

B.096

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 VIII.

W A R S Z A W A

1931

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa



www.dlibra.wum.edu.pl

B.086



Nr inw. 9819

SPIS RZECZY.

I. PRACE ORYGINALNE

A. Rozprawy

Henryk SZPIDBAUM. Struktura antropologiczna Pol-
ski. 699

B. Wykłady kliniczne

- Michał SZOUR. O niektórych najnowszych metodach i sposobach leczenia dychawicy oskrzelowej. Badania, spostrzeżenia kliniczne i uwagi. 2, 25
- Jerzy MUSZKATENBLIT. O raku pierwotnym płuca. 49, 73, 97
- Lucjan JELENKIEWICZ. Patologia i klinika reumatyzmu zakaźnego w świetle nowszych poglądów. 121, 145
- Stefan KRAMSZTYK. Icterus neonatorum gravis familiaris. 172
- Józef TYPOGRAF. W sprawie rozpoznawania i leczenia chorób serca. 193
- Michał SZOUR. O wartości praktycznej przeciwalergicznej metody leczenia dychawicy oskrzelowej. 217, 241
- Z. SREBRNY. O powikłaniach ropówkowych po wyluszczeniu migdałków. 265
- Władysław STERLING. Zespół rodzinny rdzeniowo-myopatyczny. 295
- Jerzy GLASS. O fizjopatologii choroby Basedowa. 313, 337, 361
- Stanisław JUSTMAN. O odruchach brzusznych. 385
- Adam STRASZYŃSKI. Z zagadnień nauki o kile wrodzonej (ze szczególnym uwzględnieniem kily wrodzonej skóry i błon śluzowych). 409, 433
- Ferdynand BLUMENTHAL. O postępkach w dziedzinie badań nad rakiem. 457
- Władysław STERLING. Objaw karkowo - korzeniowy. 481
- Jan ZIENKIEWICZ. Związki arsenowe w leczeniu kily wrodzonej u dzieci. 505
- Hanna i Ludwik HIRSZFELDOWIE. Odporność ustrojów młodych. 529, 553, 577
- L. FINGERHUT. Fizjologia przedniego płata przysadki mózgowej i jajników. 601, 625, 649
- E. TRACZUK. Zakażenie ogólne wywołane przez streptotrix. 673
- Z. BYCHOWSKI. Klinika przysadki mózgowej. 703
- Stanisław JUSTMAN. O postaciach klinicznych alkoholizmu dziecięcego. 737
- H. FRENKŁOWA i A. MARGOLISOWA. Przebieg i wyniki leczenia ropniaków opłucny u dzieci na podstawie przypadków spostrzeganych w szpitalu Anny Marji w Łodzi od roku 1911 — 1931. 761
- Michał SZOUR i Adolf ZWAYER. O leczeniu zrostów otrzewnowych promieniami Roentgena. 785
- Marja SKOKOWSKA - RUDOLFOWA. Metody rozpoznawania, klasyfikacji i leczenia suchot płucnych w sanatorium Trudeauau. 823
- Michał SZOUR. Badania z dziedziny dagnostyki czynnościowej układu krążenia krwi. 841, 865
- N. ZANDOWA. Znaczenie lecznicze nakłuc przestrcznej podpajęczynówkowej. 889

Str.

- Mieczysław FEJGIN. Zawał mięśnia sercowego czy zapalenie włóknikowe osierdzia? Jednocześnie przyczynę do krytycznej oceny niektórych prostych prób czynnościowych wydolności mięśnia sercowego. 913
- Leon PRUSSAK. O postaci rodzinnej stwardnienia rozsianego. 937, 961
- Natalja ZANDOWA. Barjera ochronna oponowa a układ siateczkowo - śródbłonkowy. 985
- Henryk HIGIER. W sprawie patogenezy i terapii hipertencji czyli nadciśnienia tętniczego. 1009, 1036
- Leon ENDELMAN. W sprawie pozajelitowego stosowania białka w lecznictwie ocznym. 1057
- Zdzisław SWIDER. Klinika gruźlicy drugorzędowej u ludzi dorosłych. 1081
- H. STRAUSS. O dziecie bezsolnej jako metodzie leczniczej. 1105
- G. LEWIN. O samouleczalności jam gruźliczych w płucach. 1129, 1155
- Józef TYPOGRAF. O zespole wielogruźczołowym. 1177, 1201

Str.

C. Z klinik, szpitali i pracowni

- Maksymiljan BIRO. W sprawie zaniku mięśni postępującego. (Aran - Duchenne). Atrophia musculorum progressiva spinalis. 6
- Leon SZYFMAN i Julusz KOKOTEK. Przypadek posocznicy meningokokowej przewlekłej, wyleczony trypaflawiną. 27
- Jakób Konrad SZPILMAN. Stan obecny leczenia żyłaków kończyn dolnych. 52
- Mieczysław MINKOWSKI. Nowe dane z anatomji patologicznej padaczki. 75, 100
- A. GOLDMAN i L. SZYFMAN. Cukrzyca a zabiegi chirurgiczne. 124
- J. PINCZEWSKI i M. WOLFF. O nietypowych objawach, występujących w zapaleniu wielonerwowem. 148, 176, 196, 220
- Jerzy RUTKOWSKI. Jak uniknąć skaleczeń nerwu twarzowego. Przebieg nerwu na twarzy i kierunku cięć chirurgicznych na twarzy. 149
- Mieczysław FEJGIN. Objaw niedrożności jelit w okresie przedśpiączkowym zatrucia kwaśnego w cukrzycy. 316
- Juljan FLIEDERBAUM. Badania nad wpływem zaburzeń w regulacji kwasowo - zasadowej na powstawanie obrzęków. 340
- B. GRYNKRAUT. Metoda podawania żółci wołowej w cholecytografji. 389
- Alfred NEUMANN. W sprawie rozpoznania różniczkowego cierpienia wątroby, względnie pęcherzyka żółciowego i żołądka, wzgl. dwunastnicy. 415
- Edward WAJS i Zygmunt GINZBURG. Związki inozytfosforowe. 437
- A. MANKOWSKI. Modyfikacja metody Hagendorn - Jensena oznaczania zawartości glukozy we krwi w zastosowaniu do praktyki lekarskiej. 507, 532
- Mieczysław FEJGIN. Dalsze spostrzeżenia nad stosowaniem dożylnych wlewań alkoholu. 555
- M. SAIDMANN. Metoda cholecytostagrostomji za pomocą protezy magnezowej. 578
- Edward PROS. Biochemja hormonów przedniego płata przysadki mózgowej i jajników. 627
- A. KOBRYNER. O nowym objawie w schorzeniach płuc. (Objaw płucno - językowy). 651
- M. SAIDMAN. Przyczynę do techniki operacyjnej głębokich ropni płuc. 676

Michał SZÓUR. Z symptomatologii i przebiegu klinicznego chorób krwi.	677
Barbara KAMPIONI. Rzadki przypadek zwężenia tętnicy podobojczykowej i pachowej.	709
Ludwik HIRSZFELD. Współczesne zagadnienia nauki o zróżniczkowaniu serologicznym ustroju ludzkiego.	711
B. KRYŃSKI. Hepato - lienografia.	739
Artur LEJWA. Zagadnienie niedokrewności w świetle nowych badań.	764
Maksymiljan BIRO. Dystrofia mięśni postępująca. Dystrophia musculorum progressiva.	789
Szymon TENENBAUM. Przypadek ostrego żółtego zaniku wątroby.	796
Zdzisław ŚWIDER. Spostrzeżenia nad naciekami wczesnymi.	826, 844
Michał SZOUR. O nowej próbie wydolności układu krążenia krwi.	868
Jakób EISENFARB. Znaczenie czynnika rasowego w powstawaniu nadciśnienia tętniczego.	891
Benedykt GLASS. Z kazuistyki gruźlicy. I. Kiedy w leczeniu odmowem gruźlicy płuc należy z niego zrezygnować.	965
M. PŁOŃSKI. O powstawaniu zakrzepów w sercu.	989
Jakób PENSON. O udziale mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu duru brzuszno-rodzeniowych.	1012, 1038
L. SZYFMAN. Przypadek żółtaczkowej choroby Weila.	1060
E. HERMAN. Wyniki stosowania naswietlań promieniami Roentgena w stwardnieniu rozsianym (na podstawie doświadczeń własnych).	1085
Adam FESTENSZTAT. Z kazuistyki zakażeń pałeczką Pfeiffera u niemowląt.	1086
Anastazy LANDAU i Róża HERMANOWA. Przypadek przewlekłej sinicy kończyn naczynioruchowej (acrocyanosis chronica), powikłany objawami choroby Raynaud. O zachowaniu się w nim wymiany gazów oraz układu krążenia.	1107, 1138
Edward FLATAU. O epidemii zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce (1929 — 1931). Doniesienie II.	1131, 1157, 1179, 1203
M. LANDSBERG. W sprawie artykułu p. Dr. M. Girszowicza w Nr. 41 „Warsz. Czasop. Lekarskiego” p. tyt. „Przyczynki do leczenia wrzodów martwiczych na tle miażdżycy naczyń obwodowych”.	1164
M. GIRSZOWICZ. Odpowiedź na uwagi D-ra Landsberga.	1164

D. Z praktyki prywatnej

L. JAKÓBSON. Spostrzeżenia nad działaniem wyciągu mięśniowego w dławicy piersiowej (angina pectoris) i chromaniu przestankowym.	151
Władysław STERLING. Choroba Legg - Celvé - Perthesa z zaburzeniami natury rozwojowej i wewnątrz - wydzielniczej.	244, 269
Stefan KRAMSZTYK. O wprowadzaniu przez nos przetworów tylnego płata przysadki w moczowce prostej.	365
Z. BYCHOWSKI. Z kliniki stwardnienia guzowatego (Sclerosis tuberosa).	459
Ludwik JUSTMAN. Dwa przypadki ciężkiego niezytu wrzodziejącego esicy wyleczone emetyną.	483
Samuel EDELMAN. O walorach leczniczych Truskawca i ważniejszych wskazaniach do stosowania wód jego i kąpieli.	580, 603
G. KREMER. Przyczynek do studjów nad rzekomą kolką wątrobową.	917
M. GIRSZOWICZ. Przyczynek do leczenia wrzodów martwiczych na tle miażdżycy tętnic obwodowych.	940
J. MACKIEWICZ. Kilka uwag dyskusyjnych w związku z artykułem D-ra Henryka Higiera „W sprawie patogenety i terapii hipertencji czyli nadciśnienia tętniczego”. („Warsz. Czasop. Lekarskie 1931 r. Nr. Nr. 44 i 45”).	1185

II DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

a) Streszczenia zbiorowe i poglądowe

J. TENCER. O zawrocie głowy.	10, 29
Sz. FAJGENBLAT. Guttadiaphot.	57
M. PŁOŃSKI. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.	78, 104, 125
N. ZANDOWA. Zapalenie opon rzekomo-gruźlicze.	152
Janina CZARKOWSKA - GLANDEY. Metody hodowania zarazka wakcyny ospowej na podłożach sztucznych.	179
Feliks TURYN. Stany zapalne prostaty i esicy.	198, 222
Stefan HIRSZBERG. 10 lat stosowania bizmutu w lecznictwie kiły.	247, 272
F. GLEICHGEWICHT. Znaczenie kliniczne bębnicy.	301, 318
Jakób PENSON. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, jako powikłanie, nagminnego zapalenia ślinianek.	344
Stefan KRAMSZTYK. O gorączce gruźlicowej.	367, 391
J. T. Nowsze prace z dziedziny otologii.	414
Z. KURLANDSKI. Leczenie płasawicy nirwanolem (choroba nirwanolowa).	440, 463
Józef STEIN. Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań.	485, 509, 535, 558, 583, 605
H. SZPIDBAUM. Objawy kliniczne i leczenie stanów oksalemicznych.	629, 652, 679
C. ROZENGARTENÓWNA. O rumieniu guzowatym.	715
Alfred GALEWSKI. Biologia i klinika układu chłonnego i szpiku kostnego.	741
S. BAU - PRUSSAKOWA. Stwardnienie rozsiane w świetle nowych badań.	767, 797, 848
Henryk J. LANDAU. Nowsze prace z dziedziny gruźlicy.	829
Aleksander RYTEL. Współczesny stan poglądów na etiologję i patogenezę cierpień stawowych.	870, 897, 919
Jakób PENSON. Cukrzyca wysepkowa i insulinooporna.	941, 967
Stefan HIRSZBERG. W sprawie etiologii osutki pęcherzykowej rąk (dysidrosis).	992
Z. SZYMANOWSKI. Nowsze wiadomości o chorobie papuziej.	1015
St. LUXENBURG. Ankieta prof. van den Veldena w sprawie leczenia zaburzeń krążenia za pomocą preparatów hormonalnych krążenia.	1040
A. DAWIDSON. Allergia i choroby alergiczne.	1062, 1088
G. ABERDAM - SELIGOWA. O wysiewach krwiopochodnych w płucach.	1112, 1140
Henryk SZPIDBAUM. Leczenie farmakologiczne cukrzycy.	1164, 1188
E. HERMAN. Nakłucie podpotyliczne. (Punctio suboccipitalis — punctio cisternae cerebellomedullaris magna).	1212

b) Streszczenia pojedyncze i oceny książek

1. Zagadnienia ogólne.

Erwin LIEK. Das Wunder in der Heilkunde.	12
Henry E. SIGERIST. Einführung in die Medizin.	13
Dr. W. SIEBERT. Der Zwerchfellhochstand in Praxis und Begutachtung.	13
Mieczysława BIEGAŃSKA. Władysław Biegański. Życie i praca.	32
Prof. Dr. Władysław SZENAJCH. Przysięga i przykazanie hipokratesowe.	33
SCHWANKE. Warstwy społeczne i wyniki chirurgiczne leczenia raka.	127

	Str.		Str.
Podręcznik Djagnostyki i Terapij. Poradnik Lekarski dla lekarzy i studentów - medyków. Pod ogólną redakcją Prof. Z. Sowińskiego i M. Millera.	369	H. WAGNER. O komórkach pierwotniakowych w narządach dzieci.	250
E. SONNTAG. Die Chirurgie des praktischen Arztes.	370	Fredric ROULET. Pierwotny mięsak siateczkowo-śródbłonkowy gruczołów limfatycznych.	442
LEYBERG Edmund. Chemik Kasy Chorych w Łodzi. Technika badań kliniczno-laboratoryjnych.	415	SUZUKI TETSKO. Badania doświadczalne nad częstością powstawania rakowca smółowego w zależności od barwy sierści u myszy i królików	443
Prof. H. KRAUS. Grundlinien einer Wissenschaft der Anamnese und Katamnese.	415	Zbiór prac z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (pod kierunkiem Prof. Dr. Stanisława Ciechanowskiego).	1064
E. BLEULER. O okultyzmie i jego krytykach.	416		
F. DESSAUER. Zehn Jahre Forschung auf dem physikalisch - medizinischem Grenzgebiete.	488		
Biologia i Patologia Żydów jako zagadnienie rasowe.	489		
Prof. Dr. Th. BRUGSCH. Lehrbuch der inneren Medizin.	682	3. Histologia i Embrjologia.	
Prof. Dr. Erich STERN. Anfänge des Alterns. Ein-psychologischer Versuch.	682	P. SŁONIMSKI. O zdolności swoistego samoroznicowania się presumptywnego zawiązku krwi u płazów.	273
G. MAURIQUANDI i L. WEILL. Djeta a czynność krwiotwórcza	683	Ae. B. DAWSON. Zmiany w erytrocytach Necturosa, związane z wewnątrzkomórkową krystalizacją hemoglobiny.	274
Ludwig PINCUSSEN. Photobiologie. Grundlagen-Ergebnisse - Ausblicke.	745	S. KURASHIGE. Znaczenie fizjologiczne substancji Golgiego w erytrocytach niektórych płazów i gadów.	274
F. GAISBÖCK. W sprawie oceny lekarskiej stanu cielesnego po zawodach, biegach.	746	G. HIRSCH i W. BUCHMANN. W sprawie analizy reakcji-bieli rongalitowej. Wykazanie wewnątrzkomórkowej oxydo-redukazy L. M.	274
W. BERGER. Znaczenie nauki o alergji dla interny.	747	M. GUNDEL i H. LINDEN. Chorobotwórczość lasecznika influency dla zwierząt.	303
N. JAGIĆ. Kliniki i laboratorium w ich znaczeniu dla medycyny wewnętrznej.	747	F. A. LENTZE. Spotęgowanie wzrostu lasecznika błonicy pod wpływem siarkowodoru.	303
Dr. med. Vera STRASSER. Die Denkmethode und ihre Gefahren.	799	Ettore REMOTTI. O zużyciu rezerw tłuszczowych w rozwoju zarodka kury.	490
Prof. Dr. Franz KEYSER. Die Elektrochirurgie.	852	Piotr SŁONIMSKI. O pierwszym zjawieniu się hemoglobiny u zarodków aksolotha.	490
H. SCHLESINGER. Nałóg kawowy.	852	Piotr SŁONIMSKI. O dualizmie w genezie ciałek krwi czerwonych i białych u płazów (Amphibia).	490
Podstawy opieki nad matką i dzieckiem a Kasy Chorych	943	C. ECONOMO. O postępującej cerebracji i o badaniu anatomicznych podstaw zdolności.	719
Ludwik KELLER. Bericht über die fünfzehnjährige Tätigkeit des Landes Stephanie Bundes.	943	H. HAMPERL. O srebrzeniu ziarnistości komórkowych i jego znaczeniu.	719
Stefan WILCZYŃSKI. Ogródki działkowe jako zagadnienie społeczne.	944	A. EDELMANN. O nieznanym dotąd składniku krwi.	720
A. STRASSER. O sekciarstwie w medycynie.	944		
P. STRATIGOPOULOS i G. PSARAFTIS. Przypadek żebra szyjnego.	944		
Medycyna współczesna. Tom I.	1026		
Dr. Med. Tadeusz SOKOŁOWSKI, Pułkownik, st. Ordynator 8 Szpitala okręgowego. Chirurgja wojenna.	1017	4. Fizjologia normalna i patologiczna.	
Prof. Dr. J. LÖWY. Aerztliche Sachverständigen - Tätigkeit auf dem Gebiete der inneren Krankheiten.	1042	Carl CLASING. Niszczenie histjocytów.	225
G. LANDES. Dalsze badania nad przenoszeniem dźwięków przez stetoskop.	1064	LOCKEMANN. O znaczeniu rodanu w soku żołądkowym.	225
S. WACH, A. KRONFELD, E. JOLOWICZ, E. HEIMANN, K. HORNEY, H. DRIESCH. Das Problem der Kultur und ärztliche Psychologie	1091	N. HENNING i E. BACH. Badania nad wchłanianiem się zaczynów diastatycznych w jelitach ludzi.	370
		E. BENHAMOY, A. NAUCHY. Trombocytoza spożywcza.	370
2. Anatomja normalna i patologiczna.		Paul KOUCHAKOFF. Wpływ pożywienia na obraz krwi u człowieka.	370
GOTTSCHALK A. Badania doświadczalne nad wczesnymi okresami ostrego zapalenia śluzówki z zadziałania wyskokiem.	58	E. SCHLIEPHAKE i R. KROMSOHN. O wpływie ciał śledzionowych na wydzielanie żołądkowe.	464
REIMANN STANLEY P. Uwagi dotyczące określenia stopnia złośliwości nowotworów na zasadzie obrazów histologicznych tych nowotworów.	59	M. WOLLMER. Poziom cukru we krwi a praca mięśniowa u zdrowych i otępłych.	465
WEGELIN C. Anatomja patologiczna niedokrewności porentgenowskiej.	59	P. MARTINI, A. PIERACHI, E. SCHREYER. Przepływ krwi w wąskich naczyniach.	465
SCHULTZ W. H. Przypadek umiejscowionego poza narządami płciowymi nabłonika kosmówkowego u mężczyzny z rozrostem sutków.	107	ZIEGLER. Rozważania nad fizjopatologją układu roślinnego.	511
ERÓW Gedeon. Znaczenie komórek srebrosłoniowych.	108	Max ARON. Hormon przedniego płata przysadki pobudzający czynność wydzielniczą tarczycy.	512
GOTSCHLICH E. Zmiany histologiczne w ostrem zapaleniu doświadczalnym śluzówki żołądka z zadziałania rozcieńczonym kwasem solnym.	108	OLIVET. O ciałach pobudzających i hamujących diurezę.	512
J. E. CHEESMAN. Synthetische Anatomie.	127	W. R. HESS. Die Regulierung der Atmung.	633
E. F. PEARSON. Wtręty w zarodki komórek z zadziałania zarazka gruczołu podszczękowego	127	C. HEYMANS. O nerwowo-oddechowej zależności między krwiobiegiem a oddychaniem.	633
A. JAKUBOWICZ. O tworach pierwotniakowych w komórkach różnych narządów ludzkich i ich związku z nią.	127	HELLER. O hormonie śluzówki jelitowej, obniżającym zawartość cukru we krwi.	633
C. KREBS, H. C. RASK-NIELSEN, A. WAGNER. Lymphosarcomatosis, geneza tego schorzenia i jego stosunek do pokrewnych postaci schorzeń układu limfatycznego (leucosis) białych myszy.	249	SEYDERHELM. Stosunek żółci do ogólnej przemiany materji.	720
		N. S. BIELONOGOWA. O wpływie ruchomości jelit na zawartość urobilinogenu w kale i moczu.	720
		N. N. POLJAK. O wpływie bodźców fizjologicznych na czynność trzustki.	720
		F. DELHONGUE. O zawartości związków fosforowych w soku żołądkowym.	720
		P. ENGEL. O występowaniu menformonu we krwi psów - samców po naświetlaniach radem.	720

	Str.		Str.
Prof. Dr. E. GELHORN. Lehrbuch der allgemeinen Physiologie.	800	SCHWARZMANN. Wpływ myostonu na ośrodki roślinne.	945
F. PLATTAUER i H. HINTNER. W sprawie umiejscowienia własności izoaglutynacyjnych w ludzkich ciałkach krwi.	800	A. SOKOŁOWSKI. Przypadek nadwrażliwości w stosunku do stofanu ze stałą osutką.	945
E. SCHLIEPHAKE. Pobudzenie fagocytozy u człowieka przez hormon śledzionowy Prospelen.	801	P. EMILE - WEIL. Skaza krwotoczna pochodzenia złotowego.	945
A. WUYTS. Czy megakarjocyty pełnią rolę fagocytarną?	922	M. U. Dr. Bolesław P. MUSZKATBLAT. Synonyma pharmaceutica.	1017
DEUTSCH i HERMANN. Czynność wątroby przy długotrwałych wysiłkach sportowych.	922	M. TIFFENEAU. Hormony syntetyczne i ich pochodne.	1018
E. P. PICK. O znaczeniu wątroby i żyły wrotnej dla dopływu żylnego i wypełnienia serca.	944	T. LEIPERT. O rozmieszczeniu toru w ustroju po zastrzykiwaniach thorotrastu.	1018
A. PIERACH. Badania nad kliniczną akustyką.	944	EIMER. Zatrucie atofanem i leczenie.	1018
E. FLAUM. Dalszy przyczynek do sprawy wewnętrznego wydzielania śledziony.	945	WINTERNITZ. Multibrol i jego pozorne spotęgowanie działania bromu.	1115
P. WEISS. Zasada rezonansu czynności nerwowych.	1042	R. BRANDT. W sprawie pośredniego działania salwarsanu.	1116
R. WAGNER. Wpływ oddychania na zmiany w ciśnieniu w prawej komorze.	1043	STURSBURG. W sprawie leczenia niedokrewności Biermera za pomocą preparatów wątroby wstrzykiwanych.	1116
A. EDELMANN. O nieznanym dotąd składniku krwi.	1043	BLEYR i FISCHLER. W sprawie oddziaływania na krzywicę bez używania preparatów ergosteryny naświetlanej.	1116
K. PELCZAR i E. KOŁOSZYŃSKI. O nieznanym dotąd składniku krwi.	1043	R. RIGLER i O. SCHALMANN. Wpływ produktów przemiany materji jąder komórkowych na szerokość światła naczyń wieńcowych.	1116
H. LAMPERT. Die physikalische Seite des Blutgerinnungsproblems. (O zjawiskach fizycznych w sprawie krzepliwości krwi).	1115		
FREUND i STEINHARDT. W sprawie wchłaniania się cukru gronowego w żołądku ludzkim.	1115		
Prof. Dr. Franz MÜLLER. Physiologische u. klinische Chemie.	1216		
Bernhard ZONDEK. Die Hormone des Ovariums und der Hypophysenvorderlappen.	1216		
B. ZONDEK i W. BERBLINGER. Wpływ żeńskiego hormonu seksualnego i hormonów przednioprzysadkowych na budowę przysadki szczura i myszy.	1217		
Paul CEREB. O wpływie żeńskich hormonów płciowych na męskie gruczoły rozrodcze młodzieńczych białych myszy.	1217		
5. Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.			
TÜHNER. Roztwory strofantyny w handlu i ich działanie.	81		
HOLM. Przewlekłe zatrucie dwutlenkiem węgla jako choroba zawodowa u gospodyń i służących.	81		
KLAUSNER - KRONHEIM. Uszkodzenie nerek po stosowaniu vigantolu.	82		
BERG. Ocena farmakologiczna substancyj pęczniejących jako środków przeczyszczających.	156		
WINTERNITZ - KORANYI. Wpływ hamujący piramidonu na stany zapalne.	156		
Fr. LICKINT. Przypadek zatrucia Diałem.	371		
EGAN. O mniej znanym działaniu efetoniny.	371		
F. KOCH. Niedomoga nerek wskutek zatrucia kwasem szczawiovym.	371		
WEESE. Dawkowanie naparstnicy.	587		
PAL. W sprawie działania proteinopochodnych zmian na krew i krążenie.	588		
ZIELER. Czy czynność wątroby zostaje uszkodzona przy leczeniu kiły.	588		
E. BÜRGL. O kombinacjach leków.	770		
HERHOLZ. Wstrząs anafilaktyczny po dożylnym wstrzyknięciu Yatren - kazeiny.	771		
L. KOFLER. O działaniu saponin w szpinaku.	771		
P. SCHWOERER i M. THORNER. W sprawie znajomości ostrych zatruc aniliną.	900		
M. VILLARET i R. WALLICH. W sprawie przypadku kolki ołowianej z obustronnym zapaleniem gruczołów przyusznych bez tętniczego nadciśnienia obwodowego.	900		
F. GAISBÖCK. Sposób działania gazów i pary trującej.	900		
SCHWAB. Spostrzeżenia w sprawie nowego preparatu naparstnicy „Pandigal”.	900		
MUSCULUS. Spostrzeżenie co do stosowania aspiryny.	900		
H. KAUSCH. Wpływ tranu na wydzielanie soku żołądkowego.	945		
		6. Biologia.	
		EHRHARDT. Sztuczny odczyn ciężarnych (A. Z. R.) u kobiet nieciążarnych.	59
		HERZFELD. Wpływ preparatów przysadki i innych ciał białkowych na swoiste dynamiczne działanie białka.	60
		E. WELCOURT - BERNARD. Adsorbpcja mocznika w przebiegu odbiałczania krwi i płynów białkowych.	562
		L. S. P. DAWIDSON. Substancja zasadochłonna czerwonych ciałek krwi.	562
		SCHEUNERT i RESCHKE. W sprawie zawartości witamin w grzybach jadalnych.	562
		H. GLATZEL. Udział masy dziedzicznej i warunków zewnętrznych w zmienności normalnego obrazu krwi.	656
		P. SPANIER. O znaczeniu płuc dla transportu materiałów wewnątrz ustroju.	656
		J. V. GROTT, Fr. KOWALSKI, V. MORAT, St. SAWICKI, St. WINDYGA. Badania nad regulacją glikemji pod wpływem wysiłku.	800
		C. DIENST. O znaczeniu śluzu żołądkowego.	800
		M. TIFFENEAU. Hormony syntetyczne i ich pochodne II.	994
		J. BAUER. Dziedziczność i skłonność w raku.	995
		H. SIEGMUND. W sprawie biologicznego wykazania zatrzymanego nabłonka kosmówkowego, zaśniadu i nabłonniaka kosmówkowego w moczu.	995
		E. BECHER i E. HERRMANN. Wolny i związany azot aminowy w odbiałczonej krwi i tkankach w normalnych i patologicznych warunkach	1116
		E. BECHER i E. HERRMANN. Wolny i związany azot aminowy w odbiałczonej krwi w normalnych i patologicznych warunkach.	1117
		L. HEITMEYER i W. OETZEL. Przemiana barwnika krwi.	1117
		7. Patologia kliniczna i doświadczalna.	
		H. HIRSCH - KAUFMANN. O uszkodach sprawianych przez insulinę.	33
		S. FEHER i E. ZAK. W sprawie krytyki „bólów naczyniowych”.	34
		R. SCHOEN i E. DERRA. Badania nad znaczeniem sinicy, jako objawu klinicznego.	34
		BORCHARDT. Podawanie szpiku kostnego i niedokrewność.	34
		H. V. KNORRE. Kliniczne badania nad pobudliwością (chronaxia).	81
		R. FISCHER. O zachowaniu się ciśnienia tętniczego przy wysiłku umysłowym.	81
		M. FRIEDMANN. Przyczynek doświadczalny do kiły nerek.	81

M. L. KRYMHOLZ. W sprawie podwiązania żyły wrotnej	82
CASTAIGNE et J. CHAUMETIAC. O szkodliwości spadku chlorków w ustroju i o wskazaniach do chlorowania.	108
HIJMANS van der BERGH, P. MILLER, A. G. M. VERBECK. W sprawie t. z. „odczynu niebieskiego” w żółtaczce.	109
KORANYI. W sprawie początkowego przecukrzenia krwi po insulinie.	109
N. FIESSINGER et K. WALTER. O niewydolności wątroby i asynergji czynnościowej w medycynie doświadczalnej i w patologji ludzkiej.	154
T. BRUGSCH. O analizie żółtaczki.	155
A. FRÖHLICH i E. ZAK. Wpływ podawania wątroby na wydzielanie potu.	155
M. PETZETAKIS i C. VLACHLIS. Badanie elektrokardjograficzne działania wagtropowego zastrzyknięć dożylnych adrenaliny.	155
H. GUILLYRY. Trujące działanie z oddali tuberkuliny na wątrobę.	443
F. PAULA. Ginekomastja a marskość wątroby.	444
A. SCHÄFER i G. WÜLLENWEBER. Badania doświadczalne nad czynnością nerek i moczowodów.	608
P. SACHS. Alkaptonurja i minimum azotowe.	609
H. REINWEIN. Badania nad alkaptonurją.	609
F. LASCH i A. MÜLLER - DEHAM. Badanie doświadczalne nad czynnością roślinnego układu nerwowego w starszym wieku.	684
M. FIOCK. Azotemja a kwasica.	684
F. RATHERY. Rola nerek w stanach przecukrzenia krwi.	684
A. AXELSSON i R. BRINGEL. O powstaniu i szerzeniu się gruźlicy płuc królika przy uprzednio zmobilizowanym układzie siateczkowo - śród-blonkowym.	685
M. de CASTRO. Zapora komorowa i bilirubina w żółtaczce.	747
SICK. Krzywe hiperglikemiczne w przebiegu ostrych stanów gorączkowych.	747
A. H. ROFFO. Cholesteryna w raku.	747
O. KANDERS i E. WIETHE. O reakcji na drażnienie sondą błony śluzowej nosa alkoholików chronicznych po zadziałaniu na nią adrenaliny.	748
B. FISCHER - WASSELS. Ogólna okłonność nowotworowa i przemiana materji nowotworowej.	770
W. BERGER i K. HAUSEN. Badania kliniczne nad chorobami alergicznymi.	770
F. LIPPAY. Występowanie przykurczy mięśni prążkowanych niezależnie od obecności kw. mlekowego.	770
B. KUGELMANN. Stosunek wzajemny insuliny i adrenaliny.	853
M. JAKAB. Odczyn adrenaliny białych ciałek krwi i jego znaczenie w żółtaczce.	853
G. ROESLER. Drżenie głosowe i szmery oddechowe nad płuym w jamie opłucny i odmą.	853
A. H. Du BOIS. O zależności cytologicznej krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego.	853
A. JARISCH i H. O. LOOS. O zmianach kształtu serca w doświadczalnych jego rozszerzeniach.	854
KNOTZ. Jednostronne zjawiska odruchowoobronne jako objawy rozpoznawcze.	876
SCHWARZ i DIBOLD. Wpływ diety na gospodarkę kwasowo-zasadową ustroju.	877
ROSENSTEIN i KÖHLER. Nowe myśli w sprawie zwalczania raka.	877
F. GASSMAN. Wpływ pęcherzyka żółciowego na doświadczalną żółtaczkę mechaniczną.	877
YUKINA OHNO. Studja doświadczalne nad powstawaniem żółtaczki.	968
S. MALKIN. O znaczeniu osmotycznego ciśnienia białek krwi dla kliniki.	969
M. WOWSI i H. BAGEN. Patogeneza obrzęków i mechanizm działania niektórych środków moczopędnych.	969
R. EUGER. O wpływie ćwiczeń oddechowych na poziom kwasu mlekowego we krwi w schorzeniach układu krążenia.	969
SCHMIDT i KAIRIES. W sprawie pochodzenia katarów z zaziębnienia.	970

O. L. E. de RAADT. O toksycznym działaniu amoniaku w ustroju.	970
W. MANDRU. Nowe poglądy na patogenezę obrzęku, anafilaksji, moczówki prostej i na działanie środków moczopędnych.	1092
C. ALBRECHT. Badania nad gospodarką wodną we krwi w zastojach sercowych.	1093
L. HEILMEYER. Badania nad przemianą barwnika krwi.	1093

8. Bakterjologia i Serologia.

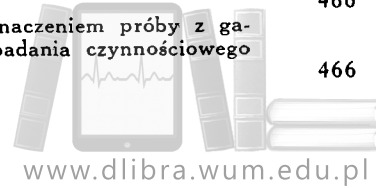
Von GUTFELD. Znaczenie badań bakterjologicznych w błonicy.	609
P. NEUDA. Czy bywa zmiana postaci krętków.	610
Z. MARCHOUX. Prątki trądu.	834
R. WILHEIM i K. STERN. O cytoklinicznym odczynie rakowym w świetle nowszych badań.	834
H. HETSCH. Mikrobiologie und Immunitätslehre.	946
E. LOEWENSTEIN. Prątki Kocha we krwi w chorobach centralnego układu nerwowego.	946
AMMERSBACH, A. LOEWENSTEIN, E. LOEWENSTEIN. O bezobjawowej obecności prątków Kocha w tkance migdałków.	946
R. JAKOPP i A. STREIT. W próbach uodpornienia ochronną maścią przeciwbłoniczą Loewensteina.	1143
E. LOEWENSTEIN. O skórnych szczepieniach ochronnych przeciw durowi.	1143
M. P. IZABOLINSKI i W. A. JUDENICZ. W sprawie roli łańcuszkowca w epidemiologii szkarlatyny.	1143
BUSCHKE, VASARHELYT, PAASCH. Przeniesienie szczepionki ospy na szczury pozbawione włosów.	1143

9. Medycyna społeczna, Higiena, Epidemjologia i Statystyka.

Dr. M. KACPRZAK. Szlachetne i nieszlachetne.	200
Prof. CHJES B. Compendium der sozialen Hygiene.	320
Prof. Dr. E. PIASECKI. Zarys teorii wychowania fizycznego.	371
Dr. Stanisław KOPCZYŃSKI. Szkoły - Uzdrawiska, odbliska z mies. „Oświata i Wychowanie”.	371
WAHL. Co dają naświetlania promieniami Roentgena w celu pozbawienia zarazków nosicieli błonicy.	465
Von GUTFELD. W sprawie u nieszkodliwienia nosicieli i wydalających bakterje.	465
BERNSTEIN. Metoda X — Y dla badania nowych środków lecznictwa ze specjalnym uwzględnieniem szczepienia ochronnego w gruźlicy. (Calmette).	683
F. DANUMEYER i A. RUTTENAUER. Pomieszczenia ze sztucznym światłem słonecznym.	683
O. GORDON. Wrzód żołądka a zawód i warunki pracy.	970
SELIGMANN. Badania porównawcze nad uodpornieniem przeciw błonicy.	970
J. BOKAY. O zwiększeniu się złośliwości błonicy.	970
A. LODE. O elektrycznym ogrzewaniu lokali.	971
BOY - ZELEŃSKI. Jak skończyć z piekłem kobiet. („Świadome macierzyństwo”).	1217

10. Djagnostyka.

FRANKE. Błękit metylowy, jako prosty i b. czuły odczynnik na bilirubinę.	225
SCHULTEN. Określenie opadania ciałek czerwonych i znaczenie tego odczynu dla medycyny wewnętrznej.	225
WINKLER. W sprawie stłumienia fizjologicznego przykręgowego między łopatkami.	226
Dr. Richard WEISS, Berlin. Die schnellsten und einfachsten qualitativen und quantitativen Untersuchungsmethoden zur klinischen Diagnostik.	321
ACKERMAN. Mikrometoda odczynu opadania krwinek czerwonych.	466
O. B. BODE. Badania nad znaczeniem próby z galaktozą, jako metodą badania czynnościowego wątroby.	466



T. L. ALTHAUSEN i R. MANCKE. Kombinowane badanie czynnościowe wątroby.	466	E. PHILIPPI. Obrona gazowa.	901
KORBSCHE. T-ra Strychni, jako próbny napój dla badania żołądka.	633	SCHLESINGER. Rozszerzenie wskazań do leczenia chorób wewnętrznych siarką.	901
SCHOENING. Pragnienie, jako wczesny objaw dagnostyczny.	634	B. RERICIC. O przebiegu chorobowym i postępowaniu w przedziurawionej torbieli bąblowcowej.	901
WIKULLIL. O odczynie Wassermanna w płynie tkankowym.	634	UNVERRICHT. Poinfekcyjne podniesienie temperatury ciała i działanie pyramidonu.	901
Norbert ORTNER. Körperschmerzen und ihre Differentialdiagnostik.	1043	Prof. L. KORCZYŃSKI. Skorowidz Lecznictwa.	971
Ed. BENHAMON i A. MOUCHY. Wartość semiologiczna leukocytozy adrenalinowej.	1043	Irma KLAUSNER - CRONHEIM. Leczenie migreny hormonem przedniego płata przysadki.	971
MANCKE. Badanie czynnościowe wątroby obciążeniem żelatyną.	1044	BOMMER. W sprawie okładów wilgotnych z chinozolu	971
FISCHER. Badanie moczu na aceton i kwas octowy.	1044	H. UBERALL. Z terapii bezsenności.	971
SEIDE i ZINK. W sprawie zastosowania próby z błękitem metylenowym dla wykrycia bilirubiny.	1065	M. LAVA. Leczenie singultus epidemicus doskórnymi zastrzyknięciami atropiny.	972
WINTERNITZ. W sprawie olejów jodowych i ich zachowania się wobec tkanek ciała.	1065	P. ABRAMI i A. FRANCK. Przetaczanie krwi w posocznicach paciorkowcowych.	972
SCHINDLER. Wyniki 76 fotografii śluzówki żołądka.	1066	KOMMERELL. O leczeniu ch. Basedowa diodotyrozyną.	972
A. DOMARUS. O znaczeniu dla kliniki liczenia leukocytów kwasochłonnych w komorze.	1143	A. SARBÓ. O zagadce działania leczniczego zimnicy w porażeniu postępującym.	972
F. NOLTE. Hemokalkulator. (Suwak do badań krwi).	1143	REITER. Badania doświadczalne nad stosowaniem djety wątrobowej.	1044
Prof. Dr. M. MATTHES. Podręcznik dagnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych.	1217	A. WICKE. Wyniki kliniczne w zastosowaniu hormonu cyklicznego Progynonu.	1044
O. KLEIN. O rozpoznawaniu ukrytej żółtaczki przy pomocy doskórnego wstrzykiwania histaminy.	2218	M. J. BREJTMAN. Nowy sposób leczenia niektórych chorób narządów wewnętrznego wydzielania i przemiany materji parami jodu (fumiatio jodi).	1093
F. NOLTE. Spiro-kalkulator.	1218	N. B. CELADOW. Czy należy — i jak leczyć zimnicę chininą u ciężarnych i w okresie menstruacji.	1093
11. Lecznictwo.		I. W. STRELCHUK. Próba zastosowania dwuchromianu potasu w przewlekłym alkoholizmie.	1094
M. SCHMIDTMANN. Czy dałoby się ustalić nieszkodliwą dawkę Vigantolu doświadczalnie na zwierzętach?	13	SPIRO i KUNSTLER. W sprawie przyczynowego leczenia gośćcowych myalgij i neuralgij.	1167
BROICHMAN. Stosowanie ciepła w postaci okładów parafinowych w cierpieniach reumatycznych.	14	BOTTNER. W sprawie leczenia stanów chroniczno-septycznych (ze specjalnem uwzględnieniem rozpuszczalnej w lipidach chininy).	1167
E. FRANK und A. WAGNER. Insulintherapie.	127	12. Znieczulanie.	
SAKEL. Nowe leczenie morfinizmu.	128	Walter BRANDESKY. Perkaina.	14
BIER. O stosowaniu sympatolu.	128	VEJDOVSKY. Kilka uwag o perkainie.	14
WEDEKIND, BECKER, WIENERT. Czerwień Kongo jako haemostypticum.	128	A. LAWEN. Stare i nowe środki do miejscowego znieczulania.	14
Dr. Felix BOENHEIM., dirigierender Arzt am Hufeland Hospital. Opothérapie.	181	H. KILLIAN. Poglądy na narkozę awertynową.	156
Stefan ZWEIG. Die Heilung durch den Geist.	321	KLEESATTEL. Odurzenie zapomocą awertyny w gruźlicy płuc.	156
BAYER - MEISTER Lucius. I. G. Farbenindustrie. Środki lecznicze.	321	M. G. LUGUET. Technika znieczulania lędźwiowego na podstawie przeszło 500 przypadków.	512
CARNOT i LENORMAND. Wpływ chłodnych kąpiei na wysanie się puchliny.	321	STREBEL. Perkain w substancji jako środek przyżegający owrzodzenia rogówki.	512
W. HEUBNER. W sprawie cofania się objawów zatrucia po dużych dawkach Vitasteryny.	322	A. MIDIER. W sprawie niebolesnych porodów.	512
F. DANNMEYER i A. RUTTENAUER. Pomieszczenia ze sztucznym słońcem.	394	A. DOMANIK. Zastosowanie awertyny i zwalczanie jej niebezpieczeństw.	1066
HILDEBRANDT. O martwicy tkanki obrzękowej spowodowanej iniekcją salirganu.	394	O. BOLCH i A. HAUER. Wymioty ponarkotyczne i zapobieganie im.	1066
BOSHAMER. Zapobieganie zakrzepom przez podawanie tyroksyny.	394	13. Choroby zakaźne.	
HERZ. O autouroterapii.	394	FRIEDMANN i ELKELES. Badania doświadczalne nad leczeniem porażen błoniczych surowicą.	15
DEHNER. Spostrzeżenia kliniczne w sprawie nowego preparatu tarczycy Elityran.	537	ECKSTEIN, HERZBERG, KREMER H., HERZBERG K. Przyczynę do kliniki zapalenia mózgu poszczepiennego.	15
WACHENHEIMER. Dormalgina w praktyce ogólnej.	537	SCHOTTMULLER. W sprawie choroby Banga	15
Von den VELDEN. Badania nad dożylnem podawaniem bromu.	538	FLEISCHMANN. W sprawie włośnicy.	15
Skorowidz lecnictwa pod redakcją prof. D-ra L. KORCZYŃSKIEGO. Wydanie 2. Kraków 1931.	771	ELKELES. W sprawie etiologii choroby papuziej.	15
A. DECASTELLO. Zasady przetaczania krwi.	771	BURGERS. Czy grozi niebezpieczeństwo z powodu błonicy?	226
S. DONATH. O proteinoterapii.	771	MEDEM. Doświadczenia przy stosowaniu w błonicy surowicy symbiotycznej.	226
K. FLECKSEDER. O moczopędnym działaniu salirganu z przewodu pokarmowego.	771	BILLES. Przyczynę do leczenia koklusu olejkim eterycznym (Aspasmon).	226
W. FALTH. Kuracje tuczące i odłuszczejące.	772	H. FRENKLOWA. Krztusiec, jego przebieg kliniczny i leczenie.	395
HENNING i BRUGSCH. O zawartości czynnika przeciwanemicznego w błonie śluzowej żołądka.	854	STETTNER. Przyczynę do leczenia krztusca za pomocą szczepionek.	395
BINSWANGER. Spostrzeżenia w sprawie nowego środka „kallikrein“.	854		
J. KOWARSCHIK. Krótkie fale elektryczne i ich znaczenie dla lecnictwa.	854		
R. HELLER. W sprawie swoistego działania elektrycznego ultrakrótkich fal.	854		
M. STERNBERG. Zapobieganie i leczenie chorób zawodowych.	901		

	Str.		Str.
GIERTHMHULEN. Profilaktyka i leczenie krztuśca wysokowartościowymi szczepionkami.	395	WEIL. Gruźlica skóry i narządów wewnętrznych i ich wzajemne oddziaływanie.	251
SELIGMAN. Dalsze doświadczenia berlińskie w sprawie czynnego uodpornienia przeciw błonicy.	444	S. BANNAMOUR i P. BERNAY. Wczesne objawy gruźlicy jelit u chorych na gruźlicę płuc.	251
SCHMIDT. Czy wystarczające są nasze dotychczasowe środki w zwalczaniu błonicy.	444	SIMON, WERBOFF i GRONSFELD. W sprawie kłębki i rozpoznawania gruźliczego zapalenia nerek.	304
S. MUHLENS. Przypadki śmiertelne zimnicy u żelgarzy, specjalnie zaś w sprawie 2 przypadków zapalenia mózgu.	562	UNVERRICHT. Wyniki wewnątrzplucznego przyżegania przy sztucznej odmie płucnej.	304
F. HAMBURGER. O zakażeniu pierwotnym i reinfekcji.	563	KRAUS. W sprawie nieszkodliwości szczepionki BCG.	304
HEYMANN i BUSSEL. Krew dorosłych w zapobieganiu odrze.	801	CALMETTE. Odpowiedź na artykuł Krausa.	304
FRIEDEMANN, SZMEREL, LUKAS. Nowe metody leczenia surowicą szkarlatynową.	801	LOEWENSTEIN. Prątki Kocha we krwi w różnych stanach chorobowych.	305
A. URBARN. Chemoterapia węgliką bakteryjnego.	801	O. BECKER. Vigantolowo - wapniowe leczenie gruźlicy płuc.	305
Manfred LANESBERG. O konieczności wycinania wrót zakażenia w przebiegu tężca.	801	PAWŁOWSKI. Wyniki stosowania djety Gerson-Herrmansdorfera w gruźlicy kości i stawów.	305
H. REICHEL. O ogólnym zakażeniu pałeczką ropy błękitnej.	995	P. F. ARMAND - DELILLE, R. LEHMANN i Ch. LESTOQUOY. Adenopatje tchawiczno-oskrzelowe i zgęszczenia okołownikowe.	538
BECKER. Przyczynki do gorączki gruczołowej.	995	GROSS. Wartość rozpoznawcza objawu kaszlowego.	538
L. v. BERKESY. O powstawaniu zakażeń zimnicowych podczas przedwiosnia.	995	LANGER. Leczenie zaburzeń dyspeptycznych gruźliczków za pomocą intestinolu (Henniga).	539
J. SCHNURER. Zakażenie prątkiem Banga (febris undulans) u zwierzęcia i człowieka.	996	M. ZARPL. Rokowanie w gruźlicy osesków.	539
O. SCHEREFETTIN. Leczenie węgliką.	996	MOLITOR. O chemoterapii gruźlicy.	610
		DUGGE. Od nacieku wczesnego do gruźlicy płuc.	610
		GRUNEWALD. W sprawie leczenia gorączkowych postaci gruźlicy płuc za pomocą kardiazolchininy.	610
		ASSMANN, BEITZKE, BRAEUNING, ENGEL. Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung.	656
		E. TOENHIESSEN. O wynikach leczenia gruźlicy płuc tebeptolą.	657
		M. LELONG. Rokowanie w gruźlicy osesków.	657
		E. FRIEDRICH. Porównawcze badania nad wykrywaniem prątków gruźliczych za pomocą szczepień zwierzętom i pożywki Hohna.	721
		A. FISCHER i A. URGOITI. Znaczenie kliniczne czystych hodowli prątków gruźliczych według Löwensteina.	721
		G. LEENDERTZ. Doświadczenia z torakoskopją i torakokaustyką.	721
		F. SCHILL. O działaniu jednostronnej odmy sztucznej w obustronnej gruźlicy płuc.	721
		E. WESSELY i E. LOWENSTEIN. O bacylemji gruźliczej w gruźlicy krtani.	722
		M. MICHAŁOWICZ. Gruźlica wieku dziecięcego i młodzieńczego w świetle teorii energetycznej.	923
		Drs. OSTENFELD, HEITMANN et NEANDER. La Tuberculose au Danemark, en Norvege et en Suede.	923
		OPITZ. Zatrważająca częstość prątków Kocha u dzieci.	923
		S. A. PETROFF. W sprawie ochronnego szczepienia przeciwko gruźlicy.	923
		Sandor PUDER. Podciśnienie u gruźlików.	923
		H. KUTSCHEBA - AICHBERGEN. O leczeniu gruźlicy żywymi prątkami gruźliczemi.	924
		MILVOJ SARVAN. Znaczenie śledziona w gruźlicy doświadczalnej.	924
		A. KENNER. Dwa przypadki bacillemji gruźliczej w dychawicy oskrzelowej.	924
		Zakłady przeciwgruźlicze zapobiegawcze i lecznicze dla dzieci w Polsce.	1045
		Zagadnienia zwalczania gruźlicy.	1046
		WOHLFEIL. O występowaniu aminokwasów w płwocinie z wyników badania na pr. Kocha.	1046
		L. R. GROTE. Cukrzyca i gruźlica.	1046
		Louis H. CLERF. Czy bronchoskopia jest wskazana w gruźlicy?	1046
		S. M. KOUSNEZOWA. W sprawie mechanizmu powstawania ogólnej rozedmy podskórnej.	1094
		P. LEFEVRE. Seroterapia i wakcynoterapia w przebudzeniu gruźlicy płuc.	1094
		F. O. HORING. O wartości wyrwania nerwu przeponowego, jako samodzielnego zabiegu w gruźlicy płuc.	1094
		HEBENSTREIT. W sprawie kombinowanego leczenia gruźlicy płuc za pomocą zapadnięcia się płuca (phrenicus exhaeresis, p. e., i pneumothorax, p. n.).	1094

14. Gruźlica.

H. KUTSCHERA - AICHBERGER. O rozpoznawaniu początkowej gruźlicy płuc.	60
H. STERN. Badania nad gospodarką wodną u chorych z gruźlicą płuc.	60
H. MAYHOFER. Odma sztuczna i tuberkulina.	61
ALTSCHULER. Autohemoaglutynacja in vitro pod wpływem tuberkuliny.	61
JESSEN. Wskazania do wykonywania poszczególnych sposobów unieruchomienia płuc.	61
K. L. PESCH i F. E. KOCH. O znaczeniu odczynu wiązania dopełniacza według Neuberga - Klopstocka dla rozpoznawania gruźlicy płuc.	109
LEENDERTZ. O odczynie ogniskowym u chorych gruźliczych.	110
HANN S Aleksander. Wskazania istotne do wykonania odmy piersiowej i przecięcie nerwu przeponowego.	110
ZADEK i SONNENFELD. Specjalne wskazania do odmy płucnej i przecięcie nerwu przeponowego.	110
GRAF. W sprawie wycięcia całkowitego pierwszego żebra przy torakoplastyce pozaopłucnowej oraz w sprawie możliwości usunięcia żebra w obrębie szczytu i płata górnego.	110
UHLENHUT. W sprawie zapobiegawczego szczepienia przeciwko gruźlicy.	156
NEUFELD. Szczepienia zapobiegawcze B. C. G. przeciwko gruźlicy.	156
BERGHANS. O zapobiegawczym szczepieniu Calmettea przeciwko gruźlicy.	157
ASCOLI. Szczepienie zapobiegawcze Calmettea a zachorowalność niemowląt w Lubece.	157
KYRIASIDIS. Wpływ malarji na odporność organizmu względem gruźlicy.	157
LÖWENSTEIN. Metoda czystej hodowli bakterij gruźlicy ze krwi.	157
A. GOCURINA. Jaką szerokość ma normalnie opukowe pole Kröniga.	157
BERGER. W sprawie licznych ognisk gruźliczych w rdzeniu kręgowym.	157
H. ASSMANN, H. BEITZKE, H. BRAUNING, St. ENGEL. Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung.	201
J. GRONINGER i K. L. PESCH. Czy w gruźlicy płuc mogą być wydalone przez anatomicznie wolne od gruźlicy nerki prątki gruźlicze?	202
H. KUTSCHERA - AICHBERGEN. O praktycznym znaczeniu badań spirometrycznych w gruźlicy płuc.	202
L. LINDT. W sprawie leczenia farmakologicznego gorączki gruźliczej.	202
BECKER. Stosowanie wigantolu i wapnia w gruźlicy płuc.	202

O. BREDNER. Spostrzeżenia nad działaniem środka antiphtisin (Dr. Genter).	Str. 1095
Leon BERNARD, MAYER i SAKELLARPOULOS. Leczenie przewencyjne solami złota ciężarnych gruźliczek.	1167
H. G. SCHOLZ. O leczeniu gruźlicy płuc wapniem.	1168
A. SATTLER. Śmierć wskutek przewlekłej gruźlicy płuc.	1168
D. SZULE. Znaczenie djagnostyczne badania kału na laseczniki gruźlicze.	1168
A. KOMIS. Przypuszczalne przyczyny katastrofy w Lubce.	1168

15. Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

Prof. Dr. Jan SZMURŁO, dyrektor klin. oto-laryng. Un. Stefana Batorego. Choroby jamy ustnej, gardła i przełyku.	181
Georges PORTMANN et Jean LAPOUGE. L'amygdalctomie totale.	182
HALLE. Uszkodzenie zębów po operacji doszczętej zatoki szczękowej.	182
H. REICHEL i E. P. JORDAN. Angina a paciorkowce.	467
C. WIETHE. O przedziurawieniach przełyku, powstałych wskutek dokonywania ezofagoskopji.	467
H. STEINMETZ. W sprawie zbroczeń rozwojowych krtani.	467
Prof. Dr. Jan SZMURŁO. Choroby krtani i tchawicy.	722
W. WOLFFHEIM. Zagadnienie migdałkowe.	723
G. SCHWARK. Leczenie promieniami Roentgena przewlekłych zapaleń migdałków.	723
R. KAYSER. W sprawie leczenia i profilaktyki gorączki siennej.	723
E. MOSER. Kurcz przełyku, jako cierpienie, towarzyszące innym chorobom przełyku.	723
Prof. Dr. Antoni CIESZYŃSKI. O ropowicach szczękowych. Z 130 rycinami i 6 tablicami.	801
B. MAYRHOFER. W sprawie zatrzymania i przemieszczenia zębów i o szczególnej przyczynie zatrzymania.	802
J. FREER. Nieco o oddychaniu nosem i ustami.	802
E. WIRTH. Badania doświadczalne nad wybiórczą zdolnością umiejscowienia się zarazków migdałkowych.	802
AUERSBACH, LOWENSTEIN A. i LOWENSTEIN E. O występowaniu prątków Kocha w tkance migdałków w przebiegu powtarzającego się reumatyzmu stawowego i pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego bez objawów gruźlicy.	802
W. KRAINZ. O wczesnych powikłaniach ostrego zapalenia ucha środkowego.	802
Elis G. E. BERVEN. Malignant tumours of the tonsil.	878
WOLFFHEIM. Migdałki i cierpienia alergiczne.	878
C. E. BENJAMINS. Wyluszczenie migdałków a ropień płuca.	878
G. JUNG. Badania na zwierzętach doświadczalnych nad leczeniem ropnego zapalenia opon mózgowych środkami farmakologicznymi.	878
Georg CLAU. Badania doświadczalne nad zamknięciem trąbki Eustachjusza u psa.	878
H. DAHMANN. Rozwój przełykowy czy wpust?	972
H. RICHTER. Przyczynę do rentgenoterapii zatok szczękowych.	972
K. KOFLER. Czy jest swoisty środek przeciw grypowym schorzeniom górnych dróg oddechowych?	972
A. RETHI. Leczenie odczulające nieżyty naczyń-ruchowego nosa.	972
O. HIRSZCH. Zaburzenia płciowe w guzach przysadki.	972
G. KELEMEN. Zakrzep oraz zawał płuca jako następstwo podśluzowej rezekcji przegrody nosowej.	973
E. WESSELY. Leczenie gruźlicy krtani.	973
H. WOLF. Jakie punkty widzenia należy uwzględnić przy usuwaniu zębów?	973
R. E. PERL. O nieopisanym dotąd obrazie chorobowym w przebiegu zapaleń nieżytych dróg oddechowych.	973

Prof. Dr. Karl AMERSBACH. Aerztliche Sachverständigen-Tätigkeit auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde.	Str. 1066
K. MATHE. W sprawie wyluszczenia migdałków w ostrym okresie zapalenia.	1066
J. KUBO. Krwawienia następce po adenotomji.	1066
G. OSTERWALD. Przyczynę do zagadnienia: Koje-nie bólu w praktyce gardlano-nosowo-usznej.	1066
P. M. PUGACZ. Obraz krwi u chorych, dotkniętych ozeną	1144
JASTREBOWA. W sprawie zagadnienia współzależ-ności migdałków i tarczycy.	1144
B. THIESEBURGER. Stany podrażnienia zatok mi-gdałków podniebiennych. (Zapalenie krypt mi-gdałkowych utajone pod względem klinicznym).	1144
D. DORNER. Leczenie owrzodzeń gruźliczych krtani trypaflawiną.	1144
A. NEHRKORN. Oesophagotomia thoracica posterior z powodu ciał obcych.	1144

16. Choroby płuc.

H. MAYRHOFER. Wsiekowe zapalenie opłucny w łuszczycy.	34
V. de LAVERGUE, E. ABEL i R. WEBENEDETTI. Eozynofilia opłucnowa i amebiaza płuc.	35
SCHOLZ. Gospodarka chlorowa u chorych na zapa-lenie płuc i jej znaczenie dla przebiegu choroby.	35
A. RETHI. O zapobieganiu zachlystowemu zapaleniu płuc przez zamknięcie wejścia do krtani przy po-mocy zeszcicia strun głosowych.	35
A. PEIPERS. Eozynofilia a alergja.	416
M. PETERS i H. DENNING. Dychawica oskrzelowa a roślinny układ nerwowy.	416
Prof. A. BACMEISTER. Lehrbuch der Lungenkrank-heiten.	491
I. DOUBROW. Rak płuc pochodzenia zawodowego.	491
K. STETTER. Przyczynę do schorzeń pyliczych płuc.	589
I. KELLNER. Pozostałości po piątowych i odoskrze-łowych zapaleniach płuc.	590
SCHWETAS. O 3 przypadkach samoistnego wylec-zenia jam płucnych niegruźliczego pochodze-nia i różniczkowo - rozpoznawczem znaczeniu odczynu opadania krwinek.	590
A. ENGELHARD. O rozedmie płuc pochodzenia oskrzelowego.	685
A. KENNER. Drenowanie w odmie wentylowej.	685
P. WALZEL. O leczeniu ropnego zapalenia opłucny.	685
E. J. LAURE. 61 zapaleń płuc piątowych, leczo-nych surowicą przeciwpneumokokową Instytu-tu Pasteura.	973
A. J. KATZMANN i J. A. NOWIKOW. Bronchografia jako metoda różniczkowo-rozpoznawcza w ja-mach gruźliczych i rozstrzeniach oskrzeli.	973
H. GOUNELLE. Samoistne wyleczenie ropnia szczy-towego płuca prawego.	973
A. RAINER. Przyczynę do pylicy płuc.	974
S. ZACHERL. O pierwotnym raku płuca.	974
M. PETZETAKIS. Amebja i pierwotny ropień amebowy płuc bez czerwonki.	1020
E. SERGENT, BAUMGARTNER i KOURILSKY. Kilka uwag w sprawie względnych wskazań do pne-umotomji i częściowej pneumektomji w lecze-niu ropnia płuc.	1020
R. LENK. Rak oskrzela.	1118
E. SERGENT i J. PIGNOT. Odma wskutek wysiłku lub wstrząśnienia klatki piersiowej.	1118
BUSCH. Przyczynę do rozpoznania różniczkowe-go nacieku wczesnego i w sprawie leczenia ropnych ognisk płuc odumą sztuczną.	1218
NAGEL. W sprawie leczenia ropni płuc.	1218

17. Choroby serca i naczyń

St. STERLING - OKUNIEWSKI. Kliniczne znaczenie ciśnienia rozkurczowego.	35
E. ALLEN i M. HOCHREIN. O ciśnieniu żylnem i częstości skurczów serca.	35

Str.		Str.
	G. ZUELZER. Znaczenie kliniczne hormonu sercowego „Eutonon”; jednocześnie analiza „sily rezerwowej serca”.	
36	DESCLIN Leon. O przewlekłych zakrzepach pnia i głównych gałęzi tętnicy płucnej.	
36	H. KOHN. Osłabienie mięśnia sercowego i dusznica bolesna.	
82	LURIA R. i WILENSKY. Czy można uważać częstoskurcz napadowy za objaw stanów uczuleniowych ustroju.	
82	GRAFE. Zaburzenia w krążeniu w chorobach przemiany materji.	
128	PLENGE. Nadużycie nikotyny, a miażdżycza naczyń wieńcowych serca.	
129	LANGE. Obniżenie ciśnienia ciałami, pochodzącymi z organizmu.	
129	A. GERKE. Etiologia zapalenia osierdza.	
182	A. LORDICH. Leczenie nadciśnienia.	
183	SCHLESINGER. O leczeniu mesaortitis luetica w okresie dekompensacji serca.	
183	E. LESCHKE. Spostrzeżenia nad działaniem hormonu krążenia Kallikreiny.	
252	FREY. W sprawie hormonu krążenia Kallikreiny i jego zastosowania w praktyce.	
252	P. GÖRL. W sprawie leczenia dusznicy bolesnej Lacarnolem.	
252	PAL. Wzmoczenie napięcia ścian tętnic.	
322	J. FREUNDLICH. O wpływie ucisku tętnicy szyjnej (Carotidruck) na wewnątrzkomorowe zaburzenia przewodnictwa.	
323	A. S. KOVERSI. Przyczynek kliniczny do badania węzła czczo - przedsionkowego.	
323	Ueber Herz — und Gefäßkrankheiten und Ihre Behandlung.	
371	KORACH. Wyniki leczenia dusznicy bolesnej i nadciśnienia hormonalnymi wyciągami z mięśnia sercowego.	
372	TIEMANN. Leczenie dusznicy bolesnej i chromania przestankowego.	
372	BUCHHOLZ. W sprawie doświadczeń klinicznych z hormonem sercowym „Lacarnol”.	
416	D. GROTEL. Spostrzeżenia elektrokardjograficzne w zakrzepach tętnic wieńcowych i dusznicy bolesnej.	
417	M. HOCHREIN. O dusznicy bolesnej w zwężeniu ujścia żyłnego lewego.	
417	BILSKI. Nowa metoda czynnościowego badania niedomogi serca.	
540	J. BRINCK, B. MISSKE i G. SCHÖNE. W sprawie kliniki i patologji „arborisation block” (bloku rozdrzewienia).	
540	M. LABBE. Arteritis diabetica.	
541	BOAS. Mała ale ważna uwaga w sprawie mojej metody w leczeniu wewnętrznych guzów krwawnicowych.	
541	WOLLHEIM. Zawał sercowy i dusznica bolesna.	
590	A. HALLERMANN. Zawał serca i pericarditis episteno-cardica.	
590	J. JACOBI, F. BAUMANN i A. RIKI. Przerost i rozszerzenie serca w elektrokardjogramie doświadczalnych wad zastawkowych serca.	
591	W. HALLERMANN. O znaczeniu rozpoznawczem małych wychyleń komorowych w elektrokardjogramie.	
591	N. NEUMANN. Kiła serca i aorty.	
650	VAQUEZ, GLEY, GOMEZ. Ciśnienie średnie i nadciśnienie tętnicze.	
658	G. NOBL. Nowe zasady leczenia żylaków.	
658	L. GAUGIER. Rola przysadki w etiologii żylaków, szczególnie żylaków w przebiegu ciąży.	
659	N. KISTHINIOS. Stosowanie lecznicze wolnego od insuliny wyciągu trzustkowego.	
659	A. PAETZOLD. Badanie nad ludzkim układem żylnym.	
748	DOMANIK. Skłonność do tworzenia się zakrzepów.	
748	BUTZENGEIGER. W sprawie etiologii i leczenia zakrzepów.	
748	SCHARFF. Leczenie nadciśnienia preparatem hormonu krążenia krwi Padutin (Kallikrein).	
749	POCZKA. Spostrzeżenia nad leczeniem chorych sercowych t. zwanymi hormonami sercowymi.	
749	SCHERBER. O leczeniu rozmaitych postaci kiłowych schorzeń tętnicy głównej.	
749	WENCKEBACH K. F. Niedomoga serca i układu krwionośnego.	
802	I. S. SCHWARZMANN. O działaniu wyciągu z mięśni prądkowanych na układ sercowonaczyniowy.	
803	Oznaczenie ciśnienia w naczyniach skóry metodą Herzoga.	
803	C. MAYER. W sprawie kliniki zaburzeń ruchowych wskutek uszkodzenia naczyń.	
803	F. KISCH. Skurczowy ból naczyniowy czy też ból wskutek rozciągania w dusznicy bolesnej.	
803	E. LEWIN. Zmiany rezerwy alkalicznej w przebiegu niedomogi krążenia.	
854	E. KYLIN. O znaczeniu nadciśnienia dla powstawania niedomogi serca.	
855	A. BENICHON. Rodanek potasu w leczeniu nadciśnienia.	
855	W. C. AALSMEER. Ciśnienie krwi i ton naczyniowy w Beriberi.	
855	N. KEWDIN i F. ŁOPACZUK. Związek między rezerwą alkaliczną krwi a dekompensacją	
878	J. FREUNDLICH. Zmiany elektrokardjograficzne w rytmie cwałowym.	
879	S. H. PROGER i C. KORTH. Badania nad znaczeniem klinicznym przesunięcia na lewo osi elektrycznej w elektrokardjogramie.	
879	v. PINTER - KOVATS. W sprawie znaczenia elektrokardjogramu dla oceny stanu mięśnia sercowego przy zamknięciu naczyń wieńcowych serca.	
879	R. STURM. Wielkość serca i jego czynność.	
879	P. SAXL. Obrzęki sercowe w zatrzymaniu wody pochodzenia nerkowego.	
996	D. SCHIERF. O rytmie przedsionkowo - komorowym i o przewodzeniu przedsionkowo - komorowym.	
996	E. CZYHLARZ. W sprawie powstawania bólu w napadzie dusznicy bolesnej.	
996	D. SCHERA. Czy zaburzenia rytmu serca wywołują niedomogę krążenia?	
996	H. KUTSCHEBA. Czy niedomoga krążenia może być uwarunkowana przez osłabienie mięśnia sercowego.	
1067	H. FAHRENKAMP. Możliwości powstania niemiarowości zupełnej.	
1067	KISTHINIOS i GOMEZ. O leczeniu niedomogi serca u osobników z tętnem naprzemiennem.	
1067	HESS. O obrzęku płuc w zwężeniu zastawki dwudzielnej.	
1067	J. KRZYŹEWSKI i F. JAGODA. O krwiopłuciu w przebiegu tętniaka aorty.	
1095	C. LANGER. Przypadek obecności ropy i powietrza w worku osierdziowym.	
1095	Ad. POSSELT. O przyczynach prawdziwego przerostu mięśni w zastoiu żylnym.	
1095	J. SEITZ. Powstawanie i umiejscowienie obrzęków u chorych na serce i u nerkowo chorych.	
1095	Ueber Kreislaufferkrankungen und ihre Behandlung.	
1191	K. FAHRENKAMP. O leczeniu dusznicy bolesnej za pomocą wyciągów mięśniowych.	
1191	K. MESZAROS. Arteriitis obliterans (Thrombangiitis Buerger) jako schorzenie rodzinne.	
1192		
18. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.		
	FELIX. Anaemia pernicioza a istota wątrobowa.	36
	Norbert HENNING. Leczenie niedokrewności złośliwej wątroby.	37
	G. SPENGLER. W sprawie usuwania śledziony w niedokrewności złośliwej.	37
	STEPP i WENDT. Odczyn z tkanek limfatycznych i gorączka gruczołowa.	37
	RIDDER. Przewlekła białaczka szpikowa a ciąża.	37
	J. KUTZ. Klinika ostrej ziarnicy złośliwej.	129
	WILDEGANS. Przypadki śmiertelne po przetaczaniu krwi.	130
	K. G. STERN. Składnik wątroby czynny w niedokrewności złośliwej.	130

	Str.		Str.
B. STUBER i K. LANG. Die Physiologie und Pathologie der Blutgerinnung.	202	M. SILBERBERG i K. VOIT. Badania nad przemianą białych ciałek krwi w białaczce limfatycznej.	947
E. OPIKOFER. O odrębnych zmianach szpiku w braku ziarnistych krwinek białych.	203	H HÜLSE W sprawie zakaźnej etiologii białaczki.	948
W. HUEBER. Przyczynę do zagadnienia braku ziarnistych krwinek białych.	203	MAZET i DAUMAS. Przyczynę do badań nad agranulocytozą i zespołami agranulocytarnymi.	1020
DUESBERY. Mechanizm działania diety wątrobowej.	203	GANTENBERG. W sprawie zabarwienia skóry i odczynu jej w niedokrewności złośliwej.	1021
DIMMEL. W sprawie leczenia krwawień w krwawicze.	347	P. H. ROSSIER. Anemia złośliwa Biermera i tężyczka.	1021
FLERCH. W sprawie błędnego rozpoznania w krwawicze.	347	L. MICHAUD. Zmiany nerkowe w przebiegu niedokrewności złośliwej.	1021
Ed. BENHAMON. O agranulocytozie.	417	SCHUMANN. Przypadek niedokrewności złośliwej połączonej z cukrzycą.	1021
MEYER. Agranulocytoza wskutek szczepienia zimnicy.	418		
FAHR TH. Przyczynę anatomo - patologiczną do sprawy krytyki diety wątrobowej w niedokrewności złośliwej.	467		
SCHOTTMÜLLER. Dalsze wyniki leczenia wątrobowego niedokrewności złośliwej.	467		
GUTTZEIT i HERRMANN. O działaniu substancji żółdkowych na niedokrewność złośliwą.	468		
N. FIESSINGER i M. LAUR. Zmiany obrazu krwi w przebiegu leczenia niedokrewności złośliwej metodą Whipplea oraz patogenezę niedokrewności złośliwej.	468		
K. PASCHKIS i M. DIAMANT. Przyczynki do patologii czerwienicy.	563		
R. JÜRGENS i H. TRANTWEI. O fibrynopenji (fibrynogenopenji) u dorosłego oraz uwagi o pochodzeniu fibrynogenu.	563		
CHALIER i LEVRAT. Eozynofilia.	563		
F. KESSLER. O wpływie choroby na regenerację ciałek krwi.	564		
EMILE - WEIL i CAHEN. Policjtemja przedbiałczkowa.	564		
W. AUDIBERT i A. RAYBAND. Hemogenja durowa.	659		
Rudolf KLIMA. Wzór krwi w limfogranulomatozie.	659		
R. JÜRGENS. Badania kliniczne i doświadczalne z kapillarotrombometrem.	659		
H. FULD. W sprawie znajomości t. zw. „agranulocytozy”.	660		
F. W. GRÜNBERG. O pewnych zmianach ze strony układu nerwowo - naczyniowego w ciężkich niedokrewnościach.	660		
W. DEUTSCH i E. WAGENFELD. W sprawie patogenezę niedokrewności złośliwej.	750		
Ch. GANDY i P. BAIZE. Ostra niedokrewność aplastyczna kryptogenetyczna.	750		
N. FIESSINGER, P. DECONIT i C. M. LAUR. Ostre niedokrewności hemolityczne.	750		
ARNETH. Obraz leukocytarny, zbliżony do obrazu w niedokrewności złośliwej, spotykany w przewlekłej konstytucyjnej niedokrewności.	750		
R. S. MACH. Leczenie niedokrewności złośliwej łożyskiem.	803		
SCHULZ. Sproszkowany żółdek (Ventramon) w niedokrewności złośliwej.	803		
S. SZERMAN, ACHRAM-ACHREMOWICZ. Leczenie wtórnych niedokrewności dużymi dawkami żalaza.	804		
G. ROESLER. Atropina a limfocytoza.	901		
H. BRUGSCH. Utrzymująca się eozynofilia z powiększeniem śledziony.	902		
EMILE - WEIL. O zabiegach chirurgicznych u hemofilików.	902		
STIEGER. W sprawie leczenia niedokrewności złośliwej.	902		
SCHERCK. W sprawie rozpoznania żółtaczkii hemolitycznej.	902		
R. CARBALLO. O miejscowej pleokarjocytocie w ziarnicy złośliwej.	902		
SCHLECHT. Eozynofilia i alergja.	946		
NEIDHARDT. W sprawie leczenia angina agranulocytotica.	947		
N. FIESSINGER, Ph. DECOURT i L. M. LAUR. Zespół agranulocytarny pochodzenia radioterapeutycznego.	947		
M. GEORGOPOULOS. W sprawie etiologii aleukia haemorrhagica i agranulocytosis.	947		
A. CRACINNEANU i CALALB. Wysiew monocytarny w przebiegu przewlekłej białaczki szpikowej z towarzyszącym mu przerostem gruczołowym.	947		
		19. Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.	
		O. FLÖSSNER. Znaczenie i udział wątroby w przemianie materji (według nowych badań).	157
		HIRSCH. Przysadka i jej stosunek do nadciśnienia.	158
		ASSMANN. Wątroba i śledziona w chorobie Basedowa.	323
		BORNSTEIN. Wpływ środków nasennych na podstawową przemianę materji w chorobie Basedowa.	324
		O. HIRSCH. Przyczynę do problemu Basedowa.	324
		GEBELE. Wypełnienie naczyń tarczycy w chorobie Basedowa przed i po jodowaniu.	324
		PARADE i HAAS. Wyniki leczenia operacyjnego choroby Basedowa.	324
		HERZFELD i FRIEDER. Wyniki leczenia choroby Basedowa ochronną metodą Blumy.	325
		M. LABBE, A. SANHEIL. Śpiączka cukrzycza. Rokowanie i leczenie.	445
		G. MARENON. Kwasica z hipoglikemją.	446
		H. BIX. O acetonurji pochodzenia mózgowego.	446
		M. GOERKE (Wrocław). Nowsze prace w sprawie terapii nowotworów przysadki. Operacja czy naswietlanie?	564
		W. FALTA i F. HÖGLER. O hormonie przednioprzasadkowym.	564
		P. WERNER. O zastosowaniu pewnych nowych doświadczeń dla rozpoznawania i oceny nadczynności tarczycy.	565
		B. BREITNER. Jakże stanowisko zajmujemy w stosunku do czynnościowo - obojętnej wola?	565
		O. KAUFMANN-COSLA i R. ZORKENDÖRFER. Moczówka cukrowa i wpływ, wywierany na nią przez insulinę, syntalinę i wody gorzkie.	565
		C. PUESKO. Zatrzymywanie cukru inwertowanego i trzcinowego w moczówce cukrowej i ich wpływ na poziom ciał ketonowych.	565
		E. BLADEN. Skład morfologiczny krwi i szybkość opadania krwinek w chorobie Basedowa.	565
		W. RAAB. W sprawie szkodliwego stosowania jodu w Wiedniu.	566
		O. HIRSCH. Dalsze doniesienia w sprawie choroby Basedowa.	566
		F. UMBER. Urazowe pochodzenie cukrzycy.	660
		W. FALTA, i R. BOLBER. Cukrzyca wysepkowa i insulinooporna.	661
		E. WIECHMANN. O hipoglikemji w przebiegu leczenia insuliną.	661
		B. BREITNER. Jakże mamy pojęcie o patologji czynnościowych schorzeń tarczycy?	685
		SNAPPER i H. J. BREVE. Schorzenia szkieletu i gruczołak gruczołu przytarczycowego.	685
		A. LERI, LEVANI, WEILL. Dyschondrosteoza. Nowa odmiana karłowatości.	686
		F. FRANÇOOU. Kwas moczowy krwi w dnie moczonowej.	686
		M. ENVER. Przyczynę do badania nad gruczołem tarczycowym.	772
		O. HIRSCH. O zależności między jajnikiem a tarczycą w chorobie Basedowa.	772
		A. SCHÜTTENHELM i B. EISLER. O leczeniu otyłości tyroksyną.	772
		M. LABBE, R. BOULIN. Azotemja w przebiegu śpiączki cukrzyczej.	855
		W. NAGEL. Wpływ pozajelitowego stosowania białka w moczówce cukrowej.	855

	Str.		Str.
R. WAGNER. Moczówka cukrowa w wieku dziecięcym.	855	SCHLESINGER. Zachowanie się opadanie krwinek w chorobach wątroby i dróg żółciowych.	347
B. KOMMERELL. Doświadczenia z leczeniem djetycznym choroby Basedowa.	903	J. SCHLOSS. O „wymiotach acetonemicznych” u dorosłych.	347
L. BÉRARD. W sprawie leczenia chirurgicznego choroby Basedowa.	903	Z. SCHILÁRD. Wpływ dwuwęglanu sodowego na żołądek.	347
H. GASTEIGER. O rzadkiej zmianie ocznej w zaburzeniach tarczycy.	903	L. BOGENDORFER i A. R. SELL. O wpływie zewnętrznych bodźców cieplnych na czynność wydzielniczą żołądka.	444
L. POPPER, S. HIRSCHHORN. Wpływ tarczycy na przemianę materji węglowodanów.	903	F. DELHONGUE. O polarymetrycznym zachowaniu się rozmaitych soków żołądkowych.	445
BEROVIC. Przyczynok do znaczenia wątroby w patogenezie cukrzycy.	903	W. KUCKUCK. O bolesnym bezkwaśnym nieżycie trzonu żołądka.	445
H. CHABANIER, C. LOBO - ONELL. Wpływ głodu na krzywą cukru we krwi.	903	F. DELHONGUE. W sprawie rozpoznawania schorzeń trzustki.	445
B. BREITNER. Nowotwory w tarczycy.	1021	HENNIG. Nowe zdobycze w rozpoznawaniu i leczeniu chorób żołądka.	468
F. HÖGLER. Leczenie nadczynności tarczycy z punktu widzenia interny.	1022	E. ZUNZ. O Wydzielaniu wewnętrznym trzustki i o stosunku między ekskrecją i inkrecją tego gruczołu.	469
B. KOMMERELL. O przyczynie wzmózonej przemiany materji przy pracy w chorobie Basedowa.	1022	PORGES. Obraz kliniczny nieżyty jelit cienkich bez zapalenia jelita grubego.	469
BERHAUSEN i WÜLL WEBER. Badanie epikrytyczne djabetyków leczonych insuliną.	1022	R. MANEKE. Badania nad gospodarką cholesterynową (zawartość cholesteryny w surowicy krwi i w chorobach wątroby).	470
H. FRANK. Śmiertelna hipoglikemja w przypadku gruczolaka trzustki.	1022	W. LOHR i L. RASSFELD. Die Bakteriologie der Wurmfortsatzentzündung und der appendikulären Peritonitis.	539
A. GOTTSCHLACK, A. SPRINGBORN. O nerkowym cukromoczu i ketonurji pochodzenia niedjabetycznego.	1022	W. ZWEIG. Leczenie wewnętrzne kamicy żółciowej.	539
F. LAPP, H. DIBOLD. Sok żołądkowy i hipoglikemja.	1022	EWALD. Leczenie chirurgiczne kamicy żółciowej.	540
B. DUBNOWA, F. KANTOROWICZ. O wpływie tłuszczów na glikemję djabetyków.	1095	Réné A. GUTMANN. Wskazania dotyczące rentgenoskopji i rentgenografji w chorobach przewodu pokarmowego	610
I. DANIEL, M. POPESCU BUZEN. Działanie wód siarkowych na cukrzycę.	1095	SIEBERT. Nowe zdobycze w sprawie etjologii i leczenia wrzodów żołądka.	611
J. FERBACH, A. DEKKER. O hipoglikemji pousulinowej w przebiegu choroby Addisona.	1095	DELORE i R. MONNIER. Niewystarczalność gastroenterostomji w leczeniu wrzodu żołądkowo-dwunastniczego.	611
O. L. E. RAADT. O związku między kwasicą a zatruciem ustroju.	1096	K. HITZENBERGER i L. MERKLER. O losie przyjętych na I klinikę wewnętrzną chorych z rakiem żołądka.	611
20. Choroby narządów trawienia.			
KLEC. W sprawie dynamiki żołądka.	15	L. POPPER. W sprawie leczenia marskości wątroby.	611
EIMER. Djeta małosolna a wydzielanie soku żołądkowego.	16	NEWTON MOTTA. Działanie perystaltyki „Ciba” w przypadku uporczywego zaparcia stolca.	611
WESTPHAL i KUCKUCK. O achylji po zasadach i o innych skutkach leczenia alkalkjami chorób żołądka.	16	E. CHABROL. Policholje.	772
E. CZYHLARZ. O odruchowym nerwobólu w zapaleniu wyrostka robaczkowego.	26	E. KOLL. Przewlekłe zaburzenia jelitowe a schorzenia kości.	773
Van der REISS. Nowoczesne metody badania jelit cienkich i ich znaczenie.	61	F. STARLINGER i W. RICHTER. Czas gojenia się szwu zespoleniowego w zespoleniach żołądkowo-jelitowych.	834
HEILMANN P. Pierwotna ziarnica złośliwa jelita.	61	P. BAUZET. Kilka uwag o leczeniu chirurgicznym przewlekłych żółtaczek zastoinowych.	834
RACHWALSKY. Dalsze doświadczenia z przetaczaniem krwi w colitis ulcerosa gravis.	61	PRIBRAM. Obraz kliniczny lymphangitis mesenterialis i peritonealis.	834
H. HARTMANN. Zwiążające nieżyty odbytnicy.	62	BÜCKING. W sprawie leczenia colitis gravis.	835
P. CARNOT. Rak zastawki Bauhina.	110	N. KEWDIN, J. SYLWESTROM. O badaniu żołądka cienką sondą i mechanicznie sekrecji żołądka.	903
H. RÖSCH i J. GERBER. O klinice i anatomji patologicznej wielorakiego pierwotnego mięsaka jelit cienkich.	111	PLASCHKES. Objawy żołądkowo - jelitowe, jako skutki grypy.	904
ALBRECHT. W sprawie obrazu klinicznego uchyłka dwunastnicy.	111	KACZANDER. W sprawie rozpoznania cierpień trzustki za pomocą próby Wohlgemutha na diastazę w moczu.	904
W. USADEL. O schorzeniach, dających objawy zapalenia otrzewny.	112	ASCHOFF. Napad appendicitis.	904
HEINZ KALK. Djagnostyka schorzeń dróg żółciowych.	158	C. STERNBERG. Rak przełyku i żołądka.	1019
HENNING i JURGENS. Zależność między wydzieleniem barwnika a wydzieleniem i morfologją chorego żołądka.	159	A. CADE, P. BARRAL. O leczeniu insuliną wrzodów żołądka i dwunastnicy.	1019
F. DELHONGUE. O zaburzeniach zmysłu smaku u żołądkowo chorych.	159	OPPENHEIMER. Przebieg, rozpoznanie i leczenie tak zwanego przewlekłego zapalenia wyrostka.	1019
FOHL. Rozpoznawanie i leczenie ulcus jejuni pepticum postoperativum.	159	D. ALKAM. Teżyczka trzewiowa.	1019
MURRATA. Znaczenie praktyczne 15-to minutowej metody Wohlgemutha przy określaniu diastazy.	160	Dr. Br. HANDELSMAN. Wskazówki dla chorych na żołądek.	1066
Réné A. GUTMANN et R. JAHEL. O przejściowych i łagodnych zwężeniach otworu zespolenia żołądkowo-jelitowego.	160	G. FAROY, R. DERON. Wpływ acetylcholiny na sekrecję żołądka.	1067
Prof. H. STRAUSS — Berlin unter Mitarbeit von Dr. H. Simchowitz — Berlin. Frühzeitige Diagnose der Carcinome des Verdauungsapparates.	346	G. SINGER. Rekto-romanoskopja w służbie djagnostyki guzów.	1067
STRAUSS. Przetaczanie krwi, jako metoda leczenia colitis gravis.	347	MORAWITZ. Leczenie przewlekłych biegunek.	1067
		G. FAROY i R. DERON. Co należy rozumieć pod rozszerzeniem żołądka.	1118
		M. LEVAL. O doustnym leczeniu wrzodów żołądkowo-dwunastniczych bizmutem i insuliną.	1119

	Str.		Str.
H. FINSTERER. Operacyjne leczenie ostrych silnych krwotoków jelitowych i dwunastniczych.	1119	E. HOPLER. Wskazania neurologiczne i psychiatryczne do przedwczesnego przerwania ciąży z punktu widzenia prawnego.	835
A. SCHWARTZ. Leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.	1119	H. HERSCHMANN. Wskazania neurologiczne do przerwania ciąży.	835
G. AUDIN. Leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.	1119	R. H. PARAMORE. Teoria mechaniczna powstawania eklampsji.	924
Dr. M. GIRSZOWICZ. Jak należy odżywiać się i zachowywać się w chorobach serca.	1169	A. MELCHOR. Podskórne infekcje tlenu i świąd sromu.	924
MAKAREWIC. W sprawie sekrecji i opróżniania żołądka w przypadkach wrzodu.	1169	Francesco SPIRITO. Jak zapobiec powstawaniu raka na szyjce macicznej.	925
Walter C. ALVAREZ. Jak wcześniej lekarze rozpoznają raka żołądka u siebie.	1169	FELDWEG. Znaczenie menarche.	925
K. GOETTE i H. PETERS. W sprawie skłonności do gojenia się wrzodu dwunastnicy.	1170	J. SCHNITZLER. Nowotwory kobiecych gruczołów piersiowych.	925
21. Położnictwo i choroby kobiet.		E. PREISSECKER. O porodach po całkowitem pęknięciu jelit.	925
H. HINSELMAN. Nowe kierunki wczesnego rozpoznawania raka szyi macicznej.	62	H. KATZ. W sprawie znajomości trudno wytlomaczalnych przypadków nagłej naturalnej śmierci podczas porodu.	925
I. REEB. Rozpoznawanie ciąży za pomocą zastrzykiwań dożylnych tylnej części przysadki mózgowej.	63	P. WERNER. Co daje skrobanka i próbne wycięcie dla wczesnego rozpoznania raka macicy.	925
M. A. FRUHSCHOLZ. Zmiana temperatury ciała w początkach ciąży.	63	B. ASCHNER. Nerwice i psychozy w zaburzeniach miesięczkowania.	1046
SELICKI. Płasawica w ciąży.	63	LORINCZ i ROBNER. Kwas węglowy a poród.	1047
A. A. ZAMKOFF. Leczenie niektórych schorzeń ginekologicznych za pomocą moczu kobiet ciężarnych.	63	ALB. Rozważanie nad sprawą rzucawki i wynikami badania.	1047
W. BENTHIN. Diagnose und Differentialdiagnose der Frauenkrankheiten.	112	H. KAMNIKER. W sprawie leczenia raka trzonu macicy.	1047
WILLIBALS. O krwawieniach podobnych do miesięczkowych podczas ciąży.	112	22. Choroby dzieci.	
R. TSCHERTON. Wzrost częstości ciąży zewnątrzmacicznej w związku z jej etiologią.	112	E. KOVACS. Przyczynę do znajomości obrazu białych ciałek krwi w wieku niemowlęcym.	63
WIESBADER. W sprawie stosowania preparatów jajnikowych.	204	G. N. SPERANSKI. Próby leczenia posocznicy u noworodków i u dzieci w pierwszych tygodniach życia za pomocą hemoterapii.	64
BENTHIN. Leczenie poronień gorączkowych zapomocą węgla.	204	E. v. GYORGY. Stosowanie transfuzji krwi u dzieci w przebiegu rozmaitych chorób.	64
WIESSNER. Stosowanie bromu w wymiotach ciężarnych.	204	FRANKONI. Djeta owocowa w ostrych zaburzeniach przewodu pokarmowego u dzieci	65
Prof. Rud. Th. von JASCHKE. Therapie der komplizierten Schwangerschaft.	274	Dr. med. Leon ADOLF. Metody odżywiania oseska.	131
W. ARNOLD, J. KORNER i E. MATHIAS. W sprawie patologii nowotworów o wpływie morfogenetycznym. Późna wznowa nowotworu jajnika i odmłodzenie śluzówki macicy.	275	SCHIFF. O ropnem jałowem, łagodnie przebiegającym zapaleniu opon mózgowych.	131
H. GUTHMANN i K. ERHARDT. Fizjologiczne granice rozszerzenia moczowodów w ciąży.	275	K. SULZER. Przyczynę do t. zw. poodrowego zapalenia mózgu.	131
H. ZIELKE. W sprawie podwiązania żył w ropsnicy.	275	P. BODE. Rumień guzowaty a gruźlica u małych dzieci	131
RICHTER. Jak należy leczyć zapalne zmiany przydatków.	541	Fr. GRÜNEBERG i A. WIETHEN. Wpływ mieszaniny kwasu węglowego z powietrzem lub tlenem na oddychanie zdrowego i chorego dziecka.	183
B. ASCHNER. Zachowawcze i radykalne leczenie nietypowych krwawień macicznych.	541	S. WOLFF. Skurcz odźwiernika.	183
H. HOGLER. O przedwczesnym odklejeniu się łożyska.	542	SCHLACK. O tak zwanych banalnych zakażeniach górnych dróg oddechowych w latach dziecięcych.	184
SCHULTZE. W sprawie leczenia cierpień położogowych.	542	LANGSTEIN. Prawidłowe stosowanie wapnia w wieku dziecięcym.	275
Paul STRASSMANN. Arznei — diätetische, diagnostische und sozialhygienische Verordnungen für die gynekoloisch-geburtshilfliche Praxis.	591	FREUD. W sprawie podawania wapnia dzieciom i oseskom.	275
I. AMREICH. 50 lat pochwowej operacji raka.	591	WOLFF. Djeta jabłkowa Moro w leczeniu biegunki.	275
J. NOWAK. Znaczenie postępowania dietetycznego w położnictwie i ginekologii.	591	A. C. MARFAN. Diagnostyka i patogenezę wymiotów okresowych z acetonemją u dzieci.	395
A. BROUHA. Nowy sposób biologicznego rozpoznawania ciąży.	634	E. SCHULZE. O stosowaniu hormonu przedniego płata przysadki u dzieci przedwcześnie urodzonych.	396
SEITZ. Łożysko jako narząd wydzielania wewnętrznego: biologiczne i patologiczne wpływy na organizm kobiety.	634	HOLZMAN. Ostre zapalenie mózgu w wieku dziecięcym.	396
R. FOURNIER. Dwa przypadki powiększenia rakowego gruczołów nadobojczykowych lewych w rakach szyi macicy, leczonych chirurgicznie.	635	L. BERNHARD i M. LAMY. Wartość porównawcza odczynów Mantoux i Pirqueta u oseska.	512
ZIEGLER. W sprawie leczenia zakażeń położogowych.	724	M. FOREST. Ropomocz osesków.	513
G. HALTER. Przyczynę do ciężowej niedrożności jelit.	724	P. LEREBOLLET i R. WORMS. Splenomegalja po szczepieniu osesków.	513
W. KOGERER. Wskazania psychiatryczne do przerwania ciąży.	835	J. FRIEDJUNG. Normalne i chorobowe popędy życiowe dziecka.	635
C. BUCURA. Stosunek położnika do psychiatrycznych i neurologicznych wskazań do przerwania ciąży.	835	R. LEDERER. Astma w wieku dziecięcym.	635
		E. APERT. Zapobieganie i leczenie krzywicy.	724
		K. REICHHUBER. O zapobieganiu krzywicy za pomocą naświetlanego mleka.	724
		M. KLEINKNECHT i S. TASSOATZ. Przypadek mięsaka pochwy u 5-miesięcznej dziewczynki.	724
		F. HAMBURGER. Wychowanie a pedjatrja.	724

Marianne LANGER. Dzieci w szpitalu.	Str. 880	RUBRITIUS. Urosepsis, gorączka moczowa, zatrucie moczowe.	Str. 725
G. PHELIZOT. Badania fizjo-patologiczne nad odwodnieniem osesków.	880	G. MARANON, J. VIDAL-FRIJAS, FTEJERINA. O roli gruczolów dokrewnych w patogeniezie nerczycy lipidowej.	880
MAUSFELD i HORN. W sprawie przeciwkrzywiczego działania sproszkowanego tranu.	880	GAUTENBERG. W sprawie stosowania diatermji w zapaleniach nerek.	880
E. POREZ. Gorączka z przegrzania u dwóch niemowląt bliźniąt.	974	MELLFORS. Dalsze uproszczenie w stosowaniu zasad, jako metody badania zdolności czynnościowej nerek.	948
M. PEHU, A. POLICARD i J. BOUCOMONT. Badania anatomo-radiologiczne. Nowe dane z dziedziny zmian kostnych kiłowych wczesnego dzieciństwa.	974	V. JONAS i J. KRAL. Azotemja ambulatoryjna z ogromną kwasicą w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek.	948
PEHU i ROMAND-MONNIER. Wartość radiografji kostnej w kile wczesnego dzieciństwa.	974	P. MONKOW. Mózgowe objawy uremji.	948
Ch. COHEN. Próby leczenia surowicą stanów chorobowych wywołanych przez zakażenia pałeczką posoczniczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.	974	K. Marderszeig. Badanie czynnościowe nerek przy pyelografji dożylny zapomocą abrodilu.	1119
M. HENRY i LAMPERT. Dodatni wynik leczenia jednoczesnego surowicą i stosowaniem uspienia chloroformowego w przypadku ciężkiego tężca u 7-letniego dziecka.	975	O. SCHWARZ. Pyelitis, pyelonephritis i nephrocirrosis pyelonephritica.	1120
P. MINET. Wyniki odkażania miejscowego niemowląt i dzieci starszych—nosicieli prątków błoniczych za pomocą acetylaršanu.	975	24. Choroby skóry, weneryczne i płciowe.	
M. P. RÖHMER. Niestrawność przewlekła u dzieci powyżej roku.	975	HOFFMANN Erich. Vorträge und Urkunden zur 25 jährigen Wiederkehr der Entdeckung des Syphiliserregers (Spirochaeta pallida).	39
L. SCHÖNBAUER. O leczeniu chirurgicznym wrodzonego zwężenia odźwiernika u niemowląt.	975	P. WICHMANN. Ujemne działanie djety Gersona a gruźlica skóry i błon śluzowych.	39
R. LEDERER. Rokowanie i leczenie przepukliny pępkowej u dzieci.	976	AXMANN. Przyczynki do leczenia djetetycznego gruźlicy skóry.	39
REICHÉ. Badania porównawcze nad pozostawianiem różnego rodzaju jarzyn w żołądku osesków i małych dzieci.	976	W. FRIEBOES. Leczenie gruźlicy skóry trypaflawiną i słońcem górskim.	39
HERRMANN M. Spostrzeżenia nad wpływem ciepłoty pożywienia na zachowanie się niemowlęcia.	1068	K. HERXHEIMER, P. HAPPEL i E. UHLMANN. Nowa metoda leczenia czyrączności.	39
CHAI' B. Opóźnienie wyleczenia krzywicy, pomimo stosowania swoistej terapij przeciwkrzywicznej, naskutek powikłań zakażeniem przewlekłym.	1069	A. WITTGENSTEIN. Płyn mózgowo-rdzeniowy a kiła.	40
M. TRUSEN i E. WALENTA. Los dzieci chorych na cukrzycę od czasu wprowadzenia do lecznictwa insuliny.	1069	DINKIN. Leczenie przewlekłej pokrzywki doustnem podawaniem zasad.	184
SCHMITZ. Przyczynki do leczenia koklusu szerepiónką.	1070	ADLERSBERG i PERUTZ. Dalsze spostrzeżenia nad miejscowem stosowaniem insuliny w sprawach wrzodziejących skóry.	284
M. STULZ i PHELIZOT. Leczenie uszkodzeń oponowo-mózgowych, spowodowanych urazem porodowym noworodków, zapomocą wprowadzania dożylnego roztworów hipertonicznych.	1192	SCHAPIRO. Czy można pobudzić niedorozwinięte narządy płciowe męskie do wzrostu, przy stosowaniu wyciągu z przedniego płata przysadki.	185
G. Z. HALLEZ. Zaparcie we wczesnem dzieciństwie.	1192	E. HOFFMANN. O własnościach obronnych i odczynach leczniczych w skórze (ezofilaksja).	348
P. BERTOYE. Insulina w leczeniu przewlekłych stanów niedożywienia u niemowląt.	1193	S. CAJKORAC. W sprawie patogeny tuszczycy.	349
23. Choroby dróg moczowych.		A. L. TROITZKAJA. Zmiany morfologiczne we krwi w kile wrodzonej i wartość klasyfikacji neutrofilów podług Arnetha.	349
J. CHAUMERLIAC. Nerczycy lipidowa.	38	ASTA von MALLINGRODT. Lupus i Carcinoma.	491
J. CASTAIGNE. O gospodarce chlorków krwi w przebiegu chorób nerkowych.	38	DORFEL. W sprawie wyników i mechanizmu stosowania djety bezsolnej podług Herrmansdorfera w gruźlicy skóry.	492
BECHER. Badania nad powstawaniem żółtawego zabarwienia skóry w niedomodze nerek.	38	J. J. STUTZIN. Wyjaławianie bezpłodnych. Kiła (Traité de la syphilis).	492
SEITZ. Zapalenie miedniczek w czasie ciąży.	39	BOIT. Doświadczenia w sprawie nasświetlania promieniami Roentgena przypadków przerostu gruczolú krokowego.	543
C. van CAULAERT i P. PERTREQUIN. Zmiany ilości chlorków we krwi i w tkankach w przebiegu ostrego zapalenia nerek bez obrzęków.	83	P. STEINER i A. MALLER. Czy zmniejsza się liczba przypadków kiły.	686
C. van CAULAERT i P. PETREQUIN. Zmiany w składzie chlorków krwi i tkanek w przebiegu bezmocz.	83	O. KRENN. Jaka jest etiologia rumienia guzowatego?	686
M. STAEMMLER. Powstawanie marskości miażdżycowej nerek.	227	D. RASKAI. O nerwobólu jądrowym.	686
GROSSMAN. Leczenie cierpień dróg moczowych zakwaszeniem moczu.	227	E. URBACH. Leczenie schorzeń alergicznych z punktu widzenia dermatologa.	725
Ilse HAGER. Beitrag zur Diagnostik der Nierentumoren.	348	G. NOBL. Leczenie trądzika.	725
EWIG. Leczenie zapaleń nerek za pomocą djatermji.	348	I. KUMMER. O sporadycznej pellagrze w Tyrolu.	725
Gg. SCHREYÖGG. Przebieg i rokowanie „samoistnych nerczyc”.	542	Martin GUMPERT. Die gesamte Kosmetik — als Grundriss für Ärzte und Studierende.	925
R. SCHOEN. O obustronnem przewlekłym zapaleniu nerek pochodzenia miedniczkowego.	542	G. NOBL. Ogólne postępowanie w chorobie wypryskowej.	926
R. MARDERSTEIG. Badania czynnościowe nerek przy dożylny pyelografji za pomocą uroselektanu.	724	E. KLEINE i E. HAMMERSCHMIDT. Zachowanie się szybkości opadania krwinek w rzeżączce.	926
V. BLUM. Fala kamicy nerkowej i jej przypuszczalne przyczyny	725	W. BAUER. O zmianach w zawiązkach zębowych i kościach szczękowych w kile wrodzonej.	926
		B. DATTNER. Wyniki badania płynu mózgodzeniowego.	996
		J. TULOP. O leczeniu złotem w odniesieniu do chorób skóry ze szczególnem uwzględnieniem kiły.	997
		25. Choroby kości i stawów.	
		A. DIETRICH. Znaczenie zatorów tłuszczowych.	83

	Str.		Str.
KORTZEHORN. Pomyślne osteotomie w arthropathia tabidorum i ostitis deformans (Paget).	84	KOLLE Kurt. Die primäre Verrücktheit.	306
Rheumaprobleme. Tom. II. Lipsk. Thieme, 1931.	396	Ph. PAIGNEZ. Nowe badania nad padaczką.	306
GANTENBERG. Związek pomiędzy przewlekłym gośćcem stawowym a zaburzeniami w wydzielaniu gruczołów dokrewnych i konstytucją.	397	P. TEISSIER i A. CHAVANY. O leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.	307
W. G. SZYPACZOW. Choroba Kaszyn - Becka.	566	HOFFSTAEDT. W sprawie obrazu krwi w zaburzeniach czynnościowych.	307
O. FRISCH. Jakże leczenie należy zalecać w typowym złamaniu kości promieniowej?	566	Prof. M. A. ZACHARCZENKO (Taszkent). Kurs chorób nerwowych (w jęz. ros.).	372
F. COSTE, J. LAPERERE. Schorzenia przewlekłe stawów. Próba nowego podziału.	661	BODE. Rozpoznanie różniczkowe zapalenia gruczołowego opon mózgowych.	373
G. LASCH. Badania biochemiczne w ostitis deformans Paget.	662	LICHTENSTEIN. W sprawie niezłośliwego, aseptycznego zapalenia opon mózgowych.	373
Pamiętnik I-go polskiego Zjazdu w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu w zdrojowisku Inowrocław d. 6 i 7 września 1930 r.	725	Ola BERNER. W sprawie małych lecz śmiertelnych wylewów krwawych pourazowych do mózgu, t. zw. „uszkodzeń Dureta”.	446
A. J. WEIL. W sprawie zarazka ostrego gościa stawowego.	726	J. WILDER. Z farmakoterapii i farmakodjagnostyki zachorzeń wegetatywno-nerwowych.	447
F. J. LANG. Osteoarthritis deformans.	881	J. WIDER. Nowe badania angielskie w sprawie stwardnienia wieloogniskowego (sclerosis multiplex).	447
L. PETSCHACHER. Rozstrząsanie kliniczne nad teorią czynnościową arthritis deformans.	881	E. REDLICH. Rokowanie w padaczce.	448
E. JUST. W sprawie doustnego stosowania sol-gamalu w przewlekłym gośćcu stawowym.	997	J. AMMERSCHLÄGER. Wykazanie gruczołowego zapalenia opon mózgowych zapomocą próby glicylotryptofanowej w płynie mózgowo-rdzeniowym.	448
D. EISENKLAN. O guzach podpaznokciowych.	997	Płk. Dr. Jan NELKEN. Kokainizm i homoseks.	493
L. v. PAP. O postaci wewnątrzwydzielniczej artralgi.	997	J. AISENSCITAT. Influenza dell'educazione sugli animali originarli.	493
ISRAELSKI. W sprawie doustnego stosowania sol-gamalu w przewlekłym gośćcu stawowym.	997	GUILLAIN, SCHMITE et BERTRAND. Glejakowatość całego rdzenia	494
K. WEISS. O istocie niezakaźnych martwic kości.	997	ECCLES i SHERRINGTON. Badania nad odruchem zginania.	494
J. FORESTIER. Zapalenia wielostawowe i sole złota.	997	Stefan BAILEY, prof. Uniw. Warsz. Psychologia wieku dojrzewania.	543
Dr. Henryk KLUSZYŃSKI. Reumatyzm (gościec) w świetle najnowszych badań.	1144	K. ORZECZOWSKI. Rozpoznawanie i leczenie rwy kulszowej.	544
K. SCHARSICH. O kościach marmurkowych.	1145	A. SAXL. Rwa kulszowa a stopa płaska.	
H. TAMMAM. O ujemnym wpływie witasteryny na gojenie się złamań.	1145	S. GUILLAIN i Th. ALAJONANINE. Etudes neurologiques. Quatrième série.	612
26. Choroby nerwowe i psychiczne.			
K. CHEVASSUT. O etiologii stwardnienia rozsianego.	65	J. A. BRODSKI. W sprawie roli gruczołów przytarczycznych w patogenezie padaczki samoistnej.	612
J. PURVES - STEVART. O leczeniu stwardnienia rozsianego szczepionką własną.	65	HOLTZ. Zapalenie opon mózgowych w parotitis epidemica.	612
R. SCHAEFFER. W sprawie encephalomyelitis disseminata.	66	St. MOLNAR i St. WEBER. O zaburzeniach w regulacji cieplnej w schorzeniach międzymózgowia.	612
WALINSKI Fr. Zachowanie się rezerwy alkalicznej we krwi neurasteników i chorych z organicznymi zaburzeniami układu nerwowego.	66	Dr. W. ALEXANDER i Dr. K. KRÖNER. Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten.	662
Dr. W. CIMBAL. Die Neurosen des Lebenskampfes.	112	F. MAUZ. Die Prognostik der endogenen Psychosen.	662
Dr. Ernst WITTERMANN. Frühsymptome geistiger Erkrankungen.	113	KNAUER und JENSCH. Wykazanie jednolitej etiologii w różnych postaciach encephalitis, towarzyszących chorobom zakaźnym wieku dziecięcego.	663
H. DENNIG, K. FISCHER i K. BERINGER. Psyche i roślinny układ nerwowy.	113	DOUGLAS Mc. ALPINE. Ostre, rozsiane zapalenie mózgowia i rdzenia, jego pozostałości i stosunek do rozsianego stwardnienia wieloogniskowego.	726
H. STEININGER. W sprawie etiologii i symptomatologii tętniaków naczyń mózgowych.	114	BATAND E. HINSIE. Radjotermiczne leczenie paraliżu postępującego.	727
W. WINKLER. Przypadek jamistości rdzenia z jednostronnym odcinkowym wyłysieniem.	114	OLWEN and TYLER. O zawartości mocznika w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu status epilepticus.	727
Arthur KRONFELD. Perspektiven der Seelenheilkunde.	131	I. DANIELOPOLU, V. SAVESIN i V. STEOPOE. Zatokowa szczyjna (Sino-karotyczna) neurektomia w padaczce.	727
F. H. LEVY. Functionelle Nervendiagnostik.	132	P. MALLARET i P. LEPINE. Bakteriologia stwardnienia rozsianego.	773
F. BOENHEIM. Z djagnostyki choroby Laurence-Biedla.	132	E. LÖWENSTEIN. O obecności prątków Kocha we krwi w przebiegu chorób układu nerwowego.	773
KESTERMAN. Ogniskowe objawy mózgowo-cukrzyczej.	133	Alfred ARNSTEIN. O patogenezie i znaczeniu klinicznym porażeniu nerwu wstecznego.	774
M. SEROG. Nervenärztliche Gutachtertätigkeit.	185	G. GUILLAIN i P. MOLLARET. Zespół Klippel-Feila.	836
J. A. B. HICKS, F. D. M. HOCKING i J. PARVESTEVART. Stwardnienie rozsiane. (Zmiany patologiczne i biochemiczne, wywołane przez drobnoustroje, wychodowane z płynu mózgowo-rdzeniowego).	185	A. TOURNAY. Objawy czuciowe, wpływające z uszkodzenia nerwu współczulnego.	836
A. C. RANSOME i HUGH SMITH. Spostrzeżenia dotyczące stwardnienia rozsianego.	185	I. POPPER. Ostro ograniczony obrzęk mózgu w bezobjawowym przebiegającym guzie mózgu.	836
ÉCKSTEIN H., HERZBERG - KREMER, K. HERZBERG. Badania kliniczne i doświadczalne zapalenia mózgu poszczepiennego.	185	G. STIEFLER. Rozległy glejak prawego mostu z krótkotrwałymi objawami końcowymi.	836
Dr. jur. et med. MICHEL RUDOLF. Lehrbuch der Forensischen Psychiatrie für Aerzte, Juristen und höhere Beamte des Sicherheitsdienstes.	227	L. VASS. O rzadkim przypadku nawrotowego pęłpaśca u 8-io miesięcznego oseska.	836
Prof. E. BLEULER. Lehrbuch der Psychiatrie.	227	G. HOLLER. Trzeci przypadek huśtania się ściany klatki piersiowej niesercowego pochodzenia.	836
Leitfaden der psychischen Hygiene.	228		
ARRIS LINDAU. Studja nad torbielą mózdkową.	228		
ARRIS LINDAU. O różnych postaciach torbieli mózdkowych i ich leczeniem operacyjnym.	228		
Dr. M. BORNSTAJN. Psychoanaliza.	305		

Leonard SEIF. Z zagadnień psycho- i somatoterapii nerwic.	Str. 926	Prof. K. NOISZEWSKI. Choroby oczne, z którymi najczęściej spotyka się lekarz-praktyk.	Str. 418
Kurt WEINMANN. W sprawie psychogenezy i psychoterapii zaburzeń gruczołów dokrewnych.	926	F. UNGERER. Stosowanie adrenaliny w jaskrze.	418
R. MARKUSZEWICZ. Rola popędu samozachowawczego w walce z alkoholizmem.	926	A. PURTSCHER. O wczesnych objawach nowotworów złośliwych naczyńiówki.	419
A. v. SARBO. O leczeniu szczepionkami stwardnienia wieloogniskowego.	927	B. KAYSER. Przypadek nabytego nagromadzenia barwnika w rogówce Axenfeld - Krugenbergera oraz nabytej obwódki dokoła rogówki w megalocornea.	419
M. WEINSTEIN. W sprawie etiologii stwardnienia wieloogniskowe.	927	J. HAMANN. Przyczynek do rozpoznania i leczenia guzów przysadki.	513
J. WILDER. O szczepionkowej metodzie angielskiej leczenia stwardnienia wieloogniskowego (Purves-Stewart).	927	GUTZEIT. Rodzinne guzkowate zmętnienie rogówki.	513
J. WILDER. Przyczynki do djagnostyki płynu mózgowordzeniowego.	927	UMINISSA CHANUM MUSSA - BELLI. Przypadek porażenia nerwu odwodzącego po grypie.	514
Prof. F. KEHRER. Die Allgemeinerscheinungen der Hirngeschwülste.	949	Y. KOYNAGI (Japonja). Przypadek pierwotnego owrzodzenia rogówki na tle gruźliczem.	514
D. KULENKAMPF. Neuralgia trigemini. Przyczynek do sprawy czucia bólowego.	950	HANDMANN. Dziedziczne, przypuszczalnie wrodzone ośrodkowe zwyrodnienie głąkawkowe nerwu wzrokowego przy szczególnym współdziałaniu naczyń środkowych.	514
GOEBEL. Za i przeciw stosowaniu nirwanolu w leczeniu płasawicy.	950	St. TONEREFF. Leczenie nieżyty wiosennego kwasem mlekowym.	514
LOEWENSTEIN. Leczenie następstw nagminnego zapalenia mózgu za pomocą dużych dawek atropiny.	951	M. J. NORDMANN. O patogenezie zaniku nerwu wzrokowego w czaszce wieżowej.	591
P. EMILE-WEIL i G. SEE. Zespoły neuroanemiczne i opoterapia wątrobowa.	951	HELLMUTH MEYER. Luminal, środek ułatwiający operacje oczne w wieku dziecięcym.	592
M. BUSSEL. Zasady szczepienia ochronnego przeciw ospie.	1023	W. P. FILATOW. Keratitis Meibomiana.	592
A. ŁĄCKA. Tak zw. poszczepienne zapalenie mózgu.	1023	R. RUBBRECHT. O zasklepieniu otworów siatkówki.	663
B. DESPLAS. Sympatektomia okołotętnicza za pomocą metody chemicznej.	1023	R. CORDS. Występowanie opadnięć siatkówki po urazie.	664
H. BÖRGER, PRINZ i M. GRINTHER. Przyczynek do kliniki guzów wewnątrzkomorowych mózgowia.	1023	H. ROGER, OPIN i SEDAN. Ostre zapalenie nerwu wzrokowego i substancji rdzennej, poprzedzone lekkimi zaburzeniami rdzeniowemi.	686
MOSEK. Znaczenie rozpoznawcze myelografii.	1070	Van LINT. Przyżeganie twardówkowo-siatkówkowe w odklejeniu siatkówki.	687
WAGNER-JAUREGG. O swoistem i nieswoistem leczeniu porażenia postępującego zimnicą.	1070	ROCHE. O zaraźliwości jaglicy.	687
J. WILDER. Terapia stwardnienia wieloogniskowego szczepionką angielską (Purves-Stewart).	1070	LIEBERMAN. O wskazaniach do oczodołowego znieczulenia i uwagach o nowym środku znieczulającym.	774
O. KAUDERS. Psychjatryczne i neurologiczne następstwa tegorocznej epidemii grypy.	1070	Rudolf GYGER. Stosunek rdzeniowych włókien siatkówki do choroby Recklinghausena.	774
FÖRSTER. Wartość metod badania bioptycznych.	1071	Alfred KESTENBAUM. O rozwoju ruchów ocznych i oczopląsu wzrokorochowego.	774
Casimir FRANK. Il processo fino della coscienza.	1120	S. W. KRAWKOW. O zmianie ostrości wzroku za pośrednictwem ośrodków.	774
K. WALTHARD. O osobliwych zachorzeniach mózgu u dzieci.	1120	G. SOURDILLE. O przebiegu klinicznym odwarstwienia siatkówki. Wskazania terapeutyczne.	855
H. FLOURNOY. Charakter naukowy psychoanalizy.	1121	BEAUVIEUX. Połowicze widzenia przejściowe wskutek skurczu naczyń.	856
M. DECHAUME i A. TARDIEU. Odosobniony zanik zwacza lewego — jedyna pozostałość po zapaleniu rogów przednich rdzenia.	1121	ABADIE i LAUBIE. Zez rozbieżny wywołany bezwładem nerwu okoruchowego w parkinsoniźmie po zapaleniu mózgu.	856
BRUNSCHWEILER. Prawdopodobny stosunek pewnych dyskinezyj.	1121	THOMAS, SCHAEFFER i WEIL. Bezwład towarzyszący spojzeniu w parkinsoniźmie.	856
BALDUZZI. Przyczynek do badań nad odruchami tonicznymi postawy	1121	PESME, BOISSERIE-LACHON i PHILIP. Porażenie jądrowe zewnętrzne obustronne nerwu okoruchowego po odrze.	857
Walter H. WYSS. Körperlich-seelische Zusammenhänge in Gesundheit und Krankheit.	1219	J. BÖCK. Przypadek periarteriitis nodosa ze zmianami histologicznie wykazanymi w mięśniach i naczyniach rzęskowych oka.	951
C. MARBURG i M. SGALITZER. Die Roentgenbehandlung der Nervenkrankheiten.	1219	HORNKER. Retinitis centralis angioneurotica.	952
LEVADITI, LEPINE i SCHOEN. Mechanizm patognetyczny tworzenia się luk w układzie nerwowym.	1219	BARCZYŃSKI. Przypadek ophtalmomyiasis interna anterior.	952
		Nikolaus BLATT. Upust krwi w jaskrze.	952
		SCHMELZER H. Przyczynek do rodzinnego odklejenia siatkówki.	952
		LUCIEN RAGAIN. Leczenie jaglicy prądem elektrycznym o wysokiej częstotliwości.	953
		ISA JOHN. O praktycznym zastosowaniu w okulistyce nerwocidyny jako środka uspakajającego bóle, przeciwzapalnego i obniżającego napięcie gałki ocznej.	953
		Arnold LOWENSTEIN. Przyczynek do leczenia zarkzepu żył siatkówki.	1047
		J. BISTIS. Przyczynek do powikłań ocznych w zimnicy.	1047
		DUVERGER i VELTER. O leczeniu chirurgicznym jaskry przewlekłej.	1096

26a. Balneologia i klimatologia.

Pamiętnik polskiego Towarzystwa balneologicznego. Rok 1930. Tom. IX.	346
J. DETTINGER i M. RABINOWICZ. O reakcji skórnej i ogólnym działaniu siarkowodorów kąpieli Macesty. (Kaukaz).	684
Prof. Dr. A. LOEVY. Ueber Klimatophysiologie.	1018

27. Choroby oczu.

ZACHERT. Statystyka jaglicy w Polsce.	84
H. MAUKSCH. Propozycja nowej operacji przeciwjaskrowej.	84
SOMMER i SEGALLER. Przyczynek do nauki o oczopląsie rodzinnym.	84
A. GABRIELIDES. Optotyp Galenowski.	85

A. VELHAGEN jun. Zespół Basedowa w nagminnym zapaleniu mózgu.	1096	WEIMAN. O rozpryskach tkanek z otworów wlotowych i ich znaczeniu kryminalistycznym.	998
C. JOFE. Anomalje dróg żłowych.	1121	FELLER. Uszkodzenie krtni przy przywracaniu do życia noworodków, urodzonych w stanie zamartwiczonym.	999
28. Radjologia.			
KIRSCMANN Kurt. Das Röntgenverfahren.	201	JAKOWLEWA. Śmierć sześciolatniej dziewczynki z powodu poparzenia pokrzywą.	999
Dr. E. RUCKENSTEINER. Die normale Entwicklung des Knochensystems im Röntgenbild.	201	SCHWARZACHER. Usiłowanie zabójstwa przez podanie kwasu pruskiego z następczym pozbawieniem życia przez powieszenie.	1096
Priv.-Doz. Dr. F. EISLER i Dr. G. KOPSTEIN. Röntgendiagnostik der Gallenblase.	536	WEYRICH. Zadałwienie dorosłego mężczyzny, połączone z uszkodzeniem podniebienia i gardzieli.	1096
Priv.-Doz. Dr. J. PALUGYAY. Einführung in die Röntgentherapie chirurgischer Erkrankungen.	536	ROMANESE. Błędne oceny wlotowego otworu kuli.	1097
FORSZMANN. Uwidocznienie kontrastowe prawej połowy serca i t. płucnej.	537	NEURENTER. Otrucie czy nagły zgon z przyczyny naturalnej?	1097
J. ROBINSON. Obserwacja objawu Jakobson-Holzknechta na przełyku.	537	30. Historia i Filozofja Medycyny.	
RUBINROT St. Zarys rentgenologii.	589	Prof. H. E. SIGERIST. Grosse Aerzte.	1115
BAB. W sprawie zapobiegania tworzenia się koloidu przez naświetlanie świeżych ran pooperacyjnych.	589	Aleksander MACIESZA. Leon Rutkowski jako badacz naukowy.	1190
KÖHLER Alban. Grenzen des Normalen und Anfaenge des Pathologischen im Röntgenbilde.	804	c) Wskazówki praktyczne	
Prof. dr. Eugen JOSEPH i dr. S. PERLMAN. Die Harnorgane im Röntgenbild.	881	17 — 40 — 66 — 85 — 114 — 133 — 160 — 186	
A. ZUPPINGER. Maligne Pharynx und Larynx-tumoren.	881	204 — 230 — 253 — 276 — 307 — 325 — 349 — 373	
BANKE. Rozpoznanie guzów śledziony za pomocą nowego środka kontrastowego podług Radta.	881	397 — 420 — 448 — 470 — 494 — 515 — 544 — 567	
TESCHENDORF. W sprawie całkowitego naświetlania prom. Roentgena.	882	592 — 613 — 636 — 664 — 687 — 727 — 751 — 775	
Dr. Max COHN i Dr. Walter BARTH. Podręcznik rentgenostereoskopji.	1045	804 — 836 — 857 — 882 — 905 — 928 — 953 — 976	
Dr. Max COHN. Atlas rentgenostereoskopji. I serja z 20-oma zdjęciami stereoskopowymi i przyrządem do oglądania.	1045	1000 — 1023 — 1047 — 1071 — 1097 — 1121 — 1145	
LYSHOLM Erik. Przyrząd do badania radjologicznego czaszki i technika tego badania.	1045	1170 — 1193 — 1219.	
R. KIENBOCK. Jakie błędne dżagnozy najczęściej się stawia z rentgenogramów kręgosłupa?	1045	III. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich	
WINTZ. Wyniki leczenia Roentgenem raka sutka.	1045	<i>Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.</i>	
Dr. H. U. ALBRECHT. Die Röntgendiagnostik des Verdauungskanales. Einschliesslich der Leber und der Gallenwege.	1190	Posiedzenie z dnia 21.10.30	17
Dr. Rudolf BECKER i Dr. Albert OPPENHEIMER. Normale und Pathologische Funktionen der Verdauungsorgane im Röntgenbild.	1190	" " " 28.10.30	67
29. Medycyna Sądowa.			
MACHT. Zawodowe zatrucie kwasem arsenowym	229	" " " 11.11.30	85
LIEBERMEISTER. Masowe zatrucie arsenikiem.	229	" " " 18.11.30	150
BAADER. Zatrucie arsenikiem przy zwalczaniu z latawca szkodników na polu.	229	" " " 25.11.30	186
DÖRLE i ZIEGLER. Zatrucie arsenem przy stosowaniu środków, używanych do niszczenia pasorzytów.	229	" " " 9.12.30	204
OPPENHEIM. Zatrucie arsenikiem, spowodowane farbą ze ściany.	230	" " " 16.12.30	231
HOLZKNECHT. Zawodowe zatrucie arsenowodorem.	230	" " " 20. 1.31	308
STRAUB. Śmiertelne zatrucie fosforowodorem.	230	" " " 27. 1.31	350
JAKOBI. Samobójcze zatrucie zielenią schweinfurtską.	231	" " " 10. 2.31	421
ALAWDIN. Zdolność do czynów śmiertelnie raniomych.	420	" " " 17. 2.31	515
ROZANOW. Szydełko do pończoch w sercu.	420	" " " 24. 2.31	545
ZISKIND. Zniekształcenie czaszki, jako pomocnicza cecha, ułatwiająca odróżnienie samobójstwa od zabójstwa.	420	" " " 3. 3.31	567
ROZANOW. Pęknięcie tętniaka tętnicy wieńcowej u 3-tygodniowego dziecka.	420	" " " 10. 3.31	613
SCHWARTZ. Zmiany w mózgu noworodków.	566	" " " 17. 3.31	636
ARCHANGIEŁOW. Określenie płci na podstawie badania chemicznego włosów i paznokci.	567	" " " 21. 3.31	636
TATIEW. Zejście śmiertelne wskutek wdmuchiwania tleny.	567	" " " 24. 3.31	636
LAURENT. Poronienie dokonane za pomocą hiponyz.	567	" " " 14. 4.31	686
P. FRAENKEL. Anatomja patologiczna poronień kryminalnych.	997	" " " 21. 4.31	728
		" " " 28. 4.31	730
		" " " 5. 5.31	751
		" " " 12. 5.31	775
		" " " 19. 5.31	775
		" " " 27. 5.31	805
		" " " 2. 6.31	837
		" " " 9. 6.31	882, 905
		" " " 23. 6.31	976
		Uzupełnienie do protokołu posiedzenia z d. 23.6.31	1048
		Posiedzenie z dnia 29. 9.31	1048
		<i>Polskie Towarzystwo Madycyn Spółej</i>	
		Sprawozdanie za rok 1930.	374
		Sprawozdanie Sekcji Klinicznej Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w r. 1930.	375

	Str.
Posiedzenie z dnia 5. 9.30	375
" " " 11.12.30	375
" " " 12. 2.31	376
" " " 12. 3.31	376
" " " 17. 9.31	1024
" " " 15.10.31	1071
" " " 12.11.31	1121

*Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej
(Seksja kliniczna).*

Posiedzenie z dnia 25.10.30	276
" " " 8.11.30	276
" " " 10.10.31	1050
" " " 24.10.31	1097

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

Posiedzenie z dnia 27. 5.30	18
" " " 2.12.30	395
" " " 18.11.30	449
" " " 16.12.30	518
" " " 13. 1.31	592
" " " 18. 2.31	665
" " " 16. 3.31	978
" " " 14. 4.31	979
" " " 28. 4.31	1000
" " " 12. 5.31	1024
" " " 26. 5.31	1072

*Towarzystwo Patologów Polskich
(Seksja Poznańska).*

Posiedzenie z dnia 21.11.30	40
" " " 23. 1.31	326

*Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa
Radjologicznego.*

Posiedzenie z dnia 27. 6.30	114
" " " 24.10.30	449
" " " 27.11.31	546
" " " 11.12.30	547
" " " 17. 1.31	665
" " " 20. 2.31	752
" " " 26. 4.31	806
" " " 27. 5.31	808
" " " 19. 6.31	1122

Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dnia 17.10.30	20
" " " 20.11.30	89
" " " 22. 1.31	253
" " " 19. 2.31	399
" " " 26. 3.31	548
" " " 16. 4.31	639
" " " 21. 5.31	1099
" " " 17. 9.31	1099

Towarzystwo Lekarskie Piotrkowskie.

Posiedzenie z dnia 10. 1.30	161
" " " 29. 1.30	161
" " " 28. 2.30	162
" " " 29. 3.30	162
" " " 30. 4.30	162
" " " 30. 5. 30	163

Związek Przeciwweneryczny

Posiedzenie z dnia 7.11.30	80
" " " 19.12.30	231
" " " 30. 1.31	399
" " " 12. 3.31	549
" " " 8. 5.31	666
" " " 19. 6.31	983
" " " 25. 9.31	1100

Polskie Towarzystwo Zwalczenia Gości.

	Str.
Posiedzenie z dnia 12.12.30	116
" " " 27. 2.31	376
" Zarządu	857
" z dnia 8.10.31	1220

Wydział Lekarski Polskiej Akademii Umiejętności.

Posiedzenie z dnia 10.11.30	161
" " " 16. 2.31	397
" " " 20. 3.31	470

*Towarzystwo Okulistów Polskich
Oddział Warszawski.*

Sprawozdanie za rok 1930.	1145
Posiedzenie z dnia 22. 1.30	1145
" " " 19. 2.30	1146
" " " 19. 3.30	1147
" " " 21. 5.30	1170
" " " 22.10.30	1171
" " " 29.10.30	1194
" " " 19.11.30	1194
" " " 17.12.30	1194

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z dnia 29. 1.31	494
" " " 26. 2.31	495
" " " 16. 3.31	594
" " " 30. 4.31	732

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

21 — 42 — 68 — 90 — 117 — 137 — 163 — 187 — 207	
231 — 255 — 278 — 308 — 327 — 351 — 376 — 400	
423 — 450 — 472 — 496 — 519 — 549 — 569 — 594	
615 — 640 — 666 — 691 — 733 — 754 — 776 — 808	
838 — 858 — 883 — 906 — 928 — 954 — 981 — 1001	
1026 — 1051 — 1074 — 1100 — 1122 — 1147 — 1195	
1220.	

IV. Zjazdy.

Sprawozdanie delegata departamentu Służby Zdrowia (Ministerstwa Spraw Wewnętrznych) z Walnego Zebrania Delegatów Międzynarodowego Związku Przeciwwenerycznego (Union Internationale contre le péril vénérien) odbytego w Kopenhadze w dniu 3 sierpnia 1930 roku.	42
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wołyńskiego w Dubnie dnia 10 — 11.X.1930 r.	91
Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Tarnopolskiego w Czortkowie w dn. 24 — 25.X.1930 r.	91
X Zjazd Towarzystwa dla badania chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji.	138
VII-y międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslo	278, 327, 351, 376, 400
Sprawozdanie z posiedzenia Zjazdu inspektorów farmaceutycznych w dniach 13 i 14 marca 1931 r.	450
Z VII-go francuskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Bordeaux 1931 r.	496, 519
Zjazd rzeczoznawców w sprawie szczepień przeciwbłoniczych. Londyn 17 — 20 czerwca 1931 r.	691
II Międzynarodowy Zjazd Techniki Sanitarnej i Higieny miast w Medjolanie.	776
Wrażenia z XXVI Kongresu Stowarzyszenia Anatomów (Association des Anatomistes) i II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Anatomiczno-Zoologicznego w Warszawie.	884
Sprawozdanie z V Międzynarodowego Zjazdu Fizjoterapii w Leodjum (Liège).	928
Zjazd lekarzy Esperantystów w Krakowie.	1026
Wrażenia z IV-go Zjazdu Towarzystwa Okulistów Polskich w Krakowie.	1051
Zjazd Lekarski w Karlsbadzie. (Wrzesień 1931 r.).	1074

V. Krytyka lekarska

Stefan KRAMSZTYK. Medycyna a polityka. (Z powodu jednego ogłoszenia).	92
L. ZAMENHOF. Czemu znachorstwo pomimo postępu medycyny zyskuje sobie coraz więcej zwolenników i droga walki z niem.	451, 473, 498
Maurycy BORNSZTAJN. Gustaw Bychowski. Słowacki i jego dusza. Studium psychoanalityczne.	667
Marta ERLICHÓWNA. Kilka uwag o sprawozdaniach ze Zjazdów Lekarskich.	733
Stanisław JUSTMAN. Kilka słów o słownictwie neurologicznem.	954

VI. Korespondencja

Z. BYCHOWSKI. List otwarty.	21
Benedykt GLASS. Szpital przeciwgruźliczy i przychodnia przeciwgruźlicza w Heidelberg - Rohrbach.	424
F. KARNIEWSKI. List otwarty.	497
Redakcja. Odpowiedź na list otwarty.	497
H. S. JURMAND. List otwarty.	858
J. SZMURŁO. List otwarty.	1001
Z. SREBRNY. Odpowiedź recenzenta.	1003
R. HERTZ. List otwarty.	1028
Mieczysław FEJGIN. Odpowiedź na list otwarty.	1028
A. WERTHEIM. List otwarty.	1076
L. KORCZYŃSKI. List otwarty.	1101
J. PENSON. Odpowiedź na list otwarty.	1101

VII. Przegląd terapeutyczny

Ludwik KRZEWIŃSKI. Cutivaccin. Przeciwoścowa szczepionka D-ra Paula.	280
L. BUZANSKI. Djeta jabłkowa przeciw biegunkom.	279
J. TENCER. O stosowaniu perkainy w oto-rhino-laryngologii.	1027

VIII. Medycyna społeczna

Aleksander SIMON. O werandowaniu w mieście.	21
Władysław SZENAJCH. O pogardzie dla pieniądza.	44
St. WALDORF - KUBICZEK. Zapotrzebowanie wody na cele użytkowe.	69
Z. SREBRNY. Ze Szpitalnictwa Amerykańskiego.	92
Stanisława ADAMOWICZOWA. Uwagi w sprawie statystyki umieralności matek.	117, 140
Benedykt GLASS. Z zagadnień szpitalnictwa przeciwgruźliczego. Parę słów o osiedlach i warsztatach dla gruźlików.	164
M. ZACHERT. O działalności przychodni przeciwgruźliczych.	187
T. SPORZYŃSKI. Kwestja zmienności BCG a szczepienia ochronne metodą Calmettea.	210
Antoni TUCHENDLER. Akcja międzynarodowa przeciw reumatyzmowi.	211
H. PALESTER. Przebieg chorób zakaźnych w roku 1930.	233, 250, 285
Benedykt GLASS. Z zagadnień szpitalnictwa przeciwgruźliczego. Smutne zjawisko.	309
Z. SZYMANOWSKI. W sprawie opłatności świadczeń w Kasach Chorych.	334
Benedykt GLASS. Z zagadnień szpitalnictwa przeciwgruźliczego. Jakże zakłady dla gruźlików należy budować.	357
C. SZABAD. Przyczynę do zagadnienia umieralności na raka i gruźlicę.	380, 402, 425
Sz. STARKIEWICZ. Przyczynę do głosu dr. Benedykta Glassa. „Z zagadnień szpitalnictwa przeciwgruźliczego”.	382
I. ITELSON. Cukrzyca wśród mas pracujących.	453, 474
M. KACPRZAK. Z zagadnień węgierskiej służby zdrowia.	500, 520
Ł. WERNIC. Organizacja poradni przedślubnych i małżeńskich.	550, 572

Z. SREBRNY. British Medical Association w sprawie angielskiej służby lekarskiej.	596
Stanisław TUBIASZ. Ośrodki zdrowia w Polsce.	618, 641
Stanisława ADAMOWICZOWA. Z zagadnień rozrodności w Europie.	668, 692
M. KACPRZAK. Opieka lekarska na wsi. (Z międzynarodowej konferencji higieny wsi).	734
L. SZYFMAN. Uwagi w sprawie djetetyki szpitalnej.	756
Rafał BECKER. Choroby psychiczne wśród Żydów w Polsce.	779, 809
Benedykt GLASS. Praca społeczna na sali gruźliczej. Wstępne badania nad stosowaniem środków tępieniamuch w oborniku.	838
M. KACPRZAK. W sprawie ośrodków zdrowia.	861, 885
M. KACPRZAK. Poprzez Niemcy. (Wrażenia higienisty).	906, 932
Stanisława ADAMOWICZOWA. Wyludniająca się wieś europejska.	955
Z. SZYMANOWSKI. Bezrobocie nauki polskiej.	982, 1003
Zygmunt KURLANDSKI. Szpitalnictwo w świetle obrad II Międzynarodowego Zjazdu Szpitalnictwa w Wiedniu.	1029
E. BIRZOWSKI. Uwagi o leczeniu K. Chorych.	1052, 1076
Henryk KLUSZYŃSKI. Niekaralność sztucznego poronienia w Rosji w okresie trzynastoletnim w świetle faktów i cyfr.	1101
Tadeusz SPORZYŃSKI. Z epidemiologii ospy.	1124, 1148
M. KACPRZAK. Międzynarodowe mianownictwo chorób i przyczyn zgonów.	1172, 1195
	1223

IX. Sprawy zawodowe

Okólnik Nr. 24. Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce do Kas Chorych i Okręgowych Związków Kas Chorych.	523
Władysław FRANKOWSKI. Okólnik Nr. 24. Sprawozdanie Związku Lekarzy Kas Chorych „Koła Kraków” za rok 1930/31.	646
Marta ERLICHÓWNA. Fizjologia i patologia noworodka w nauczaniu klinicznym.	754, 777
	859

X. Odcinek

Marja GRZYWO - DĄBROWSKA. Listy samobójców.	207, 232, 255, 282, 330, 354
Jerzy RUTKOWSKI. Rys rozwoju chirurgji.	569, 596, 615
M. MIYAJIMA. Wiedza medyczna w Japonji.	909
Maksymiljan UNGAR. Odkrycie zączynu oddychania — dzieło O. Warburga, laureata Nobla.	1220

XI. Życiorysy

Dr. Jakób SZWAJECER w roku 51-ym pracy lekarskiej. Nap. Julian Rotsztadt.	1
Ś. p. Prof. Dr. Bronisław SAWICKI. Nap. Jan Walc.	169
Ś. p. Karol RYCHLIŃSKI. Nap. Józef Luxemburg.	429
Kazimierz DŁUSKI jako człowiek i lekarz. Nap. Czesław Wroczyński.	818
Dr. Kazimierz DŁUSKI jako prezes Polskiej Konfederacji Pracowników Umysłowych. Nap. Henryk Rygier.	820
Profesor Schibasaburo KITASATO. Nap. Mikinosuke Miyajima.	862
Ś. p. Profesor Franciszek KRZYSZTAŁOWICZ. Nap. Adam Strazyński.	1033
Ś. p. Dr. Henryk TRENKNER. Nap. Edward Mittelstaedt.	1153

XII. Polemika

S. RUBINROT. List otwarty.	640
B. KRYŃSKI. Odpowiedź.	641
S. RUBINROT. O stosunku rentgenologa do klinicysty.	1222
E. HERMAN. Odpowiedź.	1223

XIII. Skrzynka zapytań

	Str.
W jaki sposób stwierdza się wściekliznę u psa podejrzanego i przez kogo wykonywa się ta czynność w Warszawie i na prowincji? W. KNAPPE w Warszawie.	599
Na podstawie jakiego materiału układa się u nas urzędową statystykę wścieklizny psów? W. KNAPPE. Warszawa.	599
Co to jest zarazek przesykalny gruźlicy (w sensie Calmettea)?	624
Jaka jest różnica między podagrą (Gicht) a skazą moczanową (Diathesis urica)?	624
Czy jest w literaturze praca o medycynie ludowej i czyja?	648
Jakie jest piśmiennictwo zagraniczne na ten temat?	648
Czy stosuje się i z jakim wynikiem preparaty bismutowe w leczeniu duru brzuszkiego?	736
Literatura o tym przedmiocie?	736
Jakie są wskazania i przeciwwskazania do zastosowania proteinoterapii w ostrym gościecu stawowym?	1175
Czy sprawa nieszczęśliwych szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmettea w Lubece została naukowo wyjaśniona?	1199

XIV. Wiadomości bieżące i kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich

Na końcu każdego numeru.

Spis autorów prac oryginalnych

ABERDAM - SELIGOWA G.	1112, 1140
ADAMOWICZOWA Stanisława	117, 140, 668, 692, 982, 1003
BAU - PRUSSAKOWA S.	767, 797, 848
BECKER Rafał	779, 809
BIRO Maksymilian	6, 789
BIRZOWSKI E.	1101
BLUMENTAL Ferdynand	457
BORNSZTAJN Maurycy	667
BUZAŃSKI L.	279
BYCHOWSKI Z.	703, 459, 21
CZARKOWSKA - GLADNEY Janina	179
DAWIDSON A.	1062, 1088
EDELMAN Samuel	580, 603
EISENFARB Jakób	691
ENDELMAN Leon	1057
ERLICHÓWNA Marta	733, 859
FAJGENBLATT Sz.	57
FEJGIN Mieczysław	913, 316, 555, 1028
FESTENSZTAT Adam	1086
FINGERHUT L.	601, 625, 649
FLATAU Edward	1131, 1157, 1179, 1203
FLIEDERBAUM Juljan	340
FRANKOWSKI Władysław	646
FRENKLOWA H.	761
GALEWSKI Alfred	741
GINSBURG Zygmunt	437
GIRSZOWICZ M.	940, 1164
GLASS Benedykt	965, 424, 164, 309, 357, 838
GLASS Jerzy	313, 337, 361
GLEICHGEWICHT P.	301, 318

	Str.
GOLDMAN A.	124
GRYNKRAUT B.	389
GRZYWO - DĄBROWSKA Marja	207, 232, 255, 282, 330, 354
HERMAN E.	1085, 1212, 1223
HERMANOWA Róża	1107, 1138
HERTZ R.	1028
HIGIER Henryk	1009, 1036
HIRSZBERG Stefan	247, 272, 992
HIRSZFELD Hanna	529, 553, 577
HIRSZFELD Ludwik	529, 553, 577, 711
ITELSON I.	453, 474
JAKÓBSON L.	151
JELENKIEWICZ Lucjan	121, 145
JURMAND H. S.	858
JUSTMAN Ludwik	483
JUSTMAN Stanisław	385, 737, 954
KACPRZAK Marcin	500, 520, 734, 906, 932, 955, 1223
KAMPIONI Barbara	709
KARNIEWSKI P.	497
KOBRYNER A.	651
KOKOTEK Juljan	27
KORCZYŃSKI L.	1101
KRAMSZTYK Stefan	172, 365, 367, 391, 92
KREMER G.	917
KRYŃSKI B.	738, 641
KRZEWIŃSKI Ludwik	280
KŁUSZYŃSKI Henryk	1124, 1148
KURLANDZKI Z.	440, 463, 1052, 1076
LANDAU Anastazy	1107, 1138
LANDAU Henryk J.	829
LANDSBERG M.	1164
LEJWA Artur	764
LEWIN G.	1129, 1155
LUXENBURG Józef	429
LUXENBURG St.	1040
MACKIEWICZ J.	1185
MANKOWSKI A.	507, 532
MARGOLISOWA A.	761
MINKOWSKI Mieczysław	75, 100
MITTELSTAEDT Edward	1153
MIYAJIMA M.	909, 862
MUSZKATENBLITT Jerzy	43, 73, 97
NEUMAN Alfred	415
PALESTER H.	233, 250, 285
PENSON Jakób	1012, 1038, 334, 941, 967, 1101
PINCZEWSKI J.	148, 176, 196, 220
PŁONSKIER M.	989, 78, 104, 125
PROS Edward	627
PRUSSAK Leon	937, 961
ROSENGARTENÓWNA O.	715
ROTSZTADT Juljan	1
RUBINROT S.	40, 1222
RUTKOWSKI Jerzy	149, 569, 596, 615
RYGIER Henryk	820
RYTEL Aleksander	870, 897, 919
SAIDMAN M.	578, 676
SIMON Aleksander	21
SKOKOWSKA - RUDOLFOWA M.	823
SPORZYŃSKI T.	210, 1172, 1195
SREBRNY Z.	265, 92, 595, 1003
STARKIEWICZ Sz.	382
STEIN Józef	485, 509, 535, 558, 583, 605
STERLING Władysław	295, 481, 244, 269
STRASZYŃSKI Adam	409, 433, 1033
STRAUSS H.	1105

XXII

	Str.		Str.
SZABAD C.	380, 402, 425	TURYN Feliks	198, 222
SZENAJCH Władysław	244, 269	TYPOGRAF Józef	193, 1177, 1201
SZMURŁO J.	1001	UNGAR Maksymiljan	1220
SZOUR Michał	2, 25, 217; 241, 785, 841, 865, 868	WAJS Edward	437
SZPIDBAUM Henryk	699, 629, 632, 679, 1164, 1188	WALC Jan	169
SZPILMAN Jakób Konrad	52	WALDORF - KUBICZEK St.	69
SZYFMAN Leon	27, 6, 124	WERNIC L.	550, 572
SZYMANOWSKI Z.	1015, 234	WERTHEIM A.	1076
ŚWIDER Zdzisław	826, 844, 1081	WOLFF M.	148, 176, 196, 220
J. T.	144	WROCZYŃSKI Czesław	818
TENCER J.	1027	ZACHERT M.	187
TENENBAUM Szymon	796	ZAMENHOF L.	451, 473, 498
TRACZUK E.	673	ZANDOWA N.	889, 985, 152
TUBIASZ Stanisław	618, 641	ZIENKIEWICZ Jan	505
TUCHENDLER Antoni	211	ZWAYER Adolf	785



WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VIII

WARSZAWA, 1 STYCZNIA 1931 R.

Nr. 1

Dr. JAKÓB SZWAJCER

Wytrwać przeszło pół wieku na stanowisku lekarskim w służbie publicznej, zachować urok indywidualny, pogodę ducha i pragnąć nadal w codziennej żmudnej pracy zawodowej brać udział żywy — zjawisko to niezwykle dziś w strudzonej gromadzie braci lekarskiej.

Jakób Szwajcer — lekarz — stawia mężnie opór starości, duchem ją zwycięża, krzepi zmysł rzeczywistości. Przez pół wieku, uzbrojony w rozległą żywą wiedzę lekarską i doświadczenie kliniczne, usiłuje w najdoskonalszy sposób łagodzić cierpienia, zwalczać śmierć, przedłużać życie, zapobiegać chorobom gromadnym. Wysiłek Jego fizyczny, moralny i umysłowy daje owocne skutki; w walce z niedolą choroby staje się wytrawnym, przewidującym, cenionym i szanowanym znawcą.

Dyplom lekarski otrzymuje w 1878/79 r. W r. 1880 jest już asystentem lekarza naczelnego Szpitala Starozakonnych w Warszawie (wówczas przy ul. Pokornej). W r. 1881 pracuje wśród zakaźnych i sam zapada ciężko na dur wysypkowy; w roku tym ogłasza 1-sze sprawozdanie naukowe o działalności szpitala i pierwszą pracę o epidemii gorączki powrotnej. W r. 1882 zostaje z konkursu ordynatorem. Od 1881—1887 pełni obowiązki ordynatora i zastępcy lekarza naczelnego szpitala przy Domu przytułku i pracy (obecnie Szpital Wolski). Od 1887 r. do 1897 r. pełni obo-



w roku 51-ym pracy lekarskiej

wiązki lekarza naczelnego Szpitala Zapasowego (później Ś-go Stanisława); w r. 1897-ym zostaje naczelnym lekarzem tego szpitala. Na tem stanowisku przekształca szpital, rozszerza, ulepsza (4 nowe pawilony, pawilon ospowy, kaplica, kamera dezynfekcyjna i t. p.); uzyskuje zmianę nazwy szpitala. Za działalność swą — niezwykle energiczną i owocną na tej placówce odpowiedzialnej — jest szczególnie wyróżniany przez ówczesną Radę Miejską Dobroczynności Publicznej.

W r. 1902 zostaje naczelnym lekarzem nowo-wzniesionego Szpitala Starozakonnych na Czystem (535 łóżek). W r. 1908 bierze — wraz z s. p. Siostrą Chrzanowską — udział czynny w organizacji nowego szpitala na Złotej.

Szpital na Czystem, na którego czele stał od 1902 r., rozszerza również w niezwykle wydatny sposób (do 1200 łóżek). Z czujnej inicjatywy Jego, poparcia, a szczególnie dzięki niezwyklej umiejętności pokonywania oporu władz zaborczych, powstaje w szpitalu nowy

pawilon (IX-ty) dla chorych nerwowych z oddziałem specjalnym fizjoterapeutycznym, pierwszym i jedynym wówczas w kraju. Niebawem zdobywa w walce długotrwałej, łącznie z kuratorem, komunikację tramwajową do szpitala. W najcięższym okresie powojennym energicznie i skutecznie współpracuje dla zdobycia środków na nadbudowę pię-

ter w pawilonie II, III, VII, VIII-ym i w domu administracyjnym, gdzie dziś mieści się wzorowa szkoła pielęgniarek z internatem dla 70—80 uczenic. Rozszerza przychodnię szpitala; staje się najczynniejszym opiekunem wznoszonego z wysiłkiem niepomiernym Instytutu Patologicznego, tak niezbędnego już dziś dla normalnej ewolucji naukowej lecznictwa w szpitalu.

Od najwcześniejszych lat pracy lekarskiej jest członkiem komitetów redakcyjnych czasopism zawodowych i społeczno-lekarskich.

W r. 1922 staje się — jednym z głównych — inicjatorem pierwszego w kraju periodycznego wydawnictwa szpitalnego — Kwartalnika Klinicznego.

W r. 1925 otrzymuje krzyż oficerski Polski Odrodzonej oraz godność członka honorowego wielu towarzystw lekarskich.

Na akademii pożegnalnej w szpitalu, w grudniu r. b., zostaje obrany dożywotnim członkiem ko-

mitetu redakcyjnego Kwartalnika Klinicznego szpitala i sekretarzem stałym naukowych posiedzeń szpitalnych.

W wielu ogłoszonych drukiem pracach i sprawozdaniach statystycznych dzieli się własnymi poglądami i doświadczeniem, przyczem zawsze na plan pierwszy wysuwa zagadnienia lecznicze praktyczne, społeczno-lekarskie i szpitalne.

Dziś, gdy po 28 latach pracy żmudnej — z własnej woli — usunął się z placówki naczelnego lekarza szpitala na Czystem, nie opuszcza rąk, nie porzuca zawodu, prowadzi pracę dnia powszedniego gdzieindziej, na skromnym stanowisku, w szeregu młodych lekarzy, aby nieść radę i pomoc niedoli w chorobie, nie zrywać na zawsze z pracą, którą umiował, z którą się zrosł.

Oby więc mógł — w nagrodę za swe dobre czyny — jaknajdłużej jeszcze kroczyć naprzód z młodymi!

Juljan Rotstadt (Warszawa).

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddz. chorób wewn. Szpitala na Czystem.
(Ordynator: G. Lewin).

O niektórych najnowszych metodach i sposobach leczenia dychawicy oskrzelowej.

Badania, spostrzeżenia kliniczne i uwagi.

Podał

Michał SZOUR (Warszawa).

Jeszcze niedostatecznie wypróbowano klinicznie szereg stosunkowo nowych metod podstawowego leczenia d. o. *) z metodą antyalergenową na czele, nie wprowadzono ostatecznych wniosków co do ich skuteczności, a już w ostatnich kilku latach wysunięto kilka nowych metod „radykalnego“, głównie przyczynowego leczenia tej choroby. Źródło tego zjawiska tkwi z jednej strony w pewnym rozczarowaniu w dotychczasowych metodach leczenia, po których obiecywano sobie w ciągu ostatnich 15—20 lat możliwość całkowitego wyleczenia każdego osobnika, dotkniętego d. o., z drugiej zaś strony w przekonaniu, udzielającym się coraz większej liczbie lekarzy, a wpojonem przeważnie przez amerykańską alergenową teorię pochodzenia i leczenia d. o., że cierpienie to jest uleczalne. Te względy tłumaczą nieustające dążenia badaczy d. o. do pogłębienia wiadomości o istocie tego cierpienia, co w następstwie prowadzi do prób zastosowania nowych sposobów leczniczych.

W roku 1926 Veil i Heilmeyer podali wyniki swych badań o wahaniach równowagi kwa-

sowo-zasadowej w d. o. Stwierdzili oni, że mocza dychawicznych **) w przerwach między napadami w miarę zbliżania się nowego napadu staje się coraz mniej kwaśna, a więc zmniejsza się w niej zawartość kwaśnych fosforanów w stosunku do dwufosforanów, zmniejsza się ilość amoniaku, związanego przez sole kwaśne, zwiększa się Ph moczu. Wobec tego, że mocza niejako odzwierciedla pod tym względem stosunki, panujące w ustroju, doszli oni do wniosku, że przed napadem d. o. równowaga kwasowo-zasadowa w organizmie doznaje zaburzeń ze strony nadmiaru zasad, i że „kierunek alkalotyczny“ wahań tej równowagi powoduje występowanie napadu d. o. Takież zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej wykryli nieco później Wiedmann i Paal w moczu 3-ich z 5-iu badanych przez nich astmatyków. Tiefensee potwierdził w r. 1930 wyniki tych badań i postanowił wyzyskać je w celach leczniczych.

Opracował on nową metodę leczenia d. o., „zakwaszającą“ ustrój; metoda ta polega na wprowadzeniu na początku leczenia 2-ich dni głodowych — trochę biszkoptów i selcerskiej wody, — a następnie w ciągu dłuższego czasu na stosowaniu diety zakwaszającej oraz kwaśnej soli — *calcii silicici* po 2 łyżeczki od herbaty w szklance wody 3—4 razy dziennie. Tiefensee ułożył szczegółowo na każdy dzień tygodnia urozmaicone menu, na które składa się przede wszystkim mięso, a pozatem ryż, soczewice, tłuszcze, jaja, zawierające kwasy owoce, leguminy cytrynowe, czekoladowe, piwo i t. p. (por. Tiefensee — „Klin. Woch.“, rok 1930, Nr. 36); co się tyczy kwaśnej soli, to początkowo stosował on *ammonium chloratum* po 9.0 gr. dziennie, wzgl. *ammonium phosphoricum* po 18.0 gr. dziennie, lecz przytoczone dawki tych soli wywoływały u pacjentów zaburzenia żołądkowo-jelitowe,

*) d. o. = dychawica oskrzelowa; a. o. = astma oskrzelowa; **); astmatyk, dychawiczny = osobnik, dotknięty dychawicą oskrzelową.

jak brak łaknienia, rozwolnienie i t. p., — *calcium silicicum* zaś ma być przez chorych dobrze znoszone. Leczenie to Tiefensee przeprowadził u 5-iu chorych kliniki uniwersyteckiej w Królewcu. W wyniku tego leczenia mocz astmatyków wykazywał znacznie większą kwasowość, co zaś ważniejsze, szybko wystąpiła znaczna poprawa stanu astmatycznego, i po krótkim czasie chorzy pozbyli się napadów. Wobec tego Tiefensee dochodzi do wniosku, że skuteczne zwalczanie przesunięcia równowagi kwasowo-zasadowej u dychawicznych w kierunku zasadowym wpływa nader pomyślnie na cały zespół chorobowy w d. o., przynosi niezwłoczną ulgę i możliwość szybkiego wyleczenia.

Jak należy się odnieść do tej sprawy? Przedewszystkiem, czy można uznać we wszystkich przypadkach d. o. opisany zasadowy kierunek zaburzeń kwasowo-zasadowych w ustroju, oraz czy istnieje bezpośrednia zależność między alkalozą ustroju a napadem d. o.? Wreszcie, czy istotnie metoda Tiefensee oznacza tak wielki postęp w lecznictwie d. o., jak to usiłuje przedstawić jej twórca?

Rozpatrzmy to zagadnienie na mocy dotychczasowych wiadomości naszych w tej dziedzinie, a następnie na podstawie przeprowadzonych przez nas wspólnie z kol. A. Zwayerem badań doświadczalnych zaburzeń przemiany kwasowo-zasadowej w d. o.

W napadzie d. o. uderza nas przede wszystkim duszność chorego; dawniej przypuszczano, że duszność ta jest li tylko wydechowa. E i n t h o w e n już dawno zwalczał ten pogląd i dowodził, że wydech w napadzie a. o. w stosunku do wdechu nie jest wydłużony. Stähelin i Schütze dowiedli tego za pomocą krzywych spirometrycznych, pozatem stwierdzili oni w czasie napadu wmożoną wentylację płuc. Wyniki te przez innych nie zostały w zupełności potwierdzone. Bądź co bądź, uważa się obecnie, że w napadzie d. o. mamy duszność zarówno wydechową, jak i wdechową. Pomimo tej duszności większość badaczy d. o. uznaje, że w czasie napadu astmatycy pobierają w płucach dostateczną, niekiedy zwiększoną ilość tlenu oraz wydychają dostateczną, niekiedy zwiększoną ilość CO₂, za czem przemawia również poniekąd częsty brak sinicy u takich chorych w napadzie, są oni przeważnie bladzi. Niezawsze jednak tak jest: nie tak rzadko widzi się chorych dychawicznych w napadzie z sinicą. Z tego wnioskować możemy, że wchłanianie tlenu do krwi z płuc oraz wydalanie przez płuca dwutlenku węgla w poszczególnych przypadkach dychawicy oskrzelowej i, dodać należy, w różnych okresach jednego przypadku jest niejednakowe. Od stopnia zaś nasycenia tkanek tlenem i jeszcze więcej od natężenia wydalania przez płuca dwutlenku węgla w znacznej mierze zależą wahania fizjologicznej równowagi kwasowo — zasadowej, których kierunek w różnych przypadkach i momentach wobec powyższego może być niejednakowy. Główną podstawę dla różnorodności rodzaju wymiany gazów w d. o. wykryły już oddawna sprostżenia kliniczne i rentgenologiczne Levy — D o h r n a, S o m m e r b r o d t a i S i e g e l a i innych, którzy zaobserwowali, że w napa-

dzie d. o. kurczy się niezawsze jednakowa liczba oskrzeli, co odczuwają nawet i sami chorzy: tylko w rzadkich przypadkach kurczą się wszystkie oskrzela, przeważnie zaś w czasie napadu w stanie skurczu znajduje się tylko część oskrzeli w obydwu płucach, niekiedy zajęte jest skurczem części lub wszystkich oskrzeli wyłącznie lub więcej prawe płuco, niekiedy lewe. Prócz tego na wymianę gazów w d. o. wzgl. na regulację równowagi kwasowo — zasadowej może wpływać częste powikłanie tej choroby — rozedma płuc. Siebeck i Reinhardt stwierdzili w rozedmie płuc zmniejszoną ich wentylację pomimo głębokich i częstych oddechów, gdyż efekt pożyteczny każdego oddechu jest niższy, niż w normie, wskutek zwiększonego resztkowego powietrza w płucach rozedmowych.

Chorzy ci cierpią następnie na upośledzenie krążenia w małym obiegu krwi i wykazują większe ciśnienie w pęcherzykach płucnych, co zmniejsza wymianę gazów w naczyniach płucnych.

Im dłużej trwa a. o. i wikłająca ją rozedma płuc, tem większe zmiany patologiczne zaznaczają się w sercu i w ogólnem krążeniu krwi. W sercu występują przerost i rozszerzenie prawej jego połowy, następnie i lewej, wreszcie zmiany łącznotkankowe w mięśniu sercowym; upośledzenie zaś krążenia, potęgujące się w znacznym stopniu równoległe do zmian sercowych, prowadzi do większego nasycenia tkanek kwaśnymi produktami przemiany materji, zwłaszcza kwasem mlekowym, co wobec grożącej kwasicy zmusza układ buforowy, spec. oddechowy do reakcji.

Ujmując więc rzecz na podstawie obserwacji klinicznych postaci d. o., po odpowiednich rozumowaniach teoretycznych, należy dojść do wniosku, że w każdym przypadku d. o. w różnych jej okresach działają różnorodne czynniki, które niewątpliwie wpływają na równowagę kwasowo — zasadową w organizmie, lecz w kierunkach dla każdego czynnika swoistych, niekiedy wzajemnie rozbieżnych; czy suma tych czynników nada wahanom fizjologicznej równowagi kwasowo — zasadowej w ustroju kierunek zasadowy albo kwasowy, przewiedzieć w poszczególnych przypadkach jest trudno.

Wobec tego tylko bezpośrednie badania elementów równowagi kwasowo — zasadowej w organizmie mogą w każdym przypadku dać określoną odpowiedź. Odnosne badania Parnasa potwierdzają słuszność wywodów teoretycznych w tej sprawie. Parnas mówi (O kwasicy. P. Arch. Med. Wew. T. V., zes. III, r. 1927): „w dychawicy brak jednolitego obrazu kwasicy gazowej: jeżeli skurcz oskrzeli obejmuje cały narząd, to mamy obraz, podobny do rozedmowego, t. j. kwasicę gazową i anoksemję, przyczem kwasica zaznacza się przez wydalanie moczu kwaśnego; jeżeli jedne oskrzela są w skurczu, inne czynne w nadmiernem oddychaniu, to występują obrazy różnorodne, od kwasicy gazowej z anoksemją do anoksemji z alkalozą gazową (sinica szara)“. Bardziej jednolite wyniki badań omawianej równowagi u astmatyków otrzymał Morawitz wraz z jego uczniem Kuhlmannem. Badali oni rezerwę alkaliczną w kilkunastu przypadkach d. o. i stwierdzili, że jest ona zazwyczaj zmniejszona; przyczyną tego

zmniejszenia zasobu zasad jest, według nich, nadmiar zawartości słabych organicznych kwasów, które skupiają się w tkankach wskutek niedostatecznego utlenienia („Kraus u. Brugsch“. *Lungenkrankheiten*. Morawitz. *Asthma*. 1924). Wreszcie do wręcz przeciwnych wyników doszli w ostatnich czasach, jak już wspomniano, Veil, Heilmeyer, Wiedmann i Paal, Tiefensee, którzy podkreślają, że znamienne dla dychawicy o. jest kierunek zasadowy przemiany zasado-kwasowej w ustroju. Widzimy więc, że sprawa ta nie jest dotychczas dokładnie wyjaśniona; dodać należy, że dopiero w ostatnich latach wogóle się nią zainteresowano.

Zarówno Morawitz, jak i Tiefensee ze swymi poprzednikami wyprowadzili swe wnioski z badań jednostronnych: pierwszy z badań rezerwy alkalicznej, pozostali z badań moczu. Wprawdzie później Tiefensee przeprowadził badania nad ogólną zawartością CO₂ i jonów wodorowych we krwi, przyczem stale stwierdzał w napadzie d.o. zwiększenie się rezerwy zasadowej oraz często — odchylenia odczynu krwi w kierunku zasadowym („Deut. Arch. f. klin. Med. 165, 5/6), lecz dokonane były te badania niejednocześnie z badaniami moczu, na których oparli Tiefensee i jego poprzednicy swoje wnioski; był już tedy Tiefensee zasugerowany, co przy niedostateczności i przypadkowości materiału badanego podważa znacznie wartość wyników badania.

Postanowiliśmy przeto zająć się rozbiorem stosunków kwasowo-zasadowych w ustroju astmatyków w szeregu przypadków — powikłanych, nie powikłanych — w różnych okresach schorzenia, w napadach, w przerwach między napadami i t. d., by sprawę ostatecznie wyjaśnić. Badania te dotyczą we wszystkich przypadkach ogólnej kwasoty moczu, zawartości w nim amoniaku, jego Ph, rezerwy alkalicznej we krwi, prężności CO₂ w pęcherzykach płucnych, w niektórych zaś przypadkach jeszcze i innych elementów równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju. Wyniki tych badań na liczny materiał kliniczny ogłosimy osobno wspólnie z kol. A. Zwyerem. Tu wystarczy nam oprzeć się na wynikach badań pierwszych 10 przypadków d.o., częściowo badanych kilkakrotnie.

W części przypadków możemy potwierdzić dane Tiefensee co do moczu, lecz niezawsze. Np., chora P. — przerwa między napadami d.o. — ogólna kwasota moczu = 150 cm.³, ilość w nim amoniaku = 90 cm.³, jego Ph = 5,7; odnośne liczby w moczu chorej P. w napadzie — 240 cm.³, 300 cm.³, 5,8, — a więc w napadzie d.o., pomijając Ph moczu, które pozostało takie, jak i w przerwie między napadami, kwasowość moczu znacznie większa. 2-i przykład: mocz chorej L., znajdującej się w t. zw. *status asthmaticus*, wykazywał odnośne wartości — 960 cm.³, 480 cm.³, 5,6, czyli kwasowość jego była duża.

Przechodzimy do rezerwy zasadowej krwi: otrzymaliśmy we wspomnianych przypadkach liczby od 40 cm.³ CO₂ do 80 cm.³ CO₂, niezupełnie zależnie od napadu lub przerwy. Gdybyśmy chcieli z do-

tychczasowych naszych badań rezerwy alkalicznej w d.o. wyprowadzić określone wnioski, to raczej w okresach natężenia choroby stwierdza się częściej obniżony zasób zasad, czyli wahania równowagi w kierunku kwasowym — zgodnie z Morawitzem i Kuhlmannem, odmiennie zaś od Tiefensee.

Prężność CO₂ w pęcherzykach płucnych, wzgl. we krwi żyłnej, wynosiła w naszych przypadkach od 3,8 mlgr. rtęci do 7,8 mlgr. rt. bez wyraźnej zależności od okresu schorzenia. Np. chora F. — *status asthmaticus* — prężność CO₂ — 7,8 mlgr. rt., — chora P. — *status asthmaticus* — 7,6 mlgr. rt., — a więc wysokie wartości prężności; ta sama chora P. w czasie silnego napadu wykazała prężność dwutlenku węgla w pęcherzykach płucnych — 3,2 mlgr. rt., czyli znacznie obniżoną; u tejże chorej oraz u niektórych innych astmatyków prężność CO₂ w powietrzu wydychanym w przerwach między napadami również obniżona.

Pierwsze tedy 10 przypadków, różnorodnie i kilkakrotnie zbadanych, nie pozwalają wprawdzie na oświetlenie i wyjaśnienie całokształtu zagadnienia wahań równowagi kwasowo-zasadowej w d.o., ale w zupełności podważają wnioski Tiefensee i jego poprzedników. Niema stałych wahań kwasowo-zasadowych w d.o. w kierunku określonym, nie mamy dostatecznych podstaw do uzależnienia napadu d.o. od „alkalotycznego” kierunku przemiany kwasowo-zasadowej w organizmie astmatyka, podwaliny nowej „zakwaszającej” metody leczenia d.o. są więc chwiejne. Dodać należy, że gdyby nawet wyniki naszych badań były zgodne z wynikami Tiefensee, to i wtedy pozostałoby otwarte zagadnienie: jeżeli zakwaszenie ustroju jest ważnym czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu napadów d.o. w organizmie, predysponowanym do tego schorzenia (o predyspozycji dodajemy sami, — Tiefensee bynajmniej tego nie podkreśla, rozważając występowanie napadu d.o. tylko pod kątem widzenia zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej), to dlaczego nie obserwujemy stosunkowo częściej tych napadów w innych alkalozach, jako to — w tężycze, w skurczu odźwiernika (po wymiotowaniu dużych ilości kwasów), w padaczce, w niektórych postaciach migreny, niedokrewności złośliwej i t.d. i t.d.?

W medycynie ogólnej i specjalnie w wewnętrznej spostrzega się niekiedy zjawisko następujące: wprowadza się pewną metodę leczenia, wzgl. środek leczniczy na zasadzie niepewnych przesłanek teoretycznych lub błędnych wniosków z badań doświadczalnych, — stosowanie jednak poleconego postępowania leczniczego okazuje się pożyteczne. Może więc metoda Tiefensee, przedewszystkiem jej podstawa — djeta zakwaszająca — wpływa jednak pomyślnie na przebieg d.o.?

Leczenie djetetyczne d.o. nie jest rzeczą nową. — Dotychczas ogólnie przyjęta była zasada, że pokarmy z obfitą zawartością ciał purynowych, a więc przedewszystkiem mięsne, wpływają ujemnie na astmatyków (Grimm, Storm-van-Leeuwen, Floyer, Ebstein, Ward, Schilcher

i t. d. i t. d.); większość lekarzy zalecała też dychawicznym dietę mleczną, jarzynową. Niektórzy lekarze wprowadzili dodatkowe ograniczenia do diety astmatyków: Grimm zalecił ograniczenie do *minimum* spożywania soli kuchennej, Lutz wyłączał z diety miód i nadmiar cukru, inni zakazywali astmatykom zimnych napojów, nadmiaru alkoholu, Singer w 1912 roku proponował jaknajwiększe ograniczanie wprowadzania płynów do ustroju, by zmniejszyć sekrecję w oskrzelach, Januschke w 1915 roku również chwali możliwie suchą dietę, gdyż ma ona działać, według niego, przeciwnie, analogicznie do hipertonicznych roztworów soli kuchennej, O. Müller i inni zalecają dychawicznym wogóle skąpe odżywianie, wprowadzając niekiedy dni głodowe i t. d. Widzimy więc, że pomysłów dietetycznych w leczeniu d. o. nie brakowało i dawniej, i niektóre przepisy dietetyczne, jak np. dni głodowe, które działają zakwaszająco na ustrój, spotykamy i u starszych autorów. Wreszcie dość liczni doświadczeni lekarze, jak np. Morawitz, nie przypisywali rodzajowi diety w leczeniu d. o. żadnego znaczenia. Nasze osobiste doświadczenie dotychczasowe w leczeniu d. o. zdaje się przemawiać za poglądem Morawitz'a. Wobec tego, że mleczne i roślinne produkty, według teorii alergenowej, odgrywać mogą rolę alergenów nie mniej często, niż mięso, ryby, konserwy i t. p., i że większość astmatyków — osobników starszych, woli dietę mięsną, nie ograniczaliśmy naszym chorym w ciągu ostatnich lat spożywania białka zwierzęcego, czyli byli oni właściwie na diecie zakwaszającej, wzgl. mieszanej. Usiłując ocenić rzecz obiektywnie, nie mogliśmy zauważyć, by dieta mięsna wpływała specjalnie pomyślnie lub niepomyślnie na przebieg d. o.

Bez względu na to, zastosowaliśmy ostatnio u kilku astmatyków dietę i leczenie (*Ca silicicum*) według Tiefensee. Nie chcemy nadawać zbyt wysokiego znaczenia tej okoliczności, że stan tych chorych po tygodniu leczenia uległ pogorszeniu. Stwierdzić jednak należy, że chorzy odmawiają zażywania *Ca silicici*, jako leku o nieprzyjemnym smaku i zmniejszającym łaknienie. Wśród tych chorych był i pacjent L., u którego przeprowadzone badania równowagi kwasowo-zasadowej wykazywały pewne odchylenia w kierunku zasadowym.

Czy wobec tego należy metodzie Tiefensee odmówić wszelkiego znaczenia w leczeniu d. o.? Sądzymy jednak, że nie. W zasadzie w niektórych przypadkach metoda Tiefensee może się okazać pomocniczą w leczeniu d. o. — W części przypadków d. o. możemy już przed napadem mieć do czynienia z zaburzeniami oddychania — z częściowym skurczem oskrzeli. Wentylacja płuc może być w tych stanach różna, ale często jest mniejsza; CO₂ skupia się tedy we krwi nadmiernie. Rezerwa zasadowa, by utrzymać Ph krwi na normalnej wysokości, dostosowuje się do nadmiaru CO₂ i powiększa się. Bezpośrednio przed napadem i w czasie napadu, gdy organizm skutecznie go zwalcza, a najczęściej to ma miejsce, następuje w pewnej części przypadków hiperwentylacja płuc,

zmniejszenie się prężności CO₂ w pęcherzykach płucnych; we krwi pozostaje nadmiar zasad, które się wydalają z moczem. Obserwacja takiego rodzaju przypadków dała asumpt Tiefensee do uogólnienia tego zjawiska. Co następuje dalej? O ile nerki funkcjonują dobrze, to zbyteczne zasady wydalają się bez zarzutu, i niepotrzebne jest zakwaszanie ustroju. O ile zaś nerki funkcjonują mniej sprawnie, to proces wydalania zasad z moczem może trwać dłużej, i tu nasza ingerencja, według przepisów Tiefensee, może poczęści odciążać nerki.

Dochodzimy więc do wniosków ostatecznych w sprawie metody leczenia d. o., według Tiefensee. W większości przyp. jest ona zupełnie zbyteczna i może być niekiedy szkodliwa; w mniejszości przyp. mogłaby ona być pożyteczna, gdyby nerki nie wykazywały sprawności w wydalaniu zasad z ustroju; wreszcie w drobnym % przypadków, gdy schorzałe nerki mniej sprawnie wydalały zasady, używając na ten proces więcej czasu, niż w normie, metoda Tiefensee, jako odciążająca częściowo nerki, może okazać się pomocnicza w szybszym uregulowaniu równowagi kwasowo-zasadowej w ustroju, co, obok innych czynników, może skrócić czas trwania napadu. — By jednak w odpowiednich przypadkach i w odpowiednim momencie zastosować metodę Tiefensee, należałoby stale badać u chorego elementy równowagi kwasowo-zasadowej w jego ustroju oraz sprawność nerek w stosunku do wydalania zasad, co jest naogół niedostępne dla lekarza-praktyka. — Metoda Tiefensee nie nadaje się więc do leczenia ambulatoryjnego, odgrywając w leczeniu szpitalnym, wzgl. klinicznym rolę metody pomocniczej w nielicznych przypadkach.

Poświęciliśmy zaś tej metodzie leczniczej stosunkowo dużo uwagi dla względów następujących: wysunięcie metody „zakwaszającej” poprzedziły badania doświadczalne wspomnianych przez nas autorów, mające wszelkie pozorne cechy ścisłości i solidności naukowej; badania te były przedstawione na kongresie medycyny wewnętrznej w Niemczech w 1926 roku, gdzie zostały bez sprzeciwu przyjęte do wiadomości, wyniki tych badań następnie potwierdził Tiefensee, który kontynuuje je nadal do dziś dnia, korzystając z najnowszych metod badania, dochodząc stale do tych samych wniosków; on również podał o świetnych wynikach leczenia swą metodą w klinice uniwersyteckiej i energicznie propaguje powszechne stosowanie tej metody, nie wspominając jednocześnie o innych, tak często przecież skutecznych metodach leczenia; przypuszczać należy więc, że metoda lecznicza Tiefensee nadługo a niesłusznie zająć może w przyszłości umysły lekarzy-praktyków, którzy nie są w stanie sprawdzić jej podstaw, a których wprowadzić mogą w błąd remisje w przebiegu dych. o., niezależne od leczenia metodą Tiefensee.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z b. Polikliniki D-ra Goldflama w Warszawie.

W sprawie zaniku mięśni postępującego (Aran-Duchenne).

Atrophia musculorum progressiva spinalis.

Podał

Maksymiljan BIRO (Warszawa).

Czy istnieje zanik mięśni postępujący Aran-Duchenne'a? Takie pytanie zadaje sobie Marie¹⁾ i odpowiada przecząco. Leri²⁾ widzi w tym zaniku zespół, wchodzący w skład innych chorób, w których po za rogami przednimi rdzenia mogą być dotknięte powroźki boczne, tylne i opony mózgowe. Postać Aran-Duchennea została stworzona na zasadzie spostrzeżonych zaburzeń ruchu oraz zachodzącego w określonym stosunku do nich zaniku mięśni. W ramy obrazu pierwotnego wchodził długi szereg chorób. Koncepcja początkowa Duchenne'a, że tło tych cierpień jest obwodowe, musiała naskutek badań anatomopatologicznych (Luys, Clarke, Charcot i Joffroy, Vulpian i Hayem) ustąpić pogładowi, że wyraz anatomiczny wspomnianych dolegliwości tkwi w zmianach, jakie zachodzą w wielkich komórkach rogów przednich rdzenia. Gdy w niektórych przypadkach podobnych nie można było pokryć danych klinicznych przez tło powyższe, wyodrębnił Charcot spośród nich formę nową — stwardnienie zanikowe boczne (*Sclerosis lateralis amyotrophica*). Po wyłonieniu takich cierpień z pierwotnego szeregu, jak zapalenie nerwów i jamistość rdzenia, obszar postaci Duchenne'a dalej się kurczył (Marie). Pomimo to może słusznie utrzymuje Oppenheim³⁾, że forma ta istnieje. Jakkolwiek nie jest częsta, musieliśmy do niej zaliczyć 12 spostrzeżeń z polikliniki D-ra Goldflama, któremu za użyczenie mi ich do opracowania wyrazem serdeczne podziękowanie.

Choroba ta ma przeważać wśród mężczyzn; nasze dane dotyczyły obu płci w równej mierze. Zaczyna się ona według większości autorów w wieku średnim, wśród naszych przypadków przeważnie od 31—44 r. Jeśli w 3 spostrzeżeniach naszych datował się początek od 59, 60 i 75 roku życia, to należy podkreślić trudność w uchwyceniu zaczątków choroby. Wobec tego i wiek średni, jako moment początkowy, nie jest pewny, bo spostrzegaliśmy pierwsze objawy w jednym przypadku w 19 r., a w drugim—w dzieciństwie. We wczesnym dzieciństwie ma się rozpoczynać forma rodzinna, jakkolwiek Dana⁴⁾ opisał 9 członków rodziny od 35—52, Robinson⁵⁾ 4 przypadki rodzinne w wieku 37—57 lat, a wśród naszych spostrzeżeń 2 siostry zaczęły chorować około 27 r. Dziedziczność

się zdarza (Bernhardt⁶⁾), lecz jest nieczęsta (Gowers, Struempell, Hervouet, Etienne⁷⁾).

Etjologia tej choroby nie jest dostatecznie uzasadniona. Mówią o urazach (Erb, Ziehen, Hoffmann, Niemeyer, Courtois i Lelong⁸⁾), jako jej powodach. Ile czasu upływa od urazu do początku choroby (2 miesiące w 1 z naszych spostrzeżeń), nie wiadomo: trzeba ustalić, czy choroba nie istniała przed urazem. W przypadku Courtois i Lelong⁸⁾ miały wystąpić po urazie objawy psychiczne i zaniki mięśniowe. Analogiczne do urazu byłoby pod pewnym względem przemęczenie fizyczne (uraz przewlekły). Jeden z naszych pacjentów podobno zachorował po dłuższym pisaniu; o zaniku zawodowym trudno byłoby myśleć (*Beschaefigungsatrophy*) wobec stałego postępowania choroby i braku zaburzeń czuciowych. Koelichen⁹⁾ podał przypadek zajęcia rogów przednich rdzenia szyjnego z zanikami mięśni po zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych z następczym powiększeniem wątroby, zmniejszeniem się we krwi liczby ciałek czerwonych i powiększeniem liczby białych. Gościec ma być czynnikiem etjologicznym (Arden-Delteil, Levi-Valensi i Padovani¹⁰⁾); ostatnio mówią w tym sensie o zapaleniu mózgu śpiączkowym (Achar, Guttman i Kudelski¹¹⁾), Fromenti Genevois¹²⁾), L. Reys¹³⁾ Thevenard¹⁴⁾), Wimmer i Neel, Lhermitte i Colin). Kiła może dać obraz, tę chorobę przypominający (Rémond i Sendrail¹⁵⁾).

Wśród naszych przypadków jeden wystąpił po chorobie gorączkowej z utratą przytomności, jeden—po porodzie; w innym porody miały sprawę posuwać. To pogarszanie się choroby po porodach wzmacniałoby pogląd, że się mogą do niej przyczynić. Wystąpienie jej u naszej pacjentki po 6 połogu nie zmniejsza etjologicznego znaczenia porodu; niekoniecznie chodzi o połóg lub poród, lecz o towarzyszące im sprawy, o infekcje.

Różnorodność czynników etjologicznych, które tylko w wyjątkowych razach powodują tę chorobę,

6) Bernhardt. W. A., Bd. 115 (według Oppenheima).

7) Etienne. Nouv. Icon. 1899 (według Oppenheima).

8) Courtois et Lelong. *Atrophie muscul. progress. et affaibl. intellect.* Soc. clin. de méd. ment. 28. II. 1928, Rev. Neurol. 1928, T. I., Nr. 3, p. 439.

9) Koelichen. Przyp. rdzeniowego zaniku mięśni niejasn. pochodz. Warsz. Tow. Neurol. 23. IV. 1927. — Neurol. Polska 1928, Z. II, str. 228.

10) Arden-Delteil, Levi-Valensi et Padovani. *Atrophie des muscles de la main par rhumatisme.* Soc. de Med d'Alger. — *Algerie medicale* 1927, p. 705. — *Revue Neurol.* 1928, T. I., Nr. 5, p. 788.

11) Guttman et Kudelski. Soc. med. des hopit., 14. VI. 1921.

12) Fromenti et Genevois. Soc. de Neur. 2. VI. 1921 r.

13) L. Reys. *Atrophie muscul. type Aran-Duchenne, sequelae... d'encephalite epid.* — *Rev. Neur.* 1925, T. I., Nr. 4, p. 490.

14) A. Thevenard. *Amyotrophie the nar. unilat. seul. sympt. d'une encephalite. epid.* Soc. de Neurol. de Paris. 4. VII 1929 Rev. Neur. 1929, T. II, Nr. 1, p. 96

15) Remond et Sendrail. *Atrophie muscul. progressyphilitique, simulant l'Amyotrophie.* Rev. de Med. 1923, T. 40, Nr. 8, p. 498.

1) Pierre Marie. Existe-t-il une atrophie muscul. progress. Aran-Duchenne? *Travaux et Memoires.* T. II, 1928, p. 292.

2) André Leri. *Atrophie à type Duchenne-Aran. La pratique neurologique.* Paris, Masson 1911, p. 698.

3) Oppenheim. *Lehrb. der Nervenkrank.* Wyd. 9, 1923 r.

4) Dana. *Journ. of. nerv. and ment. dis.* 1914, 12.

5) Robinson. *Journ. of. nerv. and ment. dis.* 1917, 45.

każe przypuszczać, że te czynniki są bodźcem do jej wybuchu u osób z wrodzoną do niej skłonnością (Schultze¹⁶), Mendel¹⁷), z wrodzonym słabym stanem nerwowego układu ruchowego (Struempell).

Uchwycenie początku tej choroby jest trudne. Czasem widać tylko drżenie włókienkowe mięśni. Zjawia się ono w mięśniach, pozornie zdrowych (mięśnie kapturowe w 4 naszych przypadkach, naramienny—1, piersiowy—w 2). Towarzyszy mu niekiedy drżenie pęczkami; w pewnej postaci (Bernhardt) spostrzegano (Oppenheim) mykloję. Brak drżenia podważa rozpoznanie (Babonneix, Lamy i Vidier¹⁸), a jednak należy to drżenie brać pod uwagę z dużą oględnością, gdyż ukazuje się i u ludzi zdrowych po nadużyciach, u chorych po oziębieniu ciała, szczególnie u neurasteników i hipochondryków (Oppenheim). A może daje rzecz ta do myślenia, że i te osoby ulegają zaburzeniom w tych samych, co i cierpiący na Aran-Duchenne'a częściach układu nerwowego, lecz że u nich są to zaburzenia przemijające, czynnościowe, Sprawa zachodzi w tym samym narządzie, lecz nie zostaje utrwalona w tkankach, nie pozostawia po sobie zmian anatomicznych; taką wydaje mi się niekiedy różnica między zaburzeniami czynnościowymi a organicznymi.

Chorobę Aran-Duchenne'a przeważnie zdradzają objawy po miesiącach lub latach jej istnienia. Chory nie czuje żadnych dolegliwości, gdy lekarz spostrzega zniekształcenie jego dłoni, przeważnie zaniki drobnych mięśni. W 5 naszych spostrzeżeniach tylko one były dotknięte i to głównie w kłębie kciuka, w innych wespół z międzykostnymi. Z czasem upośledzone zostają pozostałe mięśnie dłoni (6 naszych przypadków) i ukazuje się dłoń szponista (Krallenhand, main de griffe), dłoń małpia (Affenhand, main de singe), dłoń spłaszczona (zajęcie mięśni glistowatych).

W dość znacznej liczbie przypadków ulegają zmianom przedewszystkiem mięśnie barku i grzbietu: m. trójkątny, podgrzebieniowy, czworoboczny, zębaty przedni. Myśmy widywali naprzód uszkodzenia mięśnia zębatego przedniego, równoległobocznego, trójkątnego, nadgrzebieniowego, czasem łącznie z dwugłowym. Rzadziej pierwsze zaniki dotyczyły przedramion. Z powodu zajęcia m. m. rozginaczy głowy opadała ona ku przodowi (1 z naszych spostrzeżeń). Niekiedy sprawa zajmuje wyłącznie pas barkowy (1 nasz przypadek), innym razem łącznie z dłonią (2 nasze spostrzeżenia).

Dolne kończyny mają w tej chorobie (Oppenheim) wcale nie ulegać zanikom, chyba w okresach późnych; zasada ta nie jest stała (Hammond, Raymond, Philippe¹⁹). Kończyny dolne mogą być dotknięte nietylko, gdy sprawa zajmuje wszystkie kończyny, gdy przeważa w dłońiach (2 nasze przypadki) lub całych kończynach górnych (1 spostrzeżenie), lecz dolne właśnie mogą

być przeważnie upośledzone (2 przypadki) i uleść chorobie wcześniej (M. L. Coty²⁰) od górnych (3 nasze spostrzeżenia).

U niektórych pacjentów zaniki posuwają się przeskokami na mięśnie raczej oddalone, niż pobliskie: z pasa barkowego na m. m. międzykostne dłoni (1 przypadek), z drobnych jej mięśni na m. zębaty (2 spostrzeżenia). W ciągu lat (2½—5) zanik postępuje (2 przypadki) i doprowadza do bezwładu ramion, łopatek, mięśni grzbietowych i innych. Ukazują się (*scapulae alatae*) łopatki odstające (2 spostrzeżenia), dłonie małpie (3 przypadki). Leri²¹) podaje przypadek z zanikiem gładkich mięśni trzew.

W sprawie zanikowej bierze udział tkanka podskórna (Arendrup²²). Skutkiem zaniku mięśni rozwija się osłabienie ich czynności (niedowład, z czasem—porażenie), lecz obok tego resztki mięśni przystosowują się do pracy.

Równoległe do zaników mięśni zachodzą w nich zaburzenia oddziaływania elektrycznego. Jakkolwiek ma ono występować w niedużym stopniu i dotyczyć jedynie poszczególnych pęczków, myśmy widywali znaczne zaburzenia oddziaływania (1 przypadek), kurcz toniczny (1 spostrzeżenie) i wyraźny (O. Zw.) odczyn zwyrodnienia (3 przypadki).

28. X. 1893.—48 letnia M. Z.—Od 4 lat stopniowo wzrastające osłabienie k. g. pr. (przestała pisać i wykonywać z ręcznie lne drobne czynności dłonią). Od niedawna zmniejsza się siła k. g. l. Żadnych bólów. Podczas zimna osłabienie ruchów się wzmacnia, Prawa dłoń szponista; palce wyprostowane w stawach śródreżnopalcowych, zgięte w międzyczłonkowych, odwiedzone jeden od drugiego. Kłęby kciuka i palca małego oraz m. międzykostny I mocno zanikłe. Odwodzenie, przeciwstawienie palców b. słabe. Dolna część przedramienia pr. cieńsza, niż l. Drżenie włókienkowe na kciuku. Drżenie dłoni i języka. Pnie nerwowe — niebolesne, niezgrubiałe. Czucie — prawidłowe. W m. odwodzącym małego palca skurcz powolny. Zam. An > Zam. K. (AnSZ > KSZ).

28. III. 1894.—52 letni U. J.—Od 1½ r. postępujące osłabienie k. g. pr.; od kilku miesięcy słabnie dłoń lewa. Żadnych subiektywnych objawów czuciowych, Zanik niewielki drobnych mięśni (międzykostn., kłęba kciuka i małego palca) pr. k, g., wszystkie ich ruchy osłabione. Żywe drganie włókienkowe mięśni k. g. pr. (włącznie z mięśniami kapturowymi), słabsze w k. g. l. Żadnych innych zaburzeń odżywczych. Czucie obiektywne — prawidłowe. W obrębie mięśni kłębów kciuka i małego palca, w międzykostnym I — O. Zw. (EaR), Zam. An > Zam. K. (AnSZ > KSZ). Żrenice—prawidłowe. Kręgosłup bez objawów chorobowych. Odruchy kolanowe—umiarkowane.

19. VIII. 1901.—60 letnia B. B. — Od 6 mies. stopniowo wzrastające osłabienie mięśni dłoni pr., od 2 tygodni—nieznaczne lewej. W narządach wewnętrznych brak objawów chorobowych. Nerwy czaszki—prawidłowe. Prawa dłoń — szponista. Zanik i osłabienie wszystkich mięśni kłęba kciuka i małego palca oraz glistowatych.

8. X. 1901. Stan ten sam.

20) M. L. Coty. Notes sur un cas d'atrophie muscul. progr. à debut par les membres inferieurs... Soc. de Neur. 6. XI. 1924.—Rev. Neur. 1924, T. II, Nr. 5, p. 525.

21) Leri. Rev. Neur. 1902.

22) B. H. Arendrup. Trois cas d'amyotrophie Charcot-Marie. Acta psych. et neur. Copenhagen, v. II, f. 3 — 4, p. 195, XII 1927.—Rev. Neur. 1928, T. I., Nr. 4, p. 659.

16) Schultze. Vers. d. Ges. der Nervenärzte. Leipzig 1910.

17) Mendel. Berlin 1908.

18) Babonneix, Lamy et Vidier. Atrophie muscul. progr. chez une fillette. Soc. de Med. 26. VI. 1927. Rev. Neurol. 1928. T. I, Nr 4, p. 659.

19) Raymond i Philippe. Arch. de Neur. 1902. — Rev. Neur. 1902.

Oddziaływanie elektryczne wykazuje niekiedy, że dotknięta jest chorobą część pozornie zdrowa. W jednym naszym spostrzeżeniu były osłabione kończyny górne, a zaburzenia oddziaływania kazały uznać za chorą również kończynę dolną. Zmiany te mogą być jednakże w kończynie prawej i lewej (1 nasze spostrzeżenie) lub przeważać w jednej z kończyn górnych lub dolnych (3 przypadki).

Na wybitne bóle ci chorzy się nie skarżą; miewają najwyżej zбочenia czucia, jako to drętwienie w dotkniętych kończynach (3 nasze spostrzeżenia), ziębienie (1 przypadek), palenie (1 spostrzeżenie), kłucie (1 przypadek), mrowienie, szczypanie (1 spostrzeżenie). Niekiedy bóle zjawiają się po ruchach (1 przypadek), w stawach (E t i e n n e). Przedmiotowych zaburzeń czucia w tej sprawie nie notowano. Przypadki z takimi zaburzeniami zaliczone są do postaci neurotycznej, a jednak trudno do niej wcielić nasz przypadek z obniżeniem czucia na kończynach.

22. VI, 1899. — 6 letnia C. H. — Od 2 lat niezręczność w ruchach kończyn górnych. Od 8 miesięcy osłabły kończyny dolne. Nigdy bólów w kończynach. Nie gorączkowała. Chód z zataczaniem się z boku na bok. Obie dłonie zwieszane, jak w otruciu ołowiem. Mięśnie—wiotkie. Palcami rąk chora rusza słabo; przeciwstawienie kciuka w każdej dłoni niemożliwe, czynne zginanie i rozginanie w napiętkach—zniesione. W stawach łokciowych opór bierny — słaby. Stopy szpotawo-końskie. Palcami stóp pacjentka porusza słabo; ruchy czynne w stawach skokowych niemożliwe. O. o. kończyn górnych, o. o. kolanowe i o. o. Achillesa — zniesione. Pnie nerwowe — niebolesne. Czucie wszelkiego gatunku w obwodowych częściach kończyn górnych oraz na stopach — obniżone. Oddziaływanie od nerwów na k. k. górnych—prawidłowe. W m. m. rozginaczach Zam. An > Zam. K. (AnSZ > KSZ); w m. m. zginaczach paluchów Zam. An > Zam. K. o skurczu powolnym; w m. m. odwodzących V palca dłoni lewej Zam. K > Zam. An, o skurczu powolnym.

Na k. k. dolnych w m. m. piszczelowych przednich, w rozginaczach palców—skurcz niezbyt szybki Zam. K > Zam. An; w m. m. strzałkowych skurcz szybki, Zam. K > Zam. An.

Duże zajęcie kończyn górnych, a nieznaczne dolnych z oszczędzeniem mięśni strzałkowych różni go od tej postaci; stanowi tedy dotychczas nieopisaną formą o wspólnych cechach postaci neurotycznej i A r a n - D u c h e n n e o w s k i e j.

Odruchy ścięgnowe najczęściej pozostają długo niezmiennione (E r b²³). Z postępem zaniku ulegają one osłabieniu. Spostrzegaliśmy obniżenie samych kolanowych (2 przypadki), wespół z o. Achillesa (2 spostrzeżenia), zniesienie jednego i drugiego (6 przypadków), czasem wraz z odruchami na kończynach górnych (2 spostrzeżenia).

Niekiedy zachodzą zakłócenia cyrkulacyjne (A r e n d r u p), zaburzenia układu współczulnego w postaci zaczerwienienia, sinicy, obrzęku (P a u n e s c o²⁴, M a c k i e w i c z²⁵), bądź bladeści,

23) Erb. Dystrophia musculorum progr. Volkmann's klin. Vortr. Leipzig 1890.

24) P a u n e s c o. Contribution a l'etude de myotonie atrophique. Rev. Neurol. 1928, T. I, Nr. 5, p. 789.

25) M a c k i e w i c z. Przypadek rdzeniowego postępującego porażenia mięśni z zaburz. ukl. współczuln. Tow. Neur. 21. V. 1927.—Rev. Neur. 1927.

stanu wilgotnego i obniżonej ciepłoty skóry (2 nasze spostrzeżenia). Notowano kilka razy powikłanie twardziłą skórą (sclerodermia), która, jak wiadomo, odwrotnie, sprowadza zaniki mięśni (B i r o²⁶) o typie zupełnie odmiennym.

Przebieg choroby A r a n - D u c h e n n e a jest przewlekły, postępujący. W przebiegu zachodzą zwolnienia, rzadko zatrzymanie sprawy (L h e r m i t e i C o l l i n). Wyleczenia (O p p e n h e i m) ma się nie spotykać. Z tego względu zasługuje na uwagę, wyleczenie w przypadku K o e l i c h e n a⁹), przypominającym A r a n - D u c h e n n e a. Choroba jest groźna, zwłaszcza, gdy wchodzi w grę mięśnie oddechowe, głównie przepona, gdy występują objawy opuszkowe (3 nasze spostrzeżenia) i tem smutniejsza, im wcześniej się ukazują (1 przypadek).

W klasyfikacji odgrywa główną rolę obraz kliniczny i nie można jej opierać na etiologii, bądź zejściu — (rozmaite czynniki mogą wywołać tę samą chorobę, jeden czynnik — różne postaci kliniczne, rozmaite formy—to samo zejście). Postacią do tej choroby często podobną jest głównie stwardnienie zanikowe boczne S. L. A. Większe lub mniejsze trudności w ich odróżnieniu zależą od przebiegu choroby. Jeśli od początku cierpienia mięśnie są mocno napięte, a odruchy wzmożone (zaburzenia w pęczkach bocznych rdzenia), istnieje S. L. A. Przy dużych zanikach mięśni (znaczące zajęcie istoty szarej rogów przednich) może dojść do tego, że odruchy w S. L. A. nie są wzmożone, lecz nawet osłabione (zajęcie pęczków bocznych nie znajduje tła w rogach przednich do wywołania odruchów wzmożonych). Ale na to potrzeba prawie całkowitego zaniku odpowiednich mięśni. Gdy zaś mięśnie są w pewnym okresie choroby nieznacznie zanikłe, a odruchy obniżone lub zniesione, choroba A r a n - D u c h e n n e a nie ulega wątpliwości.

Objawy podobne do A r a n - D u c h e n n e a widywano w śródmięszowem zapaleniu przerostowym (L o n g²⁷), w przypadkach bujania gleju, zapaleniu przerostowym części szyjnej opony twardej i próchnieniu kręgów szyjnych. W razie bujania gleju istnieją charakterystyczne zaburzenia czucia i zmiany odżywcze skóry, bywa mniejsza symetria w układzie zaników, dłuższe ześrodkowanie się dolegliwości w jednej kończynie. Zapalenie przerostowe szyjnej części opony twardej jest trudne do odróżnienia jedynie w jego początkach, ale i wówczas stanowią o niem silne podrażnienie czuciowe w szyi oraz zaburzenia czucia w obrębie nerwu łokciowego i pośrodkowego. Próchnicę kręgów określa duża ich wrażliwość uciskowa, nim inne objawy się ukazują. Zanik mięśni z przyczyn zawodowych wykazuje cechy zapalenia nerwów obwodowych i najczęściej ustępuje. W braku tych danych sprawa przemawia za A r a n - D u c h e n n e m, jak to było u jednego z pacjentów naszych, którego można było posądzać o zaniki pochodzenia zawodowego (buc'alter). Trzeba mieć również na względzie zaniki drobnych mięśni dłoni na tle żeber szyjnych (B i r o²⁸). Zaniki

26) B i r o. Sclerodermia. Gazeta Lekarska 1893. — O sklerodermji. Medycyna 1896.

27) L o n g. Nouvelle Icon. 1907.

28) B i r o. Stosunek żeber szyjnych do układu nerwowego i naczyniowego. Księga jubil. Edw. Flafaua, 1929.

bywają i po zapaleniach stawów (*athrophia simplex*), lecz umiejscawiają się przeważnie w ich sąsiedztwie (Leventhal, Stier, Hauck, F. Pick, Soderbergh²⁹). W tych razach nie zależą one (Charcot, Krause, Vulpian, Halipre) od zmian w rogach przednich rdzenia (Klippel-Weil³⁰, Mallet, Hartmann), lecz są skutkiem beczynności mięśni (Strasser, Sulzer, Bum). Niezwykle rzadko cierpienie przenosi się na pobliskie nerwy (Kast, Pierson, F.C. Mueller, E. Remak, Judson S. Bury).

Pomimo powyższych zestrzeżeń trudno niekiedy wtłoczyć w pewne ramy niektóre zaburzenia rdzeniowe, bądź myopatyczne i neurotyczne (Struempell, Pick, d'Abundo, Cassirer, Haustkaler, Cohn, K. Mendel, Erb³¹, Ziegler³², Loetsch³³).

Pod względem anatomicznym sprawa zajmuje głównie rdzeń, jego rogi przednie, a polega na zaniku komórek zwojowych i włókien nerwowych. Towarzyszyć jej mogą nieznaczne zmiany w istocie białej powrózków przednich. Zaniki znacząco w korzeniach przednich, w nerwach, kierujących czynnością mięśni i w mięśniach. Korzenie te okazują się cieńsze od tylnych; mięśnie są cienkie, blade, czerwono-żółte lub żółte (pasma tłuszczu). Pod drobnowidzem widać w mięśniach włókna ścięzkałe (ziarnka i tłuszcz), miejscami — owłóknienie (*sarcolemma*) mięśniową, napełnioną jądrami (po wessaniu wytworów rozpadu). W przypadkach z objawami opuszkowemi odpowiednie zmiany elementów nerwowych spostrzegamy w rdzeniu przedłużonym. W odnośnych częściach układu nerwowego (Donagio, Modena, Cavaia i Testa³⁴) powstaje siatka z małymi oczkami ze zgrubiałymi punktami węzłowymi siatki. Główna sprawa zanikowa (Testa³⁵) zachodzi w zgrubieniu szyjnym i lędźwiowym.

To samo tło anatomiczne spotykamy w rozmaitych postaciach zaniku mięśni postępującego (Goodwin Greenfield i Ruby Stern³⁶).

Przenoszenie się sprawy chorobowej z pewnej okolicy na części symetryczne kieruje myśl na rdzeń, jako siedlisko choroby. Na obszarach symetrycznych najczęściej ani natężenie sprawy, ani jej rozmiar (zajęcie mięśni jednoimiennych — niekierownicze) nie są jednakie (w jednym z naszych przypadków istniał po stronie prawej zanik n. czworobocznego, zębatego, równoległego, po lewej — n. naramiennego, nadgrzebieniowego i dwugłowego). W rdzeniu zostaje dotknięta przeważnie istota szara rogów przednich. Ze względu na objawy ze strony układu współczulnego obraz rdzeniowy domaga się rozszerzenia na komórki w części jego bocznej (ośrodek rdzeniowy układu współczulnego).

Leczenie tej choroby jest dotychczas mało wdzięczne: polega przeważnie na ograniczeniu kalectwa drogą pobudzenia do życia (Gowers, Sanger-Brown) resztek mięśni (strychnina). O ile usposobienie do tej choroby jest wrodzone, a do wybuchu jej potrzeba czynnika zewnętrznego, pokonanie choroby będzie wzrastało w miarę udoskonalenia walki z tym czynnikiem. Kiła lub zakażenie bliżej nieokreślone (Koelechen⁹) mogą dawać obrazy z przypuszczalnie podobnym tłem anatomicznym, i te stany chorobowe najlepiej się poprawiają. I nietylko ustępowanie, lecz nawet zahamowanie postępu choroby (Lhermitte i Henri Colin) dają iskrę nadziei na ułatwienie walki z cierpieniem.

Niech nas nie zastrasza tło anatomiczne choroby; anatomja patologiczna wykazuje tylko obraz zniszczenia, jaki choroba sprowadza; poznajmy fizjologję patologiczną i tą drogą starajmy się do obrazów anatomo-patologicznych nie dopuszczać.

W n i o s k i.

1. Choroba Aran-Duchenne'a istnieje, lecz zdarza się rzadko.
2. Zaniki mięśni postępujące wraz z wzmagającym się w miarę przebiegu osłabieniem odruchów ścięgowych dają do myślenia o chorobie Aran-Duchenne'a; im mniejsze są zaniki, tem wobec osłabionych odruchów rozpoznanie tej sprawy (po wyłączeniu innych chorób) jest pewniejsze.
3. Pomiedzy rozmaitymi sprawami zaników mięśni na tle rdzeniowym istnieją formy przejściowe. Autor podaje nową formę przejściową o cechach neurotycznych i wybitnych objawach Aran-Duchenne'a (młody wiek, zaburzenia czucia przedmiotowe, przewaga zaników na kończynach górnych w porównaniu z dolnymi i zaoszczędzanie mięśni strzałkowych).
4. Według przypadków autora w etiologii Aran-Duchenne'a odgrywają rolę choroby zakaźne.
5. W obrazie klinicznym osobliwością przypadków autora były:
 - a) względnie częste zaburzenia w kończynach dolnych, wcześniejsze zajęcie kończyn dolnych i większe w nich natężenie sprawy w porównaniu z górnymi (5 spostrzeżeń);
 - b) poważne zaburzenia oddziaływania elektrycznego (wyraźny O. Zw. — w 3 przypadkach, skurcz kończyny w 1) i zaburzenia oddziaływania w częściach pozornie zdrowych (4 spostrzeżenia);
 - c) zaburzenia (bladość, stan wilgotny skóry i obniżona ciepłota ciała) układu współczulnego (2 przypadki);
 - d) drżenie włókienkowe we wszystkich przypadkach i poprzedzanie zaników w niektórych przez drżenie włókienkowe (7 spostrzeżeń);
6. Drżenie włókienkowe, napotykanne u neurasteników, hipochondryków i osób pozornie zdrowych, nasuwa przypuszczenie, że nerwowa sprawa organiczna i czynnościowa mogą mieć to samo tło anatomiczne; różnica może polegać mniej na anatomji sprawy, niż na jej fizjologji.

29) Soderbergh. Une erreur possible dans le diagnostic de la myopathie atrophique progress. Rev. Neur. 1927 T. II, № 3, p. 280.

30) Klippel-Weil. Les formes cliniques des rhumatismes amyotrophiques. Sem. med. 1910.

31) Erb. D. med. Woch. 1910.

32) Ziegler. Z. f. Nerv. 1913, № 47, 48.

33) Loetsch. Ztschr. f. Kinderheilk. 1919, № 19.

34) Testa. Rivista speriment. di Frenatria, vol. LII, f. 3-4, p. 551-558, IV. 1929.—Rev. Neur. 1929, T. II, № 2 p. 253.

35) Testa. Rivista speriment. di Frenatria, vol. LII, № 3-4, 1928. Rev. Neur. 1929, T. II, № 5, p. 617.

36) Goodwin Greenfield and Ruby Stern. Brain, L, p. 3, 4, 1927.

bywają i po zapaleniach stawów (*athrophia simplex*), lecz umiejscawiają się przeważnie w ich sąsiedztwie (Leventhal, Stier, Hauck, F. Pick, Soderbergh²⁹). W tych razach nie zależą one (Charcot, Krause, Vulpian, Halipre) od zmian w rogach przednich rdzenia (Klippel-Weil³⁰, Mallet, Hartmann), lecz są skutkiem beczynności mięśni (Strasser, Sulzer, Bum). Niezwykle rzadko cierpienie przenosi się na pobliskie nerwy (Kast, Pierson, F.C. Mueller, E. Remak, Judson S. Bury).

Pomimo powyższych zestrzeżeń trudno niekiedy wtłoczyć w pewne ramy niektóre zaburzenia rdzeniowe, bądź myopatyczne i neurotyczne (Struempell, Pick, d'Abundo, Cassirer, Haustkaler, Cohn, K. Mendel, Erb³¹, Ziegler³², Loetsch³³).

Pod względem anatomicznym sprawa zajmuje głównie rdzeń, jego rogi przednie, a polega na zaniku komórek zwojowych i włókien nerwowych. Towarzyszyć jej mogą nieznaczne zmiany w istocie białej powrózków przednich. Zaniki znacząco w korzeniach przednich, w nerwach, kierujących czynnością mięśni i w mięśniach. Korzenie te okazują się cieńsze od tylnych; mięśnie są cienkie, blade, czerwono-żółte lub żółte (pasma tłuszczu). Pod drobnowidzem widać w mięśniach włókna ścięćcałe (ziarnka i tłuszcz), miejscami — owłóknienie (*sarcolemma*) mięśniową, napełnioną jądrami (po wessaniu wytworów rozpadu). W przypadkach z objawami opuszkowemi odpowiednie zmiany elementów nerwowych spostrzegamy w rdzeniu przedłużonym. W odnośnych częściach układu nerwowego (Donagio, Modena, Cavaia i Testa³⁴) powstaje siatka z małymi oczkami ze zgrubiałymi punktami węzłowymi siatki. Główna sprawa zanikowa (Testa³⁵) zachodzi w zgrubieniu szyjnym i lędźwiowym.

To samo tło anatomiczne spotykamy w rozmaitych postaciach zaniku mięśni postępującego (Goodwin Greenfield i Ruby Stern³⁶).

Przenoszenie się sprawy chorobowej z pewnej okolicy na części symetryczne kieruje myśl na rdzeń, jako siedlisko choroby. Na obszarach symetrycznych najczęściej ani natężenie sprawy, ani jej rozmiar (zajęcie mięśni jednoimiennych — niekierownicze) nie są jednakie (w jednym z naszych przypadków istniał po stronie prawej zanik n. czworobocznego, zębatego, równoległego, po lewej — n. naramiennego, nadgrzebieniowego i dwugłowego). W rdzeniu zostaje dotknięta przeważnie istota szara rogów przednich. Ze względu na objawy ze strony układu współczulnego obraz rdzeniowy domaga się rozszerzenia na komórki w części jego bocznej (ośrodek rdzeniowy układu współczulnego).

29) Soderbergh. Une erreur possible dans le diagnostic de la myopathie atrophique progress. Rev. Neur. 1927 T. II, № 3, p. 280.

30) Klippel-Weil. Les formes cliniques des rhamatismes amyotrophiques. Sem. med. 1910.

31) Erb. D. med. Woch. 1910.

32) Ziegler. Z. f. Nerv. 1913, № 47, 48.

33) Loetsch. Ztschr. f. Kinderheilk. 1919, № 19.

34) Testa. Rivista speriment. di Frenatria, vol. LII, f. 3-4, p. 551-558, IV. 1929. — Rev. Neur. 1929, T. II, № 2 p. 253.

35) Testa. Rivista speriment. di Frenatria. vol LII, № 3-4, 1928. Rev. Neur. 1929, T. II, № 5, p. 617.

36) Goodwin Greenfield and Ruby Stern. Brain, L, p. 3, 4, 1927.

Leczenie tej choroby jest dotychczas mało wdzięczne: polega przeważnie na ograniczeniu kalectwa drogą pobudzenia do życia (Gowers, Sanger-Brown) resztek mięśni (strychnina). O ile usposobienie do tej choroby jest wrodzone, a do wybuchu jej potrzeba czynnika zewnętrznego, pokonanie choroby będzie wzrastało w miarę udoskonalenia walki z tym czynnikiem. Kiła lub zakazanie bliżej nieokreślone (K o e l i c h e n⁹) mogą dawać obrazy z przypuszczalnie podobnym tłem anatomicznym, i te stany chorobowe najlepiej się poprawiają. I nietylko ustępowanie, lecz nawet zahamowanie postępu choroby (L her m i t t e i Henri Colin) dają iskrę nadziei na ułatwienie walki z cierpieniem.

Niech nas nie zastrasza tło anatomiczne choroby; anatomja patologiczna wykazuje tylko obraz zniszczenia, jaki choroba sprowadza; poznajmy fizjologję patologiczną i tą drogą starajmy się do obrazów anatomo-patologicznych nie dopuszczać.

W n i o s k i.

1. Choroba Ar a n - D u c h e n n e ' a istnieje, lecz zdarza się rzadko.
2. Zaniki mięśni postępujące wraz z wzmagającym się w miarę przebiegu osłabieniem odruchów ścięgnowych dają do myślenia o chorobie Ar a n - D u c h e n n e ' a; im mniejsze są zaniki, tem wobec osłabionych odruchów rozpoznanie tej sprawy (po wyłączeniu innych chorób) jest pewniejsze.
3. Pomiędzy rozmaitemi sprawami zaników mięśni na tle rdzeniowym istnieją formy przejściowe. Autor podaje nową formę przejściową o cechach neurotycznych i wybitnych objawach Ar a n - D u c h e n n e ' a (młody wiek, zaburzenia czucia przedmiotowe, przewaga zaników na kończynach górnych w porównaniu z dolnymi i zaoszczędzanie mięśni strzałkowych).
4. Według przypadków autora wetjologii Ar a n - D u c h e n n e a odgrywają rolę choroby zakazne.
5. W obrazie klinicznym osobliwością przypadków autora były:
 - a) względnie częste zaburzenia w kończynach dolnych, wcześniejsze zajęcie kończyn dolnych i większe w nich natężenie sprawy w porównaniu z górnymi (5 spostrzeżeń);
 - b) poważne zaburzenia oddziaływania elektrycznego (wyraźny O. Zw. — w 3 przypadkach, skurcz kończyny w 1) i zaburzenia oddziaływania w częściach pozornie zdrowych (4 spostrzeżenia);
 - c) zaburzenia (bładość, stan wilgotny skóry i obniżona ciepłota ciała) układu współczulnego (2 przypadki);
 - d) drżenie włókienkowe we wszystkich przypadkach i poprzedzanie zaników w niektórych przez drżenie włókienkowe (7 spostrzeżeń);
6. Drżenie włókienkowe, napotykanie u neurasteników, hipochondryków i osób pozornie zdrowych, nasuwa przypuszczenie, że nerwowa sprawa organiczna i czynnościowa mogą mieć to samo tło anatomiczne; różnica może polegać mniej na anatomji sprawy, niż na jej fizjologii.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O zawrocie głowy.

Podał

Józef TENCER (Warszawa).

Utrzymywanie ciała w równowadze odbywa się dzięki współpracy szeregu narządów. Istota równowagi polega na należytem napięciu pojedynczych mięśni i grup mięśniowych oraz na odpowiedniemu ustosunkowaniu poszczególnych części ciała względem siebie. W mechanizmie tym biorą udział: układ nerwowy ośrodkowy, obwodowy i autonomiczny, narząd wzroku, skóra, stawy, mięśnie i ścięgna oraz właściwy narząd równowagi — błędnik.

Proces utrzymywania ciała w równowadze odbywa się automatycznie. Z narządów obwodowych wychodzą stale bodźce, które albo informują układ nerwowy centralny o każdorazowym położeniu ciała, albo też pod wpływem narządów regulujących równowagę, a więc głównie mózdzku, przeistaczają się w podniety odśrodkowe, zmierzające do mięśni i stawów. O ile ta wspólnota narządów odbywa się dla danego osobnika w sposób zwykły, na co wpływają skłonności wrodzone i stopień wyćwiczenia cielesnego, to tej równowadze fizjologicznej odpowiada stan subiektywny, który zwiemy stanem równowagi.

Z narządów, biorących udział w utrzymywaniu ciała w równowadze, najważniejszą rolę odgrywa błędnik. Jest on obwodowym narządem zmysłu równowagi i przestrzeni, podobnie jak oko jest narządem zmysłu wzroku. Jakkolwiek błędnik nie jest tak samodziśny i niezależny, jak narząd wzroku, to jednak przede wszystkim dzięki czynności narządu przedsionkowego uzyskujemy orientację w przestrzeni i możność utrzymywania ciała w równowadze nie tylko w warunkach normalnych, ale w chwilach, gdy środek ciężkości ciała ulega gwałtownemu przemieszczaniu się (poślizgnięcie się i t. p.).

Jakie znaczenie posiada zmysł równowagi i przestrzeni, przekonać się można szczególnie w czasie doznawania zawrotu. Rozumie się zaś pod zawrotem uczucie utraty równowagi ciała (Purkinje), zaburzenie świadomości statycznej (Ewald), niestosunek pomiędzy odczuwaniem stanu ruchu naszego ciała, otrzymanem za pośrednictwem błędnika, a innymi zmysłami (Nagel), stan zamroczenia, połączony z uczuciem pozornego ruchu naszego ciała i złem samopoczuciem (Bàràny), uczucie pozornego ruchu, połączonego z nudnościami, złem samopoczuciem i obawą utraty równowagi (Erben). Definicje te nie są wystarczające, gdyż zawrót jest przede wszystkim procesem, odbywającym się w naszej psychice (Hitzig). Najważniejszy składnik zawrotu — to przedmiotowe uczucie, które przeżywa osobnik; niekiedy jest to jedyny wyraz zawrotu, ponieważ objawy przedmiotowe, towarzyszące zawrotowi, mogą nie być obecne. Popularnie się też mówi o uczuciu zawrotu, podobnie do uczucia lęku i t. p. Cecha, charakteryzująca zawrót, — to odczu-

wanie pozornej zmiany położenia własnego ciała lub przedmiotów otaczających.

Najłatwiej powstaje zawrót przy zaburzeniu czynności błędnika, mniejszą rolę w powstawaniu zawrotu odgrywa zmysł wzroku, jeszcze mniejszą narząd dotyku. Niezgodność pomiędzy wiadomościami, dotyczącymi położenia naszego ciała jest bezpośrednią przyczyną zawrotu. Czucie głębokie (mięśnie, stawy) orientuje nas o położeniu członków względem ciała, błędnik zaś i oczy o stosunku ciała do przestrzeni. O ile przedmioty, idące od obwodu, powodują odruchowe czynności mięśni, które sobie wzajemnie przeczą, to powstają zaburzenia równowagi.

Istnieją 2 rodzaje zawrotów: zawrót obrotowy czyli wzrokowy i dotykowy (Purkinje). W zawrocie obrotowym chory doznaje wrażenia, jakby się obracało jego własne ciało (zawrót obrotowy podmiotowy), lub też obracaniu ulegały przedmioty otaczające (zawrót obrotowy przedmiotowy).

Obrotowi podlegać może sama głowa, pozostała część ciała lub całe ciało. Ruch obrotowy może się odbywać wzdłuż osi podłużnej lub poprzecznej. Niezawsze chory orientuje się co do kierunku obracania się przedmiotów. O ile kierunek ten bywa podawany, to odpowiada on zazwyczaj kierunkowi oczopląsu, towarzyszącemu zawrotowi. Bywa jednakże, że kierunek obracania się przedmiotów jest zgodny z powolną składową oczopląsu.

Zawrót obrotowy jest systematyczny (Hitzig), t. zn. że przedmioty obracają się w pewnym określonym kierunku. Zawrót tego rodzaju jest znamieny dla cierpienia błędnika i nerwu przedsionkowego.

W zawrocie dotykowym chory albo odczuwa ruch o charakterze nieobrotowym i niesystematycznym, albo też występują u niego złudzenia, dochodzące do świadomości za pośrednictwem czucia dotykowego i głębokiego. Tu należeć będą przypadki, w których podawane bywa uczucie chwiejności głowy lub całego ciała, uczucie ruchu ciała wprzód i wtył (jak na huśtawce), uczucie padania lub posuwania się naprzód. Choremu może się wydawać, że przedmioty się podnoszą i opadają, nachylają się raz w prawo raz wlewo i t. p. Nasilanie się tych ruchów może się, oczywiście, zmieniać. Chorzy, dotknięci zawrotem tego rodzaju, mają niekiedy złudzenia co do położenia przedmiotów w przestrzeni dotykowej lub też ich własnego ciała (łóżko stoi ukośnie; chory z uniesioną głową podaje, że leży poziomo; głowa staje się ciężką; chory traci grunt pod nogami, ziemia się ugina).

Do zawrotu dotykowego należy zaliczyć również t. zw. *lateropulsio* (Babiński i Nagel). Określamy tym terminem podawanie chorego, że go jakaś siła ciągnie w jedną stronę, przyczem zazwyczaj w bok. O ile chory mówi, że go ciągnie naprzód lub wtył, to chodzi o histerję. Należy podkreślić, że *lateropulsio* może być tak silna, że chory niekiedy pada.

Zawrót dotykowy może występować oddzielnie lub też może towarzyszyć zawrotowi obrotowemu. Jest on również zależny od błędnika, jakkolwiek nie jest charakterystyczny dla jego schorzeń. Występuje zawrót dotykowy znacznie rzadziej od obrotowego; spotyka go się głównie w zaniku błędnika na tle *otitis media adhaesiva chronica* oraz w rozsiaśnym stwardnieniu mózgu.

Prawie w każdym zawrocie bierze udział błędnik, gdyż zaburzenia, powstające w nim czy to pierwotnie, czy też następczo, dają powód do zaburzeń równowagi. Przez długi czas nie wiadano o tem. Dopiero Menière w 1862 r. stwierdził na zasadzie przypadku, obserwowanego klinicznie, a następnie badanego po śmierci, że prawdziwy zawrót z objawami towarzyszącymi zależy od zmian, występujących w uchu wewnętrznym. Tego rodzaju zawrót nosi nazwę Menierowskiego. Prócz niego opisywane są inne rodzaje zawrotu: oczny, sercowy, naczyniowy, żołądkowy (*vertigo e stomacho laeso*), mózgowy i neurasteniczny.

Należy sądzić, że we wszystkich tych rodzajach zawrotu udział bierze narząd przedsionkowy. Większe wątpliwości istnieją jedynie w odniesieniu do zawrotu ocznego. Zawrót ten znika po zamknięciu oczu i może występować przy zniszczonym uchu wewnętrznym, jednakże szlaki ośrodkowe, łączące narząd przedsionkowy z jądrami mięśni ocznych, są dobrze znane, można zatem i tu myśleć o wpływie błędnika.

W niektórych rodzajach zawrotu błędnik odgrywa rolę pośrednią. tłumaczy się to rolą fizjologiczną narządu przedsionkowego. Wiadomo, że podniety, zdążające z błędnika do mózdzku, nie przelastaczają się w czynności mięśni ciała bez kontroli mózdzku przez ośrodki wyższe (układ pallido-striarny, oraz czołowy mózgu). Stąd wynika, że sprawy chorobowe, toczące się w mózgu, mogą niweczyć czynności hamujące wyższych ośrodków nerwowych na błędnik i w ten sposób przyczyniać się do powstawania zawrotu.

Naogół biorąc, mogą odgrywać rolę w zawrocie, prócz uszu, mózgowie, mózdzek, rdzeń przedłużony, rdzeń kręgowy, układ autonomiczny; istnieje również związek z układem wewnątrzwydzielniczym.

Na nasilenie zawrotu mogą wpływać różne czynniki, jak: dziedziczność, temperament, wychowanie i t.p.

Podczas zawrotu chorzy wykazują niekiedy rozmaite zaburzenia. Dość często stwierdza się u nich osłabienie zmysłu dotyku (powierzchnie szorstkie mogą się wydawać gładkimi — B e c h t e r e w), zaburzenia ciepłone (G ü t t i c h), niekiedy linja prosta wydaje się w czasie zawrotu skrzywioną lub rozkałkowaną.

Ważniejsze od tych zaburzeń podmiotowych są objawy przedmiotowe, towarzyszące zazwyczaj zawrotowi. Do nich należą: oczopląs, ruchy odczynowe kończyn, objaw Romberga, nudności i wymioty. Wszystkie te objawy spotykamy przede wszystkim w zawrocie pochodzenia usznego, z którym porównujemy zwykle inne rodzaje zawrotów. O ile sprawa uszna jest powodem powstania zawrotu, to zawsze występuje również oczopląs. Zjawia się on w chwili powstania zawrotu i znika w okresie jego cofania się. Chory dotknięty zawrotem usznym, wykazuje dodatni objaw R o m b e r g a, przyczem kierunek padania

odpowiada powolnej składowej oczopląsu, wyciągnięte ręce jego zbaczają również w tę samą stronę. Po między ruchami odczynowymi kończyn i ciała a oczopląsem istnieje stała zależność. O ile oczopląs błędnikowy jest silny, to i ruchy odczynowe są bardziej wyrażone. Wraz ze zmniejszeniem się oczopląsu, słabną również ruchy odczynowe. Dalszą cechą zawrotu błędnikowego — to przytępienie słuchu, któremu towarzyszy szum; niekiedy występuje nawet głuchota.

Ze spraw chorobowych, tyjących się narządu słuchu, w których występuje zawrót, przede wszystkim wymienić należy zapalenie ostre i przewlekłe błędnika. Napadowo występujące zawroty głowy właściwe są *labyrinthitis circumscripta (paralabyrinthitis)*. Silnemu napadowi zawrotu towarzyszy zazwyczaj intensywny oczopląs obrotowy lub obrotowo-poziomy. Chorzy, doznający zawrotu obrotowego obiektywnego, podają zwykle, że kierunek obracania się przedmiotów jest zgodny z kierunkiem oczopląsu.

Prawie stale spotykamy zespół zawrotu również w *labyrinthitis serosa diffusa secundaria (endolabyrinthitis serosa)*. Nagłe wystąpienie silnego zawrotu u chorego, cierpiącego na przewlekłe zapalenie ropne ucha środkowego, może znamionować przejście sprawy ropnej na błędnik (*labyrinthitis purulenta diffusa manifesta s. endolabyrinthitis purulenta*). W wywiadach chorego, u którego stwierdza się przebrzmiałe zapalenie ropne błędnika (*labyrinthitis diffusa purulenta latens*), nie brak również wzmianki o zawrotach.

Zawroty usznego pochodzenia zdarzają się również na tle wylewów krwawych do błędnika. Krwotoki te występują z powodu wzmoczonego ciśnienia krwi i kruchości naczyń, naskutek urazów czaszki, u robotników kesonowych, w białaczkę. Chorzy tacy, o ile w czasie napadu nie tracą przytomności, skarżą się na silny szum w uszach i wykazują objawy, towarzyszące zawrotowi pochodzenia błędnikowego, jak: oczopląs, ruchy odczynowe i przeważnie silne przytępienie słuchu, a nawet głuchotę.

Często spotyka się zawroty w otosklerozie. Mają one zależeć od ogniska, niszczącego *ramus utriculo-ampullaris u. vestibularis*.

Dalej występują zawroty w schorzeniach nerwu ósmego. Etjologicznie odgraniczone tu sprawy kiłowe. W *neuro-labyrinthitis luetica* w drugo- i trzeciorzędowej kiłie zawroty są zjawiskiem częstym. Zawroty mogą być nawet jedynym objawem kiły (R a m a d i e r).

Niekiedy etjologia zapalenia nerwu ósmego nie jest nam wiadoma. Mówimy wtedy o tle reumatycznym, rozumiejąc pod tem sprawy toksyczne i zapalne, bliżej nieznanę. Zawroty te odznaczają się stosunkowo krótkim trwaniem, gdyż zwykle zupełnie ustępują po 4 tygodniach.

Jako odrębna jednostka kliniczna, charakteryzująca się przede wszystkim zawrotami obrotowymi, podawana jest choroba Menière'a. Niema zgodności wśród badaczy na to, co rozumieć pod tą chorobą. Jedni zaliczają tutaj wszelkie nagłe napady zawrotów (wylewy krwawe do błędnika, zaburzenia w nerwach naczyń — ruchowych ucha wewnętrznego, surowicze zapalenie błędnika i opon mózgowo — rdzeniowych), inni zaś rozumieją pod chorobą Menière'a zawroty głowy, występujące okresowo na tle kurczów naczyniowych. Wydaje się słusznem nie mówić wogóle o jednostce chorobowej Menière'a,

Zawrót dotykowy może występować oddzielnie lub też może towarzyszyć zawrotowi obrotowemu. Jest on również zależny od błędnika, jakkolwiek nie jest charakterystyczny dla jego schorzeń. Występuje zawrót dotykowy znacznie rzadziej od obrotowego; spotyka go się głównie w zaniku błędnika na tle *otitis media adhaesiva chronica* oraz w rozsiaśnym stwardnieniu mózgu.

Prawie w każdym zawrocie bierze udział błędnik, gdyż zaburzenia, powstające w nim czy to pierwotnie, czy też następnie, dają powód do zaburzeń równowagi. Przez długi czas nie wiedziano o tem. Dopiero Menière w 1862 r. stwierdził na zasadzie przypadku, obserwowanego klinicznie, a następnie badanego po śmierci, że prawdziwy zawrót z objawami towarzyszącymi zależy od zmian, występujących w uchu wewnętrznym. Tego rodzaju zawrót nosi nazwę Menierowskiego. Prócz niego opisywane są inne rodzaje zawrotu: oczny, sercowy, naczyniowy, żołądkowy (*vertigo e stomacho laeso*), mózgowy i neurasteniczny.

Należy sądzić, że we wszystkich tych rodzajach zawrotu udział bierze narząd przedsionkowy. Większe wątpliwości istnieją jedynie w odniesieniu do zawrotu ocznego. Zawrót ten znika po zamknięciu oczu i może występować przy zniszczonym uchu wewnętrznym, jednakże szlaki ośrodkowe, łączące narząd przedsionkowy z jądrami mięśni ocznych, są dobrze znane, można zatem i tu myśleć o wpływie błędnika.

W niektórych rodzajach zawrotu błędnik odgrywa rolę pośrednią. Tłumaczy się to rolą fizjologiczną narządu przedsionkowego. Wiadomo, że podniety, zdążające z błędnika do mózdzku, nie przeistaczają się w czynności mięśni ciała bez kontroli mózdzku przez ośrodki wyższe (układ pallido-striarny, oraz czółowy mózgu). Stąd wynika, że sprawy chorobowe, toczące się w mózgu, mogą niweczyć czynności hamujące wyższych ośrodków nerwowych na błędnik i w ten sposób przyczyniać się do powstawania zawrotu.

Naogół biorąc, mogą odgrywać rolę w zawrocie, prócz uszu, mózgowie, mózdzek, rdzeń przedłużony, rdzeń kręgowy, układ autonomiczny; istnieje również związek z układem wewnątrzwydzielniczym.

Na nasilenie zawrotu mogą wpływać różne czynniki, jak: dziedziczność, temperament, wychowanie i t.p.

Podczas zawrotu chorzy wykazują niekiedy rozmaite zaburzenia. Dość często stwierdza się u nich osłabienie zmysłu dotyku (powierzchnie szorstkie mogą się wydawać gładkimi — B e c h t e r e w), zaburzenia ciepłne (G ü t t i c h), niekiedy linja prosta wydaje się w czasie zawrotu skrzywioną lub rozkałkowaną.

Ważniejsze od tych zaburzeń podmiotowych są objawy przedmiotowe, towarzyszące zazwyczaj zawrotowi. Do nich należą: oczopląs, ruchy odczynowe kończyn, objaw R o m b e r g a, nudności i wymioty. Wszystkie te objawy spotykamy przede wszystkim w zawrocie pochodzenia usznego, z którym porównujemy zwykle inne rodzaje zawrotów. O ile sprawa uszna jest powodem powstania zawrotu, to zawsze występuje również oczopląs. Zjawia się on w chwili powstania zawrotu i znika w okresie jego cofania się. Chory dotknięty zawrotem usznym, wykazuje dodatni objaw R o m b e r g a, przyczem kierunek padania

odpowiada powolnej składowej oczopląsu, wyciągnięte ręce jego zbaczają również w tę samą stronę. Po między ruchami odczynowymi kończyn i ciała a oczopląsem istnieje stała zależność. O ile oczopląs błędnikowy jest silny, to i ruchy odczynowe są bardziej wyrażone. Wraz ze zmniejszeniem się oczopląsu, słabną również ruchy odczynowe. Dalsza cecha zawrotu błędnikowego — to przytępienie słuchu, któremu towarzyszy szum; niekiedy występuje nawet głuchota.

Ze spraw chorobowych, dotyczących się narządu słuchu, w których występuje zawrót, przede wszystkim wymienić należy zapalenie ostre i przewlekłe błędnika. Napadowo występujące zawroty głowy właściwe są *labyrinthitis circumscripta (paralabyrinthitis)*. Silnemu napadowi zawrotu towarzyszy zazwyczaj intensywny oczopląs obrotowy lub obrotowo-poziomy. Chorzy, doznający zawrotu obrotowego obiektywnego, podają zwykle, że kierunek obracania się przedmiotów jest zgodny z kierunkiem oczopląsu.

Prawie stale spotykamy zespół zawrotu również w *labyrinthitis serosa diffusa secundaria (endolabyrinthitis serosa)*. Nagłe wystąpienie silnego zawrotu u chorego, cierpiącego na przewlekłe zapalenie ropne ucha środkowego, może znamionować przejście sprawy ropnej na błędnik (*labyrinthitis purulenta diffusa manifesta s. endolabyrinthitis purulenta*). W wywiadach chorego, u którego stwierdza się przebrzmiałe zapalenie ropne błędnika (*labyrinthitis diffusa purulenta latens*), nie brak również wzmianki o zawrotach.

Zawroty usznego pochodzenia zdarzają się również na tle wylewów krwawych do błędnika. Krwotoki te występują z powodu wzmożonego ciśnienia krwi i kruchości naczyń, naskutek urazów czaszki, u robotników kesonowych, w białaczce. Chorzy tacy, o ile w czasie napadu nie tracą przytomności, skarżą się na silny szum w uszach i wykazują objawy, towarzyszące zawrotowi pochodzenia błędnikowego, jak: oczopląs, ruchy odczynowe i przeważnie silne przytępienie słuchu, a nawet głuchotę.

Często spotyka się zawroty w otosklerozie. Mają one zależeć od ogniska, niszczącego *ramus utriculo-ampullaris u. vestibularis*.

Dalej występują zawroty w schorzeniach nerwu ósmego. Etjologicznie odgraniczone tu sprawy kiłowe. W *neuro-labyrinthitis luetica* w drugo- i trzeciorzędowej kiłie zawroty są zjawiskiem częstym. Zawroty mogą być nawet jedynym objawem kiły (R a m a d i e r).

Niekiedy etjologia zapalenia nerwu ósmego nie jest nam wiadoma. Mówimy wtedy o tle reumatycznym, rozumiejąc pod tem sprawy toksyczne i zapalne, bliżej nieznane. Zawroty te odznaczają się stosunkowo krótkim trwaniem, gdyż zwykle zupełnie ustępują po 4 tygodniach.

Jako odrębna jednostka kliniczna, charakteryzująca się przede wszystkim zawrotami obrotowymi, podawana jest choroba M e n i è r e a. Niema zgodności wśród badaczy na to, co rozumieć pod tą chorobą. Jedni zaliczają tutaj wszelkie nagłe napady zawrotów (wylewy krwawe do błędnika, zaburzenia w nerwach naczyniowych — ruchowych ucha wewnętrznego, surowicze zapalenie błędnika i opon mózgowo — rdzeniowych), inni zaś rozumieją pod chorobą M e n i è r e a zawroty głowy, występujące okresowo na tle kurczów naczyniowych. Wydaje się słusznym nie mówić wogóle o jednostce chorobowej M e n i è r e a,

lecz o Meniereowskim zespole objawów. Do zespołu tego zaliczać będziemy te przypadki, w których występują nagle zawroty wraz ze wszystkimi objawami towarzyszącymi, jak oczopląs błędnikowy, nudności i wymioty, szum i przyciępienie słuchu, znikające po krótszym lub dłuższym czasie (kilka minut do paru godzin), by po pewnym czasie znów się zjawić. W czasie wolnym od zawrotu chorzy tacy mają dobre samopoczucie i jedynie uskarżają się na szum uszu, nasilający się w czasie napadu. Zawroty te występują u osób w wieku lat 30—50, częściej u mężczyzn, niż u kobiet i trwają przeważnie przez szereg lat. Napady stają się coraz rzadsze, nasilenie ich słabnie i wreszcie całkowicie giną.

Mechanizm tego cierpienia, słusznie nazwanego „chromaniem przestankowym błędnika”, tłumaczą w ten sposób, że nagle powstaje skurcz tętnicy słuchowej wewnętrznej, który powoduje opisany zespół objawów. Zdarza się niekiedy, że tętnica kurczy się nie nagle, lecz stopniowo, wtedy chory powoli traci słuch, aż zupełnie głuchnie, lecz zawrotu nie miewa. O ile naczynie całkowicie skurczone nagle się rozszerzy, to chory dostaje silnego zawrotu, ale jednocześnie z tem odzyskuje słuch, gdyż ukrwienie błędnika powraca do stanu normalnego. Zawrót tego rodzaju, spotykany w praktyce nader rzadko, został opisany przez Lermoyez pod nazwą zawrotu, przywracającego słuch („le vertige, qui fait entendre”). Trudno orzec, czy w opisywanych zespołach objawów chodzi tylko o sprawy nerwów naczynioruchowych obok chwiejności układu współczulno-błędnego i zaburzeń miejscowych (Kobrak), czy też o nagłe zmiany w ciśnieniu cieczy wchłonkowej (Quincke, Wittmaack, Mygind), czy też o wylewy krwawe do błędnika w chorobie Meniere'a, zaś o kurczone naczyniowe w zespole Lermoyez (Portmann), czy wreszcie o przejawy kiły wrodzonej lub nabytej (Rebattu). Nie ulega natomiast kwestji, że zmiany

w ciśnieniu wchłonki mogą być powodem zawrotów i przyciępienia słuchu, podobnie jak niestosunek pomiędzy ciśnieniem w jamie czaszkowej a gałce ocznej sprowadza jaskrę. Stąd też mówi się o „jaskrze błędnikowej”. Na tem tle powstają zawroty w nieżyłach trąbki słuchowej, w otitis media adhaesiva chronica w razie zaostrzenia się sprawy chorobowej i w przypadkach nagromadzenia się woszczku w zewnętrznym przewodzie słuchowym, o ile woszczek nagle rozpęcznieje po dostaniu się np. wody do ucha; również w ten sposób tłumaczą niektórzy zawroty w miażdżycy, cierpieniu nerek i surowiczym zapaleniu opon mózgowych.

Jako odrębną jednostkę kliniczną wymienić należy tutaj zespół Bányego, charakteryzujący się silnymi zawrotami, bólami w okolicy zausznej, brakiem pobudliwości narządu przedsionkowego i zaburzeniami słuchowymi. Objawy te zależą od wzmożonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego w tylnej jamie czaszkowej, co może stać w związku z cierpieniami natury ogólnej lub też ze sprawą chorobową, toczącą się w sąsiedztwie.

Zmniejszenie się ciśnienia wchłonki też może być powodem zawrotu; zdarza się to w ostrych niedokrewnościach mózgu i po krwotokach ogólnych.

We wszystkich omówionych cierpieniach, dotyczących błędnika, zawrót jest obrotowy. W cierpieniach natomiast narządu kamyczkowego zawrót wykazuje inny charakter. Chorzy, dotknięci zawrotem tego rodzaju, podają, że w czasie ruchu lub w czasie nachylania się doznają niesamowitego uczucia uginaania się nóg, zapadania się ziemi pod nogami i t. p. U takich chorych udaje się wywołać sztucznie zawrót przez ustawienie głowy lub ciała w odpowiednim położeniu. Przyczyna podobnych zawrotów — to przeważnie sprawy urazowe lub zaburzenia naczynioruchowe w narządzie kamyczkowym.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

∞ Erwin LICK. Das Wunder in der Heilkunde. (Monachjum. Lehmann. 1930.—Cena 3 Mk, 60 fen.).

Z nazwiskiem Licka spotykamy się w ostatnim dziesięcioleciu dość często w piśmiennictwie lekarskim. Bardzo warto zapoznać się bliżej z jego osobą. Lick jest chirurgiem bardzo cenionym w Gdańsku. Z zakresu specjalności swej ogłosił sporo prac klinicznych, zawsze o zabarwieniu mocno krytycznym. Pewną liczbę tych prac—około dziesięciu—zebrał w jednym tomie p. t. „Irrwege der Chirurgie”; dotyczą one spraw najaktualniejszych w dzisiejszej chirurgji, a zasługują na bardzo uważne przestudjowanie w równym stopniu przez chirurga, jak i internistę. Dopiero niedawno ukończyłem czytanie tej książki, którą polecić mogę najgoręcej każdemu lekarzowi-praktykowi. Tyle w nich rozumnego, głębokiego wejrzania w stan chorobowy, z którym mamy do czynienia, tyle krytycznego zmysłu i troski o osobę chorego, tyle rozsądnego rozważania na temat anatomji i fizjologii chorego narządu, tyle zrozumienia duszy chorego, że choćbyśmy nawet nie we wszystkich szczegółach zawsze godzili się na ostateczny wynik, do jakiego dochodzi autor w swem rozumowaniu, będą jednak rezultaty jego pracy myślowej i doświadczenia lekarskiego doskonałymi drogowskazami w postępowaniu naszym

jako lekarzy mających powierzoną sobie pieczę nad zdrowiem i życiem chorego. Od dawnego już czasu rozważana kwestja stosunku funkcji i budowy organów do ogólnego stanu zdrowia znajduje w tych „bezdrożach” chirurgji oświetlenie często jaskrawe i nieoczekiwane, ale zawsze jasne i mające na oku jedynie dobro chorego.

Inna praca Licka p. t. „Der Arzt und seine Sendung“ w latach od 1926-go do 1929-go doczekała się wspaniałego wspaniałego w przeszło 30 tysiącach egzemplarzy i tłumaczeń na kilka języków. Gdyby opiekunowie naszych Kas Chorych zechcieli przestudjować tę pracę i zapoznać się z rezultatami, do jakich doprowadziło półwiekowe istnienie Kas Chorych w Niemczech (na których przeważnie nasze Kasy się wzorują), może nie doczekalibyśmy się tych smutnych doświadczeń, jakie przeżywamy obecnie. Ledwie zorganizowano nasze Kasy Chorych natychmiast poczęto je reorganizować, i tak trwa ta reorganizacja od lat dziesięciu, dając wyniki coraz gorsze. Z prac Licka jasno wynika, że nie można spodziewać się rezultatów dobrych tam, gdzie buduje się gmach na fundamentach według planów źle obmyślanych, przy pomocy sił bezradnych i zgoła niekompetentnych. Ta uwaga, od której powstrzymać się tu trudno, nasuwa się niejako nawiasowo. „Posłannictwo lekarza” pojmuje Lick bardzo rozległe, bardzo głęboko, mądrze i prawdziwie po ludzku. Książkę o tem „posłannictwie”

Niemczech rozchwytywano, u nas warta jest conajmniej obszernego streszczenia, o które w tej chwili bynajmniej się nie staram. Takie rozdziały, jak np. „pierwsza praktyka”, „lekarze i ubezpieczenia społeczne”, „lekarz i higiena rasy”, „współczesna produkcja naukowa”, „partactwo lekarskie”, na zawsze wyrują ślad w umyśle czytającego i przyniosą cenniejszy pożytek, niż niektóre dziesiątki „przyczynków” klinicznych, składających się na dzisiejszą makulaturę czasopiśmienniczą lekarską.

Do pewnego stopnia obszernem rozwinięciem tematu o „partactwie” lekarskiem jest najnowsza książka L i c k a o „cudach” w medycynie. Tutaj już sam tytuł mówi, lecz nie wypowiada nawet w drobnej części tego, co w postaci logicznego rozumowania lekarskiego znajdujemy w treści, a na co składa się olbrzymia wiedza autora, jego doświadczenie praktyczne i mocna wola, przeniknięta myślą o zdrowiu i życiu chorego. Autor całą swą istotą wnika w duszę chorego i na tym gruncie, jedynie mocnym, gdy chodzi o leczenie naszych pacjentów, opiera się w rozmyślaniach nad istotą t. zw. cudu w medycynie, tłumacząc tę różnorodność zjawisk, jaką widzimy dokoła w stosunku chorego i lekarza. L i c k a czerpie obficie z historii medycyny i broni swych tez z niezwykłą siłą przekonania. Jego wnioski ostateczne, z którymi się zgodzi każdy rozumny lekarz, stanowią w formie odmiennej niejako przykazania, którymi kierować się musi lekarz w swem postępowaniu. Krytyczny umysł autora potrafi odróżnić monetę złą od dobrej; odczucie i współczucie podnosi autora do tych wyżyn etyki lekarskiej, na których rzadko stąpają niektórzy współcześni lekarze, kierujący się wyłącznie myślą o dorywczym łatwym, a błyskotliwym efekcie.

Książka L i c k a wywoła zapewne znów, jak poprzednie jego „posłannictwo lekarza”, nieco wrzawy i krytyki. Lecz niewątpliwie, że po jego stronie będą i tym razem ci, którym dobro chorego jest zawsze najwyższym nakazem sumienia.

M. F.

∞ Henry E. S I G E R I S T. Einführung in die Medizin. (Thieme. Lipsk. 1931).

Z książki pod powyższym tytułem lekarz doświadczony i z biegiem rozwoju nauki naszej dostatecznie obeznany niczego istotnego a nowego się nie dowie. Natomiast dla początkującego studenta jest ona nieocenionym źródłem, z którego i wiedzy bardzo wiele zaczerpnąć można i przede wszystkim wyciągnąć należyte w myślenie lekarskie. Mimo to i lekarzowi, który już dawno ma poza sobą pierwsze lata studjów, książka S i g e r i s t a sprawi prawdziwe zadowolenie. Zawiera ona na 400 prawie stronicach wstęp do nauk lekarskich, który zbudowany na fundamencie dziejów medycyny, jest wykładem bodaj dotychczas niedoścignionym pod względem zalet pedagogicznych. Czyta się dzieło S i g e r i s t a, profesora uniwersytetu lipskiego, z łatwością, niemal jednym tchem, z zadowoleniem, płynącym z przeświadczenia, iż jest to głęboko przemyślany twór doskonałego nauczyciela i głębokiego znawcy ducha medycyny.

Autor zapoznaje czytelnika przedewszystkiem z ogólną budową i czynnościami fizjologicznymi i psychicznymi zdrowego człowieka, przechodzi następnie do charakterystyki chorego, do objawów choroby, poczem opisuje szczegółowo przebieg choroby. W sposób naturalny zastanawia się z kolei nad przyczynami chorób, zewnętrznymi i wewnętrznymi. Wreszcie zajmuje nas opisem działalności lekarskiej w pracy rozpoznawczej, leczniczej i zapobiegawczej. Tą drogą dochodzi do ostatniego rozdziału, w którym zajmuje się osobą lekarza, którą obszernie kreśli we wszystkich jej stosunkach do nauki, do chorego, do społeczeństwa.

Wykład płynie jasno, nieprzerwanie; oddzielne części zająbiają się nawzajem; nie znać nigdzie żadnej sztuczności.

Zdaje się, że niema tu zdania zbytecznego; ale niczego też nie brak w zakresie zamierzonym przez autora. Wszystko, co w nauce pozyskało prawo obywatelstwa, jest uwzględnione; teoria i praktyka lekarska należycie są oceniane; rozległość dalszych horyzontów, które otwierają się przed nami, oświetlona jest pełnym blaskiem przez trzeźwo myślącego uczonego i wrażliwego na cierpienia bliźnich człowieka. Autor czerpie pełnemi dłońmi ze wszystkich nauk przyrodniczych, na których wznosił się gmach medycyny współczesnej. Nie mniej wskazuje przyszłemu lekarzowi owe liczne zadania, które czekają go w życiu i które sprawiają, że styka się on z olbrzymią mnogością przedmiotów humanistycznych niezbędnych w kształceniu lekarza współczesnego.

Wiadomo, że lekarz w Grecji starożytnej był rzemieślnikiem, lekarz w Rzymie był naprzód niewolnikiem, we wczesnym średniowieczu był klerykiem, aż w końcu dopiero wieków średnich stał się uczonym „doktorem”. Po przez wszystkie kultury dziejowe różne też było stanowisko chorego w społeczeństwie, co wpływało oczywiście z poglądów na istotę choroby, zmiennych i coraz to innych. To też „ideał” lekarza, jego stanowisko, samowiedza, etyka, zadanie wobec chorego i społeczeństwa niemniej bywały zmienne w rozmaitych okresach historycznych.

S i g e r i s t umiejętnie, z całą miłością dla wykładanego przedmiotu, prowadzi nas po przez historję aż do chwili obecnej. Że zaś czyni to w sposób łatwy, zajmujący, przeto przykuwa mocno uwagę czytelnika i tworzy dzieło o wartości nieprzemijającej.

M. F.

∞ Dr. W. S I E B E R T. Der Zwerchfellhochstand in Praxis und Begutachtung.— Lipsk. Fischer (Kornfeld). 1930.

Wysokie ustawienie przepony brzusznej niewątpliwie częściej się zdarza, niż bywa rozpoznawane. Przyczyny tej anomalji bywają rozmaite. Już samo rozpoznanie w wielu przypadkach bywa trudne, zwłaszcza zaś etiologia, a bardziej jeszcze terapia nastroczają mnóstwo wątpliwości i wymagają obserwacji lekarskiej bardzo mozolnej. W krótkiej monografji, wydanej w postaci wykładu klinicznego (Berliner Klinik, rocznik 37-y, zeszyt 419-ty), autor zestawia umiejętnie a zwięźle to wszystko, co lekarza - praktyka interesować powinno. Na kilku też przypadkach demonstruje przebieg tego stanu patologicznego. W sposób nader pouczający przeprowadzona jest djaгностиyka różniczkowa. W jednym z ostatnich rozdziałów rozważa autor rokowanie oraz ocenę cierpienia ze stanowiska zdolności do pracy. Dział terapii traktowany jest oczywiście dość ogólnikowo, co jest zrozumiałe, gdy zważymy różnorodność przyczyn, składających się na obraz chorobowy.

Przedmiot, o którym mowa, rzadko bywa traktowany w podręcznikach patologji szczegółowej i terapii. Należy się przeto wdzięczność autorowi za opracowanie sumienne. Każdemu lekarzowi zalecić można uważne przestudjowanie tej niewielkiej rozmiarami, lecz prawdziwie zajmującej rozprawy.

M. F.

Lecznictwo.

M. S C H M I D T M A N N. Czy dałoby się ustalić nieszkodliwą dawkę Vigantolu doświadczalnie na zwierzętach? (Virch. Arch. Bd. 275, str. 408 1929 r.).

Obok wyników leczniczych vigantolu w krzywicy ludzkiej i doświadczalnej u szczurów, spostrzegano również i działanie szkodliwe tego leku u kotów i królików. Vigantol wywołuje u tych zwierząt odkładanie się wapia i nacieki zapalne w błonie środkowej naczyń. Podobne zmiany spostrzegano w ścianie żołądka i jelit, nerkach i mięśniu sercowym. Kości natomiast stają się bardziej łamliwe, zawierają mniejsze ilości

wapnia, a szpik kostny ulega zwłóknieniu i zawiera hemosyderynę.

Objawy kliniczne występują tylko w ostrych przypadkach, przypadki przewlekłe przebiegają czasami niepostrzeżenie bez objawów klinicznych. Niewspółmierność zmian w stosunku do ilości zużytego vigantolu utrudnia ustalenie dawek nieszkodliwych dla zwierząt.

Jedna i ta sama ilość vigantolu, podana jednorazowo, po pewnym okresie czasu wywołuje minimalne zmiany u zwierząt, podawana zaś w tym samym okresie czasu w mniejszych dawkach codziennie prowadzi do wybitnych zmian chorobowych.

Stosując na kotach i królikach małe ilości vigantolu przez dłuższy czas, autorka starała się ustalić nieszkodliwą dawkę vigantolu.

W pierwszej serii doświadczeń 26 kotom i 27 królikom podawano 1% vigantol *Mercka*, obniżając dawkę od 10 kropli do 1 dziennie w przeciągu 14–8 dni. Sposób ten złagodził tylko objawy kliniczne, nie zapobiegając zmianom anatomicznym. Długość okresu trwania doświadczeń również nie miała dużego znaczenia. Niema dziennej dawki 1% vigantolu *Mercka*, któreby wcześniej czy później nie wywołała zmian chorobowych w naczyniach i narządach u dorosłych kotów i królików.

Drugą serię doświadczeń *Schmidtmann* przeprowadziła na kotach w różnym wieku (5 młodych i 5 dorosłych), stosując vigantol standaryzowany, t. j. 5 krotnie rozcieńczony 1% vigantol *Mercka*. W ciągu tygodnia podawano po jednej kropli dziennie. U tych zwierząt rozwinęły się zmiany o mniejszym nasileniu, ale 4 koty padły.

Do 3 serii doświadczeń autorka użyła chorych szczurów, stosując vigantol nie w jedzeniu, lecz przez wdychanie z powietrzem, i tym razem otrzymała wyniki lecznicze bez działania szkodliwego vigantolu. Podobnych doświadczeń na innych zwierzętach nie robiono.

Wnioski: najmniejsze dawki vigantolu, podawane przez dłuższy czas królikom i kotom, wywołują zmiany chorobowe u tych zwierząt, a nawet prowadzą do śmierci, często dając o sobie znać w dłuższy czas po przerwaniu podawania vigantolu.

J. Dąbrowska.

BROICHMAN. Stosowanie ciepła w postaci okładów parafinowych w cierpieniach reumatycznych. (D. m. W. 29 r. 1930).

Warunkiem koniecznym dobrych kąpiei ciepłych jest długie utrzymywanie się ciepła i powolne oziębianie.

W tym celu została przed laty wprowadzona do leczenia przez jednego z lekarzy francuskich parafina. Zalety jej; niskie ciepło właściwe oraz prawie zupełny brak wody i stąd też możliwość stosowania jej w b. wysokiej temperaturze, bez uszkodzenia skóry. Okład taki utrzymuje ciepło od 5–6 godzin, przyczem temperatura skóry nie podnosiła się nadmiernie, nie spostrzegano również zaburzeń ze strony nerwów, regulujących ciepłotę ciała.

Znaczne zmniejszenie bolesności po zastosowaniu tych okładów jest, zdaniem autora, spowodowane działaniem ciepła w głąb tkanek.

Technika opatrunku jest następująca: odpowiednio miejsce po oczyszczeniu skóry za pomocą alkoholu i eteru pendzluje się parafiną o temperaturze 70–75°, następnie pokrywa się wata o grubości ½ cm., którą znowu przepaja się parafiną o ciepłocie 80–85°, następnie ponownie pokrywa się wata i opaską, najlepiej flanelową. Bardzo ważne jest szybkie wykonanie następujących po sobie czynności. Okład taki pozostaje od 12–24 godzin.

Ten sposób leczenia zastosowano u 82 chorych z goś-

ćcem stawowym i dokonano 690 zawiązań. Najlepsze wyniki otrzymano w leczeniu bólów mięśniowych, w przypadkach nerwobólów, w pierwotnych i wtórnych zniekształceniach stawowych, w cierpieniach gośćcowych. Jedyne w 18 przypadkach nie osiągnięto pomyślnych rezultatów. Dwa razy zauważono objawy uboczne: raz pod postacią oparzenia skóry, przyczem temperatura okładu wynosiła 90°; za drugim razem wystąpiło zaczerwienienie i swędzenie. Objawy te ustąpiły bez następstw w krótkim czasie.

St. Luxemburg.

Znieczulanie.

Walter BRANDESKY. *Perkaina*. (Zentralbl. f. Chirurg. 1930. Nr. 3.).

W oddz. chirurg. Szpitala Cesarzowej Elżbiety w Wiedniu stosowano roztwór ½ *pro mille* *perkainy* bez adrenaliny, w ilości 100–120 ccm. Znieczulenie występowało natychmiast po zastrzyknięciu i tylko rzadko kiedy zauważono bóle pooperacyjne, ponieważ znieczulenie trwało bardzo długo. Nie zauważono bardziej rozległej płaszczyny znieczulenia, jak po nowokainie. Wycięcie wyrostka robaczkowego, wola, łąkotki oraz cały szereg mniejszych zabiegów wykonywano bez wszelkich niepożądanych następstw w znieczuleniu *perkainą*.

W dwóch przypadkach zauważono jako następstwo znieczulenie martwicę brzegów rany. Drugi z opisanych przypadków tyczył się bardzo otyłej chorej, u której martwica drażyła aż do powięzi. Miejsca nakłucia wykazywały zwykle niebiesko zabarwione nacieki, które czasami się powiększały i przechodziły w owrzodzenia. Martwica ulegała poprawie dopiero po dłuższym leczeniu. Z naciskiem wspomina autor, że oba te opisane przypadki tyczyły się osób bardzo otyłych, co skłonił go do zarzucenia w podobnych przypadkach znieczulenia nasiękowego *perkainą*.

X.

VEJDOVSKY. Kilka uwag o *Perkainie*. (Prakticky Lekar, 1930. Nr. 3.).

Od 15 listopada 1929 r. w oddziale oftalmicznym szpitala w Ołomuńcu stosuje się wyłącznie *perkainę* do znieczulenia drogą zastrzykiwań przed operacjami ocznymi. Do roztworów 2:1000 *perkainy*, zawsze na świeżo przygotowywanych, dodaje się po kilka kropli adrenaliny. Znieczulenie występuje prawie natychmiast i trwa długo. Pewną trudność w stosowaniu *perkainy* stanowi mętnienie roztworów, przechowywanych w zwyczajnym szkle. Wskutek tego należy przyrządzać tylko małe ilości roztworów, wystarczające do poszczególnych zabiegów. Takie postawienie warunków pracy prowadzi do zastosowania *perkainy* w proszku wyłącznie w szpitalach, gdy dla praktyki prywatnej najbardziej nadają się gotowe, wytworzone fabrycznie roztwory w ampułkach.

Zgodnie z prof. *Levitem* przekłada autor znieczulenie *perkainą* nad nowokainę, którą do tego czasu się stale posilkował, a to dzięki tanioci i trwałości znieczulenia po *perkainie* a także z powodu nadawania się jej również do znieczulania powierzchniowego.

X.

A. LÄWEN. Stare i nowe środki do miejscowego znieczulania. (Fortschritte der Therapie. 1930. Nr. 1.).

Zapoznanie się z *perkainą* autor zawdzięcza odczytowi *Henshena* w Bazylei. Przypisuje on wielkie znaczenie długotrwałości znieczulenia, którą uzależnia od zdolności dyfundowania i wskutek tego działania na zaotrzewnowy splot nerwów. Do znieczulenia powierzchniowego L. używa roztworu 1:1000 *perkainy*, który co najmniej dorównywa roztworom nowokainy, po której jednak znieczulenie rzekomo występuje wcześniej

Do znieczulenia krzyżowego autor stosował roztwór 1 : 1000 perkainy w ilości 20 ccm., a względem znieczulenia przez wlewanie do jamy brzusznej autor zachowuje się sceptycznie, obawiając się zatrucia perkainą.

X.

Choroby zakaźne.

FRIEDMANN i ELKELES. Badania doświadczalne nad leczeniem porażen błoniczych surowicą. (D. m. W. № 41. 1930).

Skuteczność działania surowicy błoniczej w porażeniach podyfterytycznych nie jest przez wszystkich uznana, zarówno w Niemczech jak i we Francji. Zjawisko to tłumaczą nieprzepuszczalnością barjery mózgowo-naczyniowej dla przeciwciał.

Ostatnie spostrzeżenia autorów wskazują, że jad błoniczy dostaje się do centralnego układu nerwowego za pośrednictwem nerwów obwodowych. Przyjmując, iż w zasadzie możliwy jest wpływ przeciwciał, wprowadzonych drogą dożylną, na centralny układ nerwowy, dokonano szeregu doświadczeń na królikach z toksyną *Madsena*, Cv. W. V oraz toksyną 428., które wprowadzano podpotylicznie lub domózgowo. Okazało się, że barjera mózgowo-naczyniowa jest przepuszczalną dla przeciwciał błoniczych i zatrucie jadami błoniczemi mózgu może być leczone dużymi dawkami antytoksyny.

St. L u x e n b u r g.

ECKSTEIN, HERZBERG - KREMMER H., HERZBERG K. Przyczynę do kliniki zapalenia mózgu poszczepionego. (D. m. W. Nr. 34. 1930).

Zapalenie mózgu poszczepienne nie jest rzeczą częstą, i przypadki te zasługują na podanie do wiadomości ogólnej, szczególnie o ile udało się wykryć zarazek szczepionki we krwi, i płynie mózgowordzeniowym.

Autorzy spostrzegali 3 takie przypadki, przyczem w dwóch ustalono ponad wszelką wątpliwość zależność objawów mózgowych od zarazka szczepionki, wykrytego w płynie mózgowordzeniowym i we krwi; w tej ostatniej w jednym przypadku wynik dodatni otrzymano 29 dnia choroby.

W trzecim przypadku otrzymano ze świeżych wykwitów na skórze czystą hodowlę bakterij paraduru B.

Niepomyślny wynik pierwszego szczepienia przeciw ospie nie pozostaje obojętnym dla ustroju i być może przyczynia się do powstania stanów uczulenia, tak, że przy powtórnym szczepieniu należy zachować pewne ostrożności.

Dwa przypadki były leczone pomyślnie surowicą osobnika świeżo uodpornionego o wysokim mianie.

St. L u x e n b u r g.

SCHOTTMÜLLER. W sprawie choroby Banga. (D. m. W. Nr. 43. 1930).

Choroba Banga u ludzi nie należy do zjawisk zbyt rzadkich. Od roku 1928 stwierdzono kilka jej przypadków.

Potogeneza tej postaci chorobowej nie jest dotychczas dokładnie ustalona, gdyż zazwyczaj nie dochodzi do zejścia niepomyślnego i badania sekcyjnego.

Najprawdopodobniej zarazki choroby z naczyń chłonnych krezki za pośrednictwem przewodu piersiowego, dostają się do obiegu krwi, a stąd do wątroby i śledziony. Wyhodowanie zarazków ze krwi udaje się z trudnością, chociaż, podobnie jak w durze brzuszonym, krążą one w okresie gorączki. Wynik dodatni posiewu otrzymano na buljonie z dodatkiem 30% peptonu, przy dodaniu odwłóknionej krwi na mleku, na zwykłym agarze przy usunięciu tlenu z powietrza. Te badania bakteriologiczne są najważniejszą podstawą naszego rozpoznania w okresie, gdy nie można otrzymać jeszcze odczynów aglutyna-

cyjnych, a których brak nie przemawia jednak w sposób zdecydowany przeciw chorobie Banga. Przebieg ciepłoty ciała nie przedstawia nic charakterystycznego i dlatego zmiana nazwy: zakażenie Banga — na *febris undulans*, wydaje się autorowi nieistotną.

W celu obniżenia temp. ciała stosuje się powszechnie: salvarsan, urotropinę, chininę, kollargol, cytotropinę, salicyl.

S. stosował systematycznie pyramidon w dawkach 1, 0—3. O *pro die*, z dobrym wynikiem, jednak nie sądzi aby spadek ciepłoty ciała wpłynął na skrócenie przebiegu choroby.

Źródłem zakażenia jest bezwątpienia mleko, w tym kierunku winno też iść zapobieganie.

St. L u x e n b u r g.

FLEISCHMANN. W sprawie włośnicy. (D. m. W. Nr. 16. 1930).

Spostrzeżenia w 19 przypadkach włośnicy w Berlinie w czasie wojny pozwoliły uwypuklić niektóre objawy tej sprawy chorobowej.

Często występował obrzęk twarzy, szczególnie na powiekach, przekrwienie spojówek, zaczerwienienie twarzy, silne skłonności do pocenia się. Tętno zbyt wolne w stosunku do temperatury podwyższonej, w przebiegu której nie udało się ustalić żadnej regularności.

W przypadkach autora brak było zaburzeń psychicznych i powiększenia śledziony. Na specjalną uwagę zasługuje niskie ciśnienie krwi przy jednoczesnym braku zaburzeń ze strony krążenia.

Dobrych wyników leczenia pigułkami leukotyłowemi (połączenie lecytyny, miedzi) oraz neosalvarsanem nie zauważono.

St. L u x e n b u r g.

ELKELES. W sprawie etjologii choroby papuziej. (D. m. W. Nr. 15. 1930).

Zarazek choroby papuziej jest dotąd nieznanym.

Jestto choroba zakaźna, gdyż stwierdzono przenoszenie się od chorego — i powstawanie objawów chorobowych mniej więcej po 2 tygodniach. W jednym przypadku choroby papuziej znaleziono w wątrobie enterokoki i pałeczki hemoglobinochłonne. Zaszczepienie wyciągu z tej wątroby papudze wywołało u niej rozwój choroby papuziej. Zastrzyknięcie przesącza z wyciągu narządów już po 9 dniach dało zajęcie śmiertelne. Pałeczki hemoglobinochłonne stwierdzone zostały i w ślinie u zwierząt z chorobą papuzią. Choroba papuzia może się rozwijać i u kanarków, jak wykazały ostatnie badania. Ze względu na łatwość przenoszenia się tej choroby bezwzględnie należy przedsięwziąć środki ostrożności przy pracy z materiałem zakaźnym: specjalne pokoje do badań, klatki osłonięte, maski na twarz i głowę, zmiana fartuchów, desynfekcja.

Wanda F r a n z ó w n a.

Choroby narządów trawienia.

KLEC. W sprawie dynamiki żołądka. (D. M. W. № 40. 1930 r.).

Wpływ konstytucji zaznacza się wybitnie w zdolności ruchowej żołądka (budowa asteniczna), jednak ocena tej zależności jest utrudniona, gdyż nie mamy odpowiednich metod badania i zmuszeni jesteśmy nadal zadowolić się spostrzeganiem czynności ruchowej żołądka.

Opróżnienie się żołądka zależy od napięcia jego ścian i oporu odźwiernika. Kształt żołądka zależy od napięcia jego ścian. Na wzmoczenie napięcia wpływa unerwienie parasympatyczne, a obniżenie jego zależy od działania nerwów sympatycznych. Zaburzenia ze strony nerwowej, szczególnie nerwu błędnego, mogą prowadzić, nawet przy niedużym obciążeniu żołądka, do jego opuszczenia. Rozciągnięcie żołądka daje na drodze odruchordzeniowego przez nerw trzewny, obniżenie na-

pięcia mięśni brzusznych. Do obciążenia żołądka przyczynia się również, oprócz pokarmów, ilość wydzielonego soku żołądkowego. Napięcie odźwiernika panuje nad całą zdolnością ruchową żołądka. Perystaltyka jest najwyraźniejszym bodźcem, który sprowadza otwarcie odźwiernika.

Jednak nie wszystkie ruchy perystaltyczne prowadzą do jego otwarcia, a mają za najgłówniejsze zadanie odpowiednie przemieszanie treści pokarmowej.

Wszystkie bodźce nerwowe, które wzmagają napięcie ścian żołądka wzmagają te same perystaltykę. Jednak z wzmocnienia jej czynności nie można wysnuwać wniosków co do czasu opróżnienia się żołądka. Skurczowe stany części przedodźwiernikowej hamują ruchy perystaltyczne, co zależy od zbyt słabego obciążenia i rozciągnięcia.

Zaburzenia wymienionych czynności żołądka przejawiają się głównie jako objawy nerwowej i astenicznej czynności konstytucyjnej.

St. Luxenburg.

EIMER. Djeta małosolna a wydzielanie soku żołądkowego. (D.m.W. Nr. 24. 1930).

Przeciwnicy wprowadzenia diety Gerson-Sauerbrucha do leczenia gruźlicy motywują swoje stanowisko tem, że pod wpływem diety małosolnej następuje zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego. Badania, przeprowadzone w tym kierunku metodą frakcjonowaną, wykazały wręcz przeciwne rezultaty. Ustalono zwiększenie zarówno HCL wolnego, jak i ogólnej kwasoty przy podawaniu wyłącznie surowych jarzyn i owoców naczczo i po spożyciu, przyczem w jednym przypadku nawet po 6½ miesiącach tej diety zaburzeń wydzielniczych nie stwierdzono.

Przez pierwsze 3—4 dni po przejściu na dietę jarzynową występuje spadek wagi, spowodowany utratą wody, oraz wzmożone wydalanie NaCl drogą moczu. Następnie organizm przystosowuje się do zmienionej diety i wydala drogą moczu na dobę do 1 gr. NaCl. We krwi i tkankach ilość NaCl pozostaje bez zmiany.

Wpływ diety jarzynowej na wzmożone wydzielanie soku żołądkowego zależy prawdopodobnie od właściwości surowych soków, które podobnie, jak wyciągi mięsne, pobudzają wydzielanie dzięki zawartości ciał wyciągowych.

Wanda Franzówna.

WESTPHAL i KUCKUCK. O achylji po zasadach i o innych skutkach leczenia alkalkami chorób żołądka. (Münch. med. Woch. 37 — 1930).

Leczenie dużymi dawkami alkalkij może być prowadzone nawet przez lata. Trwałe jednak podawanie nadmiernych ilości zasad może prowadzić nie tylko do niebezpieczeństwa alkalozy, ale wywołać zmiany w chorym narządzie.

W ciągu ostatnich 1 i pół roku, autor zaobserwował 20 przypadków wyraźnej achylji i 5 z niską kwasotą, w których przedtem podawane były duże ilości alkalkij, wywiady wskazywały na przebyte wrzodu żołądka lub dwunastnicy, z towarzyszącą nadkwasotą, ostatnio natomiast występują stałe i nieznaczne bóle lub przykre uczucia ucisku, większość jednak ma dolegliwości jak przedtem. Chorzy ci kierowani są do szpitala przeważnie z rozpoznaniem wrzodu. Mimo achylji stwierdza się rentgenologicznie szeroką błonę śluzową. W 6 przypadkach bezsok był zupełny, nawet po histaminie. Chorzy ci jednak mieli kwaśne odbijania. W wielu przypadkach stwierdzało się nadmierne ruchy żołądka. W jednym przypadku, po wstrzyknięciu atropiny, zjawiał się wolny HCL, znikły bóle, a czas opróżnienia się żołądka, perystaltyka części odźwiernikowej i skurcze

odźwiernika wróciły do normy. Bóle u innych chorych z bezsokiem cofały się również po ustąpieniu nadmiernych ruchów żołądka. Te skrócje należy uznać za wywołujące bóle u chorych z nadkwasotą i wrzodowatych.

Zgodnie z ujęciem Konjetzneyego w powstawaniu bólów bierze udział stan zapalny śluzówki, *gastritis*. U 10 z pomiędzy omawianych przez W. i K. chorych stwierdzono szeroką śluzówkę, *gastritis hypertrophica* (metoda Berga). Te zmiany na śluzówce mogą powstawać po nadmiernym leczeniu alkalkami, czego dowodzi jeden przypadek, w którym autorzy porównali zdjęcia przed i po leczeniu atropiną i HCL.

Niektóre dolegliwości podmiotowe wynikają z szybszego przechodzenia przez jelita pokarmu źle trawionego w żołądku.

Zapamiętania szkoły Aschoffa, zwłaszcza Büchnera, na rolę nadkwasoty w powstawaniu wrzodów nie znajdują potwierdzenia w powyższych obserwacjach, gdyż owrzodzenia tutaj nie goiły się, a po wystąpieniu achylji obserwowano nawet obostrzenia w przebiegu wrzodu dwunastnicy. W powstawaniu tych owrzodzeń główną rolę odegrały nie nadmierna zdolność peptyczna soku żołądkowego, a przedewszystkiem zmiany naczynio — i mięśnioruchowe żołądka i stan zapalny śluzówki.

Achylja zjawia się po rozmaitych alkalkach, także po sodzie, jak po magnezji, bismucie, soli karlsbadzkiej. Autorzy podawali w celu doświadczalnym większe dawki zasad i później określali krzywą wydzielania żołądkowego po śniadaniu próbnym. We wszystkich prawie przypadkach krzywa była wyższa niż bez uprzedniego podawania zasad, poatem nadmierne wydzielanie utrzymywało się przez czas dłuższy. Z powyższego wnoszą, że zanikanie kwasu solnego w soku żołądkowym wynika z wyczerpania śluzówki, pobudzonej nadmiernie dużymi dawkami zasad; cierpienie zasadnicze natomiast utrzymuje się. Jest to więc porażenie po nadmiernym podrażnieniu. Po ustąpieniu zbyt silnej podniety cofają się nie tylko zmiany czynnościowe, lecz i anatomiczne, wywołane alkalkami (*gastritis hypertrophica*).

Autorzy podkreślają dobry efekt, otrzymywany po wstrzykiwaniach atropiny, wprowadzonej do terapii owrzodzeń żołądka przez Riegela, Taborę i Bergmanna. Zaczyna się od wstrzykiwań 1 mg 3 razy dziennie i stopniowo schodzi do pół mg 2 razy dziennie. Ostatnia dawka może być stosowana przez czas długi. Suchość w ustach i nieznaczne zmiany źrenic występują na początku i oznaczają dobre działanie na cały organizm. U osób wrażliwych na atropinę stosuje się eumydrinę i belladonnę. Zamiast mieszanek alkalkicznych wolą autorzy przepłukiwania żołądka roztworem azotanu srebra.

F. Turyn.

E. CZYHLARZ. O odruchowym nerwobólu w zapaleniu wyrostka robaczkowego. (Wien. klin. Wschr. № 33/1930).

W przypadku, opisywanym przez autora, a dotyczącym młodej dziewczyny, wystąpiły silne bóle świdrujące i drące promieniujące od lędźwi ku okolicy ślepej kiszki. Nie było bolesności ani w punkcie Mac Burneya, ani w punkcie Küm mela, objaw Rovsinga był ujemny. Natomiast lekkie uszczyplenie, a nawet delikatne głaskanie skóry w okolicy ślepej kiszki było odczuwane jako silny ból. Stwierdzono również punkt bolesny po prawej stronie I i II kręgu lędźwiowego w miejscu wyjścia nerwów międzyżebrowych. Po dwóch dniach przeculica skóry ustąpiła, natomiast ucisk w okolicy punktu Mac Burneya wywoływał silny ból, wobec czego rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego, co zostało potwierdzone przez operację.

Henryk J. Landau.

Wskazówki praktyczne.

— Mandl poleca *znieczulenia jamy brzusznej* za pomocą *perkatny*. Przed operacją zastrzyknięcie pantoponu 0,02. Po znieczuleniu powłok brzusznych $\frac{1}{2}\%$ nowokainą z suprareniną wlewa się do otwartej jamy brzusznej około 200 cm³ $\frac{1}{2}\%$ roztworu perkatiny z kilkoma kroplami suprareniny. (Ztbl. f. Chir. 1930 № 48).

—o—

Nowy środek przeciwbólowy i przeciwgorączkowy *Amatyn* (kwas acetyloetakrezotynowy — fabr. I. G. Farbenindustrie) wypróbował A. Reischel. W gruźlicy przewlekłej przeciętne działanie przeciwgorączkowe równa się działaniu aspiryny, przyczem pocenie się jest słabsze. Chorzy z reumatyzmem przewlekłym, jeszcze lekko gorączkujący, pod wpływem 3 gr. Amatyny pozbywali się potów i bólów. Działania ubocznego ze strony żołądka i serca nie było.

(D. m. W. 1930 № 46).

—o—

J. Herzog stosował z powodzeniem *Optalidon-Sandoz* (kombinacja kwasu izoallylobutyrowego z pirazolonom i kofeiną) w *migranie*, *lekkich stanach podniecenia* i *bezsenności*, jako środek kojący. Smak optalidonu jest przyjemny, działania ubocznego ze strony żołądka i jelit niema.

(D. m. W. 1930 № 45).

—o—

G. Scherber poleca *leczenie poronne ostrego zapalenia rzażączkowego cewki moczowej* za pomocą protargolu. Pierwszego dnia zastrzykuje się pipetką 10⁰/₁₀ protargolu w ilości 2—3 cm³ do cewki przedniej 2 razy. Drugiego, trzeciego i czwartego dnia zastrzykuje się raz dziennie tę samą ilość 5⁰/₁₀ protargolu. Po 2-dniowej pauzie i znowu ten sam 4-dniowy okres leczenia. Jeżeli po upływie 2-ch dni badanie drobnowidzowe wykrywa gonokoki, to znaczy, że leczenie poronne nie powiodło się, i trzeba zastosować zwykłe leczenie przeciwrzażączkowe.

(W. m. W. 1930 № 44).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 21 października 1930 r.

Obecnych członków Towarzystwa 79, wprowadzonych gości 91. Początek o godzinie 8-mej w. punktualnie.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 14.X.1930 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac, nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

3. Kol. Prezes odczytuje życiorysy ś. p. Michała Latkowskiego oraz ś. p. D-ra Aleksandra Kopczyńskiego, skreślone przez Sekretarza Stałego. Zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie z miejsc. Ś. p. Michał Latkowski urodził się w Łaguni na Ukrainie w r. 1882. Gimnazjum klasyczne ukończył w Jarosławiu nad Wołgą w r. 1900 i w tymże roku wstąpił na Wydział Lekarski Uniw. Moskiewskiego, który ukończył w r. 1909. Przez jeden rok był asystentem kliniki kobiecej Uniw. Moskiewskiego, poczem odslugiwał stypendjum rządowe jako lekarz dzielnicowy w powiecie klimowieckim ziemi Mohylewskiej. W r. 1913 złożył egzamina na doktora medycyny Uniw. Moskiewskiego.

W r. 1914 został powołany do wojska rosyjskiego i pozostawał w nim 1½ roku jako lekarz 2-go batalionu saperów, a następnie jako st. ordynator oddz. chirurgicznego szpitala zapasowego w Nowozybkowie ziemi Czernihowskiej.

W r. 1918 powrócił do Polski i wstąpił do wojska. Od tego czasu jest lekarzem 1-go szpit. Okr. im. J. Piłsudskiego jako młodszy, a od r. 1924 jako starszy ordynator oddziału chirurgicznego.

Członkiem czynnym T-wa Lek. Warsz. został w r. 1930.

Zmarł dn. 4.X.1930 r. Jest to więc ciężka strata dla polskiej ortopedji. Ś. p. Latkowski zapowiadał się jako siła wybitna bardzo, dużo umiał i był bardzo pracowity.

Wydał drukiem następujące prace:

1. O wruhomieniu wytwórczem stawów sztywnych. Lek. Wojsk. 1924.

2. Ręka sztuczna ruchoma po operacji Krukenberga. Przegl. Chir. 1925.

3. Mało znany sposób przeszczepiania ścięgien. Przegl. Chir. 1925.

4. Kilka uwag o zszywaniu ran postrzałowych. Lek. Wojsk. 1926.

5. Chirurgja polowa. Wykłady dla stud. Szkoły Podchor. Skrypta. 1926.

6. Szew ścięgnowy. Przegl. Chir. 1927.

7. Operacja wytwórcza po odjęciu przedramienia. Przegl. Ortop. 1928.

8. Leczenie stopy wydrążonej przeszczepianiem ścięgien Przegl. Ort.

9. Przyneczek do leczenia złamań szyjki chir. 1929 Lek. Wojsk.

10. O złamaniu dlnych nasad podudzia. Lek. Wojsk. 1929 r.

Ś. p. Aleksander Kopczyński urodzony w r. 1866. w Warszawie. W r. 1884 ukończył gimnazjum IV w Warszawie, w tymże roku zapisał się na Uniwersytet Warszawski, który ukończył w r. 1890 z wynikiem „cum eximia laude”. W r. 1891 był lekarzem wolnopracującym w osadzie Zalelików w gub. lubelskiej — w r. 1892 czasowym lekarzem na kolei Moskiewsko-Brzeskiej w Smoleńsku. W r. 1894 został mianowany asystentem oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Rocha w Warszawie. Od r. 1899 zajmuje stanowisko lekarza ambulatorjum chorób chirurgicznych w szpitalu św. Rocha.

Członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego został w r. 1900. Zmarł dnia 13.X.1930 r.

W r. 1899 ogłosił drukiem pracę p.'t. „Rezekcja stopy sposobem Obalińskiego”. Gaz. Lek.

4. Kol. K. Chodkowski przedstawił „*przypadek zwięzienia ciałni tętnicy głównej*” (Streszczenie własne).

U 23-letniego ślusarza z rozpoznaniem klinicznym ostrego zapalenia wsierdza z następczą niedomykalnością lewego ujścia żylnego znaleziono na sekcji wybitne przewężenie pnia tętnicy głównej między odejściem lewej tętnicy podobojczykowej a ujściem przewodu tętniczego Botalla. W miejscu tem po otwarciu stwierdzono okrężny fałd półksiężycowaty, wpuklający się do światła tętnicy i jej przedniej ściany. Między fałdami znajdował się mały uchyłek ściany. Ujście przewodu tętniczego leżało poniżej fałdu okrężnego; od strony tętnicy płucnej przewód był zarośnięty. Poza tem w sercu znaleziono wrzodziejące zapalenie zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, zapalenie przewlekłe i zwyrodniałe nacieczenie tłuszczowe mięśnia. W nerce lewej były dwa małe zawały blade.

Krażenie było wyrównane przez następujące połączenie:

1. wewnętrżnej tętnicy sutkowej od tętnicy podobojczykowej z tętnicami międzyżebrowymi od piersiowej części tętnicy głównej;

2. górnej tętnicy nadbrzusnej od wewnętrżnej tętnicy sutkowej z dolną tętnicą nadbrzuszną od zewnętrżnej tętnicy biodrowej oraz z tętnicami lędźwiowymi od brzusznej części tętnicy głównej;

3. tętnicy osierdziowo-przeponowej i mięśniowo-przeponowej od wewnętrżnej tętnicy sutkowej z tętnicami przeponowymi górnymi i dolnymi od piersiowej i brzusznej części tętnicy głównej;

4. bocznej tętnicy piersiowej od tętnicy pachowej z tę-

tnicami międzyżebrowymi od piersiowej części tętnicy głównej;

5. zstępującej gałęzi tętnicy poprzecznej szyi od pnia tarczowo-karkowego tętnicy podobojczykowej z gałkami grzbietowymi tętnic międzyżebrowych od piersiowej części tętnicy głównej.

Zwężenia cieśni mogą umiejscawiać się bądź między lewą tętnicą podobojczykową i ujściem przewodu tętniczego B o t a l l a, bądź w miejscu ujścia przewodu. Pierwsze spotykamy prawie wyłącznie u noworodków, drugie u dorosłych. Przedstawiony przypadek zwężenia należy zaliczyć do zwężeń pierwszego rodzaju. Zarośnięcie cieśni spotykamy znacznie rzadziej, niż zwężenie (stosunek 1:7).

Do zasadniczych objawów klinicznych typowych postaci zwężeń zaliczamy:

1. Szmer skurczowy w górnym odcinku (charakter szmeru jest zmienny: chuchający, miękki, trący); często doskonale słychać go w okolicy międzyopatkowej.

2. Różnica w zachowaniu się tętna na kończynach górnych—tętno tętnicy promieniowej jest mocne, łatwo wyczuwalne, dobrze wypełnione, i dolnych—tętno tętnicy udowej i grzbietowej stopy-ledwo lub zgoła niewyczuwalne, małe, słabo wypełnione. W dużych zwężeniach, tętna wymienionych tętnic mogą być niewspółmierne.

3. Różnica parcia krwi w obrębie kończyn górnych i szyi (obszar wysokiego parcia) i dolnych (obszar niskiego parcia), jak również znaczna różnica między parciem skurczowym i rozkurczowym.

4. Istnienie powierzchniowych dróg krążenia ubocznego (objaw niestaly). Duże znaczenie mogą mieć pomocnicze badania kliniczne, jak: prześwietlenie i zdjęcia rentgenowskie, metody wykreślenia tętna, badania włosniczek palców rąk i nog (kapillaroskopja).

W postaciach poronnych, częstszych, niż ty. owe, nie stwierdza się szmeru; zwężenie bowiem jest za małe, by mogło go spowodować.

1. Rozszerzenie lub tętniaki (rozlane, workowate, rozdzielające) części wstępującej i łuku tętnicy głównej lub ich gałęzi (często tętnicy mózgu), około 12% pęknięć (wysilki fizyczne).

2. Zapalenia wsierdza, mięśnia sercowego i błony wewnętrznej tętnicy głównej.

3. Zwyrodniające nacieczenie tłuszczowe mięśnia sercowego.

4. Miażdżycy tętnic obszaru wysokiego parcia.

5. Kol. Witold Orłowski wygłosił odczyt p. t. „*Patogeneza przewłokłej niewydolności krążenia ze szczególnym uwzględnieniem teorii obwodowo-mięśniowej Eppingera*”. Część I. Kształtowanie się poglądów na patogenezę przewłokłej niewydolności krążenia (streszczenie własne).

Autor omawia teorię powstawania przewłokłej niewydolności krążenia sercowo, oraz obwodową, w tem udział układu tętniczego, żylnego, włóknikowego, w myśl badań Krogha, magazynów krwi, tętniczek ustrojowych, wreszcie, teorię Eppingera.

6. Kol. S. Cytronberg z serji „*Badań doświadczalnych nad czynnością wydzielniczą i chłonną jelita cienkiego*” wygłosił doniesienie II p. t. „*Wpływ pożywienia na ilość i jakość wydzieliny jelitowej*” (streszczenie własne). Prelegent przeprowadził szereg doświadczeń na psach z przetoką jelitową nad wpływem pożywienia na ilość i jakość soku jelitowego i przyszedł do wniosków następujących:

1) Pożywienie, podawane w ciągu kilku do kilkunastu dni, wywiera pewien wpływ na wydzielanie jelitowe.

2) Wpływ ten zaznacza się szczególnie wyraźnie przy bezpośrednim przejściu z jednego rodzaju pożywienia na drugi. Jeżeli natomiast pomiędzy dwoma okresami podawania różnego pożywienia jest dłuższa przerwa (od paru do kilku tygodni), wówczas różnice w wydzielaniu jelitowym zacierają się. Chcąc więc wejść w sprawę wpływu pożywienia na ilość i jakość soku jelitowego, należy na każdym psie przeprowadzić możliwie większą liczbę doświadczeń, postępując w ten sposób, że zmienia się pożywienie kilkanaście, a co najmniej kilka razy. Wyniki zestawienia ilości i cech soku, wydzielanego po wszystkich okresach różnego pożywienia, wskażą wtedy cechy wydzielania jelitowego, mniej lub więcej swoiste dla każdego rodzaju pożywienia.

3) W tych doświadczeniach należy pamiętać o następujących okolicznościach: a) pętle wyodrębnione muszą pochodzić z tego samego odcinka, b) ich długość winna być możliwie jednakowa, c) sposób, czas zgłębnikowania przetoki tryb życia zwierząt i t. d. winny być jednakowe, d) nie wolno w międzyczasie przeprowadzać na zwierzętach jakichkolwiek innych doświadczeń.

4) Obok pożywienia na wydzielanie jelitowe wpływa jeszcze szereg innych czynników, do których przypuszczalnie należą: rasa, wiek, płeć, czynniki nerwowo-oddechowe i psychiczne, napięcie układu wegetatywnego, czynność gruczołów dokrewnych i t. d.

5) W ramach tych zastrzeżeń autor stwierdza, że po djecie mieszanej, obfitej w węglowodany, ilość godzinna soku jelitowego jest największa, nieco mniejsza po pożywieniu wyłącznie mlecznym, jeszcze mniejsza po wyłącznie mięsnym, najmniejsza po głodzie.

6) Zwierzę młodsze lub mniejsze wydziela naogół nieco więcej soku na 1 kg. wagi, niż starsze i większe.

7) Ciężar właściwy, wskaźnik refraktometryczny soku są największe po pożywieniu wyłącznie mięsnym, nieco mniejsza po mieszanym, jeszcze mniejsze po pożywieniu wyłącznie mlecznym. To samo dotyczy zawartości składników sformowanych (kw. leuko- i limfocytów, nabłonków, kryształików i t. d.).

8) Napięcie powierzchniowe nie wykazuje zależności od pożywienia.

9) Lepkość płynnej części soku jest najbardziej stałą cechą fizyczno-chemiczną soku. Jelito reguluje lepkość swej wydzieliny przy pomocy większej lub mniejszej ilości składników sformowanych.

15) PH soku nie wykazuje zależności od rodzaju pożywienia. Prawdopodobnie wpływ pożywienia jest tutaj zamaskowany wskutek obecności znacznej ilości łutników w soku jelitowym.

11) Zasób zasad soku jest największy po pożywieniu mlecznym, nieco mniejszy po mieszanym, najmniejszy po wyłącznie mięsnym.

12) Stężenie chloru jest naogół równoległe do stężenia chloru we krwi, wykazuje atoli większe wahania.

13) Zawartość azotu pozabiałkowego jest w soku zwierzęcia starszego większa, niż w soku młodszego, stosownie do takiegoż samego zachowania się zawartości azotu pozabiałkowego we krwi.

W dyskusji kol. Bączkiewicz przypomina badania Nenckiego i Jakowskiego nad sokiem jelitowym człowieka. W odpowiedzi kol. Cytronberg stwierdza, iż w pracy, przygotowanej do druku, pracę Nenckiego omówił. Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 10.

Prezes: Witold Orłowski
Se retarz doroczny: Jan Roguski.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej.

Posiedzenie kliniczne z dnia 27.V 1930 r.

Przewodniczył Dr. W. Róbin.

A. Pokazy.

1. M. Płoński przedstawia *przypadek polipów w sercu*. Na sekcji 7-mioletniej dziewczynki stwierdzono w sercu otwór międzykomorowy. W prawem sercu, na przedniej ścianie *conus pulmonalis* znajdował się podkowiasty duży twór z dwoma wolnymi końcami, sięgającymi do zastawek tętnicy płucnej; makroskopowo twór ten miał charakter polipowaty. Okazało się jednak, iż jest to duży zakrzep, który powstał w miejscu przeciwniegiem otworowi międzykomorowemu. Spotykały się tu dwa prądy krwi: jeden, który biegł z lewej komory do prawej przez otwór międzykomorowy, drugi, który szedł z prawej komory do tętnicy płucnej. Takie zaburzenie w krążeniu było głównym powodem powstania zakrzepu w tem miejscu (autoreferat).

2. M. Płoński — *przypadek torbieli nerki niezwykłych rozmiarów*. Sekcja wykazała olbrzymią torbiel pozaotrzewnową. W jamie otrzewnowej znajdowało się około 20 litrów mętnawego płynu i w torbieli około 25 litrów jasnego płynu. Prawej nerki nie było. Stwierdzono natomiast, że od torbieli odchodzi moczowód, który prowadził do pęcherza moczowego; moczowód był drożny. Było to więc wodonercze niezwykłych rozmiarów. Torbiel zajmowała całą przestrzeń pozaotrzewnową i unosiła tylną blaszkę otrzewny do przodu. Uciskając duże naczynia krwionośne, wywołała zastój żylny i nagromadzenie się płynu w jamie brzusznej. Przyczyna wodonercza jest niejasna; najprawdopodobniej było to wodonercze wrodzone samoistne (?) (autoreferat).

W dyskusji Fliederbaum omawia szczegółowo przebieg kliniczny przedstawionego przez P. przypadku torbieli nerki.

3. M. Lubelski. *Przypadek zwężenia odźwiernika i części przewodźnikowej żołądka po otruciu esencją octową-Zespolanie żołądkowo-jelitowe. Wyzdrowienie*. Chora H. S., lat

18, otrula się esencją octową i została umieszczona w szpi. talu. Nieprzytomna, tętno przyspieszone, ledwo macalne, oddech charczący; kończyny zimne; nie reaguje na uklucia wymiotuje treścią o reakcji słabo zasadowej. W wymiocinach sporo śluzu i krwi jasno-czerwonego koloru. Moczu ciemno-brunatnego koloru o reakcji kwaśnej. Pod drobnowidzem całe pole usiane czerwonymi krwinkami i masami bezpostaciowymi (mocznymi bezpostaciowymi). Przy badaniu moczu po tygodniu stwierdzono: oddziaływanie kwaśne, białka ślad, urobilinogen; w osadzie: 20—30 krwinek białych, krwinek czerwonych—. Przy przyjmowaniu pokarmów chora skarży się na bóle w gardle, wzdłuż mostka i w dołku podsercowym; gorączkuje (38,3° C.) Przy oględzinach jamy ust stwierdzono na języku, podniebieniu twardym, miękkim i na migdałkach szaro-białe naloty z wybroczynami. Po miesiącu od zatrucia po przyjęciu pokarmów chora wymiotuje; zwiększyła się bóle w dołku podsercowym. Zgłębnik przełykowy dał się łatwo wprowadzić do żołądka, co przemawiało za normalną drożnością przełyku. Zgłębnikowanie żołądka naczco, wykonywane co parę dni, wykazało powiększające się zaleganie pokarmów (10,0 c. c., następnie 100,0 c. c., dalej 200,0 c. c. — papkowatej treści). Po próbnym śniadaniu wydobyto 150 c. c.; kwas solny; ogólna kwasota 4; stosunek części stałych do płynnych 5:1; odczyn na krew—.

Zdjęcie rentgenowskie stwierdziło, co następuje: żołądek ma kształt lejka (Dr. Mesz), umieszczonego pod przeponą; przez zwężony odźwiernik i część przyodźwiernikową żołądka masa kontrastowa przechodzi wąską strugą w b. małej ilości. W przeciągu doby przechodzi zaledwie 1/3 część masy kontrastowej.

Rozpoznano zwężenie odźwiernika. Operacji dokonano w uspieniu eterowym. Przy operacji stwierdzono, że odźwiernik, część przyodźwiernikowa i prawie połowa żołądka były skurczone, pofalowane, twardej kontystencji. Z trudnością dokonano zespolenia tylnego, z krótką pętlą jelita czczego w obrębie dna żołądka; w tem tylko miejsza ściana żołądka miała wygląd normalny i była normalnej konsystencji. Przebieg pooperacyjny — bez powikłań. Chora w parę dni po operacji zaczęła przyjmować płynne pokarmy; wymioty ustąpiły. Obecnie jest zdrowa. W naszym przypadku, aczkolwiek było duże zniszczenie ściany żołądka, udało się w obrębie dna żołądka dokonać zespolenia; natomiast są przypadki, gdzie po otruciu płynami żrącymi cały żołądek jest tak skurczony, pofalowany i mały, że zmuszeni jesteśmy zamiast zespolenia wykonać jejunostomię, aby w jakikolwiek bądź sposób utorować sobie drogę do wprowadzenia pokarmów do przewodu pokarmowego. Jejunostomię wykonywamy i wówczas, kiedy po otruciu prócz zwężenia odźwiernika wytworzyło się też i zwężenie przełyku. O u e n u i P i l l e t podają, iż na 30 przypadków zwężenia odźwiernika po zatruciu płynami żrącymi w 7 przypadkach stwierdzili prócz tego zwężenie przełyku (Q u e n u e t P i l l e t. Des stenoses cicatricielles du pylore consecutives a l'ingestion de liquides caustiques, Revue de Chirurgie, Paris, 1902, 51).

W dyskusji W. R ó b l n podkreśla nietypowe umiejscowienie zmian, wywołanych przez płyn żrący. Trucizna przeszła przez przełyk i żołądek, nie niszcząc zupełnie śluzówki; zatrzymana dopiero w odźwierniku, wywołała tu ciężką martwicę. Analogiczny przypadek, z wykonaniem również zespoleniem żołądkowo-jelitowym, ogłosił 30 lat temu. K n a s t e r zapytuje prelegenta, czy po zatruciu kwasem octowym wystąpił u pacjentki barwnik krwi w moczu, jak na to zwraca uwagę S k ł o d o w s k i. G l e i c h g e w i c h t, który obserwował chorą na oddziale wewnętrznym przed zabiegiem, przedstawił szczegółowy obraz kliniczny przypadku; zwraca uwagę, że rzeczywicie barwnik krwi był w moczu wykryty po zatruciu. P. G o l d s t e i n na podstawie własnego materiału operacyjnego twierdzi, że w zatruciach kwasami często spotyka się oparzenie odźwiernika; rzadko natomiast oparzony jest sam odźwiernik. Wobec powyższego nie należy wykonywać gastrostomii, o ile uprzednio nie sprawdzono stanu odźwiernika.

M. L u b e l s k i. *Przypadek kamicy żółciowej z ciężką postacią żółtaczki. Operacja. Wyzdrowienie.* Przypadek dotyczy chorej lat 44, która przybyła początkowo na oddział wewnętrzny w b. ciężkim stanie, z tętnem nitkowatym, uporczywymi wymiotami, wybitną żółtaczką i wysoką ciepłotą (39° C.). Pierwszego napadu bólów w prawem podżebrzu chora doznała przed 2-ma laty. Powtórny napad bólu z żółtaczką i gorączką wystąpił u chorej przed sześciu tygodniami.

Chora wymiotuje; tętno 120, nitkowate; wybitna żółtaczka skóry i widocznych błon śluzowych. Wątroba macalna na 3 palce poprzeczne poniżej prawego łuku żebrowego, bolesna; pęcherzyk żółciowy twardy, bolesny. wielkości mandarynki;

śledzoną wymacuje się na 2 poprzeczne palce poniżej łuku żebrowego. W moczu: B — 0,10/0, urobilinogen + + +, bilirubina +. Chorej zastrzykiwano dożylnie w ciągu paru dni glukozę z urotropiną. Stan się nieco poprawił, wymioty ustąpiły. Wkrótce nastąpiło znowu znaczne pogorszenie (wymioty, suchy język, tętno 120, T 39,3° C). Chorą przepisano na oddział chirurgiczny. Wobec ciężkiego stanu i wybitnej żółtaczki postanowiono chorą odpowiednio do operacji przygotować. W ciągu tygodnia podawano chorej dożylnie glukozę z chlorkiem wapnia; prócz tego chora dostawała do wewnątrz 10% roztworu *calcii chlorati*, kroplówkę z glukozą *per rectum*, środki nasercowe w zastrzykaniach. Aby zabezpieczyć się jeszcze pewniej przed następczym krwawieniem naświetlano u chorej śledzionę przed zabiegiem promieniami X. Operacji dokonano w znieczuleniu przykręgowym (D6—L1). (Chloroform i eter, jak wiadomo, w takich przypadkach fatalnie wpływają na wątrobę, powiększając jej nieznomą). Usunięto pęcherzyk, znajdujący się wśród zrostów, wypełniony gęstą ropą i kamieniami; usunięto też duży kamień, szczerlnie zamykający przewód wspólny. Wprowadzono sącze gumowy w formie T do przewodu wątrobowego wspólnego; ranę zaszyto. Podczas operacji z przewodu wątrobowego żółć się nie wydzielała; krwawienia były tak nieznaczne, że nałożono tylko jedną podwiązkę. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań; wymioty ustąpiły, ciepłota przez cały czas gojenia się rany była normalna.

Zaznaczyć należy, że żółć zaczęła się wydzielać przez sącze, wprowadzony do przewodu wątrobowego, dopiero po paru godzinach (6). Chora wypisała się z zagojoną raną po 3 tygodniach.

Ludwik A b r a m o w i c z: *Przypadek obcego ciała zalegającego od 4-ch miesięcy w oskrzeli wśród objawów dychawicy oskrzelowej.*

A. demonstrowuje kobietę 30-letnią, leczoną przez kilku lekarzy w ciągu 4-ch miesięcy z powodu typowych objawów bardzo ciężkiej dychawicy oskrzelowej.

Na zasadzie wywiadów i objawów osłuchowych prelegent rozpoznał zaleganie obcego ciała w oskrzeli prawem. Kilkakrotnie dokonane badanie rentgenologiczne dało wynik ujemny. Bronchoskopia wykryła w prawem głównem oskrzeli gruby ołamek kości, który został przez A. usunięty. Wszystkie objawy dychawicy ustąpiły odrazu i nie wracają.

Prelegent omawia trudności rozpoznawcze w przypadkach zalegania obcych ciał w drogach oddechowych, analizuje wartości poszczególnych objawów osłuchowych i opukowych, podkreślając doniosłe znaczenie wywiadów, często niedostatecznie uwzględnianych.

Ujemny wynik badania rentgenologicznego i badania fizykalnego klatki piersiowej nie jest miarodajny; metodą rozstrzygającą a jednocześnie leczniczą jest bronchoskopia, którą należy zawsze stosować w przypadkach podejrzanym.

Demonstrowany przypadek zasługuje na uwagę ze względu na typowy obraz dychawicy oskrzelowej, wywołany przez zaleganie obcego ciała w oskrzeli.

W dyskusji K n a s t e r podaje, że obserwował u 6 letniej dziewczynki 8 miesięcy trwające napady kokluszowe, które, jak się okazało, były spowodowane przez zalegającą w oskrzeli monetę.

A d e l f a n g twierdzi, że przy bliższym przyjrzeniu się przedstawionemu przez prelegenta zdjęciu rentgenowskiemu, można zauważyć wyraźny cień obcego ciała w oskrzeli. Błąd rentgenologa polegał na tem, że nie przestudował dokładnie swego zdjęcia i że nie wykonywał zdjęć w różnych pozycjach.

M. L u b e l s k i, zakładając w jednym przypadku dławca rurkę tracheotomiijną, natknął się na pestkę, która zamykała krtań i imitowała dławiec.

B. K a r b o w s k i uważa, że niejednokrotnie nie bronchografia, lecz bronchoskopia umożliwia znalezienie obcego ciała w oskrzeli. W odpowiedzi L. A b r a m o w i c z zaznacza, że samoistne wykrztuszanie lub zaleganie ciał obcych w oskrzelach zależne jest od ich ciężaru gatunkowego. W przypadkach długotrwałych krztusca i dychawicy u dzieci należy między innymi myśleć o obcych ciałach, zwłaszcza, że wywiady u dzieci są b. utrudnione. Nagły początek, napadowość kaszlu też jest zawsze podejrzana. Zazwyczaj zwykłego zdjęcia rentgenowskiego do postawienia rozpoznania nie wystarczy — należy wykonać bronchografię oraz bronchoskopję. Cień, analogiczny do znalezionej na zdjęciu przez D r a A d e l f a n g a, w miejscu symetrycznym znajduje się po drugiej stronie zdjęcia — jest więc tworem, nic wspólnego z ciałem obcym nie mającym.

B. O d c z y t.

M. M a y z n e r. *Erythemum infectiosum.*

Rumień zakaźny występuje zazwyczaj w większych lub mniejszych skupieniach dzieci. Endemia, która miała miejsce

w Zakładzie zamkniętym dla dzieci ogółem obejmowała 66 przypadków, trwała od października 1924 r. do lutego 1929 r. Najmłodsze dziecko, które u nas chorowało, miało 7 miesięcy.

Okres wylegania w rumieniu zakaźnym trwał u nas od 10—17 dni. Choroba zazwyczaj występowała bez zwiastunów. Najcharakterystyczniejszym objawem choroby była wysypka, która zjawiała się na twarzy i tworzyła na policzkach jednolity rumień w postaci motyla, pozostawiając błądy trójkąt wokół ust. Ponadto znaczna wysypka widoczna była na powierzchni wyprostnych kończyn górnych i dolnych, na których również dochodziło do tworzenia rumienia. Na tułowiu wysypka przeważnie było skąpa. Ciężota ciała naogół była normalna lub nieznacznie podniesiona. Gardziel przeważnie zaczerwienienia nie wykazywała. Obrzmienie gruczołów na szyi lub pod szczękami nie należało do obrazu typowego. Długotrwałość choroby wynosiła przeciętnie od 4—8—10 dni. Wysypka znikła w sposób dość charakterystyczny dla rumienia zakaźnego. Przy znikaniu wysypki na kończynach górnych i dolnych niekiedy tworzyły się girlandy. Powikłań żadnych nie spostrzegaliśmy.

Rozpoznanie rumienia zakaźnego może następczą dość znaczne trudności. Różniczkować należy z odrą, różyczką i niekiedy z płonią.

W kilkunastu przypadkach spostrzegaliśmy już po skończonej chorobie ponowne zjawianie się wysypki, która zachowaniem się swym i lokalizacją przypominała wysypkę w rumieniu zakaźnym. „Nawroty” te występowały w większości przypadków w przebiegu grypy i trwały dość krótko.

Sekretarz: J. F l i e d e r b a u m.

Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dnia 17-go października 1930 roku.

Przewodniczący Dr. Karol Mitkiewicz, — sekretarz Dr. Jurjewiczówna. — Osób obecnych 43.

Po odczycaniu protokołu zeszłego zebrania, Przewodniczący omawia świeżo wydany staraniem Polskiego Tow. Eugenicznego podręcznik „Hygiena Rozrodu ludzkiego” Grotjana w tłumaczeniu na język polski. Książka jest wartościowa, i powinni zainteresować się nią lekarze szkolni i nauczycielstwo, — nadaje się do szkolnych bibliotek nauczycielskich, — cena wynosi zł. 20,— przy zamawianiu większej liczby egzemplarzy — złotych 18.

Również polecenia godna, zarówno dla nauczyciela, jak dla lekarza szkolnego, jest praca d-ra Mikulskiego „Badania psychologiczne w szkole średniej”, która niedawno ukazała się w druku i kosztuje 5 zł.

Następnie Dr. Piotrowska wygłasza referat p. t. „Psychologia indywidualna Adlera, a higiena szkolna”.

We wstępie prelegentka zaznacza różnicę między psychologią klasyczną a psychologią indywidualną Alfreda Adlera. Pierwsza może być nazwana atomistyczną i statyczną, w przeciwieństwie do psychologii indywidualnej, która jest syntetyczną i dynamiczną. Osobowość, jednostka ludzka, są ujmowane przez nią jako nierozdzielna jedność psycho-fizjologiczna, ściśle związana ze swym środowiskiem. Takie ujęcie jest ujęciem syntetycznym. Psychologia indywidualna wysledza ruch psychiczny, który tworzy osobowość z popędów wrodzonych niemowlęciu w zetknięciu z określonym środowiskiem, w tem tkwi dynamizm ujęcia. zagadnienia osobowości.

Po tym wstępie kreśli prelegentka tworzenie się psyche dziecięcej z wrodzonych popędów. Psyche nasza jest organem duchowym, mającym na celu zabezpieczenie trwania osobnika. Wszystkie jej przejawy są celowe, i zrozumieć je można jedynie w związku z ich celem. Celem wszelkiej nadbudowy psychicznej, wyrastającej na podłożu organizmu ludzkiego, a więc i wszystkich cech, składających się na określoną indywidualność, jest konieczność, pęd do pozbycia się podświadomego, a nader przykrego poczucia swego małowartościowości, zagrożenia, wobec nieprzystosowania niemowlęcia i dziecka, jako organizmu i psychiki, do środowiska, w którym ma żyć. Ten pęd stanowi podatność dziecka na wpływy wychowawcze. Dziecko konkretyzuje swe podświadome dążenie do bezpieczeństwa, przewagi nad otoczeniem, pewności trwania i przetrwania w osobie obdarzonej największą władzą i autorytetem ze swego otoczenia. Owo skonkretyzowane dążenie podświadome dziecka Adler odnajduje w marzeniach dziecięcych na jawie, w snach, w zabawach dziecięcych. Pęd, który stwarza ten ruch, jest wrodzonym nam popędem do zabezpieczenia się, do przewagi, samoutwierdzenia się, nazwać go można „wolą mocy” — poczuciem godności. Obok niego również ist-

nieje wrodzony w niemowlęctwie popęd społeczny, konieczny dla istot tak słabo uzbrojonych na walkę o byt, jakimi są ludzie, i skazanych na zżerzenie się dla istnienia. Równowaga tych dwóch zasadniczych popędów jest warunkiem harmonijnego rozwoju psychicznego. Zakłócenie tej równowagi jest podłożem nerwowości i wszystkich odchyłeń od normy, zaczynając od tak zwanej nerwowości dzieci, poprzez neuropatię, szereg funkcjonalnych nerwic, wad dziecięcych, aż do moralinsanity i przestępczości dzieci. Równowaga obu zasadniczych popędów określa postawę życiową dziecka. Postawa ta, podłożę późniejszego normalnego rozwoju psychicznego i organicznego, kształtuje się do 5—6 roku życia, według Adlera, i pozostaje niezmienna w latach późniejszych, o ile czynnie nie wkroczy psycholog-wychowawca lub lekarz z wykształceniem psychologicznym. Zbyt długotrwałe i wzmożone poczucie słabości, niepewności nasila nadmiernie „wolę mocy” kosztem popędu społecznego, wywołuje w nadbudowie psychicznej, tworzącej osobowość, szereg cech i rysów, odbierających jej pewność i przewagę nad otoczeniem. Tak powstaje postawa życiowa nieufna, trwożliwa, agresywna, z dominowaniem cech egoistycznych, podłożę nerwowości, nerwica, psychoza. Proces ten nadbudowy psychicznej nazywa Adler nadkompensacją. Nadkompensacja ma miejsce wówczas, gdy trzeba zrównoważyć poczucie swego podświadomie odczuwanej małowartościowości. Wymaga ona od dziecka większego nasilenia i większej pracy psychicznej, przeciwstawia się normalnie powstającemu w psyche procesowi kompensacji, jako zrównoważeniu niezbyt nasilonego poczucia małowartościowości. Warunkami powstawania wadliwej postawy życiowej są: upośledzenia organiczne dziecka i wadliwe środowisko wychowawcze, przyczem równie szkodliwe jest rozpieszczanie, jak i zaniedbanie dziecka. Wychowanie przedszkolne dziecka tak często jest wadliwym, że wielka liczba dzieci ma ową wadliwą postawę życiową. Zadaniem szkoły wychowawczem jest skorygowanie jej przez normalniejszy układ życia dziecka i ustosunkowania się doń wychowawców. Tu rozpoczyna się nader ważna czynność lekarza szkolnego w współpracy ze szkołą. Wadliwa bowiem postawa dziecka, nadmierne napięcie psychiczne ujawnia się bardzo często wcześniej lekarzowi, jako odchylenia od normy w dziedzinie funkcjonalnej i somatycznej organizmu. Lekarz jest powołany do zrozumienia wadliwości środowiska wychowawczego i do interwencji czynnej wobec rodziców i wychowawców. Podjąć temu zadaniu potrafi najlepiej lekarz pediatra z wykształceniem psychologicznym w myśl Adlera. Współpraca jego z wykształconym psychologicznie nauczycielem będzie profilaktyką nerwowości, pozwoli wychować młode pokolenie z przewagą w psychice popędów społecznych, wychować pokolenie radosne dla życia i społeczności.

W dyskusji zabierali głos:

Dr. Goździcki uważa, że nie należy obowiązków wychowawczych składać jedynie na lekarza szkolnego, jak tego chce referentka, powątpiewa również, aby poczucie „małej wartościowości życiowej” prowadziło u dziecka do tworzenia wybujałych ideałów.

Prof. Radziwanowicz jest zdania, że lekarz szkolny powinien być psychologiem, a przez to samo wychowawcą, zwraca jednak uwagę, że w dziedzinie organizacji sprawa ta napotyka poważne trudności.

Dr. Narkiewicz wolałby, ażeby lekarz szkolny był psychiatrą, protestuje przeciwko poglądom referentki, że lekarz przez przepisywanie dziecku nerwowemu leków wzmagając jego stany nerwicowe, gdyż równocześnie lekarz wnika w warunki domowe dziecka i poucza opiekę domową o sposobach postępowania z niem.

Dr. Sokal zapytuje, w jaki sposób Adler, generalizując pochodzenie nerwicy u dzieci, godzi swe poglądy z teoriami Kretschmera o typach.

Dr. Łuniewska stwierdza dobre wyniki ze współpracy swej z psychologiem szkolnym, który nie jest lekarzem.

Dr. Mikulski podkreśla ważną rolę poradni wychowawczych, które znakomicie ułatwiają pracę lekarza szkolnego.

Prelegentka podtrzymuje swój pogląd, że lekarze naogół za mało wkraczają w nastawienie życiowe dziecka, powinni oni odkryć i wskazać rodzicom błędy w psychice dziecka i w porę skierować je do poradni psychologicznej, również podtrzymuje swe wymagania, by pediatra miał wychowanie psychologiczne i umiał wiązać wady somatyczne z procesami psychogenetycznymi.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 22.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Chevallier i Bloch zachwalają skuteczne działanie wyciągów wodnych śledziony w leczeniu swędzenia skóry i wyprysków. (tow. lek. szpit. parysk. — Pr. méd. № 99)

Zdaniem ich, wyciąg wodny śledziony jest nadzwyczajnym środkiem zwłaszcza przeciwko obostrzeniom wyprysków przewlekłych. Działa również w przypadkach samoistnego swędzenia skóry. Natomiast nie jest skuteczny w przypadkach nawrotów, o ile wyprysk jest wywołany przez jakąś szczególną substancję uczulającą. Poza tem okazało się, że wyciąg wodny śledziony wywołuje przemijający spadek hipereozynofilji.

Haret i Duval spostrzegali przypadek, w którym zarówno dane badania klinicznego (znaczne zgęszczenie w płucu lewym z tępością i osłabieniem oddechu, lekki szmer pierwszy na aorcie), jak i prześwietlenia (cień o zarysach nieregularnych, nie tętniący, zajmujący $\frac{3}{4}$ pola płucnego) przemawiały za guzem w płucu. Nawiasem mówiąc, chora była

wychudzona, miewała krwioplunie, i stwierdzono u niej powiększenie gruczołów na szyi. Badanie pośmiertne wykryło wielki worek aneuryzmatyczny, obejmujący całą aortę zstępującą i część poziomą (tow. radiol. franc. — Pr. med. № 99) Na tem samym posiedzeniu Haret i Fraïn demonstrowali inne radiogramy, pochodzące od chorego ze starym zakażeniem kiłowym. Zdjęcie przedniotylnie wykazuje cień zdwajający lewy zarys serca i przypominający rozszerzenie aorty zstępującej, gdy natomiast zdjęcie ukośne lewe zmusza do wnioskowania, że twór znajduje się w samym mięszu płucnym.

Joly cytuje również na tem samym posiedzeniu przypadek ziarnicy typowej, stwierdzony badaniem mikroskopem i leczony naświetlaniami. Pod wpływem tego leczenia gruczoły szybko ustąpiły. Ku końcowi znikania gruczołów dokonano biopsji jednego z nich i stwierdzono całkowite ustąpienie zmian ziarnicowych, a nawet utkania chłonnego. Znaleziono jedynie tkankę łączną z nielicznymi komórkami łącznotkankowymi i limfocytami, wzgl. plazmocytami.

K o r e s p o n d e n c j a

Szanowny Panie Redaktorze. O parę słów w sprawie dosyć przykrej i nienaukowej w poczytnym Twem piśmie najuprzejmiej proszę.

Coraz więcej rozpowszechnia się u nas zwyczaj bezpłatnego nadsyłania rzekomo lekarskich pism, mających na celu reklamowanie różnych specyfików. Pour la bonne bouche taki zaszyt zawiera zwykle artykuł o treści lekarskiej.

Nie wchodzę w *meritum* sprawy, czy ogłaszanie artykułów naukowych w takich pismach jednocześnie z ogłoszeniami o likierach i cognakach licuje z godnością nauki i stanu lekarskiego.

Jest to sprawa osobista autora. Ale—chyba mamy prawo żądać, żeby w takich artykułach o rzekomo naukowym wyglądzie nie było nonsensów i bzdurstw, które nieobeznanego z daną sprawą mogą wprowadzić w błąd i szerzą w ten sposób niedopuszczalne nieuctwo.

Nr. 11 jednego z takich pism zawiera artykuł z oddziału szpitalnego p.t. Przyczynki do rozpoznania różniczkowego dny i gośca stawowego. Między innymi autor mówi tam o chorobie *syringomyelitis* (!) (kilka razy powtarza *syringomyelitis*; wystarczyłoby chyba zajrzeć do pierwszego lepszego *vadumecum*, żeby się dowiedzieć, że jest choroba *syringomyelia*), a także o *tabes*. Pod takim karykaturalnym

opisem wiadu rdzenia chyba felczer z Pipidówki nie odważyłby się podpisać.

„Zajęcie stawów przy tem cierpieniu występuje nagle i niespodziewanie“. . . „W jeszcze późniejszym okresie schorzenia (t. j. kiedy już wszystkie stawy są zajęte. B.) występują często objawy porażenia rdzenia kręgowego (*Rückenmarkserkrankungen*) w postaci opasujących bóli, osłabienia lub zniesienia odruchów ze źrenic i gałek ocznych oraz odruchów ścięgniowych, które to występują najczęściej z niejednakowym natężeniem. Prócz tego przy *tabes dorsalis* występują t. z. pasy znieczuleń (*anästhetische Zonen*)“.

Jest to istotnie upokarzające, że w końcu 1930 r. z oddziału szpitalnego w Warszawie wychodzą takie charakterystyki wiadu rdzenia. Szczególnie budujące wrażenie robią znajdujące się w tym artykule ogłoszenia o wzmacniającym wpływie Benedictine i Cognac Henessy.

Chyba czas położyć koniec takiemu „niechlujstwu naukowemu“.

Z wysokiem poważaniem

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

13.XII 30.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O werandowaniu w mieście*).

Podał

Dr. Med. Aleksander SIMON (Warszawa).

Sz. Panowie.

Do tego, co wypowiedziałem w memorjale, który złożyłem Związkowi Zakładów ubezpieczeń

*) Referat, wygłoszony dn. 7.XI 1930 w Warszawie w związku Zakładów Ubezpieczeń pracowników umysłowych na posiedzeniu połączonych komisji Zarządu do spraw lecznictwa dla uzasadnienia memorjału w sprawie werandowania w mieście.

pracowników umysłowych i który został przysłany Sz. Panom, nie mam dużo do dodania ani do uzupełnienia. Potrzeba ustroju chorego lub zmęczonego, ludzkiego oraz zwierzęcego wypoczęcia na powietrzu, na słońcu lub w cieniu, w pozycji poziomej jest tak naturalna i żywiołowa, że istoty żywe, od kąd wogóle istnieją, starają się jej zadość uczynić. I nikt nigdy nie przypuszczał, żeby to było leczenie specjalne. Ale dopiero nasze przerafinowane życie i nasza cywilizacja, które uniemożliwiły spełnienie wielu innych potrzeb, nie dały nam zadość uczynić i tej fizjologicznej konieczności. Musieli się znaleźć dwaj wybitni lekarze, Bremer z Gerbersdorfu

i Dettweiler z Falkensztajnu, którzy nanowo odkryli to, co zdawało się być odwieczną własnością ludzkości i zastosowali dla swoich chorych gruźliczych, bo byli kierownikami najsłynniejszych w owe czasy, lat temu 60, sanatorjów dla chorych płucnych, jako nowy sposób leczniczy, werandowanie czyli leżenie na powietrzu w ciągu całego dnia i w ciągu prawie całego roku, co było herezją w pojęciach ówczesnych. Wkrótce się okazało, że ten sposób leczniczy jest najskuteczniejszym sposobem leczenia gruźlicy, i że żaden inny go nie przewyższa.

Bremer i Dettweiler stali się wielkimi dobroczyńcami ludzkości. Z czasem przekonano się, że werandowanie leczy nie tylko choroby płuc, ale że jest w równym stopniu, a może jeszcze daleko skuteczniejsze w większości innych chorób, zarówno nerwowych, jak i narządów wewnętrznych, i że niema lepszego sposobu wypoczynkowego. Nawet w ostrych chorobach stosuje się je we wszystkich wzorowych szpitalach za granicą, gdzie się gorączkującego chorego z całym łóżkiem wysuwa na przylegające do sali tarasy.

Werandowanie stosuje się powszechnie we wszystkich sanatorjach, uzdrowiskach i pensjonatach, i poprostu wydziwić się nie mogą, że nie zastosowano go dotychczas w miastach lub bezpośrednio w ich pobliżu. Przecież nie jest wprost do pomyślenia, aby po to, żeby się wygodnie położyć na powietrzu na parę godzin, trzeba było z Warszawy wyjechać do Otwocka, Konstancina, Krynicy lub Zakopanego. Wszak chyba da się to prościej, łatwiej i taniej wykonać. Proszę Sz. Panów powiedzieć mi, jak w obecnych warunkach możnaby to wykonać np. w Warszawie. Co najwyżej, można pojechać do ogrodu botanicznego, lub parku Skaryszewskiego i tam szukać wolnego miejsca na ławce. Do werandowania konieczna jest jednak pozycja pozioma.

Tak obecnie ta sprawa u nas w kraju wygląda. A zagranicą? Sz. Panowie z byłego zaboru austriackiego, a zwł. pruskiego, wiedzą, że tam od kilkudziesięciu lat szeroko jest rozpowszechniony prąd przyrodolecznicy, który liczy miliony zwolenników, że w Rzeszy np. istnieją tysiące t. zw. stowarzyszeń przyrodoleczniczych (Naturheilvereine), które dla swych członków utrzymują w mieście zakłady przyrodolecznicze z kąpieliskami, salami gimnastycznymi, światłolecznictwem, a na ich kresach przybytki do werandowania i do stosowania t. zw. kąpeli świetlnych i słonecznych. W Niemczech niema chyba najmniejszego miasteczka, gdzieby podobnych urządzeń miejskich czy prywatnych nie było. Dlatego specjalne werandy do

werandowania tam są zbyt liczne, ale u nas, gdzie kąpiele świetlne i słoneczne w miastach nie istnieją, urządzenia do werandowania dla chorych, ozdrowieńców i ludzi przepracowanych, zresztą, dla wypoczynku są niezbędne, zwłaszcza zaś, dla pracowników umysłowych, o których zdrowie dbać zakłady ubezpieczeń ustawowo są obowiązane. Nie ulega wątpliwości, że werandowanie będzie zapobiegało niezliczonym chorobom i będzie skracając przebieg już istniejących cierpień, przez co i pod względem materialnym sownie się będzie opłacało.

W Warszawie istniał nawet, nadmienię jeszcze, jeden zakład do stosowania kąpeli powietrznych i słonecznych D-ra Łuczynskiego na Agrikoli, ale po jego śmierci dano zakładowi zginąć. Plaża i plażowanie, które w ostatnich czasach znalazły miliony zwolenników, nie zastępują werandowania, bo nadają się tylko dla zdrowych, samo leżenie na wilgotnym i niezbyt czystym piasku dla chorego i ozdrowieńca jest niebezpieczne.

Co do urządzenia samych werand do leżakowania, to sądzę, że o tem należałoby mówić w poszczególnych zakładach ubezpieczeń. Tutaj mogę tylko powiedzieć, że koszty są chyba minimalne w stosunku do olbrzymich korzyści, które z nich płynąć mogą. I miejsce się napewno znajdzie, trzeba tylko dać ogłoszenia. W Warszawie, wyobrażam sobie, że je można urządzić w Wierzbnie, Mokotowie, Czerniakowie, koło parku Skaryszewskiego, na Marymoncie, Bielanach, w stronie Leśnej Podkowy i t. d., ale koniecznie tylko w miejscowości z dobrą komunikacją z centrum miasta. Sama weranda musi być kryta na wypadek deszczu, przynajmniej w głównej swej części, zwrócona na południe. Usługujący powinni być obowiązani po niskiej cenie dostarczać najprostszymi posiłków: mleka, kawy, herbaty, chleba, masła, sera. Werandowanie można stosować w ciągu prawie całego roku z wyjątkiem dni b. dżdżystych i wilgotnych od rana do zmroku, w ubraniu pod kocem lub kołdrą, a latem nawet w kostjumach plażowych. Jeżeli Panowie są za separowaniem obu płci, czego nie jestem zwolennikiem, to nie przedstawia to żadnej trudności; nadmierne rozmowy nie są wskazane.

Werandowanie w miastach uważam za wielki czyn, za wielkie dobrodziejstwo dla niezliczonych rzesz zmęczonych życiem i pracą pracowników umysłowych. Uważam, że jeśli Sz. Panowie potrafią tę ideę w czyn wprowadzić, to zasłużycie sobie na szczerą wdzięczność powierzonych Waszej pieczy ubezpieczonych członków Zakładów ubezpieczeń pracowników umysłowych.

Wiadomości bieżące.

— Komunikat Ministerstwa Przemysłu i Handlu w sprawie termometrów.

Wszystkie termometry maksymalne lekarskie do mierzenia temperatury ciała ludzkiego są wywzorcowane według legal-

nej skali stustopniowej, to jest Celsjusza. Natomiast spotyka się nieraz jeszcze termometry kąpielowe według Réaumura, stosowanie których przy zabiegach wodoleczniczych nie jest niczem uzasadnione i opiera się tylko na przyzwyczajeniu.

Wobec tego, że w myśl rozporządzenia Ministra Przemysłu i Handlu z dniem 1 stycznia 1931 r. sprzedaż termometrów ze skalą Réaumura lub Fahrenheita będzie wzbroniona, nastąpi stopniowo, z powodu wyłącznego nabywania termometrów Celsjusza, wycofanie z użycia termometrów ze skalą Réaumura.

Spółistnienie w tym okresie przejściowym dwóch różnych skal może wywoływać przykre, a nawet dla zdrowia szkodliwe nieporozumienia np. ordynowanie kąpeli w stopniach C i aplikowanie jej w tychże stopniach ale R, lub też naodwrot. Główny Urząd mlar zwraca się do pp. lekarzy o współdziałanie w eliminowaniu podziałki Réaumura przez ordynowanie temperatury kąpeli wyłącznie w stopniach Celsjusza. Spółdziałanie takie przyczyni się w znacznym stopniu do szybkiego usunięcia niedogodności okresu przejściowego, a tem samem do ujednostajnienia termometrii medycznej. Stopień Celsjusza równy jest, jak wiadomo, czterem piątym stopnia R, więc np. temperatura kąpeli 28° R wynosi w skali Celsjusza 38°.

— Placówka walki z alkoholizmem.

W Gościejewie p. Rogoźno (stacja kolejowa i poczta Rogoźno) w Województwie Poznańskim znajduje się specjalny Zakład leczenia alkoholików pod nazwą „Wojewódzkie Schronisko dla Alkoholików”.

Zakład przyjmuje pacjentów z całej Polski, tak prywatnych, jak i członków instytucji rządowych, samorządowych i społecznych. Przyjęcie następuje każdego czasu, przy równoczesnem doręczeniu Zakładowi świadectwa lekarskiego oraz zobowiązania do ponoszenia kosztów utrzymania, które wynoszą na dobę i osobę 6,— zł., płatne miesięcznie zgóry.

Czas kuracyjny trwa zasadniczo 4 — 6 miesięcy.

Lekarzem zakładowym jest p. Dr. Ręczkowski z Rogoźna, kierownikiem administracyjnym w Zakładzie p. Karwat.

Właścicielem Zakładu jest Skarb Państwa, nadzór administracyjny sprawuje Starostwo Krajowe w Poznaniu, a nadzór lekarski p. Dr. Gantkowski, prof. Uniwersytetu Poznańskiego w Poznaniu.

— Kurs Ogólnodokształcający dla lekarzy praktyków odbędzie się zwyczajem lat ubiegłych przy Wydziale Lekarskim U. W. od dnia 15.III. do dnia 28.III.1931 r.

Na kurs złożą się zajęcia praktyczne oraz wykłady, poruszające najżywońsze sprawy w dziedzinie rozpoznawania i leczenia, wraz z internatem w Klinice Położniczo-Ginekologicznej U. W.

Przewodniczącym Kursu został wybrany prof. dr. med. W. Szenajch.

Opłata za udział w kursie wynosi 75 zł., dla asystentów i hospitantów Klinik i oddziałów szpitali miejskich m. st. Warszawy 30 zł.

Nadto wszystkim uczestnikom kursu na żądanie będą zapewnione mieszkania po cenie niżkowej, niżki kolejowe w drodze powrotnej oraz będą wydane zaświadczenia z odbycia Kursu.

Zgłoszenia do udziału w Kursie oraz w sprawach informacyjnych należy skierowywać do sekretarza dr. Romana Pereta, II Klinika Chorób Wewnętrznych U. W. ul. Nowogrodzka 59 do dnia 1 marca 1931 r.

— V-ty kurs dokształcania sanitarnego dla inżynierów państwowych, samorządowych i z biur instalacyjnych rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjenu w dn. 1 lutego 1931 r. i będzie trwał 4-ry tygodnie.

Zgłoszenia na kurs przyjmuje Sekretariat Państwowej Szkoły Higjenu (Warszawa, Chocimska 24) do dn. 15-go stycznia 1931 r.

— Komitet organizacyjny IX Zjazdu Tow. Internistów Polskich w Krakowie komunikuje nam co następuje:

W myśl uchwały VIII Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich z dnia 26.IX.1929 r. odbędzie się IX Zjazd Internistów w Krakowie w dniach od 24—27 września 1931 r.

Tematami programowymi są: 1) Reumatyzm. 2) Hyperthyrozy.

Krakowski Komitet, jako organizujący IX Zjazd Internistów, zwraca się do Kolegów z prośbą o przygotowanie odpowiednich prac i wzięcie czynnego udziału w Zjeździe.

Tematy odczytów i ich streszczenia należy nadsyłać na ręce Prof. Dr. J. Latkowskiego — Kraków, Pańska 5 — najpóźniej do dnia 31 maja 1931 roku.

— W dniu 13 grudnia 1930 r. odbyła się w Państwowej Szkole Higjenu konferencja informacyjna w sprawie uzdrowotnienia wsi polskiej.

Konferencję zagał Dyrektor Naczelny Państwowego Zakładu Higjenu. Doc. Dr. G. Szulc, poczem zostały wygłoszone ilustrowane przezroczami następujące referaty:

Dr. M. Kacprzak — Uświadczenie wsi polskiej pod względem higjenucznym.

Dr. K. Orzechowski — Wiejskie ośrodki zdrowia w powiecie warszawskim.

Inż. A. Szniolis — Praca nad uzdrowotnieniem wsi Nieporęt w pow. warszawskim.

Dr. W. Chodźko — Konferencja międzynarodowa w sprawie wiejskich ośrodków zdrowia w Budapeszcie (październik 1930 r.)

— W dniu 18 grudnia 1930 r. nastąpiło w Państwowej Szkole Higjenu zamknięcie VI-go kursu trachomatologii i organizacji społecznej walki z jaglicą.

W sprawozdaniu z przebiegu kursu, kierownik kursu, Dr. M. Zachert, zaznaczył, że na kurs było zgłoszonych 80-ciu lekarzy, brało udział w kursie 62 lekarzy, przyczem 19 lekarzy otrzymało z Departamentu Służby Zdrowia M. S. Wewn. zaśliki na odbycie kursu.

W poprzednich kursach brało udział 247 lekarzy, czyli ogółem przeszkolenie z tego zakresu otrzymało w Państwowej Szkole Higjenu 309 lekarzy.

Po sprawozdaniu kierownika kursu przemawiali: w imieniu Departamentu Służby Zdrowia M. S. Wewn. — Dr. Przetakiewicz, podnosząc znaczenie tych kursów, w imieniu prelegentów — Doc. Dr. Melanowski; następnie Dr. St. Stypułkowski podkreślił znaczenie przychodni przeciwjagliczych w walce z jaglicą; w imieniu słuchaczy przemawiał Dr. St. Dziubek i w końcu dłuższem przemówieniem zamknął kurs Dyrektor Państwowej Szkoły Higjenu, Dr. W. Chodźko.

— Budowa wielkiej fabryki chemiczno-farmaceutycznej w Krakowie.

Jak się dowiadujemy, przybyła polskiemu przemysłowi chemiczno-farmaceutycznemu nowa ważna placówka.

Dzięki staraniom polskiego poselstwa w Szwajcarii, zdecydował się światowej sławy koncern fabryk „Dr. A. Wander A. G. Bern”, posiadający swe fabryki we wszystkich krajach świata, założyć również w Polsce fabrykę.

Fabryka w Krakowie przy ul. Mogiłskiej jest już pod

dachem, Polska fabryka wytwarzać będzie liczne środki farmaceutyczne, dotąd w kraju niewyrabiane, między innymi znaną chlubnie ovomaltynę, uniezależniając nas od zagranicy i dając zajęcie poważnej liczbie pracowników, a równocześnie wielkie sumy, wywożone rok rocznie zagranicę za sprawdzane wyroby chemiczne, pozostaną w kraju.

— Wyszły z druku w oddzielnym wydaniu „Dzieje medycyny w życiorysach, aforyzmach i anegdotach” Dr. L. Zamenhofs i są do nabycia w księgarniach lub u autora, Warszawa, Marszałkowska 125. Cena 5 złotych.

— Trzy międzynarodowe wycieczki lekarskie w r. 1931.

10. Międz. wyc. lek. Dnia 19 marca 1931 r. wybierają się lekarze z Wiednia do francuskiej Afryki północnej. Uczestnicy zobaczą Wenecję, Medjolan, Genuę, San-Remo, Bordighierę, Wentimiglię, Mentonę (odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. Voronoffa, znanego z operacji odmładzania), Monte-Carlo, Niceę (spotkanie z Dr. Faure, prez. towarzystwa lek. na Riwierze), Juan les Pins, Cannes, Marsylję. Z Marsylii nastąpi wyjazd do Afryki, a mianowicie do Algieru. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do wnętrza Afryki, do Biskry i Touggourtu. Cena pauszalowa 700 austr. szyl. (około 870 zł.).

11. Międz. wyc. lek. Dnia 19 marca 1931 r. wybierają się lekarze z Wiednia do Hiszpańskiej Afryki (Maroko). Uczestnicy zobaczą aż do Marsylii te same miejscowości, co uczestnicy 10. Międz. wyc. lek. Dalszy plan wycieczki: Barcelona (zwiedzenie szpitala San Pablo), Walencja, Granada, (Alhambra), Malaga, Algeciras. Stąd nastąpi wyjazd do Afryki, a mianowicie do Ceuty i Tetuanu. Z powro-

tem zobaczą uczestnicy: Sewillę, Madryt (zwiedzą Biarritz, Paryż (międzynarodowa wystawa kolonialna), Strassburg, Mnichów, Solnogród, Wiedeń. Cena pauszalową 1050 austr. szyl. (wzgl. 1400.).

12. Międz. wyc. lek. Dnia 30 kwietnia 1931 r. wybierają się lekarze z Bremen do Ameryki północnej. Uczestnicy zobaczą życie, fabryki i zakłady lecznicze w New-Yorku, Filadelfji, Waszyngtonie, Chicago, Detroit i Wodospad Niagary. Cena pauszalowa 350 dolarów (wzgl. 375).

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) Austria I. Biberstrasse 11, I. St.

— Nr. 23-ci dwutygodnika „Dziecko i Matka“ przynosi następujące artykuły: „Znaczenie manipulacji dla umysłowego rozwoju dziecka” Prof. dr. St. Szuman, „Dziecko kapryśne” Dr. O. Bańkowska, „Rola ojca w wychowaniu dziecka” L. Sierpiński. „Kłopoty Dwidziusia” H. Anderska, „Jakie książki kupimy dzieciom na gwiazdkę?” „Ważne drobiazgi”, „Sztuczne odżywianie nieinowłęcia” M. Morzkowska, „Zapalenie gardła” Dr. H. Weismann, „Szczepienie przeciw błonicy” Dr. M. Biehler, „Rodzice między sobą”, „Mody dziecięce”, „Zabawki z drzewa lub tektury”, Odpowiedzi redakcji (dział porad bezpłatnych). Forma bibułkowa, arkusz wzorów. Prenumerata miesięczna 1 zł. 40 gr. Redakcja i Administracja: Warszawa, Pl. Zamkowy 9. Konto P. K. O. Nr. 12,900. —

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

30.XII.30. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie administracyjne.

TREŚĆ: J. ROTSTADT. Jakób Szwajcer. — M. SZOUR. O niektórych najnowszych metodach i sposobach leczenia dychawicy oskrzelowej. — M. BIRO. W sprawie zaniku mięśni postępującego (Aran-Duchenne). — J. TENCER. O zawrocie głowy. — (Str. pógł.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — A. SIMON. O werandowaniu w mieście. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. ROTSTADT. Jacques Szwajcer. — M. SZOUR. Sur certaines nouvelles méthodes du traitement de l'asthme bronchial. — M. BIRO. A propos de l'atrophie musculaire progressive (Aran-Duchenne). — J. TENCER. Sur le vertige (Rev. gén.). — A. SIMON. Bains d'air en ville.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEN:

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

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

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, mieści się w drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48

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

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

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

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

