

Redakcja: Kraków 9 (Łobzów)  
Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2.  
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisany, należy z góry podać żadaną liczbę oditek, których koszt oraz kosztą klisz ponosi w całości autor.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO. CZASOPISMO LEKARSKIE ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO. WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austriackie i niemieckie.

Ugłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4 1/2 marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisja redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisji; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisji redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

## DOM ZDROWIA

Kono przez Wys. c. k. Namiestnictwo  
Zakład leczniczy prywatny  
w Krakowie  
ul. Sieniradzkiego 1. — Tel. 67.

W r. 1906 rozszerzony i zasadniczo przekształcony, uległ w r. 1911 dalszemu znacznemu powiększeniu i udoskonaleniu.

Przyjmuje przypadki chirurgiczne, położnicze, ginekologiczne i inne, z wyłączeniem chorób zakaźnych i ciężkich nerwic. 281

Prospekty na życzenie

NATURALNA SÓL SZPRUDLA  
jest jedynie  
prawdziwą solą  
Zastrzega się przed falsyfikatami

KARLSBADU

# Magazyn Medyczny Dra Bolesława Drobnera

w Krakowie, Plac Szczepański 1. 3. — Telefon 415. — Adres telegr.: Drobneruniwers.

poleca

Instrumenty chirurgiczne.  
Meble operacyjne.  
Kompletne urządzenia lekarskie.

124

Kosztorysy na żądanie.

Kosztorysy na żądanie.

## SZCZAWNICA

Zdrowisko otwarte na sezon letni 1917.

Komisja Aprowizacyjna stara się o żywność. — Restauracja Zakładowa i parę pensjonatów otwarte. — Pewniej jest zamówić telegraficznie, dwa dni naprzód, fiakra do poclągu u właściciela domu, gdzie się ma zamieszkać. Zastosować się ściśle do zarządzeń Władz przy wymeldowaniu i zameldowaniu 14 dni naprzód w Starostwie Nowotarskiem o swem przybyciu. 127

WODY MINERALNE WYSYŁA NA ZLECENIE ZARZĄD ZAKŁADU W PAKACH O 25-CIU i 50-CIU FLASZKACH.

otwarto w Lecznicy Związkowej  
w Krakowie, ul. Garncarska 11.

EMANATORYUM RADOWE



# JODLYSIN LAOKOON

połączenie jodu z peptonem w płynie  
1 ccm = 20 kropel = 004 jodu

nie rozszczepia się w przewodzie pokarmowym, lecz dopiero w tkankach, wskutek czego nie sprawia zaburzeń w przewodzie pokarmowym.

Jodlysin według badań Prof. Dr Bądzińskiego jest identycznym preparatem z Jodone Robin.

Wskazania: Astma, choroby mięśnia sercowego, zapalenie stawów chron., zapalenie nerek chron. (neph. interstit.), otyłość, marskość wątroby, kiła drugo- i trzeciorzędna, reumatyzm, objawy poluet. degenerat. systemu nerwowego, zaburzenia funkcyi gruczołów wewnętrznego wydzielania, zwapnienie żył.

# PEPTOFERLYSIN LAOKOON

Organiczne połączenie żelaza w postaci stężonego roztworu, który w małej objętości zawiera wielką ilość odżywczej substancji żelazistej.  
1 ccm = 20 kropel = 001 Fe

Peptoferlysin jest preparatem identycznym z Peptonate de Fer Robin, zawiera jednak 5 razy większą ilość żelaza od ostatniego.

Wskazania: Blednica, niedokrewność, cierpienia maciczne, nerwowość, ogólne osłabienie, rekonwalescencya.

# SPERMIN LAOKOON

essencya i iniekcye.

Preparaty identyczne z Spermin Poehl.

Wskazania: Alkoholizm, zwapnienie żył, zapalenie stawów zniekształcające, blednica, drgawki porodowe, choroby serca, histerya, influenza, podagra, spadek sił przed i po operacyach, zapalenie płuc, uwiad starczy, neuralgia, neurastenia, zapalenie nerek, psoriasis, choroba angielska, reumatyzm przewlekły, róża, skorbut, kiła, tabes i inne schorzenia stosu pacierzowego, gruźlica, tyfus, chroniczne i ostre zatrucia, impotencya.

# MAMMID LAOKOON

pastylki à 0.3 i iniekcye.

Wskazania: Włókniaki i krwotoki macicy, dolegliwe miesiączkowanie, zapalenie błony śluzowej macicy.

Fabryka chemiczna LAOKOON, Lwów.

Prospekty i wzory darmo i oplatnie.

217

## Fabryka przetworów leczniczych Eugeniusza Matuli

w Radomyślu Wielkim poleca własne przetwory:



**Kamphenol Prof. Dra Chlumsky'ego.** Znakomity an-  
tyseptyk przy  
róży, ropowicach, ropniakach, czyrakach, przetokach gruźliczych i t. p. Cena flaszki Kor. 5.—.

**Pilulae medic. Matula.** Pilulae natr. arsenic. comp. Każda pigułka zawiera:  
Natr. arsenic. 0.0005 Ferr. protokol. 0.05. Chinin.  
hydr.-Calc. glycerin. phosphor. Extr. Colae spis. aa 0.03. Extr. nucis vom 0.005. Pulvis rhei q. s. Pigułki  
te są otoczone cukrem. Cena za flakon o 100 pig. Kor. 6.—. Wydaje się jedynie na przepis lekarski.

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

w działalności identyczny z syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony lek krzepiący w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii, itp.  
Zawiera: Żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole podfosforowe rozpuszczone w syropie.  
Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 3.—. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

## Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

207

Zawiera ciała lotne jak: Olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetwarzane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo, dokładnie wcieralną. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach gośćcowych różnych postaci, osobliwie w gościcu mięśniowym, postrzale, rwie kulszowej, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, wykonane na klinice wiedeńskiej na oddziale III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie poczem owija wata lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 2.40, za duży Kor. 9.—. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Ministerium spraw wewnętrznych w Petersburgu.

Powyższe przetwory są do nabycia we wszystkich aptekach. Główny skład w aptece WP. Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując, używać zawsze formułki: original. Matula. Nazwy, marka, ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla panów lekarzy darmo i oplatnie przesyła Laboratorium i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu Wielkim.



# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu we Lwowie.  
(Dyrektor Prof. Dr A. Gluziński).

**Doświadczalne badania nad wpływem sztucznej odmy piersiowej na płuco zwierzęcia zdrowego i zakażonego gruźlicą, wraz z uwagami o leczeniu początkowych postaci gruźlicy u człowieka**

podał

**Dr Zdzisław Tomaszewski,**  
asytnt kliniki.

Szerokie zastosowanie sztucznej odmy piersiowej w leczeniu gruźlicy płuc, jakie metoda ta osiągnęła w ciągu kilku ostatnich lat, i znakomite wyniki, osiągnięte w pewnej liczbie przypadków, zmuszają do ściślejszego określenia i rozszerzenia dotychczasowych wskazań tego zabiegu. Nie wystarczają już dzisiaj wskazania, postawione pierwotnie przez Brauera, który polecał wytwarzanie odmy tylko w przypadkach ciężkich, takich, gdzie dyetetyczne i swoiste leczenie nie dają już żadnego widoku powodzenia i gdzie odma sztuczna, o ile wogóle da się wykonać, pozostaje jako ostateczny środek, mogący powstrzymać dalszy postęp choroby. W tych ciężkich, beznadziejnych przypadkach, o ile niema przeciwwskazania ze strony innych narządów lub ze względu na stan ogólny, samo płuco, zajęte już na większej przestrzeni, nie daje nam także żadnych przeciwwskazań.

Inaczej jednak rzecz się ma z przypadkami, dotąd nie objętymi w zakres wskazań do leczenia sztuczną odmą piersiową, a więc z przypadkami gruźlicy świeżej, ograniczonej do pewnej tylko części miąższu, przy zdrowej reszcie płuca, z przypadkami zajęcia n. p. tylko jednostronnej części jednego płatu górnego. Ponieważ w przypadkach tych nie możemy nigdy przewidzieć dalszego przebiegu sprawy, ponieważ w większości przypadków musimy liczyć się z prawdopodobieństwem dalszego postępu choroby, zajęcia płatów dalszych wraz z ogólnymi następstwami, dlatego sposób leczenia, któryby umożliwił powstrzymanie dalszego rozwoju choroby w samych jej początkach i nie dopuszczał do zajęcia dalszych części miąższu płucnego, miałby w leczeniu gruźlicy płuc pierwszorzędne znaczenie. Ze znanych nam sposobów leczenia tylko odma piersiowa potrafiłaby odpowiedzieć tym wymaganiom. Badania Brunsy wykazały bowiem, że wskutek zmniejszonego ukrwienia płuca i zwolnienia prądu limfy, prątki nie mogą się szerzyć na otoczenie, warunki wchłaniania toksyn i prątków utrudniają się, za czem polepsza się stan ogólny chorego. Wskutek braku tlenu a nagromadzenia się większej ilości CO<sub>2</sub> następuje wprost uszkodzenie prątków, silne zaś bujanie tkanki łącznej sprawia otorbienie się ognisk gruźliczych. Znakomitych wyników sztucznej odmy piersiowej,

jakie osiągnięto w leczeniu przypadków dalej posuniętych, nie można jednak bez zastrzeżeń uogólniać na przypadki świeże, wobec tego, że w przypadkach cięższych, przy dużym zajęciu miąższu, przeważają objawy ogólne, których brak przy formach świeżych i że poprawa w przypadkach cięższych dotyczy w pierwszym rzędzie właśnie tylko ogólnych objawów. Uwzględnić dalej należy i to, że w przypadkach świeżych większa część miąższu jest jeszcze zdrowa i czynnościowo sprawna, a wobec tego zastanowić się trzeba nad tem, czy zdrowy miąższ, wyłączony przez zgniecenie go od oddychania, zdoła, skoro nastąpi wygojenie się sprawy w płacie zajętym, rozwinąć się i objąć znowu swoją czynność oddechową, czy może powstaną w nim sprawy trwałe, usuwające go raz na zawsze od oddychania, czy też wreszcie takie czynnościowe uszkodzenie zdrowego miąższu wogóle mogłoby mieć jakiegokolwiek ujemne znaczenie wobec osiągniętego wyleczenia schorzałych części płuca. Przy odpowiedzi na te pytania musimy uwzględnić między innymi i to, że leczenie odmą przypadków świeżych wymagać będzie przypuszczalnie do osiągnięcia zupełnego wyniku czasu znacznie krótszego, aniżeli leczenie sprawy cięższej, dalej posuniętej, i że ten krótki czas nie wystarczyłby może do wywołania w płacie zdrowym uciśniętym zmian trwałych, nie pozwalających mu z powrotem się rozwinąć. Aczkolwiek już dzisiaj nie brak usiłowań klinicznych w tym kierunku i niektórzy autorowie, jak Forlanini (2), Deneke (3), Wellmann (4), Faginoli (18), próbowali leczyć odmą sprawy zupełnie świeże (Forlanini zaś nawet wykazał, że przy obustronnej gruźlicy płuc można zastosować odnę obustronnie, ugniatając najpierw jedno, potem drugie płuco), to jednak, pominiawszy te próby, leczenie przypadków świeżych nie znalazło dotąd liczniejszych zwolenników dla braku ściśle określonych wskazań. Ściślejsze określenie wskazania mogą nam dać tylko badania eksperymentalne, przyczem rozstrzygającym będzie przedewszystkiem badanie anatomiczne płuca uciśniętego w różnych okresach czasu.

Przy badaniu zaś tych zmian anatomicznych należy ściśle odróżniać zmiany, jakie występują w płucu uciśniętym, zajętym sprawą gruźliczą, i zmiany, powstałe pod wpływem ucisku w płucu zdrowym. Musimy się bowiem liczyć z faktem, że zmiany w uciśniętym płucu zdrowym mogą być następstwem tylko czynnika czysto mechanicznego, takiego, jakim jest ucisk, natomiast w płucu chorem pewne znaczenie dla powstania następowych zmian mogą mieć, jak przypuszcza Brauer i Warnecke, także toksyny gruźlicze, nagromadzone w większej ilości w pewnym miejscu płuca wskutek zwolnienia prądu krwi i działające miejscowo podrażniająco. Badania doświadczalne, których opisy znajdujemy w piśmiennictwie, wykonywano też tak na zwierzętach zdrowych, jakoteż i na zakażonych gruźlicą; z badań tych jednak, zajmujących się opisem anatomicznych zmian, powstałych w płucach, tylko nieliczne omawiają poruszoną dzisiaj sprawę zastosowania odmy do leczenia zmian gruźliczych świeżych, tak że ostatecznie sprawa ta pozostaje do dzisiaj w zawieszeniu.



Dla braku miejsca pomijam zupełnie streszczenie i omawianie piśmiennictwa, a więc prac Brunsza (1), Dunina (9), Warneckego (5), Graetza (6), Areny (7), Kaufmanna (10), Franka z Jagińcem (11), wreszcie doświadczeń Schura z Plaschkesem (13) i Rubla (14), i przechodzę wprost do przedstawienia własnych badań. W ciągu niniejszej pracy będę miał sposobność powołać się na niektóre z wymienionych prac.

Trzymając się dotychczasowych wskazań Brauera, stosowaliśmy w klinice naszej od lat kilku leczenie odmą piersiową tylko w przypadkach ciężkich, z wynikami wcale nas zadowalającymi; nie mogliśmy jednak dla braku dostatecznie określonych wskazań zdecydować się na spróbowanie tego sposobu leczenia w przypadkach lżejszych jednostronnej gruźlicy.

Chcąc mieć własne pod tym względem doświadczenie, postanowiłem, za radą prof. Głuźnińskiego, zbadać rzecz na zwierzętach, a mianowicie: określić zmiany anatomiczne, jakie powstają w zdrowym płucu pod wpływem wywartego nań ucisku, przekonać się, w jaki czas zmiany takie, któreby można uważać za trwałe uszkodzenie płuca, zaczynają występować, i zbadać, jakie części płuca najwięcej i najwcześniej ulegają zmianom. Postanowiłem także w kilku przypadkach zbadać wpływ odmy na płuco zwierzęcia zakażonego gruźlicą i rozpatrzyć, czy otrzymane wyniki nie mogłyby się przyczynić do określenia wskazania do leczenia postaci lżejszych, początkowych, u człowieka.

Do doświadczeń używałem królików i psów dużej wagi, gdyż, jak twierdzi Kaufmann, niepowodzenia Brunsza w doświadczeniach na psach pochodziły stąd tylko, że używał on psów za małych. Odmę wykonywałem za pomocą przyrządu Forlaniniego, zaopatrzonego w manometr wodny, zawsze po stronie prawej, zwykle w przedniej linii pachowej, w IV., V. lub VI. międzyżebżu, wkłuwając cienką ostrą igłę zupełnie poziomo; po stwierdzeniu wysokości ciśnienia, które u królików waha się według moich spostrzeżeń między 3 a 1 (według Brunsza 4,5—1,5), wpuszczałem odrazu przy pierwszym zabiegu tyle gazu, aby wywołać zupełne zapadnięcie się płuca i doprowadzić do ciśnienia dodatniego +1 +2, w niektórych przypadkach nawet wyżej, tak przy wdechu, jak i wydechu. Ilości gazu, potrzebne, aby sprowadzić parcie dodatnie, wahają się w dużych granicach (od 75—220 cm<sup>3</sup>) zależnie od wielkości zwierzęcia. Podnoszenie parcia początkowego powyżej +2 było jednak niebezpieczne, kończyło się bowiem albo śmiercią zwierzęcia, albo co najmniej napadem drgawek, silnej duszności, bezprzytomności, które ustępowały zwolna, dopiero po pewnym czasie.

Spostrzegłem jednak pod tym względem różne zachowanie się zwierząt, które objaśnić sobie mogę tylko różnym stopniem podatności ich śródpiersia. I tak n. p. gdy u królika Nr 2 wagi 2200 gr. przy drugim wytwarzaniu odmy mimo wprowadzenia 165 cm<sup>3</sup> N nie podniosło się parcie powyżej +1 +2 i mimo stosunkowo niewielkiego parcia, które zwierzę przy pierwszym zabiegu zniosło dobrze, wystąpił teraz napad drgawek, duszność i śmierć, to u królika Nr 7, wagi stosunkowo niewielkiej (1800 gr.), wprowadzenie 75 cm<sup>3</sup> N podniosło parcie do +3 +5, przy czym w zachowaniu się zwierzęcia, oprócz u każdego zwierzęcia stale spotykanego przyspieszenia oddechów, nie zauważyłem żadnej zmiany. Objaśniam to tylko w ten sposób, że u królika Nr 2 śródpiersie wypukłało się ku stronie nie uciskanej i gdy, mimo wprowadzanych nowych ilości gazu, parcie po stronie uciskanej utrzymywało się stale na wysokości +1 +2, to parcie po stronie przeciwnej musiało opadać i zbliżać do ±0.

Skoro zaś w końcu parcie wydechowe doszło do ±0 i zwierzę nie mogło przy największym nawet wysiłku przez rozszerzenie klatki po stronie nieuciskanej utrzymać parcia ujemnego, następowała śmierć przez uduszenie. Pamiętać należy, że pojemność klatki piersiowej nie jest wielkością stałą, któraby się dała ustalić cyfrowo i, jak zaznacza Rosenbach (15),

zależy od takich czynników, jak elastyczność samego płuca, podatność ścian klatki piersiowej i przepony, stan napełnienia jelit i wspomniana już podatność śródpiersia.

Ponieważ wchłanianie się gazu przy zdrowej opłucnej następuje dosyć szybko, dlatego dopełniania gazem musiały, z początku zwłaszcza, następować dosyć często.

W drugim szeregu doświadczeń (4 króliki) postępowałem w następujący sposób: U jednego królika wytwarzałem najpierw sztuczną odmę, a następnie dopiero zakażałem je śródżylnie, wprowadzając im do żyły usznej zawiesinę prątków gruźliczych (typus bovinus). I tak: zakażenie u królika Nr 6 nastąpiło w 26 dni po pierwszym wytworzeniu odmy, podtrzymywanej następnie kilkakrotnie, a więc w okresie, kiedy w płucu ugniecionem można było spodziewać się już pewnych zmian.

Królika Nr 8 zakażyłem w 2 dni po wytworzeniu sztucznej odmy. U dwóch innych królików najpierw dokonywałem śródżylnie zakażenia, a potem dopiero wytwarzałem sztuczną odmę opłucną, i to albo bezpośrednio następnego dnia po zakażeniu (królik Nr 4), albo dopiero w pewien czas potem (królik Nr 5 w 6 dni).

Zaznaczam tutaj, że doświadczenia moje tym odmiennym sposobem zakażenia różnią się od doświadczeń Schura i Plaschkesa, którzy zakażali swoje zwierzęta zawsze dopiero po wytworzeniu odmy.

Badania histologiczne płuc dokonywałem w sposób zwykły, utrwalając wycięte z różnych płatów obu płuc kawałki w wysokoku i zatapiając je następnie w parafinie; skrawki barwiłem hematoksyliną i eozyną, jakoteż metodą Van Giesona. Ogółem zbadałem płuca u 12 zwierząt. Dla przykładu przytaczam w całości tylko protokoły dwóch doświadczeń, pomijając inne w celu oszczędzenia miejsca.

Królik 9., wagi 1950 gr. — żył 88 dni.

	Insuffl.	Parcie początkowe	Ilość cm <sup>3</sup> N	Parcie końcowe
14/I.	1	— 3—1,5	70	+ 2—3
20/I.	2	— 3—1,5	70	+ 2—3
27/I.	3	— 2—1	50	+ 2—3
4/II.	4	— 1,5—0,5	55	+ 2—3
7/II.	5	— 1,5—0,5	70	+ 1—2,5
10/II.	6	— 1,0—0,5	70	+ 2—3
13/II.	7	— 1,0—0,5	85	+ 1—2
16/II.	8	— 1,0—0,5	80	+ 1—2
22/II.	9	— 0,5±0	80	+ 0,5+1
25/II.	10	— 1,0—0,5	100	+ 1+2
4/III.	11	— 1,5—1	75	+ 0,5+1,5
11/III.	12	— 1—0,5	70	+ 2—3
17/III.	13	— 0,5±0	60	+ 1—2
24/III.	14	— 0,5±0	60	+ 1—2
28/III.	15	— 0,5±0	60	+ 1—1,5
30/III.	16	— 0,5±0	50	+ 1,5+2
10/IV.	17	— 1,±0	70	+ 2+3

zginął 11/IV.

Sekcja: Obie jamy opłucne wolne, płuco prawe, zgniecione, leży obok kręgosłupa. Płuco lewe wypełnia ściśle klatkę.

Płat dolny prawego płuca o brzegach nieco rozdętych, kawałki rzucone na wodę pływają; płat górny dobrze uciśnięty, prawie bezpowietrzny; na opłucnej tak dolnego jak i górnego płatu wysepkiwane zmętnienia. Lewe płuco silnie ukrwione, brzegi, zwłaszcza dolnego płatu, bardzo silnie rozdęte.

Opis histologiczny: Lewe płuco: wybitne przekrwienie; pęcherzyki w dolnym płacie bardzo duże, w częściach przybrzeżnych miejscami poroźdierane; opłucna bez zmian. Płuco prawe: miąższ wybitnie uciśnięty w warstwie podopłucnej, tu światła pęcherzyków nie widać. Warstwy głębsze lepiej powietrzne. Opłucna zgrubiała wskutek rozwoju wyraźnej tkanki ziarninowej, nigdzie jednak nie widać przemiany jej w tkankę włóknistą. Miejscami pasma wchodzą w głąb. Naokoło naczyń, mniej wybitnie naokoło oskrzeli, nacieki drobnokomórkowe, niezbyt liczne, tu i ówdzie jednak o charakterze tkanki ziarninowej (komórki nabłonkowe i śródłonkowe).

Ognisk zapalnych w pęcherzykach powietrznych nigdzie niema.

Naczynia chłonne o świetle szerokim.



Królik 6. wagi 2450 — żył 118 dni.

Data	Insufflatio	Parcie początkowe	Ilość cm <sup>3</sup> N	Parcie końcowe
10/I	1	— 1,5—1	130	+ 2+3
14/I	2	— 3—1	60	+ 0,5+2
20/I	3	— 0,5±0	85	+ 2+3
27/I	4	— 0,5±0	90	+ 1+2
4/II	5	± 0—0,5	100	+ 1+2
4/II		wieczorem zakażony został prątkami gruźlicy »typus bovinus« (3 oczka normalne w 5 cm <sup>3</sup> NaCl fizjol., z tego 1 cm <sup>3</sup> do żyły usznej)		
5/II	6	± 0—0,5	40	+ 0,5+1
7/II	7	— 1—0,5	100	+ 0,5+1
10/II	8	— 1—0,5	85	+ 0,5+1
13/II	9	— 1+0,5	25	+ 1+5
16/II	10	— 2—1	50	+ 1+1,5
21/II	11	— 2—1	50	+ 2+3
25/II	12	— 1—0,5	75	+ 0,5+1
4/III	13	— 1—0,5	110	+ 0,5+1
11/III	14	— 3—2	90	+ 1+2
17/III	15	— 1—0,5	90	+ 1+2
24/III	16	— 1,5—1	75	+ 1+2
28/III	17	— 1,5—1	50	+ 0,5+1
2/IV	18	— 0,5±0	50	+ 1+2
18/IV	19	— 1,5—1	100	+ 2+3

28. IV. Królik bardzo słaby, od kilku dni nic nie je; za-  
bito go.

Sekcja: Płuco lewe wypełnia szczelnie klatkę piersiową, na opłucnej świeże naloty włóknikowe. Płynu w jamie opłucnej niema. Prawa jama opłucna wypełniona dużą ilością płynu surowiczego, jasnożółtego; płuco ugniecione, nie wypełnia szczelnie klatki, zapadnięte. Płuco prawe znacznie zmniejszone, ciężar zwiększony, opłucna na całej przestrzeni silnie zgrubiała, białawo przeświecająca. Na przekroju we wszystkich płatach cały szereg ognisk mniejszych i większych, płaskich, zatokowatych, w środku ulegających serowatemu rozpadowi. Ogniska te częściowo zlewają się ze sobą, dookoła otoczone są twardszą, przeświecającą tkanką łączną. Poza tem widzimy w płucu porożrzucane gruźelki, w większości ulegające serowaceniu, ze sobą się zlewające. Reszta miąższu płucnego o zabarwieniu jasno różowym, bezpowietrzna, wiotka.

Płuco lewe objętości i ciężaru zwiększonego; przez opłucną, gładką i lśniąca, prześwieca cały szereg gruźelków, większych i mniejszych, zlewających w ogniska guzowate, ponad powierzchnię nieco wystające. Na przekroju całe płuco zasiane jest gruźelkami, przeważnie wielkości dużego łebka szpilki, serowaciejącymi i ze sobą się zlewającymi. Poza tem ogniska płaskie, serowate, zatokowate. W górnym płacie i w górnej części płatu dolnego świeże jamki, wypełnione treścią gęstą, serowatą.

Wśród powyżej opisanych ognisk widzimy ogniska tkanki łącznej, przeświecającej, szarawej, w ilości na oko może mniejszej, niż w płucu prawym. Poza tem płuco silnie przekrwione, przy ucisku wydobywa się pienisty, obfity, nieco krwawy płyn.

Badanie płynu z opłucnej wykazuje: Białka 3,5%. Próba Moritz-Rivalty — dodatnia. Próba Milona — ujemna. W preparacie przeważają znacznie limfocyty, mała zaś ilość komórek neutrofilnych, skurczonych, zwyrodniałych. Pojedynczo zdarzają się komórki tuczne i dosyć duża ilość eozynofilnych; metodą antyforminową wykazano skąpe prątki gruźlicze.

Opis histologiczny: Płuco prawe: Opłucna wybitnie zgrubiała; zgrubienie to składa się z świeżej tkanki łącznej, miejscami widoczne są nacieki zapalne; uderza wielka ilość komórek eozynochłonnych. Naczynia krwionośne obfite, krwią wypełnione. W całym miąższu rozrzucone wielkie ogniska serowate (ogniska zapalenia serowatego), pęcherzyki w otoczeniu tych ognisk okazują zmiany zapalne, niektóre z nich wypełnione są samymi złuszczoneymi nabłonkami (pneumonia desquamativa), inne ciążkami białymi i wysiękiem zapalnym, w niektórych zaś widzimy komórki olbrzymie.

Dookoła naczyń krwionośnych obfite nacieki drobnokomórkowe. W reszcie miąższu, miejscami, zwłaszcza w częściach przybrzeżnych, widać pęcherzyki rozdęte. Naczynia chłonne silnie rozszerzone, wypełnione ciążkami białymi.

Wśród opisanych wyżej mas serowatych widzimy ogniska ciemno się barwiące hematoksyliną, ziarniste, wyglądające na początkowe zwapnienia.

Znaczniejszego rozrostu tkanki łącznej niema. Wyraźnej różnicy między płatem górnym a dolnym nie zauważono.

Płuco lewe: Obraz zupełnie podobny z tą różnicą, że opłucna nie jest zgrubiała, tylko miejscami świeże naloty włóknika. Naczynia krwionośne silnie krwią wypełnione.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala garnizonowego Nr 14. we Lwowie.

## Studia do obrazu zapalenia nerek.

I.

### O zachowaniu się serca i pni tętniczych w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

(Dokończenie).

Wobec tego, że żołnierze nasi przychodzili bezpośrednio z frontu do szpitala, i my nie możemy wykluczyć, że przyczyną przerostu mięśnia komory lewej u nich są również warunki, które ze sobą przynosi uciążliwa postać wojny; wątpić jednak musimy, czy to źródło jest przyczyną zmiany serca w większej liczbie przypadków. Za tem twierdzeniem przemawiałoby to, że czysty przerost lewej komory serca, bez innych powikłań, stwierdziliśmy tylko w 10 przypadkach, i w tych przerost, może czysto roboczy, mogliśmy wytłumaczyć tylko może stosunkami wojennymi, chociaż i w tych nie możemy wykluczyć i drugiej równoczesnej przyczyny, to jest sprawy zapalnej nerek. W dalszych 20 przypadkach prócz przerostu serca stwierdziliśmy równocześnie i zmiany w aorcie, tak, że w nich, a może i w ogólnych warunkach, musimy się doszukiwać źródła dla zaburzeń sercowych. Jasnym jest, że stan nieprawidłowy aorty wpływać może następowo na rozwinięcie się zmian w mięśniu sercowym, a i przyczyna ogólna, która wywołała stan patologiczny w aorcie, nie może być również bez wpływu na stan mięśnia sercowego. Nasuwa się wprost przypuszczenie, że toksyny drobnoustrojów, jak i trucizny tak zwane endogeniczne, stojące w związku ze stanem zapalnym nerek, działają jako »agens toxicum« na mięsień sercowy. Pod wpływem tego czynnika może się rozwinąć przerost mięśnia sercowego bez wymaganego zawsze przez H. Straussa podwyższenia obwodowego parcia krwi. Przypomnę, że znamy przerosty mięśnia sercowego przy schorzeniach gruczołów o t. zw. wewnętrznym wydzielaniu, pod wpływem długotrwałego zatrucia kamforą i t. d. Pośrednictwo stałe podwyższenia obwodowego parcia krwi, którego następstwem ma być dopiero przerost mięśnia sercowego, nie zawsze zdaje się być »conditio sine qua non«, bo podobnie, jak u innych autorów, i nasze badanie nie wykazywało zawsze podwyższenia obwodowego parcia krwi, i to właśnie nie w tych przypadkach, w których badanie szczegółowe stwierdzało obecność przerostu lewej komory serca. Na podstawie naszych spostrzeżeń możemy twierdzić, że w przypadkach ostrego kłębkowego zapalenia nerek u żołnierzy tak często spotykany przerost komory lewej serca — prócz przez stosunki wojenne (fizyczne wyczerpanie, nadużywanie alkoholu i tytoniu, podniety psychiczne) — jest wywołany i przez samo zapalenie nerek i z niem związane zatrucie ustroju, a także może przez czynniki chorobotwórcze, które są przyczyną samej sprawy nerkowej. Pamiętać musimy o tem, że stwierdzenie przerostu mięśnia sercowego przy kłębkowym zapaleniu nerek u żołnierzy nie uprawnia nas jeszcze do



rozpoznawania przewlekłej sprawy w nerkach, o ile innych danych niema; przerost mięśnia sercowego może być jednym z istotnych objawów ostrego zapalenia nerek. Dodam, że w krótki czas po wyleczeniu zapalenia stwierdzaliśmy jeszcze obecność przerostu mięśnia sercowego.

Choć w paru słowach muszę poruszyć sprawę klinicznego znaczenia stwierdzonego przerostu mięśnia sercowego. Trudno nam stanąć na stanowisku tak zwanego przez Wenckebacha fizjologicznego przerostu mięśnia sercowego i trudno nam będzie przyjąć pojęcie Dietlena o t. zw. wzmocnieniu serca (Herzstarkung), w czym mieści się pojęcie braku znaczenia chorobowego tych zmian u dotkniętego osobnika, jak to twierdzą powyżsi autorowie. Przecież każdy przerost mięśnia sercowego, rozwijający się na tle zwiększonej pracy, ma swe uzasadnione źródło w warunkach fizjologicznych i jest wyrazem wzmocnienia się serca, jak i dostosowania się jego do warunków zwiększonego zapotrzebowania; przytoczę tylko przerost serca roboczy, wywołany utrudnieniem odpływu krwi z serca do łożyska tętniczego, czy to z przyczyn miejscowych, czy też ogólnych. A spostrzeżenie, że dany przerost nie staje się jeszcze źródłem zaburzeń krążenia, jak i stwierdzone u żołnierzy cofanie się przerostu, nie wyłącza pojęcia, że on jest objawem niekorzystnym, to jest schorzeniem mięśnia sercowego, a nie czemś korzystnym dla serca ze względu na następstwa, które on ze sobą przynosi. Przerosty mięsien sercowy tworzy »punctum minoris resistentiae«, zwłaszcza w razie jakiegokolwiek zakażenia, za czym przemawiają nasze spostrzeżenia u żołnierzy właśnie z zapaleniem nerek. Jak już wspominałem wyżej, często obok przerostu mięśnia spotykaliśmy i objawy rozszerzenia komór serca na dowód schorzenia samego mięśnia.

Jak badanie wykazało, do częstych objawów u naszych chorych należało rozszerzenie jam serca, częściej obu, rzadziej tylko lewej komory, jako następstwo sprawy patologicznej, toczącej się w samym mięśniu sercowym. Schorzeniem dotknięty był najczęściej mięsień komory lewej, rzadziej komory prawej, najrzadziej mięsień przedsiódek serca. Za obecnością zajęcia mięśnia sercowego, i to przeważnie lewej komory, przemawia nie tylko rozszerzenie odpowiedniego odcinka serca, lecz także badanie osłuchiowaniem, i to przede wszystkim zmiany nad koniuszkiem serca. Szmer, dający się wykazać w tem miejscu, na podstawie danych fizycznych musimy przeważnie uważać za t. zw. szmer mięśniowy, wywołany sprawą chorobową, toczącą się w układzie mięśniowym zastawek i ujść sercowych. W pewnej liczbie przypadków na podstawie tych zmian doszło nawet do powstania względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, powstałej na tle rozszerzenia. Za obecnością niedomykalności względnej przemawia z jednej strony szmer skurczowy nad koniuszkiem serca, a z drugiej rozszerzenie komór i równocześnie dające się w tych przypadkach zawsze wykazać rozszerzenie tętnicy płucnej. Dla wykazania rodzaju schorzenia mięśnia sercowego musimy się oprzeć na wynikach badania pośmiertnego, ażeby nie być zmuszonym tylko do przypuszczeń mniej lub więcej prawdopodobnych. W naszych dwu przypadkach śmiertelnych z zapalenia nerek Dr B. Kwaśniewski (prosektor szpitala garnizonowego lwowskiego) wykazał bardzo silne zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, a Jungmann w swoich licznych przypadkach sekcyjnych stwierdził rozległe zwyrodnienie tłuszczowe włókien mięśnia sercowego, tak że za najczęstszą zmianę, spotykaną w sercu przy kłębkowym zapaleniu nerek ostrem, musimy uważać zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, podobne do obrazu, stwierdanego zwykle w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. Czy i jak często przy ostrem zapaleniu nerek toczy się w mięśniu sercowym sprawa zapalna w ścisłym słowa znaczeniu, tego nie możemy rozstrzygać. Jako rzecz wielkiej wagi dla sprawy leczenia i przyszłości naszych chorych musimy tylko podkreślić fakt stwier-

dzonej przez nas częstości i rozległości zajęcia mięśnia sercowego w ogóle w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Częściej jeszcze, niż zajęcie mięśnia sercowego, stwierdzaliśmy u naszych chorych zajęcie tętnicy głównej, a mianowicie rozszerzenie aorty, zwykle części jej wstępującej, rzadziej także łuku lub części jej zstępującej. Rozpoznanie rozszerzenia tętnicy głównej opierało się głównie na badaniu rentgenologicznem, a za niem przemawiała również i obecność głuchego I. tonu nad tętnicą główną; innych objawów fizycznych, właściwych dla tej sprawy, nie było, i to z tego powodu, że rozszerzenie nie było znacniejszego stopnia. Szukając przyczyny dla tego stanu patologicznego tętnicy głównej, dojdziemy do przekonania, że przy powstaniu jej muszą wchodzić w grę dwa czynniki, i to: z jednej strony podwyższenie parcia krwi w świetle tętnicy głównej, a z drugiej chorobowe zmniejszenie odporności i elastyczności jej ściany. Za obecnością pierwszego czynnika, to jest podwyższenia parcia krwi w tętnicy głównej, przemawia tak często stwierdzone wzmocnienie II. tonu nad tętnicą główną, a za sprawą patologiczną, toczącą się w ścianie samej tętnicy, która w następstwie jest powodem rozszerzenia tętnicy, przemawia właśnie fakt istnienia rozszerzenia aorty. Pamiętajmy o tem, że znajdowaliśmy przypadki, w których istniało zwiększenie parcia krwi w tętnicy głównej, a mimo to nie było w nich rozszerzenia tętnicy samej; w tych przypadkach właśnie brakowało tego pośredniego czynnika, to jest schorzenia samej ściany aorty. Jak z tej dedukcji wynika, obecność rozszerzenia tętnicy głównej posłuży nam do rozpoznania schorzenia ściany tętnicy głównej, jako cierpienia zasadniczego, na którego tle dopiero przychodzi do wytworzenia się rozszerzenia tętnicy. Na podstawie obrazu klinicznego jesteśmy uprawnieni przyjąć, że w ścianie tętnicy głównej przy ostrem zapaleniu nerek kłębkowym toczy się sprawa zapalna, a może zwyrodniająca, która zmniejsza jej odporność i elastyczność. Bez badania autoptycznego mamy prawo przyjąć obecność ostrego zapalenia ściany tętnicy głównej, powstającego prawdopodobnie na tle zakażenia, które wywołało i stan zapalny w nerkach. Badania nasze, podobnie jak i innych autorów (podaliśmy je w pracy »Über Nierenkrankungen im Felde«), wykazują, że przyczyna zapalenia nerek u żołnierzy tkwi w zakażeniu drobnoustrojowym, o czem pomówimy jeszcze niżej. Przypomnieć przytem muszę rzecz znaną, że jednym z początkowych objawów ostrego zapalenia tętnicy głównej jest rozszerzenie jej, a w dalszym rozwoju sprawy występują dopiero inne wybitniejsze objawy kliniczne, więcej w oczy wpadające. Praktycznie ważne byłoby wiedzieć, czy w przyszłości sprawa zapalna w aorcie u naszych chorych może wygoić się, czy też na jej tle rozwija się przewlekła sprawa zapalna w ścianie; w tym drugim przypadku mielibyśmy podstawę do wytłumaczenia powstawania zmian przewlekłych w aorcie w przeważnej liczbie przypadków przewlekłego zapalenia nerek i nie potrzebowalibyśmy szukać innych przyczyn do powstania jej; jak wiadomo, wielu autorów szuka źródła dla tych zmian przy przewlekłym zapaleniu nerek nie w stanie zapalnym, toczącym się w ścianie tętnicy głównej. Należałoby jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy wspomniane zmiany w aorcie są objawem, spotykanym tylko w przypadkach zapalenia nerek u żołnierzy, czy też należą one do objawów ostrego zapalenia nerek w ogóle; do rozstrzygnięcia tego pytania brak nam jednak jeszcze dostatecznego doświadczenia klinicznego, które musi uzupełnić dopiero badanie przyszłe, tak kliniczne, jak i anatomopatologiczne. Rozstrzygnięcie tej sprawy byłoby ważne zwłaszcza ze względu na postępowanie następowe po ostrem zapaleniu nerek u ozdowieńców. Dziś musi nam wystarczyć spostrzeżenie, że schorzenie aorty należy do objawów, często spotykanych przy ostrem zapaleniu nerek u żołnierzy. Trudno byłoby jeszcze stanowczo rozstrzygnąć, o ile



do powstania tych zmian przyczyniają się same warunki wojenne; zaznaczę jednak, że badania nasze, przeprowadzone w tym kierunku u żołnierzy, dotkniętych innemi schorzeniami, wykazywały rzadko obecność rozszerzenia tętnicy głównej, którą można było wytłumaczyć czynnikami wojennymi, a przede wszystkim może zakażeniem drobnoustrojowym, na które wojsko jest tak często narażone. Wspomnieć muszę na tem miejscu o spostrzeżeniach Mönckeberga, który u żołnierzy, biorących udział w obecnej wojnie, stwierdzał przy sekcji nadzwyczaj często zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej, a zwłaszcza w tętnicach wieńcowych serca, i to bardzo często właśnie u osobników młodych, których powinniśmy dziś uważać za wolnych od miażdżycy.

Omówić musimy jeszcze nieprawidłowe zachowanie się tętnicy płucnej. Przypomnę, że w 12 przypadkach prześwietlenie wykazało wypuklenie cienia tętnicy płucnej, na dowód jej rozszerzenia. Podobnie, jak to już wyżej podałem, przy powstaniu zmian w tętnicy płucnej, jako czynnik wywołujący, może działać wzmocnienie parcia krwi w jej świetle, obok zaburzeń w odporności i elastyczności ściany tętnicy. Jeżeli uwzględnimy wynik badania fizycznego, a mianowicie obecność szmeru skurczowego nad koniuszkiem serca, równocześnie dające się wykazać rozszerzenie komór serca i równoczesne zmiany w tętnicy płucnej, to jasnym będzie, że najłatwiej będzie szukać przyczyny dla stanu nieprawidłowego tętnicy płucnej właśnie w tych zmianach, które pozwalają na rozpoznanie względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, powstałej na tle zmian w mięśniu sercowym. W zaburzeniach zastawkowych znajdziemy pierwsze źródło podwyższenia parcia krwi w łożysku tętnicy płucnej. Dodajmy do tego objawy patologiczne ze strony narządu oddechowego, które należą przecież do objawów stałych przy zapaleniu nerek, a wtedy będziemy mieć dostateczny powód do powstania podwyższenia parcia krwi w tętnicy płucnej. Czy w tych warunkach do rozwoju rozszerzenia tętnicy płucnej nie jest jeszcze konieczną obecnością schorzenia samej ściany tętnicy, to trudno będzie rozstrzygać. Brak rozszerzenia komory prawej w 11 przypadkach ze stanem patologicznym tętnicy płucnej przemawia jednak za tem, że przy powstawaniu rozszerzenia tętnicy płucnej przecież może wchodzić w grę jeszcze i sprawa chorobowa, tocząca się w samej ścianie tętnicy, która to sprawa obniża jej naturalną odporność. Z czem moglibyśmy mieć tu do czynienia, czy ze stanem zapalnym, tego bez badań drobnostrojowych nie wolno nam rozstrzygać. W końcu dodać muszę, że zaburzenia w tętnicy płucnej nie mają takiego znaczenia, jak zmiany, stwierdzone w aorcie, bo spotykamy je znacznie rzadziej, lecz wspomnieć o nich należy tak ze stanowiska teoretycznego, jak i praktycznego.

Pozostaje nam jeszcze do omówienia sprawa etiologii tych zmian, spostrzeganych w narządzie krążenia przy ostrem zapaleniu nerek u żołnierzy. Wspomnieliśmy już wyżej, że w części przypadków celem wytłumaczenia zmian przerostowych mięśnia sercowego komory lewej, jak i może po części objawów rozszerzenia tętnicy głównej, przyczyny dla nich szukać należy w warunkach, które ze sobą przynosi dzisiejsza wojna. W przeważnej liczbie przypadków jednak musimy myśleć o innej etiologii. Przerost mięśnia sercowego może być wywołany przez zaburzenia przemiany materii, mające swe źródło w zmienionych warunkach wydzielniczych nerek, a prawdopodobnie może on powstać przez bezpośrednie działanie czynnika, wywołującego ostre zapalenie nerek. Dla wytłumaczenia rozszerzenia, powstałego na tle zwyrodnienia, a może zapalenia mięśnia sercowego, wszystko zmusza nas do przyjęcia etiologii zakaźnej, więc wpływu drobnoustrojów, które działają chorobotwórczo z jednej strony na nerki, a z drugiej na narząd krążenia. Obydwie sprawy chorobowe są wynikiem działania jednej i tej samej przyczyny, to jest

zakażenia. Stosunki wojenne musimy uważać za czynnik usposabiający tylko, tak nerki, jak i narząd krążenia, który tworzy »punctum minoris resistentiae« dla usadowienia się zakażenia. W wykładzie moim w kwietniu 1916 r. podałem podstawy do twierdzenia, że przyczyną właściwą do powstania ostrego zapalenia nerek jest zawsze zakażenie drobnoustrojami, a warunki wojenne są tylko czynnikiem, usposabiającym do powstania jego. Badanie moczu, uzyskanego drogą cewnikowania moczowodów, wykazało obecność n. p. prątki okrężnicy, dwoinek zapalenia płuc (pneumococcus) lub paciorkowców i tym drobnoustrojom musieliśmy przyznać ważne znaczenie etiologiczne przy powstawaniu zapalenia nerek; doszukując się w dalszym ciągu doświadczeń wrót zakażenia, wykazaliśmy, że tworzą je najczęściej migdałki gardłowe, rzadziej przewód pokarmowy i narządy oddechowe. Prócz tego w rozprawce mojej »Über das Fünftagefieber« zwróciłem uwagę na częste powikłanie tej sprawy chorobowej typowym ostrem kłębkowym zapaleniem nerek. Przypomnę, że Jungmann przy sekcji przypadków ostrego kłębkowego zapalenia nerek (glomerulonephritis) u żołnierzy znajdował stale ostry zakaźny obrzęk śledziony i że dla zapalenia nerek przyjmuje również etiologię zakaźną. Nie chcąc zwiększać liczby autorów, zgadzających się na etiologię zakaźną ostrego zapalenia nerek, sądzę, że mamy dostateczną liczbę dowodów do twierdzenia, że: zakażenie, dające powód do ostrego zapalenia nerek, działa równocześnie chorobotwórczo na mięsień sercowy i aortę, a może i na tętnicę płucną, wywołując w nich wyżej podane zmiany chorobowe, więc z jednej strony ostre zwyrodnienie tłuszczowe, a może i stan zapalny mięśnia sercowego, z drugiej strony zaś schorzenie ściany tętnicy głównej, a może i płucnej.

Zestawiając wyniki naszych spostrzeżeń, musimy dojść do następujących, praktycznie ważnych wniosków: 1) Obecność przerostu mięśnia sercowego, i to komory lewej, nie uprawnia nas jeszcze do rozpoznawania sprawy przewlekłej w nerkach przy zapaleniu nerek, spotykanej u żołnierzy; 2) w przypadkach ostrego kłębkowego zapalenia nerek musimy zwrócić szczególną uwagę na narząd krążenia, bo w nim toczą się skrycie wybitne, praktycznie jak i teoretycznie ważne zmiany patologiczne, które wymagają ostrożności przy dalszej ocenie przypadku.

**Piśmiennictwo.** 1) Dietlen: Dyskusja do odczytu Wenckebacha: Über Herzerkrankungen der Kriegsteilnehmer. — Niemiecki Zjazd medycyny wewnętrznej w Warszawie w maju 1916 r. — 2) Franke: Feldärztliche Blätter d. 2. Armee. Nr 13. i 14. 1916 r. — 3) Franke: Wien. klin. Woch. Nr 2. 1916 r. — 4) Friedländer: Archiv f. Anat. u. Physiol. 1881. — 5) Jungmann: Dyskusja do odczytu Hirscha: Nierenentzündungen im Felde. N. Zjazd medyc. wewn. w Warszawie. 1916. — 6) Kaufmann: Dyskusja do odczytu Wenckebacha na N. Zjeździe w Warszawie. 1916. — 7) Mannaberg: Medizin. Klinik der Krankh. der Nieren. Handbuch d. Urologie. T. II. Wien 1905. — 8) Silbermann: Jahresber. f. Kinderheilk. 1881. — 9) H. Strauss: Die Nephritiden. Berlin—Wien. 1916. — 10) Wenckebach: Über Herzerkrankungen der Kriegsteilnehmer. Odczyt na N. Zjeździe med. wewn. w Warszawie 1916 r.

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Uroczyste posiedzenie w d. 9. XI. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz przywitał gościa z Warszawy Dr Kazimierza Rzętkowskiego, kol. Schönguta, prezydenta Izby lekarskiej, i kol. Damskiego, prezesa Związku lekarzy, oraz



wszystkich obecnych, a po brzegi wypełniających salę kolegów, a przede wszystkim lekarzy Legionów polskich z Dr Ruppertem na czele.

Następnie wygłosił przewodniczący z powodu proklamacyi Państwa Polskiego w d. 5 listopada przemówienie, (w całości ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« Nr. 19 z r. 1916).

Dalej uchwalono wysłać do lekarzy warszawskich na ręce Dr Brudzińskiego telegram, dający wyraz uczuciom lekarzy krakowskich.

Wreszcie na wniosek Zarządu uchwalono wśród oklasków mianować Dr Józefa Brudzińskiego członkiem honorowym Towarzystwa.

Po przemówieniu kol. Michałowicza imieniem kolegów zakordonowych, zebranie zostało zamknięte.

#### Posiedzenie z d. 13. XII. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz. Obecnych członków 30.

1) Kol. Rosner przedstawił przypadki **akromegalii, raka pochwy wyciowanej i obojactwa.**

2) Kol. Kazimierz Rzętkowski z Warszawy wygłosił wykład p. t.: **Azot formolowy krwi ludzkiej.** Na wstępie wyjaśnił prelegent znaczenie terminu »azot formolowy« i w paru słowach omówił metodę badania, jaką stosował w swych badaniach nad zawartością azotu formolowego we krwi całkowitej oraz w osoczu krwi ludzi zdrowych i chorych. We krwi ludzi zdrowych oznacza prelegent ilość azotu formolowego na 6,2—10,7 mgrm w 100 ctm szęści., średnio 7,8 mgrm. Znacznie przeważająca ilość azotu formolowego przypada na kwasy aminowe. Prelegent stwierdza zgodność swych danych co do zawartości azotu formolowego we krwi z danymi innych autorów, którzy tę sprawę badali, a mianowicie Freya (4—8 mgrm), Morela, Mouriquanda (3,9—7,8), von Stykego (3—8). Badania prelegenta dowodzą, że we krwi całkowitej przeważa azot formolowego przypada na krążki czerwone: w 100 cm osocza ilość azotu formolowego wynosi 4,9 mgrm, a 100 krążków 10,6 mgrm. Ta okoliczność stwierdza dla krwi ludzkiej to, co w r. 1913 ogłosił o krwi psa A. Constantino.

Co się tyczy spraw chorobowych, to prelegent pod względem zawartości azotu formolowego we krwi rozważył następujące: 1) W 4 przypadkach duru brzuszego zawartość azotu formolowego we krwi całkowitej powiększona (do 15 mgrm). 2) W 5 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc stwierdzono nieznaczne wzmaganie się azotu formolowego (do 11,2 mgrm), przy prawidłowym rozkładzie azotu formolowego pomiędzy czerwonym osadem a osoczem. 3) W zapaleniu nerek (6 przypadków) ilość azotu formolowego we krwi wzrasta do 8,8—25,7 miligramów. Ilość azotu formolowego osocza może tu przewyższać ilość azotu formolowego krwinek. 4) W stanach zaburzenia krążenia (niedomogowych) ilość azotu formolowego we krwi wzrasta (15 przypadków) do 8,5—13,2 mgrm. 5) W przypadku marskości wątroby znalazł prelegent 33,5 mgrm azotu formolowego w krwi całkowitej. 6) W 2 przypadkach dość ciężkiej cukrzyicy znaleziono bardzo nieznaczne wzmaganie się azotu formolowego we krwi (8,2 i 9,3 mgrm). Rozczłonkowanie azotu formolowego pomiędzy osoczem a czerwonym osadem prawidłowe.

W dyskusyi przemawiali kol. Oszacki i kol. Koźniewski.

#### Posiedzenie z d. 29. XI. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz po krótkim przemówieniu, poświęconem pamięci Cesarza Franciszka Józefa I, posiedzenie na znak żałoby zamknął.

#### Posiedzenie z d. 29. XI. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz. Obecnych członków 34.

1) Przewodniczący złożył hołd pamięci zmarłego Henryka Sienkiewicza i poświęcił wspomnienie ś. p. prof. Dr Reissowi. Obecni na zebraniu koledzy uczcili pamięć zmarłych przez wstanie.

Następnie zawiadomił prezes o odpowiedzi, nadesłanej przez Towarzystwo lekarskie warszawskie na telegram z powodu ogłoszenia Państwa Polskiego i o oddaniu przez prof. Cybulskiego funduszu stypendyalnego jego imienia w zawiadywanie Towarzystwa.

3) Protokoły posiedzeń poprzednich przyjęto.

4) Wybrano komisję przedwyborczą.

5) Wybrano kol. Harajewicza członkiem Towarzystwa.

6) Z kolei wygłosili wykłady: 1) kol. A. Wrzosek: **Udział lekarzy polskich w odrodzeniu Polski w XIX stuleciu;** 2) kol. A. Kwaśnicki: **Udział lekarzy w wojnie narodowej r. 1863—64;** 3) kol. T. Janiszewski: **Kilka myśli**

**w sprawie organizacji sanitarnej w wolnej Polsce.** (Wykłady te ukazały się w »Przeglądzie lekarskim«).

#### Posiedzenie z d. 6 XII. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz. Obecnych członków 24.

1) Kol. Artwiński i Radliński przedstawili **przypadek padaczki Jacksona, wyleczony operacyjnie.**

2) Kol. Radliński przedstawił przypadek **obustronnego pęknięcia rzepki, leczonego operacyjnie z wynikiem bardzo pomyslnym.**

3) Kol. Blassberg przedstawił przypadek **tętna paradoksalnego na tle zmian włóknistych w śródpiersiu.**

4) Kol. Oszacki przedstawił przypadek **zrostów osierdzia z przeponą z przesunięciem serca na lewo.**

W dyskusyi co do przypadku kol. Blassberga przemawiał kol. Latkowski, pytając o sfigmogramy i kol. Kader, omawiając sprawy chirurgiczne, powodujące tętno paradoksalne.

5) Kol. T. Koźniewski wygłosił wykład: **O chorobach powstających wskutek niedostatecznego lub wadliwego (jednostronnego) odżywiania się.** Prelegent przedstawił dotychczasowe poglądy na istotę schorzeń, powstających u ludzi i u zwierząt wskutek niedostatecznego lub wadliwego (jednostronnego) odżywiania się, a więc gnilca, rumienia lombardzkiego (pellagry), beri-beri, choroby Barlowa oraz krzywicy. Najszczegółowiej omówił kol. K. teorię Kazimierza Funka. Jest to t. zw. teoria głodu witaminowego, według której wymienione powyżej choroby powstają wskutek braku pewnych związków chemicznych, których zawartość w pokarmach jest minimalna, a znaczenie biologiczne bardzo wielkie. Związki te nazwał Funk witaminami, a choroby powstające wskutek ich braku awitaminozami. Za pomocą bardzo subtelných metod chemicznych wyosobnił Funk z otrąb ryżowych i drożdży pewne krystaliczne związki, należące według niego do grupy ciał pirymidynowych i na podstawie doświadczeń na zwierzętach (ptakach) uważa je jako beriberi-witaminę, czyli ciała, których brak wywołuje chorobę beriberi u ludzi, a u ptaków zapalenie nerwów doświadczalne. Badania chemiczne nad innymi witaminami, n. p. nad witaminą przeciwnilcową, znajdują się dopiero w okresie początkowym. W zakończeniu wykładu kol. Koźniewski wiąże teorię głodu witaminowego z pracami autorów polskich (Budzińskiego, Chełchowskiego, Starkiewicza i innych), kładąc nacisk na podobieństwo między przebiegiem klinicznym t. zw. puchliny głodowej, opisaną przez wymienionych autorów, a postacią obrzękową beri-beri.

W dyskusyi a) kol. Wilczyński wspominał o swoich doświadczeniach na ptakach oraz zwrócił uwagę na znaczenie jednostronnego odżywiania.— b) Kol. Michałowicz podnosi, iż słuszniej zamiast słowa »witaminy« byłoby używać terminu »dodatkowe ciała pokarmowe« oraz podkreśla ich analogię do fermentów.— c) kol. Hermann przedstawił nieznaną dotychczas postać chorobową, spostrzeganą przez siebie z Dr Sterlingiem i Maybaumem, polegającą na znacznych obrzękach i zmianach skóry w częściach ciała, poddanych działaniu promieni słonecznych. Choroba ta, przypominająca dermatitis solaris, występowała pod wpływem wadliwego odżywiania.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

#### Zjazd higienistów polskich w Warszawie

(29. i 30. czerwca i 1. lipca 1917).

Trzy głównie sprawy podejmuje Zjazd higienistów polskich: 1) projekt prawodawstwa sanitarnego w Polsce, 2) zobrażenie stanu sanitarnego kraju w dobie obecnej, 3) względy higieniczne przy odbudowie wsi i miast. W rozwinięciu tych zadań zwrócono uwagę na walkę z chorobami zakaźnymi, opiekę nad dziećmi i młodzieżą, organizację lecznictwa oraz wysunięto główne dezyderaty zdrowotne przy odbudowie kraju.

Program Zjazdu jest następujący:

1. Prawodawstwo sanitarne i organizacja służby zdrowia w Polsce.
2. Stan sanitarny kraju.
3. Walka z chorobami zakaźnymi (z uwzględnieniem epidemiologii tyfusu płamistego, brzuszego, czerwonego i profilaktyki ich). Dezynfekcja.
4. Opieka nad dziećmi i młodzieżą. (Walka ze śmiertelnością dzieci. Instytucje ochrony dzieci. Higiena wychowawcza).



5. Opieka nad matką i dzieckiem.
  6. Organizacja pomocy lekarskiej dla ludu. Szpitalnictwo.
  7. Higiena miast, miasteczek i wsi. (Planowanie miast. Dozarczenie dobrej wody. Asanizacja. Drogi i ulice. Higiena zagrody wiejskiej. Higiena świątyni).
  8. Dozór nad produktami spożywczymi. (Targowiska. Hale targowe. Rzeźnie. Chłodnie. Kontrola produktów spożywczych).
  9. Surogaty pokarmów i używek.
  10. Propaganda higieny. Przygotowanie personalu sanitarnego. Organizacja pomocy finansowej dla spraw zdrowotnych.
- Zgłoszenia przyjmuje Biuro Zjazdu: Towarzystwo Higieniczne w Warszawie, ul. Karowa 31.

Upraszamy o wczesne zgłaszanie referatów, gdyż termin zgłoszenia będzie uwzględniany przy układaniu porządku dziennego posiedzeń Zjazdu. Pożądane jest, aby referaty nie trwały dłużej nad pół godziny, nadto, aby biuro do 15. czerwca otrzymało krótkie streszczenie referatu oraz wnioski.

Członkami Zjazdu mogą być: lekarze, weterynarze, farmaceuci, technicy, prawnicy, duchowieństwo, nauczyciele, członkowie zarządów miast, oraz osoby naukowo i praktycznie zajmujące się higieną.

Komitet Organizacyjny Zjazdu.

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Otrzymujemy następującą odezwę:

Nr 237 z 14. V. 1917. Departament spraw wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu Królestwa Polskiego prosi pp. lekarzy, zamieszkałych w okupacji austriackiej, którzy nie otrzymali kartek statystycznych lekarskich, o jaknajśpieszniejsze nadesłanie swych adresów do biura Departamentu (w Warszawie, Marszałkowska 154).

Ci z pp. lekarzy, którzy kartki otrzymali i dotychczas ich nie zwrócili, proszeni są o bezzwłoczne nadesłanie kartek, które mają służyć do ułożenia dokładnej listy lekarzy, zamieszkałych na całym obszarze Królestwa Polskiego.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 23. V. b. r. posiedzenie, na którym rozpatrywano sprawę gruźlicy u nas w obecnej dobie i środków zaradczych. Referentami byli prof. Dr Latkowski, Dr Bujak i prof. Dr Godlewski. Dyskusję, w której zabrał głos prof. Dr Kader, odroczone następnie na najbliższe posiedzenie, gdy już także doc. Dr Janiszewski przedstawi swój referat. Posiedzenie to z dalszym ciągiem obrad w tym samym przedmiocie odbędzie się d. 30. V.

— D. 19. V. 1917 odbyło się w Biurze Krajowej Komisji zwalczania gruźlicy posiedzenie podkomitetu, wybranego w celu rozpatrzenia planów oddziałów szpitalnych, przeznaczonych dla chorych z otwartą formą gruźlicy. W posiedzeniu wzięli udział: prof. Gluziński i prof. Wiczkowski ze Lwowa, inspektor szpitali krajowych Dr Müller, dyrektor doc. J. Mazurkiewicz, fizyk miejski doc. Dr T. Janiszewski, st. inż. Wydziału krajowego Kamienobrodzki i Dr Rozpędziowski, jako sekretarz Biura. Opracowano główne wytyczne, które mają służyć do wykonania ostatecznych planów i kosztorysów. Wspomniane oddziały mają powstać przy 8 szpitalach krajowych, między innymi przy szpitalach krajowych we Lwowie i Krakowie. Plany te i kosztorysy mają służyć za podstawę do żądania dla kraju większej subwencji rządowej z funduszu kilkunastomilionowego, przeznaczonego przez rząd na cele zwalczania gruźlicy w całym państwie. Tego samego dnia po południu odbyło się posiedzenie, na którym opracowano projekt statutu Krajowej Komisji zwalczania gruźlicy.

— Zachodnio-galicyskie Towarzystwo ochrony dzieci i młodzieży w Krakowie rozpisuje konkurs na napisanie popularnej broszury o pielęgnowaniu niemowląt do użytku matek. Obok poszczególnych zasad higieny niemowląt należy uwzględnić ze szczególnym naciskiem sprawę żywienia niemowląt i błędy, które popełnia się w tym kierunku. Broszura może obejmować najwyżej 3 arkusze druku w ósemce. Nagroda konkursowa wynosi 400 kor. (czteryście koron). Termin konkursu do 30. lipca 1917. Prace, na zwykłych warunkach konkursowych, należy przysłać pod adresem »Zachodnio-galicyskie Towarzystwo ochrony dzieci i młodzieży w Krakowie, ul. Grodzka

1. 52, parter, drzwi Nr 133«. Praca nagrodzona staje się wyłączną własnością Towarzystwa. Prace nienagrodzone zwróci się, bez otwarcia koperty z nazwiskiem, po zgłoszeniu się osoby upoważnionej do odbioru rękopisu, lub pocztą z podaniem adresu. Skład sądu konkursowego ogłoszony będzie później.

(Pisma polskie uprasza się o powtórzenie tej wiadomości).

— Dr Stanisław Bulikowski ordynować będzie w r. b., jak corocznie, w Gleichenbergu.

**Lwów.** Kliniki uniwersyteckie oddane zostały do użytku Wydziału lekarskiego i są czynne od rozpoczęcia bieżącego półrocznego letniego. Na razie przyjmowanie chorych odbywa się w ograniczonej ilości ze względu na brak bielizny, wiktuałów i t. p. I tak klinika chirurgiczna rozporządza 25 łózkami, położniczo-ginekologiczna 30, a wewnętrzna 35. Spodziewać się należy, że z biegiem czasu i w miarę poprawiania się stosunków stopniowo każda z klinik będzie rozszerzona. Jestto niewątpliwą zasługą Wydziału krajowego, że otwarcie klinik stosunkowo w szybkim czasie mogło dojść do skutku. Wiele pracy w tym kierunku włożył reprezentant Wydziału krajowego, inspektor Dr Lipski, który osobiście pilnował i dozorował prac przygotowawczych. Przez uruchomienie klinik nauka kliniczna mogła wejść na normalniejsze nieco tory, a niedomagania odczuwać się dają jedynie z powodu znacznego braku sił pomocniczych lekarskich, gdyż prawie wszyscy asystenci pełnią służbę wojskową, a o zastąpieniu ich wobec ogólnego braku lekarzy mowy być nie może.

— Wydział Towarzystwa lekarskiego lwowskiego zawiadamia swych członków, że wobec braku kursora ściągacą będzie opłaty jakoteż zaległości za pośrednictwem czeków pocztowej kasy oszczędności. Zarazem zaznacza z naciskiem, że tym członkom, którzy najpóźniej po dzień 20. czerwca b. r. zaległości nie uiszczą, wstrzymana zostanie wysyłka »Przeglądu lekarskiego« bezwarunkowo z dniem 1. lipca b. r.

Sekretarz stały: Dr Papée.

Prezes: Dr Kohlberger.

— Na Wydział lekarski zapisało się w półroczu letnim 271 słuchaczy.

**Warszawa.** Departament spraw wewnętrznych T. Rady Stanu zorganizował kursa dla kandydatów na lekarzy powiatowych. Kursa rozpoczną się 1. VI., a potrwać 2 do 2½ miesięcy. Na kursach będą wykładać: Dr Serkowski higienę praktyczną, zarys bakteriologii i higienę środków spożywczych, prof. Braun o zaopatrzeniu w wodę i usuwaniu wód zanieczyszczonych, Dr Holzmann higienę rzemiosł, Dr Kaintoch epidemiologię, zwalczanie chorób zakaźnych i o obowiązkach lekarzy powiatowych, Dr Brunner o odkażaniu, Dr Wernic o walce z chorobami wenerycznymi i nierządem, Dr Szenajch o zwalczaniu śmiertelności niemowląt i opiece nad dziećmi, Dr Dębiński o walce z gruźlicą, Dr Gepner o walce ze ślepotą, prof. Sieradzki (ze Lwowa) medycynę sądową, Dr Paszkiewicz dyagnostykę anatomopatologiczną, Dr Radziwiłłowicz psychiatryę sądową, mg. Bukowski o kontroli aptek, Dr Chodźko polskie przedsiębiorstwo sanitarne w rozwoju historycznym.

**Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1917.**

*Gazeta lekarska* Nr 17—20.: J. Tur: Prof. J. Nusbaum-Hilarowicz. (Wspomnienie pozgonne). (17). — Sierakowski (dok. 17). — Dębiński: Nauczanie kliniczne we Francji (17—18). — Jaworski: Opuszczenie się, wypadnięcie macicy, wynicowanie pochwy, mimowolne oddawanie moczu, jako następstwa niedostatecznego odżywiania (18). — Grzywo-Dąbrowski: Przyczynek do kliniki objawów nerwowych w durze osutkowym (18). — Ciągłiński: O współzależności zjawisk i oznaczaniu jej współczynnika (19—20). — Wretowski: Przypadek pyodermitosis streptococcica, leczony szczepionką swoistą (19). — Skłodowski: Napady omdlenia, zależne od postawy pionowej (20).

*Medycyna i Kronika lekarska* Nr 17—20.: Kopczyński: W sprawie tężyczki (17). — Zaremba: Stan pomocy chirurgicznej na tyłach armii (17—19). — Zawadzki: Organizacja służby zdrowia w Polsce (dok. 18). — Erlichówna: O leczeniu niedokrwistości za pomocą wstrzykiwania krwi ludzkiej (18—19). — Borsuk: Przypadek zranienia pęcherza moczowego podczas operacji uwięzłej przepukliny biodrowej (20). — Herz: Ostre ropne zapalenie ucha środkowego u ssawców (20).

*Kronika dentystyczna* Nr 5.: Zilz (c. d.). — Krakowski (c. d.).

*Polski Miesięcznik lekarski* 1916 Nr 3 (Grudzień): Danysz: O przyczynach zaburzeń anafilaktycznych. Natura i sposób po-



wstawania przeciwciał. — Modrzewski: O szczepieniach ochronnych przeciw durowi brzuszemu. — E. Zieliński: O dyecie mlecznej u chorych na dur brzuszny. — Kossak, Kolesnickij i Rochlin: 343 przypadki tężca.

1917 Nr 1. i 2.: Wł. Janowski: Uwagi praktyczne w sprawie stosowania wewnętrznego niektórych związków jodowych. — Bychowski: Neurologia wobec wojny współczesnej. — E. Zieliński: Zmiany w narządach wewnętrznych przy upadku z dużych wysokości (z aeroplanem). — E. Piasecki: Z dziedziny ortopedji wojennej.

Zdrowie Nr 4.: Dzieciotowski: Obecne zaopatrywanie War-

szawy w mleko. — Polak: W sprawie odbudowy kraju. — Stefan Sterling: Działalność miejskiej pracowni bakteriologicznej w Łodzi.

Odpowiedzialny redaktor: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 30. maja 1917 o godzinie 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4)**. Na porządku dziennym w dalszym ciągu sprawa gruźlicy w obecnej dobie i środków zaradczych, referat Doc. Dr Janiszewskiego i dyskusya.

## Dr. S. BULIKOWSKI

i w tym roku ordynować będzie podczas  
sezonu

w **Gleichenbergu.**

285

## Dr. JAN BRODZKI

ordynuje jak zwykle od 25 maja

w **Kudowie.**

41

## DR. AUGUST KWAŚNICKI

ORDYNUJE

W **RABCE OD DNIA 1 CZERWCA.**

291

## Dr. A. Tarnawski z Kosowa

ordynuje tego sezonu

w **Krynicy.**

290

## TRAN JODOWO ŻELAZISTY

Zawiera równie jak tran Labussena 100 gr. tranu 0.20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tranie Meyera; jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego można z dobrym skutkiem zalecać w chorobach płuc, żołądka, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia; Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki I K 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

**K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.**

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

## Dr. Stefan Filipkiewicz

ordynuje jak dawniej

w **Cieplicach Trenczyńskich**

(Trencsenteplicz)

i udziela wszelkich wyjaśnień.

292

## Dr. M. CERCHA

ordynuje

287

w **KRYNICY Domek Szwajcarski**

od 15-go maja.



Najlepsze skutki w niezżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.

Prospekty rozsyla na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykataska 31.



Polecam mój

### Chloroethyl

Dr Thilo

z zamknięciami automatycznymi i spiralnymi. odpowiednio do farmakopei austr. VIII., jak najgoręcej. Flaszki automatyczne napełnia się na nowo.

Prospekty do rozporządzenia. 89

**Mr. C. RAUPENSTRAUCH,**  
em. aptekarz, WIEDEN II., Castellezg. 25





## JODTRANOL (Matula)

Likier **jod-peptonowy** składu 0.60% **jodu**, dobrego i przy-  
żelazisto Fe, 0.10 Mn i 0.03% **jodu**, jemnego smaku.  
w działaniu **w zupełności Tran. (Ol. Jecoris).**  
zastępuje

Sposób użycia: jak Liq. Mangano ferri peptonati. Cena 2 K 60

Polecane przez Światne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych**  
jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

## LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0.60% Fe i 0.10 Mn wyrobu

aptekarza **D. MATULI** w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w ble-  
dnicę, niedokrwistości, zimnicy, w zółtach, kobiecych i nerwo-  
wych cierpieniach. 206

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dziennie po  
łyżeczce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy  
dziennie po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 Korony 40 halerzy.  
Dwie flaszki posyłam franco.



Stacja kolei Krynica.  
Z Krakowa 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> godziny.  
Z Lwowa 10 godzin.  
Z Warszawy 17 godzin.

# KRYNICA

Poczta trzy razy dziennie.  
Urząd telegraficzny  
i telefoniczny w miejscu.

## Zakład zdrojowy w Galicyi.

W Karpatach 600 m. n. p. m. Stacja kolejowa w miejscu.  
Na stacji wygodne powozy. **Środki lecznicze:** 1) Zdrój głó-  
wny, »Słotwinka«, »Józefa« i »Karola« bardzo silnej szczywy wa-  
pnianno- i magnezyowo-żelazistej. 2) **Kąpiele mineralne**, bardzo  
obfite w kwas węglowy wolny, metodą Schwartza ogrzewane  
(w r. 1912 wydano 94.001, w r. 1913 wydano 84.797. Wskazania  
lecznicze: niedokrewność, blednica, osłabienie nerwowe, przewlekły  
nieżyt pęcherza, choroby serea i naczyń krwionośnych, choroba  
Basedowa, nerwice przewodu pokarmowego etc. 3) **Kąpiele boro-  
winowe** (w r. 1912 wydano 24.403) we wszystkich chorobach ko-  
biecych, przy reumatyzmie, w sprawach wysiękowych, obrzękach  
wątroby etc. 4) **Skarbowy zakład hydropatyczny** pod kierunkiem  
specjalisty Dra Ebersa. 5) **Kąpiele słoneczne**, miesięnie. 6) **Lecze-  
nie radiogenowe**. 7) **Leczenie terenowe**. 8) **Klimat** wzmacniający  
podalpejski. 9) Wody mineralne miejscowe i wszelkie zagraniczne.  
10) **Kefir**, żętyca, mleko sterylizowane. 11) **Zakład dyetyczny** i gimna-  
styka lecznicza. 12) **Apteka**. Lekarz zakładowy Dr Antoni Bie-  
siadzki, nadto 18-tu lekarzy wolno praktykujących: Dr Aronsohn,  
Dr Aschkenazy, Dr Better, Dr Cercha, Dr Ciechański, Dr Chania,  
Dr Dębicki, Dr Felauer, Dr Flaschen, Dr Kmietowicz, Dr Kopf,  
Dr Lewicki, Dr Mayer, Dr Pruszyński, Dr Skórczewski, Dr Wąso-  
wicz, Dr Wespański, Dr Zarzycki. 237

Mieszkania: przeszło 1.700 pokoi z komfortem urządzonych od  
1 K 20 h i wyż. — Dom zdrojowy, wypożyczalnia książek, re-  
stauracje; pensjonaty prywatne, hotele, cukiernie, kościół katolicki,  
cerkiew, muzyka zdrojowa (dyrektor A. Wroński), Teatr lwowski,  
koncerta, odczyty, bale. — Rozległy park świerkowy, około 100 mor-  
gów obszaru. Wodociąg wody źródlanej słodkiej z gór sprowa-  
dzanej. — Frekwencja w r. 1912 = 9.927, w r. 1913 = 8.620 osób. —  
Sezon od 15 maja do 10 października. W maju i czerwcu są ceny  
kąpeli i mieszkań w domach skarbowych o 15%, zaś w miesiącu  
wrześniu o 25% niższe.

W lipcu i sierpniu nie udziela się ubogim żadnych ulg.

Generalne zastępstwo sprzedaży wód mineralnych ma skła-  
dnica hurtowna i drobiazgowa krajowego Związku zdrojowisk  
i uzdrowisk we Lwowie.

# NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

## PROF. DRA W. JAWORSKIEGO W KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBAH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWA UPRAWNIONA FABRYKA

201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy L. 4. (Telefon Nr 227).

Normalne wody mineralne z przepisu Prof. Dr W. Jaworskiego.

Nr	Woda lecznicza	h.	Nr	Woda lecznicza	h.	Nr	Woda lecznicza	h.
I	Normalna	1. 40	XII	Jodowa słabsza	3/4 l. 50	XXIII	Różowa mocniejsza	3/4 l. 60
II	Alkaliczna słabsza	1. 34	XIII	» mocniejsza	1/2 l. 50	XXIV	Ziemna słabsza	1. 46
III	» mocna	1. 40	XIV	Bromowa słabsza	3/4 l. 42	XXV	» mocniejsza	1. 60
IV	Słona słabsza	1. 40	XV	» mocna	1/2 l. 50	XXVI	Magnezowa różowa	1. 46
V	» mocniejsza	1. 44	XVI	Żelazista	3/4 l. 42	XXVII	Niesłona	1/2 l. 38
VI	Alkaliczno-słona	1. 34	XVII	Arsenawa	1/2 l. 50	XXVIII	Radowa czysta	3/4 l. 1—
VII	Glauberska mocna	1. 44	XVIII	Arseno-żelazista	1/2 l. 50	XXIX	» alkaliczna	1. 1—
VIII	» słabsza	1. 34	XIX	Dyetetyczna	3/4 l. 40	XXX	» glauberska	1. 1—
IX	Magnowa	1. 44	XX	Kwaskowata	1/2 l. 32	XXXI	» litowa	1. 1—
X	Wapniowa	1. 44	XXI	Stołowa normalna	3/4 l. 34			
XI	Litowa	1. 50	XXII	Różowa słabsza	1. 44			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek ryby ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanymi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz »normalna« i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco.



## Treść:

Dr Zdzisław Tomaszewski: Doświadczalne badania nad wpływem sztucznej odmy piersiowej na płuco zwierzęcia zdrowego i zakazonego gruźlicą, wraz z uwagami o leczeniu początkowych postaci gruźlicy u człowieka . . . . . str. 179  
 Prof. Dr Maryan Franke: Studya do obrazu zapalenia nerek. I. O zachowaniu się serca i pni tętnicznych w przypadkach ostrego zapalenia nerek (dok.) . . . . . str. 181

Sprawy Towarzystw naukowych. Towarzystwo lekarskie krakowskie . . . . . str. 183  
 Zjazd higienistów w Warszawie . . . . . str. 184  
 Wiadomości bieżące . . . . . str. 185  
 Ogłoszenia.

# Sanatorium dla chorób piersiowych

Dra K. DŁUSKIEGO W ZAKOPANEM.

122

Stale otwarte. — Przyjmuje pacjentów.

## FABRYKA CHEMICZNA GEDEON RICHTER, BUDAPESZT, X.

Stwardnienie tętnic.

Lues.

Asthma bronchial. et cardiale.

### JODLECITHIN

Rp.

*Tabl. Jodlecithini Richter*  
à 0.25 g  
lag. orig.

DS. Jak wiadomo 3 razy dziennie 1—2 kołaczyków, podczas lub po jedzeniu.

Rp.

*Pillul. Jodlecithini Richter*  
à 0.10 g  
lag. orig.

DS. Jak wiadomo 3 razy dziennie 1—2 pigulek podczas lub po jedzeniu.

Neurastenia.

Nerwica wojenna.

Niedokrewność, blednica.

### BROMLECITHIN

Rp.

*Tabl. Bromlecithini Richter*  
à 0.05 g  
lag. orig.

DS. Jak wiadomo 2—3 razy dziennie 2—3 kołaczyków.

125 c

Rp.

*Tabl. Bromlecithini Richter*  
à 0.30 g  
phiol. orig.

DS. Jak wiadomo 2—3 razy dziennie 1—2 kołaczyków.

## ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SANATORYUM

Dra KUPCZYKA  
specjalisty chorób nerwowych  
Kraków, Szujskiego 1. 9—11. Tel. 1295.

Wskazania: Choroby nerwowe, żołądka i jelit, niedokrwistość, skaza moczana, cukrzyca, otyłość, ogólne osłabienie, choroby serca i naczyń krwionośnych.

152