



www.dlibra.wum.edu.pl

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

ADRES ADMINISTRACJI:
UL. MARSZAŁKOWSKA 71. TEL. 8.34-48.

Konto czekowe
P.K.O. Nr. 86.96.

ADRES REDAKCJI:
UL. SIENKIEWICZA 12 m. 28.

Nr. 1

WARSZAWA, 4 STYCZNIA 1934 R.

Rok XI

Cardiazol

Nazwa zastrzeżona

**Środek
pobudzający
krążenie i oddychanie.**

Wskazania:

Stany zapaści,
zaburzenia sercowe,
zaburzenia w krążeniu,
choroby zakaźne i zatrucia.

Opak. oryg.: 10, oliquidum (Zl. 4.-)
3 ampułki (Zl. 2.50)
6 ampulek (Zl. 4.50)
10 tabletek (Zl. 4.-).

Fabryka Chemiczna
„Pharmedia” Warszawa.

Główny skład sprzedaży:

Dom Handlowy R. Arcichowski, Warszawa, Galerja Luxemburga 61/63. — Tel. 613-21.

LECZENIE DUSZNOŚCI WSZELKIEGO POCHODZENIA



DAWKOWANIE:

DAWKI ZWYKŁE: 2-6 ŁYŻ. OD HERBATY
DZIENNIE

DAWKĘ DZIENNĄ WLAĆ DO SZKLANKI WODY
OCUKRZONEJ I POPIJAĆ MAŁEMI ŁYKAMI
W CIĄGU DNIA.

DAWKĄ DLA DZIECI — STOSOWNIE DO WIEKU.

Wskazania: Rozedma płuc,
Dychawica, Miazdzyca, Przewlekły niezbyt
oskrzeli, Przewlekłe schorzenia sercowo-nerkowe,
Wszelkie wskazania terapii jodowej.

L. WŁODARCZYK

L. NASIEROWSKI • WARSZAWA • Kaliska 9, tel. 924-39, 930-42. PROBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE WPR. LEKARZY

Atochinol.

Lek przeciwdnawy i
przeciwzapalny nie drażni
przewodu trawienia,
koi bóle.

Dna. Rwa kulszowa.
Gościec. Migrena.
Stany kataralne
błon śluzowych.
Dychawica oskrze-
lowa i.t.d.

DRAŻETKI.
MAŚĆ.
PROSZEK.



Salen.

Estry glikolowe kwasu
salicylowego, łatwo roz-
puszczalne w tłuszczach,
wysokich, chloroformie etc.

Do zewnętrznego
traktowania gościa, dny,
nerwobóli. Postrzał. Kręcz.
Oparzeliny. Pocienie rąk i nóg.
Świądy. Róża etc.

PŁYN.
SALENAL: — maść
salenowa gotowa
do użytku.

Lek znieczulający.

Intensywność działania.

Długotrwałość znieczulenia.

Wyjafawianie przez gotowanie. Taniść.

Perkaina.

WARSZAWSKIE
CZASOPISMO LEKARSKIE

W Y D A W A N E

przez W. KNAPPEGO

pod redakcją Z. SREBRNEGO

ROCZNIK XI.

W A R S Z A W A

1 9 3 4





	Str
S. BAU-PRUSSAKOWA. O tworach chrząstkowych, powodujących ucisk rdzenia lub ogona końskiego.	326
Z. SZYMANOWSKI. Zarazki przesączalne i bakteriofagi.	330
E. SEDLIS. Zagadnienie międzypłciowości w świetle badań biologicznych i klinicznych.	353
B. ZABŁOCKI i J. MORZYCKI. Endotoksyna pałeczek duru brzuszego, otrzymana metodą wielokrotnego zamrażania, i jej własności. (Doniesienie tymczasowe).	381
Mirosława KRUSZÓWNA. Oddziaływanie chorych niegruźliczych na szczepionkę Zd. Michalskiego.	384
J. HURYNOWICZOWA i E. CZARNECKI. W sprawie określania przez skórę chronaksji nerwów błędnych u królika.	400
M. RUBINSZTEJN. Badania sprawności czynności wątroby.	402, 421
M. SZOUR i R. BERKMAN. O wpływie przetworów śledziony na przebieg jamistej gruźlicy płuc.	425, 445
Juljusz BRILL. Analiza receptorów szczepu bakt. typu paratyphus C. Hirszfeld (Orient) wydzielonego ze krwi chorego.	442
Marek LEWENFISZ. Rentgenoterapia nadnerczy jako jedna z metod leczniczych choroby Basedowa	443
M. BURAK. Przyczynę do rozpoznawania dusznicy bolesnej.	460
C. MINC. Rozpoznawcze znaczenie pewnych objawów klinicznych.	463, 481
S. MANZON. Przypadek Urethritis non gonorrhoeica veneris microbica et Dermatitis traumatica medicamentosa exogenes eczematoides postcontractiva.	483
A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN i J. KRAMARZ. Dwa przypadki białaczki.	499
A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN i J. KRAMARZ. Przypadek niedomogi wielogruźlowej.	522
Marja SZENFELD. Niezwykły przypadek jednostronnego wytrzeszczu gałki ocznej zapalnego pochodzenia w przebiegu ostrego zapalenia nerek u dziecka.	542
E. HERMAN i J. MERENLENDER. Choroba Pringlea z rozrostem połowiczym twarzy (policzka, warg, spojówki oka oraz małżowiny usznej) bez współistnienia objawów nerwo-psychicznych.	562, 580
J. PINCZEWSKI i J. MELZAK. Napady wegetatywne z dodatnim odczynem hiperwentylacyjnym. O poziomie wapnia we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym.	607
Jadwiga HUFNAGEL. Przypadek ropnego enterokowego zapalenia opon mózgowych.	610
A. W. KAPŁAN, W. FRYSZMAN i J. KRAMARZ. Przypadek anemii aplastycznej.	611
H. RASOLT i A. KICINSKI. W sprawie samoistnego pęknięcia tętnicy głównej.	627, 650
H. MAKOWER i E. WOŁKOWYSKI. Migotanie komór spowodowane przez ucisk na gałki oczne.	630
Zofja KOŁODZIEJSKA. O najnowszych wzorcach witaminowych.	647
Józef SOŁOWIEJCZYK. Niezwykły przypadek uszkodzenia żyły szyjnej przez ciało obce.	669
St. DOBRYSZYCKI. Przypadek recto-sigmoiditis ulcerosa chronica.	670

	Str
J. WAJNSZTOK, P. KOTOK, B. GŁOWIJSKI. O leczeniu zatruc związkami barbiturowymi za pomocą dużych dawek strychniny.	672
Józef KON. Przypadek choroby Hertzen-Heubnera.	689
Aleksander MARGOLIS. Śledziona a marskość wątroby.	711
J. WOHL. Przypadek choroby Pageta u osoby nadmiernie otyłej.	714
L. LIPSZOWICZ. Zachowanie się odruchu rogówkowo-podbródkowego Flatau w schorzeniach korowych i pozakorowych. (Zarazem przyczynek do semiotyki i topiki stanów nieprzytomnych).	729, 750
J. ROZENBLAT i F. NATHAN. Zmiany w jajnikach u ciężarnych kobiet i kotnych królic, jako wyraz auto-reakcji Zondeka i Aschheim'a.	748
P. KOTOK. Z kazuistyki kily wątroby.	769
J. SZEJNBERG. Znaczenie rozpoznawcze interferometrii w schorzeniach gruczołów wewnętrznych.	770
A. LAPIDUS. Uproszczona metoda oznaczania ilości indykanu we krwi.	772
E. SEDLIS. Endometriosis pęcherza moczowego.	790
M. RUBINSZTEJN. Zmiany we krwi w przewlekłej niedokrwistości doświadczalnej. Przebieg niedokrwistości przez skrwawiania.	793, 810

C. Z Praktyki prywatnej

B. TOŁCZYŃSKI. Conglutinatio orificii externi.	183
E. EWENS, B. S., M. D. (Atlantic City, U. S. A.). Niedostrzeżony czynnik w skłonności do kataru nosa.	248
J. SZEJNBERG. Trombopenja i krwawienie z organów rodnych.	288
M. LEDER. O wpływie kąpieli leczniczych na pobudliwość kory mózgowej.	302
D. THURSZ. Model rozszerzań macicznych własnego pomysłu.	501
Zdzisław ŚWIDER. Kardjotachografia, nowa metoda badania narządu krążenia (doniesienie tymczasowe).	633
Wilhelm RÖBIN i Józef NUSBAUM. Przyczynę do nawrotu bólów bezpośrednio po usunięciu pęcherzyka żółciowego.	732

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

a) Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Juljan FLIEDERBAUM. Rola układu autonomicznego w krążeniu, ustalaniu się i zaleganiu wody w ustroju oraz w powstawaniu obrzęków i stanów wysuszenia.	9, 27, 48, 64
Ewelina LAWENDEL. Anemia wczesnego dzieciństwa.	79, 93
Juljusz BRILL. Diagnostyka serologiczna grupy pałeczek supestifer-paratyphus C.	137, 155
Róża ZAJDEL. Nowe prace, dotyczące przyrządzania anatoksyny błoniczej, oraz nowe metody szczepień ochronnych.	170, 185
Juljan WALAWSKI. Czynność serca w świetle nowych metod.	204

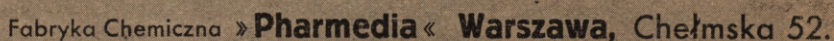


Nr. rejestrul M. S.W. 1464/66.

w ostrych stanach, zagrażających życiu, porażeniu oddychania, zatruciu gazami i t. p., działa szybko również i podskórnie,

w zaburzeniach krążenia (wskutek chorób zakaźnych, stanów wyczerpania i t. d.).

Słownie do potrzeby, jedną ampułkę, wzgl. co 1/2-1 godziny.
Doustnie 3-4 razy dziennie po 1 tabletkę lub po 20 kropli, w razie potrzeby co 1-2 godzin.



E. MERCK

	Str.
Leonard CHWAT. Odczyn Henryego w rozpoznawaniu zimnicy.	220
A. DAWIDSON. Odporność i alergja w gruźlicy.	234, 251, 269, 289
H. J. LANDAU. Z dziedziny niedokrewności.	304
B. KRYŃSKI. Ostatnie dziesięć lat Rentgenologii.	356
Zygmunt KURLANDZKI. Zapalenie płuc w wieku niemowlęcym i wczesnym dzieciństwie w świetle nowych poglądów.	384, 403
A. FESTENSZTAT. O zaburzeniach wzrostu i rozwoju w wieku dziecięcym.	427, 448, 465
Wanda HALBERÓWNA. O serodjagnostyce gruźlicy.	484, 502
N. PIANKÓWNA. Pachymeningitis haemorrhagica interna u niemowląt.	523, 544, 566
A. GRABER. Choroba zatorowa.	582
Jadwiga HUFNAGEL. Nieswoiste i swoiste nacieki tkanki płucnej.	614, 635
W. MILLER. Współczesny stan wiedzy o reumatyzmie infekcyjnym.	652, 674
Bronisław FRENKIEL i Stanisław HURWICZ. Kastracja i sterylizacja.	695, 717, 735, 752, 773
Henryk J. LANDAU. Obecny stan leczenia niedokrewności złośliwej.	795, 815

b) Streszczenia pojedyncze

1. Zagadnienia ogólne.

P. WALZEL. Co zawdzięcza współczesna chirurgia nowym czasom?	13
R. DEMEL. Dążenia do bardziej oszczędzających metod w chirurgii.	13
I. MOSZKOWICZ. Blastoma a interseksualność.	21
A. SCHNEIDERBAUM. Pasma koagulacyjne Weltmanna i jego stanowisko w klinice.	21
R. BRANDT. Konstytucja skórna.	21
K. SALLER. Drobne notatki z nauki o dziedziczności.	21
H. EPPINGER. Zmiany w dziedzinie medycyny wewnętrznej.	69
W. BAUMGARTNER. W sprawie powstawania mnogich guzów pierwotnych.	69
M. LÉVY. O chlorowaniu po operacjach.	137
G. KAMINER. Znaczenie rozpoznawcze szczepiennej próby Freund-Kaminera w diagnostyce raka.	149
LAKIN. Zaburzenia ciepłoty ciała.	149

2. Fizjologia normalna i patologiczna.

A. JUŻELEWSKIJ. Fizyczne i fizjologiczne czynniki ciśnienia płynu mózgowodzeniowego.	5
E. KYLIN. Badania nad ciśnieniem koloidoosmotycznym.	9
A. ZIMKINA i L. ORBELI. Wyniki podrażnienia mózdzku.	9
E. LAUDA. Zmiany w poglądach na czynnościowe znaczenie śledziony.	29
J. MATHIS. Nadajnik — narząd wewnątrzwydzielniczy.	29
BACHRACH E. et MORIN G. Nowy odruch nabyty, warunkowy w dziedzinie życia wegetatywnego.	29
A. JORES. O nykturji.	41
R. EUGER i P. PREUSCHOFF. Wydalanie barwników moczu a czynność nerek.	41
ROSSITER. Rytmiczne skurcze mięśniówki tętnic a EKG.	53

	Str.
BARCLAY. Mechanizm przesuwania pokarmu w przewodzie pokarmowym.	53
J. UŻELEWSKIJ i A. ZAJCEWA. O zależności między ciśnieniem tętniczym a wśródczaszkowym i o wpływie na nie rozmaitych środków farmakodynamicznych.	53
A. A. KROJCZYK i A. J. LIEBIEDZIEW. O wahanach zdolności reakcyjnej skóry u kobiet w zależności od cyklu jajnikowo-miesiączkowego.	53
J. R. MACLEOD, S. DONKOFFER. O nerwowej regulacji poziomu cukru we krwi.	93
N. LOLLI. Badania kliniczne i doświadczalne ośrodków nerwowych, regulujących przemianę materji.	93
G. ERÖS. Badania nad znaczeniem klinicznym i biologicznym komórek „wykazujących powinowactwo do srebra” w żołądku i jelitach.	93
GOUGH. Witamina C w szyszynce ludzkiej.	93
ALDRED, BROWN i MUNRO. Szybkość opadania krwinek a proteiny osocza.	93
R. RIVOIRE. Współzależność przysadki i tarczycy.	129
A. MARLOW i F. H. L. TAYLOR. Stałość poziomu żelaza w osoczu i moczu u ludzi zdrowych i niedokrewnych.	129
B. de RUDDER, R. KOMEYKE, W. TONACK. Eozynofilia okresowa.	149
J. LERMAN i W. T. SALTER. Czynność kalorygeniczna tarczycy i niektórych jej czynnych składników.	149
MORANON, COLAZO, CAETAN i RODA. Wpływ hormonu kory nadnerczy na wydalanie cholesterolu z żółcią.	149
DODDS, NOBLE i SMITH. Uszkodzenie żołądka przez wyciąg z przysadki.	149

3. Choroby alergiczne.

E. URBACH. Patogeneza i leczenie alergicznych schorzeń skóry i błon śluzowych.	33
A. PERUTZ. W sprawie wykazania histogenetycznych przeciwciał w schorzeniach alergicznych skóry.	73
A. MUSGER. W sprawie allergoz.	74

4. Farmakologia i Toksykologia.

H. HOFF. Nowsze wyniki farmakologii doświadczalnej i ich zużytkowanie w rozpoznawaniu neurologicznym i psychiatrycznym.	21
STEWART i WILLCOX. Leczenie otruc pochodniami kwasu barbiturowego.	21
O. MUNTSCHE. Wskazówki w sprawie patologji i terapii chorób, spowodowanych przez gazy wojenne.	57
P. FASAL i G. WACHNER. Objawowa plamica małopłytkowa jako skutek zatrucia chininą i szafrem.	73
MALIWA. O bezpośrednim działaniu siarkowodoru na włósczki.	73

5. Biologia.

N. ZWONICKIJ i A. OBROSOW. Silnie zjonizowane powietrze jako czynnik biologiczny.	13
---	----

6. Patologia kliniczna i doświadczalna.

	Str.		Str.
Z. JEHLE. Białkomocz lordotyczny.	1	F. SALUS. W sprawie ośrodkowo-nerwowej regulacji czerwonego obrazu krwi.	101
I. M. RAPPOPORT. Obraz krwi u człowieka i zwierząt doświadczalnych w fulleremji.	1	P. MERKLEN, H. GOUMELLE. Chlor krwinkowy jako wskaźnik do chlorowania w przebiegu azotemji.	101
BESSEMANS i de POTIER. Wstępne badania nad djatermją przeciwkilkową.	1	William SCHICK. Zmiany w odruchach spastycznych po uszkodzeniu szlaków piramidowych u małp: macacuss, gibbon i szympanów.	109
E. HESSE i A. FILATOW. Badania doświadczalne w sprawie zmian w ustroju wskutek hemoitzy.	25	E. FROMMEL i D. ZIMMET. Rola pochodnych kwasu nukleinowego w regulowaniu krążenia.	109
H. MAGENDANTZ i F. STRATMAN. O pozanerkowym wydalaniu wody w niedomodze serca.	25	J. HOFSTEIN. Wpływ insuliny na czynność wydzielniczą żołądka.	109
E. NARDELLI, E. MAURIZIO. Badania nad doświadczalną hipercholesterynemją hormonalną.	33	G. I. UMANSKY i A. P. STEPANOWA. Wahania K i Ca we krwi osób z ostrym wypryskiem i zapaleniem skóry.	121
FRUGONI P. Gruczoły przytarczyczne a przemiana mineralna w ustroju.	33	G. ERÖS i S. KUNOS. Badania nad znaczeniem klinicznym i biologicznym komórek żołądka i jelit, wykazujących powinowactwo do srebra.	121
E. FRELA. Poziom lipidów we krwi (naczecz) w durze brzuszny oraz zachowanie się krzywej lipidów po podaniu cholesterolu.	33	E. GOLD. Gospodarka wapniowa, ciała nabłonkowe i układ szkieletowy.	121
L. BRAUN. Badania doświadczalne nad ciśnieniem krwi i nerkami.	33	C. J. TRIPOLI i H. H. BEARD. Dystrofia i atrofja mięśni. Wyniki kliniczne i biochemiczne po dostnym podawaniu kwasów aminowych.	121
C. FRUGONI. Zagadnienia nadwrażliwości w patologji ludzkiej.	45	FORBES, FINLEY and MASON. Wpływ niektórych środków farmaceutycznych na naczynia mózgowe.	129
D. ADLERSBERG i A. PERUTZ. Dalsze badania nad gospodarką wodną skóry zapomocą „próby trzech bąbli“.	45	M. BRUGER i C. A. PONDEXTER. Stosunek cholesterolu osocza do otyłości i niektórych wklających ją schorzeń zwyrodnieniowych (moczówki prostej, nadciśnienia samoistnego, zapalenia kości i stawów oraz miażdżycy tętnic).	
H. LUECKER. Krytyka metod oznaczenia jodu we krwi przy użyciu do spopielenia ługów i kwasów.	45	Max VAUTHEY. Układ siateczkowo - śródbłonkowy wątroby i środki chemiczne przeciwkilkowe; rola układu w stosunku do ich tolerancji i znaczenia leczniczego.	129
V. P. MAZZOLA i M. A. TORREY. Badania doświadczalne nad wpływem wśródzylnych zastrzykiwań hipertonicznych rozczywnów glukozy na krwiobieg kota.	61	F. ROZENTHAL, L. FRIEDHEIM, R. NAGEL. Wpływ erytrocytów na działanie insuliny.	145
FIESSINGER. Rola wątroby w patogenezie kamicy.	61	L. M. BAYER. O alergji insulinowej.	145
H. LOTZE. O mechanizmie działania dużych dawek żelaza na florę jelitową.	61	A. B. RIVERS. Etjologia wrzodu trawiennego.	145
B. STUBER i K. LANG. O przemianie rodanowej.	61	H. CURSCHMANN i J. SCHIPKE. O rodzinie występującej akromegalji i konstytucji akromegaloidnej.	145
S. HIRSCHHORN i H. L. POPPER. O wpływie przykręgosłupowych wstrzykiwań na regulację przemiany materji.	69	M. B. STRAUSS. O roli przewodu pokarmowego w etjologii niedokrewności złośliwej, pellagry i zapalenia nerwów.	150
G. SICHER i A. WIEDMANN. Badania doświadczalne w sprawie zaburzeń gospodarki węglowodanowej wątroby w uszkodzeniach, spowodowanych przez salwarsan, zwłaszcza w salwarsanowym zapaleniu skóry.	69	E. FREUND i B. LUSTIG. O wpływie rozmaitych rodzajów żywienia na raki smolowcowe myszy.	157
Z. GODŁOWSKI. Stosowanie heparyny do badania czynnościowego układu siateczkowo - śródbłonkowego u człowieka.	70	H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL. Chirurgja i zespół toksyczny pooperacyjny.	157
K. SINGER. Zapalenie mięśni a eozynofilja.	81		
LOEPER, MAHOUDEAU, TONNET. Poziom kwasu szczawiowego we krwi chorych na serce.	81		
J. M. HAYMAN, J. A. BENDER. O białkomoczu nerkowym i pozanerkowym.	81		
B. A. HOUSSAY. Wyciąg z przedniego płata przysadki, jako czynnik wywołujący hiperglikemję.	81		
H. BLOTNER. Zmiany tkanki tłuszczowej pod wpływem wstrzykiwań insuliny.	89		
L. B. ELLIS, S. WEISS. Nadciśnienie tętnicze i czynność nerek.	89		
O. BICKENBACH. Działanie czwartej ustrojowej substancji, obniżającej parcie krwi, na krwiobieg człowieka.	89		
H. BOUCHER. Kamica żółciowa wskutek braku witamin.	101		

7. Bakterjologia i Serologia.

M. LEVI. Badania typów dwoiniek Fränkla w płacie zapaleniu płuc.	70
A. URGOITI. O wykrywaniu gruźliczego zarazka przesączalnego we krwi zapomocą metody Loewensteina.	70
H. POPPER. O płynnych pożywkach dla wykazania prątków gruźlicy we krwi.	70
G. ENUSBRUNNERI, J. WENDLBERGER. O przeciwdopelniającym działaniu surowicy w nadwrażliwości salwarsanowej, solganolowej i rtęciowej.	70

8. Medycyna Społeczna, Higjena, Epidemiologia i Statystyka.

L. FREUND. W sprawie zapobiegania zawodowym chorobom skóry u fotografów.	9
O. H. HENNEBERG. O zapobieganiu zatruciu mięsem u człowieka.	9
M. G. WOHLHUETER. Serce górników.	9
A. WINKELBAUER. Odkazanie rąk.	10
L. FREUND. Ochrona przed światłem a opalenizna skóry.	69
W. KORNFELD. O normalnych wartościach wzrostu i wagi u dzieci i młodzieży.	69
F. DEUTSCH. Zagadnienie serca sportowców.	69
H. PICHLER. Schorzenia zębów i ich higiena w wieku dziecięcym.	69

9. Djagnostyka.

A. GANDOLFO. Odczyn rakowy Roffo.	13
M. SZOUR. O nowej metodzie badania czynnościowego układu krążenia.	14
K. FELLINGER i K. MENKES. O ilościowych oznaczeniach bilirubiny w moczu metodą z błękitem metylenowym.	14
F. CORELLI. Chromoskopia żołądkowa z czerwienią obojętną podaną dożylnie; jej wartość kliniczna i stosunek do próby histaminowej.	49
VOLHARD. O rozpoznawaniu metodą osłuchową jam patologicznych w wierzchołkach płuc.	49
K. Th. DUSSIK i O. KAUDERS. Próby nowej metody badania węchu i smaku.	65
PAYNE. Zdjęcie infra-czerwone powierzchniowego układu żylnego.	65
F. STARLINGER. W sprawie oceny sił obronnych chorego przed operacją.	65
E. HERMANN. Próba z galaktozą w marskości wątroby.	122
C. WETZLER-LIGATI i R. WILHELM. W sprawie wpływu choroby rakowej na glikolizę we krwi i jego znaczenia rozpoznawczego.	122
J. CHOLEWA i St. CERUELC. Odczyn skórny E. Freunda w rozpoznawaniu raka.	122
C. LIAN, J. ODINET. Rozpoznawanie wodobrzusza nieznaczniego stopnia na zasadzie podwójnego szmeru puchlinowego i stłumienia poziomego w pozycji stojącej.	153
E. FREUND. Biochemiczne badanie moczu.	153
A. PERUTZ i B. LUSTIG. Prosta metoda wykrywania ciał fotodynamicznych w moczu.	153

10. Lecznictwo.

R. TISCHITZ. Wyniki skórnoego leczenia bodźcowego metodą Ponndorfa.	15
SEEBER. O działaniu przeciwwgorączkowym Efetoniny wzgl. Efetonalu.	15
WOLLESEN J. M. Narkoza awertynowa.	15
W. CASPARI. O żywieniu chorych na raka.	15
R. SCHRADER. Stosowanie rzodkwi w medycynie wewnętrznej.	15
UNVERRICHT. Djeta bezsolna, jej wpływ na wydzielanie żołądka i jej znaczenie kliniczne.	29
H. ELIAS. W sprawie współczesnej dietetyki sercowo i nerkowo chorych.	30

O. HOCHÉ. Wyniki i zawody przetaczania krwi w posocznicy.	30
H. KUNZ i M. K. ZACHERL. Zawartość żelaza w śledzionie po przetaczaniu krwi.	30
E. REICH. Doświadczenia kliniczne z „Peritonitis-serum“.	30
A. KREMA. Doświadczenia z insuliną „G. Richter“.	30
B. CHOMEL. Bonoprotin, nowy preparat białkowy.	37
H. KUNZ. Seroterapia w chirurgji.	37
M. LÉVAI i E. SIMUSZKY. Elektroforeza w leczeniu bólów mięśniowych.	37
PANKRATIEW i POLITOW. Próba leczenia ropnych ran hipertonicznymi roztworami siarczanu magnezu i siarczanu sodu.	37
L. TIXIER i S. de SÈZE. Wpływ insuliny na postępującą miażdżycę tętnic mózgowych u starców.	53
L. KAPS. Soma, nowy praktycznie bezalkoholowy napój, w silnym stopniu przypominający piwo, i jego zastosowanie dietetyczno-lecznicze.	54
R. ROESSLER. Jak działają wyciągi narządowe na układ krążenia?	54
I. G. KNOFLACH. Zranienie drążkowe w sportach zimowych.	54
E. FROMMEL. Coramina czy naparstnica? Dlaczego i kiedy należy zapisywać naparstnicę, cardiazol lub hekseton? Bilans działania farmakologicznego.	65
H. GEUTING. Calcio-Coramina, jako nowe analgetikum i środek wykrztuśny.	65
K. SINGER. Teoretyczne i praktyczne znaczenie działania magazynów czynnika przeciwniedokrewnościowego.	65
TELFORD. Sympatektomia.	65
H. HAYEK. Przyczynę do naskórnego leczenia Gamelanem u gruźlików.	70
D. ETTINGER. Doświadczenia z perpariną przy łóżku chorego.	70
D. RIED. Nowa zasada lecznicza w schorzeniach wyśiękowych.	70
R. BAUER. Leczenie diurezy djeta bezsolną i ewentualne szkody, przez nią wyrządzone.	71
I. N. KAZAKOW. Teoria i praktyka lezakoterapii.	85
P. GROAG i W. TOMBERG. W sprawie leczenia krótkimi falami.	93
S. JELLINEK. Działanie biologiczne ultrakrótkich promieni.	93
F. MANDL. Operacja raka a elektrochirurgja.	94
J. KOWARSCHIK. Galwanoterapia.	94
PFLIEGER A. M. Th. Badania nad ostrem i przewlekłym działaniem środków uśmierzających ból na narządy czuciowe skóry.	94
FRY E. Przywracanie oddechu.	94
I. MONAELESER, Ch. TAGUET, A. GOSSET. Leczenie stanów bólowych i guzów nowotworowych za pomocą wstrzykiwania jadu kobry.	94
I. G. KNOFLACH. Doświadczenia z tutafuliną i możliwości stosowania jej w chirurgji i nieszczęśliwych wypadkach	101
N. JAGIC. O zapobieganiu naparstnicowem.	101
H. KRAUS. Rozbudowa leczenia czynnościowego pacjentów po nieszczęśliwych wypadkach czynną gimnastyką.	102
STREHL. Objawy uboczne w leczeniu wielkimi dawkami Coraminy.	102
T. SPIEGEL. Z dziedziny stosowania Coraminy.	102

	Str.
G. IZAR i G. GAIZONNE. Wpływ insuliny w połączeniu z lecytyną i cholesteryną.	105
DON. Niezwykła reakcja po nirwanolu.	105
BARLOW i CHAMBERLAIN. Wartość surowicy krwi ludzkiej w posocznicy.	105
ANDERSON i COLLIP. Sposób przygotowania i własności pewnej substancji antytyreotropowej.	113
DYSON. Leczenie zmodyfikowaną immunotransfuzją posocznicy spowodowanej przez paciorkowca hemolizującego.	113
U. REBANDI. Nowa metoda stosowania dużych i częstych dawek arsenobenzolu oraz zwalczania stanów nietolerancji dla tego leku.	113
LOEWY. Purpura haemorrhagica trombopenica na skutek idiosynkrazji względem sedormidu.	113
FISHER. Leczenie schistosomiasis akroflawiną.	113
A. M. TH. PFLIEGER. Cibalgina.	125
J. LOUBIERE. Przyczynę do badania obrazu zatruć kwasami barbiturowymi i nowych dróg ich leczenia.	125
H. HEINRICH. Coramina w zatruciu środkami nasennymi.	125
Alfredo BUZZO y Guido Costa BERTANI. Zatrucie związkami barbiturowymi (weronalem). Traktowanie Coraminą.	125
F. de SIMONE. O stosowaniu wielkich dawek Coagulu pod postacią zastrzykiwań do tkanki łącznej ściany brzusznej.	125
C. v. NOORDEN. O dziecie przeciwwzpalnej.	146
E. SCHLIEPHAKE. Leczenie ultrakrótkimi falami w medycynie wewnętrznej.	146
MACFARLANE i BARNETT. Właściwości hemostaticzne jadu węzów.	146
L. PETESCHACHER. O stosowaniu dużych dawek Coraminy.	146
KAMENETZKI. Przyczynę do stosowania dużych dawek Coraminy w zatruciach morfiną.	146
E. SEHRT. Nowsze wiadomości dotyczące przebiegu tonięcia i ratowania topielców.	147
BETZNER. Uśmierzanie bólu czopkami Cibalginy	147
Hans LAMPENSCHERF. O praktycznym zastosowaniu cibalginy w postaci czopków.	153
E. LUSCHER. Czopki z Cibalgina, doodbytniczy środek przeciwbólowy.	154
HAAS. Przyczynę do terapii Calcio - Coraminą.	154

11. Znieczulanie.

W. GROSSMANN. O stosunkach odruchowych skóry do narządów moczowych.	17
POTVIN. Nowy środek znieczulający w oftalmologii.	17
TROJAN E. Doświadczenia z nowymi środkami znieczulającymi w klinice chirurgicznej Uniwersyt. w Szegedzie.	17
D. HOCHÉ. W sprawie wśródzylnego uspienia evipan-natrium.	73
D. BIOLATO. Perkaina w malej chirurgii.	73
V. PINTOZZI. Wpływ znieczulenia sutków na wydzielanie pokarmu.	73
MOOSMANN K. i NADER R. Nasze doświadczenie z Perkainą, stosowaną do znieczuleń lędźwiowych.	94
PHILIPOWICZ J. Znieczulanie perkainą w operacjach żołądka.	94
CAIFFIER P. O niektórych właściwościach krótkotrwałego uspienia Ewipanem w ginekologii.	95

Guido KRAUCHER. Znieczulanie miejscowe perkainą.	154
O. ZELLER. Postępowanie w celu usunięcia porażenia oddechu w znieczuleniu lędźwiowym.	154
MORO. O znieczulającym i różniczkowo - rozpoznawczym działaniu perkainy.	154
E. BAUER. Nowa Psicaina — nowy środek znieczulający.	154

12. Choroby zakaźne.

E. HAMMERSCHLAG. W sprawie kazuistyki i doświadczeń patologii uogólnionych grzybic.	10
A. BAREL. W sprawie częstości włośnicy u ludzi.	10
H. MAUTNER. O błonicy złośliwej.	10
R. LEHMAN. Leczenie tęcza.	10
CARROLL. Krew w przebiegu różyczki.	37
MANSON i BAHR. Afebryna i plasmochina w leczeniu zimnicy.	37
D. MORITZ i L. LACKNER. Przyczynę do badań nad hematologią krztuśca.	57
ELLISON. Eklampsja w przebiegu krztuśca.	57
FRIEDEMANN i ELKELES. Barjera krwio- mózgo- wa w chorobach zakaźnych.	77
UNDERWOOD. Formol - toksoid w profilaktyce błonicy.	77
BUICE. Wpływ tonsillektomji na odporność względem antytoksyny błonicznej.	77
HADFIELD, MAGEE i PERRY. Rozpuszczanie włókienka przez paciorkowca.	95
F. SCHNAPEK. W sprawie poronnego leczenia grypy	95
J. ZIKOWSKI. Przyczynę do kliniki rumienia zakaźnego.	95
DUKE. O właściwościach ochronnych preparatu „Bayer 205“ przeciw trypanozomiazie u ludzi.	95
BORREL i LOEWENBERG. Wnioski praktyczne z obserwacji 10 przypadków ciężkiej plonicy, leczonych surowicą ozdrowieńców.	157
P. MAUCLAIRE. W jakich przypadkach wskazane jest wstrzyknięcie zapobiegawcze surowicy przeciwczącej?	157

13. Gruźlica.

W. WALDMAN. Zagadnienia przewlekłej gruźlicy prosówkowej płuc.	10
NONNENBRUCH. W sprawie specjalnej postaci gruźlicy prosówkowej o przebiegu łagodnym i przewlekłym.	11
A. HERRMANNSDORFER i A. JUNG. Badania nad przemianą mineralną gruzlików przy dziecie S. H. G.	11
W. DENK. O trwałych wynikach chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc.	11
H. ELIASBERG. Rzadziej zdarzające się skutki gruźlicy gruczołów okołoskrzelowych.	11
K. RUPILIUS. Działaniu uodporniającym rozmaitych szczepień ochronnych przeciwko gruźlicy.	17
W. NEUMANN. Zapalenie wypryskowe spojówek, rumień guzowaty i reumatyzm Ponceta.	17
D. ROHACOVA i E. WEICHERTZ. Wstęga koagulacyjna Weltmanna w gruźlicy.	17
R. AMSLER. Ostra gruźlica płuc u chorych na dyshawię.	17
P. BAIZE. Plamica objawowa w wysiewie w przebiegu dwóch przypadków gruźlicy gruczołowo-płucnej u dzieci.	17

Str.		Str.
I. G. POPKOW.	W sprawie przetok opłucnowo-płucnych.	30
Y. TROISIER i T. de SANCTIS MONALDI.	Bacilemja gruźlicza w przebiegu ostrych zakażeń niegruźliczych.	30
O. TADDEI.	Sympathicosis abdominalis.	31
A. BRUGGEMANN i C. AROLD.	Znaczenie badania krwi w gruźlicy płuc i krtani.	31
ILKOFF.	Doświadczenia kliniczne z preparatem Solganol w gruźlicy płuc i krtani.	34
Paul LAFOSSE.	Paratuberkulinoterapia w gruźlicy płuc.	34
P. PRUVOST.	Zbędne odmy.	45
F. B. SZEBANOW.	Wskazania i technika opróżniania wysięków opłucnowych w odmie sztucznej.	45
E. SERGENT, I. GASPAS i T. FU - TSUI.	Ropień płuc i przebudzenie się gruźlicy płucnej.	46
E. LOEWENSTEIN.	Alergja a bacilemja.	46
RATHERY i DOLUBKOW.	Morbus coeruleus. Gruźlica płuc. Wynik leczniczy odmy sztucznej.	46
W. GUBARSKIJ i A. KORŻYNSKAJA.	W sprawie szczepień przeciwgruźliczych.	54
A. KROPACZEW.	Spostrzeżenia nad dziećmi, szczepionami metodą Calmettea i kontrolnemi.	54
G. L. HUNER.	Gruźlica nerek u kobiet.	54
L. BÉTHOUX.	Zapalenie nerek, skrobiawica i nerzyca w przebiegu gruźlicy płuc.	54
M. ASTRALDI.	Gruźlica jedynej nerki wrodzonej.	54
E. SERGENT, I. GASPAS i R. GADAUD.	Doświadczalne zakażenie gruźlicze świnek morskich drogą gruźliczowłóknistych.	55
P. STANGANELLI.	Niewydolność serca w gruźlicy płuc.	65
J. MORIN.	Oleotoraks i wyrwanie nerwu przeponowego.	66
V. CASTELLO.	O leczeniu zapalenia opłucny w przebiegu stosowania odmy antygenami Bockuet i Nègre.	66
Ch. LESTOCQUOY.	Gruźlica gruczołów wnekowych. Postacie anatomo - radiologiczne.	66
N. A. STARKOW i W. W. POPOW.	Próba leczenia hodowlą BCG. świnek zarażonych gruźlicą.	66
W. LUBARSKIJ.	W sprawie zarazka gruźlicy.	74
A. COUVELAIRE.	Gruźlica płuc a czynność rozrodcza.	74
F. MICHAŁOW.	O wymiarach serca w gruźlicy płuc.	74
F. FISCHL.	O prowokacji wrzodziejących procesów gruźliczych przez grypę.	74
A. ŁAZAREWICZ.	Wzajemne stosunki między gruźlicą a ciążą.	86
J. C. BAYLE.	Splenoterapia, leczenie ogólne gruźlicy.	86
W. W. OSNOWSKIJ.	Gruźlica gruczołów krezkowych u dzieci.	86
D. D. ŁOCHOW i I. M. LEWITAU.	Zmiany anatomo - patologiczne u królików gruźliczych, szczepionych BCG.	86
NÈGRE.	Wartość metod serologicznych w rozpoznawaniu gruźlicy.	95
K. L. PESCH i P. UHLENBRUCK.	Odporność gruźlicza a wiązanie dopełniacza.	95
H. KLEESATEL.	Częściowa plastyka w przypadkach leczonych odmą.	95
L. BERNARD.	Leczenie gruźlicy płuc tiosiarczanem sodu i złota.	
CH. LESTOCQUOY.	Gruźlica gruczołów oskrzelowych.	102
J. ZALESKAJA - SUCHOWA.	Dzieci z ujemnym odczynem tuberkulinowym i ich stosunek do przychodni.	102
J. PEISER.	Los niemowląt, zagrożonych gruźlicą.	102
LAFFORGUE i G. ANDRIEU.	Gruźlicze parareumatyczne zapalenie opłucny.	102
LAFFORGUE i G. ANDRIEU.	Gruźlicze zapalenie opłucny rzekomo - gościecowe.	103
H. PAILLARD.	Kaszel powodujący wymioty u gruźlików.	103
H. STEIN.	Badania nad gospodarką wodną u chorych z gruźlicą płuc.	141
A. GOETZL.	Gruźlica płuc jako problem społeczny.	141
L. NÉKAM.	Przypadek tyfobacilozy Landouzy i rumienia guzowatego.	141
A. GIRAUD i J. LARDAUCHET.	Leczenie ropnych gruźliczych zapaleń opłucny.	141
R. FROUST, A. MAURER i J. ROLLAND.	Uwagi w sprawie prób unieruchomienia górnej części połowy klatki piersiowej w przebiegu operacyjnej na nerwie przeponowym.	155
H. THIBAUT.	45 przypadków wycięcia nerwu przeponowego.	155
U. GUINARD.	Leczenie sanatoryjne a chryzoterapia.	157
STIASSNIE.	O zmiennej częstości dodatnich odczynów skórnych zależnie od środowiska.	157
14. Choroby jamy ustnej, nosa, gardła i uszu.		
N. ZAK.	Istota i etiologia zanikowego nieżyty nosa.	5
A. M. PUCZKOWSKI.	Wytwórcze przywrócenie końca nosa.	5
A. PYTEL.	O mieszanych guzach warg.	5
G. S. TOPROWER.	Forsowna metoda całkowitej plastyki nosa.	5
WIRTH.	Czy podczas zabiegów operacyjnych na migdałkach dostają się zarazki do krwi.	22
A. LINCK.	Ropnie przymigdałkowe a tonsillektomia podczas istnienia ropnia.	22
R. WALDAFFEL.	Badania doświadczalne - histologiczne nad zagadnieniem migdałków oraz krytyka poglądów dotychczasowych.	22
W. KUWICZYNSKIJ.	Z praktyki zachowawczego leczenia nieżyty zanikowego nosa.	37
A. J. KUTURSKI.	O torbielach śluzówkowych jamy szczękowej.	37
F. KRAWCZENKO.	Leczenie gruźlicy pierścienia Waldeyera 33% perhidrolem i jodkiem potasu.	37
STARNDBERG i GRAVESEN.	Fototerapia gruźlicy krtani.	38
M. ROSENBLATT.	Przypadek całkowitego porażenia ocznego drugostronnego pochodzenia usznego.	38
S. W. MICHAŁOWSKIJ.	W sprawie zmian tkanek i czynności kieszzonek Morgagniego, związanych z wiekiem.	55
S. N. JARAŁOW.	Z kazuistyki polipów przelyku.	55
I. DAWIDOW.	W sprawie kazuistyki ciał obcych oskrzeli.	55
N. ALEKSANDROW.	Przypadek utraty mowy z powodu prawostronnego ropnia podoponowego środkowej jamy czaszkowej, zakończony wyleczeniem.	55
A. L. GINSBURG.	Przypadek rozległego krwaka	

	Str.
głowy w przewlekłym zapaleniu ucha środkowego.	
A. L. GINSBURG. W sprawie wypadnięć mózgu pochodzenia usznego.	55
W. M. YOUNGERMAN. Zejście śmiertelne po znieczuleniu przewodowym w dole skrzydłowo-podniebiennym.	55
S. J. WULFSON, B. S. PREOBRAŻEŃSKI i G. B. FOMIN. Obraz rentgenowski krtani głuchoniemych.	66
E. MATIS. Nowe narzędzie do oświetlenia wewnętrznego i do stałej aspiracji podczas broncho- i ezofagoskopji.	67
N. TAPTAS. Utajone zapalenie ucha środkowego i wyrostka sutkowego.	67
A. LEIMDOERFER. O odosobnionym obrzęku górnych dróg oddechowych.	67
G. CLAUS. Czy istnieje u człowieka t. zw. Hydrops ex vacuo?	74
F. I. DOBROMYLSKI. Przewlekła gruźlica krtani u chorych nieprątkujących.	74
BUYS. Przypadek samorzutnego oczopląsu skierowanego naprzemian ku stronie prawej i lewej.	74
J. ALPIN. Dwa przypadki ropnia płata skroniowego pochodzenia usznego, wyleczonego po operacji.	75
N. KAISSARIS. Neuro - labyrinthitis w kile nabytej a labyrinthitis w kile wrodzonej późnej.	75
M. ZARFL. O następstwach martwiakowych zapaleń zarodka zęba.	90
R. SINGER. Wycinanie migdałków u chorych z moczówką cukrową.	90
BACHMANN i WIEGAND. O wynikach naświetlania Rentgenem w gruźlicy krtani.	99
L. ERRECART. Leczenie zamknięcia stałego ujścia gardłowego trąbki Eustachjusza.	90
E. MATIS. O chirurgji jam bocznych nosa, zwłaszcza w przypadkach schorzenia wszystkich jam.	90
M. BRONNER - ORNSTEIN. Przyczynę do różniczkowania i leczenia zaburzeń polykowych.	103
P. ARDONN. Różniczkowanie między szankrem kielowym, rakiem i gruźlicą wrzodziejącą migdałków podniebiennych.	104
H. KOBRAK. Spostrzeżenia nad odruchem strzemiączkowym u człowieka.	109
A. TOBECH. Zmiany w błędniku kostnym królika, powstałe na skutek nadmiernego podawania vigantolu.	110
F. ZOLLNER. Błędy rozpoznawcze, spowodowane przez wrodzone przetoki i torbiele uszu i szyi.	110
R. THIBAUT. Stany gorączkowe w następstwie schorzeń zębów.	113
L. KUMMER. Dalszy przyczynek do etiologii stomatitis aphthosa.	113
M. OPPENHEIM. W sprawie etiologii nigrities linguae.	113
HARTFALL. Monocytoza i agranulopenja w przebiegu anginy Plaut - Vincenti.	114
B. DANELIUS. Krwotoki po wyluszczeniu migdałków.	114
E. DUSSA. W sprawie częstości przerzutów w odległych narządach ciała u chorych, dotkniętych nowotworami złośliwymi gardła, nosa i uszu.	122
E. DARABAN. Rozpoznanie i leczenie raka krtani.	122
H. BARTH. W sprawie zagadnienia: uraz porodowy a narząd słuchu.	130
E. MATIS. Operacja doszczętna ucha, dokonywana poprzez małżowinę uszną.	130

	Str.
H. NAUMANN. Uwagi w sprawie etiologii, rozpoznanie i leczenie zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego.	130
K. ARSLAN. Nowe metody semiologii przedsionkowej. Próba standaryzacji badań przedsionkowych.	130
HENDERSON. Ostre pneumokokowe zapalenie gardzieli.	131
O. MAYER. Przypadek zapalenia opon mózgowych z zejściem śmiertelnym w następstwie dokonanej wewnątrznosowo operacji na komórkach sitowych.	131
K. URLICH. Proces gojenia się w starych złamaniach błędnika według obrazu rentgenologicznego.	137
J. BECK. W sprawie leczenia złotem gruźlicy krtani.	137
L. HAYMANN. Dane, dotyczące posocznicy pochodzenia migdałkowego.	137
H. BARTH. Spostrzeżenia kliniczne nad narządem słuchu i równowagi w metapoetycznych schorzeniach kości. (Osteodystrophia Paget i osteodystrophia Recklinghausen).	141
C. v. EICKEN i A. ADAM. O leczeniu raka oskrzeli.	142
A. OPP. Przyczynek do obrazu chorobowego anginy pooperacyjnej ze szczególnem uwzględnieniem odczynu krwi po wewnątrznosowym zabiegu operacyjnym.	158
L. FORSCHNER. Powstawanie guzków śpiewaczych przy niedostatecznem oszczędzaniu głosu w związku z zakażeniami grypowymi.	158
E. URBANTSCHITSCH. Toksyczne schorzenia narządu słuchu.	158
15. Choroby płuc.	
H. DOPSCH. Przyczynek do wykrywania płynu w jamie opłucnowej.	18
R. KLIMA i R. PAPE. Wyniki porównawcze badania klinicznego i rentgenowskiego w zapaleniu płuc.	18
E. ANTONIAZZI. Zejście śmiertelne w przypadku dychawicy oskrzelowej.	18
F. BRUNN. Dane doświadczalne w sprawie obrzęku płuc.	18
E. FAINZ. O nowotworach płuc.	49
H. J. TESCHENDORF. Rozpoznanie i leczenie guzów płuc.	49
WITTS. Dane kliniczne o dychawicy oskrzelowej.	71
L. HOFBAUER. Podłoże napadu dychawicznego.	71
RUDOLPH. Zastosowanie suchego powietrza do usuwania wydzieliny z oskrzelików i pęcherzyków płucnych.	71
F. LASCH. O skutecznym leczeniu ropnego zapalenia opłucny przeplukiwaniami yatrenem.	71
F. HASLINGER. Obce ciała w oskrzelach i ich znaczenie dla medycyny ogólnej.	77
P. BIRKENHOLZ. O preparacie „Cardiazol - Chinin“.	77
BRAY i WITTS. Pseudoefedryna w dychawicy oskrzelowej.	78
NEUMANN W. Krwotoki płucne w czasie miesiączki.	103
DAVIDSON. Odma podskórna w przypadku dychawicy oskrzelowej.	103
J. B. GRAESER, C. W. i O. H. ROBERTSON. Objawy fizyczne i wyniki rentgenograficzne w zapaleniu płuc płatowym u dorosłych.	123
SAIN — JACQUES. Kila płuc.	124

16. Choroby serca i naczyń.

J. FREUNDLICH. Znaczenie kliniczne wychylenia Q w elektrokardjogramie.	1	S. NEUDA. O zakrzepo - zatorze.	78
F. GERLES. Schorzenia mięśnia sercowego a elektrokardjogramy.	1	S. WEISS. G. P. ROBB. Astma sercowa.	87
A. Van BOGAERTS. Zmiany elektrogramu komorowego.	1	W. FALTA. Endocarditis lenta.	87
F. S. P. van BUCHEM i L. POLAK DANIELS. Badania elektrokardiograficzne w ostrych chorobach zakaźnych.	2	G. NOBL i M. WOLF. Czy czasowe podawanie wapnia może wpłynąć na gotowość zakrzepową?	87
B. ZADOC - KAHN. Czego można się spodziewać po badaniu elektrokardiograficznym w błonicy?	2	P. MEYER. Elektrokardjogram w przypadku śmierci naglej w przebiegu przewlekłego schorzenia mięśnia sercowego.	87
S. ANICZKOW. Stan węzła Keith - Flacka a komorowe skurcze dodatkowe.	23	A. PYTEL. W sprawie różniczkowania między varix aneurysmaticus v. saphenae magnae z przepukliną udową.	97
I. MAHAIM. Częstoskurcz napadowy u dziecka.	23	R. ROESSLER. Niedomoga krążenia wskutek porażenia naczyń.	97
H. KOHLMAYER. O leczeniu zatorów tętniczych.	23	G. ETIENNE, G. RICHARD. Dziedziczność nadciśnienia tętniczego.	97
H. PAILLARD. Rozpoznanie miażdżycy tętnic.	34	GEBHARDT. O zmianach drobnych naczyń wątrobowych w nadciśnieniu.	97
W. LAAB. Mechanizm ośrodkowy nadciśnienia samoistnego i miażdżycowego.	34	CUTLER i LEVINE. Leczenie chirurgiczne dławicy piersiowej.	97
BLUMGART i ERSTENE. Dwa mechanizmy powstania objawu Duroziez.	34	L. MATHIEU, L. COLLESON i R. CHOLTUS. Dna i arteriitis obliterans.	104
E. WITTKOWER i B. RAREY. Przyczynek do nauki o chorobie Oslera.	34	S. GLASERMANN. O przyczynach różnicy ciśnienia krwi między kończynami górnymi a dolnymi.	104
BAUER Juliusz i RECHT Georg. Sprawy naczyniowe skurczowe i obliteracyjne z zaburzeniami odżywczymi natury ischemicznej lub bez nich.	46	J. ETTINGER i W. NEZLIN. O szczególnym zespole w gośćcowem zapaleniu serca.	110
H. PAILLARD. Nadciśnienie tętnicze u kobiet kastrowanych.	46	L. GIROUX i H. DAUSSET. Leczenie dusznicy bolesnej krótkimi falami.	110
D. SCHERF. Hiperglikemja i cukromocz w zakrzepach tętnic wieńcowych.	47	A. PRATSICAS. Samoistne pęknięcie tętnicy głównej o niezwykłych objawach i przebiegu.	111
E. MELIK - GIUL NAZURIAN. O napięciu mięśnia sercowego i trzecim tonie serca.	50	HOCHREIN Max. Czy należy zniżyć wysokie ciśnienie krwi.	111
E. GÉRAUDEL, P. M. LAIGNEL - LAVASTINE i Y. BOQUIER. Długie przerwy komorowe w przebiegu Adama - Stokesa.	50	A. LEHNDORFF. O patogenezie anginae pectoris decubitalis.	117
B. T. HORTON. G. E. BROWN. Thrombo - angiitis obliterans u kobiet.	50	L. A. AMBLARD. Dusznica bolesna na tle dny.	117
A. W. ADSON, G. E. BROWN. Wyniki sympatektomji w przebiegu „thromboangiitis obliterans“.	57	KALIEBE. Wewnątrzkomorowe zaburzenie przewodnictwa serca.	117
H. DENNIG i S. H. PRODGER. Sercowo chorzy przy pracy.	58	I. W. HELD i A. A. GOLDBLOOM. Ostre zapalenie wsierdzia, wywołane przez paciorkowca zieloniejącego. Doniesienie o 4 przypadkach ze spostrzeżeniami sekcyjnymi w 2.	117
P. NIKOŁAJEW. Nadciśnienie tętnicze a zdolność do pracy.	58	R. V. SAGER. Zakrzep tętnic wieńcowych. Przebiecie uległej zawałowi przegrody międzykomorowej.	125
I. MAHAIM. Zawroty głowy pochodzenia z zatoki szyjnej u chorych z miażdżycą tętnic.	61	NORDMANN. Zachowanie się krążenia obwodowego w białem i czerwonym nadciśnieniu.	125
P. N. DESCHAMPS. Zastrzykiwanie podskórne kwiatu węglowego i pochodnych gazów cieplniczych w leczeniu chorób serca i naczyń.	62	SCHARK. W sprawie kliniki zakrzepów naczyniowych.	126
L. DAUTREBANDE. Wpływ leków obniżających ciśnienie na doświadczalne nadciśnienie przewlekłe.	62	E. LONGO. Tętniaki lewej tętnicy biodrowej wspólnej.	126
G. RATNER. O znaczeniu czynnościowo - rozpoznawczem powiększenia lewego przedsionka.	67	A. SACHS. Znaczenie kliniczne pomiarów ciśnienia rozkurczowego obok skurczowego.	133
A. SCHRENTZENMYER. O schorzeniach serca i naczyń, połączonych z bólami napadowymi.	68	Ch. ACHARD. Przedziurawiające zapalenie wsierdzia.	133
K. HARTL i W. RICHTER. Rozpoznawanie i rokowanie błoniczych uszkodzeń krążenia zapomocą elektrokardjogramu.	68	L. BRAUN. Djeta w niewyrównaniu.	133
F. MATTAUSCH. O leczeniu zaburzeń krążenia w gruźlicy płuc.	78	M. R. OCHLER i J. ABRAMSON. Serce w obrzęku śluzakowatym.	142
L. PRESSMANN. Pewne dane co do stanu mięśnia sercowego i o szmerach skurczowych w ostrym gościecu stawowym.	78	A. GEREMIA, G. CHORAZZO. Przyczynek do badań odruchu oczno-naczyniowego.	142
		N. FINGERHUTH i O. BICKENBACH. Przyczynek do kliniki niedomykalności zastawki trójdzielnej.	142
		J. von BOROS i J. v. FERNBACH. Elektrokardjogramy serca, obumierającego wskutek zakrzepu tętnicy wieńcowej.	143
		CAMPBELL i SUZMAN. Trzepotanie przedsionków	

	Str.		Str.
z czasowym powrotem do normalnego rytmu po 6 latach.		dziedzicznej chorobie krwi: thrombopathia constitutionalis.	67
PARKINSON i HOYLE. O nadciśnieniu tyreotoksycznym.	150	E. HAUSER. Przyczynek kazuistyczny do zagadnienia przewlekłej samoistnej małopłytkowości.	67
C. S. BECK, E. H. CUSHING. Klinika i możliwości chirurgiczne w leczeniu zespołu Picka.	150	HARTLEY. Przypadek „splanchnostaxis“.	67
K. PASCHKIS. Anemja i dusznica bolesna.	151	I. MATKO. Tętnienie śledziony.	67
H. KALK. Nadciśnienie napadowe i guz rdzenia nadnercza.	151	K. SINGER. W sprawie trwałego leczenia i opieki przychodni nad stanami krwi.	78
E. C. CUTLER, S. A. LEVINE. Chirurgiczne leczenie dusznicy bolesnej ze specjalnem uwzględnieniem wycinania gruczołu tarczowego.	158	H. DIMMEL. Postacie agranulocytozy.	78
Juljusz BAUER (Wiedeń) i Rene LERICHE (Lyon). Przyczynek do kliniki i leczenia nadciśnienia napadowego.	158	MARRIOT. Angina agranulocytotica leczona pantozą nukleotydową.	79
J. L. De COURCY, C. de COURCY, O. THUSS. Leczenie nadciśnienia samoistnego zapomocą obustronnego subtotalnego wycięcia nadnerczy.	159	W. HABERFELD i M. RUDOLPH. Agranulocytoza po spirocidzie w przebiegu anginy limfocytarnej.	
A. W. ADSON, G. E. BROWN. Przypadek samoistnego nadciśnienia złośliwego, leczony obustronnem wycięciem nerwów sympatycznych oraz przecięciem trzonu nerwu sympatycznego.	159	K. FELLINGER i R. KLIMA. Badania nad niedokrewnościami w marskości wątroby.	97
		A. LEMAIRE, P. LAMBIN. Zagadnienie anemji złośliwej w świetle nowych poglądów.	97
17. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.		J. G. GREENFELD, E. O'FLYNN. Zmiany rdzeniowe w przebiegu anemji złośliwej.	98
F. W. BREMER. Patogeneza anemji złośliwej.	2	K. BIELING. Zawrót Meniérre'a w czerwienicy.	98
A. SCHLESINGER. Przyczynek do patogenezy anemji złośliwej.	2	I. VONKENNEL. Przyczynek do zespołu objawów agranulocytozy.	98
S. J. HARTFALL, M. D. LEEDS. Anemja w przebiegu raka żołądka.	3	R. DINOLT. Przyczynek do agranulocytozy objawowej.	98
L. FUNSTEIN. Przewlekła samoistna małopłytkowość a układ wewnątrz - wydzielniczy.	3	ABRAMI. Śledzionowe pochodzenie purpurae cierpiących na wątrobę.	117
V. C. ROWLAND. Niedokrewność i ciąża.	18	Smile WEIL. Hemogenja.	118
W. DAMESHEK. Pierwotna anemja hipochromowa.	18	Isch WALL. Postacie kliniczne hemogenji.	118
MORAWITZ. Krytyka i zadania leczenia niedokrewności.	19	C. E. FORKNER. Kliniczne i patologiczne różniczkowanie ostrych białaczek ze szczególnem uwzględnieniem ostrej białaczki monocytowej.	126
E. FILO. Anemja hipochromowa u chłopca z niedomogą gruczołów płciowych.	35	K. FRANKE. O najskuteczniejszej metodzie leczenia niedokrewności złośliwej.	127
F. L. FORAN, H. M. SHEAFF, R. W. TRIMMER. Leczenie agranulocytozy wątroba.	35	F. W. MADISON, T. L. SQUIER. Etjologia agranulocytozy.	137
L. MERKIN. Zagadnienie blednicy w naszych czasach.	35	G. ETIENNE, M. VÉRAIN, P. LOUYOT. Leczenie anemji złośliwej przetworami żołądka.	138
K. HATZKY. O przypadkach splenomegalji, przebiegających z zahamowaniem czynności szpiku.	35	W. SCHULTZ. Agranulocytoza i angina monocytowa.	138
K. SINGER. Czerwienica a zaburzenia krążenia w naczyniach śledzionowych.	35	E. B. CRAVEN. O zespole Falty.	147
H. H. LICHTENSTEIN i K. PLENGE. W sprawie patologji i kliniki t. zw. zakrzepów żyły śledzionowej.	42	F. SALUS, F. REIMANN. Przyczynek do patogenezy zmian rdzeniowych w przebiegu niedokrewności złośliwej.	147
E. NOBEL i R. WAGNER. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia zwężenia żyły śledzionowej.	42	F. REIMANN, F. FRITSCH. Leczenie anemji złośliwej metodą kombinowaną.	148
F. MICHAELIDES. O przypadku czerwienicy i bezsoku żołądkowego.	42	H. VAQUEZ, M. MONQUIN. Leczenie erytremji fenyldrazyną.	148
K. SINGER. O próbie galaktozowej w ciężkich niedokrewnościach.	42		
H. SCHICHTLING. Z terapii anemji złośliwej.	42	18. Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.	
C. FERWERS. Leczenie anemji krwią własną naświetlaną promieniami ultrafioletowymi.	56	F. RATHERY. Diabetes renalis a cukrzyca prawdziwa.	3
A. ARNSTEIN. Przypadek ciężkiej niedokrewności u osobnika z włosogłówką ludzką.	56	Yves KERMORGANT. Ocena krytyczna rozmaitych metod stosowanych w celu zmniejszenia wagi u otyłych.	3
H. SCHLICHTING. Wyniki leczenia medullosis funicularis w niedokrewności złośliwej.	56	LOEPER i SOULIÉ. Chudość.	
A. SCHECHTER. Pozajelitowe leczenie niedokrewności złośliwej.	56	GIGON Alfred. Z dziedziny choroby Schüller Christiana.	12
E. A. v. WILLEBRAND i R. JURGENS. O nowej	56	R. KAWECKIJ i E. SILAJEWA. W sprawie tkankowej przemiany materji w cukrzycy.	12
		A. MARTYNOW. O przeciwwskazaniach do operacyjnego leczenia choroby Basedowa.	12
		HERZFELD i FRIEDER. W sprawie katechiny (ciała hamującego) gruczołu tarczowego i jego stosowanie lecznicze w chorobie Basedowa.	15

Str.		Str.
	STEINITZ i THAU. Leczenie choroby Basedowa za pomocą dijonotyrozyny.	
16	L. M. HARXTHAL. Cholesterynemja w schorzeniach tarczycy.	
32	BACHIRACH H. Ergocholina, nowa terapia choroby Basedowa.	
32	M. LABBÉ, F. NEPVEUX, J. D. GRIGOIRE. Leczenie cukrzycy witaminą B.	
32	RIMBAUD. Zespół Addisonowski o szybkim przebiegu. Nabłoniak kory nadnerczy.	
32	S. HIRSCH i H. L. POPPER. O wpływie zastrzykiwań przykregosłupowych na procesy regulacyjne przemiany materji.	
42	Z. RUTISHAUSER. Adipositas osteoporotica.	
43	V. GORLITZER. Przyczynę do powstawania myositis ossificans multiplex progressiva.	
43	K. GLÄSSNER. Śpiączka cukrzycowa.	
43	I. B. SCHULUTKO. Wpływ obarczenia cukrem na pewne biochemiczne wskaźniki moczu.	
43	BUBANO M. Przypadek krwiopochodnego charłactwa barwnikowego (diabete bronzé) z punktu widzenia klinicznego i anatomo - patologicznego.	
43	J. DECOURT i S. KAPŁAN. Leczenie osteomalacji ergosterolem naświetlanym.	
44	O. ZIMMERMANN. W sprawie kliniki choroby Basedowa ze szczególnem uwzględnieniem obrazu krwi.	
47	SILVERSTONE. Wyniki pooperacyjne w tyreotoksykozie.	
47	Mc. ALPINE. Leczenie myasthenia gravis efedryną.	
47	A. SEBASTIAN. Zachowanie się poziomu cukru we krwi w cukrzycy w czasie leczenia insuliną.	
47	F. HÖGLER. Przyczynę do badań nad ośrodkowo-nerwową regulacją przemiany węglowodanowej.	
62	S. C. DYKE. Znaczenie węglowodanów w leczeniu cukrzycy.	
62	J. BELOT, LEDINE. O wartości metod leczniczych choroby Basedowa.	
62	J. W. HINTON. Bóle brzucha zależne od zmniejszonej czynności gruczołu tarczowego.	
63	D. AYMAN, H. ROSENBLUM, M. FALKON - LESSES. Zmiany sercowe bez objawów niedomogi w przebiegu obrzęku śluzakowatego.	
63	GODIAS, J. DROLET. Śmiertelność z powodu cukrzycy w mieście New - York w trzydziestoleciu 1901 — 1931.	
81	ROSENBERG. Przyczynę do diety bogatej w węglowodany i ubogiej w tłuszcze stosowanej w cukrzycy.	
82	G. MAXINESCO, E. FACCON, A. BRUCH, A. PANNESCO - PODEANO. Postać narkoleptyczna wstrząsu hipoglikemicznego.	
82	M. ROSENSTEIN. Blepharochalasis z wolem i podwójnemi wargami.	
82	II. MAGISTRIS. Hormon przemiany materji przedniego płata przysadki mózgowej.	
82	F. RATHERY. Cukrzyca nerkowa a moczówka cukrowa.	
96	R. D. LAWKENCE, R. A. Mc. CANEL. Moczówka prosta i cukrowa u tej samej osoby	
96	H. F. ROOT, P. WHITE, A. NARBÉ. Zaburzenia gospodarki wapniowej w przebiegu cukrzycy.	
96	M. LABBÉ, R. ROULIN, DAUNOIS. Leczenie cukrzycy insuliną oleistą.	
106	BERNARD i GUILLAUMIN. Śpiączka cukrzycowa wyleczona insuliną z następczą śpiączką mocznicową.	106
	A. SUCHER. O swoistem działaniu wyciągów z przytarczyczek.	106
	H. BLOTNER. Insulina i tolerancja cukrowa u ludzi chudych.	118
	A. ŁOWICKI. Przyczynę w sprawie natury nerwowo - troficznej cukrzycy.	118
	S. SOSKIN, L. KATZ, S. STROUSE, S. RUBINFELD. O leczeniu chorych na cukrzycę ze zmianami miażdżycowymi sercowo - naczyniowymi.	119
	D. M. COWIE i M. C. MAGEE. Lipoidy i choroby lipoidowe. Zawartość lipoidów w tkankach w chorobie Schüller - Christiana (ksantomatoza) i przegląd piśmiennictwa o zawartości lipoidów w tkankach ludzkich.	119
	M. B. ZULEBERGER. Hormon „intermedina“ i jego znaczenie w leczeniu moczówki prostej.	119
	D. E. LICHTY. Lipoidy i choroby lipoidowe. Ksantomatoza (typ Schüllera - Christiana).	127
	HARVEY CUSHING. Dwadzieścia lat pracy nad dysfunkcją przysadki mózgowej ze specjalnem uwzględnieniem gruczolaków przysadkowych.	127
	G. A. HARROP, A. WEINSTEIN, L. J. SOFFER, J. K. TRESHER. Rozpoznanie i leczenie choroby Addisona.	128
	R. LUKART. Awitaminozy.	134
	J. HEMENWAY KENYON. Dietetyczne leczenie otyłości o typie przysadkowym.	134
	UDAONDS i SCHTEINGART. Otyłość tarczycopochodna.	134
	Da FONSECA. Lipomatosi symétrica.	134
	CASTEX, SCHTEINGART. Działanie swoiste - dynamiczne białka w rozpoznawaniu pochodzenia otyłości.	138
	CASTEX, ROSSI, SCHTEINGART. Otyłości konstytucjonalne.	138
	M. LABBÉ i R. BOULIN. Trudności w rozpoznawaniu niektórych postaci nieprawidłowych śpiączki cukrzycowej.	143
	BYRON. Stosowanie płynów w leczeniu zaniedbanych przypadków śpiączki cukrzycowej.	151
	O. L. E. RAADT. Znaczenie alkalizacji w leczeniu śpiączki cukrzycowej.	151
	F. KERTI. Wpływ wątroby, splenotratu i wentraemonu na poziom cukru we krwi.	151
	A. KUTSCHERA-AICHBERGEN. Wole endemiczne.	151
	19. Choroby narządów trawienia.	
	CHABROL. Leczenie kamicy żółciowej środkami cholerycznymi	6
	CHIRAY i PAXEL. Wskazania do przeplukiwania dróg żółciowych sondą dwunastniczą.	6
	ABRAMI. Odkazanie pęcherzyka żółciowego środkami wewnętrznymi.	6
	GATELLIER. Wnioski chirurgiczne w żółtaczce na tle kamicy.	6
	BRULÉ. Żółtaczka w kamicy przewodu głównego.	31
	HARVIER i CAROLI. Zmiany wątroby w przebiegu żółtaczki na tle kamicy.	31
	LEPEHNE. Rozpoznanie różniczkowe kamicy żółciowej i nowotworu.	31

	Str.		Str.
WALDEYER. Przyczynek do chirurgji dróg żółciowych na zasadzie spostrzeżeń klinicznych w 571 operowanych przypadkach.	38	H. SCHNITZLER. Lymphangitis et lymphadenitis mesenterialis.	123
TZAMCK i DREYFUSS. Powikłania wskutek leczenia przeciwkilkowego a stan wątroby.	38	A. M. HUDAK. Zapalenia dwunastnicy.	123
J. LENORMAND. Leczenie bólów żołądkowych i dwunastniczych kwasami aminowymi.	38	H. S. LURIE. W sprawie t. zw. zapaleń wyrostka robaczkowego.	133
WILLIAMS i BOGGON. O mechanizmie zapalenia wyrostka robaczkowego.	39	R. DEMEL. Krwawiący wrzód żołądka w przepuklinie przeponowej.	133
R. BAUER. Nasze wiadomości o czynności wątroby i ich zastosowanie w klinice.	55	K. BLOND. W sprawie żółtaczki mechanicznej.	133
CADE. Kila późna wątroby i jej leczenie.	55	KHALL-BEY i SALAH. Leczenie schistosomiasis związkami akrydynowymi.	151
VILLARET, JUSTIN - BESANCON, DESOILLE. Opoterapia wątrobowa podczas kuracji przeciwkilkowej.	56	E. CHABROL, A. BUSSON. Żółtaczka utajona w przebiegu przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego.	151
D. M. TICHOMIROW. Przypadek zwężenia zagięcia esicy na podłożu rzeźączkowym.	56	M. BRULÉ, J. DAWID. Niedrożność głównego przewodu żółciowego, spowodowana powiększonymi gruczołami chłonnymi.	152
P. MARTINI i K. Ph. BECKER. Bezwzględne badania czynności żołądka u zdrowych i chorych z wrzodem.	75	A. E. KLEIN. W sprawie charakterystyki szczepów okrężnicy, występujących w jelitach chorych na raka.	152
L. RÖSA. Próba z azotanem srebra i zastosowanie jej w rozpoznawaniu chorób wątroby.	76		
M. KÜNSCHTLER. Nawroty po operacjach dróg żółciowych.	76	20. Choroby kobiet i położnictwo.	
EDWARDS. Uchylki dwunastnicy i jelita czczego.	76	H. PIQEAUD i H. ANDRÉ. Współczynnik Maillarda a wymioty ciężarnych.	7
A. CIMINATA. O leczeniu chirurgicznym żółtaczki ciężkiej pochodzenia wątrobowego.	90	H. GOECKE. Poród w przypadku rozszczepionej miednicy.	7
G. HOLLER. Nieżyt żołądka.	90	I. VOUCKEN. O nadzwyczaj wielkim uchylku Maczela u noworodka, który doprowadził do utrudnienia porodu.	7
AITKEN. Leczenie obfitych krwawień z żołądka i dwunastnicy.	91	S. A. GRINER. Odczyn Bordet-Gengou jako metoda wykrywania kobiecej rzeźączki na oddziałach ginekologicznych.	7
CARMICHAEL, FRASER, Mc. KELVEY i WILKIE. Lecznicze działanie prostigminy.	91	A. A. SZEPIETINSKAJA. Zmiany wydzieliny kanału szyi macicznej przy stosowaniu pesarjów Kaffki.	7
S. MILTON, GOLDHAMER. Leczenie marskości wątroby wyciągami z wątroby.	104	W. SCHEIDT. Doświadczenia z leczeniem hormonem jajnikowym w braku i skąpem miesiączkowania.	7
CHIRAY, MARCOTTE i Le CANNET. Leczenie przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego.	104	B. v. BODO. Stosowanie djatermji doodbytniczej w chorobach kobiecych o charakterze zapalnym.	26
E. MEULENGRACHT. Leczenie krwotoków żołądkowo - dwunastniczych bez ograniczeń dietetycznych.	104	O. REICHEL. O leczeniu krwawień w wieku dziewczęcym.	26
G. SINNESBERGER. W sprawie zagadnienia nieżytu żołądka.	110	P. DELMAS. Stosowanie znieczulenia lędźwiowego przy zabiegach położniczych.	26
J. DOBERER. Obraz chorobowy gastroduodenitis adhaesiva.	110	R. KELLER i E. BOHLER. Wskazania do rewizji wnętrza macicy zaraz po porodzie.	26
HOLT. Toksemja po ostrej niedrożności jelit. Wartość lecznicza antytoksyny b. Welchii.	110	J. SEGNY i J. VIMEUX. Przyczynek do studjów nad niewytlomaczoną niepłodnością kobiety i wnikanie spermy do dolnego odcinka narządów rodnych kobiety.	26
S. M. GOLDHAMER. Leczenie marskości wątroby wyciągami wątrobowymi.	114	L. ELEK. Choroba Basedowa a ciąża.	36
I. NEUMARK. W sprawie znaczenia rozpoznawczego leukocytów w treści dwunastniczej w zapaleniach pęcherzyka żółciowego.	114	J. NOWAK. Kiedy i jak należy wykonywać nacięcie krocza?	36
G. E. KONIETZNY. W sprawie zagadnienia nieżytu żołądka.	114	S. PLASCHKES. Hormonalne spotęgowanie perystaltyki jelit w czasie miesiączki i ciąży.	36
W. LAPP i H. DIBOLD. Nieżyt żołądka i jego leczenie w związku z gospodarką węglowodanową.	114	M. SERDUKOFF. Przeszczepienie błony śluzowej macicy przy braku miesiączki, bezpłodności, przedwczesnem starzeniu się.	36
B. SPARK. Wyrostek robaczkowy i jego zapalenia.	114	J. NOWAK. O leczeniu zaburzeń miesiączkowania.	44
H. FINSTERER. O znaczeniu wycięcia żołądka dla wyłączenia w leczeniu wrzodów dwunastnicy.	115	L. KRAUL. O znaczeniu schorzeń kataralnych dróg oddechowych w położnictwie.	44
L. HESS i J. FALTITSCHHECK. Zmiany anatomiczne w zaburzeniach unerwienia przewodu pokarmowego.	123	I. HOFBAUER. Zagadnienie rzucawki.	44
WEINBREN. Prawostronne duodenum inversum.	123	M. SCHARMANN. Ostra pokrzywkowo - toksyczna osutka z powstawaniem martwicy u ciężarnych z rzucawką.	44
G. DOBERAUER. W sprawie operowania dróg żółciowych bez sączkowania.	123	O. P. MANSFELD. O współczesnym stanie ginekologicznej hormonoterapii.	44
SHELDON i EDWARDS. Przypadek zapalenia pęcherzyka żółciowego u chłopca 10-létniego.	123		

Str.		Str.
	MURET. Powłoki brzuszne podczas ciąży i po porodzie.	
	Francesco SPIRITO. Leczenie zakażenia połogowego za pomocą szczepionki w mięszu macicy.	
	H. NAUJOKS i H. UFFENORDE. Odosobnione zatrucie ciążowe mózgu.	
	D. DARON. O stosowaniu Myostonu (Myolu) w leczeniu rzucawki.	
	W. A. BEKK. Leczenie zaburzeń menstruacyjnych w przebiegu chorób wenerycznych Agomensiną i Sistomensiną „Ciba“.	
	A. E. KANFER i A. H. KLAWANS. Krwawienia po ustaniu miesiączkowania.	
	L. L. MACKENZIE. Zatrucia ciążowe ze szczególnym uwzględnieniem wątroby.	
	W. F. MENGERT, H. P. LEE. Zmiany w drogach moczowych podczas ciąży.	
	A. NIKOŁAJEW. W sprawie samoistnych pęknięć macicy.	
	K. SZATERNIK i D. KANTAROWICZ. Dwa przypadki samoistnego pęknięcia macicy.	
	M. SCHARMANN. Przyczynek do badań nad przemianą podstawową w ginekologii i w położnictwie.	
	B. KRISS i S. HIRSCHHORN. Badania nad przemianą węglowodanową w ciąży i porożu.	
	PENANHOAT Y. Hormonoterapia jajnikowa w świetle doświadczeń klinicznych.	
	COLEBROOK i HARE. Leczenie zakażenia połogowego, wywołanego przez streptococcus pyogenes organicznymi przetworami arsenu.	
	G. G. BEMIS. Badania kliniczne nad awertyną w ginekologii i położnictwie.	
	E. von GRAFF. Etiologia wypadnięcia macicy.	
	H. LUDWIG. O ciąży cesarskiej w małych szpitalach wiejskich.	
	J. REGAD. Stanowisko skrętu jajowodu wśród bólów zespólów brzusznych.	
	J. HOFBAUER. Bujania nabłonka szyi macicy w ciąży i jego znaczenie kliniczne.	
	S. VIDAKOVIC. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia ciąży pozamacicznej w drugiej jej połowie.	
	J. HALBAN. Rozszerzanie szyi macicznej a poród o ustalonej zgóry godzinie.	
	J. KRUG. O stosowaniu mieszaniny cupaveryny, atropiny i dwumetylaminofofenu w położnictwie.	
	M. GARRIGA ROCA. Duże przetoki pęcherzowo-pochwowe i ich leczenie.	
	V. CATHALA i S. SEYDEL. Anatomja patologiczna obrzęku szyi macicznej podczas porodu.	
	E. BOHLER i M. REILES. Rewizja macicy w przypadkach krwotoków po porodzie z jednoczesnym zastrzyknięciem wśródzylnym hipofizyny zamiast dotychczasowej tamponady macicy.	
	S. A. COSGROVE. Schorzenia pochwy, powstałe wskutek leczenia metodą Elliotta.	
	B. MANN, D. MERANZE i GOLUB. Próba ciążowa Aschheim-Zondeka w modyfikacji Friedmana.	
	T. L. MONTGOMERY. Uszkodzenie naczyń łożyska.	
	I. F. STEIN i E. J. COPE. Rzęsistek ludzki.	
	J. V. MEIGO i W. F. HOYT. Pęknięcie pęcherzyków Graafa,	
	L. E. BURCH i J. C. BURCH. Rozrost błony śluzowej macicy.	
	H. S. BUSH. Gruźlica kobiecych narządów płciowych.	
	A. NICOLLE. Kilka rozważań nad techniką naswietlań włókniaków.	
	I. I. KAPŁAN. Leczenie radem guzów złośliwych narządów rodnych kobiety.	
	21. Choroby dzieci.	
	II. SKRZYŃSKAJA i J. PAWŁOWA. Znaczenie jąder kostnienia jako oznaki dojrzałości noworodka.	
	W. BIRK. Postać epilepsji dziecięcej przebiegająca z czasowymi porażeniami wiotkimi.	
	J. SIEGL. Przypadek zapalenia mózgu po różyczce.	
	Ch. COHEN i G. RUELE. W obronie mleka surowego.	
	LEREBOULLET i GOURNAY. Zastosowanie lecnice wyciągów z grasicy u dzieci.	
	H. A. SCHMIDT. Stosowanie preparatu Aplona w zaburzeniach odżywiania u niemowląt.	
	A. CALMETTE. Szczepienie ochronne przeciwgruźlicze szczepionką BCG w rodzinie lekarza.	
	A. HOMMEL. Leczenie heksametylentetraminą w praktyce dziecięcej.	
	L. MOLL, L. SCHOENBAUER i H. MASŁOWSKI. O przetaczaniu krwi w wieku niemowlęcym i u małych dzieci.	
	C. A. ALDRICH, H. H. BOYLE. Leczenie przewlekłych spraw nerkowych u dzieci za pomocą pełnej diety.	
	E. MAYERHOFER. Wymioty acetonemiczne w wieku dziecięcym i ich leczenie acetonem - chloroformem.	
	L. MOLL. Dalsze wskazania do diety ubogiej w mleko, względnie bezmlecznej w wieku niemowlęcym.	
	F. MUENCHBERG i I. WARKANY. O wynikach żywienia mlekiem z piersi i mlekiem kobiecym.	
	E. URBACH. W sprawie klasyfikacji i patogenety wyprysku niemowląt i małych dzieci.	
	G. PAISSEAU, P. TOURNANT i G. A. PATEY. W sprawie leczenia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.	
	SVENSGAARD. Leczenie skorbutu dziecięcego.	
	A. RONALD. Wychowanie trudnych do wychowania dzieci	
	F. REITER. Zwracanie w wieku niemowlęcym.	
	M. LANGER. O wynikach leczenia oparzeń u dzieci tanniną.	
	A. BRATUSCH-MARRAIN. Choroby żołądka w wieku dziecięcym.	
	A. ZANKER. Objawy nerwowe w wieku dziecięcym.	
	A. REUSS. Najbliższe zadania opieki nad niemowlętami.	
	E. MAURER. O próbach żywienia osesków pokarmami o zwiększonej zawartości jodu.	
	E. LEENHARDT i J. CHAPTAL. Rzekomogruźlicze schorzenie płuc u dzieci.	
	E. NOBEL. Hodowla wcześniaków.	
	H. LEHNDORF. W sprawie leczenia stanów niedokrwistościowych w wieku dziecięcym.	
	MAIZELS i SMITH. Biegunki dziecięce, zagadnienie odwodnienia i zapalenia ucha środkowego.	

II. SLOBUZIAM. Leczenie krwotoków mózgowych u noworodków.	115	(choroba Ritter von Rittershain) i zaburzenia gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu.	23
Helene BELAJEWA i S. ALEXANDROWA. Działanie ostrych infekcyjnych chorób na organy rodne małych dziewczynek.	115	A. ULLMO. Choroba Recklinghausena dziedziczna i rodzinna.	24
M. SCHACHTER. Djeta owocowa w biegunkach dziecięcych.	115	Paul VIGNE i L. BOYER. Ziarniniak wrzodzący narządów płciowych.	24
J. COMBY. Leczenie blonicy.	115	A. MATRAS. Przyczynek do kliniki i leczenia czerniaków skóry.	40
A. ECKSTEIN. O stosunkach zachodzących między „padaczką dziecięcą”, względnie padaczką samoistną a drgawkami wieku dziecięcego.	131	R. O. STEIN. Leczenie szczepionkowe brodawek i lepieży ostrych.	40
S. KOSTIC-YOKSIC. Nacieczenie w płucach u niemowląt, szczepionych przez B. C. G., jako objaw t. z. „bécégite”.	135	O. BUNNEMANN. Wyprysk na tle psychicznym.	40
R. A. COOKE. Astma wieku dziecięcego.	155	A. FESSLER. W sprawie rozpoznawania i leczenia rzeżączkowego zapalenia sromu i pochwy u dzieci.	40
PÉHU i ROUGIER. Klinika kily oskrzelowo-płucnej w okresie 1-go dzieciństwa.	155	MONCORPS C. i BORGER G. Mycosis fungoides ze zmianami w mózgu i nerwach czaszkowych.	63
22. Choroby dróg moczowych.		A. SCHNABERTH. O zapaleniu pępka wskutek ciała obcego jako chorobie zawodowej.	63
J. GAVRILA i A. MOGA. Kwasica w zapaleniu nerek.	19	F. ORNSTEIN. Przyczynek do rozpoznawania rzeżączki za pomocą szczepienia skórno — odczyn Blenotestu.	63
II. RUBRITIUS. Przyczyny niedomogi nerek wskutek zastojów moczu i ich znaczenie dla chirurgii gruczołu krokowego.	19	E. LOEWY. Badania kontrolne nad blenotestem, odczynem skórnym dla wykrycia rzeżączkowych schorzeń głębokich.	63
O. L. E. de RAADT. O sposobie działania współczesnych metod leczniczych w chorobach nerek.	20	H. MATZENAUER. W sprawie dziedziczenia kily.	63
A. L. DEAU. Zaburzenia pęcherza moczowego wskutek naświetlań macicy.	20	L. LAZAROVITS. Rola konstytucji w rozwoju różnych zmian kilowych, a zwłaszcza zapaleń tętnicy głównej.	63
H. MESCHÉDE. O naświetlaniu wnętrza pęcherza promieniami pozafajolkowymi.	20	LESSER. Czy przewlekłe przerywane leczenie kily ma jeszcze dziś rację bytu?	64
ELLIS. Leczenie zapalenia nerek.	60	NICOLAS i LEBEUF. Jak prowadzić leczenie kily u chorych z uszkodzoną wątrobą.	64
O. FREYTAG. Leczenie śpiączki mocznicowej za pomocą Coraminy.	60	P. HERCOG. Leczenie twardziny skóry pilokarpiną.	71
I. CSAPÓ i E. KERPEL. FRONIUS. W sprawie kwasicy w mocznicy.	80	G. RICHL. W sprawie patologii i leczenia oparzeń.	71
P. BLATT. Znaczenie niezaburzonej czynności moczowodów dla fizjologii i patologii nerek.	80	A. PHILADELPHI. W sprawie hodowania gonokoków na agarze z surowicą.	71
KERRIDGE. Proteinuria w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek.	80	MUCHA i RIEGER. W sprawie leczenia rzeżączki zimnicą.	71
MUIR. Rak gruczołu krokowego.	80	LEPINAY i GRÉVIN. Przyczynek do badań odczynem Freya.	100
E. G. BANNEK. Stosunek nerczycy lipidowej do przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek.	88	K. BENTEMA. Pseudobromoderma (Brocq, Pautrier, Fernet) jest blastomykozą.	100
G. CZONCZER, St. WEBER. Djeta obfita w białko w przebiegu nerczycy.	88	G. SANNINCANDRO. Zaniki plamiste w zejściu sarkoidów Boecksa.	106
Th. FAHR. Zagadnienia sporne w chorobie Brighta.	143	G. SCHERBER. Stosowanie przetaczania krwi w dermatologii.	107
N. MORO. O „okresie nerwowym” zapalenia pęcherza moczowego.	144	R. LENK. Leczenie rentgenowskie i sugestyjne brodawek.	107
23. Choroby skóry, weneryczne i płciowe.		J. PEYROT i P. De BOISSEZON. Przypadek nodositas juxta-articularis (Jeanselme) u kobiety, która nigdy nie przebywała poza granicami Francji.	111
S. BOGDANOW i K. GAWRIŁOWA. O dyfteroidach skóry.	7	TOURAINÉ i SOLENTE. Erythema annulare centrifugum Darier.	111
Fr. WORINGER i St. KWIATKOWSKI. Histiocytoma skóry.	8	A. W. KUCULKER. Zapobieganie rzeżączce odbytnicy.	111
A. G. LOURIER i M. G. REIFF. Przypadek uogólnionego strupnia woszczynowego.	8	BROSTER. Syndrom adrenogenitalny.	112
U. THIRY. O znaczeniu badania ultramikroskopowego w przypadkach podejrzanych o kilę pierwotną.	8	G. HAMMERLE. Częstość kily w klinice wewnętrznej w latach 1912 — 1933.	112
A. SÉZARY. Zagadnienia kily krajów egzotycznych.	8	TOURAINÉ, SOLENTE, RENAULT. Urticaria pigmentosa przebiegająca z odczynem ze strony śledziony i szpiku kostnego.	120
L. M. PAUTRIER. Dwa nowe przypadki przewlekłego zanikowego zapalenia skóry.	23	J. GAITÉ i P. J. MICHEL. Zasady i metody jakie należy zachowywać przy stawianiu prawidłowego rozpoznania owrzodzenia na częściach płciowych.	135
L. WILTSCHKE. O przypadku częściowego zniekształcenia skóry u noworodka.	23		
F. CAILLIAU. Dermatitis exfoliativa neonatorum			

Str.		Str.
	ROCKWOOD i GREENWOOD. Śmiertelny przypadek zakażenia skóry przez monilia.	
135	A. FABIAN. Odczyn wyjaśnienia Meinicke w surowicy i osoczu krwi.	
136	A. SÉZARY i A. BARBE. Działanie soli złota na porażenie postępujące.	
136	M. CHANTEGREIL. Przypadek ectodermatitis erosiva pluriorificialis i periorificialis u Senegalczyka.	
139	Emil WEIL. Natychmiastowe wyleczenie rozległego liszaja płaskiego (na skórze i słuzówkach) po wycięciu śledziony.	
139	George BANKOFF. Patologia i terapia samoistnych teleangiektazji.	
139	A. E. KLEIN. O zastosowaniu podskórnej próby Freunda-Kaminera w rakach skóry.	
156	F. E. SENEAR. Zapalenie skóry wywołane przez drzewo.	
156	M. BERGER. Usuwanie świądu w leczeniu uporczywych wyprysków.	
156	Pierro SANGIORGI. O przewlekłych stanach bólów po pólpaściu.	
	24. Choroby kości i stawów.	
24	Z. GERSZKOWICZ i M. BREUNER. W sprawie rozpoznawania kily stawowej.	
24	E. MALIWA. O środkach pomocniczych w leczeniu przewlekłych zapaleń stawów.	
24	F. MANDL. Wyniki 400 operacji łakotki.	
40	A. SAXL. Statyczne bóle krzyża (lumbago statica).	
40	R. NEURATH. O dziedzicznym „kciuku kolbowatym”.	
50	A. VOGL. W sprawie związku pomiędzy hydrops articularum intermittens a czynnością jajników.	
51	O. STRACKER. Po czym poznać niepomysłne rokowanie w skrzywieniach bocznych kręgosłupa?	
51	SLOT i DEVILLE. Leczenie schorzeń gośćcowych preparatami złota.	
91	SHANSON i EASTWOOD. Zastosowanie i działanie histaminy w reumatyzmie.	
91	MACKENNA. Kliniczne zastosowanie histaminy w reumatyzmie.	
92	E. WELLISCH. W sprawie znajomości Achillotendinitis.	
144	F. BEZANCON i M. P. WEIL. Wstęp do etiologii przewlekłego, postępującego uogólnionego gościa.	
144	FORESTIER. Leczenie złotem gośćcowego zapalenia stawów.	
144	HOLMAN. Charakter i leczenie ostrego zapalenia szpiku kostnego.	
156	M. D. BOGDATJAN, W. A. SŁUCKAJA, F. A. ŁOKSZYNA. Etiologia i patogeniza reumatyzmu stawów i serca.	
	25. Choroby nerwowe i psychiczne.	
4	Th. SCHWARTZ. Typy anatomiczne glejaków mózgu.	
4	W. BRIK. Padaczka dziecięca z przemijającymi porażeniami wielkimi przebiegająca.	
16	H. SACK. Wyniki organoterapii w psychozach depresyjnych u kobiet.	
16	DROEN. Mało znane działanie sulfozyny w psychotycznych stanach podniecenia.	
16	L. PUUSEPP. Wyniki leczenia chirurgicznego padaczki.	
	GINS. Powikłania mózgowe po szczepieniu i po ostrych chorobach zakaźnych.	16
	V. BOUWDYK BASTIAANSE. Poszczepienne zapalenie mózgu.	27
	A. WIMMER. Ostre stany zapalne nieropne w obrębie układu nerwowego.	27
	RADEMAKER i GARCIN. Spostrzeżenia dotyczące pewnych odczynów błędnikowych u zwierząt.	28
	DEREUX. Zaspół ogona końskiego jednostronny i blokada worka oponowego.	28
	F. HERZOG. Znaczenie rozpoznawcze hipus żrenicy w stwardnieniu wieloogniskowym.	28
	F. H. LEWY. Ból głowy zrostowy jako skutek meningitidis serosae adhaesivae circumscriptae.	51
	HAUPTMANN A. Unaocznienie skarg powstrząsowych mózgu na drodze encefalografii.	51
	SUCKOW Hans. Kapillaromikroskopia w psychiatrii.	51
	L. Mc. GOOGAN. Toksyczne psychozy ciążowe.	52
	SCHALTENBRAND Georg. Samoistne przedostanie się powietrza do komór mózgowych przy nakłuciu podpotylicznym w pozycji siedzącej.	52
	MANN Wilhelm. Półpasiec i jego stosunek do narządów wewnętrznych.	12
	BREMER Friedrich Wilhelm. Obraz kliniczny i leczenie choroby Heine-Medina u dorosłych.	52
	SCHACHERL Max. Leczenie swędzenia nerwowego i parestezji różnego pochodzenia.	52
	LIST Carl Felix. Leczenie operacyjne guzów kąta mostowo-mózdkowego (Neurinoma acustici) i wyniki tegoż.	52
	SCHENKER J. Przyczynę do symptomatologii złośliwych nowotworów ośrodkowego układu nerwowego.	60
	GÉRONNE. Nerwica przeczułeniowa a gościec.	60
	C. R. SCHLAYER. Często spotykany zespół neurasteniczny i jego leczenie.	60
	L. PRETI. Zakażenie meningokokowe poprzedzające nagminne zapalenie opon mózgowych.	64
	P. REMLINGER i J. BAILY. Zakażne porażenie opuszkowe (maladie d'Aujeszky).	64
	M. SILBERMANN. Uwagi rozpoznawcze w sprawie rwy kulszowej.	72
	H. HERSCHMANN. Drugotny odruch przywodzicieli, wywołany przez uderzenie w ścięgno rzepkowe, przy jednoczesnym braku odruchu rzepkowego.	72
	A. SCHÜLLER. Leczenie migreny.	72
	A. FELDNER. Napięcie przepony a zaburzenia snu.	72
	Thomas de MARTEL i GUILLAUME. Duży nowotwór komory IV. Usunięcie robaka mózdkowego. Wyzdrowienie.	72
	BAKER. Oddech „westchnieniowy” (sighing respiration) jako objaw.	72
	G. TOROK. Znaczenie zawartości chloru w płynie mózgowo-rdzeniowym dla wczesnego rozpoznania choroby Heine-Medina.	83
	M. S. ANDERSEN i F. WULFF. Meningitis acuta serosa idiopathica benigna.	83
	A. SARBÖ. W sprawie techniki nakłucia zbiorników płynu mózgowo-rdzeniowego.	83
	DAVISON, GOODHART and NEEDLES. Lokalizacja mózgowa w przebiegu chorób naczyń mózgowych.	83
	MEYER Fr. Drożdże jako bodziec chorobowy w t. zw. psychozach endogennych.	83

	Str.		Str.
HURST. Leczenie parkinsonizmu postencefalitycznego.	84	NOWOTNY i UIBERALL H. Z kliniki nowotworów nerwiakowych n. trójdzielnego.	140
LERICHE i FANTAINÉ. Wyniki chirurgicznego leczenia choroby Raynaud.	84	RIZZO Carlo. Rozważania na temat stosunku ciśnienia płynu mózgu, rdz., oraz ciśnienia krwi.	148
CLOVIS Vincent i H. BERDET. Przypadek meningioma siodełka. Usunięcie, wyzdrowienie.	92	W. M. BOOTHEY. Myasthenia gravis, wynik leczenia glikokolem i efedryną; doniesienie trzecie.	148
I. BERTRAND i F. SMITH. O specjalnej postaci zaniku skrzyżowanego mózdzku.	92	A. COURTOIS. O azocyty mózgowego pochodzenia.	159
G. GUILLAIN, THUREL i BERTRAND. Badanie anatomo-patologiczne przypadku myoklonji.	92	B. BRAHDY, M. LENARSKY. Zaburzenia polykania w przebiegu choroby Heine-Medina.	159
A. EDELMANN. W sprawie stawiania rokowania w ropnych zapaleniach opon mózgowych.	100	H. SCHMID. Anatomja patologiczna zapalenia mózgu poszczepiennego doświadczalnego.	159
G. STIEFLER. O chorobie Heine-Medina i jej nagminnym występowaniu w Austrii Górnej.	100	H. HERSCHMANN. Jakie omyłki rozpoznawcze zdarzają się najczęściej w krwotokach mózgowych.	160
M. S. ANDERSEN i F. WULF. Meningitis serosa et Encephalitis w przebiegu półpaśca.	107	G. BOSCO. Wodogłowie wewnętrzne.	160
C. J. MUNCH-PETERSEN. Studja nad dziedzicznym zachorzeniem układu ośrodkowego nerwowego. Przypadki dziedzicznego zespołu chorobowego w obrębie prążkowanego jądra mózgu.	107		
L. v. BOGAERT. Objawy nerwowe w przebiegu chorób wysypkowych.	107	26. Choroby oczu.	
F. A. GIBBS. Stosunek prądu krwi do drgawek wywołanych doświadczalnie.	107	De SAINT - MARTIN. W sprawie usuwania ciał obcych wewnątrzgałkowych.	84
LAMBERT i WEISS. O rzekomem zapaleniu nerwu wzrokowego i rzekomym obrzęku tarczy nerwu wzrokowego.	112	A. CANTONNET. Poliopia jednooczna a początek zaćmy.	84
KESCHNER i DAVISON. O uszkodzeniach rdzenia.	112	D. MICHAİL. Obustronne rozrostowe zapalenie fałdów półksiężycowych pochodzenia nosowego.	84
H. HOPKINS. Badania chemiczne w przebiegu padaczki.	112	A. CANTONNET. Poliopia jednooczna a początek zaćmy.	160
M. B. STRAUSS, W. J. Mc. DONALD. Zapalenie nerwów w przebiegu ciąży, jako skutek deficytu w odżywianiu.	116	De SAINT-MARTIN. W sprawie leczenia wewnątrzgałkowych ciał obcych.	160
SCHACHTER. Leczenie atropinowe stanów parkinsonowskich po zapaleniu mózgu.	116		
F. HAMBURGER. W sprawie leczenia swoistego choroby Heine-Medina.	116	27. Radiologia.	
F. GELBENEGGÄR. Dołędźwiowe wstrzykiwania solganolu w zapaleniach opon i schorzeniach mózgowo-rdzeniowych.	216	F. DIEHL i F. KUHLMAN. Uproszczenie metody badania dróg żółciowych.	14
E. LOEWENSTEIN. O tuberkulobacillemy w chorobach nerwowych.	116	F. FLEISCHNER. W sprawie badania rentgenowskiego pooperacyjnych przetok żółciowych.	14
L. BENDER i P. SCHILDER. Encephalopathia alcoholica.	116	MONANNI. Nieżyt żołądka w obrazie rentgenowskim.	
LARUELLE. Odszukiwanie komór.	124	J. BORAK. Warunki czułości na promienie w nowotworach złośliwych.	14
M. SCHACHERL. Co daje leczenie ambulatoryjne szczepionką w ostrym i przewlekłym zapaleniu nerwów.	124	M. BOTTALIGA. Wartość kliniczna szybkiej cholecystografji.	41
STRAUSS. W sprawie przelomu z rdzenia przedłużonego z zatrzymaniem oddechu w więździe rdzenia.	124	G. AUDAIN. Czy należy stosować zapobiegawczą radioterapię pooperacyjną w rakach piersi?	41
PASKIND i STONE. Rodzinne porażenie spastyczne.	124	E. ZDANSKY. Jakie usługi oddaje badanie rentgenowskie w rozpoznawaniu zrostowym zapalenia osierdza?	73
H. KOGERER. O leczeniu schizofrenji.	136	K. WEISS. O metodyce i wynikach rentgenologicznego oznaczania wielkości serca.	73
O. MAYER. W sprawie leczenia rozlanego ropnego zapalenia opon miękkich mózgu.	126	R. DAMEL i M. SGALITZER. Wyniki lecznicze arterjografji kończyn.	73
W. FREEMANN i J. ROSENBERG. Leczenie diatermją otępienia postępującego.	136	T. LEIPERT. O rozmieszczeniu i wydalaniu toru po wstrzyknięciu torotrastu.	83
ROWE. Guzy płata skroniowego, sprawdzone sekcyjnie.	139	G. DERSCHIED i P. TOUSSAINT. Uwagi co do dwóch obrazów radiologicznych, często występujących w następstwie przecięcia galwanicznego zrostów opłucnowych w przebiegu odmy sztucznej.	153
R. FLINKER. Dwa nietypowe przypadki stwardnienia wielogniskowego.	140	E. FREUND i G. KAMINER. O działaniu radu na kwas rakowo-jelitowy.	153
DAVSON i KESCHNER. Przypadki z zaburzeniami krążenia w obrębie rdzenia o obrazie klinicznym jamistości rdzenia.	140		
		28. Medycyna sądowa.	
		HABERDA. Orzecznictwo lekarskie.	28
		K. GROSS. Sądowo-lekarskie znaczenie zaburzeń psychicznych po zapaleniu mózgu.	28
		WIGAND. Istota pasma Meescha w obrębie paznokci w zapaleniu nerwów po zatruciu arsenikiem.	28

	Str.		Str.
VOELLER. Przyczynek do t. zw. autoseksualizmu.	28	wa), Doc. Dra. St. Kleina (Warszawa), Dra.	
W. PETRUSKY. Uwagi co do zmiany przepisów	47	L. Justmana (Warszawa) i Mag. Przyrody i Die-	
w sprawie sądowo-lekarskich oględzin zwłok.		tetyki Marji Morzkowskiej (Warszawa), nakla-	
JACOBI. Śmiertelne zatrucie kwasem pruskim przez	48	dem Warszawskiej Agencji Wydawniczej „Del-	237
spożycie gorzkich migdałów.		ta“.	
MEZGER, JESSER, VOLKMANN. Dlaczego może	48	Dr. Marja GRZYWO - DĄBROWSKA. Pogadanka	253
zawieść próba precypitacyjna?	108	o gruźlicy dla uczniów szkół powszechnych.	
VERSCHUER. Dziedziczenie chorób.		Dr. L. STERNHEIM. Das Wunder der Heilung durch	253
SEITZ. O połączeniu uprawnienia do wykonywania		eigenes Blut.	
sterylizacji z prawem do przerywania ciąży w		O. MUNTSCHE. Leitfaden der Pathologie und The-	271
przypadkach szczególnie ciężkich chorób dzie-		rapie der Kampfgaserkrankungen.	
dzicznych.		J. DELMAS et G. LAUX. Anatomie médico-chirurgi-	271
FETSCHER. Teorja i praktyka sterylizacji.	108	cale du système végétatif (sympathique et para-	
		sympathique).	
29. Medycyna wojskowa.		Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologiczne-	292
KARALLUS. Pierwsza pomoc dla zagazowanych.	20	go, t. XII.	
KAYSER. Leczenie chorób powstałych z zatrucia	20	Gösta RÜSTRÖM. A roentgenological study of acute	305
gazami bojowymi.		and chronic otitis media.	
RUMPF. W sprawie środków ochronnych przeciw	20	SCHÜCK Frank. Diagnostik und Indikation in der Ne-	306
gazom.		urochirurgie mit therapeutischen Hinweisen.	
		R. RIVOIRE. Nowe zdobycze endokrynologii.	360
c) Oceny książek		Pamiętnik Kliniczny Szpitala Św. Łazarza, t. II, z. 2.	361
Prof. Dr. S. SCHILLING-SIENGALEWICZ. Zarys	12	Plk. Dr. Jan NELKEN. Hygiena psychiczna w woj-	361
toksykologii sądowo-lekarskiej.		sku.	
Prof. Dr. Med. H. HOLTHUSEN i Dr. Med. R.	12	Prof. Dr. Georg B. GRUBER. Einführung in Geist und	389
BRAUN. Grundlagen und Praxis der Röntgen-		Studium der Medizin — 1934.	
strahlendosierung.	13	K. POHLISCH u. F. PANSE. Schlafmittelmisbrauch.	410
HOHMANN-STUMPF. Ortopädische Gymnastik.		Dr. Józef ZAWADZKI, prezes Tow. Dor. Pom. Lek.	
Prof. Dr. P. MORAWITZ. Choroby krwi w praktyce	29	w Warszawie. Pogotowie Ratunkowe. Krótki rys	430
lekarskiej.	51	ratownictwa dla wszystkich.	
Uzdrowiska Polskie.		Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Klinika i leczenie	431
A. ROZENBAUM. Obniżające ciśnienie krwi działa-	51	krztuśca.	
nie odbiałczonych wyciągów błony śluzowej żo-		Prof. Dr. Johannes LANGE. Die Folgen der Entman-	431
łądka.	67	nung Erwachsener.	
Doc. Dr. Michał CWIRKO-GODYCKI. Zarys antrop-	81	BUSCHKE Franz. Roentgenologische Skelettstudien an	431
metrii.		menschlichen Zwillingen und Mehrlingen.	
Dr. Sigurd FREY. Die Embolie.	81	Priv. Doz. Dr. MITTERMAIER Richard. Die Krank-	432
Giacomo AISENSCITAT. Sulla sclerosi cerebrale		heiten der Nasennebenhöhlen und des Ohres	
eredo-sifilitica.	95	im Röntgenbild.	432
P. MARTYSZEWSKI i W. STANKIEWICZ - TRY-	140	Prof. Dr. MARTIUS H. Die Geburtshilflichen Opera-	432
BOWSKA. Leczenie gruźlicy płuc odną sztucz-		tionen.	
ną piersiową.	158	Dr. Hermann SCHLER. Leitfaden der technischen Hy-	432
Viktor von WEIZSACKER. Aerztliche Fragen. Vorle-		giene im medizinischen Betrieb (Unfall — und	449
sungen über allgemeine Therapie.	172	Krankheitsverhütung).	
D. PAULIAN et D. TURNESCO. Les arachnoidites	173	Dr. med. Jerzy LYPÄ. Phytotherapia.	467
spinales adhésives.	187	Marja ZDZIARSKA-ZALESKA. W okopach.	
STRÓŻECKI Kazimierz. Łaźnie w dawnej Polsce	188	Prof. Dr. K. HINTZE. Geographie und Geschichte	467
i konieczność ich wznowienia.	207	der Ernährung.	
St. HIGIER. Istota i postęp medycyny współczesnej.	223	Dr. Walter RUHMANN. Die Tastmassage. Ihre An-	468
Fr. WALTER. Nauka o chorobach wenerycznych.		wendung und Wirkungsweise bei den Weichteil-	
Dr. MARKOVITS Emmerich. Röntgentherapie in Ta-	223	rheumatismen.	468
bellenform.	237	Priv. Doz. Dr. Heinrich WESTHUES. Die patholo-	
Prof. Kurt SCHNEIDER. Psychiatrische Vorlesungen		gisch - anatomischen Grundlagen der Chirurgie	468
für Aerzte.		des Rektumkarzinoms.	
Prof. Dr. Jan SZMURŁO, dyrektor kliniki otolaryngo-		Dr. Bronisław HANDELSMAN, b. lekarz naczelny	468
logicznej Uniwersytetu Stefana Batorego. Cho-		szpitala Św. Aleksandra w Łodzi. Choroby za-	
roby ucha.		wodowe. Część I: O chorobach zawodowych,	
Patric WATSON - WILLIAMS. Chronic nasal sinusi-		podlegających ubezpieczeniu. Wąglik, zatrucie	468
tis and its relation to general medicine (chronic		ołowiem, zatrucie rtęcią.	
sinusitis and systematic sepsis).		Dr. med. Wilhelm SZENWIC. Niepłodność i niemoc	486
Prof. F. GIEDROYĆ. Wiekowe spory o błonę dziewi-		pliciowa u kobiet.	
czą. Studium historyczno-lekarskie.		Medizin und Chemie. Abhandlung aus den Medizi-	487
DIETETYKA, pod redakcją Prof. Dra. J. K. Parnasa		nisch - chemischen Forschungsstätten der I. G.	
(Lwów), Prof. Dra. F. Malinowskiego (Warsza-		Farbenindustrie Aktiengesellschaft, Leverk- sen. 1933.	

	Str.		Str.
Dr. H. OLIVECRONA. Die parasagittalen Meningeome		E. MINKOWSKI. Le temps vécu. Etudes phénomenologiques et psychopathologiques.	720
A. GIRAUD. Klinika gruźlicy płuc u dorosłych — przełożył dr. Henryk Szpidbaum.	505	Dr. Józef JANKOWIAK. Zarys Fizjoterapii dla lekarzy praktyków i studentów medycyny z 66 rysunkami.	720
V. FISCHL, I. H. SCHLOSSBERGER. Handbuch der Chemotherapie. II cz. Metallderivate.	506	Dr. Marja SKOKOWSKA - RUDOLF, Dr. Stefan RUDZKI, Dr. Miłosz GRODECKI. Walka z gruźlicą.	738
Leon KARWACKI. O postaciach rozwojowych zarazka gruźlicy.	525	Ph. BROEMSER, o. Prof. f. Physiologie in München. Kurzgefasstes Lehrbuch der Physiologie.	738
Polski Almanach Uzdrowisk.	527	J. THIERS. La syphilis du cercelet et des connexions cérébelleuses.	739
Doc. Dr. A. WOJCIECHOWSKI. Zarys leczenia złamań i zwichnięć dla studentów i lekarzy praktyków.	546	Kurt SCHNEIDER. Psychiatrische Vorlesungen für Aerzte.	739
Prof. dr. med. D. LEVI. Leczenie wstrzykiwaniami w praktyce lekarskiej.	546	Paul RAVAUT. Une nouvelle syphilis nerveuse, ses formes cliniquement inapparentes.	739
Polski Kalendarz Lekarski na rok 1934.	547	Dr. Józef ZAWADZKI, prezes Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i Tow. Doraźnej pomocy Lekarskiej w Warszawie. Organizacja doraźnej pomocy lekarskiej w Polsce. Referat na IV międzynarodowy Zjazd ratownictwa w Kopenhadze w r. 1934. Wydawnictwo Polskiego Komitetu do spraw Ratownictwa, Warszawa 1934. To samo po francusku. L'organisation de premiers secours medicaux en cas d'accidens en Pologne.	751
SKALWEIT. Konstitution und Prozess in der Schizophrenie.	547	Dr. med. Jakób WĘGIERKO. O cukrzycy i jej leczeniu.	754
Dr. Albert BAUER. Ernährungsbehandlung in der Gynakologie und Geburtshilfe.	548	Cezary JELLENTA. Sosny Otwockie. Obraz miasta - uzdrowiska.	776
Prof. Dr. med. C. BACHEM. Arzneitherapie der praktischen Arztes.	568	Gottfried KOLLER, Privatdozent an der Universität Kiel; z. Z. Prof. für Zoologie an der Tunghsi-Universität in Shanghai - Woosung. Einführung in die Physiologie der Tiere und des Menschen.	797
R. SZIDAT u. R. WIGAUD. Leitfaden der einheimischen Wurmkrankheiten der Menschen.	568	Naucznaja literatura S. S. S. R. Sistemaczeskij ukazatel knig i żurnalnych statej 1928. Medicina. Komitet po zawiedzywaniu uczonymi i uczebnymi uczrezeniami pri cik S. S. S. R. Komisja po sostawleniu i izdaniu indeksow naucznoj literatury. Gosudarstvennoe slowarno-encyklopediceskoe izdatelstwo „Sowietskaja encyklopedija“, Moskwa.	797
Stanisław HIGIER. Niemoc płciowa i bezpłodność u mężczyzn.	595	SCHATZKI Richard. Reliefstudien an der normalen und krankhaft veränderten Speiseröhre.	797
Prof. Dr. med. Jan LAUBER, Dyr. Kliniki Okulistycznej Uniw. Warsz. Djagnostyka i terapia chorób oczu.	595	Kurt KLARE. Konstitution und Tuberkulose im Kindesalter.	817
Prof. Dr. Alfred TRAWIŃSKI. Nauka o badaniu mięsa i przetworów mięsnych.	596	Tadeusz WĄSOWSKI, docent Uniwersytetu Wileńskiego. Gruźlica górnych dróg oddechowych.	817
Jakób FROSTIG. Psychjatrja.	615	W. DRESSLER. Klinische Elektrokardiographie.	817
H. KILIAN. Facies dolorosa.	617		
Dr. med. H. HIGIER. Migreny i stany pokrewne.	636		
Dr. Jakób WĘGIERKO. Najważniejsze zasady leczenia djetetycznego.	637		
De RUDDER. Die akuten Zivilisationsseuchen.	637		
Felix BUTTERSACK. Von der Zellenlehre zur Functionenschau.	638		
Prof. Dr. Ludwik HIRSZFELD. Grupy Krwi. Doc. Dr. Jerzy RUTKOWSKI. Transfuzja krwi.	654		
Dr. Seweryn STERLING. Gruźlica. Zbiór prac 1894 — 1932.	655		
Auguste TORNEY. Sémilogie du sommeil. 1. Essai de neurologie expliquée.	655		
Ferdinand BERTRAM. Die Zuckerkrankheit, Leitfaden für Studierende und Arzte.	655		
Prof. Dr. C. HEGLER. Praktikum der wichtigen Infektionskrankheiten.	656		
Sandor RADO. Die Kastrationsangst des Weibes.	676		
Dr. med. et phil. Friedrich SCHULHOF. Praktische Psychiatrie.	677		
Dr. Bronisław STĘPOWSKI. Rozpoznawanie ciąży w świetle najnowszych badań.	677		
Bernhard ASCHNER. Heilerfolge der Konstitutions-therapie bei weiblichen Geisteskrankheiten insbesondere bei Schizophrenie.	677		
F. WOLTER. Die Tuberkulose - Rätsel von Pasterzsbet und seine Lösung vom epidemiologischen Standpunkt.	698		
Ivan HERMODSSON. Röntgenologischen Studien ueber die traumatischen und habituellen Schultergelenkverrenkungen nach vorn und nach unten.	690		
Ralf Bull ENGELSTAD. Ueber die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf die Lungen.	699		

d) Wskazówki praktyczne

13 — 30 — 51 — 67 — 82 — 96 — 140 — 158 — 173
 188 — 208 — 224 — 238 — 253 — 272 — 292 — 306 — 361
 390 — 411 — 432 — 450 — 469 — 487 — 506 — 527 — 548
 569 — 596 — 617 — 638 — 656 — 679 — 699 — 721 — 739
 755 — 778 — 798 — 818.

III. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie nadzwyczajne wspólnie z Warsz. Oddz. Polskiego Towarzystwa Anatomiczno - Zoologicznego z dnia 19.9.1933 r.

Posiedzenie z dnia 26. 9.1933 r.	Str. 96
" " " 3.10.1933 r.	97
" " " 10.10.1933 r.	238
" " " 17.10.1933 r.	239
" " " 24.10.1933 r.	254
" " " 7.11.1933 r.	254
" " " 14.11.1933 r.	411
" " " 21.11.1933 r.	412
" " " 28.11.1933 r.	412
" " " 5.12.1933 r.	412
" " " 12.12.1933 r.	412
" " " 16. 1.1934 r.	506
" " " 23. 1.1934 r.	506
" " " 30. 1.1934 r.	507
" " " 6. 2.1934 r.	508
" " " 13. 2.1934 r.	618
" " " 20. 2.1934 r.	618
" " " 27. 2.1934 r.	638
" " " 6. 3.1934 r.	639
" " " 13. 3.1934 r.	656
" " " 27. 3.1934 r.	657
" " " 10. 4.1934 r.	657
" " " 17. 4.1934 r.	798
" " " 24. 4.1934 r.	798
" " " 8. 5.1934 r.	799
" " " 22. 5.1934 r.	818
" " " 29. 5.1934 r. łącznie z Polskim Lekarskim Towarzystwem Radiologicznym.	818

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 19.10.1933 r.	208
" " " 21.12.1933 r.	224
" " " 18. 1.1934 r.	225
" " " 21. 2.1934 r.	225
" " " 15. 3.1934 r.	597
" " " 12. 4.1934 r.	597
" " " 17. 5.1934 r.	597

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

Posiedzenie z dnia 22. 9.1933 r.	13
" " " 9.20.1933 r.	13
" " " 23.10.1933 r.	30
" " " 15. 5.1933 r.	293
" " " 29. 5.1933 r.	306
" " " 19. 6.1933 r.	308
" " " 6.11.1933 r.	450
" " " 20.11.1933 r.	469
" " " 4.12.1933 r.	470
" " " 18.12.1933 r.	470
" " " 8. 1.1934 r.	678
" " " 22. 1.1934 r.	679
" " " 5. 2.1934 r.	699
" " " 19. 2.1934 r.	721
" " " 5. 3.1934 r.	740

Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dnia 19.10.1933 r.	68
" " " 16.11.1933 r.	188
" " " 21.12.1933 r.	363
" " " 18. 1.1934 r.	363
" " " 22. 2.1934 r.	363
" " " 22. 3.1934 r.	488

Str. 96	" " " 19. 4.1934 r.	Str. 488
97	" " " 17. 5.1934 r.	489

*Posiedzenia kliniczne oddziałów wewnętrznych szpitala fund.
Poznańskich w Łodzi im. Dra Seweryna Sterlinga.*

Posiedzenie z dnia 12 i 26.10. 1933 r.	158, 173
Posiedzenie z dnia 30.11.1933 r.	433
Posiedzenie z dnia 14 i 26.12.1933 r.	433
Posiedzenie z dnia 1 i 15.2.1934 r.	433
Protokół posiedzeń klinicznych oddziałów wewnętrznych szpitala fundacji Poznańskich im. Dr. Seweryna Sterlinga w Łodzi w maju 1934 r.	755
Protokół posiedzeń klinicznych oddziałów wewnętrznych szpitala fundacji Poznańskich im. Dr. Seweryna Sterlinga w Łodzi w czerwcu 1934 r.	756

*Koło Lekarzy Powszechnego Miejskiego Szpitala
na Radogoszczu w Łodzi.*

Posiedzenie z dnia 10.10.1933 r.	82
" " " 24.10.1933 r.	82
" " " 13. 3.1934 r.	569
" " " 27. 3.1934 r.	569
" " " 10. 4.1934 r.	569
" " " 24. 4.1934 r.	778
" " " 15. 5.1934 r.	778
" " " 29. 5.1934 r.	778

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 17. 5.1933 r.	391
" " " 24. 5.1933 r.	391
" " " 31. 5.1933 r.	527
" " " 7. 6.1933 r.	528
" " " 14. 6.1933 r.	528
" " " 21. 6.1933 r.	528
" " " 11.10.1933 r.	528
" " " 25.10.1933 r.	528
" " " 8.11.1933 r.	528
" " " 15.11.1933 r.	529
" " " 22.11.1933 r.	529
" " " 6.12.1933 r.	529

*Polskie Towarzystwo Anatomiczno-Zoologiczne.
Oddział Warszawski*

Posiedzenie z dnia 29.11.1933 r.	141
" " " 23. 1 1934 r.	273
" " " 27. 2.1934 r.	273
" " " 1. 5.1934 r.	548
Walne zebranie z dnia 20.6.1934 r.	549

Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne.

Posiedzenie z dnia 23. 4.1933 r.	51
" " " 25. 6.1933 r.	390
" " " 24.10.1933 r.	391

Polska Akademia Umiejętności.

Posiedzenie z dnia 15. 1.1934 r.	272
" " " 21. 3.1934 r.	362
" " " 30. 4.1934 r.	488
" " " 26. 5.1934 r.	488
" " " 15. 6.1934 r.	548

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

14 — 32 — 52 — 68 — 83 — 97 — 141 — 159 — 175	
189 — 209 — 225 — 239 — 255 — 273 — 293 — 309 — 364	
392 — 412 — 433 — 452 — 471 — 489 — 509 — 529 — 549	
570 — 599 — 618 — 639 — 657 — 680 — 701 — 722 — 741	
757 — 778 — 799 — 818.	

IV. Zjazdy

Sprawozdanie z XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.	32, 52, 83, 98
Z XIV Zjazdu Lekarzy i przyrodników Polskich w Poznaniu.	141
VIII Zjazd Stowarzyszenia Ginekologów i Akuszerów Francuskich.	190
Zagadnienie gościa na IV Międzynarodowym Zjeździe antyreumatycznym w Moskwie 3 — 7 maja 1934 r.	509, 530
IX Zjazd Międzynarodowy Związku Przeciwegruźliczego 4 — 6.IX.1934 r. w Warszawie.	639
Sprawozdanie ze Zjazdu Delegatów Polskiego Towarzystwa Eugenicznego w Łodzi.	742

V. Krytyka lekarska

Mieczysław DOMINIKIEWICZ. Niestosowna propaganda.	84
Benedykt GLASS. O „słabych płucach i powiększonych gruczołach“.	175
Henryk RASOLT. Słów kilka na marginesie artykułu kol. Benedykta Glassa „O słabych płucach i powiększonych gruczołach“.	209
Leon ZAMENHOF. Po chwilowym zażegnaniu niebezpieczeństwa.	274
Stefan KRAMSZTYK. Osobliwości współczesnego piśmiennictwa naukowego.	309
Z. SREBRNY. Konkursy szpitalne.	364

VI. Korespondencja

A. B. HENKE. List otwarty.	100
Leonard CHWATT. List z Paryża.	144
Walerjan SPYCHAŁA. List otwarty.	161
H. NAJMANOWICZ. List otwarty.	275
Leonard CHWATT. List z Paryża.	310
Stanisław JUSTMAN. List otwarty.	413
Henryk BROKMAN. List otwarty.	453
Leonard CHWATT. List z Paryża.	310
Edward GLIKSMAN. List z New-Yorku.	490
Edward GLIKSMAN. List z New-Yorku.	532
E. EPSZTEJN. Medycyna a język międzynarodowy. (Z okazji Zjazdu T. E. K. A. w Sztokholmie — sierpień 1934 r.).	549
W sprawie przepisywania środków zastępczych zamiast oryginalnych preparatów farmaceutycznych.	758
Leonard CHWATT. List z Paryża.	819

VII. Przegląd terapeutyczny

Wacław FALENCIK. O stosowaniu coraminy w dużej brzusznym.	142, 160
Jarosław IWASZKIEWICZ. Spostrzeżenia kliniczne przy leczeniu Panodina.	190

Str.

Matylda BIEHLER. Causyth w płonicy.	365
W. FALENCIK. Zagadnienie leczenia gruźlicy płuc wyciągami ze śledziony.	579, 599, 619

VIII. Medycyna Społeczna

Karol RYDER. O karcie zachorowań i systemie ubezpieczalni Społecznej.	17, 33
Józef JAKÓBKIEWICZ. Z epidemiologii dżumy.	53, 69, 86, 100
Stanisława ADAMOWICZOWA. Dur plamisty w 1932 — 1933 roku.	145
E. GRZEGORZEWSKI. Udział lekarzy wolnopraktykujących w planowej akcji zapobiegawczej.	162
M. KACPRZAK. Zakłady opiekuńcze zamknięte dla dzieci i młodzieży w liczbach.	176, 193, 210, 225
M. PŁOŃSKI. O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwymi.	241, 256, 276, 294, 311, 392
M. KACPRZAK. Ich pamięci.	373
S. TUBIASZ. Zagadnienie wola w świetle najnowszych badań.	413, 434
Halina JANKOWSKA. O wzajemnym ustosunkowaniu się i wpływie dzieci opiekunów i psychicznie chorych w opiece rodzinnej.	453, 473
Jakób SĘCZYC. O wpływie spożywania mleka krów gruźliczych na ustrój człowieka.	493
Rafał BECKER. O skłonności do samobójstwa.	514, 535, 553
H. MAKOWER. Szczepienia przeciwbłonicze zwykle i jednocześnie ze szczepieniami przeciwko ospie (ze szczególnem uwzględnieniem doświadczeń łódzkich).	573, 601
S. ADAMOWICZOWA i A. KACPRZAK. Koszty opieki lekarskiej.	621, 641, 660, 683
A. Znaczenie społeczne najważniejszych chorób zakaźnych wieku dziecięcego.	701
K. Ewolucja błonicy w ostatnich latach.	722
K. Ewolucja płonicy w ostatnich latach.	742
Mieczysław GANTZ. Czyżby w Warszawie już nie było gruźlicy dziecięcej?	761
Bolesław P. MUSZKATBLAT. Zagadnienia medycyny społecznej, higieny i bezpieczeństwa pracy na terenie Wojskowego Zakładu Pirotechnicznego w roku 1933 — 1934.	781, 801, 822

IX. Sprawy zawodowe

Z. SZYMANOWSKI. Szkolić czy przeszkalać? W sprawie reformy studiów lekarskich.	239
Z. SZYMANOWSKI. Jeszcze w sprawie studiów lekarskich.	368
Projekt współpracy Organizacji Lekarskich z Nacelną Izbą Lekarską w sprawach, dotyczących zdrowia publicznego i zawodu lekarskiego.	759

X. Odcinek

Aleksander MACIESZA. Osobnik jako przedmiot studiów antropologii.	14
Marja GRZYWO-DĄBROWSKA. Przyczynki do psychologii i psychopatologii młodocianych samobójców według ankiety Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego za okres 1930 — 1932.	490, 512, 533, 550
Stefan KRAMSZTYK. O patologii kultury.	658, 681
Gabrjel LEWIN. Odpowiedzialność karna lekarza w	

światle Rozporządzenia o wykonywaniu prak-
tyki lekarskiej. 779, 809, 819

XI. Życiorysy

Dr. med. Antoni NATANSON (Wspomnienie pośmiertne). Nap. A. Fryszberg.	37
Dr. Leon ZAMENHOF. (Wspomnienie pośmiertne). Nap. J. Czarnecki.	181
Dr. med. Józef LUXENBURG. (Wspomnienie pośmiertne). Nap. A. Kobryner.	417
Stanisław KLEIN (1863 — 1934). (Wspomnienie pośmiertne). Nap. Piotr Słonimski.	705

XII. Wiadomości bieżące i kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich

Na końcu każdego numeru.

Spis autorów prac oryginalnych

A.	701
ADAMOWICZOWA Stanisława	145, 621, 641, 660, 683
BAU-PRUSSAKOWA S.	326
BECKER Rafał	514, 535, 553
BERGENBAUM Ch.	406
BERKMAN R.	425, 445
BIEHLER Matylda.	365
BIRO Maksymilian	397, 418
BRAUDE-HELLEROWA Anna	557
BREGMAN L. E.	455, 477
BRILL Juljusz	442, 137, 155
BROKMAN Henryk	453
BUJNIEWICZ K.	105
BURAK M.	450
BYCHOWSKI Z.	577, 605
CHMIELEWSKI Jan E.	5
CHWATT Leonard	220, 144, 310, 472, 819
CZAPLICKI B.	187, 213, 229
CZARNECKI E.	42, 400, 181
DAWIDOWICZ Maksymilian	300
DAWIDSON A.	234, 251, 269, 289
DOBRYSZYCKI St.	670
DOMINIKIEWICZ Mieczysław	84
DRETLE Julian	136, 152
DWORECKI A.	430
EPSZTEJN E.	549
ERBRICH Feliks	75
EWENS E.	248
EISENFARB J.	232
FALENCIK Wacław	142, 160, 570, 599, 619
FESTENSZTAT A.	745, 765, 427, 448, 465
FINKLEROWNA C.	168
FLIEDERBAUM Julian	9, 27, 48, 64, 202, 217
FRENKIEL Bronisław	695, 717, 735, 752, 773
FRENKLOWA H.	197, 213, 229
FREUND E.	645
FRYSZBERG A.	37
FRYSZMAN W.	499, 522, 611
GANTZ Mieczysław	318, 761
GLAESNER R.	497
GLASS Benedykt	25, 46, 175

GLIKSMAN Edward	490, 532
GŁOWINSKI B.	672
GOLDHAMMER St.	625
GRABER A.	582
GRZEGORZEWSKI E.	162
GRZYWO-DĄBROWSKA Marja	490, 512, 533, 550
HALBERÓWNA Wanda	484, 502
HERMAN E.	58, 562
HUFNAGEL Jadwiga	610, 614, 635
HURYNOWICZOWNA J.	42, 400
HURWICZ Stanisław	695, 717, 735, 752, 773
HENKE A. B.	100
ITELSON Józef	321
IWASZKIEWICZ Jarosław	290
JAKÓBKIEWICZ Józef	53, 69, 86, 100
JANKOWSKA Halina	453, 473
JELENKIEWICZ Lucjan	517, 537
JUSTMAN Stanisław	413
K.	722, 742
KACPRZAK M.	176, 193, 210, 225, 378, 621, 641, 660, 683
KAPŁAN A. W.	499, 522, 611
KICINSKI A.	627, 656
KOBYRNER A.	417
KOCEN Mieczysław	351
KOŁODZIEJSKA Zofja	647
KON Józef	689
KOTOK P.	672, 769
KRAKOWSKI A.	455, 477
KRAMARZ J.	499, 522, 611
KRAMSZTYK Stefan	309, 658, 681
KRUSZÓWNA Mirosława	384
KRYNSKI B.	356
KURLANDZKI Z.	384, 400
LANDAU H. J.	304, 795, 815
LAPIDUS A.	772
LAWENDEL Ewelina	79, 93
LEDER M.	302
LEWENFISZ Marek	443
LEWIN Gabrjel	779, 800, 819
LEWINSON S.	438
LIPSZOWICZ L.	729, 750
ŁUKASZCZYK Franciszek	109
MACIESZA Aleksander	14
MAKOWER H.	573, 601, 630
MANZON S.	483
MARGOLIS Aleksander	711
MARZECKI J.	61, 75
MELZAK J.	607
MERENLENDER Józef Izidor	22, 37, 562, 580
MILLER W.	652, 679
MINC S.	463, 481
MORAWSKI M.	165, 182
MORZYCKI M.	381
MUSZKATBLAT Bolesław I.	781, 901, 822
NAJMANOWICZ H.	275
NATHAN F.	748
NUSBAUM Józef	732
PARNAS J. K.	4
PRAGIER Edward	261, 281
PIANKÓWNA W.	523, 544, 566
PINCZEWSKI J.	607
PIWKO N.	149
PŁONSKIER M.	57, 72, 89, 242, 256, 276, 294, 311, 392
POTOK Adolf	243
RASOLT H.	209, 627, 650

XXIV

	Str.		Str.
ROZENBLAT J.	748	SZYMANOWSKI Z.	239, 330, 368
ROZENÓWNA F.	168	ŚCIESIŃSKI K.	197, 213, 229
RÖBIN Wilhelm	732	ŚWIDER Zdzisław	633
RUBINSZTEJN M.	402, 421, 793, 810	TAUBENHAUS M.	297
RYDER Karol	17, 33	THURSZ D.	501
SCHERF D.	625	TOŁCZYŃSKI B.	183
SEDLIS E.	333, 790	TUBIASZ S.	413, 434
SĘCZYĆ Jakób	493	VENULET Franciszek	1
SINGER Gustaw	785, 805	WAJS H.	266
SŁONIMSKI Piotr	705	WAJNSZTOK J.	672
SOŁOWIEJCZYK Józef	669	WAŁAWSKI Julian	204
SPYCHAŁA Walerjan	161	WINDZBERG B.	266
SREBRNY Z.	364	WÓLKOWYSKI E.	630
STERLING Władysław	91, 665, 685, 708, 725	ZABŁOCKI B.	381
SZEJNBERG J.	288, 770	ZAJDEL Róża	170, 185
SZENFELD Marja	542	ZAMENHOF Leon	274
SZOUR M.	406, 425, 445	ZANDOWA N.	377
SZPER Józef	519, 539		

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 4 STYCZNIA 1934 R.

Nr. 1

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Równowaga kwasowo - zasadowa a miarowość tętna.

Podał

Franciszek VENULET (Warszawa).

Punkt wyjścia rozważań niniejszych stanowi spostrzeżenie przypadkowe z dziedziny medycyny praktycznej, z którą nie mam bezpośredniego kontaktu.

Pan X., lat 54, hipotonja konstytucjonalna (Semerau-Siemianowski), ciśnienie maksymalne około 110 mm rtęci, *cor pendulum*, wagotonja (tętno 56), przed trzema laty przechodził ciężką nerwicę serca z jednoczesnym osłabieniem mięśnia sercowego. Szczególnie dokuczaly choremu napady arytmji, wywołane, jak wykazywały badania elektrokardjograficzne, przez bodźce heterotropowe, przedsionkowo - komorowe.

Wraz z poprawą objawy te ustąpiły. Stan ogólny dobry. X. przyjmuje prawie stale *Tram Nucis vom*, w bardzo małych dawkach. 1 — 2 razy do roku, zazwyczaj w c z e s n ą w i o s n ą, występują u X. napady arytmji, które jednak pod wpływem luminaletek przechodzą. W roku bieżącym napady arytmji odznaczały się nietylko gwałtownością, lecz i długotrwałością (do 2 — 3 godzin). Występowały one po śniadaniu, najczęściej jednak w i e c z o r e m. Pobudliwość serca wybitnie wzmożona zarówno na bodźce psychiczne, jak i mechaniczne. Wszystko, co unosi przeponę brzuszna, prowokuje arytmję, nieobojętne jest z tego powodu nawet położenie, zajmowane w łóżku. Unikając większego napełnienia żołądka, X. ogranicza ilość przyjmowanego pożywienia, traci na wadze, lecz pożądanego skutku nie osiąga. Środki, stosowane dotychczas z dobrym wynikiem, tym razem większego wpływu nie wywierają (chinidyna u wagotoniców jest przeciwwskazana).

Zastanawiając się nad przyczyną takiej nadpobudliwości serca X., zwróciłem uwagę na fakt przyjmowania przezeń od pewnego czasu naczecz mieszanki alkalicznej (*Na bicarb.*, *Na citric.*, *Na sulfuric.*, *Na phosphoric*) w ilości 1,0. Sądziłem, że na tle lekkiej, lecz p r z e w l e k l e j alkaliczacji ustroju mogła powstać nadpobudliwość oś aparatu, regulującego akcję serca. Nadmienić należy, że pojawieniu się napadów niemiarowości po jedzeniu, a zwłaszcza wieczorami, w tych warunkach sprzyjać musiała jeszcze fizjologiczna alkaliczacja ustroju, spowodowana tak aktem trawienia, jak i stałym

naogół wzrostem Ph krwi w ciągu dnia, od rana do wieczora. Wobec tego doszedłem do wniosku, że już minimalne przesunięcie równowagi kwasowo - zasadowej (r. k. z.) w stronę kwaśną powinno stan nadpobudliwości złagodzić. (Arytmja nie zaznaczała się nigdy podczas snu, któremu towarzyszy stałe fizjologiczne zakwaszanie ustroju).

Nie przywiązując do tych rozważań większego znaczenia, poleciłem X. zażywanie *Liq. Ammonii anis.* (8 kropeł), który to preparat znajdował się w domu, w mniemaniu, że zawiera on chlorek amonu. Choć bez szczególnego przekonania X zażył lek. Z tem większym zdumieniem, zupełnie nieoczekiwanie stwierdził on tegoż wieczoru tak wybitne odprężenie w akcji serca, że u l g a, s t ą d p o w s t ą ł a, g r a n i c z y ł a n i e m a l z e u f o r j ą: był to pierwszy od dłuższego czasu wieczór wolny od arytmji. Nie „wierząc” jeszcze w nowy środek, przypuszczając raczej tylko zbieg okoliczności, X. w ciągu następnych 2 dni zażywał jednak lek z dobrym również skutkiem. Na czwarty dzień, wyjeżdżając zrana na krótki wypoczynek za miasto, X. w ostatniej chwili zabrał lek ze sobą „na wszelki wypadek”, gdyż po doznanej już poprawie nie przypuszczał jego potrzeby na wsi. Stąd niemiłe zdziwienie, gdy podczas obiadu, już w czasie spożywania zupy, poczuł wyraźną arytmję. Po skończonym obiedzie, w jaki kwadrans po zażyciu *Liq. Am. anis.*, napad arytmji nieoczekiwanie ustąpił. O d t e j chwili dopiero datuje zaufanie do leku, który X. odtąd przyjmuje profilaktycznie po 6 — 8 kropeł na 10 — 15 min. przed każdym posiłkiem. O d t ą d t e ż z a b u r z e n i a m i a r o w o ś c i u s t a ł y c a ł k o w i c i e, napad podczas obiadu był ostatni. Samopoczucie X. poprawia się znakomicie, stosowane poprzednio ograniczenia diety okazują się zbędne. Stan taki trwa już szereg miesięcy.

Analizując dany przypadek, trudno zaprzeczyć istnieniu związku między obu faktami: zastosowaniem *Liq. Am. anis.* a zupełnym ustąpieniem niemiarowości. Mało prawdopodobny bowiem jest taki zbieg okoliczności, żeby trwająca od wielu tygodni niemiarowość o tendencji raczej nasileniowej ustała przypadkowo jednocześnie z zażyciem leku. „Wyzdrowienie” nastąpiło, zresztą, dopiero od chwili s y s t e m a t y c z n e g o zastosowania preparatu po przyjeździe na

wieś, po napadzie obiadowym; krótkotrwały pobyt poza miastem nie mógł zatem zaważyć na szali.

Ewentualny wpływ *sugestji* w danej sprawie jest wyłączony przez całe zachowanie się chorego. Zainteresowanie środkiem przezwyciężyło początkową obojętność dopiero wtedy, gdy X nabral przekonania, że dany lek mu istotnie pomaga.

Czemuż więc przypisać jego frapującą skuteczność w naszym przypadku arytmji, na czym polega jego działanie?

Jak wiadomo, skład *Liq. Am. anis.* jest następujący:

Liq. Am. caust. 5,0

Alcoholi 24,0

Ol. Anisi 1,0

Stwierdzić należy, że, chociaż mamy tutaj do czynienia z amoniakiem, zamiast domniemanego chlorku amonu, koncepcja przesunięcia r. k. z. pod wpływem *Liq. Am. anis.* w kierunku kwaśnym bynajmniej nie upada. Nie wdając się w szczegóły, powiedzieć można, że w następstwie odczynu, zachodzącego między wprowadzonym amoniakiem a kwasem solnym żołądka, powstaje chlorek amonu; ostatni podlega wchłanianiu w jelicie, wędruje do wątroby, gdzie się rozpada na amoniak (mocznik) oraz kwaśny anion Cl, który może wywołać odchylenie r. k. z. w stronę kwaśną¹⁾.

W naszym przypadku mielibyśmy właściwie do czynienia narazie nie tyle z „zakwaszeniem”, ile raczej z powrotem r. k. z. do stanu, poprzedzającego sztuczną alkalizację ustroju. Z wyrównaniem „alkalozji” ustępuje wywołana przez nią pobudliwość aparatu nerwowego serca, zwłaszcza nerwu błędnego, na której tle występowała niemiarywość.

Jakież jednak mamy dowody, że przypuszczalny przebieg danego zjawiska był właśnie taki, a nie inny?

Jak wynika z danych piśmiennictwa, zaburzenia r. k. z. dla prawidłowej czynności serca bynajmniej nie są obojętne. Już bardzo nieznaczne przesunięcie w stronę zasadowości lub kwaśności odczynu płynu, wypełniającego serce wyodrębnione, powoduje zatrzymanie się tegoż bądź w skurczu, bądź w stanie zupełnego zwiócenia.

W związku z poruszonem zagadnieniem na szczególną uwagę zasługują badania doświadczalne Barlowa i Scherfa. Pierwszy, w doświadczeniach nad wpływem środków kwaszących na czynność wysobnionego serca żaby, stwierdził zaburzenia sprawności w kierunku inotropowym i chronotropowym (cyt. według Apfellauma). Scherf, wprowadzając psom dożylnie tak związki kwaśne (10% NaH_2PO_4 lub 2% kwas mlekowy), jak i zasady (sodę), stwierdził, że w dawkach większych obie grupy ciał powodują powstawanie skurczów dodatkowych; natomiast dawki małe, zwłaszcza sody, usuwają powstałe skądinąd bodźce dodatkowe. Ciała te, zdaniem

¹⁾ Chociaż w danych warunkach Cl jest pochodzenia endogennego, tem nie mniej, w następstwie podaży amoniaku w przemianie pośredniej Cl mogą zejść odchylenia dla uczulonego układu wegetatywnego nieoobojętne. Przecież wzmożone wydzielanie w żołądku kwasu solnego, którego Cl jest również pochodzenia endogennego, nie tylko alkalinizuje ustrój, lecz wywołuje nadpobudliwość aparatu mięśniowego, nie wyłączając napadów tęczy z k i.

autora, działają niezawodnie pośrednio, wywołując w ustroju bardzo złożone zjawiska, nawet o charakterze antagonistycznym. Nieotrzymanie przez Hroma u zakwaszonych przezeń ludzi zdrowych większych odchyleń elektrokardiograficznych zależy między innymi (stan mięśnia sercowego) prawdopodobnie i od oporności ich układu wegetatywnego na dane bodźce.

Pomijając zmianę aktualną odczynu krwi, pod wpływem iniekcji kwasów lub zasad zachodzą również przesunięcia jonów wapnia i potasu dla czynności serca bynajmniej nieoobojętne. Acydozie, jak wiadomo, najczęściej towarzyszy hiperkalcemia; z drugiej strony małe dawki wapnia, podane dożylnie, usuwają u psów skurcze dodatkowe, wywołane przez zatrucie akonityną.

Co jednak najważniejsze, to okoliczność, że stan krwi nie odzwiercadla zjawisk w tkankach, gdzie odczyn aktualny może być nawet odmienny. Tymczasem stan r. k. z. właśnie tkanek ma często znaczenie rozstrzygające.

Jak twierdzi Frey, konstytucja wagotoniczna uwarunkowana jest nie tyle nadmiernym unerwieniem lub wzmożonym napięciem nerwu błędnego, ile fizyczno-chemicznymi własnościami tkanek. Od stanu tkanek zależy zatem reagowanie objawami przywspółczulnymi nawet na bodźce współczulny; tem się też tłumaczy tak odmiennie zachowanie się poszczególnych narządów w „wagotonji”. Istotę t. zw. „Vagusherz” stanowiłby zatem nie nerw błędny, lecz fizyczno-chemiczna struktura mięśnia sercowego, głównie zaburzenia r. k. z. i elektrolitów. Dopiero takie, jakby uczulone serce staje się nadmiernie wrażliwe na bodźce nerwu błędnego, które w tych warunkach mogą powstawać odruchowo. Nawet bodźce nerwu współczulnego nie wyłączają tutaj reakcji wagotonicznej. Z drugiej strony wiadomo, jak dużą rolę odgrywa n. błędny w powstawaniu skurczów dodatkowych, co znów potwierdza istnienie pewnej współzależności między odchyleniami r. k. z. a niemiarywością serca, zwłaszcza, jeżeli wziąć pod uwagę, że ośrodki heterotropowe w stosunku do różnych bodźców są o wiele wrażliwsze, niż ośrodki normotropowe.

Do tego dochodzi, że według ścisłych danych eksperymentalnych (Rein) n. błędny zawiera włókna, z węzającą naczyń wieńcowe serca, co w sprawie, nas interesującej, nie jest zjawiskiem pomyślnem (alkalozie również towarzyszy zwężenie naczyń).

Pomijając powstałe stąd czysto miejscowe zaburzenia metabolizmu, odchylenia w r. k. z. ustroju niezawodnie pociągają za sobą jeszcze inne następstwa, odbijające się na akcji serca, zwłaszcza, jak to bywa najczęściej, serca już niepełnowartościowego.

Na pierwszym miejscu wymienić należy tak charakterystyczne dla zaburzeń r. k. z. odchylenia w gospodarcę węglowodanowej. Na podstawie licznych prac już dawno stwierdzono naogół obniżenie poziomu cukru krwi w alkalozie, a znaczny wzrost w acydozie²⁾. Już z tego wynika, że wago-

²⁾ Omówienie odnośnego piśmiennictwa — w pracy Laskowskiego i Gnoińskiego. Zaburzenia przemiany w cukrzycy Fajflewicz ujmuje z punktu widzenia naruszonej r. k. z.

tonji towarzyszy raczej hipoglikemja. Nawet względną wagotonję w następstwie przecięcia nerwów współczulnych, obok podniesienia się zasobu zasad, cechuje równocześnie niedocukrzenie krwi; względną sympatykotonję (po przecięciu nerwów błędnych) wywołuje natomiast obniżenie zasobu zasad i przecukrzenie krwi (G o e b e l).

Co się tyczy wpływu odchyłań r. k. z. na gospodarkę wodną, to w sprawach, nas obchodzących, wystarczy wymienić, że alkalozie towarzyszy zatrzymanie wody w ustroju, diureza naogół się zmniejsza. Wręcz odwrotne zjawiska spostrzegamy w następstwie zakwaszenia ustroju.

Wreszcie wymienić należy, jako charakterystyczne dla alkalozy, spadek ciśnienia krwi, zwolnienie krwiobiegu oraz zmniejszenie oddechu (*hypopnoë*).

Biorąc pod uwagę z jednej strony czynniki, sprzyjające powstawaniu skurczów dodatkowych, jak podniety psychiczne, wysokie położenie przepony brzusznej, — z drugiej strony zaś uspasabiające do wytwarzania ekstrasistol tło chemiczne, przychodzimy do wniosku, że towarzyszące „alkalozie” zjawiska upośledzonej elastyczności mięśnia sercowego (zwiotczenie), zwięźnienie naczyń wieńcowych, spadek ciśnienia krwi, zwolnienie krwiobiegu, zatrzymanie wody w ustroju, przy jednoczesnej hipoglikemji i *hypopnoë* — pracy serca bynajmniej nie ułatwiają. Okoliczność, że niektóre zpośród wymienionych zjawisk są czynnościami, regulującymi zachwianą r. k. z., tego stanu rzeczy nie zmienia.

Nawiązując do naszego przypadku, uważam, że chodzi tutaj o uczulenie serca już konstytucjonalnie wrażliwego na bodźce wagotropowe. Prawdopodobna przyczyna uczulenia — alkalinizacja ustroju, choć mogły zawinić jeszcze inne momenty, np. natury hormonalnej, za czem przemawiałyby pora roku, o której napady najczęściej występowały (S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i). Uczuleniu, którego głównym przejawem była nadpobudliwość serca, zwłaszcza w postaci napadów arytmji ekstrasystolicznej, musiały towarzyszyć zaburzenia r. k. z. Objawy powyższe ustąpiły całkowicie po zażywaniu *Liq. Am. anis.* i, jak wynika z przebiegu sprawy, *propter hoc*, a nie *post hoc*. Jeżeli preparat ten, ściślej mówiąc, zawarty w nim amoniak może zakwaszać, dodatni wynik terapeutyczny, zawnioskowałibyśmy odczuleniu serca.

W zjawiskach biologicznych nie może być mowy o prostoliniowej schematyzacji, jak słusznie zaznacza K r a k o w s k i w swej ciekawej pracy „Kwasica i alkaloza w patologji układu nerwowego”.

Możliwe zatem, że przebieg tych spraw jest inny, niż przypuszczamy. Złożone procesy regulacji r. k. z. i elektrolitów, jakie zachodzą nieprzerwanie między osoczem a tkankami, stosunek ich do układu wegetatywnego i *vice versa*, nie są przecież jeszcze dostatecznie wyświetlone. Podany sól, np., znajdując w osoczu krwi tylko drobne ilości kationów antagonistycznych, może działać na ustrój trująco. Pociągałoby to za sobą mobilizację potasu z tkanek do osocza, co jeszcze bardziej pogłębi istniejącą wagotonję (K e i n i n g i H o p f). Z drugiej strony nasuwa się pytanie, czy amoniak może działać jako podnieta,

na którą ustrój reagowałby wytwarzaniem substancji kwaśnych. Należy też pomyśleć o ewentualnem działaniu katalitycznem lub neurotropowem amoniaku.

Równocześnie z odczuleniem serca ustąpił objaw, którego zniknięcie służyć może za częściowe potwierdzenie założeń powyższych: ustąpiły skurcze spastyczne jelita grubego, co się odbiło głównie na kształcie *faeces*. Wynika z tego, że osiągnięte drogą regulacji r. k. z. odprężenie w napięciu nerwu błędnego zaznaczyło się również w obrębie jelita grubego.

Co do innych narządów, to ze strony dróg oddechowych zaznaczyło się głównie działanie wykrztuśne łęku, nerki zaś reagowały nań wyraźnem wzmocnieniem diurezy, tak charakterystycznem dla ustroju zakwaszonego. Anyżek w tem wszystkim żadnej roli nie odgrywał; faktem jest, że podaż w ciągu tygodnia samego amoniaku w dawce, odpowiadającej jego zawartości w *Liq. Am. anis.* (*Liq. Am. caust.* 2 razy po 2 krople), dała naogół tenże wynik.

Jeszcze kilka słów w sprawie stosowanych dawek. Niezawodnie są one tak małe, że mogą wzbudzać poważne wątpliwości co do ich roli regulacyjnej w r. k. z. Potrzeba dużych ilości odnośnych ciał do wywołania sztucznej alkalozy lub acydozy ustroju nie przeczy temu jednak, gdyż w patologji znany jest „nie stosunek pomiędzy ciężkością objawów klinicznych a prawie nieuchwytnymi wychyleniami r. k. z.” (A p f e l b a u m). To też wahania odczynu w kierunku większej zasadowości lub kwaśności, wywołujące nawet głębokie, a przeciwne sobie zaburzenia czynności serca, są bardzo nieznaczne (M o d r a k o w s k i).

Biorąc pod uwagę zwłaszcza każdorazowy stan serca, zrozumiemy możliwość szymbekich przejęć od wzmożonej pobudliwości do zmniejszonej i odwrotnie, w następstwie nieuchwytnych wahań r. k. z., tembardziej, że w powstawaniu skurczów dodatkowych, być może, odgrywa rolę stopień wrażliwości nawet jednej tylko komórki mięśniowej (S c h e r f). Zresztą, klinika współczesna już stosuje dawki, nie odbiegające prawie od homeopatycznych. O ukrytym czynniku tkankowym w zaburzeniach r. k. z. trafnie pisze A p f e l b a u m: „Wprawdzie procesy wiązania i wymiany gazów i jonów są wszędzie jednakowe, jednakże rozmaite tkanki, a nawet poszczególne komórki mają różne powinowactwo do zatrzymywania, zużywania i wydalania składników gazowych oraz rozpuszczalnych. Różne właściwości dializujące błon komórkowych rozstrzygają o ich układzie koloidalno-jonowym; wreszcie nieznane i wszędzie różne ładunki elektryczne drobin białkowych regulują dynamikę tłumików tkankowych. Wskutek tego o stopniu i przebiegu zakwaszenia musi w dużej mierze decydować nastawienie ustroju w stosunku do różnych zakwaszających czynników. Złożone procesy tkankowe mogą nie mieć wykładników w zachowaniu się krwi i wydzielin”.

Czyż w mechanizmie takich zjawisk witalnych, jak znane ogólnie oddziaływanie na słuzówkę dróg oddechowych szczypty sody lub kilku kropel *Liq. Am. anis.*, przyjętych *per os*, wahania r. k. z. nie odgrywają żadnej roli? Soda poza tem oddziaływała na pośrednią przemianę materji, np. w dniu, przemiana pośrednia zaś, wywierając wpływ na r. k. z., jest sama zależna od wahań tej równowagi (S c h i f f), w da-

nym przypadku przez sodę wywołanych. Chodzi nam o wahania r. k. z. nie tyle ilościowe, co jakościowe, zależne od własności podawanych ciał. Temniej jesteśmy w posiadaniu faktu, nie pozostawiającego chyba wątpliwości co do zakwaszającego działania stosowanych dawek *Liq. Am. anis.* Mianowicie, po 4 miesiącach takiej terapii stwierdzono u X. próchnicę zębów o charakterze wybitnego odwapnienia, nigdy przedtem niepostrzeżanego (Dr. Brennejsen); przyczyną takiej demineralizacji mogła być tylko kwasica³⁾.

Zgóry zastrzegam się, że zdaję sobie sprawę z niebezpieczeństw, jakie się kryją w sporadycznej obserwacji⁴⁾. Nie jest też mi nic bardziej obce, niż chęć uogólnienia i wysnuwania daleko idących wniosków. Tylko dokładne badania kliniczne i eksperymentalne ustalą, czy wyluszczone założenia są słuszne, czy nowoczesne metody oddziaływania na r. k. z. ustroju w celach leczniczych (Modrakowski) znajdują zastosowanie również w pewnych zaburzeniach czynności serca. „Zakwaszanie” ustroju, zwłaszcza w celach zapobiegawczych, wydaje się wskazane w niemiarowości batmotropowej ekstrasyistolicznej wagotoników z ich nadwrażliwym, jakby uczulonym nawahaniem r. k. z. układem autonomicznym⁵⁾.

PIŚMIENNICTWO:

Apfelbaum. Pol. Arch. Med. Wew. 1933, t. 11 — Fajflewicz. Tamże, 1927, t. 5. — Frey. Kl. W. 1926, str. 249. — Goebel. P. Arch. Med. Wewn. 1931, t. 9. — Hrom. Tamże, 1932, t. 10. — Krakowski. Neurol. Pol. 1930, t. 13. — Keining i Hopf. D. M. W., 1931. — Laskowski i Gnoiński. P. A. M. W. 1928, t. 6. — Modrakowski. Pol. Przegl. Chir. 1925, t. 4. — Pamiętnik, Ciechocinek 1928. P. A. M. W. 1929, t. 7. Kosmos 1931, t. 56. — Rein. Kl. W. 1932, str. 219. — Scherf. Z. f. d. ges. exp. M. 1930, t. 73 — Schiff. Kl. W. 1923, str. 927. — Semerau - Siemianowski. P. A. M. W. 1933, t. 11.

³⁾ Zbyt długie zażywanie *Liq. Am. anis.*, chociażby w tak małych dawkach, jest zbędne, a nawet szkodliwe.

⁴⁾ Kolega O., oddawna cierpiący na uporczywą arytmję, stwierdził znaczne osłabienie napadów po zastosowaniu *Liq. Am. anis.*, który to lek obecnie zapisuje swym pacjentom.

⁵⁾ W miesiąc po przerwaniu kuracji, w następstwie dwukrotnego zażycia (rano w ciągu 2-ch dni) generyny w ogólnej ilości ¼mg (!), obok hiperkinezy jelit u X. wystąpiła znów dawna nadpobudliwość serca. *Liq. Am. anis.* nie wywarł większego wpływu na pierwszy napad arytmji, stosowany jednak nadal szybko zapobiegł dalszym. Genezeryna, zażyta razem z *Liq. Am. anis.*, nie spowodowała żadnych dolegliwości.

Uwagi krytyczne do artykułu prof. F. Venuleta.

Podał

J. K. PARNAS (Lwów).

Pan Profesor F. Venulet zechciał zaznajomić mnie z treścią swego artykułu pod tytułem „Równowaga kwasowo-zasadowa a miarowość tętna” i prosił mnie o uwagi krytyczne w odniesieniu do objaśnienia teoretycznego tak niezmiennie ciekawych spostrzeżeń nad działaniem lecn-

czem amoniaku — *liquor ammonii anisatus* — na skurcze dodatkowe serca. Nie wchodzę w to, czy istotnie pod wpływem tego leku wystąpiło przesunięcie równowagi kwasowo - zasadowej w kierunku zakwaszenia ustroju — kwasicy wyrównanej: sędzę, że przy ponownych sercach spostrzeżeń należałoby to stwierdzić za pomocą metod bezpośrednich oznaczenia zasobu zasad w krwi i składu powietrza pęcherzykowego i przeprowadzić badania nad tą sprawą zarówno u osobników normalnych, jak i u wagotoników. Stwierdzenie, że *liquor ammonii anisatus* powoduje (w ilościach kilkunastomiligramowych amoniaku) zakwaszenie ustroju, choćby zupełnie krótkotrwałe, byłoby niezmiernie ciekawe i nowe, ale sędzę, że nie można tego zjawiska wytłumaczyć w sposób, który podaje profesor Venulet, t. j. przez wywołanie trwałej zmiany w kierunku kwasicy.

Profesor Venulet przypuszcza, że amoniak wiąże się w żołądku z kwasem solnym na chlorek amonowy, który następnie, wessany w jelicie, przetworzy się w wątrobie w mocznik i wyzwoli kwas solny, który stanie się czynnikiem, zakwaszającym ustrój. Kwas solny, wydzielony w żołądku, ma swój odpowiednik w dwuwęglanie sodowym, wydzielanym w soku trzustkowym i żółci, w zwiększonej zawartości dwuwęglanów w krwi podczas wzmożonego wydzielania żołądkowego i w odpływie zasad moczowych podczas trawienia żołądkowego (cf. Charles E. Brunt, Physiological Reviews, XIII, 372, lipiec 1933). Z przejściem miazgi trawiennej do jelita i zobojętnieniem kwasu solnego przez dwuwęglany soków, zlewanych do jelita, dokonywa się restytucja chlorku sodowego, który w wydzielaniu żołądkowym rozłożył się na kwas solny i dwuwęglan sodowy; ubytek stanowi tylko odpływ zasadowy do moczu, ale ubytek ten wyrównują zasady, które były zawarte w pokarmie, spożytym w związku z kwasami słabymi. Drobne ilości amoniaku, zobojętnione kwasem solnym w żołądku, nie mogą same przez się zaważyć na równowadze kwasowo - zasadowej; z chwilą przejścia do jelita miazgi pokarmowej amoniak znajdzie się tam w postaci chlorku i dwuwęglanu oraz soli organicznych amonu, a jeżeli amon przeobrazi się w mocznik, to skutek całej przemiany (amoniak + HCl = chlorek amonowy; chlorek amonowy = mocznik + HCl; HCl + NaHCO₃ = NaCl + H₂O + CO₂) nie jest inny, aniżeli wtedy, kiedy kwas solny żołądkowy zobojętni się z dwuwęglanem jelita czy osocza krwi na chlorek sodowy. Bilansu kwasowo - zasadowego nie zmieni droga, w jakiej się to zobojętnienie odbędzie, a kwasica jest sprawą bilansową.

Ilości zasady, przymowanej przez pacjenta, której odpowiada tylko 1/1000 równoważnika (więc tylko 22,4 cm³ CO₂), a w odniesieniu do całości krwi, w razie rzeczywistego przerzucenia do krwi jej równowartości kwasowej, ubytek około 0,5 odsetków objętościowych CO₂ w rezerwie zasadowej, mogłoby wpływać na stan równowagi kwasowo - zasadowej w okresie trawiennym w stopniu niedużym, ale taki efekt dałby się niewątpliwie stwierdzić. Być może, że zaważy to już na skutkach krażeńiowych tej równowagi, ale i to możnaby — w doświadczeniach z większymi ilościami amoniaku — stwierdzić eksperymentalnie. Należy przypuszczać, że efekt, spostrzegany przez prof. Venulet, wychodzi od strony żołądka; od strony jelit ustrój nasz otrzymuje, z krwią wrotną, i tak dużo amoniaku.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Przychodni Kasy Chorych w Warszawie.

O leczeniu chorób t. zw. gośćcowych i nerwobólów szczepionkami metodą Ponndorfa oraz zastrzykiwaniami siarki kolloidalnej¹⁾.

Podał

Jan E. CHMIELEWSKI (Warszawa).

Mając w przychodni Kasy Chorych duży materiał, składający się przeważnie z chorych na gościec i rozmaitego rodzaju nerwobóle, stosowaliśmy rozmaite środki i metody nowoczesnej terapii. Wiele z nich trzeba było zarzucić, ale dwie wyszły stosunkowo zwycięsko, i stosujemy je dotychczas. Są to szczepienia tuberkuliny metodą P o n n d o r f a i iniekcje domięśniowe siarki kolloidalnej. O nich też chcemy kilka słów powiedzieć.

Cuti - wakcyna P a u l a (w skrócie C. V.) zjawiła się w roku 1927, szybko zyskała dość licznych zwolenników i równie szybko wychodzi z mody. Należy przypomnieć, że ojcem metody leczenia szczepieniami skórnymi, zawierającymi tuberkulinę, nie jest P a u l, ani nawet P o n n d o r f, lecz M ü n c h i P o p p e l m a n n, którzy niezależnie jeden od drugiego stosowali A. T. K o c h a za pomocą skaryfikacji skóry u gruźlików. Później S a h l i stosował za pomocą specjalnego instrumentu tuberkulinę w stale wzrastającej koncentracji. Jednak większego rozgłosu nabrała ta metoda od czasu P o n n d o r f a, który stosował z początku starą tuberkulinę, potem swój I m p f s t o f f A. (w skrócie P A.) dla gruźlicy i I m p f s t o f f B (skrót P B.) dla gościa. P o n n d o r f zauważył, że objawy infekcji mieszanej, szczególnie objawy gośćcowe szybko ustępują przy stosowaniu szczepień skórnych Alt - tuberkuliną. Stąd wniosek, że cierpienia gośćcowe wywołane są zatruciem tuberkuliną i infekcją mieszaną. To go spowodowało do przygotowania szczepionki B., która, prócz specjalnej modyfikacji tuberkuliny i zabitych laseczników K o c h a, zawierała i inne antygeny: paciorkowcowe, gronkowcowe, pneumokoki, *bacterium coli* i t. d. Szczepionka P a u l a jest nieco inna i zawiera trzy składniki: tuberkulomucynę W e l e m i n s k i e g o, złagodzoną szczepionkę ospową i saprofitynę G ü n t h e r a. Metoda leczenia polega na robieniu na skórze ramienia 12 do 15-tu podłużnych powierzchownych zadraśnień długości 7 — 8 centymetrów i wcieraniu w miejsce skaryfikacji zawartości jednej rurki szczepionki.

Szczepionka P o n n d o r f a daje znacznie silniejsze odczyny skórne, a nawet ogólne, zapewne z powodu dużej zawartości tuberkuliny. Dlaczego metoda P o n n d o r f a znalazła odrazu tak licznych przeciwników i krytyków, a szczepionka P a u l a, przyjęta z początku dość przychylnie, obecnie prawie nie stosuje się w szpitalach, bardzo niewiele w przychodniach i nie ma dobrej opinii wśród powag lekarskich? Winę ponoszą przede wszystkim sami autorzy szczepionek oraz ich fanatyczni i bezkrytyczni zwolennicy, dla których szczepionka była *panaceum* na wszystkie choroby. A więc P o n n d o r f oprócz gruźlicy i gościa zalecał I m p f s t o f f B. w przewlekłym nieżycie błon śluzowych, arteriosklerozie, przewlekłym zapaleniu nerek, zapaleniu nerwów i bezwładzie, hysterji, melancholji i neurastenji, dychawicy oskrzelowej, wolu, chorobie B a s e d o w a, dnie, epilepsji, cukromoczu, uważając, że cierpienia te są

wywoływane przez toksyny gruźlicze. To samo było ze szczepionką P a u l a, tylko zasięg działania tej ostatniej jest mniejszy, zato procent wyleczeń uderzająco wielki.

Dość przypomnieć, że u P a u l a z 993 przypadków gościa przewlekłego tylko 2,6% pozostało bez wyniku dodatniego, wyleczonych było 63,4%. W *arthritis deformans* P a u l konstatuje 26,7% wyleczeń, 64,3% znacznej poprawy. W pracy, ogłoszonej w roku 1929, szczegółowo omówiłem rażące błędy i dowolność statystyki P a u l a oraz jego niedostateczną znajomość kliniki gościa²⁾. Nieco skromniejsze, ale również frapujące rezultaty miał C m u n t³⁾, gdyż skonstatował wyleczeń 12,88%, poprawy 52%, bez żadnej poprawy 24,25% i to po 3 — 4-ch szczepionkach. Również w gościecu zniekształcającym C m u n t osiągał wyleczenie, w pozostałych zaś przypadkach poprawę w 50%! Jeszcze dalej idzie profesor S c h r o t t e n b a c h⁴⁾ z Gracu. W 100 przypadkach m y a l g j i (według terminologii L o r e n t z a), obserwowanych w ciągu 18 miesięcy. C V. niezawiodła w żadnym przypadku. 100% wyleczeń! Do zupełnego wyleczenia wystarczą 4, a nawet 3 szczepienia. Skromniejszy jest dr. M. G o l d b a u m⁵⁾ z Warszawy, który miał 26% wyleczeń, 67% mniej lub więcej znacznej poprawy, jedynie 7% bezskutecznego leczenia. „Szczepienia Cuti-wakcyną”. mówi dr. G o l d b a u m „czynią zbędnymi wszystkie inne zabiegi fizykalne, jak kąpiele elektryczno - świetlne, diatermja, kąpiele siarczane i mułowe etc.” Bagatela!

Tych przykładów wystarczy, aby zrozumieć, jak wiele zaszkodził fanatyczni zwolennicy szczepionek P o n n d o r f a i P a u l a rozpowszechnieniu tej metody leczenia. A jednak metoda nie powinna być zarzucona. Stosowaliśmy szczepionki P o n n d o r f a od roku 1925, później w szerszym zakresie szczepionkę P a u l a, ostatnio szczepienia skórne Alt — tuberkuliną (pierwotna metoda P o n n d o r f a) na liczny materiał przychodni Kasy Chorych m. Warszawy. Na zasadzie obserwacji przeszło 680-ciu chorych i więcej, niż 3.400 szczepień w ciągu lat 7-miu, mogliśmy dojść do pewnych wniosków, które tu w streszczeniu przedstawimy.

Wyniki szczepień były na ogół dodatnie, lecz tylko w przypadkach gościa lub nerwobólów. Mieliśmy 9% wyleczeń, znacznej poprawy 22%, razem wyników wybitnie dodatnich 31%. Bez żadnej poprawy zostało 39%.

Gościec wyłącznie mięśniowy, szczególnie *lumbago*, wbrew S c h r o t t e n b a c h o w i i innym autorom, mało poddaje się leczeniu szczepionkami — tylko 19% znacznej poprawy. Najlepsze, wprost frapujące wyniki daje r h u m a t i s m e t u b e r c u l e u x P o n c e t. Ale rozpoznanie tego cierpienia jest bardzo trudne i zwykle ma miejsce *ex juvantibus*, jak to wykazaliśmy w innej pracy⁶⁾. To też wszystkie

²⁾ Medycyna 1929 N. 11—12. O leczeniu gościa szczepionką P a u l a.

³⁾ Czasopis lekaru Cêskich 1929 Nr. 16—17.

⁴⁾ Monatschrift Ungarischer Mediciner 1928 Nr. 8 — 10.

⁵⁾ Warszawskie Czasopismo Lekarskie 1929. Nr. 20—23. ibidem 1932 N. 37.

⁶⁾ O rozpoznawaniu reumatyzmu gruźliczego P o n c e t a. Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 1933 — Nr. 10.

¹⁾ Według odczytu w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskim 17.X.1933 r.

nasze przypadki oraz przypadki innych autorów, gdzie nastąpiła bardzo silna reakcja i szybkie wyleczenie lub znaczna poprawa po 2 — 3 szczepieniach, musiały mieć etiologję gruźliczą. W przypadkach z inną etiologją rezultaty są mniej wybitne, poprawa następuje wolniej.

Jakie jest rokowanie? Czy można określić, w jakich przypadkach stosowanie szczepionek da wyniki dodatnie? Niestety, jest to bardzo trudne. Pomimo wielkiej liczby chorych i kilkuletniego doświadczenia nigdy nie mogliśmy powiedzieć z pewnością, że w danym przypadku można oczekiwać poprawy, w innym — nie. Nieraz z 2-ch przypadków zupełnie, zdawałoby się, analogicznych co do obrazu klinicznego, co do czasu trwania i etiologii, w pierwszym skutek jest zadziwiająco szybki, w drugim niema skutku żadnego. Stopień skuteczności szczepionek można określić w sposób następujący: najlepszy w *rheumatismus tuberculosus* P o n c e t oraz nerwobólach i mialgii na tle intoksykacji gruźliczej. Mniej dodatnie rokowanie jest w *arthritis rheumatica chronica secundaria* oraz w reumatoidach zakaźnych (*pseudorheumatismus gonorrhoeicus, dysentericus, scarlatinosis* i t. d. z wyjątkiem gruźlicy), jeszcze mniej w gościec mięśniowym. Najsłabsze wyniki daje *arthritis metabolica (urica)* i *endocrinologica*. W *polyarthritis (arthrosis) deformans progressiva* tylko w przypadkach wyjątkowych obserwowaliśmy zmniejszenie bólów i pewną poprawę stanu ogólnego. U ludzi starszych, ponad 60 lat, jak i w przypadkach, gdzie mamy do czynienia ze sprawą zakończoną, z zeszytnieniem wskutek zrostów lub zwapnienia, nie należy się spodziewać dobrych wyników.

Jeżeli przed zastosowaniem szczepionki rokowanie jest trudne, łatwiejsze jest ono po zastosowaniu pierwszych szczepień. Służy do tego: 1) natężenie odczynu skórno-ogniskowego i ogólnego oraz 2) poprawa stanu chorego subiektywna i obiektywna. W razie silnego odczynu oraz wyraźnej poprawy po drugim lub trzecim szczepieniu można postawić rokowanie optymistyczne. W razie braku reakcji lub braku poprawy po 3-ch szczepieniach nie należy się spodziewać wyników dodatnich. Dlatego niecelowe jest stosowanie 15 do 20 szczepień rzędu pomimo braku poprawy stanu pacjenta.

Czy wyniki leczenia są trwałe? W przypadkach zupełnego wyleczenia recydywy obserwowaliśmy rzadko (około 10%). U chorych niewyleczonych, lecz takich, którzy doznali znacznej poprawy, zaostrzenie lub nawroty choroby zjawiały się mniej więcej w 60% przypadków, u jednych już po 6-ciu miesiącach, u innych po 2 — 3 latach. Zwykle nawroty te były mniej silne, niż za pierwszym razem, i ustępowały przy powtórnym zastosowaniu szczepionek lub iniekcji sulfidu. Czasami nie ustępowały, było to najczęściej w *arthritis chronica primaria progressiva*. Chorzy, którzy po 8-miu szczepieniach nie osiągnęli wyleczenia, przechodzili na zastrzykiwanie siarki koloidalnej lub na terapię fizyczną, i w ten sposób często osiągaliliśmy dalszą poprawę, rzadko zupełne wyleczenie.

Na czym polega działanie szczepionek P o n n d o r f a i P a u l a? Niektórzy z autorów zaliczają je do środków bodźcowych nieswoistych, działa tu według nich obce białko, proteinoterapia. Trudno się z tem zgodzić, gdyż obce białko, mleko, iatren - kazeina przy wcieraniu w zadrażnienia skóry żadnych odczynów, ani

miejscowych, ani ogólnych, nie wywołują. Robiliśmy doświadczenia na ludziach zdrowych oraz na chorych na gruźlicę i gościec. Wcierania białka kurzego, kazeiny, iatren - kazeiny, mleka nie wywoływały żadnych objawów miejscowych, ani ogólnych. U tych samych pacjentów CV, PB lub AT wywoływały odczyn skórny i efekt leczniczy. Zasada działania szczepionek polega na czymś innym. W szczepionce P o n n d o r f a, jak i u P a u l a, jednym ze składników jest pewna modyfikacja tuberkuliny. P o n n d o r f z początku używał tylko czystej AT K o c h a i otrzymywał niezłe wyniki. Ale wszak w szczepionkach obecne są inne składniki, jak specyficzne białka bakteryjne, autolizaty bakteryjne u P o n n d o r f a, saprofityna i krowianka w CV. Dla określenia, jakim składowym częściom zawdzięczają szczepionki swoją aktywność, zrobili szereg ciekawych doświadczeń L o e v e n s t e i n i S t r a s s e r⁷⁾ i, prawie jednocześnie, K a i s e r i L o e b e l⁸⁾.

Pierwsi oprócz czystej tuberkuliny lub szczepionki PB wcierali w miejsca skaryfikowane substancję samych tylko paciorkowców, potem gronkowców, pneumokoków, potem mieszanę jednej z tych bakterij z tuberkuliną. Doświadczenia przeprowadzono na 50 rozmaitego rodzaju chorych gośćcowych, dla porównania na 6-ciu reumatykach, którzy radiologicznie i klinicznie byli wolni od gruźlicy, i na koniec na 10-ciu niereumatykach, cierpiących na stwierdzoną gruźlicę płuc. Otóż u 50-ciu reumatyków próba skórna udawała się tylko na substancję, zawierającą tuberkulinę, czy to AT, czy PA lub PB. Szczepionki z innych bakterij dały wynik ujemny. W przypadkach 2-giej grupy (zupełnie wolnej od gruźlicy) wszelkie szczepionki dały wynik ujemny, natomiast 3-cia grupa gruźlików zdeklarowanych reagowała, jak pierwsza. W ten sposób sprawa co do szczepionki P o n n d o r f a B. była wyjaśniona; jej aktywnym czynnikiem jest tylko tuberkulina. K e i s e r i L o e b e l (l. c.) z kliniki W e n c k e b a c h a zmodyfikowali doświadczenia w sposób jeszcze bardziej przekonujący. Na materiale, zawierającym 241 chorych, wypróbowali naprzód AT. Uderzyła nadmierna liczba reakcyj dodatnich. Na 118 chorych 97 dało wynik pozytywny i tylko 21 ujemny. Rezultaty szczepionki PB dały w 73 przypadkach wynik dodatni, w 45 ujemny. Dalsze szczepienia z innymi poszczególnymi składnikami PB dały rezultat negatywny. Wtedy powtórzone były te same doświadczenia z poszczególnymi składnikami CV P a u l a: tuberculumucyną, saprofityną G ü n t h e r a i złagodzoną szczepionką ospy. Okazało się, że reakcja chorych na TMW (tuberculumucynę) jest silniejsza, niż na CV. Poza to wszystkie poszczególne składniki CV mogą wywoływać odczyn skórny, jak u c h o r y c h g o ś ć c o w y c h, tak i u z d r o w y c h, najsłabsze i najrzadsze stosunkowo saprofityna. Nieślusne też okazało się twierdzenie P a u l a, że znajdująca się w CV szczepionka ospy powoduje wzmożenie odczynu. A więc tuberkulina K o c h a, zawarta w P B lub T M V, jako składowa część CV, jest przeważającym, a może jedynym czynnikiem, wywołującym odczyn skórny i ogólny i efekt leczniczy. Nasze wieloletnie doświadczenie jeszcze bardziej utwierdziło nas w tem przekonaniu. W ciągu ostatnich 2 i pół lat zaczęliśmy stosować czystą AT K o c h a, t. j. wróci-

⁷⁾ Medizin Klinik. Nr. 24. 1928.

⁸⁾ Med. Klinik. Nr. 30. 1928.

liśmy do pierwotnej metody P o n n d o r f a. Zmusiła nas do tego, oprócz rozważań teoretycznych, jeszcze ta okoliczność, że CV starzeje się szybko i traci na sile: po upływie roku koło 50%, po 18-tu miesiącach do 75% pierwotnego efektu, a na opakowaniach szpitalnych, zawierających 50 rurek, nie jest oznaczona data, kiedy szczepionka została puszczona w obieg. Otrzymując efekt ze starą szczepionką P a u l a coraz słabszy, zaczęliśmy dodawać do CV po jednej do dwóch kropel AT. Odczyny były lepsze, również jak skutki lecznicze. Stopniowo przeszliśmy na czystą AT, zaczynając ostrożnie, na małym polu szczepienia 2×2 cm i, o ile reakcja miejscowa nie była zbyt silna, zwiększając pole szczepienia do 4×2 cm., 4×4 i zwykłych 8×4 . Odczyny były, naturalnie, silniejsze, niż przy CV. Ostatnich 130 chorych leczylimy wyłącznie AT K o c h a. Skutki były analogiczne z temi, które osiągaliliśmy dawniej ze świeżą CV. Dla chorych z objawami gruźlicy początkowej, gruźlicy utajonej lub wycieńczonych, gdzie można obawiać się zbyt silnej reakcji, należy zacząć od CV f o r t i o r i, w razie słabego odczynu, przejść na PB i na AT metodą, wyżej wymienioną, lub też stosować AT w rozcieńczeniu 10% lub nawet 1%.

Jak wytłumaczyć działanie dodatnie tuberkuliny na sprawy gośćcowe? W przypadkach *rheumatismus tbc.* P o n c e t działanie, oczywiście, jest swoje. Przypadki z szybką, frapującą poprawą należą do gościa lub nerwobólów, wywołanych intoksykacją gruźliczą. W innych przypadkach, gdzie poprawa osiąga się powoli i jest mniej widoczna, mamy prawdopodobnie sprawę gośćcową o innej etiologii *in individuo tuberculoso (tbc. latens, obsoleta)*. Rzeczywiście w 75% przypadków, gdzie metoda P o n n d o r f a dała wyniki dodatnie, R o e n t g e n wykazywał powiększenie i zagęszczenie cieni przywnekowych, wzmożony rysunek oskrzelowo - naczyniowy lub zagęszczenie szczytów i zwapniałe ogniska w płucach. W takich przypadkach AT działa prawdopodobnie dodatnio na cały organizm, a lekkie wstrząsy, wywoływane szczepionką, działają pośrednio na chore stawy i mięśnie, czem się tłumaczą pozytywne rezultaty P o n n d o r f a w niektórych, zresztą, dość rzadkich, przypadkach *arthritis urica, endocrinologica* i t. d.

Reasumując, można powiedzieć, że, chociaż leczenie gościa metodą P o n n d o r f a nie jest ani środkiem uniwersalnym, ani niezawodnym, chociaż ma ograniczone pole działania, stanowi jednak dość ważny sukces terapii. Metoda ta jest łatwa, niekosztowna i może być stosowana nie tylko tam, gdzie inne środki (leczenie fizykalne, zdrowotne) zawiodły, lecz i tam, gdzie z powodu warunków materialnych lub pory roku leczenie fizykalne nie może być zastosowane, a także u chorych obłożnie. Może też być stosowana w celach rozpoznawczych, *ex juvantibus*. 3 — 4 szczepienia decydują, czy leczenie ma być kontynuowane, czy nie. Ponieważ drogie szczepionki P o n n d o r f a i P a u l a mogą być zastąpione AT, czystą lub rozcieńczoną, więc stosowanie szczepionek, czy to w celach rozpoznawczych czy leczniczych, nie jest kosztowne. Jest oprócz tego bezpieczne, gdyż, wbrew obawom, wyrażanym przez autorów, którzy przeważnie sami szczepionek nie stosowali, a opierali się na przesłankach teoretycznych, ani razu w ciągu kilku lat nie obserwowaliśmy powikłań, zaostrezenia sprawy chorobowej ze strony płuc i t. d., w czem, zresztą, są zgodni wszyscy inni autorzy, stosu-

jący szczepionki. Leczenie metodą P o n n d o r f a chorych z gruźlicą czynną wymaga, naturalnie, wielkiej ostrożności.

Przechodzimy teraz do innej metody leczenia, która dawała wyniki bardzo dobre, mianowicie, do zastrzykiwań siarki kolloidalnej. Szukając środka, który moglibyśmy stosować na szerszą skalę w przychodni, zatrzymaliśmy się z początku na przetworach białka. *A priori* stosowanie pozajelitowe białka w goścu stawów powinno dawać dobre wyniki, w rzeczywistości jednak wyniki są dość nikłe. Stosowaliśmy wielokrotnie kazeinę, iatren - kazeinę, mleko w dawkach dość dużych. Wobec słabego ich działania, pod wpływem prac M e y e r a — B i s c h a⁹⁾, zwróciliśmy się do siarki. Siarka w postaci kąpieli siarczanych stosowana była w głębokiej starożytności (D i o s c o r i d e s, G a l e n) i stosuje się obecnie. Alchemicy i P a r a c e l s u s wielką rolę przypisywali siarce, a Michał S ę d z i w ó j, słynny alchemik polski, poświęcił jej cały traktat (r. 1608). W wieku ubiegłym siarkę stosowano stosunkowo mało, z wyjątkiem dermatologów i homeopatów, i dopiero od lat kilkunastu, pod wpływem autorów francuskich (L o e p e r 1915), a potem niemieckich (M e y e r — B i s c h), zaczęto z powodzeniem stosować zastrzykiwania siarki w chorobach gośćcowych i nerwobólach. Z autorów polskich, oprócz wzmianki prof. R e n c k i e g o¹⁰⁾, należy wymienić pracę dr. H. R u d z i ņ s k i e g o¹¹⁾, opartą na materiale klinicznym, na obserwacji 22-ch chorych reumatyków. W ostatnim dziesięcioleciu była nanowo opracowana farmakologia siarki, wpływ jej na przemianę materji, ciśnienie krwi i t. d. Zachecony temi pracami, zacząłem stosować siarkę w roku 1924 w postaci zawiesiny 1% *sulfur. praec. depur.* w oliwie, po 2 do 10 cm³ domięśniowo, w przewlekłych i ciężkich przypadkach gościa. Wyniki były dobre, gdyż po 4 — 6 zastrzyknięciach można było osiągnąć znaczną poprawę, a czasami i wyleczenie, lecz odczyny i miejscowe i ogólne były tak silne, że tylko w ostateczności uciekaliśmy się do tego środka. Mianowicie, w 7 — 10 godzin po zastrzyknięciu zjawiał się ból w miejscu iniekcji, silny ból głowy, bóle mięśniowe, dreszcze, nad ranem bardzo obfite poty, nasilenie bólu w chorych stawach i nerwach, t° dochodziła do 39 — 41°. Żółtaczki i urobilurji nie obserwowaliśmy ani razu. Po kilkunastu godzinach bóle głowy zmniejszały się, temperatura się obniżała, rzadko jednak dochodziła do normy wcześniej, niż po 3 — 4 dniach. Stan rozbicia i osłabienia trwał nieraz do tygodnia. Wobec tego, zaraz po zjawieniu się prac M e y e r - B i s c h a, który zmodyfikował swoją terapię i przeszedł na mniejsze dawki siarki kolloidalnej, zaczęliśmy stosować naprzód proponowany przez niego *sulfrogel* H e y d e n, który jest 0,3% zawiesiną siarki kolloidalnej w żelatynie, a potem, z powodu wysokiej ceny *sulfrogelu*, zawiesinę *sulfidalu* (t. j. siarki kolloidalnej wyrobu niemieckiego), przygotowaną w aptece Kasy Chorych 0,1% do 0,2%, od 0,5 do 2 cm³ domięśniowo. 100 g: zawiesiny kosztuje kilka groszy. Coprawda, wszystkie te siarki kolloidalne: i *sulfidal*, i *sulfrogel*,

⁹⁾ Meyer-Bisch. Münch. med. Wch. 1921, 17. Klinisch. Woch. 1922, 575. Zeitschrift. f. d. Erk. d. Bewegungs-apparates. Jahr I. H. I. Wratsch 1926, Nr. 2. Ther. der Gegenwart 1926. 119.

¹⁰⁾ Polska Gazeta Lek. 1922. Nr. 24 — 25.

¹¹⁾ Nowiny Lekarskie. 1925. Nr. 19.

i francuska Collobiase de Soufre w ampułkach, sulfurion, sulfartanit. d. dalekie są od ideału czystych kolloidów. W każdym razie stopień ich rozproszkowania jest o wiele subtelniejszy od zwykłej *sulfur praecipitatum*. Przeprowadziliśmy kurację w przychodni w ciągu 10 lat na 216 chorych, z nich 82 pozostawało pod obserwacją dłużej, niż rok, a 114 dłużej, niż 2 lata. Stosowaliśmy *sulfidol* we wszelkich postaciach gościca przewlekłego, z wyjątkiem *rheumatismus tbc*. *Poncet* oraz gościca u chorych na gruźlicę czynną. Zastrzykiwania w mięśnie pośladków powtarzaliśmy co 4 — 7 dni, odpowiednio do samopoczucia chorego i siły reakcji. Zaczynaliśmy od ½ miligr. u chorych słabych lub bardzo nerwowych, częściej od 1 miligr. Samo zastrzyknięcie jest prawie bezbolesne. Zwykle po 6 — 8 godzinach zjawia się odczyn w postaci bólu miejscowego, zresztą, umiarkowanego, bólu głowy, uczucia rozbicia, osłabienia, bóle mięśniowe — stan, jak podczas lekkiej grypy. Ciężota dochodzi do 37,5°, rzadziej do 38° i trzyma się przez noc. Mogą być dreszcze i poty. Nazajutrz chory czuje się lepiej, ale jest jeszcze nieco osłabiony, większość chorych jednak może pracować, ciężota dochodzi do normy lub trzyma się na parę kresiek powyżej 37°. Na 3-ci dzień po zastrzyknięciu samopoczucie chorego poprawia się znacznie, bóle gościcowe lub neuralgiczne zmniejszają się, ruchy są swobodniejsze. Niektórzy chorzy na ½ i nawet 1 miligr. reagują bardzo słabo lub nie reagują wcale, wtedy dawkę zwiększamy do 1½ — 2 i 3 i *maximum* 4 miligramów. Naogół reakcja umiarkowana jest pożądana, zbyt silnej należy unikać. Zwykle pacjent na następne zastrzykiwania reaguje słabiej. Jeżeli po 3 — 4 iniekcjach chory nie czuje się lepiej lub jeżeli nie reaguje wcale na zastrzykiwania 4-ch miligr. *sulfidalu*, zabiegów należy zaniechać. W przeciwnym razie leczenie trwa do 8-miu, *maximum* do 10-ciu zastrzyknięć. Potem leczenie należy przerwać na 3 — 4 miesiące, nawet, jeżeli działanie siarki na przebieg choroby jest dodatnie, gdyż po 8—10 iniekcjach często dają się zauważyć objawy nasycenia organizmu siarką, jakby lekkiego zatrucia: nerwowość, niepokój, bezsenność, czasami znowu apatia, śpiączka i niechęć do pracy, bicie serca, zawroty głowy. Objawy te (zgodnie z opisaniami przez farmakologa Hugo Schultza¹²⁾, obserwowanymi później przez Rieffera i Simonsa¹³⁾ po dłuższym stosowaniu siarki, w dawkach minimalnych) przechodziły po kilku dniach bez żadnego leczenia. Co do postaci, najłatwiej poddających się leczeniu siarką, na pierwszym planie należy postawić dnę, mieszane postaci dnawo - gościcowe i *arthritis clymacterica*. Potem idą: *arthritis rheumatica chronica infectiosa* i *pseudo-rheumatismus infectiosus*, z wyjątkiem gruźliczego. W *arthroso - arthritis*, *arthritis deformans progressiva* w wyjątkowych przypadkach można osiągnąć zmniejszenie się bólów.

¹²⁾ Anorganische Arzneistoffe. Thieme. 1907.

¹³⁾ Verh. d. Deutsch. Pharm. Ges. 1925.

W czystej mialgii i gościcu mięśniowym wyniki są średnie, w uporczywych nerwobólach niezłe, ale nie nadzwyczajne. Zresztą, co do nerwobólów, musimy zaznaczyć, że zastrzykiwania siarki, jak i metodę *Ponnet* stosowaliśmy tylko w ciężkich, uporczywych przypadkach, gdzie nie pomagała *vaccinurie*, od której zwykle zaczynamy kurację zabiegową antyneuralgiczną. Czemu zawdzięczają iniekcje siarki swoje działanie lecznicze w gościcu? Czy jest to działanie substancji kolloidolnej, jako takiej, czy też siarka ma działanie swoiste na sprawę gościcową, na stawy? Jeżeli to ma być działanie tylko kolloidu, t. j. stanu fizycznego drobiny, wstrząs kolloidoklastyczny, to musi się wydać dziwnem, że 1 miligram siarki, zastrzyknięty domięśniowo, wywołuje odczyn daleko silniejszy, niż 20 — 50 miligramów kazeiny, 10,0 gram. mleka lub 5,0 gram. iatren-kazeiny. Z przetworami białkowymi ani razu nie otrzymywaliśmy tak silnych odczynów, jak np. po iniekcji 1% zawiesiny siarki w oliwie. Wielu naszych chorych przechodziło leczenie pozajelitowe przetworami białka bez skutku, a efekt siarki był dodatni. Trzeba więc przypuścić, oprócz efektu fizycznego kolloidu, pewne powinowactwo siarki do tkanek stawowych, na co wskazują doświadczenia Meyer-Bischa i Hübnera¹⁴⁾ (nakłucie próbne wysięków stawowych, leczonych wstrzykiwaniami siarki — u ludzi, silne wydzielanie siarki z chrząstek stawowych i zmniejszenie stopnia jej napęczenia — doświadczenia na psach). Siarka posiada jednocześnie własności utleniające i redukcyjne i z tego względu jest jednym z najważniejszych czynników, pobudzających ustrój ku silnej przemianie wśródkomórkowej. Można przypuszczać, że u reumatyków jest szczególnie zahamowana przemiana materii w stawach. Stąd pewne swoiste działanie siarki, pomimo efektu samego wstrząsu na reumatyków i na t. zw. „artrytyków”.

W tym krótkim odczycie dalecy jesteśmy od wyczerpania tematu, chcieliśmy tylko zwrócić uwagę na 2 metody leczenia gościca: pierwszą, zawsze nie dyskwalifikowaną, 2-gą, stosunkowo mało znaną. Obie metody poniekąd uzupełniają się wzajemnie, gdyż te postaci reumatyzmu, które nie poddają się leczeniu szczepionkami, często poprawiają się pod działaniem siarki i odwrotnie. Ze wszystkich metod leczniczych, poza leczeniem zdrojowem i fizykalnem, dają one wyniki najlepsze i zasługują na szersze stosowanie oraz na dalszą obserwację naukową.

PIŚMIENNICTWO O SIARCE: poza pracami, wyżej przytoczonymi, całe piśmiennictwo o siarce znaleźć można w krótkiej, doskonalej monografji Gordonoffa, Meyer-Bischa i P. Unny: Schwefeltherapie 1928, Thieme, Leipzig. Najnowsza monografja o siarce M. Loepera i L. Borry: Le soufre en biologie et en thérapeutique 1932. G. Doiń, zawiera, niestety, mało literatury, i to przeważnie francuskiej.

¹⁴⁾ Biochem. Zeitschrift. Bd. 122. H. 1 — 4. Ueber den Einfluss von Schwefelinjektionen auf den Gelenknorpel.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. G. L e w i n).

Rola układu autonomicznego w krążeniu, ustalaniu się i zaleganiu wody w ustroju oraz w powstawaniu obrzęków i stanów wysuszenia *).

Podał

Dr. med. Julian FLIEDERBAUM, b. asystent oddziału.

1. W s t ę p.

Komórki i tkanki ustroju ludzkiego i zwierzęcego porównać możemy do gleby, którą obficie zrasza prąd wody bieżącej. W stanach fizjologicznych jest on nieustający i powolny, w stanach patologicznych — zbiorniki i „rzeki” wysychają, bądź też, przeciwnie, wzbierają pod naporem wartkich strumieni, przelewających się przez brzegi wód. W przypadkach tych tamy nie wytrzymują nacisku silniejszego od nich prądu, i po przez rozluźnione ściany nacyniowe woda przedostaje się w nadmiarze do tkanek, wywołuje ich „nawodnienie”. Tkanki nie są gruntem piaszczystym, który, jak sącze, przepuszcza przez siebie płyny. Posiadając dreny naturalne w postaci narządów wydalających, ustrój na tej drodze wyzbywa się nadwyżki wody. Tam zaś, gdzie i tego nie wystarczy, lub gdy kanały ekskrecyjne są niedrożne, zatrzymuje organizm płyny w zbiornikach zapasowych, a przede wszystkim w luźnej tkance łącznej, która, jak grunt gliniasty, zatrzymuje całą nadwyżkę wody, posiada bowiem niezmiernie dużą zdolność do pęcznienia jej kosztem.

W ustroju prąd wody jest stały. Woda stanowi $\frac{2}{3}$ płynów i tkanek płynnych i $\frac{2}{5}$ wagi człowieka dorosłego. Woda jest przyczyną sprężystości, miękkości i napięcia tkanek, broni tkanki przed brutalnym urazem zewnętrznym i przed uciskiem, umożliwia przesuwanie się narządów — stawów przedewszystkiem. Woda bierze wybitny udział we wszystkich procesach chemicznych, gdyż jest ona nie tylko rozpuszczalnikiem substancji odżywczych, doprowadzanych do tkanek, i związków trujących, wydalanych z ustroju, lecz jest środowiskiem; w którym odbywają się reakcje naszego ciała, a wiemy przecież, że „*corpora non agunt nisi soluta*”.

Mimo tak wybitnego udziału wody w procesach życiowych niema dotąd prac, które w jednolity całość powiązałyby zagadnienie gospodarki wodnej, sprawę rozpuszczalności w wodzie krystaloidów i koloidów, sprawę diurezy, biegunek, odwodnienia ustroju, obrzęków, wodnistości krwi, sprawę krążenia, ustalania się i zalegania wody w ustroju.

Jeden z najwybitniejszych klinicystów francuskich prof. Ch. A c h a r d¹ w r. 1929. w monografii o obrzęku w przebiegu choroby Brighta zaznacza, że mimo wielkiej liczby prac nad patogenetą obrzęków — „l'oeuvre n'est pas achevée et les très nombreux travaux que nous aurons à

passer en revue ne sont encore que les matériaux d'un édifice en construction”.

Nad zagadnieniem gospodarki wodnej pracuję od 10-ciu lat⁴⁰. Na podstawie licznych, w tym kierunku przeprowadzonych własnych prac chciałbym z tego „materiału budulcowego” wznieść gmach jednolity teorii regulacji gospodarki wodnej, który równocześnieby objął wszystkie najważniejsze teorie dotychczasowe, jak i związane z nimi doświadczenia na zwierzętach i ludziach.

2. Krążenie wody w ustroju.

Źródłem wody w ustroju, głównym dopływem do kolektorów w systemie nawigacyjnym naszego ciała jest pokarm płynny i stały. Po dokładnym rozkładzie chemicznym pokarmów w wyższych odcinkach przewodu pokarmowego, woda ulega wessaniu w jelitach. Re z o r b c j a dzienna wynosi 5 litrów wody, 400 gr. cukru i 100 gr. aminokwasów. Praca kosmków jelitowych sprowadza się, zgodnie z panującymi poglądami, do zwykłego przenikania — dyfuzji — ze światła jelitowego do naczyń włosowatych żylnych. Nie wielka ilość wody powstaje w czasie procesów chemicznych w komórkach ustroju, a $\frac{1}{6}$ wody, wydalonej z ustroju, czyli 270 gr. na dobę tworzy się przy spalaniu pokarmów (C. V o i t¹³⁶, A t w a t e r i B e n e d i c t¹²). Cała woda, dopływająca z jelit, ulega zatrzymaniu w wątrobie, dzięki sprawnej czynności mięśniowych tam żylnych, znajdujących się w wewnątrzwątrobowej części żyły wątrobowej (A r r e y i S i m o n d s⁹, L a m s o n i R o c a⁸¹ M a u t n e r i P i c k⁹⁶, S t. K l e i n⁷⁶, A p f e l b a u m⁸). To urządzenie ochronne nie dopuszcza do przedostawania się do krwiobiegu nadmiernej ilości wody, stoi więc na straży izotonji krwi. Rolę tam żylnych można porównać z funkcją zwieraczy. Nerw błędny zamyka je, uniemożliwia przedostanie się płynu do krwiobiegu, a tak samo, jak on, działają anafilotoksyna, pepton i inne produkty rozpadu białka, roztwory hipotoniczne, jony potasu (M a u t n e r, M o l i t o r i P i c k⁹⁶ P o l l i t z e r i S t o l z¹¹⁰, L e n a z⁸² W o l l h e i m¹³⁸). Nerw współczulny otwiera te tamy, ułatwia oddania wody przez wątrobę. Podobnie działają środki moczopędne rtęciowe i purynowe, roztwory hipertoniczne i jony wapnia (ci sami).

Woda, krążąca w naczyniach krwionośnych (w skróceniu — w o d a k r ą ż ą c a), pochodząca z wątroby lub z tkanek innych narządów, uzupełnia braki wody, powstałe w przebiegu procesów życiowych w komórkach i tkankach. Ilość wody, krążącej w naczyniach, dla poszczególnego ustroju jest liczbą stałą (F l i e d e r b a u m⁶²), ustrój stoi bowiem na straży prawidłowego składu krwi. Każdą nadwyżkę wody organizm wyrównywa, nadwyżka ta jest dla ustroju nieobojętna. Wstrzyknięcie podskórne roztworu fizjologicznego soli kuchennej powoduje szybkie wydalenie wody przez wszystkie narządy wydalające, po uprzednim „przepłukaniu krwi” (D a s t r e i L o y e⁸¹). Przy

*) Referat, przedstawiony X Zjazdowi T-wa Intern. Polskich w Poznaniu we wrześniu 1933 r.

przeładowaniu układu krążenia dużą ilością płynów, gdy ustrój nie nadaje wyzbywać się nadmiaru ich przez nerki, woda zbiera się w tkance podskórnej — w luźnej tkance łącznej (Schade¹²²), w wątrobie (Molitor i Pick⁹⁶) i śledzionie (Flieberbaum⁵¹) — a zatem jako woda zapasowa, woda zalegająca przechodzi ze krwi do magazynów, rezerwuarów zapasowych czyli zbiorników wody.

3. Wymiana wody między krwią i tkankami.

Wymiana wody między krwią i tkankami — nawodnienie tkanek kosztem nadmiaru płynów — przechodzących ze krwi, lub przeciwnie, wysysanie wody z tkanek do krwiobiegu, osuszanie tkanek, wreszcie większe lub mniejsze zaleganie płynów w ich zbiornikach zapasowych — wszystkie te czynności są przez ustrój b. precyzyjnie regulowane. Badania lat ostatnich znakomicie pogłębiły zrozumienie wszystkich tych zjawisk. Badania własne pozwalają je ująć w sposób następujący.

Krew, ściślej jej osocze lub surowica stanowi, z punktu widzenia fizyczno-chemicznego, układ koloidów i krystaloidów. Taki sam układ tworzą tkanki; ich składu *in vivo* tak dokładnie, jak składu krwi, nie znamy. Oba te układy fizyczno-chemiczne są oddzielone od siebie przez ścianę naczyń krwionośnych. By przyszło do wymiany płynów między krwią i tkankami, musi przyjść do zmiany powinowactwa krwi lub tkanek do wody, lub też do wzmożonej przepuszczalności ściany naczyń. Należy zatem omówić kolejno każdy z wymienionych trzech czynników.

Powinowactwo krwi do wody, zdolność do zatrzymania jej większej lub mniejszej ilości nazywamy wodochłonnością krwi⁴², wzgl. jej surowicy i osocza. Jak wykazałem na innym miejscu, miarą wodochłonności osocza lub surowicy krwi jest jej zdolność do pęcznienia kosztem roztworu izotonicznego, np. soli kuchennej, oddzielonego od niej błoną półprzepuszczalną⁴². Na wodochłonność surowicy krwi, na jej zdolność do pęcznienia składają się: konfiguracja ciał białkowych, zawartość ciał tłuszczowatych, punkt izoelektryczny białek, stężenie jonów wodorowych, zawartość katjonów, stężenie krystaloidów i t. d.⁴²

By zrozumieć rolę koloidów krwi w jej pęcznieniu, należy przypomnieć doświadczenia następujące.

Jeśli błona półprzepuszczalna oddziela od siebie dwa jednakowe roztwory soli kuchennej, i jeżeli jeden z nich zawiera pozatem ciało koloidowe, np. białko, to błona zachowa się tak, jak gdyby była przepuszczalna dla soli tylko w jednym kierunku, w kierunku białka, białko bowiem wytwarza ciśnienie osmotyczne, przyciągające płyny.

Jeżeli, w drugim doświadczeniu, błona półprzepuszczalna w postaci woreczka kolloidynowego oddziela od siebie dwa płyny, przyczem żaden z jonów w płynie zewnętrznym nie jest wspólny z jonami w płynie wewnętrznym (np. w zewnętrznym — chlorek potasu, w wewnętrznym — białczan sodu), i jeden z jonów w płynie wewnętrznym (np. białczan) nie przechodzi przez błonę, to jon o ładunku elektrycznym przeciwnym (np. potas) dostaje się z płynu zewnętrznego do wewnętrznego,

jon zaś o ładunku równoznacznym (np. chlor) pozostaje nazewnątrz.

Przykłady te, ujęte pod nazwą równowagi Donnan'a, dowodzą, że obecność koloidu po jednej stronie błony półprzepuszczalnej, niwecząc prawo osmozy, zamienia tę błonę na błonę o przepuszczalności wybiórczej.

Wodochłonność krwi, jak wykazaliśmy na innym miejscu⁴², mierzymy przy pomocy t. zw. osmometru (Starlinga¹³⁰, Gevoerts'a⁶⁴, Krogha i Nakazawy⁷⁹, Schade i Kylinait. d.), Otóż badania licznych autorów (również i nasze⁴²) przemawiają za tem, że zmniejszenie zawartości białka w surowicy zmniejsza jej wodochłonność, zwiększenie — wodochłonność wzmacnia. Poza ilością białka na wodochłonność ma wpływ jego konfiguracja: globuliny posiadają mniejszą zdolność pęcznienia kosztem pochłoniętej wody, niż albuminy (Govaerts⁶⁴). Na pęczliwość białka mogą też wpływać zawarte we krwi zczyny: dodanie fermentów proteolitycznych wzmacnia ją — i to znacznie wcześniej, niż rozbiór chemiczny pozwoli wykazać rozszczepienie białka (Rona i Oelkers¹¹⁹).

Z ciał tłuszczowatych — estry cholesteryny zmniejszają wodochłonność krwi (Farkas³⁸, Flieberbaum⁴²).

Dużą rolę odgrywają tu również stężenie jonów wodorowych, katjony, anjony oraz stężenie krystaloidów w surowicy krwi.

Jak wiadomo, białko jest amfolytem, czyli może łączyć się z kwasami i zasadami. Zdolność ta zależy od stężenia jonów wodorowych środowiska. Stężenie jonów wodorowych środowiska, w którym białko jest najmniej zjonizowane, nazywamy strefą izoelektryczną lub punktem izoelektrycznym białka. W miarę oddalania się od strefy izoelektrycznej powiększa się dysocjacja elektrolityczna białka, które w środowisku bardziej kwaśnym od strefy izoelektrycznej posiada własności zasady, natomiast w środowisku mniej kwaśnym jest kwasem. Każdy rodzaj białka posiada swój punkt izoelektryczny, np. albuminy przy pH 4,7, globuliny przy pH 5,4. W środowisku surowicy krwi, czyli pH 7,35 do 7,43, białka surowicy zachowują się więc, jak kwasy, przyczem, zgodnie z wyłożonym, albuminy są „kwaśniejsze” od globulin (punkt izoelektryczny albumin jest bardziej oddalony od stężenia jonów wodorowych surowicy krwi, niż p. i. globulin). Albuminy, jako kwaśniejsze, posiadają większą wodochłonność, niż mniej „kwaśne” globuliny (Flieberbaum^{42, 45}).

Również przepełnienie ustroju kwasami wzmacnia, zasadami — zmniejsza wodochłonność krwi (Flieberbaum⁴²).

Jony jednowartościowe (K, Na) — zwiększają, dwuwartościowe (Ca) obniżają wodochłonność krwi (Flieberbaum⁴²).

Przesycenie środowiska krwi roztworem hipertonicznym, np. cukru gronowego, wzmacnia wodochłonność surowicy, dodanie płynu hipotonicznego, np. wody, obniża (Flieberbaum⁴²).

A więc wodochłonność krwi zwiększają: białka (przyczem albuminy bardziej, niż globuliny), kwasy, potas i sód, roztwory hipertoniczne; wodochłonność krwi zmniejszają: estry cholesteryny, zasady, wapń i roztwory hipotoniczne.

Miarą wodochłonności tkanki np.

skóry, a zatem narządu, którego obrzęk i wysuszenie klinicyści stwierdza najczęściej, jest szybkość wysysania się wprowadzonego doskórnie roztworu fizjologicznego soli kuchennej (Aldrich i Mc. Clure⁶; liczne badania potwierdzające⁵⁶).

Przez wprowadzanie doskórne rozmaitych związków chemicznych i badanie szybkości wysysania się wytworzonego bąbla dowiadujemy się o wpływie tych ciał na wodochłonność skóry (Fliederbaum⁴⁵).

Z badań naszych wynika 1) że roztwory hipertoniczne (np. cukru gronowego) zmniejszają, roztwory hipotoniczne (np. woda przekroplona) zwiększają powinowactwo koloidów skóry do wody⁴⁵, 2) że kwasica miejscowa wzmacnia, alkaloza — obniża wodochłonność skóry⁴⁵. 3) że wprowadzone doustnie, dożylnie lub doskórnie jony potasu podwyższają zdolność skóry do pęcznienia kosztem pochłoniętej wody, jony wapnia — osłabiają⁴⁸. Z nieogłoszonych badań naszych wynika pozatem, że roztwory cholesteryny wzmacniają wodochłonność skóry bardziej, niż roztwory lecytyny o jednakowym stężeniu, oraz że wprowadzone doskórnie białko (np. białko jajka kurzego, sernik, surowica krwi) przedłuża czas wysysania się wprowadzonego w temże miejscu doskórnie roztworu fizjologicznego Na Cl, czyli zmniejsza wodochłonność skóry.

Doświadczenia te dowodzą, że wodochłonność skóry wzmacniają lub obniżają te same czynniki, co wpływają na wodochłonność surowicy krwi. Działanie ich na krew i na skórę jest jednakowe. Dopóki skład chemiczny krwi i tkanek jest jednakowy, niema przechodzenia wody ze krwi do tkanek i naodwrot.

Zakłócenie tej równowagi — nadwyżka czynników, zwiększających wodochłonność lub zmniejszenie czynników, obniżających wodochłonność w tkankach, przy niezmienionym składzie krwi, powoduje przechodzenie wody ze krwi do tkanek — ich nawodnienie. Przeciwnie, woda przenika z tkanek do krwi, wywołuje wysuszenie tkanek, o ile 1) w tkankach — przewaga czynników zmniejszających lub zbyt mało czynników zwiększających ich wodochłonność lub 2) wzmacnia się wodochłonność krwi.

Stan równowagi między krwią i tkankami proponuję nazwać izohidrofilią, zakłócenie tej równowagi anizohidrofilią krwi i tkanek, np. skóry. Stan ten szczególnie jaskrawo ujawnia się, gdy skutkiem procesów chorobowych przychodzi do zmiany konfiguracji ciał koloidalnych krwi lub tkanek, np. ich białek. Wytwarza się wtedy anizohidrofilią między krwią i tkankami. Taki stan anizokoloidowości różnych tkanek możemy naśladować *in vitro* w następującem b. jaskrawem doświadczeniu.

15 cm.³ surowicy końskiej o zawartości soli kuchennej 0,488% umieściliśmy w woreczku kolloidnym, który następnie zanurzyliśmy w płynie zewnętrznym, składającym się z 10% roztworu gumy arabskiej i soli kuchennej w stężeniu 0,488%, — a zatem błona oddziela ciała izotoniczne i anizokoloidowe. Po pewnym czasie, gdy ustali się równowaga między obu płynami (izohidrofilią), stwierdzimy wewnątrz woreczka kolloidnego tylko 7 cm.³ surowicy o zawartości soli kuchennej 0,11% (I s c o v e s c o⁷⁰).

Przykład ten dowodzi, że, jeżeli błona półprzepuszczalna oddziela od siebie dwa różne ciała ko-

loidowe, zawierające izotoniczne roztwory tego samego krystaloidu, to jeden koloid zaczyna przenikać do drugiego, ale również zaczyna przenikać i roztwór soli — dotąd, aż nie przyjdzie do izohidrofili obu płynów.

W doświadczeniu ostatniem, podobnie jak i w doświadczeniach Donnan'a, przyjmowaliśmy, że ściana naczyń jest błoną półprzepuszczalną, podobna do koloidonu, błoną pozatem, swych własności niezmieniającą. Wystarczy, by po obu stronach takiej błony półprzepuszczalnej istniała anizokoloidowość lub anizohidrofilią, aby rozpoczęła się wymiana składników między obu płynami, by zaczęła się wędrówka wody. Ściana naczyń włosowatych jest przepuszczalna dla wody, soli i cukru gronowego i nieprzepuszczalna dla białka i innych ciał koloidowych (Krogh). Ponieważ jednakże w różnych stanach chorobowych białko przechodzi przez ścianę naczyniową, sądzić należy, że i przepuszczalność naczyń może ulegać zmianie. By stwierdzić wpływ różnych czynników na przepuszczalność naczyń włosowatych, posługujemy się bądź objawem opaskowym Rumpel-Leede'a (Szour¹³², Longo⁸⁸ i t. d.), bądź też wstrzykujemy wśródżylnie różne barwniki i sprawdzamy, czy i po jakim czasie barwnik przechodzi do bąbla, wytworzonego przez wstrzyknięcie doskórnie roztworu fizjologicznego lub innych płynów (Hoff i Leuwer⁶⁶).

W badaniach własnych przekonaliśmy się, że wstrzyknięcie dożylnie roztworu 1% czerwieni kongo (np. przy oznaczaniu ilości wody krążącej) nie wywołuje przechodzenia barwnika do skóry nieuszkodzonej — tam więc, gdzie istnieje izohidrofilią krwi i tkanek, ściana naczyniowa jest dla barwnika nieprzepuszczalna. Przez wstrzyknięcie doskórnie 0,2 cm.³ roztworu fizjologicznego soli kuchennej zakłócamy tę równowagę, — i barwnik po pewnym czasie zabarwia wytworzony bąbel. Z badań naszych wynika, że wstrzyknięcie dożylnie czerwieni kongo z dodatkiem chlorku wapnia zmniejsza, z dodatkiem zaś chlorku potasu zwiększa przechodzenie barwnika do bąbla ze soli fizjologicznej⁵². Hoff i Leuwer⁶⁶ wykazali nadto, że wstrzyknięcie doskórnie K Cl zwiększa przechodzenie do wytworzonego bąbla czerwieni kongo, podanej dożylnie.

Jak tedy należy tłumaczyć sobie wymianę płynów między krwią i tkankami? Ponieważ, jak zaznaczyliśmy, w warunkach zwykłych ściana naczyń włosowatych nie zmienia swej przepuszczalności, i ponieważ przy izohidrofili krwi i tkanek zmiana przepuszczalności i tak na nicby się nie zdała, przyjmujemy, że wymiana płynów ma miejsce w sposób następujący.

W przebiegu procesów życiowych w komórkach powstają produkty kwaśne, bądź też tworzą się i inne ciała, zwiększające wodochłonność tkanek, co przy niezmienionej wodochłonności krwi tętniczej powoduje przenikanie wody ze krwi do tkanek. Powstaje fizjologiczne nawodnienie tkanek, wobec którego, zmniejsza się ich wodochłonność, — wodochłonność tkanek jest teraz mniejsza od wodochłonności krwi naczyń włosowatych żylnych, które wobec tego zabierają nadwyżkę wody.

Za niesłuszne uważamy natomiast poglądy

według których w naczyniach włosowatych tętniczych krew dlatego oddaje wodę do tkanek, że woda ze krwi zostaje „wyciśnięta”, dzięki różnicy ciśnień hydrostatycznych między kapilarami tętniczymi i mieszanymi tętniczo - żylnymi.

Niezrozumiałem wydaje się, dlaczego zdolność siły ciśnienia hydrostatycznego do „wyciśnięcia” wody ze krwi, jak z gąbki, ujawnia się dopiero na poziomie naczyń włosowatych, czyli tam, gdzie jest najniższe, a nie w dużych i średnich naczyniach tętniczych, gdzie ciśnienie to jest wysokie, i gdzie

również istnieje różnica w jego wysokości, zależnie od wielkości przekroju naczynia.

Jeżeli w przebiegu procesów życiowych powstają w nadmiarze czynniki, zwiększające wodochłonność tkanek, woda ulega zatrzymaniu w nich, ustaleniu, a następnie przychodzi do trwałego nawodnienia (p. niżej). Powstawanie ciał, zmniejszających wodochłonność, pociąga za sobą wysuszenie tkanek.

(C. d. n.)

Oceny książek

Prof. Dr. S. SCHILLING-SIENGALOWICZ. **Zarys toksykologii sądowo-lekarskiej.** (Tom I. Część nieorganiczna—str. 215. Wilno 1933. Wyd. Koła Medyków U. S. B.).

Dzielo prof. Siengalewicza jest pierwszym w języku polskim podręcznikiem toksykologii sądowo-lekarskiej, obejmującym całość przedmiotu. W części ogólnej autor omawia pojęcie trucizny i zatrucia, działanie trucizn na organizm, drogi wprowadzenia i wydalania i t. p. Między innymi (str. 14) autor wypowiada zdanie, że „osobnicy asteniczni i obarczeni stanem grasiczo-chłonnym są bardziej wrażliwi na działanie czynników szkodliwych” i t. d. Co się tyczy stanu grasiczo-chłonnego badania Hammar i innych badaczy a także i nasze własne obudziły duże wątpliwości co do istnienia tego t. zw. stanu grasiczo-chłonnego w sensie Paltauf'a. Gdy się operuje dużym materiałem sekcyjnym, dotyczącym przypadków nagłych zgonów z przyczyn gwałtownych osobników młodych i dobrze odżywionych, nieomal z reguły stwierdza się obecność grasicy i dobrze rozwiniętego aparatu chłonnego; zdaniem moim, to co było uważane za stan grasiczo-chłonny, jest cechą zdrowego i młodego, nie wycieńczonego chorobą organizmu. W tymże rozdziale szeroko jest uwzględnione leczenie w zatruciach; autor podnosi, że w odpowiednich przypadkach należy stosować także i pozajelitowe wprowadzanie białka i jego produktów, gdyż może to dać bardzo korzystny wynik leczenia. Autor opisuje także (str. 38) stan żrenic w rozmaitych zatruciach alkaloidami (morfiną, atropiną i t. p.), oczywiście, zmiany te dotyczą okresu za życia, gdyż po śmierci stan żrenic z reguły zależy od stanu stężenia mięśnia żrenicy, od stopnia rozkładu, napięcia gałki ocznej i t. p. Omawiając sprawę wykonywania oględzin zwłok w przypadkach zatruc, autor bardzo słusznie zwrócił uwagę na technikę badania i podkreślił między innymi konieczność przecięcia i opisanego żołądka przed włożeniem go do słoja (błąd, popełniany często przez lekarzy polega na tem, że podwiązany nierozcięty żołądek w tym stanie wędruje do słoja); następnie autor podnosi, iż w przypadkach, gdy zachodzi podejrzenie, że trucizna dostała się do ciała przez pochwę lub macicę, należy osobno zachowywać do badania chemicznego te narządy i otaczające je tkanki. Autor żąda, aby słoje do przechowywania narządów zawsze były jeszcze nieużywane; być może, w zasadzie autor ma słuszość, jednak ze względu na dość dużą wartość tych słoików (których conajmniej musi być trzy) przypuszczam, że w dużej większości przypadków wystarczyłoby dokładne umycie tych naczyń i oplukanie ich wodą destylowaną, wzgl. jakąś inną, nie zawierającą trucizn. Zupełnie słusznie sprzeciwia się autor dodawaniu środków konserwujących do zachowanych narządów, ostatecznie godzi się na używanie alkoholu. Ze swej strony dodam, że w razie konieczności zastosowania alkoholu, jako środka konserwującego, używać należy zwykłej wódki lub spirytusu, nabytego w oryginalnych, zapieczęto-

wanych naczyniach Państwowego Monopolu, o który nigdzie nie jest trudno. W rozdziale, poświęconym przyczynom zatruc, autor omawia najnowsze piśmiennictwo, przytaczając dane co do liczby zatruc zbrodniczych i samobójczych, stwierdza on, że w ostatnich czasach zmniejszyła się liczba zatruc zbrodniczych — w szczególności zaś zatrucia zbrodnicze arsenikiem są b. rzadkie. Być może, wybór trucizny zależy czasami od warunków i okolic kraju, gdyż nasze doświadczenie poucza, że i obecnie między truciznami używanymi do podstępного zatrucia, dominuje arsenik (ok. 90% wypadków, dotyczących naszego materiału otruc zbrodniczych były dokonane za pomocą arsenu), w celach samobójczych natomiast w naszym materiale arsenik był bardzo rzadko stosowany; przedewszystkiem wchodził w grę kwas octowy, sublimat, ług i t. p. W części szczegółowej autor omawia zatrucia kwasami, zasadami, solami ciężkich metali, arsenem, fosforem i t. p.; dość szczegółowo opisuje obraz kliniczny i zmiany na zwłokach, chętnieby widział jednak dokładniejszy opis zmian, występujących w zatruciu sublimatem (opis błony śluzowej żołądka, opis nerek wydaje mi się nieco zbyt zwięzły). Z powodu zbyt dużych kosztów autor, niestety, nie dołączył do swego dzieła barwnych rysunków, przedstawiających zmiany w narządach. Pożądane jest, aby w drugim jego wydaniu znajdowały się chociaż najważniejsze rysunki zmian w narządach, gdyż żaden opis nie odda tak dokładnie obrazu anatomicznego, szczególnie w przypadkach zatruc, jak dobry rysunek barwny. Dzielo prof. Siengalewicza jest napisane przystępnie, jasno i przejrzysto, i możemy je śmiało polecić przedewszystkiem lekarzom sądowym i medykom przy nauce medycyny sądowej; odda ono także duże usługi i prawnikom, gdy w wypadkach zatruc zapragną oni wyjaśnić sobie pewne wątpliwości. W. Grzywo-Ida b r o w s k i.

Prof. Dr. Med. H. HOLTUSEN i Dr. Med. R. BRAUN **Grundlagen und Praxis der Röntgenfrahlendosierung.** Nakładem Georg Thieme—Leipzig. 1933 r. stron, druku 249, wykresów 152.

Od chwili wprowadzenia w praktyce ustalonej jednostki pomiarowej promieni X w postaci międzynarodowego „r” i dostarczenia do rąk lekarza uproszczonych narzędzi pomiarowych zainteresowanie dla zagadnień teoretycznych, związanych z kwestją dawkowania, znacznie osłabło. Przypomnieć systematyczny rozwój nauki o pomiarach promieni X od pierwszych kroków w tym kierunku do chwili obecnej oraz ustosunkowanie się dawki fizycznej do działania jej z punktu widzenia biologicznego — postawili sobie za zadanie autorzy książki. Część teoretyczna, bogato wyposażona w wykresy i obliczenia matematyczne, nadaje się prawie wyłącznie dla fizyka-terapeuty. Natomiast lekarz-praktyk dużo skorzystać może z części praktycznej, omawiającej bardzo przejrzysto i szczegółowo dawkę fizyczną i jej działanie biologiczne w zależności od różnych czynników biologicznych, szereg dostęp-

nych aparatów pomiarowych i wreszcie przykłady praktyczne poszczególnych naświetlań spraw chorobowych.

B. K r y Ń s k i.

HOHMANN—STUMPF. **Ortopädische Gymnastik.** (Ein Übungsbuch mit 254 Abbildungen. Nakład. Georg Thieme. Lipsk 1933).

Podręcznik przeznaczony jest w pierwszym rzędzie dla lekarzy. Książka zawiera szereg rycin i fotografii, które w bardzo przejrzysty sposób dają systematyczny obraz prowadzenia gimnastyki leczniczej w tem lub innym schorzeniu.

Ten poglądowy sposób jest bardziej dydaktyczny i przemawiający do czytelnika, niż suche i obszernie opisy. Hohmann posługuje się w gimnastyce wyłącznie prostymi i łatwo dostępnymi przyrządami, jak lawka, drążki, kółka, pętla G l i s o n a, ścianka drabinkowa, nie używa natomiast zupełnie aparatów mechanicznych i wahadłowych, traktując je jako środki i metody przestarzałe. Dla lekarzy, poświęcających się prowadzeniu gimnastyki leczniczej, a zwłaszcza dla wykładowców gimnastyki ten podręcznik może się okazać niezastąpionym.

K. O p a c k i.

Wskazówki praktyczne

C. K o t h e r radzi dla uniknięcia wstrząsu anafilaktycznego i zapobieżenia chorobie posurowiczej zastrzykiwać 12 — 24 godzin po zastosowaniu surowicy leczniczej domięśniowo 30 ctm.³ własnej krwi chorego. R. przy tem postępowaniu nie widział ani razu wspomnianych powikłań. (Ztbl. Chir. 1933, N. 25).

—o—

L i e b i g zwraca uwagę na częste omyłki rozpoznawcze w sprawach kilowych aorty, które bywają brane za miażdżycę, a nawet za gościec mięśni klatki piersiowej lub stawu barkowego. W kile aorty odczyn W a s s e r m a n n a zwykle wypada dodatnio, a zaburzenia ze strony układu nerwowego często wykrywają kilowe tło cierpienia. (M. m. W. 1933, N. 39).

—o—

Z przetworów stosowanych w niedokrewności złośliwej, uważa F r a n k za najskuteczniejsze *l'entraemon* i *Heprakton*. Pod względem oszczędnościowym jednak na pierwszym

miejsu stawia *Hepatopson*, a na drugim *Stomopson*. (M. m. W. 1933, N. 39).

—o—

W raku odbytnicy zaleca A u l e r: Przeciwno stolcom krwawym i śluzowym: *Rp.: Extr. Bellad. 0,01; Extr. Hydrast. canad. fluid. 0,01; Urethan. 0,2. Ol. Cac. 2,0. Mf. Supposit. S. 1 — 2 czopków dziennie.* W celu wzmoczenia utleniania w kiszka: *Arg. nitr. 0,01; Lecithin. 0,5; Solv. in Alcohol. q. s.; Syr. Hyposph. Eggeri ad 100,0. S. 3 razy dziennie po łyżeczce od herbaty w 1/2 szkl. letniej wody po jedzeniu (chronić od światła, trzymać w chłodzie).* W celu regulowania czynności jelit: *Natr. cholein. 0,01; Chin. bisulf. 0,1; Ol. Petrae 0,3; Sacch. lact. q. s. ad capsulam.* Zrana i wieczorem po kapsułce do kiszek. Przeciwno achilji: *HCL pur. 25; Pepsin liquid. 5,0; Syr. Rub. Id. 15,0; Aq. dest. ad 100,0. 3 razy dziennie po łyżeczce od herbaty przed jedzeniem.* (Monatsschr. f. Krebsforsch. 1933, N. 4).

—o—

Posiedzenie Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna

CLXXVII posiedzenie z dnia 22 września 1933 r.

Obecnych 358.

Przewodniczył S z y m a n o w s k i.

1. A. A. B a g d a s a r o w (Moskwa). *Zagadnienie przetaczania krwi trupiej* (streszczenia nie nadesłano).

2. A. A. B a g d a s a r o w (Moskwa). *Zagadnienie krwiobiegu sztucznego* (streszczenia nie nadesłano).

3. J. A. M e n d e l e w a (Leningrad). *Nowe drogi ochrony macierzyństwa* (streszczenia nie nadesłano).

Dyskusji nie było.

CLXXVIII posiedzenie z dnia 9 października 1933 r.

Obecnych 75.

Przewodniczył S z y m a n o w s k i.

O d c z y t.

A. L a n d a u, M. M a r k s o n, T. G o l i b o r s k a i J. L e w i c k i. *O ilości krwi krążącej w ustroju i zachowaniu się jej w przewlekłej niedomodze krążenia* (będzie ogłoszone w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

W dyskusji zaznacza M. G l a s s, że metoda gazowa oznaczania ilości krwi krążącej wydaje mu się lepsza, niż barwnikowa. Przedewszystkiem nie wiemy, czy w ciągu 3 - 4 minut, jakie upływają od zastrzyknięcia barwnika, do chwili pobrania krwi do badania, barwnik nie ulega wessaniu. Badania na zwierzętach wykazują bardzo szybkie odkładanie się barwników w układzie siateczkowo - śródbłonkowym. Wyższe wartości ilości krwi krążącej, otrzymywane zapomocą metod barwnikowych, w porównaniu z wynikami metod gazowych, mogą zależeć od wychwytywania barwników i ich większego rozcieńczenia. Równanie Ficka wykazuje zużycie tlenu na minutę, a nie przemianę podstawową. Wyniki prelegentów pokrywają się z wynikami W o l l h e i m a, sprzeczne zaś są z wynikami, otrzymanymi metodą P l e s c h a (np. pod wpływem naparstnicy stale się zwiększa ilość krwi krążącej). Krew żylna obwodowa nie jest równoznaczna z krwią żylną

wogóle. M. F e j g i n przypomina, że ustrój chorego z niedomogą serca pracuje nieekonomicznie. Badacze amerykańscy udowodnili, że po usunięciu gruczołu tarczowego u chorych z niedomogą serca następuje poprawa dzięki obniżeniu przemiany materji. Mówca uważa za niesłuszne obliczanie normalnej ilości krwi krążącej w stosunku do wagi albo wzrostu danego osobnika, należałoby ją raczej obliczać w stosunku do należytej przemiany podstawowej, obliczonej na podstawie tablic, uwzględniających wszystkie czynniki.

F i d l e r omawia rozmaite kryteria, które kierujemy się przy ocenie niedomogi krążenia. Jedną z nowych dróg stanowi metoda oznaczania ilości krwi krążącej. Liczby, otrzymane przez prelegentów, są zbliżone do liczb mówcy. Jak wykazały badania mówcy, w niedomodze krążenia ilość krwi krążącej bywa zbliżona do normy, czasem jest większa, czasem mniejsza. Przy poprawie krążenia zmniejszone liczby ulegają czasami dalszemu zmniejszeniu, zaś zwiększone — dalszemu zwiększeniu. Zdarzają się więc przypadki i *plus* i *minus* — dyskompensacji. Jak dotychczas, nie można jeszcze uchwycić celowości w mechanizmie regulującym. Poza ilością krwi krążącej innymi mechanizmami regulującymi są: objętość minutowa i krzywa dysocjacji hemoglobiny. Aczkolwiek w oznaczaniu ilości krwi krążącej używał mówca również metody barwnikowej, posiada także zastrzeżenia co do ścisłości tej metody.

St. Z a j d e n b a j t e l podnosi, że przed oznaczaniem ilości krwi krążącej należy trzymać chorych przez kilka dni na diecie beztłuszczowej, występująca bowiem w związku ze spożyciem tłuszczami większa lub mniejsza zawartość lipidów we krwi zmniejsza stopień rozcieńczenia czerwieni kongo we krwi; czerwień kongo nie rozpuszcza się w lipidach. Następnie podnosi, że po odwirowaniu krwi należy zbadać osocze na obecność utraconej hemoglobiny zapomocą jednej z czułych prób na krew; w razie jej nieobecności mamy pewność, że mikrohemoliza nie nastąpiła, a odczytany hemokryt jest prawidłowy. Dalej zapytuje, co dodawano do krwi, ażeby zapobiec jej krzepnięciu. Wiadomo bowiem, że cytrynian i szczawian sodowy, jakich się zwykle używa w pracowniach

dla zapobiegania skrzepnieniu, wywołuje mikrohemolizę, wskutek czego zmieniają się stosunki objętościowe krwinek do osocza; należy w takich razach podawać neparynę lub hirudynę; S e y d e r h e l m naprzykład odwióknią ostrożnie krew i następnie ją centrifuguje. Tyle co do strony technicznej metodyki. Co się tyczy samej metodyki oznaczania ilości krwi krążącej zapomocą czerwieni Kongo, zapoczątkowanej przez R o w n t r e e, G e r a g h t y w roku 1915, to ze strony amerykańskiej L a m s o n a i japończyka N a g a y a m a podniosły się tego rodzaju zarzuty, że krew nie jest, według nich, cieczą homogenną, lecz zawieszma, w której części stałe — krwinki — w swej wielkości i części płynne — osocze — już w warunkach normalnych ulegają w różnych częściach ciała wahaniom; dlatego też używają oni dla oznaczania całkowitej ilości krwi krążącej metody gazowej tlenko - węglowej i metody barwnikowej; to samo czyni W h i p p l e. Co się tyczy wyników oznaczania ilości krwi krążącej w niewyrównaniach serca, to naogół wyniki, otrzymane przez prelegentów, są zgodne z danymi z piśmiennictwa obcego. Pojęcia *plus* i *minus* — dyskompensacji, wprowadzone przez W o l l e r h e i m a, są w większości przypadków zgodne z danymi klinicznymi. *Plus* — dyskompensacja odpowiadać będzie ciężkiej niedomodze serca ze zwiększeniem ilości krwi krążącej, a zmniejszeniu rzutu minutowego, zaś *minus* — dyskompensacja odpowiadać będzie zmniejszeniu się ilości krwi krążącej w następstwie porażen ośrodków naczynioruchowych w mózgu i skrwawienia się do własnych naczyń jamy brzusznej. Należałoby przeprowadzić badania jednocześnie nad ilością krwi krążącej oraz nad rzutem minutowym serca; stosunek między temi wielkościami, który normalnie wynosi 1,2, pozwoli nam z większą dokładnością wejrzeć w szybkość krwioobiegu obwodowego, niż to czyni każda z tych wielkości oddzielnie (autoreferat).

W odpowiedzi stwierdza A. L a n d a u, że metoda barwnikowa, aczkolwiek nie jest bez zarzutu, to jednak posiada wystarczającą ścisłość kliniczną, zwłaszcza jeżeli uwzględnić tylko liczby, nie różniące się od siebie w odstępie od trzeciej do szóstaj minuty. Ścisłejsze jest jednocześnie badanie zapomocą metody tlenkowej i barwnikowej. Metody te pozwalają na głębsze wniknięcie w istotę niedomogi krążenia. Przemiana spoczynkowa = $RMx\Delta O_2$ (wzór H e n d e r s o n a). Większość przypadków niedomogi krążenia stanowią przypadki *plus* — dyskompensacji; (*minus* — dyskompensację spotyka się rzadziej. Oczywiście, że w wyrównaniu odgrywają rolę rozmaite mechanizmy. Usuwanie gruczołu tarczowego może zmniejszać ilość krwi krążącej, stosowanie go jednak jako metody leczenia niedomogi krążenia wydaje się wątpliwe. Propozycja F e j g i n a obliczania normalnych wartości ilości krwi krążącej w zależności od przemiany materji jest logiczna. Pobieranie do badania krwi z prawego serca jest trudne, jeżeli chodzi o stałe używanie tego sposobu. Ażebym zapobiec krzepnięciu krwi używano czasami heparyny, czasami szczawianu amonowego.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na kongresie niedomogi nerkowej w Evian w dniach 18 do 20 września 1933 r. (Presse méd. N. 83, 1933) R a t h e r y i D e r o t mówili o kwasicy nerkowej. Proste porównanie Ph krwi, zasadowego i stałego, z Ph moczu, kwaśnego i zmiennego, pozwala przewidywać ważność roli nerek w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej płynów ustrojowych. Nerki mogą działać zapomocą dwojakić mechanizmów wydalań kwasów i miejscowego wytwarzania amoniaku. Niema też

nic dziwnego w fakcie, że pewne schorzenia nerek mogą być powikłane kwasicą bądź bezpośrednio przez zmiany miejscowe czynności wydalań kwasów przez nerki, bądź pośrednio wskutek zmian w ogólnej przemianie materji, wtórnych w stosunku do schorzenia nerek. Zapomocą rozmaitych metod oznaczania kwasicy można wyodrębnić: lekkie kwasice nerkowe ze względem zachowaniem czynności nerek i ciężkie kwasice ze zmianami zasobu zasad, napięcia pęcherzykowego CO_2 i r n krwi. W ostrych zapaleniach nerek niema równowagi między azocicą i zmniejszeniem się zasobu zasad, które można stwierdzić. To zmniejszenie się zasobu zasad nie świadczy o poważnym rokowaniu za wyjątkiem przypadków, w których rezerwa alkaliczna zstępuje poniżej 20. W przewlekłych zapaleniach nerek zmiany r n i zasobu zasad spostrzeżać się nauewszystko w postaciach bez obrzęków. Niema żadnego związku między poziomem chloru w osoczu i w krwinkach a zasobem zasad, ten ostatni zmniejsza się nade wszystko w silnych azocicach; zasób zasad niższy od 20 jest oznaką zejścia śmiertelnego w krótkim czasie. Leczenia kwasicy nerkowej można próbować w ostrych zapaleniach nerek (podawanie uwodogianu sodowego); w stanach przewlekłych leczenie to jest bezskuteczne.

Na kongresie niedomogi nerek w Evian w dniach 18 do 20 września 1933 r. (Presse méd. N. 83, 1933) Ch. L a u b r y i J. W a l s e r przedstawił sprawę trwałego nadciśnienia tętniczego i zaburzeń czynności nerek. Istnieje wiele przypadków nadciśnienia, niezależnego od jakichkolwiek zmian nerkowych zarówno czynnościowych, jak i anatomicznych. Istnieje wiele schorzeń nerkowych bez nadciśnienia. Jednakże w dużej liczbie przypadków nadciśnienie współistnieje z zaburzeniami czynności nerkowej. Wśród przypadków tych można wyroznić następujące grupy: 1) pierwsza cechuje się współistnieniem zespołu nadciśnienia i zespołu nerkowego, 2) druga obejmuje przypadki nadciśnienia, które poprzedzało wystąpienie objawów nerkowych; te ostatnie zjawiają się tutaj jako zaburzenia czynnościowe, wtórne w stosunku do nadciśnienia; 3) do trzeciej grupy należą przypadki, w których nadciśnienie wystąpiło po okresie odosobnionego zapalenia nerek; w tych przypadkach można mówić o patogeniezie nerkowej nadciśnienia. Wypadki takie należą do wyjątkowych, nadciśnienie jest zespołem, powstającym na podłożu wielu mechanizmów, wśród których pewien udział biorą nerki, lecz najczęściej wtórny. Prawdziwa rola nerek polega na sprzyjaniu nadciśnieniu, a nie na wywołaniu go.

Na kongresie niedomogi nerek w Evian w dniach 18 do 20 września 1933 r. (Presse méd. N. 83, 1933) A b r a m i, B e r t r a n d - F o n t a i n e i A. L i c h t w i t z z dawali sprawę z badań nad równowagą białkowo - lipidową krwi w przebiegu schorzeń nerkowych. Dowodzą oni, że niema ścisłego związku między hipoproteinemią, stwierdzaną zwykle w obrzękowych zapaleniach nerek, a obrzękami w tych zapaleniach nerek. Rzeczywiście istnieją z jednej strony spostrzeżenia zapalenia nerek z olbrzymimi obrzękami bez zmian w wartości białek we krwi, z drugiej zaś można stwierdzić ogromne zaburzenia proteinemji bez występowania obrzęków. Niema również żadnego związku przyczynowego między białkomocem a hipoproteinemią. Tak samo rola, którą przypisują pewni autorzy zagraniczni hiperlipoidemji w patogeniezie zespołów nerczycowych, nie sprawdziła się. Niema żadnego ścisłego związku pomiędzy stopniem lipoidemji a takim lub innym zespołem nerkowym towarzyszącym. Nie można zatem, opierając się na danych naukowych, przypisywać zaburzeniom równowagi białkowej i lipidowej żadnej roli ani w powstawaniu schorzeń nerkowych, ani w determinizmie ich objawów.

O d c i n e k

Osobnik jako przedmiot studjów antropologii.

Podał

Dr. Aleksander MACIESZA (Płock).

Zjazd lekarzy i przyrodników mają doniosłe znaczenie z tego względu, że dają możliwość omówienia i przedyskutowania zgadnień, które wymagają współpracy lekarzy i przyrodników oraz umożliwiają lekarzom praktykom poddawanie pod rozwagę badaczy naukowych tych problemów, których rozwiązania domaga się życie.

Niejednokrotnie przy różnych okolicznościach było podnoszone znaczenie antropologii dla medycyny. Lekarze polscy mają piękną kartę w dziejach rozwoju antropologii polskiej. We wszystkich uniwersytetach naszych jest wykładana antropologia dla medyków, a tymczasem zastosowanie wiadomości antropologicznych w praktyce lekarskiej jest bardzo a bardzo niewielkie. Podobnie, co prawda, dzieje się i w innych krajach.

Pochodzi to stąd, że dotychczasowy kierunek antropologii jest zbyt jednostronny. Uwaga badaczy an-

tropologów jest zwrócona głównie w jednym kierunku, a mianowicie, w kierunku antropologii rasowej, a więc poznania zbiorowiska ludzkiego, grup ludzkich (populacji). Osobnik jest przedmiotem studiów o tyle, o ile to jest potrzebne do poznania i zbadania zbiorowiska. Antropologów interesują dotąd głównie cechy morfologiczne typów i ras ludzkich, formy, a nie funkcje organizmów ludzkich.

Dziedziną zainteresowania lekarzy jest osobnik, jego dynamika, funkcje, sposób reagowania na środowisko. Jest to niezbędne przy wykrywaniu zaburzeń czynności organizmu w celu ich usunięcia.

Objektem badań lekarskich jest obecnie nietylko wyłącznie chory człowiek. Lekarz jest często powołany do badań organizmów zdrowych dla oceny ich sprawności, przydatności do pewnych czynności i zawodów. W wielu przypadkach lekarz musi dać odpowiedź, czy badany osobnik będzie w stanie wykonać powierzona mu czynność lub wytrzymać najdłużej w szkodliwym otoczeniu bez wielkiego uszczerbku dla zdrowia.

Nie znajdując odpowiednich danych w antropologii do wnioskowania na podstawie formy o dynamice badanego organizmu, lekarze próbują szukać odpowiednich dróg we własnym zakresie. Powstaje jakby rozbrat pomiędzy antropologią a medycyną z wielką szkodą dla obu dziedzin wiedzy.

W przeciągu ostatnich trzydziestu kilku lat, pod wpływem olbrzymiego rozwoju nauk lekarskich, nastąpiła zmiana w poglądach i postępowaniu lekarzy. Gdy dawniej lekarz w każdym przypadku zwracał całą swoją uwagę na wyszukanie procesu chorobowego, obecnie stara się jednocześnie poznać badany organizm w całości, ze wszelkimi jego właściwościami i osobliwościami, opierając się na zdobycach fizjologii i patologii.

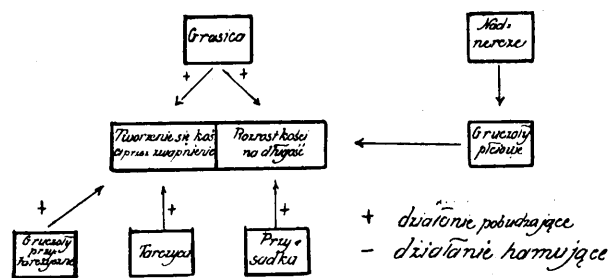
Zawdzięczając tym naukom, znajomość procesów życiowych w organizmach ludzkich i zwierzęcych została w ostatnich czasach znacznie pogłębiona, szczególnie wskutek bardziej dokładnego poznania czynności gruczołów wkrwennych i nerwowego układu roślinnego. Stąd powstała osobna nauka o konstytucji — syzyjologia, która z każdym rokiem wzbudza coraz większe zainteresowanie i stała się także w ostatnich czasach przedmiotem badań antropologów.

Przy traktowaniu właśnie zagadnienia konstytucjonalizmu dają się zauważyć duże różnice pomiędzy antropologami a lekarzami. Antropolodzy czynią zarzut lekarzom, że wyodrębnione przez nich typy konstytucjonalne, jak na przykład K r e c z m e r a lub S i g a u d, albo też somatyczne typy ludzkie dra H. S o c h a ń s k i e g o, ustalone zostały bez liczenia się ze zróżnicowaniem rasowym ludności europejskiej. Lekarze natomiast robią zarzut antropologom, że zwracają oni całą swoją uwagę wyłącznie na morfologię, nie uwzględniając zupełnie tych ogromnych zdobyczy, jakie poczyniła nauka o wydzielaniu wewnętrznym w ciągu ostatniego trzydziestolecia. Powstała bowiem olbrzymia literatura, licząca dziesiątki tysięcy prac, traktujących o tem zagadnieniu.

Wykład prof. dra J. T a l k o - H r y n c e w i c z a pod tytułem „Antropologia a medycyna”, wygłoszony w Towarzystwie Lekarskim Krakowskim 21 stycznia 1914 r., ogłoszony drukiem w Przeglądzie Lekarskim 1914 r. w N-rze 11 i w osobnej odbitce, przebrzmiał, niestety, bez echa w literaturze antropologicznej polskiej. „Przykład o wzroście, mówił wtedy prof. J. T a l k o - H r y n c e w i c z, (infantylnizm, gigantyzm) wspólnie z innymi zboczeniami w rozwoju czło-

wieka wykazuje, że, wglądając głębiej w przyczyny czynności narządów i gruczołów, antropologia przy pomocy fizjologii i patologii rozwiązywać będzie mogła wiele zawiłych zagadnień i tłumaczyć przyczyny, wywołujące zmiany cech rasowych”. (str. 15).

Dla lepszego uprzytomnienia ważności nauki o wydzielaniu wewnętrznym dla antropologii wystarczy tu chociażby przypomnieć ważniejsze fakty, dotyczące współzależności wzrostu od wydzielania wewnętrznego, posilając się schematem dra Artura Weila z jego dzieła „Wydzielanie wewnętrzne”, tłumaczonego na kilka języków. (tabl.). Jak wiadomo, na podstawie badań z usuwaniem gruczołów wkrwennych i stosowaniem wyciągów lub wdzelin (inkretów) a także obserwacji nad chorymi ze zmianami w gruczołach wkrwennych, wzrost jest wynikiem zespołowego działania tych gruczołów.



Wzrost a wydzielanie wewnętrzne według A. Weila

G r a s i c a, jak wiemy, wpływa na przemianę wapnia w ustroju, powoduje grubienie kości oraz pobudza wzrost kości na długość, a jednocześnie hamuje rozwój gruczołów płciowych.

G r u c z o ł y p r z y t a r c z y c z n e sprzyjają przyswajaniu wapnia i hamują jego wydatkowanie w organizmie. Usunięcie tych gruczołów powoduje objawy zatrucia w postaci drgawek. W kościach zachodzą zmiany, przypominające krzywicę i zmiękczenie kości. Na zębach powstają charakterystyczne nadżarcia.

T a r c z y c a wywiera również bardzo duży wpływ na wzrost. Brak tarczycy lub jej niedorozwój u dziecka pociąga za sobą karłowatość, obrzęk śluzowaty i matolectwo.

P r z y s a d k a m ó z g o w a oddziałuje na wzrost organizmu bardzo wybitnie. Przerost jej przedniej części w wieku dziecięcym powoduje wzrost olbrzymi, niedomoga — karłowatość. Nadmierna jej czynność u dorosłych powoduje objawy akromegalii — przerost palców nóg i rąk oraz części twarzy, deformację głowy, klatki piersiowej i kręgosłupa, wydłużenie dłoni.

G r u c z o ł y p ł c i o w e oddziałują na wzrost hamująco. Usunięcie gruczołów płciowych powoduje, jak wiadomo, daleko idące zmiany w ustroju, a mianowicie przewagę wymiarów dolnej części kośćca nad górną, bardziej wąską klatkę piersiową i miednicę.

N a d n e r c z a, będące w związku embrjonalnym z gruczołami płciowymi, oddziałują na wzrost równolegle z nimi. Przy przedwczesnym dojrzewaniu płciowym (*pubertas praecox*) ma miejsce rozrost kory nadnerczy. Przy okresowych zmianach organizmu żeńskiego (miesiączce, ciąży) zachodzą zmiany w korze nadnerczy. Rozrost włosów również zależy od czynności kory nadnerczy. Tak zwana *hypertrichosis* — nadmierne uwłosienie jest objawem nadczynności kory nadnerczy.

Przemiana materji i jej wahania, np. różne po-

stanie otyłości, zależne są również od czynności gruczołów wkręwnych.

„Wygląd człowieka, jak słusznie pisze dr. H. S o c h a ń s k i, jego własności somatyczne i psychiczne, jego stosunek do pewnych schorzeń, słowem, jego indywidualizm, fizjologia i patologia, to widoczny sumaryczny rezultat działania systemu wdzielniczego na ustrój”.

Dzięki pracom dra M y d l a r s k i e g o zostało stwierdzone istnienie powinowactwa pomiędzy typami antropologicznymi a składnikami biologicznymi krwi. Wobec tego przypuszczać należy, że typom antropologicznym będzie odpowiadała ta lub inna korelacja gruczołów wkręwnych, warunkująca pewną równowagę inkretową krwi, charakterystyczną dla poszczególnych typów.

Zgłębienie tej sprawy wymaga bardziej szczegółowego badania i poznania poszczególnych osobników. Stąd pochodzi potrzeba utworzenia w antropologii osobnego działu — antropologii indywidualnej, którego przedmiotami będzie badanie i opis cech morfologicznych i funkcjonalnych osobnika, na których podstawie można będzie określać przynależność danego osobnika do pewnego typu antropologicznego i wnioskować, jakie cechy są charakteru dziedzicznego, a jakie spowodowane są przez oddziaływanie środowiska. Wyświetlenie wpływu gruczołów wkręwnych na wzrost organizmu, jego proporcje, stan kości, zębów, włosów i skóry oraz poszczególnych narządów daje możliwość wnioskowania na podstawie cech morfologicznych o stanie czynności gruczołów wkręwnych, o ich pewnej korelacji wzajemnej. Gdy weźmiemy to pod uwagę, metody badań i opracowywania materiałów w zastosowaniu do potrzeb antropologii indywidualnej muszą ulec pewnej modyfikacji. Dotychczas głównym punktem ciężkości były metody pomiarowe, obecnie więcej uwagi trzeba będzie poświęcić metodzie opisowej oraz większy nacisk położyć na obserwację i pomiary cech fizjologicznych. Pod tym względem znaleźć można dużo wskazówek w wydawnictwie rosyjskim prof. A. M a t u s z a k a i dra S z a p o w a l n i k o w a: „Czynniki konstytucji i metodyka jej badania u dzieci i подростков. Ленинград 1930 r.” („Faktory konstytucji i metodyka izsledowania jeja u dietiej i подростков”). Przy tych badaniach wypadnie zwrócić większą uwagę na wiek oraz na te cechy, które bardziej wyraźnie mogą wskazywać na przewagę lub niedomogę czynności tego lub innego gruczołu wkręwnego.

Sprawa dokładnego określania wieku jest ważna z tego względu, że w różnych okresach życia osobnika dominują różne gruczoły: szyszynka i grasica mniej więcej do 6-go roku życia; tarczycza, przysadka i nadnercza — od 6-go do 18-go roku u chłopców i od 6 do 16 roku u dziewcząt; następnie od r. 18 do 24-go u mężczyzn i od 16-go roku do 21 u kobiet przejawiają czynność optymalną tarczycza, przysadka, nadnercza oraz gruczoły płciowe; od 24-go roku do 60-go u mężczyzn a od 21-go do 50-go u kobiet dominują same gruczoły płciowe; po 50-tym roku u kobiet zaczyna dominować przysadka (objawy akromegalijne). Okres dominacji gruczołów u różnych typów może być niejednakowy, jak sądzić można z niejednakowego czasu zakończenia wzrostu, np. stwierdzone są różnice pod tym względem między typem armenoidalnym a nordyicznym.

Przy badaniu rozwoju kości, poza badaniem proporcji budowy, trzeba będzie stosować pomiary lub przynajmniej bardziej szczegółowy opis grubości poszczególnych części układu kostnego dla powiększenia bardziej dokładnego wyobrażenia o jego rozwoju. Grube kości oraz szeroki kościec obserwowane są w nadczynności przysadki oraz grasicy, a cienkie — w niedomodze gruczołów przytarczycznych oraz w niedorozwoju gruczołów płciowych. Zpomiedzy typów antropologicznych typ nordyczny wyróżnia się tem, że ma kości cienkie i lekkie.

Dużo wskazówek co do korelacji gruczołów wkręwnych mogą dać zęby, na które przy zwykłych badaniach antropologicznych nie zwraca się należytej uwagi. Lekarze oddawna posilkują się badaniem zębów w celu wykrycia przebytych chorób, jak tężyczka, krzywica, kiła. W literaturze lekarskiej mamy sporo danych, dotyczących różnych postaci zębów w zaburzeniach równowagi wydzielania wewnętrznego. Wystarczy przytoczyć parę przykładów: przy obniżonej czynności grasicy zęby są drobne, niebieskawo-szare, szczęki dolne niedorozwinięte, wypadanie mlecznych zębów spóźnione; niezmiennie charakterystyczne są zęby u osobników, którzy przebyli tężyczkę wskutek upośledzenia wydzielania gruczołów przytarczycznych, a mianowicie: zęby mają odcień niebieskawy ze zmianami na powierzchni szkliva w postaci erozji w różnych miejscach, zależnie od czasu występowania tężyczki. W nadczynności przysadki zęby są szerokie, nierówne, rozsunięte.

Przy badaniu włosów konieczne jest zwracanie większej uwagi, poza barwą, na ich obfitość, gęstość, twardość, łamliwość. Obfite np. uwłosienie ma miejsce w nadczynności kory nadnerczy oraz w nadczynności gruczołów płciowych wraz z wcześniejszym, niż zwykle, wystąpieniem wtórnych oznak płciowych. Słabe uwłosienie ciała — rzadkie i małe wąsy i broda; wąskie, rzadkie brwi, częsty brak włosów pod pachą świadczą o nadczynności szyszynki, a podobne uwłosienie ciała o suchych, łamliwych, rzadkich, przedwcześnie siwiejących włosach na głowie wskazują na upośledzenie czynności tarczycy lub części rdzeniowej nadnerczy.

Podobnie badanie skóry może dać sporo wskazówek, dotyczących stanu czynności gruczołów wkręwnych. Skórę delikatną, elastyczną, miękką, zlekka wilgotną, różową obserwujemy w nadczynności szyszynki, podobną skórę ciepłą widzimy w nadczynności tarczycy, takąż skórę bladą mamy w niedomodze czynności gruczołów płciowych, a o szarym odcieniu — w upośledzeniu czynności przysadki. Naodwrot, skóra gruba, sucha, ścisła występuje w nadczynności gruczołów płciowych lub przysadki, podobną skórą, lecz pomarszczoną — w niedomodze szyszynki, a w dodatku blada z obrzękiem śluzowatym lub w postaci rybiej skóry — w niedomodze tarczycy. Skóra słabo pigmentowana, sucha, ścisła, ciepła spotyka się w nadczynności części rdzeniowej nadnerczy, a skóra sucha, ciemnopigmentowana — w niedomodze tejże części nadnerczy. Z przytoczonych tu przykładów widzimy, że przy bardziej szczegółowym badaniu osobników i zwracaniu większej uwagi na pewne cechy morfologiczne możemy zdobyć sporo danych do wnioskowania o stanie czynności gruczołów wkręwnych oraz ich wzajemnej korelacji. Antropolodzy będą mogli z czasem

ustalić dokładnie, jakie korelacje gruczołów będą odpowiadały ustalonym typom antropologicznym. Ustalenie stosunku typu antropologicznego do całokształtu zjawisk wdzielniczych ustroju ma dla lekarzy bardzo doniosłe znaczenie. Ułatwi ono lekarzom orientację w złożonej grupie zjawisk biologicznych przy zastosowaniu ułatwionych i prostych metod badania i pozwoli im w poszczególnych przypadkach w dość prosty sposób wyświecić, jakie cechy u badanego osobnika są charakteru stałego — dziedziczne, a jakie zmienne — spowodowane oddziaływaniem środowiska lub czynnikami patologicznymi. Ułatwi to lekarzom odpowiednie wyznaczanie wskazań lekarskich do postępowania leczniczego.

Zużytkowanie zdobyczy nauki o wydzielaniu wewnętrznym na pożytek antropologii oraz medycyny, otwierając nowe i rozległe horyzonty przed temi naukami, wymaga stałej ścisłej współpracy antropologów i lekarzy.

Lekarze, mający bezpośrednią styczność z różnymi osobnikami i mogący badać szczegółowo ich ustrój, dostarczyć mogą dla badań antropologicznych odpowiednich obiektów, zbadanych szczegółowo pod względem czynnościowym.

Udział antropologów w ścisłych pracach naukowych, traktujący sprawy wydzielania wewnętrznego, może zapewnić zastosowanie odpowiednich metod za-

równo przy pomiarach, jak i przy opracowywaniu materiałów o charakterze statystycznym.

Konieczna jest przede wszystkim współpraca zakładów antropologicznych z innymi zakładami naukowymi i klinikami.

Pracownie antropologiczne stać się powinny dla medyków przedsiódkami klinik. W pracowni antropologicznej słuchacz medyk powinien nauczyć się oglądać i mierzyć zdrowych ludzi w różnych okresach życia, poznać ich różne typy. Materiału do badań nie brak: słuchacz kursu antropologii, koledzy uniwersyteccy, klienci poradni wychowania fizycznego. Poza tem zawsze może być do rozporządzenia młodzież szkolna i wojsko.

Schematy do badań antropologicznych muszą ulec zmianie, a mianowicie, muszą być przede wszystkim wprowadzone te cechy, które najwyraźniej charakteryzują czynność gruczołów wkrewnych. W skróconych schematach dla lekarzy powinny być podane pomiary, które mogą być dokonane najprostszymi przyrządami.

W ten sposób podjęta wspólna praca nad antropologią indywidualną niewątpliwie da dobre wyniki, szczególnie u nas w Polsce, która jest obecnie pod względem antropologicznym najlepiej zbadanym krajem.

(Z Sekcji antropologii XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu 1933 r.).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O karcie zachorowań i systemie przebitkowym w nowym projekcie organizacji Ubezpieczalni Społecznej.

Podał

Dr. Karol RYDER (Sosnowiec — Warszawa).

W biurze Komisarza Organizacyjnego Izby Ubezpieczeń Społecznych pod kierunkiem p. S. M a k o w i e c k i e g o i jego zastępcy, p. Dr. E. G i e b a r t o w s k i e g o, oprócz szeregu projektów Rozporządzeń Wykonawczych Ministra Opieki Społecznej, które przewidziała ustawa o ubezpieczeniu społecznym z dn. 28.III. 1933 r. (Dz. U. R. P. Nr. 51, poz. 396), opracowano szereg schematów organizacyjnych, regulaminów, instrukcyj, znormalizowano niektóre czynności i druki, związane z instytucjami ubezpieczeniowymi.

W szeregu tych prac znajduje się projekt organizacji Działu Lecznictwa Ubezpieczalni Społecznej (powstającej z dzisiejszych Kas Chorych), który, jak wiele innych, ma to do siebie, że nareszcie znormalizuje szereg rzeczy, które były dotąd w Kasach Chorych na terenie Państwa w tak rozmaity sposób załatwiane. Wprawdzie już Związek Kas Chorych od szeregu lat wszedł na drogę normalizowania pewnych zjawisk życia kasowego, ale scalenie ubezpieczeń społecznych posuwa tę sprawę jeszcze naprzód i napewno da dobre wyniki dla administracji Ubezpieczeń Społecznych. Zastrzegam się, że mówię wyłącznie o administracyjnej stronie sprawy, i to wszystko, co powiedziane jest dalej, dotyczy wyłącznie administracji lecznictwa, a nie samego lecznictwa. Sprawa reorganizacji samego lecznictwa w Ubezpieczalniach pozostaje otwarta i będzie przedmiotem dalszych prac Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, gdyż ustawa scaleniowa nie przesądzi-

ła tej sprawy, a raczej jest oparta na dotychczasowej organizacji lecznictwa.

Nie ulega wątpliwości, że dobry administrator musi posiadać materiał, którego badanie daje mu podstawę do wnioskowania o sprawności funkcjonowania aparatu, przezeń administrowanego, do wysuwania albo wyjaśniania zagadnień, związanych z życiem tego aparatu. Ale niezawsze wystarczy materiał z jednej Ubezpieczalni, gdyż często bywa potrzebny materiał porównawczy z większego terenu, np., z kilku Ubezpieczalni. Aby ten materiał mógł być porównywany, musi być jednolity, i dlatego znormalizowanie organizacji, schematów, druków i czynności administracyjnych musi dać pomyślny wynik administracyjny. Możliwe, że nie wszystko, co się dziś opracowało w Izbie, jest bez zarzutu dobre, ale jedno jest dobre — to jednolite ujęcie wielu zagadnień, a dalsze lata doświadczeń pozwolą usunąć ewentualne braki i doprowadzić stan organizacji do perfekcji. A nikt nie zaprzeczy, że dobry aparat administracyjny musi być z korzyścią i dla samego lecznictwa, którem ten aparat administruje, bo zła administracja może zupełnie zniweczyć wyniki nawet najlepszego systemu lecznictwa.

Otóż dlatego na warsztacie prac Izby znalazł się wspomniany projekt.

Na propozycję współpracującego przy tem p. Inż. S z u s t r a, v. Dyrektora Kasy Chorych w Łodzi, oparto się przy opracowaniu projektu na badaniu funkcji Działu Lecznictwa, a z tego dopiero wyłonił się schemat organizacji. Przez to nie ma on charakteru teoretycznego, lecz stał się wynikiem analizy realnego życia kasowego.

Przewiduje on ramowe normy organizacyjne ca-

tego Działu leczenia w Ubezpieczalni, obejmującego zarówno biuro Lekarza Naczelnego w Centrali, jak i cały aparat leczniczy w terenie. W dalszej części projektu starano się naszkicować tok podstawowych czynności przy udzielaniu rzeczowych świadczeń ubezpieczonym, nie przesądzając znowu tej czy innej organizacji leczenia. Schemat ten może być dostosowany do każdej organizacji, gdyż przy każdej pozostaną te same czynności, nazwane podstawowymi: zawsze chory musi zjawić się u lekarza, aby otrzymać poradę, zawsze musi być wypisane orzeczenie o niezdolności do pracy, które przejdzie swą drogę administracyjną, aby chory otrzymał zasiłek i t. p.

Troską opracowujących ten schemat było, aby konieczne przy masowym leczeniu czynności administracyjne oraz manipulacyjne, które musi wykonać lekarz, były sprowadzone do *minimum*, były jaknajprostsze i zajmowały jaknajmniej czasu potrzebnego lekarzowi dla bezpośredniego jego zajęcia, t. j. ordynacji.

Ponieważ wszystko to znajdzie w formie instrukcji swój wyraz w druku, przeto nie przytaczam w artykule opisu całego schematu. Pragnę tylko poruszyć niektóre momenty, stanowiące do pewnego stopnia, *novum* w tym projekcie.

Są to: karta zachorowań i system przebitkowy przy jej wypełnianiu.

Żeby zrozumieć doniosłość dla ubezpieczonego karty zachorowań, prowadzonej w Ubezpieczalni przez lekarza, należy sobie uprzytomnić zasadniczą zmianę, jaka zaszła przy scaleniu ubezpieczeń.

Dawniej historia choroby w Kasie Chorych miała dla ubezpieczonego o tyle tylko znaczenie, że lekarz, w którego opiece znajdował się taki ubezpieczony, miał obraz pewnej ciągłości w długotrwałym leczeniu albo przy ponownych zachorowaniach. *Sine ira* trzeba stwierdzić, że tylko bardzo nieznaczna liczba lekarzy korzystała z tego wielkiego plusu przy leczeniu i nie dbała o należyte prowadzenie kart chorobowych. Pewno, że nadmierna liczba chorych, przyjmowanych przez lekarza w ciągu jednostki czasu, często stawiała temu na przeszkodzie; ale jednak nie wszędzie ten nadmiar istniał, a i tam karty nie były prowadzone dobrze, z drugiej zaś strony nawet tam, gdzie ten nadmiar istniał, potrafili ci lekarze, którzy do tego przywiązywali wagę, kartę prowadzić dobrze.

Teraz, kiedy, po scaleniu ubezpieczeń, Ubezpieczalnia, pozostając instytucją, która udziela świadczeń, wynikających z ubezpieczenia na wypadek choroby, staje się jeszcze, między innymi, instytucją, mającą za zadanie przyjmowanie roszczeń o świadczenia i przeprowadzanie czynności przygotowawczych dla udzielania świadczeń, przyznawanych przez Zakłady Ubezpieczeń Społecznych z tytułu pozostałych rodzajów ubezpieczenia, oraz udzielanie świadczeń na zlecenie tych Zakładów, — wszystko nabiera innego charakteru. W obliczu tych obowiązków karta choroby, prowadzona w Ubezpieczalni przez lekarza, staje się dla ubezpieczonego nieocenionym i niezbędnym dokumentem, na którego podstawie będą mu przyznawane świadczenia z tytułu ubezpieczeń długoterminowych. Dlatego karta choroby **musi** teraz być prowadzona dokładnie i akuralnie, niezależnie od tego, czy dany lekarz interesuje się przebiegiem cierpienia i leczenia, czy nie.

To też już Związek Kas Chorych, na podstawie przeprowadzonej wśród wszystkich Kas ankiety, która i tu wykazała nieprawdopodobną różnorodność w ty-

pach prowadzonych kart chorobowych, opracował jednolity typ karty, którą nazwał kartą zachorowań.

Karta ta składa się z dwu części: okładki i wkładki. **Okładka** zawiera personalja ubezpieczonego i wszystkie notatki, dotyczące przebiegu jego ubezpieczenia, pobranych zasiłków, otrzymanych środków pomocniczych, wreszcie dane wywiadu społecznego, dotyczącego warunków mieszkaniowych i otoczenia.

Wkładka jest właściwą historią choroby, którą prowadzi lekarz.

Ze względu na doniosłość karty zachorowań dla ubezpieczonego instrukcja przewiduje, że zostaje ona założona oddzielnie dla każdego ubezpieczonego i członka rodziny w tem ambulatorjum, gabinecie lekarza domowego, ośrodka leczniczym, w którym ubezpieczony zjawił się pierwszy raz (macierzyste ambulatorjum), i tam przechowuje się tak długo, aż ubezpieczony pozostaje w tym samym rejonie. Jeżeli ubezpieczony przeprowadza się, czy wyjeżdża na teren innej ubezpieczalni, wtedy karta zachorowań zostaje przesłana wślad za nim. Na terenie tej samej Ubezpieczalni karta zachorowań może być tylko chwilowo przesłana wraz z ubezpieczonym tam, gdzie jest potrzebna (np. na komisję lekarską, dla obliczenia rent wypadkowych i t. p.), z tem, że po załatwieniu czynności, do których potrzebne było studjowanie karty, wraca ona do swego pierwotnego miejsca. We wszystkich innych przypadkach skierowania chorego (do szpitala, zakładu rozpoznawczego i t. p.) lekarz wystawia specjalne skierowanie i zlecenie (na co również opracowane są druki), odnotowując na nich najpotrzebniejsze dane.

Wszystko to, co się dzieje z ubezpieczonym poza jego macierzystym ambulatorjum, zostaje odnotowane bądź to na wkładce, bądź to na specjalnych drukach, a potem skierowane do macierzystego ambulatorjum w celu wpisania ich treści do wkładki i dołączenia do karty zachorowań. W tym celu okładka jest pomyślana w formie koperty, do której w łatwy sposób wchodzi zarówno wkładka, jak i wszystkie nadesłane orzeczenia, zawiadomienia i t. p.

W ten sposób karta zachorowań jest tym dokumentem, z którego w każdej chwili można wyczytać całą historję ubezpieczonego zarówno pod względem ubezpieczeniowym, jak i zdrowotno-leczniczym.

Jak wynika z powyższego, nie jest to całkowite *novum* w omawianym projekcie w porównaniu z dotychczasowym stanem rzeczy, gdyż na całym świecie, we wszelkich organizacjach i instytucjach leczniczych lekarz pisał, pisze i zawsze będzie pisał historję choroby lezonego chorego. Mogą one być mniej lub więcej obszerne, i projektowana wkładka do karty zachorowań, wypełniana przez lekarza, nie wymaga też zbyt obszernych zapisów. Chodzi tylko o to, aby wszystko, co jest ważne dla ubezpieczonego, było wpisane, a przy tem wpisane czytelnie i systematycznie. To samo wytworzy już pewne *novum*.

Natomiast większą inowacją jest pisanie wkładki przez przebitkę.

System przebitek zbiorowych nie jest nowy w administracji ubezpieczeń, szczególnie w wydziałach finansowych. I dla lekarzy nie jest on zupełnie nowy o tyle, że pisanie przez kalkę nie jest żadną rewelacją. Lecz chodzi tu o przebitkę zbiorową, i w tem tkwi ta inowacja.

Otóż każdy lekarz ma na swem biurku ordynacyjnym aparat przebitkowy, t. j. płytę metalową, mającą z boku mechanizm, przytrzymujący papiery, na-

kładane na tę płytę. Na płycie tej leży arkusz (podkładka), pokryty kalką. Arkusz ten posiada wszystkie te same rubryki, jak wkładka do karty zachorowań

i jest od niej szerszy i dłuższy. Dlatego jest szerszy, o tem będzie za chwilę mowa, a dłuższy dlatego, żeby zmieścił większą liczbę zapisów. (Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

— **Dział „Streszczeń pojedynczych” dawać będziemy w środku numeru z oddzielną paginacją na kartkach, które, po odgięciu spajających je drucików, można będzie wyjąć, tak, aby w końcu roku stanowiły oddzielną całość.**

— IX Kurs Uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie”. — Polski Związek Przeciwgruźliczy organizuje z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i Wydziału Lekarskiego U. W. specjalny Kurs uzupełniający dla lekarzy mających się poświęcić pracy na polu walki z gruźlicą. — Kurs trwać będzie 7 tygodni, a mianowicie od dnia 15 stycznia do dnia 3 marca 1934 r. i uwzględni w pierwszym rzędzie studia praktyczne, jak również 35 godz. wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. Każdy ze słuchaczy odbędzie praktykę w zakresie gruźlicy wewnętrznej w szpitalu i sanatorium oraz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych, pracując kolejno w trzech poradniach przez cały czas trwania kursu. Podanie o przyjęcie na Kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Chocimska 24 (Gmach Państwowej Szkoły Higieny), najpóźniej do dnia 3 stycznia 1934 r. Do podania należy dołączyć: 1) curriculum vitae, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji, delegującej lekarza na Kurs 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu. — Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendjum w wysokości 350 zł. — Z ukończenia Kursu wydane będzie każdemu słuchaczowi specjalne zaświadczenie. — Dyrektor P.Z.P. (—) Dr. M. Grodecki. — Prezes P.Z.P. (—) Dr. J. Adamski.

— Odezwą Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa (I Komisji bud.-szpit.) do uczestników V. Ogólno-Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Warszawie dn. 9—11 grudnia 1933 r. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa w par. 2 Statutu przewiduje okazywanie pomocy „przy podejmowaniu prac specjalnych i ogłaszaniu drukiem ich wyników”, a to w celu spełnienia swoich zasadniczych zadań: „podniesienia poziomu i rozwoju szpitalnictwa pod względem lekarskim, budowlano-technicznym i administracyjnym”. Tego rodzaju właśnie prace, stanowiące jedyne w swoim rodzaju monografie z różnych działów budownictwa szpitalnego i sanatoryjnego, podjęła już I Komisja budownictwa szpitalnego przy P. T. S. powołana do życia zgodnie z utworzeniem szeregu specjalnych fachowych komisji przez Międz. Tow. Szpitalnictwa, którego członkiem jest nasze Towarzystwo. Pierwszą pracą była broszura o najnowszych szpitalach ogólnych w Polsce, wydana w związku z III Międzyn. Kongresem Szpitaln. w Knoke-sur-Mer w Belgii w 1933 r. Obejmuje ona ogólną charakterystykę i dane statystyczne tego zagadnienia w kraju, opisy samych szpitali pod względem ich strony technicznej, lekarskiej i administracyjnej, podane przez samych dyrektorów zakładów, które tworzą właśnie zbiór powyższy; następnie na część ilustracyjną składa się mapa Polski z wykazaniem położenia terytorjalnego, gdzie szpital się mieści, liczne plany, widoki i wnętrza, wreszcie, zestawienie analityczne udziału łóżka chorego w stosunku do powierzchni, kubatury, kosztu i urządzeń sanitarnych w

tychże 9 szpitalach ogólnych w Polsce, z wyprowadzeniem średnich liczb. Praca powyższa wydana została w dwóch językach, polskim i francuskim, nakładem 2000 egz. (84 stron dużego formatu); otrzymali ją bezpłatnie wszyscy członkowie Towarzystwa, 400 egz. rozesłał do województw, Dep. Sl. Zdrowia M. Op. Sp., około 600 egz. rozdano uczestnikom III Międz. Kong. Szpitalnictwa, jako broszurę propagandową i wymienną na pokrewne wydawnictwa innych przedstawicielstw narodowych. W myśl złożonego w tej sprawie wniosku polskiego do Międz. T-wa Szpit. nasze T-wo zapoczątkowuje właśnie systematyczny i nieprzerwany cykl tego rodzaju wydawnictw ze wszystkich głównych działów budownictwa szpitalnego, obejmującego najnowsze uruchomione już inwestycje możliwie z ostatniego dziesięciolecia. Najbliższą publikacją mają być, „Sanatoria gruźlicze i szpitale zakaźne w Polsce”, — broszura ta ukazać się powinna w czerwcu 1935 r., a to w związku z IV M. K. Szp., który odbędzie się w tym czasie w Rzymie. Z uwagi jednak na zwoływany do Polski we wrześniu 1934 r. Międzyn. Kongres Przeciwgruźliczy wysuwamy propozycję, ażeby wspólnie z zainteresowanymi instytucjami, względnie polskim komitetem organizacyjnym Kongresu opracować do tego czasu przynajmniej pierwszą część tej pracy — o sanatoriach gruźliczych, powinniśmy bowiem godnie zaprezentować w tem wydawnictwie nasz poważny dorobek na tem polu. Oczywiście, już raz zebrany materiał ukazałby się niezależnie (łącznie ze szp. zakaźnymi) w wydawnictwie P.T.S. w 1935 r., ewent. uzupełniony jeszcze w ostatniej chwili. Przystępując zatem do opracowania powyższej monografii, chcielibyśmy drogą szerokiego o tem powiadomienia i zainteresowania odnośnych zarządów instytucji zebrać jaknajprędzej i usystematyzować posiadany w kraju materiał, żeby ta druga broszura znacznie przewyższała dokonaną pierwszą próbę i, oprócz doniosłego dla Polski znaczenia propagandowego na terenie międzynarodowym, stała się przede wszystkim cennym zbiorem dla naszych potrzeb. Jest to bowiem najprostszy sposób przez krytyczną ocenę już funkcjonujących nowych zakładów dojść do ulepszenia wszelkich następnych poczyniń, do obudzenia jeszcze doskonalszych myśli twórczych. Zwracamy się przeto z apelem do zarządów mniejszych i większych sanatoriów, które odpowiadają wyszczególnionym założeniom, o nadesłanie wstępnych związanych informacji (jako to: miejscowość, liczba łóżek, rok otwarcia, specjalne cechy lub urządzenia, parę fotografii, względnie sprawozdanie lub prospekt). Po rozpatrzeniu się w nadesłanym materiale i opracowaniu w międzyczasie szczegółowej ankiety, T-wo zwróci się o sporządzanie opisu obszerniejszego, jak również o nadesłanie wtedy odpowiednich planów i niezbędnych zdjęć fotograficznych. Przy tej sposobności prosimy również o zapisywanie się w poczet członków Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa, czy to w postaci zapisu instytucji, jako członka zbiorowego, czy to osobiście, gdyż tylko przez większe skupienie sił oraz przez odpowiednie zasoby finansowe możemy pracą swoją przyspieszyć odrodzenie naszego szpitalnictwa, będącego rzeczywiście dumą każdego kulturalnego narodu. Na zakończenie zaznaczamy, że każdy nasz członek otrzymuje bezpłatnie „Przegląd Kwartalny ze Szpitalnictwa” oraz wszystkie referaty wygłaszane w Towarzystwie. Każdy **n o w o z a p i s a n y** członek otrzyma jeszcze z zapasów pełny komplet tych wy-

dawnictw: 3 NN Przeglądu, 25 zeszytów referatów, 2 zeszyty propagandowe ilustrowane i 2 sprawozdania. Jest w opracowaniu wydawanie specjalnych zeszytów „Polskiego Nosokomeionu” — organu Międzynarodowego Szpitalnictwa z materiałem krajowym i zagranicznym. Tworzy się przy Towarzystwie 10 fachowych komisji naukowych, będących podstawą do utworzenia „Biura poradni” we wszystkich sprawach i zagadnieniach interesujących członków, jak również przyjmowane są do opracowania przez członków poszczególnych sekcji tematy specjalne, wreszcie, organizowane są konkursy architektoniczne nowych inwestycji szpitalno-sanatoryjnych lub ich przebudowa, jako wchodzące w zakres studiów i badań naukowych. Poniżej przytoczone są tytuły referatów dotąd ogłoszone przez P. T. S. drukiem: 1) Dr. B. Ostromecki: „Typy pawilonów zakaźnych przy pow. szpitalach powszechnych” z rys. 2) Doc. inż. F. Bąkowski: „Ogrzewanie i wentrowanie budynków szpitalnych”. 3) Dr. A. Goldman: „Szpital w nocy”. 4) Inż. Arch. W. Borawski: „Rozbudowa szpitala zakaźnego św. Stanisława w Warszawie” z rys. i ilustr. 5) Dr. B. Jakimiak: „Nowa ustawa o zakładach leczniczych a organizacja zarządu szpitala”. 6) Dr. T. Mogilnicki: „Opieka nad dzieckiem w Wiedniu” z ilustr. 7 — 10) Zeszyt zbiorowy na Międz. Dzień Szpitalnictwa 12-go maja 1932 r. 11) Inż. Arch. W. Borawski: „Zagadnienia kosztów budowy szpitali na gruncie Międz. Kongresów szpitalnictwa” z wyk. 12) Prof. dr. K. Hilarowicz: „Zagadnienia lekarskie budowy i urządzenia nowoczesnych klinik i oddz. chirurg.” z rys. i ilustr. 13) Dr. B. Ostromecki: „Projekt typowego szpitala powszechnego na 60 łóżek” z rys. 14) Dr. F. Cieszyński: „Organizacja opieki nad noworodkami w miejskim Zakł. pol. im. ks. A. Mazowieckiej w W-wie” z ilustr. 15) Inż. S. Rudziński: „Urządzenia wodne i kanalizacyjne w szpitalach” z rys. 16) Dr. A. Goldman: „Sprawozdanie z Międzynarod. kursów szpitalnictwa”. 17) Doc. dr. G. Szulc: „Żywienie chorych w szpitalach”. 18) Dr. K. Dębicki: „Organizacja szpitalów francuskich” z wykresami. 19) Dr. T. Mogilnicki: „Rola kształcąca szpitala”. 20) Zeszyt zbiorowy na Międz. Dzień Szpitaln. 12-go maja 1933 r. 21) Dr. L. Krzewiński: „Obrona przeciwigazowa szpitali i organizacja ratownictwa”. 22) Prof. dr. J. Lauber: „Oświeślenie szpitala”. 23) Inż. Arch. W. Borawski: „Projekt szpitala ogólnego w Kaliszu” z rys. i ilustr. 24) Inż. Arch. M. Heyman: „Urządzenia i instalacje w zakładach psychiatrycznych” z rys. i ilustr. 25) Dr. Z. Szczepański: „Sanatorium - szpital dla leczenia gruźlicy płuc”. (—) Inż. Arch. W. Borawski, Przewodniczący I. Komisji Bud. Szpit. Sekretarz - Skarbnik P.T.S. — Adres. Polskie T-wo Szpitalnictwa, Warszawa, ul. Widok 23, m. 3.

— Zarząd Towarzystwa „Trzeci w ośc” nadesłał nam z prośbą o wydrukowanie następującą informację. Wzorem lat ubiegłych Państwo w a Szkoła Higjenu z inicjatywy Minis-

terstwa Opieki Społecznej organizuje w dniu 8 — 13 stycznia 1934 r. VIII. kurs p. t.: „Alkoholizm i jego zwalczanie”. Program kursu ujmuje zagadnienia z punktu widzenia społeczno-lekarskiego oraz wskazuje systemy zwalczania tej klęski. Wykłady odbywać się będą codziennie w godz. 9 — 13 i 16 — 19 w gmachu Państwowej Szkoły Higjenu, Chocimska 24 — kurs jest bezpłatny — wpisowe wynosi 5 zł. Dla pewnej liczby słuchaczy Ministerstwo przewidziało stypendja w wysokości 40 zł., a Państwowa Szkoła Higjenu rezerwuje miejsca w swej bursie za opłatą 4 zł. dziennie (mieszkanie i utrzymanie). Podania o przyjęcie na kurs oraz o przyznanie stypendjów kierować należy do Państwowej Szkoły Higjenu, Warszawa, Chocimska 24. Do podania, zawierającego dokładny adres kandydata, należy dołączyć krótki życiorys, zawierający dane o dotychczasowej działalności, zwłaszcza społecznej, i zaświadczenie instytucji lub organizacji, delegującej kandydata. O przyjęciu na kurs i ewentualnem przyznaniu stypendjum kandydaci zostaną zawiadomieni przed dniem 5.1.1934 roku.

— XIV Zjazd Psychjatrów Polskich w Krakowie. — W dniach 19, 20 i 21 maja 1934 r. odbędzie się w Krakowie XIV Zjazd Psychjatrów Polskich. Temat Zjazdu: zaburzenia reaktywne, psychiczne i nerwowe z punktu widzenia etiologicznego, klinicznego, psychopatologii dziecka i ubezpieczeń społecznych. Szczegółowy program zostanie ogłoszony w styczniu 1934 r. Wszelkie pisma i zgłoszenia prosimy kierować pod adresem Sekretarza generalnego Zjazdu: Doc. Dr. E. Artwiński, Kraków, ul. Batorego 17. — Za komitet organizacyjny Sekretarz Generalny: (Doc. Dr. E. Artwiński). — Prezes: (Prof. Dr. St. K. Pieńkowski).

— D o w i a d o m o ś c i W P P L e k a r z y. W najbliższych dniach rozpoczynamy wysyłkę kalendarzy na rok 1934 (bezpłatnie). Wobec możliwości wyczerpania nakładu, prosimy uprzejmie o łaskawe zgłoszenia, o ileby kalendarzyk nasz nie został doręczony do dnia 1 stycznia 1934 r. Chem. Farm. Zakł. Przem. F r . K a r p i Ń s k i. Sp. Akc. Warszawa, ul. Wolność 7/9.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

8.I. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

P o k a z: 1. B. C h o r a ż y c k i (sen.). Przypadek zrośnięcia podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardzieli na tle twardzieli wyleczony za pomocą elektrokoagulacji. O d c z y t y: 2. Z. S z y m a n o w s k i. Bakteriofagi i zarazki przesykalne. 3. S. K r a m s z t y k i A. B e r. Badania doświadczalne nad działaniem ubocznym związków salicylowych.

TRĘŚĆ: F. VENULET. Równowaga kwasowo-zasadowa a niemiarowość tętna. — J. K. PARNAS. Uwagi krytyczne do artykułu prof. F. Venuleta. — J. E. CHMIELEWSKI. O leczeniu chorób t. zw. gośćcowych i nerwobólów szczepionkami metodą Ponndorfa oraz zastrzykiwaniami siarki kolloidalnej. — J. FLIEDERBAUM. Rola układu autonomicznego w krążeniu, ustalaniu się i zaleganiu wody w ustroju oraz w powstawaniu obrzęków i stanów wysuszenia. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — A. MACIESZA. Osobnik jako przedmiot studiów antropologii. — A. RYDER. O karcie zachorowań i systemie przebitkowym w nowym projekcie organizacji Ubezpieczalni Społecznej. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: F. VENULET. L'équilibre acido-basique et l'arythmie du pouls. — J. K. PARNAS. Remarques critiques concernant l'article du prof. F. Venulet. — J. E. CHMIELEWSKI. Sur le traitement des maladies soit-disant rhumatismales et des névralgies par les vaccins d'après la méthode de Ponndorf et au moyen d'injections de soufre colloidal. — J. FLIEDERBAUM. Le rôle du système autonome dans la circulation, fixation et l'arrêt d'eau dans l'organisme et dans la formation d'oedème et de l'état de dessèchement (Rev. gén.). — A. MACIESZA. L'individu comme objet d'études d'anthropologie. — K. RYDER. Sur la carte de maladies et le système à décalque dans le nouveau projet d'organisation de la Chambre d'assurances sociales.