

WIADOMOŚCI  
TERAPEUTYCZNE

Nr 2 · 1939

Przeciw wycieńczeniu i osłabieniu

# OPTARSON

Przetwórcy arsenowo-strychninowy do pozajelitowego stosowania. Wzmacnia szybko samopoczucie fizyczne i psychiczne.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

ampulki	12 szt. po 1 cm <sup>3</sup>	zl.	6,70
"	100 " " 1 " opak. klin.	"	44,40

# SOLARSON

Zupełnie nie drażniący przetwórcy arsenowy do wstrzykiwań. Przyczynia się do zwiększenia wagi i oddziałuje skutecznie na zawartość hemoglobiny i ilość czerwonych ciałek krwi.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

12 amp.	po 1 cm <sup>3</sup>	zl.	6,20
100 "	" 1 " opak. klin.	"	40,-
12 "	" 2 " "	"	7,30
100 "	" 2 " opak. klin.	"	48,-

# TONOPHOSPHAN

Związek organiczny fosforu o pobudzającym działaniu na dodatkowe zjawiska przemiany materii, na układ nerwowy i na mięśnie.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

1½	10 amp.	po 1 cm <sup>3</sup>	zl.	5,-
"	20 "	" 1 " "	"	7,50
"	100 "	" 1 " opak. klin.	"	29,60
fortius	10 "	" 1 " "	"	5,20
"	100 "	" 1 " opak. klin.	"	35,75



W zakażeniach streptokokowych

# Prontosil

przodujące **Chemotherapeuticum**

## o skutecznym działaniu

przy zapaleniu gardła, posocznicy po zapaleniu ucha środkowego. Nadaje się również do stosowania profilaktycznego po wycięciu migdałów oraz po innych zabiegach chirurgicznych.

## Daje również doskonałe wyniki

w leczeniu zapalenia pęcherza moczowego, zapalenia miedniczek nerkowych, posocznicy po porodzie i po poronieniach, zapaleń stawowych, zapalenia opon mózgowych.

### Opakowania oryginalne:

#### Prontosil rubrum

tabletki 10 szt. po 0,3 g . . . . .	zl. 4,30
„ 20 „ „ 0,3 „ . . . . .	„ 7,70
„ 250 „ „ 0,3 „ op. kl. . . . .	„ 72,-

#### Prontosil solubile 5% „forte”

5 ampulek po 5 cm <sup>3</sup> . . . . .	zl. 7,-
25 „ „ 5 cm <sup>3</sup> op. kl. . . . .	„ 28,-



T R E Ś Ć:

	Str.
<i>Dr Klinge F.</i> : Hiperergia . . . . .	51
<i>Dr Bockmühl, Dr Brümmer Th.</i> : Analgetica-Antipyretica-Antirheumatika	56
<i>Hecht</i> : Oznaczanie Ulironu w płynach ustrojowych . . . . .	62
<i>Baniecki Benedykt</i> : <i>Trichomonas vaginalis</i> Donné . . . . .	64
<i>Dr Fiebiger W.</i> : Leczenie schorzeń dróg oddechowych Prontosilem . . . . .	67
<i>Dr Klodt i Dr Stieb</i> : O trwałości witaminy C w sokach owocowych . . . . .	68
<i>Dr Scheurer O.</i> : Nasze spostrzeżenia o działaniu Prontosilu . . . . .	70
<i>Fischer C.</i> : Rozważania o leczeniu wiewióra Ulironem . . . . .	72
<i>Dr Rinné M.</i> : Niedobór witamin w życiu codziennym . . . . .	74
<i>Dr Kunz E.</i> : Leczenie rozmięczenia rogówki witaminą A . . . . .	78
<i>Dr med. et fil. Venzmer Gerhard</i> : Wymierająca choroba . . . . .	80

NOTATKI TERAPEUTYCZNE:

<i>Dr Jaurneck A.</i> : Wycięcie ropni migdałkowych . . . . .	87
<i>Dr v. Kutschera-Aichbergen H.</i> : Zwalczenie ciężkich postaci gruźlicy płuc przez sztucznie wywołaną gruźlicę skóry . . . . .	87
<i>Dr Bickel G.</i> : Niedomoga przedniego płata przysadki mózgowej . . . . .	87
<i>Dr Touraine i dr Duperrat</i> : Samoistne wyleczenie raka . . . . .	88
<i>Dr Achleitner</i> : Spostrzeżenia nad Betaxiną . . . . .	89
<i>Dr Deuchler</i> : Leczenie zapalenia nerwu wzrokowego . . . . .	89
<i>Dr Bader Otto</i> : Leczenie śwędzenia . . . . .	89
<i>Dr Yodh B. B.</i> : Kilka zagadnień z dziedziny kliniki tężca . . . . .	90
<i>Prof. Dr Schlayer C. R. i Dr Prüfer I.</i> : Dieta kwaśna (według kwasoty popiołu) . . . . .	90
<i>Dr Lindau</i> : Choroba Heine-Medina u zwierząt . . . . .	91
<i>Frankl J.</i> : 10 lat spostrzeżeń klinicznych nad leczeniem róży z szczególnym uwzględnieniem Prontosilu . . . . .	91
<i>Dr Fessler L.</i> : Nowy sposób leczenia narkolepsji . . . . .	92
<i>Dr Zágon A.</i> : Leczenie upławów . . . . .	93

# W I A D O M O Ś C I T E R A P E U T Y C Z N E

MIESIĘCZNIK

LUTY

R O K X

1939

N U M E R 2

Dr F. KLINGE, Zakład Patologii Uniw. w Münster w Westfalii.

## HIPERERGIA.

(Referat według Deutsche med. Wschr. 1936, Nr. 6).

**T**eorja hiperergii okazała się bardzo płodna dla stworzenia nowych pojęć i dokonania nowych odkryć.

Uznanie istnienia alergii oznacza zerwanie z poglądami etiologicznymi starej szkoły, która uważała chory ustrój za wartość niezmienną. Uznanie alergii oznacza jednocześnie stwierdzenie bez zastrzeżeń, że wszelkie sprawy chorobowe mają dwa zasadnicze źródła:

1. Usposobienie: stan organizmu stwarza skłonność do łatwiejszego zapadania na ściśle określone choroby.
2. Czynniki chorobotwórczy, który atakuje organizm.

Wiemy na ogół, że o powstaniu choroby rozstrzygają czynniki wewnętrzne, ujmujemy jednak całokształt tej sprawy bardzo powierzchownie. Uznajemy wprawdzie, że usposobienie wewnętrzne może również wywierać wpływ na wynik działania zewnętrznego czynnika chorobotwórczego, lecz nie uwzględniamy przy tym w dostateczny sposób faktu, że istnieją wielkie grupy chorób, w których związek lub czynnik pochodzenia zewnętrznego nie wystarcza sam przez się do wytłumaczenia genezy obrazu choroby. Jednakowoż wydaje się, że powstanie, rozwój i przebieg choroby zależą w większym stopniu od usposobienia wewnętrznego, niż od czynników zewnętrznych. Nadszedł więc już najwyższy czas, aby czysto „etiologiczne“ ujęcie sprawy zastąpić poglądem syntetycznym, który by ujmował jako całość wszystkie wewnętrzne i zewnętrzne warunki, mogące odgrywać pewną rolę w powstawaniu określonej choroby.

Co oznacza pojęcie „hiperergii“? — Alergia i hiperergia są to określenia naukowe medycyny teoretycznej, według której w licznych zaburzeniach chorobowych ustroju ludzkiego rozstrzygające znaczenie ma odmienny sposób reagowania tkanek. Wszystkie schorzenia, rozwijające się wyłącznie lub przeważnie na podłożu usposobienia wewnętrznego, nazywamy alergicznymi w najszerszym

znaczeniu tego słowa. Jeżeli przebieg reakcji chorobowej jest szczególnie silny, mówimy o odczynie hiperergicznym. W stosunku do chorób, zależnych od konstytucjonalnego usposobienia dziedzicznego, pojęcie alergii i hiperergii obejmuje tylko odczyny odbiegające od normalnych i nabyte już w toku życia osobnika.

Dla lepszego zrozumienia istoty alergii ogólnej omówimy tu w krótkości zasadnicze zjawiska wstrząsu anafilaktycznego i analogicznego zapalenia anafilaktycznego (hiperergia).

Jeżeli zwierzęciu doświadczalnemu (lub człowiekowi) wstrzykniemy pewną ilość obcego białka podskórnie, dożylnie, do jamy otrzewnowej lub do jakichkolwiek tkanek, to zwierzę staje się nadwrażliwe, anafilaktyczne w stosunku do zastosowanego białka. Po dostatecznie silnym przygotowaniu uczulającym, zwierzę reaguje na wstrzyknięcie dożylnie ciężką zapaścią, podczas której może zginąć: jest to wstrząs anafilaktyczny. Jeżeli powtórzymy wstrzyknięcie białka nie bezpośrednio do krążenia krwi, lecz do tkanek (np. podskórnie), to w miejscu zastrzyku wytwarza się ciężki odczyn zapalny. Jeżeli więc pierwsze wstrzyknięcie obcego białka nie powoduje żadnych poważniejszych zaburzeń tkankowych, to ponowne wstrzyknięcie tego samego antygeny (białka) wywołuje już odczyn bardzo gwałtowny. Antygen, poprzednio dobrze znoszony, doprowadza tym razem do objawów silnego zapalenia. Zapalenie hiperergiczne może wywołać nawet rozległą zgorzel (objaw *Arthus'a*).

Zwierzę doświadczalne zostało więc uczulone pod wpływem pierwszego wstrzyknięcia obcego białka i tkanki jego reagują obecnie na ten sam związek zupełnie inaczej (alergia swoista) i znacznie silniej (hiperergia swoista). Ten odczyn hiperergiczny zależy od zmiany, od uczulenia całego ustroju, gdyż zapalenie hiperergiczne może powstać w każdym narządzie, na który podziała antygen. Wstrzyknięcie białka do jakiegokolwiek części ustroju uczulonego zwierzęcia wywołuje zapalenie hiperergiczne odpowiedniego narządu. W ten sposób możemy z łatwością wywołać zapalenie hiperergiczne skóry, stawów, ścięgien, mięśni, opłucnej, otrzewnej, naczyń krwionośnych, serca, opon mózgowych i t. d. Dla wywołania odczynu wystarczają już minimalne dawki antygeny.

Białko, doskonale tolerowane przez ustrój normergiczny, działa w ustroju alergicznym jak silny środek drażniący. Białko to staje się „toksyczne“. Objaw ten tłumaczy się wytwarzaniem przeciwciał i polega na gwałtownym nasileniu się procesów czynnościowych i przemian anatomicznych. Mamy tu do czynienia ze swoistym odczynem antygeny i przeciwciał.

Co się tyczy warunków umiejscawiania się zapalenia hiperergicznego, to zaznaczyliśmy już, że u zwierzęcia uczulonego zapalenie to możemy wywołać doświadczalnie w każdym miejscu, w którym wstrzykujemy antygen do tkanek. Rozumie się samo przez się, że tych zaburzeń doświadczalnych nie możemy porównywać z warunkami, w których powstają schorzenia alergiczne u ludzi, za wyjątkiem przypadków wstrzykiwania surowicy osobnikom poprzednio uczulonym.

W badaniach doświadczalnych na zwierzętach zaburzenia hiperergiczne wywołują odczyny w różnych narządach. Najczęściej stwierdza się zmiany morfologiczne w naczyniach wieńcowych, na zastawkach sercowych, na wsierdziu, w tętnicy głównej, w stawach i t. d. Wyniki badań doświadczalnych na zwierzętach odpowiadają do pewnego stopnia spostrzeżeniom klinicznym, gdyż również u ludzi to samo schorzenie wykazuje często przebieg indywidualnie odmienny: u jednych chorych stwierdza się objawy skórne, u innych — zapalenie wielostawowe i t. d. Powinniśmy przy tym uwzględnić również fakt, że warunki wewnętrzne umiejscowienia hiperergii są charakteru konstytucjonalnego i zależą, być może, od różnic konstytucjonalnych czynności ustrojowych.

Warunki zewnętrzne umiejscowienia hiperergii są dostępne dla badań doświadczalnych, dzięki czemu poznano je lepiej od czynników wewnętrznych.

*Vaubel* wykazał, że działanie zimna na skórę, mięśnie i stawy zwierząt uczulonych wywołuje bardzo typowe stany zapalenia hiperergicznego. W ten sam sposób można utrwalić hiperergię za pomocą urazów mechanicznych. *Auer* stwierdził, że nacierania ksylolem wywołują u uczulonych zwierząt ciężką zgorzel skóry i stan zapalny. *Knepper* wykazał, że liczny szereg najróżnorodniejszych bodźców nieswoistych może wywoływać u zwierząt uczulonych objawy umiejscowionej hiperergii, przy czym charakter zaburzeń jest zmienny i zależy od rodzaju zastosowanego bodźca nieswoistego. Środki lokalizujące wybierano zgodnie z poglądami uznanymi w patologii ludzkiej. Za pomocą hormonu przedniego płatu przysadki można np. wywołać obraz chorobowy rzucawki porodowej. Pod wpływem drażniących bodźców chemicznych powstaje zapalenie hiperergiczne skóry i mięśni. Obciążanie serca i płuc ciężką pracą (przez zmuszanie zwierząt do biegania) wywołuje zapalenie hiperergiczne serca, tętnic wieńcowych i naczyń płucnych. Pod wpływem kofeiny i wstrzyknięcia zawiesiny tkanki nerkowej (auto-nefrotoksyny) powstaje hiperergiczne zapalenie nerek. Doustne podawanie małych dawek alkoholu doprowadza do zapalenia tętnic w błonie śluzowej żołądka i wytworzenia się wrzodu żołądka.

We wszystkich tych doświadczeniach obraz morfologiczny zmian chorobowych odpowiada cechom zapalenia hiperergicznego, bez względu na sposób wywołania podrażnienia.

Fakt, że bodźce czynnościowe i patologiczne, chemiczne, termiczne a także fizjologiczne mogą wywołać swoiste uszkodzenia organiczne — odpowiednio do rodzaju bodźca — ma duże znaczenie dla teorii alergii i patologii ogólnej, a mianowicie dla teorii przerzutów.

Z doświadczeń powyższych wynika, że pod wpływem nieswoistych czynników chorobotwórczych (które wszystkie mają tę cechę wspólną, że zmieniają czynność krążenia), antygen, krążący we krwi, nagromadza się w miejscu, na które działa bodziec i pozostaje tam dość długo; to zetknięcie się antygeny ze ścianą naczyniową i sąsiednimi tkankami doprowadza do odczynu: antygen — przeciwciała — i wywołuje zapalenie hiperergiczne.

Alergię — hiperergię umiejscowioną — autor tłumaczy w ten sposób, że odczyn swoisty: antygen — przeciwciała, może powstawać pod wpływem działania czynników szkodliwych (nieswoistych) na układ naczyniowy.

Teoria powyższa znajduje swe uzasadnienie jednak tylko tak długo, dopóki antygen, odpowiedzialny za stan uczulenia ustroju, pozostaje we krwi, gdyż inaczej nie można by sobie było wyobrazić alergii swoistej, a tylko patergię w ustroju uczulonym. Wiele związków nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na ustrój normergiczny. Któż np. mógłby przypuszczać, że pyłki roślin mogą być „jadem“ dla człowieka? Jedyne bardzo nieliczni osobnicy chorują od zektknięcia się z pyłkami, podczas gdy znakomita większość ludzi nie wykazuje przez całe życie żadnych objawów gorączki siennej, pomimo że często styka się z pyłkami roślin.

O wielu antygenach musimy uznać, że na działanie ich składają się dwa czynniki: 1. pierwotne działanie toksyczne; 2. działanie toksyczne wytworzone przez mechanizm alergii. Istnieją wobec tego antygeny pierwotnie toksyczne oraz antygeny, które stają się toksyczne lub raczej „jadowite“ dopiero w ustroju alergicznym.

Badając objawy chorobowe zachodzące w organizmie ludzkim i chcąc sobie wytworzyć jasny obraz zawiłych warunków panujących w tej dziedzinie, powinniśmy uwzględnić w znacznym stopniu zjawiska alergii i hiperergii.

Pierwsza wielka grupa chorób alergicznych obejmuje „schorzenia napadowe“ (dychawica oskrzelowa, gorączka sienna, pokrzywka i t. d.). Choroby te znajdują swą analogię we wzorze seryjnej hiperergii ogólnej z różnym umiejscowieniem punktu uchwytu czynnika szkodliwego.

W drugiej grupie chorób alergicznych występują przeważnie anatomiczne uszkodzenia tkankowe, odznaczające się znacznymi hiperergicznymi zmianami zapalnymi. Pod względem naukowym schorzenia te są jeszcze mało zbadane.

Autor uważa, że wiele chorób, których nie można było dotychczas wytłumaczyć według zasad etiologicznych, można słusznie ująć tylko z punktu widzenia patogenetyki alergicznej. Mamy tu do czynienia z chorobami, które bardzo różnią się swymi objawami, lecz w których zawsze stwierdza się anatomiczne nacieczenie hiperergiczne, jako wspólny wyraz sposobu reagowania.

Również w warunkach fizjologicznych stwierdza się stany, wykazujące podobieństwo do obrazu anatomicznego tkankowych zaburzeń alergiczno - hiperergicznych. Organizm ludzki korzysta nawet z hiperergicznej nekrozy włóknikowej w celu tak ważnym, jak zachowanie gatunku ludzkiego. Każdy lekarz chyba zadawał sobie pytanie, dlaczego po normalnym porodzie łożysko oddziela się tak łatwo od ustroju matczynego. Sprawę tę wyjaśnia badanie mikroskopowe: pomiędzy łożyskiem i tkanką macicy wytwarza się zgorzel włóknikowa, która pod koniec ciąży doprowadza do oddzielenia łożyska. Ponadto w tkance łożyska stwierdza się bardzo często ogniska włóknikowe, które mogą się przetwarzać w prawdziwe zawały. Wzmoczenie się natężenia tych spraw



przedstawia zdaniem autora zarówno z fizjologicznego, jak i patologicznego punktu widzenia, wyraz hiperergii, gdyż łożysko jest miejscem, w którym spotykają się związki białkowe płodu i matki. Białka te nie są wprawdzie gatunkowo obce, lecz różnią się jednak z indywidualnego punktu widzenia. Zetknięcie się tych związków białkowych wywołuje odczyny hiperergiczne, co zostało udowodnione również doświadczalnie przez *Letterera*.

Analogiczne wyniki otrzymał *Knepper* w badaniach swych nad rzucawką porodową. Wstrzyknięcie obcej surowicy i hormonu przedniego płatu przysadki zawsze wywoływało typowy obraz chorobowy rzucawki porodowej z odpowiednimi zmianami hiperergicznymi w wątrobie i nerkach.

Innym zespołem alergicznym z ciężkim odczynem hiperergicznym jest reumatyzm. W obszernej dziedzinie schorzeń reumatycznych istnieją postacie (*Gudzent*), które powstają na podłożu zaburzeń alergicznych, przebiegających z bardzo nieznacznymi zmianami tkankowymi. Ostre reumatyzm stawowy, który według autora należałoby nazwać raczej „gorączką reumatyczną“, jest cierpieniem, które wykazuje szereg objawów alergicznych. Badania histologiczne dowiodły wyraźnie, że w tkance naczyniowej i łącznej całego ustroju, jak np. w sercu, naczyniach, stawach, mięśniach, ścięgnach i nerwach znajdujemy zmiany włóknikowe o cechach alergiczno-hiperergicznym. Te wyniki badań anatomicznych, w połączeniu z doświadczeniem klinicznym, wykazującym, że ujawnienie się schorzenia reumatycznego poprzedza zwykle katar lub angina, jako pierwsze schorzenie uczulające, upoważniają do ujęcia reumatyzmu jako odczynu hiperergicznego osobnika uczulonego. Według autora, wszystkie schorzenia reumatyczne ze względu na jednakową postać odczynu hiperergicznego należą do wspólnej grupy patologicznej, pomimo że czynny antygen może być zmienny.

Zakrzepowe zapalenie tętnic, wywołujące samoistną zgorzel kończyn, może być również uważane jako objaw hiperergii. Ta nowa dziedzina badań naukowych zawiera jeszcze bardzo dużo zagadnień niejasnych i wątpliwych, lecz mimo to podstawy, na których opiera się nauka o alergii, są mocne i naukowo uzasadnione. Nauka o alergii wskazuje nam nowe drogi do dalszych badań naukowych, stanowiących niezbędny warunek wszelkiego postępu, a więc również i postępów w dziedzinie terapii.

## *Kresival*

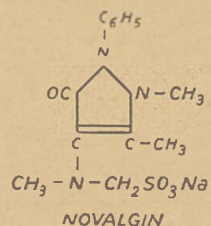
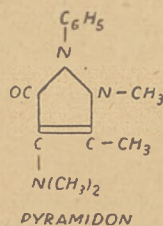
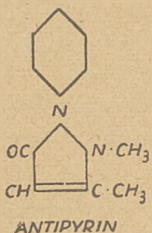
znakomity lek wykrztuśny, przeciwzapalny, kojący, pobudzający łaknienie.

## ANALGETICA-ANTIPYRETICA-ANTIRHEUMATICA

### Chemia:

Przed 55 laty, w r. 1882 *Filehne* opublikował swą pracę „O nowych środkach, które obniżają ciepłotę ciała“. Praca ta zapoczątkowała nową epokę w zwalczaniu gorączki. *Filehne* podał w swym artykule do wiadomości, że wprowadzono do powszechnego użytku syntetyczną pochodną chinoliny (kairinę), która może bez żadnych przykrych objawów ubocznych obniżyć do normy gorączkową ciepłotę. Zagadnienie obniżania gorączki stało wówczas na pierwszym planie zainteresowań klinicznych. Dopóki podwyższoną ciepłotę ciała uważano za główną przyczynę objawów chorobowych, starano się również w postępowaniu leczniczym dążyć do zmniejszenia gorączki. Praca *Filehnego* stała się wstępem do dalszych badań, które doprowadziły następnie do wynalezienia cennych środków przeciwgorączkowych i przeciwbólowych, należących do chemicznej grupy pyrazolonu. Poszukiwania te rozpoczęły się od prób wyjaśnienia budowy chininy. Gdy pochodna chinoliny, kairina, miała się właśnie stać przedmiotem badań klinicznych na większą skalę, udało się *Knorrowi*, uczniowi *Fischera*, połączyć fenylohydrazynę z estrem kwasu acetoctowego. *Knorr* otrzymał w ten sposób związek bardzo interesujący pod względem budowy chemicznej, który nazwał metoksychinizyną. Przy badaniu wzoru dwumetylooksychinizyny *Knorr* stwierdził, że podstawą tego związku jest pierścieniowe połączenie pyrazolonowe. *Knorr* znalazł nowy chemiczny wyraz dla swego produktu kondensacji i nazwał go 1-fenyl-3-metylo-5-pyrazolonem. Dalsza pochodna otrzymana przez metylowanie otrzymała nazwę 1-fenyl-2,3-dwumetylo-5-pyrazolonu. W roku 1883 fabryka barwników w Höchst rozpoczęła wytwarzanie tego ostatniego związku pod nazwą Antypiryny. Był to pierwszy środek leczniczy wytwarzany tam fabrycznie na wielką skalę.

Gdy tylko poznano dokładnie wartość leczniczą Antypiryny, przystąpiono natychmiast do dalszych badań, mających na celu udoskonalenie tego preparatu. *Filehne* zwrócił się do zarządu fabryki barwników w Höchst z prośbą o połączeniu Antypiryny z grupą  $N(CH_3)_2$  w jądrze aromatycznym. Wytwórnie w Höchst chętnie wykonały ten projekt *Filehnego*, gdyż rozporządzały już podobnym związkiem, otrzymanym syntetycznie przez *Fryderyka Stolza*. W badaniach farmakologicznych *Filehne* szybko wykazał przewagę



nowego preparatu nad Antipyriną. Nową pochodną pyrazolonu nazwano Pyramidonem.

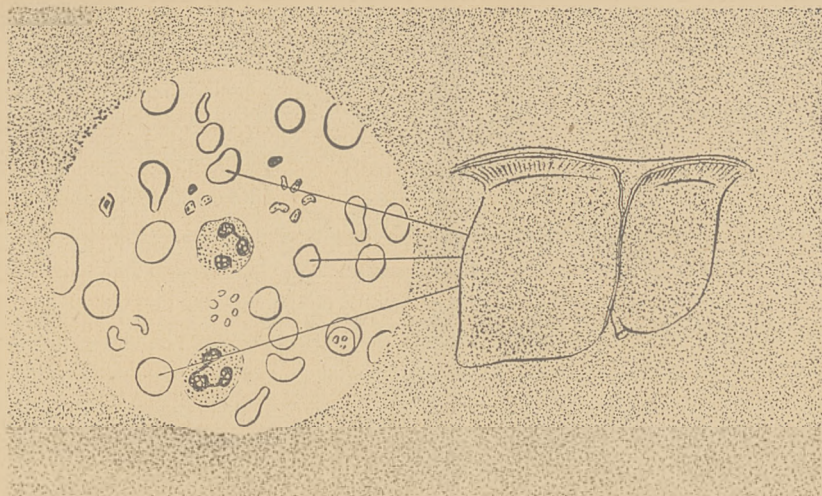
Pyramidon rozpuszcza się jednak stosunkowo trudno i nadaje się tylko do stosowania doustnego. Z powyższego względu przystąpiono do dalszych poszukiwań, mających na celu otrzymanie Pyramidonu łatwiej rozpuszczalnego i nadającego się do wstrzykiwań. Poszukiwania te zostały uwieńczone powodzeniem i doprowadziły do wytworzenia Novalginy. Gardan zaś jest to chemiczne zespolenie Pyramidonu z Novalgina, odznaczające się wzmoczeniem działania leczniczego obu składników: jest to mocny środek przeciwbólowy i przeciwzapalny. Novalgin—Chinina jest preparatem, który działa zarówno objawowo jak i etiologicznie; jest to połączenie kwasu, stanowiącego podstawę Novalginy, z zasadowym składnikiem chininy. Głównym wskazaniem do stosowania Novalgin—Chininy jest leczenie grypy i wszelkich chorób z zaziębienia.

### **Farmakologia:**

Działanie przeciwbólowe związków pyrazolonowych polega na porażeniu nadmiernie pobudzonego ośrodka bólu. Jeżeli chory nie doznaje bólu, to związek pyrazolonu pozostaje bez wpływu na odnośny ośrodek. Zdolność uspokajania nadmiernie podrażnionego ośrodka bólu zależy w znacznym stopniu od przyczyny tego pobudzenia (zaburzenia przemiany materii, sprawy zapalne, zaburzenia naczynioruchowe we wnętrzu czaszki). Czasami np. ból głowy bywa silniejszy w pozycji leżącej niż w stojącej, czasami zaś bywa wprost odwrotnie. Już te proste spostrzeżenia dowodzą, że w pewnych przypadkach przyczyną pogorszenia się bólów głowy jest większy dopływ krwi do mózgu, w innych zaś — anemizacja. Często stwierdza się, że pierwsze działanie środków przeciwbólowych, a zwłaszcza pochodnych pyrazolonu, polega na wyrównaniu różnicy między leżeniem i staniem; zależy to od naczynioruchowego działania preparatu i związanej z tym zmiany rozmieszczenia krwi w mózgu. Właściwy ból głowy ustępuje zupełnie dopiero w 2. fazie działania, w wyniku uspokojenia podrażnionego ośrodka bólu. Inne środki przeciwbólowe działają nie tylko na ośrodek bólu, lecz również na zjawiska zapalne. Znamy preparaty, które wpływają również na przemianę materii. W ten sposób możemy dobrać środki przeciwbólowe odpowiednio do bezpośredniej przyczyny bólu. Zarówno związki pyrazolonowe i salicylany jak i środki narkotyczne uśmierzają wrażenie bólu drogą znieczulenia ośrodkowego. Jednakże również i pewne obwodowe, miejscowe działanie znieczulające, nie jest tu bez znaczenia. Takie działanie obwodowe udowodniono np. dla Pyramidonu i Aspiryny za pomocą próby z pęcherzykiem skórny. Jeszcze większe znaczenie ma fakt, że wspomniane środki często uśmierzają ból przez usunięcie bezpośredniej lub chociażby pośredniej przyczyny. Omawiane preparaty rozszerzają naczynia krwionośne i przyczyniają się w ten sposób do szybszego usunięcia szkodliwych produktów przemiany materii, wywołujących uczucie bólu. Również

i przeciwbólowe działanie miejscowego stosowania ciepła należy tłumaczyć w analogiczny sposób. Nie bez znaczenia jest tu również przeciwzapalne działanie pyrazolonu i jego pochodnych. Środki przeciwbólowe usuwają również bolesne skurcze naczyńiowe, które utrudniają zaopatrzenie w krew, co ma duże znaczenie zwłaszcza w bólach głowy i niektórych cierpieniach reumatycznych. W przypadkach, w których jedyną przyczyną bólu są skurcze naczyńiowe, najodpowiedniejszymi lekami są środki rozszerzające naczynia, jak np. Padutina, Lacarnol i in. Schorzeniami tego rodzaju są np. dławica piersiowa i chromanie przestankowe. Przy stosowaniu związków pyrazolonowych (Novalgin, Gardan) w przypadkach kolki kamicowej, skurczów kiszek, bolesnego miesiączkowania i t. p. działanie spazmolityczne tych preparatów ma często większe znaczenie od ośrodkowego uśmierzania bólu. Zwłaszcza Novalgina bardzo skutecznie przewycięża skurcze mięśni gładkich. Dożylnie wstrzykiwanie Novalginy działa tu z pewnością nie gorzej od środków spazmolitycznych, jak Rivanol, papaweryna i t. p., które nie posiadają już żadnego działania ośrodkowego.

Działanie przeciwgorączkowe pyrazolonu poznano wcześniej od działania przeciwbólowego, co znalazło swój wyraz również w nazwach nadawanych odnośnym preparatom. W obniżaniu gorączki przyjmuje udział również czynnik naczynioruchowy tych związków. Czynnikiem ten wpływa na przewodzenie ciepła na obwód i uśmierza przez wyrównanie naczynioruchowe we wnętrzu czaszki również bóle głowy, towarzyszące tak często wszelkim stanom gorączkowym. Między poszczególnymi grupami środków przeciwgorączkowych istnieją różnice jakościowe. Chinina np. obniża gorączkę nie tyle przez uspokojenie ośrodka ciepłoty, ile przez zahamowanie czynności utleniających, czyli przeważnie przez ograniczenie wytwarzania ciepła. Szczególne działanie statyczne chininy sprawia jednak, że wpływa ona czasami bezpośrednio lub pośrednio również na zasadniczą sprawę chorobową, która wywołuje gorączkę; w tych warunkach stosowanie chininy przedstawia leczenie przyczynowe, które nie tylko obniża ciepłotę, lecz szybko przewycięża samą chorobę. Wobec tego, że bodźce bólowe mogą się przemieniać w bodźce zapalne, staje się zrozumiałe, że miejscowe znieczulenie może skutecznie zapobiec rozwojowi zapalenia. Tak np. możemy nie dopuścić do wytworzenia się zapalenia spojówek pod wpływem miejscowego drażniącego działania olejku gorczycznego, jeżeli dostatecznie znieczulimy zakończenia czuciowe odnośnej części spojówki. Miejscowe znieczulenie zapobiega tu przejściu bodźców z nerwów czuciowych drogą odruchu osiowego na nerwy rozszerzające naczynia. Powszechnie również wiadomo, że objawy zapalnych spraw nieżytowych, jak np: wydzielanie śluzu podczas kataru nosa, mogą się znacznie zmniejszać podczas snu. W ten sposób możemy istotnie wpływać na zjawiska zapalne przez ośrodkowe uśmierzanie bólu, jednakże przeciwzapalne działanie tych związków, posiadających ośrodkowy punkt uchwytu, ma do pewnego stopnia również i mechanizm statyczny. *Schneider* z Wiednia (Arch. exp. Path. und Pharm. 1935,



# CAMPOLON

## WYCIĄG WĄTROBOWY

do wstrzykiwań



wywiera dzięki swej wielowartościowości najsilniejsze działanie lecznicze w niedokrwistości złośliwej oraz we wtórnych niedokrwistościach. Działa skutecznie również w okresie ozdowieńczym i w zaburzeniach czynności wątroby.

### Opakowania oryginalne:

5 ampulek po 2 cm <sup>3</sup>	zł. 8.—
25 „ „ 2 „ opak. klin.	„ 32.—
3 „ „ 5 „	„ 10.—
15 „ „ 5 „ opak. klin.	„ 40.80





W schorzeniach oskrzeli i w nieżytach górnych dróg oddechowych

# Kresival

uznany, łagodny środek wykrztuśny dla dorosłych i dzieci; działa przeciwzapalnie i kojąco.

Ułatwia wykrztuszanie dzięki rozrzedzeniu lepkiej wydzieliny.

Ekonomiczny w użyciu, gdyż Kresival jako środek stężony zażywa się w rozcieńczeniu z wodą.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

1 fl. po 125 g

zl. 3,45



tom 179) przeprowadzał np. doświadczenia nad obrzękiem wywołanym na izolowanym uchu królika za pomocą histaminy albo mrówczanu allilowego (uszkodzenie naczyń) i wykazał, że dodanie Novalginy lub koloidalnego żelaza zmniejsza natężenie obrzęku. Dowodzi to, że Novalgina — jak również Pyramidon — posiadają nie tylko ośrodkowo-nerkowy punkt uchwytu, lecz działają również na tkanki obwodowe.

### **Stosowanie kliniczne:**

Nie każdy ból przedstawia wskazanie do natychmiastowego zastosowania środków przeciwbólowych. Nie wolno o tym zapominać przede wszystkim w przypadkach, w których należy się liczyć z możliwością sztucznej zmiany właściwego obrazu chorobowego, jak np. w zapaleniu wyrostka robaczkowego, wrzodzie dwunastnicy i t. d. Uśmierzanie bólu mogłoby tu wywołać pozory poprawy, które by nas skłoniły do niebezpiecznego odłożenia niezbędnej doraźnej operacji. Przedwczesne uśmierzenie bólu może również utrudniać rozpoznanie siedliska choroby. Po ustaleniu rozpoznania nie ma oczywiście już żadnych przeszkód do stosowania środków przeciwbólowych. Długotrwałe bóle, a zwłaszcza bolesne schorzenia kończyn i stawów mogą doprowadzić do osłabienia i zaniku mięśni. Ból może znacznie zwiększać ciśnienie krwi. W przebiegu kolki ołowiowej, przełomów naczyniowych u arteriosklerotyków i napadów wiałowych występuje napadowe znaczne zwiększanie się ciśnienia tętniczego z wszystkimi jego szkodliwymi dla serca skutkami. W dławicy piersiowej uśmierzenie bólu przewycięża również uczucie lęku. Bóle głowy, zwłaszcza przy częstych napadach migrenowych, wywołują nerwowość, uczucie strachu i zmniejszają w związku z tym zdolność do pracy. Bóle przedłużają okres rekonwalescencji, utrudniają powrót do zdrowia i stanowią psychiczną lub fizyczną przeszkodę w wykonywaniu pracy zawodowej.

### **Novalgina jako środek przeciwgorączkowy:**

*Prof. dr E. Arima*, Kl. Wewn. Sapparo (Nagai Chiryō 1931, roczn. 6).

W leczeniu gruźlicy duże znaczenie praktyczne ma również obniżanie podwyższonej ciepłoty. Najodpowiedniejszymi środkami przeciwgorączkowymi są tu Pyramidon i Novalgina, które nie wywołują przykrego pocenia się. Novalgina działa mocniej niż Pyramidon. Dawka dobową Pyramidonu wynosi 0,5 — 0,7 g, Novalginy — 1,0 g. Jeżeli Pyramidon nie wystarcza, wskazane jest podawanie połączenia Pyramidonu i Novalginy.

*Prof. Makoto*, Ishida Jikken Shin Chiryō, tom 1.

*Makoto* stosował Novalginę we wszystkich okresach gruźlicy płuc. Przeciętą dawką dobową wynosiła 1,5 g. Dawka ta szybko obniżała gorączkę i uśmierzała bóle. W przypadkach gruźlicy u dzieci od 2. do 5. roku stosuje się 0,2 — 0,35 g dziennie. W gorączce uporczywej przy gruźlicy lub durze brzuszным wskazane jest zwiększyć dawkę dobową do 2 g; ogólną tę dawkę należy podawać co godzinę lub co 2 godziny po 0,1 lub 0,2 g. Novalginę można podawać również w kroplach (20 kropel = 0,5 g).

(Dalszy ciąg w Nr. 3.).

## OZNACZANIE ULIRONU W PŁYNACH USTROJOWYCH

(Referat według Dermat. Wschr. 1938, Nr. 10).

Uliron wydziela się w moczu, podobnie jak Prontosil album, częściowo w postaci wolnej, a częściowo związanej (najprawdopodobniej jako związek acetylowy). Hecht opracował następującą metodę oznaczania Ulironu i jego acetylowych pochodnych:

a) *Oznaczanie bezpośrednie (wolnego Ulironu).*

Jedną część objętościową moczu zadaje się równą objętością 10 n Na OH. W ten sposób całkowita zawartość Ulironu przechodzi do roztworu. Następnie dodaje się 8 części objętościowych 2 n HCl. Otrzymujemy wówczas kwaśny roztwór próby podstawowej rozcieńczony w stosunku 1:10. W roztworze tym Uliron nawet w największych zdarzających się stężeniach ulega ponownemu strąceniu dopiero po bardzo długim czasie. Z roztworu tego przygotowujemy w razie potrzeby dalsze rozcieńczenia przez dodawanie n HCl. Do 1,0 cm<sup>3</sup> tak przygotowanego roztworu dodaje się:

1. 0,1 cm<sup>3</sup> 1%-owego azotynu sodowego.

Celem zbadania świeżości roztworu azotynu sodowego należy do moczu z Na NO<sub>2</sub> wprowadzić papierek nasycony jodkiem potasu i skrobią, który powinien zabarwić się na niebiesko.

2. 1,0 cm<sup>3</sup> 0,2%-owego kwasu aminosulfonowego.

Przez dodanie tego czynnika nadmiar niezuczytego w reakcji azotynu sodowego zostaje prawie natychmiast rozłożony z wydzielaniem niewielkiej ilości gazu (azotu). Zamiast powyższego odczynnika można wówczas użyć 1,0 cm<sup>3</sup> 0,2%-owego mocznika. Wskazane jest zaczekać trochę dłużej na rozkład azotynu, który można poznać po ujemnym odczynie z papierkiem nasyconym jodkiem potasu i skrobią.

3. 1,0 cm<sup>3</sup> 0,3%-owego chlorowodoru etylo-*α*-naftylaminy.

Odczynnik ten należy przygotować na świeżo przez zagotowanie i przesączenie. Po dodaniu odczynnika do badanego roztworu następuje natychmiastowe zabarwienie.

4. Napełnienie próby do 10,0 cm<sup>3</sup> alkoholem metylovym.

Jednocześnie przygotowuje się rozcieńczenia roztworu standardowego z 0,1 g Ulironu w 0,01 n Na OH i odpowiednie rozcieńczenia zadaje się dokładnie tymi samymi odczynnikiemami co badane próby moczu. Dwie próby (badana i podstawowa), które wykazują optycznie podobne w przybliżeniu natężenie barwy, porównujemy następnie kolorymetrycznie. Wytworzony barwnik jest trwały, lecz mimo to poleca się przeprowadzić porównawcze badanie kolorymetryczne możliwie szybko, gdyż po pewnym czasie mogą powstać w roztworze nieznaczne zmętnienia.



OBLICZENIE: Stężenie Ulironu w moczu =  
wysokość warstwy roztworu standardowego.

Stężenie Ulironu w próbie standardowej

wysokość warstwy próby moczu.

b) Oznaczenie za pomocą hydrolizy (ogólnej ilości Ulironu).

Jedną część objętościową moczu (co najmniej 10 cm<sup>3</sup>) zadaje się równą ilością 10 n Na OH i gotuje godzinę pod chłodnicą zwrotną. Po oziębieniu dodaje się 2 n HCl do 10 objętości roztworu i postępuje następnie dokładnie w taki sam sposób jak pod a). Jako próba porównawcza służy ten sam roztwór standardowy.

Mocz normalny nie daje przy wykonywaniu tego odczynu roztworów zupełnie bezbarwnych. Należy tu jednak uwzględnić, że mocze silniej zabarwione nie tracą pomimo rozcieńczenia swego własnego zabarwienia, następnie zaś również i normalny mocz zawiera w niewielkiej ilości związki, które dają podobne zabarwienie jak Uliron. Według dotychczasowych doświadczeń mogą w ten sposób powstawać pozory obecności Ulironu w moczu w ilości dochodzącej do 0,01%. Następnie również Prontosil album daje bardzo podobny odczyn barwny. Przy ocenie wyniku badania należy więc uwzględnić powyższe okoliczności, zwłaszcza w przypadkach, w których wykrywamy jedynie niewielką ilość Ulironu.

Wydaje się następnie możliwe, że również i obecność białka w moczu może się stać dodatkowym źródłem błędu.

#### K r e w.

Opierając się na przepisach podanych przez *Marshalla* i jego współpracowników dla oznaczania związków sulfamidowych, *Hecht* opracował następujący sposób określania Ulironu we krwi: 1 cm<sup>3</sup> krwi albo osocza wzgl. surowicy dodaje się kroplami do 9 cm<sup>3</sup> absolutnego alkoholu etylowego i po wstrząśnięciu pozostawia na 10 minut. Następnie mieszaninę tę przesącza się. Do 5 cm<sup>3</sup> przesączu dodaje się:

1,0 cm<sup>3</sup> n HCL,

0,1 cm<sup>3</sup> 1%-owego azotynu sodowego,

1,0 cm<sup>3</sup> 0,2%-owego kwasu aminosulfonowego wzgl. mocznika,

1,0 cm<sup>3</sup> 0,3%-owego chłowodorku etylo- $\alpha$ -naftyłaminy.

W ten sam sposób jak krew zadaje się odczynnikami roztwory standardowe Ulironu (o stężeniu 0,001 — 0,01%), potrzebne dla porównania kolorymetrycznego. Wskazane jest przygotować roztwory standardowe przez dodanie ściśle określonych dawek Ulironu do normalnej krwi lub surowicy.

#### P ł y n m ó z g o w o - r d z e n i o w y.

Oznaczanie Ulironu w normalnym bezbiałkowym płynie mózgowo-rdzeniowym jest bardzo proste. Do 1 cm<sup>3</sup> płynu dodajemy jak powyżej:

1,0 cm<sup>3</sup> n HCL,

0,1 cm<sup>3</sup> 1% -owego azotynu sodowego,

1,0 cm<sup>3</sup> 0,2% -owego kwasu aminosulfonowego wzgl. mocznika,

1,0 cm<sup>3</sup> 0,3% -owego chlorowodoru etylo-2-naftyłaminy.

i dopełniamy całość alkoholem metylowym do 10 cm<sup>3</sup>. Porównanie kolorymetryczne z roztworami standardowymi Ulironu przeprowadzamy w sposób powyżej opisany.

Przy płynach mózgowo-rdzeniowych, zawierających białko lub ropę należy stosować metodę oznaczania taką samą jak dla krwi.

BENEDYKT BANIECKI, Klinika Ginekologiczno-Położnicza w Poznaniu.

(Dyr. Prof. Dr B. Kowalski).

## TRICHOMONAS VAGINALIS DONNÉ

(Referat wedł. Nowin Lekarskich 1938, Nr. 13, s. 405).

Leczenie upławów należy do trudnych i zawikłanych zagadnień wskutek trudności w ustaleniu właściwej przyczyny schorzenia. Jedną z najważniejszych przyczyn powstawania upławów jest, zdaniem autora, rzęśistek pochwo- wy (*trichomonas vaginalis*).

Rzęśistek pochwo- wy, należący do pierwotniaków z grupy wiciowców, został odkryty przez *Donné'ego* w 1837 r. Badania *Höbneho* z 1916 r. wykazały, że rzęśistek pochwo- wy posiada własności chorobotwórcze oraz że wywołuje po- wstanie pewnego, właściwego mu obrazu klinicznego. Ten pogląd potwierdzili liczni badacze (*Rodecurt, Hees, Fukushima, Fiałkowski, Przytuła, Wittfogel*).

Rzęśistek pochwo- wy ma kształt okrągły, wrzecionowaty, nerkowaty lub po- dłużny, posiada dwa bieguny — przedni zaokrąglony, tylny wąski, mniej lub więcej zaostrozony. Wielkością odpowiada leukocytowi wielojądrzastemu, po- rusza się za pomocą rzęsek i błony falującej, jak również za pomocą ruchów pęczakowatych. Odróżniamy dwie postacie rzęśistka: wegetatywną oraz trwałą, dające się rozróżnić przy pomocy badania mikroskopowego. Według *Bensena* istnieje jeszcze trzecia forma o odmiennej budowie, stanowiąca końcowe ogni- wo w cyklu rozwojowym pasożyta.

Pierwotniak jest bardzo wrażliwy na czynniki zewnętrzne i zatracą swą ży- wotność już pod wpływem działania wody destylowanej. Według badań auto- ra, żywotność pozapochwowa w warunkach sprzyjających jest na ogół dość długa i dochodzi do 24 godzin. Pasożyt rozwija się i utrzymuje najlepiej przy ciepłocie 37°; dolna granica ciepłoty, którą wytrzymuje, wynosi 16° — 18° C.

Rzęśistki rozwijają się najlepiej w wydzielinie pochwy. Poza pochwą znaj- dujemy je w szyjce macicznej, cewce moczowej i odbytnicy. Występują u ko- biet każdego wieku od dzieciństwa do późnej starości; najczęściej spotykamy je u kobiet w wieku od 18 — 35 lat. Wystąpienie pasożyta jest niezależne od dobrobytu chorej i warstwy społecznej. Droga prowadząca do zakażenia nie została dotychczas wyjaśniona. Według „teorii plażowej“ *Heesa* i *Rodecurta*,

zakażenie może wystąpić po kąpielach, nasiadówkach i płukaniach zwykłą, nie-przegotowaną wodą. Badacze amerykańscy uważają, że *trichomonas vaginalis* jest odmianą *trichomonas buccalis* i *intestinalis*, pochodzącą z zanieczyszczonej wody do picia. Zakażenie rzęsistkiem następuje przez przeniesienie go z przedwołu pokarmowego — z odbytnicy do pochwy. *Allen, Jensen* i *Wood* zwracają uwagę na znaczenie stosunku płciowego przy nawrotach schorzenia i zalecają w pewnych przypadkach badanie mężczyzn, którzy, chociaż często są nośicielami zarazki, rzadko lub wcale nie ulegają rzeczywistemu schorzeniu. W powstaniu zakażenia (*Rodecurt*) odgrywa pewną rolę również budowa anatomiczna pochwy.

Uzyskanie czystej hodowli rzęsistka pochwowego jest bardzo trudne wskutek jego symbiozy z licznymi bakteriami, wobec czego sprawa jego odżywiania pozostaje nadal otwarta. Mimo to niektórym badaczom udało się utrzymać hodowlę rzęsistka przez czas dłuższy i zbadać jego chorobotwórczość (*Andrews, Bland, Goldstein, Wenrich, Weiner*). Do hodowania nadają się jednak, wedle autora, jedynie szczepy pasożyta o bardzo silnej żywotności. Wyniki przeszczepienia rzęsistka są bardzo znikome. Poszczególnym autorom udało się to jedynie w pojedynczych przypadkach (*Haupt, Rodecurt*).

Częstość występowania rzęsistka pochwowego jest przez rozmaitych autorów rozmaicie podawana, waha się jednak w pewnych stałych granicach. Statystyka podana przez *Haussmana* i *Wittego* stwierdza występowanie rzęsistka pochwowego przy upławach pochwoowych w 40% przypadków, przez *Rodenwalda* — w 30—40%, przez *Höhneho* — w 28%, przez *Schmidta* i *Kamnicke-ra* — w 69%, przez *Przytułę* — w 27%, przez *Rodecurta* — w 88%, przez autora — w 30%.

Stwierdzenie obecności pasożyta świadczy o nieprawidłowych stosunkach w pochwie i idzie w parze ze zwiększoną ilością leukocytów oraz ziarnkowców, jak to wykazały badania autora i *Kisslinga*. Wydzielina ma wygląd specyficzny — jest barwy żółtawo-mlecznej, obfita, pieniająca się, zawiera liczne pęcherzyki gazowe. W niektórych rzadkich przypadkach rzęsistek pochwoowy stanowi niewinną domieszkę do flory bakteryjnej pochwy i można stwierdzić jego obecność u zupełnie zdrowych kobiet (*Menge, Jaschke, Flaskamp*). Według *Allena, Jensena* i *Wooda* rzęsistek może przebywać w pochwie, nie wywołując żadnych objawów i dopiero jego zetknięcie się z pewnym specjalnym rodzajem łańcuszkowca powoduje swoiste zapalenie pochwy.

Zapalenie jest bardzo przykre. Objawia się zaczerwienieniem błony śluzowej pochwy, pokrytej obfitą, gryzącą, o niemiłym zapachu wydzieliną. Bardzo często stwierdza się, zwłaszcza u kobiet ciężarnych, obecność kłykcin stożkowatych lub zaczerwienienie i wyprzenie na sromie. Chore uskarżają się na nieznosne uczucie swędzenia i palenia, uczucie wilgoci sromu. Charakterystyczną cechą schorzenia jest jego przewlekły przebieg i skłonność do nawrotów.

Warunkiem skutecznego leczenia upławów i zapalenia pochwowego, wywo-

lanego przez rzęsistka pochwowego, jest stwierdzenie pasożyta w wydzielinie pochwowej. Najpewniejszą metodą jest badanie in vivo. Mieszymy wydzielinę pochwową z fizjologicznym roztworem soli kuchennej, kropelkę mieszanki dajemy na szkiełko podstawowe i przykrywamy szkiełkiem nakrywkowym. Z łatwością można poznać pasożyta po charakterystycznych ruchach i budowie.

Ponieważ schorzenie jest następstwem zmniejszenia ogólnej odporności ustroju, należy obok leczenia miejscowego stosować leczenie ogólnie wzmacniające. Zaleca się przebywanie na świeżym powietrzu i słońcu, gimnastykę, dbanie o dobry apetyt i regularne działanie przewodu pokarmowego. Wskazane jest podawanie wapnia, celem uszczelnienia ścian pochwy i zmniejszenia przepuszczalności nabłonka.

Leczenie miejscowe przeprowadzono przy pomocy najrozmaitszych środków. W ostatnich czasach liczni autorzy zalecają — ze względu na korzystne wyniki — Devegan firmy Bayer.

Devegan składa się z węglowodanów, boru i arsenu. Węglowodany doprowadzają glikogen pochwy do normalnego poziomu. Bor ma właściwości odkażające, a przy tym nie wpływa ujemnie na tkankę; arsen natomiast niszczy rzęsistki pochwove. Autor również stosował powyższy przetwór i uzyskał dobre wyniki. Leczenie polegało na zakładaniu do sklepienia pochwy trzech tabletek dziennie przez 12 dni. Równocześnie podawano doustnie dwa razy dziennie po pół tabletki. Zalecano poza tym przestrzeganie skrupulatnej czystości, zwłaszcza okolicy odbytu i narządów rodnych. Trzeci stopień czystości pochwy ustąpił wkrótce i zamienił się na drugi.

Autor stwierdził, że rzęsistki ginęły bardzo szybko, a stan zapalny pochwy niebawem ustępował. Stosował Devegan jeszcze profilaktycznie przez dalsze trzy dni po pierwszej miesiączce, zakładając dziennie dwie tabletki do pochwy i podając po pół tabletki doustnie. Zwracał również specjalną uwagę na higienę życia płciowego. Autor uważa Devegan za specyficzny środek do leczenia upławów, wywołanych rzęsistkiem pochwowym.

Ważną rolę odgrywa środek pomocniczy Zephirol, służący do przepłukiwania pochwy oraz oczyszczania i obmywania sromu, krocza i odbytu; wyniki leczenia zależą w dużym stopniu od staranności i dokładności postępowania.

## *Kresival*

łagodny lek wykrztuśny w postaci syropu, kojący, przeciwzapalny, pobudzający łaknienie.

## LECZENIE SCHORZEŃ DRÓG ODDECHOWYCH PRONTOSILEM.

(Referat według Fortschr. Ther. 1937, Nr. 9).

Początkowo autor stosował Prontosil wyłącznie przy różycy i zapaleniach skóry oraz w zapalnych schorzeniach dróg oddechowych. Działanie lecznicze było nadzwyczaj szybkie i pomyślne. Później autor stosował płukania Prontosilem w ciężkich, ropnych anginach; pacjenci trzymali roztwór Prontosilu możliwie długo w ustach, następnie płukali nim gardło i wreszcie powoli łykali. Wyniki również i tutaj okazały się pomyślne i przewyższały działanie innych zabiegów, stosowanych zwykle przy anginach. W podobny sposób autor leczył 2 przypadki płonicy z ciężką ropną anginą i osiągnął doskonałe wyniki. Jeżeli się udaje już w pierwszym okresie choroby uszkodzić lub zabić większą ilość paciorkowców, to można się spodziewać, że choroba przyjmie przebieg łagodniejszy. Stosowanie Prontosilu w schorzeniach dróg oddechowych jest mniej znane:

Chora lat 87, od 4 tygodni leczy się z powodu kaszlu. Płuca bez zmian chorobowych. Bardzo silne podrażnienie kaszlowe, płwocina skąpa, gęsta, lepka, biało-żółta. Środkki wykrztuśne, woda Emska, pochodne morfiny, gorące okłady pozostawały bez wpływu na przebieg choroby. Wreszcie doszło do częstych napadów z silnym kaszlem skurczowym i przykrym uczuciem lęku wskutek skurczu głośni. Płwocina stale zawiera nieznaczną domieszkę krwi. Badanie laryngologiczne żadnych zmian chorobowych w krtani nie wykazało. Autor zastosował tytułem próby Prontosil a ponadto gorące okłady. Po krótkim czasie domieszka krwi w płwocinie zniknęła, napady kurczowego kaszlu ustały. Ilość płwociny zmniejszyła się, płwocina była już śluzowa i jasna. Powoli nastąpiło zupełne wyleczenie.

Zachęcony tym powodzeniem autor stosował następnie Prontosil w licznych przypadkach schorzeń dróg oddechowych. Na wiosnę 1937 obserwował on szereg chorych z ciężkim uporczywym kaszlem podrażnieniowym wskutek schorzenia tchawicy. Charakterystyczne dla tego cierpienia są następujące objawy chorobowe: bardzo dokuczliwe podrażnienie kaszlowe z pogorszeniem stanu ogólnego; skąpa, bardzo lepka i gęsta płwocina; wyraźny szorstki szmer oddechowy przy wysłuchiwaniu tchawicy poniżej krtani, zaczerwienienie tylnej ściany gardła, brak objawów chorobowych ze strony płuc, ciepłota przeważnie prawidłowa, uporczywy charakter choroby i odporność jej na działanie środków leczniczych. Autor obserwował ostatnio 10 chorych, dotkniętych zapaleniem tchawicy; we wszystkich przypadkach zastosowanie Prontosilu umożliwiło szybkie wyleczenie.

Kasjer bankowy, w związku ze swym zawodem musi dużo i głośno mówić, zjawia się uporczywy kaszel podrażnieniowy. Dzięki Prontosilowi po 2 dniach odzyskuje zdolność do pracy.

Młoda dziewczyna, musi prawie bez przerwy mówić z publicznością. Typowe objawy zapalenia tchawicy. Zastosowanie Prontosilu szybko usunęło przykre dolegliwości.

Chora z zaburzeniami sercowymi na podłożu tyreotoksykozy. Uporczywe, często powtarzające się wymioty. Przyczyną wymiotów nie było jednak schorzenie żołądka, lecz silny kaszel podrażnieniowy, który doprowadzał aż do wymiotów. Pod wpływem Prontosilu, bez dodatku żadnych innych leków, kaszel i wymioty ustąpiły w ciągu 3 dni.

W kilku przypadkach ciężkiego grypowego zapalenia płuc z obfitą ropną płwociną, Prontosil również wpłynął, jak się zdaje, pomyślnie na przebieg choroby.

Oprócz Prontosilu chorzy ci otrzymywali jednocześnie również i inne środki lecznicze.

Na podstawie swoich spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że Prontosil działa bardzo pomyślnie nie tylko w schorzeniach skóry, lecz również w zapaleniach błony śluzowej dróg oddechowych. Pod wpływem Prontosilu sprawa chorobowa ustępuje zwykle w bardzo krótkim czasie i pacjenci prędko i bez powikłań powracają do zdrowia. Stosowano 3—4 razy dziennie po 1 tabletkę Prontosilu w filiżance wody.

Dr KLODT i Dr STIEB, Klin. Chor. Wewn. w Kolonii.

## O TRWAŁOŚCI WITAMINY C W SOKACH OWOCOWYCH

(Ref. wedł. Arch. exp. Path. u Farm. 1937, T. 188).

Witamina C, zachowująca się przez dłuższy czas w owocach, ulega po zmiążdżeniu owocu szybkiemu zniszczeniu wskutek działania tlenu powietrza, w szczególności oksydaz. Zmniejszenie ilości witaminy C w sokach owocowych jest wynikiem zabiegu gotowania. Ubytek witaminy C zależy jest raczej od czasu przechowywania, aniżeli od czasu gotowania. Wodne roztwory syntetycznej witaminy C ulegają o wiele szybciej rozpadowi, aniżeli odpowiednie ilości tej witaminy w sokach owocowych. Przez dodanie soli kuchennej, cukru gronowego i cukru burakowego, ochramiamy w pewnym stopniu zawartość witamin, podczas gdy cukier nierafinowany zmniejsza bardzo szybko zawartość witaminy C, tak w roztworach wodnych, jak też w sokach owocowych. Ważne znaczenie dla zniszczenia witaminy C mają też metalowe naczynia. Witamina C w roztworze wodnym ulega najszybciej rozkładowi w naczyniach miedzianych, wolniej w cynkowych, cynowych, żelaznych, a wreszcie w glinowych. Na soki owocowe najmniej szkodliwie działają cyna i żelazo.

Zdolność odtleniania kwasu cytrynowego wzmagają się w naczyniu żelaznym i cynowym, wskutek wytworzenia połączeń  $\text{Sn}^{++}$  albo  $\text{Fe}^{++}$ , jednak na utrzymanie trwałości witaminy C nie ma to żadnego wpływu.

Do ogłoszonych dotychczas zestawień zawartości witaminy C w gotowanych jarzynach, konserwach, marmoladach, sokach owocowych i t. d. należy odnosić się z dużym zastrzeżeniem, dlatego że zostały one ustalone na drodze chemicznej, a nie biologicznej. *Klodt* i *Stieb* uważają nawet za rzecz zupełnie pewną, że zdolność odtleniania w dużej mierze, a może nawet całkowicie (oznaczona indykatorem Tillmana) nie zależy od obecności witaminy C,

leczyć jest wywołana jedynie przez redukujące połączenie metali. Prawdziwą zawartość witaminy C możemy określić wyłącznie na podstawie odpowiednich zabiegów, dokonanych na zwierzętach.

W celach odżywczych zalecają autorzy surowe owoce albo świeżo przygotowane jarzyny. Zawartość witaminy C opada do zera w ciągu kilku godzin po zniszczeniu komórki roślinnej. Choroba z niedoboru witaminy C zagraża dlatego robotnikom, którzy przynoszą ze sobą gotowane jedzenie i spożywają je przygrzane w kilka godzin później.

Ciekawe badania nad zawartością witaminy C w surowych i gotowanych ziemniakach w rozmaitych porach roku wykonano niedawno w Instytucie fizjologicznym w Rostocku (*Wachholder, Heidinger, Grieben, Köbler*, Bioch. Ztschr. 1938, T. 295):

Zmiany w zawartości witaminy C (kwas askorbinowy + kwas dehydroaskorbinowy w czasie przechowywania 15 odmian ziemniaków:

C mg%

	surowe od — do	średnio	gotowane od — do	średnio
Październik 1936	21,5—32	24,2	13,1—23,4	17,9
Listopad 1936	15,6—24,2	20,2	10,6—18,6	15,3
Luty 1937	7,4—19,2	13,9	6,7—16,6	11,7
Kwiecień 1937	6,4—13,8	10,0	5,2—12,8	8,2
Czerwiec 1937	6,8—12,8	8,9	5,5—9,3	7,7

Spostrzeżenia niektórych badaczy, twierdzących, że w okresie od marca i kwietnia występuje w związku z kiełkowaniem przyrost witaminy C, nie mają ogólnego znaczenia. Przyznać jednak należy, że jedynie w 8 z 15 badanych odmian stwierdzono w miesiącach następujących po lutym, dalsze zmniejszanie się zawartości witaminy C. Godne uwagi różnice spostrzegano również w rozmaitych odmianach ziemniaków co do szybkości oraz co do początku okresu, w którym następuje zmniejszanie się zawartości witaminy C. Istnieją więc pewne odmiany ziemniaków, w których zawartość ta zmniejsza się bardzo szybko, bo w 4 tygodnie po zbiorze, następnie zaś bardzo wolno — oraz inne odmiany, w których spadek zawartości występuje dopiero w styczniu; wreszcie jeszcze inne, w których ten spadek zaznacza się dopiero w maju.

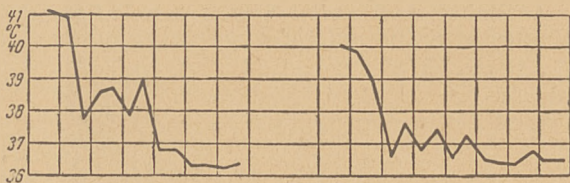
# Kresival

lek kojący, przeciwzapalny, ekonomiczny.

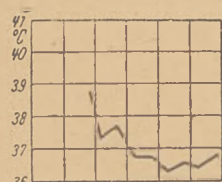
## NASZE SPOSTRZEŻENIA O DZIAŁANIU PRONTOSILU

(Referat według Med. Klin. 1936 zes. 22).

Autor zdaje sprawę z wyników stosowania Prontosilu w następujących stanach chorobowych: przy różycy i anginie, przy paciorkowcowych zapaleniach płuc, przy ostrych i przewlekłych zapaleniach wielostawowych, przy septycznym zapaleniu wśierdzia i przy płonicy. W przypadkach różycy gorączka opadała zupełnie, często już po jednym wstrzyknięciu i po przyjęciu 3 tabletek ( $3 \times 1$ ). Chorzy z początkową gorączką, dochodzącą do  $41^{\circ}$ , przestawali prawie zawsze gorączkować już po 1 lub 2 dniach. Po rozpoczęciu leczenia objawy miejscowe zatrzymywały się w swym rozwoju i dalej się już nie szerzyły. Ropne anginy leczono prawie wyłącznie doustnie, podając Prontosil w dawkach 3 razy dziennie po 1 tablecie. Gorączka ustępowała z reguły po 4—48 godz., przy czym jednocześnie cofały się naloty, obrzmienie i zaczerwienienie. Pomimo że poprzednio za pomocą innych sposobów leczenia również osiągnęto czasem jednakowo pomyślne wyniki, to jednak autor uważa, zwłaszcza przy ciężkich anginach, leczenie Prontosilem za bezwzględnie wskazane. W przypadkach paciorkowcowego zapalenia płuc, w których dotychczas zwykle stosowane leczenie okazywało się bezsilne, Prontosil szybko obniżał gorączkę i wpływał wybitnie dodatnio na zmiany płucne.



Krzywa gorączki kobiety chorej na różycę (Nr. 4), leczonej Prontosilem.



Angina leczona Prontosilem w tabletkach (Nr. 5).

Autor opisuje następnie historię choroby pewnej pacjentki dotkniętej septycznym zapaleniem wśierdzia; chora przebywała w klinice już od  $1\frac{1}{2}$  roku i prawie cały czas wysoko gorączkowała; krzywa gorączkowa miała typowy septyczny charakter. W przebiegu choroby kilkakrotnie wystąpiły zatory płucne. Pod wpływem Prontosilu chora zaczęła się szybko poprawiać i wreszcie objawy czynnej choroby ustąpiły zupełnie. W ostatnich czasach obserwowano jednak kilka przypadków posocznicy paciorkowcowej, w których stosowanie Prontosilu pozostało bez wpływu na przebieg choroby. W pewnym przypadku płonicy już jedno wstrzyknięcie Prontosilu wystarczyło do obniżenia gorączki; angina płonicza oraz obfita wysypka ustąpiły już po 2 dniach. Wyniki stosowania Prontosilu przy zapaleniu wielostawowym nie były przekonujące; bardzo pomyślnie wpływał czasami Prontosil na przebieg świeżego ostrego zapalenia wielostawowego: obrzmienie stawowe i bóle ustępowały w ciągu kilku



dni. Pierwotnie przewlekłe schorzenia stawowe naogół na Prontosil nie reago-  
wały.

Jako przykłady działania leczniczego Prontosilu autor przytacza kilka histo-  
ryj chorób.

1. Chory lat 62, odoskrzelowe zapalenie płuc, w płwocinie paciorkowce hemolityczne. Co-  
dziennie 2 zastrzyki Prontosilu. Wybitna poprawa zmian płucnych. Jako powikłanie wystą-  
piła na twarzy róża, która jednak pod wpływem Prontosilu ustąpiła po 2 dniach. Po 8 dniach  
nawrót róży na nosie, wyleczony ostatecznie w ciągu 2 dni.

2. Chory lat 75, odoskrzelowe zapalenie płuc, po-  
nadto starcza cukrzyca. W klinice wystąpiła róża twa-  
rzy wyleczona Prontosilem w ciągu kilku dni. Po 8  
dniach nawrót na czole, który pod wpływem Pronto-  
silu ustąpił już w ciągu jednego dnia.

3. Chory lat 42, syn pacjenta powyżej opisanego  
(Nr. 2). Rozległa róża twarzy. Zastosowano wstrzy-  
kiwania Prontosilu oraz Prontosil do wewnątrz w da-  
wce 3 razy dziennie po 2 tabletki. W ciągu 5 dni go-  
rączka septyczna (37,5 — 41°). Stan ogólny pogarszał  
się początkowo bardzo gwałtownie. Dopiero po 5  
dniach poprawa i stopniowe wyleczenie.

4. Chora lat 27, od 2 dni róża twarzy. Twarz silnie zaczerwieniona i obrzmiała, powieki  
ciastowato zgrubiałe, tak że chora prawie wcale nie może otworzyć oczu. 41,2°. Natychmiast  
Prontosil. Nazajutrz rano gorączka 39,8°. W dalszym ciągu codziennie wstrzykiwania Pronto-  
silu oraz 3 razy dziennie po 2 tabletki doustnie. Po 3 dniach stan bezgorączkowy; stan ogólny  
poprawia się szybko, po 4 dniach wszystkie dolegliwości ustąpiły zupełnie. Po 9 dniach chora  
wypisała się z kliniki, po dalszych 6 dniach nawrót z gorączką 40,1°. Stan zupełnie podobny  
do poprzedniego. Pod wpływem tego samego leczenia jak za pierwszym razem, krytyczny  
spadek ciepłoty do 36,5° już po upływie 36 godzin. Szybkie wyleczenie.

5. Chora lat 24; od 24  
godzin objawy anginy. 38,7°.  
Na rozmazie wydzieliny po-  
branej z gardła stwierdzono  
obecność paciorkowców he-  
molitycznych. 3 razy dziennie po  
2 tabletki Prontosilu, okłady  
na szyję i płukanie wodą utle-  
nioną. Następnego dnia 37,8°.  
Obrzmienie migdałków cofa  
się, naloty ustąpiły prawie zu-  
pełnie. Następnego dnia nalo-  
tów nie ma już wcale, stan  
bezgorączkowy. Utrzymuje się  
jedyńc niewielkie zaczerwie-  
nienie i obrzmienie migdałków.

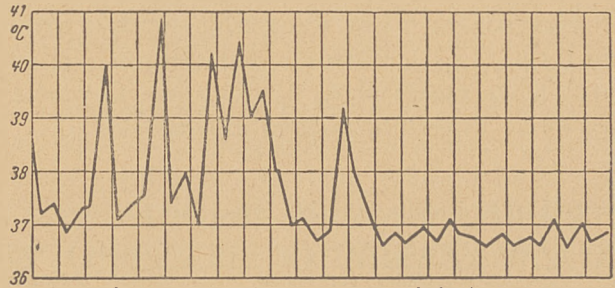
6. Chory lat 36, przebywa w klinice od 13 dni z powodu zapalenia płuc, umiejscowio-  
nego w prawym płacie dolnym. Gorączka utrzymuje się stale w granicach 39 — 41°. Tętno  
powyżej 100. Okłady na klatkę piersiową, chinina, chinina z kamforą pozostają bez wpływu  
na przebieg choroby. Badanie bakteriologiczne: paciorkowce hemolityczne i zieleniejące. Co-  
dziennie Prontosil. Już nazajutrz po pierwszym wstrzyknięciu krytyczny spadek gorączki  
z 40,7 do 37,8°. Następnego dnia stan bezgorączkowy, objawy zapalenia płuc cofają się  
szybko.

7. Chora lat 26. W 19. roku życia chorowała po raz pierwszy na reumatyzm stawowy,  
który trwał 4 miesiące. Chora przybyła na klinikę z powodu reumatyzmu stawowego, który  
objął prawie wszystkie stawy. Szmer skurczowy i przedskurczowy nad zastawką dwudzielną.  
Objawy niewyrównania nie stwierdza się. Chorą leczono przez 2 miesiące środkami przeciwgo-  
rączkowymi i przeciwreumatycznymi oraz okładami błotnymi, jednakże bez wyraźniejszego  
rezultatu. Również i dokonanie tonsillektomii pozostało bez wpływu na przebieg choroby.  
Szybkość opadania krwinek utrzymywała się stale na bardzo wysokim poziomie (49 — 59  
w pierwszej godzinie, 78 — 90 w drugiej). Po 8 tygodniach zastosowano leczenie Prontosilem:  
codziennie jedno wstrzyknięcie oraz 3 razy dziennie po 2 tabletki doustnie. Już po kilku  
dniach poprawa zaburzeń i dolegliwości stawowych oraz zwolnienie opadania krwinek:

8.VII.35	1. godzina — 36	2. godzina — 72
17.VII.35	1. godzina — 27	2. godzina — 64
25.VII.35	1. godzina — 22	2. godzina — 51



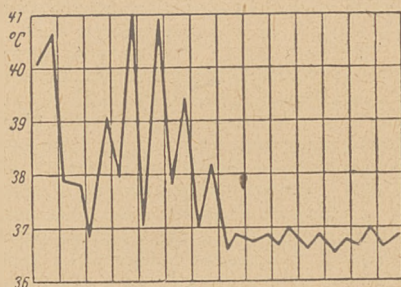
Wpływ Prontosilu na przebieg  
zapalenia płuc (Nr. 6).



Gorączka septyczna (Nr. 8). Prontosil dopiero w ciągu  
ostatnich 8 dni.

8. Chora lat 32. W wieku szkolnym częste anginy z wysoką gorączką. W r. 1925 stwierdzono wadę serca. W październiku 1933 zapalenie płucnej, ropiejąca przetoka zębowa, wyraźne powiększenie śledziony; zmienna gorączka septyczna, dreszcze i poty. Srebro koloidalne, Trypaflawina i Omnadina pozostają bez wpływu na przebieg choroby. Po dwukrotnym przetoczeniu krwi przemijający spadek gorączki. Tętno stale przyspieszone, 110 — 120. W końcu 1934 r. kilka zawałów płucnych. W październiku 1934 wstrzykiwania Streptoseryny z pozornie pomyślnym wynikiem; leczenie to jednak trzeba było przerwać z powodu wystąpienia objawów zapalenia skóry. W r. 1935 gorączka septyczna i powiększenie śledziony utrzymują się bez zmiany. Posiewy krwi jałowe. Od marca 1935 leczenie Prontosilem, który wstrzykiwano przez 13 dni; od 16. marca 2 tabletki dziennie doustnie. Gorączka opada w sposób przelomowy, tętno zwalnia się. Bardzo przyspieszona początkowo szybkość opadania krwinek powoli wraca do normy. Śledziona niewyczuwalna. Po 2 miesiącach chora wypisuje się ze znaczną poprawą.

Autor podawał 3 razy dziennie po 2 tabletki Prontosilu lub wstrzykiwał 2 razy dziennie po 5 cm<sup>3</sup> (2,5%) Prontosilu solubile. W razie wystąpienia zaburzeń żółdkowych podaje się tabletki w kleiku. Jeżeli chory przez 2—3 dni już nie gorączkuje, to zaprzestaje się wstrzykiwań i podaje nadal jeszcze przez 4—8 dni już tylko 3 razy dziennie po 2 tabletki. Nawet przy dłuższym stosowaniu Prontosil nie wywołuje żadnych szkodliwych objawów ubocznych. Podawanie doustne wywoływało co prawda czasami wymioty; w przypadkach takich wystarczało zupełnie wstrzykiwanie 1—3 razy dziennie po 5 cm<sup>3</sup> (2,5%) Prontosilu domięśniowo. Już po niewielkich dawkach doustnych mocz zabarwiał się na czerwono. Czynność nerek nie ulega jednak pod wpływem Prontosilu żadnym zaburzeniom.



Róża w przebiegu septycznym cały czas leczona Prontosilem.

C. FISCHER, Szpitale Miejskie Wuppertal-Elberfeld.

## ROZWAŻANIA O LECZENIU WIEWIÓRA ULIRONEM

Referat według Zschr. ärztl. Fortb. 1938, Nr. 12, str. 337.

Jak powszechnie wiadomo, przypadki świeżego wiewióra nie poddają się zupełnie albo w bardzo słabym stopniu leczeniu Ulironem. Chociaż zdarzają się wypadki wyleczenia Ulironem świeżego wiewióra, to jednakże, zdaniem autora, lekarz powinien pewien okres przeczekać, stosując w międzyczasie leczenie miejscowe. W przypadkach podostrych osiąga się przy leczeniu Ulironem w krótkim czasie dodatni wynik i szybkie usunięcie powikłań. Szczególnie korzystne warunki dla stosowania Ulironu istnieją, według autora, w przypadkach z wyraźną leukocytozą. Spadek liczby leukocytów, z podniesieniem wskaźnika limfocytów o 10—15%, sygnalizuje wyleczenie. Pobudzenie obronnych sił ustroju można osiągnąć przez stosowanie wstrzyknięć szczepionki gonokokowej, Omnadiny, terpentyny, koloidalnej siarki oraz autohemoterapii. U chorych na gruźlicę lub na serce zaleca się bardzo ostrożne stosowanie wy-

mienionych zabiegów. Zalecane są również naświetlania całego ciała i gorące kąpiele. Autor ostrzega przed używaniem do miejscowego leczenia silnych roztworów azotanu srebra, a doradza przepłukiwania Janeta roztworami nadmanganianu w stanie ciepłym; leczenie miejscowe u kobiet nie jest konieczne. Leczenie szczepionką gonokokową wzmacnia się w przypadkach przewlekłego wiewióra przez wywoływanie sztucznego podwyższenia ciepłoty, przygotowując w ten sposób doskonałe podłoże dla działania Ulironu.

Autor zaleca następujące dawki Ulironu w męskim i kobiecym wiewiórze:

3—5 dni codziennie  $3 \times 2$  tabletki (= 3 g) Ulironu,

dzieci 3—5 dni codziennie  $3 \times 1$  lub  $6 \times 1/2$  tabletki (= 1,5 g).

Objawami ostrzegawczymi, świadczącymi o przedawkowaniu, są bóle głowy i uczucie osłabienia, sinica i wypryski skórne. W bardzo rzadkich przypadkach występuje już po drugiej tabletkce silny wyprysk skórny; należy wówczas natychmiast zastosować inne leczenie. Ponieważ autor nie podawał nigdy nadmiernych dawek, nie spostrzegał też nigdy u swoich chorych zapaleń nerwów; tego rodzaju powikłania widywał jedynie u chorych, którzy wbrew radzie lekarza zażywali w ciągu około 10 dni 60—70 tabletek. Zastosowanie autohemoterapii dawało w leczeniu porażenia nerwu strzałkowego lub splotu barkowego niezłe wyniki. O ile pierwsze „uderzenie“ Ulironem nie uleczy, należy po przerwie 6—8 dni zastosować drugie, a w pewnych okolicznościach trzecie i czwarte, zachowując jednak zawsze te same przerwy. 4-krotne stosowanie należy uważać za ostateczność, ponieważ dalsze powtarzanie jest zupełnie bezcelowe. Przy badaniu krwi w czasie leczenia Ulironem, stwierdza się w drugim dniu około 11 mg%; poziom najniższy wynosi 6 mg%. Wydzielanie utrzymuje się przez wiele dni; około 30% ilości pobranego przetworu zostaje zatrzymane w ustroju. Wyleczenie stwierdza się drogą prowokacji, stosując miejscowe środki drażniące, wstrzyknięcia białka, szczepionki, gorące kąpiele i podawanie alkoholu. U kobiety okres krytyczny występuje w czasie drugiej miesiączki po ukończeniu leczenia. Zaleca się wówczas przeprowadzenie dokładnych badań i wykonanie hodowli.

Przeciwwskazane jest leczenie Ulironem osób osłabionych, zwłaszcza osłabionych dzieci, które należy uprzednio poddać ogólnie wzmacniającemu leczeniu, pokarmem bogatym w witaminy. Drugim przeciwwskazaniem Ulironu jest równoczesne leczenie salwarsanem. Jako następstwo takiego kombinowanego leczenia występują mdłości i żółtaczką. Gorsze wyniki spostrzegane w praktyce mogą być, zdaniem autora, spowodowane przez niemożliwość zapewnienia przychodzącym chorym dostatecznie starannej opieki. Według *Schreusa*, zmiana sposobu odżywiania w zależności od pór roku, wywiera wpływ na działanie Ulironu; autor takiej zależności wprawdzie nie stwierdził, zaleca jednak w okresie zimowym pożywienie jarskie, surówkowe z dużym dowozem witaminy C.

Według dotychczasowych doświadczeń uzyskuje autor po 1-szym uderzeniu Ulironem od 50—60% wyleczeń — dla pewności stosuje jednak drugie uderzenie.

## NIEDOBÓR WITAMIN W ŻYCIU CODZIENNYM

(Referat według oryginalnej pracy autora).

W szeregu swych poprzednich prac autor zwracał uwagę na własność przyspieszania gojenia się ran oraz na działanie przeciwważne i cytofilaktyczne witamin A i D w praktyce chirurgicznej i dermatologicznej. Powstaje więc pytanie, czy witaminy te wywierają również pewien głębszy wpływ na schorzenia narządów wewnętrznych i na zaburzenia ogólne. *Sanetoshi Saiki* (Journal Japonais de Gastro-entérologie, październik, 1933) wywołał doświadczalnie powstawanie kamieni żółciowych, nerkowych i pęcherzowych, utrzymując zwierzęta na diecie pozbawionej witaminy D. Doustne zaś podawanie tej witaminy umożliwiło rozpuszczenie się kamieni. Z doświadczeń tych wynika, że witamina D mogłaby oddawać cenne usługi w leczeniu i zapobieganiu skazy kamicowej. Wiadomo, że kamica żółciowa występuje szczególnie często u kobiet podczas ciąży i karmienia. Autor zastosował z doskonałym wynikiem Vigantol w pewnym przypadku ciężkiego zapalenia woreczka żółciowego podczas ciąży, w którym zwykłe zabiegi lecznicze i podawanie pochodnej chryzoidyny pozostały bez wpływu na przebieg choroby. Leczenie witaminą D okazało się następnie bardzo skuteczne w przypadku silnych bólów artretycznych w kręgosłupie, których przyczyną były rozrośla wapniowe kręgów. W przypadkach tego rodzaju witamina ściąga wapń do kiszek a pobiera go z miejsc, w których jest on stosunkowo najslabiej związany, czyli z ognisk patologicznych. Autor omawia następnie szereg prac poświęconych wzajemnej zależności między wapniową przemianą materii i witaminami i cytuję między innymi następujących autorów: *Simonnet i Tanret, Levaditi, Li Yuang Po, Brand i Nauck, Boynton, Lyman i Bratford, Makay*. Doświadczalnie stwierdzono, że szczury, pozbawione witamin, są szczególnie wrażliwe na sztuczne zakażenia. Podawanie świnkom morskim dużych dawek witaminy A chroni je skutecznie przed wielce szkodliwym działaniem toksyny błoniczej. Dodanie witaminy A do pożywienia małych dzieci szybko zmniejsza ich wrażliwość na zakażenia skórne. Niedobór witaminy A wywołuje swoiste zmiany nabłonków, polegające na hiper- i parakeratozie. Siatkówka jest szczególnie wrażliwa na niedobór witaminy A i tym tłumaczy się, że hemeralopia (kurza ślepotą) jest zwykle pierwszym objawem awitaminozy A. Podawanie kwasu askorbinowego szybko usuwa zmętnienie soczewki, występujące czasami podczas leczenia nadmiernej otyłości dwunitrofenolem. Według *Schneidera* witamina A jest wskazana w następujących stanach chorobowych: niektóre cierpienia oczne, pewne urazowe uszkodzenia rogówki, owrzodzenia, nadczynność tarczycy, choroba Basedowa i choroby zależne od zmniejszenia czynności obronnych nabłonków. W przebiegu chorób wywołanych przez zarazki hemolityczne stwierdza się początkowo okres, w którym zawartość we krwi cholesterolu, związku zbliżonego do ergosterolu, jest zwiększona. Otóż cholesterol odgrywa ważną rolę w wiązaniu wapnia, którego poziom w tym okresie

również jest zwiększony. Organizm uruchamia do walki z zakażeniem wszystkie środki, którymi rozporządza: ciała białe, płytki krwi, opsoniny, cholesterol i wapń. W dalszym przebiegu choroby poziom cholesterolu opada. Zastosowanie w tym czasie witaminy D wzmacnia siły obronne ustroju, ułatwia mu walkę i jednocześnie ogranicza wydalanie wapnia przez nerki. Działanie witaminy nie polega bynajmniej na swoistym lub nieswoistym uodpornianiu przeciw zarazkom chorobotwórczym. Witamina nie jest miejscowym lub ogólnym środkiem bakteriobójczym; *in vitro* witamina żadnego wpływu na drobnoustroje nie wywiera. Witamina D działa wyłącznie na organizm i wpływa w swoisty i wybiórczy sposób na komórki nabłonkowe, umożliwiając im prawidłową czynność, nawet w nie sprzyjających warunkach fizjologicznych. Ten pomyślny wpływ witaminy D dotyczy zarówno skóry, jak i wszelkich innych nabłonek: dróg oddechowych, nosa, gardła, uszu, spojówek, narządów moczowych i płciowych i nawet śródbłonek naczyń krwionośnych. Autor wspomina o pewnym nosicielu laseczników błoniczych, u którego wszelkie sposoby zwalczania nosicielstwa zawodły i dopiero zwykłe donosowe wkraplanie witaminy D doprowadziło do ostatecznego zniknięcia laseczników. *Pfannenstiel* udowodnił, że witamina D zwiększa własności bakteriobójcze krwi. *Fontés* podaje, że niedobór witaminy A zmniejsza ilość globulin, które odgrywają tak wielką rolę w walce z zakażeniami. W roku 1935 autor leczył osobiście 6 przypadków paciorkowcowych zakażeń skóry za pomocą stosowania witamin: we wszystkich 6 przypadkach wyniki lecznicze okazały się nadzwyczaj pomyślne. Gorączka ( $39,5^{\circ}$  do  $40,5^{\circ}$ ) opadła już po krótkim czasie. Gojenie się zmian skórnych postępowało szybko. Sprawa chorobowa przebiegała bez powikłań i nie wywołała białkomoczu ani astenii. Takie same wyniki można osiągnąć, stosując doustnie wielkie dawki Vigantolu lub Voganu. Witaminy wzmacniają cały organizm, co wpływa pomyślnie również i na zmiany miejscowe. Również i stosowanie wyłącznie miejscowe daje często znakomite wyniki. Wpływ lokalny jest natychmiastowy i udziela się następnie całemu organizmowi. *Alechinski* z Brukseli doniósł w r. 1935 o przypadkach wyprysku, wyleczonych za pomocą doustnego podawania witaminy D. Ten sam autor opisał pomyślny wpływ witaminy D na owrzodzenia skóry, na wilka i na gruźlicę brodawkową. Witamina A sprzyja w znacznym stopniu postępowaniu gojenia się i bliznowacenia. *Bond* z Leicesteru wykazał, że naświetlana ergosteryna przyspiesza hydratację lecytyny i w związku z tym pobudza wszelkie czynności komórkowe; autor opisuje chorego, który cierpiał już od dawna na dwie przetoki śródreżca, odporne na wszelkie stosowane zabiegi lecznicze; pacjenta tego udało się wyleczyć za pomocą miejscowego stosowania witaminy D. Podobnie pomyślne wyniki osiągnął *Bond* u dwojga dzieci, dotkniętych uporczywym wilkiem, który ustąpił dopiero pod wpływem miejscowego stosowania witaminy D. Inny pacjent cierpiał już od wielu lat na zapalenie kości szczęki dolnej; choroba ta wpływała bardzo ujemnie na ogólny stan pacjenta; również i w tym przypadku miejscowe zastosowanie witaminy D szybko usunęło wszystkie objawy chorobowe.

Wielkie znaczenie witamin dla odżywiania skóry zostało ostatnio potwierdzone przez najnowsze badania biochemiczne, które wykazały obecność w skórze wielu witamin, a zwłaszcza witaminy A, C i D. Również i badania kliniczne i doświadczalne wykazały, że awitaminozom zawsze towarzyszą zaburzenia skórne. *Knuypers* uważa, że wyprysk łojotokowy niemowląt powstaje na podłożu awitaminozy A. *Peyri* jest zdania, że przyczyną łuszczycy dziecięcej ze zmianami stawowymi lub bez zmian jest niedobór witaminy A. Autor wylicza różne schorzenia skórne występujące podczas awitaminoz wszelkiego rodzaju. Opierając się na wielkim znaczeniu witamin dla organizmu, autor dochodzi następnie do przekonania, że witaminy należałoby stosować również i w przebiegu chorób zakaźnych. Ostatnie badania wykazały z całą pewnością, że ustroje posiadające obfity zapas witamin wykazują większą odporność w stosunku do chorób zakaźnych. Choroby te występują rzadziej, mają przebieg łagodniejszy i kończą się prędzej i bez powikłań. Autor leczył za pomocą Vigantolu 15 przypadków odry i 8 przypadków płonicy i przekonał się, że doustne podawanie witaminy D wywołuje zwykle szybki spadek gorączki. Vigantol wpływał nadzwyczaj pomyślnie również i na dychawicę oskrzelową. Wyniki te zależą, być może, od przeciwwzakaźnego i przeciwwzapalnego działania witaminy D albo też od wywołanego przez nią zwiększenia się zawartości wapnia we krwi, który zapobiega napadom astmatycznym.

Co się tyczy witaminy C, to już nawet nieznaczne wahania zawartości kwasu askorbinowego we krwi wywierają wyraźny wpływ ujemny na organizm, który nie rozporządza żadnymi rezerwami tej witaminy. Człowiek nie posiada zdolności syntetycznego wytwarzania kwasu askorbinowego, czyli że całkowite zapotrzebowanie witaminy C musi być dostarczane w pożywieniu. Mleko kobiety zawiera przeciętnie 4—7 mg % kwasu askorbinowego, t. zn. 3 razy więcej, niż mleko krowy; wynika z tego konieczność wyrównania tego deficytu przy karmieniu sztucznym przez wczesne dodawanie niemowlętom soku świeżych owoców lub jakichkolwiek innych pokarmów obfitujących w witaminę C. Podawanie witaminy C matce zwiększa zawartość tej witaminy w mleku. Awitaminoza C, czyli skorbut dziecięcy *Barlowa*, powstaje przeważnie na podłożu nieprawidłowego odżywiania. Działka chorych dzieci są koloru ciemno czerwonego, przekrwione, z wylewami okołozębowymi, odporność naczyń włoskowatych jest zmniejszona. Narządem najwrażliwszym na awitaminozę C są zęby. Już 8-dniowy brak tej witaminy w pożywieniu wywołuje wyraźne zmiany zębów. Żywotność miazgi zębowej zmniejsza się, trwałość zębiny słabnie, odżywianie zęba nie przebiega normalnie. Kanaliki Tomasa zanikają i wapń ani witamina D nie mogą już przeniknąć ze krwi do zębiny. Emalia i warstwa zębiny stają się porowate i zaczyna się próchnica. Na szczególną uwagę zasługuje zwłaszcza szybkość i natężenie zmian zwyrodnieniowych.

Mleko surowe, chleb razowy i świeże jarzyny zawierają dostateczną ilość kwasu askorbinowego. W Szwajcarii udało się wykazać, jak wielkie znaczenie mają właśnie świeże jarzyny i owoce. Przed wprowadzeniem niektórych linii kolejowych, mieszkańcy spożywali przeważnie świeże produkty, pochodzące bezpośrednio z ich własnych ogrodów lub z bliskiego sąsiedztwa.

W większości przypadków zęby ich były wówczas bez zarzutu. Następnie, w związku z założeniem nowych linii kolejowych, ten dawny stan rzeczy uległ zasadniczej zmianie: najlepsze produkty wysyłano do dużych miast, co było źródłem znacznych dochodów. Mieszkańcy wsi pozostawiali dla siebie już tylko produkty drugiego gatunku, niedojrzałe lub już nieświeże: próchnica zębów przebiegała równoległe do powiększenia sieci kolejowej.

Równie wielkim jest wpływ witaminy C na kości. Autor przytacza ciekawe spostrzeżenia *Neuweilera*, że w niektórych owocach i jarzynach, jak gruszki, jabłka i banany, rzepa i kartofle, istnieje oksydaza, która niszczy witaminę C. Oksydazy tej nie ma natomiast w pomarańczach, cytrynach, mandarynkach i niektórych zielonych jarzynach. Sałatka owocowa, składająca się z plasterków jabłek i pomarańcz, traci w ciągu dwu godzin 40% swej zawartości witaminy C, gdyż oksydaza jabłek niszczy kwas askorbinowy pomarańczy. Witamina C wpływa pomyślnie na niektóre psychozy, np. na katatonię; wiadomo powszechnie, że przypadki obłędu występują najczęściej na wiosnę, po bezwitaminowym przeważnie pożywieniu, przyjmowanym w ciągu zimy oraz na jesieni, po okresie wielkich upałów, gdy świeże produkty szybko więdną i psują się i tracą w związku z tym zawarte w nich witaminy. Wrzód żołądka, który *Demole* również uzależnia od awitaminozy, występuje najczęściej w marcu i w kwietniu.

Na podstawie swoich spostrzeżeń oraz danych z obszernego piśmiennictwa autor dochodzi do następujących wniosków:

- 1). Znaczna liczba chorób i różnorodnych zaburzeń czynnościowych zależy od awitaminozy ogólnej.
- 2). Jeszcze częstsze i liczniejsze są zaburzenia, polegające na uszkodzeniach miejscowych, które są zależne od chwilowego, miejscowego niedoboru witamin.
- 3). Próbné zastosowanie leczenia witaminowego umożliwi nam często skuteczne leczenie również takich schorzeń, w których objawy awitaminozy nie występują wyraźnie.
- 4). Podawanie witamin nie zawsze wystarcza: niezbędne jest, aby organizm mógł je przyswajać i wiązać. Schorzenia przewodu pokarmowego lub szczególne własności preparatu sprawiają, że ustrój nie może czasami wykorzystać podanej mu witaminy.

Co się tyczy dawek, wskazanych przy leczeniu witaminą D, należy zdawać sobie sprawę, że witamina ta nie jest zwykłym środkiem leczniczym, lecz przedstawia raczej pewien rodzaj niezbędnego pożywienia. Różnica między dawką leczniczą a dawką toksyczną jest nieskończenie większa, niż przy wszelkich innych lekarstwach. Często się zdarza, że kiszki nie mogą wchłonąć witaminy C z soków owocowych, np. wskutek nieżytu lub innych zmian zapalnych. W przypadkach tego rodzaju musimy zastosować wstrzykiwania lub tabletki specjalnego rodzaju (np. *Cantan*). Powracając do zagadnienia stosowania witaminy A i witaminy D w chorobach zakaźnych, autor zaznacza, że witamina D jest nie-

wątpliwie preparatem skuteczniejszym. Należy pamiętać, że liczne preparaty witaminy A zawierają właściwie tylko jej nieczynną prowitaminę, która musi dopiero ulec w ustroju odpowiedniej przemianie. Niektóre preparaty o znacznej zawartości witamin przedstawiają właściwie tylko stężone przez wyparowanie roztwory oleiste różnych związków, nie zawsze dla ustroju obojętne. Preparaty te zawierają niezależnie od witamin A i D, jeszcze szereg innych związków, których działanie przeciwzakazne jest, być może, nawet znaczne, jeżeli się je podaje doustnie, lecz które mogą wywołać niepożądane objawy uboczne, gdy się je stosuje miejscowo, np. na błony śluzowe, zwłaszcza na spojówki.

Co się tyczy mechanizmu działania witamin, autor wyraża pogląd, że polega on na znacznym rozszerzeniu naczyń włosowatych, analogicznym do rozszerzenia wywołanego przez acetylocholinę lub histaminę. Witaminy wydatnie zwiększają ukrwienie tkanek; ten obfitszy przepływ krwi często już sam wystarcza dla mechanicznego oczyszczenia różnych trudno dostępnych owrzodzeń lub chorobowych zmian kostnych. Zwiększa się również ilość ciałek białych. Witamina D podnosi w znacznym stopniu miejscową zawartość wapnia.

„Stosowanie witamin nie powinno się więc ograniczać do wielkich zespołów objawowych niedoboru witamin, które spotykamy zresztą coraz rzadziej, lecz zasługuje na poważne miejsce w arsenale terapeutycznym medycyny ogólnej“.

Dr E. KUNZ, Klinika Okulistyczna Uniw. w Królewcu.

## LECZENIE ROZMIĘKCZENIA ROGÓWKI WITAMINĄ A

(Referat według Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1934, tom 92).

Preparatem zawierającym największe ilości witaminy A był dotychczas tran; jednakże ze względu na wielką zawartość tłuszczu, chorzy często bardzo źle znoszą tran i wykorzystują go niedostatecznie (zwłaszcza przy współistnieniu zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego). Od pewnego czasu oddano do powszechnego użytku standaryzowany preparat witaminy A — Vogan, który zawiera w 1 cm<sup>3</sup> roztworu w oliwie 120.000 jednostek biologicznych. W dobrym tranie leczniczym *Schübel* i *Gehlen* znaleźli 435, w tranie vigantolowym 690 jednostek w gramie. Jednostka biologiczna jest tą najmniejszą dawką dobową, która po 35 dniach stosowania wywołuje u młodych szczurów zwiększenie się wagi przeciętnie o 15 g (przynajmniej u 80% zwierząt) oraz chroni skutecznie przed występowaniem schorzeń ocznych.

Jako przykład działania leczniczego Voganu przy zmiękczeniu rogówki autor przytacza następującą historię choroby z Kliniki Okulistycznej Uniwersytetu w Królewcu:



H. C., 5 miesięcy, bardzo zaniedbane gorączkujące dziecko, stan odżywiania zły. Waga 4000 g. Odoskrzelowe zapalenie prawego górnego płatu płucnego, niewielki wyprysk grudkowy na podudziach. Lekka krzywica. Odczyny Wassermanna i Pirqueta ujemne. Brzegi powiek pokryte strupkami, zaczerwienione. Obfita ropna wydzielina z worka spojówkowego. Łącznica powiekowa umiarkowanie zaczerwieniona, nieznacznie obrznięta. Łącznica gałki ocznej szorstka i sucha. Prawa gałka oczna objawów podrażnienia nie wykazuje; nieznaczne szare zmętnienie rogówki. Lewa gałka oczna nieco nastrzyknięta, w pobliżu krawędzi owrzodzenie rogówki wielkości małego konopi, dość głębokie, z szarym nacieczeniem na dnie. Dziecko otrzymuje mleko z dodatkiem kleiku owsianego i cukru, ponadto 3 razy dziennie po łyżeczce od herbaty tranu, 3 krople Vigantolu, raz dziennie po łyżeczce roztertej marchewki i bananów. Oczy leczono azotanem srebra i maścią oczną. Sprawa płucna poprawia się, gorączka ustępuje. Waga zwiększa się do 4,5 kg. Owrzodzenie nie postępuje, nacieczenie mniejsze, znaczna poprawa nieżytu spojówek. Odżywianie: mleko, sucharki i papka z gryziku z dodatkiem mąki z kukurydzy, cukru i kilku kropel soku cytrynowego. Ponadto raz dziennie łyżeczka od herbaty bananów, 3 razy dziennie po 5 kropel Voganu i 5 kropel Vigantolu. W ciągu tygodnia waga dziecka dochodzi do 4,8 kg. Łącznice wilgotne, zaledwie nieznacznie podrażnione. Owrzodzenie pokryło się nabłonkiem. Po dalszych 2 tygodniach waga podniosła się do 5,5 kg. Na oczach nie stwierdza się już żadnych objawów podrażnienia, po stronie prawej delikatna, po stronie lewej nieco wyraźniejsza Macula corneae. Po 5 dniach z powodu gorączki i powtarzających się wymiotów przeniesiono dziecko na klinikę pediatryczną, gdzie po zastosowaniu przerwy w odżywianiu (herbata) nastąpiła szybka poprawa. Dziecko utrzymywano nadal na tej samej diecie, lecz już bez dalszego podawania witamin; stan ogólny dziecka bardzo dobry, waga 6.400 g. Wypisano je z kliniki bez objawów chorobowych.

Przy leczeniu klinicznym największe znaczenie miało uregulowanie diety. Podstawowym środkiem odżywczym było mleko gotowane przez 5 minut. Dla dostarczenia dziecku potrzebnej mu witaminy A, podawano mu w pierwszym tygodniu marchewkę i tran, a następnie już tylko Vogan. Wobec tego, że witaminy wzajemnie wzmacniają swe działanie, autor podawał jeszcze sok cytrynowy i Vigantol, aby dostarczyć dziecku również witamin B, C i D. Z chwilą zastosowania tych zabiegów leczniczych, dziecko zaczęło się szybko poprawiać, tak że zapalenie płuc i owrzodzenie rogówki ustąpiły w krótkim czasie. W drugim tygodniu leczenia autor zaczął podawać Vogan, dzięki czemu poprawa stale postępowała naprzód. Autor uważa, że dalszy pomyślny przebieg choroby i ostateczne wyleczenie należy zawdzięczać przede wszystkim Voganowi. Przyczyny zaburzeń trawiennych pod koniec 8. tygodnia nie można dokładnie wyjaśnić. Dawki Voganu były wprawdzie dość duże, gdyż przeciętna dawka dobową nie powinna wynosić 15, lecz 5 — 10 kropel (= 12 — 48.000 jednostek) lub 2 do 4 drażetek.

## Kresival

działa skuteczniej niż przetwory  
gwajakolowe.



*J. Ehrlich*

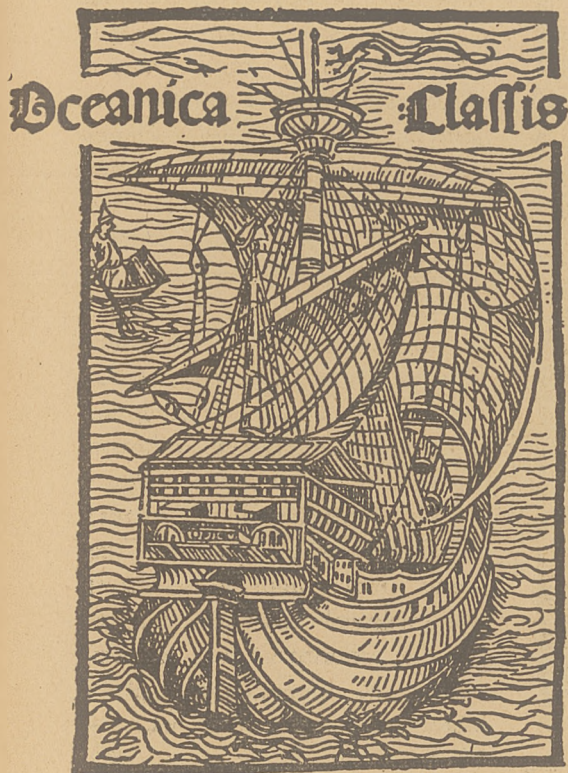
Dr med. et fil. GERHARD VENZMER.

## WYMIERAJĄCA CHOROBA

### ROZWÓJ I ZANIK KIŁY

**L**uty 1493. Na falach Oceanu Atlantyckiego kołysze się wątła karawela. Bałwany z rykiem uderzają w zbutwiały pokład. Blanki smętnie jęczą pod ciężarem groźnie toczących się mas wodnych, rzucających okręciak to w tę to w tamtą stronę. Szalejący wicher szarpie żagle i liny. Chwilami przechodzi w groźny i ponury pomruk, to znów wybucha szyderyczym, przenikliwym gwizdem.

Położenie okrętu, rzuconego jak piłka przez fale, staje się groźne. Od chwili rozpoczęcia powrotnej drogi z nowo odkrytego lądu, naciekło do karaweli tyle wody, że załoga dzień za dniem przez długie godziny musiała ją wylewać. Niebezpieczeństwo zagrażające życiu ludzkiemu na tym wąłym, podziurawionym statku, jest tak widoczne, iż każdemu z członków załogi wydaje się, iż nadeszła ich ostatnia godzina.



Karawela Kolumba (według sztychu ze sprawozdania Kolumba do hiszpańskiej pary królewskiej).

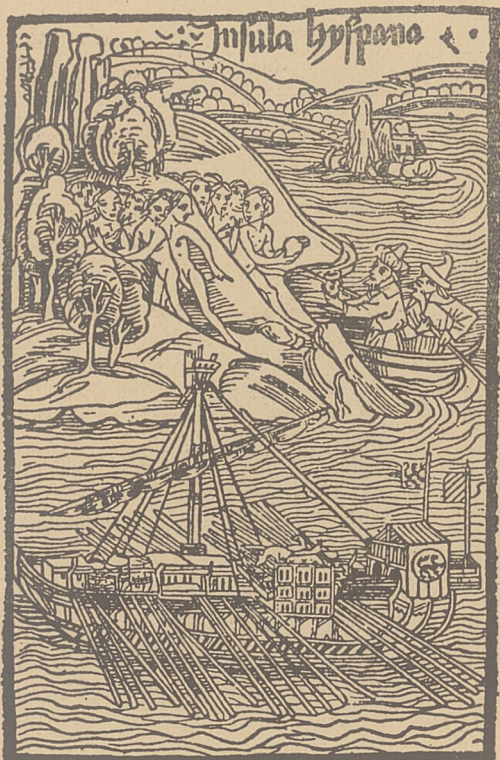
szczono się w powrotną drogę przez bezkresną wodną pustynię, grożącą zagładą. Drużynę zebrał sam wielki Odkrywca. Składała się ona z żołnierzy, awanturników oraz z ciemnych postaci, którym ziemia ojczysta paliła się pod stopami. Osobliwa podróż admirała stała się dla nich upragnioną sposobnością zniknięcia ludziom na pewien czas z oczu. Byli to osobnicy, nie mający już nic do stracenia. — Któż by też inny chciał uczestniczyć w tak niepewnym przedsięwzięciu? Teraz jednak, gdy dookoła rozpościera się ziejąca zagłada otchłań, nachodzi na nich chwila oprzytomnienia — jedno jeszcze pozostało: życie. Im bliższą staje się możliwość zatonięcia rozpadającego się okrętu, tym czarowniejsze obrazy roztacza wyobraźnia udręczonych, przywodząc na myśl niedościgniony urok krajobrazów tak niedawno opuszczonego, cudownego zakątka. Nie zapomną

Marynarze złorzeczą nieuczciwym właścicielom okrętu, podejrzewając ich o to, że do budowy karaweli użyli mało wartościowego drzewa. Nie przypuszczają oni, że sprawcami nieszczęścia są czerwone drzewne, pochodzące z wód zachodnio - indyjskich, nieznane w Starej Ziemi. One to poprzedziurawiły dno okrętu.

Walka z tą rozszalałą pustynią wodną jest tak beznadziejna, że nawet Kolumba, który nigdy nie tracił nadziei, ogarnęło zwątpienie. Spisuje na pergaminie najważniejsze dane o swoich odkryciach, oblepia skrypt woskiem i rzuca go w odmęty morskie, ufając, że może kiedyś, gdy szczątki jego okrętu już dawno będą na dnie oceanu, pergamin wyrzucony na ląd przyniesie wieść o ziemiach po drugiej stronie oceanu. Wzburzenie wśród załogi okrętowej wzrasta. Głośno szemrzą, że zamiast pozostać w błogosławionej ziemi, pu-

nigdy życia na rajskiej wyspie Haiti, z jej rozkosznymi, osłoniętymi od wichrów zatokami i lesistymi pagórkami, pokrytymi bujną i wonną roślinnością. Kraina mlekiem i miodem płynąca, zdolna zaspokoić wszelkie potrzeby i przyjemności życia ludzkiego, nie wymagająca wzamian najmniejszych trudów!

Sześciotygodniowy pobyt na tej czarownej wyspie nabył szczególnego i nie-



Kolumb wkracza na nowoodkrytą ziemię (według sztychu ze sprawozdania Kolumba do hiszpańskiej pary królewskiej).

zapomnianego uroku dzięki gościnności i przychylności pięknych Karaibek, które nie szczędziły łask nieznanym cudzoziemcom. Wysmukłe i pięknie zbudowane, o jasnym odcieniu skóry, piękniejsze były od wszystkich innych, które dotychczas spotykali. Niektóre dziewczęta miały miękką jak aksamit skórę, o odcieniu nieco tylko ciemniejszym, aniżeli najpiękniejsze Kastylianki. Nie skąpiły one swoich łask załodze Kolumba. W sztuce miłosnej doświadczone, kunsztem miłosnym wprawiały w zdumienie wytrawnych i przeżytych marynarzy. Po długiej żegludze te chwile rozkoszy, przeżywane w towarzystwie pięknych Indianek, zdawały się dla awanturnicznych żeglarzy czymś tak upragnionym, jak łąknącemu smakowity trunek. Na

Haiti można by się teraz oddać marzeniom w ramionach chętnej Karaibki, zamiast tkwić na tym przeklętym okręcie i czekać na bliską chwilę, w której szalejące morze pożre garść zbutwiałych bierwion... Każdy czuje się nędznym, chorym i wyczerpanym. Czyżby naprawdę chorym? Wydaje się żeglarzom, że jakaś słabość kryje się w ich ciałach. Czy może to jednak dziwić, zważywszy na nieludzkie trudy tej podróży? Wszak mogły one zgniebić nawet najsilniejszych.

W chwilach niebezpieczeństwa ludzie zwracają się o pomoc do Boga. To też podczas gdy nawałnica morska szarpała karawelę, załoga jej składała jeden ślub za drugim, starając się ułagodzić gniew boski. Przynęcała wszystkie śluby dopełnić, żeby tylko niebo raz jeszcze zmiłowało się i ocaliło garstkę rozbitków. Najświętszej Paniency z Gwadelupy ofiarowują 5-funtową świecę woskową i przyspekają, że dar ten sami złożą u Jej stóp... Niebo jednak pozostaje głuche na ich prośby błagalne. W miarę wzmagania się burzy, wzrastają obiet-

nice. Marynarze przyrzekają odbyć pielgrzymkę do „Naszej Pięknej Pani“ z Loretto i do Santa Clara de Moguer. Któż ma jednak pójść? Wrzucają szybko fasolę do garnka i po naznaczeniu jednego ziarnka znakiem krzyża, wyciągają losy. Admirał pierwszy wyciąga naznaczony los. Ślubuje on poza tym, że w pierwszym miejscu, w którym napotka chrześcijański kościół, pójdzie doń bosy, odziany w zgrzebną koszulę.



Kolumb i kąpiąca się Indianka (według sztychu z Ptolomaeusa:  
Geographiae errationes, Strassburg 1525).

Czy wysłuchały niebios błagań zatrwożonych? W ciągu długich dni szalała jeszcze burza. W końcu jednak ucichły wichry. Cudownie uratowana karawela dobija 4. marca 1493 r. do ujścia Tagu. Nie skończyły się jednak udręczenia załogi: w myśl ostrego zakazu admirała nie wolno opuszczać okrętu. Dopiero w 10 dni po przybyciu do portu Palos, z którego przed 7 i pół miesiącami rozpoczęto odkrywczą podróż, admirał zezwala wysiąść załodze i odpocząć po przebytych trudach. Odpoczynek nie trwa długo, gdyż Kolumb dąży jak najszybciej do Barcelony, gdzie przebywa dwór hiszpański. Wszystkie myśli Kolumba krążą dokoła chwili, w której stanie przed parą królewską i przyniesie im wieść o swych odkryciach.

## II

W świątyniach Barcelony biją dzwony. Miasto zda się podobne do poruszonego mrowiska. Ulice i place zalegają tłumy ciekawych; okna i balkony zajęte są przez piękne mieszczki, czekające niecierpliwie Kolumba i jego drużyny,

aby ich powitać podczas triumfalnego pochodu przez miasto. Po wielu godzinach oczekiwania tłumy ujrzały wreszcie poprzedzany odgłosem fanfar i trąb zbliżający się pochód. Otwierają go przybrani w bogato przetykane kaftany heroldowie, którzy torują drogę nadchodzącym. Tłumy rozstępują się. Słychać głosy uniesienia, zdumienia, połączonego z trwogą i zabobnem. Za heroldami bowiem postępują w pochodzie „dzicy“, przywiezieni z nowoodkrytych krajów. Kroczą oni w swoim wojennym stroju, zdobni w klejnoty, z bryłami złota w rękach. Za nimi postępuje załoga karaweli, obładowana darami z dalekich wysp, smakołykami, owocami, korzeniami i wonnymi drzewami, kosztownymi naczyniami Indian i bogatymi cudzoziemskimi kosztownościami.

Wrzawę tłumy przerywa ochryply krzyk ptaków o cudownie barwnym upierzeniu, nazywanych papugami, które doskonale zniosły burzliwą podróż morską. Podczas gdy pochód zwolna sunie wśród krzykliwych owacyj gapiów, daje się słyszeć tentent koni. Dokoła słyhać okrzyki: oto nadjeżdża w otoczeniu najlepszych z pomiędzy hiszpańskiego rycerstwa Krzysztof Kolumb, ten wielki odkrywca, który staremu światu darował nowe ziemie.

Para królewska oczekuje admirała na wielkim placu, w cieniu baldachimu bogato przetykanego złotem. W chwili, gdy Kolumb chce uklęknąć przed parą monarszą, król obdarza go najwyższą łaską, jakiej w Hiszpanji dostąpić mógł śmiertelny: Każe mu powstać i sadza go obok siebie. W niezwyklej ciszy i skupieniu wywodzi Kolumb swą opowieść o bajecznych bogactwach nowoodkrytego kraju. Na głos trąb tłum pada na kolana, wraz ze słowami hymnu *Te Deum Laudamus* wznosi do nieba gorące modlitwy, dziękując Bogu za tak bogaty podarek.

Pobył w Barcelonie staje się jednym wielkim, nie kończącym się świętem. Przeżywane chwile triumfu i radości każą załodze zapomnieć o trudach burzliwej, morskiej podróży. Wszędzie, gdzie tylko zjawią się odkrywcy, stają się przedmiotem dumy i podziwu, są goszczeni i przyjmowani. Piękne zwłaszcza mieszkanki Barcelony dokładają wszelkich starań, aby śmiałkom podziękować za ich odważny czyn. Marynarze Kolumba dochodzą wkrótce do przekonania, że choć i w innych krajach bywają piękne kobiety, to jednak najpiękniejszymi pozostaną dla nich zawsze rodaczki.

Rychło jednak radość i upojenie Barcelony zostały zmacone. Rozeszła się bowiem wieść, że drużyna Kolumba poza złotem, kosztownym drzewem, owocami i papugami, przywiozła z nowoodkrytego świata jeszcze jeden, wątpliwej wartości podarek. Oto ówczesne kroniki notują, iż w kilka tygodni po powrocie odkrywców, zaczyna się szerzyć w Barcelonie z zatrważającą szybkością jakaś dotychczas zupełnie nieznaną choroba. Otrzymuje ona miano „miłosnej zarazy“, gdyż nie ulega wątpliwości, że miłość pośredniczy w nabywaniu jej. Najwięcej ofiar porywa ona spośród tych, którzy służą Wenerze w najbardziej niepohamowany sposób, to jest spośród niemoralnie prowadzących się żołnierzy i marynarzy.

*(Dalszy ciąg w Nr. 3).*



# TORANTIL

we wszystkich samozatruciach  
pochodzenia jelitowego.

Torantil zawiera uzyskane z błony śluzowej jelit fizjologiczne ciała białkowe o działaniu przeciwalergicznym i odtruającym.

Nadaje się do przyczynowego leczenia w zapaleniach okrężnicy, w zapaleniu okrężnicy wrzodziejącej, we wrzodzie żołądka i dwunastnicy, w zaburzeniach żołądkowych i jelitowych. Poza tym w dusznicy oskrzelowej, gorączce siennej, pokrzywce, trądziku.

**Opakowania oryginalne:**

drażetki	20 szt.	zl.	6,45
„	150 „ opak. klin.	„	35,20
ampułki	5 amp.	„	9,15
„	25 „ opak. klin.	„	38,55

**Uwaga:** Torantil w amp. rozpuszcza się w 2 cm.<sup>3</sup> jałowego fizjologicznego roztworu soli fizjologicznej.





Niezawodne odkażanie dróg moczowych  
 przy **Cystitis, Pyelitis i Urethritis**  
 przez obfite odszczepianie aldehydu mrówkowego, także  
 przy zasadowym odczynie moczu, zapomocą preparatu

# Helmitol

Dobre działanie; poza tym jako wewnętrzny pomocniczy lek przy leczeniu rzeżączki i wewnętrzny środek odkażający w chorobach zakaźnych.



Opakowanie oryginalne:

Tabletki 20 szt. po 0,5 g  
 „ 250 „ „ 0,5 „ opak. klin.

zl. 2.80  
 „ 28.65



# NOTATKI

---

---

---

# TERAPEUTYCZNE

---

## Wycięcie ropni migdałkowych.

Do znieczulania w przypadkach ropni migdałkowych używa *Jauerneck* miejscowego nacieczenia; o ile ropień był już raz nacięty, wprowadza się do jamy płatek gazy napojonej  $\frac{1}{2}\%$  roztworem Pantocainy. Znieczulenie powierzchniowe właściwe otrzymuje się 2%-owym roztworem Pantocainy. Dziesięć minut przed zabiegiem wstrzykuje się dożylnie 5 cm<sup>3</sup> Novalginy. Wrażliwość na ból zmniejsza się wskutek tego bardzo znacznie. Dawki mniejsze od 5 cm<sup>3</sup> nie są wystarczające. Duża dawka Novalginy nigdy nie spowodowała ubocznych powikłań. Wycięcie migdałków bardzo często ratuje życie.

*Dr A. Jauerneck*, Städt. Kkhs. Berlin-Neukölln  
(Chirurg 1937, z. 16)

## Zwalczanie ciężkich postaci gruźlicy płuc przez sztucznie wywołaną gruźlicę skóry.

Przebieg gruźlicy płuc przy równoczesnej gruźlicy skóry jest zasadniczo łagodny. Gruźlica skóry wytwarza więc prawdopodobnie pewną ochraniającą odporność. *Kutschera-Aichbergen*, opierając się na tym spostrzeżeniu, stworzył nową metodę leczenia gruźlicy płuc. Przez wprowadzenie do skałeczonej skóry zupełnie nienaruszonych, żywych, jadowitych laseczników gruźliczych wywoływał u chorych gruźliczych powstanie czynnego ogniska chorobowego w skórze. Dla uniknięcia odczynów ogniskowych należy używać jedynie zupełnie nienaruszonych laseczników. Działanie uodporniające zwiększa się wraz ze stopniem jadowitości lasecznika. Według doświadczeń, uzyskanych na podstawie 1000 szczepień, zabieg okazał się najzupełniej bezpieczny. Zaszczepiona gruźlica miała przebieg łagodny i ograniczała się do miejsca zaszczepienia. Wytwarzała ona biologiczne uodpornia-

jące przestrojenie organizmu i wywierała pomyślny wpływ na przebieg gruźliczych schorzeń płuc, krtani, kości, gruczołów chłonnych i jelit. Powyższą metodą należy leczyć jedynie takich chorych, u których bezwzględnie stwierdzono gruźlicę. Należy ją stosować w ciężkich postaciach gruźlicy z wyłączeniem chorych silnie gorączkujących i charłacznych. Duże jamy należy wpięrować chirurgicznie, ponieważ działanie uodporniające stosunkowo nielicznych, zaszczepionych laseczników nie może ujawnić się, dopóki drogi oddechowe są zalwane olbrzymimi ilościami laseczników pochodzących z jam. Stosowane dotychczas leczenie tuberkuliną lub złotem, należy zachować jedynie dla lżejszych postaci zamkniętej gruźlicy, a zastąpić je we wszystkich ciężkich, nadających się do leczenia przypadkach, przez o wiele skuteczniejsze i łagodniejsze leczenie szczepienne. Wobec tego, że gruźlica zaszczepiona wykazuje w stosunku do gruźlicy skóry zmniejszenie natężenia jak też i działania leczniczego, wysuwa *Kutschera-Aichbergen* żądanie stosowania możliwie silnych szczepień. Poleca się branie w tym celu jaknajbardziej jadowitych pokoleń laseczników.

*Dr H. v. Kutschera-Aichbergen*,  
Wilhelminenspital, Wiedeń.  
(Wien. Klin. Woch. 1937, Nr 46)

## Niedomoga przedniego płata przysadki mózgowej.

Charłactwo pochodzenia przysadkowego nie jest bynajmniej schorzeniem tak rzadkim, jak się to na ogół uznaje. Autor obserwował 21 chorych, u których przyczyną charłactwa były zaburzenia czynności przedniego płata przysadki. W okresie początkowym badanie wykazywało następujące objawy: wychudzenie, zaburzenia płciowe,

obniżenie podstawowej przemiany materii, zaburzenia przemiany węglowodanowej, zaburzenia trawienia, krążenia krwi, wzrostu. Natężenie tych wszystkich zaburzeń z biegiem czasu stopniowo się zwiększa. Wychudzenie może przyjąć rozmiary wprost zastraszające. Zaburzenia płciowe prowadzą u kobiet do zaniku macicy i gruczołów piersiowych i wywołują utratę wtórnych cech płciowych. Podstawowa przemiana materii obniża się o 10 — 20% i więcej. To obniżenie przemiany podstawowej zależy od osłabienia czynności tyreotropowego składnika przysadki. Zanik hormonu przeciwinulinowego prowadzi do powstawania hipoglikemii; poziom cukru we krwi opada do 0,70 — 0,90"/<sub>100</sub>. Zaburzenia krążeniowe polegają na spadku ciśnienia tętniczego, anemii, zwolnieniu tętna, sinicy kończyn. Dalszymi objawami są zaburzenia trawienne i zmiany psychiczne (melancholia i t. d.). W przypadkach, w których choroba rozpoczęła się przed okresem pokwitania, stwierdza się zahamowanie wzrostu. Astenia i charłactwo w krańcowej postaci przedstawiają ostatni okres choroby. Jako objawy dodatkowe obserwuje się czasami jeszcze obniżenie zawartości wapnia we krwi (wskutek zaniku czynnika paratyreotropowego), zwolnienie szybkości opadania krwinek czerwonych i t. d. Badając rentgenologicznie swoich 21 chorych, autor tylko jeden raz stwierdził powiększenie siodełka tureckiego. Badanie anatomo-patologiczne wykrywa gruczolakowate, rakowate i inne zmiany przedniego płata przysadki, — zaburzeniem najczęstszym jest jednak zanik. Choroba występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn. W materiale autora na 21 przypadków było 16 kobiet i tylko 5 mężczyzn. Charłactwo przysadkowe często rozpoczyna się w okresie pokwitania. Rokowanie, które dawniej było bardzo złe, poprawiło się znacznie przez wprowadzenie odpowiedniego leczenia hormonalnego. Spośród 21 obserwowanych pacjentów wyleczono dotychczas 10. Czterech chorych zmarło, co zależało częściowo od bardzo późnego rozpoczęcia leczenia (chory zgłosił się już w ostatnim okresie krańcowego wyniszczenia). Dla celów leczniczych należy stosować całkowite wyciągi przedniego płata. W razie potrzeby wskazane są w od-

powiednich przypadkach jeszcze wyciągi jajnikowe i inne hormony.

Dr G. Bickel, Genewa.

(Presse méd. 1936, Nr 60.)

### Samoistne wyleczenie raka.

Samoistne, zupełne wyleczenie raka możliwe jest nawet w daleko posuniętym okresie rozwojowym. Tego rodzaju wyleczenia należą jednak do wyjątkowo rzadkich i nie mogą zmienić właściwego dla raka niepomyślnego rokowania. Samoistne wyleczenie posiada jednak ważne znaczenie dla badań nad rakiem, zwłaszcza o ile uwzględnimy okoliczności, w jakich się ono skutecznia. *Touraine* i *Duperrat* zebrali około dwudziestu przypadków samodzielnego wyleczenia raka skóry. Czynnikiem przyczynowo wywołującym wyleczenie jest często niepełny zabieg chirurgiczny, nie zmierzający do usunięcia raka. Naciek nowotworowy może się cofnąć pod wpływem miejscowego zakażenia (np. róży). W tych przypadkach nasywała się myśl wywołania umyślnego zakażenia streptokokowego. Zakażenia ogólne z wysoką gorączką, jak odra, zapalenie płuc, malaria, ostra gruźlica doprowadziły również do wyleczenia. Spostrzegano jednak i odwrotnie, że rak rósł pod wpływem gorączki o wiele szybko. Niezwykły przebieg miały dwa przypadki podane przez *Hodenpyla*; dotyczyły one chorych na zapalenie opłucnej i na puchlinę brzuszną, u których stwierdzono zmniejszenie, względnie zniknięcie nowotworu po wessaniu się do wysięku. Płyn z jamy brzusznej jednego z tych chorych leczył również chore na raka myszy. *Hodenpyl* zastosował tego rodzaju wstrzyknięcia 47 chorym rakowatym i podobno otrzymał dodatnie wyniki. Cięża pogarsza stan chorego na raka. Ukończenie okresu ciężowego może spowodować zniknięcie guzów podobnie, jak sztuczna przerwa w miesiączkowaniu. Nieoczekiwane polepszenia występowały również po silnych krwotokach, po podaniu przetworów leczniczych (As, Hg, Bi przy kile itp., drożdże, lecytyna, cholina, terpentyna, kantarydyna, kwas krzemowy, dwuchlorek wapnia, sole miedziowe, selenowe, magnezjowe). Tego rodzaju wyleczenia nie zostały dotychczas wytlumaczone. Nawet te rzadkie przypad-

ki wyleczenia dowodzą, że błędą jest definicja raka, opierająca się na jego nieubłąganym przebiegu.

*Dr Touraine i dr Duperrat, Hôp. Saint Louis*  
(Presse med. 1938, Nr 4)

### Spostrzeżenia nad Betaxiną (Witamina B<sup>1</sup>).

Wysokie dawki wątroby, podawane w przypadkach niedokrwistości złośliwej z myelozą powrózkową, sanują obraz krwi. Ciężkie zaburzenia neurologiczne (niemożność chodzenia) ulegają poprawie pod wpływem wstrzyknięć Betaxiny (początkowo codziennie, następnie co drugi dzień).

W przebiegu nowotworu żołądka z zespołem niedokrwistości złośliwej i ciężką niedomogą narządu krążenia, wystąpił okres niedołęstwa umysłowego. Pod wpływem codziennych wstrzyknięć Betaxiny stan umysłowy uległ stopniowej poprawie. Po 50 wstrzyknięciach zmiana nastroju utrzymuje się trwale.

*Dr Achleitner, Linz.*  
(Wien. Klin. Wschr. 1937, Nr 51)

### Leczenie zapalenia nerwu wzrokowego.

Chory zgłosił się po poradę w listopadzie 1935. Badanie okulistyczne wykazało obustronny brak reakcji źrenic na światło, zwężenie źrenic i wyraźny obustronny zanik nerwów wzrokowych. Zdolność widzenia oka prawego 5/8, oka lewego 5/8. Zastosowano przede wszystkim leczenie zimnicą, a następnie kurację salvarsanową.

Chory zgłosił się ponownie w sierpniu 1936. Stan dna oka pozostał bez zmiany, zdolność widzenia oka prawego wynosiła 5/15, oka lewego 5/18. Opierając się na pracy prof. *Laubera* z Warszawy, autor dla obniżenia wzmoczonego ciśnienia ocznego zastosował codzienne wkraplanie pilokarpiny. Ciśnienie wynosiło następnie 16 mm według *Schiötza*. Ponadto chory otrzymywał co-

dziennie podskórne wstrzykiwania strychniny (ogółem 40 zastrzyków) i co drugi dzień domięśniowe zastrzyki Betaxiny (ogółem 12 zastrzyków). Wcieranie szarej maści trzeba było przerwać, gdyż chory nie znosił leczenia rtęciowego. Od 28. września do 30. października chory otrzymał jeszcze 15 zastrzyków bizmutu. Następnie autor zarządził 3-tygodniową przerwę w leczeniu. 21. listopada wznowiono zastrzyki Betaxiny (ogółem 25), strychninę wstrzykiwano nadal co drugi dzień.

Badanie w dniu 3. stycznia 1937 wykazało: zdolność widzenia oka prawego 5/12, oka lewego 5/12. Pacjent — z zawodu fotograf — w sierpniu 1936 pomimo zastosowania odpowiednich szkieł nie mógł już wykonywać swej pracy jako retuszer; obecnie poprawił się do tego stopnia, że pracuje bez żadnych przeszkód.

*Dr Deuchler, okulista,*  
St. Ingbert w Zagł. Saary.  
(Ther. Ber. 1937 Nr 6)

### Leczenie śwędzenia.

Chory lat 54, rolnik, skarży się na dokuczliwe śwędzenie. Pacjent jest bardzo chudy i wyniszczony. Początkowa artroza stawu biodrowego. Skóra sucha; na obu udach, na brzuchu i w okolicy krzyżowej liczne ślady drapania, jednakże bez żadnej wysypki skórnej. Chory skarży się, że nie może już wytrzymać, że śwędzenie nie pozwala mu ani na chwilę zasnąć i że chudnie coraz więcej.

Stosowane w ciągu 9 dni leczenie wewnętrzne pozostało zupełnie bez wpływu na przebieg choroby. Autor zastosował wówczas 2., 4., 7. II. 1938 zastrzyki Betaxiny w dawce po 2 mg. 5. II. śwędzenie ustąpiło, chory może nareszcie spokojnie spać. 2. III. pacjent zgłosił się ponownie, gdyż od 4 dni śwędzenie powróciło. Już pierwsze

Przy schorzeniach oskrzeli i nieżytach górnych dróg  
oddechowych

*Kresival*

wstrzyknięcie Bctaxiny natychmiast złagodziło dolegliwości chorego. Od 7.III. chory nie odczuwa już swędzenia i śpi spokojnie całą noc. Dla zapobiegnięcia ewentualnym nawrotom chory otrzymał jeszcze 7 wstrzykiwań. Tym razem poprawa okazała się już trwała.

Dr Otto Bader, Altshausen.  
(Ther. Ber. 1938 Nr 10)

#### Kilka zagadnień z dziedziny kliniki tężca.

Rozpoznanie tężca wydaje się na pierwszy rzut oka łatwe. W rzeczywistości jednak błędy rozpoznawcze zdarzają się tu dość często. Autor opisuje np. przypadki, w których rozpoznano tężce, podczas gdy właściwą przyczyną zaburzeń chorobowych była histeria, zapalenie opon mózgowych, zmnica mózgowa, grypa, zapalenie migdałków, cierpienia zębów. W innych znowu przypadkach rozpoznawano histerię zamiast tężca.

Sprawa leczenia nie jest tu jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta. Autor zestawiał wyniki leczenia tężca za czas od 1928 do 1935; materiał obserwacyjny składał się z 540 przypadków leczonych wielkimi dawkami surowicy (domózgowo przez zbiornik wielki oraz dożylnie i domięśniowo). Średnia śmiertelność wynosiła w tym okresie 48%, czyli była trochę mniejsza niż u 102 pacjentów z lat 1926 — 1927, gdy śmiertelność wynosiła 64%. Dla zwalczania drgawek stosuje się wodnik chloralu, Avertinę i t. d.

Dr B. B. Yodb, Bombay.  
(Med. Bull. 1937, tom 5)

#### Dieta kwaśna (według kwasoty popiołu).

Według danych Strauba z Getyngi (w Podręczniku chorób Wewnętrznych Bergmana 1931) podział diety na dietę zakwaszającą i alkaliczną moczu opiera się na analizach popiołu, w których uwzględnia się tylko równoważniki kwasów i zasad powstających podczas spopielenia pokarmów. Według analiz popiołu, nadmiar zasad posiadają: krew, mleko, miód, wino, soki owocowe, wszystkie jarzyny za wyjątkiem karczochów, szparagów, chmielu i brukselki, następnie wszystkie owoce za wyjątkiem czerwonych borówek. Nadmiar kwasów posiadają: piwo i napoje słodowe, mięso, wszel-

kie zboża, mąka i chleb, dojrzałe rośliny strączkowe, orzechy, karczochy, szparagi, chmiel, brukselka i wszelkie potrawy gotowane. Sposób przygotowania wywiera znaczny wpływ na kwasotę pożywienia. Nadmiar zasad, zwłaszcza w postaci potasu, łatwo przechodzi z jarzyn do wody, w której się gotują. Z tego względu pieczone kartofle wykazują niewielki nadmiar zasad, kartofle natomiast gotowane z solą, wykazują znaczny nadmiar kwasów. Zwiększenie podawania związków kwaśnych lub zasadowych ujawnia się początkowo wyłącznie w wydzielinach, w moczu i kale. Silnie zakwaszająco działają nie kwasy mineralne (kwas solny, kwas fosforowy) lecz przede wszystkim chlorek amonu, następnie chlorek wapnia i chlorek magnu, z których kation ziem alkalicznych pozostaje w kiszkaach i tylko anion przenika do ustroju. Alkaliczująco działają dwuwęglany i sole kwasów roślinnych, których aniony organiczne ulegają spaleni.

W podręczniku chorób wewnętrznych *Strümpella i Seyfartha* (1934) również znajdujemy wskazówkę, że najlepszym środkiem zakwaszającym jest chlorek amonu (3 razy dziennie po 1 g); jednocześnie należy ograniczyć ilość płynów; jako kwaśną dietę podaje się mąkę owsianą, mięso, ryby i jajka. Jeżeli jednak podawać tylko pokarmy zakwaszające moczu, to według *Schlayera* pobudzają one nadmiernie wydzielanie żołądkowego kwasu solnego; w tych warunkach zbyt wiele kwaśnego soku zatrzymuje się w żołądku, co może w ostatecznym wyniku doprowadzić nawet do alkalizacji moczu. Dietę zakwaszającą moczu należy więc zmodyfikować w ten sposób, by nie działała na śluzówkę żołądka drażniąco a raczej uspokajająco. Wymaga to unikania kawy, mocno smażonych i ostro przyprawionych potraw mięsnych, kwasowęglowych wód mineralnych i w ogóle wszelkich potraw mocno pobudzających wydzielanie kwaśnego soku żołądkowego. Pożywienie składa się z gotowanego mięsa lub ryb, potraw z jajek i z wszelkiego rodzaju węglowodanów; szczególnie wskazane są przetwory zbożowe, przygotowane w postaci nie wywołującej nadmiernego wydzielania kwaśnego soku żołądkowego; ponadto dozwolo-

ne są nieliczne rodzaje jarzyn i owoców, które zakwaszają mocz; delikatne tłuszcze można podawać w obfitości; następnie zakwaszają ustrój również śmietana i nie pikantne sery. Jako napoje podaje się herbatę lub kakao pod warunkiem, że nie wchodzi w dany przypadku w rachubę sprawa oksalurii. *Schlayer* stara się zwykle złagodzić tę zbyt jednostronną dietę przez dodawanie niewielkich ilości owoców i zielonej sałaty z cytryną i oliwą; należy jednak przy tym uwzględnić możliwość niepożądanego podrażnienia żołądka i przede wszystkim zwracać uwagę na stan moczu; dopóki mocz jest zasadowy, podawanie tych dodatkowych potraw jest niedozwolone. Ilość przyjmwanego płynu powinna wynosić co najmniej 1 litr, wskazane jest tu jednak raczej obfite podawanie płynów.

Dokładne wskazówki przyrządzania potraw przy diecie zakwaszającej mocz podaje *Schlayer* w specjalnych przepisach (potrawy z jajek, ryb i mięsa, jarzyny, potrawy mączne, słodkie oraz pieczywo).

*Prof. Dr C. R. Schlayer i Dr I. Prüfer,*

Szpital Augusty w Berlinie.

(Podręczn. odżywiania chorych 1935)

### Choroba Heine-Medina u zwierząt.

Pytanie, czy zwierzęta są wrażliwe na zarazki ludzkiego zapalenia rogów przednich, nie zostało dotychczas rozstrzygnięte z całą pewnością. Wiadomo jedynie, że małpy zapadają bardzo łatwo na chorobę Heine-Medina. Obraz choroby zapalenia rogów przednich u małp jest bardzo podobny do analogicznego schorzenia u ludzi. Śmiertelność u małp jest większa niż u ludzi. Już przed kilku laty obserwowano w Paryżu przypadek samoistnie powstałej choroby Heine-Medina u goryla. W październiku 1934 podczas epidemii porażenia dziecięcego w Kolonii, w tamtejszym ogrodzie zoologicznym zachoro-

wały na rdzeniowe porażenie dziecięce 2 pięcioletnie szympansy.

Obecnie zachorował 3. szympan (półtoraroczny). U zwierzęcia stwierdzono porażenie lewej tylnej łapy. Szympanowi wstrzyknięto domięśniowo 2 cm<sup>3</sup> Omnadiny. Następnego dnia wystąpiło wielkie porażenie obu nóg. Stan ogólny zwierzęcia nie zmienił się wcale, jednakże kończyny tylne pozostały porażone. Szympana pozostawiono nadal w ogrodzie dla celów naukowych. Orangutang, przebywający w jednej klatce z chorym szympansem, otrzymał na drugi dzień po rozpoznaniu choroby 20 cm<sup>3</sup> surowicy ozdrowieńców po zapaleniu rogów przednich; orangutang ten pozostał zdrowy. W związku z tymi 3 przypadkami choroby Heine-Medina u małp człękokszałtnych państwowy niemiecki Urząd Zdrowia rozesłał do wszystkich lekarzy weterynarii okólnik, aby zwracali oni uwagę na podejrzane schorzenia u małp człękokszałtnych i zawiadamiali o tym odnośnie władze urzędowe. Autor jest zdania, że może należałoby zupełnie zabronić utrzymywania małp człękokszałtnych (na jarmarkach i t. d.) jeżeli nie jest możliwe zupełne odgraniczenie ich od publiczności.

*Dr Lindau,* Kolonia-Richl.

(Tierärztl. Rdsch. 1938 Nr 8)

### 10 lat spostrzeżeń klinicznych nad leczeniem róży z szczególnym uwzględnieniem Prontosilu.

W ciągu ostatnich 10 lat obserwowano w Klinice Dermatologicznej w Pécs 300 chorych na różę. W 70% przypadków róża była umiejscowiona na twarzy, w 20% — na podudziu, w 10% — na innych częściach ciała. W 75% przypadków róża przedstawiała schorzenia pierwotne, w 25% wystąpiła ona jako powikłanie innej choroby. Odsetek powikłań róży wynosił 8%, w tym

# Kresival

smaczny lek wykrztuśny, pobudza  
łaknienie.

40% dotyczyło róży wtórnej. W 8% przypadków — w tym 25% z różą wtórną — stwierdzono nawroty. 44 pacjentów z lekkim przebiegiem choroby leczono wyłącznie miejscowo. Czas trwania choroby wynosił przeciętnie 7 dni. 25 chorych leczono dożylnymi wstrzykiwaniami heksametylenotetraminy, którą podawano przez 4 dni w dawce po 10 cm<sup>3</sup> 40%-owego roztworu. 20 chorych otrzymywało przez 3 — 4 dni rezorcynę. Odsetek wyleczeń wynosił 60%, czas leczenia — 10 dni.

Surowicą przeciwko róży\*) (20—50—50 cm<sup>3</sup>) leczono 31 chorych, odsetek wyleczeń—70%. 80% przypadków wyleczonych dostarczyło jednorazowe wstrzyknięcie; w 10% potrzebne było jeszcze drugie lub trzecie wstrzyknięcie; przeciętny czas leczenia wynosił 10 dni; przy róży pierwotnej gorączka trwała 9 dni, przy róży wtórnej — 11 dni. W poszczególnych przypadkach pomyślne wyniki osiągnano również za pomocą surowicy ozdrowieńców.

Naświetlania promieniami Rentgena stosowano u 130 chorych; odsetek wyleczeń — 80%. W 50% przypadków wystarczyło jednorazowe naświetlenie ogniska, w innych przypadkach z powodu postępowania sprawy chorobowej trzeba było naświetlać dwukrotnie lub jeszcze więcej. Przeciętny czas leczenia wynosił 9 dni (przy róży pierwotnej — 8 dni, przy róży wtórnej — 10 dni).

Prontosilem leczono 50 chorych; otrzymywali oni przez 3 dni 3 razy dziennie po 1 tabletkę. Odsetek wyleczeń wynosił 100%. Przeciętny czas leczenia — 5 dni, przy róży wtórnej — 6 dni. Różę regularnie nawracającą można było ostatecznie wyleczyć za pomocą zapobiegawczego stosowania Prontosilu.

J. Frankl, Klin. Derm., Pécs.  
(Med. Wlt 1937, Nr. 22)

\*) W razie potrzeby przeprowadzenia długotrwałej kuracji należy kontrolować obraz krwi i zarządzać co pewien czas przerwy w leczeniu.

### Nowy sposób leczenia narkolepsji.

Podawanie Vigantolu jeżom sprawia, że nie zapadają one w swój zwykły sen zim-

wy (Nitschke). Spostrzeżenie to nasunęło autorowi myśl wykorzystania tego wpływu Vigantolu, wyraźnie przeciwdziałającego senności, w przypadkach, w których chorzy wykazują objawy nadmiernej senności, a więc przede wszystkim w narkolepsji. W przypadkach narkolepsji mamy głównie do czynienia z napadami niezwyklej senności, której chory w żaden sposób opanować nie może. Wiadomo, że Vigantol zwiększa w krzywicy podstawową przemianę materii; pomyślny wpływ Vigantolu na przezwyciężanie snu w narkolepsji mógłby zależeć od tego pobudzającego działania Vigantolu na przemianę podstawową, która podczas snu ulega zmniejszeniu; Vigantol usuwałby tu jedną z charakterystycznych cech stanu snu. Lekarze-pediatrzy wielokrotnie stwierdzili, że podczas leczenia Vigantolem dzieci mniej śpią. Okazuje się jednak, że normalizacja przemiany podstawowej nie jest bynajmniej rozstrzygającym momentem przy leczeniu narkolepsji Vigantolem. Tak np. Wilder stwierdza, że stosowanie tyreoidyny pozostaje zupełnie bez wpływu na napady narkoleptyczne, pomimo znacznego zwiększenia przemiany podstawowej. Wydaje się więc, że punkt uchwytu Vigantolu przy zwiększaniu przemiany podstawowej jest inny, niż tarczycy. Zmniejszenie przemiany podstawowej, stwierdzane często w narkolepsji, jest więc prawdopodobnie niezależne od niedomogi czynnościowej tarczycy. Po tych rozważaniach teoretycznych autor opisuje 2 przypadki narkolepsji, pomyślnie leczone Vigantolem.

1. 27-letni nauczyciel, od kilku lat dostraja codziennie kilku napadów narkolepsji. Pacjent, czując się przed chwilą zupełnie dobrze, zapada bez żadnych zwiastunów w głęboki sen i przetraca się. Wrażliwość opukowa prawej okolicy, czołowej i skroniowej, prawostronny zeź rozbieżny. Poza tym badanie neurologiczne i wewnętrzne żadnych przedmiotowych odchyżeń od normy nie wykazało. Leczenie: 2 razy dziennie po 8—10 kropeł Vigantolu lub 2 razy dziennie po 2 drażetki. Pierwsza dawka przed obiadem, druga po jedzeniu. W ciągu pierwszych 2 dni leczenia nie stwierdzono żadnej zmiany w częstości napadów. W ciągu następujących 9 dni chory nie miał ani jednego na-

padu, jedynie podczas parnej pogody doznawał wrażenia zmęczenia. W 12., 16. i 23. dniu stosowania Vigantolu chory miał po jednym napadzie senności, lecz nie przewracał się już. Po opuszczeniu zakładu i zaprzestaniu przyjmowania Vigantolu, stan chorego znowu się pogorszył. Wznowienie leczenia Vigantolem doprowadziło następnie do prawie zupełnego ustąpienia zaburzeń. Dalsza znaczna poprawa nastąpiła, gdy pacjent zaniechał picia napojów alkoholowych. Dla kontroli zalecono choremu, aby przy zupełnej abstynencji alkoholowej przestał chwilowo przyjmować Vigantol. Napady powróciły znowu. Za pomocą Vigantolu i unikania alkoholu osiągnięto wreszcie zupełne ustąpienie napadów. Regularna kontrola zawartości wapnia we krwi żadnych odchyśleń od normy nie wykazała (9,4 — 9,8 mg %).

2. 51-letni nauczyciel; od 1½ roku zmęczenie napadowe, kilka razy dziennie zasypia na kilka sekund, czasami już nawet w godzinach rannych. Opóźnienia psychomotorycznego budzenia się nad ranem nie stwierdza się. Sen niespokojny. Znaczna otyłość, częste poty. Ciśnienie krwi 140 mmHg. Odruchy nieco osłabione. Po stronie prawej zaznaczenie odruchu Babińskiego. Poza tym badanie neurologiczne i wewnętrzne żadnych zmian nie wykazało. Limfocytoza, cukier we krwi 170 mg %. Leczenie: 2 razy dziennie po 5 kropeł Vigantolu, ponadto środki moczopędne. Podczas pobytu w zakładzie krótkotrwałe napady zasypiania powtarzały się jeszcze dość często. Po wypisaniu z zakładu chory nadal przyjmował Vigantol: 5 kropeł przed obiadem, 10 kropeł po obiedzie. Były dni, że chory nie miał ani jednego napadu, kiedyindziej jednak napady powtarzały się z dawną częstością. Podczas przestrzegania abstynencji alkoholowej, bez stosowania Vigantolu, napady powtarzały się tak samo często jak przy Vigantolu + alkohol. Napady ustąpiły wreszcie zupełnie, gdy chory, niezależnie od ścisłej abstynencji alkoholowej, przyjmował 4 drażetki Vigantolu dziennie. Również i w tym przypadku poziom wapnia we krwi pozostawał w granicach normy.

Wobec tego, że abstynencja alkoholowa sprzyja działaniu Vigantolu, nie wolno przy

leczeniu narkolepsji zaniedbywać tego czynnika. Pomimo stosunkowo dużych dawek Vigantolu poziom wapnia we krwi nie przekroczył 9,8 mg % (*de Crinis* z Kolonii, *Med. Welt* 1938, Nr. 5, str. 182, zaleca przy narkolepsji Luminaletki, ze względu na pewne pokrewieństwo tego cierpienia z padaczką).

*Dr L. Fessler, Rosenhügel,*  
(*Wien. Med. Wschr.* 1938 z. 5)

### Leczenie upławów.

Autor zbadał 250 kobiet cierpiących na upławy: w 76 przypadkach stwierdzono zakażenie wywołane przez trichomonady; w 151 przypadkach przyczyną upławów była rzeżączka lub wrzód miękkii; u 22 kobiet rozpoznano współistnienie rzeżączki i zakażenia trichomonadami. W 54 przypadkach, w których podłożem upławów były wyłącznie trichomonady, autor zastosował leczenie Deveganiem. Już w 1. lub 2. dniu leczenia upławy zmniejszały się znacznie. Po 4 dniach już nie można było wykazać obecności trichomonad i tylko z cewki moczowej pasożyty znikaly trochę później. Dla uniknięcia nawrotów wskazane jest podawanie Devegana nadal jeszcze przez pewien czas. Po pierwszym miesiączkowaniu po kuracji należy zawsze stosować Devegana przez 8—10 dni. 22 kobiety, u których stwierdzono zakażenie wywołane zarówno przez gonokoki jak i przez trichomonady, wyleczono za pomocą jednoczesnego stosowania środków przeciwrzeżączkowych i Devegana.

W przypadkach mieszanego zakażenia, wywołanego trichomonadami i krętkami, pasożyty znikaly po 4 dniach leczenia. Devegana dawał bardzo pomyślne wyniki również w upławach nieznanego pochodzenia. Jednoczesne leczenie ew. zakażenia odbytnicy trichomonadami za pomocą Spirocidu jest według autora w odpowiednich przypadkach zawsze konieczne i potrzebne.

Utajone zakażenia cewki moczowej u mężów pacjentek są stosunkowo częste; mężowie tacy są znacznie częściej źródłem zakażeń niż woda kąpielowa. Pacjentów tych należy również leczyć Deveganiem (1—2 tabletki Devegana roztarte w 100—150 cm<sup>3</sup> wody).

*Dr A. Zágon, Szpital Kun-utca, Budapeszt.*  
(*Gyogyaszat* 1937, Nr. 40)

## Zjazdy naukowe w kraju i zagranicą

4.—6.I	1939	Poznań. V Zjazd Naukowy oficerów zdrowia. Informacje: Sekretariat, Poznań, 7 Szpital Okręgowy.
27—30.III.	1939	Wiesbaden. 51. posiedzenie Niemieckiego Towarzystwa Medycyny Wewnętrznej pod przewodnictwem prof. Dra Steppa, Monachium, I Klin. chor. wewn., Ziemssenstr. 1a. W zjeździe bierze udział również Towarzystwo Neurologów i Psychiatrów.
7—15.V.	1939	Washington. X Międzynarodowy Kongres medycyny i farmacji wojskowej. Inf. Col. Harold W. Jones, War Department. Army Medical Library, 7-th St. and Independence Av., Washington, S. W.
15—20.V.	1939	Rzym. IV Międzynarodowy Kongres Patologii porównawczej: Informacje: Sekretariat Działu bakteriologii i medycyny doświadczalnej P. Z. H.
18—21.V.	1939	Paris. II Międzynarodowy Kongres medycyny ubezpieczeń życiowych. Informacje: Dr P. A. Carrié 8, Rue de Belloy, Paris XVIIe.
27—29.V.	1939	IX Zjazd ginekologów polskich, Kraków. Informacje: Sekretariat Klin. Pol. i chorób kobiecych U. J., ul. Kopernika 23.
30.VI—1.VII.	1939	Wilno. XI Zjazd naukowy Polskiego T-wa Dermatologicznego.— Informacje: Sekretariat XI Zjazdu P. T. D., klinika dermat. U. S. B., Wilno. Antokol.
2—9.IX.	1939	New York City, III Międzynarodowy Kongres mikrobiologów. — Sekr. gen. M. H. Dawson College of Physicians and Surgeons, 620 West, 168 Str. New York City.
11—16.IX.	1939	Międzynarodowy Kongres dla badań i zwalczania raka w „Haddon Hall Hotel“ w Atlantic City, New Jersey U. S. A. Informacje: „Institute of Cancer Research“, 1145 Amsterdam Avenue, New York N. Y.
16—20.X.	1939	Kongres w sprawie anestezji. New-York. Informacje: F. A. Mc Mecha 318 Hotel Westlake Rocky River. Ohio (U. S. A.).

---

## II Zjazd Naukowy Polskich Lekarzy Sportowych

Stowarzyszenie Lekarzy Sportowych organizuje w dniach 14 i 15 lutego 1939 r. II Zjazd Naukowy Polskich Lekarzy Sportowych w Zakopanem. Zjazd łączy się z Międzynarodowymi Zawodami Narciarskimi F. I. S., trwającymi od 11.II — 19.II.1939 r. W Zjeździe Naukowym wziąć mogą udział lekarze członkowie i członkinie S. L. S. oraz inni, interesujący się zagadnieniami wychowania fizycznego (sportu). Posiedzenia naukowe obejmować będą referaty z dziedziny:

- narządu krążenia w wychowaniu fizycznym i sporcie,
- uszkodzeń sportowych.

Uczestnicy Zjazdu korzystać będą z szeregu ułatwień i zniżek dla zobaczenia Międzynarodowych Zawodów Narciarskich F. I. S.

W czasie od 11 — 20.II.1939 r. organizuje S. L. S. kursy narciarskie dla uczestników Zjazdu. Przewidziane jest m. in. zwiedzenie urzędzeń z zakresu opieki lekarskiej podczas zawodów F. I. S., wycieczki i zwiedzenie harcerskiego obozu zimowego z domkami śniegowymi itp.

Dla uczestników Zjazdu są zarezerwowane kwatery po zniżonej cenie. Bliższych informacji udzieli Sekretariat S. L. S. — Warszawa, ul. Myśliwiecka 3/5 Dr Marian Grodzki.

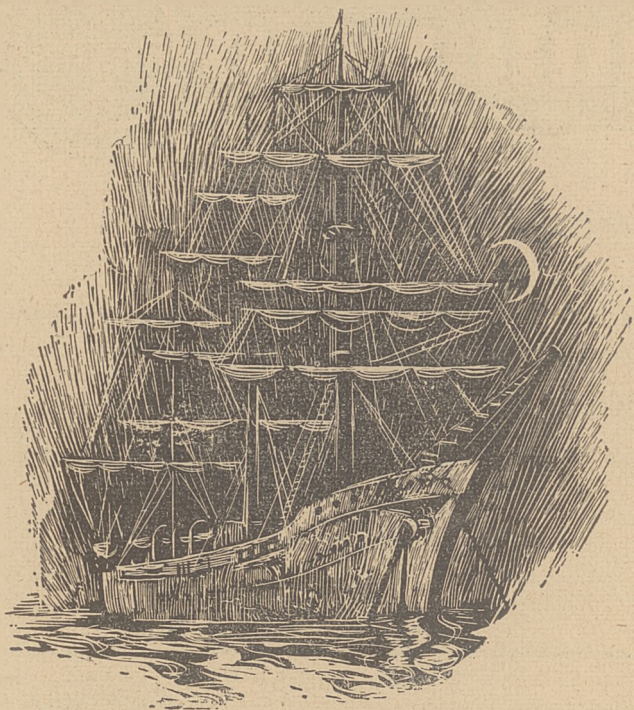
---

**Redaktor**  
Mgr Stefan Sabiniewicz

**Wydawca:**  
Dom Handlowy „REMEDIA“  
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748.  
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.  
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka 6.





## ŚRODEK NASENNY

bez działania ubocznego

# PHANODORM

Szybkie usypianie, głęboki nieprzerywany sen, oto główne zalety Phanodormu. Szybki rozkład Phanodormu w ustroju i szybkie wydzielanie są przyczyną dobrego samopoczucia cielesnego i umysłowego po przebudzeniu się następnego dnia.



Opakowania oryginalne:

tabletki 10 szt. po 0,2 g	zl. 3.-
„ 250 „ „ 0,2 „	„ 58.-



**do znieczulania powierzchniowego**

Skuteczniejszy od kokainy nawet w słabszym stężeniu.  
Przetwórz o doskonałym działaniu, nie drażniący i nie trujący.

Nie podlega ustawie o narkotykach.

**Opakowanie oryginalne:**

proszek 0,1 g i 5,0 g



**do znieczulania naciekowego i przewodowego**

Uznany od kilku dziesiątków lat, standardowy  
środek znieczulający, niezawodny w użyciu,  
pozbawiony jakichkolwiek działań ubocznych.

**Opakowanie oryginalne:**

Patrz Kalendarz Lekarski „Bayer” 1939 str. 223

# NOVALGIN

Dominujący lek w reumatyzmie mięśniowym i stawowym. Działa także w uporczywych przypadkach

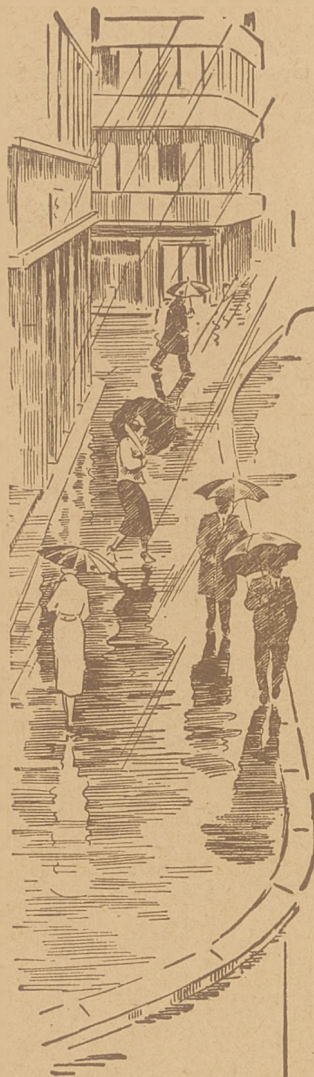
## **POLYARTHRITIS RHEUMATICA**

Nie leczenie objawowe, lecz swoisty wpływ na przebieg leczenia. Stan zapalny przemija, bóle ustają szybko. Jako lek przeciwbólowy może Novalgina w zastrzykach często zastąpić zastrzyk morfiny. Jednakowo dobra tolerancja stosowania doustnego, domięśniowego i dożylnego.

### **Opakowania oryginalne:**

tabletki 10 szt. po 0,5 g	zł. 3,60
„ 250 „ „ 0,5 „ op. klin.	„ 68,—
roztw. 50% 5 amp. po 1 cm <sup>3</sup>	„ 4,80
„ 10 „ „ 1 „	„ 7,50
„ 100 „ „ 1 „ op. klin.	„ 62,—
„ 5 „ „ 2 „	„ 7,50
„ 10 „ „ 2 „	„ 12,—
„ 100 „ „ 2 „ op. klin.	„ 110,70
„ 5 „ „ 5 „	„ 12,55





Ochrona przed grypą, chorobami z przeziębienia, anginą, szkarlatyną, dżyfteryem za pomocą

## PASTYLEK PANFLAVIN

wysokowartościowego, bakterjo-bójczego środka odkażającego jamę uszną i krtani.

Jako lek pastylki PANFLAVIN okazały się skuteczne przy anginach, zapaleniu zwykłym i ropnym śluzówki jamy ustnej, nadwrażliwości szyjek zębowych i pleśniawkach.

Opak. oryg.:

pastylki 30 szt.	zł. 2,50
.. 100 ..	.. 6,50

### Przy grypie

chorobach z przeziębienia, reumatyzmie, gorączce i bólach wszelkiego rodzaju

## GARDAN

wysokowartościowy i nadzwyczaj pewny lek przeciwgorączkowy, przeciwbólowy i przeciwreumatyczny.

Dobra tolerancja nawet przy ciężkich wadach serca i stanach wycieńczenia.

Opak. oryg.:

tabletki 10 szt. po 0,5 g	zł. 2,35
.. 20 .. .. 0,5 ..	.. 4,35
.. 100 .. .. 0,5 .. opak. klin.	.. 17,35

