

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK.

ADRES ADMINISTRACJI:  
UL. ZIELNA 47. TEL. 19-57.

Konto czekowe:  
P.K.O. № 86-96.

ADRES REDAKCJI:  
UL. SIENKIEWICZA 12 m 28

Nr. 1

WARSZAWA, 3 STYCZNIA 1929 R.

Rok VI

# Cardiazol (Knoll)

(Pentamethylentetrazol)

stosowany pozajelitowo,  
doustnie,  
do odbyticy

**środek pobudzający  
krążenie i oddychanie.**

## W praktyce ogólnej (u dorosłych i u dzieci)

*przy zaburzeniach w krążeniu,  
stanach zapaści,  
chorobach zakaźnych (zapalenie płuc, tyfus, szkarlatyna, dżftery i t. d.),  
zatruciach (gazem świetlnym, tlenkiem węgla, środkami leczniczymi i t. d.),  
dychawicy oskrzelowej, zwężenia oskrzeli.*

## W chirurgii

*w celu zapobiegania wzgl. zwalczania osłabienia krążenia  
krwi, przed, podczas i po operacjach,  
przy zapaści wskutek silnej utraty krwi i t. d.,  
zaburzeniach w oddychaniu po operacjach,  
pooperacyjnych powikłaniach płucnych.*

## W ginekologii i położnictwie

*przy ostrem osłabieniu serca i stanach zapaści podczas  
i po porodach i operacjach ginekologicznych,  
w celu zapobiegawczym przed porodem,  
przy długotrwałych porodach dla poprawy czynności serca płodu,  
przy asfiksji noworodków.*

Rp. Cardiazol (Knoll) . . . 1,0  
Aq. dest. . . . . 10,0

S. Stosownie do potrzeby uży-  
wać kilka razy dziennie  
20 kropeł (= 0,1 g. Cardia-  
zolu).

Rp. Cardiazol (Knoll) . . . 1,0  
Aq. dest. . . . . 10,0  
F. solut. steril.

S. Co 2-3 godz. 1 cm.<sup>3</sup> pod-  
skórnio, śródmięśniowo lub  
dotylnie.

## Otrzymać można również w postaci proszku dla receptury.

Stosować można podskórnio, śródżylnie, śródmięśniowo lub dosercowo,  
stosownie do potrzeby, 1 ccm., ewent. z 1/2—1 godzinnymi przerwami.  
Doustnie: 3-4 razy dziennie po 20 kropeł, w razie potrzeby co 2-3 godziny.

Dla dzieci: Podskórnio lub dożylnie: dla niemowląt 1/2 ccm. jałowego roztworu. Dla  
starszych dzieci 1 ccm.

Dożylnie: dla niemowląt 0,05 g. proszku lub 10 kropeł lub 1/2 tabletki. Dla star-  
szych dzieci 0,1 g. w proszku lub roztworze.



**Knoll A.-G.**  
Ludwigshafen/Rh.



«Wszystkie przetwory naporstnicy, które ukazały się dotychczas, lub też ukażą się kiedykolwiek, nie będą miały ani pod względem naukowym, ani praktycznym tej wartości co Digitaline krystaliczna (1), której pewne i silne działanie zostało stwierdzone 40-letniem już doświadczeniem».

HUCHARD

(1) Wynaleziona przez Nativelle.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA  
1872



PRIX DESPORTES  
1904

# DIGITALINE NATIVELLE

STOSOWANA JEST WE WSZYSTKICH SZPITALACH FRANCJI,  
JAKO JEDYNY CZYNNY PIERWIASTEK NAPARSTNICY  
O PEWNEM I STAŁEM DZIAŁANIU.

POSTACIE :

Solution 1 : 1000 (krople)  
Granules à 1/10 i à 1/4 (ziarenka)  
Ampoules à 1/10 i à 1/4 (śródmieśniowo)  
Ampoules à 1/5 (śródzynie).

LABORATOIRE NATIVELLE, 49, Boul. de Port-Royal, PARIS-13<sup>e</sup>

Przedstawicielstwo na Polskę: L. NASIEROWSKI, Warszawa, Piękna 62 Tel.: 30-42, 124-39.

# COMBRETINE

Wyciąg płynny z *Combretum Rambaultii* H.



Regulator czynności wątroby  
Żółtaczkę WSZELKIEGO RODZAJU.  
NIEDOSTATECZNE WYDZIELANIE MOCZNIKA.  
Zaparcie nawykowe

DAWKOWANIE  
3 RAZY DZIENNIE. PO 20-30 KROPEL

Laboratorium G. Brochon w Paryżu.

# HORMOSPERMINE

Essentia Testes  
Wyciąg całkowity z gruczołu  
środmiażdżowego jąder.

NIEMOC PŁCIOWA.  
PRZEDWCZESNE STARZENIE SIĘ  
OGÓLNE WYCZERPANIE USTROJU:



w NEURASTENJI  
w BLEDNICY  
w GRUŻLICY  
w REKONWALESCENCJI.

Dawkowanie:  
2-3 razy dziennie po 40-60 kropeł.

Laboratorium Dr. G. Réaumont w Paryżu.

Przedstawicielstwo na Polskę: L. NASIEROWSKI, Warszawa, Piękna 62, tel. 30-42, 124-39.

wysyłamy  
Lekarzy.

WARSZAWSKIE  
CZASOPISMO LEKARSKIE

W Y D A W A N E

przez R. STANKIEWICZA i W. KNAPPEGO

pod redakcją Z. SREBRNEGO

R O C Z N I K VI.

WARSZAWA

—  
1929



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

---

Druk „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

# SPIS RZECZY.

| Str.   | Str. |
|--|------|
| <b>I. PRACE ORYGINALNE.</b>  |      |
| <b>A. Rozprawy.</b>  |      |
| Jerzy KURCZYŃSKI. Przyszłość wiedzy lekarskiej w świetle Prawa Stworzenia. 53  |      |
| <b>B. Wykłady kliniczne.</b>   |      |
| K. DŁUSKI. O jamach jawnych w płucach gruźliczych (650 jamowych). 1, 27, 55, 75  |      |
| Zygmunt SREBRNY. Kilka rzadkich powikłań anginy. 99  |      |
| Stefan KRAMSZTYK. O leczeniu zapaleń miedniczek nerkowych u dzieci 123   |      |
| Stanisław JUSTMAN. O zatruciu arsenikiem. 147  |      |
| Michał SZOUR. O zatorach i zakrzepach tętnicy płucnej w przebiegu wyrównanych wad zastawkowych serca. 171  |      |
| Marceli LINDSBERG. O artretyzmie. 195  |      |
| Stefan KRAMSZTYK. O stosunku witamin do przemiany mineralnej, osobliwie wapniowej. 219, 249  |      |
| Władysław STERLING. Zespół kurczowo-torsyjny w wieku starczym. 271, 293, 317   |      |
| R. KRAUS. Co wiemy o odporności w gruźlicy, 341, 367   |      |
| Maurycy BORNSTAJN. Życie pociowe kobiety w świetle psychoanalizy. 392, 417   |      |
| L. E. BREGMAN. O zaburzeniach ośrodkowo-nerwowych w związku z zaburzeniami gruczołów dokrewnych. 441   |      |
| Mieczysław GOLDBAUM. Leczenie gośdca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul”. 465, 489, 515   |      |
| Henryk HIGIER. Nerwice ogólne, psychonerwice i nerwice narządowe we współczesnej medycynie wewnętrznej a racjonalne ich leczenie. 555, 579   |      |
| Leon ENDELMAN. Zażma starcza i jej leczenie nieoperacyjne. 603, 627, 651   |      |
| J. MACKIEWICZ. O glejakach. 675, 699, 724  |      |
| Feliks TURYN. O użyciu insuliny poza cukrzycą. 747, 771  |      |
| Juljan FLIEDERBAUM. O leczeniu ropni i zgorzeli płuc emetyną. 795  |      |
| Anastazy LANDAU i Józef HELD. Spostrzeżenia kliniczne nad niedokrewnością złośliwą. 833, 859, 883  |      |
| A. LANDAU i B. JOCHWEDS. O wtórnych stanach bronchospastycznych. 908   |      |
| Józef TYPOGRAF. O upuście krwi. 911, 957   |      |
| M. ERLICHOWNA. Z kliniki spraw gorączkowych niemowląt i drobnych dzieci. 915   |      |
| H. HIGIER. Współczesny stan rozpoznawania i leczenia chorób nerwowych. 919   |      |
| A. W. KAPŁAN. O znaczeniu klinicznym nadciśnienia. 925   |      |
| H. STRAUSS. Kiedy należy operować w cierpieniach pęcherzyka żółciowego. 981  |      |
| Władysław STERLING. Ciężkie i poronne postaci choroby Swift-Feera. 1003, 1027  |      |
| Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI. Znaczenie t. zw. stanu grasiczo limfatycznego (st. thymico-lymphaticus) dla medycyny sądowej. 1051, 1075  |      |
| Ludwik ANIGSTEIN. Rickettsje jako pasorzyty i symbionty stawonogów. 1099   |      |
| Michał SZOUR. O schorzeniach wewnątrzdzielniczych wielogruźlicowych. 1123, 1147, 1171  |      |
| Adam STRASZYŃSKI. W sprawie sposobu działania środków używanych w leczeniu kły. 1195, 1219   |      |
| <b>C. Z klinik, szpitali i pracowni.</b>   |      |
| E. HERMAN. Rwa nerwu trójdzielnego jako początek stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia. 9  |      |
| R. SZABAD-GAWROŃSKA. Leczenie ropnego zapalenia opłucny rivanolem u niemowląt i dzieci do 2 lat. 36  |      |
| M. PŁOŃSKI. O grzybicy śledziony. 82, 102  |      |
| Leon BARANOWSKI. Przyczynek do leczenia zapalenia płuc u niemowląt. 126  |      |
| Ludwik PIKIELNY. O leczeniu gruźlicy pęcherza moczowego. 129   |      |
| B. KARBOWSKI. O drogach łączących przestrzeń podpajęczynówkową mózgu z narządem słuchu u zwierząt i u człowieka. (Doniesienie tymczasowe). 151   |      |
| Edmund ŻERA. Przyczynek do stosowania strfantyny. 173  |      |
| Henryk PUSZET. Przypadek rażenia prądem elektrycznym. Późne wystąpienie objawów błędnikowych. Pomyślny wpływ nakłucia lędźwiowego. 200   |      |
| Wacław LEWIŃSKI. „Ascariasis”, jako przyczyna śmierci nagłej u dzieci. 223   |      |
| Anastazy LANDAU, Jerzy GLASS i St. KAMINER. Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej. 247, 274, 300, 319  |      |
| A. SIEDLECKA. O szybkiej metodzie badania histologicznego (metoda Terrygo). 296  |      |
| B. KARBOWSKI. W sprawie artykułu D-ra Henryka Puszet: „Przypadek rażenia prądem elektrycznym. Późne wystąpienie objawów błędnikowych. Pomyślny wpływ nakłucia lędźwiowego”. 323  |      |
| Henryk PUSZET. Odpowiedź na uwagi Dr. Karbowskiego. 323  |      |
| Jerzy RUTKOWSKI. O mięsaku limfatycznym. 344, 370, 394   |      |
| Józef TYPOGRAF. W sprawie niedomogi wielogruźlicowej. 421  |      |
| Ignacy KONIECPOLSKI. O wartości prognostycznej odczynu Widala w przebiegu duru brzuszego. 445  |      |
| L. HIRSZFELD. W. HALBERÓWNA i J. LASKOWSKI. O własnościach serologicznych tkanki normalnej i rakowej. 468  |      |
| L. BATAWIA. Przypadek wczesnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Wyzdrowienie po operacji. 493  |      |
| Wilhelm SZENWIC. W sprawie postępowania leczniczego w przypadkach położenia twarzyczkowego. 520  |      |
| S. SCHILLING-SIENGALEWICZ. Uszkodzenia promieniami Roentgena okrężnicy jako przyczyny zejścia śmiertelnego. 559  |      |
| Feliks MICHALEC. W sprawie dodatniego odczynu Wassermanna w zwalniającym zapaleniu wsierdzia (endocarditis lenta) bez zakażenia kiłowego. 584  |      |
| A. LANDAU, Jerzy GLASS i St. KAMINER. Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem przewodu pokarmowego. Doniesienie IV. Przypadek przewlekłej niskiej niedrożności jelitowej, przebiegający z hipochloremją, azotemją i kwasicą. 607, 631 |      |
| L. E. BREGMAN i G. KRUKOWSKI. O postaciach uleczalnych ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia urazowego. 654   |      |
| L. SZYFMAN. Cukrzyca wśród żydów. 678  |      |
| Jerzy RUTKOWSKI. Ropniak opłucny wywołany przez streptothrix. 701  |      |
| J. POMPER. Uproszczony sposób leczenia syndaktylii. 703  |      |

|   | Str.       |
|---|------------|
| A. KRASUSKI. O zasobie zasad krwi i jego znaczeniu dla kliniki.   | 726, 750   |
| Janina PIECHOWSKA i Henryk PUSZET. Spostrzeżenia nad azotemją związaną z brakiem chlorków.  | 773        |
| M. GIRSZOWICZ. O wpływie rozczywnów hipertonicznych na miażdżycę w związku ze współczesnymi poglądami na klinię tej choroby.  | 799        |
| A. LANDAU, Sz. LILJENFELD-KRZEWSKI i B. JOCHWEDS. O odrębnych przypadkach zapalenia płuc i odrębnym ich leczeniu. Doniesienie II.   | 862        |
| A. LANDAU i B. JOCHWEDS. O odrębnych przypadkach zapalenia płuc. Doniesienie III.   | 886        |
| M. GRZYBOWSKI. Wartość lecznicza acetylaršanu w kile.   | 936        |
| L. POMERANC. Badanie krwi pod względem morfologicznym, fizycznym i pod względem grup w nadciśnieniu tętniczym.  | 940        |
| Józef LANDSBERGER. Badania nad układem siateczkowo-śródbłonkowym. Doniesienie I-sze. Dopelniacz, jako wyraz stanu czynnościowego układu siateczkowo-śródbłonkowego.         | 961        |
| M. ROSNOWSKI. W sprawie patogenyzy zespołu klinicznego powolnego zapalenia wsierdza. 983, 1005,   | 1030       |
| F. PRZESMYCKI. Przypadek zakażenia człowieka prątkami Banga   | 1033       |
| Franciszek GOEBEL. O wpływie układu wegetatywnego na poziom cholesteroliny we krwi.   | 1055       |
| Henryk ADELFIANG. O nowej modyfikacji cholecytografji doustnej.   | 1103       |
| JAKUBSON. Losy tamponu pozostawionego w jamie brzusznej.  | 1125       |
| A. LANDAU, M. FEJGIN i B. JOCHWEDS. Spostrzeżenia kliniczne nad bradykardją. Doniesienie III. Przypadek rzadkiego tętna pochodzenia zatokowego. powikłany zespołem Hornera. | 1150, 1174 |
| B. KRYŃSKI. Kilka uwag w sprawie artykułu D-ra H. Adelfanga „O nowej metodzie cholecytografji doustnej”.  | 1177       |
| H. ADELFIANG. Odpowiedź. D-rowi B. Kryńskiemu   | 1177       |

## D. Z praktyki prywatnej.

|  |          |
|--|----------|
| Józef TYPOGRAF. Przyczynek do leczenia stanów obrzękowych.                       | 58       |
| G. GELMAN. Przypadek Taeniae nanae.  | 323      |
| Władysław STERLING. Stygmatyzacja i psychogeneza odżywczych zaburzeń skórnych.   | 495, 522 |
| Szymon TENENBAUM. Przypadek ciężkiej krwawiczki.                                 | 611      |
| Leon ZAMENHOF. Światłolecznictwo w ropnych zapaleniach ucha środkowego u dzieci. | 658      |
| J. NUSBAUM i L. SCHLAGER. O nowem śniadaniu próbnem Róbina.                      | 729      |
| B. CHORAŻYCKI. Przyczynek do mechaniki i topografji migdałków podniebiennych.    | 836      |
| B. KARBOWSKI. Obecny stan wiedzy o uleczalności raka krtani.                     | 942, 962 |
| Leon ZAMENHOF. O fonetycznym leczeniu głuchoty (autoterapia głuchoty).           | 1081     |
| A. WIRSZUBSKI. Swoista psychoza opętania u Żydów                                 | 1198     |

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### a) Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

|  |               |
|--|---------------|
| M. GOLDMAN junior. O splenomegaljach.  | 10, 38        |
| B. GOLDSTEIN. Djetetyka z punktu widzenia równowagi jonów.                     | 59, 85, 105   |
| J. PINCZEWSKI. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego znaczenie kliniczne. | 131, 155, 175 |
| A. FESTENSZTAT. Ropomocz niemowlęcy w świetle współczesnych poglądów.          | 201           |

|   | Str.                    |
|---|-------------------------|
| E. WEINKIPER. O zagadnieniu migdałkowym i schorzeniach poanginowych (metatonsillites).  | 226                     |
| Józef STEIN. Xanthomata (twory żółciakowe).   | 251, 280                |
| N. PRYŁUCKI. Antivirus Besredki, jako nowa metoda zwalczania chorób, spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami. | 302, 324, 350           |
| N. ZANDOWA. Termoregulacja.   | 374, 398, 423           |
| E. WEINKIPER. Postępowanie chirurgiczne w zapaleniach błędniaka w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia ucha środkowego.   | 446                     |
| N. PIWKO. Podstawy leczenia gruźlicy kostno-stawowej.   | 472, 497                |
| B. GOLDSTEIN. Djetetyka z punktu widzenia równowagi jonów. Djetetyka a równowaga katjonów i anjonów ustrojowych.                | 526                     |
| Stefan KRAMSZTYK. Nowe kierunki w nauce o żywieniu.   | 561, 586                |
| N. ZANDOWA. Nowe poglądy na rolę płynu mózgowodzeniowego w patogenezie chorób.  | 612                     |
| A. DRYJSKI. Geneza i Technika Metody Psychoanalitycznej.  | 634, 660, 680, 704      |
| Władysław STERLING. Achondroplazja. (Studjum kliniczne).  | 733, 753, 778, 803      |
| Stefan KRAMSZTYK. Współczesny stan organoterapii.   | 843, 866, 891, 965, 987 |
| Adam ZAMENHOF. Dno oka w świetle nowoczesnego wzornika elektrycznego.   | 946                     |
| E. WEINKIPER. O fizjologii i metodach badania aparatu przedsionkowego ucha środkowego.  | 1008, 1034, 1058, 1083  |
| Zdzisław ŚWIDER. O djetetycznym leczeniu gruźlicy. (Referat krytyczny).   | 1106, 1126 1152         |
| B. GOLDSTEIN. O zaburzeniach wydzielania trzustki i o ich leczeniu  | 1178, 1200              |

### b) Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

#### 1. Zagadnienia ogólne.

|  |      |
|--|------|
| J. MEHRING — L. KREHL. Podręcznik chorób wewnętrznych.   | 13   |
| Ludolf v. KREHL. Krankheitsform und Persönlichkeit Szpital Przemienienia Pańskiego 1829—1868—1928. | 14   |
| R. HOPMAN. Wahania chorób zależnie od pór roku.  | 15   |
| Dr. W. GABEL. Wskazówki dotyczące badania lekarskiego wychodźców.                                  | 62   |
| Otto KOERNER. Die aerztlichen Kenntnisse in Ilias und Odyssee.                                     | 255  |
| Wł. SZENAJCH. Z życia wielkiej pielęgniarki.   | 664  |
| RHEUMAPROBLEME. Gesammelte Vorträge.   | 664  |
| H. PULFER. Badania nad zawartością białka w ziarnach kokosowych.                                   | 665  |
| IMMUNITÄT. Allergie und Infektionskrankheiten.   | 683  |
| M. LEMERIC i N. ROTGOLC. Znaczenie pomidorów dla djetetyki.  | 683  |
| Der Arzt und der Staat.  | 807  |
| A. GROTTJAHN, Aerzte als Patienten.  | 970  |
| Dr. M. STAWIŃSKI. Rola medycyny zapobiegawczej w lecznictwie.                                      | 1011 |
| Księga pamiątkowa pierwszego krajowego zjazdu lekarskiego „Tozu”.                                  | 1060 |
| Adwokat Jan RUFF. Odpowiedzialność karna lekarza.  | 1129 |
| RUGE, MÜHLENS und zur VERTH. Krankheiten und Hygiene der warmen Länder                             | 1154 |
| E. ROSSÉT. Łódź, miasto pracy  | 1154 |

#### 2. Anatomja normalna i patologiczna.

|  |     |
|--|-----|
| ROUVIÈRE. O połączeniu dróg limfatycznych płata dolnego płuca lewego z węzłami przytchawicznymi i ponadobojczykowymi prawymi | 229 |
| L. BLUMENSAAT. Neuroblastoma nerwu współczulnego u dorosłego osobnika.   | 229 |

|  |      |
|--|------|
| Edith VOSS. Przypadek mięsaka czerniaczkowego przelyku.  | 230  |
| W. NISSEL. Nowotwory mieszane wątroby.   | 230  |
| P. EICHLER. Przypadek wrodzonego mięsaka limfatycznego trzustki.   | 230  |
| Prof. Dr. Edgar von GIERKE. Taschenbuch der pathologischen Anatomie. Cz. I ogólna.   | 425  |
| R. ARGAUD i J. DUENNING. Nadmierne tworzenie się włókien sprężystych w nowotworach nabłonkowych.   | 425  |
| M. MÜHLMAN i J. SECHEL. Hematoksylina jako odczynnik na żelazo.  | 425  |
| Prof. Dr. Edgar von GIERKE. Taschenbuch der pathologischen Anatomie. Część II szczegółowa.   | 757  |
| F. ROULET. Przyczynek do badań nad guzami czerniaczkowymi.   | 757  |
| Otto GSELL. Prosówkowata uogólniona ziarnica złośliwa z odkładaniem się amyloidu. (Nietyпова ziarnica złośliwa).                               | 990  |
| Alfred BÖGER. O zwłóknieniach wsierdza.  | 991  |
| W. FISCHER u. K. von GUSNAR. W sprawie granuloma venereum  | 991  |
| K. SPONHEIMER. W sprawie anatomicznych podstaw zgorzeli samoistnej.  | 1108 |
| Hans SCHLEUSING. Studja nad serowaczeniem gruźliczem.  | 1109 |
| Helena HERZENBERG. Studja nad działaniem naświetlanej ergosteryny (vigantolu) oraz stosunek zmian, wywołanych przez ergosterynę, do miażdżycy. | 1109 |

### 3. Histologia i Embrjologia.

|  |     |
|--|-----|
| H. HIBBARD i M. PARAT. Istota i ewolucja składników cytoplazmatycznych u dwóch gatunków ryb kostnoszkieletowych. | 560 |
|--|-----|

### 4 Fizjologia normalna i patologiczna.

|   |      |
|---|------|
| W. HEUPKE i A. V. MARX. Badania nad trawieniem zawartości komórek zamkniętych.  | 203  |
| H. ROSIN. O hormonach serca.  | 204  |
| I. STARR. O zmianach w histaminowym odczynie skórnym.   | 204  |
| H. M. EVANS i M. E. SIMPSON. Antagonizm 2 hormonów przedniego płata przysadki mózgowej.   | 500  |
| C. W. MAC CLURE. O fizjologii patologicznej wydzielania zewnętrznego wątroby i trzustki.  | 500  |
| R. GESELL. O regulacji oddychania płucnego za pomocą oddziaływania jonów kwaśnych krwi i płynów tkankowych.   | 500  |
| H. SUSSMAN i in. O wchłanianiu niestrawionego białka z jelita.  | 500  |
| E. ZUNZ i J. la BARBE. O przyczynach powiększenia się zawartości insuliny we krwi żyły trzustkowej w związku z hiperglikemją, spowodowaną zastrzykowaniami glukozy. | 808  |
| E. ZUNZ i J. la BARBE. O powiększeniu się zawartości insuliny we krwi żyły trzustkowej po zastrzykowaniach adrenalinę.  | 808  |
| E. LÜSCHER. O czynności mięśnia strzemiączkowego u człowieka.   | 1129 |
| Leo HESS i Joseph FALTITSCHKEK. O działaniu ośrodków śródmózgowia.  | 1130 |
| K. GLAESSNER i N. WITTGENSTEIN. O trawieniu tkanki łącznej w żołądku.   | 1130 |
| B. A. SCHAZILLO. O wpływie gruczołów dokrewnych na przewod pokarmowy.   | 1130 |

### 5. Chemja fizjologiczna.

|  |    |
|--|----|
| JONESCO-MATIN i H. VARKOWICI. Przyczynek do pracy o ilościowym oznaczaniu alkaloidów za pomocą metody rtęciowej.           | 87 |
| I. SCHWANDER i M. H. CORDEBARD. Przeprowadzenie kwasu moczowego w moczniku przez utlenianie mieszkanką siarczano-chromową. | 88 |
| M. M. MOKRAGNATZ. Nowa reakcja, dawana przez ezerynę (albo fizostyginę).   | 88 |

### 6. Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

|  |      |
|--|------|
| A. B. OLSEN. O wpływie doustnego podawania parafiny na trawienie.  | 89   |
| WILSON, PILCHER i HARRISON. O działaniu efedryny na objętość skurczową serca.  | 89   |
| J. R. LISK i W. S. BEYER. O działaniu morfiny na czynność nerek.   | 89   |
| MEHRTENS i KANZLIK. Bizmut jako środek moczopędny.   | 90   |
| N. BAUR. O działaniu syntetycznej tyroksyny.   | 90   |
| C. A. DRAGSTEDT. O hemodynamicznym działaniu epinefryny.   | 159  |
| N. MILLER i G. PINESS. O środku syntetycznym zastępującym efedrynę.  | 159  |
| J. T. GWATHMEY. O synergizmie pomiędzy siarczanem magnezu a morfiną.   | 353  |
| C. S. WILLIAMSON i P. EVING. O działaniu leczniczym żelaza.  | 353  |
| P. J. HANZLIK i in. Długotrwałe podawanie jodu.  | 353  |
| BIEHLER, HILDEBRANDT, LEUBE, FREUND H., KACZANDER P. Neodorm, nowy środek nasenny.   | 353  |
| GUGGENHEIMER i FISCHER. Spostrzeżenia doświadczalne i kliniczne nad działaniem rozszerzającym śród'ów nasennych, a w szczególności małych dawek wodoru chloralu. | 353  |
| M. PRONER i M. ROSTAŃSKI. Nowe leki.   | 426  |
| H. v. HOESSLIN i F. MUELLER. Theoretische und klinische Pharmakologie.   | 426  |
| SCHÖPF, WIELAND, BEHRENS, NONNENBRUCH, RISCHOWY. Chemja, farmakologia i klinika acedikonu.   | 426  |
| E. KAUFMANN. O leczniczym stosowaniu roślinnych ciał śluzowych.  | 426  |
| W. A. BLOEDORN i P. F. DICKENS. O niebezpieczeństwie podawania efedryny w niedomogach serca.   | 535  |
| W. N. HIGGINS. Przewlekłe zatrucia efedryną.   | 535  |
| KREITMAR i LEFFKOWITZ. Efedralina, połączenie adrenaliny i efetoniny   | 535  |
| E. RABSKY. O wpływie sody na wydzielanie żołądkowe.  | 735  |
| G. W. PARADE. O leczniczym znaczeniu choliny.  | 735  |
| W. WIECHOWSKI. O środkach zastępczych kamfory  | 736  |
| I. J. KLEIN. O działaniu dużych dawek naświetlanej ergosteryny.  | 736  |
| J. NITZESCU. Efedryna i glikemja.  | 809  |
| L. M. GOMPERTZ i W. COHEN. Histamina jako bodziec wydzielniczy soku żołądkowego.   | 809  |
| E. KELLERMAN. Wpływ atropiny na czynność wydzielniczą żołądka.   | 1011 |
| S. KATZENELNBOGEN. O działaniu histaminy na zasób zasad.   | 1011 |
| M. C. MLADOVEANU. O wpływie azotynu sodu na wydzielanie żołądkowe.   | 1012 |
| N. GOLD i A. de GRAFF. O stosowaniu i dawkowaniu naparstnicy   | 1155 |
| P. HANZLIK. O moczopędnym działaniu rozpuszczalnych związków bizmutu   | 1155 |
| N. Z. GIFFIN i N. M. CONNER. O ubocznych działaniach w leczeniu fenylhydrazyną   | 1156 |
| P. SAXL. O działaniu salirganu na czynność wątroby   | 1156 |
| I. GLAUBACH i H. MOLITOR. Moczopędne działanie wyciągu wątrobowego u psów z niedomogą nerek  | 1156 |

### 7. Biologia.

|  |     |
|--|-----|
| Acta biologiae experimentalis  | 15  |
| H. REINWEIN. O mechanizmie swoisto-dynamicznego działania białka.                  | 15  |
| C. OEHME i P. TÖRÖK. O roli krwi w przemianie mineralnej.                          | 15  |
| A. STURM i B. BUCHHOLZ. Przyczynki do poznania przemiany jodowej.                  | 376 |
| N. B. GORDON i D. J. COHN. Wpływ zewnętrznej temperatury na szybkość sedymentacji. | 376 |
| FRIEDBERGER i HEIM. Znaczenie ujemnego odczynu Schicka, zwłaszcza u osesków.       | 566 |
| LESNÉ, CLEMENT i SIMON. O dysocjacji czynników wzrostu i przeciwkrzywiczego.       | 566 |



|   | Str. |  | Str. |
|---|------|--|------|
| D. ANTITCH. O jadowitości żółci.  | 566  | A. SCHWARTZ. Badania nad pobudliwością ośrodka wymiotnego u zwierząt uspijonych. Działanie pobudzające apomorfiny wstrzykniętej jednocześnie z kardjazolem.                  | 638  |
| O. WUTH. Acydoza i alkalozja we śnie normalnym i sztucznym oraz bezsenności.  | 756  | P. GOVAERTS. Czy diureza nowazurolowa jest pochodzenia nerkowego czy tkankowego.   | 638  |
| P. GLEY. O hamowaniu owulacji przez ciążko żółte.   | 872  | W. HIRSCH. Wstrząs cukrowy u dzieci.   | 706  |
| GUILLAUMIN i VIGNES. Zawartość cholesterolu we krwi a cykl menstruacyjny.   | 872  | R. S. HOWLAND. Układ siateczkowo-śródbłonkowy a ksantomatoza.  | 706  |
| F. RATHERY, R. KOURILSKY i S. GIBERT. O wpływie hormonu jajnikowego na poziom cukru we krwi.  | 872  | L. H. NEWBURG i A. O. CURTIS. O doświadczalnych uszkodzeniach nerek na tle diety białkowej.  | 707  |
| R. COURRIER. Insulina i follikulina.  | 872  | J. T. KING. Sekretyna nie jest bodźcem krwiotwórczym.  | 707  |
| P. A. ASZMARIN i I. A. ALEKSEJEW-BERKMAN. O obwodowej leukocytozie i erytrocytozie. Doniesienie I. Wpływ zmian wentylacji płucnej na obwodową erytrocytozę. Doniesienie III. Wpływ pracy przewodu żołądkowo-kiszczkowego na obwodową leukocytozę i erytrocytozę. Doniesienie IV. Zestawienie zmian leukocytozy z kwasotą moczu. | 1085 | KATZ i LEIBENSO. Badania nad hormonem sercowym.  | 756  |
| P. A. ASZMARIN. I. A. ALEKSEJEW-BERKMAN i E. A. WŁADIMIROWA. Doniesienie V. Wpływ miejscowego ogrzewania i ochładzania na skład morfologiczny krwi. W sprawie mechanizmu zmian składu morfologicznego krwi obwodowej.   | 1085 | W. BORCHARDT. O przypuszczalnych przyczynach powstawania eozynofilii w zakażeniu glistami i w innych chorobach pasorzytniczych. I. Działanie aldehydów szeregu tłuszczowego. | 756  |
| K. SCHEER. O zdolności resorbcyjnej ściany jelit dla jonów wodorowych.  | 1085 | N. O. MOSENTHAL. O stosunku glikemii do ciśnienia krwi.  | 757  |
| L. TUFT. O wchłanianiu zastrzykniętej surowicy końskiej.  | 1086 | W. F. MILROY. Przewlekły obrzęk dziedziczny. Choroba Milroya.  | 781  |
| BENIGNO BARONI. Wpływ substancji wagotropowych i sympatykotropowych na hodowlę tkanek embrjonalnych i nowotworowych.  | 1086 | N. ELSNER. Podrażnienie a usposobienie w etiologii raka.   | 781  |
| W. FALTA i F. HÖGLER. O odporności względem hormonów  | 1155 | Teodor BRUGSCH. W sprawie analizy żółtaczek.   | 808  |
| P. DELBET. Rola magnezu w zjawiskach biologicznych  | 1155 | R. M. BALYEAT. O swędzeniu odruchowym w dychawicy.   | 809  |
| PELLATHY i HAINZ. Zależność między anafilaksją i równowagą kwasowo-zasadową   | 1155 | E. S. O'KEEFE i F. M. RACKEMANN. Dychawica, alergja a wypryski „żółtawe”.  | 809  |
| <b>8. Patologia kliniczna i doświadczalna.</b>  |      | E. REUTSCHLER, F. VANRANT i Z. ROWNTREE. O stosunku bólów stawowych do pogody.   | 1012 |
| Prof. Dr. Karol KLECKI. Patologia ogólna.   | 88   | Curt MANDOWSKY. O hiperwentylacji.   | 1012 |
| Pierre DELBET i C. PALLOS. Wpływ chlorku magnezu na rozwój raków szczepionych u myszy.  | 108  | A. WARTHIN i E. A. POHL. O działaniu promieni Roentgena na mięsień sercowy.  | 1012 |
| A. KRECKE. O przyczynach i znaczeniu rozpoznawczym t. zw. charłactwa chorych na raka.   | 109  | E. ANDREWS. Białkomocz, jako czynnik odtruwający ustrój.   | 1012 |
| Artur ELKELES i Franz HEIMAN. O wpływie podniesionej ciepłoty ciała i ostrych chorób zakaźnych na zawartość cukru we krwi.  | 109  | W. KARR i in. O działaniu syntaliny na spólczynnik oddechowy w gruźlicy.   | 1012 |
| A. STURM. O przemianie jodowej po usunięciu tarczycy.   | 180  | H. I. STANDER. O działaniu dożylnych zastrzykiwań siarczanu magnezu.   | 1060 |
| F. C. HELLWIG. O działaniu wyciągów z tytoniu na rozrost komórek u myszy.   | 180  | S. A. PORTIS. Badania nad trawieniem lecytyny przez fermenty trzustkowe.   | 1060 |
| F. HOFF i R. KELS. O hemogloburji napadowej na tle zimna.   | 180  | R. LAWRENCE i O. BUCKLEY. Eozynofilja po leceniu insulina.   | 1060 |
| E. GOTSCHLICH. Odczyn aktualny w dwunastnicy i jelicie czczem.  | 230  | J. NEUBURGER. Przedśmiertne zwiększanie się cukru we krwi.   | 1061 |
| L. BINET i P. FLEURY. O zwiększaniu się ilości żelaza we krwi podczas asfikcji.   | 230  | B. J. GOLDBERGER. O zachowaniu się cukru w moczu i we krwi po obciążeniu glukozą.  | 1061 |
| A. TOFFER i H. MULLER. O wpływie podwiązania kończyn dolnych na przemianę podstawową.   | 23   | DIETRICH. W sprawie podanego przez Brugscha odczynu doskórnego z żelazocjankiem potasu   | 1202 |
| RICHTER P. J. Głód i złe odżywianie.  | 231  | K. BAHN i J. LANGHAUS. Przemiana podstawowa a działanie białka w zimnicy szczepionej   | 1202 |
| P. HOCHREIN i R. MEIER. O zawartości kwasu mlekowego we krwi.   | 305  | M. N. FRIEDMAN. O miejscowym działaniu djatermji   | 1202 |
| J. HEITZ i Gilbert DREYFUS. Odczyn skórny Aldricha i Mac Clurea a czynność wątroby.   | 305  | K. VOGEL. O znaczeniu arsenu w wydalinach  | 1202 |
| I. S. RAVDIN i M. E. MORRISON. Chlorki surowicy w żółtaczce zatorowej.  | 305  | I. G. WEIDLEN i Z. G. HERMANN. O ropniach płuc   | 1202 |
| C. J. KRANTZ. Przemiana podstawowa w limfoblastomatach.   | 305  | <b>9. Bakterjologia i Serologia.</b>   |      |
| ADLER i SCHIFF. Obserwacje nad działaniem diety wątrobowej szczególnie na cholesterol we krwi.  | 475  | J. C. SMALL. O swoistości zarazka gościcowego.   | 109  |
| SCHAEFFER. O znaczeniu polipeptidazy dla rozpoznawania guzów złośliwych.  | 475  | J. C. SMALL. „Streptococcus cardioarthritidis” jako przyczyny powstawania zakażenia gościcowego.   | 109  |
| Mc. Kim MARRIOT i A. F. HARTMANN. Nowe poglądy na kwasicę.  | 475  | T. GRYGLEWICZ. Bakterjologia i Serologia. Wykłady i wskazówki do ćwiczeń.  | 400  |
| W. L. MATTICK i K. BUCHWALD. Badania nad zawartością cholesterolu we krwi chorych na raka.  | 536  | KAHLFELD-WAHLICH. Bakteriologische Nährboden-technik.  | 400  |
| L. CIRIO. O wpływie przekarmienia cholesterolu na zwierzęta mięsożerne.   | 536  | KRISTENSEN i HOLM. Badania bakterjologiczne i statystyczne nad gorączką falistą (febris undians) w Danji.  | 1130 |
| A. H. ROWE. Alergja pokarmowa.  | 536  | <b>10. Medycyna Społeczna, Higjena, Epidemiologia i Statystyka.</b>  |      |
| R. M. BALYEAT. Czynniki dziedziczne w schorzeniach alergicznych.  | 536  | Max RUBNER. Der Kampf des Menschen um das Leben.   | 16   |
|   |      | Dr. Kazimierz KARAFFA-KORBUTT. Higjena Pracy.  | 283  |
|   |      | Dr. St. KOPCZYŃSKI. Zdrowie dźiatwy szkół powszechnych.  | 283  |

|  |      |
|--|------|
| Leontyna FRANKOWSKA. Ustawa o obowiązku ubezpieczeniu na wypadek choroby.  | Str. |
| Dr. Władysław JUDYM. Stanowisko lekarza w demokracji współczesnej.   | 534  |
| Prof. Witold GĄDZIKIEWICZ. Zbiór prac i streszczeń poglądowych z Zakładu Higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego 1927 i 1928 r. | 534  |
| Wartość biologiczna młodzieży szkolnej w dobie obecnej.  | 534  |
| Część I Wyniki badań młodzieży żeńskiej w szkołach m. Wilna.   | 534  |
| Część II. Wyniki badań młodzieży męskiej w szkołach m. Wilna.  | 534  |
| Prof. Dr. W. KRUSE. Die Deutschen und ihre Nachbarvölker.  | 535  |
| W. W. SCOTT i in. O działaniu odkażającym jodiny i merkurochromu na skórę.   | 535  |
| GROTJAHN, LANGSTEIN, ROTT. Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge.  | 665  |
| Arno ARNOLD. Bibliographie des 1927 erschienenen Schrifttums über Sportmedizin.  | 684  |

### 11. Djagnostyka.

|   |      |
|---|------|
| G. KATZ i M. LEFFKOWITZ. O opadaniu czerwonych ciałek krwi.   | 40   |
| E. KYLIN. O wynikach próby czynnościowej aparatu insularnego.   | 41   |
| F. PEISER. Wynik określenia przemiany podstawowej jako kryterium różniczkowo-rozpoznawcze.                    | 159  |
| A. M. SERBY i L. BLOCK. Bromosulfaleinowa próba czynnościowa wątroby.   | 159  |
| A. LURIA i E. R. MOGILEWSKI. Przyczynki do chromoskopji żołądkowej, jako metody badania czynności żołądkowej. | 159  |
| P. F. BUTLER i H. W. DANA. O ruchach przepony.  | 284  |
| G. M. PIERSÖL i M. M. ROTHMANN. O wartości prób czynnościowych wątroby.                                       | 284  |
| N. G. BECK. O czynności ruchowej i wydzielniczej żołądka.   | 284  |
| I. REISCHMAN. O powtórnej próbie śniadaniu próbnym w badaniu żołądka.   | 284  |
| James T. CASE. O znaczeniu cholecystografji.  | 590  |
| J. S. DIAMOND. O wartości oznaczenia bilirubiny we krwi.  | 591  |
| T. JANOWSKI-KIJÓW. Znaczenie kliniczne zapachu.   | 849  |
| A. WINKIELSTEIN i J. MARCUS. O wydzielaniu czerwieni obojętnej w niedokwaśności żołądka.                      | 1037 |
| GELING. Dalsze doniesienie o udoskonaleniu metody prześwietlania pęcherzyka żółciowego.                       | 1037 |

### 12. Lecznictwo.

|   |     |
|---|-----|
| Prof. Dr. POULSSON. O działaniu tranu dorszowego i o jego stosowaniu leczniczym.      | 16  |
| v. NOORDEN. O kuracjach owocowych.  | 16  |
| E. REHN i H. ACHELIS. Odżywianie w schorzeniach chirurgicznych.                       | 109 |
| F. BOURGEOIS i S. De SÈRE. O stosowaniu chloru wapnia w krwotokach i skazach.         | 111 |
| J. GLÄSER. O śródmięśniowym zastrzykiwaniu cukru gronowego.                           | 181 |
| H. E. MOCK i M. L. ABBEY. O leczeniu za pomocą pracy.                                 | 181 |
| J. L. JONA. Nowa metoda podawania ciężkich metali w lecznictwie reka.                 | 181 |
| A. BIER. Leczenie zakażeń ropnych rozżarzonem żelazem.                                | 181 |
| A. BIER. W sprawie leczenia ciężkich zakażeń rozpalonem żelazem.                      | 181 |
| C. BRAMANN. Leczenie powolnego zapalenia wsierdzia przez wypalanie na miejscu wyboru. | 182 |
| Prof. H. KÖNIGER. Krankenbehandlung durch Umstimmung.                                 | 231 |
| R. FISCHL i B. EPSTEIN. Ciężkie uszkodzenia wywołane u królika przez wiganol.         | 232 |
| A. M. MEMMESCHEIMER. O znaczeniu esofilaksji w lecznictwie.                           | 232 |
| M. H. BARKER i J. P. O'HARE. O stosowaniu salirganu w obrzękach.                      | 306 |
| K. F. MAZCY. O śródżylnem stosowaniu chininy.   | 306 |

|   |      |
|---|------|
| Skorowidz lecznictwa pod redakcją prof. D-ra L. Korczyńskiego.  | Str. |
| E. STEINIZ. O leczeniu syntaliną.   | 403  |
| K. MEYER NOBEL. O leczeniu stanów skurczowych za pomocą związków bromowych strontu.                                 | 403  |
| L. C. KNOX. O leczeniu ołowiem.   | 500  |
| WATERS, COLSTON i GAY. Oleń koloidalny oraz głęboka rentgenoterapia w leczeniu nowotworów.                          | 501  |
| H. J. GERSTENBERGER i J. I. HARTMANN. Lampa kwarcowa w leczeniu krzywicy oraz tężyzki.                              | 501  |
| M. RENAUD. O własnościach leczniczych serwatki.   | 501  |
| H. REINWEIN. Sionon jako nowy środek zastępujący cukier.  | 501  |
| M. SCHNAASE. Doświadczenia z koramińą.  | 501  |
| T. OMORI. Dożylnie stosowanie digifoliny.   | 665  |
| H. OFFERGELD. O współczesnym leczeniu przetworami walerjany.  | 665  |
| N. W. JONES i in. O działaniu krwiotwórczem wyciągów jądrowych.   | 665  |
| Podręcznik receptowy oligopleksów dynamicznych i preparatów.  | 873  |
| STÜMPKE. W sprawie wskazań do leczenia malarją.   | 874  |
| C. B. STRAUCH. Nowa metoda zastrzykiwań podskórnych.  | 874  |
| J. M. STRANG. Odchylenie od zwykłych metod leczenia otyłości.   | 874  |
| Z. MARTIN i J. H. HILL. Merkurochron w leczeniu spraw pęcherzykowych.   | 1037 |
| I. S. SIMMONS. O bakterjohólczem działaniu merkurochronu 220 rozpuszczalnego i rozczyńców jodiny w odkażaniu skóry. | 1037 |
| R. BURNS i W. MIDDLETON. Dwutlenek węgla w leczeniu zastoiny płucnej.   | 1037 |
| A. F. HESS i J. M. LEWIS. Badania kliniczne nad działaniem naświetlonego ergosterolu.                               | 1037 |
| G. ZACHARIA. W sprawie stosowania fosforu w lecznictwie.  | 1038 |
| A. BICKEL. Cukier gronowy jako środek djetetyczny.  | 1131 |
| B. SÜSKIND. Próba 25 miesięcznego odżywiania małowiałkowego.  | 1131 |
| C. F. Mc. CLINTIC. O leczeniu zaburzeń odżywczych za pomocą obstrzykiwań tętnic wyskokiem.                          | 1132 |
| E. GREUL. Doniesienia o preparacie Vasano.  | 1132 |

### 13. Znieczulanie.

|   |     |
|---|-----|
| F. DRIAK i H. WOLF. Operacje na twarzy w znieczuleniu przy pomocy skopolaminy, pozbawionej własności trujących. | 306 |
| STEGEMANN. Znieczulanie do operacji chorych na chorobę Basedowa.  | 306 |
| S. WEISS i D. DAVIS. O znaczeniu dośrodkowych odruchów skórnych dla powstawania i usuwania bólów trzewiowych.   | 306 |

### 14. Choroby zakaźne.

|   |     |
|---|-----|
| Philipp LEITNER. O wczesnym rozpoznawaniu krztuśca. Przyczynki do hematologii krztuśca. | 42  |
| E. STERN. Leczenie biegunki amebowej.   | 42  |
| L. W. SAUER i L. HAMBRECHT. O leczeniu krztuśca   | 232 |
| A. C. SILVERMANN. O profilaktycznym podawaniu surowicy w odrze.                         | 232 |
| D. SYMMERS. O leczeniu róży surowicą swoistą.   | 232 |
| SSIPOWSKI. Zmiany drobnowidzowe w grasicy dzieci zmarłych na płonicę.                   | 232 |
| NEUFELD. Nowe wyniki badań epidemiologicznych.  | 400 |
| STOELZNER. W sprawie czynnego uodparniania przeciw błonicy.                             | 401 |
| LOEWENSTEIN. W sprawie czynnego uodparniania przeciw błonicy.                           | 401 |
| P. SCHMIDT. Czy istnieje możność skutecznego zapobiegania grypie?                       | 501 |
| PLATE A. Epidemiczne obrzmienie gruczołów podszczękowych w grypie.                      | 501 |
| BECKER. Nowa surowica błonico-płonicza.   | 502 |
| Nipperdey WOLFGANG. Morfologiczny obraz krwi podczas epidemji grypy.                    | 536 |
| E. P. Mc. DONALD i K. C. WADDEL. O nagminnem występowaniu włośnicy.                     | 536 |

|  |      |
|--|------|
| E. GEMPNER i G. B. GRUBER. O zmianach w mózgu ludzkim w przypadkach włośnicy.                                    | 536  |
| MÜHLENS. Wyniki stosowania leczniczego yatren 105 w przypadkach czerwonki amebowej i bakteryjnej.                | 639  |
| H. S. REICHLÉ. Napadowe kichanie jako równoważnik kaszlu napadowego w krztuścu.                                  | 639  |
| W. L. AYCOCK i in. O stosowaniu surowicy ozdrowieńców w leczeniu poliomyelitis.                                  | 639  |
| P. KRAUSE. O leczeniu nosicieli duru.  | 736  |
| BIĘ V. Leczenie błonicy za pomocą dużych dawek surowicy.   | 737  |
| POCKELS. W sprawie krytyki najbardziej dziś używanych metod czynnego uodparniania przeciw błonicy.               | 737  |
| KISSKALT. W sprawie etiologii grypy.   | 809  |
| GOTTHEIL C. Krążenie krwi w grypie.  | 809  |
| MADSEN. Rozpoznanie i zapobieganie w kokluszu.   | 809  |
| VEIL. Rozwój i leczenie zakażenia gośćcowego.  | 810  |
| OTTO i BLUMENTHAL. Doniesienie o czynnym uodpornieniu przeciwko błonicy z instytutu Roberta Kocha.               | 1061 |
| R. MIDDLETON i W. DUANE. Piorunująca posocznica meningokokkowa bez zajęcia opon mózgowych.                       | 1061 |
| C. M. DAVIS. Ostre zapalenie gruczołów chłonnych Pfeiffera.  | 1061 |
| <b>15. Gruźlica.</b>   |      |
| IWANOW-NIEZNAW i UDINCEW. Wpływ soli wapniowych na przebieg gruźlicy.  | 63   |
| ALPERIN. W sprawie leczenia gruźlicy płuc solami wapniowymi.   | 64   |
| G. RICHTER. W sprawie leczenia gruźlicy płuc tri-falem.  | 64   |
| KRUCHON. O gruźlicy opłucnowo-otrzewnowej.   | 111  |
| APOSTOLIDES i NADJISSARAUTOS. O leczeniu ropnych wysięków gruźliczych opłucny.                                   | 111  |
| TIMOFEJEWSKIJ i BENEWOLENSKAJA. Szczepienie tkanek i leukocytów ludzkich prątkami gruźlicy Calmettea (B. C. G.). | 112  |
| K. CHOREMIS. Bliźnięta z wrodzoną gruźlicą.  | 134  |
| H. KOOPMANN. W sprawie gruźliczego zakażenia kontaktowego w małżeństwie.   | 134  |
| RADO i HUTH. O badaniu prątków gruźliczych w moczu.  | 135  |
| Prof. SCHLOSSMANN. Konferencja Sekcji Higieny Ligi Narodów w sprawie szczepień Calmetteowskich.                  | 233  |
| H. OPITZ. W sprawie otwartej gruźlicy wieku dziecięcego.   | 233  |
| I. GAVRILA i V. VIOR. O znaczeniu prognostycznym zawartości cholesteroliny we krwi chorych na gruźlicę płuc.     | 233  |
| GUILLERY. Działanie na odległość toksyn prątków gruźliczych na tkankę tłuszczową i skórę.                        | 402  |
| UNVERRICHT. Gruźlica szczytów i jej stosunek do wczesnego nacieku.   | 402  |
| F. SMITHIES, M. WEISMAN i F. FREMEL. Enterocolitis tuberculosa.  | 402  |
| Olgięd SOKOŁOWSKI. Gruźlica.   | 452  |
| Zofja KUNCEWICZ. Postęp w poglądach na patogenę gruźlicy płuc.   | 452  |
| Halina POPLAWSKA. Lasecznik Kocha w świetle nowych badań.  | 452  |
| Feliks WASILEWSKI. Wartość badań pomocniczych w gruźlicy płuc.   | 452  |
| SCHWALM. O grypie i gruźlicy.  | 452  |
| WEDEKIND Th. Dożylnie wstrzykiwanie zawiesiny pyłu węglowego w celach leczniczych w gruźlicy płuc.               | 452  |
| DÜNNER i HELLBORN. Leczenie obustronnej gruźlicy płuc za pomocą odmy sztucznej i frenikotomji.                   | 453  |
| PAGEL. W sprawie anatomji patologicznej nacieku podobojczykowego.  | 939  |
| J. W. FLINN. Obraz krwi w gruźlicy czynnej.  | 639  |
| J. B. HAWES i E. FRIEDMAN. O znaczeniu rentgenogramów w gruźlicy gruczołów węglowych.                            | 639  |
| SIHLE. Niewykorzystany objaw osłuchowy początkowe żirgajuccpyl.  | 963  |

|   |      |
|---|------|
| St. ENGEL. O patologji i rentgenologii gruźlicy gruczołów około-oskrzelowych.                                     | 781  |
| NERVEGNO. Gruźlica płuc a trening aportowy.   | 782  |
| G. SUCHAREWA i E. OSSIPOWA. O psychopatologii gruźlicy dziecięcej.  | 874  |
| E. LEURET i J. CAUSSIMON. O wpływie wstrzykiwań prątków B. C. G. na świnki morskie.                               | 874  |
| E. LEURET i J. CAUSSIMON. O wpływie wielokrotnych dożylnych wstrzykiwań dużych dawek prątków B. C. G. na króliki. | 874  |
| E. LEURET i J. CAUSSIMON. O złośliwości prątków gruźliczych B. C. G.  | 875  |
| M. MECKLENBURG. Der gegenwärtige Stand der Schutzimpfung gegen Tuberkulose  | 1156 |
| L. VAJDA. O powiększeniu gruczołów śródpiersiowych u dorosłych  | 1156 |
| R. ARIMA. Wyniki szczepionki „AO“ u zagrożonych gruźlicą i słabych dzieci   | 1156 |

## 16. Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

|   |     |
|---|-----|
| I. MELLER i O. HIRSCH. Neuritis rhinogenes retrobulbaris.   | 42  |
| M. MOUNER KUHN. Zmiany w narządzie wzroku, jako bezpośrednie następstwo zabiegów wewnątrznosowych.                              | 43  |
| A. REDALIEU. Antivirus Besredki w leczeniu cierpień jamy ustnej.  | 43  |
| K. BERNFELD. Nosogardziel dziecięca i jej małowartościowość konstytucyjna.  | 90  |
| M. SŁOBODNIK. Przsadka gardzielowa a migdałek gardzielowy.  | 90  |
| R. SCHOEN. O wartości wyluszczenia migdałków w chorobach wewnętrznych.  | 91  |
| BOUTOT. W sprawie wyluszczenia migdałków śpiwakom   | 91  |
| HEYNINX. Znaczenie kliniczne migdałka krtaniowego kieszonkowego Fraenkla.   | 91  |
| MANN. Obraz kliniczny obrzęku śluzakowego (dotyczący szczególnie uszu, gardła i nosa) na podstawie sześciu własnych przypadków. | 160 |
| G. GOULET. Przypadek torbieli zębowej na dolnej szczęce.  | 160 |
| R. BERTOIN. Rzekomo-błoniasty niezbyt nosa pochodzenia niebłonicy.  | 160 |
| BIRKHOLC. Jeszcze jeden przyczynek do zagadnienia ozeny.  | 160 |
| O. MUCK. Upośledzone wydzielanie potu na końcu nosa u chorych, dotkniętych ozeną.   | 160 |
| E. SCHLITTLER. Badania kliniczne i histologiczne we wrodzonej kile błędnika.  | 160 |
| THEISSING i THIELEMANN. O badaniu błędnika w kile.  | 160 |
| W. SCHREYER. O naświetlaniu gruźlicy krtani i tocznia śluzówki jamy ustnej lampą łukową Wesselyego.                             | 204 |
| W. BERGER. Przyczynek do zagadnienia podwójnych strun głosowych.  | 204 |
| C. WIETHE. Przyczynek do badania nowotworów przerzutowych krtani.   | 204 |
| Th. BORRIES. Rozpoznawanie ropni mózgowych i podobonowych przy pomocy nakłucia lędźwiowego.                                     | 206 |
| LANNOIS i JOUVE. Zaburzenia ruchowe w obrębie nerwu trójdzielnego pochodzenia usznego.  | 205 |
| J. TERRACOL. Oczopląs a szyjny splot sympatyczny. Badania doświadczalne.  | 205 |
| M. HAJEK. Zagadnienie anginy.   | 328 |
| P. S. RHOADS i G. F. DICK. O skuteczności usunięcia migdałków w zwalczaniu zakażenia ogniskowego.                               | 328 |
| L. LEROUX. O dajtermo-koagulacji złośliwych guzów gardzielowych.  | 329 |
| J Van der HOEVE i LEONHARD. Zespół tarczyczo-głosowy.   | 329 |
| A. SOULAS. Obce cisto w oskrzelach nierozpoznane w ciągu 10 lat i usunięcie go metodą bronchoskopową.                           | 329 |
| J. BERBERICH. Przemiana cholesterolowa a narząd słuchu.   | 329 |

| Str.                               |   | Str. |
|------------------------------------|---|------|
| 329                                | K. GRÜNBERG. W sprawie gruźliczego zapalenia szpiku kostnego kości skroniowej.  | 135  |
| 475                                | J. GRAEFF. Angina rheumatica z punktu widzenia anatomo-patologicznego (Peritonillitis rheumatica).  | 205  |
| 475                                | G. SPIESS. Konieczność wczesnego prześwietlenia promieniami Roentgena z zastosowaniem masy kontrastowej w przypadkach połknięcia ciała cbczego.   | 205  |
| 476                                | W. LANGÉ. Plastyka przewodu słuchowego przy pomocy zwykłego cięcia podłużnego na granicy tylnej i górnej ściany.  | 206  |
| 476                                | G. GRÜHL. Powikłania wewnątrzczaszkowe w ropniach uszów z przedziurawieniem środkowym błony bębenkowej.   | 329  |
| 476                                | P. CARCO. O częstoci ropni Cittelliego.   | 329  |
| 537                                | J. G. DRUSS. O histologii i patologii połączeń kosteczek słuchowych.  | 330  |
| 537                                | BIRKHOLC. Zapobieganie tworzeniu się w zatoce esowato -poprzecznej zakrzepów wstecznych pochodzenia usznego.  | 330  |
| 537                                | GUTTICH. Uwagi o próbie omijania.   | 330  |
| 537                                | K. ULRICH. Uszkodzenia narządu słuchu w przypadkach złamania podstawy czaszki.  | 339  |
| 640                                | A. SEIFERT. Podwiązanie tętnicy szczękowej wewnętrznej.   | 540  |
| 640                                | R. M. MENZEL. O leczeniu ropni przegrody nosowej.   | 709  |
| 640                                | BIRKHOLZ. Rentgenologiczne badania kontrolne nad działaniem zagiętej rurki Hartmanna w typowym ropieniu perlakowem ucha.  | 709  |
| 640                                | O. MUCK. Traktowanie jam po opróżnionych ropniach mózgu.  | 1038 |
| 757                                | I. BOAS. O woni z ust i jej leczeniu.   | 1038 |
| 758                                | Ino KUBO. O aurografie według Kubo.   | 1038 |
| 758                                | HO-CING YANG. O wpływie pociągania mięśni na powstawanie i rozwój wyrostka sutkowego.   | 1038 |
| 758                                | K. VOGEL. Sprawdzenie wyników odczynu ciepłego, zwłaszcza w chorobie Meniërea.  | 1132 |
| 810                                | C. T. STURGEON. O uchyłkach przelyku.   | 1132 |
| 810                                | J. FRIEDENWALD i in. O wrzodzie trawiennym przelyku.  | 1132 |
| 810                                | CH. JACKSON. Wrzód trawiennym w przelyku.   | 1132 |
| 811                                | A. M. NIKOLSKIJ. W sprawie operacji przedwstępnych w leczeniu chirurgicznym polipów włókniakowych podstawy czaszki.   | 1132 |
| 811                                | K. VOSEL. Zmiany histopatologiczne w zwoju klinowo-podniebiennym ze szczególnem uwzględnieniem nieżytyłów zanikowych nosa.  | 1132 |
| 875                                | H. STERNBERG. Odczyn farmakologiczne ciała jamistego i podnabłonkowej sieci naczyń włosowatych śluzówki nosa.   | 1132 |
| 875                                | Vom Storm LEEUWEN. Leczenie gorączki siennej.   | 1132 |
| 875                                | W. HESSE. Przyczynę do bakterjologii i kliniki ostrych zapaleń ucha środkowego i wyrostka sutkowego oraz do powikłań, związanych z temi zapaleniami.                                    | 1132 |
| 875                                | A. KLINGENBERG. Wyłączne pęknięcie ślimaka w złamaniach podstawy czaszki.   | 1132 |
| 1110                               | E. ROSE i K. HOUSER. O t. zw. angina agranulocytotica.  | 1132 |
| 1110                               | N. KARPOW. W sprawie związku nosa ze sferą płciową.   | 1132 |
| 1110                               | B. D. ALMEIDA. Podśluzowe wycięcie środkowej muszli nosowej.  | 1132 |
| 1110                               | E. ERDÉLYI. Jeszcze w sprawie wczesnego leczenia oparzeń przelyku ługiem.   | 1132 |
| 1110                               | E. WODAK. Czteroletnie doświadczenie w leczeniu arsenem przytępienia słuchu.  | 1132 |
| 1110                               | M. SZMURSKI. Uruchomienie kosteczek słuchowych w celu poprawienia słuchu.   | 1132 |
| <b>17. Choroby płuc.</b>           |   |      |
| 43                                 | SCHOTT. Leczenie farmakologiczne duszniczy oskrzelowej.   | 43   |
| 43                                 | G. L. WALDBOTT. Rentgenoterapia dychawicy i stanów dychawicznych.   | 43   |
| 44                                 | SCHULTZ J. H. Psychoterapia duszniczy oskrzelowej.  | 44   |
| 135                                | W. J. Merle SCOTT i E. C. CUTLER. O leczeniu pooperacyjnych zapadnięć płuc.   | 135  |
| 135                                | C. A. L. BINGER i R. V. CHRISTIE. O stosowaniu diatermji w zapaleniu płuc.  | 135  |
| 135                                | A. WINKLER. O zachowaniu się jam w płucach podczas kaszlu.  | 135  |
| 205                                | P. P. VINSON. O wartości bronchoskopji w rozpoznawaniu nowotworów płucnych.   | 205  |
| 205                                | B. P. STIVELMAN. O radjodjagnosyce nowotworów płuc.   | 205  |
| 205                                | W. H. PARK. O leczeniu zapalenia płuc płatowego zapomocą surowicy swoistej.   | 205  |
| 206                                | R. Z. CECIL i W. D. SUTLIFF. O leczeniu zapalenia płuc płatowego zapomocą stężonej surowicy przeciwpneumokokowej.   | 206  |
| 329                                | J. P. Crozer GRIFFITH. Zapalenie płuc krupowe a nieżytowe.  | 329  |
| 329                                | LAUCHE. Zagadnienie płatowego zapalenia płuc z punktu widzenia patologa.  | 329  |
| 330                                | REICHMANN. Leczenie zapalenia płuc płatowego solwochiną.  | 330  |
| 330                                | O. WIESE. O leczeniu rozstrzeni oskrzelowych u dzieci.  | 330  |
| 330                                | M. A. RAMREZ. O leczeniu dychawicy oskrzelowej zastrzykiwaniem peptonu.   | 330  |
| 539                                | H. DARRÉ i G. ALBOT. Kiła płuc w postaci guzkowatego zwłóknienia kiłowego z zapaleniem ścian naczyń.  | 539  |
| 540                                | Y. HENDERSON i H. W. HAGGARD. Hiperwentylacja płuc jako środek zapobiegawczy przeciw zapaleniu pooperacyjnemu.  | 540  |
| 709                                | FROMME. Ropne zapalenie opłucny.  | 709  |
| 709                                | A. KONRAD i W. FRANKE. W sprawie raka pierwowotnego płuc.   | 709  |
| 1038                               | A. E. NAISH. Płuca gośćcowe.  | 1038 |
| 1038                               | H. JACOBY. Z kliniki nowotworów płucnych.   | 1038 |
| 1038                               | P. ROSENBLUM i B. GASSUL. O rzadkiem powikłaniu zapalenia płuc.   | 1038 |
| 1038                               | Ch. ACHARD. O losach chorych z wysiękami opłucny.   | 1038 |
| 1132                               | A. OCHSNER. O etiologii przewlekłych nieżytyłów oskrzeli.   | 1132 |
| 1132                               | W. J. M. SCOTT. O zapobieganiu i leczeniu niedodmy pooperacyjnej.   | 1132 |
| 1132                               | J. HENDERSON. O fizjopatologii niedodmy.  | 1132 |
| 1132                               | Henryk FAJGIN. Leczenie astmy za pomocą wzięwania.  | 1132 |
| <b>18. Choroby serca i naczyń.</b> |   |      |
| 64                                 | E. LANGE i E. WEHNER. Serce w stanach nadciśnienia i w miażdżycy.   | 64   |
| 64                                 | G. FAHR. Serce o nadmiernem ciśnieniu.  | 64   |
| 65                                 | V. MANDRU. Przyczynki do leczenia niewydolności sercowo-nerkowej i stałego nadciśnienia.  | 65   |
| 135                                | C. R. SCHLAYER. O duszniczy bolesnej.   | 135  |
| 136                                | C. S. KEFFER i W. N. RĘZNIK. Dusznicza bolesna na tle anoksemji.  | 136  |
| 136                                | H. Mc. CULLOCH. O gośćcowych schorzeniach serca.  | 136  |
| 18                                 | V. LASSANCE. O rodzajach wzmożonego ciśnienia krwi.   | 18   |
| 184                                | C. DERSCA, D. JOUNESCO i V. BALACANU. O stosunku obwodowego ciśnienia żylnego do tętniczego.  | 184  |
| 184                                | M. LJUNGDAL. O powolnem powstawaniu zatorów w obrębie tętnicy płucnej.  | 184  |
| 186                                | W. BLUMENTAL. O kuracjach odwadniających u chorych sercowych.   | 186  |
| 330                                | FISCHER, GUGGENHEIMER i E. A. MÜLLER. Wpływ preparatów teofilinowych i strofantyny na naczyń wieńcowe i napięcie mięśnia sercowego wedł. badań na preparacie sercowo-płucnym Starlinga. | 330  |
| 330                                | J. P. ANDERSON. Zamknięcie naczyń wieńcowych a objawy brzuszne.   | 330  |
| 330                                | BRAUN i SAMET. Ucisk na nerw błędny a naczyń wieńcowe.  | 330  |
| 331                                | J. H. MUSSER. O stosowaniu teofilino-dwuaminoetylenu w cierpieniach serca połączonych z bólami.   | 331  |
| 403                                | J. H. BARACH. O czynnikach konstytucjonalnych w nadciśnieniu.   | 403  |
| 403                                | S. LEVINE i M. N. FULTON. O stosunku nadciśnienia do zwężenia ujścia zastawki dwudzielnej.  | 403  |
| 404                                | G. DEUSCH i A. L'EPÉLÉ. O naczyniach włosowatych skóry w nadciśnieniu.  | 404  |

|   | Str. |
|---|------|
| B. FIMBACHER. O środkach obniżających ciśnienie krwi.   | 404  |
| H. O. MOSENTHAL. O leczeniu nadciśnienia pierwotnego.   | 404  |
| J. A. E. EYSTER. O przeroście serca.  | 503  |
| J. A. E. EYSTER. Rentgenologiczne określenie przerostu serca.   | 503  |
| F. J. HIRSCHBOECK. Leczenie zaburzeń czynnościowych serca.  | 503  |
| PARADE G. W. i VOIT K. Leczenie zespołu objawów Adama-Stokesa za pomocą adrenaliny i efetoniny.                                       | 503  |
| W. B. FARNUM. Wpływ tonsillektomji na istniejące cierpienia serca u osób dorosłych.   | 503  |
| BÖTTCHER P. G. Prawidłowe doustne stosowanie g-strofantyny.   | 503  |
| James MACKENZIE i James ORR. Choroby serca. Zasady rozpoznawania i leczenia.  | 540  |
| D. RUSMAN. O schorzeniach mięśnia sercowego przebiegających pod postacią zaburzeń żołądkowych.  | 540  |
| N. SPIRO i W. W. NEWMAN. O stosowaniu chinidyny w migotaniu przedsionkowym.   | 541  |
| P. UHLENBRUCK. Niedomoga prawego serca.   | 666  |
| D. P. BARR. Ćwiczenie i wysiłek w cierpieniach serca.   | 666  |
| GEORGOPULOS. O działaniu ergotaminy na nadciśnienie samoistne.  | 666  |
| J. ERDELYI. Nowy sposób stwierdzenia sprawy sklerotycznej w łuku tętnicy głównej.   | 666  |
| H. STROTHMANN. O znaczeniu skurczów dodatkowych przy niedomodze krążenia w spiączce cukrzyczej.                                       | 760  |
| Th. FAHR. Zanik brunatny mięśnia sercowego a niedomoga serca.   | 760  |
| C. LIAN i M. MARCHAL. O leczeniu dusznicy bolesnej za pomocą promieni Roentgena.  | 760  |
| H. A. CHRISTIAN. O schorzeniach przewlekłych serca niezastawkowych  | 760  |
| W. MISCH i A. MECHENR. Sercowo-współczulny objaw odruchowy.   | 782  |
| E. P. BOAS. Zaburzenia nerwowe serca.   | 782  |
| R. S. PALMER i P. D. WHITE. O znaczeniu klinicznym dychawicy sercowej.  | 782  |
| DRESSLER. Przypadek rytmu węzłowego z napadową utratą przytomności wskutek trzepotania komór.   | 814  |
| H. DARRÉ i C. ALBOT. Przyczynki do histopatologii ostrego gośca sercowego. Zmiany ostre w osierdziu, wsierdziu i ich tkance oporowej. | 814  |
| LIPSCHITZ M. W sprawie pelzającego zapalenia żył.   | 814  |
| G. de TAKATS. Żyłaki i ich następstwa   | 814  |
| M. A. BRIDGES. Kwas moczowy we krwi w dusznicy bolesnej.  | 970  |
| T. H. COFFEN i H. P. RUSH. Ostra niestrawność, a dusznica bolesna.  | 970  |
| NEMOURS. O radjoterapii w leczeniu dławicy piersiowej.  | 971  |
| VAQUEZ, GIROUX i KISTHINIOS. O działaniu pewnych wyciągów trzustkowych w leczeniu dusznicy bolesnej.                                  | 1012 |
| T. ALHTAUSEN. Wyciąg wątrobowy w leczeniu nadciśnienia.   | 1013 |
| A. MOLNAR jun. O stosowaniu preparatów tarczycy w hipertoni.  | 1013 |
| E. P. RICHARDSON i P. L. WHITE. O sympatyktojmji w leczeniu dusznicy bolesnej.  | 1013 |
| R. CATTEL i L. PURXTHALL. O leczeniu dusznicy bolesnej za pomocą parawertebralnych zastrzykiwniaka alkoholu.                          | 1013 |
| A. W. ALLEN i R. N. SMITHWICK. O stosowaniu obcego białka w leczeniu obwodowych schorzeń naczyńniowych.                               | 1013 |
| G. KLÈMPERER. Wzruszenia a choroby serca.   | 1133 |
| M. PACKARD i H. F. WECHSLER. Tętniak tętnicy wieńcowej.   | 1133 |
| S. S. SAMUELS. O wczesnym rozpoznawaniu thromboangiitis obliterans.   | 1133 |
| P. WHITE i R. HAHN. Wzdychanie jako objaw choroby serca.  | 1133 |
| N. M. MASTER i E. OPPENHEIMER. Prosta próba tolerancji układu krążenia.   | 1133 |

## 19. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

|  | Str. |
|--|------|
| Priv. Doz. Dr. Walther GLOOR. Die klinische Bedeutung der qualitativen Veränderungen der Leukozyten.                     | 44   |
| N. GÜNTHER. O znaczeniu klinicznym pomiarów wielkości czerwonych krążków krwi.   | 44   |
| D. EISEN. O zmianach we krwi w schorzeniach złośliwych.  | 112  |
| CRAWFORD i WEISS. O podostrych postaciach białaczki  | 112  |
| HOFF. O roślinnej regulacji krwi.  | 112  |
| E. H. HEATH. O leczeniu niedokrewności złośliwej za pomocą wątroby.  | 256  |
| R. ISAACS i inni. Niedokrewność tasiemcowa.  | 256  |
| R. ISAACS, C. C. STURGIO i M. SMITH. Leczenie niedokrewności złośliwej.  | 331  |
| U. RICHTER i in. O leczeniu ciężkiej niedokrewności na tle robaka.   | 331  |
| Dr. A. von DOMARUS. Einführung in die Hämatologie. Zugleich vierte Auflage des Taschenbuches der klinischen Hämatologie. | 476  |
| H. MEINERTZ. Leczenie niedokrewności złośliwej ze szczególnym uwzględnieniem usunięcia śledziony.                        | 477  |
| H. PULFER. W sprawie ominięcia trudności związanych z leczeniem niedokrewności złośliwej wątroby.                        | 477  |
| TSCHERKES i GOLDSTEIN. Objaw fitotoksyczny w niedokrewności złośliwej i stosunek jego do leczenia wątroby.               | 709  |
| A. HITMAIR. W sprawie stosowania wątroby przez odbytnicę.  | 710  |
| V. VARGA. Stosowanie insuliny w leczeniu niedokrewności złośliwej.   | 710  |
| O. P. WILSON. Wybitna monocytoza po leczeniu przeciwikiłowem.  | 782  |
| M. MORRISON i in. O znaczeniu śledziony dodatkowej.  | 783  |
| W. TODTENHAUFT. O leczeniu niedokrewności za pomocą ferronowiny.   | 783  |
| C. SCHNEIDER. Zaburzenia psychiczne w anemji złośliwej.  | 897  |
| A. BLOOMFIELD i A. WYKOFF. O leczeniu spruce za pomocą wątroby.  | 897  |
| I. RAPPAPORT. Ciśnienie krwi a oddychanie.   | 897  |
| C. A. DOAN. O działaniu namagnesowanego żelaza na krew.  | 898  |
| S. HURWITZ i E. LEWITIN. Fenilhidrazyna w leczeniu wielokrwiowości.  | 898  |
| J. M. MEANS i W. RICHARDSON. O istocie niedokrewności złośliwej.   | 1013 |
| Z. TRISSELL i J. DAVIS. Alkalozja w przebiegu niedokrewności.  | 1014 |
| N. Z. ALT. Przemiana w niedokrewności złośliwej.   | 1914 |
| R. WEST i E. P. NICHOLS. O czynnikach skutecznych diety wątrobowej w leczeniu niedokrewności złośliwej.                  | 1014 |
| G. H. WHIPPLE. O czynnikach dietetycznych w leczeniu niedokrewności.   | 1014 |
| W. HUNTER. 3 pokolenia krwi patologicznej.   | 1157 |
| R. CATTAN i C. M. LAUR. O obecności form jądrzastych czerwonych ciałek we krwi w streptokokowym zapaleniu wsierdzia      | 1158 |
| H. GÜNTHER. O poliglobulji pochodzenia mózgowego   | 1158 |
| Jacques ROSKAM. Purpura haemorrhagica i tromboopenja.  | 1158 |
| T. ORDWAY i L. W. GORHAM. O leczeniu niedokrewności złośliwej za pomocą wątroby i wyciągów wątrobowych.                  | 1202 |
| C. C. STURGIS, R. ISAACS i M. SMITH. O stosowaniu wyciągu wątrobowego w niedokrewności złośliwej                         | 2203 |
| C. S. KEEFER i C. S. JANG. Wątroba i żelazo w leczeniu niedokrewności wtórnej.   | 1203 |
| W. B. CÄSTLE i M. A. BOWIE. Wyciąg z wątroby, przygotowany sposobem domowym.   | 1293 |

|   | Str. |   | Strt |
|---|------|---|------|
| <b>20. Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.</b>  |      |   |      |
| F. RATHERY i J. MARIE. O znaczeniu lecniczem wyciągu z tylnego płata przysadki mózgowej w moczówce prostej.         | 65   | M. WISHNOWSKI. Tolerancja na dekstrozę u cukrzyczych  | 737  |
| ANDRÉ i CHOAY. O wpływie podawania proszku płata tylnego przysadki na moczówkę prostą.                              | 65   | WEISS F. W sprawie wartości diety owocowej w ciężkich przypadkach kwasicy cukrzyczej  | 737  |
| REYE. Wczesne objawy zaniku przedniego płata przysadki (choroba Simmondsa) oraz ich pomyślne leczenie               | 65   | C. v. NOORDEN. O przygotowaniu i leczeniu następcom chorych cukrzyczych, wymagających zabiegu operacyjnego  | 737  |
| LÖWENBERG i NOAH. Rokowanie u chorych cukrzyczych, leczonych insuliną   | 136  | H. M. TRUSLER. O zaburzeniach przemiany chlorku sodu w ustroju  | 784  |
| N. ULRICH. O antagonizmie pomiędzy insuliną a hipofizyną.   | 136  | P. F. RICHTER. Kwas moczowy a dna.  | 784  |
| K. HOESCH. Wpływ tłuszczów na ketonurję i kwasicę w cukrzycy  | 136  | J. BORAK. Rentgenoterapia w schorzeniach gruczołów dokrewnych   | 785  |
| R. UHLMAN Leczenie cukrzycy, a nieparzyste kwasy tłuszczowe   | 137  | SPRINGBORN i GOTTSCHALK. Jod i choroba Basedowa   | 814  |
| Leon BINET Nadnercza a przemiana siarkowa.  | 137  | S. WELT, N. ROSENTHAL i B. S. OPPENHEIMER. O splenomegalji Gaucher.   | 815  |
| D. JOHN i O. KESSELKAU. O zależności przemiany jodowej od czynności jajników  | 137  | F. FONSECA i C. TRINCAO. O wahaniach poziomu cukru we krwi u osobników zdrowych pod wpływem rentgenowskich naświetlań trzustki  | 971  |
| E. P. JOSLIN. Cholesteryna we krwi (chorych na cukrzycę)  | 206  | M. CAMPAGNA. Kiła trzustki naśladująca cukrzycę   | 971  |
| D. W. KRAMER. Cukrzyca a nadmierne ciśnienie krwi   | 206  | W. U. Mc. CIE HAN i C. W. NORRIS. Gruczolak wysp Langerhansa z napadową hipoglikemją  | 971  |
| E. WIECHMANN. Nadmierne ciśnienie krwi a cukrzyca   | 206  | S. ISAAC. Krankheiten des Stoffwechsels   | 1110 |
| E. YOGT. O istocie i leczeniu cukromoczu ciężarnych.  | 206  | H. BLOTNER i W. P. MURPHY. O wpływie wątroby na glikemję cukrzyczą  | 1111 |
| E. WIECHMANN i F. KOCH. Badania nad stanami hipoglikemicznymi po zastrzyknięciu insuliny                            | 284  | HANG i WOHRMANN. Cukrzyca w i po zapaleniu pęcherzyka żółciowego  | 1111 |
| A. GOTTSCHALK. O ketonurji niecukrzyczej,   | 295  | J. FERBER i S. RABINOWICZ. Wzrost ilości cukru we krwi po spożyciu gliceryny  | 1111 |
| E. PRIBRAM. O przewlekłej glikopenji.   | 285  | F. FORSECA i C. TRINCAO. O wpływie naświetlań trzustki na glikemję i cukromocz djabetyków   | 1111 |
| M. GARNIER i P. CHÉNE. O hiperglikemji u chorych na cukrzycę  | 285  | M. DAWID i C. TRINCAO. O wpływie glukhormentu na glikemję i glikozurję  | 1111 |
| M. ALTMANN. Żółte zabarwienie skóry w cukrzycy.   | 285  | E. WIECHMANN. O trudnościach rozpoznawczych w „coma insulinicum“  | 1112 |
| Z. R. JOSLIN i F. H. LAHEY. Cukrzyca a nadczynność tarczycy.  | 285  | H. J. JOHN. Śpiączka cukrzycza.   | 1158 |
| N. B. Wan DYKE. Wchłanianie jodu przez tarczycę hiperplastyczną.  | 285  | E. P. JOSLIN. O leczeniu śpiączki cukrzyczej.   | 1158 |
| A. LÄWEN. O metodach przygotowawczych, mających na celu zmniejszenie niebezpieczeństwa operacji w chorobie Basedowa | 377  | W. FALTA. Cukrzyca nerkowa i trzustkowa   | 1159 |
| M. ZJUNGDAL. Zagadnienie obrzęków w chorobie Basedowa   | 378  | J. ST. CORANT i M. SŁAVIK. Wpływ insuliny na ciśnienie krwi w moczówce cukrowej,  | 1159 |
| J. BRAM. O tolerancji chininowej w chorobie Basedowa  | 378  | H. ULRICH. Insulina w cukrzycy akromegalicznej,   | 1159 |
| Marcel LABBÉ, Znaczenie podstawowej przemiany materji w rozpoznawaniu choroby Basedowa                              | 378  |   |      |
| MOŁDAWSKI J. W. O wzajemnym stosunku czynnościowym tarczycy i narządów krwiotwórczych                               | 378  | <b>21. Choroby narządów trawienia.</b>  |      |
| V. MENKIN. Względna limfocytoza w nadczynności tarczycy   | 379  | O. WELTMANN. Jakie stany chorobowe mogą naśladować kamicę żółciową?   | 64   |
| I. TUCKER. Nadczynność tarczycy bez jej widocznego powiększenia   | 379  | LIFSZYC. Konstytucja a skład chemiczny kamieni żółciowych.  | 64   |
| A. E. KOEHLER. O rozpoznaniu różniczkowem podczynności tarczycy i nadnercza   | 379  | COLE, COPPER i GRAHAM. Cholecystografia z jednoczesnem badaniem czynności wątroby.  | 64   |
| S. J. MADDOCK i H. C. TRIMBLE. Długotrwała hipoglikemja bez objawów   | 541  | ERNST, PURJESZ, ZILZER. Czy należy przed badaniem na krew utajoną zalecić dietę bezchloraową.   | 137  |
| F. FONSECA. Nadmierne wychudnięcie a insulina   | 541  | RUCHMANN. Miejscowe oddziaływanie na skórę w cierpieniach żołądka i jego podstawy fizjologiczne.  | 138  |
| J. M. RABINOWICZ. Przemiana tłuszczowa w cukrzycy   | 591  | JARNO. O zmniejszeniu ilości cholesteryny we krwi.  | 138  |
| A. J. PATEK. Hypotonia bulbi a śpiączka cukrzycza   | 591  | MOLNAR i SEREGH. Wpływ rozmaicie przygotowanych jarzyn na ruchomość i czas opróżnienia żołądka.   | 158  |
| J. H. SMITH. Kwasica cukrzycza a stany zapalne w obrębie jamy brzusznej   | 591  | A. GOSET, LEON BINET et D. PETIT-DUTAILLIS. O wartości leczniczej hipertonicznych roztworów chlorku sodu w postaci wlewań dożylnych, stosowanych w niedrożności jelit | 138  |
| E. KAUFMANN. Cukrzyca a uraz. Przyczynę do kliniki: diabète bronze oraz otitis marmorosa                            | 591  | J. SCHWALBE. Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.   | 182  |
| ZUCKERSTEIN i STREICHER. Własności krwi w moczówce cukrowej i insulina  | 592  | MOGANA i FERNANDEZ. O działaniu histaminy na wydzielanie soku żołądkowego.  | 182  |
| E. C. EMERSON. Ustąpienie cukromoczu po cholecystektomji  | 592  | ANTIE. Icterus gravis (atrophia hepatis acuta flava).   | 182  |
| A. C. GUILLAUME. L'endocrinologie et les états endocrino-sympatiques  | 685  | SALOMON. O wpływie sposobu przygotowania pokarmów na odkładanie tłuszczu  | 182  |
| DRESEL. KURT. W sprawie choroby Basedowa  | 685  | S. LEVINE. O wrodzonych zniekształcenia pęcherzyka żółciowego.  | 182  |
| ZONDEK i KOEHLER. O wyniszczeniu pochodzenia mózgowo-przysadkowego  | 685  | G. M. PERSOL, H. L. BOCKUS i H. SHAY. Bilirubinian wapnia, a kamienie żółciowe  | 183  |
| J. R. CAMPBELL i N. L. BLUMGART. O leczeniu moczówki prostej wyciągami przysadki                                    | 685  | W. D. HAGGARD. O ostrej niedrożności jelit  | 183  |
|   |      | M. PAULSON. Przewlekły wrzodziejący nieżyt jelita grubego i jego etiologia  | 255  |
|   |      | P. JACQET i J. SERRAND. Badanie radiologiczne kątnicy w położeniu Trendelenburga  | 256  |

|   | Str. |  | Str. |
|---|------|--|------|
| E. C. CORT. Zakażenie balantidium coli i jego leczenie.   | 256  | P. GREGOIRE i E. WEIL. O krwotokach żołądkowych zależnych od powiększenia śledziony                                    | 640  |
| H. BENARD i L. BOUTIER. O czynności żołądka po operacji Reichel-Polya-Finsterera  | 256  | W. ZWEIG. Zaburzenia żołądkowe w przebiegu innych cierpień   | 640  |
| JACOBSON. Urotropina w kamicy żółciowej   | 307  | W. WEINBERG, A. PREVOT, I. DAVESNE i C. RENARD. Badania nad bakterjologią ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego      | 641  |
| HELD i GROSS. Leczenie wewnętrzne cierpień wątroby i dróg żółciowych  | 307  | E. N. GAITHER. Wpływ zabiegów chirurgicznych na czynność ruchowo-wydzielniczą żołądka.                                 | 684  |
| ZWEIG. Cierpienie żołądka symulowane przez inne schorzenia  | 307  | P. E. TRUESDALE. O operacji pilorektomji.  | 684  |
| STEINIZ i SCHERESCHEWSKY. Działanie alkoholu, podawanego przez odbytnicę, na wydzielanie soku żołądkowego   | 307  | J. H. CASCAO DE ANCIAES. Insulina a czynność żołądka.  | 684  |
| NELKEN. Klinika i patogeneza wrzodu żołądka   | 307  | KUTTNER. Co oznacza t. zw. „Riegelsymptom“ Frankla w rozpoznawaniu wrzodu żołądka.                                     | 684  |
| E. SATLER. O wczesnych objawach rozpoznawczych przedziurawienia żołądka i dwunastnicy.  | 308  | C. I. GIBSON. O ostrych przedziurawieniach żołądka i dwunastnicy.  | 684  |
| GUTMANTN i JAHEL. O rozpoznaniu wrzodu trawiennego pooperacyjnego   | 307  | M. A. MC. IVER i J. L. CAMBLE. O zmianach w płynach tkankowych w niedrożnościach wysokich jelit.                       | 708  |
| G. NOACH i E. HAHN. Znaczenie szybkości opadania krwinek w różniczkowaniu cierpień wątroby i dróg żółciowych.   | 354  | T. G. Orr. i R. L. HADEN. O czynnikach chemicznych w zatruciach na tle niedrożności jelit.                             | 708  |
| BLOND K. W sprawie mechanizmu opróżniania się dróg żółciowych zewnątrz-wątrobowych  | 354  | WOLFSOHN. O raku jelita cienkiego i odporności w tym kierunku.   | 708  |
| CARNOT, NANOTTE i LIBERT. O dysocjacji cholelipatycznej w nowotworach żółciowych.   | 354  | NEU. Obce ciała w wyrostku robaczkowym, znajdującym się w worku przepuklinowym.  | 708  |
| N. BOUCHER. O kile wątroby  | 354  | SEUBERT. Przypadek skrętu wyrostka robaczkowego.   | 708  |
| E. C. CORT. Pełzakowaczna wątroby   | 355  | GUTZEIT. Uwięzienie wewnętrzne spowodowane zserowaciałym gruczolem kreskowym.  | 708  |
| LIFSZYC. Konstytucja a skład chemiczny kamieni żółciowych   | 355  | TROJAN, W sprawie skrętu sieci.  | 709  |
| LYON i SWALM. Zatkanie przewodu pęcherzyka żółciowego na tle nieżytozem   | 354  | FR. ERTL. Przyczynak do wpływu leczniczego perystaltyki.   | 709  |
| C. DREYFUSS. O nowoczesnych metodach leczenia spraw mięszzowych wątroby   | 376  | N. MARX. Badania nad czynnością wydalniczą żołądka.  | 758  |
| DEUTSCH i GRUBEL. O rozpoznawaniu torbieli trzustki i o ich zawartości  | 377  | H. J. GRÜNBERG. Wpływ świeżych owoców na czynność wydzielniczą żołądka.  | 758  |
| P. CARNOT. O nowotworach brodawki Watara  | 377  | N. ZWONICKI i W. ISAJEW. O względnej i bezwzględnej kwasocie treści żołądkowej.  | 759  |
| W. J. LARIMORE. Wrzodziejący nieżyt jelita grubego  | 377  | I. P. SCHNEJDER i J. B. CAREY. O znaczeniu klinicznym bezkwaśności pierwotnej.   | 759  |
| STRASSER. W sprawie biegunek przewlekłych   | 377  | N. WESTHUES. O klinice polipow jelita grubego.   | 759  |
| K. M. RUTKIEWICZ. O klinicznym rozpoznaniu przewlekłych zapaleń pęcherzyka żółciowego   | 453  | ALDOR. O cierpieniach odbytnicy pochodzenia nerwowego, zwł. naczynioruchowego.   | 760  |
| I. W. HELD i M. H. GROSS. Leczenie wewnętrzne schorzeń wątroby i dróg żółciowych  | 453  | A. OCHSNER, I. M. SAGE i R. A. CUTTING. O leczeniu porażenia jelit zapomocą znieczulenia trzewiowego.                  | 811  |
| K. BECKMAN. Nowa metoda niszczenia drobnoustrojów w drogach żółciowych  | 453  | J. E. ENGSTADT. Porażenie skurczowe jelita czczego.  | 811  |
| E. STARR JUDD. Odciążające operacje w przypadkach żółtaczki mechanicznej  | 453  | N. OPENHEIM. Doświadczenia z nowym środkiem regulującym wypróżnienia.  | 811  |
| D. C. LUTTON. Przypadek ostrego żółtego zaniku wątroby po podaniu preparatów cynchofenowych   | 454  | P. CONNHEIM. O leczeniu zaparcia nawykowego zapomocą czekolady.  | 812  |
| Prof. Dr. L. KUTNER, dyr. szpital. im. R. Virchowa w Berlinie. Fehldiagnosen und Fehlbehandlung sowie deren Verhütung auf dem Gebiete der Verdauungs-Krankheiten. | 502  | FRANK SMITHIES. Współczesny stan leczenia pasorzutów jelitowych.   | 812  |
| S. M. ROSENTHAL. Czynność trzustkowa a trawienie górnej części jelita.  | 502  | H. F. HURST, T. W. TURNER i J. F. VENABLES. O wczesnem rozpoznawaniu raka jelita grubego.                              | 812  |
| W. THALHMER i F. D. MURPHY. Rak aparatu wysepkowego trzustki  | 502  | W. E. SISTRUNK. O pomyślnych wynikach leczenia operacyjnego raka okrężnicy.  | 813  |
| MANFRED LANDSBERG. Pankrealgia w stanach przedśpiączkowych i w śpiączce cukrzyczej.   | 503  | P. HARTMANN. O leczeniu raka odbytnicy.  | 813  |
| H. HAMPERL. Twory o charakterze nerwiaków w zbliznowaciałym pęcherzyku żółciowym  | 538  | D. SMITH. O zniekształceniu po operacji Whiteheada.  | 813  |
| J. F. WEIR. Połączenie żółtaczki z wysiękiem otrzewny w cierpieniach wątroby  | 438  | L. SAHM. O równowadze kwasowo-zasadowej we wrzodzie żołądka.   | 849  |
| F. DELHOUGNE. O rozdziale kwasu solnego i fermentów w treści żołądkowej   | 538  | L. KUTTNER. Objaw „ryglowy“ w rozpoznawaniu wrzodu żołądka.  | 850  |
| RICEU, SEARS i DOWNING. Flora dwunastnicy w niedokrewności żołądkowej   | 529  | S. HARRIS. Rola witamin w powstawaniu i leczeniu wrzodów żołądkowo-dwunastniczych.                                     | 850  |
| Z. E. HINES. O cholecystografji w przypadkach niedokwaśności żołądka.   | 539  | J. N. JEWETT. O przewlekłej niedrożności dwunastnicy.  | 850  |
| M. EINHORN. O bliznowatam zwężeniu odźwiernika.   | 539  | M. J. WILSON. Wrzód dwunastnicy—zachowanie się żołądka i dwunastnicy wobec bólu.                                       | 850  |
| P. MASSON i J. F. MARTIN. O obecności komórek Kulczyckiego w raku walcowatokomórkowym żołądka i jego przerzutach  | 539  | E. L. JENKINSON. O wczesnych objawach radiologicznych wrzodu dwunastnicy.  | 850  |
| SEELIG. W sprawie zaburzeń czynnościowych miąszu wątroby.   | 567  | J. D. CAMP. O objawach radiologicznych wrzodów trawiennych jelita czczego.   | 850  |
| W. E. LADD. O wrodzonych zarośnięciach i zwężeniach dróg żółciowych.  | 567  | R. SCHINDLER. O leczeniu nerwic przewodu pokarmowego.  | 896  |
| O. JACOBSON. O stosowaniu methenaminy w kamicy żółciowej  | 640  | M. GUBERGRITZ. O nerwicach jelitowych  | 896  |
| E. FREUDE. Żołądek w znieczuleniu okolorzeniowym  | 460  | A. PROSKAUER. Pierwotny rak galaretowany otrzewny.   | 897  |
|   |      | DR. MED. SEWERYN CYTRONBERG. Fizjologia, patologia i klinika przewodu pokarmowego w świetle poglądów chemji fizycznej. | 971  |

|   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|
| J. FLECKEL. O wymacywaniu normalnej wątroby. DZIAŁOŚYI KI. Znaczenie cholecystografji dla chirurgji.                            | Str. 972 | gruczoł piersiowy, zarazem przyczynek do znaczenia dawkowania biologicznie czynnych przetworów.   | Str. 783 |
| D. DAVIS i D. TALLEY. Cholecystografja a kwasota żółdkowa.  | 973      | H. HOFMANN. W sprawie sztucznego przerwania ciąży w okresie stanu padaczkowego  | 783      |
| W. C. ALVAREZ. O wpływie emocji na czynność przewodu pokarmowego.   | 973      | E. KLAFTEN. Zasady leczenia przeclwkiłowego ciężarnych  | 783      |
| G. SHENEY. Uproszczona metoda badania chemizmu żółdkowego.  | 1061     | H. E. SCHÉYER. W sprawie leczenia klinicznego pęknięcia macicy.   | 783      |
| A. Z. BLOOMFIELD i W. S. POLLAND. O wartości rozpoznawczej wydzielania żółdkowego   | 1062     | Marc RIVIERE. Rola kily w etjologii białkomoczu ciężarnych  | 1039     |
| A. LEWIN, O. MAKAREWICZ i M. LISMAN. Studja nad czynnością wydalniczą żółdka.   | 1062     | E. QUATER, S. RAPHALKES et I. KAGANOWICZ. Zagadnienie bilirubinemji u kobiet ciężarnych   | 1039     |
| B. N. MICHAJŁOW. O czynności wydalniczej żółdka po śniadaniu piwnem.  | 1062     | Claude BECLERC. O puchlinie jajowodów   | 1039     |
| E. KELLERMANN. Badania nad czynnością żółdka czczego.   | 1063     | M. de LORIER. Profilaktyka gorączki połogowej   | 1039     |
| M. STEINITZ i R. SCHERESCHEWSKI. Wpływ alkoholu podanego doodbytniczo na czynność wydalniczą żółdka.                            | 1063     | A. MENDÉNHALL i D. SMITH. Wyciąg wątrobowy w leczeniu rzucawki  | 1039     |
| R. SCHERESCHEWSKI. O działaniu lewatyw odżywczych na wydzielanie żółdka   | 1063     | F. WÉRMBTÉR i E. SCHULTZÉ. Badania nad djaagnostyką ciąży z moczu według metody Zondek — Aschheima  | 1039     |
| A. HECHT JOHANSEN. Wydzielanie żółdkowe po leczeniu wątrobowem.   | 1063     | WOLFF: „Zamaskowane“ zapalenie otrzewny i menstruacja.  | 1040     |
| R. BENSUADE. Modyfikacja techniki ezofagoskopji   | 1157     |   |          |
| A. OHLY, Kwasota soku żółdkowego w cholecystopatjach  | 1157     |   |          |
| H. R. HARTMAN i T. W. BROCKBANL. Leczenie operacyjne raka żółdka a ilość hemoglobiny  | 1157     |   |          |
| L. JARNO. Zagadnienie regurgitacji dwunastniczej.   | 1157     |   |          |
| C. B. MARTON. Badania żółdkowo — dwunastnicze a wrzód żółdka  | 1181     |   |          |
| M. STURTEVANT i R. P. WALLACE. O hiperbilirubinemji wrzodów żółdka i dwunastnicy  | 1181     |   |          |
| CORNOT i DIOCLES. Obraz gwiazdzisty jako objaw bezpośredni wrzodu żółdka  | 1181     |   |          |
| L. MARTIN. Wpływ zastrzykiwania mleka na przebieg wrzodu trawiennego  | 1181     |   |          |
| G. E. KONIETZNY. O znaczeniu nieżyty w leczeniu wrzodu żółdka i dwunastnicy,  | 1181     |   |          |
| M. FREMONT -- SMITH i M. A. MACLVER. O późniejszych wynikach leczenia chirurgicznego wrzodu żółdka                              | 1182     |   |          |
| L. BLOCH i A. M. SERBY. O stosowaniu zasad w leczeniu wrzodów żółdka  | 1182     |   |          |
| J. N. BLACKFORD i J. M. BOWERS. O wartości leczenia ambulatoryjnego i szpitalne o wrzodu żółdka                                 | 1182     |   |          |
|   | 2        |   |          |
| <b>22. Położnictwo i choroby kobiet.</b>  |          |   |          |
| R. GAUDUCHEAU, PICARD i CASLAGNARY. Zmiany nowotworowe w gruczołach pachowych, poprzedzające zjawienie się małego guzka piersi. | 66       | R. HAMBÜRGER. Podstawy sztucznego odżywiania niemowląt.   | 112      |
| E. GRYNÉELT. Badanie histologiczne raka wewnątrzkanalikowego krwotocznego sutka.  | 66       | R. RAYMOND HOUBLER. O symptomatologii awitaminozy B.  | 113      |
| J. VINCHON. O stosowaniu wyciągów jądrowych u kobiet.   | 66       | B. P. B. PLANTENGA. Kolitoksykoza niemowlęcia.  | 113      |
| E. NOVAK. O leczeniu przetworami jajnikowemi.   | 160      | B. A. THOMAS i J. C. BIRDSALL. O schorzeniach urologicznych u dzieci.   | 332      |
| A. C. SIDAL. O hormonalnej próbie ciąży.  | 161      | C. K. SMITH. Kamienie moczowe u dzieci.   | 332      |
| J. T. KING i E. PATTERSON. Uwagi o okresie przekwitania.  | 331      | M. LEWISON. Lordoza jako przyczyna białkomoczu  | 332      |
| J. P. GARDINER. Wymioty ciężarnych.   | 331      | R. L. J. KENNEDY. O splenektomji w chorobach dziecięcych.   | 332      |
| BRONNIKOWA. Przebieg porodów po przebytych poronieniach sztucznych.   | 427      | TH. STEINFORTH. Los wcześniaków w pierwszym i późniejszym okresie życia i ich pielęgnowanie.  | 454      |
| SCHRÖDER. Zakres stosowania klinicznego hormonów gruczołów płciowych.   | 428      | O. HERZ. Leczenie niedokrewności osesków wątroby  | 455      |
| EWALD. Przyczynek do kliniki cierpienia nerkowych (nephropathia).   | 428      | M. OPPENHEIM i A. FESSLER. Leczenie kily wrodzonej, szczególnie kily osesków, spirocidem (stowarsolem).   | 455      |
| D. A. OSTRECH. Skrócenie normalnego porodu.   | 567      | BURGHARD. W sprawie rozpoznawania wgłobienia jelita u osesków.  | 455      |
| A. COUVELAIRE, L. PORTES et I. DIGONNET. Późne krwotoki maciczne po porodzie jako wskazanie do natychmiastowej histerektomji    | 567      | Prof. Dr. Karol JONSCHER. Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych.  | 592      |
| A. LAFFONT. Wszczepienie narządów wewnątrzwydalniczych noworodka  | 568      | E. P. JOSLIN i WHITE. Cukrzyca u dzieci.  | 592      |
| BRINDÉAU et DESTRIEUX. O użyciu elektrycznej pompki dr. Abta do wydobywania mleka matczynego                                    | 568      | C. G. KERLEY. O dziecku z potencjalną chorobą serca.  | 593      |
| BRÜHL. Odczyn Zondek — Aschheima w ciąży  | 783      | J. S. EISENSTAEDT. O ropniach okołonerkowych u dzieci   | 593      |
| S. E. de JONGH. O działaniu kobiecego hormonu piciowego monofornu, w szczególności na   |          | H. PIGÉAUD. Właściwe przyczyny śmiertelnych krwotoków w błonach mózgowych u noworodków.   | 593      |
|   |          | K. STOLTE. Dychawica oskrzelowa we wczesnym wieku dziecięcym.   | 710      |
|   |          | B. LEICHTENTRITT i W. LENGSELD — część kliniczna i doświadczalna, M. SILBERBERG — część anatomo-patologiczna. O leczeniu nirwanolem płasawicy u dzieci. | 710      |
|   |          | C. WIENER. Leczenie skurczu odźwiernika u niemowląt za pomocą naświetlania promieniami Roentgena.   | 711      |
|   |          | E. NASSAU i L. F. MEYER. O zwalczaniu braku łaknienia u dzieci.   | 784      |
|   |          | R. H. DENNETT. O znaczeniu witaminy B dla odżywiania niemowląt.   | 784      |
|   |          | Docent Dr. WŁADYSŁAW BUJAK. Odżywianie dziecka w stanie zdrowia i w chorobie  | 991      |
|   |          | A. WISKOFF. W sprawie leczenia krzywicy Wigantolem  | 992      |
|   |          | KLOTZ. O tak zwanej krzywicy letniej  | 992      |
|   |          | Paul FRFUD. O leczeniu wymiotów pochodzenia nerwowego i w kształcu u dzieci za pomocą alkoholu trójchlorobutyłowego (Nautisan).                         | 1133     |
|   |          | WIELAND. Nowoczesne leczenie krzywicy naświetlaniem mięsem i mlekiem oraz uczynnionemi preparatami ergosteryny w klinice dziecięcej w Bazylei.          | 1134     |
|   |          | G. F. MUNNS. Gorączka atropinowa u niemowląt  | 1134     |
|   |          | H. STROTE. O leczeniu Wigantolem.   | 1134     |



| Choroby dróg moczowych  | Str. |   | Str  |
|---|------|---|------|
| P. GYÖRGY. Przyczynę do kliniki przewlekłego ropomoczu.   | 66   | C. BRÜCK. Przyczynę do leczenia wewnętrznego pryszczycy.  | 641  |
| A. EPSTEIN. O moczówce białkowej czyli t. zw. nerzycy przewlekłej   | 257  | J. FENYES. Maść atochinowa w leczeniu świądu zimnicy.   | 641  |
| J. GAVRILA i C. BERAVIN. O zawartości cholesterolu we krwi w chorobach nerek  | 357  | N. BACHMANN. Obrzęki sercowe u dzieci   | 1182 |
| O. J. SCHMITT. Przypadek hematurji na skutek zatrucia farbą do obuwia   | 257  | Erich HÖPMANN. Czy spotykają się postaci mieszane kily wrodzonej i nabytej u niemowląt?                       | 1182 |
| E. G. BANNICK i N. M. KEITH. O leczeniu cierpień nerek, powikłanych obrzękiem.  | 454  | <b>26. Choroby kości i stawów.</b>  |      |
| J. M. HAYMAN i J. T. PRISTLEY. O znaczeniu diurezy w zatruciu chlorkiem rtęci.  | 454  | W. C. STONER. O etiologii i leczeniu przewlekłych zapaleń stawów.   | 161  |
| G. F. CAHILL i H. N. GILE. Anurja na tle kamicy nerkowej  | 454  | J. T. O'FERRAL. O bólach w krzyżu.  | 162  |
| WICKBOM H. Nephropatja acuta sine albuminuria   | 593  | DR. J. ZAREMBA. Technika zakładania opatrunków gipsowych.   | 455  |
| T. ADDIS. Zmiany w nerkach w przebiegu choroby Brighta.   | 593  | R. LERICHE et A. POLICARD. Pewne zasady fizjologiczne, potrzebne do zrozumienia patologji kości.              | 455  |
| R. H. MAJOR O czynności nerek w nadciśnieniu.   | 593  | BÜRCKHARDT. O gruźliczych i niegruźliczych przewlekłych schorzeniach stawów.                                  | 455  |
| VICTOR BLUM. Chirurgische Pathologie und Therapie der Harnblasendivertikel  | 728  | K. KLEINSCHMIDT. O Periarthritis humeroscapularis.  | 593  |
| M. LOEPER, A. LEMAIRE i TONNET. O wzmożeniu działania insuliny w doświadczalnej nieprzepuszczalności nerek.   | 838  | C. E. FORKNER i inni. Wysiłek w przewlekłych zapaleniach stawów.  | 594  |
| LOEPER, RAWIER i TONNET. O działaniu insuliny w niedomodze nerek u człowieka  | 738  | R. LEOBEL. O hiperglikemicznej reakcji krwi w schorzeniach stawów.  | 594  |
| B. S. HIRSZBERG i M. E. SZUCHAREWA. O klinice płoniczego zapalenia nerek.   | 738  | Prof. P. PITZEN. Diagnose der beginnenden Knochen- und Gelenktuberkulose.                                     | 686  |
| N. CABOT. O leczeniu kamieni pęcherzowych.  | 815  | WULFSOHN H. Zapalenie kości i okostny kręgow szyjnych na tle kily.  | 686  |
| P. W. ASCHNER. Patologia nowotworów pęcherza moczowego.   | 815  | F. PICK. Próby leczenia gośćca preparatami złota.   | 686  |
| H. FISCHER. Śródpęcherzowe wyluszczenie uchylków z pęcherza moczowego.  | 815  | M. LETULLE, L. BAZY. O torbielach nadgarstka zwanych „maziówkowemi”.  | 686  |
| SYLLA A. Badania zdolności wydzielniczej nerek za pomocą alkajłów.  | 1014 | F. DÉVE, Bąblowiec kręgow.  | 785  |
| G. KOLISCHER. O leczeniu zapaleń nerek za pomocą proteinoterapii.   | 1015 | D. KIESMANN i J. C. SMALL. Etiologia i leczenie gorączki gośćcowej.   | 785  |
| M. PAIGNEZ. Nerczyca lipidowa.  | 1015 | F. F. TISDALL i A. BROWN. O stosunku wysokości słońca do właściwości przeciwwkrzywicznych.                    | 786  |
| E. W. HIRSCH. O zależności czynności pęcherza moczowego od ciśnienia śródpęcherzowego   | 1015 | DITGAS. Opadanie ciałek czerwonych i wzór krwi w schorzeniach reumatycznych.                                  | 1086 |
| <b>25. Choroby skóry, weneryczne i płciowe.</b>   |      | JÜRGENS. Wpływ kąpiei błotnych na zachowanie się ciałek czerwonych i białych u chorych gośćcowych.            | 1086 |
| ZIELLER K. Znaczenie szczepień malarji w kile, zwłaszcza w jej okresach wczesnych.  | 67   | J. KRÖNER. Stan współczesny naszych poglądów na istotę gośćca przewlekłego.                                   | 1086 |
| W. S. MAC CANN. O leczeniu róży zapomocą surowicy swoistej.   | 67   | M. CLEVELAND i E. PYLE. Gruźlica stawów i jej leczenie.   | 1086 |
| S. WASILJEWA, O. ZMIGRODZKI i S. MARCHOWA. O leczeniu róży szczepionką Besredki.  | 67   | Z. ROWNTREE i A. ADSON. Polyarthritus   | 1182 |
| Major Dr. Med. HENRYK SZCZODROWSKI. Choroby weneryczne jako klęska społeczna i walka z niemi.   | 161  | Z. T. SWAINN. Arthritis chronica  | 1183 |
| N. A. CHRISTIAN. Powracające zapalenie tkanki tłuszczowej z gorączką.   | 161  | R. Z. CECILS i in. Bakteriologia krwi i stawów w arthritis chronica   | 1183 |
| E. RUPEL. Chlorek wapnia w leczeniu spraw zapalnych najądrza.   | 161  | <b>27. Choroby nerwowe i psychiczne.</b>  |      |
| C. N. MARSCHAL. O kile płodowej.  | 161  | M. A. GUREWICZ i M. J. SEREJSKI. Uczeńbik psychiatrii.  | 113  |
| H. SCHLEIMER. Przyczynę do poirójności jądra. (Triorchia).  | 257  | G. BODEK. Das vegetative Nervensystem und seine Erkrankungen.   | 114  |
| A. SYLLA. O zaniku jąder w gruźlicy płuc.   | 257  | Dedele DEGRO. Fityna w neurologji.  | 114  |
| ROST G. A. Zawartość cukru we krwi i skóra.   | 332  | K. MEIER. Badania następcze chorych, poddanych sympatektomji.   | 207  |
| H. SCHREÜS. Istota i leczenie pokrzywki.  | 332  | W. LEHMANN. Stałe poprawy po sympatektomji okołotętniczej.  | 207  |
| R. H. DURHAM. Sklerodermja a zwapnienia patologiczne  | 334  | C. J. BARBORKA. O leczeniu padaczki zapomocą djety kwasorodnej.   | 207  |
| W. SCOTT PUGH. O zapaleniu pęcherzyków nasienych.   | 333  | S. FKEXNER i F. W. STEWART. O ochronnem działaniu surowicy ozdrowieńców po zapaleniu rogów przednich rdzenia. | 207  |
| Prof. Dr. E. KROMAYER. Die Behandlung der kosmetischen Hautleiden unter besonderer Berücksichtigung der physikalischen Heilmethoden und der narbenlosen Operationsweisen. | 428  | W. L. AYCOCK i E. H. LUTHER. Porażenia w przebiegu choroby Heine — Medina.                                    | 208  |
| BUSCHKE i CURT. Cierpienia skóry ciężarnych jako wskazania do przerwania ciąży.   | 428  | Dr. Med. Henryk HIGIER. Niemoc piciowa i bezpłodność u mężczyzn i kobiet ze stanowiska neurologa.             | 258  |
| A. BABES. O gruczolakach gruczolów potowych   | 428  | Prof. M. ROSENFELD. Die Störungen des Bewusstseins.   | 258  |
| RABOURAUD. O niebezpieczeństwie maści z octanem talu, używanych przeciwko nadmiernej uwłosianiu   | 477  | G. FLATAU. O stosunkach pomiędzy władem rdzenia a cierpieniami przewodu pokarmowego.                          | 258  |
| KROMAYER. 6 przypadków pęcherzycy wyleczonych zapomocą Spirocidu.   | 477  | Hans PRINZHORN. Psychotherapie.   | 355  |
| H. SOWADE. Niebezpieczeństwo „częściowego odczynu” krwi u chorych na kilę i zdrowych.   | 477  | Dr. Władysław STERLING. Dziecko histeryczne, Dziecko psychoapatyczne.   | 356  |

| Str.   | Str |
|--|-----|
| Dr. Władysław STERLING. O opiece nad dziećmi umysłowo upośledzonymi w Polsce i zagranicą.                                    | 91  |
| F. G. SCHNABEL. Dłeta kwasicowa w migrenie.  | 133 |
| C. VINCENT. Dłagnostyka nowotworów płata czołowego.  | 139 |
| L. ZWEIG. Znaczenie i zastosowanie nakłucia podpolitycznego dla lekarza praktyka.  | 139 |
| NOICA I PARVULESCO. Przypadek obrzku twarzy o przebiegu ostrym.  | 139 |
| Dr. Jakób FROSTIG. Das schizophrene Denken.  | 185 |
| O. CROUZON. Le syndrome epilepsie.   | 185 |
| JUSTER. Skurcz pisarski. Spazm torsyjny prawej kończyny górnej z ustawieniem nadmiernie pronacyjnym.                         | 185 |
| LAIQUEL — LAWASTINE i DESOILLE. Cierpienie rodzinne mózdkowo— spastyczne.  | 259 |
| A. HERZOG. Neuritis retrobulbaris.   | 259 |
| C. VEITS. Przyczynki do neurologii zrazów czołowych mózgu na zasadzie badań doświadczalnych nad czołowo chorymi              | 307 |
| BRET. Metapsychoza: dwa przypadki.   | 308 |
| LOEVENHART, LORENZ i WATERS. O zwiększaniu pobudliwości mózgowej.  | 308 |
| B. DATTNER. Analiza somatogenezy nerwic  | 308 |
| C. v. ECOMOMO. O chorobach następczych po zapaleniu mózgu śpiączkowym.   | 308 |
| F. KROEMER. W sprawie mongolizmu i dokrewno— pochodnych niedorozwojów umysłowych działwy.                                    | 308 |
| GULEKE. Leczenie operacyjne udaru mózgowego.   | 356 |
| K. PAKORDY. Migrena oczoporażna z niezwyklei objawami.   | 356 |
| E. MONIZ, A. PENTR i A. LIMFR. Encefalografia tętnicza przy rozpoznaniu i operowaniu 4-ch guzów mózgu.                       | 357 |
| I. TENÉQUE. Usuwanie guzów za pomocą metody elektrochirurgicznej.  | 357 |
| P. DECOURT. Układ nerwowy w durze plamistym.   | 456 |
| ROGER. Bóle kończyn górnych.   | 456 |
| BARUK, PAUMEAU — DEVILLE i NOUEL. Spazm skracający w przebiegu dystonii ze skrętem szwi (forticollis).                       | 456 |
| De JONG i BARUK. Badania porównawcze nad zespołem katatonicznym, klinicznym i doświadczalnym.                                | 456 |
| G. BOURGUIGNON. Chronaksja dróg piramidowych u człowieka.  | 456 |
| H. A. ADAM. Geisteskrankheit in alter und neuer Zeit.  | 456 |
| M. M. PEET. Neuralgia trigemini postherpetica.   | 456 |
| G. GUILLAIN i I. BERTRAND. O osobliwym zaniku mózgowo — mózdkowym.   | 456 |
| LERICHE i FONTAINE. Gra nacznw krwionoćnych po przecięciu poprzecznym rdzenia.   | 456 |
| J. WILDER. Metoda rozpoznawcza krwotoków mózgowych.  | 456 |
| K. BLUM. Leczenie stanów poencefalitycznych i śpiączki nagminnej   | 456 |
| P. SALINGER i T. KALLMANN. Wągrowatość mózgu   | 456 |
| N. SZEWELEW. Zaburzenia wegetatywne w cyklofrezji.   | 456 |
| F. E. FLÜGEL. Z dłagnostyki choroby Aizheimera.  | 456 |
| <b>27a. Balneologia i klimatologia.</b>  |     |
| Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego.  | 427 |
| Wilhelmina SMIDT. Klimat morski a obraz białych ciałek krwi.   | 427 |
| R. STAÉHELIN. Kiedy klimat górski jest przeciwwskazany?  | 707 |
| <b>28. Choroby oczu</b>  |     |
| TH. BIRNBACHER. O pierwotnej ostrej martwicy tęczówki  | 91  |
| ALEXIADES. Zastrzykiwanie wysokoku bezwodnego, połączone ze sklerotomją tylną w oczach, dotkniętych jaskrą dokonaną, bolesną | 91  |
| A. GABRIELIDES. Nowe sposoby iridektomji w przypadkach, kiedy niema przedniej komory   | 91  |
| Dr. KURT STEINDORFF. Die Behandlung der Augenkrankheiten in der Allgemeinpraxis  | 133 |
| MARX i SCHMIDT. Przypadek choroby Brighta z retinitis albuminurica bez zapalenia nerek                                       | 139 |
| WERNER BAB. Przejściowe ociemnienie o podłożu gruźliczem   | 139 |
| ADAM BEDNARSKI. Historia okulistyki w Polsce w wieku XIII—XVII   | 185 |
| A. WOLLENBERG. O nadmiernej przepuszczalności powietrza przez drogi łzowe  | 185 |
| HEINZ WILL. O wylewach krwi do ciała szklistego wskutek urazu czaszki  | 185 |
| A. RUHL. Fizjologiczne podstawy i własności fizyczne najważniejszych szkieł ochronnych                                       | 259 |
| NIDA i CHAZZARO. Przypadek zakażenia soczewki pratkami magatherium   | 259 |
| NORDMANN i LIEOB. Stosunek oczopląsu wzrokowo-ruchowego do oczopląsu błędnikowego, wywołanego sztucznie                      | 307 |
| H. COPPRE. Impregnacja gałki ocznej solami miedzi  | 308 |
| KARL SAFAR. O sfaldowaniu tęczy, spowodowanym zmęknieniem gałki  | 308 |
| M. LAUTERSTEIN. O działaniu trakuminy w chorobach oczu   | 308 |
| KUMER i SALLMAN. O zmianie zabarwienia tęczy po naświetlaniu radem   | 308 |
| UYEMURA. 2 przypadki idiopatycznej hemeralopji ze szczególnymi zmianami na dnie oczu   | 308 |
| STOCK. Mięszkowe zapalenie rogówki w śpiączce  | 356 |
| J. G. ZAMKOWSKI. Zatrucie alkoholem metylowym— następcza ślepota i śmierć  | 356 |
| L. WEEKERS. Propozycja w sprawie określenia zdolności fizycznej szoferów   | 357 |
| UMINISSA-CHANUM MUSSA BELLI. W sprawie „znaków na tęczówce”  | 357 |
| H. LAGRAAGE. O nieżycie wiosennym i o jego związku z zespołem neuro-artretyzmu dziecięcego                                   | 357 |
| ELSCHING. O jaskrze.   | 456 |
| A. INCZE. Przyczynek do teorii Scheerera o patogenezie zakrzepu żyły centralnej siatkówki                                    | 457 |
| AMSLER. Stan obecny poglądów na przyczyny odklejenia siatkówki   | 478 |
| GRADLE i EISENDRATH. Czas odruchu normalnej źrenicy  | 478 |
| BRUCKNDR i MEISNER. Grundriss der Augenheilkunde   | 569 |
| SELENKOWSKY i MALISZEFF. O leczeniu jaglicy emanacją radu (radonem)  | 569 |
| DANTRELLD i SHADAN. Przeszczepianie chrząstki ze skrzydeł nosa do oczodołu   | 616 |
| FRANCESCHETTI i GUGGENHEIM. Szybkość opadania krwinek i jej znaczenie w okulistyce   | 616 |
| G. RENARD. Szczepionki wieloważne w schorzeniach narządu wzrokowego  | 616 |
| RUATA. Badania eksperymentalne i kliniczne, dotyczące nowego sposobu leczenia jaglicy  | 616 |
| H. MANKSCH. Rynologiczne leczenie zaniku nerwu wzrokowego w władze rdzenia   | 617 |
| M. N. RUTBERG. Przypadek schorzenia przewodu łzowego spowodowanego przez streptothrix  | 617 |
| J. N. ROY. Ośnienie elektryczne.   | 617 |
| HEINZ WILL. Zapalenie tęczówki i nerwu wzrokowego w przebiegu choroby Weila  | 617 |
| HERMAN STEWEŃS. Wrodzone zaburzenia w czynnościach mięśni ocznych  | 618 |
| ARCHANGELSKI. Grzybek pleśniaka pod siatkówką imitujący bąblowca   | 687 |
| KESTENBAUM i EIDELBERG. Nastawczość a oddziaływanie źrenic na zbieżność  | 687 |
| REDALOB REISS. Przyczynek do kwestji pęcznienia szkliski, Rola pH  | 739 |
| F. SCHECK. O patogenezie białkomocowego zapalenia siatkówki  | 740 |
| BETTREMEUX. Leczenie i zapobieganie odczepieniu siatkówki  | 740 |
| MERKULOW i L. SCHICK. Stosowanie rentgenoterapii w mięszkowym zapaleniu rogówki  | 816 |
| FRISCH i PILLAT. W sprawie gruźliczego pochodzenia zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego                                     | 816 |
| A. COLLOMB. Oczopląs dowolny.  | 817 |

| Str,   | Str, |
|--|------|
| CORDS i LIESE NOLZEN. Dalsze badania nad oczopląsem wzrokowo-ruchowym  | 504  |
| E. ACHERMANN. Kerato-iritis po zapruszeniu oka pyłkiem cebuli morskiej,  | 618  |
| M. BÜCKLERS. Badania anatomiczne różnic, zachodzących między krótkowzrocznym a starym zanikiem naczyńki dookoła tarczy n. wzrozkowego              | 61   |
| M. TRANTAS. O gonjoskopji (oftalmoskopja kąta tęczówkowo-rogówkowego)  | 619  |
| GREFF. O ujednostajnieniu oznaczenia osi szkieł i schematów pola widzenia  | 619  |
| St. MARTIN. Rozszerzenie źrenicy za pomocą adrenaliny przy operacji zaćmy  | 761  |
| M. DENSAN. Otwarte leczenie rany po operacji zaćmy   | 761  |
| W. RABINOWICZ. O oczopląsie w jednym oku   | 761  |
| F. TERREIN i G. COUSIN. Rany drążące gałki ocznej (szef rogówkowy czy pokrycie rany płatem spojówkowym)  | 761  |
| H. VILLARD. Leczenie zapalenia współczulnego   | 818  |
| P. VEIL. Próby kryoterapii na cku  | 818  |
| H. POLLACK. Stosowanie apikosanu w przypadkach iritis rheumatica   | 818  |
| LÖWENSTEIN. W sprawie gruźlicy oka   | 818  |
| L. CARRÉF. Gruźlica doświadczalna rogówki  | 819  |
| Z. DUPUY-DUTEMPS. Toczeń na powiekach, leczony wycięciem i przeszczepieniem płata zdrowej skóry  | 819  |
| REDSLOB i DUVEYER. Badania doświadczalne nad wpływem pH szklistki na naczynia krwionośne   | 819  |
| P. SALUS. Zmiany w żyłach siatkówki spowodowane ogólnym wzmoczeniem ciśnienia krwi   | 819  |
| VAN LINT. Zator gałęzi tętnicy środkowej siatkówki po zastrzyknięciu metarsenobenzolu  | 819  |
| KARL ASHER. O ulepszeniu akinezji w operacjach zaćmy (akinezja mięśnia unoszącego powiekę górną)   | 819  |
| JEAN SEDAN. Zaćma młodzieńcza o dużym jądrze gruźliczo chorych, już uleczonych   | 992  |
| K. MYLIUS. Sarkoid Boeckea a oko.  | 993  |
| I. de VINCENTIS. Nowy sposób kantoplastyki   | 993  |
| O. THIES. Transplantacja śluzówki ust w ciężkich oparzeniach oka.  | 1134 |
| H. GASTEIGER. O leczeniu schorzeń rogówki nasświetlaniem promieniami pozafioletowymi   | 1134 |
| A. TERSON. O leczeniu samoistnego podwinięcia powieki dolnej   | 1135 |
| <b>29. Radiologia.</b>   |      |
| HERMAN MEYER. Roentgendiagnostik in der Chirurgie und ihren Grenzgebieten  | 1135 |
| L. R. WHITAKER. O błędach rozpoznawczych w cholecystografji  | 1135 |
| MARKOVITS EMMERICH. Röntgendiagnostik der Knochen- und Gelenkerkrankungen in Tabellenform  | 1135 |
| HOLFELDER HANS, KOERTE HANS. Das Röntgeninstitut der Chirurgischen Universitätsklinik im Staedtischem Krankenhaus Sachsenhausen in Frankfurt a. M. | 1135 |
| HERZ RICNARD Dr. Die Photographischen Grundlagen des Röntgenbildes   | 1135 |
| L. CAROT. O wpływie hipotonizującym promieni pozafioletowych na układ przywspółczulny  | 1135 |
| L. CAROT. Czy promienie pozafioletowe wpływają na ciśnienie krwi   | 1135 |
| <b>30. Medycyna sądowa.</b>  |      |
| J. UTTAL. Przewlekłe zatrucie ołowiem wskutek zażywania tabaki   | 1135 |
| N. S. THATCHER. Przypadek zatrucia siarczanem magnezu  | 1135 |
| I. BYCZKOW. Sposoby dokonywania dzieciobójstw  | 1135 |
| MEIXNER. Samobójstwo pod wpływem cierpień fizycznych   | 1135 |
| FRIBOURG-BLANC. Czyny przeciwspoleczne w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu  | 1135 |
| E. SOREL. Pęknięcie serca jako następstwo zaka-  | 1135 |
| żenia krwi, powstałego w związku z wypadkiem przy pracy  | 1135 |
| BRUCHANSKIJ. Samobójcy   | 1135 |
| Z. MORGENSTERN. Kazuistyka zranień postrzałowych przy samobójstwie   | 1135 |
| GOTTSCHEK. Samobójstwo jako następstwo nieszczęśliwego wypadku   | 1135 |
| M. de LAET. Patologja zatruc zawodowych pod wpływem ciał promieniotwórczych  | 1135 |
| J. LEJBOWICZ. Kilka ciekawych przypadków zatrucia sublimatem   | 1135 |
| KAN ITIYOSIDA. Izohemoaglutyniny z punktu widzenia medycyny sądowej  | 1135 |
| T. SIMONIN. Rażenie prądem o sile 12,000 wolt  | 1135 |
| RENOUX. Śmierć nagła po urazie   | 1135 |
| ZIEMKE. Śmierć wskutek rzucenia się do wody ze znacznej wysokości. (Przyczynek do psychologii samobójstw)  | 1135 |
| Chuligani i chuligaństwo   | 1135 |
| SEGALOW. Przepstępne chuligaństwo i przestępstwa chuliganów  | 1135 |
| RODIN. Chuligaństwo, jako zjawisko zbiorowe i jego zasadnicze rysy   | 1135 |
| A. M. MARX. Ciekawsze przypadki zabójstwa małych dzieci  | 1135 |
| MÜLLER. Zatrucie plombami z amalgamatu   | 1135 |
| O. SCHMIDT. Jak szybko obumierają plemniki w zwłokach  | 1135 |
| STRAUCH. W sprawie strupieszenia zwłok   | 1135 |
| ZIEMKE. W sprawie przenikania arszeniku do krążenia krwionośnego   | 1135 |
| KERNBACH i BERARIG. Znaczenie odczynu Abderhaldena dla stwierdzenia wczesnej ciąży i poronienia  | 1135 |
| B. S. MAŃKOWSKI. Współczesna przestępczość występująca w związku z zaspakajaniem popędu płciowego  | 1135 |
| B. ZMIJEW. Przestępstwa przeciwko moralności w mieście i na wsi  | 1135 |
| W. CHALFIN. Poronienia w Moskwie i gub. Moskiewskiej   | 1135 |
| KRAINSKAJA-IGNATOWA. Zastosowanie odczynów barwnych krwi do określania płci  | 1135 |
| KRAINSKAJA-IGNATOWA. Właściwości grupowe spermy  | 1135 |
| LÖWENTAL. Pozorny zanik istoty rdzennej nadnerczy w tak zwanym stanie grasiczo-chłonnem  | 1135 |
| C. SIMONIN. Ślady na ubraniu przy strzale z blizką.  | 1135 |
| A. EWFARICKIJ. Ślad palca na kurzu, jako cecha umożliwiająca ustalenie tożsamości  | 1135 |
| ROESLE. Śmiertelność niezamężnych kobiet po wojnie   | 1135 |
| <b>31. Historia i filozofja medycyny.</b>  |      |
| ANGELO CELLI. Die Malaria in Ihrer Bedeutung für die Geschichte Roma   | 1135 |
| Dr. STANISŁAW TRZECIAK. Klimat i choroby w Palestynie w czasach Chrystusowych  | 1135 |
| <b>c) Wskazówki praktyczne</b>   |      |
| 17 — 45 — 92 — 114 — 140 — 162 —   | 1135 |
| 185 — 208 — 233 — 259 — 286 — 309 —  | 1135 |
| 333 — 358 — 379 — 405 — 429 — 457 —  | 1135 |
| 478 — 504 — 541 — 570 — 594 — 619 —  | 1135 |
| 642 — 667 — 688 — 711 — 740 — 762 —  | 1135 |
| 786 — 820 — 852 — 876 — 899 — 973 —  | 1135 |
| 993 — 1016 — 1040 — 1063 — 1088 — 1113 —   | 1135 |
| 1135 — 1160 — 1183 — 1205.   | 1135 |
| <b>III. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.</b>   |      |
| <i>Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.</i>  |      |
| Posiedzenie z dnia 13.XII 1928 r.  | 68   |
| " " " 28. II 1929 r.   | 429  |
| " " " 26. III 1929 r.  | 43   |
| " " " 6.VI 1929 r.   | 764  |

|  | Str.    |   | Str.          |
|--|---------|---|---------------|
| <i>Sekcja Kliniczna Polskiego Tow. Med. Spol.</i>                          |         | <i>Towarzystwo Lekarskie Piotrkowskie.</i>  |               |
| Posiedzenie z dnia 3. XI 1928 r.   | 140     | Posiedzenie z dnia 26. X 1928 r.  | 642           |
| " " " 24. XI 1928 r.   | 286     | " " " 30. XI 1928 r.  | 642           |
| " " " 1. XII 1928 r.   | 309     | " " " 27. XII 1928 r.   | 643           |
| " " " 15. XII 1928 r.  | 310     | " " " 30. I 1929 r.   | 667           |
| " " " 5. I 1929 r.   | 570     | " " " 27. II 1929 r.  | 667           |
| " " " 26. I 1929 r.  | 571     | " " " 27. III 1929 r.   | 688           |
| " " " 23. II 1929 r.   | 572     |   |               |
| " " " 9. III 1929 r.   | 993     | <i>Związek przeciweneryczny.</i>  |               |
| <i>Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.</i>                       |         | Posiedzenie Zarządu z dn. 17. III 1929 r.   | 1205          |
| Posiedzenie z dnia 22. V 1928 r.   | 68      | " " " 24. IV 1929 r.  | 1205          |
| " " " 27. XI 1928 r.   | 92      | " " " 22. IV 1919 r.  | 1206          |
| " " " 11. XII 1928 r.  | 93      |   |               |
| " " " 29. I 1929 r.  | 406     | <i>Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.</i>   |               |
| " " " 12. II 1929 r.   | 479 505 | 18 — 46 — 68 — 94 — 116 -- 141 —  |               |
| " " " 26. II 1929 r.   | 595     | 163 — 186 — 209 — 234 — 260 — 287 —   |               |
| " " " 12. III 1929 r.  | 595     | 310 — 335 — 359 — 380 — 406 — 430 —   |               |
| " " " 2. IV 1929 r.  | 711     | 459 — 480 — 506 — 545 — 571 — 596 —   |               |
| " " " 16. IV 1929 r.   | 712     | 620 — 643 — 668 — 689 — 712 — 742 —   |               |
| " " " 7. V 1929 r.   | 741     | 764 — 787 — 822 — 854 — 877 — 900 —   |               |
| " " " 21. V 1929 r.  | 742     | 974 — 995 — 1019 — 1041 — 1065 — 1089 —   |               |
| " " " 4. VI 1929 r.  | 762     | 1114 — 1137 — 1162 — 1184 — 1207.   |               |
| " " " 18. VI 1929 r.   | 986     |   |               |
| " " " 8. X 1929 r.   | 1064    |   |               |
| " " " 22. X 1929 r.  | 1088    |   |               |
| <i>Towarzystwo Patologów Polskich.</i>                                     |         |   |               |
| <i>(Sekcja Poznańska)</i>  |         |   |               |
| " " " 30. XI 1928 r.   | 17      |   |               |
| " " " 26. IV 1929 r.   | 620     |   |               |
| <i>Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.</i>                              |         |   |               |
| Posiedzenie z dnia 21. IV 1928 r.  | 45      | Komunikat Sekcji Higjenu Ligi Narodów. (C. H. 753 — październik 1928)                         | 18            |
| " " " 18. V 1928 r.  | 115     | VIII Zjazd Niemieckiego Towarzystwa Urologicznego. (Berlin 26 — 29 września 1928 r.)          | 68            |
| " " " 2. VI 1928 r.  | 115     | Mieszana Komisja Higjenu Społecznej i ubezpieczenia na wypadek choroby                        | 95            |
| " " " 22. IX 1928 r.   | 163     | Zjazd lekarzy powiatowych w Tarnopolu   | 116           |
| " " " 20. X 1928 r.  | 186     | Trzeci Zjazd poświęcony zagadnieniu reumatyzmu w Berlinie                                     | 117. 142      |
| " " " 17. XI 1928 r.   | 334     | Organizacja Higjenu Ligi Narodów.   | 164           |
| " " " 29. I 1929 r., 1160.   | 1136    | Zjazd lekarzy powiatowych w Nowogródku  | 187           |
|  |         | Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poznańskiego w Bydgoszczy.                              | 208           |
|  |         | Zjazd lekarzy powiatowych województwa pomorskiego (Toruń, dnia 25. II 1929 r.)                | 260           |
|  |         | Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Warszawskiego w Płocku                                  | 335           |
|  |         | Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Krakowskiego w Krakowie.                                | 336           |
|  |         | Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Kieleckiego w Będzinie.                                 | 359           |
|  |         | Z czynności stałej delegacji Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich.                         | 407. 430      |
|  |         | VI-ty Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Rzymie.   | 459. 480. 507 |
|  |         | II Polski Zjazd Przeciwrakowy.  | 545           |
|  |         | XX Zjazd Niemieckiego Towarzystwa Radiologicznego.  | 572           |
|  |         | Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Lwowskiego.   | 596           |
|  |         | " " " " " Wileńskiego.  | 597           |
|  |         | " " " " " Białostoc.  | 621           |
|  |         | " " " " " Poleskiego.   | 643           |
|  |         | " " " " " Wolyńskiego.  | 644           |
|  |         | " " " " " psychjatrów niemieckich w Gdańsku. (23—25 maja 1929 r.)                             | 669           |
|  |         | " " " " " pielęgniarski.  | 689. 713      |
|  |         | VIII Międzynarodowy Zjazd Chirurgów w Warszawie.  | 788           |
|  |         | Zjazd psychjatrów i neurologów w Barcelonie (21—25 maja 1929 r.)                              | 822           |
|  |         | Zjazd Wszeczeński Lekarzy — Esperantystów w Wiedniu.  | 823           |
|  |         | Konferencja w sprawie ujednostajnienia przedstawiania rezultatów analiz produktów spożywczych | 901           |
|  |         | Liga Narodów. Organizacja Higjenu.  | 1019. 1042    |
|  |         | Przeciwrakowy Zjazd w Budapeszcie. (13 — 18 październik)                                      | 1089. 1115    |
|  |         | Liga Narodów. Organizacja Higjenu. Prace Komisji do zwalczania raka.                          | 1138          |
|  |         | Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Tarnopolskiego  | 1163          |
|  |         | Sprawozdanie z czynności zastępcy delegata Rządu  |               |
| <i>Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.</i>                                    |         |   |               |
| Posiedzenie z dnia 13. VI 1928 r.  | 208     |   |               |
| " " " 17. X 1928 r.  | 234     |   |               |
| " " " 31. X 1928 r.  | 250     |   |               |
| " " " 24. XI 1928 r.   | 286     |   |               |
| " " " 13. II 1929 r.   | 820     |   |               |
| " " " 27. II 1929 r.   | 820     |   |               |
| " " " 13. III 1929 r.  | 853     |   |               |
| " " " 10. IV 1929 r.   | 876     |   |               |
| " " " 24. IV 1929 r.   | 899     |   |               |
| " " " 6. V 1929 r.   | 973     |   |               |
| " " " 22. V 1929 r.  | 1018    |   |               |
| " " " 5. VI 1929 r.  | 1040    |   |               |
| " " " 19. VI 1929 r.   | 1183    |   |               |
| <i>Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.</i> |         |   |               |
| Posiedzenie z dnia 27. IV 1928 r.  | 358     |   |               |
| " " " 22. VI 1928 r.   | 380     |   |               |
| " " " 26. X 1928 r.  | 406     |   |               |
| " " " 30. XI 1928 r.   | 458     |   |               |
| " " " 17. XII 1928 r.  | 544     |   |               |
| <i>Polskie Towarzystwo Anatomiczno-Zoologiczne, Oddział Warszawski.</i>    |         |   |               |
| Sprawozdanie z działalności za rok 1928 28                                 | 457     |   |               |
| <i>Posiedzenia Lekarzy Szkolnych</i>                                       |         |   |               |
| Posiedzenie z dnia 17. X 1929 r.   | 1113    |   |               |
| <i>Z Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.</i>                               |         |   |               |

na 10 Zgromadzenie Ligi narodów 1929 r., Dr. W. Chodźki  
Sprawozdanie z Międzynarodowego Zjazdu Mieszkaniowego i Planowania Miast w Rzymie we wrześniu r. b.

## V. Krytyka lekarska.

|  |          |
|--|----------|
| L. Z. Lekarze a nowy podatek mieszkaniowy.   | 235      |
| Leon ZAMENHOF. Genjusz twórczy, a medycyna.  | 506      |
| Zygmunt SREBRNY. Prasa lekarska w Polsce Odrodzonej.   | 346. 573 |
| Leon ZAMENHOF. Żartem o rzeczy poważnej.   | 716      |
| Józef HANDELSMAN. Tandeta lekarska.  | 765      |
| Leon ZAMENHOF. Źródła tandety lekarskiej.  | 824      |
| H. HIGIER. Przełom w psychoanalizie.   | 995      |
| Aleksander SIMON. Z powodu feljetonu lekarskiego p. d-ra Leona Zamenhofa „Żartem o rzeczy poważnej”.     | 1020     |
| Leon ZAMENHOF. Odpowiedź.  | 1021     |
| Maurycy BORNSTAJN. „Przełom w psychoanalizie” Uwagi z powodu art. kol. H. Higiera w Nr. 42 „Czasopisma”. | 1043     |
| H. HIGIER. Czy istotnie „Przełom w psychoanalizie”. (Odpowiedź).   | 1043     |
| M. F. Słowo o języku naszych prac naukowych.   | 1066     |
| Stefan KRAMSZYK. W sprawie popularyzacji higieny i medycyny.   | 1091     |
| ZANDOWA. Jak być powinno.  | 1116     |
| Aleksander SIMON. Poglądy Immanuela Kanta na zagadnienia higieny osobistej                               | 1163     |
| Z. BYCHOWSKI. Z praktyki dla praktyki  | 1208     |

## VI. Przegląd terapeutyczny.

|  |     |
|--|-----|
| L. WŁODAWERÓWNA. Leczenie przewlekłych schorzeń stawowych szczepionką Paula (Cutivaccin)   | 165 |
| Kazimierz CZYZEWSKI. Koramina „Ciba” w chirurgii.  | 210 |
| Nikodem SZENKIER. Leczenie nadżerek części pochowej buljonem Besredki.   | 381 |
| Ludwik KAWAŁEK. O działaniu Cibalginy.   | 670 |
| Bożenna KOKALJ-KOWALEWSKA. Wyniki stosowania „Bicalcolu-Klawe”   | 714 |
| H. BARAŃSKI i MARJANKO-LEWENFISZOWA. Przyczynę do działania efetoniny.   | 825 |
| M. PEKER. O środkach leczniczych, stosowanych w dnie. (Atochinol, Atofan, Libcfan, Piperazinum Gessnera, Piperazinum Midy, Piperazidum Spiessa, Uricedin. Uripurin, Urodonal, ziółka przeciwartretyczne Gessnera). | 825 |

## VII. Medycyna Społeczna.

|  |                    |
|--|--------------------|
| N. BLUMENTALÓWNA. O chorobach wśród nauczycieli szkół powszechnych na podstawie liczb m. st. Warszawy w latach 1924—1926.  | 20. 49             |
| J. BABECKI. Opieka lekarska w szkole.  | 69. 95             |
| STANISŁAW KOPCZYŃSKI. Uwagi do artykułu d-ra J. Babeckiego p. t. „Opieka lekarska w szkole.”   | 118                |
| J. BABECKI. W odpowiedzi Panu dr. Kopczyńskiemu w sprawie uwag do mego artykułu p. t. „Opieka lekarska w szkole”.  | 119                |
| J. LENTZ. Zastosowanie torfu do asenizacji.  | 143                |
| Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Ministra Przemysłu i Handlu oraz Ministra Rolnictwa z dnia 17 grudnia 1928 r. w sprawie wykonania niektórych postanowień rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu. | 166                |
| M. KACPRZAK. Lekarze w Polsce.   | 187. 211. 236. 201 |
| MARJAN ZACHART. Nasz arsenał dla zwalczania jaglicy.   | 288                |
| IGŃACY KONIECPOLSKI. Kilka uwag w sprawie chorób zakaźnych wśród żydów i chrześcijan.  | 311                |
| L. LEJZEROWICZ. Gruźlica u żydów w Warszawie.  | 336. 361           |

|  |                    |
|--|--------------------|
| Z działalności Departamentu Służby Zdrowia.  | 386. 409. 436. 460 |
| EUGENJUSZ J. ZACZYŃSKI. Inwestycje w zdrojowiskach polskich  | 483                |
| Marja SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. Program wojewódzkiej organizacji walki z gruźlicą   | 510                |
| Adam CIĄGLIŃSKI. Ze statystyki lekarskiej i sanitarnej. Nasze błędy  | 550. 573           |
| B. OSTROMEŃCKI. Zdrowotność publiczna w samorządach województwa kieleckiego w okresie dziesięciolecia 1919—1928.   | 598. 621           |
| Henryk KŁUSZYŃSKI. Z międzynarodowego terenu prac nad reumatyzmem  | 644                |
| Gustaw RACIĄŻEK. Z III Rocznika Ubezpieczeń Społecznych w Polsce   | 645                |
| Z działalności Departamentu Służby Zdrowia. Walka z alkoholizmem   | 671                |
| Z działalności Departamentu Służby Zdrowia. Ośrodki zdrowia  | 690                |
| Z działalności Departamentu Służby Zdrowia. Posiedzenie plenarne Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych z dnia 29 kwietnia 1929 r.                            | 718. 743           |
| SĘCZYC. Na marginesie obrad Sekcji przeciwwenerycznej i Naczelnej Rady Zdrowia w sprawie ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych   | 766                |
| Rafał BECKER. Przyczynę do sprawy rozpowszechnienia chorób umysłowych wśród Żydów w Polsce.  | 789                |
| Adam CIĄGLIŃSKI. Kilka uwag w sprawie rozesłanych przez Sekcję Higieny Ligi Narodów tablic—wzorów „tableaux types” do sprawozdania w V tomie Międzynarodowego Rocznika Sanitarnego za rok 1928 | 828                |
| Brunon NOWAKOWSKI, Henryk RABINOWICZ, Janina CZARKOWSKA. Ołowica zawodowa wśród drukarzy warszawskich  | 845. 877. 901. 974 |
| Stanisław DERESZ. Zagadnienie opieki pozaszpitalnej nad psychicznie chorymi w Polsce.  | 949                |
| Mieczysław MAYZNER. Rzeźączka wieku dziecięcego i związane z nią zagadnienia społeczno-higieniczne   | 997                |
| Stanisław ADAMOWICZ. Umieralność matek w wielkich miastach polskich  | 1022. 1046         |
| K. PROEKL. Polskie ustawodawstwo sanitarne w okresie dziesięciolecia 1918—1928   | 1067. 1092         |
| Aleksander MARGOLIS. Rok skoordynowanej walki z gruźlicą w Łodzi   | 1117               |
| Leokadja KARPFF. Dozór nad żywnością w Polsce i jego rozwój  | 1140. 1164         |
| O. BUJWID. Stosunki zdrowotne w Brazylii   | 1186. 1208         |

## VIII. Sprawy zawodowe.

|   |          |
|---|----------|
| L. Elaborat pana Komisarza Kasy Chorych m. Warszawy   | 512      |
| C. Kasy Chorych.  | 646      |
| Sprawozdanie z działalności Zarządu Izby Lekarskiej za rok 1928   | 672. 693 |
| Z. SZYMANOWSKI. Jeszcze w sprawie reformy studentów lekarskich. Na marginesie rozporządzenia o jednorocznej praktyce szpitalnej lekarzy | 953      |

## IX. Odcinek.

|  |          |
|--|----------|
| Z. BYCHOWSKI. Ludwik Maurycy Hirszfild. Profesor anatomji. (1814—1876)                                   | 382. 432 |
| Jerzy RUTKOWSKI. Kinematograf i lampa katodowa (film mówiący) na usługach medycyny                       | 648      |
| Leon ZAMENHOF. Dzieje medycyny w życiorysach, aforyzmach i anegdotach 1049,1070,1107,1119,1142,1191,1213 |          |

## X. Życiorysy.

|  |     |
|--|-----|
| Dr. Wacław STERLING. (Wspomnienie pozgonne). Nap. Stanisław Markusfeld | 169 |
|--|-----|

|  |              |
|--|--------------|
| Fernand WIDAL. (Wspomnienie pośmiertne). Nap. M. Landsberg.  | 191          |
| Działalność ś. p. D-ra Wincentego BOGUCKIEGO w Polsce Odrodzonej. Nap. Juljusz Maleciński          | 217          |
| J. A. SICARD. (Wspomnienie pośmiertne). Nap. N. Zandowa  | 240          |
| Edward FLATAU. (z powodu 35-lecia pracy naukowej i działalności lekarskiej). Nap. Eufemjusz Herman | 267          |
| Pierwsza pracownia neurobiologiczna w Warszawie. (Wspomnienie). Nap. Maurycy Bornsztajn            | 270          |
| Ś. p. Napoleon CYBULSKI. (Na tle wspomnień osobistych w 10-ą rocznicę śmierci). Nap. Marjan Eiger  | 412          |
| Dr. Dawid NISENSON. (Wspomnienie pośmiertne). Nap. Paradistal                                      | 494          |
| Prof. Klemens PIRQUET, (Wspomnienie pośmiertne). Nap. Marta Erlich                                 | 512          |
| Jan JARKOWSKI. (Wspomnienie pośmiertne). Nap. Zandowa  | 882          |
| Ś. p. Rafał RADZIWIŁOWICZ. (Wspomnienie pozgonne). Nap. M. B.                                      | 1096         |
| ś. p. Dr. med. Zygmunt GRUDZIŃSKI. Nap. Z. S. I. P. PAWŁOW. Nap. Jerzy Konorski i Stefan Miller    | 1190<br>1211 |

## XI. Korespondencja.

|                              |      |
|------------------------------|------|
| Edward REICHER. List otwarty | 364  |
| J. BUJALSKI. List otwarty    | 695  |
| SOBIESZCZAŃSKI. List otwarty | 1025 |

## XII. Wiadomości bieżące.

Na końcu każdego numeru.

## Spis autorów prac oryginalnych.

|                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| ADAMOWICZOWA Stanisława | 1022. 1045            |
| ADELFAŃG Henryk         | 1103. 1177            |
| ANIGSTEIN Ludwik M. B.  | 1099<br>1096          |
| BABECKI J.              | 69. 95. 119           |
| BARANOWSKI Leon         | 126                   |
| BARAŃSKI R.             | 714                   |
| BATAWIA L.              | 493                   |
| BECKER Rafał            | 789                   |
| BLUMENTALÓWNA N.        | 20. 49                |
| BORNSTAJN Maurycy       | 329. 417. 270. 1043   |
| BREGMAN L. E.           | 341. 654              |
| BUJALSKI J.             | 695                   |
| WUJWID O.               | 1186. 1208            |
| BYCHOWSKI Z. C.         | 382. 432. 1208<br>646 |
| CIĄGLIŃSKI Adam         | 550. 575. 937         |
| CHORAŻYCKI B.           | 836                   |
| CZARKOWSKA Janina       | 845. 877. 901. 974    |
| CZYŻEWSKI Kazimierz     | 165                   |
| DERESZ Stanisław        | 949                   |
| DŁUSKI K.               | 1. 27. 55. 75         |
| DRYJSKI A.              | 634. 660. 680. 704    |
| EIGER Marjan            | 412                   |
| ENDELMAN Leon           | 603. 627. 651         |
| ERLICH Marta            | 512. 915              |
| FEJGIN M.               | 1150. 1174            |
| FESTENSZTAT A.          | 201                   |
| FLIDERBAUM Juljan       | 795                   |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| GELMAN G.                     | 323  |
| GIRSZOWICZ M.                 | 799  |
| GLASS Jerzy                   | 247. 274. 300. 319. 607. 631   |
| GOEBEL Franciszek             | 1055   |
| GOLDBAUM Mieczysław           | 465. 489   |
| GOLDMAN M. junior             | 10. 38   |
| GOLDSTEIN B.                  | 59. 85. 105. 526. 1178. 1200   |
| GRZYBOWSKI M.                 | 936  |
| GRZYWO-DĄBROWSKI Wiktor       | 1051. 1075   |
| HALBERÓWNA W.                 | 468  |
| HANDELSMAN Józef              | 765  |
| HÉLD Józef                    | 833. 859. 883  |
| HÉRMAN E.                     | 9. 267   |
| HIGIER Henryk                 | 555. 579. 919. 995. 1043   |
| HIRSZFELD L.                  | 468  |
| JAKUBSON                      | 1125   |
| JOCHWEDS B.                   | 908. 862. 886. 1150. 1174  |
| JUSTMAN Stanisław             | 147  |
| KACPRZAK M.                   | 187. 211. 236. 261   |
| KAMINER St.                   | 247. 274. 300. 319. 607. 631   |
| A. W. KAPŁAN                  | 925  |
| KARBOWSKI B.                  | 151. 323. 942 967  |
| KARPF Leokadja                | 1140. 1164   |
| KAWAŁEK Ludwik                | 381  |
| KOKALJ-KOWALEWSKA Bożenna     | 670  |
| KONIECPOLSKI Ignacy           | 445. 311   |
| KONORSKI Jerzy                | 1211   |
| KOPCZYŃSKI Stanisław          | 118  |
| KŁUSZYŃSKI Henryk             | 644  |
| KRAMSZTYK Stefan              | 123. 219. 243. 561. 586. 843. 866. 891. 965. 987. 1091                   |
| KRASUSKI A.                   | 726. 750   |
| KRAUS R.                      | 341. 367   |
| KRUKOWSKI G.                  | 654  |
| KRYŃSKI B.                    | 1177   |
| L.                            | 512  |
| L. Z.                         | 235  |
| LANDAU Anastazy               | 247. 274. 300. 319. 607. 631. 833. 859. 883<br>908. 862. 886. 1150. 1174 |
| LANDSBERG Marcell             | 195. 191   |
| LANDSBERGER Józef             | 961  |
| LASKOWSKI J.                  | 468  |
| LEJZEROWICZ L.                | 336. 360   |
| LENTZ J.                      | 143  |
| LEWIŃSKI Wacław               | 233  |
| LILJENFELD-KRZEWSKI Sz. M. F. | 143<br>1233  |
| MACKIEWICZ J.                 | 675. 699. 866  |
| MALECIŃSKI Juljusz            | 062  |
| MARGOLIS Aleksander           | 1724   |
| MARJANKO-LEWENFISZOWA         | 217  |
| MARKUSFELD Stanisław          | 117  |
| MAYZNER Mieczysław            | 714  |
| MICHAŁEC Feliks               | 168  |
| MILLER Stefan                 | 1211   |
| NOWAKOWSKI Brunon             | 845. 877. 901. 974   |
| NUSBAUM J.                    | 729  |
| OSTROMĘCKI B.                 | 598. 621   |
| PARADISTAL                    | 484  |
| PEKER M.                      | 825  |
| PIKIELNY Ludwik               | 129  |
| PINCZEWSKI J.                 | 131. 155. 175  |
| PIWKO N.                      | 472. 497   |
| PIECHOWSKA Janina             | 773  |
| PŁOŃSKIER M.                  | 82. 102  |
| POMERANC L.                   | 94   |



## XX

|                           | Srt.   | Str,                                       |
|---------------------------|--|--|
| POMPER J.                 | 703  | 981  |
| PROEKL K.                 | 1067. 1092   | 36   |
| PRYŁUCKI N.               | 302. 324. 350  | 210  |
| PRZESMYCKI F.             | 1033   | 520  |
| PUSZET Henryk             | 200. 323. 773  | 1171. 1123. 1147. 1172                     |
| RABINOWICZ Henryk         | 877. 901. 974  | 678  |
| RACIAŻEK Gustaw           | 645  | 958  |
| REICHER Edward            | 364  | 1106. 1126. 1152                           |
| ROSNOWSKI M.              | 983. 1005. 1030  | 611  |
| RUTKOWSKI Jerzy           | 344. 370. 394. 701. 648                                    | 747. 771                                   |
| S. Z.                     | 1190   | 421. 58. 911. 957                          |
| SCHILLING-SIENGALEWICZ S. | 559  | 226. 446 1008. 1034. 1058. 1083            |
| SCHLAGER L.               | 729  | 1198                                       |
| SĘCZYC                    | 766  | 19. 46                                     |
| SIEDLECKA A.              | 296  | 288  |
| SIMON Aleksander          | 1020. 1164   | 483  |
| SKOKOWSKA-RUDOLFOWA Marja | 510  | 946  |
| SOBIESZCZAŃSKI            | 1025   | 658. 506. 716. 1081. 824. 1021. 1049. 1070 |
| SREBRNY Zygmunt           | 99. 346. 573   | 1119. 1142. 1167. 1191. 1213               |
| STEIN Józef               | 251. 280   | 374 398. 423. 612. 240. 1116. 882          |
| STERLING Władysław        | 271. 295. 317. 495. 592. 733. 753. 778.<br>803. 1003. 1027 | 174  |
| STRASZYŃSKI Adam          | 1195. 1219   |  |
| STRAUSS H.                |  |  |
| SZABAD-GAWROŃSKA R.       |  |  |
| SZENKIER Nikodem          |  |  |
| SZENWIC Wilhelm           |  |  |
| SZOUR Michał              |  |  |
| SZYFMAN L.                |  |  |
| SZYMANOWSKI Z.            |  |  |
| ŚWIDER Z.                 |  |  |
| TENENBAUM Szymon          |  |  |
| TURYN Feliks              |  |  |
| TYPOGRAF Józef            |  |  |
| WEINKIPER E.              |  |  |
| WIRSZUBSKI A.             |  |  |
| WŁODAWERÓWNA L.           |  |  |
| ZACHERT Marjan            |  |  |
| ZACZYŃSKI Eugenjusz J.    |  |  |
| ZAMENHOF Adam             |  |  |
| ZAMENHOF Leon             |  |  |
| ZANDOWA N.                |  |  |
| ŻERA Edmund               |  |  |



# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 1

WARSZAWA, 3 STYCZNIA 1929 R.

Rok VI

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

#### O jamach jawnych w płucach gruźliczych.

(650 jamowych<sup>1)</sup>)

Podał

Dr. K. DŁUSKI b. dyrektor Sanatorium w Zakopanem (Warszawa).

Najlepszemu w Polsce znawcy gruźlicy, nie-  
strudzonemu bojownikowi na polu jej zwalczania  
i zacnemu koledze D-rowsi Sewerynowi Sterlin-  
g o w i, niniejszą pracę ofiaruje

Autor.

#### I.

Na wstępie należy się wyjaśnienie z powodu przymiotnika „jawne“, który przed kilkoma jeszcze laty byłby zbyt techniczny. Właśnie w ciągu tych ostatnich kilku lat weszła na porządek dzienny w piśmiennictwie, gruźlica poświęconem, zwłaszcza francuskim, sprawa tak zwanych „niemych jam“, która w interesie rozpoznania jam istotnych domaga się usilnie rozstrzygnięcia. Poruszona

<sup>1)</sup> Przez skrócenie na wzór francuski, zamiast chorzy z jamami — jamowi (caverneux).

UWAGA. Skróty: Lasecznik Kocha = tbc; Ciepłota = C; Tętno = T.

Górny płąt obustr. — g. pł.  $\times$ : mniejszy = <; większy = >.

Presse Médicale = Pr. Med.

Revue de la Tuberculose = Rev. Tub.;

Wien. Med. Woch. = W. M. W.

Mediz. Klinik = Med. Klin.;

Polskie Czasop. Lek. = P. cz. lek.;

Warsz. Czasop. Lek. = War. Cz. Lek.;

Beiträge zur Klinik der Tuberculose = Beitr.;

Zeitschr. für Tuberculose = Zeit. f. Tub.;

Sztuczna odma = S. O.;

Odma samoistna = O. natur.;

Regularność = R.

UWAGA. Przy każdym cytowanym autorze znajduje się liczba wzięta z piśmiennictwa w porządku alfabetycznym.

z właściwym mu wielkim talentem przez Sergenta (57), stanowi jakby ostrzeżenie przed zbyt pochopnym wyłączeniem jam jawnych z powodu niedostatecznego uwzględnienia wszelkich szczegółów klinicznych. Gdy jednak Burnand (14) powiada, że 50% jam należy do kategorii „niemych“, cytowany zaś przez niego Lazare Mauld podnosi odsetek do 82%, to stąd wynikałoby, że jesteśmy zdolni rozpoznać na podstawie badania fizykalnego i dokładnych wywiadów od  $\frac{1}{3}$  do  $\frac{1}{2}$  jam jawnych, resztę zaś rozpoznaje — wskutek ułomności naszego słuchu lub chwiejności objawów jam — za nas klinicystów Röntgen. Byłoby to „*testimonium paupertatis*“, przedewszystkiem dla Laënneca, który, jak wiadomo, w mistrzowski sposób opisał klasyczne opukowo-wysłuchowe objawy jam, których wartość po upływie stulecia w klinice francuskiej, z pewnymi modyfikacjami, zachowano niemal w całej pełni. A następnie i dla samej istoty badania, stworzonego przez Laënneca, a udoskonalanego przez wiek cały we wszystkich klinikach cywilizowanego świata. Pozwolimy sobie mniemać, że pesymistyczne wnioski w stosunku do naszej indolencji klinicznej i tryumfu nad nią Röntgena, nie mają dostatecznie mocnego uzasadnienia. Przedewszystkiem w sprawie statystyki „niemych jam“, wykrytych nie przez klinikę, lecz wyłącznie przez Röntgena, wydaje się ona nam w świetle liczb Burnanda, a zwłaszcza Lazare-Maulda, mocno przesadzona. Nasi znani röntgenologowie, u których się informowałem, oceniają odsetek na 5% — 10%, *maxim.* na 15% „niemych jam“. W moim materiale warszawskim w ciągu ostatnich 8 — 9 lat wynoszą one w stosunku do jam klinicznie jawnych średnio 6% — 7%. Z drugiej znowu strony należy także uwzględnić jamy, nazwane obrazowo przez Sergenta „*cavernes parlantes*“, rozpoznawane klinicznie na podstawie szeregu objawów osłuchowo-wypukowych, których jednak nie wykrywa Röntgen. Sprawa więc przedstawia się dość zawile. Staje się ona jeszcze bardziej zawila, gdy wspomnimy o tak zwanych „pseudo-jamach“, którym w ostatnich latach



poświęcili szereg studjów, przeważnie klinicyści amerykańscy, angielscy i niemieccy.

Z dostępnej mi literatury niemieckiej pozwolę sobie zatrzymać się na chwilę nad pracami Erbsena (22) i Creceliusa (17). Obaj podkreślają, że Röntgen nierzadko wykazuje znany obraz pierścienia charakterystycznego dla jam, zupełnie prawidłowego, lub nieco wydłużonego o kształcie owalnym, lub — jak zaznacza Turban o kształcie gruszki, butelki, nerki etc., o brzegach grubszych lub cieńszych, mniej lub więcej wyraźnie zarysowanych, symulujący w zupełności znany obraz jamy, przeciętnie wielkości orzecha włoskiego, a nawet jaja kurzego. Obrazy takie mogą istnieć przy nieobecności wszelkich wyp.-osłuchowych objawów jamy lub w innych sprawach chorobowych (jak np. choroby serca, mięsak gruczołów szyjnych, nowotwory śródpiersia etc), zakończonych zejściem, nie nasuwających zaś za życia podejrzenia jam. Sekcja zwłok w tych przypadkach również nigdzie jamy w płucach nie wykazuje, na co kładzie mocny nacisk Crecelius. Erbsen znów zwraca uwagę, że w klinice w Kilonji często spotykał w obrazie rentgenowskim takie pierścienie bez objawów jamy, przytem szybko znikające — przytacza jednocześnie przykład pierścienia pod lew. oboj. wielkości jaja kurzego, bez objawów jamy, która to pseudo-jama po 2 latach znikła w obrazie röntgenowskim bez śladu. Crecelius przytacza na podstawie obfitego materiału ze szpitala w Dreźnie 50 takich pseudo-jam. Obaj wspomniani klinicyści (a zwłaszcza Erbsen) upatrują często przyczynę pseudo-jam w zmianach patologicznych opłucny z centralną rozedmą płuc lub daleko posuniętą rozedmą w górnych albo dolnych częściach płuc, otorbione wysięki etc. Dalej zrosty opłucny w postaci smug lub sznurów (11 przypadków). Crecelius zwraca uwagę na to, że bardzo często (podkreślenie nasze) spotykamy owalne wyjaśnienia w szczycie, wytworzone z jednej strony przez fałdy skóry i brzegi m. mostk. - oboj. - sutkowego, z drugiej zaś przez cień I-go żebra nad obojczykiem lub też na bocznych częściach klatki piersiowej przez brzeg m. piersiowego i przednią część żebra. Również rozpoczynające się zwapnienie chrząstki żebra przy jej przejściu w tkankę kostną daje przy bocznem oświetleniu wyraźne cienie owalne\*). Dalej tenże autor zwraca uwagę na to, że w okolicach wnek, gdzie rozpoznanie fizykalne jamy jest b. trudne, możliwe zaś przy pomocy Röntgena, mogą powstawać pierścienie, wytworzone przez dwa sąsiednie, zwrócone ku sobie stroną wklęsłą naczynia, symulujące istotną jamę, zwłaszcza u chorych na gruźlicę. Sekcja w 5 przypadkach wykazała, że chodziło o pseudo-jamy wskutek takiego specjalnego przebiegu naczyń. Takie same pseudo-jamy w postaci owalnych cieni mogą powstać także wskutek rzutu projekcyjnego oskrzeli. W dalszym ciągu, wprawdzie w rzadkich przypadkach wspomina Crecelius o pseudo-jamach, co nast.: Po torakoplastyce nasutek bujania tkanki kostnej na żebrach w postaci mostka „kuliste cienie, ładząco podobne do jam” (słowa autora). Dalej po otwarciu pod lew. oboj. ropnia,

\* Besançon (Paryż) (7) opisuje 3 przypadki zwapnienia chrząstki żeber, symulującego jamę.

wychodzącego z żeber, po przebytej w lew. gór. pł. pneumonji, formuje się w miękkich częściach klatki piersiowej, wzgl. duży ubytek tkanek, cały „krater“, dający w obrazie rentgenowskim „ostro zarysowane wyjaśnienie“. Tu jednak sam przebieg choroby sprawę wyjaśnia.

Idąc za cytowanymi autorami, wspomnimy jeszcze o dwóch przypadkach pseudo-jam, a mianowicie, bardzo znaczne przeciągnięcie tchawicy i rozszerzenie przełyku wskutek kurczenia się tkanki płucnej w gruźlicy (Erbsen) Müller (46) wspomina o bardzo ciekawym przypadku, dotyczącym 22-letniego mężczyzny, który wykazywał wyraźny „Wintrich“ nad i pod pr. oboj.; przy oddechu pęch-oskrzelowym, dźwięczne rżenia — do IV żebra, tymczasem Röntgen wykrył przesunięcie się tchawicy wysokiego stopnia wskutek skurczenia się tkanki płucnej. Przypadek taki wchodzi do kategorii „cavernes parlantes“ Sergenta. Przypominaliśmy również cytowane już dawniej przez nas 5 przypadków (Dahlstedta) ograniczonej odmy samoistnej, symulującej jamy u gruźlików, której obrazu w postaci wyraźnie zarysowanych pierścieni, przy pomysłnem leczeniu znikły zupełnie (21). Wreszcie, cytowany przez Erbsena Berg mówi o ostrym wrzodzie płucnym w przebiegu gruźlicy płuc, który daje podobny do jamy cień pierścieniowy i może szybko się zmniejszyć i wyleczyć. Curschmann (18) w obszernej monografji z licznymi obrazami röntgenowskimi uznaje możliwość istnienia pseudo-jam za rzecz rzadką i powiada, że prawie wszystkie cienie pierścieniowe są objawem jamy istotnej.

## II.

Zatrzymałem się nieco dłużej nad sprawą pseudo-jam — w naszym piśmiennictwie, o ile mi wiadomo, mało poruszaną — wiąże się bowiem bezpośrednio z przedmiotem naszej pracy. W dalszym ciągu będziemy mówili o różnych okolicznościach, towarzyszących powstawaniu jam, ich przebiegu klinicznym, o rozmaitych szczegółach z tym przebiegiem związanych, wreszcie o ostatecznych jego wynikach. Nasze więc rozważania i wnioski, dotyczące jam jawnych, byłyby nietylko niedostateczne, lecz poprostu fałszywe, gdyby poza naszym materiałem, wynoszącym 650 „jamowych“, znalazło się nadto 50 — 82% z jamami niemymi, które klinicznie nie dadzą się rozpoznać. Wyżej zaznaczyłem, jak mały jest w moim materiale odsetek jam niemych w stosunku do jawnych; ale gdyby nawet przypuszczalnie był dwa razy większy, stanowiłby niewielką część mojego materiału, pozabawioną istotnego znaczenia przy ocenie faktów klinicznych.

Przed przejściem do szczegółów, związanych z powstawaniem i przebiegiem jam jawnych, należy się zatrzymać chwilę nad sprawą ich klinicznego rozpoznania, tembardziej, że wśród wybitnych klinicystów panują skądinąd spore różnice w ocenie fizyk. objawów jam, a więc ich rozpoznania. Zgóry pozwalamy sobie nadmienić, że trudnością czasem istnieją, na ogół są jednak wyolbrzymione. Rzecz dziwna: Laënnec, który pierwszy stworzył i ustalił gruntowne, mocne podstawy klinicznego

rozpoznawania jam, potwierdzone sekcyjnie, o tych wielkich trudnościach w swym genialnym dziele „*Traité de l'auscultation médiate*” jakoś nie wspomina. Powstały i powstawały one później i jeszcze — jak widać z obfitego w tej sprawie w ostatnich latach piśmiennictwa — powstawać będą prawdopodobnie. Dzieje się to częściowo, dzięki właściwościom umysłu ludzkiego, który lubi wikłać czasem rzeczy proste, i na odwrót, a także wskutek niespodzianych wyników badania Röntgenem, o czym przed chwilą była mowa. Gdy się zestawia klinikę francuską z niemiecką, daje się dostrzec dość znaczna różnica w ocenie objawów wypukowych. Klinicyści niemieccy — bodaj czy nie większość — przypisują główne znaczenie wypukowi bębnekowemu, który może mieć rozmaitą wysokość i zabarwienie („*timbre*” po francusku) stosownie do rozmiarów i kształtów jamy, bliskości położenia do ściany płucnej i większego lub mniejszego wypełnienia przez wydzielinę lub większego lub mniejszego opróżnienia. Brugsch i Schittenhelm (11 str. 112) mówią tylko o wypuku bębnekowym, jako charakterystycznym objawie jam. Turban w ostatniej swej pracy (60) stawia na pierwszym miejscu „*tympanie*” i „*Wintricha*”, uważając je, przy jednoczesnym ich istnieniu, za pewny objaw otwartej jamy. Gerhardt znów (25) przypisuje większe znaczenie słumieniu (najczęściej nieznacznemu), które ma, stosownie do zawartości powietrza, ton niski lub wysoki. Sahli mówi o słumieniu przy wypełnieniu jamy wydzieliną, które to słumienie częściowo znika i wypuk staje się głośny („*laut*”) przy opróżnieniu jamy. Natomiast „*Wintrichowi*” przypisuje Sahli ograniczone tylko znaczenie, spotyka bowiem ten objaw przy naciekach oraz w razie kurczenia się tkanki płucnej, „*Gerhardtowni*” zaś i „*Friedrichowi*” nadaje już bardzo ograniczone znaczenie. (56. T. I. str. 343-349). Weil (61), rozpatrując rozmaite objawy wypukowe, więc bębnekowy, jawny niebębnekowy, słumiony aż do zupełnego stopienia, wreszcie metaliczny, nie uważa żadnego z nich, chyba ten ostatni, za dostatecznie charakterystyczny dla jamy. „*Najpewniejsze punkty wytyczne dla istnienia jamy wynikają z najrozmaitszych rodzajów odmiany dźwięku*”, powiada on. Tymczasem o tych odmianach dźwięku („*Wintrich*”, „*Williams*”, „*Gerhardt*”, „*Friedrich*”, „*Weil*”) francuscy klinicyści, z wyjątkiem Germain Sée (25), wcale nie wspominają, właściwie mówiąc ignorują je zupełnie. Duże znaczenie przypisują natomiast (Faisans str. 168) dźwiękowi „*rozbitego garnka*”, któremu taka powaga, jak Weil, odmawia znów wszelkiego znaczenia. („*bedeutungslos*”) (61 str. 161). Nasi klinicyści — Biegański (9), Sokołowski (58), Dębiński (19) i Bronowski (13), stawiając na drugim planie inne objawy wypukowe, za charakterystyczny dla jam uważają wypuk bębnekowy, przyczem Sokołowski objawowi Gerharta odmawia praktycznego znaczenia. W. Orłowski uważa wypuk bębnekowy za częsty objaw

UWAGA: Materiały w niniejszej pracy stanowią wyciąg z historii chorób 10000 gruźlików, badanych przeze mnie w ciągu ostatnich 25 lat; opracowane były w ciągu kilku lat wyłącznie przeze mnie, jak również załączone dalej tablice.

gruźlicy płuc; o ile zaś jest połączony z „*Wintrichem*” uważa go za charakterystyczny dla jam, w odróżnieniu od rozluźnionej tylko tkanki płucnej, dającej również odgłos bębnekowy. (50 str. 164). Francuzi znów, jak np. Hérard i Cornil (30 str. 549), uważają odgłos bębnekowy w przypadkach jam za objaw rzadki, a nawet wyjątkowy, (Faisans 24 str. 58 i 68).

Gdy się zestawia tak różnorodne oceny objawów opukowych, mimowoli nasuwa się wniosek, że dużą rolę przy opukiwaniu odgrywa osobista ocena wrażeń słuchowych, ich kontrola w dalszym przebiegu choroby, zestawienie wyników badania fizyk. z Röntgenem etc. Co się mnie tyczy, to na podstawie mego osobistego doświadczenia zajmuję w sprawie wypuku stanowisko, bardzo zbliżone do Weila, uważając, że ani bębnek, ani słumienie aż do zupełnego stopienia, ani metalja (przez skrócenie zamiast dźwięk metaliczny) same przez się nie rozstrzygają, o czym niżej, o istnieniu jamy, lecz całość kształt objawów. Tu nasuwają się niektóre szczególne, skądinąd ważne. Pragnąłbym zaznaczyć mianowicie, że podczas wypuku wzbudza podejrzenie jamy nazwany przeze mnie przydźwięk „*falszywy bębnekowy*”, otrzymywany przy jednorazowym, średnio silnym uderzeniu w I lub II przestrz. międzyżebr., a którego wyższy stopień stanowi „*bruit de pot fêlé*”, któremu francuscy klinicyści — jak wyżej — przypisują słusznie odpowiednią rolę. Określić słowami wrażenie tego przydźwięku trudno. Jest to przydźwięk krótki, urywany, jak gdyby się zlekka uderzało drugim palcem w bardzo cienką deszczuleczkę, trzymaną palcami drugiej ręki.

Przechodzimy pokrótce do objawów osłuchowych. Tu chcielibyśmy w paru słowach dotknąć tak zwanej „*pectoriloquie*”, opisanej przez Laënneca i niedostatecznie przez niego uzasadnionej oraz „*pectoriloquie aphone*” (Baccelli), zupełnie odrzuconej ostatnio przez klinicystów franc. a) Wedle nas ma ona niepoślednie znaczenie. Wprawdzie *pectoriloquie aphone* ma być charakterystyczna, choć nie zawsze, dla wysięków opłucnowych, jednak Jaccoud znajdował ten objaw „*wśród dużej liczby jam gruźliczych*”. Wedle Bartha jest ona „*rzadkim objawem*” jamy. Wedle nas choć nie częstym, ale i nie rzadkim. Najlepiej wysłuchiwać ją nad grzeb. lub tuż pod nim, naturalnie, że sama przez się ani „*pectoriloquie*”, ani „*pectoriloquie aphone*” nie może mieć decydującego, jako objaw jamy, znaczenia; łącznie jednak z szeregiem innych — jak nas uczy doświadczenie — odgrywa ona wybitną rolę. Klasyczne objawy jam, jak oddech i głos jamowy (vel butelkowy), zostały przed przeszło 40 laty dokładnie opisane przez Bartha i Roger (5), i można śmiało podpisać się pod nimi. Dodać do tego należy, że oddechowi takiemu towarzyszy wybitna bronchofonia, drażniąc słuch zarówno w I i II przestrz. międzyżebr. o ile jama, znajdując się w górnym płacie, zbliżona jest więcej ku przodowi, lub nad i pod grzeb., o ile jama leży bliżej ku tyłowi lub mniej więcej jedna-

a) Giraud (28) powiada: „*Wszyscy dziś zgadzają się, że „pectoriloquie”, której Laënnec przypisywał takie duże znaczenie (przy jamach), jest tylko objawem zgęszczenia miąższu płucnego.*”

kowo, o ile jama, drążąca w kierunku przednio-tylnym, zniszczyła znaczną część mięszu płucnego. To samo, co o oddechu jamowym, da się tembardziej powiedzieć o kaszlu jamowym, rozlegającym się głośnem echem jakby w górskiej pieczarze i przybierającym czasem wybitny charakter metaliczny, na kształt dźwięku przy uderzeniu metalowym drucikiem o szklanę ze szkła kryształowego. Rzecz jasna, że objawy takie spotykamy w jamach dużych, o ścianach gładkich. Jeśli są one wypełnione wydzieliną, to dołączają się do tego przelewania („gargouillements”), które uważamy, zgodnie z Faisansem, za objaw jamy pewny.<sup>1)</sup> Pomijając jednak jamy duże, o których istnieniu powiadają wyżej opisane objawy klasyczne, możemy wykryć i jamy mniejsze, np. wielkości orzecha włoskiego, o ile znajdują się w pobliżu ściany klatki piersiowej, lub mieć na podstawie wywiadów i całokształtu objawów klinicznych podejrzenie ich istnienia; w danym przypadku decyduje Röntgen. Do takich objawów stałych należą rżenie dzwiczne i wilgotne średnio, a tembardziej grubobańkowe na większej lub mniejszej przestrzeni, stosownie do rozmiarów jamy po jednej stronie klatki piersiowej lub obustronnie w przypadkach jam w obu płucach (przeważnie z przodu), ale przy wykluczeniu zapal. oskrzeli, zwykle obustronno. I tu na podstawie naszego osobistego doświadczenia, zgodnie z Dumarest, Giraud i Sergent, uważamy rżenia te za charakterystyczne dla jamy, dodając, iż zwykle towarzyszą im i inne, wyżej wspomniane objawy opukowo wysłuchowe. W. Orłowski (str. 175) powiada, że rżenie grubobańkowe poza okolicą dużych oskrzeli (3—4 krąg grzbietowy) „świadczą zawsze o jamie płucnej”. Do objawów niestałych, lecz zasługujących na uwagę ze względu, iż wzbudzają podejrzenie jamy, należy opisany (*ibid.*) przez W. Orłowskiego zmienny szmer Seitza o charakterze syku na początku wdechu i szmeru oskrzelowego lub dzbanowego przy jego końcu, wskutek przechodzenia powietrza przez zwężone oskrzele przed dostaniem się do jamy. My zaś obserwowaliśmy zjawisko wręcz odwrotne, a mianowicie: szmer oskrzelowy lub dzbanowy na początku wdechu i przyciszony w dalszym ciągu klatki piersiowej, najczęściej w II lub III przestrz. międzyżebr. przy istnieniu ograniczonego lecz wyraźnego stłumienia. Nazwaliśmy dowolnie taki wdech „zatomponowanym”, szukając przyczyny w zwężeniu lub zagięciu oskrzela odprowadzającego. Jeden z doświadczonych anatomopatologów przypuszczenie nasze potwierdził. Istotnie, podejrzenie jamy w tych przypadkach okazywało się słuszne i potwierdzone bądź przez Röntgena, bądź przez dalszy przebieg choroby. Jeszcze na jeden szczegół, przez nas podpatrzony, wzbudzający podejrzenie rozpadu lub istniejącej już małej jamy, a potwierdzony, jak poprzednio, dalszym przebiegiem lub badaniem röntgenowskim, pragniemy zwrócić uwagę. Jest to dźwięk łudząco podobny do pisku żaby, oderwany i słyszalny przy końcu wdechu w I lub II (b. rzadko w III.) przestrz. międzyżebr. z przodu. Jaka jest bliższa przyczyna tej nazwanej

przeze mnie „żabki”, dokładnie wyjaśnić nie potrafię, ale fakt jej istnienia zaprzeczyć się nie da. Wreszcie na jeden ważny szczegół, przy braku wyraźnych objawów klasycznych dużej jamy, podpatrzony przeze mnie w sanatorium (Zakopane) przed kilkunastu laty, i na który zgadzali się koledzy asystenci zakładu, należy zwrócić uwagę, a mianowicie: na tak zwane przez nas i od czasu do czasu notowane w przypadkach małych jam „kaszlnięcie amforyczne”. Uważaliśmy je za zwiastuna tworzącej się jamy, dalszy zaś przebieg choroby przypuszczenia nasze niemal zawsze potwierdzał. Z opisaniem tego objawu nigdzie nie spotykałem się. Dopiero znalazłem go u Lydtna (43), który powiada, że, gdy niema wyraźnego oddechu oskrzelowego przy zakaszaniu (Hustenstoss) staje się wyraźnym „metaliczno - butelkowy przędziew” („Beiklang”), który on spotykał dość często. My zaś zaznaczam — od czasu do czasu.

Mówiąc o tych wszystkich szczegółach przy badaniu jam, należy wspomnieć o najrozmaitszych rżeniach (spotykanych przeważnie w obustronnym zapal. oskrzeli), jak furczenia suche lub mieszane z wilgotnemi, świsty, piski, jęczenie, stękanie etc. znane każdemu klinycyście, który miał dużo do czynienia z płucami, a opisane szczegółowo przez Turbana (*Ibid.*).

Jeszcze parę słów o różniczkowym rozpoznaniu między jamami a odmą naturalną i rozstrzenią oskrzeli. O tej ostatniej powiada Turban, że różnicowanie na podstawie badań fizykalnych, röntgenowskich oraz plwociny jest proste — do tego dochodzi jeszcze metoda Sicarda (wlewanie lipjodolu), która rzecz ostatecznie wyjaśnia. (patrz szczegóły Giraud str. 331 — 332). Trudniej jest, gdy u tego samego chorego obok jamy istnieje jednocześnie rozstrzeń oskrzeli. Mieliśmy w sanatorium w 1917 r. taki przypadek (47-letni mężczyzna), gdzie sprawa została wyjaśniona badaniem fizykalnem i Röntgenem, bez użycia metody Sicarda, wówczas jeszcze nieznaney.

Co się tyczy odróżnienia dużej jamy od odmy naturalnej z wysiękiem ropnym lub suchej, sprawa ta obszernie poruszana jest w piśmiennictwie lat ostatnich. Już przed przeszło 50 laty mówił z naciskiem Weil (*Ibid.* str. 161) nie tylko o trudnościach, ale nawet o niemożliwości rozróżnienia dużej jamy od ograniczonej odmy na podstawie fizyk. badania. Taki znakomity klinicysta, jak Brauer (12), mógł ostatecznie ustalić rozpoznanie jamy dopiero na stole sekcyjnym. Zapewne, na podstawie wyłącznie fizyk. badania mogą zachodzić trudności, jeśli zwłaszcza ograniczona odma naturalna pochodzi od pęknięcia i zlania się szeregu baniek rozedmowych wewnątrz mięszu płucnego. Są jednak inne środki rozpoznawcze, szczegółowo podane przez Michelsa (45). Nie mówiąc o różnicy czasu powstawania (powolne jamy i zwykle raptowne odmy samoistnej), o innym wyglądzie klatki piersiowej, przeciągnięciu serca na chorą stronę przy jamie etc., są niemi aspiracja wydzieliny z dużej jamy (z małej uważa Turban taką procedurę nie za zupełnie bezpieczną, (*Ibid.* str. 88) przy stosowaniu błękitu metylowego lub eteru i nast. badaniu wydzieliny. Jeśli znajdujemy tbc. + i zabarwienie błękitne oraz smak eteru w ustach, odma zamknięta zostaje wyłączona. Wreszcie określenie ciśnienia

<sup>1)</sup> Przelewania, naturalnie, są charakterystycznym objawem dla jam i niegruźliczego pochodzenia, jak w ropniu i zgorzeli płuc, rozstrzeni oskrzeli etc.

za pomocą igły odmowej. Wahania około 0 wykazują jamę lub otwartą odnę, ujemne zaś zamkniętą.

Wchodzić w dalsze szczegóły rozpoznawania fizykalnego jam nie będę. Odsyłam ciekawych do cytowanej już kilkakrotnie monografii prof. W. Orłowskiego, która, obok dokładnego opracowania przedmiotu, ma tę zaletę, że każdy objaw patologiczny opukowo-wysłuchowy tłumaczy jasno i przyczynowo, wiąże ze zmianami anatomicznymi, i do artykułu Turbana, gdzie czytelnik znajdzie syntetyczne ujęcie przedmiotu oraz szczegółowe opisanie röntgenowskich pierścieni jamowych.

### III.

Przechodząc do rozpatrzenia naszego materiału klinicznego, pragnę raz jeszcze podnieść, że rozważania moje o przebiegu jam i jego ostatecznych wynikach (ujemnych lub dodatnich) dotyczą jam jawnych. Co się tyczy 398 chorych z sanatorium, zaznaczam, że rozpoznanie wtedy uważaliśmy za ustalone, gdy następowała zgoda zupełna między asystentami zakładu a mną na gruncie badania fizyk., autosuggestja jest więc tu wyłączona. Co się tyczy materiału warszawskiego (252 chorych), rozpoznanie, za obrębem rzadkich konsyliów, stawiane było wyłącznie przeze mnie na podstawie zdobytego długoletniego doświadczenia, które, łącznie z całokształtem objawów klinicznych i przy posługiwaniu się temi samymi metodami, stanowi argument dość ważki przy ocenie wyników badania fizyk. Można by zrobić pewne zastrzeżenie w sprawie rokowania co do chorych, badanych je d n o r a z o w o, w liczbie 151 (143 w Warsz. + 8 sanat. Zakop.) razem 23 — 24% ogółu. Przy dokładnem rozważaniu wyników badania, łącznie z całym dotychczasowym przebiegiem choroby na podstawie wywiadów i informacji lekarskich, istnienie jam jawnych nie nasuwało wątpliwości. Mogły one dotyczyć dalszego rokowania, które przedstawia się, jak nast. na 151 chorych: 1) u 17 (11 — 12%) niezłe, w zależności od systematycznego klimat. leczenia (ewent. szt. odma); 2) u 37 (24%) — wątpliwe; 3) u 97 chorych (64 — 65%) bardzo złe albo wręcz beznadziejne, zależnie od zatrucia ustroju, niedomogi serca, charłactwa i powikłań (tbc. jelit i krtani, w paru przypadkach skrobiawica). U reszty dalszy przebieg choroby rozpoznanie potwierdził. Nadto u 28%<sup>1)</sup> chorych zdjęcia Röntgena w sanatorium zgadzały się zupełnie z rozpoznaniem fizyk., wykazując skądinąd — co, zresztą, jest znane — rozmiary jam większe, niż na podstawie badania fizyk. Wobec tych wszystkich danych, można, sumiennie i logicznie rzecz biorąc, mówić z ugruntowaniem przekonaniem o jamach jawnych.

Wywiady i szczegóły badania każdego chorego prowadziliśmy z kolegami asystentami w sanatorium (Zakopane) na podstawie schematu, przy-

<sup>1)</sup> Niewielki w porównaniu z klinikami i szpitalami % badań Röntgena dość łatwo tem wytłumaczyć, że nietylko w prywatnej praktyce warszawskiej, lecz i w sanatorium w Zakopanem Röntgen pociąga koszty, za duże dla jednych, a odrzucane przez innych chorych.

jętego u Turbana (Davos), gdzie odbywałem (1899/1900) kilkumiesięczną praktykę celem zapoznania się z leczeniem sanatoryjnym we wzorowo prowadzonym Zakładzie. Naturalnie, że i w Warszawie trzymałem się tego samego schematu. Dla ułatwienia zorientowania się ułożyłem kilka tablic, zawierających dane charakterystyczne z dziedziny wywiadów, stanu chorego, przebiegu choroby i jego wyników, dodając do nich ważniejsze szczegóły, ściśle z przebiegiem choroby związane i ilustrujące stan ogólny, i stan płuc chorego.

Z kolei przechodzimy do nich.

Jeśli weźmiemy pod uwagę klimat, to niemal wszyscy chorzy, z wyjątkiem kilku cudzoziemców w sanatorium (Zakopane), należą do klimatu łądowego i w 94 — 95% do narodowości polskiej, resztę stanowią Rosjanie z najrozmaitszych krańców Rosji od Petersburga do Kaukazu i od wschodniej Syberji do dzisiejszej zachodniej granicy w liczbie 10 — 11% w sanatorium, a na ogół chorych, wliczając praktykę warszawską, wyłącznie polską, 5 — 6%. Możemy więc mówić w danym wypadku o rasie słowiańskiej, stanowiącej 89 — 90% ogólniej liczby chorych<sup>1)</sup>. Ponieważ nie mamy, niestety, obszerniejszego materiału faktyczno-liczbowego z przebiegu jam, jeno ogólniki — („niezwykle” „dość często” etc.), jako wynik spostrzeżeń wybitnych, rozporządzających olbrzymiem doświadczeniem, klinicystów francuskich i niemieckich, więc ograniczamy się do wywodów logicznych z naszego własnego materiału. Naturalnie, że spostrzeżenia tych klinicystów stanowią cenne wskazówki dla naszych własnych rozważań, uwypuklają i oświetlają je należycie.

Możnaby tu otworzyć nawias dla klimatu wysoko-górskiego, jako mającego znane i właściwe mu cechy. W jednej z naszych dawniejszych prac (Einige Bemerkungen über die spez. Therapie etc. Beitr. 16/2) na podstawie obszernej statystyki z różnych krajów, jak Francja, Belgja, Szwajcarja, St. Zjed. Ameryki Półn., a zwłaszcza oficjalnej statystyki dla sanatorjów Niemiec (Kaiserl. Gesundheitsamt), zestawionej przez Hamela i obejmującej około 16000 chorych, staraliśmy się wykazać, że pod względem wyników leczniczych trudno dopatrzyć się jakiegoś specjalnie uzdrawiającego wpływu gór w porównaniu z nizinami. Niemcy też słusznie zaznaczają, iż chodzi w pierwszym rzędzie o czyste, wolne od drobnoustrojów i rozmaitych zanieczyszczeń powietrze, przy stałym jego używaniu, o obfite i odpowiednie odżywianie, a obok tych dwóch niezbędnych warunków o trzeci b. ważny, który najlepiej się streszcza w niemieckim określeniu „Anstaltsbehandlung“ i polega w ogólnych zarysach na trybie życia higienicznym i od-

<sup>1)</sup> A. Sokołowski dawno pisał o tem, że zachorowalność żydów na gruźlicę jest mniejsza, niż chrześcijan, co na ogół tłumaczy badacze dawnością żydów jako rasy, a więc uodpornieniem w ciągu długich pokoleń na gruźlicę. Mamy w liczbie 650 chorych 68 żydów obojga płci w wieku od kilkunastu do 60 lat (czyli 10,4% ogółu). Interesowały nas wyniki leczenia, są one o kilka % lepsze, niż u ogółu. (Ogólne wyniki podane będą niżej).

|         | Ogólne pogorszenie | St. quo | Polepszenie |
|---------|--------------------|---------|-------------|
| Ogół    | 55,2%              | 11,3%   | 29,4%       |
| U żydów | 48,5%              | 19%     | 32,5%       |

TABLICA B.

| Męż. | Kob. | Wieś               | Miasto  | Wiek    |           |            | Dziedziczność |       |    | Budowa          |       |        | Stan ogólny |                          |         | Wygląd |                                |         |         |                                  |        |       |   |   |
|------|------|--------------------|---------|---------|-----------|------------|---------------|-------|----|-----------------|-------|--------|-------------|--------------------------|---------|--------|--------------------------------|---------|---------|----------------------------------|--------|-------|---|---|
|      |      |                    |         | 11—20   | 21—30     | 31—40      | 41—50         | 51—60 | 60 | Rodzice (oboje) | Matka | Ojciec | Rodzeństwo  | Mocna                    | Srednia | Wątkła | dobry                          | średni  | zły     | dobry                            | średni | zły   |   |   |
| 329  | 321  | 171                | 445     | 146     | 244       | 172        | 62            | 22    | 4  | 5               | 66    | 51     | 104         | 201                      | 129     | 201    | 170                            | 119     | 341     | 124                              | 136    | 340   |   |   |
|      |      | (26.3%)            | (68.5%) | (22.5%) | 416 (64%) | 88 (13.5%) |               |       |    | 122 (około 19%) |       |        |             |                          | (30.9%) | (20%)  | (30.9%)                        | (26.2%) | (18.2%) | (52.4%)                          | (19%)  | (21%) | (52.4%)   |   |
|      |      | wojskowi 34 (5.2%) |         |         |           |            |               |       |    |                 |       |        | (16%)       | nieokreślona 119 (18.3%) |         |        | u 20 chor. (3%) bez określenia |         |         | U 50 chorych (7.6%) nieokreślony |        |       | NB. w tem u 71 bardzo zły, duże osłab., silne poty etc. | NB. w tem charactwo 67 chorych („szkielety”). |
|      |      |                    | 650     |         |           |            |               |       |    |                 |       |        |             |                          |         |        |                                |         |         |                                  |        |       | 650   | 650   |

powiedniem dawkowaniu ruchu w zależności od stanu chorego.

To też leczenie naszych jamowych było leczeniem higieniczno-dietetycznym, z wyjątkiem tuberkuliny Beranecka (TBK) u 44 chorych, której stosowanie, przy wybranym materiale chorych, dało wyniki wzgl. gorsze, niż przy wyłącznie klimat. leczeniu.<sup>1)</sup> (Zakopane). Sanokryzyna była stosowana w dwóch tylko przypadkach (Warszawa), a więc przy materiale 650 chorych zupełnie nie wchodzi w rachubę. Należy jeszcze uwzględnić szt. odmę<sup>2)</sup>. Leczenie 650 chorych odbywało się w warunkach klimatu swojskiego, w Zakopanem, Szczawnicy, Otwocku, Rudce etc. lub u siebie na wsi wedle wskazówek lekarskich. Przebywanie pewnej części chorych przez kilka miesięcy nad Morzem Śródziemnym lub Atlantykiem, lub w sanatorjach szwajcarskich i niemieckich w ocenie całokształtu warunków leczniczych nie ma lub ma nikłe znaczenie dla przebiegu choroby i jej wyników.

Przechodząc do powietrza wiejskiego i zanieczyszczonego miejskiego, widzimy, iż mieszkańcy wsi stanowią przeszło 26% ogółu jamowych (Tabl. B.), co a priori świadczyłoby o pewnym osobniczym usposobieniu płuc do rozpadu pomimo przebywania chorego w świeżym powietrzu. Rzecz sama w sobie wygląda inaczej. A. Kuczewski (35) pisał o fatalnych warunkach mieszkaniowych na wsi w kraju tak wysoce kulturalnym, jak Szwecja (gdzie śmiertelność na gruźlicę przy końcu zeszłego i na początku b. stulecia była o 50 — 60% wyższa, niż w Danji), i podkreśla, że całe rodziny śpią na wspólnym legowisku, w najbrudniejszych kątach („Butzen“), pozbawionych światła i czystego powietrza. A cóż mówić o warunkach higienicznych w naszych chatkach wiejskich? W dalszym ciągu na niektórych przykładach wykażemy, że oprócz tego wchodzi tu w grę jeszcze inne szkodliwe czynniki, zdolne zniszczyć zbawienny wpływ czystości powietrza. Do ogólnych warunków natury społecznej należy sprawa zawodów, tak często poruszana w piśmiennictwie lekarskim w związku przyczynowym z powstawaniem gruźlicy. Nie będziemy powtarzali znanych aksjomatów o szkodliwym wpływie nędzy fizjologicznej na szerzenie się gruźlicy wśród szerokich warstw proletariatu rolnego i miejskiego, ani też o równie szkodliwym wpływie ciasnych i przepełnionych mieszkań w miastach a także i po wsiach. Co się tyczy wpływu zawodów, mówiliśmy pokrótce w naszej pracy (21d). Już sam rzut oka na tabl. A. z zawodami wykazuje, że około 38%, nie mając określonego zajęcia, utrzymywani są przez bliskich lub dalszych krewnych, znajdują się więc w stanie względnej zamożności. Uderza przytem fakt, że

<sup>1)</sup> Przy wyłącznie klimat. leczeniu mieliśmy średnio przeszło 80% dużych i względnych popraw. — Przy stosowaniu TBK tylko 61% (21a).

<sup>2)</sup> Na I jeździe przeciwgruźliczym w maju 1925 r. w Krakowie (21), podałem statystykę trwałych wyników S.O. zaczerpniętą u kilkunastu klinicyстів z rozmaitych krajów — waha się ona w granicach 25% — 40% odmowych. Moja własna, oparta na materiale 91 chorych w ciągu 6 — 7 lat, wynosiła średnio 33%. Co się tyczy obecnego materiału jamowych, trwałe wyleczenia wynoszą również około 33%; natomiast u 66% rokowanie fatalne (wśród tych 66%,  $\frac{3}{4}$  stanowią wiadome mi zgony).

## T A B L I C A A.

Z a w o d y (w porządku zstępującym).

|   |                          |                   |  |                    |       |  |  |              |        |                    |                          |                 |  |
|---|--------------------------|-------------------|--|--------------------|-------|--|--|--------------|--------|--------------------|--------------------------|-----------------|--|
| Urzednicy:<br>państwowi, samorządowi,<br>prywatni (biura przemysłowe, handlowe etc.). | Uczniowie szkół średnich | Obywatele ziemscy | Wolne zawody:<br>lekarze, aptekarze, technicy, adwokaci, literaci i artyści. | Zamożni włościanie | Kupcy | Robotnicy fabr. i warszt. oraz służba domowa | Profesorowie szkół średn. i wyższych uczelni | Przemysłowcy | Księża | Wojsko (oficerowe) | Nauczyciele Szkół Powsz. | Robotnicy rolni | Bez określonego zajęcia (dzieci przy rodzicach, żony przy mężach etc.) |
| 92  | 63                       | 49                | 44   | 35                 | 33    | 26   | 19   | 13           | 13     | 11                 | 4                        | 3               | 245  |
| 650   |                          |                   |  |                    |       |  |  |              |        |                    |                          |                 |  |

nauczyciele szkół powszechnych wynoszą tylko liczbę 4, gdy wiadomo, że gruźlica szerzy się wśród nich w sposób b. dotkliwy. Drugą tuż po chorych bez określonego zajęcia, najliczniejszą grupę, wynoszącą 92, stanowią urzednicy państwowi i prywatni, co smutno świadczy o warunkach bytowania przy ciężkiej codziennej pracy. Zresztą, zważyć należy, że kolosalną większość pracujących leczy się przedewszystkiem w Kasach Chorych lub też we własnych sanatorjach (np. nauczycielskie w Zakopanem). Z tego wszystkiego wynika, że stosunki liczbowe w tabl. A. z zawodami nie tylko nie mogą świadczyć o ich roli w powstawaniu gruźlicy zawodowej, ale doprowadzić do zupełnie błędnego wniosku, że ciężka gruźlica, w swej postaci rozpadowej, szerzy się najbardziej wśród ludzi, cieszących się względną zamożnością.

Przechodzimy do warunków anatomo-biologicznych. Mamy tu do czynienia ze zjawiskami innej kategorii, poza obrębem stałych lub przygodnych wpływów społecznych.

Dziedziczność, jako bezpośrednia przyczyna powstawania gruźlicy, uważana za pewnik do początków ery bakterjologicznej, później obalona gwoli teorii zakażenia, odmawiającej w osobie takich wybitnych badaczy, jak Cornet (15 bis) w Niemczech, niemal wszelkiej roli usposobieniu przyrodzonemu lub nabytemu („Exposition nicht Disposition”), znów weszła na porządek dzienny z chwilą odkrycia przez V a u d e m e r a lasiecznika przesączalnego. Sprawa dziedziczności stała się znów aktualna. Jako sprawa pierwszorzędnej wagi dla kliniki, domaga się gwałtownie rozstrzygnięcia, ale daleka jest od niego. Poruszać jej nie będziemy, przechodzimy odrazu do faktów i liczb. Z liczb w tabl. B. widać jasno, że obciążenie bezpośrednie przez oboje lub jednego z rodziców sięga 19%. Zapewne, jest to odsetek, którego lekceważyć nie można. Gdy jednak zważywszy, że rodzice jamowych bez obciążenia dziedzicznego i najbliższa rodzina rodziców cieszyli się długowiecznością, sięgającą 80 i wyżej lat, w 30% (razem 19 rodzin), to rola dziedziczności bezpośredniej wobec takich faktów staje, zaiste, pod znakiem zapytania. Istnienie gruźlicy wśród rodzeństwa jamowych zasługuje w pewnym stopniu na uwzględnienie, wynosi bowiem 16%. Wypada wobec 19% bezpośredniego obciążenia, że w 16 przypadkach na 19

obciążone jest także rodzeństwo jamowych. Logicznie przemawiałoby to samo przez się (wprawdzie w  $\frac{1}{6}$  części) na korzyść bezpośredniego obciążenia i jamowego i jego rodzeństwa, niezależnie od lekkiej lub ciężkiej postaci gruźlicy wśród tegoż rodzeństwa. Należy jednak popatrzeć i na odwrotną, jasną stronę medalu. Otóż z wywiadów okazuje się, że 75 (11 — 12% ogółu) jamowych miało zupełnie zdrowe rodzeństwo w liczbie od 3 do 9 na poszczególnego jamowego, a u dwóch chorych 11 i 17 zdr. rodzeństwa. Załączamy u dołu tabl.<sup>1)</sup> Widać z niej wyraźnie, że dziedziczność u jamowego, mającego zdrowe rodzeństwo w liczbie od 3 do 9, a nawet 11 i 17 osób, nie może odegrywać żadnej roli w zachorowaniu, że wchodzi tu w grę inne czynniki, o których była lub będzie mowa w dalszym ciągu pracy, należy więc od liczby 19% obciążenia przez jednego lub obojga rodziców odtrącić 11 — 12%, a wtedy 19% spadnie do nader skromnej liczby 7 — 8%.

Budowa, jak z cyfr naszych wypadła, nie odgrywa jakiejś wyraźnej roli w powstawaniu ciężkich postaci, prowadzących do tworzenia się jam w płucach. Mamy zupełnie równe liczby budowy mocnej i wątej, po 30,9% ogółu jamowych; liczby te więc zupełnie się równoważą; mamy okrągłe 20% budowy średniej, która też najczęściej się zdarza u ludzi zdrowych; zanotowaliśmy wreszcie przeszło 18% budowy bez bliższego określenia, gdyż do żadnej z trzech powyższych kategorii zaliczyć się

<sup>1)</sup> Tabl. Rokowanie.

19 chorych po 3 rodz. b. zle 9 (zgonów w tem 3); dobre 8; wątpl. 1; niezle 1.

7 chorych po 4 rodz. fatalne 5 (tu 3 zgony); 1 dobre; 1 zawiesz.

18 chorych po 5 rodz. zle i b. zle 13 (w tem 3 zgony); 2 dobre; 1 niezle; 2 zawiesz.

14 chorych po 6 rodz. zle i b. zle 6 (tu 3 zgony); wątpl. i zawiesz. 4. dobre 4.

6 chorych po 7 rodz. zle 5 (zgon 1); dobre 1.

6 chorych po 8 rodz. zle 3 (w tem 2 zgony); zawiesz. 2; dobre 1.

3 chorych po 9 rodz. zle 3 (tu 1 zgon).

1 chory — 11 rodz. dobre 1.

1 chory — 17 rodz. fatalny 1.

75 chorych (11 — 12% ogółu).

nie da. Zresztą, nie potrzebujemy kruszyć kopii dla dowiedzenia słuszności naszej tezy, dość nam powołać się na cytowane w poprzedniej naszej pracy opinie Laënneca i Louisa<sup>1)</sup>, wypowiedziane przed stu laty, aby wywnioskować, że rola budowy przy rozpadzie tkanki płucnej w świetle opinii tych wielkich francuskich klinicyistów została postawiona na właściwym miejscu i na niem się dotąd utrzymuje. Zostaje inna sprawa, podniesiona przed paru laty przez S. Sterlinga, ważna więcej pod względem teoretycznym, niż klinicznym, a mianowicie: czy za padnięta mniej lub więcej klatka piersiowa w górnych przednich swych częściach jest wynikiem postępującego kurczenia się tkanki płucnej lub jej ubytku przy tworzeniu się jam albo obu spraw jednocześnie — czy też za padnięta klatka piersiowa — znany „*thorax phthisicus*“ w swej najdoskonalszej patologicznej postaci — jest łącznie z innymi czynnikami natury biologicznej anatomicznym winowajcą tworzenia się jam. (Pomijamy tu naturalnie boczne częściowe lub całkowite skrzywienie kl. piers. „*retrecissement thoracique*“, jako skutek większych zrostów). Podnosimy mimochodem pytanie w nadziei, że z biegiem czasu dostanie ono odpowiedź, której nie poskąpi postęp wiedzy i innym ważnym pytaniom, błakającym się jeszcze w dziedzinie hipotez, nieraz cennych, atoli nie zawsze dostatecznie ugruntowanych.

W kwestji wieku nie mamy nic specjalnego do powiedzenia, liczby mówią same za siebie. Odpowiadają one mniej więcej liczbowym stosunkom zachorowalności w materiale sanatorjal. (Zakopane)<sup>2)</sup>.

W dalszym ciągu naszej pracy zatrzymamy się pokrótce nad niektórymi ciekawymi chorymi w wieku młodzieńczym (10 — 20 lat) i starczym, zwłaszcza, że o gruźlicy starców coraz częściej mowa w piśmiennictwie lat ostatnich.

Przechodzimy do właściwej kliniki, zaczynając od stanu ogólnego chorych przy pierwszym badaniu, który, w przeciwieństwie do budowy, świadczy nieraz b. wymownie o natężeniu choroby, o przewadze zakażenia nad odpornością, o nędzy fizjologicznej ustroju. Tu na pierwszy plan wysu-

<sup>1)</sup> Obaj przypisywali podrzędną rolę wątlej budowie Louis: „gruźlica nieraz ma przebieg szybszy u silnych, niż u słabych“. (42 str. 274).

<sup>2)</sup> Ghon (27) podaje, że na 191 autopsyj u dzieci w pierwszym półroczu znajdował jako pierwotne ogniskoi w płucach w 34% jamy (z ogniskami zaś zserowaciami razem 46,6%). W drugim półroczu liczba jam, — wielkości orzecha laskowego lub włoskiego — zwiększa się absolutnie i względnie.

Uwaga. Wiek chorych w cytowanych w d. ciągu pracy przykładach klinicznych podany wszędzie przy pierwszym badaniu.

<sup>3)</sup> Poruszaliśmy już dawno tę sprawę i wykazaliśmy, jak krańcowo sprzeczne stanowisko zajmowali niemieccy, francuscy i polscy badacze co do chemizmu i czynności motorycznych żołądka (Niemieccy: Croner, Edinger, Klemperer, Rosenthal, Schwalbe, — francuscy: Audhoui, Damaschino, Hayem, Mathieu, Pidoux; z polskich, Chełmoński, Gluziński, Jaworski) (21 b). W 20 przypadkach, badanych przez Majewicza i przeze mnie w 1900 r. (Szpital Boucicaut w Paryżu), chemizm żołądka w rozmaitych okresach gruźlicy płuc okazał się na ogół normalny (21e). O ile z dost. literatury wiadomo, sprawa ta dotąd rozstrzygnięta ostatecznie nie została.

wa się samopoczucie chorego, a więc u większości mniejsze lub większe osłabienie, idące czasem do zupełnej prostracji, z dokuczliwymi, niejednokrotnie obfitemi potami, w których chory literalnie kąpie się w nocy, a czasem całą dobę, znajdując niedługie względnie chwile zupełnego spokoju. Mamy znów szereg chorych, którzy o tworzeniu się jam nic nie wiedzą i czują się normalnie, jak przeciętny zdrowy człowiek. Pomiędzy temi dwiema wręcz odmiennymi grupami znajduje się grupa ze średnim stanem ogólnym, wahająca się rzadziej w stronę *plus*, częściej w stronę *minus*. W związku, niezawsze ścisłym, z samopoczuciem, i w zależności od zatrucia ustroju znajdują się: łaknienie, trawienie i sen chorego. Nie będziemy, stojąc na stanowisku czysto klinicznym, wchodzili w szczególności chemizmu i czynności motorycznych żołądka<sup>3)</sup>. Najczęściej wszystkie te trzy czynności zostają w większej lub mniejszej mierze upośledzone. Rzeczy te są znane ogółowi klinicyistów. Zdarzają się jednak przypadki — rzecz można — paradoksalne, w których pomimo zupełnego wyniszczenia ustroju, nadającego choremu wygląd żyjącego jeszcze szkieletu, łaknienie bywa nietylko normalne, lecz nadmierne, trawienie zaś nie pozostawia nic do życzenia.

Jako przykład — dwaj chorzy z sanatorium (Zakopane). Jeden w wieku lat 35 (1917 r.), jamy ogromne w obu płucach (g. pł.), po stałym spożyciu 5 obfitych posiłków dziennie i 2 szklanek mleka na noc, zjadał w ciągu nocy w tajemnicy przedemną 1/2 tuzina jabłek i najmniej 1/2 kg. bułki, i to na 2 — 3 tygodnie przed zejściem. Drugi 29 lat, przyjęty przezemnie w 1903 r. do sanatorium dla pewnych względów rodzinnych w stanie „żywego szkieletu“, żył jeszcze — zadając kłam wszelkim przewidywaniom po pierwszym badaniu — 2 1/2 mies., jadł i trawił podczas całego pobytu, jak najzdrowszy człowiek, przy stałej C. 39 — 40° i T. 120 — 130. Ale to nie wszystko jeszcze. Na 2 godz. przed zejściem, trzymany przez żonę i przeze mnie, cały siny, z twardą, zroszoną obficie potami przedśmiertnymi, zjadł obiad z 5 potraw, unosząc z prawdziwą łapczywością, trzęsącą się ręką każdy kęs sam do ust.

Dziwnie to wygląda w zestawieniu z utratą łaknienia, którą przyzwyczailiśmy się uważać w początkowej gruźlicy, nie mającej jeszcze wyraźnych objawów fizykalnych, jako jeden z charakterystycznych jej rysów.

Nie do lekceważenia jest także ogólny wygląd chorego. Czasem mówi on dużo, zdradzając nazwewnątrz sprawę, zachodzącą w płucach i wewnątrz ustroju; czasem złudnie, na pierwszy rzut oka, każe szukać przyczyny w płucach, gdy tymczasem leży ona w innych narządach lub tkankach (np. choroby narządu krwi lub trawienia bez przyczynowego związku ze stanem płuc), o czem można się przekonać po dokładnem badaniu. Bywa i tak przy kolejnem badaniu dwóch chorych, że pierwszy robi wrażenie swym wyglądem ciężko, a drugi lekko chorego, badanie zaś, po dokładnych wywiadach, doprowadza do wniosku wręcz przeciwnego. W naszym materiale, jak to wykazują liczby, st. ogólny i wygląd niemal w całości się pokrywają. Dotyczy to przymiotnika „zły“, który jest liczbowo identyczny (52 — 53% zarówno dla st. ogólnego, jak i dla wyglądu). Więcej trochę godna jest uwagi różnica w rubryce „dobry“, o 7% więcej dla st. og. w stosunku do wyglądu. Da się to wytłumaczyć tem, że dla „wyglądu“ nie znalazłem odpowiedniego określenia niemal u 8% ogółu, gdy w „stanie ogólnym“ tylko u 3% ogółu.

(D. c. n.)

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem w Warszawie.  
(Ordynator: E. FLATAU).

### Rwa nerwu trójdzielnego jako początek stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia.

Podał

E. HERMAN (Warszawa).

Jedno z najczęstszych schorzeń organicznych układu nerwowego — stwardnienie rozsiane mózgu i rdzenia — prezentuje się zgrubsza, zwł. w okresach późniejszych, jako cierpienie układu ruchowego o typie piramidowym, ponieważ ogniska stwardnienia ze szczególnym umiłowaniem usadawiają się właśnie na rozmaitych piętrach wymienionego układu.

Oczywista, iż w samym pojęciu *sclerosis multiplex* tkwi możliwość uszkodzenia przez sprawę chorobową każdej innej części układu nerwowego ośrodkowego w miejscu dowolnym, że wymienimy dla przykładu ogniska w nerwach czaszkowych lub ich jądrach, mózdzku, szlakach pozapiramidowych i zwojach podstawnych i t. d.

W przeciwieństwie do objawów ruchowych zaburzenia czucia w s. m. zdarzają się rzadziej. Dotyczy to jednak jedynie zaburzeń czucia przedmiotowych o charakterze porażennym, jak np. zniesienie lub upośledzenie rozmaitych rodzajów czucia. Mogą być one pochodzenia mózgowego, rdzeniowego lub obwodowego (Piltz). Natomiast wszelkiego gatunku zboczenia czucia w postaci drętwienia, mrowienia, palenia, ziębnienia należą do jednych z najczęstszych i najbardziej znamiennych objawów, zwłaszcza dla początkowych okresów omawianego cierpienia. To też sami chorzy niejednokrotnie już w wywiadach podkreślają owe dziwne i dokuczliwe sensacje. Ostatnie miejsce z kategorii objawów czuciowych w przebiegu *sclerosis multiplex* zajmują bóle. Mogą one występować pod postacią: gościcowych, umiejscawiając się przeważnie w stawach, wiądowych (strzelających, świdrujących, zmieniających swe miejsce), mięśniowych, zależnych od bolesnych kurczów mięśni, zwł. w niedowładach kurczowych, korzonkowych, wreszcie opasujących.

Foix, Maurice Lévy i pani Schiff-Wertheimerowa zwracają uwagę, iż zdarzają się przypadki zapoczątkowania *sclerosis multiplex* przez bardzo silne, długotrwałe i połączone z wymiotami bóle głowy, naśladujące guz mózgu. W jednym przypadku bóle głowy trwały 6 m., zanim tło cierpienia zostało wyjaśnione. Dlatego autorzy ci mówią o „forme céphalalgique de la sclérose en plaques”. Objawy bólowe w *sclerosis multiplex* mogą niekiedy wysunąć się na plan pierwszy (*sclerosis multiplex dolorosa* — Long, Frankl-Hochwart, Müller, Barré, Devic i inni).

Zdarza się, iż bóle te przybierają charakter typowych bólów neuralgicznych. Niejednokrotnie mogliśmy spostrzegać, między innymi, rwę kulszową, jako jeden z pierwszych objawów *sclerosis multiplex*.

Przypadki rwy n. trójdzielnego, występującej na początku, wzgl. w przebiegu *sclerosis*

*multiplex*, należą do niezmiernie rzadkich. W całym dostępnym mi piśmiennictwie znalazłem odpowiednie wzmianki zaledwie u kilku autorów (Oppenheim, Berger, Marburg, Guillain, Parker).

Na odbytym w r. 1924 zjeździe neurologicznym w Paryżu, poświęconym *sclerosis multiplex*, główny referent Guillain przytacza, iż bóle neuralgiczne w obrębie n. V spostrzegał zaledwie w 2 przypadkach. Oppenheim opisuje przypadek, w którym rwa tego nerwu należała do pierwszych i zarazem trwałych objawów *sclerosis multiplex*; anatomicznie stwierdzono w przypadku tym ognisko stwardnienia w miejscu wyjścia n. trójdzielnego. Ostatnio Parker z kliniki braci Mayo w Rochesterze podał 4 przypadki. Autor nadmieniał, że powierzchowne i głębokie zastrzykiwania alkoholu doprowadzały do ustąpienia bólów na kilka miesięcy, całkowicie atoli bóle zniknęły dopiero po operacyjnym przecięciu gałązek czuciowych zwoju Gassera. Jeden z 4-ch operowanych chorych zmarł w krótkim czasie po zabiegu; badanie mózgu wykazało ognisko stwardnienia w mózgu, w miejscu wejścia tylnego korzenia do mostu po stronie bólu, zaś ogniska mniejsze w dolnej części opuszki w cz. rdzeniowej korzenia n. V; zwoje Gassera natomiast pozostały nietknięte. Parker podkreśla, iż neuralgie n. V w *sclerosis multiplex* są zjawiskiem rzadkiem, i to właśnie, obok skąpej liczby dotychczas znanych przypadków, było dla mnie pobudką do ogłoszenia następującego spostrzeżenia własnego.

Chory Ub. J., 1,40<sup>1</sup>) przybył na oddział D-ra Flatau a w sierpniu 1928 r.

Zonaty, ma 1 zdrowe dziecko, żona nie roniła. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Alkohol używa mało; pali do 10 papierosów dziennie. Chorób wenerycznych nie przechodził. Na płuca nie chorował; zimnicy nie przechodził; nie gorączkował.

Przed 7 laty cierpiał na zęby, usunięto mu wówczas pr. dolny ząb trzonowy. Od tego też czasu rozpoczęły się bóle w prawej połowie twarzy, umiejscowione nad i pod oczodołem oraz w szczękach z pr. strony. Bóle były tak silne, że podczas ich trwania nie mógł ani mówić, ani jeść. Przy jedzeniu i mówieniu wzmagały się; powtarzały się wielokrotnie w ciągu dnia bywały jednak przerwy samoistne. Z powodu tych bólów miał kilkakrotnie wstrzykiwany alkohol do nerwu, a nawet poddał się operacji usunięcia zwoju Gassera, której jednak nie dokonano z powodu silnego krwotoku. Po zastrzykiwaniach alkoholu i operacji bóle nad i pod oczodołem znikły, pozostały natomiast bez zmiany bóle w pr. połowie języka i w szczęce dolnej. Bóle są tak silne, iż chory zdradza myśli samobójcze.

Od 3-ch lat odczuwa osłabienie kk. dolnych, zwł. lewej; od tego też czasu chód jest jakby sztywny. Parestezji, bólów opasujących nie ujawnia. Mocz i stolce oddaje prawidłowo. W sferze płciowej zaburzeń brak.

Stano obecny: wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej. Skóra nieco blada. W okolicy pr. skroni głęboka blizna oraz ubytek w kości jarzmowej (po operacji).

Układ nerwowy: Żrenice równe, okrągłe, na światło i zbieżność oddziałują sprawnie. Dno oczu — prawidłowe. Wzrok 6/6. Mroczków — niema. Pole widzenia — prawidłowe.

<sup>1</sup>) przypadek był pokazany w Warszawskim Tow. Neurologicznym w dniu 22 września 1928 r.



we. Drobny oczopląs w stronę lewą. Odr. rogówkowe — zachowane. Czuć bólu i dotyku po str. pr. osłabione na policzku i podbródku. Prawy żwacz napina się gorzej, niż lewy.

Wybitny niedowład pr. n. VII o typie obwodowym. Pozostałe n. n. czaszkowe — bez zmian. Kończyny górne bez zmian. Brak dysmetrii. bezład lub drżenia w nich.

Przy unoszeniu obu kończyn dolnych en masse zauważa się nieznaczne odstawianie k. d. pr.

Siła mięśniowa naogół dobra. Napięcie wzmożone. Czuć bez zmian wyraźnych. Objawów bezładni niema.

Odruchy: okostnowe z kk. g. umiarkowane, z obj. *Jacobsona*; z m. trójgłowych — umiarkowane; brzusznych — brak; kolanowe — wzmożone; l. > pr.; l. polikinetyczny; *Achillesa* — wzmożone, kloniczne; l. > pr. Obustronny obj. *Babińskiego*, *Rossolimo* wybitny z obu stron, tak samo obj. *Mendel-Bechterewa*. Odr. stolcowy i ogonowo-stolcowy zniesione. Chód kurczowo-porażny. Mocz i stolce prawidłowe.

P. L. (20. VIII); płyn wodojasny; ciśnienie 200 (*Claude*); 3 limfocyty w 1 mm<sup>3</sup>; białka 0,15<sup>0/00</sup>; *Nonne-Apelt* +. Odczyn *Bordet-Wassermann*a we krwi i płynie ujemny. Mocz bez zmian. Badanie elektryczne nn. twarzowych wykazuje reakcję zwyrodnienia w pr. n. VII. Próba kaloryczna ujemna. 23. VIII. Zastosowano zastrzyknięcie alkoholu do zwoju *Gassera* — bez efektu widocznego. Od 27. VIII. do 29. VIII. naświetlania promieniami X. pr. zwoju *Gassera*, a od 11. IX do 22. IX całego kręgosłupa. Samopoczucie dobre. Bóle w pr. n. V. ustąpiły, utrzymuje się tylko stały nieznaczny ból w podbródku po stronie prawej.

Oczopląs, brak odruchów brzusznych oraz stolcowego i ogonostolcowego, wzmożenie odruchów ścięgowych, dodatnie objawy *Babińskiego*, *Rossolimo* i *Mendel-Bechterewa*, zwiększone napięcie mięśniowe w kończynach dolnych, osłabienie jednej z tych kończyn, chód kurczowo-porażny, brak wyraźnych zaburzeń czucia oraz drgań włókienkowych lub zaników mięśniowych — wszystkie wymienione objawy piramidowe u stosunkowo młodego osobnika, bez żadnych danych na kiłę, czynią rozpoznanie stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia słusznym.

Rwa n. trójdzielnego, która zapoczątkowała objawy kliniczne i nad nimi podmiotowo dotych-

czas dominuje, remisje, poprawa po naświetlaniu, wreszcie stwierdzenie objawów piramidowych już w rok po wystąpieniu rwy, wskazują, iż nie zachodzi tu zwykła koincydencja, lecz że rwa jest zapewne wyrazem ogniska stwardnienia w prawym zwoju *Gassera* lub wyżej, np. w miejscu wejścia korzenia n. V. do mostu, jak to miało miejsce w przypadku *Oppenheima* lub *Parkera*. Neuralgia n. trójdzielnego w stwardnieniu rozsianym występuje zwykle na początku tego cierpienia, tak samo, zresztą, jak to ma miejsce z rwą kulszową. Trudno jest znaleźć jakieś bardziej pewne cechy, któreby pozwalały nam już z samego obrazu rwy sądzić o jej naturze objawowej. Tak samo, jak w zwykłej samoistnej rwie n. trójdzielnego, bóle występują tu silniej lub słabiej, wzmagają się przy wszelkich bodźcach prowokujących, jedynie, być może, są one więcej długotrwałe i nie mają tak ostro wyrażonego charakteru napadowego, jak w rwie trójdzielnej samoistnej.

Na właściwe rozpoznanie naprowadzają dopiero dalsza obserwacja chorego i dokładne badanie kliniczne całego układu nerwowego.

## PIŚMIENICTWO

uwzględnione w pracy.

*Barré J. A.* Les douleurs dans la sclérose en plaques. Rev. Neur. 1924, T. I, str. 703. 1924. *Berger A.* Eine Statistik über 206 Fälle von multipler Sklerose. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 25, 1905, str. 168. *Devic, A'* Les formes douloureuses de la sclérose en plaques. Journ. de méd. de Lyon. 1927. N 170 str. 63 — 67. *Foix Ch., Naurice Lévy et M-me Schiff-Wertheimer.* La forme cephalalgique de la sclérose en plaques Rev. Neur. 1926, T. II, str. 423. *Frankl-Hochwart.* Neurol. Centralbl. 25, 1906, str. 973. *Guillain G.* Rapport sur la sclérose en plaques. Troubles de la sensibilité Rev. Neur. 1924, p. 653. *Long.* Quelques remarques sur les formes cliniques de la sclérose en plaques. Commun. à la III Assembl. de la Soc. Suisse de Neurol. Genève 1910. *Marburg O.* Multiple Sklerose. W podręczniku *Lewandowskyego* T. II, str. 922. *Müller E.* Über sensible Reizerscheinungen bei beginnender multipler Sklerose Neurol. Centralblatt 1910, str. 17. Lehrbuch der Nervenkrankheiten Bd. I, str. 438, 1913. *Parker, H.* Trigeminal neuralgia pain associated with multiple sclerosis, Brain 51, N. 1, str. 46 — 62, 1928. *Sittig, O.* Les troubles sensitifs dans les scléroses diffuses. Arch. of. Neur. and Psych. Mai 1926.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe.

#### O splenomegaljach.

Podał

M. GOLDMAN junior (Warszawa).

Rola powiększonej śledziony w całym szeregu obrazów klinicznych jest dotąd w znacznej mierze niewyświetlona. Możliwości rozpoznawcze cierpień śledzionowych nie są dostatecznie rozbudowane, i niejednokrotnie brak nam sposobów dokładnego określenia charakteru spostrzeganego powiększenia śledziony (*splenomegalji*). Śledziona, jako narząd, włączony do obiegu krwi, w stosunku do której odgrywać ma rolę gruczołu limfatycznego (*Helly*), pozostaje w ścisłej łączności z całym

układem krwiotwórczym i krwiobójczym; z drugiej strony przedstawia śledziona jedno z najbogatszych skupień elementów układu śródłonkowo-siateczkowego. Tego rodzaju zespolenie anatomiczne niewątpliwie pociąga za sobą współpracę czynnościową tych dwóch układów w warunkach fizjologicznych, jak i chorobowych. Łatwo sobie wyobrazić, iż wszelkie zaburzenie równowagi w obrębie układu krwionośnego wogóle, jak i układu śródłonkowo-siateczkowego znaleźć może swój wyraz w odpowiednim odczynie śledziony.

Zrozumienie odczynów patologicznych śledziony znajduje niemały szkopuł w braku dostatecznie ścisłych wskazówek, dotyczących budowy anatomo-histologicznej omawianego narządu, jak i w szeregu niewyjaśnionych, często sprzecznych

ze sobą wyników badań doświadczalnych nad czynnością normalnej śledziony w ustroju.

Badania lat ostatnich rzuciły nowe światło na pewne właściwości fizjologiczne śledziony. Od dawna zaliczano śledzionę do narządów, bardzo szybko i znacznie zmieniających swą objętość. Bieling i Isaak znajdowali u świnek i myszy prawie czterokrotne powiększenie objętości, dzięki czemu śledziona myszy mogła pomieścić w sobie trzecią część całkowitej ilości krwi. J. Barcroft i jego współpracownicy opisują analogiczne spostrzeżenia u królików i kotów; u zwierząt tych po utracie krwi lub po wysiłku fizycznym stwierdzano pod ekranem zmniejszenie się objętości śledziony. Taka zdolność pobierania i oddawania znacznych ilości krwi zależy prawdopodobnie od swojej budowy, umożliwiającej charakterystyczne krążenie krwi w obrębie narządu. Większość autorów (Weidenreich i Helly, Mollier, Neubert, Eppinger) stoi dziś na stanowisku, że krążenie w śledzionie odbywać się może w sposób dwojaki: przez zatoki żyłne i przez miążgę śledzionową; z tętnic poprzez naczynka włosowate przepływa krew do zatok, skąd w zamkniętem korycie płynie do układu żylnego; do miążgi zaś przedostaje się przez szczeliny w tętniczkach, bądź przez te naczynka, które wprost przechodzą do siateczki; w miążdze krew ulec może dłuższemu zastojowi. Prawdopodobnie krążenie odbywa się obu drogami zależnie od potrzeb chwilowych organizmu.

Barcroft uważa śledzionę za schronisko, w którym ciała czerwone krwi mogą spokojnie przebywać, ukryte przed szkodliwymi wpływami, na jakie są narażone ciała, krążące swobodnie. Stanowisko to potwierdzają badania Rautmanna i Frey oraz Brandta, którzy wykazali po pracy fizycznej znaczny wzrost liczby ciałek czerwonych przy utracie wody i zagęszczeniu krwi, tłumacząc to zjawisko w myśl poglądów Barcrofta wyrzuceniu krwinek ze śledziony, która, kurcząc się, uwalnia zalegającą w niej krew i oddaje ją do dyspozycji chwilowo zwiększonego zapotrzebowania organizmu; przy silnym skurczu śledziony dojść może nawet do kolki, spostrzeganej nierzadko u biegaczy. W świetle tych poglądów splenomegalje, towarzyszące niektórym sprawom chorobowym (np. chorobom zakaźnym), byłyby wyrazem zwykłego przekrwienia.

Badania powyższe zostały częściowo w swych wnioskach zakwestjonowane przez badania Abderhaldena i Roske (cyt. według Szabuniewicza). Poza to z wynikami ich niezupełnie zgadzają się nasze poglądy na czynność hemolityczną śledziony. Wiemy, iż ciała czerwone krwi, przepływając przez śledzionę, ulegają zniszczeniu lub częściowemu uszkodzeniu (Eppinger, Aubertin i Chabanier). Dreisbach, de la Camp, Bolt i Heeres znajdowali zmniejszoną odporność osmotyczną ciałek, przebywających w śledzionie. Eppinger twierdzi, iż krwinki, przepływając przez miążgę śledzionową, ulegają nadtrawieniu, a dalsza ich przeróbka odbywa się w komórkach Browicz-Kupfera w wątrobie. Natomiast Bieling i Isaak, Frey i Oeller wykazują, iż uszkodzone ciała zatrzymują się w śledzionie, za czym przemawiają również spostrzeżenia Seyfartha, według którego młode ciała czerwone, zawierające

ziarnistość przyżyciową, mają szczególną skłonność do przebywania w obrębie śledziony. Nie mogą tu wchodzić w rozrządzenie, czy dalsza przeróbka odbywa się na drodze fagocytarnej, czy też humoralnej, oraz jaką rolę gra tu układ śródbłonkowo-siateczkowy. Według Aschoffa każdy gatunek zwierząt ma odrębny sposób przerabiania krwi.

Poglądy nasze na szereg własności czynnościowych śledziony budowane są w znacznym stopniu na podstawie dokładnego spostrzegania następstw operacyjnego usunięcia śledziony. Po usunięciu śledziony normalnej liczba ciałek czerwonych przemijająco spada (Aubertin), wrastając jednak szybko, według niektórych autorów (Hirschfeld, Fiessinger i Brodin) znacznie powyżej normy. Zjawiają się liczne krwinki z ciałkami Jollygo. Odporność osmotyczna stale wzrasta (Chalier i Charlet, Pel). Liczba ciałek białych wzrasta początkowo znacznie, niewielka leukocytoza utrzymać się może miesiącami; rozwija się monocytotyzja z eozynofilią, które po pewnym czasie ustępują miejsca limfocytozie. Liczba płytek wzrasta w stopniu znacznym.

Po wycięciu śledziony, chorobowo zmienionej, Mayo, Johnstone, Asher i Sollberger spostrzegali wybitne objawy pobudzenia szpiku kostnego. Stałe występowanie krwinek z ciałkami Jollygo ma być wyrazem zaburzeń regulacyjnych procesu odjadrzania erytoblastów (Hirschfeld i Weinert), w którego przebiegu śledziona gra rolę czynnika decydującego. Z drugiej jednak strony Pearce, Krumbhaar i Frazier spostrzegali po splenektomji wtórną niedokrewność. Krumbhaar uważa tę przemijającą zresztą niedokrewność za następstwo utraty pewnej substancji, wytwarzanej w śledzionie, a posiadającej wpływ pobudzający na szpik kostny. Pogląd analogiczny wypowiedział Eppinger, według którego normalna śledziona stanowi bodziec intensywny dla szpiku. Należy jednak przypuścić, iż w warunkach chorobowych czynność hemolityczna śledziony odgrywa rolę najważniejszą. Stałe spostrzeganie po wycięciu śledziony zmian, świadczących o nadczynności szpiku, pozwala sądzić, iż śledziona, jeśli nie hamuje czynności szpiku, to posiada działanie regulujące jego własności erytroplastyczne. Ciekawy przypadek, ilustrujący wypowiedziany pogląd, opisuje Morawitz: u chorego z ciężkim zapaleniem płuc nagle zjawily się we krwi znaczne ilości czerwonych ciałek jadrzastych; na sekcji znaleziono świeży zator tętnicy śledzionowej z całkowitym zawałem śledziony.

Po usunięciu śledziony spostrzegano niekiedy zaburzenia w odżywianiu, co Richet łączy z wpływem śledziony na gospodarkę węglowodanową.

Śledziona posiada również wpływ niewątpliwy na przepuszczalność naczyń włosowatych, na czas krwawienia i kurczliwość skrzepu, za czym przemawia doskonały wynik jej usunięcia w skazie krwotocznej. Prawdopodobnie rozchodzi się tu o współdziałanie między śledzioną i gruczołami dokrewnymi, a zwłaszcza gruczołami płciowymi, co podkreślałem w opisanym przez siebie przypadku małopłytkowości samoistnej.

Powiększenie śledziony, jako objaw, występujący w całym szeregu spraw chorobowych, jest zjawiskiem bardzo częstym. Przedmiotem naszych rozważań będą te przypadki, w których powiększenie śledziony ma charakter objawu przoduującego. Tego rodzaju splenomegalje tworzą zwykle część zasadniczą skąpego zespołu objawów, przebiegających przewlekłe, bez wielkich dolegliwości ze strony chorego; objawem, najczęściej towarzyszącym, jest niedokrewność, rzadziej żółtaczką.

Dotychczasowy sposób ujmowania przewlekłych zespołów wielkośledzionowych oparty jest wyłącznie na doświadczeniu klinicznym. Jednakże nie stwarza ono dostatecznych podstaw zespolenia różnych grup chorobowych, wykazujących podobny obraz anatomo-patologiczny w pewną jednolitą całość, co w dużym stopniu utorowałoby drogę dokładnemu rozpoznawaniu, jak i odpowiednim sposobom postępowania leczniczego.

Pierwszą próbą w tym kierunku jest podany przez Aubertina szereg podstawowych zmian histologicznych śledziony (*réactions élémentaires*), jakie spotyka się w różnych sprawach chorobowych. Te zasadnicze odczyny opierają się na zaobserwowanym fakcie, iż pewne obrazy kliniczne łączą się w sposób stały z określonymi zmianami anatomo-patologicznymi w śledzionie.

Do pierwszej grupy odczynów zalicza Aubertin zmiany w krążeniu. Mogą one przejawiać się bądź jako zastój całkowity (zawał), przekrwienie ograniczające się do zatok (w śledzionie zastoinowej), bądź wreszcie jako przekrwienie zrębu; w tym ostatnim przypadku krew wypełnia oczka tkanki siateczkowej, gdzie poddana jest mniej lub bardziej intensywnym procesom fagocytozy, pasma Billrotha są rozszerzone i wypełnione krwią (w żółtaczce hemolitycznej).

Do grupy drugiej należą zmiany z wyrodnieniami, występujące w postaci martwicy (w ostrych chorobach zakaźnych) lub w postaci zmian amyloidowych

Trzecią grupę tworzą uszkodzenia przerostowe, znajdujące wyraz w nadmiernym bujaniu tkanki śledzionowej. W niektórych chorobach zakaźnych oraz w białaczce limfatycznej obejmuje ono wyłącznie tkankę limfatyczną. Może ona jednak ulec przemianie szpikowej, która w białaczce szpikowej dochodzi niekiedy do całkowitego przekształcenia tkanki śledzionowej. Poza to zmiany przerostowe występują w postaci nadmiernej czynności hemolitycznej. Zjawiska nadmiernej hemolizy mogą objąć tylko białe ciała krwi, jak to widzimy w szeregu spraw infekcyjnych (dur, zapalenie płuc); spostrzegane wówczas zwiększenie się procesów fagocytozy w śledzionie tłumaczy w tych sprawach powiększenie śledziony. Zwiększone niszczenie ciałek czerwonych widzimy we wszystkich stanach niedokrewności, żółtaczekowych, marskościach wątroby, w zimnicy; w tej ostatniej śledziona naładowana jest barwnikiem, powstałym z rozpadu krwi; w żółtaczce hemolitycznej obraz odpowiada wyżej opisanemu przekrwieniu pasm Billrotha; w niedokrewności złośliwej spostrzega się wszystkie okresy fagocytozy, przy niewielkich zmianach włóknistych.

Do zmian przerostowych zalicza Aubertin i hemosyderozę śledziony.

Następną grupę tworzą zmiany włókniste. W marskości starczej śledziona rozpoczynają się one od naczyń, obejmując w następstwie cały miąższ. Zmiany włókniste mogą występować głównie w obrębie ciałek Malpighiego, co stanowi cechę swoistą choroby Bantiego. Wreszcie mogą one przyjąć charakter, opisany przez Gaucklera jako: *sclérose hypertrophique pulpaire*, gdzie tkanka łączna przerastać będzie siateczkę; ten rodzaj zmian spotyka się w niedokrewnościach, a Eppinger opisał je w marskości wątroby.

Ostatnią kategorię odczynów śledzionowych tworzą procesy nowotworowe.

Wymienione grupy zmian anatomo-patologicznych w śledzionie stanowić będą podstawę klinicznego rozpatrzenia splenomegalji, nieposiadających dokładnej etiologii. Z obrębu naszych zainteresowań wyłączymy splenomegalje, będące następstwem zaburzeń w krążeniu (zastój, zawał), splenomegalje w ostrych chorobach zakaźnych, w przewlekłych chorobach zakaźnych (gruźlica, kiła, trąd), splenomegalje pochodzenia pasożytniczego (zimnica, kalaazar) i nowotworowego.

Rozpatrzmy kolejno poszczególne zespoły kliniczne, według podziału Aubertina. Dla klinicyści główną jego zaletę tworzy nie tylko sam charakter klasyfikacji, lecz w stopniu może większym — wyłaniające się obrazowo zespolenie podłoża histologicznego z pewnym obrazem hematologicznym, w którym szczególną zwrócono uwagę na białe ciała krwi.

### I. Splenomegalje krwiotwórcze.

(*Splénomégalies hématopoiétiques*).

Do grupy tej zaliczamy cierpienia wielkośledzionowe z oznakami żywej reakcji szpikowej, powiększenie śledziony zależy od bujania tkanki krwiotwórczej; leukocytoza może być nawet znacznego stopnia. Wymienimy tu białaczki, czerwienice, niedokrewność wieku dziecięcego: *anaemia pseudolencæmica infantum* (Jaksch, Hayem, Luzet) oraz postać, opisaną przez Vaquiza i Aubertina pod nazwą: *anémie splénique myeloïde*. Zatrzymam się chwilę nad obu ostatnimi chorobami.

Objawem uderzającym obu postaci jest bardzo duża śledziona. Obraz krwi posiada również wspólną cechę zasadniczą, a mianowicie, w obu cierpieniach występują młode jądrzaste postacie ciałek czerwonych w liczbie niespotykanej w żadnej innej chorobie.

Podczas gdy większość autorów uważa niedokrewność Jaksch-Hayema za zespół objawów, powstający pod wpływem różnych czynników, dających zmienny bardzo i charakterystyczny dla wieku dziecięcego odczyn (Hirschfeld), a Naegeli cierpienie to określa jako biologiczną odmianę wtórnej niedokrewności, możliwą tylko w pewnych miesiącach życia, Aubertin daje nam ścisłe określenie hematologiczne, wypuklając krwiotwórczy charakter splenomegalji. Obok cech wymienionych podkreślę znaczną niekiedy leukocytozę z przewagą limfocytów, przy obecności myelocytów

i monocytów; są jednak opisywane postacie z przeważającą myelocytozą lub eozynofilią.

Choroba *Vaquez-Aubertin* występuje tylko u dorosłych. Znacznych rozmiarów splenomegalia posiada charakter przewlekły. Liczba czerwonych ciałek jądrzastych (wszystkie postacie od megaloblastów do normoblastów) dojść może do 40%. Liczba białych ciałek krwi przekroczyć może 50000. W tym ostatnim przypadku mogłyby powstać trudności różniczkowe z białaczką szpikową; jednakże w białaczce niema nigdy tak znacznej liczby czerwonych ciałek jądrzastych, natomiast występuje znaczna myelemja (do 30%), gdy w cierpieniu omawianem liczba myelocytów nie przekracza 2 — 3%.

## II. Splenomegalie hemolityczne.

Grupa ta naogół nie nastrocza trudności rozpoznawczych. Jako następstwo hemolizy uzewnętrznia się żółtaczka t. zw. acholuryczna, t. j. bez kwasów i barwników żółciowych, stwierdza się urobilinurę, bilirubinemię z pośrednim odczynem *Hjman's v. d. Bergha*; powiększenie śledziony jest niezbyt wielkie; odporność krwinek przeważnie zmniejszona. Oprócz żółtaczki hemolitycznej należy tu niedokrewność złośliwa oraz splenomegalie w marskościach wątroby, wykazujące jednak obok cech hemolitycznych pewną domieszkę zmian włóknistych.

Splenomegalia w żółtaczce hemolitycznej zależy od znacznego przekrwienia śledziony, gdyż pozatem nie znajdujemy w niej zmian włóknistych, przerostu grudek, ani przeistoczenia szpikowego. Faktorem charakterystycznym jest, iż to przekrwienie obejmuje bardziej miążgę, niż zatoki; czerwone ciała w miążdze nie są bardzo zmienione, procesy fagocytozy nie wydają się zbyt czynne, ilość barwnika żelazowego jest niewielka. W zatokach, które są mniej wypełnione krwinkami, fagocytoza jest lepiej zaznaczona. Na podstawie tych zmian należy raczej wyłączyć pierwotną nadczynność śledziony, stawiając na pierwszym miejscu zmiany w krwi (*Aubertin*). Dawne ujmowanie istoty cierpienia jako pierwotnej *hypersplenii* (*Eppinger*), pierwotnie wzmożonej czynności hemolitycznej, zostaje dziś coraz bardziej podważone. Żółtaczkę hemolityczną uważamy za wyraz pewnej konstytucji hemolitycznej (*Gaensslen*), odbierającej narządcem krwiotwórczym zdolność wytwarzania pełnowartościowych krwinek. Zmienione, odmiennie zbudowane, posiadające przy małej wielkości największą objętość (*Naegeli*), a przez to kruche ciała czerwone łatwiej poddają się nor-

malnym zjawiskom hemolizy. Jednym z dowodów zasadniczo odmiennej budowy erytrocytów w żółtaczce hemolitycznej ma być stałe występowanie znacznej liczby retikulocytów, których *substantia granulofilamentosa* przedstawia morfologiczną postać rozwojową zwykłego procesu dojrzewania ciałek czerwonych (*Seyfarth*). Nadmierne niszczenie krwinek odbywa się głównie w śledzionie, prowadząc do niedokrewności i procesów odradzania. Lecz krwinki, dostarczane przez szpik, są stale bardziej łamliwe, i w ten sposób powstaje przewlekła hemolityczna niedokrewność. Operacyjne usunięcie śledziony, usuwając źródło zniszczenia, wpływa na usunięcie żółtaczki i niedokrewności, lecz nie daje istotnego wyleczenia, o czym świadczy częste utrzymywanie się zmniejszonej odporności krwinek i po zabiegu.

Do splenomegalij hemolitycznych zalicza *Aubertin* jednostkę chorobową, opisaną przez *Bantiego*, *Rieux* pod nazwą: *anémie splénique hémolytique*. Postać tę cechuje duża śledziona o własnościach hemolitycznych oraz niedokrewność, wzrastająca bardzo powoli. Odporność krwinek jest niezmienną; stałą i ważną cechą jest leukopenia przy normalnym zwykłym wzroście. Żółtaczki może nie być. Często występują krwawe wymioty, jednak nie zależą one od rozszerzenia żył w przelyku, gdyż zjawiają się niezależnie od wszelkich zmian w wątrobie. Po usunięciu śledziony następuje trwała poprawa. Badanie anatomicopatologiczne śledziony wykazuje wzmożenie objawów erytrolizy przy nieznacznych zmianach włóknistych miąższu.

Cierpienie to posiada wiele cech wspólnych z żółtaczką hemolityczną, jednak splenomegalia i niedokrewność trwają tu bardzo długo, żółtaczka zaś bądź nie występuje wcale, bądź stanowi powikłanie, zjawiające się po kilku latach, a więc bardzo późno. Od choroby *Bantiego* różni się dana jednostka brakiem fibroadenji oraz tem, że nie prowadzi do marskości wątroby. Od niedokrewności złośliwej odróżnia ją większy stopień splenomegalji oraz trwały wynik leczniczy usunięcia śledziony, które w niedokrewności złośliwej daje poprawę jedynie przemijającą.

Niektórzy utożsamiają dane cierpienie z pierwszym okresem choroby *Bantiego*, z którym różniczkowanie jest istotnie niemożliwe. Znaczenie rozstrzygające posiada tu wyłącznie spostrzeganie: cierpienie trwa długo i w przeciwstawieniu do choroby *Bantiego* nie daje objawów marskości wątroby. *Isaak i Klemperer* dla przypadków omawianych proponują zachować nazwę: *anaemia splénica*. (Dok. nast.)

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Zagadnienia ogólne.

∞ J. MERING — L. KREHL. *Podręcznik chorób wewnętrznych*. Tom drugi. Zeszyt szósty. Warszawa 1928.

Referując poprzednie zeszyty dzieła niniejszego, rozpatrywaliśmy dość szczegółowo najwybitniejsze jego cechy. Zwłaszcza podkreślaliśmy umiejętność współautorów zestawiania materiału w formie podręcznikowej, treściwość, zwięzłość, przejrzystość

przedmiotu. Zeszyt, który obecnie mamy przed sobą, stanowi zakończenie dzieła i zawiera: choroby nerwów obwodowych, rdzenia i mózgu, choroby układu nerwowego w jego całości, wreszcie technikę leczniczą. Tłumacze, koledzy *Handelsman* i *Luxenburg* — jak spodziewać się należało — i tutaj spełnili swe zadanie pod każdym względem jaknajpoprawniej. Autor części pierwszej, prof. *Moritz*, umie z doskonałą jasnością rozwinąć ogólną symptomatologię i leczenie, dodając uwagi ana-

tomiczne i fizjologiczne w zakresie, jaki w zupełności czyni zadanie potrzebom nie tylko studenta, lecz i lekarza, pragnącego czy to sprawdzić, czy odnowić szczegóły, dawniej z innych źródeł czerpane. W części szczegółowej znajduje się wszelkie dane, które w podręczniku o średnich rozmiarach znajdować się powinny. W części drugiej, której autorem jest prof. Fr. Kraus, znajdujemy opis nerwicy układu roślinnego oraz naczyńioruchowo-odżywczych (*erythromelalgia, sclerodermia, acroparaesthesiae* i t. p.), dalej zaburzenia pozapiramidowe ruchów, jak płasawica, drżączka porażenna, miotonja, następnie zaburzenia pobudliwości, neurastenja, wreszcie psychogeniczne chorobowe zespoły objawowe (histerja, nerwice urazowe i t. d.).

Już w jednej z poprzednich wzmianek zwróciliśmy uwagę na to, że zwięzłość wykładu w podręczniku prowadzi nieraz do konspektowości, która bodaj dla uczącego się staje się nieco kłopotliwa. Ta konspektowość w wykładzie Krausa, miejscami też u Moritza — obawiamy się tego nieco — może być nawet bałamutna, gdyż dosięga tu niemal najdoskonalszego szczytu. Kto poraz pierwszy uczyć się będzie z podręcznika o którym mowa, łatwo wpaść może w zamęt. Doskonałość wykładów autorów może być przeszkodą w uczeniu się. A mimo to lub może właśnie dlatego referent z całym podziwem podkreśla nadzwyczajny talent obudwu profesorów, ujawniający się w ich wykładzie, i uważa, że tłumaczom należy się głęboka podzięką za trud przyswojenia dzieła naszej ubogiej nad wyraz literaturze podręcznikowej.

Nawet rozdział ostatni, technika lecznicza, pióra prof. Gumprechta, krótki, treściwy i nader umiejętnie zestawiony bardzo jest na miejscu, tem więcej, że rzadko spotykamy ten dział w podręcznikach ogólnych.

Całość stanowi doskonałe „compendium“, zasługujące ze wszech miar na szybkie rozpowszechnienie.

M. F.

∞ Ludolf v. KREHL. *Krankheitsform und Persönlichkeit*. Thieme. Lipsk. 1929.

Tylko u ludzi bardzo podobnych do siebie pod względem duchowym i cielesnym i to w warunkach zewnętrznych bardzo zbliżonych i jednocześnie w podobnych okolicznościach wewnętrznych wpływy etjologiczne jednakowe mogą wywoływać obrazy chorobowe jako tako podobne. W zdaniu tem mieści się sedno sprawy zawilej, która dominuje dziś w medycynie, a którą w zarysach ogólnych traktuje klinicysta heidelberski. Ta sprawa „osobowości“ bynajmniej nie jest nowa. Lecz póki opieraliśmy się prawie wyłącznie na poglądach przyrodniczych, zaczerpniętych z fizyki i chemii, póki i cała biologia spoczywała na podłożu przeważnie mechanistycznym, — czemu zresztą medycyna współczesna zawdzięcza najdonioślejsze swe postępy — póty strona psychiczna zjawisk fizjo-patologicznych mało była brana pod uwagę. Tymczasem w każdym zjawisku biologicznym w istocie mamy do czynienia z osobnikiem, indywidualum i z mnożstwem jego czynności, uchylających się od pewnej przeciętności, którą wyobrażali sobie nasi poprzednicy. Niema w rzeczywistości „człowieka“, jest natomiast „osoba“. Poznanie właściwości fizjologicznych tej właśnie osoby jest zadaniem lekarza, i to tem trudniejszym, że splatają się tu i krzyżują najrozmaitsze cechy czysto indywidualne, na nie zaś znów działają wpływy zewnętrzne, również niestałe, zmienne, zależne od działań wielorakich, trudnych do ujęcia i zbadania.

Na kilku zasadniczych tezach o „osobowości“ w patologji można już obecnie rozwinąć wielobarwny obraz zjawisk chorobowych, dający lekarzowi materiał do rozmyślań i pouczający. I nie tylko do rozmyślań. Albowiem i praktyka lekarska domaga się od nas uwzględnienia wniosków, które stąd płyną.

Są w literaturze niemieckiej obszerne już prace, dotyczące omawianego przedmiotu, że wymienimy tu tylko dwutomowe dzieło Fr. Krausa p. t. „Allgemeine und spezielle Patholog-

der Person“. Kto wszakże narazie najogólniej z przedmiotem pragnie się zapoznać, temu polecić można gorąco broszurę niewielką Krehla, która niewątpliwie zachęci do dalszego poznania przedmiotu. Krehl pisze językiem niełatwym. Lecz uważne wczytanie się w to jego studjum daje prawdziwe zadowolenie i dużo nauki.

M. F.

∞ Szpital Przemienienia Pańskiego 1828 — 1868 — 1928 str. 175 Warszawa 1928.

Ukazała się w druku księga powyższa w pięknej szacie z okazji święta jubileuszu szpitala na Pradze, 100 letniego istnienia instytucji społecznej, wielce pożytecznej i zasłużonej.

Szpital ów mieścił się w r. 1828 czyli przed stu laty w murowanym obszernym, jak na ówczesne czasy, do dziś istniejącym jeszcze starym gmachu obecnego szpitala na terenie dawnych koszar pontonierskich. Pierwszym jego lekarzem naczelnym był W. Klecki lekarz armji rosyjskiej, b. lekarz bataljonowy Wojsk Polskich, obecnym jest K. Zieliński, prezes Warsz. Tow. Lek.

Dopiero w 40 lat po zainstalowaniu szpitala, bardzo prymitywnie urządzonego i głównie na szkorbut i inne choroby przewlekłe przeznaczonego, ciężka epidemja cholery zmusiła miasto do zajęcia budynków sąsiednich po byłym zbornym punkcie wojskowym i urzędzenia pod egidą Głównej Rady Opiekuńczej stałego szpitala początkowo na 100 łóżek pod nazwą „Szpitala N. Marji Panny na Pradze“ z naczelnym lekarzem Z. Dobieszowskim, 3 lekarzami, 2 felczerami i 3 siostrami miłosierdzia.

Dzięki staraniom późniejszego lekarza naczelnego, D-ra R. Rauma, ówczesny magistrat dołączył do terytorjum szpitalnego tereny, należące do władz wojskowych, a zawierające 2 duże baraki rekruckie, co umożliwiło spóźnioną rozbudowę, wprawdzie niezawsze racjonalną. Już polski Magistrat, stale niepokojony przez ostatniego lekarza naczelnego, urządził według najnowszych zasad techniki pralni i kuchnię, nadbudował i wykończył rozpoczęty pawilon nowoczesny dla chirurga z wzorową salą operacyjną, leżalniami i werandami, przystąpił do budowy monumentalnego gmachu administracyjnego, po którego ukończeniu będzie możliwe uporządkowanie dawnego *mixtum compositum* terenu szpitalnego, co da możliwość rozmieszczenia jeszcze 4-ch pawilonów o pojemności ogólnej do 900 łóżek.

Przechodził ów szpital, jak wreszcie całe szpitalnictwo stołeczne, różne, mniej lub więcej ciężkie okresy pod zarządem dawnej Rady Głównej Opiekuńczej (1828 — 1871), Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej (1871 — 1915), Władz Magistrackich rosyjskich (1907 — 1915) i polskiego Samorządu m. st. Warszawy (1915 — 1928).

W księże jubileuszowej kol. K. Zieliński i E. Wajsa, jej redaktorzy, uważali za stosowne przytoczyć ważniejsze fragmenty i sylwetki z dziejów szpitala i opis epizodyczny ważniejszych etapów istnienia instytucji, przez którą przeszło kilka pokoleń, i ozdobić wszystko pięknymi ilustracjami. Znajdujemy więc rys historyczny rozwoju szpitalnictwa Pragi od początków do okresu samorządu m. st. Warszawy, krótki opis budowli szpitalnych, charakterystykę komisji gospodarczej szpitala, zasady organizacji życia szpitalnego, sprawę żywienia chorych i budżetu szpitalnego, notatki o personelu lekarskim, dane statystyczne liczby chorych i zmarłych zwłaszcza za ostatnie 60-lecie, omówienie działalności naukowej obecnych ordynatorów, asystentów i konsultantów, treściwe nekrologi i wzmianki pośmiertne ordynatorów i kustoszów szpitalnych ubiegłego stulecia.

Wydawnictwo Wydziału Szpitalnictwa i Opieki Społecznej przynosi zaszczyt Magistratowi, tablice, wykresy, ilustracje, zdjęcia fotograficzne i herb Pragi są bez zarzutu.

H. Higier

(W uzupełnieniu nazwisk lekarzy, którzy w latach dawniejszych pracowali w szpitalu Przemienienia Pańskiego, należy wy-

mienić Zygmunta Srebrnego, który w latach 1887 — 1889 był w szpitalu tym wolontariuszem na oddziale chirurgicznym Franc. Jawdyńskiego oraz prowadził ambulatorium chorób gardła, nosa i uszów również w charakterze wolontariusza za zezwoleniem ówczesnego lekarza naczelnego, Władysława Kryżego, Red).

R. HOPMANN, Wahania chorób zależnie od pór roku. (Münch. med. Woch. Nr. 48, 1928).

Na podstawie rozległych statystyk dochodzi autor do wniosku, że szereg różnorodnych chorób stoi w ścisłym, choć jeszcze niedostatecznie wytłumaczonym związku z porami roku. Tak więc, w porze letniej (sierpień) wzrasta się liczba schorzeń przew. pokarmowego, co zależy od zainfekowania pokarmów.

Z chorób zakaźnych najczęściej występują: odra, błonica i koklusz — zimą, róża — zimą i wiosną, nagm, zapalenie opon mózgu i rdzenia — wiosną. Przyczyną ich jest gęstsze zamieszkiwanie, gorsze odżywianie oraz przeziębienie. (Przeziębieniu sprzyja: niska temperatura, silne chłodne wiatry, wilgotność powietrza, odpowiednia zdolność szybkiej regulacji cieplnej ustroju — wszystko to wpływa na utratę trwałą ciepła ustrojowego).

W lutym wzrasta się również liczba nieżytych dróg oddechowych, reumatyzmu i zapalenia migdałków, krzywa zapalenia płuc nie wnosi się jednocześnie z temi chorobami, jest więc jakby od przeziębienia niezależna.

Kamica żółciowa (listopad, kwiecień), wrzody żołądka (listopad), nadkwaśność (listopad, marzec do maja), choroba Basedowa (luty-marzec) zależą od wahań w układzie roślinnym, a nie od odmiennego odżywiania się w tym czasie, gdyż występują u ludzi, którzy przez cały rok jednolicie się odżywiali.

Krzywica występuje najczęściej w grudniu i styczniu, tężyczka od stycznia do kwietnia. W etiologii krzywicy odgrywa rolę zmniejszony dopływ prom. pozafiołkowych i brak witamin D. Promienie pozafiołkowe posiadają zdolność nadawania lipidom (ergosteryna) charakteru witamin D, więc wszystko to stoi w związku ze zmniejszoną ilością prom. pozafiołkowych nieba zimowego.

Ten brak witamin D powoduje w krzywicy zakwaszenie ustroju, P w surowicy zmniejsza się, Ca — normalny.

Odwroceniem tego obrazu jest tężyczka, której towarzyszy alkalizacja ustroju, ilość P w surowicy się zwiększa, ilość Ca się zmniejsza. Fakt występowania tężyczki w styczniu — kwietniu, więc niejako po krzywicy (grudzień — styczeń), oraz odwrócony obraz chemizmu krwi w obu tych chorobach tłumaczy autor w ten sposób, że tężyczka jest drugą fazą reakcji krzywicy.

Momentem, wywołującym stany tężyczkowe, jest nagłe przejście zimnych pogód w ciepłe, spadek ciśn. atmosf. i zaburzeniami ładunków elektr. powietrza.

Te 2 ostatnie momenty są przyczyną nieprzyjemnego uczucia zmęczenia dorosłych — wiosną.

Wiosną i latem u zupełnie zdrowych stwierdza się objawy wzmózonej pobudliwości mięśniowej i nerwowej. W tym też czasie daje się stwierdzić zwiększona skłonność do anafilaksji i idiosynkrazji.

W maju — do lipca wzrasta się w związku z kwitnieniem gorączka sienna, a w październiku do stycznia — pod wpływem obostrzeń nieżytych oskrzeli — dychawica oskrzelowa.

Wiosną wzrasta się liczba wysypek skórnych, *herpes zoster* i *erythema exs. multif.*

Wiosną również wzrasta się liczba zaburzeń psychicznych, w maju — czerwcu liczba samobójstw.

W październiku do grudnia wysoka śmiertelność aterosklerotyków wskutek spadku ciśn. barometrycznego.

R - t,

## Biologia.

∞ *Acta biologiae experimentalis*. Vol. I Edité par l'Institut Nencki. Varsovie, 1928. Redaktor: K. Białaszewicz.

Wymienione na nagłówku „Acta” mają być czasopismem archiwalnym dla prac z zakresu fizjologii i chemii fizjologicznej, morfologii doświadczalnej i dziedzin pokrewnych.

Tom I, przedstawiający się bardzo okazale zarówno pod względem treści, jak i formy, zawiera szereg artykułów, opracowanych przez znanych specjalistów, mianowicie:

E. Godlewski (jun.): Badania nad istotą podniety zjawisk regeneracyjnych i ich hamowaniem. H. Rychlewski: O ciepłe spalania mięśni żywych. J. K. Parnas: Badania nad powstawaniem amonjaku i zależnością tej sprawy od czynności mięśni. S. Kopeć: O wpływie głodzenia na długość życia formy dojrzalej *Drosophila melanogaster*. Wł. Vorbrodt: O związkach fosforowych grzybni kropidlaka (*Aspergillus niger*). St. Przyłęcki: Wpływ struktury na kinetykę demidaz, Część I: urikaza, kwas moczowy, węgiel czynny i nieczynny oraz białko. E. Malinowski: Hipoteza powinowactwa chromosomów. F. Rogoziński i M. Starzewska: O trawieniu ligniny przez zwierzęta przeżuwające. J. W. Szyniewski: Związek między budową chemiczną i własnościami farmakologicznymi w grupie związków imidazolowych. I. Badania nad pochodnymi metylimidazolowych. T. Vieregger: Skład chemiczny węgorzy głodzonych. K. Białaszewicz: Studja porównawcze nad składem cieczy międzycząsteczkowej. *Bibliographia polonica* za rok 1927.

Do każdej pracy dołączone jest streszczenie w jednym z języków kongresowych.

H. REINWEIN, O mechanizmie swoisto-dynamicznego działania białka. (D. Arch. f. Klin. Med. Tom. 160 zes. 5/6).

Autor przeprowadził swoje badania na bardzo cienkich skrawkach tkanek maksymalnie nasyconych tlenem zapomocą t. zw. metody Warburga.

Amoniak, sole amonowe oraz aminy nie wywołują zwiększenia procesów utleniania na żywych jeszcze tkankach wątrobowych, przynajmniej w takim stopniu, który przewyższa działanie, wywołane przez same jony OH.

Zwiększenie utleniania przez aminokwasy występuje tylko wówczas, kiedy z aminokwasów zostaje odszczepiony amoniak.

Dezamidacja zdaje się być zjawiskiem pierwotnym, natomiast zwiększenie utleniania zależy także od rodzaju reszty aminowej (po odszczepieniu).

Badania autora nad alaniną, asparaginą i kwasem glutaminowym, w których prócz zwiększenia utleniania występuje jeszcze zaoszczędzanie węglowodanów, zdają się potwierdzać poglądy Geelmuydena i Meyerhofa, że jednym z najważniejszych czynników działania swoisto-dynamicznego jest synteza aminokwasów na cukry. Jednakże ketorodne aminokwasy mogą wywołać podobne działanie swoisto-dynamiczne.

Z okoliczności tej, że histydyna, która w badaniach nad tkanką żywą wprawdzie obficie odszczepia amoniak lecz nie zwiększa procesów utleniania, podnosi przemianę podstawową psa, któremu została podana, autor wnioskuje, że albo komórki wątrobowe nie mogą zużytkować histydyny bez specjalnego przygotowania albo też tutaj wchodzi w grę inne jeszcze nieznanne czynniki.

B. Goldstein.

C. OEHME i P. TOROK, O roli krwi w przemianie mineralnej. (D. Arch. f. Klin. Med. Tom 160 Zesz. 3/4).

Autorzy wykazali w poprzednich badaniach, że sole objętne ustroju przesuwają równowagę kwasowo-zasadową ustroju w zależności od diety, do której są dodawane. Np. przy diecie mlecznej sól kuchenna wywołuje raczej zakwaszenie, podczas

kiedy przy djecie np. kartoflanej powstaje raczej nadmiar zasad Chlorek potasu z djetą mleczną daje alkalozę

Co do zmiany składu mineralnego krwi przy zmianie djety, rozróżniać należy 2 okresy.

W pierwszym okresie transmineralizacji zachowanie się wzajemne składników osocza przy różnorodnej djecie (pierwszy okres obejmuje czas po dożylnem zastrzyknięciu hipertonicznego roztworu do 3 godzin).

Odchylenia polegają na wahaniach przemiany wodnej podczas wchłaniania i na niemożności przeprowadzenia dokładnej analizy.

Zdarzają się jednakże wyjątki, jak np. początkowa alkalozja, która po dłuższym stosowaniu djety i soli przechodzi w kwasicę.

Pozorne odchylenia od prawideł, wyłuszczonej poprzednio, zdarzają się również przy powtarzaniu dawek tej samej soli po zbyt krótkiej przerwie. Istnieje bowiem przypuszczenie, że do pewnego stopnia może wystąpić przyzwyczajenie. Zjawisko to w rzeczywistości polega jednak na tem, że druga dawka soli natrafia na zmienione już warunki w ustroju.

Zaznaczyć warto, że zawartość jonów Ca i K ulega nieznacznym zmianom w zależności od transmineralizacji, co wskazuje na udział krwi w ogólnej przemianie.

B. G.

## Higiena.

∞ Max RUBNER. *Der Kampf des Menschen um das Leben*. Thieme. Lipsk 1929.

Pod tym wiele mówiącym tytułem mieści się treść z dziedziny higieny społecznej, dotycząca wpływów najrozmaitszych, działających na długość życia ludzkiego. W kilku krótkich rozdziałach rozpatruje autor sprawy następujące: obecną długość życia ludzkiego, walkę z chorobami, stanowisko człowieka w przyrodzie pod względem długowieczności i w zależności od inteligencji. Sprawa starzenia się zajmuje główną część broszury. W zakończeniu Rubner dochodzi do wniosku, że cała tajemnica przedłużenia życia polega na tem, ażeby go nie skracać. Wniosek godny higienisty, który, jak rzadko kto, poznał w szczegółach medycynę zapobiegawczą i higienę społeczną. Liczne dowody, przykłady, dane liczbowe przytacza autor na poparcie swych rozważań. Trzeba przyznać, że wszystkie to dowody i dobrze dobrane i przekonujące. Właściwego wszakże tematu, którego, po tytule sądząc, spodziewać się można w rozwinięciu obszerniejszem, czytelnik nie znajduje, choć autor powołany jest do tego w wysokim stopniu bądź co bądź, rzecz zajmująca, czyta się łatwo i daje w zestawieniu fakty, jakkolwiek znane, lecz niezmiernie interesujące.

M. F.

## Lecznictwo.

∞ Prof. Dr. POULSSON, *O działaniu tranu dorsowego i o jego stosowaniu leczniczem*. Warszawa 1928.

Wyjątek czynimy dla tej broszury reklamowej, umieszczając o niej wzmiankę na tem miejscu, albowiem istotnie w powodzi tego rodzaju literatury jest ona wyjątkowo pouczająca.

Przemawia tu do nas uczyony miary niepowszedniej, profesor farmakologii uniwersytetu w Oslo, poważnie traktując swój przedmiot, wydawcą zaś jest urzędowy komitet propagandy norweskiego tranu leczniczego z ramienia ministerstwa spraw zagranicznych. Propagandą zajmują się ni mniej, ni więcej tylko poselstwa norweskie przy rządach zagranicznych. Oto jest rozumienie zadania swego ze strony państwa, które jest bodaj jedynym wytwórcą tego środka leczniczego na całym świecie. W broszurce wymienionej znajdujemy opis składu chemicznego tranu (witaminy antykerofthalmiczne i antyrachityczne), o działaniu promieni

ultrafioletowych, wreszcie mamy wskazówki, dotyczące leczniczego stosowania tranu z dorsza. O jeszcze jednej zalecie broszury zapominać się nie godzi: jest, mianowicie, napisana dobrze po polsku.

M. F.

v. NOORDEN. *O kuracjach owocowych*. (Therapie der Gegenwart N. 7 z roku 1928).

Autor ujmuje zagadnienie zastosowania owoców (i surowych jarzyn) w dietetyce codziennego życia z punktu widzenia ekonomicznego i gospodarczego oraz naukowego.

Z tak zwanych kuracyj owocowych wymienia na pierwszym miejscu winogronowaj. Ma ona zastosowanie w takich stanach, jak niedowład jelit, dna, złogi mocznicowe nerek, przekrwienie naczyń jamy brzusznej (*plethora*).

Z innych wymienia — poziomki w *spruce*, dynie — w cierpieniach nerek.

Winogrona doskonale działają także u osobników otyłych, u chorych wątrobowych, a szczególnie u chorych nerkowych.

Ażeby kuracja taka miała skutek pożądany, należy dbać o to, by inne warunki zarówno dietetyczne, jak i higieniczne, były przestrzegane.

Zaznaczyć należy, że wszystkie zalety djety owocowej dotyczą owoców surowych. Przez gotowanie bowiem zostaje zniszczona większość witamin. Z tego względu pożądane jest spożywanie także surowych jarzyn, odpowiednio przygotowanych.

Dodawanie tłuszczów podczas przygotowania takiego pożywienia, o ile używa się oliwy lub tłuszczu kokosowego, pozostaje wciąż jeszcze w ramach czysto owocowej djety. Dodawanie natomiast przetworów mącznych zmienia już charakter pożywienia na skrobiowy, choć djeta taka zupełnie podpada pod określenie roślinnej.

Co się tyczy wartości kalorycznej, to jest ona niska pomimo tego, że uczucie głodu wcale nie objawia się przykremitami sensacjami. Wartość kaloryjna jest stosunkowo najwyższa w przypadkach spożywania owoców gotowanych, niższa w surowych, a najniższa w djecie mięszonej jarzynowo-owocowej.

Niska wartość odżywcza takiej djety daje możliwość stosowania jej w przypadkach, gdzie zachodzi potrzeba odtłuszczenia. Zazwyczaj wystarcza już 1 — 2 dni „owocowe“ na tydzień, by wywołać pożądany efekt. W przypadkach dłuższego stosowania takiej kuracji można częściowo zastąpić owoce maślaną niesoloną, a nawet dodać 1 — 2 żółtka dziennie.

Co się tyczy zawartości białkowej takiego pożywienia, to, jak wiemy, jest ona bardzo niska.

Nie odgrywa to większej roli w przypadkach krótkotrwałych kuracji owocowych, lecz może wywołać poważniejsze następstwa w razie długotrwałej kuracji.

Brak białka w pożywieniu odbija się na czynności bardzo ważnych narządów ustroju — na gruczołach dokrewnych. Występują przytem rozmaite zaburzenia psychiczno-nerwowe.

Toteż niejednokrotnie można przywrócić odrazu siły życiowe chorym wyczerpanym długotrwałą kuracją bezbiałkową, jak to ma miejsce najczęściej w cierpieniach nerek.

O ile jednak unikać przesady, to u takich właśnie chorych djeta owocowa, w granicach umiarkowanych stosowana, daje bardzo dobre wyniki. Postać zaś, pod którą zostają owoce spożywane, jest rzeczą mniejszej wagi, należy tylko pamiętać o wymienionych wyżej własnościach, i kombinować umiejętnie owoce z innymi składnikami pożywienia.

Drugą wielką zaletą djety owocowej jest jej ubóstwo w sole. Z tego też względu nadaje się znakomicie w przypadkach, gdzie chodzi o oszczędzanie nerek z jednej i o odwodnienie ustroju z drugiej strony. Ma więc zastosowanie nie tylko w sprawach czysto nerkowych, lecz także w sprawach sercowych, w odtłuszczeniu w sprawach naczyniowych, wreszcie

w takich cierpieniach, jak obrzęk śluzakowaty. Owocową djetę stosuje się również w blednicy i niedokrewności złośliwej dla odwodnienia ustroju.

Stosuje się także jednocześnie t. zw. djetę Karella (mleczną) z djetą owocową.

Owocowa djeta ma zastosowanie także w miejscowych obrzękach, będących np. następstwem zakrzepów żylnych. Także zapalne obrzęki dobrze reagują na djetę owocową a nawet sprawy stawowe i okołostawowe przewlekłe. Djeta owocowa przy jednoczesnym wyłączeniu soli kuchennej daje lepsze wyniki, aniżeli djeta bezmięсна, tak zachwalana w cierpieniach stawowych.

Marskość wątroby z towarzyszącym jej wysiękiem otrzewny doskonale odpowiada na djetę owocową 2—3 razy w tygodniu i utrzymuje stan znośny prawie tak dobrze, jak nakłucie.

Pewne wyniki otrzymano także w wysiękach opłucny, ropnych nieżytkach oskrzeli i t. p. sprawach płucnych.

U chorych na dnę djeta owocowa wyplukuje olbrzymie ilości kwasu moczowego, to też nadaje się znakomicie do leczenia tego cierpienia. Także w cukrzycy daje niezłe wyniki.

Działanie owoców, jako środka, regulującego czynność jelitową, jest zbyt dobrze znane. Jarzyny mają te własności w jeszcze większym stopniu, szczególnie w stanie surowym.

Jednakże w biegunkach przewlekłych osiągnięto doskonałe wyniki djetą, składającą się z soków owocowych lub marmelad. Nie należy się zrażać początkowemu pogorszeniem.

Ważne jest dalej nieodlewianie wody przy podawaniu jarzyn gotowanych, woda ta zawiera bowiem wiele cennych składników biologicznych. Należy bowiem liczyć się z wrażliwością przewodu pokarmowego poszczególnych pacjentów.

Należy się wystrzegać chorób zakaźnych, które łatwo mogą powstać przy spożywaniu surowizny, to samo da się powiedzieć w stosunku do jaj pasorzytów.

B. Goldstein.

## Wskazówki praktyczne.

L. Lange i F. Lange na zasadzie systematycznych badań dochodzą do wniosku, że *wylewy krwawe do siatkówki* są następstwem *wzmoczonego ciśnienia*, a nie czystej miażdżycy naczyń, należą zatem do obrazu hipertoni, a nie miażdżycy.

(Klin. Woch. 1928. N. 48).

E. Kahnt poleca *naswietlania rentgenowskie ropni gruczołów potowych* po ich nacięciu.

(D. m. Woch. 1928 N. 34).

Kombinację *salirganu* (przetwór rtęciowy) z *neosalwarsanem* do wstrzykiwań dożylnych w *kile* gorąco poleca Hornung. Salirgan jest o wiele mniej trujący, niż novasurol, nie wpływa ujemnie na przezroczystość mieszanki, jest dobrze znoszony i wywiera wpływ doskonały na objawy kliniczne i serologiczne kiły.

(D. m. Woch. 1928. N. 41).

Fürstena u uważa *naswietlanie promieniami Roentgena* za najwłaściwszą metodę leczenia *początkowych okresów przerostu sterczu* jakoteż przypadków tego cierpienia powikłanych innymi chorobami. Nawet i w bardziej zaawansowanych przypadkach naswietlanie z powodzeniem zastąpić może operację.

(D. m. Woch. 1928. N. 39).

Brauer poleca *Hosal jako przyprawę w dziecie bezsolnej*. (Tow. Akc. Chemiczno-farmaceutyczne w Hamburgu). Hosal ma smak podobny do smaku soli i składa się głównie z poliaminokwasnych podwójnych soli wapnia, chloru nie zawiera wcale, a sód w minimalnej ilości. Można dodawać Hosal do potraw podczas gotowania lub podczas jedzenia. 1—3 gramów Hosalu dziennie wystarcza w zupełności.

(M. m. Woch. 1928. N. 37).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Towarzystwo Patologów Polskich.

(Sekcja Poznańska).

3 posiedzenie z dnia 30 listopada 1928 r.

Przewodniczący: prof. L. Skubiszewski.

Obecnych: 39.

1) Przyjęcie protokołu posiedzenia z dnia 22 czerwca 1928 r.

2) Dr. Zeyland referuje pracę, wykonaną wspólnie z Dr. Piasecką-Zeylandową. p. t. „*O przenikaniu prątków poprzez ścianę przewodu pokarmowego na podstawie badań pośmiertnych dzieci szczepionych doustnie za pomocą BCG*”.

Ref. omawia trzy przypadki dzieci, szczepionych doustnie sposobem Calmette'a w ciągu pierwszych dziesięciu dni życia, a zmarłych w 41 do 75 dni po ostatnim szczepieniu z powodu różnych chorób, (zapalenie odoskrzelowe płuc, zatrucie pokarmowe, róża). Zmian gruźliczych nie stwierdzono ani makroskopowo, ani mikroskopowo. Świnki, szczepione miazgą gruczołów chłonnych, nie wykazały żadnych zmian chorobowych. Prątków nie znaleziono ani na tkankach, chorobowo zmienionych, ani w gruczołach chłonnych krezki, ani w szpiku kostnym. Dopiero posiewy miazgi gruczołów chłonnych krezki zastosowane tytułem próby w 12 przypadkach sekcji dzieci, szczepionych zapomocą BCG, dały w wyżej wymienionych przypadkach wyniki dodatnie: wyhodowano sposobem Honn'a prątki kwasoodporne, których dalsze badanie biologiczne na świnkach morskich wykazało właściwości identyczne z prątkami BCG.

Ref. podkreśla znaczenie tych pierwszych tego rodzaju spostrzeżeń dla oceny działania szczepień ochronnych sposobem Calmette'a, dla sprawy doustnego wchłaniania szczepionki oraz dla zagadnienia nawrotu zjadliwości prątków w ustroju ludzkim i dla mechanizmu zakażenia gruźliczego.

W dyskusji zabierają głos: prof. Padlewski, prof. Jezierski, doc. Łabendziński, prof. Skubiszewski, prof. Jonscher, dr. Zeyland.

Następują pokazy:

3) Dr. Czyżak przedstawia przypadek *guzka z przedniej ściany pochwy* u kobiety 28-letniej. Jest to twór torbielowy wielkości jajka kurzego, zawierający żółtą, gliniastą maź. Badanie histologiczne pozwala na rozpoznanie *epidermoidu*. Ref. zaznacza niejednołity charakter procesu chorobowego, zwracając uwagę na odczyn *śródbłonkowy*. Na pewnej przestrzeni pas nabłonka płaskiego staje się węższy, równocześnie występuje na zewnątrz od niego tkanka, obfitująca w naczynia włosowate oraz podobne do limfocytów komórki okrągłe. Tkanka ta rozrasta się kosztem nabłonka, który znika zupełnie. Komórki jej powiększają się, szeroki pas protoplazmy otacza pęcherzykowate jądro, stają się one podobne do nabłonków, występują zawsze w bezpośrednim sąsiedztwie naczyń krwionośnych lub tworzą wprost ścianę naczyń, czyli pełnią czynności *śródbłonka*. W wielu miejscach zawierają one żółto-brunatny barwnik, dający odczyn tłuszczowy. Cały układ mikroskopowy odpowiada po-zatem obrazowi przedstawionych na posiedzeniu z dnia 23 kwietnia 1928 r. guzów krwotocznych wargi większej.

Ref. podkreśla jeszcze jeden szczegół: w małych ogniskach w ścianie torbieli, które przechodzą takie same zmiany, przekształca się nabłonek płaski w kostkowy, potem wałeczkowy,



tworząc miejscami typowe gruczoły śluzowe, spotykane w części pochwowej macicy. Przypadek zdaje się przemawiać za jakimś zaburzeniem w równowadze między tkanką nabłonkową i podścieliskową. Równomiernie z zanikiem tkanki nabłonkowej buja odczynowo układ siateczkowo-śródbłonkowy. Co jest bodźcem do tego odczynu, trudno powiedzieć. Cały proces przypomina sprawy ksantomatyczne.

4) Dr. Stoccki przedstawia;

a) przypadek przewlekłego samoistnego śródmiąższowego zapalenia nerek, dotyczący 19-letniej kobiety, która zmarła wśród objawów krwotoku mózgowego. Na sekcji stwierdzono stare i zupełnie świeże ogniska krwotoczne w mózgu, silny przerost lewego serca i wybitne zmiany ze strony nerek. W tych ostatnich mikroskopowo stwierdzono silny rozrost tkanki łącznej dokoła torebek kłębuszków lub też naczyń kłębuszka, z zupełnym nieraz zniszczeniem normalnej budowy tegoż. Prócz tego w drobnych naczyniach zgrubienie błony wewnętrznej, nieraz bardzo znaczne, i rozrost tkanki łącznej okołonaczyniowej. Ref. omawia swój przypadek w świetle poglądów różnych autorów.

b) przypadek obustronnej kamicy nerkowej u mężczyzny 59-letniego z bardzo dużym kamieniem prawej nerki, stanowiącym odlew mocno rozszerzonej miedniczki.

c) zawał gruźliczy nerki u kobiety 56-letniej, który zajmował całą piramidę, sięgając aż do brodawki nerkowej.

W dyskusji zabierają głos: doc. Nowakowski, dr. Witkowski, doc. Łabendziński, dr. Zeyland.

5) Dr. Mierzejewski przedstawia.

a) przypadek mięsaka różnokomórkowego łąści miedniczej prawej z licznymi przerzutami (płuca, tarczyca, kręgosłup) u mężczyzny lat 63. Utkanie mikroskopowe mięsaka składa się z ogromnej liczby komórek olbrzymich z licznymi bryłowatymi jądrami, z protoplazmą, tworzącą długie i liczne wypustki, które przepłatają się z sąsiednimi komórkami. Niektóre z komórek olbrzymich leżą w jamkach.

b) przypadek mięsaka wrzecionowatokomórkowego strzałki lewej u kobiety lat 18.

c) rentgenogram oraz preparaty makroskopowe i mikroskopowe mięsaka okrągłokomórkowego łąści skókowej lewej z przejściem na łąści, wchodzące w skład stawu skókowego oraz na łąści, tworzące staw kolanowy u kobiety lat 50.

d) preparaty makroskopowe i mikroskopowe mięsaka okrągłokomórkowego sutka lewego u kobiety lat 41. Mięsak wychodzi w postaci grzyba z dolnego zewnętrznego kwadrantu sutka.

W dyskusji zabierają głos: dr. Bederski i prof. Skubiszewski.

6) Dr. Barlik przedstawia przypadek licznych wrzodów dwunastnicy u kobiety 72-letniej. Po omówieniu poglądów, podkreślających tło zapalne wrzodów (Nauwerk, Konjetzny, Puhl, Büchner i Knötke) przechodzi ref. do szczegółowego opisu przypadku. W wywiadzie nic nie przemawiało za wrzodem dwunastnicy. Badanie pośmiertne ustala tuż za odźwiernikiem ubytek o brzegach, nieznacznie podminowanych, wa-

łowatych. Drugi, 1,5 cm. od zwieracza, o średnicy 2 cm., znajduje się na główce trzustki. Na przedniej ścianie dwunastnicy ubytek o średnicy 1 cm., drążący do jamy otrzewnowej, pokryty przez dolną powierzchnię wątroby. Pozatem jeszcze kilkanaście powierzchniowych zupełnie nadżerek kształtu nieprawidłowego.

Badanie histologiczne wykazało we wszystkich ubytkach sprawę zapalną podostą, doprowadzającą do owrzodzeń.

Etiologia tego przypadku jest dosyć ciemna. Można by przypuścić albo tło zapalenia nieswoistego, albo działanie soków trawienych. Za pierwszym przemawia wynik badania histologicznego, za drugim to, że owe liczne owrzodzenia kończą się na wysokości brodawki Vatera, t. zn. tam, gdzie zaczyna działać sok trzustkowy oraz żółć w sensie zobojętniania zawartości żółądka. W dyskusji zabiera głos: doc. Łabendziński.

7) Prof. L. Skubiszewski przedstawia:

a) preparat zgorzeli 1-go członka 4-go palca prawej ręki kobiety 26-letniej.

b) preparat z zakrzepem tętnicy nerkowej prawej w bardzo wczesnym okresie rozwoju i z początkowymi zmianami martwiczymi w całej nerce i preparat zakrzepu w głównym pniu i w rozgałęzieniach tętnicy płucnej u 72-letniej kobiety.

(—) J. Zeyland, sekretarz.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Wiedeńskiego d. 21.XII.1928 r. mówił Moll o wskazaniach i przeciwwskazaniach do wysyłania dzieci nad morze i w góry.

Nieżyty przewlekłe dróg oddechowych, przewlekłe zapalenia migdałków (anginy), obrzmienie gruczołów szyjnych, oskrzelowych, napady kaszlu, przewlekłe wysypki skórne (eczema, pruritus, prurigo), stany neuropatyczne, gruźlica stawów bez przetoku szybko poprawiają się nad morzem. Klimat górski wskazany jest w gruźlicy otwartej, w zaburzeniach czynności gruczołów dokrewnych, w niedokrewności i osłabieniu, w zaburzeniach krążenia, sprawach zastoinowych i astmie.

Przeciwwskazane jest morze dla dzieci ze skłonnością do ujawniania się gruźlicy, a więc dzieci, których gruźlica mogłaby przejść w otwartą; dla dzieci z przebytej zapaleniem ucha środkowego (ropienie, zapalenie wyrostka sutkowego, przedziurawienia błony bębenkowej), gdyż nad morzem często występują nawroty tego cierpienia; dla dzieci, skłonnych do goścowego zapalenia stawów (nawroty nad morzem); również przeciwwskazane jest morze dla dzieci, dotkniętych schorzeniem nerek i miedniczek nerkowych, astmą, gruźliczem zapaleniem opłucny i otrzewny, wadami serca i sprawami zastoinowymi pochodzenia sercowego.

(Med. Klin. 1928. N. 52)

S.

## Z j a z d y.

### Komunikat Sekcji Higieny Ligi Narodów.

(C. H. 753. — październik 1928).

W czasie od 8 — 9 października 1928 r. odbyły się w Genewie w Sekretarjacie Ligi Narodów narady rzeczoznawców w sprawie kiły i stanów pokrewnych.

W naradach brali udział:

Prof. Jadasohn, dyrektor kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Wroclawskiego — jako przewodniczący.

Dr. Th. Madsen, dyrektor Państw. Inst. Seroterapeut. w Kopenhadze.

Colonel L. W. Harrison, angielski Minister Zdrowia.

Dr. L. Queyrat przewodniczący francuskiej Ligi Narodowej dla walki z zarazą weneryczną.

Dr. J. H. Stokes, prof. dermatologii Uniwersytetu w Pensylwanji.

Prof. C. Rasch, dyrektor Państw. Szpitala w Kopenhadze (nie mógł wziąć udziału w obradach).

Na wniosek przewodniczącego przyjęto następujący porządek dzienny obrad:

#### I. Ankieta w sprawie leczenia kiły.

Rzeczoznawcy zwrócili uwagę na to, że nowe odkrycia naukowe na polu rozpoznawania i leczenia kiły nie są jeszcze

stosowane wszędzie w całej rozciągłości, a przede wszystkim niema dotąd ujednostajnienia metod leczenia kiły. Rzeczoznawcy zastanawiali się więc w związku z tem nad tem, czy statystyczny przegląd rozmaitych metod leczenia, stosowanych w różnych klinikach i szpitalach, nie mógłby doprowadzić w przyszłości do ujednostajnienia metod leczenia kiły i do poznania skuteczności danej metody. W ostatnim razie należałoby mieć przede wszystkim na względzie skuteczne i jaknajszysze stłumienie leczenia stanu zaraźliwości chorego osobnika i ochronę tego ostatniego przed późniejszymi poważnymi następstwami kiły.

Dla zorganizowania pracy w tym kierunku zaproponowali rzeczoznawcy następujący plan:

zwrócenie się do wszystkich klinik, szpitali, przychodni i lecznic o przygotowanie bardzo dokładnych danych statystycznych, dotyczących chorych kiłowych, ze szczególnem uwzględnieniem sposobów przeprowadzonego leczenia i spostrzeżeń jego wyników. Dla tych celów należałoby również użytkować materiału statystyczny towarzystw asekuracyjnych.

Tego rodzaju materiał statystyczny, polegający na spostrzeżeniach kilku lub kilkunastuletnich, przysyłanyby był do Sekcji Higieny Ligi Narodów, która będzie miała za zadanie opracowanie na podstawie tego materiału spraw, dotyczących leczenia kiły i jego wyników.

## II. Badanie własności leczniczych leków przeciwkiłowych.

Rzeczoznawcy zwrócili uwagę na smutny objaw, że na rynku różnych krajów zjawiał się cały szereg preparatów bizmutu, których wartość lecznicza mogłaby być zakwestjonowana. Przeciwdziałac temu powinna Sekcja Higieny Ligi Narodów przez nakaz obowiązkowego badania chemicznego składu i wartości leczniczej każdego preparatu bizmutowego, znajdującego się w handlu.

## III. Metody nauczania syfilidologii.

Rzeczoznawcy zgadzają się z tem, że plan zapobiegania rozszerzaniu się kiły nie będzie zupełny, jeśli nie będzie się zwracało większej uwagi na dokładne wykształcenie teoretyczne i praktyczne lekarzy i studentów medycyny, ze zwróceniem szczególnej uwagi na sposoby nowoczesnego leczenia kiły. W tym celu odpowiednie władze powinny zająć się urządzeniem kursów dokształcających syfilidologii dla lekarzy praktyków i lekarzy higienistów.

# Przegląd terapeutyczny.

Z oddziału wewnętrznego 8C Szpitala Dz. Jezus w Warszawie  
(Ordynator: Dr. Jan BEŁKOWSKI).

## Leczenie przewlekłych schorzeń stawowych szczepionką Paula (Cutivaccin).

Podał

Dr. L. WŁODAWERÓWNA (Warszawa).

Etjologia przewlekłych schorzeń stawów jest nader różnorodna. Bodaj najczęściej przewlekłe zapalenie stawów jest zejściem lub dalszym ciągiem zapalenia ostrego. Do tej grupy, t. zw. przez Umbra „Infektarthritis”, zaliczyć należy również schorzenia przewlekłe stawów, jako powikłania w chorobach zakaźnych.

Przewlekłe schorzenia stawów na tle zaburzeń w przemianie materji (*arthritis urica*) stanowią grupę odosobioną i najdokładniej zbadaną.

Przewlekłe schorzenia stawów, powstałe wskutek zaburzeń w czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, t. zw. przez Umbra „endocrine chronische *periarthritis destruens*”, występuje najczęściej u kobiet wskutek zaburzeń wydzielniczych jajników.

Oddzielną grupę przewlekłych schorzeń stawowych, powstałych na tle gruźlicy, wydzielił Poncet pod nazwą gościca gruźliczego (*Rheumatisme tuberculeux*). Zdaniem Ponceta gościc gruźliczy powstaje wskutek czynników toksycznych (punkt wyjścia poza stawami), i pod tym względem odróżniać go należy od zwykłej gruźlicy stawów (*tumor albus*).

Przewlekłe schorzenia stawów na tle zakażenia kiłowego rozpoznajemy najczęściej na podstawie dodatniego odczynu Wassermanna. Do schorzeń tego rodzaju zalicza Strümpell zmiany stawowe w wiązaniu rdzenia. Zmiany przewlekłe w stawach, towarzyszące jamistości rdzenia (*syringomyelia*) musimy odnieść częściowo do zaburzeń neurotroficznych, częściowo do zmian urazowych, powstałych wskutek znieczuleń, towarzyszących tej chorobie.

Wszystkie wyżej wymienione przewlekłe schorzenia stawów, na podstawie zmian anatomicznych, podzielić można na dwie duże grupy, a mianowicie:

I. *Polyarthritis chronica seu polysynovitis*, gdy sprawa chorobowa dotyczy aparatu więzadłowego oraz torebek maziowych.

II. *Arthritis chronica deformans*, gdy zmiany dotyczą chrząstek stawowych oraz przystawowych zakończeń kości.

Metody leczenia przewlekłych chorób stawowych są różnorodne, i w leczeniu przedewszystkiem uwzględniać należy etiologię choroby:

1) usunięcie z ustroju źródła zakażenia, a więc: ropiejących migdałków, pni zębowych, nieżytych zatok nosowych, czołowych, szczękowych itd.;

2) środki, zmierzające do wyrównania istniejących w ustroju wad w wydzielaniu wewnętrznym (skaża moczanowa, zaburzenia w wydzielaniu jajników i t. d.);

3) leczenie farmakologiczne i fizykoterapeutyczne;

4) leczenie swoiste (kiła);

5) leczenie drażniące nieswoiste, t. zw. ergotropoterapia według Gröera lub aktywacja protoplazmy według Weicharda.

Prototypem tej ostatniej metody leczenia było wstrzykiwanie krwi. Zapoczątkował tę metodę przed 22 laty Bier, opierając się na doświadczeniach przetaczania krwi. Pierwsze prace doświadczalne ogłosili Krehl i Matthes. Od tego czasu zjawily się liczne prace, potwierdzające wyniki pierwotne autorów niemieckich. W naszej literaturze sprawie tej poświęcił uwagę Obarski, Rencki, Wiczyński, Ziembicki, Ruff i inni.

Proteinoterapia posunęła naprzód leczenie przewlekłych chorób stawowych, jednak pozostał cały legion przypadków, w których wszelkie środki lecznicze, a więc i proteinoterapia zawodziły.

W roku 1913 zastosował Ponnendorf tuberkulinę Kocha w leczeniu gruźlicy, przyczem, wzorując się na metodzie Jennera, wcierał starą tuberkulinę w skórę, uprzednio zadrażnioną. Metodę tę stosowali już uprzednio w gruźlicy, czy to w celach djagnostycznych, czy też leczniczych, Maragliano, Poppelmann, Sahli oraz wielu innych. Ponnendorf, stosując u chorych na gruźlicę starą tuberkulinę, widywał bardzo często poprawę istniejących jednocześnie przewlekłych cierpień stawowych. Spostrzeżenia te doprowadziły go do stworzenia szczepionki Ponnendorf B, składającej się z tuberkuliny, toksyn laseczników gruźlicy oraz białka gronkowców, gdyż jak twierdził, znajdował bardzo często te drobnoustroje we krwi chorych na gościcę przewlekłą. Późniejsze prace w klinice Wenckebacha, w poliklinice Strassera i w Instytucie dla badań nad reumatyzmem w Akwizgranie stwierdziły, iż wszystkie bakterje (gronkowce, paciorkowce i t. d.), użyte do szczepionki Ponnendorf B, prócz tuberkuliny Kocha, nie wywołują alergji w schorze-

niach reumatycznych. Wyniki, osiągnięte przez Ponnendorfa, bardzo zachęcające, nie zawsze jednak prowadziły do celu. Spostrzeżeniem Ponnendorfa poświęcił specjalną uwagę Paul, który pracując jednocześnie z Ponnendorfe przez dłuższy czas, osiągał również pomyślne wyniki. Uderzył go fakt, że szczepienie skórne starą tuberkuliną nie znalazło nawet w części tak szerokiego rozpowszechnienia, jak leczenie wstrzykiwaniami najrozmaitszych przetworów proteinowych. Fakt ten Paul tłumaczył sobie obawą zarówno lekarzy, jak i chorych, stosowania tuberkuliny w chorobie, która w powszechnym rozumieniu nie posiada związku przyczynowego z gruźlicą. Nadto w ciężkich postaciach zniekształcającego zapalenia stawów widywano niekiedy nadwrażliwość ustroju przy stosowaniu tuberkuliny, nadwrażliwość występowała nawet dość burzliwie. Zachęcające wyniki stosowania tuberkuliny w przewlekłych schorzeniach stawów skłoniły Paula do poszukiwania takiej szczepionki, która by dawała pomyślne wyniki lecznicze, a nie wpływała zbyt drażniąco na ustrój. Odrzuca więc Paul leczenie specyficzne przewlekłych chorób stawowych, natomiast wprowadza metodę leczenia ciałami drażniącymi nieswoistymi.

Badał on więc różne ciała, które otrzymywać można z laseczników gruźlicy, pod względem ich zdolności zastępowania zbyt gwałtownie działającej w gościec starej tuberkuliny, przy zachowaniu wszelako tej samej siły leczniczej. Zatrzymał się on ostatecznie na „Tuberkulomucynie” Weleminskiego. Przetwór ten odznacza się, w przeciwieństwie do innych pochodnych przetworów laseczników gruźlicy, względnie silnymi odczynami miejscowymi i ogniskowymi przy jednocześnie niezmiernie słabych odczynach ogólnych. Jako części

składowej, potęgującej działanie tuberkulomucyny, użył Paul toksyny ospy, otrzymanej ze świeżej krowianki, uwolnionej od żywych zarodków i pierwiastków komórkowych. Szło mu w tym wypadku o zdolność krowianki wywoływania stanu alergji. W celu wzbogacenia materiału szczepiennego bakterijnymi ciałami proteinowymi dla wywoływania odczynu skórniego, zamiast ciał pochodnych od drobnoustrojów chorobotwórczych, Paul wprowadził do szczepionki pochodne saprofitów.

W ten sposób w skład szczepionki Paula wchodzi:

1. Tuberkulomucyna Weleminskiego.
2. Złagdzona szczepionka ospowa (Vakzinetoxin).
3. Saprophytin - Günthera.

Podług Paula wstrzykiwania substancji drażniących, naturalnych i sztucznych, podskórnie, śródmięśniowo lub dożylnie w przewlekłych schorzeniach stawów rzadko osiągają pożądany i trwały skutek. Substancje drażniące przenikają bezpośrednio do krwiobiegu, godzą w ogniska chorobowe, jakby obuchem, i zbyt szybko zostają z ustroju wydalone. Inaczej ma się sprawa ze szczepieniem skórniem; nacięte miejsce skóry (pole szczepienia) stanowi dla substancji drażniącej, która oczywiście posiadać musi własność wywoływania odczynu skórniego, najodpowiedniejszą drogę do powolnego przenikania szczepionki do ustroju. Na tem polega, zdaniem Paula, różnica zasadnicza pomiędzy obu metodami leczniczymi.

Poniżej podajemy szereg przypadków, leczonych szczepionką Paula, z opisem przebiegu choroby.

(Dok. nast.).

## Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

(Z oddziału statystyki i epidemiologii Państwowej Szkoły Higjenu) -  
(Kierownik: Dr. M. KACPRZAK).

### O chorobach wśród nauczycieli szkół powszechnych na podstawie liczb m. st. Warszawy w latach 1924—1926.

Podał

Dr. N. BLUMENTALÓWNA (Warszawa).

Rozpowszechnione jest ogólnie mniemanie, że zawód nauczycielski jest bardzo ciężki, i że po kilkunastu latach pracy większość nauczycieli posiada zdrowie, znacznie już zrujnowane. Opinia ta oparta jest na długoletniej obserwacji i pozornie posiada wszelkie cechy słuszności, ale uzasadnienie jej wymaga potwierdzenia liczbowego. Racjonalnie oświetlić tę sprawę może jedynie statystyka. Nauczyciel i wychowawca (tu o takich tylko mowa, bo w szkołach powszechnych nauczyciele wszyscy są wychowawcami), mając za zadanie przygotować do życia młode pokolenie wychować obywateli zdrowych i silnych, powinien prze-

de wszystkim sam być zdrow i silny. Racjonalne wychowanie winno odbywać się w zdrowym, radosnym nastroju ukochania życia, który to nastrój wytworzyć może tylko nauczyciel zdrowy na ciele i duchu. Stąd wynika doniosłe znaczenie higjenu nauczyciela. Ten bardzo ważny dział higjenu szkolnej i w innych krajach był dotychczas mało badany, a u nas prawie że leży odłogiem. W Polsce zajmowali się tą sprawą dr. Biehlerowa, dr. Kopczyński, dr. Mitkiewicz (praca zbiorowa pod red. d-ra S. Kopczyńskiego) i ostatnio dr. Szuman, który liczbowo opracował chorobowość nauczycieli okręgu Wielkopolskiego za rok 1924/25.

W pracy niniejszej przeprowadziłam statystykę chorobowości nauczycieli państwowych szkół powszechnych w Warszawie za przeciąg trzech lat—1924, 1925 i 1926. Materiał czerpałam z Wydziału Zdrowia Komisarjatu Rządu\*), dokąd kie-

\*) Za pozwolenie korzystania z materiału składam gorące podziękowanie p. Naczelnikowi Wydziału Zdrowia komisarjatu Rządu D-wi M. Eberhardtowi.

## R. 1924. STAWANIE NAUCZYCIELI NA KOMISJĘ LEKARSKĄ I ORZECZENIE TEJ KOMISJI.

| POWÓD ZGŁOSZENIA<br>SIĘ NA KOMISJĘ | Liczba<br>zgłoszeń         | U D Z I E L O N O U R L O P U |           |           |           |           |           |            |            |       |        |        | Zakwalifiko-<br>wani na |                 |   |   | Procent zachor.<br>w stos. do ogół.<br>liczby nauczyc. |          |         |                     |                          |
|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|-------|--------|--------|-------------------------|-----------------|---|---|--|----------|---------|---------------------|--------------------------|
|                                    |                            | 5-7 d.                        | 1 t.-2 t. | 2 t.-3 t. | 3 t.-1 m. | 5 t.-6 t. | 7 t.-2 m. | 9 t.-10 t. | 10 t.-3 m. | —4 m. | 5-6 m. | 7-8 m. | 1 r.                    | Czas<br>nieokr. | Ogółem<br>czas urlopow                            | Kapiele   |  | Pożyczki | Emeryt. | Przenies.           |                          |
| Anemja                             | og. 8<br>m. —<br>k. 8      | —                             | —         | —         | 3         | —         | —         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 2 m. 28 d.  | —  | 5        | —       | —                   | 0,5 %<br>—               |
| Choroby serca                      | og. 78<br>m. 16<br>k. 62   | —                             | 3         | 7         | 16        | 15        | 6         | —          | 1          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 4 l. 7 m. 14 d.<br>1 r. 8 m. 11 d.<br>2 l. 11 m. 3 d. | 11   | 5        | 11      | 1                   | 4,2 %<br>3,0<br>4,5      |
| Miażdżycy naczyń krw.              | og. 13<br>m. 7<br>k. 6     | —                             | —         | —         | 3         | 2         | 2         | 1          | 1          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 1 r. 25 d.<br>6 m. 25 d.<br>6 m.                      | 1  | —        | 2       | —                   | 0,7 %<br>1,3<br>0,4      |
| Zapalenie oskrzeli                 | og. 29<br>m. 4<br>k. 25    | —                             | 3         | —         | 8         | 3         | 1         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 1 r. 1 m. 18 d.<br>2 m. 28 d.<br>10 m. 20 d.          | —  | 11       | 1       | —                   | 1,5 %<br>0,8<br>1,8      |
| Gruźlica                           | og. 125<br>m. 14<br>k. 111 | —                             | 2         | 1         | 19        | 34        | 23        | 4          | 6          | —     | —      | —      | 2                       | 1 bezpł.        | 13 l. 8 m. 26 d.<br>1 r. 25 d.<br>12 l. 8 m. 1 d. | 2   | 22   | 2        | 3       | 6,8 %<br>2,7<br>8,3 |                          |
| Artretyzm                          | og. 79<br>m. 4<br>k. 75    | —                             | 2         | 2         | 3         | 7         | 4         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 8 m.<br>1 m.<br>7 m.                                  | 56   | 5        | —       | —                   | 4,3 %<br>0,9<br>5,6      |
| Rwa kulszowa                       | og. 8<br>m. 1<br>k. 7      | —                             | 1         | —         | 1         | 1         | 2         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 7 m. 1 d.<br>14 d.<br>6 m. 17 d.                      | 3  | —        | —       | —                   | 0,4 %<br>—<br>0,2<br>0,5 |
| Zapalenie stawów                   | og. 9<br>m. —<br>k. 9      | —                             | 1         | —         | 2         | 2         | 1         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 7 m.<br>7 m.  | 3  | —        | —       | —                   | 0,5 %<br>—<br>0,7        |
| Kamica żółciowa                    | og. 8<br>m. —<br>k. 8      | —                             | 1         | —         | 2         | 1         | —         | 1          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 6 m. 6 d.<br>6 m. 6 d.                                | —  | 2        | 1       | —                   | 0,43 %<br>—<br>0,6       |
| Choroby żołądka i jelit            | og. 12<br>m. 3<br>k. 9     | —                             | 1         | —         | 6         | 3         | —         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 10 m. 7 d.<br>2 m. 12 d.<br>7 m. 25 d.                | —  | 2        | —       | —                   | 0,6<br>0,6<br>0,7        |
| Zap. wyrostka robacz.              | og. 7<br>m. —<br>k. 7      | —                             | —         | —         | —         | 5         | 2         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 10 m. 5 d.<br>10 m. 5 d.                              | —  | —        | —       | —                   | 0,4 %<br>—<br>0,5        |
| Zap. dróg moczowych                | og. 14<br>m. —<br>k. 14    | —                             | —         | 2         | 4         | 2         | —         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 8 m.<br>8 m.  | 2  | —        | —       | —                   | 0,8<br>—<br>1,0          |
| Zapalenie płuc                     | og. 6<br>m. 1<br>k. 5      | —                             | 1         | —         | 3         | 1         | 1         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 6 m. 20 d.<br>2 m.<br>4 m. 20 d.                      | —  | —        | —       | —                   | 0,3<br>0,2<br>0,4        |
| Choroby zakaźne                    | og. 3<br>m. 2<br>k. 1      | —                             | 1         | —         | 1         | 1         | —         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 2 m. 14 d.<br>1 m. 12 d.<br>1 m. 2 d.                 | —  | —        | —       | —                   | 0,16<br>0,4<br>0,00      |
| Choroby kobiece i ciąży            | og. 50<br>m. —<br>k. 50    | 1                             | 4         | 3         | 7         | 5         | 26        | 2          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 7 l. 4 m. 5 d.<br>7 l. 4 m. 5 d.                      | —  | —        | —       | —                   | 2,7<br>—<br>3,8          |
| Chor. nerw. i wyczerpanie nerwowe  | og. 46<br>m. 11<br>k. 35   | —                             | 1         | 3         | 12        | 10        | 7         | 1          | —          | 3     | —      | —      | —                       | —               | —   | 4 l. 3 m. 1 d.<br>10 m. 14 d.<br>3 l. 4 m. 17 d.      | 1  | 7        | 1       | —                   | 2,4<br>2,1<br>2,6        |
| Nieżyt krtani                      | og. 1<br>m. 1<br>k. —      | —                             | —         | —         | —         | —         | —         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | —   | —  | —        | —       | —                   | 0,0<br>0,2<br>—          |
| Inne                               | og. 27<br>m. 9<br>k. 18    | 3                             | 4         | 2         | 7         | 3         | 1         | —          | —          | —     | —      | —      | —                       | —               | —   | 1 r. 4 m. 28 d.<br>5 m. 21 d.<br>11 m. 7 d.           | —  | 4        | 1       | 1                   | 1,2<br>1,7<br>1,0        |

## R. 1925. STAWANIE NAUCZYCIELI NA KOMISJĘ LEKARSKĄ I ORZECZENIE TEJ KOMISJI.

| POWÓD ZGŁOSZENIA<br>SIĘ NA KOMISJĘ   | Liczba<br>zgłoszeń         | U D Z I E L O N O U R L O P U |           |           |           |           |           |            |            |        |        |        |      |                 | Zakwalifiko-<br>wani na |          |  |           | Procent zachor.<br>w stos. do ogół.<br>liczby nauczyc. |                        |   |                      |
|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|--------|--------|--------|------|-----------------|-------------------------|----------|--|-----------|--|------------------------|---|----------------------|
|                                      |                            |                               |           |           |           |           |           |            |            |        |        |        |      |                 | Kąpiele                 | Pożyczki | Emeryt.  | Przenies. |  |                        |   |                      |
|                                      |                            | 5-7 d.                        | 1 t.-2 t. | 2 t.-3 t. | 3 t.-1 m. | 5 t.-6 t. | 7 t.-2 m. | 9 t.-10 t. | 10 t.-3 m. | — 4 m. | 5-6 m. | 7-8 m. | 1 r. | Czas<br>nieokr. |                         |          |  |           |  | Ogółem<br>czas urlopów |   |                      |
| Anemja                               | og. 20<br>m. 1<br>k. 19    | 1                             | 2         | —         | 6         | —         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 6 m. 24 d.<br>28 d.<br>5 m. 26 d.                      | 2         | 8  | —                      | — | 1 %<br>0,2<br>1,4    |
| Choroby serca                        | og. 78<br>m. 18<br>k. 60   | —                             | 2         | 9         | 14        | 15        | 6         | —          | 1          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 4 l. 7 m. 4 d.<br>1 r. 3 m. 14 d.<br>3 l. 3 m. 20 d.   | 11        | 3  | 14                     | — | 4,2 %<br>3,4<br>4,4  |
| Miażdżycy naczyń krw.                | og. 7<br>m. 5<br>k. 2      | —                             | —         | —         | —         | —         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | —  | 1         | —  | 5                      | — | 0,4 %<br>0,9<br>0,15 |
| Zapalenie oskrzeli                   | og. 23<br>m. 5<br>k. 18    | —                             | 3         | —         | 4         | 2         | 1         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 10 m. 6 d.<br>3 m. 24 d.<br>6 m. 12 d.                 | 1         | 9  | 1                      | — | 1,2 %<br>0,9<br>1,3  |
| Gruźlica                             | og. 121<br>m. 13<br>k. 108 | —                             | 1         | —         | 16        | 34        | 22        | 3          | 4          | —      | 2      | 1      | 1    | 1               | —                       | —        | 12 l. 8 m. 17 d.<br>1 r. 5 m. 6 d.<br>11 l. 3 m. 11 d. | —         | 27   | 5                      | — | 6,5 %<br>2,4<br>7,95 |
| Artretyzm                            | og. 82<br>m. 11<br>k. 71   | —                             | 2         | 2         | 2         | 6         | 3         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 1 r. 6 m. 5 d.<br>1 m. 21 d.<br>1 r. 4 m. 14 d.        | 58        | 7  | 1                      | — | 4,4 %<br>2,1<br>5,3  |
| Rwa kulszowa                         | og. 8<br>m. —<br>k. 8      | —                             | —         | —         | 2         | 1         | 2         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 6 m. 20 d.<br>—<br>6 m. 20 d.                          | 3         | —  | —                      | — | 0,4 %<br>—<br>0,6    |
| Zapalenie stawów                     | og. 7<br>m. —<br>k. 7      | —                             | —         | —         | 2         | 2         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 3 m. 26 d.<br>—<br>3 m. 26 d.                          | 3         | —  | —                      | — | 0,4 %<br>0,2<br>0,5  |
| Kamica żółciowa                      | og. 11<br>m. —<br>k. 11    | —                             | 2         | 1         | 3         | 1         | —         | 1          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 7 m. 26 d.<br>—<br>7 m. 26 d.                          | —         | 2  | 1                      | — | 0,6 %<br>—<br>0,1    |
| Choroby żołądka i jelit              | og. 14<br>m. 4<br>k. 10    | —                             | 1         | —         | 3         | 3         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 7 m. 16 d.<br>2 m. —<br>5 m. 16 d.                     | 2         | 3  | —                      | 1 | 0,7 %<br>0,8<br>0,7  |
| Zap. wyrostka robacz.                | og. 3<br>m. —<br>k. 3      | —                             | —         | —         | 1         | 2         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 5 m. 15 d.<br>—<br>5 m. 15 d.                          | —         | —  | —                      | — | 0,16%<br>—<br>0,2    |
| Zap. dróg moczowych                  | og. 9<br>m. 2<br>k. 7      | —                             | —         | 1         | —         | 5         | 1         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 7 m. —<br>1 m. 21 d.<br>5 m. 9 d.                      | 2         | —  | —                      | — | 0,4 %<br>0,4<br>0,5  |
| Zapalenie płuc                       | og. 6<br>m. 2<br>k. 4      | —                             | 2         | —         | 3         | 1         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 5 m. 1 d.<br>1 m. 14 d.<br>3 m. 17 d.                  | —         | —  | —                      | — | 0,3 %<br>0,4<br>0,3  |
| Choroby zakaźne                      | og. 7<br>m. 2<br>k. 5      | 2                             | 1         | —         | 2         | 1         | 1         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 6 m. —<br>1 m. 12 d.<br>4 m. 18 d.                     | —         | —  | —                      | — | 0,37%<br>0,4<br>0,37 |
| Choroby kobiece i ciężce             | og. 62<br>m. —<br>k. 62    | 1                             | 3         | 5         | 7         | 8         | 29        | —          | —          | —      | —      | —      | 2    | —               | —                       | —        | 7 l. 2 m. 23 d.<br>—<br>7 l. 2 m. 23 d.                | 5         | —  | —                      | — | 3,2 %<br>—<br>4,6    |
| Chor. nerw. i wyczerp<br>nie nerwowe | og. 60<br>m. 10<br>k. 50   | —                             | 3         | 1         | 20        | 13        | 6         | —          | 3          | —      | —      | —      | —    | 1               | —                       | —        | 6 l. 7 m. 26 d.<br>8 m. 22 d.<br>5 l. 11 m. 4 d.       | 2         | 3  | 2                      | — | 3,2 %<br>1,9<br>3,6  |
| Nieżyt krtani                        | og. 4<br>m. —<br>k. 4      | —                             | —         | —         | —         | —         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | —  | —         | 3  | —                      | — | 0,2 %<br>—<br>0,3    |
| Inne                                 | og. 32<br>m. 4<br>k. 32    | 1                             | 3         | 5         | 6         | 6         | 4         | 1          | —          | —      | —      | —      | —    | —               | —                       | —        | 2 l. 5 m. 13 d.<br>3 m. 14 d.<br>2 l. 1 m. 29 d.       | 2         | —  | 1                      | — | 1,6 %<br>1,0<br>2,0  |

## R. 1926. STAWANIE NAUCZYCIELI NA KOMISJĘ LEKARSKĄ I ORZECZENIE TEJ KOMISJI.

| POWÓD ZGŁOSZENIA<br>SIĘ NA KOMISJĘ | Liczba<br>zgłoszeń      | U D Z I E L O N O U R L O P U |           |           |           |           |           |            |            |        |        |        |      |              | Zakwalifikowani na |           |  |  | Procent zachor.<br>w stos. do ogół.<br>liczby nauczyc. |                     |   |                       |                      |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|--------|--------|--------|------|--------------|--------------------|-----------|--|--|--|---------------------|---|-----------------------|----------------------|
|                                    |                         |                               |           |           |           |           |           |            |            |        |        |        |      |              | Kąpiele            | Pożyczki  | Emeryt.  | Przenies.                              |  |                     |   |                       |                      |
|                                    |                         | 5-7 d.                        | 1 t.-2 t. | 2 t.-3 t. | 3 t.-1 m. | 5 t.-6 t. | 7 t.-2 m. | 9 t.-10 t. | 10 t.-3 m. | — 4 m. | 5-6 m. | 7-8 m. | 1 r. | Czas nieokr. |                    |           |  |  |  | Ogółem czas urlopow |   |                       |                      |
| Anemja                             | og. 20<br>m. —<br>k. 20 | —                             | 1         | —         | —         | 1         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | —  | 1 m. 19 d.                             | 10   | 7                   | — | —                     | 1,0 %                |
|                                    |                         | —                             | 1         | —         | —         | 1         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | —  | 1 m. 19 d.                             | 10   | 7                   | — | —                     | 1,5 %                |
| Choroby serca                      | og. 31<br>m. 6<br>k. 25 | —                             | 1         | 1         | 5         | 3         | 3         | 1          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | 1 r.   | 5 m. 13 d.<br>7 m. 14 d.<br>9 m. 29 d. | 12   | 1                   | 3 | —                     | 1,6<br>1,08<br>1,76  |
| Miażdżycza naczyń krw.             | og. 10<br>m. 3<br>k. 7  | —                             | —         | —         | 2         | 1         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | —  | 3 m. 10 d.<br>1 m. —<br>2 m. 10 d.     | 3  | —                   | 4 | —                     | 0,5 %<br>0,6<br>0,5  |
| Zapalenie oskrzeli                 | og. 15<br>m. 2<br>k. 13 | 2                             | 2         | —         | 1         | 2         | 1         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | —  | 7 m. —<br>1 m. 7 d.<br>5 m. 23 d.      | 1  | 6                   | — | —                     | 0,8 %<br>0,4<br>1,0  |
| Gruźlica                           | og. 77<br>m. 7<br>k. 70 | —                             | 2         | —         | 17        | 17        | 13        | 3          | 2          | —      | 2      | —      | 1    | —            | —                  | —         | 7 l.   | 10 m. 25 d.<br>7 m. 1 d.<br>3 m. 24 d. | 1  | 14                  | 1 | 1                     | 4,2 %<br>1,29<br>5,2 |
| Artretyzm                          | og. 63<br>m. 9<br>k. 54 | —                             | 2         | —         | —         | 1         | —         | 1          | 1          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | 7 m. 10 d.<br>7 m. 10 d.                         | 57<br>4<br>53                          | 1  | —                   | — | 3,3 %<br>1,7<br>4,0   |                      |
| Rwa kulszowa                       | og. 4<br>m. —<br>k. 4   | —                             | —         | 1         | —         | —         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | 21 d.<br>21 d.                                   | 3                                      | —  | —                   | — | 0,2 %<br>0,3          |                      |
| Zapalenie stawów                   | og. 10<br>m. 4<br>k. 6  | 1                             | —         | 1         | —         | 3         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | 4 m. 10 d.<br>2 m. 22 d.<br>1 m. 18 d.           | 3                                      | 1  | —                   | — | 0,5 %<br>0,7<br>0,4   |                      |
| Kamica żółciowa                    | og. 8<br>m. —<br>k. 8   | —                             | —         | 2         | 3         | 1         | 1         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | 1 dłuższ. | 7 m. 24 d.<br>7 m. 24 d.                         | —                                      | —  | —                   | — | 0,4 %<br>0,6          |                      |
| Choroby żołądka i jelit            | og. 8<br>m. 1<br>k. 7   | —                             | —         | 2         | —         | —         | 1         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | 3 m. 9 d.<br>2 m. —<br>1 m. 9 d.                 | 2                                      | 3  | —                   | — | 0,45<br>0,2<br>0,5    |                      |
| Zap. wyrostka robaczk.             | og. 1<br>m. —<br>k. 1   | —                             | —         | —         | —         | 1         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | 1 m. 12 d.<br>1 m. 12 d.                         | —                                      | —  | —                   | — | 0,05<br>0,08          |                      |
| Zap. dróg moczowych                | og. 4<br>m. —<br>k. 4   | —                             | —         | —         | —         | 1         | —         | —          | —          | 1      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | 3 m. 28 d.<br>3 m. 28 d.                         | —                                      | 2  | —                   | — | 0,2 %<br>0,3          |                      |
| Zapalenie płuc                     | og. 1<br>m. —<br>k. 1   | —                             | —         | 1         | —         | —         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | 17 d.<br>17 d.                                   | —                                      | —  | —                   | — | 0,05<br>0,07          |                      |
| Choroby zakaźne                    | og. 9<br>m. 3<br>k. 6   | —                             | 3         | 1         | 3         | —         | 2         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | 8 m. 29 d.<br>2 m. 3 d.<br>6 m. 26 d.            | —                                      | —  | —                   | — | 0,47 %<br>0,6<br>0,44 |                      |
| Choroby kobiece i ciężce           | og. 58<br>m. —<br>k. 58 | 3                             | 6         | 8         | 7         | 9         | 18        | 2          | —          | —      | —      | —      | 1    | —            | —                  | —         | 6 l. 6 m. 23 d.<br>6 l. 6 m. 23 d.               | —                                      | —  | —                   | — | 3,6 %<br>4,3          |                      |
| Chor. nerw. i wyczerpanie nerwowe  | og. 20<br>m. 4<br>k. 16 | 1                             | 2         | —         | —         | 4         | 2         | —          | —          | —      | 1      | 1      | —    | —            | —                  | —         | 1 r. 10 m. 18 d.<br>4 m. 14 d.<br>1 r. 6 m. 4 d. | 5                                      | 4  | —                   | — | 1,07 %<br>0,8<br>1,16 |                      |
| Nieżyt krtani                      | og. 2<br>m. —<br>k. 2   | —                             | —         | —         | —         | —         | —         | —          | —          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | —  | —                                      | 2  | —                   | — | 0,1 %<br>0,15         |                      |
| Inne                               | og. 28<br>m. 4<br>k. 24 | 1                             | 3         | 3         | 9         | 3         | 4         | —          | 1          | —      | —      | —      | —    | —            | —                  | —         | 1 r. 9 m. 14 d.<br>1 m. 5 d.<br>1 r. 8 m. 9 d.   | —                                      | 2  | —                   | — | 1,40 %<br>0,8<br>1,74 |                      |

rowani są chorzy nauczyciele na komisję lekarską w celu otrzymania urlopów zdrowotnych, prawa na kąpiele ulgowe lub zaliczek na pensję w celach kuracji. Nie są więc tu brani pod uwagę nauczyciele, leczący się u lekarzy prywatnych lub u lekarzy dla urzędników państwowych, na ich zlecenie otrzymujący urlopy, lecz nie poddający się badaniu przez komisję lekarską. Urlopy te są wprawdzie krótkotrwałe, bo najwyżej siedmiodniowe, ale wliczenie ich zwiększyłoby niewątpliwie dość znacznie całość dni urlopowych. Sądząc ze statystyki d-ra Szumana, te właśnie krótkie urlopy dominują we wszystkich grupach wieku i we wszystkich chorobach, i dlatego też pod względem absolutnych strat dni pracy niniejszy materiał jest niezupełny; liczby porównawcze jednak, wyciągnięte z tych danych, na wartości przez to nie tracą.

Liczba przypadków, badanych na komisji, nie odpowiada liczbie osób, gdyż jedna osoba czasem kilkakrotnie staje na komisję w celu prolongowania urlopu, nie czyni to jednak wielkiej różnicy. Osób jest corocznie zaledwie o kilkanaście mniej, niż przypadków. W całym artykule operuję liczbą stojących na komisję. Liczba ta nieznacznie tylko różni się od liczby osób urlopowanych i korzystających z innych ulg., jak to widać z załączonych tablic. Ponieważ najczęściej na jedną osobę przypadało kilka schorzeń, więc przy klasyfikacji kierowałam się chorobą główną, to jest umieszczoną na pierwszym miejscu. Wobec tego, że obliczenia swe od razu robiłam według chorób, otrzymałam wielką liczbę rubryk, zawierających niekiedy parę tylko przypadków. Dla ścisłości więc obliczeń nie robiłam podziału na grupy, mnożąc następnie wartość grupy przez jej liczebność, co byłoby słuszną metodą statystyczną, lecz dokładnie dodawałam dni choroby jedne do drugich. Wypadło to nie statystycznie z punktu widzenia techniki, ale niemniej dokładnie.

W świetle liczb tych chorobowość nauczycieli przedstawia się w następujący sposób:

T A B L I C A Nr. 1  
Ogólne zestawienie urlopów.

| Rok  | Nauczycieli ogółem | Stawało na komisję | Ogółem urlopy nauczycieli pochłonięły |
|------|--------------------|--------------------|---------------------------------------|
| 1924 | 1845               | 523 — 28 %         | 36 l. 10 m. 11 dni                    |
| 1925 | 1874               | 554 — 29,10%       | 43 l. 7 m. 3 dni                      |
| 1926 | 1876               | 369 — 19,60%       | 23 l. 9 m. 7 dni                      |

Największą chorobowość spotykamy w roku 1925, czemu odpowiada też najdłuższy czas urlopów, które pochłonięły przeszło 43 lata. W roku 1924 chorobowość była nieco mniejsza, i odpowiednio do tego czas urlopów jest o 7 lat mniejszy. Natomiast w roku 1926 chorobowość była znacznie mniejsza i pochłonięta znacznie mniej czasu — w sumie 23 lata.

Średnia liczba dni urlopowych na osobę nie jest bardzo wielka, choćby w porównaniu z Ameryką, gdzie przeciętnie na osobę pracującą wypada około 7 dni urlopowych, ale, jak wyżej wspomniano, wobec nieuwzględnienia w tej statystyce urlopów poniżej 7 dni, bardzo częstych, liczby nasze są zbyt niskie. Zresztą liczby amerykańskie dotyczą ogółu pracujących, nie nauczycieli.

Stosunek zachorowań mężczyzn do kobiet przedstawia się w ten sposób, że kobiety chorują prawie trzykrotnie tyle, co mężczyźni, wliczając ciężę i połogi. Nawet jednak po odliczeniu spraw, związanych bezpośrednio z macierzyństwem, przypada rocznie na nauczycielkę przynajmniej dwa razy więcej dni urlopowych, niż na nauczyciela.

T A B L I C A Nr. 2.

Zestawienie urlopów według płci.

| Ogólna liczba nauczyc. | Stawało na komisję: l. absol. % r. 1924 | Ogólna liczba nauczyc. | Stawało na komisję: l. absol. % r. 1925 | Ogólna liczba nauczyc. | Stawało na komisję: l. absol. % r. 1926 |
|------------------------|---|------------------------|---|------------------------|---|
| 514 m.                 | 74 m. 14,4%                             | 524 m.                 | 77 m. 15,0                              | 518 m.                 | 42 m. 8,1                               |
| 1431 k.                | 449 k. 33,7                             | 1350 k.                | 477 k. 35,3                             | 1358 k.                | 327 k. 24,1                             |

T A B L I C A Nr. 3.

Przeciętna liczba dni urlopowych.

|                                       | Rok 1924 | Rok 1925 | Rok 1926 |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|
| na 1 męzc. przyp. przeciętnie urlopów | 3,9 dni  | 3,2 dni  | 2,1 dni  |
| na 1 kob. bez ciąży i porodów         | 7,6 „    | 8,9 „    | 4,1 „    |
| na 1 kob. tylko ciąży i połogi        | 1,5 „    | 1,5 „    | 1,5 „    |

Dane otrzymane zbliżają się do wyników innych badaczy, a przede wszystkim do statystyki dra Szumana w okręgu Wielkopolskim, gdzie w r. 1924/25 stosunek dni urlopów nauczycieli mężczyzn do nauczycielek wynosił również 2:1. Takież stosunek, jak podaje dr. Szuman, jest wśród nauczycieli w Lipsku i Berlinie. Nie jest to więc zjawisko przypadkowe. Nauczycielki wogóle chorują 2 razy więcej, niż ich koledzy — mężczyźni. Ponieważ stosunek ten nieodpowiada stosunkowi zachorowań obu płci wśród ogółu ludności, wynika stąd, że albo zawód nauczycielski jest dwa razy szkodliwszy dla kobiet, niż dla mężczyzn, albo są inne przyczyny, które zmuszają kobiety do opuszczania dni pracy. Być może, iż duży wpływ wywiera tu ta okoliczność, że kobieta mająca często poza pracą zawodową obowiązki gospodarcze i rodzinne, wyczerpuje się prędzej i częściej choruje. Należałoby tu jednak uwzględnić podział na kobiety zamężne i niezamężne. W szeregu państw zatrudniane są tylko nauczycielki niezamężne. Uwzględniając dużą wartość pedagogiczną kobiet, należałoby dążyć do tego, żeby kobiecie nauczycielce stworzyć tak dogodne warunki pracy, by mogła pracować z większą wydajnością, a bez krzywdy dla swego zdrowia.

(Dok. nast.)

## Wiadomości bieżące.

### Choroby zakaźne w Polsce.

| RODZAJ CHOROBY                 | 2 XI I/XII    | 2/XII-8/XII   | 9/XII-15/XII<br>1928 |
|--------------------------------|---------------|---------------|----------------------|
| Dżuma . . . . .                | 0             | 0             | 0                    |
| Ospa. . . . .                  | 2 (zg. 0)     | 0             | 1 (zg. 0)            |
| Cholera. . . . .               | 0             | 0             | 0                    |
| Dur brzuszny. . . . .          | 277 (zg. 27)  | 254 (zg. 25)  | 247 (zg. 28)         |
| Dur rzekomy . . . . .          | 0             | 0             | 1 (zg. 0)            |
| Dur osutkowy . . . . .         | 17 (zg. 1)    | 32 (zg. 2)    | 53 (zg. 5)           |
| Dur powrotny . . . . .         | 0             | 0             | 0                    |
| Czerwonka. . . . .             | 13 (zg. 0)    | 6 (zg. 0)     | 9 (zg. 0)            |
| Płonica . . . . .              | 678 (zg. 40)  | 531 (zg. 45)  | 590 (zg. 43)         |
| Błonica . . . . .              | 326 (zg. 27)  | 236 (zg. 18)  | 266 (zg. 22)         |
| Zapal. op. mózg. . . . .       | 10 (zg. 4)    | 7 (zg. 2)     | 13 (zg. 3)           |
| Odra. . . . .                  | 1087 (zg. 10) | 1302 (zg. 14) | 1334 (zg. 20)        |
| Róża. . . . .                  | 127 (zg. 5)   | 113 (zg. 8)   | 124 (zg. 10)         |
| Krzusiec . . . . .             | 372 (zg. 7)   | 276 (zg. 14)  | 257 (zg. 6)          |
| Malaria . . . . .              | 7 (zg. 0)     | 6 (zg. 0)     | 11 (zg. 0)           |
| Posoczn. połóg. . . . .        | 22 (zg. 6)    | 19 (zg. 7)    | 22 (zg. 12)          |
| Trąd. . . . .                  | 0             | 0             | 0                    |
| Jaglica . . . . .              | 293 (zg. 0)   | 274 (zg. 0)   | 219 (zg. 0)          |
| Wąglik . . . . .               | 1 (zg. 1)     | 0             | 1 (zg. 0)            |
| Nosaczna . . . . .             | 0             | 0             | 0                    |
| Włośnica . . . . .             | 2 (zg. 1)     | 0             | 0                    |
| Wścieklizna . . . . .          | 0             | 0             | 0                    |
| Zatrucie jad. kiełb. . . . .   | 1 (zg. 0)     | 2 (zg. 1)     | 0                    |
| Choroba Heine-Medina . . . . . | 0             | 1 (zg. 0)     | 0                    |
| Inne choroby zakaźne. . . . .  | 198 (zg. 10)  | 243 (zg. 5)   | 318 (zg. 4)          |

— Program Kursu Doksztalającego dla Lekarzy przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Od 14 marca do 23 marca włącznie 1929 r. Na kurs złożą się wykłady i zajęcia praktyczne. Wykłady będą dotyczyły spraw, żywo obchodzących lekarzy praktyków pod względem diagnostycznym i leczniczym.

Wykaz wykładów: A) Z Medycyny Wewnętrznej: 1. Doc. Sz. Bronowski: O skrytem ostrem i przewlekłym zapaleniu wsierdza oraz o jego leczeniu — 1 godz. — 2. Doc. Wł. Filiński: Prądy szybkozmienne (Diatermja, d'Arsonwalizacja) w lecznictwie — 2 godz. 3. Doc. L. Karwacki: Diagnostyka laboratoryjna i kliniczna chorób zakaźnych — 1 godz. 4. Doc. S. Klein: Splenomegalja — 2 godz. 5. Prof. J. Modrakowski: Stosowanie w lecznictwie adrenaliny i pochodnych oraz histaminy i pituitryny — 1 godz. 6. Prof. W. Orłowski: Żółtaczka nieżyłowa, jej istota i leczenie — 1 godz. 7. Doc. M. Semerau-Siemianowski: Nadciśnienie samoistne — 1 godz. 8. Doc. Semerau-Siemianowski: Niedomogi wielogruzołowe — 1 godz. 9. Doc. S. Sterling-Okuniewski: Choroby aorty, zależne od jej rozszerzenia — 1 godz. 10. Prof. E. Zebrowski: Wczesne objawy niedomogi krążenia — 1 godz. B) Z Pedjatrji: 1. Doc. M. Erlich: Djetetyka i terapia w sprawach jelitowych u niemowląt — 2 godz. 2. Prof. M. Michałowicz: Metody odżywiania niemowląt — 4 godz. 3. Doc. W. Szenajch: Diagnostyka i terapia chorób zakaźnych w wieku dziecięcym — 2 godz. 4. Doc. W. Szenajch: Prowadzenie Szpitala Dziecięcego w związku z walką z zakażeniem wewnątrzszpitalnym — 1 godz. C) Z Neurologji: 1) Adjunkt dr. Z. Messing: Różniczkowanie nerwic i chorób organicznych nerwowych — 1 godz. 2. Prof. K. Orzechowski: Rozpoznawanie i leczenie rwy kulszowej — 1 godz. 3. Doc. S. Pieńkowski: Rozpoznawanie wczesnych okresów kiły ośrodkowej—1 godz. D) Z Psy-

chjatrji: 1) Dr. W. Łuniewski: Rola rzercoznawcy psychiatrycznego w sądzie — 1 godz. 2. Prof. J. Mazurkiewicz: Wczesne objawy psychoz — 1 godz. 3. Adjunkt dr. F. Wichert: O narkomanji — 1 godz. E) Z Chirurgji: 1. Doc. K. Kaczyński: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach świeżych ran urazowych — 1 godz. 2. Prof. A. Leśniowski: Leczenie operacyjne kamicy żółciowej—1 godz. 3. Prof. A. Leśniowski: W sprawie t. zw. przerostu gruczołu krokowego — 1 godz. 4. Prof. Z. Radliński: Znaczenie rozpoznawcze krwawień jelitowych — 1 godz. 5. Dr. J. Rutkowski: O przetaczaniu krwi—2 godz. 6. Doc. A. Wojciechowski: Złamanie napięstkowe kości promieniowej i wskazania lecznicze — 1 godz. 7. Doc. A. Wojciechowski: W sprawie t. zw. stopy koślawo-płaskiej — 1 godz. F) Z Ginekologji i Położnictwa: 1. Doc. H. Beck: Rozpoznawanie i leczenie niedowładu macicy—1 godz. 2. Doc. H. Gromadzki: Wczesne rozpoznawanie raka — 1 godz. 3. Doc. L. Lorentowicz: Patogeneza i leczenie upławów narządów rodnych kobiety—1 godz. 4. Doc. Z. Monsiorski: Diagnostyka ciąży zamacicznej—1 godz. 5. Dr. T. Zwoliński: Leczenie poronień — 1 godz. G) Z Otolaryngologji: 1. Prof. F. Erbrich: Gruźlica krtańi — 2 godz. 2. Prof. F. Erbrich: Wskazania dla zabiegów operacyjnych (trepanacji) w ostrych i przewlekłych cierpieniach uszu — 1 godz. H) Z Dermatologji i Syfilidologji: 1. Prof. F. Krzysztalowicz: Znaczenie odczynu Bordet-Wassermanna dla kliniki — 1 godz. 2. Prof. F. Krzysztalowicz: Zarys nowoczesnego leczenia chorób skórnych — 2 godz. I) Z Okulistyki: 1. Doc. W. Melanowski: Jaskra a zaćma — 1 godz. 2. Prof. K. Noiszewski: Choroby oczne najpotrzebniejsze dla lekarzy praktyków—1 godz. K) Z Rentgenologji: 1. Doc. A. Elektorowicz: Rentgenodjagnostyka chorób przewodu pokarmowego—2 godz. 2. Doc. Z. Grudziński: Choroby układu kostnego w obrazie rentgenologicznym — 2 godz. Poza tem na Kursie będzie zwrócona szczególna uwaga na zajęcia praktyczne w Klinikach, podczas których będą demonstrowane metody badania oraz leczenie, pokazy, operacje na chorych oraz (prof. L. Kryński—3 godz.) zabiegi operacyjne na zwłokach. Kurs odbędzie się, o ile zgłosi się przynajmniej 30 uczestników. Opłata ryczałtowa za całkowity kurs 75 zł., dla asystentów i hospitantów klinik i oddziałów szpitalnych m. Warszawy 30 zł. Ostateczny termin zgłaszania się na kurs 1 marca 1929 r. Zgłoszenia, wszelkie zapytania informacyjne i wpłaty pieniężne należy kierować na ręce asystenta II Klinik Chor. Wewn. Dr. Stanisława Hroma, Warszawa, ul. Nowogrodzka 59, Szpital Dz. Jezus, II Klinika Chor. Wewn. Uniw. Warsz.

— Z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia magistratu n. st. Warszawy Państwowa Szkoła Higjeny organizuje trzymiesięczny kurs alkoholologji i walki społecznej z alkoholizmem.

Kurs rozpocznie się dnia 18 lutego r. 1929 i jest przeznaczony dla lekarzy-kandydatów na stanowiska kierowników Przychodni Przeciwalkoholowych. Dla ograniczonej liczby słuchaczy będą przyznane stypendja w wysokości 1200 zł. płatne w ratach miesięcznych po 400 zł. Warunkiem zasadniczym dla ubiegających się o stypendjum jest całkowita abstynencja. Wpisowe wynosi 25 zł.

Zapisy na kurs i podania o stypendjum przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (Chocimska 24 telefon .104-81) do dnia 1-go lutego r. 1929 za złożeniem:

1. Odpisu dyplomu lekarskiego.
2. Krótkiego curriculum vitae



— Program wykładów Kursu lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w roku 1929.

#### Interna, pedjatria, neurologja.

Prof. Dr. Latkowski: Wybrane rozdziały z Kliniki chorób wewn. godz. 9. Doc. Dr. Siedlecki: Fizjoterapia w zakresie medycyny wewn. godz. 2. Asyst. Dr. Szczeklik: O leczeniu chorób przemiany materji godz. 2. Asyst. Dr. Dziuba: O leczeniu dietetycznym gruźlicy godz. 2. Dr. Reiner: Praktyczne uwagi z zakresu djagnostyki i leczenia chorób przewodu pokarmowego godz. 2. Prof. Dr. Tempka: Nowsze zagadnienia lecznicze i djagnostyczne z zakresu chorób wewnętrznych oraz pokazy chorych godz. 6. Asyst. Dr. Tochowicz: Znaczenie leczniczo djagnostyczne sondy dwunastniczej godz. 2. Asyst. Dr. Sokołowski: Nowsze sposoby leczenia farmakologicznego godz. 2. Dr. Felix: Wskazania do sztucznej odmy piersiowej i jej technika wraz z ćwiczeniami praktycznymi godz. 4. Prof. Dr. Korczyński: W sprawie wskazań dla leczenia w uzdrowiskach krajowych godz. 2. Doc. Dr. Kostrzewski: Klinika chorób zakaźnych godz. 9. Prof. Dr. Lewkowicz: Demonstracje chorych godz. 2. Doc. Dr. Bujak: a) Odżywianie dzieci w stanie normalnym i chorobowym godz. 2. b) Skaza wysiękowa i dychawica godz. 1. c) demonstracje chorych godz. 1. Asyst. Dr. Malkiewicz: Leczenie zaburzeń odżywiania osesków godz. 1. b) Nakłucie łądźwiowe z ćwiczeniami godz. 1. Dr. Kiełczewski: Niedomoga krążenia w przebiegu chorób zakaźnych godz. 1. Prof. Dr. Piltz: Ćwiczenia w badaniu i rozpoznawaniu przypadków neurologicznych i psychiatrycznych godz. 3. Doc. Dr. Artwiński: Djagnostyka chorób nerwowych godz. 3. Asyst. Dr. Sikorska: a) Z przemiany materji w epilepsji godz. 1. b) Analiza pewnych wyników badań serologicznych łącznie z obrazami klinicznymi godz. 1. Asyst. Dr. Chłopicki: O profilaktyce chorób umysłowych godz. 1. Dr. Medyński: a) Dziecko psychopatyczne i jego leczenie godz. 1. b) Diatermia godz. 2. Dr. Stębowska: a) O klasyfikacji zaburzeń mowy. Jąkanie godz. 1. b) O dyslalji (bełkotanie) godz. 1. c) O głuchocie, głuchoniemocie i niemocie u niedorozwiniętych godz. 1.

#### Chirurgja, ginekologja, okulistyka.

Prof. Dr. Rutkowski: Badania i rozpoznawanie chorób stawu biodrowego godz. 5. Doc. Dr. Glatzel: Djagnostyka chorób chirurgicznych jamy brzusznej godz. 6. Asyst. Dr. Nowicki: Chirurgja ambulatoryjna godz. 5. Dr. J. Zaremba: Technika opatrunków gipsowych godz. 4. Doc. Dr. Pisarski: Praktyczny kurs cystoskopji i cewnikowania moczowodów godz. 18. Doc. Dr. Szymanowicz: Wybrane rozdziały z położnictwa i ginekologji godz. 9. Asyst. Dr. Keller: Djagnostyka i leczenie nie-

plodności godz. 2. Doc. Dr. Zubrzycki: Technika i wskazania zabiegów ginekologicznych z ćwiczeniami godz. 18. Prof. Dr. Majewski: Djagnostyka i terapia chorób ocznych na materiale ambulatoryjnym Kliniki okulistycznej godz. 9.

#### Röntgeno — i radjologja.

Prof. Dr. Walter: Röntgen i rad w dermatologii godz. 1. Asyst. Dr. Chudyk: Röntgenodjagnostyka, röntgeno — i radjoterapia dla lekarza praktyka z uwzględnieniem schorzeń chirurgicznych i zasadniczych wiadomości o fizycznym i biologicznym działaniu promieni godz. 9. Asyst. Dr. Gawroński: Röntgen i rad w cierpieniach ginekologicznych godz. 3. Asyst. Dr. Ryglicki: Djagnostyka i terapia röntgenologiczna chorób wewn godz. 8.

#### Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Dr. Walter: a) Rozpoznawanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych godz. 3. b) Nieswoiste leczenie kiły godz. 1. Doc. Dr. Pawlas: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych godz. 2. Asyst. Dr. Trzebicki: Fizykalne leczenie chorób skórnych godz. 2.

#### Laryngologja.

Prof. Dr. B a u r o w i c z: Djagnostyka chorób górnych dróg oddechowych i narządu słuchowego godz. 8.

#### Sprawy Społeczno-Lekarskie.

Doc. Dr. Janiszewski: a) Sprawa mieszkaniowa b) Nowsze kierunki opieki zdrowotnej, c) Rola poradni przeciwgruźliczej, d) Projekty konstytucji a sprawa zdrowia. Wykłady połączone będą ze zwiedzaniem Miejskich Zakładów Sanitarnych w Prądniku Białym godz. 3. Dr. Medyński: Psychotechnika i poradnictwo zawodowe (ze zwiedzaniem pracown. psychotechnicznej) godz. 2. Równocześnie z powyższym Kursem odbędą się w Krakowskim Towarzystwie lekarskim dla uczestników Kursu następujące wykłady. Dr. Wróblawski; Naczelny lek. Wojew.: Rola lekarza w zakresie medycyny społecznej godz. 1. Dr. Owsński Naczelny lekarz Miejski: Tok urzędowania sanitarnego w mieście Krakowie, godz. 1. Dr. Stryjeński: Zadania opieki nad psychicznie chorymi. Wykład połączony ze zwiedzaniem Zakładu w Kobierzynie godz. 4. Dr. Glasner: Niezdolność do pracy ze stanowiska lekarza kasowego godz. 2. Program wykładów nie został jeszcze zamknięty. Nadesłane później zgłoszenia prelegentów włączone będą do szczegółowego planu wykładów.



Zgłoszenia na Kursa oraz wszelkie zapytania o bliższe informacje przyjmuje Dr. Ludwik Ł u k a, Klinika neurologiczna, Kraków, Kopernika 48.

## OD REDAKCJI I ADMINISTRACJI.

Obfitość materiału, niedającego się pomieścić w dotychczasowych szczyplych ramach „Warsz. Czasop. Lek.“, zmuszała od czasu do czasu redakcję do wydawania numerów, zawierających 24, a nawet więcej kolumn, zamiast zapowiadzianych 20. W roku 1929 to powiększenie objętości numeru pisma będzie stałe i wyniesie na początek 4 kolumny, tak, że numer zwykły składać się będzie z 24 kolumn. Nie wpłynie to jednak na podniesienie ceny prenumeracyjnej, która wynosić będzie, jak dotąd: dla Warszawy Zł. 12, dla prowincji Zł. 14, dla zagranicy Zł. 16 kwartalnie.

TREŚĆ: K. DŁUSKI. O jamach jawnych w płucach gruźliczych. (650 jamowych). — E. HERMAN. Rrwa nerwu trójdzielnego, jako początek stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia. — M. GOLDMAN. O splenomegaljach (str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — L. WŁODAWERÓWNA. Leczenie przewlekłych schorzeń stawowych szczepionką Paula (Cutivaccin). — N. BLUMENTALÓWNA. O chorobach wśród nauczycieli szkół powszechnych na podstawie liczb m. st. Warszawy w latach 1924—1926. — Wiadomości bieżące. — Od Redakcji i Administracji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: K. DŁUSKI. Sur les cavernes manifestes dans les poumons tuberculeux. — E. HERMAN. Névralgie du trijumeau comme commencement de la sclérose disséminée. — M. GOLDMAN. Sur les splénomégalias. (Rev. gén.). — L. WŁODAWER. Le traitement des maladies chroniques des articulations par la cutivaccine de Paul. — N. BLUMENTAL. Les maladies des maîtres des écoles communales de Varsovie.

 Do niniejszego numeru dołączona jest wkładka „Jodforan“. 

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa. Zielna 47. Tel. 19-57.

