

Small, faint text visible on the spine of the book, likely bleed-through from the reverse side. The text is illegible due to its size and fading.



WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

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

Konto czekowe
P.K.O. Nr. 86.96

ADRES REDAKCJI:
UL. SIENKIEWICZA 12 m. 28.

Nr. 1

WARSZAWA, 7 STYCZNIA 1937 R.

Rok XIV

Cardiazol

Nazwo zastrzeżona. Nr. rejestru M.S.W.1464 65/66



jako środek orzeźwiający

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

jako środek, pobudzający krążenie krwi

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

Liquidum: opak. oryg. po 10 g Zł. 4.—
Tabletki: opak. oryg. po 10 szt. Zł. 4.—
Ampułki: opak. oryg. po 3 szt. Zł. 2.50
opak. oryg. po 6 szt. Zł. 4.50

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



Fabryka Chemiczna »Pharmedia« Warszawa, Chełmsko 52.



LECZENIE DUSZNOŚCI WSZELKIEGO POCHODZENIA



L. WŁODARCZYK

DAWKOWANIE:

DAWKI ZWYKŁE: 2-6 ŁYŻ. OD HERBATY
DZIENNE

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

DAWKI DLA DZIECI - STOSOWNIE DO WIEKU.

Wskazania: Kłóredma płuc,
Dychawica, Miażdżyca, Przewlekły nieżyt
oskrzeli, Przewlekłe schorzenia sercowo-nerkowe.
Wszelkie wskazania terapii jodowej.

L. NASIEROWSKI • WARSZAWA • KALISKA 9 • TEL. 9-24-39, 9-30-42 • PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE W PR. LEKARZY

Antiphlogistine



Przy ostrych stanach zapalnych oraz wszędzie tam, gdzie potrzebną jest silna hyperemia, dają gorące okłady Antiphlogistiny przez nieprzerwane oddawanie ciepła:

Zwolnienie napięcia tkanek, lepszy obieg krwi i limfy, dające się zauważyć działanie uspokajające i uśmierzające ból na nerwy czuciowe oraz silne działanie bakteriobójcze.

Zasięg działania:

Laryngitis
Bronchitis
Tonsillitis
Sinusitis
Ofitis media
Bóle neuralgiczne.



Literatura i próbki na żądanie:

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NEW YORK, U.S.A.

Polska Spółka Akcyjna „PHARMA”, Kraków, ul. Długa 46-48.

www.djibra.wum.edu.pl

B 086

WARSZAWSKIE
CZASOPISMO LEKARSKIE

W Y D A W A N E

przez W. KNAPPEGO

pod redakcją Z. SREBRNEGO

ROCZNIK XIV.

W A R S Z A W A

1 9 3 7



www.dlibra.wum.edu.pl

B.086



Nr inw. 9825

SPIS RZECZY.

I. PRACE ORYGINALNE.

A. Rozprawy.

Ludwik HIRSZFELD. Rola i ewolucja zakażeń w przyrodzie.

Str.
485

B. Wykłady kliniczne.

Adam ZAMENHOF. Rokowanie z dna ocznego w schorzeniach ogólnych ustroju.

1

A. PALLIER. O obrzękach i środkach moczopędnych.

21, 41

Olgierd SOKOŁOWSKI. Czy należy zwlekać z przeciżaniem zrostów opłucnowych w przypadkach z wyraźnym wskazaniem?

61

L. REZNIK. O zgłębnikowaniu dwunastnicy.

81

Adam GRABER. Zaburzenia czynności układów oddychania i krążenia po operacjach na klatce piersiowej.

101, 121, 141

Zygmunt ENDELMAN i Ignacy PINES. O częstoskurczu napadowym podczas ciąży i porodu.

161, 183

Z. SZYMANOWSKI. Biologia grypy w świetle badań współczesnych.

201

Aleksander KRAKOWSKI. Kliniczne odmiany myastenii.

221

M. PŁOŃSKIER i R. CYTERMAN-KONOWA. O rozpoznawaniu nowotworów złośliwych na podstawie odczynu cytologicznego Ernsta Freunda i Gisy Kaminer.

241, 261

L. POZNAŃSKI. Gruźlica płuc a kiła.

281

D. WAJSKOPF. Stan jęczyczka podniebiennego jako objaw pomocniczy w rozpoznawaniu kiły narządów wewnętrznych.

301

N. WÓLKOWYSKI. O uszkodzeniach przełyku przy próbach usunięcia ciał obcych „na ślepo”.

323

B. GRYNKRAUT. Radioterapia układu nerwowego autonomicznego. Rola czynnika humoralnego.

341

Alfred GALEWSKI. Niedomoga wątroby ze stanowiska biochemicznego.

361

Maksymilian BIRO. Choroba Littlea a sprawy gruczolowe.

381

J. HANDZEL. Patogeneza i leczenie zmian statycznych kręgosłupa u niemowląt i dzieci wieku szkolnego.

561, 582

V. KAFKA. Znaczenie kliniczne badania płynu mózgowo-rdzeniowego na podstawie własnych metod i doświadczeń.

601

Maksymilian BIRO. O wstrząśnieniu ośrodkowego układu nerwowego.

621, 641

Leon HIRSCH. Stwardnienie przerostowe prącia i przykurcz powięzi dłoniowej (Dupuytren).

661

Tadeusz KORZYBSKI. O znaczeniu reakcji ze złotem koloidowym w płynie mózgowo-rdzeniowym.

681, 701, 721, 741

A. STILLER. Przejściowe migotanie przedsionków i jego znaczenie dla patogenezy migotania przedsionków trwałego.

761, 786

Michał SZOUR. Zagadnienie podziału dychawicy oskrzelowej na postaci. Próba własnej klasyfikacji d. o.

809, 829

Maksymilian BIRO. Choroba Littlea a zaburzenia oczne.

849, 869

W. RÓBIN. 15 lat stosowania wlewań oliwy do dwunastnicy w schorzeniach żółciowych.

889

C. Z klinik, szpitali i pracowni.

D. THURSZ. Podstawy i wyniki leczenia dożylnymi wlewami alkoholu etylowego.

5, 27

W. RÓBIN i A. L. KENIGSBURG. Przypadek amebiazy zawleczony z Kuby do Polski.

8

Lucjan JELENKIEWICZ. Wywoływanie przekrwienia tętniczego w ognisku zapalnym przez podawanie tyreoidyny, jako nowy sposób leczenia szeregu schorzeń zapalnych. Doniesienie I.

24

D. THURSZ. Dożylna alkoholoterapia w raku a układ siateczkowo-śródbłonkowy.

30

J. BORYSOWICZ i St. WITEK. W sprawie wyników leczenia insuliną w świeżych przypadkach schizofrenii.

45

J. FROSTIG, J. KISTER, Wł. MANASSON i Wł. MATECKI. W sprawie leczenia schizofrenii insuliną.

47

B. HOLCBERG. Przypadek nowotworu złośliwego (raka) przebiegającego pod postacią choroby układu krwiotwórczego.

66

E. HERMAN. Niezwykły zespół pourazowy: livedo racemosa universalis u osobnika z objawami piramidowo-pozapiramidowymi i zaburzeniami psychicznymi.

83, 107

Henryk LEWENFISZ. Nowy typ bronchoezofagogoskopu.

87

Henryk MASCHLER. Badania nad niektórymi własnościami farmakologicznymi soli sodowej evipanu. Wpływ na gazową przemianę materii i na zawartość cukru, fosforu, cholesteryny i kwasów tłuszczowych w krwi.

105, 126

J. PARADOWSKI, J. ROSE, St. WITEK, Wł. ZALEWSKI. Odpowiedź na uwagi J. Frostiga, J. Kistera, Wł. Manassona i Wł. Mateckiego o naszym doniesieniu tymczasowym w sprawie leczenia schizofrenii insuliną. (p. W. Cz. L. Nr 3).

129

N. SZPILFOGEL-LICHTENBAUMOWA i H. GOLD-SZTEJN. Objawy ze strony układu nerwowego w przebiegu duru brzuszego u dzieci ze specjal-

| Str. | | Str. |
|----------|---|----------|
| | nym uwzględnieniem wieku b. młodego do lat 3-ch. | |
| 144 | J. FROSTIG, J. KISTER, A. MANASSON, Wł. MATECKI. Odpowiedź na replikę J. Paradowskiego, J. Rosego. St. Witka i Wł. Zalewskiego. | 442 |
| 148 | St. HRYNKIEWICZ. Izoaglutyniny a zagadnienia przepuszczalności opon mózgo.-rdz. | 449 |
| 166, 189 | B. HOLCBERG. Przypadek żółtaczki karotynowej (xanthosis diabetica). | 453 |
| 169 | M. JESIOTR. Znaczenie zespołów witaminowych w leczeniu gruźlicy. | 455 |
| 186 | B. KARBOWSKI. Zespół szczeliny klinowej w przypadku kiły trzeciorzędowej powikłanej ropnym schorzeniem narządu słuchu. | 456 |
| 204 | L. ZYLBERBLAT. O stosowaniu morfiny w chorobach układu krążenia. | 459 |
| 206 | Józef MIRABEL. Odma obustronna jednoczesna w leczeniu gruźlicy płuc. | 461 |
| 226 | Stanisław EMILIANOWICZ. O nakłuciu podpotylicznym. | 463 |
| 245 | Maksymilian LEWITTER. Przyczynki do leczenia operacyjnego pękniętej ciąży pozamacicznej. | 465 |
| 249 | H. FRENKLOWA. Wyniki leczenia zakażeń paciorkowcowych u niemowląt związkami sulfamidowymi (prontosilem i antistreptiną). | 466 |
| 264 | Ignacy PINES. Znaczenie badania szybkości krążenia w rozpoznawaniu nieprawidłowych połączeń pomiędzy prawą i lewą częścią serca. | 469 |
| 266 | M. FEJGIN, A. ZUNDELEWICZ, A. STÜCKGOLD i J. GOLDBAND. O odrębności postaci ostrego krwotocznego zapalenia nerek z niedoborem chloru i azocją nerkowo-pozanerkową. | 472 |
| 284 | Stanisław WILNER i Zygmunt ZAKRZEWSKI. W sprawie uodparniań przeciw przeszczepialnym nowotworom za pomocą szczepień podskórnych. | 475 |
| 305, 328 | N. ZANDOWA. Z semiotyki schorzeń oliwek opuszkowych. | 476 |
| 326 | N. ZANDOWA. Przypadek wygaśnięcia życia psychicznego z przykurczem wszystkich kończyn w zgięciu. | 493 |
| 344 | Wiwa GEYSMER-JAROSZEWICZ. Kilka uwag o mikrosedymtacji i o opadaniu ciałek czerwonych u dzieci. | 497 |
| 347 | B. JOCHWEDS, M. PŁOŃSKIER, B. KELNER, M. GOLDSTEIN. Przypadek wielokrotnych bezbolesnych zawałów sierdza. | 584 |
| 365 | T. ABRAMOWICZ. Przyczynki do zagadnienia t. zw. „objawu językowego“ — wczesnego objawu tętniczego zatoru powietrznego podczas odmy sztucznej. | 584 |
| 367 | Stanisław NIKLEWSKI i Ignacy PINES. Zespół Morgagni-Adams-Stokesa w przypadku przemijającego bloku węzła zatokowego. | 604 |
| 385 | Lucjan JELENKIEWICZ i Jan SREBRNY. Z kazuistyki leczenia schorzeń zapalnych tyreoidyną. | 624 |
| 389 | Stefan DOBRYSZYCKI. Spostrzeżenia gastroskopowe w przypadku wrzodu żołądka. | 627 |
| 390 | Mieczysław KACZYŃSKI. Twórczość literacka w przypadku porażenia postępującego i afazji. | 644 |
| 417 | T. MOGILNICKI. Cukrzyca nerkowa u dzieci. | 645 |
| 436 | Bronisław KNICHOWIECKI. Wyniki stosowania szczepionki kokluszowej w epidemii krztuśca. | 664 |
| 438 | H. KRYSZEK. Niemiarrowość u dzieci. | 684 |
| 439 | S. MANDELSOWA i K. SCIESIŃSKI. Guz mózdzku (Ependymoglioma) z wtórnym zespołem objawów | 686, 704 |
| | Simmondsa u dziewczynki 8-letniej. Wpływ terapii hormonami przedniego płata przysadki mózgowej. | |
| | SZYFMAN i KOCEN. Przypadek białaczki u dziewczynki 14-letniej o niezwyklej przebiegu (przyczynki do wartości rozpoznawczej i rokowniczej przyżyciowego badania szpiku kostnego). | |
| | W. CZABANÓWNA i J. HANDZEL. Przypadek wrodzonej wiotkości wielostawowej (choroba Rochera). | |
| | DYNENSON. Przypadek wylewu krwawego do mózgu noworodka przy porodzie samoistnym. | |
| | Maria GUTMANOWA. Przypadek zespołu Waterhouse-Friderichsena u niemowlęcia. | |
| | J. HANDZEL i A. MALENDĄ. Patogeneza i kazuistyka kamieni dróg moczowych u dzieci. | |
| | Józef ITELSON. Wskazania do usunięcia migdałków w związku z rozwojem nauki o goścu. | |
| | Józef KON. Przypadek jałowego ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u noworodka. | |
| | G. LANDAUÓWNA. Przypadek celiakii. | |
| | A. MARGOLISOWA i H. REITEROWSKI. Przypadek olbrzymiej torbieli płucnej u dziewczynki 12-letniej (pneumatocele). | |
| | Rachela LEWI i Józef KON. Endemia duru brzuszego. | |
| | F. ROZENÓWNA i T. RUNDSZTEJNOWA. Endemia duru brzuszego w „Domu sierot“ w Łodzi przy ul. Północnej Nr 39. | |
| | C. FINKLER-BROKMANOWA i J. POLAKOW. Przyczynki do zagadnienia błonicy języka i śluzówki jamy ustnej. | |
| | Z. TURYNOWA. Wrzód dwunastnicy u dzieci. 2 przypadki. | |
| | Anastazy LANDAU, Lucjan i Maria JELENKIEWICZOWIE. Zespół czynnościowy choroby Simmondsa, powstały w następstwie głodzenia i powikłany awitaminowym uszkodzeniem nerwów obwodowych z zejściem pomysłnym. | |
| | H. BROKMAN i J. FRENZDŁOWA. Endemia biegunek i zatruc wśród dzieci w żłobku fabrycznym pod względem klinicznym, bakteriologicznym i epidemiologicznym. | |
| | B. JOCHWEDS i A. WAJNGOT. Badania kliniczne nad szybkością krwiobiegu metodą sacharynową Lina i Facqueta. Doniesienie tymczasowe. | |
| | M. LEŃSKI. Z kazuistyki chorób płuc. | |
| | B. JOCHWEDS i Z. GRYNBERG. Niektóre objawy prodromalne chorób infekcyjnych u osób starszych. | |
| | Zygmunt FISCHGRUND. Własności farmakologiczne kwassiny „Merck“. | |
| | M. FEJGIN i A. RAKOWER. Na marginesie przypadku blednicy. | |
| | Józef RAKOWER. O rozpoznawaniu zarośnięcia jamy opłucnej. | |
| | P. LIDZKA. Przypadek niedodmy płuca prawego po silnym krwotoku płucnym w przebiegu ospy wietrznej. | |
| | P. ZARECKI. Przypadek lipodystrophią localis insulinnica. | |
| | Zdzisław HOROWICZ. Paraglutynacja pałeczki okrężnicy wyosobnionej z kałów w przebiegu duru brzuszego. | |
| | Marek LEWENFISZ. Rentgenoterapia okolicy przysadkowej w schorzeniach ogólnych. | |

| | |
|--|----------|
| A. ŁĄCZKA i F. KAPŁANOWA. Przypadek choroby Oppenheima. | 725 |
| J. CELAREK i B. FEJGIN. O powinowactwie antygenowym toksyny gronkowcowej z toksynami bez-tlenowców zgorzeli gazowej i o szczepionce gronkowcowej. | 727 |
| I. J. MERENLENDER i B. GINZBURGOWA. Xeroderma pigmentosum. | 745 |
| Kazimierz WOLFRAM i Kazimierz POLLAK. Zakrzepy i zatory jako powikłania pooperacyjne. | 769 |
| Ignacy PINES. Mechanizm czynnościowego bloku gałęzi pęczka Hisa. | 795 |
| L. BARABAN. Przypadek odosobnionego zapalenia wrzodziejącego zastawki trójdzielnej | 812 |
| L. EJSMONT. Na marginesie artykułu L. Płockiera: Opisthorchis felineus. | 815 |
| S. HRYNKIEWICZ. O zmianach w płynie mózgowo-rdzeniowym w następstwie nakłuc u królików i ludzi. | 831 |
| Szymon KRANTZ. O wartości leczniczej rozczywnów hipertonicznych w przypadkach wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego po urazach czaszki | 837, 855 |
| B. KARBOWSKI. Dalsze obserwacje nad ropniami przestrzeni pajęczynówkowej (absc. subduralis resp. intermenigealis) w następstwie schorzeń jam obocznych nosa. | 851, 875 |
| Ignacy PINES. Przyczynek do rozpoznawania sprawy zawałowej mięśnia sercowego. | 852 |
| B. HOCHMANÓWNA. Namnażanie prątków gruźlicy w preparacie za pomocą mocznika. | 872 |
| Z. GRYNBERG i J. BRAND. Przypadek przepukliny otworu przełykowego przepony (Hernia hiatus oesophagei). | 890 |

D. Z praktyki prywatnej.

| | |
|---|-----|
| Michał ABRAMOWICZ. Czy należy usuwać wyrostek robaczkowy podczas laparotomii. | 308 |
| H. FINKELSTEIN (Berlin). W sprawie dietetycznego leczenia wyprysku konstytucjonalnego u niemowląt i dzieci młodszych. | 433 |
| L. SZYFMAN. Uwagi w sprawie przebiegu i leczenia cukrzycy u dzieci. | 447 |
| Jan ZURKOWSKI. Trichobakterie jako czynnik etiologiczny schorzeń. (O różnicowaniu promieniowców, bakterii włoskowych i wrzecionkowców w przebiegu niektórych schorzeń). | 450 |
| M. DAWIDOWICZ. Methemoglobinemia przy leczeniu antistreptiną. | 454 |
| Karol Ludwik METH. Podstawy leczenia balneologicznego schorzeń gośćcowych w zdrojowisku Piszczany. | 563 |
| S. RAWICZ. Rozważania kliniczne nad pewnymi grupami schorzeń spotykanymi w Morszynie. | 567 |
| Stanisław JUSTMAN. O nakłuciu podpotylicznym. | 665 |

E. Kartki kliniczne.

| | |
|--|-----|
| B. HELLER-HERMELINOWA i J. TONENBERG. Przypadek posocznicy o niezwykłym przebiegu. | 286 |
|--|-----|

F. Z teki Lekarza Praktyka.

| | |
|--|-----|
| Józef TYPOGRAF. Pomoc doraźna w napadach duszności u chorych na serce. | 892 |
|--|-----|

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

a) Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

| | |
|---|----------------------|
| Jakub PENSON. O roli przysadki mózgowej w powstawaniu cukrzycy. | 10 |
| Karol CHODKOWSKI. Trucizny jądrowe, ich wpływ na ustrój i znaczenie w patologii. | 32, 50, 67 |
| Natalia ZANDOWA. Nowe pojęcia o odruchach. | 88, 110 |
| Roman MICHAŁOWSKI. Znaczenie witaminy C (kwasu askorbinowego) w procesach przemiany ustrojowej. | 130, 149 |
| Juliusz BRILL. Postępy w dziedzinie rozpoznawania, biologii i epidemiologii zarazka psittacosis (choroby papuziej). | 171 |
| Antoni WAJNGOT. Fizjopatologia przemiany wapnia. | 191, 209 |
| K. BABENKO. Przemiana materii przy obfitym białkowym pokarmie. | 229, 251 |
| E. ROZENBERGOWA. O patogenezie gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. | 267, 287, 310 |
| M. PŁONSKIER. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi. | 331, 348 |
| H. J. LANDAU. Nowsze prace z dziedziny hematologii. Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za ostatnie czterolecie. | 369, 391 499, 554 |
| A. KIRSZBRAUN. Kwaśne mieszanki mleczne w diete-tyce niemowląt. | 569 |
| Leontyn DMOCHOWSKI. O nowotworach, dających się przenosić za pomocą przesączów bezkomórkowych. | 588 |
| A. DAWIDSON. Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w walce ustroju z chorobami zakaźnymi. | 605, 629 |
| H. J. LANDAU. Nowsze prace z dziedziny fizjologii. | 647, 666, 690 |
| Antoni LANDE. O bakteriobójczym działaniu śliny ludzkiej. | 708, 728 |
| Antoni WAJNGOT. Ekto- i endosympatozy. | 794, 773 |
| S. MASTBAUM. Nieco o szczepieniu niemowląt BCG. | 797 |
| Antoni LANDE. Wpływ nakłucia naczynia na skład krwi i opadanie krwinek. | 818 |
| N. ZANDOWA. Nowe pojęcia o podwzgórzcu (Hypothalamus). | 840 |
| Antoni LANDE. O opadaniu krwinek. (Odczyn Bier-nackiego). | 859, 877 |
| K. CHMIELEWSKI. Fizykalno-meteorologiczne pod-sawy meteorologii lekarskiej. | 894 |

b) Streszczenia pojedyncze.

1. Zagadnienia ogólne.

| | |
|--|-----|
| A. HAGENTORN. O wypukiwaniu bolesności (Schmerz-perkussion). | 137 |
|--|-----|

2. Fizjologia normalna i patologiczna.

| | |
|---|----|
| J. MOSTERS. Wzrost esterazy krwi pod doustnym podawaniem kw. askorbinowego. | 17 |
| L. RUZICKA i H. KAGI. O cis-testosteronie i innych 17-cis oksypochodnych androstanu i androstenu. | 17 |
| L. HEROLD. Hamujący wpływ hormonów jajnika na czynności gruczołu piersiowego. | 17 |
| SILBERSCHMIDT. Znaczenie witaminy B ₁ w fizjopatologii przemiany materii. | 29 |
| F. KLEIN. Grasicca a ciąża. | 29 |
| Marjory I. ANDRESEN i Edward R. MUGRACE. Liczba i jakość czerwonych krwinek u normalnych mężczyzn i kobiet. | 41 |

| Str. | | Str. |
|--|--|------|
| 41 | George BOOTH i James M. STRANG. Zmiany w temperaturze skóry po spożyciu pokarmu. | 101 |
| 53 | G. FOLBORT. Zmiany fizjologiczne zdolności do pracy elementów półkul mózgowych. | 101 |
| 53 | M. GLEKEL i B. KRAWCZYŃSKI. Wpływ niskich temperatur na termoregulację u człowieka. | 101 |
| 65 | RAAB. Przysadka i międzymózgowie. | 101 |
| 65 | W. HOHLWEG i A. CHAMORRO. W sprawie luteinizującego działania hormonu pęcherzykowego przez wpływ na luteogenną wydzielinę przedniego płata przysadki. | 101 |
| 105 | Adolph SACHS, Victor E. LEVINE i A. APPELSIS FABIAN. Miedź i żelazo we krwi ludzkiej. IV. Dzieci normalne. | 141 |
| 105 | Carlos MONGE. Choroba wysokogórska. | 141 |
| 125 | Zenon DROHOCKI. Badania nad zjawiskami elektrycznymi mózgu. I. Okresowość i automatyzm kory mózgowej. | 141 |
| 125 | STEINACH i PECZENIK. Wzmacnianie męskich hormonów płciowych folikulina. | 141 |
| 125 | GENES, CZARNAJA i JAKUCZEWA. Mechanizm hiperглиkemieii pokarmowej. | 141 |
| 3. Farmakologia i Toksykologia. | | |
| 25 | SUGIHARA, NAGASAWA i OKABE. Doświadczalne i kliniczne badania nad tauryną. | 5 |
| 25 | Clayton B. ERTHRIDGE, Dan W. MYERS i MARSHALL N. FULTON. Wpływ różnych soli nieorganicznych na działanie moczopędne salyrganu. | 5 |
| 25 | SACK. W sprawie zatrucia weronalem. | 33 |
| 25 | Harold C. LUETH i Don C. SUTTON, Clarence J. McCULEEN i Clarence W. MUEHLBERGER. Uogólniona zmiana barwy skóry, przypominająca argyrię, po długotrwałym stosowaniu doustnym bizmutu. Przypadek „bizmutii“ („bizmucicy“). | 33 |
| 57 | E. A. MÜLLER. Działanie kardiazolu na serce i krwiotębieg. | 33 |
| 57 | A. SCHRTZENMAYR i G. STANER. Zapobieganie i leczenie zatrucia ołowiowego. | 33 |
| 81 | BOVET. Chemo-terapia zakażeń bakteryjnych. | 33 |
| 81 | B. HALPERN i R. MAYER. Toksyczność związków przeciw paciorkowców. | 33 |
| 81 | G. BREWER. Wpływ Dialu w działaniu dinitrofenolu na przemianę materii u kotów. | 33 |
| 81 | H. W. BANSI. Wpływ farmakologiczny środków pobudzających na krążenie krwi. | 33 |
| 81 | U. BOSSE. Działanie chlorku karbaminocholiny czyli „Dorylu“ Mercka na układ krwionośny i żołądkowo-jelitowy. | 33 |
| 137 | KLINE, BIGG, WHITNEY. Pikrotoksyna -- nowy środek leczniczy w zatruciach barbituratami. | 33 |
| 137 | MICHAUD. W sprawie ostrego zatrucia rtęcią. | 33 |
| 4. Biologia. | | |
| 21 | G. WIDSTRÖM. O biologicznym mianowaniu preparatów kory nadnerza na białych szczurach i myszach. | 5 |
| 21 | M. ŠAMOTO. O wpływie pokarmów na wzrost szczurów. | 5 |
| 45 | TAKATA, SHUZO. Wpływ wyciągu ze skóry ząby na jej serce. | 5 |
| 45 | P. DAHR. Rozróżnianie grup krwi A ₁ i B ₂ . | 5 |
| 45 | TISŁOWITZ. Witamina B ₁ a przemiana węglowodanowa. | 5 |
| 41 | E. CHABROL, J. COLLET, J. SALLET. Wpływ kw. żółciowych na hiperglykemię, wywołaną przez adrenalinę. | 5 |
| 53 | James B. HAMILTON. Hormonalny wpływ na mosznę i „skórę płciową“ u szczurów samców. | 5 |
| 53 | H. Aurel MÜLLER. Badania nad „testem rybim Glaser-Haempel“ dla wykazania męskiego hormonu płciowego i hormonu ciała żółtego. | 5 |
| 65 | F. BENTIVOGLIO. Hormony płciowe i skurcze macicy. | 5 |
| 65 | PIOTROWSKI. Nowe badania nad witaminą B. | 5 |
| 105 | KOCZNEW i LONDON. Działanie hormonu tyreotropowego przedniego płata przysadki na czynność tworzenia insuliny i adrenaliny. | 5 |
| 5. Patologia kliniczna i doświadczalna. | | |
| 125 | Louis LETTER. Rola nieswoista ciał pressorycznych w osoczach chorych z nadciśnieniem. | 5 |
| 125 | I. A. CZALISOW i K. N. SZEWCZENKO-CZALISOWA. Zmiany miejscowe w tkankach pod wpływem anatoksyn ałunowych. | 5 |
| 125 | R. S. MACH, F. SCICLOUNOFF. O hiperchloremii sztucznie wywołanej. | 5 |
| 25 | E. FENZ. Częstość występowania oporności i podatności względem insuliny. | 5 |
| 25 | S. A. GILIAREWSKIJ, Ł. G. SMIRNOWA i O. I. SZURPE. Wytwarzanie kwasu mlekowego we krwi w zaburzeniach działalności serca. | 5 |
| 25 | I. A. CZALISOW. Szybkość wsysania oleju roślinnego w związku z używaniem szczepionki olejowej. | 5 |
| 25 | Svend PETRI, Axel SEBORG OHLSEN i Dawid BÖG-GILD. Badania doświadczalne nad niedokrewnością psów pochodzenia żołądkowego. | 5 |
| 25 | G. E. WAKERLIN i H. D. BRUNER. Obecność w prawidłowym moczu ludzkim czynnika, wzmagającego liczbę retikulocytów u gołębia. | 5 |
| 57 | FLANCZIK i ODINOW. Dynamika zmian poziomu lipidów w niektórych chorobach zakaźnych. | 5 |
| 57 | Max T. SCHNITKER, Leslie H. VAN RAALTE i Elliott C. CUTLER. Wpływ całkowitej tyreoidektomii u człowieka, badania laboratoryjne i obserwacje wyników klinicznych w 39 przypadkach. | 5 |
| 57 | Robert V. SAGER. Czynniki odpowiedzialne za wywołanie żółtaczki w kile ze specjalnym uwzględnieniem roli arsfenaminów (arsenobenzol). | 5 |
| 57 | E. BRAUN i E. SCHELLONG. O konstytucjonalnym podłożu nadciśnienia samoistnego. | 5 |
| 57 | Edgar V. ALLEN. Jak tętnice wyrównują zamknięcie; badanie arteriograficzne krążenia obocznego | 5 |
| 57 | Edward J. Van LIERE. Wpływ anoksemii na czas opróżniania się żołądka u ludzi. | 5 |
| 57 | E. PERRY Mc CULLAGH i D. ROY Mc CULLAGH. Doświadczenia kliniczne, dotyczące określania jodu we krwi. | 5 |
| 57 | Alfred CHANUTIN i Stefan LUDEWIG. Doświadczalna niedomoga nerek, wywołana przez częściową nefrektomię. IV. Zawartość kreatyny w sercach przerosłych szczurów z nadciśnieniem, karmionych wysuszonym mięsem. | 5 |
| 57 | O. KOREF i M. RIVERA. O zawartości adrenaliny w nadnerczach po wstrząsie histaminowo-peptonowym i anafilaktycznym. | 5 |
| 57 | O. BERNER. O wylewach krwawych na dzień czwartej komory w przypadkach nagłej śmierci. | 5 |
| 57 | E. BERNARD. Badania doświadczalne nad sprawą późnej śmierci po oparzeniach. | 5 |

| Str. | | Str. |
|------|---|------|
| | KAUFMANN i SCHORNAK. Wpływ diety białkowej i węglowodanowej na zapalenia. | |
| 61 | H. W. BANSI. Stosunek sodu do chloru, wydalanego z moczem, w płatowym zapaleniu płuc. | |
| 61 | N. WILK i A. RASZEWSKA. O t. zw. „choleml” Gilberta. | |
| 61 | Alfred CHANUTIN i Stephan LUDEWIG. Doświadczalna niedomoga nerek wywołana przez częściową nefrektomię. V. Diety zawierające całkowite mięso wysuszone. VI. Stosunek między czynnością nerek, wagą nerek i powierzchnią u szczurów nieuszkodzonych i z wyjętą jedną nerką, karmionych za pomocą diety z całkowitego mięsa wysuszonego. | |
| 69 | Stephan LUDEWIG, E. T. R. WILLIAMS i Alfred CHANUTIN. VII. Stosunek poziomu mocznika w moczu, mocznika we krwi i stosunku mocznikowego (Addisa) u szczurów karmionych całkowicie mięsem suszonym. | |
| 69 | Alfred CHANUTIN i Stephan LUDEWIG. VIII. Porównanie stosunku moczowego (Addisa) z innymi próbami czynności nerek. | |
| 69 | C. FISHER i W. R. INGRAM. Wpływ karmienia tarczycą lub solą i wycięcia tarczycy na przemianę wodną kotów z moczówką prostą. | |
| 77 | L. MEYLER. Proteinuria Bence-Jonesa. | |
| 77 | A. HOCHWALD. Przyczynę do zagadnienia alergii. | |
| 77 | J. BISTRICKI. Czynnościowe szmery sercowe. | |
| 77 | L. SEEKLES. Działanie magnezu na serce. | |
| 97 | Harold BURROWS. Przerost przysadki u samca mysiego po zastosowaniu oestryny. | |
| 97 | Frank DICKENS, Stanley F. EVANS i Hans WEIL-MALHERBE. Działanie krótkich fal radiowych na tkanki: I. Działania wywoływane in vitro — z niektórymi obserwacjami nad działaniem ciepła na przemianę tkankową. | |
| 97 | Robert P. Mc. COMBS i James S. Mc. ELROY. Odwracalne samolepianie się krwinek z obwodowymi objawami naczyniowymi. | |
| 97 | William GOLDRING i Irving GRAEFF. Nerczyca z mocznicą po przetaczaniu niezgodnej krwi. Doniesienie o 7 przypadkach z 3 zgonami. | |
| 113 | F. GORDONOFF i St. ZURUKZOGLU. Badania doświadczalne nad nienaświetlaną ergosteryną, cholesterolyną i miazdżycą naczyń. | |
| 113 | H. HOFF. Badania doświadczalne nad zagadnieniem nadciśnienia mózgowego. | |
| 113 | KLEIN i BLOCH. Wpływ wyciągów z wątroby na alkaptonurię. | |
| 121 | W. R. INGRAM, C. FISCHER i S. W. RANSON. Doświadczalna moczówka prosta u małp. | |
| 121 | Albert M. SNELL. Obserwacje kliniczne nad „sprue” niepodzwrotnikową. | |
| 121 | M. BODANSKY i J. F. PILCHER. Znaczenie kliniczne rezerwy kreatynowej w sercu ludzkim. | |
| 133 | Ralph G. HILLS i Samuel Mc LANAHAN. Łamliwe kości i niebieskie białkówki w 5 pokoleniach. | |
| | 6. Nowotwory. | |
| 2 | N. WATERMAN. Zasady ogólne leczenia raka. | |
| 2 | Ernst M. FRAENKEL, Colin Ashley MAWSON, R. J. V. PULVERTAFT. O guzach sutka i teorii wirusów w raku. | |
| | NATTAN, LARRIER et GRIMARD. Oporność i uodparnianie króli przeciwko nowotworowi Brown-Pearcea. | 2 |
| | Z. PELLER. Rak a wiek z szczególnym uwzględnieniem wieku wzrostu. | 2 |
| | BENDA i KRETZ. O odczynie diagnostycznym Freunda. | 2 |
| | Carl REIMER. O wynikach otrzymanych przy pomocy odczynu Kleina. | 3 |
| | J. HOLMGREN. O odczynie tuberkulinowym u chorych na raka. | 5 |
| | J. CIZEK. Odczyn diagnostyczny w raku przy pomocy bacterium coli. | 5 |
| | G. HEPP. O wynikach otrzymanych przy pomocy odczynu Kleina. | 5 |
| | Albert E. CASEY. Zahamowanie wzrostu mięsaka Brown-Pearcea przy pomocy zastrzykiwania przesączów homologicznego materiału. | 5 |
| | Fritz GRÖGLER. O wynikach otrzymanych przy pomocy odczynu Kleina. | 5 |
| | Juan E. MORELLI. Promieniowanie mitogenetyczne a problem raka. | 13 |
| | B. LUSTIG. Przyczynki do zagadnień chemicznych w raku. | 13 |
| | Paul ENGEL i Juan E. MORELLI. O wpływie hormonów na promieniowanie mitogenetyczne. | 13 |
| | F. BLUMENTHAL. O serodiagnostyce i leczeniu schorzenia rakowego. | 13 |
| | J. BAUER. O dziedziczności w raku. | 17 |
| | S. ZYLBERSZAC. O mnogich histologicznie różniących się złośliwych guzach nowotworowych. | 17 |
| | C. RONSSE. O własnościach wyciągów z narządów powstrzymywania wzrostu nowotworu doświadczalnego, podawanych doustnie lub w zastrzykiwaniach. | 18 |
| | P. MENDELÉEFF. Badania nad czynnością hormonalną przysadki mózgowej u świnek morskich w okresie rozwoju nowotworu. | 21 |
| | M. LOEPER i E. GILBRIN. Przerzuty raka przełyku. | 33 |
| | M. C. REINHARD i C. F. CANDER. Rozwój wielorakich guzów u myszy. Cz. III. Wpływ doustnego pobierania czynników rakotwórczych. | 34 |
| | F. BURNS PLEWES. Złośliwa melanomatoza. | 34 |
| | Cushman D. HAAGENSEN i Otto F. KREHBIEL. Morfologia mięsaków wywołanych przez 1:2:5:6-dibenzantracen. | 34 |
| | H. REPLOH i H. MIDDELDORF. Doświadczenia z serologicznym rozpoznawaniem raka według Lehmann-Faciusa. | 42 |
| | Jacob HEIMAN i Otto F. KREHBIEL. Wpływ hormonów na przerost sutka i wzrost nowotworów u białych szczurów. | 42 |
| | Elizabeth FEKETE i C. V. GREEN. Wpływ całkowitego zablokowania sutka na częstość i lokalizację samostnych guzów sutka u myszy. | 42 |
| | J. BORAK. Od czego zależy uleczalność nowotworu pod wpływem energii promienistej? | 42 |
| | Kanematsu SUGIURA i Stanley R. BENEDICT. Wpływ różnych rodzajów surowicy krwi na zdolność życiową guzów przeszczepialnych. | 53 |
| | Irving GRAEFF, Joseph J. BUNIM i Antonio BOTTINO. Hirsutyzm, nadciśnienie tętnicze i otyłość w związku z rakiem kory nadnerczy. Gruczolak nieokreślony przysadki i wybiórcze zmiany w komórkach beta (zasadochłonnych) przysadki. | 54 |

| Str. | | Str. |
|------|---|------|
| | William S. MURRAY i C. C. LITTLE. Wpływ pozachromosomowy w stosunku do częstości guzów sutka i innych guzów u myszy. | |
| 54 | BRÖGLI. Leczenie raka „Aristotropem“. | |
| 54 | Frederic W. ILFELD. Doświadczalne wytwarzanie guzów trzew za pomocą węglowodanów. | |
| 57 | Cushman D. HAAGENSEN i Otto F. KREHBIEL. Tuszczakomięsak wywołany przez 1:2-bezopirynę. | |
| 57 | Harold BURROWS i J. W. COOK. Guzy wrzecionowatomórkowe i białaczka u myszy po wstrzykiwaniu rozpuszczalnej w wodzie pochodnej 1:2:5:6-dibenzantracenu. | |
| 58 | Walter FISCHER. Ultramikroskopowe badania surowicy i próba oddzielenia seroskopowego różnych stanów chorobowych ze specjalnym uwzględnieniem nowotworów złośliwych. | |
| 58 | Schields WARREN i Olive GATES. Los komórek nowotworowych, wstrzykniętych dożylnie. | |
| 61 | Leonel C. STRONG. Poziom hemoglobiny przy różnym stopniu wrażliwości na nowotwory samoistne. | |
| 61 | Howard C. TAYLOR. Obecność czynnika wewnątrzwydzielniczego w etiologii guzów sutka. | |
| 62 | Fritz GRÖGLER. Doświadczenia z odczynem rakowym Kleina. | |
| 73 | G. HEPP. Doświadczenia z odczynem rakowym Kleina. | |
| 73 | C. S. Mc EUEN. Metaplazja nabłonka macicy wywołana u szczurów przez długotrwałe stosowanie oesteryny. | |
| 73 | Howard H. BEARD, Thomas S. BOGGERS i E. von HAAM. Wytwarzanie doświadczalne guzów złośliwych u myszek albino za pomocą promieni pozafioletkowych. | |
| 73 | A. LACASSAGNE. Patogeneza hormonalna gruczolakoraka sutka. | |
| 82 | Hamilton MONTGOMERY. Lymphoedema (słoniowaczina) kończyn, spowodowana przez zajęcie naczyń chłonnych przez komórki rakowe. Doniesienie o 2 przypadkach. | |
| 83 | Elizabeth FEKETE i C. V. GREEN. Wpływ całkowitego zablokowania sutka na częstość i lokalizację samoistnych guzów sutka u myszy. | |
| 83 | Henry PINKERTON, Samuel M. BEALE Jr., Shields WARREN i AUDREY KIELING. Wpływ leczenia insulinowego na przeszczepialne guzy u myszy. | |
| 93 | Dean Horward AFFLECK. Czerniaki. | |
| 93 | E. B. ASTWOOD i C. F. GESCHICKTER. Odczyn pigmentowy u <i>Phoxinus laevis</i> ; wpływ krwi chorego na melanosarcoma. | |
| 93 | Frances L. HAVEN. Wpływ tranu na wzrost nowotworów. | |
| 93 | Biarne PEARSON. Czynniki śmierci w raku szyi macicznej; badanie oparte na 57 przypadkach sekcyjnych. | |
| 93 | J. C. MOTTRAM. Dalsze rozważania nad szybkością wzrostu brodawek smołowych u myszy oraz ich przeszczepów własnych. | |
| 93 | Mendel JACOBI. Wpływ odczynu Schwartzmana z przesączem bakteryjnym na przeszczepialne nowotwory u zwierząt. | |
| 105 | H. B. ANDERVONT. Reagowanie myszy i różnych guzów mysich na wstrzykiwanie produktów bakteryjnych. | |
| 105 | SIMONS. Wyniki leczenia raka aristotropem. | |
| 114 | D. L. WOODHOUSE. Badania chemoterapeutyczne w raku — z uwzględnieniem wpływu niektórych preparatów łożwiowych na guzy smołowe u myszek. | |
| 114 | John C. KRANTZ Jr., Ruth MUSSER, C. Jellif CARR i Wiliam G. HARNE. Dalsze badania nad wpływem cjanku na mięsaka mysiego. | |
| 114 | John J. BITTNER. Badania nad odpornością przeciwko nowotworom przy jednoczesnym istnieniu guza nowotworowego. | |
| 125 | George O. GEY i Margaret K. GEY. Utrzymywanie normalnych komórek ludzkich i komórek nowotworowych w hodowli nieprzerwanej. I. Doniesienie tymczasowe. Hodowanie guzów mezoblastycznych i tkanki prawidłowej i notatki o metodach hodowlanych. | |
| 125 | Fritz BISCHOFF i M. Louisa LONG. Wpływ wieku na wzrost mięsaka 180. | |
| 126 | V. KAFKA. O stanie obecnym serodiagnostyki raka. | |
| 126 | Milton J. EISEN. Badanie bakteriologiczne guzów mysich. | |
| 133 | Izrael HIEGIER. O mechanizmie powstawania raka za pośrednictwem czynników chemicznych. | |
| 133 | Ethel Benedict GUTMAN, Edith E. SPROUL i Alexander B. GUTMAN. Znaczenie zwiększonej czynności fosfataz kości w miejscu przerzutów osteoplastycznych, powstałych z raka gruczolaka krokowego. | |
| 133 | M. G. SZELIG i E. L. BENIGNUS. Sadze węglowe i guzy płucne u myszy. | |
| 133 | Leonell C. STRONG i G. M. SMITH. Udana przeszczepienie hepatoma u myszy. | |
| 134 | Leonell C. STRONG. Prawdopodobne działanie <i>Oleum Gaultheriae</i> w diecie myszy skłonnych do samoistnych raków gruczolaka sutkowego. V. Szybkość wzrostu i pewne zmiany wsteczne guzów po rozpoczęciu się wzrostu złośliwego. | |
| 134 | O. G. BIER i Oswald LANGE. O wystąpieniu „bakterii Morgana Nr. 1“ w płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadku zapalenia opon mózgowych. | |
| 137 | V. W. KLEINSORGEN i F. COMMICHAN. Różniczkowanie błonicy i rzekomej błonicy przez wykazanie ureazowego odczynu na płytce wskaźnikowej z mocznikiem. | |
| 138 | E. GRASSET i W. LEWIN. Szczepienia przeciwdurowe endo-anatoksyną durową, straconą przez ałun. | |
| 145 | F. DWELSHAUVERS. O występujących przejściowo nietypowych własnościach prątków Kocha pochodzących z gruźliczego ropnego zapalenia opłucnej. | |
| 145 | GIROUD i TANNENBAUM. O próbie Weil-Felixa. | |
| 145 | ROUS Peyton, KIDD John G., BEARD J. W. Badania nad stosunkiem wirusa wywołującego brodawczaka u królików do raka rozwijającego się z brodawczaka. | |
| 141 | ROUS Peyton, BEARD J. W., KIDD John G. Badania nad stosunkiem wirusa wywołującego brodawczaka u królików do raka rozwijającego się z brodawczaka. Doniesienie II. | |
| 141 | ROUS Peyton. Nowotwory na tle wirusów i problem nowotworowy. | |
| 141 | Tomizo YOSHIDA. O nabłoniakach pęcherza moczowego u szczurów z hepatomami wskutek karmienia o-amidoazotoluolem. | |
| 142 | NOZU J. Próby śródskórnego szczepienia raka Brown-Pearcea u królików. O powtórny szczepieniu. | |

| Str. | | Str. |
|--|---|------|
| 142 | BESREDKA A. i L. GROSS. Rak śródskórny królika i jego zdolność uodporniająca. | |
| 142 | Tomizo YOSHIDA. O-amidoazotoluol. Przypadek zrakowej marskości wątroby u szczura, obserwowany przy podawaniu o-amidoazotoluolu. | |
| 142 | Tokuji HASHIMOTO. O rozkładzie o-amidoazotoluolu w ciele zwierzęcym. | |
| 142 | Jasuo NISHIYAMA. Doświadczalne wytwarzanie hepatomu u myszy przez karmienie przy pomocy o-amidoazotoluolu. | |
| 142 | Ichiro OTSUKA i Naoaki NAGAO. Doświadczalne wywołanie nowotworów pęcherza moczowego u szczurów białych przez karmienie o-m-dimetylazobenzolem. | |
| 142 | Tomomichi YIKUBO. Doświadczalne badania nad przeszczepialnością hepatomów, wywołanych przy pomocy o-amidoazotoluolu. Dootrzewnowa i dowątrobowa transplantacja. Wzrost naciekowy i wytworzenie przerzutów w podskórnie przeszczepionych hepatomatach. | |
| 143 | LEVADITI C. i SCHOEN R. Stosunek wirusów ospywanych i opryszczek do elementów nowotworowych brodawczaka Shope'a u królików. | |
| 7. Bakteriologia i Serologia. | | |
| 9 | C. LEVADITI. Badania nad „neuroprobazją“ zarazka opryszczki i wścieklizny za pomocą całkowitego naświetlania lampą rtęciową. | |
| 9 | C. LEVADITI i R. SCHOEN. Ciąłka oksyfilowe na rogowce w związku z różnymi szczepami ulicznego zarazka wścieklizny. | |
| 9 | C. Magarinos TORRES i J. de Castro TEXEIBA. O wtrętach we wnętrzu jąder komórkowych w alastrymie i w ospie. | |
| 9 | A. BORREL. Doświadczalna ospa owcza. Sieć badano metodą preparatów odbitych. | |
| 9 | A. SAENZ. Wzrost i miareczkowanie alergii, powstałej przez podskórne wstrzyknięcie świnkom zabitych pr. gruźlicy, zmieszanych z płynną wazeliną. | |
| 85 | A. BECLÈRE. Od kataru do grypy. | |
| 85 | H. KNAUER. Czy złośliwa błonica jest wywołana tylko przez pałeczki Loefflera. | |
| 85 | O. FELSENFELD. Nieswoistość odczynów kiłowych. | |
| 85 | F. MEERSSEMAN, H. PERROT. Zawartość dopełniacza w surowicy zdrowych i chorych. | |
| 109 | K. MEYER. Rozmieszczenie geograficzne różnych typów serologicznych enterokoków. | |
| 109 | Dawid PIEVRE. Opóźniony odczyn Schicka. | |
| 109 | Th. LINK. W jakim czasie po śródskórnym wprowadzeniu bakterii możemy je wykazać w narządach wewnętrznych zakażonego organizmu. | |
| 109 | E. FORFOTA i A. HAMORI. Działanie twardych promieni Roentgena na bakterie durowe. | |
| 117 | W. KROEMER. O szerzeniu się bakterii błonicy w ustroju i ich znaczenie w uszkodzeniu narządów. | |
| 117 | GRIMBERG, MUTERMILCH, AGASSE-LAFOUT i H. PELLIER. Posiew krwi na krwi z cytrynianem i żółci dla izolowania paciorkowców. | |
| 117 | R. BIELNIG. Doświadczenia nad wartością szczepionek durowych. | |
| 117 | J. IOVS. O bakteriologicznym badaniu kału. | |
| 129 | E. BENDER. Bakteriologiczne różniczkowanie błonicy. | |
| 129 | G. TAITLER i G. MITTAG. Doświadczenia bakteriologiczne w przypadkach równoczesnego występowania zap. opon mózgowych i grypy. | |
| 129 | P. NELIS. Powstawanie swoistych aglutynin u królików, uodpornianych szczepionką T. A. B. drogą podskórną i przez zastrzykiwania dordzeniowe. | 129 |
| 129 | A. SALUR i J. CHEVÉ. Badania porównawcze posiewów i próby biologicznej w stosunku do prątków Kocha, pochodzących z płynów opłucnowych surowiczo-włóknikowych. | 129 |
| 129 | G. RAMON i R. RICHOU. O uodpornianiu zwierząt żywymi i zjadliwymi gronkowcami. | 129 |
| 137 | Harry PLOTZ. I. Zjadliwość hodowli zarazy ptasiej. II. Zjadliwość krowianki, hodowanej in vitro. | 137 |
| 145 | Masanao MAGARA i Kynoli ADUKATA. Uodpornienie noworodków i niemowląt przeciw tężycowi i błonicy drogą szczepień kobiet ciężarnych anatoksyną. | 145 |
| 8. Medycyna Społeczna, Higiena, Epidemiologia i Statystyka. | | |
| 1 | Julius BAUER. W sprawie oceny wyników eugenicznych, osiągniętych przez sterylizację. | 1 |
| 1 | A. I. BIEŁOUSOWA, W. W. TATARSKIJ. Szczepionki rozpuszczone. | 1 |
| 45 | Astrid DANIELSSON. Choroby weneryczne w Szwecji. | 45 |
| 113 | H. VIOLLE. Przyczynę do badań nad wyjąfawianiem wody do picia za pomocą kwasu winnego. | 113 |
| 113 | J. WÜSTENBERG. Znaczenie czynnego szczepienia ochronnego przeciwbłoniczego w zwalczaniu błonicy. | 113 |
| 141 | H. SELTER i E. SCHÜRMANN. Występowanie prątków gruźlicy w zdrowych narządach i jego znaczenie dla ogledzin mięsa. | 141 |
| 9. Diagnostyka. | | |
| 42 | J. ARNETH. O znaczeniu leuko- i trombopenicznych oraz „normalnych“ obrazów krwi przy rozpatrywaniu jakościowym. | 42 |
| 43 | SCHINDLER. Rozpoznawcza gastroscopia. | 43 |
| 10. Lecznictwo. | | |
| 14 | De KALBERMATTEN. Coramina i Calcio-Coramina oraz ich praktyczne zastosowanie w armii. | 14 |
| 14 | Dr. F. MILHAUD. W sprawie niektórych zmian we krwi u dzieci limfatycznych oraz ich leczenie. | 14 |
| 14 | Seili SUGIMOTO. Metody odmładzania. | 14 |
| 14 | Takeo KIBA. Hormon płciowy w zaburzeniach snu. | 14 |
| 25 | K. TERADA. O pepsynoterapii. | 25 |
| 25 | Anthony SINDONI Jr. Najlepszy czas stosowania insuliny. | 25 |
| 37 | H. WENDT. Kuracja tuczająca za pomocą witaminy A (Voganu). | 37 |
| 37 | W. GRUNKE i H. OTTO. Kliniczne znaczenie witaminy C (kwasu l-askorbinowego). | 37 |
| 37 | H. CONRAD. W sprawie leczenia gnilca. | 37 |
| 49 | Dr. WALTER i Dr. W. BAKER. Przed- i pooperacyjne zabiegi u operowanych na nerki. | 49 |
| 49 | Dr. Alvaro VICIRA. Wyciągi jądrowe w leczeniu szczepionkami. | 49 |
| 59 | A. N. KRIUKOW i D. WAZA. Blokada nowokainowa w klinice wewnętrznej. | 59 |
| 59 | I. I. DOBROWOLSKIJ. Blokada nowokainowa w praktyce klinicznej. | 59 |
| 59 | S. I. SPERANSKIJ i E. I. RIEBIKOW. W sprawie blokady nowokainowej. | 59 |
| 59 | K. I. KOTIELNIKOW. Pozajelitowe wprowadzanie rozтворów metali jako metoda nieswoistego leczenia bodźcowego. | 59 |

| Str. | | Str. |
|-----------------------------|--|------|
| | Torald SOLLMAN i Nora E. SCHREIBER, przy pomocy H. N. COLE. Porównanie działania moczopędnego po klinicznych wstrzykiwaniach różnych środków rtęciowych. | |
| 65 | R. K. PREISZ. Zniesienie bólów za pomocą czopków Cibalginy. | 26 |
| 65 | Ch. MAHLKNECHT. Trasentina — nowy środek przeciwkurczowy. | 37 |
| 65 | G. SCHMITZ. Doświadczenia z nowym syntetycznym hormonopreparatem jądrowym „Perandren“. | 37 |
| 73 | A. HARTWICH. Calcio-Coramina w praktyce sportowo-lekarskiej. | 43 |
| 74 | Vilma SCHRATTENBACH. Doświadczenia z nowym środkiem przeciwkurczowym „Trasentina“. | 43 |
| 81 | G. E. Frederick SUTTON. Przyczynek do poznania objawów i leczenia krwawiczkii. | 43 |
| 82 | O. LAMBERT, J. DIESSEUS, H. MALATMY. Naświetlanie promieniami infra-czerwonymi jako środek zapobiegający zmniejszeniu się ilości krwi u operowanych. | 62 |
| 82 | F. KRAUS. Diatermia a promienie krótkofalowe w leczeniu. | 62 |
| 82 | W. VIETS. Zwalczanie kataru siennego za pomocą Voganu i Campolonu. | 83 |
| 89 | K. BLUM. Doryl w chirurgii brzucha. | 83 |
| 89 | WYSS-CHODAT. Postęp w leczeniu fermentami mlecznymi. | 83 |
| 89 | E. ARON. Studia nad doskórnymi wstrzykiwaniami roztworu histamin-histydiny. | 89 |
| 106 | MONAKOW. Jeszcze w sprawie „Aristotrofu“. | 89 |
| 106 | René LERICHE. Nowe wytyczne chirurgii. | 90 |
| 114 | M. LÉVY i BOURDONNE. Ocena kliniczna środków żółciopędnych. | 98 |
| 114 | NEUBER. Leczenie promienicy surowicą ozdrowieńców. | 98 |
| 115 | A. D. KAPŁAN. Oparzenia elektrycznością i ich leczenie. | 98 |
| 134 | E. DOMANIG. Leczenie zatorów za pomocą eupaveriny. | 98 |
| 134 | A. MÜLLEDER. Przyczynek do leczenia zatorów płucnych. | 106 |
| 134 | E. FENZ. O działaniu uspokajającym na śródmózgowie w chorobie Basedowa. | 106 |
| 134 | J. ANDREU-URBA i E. REGLI. Wpływ kwasu askorbinowego na białe ciała krwi. | 117 |
| 135 | DUBOWSKAJA. Leczenie malarii dożylnym wlewaniem akrydyny Nr 8. | |
| 146 | | |
| 11. Znieczulanie. | | |
| 34 | Sylvio D'AVILA. Oliwa perkainowa w proktologii. | |
| 34 | A. ZINGHL. O stosowaniu Cibalginy do narkozy przy zabiegach u małych zwierząt. | |
| 85 | O. UNTI. Znieczulenie podstawowe za pomocą Dialu. | |
| 146 | K. CZYŻEWSKI. Przygotowanie skopolaminą do uspiania Sennarcoleum. | |
| 12. Choroby zakaźne. | | |
| 3 | M. WAHL. Próba opoterapii w przebiegu duru brzusz- nego. | |
| 3 | R. REITLER. W sprawie rozbudowy nieswoistego leczenia ostrych chorób zakaźnych tarczycy. | |
| 3 | M. L. MEBROW. Zagadnienie utajonej zimnicy. | |
| 3 | PAISSEAU i inni. Leczenie złośliwej błonicy dużymi dawkami strychniny. | |
| 26 | HARRY A., SINGER i HERMAN A. LEVY. Stosunek zespołu Feltygo i zespołów pokrewnych do sepsis lenta. | |
| | SUMIO MATANO i MIKIYA KOMATSU. W sprawie stosowania małych dawek Elbonu w tyfusie. I i II doniesienie. | 26 |
| | TOSCHIO OTANI. W sprawie leczenia krztuśca witaminą C. | 37 |
| | F. SCHURICHT. Kwestia usposobienia rodzinnego do powikłań nerkowych w płonicy. | 37 |
| | BOGOMOLEC i MARCZUK. Leczenie szkarlatyny antiretikularną surowicą cytotoksyczną. | 43 |
| | SIMION, SPATARENCO. O leczeniu czerwonki bakteriofagiem. | 43 |
| | N. MARKOFF. Witamina C w durze brzusz- nym. | 62 |
| | L. LIBOW i A. LIBOW. Uzasadnienie patologiczno-fizjologiczne leczenia duru osutkowego adrenaliną. | 62 |
| | PH. BAMBERGER i L. WENDT. O wpływie hormonu kory nadnercza i witaminy C na zmiany krążenia krwi w błonicy. | 62 |
| | L. COLE. Leczenie tęcza uspieniem awertynowym. | 62 |
| | Del VECCHIO. Choroba Banga ze stanowiska medycyny ubezpieczeniowej. | 83 |
| | M. THERFELDER. Szczepionka przeciw dżumie. | 83 |
| | Gregory SCHWARTZMAN, George BAEHR i W. YHOLLINGWORTH. Leczenie duru brzusz- nego za pomocą przeciwdrurowej surowicy antytoksycznej. | 83 |
| | R. REITLER. O rozbudowaniu nieswoistego leczenia chorób zakaźnych tarczycy. | 83 |
| | WESLEY W. SPINK. Patogeneza rumienia guzowatego ze specjalnym uwzględnieniem gruźlicy, zakażenia paciorkowcowego i gorączki gościcowej. | 89 |
| | RIMPAU. Zakażenie człowieka od zwierząt domowych i stajennych. | 89 |
| | TUSZYŃSKI. W sprawie etiologii grypy. | 90 |
| | TABER. Toruloza. | 98 |
| | A. STROE i D. HORTOPAN. 102 przypadki złośliwej błonicy leczone surowicą przeciwbłonicy i przeciwgorzelinową. | 98 |
| | F. WELEMINSKY. Dieta w durze brzusz- nym. | 98 |
| | W. TOKADZE. Zapalenie opon mózgowych na tle świnki. | 106 |
| | FELDSTEIN i DROBINSKIJ. Ropne powikłania duru brzusz- nego pochodzenia jelitowego. | 106 |
| | F. BORMANN. Zagadnienie płonicy w praktyce. | 117 |
| 13. Gruźlica. | | |
| | EDHEM. Badanie szybkości opadania krwinek. | 4 |
| | G. SCHWARTZ. Gruźliczy naciek okrągły. | 4 |
| | NOBÉCOURT i inni. Zaburzenia mieszączkowania u dziewcząt gruźliczych w okresie pokwitania. | 4 |
| | PIERRE-BOURGEOIS i M. BOQUET-JESENSKY. Wzór ciałek białych jako czynnik prognostyczny w gruźlicy płuc. | 4 |
| | M. SAMOTO. Przemiana podstawowa w gruźlicy płuc. | 21 |
| | ROEPKE. Gruźlica płuc jako późne następstwo zatrucia ropytem. | 21 |
| | F. MEERSSEMAN. Zagadnienie prątkowania u osobników zdrowych. | 26 |
| | MILTON B. ROSENBLATT. Wyleczenie skrobiawicy uogólnionej, powstałej w przebiegu gruźlicy płuc. | 26 |
| | POIX G. i R. ETIENNE. Wyrwanie nerwu przeponowego kojarzone z odumą leczniczą. | 29 |
| | W. DEUTSCHMAN. Udział płuc w gruźlicy kości. | 29 |
| | STUDER. Zagadnienie bacillurii gruźliczej. | 49 |
| | A. ARNSTEIN. O ostrej ogólnej gruźlicy prosówkowej w wieku starczym. | 58 |
| | E. LOEWENSTEIN. O wewnątrzmacicznym zakażeniu gruźliczym. | 58 |

| Str. | | Str. |
|---|--|------|
| | N. WESTERRYK. Próby uodporniania względem gru- żlicy przy pomocy zabitych laseczników Kocha. | |
| 58 | V. KAPFF. Leczenie kwasami, jako środek w walce z gruźlicą. | |
| 59 | L. MANDEL. Nowe spostrzeżenia, dotyczące leczenia gruźlicy płuc kombinacją Solganalu z Bismosal- vanem. | |
| 59 | R. DEBRÉ. Bacilemia gruźlicza u dzieci z rumieniem guzowatym. | |
| 62 | MOSZKOWSKI. Rozpoznanie różniczkowe gruźlicy płuc i droбноogniskowej pylicy. | |
| 62 | STEFKO. Anatomia patologiczna początkowych form gruźlicy kostno-stawowej. | |
| 63 | BUNINA i SILBERSTEIN. Ketonemia pokarmowa w gruźlicy. | |
| 69 | BOGUSZ. Leczenie gruźlicy płuc przekrwieniem za- stoinowym. | |
| 69 | EPSZTAJN. O maskach gruźlicy. | |
| 84 | J. COMBY. Pochodzenie gruźlicy dziecięcej. | |
| 84 | J. Arthur MYERS, H. S. DIEHL, Ruth E. BOYNTON i Benedict TRACH. Rozwój gruźlicy w życiu dojrzałym. | |
| 93 | R. DEBRÉ i inni. Znaczenie poszukiwania prątków Kocha w treści żołądkowej. | |
| 101 | BOURGOIS, GISSELBRESCH i COMERSON. Przeta- czanie krwi w gruźlicy płuc. | |
| 101 | Ł. LESNÉ i inni. Rola prątka bydłęcego w etiologii gru- żliczego zapal. opon u dzieci. | |
| 102 | USZERIDZE i MEPISOWA. Powikłania wysiękowe odmy sztucznej. | |
| 109 | J. PARAFF. Kiedy i jak stosować szczepionkę B.C.G. | |
| 110 | H. KODAMA. Nowe serologiczne rozpoznawanie gru- żlicy płuc. | |
| 118 | P. NOBECOURT i BRISKAS. Statystyka gruźliczego zapalenia opon mózgowych. | |
| 118 | KUDELSKI. Powikłania neurologiczne odmy piersiowej. | |
| 130 | H. E. MICHELSON. Uveoparotitis. | |
| 138 | A. N. WOZNIESENSKIJ. Leczenie chirurgiczne gru- żlicy krtani. | |
| 138 | Ch. KUDELSKI. O powikłaniach nerwowych odmy sztucznej. | |
| 146 | Paweł MARTYSZEWSKI. Dalsze obserwacje leczni- czego działania soli złota w gruźlicy płuc. | |
| 146 | H. GREBERT i inni. Guz gruźliczy śródpiersia; prze- rzut do mózgu. | |
| 146 | A. LEWI-VALENSI i S. MUTIN. Dwa przypadki za- palenia żył u gruźlików po wyrwaniu nerwu prze- ponowego. | |
| 147 | B. L. JACHNIS i SORKIN. Cukrzyca a gruźlica płuc. | |
| 14. Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów. | | |
| 22 | Gustaw HOFER i Teodor MOTLOCH. O doszczętnej operacji zatoki czołowej. | |
| 22 | M. ROZENBLAT. Próba leczenia przewlekłych zapaleń migdałków i związanych z nimi chorób narządów odległych drogą wyłuszczenia migdałków. | |
| 22 | G. GERLACH. Przewlekły zakrzep zatoki. | |
| 37 | H. ESCHWEILER. Leczenie gruźlicy śluzówek zamro- żeniem. | |
| 37 | HIRSCH. W sprawie postępowania po operacji do- szczętnej ucha. | |
| 38 | H. NAVIS. Agrafka w przelyku jako przyczyna zapa- lenia kręgosłupa. | |
| 38 | H. BARTH. Badania kliniczne i rentgenologiczne nad stosunkiem pneumatyzacji do przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego. | 38 |
| 59 | T. HASEGAWA i M. OKAWACHI. Badania doświad- czalne nad kierunkiem oczopląsu w objawie prze- tokowym. | 38 |
| 59 | T. HASEGAWA i G. KONISHI. Zwiększony obwód szyi jako objaw błędnikowy. | 38 |
| 62 | GLASSCHEIB. W sprawie leczenia cuchnącego nie- żyty nosa. | 54 |
| 62 | GLAS. W sprawie leczenia naczynioruchowego nieżyty nosa i bólów głowy pochodzenia nosowego. | 54 |
| 63 | SPIRA. O istocie przewlekłego podgłośniowego zapa- lenia krtani. | 55 |
| 69 | ROMANOWSKA i WĄSOWSKI. Lampa łukowa w le- czeniu gruźlicy krtani. | 55 |
| 15. Choroby płuc. | | |
| 14 | W. LÖFFLER. Przemijające nacieki płuc z eozynofilią. | 14 |
| 14 | A. EPSTEIN. Witamina C w leczeniu dychawicy oskrza- łowej. | 14 |
| 27 | DUBOIS-VERLIERE i HERCELLES. Szczepienie świni- kom płwociny z przypadków ropni płuc. | 27 |
| 27 | SOULAS. Przemyswanie oskrzeli. | 27 |
| 27 | Goerge L. BIRNBAUM i Pol N. CORYLLOS. Leczenie sztuczną odmą piersiową doświadczalnego zapa- lenia płuc u psa wraz z doniesieniem o przypadku u człowieka. | 27 |
| 27 | Louis M. LIBERMANN i Simon S. LEOPOLD. Dalsze dane o sztucznej odmie piersiowej w doświad- czalnym zapaleniu płuc płatowym. | 27 |
| 46 | Milton Benjamin ROSENBLÜTH i Morris BLOCK. Za- palenie płuc, wywołane przez typ I pneumokoka. Analiza przypadków śmierci u chorych, którym stosowano surowicę. | 46 |
| 85 | BALLMANN. Czy leczenie krupowego zapalenia płuc przetworami chininy jest usprawiedliwione? | 85 |
| 86 | TORKANOWSKI. Leczenie ropni płuc wewnątrzpluc- nym wlewaniem salwarsanu. | 86 |
| 94 | SWENSON. Odrębności kliniczne i podział grypowych zapaleń płuc. | 94 |
| 95 | J. v. SZENTI. Leczenie zapalenia płuc krupowego op'o- china | 95 |
| 130 | NAMMACK i TIBER. Leczenie ropni płuc dożylnymi wstrzykiwaniami gwajakolu. | 130 |
| 139 | W. M. KOGAN-JASNYJ i R. M. PĘRCZYK. Leczenie zapalenia płuc jako walka z kwasicą. | 139 |
| 139 | LIDQUIST. Witamina A w krupowym zapaleniu płuc. | 139 |
| 139 | M. Léon KINDBERG i H. NETTER. Włókniak pod- opłucnowy wewnątrz klatki piersiowej. Rozpo- znanie okrągłego cienia prawego szczytu. Zabieg chirurgiczny i wyzdrowienie. | 139 |
| 16. Choroby serca i naczyń. | | |
| 5 | M. M. GUBIERGRIC. W sprawie klasyfikacji dławicy piersiowej. | 5 |
| 6 | H. MAUTNER. Uszkodzenie mięśnia sercowego przez płonice. | 6 |
| 10 | O. TEZNER. Czy wady serca są uleczalne? | 10 |
| 10 | R. CHARLIER. Wpływ oktanolu na naczynia obwodowe. | 10 |
| 18 | NOBUYOSHI FURNE. Digifolina w wadach zastawko- wych. | 18 |
| 18 | A. i L. van BOGAERT. Zaburzenia elektrokardiogra- ficzne w chorobie Friedreicha. | 18 |
| 18 | Harold N. COLE i Lida J. USILTON (przy współpracy J. E. MOOREA, P. A. O'LEARYEGO, J. H. STO- | 18 |

| Str. | | Str. |
|------|---|------|
| | KESA, U. J. WILEA, Th. PARRANA Jr. i R. A. VONDERLEHRA). Zbiorowe badania kliniczne nad leczeniem kiły: kiła sercowo-naczyniowa. I. Niepowikłane kiłowe zapalenie aorty: jego symptomatologia, rozpoznanie, przebieg i leczenie. II. Niedomykalność aorty kiłowa: jej leczenie i skutki. III. Tętniak — jego symptomatologia, rozpoznanie, leczenie i skutki. | |
| | M. KOGAN. Znaczenie reakcji glikemicznych w dławicy piersiowej. | |
| | Dr. Kenelm WINSLOW. Ostry zakrzep tętnicy wieńcowej. | |
| | EDWARD S. ORGAIN, Louis WILFF i Paul D. WHITE. Niepowikłane migotanie i trzepotanie przedsionków, jego częste występowanie i dobre rokowanie u chorych bez innych cech choroby serca. | |
| | M. SCHUR. O wzajemnym stosunku między samorodnym wzmocnieniem ciśnienia tętniczego a czynnością tarczycy. | |
| | A. VINCE. Dane statystyczne, dotyczące dziedziczenia wysokiego ciśnienia krwi. | |
| | J. LITZNER. O zaburzeniach sercowo-naczyniowych po zatruciu tlenkiem węgla. | |
| | J. LAMBERT. Zmiany EKG-ficzne załamka P w zaburzeniach wieńcowych. | |
| | W. B. KOUNTZ, H. L. ALEXANDER i M. PRINZMETAL. Rozedma płuc a serce. | |
| | E. P. BOAS i H. LEVY. Znaczenie kliniczne skurczów dodatkowych (extrasystole). | |
| | E. KINDLER. Kreatynuria w niewyrównaniu sercowym. | |
| | Mark D. ALTSCHULE i Marie C. VOLK. Wpływ leczniczy całkowitego wycięcia normalnej tarczycy na zastoinową niedomogę serca i na dławicę piersiową. XVIII. Rzut serca po całkowitej tyreoidektomii u chorych z zastoinową niedomogą serca i bez niej, wraz z porównaniem wyników, otrzymanych za pomocą metody acetylenowej i jodotylowej. | |
| | Soma WEISS, Richard B. CAPPS, Eugene FERRIS i Donald MUNRO. Omdlenie i drgawki wywołane przez nadmiernie silny odruch ze strony zatoki szyjnej. Rozpoznanie i leczenie. | |
| | K. GOTSCH. Leczenie uszkodzeń mięśnia sercowego. | |
| | P. WILLIAM i S. LEVINE. Tętno naprzemiennie (Pulsus alternans). | |
| | P. RADNAI, A. FERENC. Rozrost kompensacyjny zastawek sercowych. | |
| | Bruce SEBSTER i Crispin COOKE. Zmiany morfologiczne w sercu w doświadczalnym obrzęku śluzakowym. | |
| | S. H. PROGER i H. MAGEMDANTZ. Wpływ długotrwałej ograniczonej diety na chorych z niedomogą serca. | |
| | M. H. NATHANSON. Patologia i farmakologia zapaści sercowej i nagłej śmierci. | |
| | LANGE. Zaburzenia krwiotętna na obwodzie kończyn. | |
| | E. H. CUSHING. Uchylek osierdzia. | |
| | P. COSSIO, M. LASCALEA i E. P. FONGI. Naprzemiennosc tonów serca. | |
| | Fr. R. NUZUM, Al. H. ELLIOT i J. BISCHOFF. Leczenie nadciśnienia samoistnego substancją depressoryczną uzyskaną z moczu. | |
| | DAVIS. Hipotensja ortostatyczna. | |
| | CAVALCANTI. Akrocjanaza. | |
| | Charles K. FRIEDBERG i Louis GROSS. Niebakteryjne trombotyczne zapalenie wsierdzia. | 110 |
| | Charles K. FRIEDBERG, Louis GROSS i Kaufman WALLACH. Niebakteryjne trombotyczne zapalenie wsierdzia związane z długotrwałą gorączką, zapaleniem stawów, zapaleniem opon surowiczych i rozległymi uszkodzeniami naczyń. | 111 |
| 38 | W. LOEWENSTEIN i A. WEISSMANN. W sprawie zniszczenia nerwów szypuły nerkowej w nadciśnieniu samoistnym. | 119 |
| 43 | SIGAL. Choroba Reuhelda. Zespół objawowy żołądkowo-sercowy. | 119 |
| 44 | W. ERDELYI. Kształt serca sportowego w obrazie rentgenowskim. | 119 |
| | DONZELOT i MENETREL. Wycięcie nadnerczy w nadciśnieniu. | 143 |
| 46 | D. PANTELIENKO. Objaw kolanowy w chromaniu przestankowym. | 143 |
| 55 | LANGERON. O zmienności wymiarów serca. | 143 |
| 56 | 17. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych. | |
| 56 | R. DEBRÉ, M. LAURY, G. SÉE, St. SCHRAMECK. Żółtaczka hemolityczna rodzinna. | 6 |
| 63 | R. GRÉGOIRE. Wycięcie śledziony w żółtaczce hemolitycznej. | 7 |
| 63 | Dr. ISCHL-WALL i Dr. BENZAQUEN. 2 przypadki skazy krwotocznej (pseudohemofilii). Leczenie wyciągiem z płytek krwi. | 15 |
| 63 | Paul CHEVALIER, M. COLIN, R. MOLINE. Przypadek hypohaemophiliae essentialis. Leczenie wyciągiem z płytek krwi. | 15 |
| | Isadore OLEF. Różniczkowe liczenie płytek. Jego znaczenie kliniczne. | 47 |
| | HEILMAYER i PLÖTNER. Choroby z niedoboru żelaza i ich leczenie. | 47 |
| 70 | E. LOEWI. O celowym sposobie oznaczania zawartości hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek krwi. | 60 |
| | SGALITZER. Całkowite naświetlenia rentgenem w polycytemii. | 67 |
| 70 | William NEEDLES. Czy można zapobiec powikłaniom nerwowym niedokrewności złośliwej? | 67 |
| 78 | Theodore G. KLUMPP i Theodore S. EVANS. Białaczka monocytowa, doniesienie o 8 przypadkach. | 67. |
| 78 | GINZBURG i MAZELEWA. Czynność wątroby w chorobie Biermera. | 74 |
| | Grace GOLDSMITH. Rzut serca w polycythaemia vera. | 74 |
| | Kaare K. NYGAARD i George E. BROWN. Thrombophilia essentialis, doniesienie o 5 przypadkach. | 98 |
| | C. A. STUART, Henry WELCH, John CUNNINGHAM i Alex M. BURGESS. Dalsze badania nad mononukleozą zakaźną. | 99 |
| | HERZOG. Dalsze obserwacje nad leczeniem dietetycznym wielokrwinkowości (polycytemii). | 130 |
| | A. DURUPT Serodiagnostyka mononukleozy zakaźnej. | 139 |
| | KRAUEL. Przyczynę do zagadnienia agranulocytozy doświadczalnej. | 143 |
| | D. DANIELOPOLU i R. BRAUMER. Leczenie niedokrewności choliną. | 143 |
| | JANOWSKIJ i TONKONOGLIJ. Zagadnienie istnienia aleukemii; jej związek i stosunek do agranulocytozy, niedokrewności złośliwej i białaczki. | 144 |

18. Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

| | Str. |
|---|------|
| René MACH. W sprawie choroby Gee-Herter-Heubnera u dorosłych. | 7 |
| William Riely JORDAN. Przejawy neurotyczne w cukrzycy. | 7 |
| G. Louis WELLER Jr. Niedomoga nadnerczy skutkiem częściowego lub całkowitego ich zaniku. | 9 |
| LAPP i DIBOLD. Zakrzepy i załory w związku z dietą bezsolną. | 10 |
| O. WESSELOW, W. J. GRIFFITHS. Przedni płat przysadki mózgowej i cukrzyca. | 22 |
| H. CHABANIER, P. PUECH, C. LOBO - ONELL, E. LELE. Chirurgiczne usunięcie normalnej przysadki mózgowej w przebiegu ciężkiej cukrzycy. | 23 |
| M. LOEPER i R. FAU. Wyniszczenie przysadkowe i brak łaknienia pochodzenia psychicznego. | 23 |
| G. BICKEL. Niedomoga przedniego płata przysadki mózgowej. | 23 |
| R. H. FREYBERG, L. H. NEWBURGH i W. A. MURRILL. Zawartość cholesterolu we krwi chorych na cukrzycę, u których stosowano diety bogate w tłuszcz. | 30 |
| Alexander MARBLE i Rachel M. SMITH. Ćwiczenie w cukrzycy. | 30 |
| S. A. POSPIEŁOW. W sprawie hiperinsulinizmu. | 31 |
| William R. JORDAN i L. O. BANDALL. Neuropatie w cukrzycy. Składniki tłuszczowe nerwów, ich związek z danymi klinicznymi. | 31 |
| Ramsdell GURNEY. Czynniki dziedziczne w otyłości. | 34 |
| Floyd L. ROGERS. Dzielne wahania zawartości cukru we krwi w czasie leczenia choroby cukrowej. | 35 |
| R. B. GIBSON i W. M. FOWLER. Infantylnizm i cukrzyca: doniesienie o 8 przypadkach. | 35 |
| Samuel F. HAINES i John de J. PEMBERTON. Zahamowanie nadczynności tarczycy po częściowej tyroidektomii przez usunięcie niezwykle małych ilości tkanki tarczyczej. | 50 |
| S. THADDEA. Leczenie współczesne choroby Addisona. | 50 |
| V. FOGLIA i R. FERNANDEZ. Bezpośrednie działanie glukozy na wydzielanie insuliny przez trzustkę. | 51 |
| W. RAAD. Analogia między pewnymi objawami starości a chorobą Cushinga. | 51 |
| H. AUSLSULER. Natychmiastowe i odległe wyniki przeszczepienia gruczołów wewnątrzwydzielniczych. | 55 |
| W. SUSMAN. Zanik nadnerczy a choroba Addisona. | 55 |
| L. BORDOLI. Współistnienie akromegalii i addisonizmu. | 55 |
| M. DOBREFT, L. PENEFF i E. WITTKOWER. Wpływ wstrząśnięć duchowych na zawartość cholesterolu we krwi. | 55 |
| E. KYLIN. Dwa przypadki, wyjaśniające rolę przysadki w regulacji ciśnienia krwi. | 63 |
| E. de GOWIN. Porównawcze działanie rozmaitych leków na koncentrację i ilość moczu w moczówce prostej. | 63 |
| ADLERSBERG. Długotrwałe leczenie moczówki prostej. | 64 |
| M. QUARRIZ, THOMPSON i ANDERSON. Wpływ wzmożonego spożycia soli potasu i sodu na przemianę węglowodanową i ciśnienie krwi u dzieci chorych na cukrzycę. | 64 |
| Carl EWALD. Nowe wskazania do całkowitego usunięcia tarczycy. | 71 |
| ROBERTSON i WOHL. Hipertyreoza i ostre dramaty brzuszne. | 71 |

| | Str. |
|--|------|
| Italo D. PUPPEL i George M. CURTIS. Przemiana wapnia i jodu w chorobach tarczycy. | 71 |
| R. H. FREYBERG, Paul S. BARKER, L. H. NEWBURGH i Frederick A. COLLIER. Bazofilizm przysadkowy (zespół Cushinga). Doniesienie o przypadku sekcyjnie potwierdzonym wraz z omówieniem rozpoznania różniczkowego i leczenia. | 71 |
| R. H. FREYBERG i R. Lorimer GRANT. Przemiana wapnia i fosforu w stwierdzonym przypadku bazofilizmu przysadkowego. | 73 |
| R. H. FREYBERG i L. H. NEWBURGH. Otyłość i przemiana energii w stwierdzonym przypadku bazofilizmu przysadkowego. | 73 |
| Elliot P. JOSLIN, Louis J. DUBLIN i Herbert H. MARKS. Badania nad cukrzycą. V. Dziedziczność. | 87 |
| BICKEL. Insulina w leczeniu hipoglikemii. | 88 |
| Ernest M. HALL i Louisa HEMKEN. Nadnercza, badania kliniczne i patologiczne. | 103 |
| Thomas W. BAKER. Przegląd kliniczny 108 kolejnych przypadków śpiączki cukrzycowej. | 104 |
| MAINZER. T. zw. „mała endokronologia“. | 112 |
| KOPELOWICZ. Klinika hipoglikemii. | 112 |
| K. URBAN. Doświadczenie, nabyte na podstawie 7500 operacji wola. | 119 |
| C. LIAN. Wyniki subtotalnej tyroidektomii w nadczynności tarczycy z objawami sercowymi. | 120 |
| R. BOULIN, P. UHRY, M. CHAROUSSET. Zgorzel cukrzycowa i tęczec. | 120 |
| J. LECQUINE. Objętość minutowa serca w nadczynności tarczycy. | 122 |
| P. GIBERT. Rentgenoterapia choroby Basedowa. | 122 |
| O. HOCHSTADT. O przeciwtarczyczym wpływie witaminy A. | 130 |
| DIBOLD, FREY, LAPP. Wpływ kwasu bursztynowego na kwasicę. | 135 |
| A. JUNG. Zespoły przytarczyczne. | 147 |
| R. SCHEIDT. O leczeniu operacyjnym choroby Basedowa. | 147 |
| M. SAEGESSER. Zagadnienie znieczulania przy operacjach wola w chorobie Basedow. | 147 |
| 19. Choroby narządów trawienia. | |
| M. E. EFENDIEW. Leczenie lambliazy. | 14 |
| KRICZYN, BIALIK i SAGORSKI. Przyczynki do błędnego rozpoznania raka przełyku. | 15 |
| E. CHABROL i J. SALLET. Chemizm krwi jako wskazówka rokownicza w marskościach wątroby. | 27 |
| Armand J. QUICK. Znaczenie kliniczne próby na kwas hippurowy w przypadkach chorób wątroby. | 28 |
| F. SCHEITZ. W sprawach leczenia nadkwaśności we wrzodzie żołądka i dwunastnicy. | 30 |
| James F. MINNES i Charles F. GESCHICKTER. Niektóre cechy kliniczne raka żołądka. | 30 |
| R. BOLLER. Leczenie różnych schorzeń żołądka za pomocą witaminy A (Voganu). | 43 |
| A. MÜLLER. Zapalenie wyrostka robaczkowego a pierwotne zamknięcie jamy brzusznej. | 43 |
| BACHET i CACHERA. Jelitowe formy choroby Nicolas-Favrea. | 50 |
| GROSSMANN i SOLOMON. Zespół wyrostkowy pochodzenia zimniczego. | 50 |
| P. SCHAMBANGH. Zapalenie otrzewnej jako przyczyna śmierci po operacjach żołądkowych i kiszkiowych. | 55 |
| H. FINSTERER. Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego. | 55 |

| Str. | | Str. |
|--|---|------|
| | A. OTT. Udział przewodów pokarmowego w białaczkach i pokrewnych cierpieniach układu krwiotwórczego. | |
| 59 | G. KATSCH i F. BALTZER. Prosty sposób rozpoznawania surowiczego zapalenia żołądka (gastritis serosa). | |
| 59 | A. BENTEL i W. NONNENBRUCH. Infantylnizm z karłowatością w przypadku zwiężenia dwunastnicy i poprawa wzrostu wraz z krzywicą po zespoleniu żołądkowo-jelitowym. | |
| 59 | F. KUMMER. Spostrzeżenia kliniczne i badania doświadczalne nad stosowaniem doustnym strifnonu. | |
| 66 | LIBERT i Le GAC. Wczesnie operowany rak żołądka. | |
| 66 | M. A. SOULAS. Oesophagitis. | |
| 66 | R. A. GUTMAN, MOULONGUET i ARNOUS. Pierwotny nieżyt przełyku. | |
| 67 | TAUBENHAUS i AMANN. Badanie wchłaniania w jelicie grubym. | |
| 74 | Frederick KELLOG i Stacy R. MERRIFER. Wpływ leczenia wrzodu trawiennego zasadami na zużytkowanie żelaza pokarmowego w regeneracji hemoglobiny. | |
| 74 | Leland M. JOHNSTON. Zakażenie swoiste, cechujące się występowaniem owrzodzeń wielokrotnych w jelicie cienkim. | |
| 90 | Emanuel Z. EPSTEIN i Edward B. GREENSPAN. Znaczenie kliniczne cholesterolu w osoczu krwi w chorobach wątroby i dróg żółciowych. | |
| 90 | S. M. GOLDHAMER. Sok żołądkowy u chorych na niedokrwistość złośliwą w okresie wywołanej remisji. | |
| 102 | AMERLING. Wewnątrzpochodne zapalenie woreczka żółciowego. | |
| 102 | M. LOEPER i M. PERRAULT. Leczenie zatruc pokarmowych. | |
| 110 | POLLAK. Modyfikacja próby galaktozowej. | |
| 110 | PARTURIER i SZTROSBERG. Odrębna postać kiły wątroby. | |
| 118 | A. C. GUILLAUME. Rola żołądka w hematopoezie. | |
| 119 | GUTMAN. 3 przypadki linitis plastica. | |
| 135 | A. A. EPSZTEJN. Wczesne rozpoznanie i wskazania do operacyjnego leczenia raka żołądka. | |
| 135 | P. MALLET-GUP, A. CHAMBON i P. CROIZAT. Wydzielanie śluzu przez drogi żółciowe. | |
| 135 | F. SPENGLER. Witamina C i jej działanie moczopędne w marskości wątroby. | |
| 144 | T. BODNAR. Przypadek przedziurawienia woreczka żółciowego w durze brzuszonym u dziecka. | |
| 144 | A. W. DOBROSKŁOWSKIJ i T. A. BIAŁOLIPEK-KAJA. Żywnie przez dwunastnicę jako skuteczny sposób leczenia choroby wrzodowej i nieżyków żołądka. | |
| 144 | A. S. SADOWNICZYJ. Leczenie choroby wrzodowej dożylnym wstrzykiwaniem antychloru. | |
| 20. Choroby kobiet i położnictwo. | | |
| 7 | F. C. van TOUGEREN. Leczenie niepłodności za pomocą zgłębnikowania macicy. | |
| 8 | P. TRILLAT i R. CONTAMIN. Wpływ zabiegów poronieniowych na rozwój i rokowanie ciąży pozamacicznej. | |
| 8 | A. ILJINE. Metoda drobnopecherzykowa i jej diagnostyczne i prognostyczne znaczenie po porodzie. | |
| 8 | G. JEANNEYNEY i J. MAGENDIE. Zaburzenia sercowe, towarzyszące mięsakom macicy. | |
| 15 | KIYOSHI OGASAWARA. Badania nad stosowaniem Androstiny u kobiet. | |
| | R. KAPPELLER-ADLER. Metoda chemiczna stwierdzenia ciąży w moczu. | 15 |
| | A. M. MAZBLI i T. M. MACKIEWICZ. Płyn mózgoworzdzeniowy a rak kobiecych organów płciowych. | 18 |
| | Z. Z. OKINCZIC. Kobięcy hormon płciowy i jego znaczenie w ginekologii. | 18 |
| | A. J. GODOWANNYJ. Badania koloidalno-chemiczne i zagadnienie „czy istnieje menotoksyna?” | 23 |
| | I. S. WENGEROWSKIJ. Miejscowe znieczulanie w ginekologii. | 24 |
| | Benjamin GRUSKIN. Wśródskórne testy ciążowe. | 24 |
| | Oduvaldo MOREIRA. Miesiączka zastępcza. | 35 |
| | Charles C. NORRIS. Gruźlakoraki szyi macicznej, opracowane na podstawie 43 przypadków. | 35 |
| | L. DONGLASS, J. SAVAGE, E. FREY. Dożylnie stosowanie pituitryny. | 56 |
| | I. KOLLER. Wpływ kąpeli i stosunków płciowych w ciągu 2-ch ostatnich tygodni przed porodem na częstość zakażeń w okresie połogowym. | 56 |
| | ZONDEK. Hormon gonadotropowy w rozpoznawaniu kosmówczaka. | 67 |
| | H. KAHR. Wybór znieczulenia przy operacjach ginekologicznych. | 68 |
| | P. BROWN. Dalsze obserwacje z Dial-uretanem jako środkiem przeciwbólowym w położnictwie. | 74 |
| | H. LARDSCHNEIDER. Przyczynę do leczenia zespołu objawów przekwitania u młodocianych. | 75 |
| | Robert CONTAMIN i André MOREL. Zakażenie krwi po poronieniu leczone za pomocą glukozy alkoholowej. Wyleczenie. | 95 |
| | K. N. CUCULKOWSKA. Diatermia jako metoda przygotowawcza i znieczulająca do sztucznych poronień. | 95 |
| | G. COTTE. Chirurgiczne przegrodzenie zatoki Douglasa (operacja Mariona). | 96 |
| | D. P. BROWKIN. Leczenie rzucawki porodowej za pomocą siarczanu magnezowego. | 96 |
| | Herbert BUSCHBECK. Wywiady dotyczące krwawień w ciąży pozamacicznej. | 122 |
| | P. CAFFIER. W sprawie nasświetlania śledziony w schorzeniach ginekologicznych. | 122 |
| | M. WIEGAND. O działaniu mlekoopędym przysadki mózgowej zwierząt normalnych, ciężarnych i laktujących. | 123 |
| | A. v. FEKETE. Brak miesiączki a pory roku. | 123 |
| | W. BAUMGART. O leczeniu przetok okołoodbytniczych promieniami krótkofalowymi. | 123 |
| | DALÉAS. O epidemii zakażeń połogowych w Zakładzie Położniczym René Robin i o leczeniu tego schorzenia. | 126 |
| | T. NEMECSKAJA i P. AMBRUS. O oporności krwinek w czasie miesiączkowania. | 126 |
| | J. NOVAK. O roli kory nadnercza w ciąży. | 126 |
| | H. STEINGIESSER. O uspianiu Evipan-Orasthin w czasie porodu w okresie wypierania. | 130 |
| | J. KISS. Wpływ pożywia płciowego na biochemizm pochwy. | 131 |
| | Th. HEYMANN. Nadciśnienie w ciąży. | 131 |
| | J. HOFBAUER. W sprawie patogenezy rzucawki ciążowej. | 131 |
| | K. WEYSER. Leczenie grożącego poronienia za pomocą Vigantolu. | 139 |
| | G. GAEHTGENS. Niedobór witamin, spowodowany nieżytem jelit, a ciąża. | 139 |
| | H. SELBACHER. Leczenie atonii pęcherza i kiszek dożylnym Mercka. | 139 |

| Str. | | Str. |
|---|--|------|
| 139 | K. FUKUSHIMA i M. SAITO. O torbielach macicy i ich powstawaniu. | 28 |
| 139 | E. PREISSECKER. O „guzach“ gruczołów piersiowych w okresie wczesnym pokwitania. | 28 |
| 140 | K. W. WCHULTZE. Zajście w ciążę po wyjąłowieniu jajowodowym. | 51 |
| 21. Choroby dzieci. | | |
| 8 | MEDOWIKOW. Podział schorzeń gośćcowych u dzieci. | 51 |
| 8 | T. Izod BENNETT, A. M. GILL. Leczenie ciężkiej cukrzycy wieku dziecięcego insuliną protaminową. | 51 |
| 8 | B. DRAGIC. Prodromalna angina odrowa. | 51 |
| 10 | A. ADAM. Ćwiczenia klimatyczne w wieku dziecięcym. | 51 |
| 11 | K. WALLIS. W sprawie „powracających wymiotów z acetonemią“. | 51 |
| 19 | E. WIELAND. Odosobniona śmiertelna meningoencephalitis specifica pomimo wczesnego leczenia spirocidem we wrodzonej kile oseska. | 51 |
| 19 | F. HAMBURGER. Prominal w padaczce u dzieci. | 75 |
| 31 | M. FARFEL. O macalnej wątrobie i śledzionie u dzieci. | 131 |
| 31 | F. SITT. Odczyn wiązania dopełniacza w krztuścu i jego wartość praktyczna. | 140 |
| 56 | PAISSEAU, BOEGNER i VILLE. Badania biologiczne nad wpływem wody u osesków. | 140 |
| 56 | A. I. STRUCHOW. Z anatomii patologicznej czerwoni u dzieci. | 140 |
| 64 | W. ŁUBIENSKAJA. Zapobieganie i leczenie niedokrwistości wcześniaków. | 140 |
| 64 | A. I. RIABINKIN. Ciąła obce w drogach oddechowych. | 140 |
| 64 | H. LEICHER. Choroby zatok nosowych u dzieci. | 140 |
| 64 | A. VIETHEN. Późniejsze badanie kliniczne i rentgenologiczne dzieci, które były dotknięte zwężeniem odźwiernika. | 140 |
| 72 | P. WORINGER. Nagła śmierć niemowlęcia chorego na wyprysk. | 140 |
| 72 | J. REYDERMANN. Choroba wrzodowa u dzieci. | 140 |
| 79 | KISIELEW. Ropniaki opłucnej u dzieci. | 140 |
| 79 | J. COMBY. Zaburzenia w odżywianiu pochodzenia leczniczego u niemowląt. | 140 |
| 79 | HEUYER i RUDINESCO. Zaburzenia ruchowe u dzieci normalnych i nienormalnych. | 140 |
| 99 | G. COSACK. O zdolności obronnej usroju młodego niemowlęcia. | 140 |
| 99 | K. CHOREMIS i G. SPILIOPULOS. Działanie witaminy C na skazę krwotoczną spowodowaną przewlekłym zaburzeniem odżywiania u niemowląt. | 140 |
| 99 | LESNÉ i inni. Wady rozwojowe i zakażenia dróg moczowych u niemowląt. | 140 |
| 99 | J. LEVRSQUE i S. DREYFUS. Zaleganie żołądkowe bez zmian organicznych. | 140 |
| 106 | M. ROSENBLATT i inni. Powikłania uszne po grypie u dzieci. | 140 |
| 107 | S. ULUS. Pocenie się główki niemowląt krzywicznych. | 140 |
| 107 | W. STOCKINGER. Jaki jest los dzieci cukrzykowych. | 140 |
| 107 | R. PRIESEL. Uwagi do przypadku śpiączki cukrzykowej u dziecka. | 140 |
| 115 | S. WOLFF. Dziwny przypadek choroby Moeller-Barlowa. | 140 |
| 115 | J. CATHALA i inni. Przypadek śpiączki hipoglikemicznej u dziecka. | 140 |
| 136 | L. FREY. Protamin-insulina w cukrzycej dziecięcej. | 140 |
| 22. Choroby dróg moczowych. | | |
| 28 | Albert H. ELLIOT i Franklin R. NUZUM. Ocena metod badania czynności nerek u osób z chorobą Brighta arteriosklerotyczną. | 28 |
| 28 | GEZELLUS. Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych Prontosilem. | 28 |
| 28 | G. AŁAPIN. Leczenie zapaleń pęcherza moczowego tranem rybim. | 28 |
| 51 | T. MAINZER. Zaburzenia czynności nerek w chorobie Addisona. | 51 |
| 51 | SILVA-MELLO. Przewlekłe kiłowe zapalenie nerek jako samodzielna grupa schorzeń nerkowych. | 51 |
| 51 | A. KLEEBERG. Badania kliniczne nad różnymi sposobami stosowania moczopędnych leków ręciovych. | 51 |
| 51 | R. KLIMA i H. ROSEGGER. Szczególne postacie obrzęku płuc w przypadkach niedomogi nerkowej. | 51 |
| 51 | BRUZER. Zawartość cholesterolu w moczu chorych na przewlekłe zapalenie nerek. | 51 |
| 51 | WORONIECKIJ i BICHOWSKIJ. Zapalenia idiopatyczne pęcherza moczowego u kobiet i ich leczenie za pomocą bakteriofaga. | 51 |
| 75 | Daniel POLL i J. Edward STERN. Złe skutki diurezy ze szczególnym uwzględnieniem ręciovych środków moczopędnych. | 75 |
| 131 | H. LÖWENKRON. Przypadek bezmoczności wskutek obustronnego zamknięcia moczowodów przez przerzuty rakowe. | 131 |
| 140 | LONDRES. Schorzenia ręciove nerek. | 140 |
| 140 | F. MIKULICZ-RADECKI. Cewnikowanie moczowodów „na komorne“ w leczeniu zapalenia miedniczek nerkowych. | 140 |
| 140 | T. J. CZUBAROW. O związku ognisk ropnych z chorobami nerek i o wpływie operacyjnego usunięcia tych ognisk. | 140 |
| 23. Choroby skóry, weneryczne i płciowe. | | |
| 11 | A. JERSILD i M. PLESNER. Leczenie grzybicy naskórkowej kończyn za pomocą jontoforezy miedzi. | 11 |
| 11 | BENEDEK. Przyczynek statystyczny do poznania pityriasis rosea Gibert. | 11 |
| 12 | KARTAMYSZEW. Leczenie pryszczycy uspieniem. | 12 |
| 12 | MASZKILEJSON. W sprawie trichophytia superficialis capillitii adultorum. | 12 |
| 12 | Günter SCHIRMER. Nadmierne rogowacenie dłoni, jako wczesny objaw jamistości rdzenia. | 12 |
| 15 | Dr. S. YAGI. Przypadek tocznia leczony maścią perkainową. | 15 |
| 15 | BRÜNAUER. Spostrzeżenia kliniczne dotyczące stosowania hormonów płciowych. | 15 |
| 16 | O hormonach płciowych, ze szczególnym uwzględnieniem hormonów męskich. (Dyskusja). | 16 |
| 16 | Robert V. SAGER. Czynniki wywołujące żółtaczkę w kile, ze szczególnym uwzględnieniem roli arsenobenzoli. | 16 |
| 16 | E. MAYERHOFER. O leczeniu impetigo contagiosa wieku dziecięcego za pomocą zamrażania chlorkiem etylu. | 16 |
| 16 | A. REUSS i K. HASSMANN. Środki zapobiegające kile wrodzonej. | 16 |
| 19 | Luiza HASPEL. Przyczynek do etiologii łupieżu różowego. | 19 |
| 19 | SZAMOJŁOW, CEJTLIN i FREJDBERG. Leczenie kiły dużymi, jednorazowymi dawkami biochinolu. | 19 |
| 19 | TYLES. Osarsol w leczeniu kiły. | 19 |
| 20 | Albert WIEDMAN. O zaburzeniach czynnościowych wątroby w zatruciach arsenobenzolem. | 20 |
| 20 | DU BOIS. O przymiocie zniekształcającym późnym. | 20 |
| 20 | F. LIPPERT. Nowe poglądy na leczenie sinicy kończyn i odmrożenia. | 20 |

| Str. | | Str. |
|------|---|------|
| | J. GATÉ i H. CHEVAT. Przyczynę do studium opadania krwinek w przymiocie. | |
| 21 | MEMMESHEIMER. Znaczenie zakażenia ogniskowego dla leczenia wyprysku. | |
| 32 | MILOCHEWITSCH. Uwagi do pracy Alkiewicza i Górnego: O uproszczonej metodzie barwienia grzybów w łuskach i we włosach. | |
| 32 | ENGELHARDT i TRIER. Czy istnieje związek między pęcherzycą popoplitą a urazem? | |
| 32 | KARTAMISCHEW. Istota psychicznej pokrzywy. | |
| 44 | Paul CHEVALLIER. Wyprysk. | |
| 44 | R. J. WEISSENBACH et H. BROCARD. Współistnienie rumienia guzowatego i kiły drugorzędowej. | |
| 44 | M. A. TOURAINE. Idiotyzm i naczyniakowatość wewnątrz-czaszkowa (choroba Lindaua). | |
| 48 | Lise CARLU. Szybkie leczenie trądzika różowego przy pomocy kombinowanych środków klasycznych oraz elektrokoagulacji, stosowanej do głębokich guzów. | |
| 48 | GOLDSZMID. Nowa metoda leczenia liszaja rumieniowatego. | |
| 52 | F. A. ELLIS. Łuszczyca krostkowa (psoriasis pustulosa) i jej stosunek do wypryszczenia kończyn (acrodermatitis continua). | |
| 52 | J. STRANDBERG. Przypadek słoniowatości prącia i moszny u chłopca 14-letniego. | |
| 52 | J. STRANDBERG. Przypadek kępek żółtych twarzy. Xanthoma tuberosum faciei (typ xanthoma en tumeurs). | |
| 52 | Svend LAMBOLT. Leczenie świerzbiączki „słonecznej“ (prurigo aestivalis) dożylnymi wlewami chlorku złota. | |
| 56 | A. TOURAINE i R. DUPERRAT. Samoistne wyleczenie niektórych tworów rakowych skóry. | |
| 56 | F. SENEAR i M. CARO. Postać owrzodziła schorzenia skóry w chorobie Hodgkina. | |
| 75 | A. W. STILLIANS. Srebrzyca. | |
| 75 | J. STRANDBERG. Przypadek ostrego wilka rumieniowatego u 4-letniego chłopca. | |
| 76 | I. DAINOW. Dotychczasowe spostrzeżenia o leczeniu opryszczek i pólpaśca witaminą C (kwasem askorbinowym). | |
| 76 | Th. CORNBLETT i H. STRUCK. Metabolizm wapniowy w sklerodermii. | |
| 80 | B. USHER i J. RABINOWICZ. Necrobiosis lipoidica diabetorum. | |
| 80 | P. NICHANS. O bliskim związku pomiędzy jądrami i gruczolem krokowym i ich stosowaniu w leczeniu przerostu gruczołu krokowego. | |
| 80 | GOUGEROT. Łuszczyca a kiła. (Nowe sposoby leczenia łuszczycy). | |
| 80 | KAPLAŃSKA i SIMON. Dieta bezsolna w gruźlicy skóry. | |
| 80 | P. Ivan PUTTE. Profilaktyka indywidualna w chorobach wenerycznych. | |
| 88 | LIBERMAN i JANISOWA. Rozbiór materiału i wyniki leczenia rzeżączki kobiecej według statystyki przychodni w Moskwie. | |
| 88 | CHASIN. Dostępnie szczepienie ropy tryprowej. | |
| 91 | E. MVAL. Przypadek siateczkowości (reticulosis) regionalnych gruczołów chłonnych w związku z przewlekłą grzybicą skóry. | |
| 91 | E. NETHERTON. Choroba Fox-Fordyce'a. | |
| 96 | B. KAHN i M. BROWN. Wyłysienie całkowite. | |
| | B. DRAGISIC. Czerwona ziarnistość nosa jako jeden z objawów „Acrodynia infantilis“. | 96 |
| | P. A. O'LEARY i inni. Bezobjawowa kiła układu nerwowego. | 96 |
| | L. CHARGIN. Wtórne zakażenie (reinfectio) chorego leczonego neoarsphenaminą metodą poronną. | 100 |
| | T. GREGOR i J. DALTON. Syphilotoxemia u niemowlęcia. | 100 |
| | Ellis H. HUDSON. Kiła pozapłciowa (nieweneryczna). | 100 |
| | Fred WISE. Kiła w trzecim pokoleniu. | 100 |
| | H. HRUSZEK. Badania porównawcze nad wrażliwością odczynu Wassermanna a reakcją Meinickego. | 100 |
| | Doc. RAPANT i J. NAVRATIL. Doświadczenia, dotyczące leczenia zatrzymania jąder w kanale pachwinowym. | 107 |
| | A. BERNARDI. Skuteczne działanie leczenia hormonalnego w przypadkach niewłaściwego umiejscowienia się (ektopii) jąder. | 108 |
| | W. BAETZNER. Leczenie czyrączności witaminą A. | 108 |
| | A. WEINSTEIN i N. SMELOW. O objawach, patogenie i leczeniu wczesnej osutki arsenobenzolowej. Rumień 9-go dnia Miliana. | 112 |
| | I. G. DOWNING. Naevus varicosus osteohypertrophicus. | 112 |
| | C. W. FINNERUD i R. NOMLAND. Rzekome kępki żółte (pseudoxanthoma elasticum). | 116 |
| | S. M. PECK. Choroba Gauchera z objawami skórnymi i tłuszczakiem (pinguecula). | 116 |
| | Howard FOX. Pierwotny szankier spojówki gałkowej. | 116 |
| | H. HAYNES i F. HELLIER. Liszaj lśniący, współwystępujący z liszajem płaskim i ze zliszajowaceniem brodawkowatym. | 123 |
| | NGUYEN - DINH - HOANG. Leczenie rzeżączkowego zapalenia stawów promieniami Roentgena. | 123 |
| | BRÜNAUER. Spostrzeżenia kliniczne dotyczące stosowania hormonów płciowych. | 124 |
| | Friedrich DIETEL. Rak twarzy u młodocianego. | 124 |
| | Jacques PEYRI. Rozważania nasuwające się przy rozpatrywaniu 5-iu osobistych przypadków zapalenia ciągniętego skóry kończyn. | 124 |
| | G. HUFSCHMITT. Liszaj płaski a Stovarsol. | 127 |
| | Fernando NOUSSITON. Częstość występowania nietolerancji po arsenobenzolu. | 127 |
| | M. LOEWENSOHN. Ortopedyczne leczenie wrosniętego paznokcia. | 127 |
| | Tomasz PREININGER. Nowe badania nad etiologią sklerodermii. | 132 |
| | J. SELLEI. Twardzina kończyn, twardzina właściwa i choroba Raynaud. | 132 |
| | RADJONOW. Nowa modyfikacja leczenia świerzby. | 132 |
| | K. B. MUIR. Zapalenie skóry pęcherzykowo-pęcherzowe po zastosowaniu arsphenaminy. | 132 |
| | J. FERREIRA MARQUIS. Nabłoniaki skórne pourazowe. | 136 |
| | J. GATÉ i P. MICHEL. Drugie doniesienie w sprawie leczenia vulvo-vaginitis u dziewcząt follikuliną. | 136 |
| | A. KISSMEYER. Trzy przypadki złuszczonego zapalenia skóry noworodków. (Dermatitis exfoliativa Ritter). | 136 |
| | S. LOMBOLT. Leczenie antileprolem chorób skóry. | 140 |
| | A. BREGMAN. Wyłysienie plackowate wywołane dożylnym wstrzyknięciem chlorku chininy z uretanem. | 140 |
| | Alfred MARCHIONINI. Najnowsze postępy z pogranicza neurologii i dermatologii. | 148 |

24. Choroby kości i stawów.

| | |
|--|-----|
| A. A. FRIEDLAENDER. Leczenie reumatyzmu. | 60 |
| M. D. KUZNIECOW. Zapadalność na ostry gościec stawowy. | 60 |
| Gunnar EDSTROM. Uraz mechaniczny z następczą gorączką gościcową. | 60 |
| F. J. ROSENBLAT. Charakterystyka kliniczna rzeźączkowego zapalenia stawów. | 60 |
| M. WEIL i Ch. POŁOK. Gościec dnawy. | 60 |
| P. DEUTICKE. Leczenie złamań kręgosłupa z poprzecznym uszkodzeniem całości rdzenia kręgowego. | 72 |
| M. FRANCO. Zapalenie nadgarstka pochodzenia szpikowego z poważnymi zmianami w otaczającym środowisku mięśniowym, wyleczone Propidonem. Kontrola wyleczenia za pomocą kilku badań rentgenologicznych. | 72 |
| A. MASTER. Odpornościowo-biologiczny odczyn swoisty dla gościa. | 127 |
| Manuel JUTORAN. Leczenie gościa przewlekłego solami złota. | 128 |
| RICHE. Pyretoterapia ostrych zapaleń stawowych. | 128 |
| M. J. LEWANDOWSKI. Klinika złamań kręgosłupa. | 136 |

25. Choroby nerwowe i psychiczne.

| | |
|---|-----|
| SCICLOUNOFF i BROCARD. Leczenie zapaleń wielonerwowych witaminą B. | 12 |
| C. URECHIA i N. ELEKES. Łagodne zapalenie opon mózgowych z odczynem limfocytowym. | 12 |
| M. SILBERMANN. Rola układu współczulnego w cierpieniach bólowych. | 32 |
| CURSCHMANN Hans. Akinesia algera. | 32 |
| Hans SCHLEIMER. Przyczynek do leczenia hysterii. | 40 |
| KAUNDERS i OESTERREICHER. T. zw. leczenie bułgarskie parkinsonizmu. | 40 |
| ALAJOUANINE i THUREL. Fizjopatologia migreny i jej leczenie. | 40 |
| M. SGALITZER. Roentgen w sprawach wewnątrzczaskowych. | 40 |
| G. SCHWARTZ. Ogniska przewlekłej infekcji, jako przyczyna schorzeń ośrodkowego układu nerwowego. | 48 |
| J. ZAPPERT. Porażenie nerwu twarzowego a poliomielitis. | 48 |
| Walter F. SCHALLER i Henry W. NEWMAN. Leczenie wątroby stwardnienia rżenia. | 58 |
| Laurence B. ELLIS i Florence W. HAYNES. Podciśnienie w postawie pionowej („Postural Hypotension“) ze szczególnym uwzględnieniem występowania jego w chorobach ośrodkowego układu nerwowego. | 68 |
| A. Earl WALKER. Drgawki u dorosłych. | 76 |
| SCHÜKRÜ-AKSEL IHSAN. Mózg Zaro Aga, najstarszego na ziemi człowieka. | 92 |
| Alvin F. COBURN i Lucile V. MOORE. Niezależność płasawicy od gościa w stanie czynnym. | 92 |
| K. HITZENBERGER. O leczeniu powikłań nerwowych niedokrewności złośliwej. | 92 |
| E. BÜRGLI. Alkohol jako używka. | 104 |
| E. BLEULER. Alkohol jako używka. | 104 |
| R. AUSCH. Leczenie nerwobólu nerwu trójdzielnego zimną lampą kwarcową. | 108 |
| K. HASSMANN. O znaczeniu rozpoznawczym własności płynu mózgowordzeniowego w zapaleniu | |

| | |
|--|-----|
| mózgu, rogów przednich rdzenia i zakaźnym surowicznym zapaleniu opon mózgowych. | 108 |
| A. REUSS. W sprawie t. zw. surowiczego zapalenia opon mózgowych. | 108 |
| H. HOFF i O. POETZL. O osiowym zapaleniu mózgu. | 108 |
| SCHUSTER Paul. Przyczynki do patologii wzgórka wzrokowego. | 108 |
| M. IHSAN-CHÜKRÜ-AKSEL. Wpływ promieni Roentgena na mózg ludzki. | 108 |
| A. PILSZ. O niezwykłym przypadku przymusowego śmiechu. | 116 |
| MORSIER i FRANCESCHETTI. Choroba Sturge-Webera-Krabbe. | 116 |
| SZMELKIN. Rola mózdzku w drgawkach padaczkowych. | 124 |
| IWANOW-SMOLEŃSKI. Patogeneza padaczki ze stanowiska patofizjologii mózgu. | 124 |
| G. MAILLARD i P. BOULENGER. Kombinowane leczenie padaczki Gardenalem i strychniną. | 143 |
| MATHIEU, PIERRE WEIL i VICTOR OUMANSKY. Parkinsonizm urazowy. | 148 |

26. Choroby oczu.

| | |
|---|-----|
| C. P. CLARK. Kiła nerwu wzrokowego. | 116 |
| B. i O. NAKAMURA. Zawartość witaminy C w soczewce i płynie komorowym oka ludzkiego a zaćma. | 116 |

27. Medycyna sądowa.

| | |
|--|-----|
| K. PAHLEN. Śmiertelność w następstwie zamachów samobójczych. | 20 |
| ROMMER. Samobójstwo za pomocą zadania rany kłutej w okolicy karku. | 20 |
| C. ORZECOWSKI. Samobójstwo przez zażycie aspiryny. | 20 |
| O poronieniach. | 35 |
| Leon WACHHOLZ. Stwierdzenie dziewiczności. | 36 |
| A. PARTENHEIMER. Zmiany anatomo-patologiczne w dwu przypadkach pederastii biernej. | 36 |
| EICHLER. Dzieciobójstwo przez podanie aspiryny. | 44 |
| NEALE. Zatrucie aspiryną. | 44 |
| MARCHAND-ALPHANT i J. BAR. Zmiany w płucach w przypadkach śmierci wskutek skrwienia się po urazie. | 120 |
| PATOIR A. i G. i BÉDRINE. Doświadczalne zatrucia apiolem. | 120 |
| PERRANDO. Sprzeczność pomiędzy położnictwem a przekonaniem religijnym. | 120 |
| BALLOTTA. Liczne rany i szczególne ich ugrupowanie w przypadku samobójstwa. | 120 |
| CZURSIEDEL. Otrucie pietraszycą wodną (cicuta virosa). | 120 |
| NEUGEBAUER. Cysticercus cellulosa cerebri jako przyczyna nagłego zgonu. | 120 |
| CATSAS i ELIAKIS. Niezwykły przypadek samobójstwa dokonany za pomocą myśliwskiej broni palnej. | 128 |
| PALMIERI. Badania biologiczne zwłok. | 128 |
| D. P. LAMBERT. Zabójstwo w Pakur. | 128 |

28. Medycyna ubezpieczeniowa.

| | |
|--|----|
| HÖRNIG. Gruźlica a medycyna ubezpieczeniowa. | 52 |
|--|----|

29. Historia i Filozofia Medycyny.

| | |
|---|----|
| Dr. Wacław MĘCZKOWSKI. Szpitale dawnej Rzeczypospolitej w uchwałach synodów polskich. | 13 |
|---|----|

c) Oceny księzek.

| Str. | | Str. |
|------|--|------|
| | Prof. Dr. Stanisław CIECHANOWSKI. Zbiór prac z Zakładu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. | |
| 13 | Dr. Béla BONYHARD. Die Indikationsstellung für die partielle Prothese. | |
| 13 | Prof. Dr. Max GUNDEL. Die aktive Schutzimpfung gegen Diphtherie. | |
| | Th. ALAJOUANINC et R. THUREL. Les spasmes de la face et leur traitement. | |
| 34 | Dr. med. W. PFATT u. Dr. Ing. W. HEROLD. Grundlagen einer neuen Therapieforschung der Tuberkulose. | |
| 35 | Prof. RICKER Gustaw. Wissenschaftstheoretische Aufsätze für Aerzte. | |
| 35 | Frieda RAUSCH. Vegetarisch fuer alle. | |
| 54 | Richard GOLDHAHN. Einrichtung und ordnungsgemässer Betrieb der chirurgischen Krankenstation. | |
| 54 | Walther KLUSSMANN. Das Aerztbüchlein. | |
| 54 | „Luftfahrt-medizinische Abhandlungen“. | |
| 72 | Dr. Karl SPRING u. Prof. Dr. Harry SICHER. Allgemeine und örtliche Betäubung in der Zahnheilkunde. | |
| 91 | H. HORSTERS. Grundriss der klinischen Diagnostik. | |
| 91 | LINDBLOM K. A roentgenographic study of the vascular channels of the skull. | |
| 92 | Dr. B. CZARNECKI. Röntgenatlas fröhntuberkulöser Veränderungen im Hilus. | |
| 112 | Dr. Karl. G. ZIMMER. Strahlungen — Wesen. Erzeugung und Mechanismus der biologischen Wirkung. | |
| 112 | W. H. MELANOWSKI. Higiena i ochrona narządu wzroku. | |
| 112 | Prof. Dr. J. SUPNIEWSKI. Podręcznik receptury. | |
| 132 | Prof. Dr. Edward POZERSKI (Eduard de Pomiane). Nauka przyrządzania potraw. | |
| 133 | H. SCHULTEN. Die Sternalpunktion als diagnostische Methode. | |
| 151 | Paul VOGLER. Die Prophylaxe der Schlaflosigkeit. | |
| 151 | Ivo CLAVAN. Dijagnostika zivcanit bolesti. | |
| 152 | Prof. Dr. Heinrich MARTIUS. Die gynäkologischen Operationen und ihre topographisch-anatomischen Grundlagen. | |
| 174 | Marie Thérèse COMBY. Les encéphalites aiguës postinfectieuses de l'enfance. | |
| 174 | Docent Dr. Marta Erlichówna i Dr Adam FESTENSZTAT. O błędnych rozpoznaniach w chorobach wisku dziecięcego na podstawie 1001 zestawień obrazów klinicznych z obrazami sekcyjnymi. | |
| 194 | K. KOFFMANN. Alkoholnachweis bei Verkehrsunfällen. | |
| 194 | Prof. Dr. C. R. SCHLAYER i Dr. PRÜFER. Lehrbuch der Krankenernährung. | |
| 194 | Robert T. MORRIS. Pięćdziesiąt lat życia chirurga. | |
| 211 | T. NOBÉCOURT. Clinique médicale des enfants. Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines. | |
| 211 | Die defektschizophrenen Krankheitsbilder. | |
| 212 | Dietetyka Praktyczna. | |
| 230 | B. KARPMAN. Case studies in the psychopathologie of crime. (Psychopatologia przestępstwa — Poszczególne przypadki). | |
| 231 | H. LUBIENIECKI, prof. Uniwersytetu Poznańskiego. Podstawy kliniczne dawkowania naparstnicy i pokrewnych środków. | |
| 253 | Dr. Hans HOFFMANN. Kurzes Repetitorium der Psychiatrie. | |
| | Prof. Dr. W. WEIBEL. Lehrbuch der Frauenheilkunde. | 253 |
| | H. HIRSZFELDOWA. Z zagadnień dziedziczności i eugeniki. | 269 |
| | RAAB Ernst. Kurzwellentherapie in der Praxis. | 279 |
| | Fr. KOPSCH. Die Nomina anatomica des Jahres 1895 (B. N. A.) nach der Buchstabenreihe geordnet und gegenuebergestellt den Nomina anatomica des Jahres 1935 (I. N. A.). | 270 |
| | Dc. Dr. Jerzy RUTKOWSKI. Chirurgia, tom 2 i 3. | 289 |
| | Rudolf THIEL. Atlas der Augenkrankheiten. | 290 |
| | Prof. Dr. Kurt SCHNEIDER. Psychiatrische Vorlesungen für Aerzte. | 290 |
| | Percival BALLEY. Die Hirngeschwülste. (Guzy mózgu). Die Diphtherie. Kurzgefasstes Handbuch herausgegeben von Prof. Dr. F. Hamburger, Vorstand der Universitäts-Kinderklinik in Wien. | 290 |
| | J. FRIMAN-DAHL i G. WAALER. Röntgenologische und pathologisch-anatomische Studien über den tuberkulösen Primärkomplex. | 312 |
| | A. E. KORNMÜLLER. Die bioelektrischen Erscheinungen der Hirnrindfelder mit allgemeinen Ergebnissen zur Physiologie des zentralnervösen Grosshirns. | 334 |
| | BIELING Richard. Entstehung und biologische Bekämpfung typischer Infektionskrankheiten. | 334 |
| | Prof. Dr. Werner HUECK. Morphologische Pathologie. | 351 |
| | Prof. Dr. Georg BRANDT. Verzögerte Knochenbruchheilung und Pseudoarthrosenbildung. Ihre Ursachen und Behandlung. | 352 |
| | O. WORMS i H. P. KLOTZ. Le Thymus. Anatomie-Histologie-Physiologie-Clinique et Thérapeutique. | 352 |
| | Prof. A. GORIS i A. LIOT. Niezgodności recepturowe. | 372 |
| | A. HITTMAR. Blutdiagnostik fuer den praktischen Arzt. | 372 |
| | KÖHLER. Gynäkologie des praktischen Arztes. | 373 |
| | E. ROZENBLUM, Prof. M. SIERDIUKOW i W. SMOLANINOW. Sądowo-lekarska akuszeryjno-ginekologiczna ekspertyza. | 373 |
| | Doc. W. M. SMOLANINOW. Bibliografia sądowo-lekarska działów pokrewnych. | 373 |
| | S. GLASER. Zabójstwo na żądanie | 373 |
| | Dr. W. SIEROSŁAWSKI. Zmiany anatomiczne i mechanizm w śmierci z powieszania. | 373 |
| | K. KLARE. Anleitung zur Konstitutionsdiagnostik bei kindlicher Tuberkulose. | 392 |
| | H. ASSMANN, H. BEITZKE, H. BRÄUNING. Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung. | 393 |
| | BALDRIAN. Die Grundlagen der künstlichen Lautspracheroberung durch den Taubstummen. | 394 |
| | Dr. med. PLEIKART Stumpf. Zehn Vorlesungen über Kymographie. | 394 |
| | Dr. Max GRATZINGER. Die Jacketkrone. (Korona pochewkwa z porcelany). | 394 |
| | Prof. Dr. Kazimierz BOCHEŃSKI. Położnictwo operacyjne. | 571 |
| | Prof. Dr. Kurt GUTZEIT und Doc. Dr. Heinrich TEITGE. Die Gastroskopie. | 591 |
| | P. I. MOEBIUS, Katinka v. ROSEN. O umysłowym i moralnym niedorozwoju kobiety. | 591 |
| | Prof. Dr. Karl ZIELER. Lehrbuch und Atlas der Haut und Geschlechtskrankheiten. | 591 |
| | Friedrich MAUZ. Die Veranlagung zu Krampfanfällen. | 592 |
| | Dr. W. DRESSLER. Klinische Elektrokardiographie. | 592 |
| | Prof. Dr. Harry SICHER (Wien). Ueber das Zahnziehen. | 608 |

| Str. | | Str. |
|------|--|------|
| | Prof. JAGIĆ i dr. FLAUM. Therapie der Herzkrankheiten. | |
| 632 | Helge B. WULFF. Die Zuverlaessigkeit der Roentgen-diagnostik, besonders hinsichtlich des Wertes der Urographie und die Prognose bei Nieren- und Harnleitersteinen. | |
| 632 | DYES Otto Dr. Die Hirnkammerform bei Hirntumoren. | |
| 632 | PASTEUR VALERY-RADOT, G. MAURIC i A. HUGO. L'anaphylaxie experimentale et humaine. | |
| 649 | Polskie Monografie i Wykłady Kliniczne z dziedziny Pediatrii. Redaktor: Prof. Dr. M. MICHAŁOWICZ. XXXII—XXXVII. Dr. J. Kohn. O zjawiskach alergii. Doc. Dr. H. Brokman. Patogeneza, zapobieganie i leczenie chorób zakaźnych w związku z zagadnieniami alergii. Doc. Dr. K. Chodkowski. Zmiany morfologiczne w schorzeniach z uczuleniami. Prof. Dr. M. Michałowicz. Odporność pierwotna i odporność wtórna względem chorób zakaźnych w świetle alergii. | |
| 650 | Polski Kalendarz Lekarski 1937. (Lwów). | |
| 669 | Vademecum obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej ludności cywilnej. | |
| 669 | M. MILLER. Rozpoznawanie i leczenie upławów. | |
| 669 | M. MILLER. Diagnostyka i terapia krwawień okresowych z macicy. | |
| 669 | Janina WICHER GIBOWSKA-ZEMKE. Higiena ciąży i położu. | |
| 669 | René du MESNIL de ROCHEMONT. „Einführung in die Strahlenheilkunde“. | |
| 669 | Dr. Frieda BÖHING. Diphtherie und Konstitution. | |
| 692 | Prof. Dr. BENTHIN. Therapie der Frauenkrankheiten. Die Therapie an der Berliner Universitaets-Kliniken. | |
| 692 | Prof. Dr. PEIPER. Unreife und Lebensschwäche. | |
| 693 | Pierre MOLLARET. Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion du subordination | |
| 693 | R. STANKIEWICZ. Zgorzel płuc u dzieci. | |
| 710 | Prof. Dr. Rudolf NISSEN. Chirurgische Indikationen. | |
| 710 | Prof. Dr. O. M. CHIARI. Arzneiverordnungen des Chirurgen unter Berücksichtigung der chirurgischen Grenzgebiete. | |
| 710 | W. RUHMANN. Rheuma und Hautreiz. Leitgedanken für den Praktiker. | |
| 710 | Die Druesen mit innerer Sekretion. | |
| 711 | Erik LYSHOLM. Das Ventrikulogramm II Teil. Die Seitenventrikel. | |
| 711 | Dr. Benno SCHLESINGER. Einführung in die Ventriculographie. Eine Diagnostik der Hirngeschwülste. | |
| 730 | Mieczysław GANTZ. Klinika początkowych postaci gruźlicy płuc. | |
| 731 | R. RITTER. Ein Menschenschlag. | |
| 751 | A. BIERNACKI. Badanie morfologiczne krwi w gruźlicy. | |
| 751 | D. v. HERFF. Die klinische Bedeutung der Arzneimittel als Antigene (sogenannte Arzneimittelidiosynkrasien). | |
| 752 | B. de RUDDER. Ueber sogenannte „kosmische“ Rhythmen beim Menschen. | |
| 775 | HERBERT Elbel. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Beurteilung von Blutalkoholfunden. | |
| 775 | WITTKOWER Erich. Einfluss der Gemüthsbewegungen auf den Körper. | |
| 776 | Praktischer Zahnärztekalendar 1938. Ein Taschenbuch der gesamten Zahnheilkunde. | |
| 776 | Konrad BINGOLD. Die septischen Erkrankungen. | |
| | Wacław JASIŃSKI. Choroby dzieci. Pierwszy podręcznik zbiorowy. | 798 |
| | Teofil KUCHARSKI i Janusz MAKOWSKI. Badania nad wpływem dożylnego stosowania zawiesiny węgla aktywowanego na ustrój zwierzęcy i ludzi. | 799 |
| | TESCHENDORF Werner. „Lehrbuch der röntgenologischen Differentialdiagnostik der Erkrankungen der Bauchorgane.“ | 799 |
| | Hans R. SCHINTZ und Adolf ZUPINGER. „Siebzehn Jahre Strahlentherapie der Krebse.“ | 799 |
| | Dr. Phil. Fritz REGLER. „Grundzüge der Röntgenphysik.“ | 799 |
| | VOGT Cécile und VOGT Oscar. Sitz und Wesen der Krankheiten im Lichte der topistischen Hirnforschung und des Variens der Tiere. | 799 |
| | I. H. SCHULZ (Berlin). Das autogene Training (Konzentrativ-Selbstentspannung). | 800 |
| | A. DUMAS. Maladie hypertensive et syndromes d'hypertension. | 800 |
| | II Internationaler Sportärzte — Kongress. | 800 |
| | Stanisław KONOPKA. Bibliografia Pediatrii polskiej i Opieki nad dzieckiem. | 820 |
| | Stanisław KONOPKA. Medycyna i medycy w starych anegdotach i fraszkach. | 820 |
| | Adolf BICKEL. Die Brotnahrung des deutschen Volkes und seines Heeres in der Wirkung ihrer Eiweisse auf die Energetik des Zwischenstoffwechsels. | 843 |
| | Prof. WALTER. Odżywianie a choroby skóry. | 843 |
| | Prof. Eduard PERNKOPF. Topographische Anatomie des Menschen. Lehrbuch und Atlas der regionär stratigraphischen Präparation. I. Band. Allgemeines. Brust und Brustgliedmasse. | 862 |
| | F. KAHLFELD u. A. WAHLICH. Bakteriologische Nährboden — Technik. | 862 |
| | Doz. Dr. K. LEONHARD. Involutive und idiopathische Angstdepression in Klinik und Erblichkeit. | 862 |
| | WEYGANDT Wilhelm. Der jugendliche Schwachsinn. Seine Erkennung, Behandlung und Ausmerzung. | 879 |
| | F. DUBITSCHER. Der Schwachsinn. Handbuch der Erbkrankheiten. | 879 |
| | Prof. Dr. H. KURTZAHN. Kleine Chirurgie. | 896 |
| | Prof. Dr. M. Kappis. Allgemeine und spezielle chirurgische Diagnostik. | 896 |
| | Walther MÜLLER. Die angeborenen Fehlbildungen der menschlichen Hand. | 896 |
| | Zbiór prac z Zakładu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierunkiem Prof. Dr. Stanisława Ciechanowskiego. | 896 |
| | J. SCHÄFFER. Behandlung der Haut — und Geschlechtskrankheiten. | 896 |
| | d) Wskazówki praktyczne. | |
| | 15 — 35 — 55 — 75 — 92 — 112 — 133 — 153 — 174 — | |
| | 195 — 212 — 233 — 254 — 270 — 291 — 313 — 335 — 352 — | |
| | 373 — 395 — 571 — 592 — 611 — 633 — 651 — 669 — 693 — | |
| | 711 — 731 — 752 — 776 — 800 — 821 — 844 — 862 — 880 — | |
| | 897 | |
| | III. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. | |
| | <i>Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.</i> | |
| | Posiedzenie z dnia 28. 4.1936 r. | 15 |
| | „ „ „ 5. 5.1936 r. | 15 |
| | „ „ „ 19. 5.1936 r. | 16 |

| | Str. | | Str. |
|--|------|--|------|
| " " " 26. 5.1936 r. | 16 | <i>Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.</i> | |
| " " " 2. 6.1936 r. | 16 | Posiedzenie naukowe z dnia 27. 4.1936 r. | 55 |
| " " " 9. 6.1936 r. | 36 | " " " " 18. 5.1936 r. | 57 |
| " " " 16. 6.1936 r. | 36 | Posiedzenie żałobne z dnia 25.5.1936 r. poświęcone pa- mięci zmarłego Prezesa T-wa ś. p. Prof. D-ra Wacława Jasińskiego. | 57 |
| " " " 29. 9.1936 r. | 113 | | |
| " " " 13.10.1936 r. | 113 | <i>Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.</i> | |
| " " " 27.10.1936 r. | 114 | Posiedzenie naukowe z dnia 24. 4.1936 r | 92 |
| " " " 17.11.1936 r. | 133 | " " " " 8. 5.1936 r | 94 |
| " " " 24.11.1936 r. | 135 | " " " " 29. 5.1936 r. | 196 |
| " " " 1.12.1936 r. | 234 | " " " " 12. 6.1936 r. | 212 |
| " " " 15.12.1936 r. | 234 | " " " " 23.10.1936 r. | 335 |
| " " " 22.12.1936 r. | 313 | " " " " 6.11.1936 r. | 352 |
| " " " 19. 1.1937 r. | 313 | " " " " 29.11.1936 r. | 354 |
| " " " 26. 1.1937 r. | 314 | " " " " 4.12.1936 r. | 354 |
| " " " 2. 2.1937 r. | 315 | " " " " 11.12.1936 r. | 376 |
| " " " 16. 2.1937 r. | 612 | " " " " 29. 1.1937 r. | 731 |
| " " " 23. 2.1937 r. | 612 | " " " " 12. 2.1937 r. | 732 |
| " " " 2. 3.1937 r. | 612 | " " " " 5. 3.1937 r. | 752 |
| " " " 9. 3.1937 r. | 633 | " " " " 19. 3.1937 r. | 753 |
| " " " 23. 3.1937 r. | 651 | " " " " 9. 4.1937 r. | 777 |
| " " " 13. 4.1937 r. | 651 | " " " " 16. 4.1937 r. | 821 |
| " " " 27. 4.1937 r. | 652 | " " " " 23. 4.1937 r. | 844 |
| " " " 4. 5.1937 r. | 897 | " " " " 28. 5.1937 r. | 863 |
| Uzupełnienie protokołu posiedzenia z dnia 4. 5.1937 r. | 897 | " " " " 4. 6.1937 r. | 880 |
| Posiedzenie naukowo-wyborcze z dnia 11. 5.1937 r. | 898 | Walne posiedzenie z dnia 11. 6.1937 r. | 882 |
| " " " " " 18. 5.1937 r. | 898 | | |
| " " " " " 1. 6.1937 r. | 899 | <i>Posiedzenia oddziałów wewnętrznych im. Se- weryna Sterlinga Szpitala fund. małż. Po- znańskich w Łodzi.</i> | |
| " naukowo-administracyjne z dnia 15. 6.1937 r. | 899 | Styczeń 1936 r. | 175 |
| <i>Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.</i> | | Luty 1936 r. | 176 |
| Posiedzenie plenarne z dnia 19.11.1936 r. | 195 | | |
| " " " " 17.12.1936 r. | 195 | <i>Koło Lekarzy Powszechnego Miejskiego Szpi- tala na Radogoszczu w Łodzi.</i> | |
| " " " " 14. 1.1937 r. | 270 | Posiedzenie z dnia 15. 9.1936 r. | 74 |
| " " " " 25. 2.1937 r. | 271 | " " " 29. 9.1936 r. | 74 |
| Protokół Walnego Zebrania Członków Towarzystwa, odbytego w dniu 11.3.1937 r. w drugim terminie. | 231 | " " " 27.10.1936 r. | 74 |
| Posiedzenie plenarne z dnia 11. 3.1937 r. | 231 | | |
| " " " " 19. 4.1937 r. | 423 | <i>Polska Akademia Umiejętności.</i> | |
| " " " " 20. 5.1937 r. | 712 | IV. Wydział Lekarski. | |
| " " " " 14. 6.1937 r. | 712 | Posiedzenie z dnia 20.11.1936 r. | 73 |
| <i>Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.</i> | | " " " 7.12.1936 r. | 135 |
| <i>Sekcja kliniczna.</i> | | " " " 8. 3.1937 r. | 335 |
| Posiedzenie z dnia 12.10.1936 r. | 153 | " " " 26. 4.1937 r. | 611 |
| " " " 26.10.1936 r. | 153 | " " " 13. 5.1937 r. | 612 |
| " " " 9.11.1936 r. | 154 | " " " 14. 6.1937 r. | 711 |
| " " " 23.11.1936 r. | 154 | " " " 11.10.1937 r. | 801 |
| " " " 14.12.1936 r. | 155 | | |
| " " " 11. 1.1937 r. | 373 | <i>Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.</i> | |
| " " " 25. 1.1937 r. | 395 | Posiedzenie z dnia 17.12.1936 r. | 572 |
| " " " 8. 2.1937 r. | 395 | " " " 28. 1.1937 r. | 593 |
| " " " 22. 2.1937 r. | 396 | | |
| " " " 8. 3.1937 r. | 397 | <i>Posiedzenia kliniczne w Szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.</i> | |
| " " " 22. 3.1937 r. | 670 | Posiedzenie z dnia 5. 2.1937 r. | 293 |
| " " " 26. 4.1937 r. | 672 | " " " 12. 2.1937 r. | 293 |
| " " " 12. 5.1937 r. | 672 | " " " 19. 2.1937 r. | 293 |
| " " " 12. 5.1937 r. | 672 | " " " 26. 2.1937 r. | 754 |
| " " " 10. 5.1937 r. | 694 | " " " 28. 2.1937 r. | 754 |
| " " " 24. 5.1937 r. | 694 | " " " 28. 4.1937 r. | 754 |
| " " " 14. 6.1937 r. | 694 | " " " 14. 5.1937 r. | 754 |
| <i>Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.</i> | | | |
| Posiedzenie z dnia 13.10.1936 r. | 254 | | |
| " " " 27.10.1936 r. | 254 | | |
| " " " 19.11.1936 r. | 255 | | |
| " " " 1.12.1936 r. | 255 | | |
| " " " 15.12.1936 r. | 255 | | |

| | |
|---|----------|
| <i>Z Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.</i> | Str. 801 |
| <i>Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.</i> | |
| 16 — 37 — 57 — 75 — 95 — 114 — 135 — 155 — 176 — | |
| 197 — 214 — 236 — 255 — 273 — 294 — 315 — 336 — 355 — | |
| 376 — 397 — 573 — 593 — 614 — 635 — 652 — 672 — 695 — | |
| 713 — 733 — 754 — 779 — 801 — 823 — 845 — 864 — 882 — | |
| 900. | |

IV. Zjazdy.

| | |
|---|-------------------|
| XVI Zjazd Psychiatrów Polskich w Lublinie i Chełmie. | 75 |
| VI-ty Międzynarodowy Kongres Urologiczny w Wiedniu. | 95, 115, 136, 156 |
| Ze zjazdu lekarzy powiatowych i miejskich województwa poznańskiego. | 316 |
| Doroczny Zjazd lekarzy powiatowych i miejskich woj. wołyńskiego odbył się w dniu 26 i 27 kwietnia r. b. w Janowej Dolinie (kamieniołomy bazaltu). | 733 |
| XXI Międzynarodowy Zjazd Przeciwalkoholowy w Warszawie. | 802 |
| Międzynarodowy Zjazd Lekarski, poświęcony neohippokratyzmowi. | 823 |
| Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy powiatowych województwa poleskiego. | 883 |

VII. Przegląd terapeutyczny.

| | |
|---|-----|
| Stanisław RAWICZ. O nowym przeciwbólowym środku produkcji krajowej. Doniesienie I. | 273 |
| Alfred GALEWSKI. Dieta ketogenna, jej znaczenie teoretyczne i praktyczne. | 316 |
| Bronisław KNICHOWIECKI. Nutromalt w przypadkach zaburzeń trawienia i upośledzeń odżywiania u niemowląt. | 428 |
| Antoni WAJNGOT. W sprawie stosowania kwasu adenilowego. | 594 |
| B. OPPENHEIM. Przyczynę do wprowadzenia do leczenia nowego środka chemoterapeutycznego — soli sodowej estru propylowego kwasu paraoksybenzoowego. | 614 |
| Zofia CHREMPIŃSKA. Przyczynę do leczenia schorzeń dróg oddechowych u dzieci. | 673 |
| A. FESTENSZTAT. O drgawkach w wieku dziecięcym i o ich doraźnym leczeniu. | 696 |
| B. OSIEK. O wpływie Pyrochinolu na przebieg ostrych chorób zakaźnych u dzieci. | 713 |
| A. KACPERSKI. „Promonta“ w leczeniu schorzeń nerwowych. | 755 |

VIII. Medycyna Społeczna.

| | |
|--|--------------|
| Marcin KACPRZAK. Rozsiedlenie lekarzy w Polsce. | 17, 37, 57 |
| Stanisława ADAMOWICZOWA. Ewolucja poglądów na przerywanie ciąży w Z.S.S.R. | 76 |
| Piotr MACEWICZ. Kto jest powołany do orzekania o przydatności do zawodu. | 96, 116, 137 |
| S. Epidemia grypy. | 157 |
| Sprawozdanie z konferencji poświęconej opiece lekarskiej na wsi, odbytej w dn. 31.I—2.II.1937 r. | 177 |
| Z. SZYMANOWSKI. W sprawie zdrowia ludności wiejskiej. | 178 |
| St. Ad. Praktyka dezynfekcyjna w różnych państwach. | 198 |
| K. CH. Częstość zachorowań na raka a podłoże geologiczne. | 218 |

| | |
|---|---------------|
| Stanisława ADAMOWICZOWA. Nowy ład (New deal) a opieka nad zdrowiem ludności. | 236 |
| M. KACPRZAK. Podstawy walki z chorobami zakaźnymi. | 257, 277, 294 |
| Stanisława ADAMOWICZOWA. Wskaźniki zdrowia ludności. | 318, 337 |
| W. H. MELANOWSKI. Blaski i cienie pracy lekarskiej w szpitalu. | 356, 377 |
| Ed. GRZEGORZEWSKI. O program zdrowotny w Centralnym Okręgu Przemysłowym. | 398 |
| Jan NELKEN. Humanizacja wojny w świetle zagadnień higieny psychicznej. | 577, 595, 616 |
| M. KACPRZAK. Poglądy na dezynfekcję. | 636, 656, 676 |
| M. KACPRZAK. Poglądy na szczepionki. | 698, 717 |
| Edward GRZEGORZEWSKI. Planowa budowa służby zdrowia w Centralnym Okręgu Przemysłowym. | 736, 757 |
| Stanisława ADAMOWICZOWA. W sprawie zapobiegania durowi plamistemu. | 779 |
| Halina SIEMIENSKA. 47 Kongres Międzynarodowej Federacji Abolicjonistycznej. (Paryż, 20—22 maja 1937 r.). | 805 |
| Z. KOŁODZIEJSKA. Zagadnienie mleka. Studium krytyczne z punktu widzenia dietetycznego, higienicznego i społecznego. | 824, 845 |
| M. KACPRZAK. Czynniki społeczne w chorobach zakaźnych. | 866, 884, 904 |

IX. Sprawy zawodowe.

| | |
|-------------------------------------|-----|
| Zapowiedź nowego pisma lekarskiego. | 791 |
|-------------------------------------|-----|

X. Odcinek.

| | |
|---|----------|
| Władysław MATECKI. Zygmunt Freud — lekarz-myśliciel. | 214 |
| Odo BUJWID. Powstanie Zakładów szczepień przeciwko wścieklicznie w Warszawie i Krakowie. | 256, 274 |
| Antoni LANDE. Pierwsze spostrzeżenia nad anafilaksją dziełem lekarza polskiego. | 554 |
| Aleksander KRASUSKI. Historia odmy sztucznej. | 555 |
| Aleksander KRASUSKI. Zarys historyczny talasoterapii. | 574 |
| B. CHORAŻYCKI. Stulecie epokowej pracy wielkiego lekarza i przyrodnika. | 653 |
| Henryk HIGIER. W sprawie stulecia pracy wielkiego lekarza i przyrodnika Roberta Remaka z Poznania uwag kilka. | 734 |
| Stefan KRAMSZTYK. Królowa Krystyna w świetle psychopatologii. | 901 |

XI. Życiorysy.

| | |
|--|-----|
| Ś. p. prof. Henryk NUSBAUM. Nap. Antoni Tuchendler. | 181 |
| Dr. med. Justyna BUDZYŃSKA-TYLICKA. (Wspomnienie w pierwszą rocznicę śmierci). Nap. W. Knappe. | 321 |
| Edward FLATAU, jako człowiek i lekarz. Nap. Maurycy Bornsztajn. | 403 |
| Edward FLATAU, jako anatom i anatomo-patolog. Nap. Teofil Simchowicz. | 404 |
| Edward FLATAU, jako eksperymentator i pedagog. Nap. Natalia Zandowa. | 406 |
| Edward FLATAU, jako klinicysta. Nap. Jan Koelichen. | 408 |
| Edward FLATAU, jako semiolog i twórca nowych jednostek nozologicznych. Nap. Eufemiusz Herman. | 408 |

| | Str. |
|---|------|
| Badania Edwarda FLATAUA nad nowotworami układu nerwowego. Nap. J. Mackiewicz. | 411 |
| Znaczenie Edwarda FLATAUA dla psychiatrii polskiej. Nap. Józef Handelsman. | 413 |
| Dr. Henryka FRENKLOWA. W 30-tą rocznicę działalności lekarskiej. Nap. J. K. | 431 |
| Ś. p. Henryk SOCHAŃSKI, Nap. J. W. | 581 |
| Ś. p. Dr. Józef SKŁODOWSKI. Nap. Antoni Stefanowski. | 785 |

XII. Wiadomości bieżące, Kalendarzyk Posiedzeń Towarzystw Lekarskich i Streszczenia francuskie.

Na końcu każdego numeru.

XIII. Colloquium Terminologicum.

| |
|--|
| 100 — 120 — 160 — 180 — 200 — 240 — 280 — 300 — 320 — 340 — 380 — 399 — 482 — 580 — 600 — 639 — 659 — 679 — 700 — 720 — 740 — 760 — 784 — 807 — 827 — 887. |
|--|

Spis alfab. prac oryginalnych.

(Rozprawy. Wykłady kliniczne. Z klinik, szpitali i pracowni. Z praktyki prywatnej. Kartki kliniczne. Z teki lekarza-praktyka. Przegląd terapeutyczny. Odcinek. Krytyka Lekarska. Medycyna Społeczna. Sprawy zawodowe. Zyciorysy).

A.

| | |
|--|-------|
| Alkoholowych wlewań dożylnych podstawy i wyniki leczenia (Thursz). | 5, 27 |
| Amebiazy przypadek zawleczony z Kuby do Polski (Róbin i Kenigsberg). | 8 |
| Alkoholoterapia dożylna w raku a układ siateczkowo-śródbłonkowy (Thursz). | 30 |
| Afazji i porażenia postępującego przypadek a twórczość literacka (Kaczyński). | 44 |
| Antistreptina — methemoglobinemia przy leczeniu... (Dawidowicz). | 454 |
| Adenilowego kwasu stosowanie (Wajngot). | 594 |
| Abolicjonistycznej Federacji Międzynarodowej 47 Kongres (Siemińska). | 805 |
| Anafilaksja — pierwsze spostrzeżenia nad... dziełem lekarza polskiego (Lande). | 554 |

B.

| | |
|---|-----|
| Bronchozofagoskopu nowy typ (H. Lewenfisz). | 87 |
| Białaczki przypadek o niezwykłym przebiegu u dziewczynki 14-letniej (Szyfman i Kocen). | 449 |
| Błonica języka i śluzówki jamy ustnej (Finkler-Brokmannowa i Polakow). | 475 |
| Biegunek i zatrucie endemia wśród dzieci w żłobku fabrycznym pod względem klinicznym, bakteriologicznym i epidemiologicznym (Brokman i Frenzdłowa). | 497 |
| Blednica — na marginesie przypadku... (Fejgin i Rakower). | 627 |
| Balneologicznego leczenia schorzeń gośćcowych w zdrojowisku Piszczany podstawy (Meth). | 563 |
| Ból — przeciwbólowy środek produkcji krajowej (Rawicz). | 273 |
| Budzyńska-Tylicka Justyna (wspomn. pośmiertne) (Knappe). | 321 |

C.

| | |
|--|----------|
| Częstoskurcz napadowy podczas ciąży i porodu (Endelman i Pines). | 161, 183 |
|--|----------|

| | Str. |
|---|----------|
| Ciąża i poród a częstoskurcz napadowy (Endelman i Pines). | 161, 183 |
| Ciał obcych z przełyku usuwanie na ślepo a jego uszkodzenia (Wołkowyski). | 323 |
| Ciąży pozamacicznej pękniętej leczenie operacyjne (Lewitter). | 249 |
| Czerwonych ciałek opadanie i mikrosedimentacja u dzieci (Geysmer-Jaroszewicz). | 347 |
| Cukrzyca nerkowa u dzieci (Mogilnicki). | 436 |
| Celiakii przypadek (Landauówna). | 465 |
| Czaszki urazy — leczenie wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego hipertonicznymi roztworami (Krantz). | 837, 855 |
| Cukrzyca u dzieci przebieg i leczenie (Szyfman). | 447 |
| Chomoterapeutyczny nowy środek leczniczy — sól sodowa estru propylowego kwasu paraoksybenzoesowego (Oppenheim). | 614 |
| Ciąży przerywanie w Z.S.S.R. (Adamowiczowa). | 76 |

D.

| | |
|--|---------------|
| Dwunastnicy zgłębnikowanie (Reznik). | 81 |
| Dychawicy oskrzelowej podziału na postaci zagadnienie. Próba własnej klasyfikacji d. o. (Szour). | 809, 829 |
| Dwunastnica — 15 lat stosowania wlewań oliwy do... (Róbin). | 889 |
| Dur brzuszny — objawy ze strony układu nerwowego u dzieci ze specjalnym uwzględnieniem wieku do lat 3. (Szpilfogel-Lichtenbaumowa i Goldsztejn). | 144 |
| Duru brzusznej endemia (Lewi i Kon). | 469 |
| Duru brzusznej endemia w „Domu sierot“ w Łodzi (Rozenówna i Rundsztejnowa). | 472 |
| Dwunastnicy wrzód u dzieci (Turynowa). | 476 |
| Dur brzuszny — paraglutynacja pętki okrężnicy wyosobnionej z kałów... (Horowicz). | 684 |
| Duszności napady u chorych na serce — pomoc doraźna (Typograf). | 892 |
| Dieta ketogenna, jej znaczenie teoretyczne i praktyczne (Galewski). | 316 |
| Drgawki w wieku dziecięcym i ich leczenie (Festensztat). | 696 |
| Dezynfekcyjna praktyka w różnych państwach (St. Ad.). | 198 |
| Dezynfekcja — poglądy na... (Kacprzak) | 636, 656, 676 |
| Durowi plamistemu zapobieganie (Adamowiczowa). | 779 |

E.

| | |
|--|----------|
| Evipanu sól sodowa — badania nad niektórymi własnościami. Wpływ na gazową przemianę materii i na zawartość cukru, fosforanu, cholesterynu i kwasów tłuszczowych w krwi (Maschler). | 105, 126 |
|--|----------|

F.

| | |
|--|-----|
| Freud Zygmunt — lekarz myśliciel (Matecki). | 214 |
| Flatau Edward jako człowiek i lekarz (Bornsztajn). | 403 |
| Flatau Edward jako anatom i anatomo-patolog (Simchowicz). | 404 |
| Flatau Edward jako eksperymentator i pedagog (Zandowa). | 406 |
| Flatau Edward jako klinicysta (Koelichen). | 408 |
| Flatau Edward jako semiolog i twórca nowych jednostek nozologicznych (Herman). | 408 |
| Flatau Edwarda badania nad nowotworami układu nerwowego (Mackiewicz). | 411 |
| Flatau Edwarda znaczenie dla psychiatrii polskiej (Handelsman). | 413 |
| Frenklowa Henryka w 30-ą rocznicę działalności lekarskiej (J. K.). | 431 |

G.

| | |
|---|-----|
| Grypy biologia w świetle badań współczesnych (Szymanowski). | 201 |
|---|-----|



| | Str. | | Str. |
|--|---------------|---|--------------------|
| Gruźlica płuc a kiła (Poznański). | 281 | Krążenia szybkości badanie w rozpoznawaniu nieprawidłowych połączeń pomiędzy prawą i lewą częścią serca (Pines). | 266 |
| Gruzołowe sprawy a choroba Littlea (Biro). | 381 | Kokluszowej szczepionki stosowania wyniki w epidemii krztuśca (Knichowiecki). | 438 |
| Gruźlica — znaczenie zespołów witaminowych w leczeniu... (Jesiotr). | 186 | Krwiobieg szybkość — badania kliniczne nad... metodą sacharynową Lina i Facqueta (Jochweds i Wajngot). | 594 |
| Gruźlicy płuc leczenie odną obustronną jednoczesną (Mirabel). | 226 | Kwassiny Merck własności farmakologiczne (Fischgrund). | 624 |
| Gastroskopowe spostrzeżenia w przypadku wrzodu żołądka (Dobryszewski). | 390 | Ketogenna dieta, jej znaczenie teoretyczne i praktyczne (Galewski). | 316 |
| Gościec a usuwanie migdałków (Itelson). | 461 | Królowa Krystyna w świetle psychopatologii (Kramsztyk). | 901 |
| Gronkowcowej toksyny powinowactwo antygenowe z toksynami beztlenowców zgorzeli gazowej i o szczepionce gronkowcowej (Celarek i Fejgin). | 727 | | |
| Gruźlicy prątków namnażanie w preparacie za pomocą mocznika (Hochmanówna). | 872 | L. | |
| Grypy epidemia (S.). | 157 | Littlea choroba a sprawy gruczołowe (Biro). | 381 |
| Geologiczne podłoże a częstość zachorowań na raka (K. Ch.). | 218 | Littlea choroba a zaburzenia oczne (Biro). | 849, 869 |
| H. | | Livedo racemosa universalis u osobnika z objawami piramidowo-pozapiramidowymi i zaburzeniami psychicznymi (Herman). | 83, 107 |
| Hiszpańska grypa mechanizm bloku czynnościowego (Pines). | 795 | Lipodystrophia localis insulinica przypadek (Zarecki). | 664 |
| Hipertonicznych rozczyńców wartość lecznicza w przypadkach wzmoczonego ciśnienia śródczaszkowego po urazach czaszki (Krantz). | 837, 855 | Lekarzy rozsiedlenie w Polsce (Kacprzak). | 17, 37, 57 |
| Higieny psychicznej zagadnienia a humanizacja wojny (Nelken). | 577, 595, 616 | Lekarska opieka na wsi — sprawozdanie z konferencji. | 177 |
| I. | | Lekarskiej pracy w szpitalu blaski i cienie (Melanowski). | 356, 377 |
| Insuliną leczenie świeżych przypadków schizofrenii (Borysowicz i Witek). | 45 | Lekarskiego pisma nowego zapowiedź. | 791 |
| Insuliną leczenie schizofrenii (Frostig, Kister, Manasson, Matecki). | 47 | Lekarza i przyrodnika wielkiego epokowej pracy stulecie (Chorążyczki). | 653 |
| Insuliną leczenie schizofrenii — odpowiedź na uwagi Frostiga, Kistera, Manassona i Mateckiego o naszym doświadczeniu tymczasowym w sprawie... (J. Paradowski, J. Rose, St. Witek, Wł. Zalewski). | 129 | Lekarza i przyrodnika wielkiego R. Remaka epokowej pracy stulecie (Higier). | 734 |
| Insuliną leczenie schizofrenii — odpowiedź na replikę J. Paradowskiego, J. Rosego, St. Witka i Wł. Zalewskiego (Frostig, Kister, Manasson i Matecki). | 148 | Ł. | |
| Izoaglutyniny a zagadnienia przepuszczalności opon mózgowo-rdzeniowych (Hryniewicz). | 166, 189 | Ławki (Z. Srebrny). | 864 |
| Infekcyjnych chorób u osób starszych niektóre objawy prodromalne (Jochweds i Grynberg). | 604 | M. | |
| J. | | Moczopędne środki i obrzęki (Pallier). | 21, 41 |
| Języczka podniebiennego stan jako objaw pomocniczy w rozpoznawaniu kiły narządów wewnętrznych (Wajskopf). | 301 | Myastenii odmiany kliniczne (Krakowski). | 221 |
| Językowego objawu zagadnienie — wczesny objaw tętniczego zatoru powietrznego podczas odmy sztucznej (Abramowicz). | 367 | Mózgowo-rdzeniowego płynu badania znaczenie kliniczne (Kafka). | 601 |
| K. | | Mózgowo-rdzeniowego płynu reakcja ze złotem koloidalnym (Korzybski). | 681, 701, 721, 741 |
| Krążenia i oddychania zaburzenia po operacjach na klatce piersiowej (Graber). | 101, 121, 141 | Morfiny stosowanie w chorobach układu krążenia (Zylberblat). | 206 |
| Kiła a gruźlica płuc (Poznański). | 281 | Mikrosedymentacja i opadanie ciałek czerwonych u dzieci (Geysmer-Jaroszewicz). | 347 |
| Kiły rozpoznawanie a stan języczka podniebiennego (Wajskopf). | 301 | Morgagni-Adams-Stokesa zespół w przypadku przemijającego węzła bloku zatokowego (Niklewski i Pines). | 385 |
| Kręgosłupa zmian statycznych u niemowląt i dzieci wieku szkolnego patogenezą i leczeniem (Handzel). | 561, 582 | Mózdzku guz (ependymoglioma) z wtórnym zespołem objawów Simmondsa u dziewczynki 8-letniej. Wpływ terapii hormonami przedniego płata przysadki mózgowej (Mandelsowa i Ściesiński). | 449 |
| Kiły trzeciorzędowej, powikłanej ropnym schorzeniem narządu słuchu przypadek i zespół szczeliny klinowej (Karbowski). | 204 | Mózg — wylew krwawy do... noworodka w przypadku porodu samoistnego (Dynenson). | 455 |
| Klinowej szczeliny zespół w przypadku kiły trzeciorzędowej i powikłanej ropnym schorzeniem narządu słuchu (Karbowski). | 204 | Moczowych dróg kamieni u dzieci patogenezą i kazuistyka (Handzel i Malenda). | 459 |
| Krążenia układu choroby a stosowanie morfiny (Zylberblat). | 206 | Migdałków usuwanie w związku z nauką o gościecu (Itelson). | 461 |
| | | Mózgowo-rdzeniowych opon jałowego ropnego zapalenia u noworodka przypadek (Kon). | 463 |
| | | Mózgowo-rdzeniowego płynu zmiany w następstwie nakłuc u królików i ludzi (Hryniewicz). | 831 |
| | | Mocznik jako środek namnażania prątków gruźlicy (Hochmanówna). | 872 |
| | | Morszyn — rozważania kliniczne nad niektórymi grupami schorzeń spotykanych w... (Rawicz). | 567 |
| | | Mleka zagadnienie (Kołodziejska). | 824, 845 |

| | Str. | | Str. |
|---|---------------|---|----------|
| N. | | | |
| Nowotworów złośliwych rozpoznawanie (Płońskier i Cyerman-Konowa) | 241, 261 | Prącia stwardnienie przerostowe i przykurcz powięzi dłoniowej (Dupuytren) (Hirsch). | 661 |
| Nerwowego układu autonomicznego radioterapia (Grynkrout). | 341 | Powięzi dłoniowej przykurcz i stwardnienie przerostowe prącia (Hirsch). | 661 |
| Nerwowego ośrodkowego układu wstrząśnienie (Biro) | 621, 641 | Przedstonków migotanie przejściowe i jego znaczenie dla patogenezy migotania przedstonków trwałego. (Stiller). | 761, 786 |
| Nowotworu złośliwego, przebiegającego pod postacią choroby układu krwiotwórczego przypadek (Holcberg). | 66 | Piramidowo - pozapiramidowe objawy i zaburzenia psychiczne u osobnika z livedo racemosa universalis (Herman). | 83, 107 |
| Nerwowego układu zaburzenia w przebiegu duru brzuszego u dzieci ze specjalnym uwzględnieniem wieku do lat 3 (Szpilfogel-Lichtenbaumowa i Goldsztejn). | 144 | Podpotyliczne nakłucie (Emiljanowicz). | 245 |
| Nerek zapalenia ostrego krwotocznego odrębna postać z niedoborem chloru i azocją nerkowo-pozanerkowa (Fejgin, Zundelewicz, Stückgold i Goldband). | 284 | Paciorkowcowych zakażeń u niemowląt leczenie związkami sulfamidowymi (Frenklowa). | 264 |
| Nowotworów sprawa uodporniań przeciw przeszczepialnym nowotworom za pomocą szczepień podskórnych (Wilner i Zakrzewski). | 305, 328 | Psychicznego życia wygaśnięcie z przykurczem wszystkich kończyn w zgięciu (Zandowa). | 344 |
| Nerkowa cukrzyca u dzieci (Mogilnicki). | 433 | Porażenia postępującego i afazji przypadek a twórczość literacka (Kaczyński). | 417 |
| Niemiarowość u dzieci (Kryszek). | 439 | Poród samoistny powikłany wylewem krwawym do mózgu (Dynenson). | 455 |
| Nosa jam obocznych schorzenia a ropnie przestrzeni pajęczynkowej (Karbowski). | 851, 875 | Płucnej olbrzymiej torbieli u dziewczynki 12-letniej przypadek (Margolisowa i Reiterowski). | 466 |
| Nutromalt w przypadkach zaburzeń trawienia i upośledzeń odżywiania u niemowląt (Knichowiecki). | 428 | Płuc chorób kazuistyka (Leński). | 584 |
| Nerwowych schorzeń leczenie Promontą (Kacperski). | 755 | Płuca prawego niedodmy przypadek po silnym krwotoku płucnym w przebiegu ospy wietrznej (Lidzka). | 645 |
| ś. p. Nusbaum Henryk (Tuchendler). | 181 | Paraglutynacja pałeczki okrężnicy wyosobnionej z kałków w przebiegu duru brzuszego (Horowicz). | 684 |
| O. | | | |
| Oczne dno a rokowanie w schorzeniach ogólnych ustroju (Zamenhof) | 1 | Przysadkowej okolicy rentgenoterapia (M. Lewenfisz). | 686, 704 |
| Obrzęki i śródki moczopędne (Pallier). | 21, 41 | Pajęczynkowej przestrzeni ropnie w następstwie schorzeń jam obocznych nosa (Karbowski). | 851, 875 |
| Oddychania i krążenia zaburzenia po operacjach na klatce piersiowej (Graber). | 101, 121, 141 | Przelykowego otworu przepukliny przypadek (Grynberg i Brand). | 890 |
| Oczne zaburzenia a choroby oczne (Biro). | 849, 839 | Piszczany — podstawy leczenia balneologicznego schorzeń gośćcowych... (Meth). | 563 |
| Opon mózg-rdź. przepuszczalność a izoaglutyniny (Hryniewicz). | 166, 189 | Podpotyliczne nakłucie (Justman). | 665 |
| Odma obustronna jednoczesna w leczeniu gruźlicy płuc (Mirabel). | 223 | Posocznicy przypadek o niezwykłym przebiegu (Heller-Hermelinowa i Tonenberg). | 286 |
| Oliwek opuszkowych semiotyka (Zandowa). | 325 | Pyrochinolu stosowania wpływ na przebieg ostrych chorób zakaźnych u dzieci (Osiek). | 713 |
| Odmy sztucznej zatoru powietrznego tętniczego objaw językowy (Abramowicz). | 357 | Promonta w leczeniu chorób nerwowych (Kacperski). | 753 |
| Opłucnej jamy zarośnięcia rozpoznawanie (J. Rakower). | 644 | Przyrodnika i lekarza wielkiego epokowej pracy stulecie (Chorażycki). | 653 |
| Ospie wietrznej towarzysząca niedodma płuca prawego po silnym krwotoku płucnym (Lidzka). | 645 | Przyrodnika i lekarza wielkiego R. Remaka, epokowej pracy stulecie (Higier). | 734 |
| Okrężnicy pałeczki wyosobnionej z kałków w przebiegu duru brzuszego paraglutynacja (Horowicz). | 684 | R. | |
| Oppenheima choroby przypadek (Łacka i Kapłanowa). | 725 | Radioterapia układu nerwowego autonomicznego (Grynkrout). | 341 |
| Opisthorchis felineus. Na marginesie artykułu L. Płockiera (Ejsmont). | 815 | Rak a alkoholoterapia dożylna i układ śluzowo-śródbłonkowy (Thursz). | 30 |
| Odżywiania upośledzeń u niemowląt leczenie nutromaltem (Knichowiecki). | 428 | Rochera choroba (Czabanówna i Handzel). | 453 |
| Oddechowych dróg schorzeń u dzieci leczenie (Chrempieńska). | 673 | Rentgenoterapia okolicy przysadkowej w schorzeniach ogólnych (M. Lewenfisz). | 686, 704 |
| Orzekanie o przydatności do zawodu — kto jest powołany do... (Macewicz). | 96, 116, 137 | Robaczkowy wyrostek — czy należy usuwać podczas laparotomii (Abramowicz). | 308 |
| Odmy sztucznej historia (Krasuski). | 555 | S. | |
| P. | | | |
| Piersiowa klatka (operacja na... a zaburzenie czynności układów oddychania i krążenia (Graber). | 101, 121, 141 | Siateczkowo-śródbłonkowy układ a alkoholoterapia raka (Thursz). | 30 |
| Poród i cięża a częstoskurcz napadowy (Endelman i Pines). | 161, 183 | Schizofrenii świeżych przypadków leczenie insuliną (Borysowicz i Witek). | 45 |
| Przełyku ciał obcych usuwanie na ślepo a jego uszkodzenia (Wołkowyski). | 323 | Schizofrenii insuliną leczenie (Frostig, Kister, Manasson, Matecki). | 47 |
| | | Schizofrenii leczenie insuliną — odpowiedź na uwagi Frostiga, Kistera, Manassona i Mateckiego o naszym doniesieniu tymczasowym w sprawie... (J. Paradowski, J. Rose, U. Witek i W. Zalewski). | 129 |

| Str. | Z. | Str. |
|---|---|---------------|
| Schizofrenii leczenie insuliną — odpowiedź na replikę J. Paradowskiego, J. Rosego, U. Witka, i Wł. Zalewskiego. (Frostig, Kister, Manasson, Matecki). | | |
| 148 | Zakażeń w przyrodzie rola i ewolucja (Hirschfeld). | 485 |
| Słuchu narządu powikłania ropnego przypadek kiły trzyczorzędowej i zespół szczeliny klinowej (Karbowski). | Zrostów opłucnowych przecinanie (czy należy zwlekać z...) (Sokołowski). | 61 |
| 204 | Zakrzepy i zatory jako powikłania pooperacyjne (Wolfram i Pollak). | 769 |
| Sulfamidowymi związkami zakażeń paciorkowcowych u niemowląt leczenie (Frenklowa). | Zakaźnych chorób przebieg pod wpływem pyrochinolu (Osiek). | 713 |
| 264 | Zawód — kto jest powołany do orzekania o przydatności do... (Macewicz). | 96, 116, 137 |
| Sierdza zawałów bezbolesnych wielokrotnych przypadków (Jochweds, Płońskier, Kelner, Goldstein). | Zdrowia ludności wskaźniki (Adamowiczowa). | 318, 337 |
| 365 | Zdrowie ludności a nowy ład (New-deal) (Adamowiczowa). | 236 |
| Simmondsa choroby zespół czynnościowy, powstały w następstwie głodzenia i powikłany awitaminowym uszkodzeniem nerwów obwodowych z zejściem pomyślnym (A. Landau, L. i M. Jelenkiewiczowie). | Zakaźne choroby — podstawy walki (Kacprzak). | 257, 277, 294 |
| 493 | Zdrowotny program w Centralnym Okręgu Przemysłowym (Grzegorzewski). | 398 |
| Sercowego mięśnia sprawy zawałowej rozpoznawanie (Pines). | Zdrowia służby w Centralnym Okręgu Przemysłowym planowa budowa (Grzegorzewski). | 736, 757 |
| 859 | Zakaźne choroby a czynnik społeczny (Kacprzak). | 866, 884, 907 |
| Sercowych chorych napady duszności — pomoc doraźna (Typograf). | | |
| 892 | Z. | |
| Szpital — praca lekarska w... (Melanowski). | Zółciowe schorzenia a wlewania oliwy do dwunastnicy (Róbin). | 889 |
| 356, 377 | Zółtaczki karotynowej przypadek (xanthosis diabetica) (Holberg). | 169 |
| Szczepionki — poglądy na... (Kacprzak). | Zołądka wrzód — spostrzeżenia gastroscopowe (Dobryczycki). | 390 |
| 698, 717 | | |
| Spółeczny czynnik a choroby zakaźne (Kacprzak). | | |
| 866, 884, 904 | | |
| Ś. p. Sochański Henryk (J. W.). | | |
| 581 | | |
| Ś. p. Skłodowski Józef (Stefanowski). | | |
| 785 | | |
| Ś. | | |
| Śródczaszkowego wzmożonego ciśnienia po urazach czaszki leczenie hipertonicznymi roztworami (Krantz). | | |
| 837, 855 | | |
| T. | | |
| Tyreoidyny podawanie w celu wywoływania przekrwienia tętniczego w ognisku zapalnym (Jelenkiewicz). | | |
| 24 | | |
| Tyreoidyną leczenie schorzeń zapalnych (Jelenkiewicz i J. Srebrny). | | |
| 389 | | |
| Trójdzielnej zastawki odosobnionego zapalenia wrzodziejącego przypadek (Baraban). | | |
| 812 | | |
| Trichobakterie jako czynnik etiologiczny schorzeń (Zurkowski). | | |
| 450 | | |
| Trawienia zaburzeń leczenie nutromaltem u niemowląt (Knichowiecki). | | |
| 574 | | |
| Talassoterapii zarys historyczny (Krasuski). | | |
| W. | | |
| Wątroby niedomoga ze stanowiska biochemicznego (Galewski). | | |
| 361 | | |
| Witaminowych zespołów znaczenie w leczeniu gruźlicy (Jesiotr). | | |
| 186 | | |
| Wyprysku konstytucjonalnego u niemowląt i młodszych dzieci leczenie dietetyczne (Finkelstein). | | |
| 433 | | |
| Wielostawowej wiotkości wrodzonej przypadek (choroba Rochera). (Czabanówna i Handzel). | | |
| 453 | | |
| Waterhouse - Friedrichsena zespołu przypadek u niemowlęcia (Gutmanowa). | | |
| 456 | | |
| Więś — sprawozdanie z konferencji poświęconej opiece lekarskiej na... | | |
| 177 | | |
| Więjskiej ludności zdrowia sprawa (Szymanowski). | | |
| 178 | | |
| Wściekliczna — powstanie zakładów szczepień w Warszawie i Krakowie przeciwko... (Bujwid). | | |
| 256, 274 | | |
| X | | |
| Xeroderma pigmentosum (Merenlender i Ginzburgowa). | | |
| 745 | | |

Spis alfabetyczny streszczeń zbiorowych i poglądowych.

| | | |
|--|---------------|--|
| A. | | |
| Askorbinowego kwasu (witaminy C) znaczenie w procesach przemiany ustrojowej (Michałowski). | 130, 149 | |
| B. | | |
| Białkowy pokarm obfity a przemiana materii (Babenko) | 229, 251 | |
| Bakteriobójcze działanie śliny ludzkiej (Lande). | 708, 728 | |
| B. C. G. szczepienie niemowląt (Mastbaum). | 797 | |
| Biernackiego odczyn (Lande). | 859, 877 | |
| C. | | |
| Cukrzyca — rola przysadki w powstawaniu... (Penson). | 10 | |
| E. | | |
| Ekto- i endosympatozy (Wajngot). | 749, 773 | |
| F. | | |
| Fizjologia — nowsze prace z dziedziny... (Landau). | 647, 666, 690 | |
| G. | | |
| Gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych patogenezą (Rozenbergowa). | 267, 287, 310 | |
| H. | | |
| Hematologia — nowsze prace z dziedziny... (Landau). | 369, 391 | |
| Hypothalamus — nowe pojęcia o... (Zandowa). | 840 | |
| J. | | |
| Jądrowe trucizny, ich wpływ na ustrój i znaczenie w patologii (Chodkowski). | 32, 50, 67 | |
| K. | | |
| Krwi skład i opadanie krwinek — wpływ nakłucia naczynia na... (Lande). | 818 | |
| L. | | |
| Lekarskiego polskiego piśmiennictwa przegląd za ostatnie 4-lecie... | 499—554 | |
| M. | | |
| Mózgowej przysadki rola w powstawaniu cukrzycy (Penson). | 10 | |

| | Str. |
|--|---------------|
| Mózgowo-rdzeniowych opon zapalenia gruźliczego patogenezą (Rozenbergowa). | 267, 287, 310 |
| Mleczne mieszanki kwaśne w dietetyce niemowląt (Kirszbrown). | 569 |
| Meteorologii lekarskiej podstawy fizykalno-meteorologiczne (Chmielewski). | 894 |
| N. | |
| Nowotwory złośliwe — badania nad... (Płoński). | 331, 348 |
| Nowotwory dające się przenosić za pomocą przesączów bezkomórkowych (Dmochowski). | 588 |
| Niemowląt szczepienie B. C. G. (Mastbaum). | 797 |
| O. | |
| Odruchy — nowe pojęcia o... (Zandowa). | 88, 110 |
| Opadanie krwinek i skład krwi — wpływ nakłucia naczyń na... (Lande). | 818 |
| Opadanie krwinek (odczyn Biernackiego) (Lande). | 859, 877 |
| P. | |
| Psittacosis — postępy w rozpoznawaniu, biologii i epidemiologii... (Brill). | 171 |
| Papuziej choroby rozpoznawanie, biologia i epidemiologia (Brill). | 171 |
| Podwzgórze (hypothalamus) — nowe pojęcia o... (Zandowa). | 840 |
| S. | |
| Siateczkowo-śródbłonkowego układu rola w walce z chorobami zakaźnymi (Dawidson). | 605, 629 |
| Sympatozy — ekto - i endo — (Wajngot). | 749, 773 |
| Ś. | |
| Śliny ludzkiej działanie bakteriobójcze (Lande). | 708, 728 |
| W. | |
| Witamina C (kwasu askorbinowego) znaczenie w procesach przemiany ustrojowej (Michałowski). | 130, 149 |
| Wapnia przemiany fizjopatologia (Wajngot). | 191, 209 |
| Z. | |
| Zakaźne choroby a układ siateczkowo-śródbłonkowy (Dawidson). | 605, 629 |

Spis autorów prac oryginalnych.

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| ABRAMOWICZ Michał | 308 |
| ABRAMOWICZ T. | 367 |
| AD St. | 198 |
| ADAMOWICZOWA Stanisława | 76, 236, 318, 337, 779 |
| BABENKO K. | 229, 251 |
| BARABAN L. | 812 |
| BIRO Maksymilian | 381, 621, 641, 849, 869 |
| BORNSZTAJN Maurycy | 403 |
| BORYSOWICZ J. | 45 |
| BRAND J. | 890 |
| BRILL Juliusz | 171 |
| BROKMAN H. | 497 |
| BUJWID Odo | 256, 274 |
| CH. K. | 218 |
| CH. L. | 635 |
| CELAREK J. | 727 |
| CYTERMAN-KONOWA R. | 241, 261 |
| CHMIELEWSKI K. | 894 |
| CHODKOWSKI Karol | 32, 50, 67 |
| CHORĄŻYCKI B. | 653 |
| CHREMPIŃSKA Zofia | 673 |
| CZABANÓWNA W. | 453 |
| DAWIDOWICZ M. | 454 |
| DAWIDSON A. | 605, 629 |
| DOBRYSZYCKI Stefan | 390 |
| DMOCHOWSKI Leontyn | 588 |

| | Str. |
|--------------------------|--|
| DYNEŃSON | 455 |
| EJSMONT L. | 815 |
| EMILIANOWICZ Stanisław | 245 |
| ENDELMAN Zygmunt | 161, 183 |
| FEJGIN B. | 727 |
| FEJGIN M. | 284, 627 |
| FESTENSZTAT A. | 696 |
| FINKELSTEIN H. | 433 |
| FINKLER-BROKMANOWA C. | 475 |
| FISCHGRUND Zygmunt | 624 |
| FRENDZŁOWA J. | 497 |
| FRENKŁOWA H. | 264 |
| FROSTIG J. | 48, 148 |
| GALEWSKI Alfred | 361, 315 |
| GEYSMER-JAROSZEWICZ Wiwa | 347 |
| GINZBURGOWA B. | 745 |
| GOLDBAND J. | 284 |
| GOLDSTEIN H. | 144 |
| GOLDSTEIN M. | 365 |
| GUTMANOWA Maria | 456 |
| GRABER Adam | 101, 121, 141 |
| GRYNBERG Z. | 604, 890 |
| GRYNKRAUT B. | 341 |
| GRZEGORZEWSKI Ed. | 398, 736, 757 |
| HANDELSMAN Józef | 413 |
| HANDZEL J. | 561, 582, 453, 459 |
| HELLER-HERMELINOWA B. | 286 |
| HERMAN E. | 83, 107, 408 |
| HIGIER Henryk | 734 |
| HIRSZFELD Ludwik | 485 |
| HIRSZ Leon | 661 |
| HOCHMANÓWNA B. | 872 |
| HOLCBERG B. | 66, 169 |
| HOROWICZ Zdzisław | 684 |
| HRYNKIEWICZ St. | 166, 189, 831 |
| ITELSON Józef | 461 |
| JELENKIEWICZ Lucjan | 24, 389, 493 |
| JELENKIEWICZ Maria | 493 |
| JESIOTR M. | 186 |
| JOCHWEDS B. | 365, 584, 604 |
| JUSTMAN Stanisław | 665 |
| K. J. | 431 |
| KACPERSKI A. | 755 |
| KACPRZAK Marcin | 17, 37, 57, 277, 294, 636, 656, 676, 698, 717, 866, 884, 904 |
| KACZYŃSKI Mieczysław | 417 |
| KAFKA V. | 601 |
| KAPLANOWA F. | 725 |
| KARBOWSKI B. | 204, 251 |
| KELMER B. | 365 |
| KENIGSBERG A. L. | 8 |
| KIRSZBRAUN A. | 589 |
| KISTER J. | 47, 148 |
| KNAPPE W. | 321 |
| KNICHOWIECKI Bronisław | 438, 428 |
| KOCEN | 449 |
| KOELICHEN Jan | 408 |
| KOŁODZIEJSKA Zofia | 824, 845 |
| KON Józef | 463, 469 |
| KORZYBSKI Tadeusz | 681, 701, 721, 741 |
| KRAKOWSKI Aleksander | 221 |
| KRAMSZTYK Stefan | 901 |
| KRANTZ Szymon | 837, 855 |
| KRASUSKI Aleksander | 555, 574 |
| KRYSZEK H. | 439 |
| LANDAU Anastazy | 493 |

| | Str. | | Str. |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| LANDAU H. J. | 369, 391, 647, 666, 690 | REZNIK L | 81 |
| LANDAUÓWNA G. | 465 | ROSE J. | 129 |
| LANDE Antoni | 708, 728, 554, 816, 859, 877 | ROSENÓWNA F. | 472 |
| LEŃSKI M. | 584 | ROZENBERGOWA E. | 267, 287, 310 |
| LEWENFISZ Henryk | 87 | RUNDSZTEJNOWA T. | 472 |
| LEWENFISZ Marek | 686, 704 | RÓBIN W. | 8 713, 889 |
| LEWI Rachela | 469 | SIMCHOWICZ Teofil | 404 |
| LEWIN G. | 574 | SIEMIENSKA Halina | 805 |
| LEWITTER Maksymilian | 249 | SOKOŁOWSKI Olgierd | 61 |
| ŁĄCKA A. | 725 | SREBRNY Jan | 389 |
| MACEWICZ Piotr | 96, 116, 137 | SREBRNY Zygmunt | 864 |
| MACKIEWICZ J. | 411 | STEFANOWSKI Antoni | 785 |
| MALEND A. | 459 | STILLER A. | 761, 786 |
| MANASSON Wł. | 47, 148 | STÜCKGOLD A. | 284 |
| MANDELSOWA S. | 442 | SZOUR Michał | 809, 829 |
| MARGOLISOWA A. | 466 | SZPILFOGEL-LICHTENBAUMOWA N. | 144 |
| MASCHLER Henryk | 105, 126 | SZYFMAN L. | 449, 447 |
| MASTBAUM S | 797 | SZYMANOWSKI Z. | 201, 178 |
| MATECKI Wł. | 47, 148, 214 | ŚCIESIŃSKI K. | 442 |
| MELANOWSKI W. H. | 356, 377 | TUCHENDLER Antoni | 181 |
| MERENLENDER I. J. | 745 | THURSZ D. | 5, 27, 30 |
| METH Karol Ludwik | 563 | TURYNOWA Z. | 476 |
| MICHAŁOWSKI Roman | 130, 149 | TYPOGRAF Józef | 892 |
| MIRABEL Józef | 226 | VENULET F. | 17 |
| MOGILNICKI T. | 436 | W. J. | 581 |
| NELKEN Jan | 577, 595, 616 | WAJNGOT A. | 584, 191, 209, 594, 749, 773 |
| NIKLEWSKI Stanisław | 385 | WAJSKOPF D. | 301 |
| OPPENHEIM B. | 614 | WALAWSKI Julian | 573 |
| OSIEK B. | 713 | WILNER Stanisław | 305, 328 |
| PALLIER A. | 21, 41 | WITEK St. | 45, 129 |
| PARADOWSKI J. | 129 | WOLFRAM Kazimierz | 769 |
| PENSON Jakub | 10 | WOŁKOWYSKI N. | 323 |
| PINES Ignacy | 161, 183, 266, 385, 574, 858, 795 | ZAKRZEWSKI Zygmunt | 305, 328 |
| PŁOŃSKIER M. | 241, 261, 365, 331, 348 | ZALEWSKI Wł. | 129 |
| POLLAK Kazimierz | 769 | ZAMENHOF Adam | 1 |
| POLAKOW J. | 475 | ZANDOWA N. | 326, 344, 88, 110, 406, 840 |
| POZNAŃSKI L. | 281 | ZARECKI P. | 664 |
| RAKOWER A. | 627 | ZUNDELEWICZ A. | 284 |
| RAKOWER Józef | 644 | ZYLBERBLAT L. | 206 |
| RAWICZ S. | 567, 273 | ZURKOWSKI Jan | 450 |
| REITEROWSKI H. | 466 | | |

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XIV

WARSZAWA, 7 STYCZNIA 1937 R.

Nr. 1

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Rokowanie z dna ocznego w schorzeniach ogólnych ustroju. *)

Podał

Adam ZAMENHOF (Warszawa).

Badanie dna oka daje nam cenne wskazówki w rozmaitych schorzeniach ogólnych, ponieważ jest to jedyne miejsce naszego ustroju, gdzie możemy *in vivo* oglądać naczynia krwionośne i tkankę nerwową.

Zmiany w układzie krążenia siłą rzeczy odbijają się na krążeniu w naczyniach siatkówki, a choroby ogólne naczyń nie oszczędzają oka. Zwłaszcza zaś zaburzenia w krążeniu układu nerwowego ośrodkowego i zmiany w ciśnieniu śródczaszkowym znajdują odzwierciedlenie na dnie oka, które jest przeciwieństwem do pewnego stopnia ekspozycją mózgu, embriologicznie ściśle z nim związaną, a anatomicznie zespoloną.

Lekarze, pracujący we wszystkich niemal dziedzinach medycyny, zmuszeni są niekiedy na dnie oka szukać wskazówek, mających ułatwić rozpoznanie choroby lub ustalić jej przebieg. W zasadzie każdy lekarz powinien umieć obejrzeć dno oka za pomocą wziernika. Oftalmoskopia jest jednak dziedziną trudną i rozległą, wymagającą dużej wprawy i doświadczenia. Sam obraz dna ocznego nie zawsze bywa miarodajnym dla rozpoznania nieomylnego. Często rozstrzyga tu badanie czynnościowe, wymagające specjalnych i dość skomplikowanych urządzeń. Tak, na przykład, badanie ostrości wzroku wymaga uprzedniego starannego zbadania refrakcji i jej skorygowania za pomocą szkieł. Trudno jednak wymagać od internisty lub neurologa, by posiadał kosztowny komplet szkieł optycznych, a nikt lepiej od okulisty nie skoryguje nieźorności, która ostrość wzroku może w znacznej mierze obniżyć. Różnica refrakcji obu oczu może powodować niedowidzenie czysto funkcjonalne jednego z nich, i mylnym byłoby wyciągać stąd jakiegokolwiek wniosek w związku z cierpieniem ogólnym. Badanie pola widzenia, tak ważne dla spraw neurologicznych, wymaga nie tylko posiadania perymetru i kampimetru, ale trzeba często umieć „wyperymetrować” to, czego szukamy. Potrzebna jest tu wprawa, która, zresztą, każdemu neurologowi może

się przydać. Wreszcie badanie i mierzenie wypukłości tarczy nerwu wzrokowego wymaga umiejętności obchodzenia się z wziernikiem refrakcyjnym, o czym jeszcze, zresztą, będzie mowa.

Dla tych i wielu jeszcze innych powodów pomoc okulisty może się okazać bardzo potrzebna, a jego orzeczenie jedynie miarodajne.

Z drugiej jednak strony każdy lekarz powinien wiedzieć, czego oczekuje od badania okulistycznego, jakie objawy na dnie oka są istotne dla danej jednostki chorobowej, a jakie mają tylko znaczenie drugorzędne lub wogóle znaczenia nie mają. Wreszcie, co jest bardzo ważne, każdy lekarz powinien również wiedzieć, że pewne objawy mają znaczenie tylko względne, to znaczy, że same przez się o niczym świadczyć nie mogą, gdyż mogą być spostrzegane zarówno w stanach patologicznych, jak i normalnych. Nabierają one znaczenia dopiero w zestawieniu z innymi objawami patologicznymi. Tak więc lekki obrzęk włókien na obwodzie tarczy nerwu wzrokowego można spostrzegać niekiedy u osobników zupełnie zdrowych, i w niektórych przypadkach jest to nie tyle obrzęk, ile raczej tylko widoczny układ tych włókien, zwłaszcza u osobników młodych, przeważnie u nadwzrocznych. Niekiedy taki pozorny obrzęk bywa tak silnie zaznaczony, że mówimy o *pseudopapillitis*. Nie mając innych objawów patologicznych na dnie oka, a zwłaszcza w braku innych objawów chorobowych u danego osobnika, nie mamy powodu do rozpoznania wzmoczonego ciśnienia śródczaszkowego lub nowotworu mózgu. Nawet wężykowaty przebieg i rozszerzenie naczyń siatkówki, towarzyszące zazwyczaj tarczy zastoinowej lub zapaleniu nerwu wzrokowego, może być tylko wrodzonym układem.

Niektóre cechy dna ocznego ulegają tak znacznym wahaniom indywidualnym, że trudno bywa nieraz orzec, gdzie kończy się stan normalny, a gdzie się zaczyna obraz patologiczny. Tak, na przykład, barwa tarczy nerwu wzrokowego może być mniej lub więcej różowa, zależnie od ogólnych warunków krążenia, albo też wydawać się ciemniejsza lub jaśniejsza przez kontrast z otaczającą barwą dna, zależną od ilości barwnika. Jeżeli zatem stwierdzamy lekkie tylko odbarwienie tarczy, to nie należy z tego objawu wyciągać zbyt daleko idących wniosków. Jeżeli z obrazu ogólnego choroby spodziewamy się odbarwienia skroniowego, to i tu na-

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Zrzeszenia Lekarzy Rz. P. I.XII.1936 r.

leży pamiętać, że ten ważny objaw tylko wtedy może być miarodajny, jeżeli jest wyraźnie zaznaczony, gdyż tarcza normalna bywa zwykle nieco bledsza po stronie skroniowej, gdzie przebiegają delikatniejsze włókna makularne, nie mówiąc już o tak zwanym zagłębieniu fizjologicznym, w którym prześwieca zupełnie biała błona sitowa nerwu wzrokowego. Za regułę uważać należy, że objawy, zaledwie tylko występujące, a przy tym odosobnione i nie wiążące się z całokształtem obrazu chorobowego, powinny być traktowane bardzo ostrożnie.

Nie tylko pojedyncze objawy, ale czasem i cały ich zespół może wprowadzić w błąd i skierować leczenie na właściwe tory, z wielką szkodą dla chorego. Tak, na przykład, zespół: odbarwienie tarcz, nieruchomość źrenic oraz zwężone pole widzenia, wzbudzi w każdym neurologu podejrzenie władu rdzenia. A jednak brak miozy, charakterystyczny obraz pola widzenia, a zwłaszcza dobrze, najłżejsze nawet zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego stanowi typowy obraz jaskry chronicznej albo prostej, przebiegającej niekiedy bez wyraźnych objawów podmiotowych ze strony oka. Okulista łatwo chorobę rozpozna, a mierzenie ciśnienia śródgałkowego zwłaszcza w godzinach rannych lub po dłuższym pobycie w ciemni, potwierdzi rozpoznanie.

Są dwa sposoby porozumiewania się z okulistą: jeden polega na tym, że się kieruje chorego, nie podając, o jakie objawy głównie chodzi, i nawet nie informując o przypuszczalnym lub prawie pewnym już rozpoznaniu cierpienia ogólnego, „ażeby okulisty nie suggestionować“. Jest to sposób niedobry, aczkolwiek zmusza do bardzo dokładnego zbadania i zastanowienia się nad najmniejszym odchyleniem od stanu normalnego. Ponieważ jednak granice pomiędzy stanami patologicznymi a fizjologicznymi mogą być niekiedy bardzo płynne, przeto, bojąc się przeoczyć objawy ważne, okulista będzie się starał podać w swojej odpowiedzi wszystko to, co niekoniecznie jest patologiczne, ale może takim być. W rezultacie otrzymać możemy opis bardzo szczegółowy, ale też i nieco zagmatwany i niezdecydowany, a co najważniejsze, zrozumiały tylko dla lekarza, doskonale się orientującego w oftalmoskopii. Kto się jednak dobrze w obrazie dna ocznego orientuje, zazwyczaj umie sam badać wziernikiem, i ten najmniej potrzebuje pomocy okulisty, z wyjątkiem spraw wątpliwych, które przecież najlepiej rozstrzygnąć, gdy się na nie zwraca uwagę. Jest pewna kategoria chorych, którzy przychodząc do lekarza, uważają za najstosowniejsze nic mu o swoich dolegliwościach nie opowiadać, „bo dobry lekarz i tak potrafi chorobę odrazu rozpoznać“. Dla takich chorych mamy odrazu gotowe w myśli, niezbyt pochlebne epitety, zamiast rozpoznania, ale unikajmy tego w stosunku do kolegów! Zdarzyło mi się kiedyś badać chorego, który zgłosił się do mnie z polecenia neurologa bez listu, objaśniającego cel skierowania. Po starannym obejrzeniu dna oka, ostrości wzroku, pola widzenia na perymetrze i kampimetrze znaczkami białymi i barwnymi, ruchów gałek ocznych i źrenic, akkomodacji i t. d., nie stwierdziłem nic patologicznego. Gdy po rozszerzeniu źrenic homatropiną chciałem jeszcze raz obejrzeć dno oka, chory wyraził zachwyt, że go tak długo badam dla zwykłego dobrania szkielek do czytania, gdyż jedynie w tym celu zgłosił się do mnie. Gdy zaś chciał sprawdzić, czy przepisane przeze mnie szkła będą dla niego wygodne, okazało się to niemożliwe po homatropinie, i zachwyt

momentalnie znikł. Zresztą, jak się później okazało, chory ten cierpiał na pewne zaburzenia psychiczne i do pewnego stopnia zasługiwał na niewypowiedziany, zresztą, przeze mnie głośno epitet.

Lepiej jest zatem i korzystniej dla chorego, jeżeli, kierując go do okulisty, zaznaczmy, w jakim kierunku ma być przeprowadzone badanie podobnie jak to czynimy, kierując chorego np. do rentgenologa. Nie zwalnia to, zresztą, okulisty od obowiązku dokładnego i szczegółowego zbadania nie tylko dna oka, ale również i jego czynności.

Przy badaniu dna oka w grę może wchodzić: 1) rozpoznanie, 2) rokowanie ogólne i 3) wskazówki co do przebiegu choroby.

1. Rozpoznanie choroby ogólnej stosunkowo rzadko opierać się może jedynie na wyniku badania okulistycznego. Zdarza się wprawdzie niekiedy, że okulista przypadkowo stwierdza u chorego zmiany na dnie oka, świadczące o ciężkim schorzeniu ogólnym, z którego pacjent nie zdawał sobie dotychczas sprawy. Kieruje go więc do internisty, neurologa lub wenerologa, który znajdzie z łatwością inne objawy, potwierdzające podejrzenie okulisty. W ten sposób mogą być niekiedy wykryte choroby, nie dające w pierwszym okresie znaczniejszych dolegliwości ogólnych, zwłaszcza u osobników, nie umiejących zdać sobie z nich zawczasu sprawy. Tak więc swoisty wygląd naczyń siatkówkowych przemawia za miażdżycą. Nagłe zaburzenia wzroku wskutek krwotoków w siatkówce dają asumpt do badania w kierunku nadciśnienia ogólnego. Policytomia może zwrócić uwagę okulisty z powodu zbyt ciemnego zabarwienia naczyń siatkówki. Pewne zmiany charakterystyczne na dnie oka nasuwają myśl o chorobie nerek lub cukrzycy. Dość typowe są schorzenia siatkówki i naczyńówki na tle gruźlicy, a obecność gruzełków w naczyniówce nieraz potwierdza rozpoznanie prosówki rozsianej.

Tarcza zastoinowa bywa nieraz pierwszym spostrzeżonym objawem nowotworu mózgu lub innego ciężkiego schorzenia układu nerwowego, zwłaszcza, jeżeli wykrywamy przy tym zmiany w polu widzenia, a mroczek centralny ze zmianami na dnie oka, a częściej jeszcze bez nich, może być pierwszym zwiastunem stwardnienia rozsianego. Rozpoznanie choroby T a y - S a c h s a opiera się często na stwierdzeniu charakterystycznego obrazu „maliny“ w plamce żółtej. Zanik nerwu wzrokowego jest ważnym objawem władu rdzenia, a zapalenie nerwu wzrokowego pomaga w wykrywaniu kiły lub schorzeń jam obocznych nosa.

W większości jednak przypadków zaburzenia wzroku nie są pierwszymi objawami choroby ogólnej ustroju, i istnieje już tak dużo innych pewnych i typowych objawów, że okulista przypada tylko rola drugorzędna potwierdzenia skądinąd uzasadnionych przypuszczeń co do istoty choroby. Rola ta bywa jednak niekiedy bardzo ważna, jeżeli zespół innych objawów ogólnych jest skąpy. Tak, na przykład, w przypadkach uporczywych bólów głowy bez innych objawów neurologicznych nie należy zadawać się rozpoznaniem migreny bez zasięgnięcia opinii okulisty, który nierzadko stwierdzi obecność jaskry prostej, nie dającej jeszcze żadnych wyraźnych objawów podmiotowych ze strony oczu. Nierzadkie są również przypadki, gdzie na zasadzie nudności lub powtarzających się wymiotów internista podejrzewa schorzenia przewodu pokarmowego lub nawet stwierdza pewną wrażliwość woreczka żół-

ciowego, wskutek czego chory przez dłuższy czas otrzymuje preparaty belladony, a tymczasem badanie okulistyczne wykazuje obecność jaskry chronicznej, na której przebieg atropina w tej czy innej postaci działa wprost szkodliwie i nieraz doprowadza do nieuleczalnej już ślepoty. Inny przykład: w przypadku stwierdzenia mrocza centralnego bez innych wyraźnych objawów ze strony układu nerwowego neurolog skłonny jest postawić rozpoznanie początkowej lub poronnej postaci stwardnienia rozsianego. Należy jednak zawsze się upewnić, że mroczek ten nie jest wywołany zmianami na dnie oka, które mogą być niekiedy ledwo dostrzegalne, lecz tym niemniej dostateczne, by wywołać zaburzenia wzroku. Rozstrzyga tu niekiedy tylko dokładne badanie siatkówki w świetle zogniskowanym lub bezczerwienym, które pozwala wykryć zmiany torbielowate w plamce żółtej lub obrzęk tej okolicy, i w ten sposób leczenie zostaje skierowane na zupełnie inne tory. Moglibyśmy przytoczyć cały szereg innych przypadków, gdzie pomoc okulisty może się okazać bardzo pożyteczna dla właściwego rozpoznania niejasnego zespołu objawów chorobowych.

2. Drugi zakres współpracy z okulistą stanowi sprawa rokowania choroby ogólnej. Ponieważ stan naczyń krwionośnych daje się bezpośrednio rozpoznać na dnie oka, możemy w wielu przypadkach, przez analogię, zdać sobie sprawę z tego, w jakim stanie znajdują się inne naczynia krwionośne danego ustroju, a w szczególności, czy zmiany w układzie krążenia są jeszcze odwracalne, czy też już nie rokują powrotu do warunków normalnych. Na ogół wszelkie stany kurczowe naczyń, jako funkcjonalne, będziemy uważali za bardziej łagodne, podczas gdy zgrubienia ścian naczyńiowych, skłonność do obliteracji, obecność wynacynień i zmian degeneracyjnych świadczą może o ciężkich zmianach wstecznych i rokowaniu mniej pomyślnym.

Najbardziej typowe obrazy na dnie oka daje nadciśnienie samoistne, przy czym ważne dla nas jest szczególnie to, że możemy niekiedy prześledzić, jak zmiany, początkowo tylko czynnościowe, stają się trwałe i nieodwracalne w miarę postępu choroby. Tak więc w początkowych okresach spostrzegać możemy nieznaczne tylko zwężenie tętnic, nierówność kalibru, zmiany w polysku, rozszerzenie żył. Przebieg naczyń staje się wężykowaty, niekiedy wytwarzają się rozgałęzienia i anastomozy. W miejscach skrzyżowania tętnic i żył te ostatnie pod wpływem ucisku mogą wykazywać jakby przerwę (objaw *G u n n a*) lub wyginać się łukowato (objaw *S a l u s a*). W przypadkach silniej zaznaczonych łuki te bywają również przerywane. *G u i s t* opisał wężykowaty przebieg drobnych żyłek w okolicy plamki żółtej, jako cechę charakterystyczną dla nadciśnienia samoistnego, co, zresztą, nie wszyscy autorzy, interesujący się tą sprawą, potwierdzają. Dalej spotykamy zgrubienie ścian tętnic, wyrażające się z początku w wygładzie podobnym do drutu miedzianego, a w okresach dalszych — srebrnego; tu i owdzie zgrubienie ścian widzimy w postaci białawych smug, otaczających coraz to cieńszą kolumnę krwi, aż do zupełnej obliteracji naczynia. W postaciach złośliwych występują obrzęki siatkówki i białe plamy zwyrodnienia tłuszczowego. Zmienione ściany naczyń sprzyjają powstawaniu licznych krwotoków do siatkówki. Obraz ten znany jest pod nazwą *neuroretinitis albuminurica*, ponieważ występuje przeważnie jednocześnie z kłębuszkowym zapaleniem nerek, nie tyle jako skutek, ile jako objaw współrzędny. Nieco podobny

obraz spotykamy w ciężkich postaciach cukrzycy, w której przeważają ogniska zwyrodnienia siatkówki i krwotoki, a włókna nerwowe są mniej zmienione.

Na ogół ciężkie zmiany na dnie oka świadczą o poważnym stanie choroby ogólnej i dają złe rokowanie, gdyż łatwo można sobie wyobrazić, że podobne zmiany w naczyniach istnieją również i w innych, mniej dostępnych bezpośrednio oglądaniu miejscach ustroju. Nie zawsze jednak ciężkie zmiany na dnie oka są dowodem istnienia analogicznych zaburzeń w innych organach, gdyż mogą one być uzależnione od swoistych warunków krążenia w oku. Dlatego też złe rokowanie należy stawiać zawsze z pewnymi zastrzeżeniami, a dotyczy to przede wszystkim zatoru tętnicy środkowej siatkówki ze względu na końcowy typ tego naczynia i niemożność wytworzenia się krążenia obocznego. To samo powiedzieć można o zakrzepie żyły środkowej siatkówki, który daje obraz wielkiego spustoszenia na dnie oka i świadczy o poważnych zmianach w naczyniach krwionośnych, a jednak nie koniecznie uzasadnia złe rokowanie ogólne.

Zmiany w naczyniach siatkówki spotykają się często w miażdżycy ogólnej, a w szczególności schorzenia drobnych naczyń włosowatych dają cały szereg zmian na dnie oka, jak np. zanik naczyńiówki, zmiany starcze w plamce żółtej, krążkowate schorzenie środka siatkówki i t. d.

Z innych zmian na dnie oka zasługuje na uwagę postępujący zanik nerwu wzrokowego w wiązce rdzenia, świadczący o stanie czynnym choroby, a co najważniejsze, pogarszający się zazwyczaj wskutek jej leczenia. Ostatnio jednak rokowanie tej choroby znacznie się polepszyło dzięki pracom Kliniki Okulistycznej U. J. P. (prof. *L a u b e r*, doc. *S o b a n s k i*). Okazało się bowiem, że proces zanikania włókien nerwu wzrokowego nie tylko daje się powstrzymać przez obniżenie ciśnienia śródocznego i podniesienie ciśnienia ogólnego krwi, ale nawet przy osiągniętym w ten sposób lepszym ukrwieniu nerwu nic nie stoi na przeszkodzie energicznemu leczeniu swoistemu.

3. Trzeci dział współpracy z okulistą dotyczy możliwości stwierdzenia na zasadzie obrazu dna ocznego, czy choroba postępuje, czy też się cofa. Pytanie to jest bardzo ważne dla oceny skuteczności leczenia, a dane, otrzymane podczas badania dna oka, mogą być pod tym względem niezmiernie cenne. Dotyczy to przede wszystkim takich zmian, które są jeszcze odwracalne. Tak więc wylewy krwawe na dnie oka mogą ulec wessaniu, a jeżeli nie występują nowe, można przypuścić, że sprawa zaburzeń w układzie krążenia uległa poprawie. To samo dałoby się powiedzieć o białych plamach zwyrodnienia tłuszczowego w siatkówce. Gdy powoli znikają, należy uznać za prawdopodobne, że ustrój posiada jeszcze dość sił żywotnych, by mogło nastąpić *restitutio ad integrum*. Najlepsze usługi oddaje w podobnych przypadkach fotografia dna ocznego, gdyż na szeregu zdjęć w różnych okresach choroby można porównać i bezsprzecznie stwierdzić, jakie w międzyczasie zaszły zmiany na siatkówce. Trudno jednak żądać, by każdy okulista posiadał bardzo kosztowny i wymagający specjalnych umiejętności aparat do fotografii dna ocznego. Fotografię może zastąpić do pewnego stopnia bardzo szczegółowy opis dna oka, a najlepiej przysłużyć się może staranny szkic odręczny.

Dokonanie niektórych pomiarów jest niezbędne dla oceny przemian w obrazie oftalmoskopowym, a najczęściej stosuje się mierzenie tarczy zastoinowej, zazwyczaj

przez określenie jej wyniesienia ponad poziom niezmiennych sąsiednich części siatkówki. Ponieważ sprawa ta odgrywa wielką rolę w ocenie niektórych przypadków wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, zasługuje ona na nieco szersze omówienie.

W początkowych okresach zastoiny często tylko pewna część tarczy ulega obrzękowi, zazwyczaj górna lub dolna, względnie obie razem. Gdy obrzęk się powiększa, obejmuje stopniowo i brzeg nosowy tarczy, najpóźniej zaś obrzmiewają delikatniejsze włókna części skroniowej, przeznaczone dla plamki żółtej. Zresztą, częsta obecność zagłębienia fizjologicznego w skroniowej połowie tarczy daje obrzmiałym włóknom i wysiękom tyle miejsca, że obrzęk nie unosi się tak wysoko ponad poziom dna oka, jak w części nosowej. W ten sposób, zależnie od tego, jakie części ulegają zatarciu i obrzękowi, uwydatniają się niekiedy poszczególne fazy objawów zastoinowych. O właściwej tarczy zastoinowej możemy mówić dopiero wtedy, gdy co najmniej granica nosowa ulegnie zatarciu, ponieważ części górne i dolne obwodu tarczy mogą być zatarte i w stanach fizjologicznych, gdyż przechodzą tam najgrubsze i najliczniejsze włókna nerwowe oraz główne pnie naczyń siatkówkowych, co powoduje nawet niekiedy wyższy poziom tych części. Najracjonalniejsze przeto wydaje się mierzenie wyniosłości tarczy zastoinowej w jej części nosowej. Nieprzestrzeganie tej reguły powodować może niekiedy na pozór sprzeczne wyniki badań, wykonanych przez różne osoby, lub, co gorsze, mogłyby powstać mylne wnioski co do przebiegu choroby. Należałoby przeto w każdym przypadku, gdzie z tych, czy innych względów mierzenie wyniosłości obrzęku byłoby wygodniejsze w innym miejscu tarczy, wynik badania uzupełnić odpowiednią uwagą.

Dodać należy kilka słów o samej technice mierzenia. Odbywa się ono w obrazie prostym za pomocą wziernika refrakcyjnego. Ważnym warunkiem dokładności mierzenia jest wyłączenie akkomodacji zarówno u chorego, jak i u badającego. Do oczu pacjenta zakraplamy homatropinę, a dla uniknięcia wahań akkomodacji badającego zalecam sposób następujący: Nastawiamy się na jakieś drobne naczynie w okolicy tarczy, w takim miejscu, które wydaje się nieobjęte obrzękiem i, przesuując stopniowo coraz to silniej załamujące soczewki refrakcyjne wziernika, zatrzymujemy się w momencie, gdy obraz zaczyna nieco się zacierać. Następnie, nie odrywając się od dna oka (a zwłaszcza nie odczytując na wzierniku otrzymanej w ten sposób refrakcji, gdyż mogłoby to zmienić stopień zwolnienia naszej akkomodacji), kierujemy wzrok na interesującą nas uwypukloną część tarczy, na której przy tejże soczewce rysunek rozszerzonych kapillarów będzie jeszcze zupełnie wyraźnie widoczny. Nasuwając coraz to silniejsze soczewki, zatrzymujemy się dopiero wtedy, gdy obraz zaczyna się znów zacierać. Jeżeli w naszym wzierniku różnica pomiędzy poszczególnymi soczewkami wynosi jedną dioptrię, liczba przesunięć, wykonanych od chwili zatarcia obrazu normalnego dna aż do zatarcia rysunku obrzmiałej tarczy, wykaże nam uwypuklenie tarczy zastoinowej w dioptriach. Jeżeli, jak to bywa w niektórych wziernikach, różnice pomiędzy soczewkami są niejednolite, wówczas po otrzymaniu zatarcia obrazu tarczy

odczytujemy refrakcję na wzierniku, a następnie, cofając się o zanotowaną liczbę przesunięć, odczytujemy ponownie i obliczamy różnicę w dioptriach. W większości przypadków musimy zadowolić się dokładnością do jednej dioptrii. Różnice półdioptryjne możemy otrzymać tylko w pewnych specjalnych warunkach refrakcji. Tak, na przykład, wziernik *Mortona* posiada przejścia półdioptryjne w granicach refrakcji pomiędzy -2 i $+2$ D. Ale nawet i w tych warunkach trzeba dużej wprawy i doświadczenia, aby z tak małych różnic wyciągać wnioski, na których neurolog będzie się opierał przy decyzji o dalszych losach chorego.

W miarę powiększania się obrzęku powiększa się również i powierzchnia tarczy zastoinowej. Można więc zmierzyć jej średnicę, względnie promień, a za podstawę pomiarów służyć odległość, dzielącą wnękę naczyniową tarczy od plamki żółtej, obliczona w stopniach perymetrycznych. Odległość ta odpowiada mniej więcej 15° , gdyż tarcza normalna znajduje się zwykle pomiędzy 12 a 18° od punktu fiksacyjnego, odpowiadającego plamce żółtej. Granica obrzęku nierzadko dochodzi do połowy wspomnianej odległości, co odpowiada $7-8^{\circ}$ i może być niekiedy potwierdzone badaniem perymetrycznym, względnie kampimetrycznym.

Badanie wziernikiem elektrycznym w świetle zogniskowanym wykrywa niekiedy bardzo cenny objaw, który może świadczyć o rozpoczynającym się cofaniu obrzęku. Mianowicie, w miarę tego, jak średnica tarczy zastoinowej się zmniejsza, na granicy obrzęku zjawiają się niekiedy jasne linie koliste, o wyglądzie szklistym w oświetleniu pośrednim. Odpowiadają one prawdopodobnie zmarszczkom, wytwarzającym się na błonie szklistej naczyniówki na granicy obrzęku, i stają się widoczne dopiero wtedy, gdy zmniejszający się na obwodzie obrzęk je odsłania. Trwają one niekiedy kilka tygodni, jako widomy znak ustępowania sprawy uciskowej. Objaw ten, niestety, nie zawsze wyraźnie występujący, bywa często przeoczany, ponieważ nie jest jeszcze znany szerszemu ogółowi lekarzy, i dlatego zwracam na niego specjalną uwagę.

W granicach jednego wykładu trudno byłoby szczegółowo omówić wszystkie możliwości, mające znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne przy badaniu dna oka. Wiele ciekawych danych można na ten temat znaleźć w pracy *Endelmana* (Stan dna ocznego chorých z nadciśnieniem tętniczym na podstawie własnego materiału, *Klinika Oczna*, 1935). Zaznaczyć chciałbym na zakończenie, że niekiedy nawet brak zmian na dnie oka może mieć znaczenie rozpoznawcze, o ile towarzyszą mu zaburzenia czynnościowe, jak, na przykład, w zapaleniu pozagałkowym nerwu wzrokowego. Pamiętać więc należy, że obraz dna ocznego bywa często podobny do niemego filmu, który rozmaicie można zrozumieć, jeżeli nie jest uzupełniony tym, co jest dla oka najważniejsze, a więc stanem czynności wzrokowych. Przy tym stan pola widzenia, badany małym znaczkim na kampimetrze, ma niekiedy większe znaczenie, niż ostrość wzroku, mająca nieraz znaczenie tylko względne, bo i w stanach normalnych nie zawsze bywa doskonała. Najważniejsze natomiast dla rokowania są zmiany, zachodzące na dnie oka i w jego czynnościach w przebiegu danej choroby.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Podstawy i wyniki leczenia dożylnymi wlewami alkoholu etylowego.*)

Z praktyki szpitalnej.

Podał

D. THURSZ (Warszawa).

Od czasu wprowadzenia przeze mnie w roku 1927 do lecznictwa metody dożylnego wlewania alkoholu etylowego doznała ona ze strony wielu autorów bardzo szerokiego zastosowania w różnych schorzeniach z wynikiem dodatnim, o czym świadczyć może bardzo bogate piśmiennictwo, dotyczące tej metody.

Celem zobrazowania całokształtu omawianej metody podam pokrótce jej genezę i osiągnięte dotychczas przez nią wyniki lecznicze.

Wychodząc z założenia, że tylko przez zakłócenie metabolizmu swoistego komórki rakowej można osiągnąć efekt leczniczy w raku, dążyłem do znalezienia środka, spełniającego to zadanie, lecz nie działającego ujemnie na organizm nosiciela nowotworu. Prawie wszystkie bowiem dotychczas w tym kierunku stosowane środki chemiczne okazały się jadami ustrojowymi i mogącymi znaleźć zastosowanie tylko w dawkach minimalnych, lecz niedostatecznych dla utrzymania wyniku leczniczego.

Wielu badaczy, jak Bernheim, Elias, Archibald, Roff, Boletta, Burgheim, Joel, Gizela Kaminer i inni, dowiedli nam poniekąd, że jedne z głównych czynników metabolizmu komórki rakowej stanowią lipoidy, bez których powstawanie nowotworów złośliwych jest niemożliwe, a już istniejące nowotwory zostają bez nich w rozroście całkowicie zahamowane. Lipoidy te znajdują się w organizmie nie w czystej postaci, lecz zawierają cholesterinę, lecytynę i cerebrosid. Odgrywają one, według Burgheima i Joela, decydującą rolę nawet jeszcze przed powstaniem raka, nagromadzając się w znacznym stopniu tam, gdzie rak dopiero ma powstać. Ilość lipoidu, zawarta w komórce rakowej, przewyższa, według Archibalda, Roffa i innych, znacznie ilość lipoidu, zawartą w komórce normalnej. Według Aulera, doszukiwać się należy w lipoidach komórki rakowej tajemnicy etiologii i terapii raka. Jak wybitną rolę odgrywają lipoidy w rozwoju nowotworów złośliwych, służyć może fakt, iż, według badań Bernheima i Eliasa, nowotwory u szczurów nie rozwijają się dalej z chwilą wyeliminowania lipoidów z pokarmu.

Skoro lipoidy tak wybitną i decydującą rolę odgrywają w metabolizmie komórki rakowej, to rozpuszczenie ich wywołaćby powinno zahamowanie rozwoju, względnie zanikanie komórki nowotworowej. Do środków, rozpuszczających lipoidy, należą: eter, alkohol etylowy, benzol, aceton i inne, z których jedynie alkohol etylowy okazał się nieszkodliwy dla organizmu. Wobec przynależności lipoidów komórki rakowej do grupy fosfatydów nienasyconych, zostają one wyjątkowo łatwo rozpuszczone w alkoholu etylowym.

Według prawa Overtona, alkohol etylowy, jako alkohol jednowartościowy, należy do grupy substancji, szybko przenikających przez otoczkę normalnej komórki zwierzęcej, a jeszcze szybciej przez otoczkę

komórki rakowej, zawierającej o wiele więcej lipoidów, niż komórka normalna. Wiadomo, że wybiórcza przepuszczalność komórki jest cechą charakterystyczną raka. Zwiększoną przepuszczalnością komórki rakowej objaśnia Kopačewski obniżenie napięcia powierzchniowego surowicy i osocza w nowotworach złośliwych.

Alkohol etylowy w większych ilościach hamuje oddychanie komórkowe i wytwarzanie zaczynów, co, według Warburga, jest niezbędne dla egzystencji komórki rakowej, która, według badań tegoż autora, czerpie z tych czynności niezbędną dla swego życia energię. Według Okamoto, współpracownika Warburga, komórki rakowe giną, o ile w przeciągu 4 godzin pozbawione są oddychania i fermentacji. Chociażby już z tego powodu należy w raku stosować duże dawki alkoholu celem wywołania u chorego długotrwałego zamroczenia, podczas którego trwa oddziaływanie alkoholu na lipoidy zawarte, jak wiadomo, w dużej ilości w komórce rakowej.

Również ujemny wpływ na metabolizm komórki rakowej posiada alkohol dzięki swoim własnościom odwadniającym.

Wiadomo, że tkanka nowotworowa zawiera znaczną ilość kwasu mlekowego, jako produktu końcowego glukozy. Otóż, według badań Neuberga, Kobela i Jäsera, mięsaki u szczurów, leczone alkoholem, nie wytwarzają więcej kwasu mlekowego.

Alkohol jest integralną częścią ustroju ludzkiego, jak i zwierzęcego. Obecność alkoholu w destylacie świeżych narządów odkrył po raz pierwszy Ford w 1859 roku. Pochodzenie tego alkoholu nie zostało dotychczas ostatecznie ustalone. Jedni autorzy przypuszczają, że alkohol ten jest pochodzenia wewnętrznego, zaś według zdania innych, ma on być pochodzenia bakteryjnego.

Ilość normalna alkoholu we krwi ludzi wynosi, według Schweissheimera, 0,03‰, a według Kionki — 0,031‰.

Ostatnio Gurfinkiel dowiódł, że krew zwierząt na czczo również zawiera alkohol w dającej się określić ilości.

W Berlińskim Instytucie Rakowym zastrzykiwałem do żyły ogonowej szczurom, ważącym 175—200 g. po 1 cm³ absolutnego alkoholu etylowego — odpowiada to około 5 cm³ na kg wagi ciała. Pomimo że dawka ta w porównaniu z powyżej podaną ilością normalną alkoholu we krwi jest ogromna, szczury ją dobrze znoszą.

Zjawisko to daje się może wytłumaczyć tylko w ten sposób, że ustrój, dzięki swoim niesłychanie precyzyjnym mechanizmom regulującym w stanie jest prawie zawsze utrzymywać równowagę osmotyczną swoich soków.

Wyniki, otrzymywane *in vitro*, widocznie nie zawsze wiernie odzwierciedlają nam proces analogiczny *in vivo*, skoro już 15% alkohol, dodawany do krwi *in vitro*, wywołuje hemolizę, natomiast dożylnie stosowany alkohol, nawet absolutny, nie wywołuje, jak do widłem, żadnych zmian hemolitycznych we krwi.

Podkreślić tutaj wypada wybitną rolę, jaką odgrywa układ siateczkowo-śródbłonkowy w raku oraz schorzeniach septycznych i infekcyjnych.

Udało się Krebsowi i Fanny Busch prze-

*) W związku z odczytem wygłoszonym na Posiedzeniu naukowym Tow. Lek. Warsz. dnia 9 czerwca 1936 r.

szczepiać nowotwory ludzkie zwierzętom po osłabieniu u tych ostatnich USS za pomocą naświetlań promieniami Roentgena.

Miszczenko spostrzegł częste powstawanie przerzutów po stosowaniu Rtg. Również z doświadczeń Urbacha i Schnitzlera wynika, że istnieje związek pomiędzy USS a wzrostem guza. Za przejaw wzmożonej czynności tego układu służyć może fakt narastania monocytów, pochodnych układu SS we krwi po dożylnym stosowaniu alkoholu.

Ostatnio udało się Dodelowi i Gurfinklowi eksperymentalnie dowieść, że alkohol, dożylnie podawany, wywołuje bardzo znaczne powiększenie metabolizmu podstawowego, dochodzące do przeszło 100%. Po dokonaniu zaś wycięcia śledziony lub zablokowaniu USS za pomocą 5% peptonatu żelaza dożylnie wlewaniu alkoholu nie wywołuje zwiększenia metabolizmu podstawowego, z czego ci autorzy wnioskuje, że dożylnie wprowadzony alkohol posiada wyjątkowo silne pobudzające działanie na elementy USS. Fakt ten ma b. duże znaczenie zarówno w raku, jak i schorzeniach septycznych oraz zakaźnych.

Mimochodem wspomnę, że, według badań Benedicta i Atwatera, *per os* podawany alkohol etylowy nie wywołuje prawie żadnych zmian w podstawowej przemianie materii.

Na powiększenie liczby krwinek, szczególnie czerwonych, po dożylnym stosowaniu alkoholu etylowego, wskazują Tomesco i Inesco oraz Fohl, którzy objaw ten tłumaczą pobudzeniem układu krwiotwórczego.

Według Timofiejewa, alkohol etylowy powiększa 5-10 do 40-krotnie ilość limfy, co również jest bardzo korzystne w walce z infekcją.

Powyżej wyłuszczone motywy skłoniły mnie do zbadania przypuszczalnego wpływu ujemnego alkoholu etylowego na rozwój komórki nowotworowej.

Podczas doświadczeń na zwierzętach przekonałem się, że zastrzykiwanie alkoholu do guza wywołuje tylko rozpad miejscowy tkanki rakowej bez zahamowania jej wzrostu, a zastosowanie podskórne alkoholu wywołuje rozległą martwicę tkanki podskórnej. Celem przekonania się o możliwości zastrzykiwania alkoholu dożylnie i ustalenia przy tym dawki tolerancyjnej rozpocząłem od zastrzykiwania 5% roztworu alkoholu królikom. Powiększając stopniowo stężenie alkoholu, stwierdziłem bardzo znamieny fakt, że królikom można zastrzykiwać dożylnie alkohol etylowy w dużych dawkach, nawet w stężeniu absolutnym, nie wywołując przy tym żadnych ujemnych zmian w narządach wewnętrznych. Doświadczenia te wykonywałem przy wydatnej pomocy dra Płońskiego, kierownika pracowni anatomo-patologicznej szpitala na Czystem.

Metoda dożylnego leczenia nowotworów złośliwych ma i tę dodatnią stronę, że dzięki niej dotrzeć możemy do głęboko leżących guzów i przerzutów, do których dostęp jest utrudniony albo wręcz niemożliwy.

Z badań Goldmanna, Borela i innych wiemy, że już w bardzo wczesnym okresie raka komórki rakowe znajdują się we krwi.

W roku 1929 udało się Blumenthalowi dowieść, że przez zastrzykiwanie krwi zwierząt rakowych można wywołać nowotwory u zwierząt zdrowych. Ten objaw tłumaczy on obecnością komórek nowotworowych we krwi u zwierząt rakowych. Przypuszczalnie

z tego założenia wychodząc, polecił Oscar Strauss, po ogłoszeniu mojej pierwszej pracy w *Zeitschrift f. Krebsf.* zastrzykiwać alkohol dożylnie po zabiegach chirurgicznych z powodu raka w celach profilaktycznych.

Alkohol etylowy posiada tę dodatnią cechę w leczeniu raka, jak i chorób septycznych oraz infekcyjnych, że wywołuje zakwaszenie organizmu. Jednowartościowe alkohole bowiem przez utlenianie we krwi dają aldehyd, przy dalszym utlenianiu — kwas octowy.

Powyższe rozważania teoretyczne i doświadczenia na zwierzętach skłoniły mnie do wypróbowania tej metody w Berlińskim Instytucie Rakowym na szczurach z mięsakiem Jensenowskim i guzem nabłonkowym (*tumor B.*). Stosowałem 30—100% alkoholu dożylnie. Otrzymywałem do 100% wyniki dodatnie, przy czym guzy, leczone alkoholem, nie dawały się przeszczipać, podczas gdy guzy szczurów kontrolnych rozrastały się i dawały przerzuty. Po tych wynikach zaczęliśmy stosować tę metodę na ludziach, dotkniętych rakiem. Zamiast początkowo stosowanego alkoholu absolutnego, aczkolwiek dla organów wewnętrznych, dożylnie podawany, jest on nieszkodliwy, przeszliśmy do alkoholu 33,3% (w soli fizjologicznej lub w płynie Ringera), gdyż, według mego wspólnie z Aulerem przeprowadzonego doświadczenia, jest to stężenie graniczne alkoholu, nie ścinające białka w surowicy i wysięku.

Dotychczas stosowałem moją metodę tylko w przypadkach beznadziejnych, nie nadających się już do zabiegu operacyjnego w liczbie około 72, z których 13 przypada na szpital Charité w Berlinie.

We wszystkich tych przypadkach mogliśmy się przekonać o absolutnej nieszkodliwości tej metody. Często otrzymywaliśmy długotrwałe uśmierzanie bólu, nieraz bardzo silnego i nie ustępującego pod działaniem alkaloidów. Chociażby już ta cecha kardynalna tej metody usprawiedliwia jej szersze stosowanie, tym bardziej, że wszelkie dotychczas stosowane środki przeciwbólowe w raku, nie wyłączając jadu kobry, okazały się mało skuteczne.

Szerzej omawia działanie przeciwbólowe dożylnie podawanego alkoholu w raku praca moja z Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Dość często otrzymywaliśmy zahamowanie wzrostu, a niekiedy nawet znaczne zmniejszenie się oraz zanik nowotworu.

W oddziale rakowym szpitala Charité w Berlinie zauważyliśmy wyraźne zmniejszenie się mięsaka podudzia, a szczególnie mięsaka gruczołowego pod wpływem stosowania dożylnego wlewania alkoholu.

U chorego z *lymphosarcomatosis* i rozległymi przerzutami w narządach brzusznych po wleciu dożylnym ogółem 945 cm³ alkoholu nastąpiło zmniejszenie się o połowę przerzutu pachowego wielkości jaja kurzego oraz stwardnienie i wyraźne zarysowanie się mas nowotworowych w jamie brzusznej. U tego chorego ostatnia dawka alkoholu wynosiła 375 cm³. Po 9-ciu dniach chory zmarł. Sekcja wykazała bardzo rozległy rozpad tkanki nowotworowej. Nastąpiło tutaj zatrucie organizmu przez wessanie dużej ilości masy rozpadowej.

Drugi przypadek, gdzie również nastąpiło zatrucie organizmu przez zbyt szybkie wchłanianie wielkiej ilości masy rozpadowej, tyczy się chorej z ogromną wznową mięsaka jajnika z oddziału ginekologicznego dra Natanson'a w szpitalu na Czystem w Warszawie. Po 7-iu wlewaniach po 150—200 cm³ al-

koholu etylowego guz wielkości dużego arbuza zmalał, dochodząc po 6-ciu tygodniach do trzeciej części swojej pierwotnej wielkości. W moczu ukazał się aceton w znacznej ilości. Chora nagle zmarła. Sekcja wykazała niezwykle rozmiękczenie nowotworu i to tak znaczne, że z trudnością udało się znaleźć miejsce, gdzie preparat drobnowidzowy ujawnił budowę mięsaka. Według protokołu posiedzenia naukowego w W. T. Gin. w dniu 10.V.1928 roku, dr Natanson, Kierownik Oddziału, przedstawiając preparat sekcyjny, twierdził, że „nie ulega wątpliwości, że to niezwykle pod względem rozległości natężenie rozmiękczenia wywołane zostało przez wlewianie alkoholu“.

Z powyższych przypadków wysnuć można wniosek, że przed wlewaniem dożylnym alkoholu należy usunąć w miarę możliwości jak największą ilość tkanki rakowej celem uniknięcia wchłaniania zbyt wielkiej ilości tkanki rozpadowej.

U 23-letniej chorej, pomimo dwukrotnej operacji raka sutka oraz naświetlania radem i promieniami Rtg., nastąpiło pogorszenie tego rodzaju, że utworzyło się u niej stwardnienie i zacerwienie całej tkanki szyjnej do tego stopnia, że chora nie mogła wcale ruszać głową. Bóle przy tym były bardzo duże. Po trzech wlewaniach dożylnych 33% alkoholu po 250 cm³ objawy te szybko znikły, i chora czuła się znacznie lepiej. Wobec nadmiernej otyłości nie można było u niej znaleźć żyły, nadającej się do zastrzykiwań. Nastąpił nawrót, któremu chora uległa. Wtedy jeszcze metody dootrzewnowego wlewania alkoholu, o której poniżej wspominać, nie znam.

Stosując moją metodę na oddziale rakowym szpitala Św. Łazarza w Warszawie, otrzymywałem dość często wyniki w postaci uśmierzenia nieznosnych bólów, niekiedy i zmniejszenia się guzów.

Zmniejszenie się mięsaka czerniaczkowego policzka u chorego w tymże oddziale otrzymałem po 4-krotnym wlewaniu dożylnym 33% alk. po 200 cm³.

W jednym z oddziałów chirurgicznych na Czystem w Warszawie u chorej z wznową guza jajnika wielkości dużej głowy po 7-miu dożylnych wlewaniach po 250 cm³ alkoholu guz ten do tego stopnia zmalał i stał się ruchomy, że operacyjnie zdołano go z łatwością usunąć. Guz ten był pod wpływem tych wlewań w znacznym rozkładzie.

W roku 1931 przedstawiłem w Warsz. Tow. Chir. chorą, lezoną dożylnymi wlewaniem alkoholu z powodu wznowy po usunięciu sutka rakowego. U chorej stwierdzono przed leczeniem przerzuty do gruczołów nadobojczykowych, pachowych i przerzut wielkości śliwki nad stawem kolanowym lewym. Przerzuty te prócz guza nad kolanem były naświetlane Rtg. Wobec pogorszenia się stanu chorej otrzymała 5 wlewań dożylnych alkoholu po 200 cm³. Po 6-ciu tygodniach wszystkie te przerzuty znikły, również i przerzut nad kolanem, który wcale nie był naświetlany. Przez niespełna dwa lata chora czuła się zupełnie dobrze.

Na Zjeździe Przeciwrakowym w Łodzi w roku 1932 przedstawiłem m. in. rentgenogramy, wykonane przez kol. Werkenthinównę, wykazujące wyraźne zahamowanie wzrostu nowotworu złośliwego guza lewego płuca.

W roku 1933 w II Klinice Chirurg. U. J. P. u chorej z przerostami nadobojczykowymi — jeden z nich wielkości sporego grochu polnego, drugi zaś wielkości orzecha laskowego, po usunięciu sutka z powodu *Ca. glanduliforme*, dokonałem 7-miu wlewań dożylnych w odstępach 3-dniowych po 250 cm³. W trzy miesiące po operacji chora została wypisana. Przerzuty nie zmieniły się zbytnio. Po dalszych 7-miu miesiącach chora znów przedstawiła się w Klinice. Stwierdziliśmy wtedy tylko zaledwie wyczuwalne ślady tych przerzutów. Ogólny stan chorej znakomicie się poprawił. W niespełna rok później zjawiły się

u niej nowe przerzuty. Na ponowne wlewania chora się nie zgodziła.

U chorej, u której dr Sławiński dokonał próbnej laparatomii z powodu guza rozległego w jamie brzusznej (rozp. *Cystaden. multiloculare carcinomat. ex ovario ortum*) rozpocząłem w cztery tygodnie po operacji wlewania dożylnie 33% alk. po 150 cm³. Stan chorej był b. ciężki. Wyraźne objawy charłactwa, *ascites*. Rana jeszcze nie zasklepiła; bóle gwałtowne, słabo reagujące na narkotyki. Razem chora otrzymała 6 wlewań. Już po pierwszych wlewaniach bóle zupełnie ustały; rana zasklepiła się szybko; *ascites* znikł. Po dalszych trzech miesiącach chora zgłosiła się do mnie celem ponownego zbadania. Przybrała na wadze, blizna gładka, brzuch miękki, niebolesny. Samopoczucie jej było do tego stopnia dobre, że nie mogłem nakłonić jej do dalszych, profilaktycznych wlewań. Niestety, po 9-ciu miesiącach nastąpił nawrót. I zamiast powtórzenia leczenia alkoholem, chorą leczono jadem kobry i naświetlaniami Rtg. Pogorszenie nastąpiło do tego stopnia, że już *in extremis* przeprowadzone dwukrotne wlewanie alkoholu nie mogło powstrzymać zejścia.

U następnej chorej B. A., l. 44, stwierdzono w Inst. Radowym im. Marii Skłodowskiej-Curie w W-wie, gdzie przebywała na obserwacji od 14.III.35 r. do 16.III.35 r. *Ca mammae sin. cum metastasibus ad lymphogland. axill. sin., ad columnam vertebralem (pars lumbalis), ad sternum, ad costam sin. VI.* Po 5 wlewaniach 33% roztworu alkoholu po 150 cm³ zmniejszyły się w przeciągu 6 miesięcy wszystkie przerzuty z wyjątkiem przerzutu nad rękkością mostka. Guz sutka znikł prawie zupełnie. Nieznosne bóle, nie reagujące na narkotyki, ustąpiły już po pierwszych wlewaniach na przeciąg 5 miesięcy. Poza tym bezwład kurczowy prawej kończyny dolnej, wywołany przerzutem w części lędźwiowej kręgosłupa, znacznie się poprawił, a całkowita anestezja palców kończyn dolnych, spowodowana również przerzutem do kręgosłupa, znikła zupełnie.

Wspomnę jeszcze o jednym przypadku.

Przed czterema laty wezwany zostałem przez jednego z kolegów do chorej z guzem w jamie brzusznej, powodującym silne bóle i puchlinę brzuszną. Po wypuszczeniu płynu stwierdziłem u chorej *per vaginam* guz wielkości pięści, mało ruchomy, twardy, wychodzący najprawdopodobniej z prawego jajnika. Chora l. 48, w okresie przekwitania, ogólny stan bardzo ciężki. Tętno ledwo wyczuwalne, niemiernowe. Po pierwszym wlaniu 150 cm³ alk. etyl. bóle zmniejszyły się, i ogólny stan nieco się poprawił. Ogółem otrzymała chora 5 wlewań po 150 cm³ co trzeci dzień. Od tego czasu chora czuje się zupełnie dobrze. Aczkolwiek rozpoznanie w tym przypadku nie zostało ostatecznie ustalone, to ogłaszam go ze względu na jego przebieg.

W przytoczonych powyżej przypadkach widzimy niewątpliwy efekt leczniczy dożylnie podawanego alkoholu etylowego w raku. Wyniki tego leczenia nie mogą być raptowne, chociażby już dlatego, że tkanka nowotworowa ulec musi przy tym rozpadowi, wchłanianiu i przyswojeniu przez organizm — procesom, wymagającym, jak wiadomo, dużego okresu czasu.

Dawkowanie alkoholu w leczeniu raka nie zostało jeszcze ostatecznie ustalone. Stosowanie alkoholu w raku należy bezwzględnie okresowo powtarzać w celach profilaktycznych.

Dożylnie wlewanie alkoholu w raku jest metodą stosunkowo zbyt młodą, aby móc ją już teraz ostatecznie osądzić. W każdym bądź razie wyniki, otrzymane dotychczas tą metodą, choć skromne, tym nie mniej upoważniają nas do dalszego jej wypróbowania i udoskonalenia.

Muszę tutaj zaznaczyć, iż, poruszając zagadnienie leczenia nowotworów złośliwych, nie zamierzam bynaj-

mniej ogłosić światu środka leczniczego przeciwko rakowi, uważam natomiast za swój obowiązek podzielić się w gronie lekarzy wynikami dotychczasowymi, osiągniętymi omawianą metodą w leczeniu raka.

Bezradność lekarzy w przypadkach wznawiających się lub nienadających się już do zabiegu nowotworów, połączonych bardzo często z wielkimi bólami, nie ustępującymi zazwyczaj pod wpływem narkotyków — obowiązuje nas do wdzięczności za każdy, choćby najmniejszy postęp leczniczy na tym polu.

(Dok. nast.).

(Z Zakładu Rozpoznawczo-Leczniczego D-rów Róbina, Simchowicza, Fejgina i Mesza w Warszawie)

Przypadek amebiazy, zawleczony z Kuby do Polski.*)

Podali

Dr. W. RÓBIN i Dr. A. L. KENIGSBURG (Warszawa).

Dr. K. Jaroszewicz (Medycyna 1932 i P. Gaz. Lek. 1933) przedstawił na posiedzeniu Warszawskiego Kola Intern. Polskich w r. 1932 ciekawy przypadek.

Chora lat 26, panna, krawcowa, pochodząca z Polesia i tamże zamieszkała, zgłosiła się do kliniki 13.II.32 ze skargami na bóle brzucha, szczególnie w okolicy biodrowej prawej i lewej, biegunkę do kilkunastu wypróżnień na dobę, uczucie parcia na stolec, silne osłabienie i wychudzenie. Warunki materialne złe. Niski poziom higieny osobistej. W moczu białka 0,5, urobilina i urobilinogen wzmózone. We krwi czerw. ciałek 2.800.000, Hb. 58, wskaźnik barwny 1,03, leukocytów 10.500 (granulocytów 80%, w tym obojętnochłonnych podzielonych 34%, pałeczkowatych 19%, młodych 8%, metamyelocytów 12%, promielocytów 3%). Brak eozynofili. Ciepłota 37,2

Świeży kał, płynny, o woni gnilnej, alkaliczny: krew obecna, czerw. ciałek krwi od 5—15 w p. w. W kale obok jaj *ascaris lumbric.*, *trichoc. dispar* i *botrioceph. latus* stwierdzono pelzaki czerw. w. po 5—10 w p. w. Wielkość pelzaków od 25—30 mikronów, kształt okrągły lub jajowaty, jądro niewidoczne, ruch żywy.

Po śniadaniu kofeinowym $L=0$, $A=10$.

Przed tym chora leżała w szpitalu w Pińsku, i stan jej z każdym dniem się pogarszał.

Autor rozpoznał czerw. pelz. spowodowaną przez *entoamoeba histolytica*. Sekcja rozpoznania potwierdziła.

Dr. Jaroszewicz słusznie zaznacza, że chora musiała się zarazić przez kontakt z nosicielem cyst pelzaka (w otoczeniu chorej znajdowało się 2 osobników, przybyłych z Brazylii i Palestyny) i zwraca uwagę lekarzy na możliwość istnienia w Polsce tego cierpienia na skutek zawleczenia przez ożywiony ruch emigracyjny i imigracyjny z krajów o gorącym klimacie. Dodaje jeszcze, że, o ile chodzi o Polskę w dzisiejszych jej granicach, to, jak mu wiadomo z dostępnej literatury, przypadki czerw. pelz. nie były dotąd notowane.

Prof. Wagner, jeden z najlepszych znawców tej sprawy, w pracy wyczerpującej, p. t. „O czerw. pelz. i jej leczeniu na podstawie spostrzeżeń w Egipcie” (Medycyna 1935) dodaje: „Trudno dopuścić, aby Polska miała stanowić wyjątek spośród innych państw, z którymi sąsiaduje, i w których amebiaza zdarza się nierzadko — tym bardziej, że możliwość zawleczenia jej w ostatnim czasie znacznie wzrosła przez ożywiony ruch turystyczny do krajów południowych (Grecja, Palestyna, Egipt, Hiszpania, Portugalia, Ma-

rokko i t. d.), gdzie choroba ta grasuje w znacznych rozmiarach i przez rozwijającą się coraz więcej handlową żeglugę morską do różnych krajów”.

Pomimo to w piśmiennictwie polskim są stosunkowo rzadkie spostrzeżenia amebiazy w Polsce.

Dlatego podajemy następujący nasz przypadek:

Chora A. G., lat 33, zamężna, dietna, zamieszkała w Warszawie, zgłosiła się 25.X 1934 r. ze skargami na bóle w dołku na czczo i w pół godziny po jedzeniu, dość silne, budzące chorą w nocy i rozchodzące się do grzbietu.

Napadowych bólów nie miała. Bóle te trwały od roku. Poza bólami uskarża się na odbijania kwaśne i palenie w żołądku i przelyku — nietypowe, niezależne od jedzenia.

Wypróżnienia ma 2—3 razy dziennie miękkie. W stolcu widuje śluz, miewa często parcie na stolec. Mieszkała w ciągu kilku lat na wyspie Kubie i tam szereg lat cierpiała na jelita, właśnie na skłonność do biegunek, bóle, przelewanie w brzuchu i parcie.

Zresztą, jak twierdzi, na Kubie mnóstwo ludzi na to choruje, i u niej samej, zarówno jak i u jej męża przed rokiem stwierdzono na Kubie obecność ameb w kale i leczono ją stovarsolem, tymolem i t. d.

Z przedstawionych przez chorą kilku analiz kału, dokonanych na Kubie, widać istotnie, że zarówno u niej, jak i u jej męża, znajdowano twory, oznaczone nazwą „*amoeba cystica*”, — widocznie na tej wyspie endemiczne i uważane za zjawisko pospolite.

Mąż chorej jakoby został wyleczony, dziecko również na dolegliwości brzuszne nie uskarża się, u naszej chorej jednak pomimo leczenia skargi trwają.

Chora nie chudnie. Bezsenność. Przed rokiem wycięty prawy jajnik, 20 lat temu usunięty wyrostek robaczkowy.

Przy badaniu obiektywnym stwierdza się powiększoną i bolesną na opukiwanie wątrobę, również jest wrażliwa na palpację okolica dołka podsercowego i okolica pęcherzyka żółciowego.

Celem dokładniejszego wyjaśnienia sprawy chora otrzymała próbne śniadanie mleczne, przy czym stwierdzony został brak wolnego HCL, ogólna kwasota = 24; krwi, ani śluzu nie wykryto.

Badanie rentgenologiczne pęcherzyka żółciowego (cholecystografia) wykazało obecność kamienia w pęcherzyku żółciowym wielkości wiśni, — w żołądku natomiast zmian nie stwierdzono.

Tak więc bóle w dołku, na które chora się uskarżała, były najprawdopodobniej następstwem przewlekłego kamicznego zapalenia pęcherzyka żółciowego i nieżytu żołądka o upośledzonym wydzielaniu.

Ciekawe wyniki dało badanie kału. Kał był badany tuż po oddaniu w stanie świeżym. Stwierdziliśmy pod mikroskopem torbiele, twory o rysunku zbliżonym do owalu, w liczbie obfitej, ale nie poruszające się i nie dające się na szkiełku mikrosk. ożywić.

Kilkakrotne następne badania kału, przeprowadzone z konieczną tu ostrożnością, już nie wykazały tych tworów, z wyjątkiem jednego razu, kiedy znów udało się stwierdzić grupy nieżywe, o typie, jak poprzednio.

Rektoskopia nie stwierdziła w prostnicy owrzodzeń, tylko przekrwioną błonę śluzową, łatwo krwawiącą.

Badanie krwi wykazało: Hemogl. 70, erytr. 4.530.000, leuk 7.400, eoz. 2%, neutrofilów 53.

Rozpoznanie brzmiało: *Colitis chr. specifica ex amoebiasi (entoamoeba histolyt.)*. *Cholecystitis chr. calculosa*. *Gastritis subacida*.

Po zastosowaniu diety i wody Karlsbadzkiej stan chorej uległ nieznacznej poprawie, bóle w dołku osłabły, ale biegunka po krótkiej przerwie powróciła, stolce 2—3 razy dzien-

*) Przedstawiony w Pol. Tow. Gastroł. w dniu 24 kwietnia 1935.

nie ze śluzem i parciem, przy czym chora skarżyła się na parastezje w otworze stolcowym. Zaleciliśmy błękit metylowy, lek, który oddał nam duże usługi w swoim czasie w leczeniu chorych z *balantidium coli* (p. W. Róbin, 2 przypadki zapalenia okrężnicy, spowodowanego przez *balantidium coli*. Gaz. Lek. 1902 i W. Róbin. Dalsze 2 przypadki zapalenia okrężnicy, wywołane obecnością *balantidium coli*. Medycyna 1904).

Metyletblau stosowaliśmy *per os* i w ławatywach (głębokie płukanie jelit aparatem Broscha).

Chora bez poprawy wypisała się z Zakładu z poleceniem zjawiania się periodycznie celem zastosowania innych leków i kontroli kału.

Przypadek nasz zasługuje, naszym zdaniem, na uwagę z 2 względów:

1) ze względu na stosunkową rzadkość spostrzeganych w Polsce przypadków amebiazy (czy dlatego, że jest ona istotnie rzadka, czy też z powodu późnego badania kału, kiedy te bardzo wrażliwe na zimno i czas twory gęmą i nie mogą już być wykryte);

2) ze względu na pochodzenie z Kuby, gdzie choroba pełzakowa jest endemiczna i skąd została zawleczona do Polski.

Problem ten nabiera cech zagadnienia społecznego dlatego, że do Polski przybywa bardzo wielu reemigrantów z dalekich krajów i że tu stają się źródłem zarazy dla innych, jako nosiciele pasożytów.

Podajemy z piśmiennictwa pokrótce ważniejsze dane w poruszonyj sprawie.

Cytowany powyżej znakomity znawca spraw tropikalnych prof. Wagner (l. c.) pisze: „Amebiaza przejawia się w 2 postaciach: ostrej i przewlekłej. Ta ostatnia może występować jako następstwo ostrej formy, albo też być od początku przewlekłą, t. zw. „forme chronique d'emblee“ lub „forme méconnue“ autorów francuskich.

W postaci przewlekłej chory ma zaburzenia ze strony jelit dość łagodne, przejawiające się tylko periodycznie biegunką, bólami w brzuchu, bez krwi i większej ilości śluzu w kale, bez gorączki.

W postaciach amebiazy, od początku przewlekłych, bez ostrych początkowych objawów, przebieg może być jeszcze inny; ze strony przewodu pokarmowego objawy przewlekłego nieżytu lub „nerwicy“ — lekkie biegunki, zmieniające się na zaparcie stolca, stałe zaparcie, brak apetytu, ciężar w dołku, wzdęcie po jedzeniu, nudności, wyczuwalna i wrażliwa na ucisk wątroba, ogólne wyczerpanie, stan depresyjny.

Tacy chorzy leczą się nieraz całym latami, jeżdżą do wód mineralnych, aż póki który z lekarzy, więcej doświadczony w chorobach tropikalnych, nie domyśli się zbadać kał na obecność pełzaków“.

Powyzsze słowa wytrawnego autora winniśmy sobie dobrze zapisać w pamięci, bo ileż widzimy tego rodzaju przypadków i bądź nie myślimy o badaniu kału, bądź wykonywamy to badanie powierzchownie, bez koniecznych do wykrycia pełzaków ostrożności.

Spośród powikłań przewlekłej amebiazy Prof. Wagner wymienia pomiędzy innymi zapalenie pęcherzyka żółciowego. Petzetakis z Aleksandrii w 1924 r. opisał pierwszy przypadek pełzakowego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Znajdował nawet pełzaki w ropy z pęcherzyka żółciowego podczas operacji lub w wymiocinach żółciowych. Powołuje się na przypadki Talasopoulos, Tanon i Traubaud.

D'Aмато i inni znajdowali w przyp. zapalenia

pęcherzyka żółciowego torbiele pełzakowe w zawartości dwunastnicy, otrzymanej za pomocą zgłębnika.

Mamy zatem prawo przypuścić w naszym przypadku z wielkim prawdopodobieństwem związek przyczynowy sprawy pęcherzykowej z zakażeniem pełzakowym. Pacjentka na jelita zachorowała na Kubie znacznie wcześniej, niż na bóle żółciowe.

Mielibyśmy tu powikłanie pęcherzykowe (zapalenie błękitne z utworzeniem się kamieni), jako jedno z następstw amebiazy.

Taka koncepcja może być dla chorego ważna nie tylko pod względem teoretyczno-rozpoznawczym, ale i leczniczym. Zastosowanie bowiem leków, uważanych niemal za specyficzne, mogłoby jednocześnie dodatnio wpłynąć na cierpienie jelit i pęcherzyka żółciowego. Petzetakis np. twierdzi, że w jego przypadku emetyna usunęła natychmiast sprawę zapalną pęcherzyka żółciowego.

Czy amebiaza jest postacią naogół rzadką? Jak w innych krajach i jak u nas w Polsce?

Wyczerpującą odpowiedź na te pytania znajdujemy u Wagnera (l. cit.) i u innych autorów, w tej pracy wymienionych.

Według Sobhyego, w Kairze 50% pacjentów, zasięgniętych porady w szpitalu Kasr-el-Aini, choruje na amebiaze.

Rozpowszechniona jest na wyspach i wybrzeżach Morza Śródziemnego (Palestyna, Syria, Turcja, Grecja, Włochy, Hiszpania, Portugalia, Marokko, Tunis, Algier i t. d.).

Znaczne natężenie osiąga w Afryce Zachodniej i Wschodniej, w Ameryce Połudn. i Środkowej.

Do Europy dostaje się najczęściej przez wojska kolonialne (Francja, Anglia i t. d.) i spotyka się już nie sporadycznie, ale stosunkowo często.

Zdaniem np. Prof. Bauffle, amebiaza nie może być obecnie uważana tylko za chorobę egzotyczną, bo spotyka się ją we Francji w 10% schorzeń jelit.

Bensaude, Cain i Terrial (Arch. d. mal. d'app. diges. 1930) stwierdzili w okresie 3 lat w szp. St. Antoine w Paryżu 103 przyp. amebiazy. W Anglii ustala Prof. Ruge stosunek ten na 7—8%. W Niemczech Fischer (1920) podaje 1,7% czep. pełz. Toteż Carnot — Harvier — Friedel et Lardenois w szpitalu Beaujon w Paryżu, sumiennie badając kał u każdego chorego, wykrywali często pełzaki nawet u ludzi, którzy nigdy Francji nie opuszczali i nigdy zjawisk charakterystycznych dla tej choroby nie mieli.

Dlatego właśnie jest nie tylko pożądanym, ale koniecznym dokładne badanie kału, że nosiciele torbiele pełzakowych sami mogą nie chorować, ale zarażać innych.

Jak jest w Polsce? Mamy 2 prace Knappego (Dysenteria. W-wa. 1913 i Czerwonka pełzakowa. Podręcznik chorób zakaźnych — zeszyt 6 — W-wa, 1924), wspomnianą pracę D-ra Jaroszewicza (l. c.), D-ra Szymońskiego (choroby tropikalne. W-wa, 1934), Freyda i wreszcie Zel-Ziona (Gastr. Polska, 1931). I ci autorzy również stoją na stanowisku, że istnieje w Polsce duża możliwość zawleczenia tej choroby przez coraz bardziej ożywiony ruch emigracyjny i imigracyjny z krajów o gorącym klimacie.

Kto jest sprawcą zakażenia pełzakowego?

Jak wiadomo, pierwszy wykrył obecność w kale

pełzaków L ö s c h w Petersburgu w r. 1875 i opisał je pod nazwą „*amoeba coli*”. W kilka lat później R. K o c h, badając zmarłych na czerwonkę, znalazł w tkance jelita pełzaki.

Badania S c h a u d i n a 1903 (p. K n a p p e g o „Czerwonka pełzakowa”, 1924) dowiodły, że w jelitach ludzkich pasożytuje często pełzak nieszkodliwy, który został nazwany przez S c h a u d i n a „*entamoeba coli*”, w odróżnieniu od czerwonkowego pełzaka, który nazwał „*entamoeba histolytica*”.

Odróżniamy 2 stany ameb: stan wegetatywny i stan torbieli.

Jak następuje zakażenie? Najczęściej przez kontakt z nosicielem torbieli pełzaka. Z torbieli uwalniają się pełzaki pod wpływem soku jelitowego, przenikają do tkanki jelita grubego i powodują tam zmiany patologiczne.

Same pełzaki giną w soku żołądkowym kwaśnym. W braku jednak w. HCl w soku żołądkowym, jak w naszym przypadku, mogą, oczywiście, i one same dostać się do jelit, gdzie potęgują działanie szkodliwe torbieli.

W niektórych przypadkach dochodzi do owrzodzeń i nawet do przebicia otrzewnej. Uszkodzenia te pod pewnymi względami są analogiczne do uszkodzeń, powodowanych przez *balantidium coli*, opisanych przez mnie w r. 1902 i 1904 (l. c.).

Wielkie znaczenie dla zakażenia wzajemnego posiada, jak zwykle, stan sanitarny kraju i warunki higieniczne indywidualne. Woda i produkty spożywcze są głównymi pośrednikami w przeniesieniu zakażenia amebami.

Sfery niezamożne dłużej łatwiej podlegają skutkom amebiazy i stają się nosicielami pełzaków.

Jaka jest terapia tego rodzaju przypadków? W ostrych postaciach na pierwszym miejscu emetyna (*emetinum hydrochloricum*) — w postaci zastrzykiwań podskórnych 0,04—0,08 dziennie — według W a g n e r a działa, jak czarodziejska różdżka — wydziela się przez śluzówkę jelita grubego i niszczy pełzaki.

Zastrzykiwania radzi powyższy autor stosować w ciągu 6—8 dni i zaczynać od dawek małych, gdyż bywają przypadki idiosynkrazji względem emetyny. Ostrożność konieczna u hipotoników, u gruźlików. Zdarzają się wypadki zapaści.

W sprawach przewlekłych emetynę należy stosować 2 — 3 razy tygodniowo w dawkach mniejszych (0,02—0,03 — 3 dni z rzędu z przerwami od 4 do 7 dni).

W przerwach wskazane są: stovarsol i Yatren 105 (lawatywy z 200—300 ccm. 1,5—3% roztworu) — Rivanol (doustnie 0,03—0,05 — 3 razy dziennie lub lawatywy 1:3000).

PISMIENNICTWO.

1. Jaroszewicz. Medycyna. 1932 i Pol. Gaz. Lek. 1933.
2. Prof. K. Wagner. Medycyna. 1935.
3. Petzetakis. Presse Méd. 1924 i Commun. au Congrès Intern. de Méd. tropicale (1928).
4. D'Amato — cyt. u Tanon. Les maladies tropicales. Le Monde Méd. 1928.
5. Petzetakis. La Presse Méd. 1925.
6. Sobhy. Amoebiasis. Cairo. 1927.
7. Bauffle. Revue. Méd. de la Fr. — Comté. 1930.
8. Carnot, Harvier, Friedel et Lardenois Les colites. Paris. 1923.
9. Knappe. Dysenteria. Warszawa. 1915.
10. Knappe. Czerwonka pełzakowa. Warszawa. 1924.
11. Szymoński. Choroby tropikalne. Warszawa. 1934.
12. Freyd. Gastrologia Polska. 1932.
13. Zel-Zion. Gastrologia Polska. 1931.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O roli przysadki mózgowej w powstawaniu cukrzycy.

Podał

Jakub PENSON (Warszawa).

Wobec wielkich sukcesów w leczeniu cukrzycy insuliną uważano do niedawna, że każda cukrzyca jest pochodzenia trzustkowego; badania na zwierzętach zdawały się potwierdzać to zapatrywanie. Różnorodny przebieg kliniczny cukrzycy tłumaczono mniejszym lub większym stopniem niewydolności trzustki. Doświadczenie kliniczne ostatnich lat nasunęło jednak przypuszczenie, że regulacja przemiany materii węglowodanów nie odbywa się wyłącznie w trzustce.

Doświadczenie, nabyte w stosowaniu insuliny, wskazuje, że cukrzyca nie przedstawia jednolitej jednostki chorobowej. Można wyodrębnić dwa zasadnicze typy, które wykazują znaczne różnice w objawach klinicznych, w przebiegu i rokowaniu. Dla odróżnienia wspomnianych typów cukrzycy różni autorzy podają mniej lub więcej skomplikowane metody badawcze. Do najważniejszych należą następujące: 1) próba R a d o s l a v a, polegająca na badaniu krzywej cukru po wstrzyknięciu określonej dawki insuliny na czczo, 2) metoda F a l t y oznaczania zapotrzebowania na insulinę. Polega ona na określeniu dawki insuliny, przy

której znika cukromocz chorego, będącego na standardowej diecie. Sposób ten pozwala porównywać zapotrzebowanie insuliny w różnych przypadkach cukrzycy oraz u tego samego osobnika w różnych okresach choroby; wreszcie 3) metoda przerwy w podawaniu insuliny: w czasie leczenia przerywa się wstrzykiwania insuliny na jeden lub dwa dni, podczas których bada się zawartość cukru we krwi i w moczu.

Jeden typ cukrzycy występuje głównie u osób młodych. Cechuje go głębokie zaburzenie przemiany węglowodanów. Przypadki tego rodzaju, nie leczone insuliną, prowadzą do szybkiego wyniszczenia ustroju, do śpiączki i do zejścia śmiertelnego. Za pomocą insuliny łatwo zostaje przywrócony stan równowagi. Każdy nadmiar insuliny prowadzi tu do wstrząsów hipoglikemicznych, nagłe zaś zmniejszenie dawki lub przerwanie podawania insuliny w okresie, kiedy (przy diecie standardowej) chory jest odcukrzony, powoduje natychmiastowy nawrót zaburzenia przemiany węglowodanów w całej rozciągłości. Już na drugi dzień po wyłączeniu insuliny zjawia się obfity cukromocz, poliuria, ketonuria oraz ogólne pogorszenie stanu chorobowego aż do objawów przedśpiączkowych włącznie. Określona uprzednio dla danego chorego przy standardowej diecie liczba jednostek insuliny daje natychmiast szybką poprawę.

Opisany typ cukrzycy ma więc charakter choroby, zależnej od wypadnięcia czynności narządu, co zostaje skompensowane przez odpowiednią dawkę insuliny. Stosowanie insuliny stanowi tu leczenie substytucyjne, analogicznie do leczenia obrzęku śluzakowatego tyreoidyną, gdzie określona dawka preparatu tarczycy usuwa objawy obrzęku śluzakowatego, nadmierna zaś wywołuje objawy nadczynności tarczycy.

Drugi typ cukrzycy, odznaczający się, w przeciwstawieniu do pierwszego, małą wrażliwością na insulinę — raczej insulinopornością, charakteryzuje się łagodnym przebiegiem. Występuje przeważnie u osób starszych z nadciśnieniem krwi i otyłością, po wygaśnięciu czynności gruczołów płciowych. Cukromocz i hiperglikemię stwierdza się u tych chorych b. często zupełnie przypadkowo. Wymagają oni do odcukrzenia dużych dawek insuliny, często niepomiarne większych od stosowanych w przypadkach cukrzycy pierwszego typu. Nagła przerwa w podawaniu insuliny nie pociąga za sobą pogorszenia stanu chorego, nie stwierdza się również wzrostu cukromoczu, ani zjawienia się ciał ketonowych we krwi i w moczu. Przebieg tego rodzaju cukrzycy trwa całymi latami, nie powodując wyniszczenia ustroju; w większości przypadków nie daje ketonurii pomimo nieprzestrzegania diety i nigdy nie doprowadza do stanu śpiączkowego.

Dwa wyżej wspomniane typy cukrzycy zarysowały się jeszcze przed erą insulinową; doświadczenia jednak, poczynione przy pomocy insuliny, wykazały, jak głębokie istnieją różnice między tymi zespołami chorobowymi. Większość autorów przypisuje typ I — wrażliwy na insulinę — czystej niedomodze wysepek trzustkowych, typ II — insulinoporny — wzmoczonej czynności gruczołów dokrewnych, działających przeciwnie do stosunku do trzustki (przysadka mózgowa, tarczyca, nadnercza i gruczoły płciowe). Omawiany typ cukrzycy byłby więc chorobą z powodu nadczynności, a nie upośledzenia wydzielania, jak w cukrzycy pochodzenia trzustkowego.

Dane doświadczalne, przemawiające za udziałem przysadki w przemianie węglowodanów u zwierząt.

Badania ostatnich lat zwróciły uwagę na działalność przysadki mózgowej. Okazało się, że przysadka, zwłaszcza jej płąt przedni, wydziela rozmaite hormony, wywierające znaczny wpływ na rozwój fizyczny i psychiczny oraz na czynności rozrodcze ustroju. Przekonano się również, że przysadka stanowi narząd centralny w konstelacji gruczołów dokrewnych, że wytwarza szereg hormonów, odgrywających pierwszorzędą rolę w regulacji czynności pozostałych gruczołów. Do tego rodzaju hormonów należą tyreotropowy, adrenotropowy i kontrainsularny. Rzecz jasna, że w ten sposób przysadka nabiera ważnego znaczenia również dla przemiany materii.

Doświadczenia Hussaya, jego uczniów i innych autorów (Borms, Regan, Long, Lukens) wykazały wybitny wpływ przysadki mózgowej na przemianę węglowodanów. Wszczepienie przedniego płata przysadki lub wstrzykiwanie dużych dawek wyciągu z przedniego płata wywołują u psów ciężką cukrzycę. Już po paru dniach stwierdza się podniesienie poziomu cukru, nadmiar lipidów, cholesteryny i jodu we krwi, glikozurię, ketonurię, wzrost metabolizmu i oporność na insulinę. Wzmoczenie metabolizmu i zawartości jodu we krwi spowodowane jest pobudzeniem tar-

czycy przez hormon tyreotropowy, zawarty w wyciągach przedniego płata przysadki; u psów, bowiem, pozabawionych tarczycy, nie stwierdza się wzrostu metabolizmu po wstrzykiwaniu wyciągów z przysadki; pozostałe natomiast objawy są takie same, jak u psów z zachowaną tarczycą. Psy z cukrzycą doświadczalną (po wycięciu trzustki) wykazują znaczne pogorszenie obrazu chorobowego pod wpływem wstrzykiwania wyciągów przysadki; wycięcie natomiast przysadki daje znaczną poprawę przemiany węglowodanów; pies taki, bowiem, żyje do 6 miesięcy bez wstrzykiwań insuliny; rozwój cukrzycy postępuje powoli, spadek na wadze jest nieznaczny, czasem nawet stwierdza się niewielki przyrost wagi, glikemia i cukromocz są o wiele niższe, niż u psów z zachowaną przysadką.

Z powyższych badań wyciągnąć można bezspreczynny wniosek, że nadczynność przysadki mózgowej u zwierząt prowadzi do hiperglikemii, cukromoczu, ketonurii, słowem — do zespołu, cechującego cukrzycę; niedoczynność zaś idzie w parze z poprawą tolerancji węglowodanów.

Nie ma dotąd ujednostajnionego poglądu na mechanizm działania harmonu przysadki. Nie wiadomo, czy hormon ten, niewątpliwie działający przeciwnie do insuliny, zmniejsza jej wydzielanie, czy też zubożnia ją. Lucke i jego współpracownicy oraz Wilder i Wilbur sądzą, że przedni płąt przysadki wydziela hormon kontrainsularny, który dostaje się do płynu mózgowo-rdzeniowego i działa na ośrodki mózgowe, regulujące gospodarkę węglowodanów; ośrodki te z kolei poprzez układ sympatyczny aktywują nadnercza, co prowadzi do hiperglikemii. Za poglądem tym przemawia fakt, że farmakologiczne lub mechaniczne uszkodzenie włókien nerwu sympatycznego pociąga za sobą zahamowanie kontrainsularnego działania wyciągów z przedniego płata przysadki.

Dane kliniczne, przemawiające za udziałem przysadki mózgowej w przemianie węglowodanów.

Obserwacje kliniczne przemawiają za tym, że schorzenia, przebiegające z nadczynnością przedniego płata przysadki, b. często wywołują zaburzenia równowagi przemiany węglowodanowej w kierunku cukrzycy jawnej lub utajonej. Np. na 100 przypadków akromegalii Davidoff i Cushing stwierdzili w 25% — cukromocz, a w 12% — wyraźną cukrzycę. Po operacji przysadkowej w przebiegu akromegalii objawy cukrzycy ulegają osłabieniu. Bardzo ważną cechą cukrzycy, towarzyszącej akromegalii, jest zmienność jej nasilenia (Joslin). Obserwacja kliniczna przebiegu akromegalii poucza, że obok długotrwałych okresów zupełnego spokoju zjawiają się nagle t. zw. fale akromegalizmu; wtedy również cukrzyca wykazuje pogorszenie w postaci wzrostu glikemii i glikozurii. W okresie natomiast „ciszy przysadkowej“ cukrzyca poprawia się, a nawet czasem zupełnie się cofa pomimo nieprzestrzegania diety i niestosowania insuliny. Joslin np. opisuje przypadek akromegalika, który przed 12 laty przechodził operację przysadkową; zabieg ten zwolnił chorego od objawów uciskowych; jednak od czasu do czasu chory miewa nasilenia akromegalii; wtedy też zjawia się hiperglikemia i cukromocz.

Joslin twierdzi, że wyleczenie cukrzycy może mieć miejsce jedynie wtedy, gdy cukrzyca posiada wybitne „piętno przysadkowe“.

Również inne guzy przysadki, jak np. adenoma

basophilicum czyli choroba Cushinga, przebiegają b. często z hiperqlikemią i cukromoczem.

Analogicznie do wyniku doświadczeń na zwierzętach zespoły kliniczne, przebiegające z niedomogą przedniego płata przysadki, wykazują prawie zawsze niski poziom cukru we krwi, dużą tolerancję na węglowodany i nadmierną wrażliwość na insulinę. Zwrócili na to uwagę Cushing i Maranon w zespole Froehlich'a, w chorobie Simmondsa i w *dystrophia adiposogenitalis*.

Joslin uważa, że moment przysadkowy, mniej lub więcej zaznaczony, istnieje w każdej cukrzycy, niezależnie od jej charakteru, czy wieku chorego. Wzmoczone pragnienie i poliuria są, zdaniem Joslina, objawami przysadkowymi. Przemawiają za tym od dawna znane spostrzeżenia (Naunyn i Noorden), że niektórzy diabetycy oddają b. dużo moczu i dużo piją pomimo ustąpienia cukromoczu. Na udział przysadki w zespole cukrzycy wskazują również przypadki, gdzie obok cukrzycy rozwija się obraz *diabetes insipidus* (Allan i Rowntree, Lawrence i McCance). Joslin zwraca też uwagę, że u osób dorosłych przed zapadnięciem na cukrzycę często rozwija się otyłość, u dzieci w wielu przypadkach obserwuje się nienormalnie szybki postęp wzrostu.

Czy istnieje cukrzyca pochodzenia przysadkowego?

Jak wspominaliśmy wyżej, komórki przysadki wydzielają cały szereg hormonów o bardzo rozległym wpływie na poszczególne narządy i funkcje ustroju; toteż zaburzenie czynności przedniego płata przysadki wywołać może cały szereg wielobarwnych obrazów klinicznych.

Do zrozumienia roli przysadki mózgowej w patologii ludzkiej w dużej mierze przyczyniły się obserwacje i badania nad gruczolakami przysadki. Jak stwierdzono, utkanie tych guzów składa się przeważnie z jednego gatunku komórek, normalnie znajdujących się w przednim płacie przysadki.

Gruzołaki z komórek chromofobowych zasadniczo nie mają znaczenia sekrecyjnego, lecz są niebezpieczne jedynie z powodu wywierania ucisku miejscowego. Gruzołaki, zbudowane z komórek kwasochłonnych, powodują gigantyzm i akromegalię. Wreszcie gruczolaki, utworzone z komórek zasadochłonnych, wywołują zaburzenia sfery płciowej. Nigdy jednak nie spotyka się czystych obrazów chorobowych. Np. w akromegalii, obok zaburzeń wzrostu, stwierdza się objawy dystrofii gruczołów płciowych, często — cukrzycę. W chorobie Cushinga, która ma zależeć od gruczolaka bazofilnego, obok zmian w czynności gruczołów płciowych stwierdza się otyłość, hiperqlikemię i nadciśnienie krwi. Fakty te dają się wytłumaczyć tym, że gruczolak, składający się z jednego gatunku komórek, przez ucisk na pozostałe elementy przysadki powoduje zaburzenia w ich czynności i rozmaite związane z tym objawy.

Obrazy kliniczne podobne do spostrzeganych w przebiegu gruczolaków przysadki, lecz o znacznie mniejszym nasileniu objawów, występują w nadczynności przysadki mózgowej bez współistnienia guzów.

Wspomniane poprzednio doświadczenia na zwierzętach i obserwacje kliniczne przemawiają niewątpliwie za tym, że przysadka mózgowa wydziela hormon, działający przeciwnie względem insuliny, czyli — bezpośrednio lub pośrednio kontroluje przemianę węglowodanów. Istnieje więc teoretyczna możliwość, że nadczynność przysadki może przede wszystkim dotyczyć pro-

dukcji hormonu kontrainsularnego i w ten sposób prowadzić do cukrzycy przysadkowej.

Wielu autorów (Chabanier, Kylin, Wesselow, Griffiths) sądzi, że jednym z obrazów nadczynności przysadki bez gruczolaka jest cukrzyca osób starszych, otyłych, z mniejszym lub większym nadciśnieniem krwi. Autorzy ci podkreślają, że przebieg tego rodzaju cukrzycy jest zupełnie odmienny od ciężkiej cukrzycy wieku młodocianego. Nawet sama obserwacja kliniczna wskazuje, iż są to dwie różne jednostki chorobowe, które poza hiperqlikemią i cukromoczem nie mają ze sobą nic wspólnego i właściwie niesłusznie objęte są wspólną nazwą cukrzycy.

Jeszcze raz zaznaczyć należy, że cukrzyca osób otyłych starszego wieku nigdy prawie, nawet w razie ciężkich powikłań, nie prowadzi do acetonurii i stanów przedśpiączkowych. Mieliśmy okazję obserwować u osób otyłych z cukrzycą w wieku ponad 50 lat parę przypadków rozległego karbunkułu (czyrak gromadny) z wysoką gorączką i ciężkim ogólnym stanem posocznicy, a jednak nie stwierdziliśmy ani razu acetonurii, ani skłonności do śpiączki, pomimo tego, że chorzy ci przed przybyciem do szpitala albo wcale nie otrzymywali insuliny lub tylko w niedostatecznej ilości.

Za udziałem przysadki w powstawaniu łagodnej cukrzycy wieku starszego przemawia również fakt, że schorzenie to występuje w okresie wygaśnięcia życia płciowego. Wiadomo zaś, że wyłączenie funkcji narządów płciowych na skutek kastracji, czy przekwitania zawsze pociąga za sobą reakcję ze strony przysadki w postaci jej nadczynności. Również w okresie ciąży, kiedy równowaga gruczołów dokrewnych zostaje zakłócona, stwierdza się nadczynność przysadki mózgowej, objawiająca się w postaci jakby poronnej akromegalii, w skłonności do nadciśnienia, hiperqlikემii i cukromoczu.

Przyjmując, że niektóre przypadki cukrzycy osób starszych związane są z nadczynnością przysadki, należy również oczekiwać w ich obrazie klinicznym objawów, świadczących o nadmiarze i innych hormonów przysadki, jak tyreotropowy, adrenotropowy, paratyreotropowy, hormon wzrostu i t. d. Kylin np. w b. wielu przypadkach samoistnego nadciśnienia krwi z hiperqlikemią obserwował cechy akromegalii i objawy tyreotoksyczne; poza tym otyłość, tak często towarzyszącą cukrzycy u osób starszych, również uważa za objaw przysadkowy. Kylin sądzi, że niektóre hormony przysadkowe zostają wydzielone do 3 komory mózgowej; przemawiają za tym badania anatomiczne, które stwierdziły istnienie przewodu, łączącego tylny płatek przysadki z *recessus infundibuli*. Kylin w paru przypadkach osób zmarłych z nadciśnieniem i cukrzycą przez ostrożne wypłukiwanie *recessus infundibuli* uzyskiwał płyn o dużej zawartości prolanu, hormonu hiperqlikemicznego i kortikotropowego. Zdaniem Kylina, istnieje postać nadczynności przysadki, polegająca głównie na nadmiernej produkcji hormonu, wzmagającego ciśnienie krwi, i hormonu kontrainsularnego.

Zaznaczyć należy, że choroba Simmondsa, zależna od niedoczynności przysadki, przebiega zawsze z hipotonią i hipoglikemią.

Interesujące doświadczenia robili Wesselow i Griffiths, aby wykazać, że we krwi niektórych chorych na cukrzycę krąży hormon kontrainsularny. Autorzy ci wstrzykiwali królikom podskórnie po 10 cm³ osocza krwi ludzi zdrowych i chorych na różne postaci cukrzycy. W trzy godziny po wstrzyknięciu osocza po-

dawano królikom insulinę dożylnie i badano glikemię co 15 minut w ciągu godziny. Trzy dni przed tą próbą prze-rabiano krzywą insulinową dla kontroli.

Okazało się, że po wstrzyknięciu osocza krwi ludzi zdrowych lub chorych na ciężką cukrzycę młodocianą nie stwierdzano różnicy w przebiegu krzywej poinsulinowej; natomiast osocze krwi osób starszych, otyłych, z nadciśnieniem i cukrzycą powoduje wybitną zmianę krzywej insulinowej u królików w tym sensie, że spadek glikemii po insulinie zostaje b. wcześnie zatrzymany; już po 15 minutach od wstrzyknięcia insuliny glikemia zaczyna narastać, a po godzinie jest znacznie wyższa, niż na początku doświadczenia.

Wobec tego, że dodatni wynik próby autorzy otrzymywali po wstrzyknięciu małej dawki krwi (10 cm³ osocza), należy przyjąć, że stężenie owej czynnej diabetogennej substancji we krwi jest dość duże.

Wyjaśnienie interesującego zagadnienia cukrzycy przysadkowej wymaga dalszych badań i obserwacji. Ma ono b. ważne znaczenie praktyczne, a zwłaszcza lecznicze.

Leczenie winno dążyć do zmniejszenia aktywności przysadki, co najlepiej dałoby się osiągnąć przez naświetlanie przysadki promieniami Roentgena. Próby tego rodzaju robili Hutton i Merle i uzyskali zachęcające wyniki. Przedwcześnie jednak byłoby wy-

ciągać stąd jakiegokolwiek wnioski ze względu na szczupłość materiału.

Niektórzy autorzy (Chabanier, Puech, Lobo-Onell, Lelu) posuwają się tak daleko, że dokonywają chirurgicznego zabiegu na przysadce w celu leczenia niektórych postaci cukrzycy.

Pamiętać należy, że przemiana węglowodanów jest procesem wielce skomplikowanym, zależnym od ściślej współpracy ośrodków mózgowych, układu nerwowego roślinnego i gruczołów dokrewnych. Być może, że uda się na zasadzie nowych badań i doświadczeń wyodrębnić w łańcuchu cukrzyc nową jednostkę chorobową, a mianowicie cukrzycę przysadkową o cechach specjalnych, wyżej omówionych.

PIŚMIENNICTWO.

1. Mc. Cance, Lawrence. The Lancet 1. 1933.
2. H. Chabanier, P. Puech, C. Lobo-Onell, E. Lelu. La Pr. Méd. Nr. 47—49, 1936.
3. H. Cushing, Davidoff. Arch. of. Int. Med. T. 39, 1927.
4. H. Cushing. Arch. of. Int. Med. T. 51, 1933.
5. B. A. Hussay. Klin. Woch. Nr. 20, 1933.
6. E. P. Joslin. The Treatment of Diabetes mellitus. 1935.
7. E. Kylin. Wiener Klin. Woch. Nr. 43, 1935.
8. T. Mainzer. Schw. Med. Woch. Nr. 5, 1935.
9. H. Ulrich. Arch. of. Int. Med. T. 43, 1929.
10. O. Wesselow, W. J. Griffiths. The Lancet. T. 1, 1936.

O c e n y k s i ęż e k .

Prof. Dr. Stanisław CIECHANOWSKI. Zbiór prac z Zakładu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wymieniony w nagłówku zeszyt zawiera cały szereg przyczynków i bardzo interesującą i starannie opracowaną kazuistykę. Z badań doświadczalnych — Reissa badania nad doskórnym wchłanianiem tłuszczów i lipidów, Kowalczykowej — badania nad zmianami miejscowymi i usposobieniem ogólnym w nowotworach sztucznie wywołanych oraz Starzewskiego i Syrka badania nad zmianami w nadnerczach w odczynie ciężowym Friemanna. Z prac o szerszym zakresie należy wymienić Wyrobka „Charakterystykę morfologiczną endemicznego wola w Krakowie i okolicy” oraz Liebeskinda badania nad kiłą wrodzoną w obrazie klinicznym i sekcyjnym w Krakowie. Całość tomu świadczy o szerokim zakresie zainteresowań i intensywnej pracy w Krakowskim Zakładzie Anatomii Patologicznej. M. P.

F. LUST. Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. Neunte, neu bearbeitete Auflage. 1936. Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien.

Ostatnie, dziewiąte wydanie popularnego podręcznika Lusta, z którego niżej podpisany już dwukrotnie w latach poprzednich zdawał sprawę na łamach „Warszawsk. Czasop. Lekarskiego”, przynosi cały szereg uzupełnień i przeróbek w związku z postępem medycyny pediatrycznej w ostatnich czasach. Z punktu widzenia potrzeb lekarza praktyka na szczególną uwagę zasługuje znaczne rozszerzenie działu leków, przeznaczonych dla dzieci, z uwzględnieniem środków najnowszych (np. Cebion, Prolan, Prontosil i t. d.). Poza tym wprowadzono nowy rozdział, poświęcony klimatoterapii dziecięcej: szczegółowo sporządzone tablice dokładnie informują lekarza o zakładach leczniczych dla dzieci w Austrii, Niemczech i Szwajcarii.

A. Festensztat.

Dr. Béla BONYHARD. Die Indikationsstellung für die partielle Prothese. Urban & Schwarzenberg (Berlin — Wien. 1936. Stron 40, rys. 37).

Dostawki częściowe — to najtrudniejsza dziedzina prote-

tyki dentystycznej. Złożone z opartych na płycie podstawowej zębów, umocowane zaś na paru zębach własnych, przenoszą one ciśnienie na szczękę w sposób dwojaki: przez błonę śluzową i przez korzenie zębów, na których się trzymają. Zbyt wielkie ciśnienie na śluzówkę wytwarza bowiem bolesne odleżyny, przeciążenie zaś zębów własnych, aczkolwiek często nie zaraz, prowadzi zawsze do rozchwiania i utraty filarów. Używając rozmaitych rodzajów uchwytów, na których umocowuje się dostawki na zębach własnych, oraz zmieniając odpowiednio wielkość płyt podstawowych, można w bardzo znacznym stopniu dowolnie rozkładać ciśnienie na śluzówkę i na filary. Pod tym względem rozróżnić należy kilka zasadniczych typów dostawek częściowych. Przede wszystkim więc mosty tak stałe, umocowane na cemencie, jak i zdejmowane, oparte na precyzyjnych zasuwach, ciśnienie zarówno pionowe (w kierunku osi zębów), jak i poziome przenoszą całkowicie na zęby — filary, gdyż z błoną śluzową prawie się nie stykają. Mosty wymagają filarów mocno osadzonych i mogą być stosowane jedynie do przerw w szeregu uzębienia, obejmujących nie więcej, niż 3 zęby. Nie można więc nimi wypełniać przerw z obawy przeciążenia filarów, jako też stosować w przypadkach braku zębów końcowych, gdyż muszą być one podparte ze stron obu. Najbardziejie do mostów są zbliżone dostawki siodełkowe. Posiadają one płytki stosunkowo małe, t. zw. siodełka i są połączone z zębami własnymi w sposób sztywny, półsztywny i całkiem luźno. Do zakotwiczeń sztywnych nadają się różne typy zasów z hamulcami, jakoteż t. zw. korony teleskopowe lub podwójne, złożone ze zwykłej korony o bokach graniastosłupowych lub cylindrycznych i takiejże, obejmującej je na całym obwodzie szerokiej nierozciątej, nasuwanej klamry z kawałkiem żującej powierzchni, jako hamulcem, nie pozwalającym dostawce zbyt silnie cisnąć na śluzówkę. Tego rodzaju dostawki, aczkolwiek opierają się na dziąśle, jednak cały ciężar ciśnienia przenoszą prawie wyłącznie na zęby oporowe, wymagają więc zębów mocno osadzonych. Można jednak zastosować połączenia półsztywne,

powiększając jednocześnie rozmiary płytki dla ochrony dziąsła przed zwiększonym w ten sposób uciskiem. Zakotwiczenia półsłzywe składają się i z klamer tak wykonanych, że mogą się one w stosunku do otaczanych zębów nieco poruszać, przy czym ruch ten może być jedno- lub wielokierunkowy. Zakotwiczenia półsłzywe można wykonać, łącząc z dostawką nieruchome klamry za pomocą sprężyn: im sprężyna taka będzie sztywniejsza, tym bardziej będzie obciążała zęby, i, przeciwnie, sprężyny wiotkie przeważną część ucisku przenoszą na błony śluzowe, wymagają więc w konsekwencji płytek podstawowych większych. Zakotwiczenia luźne służą jedynie do utrzymania dostawki *in situ*, bardzo mało obciążają zęby własne, a całe ciśnienie zucia przenoszą wyłącznie na błonę śluzową. Z powyższego możnaby było łatwo wyciągnąć mylny wniosek, że najlepiej stosować stale duże płyty: uniknie się napewno przeciążenia zębów oporowych. Nie bywa to jednak możliwe, jeśli nie zachodzi konieczność, gdyż płyty duże są dla noszących wielce nieprzyjemne, poza tym istnieją w jamie ustnej takie miejsca, których przykrywać nie można: do tych należą przede wszystkim miejsca przyczepu wszelkich mięśni, które, przęcając się, będą płytkę od podłoża odpychały. Dalej należy omijać fałdy błonowe, gdyż ucisk na nie powoduje zawsze bolesne odleżyny. Nie należy również przykrywać płytką przyzębnego brzegu dziąsła, ponieważ płytka, osiadając wskutek zwykłego zaniku szczęki, będzie je uciskała i odrywała od zęba, powodując zanik dziąsła, rozchwianie i wypadanie odpowiednich zębów. Najwięcej pod tym względem ostrożności wymagają dostawki dolne: z jednej strony szczupłość podłoża w porównaniu ze szczęką górną, z drugiej wrażliwość na przebiegający dołem łącznik, o który stale ociera się język, zmuszając projektodawcę do stosowania materiału mocnego, umożliwiającego zmniejszenie wymiarów grubości łącznika podjęzykowego *ad minimum*. Do niedawna materiałem tym było wyłącznie złoto i platyna, metale drogie, nie dla wszystkich dostępne. Obecnie stosuje się stal chromo-niklową nierdzewną *Wipla*, która, jako o wiele mocniejsza i wytrzymalsza od wymienionych metali szlachetnych, pozwala na formowanie łączników stosunkowo bardzo cienkich, które, będąc umieszczone odpowiednio, są zupełnie niewyczuwalne. W pracy omawianej autor udawadnia, że przy projektowaniu dostawek częściowych należy dążyć do oszczędzania zębów od szkodliwego działania dostawki, starając się jednocześnie uczynić projektowaną dostawkę jaknajmniej dla noszącego. Dodać należy, że książka pod względem zarówno treści, jak i formy odpowiada wszelkim wymaganiom.

Leopold Brenneisen.

Prof. Dr. Max GUNDEL. **Die aktive Schutzimpfung gegen Diphtherie.** (Berlin, 1936, R. Schoetz, Vrl. str. 216).

Bibliografia z zakresu immunizacji przeciwbłoniczej jest dziś bardzo bogata, co wiąże się z imponującym rozwojem akcji szczepiennej we wszystkich niemal krajach cywilizowanych. Tym niemniej opracowań źródłowych, opartych na dużym materiale statystycznym, obejmujących całokształt zagadnienia, wyszło dotychczas stosunkowo niewiele. Do tego rodzaju doskonałych monografii zaliczyć należy świeżo wydane sprawozdanie *Gundla*. Ze względu na doniosłość i u nas profilaktyki błoniczej — jak wiadomo, Warsz. Tow. Med. zapobiegawczej od kilku lat prowadzi akcję szczepienną na terenie Warszawy i szczepienia są obecnie obowiązkowe — warto zapoznać się bliżej z pracą Niemców w tym zakresie. Książka prof. *Gundla* ułożona jest nader przejrzysto. Składa się z następujących rozdziałów: I) część ogólna, II) organizacja szczepień w Niemczech, III) opracowanie wyników szczepień, IV) wnio-

ski ostateczne. W części ogólnej autor omawia wzrost zachorowalności na błonicę w Niemczech w ciągu lat ostatnich. W roku 1934 notowano 100.000 zachorowań i 6.400 zgonów na błonicę, w roku 1935—180.000 zachorowań i 7.800 zgonów. Ten stan rzeczy zaktualizował sprawę zapobiegania. Zarządzenia sanitarne okazały się niewystarczające, zresztą, izolacja milionowej rzeszy nosicieli jest nie do pomyślenia. Zdecydowano się na przeprowadzenie rozległej kampanii szczepiennej, której kierownictwo Min. Spr. Wew. powierzyło *Gundlowi*. Kampanię przeprowadzono w końcu 1934 r. i w pierwszym kwartale 1935 r. Objęła ona zachodnie prowincje Rzeszy. Autor analizuje różne rodzaje szczepionek i dochodzi do wniosku, że najlepsza jest anatoksyna *Ramona*. Dzieci przedszkolne szczepiono 3-krotnie anatoksyną w odstępach 8-odniowych, dzieci w wieku szkolnym i starsze uodporniano szczepionką TA lub TAF ze względu na mniejsze odczyny tych szczepionek. W następnym z kolei rozdziale autor omawia kwestję organizacji szczepień w Niemczech. Wychodzi z zasady, że uodporniać należy wszystkie dzieci. Kampanię szczepienną finansowały Min. Spr. Wewn., odnośnie gminy, Kasy chorych i t. d. Przeciętny koszt 3-krotnego szczepienia jednego dziecka łącznie z wydatkami administracyjnymi wyniósł około 1 RM. Organizację szczepień w każdym okręgu, czy mieście ustalano w porozumieniu z lokalnymi władzami administracyjnymi. Związki lekarzy zaofiarowały się ze swą pracą bezpłatnie i mobilizowały do akcji wszystkich swych członków. Również personel pomocniczy pracował przeważnie honorowo. Dzieci szkolne szczepiono w szkołach, przedszkolne i pozaszkolne w oznaczonych lokalach. Dzięki sprężystej organizacji akcja w każdej miejscowości trwała krótko i miała należyty zasięg. Duży nacisk kładziono na propagandę uświadamiającą (prasa, ulotki, radio, film, odczyty), jak też na ingerencję czynników oficjalnych (odezwy burmistrzów do ludności i t. p.). Nie wdając się w szczegóły, przyznać trzeba, że pod względem organizacyjnym akcja nie pozostawiała nic do życzenia. W rozdziale trzecim autor zestawia wyniki, uzyskane na przeszczepionych terenach. W licznych tablicach autor zestawia przypadki zachorowań i zgonów według miesięcy poprzedzających i następujących po okresie szczepień, analizuje wyniki zależnie od wieku dzieci, rodzaju użytej szczepionki, liczby szczepień, czasu ekspozycji. Dokładnie rozważa również przypadki zachorowań i zgonów wśród dzieci szczepionych, uwzględniając liczbę szczepień i przebieg kliniczny choroby. Kolejno podaje autor wyniki ze wszystkich terenów, objętych akcją — z miast i okręgów takich, jak Düren, Göttingen, Gelsenkirchen—*Wanne-Eickel*, *Castrop-Rauxel*, *Herne*, *Tecklenburge* etc. W ostatnim rozdziale autor sumuje wyniki ze wszystkich obszarów kampanii. Ogółem uodporniono 316.000 dzieci, co stanowi 89,2% ludności dziecięcej tych terenów. W rezultacie uzyskano spadek zachorowalności w stosunku 1:6,4 wśród szczepionych, spadek śmiertelności w stosunku 1:14,4 (co odpowiada mniej więcej liczbom polskim). Autor w konkluzji przyznaje profilaktyce szczepiennej olbrzymią rolę w walce z epidemią i endemią błonicy. Sygnalizuje również wybitne walory nowej szczepionki alunowej, którą na przyszłość zamierza powszechnie stosować. Na zakończenie wspomnieć wypada o uznaniu, z jakim odzywa się autor o pracy prof. *Hirsfelda*, dr-a *Łackiego* i współpracowników „Szczepienia przeciwbłonicze w Warszawie” (ogłoszoną również po niemiecku), uważa ją bowiem za jedną z najbardziej krytycznych, jakie ukazały się zarówno w dawnym jak i w nowym odnośnym piśmiennictwie światowym. Dezcyderaty zawarte w pracy autorów polskich, zostały przez prof. *Gundla* dokładnie omówione i w jego monografii uwzględnione. Mieczysław Szejnman.

Wskazówki praktyczne.

Kłose poleca w zapaleniu pęcherza moczowego wlewanie leku *Desitin*. Lek ten zawiera głównie tran, do którego dodane są *perkaira* i *adeps lanae*. Bez uprzedniego płukania wlewa się do pęcherza 10—15 cm³; dla wzmocnienia działania można dodać równą ilość 1/2—1% wodnego roztworu collargolu. (Fortschr. Ther. 1936 Z. 7).

—o—

Haag i König polecają jad pszczeli w postaci przetworu *Forapin* również w leczeniu stanów alergicznych, np. gorączki siennej. U skłonnych do tego ostatniego cierpienia poleca się rozpocząć kurację już w maju, zastrzykując doskonałnie 0,1 trzy razy tygodniowo. Stopniowo wzmacnia się leczenie, dochodząc do 6 bąbli na jednym posiedzeniu. (Klin. Woch. 1936 Nr. 37).

—o—

Przeciwno poceniu się nóg w armii szwajcarskiej stosowany jest z dużym powodzeniem puder następującego skła-

du: *Rp. Trioxymethylen*. 10,0; *Acid. boric.* 10,0; *Talc. pulv.* 72,5; Mieszaniny tłuszczowej 7,5. — Mieszanina tłuszczowa zawiera: *Vaselin. flav.* 50,0; *Adeps Lanae anhydr.* 20,0; *Cera alba* 5,0; *Aq. dest.* 20,0. (Pharm. Zeit. 1936 Nr. 84).

—o—

W leczeniu gośca mięśniowego i zapaleniu okołostawowym barku (*omarthritiś*) stosuje *Sauerwald Tachalgan*, zawierający: *pyrasolonphenyldimethyl.*, *natr. salicyl.*, *coffein. natr. salicyl.*, *hexamethylenetetramin.* i *acid. phenylbarbituricum* (fabr. Labopharma, Berlin — Charlottenburg). W handlu znajduje się w postaci tabletek i ampulek. W cięższych przypadkach wystarczają 2 tabletki 3 razy dziennie, z warunkiem niestosowania ciepła. W przypadkach cięższych — wstrzykiwania dożylnie 3—5 cm³, ewentualnie kilkakrotnie. Lek ten działać ma do tego stopnia specyficznie, że w razie zawodu należy szukać innej przyczyny cierpienia. (M. m. W. 1936 Nr. 41).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 28 kwietnia 1936 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 m. 5.

Obecnych na posiedzeniu 29 członków i 17 gości.

1. Odczytany protokół z dn. 21.IV.36 r. przyjęto.

2. Kol. Higier H. członek T-wa, „*Sclerosis multiplex syringomyeliformis*“ (pokaz — streszczenie własne).

Dokładny opis przypadku, dotyczącego dorosłego mężczyzny, dotychczas zupełnie zdrowego, bez obarczenia dziedzicznego, bez przymiotu i alkoholizmu, u którego choroba rozpoczęła się przed półtora rokiem od osłabienia zstępującego kończyn lewych, do którego się przyłączył po pół roku bezwład drugiej połowy ciała bez zajęcia twarzy, z ogromną przewagą zaburzeń czuciowych nad ruchowymi. Obecnie stwierdza się: uczucie opasania na wysokości szyi i brzucha, znieczulenie bólowo-ciepłotne przy nietkniętym czuciu dotykowym. Znieczulenie obejmuje okolice karku, szyi, potylicy, twarzy z wyjątkiem obrębu od brwi do *vertex capitis*, kończyn górnych z wyjątkiem wewnętrznych ich powierzchni od C₈—D₂. Na tułowiu znieczulona jest górna 1/4 część jego. Poza tym znieczulone są błony śluzowe jamy ustnej i gardzieli oraz obie rogówki. Dyskretne zaburzenia w obrębie nerwu błędnego i językowo-gardzielowego. Drżenie zamiarowe i astereognozja rąk obok ataksji kończyn i zataczania się przy chodzeniu. Zawroty głowy bez bólów, zwłaszcza połączone ze zmianami wazo-motoryjnymi twarzy przy nagłej zmianie pozycji głowy. Objaw Romberga, oczopląs horyzontalny, żywość odruchów kolanowych, nieobecność odruchów brzusznych. Zwieracze pęcherza i odbyticy, źrenice, wzrok, dno oka, radiogram czaszki, płyn mózgowo-rdzeniowy prawidłowe. Według prelegenta podejrzenie hysterii mimo niezwyklej postaci znieczuleń szkoły Salpêtriére (kołnierzyk, rękawiczka, dżokejka — charakterystyczne dla znieczuleń historycznych) upada wobec braku cech charakteru historycznego. Rozpoznanie wahać się może jedynie między *sclerosis multiplex atypica* a gliozą *syringomyeliczną rdzenia przedłużonego (syringobulbia)*. Są liczne objawy, przemawiające za pierwszym rozpoznaniem, przewaga atoli objawów, charakter i bieg choroby świadczą raczej o jamie rozległej opuszki, ku górze sięgającej do tylnej części mostu Varola, ku dołowi do szyjnego zgrubienia rdzenia. Niebezpieczna się staje ta choroba, gdy objawy opuszkowe, zwłaszcza respiracyjne, fonacyjne i deglutacyjne się potęgują, grożąc nagłym zejściem śmiertelnym. W tych razach wskazany jest nie-raz rękoczyn chirurgiczny Puusepa na terenie jamy hydro-mielicznej.

3. Kol. Janiszewski T. „O potrzebie reaktywowania Ministerstwa Zdrowia ze względu na konieczną oszczędność i na obronę Państwa“. (streszczenia nie nadesłano).

Rozprawy:

1) Kol. Cieszyński Fr.

i 2) Kol. Janiszewski T.

Posiedzenie zakończono o godz. 21 min. 40.

Sekretarz Doroczny:

Prezes:

(—) Józef Gackowski.

(—) J. Skłodowski.

Posiedzenie z dnia 5 maja 1936 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20-ej.

Obecnych na posiedzeniu 68 członków i 45 gości.

1. Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

2. Kol. Prezes zawiadamia o śmierci ś. p. Heleny Czarkowskiej, długoletniej sekretarki kancelarii Tow. Lek. Warsz. Pamięć jej uczczono przez powstanie.

3. Kol. Modrakowski J., członek T-wa, wygłasza odczyt p. t.: „Podstawy teoretyczne stosowania wzięwania dwutlenku węgla“. (Streszczenie własne).

Brak tlenu nie jest bodźcem oddechowym. Stanowi on tylko o pobudliwości ośrodka oddechowego, jak i innych tkanek nerwowych, t. zn. obniżenie tlenu w powietrzu najpierw zwiększa pobudliwość ośrodka oddechowego, a następnie przy dużym obniżeniu poraża.

Powolne zmniejszenie tlenu w powietrzu nawet aż do śmierci nie wywołuje najmniejszej duszności, a tylko nieznacznie przyspiesza oddech. Występują jednak objawy anoksemii, jak sinica, zmęczenie zaburzenia i ostatecznie utrata przytomności, objawy do niedawna przypisywane t. zw. zatruciu kwasem węglowym. Dwutlenek węgla o prężności około 60 mm. Hg. jest konieczny dla prawidłowej czynności i pobudliwości tkanek. Obniżenie zawartości dwutlenku węgla we krwi — akapnia — i następnie akarbia — wywołuje nadpobudliwość zakończeń nerwów ruchowych; przy większym stopniu zaś — omdlenie i zapaść. Znaczniejsze powiększenie dwutlenku węgla w powietrzu lub we krwi powoduje narkozę wśród ogromnie wzmoczonego, przede wszystkim pogłębionego oddechu. Dwutlenek węgla jest właściwym bodźcem fizjologicznym ośrodka oddechowego i naczynioruchowego. Stosowanie wzięwania mieszaniny, złożonej z powietrza lub tlenu z dodatkiem 6—8% dwutlenku węgla jest zupełnie bezpieczne także w rękach niedoświadczonych. Wzięwanie tej mieszaniny powiększa wietrzenie płuc 6—8 razy, podnosi ciśnienie krwi, zwiększa wyrzutową objętość minutową serca oraz ułatwia i przyspiesza powrót krwi do serca przez t. zw. venopresormechanizm. Na krótkie okresy czasu lekarz może bez obawy stosować znacznie większe stężenie dwutlenku węgla, że jest 20—30% i jeszcze więcej. Środki farmakologiczne, drażniące silnie i długo ośrodek oddechowy, są niecelowe i niebezpieczne wskutek akapnii, które powodują. Z tej samej przyczyny przy dłuższym stosowaniu sztucznego oddechu należy stosować wzięwania dwutlenku węgla.

Kol. Szerszyński Br. członek T-wa, wygłasza odczyt p. t.: „Stosowanie wzięwania dwutlenku węgla w chirurgii“. Aparatura. (Streszczenia nie nadesłano).

5. Kol. Roguski J. członek T-wa, wygłasza odczyt

p. t.: „Stosowanie dwutlenku węgla w postaci karbogenu w medycynie wewnętrznej“. (Streszczenie własne.).

Mówca przedstawia obecny stan stosowania leczniczego CO₂ w chorobach wewnętrznych. Szeroko omawia stosowanie dwutlenku węgla samego, bądź w mieszaninie z tlenem, w leczeniu ostrych zatruc tlenkiem węgla, uważając, iż niezastosowanie tego środka w tych przypadkach jest błędem w sztuce lekarskiej. Inne wskazania do leczenia dwutlenkiem węgla omawia tylko pobieżnie, ponieważ CO₂ jest tam tylko pomocniczym środkiem leczniczym.

6. Kol. Perl J., wygłasza odczyt p. t.: „Stosowanie dwutlenku węgla w położnictwie“ (streszczenie własne). Referent omówił próby wywoływania i wzmagania akcji porodowej u ciężarnych i rodzących pod wpływem wziewania CO₂ (36 przypadków). Próby wywołania akcji porodowej u ciężarnych metodą Rochat nie dały wyniku dodatniego, natomiast stosowanie CO₂ u rodzących, zwłaszcza wieloródek, wzmagają bóle i skracają czas porodu. Referent omawia następnie stosowanie CO₂ w zamartwicach u noworodków (wyniki dobre), następnie zapobieganie powikłaniom płucnym u noworodków przez podawanie mieszaniny CO₂ i tlenu oraz leczenie niedodmy płuc noworodków CO₂ z wynikami dobrymi.

Poza tym referent przytacza dane statystyczne zakładu Ks. Anny Mazowieckiej, wskazujące na zmniejszenie się liczby powikłań płucnych, zakrzepów i zatorów pooperacyjnych, w których podczas narkozy i w przebiegu pooperacyjnym stosowano wziewania CO₂. Poza tym referent zwraca uwagę na dodatnie wyniki podawania wziewań CO₂ dla uniknięcia powikłań płucnych w rzucające porodowej oraz podkreśla dobre wyniki, uzyskane w zwalczaniu niedowładu pęcherza po porodach i operacjach przez wziewanie CO₂.

Rozprawy:

- 1) Kol. Ostrowski Wł.
- 2) Kol. Butkiewicz T.
- 3) Kol. Filiński W.
- 4) Kol. Modrakowski J.
- 5) Kol. Szerszyński Br.
- 6) Kol. Roguski J.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 20.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: Prezes:
(—) Stanisław Flis. (—) Józef Skłodowski.

Posiedzenie z dnia 19 maja 1936 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20-ej.

Obecnych na posiedzeniu 50 członków i 30 gości.

1. Odczytany protokół posiedzenia z dnia 5 maja r. b. przyjęto.

2. Kol. Prezes zawiadomił zebranych członków, że odczyt kol. Goebła i kol. Millera z powodu choroby kol. Goebła nie odbędzie się.

3. Kol. Butkiewicz T. członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Obecny stan leczenia kamicy żółciowej oraz schorzeń pęcherzyka żółciowego“. (Streszczenia brak).

Rozprawy:

- 1) Kol. Filiński W.
- 2) Kol. Kryński L.
- 3) Kol. Wagner K.
- 4) Kol. Roguski J.
- 5) Kol. Zaorski J.
- 6) Kol. Szerszyński Br.
- 7) Kol. Witkowski E.
- 8) Kol. Czarkowski J.
- 9) Kol. Rutkowski J.
- 10) Kol. Leśniowski A.
- 11) Kol. Skłodowski J.
- 12) Kol. Butkiewicz T.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 m. 55.

Sekretarz Doroczny:

Prezes:

(—) Józef Gackowski. (—) J. Skłodowski.

Posiedzenie z dnia 26 maja 1936 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20-ej.

Obecnych na posiedzeniu 36 członków i 56 gości.

Odczytany protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

Kol. Prezes podał do wiadomości nowości biblioteczne.

Kol. Mackiewicz St. „Przypadek padaczki myoklonicznej“. (Pokaz. Streszczenie własne).

Chora ma 13 lat. Choroba rozpoczęła się w końcu stycznia b. r. od mimowolnych ruchów głową ku przodowi, b. szybkich, powtarzających się co kilkanaście minut w ciągu kilku godzin dziennie. Sprawiało to wrażenie pochylania głowy, jak przy zasypianiu w pozycji siedzącej. Po dwóch tygodniach wystąpił napad jacksonowski prawostronny z utratą przytomności, a następ-

nie ogólne napady padaczkowe na zmianę z jacksonowskimi. Przed wybuchem choroby czuła się dobrze, źle się tylko uczyła. Chorowała na odrę, płonice, zapalenie płuc. Rozwijała się prawidłowo. Nie miesiączkuje. Rodzice zdrowi; ma 1 zdrową siostrę.

Badanie za pierwszym pobytym w klinice neurologicznej U. J. P. (25 luty — 13 marzec b. r.) nie wykazało żadnych zmian neurologicznych poza żywym prawym odruchem kolanowym i może nieco żywszymi odruchami ścięgnowo-okostnymi z prawej kończyny górnej. Miała kilka napadów do chwili zastosowania odmy mózgowej. Nacłucie łądźwiowe wykazało ciśnienie płynu w pozycji siedzącej 200, wzmożenie globulin i minimalne zwiększenie ilości białka (0,45%), zresztą, płyn m.-rdz. bez zmian. Po odmie napady ustąpiły zupełnie. Chora otrzymywała małe dawki luminalu i w ciągu miesiąca po opuszczeniu kliniki czuła się dobrze.

Po miesiącu zauważono, że w czasie chodzenia co kilkanaście kroków wykonywa nagłe dygnięcie, a niedługo potem wystąpiły mimowolne szybkie ruchy pochylania głowy, niepokój ruchowy w k. k. g. i w k. k. d. Po przybyciu powtórnie chorej do kliniki w dn. 20-y m. przedmiotowy stan neurologiczny, jak poprzednio, a poza tym wyraźne myoklonie czasem tylko prawostronne, czasem symetryczne. Ruchy najczęściej polegają na przywodzeniu barków, przychyłaniu głowy ku przodowi, przywodzeniu ud, zginaniu lub wyprostowywaniu palców, zginaniu ud, palców stóp, prócz palucha, który jest w ekstensji. Bódcze słuchowe nie wywołują myoklonii.

Znany 3 typy myoklonij padaczkowych: 1) *myoklonia epileptica intermittens* (Lundborg), 2) *myoklonia epileptica partialis continua* (Kožewnikow), 3) *myoklonia epileptica progressiva* (Unverricht). Ze względu na to, że myoklonie w tym przypadku obejmują rozrzucone grupy mięśniowe, a nie dotyczą tylko jednej grupy, jak w typie Kożewnikowa, musimy brać pod uwagę tylko typ Lundborga i Unverrichta. Na razie ze względu na krótki okres trwania choroby trudno rozstrzygnąć z całą pewnością, czy stan obecny chorej zakończy się napadem padaczkowym, który przerwie występowanie myoklonij (jak w typie Lundborga), czy też myoklonie pozostaną jako objaw stały, by po dłuższym czasie trwania wejść w okres terminalny z narastającymi objawami organicznymi i psychicznymi.

Kol. Landau A., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Poszukiwania kliniczne nad zapaleniem płuc (na podstawie badań dokonanych wraz z mag. chemii T. Zyngierówną)“. (Streszczenia brak).

Rozprawy:

- Kol. Moczarski W.
- Kol. Roguski J.
- Kol. Fidler.
- Kol. Apfelbaum E.
- i Kol. Landau A.

Posiedzenie zakończono o godz. 22-ej m. 5.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: Prezes:
(—) Stanisław Flis (—) Józef Skłodowski.

Posiedzenie z dnia 2 czerwca 1936 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20-ej.

Obecnych na posiedzeniu 52 członków i 41 gości.

1. Kol. Gerner (czł. T-wa) wygłosił odczyt p. t. „Leczenie zachowawcze wrzodów trawiennych żołądka i dwunastnicy“.

2. Kol. Szerszyński B. wygłosił odczyt p. t. „Obecny stan leczenia chirurgicznego wrzodów żołądka i dwunastnicy“.

Rozprawy:

1. Kol. Kryński.
2. Kol. Moczarski.
3. Kol. Radliński.
4. Kol. Filiński.
5. Kol. Zaorski.
6. Kol. Markert.
7. Kol. Mikułowski.
8. Kol. Prezes.
9. Kol. Gerner.
10. Kol. Szerszyński.

Posiedzenie zakończono o godz. 21 min. 40.

Sekretarz Doroczny: Prezes:
(—) Józef Gackowski. (—) J. Skłodowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego w Wiedniu z dnia 12 grudnia 1935 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 40/1936) H. Popper mówił o zaniku wątroby. Za przyjęciem zapa-

lenia surowiczego jako okresu wstępnego zaniku wątroby przemawia również ta okoliczność, że w doświadczeniach na zwierzętach można wywołać obrazy, podobne do marskości, za pomocą przewlekłego zatrucia jadami, jak mrówczan allilowy (Allyl formiat), które powodują zapalenie surowicze. Szczególnie ciężkie zmiany spostrzegano wówczas, gdy łączono podskórne wstrzykiwania mrówczanu allilowego, ze stosowaniem u tego samego zwierzęcia innych czynników szkodliwych, jak śródżylnie wprowadzanie drobnoustrojów. Istnieje hipoteza, że jeden jad otwiera drugiemu drogę do tkanki, co prowadzi do znacznie cięższych zmian. Gdy wprowadzano psom roztwór mrówczanu allilowego do jamy otrzewnowej, stwierdzono w wątrobie znacznie cięższe zmiany, niż po wprowadzeniu śródżylnym i podskórnym, przy czym odpowiednio do zmienianego dawkowania i czasu trwania doświadczeń można było znaleźć wszelkie przejścia od ostrego zaniku żółtego wątroby aż do powstających często bardzo szybko postaci, przypominających marskość. W zatruciach cięższego stopnia spostrzegano zniszczenie sieci włókien kratkowych Applea. Równoległe ze zmianami wątrobowymi przebiegały zmiany śledzionowe z

krwawieniami i *fibroadenia*. Również w zatruciach cięższego stopnia wykazywały zwierzęta za życia, obok zwiększenia wartości bilirubiny we krwi, patologiczną galaktozurię pokarmową, zwiększenie azotu resztkowego we krwi i białkomocz. Ponieważ znajdowano histologicznie również ciężkie zmiany nerkowe, istnieje analogia do urémie hépatique u ludzi. Ponieważ przy doustnym podawaniu jadu stwierdzano również postaci zatrucia podobne do otrzymywanych przy podawaniu do otrzewnowym, prelegent przywiązuje dużą wagę do dostawiania się jadu do wątroby przez żyłę wrotną i upatruje również w tym analogię do żółtaczk nieżytovej u ludzi i zatrucia pokarmowego na początku schorzenia. Omówione badania wykazują w obrazie histologicznym wszystkie przejścia od prostego zapalenia surowiczego poprzez obrazy, odpowiadające żółtaczk nieżytovej, aż do ostrego i podostrego zaniku wątroby i stanowią w ten sposób poparcie hipotezy, że w początkowym okresie żółtaczk nieżytovej istnieje zapalenie surowicze, przy czym prelegent podkreśla, że zniszczenie budowy włókien kratkowych posiada rozstrzygające znaczenie dla tego, czy w dalszym przebiegu choroby rozwinię się marskość wątroby.

Korespondencja.

Szanowny Panie Redaktorze!

Uprzejmie proszę o umieszczenie w swym piśmie kilku uwag w sprawie palenia tytoniu, zwłaszcza w tramwajach warszawskich.

Palaczy tytoniu cechuje, jak wiadomo, wybitny egoizm. Jak każdy nałogowiec, palacz za wszelką cenę dąży do zaspokojenia swej namiętności, mało zwracając uwagi na otoczenie. Jakże często w pociągu, dopiero zapalając papierosa, dowiaduje się z niemiłym zdziwieniem, że przedział jest dla niepalących. Nieporozumienia na tym tle są zjawiskiem codziennym niemal w każdym pociągu, nawet z podróżnymi, umiejacymi czytać. Albowiem dla niepalących dym tytoniowy przeważnie jest przykry, a przy pewnym stężeniu wprost nieznosny. Pomijając wrazenia czysto węchowe, dużą rolę odgrywają przy tym zawarte w dymie tytoniowym związki trujące, wśród których niepoślednie miejsce zajmuje tlenek węgla; z tego powodu ukazał się ostatnio w prasie lekarskiej szereg artykułów o szkodliwości palenia. Nawet wielu palaczy nie lubi cudzego dymu i woli palić w korytarzu wagonu, niż przebywać w przedziale dla palących. Namiętni palacze, którzy ze względów zdrowotnych zmuszeni byli palenia zaniechać, przeważnie dymu nie znoszą i jeszcze najlepiej odczuwają skargi niepalących.

Pomijam zadmione kawiarnie, restauracje i lokale rozrywkowe, których ostatecznie można unikać; gorzej jest już z posiedzeniami, w których trzeba uczestniczyć; ale pozostanym przy środkach lokomocji. Przejazdy autobusami zamiejskimi wobec wyraźnego faworyzowania palaczy przez brak ścisłych przepisów lub nieprzestrzeganie zakazów palenia przez konduktorów („Ten pan nie chce, żeby Pani paliła“ — tak zareagował konduktor na zwróconą mu uwagę), przejazdy te stają się uciążliwe, niewczą przyjemność wycieczki i t. d. Najsmutniejsze jest przy tym to, że cierpieć musi większość pasażerów wskutek tyranii mniej-

Warszawa, 29.XII.36.

szości. Nigdzie jednak rozbieżność między przepisami o paleniu a sprawiedliwym rozwiązaniem tej sprawy nie jest tak wielka, jak w tramwajach warszawskich. Zdawałoby się, że przekazanie palącym całego wagonu przyczepnego, wbrew liczebnemu stosunkowi ich do niepalących, co znów skazuje co dzień dziesiątki tysięcy ludzi, w tym dużo dziatwy szkolnej, na oddychanie zadymionym powietrzem, zabezpieczy z nadwyżką zarówno interesy palaczy, jak i wpływy monopolu tytoniowego. Tymczasem, wbrew logice oraz elementarnej sprawiedliwości, palacze mają dostęp również na obie platformy przedniego wagonu. W ten sposób spośród czterech platform niepalący nie mają do swego wyłącznego użytku ani jednej! Trudno dociec, czym się kieruje palacz, wsiadając z zapalonym papierosem, cygarem, czy też fajką do przedniego wagonu, gdy wagon przyczepny jest zazwyczaj mniej przepełniony. Jeżeli w ogóle przy tym myśli, przejawia skrajny egoizm palacza, graniczący z nastawieniem asocjalnym. Lecz dlaczego przepisy tramwajowe prowokują podobne postępowanie ze szkodą dla szerokich mas ludności? Nawet przy otwartej platformie dym bucha obok stojącemu prosto w twarz, a cóż dopiero dzieje się na platformach zamkniętych wagonów nowego typu, przepełnionych publicznością, gdy pali kilka osób. Po co ta udręka, gdy cały wagon przyczepny oddano „na pastwę“ palaczom. Gdyby nawet przez usunięcie tych, bądź co bądź, nie liczących palaczy z obu platform przedniego wagonu dochody monopolu tytoniowego miały się odrobinę zmniejszyć, czego obawiać się jednak nie należy, czyż nawet wtedy nie powinno się stać zadość sprawiedliwości przez zmianę krzywdzącego ogół mieszkańców przepisu? Czyż ludność niepaląca to obywatele drugiej klasy?

Załączam wyrazy poważania

Prof. Dr F. Venulet.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Rozsiedlenie lekarzy w Polsce¹⁾.

Podał

Marcin KACPRZAK (Warszawa).

Ilu jest lekarzy w Polsce? Niestety, pod tym

względem nie możemy się poszczycić, że mamy dokładne materiały. Jeżeli oprzeć się na liczbach, ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny²⁾, a otrzymywanych z Departamentu Służby Zdrowia, znajdziemy:

¹⁾ Praca ta w skróceniu była ogłoszona w kwartalniku „Praca i Opieką Społeczna“ Nr. 3, Rok 1936.

²⁾ Urzędowe spisy z lat 1925, 1927 i 1931 są bardzo niedokładne.



TABLICA Nr. 1.
Liczba lekarzy.

| Grupy województw | 1928 | | 1929 | | 1931 | | 1932 | | 1933 | |
|--------------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| | liczby absol. | na 10.000 ludn. | liczby absol. | na 10.000 ludn. | liczby absol. | na 10.000 ludn. | liczby absol. | na 10.000 ludn. | liczby absol. | na 10.000 ludn. |
| Warszawa m. | 2.144 | 20,4 | 2.192 | 20,2 | 2.436 | 21,8 | 2.500 | 21,2 | 2.335 | 19,8 |
| Woj. centralne | 2.434 | 1,9 | 2.519 | 2,2 | 2.345 | 2,0 | 2.414 | 1,8 | 5.589 | 2,1 |
| „ wschodnie | 979 | 1,9 | 1.052 | 2,0 | 1.082 | 2,0 | 1.132 | 2,0 | 1.160 | 2,0 |
| „ zachodnie | 1.266 | 3,0 | 1.368 | 3,2 | 1.514 | 3,4 | 1.542 | 3,4 | 1.493 | 3,3 |
| „ południowe | 2.934 | 3,6 | 3.117 | 3,8 | 3.223 | 3,9 | 3.138 | 3,7 | 3.067 | 3,5 |
| Polska | 9.757 | 3,2 | 10.248 | 3,4 | 10.600 | 3,4 | 10.726 | 2,3 | 10.644 | 3,3 |

Dane za rok 1928 wzięte z „Rocznika Statystycznego“, za pozostałe lata — z „Małego Rocznika Statystycznego“.

Nie mogąc oprzeć się na tych danych, sięgnęliśmy do Rocznika Lekarskiego, w którym podani są imienia wszyscy lekarze wraz z miejscem ich zamieszkania. Materiał ten jest zebrany za pośrednictwem Naczelnej Izby Lekarskiej i pochodzi z Izby Lekarskich i od lekarzy powiatowych lub też organizacji, które przeprowadzają rejestrację lekarzy, uprawnionych do praktyki lekarskiej. Te dane nie są także dokładne, są nieco spóźnione w stosunku do publikacji i nie dotyczą ściśle tego samego dnia, lub nawet miesiąca. Jeżeli mowa o pojedynczych powiatach, szczególnie wschodnich, materiały mogą wykazywać duże rozbieżności z racji wielkiej płynności lekarzy, nie zawsze zawiadamiających o przesiedleniu się. W sumie jednak dane Rocznika są dość bliskie prawdy, jeżeli mowa o całości, a prawdopodobnie wykazują nie wielkie błędy w stosunku do dzielnic, nawet województw. Z tej racji na tym materiale będziemy się opierać.

Według ostatniego Rocznika Lekarskiego na terenie całej Polski było w połowie ubiegłego roku 12.612 lekarzy, co czyni 2.665 mieszkańców na 1 lekarza, albo 3,75 lekarzy na 10.000 ludności. Faktycznie w tej liczbie jest paruset lekarzy, którzy ukończyli studia w ostatnim roku i nie są jeszcze zarejestrowani w izbach lekarskich, często nie rozpoczęli praktyki w żadnej postaci. Według imiennego spisu podstawowego jest lekarzy 12.427, w czym dość pokaźna liczba z prawem praktyki, lecz nie praktykujących. Do ogólnego spisu włączeni są też lekarze wojskowi, chociaż nie wszyscy praktykują.

W porównaniu z innymi krajami sytuację w Polsce odzwierciadla niżej załączona tablica 2, wzięta z pracy prof. Burneta, a ogłoszona w grudniu 1933 r. w Bulletin Trimestriel de l'Organisation d'Hygiène (Vol. II, nr. 4, page 682).

TABLICA Nr. 2.

Lekarze w różnych krajach.

| | |
|------------|--------------------------------|
| Persja | 1 lekarz na 40.000 mieszkańców |
| Peru | „ „ „ 7.936 „ |
| Chili | „ „ „ 5.076 „ |
| Meksyk | „ „ „ 4.237 „ |
| Jugosławia | „ „ „ 3.568 „ |
| Polska | „ „ „ 3.289 „ |
| Bułgaria | „ „ „ 3.059 „ |
| Brazylia | „ „ „ 2.958 „ |

| | |
|------------------|---------------|
| Szwecja | „ „ „ 2.890 „ |
| Belgia | „ „ „ 2.344 „ |
| Grecja | „ „ „ 1.727 „ |
| Francja | „ „ „ 1.697 „ |
| Luksemburg | „ „ „ 1.556 „ |
| Niemcy | „ „ „ 1.552 „ |
| Holandia | „ „ „ 1.543 „ |
| Anglia | „ „ „ 1.490 „ |
| Dania | „ „ „ 1.469 „ |
| Japonia | „ „ „ 1.358 „ |
| Estonia | „ „ „ 1.326 „ |
| Węgry | „ „ „ 1.290 „ |
| Szwajcaria | „ „ „ 1.231 „ |
| Urugwaj | „ „ „ 1.080 „ |
| Norwegia | „ „ „ 1.067 „ |
| St. Zjedn. A. P. | „ „ „ 789 „ |

Do tych liczb możnaby dodać, że w Chinach jest zaledwie 4.000 lekarzy w naszym rozumieniu (1:100.000 mieszkańców). Trudno bowiem za lekarzy uważać praktyków chińskich w liczbie 1.200.000 lub 7 milionów aptekarzy.

Patrząc na tę tablicę, pochodzącą z grudnia 1933 roku, trudno uznać, że jesteśmy pod względem lekarzy dobrze sytuowani. Wprawdzie, o ile chodzi o Polskę, autor widocznie czerpał z dat starszych, ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny i, jak na początku zaznaczyłem, bardzo niedokładnych. W rzeczywistości w roku 1933 sytuacja Polski była nieco lepsza, szczególnie jeśli dodać lekarzy nie praktykujących, co prawdopodobnie czyniły inne kraje, przynajmniej częściowo. Ale nawet po wprowadzeniu niezbędnej poprawki (w tablicy jest szereg innych niedokładności, np. dotyczących krajów bałkańskich) nie znajdziemy się na czołowym miejscu, ale z pewnością będziemy bardzo bliscy końca. W ciągu ostatnich kilku lat sytuacja się zmieniła prawie we wszystkich krajach w znaczeniu wzrostu lekarzy, zmieniła się też i u nas. W każdym razie należy mi i dziś do krajów, mających najmniej lekarzy w Europie. Nasi najbliżsi sąsiedzi bardziej i mniej kulturalni mają stosunkowo więcej lekarzy, niż my. Trzeba także dodać, że my nie mamy tak dużej liczby znachorów, jak inne kraje, np. Niemcy, Stany Zjednoczone, ani felczerów, jak Rosja.

O przyroście lekarzy, z racji większych niedokładności w poprzednich latach, niż obecnie, mówić można tylko w przybliżeniu i to za ostatnie lata. W ro-

ku 1928 według Rocznika Statystyki Polskiej było 9.757 lekarzy (według Wiadomości Statystycznych z roku 1932 w tymże czasie było 9.422 lekarzy), w roku 1930 — 10.600. Z pierwszego Rocznika Lekarskiego wypływa, że w roku 1933/34 było lekarzy 11.434, z drugiego, że w roku 1935 liczba lekarzy wynosiła 12.427. Porównanie tych dwóch liczb, jako opartych na najdokładniejszych materiałach, pochodzących z tego samego źródła, jest najbardziej uzasadnione.

Dr S. Konopka w przedmowie do drugiego Rocznika Lekarskiego mówi: „W czasie od 1 lipca 1933 r. do 1 lipca 1935 r. zmarło w Polsce 325 lekarzy, wyjechało za granicę 38 lekarzy, razem ubyło 363. W tym czasie ukończyło studia lekarskie na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego 196 osób, na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego 190 osób, na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu J. Piłsudskiego 210 osób i na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu St. Batorego w Wilnie 171 osób, razem 767 osób. Danych z Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie nie otrzymałem. Jeżeli przyjmujemy, że we Lwowie ukończyło studia lekarskie 190 osób, otrzymamy razem 957 osób. Gdy od tej cyfry odejmiemy 363 lekarzy, którzy w ostatnich 2 latach zmarli lub wyjechali z Polski, otrzymamy przyrost lekarzy w Polsce. Wynosi on 594 lekarzy, czyli przeciętnie na rok 297 lekarzy“.

Między wydaniem pierwszego i drugiego Rocznika odbyła się przymusowa rejestracja wszystkich lekarzy, dlatego różnica między liczbami z obu Roczników jest większa niż ta, którą wymienia Dr S. Konopka, uwzględniając przyrost istotny, nie pozorny, wpływający z lepszej rejestracji. Biorąc za podstawę istotny przyrost należy stwierdzić, że w tym samym czasie, kiedy liczba lekarzy wzrosła o 594 (5,0%), ludność zwiększyła się o 789.000 (2,4%), albo inaczej mówiąc na każdego nowego lekarza przypadałoby tylko 1.328 nowych obywateli. To wskazuje na przyrost lekarzy nie tylko absolutny, lecz i względny.

Rozmieszczenie lekarzy rozpatrzemy najpierw według dzielnic (tablica Nr. 3), gdyż ten podział jest najbardziej dokładny i najbliższy związany z warunkami ekonomicznymi i kulturalnymi środowiska. Zgodnie z tym podziałem wypada na jednego lekarza w woj. centralnych 2.500 mieszkańców (po wyłączeniu Warszawy — 4.500), w woj. zachodnich 2.600, w woj. południowych 1.500, w woj. kresowych wschodnich 4.400. Uderza wyjątkowe podobieństwo całego kraju, wyjąwszy Kresy Wschodnie, które mają prawie dwa razy mniej lekarzy, niż pozostała część Polski (stosunkowo).

Tablica Nr. 3 wykazuje jednocześnie zmiany, jakie nastąpiły w ostatnich latach.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

— Pierwszy Kurs Medycyny Społecznej pod egidą Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie i przy współudziale Ministerstwa Opieki Społecznej i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. I. Cel i organizacja kursu. W czasie od dnia 18 stycznia do dnia 18 marca 1937 r. odbędzie się w Warszawie pierwszy kurs medycyny społecznej, którego zadaniem jest uzupełnienie wykształcenia lekarzy w zakresie medycyny społecznej w celu przygotowania lekarzy do pracy w zakresie administracji publicznej, higieny pracy oraz lecznictwa w instytucjach ubezpieczeń społecznych. Po ukończeniu kursu i zdaniu colloquium, słuchacze otrzymają zaświadczenie z jego przesłuchania. Słuchacze są zwolnieni od opłat. Podania o przyjęcie należy zgłaszać do dnia 10 stycznia 1937 r. na ręce Przewodniczącego kierownictwa kursu prof. Dr W. Grzywo-Dąbrowskiego, Warszawa, ul. Oczerki 1, Zakład Medycyny Sądowej, dołączając w odpisach: dyplom ukończenia studiów medycznych na jednym z uniwersytetów polskich, ewentualnie świadectwo odbywania praktyki lekarskiej lub pracy w instytucjach ubezpieczeń społecznych, albo w urzędach, w instytucjach z zakresu higieny publicznej lub higieny pracy. Zgłoszenia kandydatów rozpatruje Kierownictwo Kursów i zawiadania zgłaszających się o decyzji. Pierwszeństwo w uczestnictwie kursu mają lekarze, pracujący w wyżej podanym zakresie i lekarze-stażysty, w razie wolnych miejsc mogą być również dopuszczeni absolwenci medycyny. II. Program Kursu. Program kursu będzie obejmował a) wykłady podane niżej, b) prace seminaryjne, c) zwiedzanie sanatoriów, fabryk i t. p. Wykłady. 1. Dr M. Kacprzak. Rys medycyny społecznej 3 godz. 2. Doc. Dr jur. J. Łazowski. Rozwój idei i form ubezpieczeń społecz. 2 godz. 3. Nacz. Dyr. J. Lgocki. Rodzaje ubezpieczeń społecznych i ich organizacja 2 godz. 4. Mr. jur. S. Balcerski. Podstawowe wiadomości z zakresu ubezpieczeń społecznych w Polsce i innych państwach 4 g. 5. Dr J. Babecki. Systemy organizacji pomocy leczniczej 2 g. 6. Dr R. Kunicki. Zakres i środki działania w lecznictwie ubezpieczeniowym 4 g. 7. Dr W. Machowski. Zasady orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu chorobowym. 2 g. 8. Dr S. Rudziński. Zasady orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniach emerytalnych 2 godz. 9. Prof. Dr

L. Zembrzusi. Zasady orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu wypadkowym. 2 godz. 10. Dr M. Kacprzak. Służba zdrowia, choroby społeczne, higiena miast i wsi. 6 godz. 11. Dr B. Nowakowski. Higiena pracy. 6 godz. 12. Dr H. Hummel. Lekarska wizytacja zakładów pracy. 3 godz. 13. Dr. J. Szumski. Stanowisko lekarza w ubezpieczeniach społecznych. 2 godz. 14. Dyr. S. Sarsorski. Zagadnienia personalno-lekarskie w ubezpieczalniach społecznych. 2 godz. 15. Mec. T. Słoński. Odpowiedzialność cywilna i karna lekarza w związku z jego czynnościami zawodowymi. 2 godz. 16. Dr J. Szumski. Spostrzeżenia z dziedziny medycyny społecznej w Zachodniej Europie. 2 g. O terminie otwarcia kursu słuchacze przyjęci na kurs zostaną zawiadomieni osobnym pismem Kierownictwa kursu.

— XII Kurs Przeciwgruźliczy dla lekarzy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie“. W okresie od dnia 14 stycznia do dnia 4 marca 1937 r. odbędzie się 7-mio tygodniowy Kurs Uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie“, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Program Kursu uwzględni przede wszystkim studia praktyczne jak również obejmie 47 godz. wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. Studia praktyczne będą polegały na odbyciu praktyki w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium jak również na dokładnym zaznajomieniu się pracą w poradniach przeciwgruźliczych ze szczególnym uwzględnieniem techniki zakładania odmy. Podania na kurs należy nadsyłać do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Polskiego Towarzystwa Higienicznego) najpóźniej do dnia 8 stycznia 1937 r. Do podania należy dołączyć: 1. życiorys, 2. ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej kandydata na kurs, 3. zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu Kursu. Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie zwrotnego stypendium w wysokości do 350 zł. Kurs jest bezpłatny; pierwszeństwo w otrzymaniu stypendium jak również i w przyjęciu na

kurs będą mieli kandydaci, którzy już pracują w instytucjach przeciwgruźliczych. Dyrektor P. Z. P. Dr M. Grodecki. Prezes Komisji Organizacyjnej Kursu — Prof. Dr W. Orłowski.

— Rada Sanitarna Związku Strzeleckiego. W tych dniach odbyło się w sali konferencyjnej P. U. WF. i PW. pierwsze posiedzenie Rady Sanitarnej Zw. Strzeleckiego pod przewodnictwem Dr płk. Schalla, delegata Rządu do spraw P. C. K. W posiedzeniu wzięli udział przedstawiciele Ministerstw: Spraw Wojskowych, Opieki Społecznej, Komunikacji, Władz Wojewódzkich, Z. U. S., L. O. P. P., C. I. M. F., P. C. K., P. U. WF. i PW., Polsk. Tow. Hig., Państw. Zakł. Hig., Ubezp. Społ., Nacz. Izby Lek., Zw. Lek. R. P., Polsk. Tow. Okulistycznego, Zarządu Miejskiego oraz Komisariatu Rządu. Rada Sanitarna Z. S. jest organem doradczym i opiniodawczym przy szefie sanitarnym Zw. Strzeleckiego. Na przebieg obrad Rady Sanitarnej Zw. Strzel. złożyło się sprawozdanie szefa Służby Zdrowia Zw. Strzel. Dr Wachnowskiego z dotychczasowej działalności i omówienie planu pracy na najbliższą przyszłość, przy czym zebrani ustosunkowali się najzupełniej pozytywnie do działalności Służby Zdrowia Z. S. i przyrzekli współdziałanie. Godzi się zaznaczyć, iż działalność Służby Zdrowia Zw. Strzeleckiego ma na celu nie tylko rozbudowę sanitariatu na terenie Z.S., lecz także akcję o charakterze ogólnospołecznym w zakresie szerzenia podstawowych zasad higieny oraz zwalczania chorób społecznych.

— I Kongres Międzynarodowy Pyretoterapii. I Kongres Międzynarodowy Pyretoterapii odbędzie się w Uniwersytecie Columbia w New-Yorku między 29—31 marca 1927 r. W referatach będą dyskutowane sposoby działania i wyniki uzyskane przez pyretoterapię niezależnie od źródła ciepła. Komitet francuski, który został obarczony organizacją zjazdu na terenie Europy, postanowił co następuje: Najwyższy patronat obejmuje Minister Zdrowia Publ. i prezes honorowy Prof. d'Arsonval. Prezes — Prof. Abrami. Komitet: Prof. Alajouanine, Prof. Binet, Prof. Claude, Prof. Gougerot, Dr Janet, Prof. Lardennois, Prof. Laubry, Prof. Levaditi. Sekretariat generalny: Dr André Halphen i J. Auclair (222 bis rue Marcedat. Paris 18). W związku

z oddaleniem siedziby kongresu i rozproszeniem uczestników kongresu ustanowiono Komitety narodowe dla każdego państwa europejskiego i zdecydowano, że każda specjalność da referat główny. Referaty, przysłane do sekretariatu głównego przed 15 lutym 37 r., prześle się natychmiast do New-Yorku. Dyskusja będzie nad każdym referatem. Aby jak największa liczba uczestników przybyła do New-Yorku z okazji kongresu, który wzbudzić w nich duże zainteresowanie Wagons - Lits Cook wspólnie z „Compagnie Générale Transatlantique“ organizuje ulgowe przejazdy. Odjazd z Havru przez Paryż 17 marca, przybycie do New-Yorku 24; 25, 26, 27, 28 zwiedzanie New-Yorku, Filadelfii, Washingtonu. Przyjęcie przez Prezydenta Roosevelt'a etc. Powrót przez l'île de France, przybycie do Havru 7 kwietnia. Cena wynosi 310 dolarów. Referaty i dyskusje będą ogłoszone w językach francuskim, angielskim i niemieckim. Koszt zapisu na Kongres wynosi 5 dolarów (100 francs). Koszt dla uczestników Kongresu, którzy będą umieszczeni w New-Yorku i będą korzystali z różnych udogodnień, wynosi 15 dolarów (500 francs.). Rodziny uczestników, które zechcą towarzyszyć wyjeżdżającym, płacą wpisowe 5 dolarów (100 francs.). Lista zapisów otwarta jest od chwili obecnej. Wszelką korespondencję i wpis należy kierować pod adresem generalnego sekretariatu: Dr A. Halphen i J. Auclair, 222 bis rue Marcedat. Paris 18. Prezydium Kongresu zwróciło się z powyższym pismem do Prof. Leszczyńskiego, do którego uprzejmie prosimy zwracać się w tej sprawie pod adresem: Lwów, ul. Wałowa 23.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

11.I. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

Pokazy: Karbowski, Karbowski i Jabłoński, Herman i Z. Finkelsztajn, Festensztat, Żeligowska, Wnorowski, Wyszogrodzki.

14.I. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Posiedzenie plenarne.

P. Macewicz. Psychotechnika jako gałąź wiedzy lekarskiej.

Résumé des articles originaux.

A. ZAMENHOF. Le fond de l'oeil et le pronostic des maladies générales.

L'examen du fond de l'oeil donne des renseignements non seulement pour le diagnostic et le pronostic des maladies générales, mais aussi sur la marche de l'affection. Il arrive parfois qu'un examen des yeux découvre accidentellement la présence des altérations qui attirent l'attention sur une maladie générale du corps. Ce sont surtout des affections du système nerveux et circulatoire. Mais l'importance de l'examen ophtalmoscopique est plus grande encore pour le pronostic et la présence des altérations graves au fond de l'oeil l'assombrit en général. Les altérations réversibles du fond de l'oeil nous peuvent donner, par changement de leur aspect, des indications utiles sur la marche de la maladie. En particulier l'examen minutieux de la papille de stase peut intéresser les neurologistes, car on peut directement mesurer la proéminence de son tissu oedémateux. Pour que les mensurations soient concordantes, il faut mesurer toujours le même endroit de la papille, de préférence sa partie nasale, car le côté temporal reste souvent indemne, tandis que les parties supérieure et inférieure peuvent être légèrement su-

rélévées même à l'état normal. Quand l'oedème commence à régresser, on peut parfois observer un signe, décrit par l'auteur, visible surtout à l'éclairage indirect. A la limite de l'oedème apparaissent des lignes concentriques claires, d'aspect hyalin, dues probablement aux plissements de la lame vitrée de la choroïde autour de la papille de stase. Elles ne deviennent visibles qu'au moment où la régression du trouble oedémateux les découvre à la périphérie. La collaboration avec un oculiste peut dans bien de cas rendre des services utiles dans le traitement des maladies générales.

W. RÓBIN et A. L. KENIGSBURG. Un cas d'amibiase importé en Pologne de Cuba.

Les auteurs décrivent un cas d'amibiase, strictement dit, un cas de colite chronique causé par l'amibe histolytique. La malade habite actuellement Varsovie, mais, il y a quelques années, elle a séjourné à Cuba, où on a constamment trouvé dans ses fèces l'amibe cystique, elle est donc porteuse de protozoaires. Ce cas mérite l'attention en raison de 1) parasitisme intestinal, 2) rareté des cas observés en Pologne, 3) l'origine de Cuba d'où il a été importé en Pologne. A. P.

TREŚĆ: A. ZAMENHOF. Rokowanie z dna ocznego w schorzeniach ogólnych ustroju. — D. THURSZ. Podstawy i wyniki leczenia dożylnymi wlewami alkoholu etylowego. — W. RÓBIN i A. L. KENIGSBURG. Przypadek amebiazy zawleczony z Kuby do Polski. — J. PENSON. O roli przysadki mózgowej w powstawaniu cukrzycy (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — M. KACPRZAK. Rozsiedlenie lekarzy w Polsce. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. ZAMENHOF. Le fond de l'oeil et le pronostic des maladies générales. D. THURSZ. Les bases et les résultats du traitement par les injections intraveineuses d'alcool éthylique. — W. RÓBIN et A. L. KENIGSBURG. Un cas d'amibiase importé en Pologne de Cuba. — J. PENSON. Le rôle de l'hypophyse cérébrale dans la provocation du diabète (Rev. gén.). — M. KACPRZAK. La dislocation des médecins en Pologne.