapii oraz hormonoterapii jajnikowej przedstawia się nie tak symplicystycznie, jak to ma miejsce z innemi zaburzeniami endokrynologicznemi.

Ze stanowiska organoterapii i hormonoterapii oraz przy opracowywaniu gotowych, t. zw. standaryzowanych przetworów i wyciągów gruczołowych lub ich pierwiastków czynnych w stanie czystym, wypada rozróżnić dwie zasadnicze grupy tych gruczołów: 1) kumulujące swój produkt wewnątrz-wydzielniczy, jak np. trzustka, tarczyca i 2) wyzbywające się swych hormonów w miarę wyprodukowania do krwiobiegu i dlatego zupełnie ściśle nazwane gruczołami dokrewnemi.

Jajnik, który najbardziej nas w tej chwili interesuje, jest pod względem swego wydzielania dokrewnego gruczołem, który częściowo może być zaliczony do każdej z 2 wyżej wymienionych grup.

Jeżeli uwzględnimy, że gruczoł ten zawiera przynajmniej 2 hormony, występujące w nim naprzemian cyklicznie i kolejno, to trzeba zauważyć, że wyzbywa się on tych hormonów również nagle i okresowo.

Szeroko stosowane wyciągi jajnikowe oraz przetwory całkowitego, wysuszonego i sproszkowanego jajnika obok zasadniczej wady, jaką jest nieokreślony ich skład i brak wszelkiego testu biologicznego, nie dają lekarzowi możliwości stwierdzenia czynnika działającego, przyczem dawkowanie ich jest zawsze różne z punktu widzenia farmakologicznego, bo sprowadza się tylko do wagi samego gruczołu, nie uwzględniając zawartości substancji czynnej; co zaś jest substancją działającą w organopreparatach jajnikowych: czy ślady folikuliny z pęcherzyka Graafa, czy ślady luteiny z ciała żółtego, czy też wreszcie składnik białkowy całego jajnika — trudno powiedzieć.

Fingerhut, wytwarzając na b. małą skalę i tylko w swoim laboratorium wyciągi jajnikowe, stosował je jużto jako pobudzające miesiączkowanie, jużto jako hamujące krwawienie menstruacyjne; jedne z nich w sposób zupełnie określony przyspieszały poród, inne przedłużały kurczliwość mięśnia macicznego. Gdy jednak pewna wytwórnia zaczęła na dużą skalę wyrabiać takie wyciągi, zresztą w/g tej samej techniki, to jeden z autorów wiedeńskich, Keller, zauważył, że wyciągi te niekiedy dawały wręcz sprzeczne wyniki.

Najprawdopodobniej działanie wyciągów zależne było od okre-

su, w którym pobierano g r u c z o ł y zwierząt dla celów opoterapeutycznych, z których to zwierząt jedne dawały jajniki w okresie proliferacji, ze śladami folikuliny, inne w okresie luteinizacji.

Zaznaczyć jeszcze należy, że ślady folikuliny zawarte w wyciągach jajnikowych są minimalne, pochodzą bowiem z organów, zbieranych po uboju; nie jest to więc nawet jednodniowa ilość hormonu, która jest sumą ciągłej sekrecji.

Przyczem zauważyć trzeba, że wyciągi z p. p. p. m. lub ciała żółtego, stosowane doustnie, zupełnie wchłanianiu nie ulegają.

## 5.

Nic dziwnego, że w dobie obecnej, gdy leczenie dąży do maksymalnego racjonalizmu w ustalaniu dawek tych lub innych środków leczniczych, jak również do stosowania najczystszych preparatów, pomimo dobrych niekiedy, chociaż niestałych, wyników, szeregu zaburzeń płciowych kobiety, leczonych zapomocą wyciągów jajnikowych (w postaci jajników zwierzęcych sproszkowanych, tabletkowanych, lub w iniekcjach), terapia zaburzeń czynnościowych jajnika zdaje się wyraźnie dążyć do stosowania przetworów wyodrębnionych (w postaci czystych hormonów czy to jajnika, czy też p. p. p. m.).

Badania w kierunku odosobnienia hormonów płciowych pozwoliły zastosować w leczeniu ze ścisłością fizjologiczną przynajmniej jeden z hormonów jajnikowych, hormon pęcherzykowy — folikulinę.

Nie wchodząc narazie w szczegóły ujednostajnienia nazwy tego hormonu, który w rozmaitych krajach i przez różnych autorów różnie bywa nazywany: Folikulina, Oestryna, Theelina, Telekynina, Oveina, należy zauważyć, że dwa podstawowe odkrycia przyczyniły się do zbadania i wykrystalizowania hormonu pęcherzykowego.

Przedewszystkiem Allen i Doisy dali nam test biologiczny, opierający się na wywoływaniu rui u samic kastrowanych gryzoniów zapomocą wyciągów jajnikowych, odpowiednio przygotowanych, co pozwoliło stwierdzać i miareczkować substancję rujotwórczą i tem samem posłużyło do powstania pojęcia jednostki mysiej i szurzej.

Z drugiej strony Zondek i Ascheim wskazali na obfite źródło substancji rujotwórczej w moczu ciężarnych, zwanej napoczątku oestryną, która okazała się po bardzo długiej dyskusji identyczną do hormonu pęcherzykowego, zwanego folikulina.

Stosunkowa łatwość otrzymania moczu ciężarnych i obfita zawartość w nim folikuliny oraz utożsamienie tej substancji z hormonem wy-

**Znacznie (250 razy) mniej toksyczna od strychniny  
GENOSTRYCHNINA.**



tworzonym przez pęcherzyk Graafa dały podstawę do ukazania się prac chemicznych Butenandta i Doisy'a, którzy prawie jednocześnie, lecz niezależnie od siebie, jeden w Ameryce, drugi w Niemczech, wyodrębnili substancję rujotwórczą w stanie czystym z moczu ciężarnych.

W innych krajach zostały dokonane niemniej doniosłe odkrycia w tej dziedzinie. Marrian w Anglii stwierdził w moczu kobiet ciężarnych drugą substancję krystaliczną, różniącą się od czystej folikuliny obecnością drobiny wody i pięciokrotnie mniejszą aktywnością fizjologiczną. Substancja ta nazwana przez autorów angielskich Theelol, stanowi produkt degradacji fizjologicznej i, jak to wykazał Butenandt, powstaje wtórnie w moczu przed wydalaniem go przez nerki. W Holandji Laqueur, de Jongh i inni wykryształizowali z płynu pęcherzyka Graafa substancję, którą uznali za identyczną nawet pod względem chemicznym z substancją rujotwórczą, otrzymaną z moczu.

We Francji Girard, Sandulesco i Friedenson, obierając za źródło folikuliny mocz ciężarnych kłaczy, wyprodukowali na dużą skalę i w ilościach dających się już wyzyskać przemysłowo h o r m o n p ę c h e r z y k o w y.

Dla zorientowania się w zawartości folikuliny w wyciągu jajnikowym oraz możliwości stosowania specjalnie opracowanych dawek leczniczych samego wykryształizowanego hormonu, przytaczam poniżej kilka cyfr, podanych przez Butenandta i Doisy'a: folikulina wytwarzana przez jajnik przedostaje się w miarę powstawania do krwiobiegu; świeży narząd zawiera 200 jednostek mysich, czyli 40 jedn. szcurzych na 1 kilogram; w celu wydobycia 1 grama czystego hormonu potrzeba 50 tonn samego jajnika, 50.000 kilogramów.

Co się tyczy źródła folikuliny w moczu ciężarnych kłaczy, to z 1000 litrów, czyli 1 tonny, uzyskać można, w zależności od miesiąca ciąży, około 5 do 10 gramów kryształków folikuliny.

## 6.

Opracowanie hormonu pęcherzykowego, jako gotowego środka leczniczego, wymagało bardzo dużych prac nietylko chemicznych, lecz biologicznych i klinicznych.

Trudności w ustaleniu najracjonalniejszej postaci wynikały już chociażby z fizjologicznej okresowości pojawiania się i działania tego hormonu w ustroju kobiecym. Rozwiązanie tego zagadnienia, bardzo ważnego z punktu widzenia zamierzonych wyników, polegało na ujed-

nostajnieniu odpowiedniej ilości hormonu w stosunku do czasu podawania go.

Folikulina powinna być podawana zawsze w takim czasokresie, kiedy normalnie ukazuje się ona w pęcherzyku Graafa; a więc zasadniczo podawać ją należy w ciągu dni 12, rozpoczynając kurację od 6 dnia po ukończeniu menstruacji i kończąc ipso facto na 10 dni przed przyszłą datą następnego perjodu.

Z braku tego kryterjum, jakim są menses, na przykład przy zaniku lub wypadnięciu funkcji jajnikowych, należy podawać folikulinę również cyklicznie, z przerwą 20-dniową między końcem jednej a początkiem następnej kuracji.

Drugim zasadniczym momentem przy opracowywaniu najodpowiedniejszego dawkowania gotowego preparatu hormonu pęcherzykowego było z jednej strony ścisłe jednostkowanie samego hormonu, z drugiej zaś — ujednostajnienie dawki terapeutycznej oraz ustalenie jej w stosunku do ilości folikuliny, wydzielanej przez jajniki normalnej kobiety.

W dziedzinie właśnie mianowania, jednostkowania folikuliny od czasu wprowadzenia tego hormonu do lecznictwa, panował prawdziwy zamęt. Wprowadzone na początku jednostki biologiczne, oparte na zasadzie testu Allen'a i Doisy'a, t. j. na wywoływaniu stanu oestrus, rui, u samic kastrowanych gryzoniów, określane były i są dotychczas używane w mianownictwie, jako jednostki szczurze lub mysie w zależności od zwierząt, jakimi posługują się poszczególni autorzy; przyczem wiele nieporozumień wynikało właśnie przez równoczesne używanie i myszy i szczurów do doświadczeń laboratoryjnych.

Tymczasem stosunek jednostki szczurzej do mysiej dotychczas nie został ustalony, niezależnie zaś od tego techniczne trudności w otrzymywaniu obliczeń dokładnych jednostek potęgowały się wskutek różnych wyników, otrzymywanych od tej samej kategorii zwierząt w zależności od ich rasy, wieku, wagi, czasu dokonanej kastracji, użytego rozpuszczalnika, w szczególności zaś od sposobu wstrzykiwania; przyczem jednorazowe wstrzyknięcie dawało wynik obliczeniowy 5 razy słabszy od otrzymywanego przez wstrzyknięcie tej samej dawki frakcjonowanej.

Wykryształowanie hormonu pęcherzykowego pozwoliło uwidocznić te kolosalne różnice w mianowaniu, a więc i dawkowaniu folikuliny.

**LOBELINA pobudza ośrodki oddechowe.**  
**Preparat krajowy.**

Dla ciekawości przytaczam kilka cyfr:

1 gram folikuliny krystalicznej odpowiada:

40.000.000 Jedn. Mysich w/g Marrian'a,

10.000.000 Jedn. Mysich w/g Butenandt'a,

25.000.000 Jedn. Mysich w/g Doisy'a.

Jednocześnie otrzymanie folikuliny w kryształkach pozwoliło, obok stwierdzenia tak olbrzymich wahań w dotychczasowym mianowaniu, ustalić istotną siłę poszczególnych preparatów folikulinowych, wprowadzając tem samem jednostkę międzynarodową. Po określeniu własności chemicznych i fizykalnych hormonu pęcherzykowego, j. międzyn. uzyskała stałą podstawę, pozwalającą na oznaczenie prawdziwego miana folikuliny według w a g i substancji wykrystalizowanej.

Za jednostkę międzynarodową obrano na Konferencji zwołanej ad hoc w Londynie pod egidą Ligi Narodów 1/10.000.000 część grama, czyli 1/10  $\gamma$  folikuliny krystalicznej.

Uchwała ta zapadła po uzgodnieniu tez najwybitniejszych znawców i twórców krystalicznego hormonu pęcherzykowego, występujących w charakterze przedstawicieli świata naukowego poszczególnych państw: Marrian — Anglja, Doisy — Ameryka, Butenandt — Niemcy, Laqueur — Holandja. W charakterze eksperta brał udział w tej konferencji przedstawiciel Francji — Girard, twórca folikuliny krystalicznej pochodzenia końskiego, dla k o w a n e j w a g o w o i która przez to obrana została za miernik międzynarodowy, w celu oznaczenia miana wszelkich preparatów folikulinowych \*).

Wzorzec międzynarodowy utworzony został przez masę krystalicznej folikuliny wagi 20 g i 9 centygramów. Godne jest uwagi, że Girard dostarczył 20 gramów folikuliny krystalicznej, a 3 państwa partycypujące: Niemcy, Ameryka i Holandja — razem 9 centygramów.

Dla orientacji należało jeszcze uwzględnić stosunek tej jednostki wagowej stałej do wahających się jednostek biologicznych.

Przyjmujemy obecnie, według Loewe'go, że 1 j. szczurza odpowiada 5 mysim; z drugiej strony, zgodnie z Doisy'em, 1 j. szczurza odpowiada 2 Jednostkom Międzynarodowym.

W terminologii polskiej ze względu na literę M, mogącą symbolizować zarówno jednostki m y s i ą jak i m i ę d z y n a r o d o w ą

\*) Przetworem hormonalnym, dawkowanym wagowo jest j e d y n i e folikulina krystaliczna Dra Roussel'a — GYNOESTRYL.

powstał zamęt: identyfikowanie nowych jednostek wagowych z jednostkami biologicznymi, trzykrotnie mniejszemi.

Po ukończeniu żmudnych prac obliczeniowych, bardzo ważne było ostateczne ustalenie dawki terapeutycznej, opartej na ilości folikuliny, wydzielanej przez jajniki normalnie miesiączkującej kobiety w przeciągu jednego cyklu międzyperjodowego.

Poszczególni autorzy w rozmaity sposób starali się rozwiązać to zagadnienie. Loewe, opierając się na doświadczeniach, przeprowadzonych na kastrowanych małpach, u których wywoływał krwawienia folikulina, obliczał stosunek wagowy do kobiety, i podaje ilość 4.000 J. Międzyn. folikuliny, wydzielonej w przeciągu cyklu międzyperjodowego.

Siebke, po szczegółowym obliczeniu wydzielonej folikuliny, podaje, że największa jej ilość przypada na okres pęknięcia pęcherzyka Graafa, a w ciągu zaś całego cyklu normalna kobieta wydziela około 4.000 j. mysich, czyli 1.500 J. Międzyn.

Glimm i Wadeń stwierdzili błąd obliczeniowy w technice Siebkego, wynikły wskutek tego, że nie brał on w rachubę substancji Marrian'a, theelol'u, który zupełnie nie daje się wydobyć wyciągiem benzoosowym (jak to wykazał Butenandt). Po skorygowaniu tego błędu dzięki wstrzykiwaniom samego moczu, nie zaś wyciągu, otrzymali najprawdopodobniejszą ilość wydzielanej folikuliny, prawie 4-okrotnie większą, t. zn. przeszło 5.000 J. Międzyn. na jeden cykl międzyperjodowy.

Opierając się na tych badaniach i całym szeregu dodatkowych obliczeń z dziedziny patologji — optymalną dawką folikuliny na jeden cykl międzyperjodowy wydaje się 6.000 J. Międzynarodowych, podawanych od 6-go dnia po perjodzie w ciągu 12 dni, co drugi dzień, 1 wstrzyknięcie po 1.000 J. Międzyn. w roztworze oleistym, ponieważ rozpuszczalnik ten pozwala na powolne wchłanianie i równomierne wydzielanie hormonu pęcherzykowego.

Folikulina wydziela się łatwo i względnie szybko przez filtr nerkowy, nadmierna dawka jednorazowa hormonu, aczkolwiek nie wywiera żadnego ubocznego działania, zostaje w ciągu krótkiego czasu wydalona.

Należy pamiętać, że folikulina w postaci chemicznie zwykłej jestto związek trójcykliczny, posiadający grupy ketonową i fenolową, wytwarzające estry: octowy i benzoosowy.

**GENHYOSCYAMINĘ stosuje się w chorobie Parkinsona.**

Opracowanie większej dawki było pożądane wyłącznie dla jednej pochodnej czystego hormonu, a mianowicie dla estru benzoowego.

Specjalną uwagę należy zwrócić na bęźdzwinian folikuliny, który ma tę cenną własność, że wstrzyknięty jednorazowo zmydla się powoli w tkankach ustroju, uwalniając folikulinę.

Wobec tego, że benzo-folikulina ulega w ustroju stałemu przetwarzaniu się na czysty hormon i wywołuje ciągłość nasycenia się nim ustroju, zbliża się przeto samo do stanu folikulinemji, powodowanej przez jajniki w stanie normalnie czynnym.

Taka postać leku gotowego ułatwia dostarczenie brakującego hormonu we wszystkich tych przypadkach, w których zachodzi potrzeba wypełnienia luki hormonalnej na czas dłuższy przy jednorazowej lub 2 iniekcjach na cykl perjodowy.

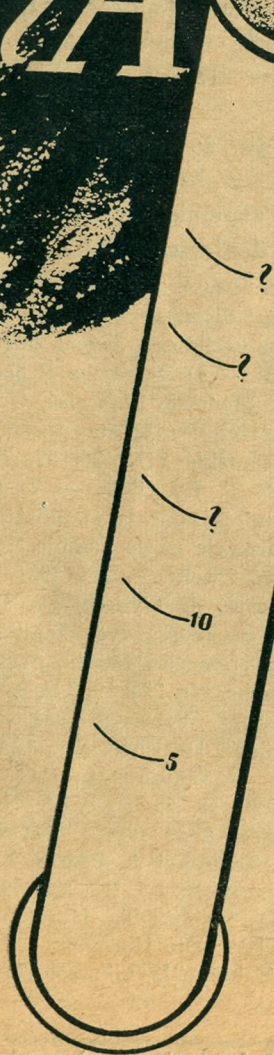
W zakończeniu należy zauważyć, że w ogólnej hormonoterapii folikulina obok adrenaliny, insuliny i tyroksyny jest dopiero czwartym hormonem wyodrębnionym w stanie zupełnie czystym, który w postaci gotowego leku został wprowadzony do lecznictwa.

#### PIŚMIENNICTWO.

- 1) Aschheim S. Die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn. 1930. —
- 2) Butenandt. Untersuchungen über das weibliche Sexual hormon. 1931. —
- 3) Courrier. Presse Médicale. 18 Nov. 1931. — 4) Devraigne et Sauphar. L'Hormone cristallisée en thérapeutique. Revue Médicale Française, Octobre 1932. —
- 5) Fingerhut L. Fizjologja hormonów przedniego płata przysadki mózgowej i jajników. Warszawskie Czasopismo Lekarskie NN. 26, 27, 28 — 1931. —
- 6) Girard, Sandulesco, Friedenson. C. R. T. 194, 1931. — 7) Girard André. Adoption d'un système international d'unités pour la stabilisation des préparations de Folliculine. — Journal de Pharmacie et de Chimie. 16 Janvier 1933, T. XVII. — 8) Glimm, Wadehn. Biochem. Ztschr. T. 243. 1931. — 9) Jayle F. Communication au II Congrès de la Société de Gynecologie 3 Juin 1933. —
- 10) Keller Tadeusz. Leczenie zaburzeń czynnościowych jajnika. Ginek. Polska. T. X. Zeszyt X — XI. 1931. — 11) Laqueur. Dtsche Med. Wochenschr. t. 56, 1930. — 12) Lejwa A. Biochem. Ztschr. Nr. 256, 1932 in R. Rivoire, Nowe Zdobytcze Endokrynologii, tl. dr. Szpidbaum. Warszawa 1934. — 13) Marrian. Biochem. Journ. t. 24. 1930. — 14) Schröder. Der mensuelle Genitalcyklus des Weibes. 1928. — 15) Schultze - Rhonhof. Untersuchungen über den gonadotropen Wirkschaft des Hypophysenvorderlappens. Zentralbl. f. Gynäkol. N. 50. 1933. — 16) Siebke. Zentralblatt f. Gynäkol. t. 53. 1929 — 17) Siebke. Zentralblatt f. Gynäkol. t. 54. 1930. — 18) S. Skówron i A. Perans. Doniesienie prywatne (wyniki zostaną opublikowane później). — 19) Spasowicz T. Polska Gazeta Lekarska. N. 25. 1932. — 20) Zawodziński T. Hormony płciowe żeńskie, Medycyna. N. 5, 1933. — 21) Zondek. Die Hormone des Ovariums und Hypophysenvorderlappens. 1931. — 22) Zubrzycki. Ginekologja Polska. T. XI. Zeszyt I — III. 1932.

**Zaparcie nawykowe na tle niedomogi wątrobowej usuwa  
RECTOPANBILINA.**

# CRAS



który powstał w dawkowa-  
niu hormonu jajnikowego,  
został usunięty dzięki wpro-  
wadzeniu do lecznictwa  
GYNOESTRYLU,  
folikuliny krystalicznej. Jest to  
jedyny preparat wykrystalizo-  
wanego hormonu jajniko-  
wego, dawkowany wagowo.  
Stołość dawkowania. Nie-  
ograniczona konserwacja.  
Niezwyczajnie niska cena.

Jedna amp. = 1000  
Jedn. Międzynar.  
Jedna kropla = 20  
Jedn. Międzynar.  
Pud. 6 amp. — zł. 8,30  
Flekon 10 cm<sup>3</sup> — zł. 7,50

Warszawa, Grzybowska 88.



## STRESZCZENIA

**Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej**

Ch. Duprez. *O leczeniu gruźlicy płuc solami złota*. Bruxelles Médical. 8 kwietnia 1934. Nr. 23 (Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or.).

Przy stosowaniu auroterapii powstają dwa pytania: 1) wskazania kliniczne, 2) dawkowanie.

Wskazania kliniczne. Większość lekarzy utrzymuje, że podawanie złota wskazane jest we wczesnych postaciach gruźlicy płuc. W obecnej dobie wskazania do auroterapii są bardzo szerokie, obejmują one wszystkie postaci gruźlicy, z wyjątkiem ostrych przypadków w ostatecznym stadium gruźlicy.

Ważniejsze jest drugie pytanie — dawkowanie. Świeże są w pamięci ciężkie, toksyczne wypadki lekarzy duńskich, którzy stosowali duże dawki złota z małymi przerwami przy zaawansowanych postaciach gruźlicy płucnej, skórnej, lub kostnej. Małe

dawki mają wpływ na ogólny stan, pozostają jednak bez wpływu na zmiany w płucach. W ten sposób auroterapia uległa zdyskredytowaniu. Autor, jak to czynią Ameuille i Sayé, stosuje duże dawki złota z zachowaniem jednak ostrożności, celem uniknięcia objawów toksycznych. Autor zaczyna kurację od 5 ctgr. i poprzez 10 ctgr. i 25 ctgr., stosowanych jednorazowo w odstępach 4-dniowych, przechodzi do 50 ctgr. i 75 ctgr. stosowanych także jednorazowo, dochodzi do 1 gr., podawanego raz w tygodniu aż do wyczerpania; w sumie podaje 15 — 20 gr. soli złota. Zaczynając od dawek dość dużych, zwiększając je stopniowo i adaptując w ten sposób organizm, autor osiągnął znaczną poprawę ogólną, szybkie dodatnie modyfikacje w obrazie radiograficznym płuc i uniknął objawów toksycznych, co potwierdza też Ameuille.

Dr. med. J. E r d é l y (Paryż).

**Wiadomości bieżące****Z Uniwersytetów**

Profesorem nadzwyczajnym chorób skórnych i wenerycznych na wydz. lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego został mianowany p. dr. med. Adam Straszyński. Dr. med. Antoni Fidler oraz dr. med. Piotr Demant zostali mianowani docentami Uniwersytetu Warszawskiego.

**Odnaczenie**

Prof. dr. med. Franciszek Walter, dyrektor kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego otrzymał od króla jugosłowiańskiego komandorję orderu Korony Jugosłowiańskiej.

**Kąpiel przeciwreumatyczna = KLEROL.**

**Zjazdy**

Na początku listopada r. b. odbędzie się pierwszy zjazd poświęcony radiologii i elektrologii. Zjazd ten odbędzie się z okazji 10-lecia istnienia Rumuńskiego T-wa Radiologicznego. Informacje udziela sekretarz zjazdu Giusca, Bukareszt, Stirley Voda 108 bis.

W kwietniu 1935 r. odbędzie się w Krakowie XXVIII Zjazd chirurgów polskich.

W sierpniu 1935 r. odbędzie się w Brukseli I-szy Międzynarodowy Zjazd Gastroenterologiczny.

**Czerwony Krzyż**

Od 20 do 29 października r. b. odbędzie się w Tokio międzynarodowa konferencja Czerwonego Krzyża.

**Sterylizacja**

Parlament Duński uchwalił ustawę o sterylizacji umysłowo upośledzonych.

**Z żałobnej karty**

We wrześniu r. b. zmarł dr. med. Zygmunt Bychowski, wybitny neurolog, były ordynator Przemienienia Pańskiego, ławnik Magistratu.

**TREŚĆ ZESZYTU Nr. 5 (18).**

<b>Dział naukowy:</b> Dr. med. Rudolf Kirszblum. Organoterapia i hormonoterapia jajnikowa . . . . .	1
<b>Sfreszczenia:</b> Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej . . . . .	15
<b>Wiadomości bieżące</b> . . . . .	15

**PRENUMERATA**

	Miejsowa
Rocznie . . . . .	Zł. 6.—
Kwartalnie . . . . .	Zł. 1.50

Zamiejscowa
Zł. 7.—
Zł. 1.75

**CENY OGŁOSZEŃ:**

1/1 strony	Zł. 300.—
1/2 „	„ 175.—
1/3 „	„ 92.—

Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1.—

Redakcja i Administracja

**Warszawa, Grzybowska № 88, tel.: 224-27 i 229-34.**  
Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14.

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt 10—12.

**Redaktor:** Dr. med. Alfred Galewski.

**Wydawca:** Aleksander Wieniewicz.

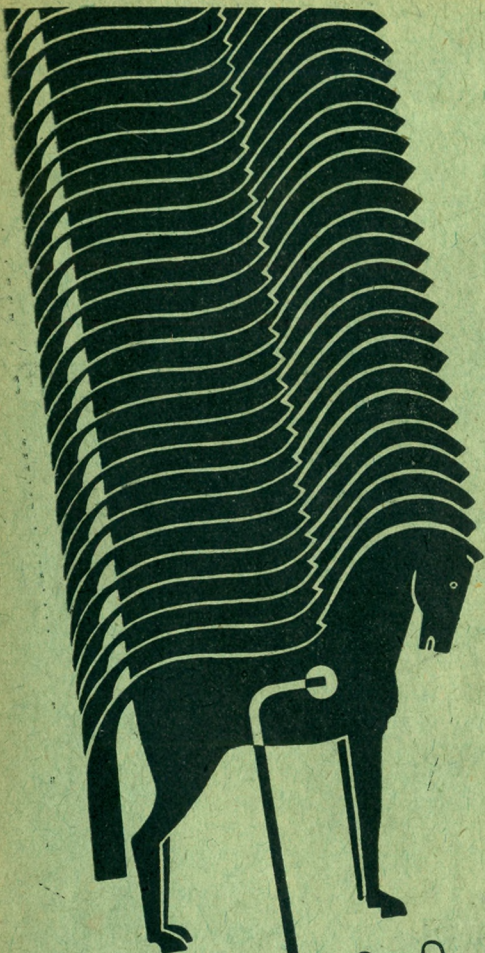
**Sekretarz redakcji:** Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SIŁA“, Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.





**KLEROL**  
**MAŚC I PŁYN**  
**DO KAPIELI!**  
NAJSKUTECZNIEJ  
ZWAŁCZA  
REUMATYZM



**1700**

koni daje krew, której czynnym pierwiast-  
kiem jest **HEMOSTYL** D-ra ROUSSEL'a,  
najaktywniejszy biologiczny preparat  
krwiotwórczy i przeciwkrwotoczny  
**FLAKONIKI - AMPUŁKI • SYROP**

LEVITT - HIA

LITERATURA I PRÓBY: CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY  
PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE „ASPIDAR” - WARSZAWA, GRZYBOWSKA 88



Wstrzyknięcie cho-  
remu 8 miligramów  
atropiny byłoby

# Zabójstwem

natomiast 8 miligr.  
GENATROPINY  
nie wywołuje żadnych  
objawów toksycznych.  
Genatropina - gra-  
nulki, płyn, ampułki -  
ma zastosowanie przy  
bólach jelitowych  
i nadkwaśności

Chemiczno-farmaceutyczne  
zakłady przemysłowo-hand-  
lowe „Asmidar” - Warszawa,  
Grzybowska 88



# KLEROL

NAJSKUTECZNIJ ZWALCZA  
REUMATYZM



MAŚĆ i PŁYN  
DO KAPIELI.

NT

428 p

Państwowy Zakład Higieny  
Filja w Gdyni

OPŁATA POCZTOWA UISZCZONA RYCZAŁTĘM

# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMJESIĘCZNIK

pod redakcją Dr. med. ALFREDA GALEWSKIEGO

ROK IV.

1934 r.

Nr. 6 (19)



LBV177-HIM

*zwięzić...*

laseczniki, pozbawić je możności rozmnażania przez wzmocnienie odporności tkanek—oto droga do zwalczania gruźlicy. CINNOZYL stosuje się we wszystkich przypadkach gruźlicy płucnej, nawet w postaciach gruźlicy czynnej z powstawaniem jam płucnych.



4930.D. 1947.



abisyński środek przeciw-  
astmatyczny EXIBARD  
proszek • tytoń • papierosy  
Dr. H. Ferré & Cie-Paris

Wyłączne przedstawicielstwo na Polskę:  
Chemiczno-farm. zakłady przem.-handlowe  
"Amidar", Warszawa, Grzybowska 88

LEVIPTINIA

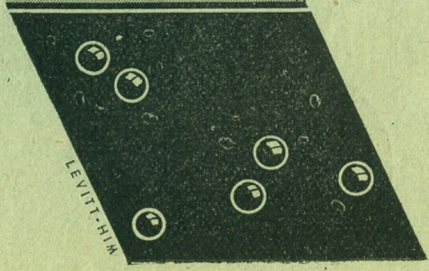
żółciopędne  
działanie  
**BILIVALU**  
cholanu sodowego le  
cytyny o zawartości  
25% lecytyny  
ma zastosowanie  
przy wszelkich  
zastoinowych  
stanach żółci  
w woreczku  
**BILIVAL**

ułatwia przepływ  
żółci do dwunastnicy wzma  
gając w ten sposób ruch  
robaczkowy jelit  
Stosuje się w schorzeniach  
wątrobowych zwłaszcza zwią  
zanych z zaburzeniami prze  
miany cholesterynowej

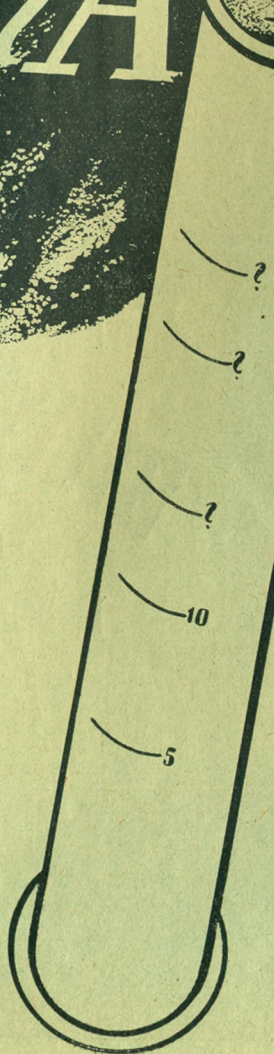
Dawkowanie:  
3 razy dzien  
nie bezpośrednio  
po jedzeniu, 3-4  
pigulek naraz. Po  
lepszenie nastę  
puje po kilku  
dniach. Aby jed  
nak uniknąć  
nawrotów, nale  
ży zażywać Bili  
val przez czas dłuższy.  
Opakowanie: flakony o za  
wartości 50 pigulek

**BILIVAL**

PREPARAT KRAJOWY



# CHAS



który powstał w dawkowa-  
niu hormonu jajnikowego,  
został usunięty dzięki wpro-  
wadzeniu do lecznictwa  
**GYNOESTRYLU**,  
folikuliny krystalicznej. Jest to  
jedyne preparat wykrystalizo-  
wanego hormonu jajniko-  
wego, dawkowany wagowo.  
Stołość dawkowania. Nie-  
ograniczona konserwacja.  
Niezwyczajnie niska cena.

Jedna amp. = 1000  
Jedn. Międzynar.  
Jedna kropla = 20  
Jedn. Międzynar.  
Pud. 6 amp. — zł. 8.30  
Flekon 10 cm<sup>3</sup> — zł. 7.50

Warszawa, Grzybowska 88.





# PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

## DZIAŁ NAUKOWY

Dr. med. Alfred GALEWSKI (Warszawa)

### Nowoczesne leczenie cukrzycy oraz ocena krytyczna stosowanych diet

W leczeniu cukrzycy zasadniczo należy dążyć do wyznaczenia diet, zawierających stosunki węglowodanów, tłuszczów i białek najbardziej zbliżone do norm fizjologicznych, a więc najwięcej węglowodanów, potem tłuszczów, a na koniec białek; podając białko w ilości  $3/4$ —1 g na kilo wagi, trzeba kierować się zawsze wagą należną, a nie rzeczywistą chorego. Leczenie każdego przypadku cukrzycy winno być indywidualne: dążyć do usunięcia objawów podmiotowych, przedmiotowych (wielomocz, spadek wagi), zakwaszenia, wreszcie do usunięcia objawów glikozurji i hiperglikemji.

Przystępując do leczenia cukrzycy, przedewszystkiem należy określić wagę rzeczywistą i należną chorego. Celem określenia wagi należnej chorego, wzrost, wyrażony w centymetrach, mnożymy przez 455, otrzymaną zaś liczbę dzielimy przez 1000 (spółczynnik Nordena); np. mężczyzna wzrostu 174 cm., wagi 50 kg winien mieć wagę należną:

$$\frac{174 \times 455}{1000} = 79,17 \text{ kg.}$$

1000

Chorym z niedoborem wagowym należy zalecać dietę bogatociępkową, zawierającą węglowodany, tłuszcze i białko, oraz odpowiednią ilość insuliny; dieta ta zapobiega powstawaniu hiperglikemji, glikozurji i ketonurji. Diety ubogociępkowe, ograniczające węglowodany i głodowe są dla tych chorych nieodpowiednie, gdyż pogarszają stan podmiotowy i obniżają odporność ustroju.

Chorych natomiast dobrze odżywionych lub z nadmiarem wagowym nie należy insulinować; w tych przypadkach dobre efekty daje die-

ta małociepłostkowa, względnie półgłodowa, wyjątkowo stosuje się dietę węglowodanową i insulinę, o ile zjawia się ketonurja.

Godzi się na tem miejscu zaznaczyć, że działanie insuliny w wieku podeszłym jest mniej wartościowe i dlatego winna być ona jak najrzadziej stosowana, wiek niedojrzały natomiast wymaga bezwzględnie stosowania insuliny, zwłaszcza przy niedoborze wagowym.

Diety mogą przybierać najróżnorodniejsze formy:

I. Dieta węglowodanowa, zawierająca sporą ilość białka i minimalną tłuszczu (Adlersberg i Porges).

II. Dieta węglowodanowa, zawierająca mało białka i tłuszczu:

a) Nordena (200—250 g owsianki, masło, kapusta, czarna kawa, wino).

b) Mossego (1000—1500 g kartofli dziennie, pozatem tłuszcze).

c) Düringa (150—200 g ryżu, 100 g masła).

III. Dieta białkowa (jaja, mięso, jarzyny zielone).

IV. Dieta tłuszczowa:

a) z ograniczeniem białka (18—25 g) i węglowodanów (35 g), 200 g tłuszczu, jarzyny zielone 3%, z napojów: kawa, herbata, buljon mięsny (Petren);

b) z ograniczeniem białka i sporą ilością węglowodanów — dieta Falty (30 g mąki pszennej lub owsianej, 30 g suszonej soczewicy, grochu i t. d. 30 g ryżu, 30 g makaronu, 30 g mięsa, 100 g kartofli, 40 g bułki, 50 g chleba, 220 g masła; z napojów — wino, herbata, buljon, końskiak);

c) tłuszczowa wogóle albo jarzynowa wg. Nordena (500—600 g jarzyn, 4—6 jaj, 200 g tłuszczu, chleb powietrzny, kawa, herbata, wino);

V. Dieta białkowo - tłuszczowa.

VI. Dieta półgłodowa (jarzynowa), uboga w tłuszcze: kawa lub herbata, chleb powietrzny, jarzyny, 2 jaja, 200 g ogórków, sałaty, 35 g masła, 10 g oliwy, rosół.

VII. Dieta głodowa (10 — 50 g alkoholu, rosół bez tłuszczu, herbata, kawa).

W leczeniu cukrzycy należy zwrócić baczną uwagę na przejściowe stosowanie diety (celem wzmożenia przyswajania węglowodanów i doraźnej poprawy stanu ogólnego) oraz stałe na okres dłuższy. Przejściowa dieta ma na celu odpoczynek tkanek ustrojowych.

Z wyżej wymienionych diet, mających zastosowanie okresowe, najbardziej celową wydaje się być dieta ubogociepłostkowa i to węglowodanowa, gdyż taka:

- 1) sprzyja odkładaniu się węglowodanów w postaci glikogenu wątrobowego,
- 2) wyzwała, dzięki zawartości węglowodanów, insulinę endogenną,
- 3) działa oszczędzająco na cały ustrój.

Dieta małowęglowodanowa daje lepszy efekt, niż białkowo - tłuszczowa lub wogóle głodówka (Węgierko).

### **Dieta Adlersberga i Porgesa**

Jeśli zaś chodzi o stosowanie diet stałych, na szczególną uwagę zasługuje białkowo - węglowodanowa Adlersberga i Porgesa: 120 — 150 g białka, możliwie niewielka ilość tłuszczu, (20—50 g), oraz 200 g węglowodanów, razem wynosi ona 1200—1800 ciepłostek (300 g mięsa chudego, drobiu lub chudej szynki, 3 jaja, 100 g chudego sera, 200 g chleba razowego, 0—30 g masła, 1/8 litra mleka, jarzyny 3%, sałata, 80 g kartofli).

Dieta Porgesa według Węgierki poprawia stan podmiotowy chorych, dzięki węglowodanom usuwa ona ketonurję, zmniejsza cukromocz i hiperglikemję naczno.

### **Dieta Petrena**

Mniejszą już do pewnego stopnia wartość będzie miała dieta Petrena, jako obficie tłuszczowa. Tłuszcze bowiem pogarszają bilans węglowodanowy i powodują ketonurję. Chorzy na cukrzycę posiadają zmniejszoną ilość lipazy w treści dwunastniczej, skutkiem czego trawienie tłuszczów pogarsza się. Na niekorzyść diety Petrena wypadły doświadczenia Ailena (żywienie tłuszczami psów pozbawionych trzustki); doświadczenia te wykazały utajoną cukrzycę (acetonurja i cukromocz).

### **Dieta Thanhausera**

Thanhauser wprowadził do lecznictwa dietę ubogociępkową, białkowo - tłuszczową (70 g białka, 130 g tłuszczu, minimalną ilość węglowodanów — razem około 1500—1600 kaloryj). Dieta jego tem się różni od Petrena, że ta ostatnia jest obficie ciepłostkowa i zawiera mniej białka. Doświadczenie kliniczne poucza, że dieta ta daje niezłe rezultaty lecznicze.

### **Dieta Falty**

Mniejszą nieco wartość kliniczną od diety Thanhausera posiada dieta Falty, jako obficie ciepłostkowa i tłuszczowa. Dodatnią jej cechą jest zawartość węglowodanów, jako środka glikogenotwórczego; składa

**CINNOZYL = cinameina + cholesteryna + kamfora  
w sterylizowanym roztworze olejowym.**

się ona z jarzyn mącznych (ryż, ziemniaki, groch, kasza, 200—250 g tłuszczu, razem około 2700 ciepłostek).

I śniadanie: kawa lub herbata, 20 g chleba razowego, 20 g masła.

II śniadanie: zupa mączna z 30 g mąki pszennej, owsianej, z zielonego groszku, ryżu, grysiu, fasoli, soczewicy, kukurydzy, 180 g rosółu i 20 g masła.

Obiad: papka (30 g owsianki, ryżu, mondaminy, grochu, soczewicy i 20 g masła), 200 g rosółu, chleb powietrzny z 20 g masła, szklanka wina, kawa.

Podwieczorek: kawa lub herbata, 20 g chleba razowego, 20 g masła.

7 wieczór: papka.

8 wieczór: 80 g kartofli smażonych z 20 g masła, 0,25 litra wina.

Badania doświadczalno - kliniczne Węgierki wykazują, że przez podawanie tłuszczów chorym na cukrzycę przy jednoczesnem zmniejszeniu ilości białka, zachowywaniu zaś tej samej ogólnej ilości ciepłostek, przyswajalność węglowodanów nie ulega zmianie. Badania te pouczają, że przy układaniu diet odgrywają rolę nie same węglowodany (mogą być one podawane w zwiększonej ilości), lecz ogólna ilość ciepłostek. Dlatego też dobre efekty lecznicze dają diety Nordena i Porgesa, jako zawierające węglowodany i wpływające dodatnio na stan chorych, zwłaszcza po dniach głodowych, wzgl. jarzynowych.

Wyżej wymienione diety oszczędzające nie powinny być stosowane zbyt długi okres czasu, gdyż pogarszają stan podmiotowy chorych, wagę, oraz bilans węglowodanowy.

### Dieta głodowa

Podobny cel, co diety oszczędzające Nordena i Porgesa, lecz w znacznie większym stopniu, posiada dieta głodowa, wzmagająca przyswajalność węglowodanów i pozwalająca wyczerpanemu ustrojowi odpocząć.

W tymże samym kierunku zmierza także leczenie insulinowe, jednak trzeba podkreślić, że dietę głodową można zalecić jedynie chorym z nadmiarem wagowym, którym zbyteczne jest podawanie insuliny. Chorym natomiast z niedoborem wagowym, wyniszczonym i wyczerpanym głodówek się nie zaleca, lecz leczenie insulinowe.

(Dokończenie nastąpi).

## STRESZCZENIA

**Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej**

E. S e r g e n t, R. M i g n o t.  
*Leczenie sanatoryjne gruźlicy* (Monde Médical 1934, Nr. 842).

Przez czas długi przed wprowadzeniem metody Forlaniniego leczenie sanatoryjne (spokój, powietrze, i odżywianie) stanowiło jedyny sposób leczenia gruźlicy.

Wprowadzenie terapii uciskowej, a również zastosowanie w lecznictwie środków chemicznych dało nową broń do walki z gruźlicą. Zdaniem jednak autora konieczne jest współdziałanie tych środków z leczeniem sanatoryjnym, które powinno zostać podstawą w leczeniu gruźlicy.

Przy stosowaniu odmy sztucznej należy pamiętać, że nie jest ona swiśtem lekarstwem przeciwko gruźlicy, że wywiera ona tylko działanie miejscowe, czysto mechaniczne. Gruźlica jest schorzeniem ogólnym, zwiększenie więc odporności ustroju gra ważną rolę w walce jego z chorobą. Dla zwiększenia zaś odporności mają duże znaczenie warunki dietetyczno-higieniczne. Wszystkie przypadki wyzdrowienia i trwałej poprawy po zabiegach chirurgicznych, jak odma i torakoplastyka, spostrzegł autor u osobników, poddanych przez dłuższy czas leczeniu sanatoryjnemu.

Dr. med. I. G r o d z i e ņ s k a.

O. W e i t m a n. *Djagnoza i terapia schorzeń pęcherzyka żółciowego*. Artzl. Praxis 1934, Nr. 2.

Autor wskazuje na rozbieżność między bólem kamicowym a kamicą; często u pacjenta z typowymi napadami kolki wątrobowej operacyjnie nie udaje się stwierdzić obecności kamienia i odwrotnie — przypadkowo

stwierdza się na sekcji kamień u osobników, którzy za życia nigdy jego obecności nie zdradzali.

Dla lekarza - praktyka ważne jest przyzyciowe stwierdzenie kamienia, ze względu na postępowanie terapeutyczne.

Dzięki cholecystografii dagnostyka schorzeń dróg żółciowych zrobiła obecnie bardzo duże postępy, czego, niestety, nie można powiedzieć o terapii. Działamy w tym kierunku przy pomocy: 1) diety, 2) środków fizykalnych i 3) środków farmaceutycznych.

Co się tyczy punktu pierwszego, autor radzi częste odżywianie chorego — w odstępach dwugodzinnych, ze względu na to, że sam dowóz pożywienia działa żółciopędnie. W pierwszym rzędzie działa dodatnio w okresie międzynaпадowym i w stanach pooperacyjnych; niewskazane natomiast jest to w okresie napadów. Należy naogół unikać napojów zimnych, jako wzmagających perystaltykę jelit. Węglowodany można podawać bez zastrzeżeń, nie wywierają one bowiem wpływu na pobudzenie wydzielania żółci. Najważniejszą podniętą do wydzielania żółci są tłuszcze, należy je więc podawać ostrożnie, a szczególnie unikać majdżonu i szwiny. Białek natomiast nie należy się obawiać, można dlatego podawać białe mięso i rybę. Środki fizykalne ograniczają się do ciepłych okładów i picia wód: Karlsbadzkiej, Kissingen, Homburskiej.

Co się tyczy środków farmaceutycznych, autor radzi jako choleretikum decholine, zaznacza jednak, że należy jej unikać przy cholecystitis

acuta, przy zamknięciu dróg żółciowych i przy objawach uszkodzenia komórek wątroby.

Jako cholagoga radzi stosować olejki eteryczne, jak np. miętę, której przypisuje własności przeciwskurczowe, następnie środki pobudzające pe-

rystaltykę — podophylinę i kalomel, wreszcie środki parasympatykogeniczne, jak pilokarpinę i pituitrynę. Jako leki odkażające drogi żółciowe, poleca salicyl, urotropinę i trypaflawinę.

Dr. med. I. G r o d z i e Ń s k a.

## Przegląd prasy lekarskiej polskiej

L. P ł o c k i e r i J. K r y Ń s k i. *Przyczynek do djagnostyki i terapii uchyłków dwunastnicy*. Gastrologia Polska 1933. Tom IV. N. 3.

Uchyłki prawdziwe są to wypuklenia nazewnątrz ściany jelita, w powstaniu których biorą udział wszystkie warstwy ścianki; jeśli brak mięśniówki, powstają uchyłki rzekome, które w klinice zdarzają się najczęściej.

Charakterystycznymi cechami rentgenologicznymi uchyłków są według autorów: 1) plamka kontrastowa w obrębie dwunastnicy o ostrych zarysach, 2) przechodzenie masy kontrastowej obok plamki lub ponad plamkę do dalszych odcinków dwunastnicy lub jelita cienkiego. 3) pozostawanie plamki po opróżnieniu dwunastnicy, 4) mniej lub dłużej trwające zaleganie masy kontrastowej, 5) ograniczona bolesność na ucisk przy radjoterapii w miejscu odpowiadającym plamce.

Uchyłki najczęściej spotykają się w okolicy brodawki Vatera i w części zstępującej dwunastnicy.

Uchyłki częściej zdarzają się u osób starszych, ponad 50 lat, co zmusza do przypuszczenia, że przy powstawaniu uchyłków dwunastnicy odgrywają rolę następujące czynniki:

1) wzmocnienie ciśnienia wewnątrzjelitowego, a nawet wewnątrzbrzusznego, wywołanego sprawami choro-

bowymi żołądka, jelit, dwunastnicy, 2) zwiotczenie tkanek i zmniejszona ich elastyczność.

Uchyłki dwunastnicze z jednej strony bywają następstwem spraw chorobowych, toczących się w przewodzie trawiennym, a z drugiej — są przyczyną innych spraw chorobowych — powodują zaleganie pokarmów, rozkład bakteryjny, co prowadzi do stanu zapalenia (diverticulitis), mogącego rozszerzyć się na sąsiednie odcinki śluzówki dwunastnicy (duodenitis) i dawać obraz nieżyłtu jelit. Nierzadko też powstają sprawy zapalne okołouchyłkowe, w następstwie czego powstają zrosty z trzustką, drogami żółciowymi, niekiedy dochodzi do przedziurawienia i zapalenia otrzewnej.

Uchyłek dwunastnicy może klinicznie nie dawać żadnych objawów, albo pewne, w zależności od swego umiejscowienia — w pobliżu trzustki czy dróg żółciowych. Najczęściej choroba ta przebiega pod postacią wrzodu dwunastnicy.

Autorzy opisują własny przypadek, przebiegający pod postacią wrzodu dwunastnicy. Uchyłek dwunastnicy został rozpoznany rentgenologicznie i klinicznie (brak wyraźnej okresowości i wyniku leczniczego wyklucza ulcus duodeni).

Co do leczenia uchyłków autorzy

nie polecają operacyj, ze względu na niebezpieczeństwo zabiegu i trudności przy szukaniu uchyłka na stole operacyjnym. Leczenie wewnętrzne ogranicza się do leczenia sprawy zapalnej w uchyłku. W tym celu stosują metodę Gredera, polegającą na jednorazowym podawaniu choremu 12 g siarczanu barytu (3 razy dziennie po 4 g), celem wypełnienia uchyłka i uniemożliwienia zalegania mas pokarmowych; potem zakładają sondę (100 cm. dłu-

gości) poniżej uchyłka na okres czterech tygodni i w ten sposób odżywiają chorego mieszanką wysokokaloryczną, zawierającą około 2000 ciepłostek. Chory zazwyczaj traci dolegliwości (ból) i przybywa mu na wadze. Kuracja przeciwrzodowa jest bezcelowa. W przypadkach cięższych, gdy leczenie zachowawcze nie odnosi pożądanego skutku, autorzy doradzają leczenie operacyjne.

Dr. med. A. G.

## Ocena książek

Dr. med. Stanisław L i e b h a r t. *Klinika żeńskich hormonów płciowych*. Monografie Lekarskie dla lekarzy praktyków. Str. 31 Zeszyt 12. (Grudzień 1934 r.), Wydawnictwo Lekarskie „Eskulap“.

Po raz pierwszy bodaj w polskim piśmiennictwie lekarskim ukazała się praca, w której autor potraktował gruntownie i szczegółowo, a jednak w ramach nieprzeciążających lekarza-praktyka, sprawę leczenia zaburzeń czynnościowych jajników.

Autor z nieprzeciętną znajomością zagadnienia, które wywołało olbrzymi zakres doświadczeń i odkryć z dziedziny inkretologii, z jajnikiem na czele, poruszył sprawę, która nie tylko pozostawała otwarta, ale na którą do dziś dnia świat naukowy nie ma skryształowanego poglądu.

Jeżeli uwzględnimy, że zaburzenia endokrynologiczne spowodowały zupełny przewrót w dotychczasowych zapatrywaniach na sprawę leczenia niedomogi lub nadczynności gruczołów wkręwnych, to należy przyznać, że impulsem do tych badań były wspaniałe odkrycia z dziedziny fizjologii kolejno wydzielających się hor-

monów jajnikowych i przedniego płata przysadki mózgowej.

Autor słusznie wyraża zdziwienie, że tak późno „dotarło“ do nas poznanie obydwu kolejnych hormonów jajników i p.p.p.m.\*), które, pozostając wajemnej zależności od siebie, są naczelnym narzędziem menstruacji.

Na podstawie tych danych fizjologicznych wypływa koncepcja zupełnie swoista, dotycząca organoterapii i przejścia do leczenia samymi substancjami czynnymi gruczołów wkręwnych, t. j. hormonoterapii.

Nowoczesne ujęcie tej terapii zostało uwzględnione w ścisłym związku z obecnym stanem wiedzy o fizjologii i patologii hormonalnego mechanizmu miesięczkowania, opisanego tak w normie, jak i przy rozmaitych postaciach klinicznych zaburzeń w harmonijnej grze hormonów płciowych u kobiety, przy istniejącej współzależności zmian w śluzówce trzonu macicy od kolejno ukazujących się substancji tak w jajniku jak w p.p.p.m.

Przed przystąpieniem do opisanja

\*) p.p.p.m. — przedni płat przysadki mózgowej.

konsekwentnego leczenia zaburzeń czynnościowych jajnika, wynikających z powstałej nierównowagi w zakresie działania jednego lub całej grupy hormonów płciowych, autor przypomina związek poszczególnych gruczołów wkrwennych, wywołujących cykl katemniany u normalnie miesiączkującej kobiety i, opierając się na przeprowadzonych przez siebie i innych ciekawych badaniach, opisuje współzależność poszczególnych inkretów z układem nerwowym i zachowaniem się hormonów płciowych podczas ciąży.

O ile hormon ciała żółtego (zwany przez autora lutiną), jak również substancje gonadotropowe (prolony) i przytoczony również trzeci hormon jajnikowy przemiany materji (odkryty na klinice Wagnera i opisany pod nazwą Fd) nie są jeszcze wydobyte w stanie zupełnie czystym, o tyle najważniejszy bodaj hormon płciowy kobiety — folikulina, — wytwarzający się w warunkach normalnych w pęcherzyku Graafa, a podczas ciąży w łożysku, został otrzymany już w postaci krystalicznej i dzięki temu umożliwiono zupełnie ściśle badania nad tem „własnym lekarstwem“ ustroju, stosowanie do określenia Loewe'go.

Poruszając zagadnienie obfitego wydzielania folikuliny (i lutiny) podczas okresu ciążowego, autor niemal rozstrzyga długotrwały spór, dotyczący tożsamości substancji rujotwórczej (estryny), wydobytej z moczu, z folikuliną, zawartą w płynie pęcherzyków Graffa. Należy zaznaczyć, że pomimo identycznych własności fizjologicznych w wywoływaniu rui u kastrowanych samiec gryzoniów i wszelkich analogicznych cech chemicznych, zachodzących między temi substancjami, niektórzy badacze kwestjono-

wali hormonalną naturę al, otrzymywanych z moczu ciężarnych. Jeżeli chodzi o substancje gonadotropowe lub lutinę (progestina autorów amerykańskich), to pomimo wszelkich cech prawdopodobieństwa, nie udało się stwierdzić, czy ciała otrzymywane z moczu ciężarnych są identyczne z hormonami, które poza ciążą wsiewają się do krwiobiegu na poziomie poszczególnych gruczołów wkrwennych (przedni płąt przysadki mózgowej, ciało żółte).

W stosunku do folikuliny, wobec krystalicznej postaci tego hormonu, można już z całą stanowczością stwierdzić, że inkrecja jej została przesunięta na łożysko. I aczkolwiek autor zastrzega się, że rozważania jego „noszą charakter domysłów i dowolnej interpretacji“, tem niemniej w niezmiernie ciekawy sposób przeprowadza „dowód prawdy“ o łożyskowej naturze hormonalnej:

1) Ponieważ hormony jajnikowe (jak również substancje gonadotropowe) wydzielane są poza ciążą w subtelnie zorganizowanej cyklicznej kolejności, to wobec ogromnego zapotrzebowania ustroju na „własne lekarstwa“ podczas okresu wyłożonej pracy rozwojowej płodu, byłoby nie do pomyślenia wydzielanie ich w tak dużych ilościach przez gruczoły macierzyste, chociażby wskutek ich cykliczności i kolejności, dlatego też zostało przez naturę przeniesione na łożysko.

2) Jeżeli chodzi o prolony, których inkrecja przez łożysko maleje nota bene w miarę rozwijania się ciąży (w przeciwieństwie do folikuliny), to takie przesunięcie hormonalne z małego gruczołu p.p.p.m. do łożyska dałoby się wytłumaczyć jako odciążenie przysadki, która wydziela wo-

**Znacznie (250 razy) mniej toksyczna od strychniny  
GENOSTRYCHNINA.**



góle kilkanaście hormonów, a między innymi hormon wzrostu Ewansa i hormon tyreotropowy, które właśnie wybitnie wpływają na kształtowanie się płodu.

3) Wreszcie folikulina, wytwarzana w olbrzymich ilościach podczas ciąży, musi być uważana za właściwy hormon pęcherzykowy, którego inkrecja przeniesiona została do miejsca największego zapotrzebowania. Spostrzeżenia te zostały poparte szeregiem badań anatomicznych i biologicznych; folikulina wpływa na powiększenie ilości komórek mięśnia macicy, powodując hiperplazję. Rozrost mięśnia macicznego podczas ciąży zależy więc jest od dużej ilości hormonu płciowego. Ta właściwość folikulin została niezbitnie stwierdzona dzięki badaniom autora, przeprowadzonym na Klinice Położn. U. J. K. Jeżeli folikulina, podana podskórnie w ilości 1 jednostki mysiej, daje rozsmaz wydzieliny pochwowej od odpowiednio kastrowanej myszki, poczwalający stwierdzić ruję, to jednak nie wywoła przerostu mięśnia macicznego; celem otrzymania takiego przerostu należy wstrzyknąć podskórnie dziesięciokrotną dawkę. Jeżeli zaś podać folikulinę wprost do mięśnia macicznego, to uzyskamy wzrost już po dawce m n i e j s z e j od jednej jednostki mysiej.

Z punktu widzenia celowości w przyrodzie, doświadczenie to wyjaśnia, dlaczego w ciąży przeniesiona zostaje produkcja folikulin do łożyska.

Przechodząc do samego leczenia niedomogi jajnikowej, autor kładzie specjalny nacisk na sposób podawania leków hormonalnych i organopreparatów, polecając ścisłą indywidualizację przypadków w związku

z rozpoznaniem tła zaburzenia hormonalnego. Wiemy przecież dobrze, że wszelkie przedawkowanie, zwłaszcza hormonów gonadotropowych i leków bliżej niedających się mianować, uważać można nawet za niebezpieczne, co autor ilustruje, cytując ciekawy przypadek torbielkowego zwyrodnienia prawego jajnika, jako wynik zbyt długotrwałego stosowania prolanu.

Zasadniczo autor jest zwolennikiem rozłożonego, okresowego podawania hormonu jajnikowego (najracjonalniejszego zresztą), który najwięcej ma widoków powodzenia przy leczeniu ogólnych zaburzeń narządu rodniego i schorzeń powstałych przez wypadnięcie lub osłabienie jajników. Najlepsze wyniki obserwuje się u kobiet kastrowanych, jak również przy ogólnych zaburzeniach w okresie dojrzałości płciowej.

Biorąc pod uwagę nader skomplikowany całokształt subtelny mechanizmu życia płciowego kobiety i zaburzeń, wynikających z przewagi jednego lub niedomogi innego gruczołu wkrwonego, autor zaleca leczenie ostrożne i indywidualne przy współpracy ze specjalistą — endokrynologiem.

Z grupy preparatów, stosowanych przez autora na materiale klinicznym i laboratoryjnym, najściślej opisana jest folikulina krystaliczna, dawkowana wagowo — Gynoestryl! Dra Roussel'a—po 1000 Jednostek Międzynarodowych w 1 cm<sup>3</sup>, Benzo - Gynoestryl po 10.000 Jednostek Międzynarodowych w 1 cm<sup>3</sup>, Dwu - hydro folikulina Dra Roussel'a, jako postać doustna.

Należy sądzić, że Gynoestryl obrany został przez swoje stałe wagowe dawkowanie w-g jednostki mię-

dzynarodowej (1:10.000.000 grama), ustalonej na Międzynarodowej Konferencji w Londynie; przyczem autor przypomina, że dopiero wykrysztylizowanie folikuliny pozwoliło stwierdzić, jak olbrzymie wahania w mianowaniu innych preparatów mogą powstać przez dotychczas jeszcze używane jednostki mysie.

Benzo - Gynoestryl, wstrzyknięty domięśniowo, wchłania się w miarę zmydlenia, dzięki czemu działanie jego sprowadza się do częstego działania drobnych dawek folikuliny.

Doustna postać Gynoestrylu (dwu-hydro-folikulina) nie ulega wchłanianiu przez komórki drzewnika i dlatego podana per os mało różni się w działaniu od folikuliny podanej domięśniowo.

Z innych preparatów cytowane są: Menformon po 100 j. m., po 1000 j. m. lub 10.000 j. m. w fiolkach po 5 cm<sup>3</sup>; Glandofolina po 1000 jednostek mysich i 10.000 jednostek mysich; Oestrin po 100, 10.000, 100.000 jednostek mysich, Ovohormon po 1000 jednostek mysich. Z organopreparatów: Ovarium - panhormon, Ovarnon, a z preparatów p.p.p.m — prolan I. C., Pregnyl, Glanduantin i Praelobin.

Krótką tą pracą, przejrzyste napisaną, opiera się nie tylko na własnych badaniach klinicznych i doświadczalnych, lecz jeszcze na szeregu ważnych odkryć w dziedzinie kliniki żeńskich hormonów płciowych z ostatnich lat.

Praca ta, uwzględniając ciekawe dane aktualnej sprawy racjonalnej terapii hormonalnej, schorzeń (nie tylko napozór wyłącznie jajnikowych, ale i obejmujących wszystkie dziedziny patologji), będących następstwem niedomogi lub nadczynności gruczołów wkrewnych, powinna zaintereso-

wać oprócz lekarzy ginekologów, najszerszy ogół praktyków każdej niemal specjalności.

Dr. med. Rudolf K i r s z b l u m.

Prof. dr. Fr. G i e d r o y ć. *Wiekowe spory o błonę dziewiczą*. Studium historyczno - lekarskie. Warszawa 1934 r. (Skład główny: Kasa im. Mianowskiego).

Autor ogromnego „Słownika lekarskiego“, w którym obok takich archiwalnych przedziwności, jak *nasiębierka i naderbękart*, można znaleźć objaśnienie naderlekarskich terminów — *hycel i facetka*, napisał „Studjum historyczno - lekarskie“ pod wyżej podanym tytułem. W podstawowym dla „tezy“ rozdziale środkowym — *Hymen* — prof. Giedroyć ustala, w świetle sumiennie zbadanych źródeł, początek, przebieg i koniec starożytnego sporu lekarzy o to, czy błona dziewicza istnieje, a jeśli tak, to co to jest i poco. Rozdział ostatni — *Przed sądem* — będący osobnym właściwie przyczyńkiem do historii medycyny sądowej, przedstawia stosowane niegdyś dla potrzeb sądowych metody stwierdzenia, czy „rozdziwienie“, jak to określa prof. Giedroyć, nastąpiło czy nie. Autor sięgnął do polskich archiwów i bodaj po raz pierwszy wiele dokumentów wyniósł na światło.

Rozdział wreszcie pierwszy — *Dziwico* — należy całkowicie do historii obyczajów, nie medycyny. Ciekawych szczegółów spora tu nawiązka. Zawarł w nim autor poglądy na dziewictwo różnych plemion i narodów od najdawniejszych czasów do „ostatniej doby“. Nie wolno jednakże zapominać, że miarodajnym dla „ostatniej doby“ głosem w tej

kwestji jest dla prof. Giedroycia poglądy, wypowiedziany... w r. 1907 przez pewnego docenta ginekologii w Rzymie (przyp. 9 na str. 3). Jestto więc rozprawa trochę niewspółczesna

Wydaje się rzeczą niewątpliwą, że i sama „teza“ naczelna nie była godna o s o b n e j rozprawy, i to o tak gromkim tytule: *W i e k o w e s p o r y...* W każdym razie wyszła jej z pewnością na dobre większa kondensacja (no i selekcja) zawartości. Tak jak jest, przelewa się tu od nadmiaru różnorodnego materiału, świadczącego o niepospolitej erudycji uczonego autora, ale i o źle ułokowanym temperamencie. Zapędy leksykograficzne skłoniły autora do podania w mianownictwie lekarskim terminu *h y m e n a ż t r z y d z i e s t u d w ó c h* archiwalnych nazw polskich, m. in.: błona panieńska, błona prawicza, błona wstydliva, blonka, cnota, dziewictwo, jagoda panieństwa, kwiat panieński, panieństwo, prawiczeństwo, prawiczka, skóra dziewicza, wianek, wianuszek, wieniec panieński, zamek panieństwa, zatyczka panieńska.. Wydaje się, że mianownictwo lekarskie pomieszało się autorowi ze słownictwem poetyckim, terminy z metaforami.

Z etymologizowaniem również się nie poszczęściło. Następujące zdanie miało „wyjaśnić“ pochodzenie nieszczęsnego terminu *hymen*: „Pieśń weselna, przeplatana powtarzającym się okrzykiem *hymen!* a zarazem o takimże brzmieniu nazwa anatomiczna dla oznaczenia wogóle, przysłużyły się niewątpliwie do tego, że sama nazwa utraciła swoje pierwotne znaczenie ogólne, a być może nawet nasunęły myśl, iż owem zamknięciem, ową **przeszkodą**

bywa nie co innego, tylko właśnie błona...“ (str. 36). Prosto i jasno. Tamże sam bóg wesela, *Hymen*, przedzierzgnął się w „mistyczną *Hymen*“.

A już zupełnie niewiadomo co popać w tem naukowem studjum z takimi lirycznymi ekscesami: „Całą przyrodę przenika pęd ku rozmnażaniu się. Pewna odmiana instynktu samozachowawczego, chęć uniemożliwienia się w potomstwie, narzucają swoją wolę również człowiekowi. Czy bogacz, czy nędzarz, ulega temu instynktowi... Albo: „Krew młoda ponosi; hamulcem u ludu bywa często obawa „przed księdzem“ (tu dłuższy przypis!), w sferach kulturalnych, t. zw. wyższych — obawa przed skandalem“ (tu taki przypis: „Pisze pani Puisseux w „Radach do przyjaciółki“ w r. 1749: „Nie można być szczęśliwą bez pozorowego przynajmniej pielęgnowania cnoty, a wszystkie usiłowania kobiety, która cnotliwą być przestała, winny zmierzać ku temu, iżby za cnotliwą uchodzić mogła“)...

Przytoczone ustępy, choć tylko ustępy, niezłe chyba charakteryzują metodę autora i *contenance* tej rozprawy. Nie dziw, że doszedł tu do głosu, obok autorów starych dzieł medycznych, i Brantôme (str. 12), i Catullus (str. 60), i sam Goethe, którego autor cytuje według wydania... *weneckiego z roku 1780* (Epi-gramme. Venedig. 1780, Nr. 102)...

Charakterystyka nie byłaby zupełna, gdybym nie powiedział o wielojęzyczności tekstu rozprawy, która, przeplatana obficie cytatami łacińskimi i w starej francuszczyźnie, kończy się zupełnie osobliwym niemiecko-łacińskim „makaronem“ naukowym.

Oczywiście: wszystko to nie obala wartości istotnych ustaleń autora i zebranego pracowicie materiału. A,

ostatecznie, i cała ta różnolita zawartość, arcyrzadkie połączenie niepospolitej erudycji uczonego pedanta z frywolną nieledwie blahością „tezy“, drastycznej naiwności niegdysiejszej

fizjologii z celebrowaną powagą nauki — w soczystej zaprawie obyczajowych historyjek i anegdot, to ma nawet pewien swoisty urok...

Dr. Mieczysław O s t o w s k i.

## MEDYCYNA PRAKTYCZNA.

Dr. med. S. LEWINSOHN (Warszawa).

# Dekapsulacja nerkowa w przebiegu ostrego zapalenia nerek z bezmoczem

(Według sprawozdania z 33 Kongresu urologów w Paryżu 1933 r.).

Sprawa dekapsulacji nerkowej nie jest nowa, zajmowano się nią dawniej, a od roku 1898 była często przedmiotem dyskusji w wielu towarzystwach naukowych. W krótkim tym referacie chciałbym podać opinie kilku najwybitniejszych urologów, tyżące się dekapsulacji nerkowej.

Gouverneur (Paryż) uważa, że dekapsulację nerki należy stosować jedynie w ostrem zapaleniu kłębków, połączonej ze znaczną anurją; operacja nie jest wskazana w zapaleniach nerek przewlekłych, gdyż nerka wówczas przedstawia organiczne zmiany miażdżycowe, których ani dekapsulacja, ani nefrotomia nie usuwają.

Według autora ani wzrost ilości mocznika w surowicy krwi, ani ilość chlorków, ani rezerwa alkaliczna nie decydują o zabiegu, natomiast kliniczne stwierdzenie faktu, że pomimo leczenia wewnętrznego, intoksykacja ustroju wzmagą się oraz brak diurezy. Gouverneur podziela zdanie, że w istocie trudno jest lekarzowi zdecydować się na moment operacji; najodpowiedniejszy byłby moment, gdy objawy kliniczne raptownie wzmagają się i gdy zjawia się azotemja i intoksykacja; jeśli stan taki trwa 3 dni, należy zastosować zabieg operacyjny. Gouverneur przekłada w tych przypadkach dekapsulację nad nefrotomię, gdyż uważa, że ten ostatni zabieg połączony bywa z niebezpieczeństwem, może bowiem wywołać obfity krwotok z nerki, która w tych razach bywa mocno obrzęknięta i przekrwiona, a powtórnie nierzadko trzeba uciec się powtórnie do

**GENHYOSCYAMINE** stosuje się w chorobie Parkinsona.

usunięcia teje nerki. Dekapsulacja natomiast jest zabiegiem prostym, szybkim, mało niebezpiecznym, jestto operacja dobrotliwa i nieszkodliwa.

O nieszkodliwości świadczą badania Gawrilowa. Autor przez nerki przepuszcza rotwór Ringer-Locka; okazuje się, że roztwór przesączony przez nerki dekapulowane był 2 — 3 razy obfitszy, niż przez niedekapsulowane. Według Gouverneura dekapulacja nerki w ostrem zapaleniu nerek winna zająć pierwszorzędne miejsce.

Innego cokolwiek zdania jest Gérard (Lille), który jest zwolennikiem stosowania nefrotomji w ostrych zapaleniach nerek. Autor uważa, że krwawienie, zjawiające się w czasie tego zabiegu, sprzyja wyeliminowaniu substancyj toksycznych, nagromadzonych z jednej strony w ustroju, z drugiej zaś odbarcza zapalony, obrzęknięty miąższ nerkowy i odciąża kanaliki, wprowadzające mocz, uciśnięte wysiękiem krwawym. Doświadczenie wykazuje, że wystarczy dokonać nefrotomji na jednej nerce, aby uzyskać pożądaný efekt.

Zupełnie sceptycznie na powyższe sprawy zapatruje się Blandrof (Bordeau); tłumaczy, że nigdy nie posiadamy kryterjum, pozwalające wiedzieć, kiedy należy wykonywać zabieg operacyjny.

Również dość sceptycznie na powyższą kwestję zapatruje się Michon (Paryż), który obserwował dwa przypadki dekapulacji nerkowej z bezmoczem, spowodowanym zatruciem rtęcią. W tych przypadkach po dekapulacji, którą zresztą łatwo było dokonać w znieczuleniu miejscowym, anurja znikła i pomimo dość znacznego wielomoczu zjawiła się niedomoga nerek, która doprowadziła zarówno w jednym, jak i drugim przypadku do zejścia śmiertelnego. Według autora dekapulacja w intoksykacji nerkowej daje złe rezultaty i winna być zaniechana.

Ciekawe zdanie w zakresie chirurgicznego wkraczania w ostrem zapaleniu nerek wypowiada Jeanbrau (Montpellier). Autor radzi stosować w tych przypadkach dekapulację i nefrotomję.

Ponieważ według autora nerka wówczas jest mocno napęczniała i silnie obrzęknięta, sama dekasulacja mogłaby nie wystarczyć i nie spowodować dekompresji kanalików wyprowadzających mocz, uciśniętych obrzękiem tkankowym. W istocie mała nefrotomja na chorej nerce powoduje krwiopust, obniżający ciśnienie wewnątrz - nerkowe i zmniejsza w ten sposób objętość narządu. Nefrotomja z drenażem miedniczki usuwa obrzęk tkanki nerkowej i bezmocz, powstający wskutek ucisku naczyń i kanalików. Wreszcie autor stosuje nefrotomję w celach djagnostycznych. Nefrotomja bowiem może wykazać przyczynę bezmoczu, mianowicie: kamień nerki, miedniczki, górnego odcinka mocz-

**Zaparcie nawykowe na tle niedomogi wątrobowej usuwa  
RECTOPANBILINA.**

wodu, obecność piasku w miedniczce. W tych bowiem przypadkach sama dekapsulacja jest, oczywiście, niewystarczająca.

W dwóch przypadkach autor znalazł piasek w miedniczce, w jednym dokonał nefrotomji z powodu bezmoczności niewiadomego pochodzenia. Przypadek uległ wyleczeniu. Z tego też powodu autor — pomimo niebezpieczeństwa — przekłada nefrotomję nad dekapsulację, nigdy bowiem niewiadomo, czy pacjent nie ma ukrytej kamicy.

## Rozmaitości ze świata

(Podług „Le Siecle Medical” — podała Dr. med. J. Erdely z Paryża).

### Anglja.

W Anglii śmiertelność wskutek gruźlicy spadła do 41%, w Szkocji zmniejszyła się o połowę.

### Australja.

Nowe prawo głosi, że za każdy poród udziela się matce, niezależnie od jej stanu cywilnego i materialnego, tytułem odszkodowania 5 funtów szterlingów.

### Brazylja.

Liga Narodów organizuje w Rio de Janeiro międzynarodowy ośrodek dla trędowatych całego świata, w celu przeprowadzenia badań naukowych tego schorzenia.

W St. Paulo organizuje się nowy uniwersytet. Wysłano do Europy specjalną komisję w celu przestudjowania najbardziej racjonalnych metod i organizacji nauk. Zaangażowani mają być również profesorowie cudzoziemcy.

### Chiny.

W Pekinie zmarła w wieku lat 70 pierwsza kobieta - lekarz Czamei-Kin. Studja ukończyła w St. Zjednoczonych. Była lekarzem domowym b. prezydenta Republiki.

### Danja.

Parlament duński zatwierdził prawo, dotyczące sterylizacji upośledzonych umysłowo.

### Francja.

W Marsylji został zorganizowany ośrodek dla transfuzji krwi. Ustalona ma być lista dawców według grup krwi, lista lekarzy specjalistów i wysokość wynagrodzenia dla dawców.

**Niemcy.**

W Prusach na skutek dekretu Min. Spraw Wewn. lekarze zobowiązani są zadeklarować każdorazowo wszelkie wykonane zabiegi, mogące w następstwie prowadzić do sterylizacji. W ten sposób leczenie promieniami X musi być zadeklarowane.

**Palestyna.**

Uniw. hebrajskiemu w Jerozolimie został udzielony dar anonimowy w wysokości 2.500.000 franków dla fundacji instytutu do walki z rakiem.

**Peru.**

W celu skutecznej walki z chorobami wenerycznymi organizuje się w Bogota Instytut Higieny Społecznej. Instytut ten obejmować będzie: szpital, poradnię, laboratorja, sekcję propagandy i sekcję statystyczną.

**Rumunja.**

W obozowiskach wojskowych w Mamaia, zaopatrzonych w wodę studzienną, grasuje cholera. Notowano 40 przypadków śmiertelnych.

**Stany Zjednoczone.**

Stowarzyszenie lekarzy w St. Zjednoczonych zarejestrowało w 1933 roku 3209 zgonów wśród lekarzy na 3142 w r. 1932 i 2952 w r. 1931.

## Wiadomości bieżące

**Z Uniwersytetu Warszawskiego.**

Dziekanem wydziału lekarskiego Uniw. Warsz. na rok akademicki 1934/35 został wybrany dr. med. Franciszek Venulet, profesor zwyczajny patologii ogólnej i doświadczalnej.

Prorektorem został wybrany dr. med. Franciszek Czubański, profesor zwyczajny fizjologii i dziekan wydziału lekarskiego.

Dr. med. Tadeusz Butkiewicz, ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego, został habilitowany jako docent chirurgji na U. W.

**Ze Szpitali Warszawskich.**

Dr. med. Witold Borkowski mianowany został ordynatorem Szpitala św. Łazarza.

Doc. dr. med. Adolf Falkowski został dyrektorem Szpitala Jana Bożego.

Dyrektorem Szpitala na Czystem został mianowany dr. med. Henryk Stabholz z Katowic.

**Kalendarzyk zjazdowy.**

XI Zjazd Internistów Polskich w Poznaniu uchwalił jako miejsce następnego Zjazdu — Łuck. Zjazd odbędzie się na jesieni 1935 r.

**Komunikat****Kurs dietetyki.**

W okresie od 1.4 do 6.4.1935 r. włącznie odbędzie się przy II Klinice Chorób Wewnętrznych Un. Warsz. (Dyrektor prof. Un. Warsz. dr. med. Witold Orłowski) kurs dokształcający z dietetyki dla lekarzy. Tematy wykładów oraz zajęć praktycznych, które ogółem obejmą 37 godzin, są następujące:

I. Rola dietetyki w lecznictwie — Doc. dr. J. Węgierko.

II. Dietetyka ogólna:

1. Biochemja białek, tłuszczów i węglowodanów — Prof. dr. Przyłęcki.

2. Energetyka żywienia — Dr. E. Apffelbaum.

3. Przemiana mineralna i kwasozasadowa a żywienie — Dr. J. Glass.

4. Przemiana wodna a żywienie — Dr. J. Fliederbaum

5. Nauka o pokarmach — Doc. dr. S. Szulc. (Pokarmy zwierzęce, roślinne, wchłanianie, przyswajanie, wydalanie).

III. Dietetyka szczegółowa:

1. Choroby żołądka — Doc. dr. S. Cytronberg.

2. Choroby jelit — Doc. dr. Z. Gorecki.

3. Choroby wątroby — **Doc. dr. W. Filiński.**

4. Choroby narządu ruchu, z uwzględnieniem skaz — Doc. dr. E. Reicher.

5. Wychudnienie i otyłość — Dr. J. Roguski.

6. Cukrzyca — Doc. dr. J. Węgierko.

7. Choroby krwi — Dr. A. Fidler.

8. Choroby narządu krążenia — Dr. A. Fidler.

9. Choroby gruczołów dokrewnych — Dr. A. Fidler.

10. Choroby narządu oddychania z uwzględnieniem gruźlicy płuc — Dr. J. Misiewicz.

11. Choroby nerek i dróg moczowych — Dr. W. Markert.

IV. Przyrządzanie pokarmów wraz z zajęciami praktycznymi — Mag. M. Morzkowska.



Oplata za kurs wynosi zł. 30 — uczestnikom będą zapewnione mieszkania na ich żądanie po niższej cenie oraz zniżki kolejowe w drodze powrotnej. Po ukończeniu kursu wydawane będą odpowiednie zaświadczenia.

Zgłoszenia będą przyjmowane do dn. 15 marca 1935 r. Wpłata powinna być uiszczona do dnia 25 marca 1935 r. Informacyj udziela i przyjmuje zgłoszenia st. asystent II Klin. Chor. Wewn. Un. Warsz. Dr. J. Rydyger, Warszawa, ul. Nowogrodzka 59.

## CENA ZNIŻONA!

**Dawniej zł. 4**

**OBECNIE TYLKO zł. 1.20**

## **PROPAGANDA FARMACEUTYCZNA, JEJ CEL I METODY**

H. L. OSTOWSKI

Do nabycia w Administracji „Przeglądu Terapeutycznego”  
Warszawa, Grzybowska 88.

Konto w P. K. O. Nr. 6070

### TREŚĆ ZESZYTU Nr. 6 (19).

<b>Dział naukowy:</b>	Dr. med. A. Galewski — Nowoczesne leczenie cukrzycy oraz ocena krytyczna stosowanych diet . . . . .	1
<b>Streszczenia:</b>	Przegląd prasy lekarskiej zagranicznej . . . . .	5
	Przegląd prasy lekarskiej polskiej . . . . .	6
	Ocena książek . . . . .	7
<b>Dział zawodowo-społeczny:</b>	Dr. med. S. Lewinsohn — Dekapsulacja nerkowa w przebiegu ostrego zapalenia nerek z bezmoczem . . . . .	12
<b>Rozmaiitości ze świata</b>	. . . . .	14
<b>Wiadomości bieżące</b>	. . . . .	15
<b>Komunikat</b>	. . . . .	16

#### PRENUMERATA

	Miejscowa	Zamiejscowa
Rocznie	Zł. 6.—	Zł. 7.—
Kwartalnie	Zł. 1.50	Zł. 1.75

#### CENY OGŁOSZEŃ:

	1/1 strony	Zł.
1/1	300.—	
1/2	175.—	
1/3	92.—	

Cena pojedynczego zeszytu Zł. 1.—

Redakcja i Administracja:

**Warszawa, Grzybowska № 88, tel.: 224-27 i 229-34.**

Konto w P. K. O. 6070.

Redaktor przyjmuje interesantów w sobotę od 12—14.

Sekretariat czynny codziennie, oprócz niedziel i świąt: od 10—12.

**Redaktor:** Dr. med. Alfred Galewski.

**Wydawca:** Aleksander Wieniewicz.

**Sekretarz redakcji:** Hipolit Lucjan Ostowski.

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

KAMICA ŻÓŁCIOWA  
KOLKA WĄTROBIANA  
ŻÓLTACZKA



# PANBILINE

LAB. CHEM. FARM.  
"ASMIDAR"  
WARSZAWA GRZYBOWSKA 88



*200-250 razy mniej...*

toksyczne od odpowiednich  
alkaloidów są

## **GENALKALOIDY**

POLONOWSKIEGO I NITZBERGA

### **GENEZERYNA**

Niedokwaśność, częstoskurcze, dyspepsja

### **GENATROPINA**

Nadkwaśność, zaburzenia  
w układzie współczulnym

### **GENOSTRYCHNINA**

Astenja, neurastenja, niedowłady

### **GENHYOSCYAMINA**

Stany spastyczne jelit, zapalenie  
mózgu, różnego rodzaju drżenia

### **GENOSKOPOLAMINA**

Stany parkinsoniczne,  
znieczulenia chirurgiczne

# FOSFATYNA FALIERA



NIODZOWNY POKARM  
NIEMOWLĘCIA OD  
7 MIESIĄCA ŻYCIA.

WZMACNIA KONSTYTUCJĘ DZIECKA  
UŁATWIA ZABKOWANIE I WYBITNIE  
WPŁYWA NA  
PRAWDŁOWY ROZWÓJ  
KOŚĆCA I MIĘŚNI.



HT

WARSZAWA, GRZYBÓWSKA 88.