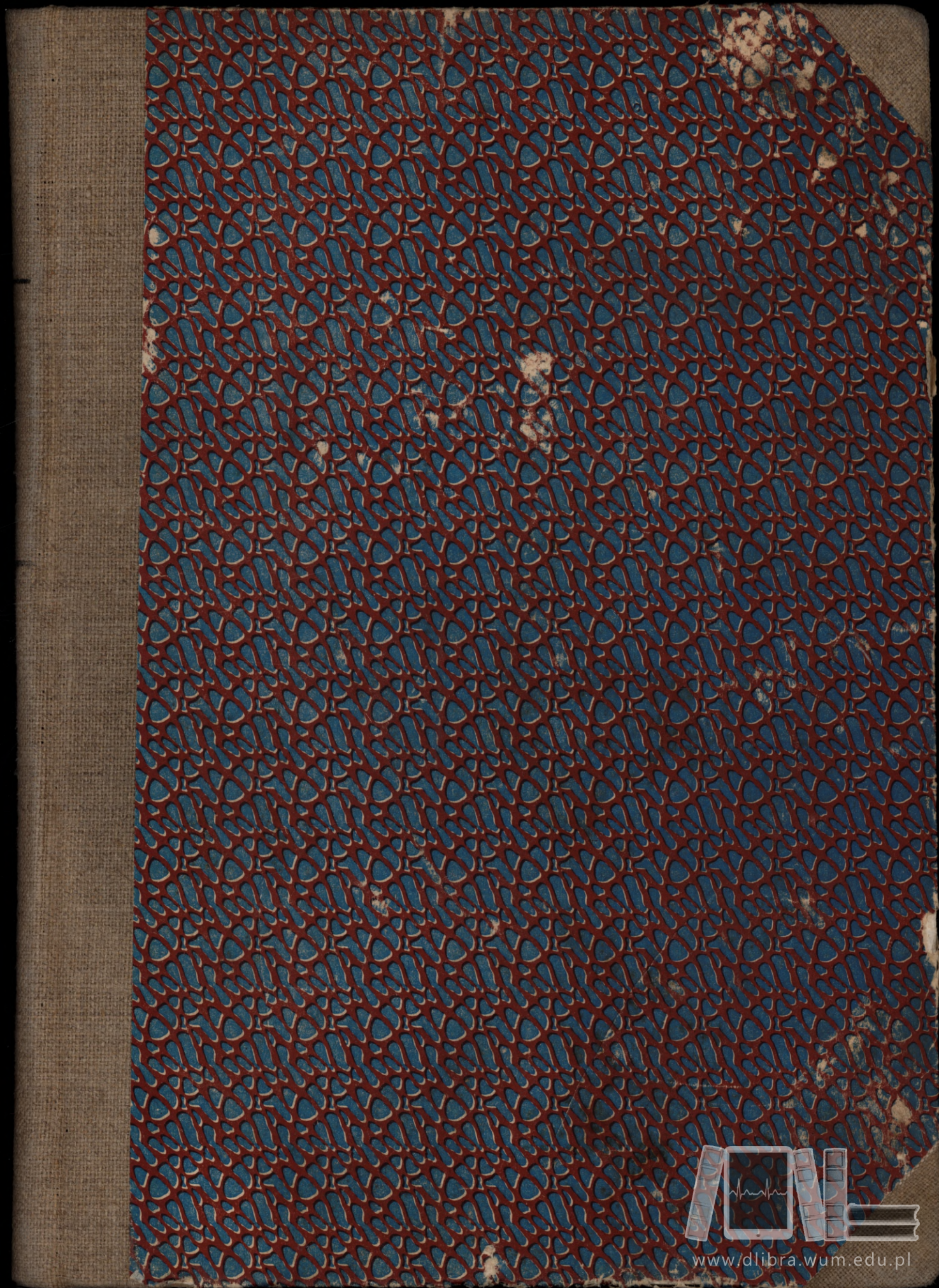




www.dlibra.wum.edu.pl

WARSZAWSKIE
CZASOPISMO LEKARSKIE

W Y D A W A N E

przez W. KNAPPEGO

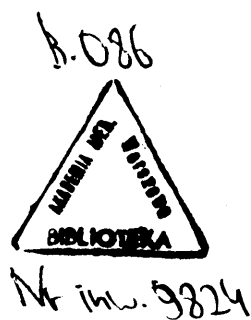
pod redakcją Z. SREBRNEGO



R O C Z N I K X I I I .

W A R S Z A W A

1 9 3 6



SPIS RZECZY.

I. PRACE ORYGINALNE.

A. Rozprawy.

Hanna HIRSZFELDOWA. Prawa dziedziczności w zastosowaniu do medycyny z uwzględnieniem ustawy sterylizacyjnej.	Str. 134
Maurycy BORNSZTAJN. Historia rozwoju psychoanalizy i jej stan współczesny (w 80-ą rocznicę urodzin Zygmunta Freuda).	293, 313

B. Wykłady kliniczne.

Józef ITELSON. Gościec mięśnia sercowego.	1, 21
Maksymilian BIRO. Urazy kręgosłupa a zaburzenia w układzie nerwowym.	41, 61
Wilhelm SZENWIC. Gruźlica narządu rodowego jako rzadko rozpoznawana jednostka chorobowa.	81
Marek LEWENFISZ. Działanie pośrednie promieni rentgenowskich na nowotwory złośliwe.	101
Jan CHRZANOWSKI i Adam BENDER. O bezbolesnych postaciach zawału mięśnia sercowego.	141, 153
Leon BINET. O przywracaniu do życia.	175
Ludwik JUSTMAN. Patogeneza i leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych.	205
H. KRYSZEK. O gościecu naczyniowym.	225
Maksymilian BIRO. Urazy kręgosłupa a choroby układu nerwowego.	246
J. BORKOWSKI. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym.	273
Gustaw BYCHOWSKI. Istota i możliwości lecznicze psychoanalizy.	296.
H. REZNIKOW. Współczesna rentgenoterapia choroby Basedowa.	317
Władysław STERLING. Zagadnienie t. zw. climacterium virile.	333
A. KOBRYNER i J. PENSON. Wpływ diety na przebieg kliniczny schorzeń nerkowych.	354
Henryk HIGIER. Zagadnienia nauki dzisiejszej i wczorajszej o chorobach dziedzicznych wogóle, o heredodegeneracji układu nerwowego w szczególności i o jej zapobieganiu. (Analiza strukturalna choroby rodzinnej jako problem badawczy), 373,	397, 421
Henryk HIGIER. W sprawie walki eugenicznej z rozrodem osobników mało wartościowych.	445
Jerzy JASIEŃSKI. O wartości klinicznej metod czynnościowego badania nerek.	469, 493
Jakób WĘGIERKO. Uwagi o istocie i leczeniu cukrzycy w świetle spostrzeżeń własnych.	517
Maksymilian BIRO. O chorobie Tay-Sachsa.	545, 565

W. MILLER. Patogeneza rzeżączkowego schorzenia stawów.	Str. 585, 605
E. SALITÓWNA. Próba uzasadnienia stosowania leczniczego wód mineralnych alkalicznych i słonych.	625
H. HALPERN-WIELICZAŃSKI. Przyczynek do kliniki gruźlicy gruczołów kręzkowych.	645
Maksymilian BIRO. Choroba Tay-Sachsa.	665, 686
Z. SREBRNY. Rola palca w rozpoznawaniu i leczeniu chorób gardła.	706
Michał ABRAMOWICZ. Nowe metody leczenia żylaków i owrzodzeń goleni.	725, 745
Konstanty ŚWIDER. Padaczka zwana samoistną, jej stosunek do padaczki organicznej i częstości występowania.	765, 785
H. STÜCKGOLD. O schorzeniach nowotworowych szpiku kostnego.	805

C. Z kłiek, szpitali i pracowni.

F. VENULET, F. GOEBEL i R. TISLOWITZ. Wpływ amoniaku na równowagę kwasowo-zasadową.	5
N. ALTER. W sprawie rzekomobłoniastego zapalenia tchawicy i oskrzeli.	25
B. EPSTEIN. Pochodne kwasu azotowego w moczu i ich znaczenie diagnostyczne w chorobach dróg moczowych.	27
W. KRASZEWSKI i Z. ZAKRZEWSKI. Badania nad związkiem istniejącym między krzepnięciem krwi a wchłanianiem niektórych zawiesin koloidalnych przez komórki aparatu siateczkowo-śródbłonkowego.	44
L. SZYFMAN i J. WAJNSZTOK. Przyczynek do rozpoznawania schorzeń trzustki.	48
Jerzy PERL. O wartości leczniczej przetworów ciała żółtego.	65
A. KOBRYNER i J. FELHENDLER. O modyfikacji hemoterapii w zapaleniu płuc.	68
Józef FLAKS. O wartości hipotezy „virusa” w nowotworach przeszczepialnych.	84
Wł. STERLING, L. PRUSSAK i M. WOLFF. Objaw Meesa i jego modyfikacja demarkacyjno-uciskowa w zapaleniu wielonerwowym.	107
B. „HELLER-HERMELINOWA. Przyczynek do sprawy szczepienia dzieci przeciw durowi brzuszemu za pomocą anatoksyny durowej.	114
Stanisław JUSTMAN. W sprawie podrażnienia opon mózgowo-rdzeniowych po nakłuciu lędźwiowym.	155
Józef FLAKS. O wartości hipotezy „virusa” w nowotworach przeszczepialnych.	158
Jan ŻURKOWSKI. Maczugowce błonicy z materiału kli-	

	Str.		Str.
niczno łódzkiego w hodowlach na podłożach Clauberga.	177	mana i D-ra Merenlendera: „Opis kliniczno-anatomiczny przypadku choroby Cushinga” w Nr. Nr. 34, 35, 36 i 37 Warsz. Czas. Lek. 1936.	655
L. SZYFMAN. Uwagi w sprawie leczenia chorób wątroby insuliną.	182	E. HERMAN. Odpowiedź na uwagi D-ra St. Zajdenbajtla.	655
Henryk HIGIER. W sprawie odczynu pocenia się u osobników ze schorzeniem rdzenia. (Notatka historyczna).	183	W. STERLING, N. MESZ i I. KIPMANOWA. Rhachischisis totalis. Zespół Klippel-Feila. Kiła kostna i rdzeniowa.	668
Henryk LEWENFISZ. O leczeniu zapobiegawczym powikłań po operacji wyłuszczenia migdałków.	210	J. CHRZANOWSKI i A. STILLER. Dwa przypadki naprzedniego zablokowania lewej i prawej gałazki pęczka Hissa.	689
Wł. STERLING i I. KIPMANOWA. Zespół Ramsay Hunta a polyneuritis cerebialis menieriformis.	229	J. ROZENBLAT. Nowa próba chemiczna Visschera i Bowmana rozpoznawania ciąży wczesnej.	708
S. MINC. Odczyn Takaty.	252	Władysław STERLING. Epidemia dziecięcej hysterii religijnej.	728, 749
Benedykt GLASS. Przyczynę do mechanizmu działania wyrwania nerwu przeponowego.	276	Henryk LEWENFISZ. O chirurgicznym leczeniu niedrożności wąskiego nosa.	731
Emma MOŚCISKER. Zastosowanie ćwiczeń udarowych Fröschelsa w przypadku zaburzenia głosu na tle mutacji.	277	Ludwik ANIGSTEIN. Badania doświadczalne nad własnościami biologicznymi i chemoterapeutycznymi butylo-tiolaratu bizmutu (Neocardylu).	752 768, 789
B. KARBOWSKI. Stosowanie lipiodolu w celach leczniczych w ropniach mózgu i mózdzku.	322	Zofia MILIŃSKA-SZWOJNICKA i Bolesław RASZKES. O wartości antygenu krętkowego (Palligen) w serodiagnostyce kiły.	793
J. FLAKS i B. GRYNKRAUT. Czy szczepienie doskórne uodparnia przeciwko nowotworom?	338		
D. THURSZ. Doświadczenia z dożylnym stosowaniem alkoholu etylowego w celach przeciwbólowych u chorych na nowotwory złośliwe.	339		
Jan SREBRNY. O kostniakach jam dodatkowych nosa.	358		
J. SKŁODOWSKI i S. DOBRYSZYCKI. Przypadek ciężkiej anemii wywołanej długotrwałymi krwawieniami hemoroidalnymi.	426		
P. BAUMRITTER, M. BUSSEL i M. ZAKS. Przemiana węglowodanowa w postępującym zaniku mięśni i próba leczenia insuliną.	427		
Daniel KON. O wpływie autohemoterapii na porażenia połowicze.	450		
A. KOBRYNER, N. MESZ i S. SZMERNER. W sprawie rozpoznawania lewostronnych ropni podprzeponowych.	473		
S. FRANK. W sprawie artykułu: „Przypadek ciężkiej anemii wywołanej długotrwałymi krwawieniami hemoroidalnymi”. J. Skłodowski i S. Dobryszyski.	478		
S. DOBRYSZYCKI. W sprawie uwag kol. S. Franka w związku z pracą naszą: „Przypadek ciężkiej anemii wywołanej długotrwałymi krwawieniami hemoroidalnymi”.	478		
I. LANDAU. Przypadek ciężkiego ogólnego zakażenia paciorkowcowego i róży, wyleczony chlorowodorciem sulfamidochryzoidyny.	497		
J. PARADOWSKI, J. ROSE, S. WITEK, W. ZALEWSKI. Leczenie schizofrenii insuliną.	529		
H. BROKMAN, J. BRILL, J. FRENZDŁOWA. Odczyn na reumatyzm (BBF) na podstawie z górą 300 przypadków materiału klinicznego.	547		
E. HERMAN i J. MERENLENDER. Opis kliniczno-anatomiczny przypadku choroby Cushinga. 550, 568, 588, 607			
J. EISENFARB. Przyczynę do powstawania niedokrwistości nadbarwliwej i zaburzeń gospodarki wodnej w schorzeniach mięsżowych wątroby.	572, 592		
Józef STEIN. O tworzeniu biliwerdyny w hodowlach tkankowych wątroby zarodków kurzych.	611		
A. FARAGO i K. HASZLER. Wpływ promieni X na czynności komórek, hodowanych sztucznie.	623, 631		
E. WISCHNOWITZER. Stosunek wymiaru poprzecznego serca do poprzecznego wymiaru klatki piersiowej oraz konfiguracja serca w zwyrodnieniu mięśnia sercowego.	648, 672		
St. ZAJDENBAJTEL. W sprawie artykułu D-ra Her-			
		D. Z praktyki prywatnej.	
		M. KOENIGSTEIN. O niezwyklej postaci krwawienia nosowego.	211
		J. HANDZEL. Działanie biodynamiczne i lecznicze kąpieli borowinowych Iwonicza w świetle 9-cioletniej obserwacji.	378, 401
		Stanisław WOLFSTEIN. Przypadek ciężkiej róży u niemowlęcia zakończony wyzdrowieniem.	383
		Matylda BIEHLER. Przyczynę do badań nad rumieniem guzowatym u dzieci.	498
		Gustaw RACIĄZEK. Przypadek samoistnej przepukliny płucnej.	630
		Matylda BIEHLER. Surowica swoista w leczeniu zakażeń dróg moczowych pęcią okrężnicy.	709
		Matylda BIEHLER. Przemiana podstawowa i metaboliczne znaczenie tarczycy w okresie pokwitania u dziewcząt.	810
		E. Kartki kliniczne	
		Benedykt GLASS. Jedno z wskazań do wczesnego wykonania operacji Jacobaeusa.	49
		M. FEJGIN. Przypadek podostrego zespołu otrzewnowego.	253
		Ewelina LAWENDEL. Przypadek wrodzonego obrzęku u niemowlęcia.	255
		A. FRYSZMAN i A. GALEWSKI. Przypadek czerwienicy prawdziwej typu Gaisböcka.	771
		II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.	
		a) Streszczenie zbiorowe i poglądowe.	
		Józef TENCER. Najnowsze postępy w dziedzinie nauki o błędniku.	8
		Józef STEIN. Rozwój poglądów na wytwarzanie barwnika żółci oraz na powstawanie żółtaczek	29, 50, 69
		A. GELBFISZ. O nagłej śmierci sercowej.	88, 117
		M. PŁONSKIER. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.	144, 159, 184
		W. GŁOWACKA. Z nowszych prac o wściekliznie	213, 232, 256

	Str.
Roman MICHAŁOWSKI. Występowanie witaminu C w tkankach zwierzęcych.	278
Wiwa GEYSMER-JAROSZEWICZ. O obecności prątków Kocha we krwi, w moczu, w płwocinie i płynie mózgowo-rdzeniowym u osób bez objawów czynnej sprawy gruźliczej.	299, 324
E. BIRZOWSKI. Uwagi o istocie rzucawki oraz nowa próba jej leczenia.	341
A. STILLER. Patogeneza migotania przedsionków.	361
Emil LANDAU. O zespole klinicznym zawału mięśnia sercowego.	383, 404, 429
J. JAKÓBKIEWICZ. Botulinus i zatrucie toksynami botulinowymi. (Szkic epidemiologiczny).	455, 479
Roman MICHAŁOWSKI. Wpływ kwasu askorbinowego na krzepnięcie krwi.	502
Julia SEYDEL. Bakteriemia w błonicy u człowieka.	525
Leontyn DMOCHOWSKI. Badania P. Mendeléeff nad liposarcoma Murraya i nad czynnikami wpływającymi na wzrost nowotworów.	555
Antoni WAJNGOT. Agranulocytoza polekowa.	574, 594
Leontyn DMOCHOWSKI. O podstawach teorii Freunda i Kaminerówny i związanych z nią odczynach rozpoznawczych w raku.	612
Szymon HOPENSZTADT. O obecnym stanie terapii krótkofalowej.	631, 656
A. KIRSZBRAUN. Hiperwitaminoza D. Powstawanie i zapobieganie.	676, 692
Henryk SZPIDBAUM. Zagadnienia konstytucji, dziedziczności i eugeniki w cukrzycy.	713, 732, 755
M. GIRSZOWICZ. Problem reumatyzmu w związku z V-ym Kongresem Reumatologicznym w Sztokholmie we wrześniu r. b.	772
M. WEINTAL. Rzeczy nowsze o chorobach alergicznych nosa i jego jam obocznych.	797, 814

b) Streszczenia pojedyncze.

1. Zagadnienia ogólne.

HADEN. Zaburzenia z braku mnogich swoistych czynników odżywczych u dorosłych.	33
B. DUBNOWA. Czy należy utożsamiać marskość rzekomą wskutek zrostów osierdziowych Picka z zapaleniem wielosiurowiczkowym?	69
B. FORNET. Tatuaz zapobiegawczy u leczonych surowicą.	157

2. Anatomia normalna i patologiczna.

Herbert K. FIDLER. Porównawcze badania cytologiczne tkanki normalnej i nowotworowej.	
P. GUTTMAN, S. HALPERN. Objętość jądra i jąderka w raku.	85

3. Histologia i Embriologia.

M. MEISSEL. Zmiany w komórce roślinnej pod wpływem czynników chemicznych.	37
M. KAISER i P. VONWILLER. O badaniu drobnowodnym szczepionych odczynów rogówkowych na żywym zwierzęciu.	37

4. Fizjologia normalna i patologiczna.

W. HOHLWEG. Hormon ciała żółtego i zmiany potrzebne przysadki mózgowej.	1
AMILIBIS, MENDIZABAL, BOTELLA-LLUSIA. Hormony jajnikowe i przemiana węglowodanowa.	1

H. W. NIEMEIER. Substancje działające na jajnik pochodzenia przysadkowego i z moczu ciężarnych.	1
J. von BOROS i G. CZONICZER. Dane kliniczne o wpływie tarczycy na tworzenie się krwi.	1
Soma WEISS i Laurence B. ELLIS. Zużycie i wytwarzanie kwasu mlekowego w kończynach podczas spoczynku i ćwiczenia u osobników z prawidłowym i chorym układem krążenia.	13
SIDNEY A. GLADSTONE. Rzut serca i związane z nim funkcje w okolicznościach podstawowych i po posiłkach. Studium kliniczne.	13
VOGT. Witamina C, a rozmnażanie się.	21
K. EHRHARDT i Alarich HAGENA. Dalsze badania nad hormonem ciała żółtego.	21
DIEHL, MOLL, SCHRÖDER. Czy stosowane wyciągi wątrobowe zawierają witaminę C.	37
E. A. SPIEGEL i M. G. WOHL. Odczyn trzewiowo-galwaniczny.	37
L. ŁUKANCEWER. O wpływie wielokrotnych przepłukiwań żołądka na pewne chemiczne składniki krwi.	61
K. M. SZUSTER. Spostrzeżenia nad ilością krwi krążącej.	61
K. LUBOWCOWA i E. WALTER. O proteazach ludzkiej krwi.	61
HARRIS i LEONG. Wydalanie witaminy B ₁ w moczu ludzi.	81
A. M. DIKOWSKI. W sprawie wpływu zwiększonego ciśnienia atmosferycznego na układ sercowo-naczyniowy.	81
A. G. TETELBAUM, S. I. UMANSKIJ i M. I. KRYNSKIJ. Wpływ obciążenia fizycznego na ciśnienie żyłne.	81
SCHRIFTSETZER. Badanie wczesnych odruchów warunkowych u niemowląt przy pomocy obronnego odruchu na światło.	101
G. BAYER. O fizjologicznej inaktywacji adrenaliny (sympatiny).	101
SINGER i WECHSLER. Pepsyna, czynnik Castlea i odczyn retikulocytowy u szczurów.	101
L. KARZAG. Barwnik naturalny soku żołądkowego.	113
Edwin E. OSGOOD. Normalne dane hematologiczne.	149
J. MARION READ i Charles W. BARNETT. Nowe wzory dla przepowiadania wielkości przemiany podstawowej z tętna i ciśnienia pulsowego.	149
I. M. PEJSACHOWICZ. Grasica a narządy płciowe.	161
E. M. Medlar. Poziomy leukocytów „spoczynkowe” i „czynnościowe”.	161

5. Choroby alergiczne.

D. MURRAY COWIE i BUENAVENTURA JIMENEZ. Badanie cytologiczne mazań z nosa u uczulonych i nieuczulonych osób z objawami nosowymi ze szczególnym uwzględnieniem liczby eozynofili i jednoczesnego badania cytologicznego krwi.	90
F. LASCH. O objawach alergicznych w pozajelitowym leczeniu wątroby.	90

6. Farmakologia i Toksykologia.

L. BURY. W sprawie stosowania Coraminy w ciężkiej zamartwicy wywołanej zatruciem gazem kopalnianym.	61
GOTTSEGEN. Wpływ środków moczopędnych na rezerwy alkaliczne krwi.	61

P. CIRLA. Fosfor krwi w zatruciach zawodowych ołowiem, chromem i rtęcią.	73
MAUGERI. Wpływ wapnia i magnezu na wydalanie ołowiu z moczem.	73
R. FISCHER i H. SALZER. Leczenie zatrucia wernalem.	89
GROTE. Zatrucie alkoholem.	89
ANGLADE i DUHAMEL. Epidemia samobójstw zapomocą gardenalu grasowała na prowincji.	89
Torald SOLLMAN i Nora E. SCHREIBER. Badania chemiczne nad ostrem otruciem dwuchlorkiem rtęci.	89
L. PRETI. Zawodowe zatrucia benzolem.	89
A. RAVINA. Wpływ tytoniu na organizm w świetle ostatnich badań klinicznych i doświadczalnych.	125
A. HOLSTE. Przypadki zatrucia tlenkami azotu.	137

7. Biologia.

CALLOW i DEANESLY. Czynność biologiczna pochodnych męskiego hormonu, androsteronu.	5
W. M. WASELKINA. O przepuszczalności tkanki mięśniowej dla kwasu mlekowego.	109
A. N. MANICKIJ. Rola procesów koloidalnych w mięśniach znużonym.	109
ACKMANN. Pomiary odporności skóry u dzieci zdrowych w różnym wieku.	109
C. PICADO. I. Amboceptory „przeciwko gruczolom o wydzielaniu wewnętrznym” w surowicy ludzkiej, w różnym wieku. II. Izo-amboceptory „przeciwgruźlicze” i „przeciwjądrowe” w surowicy królika i świnki.	109
R. DUJARRE DE LA RIVIÈRE, N. KOSSOVITCH i A. CYGLER. O zdolności hemolitycznej surowic różnych grup krwi.	153
A. S. PARODI. Przysadka i fagocytoza.	153
V. de LAVERGNE i P. KISSEL. Cholesterol i odporność.	153
F. MAIGNON. Polipeptydemia we wstrząsie anafilaktycznym.	153
M. POLONOWSKI, Ch. GERNEZ i J. DRIESSENS. Polipeptydemia we wstrząsie anafilaktycznym	153
Fritz LUDWIG i J. v. RIES. Wpływ hormonów na różnicowanie płci.	153

8. Patologia kliniczna i doświadczalna.

A. BAUDOUIN, H. BÉNARD, J. HERVY, J. LEWIN i J. SALLET. Powolne i stałe wstrzykiwanie adrenaliny u człowieka.	9
J. S. SWEENEY, N. BARSHOP i L. C. LOBELLO. Wpływ toksemii na tolerowanie cukru gronowego na działanie insuliny.	9
T. R. HARRISON, C. E. KING, J. A. CALHOUN i W. G. HARRISON jr. Przekrwienność niedomoga serca. Oddech Cheyne-Stokesa jako przyczyna duszności napadowej przy zasypianiu.	9
W. G. HARRISON jr., J. A. CALHOUN, J. P. MARSH i T. HARRISON. Przekrwienność niedomoga serca. Odruchowe pobudzenie oddychania jako przyczyna duszności wieczorowej.	21
C. LIAN i J. FACQUET. I. Mierzenie szybkości krążenia w niedomodzi serca. II. Mierzenie szybkości krążenia poza niedomogą serca.	21
O. DZIUBINSKAJA. Fagocytna czynność leukocytów i własności opsoniczne surowicy u zwierząt, pozbawionych nadnerczy.	22

G. LEMMEL i W. BÜTTNER. O warunkach powstawania mikrolitów w żółci	22
T. R. HARRISON, J. A. CALHOUN i W. G. HARRISON Jr. Przekrwienność niedomoga serca. Obserwacje dotyczące się mechanizmu dychawicy sercowej.	45
M. ASCOLI. Kilka cech krwi w nowotworach złośliwych.	45
H. BUSQUET i Ch. VISCHNIAC. Wpływ lepkości krwi na działanie hipotensyjne yohimbiny.	45
F. PEZZANGORA. Studium kliniczne i doświadczalne nad leczeniem nadciśnienia tętniczego za pomocą dożylnych wstrzykiwań alkoholu oktylowego.	45
P. MENDELEEFFÓWNA. I. Zdolność koagulacyjna elementów morfotycznych krwi świńek morskich chorych na raka i normalnych.	45
— II. Zdolność koagulacyjna leukocytów wielojądrowych i mononuklearów, pochodzących od świńek rakowatych i od świńek prawidłowych.	45
— III. Nowa metoda rozpoznawania raka przez określanie zdolności koagulacyjnej elementów morfotycznych krwi.	45
Harry LOWENBURG. Badania nad wpływem uspienia na stopień ruchomości leukocytów obojętnych in vitro.	49
David M. GRAYZEL. Zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym po drgawkach spowodowanych przez nadmierne dawkowanie insuliny.	49
G. BELLET, Ch. G. JOHNSTON i A. SCHECTER. Wpływ zawału mięśnia sercowego na tolerowanie przez psy naparstnicy.	49
E. G. SCHMIDT, J. S. EASTLAND i J. H. BURNS. Zakażenie i tolerancje na cukier gronowy.	49
SCHLIFAKE. Śledziona jako narząd obrony przed chorobami.	49
DAMBERGER i WENDT. O wpływie wyciągów z kory nadnerczy i witaminy C. na błoniczą niewydolność układu krążenia.	49
H. M. HAND. Stężenie białka surowiczego w różnych rodzajach obrzęku.	53
S. S. LICHTMAN. Pochodzenie i znaczenie tyrozyturii w chorobach wątroby.	53
S. O. BADYLKES i N. A. FIODOROW. Rola układu nerwowego w uczuleniu i zapaleniu hiperergicznym.	65
L. M. GEORGIEWSKAJA. O wahaniach zawartości urobilinogenu w stolcach na jednoimiennej i różnej diecie.	65
A. A. SZALAĞUROW. O odczynie Hyjmans van den Bergha.	65
R. I. FELDMAN. Fagocytna własność leukocytów toksycznych.	65
M. LABBÉ. Czynniki etiologiczne w chorobach przemiany materii.	77
William B. CHEW, Richard P. STETSON, George Van S. SMITH i O. Watkins SMITH. Hormony estrogeniczne, lutealne i gonadotropowe w hemofilii.	77
D. R. DILLIGAN, M. C. VOLK, D. DAVIS i H. L. BLUMGART. Stosunek między poziomem cholesterolu w surowicy, przemianą podstawową i objawami klinicznymi hipotyroidyzmu.	77
William J. DIECKMAN i Herbert L. MICHEL. Badania cieplne chwiejności naczynioruchowej w ciąży.	77
K. ULERKO-STRAGANOWA. Wpływ preparatów śledziony i grasicy na rozwój nowotworów.	93

	Str.		Str.
WINFELD. Pooperacyjne zmiany we krwi.	93	9. Nowotwory.	
F. MEYTHALER, G. SCHROFF. Skuteczność insuliny u osób zdrowych i chorych.	93	Howard A. BALL i Leo T. SAMUELS. Stosunek przysadki do rozwoju nowotworów złośliwych. III. Wpływ usunięcia przysadki na guzy autogeniczne.	98
L. B. LAPLACE. Obserwacje nad wpływem połączenia tętniczo-żylnego na krążenie u człowieka.	93	Clifford C. FRANSEEN i Claire Mc TIERMAN. Wpływ wycięcia przysadki na przemianę materii przeszczepionej tkanki nowotworowej.	98
Philip SHAMBAUGH. Zmiany krążenia w dławicy piersiowej. Badania doświadczalne.	93	Radford C. TANZER. Wpływ prolanu na przeszczepialnego mięsaka myszy.	98
Franklin C. Mc LEAN i A. Baird HASTINGS. Ocena kliniczna i znaczenie stężenia jonów wapniowych we krwi.	105	Charles F. BRANCH. Guzy dibenzatracenowe u skontrolowanych szczepów mysich.	98
Minas JOANNIDES. Diaphragmatitis primaria acuta (zespół Hedbloma).	105	Leiv KREYBERG i Sverre SCHRADER-NIELSEN. Czy istnieje wpływ pory roku na rozwój guzów smółkowych myszy?	98
J. E. F. RISEMAN, D. R. GILLIGAN i H. L. BLUM-GART. Leczenie niedomogi serca zastoinowej i dławicy piersiowej przez całkowite wycięcie gruczołu tarczowego prawidłowego. Wrażliwość chorych na epinefrynę wstrzykiwaną dożylnie przed i po całkowitej tyroidektomii.	105	Millard C. MARSH. Proste badania doświadczalne nad rakiem.	101
A. CANTAROW. Badania nad czynnością wątroby w marskości bramnej i w zastoinowej niedomozde serca.	105	Herman PINKUS. Wyosobnienie czystych szczepów komórkowych z guzów ludzkich. I. Wybór materiału i technika.	102
David A. RYTAND i W. DACK. Doświadczalny koncentryczny przerost serca u szczurów.	105	Enriquez VAZQUEZ-LOPEZ. Rozwój mięsaka Rousa, wszczepionego do mózgu.	102
W. KINNCELL i A. KINNCEL. O wpływie czynników meteorologicznych na częstość napadów u epileptyków.	121	Albert E. CASEY. Doświadczalna zmiana złośliwości za pomocą materiału z homologicznych guzów ssaków. III. W sprawie przesączalności tego materiału.	102
BIERICH i LANG. Zawartość lipidów w nowotworach ludzkich, jako wskazówka prognostyczna.	121	Barnett SURE, K. S. BUCHANAN i Harvey THATCHER. Wpływ witaminy A na powstawanie guzów rakowych.	105
A. H. ELIOT i F. R. NUZUM. Zawartość cholesterolu we krwi całkowitej u chorych z nadciśnieniem tętniczym.	121	Frances L. HAVEN. Wpływ tranu na wzrost guzów nowotworowych.	106
RISER, PLANQUES i VALDIQUIÉ. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego w nadciśnieniu tętniczym.	121	Hermann DRUCKREY. Wpływ hormonów na guzy rakowe.	106
Walter K. MYERS i Chester S. KEFFER. Stosunek białek osocza do płynu otrzewnowego i obręzków w marskości wątroby.	121	BLUMENTHAL. Leczenie raka wielohormonowymi preparatami i CAILLIAN — Badania histopatologiczne u zwierząt i ludzi leczonych tą metodą.	113
M. SCHUR. Związek między tarczycą a nadciśnieniem samorodnym.	141	M. MÖHLMANN. O wegetatywnej teorii powstawania raka i próbie jej zastosowania w praktyce.	126
Max WISCHNOWSKY, Arthur P. KANE, Edmund L. SCHLESIN i Charles S. BYRON. Wpływ dinitrofenolu na przemianę wodoru węgla.	133	E. BAUER, F. CHALETZKAJA, A. LYSŁOWA i L. M. SCHABAD. O hamującym działaniu niektórych frakcji wyciągów śledzionowych na rozwój guzów nowotworowych.	126
David HURWITZ i Levis T. BULLOCK. U chorych na zatrucie ciężowe nie można stwierdzić ciał presorycznych i antydiuretycznych.	133	JACOBS. Wyniki leczenia nowotworów ludzkich wielohormonalnymi wyciągami.	133
Richard M. Mc. KEAN, Gordon B. ELMORE, C. von der HEIDE. Uwalnianie krwi od cukru gronowego określane w krótkich przerwach.	133	Helsey J. BAGG. Doświadczalne wytwarzanie potworniaka jądra u kogutów.	134
Philip SOLOMON i Charles D. ARING. Przyczyny śpiączki chorych śpiączkowych, przybywających do szpitala powszechnego.	133	M. J. SHEAR. Badania nad karcinogenezą. I. Wywołanie guzów u myszy za pomocą węglowodorów. Egon LORENZ i M. J. SHEAR. II. Wykrycie dibenzantracenu w guzach mysich, wywołanych przez ten węglowódor.	134
STIRNIMAN. Przyczynę do rozpoznawania stanów hipowitaminozy.	141	J. SHEAR. Rakotwórcze właściwości węglowodorów.	138
B. JEGOROW. Prawa alergii.	157	Fredric W. ILFELD. Doświadczalne wytwarzanie guzów trzew za pomocą węglowodorów.	138
C. C. PARPHON i A. RUDEANU. Hipoglikemia przez odruch warunkowy.	157	Kanematsu SUGIURA i Stanley R. BENEDICT. Wpływ diety, wywołującej niedokrewność na rozwój raków, mięsaków i czerniaków u zwierząt doświadczalnych.	138
Etienne CHABROL i Jean SALLET. Badania nad kurczeniem się śledziony pod wpływem adrenaliny, stosowanej u człowieka drogą dożylną.	157	Kanematsu SUGIURA, George T. PACK i Fred W. STEWART. Badania nad zawartością zaczynów w gruczolako-raku mięsowym trzustki i porównanie z normalną trzustką ludzką.	138
Robert J. NEEDLES. Oporność krwinek czerwonych w zapaleniu płuc.	157	E. L. BURNS, Marian MOSKOP, V. SUNTZEFF i Leo LOEB. Stosunek między częstością raka sutka i cyklem płciowym u różnych szczepów mysich.	145
Abram BLAU. Stosunek wartości kofeiny, hipertonicznych roztworów cukru gronowego i soli, jako środków, zmniejszających ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego.	157		

Str.		Str.
	R. B. ENGELSTAD. Wytwarzanie tyroksyny w prze- rzutach raka tarczycy.	
	William CARPENTER, Mac CARTY. Znaczenie ma- cronucleolus w zagadnieniu raka.	
	10. Bakteriologia i Serologia.	
	Ivo ŁOMIŃSKI. I. Unieczynnianie bakteriofaga przez utlenianie. II. Czułość bakteriofagów i homolo- gicznych bakterii na utlenianie.	5
	Ivo ŁOMIŃSKI. Unieczynnianie bakteriofagów przez utlenianie; uczynnianie przez kwas askorbinowy.	5
	D. JONESCO. Badania nad chorobą Aujeszkego.	5
	I. G. RAMON, R. RICHOU, M. DJOURICHITCH. O odporności antytoksycznej ogólnej i miejscowej.	17
	II. G. RAMON, R. RICHOU. O odporności otrzymanej przez wpuszczanie abryny do woreczka spojow- kowego królika; odporność antytoksyczna ogólna czy miejscowa?	17
	III. G. RAMON, R. RICHOU. Powstawanie odporności u królika przez wpuszczanie jadu błoniczego do woreczka spojówkowego. Odporność antytoksycz- na ogólna czy miejscowa?	17
	IV. G. RAMON, M. DJOURICHITCH. O działaniu toksycznym i odpornościowym jadu błoniczego stosowanego na skórę.	17
	G. RAMON i B. ERBER. O odporności przeciwbłoni- czej nabytej drogą naturalną, i zakażeniu uta- jonym u małp.	29
	G. RAMON, R. RICHOU, E. LEMETAYER. I. Szcze- pienia zwierzętom doświadczalnym jadu błoni- czego z dodatkiem różnych substancji, w szcze- głości lanoliny.	29
	— II. Wyniki szczepień jadu tężcowego z dodatkiem różnych substancji, w szczególności lanoliny. Ibid.	29
	— III. O zmniejszeniu się jadowitości i o działaniu od- pornościowym abryny, dodanej do lanoliny i wstrzykniętej śwince morskiej. Ibid.	29
	R. DEBRÉ, G. RAMON, E. NORMAND i G. SEE. I. Jak reagują tkanki świnek morskich uodpornianych anatoksyną błoniczą na wstrzyknięcia jadu błoni- czego.	29
	— II. Jak reagują tkanki świnek morskich uodpor- nianych anatoksyną na wstrzyknięcia pał. błoni- czych chorobotwórczych i niechorobotwórczych. Ibid.	29
	— III. Jak reagują tkanki świnek morskich uodpor- nionych biernie na wstrzyknięcie tych samych prątków. Ibid.	29
	G. RAMON, R. DEBRÉ, G. SEE. O odporności wywołanej przez anatoksynę błoniczą. Badania doświad- czalne.	29
	F. PEZZANGORA i C. BACANU. Poszukiwania pał. gruźliczych i paragruźliczych w moczu chorych na gruźlicę płuc, których nerki są klinicznie zdrowe.	37
	L. NEGRE, J. TROISCIER. Wydalanie zarazka gruźlicy z moczem w ostrych zakażeniach niegruźliczych.	37
	A. PUCA. Obecność pał. gruźliczych we krwi i w pły- nie mózgowo-rdzeniowym.	37
	R. DEBRÉ, A. SAENZ, R. BROCA, J. BERNARD. Zja- dliwe pr. Kocha w guzkach skórnych i we krwi dziecka dotkniętego rumieniem guzowatym, jako wyraz pierwotnego zakażenia gruźliczego.	37
	J. BABLET i Fr. BLOCH. O p. gruźliczym wyosobnio- nym ze zmian brodawczakowatych palca.	38
	Adolf BECK. O związku między otępieniem wczesnym i gruźlicą. Badanie krwi, płynu mózgowo-rdzenio- wego i mózgu chorych na otępienie wczesne.	69
	E. J. POLOTIVA i M. V. TRIOUSSE. W sprawie źródła błędu w posiewach krwi chorych na gruźlicę, według metody Löwensteina.	69
	P. DOMINGO. Modyfikacja techniki posiewu krwi według Löwensteina.	69
	J. VALTIS i F. van DEISNE. O bakteremii u świnek gruźliczych i stwierdzeniu jej przez wstrzykiwa- nie wyciągów acetonowych pr. Kocha.	69
	J. BRETEY i R. LAPORTE. Zakażenie świnek morskich pr. gruźliczymi typu ptasiego, wstrzykniętymi do- żylnie.	69
	R. LAPORTE i J. MAUPETIT. O dwóch szczepach gru- źlicy typu bydłęcego wyosobnionych u dziecka z przypadku gruźliczego zapalenia opon mózgowych.	70
	A. FRANCK, H. P. KLOTZ i Al. NEGENAU. Mecha- nizm przeciwgronkowcowej wakcynoterapii za pomocą anatoksyny.	97
	T. T. CHOMENKO. Zmiany zjadliwości paciorkowca he- molizującego we krwi nasyczonej kwasem węgło- wym i tlenem in vitro.	98
	P. CARNOT, H. LAVERGNE, A. FIEHRER. Hodowanie pr. Kocha z kału w przypadkach gruźlicy płucnej.	98
	A. BERGERAN, B. F. MEZIERES. Stwierdzenie czyn- ności pozornie nieczynnych ognisk gruźliczych za pomocą badania plwociny.	98
	P. COURMONT. O „obnażonych“ pał. gruźlicy.	98
	C. GUÉRIN. Rozważania nad chorobotwórczością prąt- ków gruźlicy dla krów.	98
	E. COULAUD. Allergia, wywołana zabitymi pr. Kocha i pr. nosacizny, zmieszany z parafiną. Zdol- ność uodparniająca pr. gruźliczych, zmieszanych z parafiną.	117
	C. NINNI i V. TRAMONTANO. O pewnych nietypo- wych szczepach pr. Kocha, które u świnek wywo- łują zmiany również i w zwojach gruczołowych nie sąsiadujących z pierwotnym miejscem zaka- żenia.	117
	C. NINNI i F. PEZZANGORA. Wpływ odmy brzusznej w gruźlicy doświadczalnej na cytolizę wysięku otrzewnowego.	117
	C. NINNI i F. PEZZANGORA. Wpływ odmy brzusznej na przebieg zakażenia gruźliczego i na obecność pr. Kocha w wysięku otrzewnowym u świnki morskiej.	117
	F. PEZZANGORA. Zmiany w zawartości przeciwciał gruźliczych w surowicy królików w przypadkach ostrego lub przewlekłego zwyródnienia tłuszczo- wego wątroby, wywołanego przez podskórne wstrzyknięcie chloroformu lub fosforu rozartego w oliwie.	117
	N. FIESSINGER, A. GAJDOS, F. PEZZANGORA. Rozwój doświadczalnej gruźlicy u świnek mor- skich pod wpływem podskórnych zastrzyków li- pazy wątrobowej.	125
	A. BOCQUET i R. LAPORTE. Rozsianie zarazka po su- perinfekcji w ustroju świnek gruźliczych.	125
	A. BOCQUET i R. LAPORTE. Doświadczalna gruźlica kostna i kostno-stawowa u królika.	125
	F. ARLOING, L. THEVENOT. Wpływ podłoża stałego z wyciągiem z nerek na hodowlę pr. gruźliczych.	125
	W. SCHÄFFER. O własnościach bakteriobójczych śliny	

	Str.		Str.
ludzkiej, a w szczególności o jej wpływie na pa- łeczki błonicy.		Dawid R. MERANZE, Theodore H. MENDELL i Theo- dore MERANZE. Zmiany cytoplazmatyczne w ob- wodowych komórkach obojętnochnonnych jako pomoc w rozpoznawaniu i rokowaniu.	38
E. LESNÉ, A. SAENZ, M. FONTES MAGARO, L. CO- STIL. Wyniki i znaczenie praktyczne posiewów 106 pł m.-rdz. w przypadkach zapalenia opon mózgowych, wywołanych przez pr. gruźlicze typu ludzkiego lub bydłęcego.	137	William B. WARTMAN. Badanie ciśnienia żylnego w niektórych zwykłych chorobach.	38
E. CARLINFANTI. Próby odczulania świnek gruźli- czych.	137	S. S. CHALFEN. Znaczenie kliniczne próby na utajone krwawienia.	61
R. K. GOYAL. Poszukiwanie pr. Kocha w pozornie zdrowych mózgach zwierząt gruźliczych.	137	M. S. MICHLIN, M. M. OZIERKOWCZ, J. M. RACH- MALEWICZ i S. CYPKIN. W sprawie znaczenia pewnych prób czynnościowych wątroby dla oceny niedomogi krążenia.	78
A. BOCQUET, G. SANDOZ. Próby przygotowania tu- berkuliny oczyszczonej.	138	KAMINSKI. Badania kontrolujące nad szybkością opa- dania krwinek.	126
E. COULAND. Próby szczepienia świnek i królików przeciwko gruźlicy zabitymi pr. Kocha, zmiesza- nymi z parafiną.	145		
E. COULAND, DUGAS i NEUMAN. Allergia trwała otrzymana u świnek za pomocą wyciągu chloro- formowego pr. gruźliczych.	145	13. Lecznictwo.	
M. MOZER i M. POIDEVIN. Odczyn Vernesa z rezor- cyną w gruźlicy kostno-stawowej u dziecka.	145	T. J. BUTLER. Maść perkainowa w leczeniu bolesnych uszkodzeń skóry.	1
Kurt MEYER i FROGEZ-ROEDERER. Odczyn wiąza- nia dopełniacza w gruźlicy kostno-stawowej za pomocą antygeny Besređki.	145	L. PETSCHACHER. Pierwsza pomoc lekarska w stanach groźących życiu, przebiegających z zaburzeniem świadomości.	2
C. BACANU. Zakażenie nerek w gruźlicy doświadczal- czalnej u świnek morskich.	145	E. LEVIN. Wpływ Coraminy na ilość krążącej krwi.	13
		JANUSCHKE H. Adonis vernalis w terapii zaburzeń układu cyrkulacyjnego nerwowego.	13
11. Medycyna Społeczna, Higiena, Epidemiologia i Statystyka.		RICHTZEHNHAIN W. Doświadczenia z adovernem w praktyce nerwowej.	14
J. GENEVRIER. Zapobieganie gruźlicy u uczniów.	81	F. CADHAM. Nowa metoda leczenia posocznicy.	14
Przemęczenie w etiologii stanów chorobowych.	97	C. G. AHLSTRÖM. Występowanie nacieżeń z komórek zasadochnonnych w tylnym płacie przysadki w stanach nadciśnienia.	17
TAMPONI. Zawodowe dermatozy arsenowe.	97	J. J. BERETERUIDE, R. NEYRA i O. FITTE. Środki powodujące krzepnięcie krwi. Badania nad ich działaniem w zastosowaniu klinicznym.	22
R. MASSIONE. Glikemia i kwas mlekowy w doświad- czalnym zatruciu tlenkiem węgla.	97	L. S. VULOWIĆ. 12 lat doświadczenia z Phytiną „Ciba“.	22
P. NÉLIS i F. Van den BRANDEN. Czy szczepienia przeciwbłonicze za pomocą anatoksyny wywierają jakikolwiek wpływ na zdrowie osobnika szcze- pionego?	97	E. SEHRT. Dzisiejsze zasady postępowania w leczeniu utonięć.	22
L. PRETI i S. MAUGERO. Prosta metoda oznaczania ołowiu w moczu.	117	L. E. ROTENBERG. Termoelektromasaż.	29
R. JÄGER. Zapobieganie wypryskom zawodowym i ich leczenie za pomocą „garbowania żywej skóry“.	117	W. PRINSROSE. Przywrócenie serca do życia.	30
BIANCHI. Choroby zawodowe obsługi maszyn stat- ków motorowych.	117	Ben FRIEDMAN, Harry RESNIK Jr., J. A. CALHOUN i T. R. HARRISON. Wpływ środków moczopęd- nych na rzut serca chorych z zastoinową niedo- mogą serca.	30
M. Z. TIER-OSIPOWA, B. E. KAUSZANSKAJA, W. N. KALININA, T. I. IWANOWA, I. A. MISZ- NE i W. N. SIENKO. O wchłanianiu jelitowym enterowakcyny rozmaicie przyrządzonej.	141	Ben FRIEDMAN, Gurney CLARK, Harry RESNIK Jr. i T. R. HARRISON. Wpływ naparstnicy na rzut serca osób z zastoinową niedomogą serca.	30
A. E. OZOŁ. W kwestii długotrwałości odporności po szczepieniu ospy.	141	UISHIHARA. Wpływ jodowych preparatów na do- świadczalną miazdżycę naczyń.	38
A. G. SZICHER. Próba czynnego uodparniania przeciw płonicy za pomocą autoszczepionki paciorkow- cowej.	141	P. SPELTER. W sprawie doświadczeń z Rezylem.	38
G. A. SINAJ i E. W. DAWYDOWA. Zakaźność moczu w durze plamistym.	141	ELLER. O swoistym czynniku, obniżającym ciśnienie krwi, zawartym w gruczole krokowym i hormonie pęcherzyków nasiennych.	53
SCHWANDER. Dyfuzja węglowodorów chlorowanych przez skórę.	141	W. ŁUKASSEN. Cebula i jej stosowanie w miazdżycy mózgu.	54
		B. SUSAN. Próby leczenia phytiną.	65
12. Diagnostyka		W. LOEWENSTEIN i A. WEISSMANN. Przyczynę do- kliniki wewnętrznej męskiego i żeńskiego prze- kwitania.	65
M. M. WINTROPE i J. Walter LANDSBERG. Standar- dyzowana technika dla próby opadania krwinek.	13	L. PETSCHACHER. Pierwsza pomoc w stanach zagra- żających życiu pochodzenia niechirurgicznego.	74
J. WILDER. Środek pomocniczy przy wymacywaniu słabo wyczuwalnego tętna.	13	J. KANFOW. Leczenie obrzęków chlorkiem amonowym.	74
A. ŁUSZCZAK. Spektrografia na usługach higieny za- wodowej.	38	A. DECASTELLO. O domięśniowym stosowaniu stro- fantyny.	74
		G. v. BERGMAN. Przyczynę do leczenia hormonami i witaminami.	74
		L. J. WITTS. Lecznicze działanie żelaza.	81

Str.	
	J. PARKINSON, W. A. THOMSON. Novurit w postaci czopków, jako środek moczopędny w leczeniu niedomogi mięśnia sercowego.
82	E. BENHAMON. Codzienne i przewlekłe wystrzykiwania dożylna ouabainy.
82	W. DENK. Dalsze doświadczenia nad bezkrwawym leczeniem zatorów.
82	Th. BAUMANN. Spostrzeżenia nad działaniem bromu i prominalu w stanach po zapaleniu mózgu.
94	CAMBASSEDES. Odkazanie jelit wyciągiem z czarnych jagód.
94	CAPECCHI U. Wady wlewań podskórnych z dodatkiem adrenaliny i stosowanie wlewań z Coraminą.
94	KICIŃSKI A. i RUBINSTEIN B. Spostrzeżenia nad stosowaniem Cibalginy w szczególności w postaci czopków.
113	MIGNOT. Dożylna zastrzykiwania węgla zwierzęcego w chorobach zakaźnych i zatruciach.
113	JUDINE. 1000 przetoczeń krwi trupiej u ludzi.
113	W. GRUNKE, H. OTTO. Znaczenie kliniczne witaminy C. (kwas askorbinowy).
138	E. LADECK. O leczeniu Calcio-Coraminą.
139	E. HOMANN. Ratowanie topielców (ze szczególnym uwzględnieniem dzisiejszych metod ratowniczych).
150	Irwing S. WRIGHT i Alfred LILIENFELD. Własności farmakologiczne i lecznicze krystalicznej witaminy C. (kwasu cewitamowego), ze szczególnym uwzględnieniem jej wpływu na łamliwość naczyń włosowatych.
150	R. TALICE. Nowy środek przeciw tasiemcom — czterochlorek węgla.
150	M. KIRSCHEN. Lecznicze zastosowanie jadu kobry.
150	M. de LIGNERIS i E. GRASSET. Doświadczenia kliniczne nad wpływem jadów żmij afrykańskich w przypadkach raka, leczonych lub nieleczonych naświetlaniami głębokimi.
153	M. DUVOIR, L. POLLET, H. BOULEY i panna HUGUET. Zapaść śmiertelna w czasie leczenia antotoksyną gronkowcową.
153	F. REITER. O długotrwałych wśródzylnych wlewa- niach kroplowych.
153	H. BEXEN. Diureza w schorzeniach sercowych i ner- kowych.
153	Aurel MITTERDORFER. Przyczynę do leczenia hormo- nem płciowym męskim.
154	G. ALBUS. Badania doświadczalne na zwierzętach nad działaniem cucącym środków pobudzających ze szczególnym uwzględnieniem Coraminy i Car- diazolu.
161	W. HECHT. Nowsze wskazania do leczenia klimatycz- nego w górach średniej wysokości.
161	DIRR i GRAEBER. Leczenie jadem pszczelim; wpływ na przemianę cholesterolu.

14. Znieczulanie.

65	Reed M. NESBIT i Ridgon K. RATLIFF. Środek znie- czulający i czyniący śliską powierzchnię cewki moczowej.
94	NOSWORTHY M. A. Teoria i praktyczne zastosowanie znieczulania.
109	GINGOLD. Skuteczny i praktyczny sposób uniknięcia wtórnych następstw po środkach znieczulają- cych z dodatkiem adrenaliny.

	S' MMONS N. J. Uśmierzenie bólów pooperacyjnych po usunięciu operacyjnym guzków krwawnicowych.	110
	K. SISKI. O dożylnym uspianiu za pomocą evipanu.	139
	E. SCHNEIDER. Zwalczanie bólu w chorobach dróg moczowych.	154
	William A. HINCKLE. Długotrwałe znieczulenie miej- scowe.	154

15. Choroby zakaźne.

30	H. WAREMBOURG, J. DRIESSENS. Hiperpolipepti- demia w przebiegu tężca.
30	BRODIE i PARK. Czynne uodpornianie przeciw zapa- leniu przednich rogów rdzenia.
31	M. WASSMUND. Leczenie promienicy jodową jonto- forezą.
54	W. D. SAPIR. Spostrzeżenia nad działaniem plazmo- cidu w zimnicy.
54	Liselotte BERNECKER. Działanie pyoktaniny na prą- ki błonicy.
65	M. B. KAHAN. Leczenie duru osutkowego surowicą ozdrowieńców.
66	C. ESCHE. Patogeneza powikłań mózgu w kokluszu.
74	W. SOBOLEWA. Dynamika reakcji opadania erytro- cytów (ROE) w przebiegu odrzy i płonicy.
74	E. RAWIKOWICZ i S. BRODSKAJA. O wartości za- pobiegawczego stosowania surowicy przeciw odrze.
75	MORO. Erythema nodosum po płonicy.
75	A. SKROCKI i L. CZEREMUSZYNA. Złośliwa błonica (toksyczna) i jej leczenie.
75	A. JAROCKI. Leczenie błonicy surowicą przeciw- jadową.
78	P. BYRAJEW. O wakcynoterapii krztuśca.
78	W. KONSTANTINOW. Dur plamisty u dzieci.
82	RIMBAUD. Neurotropizm chorób zakaźnych.
82	BENJOMOWICZ. Wyniki leczenia krztuśca różnymi metodami.
83	BEDELJAN i SAWELJEW. Zapobieganie kokluszowi szczepionką Bordet-Gengou.
83	I. BYSTRYCKIJ, A. G. FAJZULINA. Próba walki z krztuścem w zamkniętym zakładzie dziecięcym.
109	DULISCOUET i B. BALET. Pewne właściwości gron- kowca u nosicieli łaseczników błonicy.
109	W. F. MARTYNOW i J. S. LUTOJ. Żółtačka i dur brzuszny.
109	A. P. NIKOLSKIJ. Klinika i patogeneza czerwono- pego zapalenia stawów.
122	A. DEKWITZ, W. SCHLUTER i H. SCHMIDT. Końska surowica antytoksyczna przeciwkrztuścowa.
122	B. ZYLBERMAN. Autouroterapia w krztuścu.
122	W. AZBIEŁOW i A. TARASOWA. O roli niektórych produktów spożywczych w epidemiologii czer- wonki.
129	MARTELLA N. A. Przyczynę do leczenia tężca.
129	K. CLAUBERG. Czy błonica jest zakażeniem posocz- niczym z wtórnym przenikaniem zarazka do migdałków?
129	L. M. CHAN. Błonica ucha środkowego i nosicielstwo uszne błonicy.
129	GUNDEL, KELLER i SCHLÜTER. O rozpoznaniu se- rologicznym i leczeniu swoistym krztuśca.
129	K. BINGOLD. Przeoczone przypadki choroby Heine- Medina.
139	Basilios ALVANIS. Skombinowane leczenie malarii chininą i phytiną.

	Str.
S. K. MIROSZCHINA. Wahania licznych płytek krwi i ich znaczenie w patogenezie krwotoków kisz- kowych i skazy krwotocznej w durze brzusz- nym.	139
A. S. ZAJCEWA. Objaw Filipowicza i poziom chole- steryny w durze brzuszny.	151
Pedro T. LANTIN i Fortunato S. GUERRO. Przetacza- nie krwi w durze brzuszny.	151
B. A. KOGAN i I. K. HOFMAN. Badania elektrokar- diograficzne w zimnicy.	151
GLEY i GIRARD. O nowej pochodnej chryzoidyny działającej przeciwko zakażeniu paciorkowcami.	157
BLOCH-MICHEL i inni. Leczenie róży pochodnymi bezażotowymi benzeny.	158
OTTO. Kwas askorbinowy w leczeniu błonicy.	158
16. Gruźlica.	
J. BEERENS i L. REMOUCHAMPS. Wpływ promieni krótkofalowych na rozwój gruźlicy doświadczal- nej świnek morskich i na oporność w stosunku do tego zakażenia zwierząt, uodpornionych przez BCG.	23
Paul CIBILS AGUIRRE. Doświadczalny dowód gruźli- czego pochodzenia rumienia guzowatego.	23
A. ALBRECHT. Gruźlica wieku starszego.	33
W. LÖFFLER. Czynniki zwewnątrz- i zewnątrzpo- chodne w zachorowaniu na gruźlicę.	33
W. JULLIEN. Wycięcie czy alkoholizacja nerwu prze- ponowego?	83
L. MATZ. Okrągłe nacieki gruźlicze (Rundinfiltrate).	83
A. BOQUET i R. BROCA. Badania doświadczalne nad gruźliczym zapaleniem opon mózgowych.	83
A. BERNOU i H. FRUCHAUD. Torakoplastyka zastęp- cza i uzupełniająca w odmie homolateralnej.	84
A. ARNSTEIN. O roli wewnątrzpochodnego zakażenia, wychodzącego z gruczołów chłonnych, w po- stawianiu oskrzelowopochodnych postaci gru- źlicy starczej.	84
L. SAYÉ i R. SHELLEN. Badanie bakteriologiczne treści żołądkowej u dzieci szczepionych BCG.	106
W. BROCKSCHMIDT. Rak płuc i gruźlica.	110
FURNER. Gruźlicze zapalenie opon mózgowych po wycięciu nerki gruźliczej.	110
MARAGLIANO. Wczesne rozpoznanie gruźlicy.	122
FRIEDRICH. O niedoborze witaminy C w gruźlicy.	122
NOBÉCOURT i BRISKAS. Odczyn tuberkulinowy u dzieci od 2 do 6 roku życia.	122
Ch. RADMANN. Przyczynę do patogenyzy gruźlicze- go zapalenia opon mózgowych.	122
NOBECOURT i BRISKAS. Odczyn tuberkulinowy u niemowląt.	146
G. MAURER i E. HAUTEVILLE. Czas trwania odmy sztucznej.	154
T. HERCZOG. O nieskutecznym wyrwaniu nerwu przeponowego.	154
F. HASSENBACH. Rola witamin w leczeniu gruźlicy.	161
AMEUILLE P., El. i Ch. KUDELSKI. Zagadnienia gruźlicy poronnej.	162
17. Choroby jamy ustnej, nosa, gardła i uszu.	
A. LAUTENSCHLAGER. W sprawie chirurgii mig- dałków.	5
A. MEYER i PHAM-HUN-CHI. Posocznica poangi- nowa.	6
I. W. EDINGTON. Zakażenie paciorkowcowe po ope-	

	Str.
racji na migdałkach podniebiennych i gardzie- lowym.	6
H. JACKSON jr. Agranulocytoza.	6
A. PUTSCHOWSKY. Czy ziarnica stoi w związku z cierpieniem migdałków?	14
H. KRAMM. Zapalenie komórek podbłędnikowych. (Ropienie w wodociągu ślimaka).	14
L. B. SEIFERT. O działaniu chininy na słuch i na- rząd przedsionkowy; zarazem przyczynek do sprawy doświadczalnego oczopląsu z ułożenia.	14
T. GORDYSCHEWSKI. W sprawie zaburzeń mowy w ropniach mózdzku pochodzenia usznego.	14
B. KECHT i H. DIBOLD. Cukrzyca a sprawy ropne ucha środkowego, jam obocznych nosa i gardła.	78
A. LINCK. Tonsillektomia, wykonana w czasie istnie- nia ropnia okołomigdałkowego, jako ochrona przed posoczną pochodzenia migdałkowego.	78
E. NEUBER. Nowsze badania rozpoznawcze i leczeni- cze nad twardzielą.	78
Gerda SCHMIDT. Wyniki badań nad wpływem ope- racji na zatocę szczękowej w/g Caldwell-Luca na zęby.	79
TRAMPNAU. Doświadczenia z operacją doszczętną, dokonywaną przez zewnętrzny przewód słu- chowy.	79
B. MAIER. Wpływ cukrzycy na górne drogi odde- chowe.	110
VAZ DE MELLO. 130 przypadków wyleczenia ostrej anginy u dzieci bismutem.	111
M. WOŁOSZIN. Blokada nowokainowa układu współ- czulnego w leczeniu cuchnącego nieżyty nosa.	111
KRIEGSMANN. Niebezpieczeństwo obnażania podczas operacji zdrowej zatoki esowatej.	111
K. LEVI. Ostre zapalenie wyrostka sutkowego i zapa- lenie nerek.	111
CLOUS. Zapalenie ucha grypowe i zapalenie mózgu.	111
FRIEDMAN, MILTON i J. ENGEL. Nabłoniak skóry grzbietu nosa.	111
SALMON, MICHEL i André JOUVE. Tlen w leczeniu raka wodnego (noma) twarzy u dziecka, 6 przy- padków, 5 wyleczeń.	123
FRANK, WALLACE, ENFIELD i MILLER. Rak języ- ka u noworodka.	123
P. F. PIERI. Niebieskawe zabarwienie muszli dolnej nosa jako objaw cierpienia płucnego, ze szcze- gólnym uwzględnieniem wczesnego okresu gru- źlicy płucnej i wartość tego objawu dla otola- ryngologii.	123
G. HOPER i Th. MOTLOCH. Błoniaste zrośnięcie strun głosowych.	123
A. MONTEIRO, V. B. FILHO i G. SAMPAIO. Bismut w leczeniu ostrej nieswoistej anginy.	129
J. SCHUBEL. Tonsillektomia w okresie tworzenia się ropnia przymigdałkowego w cukrzycy.	129
E. LÜSCHER i S. S. ROTMANN. Obrazy typowe błony bębenkowej w gruźlicy ucha środkowego, oglą- dane przy pomocy mikroskopu usznego.	129
S. UNTERBERGER. Usunięcie wierzchołka kości ska- listej na drodze operacyjnej.	130
H. ESCHWEILER. O leczeniu zapaleń błędnika.	130
A. ILJISCH. Leczenie gruźlicy języka za pomocą za- mrożenia śniegiem kwasu węglowego.	130
W. KRAINZ. O leczeniu przewlekłego ropienia zatoki czołowej.	134
I. ZANGE. Badania histologiczne nad angina nekro-	

	Str.		Str.
tyczną w agranulocytozie i innych niedomogach białego układu krwiotwórczego.		czyniowa na podskórne wstrzyknięcie epinefryny i pituitryny w nadciśnieniu samoistnym.	18
PICQUET i DECOULX. Aspiracja zawartości oskrzeli w przypadku ich operacyjnego zatkania.	142	Joseph E. F. RISEMAN i J. Beatrice STERN. Standaryzowana próba znoszenia ćwiczenia dla chorych z wysiłkową dławicą piersiową.	18
R. BERTOIN. Nakłucie lędźwiowe w leczeniu zespołu objawów „bładości hipertermicznej“ po zabiegach na wyrostku sutkowym.	142	HOCHREIN i MATTHES. Niedokrewność i dławica piersiowa.	18
TALBOT. Ostra ropna przyusznicza.	155	G. BICKEL. Zawał mięśnia sercowego, przebiegający jako udar mózgu.	24
E. REYE. Angina Plaut-Vincenti.	155	R. KOURILSKY, M. MARCHAL. Postać utajona zawału mięśnia sercowego.	24
J. DOLLINGER. Chrypka mleczna.	155	A. TILLEMANN. Dławica piersiowa w świetle nowych poglądów.	24
M. HAJEK. O doszczętnym leczeniu spraw ropnych zatoki czołowej.	155	HOYLE i EVANS. Dłuższe pozostawanie w łóżku z powodu dławicy piersiowej wysiłkowej.	24
18 Choroby płuc.		SCOTT. Tętniak tętnicy płucnej.	25
L. HOFBAUER. Dychawica na tle wola, śmierć wskutek wola i stany pokrewne.	9	BROWN. Przypadek wrodzonego zwężenia ujścia tętnicy głównej.	25
J. MAGURN. Silikoza w kamieniołomach Bessèges. Alfred E. COHN i William H. LEWRIS, jr. Płatowe zapalenie płuc i naparstnica.	9	BRAMWELL. Czy uraz głowy może spowodować migotanie przedsionków?	25
B. S. KLINE i S. S. BERGER. Ropień i zgorzel płuc. Analiza 90 przypadków obserwowanych w ciągu dziesięciu lat.	23	C. SIDNEY, BURWELL i D. FLICKINGER. Wpływ reakcji osierdzia na krążenie krwi u chorego z zarośnięciem osierdzia.	39
Robert A. COOKE i R. Clark GROVE. Stosunek dychawicy oskrzelowej do zapalenia zatok nosowych ze szczególnym uwzględnieniem wyników leczenia chirurgicznego.	24	WESLEY W. SPINK. Powikłanie sercowo-naczyniowe w trychinozie.	39
FARREL. O wczesnym rozpoznawaniu rozstrzeni ostrzeli.	51	Franklin R. NUZUM i Albert H. ELLIOT. Poprzeczna średnica serca u chorych z nadciśnieniem — z pomiarami klinicznymi, sprawdzonymi przez badania pośmiertne.	39
DEBRÉ R. Rozszerzenie oskrzeli. Zniekształcenie wrodzone.	62	Harry A. RICHTER. Znaczenie elektrokardiogramów seryjnych w zakrzepie wieńcowym.	39
W. S. TREFIŁOW. Klinika ropień płucnych i ich leczenie urotropiną w połączeniu z autohemoterapią.	62	C. LIAN, A. ABAZA. Wzrost ciśnienia żylnego przy normalnej szybkości przepływu krwi jako objaw świadczący o utrudnieniu odpływu krwi z żyły próżnej górnej.	39
HAGEN K. O Rezyłu.	84	A. GARRETON SILVA, L. HERVÉ, A. del SOLAR. Zmiany elektrokardiograficzne w przebiegu duru plamistego.	40
J. LEREBOUILLET. Całkowite wycięcie płuca z powodu raka płuca.	84	E. DOUMER. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe, jako jedyny objaw zawału mięśnia sercowego.	40
W. KNOPP. W sprawie leczenia Rezyłem schorzeń narządu oddychania.	114	John D. KOUCKY i Georges MILLES. Rany kłute serca; zmiany elektrokardiograficzne, polyserositis zespół Picka) i pericarditis.	46
BARTSCH. Grzybica płuc.	114	Alfred M. WEDD i R. Eloise SMITH. O rokowaniu w dusznicy bolesnej.	46
H. HENNEL. Torbiele płucne.	156	J. M. BAMBER. Zmiany elektrokardiograficzne po zastosowaniu jodku potasu w chorobie kiłowej serca.	46
E. A. ROVENSTINE i Ivan B. TAYLOR. Pooperacyjne powikłania płucne: występowanie po 7874 ane-stezjach.	156	N. KUKIN. Wpływ ołowiu na rozwój i przebieg endarteriitis obliterans.	46
19 Choroby serca i naczyń.		Ernest K. STRATTON. Leczenie kiły sercowo - naczyniowej. Długość życia 80 leczonych i nieleczonych chorych z tętniakiem i niedomykalnością aorty.	46
E. P. MAYNARD, Jr., J. R. CURRAN, I. T. ROSEN, C. Cl. WILLIMSON i Claire LINGG. Kiła sercowo-naczyniowa. Wczesne rozpoznanie i przebieg kliniczny zapalenia tętnicy głównej w 346 przypadkach kiły	2	William C. von GLAHN i Alwin M. PAPENHEIMER. Stosunek między gośćcowym a podoстрыm bakteryjnym zapaleniem wsierdzia.	54
J. BAILEY CARTER i Eugene FRANT. Chinidyna i strychnina w leczeniu skurczów dodatkowych.	2	H. ROSS BAGEE i Henry L. SMITH. Migotanie przedsionków w nadczynności tarczycy. Wpływ wieku.	54
Irvine H. PAGE. Domniemane uczulenie reakcji naczyniowej na epinefrynę po wstrzyknięciu osocza chorych na zapalenie nerek.	2	Ferdinand PETER i Fruman G. SCHNABEL. Choroby serca u chorych z mięśniakami macicy. Studium kliniczne 50 przypadków.	55
ROSENBLUM. Szybkość obiegu krwi u chorych leczonych dinitrophenolem.	10	A. Allen GOLDBLOOM i Isaiah LIBIN. Studia klinicz-	
N. H. Van MUYDEN i D. SCHERF. O obrazie chorobowym wywołanym przez zwężenie ujścia naczyń wieńcowych bardzo znacznego stopnia.	10		
R. SINGER. W sprawie kliniki zakrzepów naczyń wieńcowych.	10		
Mc. GINN i WHITE. Cor acutum pulmonale w następstwie zatorów płucnych.	10		
A. H. ELLIT i F. R. NUZUM. Reakcja sercowo-na-			

Str.		Str.
	ne nad przystosowaniami krążenia. I—kliniczna ocena badań objętości krwi krążącej	
55	Arlie R. BARNES. Elektrokardiogram w zawale mięśnia sercowego. Przegląd 107 przypadków klinicznych i 108 przypadków sprawdzonych sekcyjnie.	
55	S. Mc GINN i P. D. WHITE. Obserwacje kliniczne zwężenia tętnicy głównej.	
62	I. B. LICHEJER. Kliniczne znaczenie rzutu minutowego i skurczowego.	
63	N. AIBOW. Przyczynę do fizjologii duszniczy bolesnej.	
63	M. WŁADYSIK i A. REŹNIK. Spostrzeżenia nad dynamiką elektrokardiogramu w zatorze naczyń wieńcowych serca i powtórny zawale.	
63	BECK. Dwie triady kompresji serca.	
70	S. H. PROGER i C. KORTH. Wpływ lekkiego ćwiczenia mięśni na chorych na serce. Gośćcowa choroba serca; zmiany w spoczynku i w czasie ćwiczenia.	
70	B. A. KOHAN, G. J. HEINRICHS DORF i A. B. KOHAN. Zmiany elektrokardiograficzne w durze osutkowym.	
71	BOHNENKANYS. O leczeniu częstoskurczu napadowego.	
79	F. BESSER i C. SCHILLING. W sprawie kliniki i rentgenologii zakrzepów sercowych.	
79	R. LERICHE, H. HERMANN, P. ETIENNE-MARTIN. Nadciśnienie tętnicze, wyleczone wycięciem jednego nadnercza.	
79	C. LIAN, J. FACQUET. Szybkość krążenia krwi w przebiegu niedomogi mięśnia sercowego.	
90	M. KOWALEWA. Zmiany w przemianie wodnej u chorych sercowych z niewyrównaniem pod wpływem środków przeczyszczających.	
90	MARFAN. Nakłócie osierdza poprzez nadbrzusze.	
99	MLADEK A. Leczenie częstoskurczu napadowego.	
99	J. COWAN. Rokowanie po przebytych zawale mięśnia sercowego.	
99	M. AUDIER. Zakrzepy żyłne kończyn powikłane zatorami tętniczymi.	
102	F. WINKLER. Rozważania nad bólem sercowym i jego związkiem z anginą diaphragmaticą.	
102	D. ABDULAJEW. Kliniczne spostrzeżenia nad działaniem t. zw. hormonu sercowego.	
102	HOCHVEIN. Właściwe leczenie zawałów mięśnia sercowego.	
106	R. LUTEMBACHER. Przewodnictwo mięśnia sercowego.	
107	F. MAINZER. W sprawie niedomogi wieńcowej w niedokrewności.	
107	C. LIAN i J. FACQUET. I. Mierzenie szybkości krążenia za pomocą eteru, sacharyny i fluoresceiny w głównych typach niedomogi serca. II. Mechanizm wyników mierzenia szybkości krążenia w stanie fizjologicznym i w niedomdże serca.	
107	R. KOURILSKY i M. MARCHAL. O prawie utajonej postaci zawału mięśnia sercowego.	
114	E. DOUMER. Zawał mięśnia sercowego w postaci brzusznej.	
114	WALLACE M. IATER, VIRGIL, H. CORNELL i Thomas CLAYTOR. Blok serca przedsionkowo-komorowy zależny od uszkodzeń obu gałęzek.	
115	O. STIEPUN i inni. Chemiczne i farmakodynamiczne właściwości nadtarczycznego serca.	
127	HOUTIER, MANON i LEMANT. Blok całkowity serca z trzepotaniem przedsionków.	
	REINERS. Enterokokowe zapalenie wsierdza.	127
	Sidney C. WERNER. Gośćcowa choroba serca. Połączenie czynnego gościa z nieomogą serca.	127
	Frank HAWKING. Carditis rheumatica acuta latens, stwierdzona sekcyjnie. Częstość jej występowania.	128
	J. P. EKSZEMPLARSKI. O odosobnionym zastoj żylnym wątroby w zwężeniu ujścia żylnego lewego.	135
	A. EDELMANN. O znaczeniu cukromoczu i przecurzenia krwi w schorzeniach naczyń wieńcowych.	135
	H. EPPINGER. Zakrzep naczyń wieńcowych.	135
	Charles W. GREENE. Rozszerzenie naczyń wieńcowych wywołane niektórymi wyciągami z narządów i lekami.	142
	H. SCHOLTEN. Co możemy uczynić w endocarditis lenta?	142
	CLERC i LEVY. Odporność serca u chorych ze stałym rozkojarzeniem przedsionkowo-komorowym.	151
	A. PORTOCALIS i G. FLORA. Leczenie chromania przestankowego za pomocą fal krótkich i acetylocholin.	151
	M. LUCAS. Zator powietrzny naczyń wieńcowych serca w przebiegu odmy sztucznej.	151
	HESS F. Skombinowane leczenie w praktyce chorób układu krążenia.	152
	E. BIRK, H. LETHAUS i N. PLUGGE. Przyczynę do leczenia częstoskurczu napadowego.	152
	20. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.	
	RUSSEL L. HADEN. Mechanizm zmniejszonej odporności krwinek czerwonych we wrodzonej żółtaczce hemolitycznej.	6
	FRANK H. BETHEL. Stosunek między całkowitą produkcją retikulocytów i stopniem zajęcia szpiku w niedokrewności złośliwej.	7
	D. J. STEPHENS. Występowanie myelocytów we krwi obwodowej w zapaleniu płuc płatowym.	7
	R. P. CUSTER i E. B. KRUMBHAAR. Histopatologia tkanek krwiotwórczych w krwawiczej.	25
	E. B. KRUMBHAAR i R. P. CUSTER. Notatka o liczeniu różniczkowym komórek w szpiku kostnym ze specjalnym uwzględnieniem określania rzadko spotykanych typów komórkowych.	25
	ARMAND J. QUICK, Margaret STANLEY BROWN i Frederic W. BANCROFT. Badanie zaburzeń krzepnięcia krwi w krwawiczej i żółtaczce.	25
	GREENSPON. O czynniku antyanemicznym żołądka.	31
	M. B. STRAUSS, P. SOLOMON, A. J. SCHMEIDER, A. J. PATEK. Leczenie powikłań rdzeniowych w przebiegu niedokrewności złośliwej.	31
	A. M. LIPIEC, M. M. WŁADYSIK i R. M. MARGOLINA. O ostrych białaczkach.	66
	A. L. SZLACHMAN, P. F. BIELIKOW i R. N. JAGUDINA. Doświadczalna małopłytkowość.	66
	G. STRAUBE. Zaburzenia nerwowe w anemii złośliwej i wpływ na nie terapii.	66
	S. P. WINOGRADSKAJA i A. M. KIRICZENKO. W sprawie zagadnienia pewnych morfologicznych i biologicznych własności ciałek Heinza.	66
	S. I. SZERMAN. Zapobieganie nawrotom niedokrewności złośliwej.	66
	Emanuel FILO. Doświadczalne niedokrewności myelolityczne.	86

S. LÖWINGER. Obraz szpiku w przebiegu żółtaczki hemolitycznej.	86	Leczenie cukrzycy u osób dotkniętych zmianami sercowo-naczyniowymi.	19
E. SCHNINZ. Chloranemia z achylią.	87	H. MAYRHOFFER. Aglikozuria w śpiączce cukrzycowej.	19
M. GÄNSSLEN. Leczenie anemii złośliwej minimalnymi dawkami Campolonu.	115	A. JORES. O badaniach hormonalnych w chorobie Cushinga.	19
H. SCHULTEN. Rozpoznawanie białaczek i chorób pokrewnych na zasadzie przeżyciowego badania szpiku.	115	K. KYLIN. Cukrzyca przysadkowa z nadciśnieniem jako jednostka kliniczna.	20
N. HENNING. O dotychczasowych wynikach przyżyciowego badania szpiku kostnego.	123	A. TORBRUGGEN, N. HEINLEIN. Hipoglikemia wywołana naświetlaniem trzustki promieniami Roentgena.	20
Franz HERZOG. Leczenie policitemii dietą ubogą w białko zwierzęce.	124	F. SCHELLONG. O zastosowaniu chleba i mąki sojowej w leczeniu cukrzycy i otyłości.	25
R. G. SACK. O tamującym krew działaniu pektyny szczególnie w krwawiącej.	130	J. La BARRE. Rola hormonów dwunastnicy w regulacji glikemii.	26
R. GRÉGOIRE. Zakrzepy a wycięcie śledziony.	130	MARBLE i SMITH. Fructosuria essentialis.	34
SCHEMENSKY. W sprawie patologii niedokrewności złośliwej. Działanie lecznicze proszku wysuszonych grubych kiszek świńskich w niedokrewności złośliwej i ciężkich postaciach zapalenia okrężnicy.	131	HAGEDORN, JENSEN, KRARUP i WODSTRUP. Protaminum insulatum.	34
ARTHUR J. PATEK Jr. Chlorofil i odnowa krwi. Wpływ zastosowania pochodnych chlorofilu u chorych z przewlekłą niedokrewnością niedobarwliwą.	139	ROOT, WHITE, MARBLE i STOTZ. Doświadczenia kliniczne z protaminum insulatum.	35
R. KLIMA. Leczenie plamicy małopłytkowej.	139	M. KRAKAUER. Leczenie cukrzycy dietą obfitą w węglowodany i ubogą w tłuszcz.	35
BOHNENKAMP, UHLENHUTH i WURM. W sprawie ziarnicy złośliwej.	146	MERKLEN, Max ARON, ISRAEL, JACOB. Testy histologiczne, dowodzące nadczynności przedniego płata przysadki w niektórych przypadkach otyłości.	40
K. SINGER, L. WECHSLER. Pepsyna, czynnik Castlea i odczyn retikulocyтары u szczurów.	146	M. LABBE, L. J. BEZANCON. Wyrzecz galek ocznych w przebiegu akromegalii.	40
Hans CURSCHMAN. Odczyny białaczkowe i białaczka prawdziwa w kile późnej.	158	A. LEMAIRE, J. PATER. Choroba Basedowa, powikłana zupełną niemiarowością i ciężką niedomogą mięśnia sercowego. Wyleczenie po zupełnym wycięciu gruczołu tarczowego.	40
MERLENGRACH. Żołądek i jego stosunek do niedokrewności złośliwej.	158	P. VERAN. Choroba Addisona i hormon kory nadnercza.	40
M. M. EINTROBE. Stosunek chorób wątroby do niedokrewności. Typ niedokrewności, reagowanie na leczenie, stosunek typu niedokrewności do zmian histopatologicznych w wątrobie, śledzionie i szpiku kostnym.	159	HOFFMANN i ANSELMO. Rola przysadki w cukrzycy.	41
Stacy R. METTIER, Robert S. STONE przy pomocy technicznej Katherine PURVANCE. Wpływ naświetlań promieniami Roentgena na wytwarzanie płytek u chorych z samoistną krwotoczną plamką małopłytkową.	159	G. PERÉMY. Kliniczne rozważania nad 80 przypadkami guzów przysadki mózgowej.	47
21. Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.		Alexis F. HARTMANN. Leczenie ciężkiej kwasicy cukrzyczej. Porównanie metod, ze szczególnym uwzględnieniem używania racemicznego mleczanu sodu.	47
Gregory PINCUS i Priscille WHITE. O dziedziczeniu cukrzycy. II. Dalsza analiza historii rodzinnych. III. Poziom cukru we krwi krewnych djabetyków.	7	BYRON B. CLARK, R. B. GIBSON i WILLIAM D. PAUL. Zwiększona skuteczność insuliny podawanej w dawkach jednakowych co 2—4 godziny.	47
Isaac STAR Jr. Wartość histaminowego odczynu skórneg o dla rokowania co do powstania zaburzeń w nogach w cukrzycy.	7	Max WISCHNOFSKY i Arthur P. KANE. Wpływ równoważnych ilości cukru gronowego i skrobi na poziom cukru we krwi i cukromocz u chorych na cukrzycę.	47
D. ROURKE GILLIGAN, MAURICE I., ABRAMS i Beatrice STERN. Przemiana wodoru węgla w hipotyroidyzmie ludzkim, spowodowanym przez całkowite wycięcie tarczycy.	7	Juliusz BAUER. Nowe badania nad hipertyreoidyzmem.	56
MAURICE I. ABRAMS i D. ROURKE GILLIGAN. Przemiana wodoru węgla w hipotyroidyzmie ludzkim, spowodowanym przez całkowite wycięcie tarczycy.	7	M. LABBÉ, M. PETRESCO. Zmiany trzustki w przebiegu cukrzycy.	57
LEONA M. BAYER i H. GRAY. Leczenie otyłości dietą, tarczycą i dinitrofenolem.	8	STEPP. Stare i nowe metody w leczeniu cukrzycy.	57
S. STROUSE, S. SOSKIN, L. KATZ, S. RUBINFELD.		BARIETY i MAURIC. Zniekształcenie przewlekłe kończyn i choroba Bouillaud: liczne czynniki patogenetyczne i wartość kryteriów biologicznych.	63
		G. P. SACHAROW i D. M. ROSIJSKIJ. O nowej metodzie leczenia moczołki cukrowej.	64
		DENNIG H. Istota choroby Basedowa i jej leczenie.	79
		R. BOLLER i A. GOEDEL. W sprawie kliniki i anatomii patologicznej sclerosis pluriglandularis multiplex.	80
		CORNIL L. i PALKAS J. E. O obniżaniu poziomu cu-	

Str.		Str.
	kru we krwi w cukrzycy zapomocą wyciągu z jąder.	
87	M. LABBÉ, R. BOULIN, J. E. THIÉRY, M. ULLMAN. Niezupełnie rozwinięta postać choroby Addi- sona.	34
87	E. SERGENT, Cl. LANAY, RACINE. W sprawie lecze- nia choroby Addisona wyciągiem kory nadner- czy.	47
87	L. de GENÈS, J. DELARNE, ROGE. Przypadek choro- by Simmondsa.	47
94	R. M. WILDER, L. P. HOWELL. Etiologia i rozpo- znawanie nadczynności przytarczyczek. Analiza 135 przypadków.	48
94	A. BAUDOUIN, J. LEWIN, E. AZÉRAD. Rozważania nad mechanizmem zespołu hipoglikemicznego.	50
95	F. RATHERY, D. BURGETON. Przypadek choroby Hand-Schüller-Christiana.	50
118	R. LERICHE, A. JUNG. Objawy nerkowe w przebie- gu nadczynności przytarczyc.	57
118	E. E. AEGERTER. Zespół Waterhouse-Friedrichsena.	58
119	BAUDOUIN, LEWIN i AZERAD. Nadmierne dawki in- suliny a hipoglikemia.	58
128	BOULIN. Leczenie zgorzeli cukrzyczej.	58
128	SERGENT i LAUNAY. Cortin w leczeniu choroby Addisona.	75
128	R. G. SPRAGUE, B. B. BLUM, A. E. OSTERBERG, E. KEPLER, R. M. WILDER. Obserwacje klin- iczne nad działaniem protaminum insulinatum.	75
131	A. B. GUTMAN, T. L. TYSON, E. B. GUTMAN. Za- wartość wapnia, fosforu nieorganicznego i fos- fatazy we krwi w przebiegu nadczynności przy- tarczyczek, choroby Pageta, szpiczaka mnogiego i nowotworów kości.	75
131	A. P. RAAB, M. A. RABINOWITZ. Hiperglikemia i cu- kromocz w przebiegu zawału mięśnia ser- cowego.	86
131	F. MAINZER. Udział przysadki w patogenezie cu- krzycy.	86
146	O. HARNAPP. Hiperinsulinizm.	86
159	H. MARX. Hipoglikemia spontaniczna.	86
159	DROUET, VERAİN, G. GRANDPIERRE i PIERQUIN. Przypadek moczołki prostej z cukromoczem. Leczenie za pomocą fal krótkich, zastosowanych na okolicę przysadkowo-wzgórkową.	110
160		110
	22. Choroby narządów trawienia.	
11	M. J. DEMOLE. Wartość rozpoznawcza szybkości na- rastania kwasoty żołądka w przebiegu cierpień przewodu pokarmowego.	135
11	M. BRULÉ, J. COTTET. Rozpoznanie różniczkowe między żółtaczką mechaniczną i miąższową.	135
11	L. MANGINELLI. Leczenie wrzodu żołądka i dwu- nastnicy histidyną.	156
26	J. MEYER, L. SCHEMAN i H. NECHELES. Działanie olejku miętowego na wydzielanie i ruchomość żołądka u ludzi.	156
26	E. BAKKE. Badania kliniczne nad wartością lecze- nia wrzodów dwunastnicy histidyną.	20
33	BASTEDO. Wartość atropiny i balladonny w leczeniu schorzeń żołądka.	20
34	ARBOT i MILLER. Studia nad intubacją kiszek cien- kich u człowieka.	26
34	DACK, DRAGSTEDT i HEINZ. Bacterium necropho- rum w colitis chronica ulcerosa.	26
	CROHN i ROSANEK. Kombinowana postać ileitis i colitis.	26
	L. SZWARC i KRYNSKIJ. Zapalenie śródmiąższowe wątroby i nieżyt żołądka.	26
	E. WIECHMAN. Kwasota żołądkowa u chorych na cu- krzycę	26
	H. NECHELES i A. COYNE. Wydzielanie śluzu i kwa- su w żołądku ludzi zdrowych i chorych na wrzód trawienny.	26
	HETENYJ. Wyleczenie ciężkiego nieżytu okrężnicy kwasem askorbinowym.	26
	A. KOSINER. O leczeniu choroby wrzodowej żołąd- ka Larostidyną.	26
	K. A. SZCZUBAREW. W sprawie ostrego rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej.	26
	W. MICHELSON i S. M. ZUSMAN. Leczenie pewnych postaci biegunek.	26
	J. M. TASIEJEW, N. M. NIKULENKO i M. A. USMA- NOWA. W sprawie etiopatogenezy żółtaczek nie- żytowych.	26
	Rudolf KAYSER. Doświadczenia z dożylnymi wstrzy- kiwaniami Cholevalu w schorzeniach dróg od- dechowych.	26
	J. P. EKSZEMPLARSKIJ. O odosobnionym zastoju żylnym wątroby w zwężeniu ujścia żylnego lewego.	26
	M. Ch. FLANDIN. Wrzód żołądka a zapalenie wy- rostka robaczkowego.	26
	F. BARADUC. Leczenie nadmiernie długiej okrężnicy (dolichocolon) wodami mineralnymi.	26
	GLENARD i FAUQUÉ. Zniekształcenie wątroby i jej niedomoga.	26
	E. KASTANAJAN. Podział marskości wątroby.	26
	LO PRESTI-SEMINARIO F. Uwagi praktyczne w le- czeniu infekcji amebowej ze szczególnym uwzględnieniem wieku dziecięcego.	26
	K. KENT i Th. RUBEL. O zmianach liczb krwinek czerwonych w chorobach wątroby.	26
	WAJSKOPF. Przewlekłe zaparcie stolca.	26
	A. G. SURGACZEW. Jontoforeza cynkowa w lecze- niu wrzodu żołądka i dwunastnicy.	26
	J. I. KLIMENKO. Kliniczne i doświadczalne uzasad- nienie stosowania tłuszczu w hipersekrekcji i wrzodach żołądka oraz wrzodach dwunastnicy.	26
	DUCUING i FABRE. Przewlekły porażenny zastój dwunastnicy.	26
	F. SPIELER. Sigmoiditis et typhlitis stercoralis.	26
	A. VIDITZ. O działaniu Secquajolpillen w zaburze- niach czynnościowych przewodu pokarmowego.	26
	23. Choroby kobiet i położnictwo.	
	E. SCHULZE. Leczenie zatrzymania moczu podczas połogu i po operacjach ginekologicznych (Do- ryll).	26
	M. MATYAS. Leczenie rzęsistkowego zapalenia poch- wy (trichomonascolpitis) podczas ciąży tabletkami pochwowymi Cholevalu.	26
	R. KLEITZMAN. Nowy sposób wytworzenia sztucz- nej pochwy.	26
	A. BRINDEAU i P. LANTUEJOUL. Poronienie tera- peutyczne drogą brzuszną.	26
	R. A. TCHERTOK. Zasady fizjoterapii w ginekologii.	26
	TERELI. Czerwonkowe zapalenie pochwy.	26
	KLAFTEN. Wewnątrzpochwowe stosowanie insuliny w leczeniu nadżerek.	26

Str.	
	ERHART i WINKLER. Transfuzja krwi kobiet ciężarnych.
27	B. A. LEWINA. Współczesna klasyfikacja rzeżączki u kobiet i reakcja Bordet-Gengou.
27	W. LIEPMANN. Nowa metoda leczenia gorączkujących położnic.
41	COLLORIDI. Nowe możliwości stosowania dużych dawek Coraminy w położnictwie.
41	A. FUJI. W sprawie tonów serca płodu i iniekcji Coraminy.
41	DELLA G. DRIPS. Zaburzenia funkcjonalne o typie krwawień macicznych u młodych kobiet.
41	FALLS, YACKNER i KROHN. Działanie progestyny oraz substancji estrogennej na skurcze macicy u człowieka.
41	E. FERABELI. Leczenie obfitego i przyspieszonego miesiączkowania.
64	J. W. HUFFMAN. Zapalenie pochwy wywołane rzęśnistkiem pochwowym (<i>trichomonas vaginalis</i>). Leczenie jodochloroksychinoliną.
64	Alfred LAUBE. Leczenie rzucawki porodowej zapomocą Dorylu.
64	A. LEBIEDIEW i R. MESIK. Zatrucie ciążowe w świetle immunobiologicznych odczynów ustroju.
76	P. BIELIKOW i A. MANIEWICZ. Pierwsze próby leczenia zatruc ciążowych drogą przeciwcuczenia.
76	THEOBALD. Pomyślne leczenie zapalenia nerwów w ciąży zapomocą witaminy B.
76	WIESSMAN A. Cibalgina, jako środek przygotowawczy do znieczulenia lędźwiowego.
87	CHAMPION C. Leczenie krwawień, w szczególności krwawień z dróg rodnych kobiety
88	I. ZORDANIJA. O odległych skutkach sztucznego poronienia.
95	E. KWATER i A. ROGOWER. Badania płynu mózgowo-rdzeniowego w septycznych schorzeniach po porodzie i poronieniu, oraz drogi szerzenia się infekcji.
95	B. HOUSSAY. Wpływ usunięcia przysadki mózgowej na przebieg ciąży i wystąpienie laktacji.
95	A. OUSTIACHVILI. Przyczynę do biologicznego rozpoznania ciąży.
103	ENRIQUE A. BOERO. Nowa metoda operacyjna przerywania ciąży od 3-ch do 7 mies.
103	DESMAREST i P. RELIER. O zachowaniu jajników i jajowodów podczas operacji mięśniaków macicy.
103	PREISSECKER E. O żeńskich hormonach płciowych i ich znaczeniu klinicznym.
112	PAQUITTE J. P. Przypadek nietypowych zaburzeń okresu pokwitania.
112	E. BOCRO. Przerywanie ciąży przed nastąpieniem zdolności do życia płodu.
112	CURSCHMANN Hans. O rzadkich stanach kurczowych w ciąży.
132	O. WALLIS. Poród u starszych pierworódek.
132	Ch. W. DUNN. Powrót miesiączki po leczeniu hormonalnym.
142	ADAIR i DAWIS. Przewlekłe zanikowe zapalenie skóry sromu.
142	A. ACKERMANN. Zakażenie <i>trichomonas vaginalis</i> .
142	AVELLA. Leczenie krwotoków macicznych za pomocą diatermii przysadki.

Str.	
	S. A. SIELICKIJ. Gestozy nerkowe z punktu widzenia kliniki.
162	P. A. CZERTOK. Eklampsja.
163	
	24. Choroby dzieci.
	B. WOŁOCH. Przypadek amputacji ręki u niemowlęcia w 3 dni po urodzeniu.
32	O. ADDISON. Gruźlica nerek u dzieci.
32	GAUTIER. O azotemii w przebiegu płonicy.
32	KOSTIC-JOKSIC. Działanie eutroficzne szczepionki B. C. G.
32	MORGAN I BROWN. Sinica noworodków.
35	I. ASCHNOFF. O wolu u noworodków i dzieci.
35	UGO de GIVANCOLO. O leczeniu krztuśca ze specjalnym uwzględnieniem hemoterapii.
36	ELVIN i JOLKVER. Stosowanie glukozy w stanach toksycznych u dzieci.
36	LESNÉ. O cholesterynemii w przebiegu niedomogi tarczycy.
36	ROHMER. Leczenie zapaleń płuc niemowląt za pomocą transfuzji.
36	ZELDICZ, WURMAN, ŻÓŁTKOWER i GINDYCZ. Zapalenie woreczka żółciowego u dzieci.
41	SPÖRL. Samoistna acetonemia u dzieci.
41	DEBRÉ i LAMY. Cień trójkątny u podstawy płuca u dzieci.
42	MARIN, RAMOS CONTRERAS. Leczenie płasawicy zastrzykiwaniami domięśniowymi siarczanu magnezu.
42	I. FREBOUILLET. Brak łaknienia u niemowląt.
42	TAILLENS. Karmienie niemowląt chorych i zdrowych mlekiem skondensowanym.
42	WORINGER. Stosunek pryszczycy do alergii u niemowląt.
71	R. DEBRÉ et R. BROCA. Migrena dziecięca i jej równoważnik brzuszny.
71	SEREBRIJSKI. Krytyka zasad sztucznego karmienia niemowląt.
91	NIS FAXEN. Rokowanie w przypadkach drgawek wieku dziecięcego.
92	REYDERMANN. Przewlekłe bóle brzucha u dzieci.
92	SCHNEEGANS. Rola odwodnienia w zaburzeniach odżywiania niemowląt.
92	BEDELIAN i SAWELIEWA. Zapobieganie odrze w żłobkach.
92	GRYNBERG. Zasób zasad w przebiegu zapalenia płuc u dzieci.
99	GRYNBERG. Leczenie zasadami zapaleń płuc u dzieci.
99	SEREBRIJSKI. Racjonalne żywienie niemowląt.
103	P. FISCHHOF. W sprawie obrazu chorobowego exanthema subitum.
104	RUPILIUS. Choroby zębów mlecznych.
107	MARTIN. Operacje w pierwszych dniach życia.
107	J. DREYFUS. Gorączka 3-dniowa z wysypką i leukopenią.
124	L. GAROT. Rozpoznanie uwięzłej przepukliny przeponowej.
124	R. DEBRÉ. Obraz rentgenowski włóknikowego zapalenia płuc u dzieci.
124	HOHMANN. Leczenie przewlekłych zapaleń stawów u dzieci.
142	S. A. FREJMAN. W sprawie leczenia zamartwicy noworodków.
163	SCHLESINGER i KIL. Niestrawność wyleczona insuliną i dekstrozą.
163	

	Str.		Str.
T. TWISINGTON HIGGINS. Mała chirurgia w wieku dziecięcym.	163	mocą glukonianu wapnia i wstrzykiwań fibrolizyny do sterczu.	16
S. PRIESEL. O niektórych właściwościach cukrzycy dziecięcej.	164	Charles MASSIAS. Kiła układu nerwowego u ludności Indochin, tak zwana kiła egzotyczna i objawy nerwowe.	27
25. Choroby dróg moczowych.		H. NEUMANN. Wyleczenie przypadku „priapismus“ Androstiną „Ciba“.	27
THOMAS i BARTON. Ren ectopicus pelvis.	31	E. BRAUN. Leczenie objawów niewydolności płciowej męskim hormonem płciowym.	42
GUISTERREZ. Postępowanie chirurgiczne w anomaliach nerek i moczowodów.	31	TAKUJI KAGAWA. Próby i doświadczenia kliniczne z Androstiną w iniekcjach.	42
STEVENS. Wrodzone zwężenie cewki moczowej u kobiet.	32	KLAUDER. Terapia gorączkowa w mycosis fungoides	43
Joseph H. BARACH i D. Martin MOYD. Nerczyca hipoproteinemiczna i jej leczenie za pomocą gumy arabskiej.	32	A. SEZARY, J. CAROLA i HOROWITZ. Dermografizm i komórki tuczne. (Urticaria pigmentosa bez pigmentacji).	43
W. L. WINKENWERDER, N. Mc. LEOD i M. BAKER. Zakażenie i krwotoczne zapalenie nerek.	32	GRAHAM. Łuszczyca krostkowa uogólniona.	43
PASTEUR VALLERY-RADOT, P. DELAFONTAINE, J. TROMBERT. Przejście t. zw. nerczycy lipidowej w mocznicę.	91	R. BEZECNY. Dermatomyositis.	43
D. GEFT. Sprawność czynnościowa nerek u kiłowych	91	DITTRICH. Lichen zosteriformis syphiliticus.	50
J. M. BASTAS. Doświadczenia z nowym środkiem do odkażania dróg moczowych.	91	STEIN. Otrucie za pomocą skóry, jako przyczyna chorób skórnych w okresie pokwitania, w ciąży i w okresie przekwitania.	50
N. A. RATNER. Określanie kreatyniny we krwi jako metoda czynnościowego rozpoznawania niedomogi nerek.	91	KOŻEWNIKOW. Dermografizm niebieski.	50
H. WILLER. O wrodzonych nerkach torbielowych i nadciśnieniu.	111	A. WIEDMAN. Przyczynę do patologii schorzenia naczyń skóry. Miażdżycę skóry.	50
GEIVINGER. Nerka torbielowa.	111	MEYER-HEINE i HUGUENIN. Leczenie róży chlorowodorkiem sulfamido-chryzoidyny (rubiazol).	50
POLLAK. Dane kliniczne, dotyczące ciężkich schorzeń żołądkowo-kiszkowych po zewnątrzotrzewnowych operacjach urologicznych.	112	WARTEMANN. Miejscowe leczenie tranem w dermatologii.	51
R. ROLAND. Nerczyca hipochloremiczna.	112	HEUCK. Leczenie złotem, jako konieczne uzupełnienie dotychczasowego leczenia przeciwiłkowego.	58
W. LINNEWEH i R. du MESNIL de ROCHEMONT. Guz nerki — gruźlica nerki	119	VONKENNEL. Doświadczenia podstawy i wyniki leczenia kiły złotem.	58
P. GAUTIER. Nerczyca lipidowa i azotemia.	119	JAHNEL i SCHARRER. Przyczynę do badania wrażliwości zwierząt na kiłę, zwłaszcza różnych gryzoniów.	58
W. N. WINOGRADOW, Ł. Ł. GOLST i H. N. LIEWITAN. Ostre kłębuszkowe zapalenie nerek leczone promieniami Roentgena.	164	H. WILDE. Leczenie przewlekłej rzeżączki męskiej pałeczkami srebra.	59
H. HIRSCH. Jontoforeza pęcherza moczowego wypełnionego płynami leczniczymi, w jego przewlekłym zapaleniu.	164	A. WIEDMANN. Spostrzeżenia dotyczące rozpoznania obrazu klinicznego oraz leczenia Lymphogranulomatosis inguinalis.	59
26. Choroby skóry, weneryczne i płciowe.		B. MAYRHOFER. Kilka słów o herpes labialis.	64
NEKAM. O „eiofilaktycznej“ działalności skóry w przebiegu przymiotu.	8	Donat LAPOINTE. Leczenie ostrych postaci wyprysku u dzieci młodszych.	64
F. KALZ. Cutis laxa, jako objaw ogólnego osłabienia tkanek podstawowych.	8	E. TSCHOPP. Androsteron (Androstina).	64
N. OKABE. Zastosowanie Androstiny w zaburzeniach funkcji męskich narządów płciowych i w trądziku u młodych kobiet.	8	P. ORŁOWSKI. Możliwości leczenia homoseksualizmu.	64
Porady seksualne.	8	WEDROV i DOLGOW. O swoistym przeczuleniu skóry przy działaniu bodźców chemicznych.	76
H. BRANDT. Rozsiane kępki żółte w przypadku zaburzenia przemiany lipidowej.	12	WEDROV i DOŁGOW. O odczynach skóry i wyprysku chemicznym u osobników chorych i zdrowych przy badaniu ich środkami chemicznymi drażniącymi.	76
A. SÉZARY et J. TERRASSE. Odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym chorych na nowotwory układu nerwowego.	12	E. CASTANO. Leczenie rzeżączki ostrej.	88
J. BORMANN. Doskonałe wyniki naświetlania róży prom. R.	12	YU TUN-PE. Wartość szczepionki z prątków Ducreya w rozpoznawaniu i leczeniu dymienic pachwinowych różnej etiologii.	88
O leczeniu przebarwień skóry.	15	J. GATÉ i H. CHEVAT. Przyczynę do studium o opadaniu krwinek w przymiocie.	95
S. LIBERMAN i G. SUTAJEW. Dermatitis gangraenosa infantum.	15	DAINOW. Dotychczasowe spostrzeżenia, dotyczące odczulającego oddziaływania kwasu askorbinyowego (witamina C). Szybkie wyleczenie jednego przypadku nietolerancji salwarsanowej, trzech przypadków erytrodermii posalwarsanowej i jednego przypadku erytrodermii po stosowaniu złota.	96
TOSCHIMORI OGATA. O męskim hormonie płciowym Androstinie.	15	J. G. ORBANEJA. Intensywne leczenie kiły.	96
A. VALERIA. Leczenie uporczywego, przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego (prostatitis) zapo-		H. GOUGEROT. Arsen w leczeniu „atakującym“ kiły.	99

Str.		
	HOFMANN M. Leczenie impotentia coeundi androsti-	
	na „Ciba“.	
112	BERMAN K. Przyczynę do leczenia rzeżączki i	
	cierpienie dróg moczowych.	
112	MILIAN, BOULLE i MANSOUR. Szybkie wyjąławianie	
	zakaźnych zmian kiłowych pod wpływem dużych	
	dawek bismutu.	
115	LIBERMAN. O miejscowym podawaniu talu w grzy-	
	bicach skóry.	
116	BUSCHKE. Uwagi do powyższej pracy.	
116	LEWITH. Miejscowy nawrót wykwitów drugorzędo-	
	wych u osobnika z kiłą III. po naświetlaniu pro-	
	mieniami Roentgena.	
119	WOSYKA. Przyczynę do badań nad przebiegiem kiły	
	w organizmie ludzkim.	
119	CEFERINO ARUILERA MARURI. O sposobie działa-	
	nia wśródskórnej proteinoterapii w wyłysieniu	
	plackowatym.	
119	BORISOWSKI. Rola prowokacji w leczeniu rzeżączki.	
128	CHASIN. O utajonej rzeżączce przedniej cewki.	
128	H. KRUPP. Nowe drogi w leczeniu wyprysku.	
128	A. PILLOKAL. Niezwykły przypadek toczenia uogól-	
	niowego, zarazem przyczynę do leczenia tocz-	
	nia i innych chorób skórnych Aurodetoxinem.	
132	HOHORST i GASSMAN. Leczenie rzeżączki u dzieci	
	preparatami follikuliny.	
132	Fritz LANDT. O miejscowych wstrzykiwaniach Com-	
	pligonu w rzeżączkowym zapaleniu gruczołu	
	krokowego i gruczołu Bartoliniego.	
132	GIUSPPE AURISICCHIO. Nowe badania nad męskim	
	hormonem płciowym.	
140	PASCHKIS i SCHWONER. Płciowo niespecyficzny	
	wpływ męskiego hormonu płciowego na przemianę	
	kreatynową.	
140	VALERIO. Leczenie przerostu stercza męskim i żeńskim	
	hormonem płciowym.	
140	CLEVELAND. Lichen simplex chronicus.	
140	A. TOURAINE. Alopecje wrodzone.	
140	A. SEZARY, P. LEFEVRE i P. CHAUVILLON. Urti-	
	caria pigmentosa, dermatografizm i mastocyty.	
140	RITTER i WADEL. Wyciąg z kory nadnercza w lecze-	
	niu trądzika pospolitego (acne rosacea).	
143	SCHUBERT i KITTEL. Porównanie kilku sposobów	
	postępowania w rzeżączce kobiet.	
143	A. SEZARY. W sprawie nozologii pokrzywki barwni-	
	kowej. Mastocytozy.	
143	PHOTINOS. Wyjątkowy przypadek przerosłych lepie-	
	ży, datujących od 2½ lat przy ujemnym od-	
	czynie BW.	
143	M. G. MILIAN. Łupież pstry przebarwiony.	
143	I. DESNEUX. O tak zwanym dodatnim odczynie Was-	
	sermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym cho-	
	rych na nowotwory układu nerwowego.	
143	ARTHUR W. BUSSE. Rak skóry powstały wskutek	
	stosowania „kukurułki“.	
147	W. DICK. Czy lymphogranuloma inguinale przenosi	
	się na potomstwo?	
147	TZACK i FERROIR. Mnogie nietolerancje na novar-	
	senbensol charakteryzujące się odczynami	
	skórnymi, wątrobowymi i ze strony krwi.	
147	W. SAFONOW. Ocena porównawcza różnych metod	
	leczenia szankra miękkiego.	
147	A. TZANK, H. P. KLOTZ i A. NEGREANU. I. Przy-	
	czynę do badań nad leczeniem gronkowcowych	
	spraw skórnych anatoksyną. Wyniki, powikłania,	
	dawkowanie. II Badanie porównawcze wyników	
	klinicznych i serologicznych w czasie leczenia	
148	gronkowcowych spraw skórnych anatoksyną	
160	A. TOURAINE. O powstawaniu zgorzeli gazowej po	
	iniekcjach lekowych.	
160	DAINOW. Dotychczasowe spostrzeżenia, dotyczące od-	
	czulającego oddziaływania kwasu askorbinowego	
	(witamina C). Szybkie wyleczenie jednego przy-	
	padku nietolerancji salwarsanowej, trzech przy-	
	padków erytrodermii posalwarsanowej i 1 przy-	
160	padku erytrodermii po stosowaniu złota.	
160	LEIPNER S. Leczenie niektórych chorób skórnych	
	męskimi gruczołami płciowymi.	
160	K. KLARE. Leczenie pokrzywki.	
160	Maria HELGERMAN. Pleśniawki u człowieka i ich	
	leczenie.	
164	M. DUCEURTIUUX. Leczenie elektro - chirurgiczne	
	nowotworów skóry i błon śluzowych.	
164	A. TOURAINE. O nabłoniakach barwnikowych skóry	
	27. Choroby kości i stawów.	
11	J. LOUBEYRE, A. BLANDEAU. Przypadek odwapnie-	
	nia kręgosłupa na tle wadliwego odżywiania się	
12	R. WANKE. Leczenie chirurgiczne choroby Reckling-	
	hausena (Osteodystrophia fibrosa generalisata).	
63	E. M. HELSZTAJN, J. L. RAPAPORT i M. G. BOG-	
	DATIAN. O alergicznej naturze goścca.	
67	SCHAEFER K. Polyarthritides chronica okresu wzra-	
	stania a ośrodkowy układ nerwowy.	
120	KAMINSKY i MELMAN. Schorzenie kostne w przew-	
	lekłych ropnych zapaleniach skóry.	
120	R. J. WEISSENBAACH i R. PERLES. Przypadek goścca	
	wielostawowego chronicznego, pochodzenia przy-	
	miotowego.	
147	N. S. ZWONICKIJ, Ł. M. SIENIK, E. F. JANICKAJA,	
	M. Ł. GORINSZTEIN i M. P. KOTIELEWSKIJ.	
	Pozafiołkowe leczenie rumieniowe zapalenia sta-	
	wów	
152	STAHNKE. Działanie męskiego hormonu płciowego.	
152	L. de GENNES. Nietypowe postaci ostrej dny.	
	28. Choroby nerwowe i psychiczne.	
3	G. VLAVIANOS. W sprawie symptomatologii płatów	
	ciemieniowego i potylicznego.	
3	I. SIEGL. O rozpoznaniu zapalenia rogów przednich	
	rdzenia w okresie przedporażennym i jego swo-	
	istym leczeniu.	
3	O. PÖTZL. O wzroście liczby udarów mózgowych u	
	młodocianych.	
16	BUSCHAN Georg. O prymitywnej trepanacji.	
16	KOEBKE H. Postępy neurochirurgii i ich znaczenie	
	dla lekarza praktyka.	
16	KORBSCH H. Z terapii przewlekłych infekcyj układu	
	nerwowego.	
16	STOCKERT F. G. Evipan sodowy w psychiatrii.	
27	H. BAOUVILLE, J. LEY i J. TITECA. Przypadek tę-	
	życzki pooperacyjnej z zaburzeniami psychicz-	
	nymi.	
28	K. OGASAROWA. Działanie męskiego hormonu płcio-	
	wego.	
28	HIPPE i LICKINT. Leczenie zapalenia opon mózgo-	
	wych promieniami Roentgena.	
43	H. FLAMM. Hormonalne leczenie w przypadku nar-	
	kolepsji.	
44	F. NIEDERMOSER. Coramina w stanach padaczkow-	
	wych.	

Str.		Str.
44	ALLAJOUANINE, THUREL et BRUNELLI. Bóle skrzyżowane w schorzeniach opuszkowo-mostowych.	104
44	LESNÉ, LHERMITTE, LAUNAY i LOISEL. Zespół opuszkowy w zapaleniu rdzenia i mózgu.	120
44	Charles D. ARING i H. Honston MERRITT. Rozpoznanie różniczkowe między krwotokiem mózgowym i zakrzepem mózgowym; studium kliniczne i patologiczne 245 przypadków.	120
44	I. WILDER. Przypadek choroby kurczowej.	120
44	I. WILDER. Z kazuistyki choroby kurczowej.	120
44	I. WILDER. Myokimia i myoklonia.	136
48	L. PULSIFER. Cibalgina w migrenie.	136
48	F. MATSUOKA. Androstina w hysterii.	136
48	Howard H. BEARD, Carlo J. TRIPOLI i Jerome E. ANDES. Znaczenie rozpoznawcze i rokownicze przemiany kreatyno-kreatyninowej w różnych myopatiach, przed i po leczeniu za pomocą aminokwasów.	136
48	Mark Albert GLASER, Carlyle N. IMERMAN i Stanley W. IMERMAN. Tak zwana encephalitis i myelitis haemorrhagica po dożylnych wstrzykiwaniach arsfenaminów (salwarsanów). Praca oparta na przeglądzie 158 przypadków.	136
59	E. VOGT. Leczenie zachowawcze eklampsji.	144
59	G. GORALEWSKI. Obrazy nowotworowe w pachymeningitis haemorrhagica.	144
59	GÜNTHER Hans. Porażenie w krwawiące.	144
59	A. STRASSER. O objawowym nerwobólu.	144
60	H. KOGENER. O znaczeniu psychoanalizy dla psychiatrii.	148
60	S. ERBEN. W sprawie symptomatologii rwy kulszowej.	148
60	O. MAHRBURG. Po czym poznaje się ropień mózdzku?	148
60	J. NOCHIDA. Stosowanie Androstiny w melancholii.	148
71	URBAN H. Doświadczenia z arteriografią mózgu.	148
72	A. LIPMANOWICZ i S. SUBOTNIK. Alkoholizm w etiologii miażdżycy mózgu.	152
72	S. KAMIŃSKI. Dynamozy wegetatywne.	152
72	K. BERINGER. Schorzenia syfilityczne układu nerwowego wśród buriatów mongolskich.	152
72	Fritiof IMHOF. Doświadczenia z prominalem, stosowanym przeciw padaczce w praktyce szpitalowej.	152
80	MAI H. Krytyczny rzut oka na leczenie i rokowanie w poliomyelitis anterior.	152
80	MÖLLER W. Poliomyelitis spontanea u szympansa.	152
80	O. SCHILLING. Endemia kliniczna drętwicy karku z masowym przenosicielstwem zarazka chorobowego.	152
80	H. HOF i L. SCHOENBAUER. O pooperacyjnym obrzmieniu mózgu.	152
80	O. SLETTENBERG. Rozpoznanie różniczkowe między tumor extramedullaris a arachnitis spinalis adhaesiva.	152
96	J. RASDOLSKI. Gruźlaki mózgu.	152
96	J. RASDOLSKI. Los 141 chorych, dotkniętych nowotworem lub zespołem nowotworowym rdzenia.	152
96	G. MIRZOJAN. Przyczynki do zagadnienia o przerzutowych nowotworach mózgu.	152
104	KAUDERS O. Nowe doświadczenia w leczeniu padaczki.	152
104	W. SCHAFFER. Z terapii dystrophiae musculorum progressivae.	152
104	M. A. GRILICHAS. O pouśpieniowych porażeniach kończyn górnych.	152
104	E. PAPPENHEIM. W sprawie psychoz w pellagrze.	152
	RASDOLSKI I. Zespół nowotworowy grzbietowo-mostowy.	152
	H. CURSCHMANN. Myasthenia pseudoparalytica.	152
	J. RASDOLSKI. Zespół dynamicznego upośledzenia schematu ciała.	152
	RASDOLSKI J. Zwolnienie tętna w przypadkach guzów i ropni mózgu.	152
	RASDOLSKI J. Rola mechanicznego urazu czaszki w etiologii guzów mózgu.	152
	J. L. POOL, T. J. C. von STORCH i W. G. LENNOX. Wpływ winianu ergotaminy na ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi w czasie migrenowego bólu głowy.	152
	D. SEYS. Pneumokokowe zapalenie opon mózgowych.	152
	E. RISAK. Leczenie zapalenia opon mózgowych pochodną pyrazolonu.	152
	N. WINKELMAN i N. GOTLEN. Zapalenie mózgu i rdzenia wskutek zastosowania surowicy i szczepionki w celach leczniczych.	152
	A. PILCZ. Katamneza paralityczek, leczonych zimnicą w latach 1923—1928.	152
	KIESER W. Dalsze doświadczenia z koraminą w stanach drgawkowych.	152
	Paul HONEKAMP. Rozważania nad powstawaniem i próby leczenia zaburzeń w układzie wegetatywno-wewnątrzwydzielniczym.	152
	Paul HONEKAMP. Zaburzenia harmonii układu wegetatywno-wewnątrzwydzielniczego, ich przyczyna i leczenie środkami naturalnymi.	152
	Paul HONEKAMP. Leczenie chorych psychicznych uzdrawianiem układu wewnątrzwydzielniczo-wegetatywnego za pomocą naturalnych środków leczniczych.	152
	K. ŁOPATYŃSKI. Czynność mózgu i przeżycia psychiczne w świetle teorii regresji.	152
	H. HOFF i L. SCHÖNBAUER. O pooperacyjnym obrzęku mózgu.	152
	E. H. NORRIS. Thymona i przerost grasicy w myasthenia gravis z uwagami o ogólnej patologii.	152
	W. SCHMIDT. Przetaczanie krwi w nagminnym zapaleniu opon.	152
	P. van der ESCH. Leczenie stanów depresyjnych menformonem.	152
	29. Choroby oczu.	
	M. ALVARO. Skrzydlik i jaglica.	152
	A. CUENOD i R. NATAF. O obecności elementów ricketoidalnych w zawartości ziaren jagliczych.	152
	A. GARDILIC. O doświadczeniach z nowym sposobem leczenia jaglicy.	152
	O. KARASEK. Uśpienie ewipanowe w okulistyce.	152
	A. VOGT. O torbielowatym zwyrodnieniu siatkówki.	152
	J. BAILY. Odruch Dagui-Aschmana.	152
	DEJEAN i CAMBOULIVES. O wykrywaniu gruźlicy ocznej za pomocą odczynu aglutynacyjnego Hollandee.	152
	RIEDL F. Dziedziczny i wrodzony zanik nerwów wzrokowych.	152
	CORCÓSTEGUI A. Nadciśnienie wśródoczne i jaskra.	152
	C. MINNICH. Stosowanie maści perkainowej do uśmierzania bólu w uszkodzeniu oka.	152
	30. Radiologia.	
	SGALITZER Max. Technika i dozowanie naświetlań rentgenowskich w chorobach wewnątrzczaszkowych.	152

- R. A. GOŁOUZKO. Fałdy przepony, ich rozpoznawanie i znaczenie kliniczne.
 FREEMAN, SCHOENFELD i MOORE. Wentrikulografia przy użyciu koloidalnego thorium-dioxid.
 R. KAISER. Sposób szybkiego wykonywania cholecystografii.

31. Medycyna sądowa.

- HIMM. Przenikanie metali ciężkich do podłoża i tkanek.
 ELBEL. Znaczenie węglanu potasowego dla żrącego działania KCN.
 KLAUER. Trutka na myszy, wydzielająca fosforowodor.
 NIPPE. Doczesnowa reakcja ściany macicy przy niepewnym uszkodzeniu, związanym ze spędzeniem płodu.
 A. SCHLEGEL. Kastracja jako środek pozbawienia płodności i zabezpieczenia społeczeństwa od niebezpiecznych przestępców przeciwko moralności.
 UNSELD. Dwa przypadki samobójstwa przez zażycie thallium (trucizny na szczury).
 LUDWIG i GAUNER. Trzy przypadki zatrucia thallium.
 SCHNEIDER. Śmiertelne zatrucie thallium.
 GEHRBANDT. Pozbawienie mężczyzny zdolności do płodzenia.
 Zagadnienie sterylizacji w ujęciu specjalnej komisji, powołanej przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego w Anglii w 1934 r.
 A. BESREDKA. Kilka uwag bakteriologa w związku ze sprawą sądową wytoczoną chirurgowi.
 E. STIER. Tłumaczenie niektórych objawów błędnych, występujących po urazach głowy.
 A. HABERDA. O błonie dziewiczej.
 J. FISHMAN. Zagadnienie płci w więzieniu.

32. Medycyna Sportowa.

- SCHWARTZ. Wpływ wieku na odporność wobec głodu tlenowego.

c) Oceny książek.

- Stillings pseudo-isochromatische Tafeln zur Prüfung der Farbensinnes.
 Prof. J. H. SCHULTZ. Übungsheft für das autogene Training (konzentrativ Selbstentspannung).
 Dr W. DRESSLER. Atlas der klinischen Elektrokardiographie.
 Theodor REIK. Der überraschte Psychologe. Ueber Er-raten und Verstehen unbewuster Vorgänge.
 W. WEYGANDT. Lehrbuch der Nerven- und Geistes-krankheiten.
 Ernst FRITSCH u. Martin SCHUBART. Einführung in die Kurzwellentherapie. Behandlungstechnik und Indikationen.
 Aleksander ZEBROWSKI. Nosa, gardła i krtani choroby.
 CURTIUS Friedrich. Die organischen und funktionel-len Erbkrankheiten des Nervensystems.
 M. KLOPSTOCK und A. KOWARSKI. Praktikum der klinischen chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden.
 F. MANDL. Theorie und Praxis der Krebskrankheit.
 A. W. KUKOWKA. Der Krebs, Seine Entstehung und Erklärung.
 Zarys metodyki badania układu krążenia. Praca zbiorowa pod redakcją Prof. D-ra M. Semerau-Siemia-

Str.

53

53

126

3

4

4

4

28

52

52

52

52

52

67

68

100

100

108

122

11

12

12

12

31

53

72

72

72

72

72

72

73

nowskiego, nakładem wydawnictwa: „Współczesne Lecznictwo Farmaceutyczne i Fizykalne“.

H. KÜRTE. Zur Diagnostik, Therapie und Prognostik der Lungentuberkulose im. Altertum und Mittelalter.

H. WEESE. Digitalis.

Prof. Dr S. GRAFF. Rheumatismus und rheumatische Erkrankungen.

Prof. Dr H. A. GINS. Beiträge zur Pathogenese und Epidemiologie der Infektionskrankheiten.

J. H. GADDUM. Gefässerweiternde Stoffe der Gewebe.

GUILLAIN Georges. Etudes neurologiques.

JACQUES Audiat. L'action des rayons ultra-violets et des rayons X sur les nerfs périphériques.

O. NAEGELI. Differentialdiagnose in der inneren Medizin.

Prof. Dr Albin OPPENHEIM (Wien). Biologisch-orthodontische Therapie und Wirklichkeit.

FIEBIGER Joseph. Die tierischen Parasiten der Haus- und Nutztiere, sowie der Menschen.

Choroby wewnętrzne w zarysie dla Lekarzy-Praktyków i studentów medycyny.

Prof. Dr Werner CATEL. Normale und pathologische Physiologie der Bewegungsvorgänge im gesamten Verdauungskanal.

Max MÜLLER. Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten.

Sammlung wichtiger Früh- und Fehldiagnosen.

Józef TYPOGRAF. Bóle w klatce piersiowej.

Erich HOFFMANN. Die angeborene Syphilis im Lichte 30 jähriger Spirochaeten- und 25 jähriger Salvarsanforschung.

Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego. Rok 1935.

Ludwig FLECK. Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre von Denkstil und Denkkollektiv.

Bronisław KOSKOWSKI. Zarys historii leków. Przyczynek do historii farmacji.

A. BICKEL. Biologische Wirkungen des Alkohols auf den Stoffwechsel.

Erik LYSHOLM. Das Ventrikulogramm.

O. LOEW. Hohes Alter und Gesundheit.

Theodor BRUGSCH. Lehrbuch der inneren Medizin.

Walter von BAEYER. Zur Genealogie psychopathischer Schwindler und Lügner.

Kalendarz Bezpieczeństwa i Higieny pracy na r. 1936. Instytut Spraw Społecznych.

G. AXHAUSEN. Technik und Ergebnisse der Gaumenplastik.

Die Diagnose der Erbkrankheiten. Eine Aufsatzreihe.

Prof. Dr L. KORCZYŃSKI. Zarys klimatologii lekarskiej.

FIRSTENBERG Julian. Walka z narkomanią i handlem narkotykami na terenie sądowym.

Dr Med. Habil. Curt CARRIÉ. Die Porphyrine, ihr Nachweis, ihre Physiologie und Klinik.

Moniz EGAS. L'angiographie cérébrale. Ses applications et résultats en anatomie, physiologie et clinique.

Hilding BERGSTRAND, Herbert OLIVECRONA, Wilhelm TOENNIS. Gefäßmissbildungen und Gefäßgeschwülste.

Polskie monografie i wykłady kliniczne z dziedziny pediatrii. Redaktor: Prof. Dr M. Michałowicz.

Str.

73

90

90

120

120

147

163

164

164

186

187

188

217

218

235

235

258

258

258

259

280

280

280

302

302

302

303

303

327

345

346

346

346

347

	Str.		Str.
XXIV—XXVII. Prof. Dr K. Jonscher. Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. Prof. Dr Ks. Lewkowicz. Wszelkie ogólne, samoistne zapalenia opon — zatem zapalenia nagminne, zwykłe ropne i gruźlicze — powstają na drodze spłotowej. Dr J. Wiszniewski i Dr P. Wójciak. Powstawanie gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci na podstawie 500 przypadków Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego.	364	H. ROGER et J. OLMER. Les syndromes neuro-hématique.	505
Zygmunt FREUD. Wizerunek własny.	365	K. SCHLEIP u. A. ALDER. Atlas der Blutkrankheiten.	505
FIESSINGER Noel. Endocrinologie. Collection des initiations médicales.	365	Prof. Dr M. GRZYBOWSKI. Leczenie kiły.	536
P. L. DELAY. Les astéréognosies. Pathologie du toucher.	365	Sten GREITVE. Morphologische und Tierexperimentelle Studien über das Schleimhautrelief des Magen-Darmkanals.	537
Władysław ELMER. Fizjologia i Patologia Przemiany Jodu.	387	Dr Eugeniusz PIASECKI, Prof. Uniw. Poznańskiego. Zarys teorii wychowania fizycznego.	557
Prof. M. PEWZNER. Kuchnia dietetyczna dla zdrowych i chorych.	388	Prof. Dr W. FALTA (Wien). Die Zuckerkrankheit.	558
BREDNOW B. Roentgenatlas der Erkrankunegn des Herzens und der Gefaesse.	388	H. LUCKE. Die Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege.	558
Współczesne zagadnienia błonicy. (Zbiór prac wydany przez Prof. L. Hirszfelda przy współudziale Grzegorzewskiego, Grodzkiego, Goliborskiej, Jakób-kiewiczowej, Kłobukowskiej, Łąckiego, Mazurka, Mayznera, Przesmyckiego, Rajchmana, Julii Seydel, Szenajcha, Szejnmana i R. Zajdlówny. Prace Państwowego Zakładu Higieny i Warszawskiego Towarzystwa Medycyny Zapobiegawczej.	406	L. SCHUDEL. Leitfaden der Blutmorphologie.	558
Prof. Dr W. JASIŃSKI. Zespół kliniczny odry.	407	C. PARMA. Röntgenographie der Zähne und der Kiefer.	576
Inż. K. GÓRSKI. O zaopatrywanie ludności w wodę. — Studnie i wodociągi.	433	R. MONIER-VINARD. Neurologie.	577
Dr Karl G. ZIMMER. Radiumdosimetrie.	433	W. GODŁOWSKI. Podkorowe ośrodki spojrzenia i skojarzonych ruchów oczu.	596
STUMPFL Friedrich. Die Ursprungen des Verbrechens dargestellt am Lebenslauf von Zwillingen.	433	Prof. Dott. Casimiro FRANK. Nuova teoria e pratica di ringiovanimento con speziale riguardo alle funzioni sessuali.	597
Prof. J. H. SCHULTZ. Neurose. Lebensnot. Aerztliche Pflicht.	433	S. THADDEA. Die Nebennierenrinde.	614
JARNO L. Ueber das Magengeschwür. Z uzupełnieniem histologicznym Doc. Erosa.	433	L. DELIUS. Kreislaufkrankheiten und Nierenkrankheiten bei Kriegsbeschädigten.	615
A. LAUTENSCHLAGER. Operative Eingriffe im Gebiete des Ohres, der Nase, des Halses.	459	Dr Med. ARNO Arnold. Bibliographie über Sportmedizin und Grenzgebiete 1932—1935.	615
F. KNUTSSON. Urethrography. Roentgen examination of the male urethra. (Uretrografia. Radiologiczne badania cewki moczowej męskiej oraz gruczołu krokowego po wprowadzeniu płynu kontrastowego).	459	Prof. Dr Johannes LANGE. Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie.	615
SCHULTE G. Roentgenatlas der Staublungenerkrankungen der Ruhrgebiete.	460	Krótki zbiór recept i wskazówek dietetycznych dla lekarzy praktyków. Opracowali Dr L. Baranowski, M. Girszowicz, E. Globas, A. Globasówna, A. Krzemieński, S. Lewande, I. Rafałowski, I. Rocz-nik, E. Sedlis, C. Zarcyn, D. Zeldowicz, pod redakcją D-ra M. Girszowisza i D-ra I. Rafałow-skiego.	634
Ernst KRETSCHMER und Willi ENKE. Die Persönlichkeit der Athletiker.	460	Wilhelm BAETZNER. Sport- und Arbeitsschäden.	635
Dr Helmut BREDERECK. Vitamine und Hormone und ihre technische Darstellung.	483	STUMPF, WEBER H. i WELTZ G. A. Roentgenkymograpische Bewegungslehre innerer Organe.	635
Dr med. Henryk MIERZECKI Dla twego zdrowia (o chorobach wenerycznych).	483	Dr med. Jerzy JASIŃSKI, Adiunkt Kliniki Chirurgicznej Uniw. Poznańskiego. O wartości klinicznej metod czynnościowego badania nerek.	658
Prof. Dr Stefan BOROWIECKI i Dr Józef HANDELSMAN. Z rozwoju psychiatrii polskiej.	483	Dr Louis LEDOUX. Etude critique des techniques opératoires de la sinusite fronto-ethmoidale purulente chronique. Nouvelle méthode d'évidement fronto-ethmoïdale.	677
Wykłady o trzustce.	504	Z. ORŁOWSKI. Naukowe podstawy zdrojownictwa. Źdroje i zdrojowiska polskie.	694
Adw. Jerzy KURCZYUSZ. Kodeks lekarski.	504	A. FRÖHLICH und R. WASICKY. Taschenbuch der oekonomischen und rationellen Rezeptur.	694
Die Tuberkelbazillämie in Ihrer Auswirkung auf die Gesamtmedizin von Prof. Dr Ernst Loewenstein, Wien. Mit einem klinischen Teil von Prof. Dr Reitter, Prof. Dr Wilhelm Neumann, Prof. Dr Otto Krem, Wien.	505	Prof. Dr K. HANSEN u. Dr H. v. STAA. Die einheimische Sprue und ihre Folgenkrankheiten.	716
Paul COSSA. Physiopathologie du système nerveux. Du mécanisme au diagnostic.	505	Beat MÖLLER. Abnehmbare Partielle Zahnprothesen (Systematik u Praxis).	716
		O. NAEGELI. Differentialdiagnose in der inneren Medizin.	734
		Anastase LANDAU t Joseph HELD. La syphilis gastrique, étude clinique.	735
		Georg von WENDT, profesor Uniwersytetu w Helsinkach. Kost und Kultur.	735
		Bruno SCHULTZ. Methodik der medizinischen Erbfor-schung.	735
		Jan GALLUS. Przewodnik neurologiczno - psychiatryczny po Polsce.	756
		L. ASCHOFF und P. DIEPGEN. Kurze Uebersichtstabelle zur Geschichte der Medizin.	757

	Str.
KAALUND-JÖRGENSEN O. Experimental studies on a transmissible myelomatosis (reticulosis) in mice.	757
Praktischer Zahnärztekalendar 1937.	758
Aleksander BLOCH. Prawo lekarskie.	775
Leibesübungen und Gesundheitspflege.	776
W. SCHMIDT. Die Organisation der Tuberkulosebekämpfung im Lande Baden.	776
Dr Gerhard SCHORSCH. Eigenständigkeit, Fremdhaft und Haltlosigkeit. Ein charakterologischer Beitrag zum Problem: Führertum und Gefolgschaft.	777
DÖDERLEIN A. Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs.	779
Guttmanns Medizinische Terminologie.	816
Dr fil. Christian BOMSKOW. Methodik der Hormonforschung.	816

d) Wskazówki praktyczne

12 — 31 — 54 — 73 — 91 — 120 — 148 — 164 — 188 —	
218 — 235 — 259 — 280 — 303 — 347 — 365 — 388 — 407 —	
434 — 460 — 483 — 505 — 537 — 558 — 577 — 597 — 616 —	
636 — 659 — 678 — 694 — 717 — 736 — 758 — 777 — 799 —	
817	

III. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 28. 5.1935 r.	92
" " " 7. 5.1935 r.	92
" " " 4. 6.1935 r.	93
" " " 11. 6.1935 r.	93
" " " 18. 6.1935 r.	93
" " " 2. 7.1935 r.	95
" " " 8.10.1935 r.	164
" " " 15.10.1935 r.	165
" " " 29.10.1935 r.	166
" " " 2.11.1935 r.	166
" " " 12.11.1935 r.	282
" " " 19.11.1935 r.	283
" " " 26.11.1935 r.	283
" " " 3.12.1935 r.	284
" " " 10.12.1935 r.	436
" " " 17.12.1935 r.	436
" " " 7. 1.1936 r.	436
" " " 14. 1.1936 r.	437
" " " 21. 1.1936 r.	437
" " " 28. 1.1936 r.	437
" " " 4. 2.1936 r.	506
" " " 18. 2.1936 r.	506
" " " 25. 2.1936 r.	507
" " " 3. 3.1936 r.	507
" " " 10. 3.1936 r.	508
" " " 24. 3.1936 r.	659
" " " 31. 3.1936 r.	660
" " " 21. 4.1936 r.	678

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 12.12.1935 r.	189
" " " " 9. 1.1936 r.	189
" " " " 23. 1.1936 r.	189
" " " " 27. 2.1936 r.	537
" " " " 26. 3.1936 r.	538

	Str.
Protokół Walnego Zebrania Członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej odbytego w dniu 26.3.1936 r.	538
Posiedzenie plenarne z dnia 2. 4.1936 r.	539
" " " " 30. 4.1936 r.	539
" " " " 14. 5.1936 r.	539
" " " " 14. 5.1936 r.	559
" " " " 4. 6.1936 r.	799
" " " " 24. 9.1936 r.	800
" " " " 22.10.1936 r.	817

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Seksja kliniczna.

Posiedzenie z dnia 25. 2.1935 r.	13
" " " 11. 3.1935 r.	14
" " " 25. 3.1935 r.	14
" " " 8. 4.1935 r.	14
" " " 29. 4.1935 r.	14
" " " 20. 5.1935 r.	14
" " " 27. 5.1935 r.	15
" " " 3. 6.1935 r.	32
" " " 11.10.1935 r.	121
" " " 28.10.1935 r.	190
" " " 18.11.1935 r.	260
" " " 25.11.1935 r.	260
" " " 9.12.1935 r.	260
" " " 16.12.1935 r.	262
" " " 13. 1.1936 r.	389
" " " 10. 2.1936 r.	389
" " " 24. 2.1936 r.	389
" " " 9. 3.1936 r.	407
" " " 16. 3.1936 r.	435
" " " 27. 4.1936 r.	435
" " " 11. 5.1936 r.	577
" " " 25. 5.1936 r.	577

Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie Lekarzy szkół warszawskich w dniu 19.9.1935 r. w Ministerstwie Wyznań Relig. i Oświec. Publ.	55
--	----

Posiedzenie z dnia 17.10.1935 r.	148
" " " 21.11.1935 r.	149
" " " 19.12.1935 r.	149
" " " 16. 1.1936 r.	348
" " " 20. 2.1936 r.	349
" " " 19. 3.1936 r.	539
" " " 16. 4.1936 r.	578

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 25. 3.1935 r. wspólnie z Wil. Kołem Tow. Internistów Polskich	54
" " " 1. 4.1935 r.	55
" " " 11. 5.1935 r.	55
" " " 20. 5.1935 r.	55
" " " 27. 5.1935 r. wspólnie z Wil. Kołem Tow. Internistów Polskich.	284
" " " 3. 6.1935 r.	284
" " " 17. 6.1935 r.	285
" " " 7.10.1935 r.	285
" " " 21.10.1935 r.	461
" " " 28.10.1935 r. wspólnie z Wil. Kołem Tow. Internistów Polskich.	462
" " " 4.11.1935 r.	462
" " " 18.11.1935 r. wspólnie z Oddziałem Pol. Tow. Pediatrycznego	483

Posiedzenie z dnia	25.11.1935 r.	Str.	484
" " "	2.12.1935 r. wspólnie z Wil. Kołem Tow. Internistów Polskich.	485	579
" " "	13. 1.1936 r.	579	
" " "	20. 1.1936 r. wspólnie z Wil. Kołem Tow. Internistów Polskich.	597	
" " "	3. 2.1936 r. wspólnie z Wil. Kołem Tow. Internistów Polskich.	598	
" " "	10. 2.1936 r.	598	
" " "	24. 2.1936 r. wspólnie z Wileńskim Tow. Chirurgicznym.	599	
" " "	2. 3.1936 r.	616	
" " "	16. 3.1936 r. wspólnie z Tow. Okuli- stycz. i Odd. Pol. Tow. Ped.	777	
" " "	23. 3.1936 r. wspólnie z Wil. Kołem Tow. Internistów Polskich.	779	

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Posiedzenie z dnia	18.10.1935 r.	74
" " "	25.10.1935 r.	75
" " "	10. 5.1935 r.	219
" " "	14. 6.1935 r.	236
" " "	8.11.1935 r.	304
" " "	24.11.1935 r.	305
" " "	6.12.1935 r.	328
" " "	24. 1.1936 r.	617
" " "	14. 2.1936 r.	636
" " "	28. 2.1936 r.	636
" " "	13. 3.1936 r.	737
" " "	27. 3.1936 r.	759

Posiedzenia kliniczne oddziałów wewnętrznych Szpitala fund. Małżonków Poznańskich w Łodzi.

Posiedzenie w miesiącu	czerwcu 1935 r.	366
" " "	lipcu 1935 r.	366
" " "	wrześniu 1935 r.	695
" " "	październiku 1935 r.	695
" " "	listopadzie 1935 r.	717
" " "	grudniu 1935 r.	736

Koło Lekarzy Powszechnego Miejskiego Szpitala na Radogoszczu w Łodzi.

Posiedzenie z dnia	8.10.1935 r.	32
" " "	22.10.1935 r.	33
" " "	5.11.1935 r.	33

Polska Akademia Umiejętności.

IV. Wydział Lekarski.

Posiedzenie z dnia	15.11.1935 r.	122
" " "	20. 1.1936 r.	281
" " "	23. 3.1936 r.	348
" " "	12. 6.1936 r.	508
" " "	12.10.1936 r.	759

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

15 — 33 — 56 — 76 — 95 — 122 — 149 — 166 — 192 — 220
231 — 263 — 286 — 307 — 329 — 349 — 367 — 390 — 411 — 438
463 — 496 — 509 — 540 — 561 — 580 — 600 — 618 — 638 — 660
679 — 697 — 719 — 739 — 761 — 779 — 800 — 819

IV. Zjazdy

Sprawozdanie z V Zjazdu Polskiego Towarzystwa Pe- diatrycznego w Łodzi od 1 do 3.11.1935 r.	33
--	----

Sprawozdanie z zjazdu lekarzy powiatowych i miej- skich Województwa Kieleckiego w Sosnowcu w dniach 24 i 25 stycznia 1936 r.	192
Sprawozdanie ze zjazdu Niem. Towarzystwa Badań na- rządu krążenia i sekcji lekarskiej Niem. T-wa Ochrony pracy w Nauheim w dniach 16 — 18 kwietnia 1936 r.	487
Drugi Międzynarodowy Zjazd Mikrobiologów w Lon- dynie w dniach 25.7. — 1.8.1936 roku.	580

V. Krytyka lekarska.

Z. SREBRNY. Ostatni wykład prof. Karola Richeta na wydziale lekarskim Uniwersytetu paryskiego.	15
Z. SREBRNY. Pomnik Jane Todd Crawford.	193
C. LEVADITI. MIECZNIKOW i ROUX. (Ku upamięt- nieniu 30-ej rocznicy pierwszych badań nad kiłą doświadczalną).	237
Adam FESTENSZTAT. Dr. Feliks Sachs.	264
Julian WALAWSKI. Twórczość Pawłowa w dziedzinie fizjologii trawienia.	391
Stefan KRAMSZTYK. Czterdziesty ósmy Kongres Me- dycyny Wewnętrznej w Wiesbaden. (Odgłosy dnia dzisiejszego).	411

VI. Korespondencja

Leonard CHWATT. List z Paryża.	16
E. GLIKSMAN. List z New-Yorku.	35
Leonard CHWATT. List z Paryża. Plotki... plotki...	194
Stanisław JUSTMAN. List otwarty.	740
H. J. LANDAU. List otwarty.	819
A. FRYSZMAN i A. GALEWSKI. Odpowiedź.	820

VII. Przegląd terapeutyczny.

St. KSYK i B. OSIEK. O działaniu „Sana-Solu“ na krzywicę.	95
Adolf MESTER. Leczenie przewlekłych zapaleń stawów antygenem metylowym — „Anti TBC Klawe“.	196
Leon SZAJEROWICZ. Rola hidroterapii w leczeniu zdrojowo-kąpielowym.	239
A. GELBFISZ. Spostrzeżenia kliniczne nad perparyną.	367
Michał ZARNOWER. Spostrzeżenia nad leczeniem niedokrewności u ozdowieńców podurowych he- mostylem.	413

VIII. Medycyna Społeczna

A. KRZEMIENIECKA. Wrażenia z trędowiska w Rydze.	17
M. BOGUSZEWSKA. Niebezpieczeństwo przewlekłego działania tlenu węgla.	37, 56
Jan NELKEN. Pamiętnik Forela.	76, 96, 126
H. HALPERN-WIELICZANSKI. O leczeniu pracą w sa- natoriach dla chorych na gruźlicę.	149, 167
Jan HOZER. Przed zmianą kierunku w organizacji Ubezpieczeń Społecznych.	198, 221
J. MAGNUSZEWSKA. Przyczynę do badań nad szar- latanizmem.	239, 266
Józef MIRABEL. Walka społeczna z gruźlicą — jej bla- ski i cienie.	286
St. ADAMOWICZOWA. Problemy ludnościowe Italii i Wielkiej Brytanii.	307, 329, 349
Jan NELKEN i Irena BORKOWSKA-NELKENOWA. Psychopatia jako zagrożenie wartości społecz- nej.	368, 393, 415
M. K. Konferencja w sprawie kultury wsi.	438

	Str.
S. RUBINROT. Sport i ćwiczenia fizyczne jako zagadnienie społeczno-zdrowotne.	440, 463
Mieczysław MINKOWSKI. Współczesne warunki kulturalno-społeczne a nerwice.	488, 510, 540
Jan HOZER. Nowe zadania medycyny pracy w polityce społecznej.	561
Włodzimierz MIKUŁOWSKI. O zagadnieniu niemieckiej ustawy sterylizacyjnej.	581, 601, 621, 640
Jan HOZER. Co dało lekarzom i ubezpieczonym wprowadzenie „lekarza domowego“ w ubezpieczalniach społecznych?	661, 681, 699
J. BALICKA. Szkoła a schorzenia serca u dzieci.	720, 740
Ludwik GRABSCHEID. Higiena psychiczna w poradniach pedologicznych.	761
Jan NELKEN. Głosy krytyczne z dziedziny zagadnień eugeniki współczesnej. (Co to jest „ciężki“ alkoholizm? — Znaczenie dysgeniczne alkoholików przewlekłych. — Niemiecka nauka o „życiu i rasie“. — Metody eugeniki współczesnej. — Ocena wyników eugenicznych osiągniętych przez sterylizację).	780, 800, 820

IX. Sprawy zawodowe

E. ŚWIDERSKI. O byt lekarzy analityków.	660
E. ŚWIDERSKI. O byt lekarzy analityków.	679
E. ŚWIDERSKI. O byt lekarzy analityków.	697

X. Odcinek

Salomon ŚWIECA. Lekarze żydowscy na dworach królewskich w Polsce w perspektywie dziejowej.	123
Józef KERMISZ. Lekarze i aptekarze w Lublinie na schyłku dawnej Rzeczypospolitej.	618, 639

XI. Życiorysy

Dr. med. Edward GLIKSMAN. (Wspomnienie pozgonne). Nap. W. Róbin.	133
Charles NICOLLE. Nap. L. Hirszfild.	173
I. P. PAWŁOW. Nap. S. Miller.	245
S. p. Prof. Dr. Ludomił SAS-KORCZYŃSKI. Nap. M. Blasberg.	353
S. p. Dr. med. Mieczysław GOLDBAUM. Nap. S. C.	685
S. p. Dr. med. Jerzy MICHAŁOWICZ. Nap. Józef Stein.	705

XII. Polemika

St. ZAJDENBAJTEL. Jeszcze w sprawie artykułu Dra Hermana i Dra Merenlendera „Opis kliniczno-anatomiczny przypadku choroby Cushinga“ w Nr. Nr. 34, 35, 36, 37 i 39 „Warsz. Czas. Lek.“ 1936.	719
E. HERMAN. Odpowiedź na ponowne uwagi Dra St. Zajdenbajtla.	720
H. HALPERN-WIELICZAŃSKI. W sprawie artykułu D-ra Mikułowskiego „O zagadnieniu niemieckiej ustawy sterylizacyjnej“ w Nr. Nr. 36, 37 i 38 „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“ 1936.	739
Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Odpowiedź.	739

XIII. Wiadomości bieżące. Kalendarz Posiedzeń Towarzystw Lekarskich i Streszczenia francuskie

Na końcu każdego numeru.

Spis alfab. prac oryginalnych

(Rozprawy. Wykłady kliniczne. Z klinik, szpitali i pracowni. Z praktyki prywatnej. Kartki kliniczne. Przegląd terapeutyczny. Odcinek. Medycyna Społeczna).	
Amoniału wpływ na równowagę kwasowo-zasadową (Venulet, Goebel i Tislowitz).	5
Azotawego kwasu pochodne w moczu i ich znaczenie diagnostyczne w chorobach dróg moczowych (Epstein)	27
Alkoholu tyłowego stosowanie dożylnie w celach przeciwbólowych u chorych na nowotwory złośliwe (Thursz).	339
Anemia ciężka wywołana długotrwałymi krwawieniami hemoroidalnymi (Skłodowski i Dobryszczycki).	426
Anemii ciężkiej przypadek, wywołanej długotrwałymi krwawieniami hemoroidalnymi. — W sprawie artykułu Skłodowskiego i Dobryszczyckiego (Frank)	478
Anemii ciężkiej przypadek, wywołanej długotrwałymi krwawieniami hemoroidalnymi — w sprawie uwag kol. S. Franka (Dobryszczycki).	478
Antygenem metylowym, „Anti TBC Klawe“ leczenie przewlekłych zapaleń stawów (Mester).	196
Basedowa choroby rentgenoterapia współczesna (Reznikow).	317
Błonicy maczugowce z materiału klinicznego łódzkiego w hodowlach na podłożu Clauberga. (Żurkowski).	177
Biliwerdyny tworzenie w hodowlach tkankowych wątroby zarodków kurzych (Stein).	611
Bizmutu butylo-tiolaratu własności biologiczne i chemoterapeutyczne — badania doświadczalne (Anigstein).	752, 768, 789
Borowinowych kąpiele Iwonicza działanie biodynamiczne i lecznicze w świetle 9-cio letniej obserwacji (Handzel).	378, 401
Chlamacterium virile (Sterling).	333
Cukrzycy leczenie i istota w świetle spostrzeżeń własnych (Węgierko).	517
Cushinga choroby przypadku opis kliniczno-anatomiczny (Herman i Merenlender)	550, 568, 588, 607
Cushinga choroby przypadku opis kliniczno-anatomiczny — w sprawie artykułu D-ra Hermana i D-ra Merenlendera (Zajdenbajtel).	655
Cushinga choroby przypadek — odpowiedź na uwagi D-ra Zajdenbajtla.	655
Ciaży wczesnej rozpoznawania nowa próba chemiczna Vischera i Bowmana (Rozenblat).	708
Czerwieńcy prawdziwej typu Gaisböcka przypadek (Fryszman i Galewski)	771
Dziedziczności prawa w zastosowaniu do medycyny z uwzględnieniem ustawy sterylizacyjnej (Hirszfildowa).	134
Dziedziczne choroby wogóle, heredodegeneracja układu nerwowego w szczególności i jej zapobieganie (Higier).	373, 397, 421
Durową anotyksyną szczepienie dzieci przeciw durowi brzuszemu (Heller-Hermelinowa).	114
Eugeniczna walka z rozrodem osobników mało wartościowych. (Higier).	445
Eugenika współczesna— głosy krytyczne z dziedziny zagadnień eug. wsp. (Nelken)	780, 800, 820
Forela pamiętnik (Nelken).	76, 96, 126
Gościec mięśnia sercowego (Itelson).	1, 21
Gruźlica narządu rodowego, jako rzadko rozpoznawana jednostka chorobowa (Szenwie).	81
Gościec naczyniowy (Kryszek).	225

Str.		Str.
	Gruźlicy gruczołów krezkowych klinika. (Halpern-Wieliczński).	225
645	Gardła chorób rozpoznawanie i leczenie przy pomocy palca (Srebrny).	246
706	Głosu zaburzenia na tle mutacji leczone ćwiczeniami u-darowymi Fröschelsa (Mościskier).	469, 493
277	Gruźlicy leczenie pracą w sanatoriach (Halpern-Wieliczński).	805
149, 167	Gruźlica — walka społeczna z gruźlicą, jej blaski i cienie (Mirabel).	84
286	Hemoterapii modyfikacja w zapaleniu płuc (Kobryner i Felhendler).	107
68	Hemoroidalnymi krwawieniami długotrwałymi wywołana ciężka anemia (Skłodowski i Dobryszewski).	158
426	Hemo(auto)terapią leczenie porażen połowicznych (Kon)	276
450	Hissa pęczka lewej i prawej gałazki zablokowania narprzemiennego dwa przypadki (Chrzanowski i Stiller).	338
689	Histerii religijnej dziecięcej epidemia (Sterling).	339
728, 749	Hidroterapii rola w leczeniu zdrojowo-kąpielowym (Szajewicz).	358
239	Higiena psychiczna w poradniach pedologicznych (Grab-scheid).	572, 592
761	Insuliną leczenie chorób wątroby (Szyfman)	731
182	Insuliną leczenie postępującego zaniku mięśni. (Baum-ritter, Bussel i Zaks).	211
427	Insuliną leczenie schizofrenii (Paradowski, Rose, Witek, Zalewski).	313
529	Jacobaeusa operacja — jedno z wskazań do wczesnego wykonania. (Glass).	488, 510, 540
49	Krezkowych gruczołów gruźlicy klinika (Halpern-Wieliczński).	25
645	Kostnego szpiku schorzenia nowotworowe. (Stückgold)	253
805	Krętkowego antygenu (Palligen) wartość w serodiagno- styce kiły (Milińska-Szwojnicka i Raszkes)	255
793	Krzywicy leczenie „Sana-Solem“ (Ksyk i Osiek).	293, 313
95	Kultura wsi — konferencja (M. K.).	296
438	Lędźwiowe nakłucie — podrażnienie opon po l. n. (Just- man).	765, 785
155	Lipiodolu stosowanie w celach leczniczych w ropniach mózgu i mózdzku (Karbowski).	68
322	Ludnościowe problemy Italii i Wielkiej Brytanii (Ada- mowiczowa)	183
307, 329, 349	Lekarze żydowscy na dworach królewskich w Polsce w perspektywie dziejowej (Świeca).	229
123	Lekarze i aptekarze w Lublinie na schyłku dawnej Rze- czypospolitej (Kermisz).	450
618, 639	Mineralnych wód alkalicznych i stonych stosowania leczniczego uzasadnienia próba (Salitówna)	473
625	Moczowych dróg choroby a pochodne kwasu azotowego w moczu (Epstein)	497
27	Migdałków wyłuszczenie — leczenie zapobiegawcze po- wikłań po wył. migd. (Lewenfisz).	628, 651
210	Mózgu i mózdzku ropnie leczone lipiodolem (Karbowski).	630
322	Mięśni zanik postępujący, przemiana węglowodanowa i próba leczenia insuliną (Baumritter, Bussel i Zaks).	810
427	Moczowych dróg zakażenia pałeczką okrężnicy leczenie surowicą swoistą (Biehler)	367
709	Medycyny pracy w polityce społecznej zadania nowe (Hozer)	368, 393, 415
561	Nerwowego układu zaburzenia a urazy kręgosłupa (Biro).	81
41, 61	Nowotwory złośliwe pod działaniem promieni rentgenow- skich (Lewenfisz).	101
	Naczyniowy gościec (Kryszek).	273
	Nerwowego układu choroby a urazy kręgosłupa (Biro).	
	Nerek badania czynnościowego metod wartość kliniczna (Jasieński).	
	Nowotworowe schorzenia szpiku kostnego (Stückgold).	
	Nowotwory przeszczepialne — wartość hipotezy „viru- sa“ w now. przeszcz. (Flaks).	
	Nerwowego (wielu) zapalenia objaw Meesa i jego mody- fikacja demarkacyjno-uciskowa (Sterling, Prus- sak, i Wolff).	
	Nowotwory przeszczepialne — wartość hipotezy „viru- sa“ w now. przeszcz. (Flaks).	
	Nerwu przeponowego wyrwania mechanizm działania (Glass).	
	Nowotwory — czy szczepienie doskórne uodparnia prze- ciwko nowotworom? (Flaks i Grynkrant).	
	Nowotwory złośliwe — doświadczenia z dożylnym stoso- waniem alkoholu etylowego w celach przeciwbóło- wych u chorych na now. złośli. (Thursz).	
	Nosa jam dodatkowych kostniaki (Srebrny).	
	Niedokrewności nadbarwliwej i zaburzeń gospodarki wodnej powstawanie w schorzeniach mięsżowych wątroby (Eisenfarb)	
	Nosa wąskiego niedrożności leczenie chirurgiczne (Le- wenfisz)	
	Nosowego krwawienia postać niezwykła (Koenigstein)	
	Niedokrewności u ozdrowieńców podurówych leczenie hemostylem (Żarnower).	
	Nerwice a współczesne warunki kulturalno-społeczne (Minkowski)	
	● skrzeli i tchawicy zapalenie rzekomobłoniaste (Alter)	
	Otrzewnowego zespołu podostrego przypadek (Fejgin).	
	Obrzęku wrodzonego u niemowlęcia przypadek (La- wendel).	
	Psychoanalizy historia rozwoju i jej stan współczesny (Bornsztajn).	
	Psychoanalizy istota i możliwości lecznicze (Bychowski).	
	Padaczka zwana samoistną, jej stosunek do padaczki or- ganicznej i częstość występowania (Świder).	
	Płuc zapalenia zmodyfikowana hemoterapia (Kobryner i Felhendler).	
	Pocenia się odczyn u osobników ze schorzeniem rdzenia (Higier)	
	Polyneuritis cerebialis menieriformis a zespół Ramsay- Hunta (Sterling i Kipmanowa).	
	Porażeń połowicznych leczenie autohemoterapią (Kon).	
	Podprzeponowych ropni lewostronnych rozpoznawanie (Kobryner, Mesz i Szmerner).	
	Paciorkowcowego zakażenia ogólnego i różny przypadek, wyleczony chlorowodorkiem sulfamidochryzoidyny (Landau).	
	Promieni X wpływ na czynności komórek, hodowanych sztucznie (Frago i Haszler)	
	Płucnej przepukliny samoistnej przypadek (Raciążek).	
	Przemiana podstawowa i metaboliczne znaczenie tarczy- cy w okresie pokwitania u dziewcząt (Biehler).	
	Perparyna — spostrzeżenia kliniczne (Gelbfisz).	
	Psychopatia jako zagadnienie wartości społecznej (Nel- ken i Borkowska-Nelkenowa)	
	Rodnego narządu gruźlica, jako rzadko rozpoznawana jednostka chorobowa (Szenwic)	
	Rentgenowskich promieni działanie pośrednie na no- wotwory złośliwe (Lewenfisz)	
	Robaczkowego wyrostka zapalenie ostre u osobników w wieku podeszłym (Borkowski).	

	Str.
Rentgenoterapia współczesna choroby Basedowa (Reznikow)	317
Rzęzączkowego schorzenia stawów patogeneza (Miller)	585, 605
Rdzenia schorzenia — w sprawie odczynu pocenia się u osobników ze sch. rdz. (Higier).	183
Róży i ciężkiego ogólnego zakażenia paciorkowcowego przypadek wyleczony chlorowodorkiem sulfamidochryzoidyny (Landau).	497
Reumatyzm — odczyn na r. (BBF) na podstawie z górą 300 przypadków materiału klinicznego (Brokman, Brill, Frendzłowa).	547
Rhachischisis totalis. Zespół Klippel-Feila, kiła kostna i rdzeniowa (Sterling, Mesz i Kipmanowa).	668
Róży ciężkiej u niemowlęcia przypadek zakończony wyzdrowieniem (Wolfstein).	383
Rumień guzowaty u dzieci (Biehler).	498
Sercowego mięśnia gościec (Itelson)	1, 21
Sercowego mięśnia zawału postaci bezbolesne (Chrzanowski i Bender).	141, 153
Stawów schorzenia rzęzączkowego patogeneza (Miller)	585, 605
Siateczkowo-śródbłonkowy aparat — związek między krzepnięciem krwi a wchłanianiem niektórych zawiesin koloidalnych przez komórki apar. s. ś. (Kraszewski i Zakrzewski).	44
Schizofrenii leczenie insuliną (Paradowski, Rose, Wittek, Zalewski).	529
Serca wymiaru poprzecznego stosunek do poprzecznego wymiaru klatki piersiowej oraz konfiguracja serca w zwyrodnieniu mięśnia sercowego (Wischnowitzer).	648, 672
„Sana-Solem“ leczenie krzywicy (Ksyk i Osiek).	95
Stawów zapalen przewlekłych leczenie antygenem metylowym „Anti TBC Klawe“ (Mester).	196
Szarlatanizm — przyczynek do badań nad... (Magnuszevska).	239, 266
Sport i ćwiczenia fizyczne jako zagadnienie społeczno-zdrowotne (Rubinrot).	400, 463
Sterylizacyjnej ustawy niemieckiej zagadnienie (Mikułowski)	581, 601, 621, 640
Szkoła a schorzenia serca u dzieci (Balicka).	720, 740
Tay Sachsa choroba (Biro).	545, 565
Tay Sachsa choroba (Biro).	665, 686
Tchawicy i oskrzeli zapalenie rzekomobłoniaste (Alter).	25
Trzustki schorzeń rozpoznawanie (Szyfman i Wajnsztok).	48
Takaty odczyn (Mine).	252
Tarczycy znaczenie metaboliczne i przemiana podstawowa w okresie pokwitania u dziewcząt (Biehler)	810
Trędowisko w Rydze — spostrzeżenia z... (Krzemieńska).	17
Tlenku węgla działania przewlekłego niebezpieczeństwo (Boguszewska).	37, 56
Ubezpieczeń Społecznych organizacja (Hozer).	198, 221
Ubezpieczalnie Społeczne — co dało lekarzom i ubezpieczonym wprowadzenie lekarza domowego w... (Hozer)	661, 681, 699
Wątroby chorób leczenie insuliną (Szyfman).	182
Wątroby schorzenia mięszone a powstawanie niedokrewności nadbarwliwej i zaburzeń gospodarki wodnej (Einsensfarb).	572, 592
Węgla tlenku działania przewlekłego niebezpieczeństwo (Boguszewska).	37, 56
Życia przywracanie (Binet).	175
Zółciowych dróg stanów zapalnych patogeneza i leczenie (Justman).	205

	Str.
Zylaków i owrzodzeń goleni leczenia metody nowe (Abramowicz).	725, 745
Zółtego ciała przetworów wartość lecznicza (Perl).	65

Spis alfabetyczny streszczeń zbiorowych i poglądowych

Askorbinowego kwasu wpływ na krzepnięcie krwi (Michałowski).	502
Agranulocytoza polekowa (Wajngot)	574, 594
Będniak — najnowsze postępy w dziedzinie nauki o... (Tencer).	8
Botulismus i zatrucie toksynami botulinowymi (Jakób-kiewicz)	455, 479
Błonica — bakteriemia w błonicy u człowieka (Seydel).	525
Cukrzyca — zagadnienia konstytucji, dziedziczności i eugeniki w... (Szpidbaum)	713, 732, 755
Freunda i Kaminerówny teorii podstawy i związane z nią odczyn rozpoznawcze w raku (Dmochowski).	612
Gruźlica (patrz także Kocha prątki).	
Kocha prątków obecność we krwi, w moczu, w płowcinie i płynie mózgowo-rdzeniowym u osób bez objawów czynnej sprawy gruźliczej (Geysner-Jaroszewicz).	239, 324
Krwii krzepnięcie pod wpływem kwasu askorbinowego (Michałowski).	502
Krótkofalowej terapii stan obecny (Hopensztadt).	631, 656
Migotania przedsionków patogeneza (Stiller).	361
Nowotwory złośliwe—współczesne badania nad... (Płoń-ski).	144, 159, 256
Nowotwory — badania P. Mendeléeff nad liposarcoma Murraya i nad czynnikami wpływającymi na wzrost... (Dmochowski).	555
Nosa i jego jam obocznych choroby alergiczne (Weintal).	797, 814
Rzucawka — Uwagi o istocie rzucawki i nowa próba jej leczenia (Bierzowski).	241
Raka odczyn rozpoznawcze według teorii Freunda i Kaminerówny (Dmochowski).	612
Reumatyzmu problemat w związku z V-ym Kongresem Reumatologicznym w Sztokholmie we wrześniu r. b. (Girszowicz).	772
Sercowa śmierć nagła (Gelbfisz).	88, 117
Sercowego mięśnia zawału zespół kliniczny (Landau).	383, 404, 429
Śmierć nagła sercowa (Gelbfisz).	88, 117
Wścieklizna — z nowszych prac o... (Głowacka)	213, 232, 256
Witaminu C występowanie w tkankach zwierzęcych (Michałowski).	278
Witaminy — hiperwitaminoza D. Powstawanie i zapobieganie (Kirszbrown).	676, 692
Zółci barwnika wytwarzanie oraz żółtaczek powstawanie — rozwój poglądów na... (Stein).	29, 50, 69

Spis autorów prac oryginalnych

ABRAMOWICZ Michał	725, 745
ADAMOWICZOWA St.	307, 239, 349
ALTER N.	25
ANIGSTEIN Ludwik	752, 768, 789
BALICKA J.	720, 740
BAUMRITTER P.	427
BENDER Adam	141, 153
BIEHLER Matylda	498, 709, 810
BINET Leon	175

	Str.		Str.
BIRO Maksymilian	41, 61, 246, 545, 565, 665, 686	LANDAU H. J.	819
BIRZOWSKI E.	341	LANDAU I.	497
BLASBERG M.	353	LAWENDEL Ewelina	255
BOGUSZEWSKA M.	37, 56	LEVADITI C.	237
BORKOWSKA-NELKENOWA Irena	368, 393, 415	LEWENFISZ Henryk	210, 731
BORKOWSKI J.	273	LEWENFISZ Marek	101
BORNSZTAJN Maurycy	293, 313	MAGNUSZEWSKA J.	239, 266
BRILL J.	547	MERENLENDER J.	550, 568, 588, 607
BROKMAN H.	547	MESTER Adolf	196
BUSSEL M.	427	MESZ N.	473, 668
BYCHOWSKI Gustaw	296	MICHAŁOWSKI Roman	278, 502
C. S.	685	MIKUŁOWSKI Włodzimierz	581, 601, 621, 640, 739
CHRZANOWSKI Jan	141, 153	MILIŃSKA-SZWOJNICKA Zofia	793
CHWATT Leonard	16, 194	MILLER S.	247
DMOCHOWSKI Leontyn	555, 612	MILLER W.	585, 605
DOBRYSZYCKI S.	423, 478	MINC S.	252
EISENFARB J.	572, 592	MINKOWSKI Mieczysław	488, 510, 540
EPSTEIN B.	27	MIRABEL Józef	286
FARAGO A.	628, 651	MOŚCISKER Emma	277
FEJGIN M.	253	NELKEN Jan	76, 96, 126, 368, 393, 415, 780, 800, 820
FELHENDLER J.	547	PARADOWSKI J.	529
FESTENSZTAT A.	264	PENSON J.	354
FLAKS Józef	84, 158, 338	PERL Jerzy	65
FRANK St.	478	PŁOŃSKIER M.	144, 159, 184
FRENDZŁOWA J.	547	RACIAŻEK Gustaw	630
FRYSZMAN A.	771, 820	REZNIKOW H.	317
GALEWSKI A.	771, 820	ROSE J.	529
GELBFISZ A.	88, 117, 367	ROZENBLAT J.	708
GEYSMER-JAROSZEWICZOWA Wiwa	229, 324	RÓBIN W.	133
GLASS Benedykt	276, 49	RUBINROT S.	440, 463
GLIKSMAN E.	35	SALITÓWNA E.	625
GŁOWACKA W.	213, 232, 256	SEYDEL Julia	535
GOEBEL F.	5	SKŁODOWSKI J.	426
GRABSCHEID Ludwik	761	SREBRNY Jan	358
GRYNKRAUT B.	338	SREBRNY Z.	15, 193, 706
HALPERN-WIELICZAŃSKI H.	149, 167, 645, 739	STEIN Józef	29, 50, 69, 611, 705
HANDZEL J.	308, 401	STERLING Władysław	333, 107, 229, 668, 728, 749
HASZLER K.	628, 651	STILLER A.	361
HELLER-HERMELINOWA B.	114	STÜCKGOLD H.	805
HERMAN E.	550, 568, 588, 607, 655, 720	SZAJEROWICZ J.	426
HIGIER Henryk	373, 397, 421, 445, 183	SZENWIC Wilhelm	81
HIRSZFELDOWA Hanna	134	SZERMER S.	473
HIRSZFELD L.	173	SZPIDBAUM Henryk	713, 732, 755
HOPENSZTADT Szymon	631, 656	SZYFMAN L.	48, 182
HOZER Jan	198, 221, 561, 661, 699	ŚWIDER Konstanty	765, 785
ITELSON Józef	1, 21	ŚWIDERSKI E.	660, 679, 697
JAKÓBKIEWICZ J.	455, 479	ŚWIECA Salomon	123
JASIŃSKI Jerzy	469, 493	TENCER Józef	8
JUSTMAN Ludwik	205	THURSZ D.	339
JUSTMAN Stanisław	155, 740	TISŁOWITZ R.	5
K. M.	438	WAJNGOT Antoni	574, 594
KARBOWSKI B.	322	WAJNSZTOK J.	48
KIPMANOWA I.	229, 668	WAŁAWSKI Julian	391
KIRSZBRAUN A.	676, 692	WEINTAL M.	797, 814
KOBRYNER A.	354, 368, 473	WĘGIERKO Jakób	517
KOENIGSTEIN M.	211	WISCHNOWITZER E.	648, 672
KON Daniel	450	WITEK S.	520
KERMISZ Józef	618, 639	WOLFSTEIN Stanisław	383
KRAMSZTYK Stefan	441	ZAJDENBAJTEL St.	655, 719
KRASZEWSKI W.	44	ZAKS M.	427
KRYSZEK H.	225	ZAŁEWSKI W.	529
KSYK St.	95	ZAKRZEWSKI Z.	44
KRZEMIENIECKA A.	17	ŻARNOWER Michał	413
LANDAU Emil	383, 404, 429	ŻURKOWSKI Jan	177

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 XIII

WARSZAWA, 2 STYCZNIA 1936 R.

Nr. 1

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddziału wewnętrznego Szpitala imienia Prezydenta
Mościckiego w Łodzi.
(Ordynator: S. M i n c).

Gościec mięśnia sercowego.

Podał
Józef ITELSON (Łódź).

I t a r w roku 1824 pierwszy zwrócił uwagę na zajęcie mięśnia sercowego w przebiegu gośćca. Zagadnienie zmian w mięśniu sercowym w zakażeniu gośćcowym doznało należytego oświeślenia dopiero od niedawna dzięki pracom klinicznym w pierwszym rzędzie B e z a n s o n a i W e i l a oraz dokładnemu opracowaniu obrazu histopatologicznego, cechującego serce gośćcowe, w pracach T a ł a ł a j e w a i K l i n g e g o. Według danych K l i n g e g o, zmiany w stawach występują zaledwie w 40% przypadków schorzenia gośćcowego; o ile dodamy, iż szereg autorów z T a ł a ł a j e w y m na czele, *conditio sine qua non* istnienia sprawy chorobowej gośćcowej wogóle upatruje w obecności zmian w mięśniu sercowym, zrozumiałe będzie przeniesienie punktu ciężkości w zagadnieniu gośćca ze stawów na układ krążenia. W następnej fazie ewolucji nauki o gościcu szereg zmian, traktowanych w klinice jako wyraz uszkodzenia wsierdzia, przeniesiony został na grunt mięśnia sercowego. Jeszcze nieomal po dziś dzień klinika zmiany wysłuchowe nad sercem w przebiegu gośćca stawowego traktuje zazwyczaj jako następstwo procesu chorobowego na zastawkach: szmer skurczowy, zwłaszcza z akcentem drugiego tonu nad tętnicą płucną, zwiastować miał zapalenie wsierdzia, a co za tem idzie, powstawanie wady zastawkowej. Dopiero badania elektrokardjograficzne (ekg.) oraz bliższa znajomość rozwoju zmian anatomopatologicznych wykazały, iż szmer skurczowy stanowi w przeważającej większości przypadków wyraz uszkodzenia mięśnia sercowego, zwłaszcza, gdy występowanie szmeru tego dotyczy pierwszych czterech tygodni zachorowania. Szmeru pochodzenia zastawkowego dostępne są dla ucha klinicysty dopiero w szóstym tygodniu choroby, a nieraz jeszcze znacznie później. Świeży proces zapalny na zastawkach przebiega

„afonicznie“, słyszalne zaś szmeru należą do zmian w mięśniu sercowym, na co zwrócił uwagę P o t a i n. Dopiero w drugim miesiącu choroby, gdy guzki gośćcowe ulegają przeistoczeniu w twory sklerotyczne, w bliżnę, ujawniają się zmiany wsierdzia jako szmer. Głuche tony serca stanowią również wyraz uszkodzenia mięśnia sercowego; tylko rozlany obrzęk zastawek, jako tak zw. *valvulitis rheumatica diffusa*, przyczynić się może również do powstania głuchych tonów.

Dane statystyczne I l i ŋ s k i e g o i K u m b s a wykazały, iż szmer skurczowy w 75% przypadków jest pochodzenia mięśniowego, występując w pierwszych trzech tygodniach choroby; do innych objawów zaatakowania mięśnia sercowego zaliczyć należy powiększenie granic serca (54% przypadków) oraz głuche tony serca (57%). Podkreślić należy, iż wymienione zmiany, występując w pierwszych tygodniach zachorowania, pokrywają się całkowicie z obrazem histo-patologicznym, doznającym pełni rozkwitu we wspomnianym okresie, cechującym proces zmian zwyrodnieniowo-wysiękowych. Naskutek osłabionego napięcia całego mięśnia sercowego lub zmian na ograniczonej przestrzeni, np. mięśni brodawkowych lub zamykających pierścieni zastawkowy przedsionkowo-komorowy, wywiązać się może względna niedomykalność zastawki dwudzielnej, a co zatem idzie, powstanie szmeru skurczowego. Do niedawna jeszcze „fatalny“ szmer skurczowy zaczyna tracić na swej „złośliwości“, ponieważ daleko lepsze jest rokowanie w uszkodzeniu mięśnia, niż zastawek.

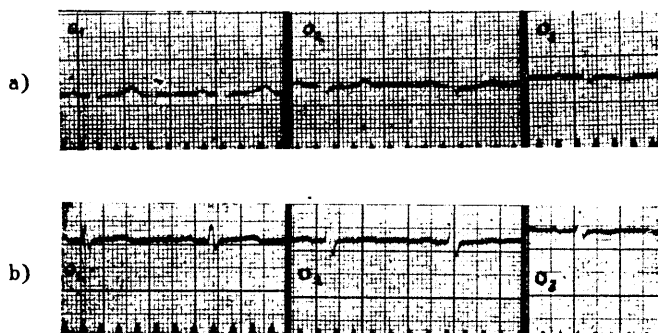
Reasumując ewolucję poglądu na zajęcie układu krążenia w przebiegu gośćca, powiedzieć możemy, iż mięsień serca stanowi ośrodek zmian chorobowych. Pamiętać jednak należy, iż zmiany wysłuchowe mogą być również wyrazem procesu chorobowego ze strony wsierdzia, naczyn, jako to: tętnicy głównej i płucnej. Na istnienie *aortitis rheumatica* zwrócił uwagę W i z e l w 1925 roku, podkreślając, iż zakażenie gośćcowe doprowadzić może nawet do powstania tętniaka tętnicy głównej. Dane histopatologiczne, potwierdzające te obrazy kliniczne, idą jeszcze dalej, wskazując na istnienie *periarteritis* w naczyniach wieńcowych z występowaniem zakrzepów (K u m b s) oraz na zmiany w tętniczkach włosowatych w przebiegu gośćca.

Gościec atakuje, jak widzimy z powyższego, układ krążenia zarówno w ośrodku, jak i na obwodzie, doprowadzając do występowania zmian dość częstych, trudno uchwytnych przy zwykłym badaniu klinicznym.

W rozwoju nauki o sercu gościcowem, zagadnieniu, dziś nas interesującym, duże usługi oddała elektrokardiografia, w należytem świetle przedstawiająca całokształt obrazu klinicznego. Skargom pacjenta na łatwe męczenie się, na parestezje okolicy serca, niezawsze towarzyszący szmer skurczowy nad sercem; nawet tony serca mogą nic nie stracić na swej czystości. Twierdzenie lekarzy, iż pacjent im jakoś się nie podoba po przebytej anginie, zapaleniu stawów, pomimo braku wszelkich danych badania klinicznego, nabiera obiektywnego odzwierciadlenia w krzywej Ekg.

Omówiony pokrótce przypadek zilustruje doniosłość tej metody badania, której poświęcimy poniżej nieco więcej czasu.

Przypadek ten dotyczy pacjentki lat 22, która po wypisaniu się ze szpitala po przebytem zapaleniu stawów zgłosiła się po kilku tygodniach ze skargami na silne osłabienie, łatwe męczenie się przy znikomym wysiłku; dolegliwości te uniemożliwiają jej pracę. Badanie serca kliniczne i rentgenologiczne nie wykazało żadnych zmian chorobowych; natomiast w Ekg widzimy w porównaniu z badaniem, dokonaniem przed czterema tygodniami, wyraźne pogorszenie w sensie splaszczczenia T₁ niskiego T₂ i płaskiego T₃, co wskazuje na uszkodzenie mięśnia sercowego (ryc. 1). Tylko dzięki kontrolnej krzywej Ekg, skargi pacjentki nabrały wartości obiektywnej, dając wskazówki co do dalszego postępowania leczniczego i oceny zdolności do pracy.



Ryc. 1.

Zestawione powyżej dane o zmianach w poglądach naszych na punkt uchwytu zakażenia gościcowego, rzucane uwagi o niedostateczności zwykłych badań klinicznych dla stwierdzenia czynnego procesu gościcowego w mięśniu sercowym wskazują, w jakim kierunku winna pójść obserwacja chorych na zakażenie gościcowe celem wyjaśnienia wielu dopiero od niedawna aktualnych i nie mających jeszcze pewnego gruntu problemów. Dlatego też, przystępując do opracowania dziedziny mięśnia sercowego gościcowego na materiale szpitalnym, obejmującym 125 chorych, zmierzaliśmy do wyjaśnienia następujących zagadnień:

1) jaka metoda badania stanowi najczulszy wskaźnik zmian chorobowych w mięśniu sercowym gościcowym;

2) jaki jest stosunek tej metody do innych badań klinicznych pomocniczych, zwłaszcza szybkości opadania krwinek czerwonych i temperatury ciała, ponieważ z zachowania się tych ostatnich usiłowano wyciągać wnioski o aktywności procesu chorobowego, dziś nas interesującego;

3) w jakich warunkach badania ustalić można niezbędny okres pobytu chorego w szpitalu; z pytaniem tem wiąże się zagadnienie niemniej życiowe, a mianowicie:

4) warunki zdolności do pracy chorych z przebytem lub nawet jeszcze istniejącem uszkodzeniem mięśnia sercowego.

Związek tych ostatnich zagadnień z tematem mięśnia sercowego gościcowego postaram się uzasadnić w rozważaniach późniejszych.

Ze względu na obszerność materiału, przedstawię z kazuistyki, obejmującej 125 chorych, tylko wybrane i to nie wszystkie jaskrawe przypadki.

Z góry zaznaczyć pragnę, iż badania nasze wysuwają na miejsce dominujące wartości analiz elektrokardiograficznych oraz ortodiagramów; badania te, przeprowadzane seryjnie, wskazują na dynamikę zmian chorobowych, co ma duże znaczenie dla oceny zmian w sercu.

Badania ekg w przebiegu gościca niedawno zostały zapoczątkowane i właściwie nie są jeszcze zakończone. Dane statystyczne różnych autorów są bardzo różnorodne, poniekąd nawet sprzeczne, co znajduje wytłumaczenie przede wszystkim w tem, iż wielu autorów nie operowało badaniami seryjnymi, przeprowadzanemi okresowo u tego samego chorego w przebiegu cierpienia oraz brało za wyraz zmian chorobowych te dane, które *de facto* mogły jeszcze należeć do obrazu fizjologicznego. O ile zestawimy dwie najbardziej obszerne statystyki Hochreina i Łukomskiego, gdzie każdy autor operował materiałem stu chorych, to zauważymy, iż zaburzenia przewodnictwa w sensie wydłużenia PQ dotyczą u Łukomskiego 58% chorych, u Hochreina tylko 22%. Otóż Łukomski zalicza przypadki z PQ, wynoszącym 0,2, do zmian patologicznych, wówczas gdy liczba ta może stanowić wielkość prawidłową dla danego osobnika. Tylko w warunkach badania seryjnego, przy stwierdzeniu wahań PQ w sensie wydłużenia przewodnictwa do 0,2, możemy przypadek analizowany umieścić w statystyce jako zmianę chorobową.

W statystyce własnej, opartej na materiale 125 chorych z oddziału wewnętrznego Szpitala im. Prezydenta Mościckiego, umieściliśmy w warunkach badania jednorazowego tylko przypadki z $PQ > 0,2$, przy badaniu zaś seryjnym uwzględnialiśmy stany chorobowe z $PQ = 0,2$, o ile przewodnictwo to wykazało u tego samego osobnika wartość mniejszą na poszczególnych krzywych ekg, np. 0,18. Liczbę odsetkową przypadków ze zmianami w PQ możemy uzupełnić na podstawie następujących rozważań: u osobników młodych $PQ = 0,2$ występuje według danych statystycznych nowszych w 6%; ponieważ na materiale własnym $PQ = 0,2$ dotyczyło 22% chorych, możemy jeszcze 16% dodać do statystyki naszej w rubryce zaburzeń w przewodnictwie przedsionkowo-komorowem.

Jeszcze jaskrawiej odbiega w statystyce naszej rubryka zmian w T od obok podanych liczb omawianych autorów. Dla należytej oceny zmian, dotyczących tego odcinka, niezbędna jest praca, oparta na badaniach seryjnych. Wysokość T wahać się może w granicach 2 — 5 mm; przy jednorazowym badaniu nie mamy podstawy do zaliczenia T, wynoszącego zaledwie 2 mm, do zmian w sensie niskiego T, jak również traktowania $T = 5$ mm jako wysokiego T, chociaż różnica wysokości tych krańcowych wartości T jest rażąca już na pierwszy rzut oka. Natomiast, o ile T, wynoszące przy jednym badaniu 2 mm, narasta do 3 i wyżej mil. przy badaniach

następnych, mówić możemy o wahaniach patologicznych T, stanowiących wówczas wyraz zmian chorobowych. Tylko te zmiany umieszczane mogą być w statystyce, ilustrującej zmiany ekg mięśnia sercowego. Otóż *Hochrein* uwzględnia tylko ujemne T₃, stąd też niski odsetek zmian patologicznych, bo zaledwie 7% w rubryce zmian T. To samo dotyczy statystyki *Łukomskiego* (patrz tablicę L. 1). Dodać należy, iż bardzo rzadko autorzy ci dostrzegali zmiany w T w odprowadzeniu drugim (*Łukomski* zaledwie 3%), co daleko odbiega od naszych liczb, nawet w warunkach badania jednorazowego, gdzie szanse uchwytu wszystkich zmian chorobowych są niewielkie.

Tabl. 1.

Zmiany ekg	Hochrein	Łukomski	Własne badania		U w a g i
			jedno-raz.	seryjne	
P niskie, rozszcz.	39	11	15	15	—
P. Q	22	58*	10	15**	*pQ=0,2 **pQ>0,2
S. T, wyżej	31	—	(10)	(10)	—
S. T wyżej i niżej	—	—	28	28	> 15 < 13
T ₃ ujemne	7	10	9	9	—
T ₃ brak płaskie	—	—	27	44	—
T ₂	—	—	10	11	—
T ₁ + T ₂ + T ₃	—	—	24	34	—
Q ₁ głęb.	—	—	4	4	—
Extras.	—	—	4	4	> 35 lat 3
Wenckebach	—	—	1	1	
niemiara całkow.	—	—	1	1	. . . 1
bez zmian	—	—	10	5	—

De facto zaś, jak to potwierdza również *Scherf*, wszystkie zmiany w zachowaniu się T są istotne dla kliniki w sensie oceny procesu chorobowego. Nietylko ujemne T, lecz przejście wyższego T w niższe, t. zw. spłaszczenie T, oraz odwrotne obrazy w stanach poprawy w sensie powrotu ujemnego T do normalnego, wskazują, iż proces chorobowy różne gradacje zmian w obrazie T wywołać może. Możliwość uchwycenia tych zmian daje nam tylko seryjne badanie. Niema żadnej podstawy do twierdzenia, iż mięsień sercowy z ujemnym T jest w stanie gorszym, niż przy braku T we wszystkich odprowadzeniach, tembardziej, iż w jednym i drugim przypadku już w krótkim okresie czasu uzyskać można

całkiem dobre normalne T. Te wciąż wspomniane badania seryjne umożliwiają ocenę przebiegu zakażenia goścowego w mięśniu sercowym w sensie poprawy lub pogorszenia. Dlatego też zatrzymałem się nieco dłużej nad tym odcinkiem elektrokardjogramu, ponieważ analiza naszego materiału wykazuje doniosłość tej części Ekg w ocenie nasilenia procesu chorobowego, a co zatem idzie, ocenia zdolność do pracy i konieczność leczenia szpitalnego, jak to widać było na przykładzie, podanym na wstępie niniejszej pracy.

Statystyka nasza, dotycząca zmian w Ekg w warunkach szeregu badań kontrolnych u tego samego osobnika, stanowi rzeczywisty wykładnik elektrokardjograficzny schorzenia mięśnia sercowego, ponieważ niejedna istotna zmiana do statystyki tej weszła i niejedyn błąd pominięty został przy odsetkowym obliczaniu zmian patologicznych.

Przyjrzyjmy się pokrótce naszym danym (patrz tablice). Widzimy, iż statystyka, obejmująca badania seryjne, wykazuje najwięcej zmian chorobowych. Liczba 10% przypadków „bez zmian” spada do 5% przy badaniach wielokrotnych; zmiany w T₃ jako wyraz odchylenia od normy, wynoszą 27% przy badaniach jednorazowych i narastają aż do 44% w warunkach badań seryjnych. Podkreślić wypada, iż jedna trzecia przypadków wykazuje zmiany w T we wszystkich trzech odprowadzeniach, jako niezbity dowód uszkodzenia mięśnia sercowego, o czym będzie jeszcze mowa później, przy omawianiu kazuistyki. Do tej liczby 34% daleko zmianom w PQ, które zajmują plan pierwszy w statystyce *Łukomskiego*. Reasumując, badania nasze wysuwają odcinek T jako domenę zmian elektrokardjograficznych w zakażeniu goścowym.

Tabl. 2.

T°		O. B.			
		I	II	III	IV
Norm.	S	<60'	60'—80'	90'—120'	>120'
42	12	8 (1.S.)	13 (1.S.)	17 (2.S.)	16 (8.S.)

Uwagi. S = subfebril.

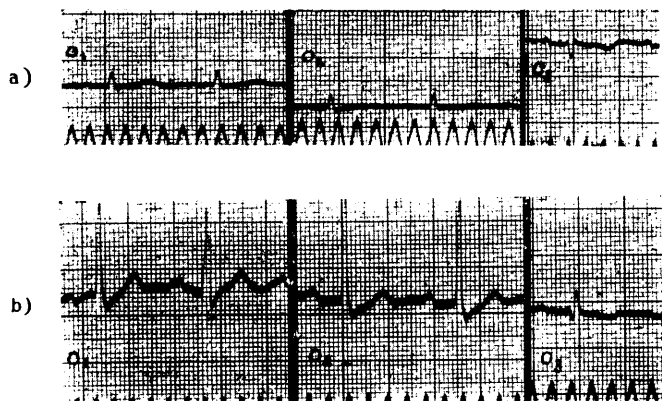
W grupie IV z najlepszym opadaniem najwięcej stanów podgorączkowych.

Przy rozpatrywaniu tych zmian nasuwa się pytanie: czy istnieje współzależność obrazu ekg z przebiegiem klinicznym, czy zmiany ekg znajdują wyraz w zachowaniu się t° i szybkości opadania krwinek czerwonych, innymi słowy: jaka metoda badania najczulej reaguje na zajęcie mięśnia sercowego przez gościec, a co najważniejsze, przy pomocy jakiej metody ocenić możemy stopień nasilenia lub ustępowania procesu chorobotwórczego. Dlatego w każdym poszczególnym przypadku badaliśmy co pewien czas zachowanie się tętna, t°, opadanie krwinek czerwonych, obraz serca w rentgenie, dołączając do analizy wielu przypadków ortodiagramy; zestawienie tych wszystkich badań umożliwia rzeczowe ujęcie wartości poszczególnych metod, wysuwając jedne i wykazując słabe oddziaływanie innych na czynnik chorobowy.

Przyjrzyjmy się kilku wybranym przypadkom z punktu widzenia zmian, obecnie nas interesujących. Materiał nasz podzieliśmy na dwie grupy pod względem zmian w Ekg, a mianowicie: grupę ze zmianami w T, jako wyraz uszkodzenia mięśnia sercowego, oraz grupę ze zmianami w przewodnictwie, powstałymi wskutek uszkodzenia przez guzki gośćcowe w drogach przewodnictwa i w ich pobliżu. Oczywiście, nierzadkie były przypadki współistnienia zmian, właściwych jednej i drugiej grupie.

Grupa chorych ze zmianami w T.

Przyp. 1) Chora, lat 19, od 6 tygodni cierpi na gościec stawowy, skargi na sensacje w okolicy serca, często bicie serca; tętno miarowe 112 na 1', tony serca głucho, szmer skurczowy nad koniuszkiem. T° czasami dochodzi do 37° , OB (opadanie krwinek czerwonych) wynosi 107' (w rurce L i n z e n m e i e r a). Obraz Ekg. T₁ i T₂ brak, T₃ ujemne. Po trzytygodniowym leczeniu piramidonem pacjentka została wypisana w stanie dobrym; brak dolegliwości ze strony serca, tony serca nie głucho, szmer skurczowy utrzymuje się. W obrazie Ekg T₁ i T₂ normalne, T₃ jeszcze nadal ujemne (patrz krzywe elektrokardiograficzne ryc. 2).



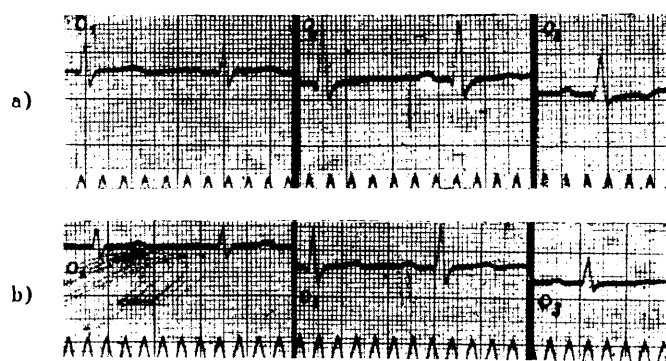
Ryc. 2.

Przyp. 2) Pacjentka, lat 24, zgłosiła się na oddział szpitalny w ósmym tygodniu choroby z rozpoznaniem: gościec stawowy ostry i przewlekłe zapalenie migdałków. Przy badaniu serca stwierdza się głucho tony, tętno 116 na 1'. T° 37° , OB=20'. Ekg wykazuje bardzo niskie T we wszystkich trzech odprowadzeniach. W tydzień później T₁ i T₂ mniej niskie. Klinicznie: stan bezgorączkowy, tętno wolniejsze = 92 na 1', OB nadal krótkie = 25'. Kontrolna krzywa elektrokardiograficzna po następnym tygodniu wykazuje T₁ i T₂ „lepsze” przy zaznaczeniu T₃. Tony serca nadal głucho, nad koniuszkiem występuje szmer skurczowy. Szmer ten ginie po dwu tygodniach, co wskazuje na mięśniowe pochodzenie jego. Przy wypisaniu chorej po 9 tygodniowym leczeniu (pacjentka przechodziła zabieg wyluszczenia migdałków, pozostawała dłużej w szpitalu wskutek utrzymującego się rozszerzenia serca z cięciwą komory lewej 9,7), stwierdzono dobry stan serca: tony czyste, wymiary ortodiagracyczne w granicach normy, obraz Ekg prawidłowy. W przypadku tym z m i a n y g o ś c e w e w m i ę s i n i u s e r c o w y m z n a j d u j ą p e ł n e o d z w i e r c i a d l e n i e w e l e k t r o k a r d j o g r a m i e n a o d c i n k u T.

Przyp. 3) Dotyczy odosobnionego gościa sercowego u pacjenta lat 16. Przy badaniu serca słyszy się rytm cwałowy i podmuch skurczowy nad koniuszkiem; krzywa Ekg wydaje się prawidłową na odcinku T₁ T₂ przy płaskim T₃, lecz badanie kontrolne po dziesięciu dniach (gdy rytmu cwałowego już nie stwierdza się), wykazuje znacznie wyższe T₁ i T₂.

Dzięki badaniu seryjnemu traktować możemy krzywą pierwszą jako patologiczną, odpowiadającą obrazowi klinicznemu.

Przyp. 4) Pacjentka lat 26, u której obraz zajęcia mięśnia sercowego utrzymywał się bardzo długo, zwłaszcza w Ekg. Chora przechodziła ciężką anginę i zgłosiła się na oddział szpitalny po trzech tygodniach ze skargami na bóle w stawach. Tony serca głucho, szmer skurczowy nad tętnicą płucną, tętno 92 na 1', stan podgorączkowy, OB = 60'. W Ekg T₁ i T₃ bardzo niskie (na niektórych krzywych T₃ ujemne) w całym szeregu zdjęć, dokonanych w miesiącach maju, czerwcu i lipcu (ryc. 3). W miesiącu lipcu OB wydłużyło się do 120' przy normalnej temperaturze ciała. W tym okresie znikł szmer, wyżej wspomniany, tony serca nie głucho, pacjentka jednakże niechętnie opuszcza łóżko, wskutek łatwego męczenia się. Znajduje to uzasadnienie w zachowaniu się uporczywie płaskiego T. Widzimy, iż nie T° , nie OB, lecz jedynie krzywa elektrokardiograficzna wskazuje na proces gośćcowy czynny w mięśniu sercowym; proces ten może przebiegać „afonicznie”, jak to widać było z badania serca w miesiącu lipcu. W przypadku, opisanym kolejno jako pierwszy, również widzieliśmy, iż gościec mięśnia sercowego przebiegać może bez wznieśnięcia ciepłoty i bez wyraźnych zmian w OB. Wracając do pacjentki naszej, zaznaczyć należy, iż obraz niskiego T utrzymywał się jeszcze w ciągu trzech miesięcy po wypisaniu chorej, która przez dłuższy czas doznawała łatwego nużenia się ze znacznym przyspieszeniem akcji serca przy nieznacznych wysiłkach.



Ryc. 3.

Przyp. 5) Pacjent, lat 18, pozostawał w ciągu sześciu tygodni w leczeniu szpitalnym, jako chory na ostry gościec i zapalenie migdałków; wobec częstych obostrzeń w postaci obrzeków stawów pomimo stosowania dużych dawek piramidonu (2,1 — 2,4 gr. pro die), dokonano wyluszczenia migdałków; po zabiegu tym nawroty cierpienia stawów nie występowały więcej. Ze strony serca głucho tony utrzymywały się w ciągu pierwszych pięciu tygodni przy prawidłowym tętnie. OB wahało się od 29' do 45' przez cztery tygodnie, poczem wydłużyło się do 155'. Stan podgorączkowy w ciągu całego okresu obserwacji szpitalnej; nie stanowiło to jednakże momentu, obciążającego rokowanie (badanie kontrolne pacjenta po upływie sześciu miesięcy wykazało zupełnie zdrowe serce), o czym mowa będzie jeszcze później przy zestawieniu naszego materiału w stosunku do zachowania się T° i OB. Przypadek ten zasługuje na specjalną uwagę ze względu na obraz elektrokardiograficzny. Pierwsza krzywa Ekg, dokonana w kilka dni po przybyciu chorego do szpitala, wykazała płaskie T₁ i T₃ przy T₂ w granicach normy. W następnej krzywej po trzech tygodniach T₁ i T₃ w granicach normy przy T₂ wyższe m. n i ż p o p r z e d n i o. Trzecia kolejna krzywa wykazuje jeszcze wyższe T₂.

Otóż Robert L e w i wykazał w swych badaniach, iż T₁ i T₃ ujemne bez zmian w T₂ nie może mieć miejsca. Zasada

ta, jak to wynika z badań naszych, opartych, oczywiście, poza omawianym przypadkiem na wielu innych krzywych elektrokardiograficznych, ma zastosowanie również i dla płaskiego T: zmienionym T₁ i T₃ towarzyszyć musi zawsze zmienione T₂. Przy jednorazowym badaniu T₂ wydaje się w granicach normy u naszego chorego, lecz w następnych seryjnych krzywych jest wyższe, to znaczy T₂ było zmienione i w obrazie pierwszym. Stwierdzenie tej zasady ma znaczenie dla analizy jednorazowego badania elek-

trokardjograficznego, ponieważ istnienie zmian w T₁ i T₃ upoważnia do traktowania T₂ jako również nieprawidłowego, a jak to wynika z badań amerykańskich ostatniej daty, zmiany T we wszystkich trzech odprowadzeniach wskazują bezwzględnie na uszkodzenie mięśnia sercowego. Wówczas zmiana położenia serca nie odgrywa roli w ocenie elektrokardiogramu, ponieważ ustawienie serca oddziaływać może najwyżej na dwa odprowadzenia: pionowe serce daje niskie T₁, poprzeczne — niskie T₂ i T₃ ujemne. (Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu Patologii Og. i Dośw. U. J. P.
(Kierownik: Prof. Dr. Franciszek Venulet).

Wpływ amonjaku na równowagę kwasowo-zasadową.*)

Podali

F. VENULET, F. GOEBEL i R. TISLOWITZ (Warszawa).

Już w warunkach fizjologicznych wahania równowagi kwasowo - zasadowej (r. k. z.) zmieniają napięcie układu wegetatywnego, a w następstwie — czynność poszczególnych narządów. Nie pomijamy przytem również i bezpośredniego wpływu tych wahań na tkanki ustroju. Nie ulega zatem wątpliwości, że oddziaływanie na ustrój wielu przetworów, przede wszystkim jadów wegetatywnych i hormonów, jest w wysokim stopniu uzależnione od stanu r. k. z. ustroju. W warunkach patologicznych, np. w stanach nadwrażliwości układu wegetatywnego, nawet minimalne, wprost homeopatyczne przesunięcia w stronę kwasowości lub zasadowości już mogą spowodować zaburzenia narządów, np. serca, uwarunkowane również stanem tych narządów (Venulet, Szczekliki). Odwrotnie, u osobników zdrowych i zwierząt normalnych nawet duże przesunięcia r. k. z. dają tylko nieznaczne zakłócenia czynnościowe ze strony serca i to niestale (Hrom).

Poza wpływem na r. k. z. djety, w zależności od skład upożywienia, alkalizująco na ustrój działają sole sodu, głównie dwuwęglanu sodu, fosforan sodu, cytrynian sodu oraz sól kuchenna, na co ostatnio zwrócono większą uwagę; zakwaszają natomiast kwasy, jak solny, fosforowy, mlekowy, cytrynowy, pozatem zaś głównie chlorek amonu. Nie jest rzeczą obojętną, co stosujemy, gdyż zarówno alkalizacja, jak i zakwaszenie, wywołane przez różne ciała, nie są identyczne. Pomijamy, że związki kwaśne, jak cytrynian sodu, wskutek metabolizmu, jakiemu ulegają, *de facto* ustrój alkalizują. Z drugiej strony zasady, jak soda, w pewnych warunkach, podawane przez czas dłuższy, po przejściowej alkalizacji krwi i tkankowego mogą spowodować bardzo znaczne przesunięcia ich odczynu aktualnego w stronę kwaśną (Kaplanski i Tołkatschewskaja). Prawdopodobnie chodzi tutaj o zjawisko hiperkompensacji.

Nadmienić jeszcze należy, że zmiany odczynu aktualnego krwi i tkanek nie przebiegają równolegle, niekiedy nawet antagonistycznie; fazowość, jaka je cechuje, jest uwarunkowana również układem koloidalno - jonowym komórek i cieczy ustroju oraz ładunkiem elektrycznym drobin białkowych (Apfelbaum).

Zastanawia w związku z powyższym, że dotychczas nie posiadamy badań o wpływie na r. k. z. amonjaku.

*) Według odczytu, wygłoszonego w Polsk. Tow. Med. Społecznej.

Widocznie uważano, że amonjak, jako zasada, *eo ipso* musi ustrój alkalizować.

Jeden z nas (Venulet) na podstawie pewnej obserwacji klinicznej pierwszy wypowiedział pogląd, że amonjak, zażyty *per os*, nietylko nie alkalizuje, lecz działa wręcz odwrotnie: zakwasza. Chodziło o wagotonika, u którego powstawała na tle przewlekłej alkalizacji uporczywa niemiarowość heterotopowa przedsionkowokomorowa; niemiarowość ta ustąpiła po zastosowaniu *Liq. Ammonii anisati*, przyczem wszystko, po wyłączeniu ewentualnej sugestji, przemawiało zatem, że stało się to *propter hoc*, a nie *post hoc*. Wraz z poprawą w następstwie dalszego zażywania *Liq. Am. anis.* ustąpiły również kurcze spastyczne jelita grubego — typowy objaw wagotoniczny; zaznaczyły się natomiast: wyraźnie wzmożona diureza, a po dłuższym okresie czasu objawy demineralizacji ustroju w postaci próchnicy zębów o charakterze wybitnego odwapnienia. Są to zjawiska wprost patognomiczne dla zakwaszenia, w którego następstwie ustąpiła wywołana przez alkalizację nadpobudliwość nerwu błędnego zarówno ze strony serca (niemiarowość), jak i jelit (kurcze spastyczne**).

Śluszność tych założeń miały wykazać następujące badania na psach. Biorąc pod uwagę bardzo rozwiniętą u psów zdolność wyrównywania zaburzeń r. k. z., w doświadczeniach naszych, w celu otrzymania wyraźnych odchyleń w stanie zasobu zasad, stosowaliśmy naogół znacznie większe dawki amonjaku, dochodzące do 100 mg. Poziom zasobu zasad oznaczaliśmy metodą Vana Slyka, przyczem objętość wyzwolonego dwutlenku węgla sprowadzono do t° 0° i ciśnienia barometrycznego 760 mm. rtęci***).

I. Wpływ amonjaku na alkalozę trawienną.

Po przyjęciu pożywienia, w następstwie wydzielania się z sokiem żołądkowym kwasu solnego, zasób zasad krwi się zmniejsza, występuje t. zw. alkalozą trawienną; dopiero znacznie później, gdy pod wpływem kwaśnej treści żołądka wydziela się alkaliczny sok trzustki i jelit oraz żółć, alkalozą trawienną ustępuje miejsca fizjologicznemu zakwaszeniu. Należy zatem sądzić, że, jeżeli amonjak istotnie powoduje przesunięcie r. k. z. w stronę kwaśną, fizjologiczna alkalozą trawienną zostanie przez podanie amonjaku conajmniej osłabiona, jeżeli nie zahamowana. Przewidywania nasze, jak zobaczymy, zostały jeszcze przewyższone.

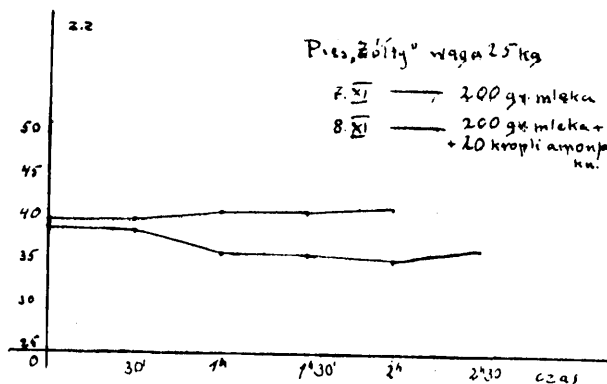
Doświadczenie Nr. 1.

Pies „Zółty“, waga 25 kg. Dnia 8.11.34. otrzymuje na-

**) Okresy te, zwłaszcza w drugiej połowie dnia z właściwym jej fizjologicznym wzrostem Ph krwi, w przypadku Venuleta, szczególnie uspasabiały do arytmji.

***). Należy zwrócić uwagę, że u psów normalnie zasób zasad krwi, jest niższy niż u człowieka.

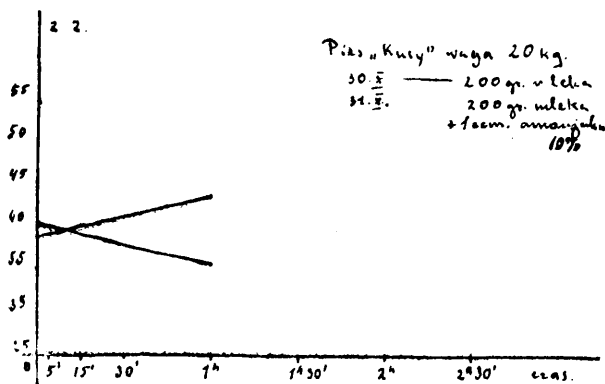
czczo 200 cm³ mleka. Zasób zasad, określamy zapomocą V a n S l y k e a wynosi: tuż przed podaniem mleka 40,4 Vol % CO₂, w godzinę później 41,4, w 2 godz. 42,4 Vol%. Nazajutrz tenże pies otrzymuje naczczo 200 cm³ mleka z domieszką 1 cm³ amonjaku 10%. Zasób zasad spada już po upływie 30 minut z 39,7 do 39,2 po godzinie do 36,9, po 2 godz. do 35,9. W tydzień później u tegoż psa po podaniu 200 cm³ mleka wystąpiła wybitna alkaloza trawienna (wykres Nr. 1).



Wykres Nr. 1.

Doświadczenie Nr. 2.

Pies „Kusy“, wagi 20 kg., otrzymuje 30.10.34 200 cm³ mleka, a nazajutrz tyleż mleka z 1 cm³ amonjaku. Charakterystyczne krzywe wykazują całkowitą rozbieżność: wybitną „alkalozę“ z jednej strony i wybitne „zakwaszenie“ z drugiej (wykres Nr. 2).



Wykres Nr. 2.

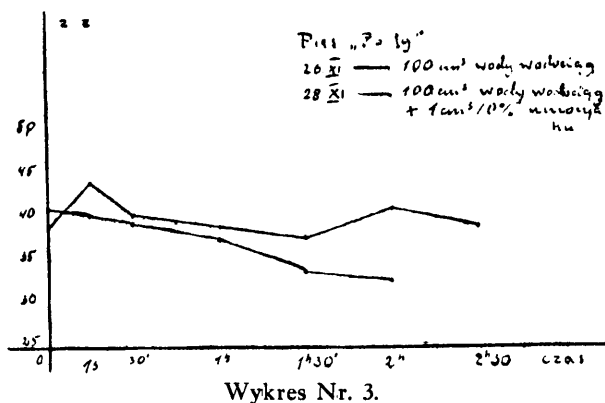
Jak widać, w obu doświadczeniach dzięki podanemu amonjakowi, fizjologiczna alkaloza trawienna została nietylko zahamowana, lecz ustąpiła miejsce wyraźnemu przesunięciu r.k.z. w stronę kwaśną.

II. Wpływ na r.k.z. amonjaku podanego z wodą wodociągową lub przekroploną.

Jak wiadomo, nawet po wypiciu czystej wody odbija się na stanie r.k.z. Po ustaleniu indywidualnych wahań r.k.z. po wodzie, psy wypijały innego dnia taką ilość wody z dodatkiem amonjaku.

Doświadczenie Nr. 3.

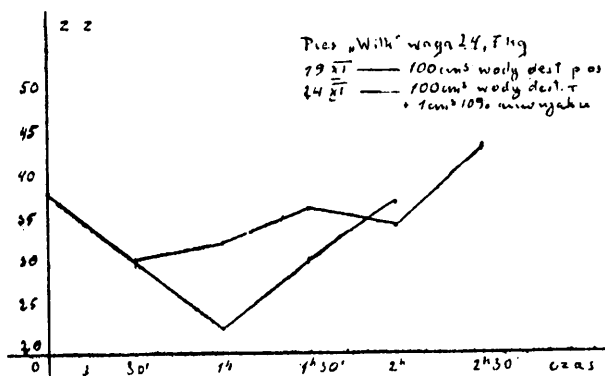
Pies „Złoty“, 26.11.34 wypija naczczo 100 cm³ wody wodociągowej. Już po 15 min. wyraźny wzrost zasobu zasad, poczem powrót do normy w 1 godz., lekkie zakwaszenie w 1½ godz. i powtórna alkaloza w 2 godz. (dwufazowość). Ten sam pies otrzymuje 28.11. 100 cm³ wody wodociągowej z 1 cm³ amonjaku 10%. Badając r.k.z., stwierdzamy stały spadek zasobu zasad: lekkie zakwaszenie po godzinie szybko się pogłębia w 1½ godz. nie zatrzymując się na danym poziomie. (Wykres Nr. 3).



Wykres Nr. 3.

Doświadczenie Nr. 4.

Pies „Wilk“, waga 24,7 kg., 19.11.34 dostaje 100 cm³ wody przekraplanej i 24.11. taką ilość z dodaniem 1 cm³ amonjaku. Po wodzie znaczny spadek zasobu zasad po 1 godz., później powolny powrót do normy i ponad normą (hiperkompensacja); po amonjaku maksymalne „zakwaszenie“ po godzinie, prawie dwukrotnie większe, niż po wodzie. (Wykres Nr. 4).



Wykres Nr. 4.

Nie przytaczając pozostałych doświadczeń z wodą, stwierdzamy, że dodanie amonjaku do wody wodociągowej lub destylowanej znacznie potęguje „zakwaszenie“.

III. Wpływ amonjaku na alkalozę, wywołaną przez podaż zasad.

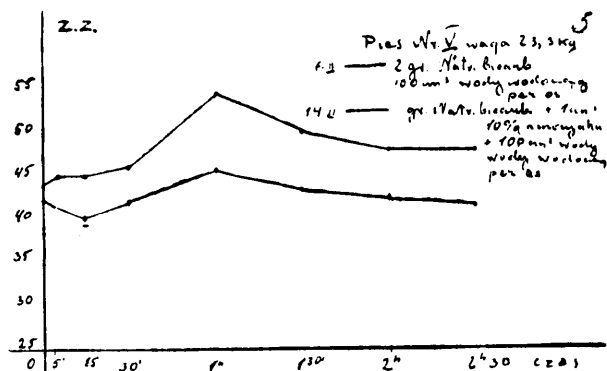
Jeżeli amonjak, jak to już wykazały przytoczone doświadczenia, istotnie powoduje przesunięcie r.k.z. w stronę kwaśną, to alkalizujące działanie sody, pod wpływem amonjaku, pomimo, że łączymy dwie zasady, powinno być osłabione.

Doświadczenie Nr. 5.

Pies „Czarny“, wagi 23,3 kg., 7.2.35 otrzymał 100 cm³ wody wodociągowej, w której rozpuszczano 2 gr. dwuwęglanu sodu. Wzrost zasobu zasad, maksymalny po godzinie, wynosi 10,9 Vol%. W tydzień później (14.2.) tenże pies znów otrzymuje 100 cm³ 2% sody z dodaniem 1 cm³ amonjaku 10%. Tym razem, po przemijającym zakwaszeniu, wzrost zasobu zasad wynosi tylko 3,8 Vol%; po 2 godz. stwierdzamy powrót do normy, gdy po sodzie w tym czasie poziom zasad ponad wielkość wyjściową wynosi jeszcze 4,3 Vol%. (Wykres Nr. 5).

Doświadczenie następne (Nr. 6) jest powtórzeniem poprzedniego z tą różnicą, że zamiast czystej sody użyto mieszanek alkalicznej (Na bicarb., Na citric., Na sulfuric., Na phosphoric aa), tej samej, jaka w przypadku V e n u l e t a wskutek lekkiej, lecz przewlekłej

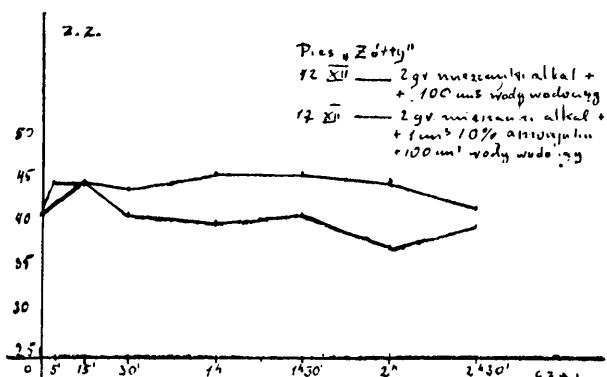
alkalizacji mogła wywołać nadpobudliwość aparatu, regulującego akcję serca.



Wykres Nr. 5.

Doświadczenie Nr. 6.

Pies „Złoty” 12.11.34 otrzymuje 2 gr. wspomnianej mieszanki alkalicznej w 100 cm³ wody wodociągowej, a 17.11. to samo z dodaniem 1 cm³ amonjaku 10%. Wystarczy rzucić okiem na odnośne krzywe, żeby stwierdzić zasadniczą między nimi różnicę: obie wykazują po 15 minutach wzrost zasobu zasad, który po mieszance alkalicznej utrzymuje się przez 2 godziny, gdy mieszanka z amonjakiem powoduje przez cały czas lekkie „zakwaszenie”, nieco silniejsze w 2 godz. od początku doświadczenia. (Wykres Nr. 6).



Wykres Nr. 6.

A zatem wyniki trzeciej grupy doświadczeń nie tylko potwierdziły słuszność naszych założeń, co dotyczy również grup poprzednich, lecz nawet przewyższyły nasze przewidywania, gdyż amonjak, łagodząc alkaliczące działanie sody, podany razem z mieszanką alkaliczną, spowodował długotrwałe obniżenie zasobu zasad poniżej normy.

IV. Wpływ na r.k.z. amonjaku, podanego dożylnie.

W dotychczasowych badaniach naszych zakwaszające działanie amonjaku, podanego doustnie, kojarzy się do pewnego stopnia z jego przypuszczalną rolą w przewodzie pokarmowym, zwłaszcza w żołądku.

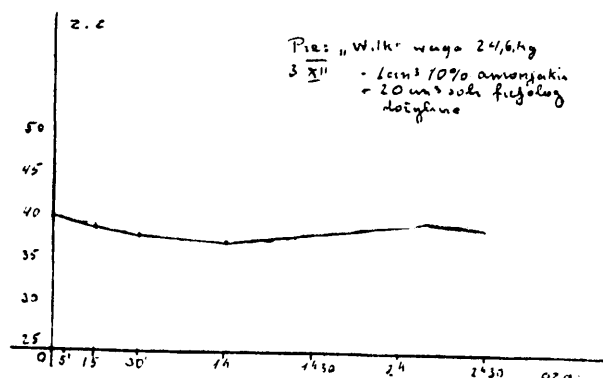
Mimowoli nasuwa się pytanie, jakiż wpływ na r.k.z. wywiera amonjak, wprowadzony parenteralnie, np. dożylnie, a więc w warunkach zupełnie odmiennych od poprzednich.

Z pośród szeregu doświadczeń tej grupy o wynikach jednolitych przytaczamy następujące:

Doświadczenie Nr. 7.

Pies „Wilk”, 3.11.34 otrzymuje dożylnie 1 cm³ amonjaku 10% w 20 cm³ soli fizjologicznej. Lekki spadek zasobu zasad zaznacza się po 15', a zwłaszcza po 30'. Obniżając się nie-

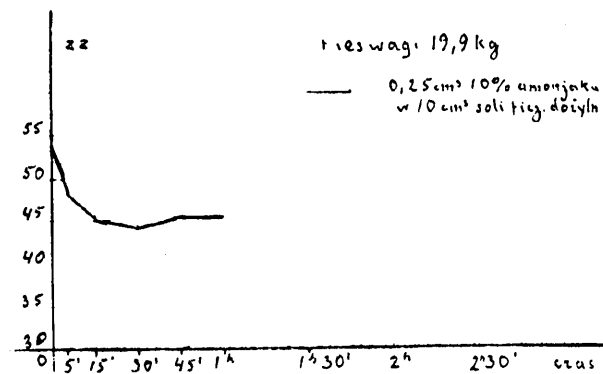
co jeszcze po 1 godz., poziom zasobu zasad powraca do normy dopiero po upływie przeszło 2 godz. (Wykres Nr. 7).



Wykres Nr. 7.

Doświadczenie Nr. 8.

Pies, wagi 19,9 kg. otrzymuje dożylnie 0,25 cm. amonjaku w 10 cm³ soli fizjologicznej. Pomimo znacznie mniejszej dawki amonjaku zasób zasad już po 5' spada z 53,8 Vol% CO₂ do 47,2 Vol%, po 15' do 45,4 Vol, po 30' do 44,3, powracając do 45,4 po 45', który to poziom zasobu zasad utrzymuje się również po godzinie. Tak szybki i znaczny spadek zasobu zasad w tych warunkach trzeba prawdopodobnie uzależnić od indywidualnych właściwości danego psa. (Wykres Nr. 8).



Wykres Nr. 8.

Na wszelki wypadek zaznaczamy, że dożylnie wstrzyknięcie tylko roztworu fizjologicznego w ilościach powyższych nie wywołuje po 5', 15' i 30' najmniejszych wychyleń w stanie zasobu zasad.

W ten sposób stwierdzamy fakt, że amonjak, podany dożylnie, również obniża zasób zasad, choć w stopniu słabszym, niż po podaniu doustnym w różnorodnych warunkach.

Paras w uwagach krytycznych do wspomnianego już artykułu Venuleta pisze: „Stwierdzenie, że amonjak w ilościach kilkunastomiligramowych powoduje zakwaszenie ustroju, choćby zupełnie krótkotrwałe, byłoby niezmiernie ciekawe i nowe”. Nie ulega wątpliwości, że wyniki naszych badań, w których przebiegu ujawniła się wyraźna i jednolita tendencja w kierunku spadku zasobu zasad pod wpływem amonjaku, należy uważać właściwie za takie stwierdzenie.

Nie rezygnując w pracach następnych z innych jeszcze dowodów zakwaszającego działania amonjaku na ustrój, które rzuciłyby również światło na to paradoksalne zjawisko, narazie zaznaczamy tylko, że w badaniach na ludziach, którym jednocześnie z pierwszym śniadaniem podawano 12 kropli Liq. Amm. anis. (8 mg. amonjaku), oznaczono z jednej strony zasób zasad we

krwi, z drugiej — prężność CO_2 w powietrzu pęcherzykowem. — Wyraźny spadek w tych warunkach przede wszystkim zasobu zasad jak i prężności CO_2 — ostatnie zjawisko ma niezawodnie charakter wyrównawczy — w przeciwieństwie do wręcz odmiennego zachowania się tych wielkości w warunkach fizjologicznych (po samem śniadaniu) jest dość wymowny. Zwłaszcza, jeżeli wziąć pod uwagę, że u psów nawet po dożylnej wprowadzeniu 25 mg. amonjaku nie stwierdzono na kimografjone wzmożenia czynności oddechowej, chyba w okresie późniejszym wyrównawczym.

Oznaczenie Ph we krwi całkowitej metodą elektrometryczną przy użyciu elektrody wodorowej Marczewskiego, przeprowadzono narazie u jednego psa. Badania, dokonane w 5' i 15' po dożylnej wprowadzeniu 0,25 cm^3 amonjaku 10% w 10 cm^3 soli fizjologicznej, nie wykazały żadnych odchyśleń od normy, wynoszącej Ph 7.36. Jak to było do przewidzenia, „zakwaszenie“ pod wpływem amonjaku jest zatem wyrównane.

Pewne dane przemawiają za współdziałaniem nerek w opisanym zjawisku.

Streszczenie.

W związku z pewną obserwacją kliniczną, która przemawia za działaniem zakwaszającym amonjaku (Venulett), wykonano szereg badań na psach, przyczem otrzymano wyniki następujące:

1) Alkalozą trawienną w następstwie wypicia

200 cm^3 mleka nie tylko nie występuje, o ile psu podano z mlekiem 1 cm^3 amonjaku 10%, lecz przejawia się wyraźne przesunięcie równowagi kwasowo - zasadowej krwi w stronę kwaśną.

2) „Zakwaszenie“ po wypiciu 100 cm^3 wody wodociągowej lub przekraplanej jest silniej zaznaczone w razie dodania do wody amonjaku.

3) Wzrost zasobu zasad po wypiciu 100 cm^3 2% roztworu dwuwęglanu sodowego lub mieszanki soli alkalicznych jest mniejszy lub zahamowany, o ile dodano amonjaku; obserwuje się nawet spadek zasobu zasad.

4) Amonjak, podany dożylnie (0,25—1,0 cm^3 w 10—20 cm^3 soli fizjologicznej), również obniża poziom zasobu zasad, aczkolwiek w stopniu słabszym, niż po podaniu doustnym.

Wyniki badań powyższych, uzupełnione następnie badaniami na ludziach, nie pozostawiają żadnej wątpliwości, że amonjak, podany doustnie lub dożylnie, pomimo swych własności zasadowych, działa na ustrój zakwaszająco.

PIŚMIENNICTWO:

F. Venulett. Warsz. Czas. Lek. 1934. — E. Szczekliki. Pol. Arch. M. W. 1935, t. 13. — H. Rom, tamże, 1932, t. 10. — Kaplanski i Tolkatschewskaja. Zeitsch. ges. exp. Med. 1928, t. 63. — Apfelbaum. Pol. Arch. M. W. 1933, t. 11. — Parnas J. Warsz. Czas. Lek. 1934. — F. Goebel. Pol. Arch. Med. Wew. 1927.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Najnowsze postępy w dziedzinie nauki o błędniku. *)

Podał

Józef TENCER (Warszawa).

Budowa błędnika błoniastego nie jest dotychczas dokładnie poznana. Dowodzi tego chociażby ta okoliczność, że różni autorowie w rozmaity sposób opisują budowę przewodu błędnika błoniastego (*ductus endolymphaticus*).

Według jednych, dzieli się on w pobliżu przedstonka na 2 odnogi, z których jedna łączy się z łagiewką, a druga z woreczkiem, według innych zaś przewód błędnika błoniastego łączy się z woreczkiem, a stąd przez przewód woreczkowo - łagiewkowy łączy się z łagiewką, według niektórych wreszcie autorów przewód błędnika błoniastego łączy się z przewodem łagiewkowo - woreczkowym.

Brunner badał zarodki ludzkie w różnych okresach rozwoju, przyczem wykonywał modele narządu słuchu na podstawie seryj preparatów histologicznych. Dochodzi on do wniosku, że u człowieka nie można mówić o przewodzie łagiewkowo - woreczkowym; również nie istnieje podział przewodu błędnika błoniastego na 2 odnogi. W rzeczywistości, przewód błędnika błoniastego przechodzi w przewód, który jest szeroki i prowadzi do woreczka. Od przewodu błędnika błonia-

stego odchodzi pod ostrym kątem znacznie węższy przewód łagiewkowy. Pomiedzy wyżej wymienionymi przewodami istnieje zastawka, która je oddziela od siebie. Poraz pierwszy o tej zastawce pisał Bant w r. 1928. W 1930 r. Hoffman i Bast opisali tę zastawkę u szeregu zwierząt (małpy, owcy, świni, kota, psa, szczura, wiewiórki). Bast badał histopatologicznie kości skaliste 2 dzieci, w których stwierdził pęknięcie woreczka i przewodu ślimakowego, natomiast łagiewka była prawidłowa. Stąd wniosek, że normalne ciśnienie wchłonki w łagiewce należy tłumaczyć obecnością zastawki pomiędzy przewodem błędnika błoniastego a łagiewką.

Stwierdzenie obecności tej zastawki u człowieka ma doniosłe znaczenie dla zrozumienia szeregu zjawisk z fizjologii i kliniki błędnika. Błędnik błoniasty zostaje jakby podzielony przez tę zastawkę na 2 części: na łagiewkę z przewodami półkolistymi i ślimaka z woreczkiem.

Fizjologia woreczka stanowi jedno z tych nierozwiązanych zagadnień, którem chętnie się zajmują różni badacze. Rola woreczka w myśl dawnych poglądów miała być ta sama co i łagiewki.

Według teorii Macha - Breuera narząd kamyczkowy orjentuje nas co do położenia ciała w przestrzeni. Kamyczki przy zmianie położenia ciała wpływają na komórki zmysłowe woreczka i łagiewki. Jedni badacze uważają, że działanie kamyczków odbywa się przez ucisk, inni mówią o pociąganiu rzęsek komórek zmysłowych, inni wreszcie o ślizganiu się masy kamyczkowej. Są jednakże badacze, którzy nie zgadzają się z

*) Wygłoszone na posiedzeniu naukowym oddziału oto-laryngologicznego Szpitala na Czystem (Ord.: B. Karski).

żadnym z tych poglądów. W i t t m a c k w wyniku swych badań, opartych na przyżyciowym utrwalaniu tkanek, dochodzi do wniosku, że zmiana pozycji ciała, nie może mieć wybitniejszego wpływu na komórki, gdyż masa kamyczkowa nie może wykonywać ruchów. Według W i t t m a c k a pomiędzy masą kamyczkową a rząskami znajduje się dość gęsta masa ziarninowa, przez którą przechodzą nitki, łączące masę kamyczkową z rząskami komórek zmysłowych. Pozatem daje się stwierdzić, że ta masa kamyczkowa jest przymocowana na obwodzie przez liczne drobne włókna.

Ustalenie roli i znaczenia woreczka możliwe jest jedynie przez badania doświadczalne na zwierzętach. Metodyka tych badań polega na usuwaniu woreczka lub przecięciu nerwu woreczka (*n. saccularis*), badania zaś te mają na celu stwierdzenie zmian w odczynach błędnikowych. Badania takie przeprowadzali w ostatnich czasach F r i s c h, S t e t t e r, W e r n e r na rybach, T a i t i M c. N a l l y na żabach, V e r s t e e g h na królikach.

Po wyłączeniu woreczka spodziewano się wypadnięcia odczynów, zależnych od woreczka, mianowicie zmian w napięciu mięśniowym, stwierdzono natomiast przejściowe osłabienie siły mięśniowej po stronie operowanej bez większych odchyśleń od normy.

B e n j a m i n s badał przy pomocy dokładnych metod napięcie mięśni kończyn i szyi u gołębi. Po wyłączeniu woreczka z jednej strony lub z obu stron nie stwierdza się żadnych zmian u tych ptaków. Gołębie, którym wycięto obydwu woreczki i ślimaki, odnajdywały swe gołębniki z odległości 70 kilometrów.

Jedynie t. zw. przeciwobracanie gałek ocznych („contre-rotation des yeux”) ulega pewnym zmianom,

U gołębia, u którego przeciwobracanie gałek wynosi wszystkiego 14° , znikało całkowicie, u królika zaś obniżało się z 98° do 71° . Nie jest jednakże wyłączone, że te zmiany zależą od uszkodzenia podczas zabiegu przewodów półkulistych.

Nie mogąc zatem rozpatrywać woreczka, jako narządu równowagi, należy ustalić jego właściwe znaczenie. H e l m h o l t z i szereg innych badaczy przypisywali tej części błędnika błoniastego rolę słuchową.

Szereg nowych faktów i spostrzeżeń lat ostatnich zmusza do potwierdzenia tego poglądu. Wykazano, (metodą odruchów warunkowych P a w ł o w a), że wielka liczba ryb słyszy i odróżnia dźwięki. T u l l i o robił mały otwór w przewodzie półkulistym ptaków, a następnie uzyskiwał u nich ruchy głowy podczas wydawania dźwięków. Te odruchy udawało się wywoływać również po usunięciu obydwu ślimaków. H e n s e n i d e D e e t j e n obserwowali ruch przychłonięki przez otwór w ścianie kostnej przewodu półkulistego podczas wydawania dźwięków.

K a l i s h e r robił doświadczenia na psach, które przyzwyczajał do pobierania pokarmów w czasie wydawania dźwięków. Po wycięciu obydwu ślimaków psy rozróżniały jeszcze dźwięki. Po usunięciu narządów przedsionkowych zdolność ta znikała.

P i p e r, badając prądy czynnościowe w n. przedsionkowym, również wykazał, że woreczek posiada czynność słuchową.

Wreszcie W i n k l e r dowiódł, że n. woreczka otrzymuje włókna z n. ślimakowego, co wskazuje na podobieństwo fizjologiczne obydwu narządów.

A zatem poza „przeciwobracaniem gałek ocznych” nie można wykazać żadnej funkcji statycznej woreczka.

Prawdopodobnie u zwierząt wyższych woreczek służy do percepcji szmerów i szumów, ślimak zaś percepuje dźwięki subtelniejsze. Czynność statokinetyczna zależna jest natomiast od łagiewki i przewodów półkulistych.

Fizjologję przewodów półkulistych studjował H u i z i n g a, który przerabiał klasyczne doświadczenia na zwierzętach. Dzięki dokładniejszej technice doświadczeń udało się oświecić niektóre sporne kwestje. Według H u i z i n g i przewód półkulisty czołowy jednego ucha współdziała z przewodem półkulistym drugiego ucha. To przeczy pogładowi W i t t m a c k a i O h m a, którzy uważają, że obydwu czołowe i obydwu tylne pionowe przewody współdziałają ze sobą, potwierdza natomiast pogląd R u t t i n a. H u i z i n g a wykazał, że przecięcie 2 przewodów czołowych nie zmienia napięcia mięśni szyjnych, natomiast przecięcie 2 współdziałających przewodów półkulistych znacznie osłabia to napięcie.

S z á s z z Budapesztu dokonywał doświadczeń na zwierzętach (psy i króliki) celem ustalenia zmian, zachodzących w uchu wewnętrznym podczas próby cieplnej. W tym celu wprowadzał przez okienko okrągłe do ucha wewnętrznego cienki manometr, a następnie przeprowadzał próbę kaloryczną, badając jednocześnie ciśnienie w tętnicy szyjnej.

W większości przypadków stwierdził on zmiany ciśnienia w uchu wewnętrznym. Przeważnie też istniał paralelizm pomiędzy ciśnieniem w uchu wewnętrznym a ciśnieniem w tętnicy szyjnej. Nie stwierdzono natomiast różnicy w ciśnieniu zależnie od płukania bądź woda zimną, bądź też ciepłą.

E. P o g a n y, interesując się fizjologją przedstonka i narządu kamyczkowego, uwzględnia pracę W o d a k a o odruchach pulsacyjnych. Polegają one, jak wiadomo, na tem, że kiedy się jednocześnie przepłukuje wodą oba uszy (100 ccm wody zimnej), to po upływie 10 sek. przy zgięciu głowy badanego do przodu pada on wtył i odwrotnie. Istnieje jednakże pozycja obojętna głowy, w której te odruchy nie występują. P o g a n y zaobserwował, że istnieje jakby plamka ślepa dla narządu kamyczkowego. Można to wykazać, układając osobę badaną na płycie z zamkniętymi oczami i głową przechyloną naprzód o 45° . O ile płytę posuwać do przodu i do tyłu, to osobnik badany nie będzie odczuwał ruchów, gdyż będzie mu się wydawało, że płyta się nie porusza.

Należy zatem uważać, że w tem położeniu *lapilli* (otolity łagiewki), które według Q u i x a wywierają ucisk na plamkę łagiewki, znajdują się jakby w położeniu zerowym.

Przy jednoczesnem płukaniu obydwu uszu oczopląs nie występuje jednakże tylko przy zwykłym położeniu głowy. O ile zaś, jak to wykazał M. H. F i s c h e r, przechylić głowę na bok, to stwierdza się oczopląs. Przy przepłukiwaniu obu uszu jednocześnie w położeniu bocznym powstaje według F i s c h e r a: 1) albo *ny.* obrotowy wdół, 2) albo *ny.* poziomy wgórę, 3) albo też połączenie obydwu składników. F i s c h e r wykazał również, że płukanie jednoczesne obu uszu przy odpowiedniem ustawieniu głowy może spowodować powstanie oczopląsu pionowego. Według B a r a n y e g o ten składnik pionowy musi istnieć i przy jednostronnem płukaniu ucha, gdyż nie możemy sobie wyobrazić powstania oczopląsu pionowego jako wyniku 2 poziomych oczopląsów (przy płukaniu obustronnem). Nor-

malnie czynnik pionowy jest hamowany przez czynnik poziomy.

L u n d twierdzi, że zarówno oczopląs samoistny, jak i doświadczalny składa się z 3 składników (3 wymiary w przestrzeni). Narząd kamyczkowy wywiera wpływ na kierunek i rodzaj *ny.* zależnie od położenia głowy. Można łatwo otrzymać oczopląs pionowy w przypadku oczopląsu samoistnego poziomego, zwróconego w stronę chorą, o ile się przepłukuje wodą zimną ucho zdrowe w odpowiednim ustawieniu głowy. Z drugiej znów strony występowanie oczopląsu pionowego podczas wywoływania objawu przetokowego nie oznacza bynajmniej, że przetoka znajduje się w przewodzie pionowym. Należy raczej zjawisko to tłumaczyć brakiem hamującego działania składników poziomych (np. w przypadku, w którym czynność przewodów poziomych jest zniesiona).

Wyciąganie zatem wniosków zbyt pośpiesznie z rodzaju oczopląsu, bądź samoistnego, bądź doświadczalnego, może doprowadzić do poważnych błędów.

Oczopląs doświadczalny bywa przez różnych otolodów różnie wywoływany. Niema dotychczas ustalonego schematu ani co do techniki otrzymywania go, ani co do jego znaczenia dla kliniki.

A r s l a n chciałby przeprowadzić standaryzację badań przedsionkowych. Nie jest jednakże to łatwe. Szereg badaczy sceptycznie się zapatruje na wartość niektórych prób błędnikowych.

Trudno przedewszystkiem ustalić, co jest normalnym stanem pobudliwości błędnika. U ludzi najzupełniej zdrowych istnieje znaczna różnica w pobudliwości błędnika (B o z z i).

Ale nie tylko u różnych ludzi uzyskuje się inne dane o pobudliwości błędnika, również u jednego i tego samego osobnika pobudliwość ta zmienia się zależnie od pory dnia, stanu psychicznego i t. p. Oczopląs doświadczalny zmienia swe nasilenie wskutek zmęczenia, po kąpieli gorącej i t. d.

Wiele zarzutów wysuwają otolodzy w stosunku do próby obrotowej, niektórzy nawet nie stosują jej zupełnie w celach praktycznych.

W próbie obrotowej czynnikiem, pobudzającym błędnik, jest nie szybkość kątowna, lecz przyspieszenie kątowe dodatnie lub ujemne. Stosunek pomiędzy przyspieszeniem kątowym a nasileniem *ny.* nie jest dotychczas ustalony.

W normalnej próbie obrotowej (10 obrotów w ciągu 20 sek.), wskutek silnego przyspieszenia kąowego powstaje znaczny oczopląs „perrotacyjny” (podczas obracania), który po 20 sek. obracania jest w dalszym ciągu obecny. *Ny.* poobrotowy nie jest zatem zależny jedynie od ujemnego przyspieszenia kąowego, lecz stanowi wypadkową obydwu składników (B u y s). Inny jest oczopląs poobrotowy po obracaniu chorego przez 20 sek., a inny po dłuższym obracaniu. W celu usunięcia interferencji pomiędzy *ny.*, podczasobrotowym o poobrotowym należy obracać osobnika z przyspieszeniem kątowym mniejszym od progu pobudliwości błędnika, a po osiągnięciu pewnego przyspieszenia kąowego należy fotel zatrzymać i uzyskać odpowiednie przyspieszenie ujemne. Albo też należy obracać fotel zwykłym przyspieszeniem kątowym niekrócej niż 3 minuty (B u y s), w ciągu których oczopląs podczasobrotowy wygasa.

Do wykonywania prób obrotowych najlepszy jest specjalny fotel T o n n i e s a.

Duży wpływ na rodzaj *ny.* poobrotowego ma sprawa unieruchomienia głowy. Najmniejsze poruszenie głowy podczas obracania powoduje przemieszczenie się wchłonki, co zmienia rodzaj *ny.* poobrotowego.

Na oczopląs poobrotowy może również wpływać oczopląs wzrokowo-ruchowy, który powstaje, podobnie jak *ny.* w pociągu. W celu uniknięcia powstania tego oczopląsu należy posługiwać się okularami B a r t e l s a lub F r e n z e l a, a jeszcze lepiej badań w ciemnym pokoju (F r e m e l).

Drażniąc błędnik podniętą ciepłą, niewiadomo, czy lepiej jest szukać progu pobudliwości, jak podaje K o b r a k, czy też badać ustaloną ilością wody. Jednakże wydaje się, że lepsze jest badanie za pomocą podniety standaryzowanej. „Okres utajenia”, uważany przez niektórych autorów jako najbardziej charakterystyczny dla *ny.*, jest zależny w rzeczywistości od przyczyn miejscowych (grubość kości, szybkość przepływu krwi, grubość naczyń).

Prawdziwy okres utajenia, obejmujący czas od powstania ruchu wchłonki do zjawienia się oczopląsu, trwa kilka sekund. Dobra metoda badania kalorycznego błędnika podana jest przez V e i t s a. Polega ona na tem, że badany siada z głową przechyloną do przodu na 15° — 20° , a następnie przestrykuje się ucho 10 cm^3 wody o ciepłocie 20° (względnie 47°) w ciągu 10 sek. Czeką się minutę. Następnie głowę przechyla się ku tyłowi na 90° w ciągu 2 sek. w celu ustawienia przewodu półkulistego poziomego w pozycji pionowej. Teraz obserwuje się prawdziwy czas utajenia oczopląsu, jego trwanie oraz rodzaj drgań.

Należy pamiętać o czynnikach pozabłędnikowych, które mogą spowodować drgania oczopląsowe (*ny.* wzrokowo-ruchowy, odruchy szyjne M a g n u s a i d e K l e y n a — u zwierząt normalnie, u człowieka w niektórych cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego). Również badanie kończyn na zbaczanie przed wywoływaniem oczopląsu doświadczalnego może mieć wpływ na rodzaj i trwanie *ny.*

Po zerobieniu jednej próby badania narządów n. przedsionkowego nie należy dokonywać innej wcześniej, niż po 5 godzinach, gdyż tyle czasu trwa okres pobudzenia ośrodków mózgowych (F i s c h e r).

E. C h a r s c h a k przywiązuje duże znaczenie do próby omijania, oznaczając wyniki jej graficznie. W tym celu posługuje się dużym białym kartonem, na którym oznaczone zostały koła koncentryczne, odległe od siebie o 1 cm.; na karton kładzie się arkusz cienkiego papieru przezroczystego, który w środku jest przytwierdzony za pomocą sztyftu. Palce wskazujące chorego zabarwia się farbą (do stempli): prawy — niebieską, lewy — czerwoną. W ten sposób określa się sposób odchylenia ręki. W karcie choroby oznacza się wyniki na małej pieczęcie o rysunku podobnym do tarczy ołówkiem niebieskim i czerwonym.

Doskonalenie metod badania klinicznego w otolatrii ma na celu oświetlenie i bliższe poznanie szeregu jednostek chorobowych. Prace doświadczalne na zwierzętach oraz obserwacje kliniczne coraz więcej rzucają światła na różne zagadnienia, dotyczące symptomatologii i terapii cierpień błędnika.

Z a w i s k a omawia etiologię izolowanych zapaleń n. przedsionkowego. Cierpienia te są znacznie rzadsze, niż zapalenia n. ślimakowego, powstają zaś na tle zatrucia (intoksykacje alimentarne).

F. K a r l s t r ö m podaje przypadek schorzenia narządów n. przedsionkowego przy prawidłowej czynno-

ści gałęzi ślimakowej. Ani kiła, ani też rozsiane stwardnienie mózgu nie mogło być rozpoznane w tym przypadku. Etiologię cierpienia stanowiło raczej przewlekłe zatrucie nikotyną.

I. Hofer obserwował zespół objawów Mènière'a na tle zakrzepu tętnicy podstawnej mózgu i wtórnego upośledzenia krążenia w t. słuchowej wewnętrznej.

M. Buchb and badał histologicznie kości skalistę osobnika, który za życia cierpiał z powodu przytępienia słuchu na tle miażdżycy. Badanie wykazało zmiany zwyrodnieniowe w gałęzi ślimakowej (we włóknach nerwowych i w zwoju węzownicowatym), przyczem w narządzie Cortiego zmian nie było; również i w n. przedsionkowym nie stwierdzono odchyłań od normy. Zmiany w n. ślimakowym tłumaczą się zmianami w krążeniu. Naczynia ślimakowe mają mało bocznic, i dlatego krążenie wcześniej cierpi. Komórki zwoju węzownicowatego są też b. wrażliwe wskutek tego, że są małe, dwubiegunowe i posiadają otoczki, co ma wskazywać, wg. Wittm a c k a, na zatrzymanie się na względnie wczesnym szczeblu rozwoju. Tem się też tłumaczy większa wrażliwość np. ślimakowego, niż przedsionkowego.

R. Bertoin podaje obrazy kliniczne cierpienia błędnika u robotników, pracujących w kesonach. Cierpienia ucha wewnętrznego są znacznie rzadsze, niż ucha środkowego. Istnieją przypadki, w których zaburzenia równowagi trwają niedługo, istnieją jednakże przypadki ciężkie, a wśród nich 3 podawane przez autora. Po wyjściu z kesonu chorzy doznają silnego zawrotu głowy. Przez dłuższy czas trwają szumy i zawroty, które ustępują miejsca po miesiącach, a niekiedy po latach całkowitej głuchocie. Błędnik wykazuje wtedy brak pobudliwości. Sprawa chorobowa powstaje na tle nagłych zmian w naczyniach.

E. Ruttin omawia schorzenie błędnika na tle zatrucia tlenkiem węgla. Badanie ucha wewnętrznego wykazuje prawidłowy słuch, zniesienie odczynów cieplnych, osłabienie lub zniesienie odczynów poobrotowych dla przewodu półkolistego poziomego przy zachowanej reakcji dla przewodów tylnych. Ruttin umiejscawia sprawę chorobową w części pozabłędnikowej prawdopodobnie w jądrach rdzenia przedłużonego.

Hautant radzi stosować w zawrotach uporczywych leczenie operacyjne. Należy odróżniać zawroty na tle naczynioruchowe od zawrotów, jako wyrazu neuralgii n. przedsionkowego. Hautant odrzuca operację przecięcia n. przedsionkowego, wykonywaną przez Dandiego (USA), Veltiego i Ombrédanne'a (Francja), jako zabieg ciężki. Proponuje natomiast operację na błędniku bądź przez połączenie okienka okrągłego z owalnym, bądź też przez otwarcie przewodu półkolistego zewnętrznego. W 30 przypadkach operacja ta doprowadziła do pomyślnych wyników.

Uffenorde omawia wskazania do labiryntotomji w zapaleniach ucha wewnętrznego.

Rozróżnia on 3 rodzaje labiryntotomji:

1) częściowe otworzenie przewodu słuchowego wewnętrznego od strony ślimaka,

2) częściowe otworzenie od strony przedsionka;

3) całkowite otworzenie błędnika wraz z otwarciem przewodu słuchowego wewnętrznego.

W zapaleniu opon mózgowych świeżej daty (1—2 dni trwania) robi częściową labiryntotomję od strony ślimaka. Chodzi o drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej. O ile wyciek płynu ustaje, to przez rozszerzenie otworu znów można to przywrócić. W zapaleniach starszej daty należy dokonać całkowitej labiryntotomji.

W niektórych przypadkach, w których obecne jest zapalenie przewlekłe błędnika, powstałe z komórek okołobłędnikowych, o ile proces nie dotyczy ślimaka, i nie ma zapalenia opon mózgowych, można dokonać częściowej labiryntotomji od tyłu. Należy to robić w głębokich ropniach zewnątrzoponowych (*empyema sacci endolymphatici*) i ropniach mózdzku. Jednakże w razie powstania ropnia w głębi przewodu słuchowego wewnętrznego należy również dokonać całkowitej labiryntotomji wraz z otwarciem wewnętrznego przewodu słuchowego. W tych przypadkach wskutek zniszczenia naczyń krwionośnych wytwarza się martwica błędnika błoniastego oraz torebki kostnej błędnika, powstałej z chrząstki. Ze strony torebki periostalnej następuje demarkacja, przyczem wytwarzają się martwaki. Rozpoznanie to nie jest łatwe i bywa dopiero wtedy stawiane, gdy następuje przebiecie się ropy z ogniska w uchu wewnętrznym. Należy w tych razach szeroko otworzyć błędnik i usunąć martwaki. W przypadkach zapalenia błędnika z zachowanymi resztkami słuchowymi przy obecnym lub nieobecnym objawie przetoki Uffenorde nie radzi, jak to czynią niektórzy autorowie, czekać przez kilka tygodni, lecz wykonywać operację doszczętną ucha.

Wskazaniem zaś do labiryntotomji jest przejście sprawy zapalnej z błędnika na opony mózgowe, lub też na miąższ mózdzku.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) H. Brunner. Mon. f. Ohren. N. 2, 3, 4, 1934.
- 2) T. H. Bast. Archives of oto-laryngology, tom 19, z. 5, 1934. — 3) C. E. Benjamins. Revue de laryngologie, N. 10, 1934. — 4) E. H u i z i n g a. Acta oto-laryngologica, Tom XX, z. 1—2. — 5) T. Szász. Acta. oto-laryngologica, Tom XX, z. 1—2. — 6) E. Pogany. Les annales d'oto-laryngologie, N. 5, 1934. — 7) R. Lund. Acta oto-laryngologica, Tom XX, z. 3—4. — 8) K. Arslan. Revue de laryngologie, N. 1, 1934. — 9) E. Charschak. Mon. f. Ohr. N. 11, 1934. — 10) A. Lewy. Archives of oto-laryngology, tom 20, z. 5. — 11) Zawiska. Revue de laryngologie, N. 2, 1934. — 12) F. Karlström. Acta oto-laryngologica, tom XXI, z. 1. — 13) Ig. Hofer. Mon. f. Ohr. N. 5, 1934. — 14) M. Buchb and. Mon. f. Ohr. N. 9, 1934. — 15) R. Bertoin. Les annales d'oto-laryngologie, N. 4, 1934. — 16) E. Ruttin. Mon. f. Ohr., z. 4, 1934. — 17) A. Hautant. Les annales d'oto-laryngologie Nr. 11, 1934. — 18) W. Uffenorde. Folia oto-laryngologica — Int. Zentr. f. Ohrenh., t. 38, 1934.

Oceny książek

Stillings pseudo-isochromatische Tafeln zur Prüfung des Farbensinnes. Herausgegeben von Prof. Dr. E. HERTEL. 19 Auflage. Georg Thieme Verlag (Leipzig. 1936).

Wrodzone osłabienie zmysłu barw, popularnie zwane daltonizmem, nie należy do zbyt rzadko spotykanych złożeń: dotkniętych jest nim około 5% mężczyzn, rzadziej znacznie,

bo zaledwie w 1%, trafia się ono u kobiet. Ślepotą na barwy ma dość ważne znaczenie praktyczne, wiemy bowiem, jaką rolę grają sygnały barwne, zwłaszcza zaś czerwone i zielone, w ruchu kolejowym, w marynarce, a ostatnio w coraz to bardziej rozwijającym się lotnictwie. Stąd płyną wysokie wymagania, stawiane pod względem poczuć barw osobom,

wstępującym na służbę do wszystkich rodzajów komunikacji. Do badania pocucia barw posiadają pracownice fizjologiczne i lepiej uposażone kliniki oczne szereg mniej lub bardziej doskonałych przyrządów, wśród których na pierwszym miejscu postawić należy, t. zw. anomaloskop *Nagela*. Są one jednak bardzo kosztowne, a więc niedostępne dla ogółu lekarzy, przeprowadzających takie badania na licznych rzeszach pracowników. Zarządzają temu w stopniu najzupełniej odpowiadającym potrzebom praktycznym, tablice, na których występują znaki (najczęściej cyfry), składające się z barwnych punkcików, wśród również barwnego tła, i to tak dobranego, że tylko dla osób, obdarzonych prawidłowym pocuciem barw, występują znaki te zupełnie wyraźnie, nie widzą ich natomiast osoby, dotknięte daltonizmem. Tablic takich wydano cały szereg, lecz największym uznaniem cieszą się najzupełniej zasłużone tablice *Stillinga*, o czym świadczy choćby okoliczność, że ukazały się one obecnie w 19-tym wydaniu. Można je całkowicie polecić wszystkim lekarzom (kolejowym, w marynarce i lotnictwie, którym przypadają w udziale masowe badania na pocucie barw. Śród okulistów na Zachodzie utrwaliło się już przekonanie, że badanie przy pomocy tablic *Stillinga*, poparte jeszcze dodatkowo tablicami japońskimi *Ishihary*, najzupełniej wystarcza do wyeliminowania ze służby ruchu osób z brakami lub niedorozwojem pocucia barw, co ma, rzecz jasna, wielkie znaczenie dla bezpieczeństwa publicznego.

L. E n d e l m a n.

Prof. J. H. SCHULTZ. *Übungsheft für das autogene Training (konzentrativer Selbstentspannung)*. (Georg Thieme Verlag, Leipzig 1935).

J. H. S c h u l t z jest twórcą metody psychoterapeutycznej, nazwanej przez niego autogennym treningiem. Punkt wyjścia tej metody stanowią z jednej strony właściwości pewnej kategorii zjawisk, obserwowanych w hipnozie, a z drugiej strony założenie, że ustrój stanowi całość psychofizyczną. Metoda J. H. S c h u l t z a ma na celu usunięcie napięć intrapsychicznych, rozluźnienie „przykurczów” duchowych za pomocą specjalnych ćwiczeń cielesnych, dokonywanych w szczególnym stanie wewnętrznego skupienia. Technika tych ćwiczeń, jak również szereg wskazówek praktycznych, dotyczących swej metody, podaje autor w krótkiej, bardzo pożytecznej książeczce.

W l . M a t e c k i.

Dr. W. DRESSLER, *Atlas der klinischen Elektrokardiographie*. (Wydanie Urban i Schwarzenberg, Berlin-Wien. 1936).

Atlas przedstawia uzupełnienie „Elektrokardiografii klinicznej” tegoż autora. Elektrokardiografia kliniczna stano-

wila wstęp do zapoznania się z tą wiedzą, atlas zaś przedstawia dla lekarza dalszy stopień do samodzielnego pogłębiania elektrokardiografii. Obie książki uzupełniają się wzajemnie, i dopiero ich połączenie daje czytelnikowi całkowity obraz współczesnej elektrokardiografii teoretycznej i praktycznej. Atlas zawiera na 58 tablicach 164 krzywe elektrokardiograficzne. Obok krzywych znajdujemy na sąsiedniej stronie krótkie rzeczowe wskazówki, ułatwiające analizę krzywych i omawiające szczegóły rozpoznania różnicowego. Atlas przeznaczony jest dla lekarzy, którzy przyswoili sobie już podstawowe wiadomości z dziedziny elektrokardiografii, i zawiera oprócz licznych typowych krzywych również rzadsze i skomplikowane elektrokardiogramy, których analiza napotyka trudności. Dużo miejsca poświęcił autor krzywym, umożliwiającym rozpoznawanie schorzeń mięśnia sercowego ze względu na ich wielkie znaczenie praktyczne. Atlas jest wydany pięknie, papier doskonały, klisze wyraźne. Dla każdego lekarza, interesującego się szczegółowo chorobami serca, elektrokardiografia kliniczna i atlas *Dresslera* stanowią podręcznik, który wdroży lekarza w tę naukę, ułatwi mu orjentowanie się w niej, umożliwi korzystanie praktyczne i dalsze kształcenie się.

J. T y p o g r a f.

Theodor REIK. *Der überraschte Psychologe. Ueber Erraten und Verstehen unbewusster Vorgänge*. (A. W. Sijthoffs Uitgeversmaatschappij N. V. Leiden 1935).

Jest to spory tom, zawierający 21 rozdziałów, pióra świetnego psychoanalityka, dawniej we Wiedniu, obecnie w Hadze. Tematem dzieła jest niejako psychoanaliza psychoanalityka, ściślej mówiąc, analiza takiego poznania psychologicznego, które sięga do zjawisk nieświadomych. Same podstawy takiego poznania znajdują się, zdaniem autora, poniżej progu świadomości. Intuicji, nagłemu błyskowi mimowolnego zrozumienia przypisuje on znaczenie decydujące, jeśli chodzi o wykrywanie związków nieświadomych. Toteż, zdaniem *Reika*, zbyt racjonalistyczna technika psychoanalityczna nie może sprostać trudnemu zadaniu wykrycia nieświadomej rzeczywistości psychicznej: „niema marszrut po nieświadomem”. Niektóre rozdziały poruszają zagadnienia natury bardziej ogólnej, np. psychologię taktu i rytmu, przeciwieństwo pomiędzy pamięcią a wspomnieniem, odbicie obcych przeżyć w jaźni obserwatora. Ilustracja wywodów autora, zaczerpnięta z jego bogatego doświadczenia psychoanalitycznego, jest bardzo interesująca, styl, jak zwykle u *Reika*, niezmiernie płynny i żywy.

G. B y c h o w s k i.

Wskazówki praktyczne

D r e y f u s - L e F o y e r i R e u m a u x polecają wycięcie całkowite lub częściowe pierwszego żebra jako sposób ucisku i zagojenia małych szczytowych jam płucnych. W razie rozleglejszego zajęcia płuc wynik drobnej tej operacji daje pojęcie o osobniczej odporności chorego i pozwala ocenić rokowanie ewentualnych dalszych zabiegów torakoplastycznych. (*Presse Méd.* 1935, N. 67).

—o—

G. i R. L e v e n zastanawiają się nad pytaniem, od czego zależeć może różnorodność działania leków i dochodzą do wniosku, że poza własnościami farmakologicznymi i wielkością dawki, wchodzi tu w grę następujące czynniki: osoba lekarza i jego wpływ na chorego, działanie leku na psychikę pacjenta (obawa, wstręt, przesadna nadzieja), jego stan nerwowy, równowaga układu dokrewnego, wreszcie dieta podczas zażywania lekarstwa. Leczenie dietetyczne gra dużą rolę nie-

tylko w patologii żołądka, ale i w terapii chorób serca naparstnicą. Również i złe znoszenie leku często zależy od niewłaściwej diety i zmienia się na korzyść po zastosowaniu diety odpowiedniej. (*Presse Méd.* 1935, N. 68).

—o—

W kilku przypadkach obfitego krwawienia po wyluszczeniu sterczu stwierdził *Lindenfeld* korzystne działanie mleka kobiecego na krzepnięcie krwi i poleca ten sposób tamowania krwotoków. (*Presse Méd.* 1935, N. 68).

—o—

H i r c h b e r g poleca za *Konarem metylenblau* w zatruciu ołowiem, a także i tlenkiem węgla: 2 zastrzyknięcia 1 grama sinku metylowego wystarczają do uratowania zatrutego. (*Presse Méd.* 1935, N. 68).

—o—

Schunck de Goldfien pisze o *leczeniu bananami*, co następuje: banany zawierają wody 50,6, popiołu 8,6, substancji azotowych 1,4, tłuszczów 5,5, cukru 18,2, a prócz tego witaminę A (czynnik wzrostu), witaminę P (przeciw pellagrze), witaminę B (przeciw zapaleniu nerwów) i witaminę C (przeciw gnilcowi). Zawartość węglowodanów czyni je szczególnie zdadnymi do leczenia nieżyłtów żołądka, sok bananów stosowany jest w Brazylii przeciw kaszlowi, w połączeniu z mlekiem surowym banany oddają doskonałe usługi w bie-

gunkach letnich wycieńczonych dzieci. Efekt polega tu na zawartości węglowodanów i witamin. (Presse Méd. 1935, N. 69).

—o—

W krwawieniach ginekologicznych stosują Nikolajew i Gurewitsch *czerven Kongo*: 10—12 ctm³ 1% roztworu zastrzykuje się dożylnie 1—3 razy dziennie. Leczenie to nie grozi żadnym niebezpieczeństwem i ma być bardzo skuteczne. (Ztbl. Gyn. 1935, N. 45).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

CCIII posiedzenie z dnia 25 lutego 1935 r.

Obecnych 49.

Przewodniczył Gantz.

Pokaz:

1) J. Szper i M. Lipes. *Przypadek nowotworu czaszki*. Chory lat 27, z zawodu szewc, został skierowany do szpitala z powodu guza czaszki. Opowiada, że przed czterema laty został uderzony w głowę. Przed 8 miesiącami w tem miejscu wyczuł guz, stopniowo powiększający się.

Gdy pacjent przybył do mnie, stwierdziłem w okolicy szwu węglowego po stronie lewej guz wielkości śliwki o konsystencji elastycznej. Dokonałem nakłucia guza i nic nie wydobyłem; ucisk guza wywoływał bardzo żywą bolesność całej głowy.

Stojąc przed alternatywą guza, zrośniętego z otoczeniem, względnie komunikującego z wnętrzem czaszki, skierowałem pacjenta do szpitala, gdzie przebywał od 27.11. do 13.12. 1934 roku.

Badanie, przeprowadzone w tym czasie wykazało: 1) rentgenologiczne — rozległe rozrzedzenie lewej kości ciemieniowej w okolicy szwu strzałkowego i częściowe rozrzedzenie przylegającego brzegu kości potylicznej.

2) Serologiczne — odczyn Wassermann'a i cytologiczny — ujemny.

Badanie przez wenerologa nasuwało podejrzenie co do obecności kilaka. Ponieważ chory nie zgodził się na przeprowadzenie kuracji w szpitalu, wypisał się i rozpoczął ją na mieście. Mimo zastosowania 3 zastrzyknięć quinby i jednego salvarsanu, guz powiększał się.

Chory wrócił ponownie do szpitala dnia 27.1.35 r. Dodam, że w przeszłości chorego nie stwierdza się poza rzeźcząką żadnych chorób zakaźnych. Nie pije, nie pali. Żonaty — ma trzyletnie zdrowe dziecko. Żona nie ronila. Pozatem wywiady rodzinne bez znaczenia.

Stan obecny. Wzrostu średniego, odżywiania miernego. Gruczoły chłonne na szyi, karku, w pachach i pachwinach bardzo drobne. Zwraca uwagę nadmierne wydłużenie i zgrubienie II i III palców lewej stopy, którą chory ma odwiedzioną. Na czaszce w obrębie części ciemieniowo-potylicznej lewej guz wielkości pomarańczy, zrośnięty z kością czaszki, na obwodzie przechodzący stopniowo w otoczenie, o spistości jakby chelboczącego twor, mało bolesny, o skórze na nim niezmiennionej i przesuwalnej. Przy uciskaniu nie zmniejsza się, natomiast ucisk guza wywołuje bolesność całej głowy. Badanie neurologiczne nie wykazało żadnych zaburzeń ani w obrębie układu ośrodkowego, ani obwodowego.

Badanie okulistyczne nic chorobowego nie stwierdziło. Narządy wewnętrzne bez uchwytanych zmian. Powtórnie dokonane zdjęcie czaszki wykazało powiększenie wyżej opisanego ubytku kostnego; rentgenogram płuc — norma.

W moczu nic szczególnego.

W dniu 11.2. dokonano w znieczuleniu miejscowym wyjęcia kawałka guza celem zbadania histopatologicznego.

Z czym mogliśmy mieć do czynienia?

Sprawa ta mogła wychodzić z głębi czaszki lub z kości, lub też z warstw ją pokrywających. Brak objawów neurologicznych, a przede wszystkim uciskowych wyłączało pochodzenie wewnątrzczaszkowe.

Ze skóry nie mógł on wychodzić, gdyż skóra na nim była niezmienniona i przesuwalna.

Pozostają więc sprawy, toczone się w samej kości i okostnie.

Szybki wzrost guza przy braku objawów rozpadowych i przetok i ujemny odczyn Wassermann'a z ujemnym wynikiem terapii specyficznej wyłączały możliwość gruźlicy i kilaka.

Ze spraw nowotworowych, wychodzących z kości, myśleć należało o mięsaku, co potwierdza nam wynik badania histopatologicznego, mianowicie: *Sarcoma gigantocellulare*; punktem wyjścia była prawdopodobnie okostna.

Leczenie — operacyjne — kompletne usunięcie guza, lub rentgenologiczne — nasświetlanie promieniami Roentgena. Tymczasowo chory otrzymał 5 nasświetlań promieniami Roentgena i guz znacznie się zmniejszył. (Streszczenie własne).

Dyskusja:

Floksztumpf zapytuje, dlaczego tak późno wykonano biopsję. Dodatni odczyn Wassermann'a nie wyłącza nowotworu. Od takiego ujęcia przypadku należało zacząć, nie tracąc czasu na leczenie swoiste.

W odpowiedzi wyjaśnia Lipes, iż wenerolog twierdził, że to sprawa swoista. Chory miał zatarg z wenerologiem, wskutek czego wypisał się ze szpitala.

Odczyt:

2. H. Wachtel (Kraków). *O biologicznym leczeniu raka*. (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Abrahamowicz podkreśla, że wyniki, otrzymywane przez rozmaitych autorów, są sprzeczne. Przyczyna tkwi w tem, że nie umiemy myśleć biologicznie. Objawu „raka” nie można ujmować jako jednostki chorobowej — są to rozmaite okresy choroby. Niema analogii między nowotworami u zwierząt a nowotworami u ludzi. Próby serologiczne nie mają żadnego znaczenia.

Zakrzewski stwierdza, że znane są ciała, powodujące rozpuszczanie komórek nowotworowych *in vitro*. lecz nie dowiedziano, by czyniły to one *in vivo*. Komórki, używane do doświadczeń *in vitro*, są zmałtretowane. Tkanki nowotworowe hoduje się w surowicy, która nie powoduje rozpuszczania komórek nowotworowych, zaś osocze, krew, soki ustrojowe są czemś innym, niż surowica. Zapytuje prelegenta, na ilu zwierzętach przeprowadzono badanie każdego środka. Ustrój odgrywa rolę w powstawaniu nowotworu, konieczne jest wtedy schorzenie całego ustroju. Ważne jest zagadnienie, czy w powstałym nowotworze utrzymuje się choroba nowotworowa ustroju. Przemawiają przeciwko temu pomyślnie czasami wyniki leczenia chirurgicznego lub energią promienistą. Ph. krwi po doszczętnym usunięciu nowotworu powraca do normy, i to przemawia również przeciwko ogólnemu schorzeniu ustroju w okresie, kiedy już istnieje nowotwór.

Floksztumpf podkreśla również rozbieżność między działaniem rozmaitych środków *in vitro* i *in vivo*. Substancja rakotwórcza, otrzymana ze smoly, wywołuje takie same zmiany, jak follikulina. Zmiany w Ph. krwi, zaburzenia procesów oksydacji i glikolitycznych, zmiany w układzie siateczkowo-śródbłonkowym dowodzą tego, że nowotwór jest schorzeniem ogólnym. Leczenie energią promienistą jest leczeniem ogólnym. Ustrój nowotworowy tylko przez pewien czas odpowiada na pewne środki chemoterapeutyczne, poczem przestają one działać. Fichera odróżnia układ blastomatyczny (narządy płciowe) i antyblastomatyczny (śledziona, grasicca i t. d.). W leczeniu nowotworów są stosowane autolizaty tych narządów, lipoidy z dodatkiem małych ilości baru, strontu kadmu. Widział u Fichery lizę komórek nowotworowych w mikroskopie. Z 91 przypadków nowotworów w 6 przypadkach znikł guz, w 26 przypadkach nastąpiła poprawa. Podobny preparat przygotowuje firma Boryszew.

Zakrzewski zapytuje, co wspólnego z działaniem

lecniczem ma przesunięcie Ph krwi, zmiany w jej obrazie morfologicznym. Są to przecież zmiany wtórne. Preparatem Fichery można doprowadzić do inwolucji guzów. Preparat ten może powodować lizę komórek nowotworowych. Nikt nie widział, by lizyny Freunda i Kaminerówny powodowały lizę komórek nowotworowych *in vivo*.

D. Hellin podkreśla, że auksyny, występujące w roślinach i zbliżone do witaminów, spotyka się w rakach. Każde badanie w dziedzinie kancerologii należy uważać za ważne.

Redel zwraca uwagę na zmiany we krwi w nowotworach. W białaczce naświetlania śledziony powodują znikanie guzów białaczkowych. Dowodzi to ogólnego działania naświetlań.

Łukaszczyk uważa, że istnieje niewątpliwie działanie ogólne promieni, lecz wątpliwe jest, czy pomaga nam ono. Ważne jest tylko zniszczenie komórek nowotworowych przez promienie (doświadczenie Younga). Działanie ogólne nic nam nie daje, raczej przeszkadza ono jako uboczne. Zapytuje również o liczbę doświadczeń prelegenta.

Flaks zapytuje o bezpośredni wpływ na nowotwory wszczepione. Mówca robił doświadczenia z chininą, wyciągami tarczycy, prolanem. Chinina działa na nowotwory wszczepione hamująco, lecz szczury te (z mięsakiem Jensa) są łżejsze, niż kontrolne. Tarczycza przyspiesza wzrost nowotworów. Mówca robił doświadczenia z wszczepianiem nowotworów do tarczycy. Prolan przyspiesza powstawanie przerzutów, nie hamuje wzrostu nowotworów. Zondek otrzymywał odwrotne wyniki, co się tłumaczy stosowaniem przezeń starszych zwierząt, u których są duże wahania wagi.

Gruszczyński uważa, że różnice w wynikach, otrzymywanych przez rozmaitych autorów przy badaniach nad działaniem hormonów, tłumaczą się różnicami w mianowaniu wyciągów. Tem tłumaczyć należy różnice w wynikach badań, przeprowadzanych przez przedmówcę i Zondeka. Wszczepienie nowotworu do gruczołu zmniejsza ilość jego wydzieliny. W nadczynności tarczycy istnieje nadmiar fermentów. To samo jest w nowotworach. Chinina zaś zabija fermenty.

W odpowiedzi wyjaśnia Wachtel, że przytoczone liczby są tylko wskaźnikami, a nie wynikami. Doświadczenia z chininą były robione w ten sposób, że do szczepionki dodaje się określoną dawkę środka. Jest to bardzo ważne, gdyż inaczej działa chinina, później wprowadzona. Jest przeciwny stosowaniu chininy, cytolizującej komórki nowotworowe, która wywołuje nadmiar kwasu guanylowego. Próby robiono na 10, 20 i 30 zwierzętach, uważać je należy tylko za wskazówki do dalszych poszukiwań. Metoda ta pozwala unikać określeń w rodzaju „wierz” lub „wydaje mi się”. Mięsak kurzy pozwala uzyskać rozmaite rodzaje nowotworów. Prelegent nie interesuje się okresem, w jakim jest rak. Leczenie dietetyczne nie daje przeważnie wyników. Gdy chory dobrze żywi się, i rak się dobrze żywi. Ważny jest w doświadczeniach rodzaj hormonu, wyciągu. Swoistość raków istnieje niewątpliwie: rak i mięsak powodują rozmaite dyskrasje ustroju.

CCIV posiedzenie z dnia 11 marca 1935 r.

Odczyty:

1) A. Glass. *Z zagadnień leczenia gruźlicy płuc.* (Było drukowane w „W. Cz. Lek.”).

2) H. Brokman i T. Lewenfiszowa. *Wpływ adrenaliny na poziom mocznika we krwi.* (Doniesienie tymczasowe). (Streszczenia nie nadesłano).

3) J. Frostig. *Spostrzeżenia kliniczne nad przebiegiem zakażenia węgorzkiem jelitowym w Zakładzie psychiatrycznym Zofjówka.* (Streszczenia nie nadesłano).

CCV posiedzenie z dnia 25 marca 1935 r.

Odczyty:

1) L. Anigstein. *Krętki jako czynnik chorobotwórczy.* (Było drukowane w „W.C.L.”).

2) M. Grzybowski. *Leczenie kily wrodzonej i jej zapobieganie.* (Streszczenia nie nadesłano).

CCVI posiedzenie z dnia 8 kwietnia 1935 r.

Odczyty:

1) A. Landau i J. Held. *Schorzenia czynnościowe żołądka w przebiegu kily układu nerwowego.* (Streszczenia nie nadesłano).

CCVII posiedzenie z dnia 29 kwietnia 1935 r.

Obecnych 96.

Przewodniczył Gantz.

Odczyty:

M. Semerau-Siemianowski. *Leczenie naparstnicy.* (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Jochweds uważa, że masywne dawkowanie naparstnicy może mieć w pewnych przypadkach zalety. W przypadkach niedomogi prawego serca z niemiarową i przyspieszoną (< 100) akcją serca, jeżeli strofantyna czy ouabaina nie pomagają, podaje w ciągu pierwszej doby 0,9 gr. liści naparstnicy, w ciągu drugiej — 0,3—0,6 gr. Możliwe, że pod wpływem tych dawek występują zmiany anatomiczne w samym mięśniu sercowym, gdyż załamek T staje się w elektrokardjogramie ujemny. Zejście śmiertelne w tych razach może nastąpić i po strofantynie. W przypadkach, w których istnieją obrzęki samego mięśnia sercowego (jak np. w beri-beri, obrzęku śluzakowatym) sama naparstnica nie pomaga, dobre wyniki natomiast dają preparaty rtęciowe. Mówca woli w przewlekłej niedomodze serca przerywane leczenie naparstnicą, t. j. podawanie po 0,3 gr. naparstnicy dziennie przez 2—4 dni w tygodniu, po których następuje przerwa, aniżeli stale podawanie małych dawek naparstnicy. Strofantyna działa czasami dobrze również w niedomodze prawego serca (ostra sinica, cardiaques noires). Również bez przerostu ośrodkowego serca miewa się dobre wyniki małych tonizujących dawek naparstnicy. Strofantynę można stosować bez przerostu i rozstrzeni serca. Obrzęk płuc w wężeniu ujścia żyłnego lewego po wysiłkach wymaga również stosowania zwykłych dawek naparstnicy.

W odpowiedzi zaznacza Semerau-Siemianowski, że nie jest entuzjastą masywnych dawek naparstnicy, woląby wstrzykiwać wśródziennie 3—4 ampulki digipuratu. Jeżeli chodzi o stosunek naparstnicy do preparatów rtęciowych, wątpli, czy naparstnica nie mogłaby udrożnić diurezy. Osobiście przekłada przewlekłe stosowanie małych dawek naparstnicy. Ma zastrzeżenia co do stosowania naparstnicy w chorobach zakaźnych.

CCVIII posiedzenie z dnia 20 maja 1935 r.

Obecnych 47.

Przewodniczył Gantz.

Odczyty:

1) A. Ławrynowicz. *Niektóre zagadnienia mikrobiologii i epidemiologii duru brzuszego w świetle nowych badań.* (Streszczenia nie nadesłano).

2) M. Landsberg. *Rzut oka na klinikę duru brzuszego w r. 1925.* (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja:

Jochweds podnosi trudności rozpoznawcze okresowego nosicielstwa. Czasami dwa pierwsze badania moczu i kału wypadają ujemnie, a trzecie i czwarte — dodatnio. Odczyn Widala zachowywał się w 33 przypadkach paradoksalnie: w 13 przypadkach nasilenie odczynu zmniejszało się jeszcze w okresie gorączki, w 20 przypadkach — stawał się ujemny po tygodniu rekonwalescencji, choć nosicielstwo utrzymywało się. Mówca miał w swym materiale przypadki ciężkiej intoksykacji durowej. Stosował w nich Quinby bez wyników dodatnich, również heterohemoterapię (domięśniowa i dożylna) nie dawały większych wyników. Przetaczanie krwi w początkowych odoskrzelowych zapaleniach płuc dawało pogorszenie. Mówca stosował wstrzykiwania normalnej surowicy końskiej (po 20—40 cm³ co drugi dzień). Choroba posurowicza występowała w 50% przypadków. Surowica czasami pomagała w ciężkich intoksykacjach i odoskrzelowych zapaleniach płuc. Choroba posurowicza stanowi również przestrojenie ustroju, które często powoduje przerwanie duru.

Doreck zwraca uwagę, że zmienność pałeczki durowej w rozmaitych wydalinach (mocz, kał) i wydzielinach stwierdza się rzadko, nawet w bardzo późnych powikłaniach durowych, i to zarówno pod względem morfologicznym, jak i biochemicznym.

Bregman podkreśla, że powikłania nerwowe w durze są bardzo częste. Jedno z nich jest szczególnie ciekawe. W jednym przypadku w 3 miesiące po przebytych durze wystąpiła somnolencja, osłabienie i brak odruchów żrenicznych podgorączkowe ciepłoty, objawów oponowych nie było, we krwi odczyn Widala dodatni, w kale znaleziono prątki Eberty. Mówca ujmuje to jako *encephalitis, encephalomyelitis typhosa*.

Brockman stwierdza, że ważnym powikłaniem duru brzuszego są zmiany martwicze pęcherzyka żółciowego z przedziurawieniem i zapaleniem otrzewny. Wstrzykiwania wyciągów wątrobowych w durze brzuszny okazały się bez wyniku, a nawet powodują pogorszenie. Przetaczanie krwi daje czasami

mi doskonale wyniki. Należy je robić często, lecz w małych dawkach (70—100 cm³). Ważne jest zwracanie uwagi na objawy wtórne w zakresie zaburzeń przemiany materji. W zwalczaniu duru brzuszego doniosła rolę odgrywa poprawa warunków społecznych.

W odpowiedzi stwierdza Ł a w r y n o w i c z, że nosicielstwo duru jest trwałe, a tylko wydalanie prątków okresowe. Odczyn Widala może się zachowywać rozmaicie, przebieg jego może odbiegać od normy. Rozpoznawanie duru opierać należy na typowej pałeczce durowej. Można ustalać słabe jej odchylenia od typowej pałeczki. Możliwość przekształcenia prątków durowych w paradurowe istnieje nie tylko w pracy laboratoryjnej, lecz i w organizmie. Walka ze wszystkimi chorobami zakaźnymi jest wspólna, lecz w odniesieniu do duru musi uwzględniać szczególne momenty (wodociąg, mleko).

Ł a n d s b e r g wyjaśnia, że wyciągi śledzionowe wywoływały czasami w durze pogorszenie.

3) M. Ł a n d s b e r g. *O niektórych wskazaniach do opoterapii wątrobowej poza niedokrewnością złośliwą.* (Doniesienie tymczasowe). (Streszczenia nie nadesłano).

CCIX posiedzenie z dnia 27 maja 1935 r.

Obecnych 19.

Przewodniczył B r e g m a n.

1) Sprawozdanie z działalności Sekcji za r. 1935 złożył J e l e n k i e w i c z. Zostało ono przyjęte jednogłośnie przez zebranych.

2) Wybór prezydium Sekcji.

Przez aklamację wybrano ponownie Prezydium Sekcji.

3) O d c z y t y:

St. K i e ł b a s i ń s k i. *Związki arsenobenzenowe i ich badanie u nas.* (Streszczenia nie nadesłano).

D y s k u s j a:

H i r s z f e l d wyjaśnia, że czasu trwania kontroli skrócić nie można. Kontrola biologiczna trwa 3 dni, długo natomiast trwa kontrola kliniczna.

O t o ł s k i sędzi, że prelegentowi chodziło zapewne o kontrolę chemiczną, gdyż badanie biologiczne i kliniczne musi być długotrwałe. Prowadzi to do uwięzienia kapitału na dłuższy czas, co podraża koszt preparatu.

B r e g m a n stwierdza, że preparaty krajowe z trudem zyskują zbyt. Decydujący głos mają tutaj syfilidolodzy.

H i r s z f e l d wyjaśnia, że neosalutan przewyższał nawet standartowy preparat niemiecki.

O t o ł s k i stwierdza, że novarsenobenzol jest wyrabiany całkowicie w kraju, tylko za licencją francuską.

4) N. Z a n d o w a. *O odruchach postawnych.* (Streszczenia nie nadesłano).

D y s k u s j a:

B r e g m a n stwierdza, że omawiany przedmiot posiada duże znaczenie dla neurofizjologii i neuropatologii, dla wytłumaczenia istoty różnych odruchów. W praktyce klinicznej odruchy postawne nie są jeszcze dostatecznie zastosowane. Próba R a d e m a c h e r a polega na tem, że osoba badana leży w pozycji à la vache na kozetce, którą się porusza wzdłuż i na boki. W czasie tej próby zdrowi i chorzy zachowują się rozmaicie. Jest to próba kliniczna, uderzająca swą prostotą. U chorych z bezładem mózdkowym jest ona nieco brutalna.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na II Kongresie Lekarzy Krajów Alpejskich w Innsbrucku z dnia 7 i 8 października 1935 r. (Wien. med. Wschr. N. 45/1935) K a h r mówił o *leczeniu hormonalnem poronienia nawykowego*. Po omówieniu różnorodnych przyczyn poronienia nawykowego, tkwiących bądź w płodzie, bądź w matce, prelegent omówił rolę gruczołów dokrewnych. W schorzeniach gruczołu tarczycowego można rozpoznać rodzaj i natężenie zaburzeń zapomocą określania przemiany podstawowej, w schorzeniach aparatu wysepkowego zapomocą badania przemiany węglowodanowej we krwi i odpowiednio do wyników kierować leczeniem. Najważniejszemi praktycznie jako przyczyna poronienia nawykowego są zaburzenia w czynności tarczycy i to zarówno w sensie jej nadczynności, jak i niedomogi. W pewnym przypadku zaparcia nawykowego na podłożu operowanego mniej więcej przed 20 laty i z pozostałością w postaci objawów podtężyczkowych pozatem wyleczonego przypadku choroby B a s e d o w a z 7 następującami kolejno po sobie poronieniami udało się wykazać zapomocą określenia przemiany podstawowej, że w czasie ósmej ciąży wystąpiła nadczynność tarczycy wskutek aktywacji choroby B a s e d o w a podczas ciąży. Dzięki podawaniu w ciągu szeregu miesięcy wyciągów ciała żółtego (Luteolipex „Sanabo”, Luteogan „Henning”, Glanduocorpin „Richter”) i poprawie przemiany wapniowej dzięki podawaniu Parathyreoideahormon „Sanabo”, dla utrzymania równowagi kwasowo-zasadowej i uspokojenia roślinnego układu nerwowego udało się zachować tę ósmą ciążę u 42-letniej już kobiety aż do samoistnego porodu zdolnego do życia wcześniaka, który się później znakomicie rozwinął.

Krytyka lekarska

Ostatni wykład prof. Karola Richeta na wydziale lekarskim Uniwersytetu paryskiego.

Ostatni ten wykład odbył się dn. 26 czerwca roku 1925, a ma on swoją wymowę: słysząc w nim nutę żalu z powodu krótkiej pamięci ludzkiej, która niezawśnie umie sprawiedliwie ocenić wspaniałe dary, przynieszone światu przez najpotężniejszą siłę natury — genialny umysł człowieka. Z wykładu tego płynie też ostrzeżenie, jak troskliwą opieką otaczać należy własne zdobycze naukowe, aby sprawiedliwa ich ocena trafiała zawsze tam, gdzie trafić powinna. Wyjątek z tego wykładu, widocznie celowo przez R i c h e t a na pożegnanie z działalnością akademicką wybranego, podaje pismo paryskie „Le Siècle Médical” w numerze z dn. 16 grudnia roku zeszłego. Stanowi on zarazem ciekawy przyczynek do historii seroterapii. Przytaczamy go w dosłownym przekładzie.

„...Co było najbardziej godne uwagi, to fakt, że króliki, które otrzymały krew nie od psa normalnego, lecz od wyleczonego z obrzęku ropniczo-posoczniczego (oedème pyoseptique), nie ginęły. W ten sposób z należona została zasada seroterapii: krew zwierzęcia uodpornionego, zastrzyknięta zwierzęciu nieuodpornionemu, udzielała mu odporności.

Odkrycie to było przedmiotem komunikatu, przedstawionego Akademii nauk d. 5 listopada r. 1888. *Nota bene:* zrozumieliśmy odrazu doniosłość tego odkrycia podstawowego, a, ponieważ działo się to w epoce, kiedy badania tego rodzaju były prowadzone we wszystkich pracowniach świata, postanowiliśmy więc przystąpić natychmiast do opracowania owego zagadnienia na chorobie, bardziej rozpowszechnionej, niż wspomniane zakażenie gronkowcowe (staphylococcie), swoiste wyłącznie dla królika. Przypominam sobie teraz tak, jakby rzecz ta działa się wczoraj, długą, mającą dla nas znaczenie historyczne rozmowę, prowadzoną w gabinecie mojej pracowni. Jakie wybrać zakażenie: wąglikowe, błonicze, czy gruźlicę?

Zwracam uwagę, że mieliśmy podówczas bardzo niepewne motywy do dania pierwszeństwa jednej z tych chorób przed drugą. Ja skłaniałem się bądź w stronę wąglika, bądź ku błonicy, H é r i c o u r t zaś proponował gruźlicę. Na poparcie swego zdania przytaczał mi argumenty bardzo przekonujące: drobnoustroje błonicy nie były wówczas jeszcze dobrze poznane, a to mogło być przyczyną niedokładności badań. Poza tem gruźlica, choroba o wiele częstsza od błonicy, stanowi wielkie niebezpieczeństwo dla społeczności ludzkiej. Zdecydowaliśmy się więc na gruźlicę. Niestety! Zaszczepiliśmy gruźlicę psom i otrzymaliśmy jad gruźlicy o wielkiej sile tok-

sycznej, hodowany w ośrodku płynnym według metody N o c a r d a. Udało się nam rozporządzać jadem, który zabijał psa po upływie 35 do 65 dni, i probowaliśmy uodpornić króliki, zastrzykując im bądź krew psa normalnego, bądź surowicę psa chorego i napół uodpornionego. Wyniki były zachęcające: króliki, którym zaszczepiono gruźlicę i zastrzykiwano surowicę psia, żyły dłużej, niż inne, a niektóre nawet znacznie dłużej. Ale ostatecznie nie było to wyzycie definitywne. Pomimo to nie wahaliśmy się przed zastosowaniem tej seroterapii u człowieka, gdyż widzieliśmy, że własności surowicy były mniej więcej takie same, jak krwi. A więc za pomocą manipulacji bardzo prostej napełnialiśmy aseptycznie surowicą psa rurki szklane, zalutowane z obu końców. Niejednokrotnie przygotowywaliśmy do 50 ampułek dziennie. Była to, mówiąc nawiasem, pierwsza aseptycznie spreparowana surowica. Wszystkie te doświadczenia i sporządzanie tych preparatów zabierały, rzecz prosta, dużo czasu, tak, że dopiero 6 grudnia r. 1890 mogłem przystąpić do zastrzyknięcia surowicy człowiekowi. Działo się to w oddziale szpitalnym mojego drogiego mistrza V e r n e u i l a, który upoważnił mnie do wykonania tego zabiegu u chorego, dotkniętego gruźlicą stawową. Jestem dumny z tego, że wolno mi powiedzieć, iż był to pierwszy pomysł i pierwsze wykonanie zabiegu seroterapeutycznego u człowieka.

W stosunku do gruźlicy wyniki seroterapii były dosyć skromne. Ale piękne odkrycie B e h r i n g a i K i t a s a t o ujawniło pierwotną doniosłość metody seroterapeutycznej.

Pamiętna praca B e h r i n g a i K i t a s a t o ukazała się 2 lata po moim memorjale o hemoterapii i na 3 dni przed naszym pierwszym zastrzyknięciem surowicy człowiekowi. Wiadomo jest, zresztą, że doświadczenia B e h r i n g a i K i t a s a t o robione były w r. 1890 tylko na szczurach i świnkach morskich.

B e h r i n g i K i t a s a t o ustalili ten nowy fakt (którego, na nieszczęście, my ustalić nie zdołaliśmy),

że krew zwierząt uodpornionych zawiera a n t y t o k s y n ę, przeciwdziałającą zniszczeniom, wywołanym przez toksynę, którą wydziela drobnoustrój błonicy. Daleki jestem od myśli pomniejszania doniosłości tego odkrycia, ale B e h r i n g, którego uczyniło ono bardzo wielkim, sam mocno zmalał przez to, że nie przyznał, iż jego odkrycie było rozwinięciem naszego doświadczenia z roku 1887.

Wkrótce po memorjale B e h r i n g a stwierdzono, że surowica zwierząt, które otrzymały jad błonicy lub tężcowy, uodparnia przeciwko błonicy lub tężcowi. Zabrano się w Niemczech natychmiast do fabrykacji surowic, zawierających antytoksynę błoniczą lub tężcową. Dzięki wprawie R o u x w eksperymentowaniu na zwierzętach i jego zadziwiającej energii, leczenie błonicy surowicą rozpowszechniło się szeroko i przyczyniło się do uratowania niezliczonych tysięcy istnień ludzkich.

Nie zamierzam tu kłaść nacisku na rozległość stosowania i różnorodność postaci, jakie przybrała seroterapia. Pisano na ten temat całe księgi, ale z punktu widzenia historycznego zaznaczam jedynie dwa fakty zasadnicze: najpierw, że my w roku 1888 stwierdziliśmy, iż krew zwierzęcia uodpornionego nabywa własności uodparniającej, następnie, że w 2 lata później ja zastosowałem pierwszą injekcję seroterapeutyczną, co przedtem nigdy wykonane nie było.

Upłynęło odtąd lat 35, i w tym czasie seroterapia uczyniła postępy wielkie. Ale byłoby niesprawiedliwością nie przyznać, że ich podwaliną były doświadczenia nasze.

Jeżeli B e h r i n g odkrył seroterapię błonicy, ja przed nim odkryłem zasadę seroterapii“.

Ten ostatni wykład R i c h e t a, prawdopodobnie nigdy nieogłoszony drukiem, nie miał, o ile mi wiadomo, żadnych następstw. Czy nie wywoła teraz polemiki ze strony zwolenników i przyjaciół każdego z dwu wielkich uczonych — zobaczymy.

Z. S r e b r n y (Warszawa).

Korespondencja

List z Paryża

Do grona 40 „nieśmiertelnych“ przybył przed kilku dniami nowy członek, w którego osobie Akademia Francuska uczciła przede wszystkim powieściopisarza. Wybór D u h a m e l a odbił się jednak głośnym echem w kołach lekarskich, gdyż D u h a m e l, sam lekarz z zawodu, brał zawsze duży udział w życiu lekarsko-artystycznym i jest jednym z najważniejszych przeciwników etatyzowania zawodów wolnych. Nowy wybór jest tem ciekawszy, że liczba lekarzy — członków Akademii jest naogół nieznaczna. W przeciągu pięciu ostatnich stuleci na ogólną liczbę członków tej historycznej instytucji było zaledwie 0,4% lekarzy.

W XVIII i XIX wieku lekarzami — członkami Akademii byli: V i e q d' A z y r, C a b a n i s, F l o u r e n s, Claude B e r n a r d. Trudnoby pominąć milczeniem L i t t r é g o, który, pochłonięty swą olbrzymią pracą nad słownikiem języka francuskiego, odwrócił się zupełnie od medycyny i nie usiłował nawet ukoronować swych studiów dyplomem, oraz P a s t e u r a, z zawodu chemika i przyrodnika. Ostatnim z lekarzy-akademików był C l e m e n c e a u, wybrany w roku 1918, po zawarciu pokoju.

Młody lekarz, zajmujący się z upodobaniem histologią, D u h a m e l jeszcze w czasie studiów zaczął pisywać krótkie

nowele, szkice krytyczne, poezje, potem wrażenia z podróży, wreszcie powieści.

Powołany w czasie wojny do służby frontowej, był najprzód asystentem oddziału chirurgicznego w szpitalu polowym, następnie zaś został przydzielony do samochodowej czołówki chirurgicznej. Z tego okresu datują się impresje, zebrane następnie w „Civilisation“. Po ukończonej wojnie tworzy kilka kapitalnych powieści, otrzymuje nagrodę G o n c o u r t ó w, zwolna zmienia swe dawne poglądy, tworzy apologię wygodnego, sytego, ale litościwego indywidualizmu, wreszcie obejmuje kierownictwo wielkiego wydawnictwa paryskiego. Dziś Akademia otwiera mu swe dostojne wrota.

* * *

Szereg hałaśliwych i tłumnych wystąpień, które miały miejsce zarówno na wydziale lekarskim paryskim, jak i w miastach prowincjonalnych, zwrócił uwagę rządu na sprawy uniwersyteckie i przyspieszył wydanie ustaw, mających na celu ograniczenie lub nawet uniemożliwienie wykonywania zawodu lekarskiego przez cudzoziemców. Istotnie, w ciągu ostatnich lat liczba obcokrajowców, przybyłych do Francji na studia, wzrosła w porównaniu z dawnymi liczbami o kilkaset procent. Duża liczba tych studentów nie powracała po ukończonej nauce do swego kraju, lecz po złożeniu egzaminu

dojrzałości i kilku dodatkowych egzaminów zamieniała dyplom „de l'Université“ na dyplom „d'Etat“, uprawniający do praktykowania we Francji. Szczególne ułatwienia mieli w tym względzie Rumuni, którzy wskutek istniejącej między dwoma krajami konwencji dyplomatycznej byli zrównani w prawach z Francuzami. Pogorszenie się stosunków ekonomicznych zwróciło uwagę na mnożącą się liczbę lekarzy cudzoziemców. Jeśli można wierzyć informacjom, podawanym przez niektóre pisma, liczba lekarzy cudzoziemskiego pochodzenia wynosiła w departamencie Sekwany 1/3 wszystkich lekarzy.

Walka z nadawaniem prawa praktyki obcokrajowcom rozpoczęła się już w 1931 r. Walka ta, lubo, że pokrywana nierzadko długimi tyradami o niezrozumieniu ducha francuskiego przez przybyszów, miała i ma swe wyłącznie ekonomiczne podłoże. Pierwszym krokiem na drodze obrony interesów lekarzy francuskich była uchwalona w 1933 roku ustawa, zwana „loi Armsbustier“, która wymagała od wszystkich praktykujących lekarzy posiadania obywatelstwa francuskiego. W międzyczasie tłumna emigracja niemiecka zaostrzyła znacznie całą sprawę i wywołała olbrzymie zebrania studentów, protestujących przeciw zbytnej tolerancji władz uniwersyteckich i administracyjnych. W następstwie tych zajęć w grudniu 1934 roku przedłożono parlamentowi do dyskusji projekt ustawy, zwanej „loi Cousin“, która w czasie omawiania jej uległa pewnym zmianom i została ostatecznie uchwalona w lipcu 1935 roku. Zasadą nowej ustawy jest podkreślenie wymagania obywatelstwa francuskiego dla cudzoziemców i wyłączenia wszelkich ulg, przysługujących obywatelom państw, mających z Francją konwencję dyplomatyczną, a w każdym razie przyznawania ulg wyjątkowo, indywidualnie i z dużymi ograniczeniami.

Drugą cechą nowej ustawy jest wymaganie, prócz złożenia egzaminu dojrzałości oraz egzaminów wstępnych przed zapisaniem na wydział lekarski (P. C. B.), przesłuchania dwu ostatnich lat studjów wraz ze złożeniem wszystkich egzaminów. Prawo praktyki zdobywa się tylko po odbyciu służby wojskowej lub też po czasie, równym normalnemu okresowi

służby wojskowej. Projekt ustawy przewidywał przedłużenie owego czasu do pięciu lat, ale nie został w tej formie przyjęty. Z wiązku z temi zmianami przeprowadza się obecnie dokładną rejestrację i sprawdzanie dyplomów wszystkich lekarzy praktykujących.

* * *

Żądania rządu do obniżenia cen pobudziły syndykat lekarski departamentu Sekwany do uchwalenia obniżki honorarijów lekarskich o 10%. Obecny minister zdrowia publicznego, chcąc przyspieszyć zrealizowanie owego postanowienia, rozesał do wszystkich prefektów okólnik z poleceniem natychmiastowego zwołania przedstawicieli poszczególnych związków lekarskich i urzeczywistnienia wspomnianego projektu, grożąc w przeciwnym razie interwencją rządową w postaci dekretu. W odpowiedzi na to pismo sekretarjat związku syndykatów lekarskich postanowił nie odpowiadać na okólnik ministerjalny, podając za przyczynę nieodpowiednią formę zwracania się do związków zawodowych oraz nieuzasadnione pogroźki. Sprawa ta zostanie poruszona w izbie deputowanych przez parlamentarną grupę lekarzy.

Warto zaznaczyć, że obecny minister E. Lafont jest wyjątkowo niepopularny wśród społeczeństwa lekarskiego, o ostatnio odznaczył się skreśleniem kredytów na instytucje opieki nad dzieckiem oraz z grupy egzaminatorów decydujących o nadaniu dyplomu pielęgniarkom szpitalnym usunął wszystkich lekarzy — przedstawicieli związków zawodowych.

Skład obecnego ministerstwa zdrowia publicznego jest wart odnotowania i nie pozbawiony pikanterji, gdyż niema w niem ani jednego lekarza. Przygniatającą większość mają w owym ministerstwie urzędnicy dawnego ministerstwa poczt i telegrafów. Sam zaś minister zdrowia jest adwokatem. Nic zatem dziwnego, że kilka pism paryskich domaga się obsadzenia przez lekarzy wszystkich placówek w ministerstwie poczt i telegrafów!

Leonard Chwatt.

Paryż, w listopadzie 1935 r.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Wrażenia z trędowiska w Rydze.

Podala

Dr. A. KRZEMIENIECKA (Warszawa).

Bawiąc na wywczasach (lipiec 1935 r.) w Łotwie, zainteresowałam się trędowiskiem ryskim, które dokładnie zwiedziłam, dzięki uprzejmości naczelnego lekarza, dr. L u d z e n i e k a, miałam możliwość wszechstronnego zapoznania się z życiem tego trędowiska oraz zbadania dużej liczby trędowatych.

Trędowisko ryskie mieści się na krańcu miasta w małym lesie sosnowym i składa się z kilku 2-piętrowych budynków, otoczonych częściowo wysokim parkanem drewnianym, częściowo drutem kolczastym. Chorzy czasami uciekają do miasta, ale po pewnym czasie przeważnie dobrowolnie wracają.

W niedużej odległości od trędowiska znajdują się zabudowania mieszkalne oraz fabryki. Już na wstępie uderza znamieny charakter tego zakładu, gdyż otwiera wożny z charakterystycznymi objawami trądu w postaci „*facies leontina*“.

Wożny ten prowadzi mnie przez ogród do jednego z budynków. Przechodzimy przez dużą salę, gdzie są zgromadzeni chorzy, mężczyźni przy bilardach, ko-

biety szyją, czytają; następnie udajemy się przez pokój zabiegowy do gabinetu lekarskiego.

Uderza brak specjalnego ubrania ochronnego, którego się spodziewałam u personelu — noszą oni wszyscy zwykłe płaszcze lekarskie.

W gabinecie oczekuje mnie Dr. L u d z e n i e k i jego asystent, są bardzo gościnni, chętnie pokazują i opowiadają o trędowisku.

Trędowisko zostało założone 50 lat temu; w ciągu tego czasu przewinęło się przez nie osiemset dwunastu (812) chorych. Obecnie znajduje się tam stu dwu chorych (102), z nich trzydziestu czterech (34) mężczyzn i sześćdziesiąt osiem (68) kobiet.

Personel, składający się z lekarza naczelnego, asystenta oraz felczera, mieszka na terenie trędowiska w osobnym budynku.

Lekarze mają prawo pracować w swoim zawodzie również i w mieście.

W ciągu ostatniego roku nowi chorzy nie przybyli, zwolniono do domu, jako wyleczonych, względnie bezobjawowych i bezpiecznych dla otoczenia, osiemnastu (18) — 4 mężczyzn i 14 kobiet.

Naogół trędowaci żyją długo, byli wśród nich tacy, którzy zmarli w wieku 80—90 lat.

Często się zdarza, że chorzy nie chcą się poddać leczeniu zimnicą z obawy przed śmiercią.

Wśród obecnego stanu chorych przeważna część składa się z ludzi w wieku średnim i podeszłym, dzieci brak.

Wśród chorych przeważają przypadki trądu guzowatego „*lepra tuberosa*”, często powikłanego zniekształceniem kończyn, są również pojedyncze przypadki trądu nerwowego. Chorzy mieszkają na salach i w separatkach. Spełniają różne obowiązki w zależności od zawodu. Są wśród nich pielęgniarki, krawcowe, stolarze, dozorczy i kucharki. Lekarz naczelny, pokazując kuchnię, skarżył się, że ma duże przykrości z powodu częstych poparzeń chorych, pracujących w kuchni; są one spowodowane brakiem czucia (*Lepra nervosa*).

Chorzy utrzymują ze sobą stosunki płciowe, czasem zawierają związki małżeńskie. Dzieci rodzą się rzadko. Dzieci wolne od trądu po urodzeniu zostają umieszczane w przytułkach; dużo dzieci jednak po pewnym czasie wróciło do trędowiska.

Przypadki zajścia w ciążę są dość rzadkie, prawdopodobnie skutkiem zmian, zachodzących w narządach rodnych chorych.

Lekarze uświadamiają chore, że rodzenie dzieci jest niepożądanem ze względu na przenoszenie się choroby na potomstwo, nawet za zgodą chorych przerywają ciążę.

Co kilka miesięcy odbywa się narada lekarzy celem ustalenia wyleczenia w odpowiednich przypadkach. W przypadku stwierdzonego wyleczenia dany chory zostaje wypisany pod warunkiem kilkoletniej dalszej obserwacji.

Stosunek chorych do ludzi zdrowych, nawet do lekarzy i personelu zakładowego, jest wrogi. Stosunek ten tłumaczy się uczuciem zazdrości chorego w stosunku do zdrowego. Zdarza się jednak, że chorzy, przyzwyczajeni już do życia w trędowisku, nie chcą opuścić go nawet po wyleczeniu się.

Co się tyczy zaraźliwości tego cierpienia, to stwierdzono, że w ciągu 50 lat istnienia trędowiska nie zdarzył się ani jeden przypadek zarażenia się wśród personelu, który, jak wspominałam już, nie używa przy pracy środków ochronnych.

Naogół, jak wiadomo, trędem zarażają się przeważnie osobnicy skłonni do tego rodzaju zakażenia. Godzi się zaznaczyć, że rybacy stanowią znaczny odsetek chorych trędowatych. O miejscu wtarcenia do ustroju zarazka chorobotwórczego (lasecznik *H a n s e n a*) nie wiemy nic pewnego. Przypuszcza się, że przenika on do ustroju poprzez skórę lub błonę śluzową ust i nosa.

Okres wylegania trwa od 5 do 16 lat, nawet do 40 lat; ta okoliczność tłumaczy stanowisko niektórych badaczy, którzy twierdzą, że przed upływem 40 lat od śmierci ostatniego trędowatego nie wolno powiedzieć, że choroba w danym kraju wygaśa.

Często stwierdza się w jednej rodzinie kilku osobników chorych, czasem znów jeden członek rodziny jest dotknięty cierpieniem, reszta zaś jest zdrowa. Czem się

tłumaczy takie zjawisko, nie wiadomo. Choroba przenosi się jedynie z człowieka na człowieka, wydaje się, że zwierzęta są odporne na zakażenie trędem.

W trędowisku były robione doświadczenia z przeszczepianiem wycinków tkanek trędowatych do otrzewny i łącznicy królików. Doświadczenia te dały wynik ujemny, natomiast u zwierząt doświadczalnych rozwijała się gruźlica, co wprowadziło w błąd badaczy, ponieważ lasecznik *H a n s e n a* jest bardzo podobny do lasecznika *K o c h a*.

Doświadczenie, dokonane w kolonjach angielskich na straceńcu, któremu przyrzeczono życie w razie zgody na zaszczepienie trądu, i który po 5 latach zachorował, miało na celu udowodnienie zaraźliwości trądu dla ludzi. Doświadczenie to nie ma jednak żadnej wartości naukowej, ponieważ okazało się później, że osobnik ten pochodził z rodziny trędowatych.

Co się tyczy nowoczesnego leczenia trądu, to lekarze trędowiska mają najlepsze wyniki po leczeniu bodźcowem gorączkowem, na które nie wszyscy chorzy zgadzają się, gdyż leczenie to jest dla nich uciążliwe. Widziałam jedną z chorych, u której zupełnie ustąpiły objawy kliniczne trądu po długotrwałej (z wysoką gorączką przebiegającej) róży.

Pozatem stosują tam znane leczenie zapomocą *ol. chaulmograe* w postaci zastrzykiwań domięśniowych i doustnie. Leczą antileprolem, który między innymi jest zalecany ostatnio przez *L o u i s o l t a* z Kopenhagi w leczeniu innych dermatoz (wilk rumieniowaty oraz sprawy skórne ziarninowe, jak *mycosis fungoides*). Środek ten jest pochodnym *ol. gynocardii*. Stosują również „nastinę” *D e y k a*, która zawiera drobnoustroje, wyhodowane z guzów trędowatych.

Próby leczenia najnowszym preparatem *ol. gynocardii* (*M e i s t e r - L u c i u s*) zawiodyły wobec szkodliwego działania na wzrok; z miejscowo stosowanych środków w postaciach guzowatych, b. ładne wyniki kosmetyczne daje stosowanie kwasu węglowego (śniegowanie), co też miałam możność osobiście stwierdzić; natomiast naświetlanie promieniami *R o e n t g e n a* nie daje zachęcających wyników. W przypadkach trądu płamistego oraz nerwowego pokazano mi dobre wyniki po leczeniu *R o e n t g e n e m*.

Przy zwiedzaniu trędowiska nabrałam przekonania, że dzięki nowoczesnym środkom leczniczym można w pewnym odsetku przypadków nieszczęśliwych tych ludzi przywrócić społeczeństwu. Z prawdopodobieństwem, graniczącym z pewnością, można uważać przypadki te za całkowicie wyleczone, aczkolwiek wielu z pozornie wyleczonych wraca po dłuższym lub krótszym czasie z nawrotami choroby. Dzięki propagowaniu wśród ludności i chorych higieny i intensywnemu leczeniu, liczba chorych w Łotwie niewątpliwie wybitnie zmniejszała się.

Zresztą, bardzo jaskrawym przykładem zmniejszenia się liczby trędowatych w ostatnich latach jest statystyka Norwegii, gdzie w roku 1865 było 1040 trędowatych, natomiast w r. 1920 liczba ich wynosiła zaledwie 24.

Wiadomości bieżące

— Okólnik. XI Kurs uzupełniający dla lekarzy p.t. „Gruźlica i jej zwalczanie”. W okresie od dnia 23 stycznia do dnia 11 go marca 1936 roku odbędzie się 7-mio tygodniowy Kurs przeciwgruźliczy, p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie”, zorganizowany

przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. J. P. — Program Kursu uwzględni przede wszystkim studia praktyczne jak również obejmie 47 godzin wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i wal-

ki społecznej z gruźlicą. — Studja praktyczne będą polegały na odbyciu praktyki w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium jak również na dokładnem zaznajomieniu się z pracą w poradniach przeciwgruźliczych ze szczególnem uwzględnieniem techniki zakładania odmy. — Podania na kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego) najpóźniej do dnia 14-go stycznia 1936 r. — Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej kandydata 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 zwrotnego stypendjum w wysokości do 350 zł. — Kurs jest bezpłatny; pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum jak również i w przyjęciu na kurs będą mieli kandydaci, którzy już są zatrudnieni w instytucjach przeciwgruźliczych. — Dyrektor Polskiego związku Przeciwgruźliczych: (—) Dr. M. Grodecki.

— **Zawiadomienie o nagrodzie konkursowej im. D-ra Seweryna Sterlinga za najlepszą pracę z dziedziny gruźlicy.** — W dniu 31 stycznia 1936 r. upływa ostateczny termin zgłaszania prac z dziedziny gruźlicy, ogłoszonych drukiem w ostatnim trzyleciu (to znaczy od 1.1.1933 do 31.12.1935 r.). Nagroda im. Dr. Seweryna Sterlinga wynosi 750.— zł. Prace należy nadsyłać pod adresem Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego (Łódź, Pierackiego 9) dla Sekretarza Stałego.

— Wszystkie Instytucje Przeciwrakowe w Polsce: Polski Komitet do Zwalczania raka, Instytut Radowy im. M. Skłodowskiej-Curie, Łódzkie Tow. Zwalczania raka, Stow. Polski Instytut Przeciwrakowy we Lwowie, Wileński Komitet Zwalczania raka, Łucki Komitet Zwalczania raka, oraz Stowarzyszenia Asystentów Uniwersytetów Krakowskiego i Poznańskiego, celem trwałego uczczenia pamięci Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego, ogłaszają łącznie Konkurs Naukowy z dziedziny nowotworów złośliwych na warunkach, jak w załączniku. W Sądzie Konkursowym łaskawy swój udział zaofiarowali: Prof. Dr. Adam Czyżewicz, Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski, Prof. Dr. Ludwik Hirszfild, Prof. Dr. Leszczyński, Prof. Dr. Jurasz Antoni, Dyr. Dr. Łukaszczyk Franciszek, Dr. Marzyński Józef, Kur. Dr. Osuchowski, Prof. Dr. Paszkiewicz Ludwik, Prof. Dr. Pelczar Kazimierz, Prof. Dr. Radliński Zygmunt, Dr. Bronisław Wejnert. Za Zarząd: V. Prezes Komitetu (—) Dr. Med. Bronisław Wejnert. Sekretarz Komitetu: (—) Dr. Med. Al. Maciejewski.

Konkurs na pracę naukową. Celem uczczenia pamięci Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego wyżej podane organizacje ogłaszają konkurs naukowy na pracę nad rakiem. Warunki konkursu: 1. W konkursie mogą brać udział obywatele Rzeczypospolitej Polskiej. 2. Prace winny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane, oparte na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach. 3. Tematem pracy mogą być zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak również doświadczenia z zakresu nowotworów złośliwych. 4. Zgłaszane na konkurs prace powinny obok piśmiennictwa obcego uwzględniać odnośne piśmiennictwo rodzime. 5. Prace konkursowe, podpisane przez autora obranem godłem, powinny być nadesłane w maszynopisie w dwóch egzemplarzach najpóźniej do dnia 12 maja 1937 r. pod adresem — Polski Komitet do Zwalczania raka — Karowa 31, Gmach Towarzystwa Higienicznego. 6. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, nazewną zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora. 7. Do oceny prac zostanie powołany Sąd Konkursowy. 8. Ustala się nagrody za przyjęte przez Sąd Konkursowy prace: I. 700 zł., II. 500 zł., III. 300 zł. 9. Prace nagrodzone

będą ogłoszone w czasopiśmie Polskiego Komitetu do Zwalczania raka p. t. Nowotwory, z zaznaczeniem, że praca ta została nagrodzona na konkursie. 10. Sąd Konkursowy ma prawo przyznać tylko niektóre lub żadnej z ogłoszonych nagród. Pozostałe z tego tytułu fundusze przekazać na następny konkurs.

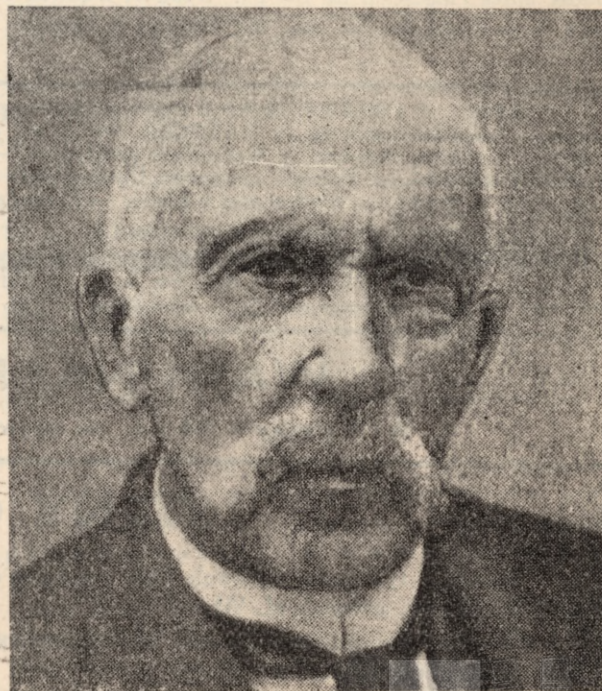
— **Rada Fundacji im. Jakóba hr. Potockiego** podaje do wiadomości, że wydaje stypendja dla lekarzy pragnących poświęcić się pracy naukowej nad gruźlicą lub rakiem. Wysokość stypendjum wynosi 250 zł. miesięcznie. Przy ubieganiu się o stypendjum należy złożyć w Zarządzie Fundacji (Warszawa, Wiejska 5): a) podanie z własnoręcznie napisanym dokładnym życiorysem, b) świadectwo na prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, c) zgodę kierownika tego zakładu, w którym ubiegający się o stypendjum ma zamiar pracować. Stypendjum zostanie przyznane na rok akademicki 1935/36.

— Zarząd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej rozpatrywał na posiedzeniu d. 3 grudnia 1935 roku, sprawę przerywania dopływu wody do nieruchomości, których właściciele nie płacą za wodę, i uznał tę metodę za szkodliwą dla ludności miasta pod względem sanitarnym. Zamykanie dopływu wody stosuje się, oczywiście, w najuboższych dzielnicach, gdzie tyfusy brzuszny i plamisty nie tylko nie wygasają, ale nawet się nasilają w związku z wielką nędzą. Pozbawienie tych ludzi dobrej wody do picia a zarazem środka do utrzymania czystości osobniczej i swego domostwa, jakim jest woda wodociągowa, grozi chorobami, które mogą się stać rozsądnikiem epidemii w całym mieście. Na zmuszanie właścicieli domów do wnoszenia opłat za wodę istnieją inne środki przymusu, nie zaś przerywanie dopływu wody, stanowiącego najprymitywniejszy warunek kultury życia.

ZMARLI.

Prof. Dr. Romuald Węglowski, chirurg, em. pułk. lekarz W. P. — we Lwowie.

Profesor CHARLES RICHET



Śmierć zabrała jednego z największych luminarzy medycyny francuskiej: d. 3 grudnia r.z. zmarł Karol Richet, wielki

uczony, twórca seroterapii i nauki o anafilaksji, laureat nagrody Nobla, filozof, poeta i gorący propagator pacyfizmu.

Richet urodził się dn. 26 sierpnia r. 1850 w Paryżu, jako syn chirurga i zrazu chciał pójść w ślady ojca, bo jeszcze podczas studiów medycznych pracował w charakterze asystenta u chirurgów Le Forta i Verneuil; prędko jednak porzucił tę dziedzinę pracy i poświęcił się studjom fizjologicznym u Mareya, Berthelota i Vulpiana. Już w 10 lat po otrzymaniu dyplomu lekarskiego został w r. 1887 mianowany profesorem fizjologii. W r. 1870—1871 brał udział w wojnie francusko-niemieckiej, a wrażenia, z niej odniesione, stały się podwaliną jego dążeń pacyfistycznych, które w ciągu całego swego długiego życia niezmordowanie propagował. Richet brał żywy udział w Zjazdach pacyfistycznych, przewodniczył na paryskim kongresie pacyfistów w r. 1900, był prezesem francuskiego towarzystwa pacyfistycznego oraz Société française de l'arbitrage entre nations. Walczył też w pismach swoich: „Epizody z wojny francusko-niemieckiej“, w dramatach „Circe“ i „Sokrates“ i w znakomitem dziele „Przeszłość wojny i przyszłość pokoju“ — o zgodę pomiędzy narodami. — Richet pozostawił po sobie bogatą spuściznę w postaci bardzo licznych prac z dziedziny fizjologii, pierwszy na kilka lat przed Behringiem wykazał, że królik, zakażony hodowlą gronkowców, może być utrzymany przy życiu, jeżeli mu zastrzyknąć krew psa, uodpornionego przeciwko temu samemu zakażeniu; on też dokonał pierwszego szczepienia surowicy leczniczej u człowieka. Od-

krycie anafilaksji rozgłosiło po całym świecie nazwisko Richeta i przyniosło mu nagrodę Nobla. Znana jest także pod nazwą djetu Richeta-Toulousea metoda leczenia padaczki pokarmami ubogimi w sól kuchenną i małymi dawkami bromu.

Z dziedziny nauk filozoficznych wymienić należy jego „Historję kultury“, w której, wierny swoim ideałom pacyfistycznym, występował jako obrońca współpracy wszystkich narodów na polu kultury.

Dalej zasługują tu na uwagę: „L'homme stupide“, „Le Savant“, „Traité de metaphysique“, „L'intelligence et l'homme“, „L'homme impuissant“, „Apologie de biologie“. Całe życie oddany pracy, jeszcze, jako 80 letni starzec, napisał „Fizjologję człowieka“.

W pierwszych latach po wojnie światowej Warszawa miała zaszczyt goszczenia w murach swoich Karola Richeta. Wygłosił on tu kilka pięknych odczytów.

Wielki naród francuski stracił jednego z wielkich swoich synów, a ludzkość — jednego ze swych nieśmiertelnych dobroczyńców.

Redakcja.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

9.I.36. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Posiedzenie plenarne.

Dr. J. H o z e r. Przed zmianą kierunku w organizacji ubezpieczeń społecznych.

Résumé des articles originaux.

F. VENULET, F. GOEBEL et R. TISLOWITZ. L'influence de l'ammoniaque sur l'équilibre acido-alcalin.

À la suite d'une observation clinique, témoignant en faveur de l'action acidifiante de l'ammoniaque sur l'organisme (Venulet) les auteurs ont effectué une série d'expériences, comme l'influence de l'ammoniaque sur l'alcalose digestive, sur l'alcalose après 2,0 gr. de bicarbonate de soude, sur l'acidose après l'ingestion de 100 cm³ d'eau et d'autres expériences. Les résultats de ces expériences ne laissent au-

cun doute sur ce fait, que l'ammoniaque, administré par voie buccale ou intraveineuse, malgré sa réaction alcaline agit sur l'équilibre acido-alcalin dans le sens d'acidification de l'organisme.

A. KRZEMIENIECKA. Impressions de la léproserie à Riga.

Description de l'hôpital pour les lépreux à Riga avec remarques sur la thérapie qui peut amener la guérison dans un certain nombre de cas.

TREŚĆ: J. ITELSON. Gościec mięśnia sercowego. — F. VENULET, F. GOEBEL i R. TISLOWITZ. Wpływ amoniaku na równowagę kwasowo-zasadową. — J. TENCER. Najnowsze postępy w dziedzinie nauki o błędniku. (Streszcz. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Z. SREBRNY. Ostatni wykład prof. Karola Richeta na wydziale lekarskim Uniwersytetu paryskiego. — Korespondencja. — A. KRZEMIENIECKA. Wrażenia z trędowiska w Rydze. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. ITELSON. Le rhumatisme du coeur. — F. VENULET, F. GOEBEL et R. TISLOWITZ. L'influence de l'ammoniaque sur l'équilibre acido-alcalin. — J. TENCER. Nouveaux progrès de la labyrinthologie. (Rev. gén.). — Z. SREBRNY. La dernière leçon du prof. Charles Richet à la faculté de médecine de l'Université de Paris. — A. KRZEMIENIECKA. Impressions de la léproserie à Riga.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 500. — Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300. — pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezewowanych: cała str. zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. zł. 80.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200. — do 400 —