

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



# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

ADRES ADMINISTRACJI:  
UL. MARSZAŁKOWSKA 71. TEL. 334.48

Konto czekowe  
P.K.O. Nr. 86-96.

ADRES REDAKCJI:  
UL. SIENKIEWICZA 12 m. 28.

Nr. 1

WARSZAWA, 2 STYCZNIA 1930 R.

Rok VII

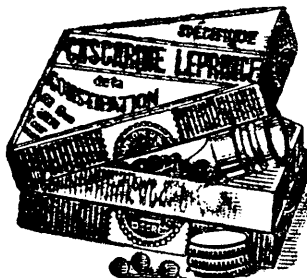
Sprzedaż jedynie za receptami lekarzy.

SANTALOL SALOL UROTOPINA	<b>EUMICTINE</b>	KAPSUŁKI GLUTEINOWE
MOCZOPĘDNY	ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY KOJĄCY	PRZECIWGNILNY
RZEZĄCZKA		ZAPALENIE MIEDNICZEK
ZAPALENIE PĘCHERZA MOCZOWEGO		ZAPALENIE MIEDNICZEK I NEREK
ZAPALENIE NEREK		ROPOMOCZ
LABORATORJUM DR. M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU. Sprzedaż w Polsce w aptekach		
Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.		

Panom LEKARZOM wysyła na żądanie LITERATURĘ i PRÓBY  
Oddział dla Polski: MOKOTOWSKA 57 m. 6, w Warszawie

**ZAPARCIE NAWYKOWE**  
CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIOTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO.

# CASCARINE



# LEPRINCE

$C_{12}H_{10}O_5$   
**ŚRODEK**  
LECZĄCY RACJONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.

LABORATORJUM Dr. M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach

Oddział dla Polski: Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie.

Nowoczesna  
ORGANOTERAPIA

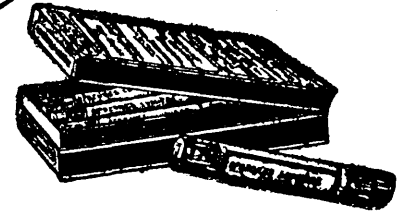
# OPOZONES LUMIÈRE

ZE WSZYSTKICH  
GRUCZOŁÓW I NARZĄDÓW



OPOZONES LUMIÈRE są otrzymywane i konserwowane według specjalnej i nowej metody polegającej na momentalnym wysuszeniu świeżego gruczołu na zimno.

OPOZONES LUMIÈRE posiadają takie same działanie, jak organopreparaty do zastrzyków, nie ulegając zepsuciu, jak te ostatnie.



## OPOZONES

- Corpus luteum
- Hepar
- Mammar
- Placenta
- Mucosa intestinalis
- stomacalis
- Extr. Felleis
- Subst. nervosa

## OPOZONES

- Extr. testicularum
- Prostata
- Ren
- Lien
- Suprarenalis
- Thymus
- Hepar
- Pancreas

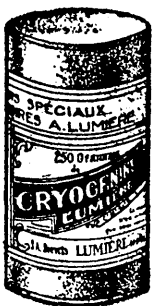
## OPOZONES

- gl. Thyroidea
- Medula Oblongata
- Polyglandulosus
- (Thyroide Hypophyse Surrenale)
- Polyglandulosus „O”
- (Thyroide Hypophyse Surrenale Ovalre)
- Polyglandulosus „T”
- (Thyroide Hypophyse Surrenale Orchitique)

Każde pudełko zawiera 54 tabletki, powleczone glutenem.

# CRYOGÉNINE LUMIÈRE

ANTIPYRETICUM  
ANALGETICUM  
Żadnych ubocznych działań.



I. NAJLĄGODNIEJSZE I NAJPEWNIESZE DZIAŁANIE  
PRZECIWGORĄCZKOWE  
Szczególnie w GRUŻLICY.

### DAWKOWANIE.

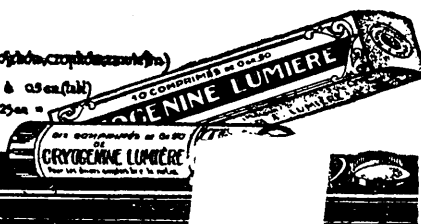
DOROŚLI: 1,0-2,5 GRAM „PRO DIE”  
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU

II. NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK  
PRZECIWBÓŁOWY.  
W DAWKACH WIEKSZYCH 20-JOBBOWE.  
(W DNIU, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE I.T.P.)

Postacie:

PILULE CRYOGÉNINE (11a) (prophylaxie, refroidissement)

COMPRIMÉS CRYOGÉNINE & ASPIRINE



# RHÉANTINE LUMIÈRE

Szczepionka przeciwoonokokowa  
wieloważna, stosowana „per os”.

LECZENIE PRZYCZYNOWE SWOISTE  
ABSOLUTNIE PEWNE I DOGODNE.



NIE POWODUJE ODCZYNU  
ANTI MIEJSCOWEGO  
ANI OGÓLNEGO

FLAKON ZAWIERA 28 FIGULEK KERATYNOWANYCH.

Wskazania: RZEŹĄCZKA I WSZYSTKIE SCHOROZENIA  
NA JEJ TLE (OSTRE I PRZEWLEKLE ZAPALENIE CEWKI MOCZOWEJ,  
PECHERZA, JADER, MACICY, JAJOWODÓW, JAJNIKÓW, STAWÓW, WSIEDZIA)  
I.T.P.

### DAWKOWANIE:

4 FIGULKI DZIENNIE: 2 RANO, 2 WIECZ NA GODZINIE PRZED JEDZENIEM.

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 VII.

WARSZAWA

1930



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



# SPIS RZECZY.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### A. Rozprawy.

- S. MINC. Zagadnienie snu i widzeń sennych w świetle teorii Pawłowa. 457  
 Zdzisław ŚWIDER. O powstawaniu przewlekłej gruźlicy płuc u dorosłych 697  
 Henryk BROKMAN. Cechy alergiczne w chorobach zakaźnych. 844, 867, 891, 915, 939

### B. Wykłady kliniczne.

- G. LEWIN. Znaczenie stosowania odmy piersiowej sztucznej w walce z gruźlicą. 1, 25, 49  
 Henryk ADLFLANG. O tak zwanych nacierzeniach wczesnych i ich znaczeniu w rozwoju suchot płucnych. 73, 97  
 Jerzy GLASS. O gospodarce chlorowej ustroju i jej znaczenie w patologii i terapii. 121, 145, 169  
 M. SAIDMAN. Powikłania po operacjach na przewodzie pokarmowym. 193, 217  
 J. MACKIEWICZ. O pewnych zespołach sympatologicznych oraz ich leczeniu 241, 265  
 N. AMBASZÓWNA. Pięć przypadków samodzielnego pęknięcia serca. 289, 313, 337  
 N. PRYLUCKI. Schorzenia nerwowe w przebiegu niedokrwistości złośliwej a terapia wątrobową. 361, 385, 409  
 A. LANDAU, JERZY GLAS i I. BEILESS. O zatruciu ostrem rtęcią, o jego leczeniu i o zaburzeniach gospodarki chlorowej, wodnej, azotowej i kwasowo-zasadowej w jego przebiegu. 433, 460  
 G. BYCHOWSKI. O psychoterapii nerwic narządowych. 537  
 S. BAU-PRUSSAKOWA i J. MACKIEWICZ. O pierwotnych nowotworach barwnikonośnych rdzenia 561 585  
 Henryk BROKMAN. Patogeneza zjawisk związanych z działaniem jadu ospowego. 609  
 Michał SZOUR. W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej. 633, 657, 677  
 Henryk RASOLT. Znaczenie rozpoznawcze i rokownicze elektrokardiografii w schorzeniach serca. 705  
 M. MAYZNER. Erythema infectiosum na tle endemii w zakładzie zamkniętym. 737, 757  
 B. HERMELINOWA. Erythema infectiosum na tle endemii w zakładzie zamkniętym.  
 Henryk HIGIER. O angiospazmach oraz ich znaczeniu dagnostycznym i patogenetycznym w chorobach mózgowych. 801, 821, 846  
 A. KRAKOWSKI. Kwasica i alkalozja w patologii układu nerwowego. 869  
 A. GUREWICZ. O nowej metodzie rentgenograficznego uwidaczniania nerek i pyelografii na drodze śródzylniej 893  
 Henryk HIGIER. Czy istnieje choroba Buergera i co stanowi jej istotę? 917, 940  
 H. STRAUSS. W sprawie rozpoznawania przewlekłego nieżytu żołądka. 963  
 G. BYCHOWSKI. Klinika i terapia zaburzeń czynnościowych potencji. 997

Str.

- Juljan FLIEDERBAUM. O stanach dziecięcych pochodzenia trzustkowego (infantilismus insulogenes). 1021, 1045  
 Maurycy BORNSTAJN. O psychozach wieku dziecięcego. 1069, 1093  
 H. BROKMAN i A. FESTENSZTAT. Rozpoznanie różniczkowe gruźlicy i zapalenia płuc u dzieci. 1117  
 Władysław STERLING. Endokrynologia dziecięcych stanów oligofrenicznych. 1141, 1165  
 Benedykt GLASS. Zasady leczenia uciskowego gruźlicy płuc. 1189

Str

### C. Z klinik, szpitali i pracowni

- L. HIRSZFELD i W. HALBERÓWNA. Badania nad serodjagnozą raka 5  
 Anastazy LANDAU i Jerzy GLASS. Badania nad związkiem wzajemnym między czynnością wydzielniczą żołądka a gospodarką chlorową i kwasowo-zasadową ustroju. 29  
 A. BARAŃSKI i M. BUSSEL. Przyczynek do analizy odczynu wodnego skórnoego. 52,2 76  
 I. BORKOWSKI. Przyczynek do leczenia przetok ślinnych. 100  
 Marta ERLICHÓWNA. Kilka uwag o nakłuciu łędziwliwym. 126  
 H. BROKMAN i Z. GLIŃSKA. Szczepienia ochronne przeciwko błonicy. 149  
 Michał SZOUR. Badania doświadczalne nad czynnością odtruającą wątroby. 172  
 Halia JANKOWSKA. Badania sprawności czynnościowej wątroby w padaczce. 195, 219  
 M. PROKOPOWICZ—WIERZBOWSKA. Badania nad przepuszczalnością zapyry krwomózgowej dla ciał odpornościowych. 244 268  
 B. JOCHWEDS. W sprawie leczenia niedomogi serca. 292  
 Witold ZAWADOWSKI. W sprawie niebezpieczeństwa pożaru i wybuchu błon radiograficznych. Kilka uwag na marginesie katastrofy w „Claveland Hospital Clinic”. 315, 339 364  
 F. GLEICHGEWICHT. Foetor ex ore i jego leczenie. 389  
 J. FRYDMAN. Wartość kliniczna określania ilości białka w płynach metodą Simona i Pagela (opacymetr). 415 440  
 A. BRAM. Przyczynek do wczesnego rozpoznania złośliwych przerzutów w płucach. 493  
 SZENKIER. Nowy objaw kamicy nerkowej. 499  
 Józef SKŁODOWSKI. Spostrzeżenia i uwagi nad otruciem kwasem solnym oraz innymi płynami żrącymi 505  
 Henryk PUSZET. O leczeniu ropnego gruźliczego zapalenia opłucny miejscowymi zastrzykowaniami aurosanu. 507  
 Stefan KEILSON. Gruźlicze nacieki wczesne, przebiegające pod postacią duru (posocznicy gruźliczej, typhotuberculosis). 541  
 H. KRYSZEK. O zachowaniu się serca w przebiegu suchot płucnych. 564, 590  
 Henryk LANDAU. O leczeniu niedokrwistości złośliwej preparatami żołądka. 564, 590  
 M. TAUBENHAUIS. Myomectomy sub graviditate. 564, 590

Anastazy LANDAU, Benedykt GLASS i Mieczysław FEJGIN. Z kazuistyki cukrzycy. Doniesienie III. Przypadek cukrzycy, powikłanej zgorzelą płuc skutecznie leczony za pomocą insuliny i odmy sztucznej.	611	Dawid MARGULIES. Przypadek „Dorsokardji“.	967
Bolesław P. MUSZKATBLAT, Arsen w praktyce dziecięcej.	635	Józef TYPOGRAF. W sprawie stosowania morfiny w chorobach serca.	1049
P. BAUMRITTER i St. BIELOBRADEK. Przypadek śpiączki cukrzycowej u dwuletniego dziecka.	679	W. RÖBIN. W sprawie wczesnego rozpoznawania schorzeń woreczka żółciowego.	1123
Natalja ZANDOWA. Wpływ roztworów hiper — i hipotonicznych na tkankę nerwową i przestrzenie okołonaczyniowe.	713, 740	Józef TYPOGRAF. O psychicie chorych sercowych.	1192
J. HELD i W. HEYMAN. Z kazuistyki szpitalnej. I. Przypadek górnopłatowego ropnia w przebiegu zapalenia płuc krupowego wyleczony za pomocą odmy sztucznej.	716	<b>II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.</b>	
D. TURSZ. O nowej metodzie narkozy ogólnej. (Narkoza dootrzewnowa).	741	<b>a) Streszczenia zbiorowe i pogładowe.</b>	
B. KASSUR. Epidemja duru brzuszego w pow. Pułtuskim w r. 1929.	760	E. BIRSOWSKI. Stare położnictwo w szacie odnowionej.	8
R. AMZEL. Epidemja duru brzuszego w Pułtusku z punktu widzenia bakterjologii.	763	Jerzy KONORSKI i Stefan MILLER. Zasada dominanty w działalności układu nerwowego.	33
Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI, Alkoholizm a samobójstwo.	784	Benedykt GLASS. Nowsze poglądy na rolę i znaczenie niektórych elektrolitów ustroju. 55, 79,	101, 129
L. TONENBERG i J. ROSENBLATT. W sprawie leczenia owrzożeń podudzia na tle żyłaków.	804	Helena SPARROW. Anatoksyna błonicza.	151, 175
A. LANDAU, T. GOLIBORSKA i Marja MARKSON. Przypadek czerwienicy Vaqueza, leczony fenilhydrazyną z oznaczeniem ilości krwi krążącej.	824	Henryk LANDAU. O chorobie papuziej—Psittacosis.	201
A. SIEDLECKA. Jeszcze o szybkiej metodzie badania histologicznego (metoda Terryego). Nóż podwójny do wykonywania skrawków.	848	Feliks TURYN. O nowych środkach, mających oddziaływać na ciśnienie krwi.	227
M. EIGER, i E. CZARNECKI. Badania nad nowotworami doświadczalnymi. I. Wpływ układu nerwowego mimowolnego oraz wpływ odżywiania na powstawanie nowotworów doświadczalnych.	871, 895	W. CZARNOCKI. Ostra martwica trzustki.	246, 272
Eustachy SIEDLECKI. O przerzutach raka do migdałków.	921	H. FRENKLOWA. W sprawie stosowania naświetlanej ergosteryny.	295
A. BRAM. O łagodnym przebiegu samoistnej odmy piersiowej u ludzi zdrowych.	965	Stefan HIRSZBERG. Współczesne poglądy na leczenie tocznia zwykłego (lupus vulgaris).	317, 343
A. LANDAU, J. HELD i K. HUMIECKI. III. Z kazuistyki szpitalnej. II-gi przypadek linitis plastica luetica.	1002	Natalja ZANDOWA. O powikłaniach nerwowych w ospie i po szczepieniu ospy ochronnej.	367, 391
Bolesław P. MUSZKATBLAT. Małkuństwo u dzieci.	1025	E. BIRSOWSKI. Z dziedziny ginekologii.	416
Ignacy KONIECPOLSKI. O stosowaniu autohemoterapii w durze brzuszonym.	1048	R. ZAJDŁOWNA. Teoria zjadliwości bakterji na zasadzie prac Falka.	442, 465
A. KOBRYNER. Pierwotniaki jako zarzek grypy.	1072	S. MISCHEL. Balneoterapia w świetle nowych poglądów.	544
Juljan FLASZEN i Henryk WACHTEL. Z badań nad zmianami chemicznymi w tkance rakowej po naświetleniu radem i ich znaczenie w leczeniu raka.	1096	Stefan HIRSZBERG. W sprawie patogenezy wyprysku (eczema).	566
N. JELENKIEWICZ i I. WEINBERG. Przypadek wrodzonej wady serca bez zmian rentgenowskich (Ductus Botalli apertus).	1122	Wanda FRANZOWNA. Zapobieganie krzywicy i jej leczenie.	592, 614, 638
J. MACKIEWICZ. O korelacji anatomo-klinicznej guzów mózgu.	1144 1169	B. GOLDSTEIN. O wartości rozpoznawczej badania treści żołądkowej.	661, 682, 718
<b>D. Z praktyki prywatnej.</b>		Feliks TURYN. Etiologia i istota gośćca stawowego.	742
H. LANDAU i M. ORŁOWSKI. Przypadek zwężenia okolicy dolnego zgięcia dwunastnicy.	414	Henryk LANDAU. O badaniu czynnościowym wątroby i badaniach pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń wątroby i dróg żółciowych. 765, 788,	807, 827
L. PIKIELNY. O pyelografii dożylniej.	464	Stefan HIRSZBERG. O trudnościach rozpoznawczych w kile pierwszorzędowej i wartości leczenia poronnego.	849, 874
G. LEWIN. Kilka słów o krwiopluciu.	490	E. BIRSOWSKI. Z zagadnień terapii w dziedzinie chorób kobiet.	899, 924
Stefan STERLING-OKUNIEWSKI. Słów kilka w sprawie rozpoznawania nowotworów złośliwych płuc i opłucny.	502	J. STEIN. O wrzeczkiej grzybicy śledziony.	944, 967, 1004
Stefan RUDZKI. Gruźlica otyłych	509	H. HIGIER. Obraz neurologiczny i psychiatryczny hipoglikemji samoistnej i objawowej.	1028
O. SOKOŁOWSKI. Przyczynki do wziernikowania klatki piersiowej.	521	W. CZARNOCKI. „Serce sportowe“ (w ujęciu E. Kircha).	1050, 1074, 1100
Mieczysław GANTZ. Astma i gruźlica	525	Emil LANDAU. Zespół kliniczny zawału mięśnia sercowego (Infarctus myocardi). 1126.	1148
Zygmunt SREBRNY. Dwa źródła omyłek w rozpoznawaniu gruźlicy krtani.	529	M. ORŁOWSKI. Normalna klatka piersiowa w obrazie rentgenowskim.	1172
Jan ROGINSKI. Objawy zwiastujące początek azotemji.	543	<b>b) Streszczenia pojedyncze i oceny książek.</b>	
H. KADYSZ. O stosowaniu konserwowanych preparatów mlecznych w praktyce dziecięcej.	660	<b>1. Zagadnienia ogólne.</b>	
Wilhelm MAGER. Oprawa próbna „Oculus“.	826	Dr. Ing. EICKE. Die Organisation von Krankenanstalten.	35
H. KACZYŃSKI. Przypadek ciała obcego w przełyku dwuletniego dziecka.	943	Nauka polska, jej potrzeby, organizacja i rozwój.	178
		Wszeczeństwo. Pismo przyrodnicze. Organ polskiego T-wa Przyrodników im. Kopernika. Nr. 1.	179
		H. BIERNACKI, H. CZAPNICKI, S. LIWSZYC, J. SPIRA, J. SZANCEWICZ i W. ZAPALOWICZ. Stany podgorączkowe w związku z niezdolnością do pracy.	299
		La pratique médicale illustrée.	299

	Str.		Str.
Dr. B. GRYNKRAUT. O czynniku świetlnym w powstawaniu, w życiu i leczeniu nowotworów.	320	<b>3. Histologia i Embrjologia.</b>	
ACHELIS, HAEBERLIN, KOCH, SCHWARTZ, TEMKIN. Philosophische Grenzfragen der Medizin.	320	STÜHR P. Handbuch der Histologie und mikroskopischen Anatomie des Menschen mit Berücksichtigung der mikroskopischen Technik.	831
Dr. C. HAEBERLIN. Die Bedeutung leib-seelischer Zusammenhänge für ärztliches Handeln.	320	<b>4. Fizjologia normalna i patologiczna.</b>	
Dr. Marja GRZEGORZEWSKA. Psychologia niewidomych.	419	O. NIKOLAJEW. Rola jonów i elektrolitów w procesie wydzielania śliny.	57
Prof. Th. BRUGSCH. Lehrbuch der inneren Medizin.	419	N. M. LEŚNIK. Badania nad czynnością wydzielniczą żołądka.	57
Prof. H. SCHLESINGER. Klinik und Therapie der Alterskrankheiten.	616	K. H. STAUBER. O zawartości lipazy w soku dwunastniczym.	57
L. ALKAN. Anatomische Organkrankheiten aus seelischen Ursachen.	720	C. W. LIEB. Wpływ 12 miesięcznej diety wyłącznie mięsnej na ustrój ludzki.	57
William Seaman BAINBRIDGE. Zagadnienie raka. Przekład polski pod redakcją Dr. med. i fil. Stefana Sterling-Okuniewskiego.	720	A. A. JUSZCZENKO. Odruchy warunkowe dziecka.	230
Dr. Clemens PIRQUET. Allergie des Lebensalters. Die bösartigen Geschwülste.	810	L. HÄBERLANDT. Badania nad ciałem pobudzającym w ośrodkowym układzie nerwowym.	231
Fritz MOHR. Psychotherapie bei organischen Erkrankungen.	810	E. SCHLIEPHAKE. Śledziona i układ roślinny.	345
Magnus LEVY. Von Basen und Säuren beim kranken Menschen.	811	I. R. F. RASSERS. Zagadnienie wydzielania kwasu solnego przez żołądek.	345
Prof. L. BORCHARDT. Klinische Konstitutionslehre. La construction des Hôpitaux modernes et leurs installations.	927	R. PEMBERTON i in. Skład ludzkiego potu.	345
	1102	M. CHIRAY i A. LOMON. Skurcz pęcherzyka żółciowego, schwytyany na gorącym uczynku	345
<b>2. Anatomja normalna i patologiczna.</b>		N. GAVRILESCU. Wpływ guanidyny na przepuszczalność mięśni.	420
MARJA SCHWIENHORST. Badania nad wpływem naświetlań promieni Roentgena na fagocytozę ziarniaków przez komórki siateczkowo-śródbłonkowe.	11	A. A. TITAJEW i W. UNK. O wpływie potasu i wapnia na pobudliwość nerwów naczynioruchowych.	420
NISHI i RETSUJ. Zmiany w nerkach królika wskutek utrudnionego odpływu krwi żyłnej.	12	A. PETROWICG i E. BOKANOWA. Działanie alkoholu na chemizm żołądka.	420
N. KAWATA. Czy komórki nowotworowe posiadają szczególne powinowactwo do ołowiu?	662	E. CRENCKMANN. Przyczynek do studjów nad topografią odcinków żołądka, produkujących kwas solny.	420
P. W. SPESCHLOW. W sprawie budowy sztucznych ziarniaków czasu wojny.	662	L. AMBARD i F. SCHMID. O diurezie wodnej.	594
P. WEBER, E. SCHWARZ, R. HELLENSCHMIED. Wrodzony nowotwór złośliwy wątroby wychodzący z łożyska.	663	A. CODOUNIS. Wahania fenolów moczu w stanie normalnym i patologicznym.	594
J. I. RAPPAPORT. Rozdwojenie wierzchołka serca jako objaw niezależności jego jam.	663	W. HEUPKE. O mechanicznym rozdrabnianiu pokarmów w przewodzie pokarmowym człowieka	725
Herber WEBER. Ziarnica złośliwa płuc.	831	J. OLIFET. Moczopędne hormony mózgu.	721
SYSAK i MENOWITSCH. Zmiany patologiczne w doświadczalnym zatruciu jadem kielbasianym	832	M. BOIGEY. Uwagi o składzie potu i roli leczniczej potów.	790
POLISSADOWA i BJELOSOW. Nietypowe bujanie nabłonka w przeszczepionej tkance gruczołu mlecznego.	832	H. BAUR. Specyficznie dynamiczne działanie węglowodanów u człowieka w rozmaitych warunkach odżywiania.	790
Taschio KUROSAWA. Zachowanie się naczyń krwionośnych w dnie krwawiących wrzodów trawiennych żołądka.	901	D. DANIELOPOLU, J. MARCU i G. G. PROCA. O fizjologii zwoju gwiaździstego (część I).	876
Ernst FREUND. Przypadek nabłonniaka kosmówkowego pochodzenia potworniakowego w jajniku dziecka.	901	D. DANIELOPOLU i G. G. PROCA. O fizjologii zwoju gwiaździstego (część II).	876
W. PUTSCHER. O naczyniach w gruzelkach i o związku ich z wytwarzaniem komórek ołbrzymich.	1052	D. DANIELOPOLU. O fizjologii zwoju gwiaździstego (część III).	876
A. DUPOUT i J. NEILL. Mięsak pochodzenia siateczkowego szpiku kostnego (Sarcome d'Ewing).	1052	J. P. KARPLUS. O wrażliwości podwzgórza	927
M. PŁONSKIER. O guzowatych (pozaszpikowych, heterotopicznych) podopłucznych ogniskach szpiku kostnego.	1052	F. DELHOUGUE. Badania nad czynnością wydzielniczą żołądka	927
L. GUIBERT. 2 przypadki splenomegalji, pierwotnej; siateczkowo-śródbłonniak typowy i choroba Gauchera.	1053	A. HOVELACQUE i J. MAES, L. BINET i R. GAVET. Nerw szyjny, badania anatomiczne i fizjologiczne.	927
P. SIEBERT. O krwiopochodnym charakterze barwnikowym.	1053	L. HESS i J. FALTITSCHER. W sprawie fizjologii ośrodków roślinnych.	928
GOORMAGHTIGH i A. AMERLINCK. Wywoływanie doświadczalne choroby Reclus u myszy	1175	A. WISCHNEWSKY. O wysokości ustawienia przepony u zdrowego człowieka w postawie stojącej w zależności od właściwości budowy ciała.	969
P. OSHIMA i F. SIEBERT. Przewlekłe doświadczalne zatrucie miedzią.	1176	M. A. LASS. O fizjologii i patologji przepony i jej związku z krążeniem.	970
T. MAKAMURA. Badania nad czynnością pobudzającą rozplem komórek wyciągów zarodkowych.	1176	B. ZONDEK. Nowe badanie w sprawie czynności przedniego płata przysadki.	970
RADECKE H. O ostrych zmianach trawiennych w dwunastnicy.	1176	N. HENNING. O zdolnościach resorbcyjnych normalnej i zmienionej zapalnie śluzówki żołądka.	970
ROESSIGER O. O rakach mieszanym pęcherzyka żółciowego.	1176	K. HOERCH. Przyczynki do czynności żołądka. Doniesienie I: o fosforanach w czystym soku żołądkowym.	971
		A. FROLICH i E. ZAK. Wpływ podawania wątroby na wydzielanie potu.	1030
		F. SCHLUMM i H. J. BRECHMANN. O specyficznie dynamicznym działaniu wątroby	1031
		O. SAWALISCHINA. O wpływie diety stałej na wytwarzanie żółci.	1031
		A. J. ANTHONY. Badania nad zachowaniem się gazów w płucach	1031
		J. V. MOCSY. Badania nad powstawaniem oddechu pęcherzykowego.	1031



W. KAMOCKI. W sprawie normalnej liczby czerwonych ciałek krwi ludzkiej w świetle badań lat ostatnich.	Str. 1031
Z. LAUDA i E. FLAUM. W sprawie wewnątrzwydzielniczej czynności śledziony.	1102
N. HENNING i R. JURGENS. O wchłanianiu alkoholowych rozczyńców jodku potasu przez zdrową i zapalnie zmienioną błonę śluzową żołądka.	1103
F. PLATTNER i H. HINTNER. Wykazanie substancji parasympatykomimetycznej w tęczęwce	1103
BORST. W sprawie stosunku pomiędzy hormonem przedniej części przysadki (prolan) i męskimi gruczołami płciowymi.	1193
BOCTERS. Wpływ prolanu na młode szczury.	1193

### 5. Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

F. GOTOWKO. W sprawie resorpcji adrenaliny w tkance podskórnej.	103
H. KRASSO. O zatruciu kwasem salicylowym (aspiryną).	103
G. LEWINA. Leczenie węglem ostrego zatrucia fenolem.	103
F. KARTI. Zmiany w czerwonym obrazie krwi, wywołane przez pochodne kwasu salicylowego.	232
FÜHNER. O zatruciu strofantyną, podaną przez odbytnicę.	232
Prof. Dr. Fr. MUNK. Die Rezeptierkunst des praktischen Arztes.	299
Grundlagen und Ergebnisse der Digitalistherapie.	370
A. ROSENBERGER. Doświadczenia kliniczne nad działaniem harminy w parkinsonizmie po zapaleniu mózgu.	370
W. TYZURENKO. O działaniu hydrastyny, styptycyny, extr. hydrastis canadensis i extr. polygoni hydropiperis na naczynia izolowanych płuc.	370
I. MARCON i A. SARULESCO. O wpływie efedryny na ruchy żołądka; przyczynek do amfotropizmu tego alkaloidu.	370
Dr. med. Hanna TRZASKACZÓWNA. Farmakologia z toksykologią i recepturą.	618
Br. KOSKOWSKI. Nauka o przyrządzaniu leków i ich postaciach.	619
R. ALLERS i F. HALPERN. Wpływ środków farmakologicznych na przejawy uczuciowo-oddechowe.	721
RICHTER. „Perkaina” — preparat zastępujący kokainę.	722
D. KWILECKI, K. SILBERSTEIN. Doświadczenia nad stosowaniem insuliny doustnie.	722
M. DUVOIR i R. GOLDBERG. Methemoglobina i jady, powodujące methemoglobinemję.	877
M. NEDOK. Przyczynek do etiologii zatrucia ołowiem.	877
SZWARZ. Przypadki zatrucia kodeiną.	878
M. SONAK. Plasmochina w leczeniu zimnicy.	971
E. CHABROL, R. CHARONNAT, M. MAXIMIN, J. PORIN i M. E. PIETTRE. Badania doświadczalne nad działaniem choletetycznym kwasów szeregu aromatycznego.	971
KESTERMANN. Doświadczenia w sprawie doustnego stosowania cholosuliny.	972
B. ASCHNER. Ciężki mózgowy obraz choroby po stosowaniu spirocidu.	972
F. KRETI. Zmiany w oddechowej wymianie gazowej, spowodowanej przez atropinę i jej kombinacje z florydzyną i ginergenem.	972
A. WIEDMANN. Uogólniona erytrodermja z zejściem śmiertelnym w przebiegu kuracji chologenowej.	972
P. HUEBSCHMANN. W sprawie krytyki doświadczalnych uszkodzeń wywołanych viganolem.	1031
W. HEUBNER. Spostrzeżenia nad działaniem toksycznym vitasteryny na tętnice.	1031
Kurt LANDE. Zatrucie grzybami.	1032
ROSTOSKI i CRECELIUS. W sprawie zatrucia gazem siarkowym.	1032
L. SIROTA. O wpływie zastrzykiwań wśródzylnych na skład morfologiczny krwi.	1129
BRANDES. W sprawie zmian kostnych po podawaniu tranu z fosforem.	1129
KÜHN. Cholosulina i zachowanie się krzywej cukru we krwi.	1129
Claus SCHILLING i SCHULZE. Jak działa chinina w zimnicy.	1130
DINGEMANRE, De JONGH, KOBER i LAQUER. W sprawie krystalicznego menhormonu.	1130

### 6. Biologia.

FLASZEN i H. WACHTEL. O wpływie reakcji alkalicznej na rozwój raka.	Str. 82
Lois DROUET. Hiperbilirubinemia wywołana zmniejszeniem się śledziony po adrenalinie.	82
Z. M. BACQ. Zmiany metabolizmu po zastrzykiwaniach dootrzewnowych.	82
LICKINT i TRÖLISCH. Czy można wykorzystać określanie grup krwi dla celów dajagnostycznych.	82
Rudolf SIEGEL. Wpływ hormonów na rozmieszczenie cukru i przepuszczalność komórek w ustroju zwierzęcym.	321
Leon ASHER i Pierin RATTI. Wpływ grasicy na wzrost w normalnych i nienormalnych warunkach.	321
VÉRSEN. O odczynie doskórnym z żelazocjankiem potasu według Brugscha.	321
BRUGSCH. Odpowiedź (na artykuł Versena).	321
J. ROCHE. O węglu całkowitym przesączów odbiałoczonej krwi.	393
Leopold DOLJANSKI. O morfologii czystych hodowli komórek wątrobowych in vitro.	393
A. B. LANZ. O wytwarzaniu się w sercu ciała podobnego do adrenaliny na skutek drażnienia nerwu sympatycznego.	393
E. GLEY i E. v. KOKAS. Zawartość wapnia we krwi i działanie nerwów włosoruchowych i rozszerzających żrenicę.	393
S. METALNIKOW. Rola układu nerwowego w odporności.	616
W. STEPP i J. SAUER. Badania nad węglem resztkowym krwi ludzkiej zapomocą mikrometodyki. I doniesienie.	616
Jean la BARRE i Pierre DRESTRÉE. Insulina i zewnętrzne wydzielanie trzustki.	617
S. M. CEJTLIN i R. M. GOCMAN. Wpływ zmian osmotycznego ciśnienia krwi na barjerę ochronną układu nerwowego.	745
E. I. ŁOKSZYNA. Barjera ochronna układu nerwowego noworodków, matek zdrowych i zatrutych alkoholem.	745
L. BROUHA i H. SIMONNET. O wpływie wyciągów jądrowych na samicze narządy płciowe.	746
H. COURRIER i R. MASSE. O stosunku hormonu pęcherzykowego do hormonu luteinowego.	746
G. GOTTE i G. PALLOT. O stosunku insuliny do owulacji.	706
L. STERN, S. RAPAPORT i A. SCHARIKOWA. O wpływie wyciągów tkankowych na krążenie wieńcowe.	851
L. STERN, S. RAPAPORT i A. SCHARIKOWA. O działaniu wyciągów tkankowych na czynność wysobnionego serca.	861
L. STERN, S. RAPAPORT i A. SCHARIKOWA. Badania nad stosunkiem wpływu wyciągów tkankowych na krążenie wieńcowe do ich wpływu na czynność serca:	851
Edgar ZUNZ i Jean la BARRE. O bezpośrednim wpływie pobudzającym adrenaliny na wysepki Langerhansa.	852
R. WILLHEIM i K. STERN. O próbie rozbudowy i analizy cytolitycznej reakcji rakowej.	852
POEHLMANN. Grupy krwi a kiła.	946
A. de CARVALHO. Badania nad wpływem środków przeciwgorączkowych na poziom cukru we krwi.	946
Ch. ACHARD i A. ARCAND. Badania porównawcze nad białkami surowicy krwi i płynów opłucnowych i otrzewnowych.	946
LAUBRY, WALSER i DEGLANDE. Czy substancje czynne wyciągów z węzłów Tawary oraz z węzła Keith-Flacka wywierają na wysobnione serce wpływ jednakowy.	947
E. L. ROMEL i K. A. GIERCZYKOWA. Wpływ zmian w krwi na barjerę ochronną układu nerwowego.	947
UNTERBERGER. Mimowolny wpływ na pęć ludzką.	947
F. SCHURER-WALDHEIM. Naświetlania śledziony i układ siateczkowo-śródbłonkowy.	1007
P. L. DROUET i P. FLORENTIN. Monocytoza a wstrząs.	1007
F. DELHONGUE. Badania nad zawartością zczynów we krwi.	1007
CILDEMEISTER i HILGERS. W sprawie obecności zarazka ospowego w płynie mózgowordzeniowym i moczu u królików szczepionym doskórnice.	1007
F. COSTÉ. P. GEORGE i YCZEM-SI-TSCHONG. O wartości odczynów Dicków.	1008

	Str.		Str.
POULSSON. Zasoby witamin u mężczyzn i kobiet.	1193	A. K. PIKKAT. O wpływie przysadki mózgowej na lipemję.	1078
W. BEUSIS i A. CODONNIS. Przypadek ciężkiej nawrotowej anafilksji surowicznej.	1194	A. W. SIRAKOFF. O zmianach w ciśnieniu krwi podczas zabiegu Valsalvy i ich znaczeniu dla badania czynności serca.	1078
<b>7. Patologia kliniczna i doświadczalna.</b>			
RAAB O nadmiernej wentylacji.	180	H. GLATZEL. Nadciśnienie „samoistne“ i przemiana podstawowa.	1078
S. RYBINSKY. O znaczeniu układu siateczkowo-śródbłonkowego we włośnicy.	180	H. HORTERS i H. ROTHMANN. Obciążenie cukrem gronowym przy uwzględnianiu należnej przemiany podstawowej.	1078
I. FROUND. O wpływie schorzeń w zakresie pierścienia barkowego na oddychanie i kształt klatki piersiowej.	180	I. MASEL i J. FINHORN. Badania nad średnicą i objętością czerwonych ciałek krwi w rozmaitych częściach układu naczyniowego u sercowo chorych.	1078
B. LIPSCHÜTZ. O wywoływaniu guzów za pomocą krwi zwierząt z guzami.	180	K. THIEL i W. QUEDNAY. Badania pneumotachograficzne I.	1128
S. 1. PRIKŁADOWICKI. Materiały w sprawie przyczyn śmierci zwierząt z przewlekłymi przetokami trzustkowymi.	346	K. THIEL. Badania pneumotachograficzne II.	1128
S. O. BADYLKES. Cholecystopatie doświadczalne a czynność wydzielnicza żołądka.	346	H. WILLI. Surowa dieta roślinna i dieta zwierzęca w doświadczeniu na samym sobie.	1128
R. STRISOWER. Przyczynek doświadczalny do sprawy stałego nadciśnienia.	346	N. W. KOŁPIKOW. Barjera ochronna układu nerwowego w węgliku.	2129
M. PERRIN i P. MATHIEU. Tkanka tłuszczowa i przemiana tłuszczowa (próba klasyfikacji patogenetycznej otłuszczenia).	467	W. STEPP i J. SAUER. Badania nad węglem resztkowym krwi ludzkiej zapomocą mikrometodyki.	1129
E. FRANK i R. LEISER. O wywoływaniu przemijającej moczówki cukrowej u zdrowych za pomocą diety.	467	<b>8. Bakteriologia i Serologia.</b>	
A. P. E. GEORGE. Zmiany poziomu cukru we krwi naczcho podczas zapaleń płuc.	467	L. K. WIKTOROFF. O nowej grupie przejściowej pomiędzy las. duru brzuszego i bac. enteritidis Gärtner.	113
R. DEMAL, St. JELLINEK i C. J. ROTHBERGER. Przemijające migotanie komór serca wskutek działania prądu o wielkim napięciu.	617	SILBERSTEIN. O występowaniu zakażeń laseczka Banga u ludzi w Brandenburgii.	132
K. SINGER. Podstawy doświadczalne teorii o mechanizmie działania diety wątrobowej.	617	L. BOEŻ. Wpływ Ph na własności bakterjobójcze krwi.	132
I. E. ABELOUS. i H. ŁASSALLE. O astenji, jako następstwie zniszczenia nadnerczy.	618	M. GUNDEL i F. SEEBER. Kliniczne znaczenie enterokoków w przewodzie pokarmowym.	251
BRUGSCH. O odczynie doskórnym z żelazocjankiem potasu w żółtaczkach.	618	HARBE. O drobnoustrojach w przypadkach zapalenia płuc u ludzi.	251
P. GLEY. O zmianach histologicznych narządu płciowego samic pod wpływem hormonu ciała żółtego	684	Erich NEUMANN. Przyczynki doświadczalne do z gądnienia zawartości jadu błoniczego w surowicy ludzkiej.	546
NECHAT, OMER i Rassim ALL. Przemiana nukleoproteinów.	685	E. LESCHKE. Etiologiczne przecenianie paciorkowców.	547
A. von CZIKE. O tworzeniu się barwników żółciowych in vitro.	685	KLEINE i KROC. Przeciwciała we krwi krajowców w Afryce wschodniej.	722
M. LEFFKOWITZ. O zachowaniu się naczyń w zakresie nerwu trzewiowego w zapaści.	685	SZMIDT. O zapobiegawczem wstrzykiwaniu surowicy przeciwkowej.	722
K. E. GREINACHER. Przemijający cukromocz w zatruciu gazem świetlnym bez zwiększenia zawartości cukru we krwi.	685	REMECK i HOFMANN. Wyniki badania bakteriologicznego choroby papuziej.	1032
ADNANOFF i AUSBACHER. Wątroba i miedź.	852	P. CARNOT, J. DUMONT i E. LIBERT. Zakażenia wątrobowo-żółciowe pałeczką Friedländera.	1032
Josef BLOCH. O wpływie adrenaliny na asymilację galaktozy przez wątrobę.	852	H. FRÄNZ. Kliniczno bakteriologiczne badania i spostrzeżenia nad chorobotwórczością enterokoków.	1033
SCHRENS. O aktualnej reakcji krwi u chorych na raka i wpływie na nią kwasu węglowego.	852	M. GUNDEL. Bakteriologia i klinika rzadkich zakażeń paciorkowcowych.	1033
A. B. LIGHT i tow. O następstwach raptownego odstawiania morfiny u skazańców.	947	A. BERGEL. Porównawcze badania serologiczne nad uproszczoną metodą zlepną Müllera.	1152
S. M. CEJTLIN. Wpływ urotropiny na wał ochronny układu nerwowego.	947	LUBIŃSKI. W sprawie uodporniania drogą doustną.	1152
G. M. KASSIR. i E. S. ŁOKSZYNA. Wpływ ciepłoty na wał ochronny układu nerwowego.	948	<b>9. Medycyna społeczna, Higiena, Epidemiologia i Statystyka.</b>	
L. BRAUN i B. SAURAT. Badania nad migotaniem komór serca.	948	L. HOFBAUER. Konieczność kontroli lekarskiej podczas gimnastyki oddechowej i uprawiania sportów.	36
BORRÉLY. O skłonności skóry do krwawienia.	948	ROESLER. O konieczności przeprowadzania długotrwałych badań u nosicieli prątków tyfusowych i paratyfusowych.	36
G. BISCHOFF. Hormon przytarczyczny i gospodarka wapniowa.	1008	Dr. E. PIASECKI, Prof. Uniwersytetu Poznańskiego. Dzieje wychowania fizycznego.	249
M. GARNIER i P. RUDAUX. Podstawy doświadczalne niedomogi wątrobowej.	1008	Dr. J. H. LEUNBACH. Das Problem der Geburtenregulung.	250
BECHER. O poziomie fenolu i jego pochodnych i występowaniu wolnego fenolu we krwi w przebiegu marskości wątroby.	1009	Opera collecta Congressus V internationalis medicorum pro artificibus calamitate afflictis aegrotisque.	299
M. SÉCOULITCH. Rezerwa alkaliczna w zatruciach ługiem sodowym i innymi jadami.	1009	Prof. Dr. O. BUJWID. Stosunki zdrowotne Brazylii.	393
A. DIAZ. Azotemja chloropeniczna.	1009	Prof. A. GROTJAHN. Zarys praktycznej eugeniki czyli higiena rozrodu.	722
E. GÉRANDEL. Istota i mechanizm skurczów dodatkowych.	1010	ZWITELLE. Badania nad zapobieganiem kile.	723
J. Ch. ROUX. Równowaga między procesami fermentacyjnymi a gnilnymi w kiszkiach.	1076	Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Herausgegeben von Prof. Dr. A. GROTJAHN, Prof. Dr. L. LANGSTEIN, Prof. Dr. R. ROTH.	1149
J. GELMANN i B. MARCINKOWSKI. Zużytkowanie zamknięcia odźwiernika dla badania klinicznego patofizjologii żołądka.	1076		
R. A. WEISS i W. A. GANNUSZKIN. O sztucznem zwiększeniu zawartości lipidów w ośrodkowym układzie nerwowym.	1077		

	Str.		Str.
<b>10. Dajgnostyka.</b>			
Ludwig PINCUSSEN. Mikromethodik.	132	COHN - WOLPE Charlotte. Dni postne dla chorych sercowych w zdrojowiskach.	973
Johannes REICHEL i Gabriele MANASTERIO. Przyczynok do zagadnienia liczbowego rozmieszczenia erytrocytów i leukocytoów na obwodzie.	132	SCHERESCHEWSKY. W sprawie spirocydu.	973
MATTHISSON. Eozynofilia we krwi w chorobach reumatycznych.	132	OPITZ C. W sprawie stosowania spirocydu w ziarnicy złośliwej.	973
Prof. Dr. M. MATTHES, dyrektor wewnętrznej kliniki uniwersyteckiej w Królewcu. Podręczniki dajgnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych.	421	HAJÖS. O leczniczym stosowaniu wyciągu z przytarczyc.	973
E. BECHER. Jakie wnioski dajgnostyczne dają różne wyniki próby na indykan i ksantoproteinowej.	421	HERZFELD E. i SCHÜTZ Fr. W sprawie jałowości roztworów hipertonicznych, stosowanych w leczeniu żylaków.	1053
I. M. PINKUS, G. S. GAN i J. W. SMYŚŁOW. Ciśnienie żyłne jako wskaźnik wydolności narządu krążenia.	422	BRÜHL. Zapobieganie i leczenie stanów zapalnych brodawki sułkowej.	1053
KESTERMANN. W sprawie oznaczania cukru we krwi.	422	ZAOLIK. Połączone leczenie nowotworów złośliwych bizmutem i błękitem izaminowym.	1053
GOLDSCHMIDT. W sprawie swoistości odczynu aldehydowego Ehrlicha.	723	<b>12. Znieczulanie.</b>	
O. K. ZACHAROWA SIDLAREWSKAJA. Wartość kliniczna leukowidalu.	723	FÜHNER. Próby zmniejszenia działania trującego uśpienia chloroformowego.	37
Prof. Dr. M. MATTHES. Podręcznik dajgnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych ze 125 rys.	1103	A. GALLINER. Narkoza awertynowa w neurologji i psychjatrii.	37
F. ERBEN. O wykrywaniu albumoz w moczu.	1103	<b>13. Choroby zakaźne</b>	
JENNER. Przyczynok do badań funkcjonalnych żołądka.	1104	Henryk BROKMAN. Badania nad patogenazą płonicy.	104
M. PŁONSKIER. W sprawie robienia rozmazów krwi i różniczkowego liczenia białych ciałek.	1104	R. TUNNICLIFF i T. CROOK. O zdrowych nosicielach płonicy.	104
<b>11. Lecznictwo.</b>			
Werner FORSSMANN. Sondowanie prawego serca.	36	F. COSTE, M. LEBLOND i P. E. VANNER. O wartości poszukiwania paciorkowca hemolitycznego w gardle chorych na płonicę.	104
A. SUCHER. O osobliwym działaniu preparatów przytarczycznych.	36	BORMAN. Powikłania i leczenie płonicy surowicą.	104
J. SCHWARZMANN. Wyciąg z mięśni prądkowanych jako środek tonizujący.	37	GILDEMEISTER. W sprawie zapalenia mózgu po ochronnym szczepieniu ospy.	204
Dr. Wł. MEDYŃSKI. O leczeniu elektrycznością.	203	HUBER. W sprawie zapalenia mózgu po ochronnym szczepieniu ospy.	204
Prof. Dr. H. GUNTHER. Ueber „Konstitutionstherapie“	204	NATORP. Spostrzeżenia kliniczne z epidemji grypy w r. 1929.	205
BERGMANN. O leczeniu krzywicy i gruźlicy.	204	ROTHENBERG. „Drosithym“ w leczeniu krztuśca i nieżytów górnych dróg oddechowych	205
BOSS. Therapie und Therapeutik.	300	W. H. GENTT i A. W. PONOMAREW. O mechanizmie rozprzestrzeniania się zarazka wścieklicznej w organizmie.	322
R. FLECKSEDER. Wzmoczenie odwadniającego działania salirganu do rekordu.	300	FRIEDEMANN i DEICHEZ. Kontrola bakterjologiczna ozdrowieńców po szkarlatynie.	322
P. SAXL i D. ERLSBACHER. Ulepszony sposób dostępnego podawania salmiaku.	301	A. HOLLENBERG. Przypadek „choroby papuziej“.	322
G. MILIAN. Nie mieszać 606 i 914.	301	CHAUTRIOT. Reaktywacja zimnicy.	322
VOLKMANN. Stosowanie pryferu jako nowego środka, podnoszącego ciepłotę.	394	O. WELTMANN. O małej epidemji choroby papuziej w Wiedniu.	445
L. FRIEDMANN. O wpływie małych dawek jodku potasu na podniesione ciśnienie krwi.	394	J. WIDOWITZ. O trzech przypadkach choroby papuziej	445
G. HALTER. Śmiertelny przypadek w następstwie przetaczania krwi.	394	W. KELLER i W. SCHAEFFER. Badania nad etjologią poszczepiennego schorzenia ośrodkowego układu nerwowego.	445
E. SIMENAUER. Szybkie, czynne wypełnienie układu krwionośnego.	444	G. FEDDERS. O szczepieniu ospy wietrznej	446
E. A. SHARP. Czynniki przeciwanemiczne w wysuszonym żołądku.	445	B. DOLL. Profilaktyka błonicy w zakładach zamkniętych.	568
GAUBER Joachim. Wydzielanie wewnętrzne, skłonność do infekcji i gojenie się ran.	445	J. ZIKOWSKY. Przyczynok do czynnego uodpornienia przeciw błonicy zapomocą maści ochronnej przeciwbłonicy według Löwensteina.	568
W. KERN. O zastosowaniu leczniczym zimnego mułu.	445	P. LERBOUILLET i J. J. GOURNAY. Błonica u szczepionych.	568
H. WASSERMEYER i A. SCHAFER. O stosowaniu insuliny drogą nosową.	640	WOLFF S. Doleździwowe stosowanie surowicy przeciwbłonicy.	568
M. LÉVAL. Insulina w leczeniu ran.	640	M. LISBONNE, P. DEVÉZE i LABRAQUE - BORDENAVE. Przyczynok do leczenia nosicieli zarazków błonicych oksychinoliną.	569
A. HESS i in. O leczeniu za pomocą naświetlanej ergosteryny.	640	G. B. BADER. O profilaktyce przeciwdrowej.	641
L. BINET i S. STOICESCO. Zastrzykiwania dożyłne hipertonicznych roztworów chlorku sodowego.	641	FISCHL. Czy zmienił się obraz kliniczny i zakaźność odry?	641
M. CHAVIGNY. Nowa koncepcja leczenia ostrych zatruc przez spożycie jadu.	641	BRÜNING, DEGKWITZ, ENGEL, FINKELSTEIN, KLEINSCHMIDT i in. Czy zmienił się obraz chorobowy i zakaźność odry?	641
Dr. Paul RECKZEH. Wirtschaftliche Krankenbehandlung. Ratschläge für Studierende und Aerzte unter besonderer Berücksichtigung der kassenärztlichen Taetigkeit.	768	POCKELS. Nowe zdobycze co do szczepienia ochronnego błonicy.	791
Prof. Dr. H. GUNTHER. Wissenschaftlichen Grundlagen der Hunger und Durstkuren.	769	F. BASCH. Przyczynki do czynnego uodpornienia przeciw błonicy.	792
Umstimmung als Behandlungsweg. Wykłady wydane przez Prof. BETERMANNA.	769	E. SĄCQUEPÉE i L. FERRABOUC. O etjologii choroby papuziej.	902
Die Therapie der Wiener Spezialärzte.	769	K. IMHAÜSFR. Przyczynok do nauki o chorobie papuziej.	902
H. KRASSO. O przeciwwymiotnym działaniu nautisanu, zwłaszcza przy stosowaniu napatstnicy.	769	HAMBURGER. O powstawaniu błonicy.	902
W. BLUMENTHAL. O patologji i terapii wymiotów.	770		
GERSON. Podstawowe wskazówki do diety Gersona.	791		
FILIŃSKI Włodzimierz. Prądy szybkooprzemienne (Diatermia i d'Arsonwalizacja) w lecznictwie.	973		

	Str.		St
FRIEDBERGER. Podstawy teoretyczne i powodzenie szczepienia przeciw błonicy.	902	W. WESTERGAARD. Krytyczne badania statystyczne nad szczepieniami BCG.	748
LANGE. Rozpoznawanie i leczenie poliomyelitis w okresie wczesnym.	948	O. SOKOŁOWSKI. Suchoty a gruźlica. Wytyczne ich leczenia.	852
F. BREINL. Obecny stan zagadnienia płonicy.	949	ANDERS. Patogeneza gruźlicy oddzielnych narządów.	853
J. GURWITZ. Badania nad stosunkiem paciorkowca hemolizującego do płonicy.	949	A. SONENFELD. Mechanizm działania wyrwania nerwu przeponowego.	853
PASCHEN. W sprawie zapalenia mózgu po szczepieniu ospy.	940	WIRTH, KÖHN von JASKI. Doświadczenia z 600 operacji na nerwie przeponowym.	853
BORMANN. Obław wygasania w odrze.	1054	F. STERNBERG. Badania nad obrazem krwi obwodowym dookołaogniskowym u gruźlików.	903
ROLV i KRIEGER. Opadanie krwinek, jako wczesny objaw krztuśca.	1054	E. LOEWENSTEIN i K. RUSSEFF. O czystej hodowli prątków gruźliczych z krwi	903
SCHAD. O okresie wylegania duru brzuszego.	1054	MATTHES. Dalsze doświadczenia nad hodowlą prątków gruźliczych	903
C. SONNENSCHNEIN i F. E. KOCH. Leczenie duru rzekomego bakteriofagami.	1054	J. LEITNER. Badania nad odczynem tuberkulinowym.	903
M. B. ROSENBLUM i R. B. KAZNELSON. W sprawie epidemiologii i patogenyzy róży.	1054	S. Ar. WEISMAN. Obwód normalnej i gruźliczej klatki piersiowej.	1033
CARLEBACH i MARKOWICZ. W sprawie choroby papuziej.	1054	Ch. GARIN, ROUGIER, BOUCOMONT i H. CHEVAT. O kilku cechach niedokrewności w przebiegu gruźlicy płuc i ich zmianie pod wpływem wyciągów wątrobowych.	1033
OTTO. Uwagi w sprawie czynnego szczepienia przeciw błonicy.	1152	H. MAENOL i E. WALTUCH. Rozważania różniczkowe i spostrzeżenia w gruźlicy płucnej i pozapłucnej.	1033
Elisabeth URBANITZKY. W sprawie zapobiegania błonicy w zakładach zamkniętych zapomocą wcierania maści podług Loewensteina.	1153	GERSON. Tran z fosforem oraz djeta Gerson—Herrmannsdorfera w leczeniu gruźlicy.	1033
REICHE i REVE. W sprawie stosowania ilości przeciwciał w błonicy.	1153	BACMEISTER i REHFELDT. Tran z fosforem oraz djeta Gerson—Herrmannsdorfera w leczeniu gruźlicy	1034
SCHOTTMÜLLER. O znaczeniu zapobiegawczego szczepienia przeciw szkarlatynie.	1153	O L. E. de RAADT. Jaki czynnik warunkuje działanie lecznicze djety Sauerbrucha, Herrmannsdorfera i Gersona w gruźlicy	1034
<b>14. Gruźlica</b>			
Prof. S. ENGEL und Prof. Cl. PIRQUET. Handbuch der Kindertuberkulose.	82	F. NATTAUSCH. Leczenie gruźlicy płuc wyciągiem z krwi owczej.	1034
E. MAYER i H. LEETCH. Frenikotomja lecznicza w gruźlicy rozpadowej.	83	T. ALTMANN. O patogenyzie i leczeniu rozwoleń u gruźlików.	1034
F. SCHENK. O zapobieganiu gruźlicy w szkole zapomocą Dermotubiny Löwensteina.	83	L. LANGSTEIN. W sprawie szczepień ochronnych przeciw gruźlicy.	1079
M. ASCOLI. Odma płucna o ni kiem ciśnieniu po stronie przeciwnej.	83	E. NOBEL. Szczepienie ochronne w gruźlicy.	1079
H. ASSMANN, H. BEITZKE, H. BRAUNING, St. ENGEL. E gebniss der gesammten Tuberkuloseforschung.	155	H. HAJEK. Nowe drogi zwalczania gruźlicy.	1079
M. FISHBERS i A. SHAMASKIN. O łagodnych postaciach gruźlicy szczytów.	156	K. FABER. Spadek śmiertelności z gruźlicy w Danji.	1079
J. HEIMBECK. O szczepieniu ochronnem przeciw gruźlicy zapomocą zastrzykiwań podskórnych BCG.	156	KLEINE. Badania nad zachowaniem się gruźlicy u krajowców Afryki Wschodniej.	1079
Bożena KOKALJ—KOWALEWSKA. O jednostronnym zaniku piersi u płucno--chorych kobiet.	156	J. AMMONT. Przyczynę do leczenia gruźlicy złotem.	1153
J. CAUSSIMON. Kryterjum czynności płucnych zmian gruźliczych — gorączka w czasie menstruacji.	346	F. HOFFSCHULTE. Leczenie odmą gruźlików rozedmowych.	1153
L. BERNARD. Gruźlica i cukrzyca.	346	O. FELSENFELD. Leczenie gruźlicy metodą Ferrana.	1154
W. FALTA. Czy należy zalecać djeta Gersona w gruźlicy.	347	SIMFONOW. Doświadczenia z środkiem leczniczym przeciw gruźlicy Friedmanna.	1194
F. HUTTER. Leczenie za pomoca podawania śledziona w gruźlicy krtani.	347	MOLLOU. Uwagi do artykułu Simeonowa	1194
Prof. Dr. Eugen KISCH (Berlin). Medizin, Gymnastik und Pädagogik im Kampfe gegen die Tuberkulose.	370	GETTKAUT. 10 lat doświadczenia ze środkiem leczniczym Friedmanna.	1194
W. NEUMANN. Gruźlica a konstytucja.	370	FERNBACH. Wyniki lecznicze stosowania szczepionki Friedmanna w gruźlicy wieku dziecięcego.	1194
E. PAULSEN. O wpływie najsilniejszej terapii tłuszczowej na opadanie krwinek w gruźlicy płuc.	371	KÖHLER. Djetetyczne leczenie gruźlicy.	1194
Prof. S. ENGEL und Prof. Cl. PIRQUET. Handbuch der Kindertuberkulose.	569	SAUERBRUCH i HERMANNSDORFER. Kilka wyjaśnień do djetetycznego leczenia gruźlicy.	1195
V. POULSEN. Czy dzieci z dodatnim odczynem tuberkulinowym mogą być źródłem zarażenia?	569	BREMER i SCHULLER. Czy mineralogen jest niezbędny dla skutecznego leczenia gruźlicy djeta bezsolną.	1195
UHLENHUTH, MÜLLER i HILDEBRANDT. Wyniki przeciwgruźliczych szczepień ochronnych ciał przy pomocy różnych szczepionek.	570	MERLENBURG. Badanie chemiczno-biologiczne u chorych z gruźlicą płuc, odżywianych podług djety Hermansdorfera	1195
F. MATTAUSCH. Organoterapia gruźlicy.	570	MOELLER. Niebezpieczeństwo djety bezsolnej u gruźlików.	1195
Schulte TIGGES. Die Diätetik der Tuberkulose.	663	<b>15. Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.</b>	
LEERSUM. Tran z fosforem i djeta G. — H. — S. w leczeniu gruźlicy.	663	Gustaw SINGER. Jak winien zachowywać się lekarz praktyk w przypadkach ostrej i przewlekłej posocznicy poanginowej.	12
AXMANN. Djetetyczne leczenie gruźlicy skóry.	663	F. J. MAYER. „Pernocton“ w chirurgji nosowogardzielowej.	13
ALEXANDER. Leczenie gruźlicy płuc djeta małosolną.	663	D. MATWIEJEW i N. PAUTKIN. Określenie matematyczne dojścia do jamy sutkowej.	13
HARMS i GRÜNEWALD. Djeta bezsolna w leczeniu gruźlicy płuc.	664	J. TEMKIN. Doświadczenia z przeszczepianiem skóry do rany po operacji doszczętnej na wyrostku sutkowym.	13
L. PERRIN. O uwapnieniu ustroju zapomocą chlorku wapnia.	748	Josef ZIKOWSKY. O anginie Plaut-Vincenta. Przyczynę do sprawy anginy z reakcją limfatyczną.	180
M. STERN. O wpływie zwiększonego dowozu wapnia na bezsilność chorych z gruźlicą płuc.	748		
C. LEWADITI. Badania doświadczalne nad uwapnieniem zmian gruźliczych pod wpływem naświetlanego ergosterolu.	748		

J. ZIKOWSKY. Odpowiedź.	Str. 181
E. PRASEK i M. PRICA. Wiązanie dopełniacza w twardzieli.	181
J. DUERTO. Przejściowe porażenie nerwu twarzewego w przebiegu oprawy, dokonywanych na wyrostku sutkowym w znieczuleniu miejscowym.	301
P. PANNETON i D. LONGPRÉ. O doniosłości próbnego nakłucia jamy bębenkowej.	301
M. SCHROOK. Leczenie otwarte ran po wydłutowaniu wyrostka sutkowego.	301
S. UNTERBERGER. Przeszczepianie istoty gąbczastej kości biodrowej w leczeniu ozenu i zwykłych nieżytyłów zanikowych nosa.	301
D. N. MATWIEJEW. Związek pomiędzy zawartością wapna we krwi z rodzajem oddychania.	302
G. HOFER. O unerwieniu czuciowym ludzkiej krtani.	619
St. Clair THOMSON. Rak wewnątrzkrtniowy.	619
M. BIGIER. O stwierdzeniu ropnia w wierzchołku kości skalistej na zdjęciu rentgenowskim w zespole objawów Gradenigo.	619
E. LÜSCHER. O małych i suchych otworkach w błonie wiotkiej („Foramina Rivini“).	620
Prof. Alfred KOBLANCK. Die aßen als Reflexorgan des autonomen Nervensystems.	792
Priv. Doz. Dr. J. BERBERICH. Die Behandlung der Ohren-Nasen und Halskrankheiten in der Allgemeinpraxis.	792
W. URBAM. W sprawie raka wodnego.	793
HANSEN i MICHEFLOER. Spostrzeżenia nad odczuwaniem leczeniem gorączki siennej w 1929 r.	793
Fr. LICKINT. O wpływie tytoniu i dymu tytoniowego na narząd słuchu i aparat przedsionkowy.	793
C. HIRSCH. Choroba Banga a ryno-laryngologia.	878
H. LOEBELL. Przedziurawienie przegrody nosowej w związku z nadużywaniem kokainy.	878
E. LEVY. Ślepota przemijająca podczas znieczulania przegrody nosowej.	878
G. FROHN. O uszkodzeniach uszu w pęknięciach podstawy czaszki.	878
G. ALEXANDER. Czy operacja ostrego zapalenia wyrostka sutkowego przez zewnętrzny przewód słuchowy jest godna zalecenia?	1130
LEICHER. Nakłucie przysadki mózgowej przez jamę klinową jako rękoczyn samodzielny.	1130
PAWLOWSKY i LOPATINA. Wpływ oddychania przez nos i przez tchawicę na wentylację płuc.	1130
M. G. WORMS. O leczeniu nowotworów wewnątrzkrtniowych nożem elektrycznym.	1130

## 16. Choroby płuc.

E. M. EMERY i J. BRENNEMAN. O leczeniu ropniaków opłucny z pomocą aspiracji.	37
P. Z. CORYLLOS i G. Z. BIRNBAUM. Wielkość nacieczonego płuca w zapaleniu płuc.	37
P. N. CORYLLOS. Bronchoskopia w przypadkach zapalenia płuc.	37
M. FISHBERG i E. RUBIN. Rakowaty ropień płuca.	37
Prof. Dr. A. BACMEISTER. Therapeutisches Taschenbuch der Lungenkrankheiten.	232
H. LICHTENSTEIN. Leczenie płatowego zapalenia płuc za pomocą surowicy.	232
E. i H. BIANCANI. Leczenie zapalenia opłucny i wysięków gruźliczych surowiczowo-włóknikowych metodami fizykalnymi.	371
P. BONEM. Leczenie schorzeń ropnych płuc wlewami dożylnymi tymolu.	371
W. NEUMANN. W sprawie leczenia ropnia i zgorzeli płuc.	372
W. CURSCHMANN. Przyczynek do techniki bronchografii.	372
K. TIFENSEE. Badania nad równowagą kwasowo-zasadową w dychawicy oskrzelowej.	372
R. COLE. O leczeniu zapalenia płuc typu I pneumokokowego.	468
A. JACQUELIN i F. KONECHOWSKI. O rozwoju następstw oddechowych po zatruciu gazami bojowymi.	468

P. BARBIER. Hipotensja i dychawica oskrzelowa.	Str. 468
E. SERGENT i H. BENDA. Kilaki płuc i ich rozpoznawanie radiologiczne.	468
R. MORAN i J. CÉLICE. Przypadek amebłazy opłucnowo-płucnej.	469
Fritz LASCH. O leczeniu siarką astmy starczej.	853
L. WALDA. Stosowanie chlorku manganu w leczeniu nieżytyłów oskrzeli.	854
Nissen v. KERN. Ipekopan w leczeniu rozstrzeni i przewlekłych stanów zapalnych oskrzeli.	854
K. DIETL. Przemijające cienie wnękowe u dzieci z ujemnym odczynem tuberkulinowym.	854
H. WEBER. Ziarnica płuc.	1104
W. MOHR. O wpływie wewnątrzpłucnego podniesienia ciśnienia na szczyty płucne i toczące się w nich sprawy chorobowe.	1104
G. GAUSSADE i A. TARDIEU. Klasyfikacja kliniczna i lecznicza zmian płucnych w przebiegu gościca stawowego.	106
SCHOTTMÜLER. W sprawie leczenia zapalenia płuc płatowego surowicą.	1105
W. GOLDSCHMIDT. Odma operacyjna z drenażem jamy opłucnowej w ropieniach płucnych.	1105

## 17. Choroby serca i naczyń.

Z. N. SIGLER. O wahaniach ciśnienia tętniczego.	83
MÜLLER i BOCK. O konstytucjonalnym nadciśnieniu i t. zw. odczynie paradoksalnym.	84
G. A. BENNET i S. A. LEWINE. Periarteriitis nodosa.	84
S. WASSERMANN. O powstawaniu psychoz na tle zaburzeń w krążeniu.	84
L. N. SIGLER. O wahaniach ciśnienia tętniczego.	133
MÜLLER i BOCK. O konstytucjonalnym nadciśnieniu i t. zw. odczynie paradoksalnym.	133
G. A. BENNET i S. A. LEWINE. Periarteriitis nodosa.	133
S. WASSERMANN. O powstawaniu psychoz na tle zaburzeń w krążeniu.	134
D. DANIELOPOLLI. L'angine de poitrine et l'angine abdominale. (Symptomatologia, etiologia, patogenеза, leczenie wewnętrzne i chirurgiczne).	181
FAHR. O nadciśnieniu.	181
G. MOSCHOWITZ. O przyczynach nadciśnienia w krążeniu dużym.	181
P. MARTINI. Zespół objawów hipotonji i jego leczenie.	182
N. MOND i E. T. OPPENHEIMER. O rytmie cwałowym w nadciśnieniu.	302
S. LEVINE i M. N. FULTON. O działaniu chinidyny na częstoskurcz komorowy.	302
E. EDENS. O wpływie naparstnicy i ehinidyny na migotanie przedsionków.	302
W. D. REID. Naparstnica a blok sercowy.	302
B. M. RANDOLPH. Zaburzenia krążenia w zapaleniu płuc.	302
L. LANGERON i R. DESPLATS. W sprawie naświetlania promieniami X okolicy nadnerczy w nadciśnieniu i arteriitis obliterans.	348
L. LANGERON i H. DESPLATS. Radjoterapia okolicy nadnerczy.	348
P. T. KASAKOFF. O semiotyce drożności przewodu Botalla.	394
W. BRÖCKER i W. KEMPMANN. Przemiana podstawowa w nadciśnieniu.	395
E. THOMAS. Ciśnienie tętnicze w podeszłym wieku.	395
M. SZUGUROWA. O znaczeniu objawu Libmana w rozpoznawaniu duszniczo-bolesnej.	395
M. HERZ. O zwalczaniu objawów stenokardycznych na ulicy.	395
A. S. GRANGER. O obecnej koncepcji t. zw. „nadciśnienia pierwotnego“.	548
I. GALLAVARDIN i P. VEIL. Dwa nowe przypadki dodatkowych skurczów pochodzenia komorowego z salwami częstoskurczowymi.	548
M. LOEPER i A. LEMAIRE. Dięta sercowo chorych i odżywianie serca.	548
FAHRENCAMP i SCHNEIDER. Badania porównawcze nad działaniem preparatu hormonu sercowego „Hormocardioli“ i wyciągu z mięśni.	549
Prof. Dr. W. R. HESS. Die Regulierung des Blutkreislaufes.	594
Pathologie und Therapie der Zirkulationsstörungen.	594



Str.		Str.
	B. SINGER. G wzroście liczby zakrzepów i zatorów w ostatnich czasach i o występowaniu zakrzepów samoistnych.	
595	SCHULTZ. Wartość psychoterapii w leczeniu nadciśnienia.	
595	Dr. Conrad SIEBERT und Dr. Ernst WRESZYŃSKI. Operationslose Krampfader - Behandlung durch künstliche Verödung.	
641	H. KERN i L. ANGLE. O chemicznym leczeniu żylaków.	
642	F. MUNNER. Przypadek zapalenia naczyń chłonnych, wyleczony djatermją.	
642	C. LIAN. Ważne znaczenie atypowości komorowej w elektrokardjogramie w rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu zmian mięśnia sercowego bez zaburzeń rytmu.	
770	J. G. ETINGER. Elektrokardjograficzne zmiany w ostrej niedrożności naczyń wieńcowych	
770	D. SCHERF. Objawy elektrokardjograficzne w przypadkach gromadzenia się płynu w worku osierdziowym.	
771	F. KRONENBERGER i H. RIFFIN. Krzywa elektrokardjograficzna i układ nerwowy roślinny ze szczególnym uwzględnieniem tężyczki hiperwentylacyjnej.	
771	P. DUCHOSAL i R. LUTHI. Nowy układ elektrokardjograficzny, pozwalający na bezpośrednią rejestrację prądów czynnościowych serca.	
771	MOSLER. Wartość kliniczna elektrokardjogramu w przypadkach miarowej czynności serca.	
854	KUTSCHERA-AICHBERGEN. Przyczynę do patogenezы dusznicy bolesnej.	
854	M. S. SCHWARZMANN. Leczenie chromania przestankowego wyciągami z mięśni.	
854	CH. FINCK. Ciśnienie tętnicze a insulina.	
854	JUNKER. O konstytucjonalnem podciśnieniu (hipotonji) i jego znaczeniu różniczkowem w stosunku do gruźlicy.	
854	S. DEDIC. Zmiany serca w skrzywieniu tylnem kręgosłupa — cardiopathia kyphotica.	
855	C. LIAN, A. BLONDEL et O. VIAN. Tachycardies permanentes régulières.	
905	KRUMEICH. Spostrzeżenia nad powstawaniem dekomensacji serca.	
905	M. LABBÉ, P. L. VIOLLE i E. AZERARD. Gruczolak istoty rdzeniowej nadnerczy z ciśnieniem napadowem.	
905	M. BONESPAN. Przypadek stałej niemiaryowości oddechowej.	
940	R. FISCHER. O leczeniu swoistem kiły tętnicy głównej.	
950	ROSKAM. Zespół objawów sercowych i powtarzających się zemdleń na tle nadwrażliwości spłotów zatoki szyjnej.	
950	HÉRING. Zmiany w akcji serca przy próbie Valsalvy i ich znaczenie kliniczne.	
950	M. SGALITZER, R. DEMEL, W. KOLLERT i H. RANZENHOPER. W sprawie rozpoznawania i leczenia schorzeń naczyń obwodowych.	
951	J. M. MOZER i P. DUCHOSAL. Cwał bloku w chorobie Stokes-Adamsa.	
951	G. AGOLSTONI i C. PAPP. Czy istnieją elektrokardjograficzne oznaki obecności płynu w worku osierdziowym.	
973	NECHAT Omer. Przyczynę do histopatologii thromboangiitis obliterans juvenilis.	
974	E. MARTIN. O patogenezie niektórych guzów serca. Przyczynę do nauki o śluzakach i tłuszczakach serca.	
974	WINDHOLZ. O zakrzepach i guzach serca.	
974	SCHMIDT. W sprawie teorii nerwo-naczyniowej powstawania dusznicy bolesnej.	
974	C. LIAN, C. VIDRASCO i O. VIAN. O znaczeniu elektrokardjografji w badaniu klinicznym i patogenetycznym zespołu dusznicy bolesnej.	
975	SCHULTZ. Rozważania psychologiczne nad leczeniem dusznicy bolesnej.	
975	M. LOEPER, S. Pe SEZE, P. GUILLON. Wpływ wstrzykiwania rozczywnu czosnku na obniżenie tętniczego ciśnienia krwi.	
975	M. RENAUD. Oleinian sodu jako lek obniżający ciśnienie krwi.	
976		
	C. LIAN et E. BARRAS. Określanie szybkości obiegu krwi u człowieka.	1034
	C. LIAN i E. BARRAS. Wartość kliniczna określania szybkości krwi za pomocą próby fluoresceinowej.	1035
	N. A. KEWDIN i F. ŁOPACZUK. O rezerwie alkalicznej krwi w związku z rozwojem zaburzeń kompensacji serca.	1035
	L. BIHARI. Dziwny sposób pęknięcia tętniaka.	1035
	M. PŁOŃSKIER. Przyczynę do samoistnego wyleczenia tętniaka rozdzielającego tętnicy głównej.	1035
	NEUBURGER J. Dwa przypadki tętniaka kilowego tętnicy płucnej.	1035
	R. SCHOEN. Rodzinne rozszerzenie naczyń włosowatych z nawykowem krwawieniem z nosa — Teleangiectasia hereditaria haemorrhagica Osler.	1036
	Fr. STENDEL. W sprawie periarteriitis nodosa.	1035
	F. GAISBÖCK. Spostrzeżenia nad badaniami czynnościowymi serca i układu krążenia.	1079
	W. FISCHER. Znaczenie niemiaryowości ekstrasystolicznej dla zdolności zarobkowania.	1080
	ZÁRDAY. Zaburzenia w krążeniu u otyłych.	1080
	GANTER. Dajagnostyczne znaczenie przewodnictwa kostnego w chorobach serca.	1080
	G. HENKEL. Napadowe zaburzenia w wytwarzaniu i przewodzeniu bodźców w sercu ludzkim.	1130
	HERING. Napięcie nerwów serca i naczyń a nadciśnienie.	1131
	R. SCHOEN i E. DERRA. Sinica wskutek przewlekłego zastoinu w krążeniu płucnym, zwłaszcza w zwężeniu ujścia żylnego lewego.	1131
	P. PERRIN i P. DROUET. Elektrokardjogram w przebiegu odmy sztucznej.	1131
	HÜBENER. W sprawie rokowania wad serca.	1177
	L. GRAVIER. Porażenia przemijające i napady dusznicowe.	1177
	M. HOCHREIN i W. LAUTERBACH. Wytyczne dla oceny i leczenia nadciśnienia.	1177
	R. BOLLER i Al. KUTSCHERA-AICHBERGEN. O próbach leczenia osłabienia serca lecytyną i fosfatydami mięśnia sercowego.	1177
	M. LABBEE, J. HAITZ, GILBERT-DREYFUS. Zapalenie tętnic z żylnym punktem wyjścia.	1178
	E. V. ALLEN i I. H. PAGE. Żyła próżna (badania nad jej odczynem na wzmożone ciśnienie wśródżylnie).	1178
	<b>18. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.</b>	
	L. S. P. DAWIDSON. Anaemia pernicioza. Badania eksperymentalne i kliniczne.	58
	W. S. MIDDLETON. O zachowaniu się rozmaitych anemij wobec diety wątrobowej.	59
	C. L. CUMMER. O schorzeniach krwi w kile	59
	R. POINSO, G. ZUCCOLI i M. RECORSIER. Trzy nowe przypadki lymphogranulomatosis maligna bez świerzbiczkji.	60
	S. NAHABETIAN i B. MANNELIAN. Wycięcie śledziony w III okresie choroby Bantięgo.	60
	H. MILARK. Dalsze doświadczenia leczenia wątroby anemji złośliwej.	157
	F. KRAUSE. O nieskuteczności leczenia wątroby schorzeń powrózkowych niedokrewności złośliwej.	157
	G. GALATA. Przypadek ciężkiego nadciśnienia okresu przekwitania, leczony jednostronnem wycięciem nadnercza.	158
	SCHILLING. Hemogram Schillinga czy też stwierdzenie ziarnistości toksycznych w leukocytach jako metody badania krwi?	232
	H. KLIMA. O klinice brzusznej postaci ziarnicy.	232
	K. PASCHKIS. O żółtacze hemolitycznej.	373
	E. PRIESSNER. Przesunięcie obrazu Arnetha nalewo w przewlekłej białaczce limfatycznej.	374
	W. BEUSIS i A. GOUTTAS. Dwa przypadki białaczki limfatycznej bez powiększenia śledziony i gruczolów chłonnych.	374
	W. KASANSKY. Osmotyczna odporność czerwonych ciałek krwi po usunięciu śledziony.	374
	G. SPENGLER. W sprawie rokowania w agranulocytozie.	374
	A. BRINDEAU i Th. THEODORIDES. Ciężowa niedokrewność złośliwa pochodzenia ziarniczego.	642

Str.		Str.
	W. BENSIS i A. CONIOMERCOS. Próba autohemo- terapii w dwóch przypadkach przewlekłej bia- łaczki.	233
642	DRIELS. Leczenie krwawiczki preparatem Natein.	276
642	G. LITARCZEK, H. STUBERT, J. COSMILESCO, V. COMANESCO i S. LITARCZEK. Przypadek sinicy autotoksycznej wskutek methemoglobinemii wewnątrzkrążkowej.	323
656	R. PAGNEZ, L. ROUQUES i I. SOLOMON. Radjoterapia i fizjopatologia poliglobulii pochodzenia serco- wo-płucnego.	323
686	W. BENORS i A. GOUTTAS. Ciężka niedokrewność ciążowa, rozwijająca się pod postacią niedo- krewności złośliwej metaplastycznej, wyleczona przez przedwczesny poród.	323
686	N. JAGIC i G. SPENGLER. Leczenie radem chorób krwi.	324
793	L. ARTZT. Leczenie radem chorób krwi.	395
794	K. WOLF. Dalsze doświadczenia w leczeniu niedo- krewności złośliwej.	395
704	GLOOR. Przypadek wyleczonej białaczki myeloblasty- cznej.	396
794	A. VOGL. W sprawie obrazu chorobowego „mononu- kleozy zakaźnej”.	396
794	C. STERNBERG. W sprawie leukosarkomatozy	
879	A. GÖREL. Leczenie niedokrewności złośliwej ven- tracmonem (preparatem żołądka).	396
879	N. JAGIC i R. KLIMA. W sprawie leczenia niedokrew- ności złośliwej ventracmonem.	595
976	WITEZ L. VARGA. Znaczenie rozpoznawcze i pro- gnostyczne morfologicznych zmian w białych ciąłkach krwi.	595
976	C. STURGIS i R. ISAACS. Wyszuszony żołądek w le- czeniu niedokrewności złośliwej.	724
976	VARGA. Jaki postępowanie w leczeniu niedokrewności złośliwej daje terapia wątrobowa.	724
977	H. KÄHLER. Przyczynę do leczenia erytremji śle- dzioną.	725
1036	P. UHLENBRUCK. Rodzinna hemochromatoza z me- lanurją.	855
1037	BECHER. Występowanie niedokrewności i jej przy- czyny w chorobach nerek	855
1037	S. THADDEA. Przyczynę do obrazu krwi w dysty- rozie.	856
1037	Ch. ACHARD. Ciągotka, ujawniająca białaczkę szpi- kową.	856
1037	H. EDELMANN. Ziarnica i rozpoznanie urologiczne	906
1081	E. B. KRUMBHAR. Retikulioza.	906
1081	W. BEUSIS i A. GOUTTAS. Ciężka niedokrewność roz- wijająca się w kierunku niedokrewności apla- stycznej, wyleczona metodą Whipplea.	906
1081	FRIEDMANN i ELKELES. Leczenie agranulocytozy za pomocą naświetlań promieniami Roentgena.	951
<b>19. Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.</b>		
37	Z. B. MORISON i J. B. BOGAW. O zwapnieniu naczyń w przebiegu cukrzycy.	951
38	N. RABINOVITCH. Cholesterolemia w przebiegu cukrzycy.	952
38	C. PETERS i J. RABINOVITCH. Aglikemia bez objawów w przebiegu cukrzycy.	1010
38	W. GIBB i V. LOGAN. Badania autopsyjne u chorych cukrzyczych.	1010
182	A. M. MASTER i E. T. OPPENHEIMER. Studium o otyłości.	1011
183	STRAUSS. Związek pomiędzy cierpieniami pęcherzyka żółciowego a cukrzycą.	1011
183	P. A. WADE. Wapń i cholesterolina w odniesieniu do aparatu tarczyczego.	1131
183	Z. ZIMMERMANN. Wytrzeszcz po operacyjnym lecze- niu chor. Basedowa.	1131
233	W. H. HOLMES i H. STARR. O nowym zaburzeniu odżywiania.	1132
233	M. EINHORN. O lekkich postaciach zapalenia trzustki.	1132
233	D. P. BARR, H. BULGER i H. DIXON. O hiperpara- tyreoidyzmie.	1132
233	M. RACHMILEWITZ. Hipercholesterolemia, spleno- megalja i nefroza.	1132
	RAU. Cukromocz nerkowy u dzieci.	233
	Marcel LABBÉ et H. STEVENIN. Le Metabolisme Basal.	276
	J. M. MORA. Próba skórna w nadczynności tarczycy.	323
	M. MARTENS. O rozpoznawaniu i leczeniu wola, znajdującego się wewnątrz klatki piersiowej.	323
	L. BERARD i H. PEYCELOW. Współczesne zasady chirurgicznego leczenia nadczynności tarczycy.	323
	A. KRECKE. W sprawie leczenia choroby Basedowa.	323
	P. KOENIG i E. STAHNKE. Znieczulenie miejscowe lub narkoza przy zabiegach na tarczycy.	324
	J. I. MARGOLIS. O przewlekłej pentozurji.	395
	J. I. MARGOLIS. Pentozurja a migrena.	395
	E. WRECHMANN. O występowaniu cukromoczu wsku- tek zastrzykiwań insuliny.	396
	F. ALTMANN. O torbieli skórzastej szyszynki.	396
	M. LABBÉ, F. NEPVEUX i Monzaffer CHEVKI. Wpływ alkoholu na glikemję i wymianę gazową u osób zdrowych i cukrzyczych.	595
	P. CARNOT. Przypadek akromegalji (guza przysadki) z megacolon.	595
	R. St. BODRIKIAN. Choroba Addisona pochodzenia zimniczego.	595
	G. EVANS i A. W. SPENCE. Atofanowe preparaty w leczeniu dny.	724
	Berta ASCHNER. W sprawie klinicznego badania czyn- nościowego aparatu wysepkowego i pochodze- nia wysepkowego otyłości.	724
	St. WATEFF. Leczenie dystrofji za pomocą hormonu przysadki.	725
	J. M. ROGOFF i G. W. STEWART. O działaniu wycią- gów z kory nadnercza w przypadkach niedo- mogi nadnercza (chor. Addisona).	725
	LOREY. Naświetlanie promieniami Roentgena w cho- robie Basedowa.	855
	K. NARBESHUBER. Acetonemiczne wymioty w nad- czynności tarczycy.	855
	J. A. BEJLIN. Badania nad wymianą gazową u ner- wowo chorych.	855
	M. LEVAL. O wpływie depresyjnym insuliny na sferę płciową.	856
	BRATUSCH A. Cholosulin i doustne leczenie cukrzycy.	856
	P. A. HEERES i H. VOS. Fruktozurja.	906
	Karl STEISKAL. O zwiększeniu tolerancji u diabetyków.	906
	S. HIRSCHHORN, L. POLLAK i A. SELINGER. O odróżnianiu wątrobowo-komórkowej i neuro- hormonalnej galaktozurji zapomocą próby ergo- taminowo-atropinowej.	906
	J. BOYD i in. O nadczynności gruczołów przytar- czyczych.	906
	MARTINI i NAGEL. O doustnym leczeniu cukrzycy cholosuliną.	951
	J. BAUER. Nadczynność całego układu nadnerczowego bez zmian anatomicznych.	951
	F. HÖGLER i B. HERZ. O zachowaniu się erytropo- jezy w chorobie Basedowa przed i po naświet- laniu radem i w sztucznie wywołanej nad- czynności tarczycy.	951
	G. HOWLAND i in. Dysinsulinismus.	952
	G. de TAKATS i R. M. WILDER. Próba operacyjnego leczenia cukrzycy.	1010
	Sz. i M. DONHOFFER. O badaniach klinicznych prze- miany węglowodanowej za pomocą d-sorbitu.	1010
	PEISER. O hormoglikemicznym cukromoczu w przy- padku uszkodzenia trzustki, nerek i nadnerczy przez raka.	1010
	F. N. ALLAN. Hiperinsulinizm.	1010
	Z. DENKOVICS i J. V. EERNBACH. O preparatach przysadkowych w związku z moczówką prostą.	1011
	K. HAJOS. Stosunek między schorzeniami allergicz- nymi a wewnętrznym wydzieleniem.	1011
	ZIMMER. Wyniki leczenia choroby Basedowa krwią zwierzęcą.	1131
	HIS. Wyniki leczenia choroby Basedowa wstrzykiwa- niami krwi zwierzęcej.	1131
	B. BREITNER. Leczenie chirurgiczne nadczynności tarczycy.	1132
	H. STOCKER. Kombinowane leczenie tężyczki poope- racyjnej tyroksyną i parathormonem.	1132
	PUCSKO. Wpływ leczniczy cukru i insuliny na kwa- sicię diabetyków.	1132

Str.	Str
<b>20. Choroby narządów trawienia.</b>	
J. A. ABARGEN. O niezycie jelit wrzodziejącym.	13
M. EINHORN. O leczeniu niezytu wrzodziejącego jelit grubych za pomocą przepłukiwania zgłębnikowego drogą ustną.	14
E. BUCKA. O leczeniu szczepionkowym wrzodziejącego niezytu jelit grubych.	14
E. D. NEWEL i inni. Przypadek olbrzymiego wyrostka robaczkowego.	58
D. de RIVAS. Czerwiwość pod postacią zapalenia wyrostka robaczkowego.	58
F. JERAULD i W. WASHBURN. O rozległych resekcjach jelita cienkiego.	58
W. C. FOSTER. Ostra niedrożność jelit.	58
P. CARNOT. O zespole Koeniga w zwężeniach jelit cienkich.	105
Ch. S. Mc. VICAR i J. F. WEIR. O istocie i leczeniu zatrucia w niedrożności jelit.	105
J. A. BARGEN. O swoistem leczeniu surowicą niezytu jelit wrzodziejącego.	105
Č. A. POTTER. O leczeniu przetok dwunastniczych i jelitowych.	105
H. W. SOPER. Rak i inne zmiany jelita cienkiego.	105
KAUFMANN. Ból głodowy, jako objaw ogólnego konstytucjonalnego zaburzenia.	156
H. Mac LEAR. O intensywnym leczeniu zasadami wrzodu żołądka i dwunastnicy.	156
FRIEDMANN. W sprawie wyników dalszych po operacji doszczętniej choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.	157
ALWAREZ i Mac CARTY. O wielkości resekowanych wrzodów i raków żołądka.	157
E. Z. EGGLESTON. O niezytach jelita grubego typu skurczowego.	205
W. A. BASTEDO. O „colitis mucosa“.	205
A. B. MOORE. O schorzeniach dalszego odcinka jelita grubego.	206
L. HIRSCHBERG. Wydzielanie żołądka, wątroby i trzustki po wprowadzeniu dodwunastniczem siarczanu magnezu.	252
B. B. V. LYON. O opróżnianiu się pęcherzyka żółciowego.	252
T. BARSONY. O t. zw. pęcherzyku sfaldowanym.	252
D. ANTIC. Późna kiła wątroby.	253
OCHLER. W sprawie martwicy trzustki.	253
W. HEUPKE. Badania nad trawieniem zawartości zamkniętych komórek roślinnych.	275
J. VANDORFY. Bezkwaśność prawdziwa i rzekoma a odczyn histaminowy.	275
G. A. DOWLING. O niestrawności na tle zaburzeń pęcherzykowych.	275
K. HANG. Wpływ szpinaku na wydzielanie żołądkowe.	347
G. I. LEWIN. O działaniu borowiny na czynność wydzielniczą żołądka.	347
M. E. BEHFUSS i G. H. MARCH. O trawieniu żołądkowym mięsa u zdrowych i chorych.	347
Rudolf SIEGEL. Przyczynek do leczenia nadkwaśności.	348
N. S. ABRASZEJWA. O podawaniu środków żółciopędnych per os i per duodenum.	348
R. KORBSCH. O wartości rozpoznawczej gastroskopji.	372
E. GLÜCKMAN. O zawartości treści w żołądku i o wydzielaniu rozmaitych odcinków żołądka.	373
N. HENNING. O własnościach odbarwiających soku żołądkowego.	373
H. SOPER i L. CASSIDY. O etiologii skurczu wpustu.	373
P. JACQUET. Obraz aerofagji.	373
R. HILGERMANN i W. POHL. Zakażenie bakteryjne jako przyczyna zapalenia wyrostka robaczkowego.	547
E. i J. HORGAN. O leczeniu wrzodziejącego niezytu okrężnicy szczepionkami swoistemi.	547
H. STRAUSS. Zagadnienie równowagi kwasowo-zasadowej we wrzodzie żołądka i dwunastnicy.	547
H. SCHÜTZ. O colitis ulcerosa.	547
Prof. Dr. Paul ZANDER. Das Für und Wider der chirurgischen Behandlung des Gallenleidens.	570
J. B. DEEVER. Appendicitis chronica.	570
S. PLASCHKES. Polipy odbytnicy w przebiegu wiądnienia.	570
E. L. BORTZ. Opadnięcie trzew.	643
E. ĘMERY i R. MONROE. Analiza przypadków wrzodu trawiennego żołądka.	643
M. ALTMAN i A. KALLNER. Próba hematomorfirynowa w rozpoznawaniu krwawień utajonych.	644
Prof. Dr. Herman STRAUSS. Die Prokto-Sigmoidoskopie.	644
O. J. CAMETON. Gruźlica żołądka.	664
D. A. KOGAN. Strychnina w leczeniu wrzodu żołądka.	664
H. S. LURJE. O stosowaniu diatermji w cierpieniach przewodu pokarmowego.	664
A. TILGER. O koncentracji jonów wodorowych kału i o prostym sposobie jej określenia.	665
JONES i TURNER. O badaniu cierpień na tle pełzaków za pomocą kwasu jodoksylinolinosulfonowego.	723
E. TARKAS i E. LAUDA. O wykazywaniu jaj tasiemca w kale ludzkim.	724
Hirsch-KAMROTH. Badanie czynnościowe żołądka za pomocą piwnego śniadania.	724
ZADEK. Uszkodzenie wątroby na skutek przewlekłego zatrucia ołowiem.	724
S. A. WESTRA. Znaczenie objawu Balinta w chorobie wrzodowej żołądka.	724
HENINGS! Doświadczenia z surowicą antytoksykczną prątką okrężnicy w ropnych zapaleniach otrzewny.	748
G. DESGEORGES. Kamica żółciowa i kolibacilloza.	748
R. HILGERMANN i W. POHL. O zakażeniu bakteryjnym jako przyczynie zapalenia wyrostka robaczkowego.	749
D. A. KOGAN. O badaniu krwi w schorzeniach żołądka.	832
G. STERN. Badania nad czynnością żołądka i trzustki po rozległych wycięciach żołądka.	832
H. SALOMON. O znaczeniu stolców tłuszczowych dla rozpoznawania schorzeń trzustki.	833
A. BAHN i HUSCHEN. O wynikach leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy.	833
H. S. RAUSS. Transfuzje w leczeniu colitis gravis.	833
W. LAMBERT. Leczenie chirurgiczne opadnięcia żołądka.	856
O. FORGES i O. STERNBERG. Badania kliniczne i doświadczalne nad powstawaniem zgagi.	856
E. WIECHMANN i J. ELZAS. O zmniejszonym wydzielaniu kwasu solnego przez żołądek w moczowce cukrowej.	856
Ch. TAMYA. O idjopatycznym rozszerzeniu przełyku i jego patogenezie ze szczególnem uwzględnieniem czynnościowego stanu roślinnego układu nerwowego.	903
L. DELHERM i A. BEAU. Czego należy oczekiwać po radjoterapii guzów żołądka.	904
Parkes WEBER i BODE. Wyniki operacyjnego leczenia puchliny brzusznej.	904
P. CARNOT. Wymioty kałowe.	904
S. M. JORDAN i E. D. KIEFER. O wrażliwej okrężnicy.	904
A. LOBSOVICI. L'aérophagie. La pratique médicale illustrée.	952
J. OKINCZYC. Sprzeczność objawów w zapaleniu wyrostka robaczkowego.	952
M. SCHÜR. O braku soku żołądkowego i jego wpływie na czynność jelit.	952
S. ERDHÉIM. O zastoinowym woreczku żółciowym i jego leczeniu.	952
N. SMIRNOW, A. BOGDASSAROW i L. CZUKANOWA. O wydzielaniu żołądkowym naczczu.	955
Prof. Dr. Hermann MAAYER - BURGDORF und Dr. Walter SCHMIDT. Der operierte Magen.	1011
LEHMANN. Gastritis i ulcus.	1011
J. BOAS. O leczeniu djetetycznem nieoperacyjnych wrzodów żołądka.	1129

	Str.		Str.
AUFÄNGER. W sprawie leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy zasadami.	1012		
J! LANICICO. Bilans pokarmowy po wycięciu żołądka.	1012		
M. CHIRAY i L. PAVEL. Dualistyczna koncepcja układu wątrobowo-robaczkowego.	1013		
LUTZ. Urazowe zapalenie wyrostka robaczkowego.	1054		
FLÖRCKEN H. i RIEMAN R. W sprawie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u ludzi starszych.	1055		
P. JACQUET i L. SALLY. Dolne skrzyżowanie w zapaleniu wyrostka robaczkowego.	1055		
J. H. OLTRAMARE. Colotyphlitis.	1055		
A. SCHWARTZ, A. BRAM i M. YOVANOVITSCH. Leczenie pasożytów jelitowych benzo-meta-krezolem.	1055		
R. G. GASOWSKAJA i P. T. KASAKOFF. Włosogłówka ludzka i jej radykalne leczenie osarsolem.	1056		
A. HORWITZ, J. SANTET i G. TARIAL. Uwagi nad rolą chorobotwórczą pewnych pierwotniaków, pasożytów jelitowych człowieka.	1056		
J. TROISIER i R. DASCHIENS. Hepaticollasis.	1056		
S. O. BADYLKES. O doświadczalnych cholecystopatjach i o wydzielaniu żołądkowym.	1105		
G. BERNARD i J. CAROLI. Żółtaczkowe zmiany mięśniowe wątroby.	1105		
HAMANT i P. L. DRONET. Ostre zapalenie woreczka żółciowego z długotrwałą żółtaczką.	1105		
F. PAUL. Bąblowiec wielokomorowy wątroby z zamknięciem światła żyły próżnej i żył wątrobowych.	1206		
Prof. Hilding BERGSTRAND. Ueber die akute und chronische gelbe Leberatrophie.	1154		
F. MANDL. W sprawie leczenia wrzodu dwunastnicy za pomocą jego wycięcia.	1154		
J. CAROLI. Zapalenia okołodwunastnicze krwotoczne z powiększeniem śledziony.	1154		
<b>21 Położnictwo i choroby kobiet.</b>			
ZIMMERMANN. O leczeniu skurczu brodawki sutkowej.	253		
A. HERNSTEIN. Badania nad zastępczem krwawieniem z nosa i sprawa miesiączki zastępczej.	253		
H. SIEBKE. Leczenie niewydolności jajnikowej za pomocą hormonu płciowego.	253		
Doc. U. J. Dr. January ZUBRZYCKI, prymarjusz oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala Ś-go Łazarza w Krakowie. Niepowikłane przebiecia macicy a przerwanie ciąży we wczesnych jej miesiącach.	446		
J. LOUREL. Leczenie zapaleń macicy i przydatków sposobem szczepień „miedniczych“.	447		
TURENNÉ. Czasowa sterylizacja kobiety.	549		
L. PORTES. Cesarskie cięcie klasyczne, jako przerwanie ciąży, pod miejscowym znieczuleniem.	549		
G. SCHNAPEK. Leczenie zapalenia gruczołu piersiowego omnadyną.	665		
J. LOUVEL. O nowej próbie bezpieczeństwa w uruchamianiu płęgmasia alba dolens.	665		
I. PIASZKES. Związek między kamicą żółciową a mięśniakami i schorzeniami jajników.	665		
J. KERMAUNER. Leczenie zatruc ciążyowych.	811		
KÜTTNER. Dożylny wstrzykiwanie wyciągu z tylnej części przysadki, jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu wczesnej ciąży.	811		
STAEMMLER M. Łożysko niszczące (placenta destruens).	1195		
EHRHARDT K. Badanie moczu na zawartość hormonu przedniej części przysadki po przetaczaniu krwi ciężarnych.	1196		
WAGNER. W sprawie występowania pewnych cech męskich u kobiet wskutek pewnych guzów jajnikowych.	1196		
		<b>22. Choroby dzieci.</b>	
		Paweł BAUMRITTER. Odrębności kliniczne i terapeutyczne cukrzycy wieku dziecięcego.	134
		Bela STEINER. Przyczynki do chemizmu płynu mózgowo-rdzeniowego.	253
		E. GLANZMANN. Przyczynki do kliniki i hematologii gorączki gruczolowej.	253
		Ernst FAERBER. Spostrzeżenia kliniczne o drgawkach wstępnych w wieku dziecięcym.	254
		DEGKWITZ. Zapobieganie krzywicy.	349
		BAMBERGER. O działaniu naświetlanego świeżego mleka.	349
		PRIESEL i WAGNER. Zasady leczenia moczówki cukrowej u dzieci	349
		J. GELDRICH. O znaczeniu obniżenia się zawartości cukru oraz o związku powyższego z zawartością kwasu mlecznego i stężeniem jonów wodorowych w płynie mózgowo-rdzeniowym w gruźliczym zapaleniu opon mózgowych.	549
		M. BODDIN. Przyczynki do kliniki wyprysku pochodzenia neurotycznego u dzieci.	550
		Prof. Dr. H. BEUMER. Ueber die Ernährung des Sauglings.	644
		STRELTZNER. Zupa z jajek jako pokarm dla niemowląt.	644
		BRÜHL. Wartość przeciwrzywica naświetlanego świeżego mleka.	644
		Dr. BEUMER. W sprawie sztucznego odżywiania niemowląt.	686
		Leo LANGSTEIN. O losach niemowląt urodzonych z matek morfinistek.	686
		M. PFAUNDLER. Czy krzywica jest awitaminozą?	686
		Mme. le Dr. Mathildé de BIEHLER. Elements de diagnostic des maladies des enfants.	811
		L. JAHLE. Nagłe schorzenia narządów jamy brzusznej w wieku dziecięcym.	812
		A. BRATUSCH MARRAIN. Dalsze doświadczenia nad leczeniem tęcza noworodków magnezem.	812
		SCHULTZE. Hormon przedniego płatu przysadki w rozwoju wcześniaków.	812
		F. BASCH. Leczenie rozszerzenia oskrzeli w wieku dziecięcym.	812
		Prof. M. MICHAŁOWICZ. Travaux scientifiques de la clinique infantile de l'Université de Varsovie 1921-1929.	928
		OCHSENIUS. W sprawie leczenia ostrego zapalenia gruczołów chłonnych w wieku dziecięcym	928
		E. MAYERHOFER. Ustilaginismus, nieznaną dotąd postać pokarmowego uszkodzenia kukurydzą w wieku dziecięcym.	1106
		PEIPER. Niemiarowość serca w wieku dziecięcym.	1106
		LUST i SPANIER. Zakażenia pochodzenia zębowego i cierpienia gośćcowe w wieku dziecięcym.	1106
		K. PAYRER. Czy zapobiegać krzywicy leczeniem światłem czy środkami wewnętrznymi?	1107
		NISSEN. W sprawie leczenia rozstrzeni oskrzeliowych w wieku dziecięcym.	1107
		RAU. Leczenie niedokrwistości u dzieci	1196
		HIRSCH-KAUFMANN. Wskazania do usunięcia śledziony u dzieci	1196
		BAYER. Puder czy tłuszcz w pielęgnowaniu skóry noworodków.	1196
		<b>23. Choroby dróg moczowych.</b>	
		R. M. TANDOWSKY. Próba precypitacyjna w schorzeniach nerek.	106
		M. F. CAMPBELL. O odruchach trzewiowo-skrónych w przebiegu ostrej niedrożności moczowodu.	106
		C. D. GREEVY. Gorączka w przypadkach nadnerczaków.	106
		M. J. CASTAIGNE. Azotemia graniczna i jej rokowanie z punktu widzenia mocznicy przewlekłej.	106
		N. A. CHRISTIAN. Nefroza.	206
		J. KELEMAN. Wpływ czynników pozanerkowych na badania czynnościowe nerek.	206

PILLET. Częstość występowania prątków okrężnicy w cewnikowanym moczu osób ze schorzeniami dróg moczowych.	324
KLEJN. O leczeniu przetok moczowodowych przez wyłączenie nerki za pomocą naświetlania promieniami Roentgena.	324
STEINITZ. Obarczenie mocznikami w celach kontroli sprawności nerek.	396
LEBERMANN. Różnicowanie nerki zastoinowej.	396
BECHER E. Jak rokować w marskości nerki na podstawie chemizmu krwi?	396
Prof. Max ROSENBERG. Choroby nerek.	620
RYBAK i STERN. W sprawie leczenia nerek w zatruciu sublimatem promieniami Roentgena.	620
H. RUBRITIUS. Leczenie chirurgiczne niedomogi nerek.	725
J. DONATH. O pozakaźnych uszkodzeniach czynności nerek.	625
Prof. Dr. L. CASPER i Dr. E. PICARD. Lehrbuch der urologischen Diagnostik.	813

**24. Choroby skóry, weneryczne i płciowe.**

H. PELVA. Leczenie syfilityków wodami siarczanymi.	38
L. FILLIOL. W sprawie leczenia żółtaczek „paraterapeutycznych” w przebiegu leczenia kiły.	38
CASTENS. Znaczenie odczynu Kahna w serodjagnoście kiły.	158
M. RAVAUT. Dwa wielkie etapy w kile układu nerwowego.	158
LEVEN. O leczeniu cierpień pokłowych.	158
BOMMER i BERNHARDT. Leczenie dietetyczne tocznia skóry.	158
J. GRUNBERG. 5-letnie doświadczenie w leczeniu ambulatoryjnym Bismogenclem.	302
CRIGGE i RUTKOWSKI. Odporność kilowa i superinfekcja kilowa u ludzi przebiegająca bez objawów zewnętrznych.	303
W. FREL. Lymphogranulomatosis Inguinalis — mało znana choroba płciowa, występująca także w Berlinie; jej następstwa i zwalczanie.	303
Prof. Dr. J. LENARTOWICZ, dyrektor klin. chor. skór. i wener. we Lwowie. Z zagadnień nauki o kile.	422
R. MAYER-LIST. O skórze marmurkowej.	423
JADASSOHN. Uwagi o wartości odczynu tuberkulinowego w dermatologii.	644
DEKKER H. O powstawaniu i znaczeniu patognomicznym rozstępów skóry.	645
R. MATHIEU i N. VASSEUR. Badania nad prurigo strophulus i niedomogą pokarmową w dzieciństwie.	645
LAUBER. Leczenie różnych schorzeń skóry węgiantem I wapniem.	645
GARNIER. O dishdozach	645
Joltram EDOUARD. Les urticaire.	856
MAYR. O przemianie wodnej w chorobach skóry.	857
Th. NOGIER. Leczenie promieniami Roentgena przrostu gruczołu krokowego.	857
FRANKL. Wpływ leczenia kiły na występowanie wjadu i porażenia.	1106
FORSTER. Serodjagnostyka rzeżączki i jej zastosowanie praktyczne.	1107

**25. Choroby kości i stawów.**

TATERMA i BORCHARDT. Duże dawki salicylanów w leczeniu ostrego i przewlekłego gośćca stawowego.	254
H. J. LAUBER i Ch. RAMM. Rokowanie i leczenie arthropathia ovaripriva.	254
A. SCHANZ. Spondylitis deformans, arthritus deformans i bóle.	254
H. SCHLESINGER. Wypuk bębenkowy czaszki i inne kliniczne właściwości licznych przrzutów guzów do kości.	397
H. DAUSSET i LUCY. Leczenie przewlekłych zapaleń stawów biodrowych promieniami Roentgena.	397

F. REGNAULT i O. CROUZON. Hiperteloryzm.	813
R. HUGUENIN, G. ALBOT i P. POULON. Myocarditis interstitialis nodularis i myocarditis parenchymatosa pseudogummosa w przebiegu przewlekłego gośćca stawowego.	813
Ch. LAUBRY, R. HUGUENIN, R. CASTERAN i G. ALBOT. Aortitis chronica et myocarditis pseudogummosa n tle najprawdopodobniej reumatycznym.	813
J. POMUSS. Gościec a przetwory salicylowe.	879
CANON. O przyczynowym leczeniu ostrego zapalenia szpiku kostnego.	879
Dr. Arnold ZIMMER. Die Behandlung der rheumatischen Krankheiten.	929
W. WINKLER. Klinika spinæ bifidæ occultæ.	929
GRAFF. Ognisko pierwotne a drogi wejścia w gośćca zakaźnym swołstym.	1197
E. RISAK. W sprawie etjologii gośćca stawowego.	1197
KOENIG. O powstawaniu i profilaktyce stawów reumatycznych, powstałych z przyczyn miejscowych.	1197

**26. Choroby nerwowe i psychiczne.**

Fr. K. WALTER. Die Blutliquorschanke.	38
E. RANZI. Chirurgja mózgu i opon.	39
S. KARTAL. Kastracja na skutek wskazań psychiatrycznych. Katamnezy chirurga.	39
K. POHLISCH. Ueber psychische Reaktionsformen bei Arzneimittelvergiftungen.	134
L. POHLISCH. Das psychiatrisch — neurologische Krankheitsbild der Kohlenoxydvergiftung.	134
E. v. THUTZO. Ueber einige neue diagnostische und therapeutische Verfahren in der Neurologie.	135
SCHNEIDER K. Die Psychologie den Schizophrenen und ihre Bedeutung für die Klinik der Schizophrenie.	135
BAGDASAR. Leczenie chirurgiczne kilaków mózgu.	135
Friedrich MANZ. Die Prognostik der endogenen Psychosen.	207
C. v. ECONOMO. Encephalomyelitis subacuta diffusa et Encephalitis lethargica epidemica.	207
MOUZON. Nowy lek na zwalczanie objawu akinezy parkinsonowskiej.	207
BERIEL i DERIE. Ucisk rdzenia na skutek zapalenia opony twardej w następstwie drętwy karku.	208
K. GOLDSTEIN. Objaw omijania wskaziciela.	277
F. LACHS. Z farmakoterapii stwardnienia wieloogniskowego.	278
E. REDLICH. Z kliniki hemitetanji. Miejsce wyzwalania skurczów tężyczkowych.	278
C. de LANGE. Z kliniki i anatomji patologicznej wrodzonego i nabytego wodogłowia przewlekłego.	278
A. BUSCHKE, A. JOSEPH, B. PEISER, F. JACOBSON. Syfili.	449
N. I. KRASNOGÓRSKI. O leczeniu ropnego zapalenia opon mózgowych za pomocą nałożenia czasowej przetoki rdzeniowej.	350
G. STIEFLER. O złośliwym ogólnym wyłysieniu ośrodkowo—vegetatywnego pochodzenia (w encephalitis lethargica).	350
E. RAKONITZ. Terapja wątrobowa w cierpieniach natury schizofrenicznej.	350
E. GUTTMANN i E. SPATZ. Guzy oponowe (meningioma), przedniego kąta skrzyżowania nerwów wzrokowych.	374
A. BOSTROEM i H. SPATZ. Guzy oponowe bródzy węchowej mózgu (Meningioma sulci olfactorii).	375
A. RIKL. Tympania cranii w guzach mózgu.	375
I. BOSTROEM. Objawy psychiczne w guzach mózgu.	375
E. HEYMANN. O leczeniu ciężkich nerwobólów twarzy	375
B. SEREBRANIK. Porażenie z zimna.	423
Van der ERST. Objaw Chwostka.	423
M. L. DOROWSKY. Migawkowy odruch obronny (mrużenie).	423
J. A. BAJLIN. O znaczeniu zespołu akroafiksji w patologji.	423



	Str.		Str.
A. SPERAŃSKI, Rol nierwnej systemy w patologii. Handwörterbuch der medizinischen Psychologie—wydany przez BIRNBAUMA.	665	O. SEIFRIED i H. SPATZ Odczyn encefaliczny, umiejscowienie jego w endemicznym zapaleniu mózgu koni (choroba Brony), w śpiączce nagminnej człowieka (choroba Economo), w zapaleniu substancji szarej rdzenia (choroba Heine—Medina) i we wścieklicznie (Lyssa humana).	1178
A. ELSBERG i J. GLOBUS. Nowotwory mózgu o początku ostrym i przebiegu szybko postępującym	666	A. KIRCH, Śpostrzeżenia nad działaniem kamfory w ropniach mózgowych.	1179
ECKSTEIN, HERZBERG—KREMMER i HERZBERG. Badania kliniczno—doświadczalne nad zapaleniem mózgu po szczepieniu ospy.	667	A. BAUDOIN i J. LEREBoullet, Przypadek jałowego zapalenia opon mózgowych pochodzenia urazowego.	1179
G. STIEFLER, Wyłysienie zupełne w zapaleniu nerwów.	771	HAHNG i WÖHRMANN, Cierpienia dróg żółciowych i migrena	1179
H. PETTE, Rozlana guzowatość opon mózgowo-rdzeniowych.	772	S. GOLDFLAM, Die diagnostische Bedeutung des Rossolimoschen Reflexes bei Erkrankungen des Zentralnervensystems.	1197
S. D. KAMINSKY, Łzy krokodyla.	772	MANZ F, W sprawie padaczki czynnościowej.	1198
Salomon HENSCHEN, Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirnes. Część VIII. Lichtsinn und Farbensinnzellen im Gehirn. Eine Studie.	834	TUWIM, O wpływie atropiny na stany podniecenia alkoholików.	1198
Prof. F. JAHNEL, Die Progressive Paralyse, ihre Pathogenese, Diagnose und Therapie.	835	Knud SCHROEDER, O leczeniu siarką kily oraz syfilitycznych i niesyfilitycznych zachorzeń ośrodkowego układu nerwowego.	1198
BARRAQUER—FERRÉ, Przyczynę do nauki o odruchu podeszwowym patologicznym.	835		
BENEDEK i KULESAR, O odruchu nosowo—wargowym.	835		
W. RIESE, Nerwica urazowa jako problem medycyny współczesnej.	879		
Victor MUCHA, Die Raynaudsche Krankheit, Nekrosen, Gangraen, Geschwüre, varicöser Symptomenkomplex.	880		
HAGUENAU i LAVAT, Przypadek nowotworu mózgu leczony od r. 1924 promieniami X.	880		
Krygers JANZEN, Przypadek „płaskiego kręga” (Calvégo) z objawami neurologicznymi.	880		
P. M. FELDMANN, Ostry bezład Leyden—Westphala.	880		
Prof. Dr. Ernest KRETSCHMER, Medizinische Psychologie.	953		
A. FUCHS, Migraine ophtalmoplegique z odosobnionym udziałem nerwu blokowego i inne przypadki migreny.	955		
A. SÉZARY et A. BARBÉ, Paralyse générale: Les traitements modernes.	95s		
M. VINCENT, PUECH i DAVID, Rozpoznanie, leczenie operacyjne i rokowanie w zapaleniu pajęczynówki rdzenia.	954		
E. KLEMPERER, Próbné leczenie stanów lękowych tiosiarczanem sodu.	954		
Dr. Karol MIKULSKI, Badania psychologiczne w szkole średniej.	1013		
BENJAMIN, Grundlagen und Entwicklungsgeschichte der Kindlichen Neurose.	1013		
Herman SIMON, Aktiverer Krankenbehandlung in der Irrenanstalt,	1014		
SOUQUES i BARUK, Badania pośmiertne w przypadku amuzji u profesora muzyki.	1014		
CORNIL i KISSEL, Bezład ostry po ospie wietrznej,	1014		
BARRÉ i FONTAINE, Zespół czolowy czysty, wywołany przez nowotwór przegrody,	1014		
V. HINSBERG i R. WERSE, O leczeniu ropnego zapalenia opon mózgowych urotropiną.	1014		
C. MONAKOW i R. MOURGUE, Biologische Einführung in das Studium der Neurologie und Psychopathologie.	1082		
Erich FEUCHTWANGER, Amusie. Studium nad psychologią patologiczną spostrzeżenia i wyobrażenia akustycznego w muzyce i mowie.	1083		
A. HOLLENDER und E. A. SPIEGEL, Wpływ wyciągu ze splotu naczyniastego (Plexus chorioideus) na naczynia.	1083		
S. A. KINNER WILSON, Patogeneza ruchów mimowolnych ze szczególnym uwzględnieniem patologii i patogenezy płasawicy.	1083		
L. HEIDRICH, Der Hydrocephalus. (Ergebnisse der Chirurgie und Orthopaedie).	1084		
M. NONNE, Nowotwory nerwowe układu ośrodkowego.	1084		
Z. MESSING, Zarys anatomii i fizjologii ośrodkowego układu nerwowego.	1178		
		26a. Balneologia i klimatologia.	
		Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego. Dr. Maksymilian BLASSBERG (Kraków.) Picie wód krynickich ze stanowiska praktyki lekarskiej.	469
			469
		27. Choroby oczu.	
		PARAZOLS, Stricturotomia i grube zglębiki w leczeniu dróg łzowych.	14
		E. WIEGMANN, Czy tatuowanie rogówki według Knappa jest zabiegiem bezpiecznym.	14
		SATTLER, Przemijające zaburzenia wzrokowe po kąpielach świetlnych głowy.	14
		SALVATI, Wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe a ciśnienie wewnątrzgałkowe.	106
		LIEBERMANN, W kwestji przelożenia mięśnia ku przodowi.	107
		F. TERRIEN, O nowotworach tęczówki.	107
		M. ARNOLD, Dalsze przyczynki do nauki o zwyrodnieniu torbielowatym plamki żółtej oraz uwagi o technice badania w świetle bezczerwienem.	107
		BIRCH-HIRSCHFELD, Nowsze zapatrywania na jaglicę	159
		V. MORAX, Powikłania rogówkowe jaglicy.	159
		E. HIPPEL, Przypadek glejaka samoistnie wyleczonego.	159
		BODENHEIMER, KORBSCHL, Przyczynę kliniczno-anatomiczną do teorii włókien źrenicznych.	208
		F. LEIRI, Czy nastawczość może odbywać się bez soczewki.	208
		K. VELHAGEN jun. „Napadowe patrzenie ku górze” a sen.	208
		A. PETERS, Łzawienie a zmiany występujące w nabłonku mięska łzowego i w jego sąsiedztwie.	208
		Iza JOHN, Zmiany w postaci gruzelków na tylnej powierzchni rogówki w chorobie Groenouwa	208
		DUBOIS, O odcięciu urazowym siatkówki i jego leczeniu operacyjnym.	278
		J. F. de DECKER, Odklejenie siatkówki a ogólne i miejscowe zaburzenia w układzie naczyń włosowatych.	278
		G. HALLERBACH, O zmianach naczyń włosowatych naskórka u podstawy paznokci w mięszszowem zapaleniu rogówki.	279
		SOCIÉTÉ des NATIONS, Organisation d'Hygiène. Rapport sur la protection des aveugles dans differents pays d'après les reponses à un questionnaire de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations.	324
		BIRNBAUM, O leczeniu nieżyty spojówek targesiną.	325
		TOWBIN i OKUNEW, W sprawie eozynofilji w jaglicy i sposobu jej powstawania.	325
		DANTRELLE, Chirurgiczny sposób leczenia jaglicy „zimną iskrą”.	325

	Str.		Str.
AUBINEAU. Wrodzone podwinięcie powiek.	375	<b>28. Radiologia.</b>	
DEJEAN. Pozorne skostnienie szklistki i zapalenie ciała rzęskowego i naczyńówki z wytworzeniem tkanki kostnej.	375	SPINDLER. Szkodliwy wpływ promieni Roentgena i radu.	132
J. MERKULOW i J. SCHICK. O stosowaniu naświetlań promieniami Roentgena w barwnikowym zapaleniu siatkówki.	376	Wpływ promieni X na ciążę.	133
Doc. Dr. W. H. MELANOWSKI. Jaskra i zaćma.	447	BROCKMANN i SCHENCK. Tetragnost podawany doustnie — jako nowy środek do otrzymywania rentgenogramów pęcherzyka żółciowego.	133
G. BURSUK. O możliwości sztucznego wywołania zapalenia rzeźączkowego spojówek u królików.	448	Berg Hans HEINRICH. Roentgenuntersuchung am Innenrelief des Verdauungskanal,	252
Th. ONKEN. Przypadek znamienia twarzy połączony z obu stronem odcięciem siatkówki.	448	Teaching and Training in Medical Radiology. Acta radiologica.	321
KREIKER. Operacja blepharochalasis za pomocą szwów, tworzących fałdę wg. v. Blaskovica.	596	G. RONNEAUX. Znaczenie metodyki w rentgenologii przewodu pokarmowego.	321
SCHOPFER. Rozsiane gruzelki w oczodole.	596	ENK Robert. O leczeniu promieniami Roentgena.	444
MONASTYRSKAJA. Mierzenia dynamometryczne w akinezji m. okrężnego powiek.	599	MARKL. O źródle promieniowania mikroenergetycznego.	444
SAMOJLOFF. O działaniu nakłucia komory przedniej na oko ludzkie.	687	E. J. LASZLO. Mikroenergetyczne promieniowanie radowe i jego zastosowanie w leczeniu cierpień mięśni, kości, stawów i nerwów.	444
YROSZ. O mięsakach jagodówki.	787	SIEBERT Werner W. Wolkennamen für Beschreibung der pathologischen Lungenschaffungen.	640
Van LINT. Kilka wskazań do tarsorafji: przewlekły wrzód rogówki, drażący wrzód rogówki, garbiak twardówki urazowy i rany drażące przedniego odcinka gałki ocznej.	688	NEMOURS Auguste. O rozpoznawaniu radiologicznym zapalenia woreczka żółciowego pochodzenia niekamiczego i zapalenia okółoworeczkowego za pomocą cholecystografji.	640
Ali Bey MURAY—CHAN. Przetrwiała błona źreniczna zrosnięta z rogówką i imitująca rzęsę w przedniej komorze.	688	BRENNINGER M., JANITZKY A., WILHELM E. Allgemeine Grundlagen, Physik und Technik des Roentgenverfahrens.	746
ZAMKOWSKI. Oleum chaulmoograe w leczeniu jaglicy.	833	M. ODIN, G. RUNTSRIMO i A. LINDBLOM. Oleje jodowe jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu schorzeń rdzenia oraz przyczyn do poznawania umiejscowionego zlepnego zapalenia opon.	746
ZIRM. O przednim zewnętrznym cięciu twardówki w jaskrze.	834	KREBS Karol. Wpływ naprominień rentgenowskich na stosunek nowotworu złośliwego do organizmu osobnika, dotkniętego tem cierpieniem.	747
COLRAT. Cierpienia oczu zawodowe w przemyśle jedwabiu sztucznego.	834	J. JUUL. Badania doświadczalne w zakresie naprominień rentgenowskich guzów złośliwych.	757
Adolf BLANK. O zarazkach, znajdujących się na normalnych rogówkach.		A. KIRCH. O występowaniu ciemnego moczu u ludzi z zapaleniem skóry wskutek naświetlań.	748
E. VONTOBEL. Spostrzeżenia nad dziedzicznością zwyrodnienia dna oka w krótkowzroczności.	907	H. U. ALBRECHT. Das Ulcusproblem im Lichte moderner Röntgenforschung.	1057
R. THIEL. Keratitis traumatica, jako schorzenie zawodowe w cukrowniach.	907	BAATZ. Studja nad śluzówką żołądka i jelit.	1057
Jean S. CHARAMIS. Przypadek torbieli echinokokowej w oczodole.	907	F. EISLER. Znaczenie objawowe zniekształconych obrazów woreczka żółciowego.	1057
N. KNASEL. Przyżyciowie barwienie oczu ludzkich.	907	J. PALUGYAN. Dożylne uwidocznianie morfologiczne i czynnościowe normalnych narządów moczowych.	1058
Walter SCHULTZ. O możliwości sztucznego wywołania pigmentacji oczu albinosów i heterochromji tęczy.	977		
PELLATHY. Próby doświadczalne wprowadzenia leków do komory przedniej.	977	<b>29. Medycyna Sądowa.</b>	
BETTREMIEUX. Jakie jest najlepsze leczenie odklejenia siatkówki.	978	C. SIMONIN. Wskazówki praktyczne co do stwierdzenia opalenizny i rozpoznania samobójstwa za pomocą odczynu z difenylaminą.	350
GONIN. Najnowsze spostrzeżenia dotyczące się odcięcia siatkówki.	978	A. SIMON. Samobójstwo osobnika, pozbawionego nogi (amputacja) i stosunek życia płciowego do samobójstwa.	351
Dr. B. ZIEMIŃSKI. Zarys okulistyki.	1037	F. BYLOFF. Śmierć w kufrze.	596
G. D. POLJAK. Przypadek drzazgi w oku.	1038	B. KNOPF. Przyczynę do badania kału w przypadkach kryminalnych.	597
J. SEDAN. O leczeniu uporczywej łuszczyki. Zastrzykiwania pods spojówkowe cjanku rtęci.	1038	A. HABERDA. Czy chinina jest środkiem mogącym wywołać spędzenie płodu?	597
SLUTZKIN. Autohemoterapia w jaglicy.	1039	W. WEIMANN. Samospękanie i samokneblowanie.	880
BETTREMIEUX. Technika i działanie powierzchniowego przyrogówkowego wycięcia twardówki.	1039	SUDOMIR i ZARAŃSKA. Psychologiczne podstawy tatuowania u przestępców.	881
TERRIEN i VEIL. O jaskrze rzekomo pierwotnej.	1039	HABERDA Precz z próbą płucną wodną.	881
AWGUSCHEWITCH. Elephantiasis górnej powieki, hemihypertrophia twarzy, hydrophthalmus z jednoczesnym rozszerzeniem siadła tureckiego.	1107	P. W. USTINOW. Odczyn Strzyżewskiego na krew.	881
G. DUVERGER. Podwinięcie i odwinięcie starcze powiek.	1108	A. REMOND i FAVRE. Przypadek zatrucia pyłem kobaltu.	881
J. ROLLET. Zastrzykiwania dorogówkowe.	1108	H. MERKEL. Śmierć wskutek zabiegów leczniczych. Trzy śmiertelne zatrucia talem po zażyciu per os. Jeden przypadek śmierci po zastrzyknięciu benzyny do pęcherza moczowego.	978
E. DELANOE. Ciężki przypadek jaglicy występującej na jednym oku i leczonej olejkiem chaulmoograe i zastrzykiwaniami dożylnymi nowoarsenobenzolu.	1108	PIEDELIEVRE i SIMONIN. Znaczenie osadu w lufie broni palnej.	979
Dr. Marjan ZACHERT. Zwalczenie jaglicy.	1198		
M. N. RUTBERG. Przypadek refinitis circinata.	1199	<b>30. Historia i Filozofja Medycyny.</b>	
O. SCHLOEPFER. Trofoneurotyczny rozrost rzęs w neuroparalitycznym zapaleniu rogówki.	1199	Prof. W. SZUMOWSKI. Historia medycyny filozoficznie ujęta. Medycyna starożytna.	10
Domingo CHIAZZARO. Zakażenie grzybkowe soczewki. Okres utajony i czynny.	1199	Jerzy KURCZYŃSKI. Przeszłość medycyny.	469
BARSAN. Przypadek wazy w komorze przedniej oka.	1199	S. KRAUSS. Geschichte der jüdischen Aerzte vom frühesten Mittelalter bis zur Gleichberechtigung.	721

## c) Wskazówki praktyczne.

15	—	40	—	60	—	84	—	107	—	135	—
160	—	183	—	209	—	234	—	255	—	279	—
303	—	326	—	351	—	376	—	397	—	424	—
448	—	470	—	550	—	571	—	597	—	620	—
646	—	667	—	688	—	726	—	749	—	772	—
795	—	814	—	835	—	857	—	888	—	907	—
929	—	954	—	979	—	1014	—	1039	—	1058	—
1084	—	1109	—	1132	—	1156	—	1179	—	1200	—

### III. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

#### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia	7. I. 1930 r.	136
" " "	21. I. " "	234
" " "	28. I. " "	326
" " "	4. II. " "	326
" " "	11. II. " "	377
" " "	18. II. " "	424
" " "	25. II. " "	471
" " "	4. III. " "	571
" " "	11. III. " "	621
" " "	18. III. " "	668
" " "	25. III. " "	728
" " "	1. IV. " "	749
" " "	2. IV. " "	814
" " "	8. IV. " "	836
" " "	29. IV. " "	882
" " "	6. V. " "	808
" " "	13. V. " "	908
" " "	20. V. " "	909
" " "	27. V. " "	930
" " "	10. VI. " "	931
" " "	17. VI. " "	1058
" " "	30. IX. " "	1084
" " "	7. X. " "	1109
" " "	14. X. " "	1156

#### Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej (Seksja kliniczna).

Posiedzenie z dnia	11. V. 1929 r.	15
" " "	25. V. " "	15
" " "	8. VI. " "	15
" " "	5. XI. " "	16
Sprawozdanie na rok	1929	398
Posiedzenie z dnia	31. X. 1929 r.	726
" " "	6. XI. " "	727
" " "	30. XI. " "	727
" " "	7. XII. " "	728
" " "	14. XII. " "	728
" " "	4. I. 30 " "	954
" " "	25. I. " "	955
" " "	8. II. " "	955
" " "	15. II. " "	956
" " "	8. III. " "	956
" " "	22. III. " "	956
" " "	5. IV. " "	956
" " "	24. IV. " "	979
" " "	10. V. " "	980
" " "	24. V. " "	981
" " "	7. VI. " "	981
" " "	27. IX. " "	1200
" " "	11. X. " "	1200
" " "	14. X. " "	1156

#### Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

Posiedzenie z dnia	5. XI. 1929 r.	85
" " "	3. XII. 1929 r.	304
" " "	19. XI. 1929 r.	351
" " "	17. XII. 1929 r.	550
" " "	14. I. 1930 r.	623
" " "	28. I. 1930 r.	646
" " "	18. II. 1930 r.	647

Str.

Sprostowanie ze sprawozdania ze 116-go posiedzenia klinicznego Zrzeszenia Lekarzy Rz. P. (Warsz. Czas. Lek. Nr. 26 z dnia 26-VI 30).

Posiedzenie z dnia	4. III. 1930 r.	772
" " "	8. IV. 1930 r.	883
" " "	29. IV. 1930 r.	910
" " "	13. V. 1930 r.	1015

#### Towarzystwo Patologów Polskich. (Seksja Poznańska).

Posiedzenie z dnia	13. XII. 1929 r.	255
" " "	23. V. 1930 r.	669

#### Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie z dnia	16. II. 1929 r.	40
" " "	23. III. 1929 r.	136

#### Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia	10. X. 1929 r.	305
" " "	30. X. 1929 r.	305
" " "	13. XI. 1929 r.	305
" " "	12. XII. 1929 r.	306
" " "	15. I. 1930 r.	425
" " "	29. I. 1930 r.	597
" " "	12. II. 1930 r.	623
" " "	26. II. 1930 r.	795
" " "	9. IV. 1930 r.	884
" " "	30. IV. 1930 r.	884

#### Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

Posiedzenie z dnia	4. III. 1929 r.	41
" " "	16. III. 1929 r.	60
" " "	29. IV. 1929 r.	108
" " "	31. V. 1929 r.	183
" " "	24. VI. 1929 r.	184
" " "	15. XI. 1929 r.	376
" " "	20. I. 1930 r.	473
" " "	24. II. 1930 r.	647
" " "	24. III. 1930 r.	688
" " "	2. V. 1930 r.	981
" " "	30. V. 1930 r.	1040

#### Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dnia	21. XI. 1929 r.	16
" " "	19. XII. 1929 r.	160
" " "	16. I. 1930 r.	280
" " "	20. II. 1930 r.	399
" " "	20. III. 1930 r.	858
" " "	22. V. 1930 r.	858
" " "	18. IX. 1930 r.	1202

#### Z Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.

108 — 279 — 398

#### Towarzystwo Lekarskie Piotrkowskie.

Posiedzenie z dnia	26. IV. 1929 r.	1060
" " "	29. V. 1929 r.	1061
" " "	28. VI. 1929 r.	1061
" " "	29. XI. 1929 r.	1061

#### Związek przeciwnaneryczny.

Posiedzenie z dnia	4. XII. 1929 r.	281
" " "	27. III. 1930 r.	670
" " "	27. VI. 1930 r.	1060
" " "	3. X. 1930 r.	1180

#### Wydział lekarski Polskiej Akademji Umiejętności.

Posiedzenie z dnia	13. X. 1930 r.	1133
" " "	10. XI. 1930 r.	1180

<i>Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.</i>	Str.
Posiedzenie z dnia 29, X, 1930 r.	1110
<i>Towarzystwo Okulistów Polskich.</i> <i>Oddział Warszawski.</i>	
Sprawozdanie z posiedzeń naukowych Warszawskiego Oddziału Towarzystwa Okulistów Polskich, za rok 1929.	449
<i>Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.</i>	
17 — 42 — 61 — 86 — 109 — 137 — 161 — 185 — 210	
236 — 257 — 281 — 306 — 328 — 353 — 379 — 400 — 426	
452 — 474 — 551 — 572 — 599 — 624 — 649 — 670 — 689	
729 — 751 — 774 — 796 — 815 — 838 — 860 — 885 — 911	
931 — 956 — 983 — 1016 — 1042 — 1062 — 1086 — 1110 — 1135	
1158 — 1180 — 1202.	

#### IV. Zjazdy.

Sprawozdanie z wyjazdu do Francji 1929 r.	17
Sprawozdanie z XIII Międzynarodowego Kongresu Okulistycznego w Amsterdamie.	62
Liga Narodów. Organizacja Higjenu. Szczepienia ochronne przeciw dyfterytowi i szkarlatynie.	86
Zjazd pedjatrów języka francuskiego. (Paryż 30/IX— 2/X — 1929 r.)	138
Sprawozdanie z konferencji w sprawie Międzynaro- dowego Kongresu Higjenu Psychiczej, odbytej dnia 4. III. 30 w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.	400
VI Zjazd ginekologów i akuszerów francuskich w Bru- kselli (3—5 października 1929 r.).	474
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Kieleckiego w Radomiu w dniach 15 i 16 lutego 1930 r.	690
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Pomorskiego w Grudziądzu w dniach 21 i 22 marca 1930 r.	690
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Łódzkiego w Łęczycy w dniach 7 i 8 marca 1930 r.	691
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Lwowskiego w Drohobyczu w dniach 21 i 22 marca 1930 r.	691
Z Kongresów Wiesbadeńskich.	729
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Stanią- wowskiego w Stryju w dniach 27 marca 1930 r.	774
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Lubelskiego w Zamościu w dniach 11 i 12 kwietnia 1930 r.	775
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wileńskiego w Wilejce w dniach 24 i 25 kwietnia 1930 r.	860
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Białostoc- kiego w Suwałkach w dniach 29 i 30 kwietnia 1930 r.	861
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Nowogrodz- kiego w Baranowiczach w dniach 9 i 10 maja 1930 r.	861
Kongres stomatologiczny włoski w Wenecji (od dnia 15—21 września 1930 r.).	1062
Wrażenia z III-go zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Splicie.	1086.1110
Międzynarodowa organizacja przeciwjaglicza.	1158
Doroczne zebranie Zarządu Międzynarodowej Ligi dla Zwalczania Reumatyzmu.	1203

#### V. Krytyka lekarska.

Marta ERLICHÓWNA. Jeszcze o naszych grzechach.	18
W. KNAPPE. Rafał Radziwiłłowicz, jako prezes Pol- skiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.	65
K. KORONKIEWICZ. Symulacja chorób w świetle badań urzędowo-lekarskich.	161. 185
Ń. BUJWID. Jeszcze słówko o języku naszych prac naukowych.	257
K. KORONKIEWICZ. O reformę perjodycznej prasy lekarskiej.	1204

#### VI. Korespondencja.

E. H. List otwarty.	57
Leopold LUBLINER. List otwarty.	552
Dr. GOLDENSTEIN. List otwarty.	649
Aleksander SIMON. List otwarty.	838
A. SIEDLECKA. List otwarty.	932
E. SIEDLECKI. List otwarty.	1042
R. NITSCH. List otwarty.	1112

#### VII. Przegląd terapeutyczny.

M. REICHERT i C. WŁODAWERÓWNA. Spostrzeże- nia nad stosowaniem Calcium-Dipurin i Jod- Calcium-Dipurin.	236
Marceli LANDSBERG. W sprawie własności trofic- nych wyciągów trzustkowych.	281
WINER—BEZBERGOWA i PENSON. O stosowaniu kardiazolu w durze brzuszny.	328
Stefan KRAMSZTYK. O szkodliwości ławatyw i czop- ków mydlnych.	401
Leon ZAMENHOF. Przyrząd automatyczny do prze- płukiwania ucha w ropotokach.	551
Stefan KRAMSZTYK. Wpływ witamin na retencję wapnia.	574
M. FERSTER. Jaki preparat należy stosować w dniu? (rozważania nad pracą M. Pekera o środkach stosowanych w dniu.)	1063
Stefan KRAMSZTYK. W sprawie leczenia kataru pogrypowego.	1136
JERMUŁOWICZ Stefan. O działaniu leczniczym wstrzykiwań domięśniowych przetworów biz- mutowych na objawy łupieżu różowego.	1181

#### VIII. Medycyna Społeczna.

Stanisław BATAWIA. Czy spędzanie płodu powinno być karalne?	19, 42
Stanisława ADAMOWICZOWA. Przerwanie ciąży w prawodawstwie.	68, 88
Marjan ZACHERT. Zakłady lecznicze dla chorych jagliczych.	110
Z. SZYMANOWSKI. O unifikację Państwowej Służby zdrowia w Polsce.	
Henryk PALESTER. Przebieg ostrych chorób zakaź- nych w r. 1929.	163, 187
Edward PRACIER. Stan zdrowotny ludności na Polesiu.	211, 238
C. SZABAD. W sprawie Kas Chorych.	257
H. PRZETAKIEWICZ. Izolacja chorych zakaźnych w Polsce.	283
Bolesław ZMIGRÓD. Samorzady a ustawa szpitalna.	306, 331
M. KACPRZAK. Z zagadnień sanitarnych Holandji.	353, 402, 426, 452
Z. SZYMANOWSKI. Jeszcze w sprawie organizacji państwowej służby zdrowia.	380
Marcin KACPRZAK. Reorganizacja wydziałów le- karskich w Rosji.	476
Aleksander MARGOLIS. Gruźlica w Łodzi w r. 1929	532
Brunon NOWAKOWSKI i Henryk RABINOWICZ. O- łowica zawodowa w przemyśle akumulatoro- wym.	553, 576, 600
Komunikat Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Wyjaśnienia wypadków zaszłych w Lubecie pośród niemowląt szczepionych B. C. G.	580
Ludwik HIRSZFELD. Działalność Państwowego Za- kładu Higjenu w świetle liczb.	624
Stanisława ADAMOWICZOWA. Wrażenia z mię- dzynarodowej wystawy higienicznej w Drez- nie.	650, 671
Z. SREBRNY. Na marginesie nowej ustawy szpital- nej.	692
Z. SREBRNY. Ze szpitalnictwa amerykańskiego.	730
Stefan KRAMSZTYK. Jedno z najważniejszych za- gadnień.	752

	Str.
M. KACPRZAK. Szkolenie lekarzy higienistów w Rosji (Z. S. S. R.).	775
M. KACPRZAK. Z zagadnień sanitarnych Francji.	796, 816, 840, 861, 885
Rafał BECKER. Zagadnienie gruźlicy w Zakładzie psychiatrycznym.	911, 934
Brunon NOWAKOWSKI. Higiena Pracy na Drezdeńskiej Wystawie Higieny w Dreźnie w r. 1930	956
M. GANTZ O „odmiastowieniu“ szpitali warszawskich	983
Z. BYCHOWSKI. Padaczka a opieka społeczna	1017, 1042
Alfred KRIEGER. „Odmiastowienie“ szpitali wrocławskich a Kasy Chorych.	1965
Z. BYCHOWSKI W sprawie jeszcze jednego Wydziału Lekarskiego.	1087
E. BIRZOWSKI. Uwagi ogólne o racjonalizacji leczenia Kasy Chorych.	1112
H. PALESTER. Btonica w r. 1930.	1136
Stanisława ADAMOWICZOWA. Z zagadnień epidemiologicznych doby obecnej.	1158
G. LEWIN Zagadnienie zmniejszenia się umieralności z gruźlicy w krajach kulturalnych	1183, 1206

## IX. Sprawy Zawodowe.

Władysław BIERNACKI. Działalność lekarska wobec nowej polskiej ustawy o wykroczeniach.	113
Władysław FRANKOWSKI. O ideową nadbudowę Związku Lekarzy.	429
Antoni KRZYCZKOWSKI. Co robiły Izby Lekarskie w 1928 r.?	556, 581
Z. SZYMANOWSKI. Na marginesie zmiany na stanowisku Dyrektora P. Z. H.	936

## X. Odcinek.

L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny.	21, 46, 92, 115, 140, 166, 213, 259, 285, 308, 357, 381, 406, 478, 557, 604, 629, 675, 732, 754.
-------------------------------	--

## XI. Życiorysy.

Doktor Medycyny Kazimierz DŁUSKI w dniu siedemdziesiątej piątej rocznicy urodzin. Nap. Seweryn Sterling.	482
Urywek ze wspomnień lat dawnych (dla uczczenia zasług lekarskich D-ra Kazimierza DŁUSKIEGO). Nap. Antoni Gluziński.	486
Pierwsza wzmianka w literaturze o pozaszczepionym pochodzeniu gruźlicy płuc. Nap. O. Sokołowski.	488
Kazimierz DŁUSKI jako prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Nap. W. Knappe.	489
Dr. Aleksander WILEŃCZYK. (Wspomnienie pośmiertne). Nap. R. Nitsch.	960

## XII. Polemika.

K. BUCZYŃSKI. List otwarty.	475
Wł. STERLING. Odpowiedź.	476
K. BUCZYŃSKI. List otwarty.	573
KORONKIEWICZ. List otwarty.	573
Wł. STERLING. Odpowiedź.	573

## XIII. Wiadomości bieżące i kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

Na końcu każdego numeru.

### Spis autorów prac oryginalnych.

ADAMOWICZOWA Stanisława	68, 88, 650, 671, 1159
AMBASZÖWNA N.	289, 313, 337
AMZEL R.	763
ADELFIANG Henryk	73, 97
BARAŃSKI A.	52, 76
BATAWIA Stanisław	19, 42
BAU-PRUSSAKOWA S.	561, 585
BAUMRITTER PAWEŁ	679
BECKER Rafał	911, 934
BEILES J.	433, 460
BIELOBRADEK St.	679
BIERNACKI Władysław	113
BIRZOWSKI E.	81, 416
BIRZOWSKI E.	899, 924, 1112
BORKOWSKI I.	100
BORNSZTAJN Maurycy	1069, 1093
BRAM A.	415, 965
BROKMAN Henryk	844, 867, 1050, 1074, 1100, 891, 915, 939, 609, 149, 1117
BUCZYŃSKI K.	475, 573
BUJWID O.	257
BUSSEL M.	52, 76
BYCHOWSKI G.	537, 997
BYCHOWSKI Z.	1017, 1042
CZARNECKI E.	871, 895
CZARNOCKI W.	246, 272
EIGER M.	871, 895
ERLICHÖWNA Marta	126, 18
FEGJIN Mieczysław	611
FERSTER M.	1063
FESTENSZTAT A.	1117
FLASZEN Julian	1996
FLIEDERBAUM Julian	1021, 1045
FRANKOWSKI Władysław	409
FRANZÖWNA Wanda	592, 614, 638
FRENKLOWA H.	295
FRYDMAN J.	389
GANTZ Mieczysław	525, 983
GLASS BENEDYKT	611, 55, 79, 101, 129, 1189
GLASS Jerzy	121, 145, 169, 433, 466, 29
GLEICHGEWICHT F.	364
GLIŃSKA Z.	140
GLUZIŃSKI Antoni	486
GOLDENSTFIN	649
GOLDSTEIN B.	661, 682, 718
GOLDSTEIN Paweł	315, 339
GOLIBORSKA T.	[824
GRZYWO-DĄBROWSKI Wiktor	784
GUREWICZ A.	893
E. H.	57
HALBERÖWNA W.	5
HELD J.	716, 1002





HERMELINOWA B.	781	PIKIELNY L.	464
HEYMAN W.	716	PRAGIER Edward	211, 238
HIGIER Henryk	801, 821, 846, 917, 940, 1028	PROKOPOWICZ-WIERZBOWSKA M.	244
HIRSZBERG Stefan	317, 343, 566, 849, 874	PRYŁUCKI N.	361, 385, 400
HIRSZFELD L.	5, 624	PRZETAKIEWICZ H.	283
HUMIECKI H.	1002	PUSZET Henryk	499
JANKOWSKA Halina	195, 219	RABINOWICZ Henryk	553, 576 600
JELENKIEWICZ N.	1122	RASOLT Henryk	706
JERMUŁOWICZ Stefan	1181	REICHERT M.	236
JOCHWEDS B.	268	RÓBIN W.	1123
KACPRZAK M.	353, 402, 426, 452, 476, 475, 796, 816, 840, 861	ROGIŃSKI Jan	543
	885	ROSENBLOTT J.	804
KACZYŃSKI H.	943	RUDZKI Stefan	509
KADYSZ H.	660	SEIDMAN M.	193, 217
KASSUR B.	700	SIEDLECKA A.	848, 932
KEILSON Stefan	505	SIEDLECKI Eustachy	921, 1042
KNAPPE W.	65, 489	SIMON Aleksander	838
KOBYNER A.	1072	SKŁODOWSKI Józef	493
KONIECPOLSKI Ignacy	1048	SOKOŁOWSKI O.	521, 488
KONORSKI Jerzy	33	SPARROW Helena	151, 175
KORONKIEWICZ K.	161, 185, 573, 1204	SREBRNY Z.	529, 692, 730
KRAKOWSKI A.	869	STEIN J.	944, 967 1004
KRAMSZTYK Stefan	401, 574, 752, 1136	STERLING Seweryn	482
KRYSZEK H.	507	STERLING Wł.	476, 573, 1141, 1165
KRZYCZKOWSKI Antoni	556, 581	STRAUSS H.	963
LANDAU A.	433, 460, 29, 611, 824, 1002	SZABAD C.	237
LANDAU EMIL	1126	SZÉNKIER	440
LANDAU Henryk	541, 414, 201, 765, 788, 807, 827	SZOUR Michał	633, 657, 677, 172
LANDSBERG Marcei	281	SZYMANOWSKI Z.	139 380, 936
LEWIN G.	1, 25, 49, 490, 1183, 1206	ŚWIDER Z.	697
LUBLINER Leopold	552	TAUBENHAUS M.	564, 590
MACKIEWICZ J.	241, 265, 561, 585, 1144, 1169	TONENBERG L.	804
MAGER Wilhelm	826	TURYN Feliks	227, 742
MARGOLIS Aleksander	522	TURSZ D.	741
MARGULIES Dawid	467	TYPOGRAF Józef	1049, 1192
MARKSON Marja	824	WACHTEL Henryk	1096
MAYZNER M.	737, 757	WEINBERG I.	1122
MILLER Stefan	33	WINER-BEŻEERGOWA	328
MINC S.	457	WŁODAWEROWNA C.	236
MISCHEL S.	544	ZACHERT Marjan	110
MUSZKATBLAT Bolesław P.	635, 1025	ZAJDLÓWNA R.	442, 465
NITSCH R.	960, 1112	ZAMENHOF Leon	551, 21, 46, 92, 115, 140, 166, 213, 259 285,
NOWAKOWSKI Brunon	553, 576, 600, 956		308, 357, 381, 406, 478, 557, 604, 629, 675, 732, 754
ORŁOWSKI M.	414, 1172	ZMIDRÓD Bolesław	306, 331
PALESTER Henryk	163, 187, 1136	ZANDOWA Natalja	713, 740
PENSON	328		

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: *Stankiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.*

ADRES ADMINISTRACJI: *Marszałkowska 71, tel. 334-48.*

Rok VII

WARSZAWA, 2 STYCZNIA 1930 R.

Nr. 1

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

#### Znaczenie stosowania odmy piersiowej sztucznej w walce z gruźlicą.

Podał  
G. LEWIN (Warszawa).

Stosowanie odmy piersiowej sztucznej w gruźlicy płuc, którą wprowadził do leczenia Forlanini w r. 1882, i która spopularyzowana została w 1 m dziesiątku bieżącego stulecia przez Brauera, L. Spenglera i Saugmanna, a w r. 1912 na Zjeździe w Rzymie zdobyła sobie zupełne prawo obywatelstwa, w ciągu ostatnich lat kilkunastu rozpowszechniła się we wszystkich krajach kulturalnych.

Na Zachodzie i w Ameryce niema obecnie prawie sanatorium lub większego szpitala w których lekarze nie posługiwaliby się odmą sztuczną w walce z gruźlicą, i sprawozdania ich o stosowaniu tego sposobu leczenia opierają się na tysiącach przypadków.

Rzecz psychologicznie ciekawa, że wprowadzenie do leczenia odmy sztucznej szło bardzo opornie; trzeba było krok za krokiem przezwycięzać opór pacjentów, a przecież z najczystszej sumieniem twierdzić możemy, że ten sposób leczenia gruźlicy płuc nie przysporzył nam dotychczas ani setnej nawet części rozczarowań, jakie mieliśmy przy stosowaniu swoistych sposobów leczenia gruźlicy, od tuberkuliny począwszy do sanokryzyny, na które lekarze i pacjenci rzucali się w swoim czasie z największym entuzjazmem. Bardzo jest możliwe, że idea stosowania odmy sztucznej zaszczebiała się u pacjentów z wielkim trudem i w powolnym tempie z tego powodu, że nie była rodmuchiwana krzykliwą reklamą, jak np. Sanokryzyna lub djeta Gersona z mineralogenem, za plecami Forlaniniego bowiem nie stał ani fabrykant, ani kupiec. Nawet obecnie nie brak jeszcze lekarzy, którzy odnoszą się do stosowania odmy sztucznej z pewnym sceptycyzmem, i jak mogłem stwierdzić — przynajmniej u nas — sceptycyzm opiera się nie na rozczarowaniu po dużym doświadczeniu, lecz wynika przeważnie z usposobienia konserwatywnego i braku chęci bliższego zapoznania się z nowym sposobem leczenia gruźlicy płuc. Tem właśnie się objaśnia, że odma sztuczna

jest u nas stosunkowo mało rozpowszechniona, i nawet w niektórych większych szpitalach prowincjonalnych niema dotąd jeszcze przyrządu Forlaniniego. Przykro jest przyznać, się że pacjenci są pod tym względem bardziej postępowi, gdyż dość często sami upominają się u ordynujących lekarzy o zastosowanie odmy sztucznej.

W r. 1918 zabrałem głos w sprawie stosowania sztucznej odmy piersiowej sposobem Forlaniniego na zasadzie 28 przypadków gruźlicy i innych cierpień płucnych. Obecnie, po dalszym dziesięcioletnim doświadczeniu na tem polu (1919—1929) poczuwam się do obowiązku podzielenia się z kolegami wynikami tego leczenia w 130 przypadkach i zwrócenia uwagi na błędy, które popełniłem, i których, mojem zdaniem, trzeba i można unikać.

Każdy lekarz, interesujący się problematem odmy sztucznej, chciałby, rozumie się, przede wszystkim wiedzieć, jakie są wyniki tej terapii, i jaką wyższość posiada ona nad innymi sposobami leczenia gruźlicy.

Co się tyczy pierwszej kwestji, to, jak wiadomo, ogólnie jest przyjęte dla oceny wartości leczniczej jakiegoś środka posługiwanie się danymi statystycznymi, do czego, rozumie się, i ja się zastosuję. Ale, przyznaję się szczerze i otwarcie, że jestem ostrożnym zwolennikiem statystyki, gdyż przy najsumienniejszym nawet wykonaniu może być w niej zupełnie nieświadomie dużo subiektywizmu, zależnie od hipotezy, przez autora postawionej; dla oceny zaś jakiegoś sposobu leczenia gruźlicy płuc, choroby tak długotrwałej, powikłanej, różnobarwnej, kapryśnej tem bardziej liczby statystyczne nie mogą być dostatecznie miarodajne z powodu braku w nich, z natury rzeczy, ścisłości. Wiemy przecież, że pod wpływem jakiegoś nieznacznego bodźca, jak np. lekkiego zaziębnienia lub niedyspozycji żołądkowej, nad którym zdrowy organizm przechodzi po kilku dniach do porządku dziennego, może u gruźlika nastąpić znaczne pogorszenie, które niweczy owoce dłuższego leczenia. Zdarza się jednak odwrotnie, że nawet w bardzo ciężkich stanach gruźlicy płuc występuje czasem nieoczekiwana poprawa, a za nią zwrot ku lepszemu w przebiegu choroby. — W ten sposób

zdarzyć się może, że jeden i ten sam gruźlik figuruje w ciągu krótkiego czasu u jednego lekarza w rubryce poprawy lub nawet wyleczenia klinicznego, u drugiego — w rubryce pogorszenia, a u trzeciego w rubryce zmarłych, a przecież każdy z tych trzech lekarzy ma prawo opierać się przy swoich wnioskach na swoich liczbach statystycznych. Nie trzeba jeszcze zapominać i o tem, że przy dobrych wynikach leczenia gruźlicy płuc niezawsze możliwe jest rozstrzygnięcie, czy są one *post hoc* czy *propter hoc*, albowiem gruźlica płuc ma przecież nierzadko skłonność do samoistnego wyleczenia się bez żadnej interwencji.

O wynikach stosowania odmy sztucznej w cierpieniach płuc gruźliczych a także i innych (zgorzel, rozstrzeń oskrzeli etc) posiadamy w piśmiennictwie sporo statystyk, ale prawie w każdej z nich są pewne niedokładności, i niema się czemu dziwić. Stosowanie tego zabiegu powinno trwać przez kilka lat, a w naszych stosunkach bardzo rzadko udaje się mieć odmowego pacjenta przez ten cały czas ewidencji: jedni bowiem chorzy, którzy po kilku napełnieniach poprawiają się, uważają się często już za wyleczonych i przerywają kurację, zgłaszając się później w razie pogorszenia, kiedy z powodu silnych wzrostów lub innych powikłań nie można już zabiegu stosować. Drugi zaś, którzy od razu się nie poprawiają, po większej części się nie zgłaszają, a kultura większości pacjentów, powracających ze szpitali do swoich ognisk domowych na dalekiej prowincji nie znajduje się, niestety, na takim poziomie, aby można było dowiedzieć się o ich dalszym losie przynajmniej listownie.

W ciągu ostatniego dziesięciolecia stosowałem odmę sztuczną co najmniej u 200 chorych, a dane statystyczne mam zaledwie o 130, w dodatku niezupełnie dokładne, gdyż dają one obraz z wyniku leczenia w ciągu tylko pierwszych kilku miesięcy, co się zaś stało z tymi odmowymi pacjentami po upływie tego czasu — nie wiem, z wyjątkiem dwunastu (I), z którymi staram się wszelkimi siłami nie tracić kontaktu.

Nawet na Zachodzie, gdzie warunki pracy lekarza są sprzyjające, gdzie kontakt pomiędzy lekarzami a pacjentami może być zachowany dość długo, nawet tam statystyki nie mogą zadawać pod wieloma względami.

Trzeba zaznaczyć, że dotychczas nie posiadamy jeszcze pewnej jednolitej terminologii. Co do wyników dodatnich leczenia gruźlicy jedni lekarze mówią o wynikach „dobrych” i „bardzo dobrych”, u drugich spotykamy się z podziałem na: „poprawę” i „dużą poprawę”, np. w Zakładach Ubezpieczenia przy Kryterjum Służby Zdolność do pracy, która przecież niezawsze może być utożsamiana z pojęciem o wyzdrowieniu. Widujemy bowiem nierzadko gruźlików zupełnie wyleczonych, którzy są jednak niezdolni do pracy — czy to z powodów psychicznych, czy też innych, natomiast zdeklarowani suchotnicy nie porzucają często swoich zajęć do ostatniego tchnienia. Termin: „wyleczenie kliniczne”, które posiada już cechy zupełnie obiektywne nie wszyscy jednakowo rozumieją; o wyleczeniu klinicznym bowiem mamy prawo mówić dopiero po dwuletniej obserwacji gruźlika; jeżeli przez cały ten czas zdolny on jest do pracy, gorączka zaś, prątki Kocha, plwocina i objawy toksyczne zupeł-

nie znikły. Jednakowoż po upływie tego czasu nie wyłączona jest recydywa. — Tymczasem wielu lekarzy już po kilku miesiącach poprawy mówi o wyleczeniu klinicznym.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że wszystkie prawie statystyki wyników stosowania odmy sztucznej nie są jeszcze bardzo ścisłe, ale mogą jednak — chociażby w grubych zarysach — dać nam pojęcie o wartości leczniczej tego zabiegu.

Ze wszystkich dostępnych mi statystyk przytoczę tylko kilka, które opierają się na większej liczbie przypadków.

Dłuski na 91 przypadków gruźlicy płuc w których stosował odmę sztuczną, podaje 44 poprawy („duż. popr.“ 26. „względnych“ — 18) t.j. 48 proc., przyczem podkreśla że chorzy przybyli do sanatorium z wyraźnymi objawami rozpadowego w jednym płucu i nacieczeniem szczytu drugiego płuca, i że stan ogólny chorych był ciężki. Wśród tych 44 chorych, którzy opuścili uzdrowisko z dużą względną poprawą, autor zebrał wiadomości zupełnie pewne o 31; z nich 11 osób cieszyło się w marcu 1925 r. dobrem zdrowiem; 20 osób zmarło. „W sprawie punktu wyjścia dla oceny wartości sztucznej odmy“ — powiada Dłuski — „wychodzę z założenia, że średnio każdy chory z grupy dużej i względnej poprawa żyłby bez stosowania O. S. 3 miesiące. Na 11 zaś żyjących ilość czasu od założenia O. S. do marca 1925 r. wynosi średnio 7 lat. 2, m. z tego więc stanowiska należy oceniać przedłużenie życia”.

Sterling na 55 przypadków gruźlicy płuc, leczonej za pomocą odmy sztucznej, podaje 35 popraw (13 znacznych popraw 23%, i 5 wstrzymań przebiegu choroby — 27%, 7 wyników dodatnich, ale przemijających 12%) t. j. 62%.

Szczepański na 133 przypadki stosow. O. S. podaje wyniki następujące: 34 „bardzo dobre“ = 25, 56% (z nich 8 wyleczonych zdolnych do pracy) 20 „dobrych“ = 15% 17, „dość dobrych“ = 12,77%, razem więc 71 t. j. przeszło 53%.

H. Maendel podaje 300 przypadków gruźlicy płuc, w których osiągnął za pomocą odmy sztucznej wynik dobry na czas dłuższy w 49%.

Zinni Siebert na 183 przypadki gruźlicy płuc (10 — postaci wytwórczej, 62 — wytwórczo-wysiękowej i 111 — wysiękowej), w których stosował O. S., podaje 27 wyleczeń i 32 wstrzymania choroby, t. j. wynik zadawalający w 59 przypadkach (32%).

Georg Katz podaje z 2-go oddz. wewn. szpit. miejskiego Moabit w Berlinie i ze swojej praktyki prywatnej 244 przypadki gruźlicy płuc, w których stosował odmę sztuczną. Obserwacja tych chorych trwała od 1910 r. do 31 maja 1925 r. Wyniki były następujące:

Wyleczenie klin. ewent. polepszenie	Pogorszenie	Śmierć
77 = 31%	36 = 16%	131 = 53%

Ciekawe są statystyki porównawcze pomiędzy wynikami w przypadkach, w których została stosowana odma sztuczna i w prawie identycznych przypadkach, gdzie S. O. nie była stosowana z po-

wodów technicznych lub wskutek odmowy ze strony pacjentów.

Saugmann podaje 257 przypadków gruźlicy płuc, z których u 172 chorych stosował odmę sztuczną, u 85 zaś chorych z takimi samymi objawami, co i pierwsi, stosował tylko leczenie sanatoryjne.

Wyniki były następujące: w pierwszej grupie liczba wyleczonych i zdolnych do pracy wynosiła 38,5 proc., a w drugiej tylko 11,8 proc. Śmiertelność wynosiła w pierwszej grupie 55,9 proc., w drugiej — 81,8 proc.

Podobną statystykę porównawczą podaje Naveau z kliniki Rista w szpitalu Laenneca

w Paryżu. Przypadki jego, obserwowane w latach 1911—1923, niemniej, niż 2 lata po ukończeniu odmy, przedstawiają się w sposób następujący:

534 przypadki z przeprowadzoną kuracją odmową,

80 przypadków, w których nie można było stosować odmy z powodu silnych zrostów opłucny,

59 przypadków, w których pacjenci nie zgodzili się na odmě.

Autor interesował się losem tych wszystkich pacjentów bez różnicy, czy była u nich stosowana odma sztuczna, czy nie, i w ten sposób otrzymał następujące dane porównawcze:

Maendl zebrał z piśmiennictwa liczby następujące o wynikach stosowania odmy sztucznej, mianowicie:

TABLICA Nr. I.

AUTOR	Przypadków	Wynik niewiadomy	Wynik wiadomy	W y n i k i					R A Z E M		U W A G I:	
				dodatnie			ujemne		dodatnio	ujemnie		
				żyjąc.	zdoln. do pracy	wylecz.	niezdol. do pracy	zmarło				
Brauer i Spengler	44	6	38	16	14	14	2	20	16—42,1%	22—57,9%	? ref.	
H. Deist	245	8	237	81	58	—	23	145	69—29%	168—71%		
Dumarest	265	39	226	131	91	11	29	95	102—45%	124—55%		
Koefoed	102	—	102	64	32	—	32	38	32—31,3%	70—68,7%		
H. Liebe	73	7	66	40	32	—	8	26	32—48,5%	34—51,5%		
R. Matson	255	—	255	—	—	122	—	56	169—66%	86—34%		Odma zupełna ? ref. odma częściowa. stosow. ambulat.
R. Matson	245	—	245	103	—	10	64	142	39—16%	206—84%		
Mende	177	45	132	90	23	43	24	42	66—50%	66—50%		
A. Mohr	203	113	90	49	41	—	8	41	41—45,6%	49—54,4%		
V. Muruet	70	—	70	60	—	18	12	10	48—68,5%	22—31,5%		
Nienhaus i Zink	109	62	47	47	31	—	16	—	31—66%	16—34%	? ref.	
L. Spengler	78	—	88	—	—	23	—	—	69—78%	19—21%		
Stuertz	55	—	55	37	28	9	5	13	37—67,3%	18—32,7%		
Razem	1921		1651						751—47%	900—53%		

Ankieta, zrobiona przez Maendla w 180 sanatorjach i wśród specjalistów w Niemczech, Austrii, Czechosłowacji i Szwajcarii dała liczby następujące:

TABLICA Nr. II.

Liczba przypadków gruźlicy	W y n i k i					R A Z E M	
	dodatnie			ujemne		dodatnio	ujemnie
	żyjąc.	zdoln. do pracy	wy-lecz.	nie-zdoln.	zmar-ło		
879	560	214	77	96	304	575—65%	304—35%

W 534 przyp. stosowano O. S.

W 80 przyp. nie stosowano z powod. technicznych.

W 59 przyp. chorzy nie zgodzili się na stosow. O. S., jakkolwiek opłucna nie była zbyt zajęta.

TABLICA Nr. III.

Wyleczenie kliniczne	Polepszenie	Bez zmiany	Pogorszenie lub śmierć
31%	17,5% 48,5%	17,5%	34%
	15%	23%	62%
	12%	7%	81%

Z tych liczb statystycznych wynika, że widoki na wyleczenie lub polepszenie są 3—4 razy większe przy stosowaniu odmy sztucznej, niż przy leczeniu innymi środkami bez odmy sztucznej.

Moje spostrzeżenia opierają się na 120 przypadkach gruźlicy płuc, 4 przyp. ropni i 6 — zgorzeli płuc (z mojego oddz. szpit. żyd. i z praktyki prywatnej).

TABLICA Nr. IV.

P ł e ć i w i e k

Płeć	10—20	20—30	30—40	40—50	50—60	Razem
Mężczyzn	20	23	9	4	2	58
Kobiet	33	14	19	5	1	72
Razem	53	37	28	9	3	130

Z tej tablicy widać, że największa liczba chorych — 53 — była w wieku od 10 do 20 lat, i że wogóle przeważa liczba kobiet (72 kob. na 58 mężcz.). Przewaga liczby kobiet nie jest chyba przypadkowa, gdyż konstatuje się to we wszystkich prawie statystykach.

T A B L I C A Nr. V.

LICZBA ZACHOROWAŃ		Gruźlica jednostr.	Gruźlica obustr.	Ropni płuc	Zgorzeli płuc	R A Z E M	
		62	58	4	6	130	
Odma sztuczna	Zupełna . . . .	23	11	3	3	40	30,7%
	Niezupełna . .	39	47	1	3	90	69%
Powikłania podczas stosowania O. S.	Wys. surow. . .	7	5	—	—	12	9,2%
	Wys. ropny . . .	—	1	—	3	4	
	Krwioplucie . .	—	2	—	—	2	
	Odma podskórna	10	5	—	—	15	
	Odma samoistna	—	1	—	—	1	
W y n i k i	Poprawa . . . .	23	20	1	—	44	
	Znaczna poprawa	18	3	—	1	22	78 60%
	Wyleczenie klinicz.	7	—	3	2	12	
	Bez poprawy . .	13	32	—	—	45	
	Pogorszenie . .	1	2	—	—	3	52 40%
	Ś m i e r ć . . .	—	1	—	3	4	



Szczepański stara się wytłumaczyć objaw ten tem, że mężczyźni, jako jedyni przeważnie żywiele rodziny, pracują dopóki starczy im sił i przybywają do szpitala już zapóźno, kiedy występują objawy rozpadowe w obu płucach. Nie bez znaczenie, zdaje się, jest i ten szczegół, że kobiety mogą dłużej pozostać w szpitalu i dla tego też chętniej zgadzają się na zabieg odmy sztucznej, niż mężczyźni, którzy śpieszą do pracy.

Kilkunastu przypadków, w których nie udało mi się założyć odmy sztucznej z powodu silnych zrostów opłucny, jak również i tych, w których po 2–3 napełnieniach musiałem dla różnych przyczyn zabieg ten przerwać, w statystyce swojej nie umieściłem.

Choroby współistniejące były następujące:

<i>Laryngitis catarrhal</i> — 6	<i>Otitis med. catarrh</i> — 2
" <i>tuberculosa</i> —11	<i>Stricturea oesophagi</i> 1
<i>Nephritis</i> — 3	<i>Gonitis</i> — 1
<i>Enteritis catarrh.</i> — 5	<i>Diabetes mellit</i> — 1

Wszyscy chorzy, u których stosowałem O. S., przybyli z wyraźnymi objawami rozpadowemi w różnym stopniu w jednym płucu, i z nacieczeniami różnych odcieni — w drugim; stan ich ogólny, z małemi wyjątkami, był ciężki.— Wyników dodatnich było 78 t. j. 60%, ujemnych — 52, t. j. 40%. Co się tyczy dalszego losu tych wszystkich chorych, to, jak wzmiankowałem już wyżej, pewne wiadomości mam tylko o dwunastu. W maju r. b. byli oni zdrowi, zdolni do pracy i nie mieli żadnych objawów toksycznych; pięciu z nich zapada wprawdzie od czasu na t. z. „grypę“, ale prędko się poprawia. Czas obserwacji trwa: u jednego — 2 lata, u jednego — 3 lata, u czterech po 4 lata, u trzech po 5 lat, u dwóch — po 7 lat, u jednego 8 lat.

Sądzę, że przytoczone przezemnie liczby statystyczne, które opierają się na dość pokaźnej liczbie 4584 przypadków gruźlicy płuc i zestawione zostały nie przez jednego lekarza lecz przez kilkunastu, z różnych krajów i miast, mogą przekonać o dodatnich wynikach stosowania odmy sztucznej. (c. d. n.)

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z Państwowego Zakładu Higjeny i Kliniki Chirurgicznej U. W. w Warszawie.

### Badania nad serodjagnostyką raka \*)

Podali

L. HIRSZFELD i W. HALBERÓWNA

przy współpracy klinicznej

M. FLOKSZTRUMPFER i J. KOŁODZIEJSKIEGO

Próby nad serodjagnostyką raka były czynione wielokrotnie. Podstawą ich były zmiany fizyczne lub chemiczne, dające się stwierdzić w surowicy ludzi chorych na raka, jak np. zwiększenie antytrypsyny, niezdolność surowicy rakowatych do rozpuszczania komórek rakowych i t. p. 1) W r. 1913-14 wykonał D u n g e r n badania nad odchyleniem dopełniacza z wyciągami alkoholowemi nowotworów. Z początku wyniki autora były swoiste, później doświadczenia nie przebiegały tak wyraźnie; autor użył zamiast wyciągów z nowotworów krwi paralityków, zmieniając jednocześnie technikę odchylenia (dodawanie ługów itp.). Doświadczenia D u n g e r n a nie były potwierdzone przez innych autorów, mimo że w świetle naszych obecnych doświadczeń muszą być uważane, jako jedne z ważniejszych prac w tej dziedzinie.

Wszystkie te badania jednak nie wykazały dość swoistych zmian w surowicy, i większość badaczy skłania się obecnie do przypuszczenia, że odczyny charakterystyczne we krwi rakowatych są jedynie wyrazem chwiejności globulin w surowicy, spotykają się również i w innych stanach chorobowych o charakterze rozpadowym i nie mają nic wspólnego z istotnymi odczynami odpornościowymi. Pogląd ten wymagał jednak rewizji na mocy badań H i r s z f e l d a, H a l b e r ó w n y i L a s k o w s k i e g o. Au-

torom tym udało się bowiem stwierdzić, że raki posiadają wybitną swoistość serologiczną, można bowiem było otrzymać u zwierząt doświadczalnych surowice odpornościowe, które dawały odchylenie dopełniacza z wyciągami alkoholowemi przeważającej liczby badanych raków. Niektóre nowotwory nie reagowały jednak z surowicami odpornościowymi. Bliższe badania anatomiczne i serologiczne wykazały, że raki odchylające się bardzo w swej strukturze od narządu wyjściowego, z bardzo posuniętą anaplazją, przeważnie nie reagowały *in vitro*. Nie ogłoszone jeszcze badania wyżej wzmiankowanych autorów wykazały, że nawet takie nie reagujące raki zdolne są wywoływać swoiste ciała odpornościowe. Tak np. udało się wywołać surowicę przeciwrakową przez uodparnianie króli zawieszoną wodną niereagujących *in vitro* raka sutka i raka jajnika. Surowice te dawały odchylenie dopełniacza jedynie z wyciągami alkoholowemi nowotworów reagujących, nie reagowały jednak zupełnie z nowotworami homologicznymi. W ten sposób zdołaliśmy wykazać, że antygeny rakowe znajdują się w bardzo wielu nowotworach, i że brak reakcji *in vitro* nie jest wyrazem braku swoistego antygeny. Ale i w rakach reagujących można było stwierdzić różnice ilościowe w zawartości antygenów rakowych. Nie uważaliśmy za wyłączone, że ujemne wyniki prac nad serodjagnostyką raka polegały na użyciu niewłaściwych, zbyt mało czułych antygenów. Stwierdzenie swoistej substancji rakowej, możliwość wybrania antygenów czułych, nasunęła myśl przystąpienia do sprawy serodjagnostyki raka na nowo.

Doświadczenia nasze, wykonywane w przebiegu tego roku za pomocą techniki, używanej w pracy H i r s z f e l d a, H a l b e r ó w n y i L a s k o w s k i e g o, dawały jednak z początku

\*) Praca wykonana z zapomogi Akademji Umiejętności z funduszu im. S. p. Tyszkowskiego.

wyniki ujemne. Należało się atoli liczyć z możliwością, że nawet nasze antygeny dobre, nie są zbyt czułe, ażeby być użytymi do stwierdzenia przeciwciał u człowieka. Przystąpiliśmy zatem przede wszystkim do opracowania techniki nowej, operującej, co prawda, tem samym ciałem chemicznym — antygenem rakowym, ale znajdującem się w stanie większej chwiejności. Takie uchwiejenie lipidów jest możliwe i dla doświadczonego serologa nietrudne. Wiemy, że stan fizyczny odczynników, używanych do serodjagnostyki kiły, ma wielkie znaczenie dla wyniku. Wrażliwość antygenów możemy zmienić za pomocą różnych zabiegów: przez szybsze lub wolniejsze dodawanie soli kuchennej, przez dojrzewanie antygenów w soli lub wodzie, dodatek cholesteryny itp. Za pomocą wszystkich tych zabiegów możemy zmieniać dowolnie drażliwość antygenów i zależnie od sposobu rozcieńczenia antygeny otrzymywać antygeny dające odczyn przebiegające szybko lub wolno, dające się stwierdzić gołym okiem (metody kłaczkujące) lub jedynie za pomocą odchylenia dopełniacza (metoda Bordet-Wassermann'a). Można było przewidzieć, że od podobnych czynników zależna będzie również drażliwość antygenów rakowych. Udało nam się rzeczywiście otrzymywać wyniki za pomocą metod kłaczkujących na podobieństwo odczynów Sachsa-Georgiego itp. W naszej pracy jednak została opracowana metoda uchwiejenia antygeny za pomocą dodatku cholesteryny i odchylenia dopełniacza. Dodatek cholesteryny zwiększa drażliwość antygenów 10–100-krotnie. Miano surowic odpornościowych badanych za pomocą antygenów z cholesteryną jest 10-krotnie i więcej wyższe.

Technika nasza jest następująca:

Przygotowanie wyciągów alkoholowych: tkankę rakową, pociętą nożyczkami, włożyć do butelki z perełkami i zalać 96% alkoholem w stosunku  $\frac{2}{10}$ , trząść przez kilka minut i następnie przez 9 dni zostawić w ciepłarce, wstrząsając codziennie kilkakrotnie. Po 9 dniach filtrować przez podwójną bibułę.

Sposób rozcieńczenia antygeny do odczynu: 0,3–0,35 ccm antygeny wlać do probówki i dodać 0,2–0,15 1% roztworu cholesteryny Kahlbau'a, następnie dodać szybko 3 ccm NaCl.

Technika odczynu odchylenia dopełniacza: 0,05 ccm surowicy nieczynnej, 0,2; 0,1; 0,05; 0,025 ccm. rozcieńczonego antygeny. 0,05 ccm. rozcieńczonego dopełniacza (5 dawek hemolitycznych) i 0,45 NaCl — 1 godzina przy 37°. Następnie 0,5 ccm 3% uczulonych wyrów. krwinek barana, na 15 minut do ciepłarki

Doświadczenia nasze wykazały, że można zapomocą w ten sposób uczulonych antygenów stwierdzić u ludzi chorych na raka przeciwciała rakowe. Tablica I daje zestawienie dotychczasowych badań.

Z tablicy wynika, że surowice w przypadkach raków żołądka, dwunastnicy, odbytnicy, macicy i sutka reagują z naszymi antygenami mniej więcej w  $\frac{2}{3}$  przypadków. Raki zewnętrzne wargi, skóry, twarzy, języka, pochwy i t. p. nie reagują prawie nigdy. Jedynie w jednym przypadku (*ca. striocellulara*), który rozwinął się na tle blizny po sparzeniu przed laty 20, widzieliśmy odczyn dodatni. Chcielibyśmy podkreślić, że odczyn są bardzo mocne, odpowiadają +++ odczynu Wassermann'a, miano surowicy wynosi często  $\frac{1}{300}$  i powyżej

Narząd wyjściowy raka	Liczba	Antygeny			
		Rakowe		Kiłowe	
		+	—	+	—
Żołądek, dwunastnica, odbytnica i t. d.	17	12	5	1	16
Macica	26	20	6	6	20
Sutek	12	6	6	2	10
Przełyk	4	1	3	—	4
Raki zewnętrzne	16	1	15	—	16

Surowice 2 chorych z rakiem krtani i jednego z rakiem płuc dały wynik dodatni przy ujemnym Wassermannie.

Powstaje jednak ważne pytanie, czy surowice rakowate reagują jedynie z antygenami rakowymi, i czy wyciągi alkoholowe raków reagują tylko z surowicami rakowatych. Doświadczenie nasze wykazało, że surowice z dodatnim odczynem Wassermann'a reagują również z antygenami rakowymi i że surowice chorych na raka reagują czasami z wyciągiem z serca a zatem dają dodatni odczyn Wassermann'a. O stopniu tej współreakcji i jej znaczeniu klinicznym będzie można powiedzieć coś pewnego po zbadaniu materiału większego. Zwraca jednak uwagę, że surowice chorych na nowotwory żołądka, reagowały w większości przypadków bardzo mocno z antygenami rakowymi i nie dawały nam nigdy dodatniego odczynu Wassermann'a. W przypadkach raka macicy i sutka otrzymaliśmy jednak w 25 proc. dodatnich odczynów rakowych również odczyn Wassermann'a dodatni, przyczem w większości przypadków rozchodziło się o chorych leczonych radem lub promieniami Röntgen'a. Jest rzeczą niezmiernie ciekawą, że przy ilościowym badaniu surowic rakowatych reagują zwykle znacznie mocniej z antygenami rakowymi, podczas gdy surowice kiłowe tych różnic po większej części nie wykazują. Następujący protokół ilustruje te spostrzeżenia. Należy jednak zaznaczyć, że takie różnice występują niezawsze i że surowice kiłowe ze słabym lub wątpliwym odczynem Wassermann'a czasami reagują niemniej z antygenami rakowymi.

Drugie pytanie: czy surowice ujemne podług Wassermann'a reagują czasami z antygenami rakowymi? Należy tutaj przede wszystkim badać surowice w przypadkach niekiłowych, u gruźlików i u kobiet brzemiennych. Otóż materiał naszej stacji Wassermannowskiej składa się jedynie z surowic ludzi, podejrzanych na kiłę lub leczonych. Dotychczas zbadaliśmy 113 przypadków i otrzymaliśmy w 8 przypadkach odczyn dodatni. Na 15 przypadków gruźlicy rozpadowej odczyn rakowe były zawsze ujemne. W ten sposób otrzy-

## ROZCIĘNCZENIE SUROWICY

Nazwisko	Rozpoznanie	1/20	1/40	1/80	1/160	1/320	1/640	Antygeny
J.	<i>Ca ventriculi</i>	+++	+++	++	++	+	±	rakowy
			—	—	—	—	—	Wassermanowski
M.	<i>Ca colli uteri</i>	+++	++	++	±	—	—	rakowy
		+++	++	±	—	—	—	Was.
S.	<i>Ca recti</i>	+++	+++	+++	+++	+	±	rakowy
		+++	+++	+	±	—	—	Was.
Seksja 867	<i>Ca scirrhus. ventr</i>	+++	++	±	—	—	—	rakowy
		—	—	—	—	—	—	Was.
Seksja 890	<i>Ca pylori</i>	+++	++	+	—	—	—	rakowy
		—	—	—	—	—	—	Was.
Seksja 909	<i>Ca hepatis</i>	+++	+++	+++	+++	+	—	rakowy
		+	—	—	—	—	—	Was.
I	<i>Lues</i>	+++	+	±	—	—	—	rakowy
		+++	+	—	—	—	—	Wassermanowski
II	<i>Lues</i>	+++	+++	+++	±	—	—	rakowy
		+++	+++	+++	±	—	—	Wassermanowski

musimy 6 proc. dodatnich odczynów rakowych w materiale kilowym ujemnym. Jeżeli porównamy to z odsetkiem dodatnich odczynów rakowych w przypadkach raka żołądka, jelit macicy i sutka, po odliczeniu wszystkich surowic dodatnich podług Wassermanna, to otrzymamy 60 proc. Różnice te są tak wielkie, że przemawiają za swoistością odczynu rakowego. Dlatego też jest prawdopodobne, że tych kilka dodatnich przypadków surowic stacji Wassermanowskiej, dadzą się wytłumaczyć słabym i niezauważonym odczynem Wassermanna.

Jest sprawą teoretycznie i prawdopodobnie praktycznie niezmiernie ważną, że surowice kobiet brzemiennych w wysokim odsetku przypadków dają mocne odczyny z antygenami rakowymi. Na 44 badanych surowic 29 było

dodatnich. Że nie mamy tutaj do czynienia z odczynem nieswoistym, można było wnioskować z tego, że surowice te nie reagują z wyciągami raków niereagujących ani serca, mają zatem odczyn Wassermanna ujemny, zaś nasilenie odczynu antygenem rakowym nie ustępuje surowicom chorych na raka. Jeżeli odczyn nasz okaże się dość wczesny, to sprawa serodjagnostyki ciąży byłaby praktycznie rozstrzygnięta. Prace w tym kierunku są w toku.

Niezależnie jednak od tych wniosków praktycznych musimy zwrócić uwagę na znaczenie teoretyczne tego zjawiska. Należy z dużym prawdopodobieństwem przypuścić, że z rosnącego płodu przechodzą antygeny do ustroju matki, wywołując tam przeciwciała stwierdzalne za pomocą wycięcia z raka. Można by z wyciągów przypuścić,

że „antygeny“ znajdujące się w rakach, pobudzają tkankę do bujania i wzrostu, że być może, rozchodzi się tutaj o hormony wzrostowe, identyczne lub podobne do siebie w płodach rosnących i w rakach. Badanie z antygenami, znajdującymi się w wyciągach płodu i dokładne ich porównanie z antygenami rakowymi będzie mogło rozstrzygnąć tę sprawę. Jeżeli jednak za pomocą metod serologicznych uda się stwierdzić identyczność obydwu ciał, to będzie to oznaczało nie tylko wprowadzenie metod serologii do zagadnień hormonalnych, ale sięgnęłoby za pomocą nowej metodyki do samej istoty bujania tkanek i wzajemnego stosunku tkanki płodowej i rakowej.

Jak moglibyśmy sobie wytłomaczyć zjawisko, że surowice kiłowe dodatnie prawie zawsze reagują z antygenami rakowymi, zaś surowice rakowatych czasami reagują z antygenami, używanymi do serodjagnostyki kiły? Jak wiadomo, w niektórych stanach fizjologicznych i patologicznych można stwierdzić czasami słabo dodatni odczyn Wassermann'a lub Sachs'a-Georgiego. Każdy doświadczony serolog wie, że antygeny zbyt wrażliwe reagują czasami z surowicami gruźlików, brzemiennych i rakowatych. Sachs sędzi, że mamy w tych przypadkach do czynienia z nieswoistym uchwiejeniem globulin w myśl dawnych spostrzeżeń Hirszfelda i Klingera. Ujęcie to opiera się na spostrzeżeniu, że w tych stanach występuje zwiększona opadalność krwinek i pewne zmiany fizyczne surowicy. Ujęcie Sachs'a jest jednak hipotetyczne. Istota odczynu Wassermann'a polega na strącaniu zawieszin lipoidalnych przez surowice kiłowe. Najprawdopodobniejsze wytłomaczenie istoty odczynu Wassermann'a zostało wysunięte przeszło 20 lat temu przez Weila i Brauna, że mamy do czynienia z przeciwciałami, powstającymi na skutek rozpadu własnej tkanki. Sachs i jego uczniowie, opierając się na nowszych badaniach Landsteina nad lipoidami (pojęcie haptenu), bronią tej tezy. Naszym zdaniem, należałoby to pojęcie rozciągnąć i na inne stany chorobowe i odróżnić dwa rodzaje odczynów odpornościowych:

- a) występujące przeciwko czynnikowi etiologicznemu
- i b) przeciwko produktom rozpadu własnej tkanki.

Pojęcia o klinicznej swoistości serodjagnostyki

opierają się na przypadkowej swoistości gątkowej bakterij chorobotwórczych. W przypadkach chorób, które chcielibyśmy nazwać rozpadowymi, sprawa swoistości musi się przedstawiać inaczej, niż przy odporności etiologicznej. Rak zawiera również i takie lipoidy, które są zawarte w tkankach normalnych. Jeżeli zatem nie uda się chemicznie oddzielić lipoidów swoistych dla raka od lipoidów „normalnych“, to surowice kiłowe muszą reagować nie tylko z lipoidami tkanek normalnych, ale i z lipoidami rakowymi. Z drugiej strony, trzeba się liczyć również z tem, że przy rozpadzie raka będą działały antygeny w ustroju nie tylko swoiste lipoidy rakowe, ale i inne, również zawarte w nowotworze. Dla tego *a priori* należy oczekiwać, że niektóre surowice rakowatych będą reagowały również z lipoidami, używanymi do odczynu Wassermann'a. Jest rzeczą znaną, że w kilku przypadkach raka sutka i macicy otrzymywaliśmy obydwa odczyny (nasz i Wassermannowski) dodatnie, mimo, że ani anamnezy, ani badanie kliniczne nie wskazywały na kiłę przebytą. Być może, nowotwory macicy i sutka zawierają więcej lipoidów nieswoistych, niż nowotwory żołądka, lub też pod wpływem naswietlania radem następuje również rozpad tkanki normalnej a, co zatem idzie, przeciwciała przeciwko nim, reagujące zatem z wyciągiem serca. Dalsze badania będą mogły sprawdzić, które z tych przypuszczeń jest słuszne.

Sprawa praktycznej wartości naszego odczynu, wzgl. wykorzystania dla klinicznej oceny przebiegu choroby będzie przedmiotem dalszych prac.

#### Streszczenie.

Badania powyższe wykazały, że udaje się stwierdzić w surowicy ludzi rakowatych swoiste ciała odpornościowe przeciw rakowe. Dla wytłomaczenia swoistości odczynu stwarzamy pojęcie odporności rozpadowej. Nie oznacza to, że tkanka musi się w sposób histologicznie uchwytany rozpaść, a jedynie, że wchłaniają się elementy antygenne, które wywołują autoprzeciwciała. Surowice brzemienne reagują również z antygenami rakowymi, co będzie mogło posłużyć prawdopodobnie za podstawę serodjagnostyki ciąży i wprowadzić metody serologiczne do spraw hormonalnych. Być może, że przez rozciągnięcie tych badań na narządy da się również stwierdzić umiejscowienie zmian patologicznych, względnie przerzutów.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Miejskiego Zakładu Położniczego Św. Zofii.  
(Naczelny lekarz: Dr. St. Zabrowski)

#### Stare w położnictwie w szacie odnowionej.

Podał

E. BIRSOWSKI (Warszawa).

Nie ucichła jeszcze polemika namiętna w świecie położniczym w związku z zaproponowa-

ną przez M. Hirscha t. zw. „nową orientacją“ w położnictwie. Propozycja ta zmierzająca do szerszego, niż dotychczas stosowania cięcia cesarskiego brzuszno we wszelkiego rodzaju znaczniejszych przeszkodach, powstałych ew. mogących powstać podczas porodu, ujęta została przez jej autora w sposób następujący: „Zasadą podstawową nowej orientacji położnictwa jest zaniechanie

wszelkiego rodzaju wewnętrznego badania oraz operowania, ew. wykonywania większych zabiegów położniczych u chorej w domu. Operowanie położnicze należy zasadniczo i wyłącznie do kliniki, szpitala, zakładu. Jedynie wtedy, gdy cięcie brzuszne stanie się dominującym zabiegiem we wszelkich powikłaniach porodowych, będzie ono w stanie dźwignąć sztukę położniczą z tej stagnacji, z tego punktu martwego, do którego doprowadziło ją dotychczasowe postępowanie położnicze i tylko w ten sposób, twierdzi Hirsch, może się nam udać uratować życie tych 6000 matek i blisko 85000 dzieci, padających rok rocznie w Niemczech ofiarami wyczekującego postępowania położniczego w przepełnionej drobnoustrojami pochwie". Pomijając dodatnie przy cięciu wyniki dla dziecka, spodziewa się H. w ten sposób obniżyć cyfrę śmiertelności i matki z obecnej 1,4 — 4,2 proc. (przy kraniotomji dochodzącej do 10 proc., a przy rozkawaleniu nawet do 25 proc) do 1,3 — 2 proc. Myśl ta bynajmniej nie jest nowa dla położników, (w zakładzie Św. Zofji cięcie cesarskie: w rzucawce (*eclampsia*), średn. stopnia zwężeniach przy powolnym rozwieraniu się ujścia z zagrożeniem życia dziecka, stare pierwiastki, *placenta praevia*) w życie częściowo wprowadzana była jeszcze przed „nową orientacją“ przez Pankowa, Jaschke, Sellheima, Stoekli i in. Spotkała ją jednak burza protestów, bo — rzecz prosta — godziła w same podstawy postępowania dotychczas przeważającej części położników. W ślad za starym mistrzem położnictwa Winterem przeciw Hirschowi wystąpili Sachs, Eberhardt, Momburg, Hammerschlag, Strassmann i in. z krytyką samego materiału podstawowego (danych statystycznych) przez H. podanego, jak również jego wniosków „rewelacyjnych“. Słusznie zarzucają Hirschowi, iż „nowa orientacja“, w ogromnym stopniu powiększając liczbę cięć cesarskich, niepotrzebnie zbacza z drogi, przez naturę wskazanej już przy średniego stopnia przeszkodach ew. powikłaniach porodowych, naraża zatem pacjentki na ciężkie ew. następstwa pooperacyjne (rozstęp mięśni brzucha z ewent. następczą ewenteracją, pęknięcia macicy, rzadkie, prawda, przetoki brzusznomaciczne, zrosty), zniechęca wogóle kobietę do dalszych ciąż i w ten sposób drogą pośrednią grozi ewentualnym zmniejszeniem się liczby porodów i wreszcie czyni prawie niemożliwą prywatną praktykę położniczą.

Ostatnio Kraul (klinika Pehama) podaje 3 proc. śmiertelności matek po cięciach, przyczem u P. wszystkie niepewne (pod względem aseptyki) przypadki zasadniczo nie podlegają cięciu — natomiast stosuje P. amputację, ew. wycięcie macicy w takich razach, gdy nie udaje się porodu zakończyć *per vias naturales*.

Wszakże dużą niezaprzeczną zasługą Hirscha jest, iż on pierwszy poruszył w całej pełni, pierwszy zmusił szeroką opinię położniczą do zastanowienia się nad tym bądźco bądź, przykrym faktem, iż nawet w Niemczech przy tym wysokim poziomie kultury, techniki lekarskiej i aseptyki, tyle jeszcze kobiet, spełniających swój obowiązek macierzyństwa, oddaje przytem w ofierze swoje życie.

Wiadomo, iż wywody swoje Hirsch opiera

między in. i na ostatnich danych Schottmüllera, według których drobnoustroje chorobotwórcze, które daje się stwierdzić w pochwie każdej kobiety — podczas ciąży i porodu znajdują się w stanie równowagi chwiejnej. Chwiejność tę ręczne badanie albo narzędzie zamieniają w stan czynny. Dlatego właśnie H. żąda *noli tangere* dróg rodnych przez pochwę. Tylko operowaniem przez powłoki brzuszne można osiągnąć — twierdzi wraz z Eversmanem — pożądany stan aseptyczny w sensie Semmelweissa.

Do wręcz odmiennych wniosków przychodzą Baisch, Ostrcil, Aschner, Bauer i in. O ile przyznać rację — mówią — twierdzeniu, że drobnoustroje, bytujące w pochwie, mogą zawsze stać się groźnym niebezpieczeństwem dla rodzącej, trzeba jednak zgodzić się z tem, że to niebezpieczeństwo staje się groźnym dopiero od chwili, gdy poród z jakichkolwiek powodów przedłuża się, że to właśnie przedłużenie wzmacnia siłę chorobotwórczości bakteryj. Groźniejszym jednak powodem zaatakowania całego ustroju przez bakterje hemolizujące będzie zabieg operacyjny (krwawy) w pochwie — tu otwiera się cała sieć większych i drobnych naczyń, któremi drobnoustroje przedostają się do krwiobiegu. I dlatego Aschner, Bauer i in. upatrują główną przyczynę wysokiej śmiertelności matki i dziecka w zbyt zwlekającym postępowaniu dotychczasowym położnika, zmuszającym go w następstwie do poważniejszych zabiegów pochwowych. Wiadomo, że bierny stosunek akuszerów podczas przedłużającego się porodu opierał się na tem, że spostrzeżenia dowiodły, iż nawet w razie zwężenia miednicy do 8 — 10 *conj. vera* kobieta była w stanie urodzić samoistnie — wprawdzie po wysileniu się nadzwyczajnym. Stąd wyprowadzało się wniosek, iż całą uwagę należy skupiać na kośćcu, zapomniano natomiast o doniosłym znaczeniu dróg miękkich. Tymczasem wg Baischa i in., należy baczniejszą uwagę zwracać podczas przewlekłych porodów na anomalje dróg miękkich (*asthenia*, otyłość nadmierna, stare pierwiastki), aniżeli na zwężoną miednicę (średniego stopnia). O ile więc zawczasu zapobiegawczo przyjdziemy z pomocą słabemu niewystarczalnemu organizmowi, przeważnie w okresie I — w dużym stopniu zapobiegniemy znacznej liczbie groźnych powikłań, jak np: wtórnemu osłabieniu bólów, nadmiernemu rozciągnięciu dolnego odcinka mac., pęknięciu macicy, podniesionej t<sup>0</sup>, (samozakażenie z powodu przedłużania się porodu), kraniotomji, embriotomji, nacinaniu szyi i t. d. „Niech słońce dwukrotnie nie zachodzi nad rodzącą“ brzmią słowa Döderleina. Niestety, zasada ta — twierdzi Bauer — nie spotkała się z należytyym posłuchem wśród położników. Zasadą winno się stać, iż poród trwający ponad dobę, nie może już być zaliczony do normalnych, a więc wymaga interwencji zapobiegawczej. I rzeczywiście, z wielu wielu stron słyhać obecnie nawoływania do większej, niż dotychczas, aktywności (Döderlein, Aschner, Baisch, Ostrcil i in.). Sprzeczność zdań istnieje tylko co do momentu, w którym należy przystąpić do zabiegu w I albo II okresie. Wg Baischa, Aschnera i in. należy interwenjować w I okresie, o ile poród się przedłuża ponad 12 — 18 godzin u pierwiastek, a 6 — 9 g. u wieloródek

nawet i w tym razie, gdy ani matka, ani dziecko nie sygnalizują niebezpieczeństwa. Skrócenie zbyt przedłużającego się I okresu daje się osiągnąć, jak wiadomo, za pomocą metreuryzy, nacięcia szyjki macicy i ręcznego rozszerzenia ujścia zewnętrznego. Przy odkażeniu więc odpowiedniemi rękami, używaniu gumowych rękawiczek, unikaniu materiału zakażonego, operowaniu w samym tylko ujściu zewnętrznym (nie przekraczając go) prawie że wyłączona jest możliwość zakażenia — twierdzą wyżej wspomniani autorzy. Są oni przeciwnikami metreuryzy, odpychającej jakoby część przodującą, zmieniającej nieraz ułożenie jej na mniej korzystne, powodującej czasami wypadnięcie rączek pępowiny, bezpośrednio wprowadzającej zakażenie do jamy macicy; tembardziej wypowiadają się przeciwko nacięciom szyi.

Ostrcił już w r. 1903 wypowiada się (ponownie w r. 1926) za przyspieszeniem porodu w I-ym okresie przez rozszerzenie ręczne, naddarcie pęcherza i zastrzykiwania pituitryny. Baish również jest za ręcznym rozszerzeniem przy ustaleniu się i trwaniu bólów i przy nierozwieraniu się ujścia (brak pęcherza, stare pierwiastki, przodujące pośludki)

Podobnie i Aschner na podstawie długoletnich spostrzeżeń przychodzi do wniosku, iż przeważająca część przewlekłych porodów polega nie tyle na nieprawidłowej budowie kośćca miednicy, ile na anomaljach dróg miękkich rodnych — zaleca zatem zapobiegawczo rozszerzenie, pituitrynę oraz narkozę eterową. Do tego samego poglądu przyłącza się i A. Mayer. Dość częste — wg niego — są przypadki, gdy przy badaniu trudno dostać się palcem badającym do ujścia zewnętrznego, które ustawione jest ekscentrycznie, gdy bóle wypierają główkę na przednie sklepienie, przez co ujście zewnętrzne nie może się rozszerzać. W takim przypadku prawidłowe ustawienie ujścia

pośrodku, bywa wielką pomocą, przynosi ono bowiem dość często dużą ulgę rodzącej i przyspiesza znacznie poród.

I z grona francuskich położników, zwolenników zasadniczo wyczekującego postępowania — ostatnio słyszymy również głosy aktywniejsze. Tak Bolard, Mahon wypowiadają się za interwenjowaniem przy przedłużaniu się porodu ponad 13 — 18 g. u pierwiastek i 8 — 9 g. u wieloródek. Zalecają oni oprócz ręcznego rozszerzenia jeszcze i znieczulenie lędźwiowe, powodujące jakoby hipotonję szyi macicznej, mięśni pochwy, krocza z jednoczesną hipertonią mięśni macicy.

Więc to ma być tem nowem słowem w położnictwie? — zadaje sobie pytanie Bauer. Twierdzi on, iż czas już najwyższy skończyć z dużą chirurgją w położnictwie, z przesadzaniem niebezpieczeństwa normalnej flory pochwowej, nabierającej dopiero cech groźnych, gdy poród nienormalnie długo się przeciąga, albo gdy zakończenie wymaga rękoczynu krwawego w pochwie. Dbajmy więcej — woła — o naturalne oszczędzające środki pomocy położniczej; skrócenie czasu I okresu zdaniem jego, będzie w stanie zapobiec przeważnej liczbie powikłań (przy przeciętnie norm. miednicy) i znacznie przyczynić się do dużej poprawy niezbyt świetnego bilansu położniczego za ostatnie kilka dziesięcioleci.

Widzimy tedy jak rozciąga się pomiędzy 2 biegunami krańcowymi współczesna myśl położnicza — od ultrachirurgicznego nastawienia Hirscha, aż do najdalej posuniętej bezkrwawości Bauera, Aschnera i in. Jedno łączy je — nawoływanie do aktywności, co jest cechą naszego czasu. Bo, mając na względzie przedewszystkiem — jak i przedtem — zdrowie matki, powinniśmy jednak się kierować hasłem Fraenkla, według którego „każdy donoszony płód winien żywy opuścić łono matki“.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek

### Historja i Filozofja Medycyny.

∞ Prof. W. SZUMOWSKI. *Historja medycyny filozoficznie ujęta. Medycyna starożytna.* (Wyd. Gebethnera i Wolffa, Kraków 1930. Cena 5.70.)

Pisząc przed laty 20-tu o słabem przygotowaniu historyczno-filozoficznym naszych lekarzy i o zupełnym prawie zamarcu zainteresowania dla tej dziedziny, poleciłem wówczas pewne ciekawsze monografie zagraniczne oraz specjalne rozdziały z lepszych podręczników do tłumaczenia, względnie streszczenia (Pagela, Puschmanna, Neubürgera).

Wracając do tejże sprawy przed 2-ma laty w Polsce Odróżnionej na łamach „Warsz. Czasop. Lekar.“ z okazji bardzo pochlebnej oceny przez prof. Siegerista z Lipska wykładów historii i filozofji medycyny. Na wszechnicach Rzeczypospolitej pisałem, cytując artykuł tejże treści prof. Szumowskiego: „Czas nagli! Wobec dużych pochwał i wielkiego uznania dla naszego formalistycznego wykładnictwa historii medycyny oraz stawiania Polski na pierwszym miejscu czas pomyśleć o pochwałach dla naszej konkretnej działalności historyczno-lekarskiej, a wstępem dla tej ostatniej byłby na razie dobry podręcznik przedewszystkiem, który da młodemu pokoleniu właściwy umiar i pokaże granice przygotowania i sprawności technicznej i naukowej, co najlepiej

można osiągnąć przez szerokie ujmowanie zagadnień na tle historyczno-filozoficznym. Dziś niema potrzeby uprawiać historii medycyny, lub filozofji medycyny na drodze samouctwa i nietylko niema potrzeby, ale jest nawet potrzeba, żeby tego ile możności, unikać. Potrzebna jest ciągłość naukowa. Na to są katedry, żeby uczyły.“

Z wielkiem przeto zaciekawieniem i zadowoleniem otworzyłem laskawie mi nadesłaną l-ą część „Historji medycyny“ prof. Szumowskiego, skądinąd zaszczytnie znanego z dawnych prób w tym kierunku (Medycyna jako nauka i jako sztuka, 1927; Empiryzm i racjonalizm w medycynie i w jej historii, 1926) i większych monografij z historii medycyny Polski przedrozbiorowej.

Z góry sobie powiedziałem, że autor *sua sponte* utrudnia sobie zadanie, zapowiadając „ujęcie filozoficzne“ tematu. Ale też nie mógł tego nie uczynić dr. med. i dr. fil. w jednej osobie, pisząc o „medycynie starożytnej“.

Wprawdzie co innego jest pisać o faktach, bliskich nam, a zupełnie co innego o zdarzeniach, dzielących nas nie jednym tysiącleciem. Nie każdy artysta, malujący dobrze obraz z bliską perspektywą, potrafi to samo robić, gdzie chodzi o horyzont szeroki, ginący w dali bezbrzeżnej. A w historii perspektywa odgrywa wszak rolę nie mniejszą, jeśli nie większą



Kreśląc w kilku słowach we wstępie początki medycyny, zwłaszcza zabiegi lecznicze u zwierząt i medycynę ludów pierwotnych (magizm, rytualizm, supranaturalizm, teurgję, taumaturgję), przechodzi autor do okresu najdawniejszej cywilizacji poprzez Mezopotamię i Egipt, medycynę ludową ndji i Chin, lecznictwo prymitywne Persów, higienę społeczną i sztukę sanitarną Żydów do medycyny greckiej i rzymskiej. I tutaj analizuje Szumowski naukę t. zw. filozofów-lekarzy (Pytjagoras, Empedokles), by tą drogą przez Demokryta z Abdery, symptomatyka i prognostyka, oraz rówieśnika jego Hippokratesa z Kos, ojca medycyny, fizjatri-racjonalisty i empiryka-naturalisty, wrócił do rozkwitu filozofii greckiej w związku z medycyną późniejszą, częściowo już o nauki przyrodnicze opartą.

Od Platona, filozofa, zapatrzonego w ideały prawdy, piękna i dobra, oraz Arystotelesa ze Stagiry, największego z myślicieli i przyrodników starożytnych od epikurejczyków z materializmem, mechanizmem i atomizmem oraz stoików z panteizmem, fatalizmem i teleologizmem w naturze, kroczy autor śmiało ku słynnej szkole aleksandryjskiej, w której tkwią zarodki anatomii naukowej, zatrzymując się nieco dłużej na racjonalistach (Herofilos, Evaristratos) i późniejszych empirykach (Serapion, Glaukius) Grecji starożytnej.

Nieco luźny, chwilami bezprzyczynowy zdaje się być związek medycyny Aten z załączkiem sztuki leczniczej dawnej Romy, tej Romy, która według Olimpjusza pierwsze sześćset lat bez lekarzy się obchodziła. Posiadała wprawdzie mitologia rzymska swoją Minerva medica, Apollo Salutaris Aesculapius, Den Valus, ale z lekarzem zawodowym spotykamy się dopiero w I wieku przed Chr., Asklepiadem, emigrantem greckim zdeklarowanym zwolennikiem atomizmu i materializmu Demokryta, nie wierzącego w magię i duchy, celowość i cuda, jednocześnie nieubłaganym krytykiem zasad i dogmatyzmu Hippokratesa. Za nim idzie szkoła asklepiadów, czyli metodyków (Sovanus efezki, wódz metodyków, i Tessalus, powierzchowny pogromca lekarzy racjonalistów) z ich patologią solidarną, szablonową, nie indywidualizującą a przeto bezkrytyczną oraz w drugiej linii szkoła encyklopedystów (Celsus, Dioscorides, Plinusz starszy), prowadzące bezpośrednio do złotej epoki Galena z małoazjatyckiego Pergamonu pochodzącego, Galena, który uważał, że Hippokrates wytknął drogę medycynie, on zaś ją wyrównał i ogłosił udostępnił.

Równolegle z działalnością Galena, reformatora i kodyfikatora medycyny, spekulacyjnego racjonalisty i pospolitego ekletyka, powstają w t. zw. złotym wieku cesarstwa, na schyłku 2-go stulecia po Chr. w chwili rodzącego się chrześcijaństwa nastroje filizoficzno-religijne Romy monarchistycznej, gdzie obok poważnego lekarza, przez władze nostyfikowanego, grasuje legalnie i na jednakowych prawach lekarz partacz, szalbierz i cudotwórca.

Ogólnym rzutem oka na medycynę kończy autor pierwszy tom, rzutem bardzo udatnym, dla uczącego się wielce suggestywnym, jako re umé. Zwraca Szumowski uwagę, że naród grecki, wolny od mistycyzmu (wcześniejszych Żydów i późniejszych chrześcijan Ref.) stworzył medycynę teoretyczną i praktyczną, naukę i sztukę, szukając wiedzy dla samej wiedzy. Systematyczność z umiejętnością stawiania prognozy znajdujemy już w tej medycynie starożytnej, wprawdzie mniej u oryginalnego i „większego” Hippokratesa, więcej u kompilacyjnego i „mniejszego” Galena. Wobec braku uporządkowanego szkolnictwa lekarskiego, wobec braku państwowego nadzoru nad praktyką lekarską brakło postępującego rozwoju i stałej ciągłości medycyny, która zawdęczała wszystko nie pracowitości masy lekarskiej, lecz pojedynczych

genjalnych jednostek. W zakresie etyki zawodowej, deontologii lekarskiej i wogóle pojmowania istoty i zadań korporacji lekarskiej oraz warunków do jego wykonywania starożytność stworzyła dwa biegunowo różne poglądy. Jeden wymagający wieloletnich, drugi zaledwie kilkomiesięcznych studiów medycyny; jeden, lekarzy z dużym teoretycznym wykształceniem; drugi z minimalnym wyłącznie praktycznym przygotowaniem; jeden, tworzący lekarzy-zawodowych, fachowców sumiennych i etycznych (archijatra), drugi partaczy szablonowych, nieuków i szalbierzy, pasterzy i znachorów (farmakos).

Brak ustalonych faktów z anatomii i fizjologii, brak chemii i uzasadnionej epidemiologii, brak logicznego wnioskowania terapeutycznego wbrew popularnej zasadzie *post hoc ergo propter hoc*, tłumaczy nam w tej medycynie grubie naciąganie faktów w anatomii, przewagę finalizmu w fizjologii, mętne i niejasne formułowanie praw w rodzaju *horror vacui*, *error loci*, *sympathia reactionis*, więcej spekulacji, niż eksperymentu, więcej fantazji, niż opisu, więcej symptomatyki, niż klasyfikacji. Podobnie i chirurgia starożytnych, która doszła do wysokiego poziomu rozrostu więcej się opierała na empirji, niż na dokładnej anatomii i fizjologii.

Mniej miejsca poświęca autor charakterystyce medycyny nieoficjalnej, kultowi bogów, leczących chorób, neoplatonizmowi Plotynaz III w., systemowi emanacji duchów, światu pełnemu istot nadprzyrodzonych, niższych i wyższych, okresowi astrologii i nauki o sympatjach i antypatjach, epoce rywalizacji cudotwórców pogańskich, żydowskich i chrześcijańskich i t. p.

Taka jest w głównych zarysach książka prof. Szumowskiego. Wszystkie zarzuty, jakie mógłbym jej zrobić, są wagi drugorzędnej, drobne i formalne, jak np. częste porównywanie i analogizowanie z nowożytnością — (to znieszczała poniekąd linię artystyczną — np. definiowanie greckiej empirji przez niemiecką Erfahrung, dygresję w stronę filozofa Bergsona przy charakterystyce *homo sapiens, ferus, tuber*, w stronę szwajcarskiego weterynarza średnowiecza przy mowie o dawnym cięciu cesarskim, w stronę staropolskiego zielnika *Syviusza* przy mowie o medycynie ludów pierwotnych i t. p.).

Uważałbym również za zbyt liczne we względnie krótkim podręczniku historyczno-lekarskim mało mówiące ryciny i ilustracje (znachora indyjskiego, demona pierwotnych ludów, opatrunków Achillesa, chińskiego krzesła sprawiedliwości, garbatej mumji egipskiej, wodociągu star. rzymskiego i t. p.). Ale drobne te usterki nie zmniejszają bynajmniej wartości pedagogicznej bardzo udatnego pod innymi względami podręcznika polskiego i niezmiernie taniego.

H. Higier (Warszawa)

### Anatomja normalna i patologiczna.

Marja SCHWIENHORST. Badania nad wpływem naświetlań promieni Roentgena na fagocytozę ziarniaków przez komórki siateczkowo-śródbłonkowe. (Ziegler's Beitröge T. 81, r. 1928/29, S 375-390).

Szczury naświetlano promieniami R. (bez filtru lub też z jego użyciem) a następnie do obnażonej żyły udowej wstrzykiwano w roztworze fizjologicznym NaCl osłabioną przez ogrzanie hodowlę agarową gronkowców. W czterech serjach doświadczonych gronkowce wstrzykiwano po naświetlaniu 1) tego samego dnia, 2) następnego, 3) po upływie 2 dni i 4) po upływie 3 dni; w serji piątej — najpierw zakażano zwierzęta, a następnie je naświetlano.

Zmiany powstałe u zwierząt doświadczalnych, porównywano ze zmianami u zwierząt kontrolnych.

Wyniki badań wykazały, że promienie R. osłabiały zdolność odczynową (fagocytozę) komórek U. S. L. a nawet do-

prowadzały niemal do całkowitej ich niedomogi. Szczegóły tych wyników autorka ujęła w sposób następujący:

1. U zwierząt normalnych fagocytyją bardzo żywo leukocyty, monocyty i komórki S. Ś. (zwłaszcza gwiazdkowate wątroby). Komórki gwiazdkowate powiększają się i odradzają. Drobnoustroje znikają z krwi bardzo szybko.

2. U zwierząt zakażonych natychmiast lub w parę (3) godzin po naświetleniu, fagocytoza jest mniej więcej taka sama, jak u zwierząt kontrolnych. Nigdy jednak nie nasilała się ani też ziarniaki nie znikaly szybciej ze krwi. W śledzienie limfocyty ulegały rozpadowi, a grudki zanikowi.

3. U zwierząt zakażonych w parę dni (1—2—3) po naświetleniu, leukocyty znikaly zupełnie ze krwi, a ziarniaki przez czas dłuższy w niej krążyły. Śledziona ulegała znacznym zmianom. W skutek uszkodzenia komórek S. Ś. ich zdolność żerna maleje. Komórki gwiazdkowate wyrocznieją i ulegają rozpadowi, śródbłonki nie odrastały. Przegrody międzypęcherzykowe płuc były szerokie, obrzękłe z nielicznymi komórkami (odwrotnie niż u kontrolnych). Komórki przegród fagocytowały ziarniak (wbrew twierdzeniu Seemanna, a w myśl poglądów Oellera). W nerkach szczurów naświetlanych było mało gronkowców, podobnie jak i u kontrolnych, z tą różnicą, że u pierwszych leżały one w świetle naczynek włoskowatych, a u drugich były zfagocytowane przez śródbłonki pętli kłębków nerkowych.

4. U naświetlonych zwierząt, badanych po upływie jednego lub więcej dni od zakażenia, skupienia bakteryjne znajdowały się przedewszystkiem w naczyniach włoskowatych płuc i śledziny. Zierzęta naświetlone giną wskutek zakażenia szybciej od kontrolnych.

5. Wytwarzanie aglutynin ulegało zahamowaniu (porażenie narządu wytwarzającego, którym są według Löwena leukocyty oraz miejsca ich wytwarzania w układzie krwionosnym). Pozornie odmienne wyniki zależąć mogą od nieuwzględnienia czasu, jaki upłynął między naświetleniem i przeprowadzonym badaniem, gdyż wskutek uszkodzenia komórek S. Ś. może we krwi zwiększyć się przejściowo ilość aglutynin i bakteriolizyn. Nie wskazuje to jednak na wzmożone ich wytwarzanie.

Dodatnie wyniki naświetlań promieniami R. w schorzeniach zapalnych zależałyby nie od wzmożonej czynności śródbłonek i innych niszczących drobnoustroje komórek, lecz prawdopodobnie od uwolnienia się ciał obronnych z uszkodzonych pod wpływem naświetlania komórek S. Ś. oraz od leukocytozy, zależnej od słabych dawek promieni.

Naświetlanie nigdy nie wpływało jako czynnik wzmagający fagocytozę komórek.

W. Czarnocki.

NISHII RETSU. Zmiany w nerkach królika wskutek utrudnionego odpływu krwi żyłnej. (Zieglers Beiträge S. 82, R. 1929, z. I. s. 112 — 12).

Badania doświadczalne zostały przeprowadzone na 11 królikach i jednym psie. Polegały one bądź na całkowitem zamknięciu światła żyły nerkowej, bądź też na jedno — lub parokrotnem zwężeniu jej koryta.

Wyniki badań wskazują, że u królików zamknięcie światła żyły nerkowej bardzo szybko wywołało martwicę nerki z wyjątkiem małych jej odcinków, leżących w pobliżu wnęki (najkorzystniejsze warunki dla rozwoju krążenia obocznego). Znaczne lecz stopniowo powstające zwężenie światła żyły nerkowej sprowadzało tylko nieznaczne zmiany w nerkach (możność wyrównania powstałych zaburzeń przez krążenie oboczne).

Objawy kliniczne zamknięcia żyły nerkowej polegały na krwiomoczu (przez parę dni) i przejściowem zmniejszeniu ilości wydzielanego moczu w ciągu 4—5 dni po zabiegu operacyjnym.

Zmiany anatomiczne, po przejściowem powiększeniu nerki (przekrwienie), postępują e jej zmniejszanie się, rozległa martwica; z biegiem czasu, coraz rozleglejsze odkładania się soli Ca, a czasami nawet wytwarzanie beleczek kostnych.

U psa zmiany nawet po całkowitem zamknięciu koryta żylnego były znacznie mniejsze niż u królika.

W. Czarnocki.

## Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu

Gustaw SINGER. Jak winien zachowywać się lekarz praktyk w przypadku ostrej i przewlekłej posocznicy poanginowej. (Wiener klin. Wochschr. 1929 r. Nr. 32.)

Cały szereg badań i obserwacji klinicznych z ustaloną pewnością stwierdza, że punktem wyjścia stanów septycznych ogólnych ostrych i przewlekłych z zajęciem różnych narządów są b. często migdałki podniebienne. Związek schorzenia z migdałkami należy oczywiście ustalić drogą badania samych migdałków oraz odpowiednich badań bakteriologicznych krwi. Obserwujemy postaci ostrej posocznicy piorunujące, gdzie od samego początku choroby stan pacjenta jest ciężki, typowa septyczna temperatura, śledziona powiększona, objawy skórne i t. p. Kiedyindziej objawy narastają powoli, zaczynając się od niewinnego zajęcia migdałków i wkońcu dają typowy obraz posocznicy.

Jeżeli cho zi o leczenie miejscowe, jest ono zwykle, według ogólnych zasad medycyny wewnętrznej. Przestrzega autor tylko przed nadużywaniem preparatów salicylowych, zwłaszcza w przypadkach, bardzo często zresztą częstych, t. zw. ostrego gościca stawowego, który często trudno rozpoznać przy ogólnej bolesności członków i mięśni. Nie występuje przeciwko tym preparatom zasadniczo, nie uważa ich jednak za środek specyficzny i przypisuje im tylko rolę środków przeciwgorączkowych i przeciwbólowych, których mamy cały szereg mniej szkodliwych. Poleca natomiast we wszystkich postaciach posocznicy stosowanie preparatów srebra koloidalnego, czy to w postaci wcierań maści Credego, czy to w postaci zastrzykiwań dożylnych lub *per rectum*. W lepszych przypadkach wystarcza lawatwa z elektrokollargolu lub kollargolu w roztworze 2,0:150,0, podanego w 2-uch porcjach w ciągu dnia. Stężenie można później powiększyć do 5,0:150,0. Dożylnie podawać można 2-5cm<sup>3</sup>, a nawet w cięższych przypadkach 8-10 cm<sup>3</sup> elektrokollargolu. Poza tem preparaty szeregu akridynowego, jak trypaflawina, argoflawina, w dużych dawkach oddają nieraz nieocenione usługi. Miejscowo do pędzlowania migdałków poleca roztwory kresolu (1—2/100).

Poza ostremi postaciami posocznicy mamy znacznie częściej do czynienia z przewlekłymi stanami septycznymi, których wyrazem głównie jest zajęcie serca, stawów i nerek. Nie ulega dziś już żadnej wątpliwości, że większość schorzeń toksycznych tych narządów jest pochodzenia migdałkowego. Dokładna obserwacja tych narządów nie tylko w okresie nasilenia choroby, ile w okresie rekonwalescencji, jest obowiązkiem lekarza. Przy stwierdzeniu związku z migdałkami (dane anamnestyczne, powtarzające się schorzenia migdałków, badanie miejscowe migdałków) jedynie racjonalne, jest leczenie radykalne—dokładne wyluszczenie migdałków. Autor podaje wysoce zadawalające wyniki zarówno w powikłaniach sercowych, jak i stawowych i nerkowych. Mimo jednak zapalu do wykonywania tonsillektomji, autor przestrzega przed nieopatrznie zalecaniem jej tam, gdzie związek chorobowy z migdałkami nie jest ściśle stwierdzony, gdzie stan ostry jeszcze nie minął, lub gdzie są przeciwwskazania natury indywidualnej (wiek pacjenta, stan jego serca i naczyń, ciśnienie krwi, jej krzepliwość i t. p.). Nie należy również zapominać o przedoperacyjnem podawaniu wapnia przez czas pewien.

M. Weintal.

F. J. MAYER. „Pernocton“ w chirurgji nosowo—gardzielowej. (Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 37. 1929.)

Ze względu na trudność stosowania narkozy ogólnej wdychowej przy zabiegach nosogardzielowych, uważa autor uspienie przez odbytnicę i dożylnie za wskazane i pożyteczne w tych przypadkach, gdzie znieczulenie miejscowe jest bądź niewystarczające, bądź ze względu na pacjenta niemożliwe do zastosowania.

Uspienie *per rectum* ma tę przewagę nad dożylnem podawaniem środka usypiającego, że można je każdej chwili przerwać, jednak wiele nieszczęśliwych wypadków odstręcza lekarzy od stosowania tej drogi. To też zarówno lekarze, jak chemicy wiele dokładają starań, żeby stworzyć środek do uspiania dożylnego, nie przedstawiający niebezpieczeństwa dla chorego o wielkiej odległości dawki usypiającej od dawki trującej. Środkiem takim, może jeszcze nieidealnym, jednak zupełnie dobrym i zasługującym na uwagę jest *Pernocton*, wyrabiany przez firmę J. D. R i e d e l. Środek ten, stosowany w chirurgji i ginekologii z wielkim powodzeniem, wypróbował autor w zabiegach laryngologicznych, stosując go tak, jak chirurdzy i ginekolodzy, dożylnie w dawkach 1 cm<sup>3</sup> na każde 12% kgr. wagi pacjenta, nie wykorzystawszy obliczonej dawki tam, gdzie sen następował wcześniej, przed jej wyczerpaniem.

Autor podaje opis 10 przypadków operowanych w zupełnym uspieniu pernoctonem, bądź w kombinacji pernoctonu i znieczulenia miejscowego, a raz z uspieniem eterem. Były to przypadki operacji na zatoce szczękowej, guza przysadki, raka sitowia, wyluszczenia krtani, rozszczepienia krtani, podśluzowej rezekcji przegrody nosowej i jedna antrotomia. Zaburzeń jakichkolwiek układu vegetatywnego nie było, zaburzenie oddychania wystąpiło raz jeden w przypadku nowotworu przysadki, w tym też jedynym przypadku nastąpiło zatrzymanie odruchów. Podniecenie ruchowe daje się łatwo opanować przez podawanie alkaloidów morfiny i atropiny.

Ostatecznego zdania o pernoctonie autor jeszcze nie wypowiada, uważa go jednak za duży krok naprzód w nauce o uspianiu. Jest to środek wywołujący sen b. głęboki i wien być stosowany jako wspomagający uspienie ogólne.

M. Weintal.

D. MATWEJEW i N. PAUTKIN — Określenie matematyczne dojścia do jamy sutkowej. (Mon. f. Ohr. u. Lar.—Rhin, № 7. 1929.)

Dotychczasowe określenia położenia jamy sutkowej nie są ścisłe. Kierując się znanymi obecnie punktami orientacyjnymi, niezawsze jesteśmy w stanie w czasie operacji od razu natrafić na jamę sutkową. Autorzy określają położenie jamy sutkowej w sposób matematycznie pewny.

Powierzchnia zewnętrzna kości skroniowej styka się z płaszczyzną w 3 punktach. Jeden z nich znajduje się na wyrostku jarzmowym, drugi na linii skroniowej, trzeci zaś na wyrostku sutkowym w miejscu najbardziej wystającym. Te 3 punkty określają położenie t. zw. trójkąta skroniowego. Jama sutkowa zaś znajduje się w miejscu przecięcia się linii, wychodzących z punktów, dzielących boki trójkąta na dwie równe części. — Autorzy skonstruowali przyrząd, który ułatwia określenie położenia jamy sutkowej na kości skroniowej zgodnie z powyższą zasadą. —

J. T e n c e r.

J. TEMKIN — Doświadczenia z przeszczepianiem skóry do rany po operacji doszczętej na wyrostku sutkowym (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr. t. 22., z. 5)

Plastyka zewnętrznego przewodu słuchowego, stanowiąca zazwyczaj cstatni akt operacji doszczętej na wyrostku sutkowym, w wielu przypadkach nie spełnia swego zadania. Niezawsze, bowiem, udaje się uzyskać ranę całkowicie pokry-

tą nabłonkiem pomimo dokładnie wykonanej operacji i odpowiednio prowadzonego leczenia pooperacyjnego.

Już Siebenmann proponował przeszczepiać skórę wg Thierscha do rany po operacji doszczętej. Szereg otologów w czasach późniejszych stosował tę metodę, przeszczepiając w większości przypadków skórę do rany po upływie 10—14 dni od wykonania operacji doszczętej, a nie bezpośrednio po operacji.

Autor jest zwolennikiem dokonywania przeszczepiania skóry natychmiast po operacji zasadniczej.

Autor bierze 3—4 kawałki skóry z uda chorego wielkości 2—4 cm<sup>2</sup> i wyściela nią tylną ścianę jamy sutkowej, ostrogię n. twarzowego oraz zachylek.

W szeregu przypadków autor uzyskał dzięki tej metodzie b. dobre wyniki. Zazwyczaj już 10—12 dnia rana operacyjna jest pokryta prawie całkowicie nabłonkiem przeszczepionym oraz świeżym. Jednakże leczenie pooperacyjne trwa przeciętnie miesiąc.

Zdarza się, że przeszczepione płatki skórne po pewnym czasie odpadają, pomimo to spełniają one rolę ognisk skąd wyrasta świeży nabłonek, pokrywający ranę.

Najważniejsza zaleta powyższej metody — to wybitne skrócenie okresu gojenia się rany po dokonaniu operacji doszczętej na wyrostku sutkowym.

J. T e n c e r.

## Choroby narządów trawienia

J. A. BARGEN. O niezycie jelit wrzodzących. (J. of the Am Med. Ass. N 16 tom 91, rok 1928.)

Sprawa zaczyna się najczęściej w odbyticy i posuwa się coraz wyżej. Autor podkreśla błądliwość twarzy o szarym odcieniu.

W obrazie krwi dominuje leukocytoza z przewagą wielojądrazystych. Inne cechy są ogólnie znane.

Przyczyną niezycji jelita, jak przypuszczają, jest dwoinka, przynajmniej w znacznej części przypadków. Doświadczalne zastrzyknięcie hodowli tych dwoiniek królikom wywołuje zmiany podobne do niezycji jelita grubego.

Znane szczepy paciorkowców, wyhodowane z wydzieliny śluzowo-ropnej, biegunek takich nie wywoływały.

Fakt, że u niektórych chorych zarazki swoiste znajdują się we krwi, zdaje się potwierdzać przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z zakażeniem ogniskowym, pochodzącym z ognisk ropnych.

Z powikłań niezycji autor wymienia zwyrodnienie polipowate śluzówki, z częstym przejściem w nowotwór złośliwy. Przedziurawienie jelita z zapaleniem otrzewny, zwężenia i ropnie okołodbytne nie są nadzwyczajną rzadkością.

Co się tyczy leczenia, to autorzy amerykańscy na pierwszym miejscu stawiają leczenie autoszczepionkami. Szczepionki takie są podawane podskórnie w dawkach wzrastających.

W przypadkach bardzo ostrych, kiedy niema czasu na długotrwałe leczenie, podaje się domięśniowo surowicę ozdrowieńca, przygotowaną spo. obem Rosenowa.

Dalszym czynnikiem leczniczym jest usunięcie wszelkich ognisk zakażenia w ustroju.

Wreszcie najważniejszym może momentem jest odpowiednia dieta. Winna ona być z początku płynna, pożywna i zawierać witaminy. Z czasem staje się obfitsza, jednakże powinna zawierać jaknajmniej t. zw. odpadków niestrawionych.

Leczenie ogólne jest bardzo ważne, podobnie jak psycho-terapia

Preparaty arsenikowe, podawane *per os*, w niektórych razach wpływają dobrze.

Co się tyczy leczenia objawowego, to stosuje się bizmut, kaolinę oraz opiaty, te ostatnie szczególnie są konieczne do usuwania przykrego uczucia parcia.

Lewatywy niezawsze są wskazane, czasem drażnią, czasem jednakże, mianowicie w cięższych przypadkach, działanie ich jest znakomite.

Leczenie chirurgiczne stosuje się tylko w rozpaczliwych stanach, dobre wyniki są naogół rzadkie.

B. Goldstein.

M. EINHORN. O leczeniu nieżyty wrzodziejącego jelit grubych za pomocą przepłukiwania zgłębnikowego drogą ustną. (Ach. f. Verd. Kr. Tom 45 N ½).

Autor ogłosił w 1921 roku pracę o leczeniu nieżytów jelit za pomocą przepłukiwania zgłębnikowego drogą ustną. Od tego czasu stwierdził wszystkiego jedno doniesienie Gaultiera o podobnym postępowaniu. W pracy obecnej autor donosi o szeregu przypadków, wyleczonych rzeczoną metodą.

Wprowadzenie zgłębnika odbywało się bez większych trudności, stopniowo w ciągu kilku dni. Niekiedy dolny koniec zgłębnika wychodził przez odbytnicę, wówczas trzeba było go obcinać i ewent. dosztukować od strony ust dalsze kawałki.

Jeżeli zmierzyć długość rurki gumowej, która potrzebna jest do osiągnięcia jelita grubego podczas spokoju, to wyniesie ona 3-4 metry lub więcej, podczas gdy w czasie silnej perystaltyki zmniejsza się do 2½ metra, co należy tłumaczyć obkurczeniem się pętli jelitowych dookoła gumy.

Zazwyczaj leczenie obejmowało codzienne przepłukiwanie merkurochromem, jatenem lub roztworem węgla wapnia przez jakie 2-3 tygodnie.

Krwawienia i bóle poprawiały się bardzo szybko i najczęściej nawet ostatecznie, niekiedy jednakże zdarzały się i nawroty.

Naogół autor jest zadowolony z wyników tego postępowania i zaleca je we wszystkich uporczywych przypadkach *colitis ulcerosa* a nawet gruźlicy jelit.

B. Goldstein.

E. BUCKA. O leczeniu szczepionkowem wrzodziejących nieżytów jelit grubych. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 42, N 5, r. 1928).

Autor przytacza 4 przypadki wrzodziejącego nieżyty jelita grubego, leczone szczepionkami, przygotowanymi z wydzieliny chorego jelita. Na 4 chorych dwu doznało znacznej poprawy. Jeden dostał nawrotu już po 4 miesiącach. W przypadku czwartym poprawy nie stwierdzono.

Ze względu na wielką częstość nawrotów w nieżytach tego typu ocena krytyczna wyników leczniczych metody wskazanej wymagać będzie dłuższego czasu.

Pomimo to uważa autor, że w cierpieniu tak uporczywym, jak wrzodziejący nieżyt jelita grubego, próba leczenia autszczepionką jest conajmniej wskazana.

B. Goldstein.

### Choroby oczu.

PARAZOLS. Stricturotomia i grube zgłębniki w leczeniu dróg łzowych. (Arch. d'Ophth. Kwiecień 1929).

Na zasadzie 36 przypadków chorób dróg łzowych leczonych sposobem Poulorda za pomocą przecięcia zwięzienia

i grubych zgłębników autor przychodzi do wniosku, że metoda ta zasługuje na rozpowszechnienie.

Podaje przy tem kilka wskazówek praktycznych w sprawie techniki tego zabiegu. Przedewszystkiem dobre znieczulenie, aby nie zrażać pacjentów na samym wstępie. Rozcięcie kanalika do samego kąta. Nożem Webera powinno się rozciąć również okolice górnego kanalika przy wejściu do worka. Zgłębnik pozostaje w kanale nosowo-łzowym około ½ godziny...co 4 dni na początku, co tydzień lub dwa w drugiej połowie leczenia. Naogół 12 sondowań wystarcza. Autor chętniej stosuje zgłębniki metalowe niż gumowe.

A. Zamenhof.

E. WIEGMANN. Czy tatuowanie rogówki według Knappa jest zabiegiem bezpiecznym. (Klin. Monatsbl. f. Aug. Listopad 1928).

Jak dotychczas wiadomo, tatuowanie według Knappa (wzgl. modyfikacje) żadnych złych następstw za sobą nie pociąga. Jedyne Ginsberg spostrzegł podrażnienia obu oczu po wykonaniu tego zabiegu. Autor opisuje przypadek, który winien być, według niego, przestrożą przed zbyt szeroce stosowaniem tatuowania. Dotyczy to chorej z zezem zbieżnym, kredowo białą zaćmą (*cataracta accreta*) w oku lewym, oko jakoby w dzieciństwie było b. chore. Chora zgłosiła się celem dokonania operacji na oku lewym w celach kosmetycznych. Wykonano tenotomię z dobrym wynikiem, kilka tygodni później tatuacje wg. Knappa w środku rogówki; plama ta miała zakrywać zaćmę. Po 3 tygodniach silne podrażnienie tego oka. Ciśnienie nieco zmniejszone, osady. Prawdopodobnie wystąpił proces, który już od dzieciństwa trwał — tło przypuszczalnie gruźlicze (*uveitis tbc.*). Odpowiednie leczenie zażegnało to zaostrzenie — niestety miejsce tatuowania na nowo przejaśniło się. W tym przypadku zaostrzenie procesu chorobowego należy położyć na karb wykonanego zabiegu.

M. Mantinband.

SATTLER. Przemijające zaburzenia wzrokowe po kąpielach świetlnych głowy. (Klin. Monatsbl. für Augenhk. sierpień—wrzesień 1928).

30-letnia chora bezpośrednio po kąpeli świetlnej głowy skarżyła się na znaczne obniżenie ostrości wzroku. Już po poprzednich kąpielach świetlnych zauważyła zaburzenia wzrokowe. Ostrość wzroku pr. oka = 5.35, lewego 4.60. Gałki zupełnie bez objawów podrażnienia. Przy badaniu wziernikiem ukazały się w obrębie czerwonej tęczownicy ciemne linie, które przebiegały częściowo łukowato, częściowo promienisto. Lampą szczelinową stwierdzono pofałdowania na tylnej powierzchni rogówki. Dno bez zmian. W 3 kwadransie zmiany na rogówce znikły; ostrość wzroku obustronnie zrównała się 5.5. Następnego dnia badano chorą przed kąpielą świetlną. Stwierdzono normalną ostrość wzroku i normalny stan oczu. W 5 minut po kąpeli stwierdzono te same zmiany co dnia poprzedniego, które już po ½ godz. ustąpiły. Kąpiele świetlne za pomocą aparatu o nieświejącym źródle ciepła nie powodowały ani zaburzeń wzrokowych ani też wyżej podanych zmian na rogówce. Okazało się że zmiany na rogówce wywołane były przez ucisk kłap skórzanych, które służyły jako zastona przed światłem. Z powodu gorąca i pocenia się podczas kąpeli kłapy wypukły się w stronę rogówki i uciskały ją. Opatrunek uciskowy przy odklejeniu siatkówki daje podobne objawy.

I. Hammer.

## Wskazówki praktyczne.

Irena Schuster uważa *Prophycol* za najlepszy i najbezpieczniejszy środek, *zapobiegający zajiściu w ciąży*. *Prophycol* są to gałki glicerynowe, zawierające *Hydrargyr. oxycyanat* i *Acid. lacticum*. Gałkę taką wprowadza się możliwie głęboko do pochwy na 10 minut przed stosunkiem płciowym: gałka w tym czasie rozpuszcza się, a plemniki zostają zabite niezawodnie. Przesztykiwać pochwy nie należy. (Fortschr. d. Med. 1927 N. 9).

—o—

Schäfer z najlepszym skutkiem stosuje w *rzeżączce u kobiet pałeczki Parthagonu*. Leczenie cewki rozpoczyna się od połowy pałeczki 1½<sup>0/0</sup>, jeżeli dawka ta jest dobrze znoszona, to nazajutrz wprowadza się całą pałeczkę. Do leczenia szyl macicznej używa się stale tylko pół pałeczki z początku 1½<sup>0/0</sup>, później 3<sup>0/0</sup> do 5<sup>0/0</sup>. Leczenie ma trwać krócej niż przy stosowaniu innych metod (D. m. W. 1929 № 34).

—o—

*Nieżyty pochwy i nadżerki części pochwowej macicy* leczy Abel *Ormicetami*, mianowicie, przeszykiwaniem pochwy raz

dziennie (2 pastylki na ½ litra letniej wody) oraz zakładaniem 2 razy za tydzień po 1 pastylce przed częścią pochwową macicy. Przeszykiwania pochwy zdrowej uważa A. za szkodliwe, wywołują bowiem nieżyty, które znikają po zaniechaniu przeszykiwań (D. m. W. 1929 N. 38).

—o—

*Znieczulenie miejscowe w chorobach kobiet i położnictwie* wykonywa Daels w sposób następujący; zastrzykiwania 2<sup>0/00</sup> tutokainy z dodatkiem 1 ctm.<sup>3</sup> adrenaliny na 250 roztworu. Jako akt przygotowawczy stosuje się zastrzyknięcie ½ ampułki 0,001 skopolaminy z efedryną i jednocześnie 1 ampułki eukodalu na godzinę przed operacją. Do operacji pochwowych stosuje się zastrzyknięcie 50 ctm.<sup>3</sup> w okolicę pochwową i po 50 ctm.<sup>3</sup> do otworu siedzeniowo-prostniczego z każdej strony, wreszcie jeszcze po jednym wstrzyknięciu do przedniej ścianki pochwy w okolicy obokpęcherzowej i obokmacicznej (parawezykalnej i parametralnej). Do cięcia cesarskiego zastrzykuje się pod skórę, do mięśni i do tkanki podotrzewnowej wysoko aż do łuku żebrowego (Ztbl. f. Gyn. 1929 N. 48).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Seksja kliniczna.

Posiedzenie z dn. 11.V 1929 r.

P o k a z ;

Landsberg i Typograf. *Przypadek kilowego zapalenia płucny.*

Chory B. O., lat 53, przemysłowiec. Od roku stopniowo wzmagająca się duszność wysiłkowa. Serce bez zmian. W lewej jamie płucnej stwierdza się obecność płynu, sięgającego do połowy łopatk. Cechy płynu na pograniczu przesięku i wysięku. Wypuszczanie płynu sprawiło choremu chwilowo znaczną ulgę, lecz płyn szybko nagromadzał się znowu. Płyn wypuszczano 15 razy.

Żadnych objawów gruźlicy nie stwierdzono. Stan ogólny dobry, przebieg bezgorączkowy.

Wywiady co do przebytej kily wątpliwe, odczyn Wassermann'a we krwi ujemny w płynie płucnym ++. Ze wszystkich próbowanych sposobów leczenia jedynie skuteczne okazały się dożylnie wstrzykiwania salirganu, po których diureza zwiększała się znacznie i płyn z płucny zaczął się cofać. Po 10 wstrzyknięciach salirganu płyn przestał się zbierać, chory czuje się doskonale i jest bez zastrzeżeń zdolny do pracy.

Skuteczność salirganu, będącego przetworem rtęciowym i pozostającego bez wpływu na wysięki gruźlicze, nasuwa w danym przypadku przypuszczenie kilowego zapalenia płucny.

O d c z y t y .

1. H. Higier. *Nerwica ogólna, nerwica narządowa i psychonerwica we współczesnej medycynie wewnętrznej.* (Było drukowane w „Warsz. Czasop. Lek.”)

2. G. Bychowski. *O psychozach degeneracyjnych* (Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dn. 25.V 1929 r.

O d c z y t .

Hirszfeldowa. *O odporności ustrojów młodych.* (Z udziałem w dyskusji Brokmana, L. Hirszfelda, Szymanowskiego). — (Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dn. 8.VI 1929.

P o k a z y .

1. A. Zamenhof. *Muło znany objaw wziernikowy ustępującej tarczy zastoinowej.* (Pokaz zdjęć dna ocznego).

Zmniejszanie się obrzęku tarczy nerwu wzrokowego jest objawem bardzo ważnym dla neurologa, ale niezawsze wypowiedzieć się można, widząc dno oka po raz pierwszy, z jakim okresem obrzęku mamy do czynienia.

W niektórych jednak przypadkach obraz wziernikowy daje nam pewne wskazówki, że tarcza zastoinowa zmniejsza się. Jeżeli, mianowicie, granice obrzęku były dość ostre wskutek odklejenia błony granicznej wewnętrznej na bezpośrednio przy tarczy leżących częściach siatkówki, wtedy, przy zmniejszaniu się obrzęku, dawna jego granica pozostaje przez pewien czas widoczna w postaci linii współśrodkowej do obwodu tarczy, ponieważ załamanie się błony granicznej pozostawia ślad niekiedy dość wyraźny.

Nie należy mieszać linii tej z odbłaskiem okrężnym, jaki często widzujemy dookoła obrzęku, a zwłaszcza z sierpem zaniku naczyńki, który spostrzegamy w oczach krótkowzrocznych po stronie skroniowej, lub z sierpem twardówkowym dość częstym w oczach normalnych.

Objaw, o którym tu mówimy, jest stosunkowo niedługotrwały i pewniejszy, jeżeli daje się stwierdzić po stronie nosowej, gdzie linje współśrodkowe innego pochodzenia rzadko dają się spostrzegać.

Szereg przezroczy ilustruje wywody prelegenta.

2. Lubelski. *Pokaz chorego po operacji raka kątnicy.*

Przypadek dotyczy chorego S. D., lat 35, który od 2 lat skarży się na bóle brzucha ze strony prawej. Bóle z wymiotami i rozwolnieniem powtarzały się co parę miesięcy.

Chory dobrze zbudowany i bardzo dobrze odżywiany. Przed rokiem stwierdzono obecność guza w obrębie kątnicy. Operacji dokonano w linii środkowej brzucha w uśpieniu eterowym. Guz wielkości dwóch pięści dorosłego człowieka obejmował kątnicę, dolną połowę wstępnicy i zrosnięty był z siecią.

O charakterze guza nie można było sądzić nic pewnego. Narazie dokonano zespolenia końcowo-bocznego. Po przecięciu końcowego odcinka jelita biodrowego, koniec dośrodkowy zamknięto nagłucho, a odśrodkowy zespolono z poprzeczną. Po operacji w przeciągu siedmiu miesięcy naświetlano chorego promieniami Roentgen'a; guz jednak nie zmniejszał się.

szał się. Przed 3 miesiącami dokonano drugiego aktu operacji.

Cięciem przyprostnym, do którego dodano na zewnątrz cięcie poprzeczne, usunięto w uspieniu eterowym kątnicę razem z wsfępnicą i częścią poprzecznicę do miejsca poprzednio dokonanego zespolenia. Operację tę, jak i poprzednią, chęry zniósł bez powikłań.

Badanie drobnowidzowe guza (prof. Paszkiewicz) wykazało utkanie raka galaretowatego.

Przedstawiony przypadek zasługuje na uwagę ze względu na pewne trudności rozpoznawcze. U osób młodych rozpoznanie różniczkowe guzów kątnicy często waha się między gruźlicą a guzem złośliwym. Ani wywiady ani objawy, ani też rentgenografia nie dają pewności w rozpoznaniu. U osób młodych guzy kątnicy są często pochodzenia gruźliczego (prerostowa postać gruźlicy), aczkolwiek, jak wiadomo, i w wieku młodym w jelitach grubych spotyka się raki. Prelegent operował raka kątnicy u kobiety 24 letniej i u chłopca 18 letniego, a najmłodsza jego pacjentka z rakiem prostnicy miała lat 14.

Przeciwnie u osób starszych, między 45 a 70 rokiem życia, guzy kiszki grubych są to przeważnie raki. Według statystyki Stamlera na 2083 przypadków raka jelit 50% raków przypadało na prostnicę, a 42,5 na inne odcinki jelit grubych. Nawet podczas zabiegu nie można mieć pewności, jakiego rodzaju guz jelita mamy przed sobą. W niektórych przypadkach guzów kątnicy małe przelki wielkości łepka od szpilki, rozsiane na ścianie jelita i otrzewnie przemawiają za gruźliczem pochodzeniem guza, w innych przypadkach podobnie, jak w operowanym przez prelegenta, o utkaniu guza rozstrzyga mikroskop.

3. J. Luxenburg i Ambasowna. *Przypadek mięśaka żołądka.*

(Ukaże się w druku)

4. J. Typograf. *Przypadek crytromelalgii.*

Sprawa dotyczy służącej, wieku lat 22. Od 2 lat cierpi na napadowe bóle kończyn dlnych, nasilające się przy opuszczeniu nóg lub przy nakryciu ich kołdrą. Zimno lub uniesienie nóg do góry łęgodzi bóle. Jednocześnie z uczuciem bólu kończyny stają się czerwone i gorące.

Ostatnio natężenie bólów stało się tak silne, i napady występowały tak często, że uniemożliwiały chorej pracę i zmusiły ją do zgłoszenia się do szpitala (na oddz. chorób wewnętrznych szp. Św. Łazarza). W chwili przybycia stwierdzono znaczne zaczerwienienie i miejscowe podwyższenie ciepłoty obu kończyn dolnych oraz dotkliwą bolesność. Narządy wewnętrzne bez zmian.

Na podstawie objawów zaczerwienienia kończyn, ich bolesności oraz podwyższonej ciepłoty rozpoznano u tej chorej erytromelalgję. Wobec możliwości wewnątrzwydzielniczego pochodzenia sprawy (zaburzenia miesiączkowania) podawano chorej przetwory jajnikowe, pozatem zaś stosowano naświetlanie dolnej części kręgosłupa promieniami Roentgena. Leczenie to sprawiło chorej znaczną ulgę, i po 2 miesięcznym pobyciu w szpitalu wypisała się bez objawów chorobowych.

5. K. Poncz. *Przypadek czerwienicy z naciśnięciem i z objawami nerwowymi.* (Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dn. 5.XI 1929 r.

Odczyt.

Z. Szymanowski. *Obecny stan nauki o bakteriofagach.* (Ukaże się w druku).

## Posiedzenie Lekarzy Szkolnych

### PROTOKÓŁ

posiedzenia z dnia 21 listopada 1929 r.

Przewodniczący Dr. Kopczyński. — Sekretarz Dr. Jurjewiczówna. — Osób obecnych 45. — Protokół poprzedniego zebrania przyjęto. —

Przewodniczący wzywa do uczczenia przez powstanie pamięci niedawno zmarłych lekarzy szkolnych doktorów; Wieliczko i Weisla, zasłużonych działaczy na polu higieny szkolnej, przyjaciół prawdziwych młodzieży.

Przewodniczący oznajmia, że tegoroczną nagrodę im. Pirmowicza za najlepszą pracę z jakiegokolwiek dziedziny higieny szkolnej Tow. Lekarskie Warsz. przyznało drowi Kazimierzowi Zgórskiemu za świeżo wydany podręcznik Higieny dla szkół średnich.

Dalej przewodniczący wspomina o kursach, 1) urzędzo-

nych dla inspektorów szkolnych, 2) nauczycieli gimnazjalnych, w których uwzględnione zostały zagadnienia higieny szkolnej, 3) dla lekarzy szkolnych, którego program szczegółowy przewodniczący odczytuje i dopełnia ustnie potrzebnymi informacjami. — Program przedstawia się okazale i bardzo interesująco. — Zapisano się przeszło 100 lekarzy z prowincji. — Przewodniczący zachęca lekarzy szkół warszawskich do wzięcia udziału w kursie, przypominając, że Ministerstwo zwalnia lekarzy na czas trwania kursu z pracy w szkołach państwowych. —

Dr. Mitkiewicz zwraca uwagę, że niektórzy lekarze szkolni nie otrzymują, pomimo oficjalnych wezwań, kart zdrowia tej młodzieży, która się do innych szkół przenosi. Dr. M. prosi o szybkie przesyłanie tych kart na żądanie. —

Dr. Welfle zwraca uwagę, że ze względu na tajemnicę zawodową, karta zdrowia nie powinna być wydawana w ręce niepowołane. —

Dr. Matusewiczówna zwraca uwagę na przeładowanie pracą sekretarjatów szkolnych, które często nie załatwiają zadań w tym kierunku. —

Dr. Kacprzak wygłasza wykład p. t. „Propaganda higieny w szkole”.

Z chwilą, kiedy uczęszczanie do szkoły stało się obowiązkiem wszystkich warstw społecznych, szkoła musiała zmienić swój kierunek pracy, przechodząc z wyłącznego nauczania do wychowania i przygotowania obywatela do życia w pewnej zbiorowości społecznej. — Higieniczne wychowanie winno tworzyć fundament tego przygotowania obywatelskiego. — W praktyce dotąd dzieje się nieco inaczej. — O higienie wprawdzie mówimy, ale wychodzimy z błędnego założenia, że człowiek, który się nauczył higieny, będzie ją w życiu stosował. —

Teoria i obserwacja życia codziennego przeczą temu pogładowi na każdym kroku. Pod tym względem jest wielka analogia między higieną i etyką. Znajomość wymagań, czy praw etyki, czy higieny nie pociąga za sobą postępowania zgodnego z temi wymaganiami. Czynności higieniczne winny być zautomatyzowane, zmechanizowane; wtedy dopiero, kiedy te nawyknięcia będą wykonywane bez namysłu, staną się drugą naturą, można mówić o stosowaniu higieny w życiu. Nie należy zapominać, że wszystkie czynności człowieka zahaczają o higienę (higienę człowiek praktykuje przez 24 godziny na dobę), cokolwiekby człowiek robił, może zrobić to z większym lub mniejszym uwzględnieniem praw higieny. Czyn jest następstwem woli, a wola następstwem różnych czynników, wśród których wiedza odgrywa najmniejszą rolę. Chcenia nie można się nauczyć. *Velle non discitur* (Schopenhauer, Ribot, Pascali, Biegański i t. d.)

Wychodząc z tego założenia, do higieny należy wdrażać dziecko niemal od pierwszych dni jego życia. Dla pedagoga ten okres życia dziecka jest niedostępny, natomiast w przedszkolach na wychowanie higieniczne należałoby zwrócić baczną uwagę. Więcej możnaby dla higieny zrobić w przedszkolach, niż w szkole, niestety, przez przedszkola przechodzi tylko bardzo niewielki odsetek dzieci.

Pozostają więc szkoły, w których można również zrobić wiele, ale, wyjąwszy młodzież starszą, należy położyć cały ciężar zagadnienia nie na nauczanie, lecz na wychowanie, wdrażanie, przezwycieczanie. W nauczaniu trzeba zarzuścić przestarzały pogląd, że anatomja, fizjologia, fizyka, chemja są higieną. Są to wiadomości potrzebne do rozwoju intelektualnego, mało ważne z punktu widzenia stosowania higieny w życiu. Im młodszy wiek (niższy poziom intelektualny człowieka dorosłego), tem większy nacisk należy położyć na nawyknięcia, tem mniej niezbędna jest anatomja i fizjologia. Zwykle dzieje się odwrotnie.

Biorąc konkretnie, nauczanie higieny w szkołach należy uzależnić od wieku ucznia, jego wychowania higienicznego, jego przyszłej roli w życiu społecznym. Szkoły możnaby pod tym względem podzielić na trzy grupy: średnie, zawodowe powszechne.

W szkołach średnich znajdują się, ogólnie biorąc, dzieci rodziców zamożniejszych, które mają już z natury rzeczy lepszą opiekę lekarską, lepsze wychowanie domowe, a więc i pewne niezbędne nawyknięcia higieniczne już wyrobione. Można więc tam na wpajanie drogą praktyczną przyzwyczajeń higienicznych w klasach starszych zwracać mniejszą uwagę, mając stałe na względzie, iż w tej dziedzinie wymagania w szkołach średnich, ze względu na większe możliwości, winny być wyższe, niż w jakiegokolwiek innych. Prócz tego w klasach starszych można i należy prowadzić regularnie wykłady z higieny osobistej i społecznej (gruźlica, choroby weneryczne, alkoholizm, przepisy sanitarne) i ogólnej-eksperymentalnej (woda, usuwanie nieczystości, produkty spożywcze, mieszka-



nie). Tą drogą można osiągnąć przygotowanie do życia społecznego przyszłego obywatela, który niejednokrotnie będzie zabierał głos w tych sprawach, może nawet decydował; chodzi więc, jeżeli nie o nauczanie go, co to jest higiena, - to przynajmniej o przyjazne usposobienie do ogólnych zagadnień, dotyczących zdrowia publicznego.

Szkoły zawodowe o typie wyższym podobne są do szkół średnich ogólnych, trzeba tu jednak dodać higienę zawodową związaną z daną gałęzią przemysłu, jak również najważniejsze działy higieny społecznej. W szkołach zawodowych niższych należy, poza higieną zawodową, położyć główny nacisk na wychowanie higieniczne.

W szkołach rolniczych i seminarjach, ze względu na internaty, urobienie pod względem higienicznym jest znacznie ułatwione; a bardzo pożądane ze względu na przyszłą rolę tych wychowanków w społeczeństwie. — Przygotowanie wychowanków seminarjów na krzewicieli higieny jest z jednej strony sprawą niezwyklej wagi, z drugiej — nie powinno pociągać za sobą zwiększenia balastu umysłowego słuchacza, a wpływać głównie na jego urobienie.

Rola szkół powszechnych jest w omawianej sprawie największa; szkoła powszechna jest tą jedyną instytucją, przez którą każdy obywatel przejść musi (szkoły średnie liczbowo większej roli nie odgrywają). — Do szkoły powszechnej chodzą dzieci młode, posiadające niezbyt jeszcze zakorzenione nawyki, — do szkoły powszechnej uczęszczają wszystkie dzieci warstw niezamożnych, znaczna część średnio zamożnych, i tylko bardzo niewiele zamożnych, — a więc są to dzieci naogół bez wyrobienia higienicznego w dodatkiem znaczeniu tego wyrazu lub wprost zaniedbane. — Dlatego też w szkole powszechnej należy położyć główny nacisk na wdrożenie dziecka do pewnych przyzwyczajeń higienicznych, traktując wykład, czy pogadankę, jako zupełnie coś dodatkowego. Ujmującego tylko w miarę potrzeby w pewien system te wszystkie wiadomości, które dziecko posłyszało w związku z własnym zdrowiem. — Najlepiej wiedzę higieniczną wplatać, jakby przypadkowo do różnych przedmiotów. Ten prąd rozwija się obecnie na całym świecie.

Tak postawiona higiena szkolna musi nie tylko wpłynąć dodatnio na całe zachowanie się ucznia ale odbije się na jego zdrowiu, wzroście, wadze i t. d. — Badania anglosaskie potwierdzają słuszność tego twierdzenia. Głównym propagatorem higieny w szkole powszechnej winien być nauczyciel.

Otwierając dyskusję, przewodniczący oświadcza, że prelegent zdaje się niedoceniać wpływu uświadomienia higienicznego na wykonywanie praktyk higienicznych, a jednak jak twierdzą psychologowie, „wyobrażenie czynu jest początkiem samego czynu“. W części pierwszej niektóre zdania zakrawają na błyskotliwe paradoksy: część druga, w bardziej reinernej ujęciu, uwzględnia wymagania zupełnie słuszne.

Żądanie gruntowniej zorganizowanej opieki lekarskiej dla szkoły powszechnej jest słuszne, — nie jest ona zaniedbana u nas, tylko skromna ze względu na ogromne sumy pieniądze, jakich stworzenie takiej opieki wymaga.

Uświadomienie i nauczanie higieny w seminarjach nauczycielskich, zwłaszcza, że przy nich zwykle czynne są internaty, jest konieczne, aby nauczyciela szkoły powszechnej (a tych jest w Polsce 73.000 a lekarzy szkolnych — kilkuset) uczynić propagatorem uzdolnionym higieny wśród środowiska dziecięcego, najbardziej potrzebującego tego uświadomienia.

Przewodniczący w końcu dodaje, że o ile w niższych oddziałach szkoły powszechnej można tylko wdrażać do przyzwyczajeń higienicznych, o tyle w wyższych, zwłaszcza w ostatnich, można z korzyścią prowadzić systematyczny kurs higieny — wszak drobny tylko odsetek uczniów szkół powszechnych kształci się w szkołach wyżej.

Dr. Korsakówna uważa, że wiadomości z anatomii i fizjologii dają uzasadnienie do wiadomości z higieny, które nabierają w oczach młodzieży wtedy wiele wartości. — Pogadanka z odpowiednimi doświadczeniami przekonywa dzieci o niezbędności pewnych wskazówek zdrowotnych.

Dr. Ossowski wypowiada się za przygotowaniem gruntownym higienicznym nauczycieli.

Dr. Oziębłowski wychodzi z założenia, że każda nauka musi uwzględniać stronę praktyczną i teoretyczną; wdrożyć do dobrych przyzwyczajeń i uzasadnić je.

Dr. Szepelska obserwuje zainteresowanie się dziećmi na lekcjach higieny i przenoszenie wiadomości higienicznych przez dzieci do domów. Dr. Sz. twierdzi, że dzieci inaczej przyjmują wskazówki od lekarza, niż od nauczyciela.

Dr. Jurjewiczówna podkreśla znaczenie higieny w przedszkolach, przeprowadzonej drogą wdrażania do „dobrych nalogów“, i na znaczenie propagandy wskazówek higienicznych, udzielonych podczas badania indywidualnego.

Prelegent zastrzega się, że nie jest przeciwnikiem nauczania higieny — sam uczy higieny od lat kilku — jest tylko odmiennego zdania co do metod nauczania, pierwszeństwo daje bezpośredniemu zetknięciu się lekarza z uczniem w każdej, nadającej się chwili życia szkolnego. Prelegent zastrzega się, że nie neguje wpływu higienisty — lekarza na domowe otoczenie ucznia: prelegent porównywa higienę z etyką — wkra czają one w obyczajowość ludzi, i dziecko musi je praktykować bez trudu — automatycznie: nie zaprzecza też wartości pogadań higienicznych.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 10-ej wieczorem.

## Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Debré i Cofino referowali na posiedzeniu listopadowym parysk. tow. biologicznego sprawę *wrażliwości skórnej na tuberkulinę u niemowląt, którym wprowadzono szczepionkę BCG*. U 141 dzieci nieszczepionych (kontrolnych) odczyn tuberkulinowy był ujemny. Odsetek bezwzględny odczynów dodatnich u 132 niemowląt szczepionych wynosił 88,6. Z tego wniossek, że zakażenie naturalne daje szybszy odsetek odczynów dodatnich, że jednak i u szczepionych odsetek jest bardzo wysoki, co przemawia za wchłanianiem się szczepionki, wprowadzanej przez drogi pokarmowe. D. i C. zaznaczają, że i tu odczyn doskórny jest czulszy, niż skórny. (Pr. méd. № 92) W dalszych swych badaniach, referowanych na tem samym posiedzeniu, Debré i Cofino o starali się uchwycić moment zjawiania się wrażliwości na tuberkulinę w związku z BCG. Wiadomo, że występuje ona dość wcześnie, lecz dokładnego terminu nie udało się określić. Z wiekiem wrażliwość ta u dzieci szczepionych zmniejsza się, co szczególnie uwydatnia się po upływie dwu lat od szczepienia. Przejawia się to jeszcze i w tem, że z biegiem czasu trzeba zużywać więcej tuberkuliny u niemowląt szczepionych, by otrzywać odczyn dodatni.

Lesné i Waitz zwracają uwagę również na tem samym posiedzeniu tow. biolog. na interesujący objaw. Okazało się, mianowicie, że *surowica ludzi*, która zlepia krążki krwi końskiej, świńskiej, króliczej, kocznej, szczurzej i świnki morskiej, zaś nie zlepia krwinek baranich i wołowych, *nabiera własności zlepnyczych w stosunku do krwinek baranich i wołowych* po wprowadzeniu danemu osobnikowi *pod skórę surowicy końskiej*. Właściwość ta trwa w ciągu przynajmniej ośmiu miesięcy i nie występuje ani w moczu ani w płynie mózgodzeniowym.

Pasteur vallery-Radot na posiedz. listopadowym paryskiego tow. lek. szpitalnych (Pr. med. № 92) zajmując stanowisko krytyczne w stosunku do t. zw. *anafilaksji klinicznej w Stanach Zjednoczonych*. Od 8 lat stosuje on odczyn skórny w chorobach anafilaktycznych. Należy w tych badaniach zachować krytykę i nie sądzić, iż można tą drogą wykryć przyczynę każdej astmy czy pokrzywki. Niema racji dokonywać w każdym bez wyjątku przypadku migreny czy astmy wszystkich prób uczuleniowych, należy natomiast w tym względzie posiłkować się wywiadami. Błędem jest chcieć widzieć w każdej astmie przejaw uczulenia. Statystyki amerykańskie dają zbyt wysoki odsetek odczynów dodatnich, co może tłumaczyć się błędnym przyjmowaniem za odczyn dodatni każdego rumienia miejscowego. Do odczynu dodatniego potrzeba grudek przynajmniej 5-milimetrowych z wyrostkami. W przypadkach astmy, kataru spastycznego i pokrzywki, w których podejrzewał obecność uczulenia, stwierdzał odczyn skórny dodatni jedynie w 30—35%. Zresztą jest to tylko wskazówka, która musi być potwierdzona przez wynik leczenia. Umiar i krytyka są, zdaniem P., niezbędne w ocenianiu tego rodzaju przypadków.

## Z j a z d y

### Sprawozdanie z wyjazdu do Francji 1929 r.

W październiku r. b. odbył się w Paryżu zjazd przełożonych francuskich szkół pielęgniarsstwa. Dla wyjaśnienia domam, że we Francji jest około 80 szkół pielęgniarsstwa na

2.000 uczennic, pielęgniarek zarejestrowanych — około 23.000. W zjeździe wzięły udział dość licznie przełożone szkół pielęgniarskich i instruktorki oraz grupa lekarzy, interesujących się pielęgniarsstwem.

Głównym tematem zjazdu, poza omówieniem spraw bieżących i tematów takich, jak „Badanie lekarskie nowo-wstępujących uczennic i nadzór nad ich zdrowiem w czasie studjów”. „Administracja szkoły pielęgniarstwa”. „Potrzeby pielęgniariek społecznych”, była sprawa reformy dotychczasowego nauczania w szkołach pielęgniarzkich. Z projektem zmiany wystąpiły czynniki rządowe, któreby pragnęły ujednostajnić programy i wpłynąć na szybsze przygotowywanie pielęgniariek do pracy.

Obecnie szkoły pielęgniarstwa przygotowują różne typy pielęgniariek; czas trwania studjów jest różny i przedstawia się następująco:

piel. szpitalna	22 miesiące
„ przeciwgruźlicza	22 „
„ dziecięca	22 „
„ szpitalna i przeciwgruźlicza	29 „
„ „ i dziecięca	29 „
„ dziecięca i przeciwgruźlicza	26 „
wszystkie 3 specjalności	33 „

Różnorodność specjalności spowodowała konieczność urzędzeni rozmaitych typów egzaminów; oprócz egzaminów dla wyżej wymienionych typów istnieją jeszcze egzaminy dla pielęgniariek sanitarnych i kolonialnych.

Projekt rządowy przewiduje modyfikację kursu, któryby pozwolił już w ciągu 22 miesięcy na przygotowanie pielęgniariki społecznej zarówno do walki z gruźlicą, jak i opieki nad dzieckiem. Po długiej dyskusji i gorących protestach przeciwko skróceniu kursu zarówno ze strony pielęgniariek, jak i lekarzy, przyjęto projekt rządowy tytułem próby na 3 lata, t. j. na czas, wystarczający do wyszkolenia dostatecznej liczby pielęgniariek społecznych na potrzeby bieżące i przejścia po tym terminie do systemu dawnego z zastrzeżeniem, że program nowy nie będzie obowiązkowy, lecz może być dobrowolnie wprowadzony przez szkoły.

Reforma nauczania w szkołach pielęgniarzkich we Francji nietylko ma na celu skrócenie czasu nauki, lecz i gruntowną zmianę systemu nauczania. Różnice pomiędzy organizacją szkół u nas, a we Francji są bardzo znaczne, na niekorzyść tych ostatnich. W naszych szkołach uczennice obowiązkowo muszą mieszkać w szkole. Pozwala to na usunięcie ich z pod wpływu dotychczasowego środowiska, wdrożenie do systematycznego życia, kształcenie charakteru i urabianie przyzwyczajęń czystości, porządku, punktualności i t. p. cech niezbędnych dla pielęgniariki. Pozwala również uczennicy na skoncentrowanie się nad usprawnieniem w nowoobranym zawodzie, a szkole na swobodny rozkład zajęć, trwających przeciętnie 8 godzin na dobę. Szkoły nasze na skutek umowy z instytucjami leczniczymi i zapobiegawczymi objęły całkowitą służbę pielęgniarzką w poszczególnych działach i używają ich jako miejsca szkolenia praktycznego dla uczennic. Takie urządzenie pozwala na dopuszczenie uczennicy do rzeczywistej pracy pielęgniariki i przyzwyczajenie stopniowe do ponoszenia odpowiedzialności za jej wykonanie. Poza tem szkoły nasze przygotowują jeden typ pielęgniariki, która po ukończeniu szkoły może objąć pracę zarówno w szpitalach, jak ośrodkach zdrowia i poradniach. Stało się to na skutek dużego zapotrzebowania pracownic do różnorodnych działów pracy oraz przyjęcia przez szkoły zasady, że nie można oddzielić sztucznie lecznictwa od medycyny zapobiegawczej, gdy w życiu te dwa działy ciągle się łączą lub wynikają jeden z drugiego, a zatem pracownice w jednym dziale muszą być dobrze obeznane z drugim. W szkołach naszych, nie mieszczących się bezpośrednio w szpitalu, w którym pracują uczennice, został

wprowadzony system blokowy nauczania, który polega na tem że wykłady teoretyczne zostały podzielone na 3 grupy, jak również i praktyczne zajęcia, i te grupy po sobie następują. Nauka w szkole zaczyna się od teorii. Tym sposobem uczennice, idąc do zajęć praktycznych, są już do nich teoretycznie przygotowane i na doświadczenie do pewnej wprawy potrzebują znacznie mniej czasu, niż gdyby uczenie odbywało się równoległe z praktyką. Jednocześnie nie tracą czasu na ciągłe powroty z praktyki na wykłady i, o ile mają nocne dyżury, nie są budzone na nie w ciągu dnia.

W szkołach francuskich sprawy powyższe przedstawiają się inaczej. Zaledwie kilka z nich ma pensjonaty i to nie dla wszystkich uczennic. W większości szkół uczennice mieszkają w domach prywatnych i tylko przychodzą do szkoły na wykłady. Ma to zły wpływ na wytwarzanie w nich przyzwyczajęń, szczególnie punktualności, gdyż regime domu prywatnego z trudnością przystosowuje się do godzin pracy w instytucjach specjalnych, jakimi są szpitale, oraz wpływa ujemnie na stan zdrowia; uczennice przebywają nieraz daleką drogę z domu do szkoły oraz, niekontrolowane, odzwyczajają się niedostatecznie w stosunku do pracy wykonywanej.

Tylko niektóre szkoły francuskie są ściśle związane ze szpitalami. Większość posyła uczennice na praktykę do różnych instytucyj, w których nie ma ani instruktorek, ani personelu pielęgniarzkiego zależnego od siebie, gdyż temu sprzeciwia się związek zawodowy służby szpitalnej. W takich instytucjach uczennice są raczej obserwatorkami tego, co się dzieje na oddziałach, niż pracownicami. Powracanie codziennie na wykłady zmniejsza jeszcze bardziej korzyści, jakie mogłyby osiągnąć z praktyki. Poza tem muszę zaznaczyć, że we Francji nie ma zwyczaju zajmowania się chorym intensywnie przez 24 godziny, do południa są robione zabiegi i wizyty lekarskie, po południu praca się kończy, i chory pozostaje na opiece służby. Jak się wyraziła jedna z amerykańek, francuzi są na tyle uprzejmi, że chorują tylko przed południem, a popołudniu i w nocy są zdrowi i nie potrzebują opieki. Oczywiście, że tego rodzaju organizacja nie wpływa na intensywność pracy praktycznej uczennic.

Zostałam zaproszona na zjazd przez Fundację Rockefellera, która od końca wojny światowej intensywnie pomaga Francji w dziedzinie lecznictwa zapobiegawczego i chciałaby również pomóc do zref. rmowania szkół pielęgniarzkich. Zaproszona byłam z dwóch powodów: 1) że Fundacja uważa nasze szkoły 2-u letnie pielęgniarstwa za najlepiej postawione i zorganizowane w Europie, i zadaniem mojem było przedstawić nasz system na zjeździe, 2) że niechęć francuzów do anglosasów zgóry przesądziłaby efekt takiego referatu, gdyby był wygłoszony przez amerykańkę, a nie polkę.

Oprócz intensywnego zwiedzania szkół pielęgniarzkich, czego wynikiem są powyższe spostrzeżenia, zwiedziłam również podmiejską stację opieki nad niemowlętami, tem ciekawą, że poza niemowlętami, ze swego okręgu terytorjalnego opiekuje się też niemowlętami, wysyłanemi z Paryża i umieszczanemi na fermach pobliskich „na garnuszkę”. Dla tych dzieci została założona przy stacji mała infirmerja, do której są zabierane dzieci „na garnuszkę”, o ile zachorują. Przed oddaniem do domu opiekunki są one również trzymane w infirmerji przez kilka dni na obserwacji, aby zarówno lekarz poradni, jak i pielęgniarka, odwiedzająca je później, mogli się zorientować w stanie ich zdrowia i rozwoju. Przy stacji poradni jest kąpielisko dla dzieci szkolnych, i prowadzona jest gimnastyka.

M. Babicka

## K r y t y k a l e k a r s k a

### Jeszcze o naszych grzechach.

W związku z poruszaną ostatnio w „Czasopiśmie” sprawą tandety lekarskiej chcę dziś na tem miejscu poruszyć jedną z bolączek naszych, napozór drobną i mało znaczącą, która jednak bynajmniej nie przyczynia się do podniesienia znaczenia zawodu lekarskiego. Mam tu na myśli dziwny conajmniej sposób przepisywania recept, zresztą, wcale nierzadko spotykanych. Wskazanie lekarzy starych, by przy zapisywaniu recept mieć na względzie *indicatio causalis*, *indicatio morbi*, *indica-*

*tio symptomatologica*, są widocznie już nie brane w rachubę. Jakżeż, bowiem często widzujemy recepty bardzo złożone, składające się częściowo lub w całości ze środków zbędnych. Odbiera się wrażenie, że im mniej jasne rozpoznanie, tem więcej środków zawiera lekarstwo, gdy prościej byłoby może zaczekać do wyjaśnienia rozpoznania i narazie zalecić, conajwyżej prosty środek objawowy.

Że powyższe nie jest czczym wymysłem, niechaj posłuży za dowód przykład następujący:

Pacjentka lat 2 m. 5, dotąd zdrowa, dostaje nagle gorączki 38—39°. Przyczyny gorączki nie

można narazie ustalić, na skórze i narządach wewnętrznych żadnych zmian się nie stwierdza. Dopiero po kilku dniach badanie moczu pozwoliło rozpoznać zapalenie miedniczek nerkowych. Każdy wie jak trudne jest rozpoznanie nagle występującej sprawy gorączkowej u drobnego dziecka nawet dla doświadczonego lekarza. Nie o rozpoznaniu więc tu chodzi, ale o receptę, zapisaną pierwszego dnia choroby, a która była następująca:

*Acidi acetylosalicylici „Bayer“.*

*Pyrenoli*

*Urotropini „Schering“ ad 0.1*

*Phytini 0.15*

*Fortossani 0.5*

*Sacchari albi 0.25*

*Mfpdtd. N. X. 3 razy dziennie po 1 proszku.*

Bayerowska aspiryna nosi oficjalną nazwę aspiryny; terminu chemicznego *acidum acetylosalicylicum* używamy dlatego, żeby recepta wypadła taniej, ale przez dodanie nazwiska zmuszamy aptekarza do dania aspiryny oryginalnej, więc cena nie może być niższa. Jasne więc, że chodziło o ukrycie rodzaju środka przed rodzicami pacjenta.

Pyrenol: jeden z nowszych środków, zatem nieznanymi szerszej publiczności, zawierający *natrium salicylicum, natrium benzoicum i natrium thymicum*, tutaj zupełnie zbędny, gdyż dziecko wcale nie kaszało i nie wykazywało żadnych zmian w drogach oddechowych.

Fityny 0.15, fortossanu 0.5: dwa środki i dwa błędy; 1<sup>o</sup> w ostrej sprawie gorączkowej nie zapisuje się przecież środków „ogólnie wzmacniających, poprawiających łaknienie, odżywianie i t. d.“ 2<sup>o</sup> fortossan jest to fityna z laktozą, więc dwukrotnie zapisano ten sam środek, tylko w różnej dawce i pod inną nazwą, niewiedomo w jakim celu.

Nawet cukier, dodany na końcu, jest zbędny, ponieważ słodki fortossan dostatecznie koryguje smak.

Dodać jeszcze trzeba, że niezmiernie trudno było zmusić małe dziecko do zażycia proszka objętości 1.2, Nawiasem mówiąc cena jednego proszka wynosiła 63 grosze!

Jeśli istniało, i słusznie, podejrzenie sprawy miedniczkowej, to wystarczyło przecież zapisać urotropinę samą, albo z jakimś preparatem salicylowym.

W innym przypadku recepta, zapisana w ostrej sprawie gorączkowej, zawierała m. in. *calcisal* i *tricalcine* po 0.15, a więc dwa środki t. zw. „ogólnie wzmacniające”, o podobnym składzie, tylko jeden krajowy, drugi francuski!

Należy uwzględnić, że podobne recepty otrzymują do rąk pacjenci, którzy niezawsze są ignorantami, że czytają je aptekarze, orientujący się dobrze, wreszcie widują je nierzadko lekarze, którym względy koleżeńskie nie pozwalają na zakwestjonowanie celowości zapisanych środków.

Niewiele odbiega od powyższego, choć bardziej pozbawione ignoracji jest zalecanie pacjentom nowych specyfików, jedynie dlatego, że są one nowe i „modne”, o czym zresztą była już mowa na łamach naszego pisma. Obok chęci wykazania swojej wiedzy mamy tu zapewne do czynienia z niepotrzebnymi koncesjami w stosunku do pacjentów, wrażliwych na leczenie modne.

Preparaty nowe są przecież tak liczne, że nie sposób jest nawet zapamiętać ich nazw, składu i działania. Dość zajrzeć do podręcznika Franka „Moderne Therapie”, który podaje bezkrytycznie aż kilka tysięcy nowych środków. Nie chcę bynajmniej powiedzieć, aby wszystkie te preparaty były złe, czy zbędne, przeciwnie, niektóre z nich są znakomite, chodzi tylko o to, aby w wyborze środka kierować się jedynie tem, że jest dobry i wskazany, a nie tem, że jest modny, lub nie zalecany przez poprzedniego lekarza.

Nie mam bynajmniej pretensji do tego, iżbym w notatce niniejszej zwracała uwagę na rzeczy nowe, nieznanne: były one już nieraz poruszane ustnie i na piśmie. Życie jednak codzienne zmusza do poruszania ich od czasu do czasu w nadziei, że może tą drogą uda się choć w pewnym stopniu wpłynąć w kierunku dodatnim.

Marta Erlichówna.

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Sprawa przerywania ciąży jest bardzo w czasie. Konieczność wszechstronnego rozpatrzenia tej kwestji skłania nas do udzielenia gościny w piśmie naszym najróżnorodniejszym na nią zapatrywaniom bez względu na to, czy odpowiadają one lub nie poglądom Redakcji. W ten sposób pragniemy ułatwić czytelnikom poznanie zagadnienia i wytworzenie sobie własnej o niem opinji. (Redakcja).

### Czy spędzenie płodu powinno być karalne?

(Na marginesie dyskusji na II Zjeździe prawników polskich.)

Podał

Dr. Stanisław BATAWIA (Warszawa).

Na II zjeździe prawników polskich w Warszawie, rozpatrywaną była w sekcji prawa karnego niezmiernie doniosła kwestja karalności spędza-

nia płodu, mająca zasadnicze znaczenie w przededniu zakończenia prac kodyfikacyjnych nad nowym polskim kodeksem karnym. Referent prof. Głaser w swoim referacie („Zagadnienie spędzenia płodu w ustawodawstwie nowoczesnem”) zajął stanowisko, nie odbiegające w gruncie rzeczy zbyt daleko od konserwatywnego poglądu na tę sprawę. Prof. Głaser dopuszcza wprawdzie odstępstwa od zasady karalności spędzenia płodu w przypadkach wskazań nietylko lekarskich, ale i prawnych oraz społecznych, jednocześnie jednak broni konieczności zasadniczego utrzymania karalności spędzenia płodu i wypowiada pogląd, „że dla podkreślenia znaczenia i szkodliwości tego przestępstwa dla interesów społeczeństwa rodzaj kary, w ustawie przewidziany za spędzenie, nie powinien być lżejszy od kary więzienia”.

Dopiero dyskusja wszechstronnie oświetliła samo zagadnienie i ujawniła właściwy stosunek prawników do tej kwestji. Znakomita większość obecnych w sekcji prawa karnego zjazdu poddała ostrej krytyce zasadnicze przesłanki przestarzałych poglądów na to zagadnienie.

Przed omówieniem tej dyskusji zająć się jeszcze musimy pobieżnym chociażby przedstawieniem całości samej kwestji spędzenia płodu.

Spędzenia płodu nie wolno rozpatrywać pod wąskim kątem widzenia prawa karnego lub ograniczać się do analizy tego zjawiska ze stanowiska czysto lekarskiego. Spędzenie płodu nie jest zagadnieniem prawniczym lub lekarskim — jest to przede wszystkim doniosły problem społeczny, codzienne zjawisko w życiu wszystkich narodów cywilizowanych, kwestja, żywo obchodząca ogół obywateli w każdym społeczeństwie.

Nie ulega już dzisiaj najmniejszej wątpliwości — i przyznają to nawet zwolennicy utrzymywania karalności spędzenia płodu — że represja karna na polu walki ze spędzaniem płodu okazała się zupełnie bezsilna. Przytaczane w różnych pracach statystyki, nie mogące, rzecz prosta, rościć sobie prawa do ścisłości, wykazują niebawale rozpowszechnienie się tego przestępstwa we wszystkich krajach. W Niemczech liczba spędzeń płodu obliczana jest w skromnych zarysach na 400.000 rocznie, w Stanach Zjednoczonych około 2.500.000 rocznie, z czego na sam Nowy Jork przypada około 80.000, w Paryżu przed wojną około 50.000, w całej Francji około 500.000 rocznie, w Wiedniu na 40.000 porodów przypada od 12 do 14.000 poronień.

Na materiale wielkiego Berlina stwierdzono, że na 100 płodnych małżeństw przypada przeciętnie 87 poronień, przyczem u kobiet w wieku od 31 do 36 roku na 100 takich małżeństw wypada aż 110 poronień. Na 100 poronień przeciętnie 78% jest kryminalnych, a u kobiet od 31 do 36 roku życia nawet 98%.

Stosunek poronień sztucznych, z reguły kryminalnych, do samoistnych wynosi mniej więcej 90%. (B u m m).

Stosunek poronień do porodów jest w przybliżeniu następujący: Francja 35—50%, Ameryka 35%, Rosja (przed wojną) 75%, Warszawa 23% \*).

W okresie powojennym w związku z przesileniem gospodarczym i ogólnym pogorszeniem warunków ekonomicznych we wszystkich niemal państwach liczba poronień jeszcze bardziej wzrosła, a samo zagadnienie spędzenia płodu zaczęto wszędzie poddawać gruntownej rewizji.

Rewizja ta nie może już dzisiaj odbywać się pod kątem widzenia wskazań lekarskich, ani nawet wskazań prawnych do spędzania płodu. To, iż w przypadkach, kiedy płód został poczęty wskutek działania przestępnego, przy zgwałceniu, stosunku z osobą nieprzytomną lub nieletnią, nadżyciu nieświadomości, że wszędzie tam żądanie, aby kobieta donosiła płód, jest rzeczą sprzeczną z elementarnym poczuciem prawnym społeczeństwa, nie może już dzisiaj ulegać najmniejszej wątpliwości. Wydaje się pewnym, iż w najbliższej

przyszłości nie będzie już wypadków tego rodzaju, jaki miał miejsce w roku 1924 w Niemczech, kiedy 10-letnia dziewczynka, zgwałcona przez swego ojczyma, musiała donosić płód, gdyż ani dyrektor kliniki położniczej uniwersyteckiej, ani ministerstwo sprawiedliwości nie chcieli się zgodzić na przerwanie ciąży wobec kategorycznego brzmienia artykułu 218 niem. ustawy karnej.

W obecnej chwili chodzi jednak o sprawę znacznie donioślejszą, aniżeli o kwestję ustalenia wskazań prawnych do przerywania ciąży, przeciwko którym protestować może tylko garstka ślepych i głuchych na wszelkie argumenty doktrynerów, nic wspólnego z życiem nie mających.

Jeśli przerwanie ciąży jest zjawiskiem powszechnym i codziennym, jeśli spędzenia płodu dokonywają kobiety ze wszystkich warstw społecznych, ubogie i zamożne, nieoświecone i wykształcone, panny i mężatki, kobiety bezdzietne i matki licznego nieraz potomstwa, ryzykując swe zdrowie i życie, to znaczy, iż przestępstwo to ma swoje głębokie przyczyny, nieliczące się z przeżytkami ustawy karnej i przechodzące do porządku dziennego nad wszystkimi argumentami gabinetowych uczonych.

Kodeks karny zwraca się do kobiety z kategorycznym nakazem — jeśli podejmiesz akt płciowy, to zawierasz tem samem umowę z państwem i zobowiązujesz się dostarczyć państwu obywateli. Wyraźnie sformułował to Janouli, i w gruncie rzeczy jest to jedynie słuszna interpretacja dzisiejszych ustaw karnych. Kobieta uważana jest przez kodeks karny za maszynę, przeznaczoną do rodzenia dzieci, za samicę, której natura wyznaczyła w przyrodzie ściśle oznaczoną rolę, nienaruszalną i niemogącą zostać zmodyfikowaną, rolę, w której główna aktorka nie ma prawa zabrać głosu, wyrazić na nią swoją zgodę lub zaprotestować przeciwko niej z tych lub innych powodów.

Każda jednostka zagwarantowana ma prawo dysponowania swem ciałem i życiem, i ustawa karna karze tylko samouszkodzenia przy uchylaniu się od powinności wojskowej, rozumiejąc, gdzie powinna się kończyć w tej dziedzinie ingerencja państwa.

W stosunku do kobiety prawo przekreśla jednak wszystkie uznane zasady i karze jej rodzić. To, co się później stanie z matką i dzieckiem, państwa nie obchodzi. Czy biedna kobieta będzie mogła dziecko wyżywić i wychować, czy urodzenie jeszcze jednego dziecka dla rodziny robotniczej nie będzie równoznaczne z klęską ekonomiczną, czy na tem nie ucierpią inne dzieci, już żyjące, którym nie będzie teraz za co kupić najpotrzebniejszych rzeczy, czy urodzenie dziecka nieślubnego nie oznacza z reguły dla matki wykołajenia — o tem wszystkim państwo nie myśli. Dzieci rodzą się i... umierają. W Polsce umiera corocznie 191.893 dzieci niżej jednego roku, od 1 — 4 roku życia przeszło 50.000! W ciągu ostatnich 10 lat matki pochowały w Polsce 1.900.000 niemowląt i 500.000 dzieci od 1—4 roku życia! Na 100 żywo urodzonych dzieci umiera u nas rocznie przeszło 20!

\* ) Dane, zaczerpnięte z pracy prof. W. Grzywo-Dąbrowskiego: „Przerwanie ciąży z punktu widzenia społecznego, prawnego i lekarskiego” i prof. Glasera: „Kilka uwag o spędzeniu płodu ze stanowiska prawa karnego”.

W Polsce, kraju o wielkiej rozrodzności, umiERALNOŚĆ niemowląt jest, jak widzimy, przestraszająca. Fatalne warunki ekonomiczne nie przeszkadzają wprawdzie kobietom rodzić, ale nędza, złe warunki mieszkaniowe i higieniczne nie pozwalają im nowonarodzonych dzieci utrzymać przy życiu. Jest rzeczą ciekawą, że w krajach, gdzie liczba urodzeń jest mniejsza, gdzie istnieje pewnego rodzaju regulacja urodzeń, śmiertelność wśród niemowląt i dzieci jest znacznie mniejsza. Mniej dzieci się rodzi, ale te, które zostają wydane na świat, mogą dlatego żyć w lepszych warunkach zewnętrznych i mieć należytą opiekę i wychowanie.

Badanie ruchu urodzeń i śmiertelności niemowląt w Niemczech od roku 1901 do 1927 wykazuje, że, podczas gdy przed rokiem 1906 śmiertelność niemowląt na 100 żywo urodzonych wynosiła 19,6, w następnych latach już znacznie się zmniejszyła, a w roku 1927 wynosiła tylko 9,7, czyli że śmiertelność spadła w tym okresie o 50%. Jeżeli zestawimy te dane z liczbą urodzeń, to okaże się, że w 1901 roku na 1000 mieszkańców urodzeń było 36,9, a w 1927 roku tylko 18,9 — spadek o 50%. W Polsce na 30 milionów ludności

umiera rocznie przeciętnie 191.893 niemowląt, w Niemczech na 60 milionów ludności umiera tylko 112.363 niemowląt (rok 1927).

W Anglii mamy dane podobne. Liczby wykazują, jak ze zmniejszeniem się liczby urodzeń spada równoległe śmiertelność niemowląt. W okresie od r. 1896 do 1906 na 1000 żywo urodzonych niemowląt śmiertelność wynosiła 147, a od roku 1921 do 1925 tylko 76, t. j. spadła blisko o 50%. Liczba urodzeń od 1896 do 1906 r. na 1000 osób ludności wynosiła 28,6, a od 1921 do 1925 r. spadła na 19,9 t. j. około 42%.

Przy zestawieniu ostatnich statystyk różnych państw dane polskie są wprost przerażające. Na 100 żywo urodzonych dzieci umiera w pierwszym roku życia: w Norwegii 5,3, w Szwecji 5,7, w Australii 5,7, w Holandji 6,0, w Szwajcarii 6,7, w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej 7,2, w Danii 8,2, we Francji 9,4, w Finlandji 9,6, w Łotwie 9,7, w Belgji 10,5, we Włoszech 12,7, w Hiszpanji 14,8, w Bułgarii 15,2, w Japonji 15,9, a w Litwie 16,2, w Czechosłowacji 17,8, na Węgrzech 17,9, w Polsce 20,3, w Rumunji 20,8. \*)

(Dok. nast.)

## O d c i n e k.

L. ZAMENHOF.

### DZIEJE MEDYCyny

w zyciorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 51 r. 1929.)

#### Moritz Hofmann.

Urodził się w r. 1622, zmarł w r. 1698. Zasłynął, jako odkrywca przewodu trzustkowego. Niezmiernie ciekawe są dzieje tego odkrycia. Hofmann był anatomem w Aldorfie. Podczas swych studjów w Padwie, przygotowując koguta, odkrył przypadkowo przewód trzustkowy. Z odkrycia tego zwierzył się anatomowi Wirsungowi, który był wówczas prosektorem u Jana Wesslinga, znakomitego anatoma. Wirsung jednak nie zakomunikował o tem odkryciu Wesslingowi, lecz zwrócił się do Bartholiniego i przedstawił mu je jako własne. Hofmannowi z trudem przyszło wykazać swoje autorstwo. Użył on wszelkich środków, aby restytuować swe prawa do odkrycia. Opowiadają, że nawet w testamencie swym ogłosił, że wszystkim prosektorom, którzy w wykładach swych wspomną o nim, jako o odkrywcy przewodu trzustkowego, wyznaczył w nagrodę kufel piwa z guldenem. Wirsung wkrótce został zasztytowany przez jakiegoś dalmatczyka. Jak sądzą, akt ten odbył się nie bez współdziałania Hofmanna.

Uniwersytet w Aldorfie przez długie lata czcił dzień odkrycia przewodu trzustkowego specjalnymi uroczystościami.

#### Thomas Sydenham.

Urodził się w r. 1624, zmarł w r. 1689. Znany jest w historii pod nazwą „angielskiego Hippokratasa”.

Zaszczytny ten przydomek zasłużył sobie nie-

tyle pracami naukowymi, których ogłosił niewiele, ile bystrym zmysłem klinicznym. Jemu zawdzięcza swój opis szereg postaci chorobowych, jak reumatyzm, dna, płasawica, zapalenie płuc kataralne, histerja i inne. On sklasyfikował semiotykę, którą podzielił na trzy główne kategorie objawów: podstawowych — zależnych od samej choroby, współrzędnych — wywołanych przez samoobronę organizmu i sztucznych przez ingerencję terapii. Według niego choroba to nie tylko zaburzenie w równowadze ustroju, to jednocześnie wynik walki natury z temi zaburzeniami. „*Morbum nihil esse aliud quam naturae conamen materiae morbificae exterminationem in aegri salutem omni ope molientis*”. Oryginalny pogląd wypowiedział Sydenham na choroby zakaźne. Odrzucił telurystyczne pochodzenie tych chorób (zależność od zmian powietrza i pór roku) i wprowadził pojęcie konstytucji epidemicznej. Pod względem terapeutycznym był Sydenham wolennikiem Hippokratasa, gdyż opierał się na kierunku dietetyczno-higienicznym. Sydenham, na którego grobowcu w opactwie Westminsterkiem widnieje napis: „*medicus in omne aevum nobilis*”, był najpiękniejszą postacią wśród lekarzy angielskich. Był nie tylko dobrym lekarzem, lecz dbał również o czystość środków lekarskich. Według niego lekarz winien być *clementiae divinae minister, medicus, non autem formularum praescriptor*”.

Sydenham był przeciwnikiem wszelkiej napuszonej wiedzy, występował przeciw poligrafji, jak również polipragmazji. Kiedy uczniowie jego zapytali go pewnego razu, co należy czytać dla udo konalenia się w wiedzy lekarskiej, odrzekł: „czytajcie częściej Don-Kiszota, jestto najlepsza lektura, którą sam chętnie uprawiam”.

Opowiadają o nim, że pewnego razu — wyraził

\*) Wszystkie dane powyższe czerpiemy ze studjum d-ra Henryka Kłuszyńskiego: „Znaczenie regulacji urodzeń dla klasy robotniczej”, drukowanego w „Robotniku” w listopadzie b. r.

się na posiedzeniu w sprawach sanitarnych miasta, że „dla zdrowia publicznego więcej korzyści przynieść może jeden dobry błazen, niż 20 osłów, obladowanych lekarstwami.”

Sydenham nie był pospolitym żartowniusem i słów swych nie rzucał na wiatr. Uwagi jego przydałyby się również i nowoczesnym zwolennikom ogłaszania niezliczonych artykułów i jeszcze częstszych wystąpień publicznych!

### Théophraste Renaudot.

Urodził się w r. 1586, zmarł w r. 1653 we Francji. Pierwszy francuski lekarz-dziennikarz i działacz społeczny. Jako medyk, był zwolennikiem jatrochemii. Zdobył sobie rozgłos nietylę przez działalność naukową, ile społeczną. Był założycielem pierwszego towarzystwa lekarskiego w Paryżu (Chambre royale des médecins) i w we własnym domu urządził poliklinikę, w której udzielał biednym bezpłatnej pomocy lekarskiej. W r. 1624 został wezwany do Paryża przez kardynała Richelieu dla objęcia opieki nad biednymi całego państwa. W r. 1630 założył pierwsze biuro dostarczania pracy. Swoją wszech-

stronną działalnością społeczną ogarniał niemal wszystkie dziedziny życia. W celu łatwiejszego oddziaływania na opinię publiczną założył pierwszą we Francji gazetę polityczną „Gazette de France”, która cieszyła się ogromnym powodzeniem, a wśród swych współpracowników liczyła takie indywidualności, jak Richelieu, kapucyna Leclerc, a nawet Luwik XIII! W roku 1637 Rennaudot założył pierwszy lombard (Mont de Piété), do którego później dołączył Hôtel des Ventes.

Ta niezmiernie szeroka działalność jego, która w pewnej mierze zagrażała dobrobytowi ówczesnych lekarzy,ściągnęła na niego nienawiść kolegów, którym udało się uzyskać wreszcie zakaz praktyki w Paryżu dla tego, który tyle niespożytych zasług położył dla dobra tego miasta! Jestto jeden z upakarzających przykładów, do czego zaprowadzić może walka konkurencyjna w naszym zawodzie!

Jak zwykle, nowe pokolenie, dla którego konkurencja nieboszczyka przestała być groźna, postarało się zrehabilitować honor ludzkości przez akt złożenia mu hołdu wieczystego w postaci pomnika w jego rodzinnym mieście. (D. c. n.)

## Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów (wszystkich prócz Śląskiego), P. Komisarza Rządu m. st. Warszawy, P. P. Dyrektorów Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku w sprawie organizacji dozoru nad żywnością.

W związku z rozporządzeniem z dnia 1. VI. 29 o organizacji dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku (Dz. (I. Nr. 64 poz. 495) oraz w rozwinięciu postanowień tego rozporządzenia, zarządza się co następuje:

Do par. 1. Sprawy dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku wymagają jednolitości akcji na terenie powiatu, która może być osiągnięta jedynie przy systemie koncentracji spraw tego działu; ze względu na swój wybitnie sanitarny charakter należy je skoncentrować w rękach organów sanitarnych powiatowych władz administracji ogólnej (lekarzy urzędowych tych władz).

Do chwili uregulowania w drodze rozporządzenia sprawy kwalifikacji komunalnych organów dozoru (art. 17 ust. 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 28 Dz. U. Nr. 36 poz. 343) należy, w szczególności dla kontrolerów żywności, uznawać jako tymczasowo dopuszczalne normy, uprawniające ich do pełnienia czynności kontrolnych.

1) świadectwo z ukończenia kursu przeszkolenia w Państwowej Szkole Higieny, lub  
2) świadectwo z ukończenia kursu przeszkolenia w Państwowym Zakładzie badania żywności i przedmiotów użytku, lub wreszcie

3) zaświadczenie o odbytej praktyce w zakresie pełnienia funkcji kontrolera żywności nie krótszej, niż lat 3 w Państwowym Zakładzie badania żywności i przedmiotów użytku.

Wydawanie zarządzeń i orzeczeń w sprawach dozoru, dotyczących np. wykluczenia z obiegu pewnych artykułów, powinno się odbywać poza przypadkami, wymagającymi z punktu widzenia ochrony zdrowia konsumentów, akcji doraźnej i szybkiej — z reguły na podstawie przeprowadzonego badania w zakładzie (pracowni), zwłaszcza zaś o ile zachodzi konieczność zajęcia towaru z powodu jego szkodliwości dla zdrowia, lub też podejrzenia o sfałszowanie, podrobienie, zepsucie. W przypadkach, w których badanie przedwstępne, przeprowadzone przez organ dozoru, może być wystarczające, zajęcie może być dokonane na tej podstawie, jednak zatwierdzenie tego zajęcia przez władzę dozoru nastąpić może dopiero na zasadzie wyników badania, dokonanego w zakładzie (pracowni), a potwierdzającego wyniku badania przedwstępnego (art. 21 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 28). Dla tego celu pozostawiony jest okres jednego miesiąca (art. 21 ust. 2 p. b).

Zarządzenia co do zniszczenia towaru powinny być

oparte na bezspornym stwierdzeniu jego szkodliwości dla celów spożycia lub użycia.

Do par. 2. Analogicznie do interpretacji, zawartej w ust. 2 niniejszego okólnika, sprawy z działu dozoru nad żywnością należy w (Urzędzie Wojewódzkim skoncentrować w rękach naczelników Wydziału zdrowia. Całokształt akcji, prowadzonej na terenie powiatów, powinien być tu zjednoczony, co umożliwi wydawanie władzom powiatowym jednolitych zarządzeń i ułatwi orientację nad całokształtem dozoru.

Zwraca się szczególną uwagę na ważność sprawy utrzymania przez gminy i powiatowe związki komunalne, komunalnych organów dozoru, co spowoduje pokrycie całego terenu Państwa siecią punktów kontrolnych, zapewniających jednolitość i powszechność akcji dozoru. Z tego względu konieczny jest stały wpływ na zarządy gmin w kierunku wypełniania przez nie ustawowego obowiązku (art. 17 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej); w pierwszym zaś rzędzie uwzględnienie przez nie we właściwych budżetach kredytów na wydatki, z tem związane.

Wyjaśnia się jednocześnie, że badanie prób w Państwowych Zakładach badania żywności i przedmiotów użytku wykonywane będzie bezpłatnie dla komunalnych organów dozoru (art. 12 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 1928 Dz. Ust. Nr. 36 poz. 343) o tyle, o ile organami temi będzie personel fachowy, posiadający odpowiednie kwalifikacje.

Rozstrzyganie odwołań, o których mowa w art. 23, rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, od orzeczeń powiatowej władzy administracji ogólnej powinno być oparte przede wszystkim na fachowym orzeczeniu Zakładu (pracowni); w braku takiego orzeczenia należy je spowodować.

Zarządzenie powtórnego badania powinno być z reguły stosowane w wypadkach wyjątkowych, t. j. w których faktycznie nasuwa się podejrzenie istnienia dla danej sprawy okoliczności łagodzących, jak to:

- próba została pobrana w sposób nienależyty;
- próba pozostawała w drodze zbyt długo;
- próba wskutek warunków atmosferycznych (letnia pora, upały) lub innych dotarła do zakładu w stanie znacznie gorszym, niż była w chwili jej poboru, i t. p.

Ważne jest bowiem dla sprawy dozoru, by autorytet orzeczeń zakładu (pracowni) był wobec stron zawsze w pełni utrzymany.

Nadzór nad komunalnymi pracownikami badania żywności i przedmiotów użytku, funkcjonującymi na terenie województwa, powinien obejmować w pierwszym rzędzie: a) ewidencję tych pracowni, b) władz do dostosowania się ich do przepisów paragrafów 19-22 rozporządzenia z dnia I. VI.



1929, c) nadzór nad ich działalnością (par. 18 powołanego rozporządzenia).

Do par. 5. Funkcjonariusze fachowi Państwowych zakładów badania żywności i przedmiotów użytku są ze względu na swoje specjalne ukwalifikowania uprawnieni do pełnienia funkcji kontrolnych na całym obszarze Państwa. Wobec tego, że jeden zakład obsługuje kilka województw, funkcjonariusze ci muszą być wysłani na objazdy kontrolne, po terenach, podległych różnym P. P. Wojewodom, stanowiących okrąg działalności zakładu. Objazdy te mogą się odbywać na żądanie władz administracji ogólnej, lub też z inicjatywy zakładu i w porozumieniu z danym urzędem. Funkcjonariusz, objeżdżający dany teren, winien być zawsze zaopatrzony w upoważnienie właściwego Urzędu Wojewódzkiego (załącznik 3 rozporządzenia z dnia I.VI. 1929). Funkcjonariuszom tym w przypadkach oporu, stawianego przy wykonywaniu ich czynności, władze administracji ogólnej powinny zapewnić pomoc organów policyjnych.

Do par. 6 i 7. Pod a) rozumie się: 1) lekarzy miejskich, 2) sejmikowych, 3) okręgowych;

pod b): funkcjonariuszy ukwalifikowanych i uprawnionych do pełnienia funkcji kontrolnych na podstawie zaświadczeń, wymienionych w ust. 2 wyjaśnień do § 1;

pod c) organy, pełniące inne funkcje sanitarne (np. komisarzy targowii), o ile dla pełnienia dozoru posiadają zaświadczenia, wyszczególnione pod b); organy te w myśl § 7 p. b. muszą mieć specjalne zaświadczenia, wyraźnie uprawniające je do pełnienia kontroli; zaświadczenia te mają być terminowe.

Do par. 8. W gminach, posiadających komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku, ustalony będzie w każdym przypadku odrębnie zakres działania tych pracowni (art. 15 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej). Zakres ten, ujęty z punktu widzenia właściwości rzeczowej, określi kategoria badań, których wykonywanie pozostawione będzie kompetencji danej pracowni. Rozmiar tego zakresu zależeć będzie w pierwszym rzędzie od właściwości danej pracowni (lokalnych, urzędowa, kwalifikacyjnej personelu i t. p.).

Ustalony zakres będzie obowiązującym wskaźnikiem dla organów kontrolnych przy przesyłaniu prób do badania w myśl przepisów ust. 2 i 3 tego paragrafu.

Odstępstwa od reguły co do przesyłania prób do terytorjalnie właściwego Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku, o którym mowa w ust. 5, mogą zachodzić jedynie w przypadkach wyjątkowych: letnia pora, możliwość zepsucia się próby, konieczność jak najszybszego wydania zarządzenia, opartego na wynikach badania i t. p.

Dla ułatwienia ogólnej orientacji nad działalnością organów dozoru wskazane jest ustalenie liczby prób, którą organa dozoru powinny w czasokresach pobierać na danym terenie. Określenie to należałoby ująć w następujący schemat: Liczba prób, pobranych do badania przez organa dozoru na danym terenie, nie może być:

- a) w gminach miejskich mniejsza niż . . . . . prób rocznie na 1,000 mieszkańców,
- b) w gminach wiejskich mniejsza niż . . . . . prób rocznie na 1,000 mieszkańców.

Wnioski swe co do liczebności prób, po uzgodnieniu ich z terytorjalnie właściwym Państwowym Zakładem badania żywności i przedmiotów użytku zechcą P. P. Wojewodowie przedłożyć Ministerstwu w terminie do 3-ch miesięcy od daty okólnika.

Do par. 9. W przypadku zwolnienia gminy od obowiązku utrzymywania własnej pracowni (art. 15 ust. 5 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej) ustalony będzie dla każdej poszczególnej gminy w drodze zarządzenia specjalnego zakres świadczeń, mających stanowić rekompensatę dla danego Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku za wypełnianie przez ten Zakład na rzecz gminy funkcje badawcze i kontrolne.

Do par. 10. W zakładach, nieposiadających dostatecznie liczego fachowego personelu dla utworzenia wszystkich oddziałów, przewidzianych w tym paragrafie, poszczególne czynności mogą być łączone w jednym oddziale. Jednak oddział toksykologiczny (sądowo-chemiczny) i administracyjny (kancelarja) muszą tworzyć zawsze odrębne jednostki.

Kierownicy poszczególnych oddziałów są służbowo całkowicie podlegli dyrektorowi zakładu, który powinien mieć wzgląd, zarówno z punktu widzenia fachowego, jak administracyjnego, we wszystkie sprawy, załatwiane w oddziale.

Z tą chwilą tracą moc wszelkie sprzeczne z tem zarządzenia.

Do par. 11. Dyrektor zakładu wyznacza funkcje i prace poszczególnych oddziałów względnie funkcjonariuszów. Funkcjonariusze Zakładu poświęcać muszą cały czas godzin urzędowych pracy zakładowej. Prace naukowe, dotyczące przedmiotów, objętych rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. № 36 poz. 343), mogą być prowadzone przez personel zakładu za zezwoleniem dyrektora.

Państwowe zakłady badania żywności i przedmiotów użytku są obowiązane do składania Ministerstwu Spraw Wewnętrznych sprawozdań: a) miesięcznych (liczbowych), b) rocznych (szczegółowych) z działalności Zakładu.

Do par. 13. Wobec tego, że okrąg działalności poszczególnego zakładu obejmuje kilka województw, należy, by zakłady dostosowały akcję swoją do potrzeb danego terenu z uwzględnieniem różnych warunków lokalnych. Im więcej dany teren jest zaniedbany pod względem organizacji dozoru, tem baczniejszą należy zwracać na niego uwagę i tem więcej pobudzać czynniki miejscowe do przestrzegania i wykonywania odpowiednich przepisów. Ingerencja fachowo wyszkolonych funkcjonariuszów zakładów, działających z ramienia władz administracji ogólnej, powinna dążyć w kierunku usuwania istniejących braków.

Do par. 15. W związku z ingerowaniem zakładów w sprawy czy to organizacji czy wykonawstwa dozoru, o którym mowa w wyjaśnieniach do par. 13, powstawać będzie konieczność zwracania uwagi władzom dozoru na te czy inne braki lub niedokładności i na sposób ich usunięcia. Z tego względu zakłady powinny stanowić dla władz administracji ogólnej ważny pomocniczy organ przy wykonywaniu dozoru.

Do par. 18. Państwowe Zakłady badania żywności są, w myśl art. 11 ust. 2 p. d rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, temi organami, za pośrednictwem których wojewódzkie władze administracji ogólnej wykonywują nadzór nad komunalnymi organami i pracownikami celem stwierdzenia znajomości, prawidłowości i sprawności wykonywania dozoru. Kontrolowanie pracowni, jako technicznych placówek, może być dokonywane jedynie przez odpowiednie czynniki fachowe.

Kursy szkolenia personelu fachowego (kontrolerów żywności) odbywają się w: Państwowej Szkole Higieny oraz w poszczególnych Państwowych Zakładach badania żywności i przedmiotów użytku. O terminie urzędzenia tych kursów będą P. P. Wojewodowie każdorazowo zawiadamiani celem spowodowania, by zarządy gmin zgłaszały na kurs ten kandydatów do przeszkolenia.

Do par. 19. Rozmiary, urządzenie komunalnej pracowni oraz kwalifikacje jej personelu będą z reguły wskaźnikiem dla określenia zakresu jej działania. Różniczkowanie zakresu tego, w zależności od poziomu danej pracowni, jest konieczne ze względu na uprawnienia, nadane tym pracownikom w art. 13 i 14 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, wymagające autorytatywnego stanowiska.

Termin, do którego dane gminy powinny być zaopatrzone w pracownie, nie może być ze względu na konieczność rozbudowy aparatu dozoru zbyt odległy i w żadnym razie nie powinien on przekraczać 5-ciu lat od chwili wejścia w życie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej.

Do par. 20. Do czasu określenia w drodze rozporządzenia kwalifikacji personelu komunalnych pracowni należy kierować się zasadą, by czynności kierownicze i analityczne były w rękach fachowców z dyplomem szkół wyższych (dyplomowanych chemików), obeznanych ze specjalnością w kierunku badania artykułów żywności i przedmiotów użytku.

Do par. 21. Sprawozdania, o których mowa w tym paragrafie, powinny być dostarczane:

- 1) właściwemu Wojewodzie w terminie:
  - a) kwartalne do 4-ch tygodni po kwartale sprawozdawczym.
  - b) roczne — do 3-ch miesięcy po roku sprawozdawczym.
- 2) Te same terminy obowiązują pracownie m. st. Warszawy.

Do par. 22. Po zapoznaniu się ze sprawozdaniem z działalności pracowni za rok ubiegły należy zarządzić kontrolę jej działalności w trybie, przewidzianym w tym paragrafie. Dyrektorowi właściwego terytorjalnie Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku należy sprawozdanie roczne pracowni udzielić do wglądu przy jednoczesnym zarządzeniu dokonania kontroli.

Do par. 23. Powyższą instrukcją uchyla się okólnik Nr. 109 z dnia 26. VI. 28 Nr. Z. H. 2967/28 w tej samej sprawie. —

Sławoj-Składkowski. Minister.

— Okólnik Ministra Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie wykazów tygodniowych zachorowań i zgonów na choroby zakaźne.

Walka z chorobami zakaźnymi będzie miała najlepsze widoki powodzenia, o ile zgłaszanie pojedynczych przypadków tych chorób będzie dokładne i szybkie, gdyż od tego przede wszystkim zależy w wielkiej mierze wydawanie odpowiednich i skutecznych zarządzeń.

Ponadto szybkie nadsyłanie danych z poszczególnych powiatów niezbędne jest Ministerstwu Spraw Wewnętrznych celem odtworzenia rzeczywistego obrazu przebiegu chorób zakaźnych, jakoteż i ze względu na konieczność przesyłania z najmniejszym opóźnieniem oficjalnych biuletynów o zachorowaniach i zgonach na choroby zakaźne państwom ościennym, a przede wszystkim Sekcji Higieny Ligi Narodów, tudzież Office Internationale d'Hygiène Publique w Paryżu.

Wobec powyższego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zarządza następujące zmiany w treści okólnika tutejszego L. Z. Z. 1272/25 z dnia 28 marca 1925 r. p. III oraz pisma okólnego Nr. Z. Z. 4028/28 z dnia 6 lipca 1928 r. ust. 5 i 6: „koniec tygodnia sprawozdawczego przenosi się z soboty godz. 24-a na sobotę godz. 12-ta”, przyczem wykazy zachorowań i zgonów na choroby zakaźne za tydzień sprawozdawczy powinny być wysyłane jeszcze w sobotę przed ukończeniem urzędowania tak, by Ministerstwo Spraw Wewnętrznych otrzymywało je już w poniedziałek. Wysyłka ta ma być uskuteczniata, jak dotychczas, w dwóch egzemplarzach, z których jeden wprost do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a drugi do właściwego Urzędu Wojewódzkiego (Komisarjatu Rządu).

Powyższe zmiany o sporządzaniu i przesyłaniu wykazów zachorowań i zgonów na choroby zakaźne należy wprowadzić niezwłocznie po otrzymaniu przez Starostwa niniejszego okólnika, z tem, żeby z początkiem roku 1930 nie było już najmniejszych uchybień w jego wykonaniu.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych traktuje sprawę, jako bardzo ważną, chodzi bowiem o usprawnienie akcji pierwszorzędnej wagi, a mianowicie o akcję walki z chorobami zakaźnymi, a do pewnego stopnia i o prestige Państwa Polskiego na zewnątrz, wobec czego poleca, aby wydane zarządzenia były jaknajściślej przestrzegane i aby w każdym przypadku nie nadesłania względnie opóźnienia w nadesłaniu tygodniowego wykazu zachorowań i zgonów na choroby zakaźne było niezwłocznie przesłane umotywowane wyjaśnienie, a równocześnie

nie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że wszelkie uchybienia w wykonaniu powyższych zarządzeń pociągać będą za sobą dochodzenia dyscyplinarne.

Okólnik niniejszy podać należy do wiadomości i ściśle go zastosowania się wszystkim Starostwom (lekarzom powiatowym).

Wszystkie inne ustępy wyżej powołanych zarządzeń pozostają nadal w mocy. —

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.  
W/z. Adamski.

— Polskie Towarzystwo Gastrologiczne  
W dniu 18 b. m. w Pol. Tow. Gastrologicznem odbyło się uroczyste posiedzenie, na którym Vice — Prezes Towarzystwa Dr. Wejnert po dłuższym przemówieniu wręczył Doktorom Ignacemu Grundzachowi i Salomonowi Mintzowi dyplomyna członków honorowych Pol. Tow. Gastrologicznego, w uznaniu ich zasług naukowych na polu cierpień przewodu pokarmowego. Członkowie Honorowi w serdecznych słowach dziękowali za odznaczenie, poczem posiedzenie zakończył interesujący odczyt o nowotworach jelit, oraz 7 trafnie dobranych pokazów z tejże dziedziny.

— Ostatni (12) numer zeszloroczny miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: Stanisław Małachowski — Łempicki. Stanisław Małachowski. W 120-ą rocznicę zgonu. Dr. E. Maydell. Jak pracuje szkieletowy mięsień człowieka? Dr. Stanisław Lenkowski. Papirusy jako świadectwa kultury starożytnej. Dr. Aleksander Hertz. Totemizm. Waclaw Husarski. Jacek Malczewski. Dr. M. Librachowa. III Zjazd Wszechświatowej Federacji Stowarzyszeń Pedagogicznych.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH

### 4. I. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

1. N. Pryłucki. Przypadek zmian rdzeniowych na tle niedokrewności złośliwej leczony pomyślnie wątroba.

2. K. Rachonowa. Dwa przypadki odmy samoistnej w przebiegu odmy sztucznej.

3. E. Herman i L. Lipszowicz. Pokaz encefalogramów z przypadków guzów mózgu.

4. E. Pros. Nowa mikrometoda oznaczania zawartości cukru w moczu.

Odczyt. H. Higier. O chorobie Buergera.

TREŚĆ: G. LEWIN. Znaczenie stosowania odmy piersiowej sztucznej w walce z gruźlicą. — L. HIRSZFELD i W. HALBERÓWNA przy współpracy klinicznej M. FLOKSZTRUMPF i L. KOŁODZIEJSKIEGO. Badania nad serodiagnostyką raka. — E. BIRSOWSKI. Stare w położnictwie w szacie odnowionej. — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Marta ERLICHÓWNA. Jeszcze o naszych grzechach. — Stanisław BATAWIA. Czy spędzenie płodu powinno być karalne? — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk Posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: G. LEWIN. La valeur du pneumothorax artificiel dans la lutte contre la tuberculose. L. HIRSZFELD et W. HALBER avec la collaboration clinique de M. FLOKSZTRUMPF et L. KOŁODZIEJSKI. Recherches sur le sérodiagnostic du cancer. E. BIRSOWSKI. Les théories anciennes dans l'accouchement en forme nouvelle. M. ERLICH. Encore sur nos péchés. ST. BATAWIA. L'avortement artificiel doit-il être punissable? L. ZAMENHOF. L'histoire de médecine (Suite).

## WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł., kwartalnie.

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA“, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

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

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

Drukarnia „SIŁA“ Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.