

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 33

WARSZAWA, 4 PAŹDZIERNIKA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O tracheotomji nagłej i o rurkach tracheotomijnych.

Podał

Zygmunt SREBRNY (Warszawa).

(Dokończenie).

II.

Z tracheotomją związana jest ściśle sprawa kształtu i kalibru rurek tracheotomijnych. Pozostawanie ich w tchawicy, szczególnie w ciągu dłuższego czasu, ma swoje strony ujemne, z powodu których usiłowano nawet zupełnie bez nich się obchodzić, jak to czyniono do końca wieku szesnastego. W tym czasie dopiero Sanctorius zastosował rurkę prostą, do której nieco później Fabricius ab Aquapendente dodał dwa skrzydła boczne, aby zapobiec jej wpadnięciu do tchawicy. Uczeń Fabriciusa Casserius zmienił kształt rurki na półokrągły, ale o tem ulepszeniu wkrótce zapomniano i wrócono do rurek prostych.

Tak samo zapomniano o ważnem udoskonaleniu, zrobionem w połowie 18 wieku przez Martiną, mianowicie, o rurce wewnętrznej; powrócono do niej dopiero po stu latach (Trousseau). W połowie ubiegłego wieku Roget wprowadził ruchome połączenie rurki z płytką w tym celu, aby uchronić ściany tchawicy od zbyt silnego ucisku ze strony dolnego końca rurki.

Od lat kilkudziesięciu najpopularniejsza jest półokrągła rurka Luera z ruchomą płytką. Krzywizna tej rurki jest rozmaita — większa i mniejsza, a przypadek tylko sprawia, że rurka jest tak dobrana, iż nie wywiera ucisku na przednią lub tylną ścianę tchawicy. Rurka może wypukłością swoją uciskać tylną ścianę tchawicy, a końcem — bądź przednią ścianę, jeżeli łuk rurki jest mniejszy, bądź tylną, — gdy jest większy. Następstwem ucisku

lub drażnienia ściany tchawicy ze strony rurki jest przedewszystkiem krwawienie.

U dwóch chorych po wyłuszczeniu krtani znalazłem miejsce krwawiące na tylnej ścianie tchawicy, tam, gdzie wypukłość rurki do niej przylegała. Jeden z nich, felczer, sam zastąpił sobie rurkę metalową małym kawałkiem drenu gumowego i pozbył się krwawień.

W razie dłuższego trwania ucisku dochodzi do odleżyn, owrzodzeń, czasem bardzo groźnych, i do obfitych, nieraz nawet śmiertelnych krwotoków (*arrosio art. anonymae*).

W innych razach na miejscu stykania się dolnego końca rurki ze ścianą tchawicy powstają ziarniniaki, które bądź po usunięciu rurki, bądź nawet jeszcze podczas jej leżenia w tchawicy wywołują objawy zwężenia.

Ażeby zapobiec tym powikłaniom, usiłowano obejść się zupełnie bez rurki. W tym celu Marshall Hall i Diefenbach wycinali większe kawałki chrząstek tchawicy. Ale Bardeleben słusznie zarzucił temu postępowaniu, że rozwijające się na brzegu rany granulacje zatykają otwór w tchawicy, i że prócz tego wycięcie takich kawałków z przedniej ściany tchawicy może spowodować późniejsze jej zwężenie*). Z tego powodu Roberts wycinał małe kawałki przeciętych chrząstek tchawicy i zeszywał jej brzegi z brzegami rany skórnej, Martin zaś nic nie wycinał, tylko przyszywał brzegi rany tchawicy do skóry drutem srebrnym i łączył ten drut z obrączką kauczukową, okalającą szyję i rozciągającą brzegi rany. Ale nakładanie tych szwów, zwłaszcza w razie dokonania tracheotomji niskiej, gdzie tchawica leży głęboko, jest niezmiernie trudne, a prócz tego otwór nie jest dostatecznie szeroki, konieczne więc jest jeszcze stosowanie przyrządów do odciągania brzegów rany. Jeżeli zaś mamy już takie przy-

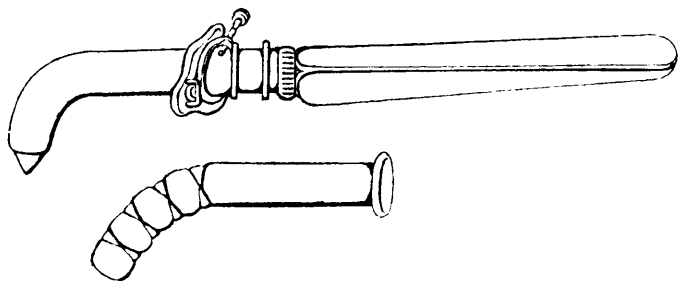
*) Obawa ta okazała się płonną: Thost (Die Verengerungen der oberen Luftwege 1911) zasadniczo wycina okrągły otwór w tchawicy bez żadnej szkody dla chorego.

rzędy stosować, to zbyt wiele jest przyszywanie tchawicy do skóry. Przyrządy te, t. zw. retraktory, polecane przez Linhardta, Gersunego i innych, wywierając znaczny ucisk na chrząstki tchawicy, wywołują ich martwicę.

Wymienione wyżej okoliczności zmusiły znowu do przywrócenia rurkom ich słusznych praw, usiłowano tylko, zamiast niepodatnych rurek metalowych, stosować giętkie, zrobione ze spirali, gumy lub miękkich materiałów elastycznych. Rurki takie mają jednak tę złą stronę, że uniemożliwiają zastosowanie rurki wewnętrznej, wskutek czego wypada często wyjmować z rany rurkę celem jej oczyszczenia, co drażni ranę i niepokoi chorego. W rurkach, zrobionych ze spirali, prócz tego pomiędzy szparami gromadzi się śluz i ropa, czemu wprowadzić można zapobiec przez obciążenie ich drenem gumowym, ale w takim razie trzeba by znacznie zmniejszyć kaliber rurki, co znowu utrudniałoby oddychanie.

Rurki metalowe krótkie, a więc nie sięgające głęboko do tchawicy, nie nadają się z tego powodu, że przy ruchu głowy i szyi łatwo wysuwają się z otworu tchawicznego.

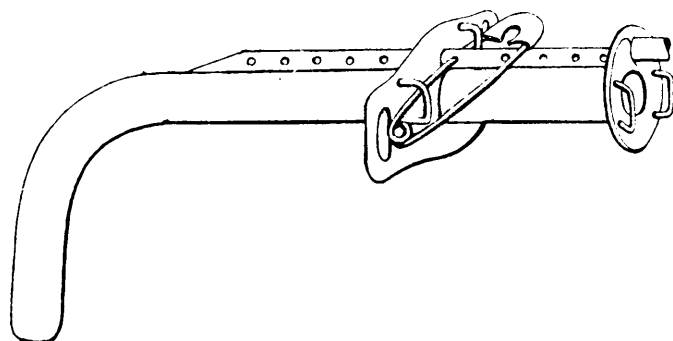
Ażeby zatem uchronić tchawicę od urazu ze strony półokrągłych rurek metalowych, pozostawało tylko jedno: zmienić ich kształt na taki, któryby zapobiegał stykaniu się ich ze ścianami tchawicy. Temu warunkowi odpowiedzieć tylko może rurka, której część, wystająca nazewnątrz, znajdowałaby się w stosunku do części, tkwiącej w tchawicy, pod kątem mniej więcej 90° . Pomyśl takiej rurki (rys. 3) podał Durham, a za nim Parker. Rurki te przeważnie używane są w Anglii. Aby móc tu



Rys. 3.

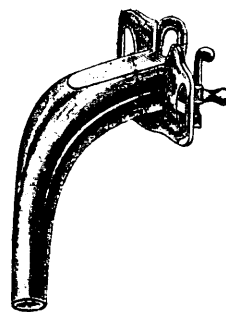
zastosować rurkę wewnętrzną, Durham dał jej zakończenie, składające się z kilku ruchomych członków. Część zewnętrzna rurki jest około 3-ch razy większa od wewnętrznej (t. j. tkwiącej w tchawicy). Wprowadzenie rurki zewnętrznej odbywa się przy pomocy mandryna. Parker, zamiast rurki wewnętrznej, dał rynienkę, na samym końcu tylko zamkniętą. Taka rurka wewnętrzna chybia celu, gdyż wydzielina tchawicy gromadzi się tu w rurce zewnętrznej. Z tego powodu zmieniłem rynienkę Parkera na rurkę spiralną. Gdy jednak rurka taka okazała się niepraktyczna, gdyż spirala rozciąga się przy czyszczeniu rurki, dałem dwie ze sobą spojenie spirale, które doskonale odpowiadają celowi. Można też zamiast spirali użyć kawałka drenu gumowego, którego koniec wystający przekłuwa się agrafką, aby zapobiec wpadnięciu drenu do tchawicy.

Podobną do Durhamowskiej rurkę (rys. 4) podał chirurg wiedeński Salzer. Obie te rurki mają jeszcze tę zaletę, że za pomocą przesuwania ruchomej płytki można rurkę ustawić tak, aby nie stykała się nigdzie ze ścianami tchawicy.



Rys. 4.

Inny chirurg wiedeński Gersuny zaleca rurkę (rys. 5), której część, tkwiąca w tchawicy, ma również przebieg prostolinijny. Dla umożliwie-



Rys. 5.

nia wprowadzenia rurki wewnętrznej górna część obu rurek jest lekko rozszerzona, co wpływa niekorzystnie na stosunek rozszerzonej części górnej do zwężonej dolnej.

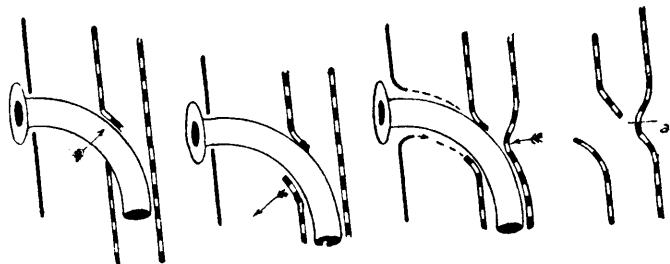
Ze wszystkich zatem rurek tracheotomicznych jedynie rurka Durhama lub Salzera odpowiada warunkom, jakie rurkom stawiać można: jest prostokątna i dzięki ruchomej płytce może być ustawiona tak, że nie dotyka ani przedniej, ani tylnej ścian tchawicy.

Aby jednak temu ostatniemu warunkowi w zupełności uczynić zadość, wymiary rurki tracheotomicznej powinny być ściśle określone i zastosowane do wymiarów tchawicy. Tymczasem rurki, pochodzące z rozmaitych fabryk i krajów, mają najróżnorodniejszą numerację. Rurka Nr. 1 fabryki Reintera w Wiedniu jest o wiele grubsza od rurki Nr. 3 jednej z fabryk niemieckich; rurka Nr. 4 jednej fabryki niemieckiej jest grubsza od rurki Nr. 4 innej fabryki niemieckiej. Narzeka też na ten brak jednostajnej skali rurek tracheotomicznych Baurowicz²¹⁾, przypominając, że według skali wiedeńskiej rurka Nr. 4 ma 10 mm. w średnicy, według berlińskiej zaś ta sama rurka ma tylko 7 mm. Skala wiedeńska ma 6 numerów,

²¹⁾ Zur Bestimmung der Grösse der Trachealkanülen Arch. f. Laryng. T. 26, 1912. www.dlibra.wum.edu.pl

skala berlińska 10. Baurowicz słusznie proponuje, aby numer rurki ściśle odpowiadał jej średnicy.

Zastosowanie rurki niewłaściwego kalibru, t. j. zbyt grubej, wcale nie jest rzeczą obojętną, gdyż staje się przyczyną zmian w tchawicy, prowadzących do jej zwężenia. Jeżeli, mianowicie, wprowadzamy do tchawicy rurkę zbyt grubą w stosunku do zrobionego w niej otworu, to jego górny brzeg zawija się w kierunku do światła tchawicy, często zaś jednocześnie dolny brzeg rany tchawicznej wywija się nazewnątrz (rys. 6). Zbyt gruba rurka, rozciągając zanadto tchawicę w kierunku



Rys. 6.

Powstawanie zwężeń po tracheotomii (wedł. Schmiedena).

boczno-bocznym, jednocześnie wywołuje jej zwężenie się w kierunku przednio-tylnym, przyczem błoniasta ściana tylna wpukla się do światła tchawicy, tworząc t. z. ostrogę (rys. 6). Stąd powstają powikłania, robiące dużo kłopotu z dekanulacją.

Aby uniknąć tych przykrych ewentualności, należy dążyć do przystosowania średnicy rurki tracheotomijnej do średnicy tchawicy w ten sposób, aby przechodziła lekko przez otwór w tchawicy i aby tkwiła w niej swobodnie, nie stykając się z jej ścianami, a z drugiej strony była dosyć gruba, by nie utrudniać oddychania. W tym celu należałoby na liczny szeregów zwłok rozmaitego wieku obu płci dokonać stosownych pomiarów. Przed kilku laty chciałem zająć się tą sprawą, ale musiałem jej zaniechać z powodu braku zwłok dziecięcych w naszym Zakładzie anatomii patologicznej, a przecież tracheotomię najczęściej właśnie u dzieci wykonywać wypada. Muszę więc tymczasem zadowolić się tem, co pod tym względem znalazłem w piśmiennictwie.

Według Kühna²²⁾ Cook proponuje następujące wymiary rurek:

dla dzieci od 1/2 r. do 2 lat	średnica rurki	5 mm.
" " " 2 l. " 4 " "	"	6 "
" " " 4 l. " 6 " "	"	7 "
" " " 6 l. " 8 " "	"	8 "
" " " ponad 8 lat " "	"	9 "
" dorosłych " " "	"	12 "

Oppik²³⁾ robił odlewy krtani i tchawicy na zwłokach różnego wieku i obu płci i otrzymał liczby następujące:

U mężczyzn dorosłych wymiar poprzeczny (boczno-boczny) wynosi 1,3—2,5 cm., przeciętnie 1,8 cm.; wymiar przednio-tylny — 1,4 — 2,2 cm., przeciętnie 1,7 cm.

²²⁾ Günthers Lehre von den blutigen Operationen (Lief. 65. str. 153.).

²³⁾ Paraffin — Wachsausgüsse von Larynx und Trachea bei strumöser Bevölkerung. Arch. f. Laryng. Tom. 26, 1912.

U kobiet dorosłych wymiar poprzeczny (boczno-boczny) wynosi 1,1—1,8 cm., przeciętnie 1,5 cm. wymiar przednio-tylny — 1,0 — 1,8 cm., przeciętnie 1,4 cm.

U chłopców od 1 m. do 10 1/2 lat wymiar poprzeczny wynosi 0,6 — 1 cm., wymiar przednio-tylny 0,4 — 1 cm.

U dziewczynek od 2 m. do 12 lat wymiary tchawicy są mniej więcej takie same, jak u chłopców tego samego wieku.

Podane wymiary dotyczą środka tchawicy, w którym to miejscu według większości anatomów tchawica ma być najszersza, zaś ku górze i ku dołowi od tego punktu kaliber jej ma się zmniejszać. Inni anatomowie utrzymują, przeciwnie, że tchawica w miarę zbliżania się do bifurkacji rozszerza się, zaś Sée²⁴⁾, Sobotta²⁵⁾ i Przewoski²⁶⁾ są zdania, że kaliber zdrowej tchawicy na całej jej długości jest jednakowy. Baurowicz sądzi, że w tracheotomii górnej należy zastosować rurkę grubsza, niż w tracheotomii dolnej. Rzecz prosta, że przy doborze rurek należy się kierować płcią i rozwojem fizycznym danego osobnika. Tchawica kobiet naogół, jak widzieliśmy, jest nieco węższa, niż tchawica mężczyzn, a tchawica osobników tej samej płci i wieku, ale różnych pod względem budowy może przedstawiać znaczne wahania pod względem kalibru.

Reasumując powyższe w sprawie kształtu i kalibru rurek tracheotomijnych, sądzę, że należy:

1) dążyć do wprowadzenia w użycie rurek typu Durhama, t. j. takich, których część, wystająca nazewnątrz (pozioma), w stosunku do części, tkwiącej w tchawicy (pionowa), znajdowałaby się pod kątem mniej więcej 90°;

2) aby rurka tkwiła w świetle tchawicy swobodnie, nie dotykając nigdzie jej ścian; są wprawdzie zwolennicy poglądu, że rurka tracheotomijna powinna wypełniać tchawicę szczelnie, ale pogląd ten jest niesłuszny. Jedynie w razie obfitego bujania ziarniny w tchawicy możnaby na pewien czas taką rurkę wprowadzić w nadziei, że wywarty na ziarninę ucisk doprowadzi do jej zaniku;

3) aby zadość uczynić poprzedniemu postulatowi, należy ustalić ściśle numerację rurek tracheotomijnych stosownie do wieku i płci danego osobnika z uwzględnieniem każdorazowym wahań zależnych od jego budowy fizycznej;

4) aby, co już, zresztą, jest rzeczą przesądzoną, rurka, stale w tchawicy leżąca, nie miała okna, brzegi jego bowiem drażnią błonę śluzową i dają powód do bujania ziarniny. Rurka z oknem, a lepiej jeszcze rurka-rynienka może być zastosowana na czas krótki (24 — 48 godzin) jedynie w celu skontrolowania drożności krtani lub dla przyzwyczajenia chorego dziecka do oddychania drogą naturalną.

²⁴⁾ Sur le calibre relatif de la trachée et des bronches. Gaz. hebdom. 1884.

²⁵⁾ Handb. d. spez. Chir. d. Obres und der ober. Luftwege T. 1. 1911.

²⁶⁾ Ueber die Divertikel der Trachea. Arch. f. Laryng. T. 8, 1898.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Oddziału Chemicznego Państwowej Szkoły Higieny.

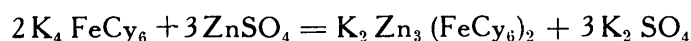
Kilka uwag co do sposobu oznaczania cukru we krwi mikrometodą Hagedorna i Jensena.

Podali

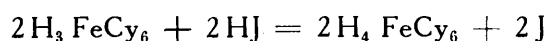
Aniela JĘDRZEJOWSKA i Zofja KOŁODZIEJSKA (Warszawa)

W ostatnich kilku latach Oddział Chemiczny Państwowej Szkoły Higieny do oznaczania cukru we krwi lub w innych sokach ustroju używał metody Macleana¹⁾, która jest modyfikacją metody Folina-Wu²⁾. Metoda ta dawała doskonałe wyniki, jest jednak dla celów klinicznych niedogodna, gdyż wymaga wirówki lub bibuły do sączenia, niezawierającej nawet śladów skrobi, a której u nas, niestety, w handlu niema. To też, gdy w r. 1922 ukazała się nowa mikrometoda Hagedorna i Jensena³⁾ — metoda niezmiernie prosta i szybka, a więc idealna dla celów klinicznych, wprowadziliśmy ją również do badań laboratoryjnych — niestety, jednak okazała się bardzo kapryśna. Były okresy, gdy rezultaty otrzymywane były dobre, potem nagle z temi samymi odczynnikami otrzymywaliśmy zbyt wysokie liczby. Był przeto jakiś czynnik, który wpływał na przebieg reakcji i w rezultacie dawał błędne wyniki i dlatego postanowiliśmy czynnik ten wykryć i usunąć.

Metoda Hagedorna i Jensena opiera się na tem, że odbiałczoną wodzianem cynku krew ogrzewamy z alkalicznym roztworem żelazicyanku potasu, utworzony przez redukcję żelazocyanek potasu łączy się z siarczanem cynku, znajdującym się w nadmiarze w odbiałczonym płynie i jako związek złożony wypada



Pozostały w nadmiarze żelazicyanek potasu oznaczamy jodometrycznie i z różnicy wyliczamy za pomocą tablicy odsetek glukozy w danym płynie.



Z biegiem czasu metodę Hagedorna i Jensena trochę zmienił Patterson, lekarz szpitala Charing Cross w Londynie. Różnica polega na tem, że Hagedorn przygotowuje roztwór żelazicyanku potasu w roztworze bezwodnej sody, gdy tymczasem Patterson przygotowuje niezależnie dwa roztwory: jeden żelazicyanku potasu w wodzie, a drugi sody bezw. w wodzie i dopiero bezpośrednio przed analizą miesza te dwa płyny, co znakomicie zabezpiecza roztwór żelazicyanku potasu od psucia.

Ponieważ ta drobna modyfikacja nie wpłynęła na ustalenie wyników, przeto nasunęło się nam pytanie, czy przypadkiem bawełna wygotowana, używana w metodzie Hagedorna, jako sączek do oddzielania białka ściętego w próbkach krwi, nie zawiera substancji redukujących i nie jest

źródłem błędu i dlatego zamiast bawełny używaliśmy czystej waty szklanej. Otrzymany jednak przesącz był mętny, zawierał pojedyncze nitki szklane to też do następnych doświadczeń użyliśmy azbestu, który jest bardziej ściśły i przytem chemicznie czysty, jest ciałem zupełnie obojętnem. W tym celu macerowaliśmy azbest kupny z kwasem solnym stężonym w misce porcelanowej, przykrytej szkłem, przez $\frac{1}{2}$ godziny na łaźni wodnej. Po ostygnięciu odsączaliśmy kwas solny na sączku Buchnera, pozostały azbest przemywaliśmy wodą destylowaną aż do zniknięcia reakcji na chlor. Wyszuszony w suszarce azbest jest zupełnie biały — gotów do użycia. Ażeby sprawdzić czystość przygotowanego azbestu wykonaliśmy szereg prób t. zw. ślepych, t. j. bez krwi, z samym tylko azbestem i bez azbestu. Otrzymaliśmy jednakowe wyniki, jak widać z tablicy poniższej.

Tablica I.

	Ślepa próba zwykła	Ślepa próba z przesączeniem przez azbest
A	2.03 $\frac{1}{200}$ n. $Na_2S_2O_3$	2.03 } 2.03 $\frac{1}{200}$ $Na_2S_2O_3$
B	2.01 " "	2.01 } 2.02 " " "
C	2.03 " "	2.01 } 2.01 " " "

Stwierdziwszy, że azbest nie zawiera substancji redukujących, przystąpiliśmy do oznaczeń cukru we krwi. Wykonaliśmy dużo takich prób na wielu królikach, przytem, aby być zupełnie pewnymi rezultatów, wykonaliśmy po 3 analizy dla każdego królika.

Tablica II.

Nr.	% cukru		
	Analiza I-sza	Analiza II-ga	Analiza III-cia
1	0.080	0.080	0.077
2	0.067	0.071	0.067
3	0.063	0.063	0.067
4	0.084	0.087	0.085
5	0.087	0.084	0.085
6	0.071	0.071	0.075

Z tablicy tej widać, że wahania są małe — w granicach błędu. Należało jeszcze porównać rezultaty, otrzymane za pomocą zmodyfikowanej przez nas metody Hagedorna z oznaczeniami cukru we krwi dawną metodą Macleana. W tym celu przerobiiliśmy znów dwa szeregi oznaczeń cukru tej samej krwi.

Tablica III.

Nr.	% cukru	
	Maclean	Modyfikacja Hagedorna
1	0.095	0.097
2	0.088	0.090
3	0.088	0.090
4	0.081	0.087
5	0.064	0.065
6	0.076	0.078
7	0.081	0.084
8	0.079	0.084
9	0.081	0.082
10	0.062	0.067
11	0.071	0.073
12	0.076	0.078

Naogół wyniki są jednakowe lub nieco wyższe, ale w granicach błędu. Różnica ta polega prawdopodobnie na różnym sposobie usuwania krwi z pipety, mianowicie, u Macleana krew wypuszczamy z pipety, gdy tymczasem u Hagedorna przemywamy płynem, służącym do odbiałczania krwi.

W literaturze zjawiała się w r. 1928 praca Kunt Dresela¹⁾; nie pipetuje on krwi wprost do naczyń, w którym się odbiałcza, ale wypuszcza ją na kawałek bibuły, używanej w metodzie Banga, lub też bierze wprost kroplę krwi na bibułę, waży na wadze sprężynowej i w dalszym ciągu postępuje tak samo, jak w metodzie Hagedorna.

Krew tę na bibule można przechowywać kilka dni, przytem nie zmienia się zawartość cukru; należy tylko dokładnie wysuszyć bibułę z kroplą krwi, gdyż stan wilgoci ułatwia glikolizę, a zatem otrzymywaloby się błędne wyniki.

Powtórzyliśmy doświadczenia Dresela z bibułą, jednak już ślepa próba wykazała, że skrawki bibuły, używane do metody Banga, a znajdujące się w handlu, zawierają ślady skrobi, która staje się źródłem dużego błędu. Wobec tego użyliśmy zwykłej bibuły do sączenia, pokrajaliśmy ją na kwadraty o powierzchni 2 cm.², zalałyśmy stężonym kwasem solnym i macerowałyśmy przez 4 dni, gdyż krótszy okres nie wystarczał. Po odsączeniu kwasu solnego myśleliśmy wodą gotowaną destylowaną aż do zniknięcia reakcji na chlor. Po wysuszeniu wykonywałyśmy szereg ślepych prób z bibułą i bez niej. Wyniki były jednakowe.

Tablica IV.

Ślepa próba zwykła	Ślepa próba z papierkiem
2.05 $\frac{1}{100}$ n. Na ₂ S ₂ O ₃	2.04 $\frac{1}{100}$ n. Na ₂ S ₂ O ₃
2.02 " "	2.00 " " " "
2.01 " "	2.01 " " " "

Wobec pomyślnych wyników przystąpiliśmy do prób z krwią. Wykonywałyśmy 3 szeregi analiz, a mianowicie:

1^o krew z pipetki wydmuchnięta wprost do próbówki z wodzianem cynku;

2^o krew z pipetki wydmuchnięta na bibułę i natychmiast wrzucona do próbówki z wodzianem cynku.

3^o krew z pipetki wydmuchnięta na bibułę, i dopiero po wysuszeniu, bibuła wrzucona do próbówki z wodzianem cynku.

Przytem potwierdziłyśmy również spostrzeżenie K. Dresela, że należy bibułę w wodzianie cynku ogrzewać na łaźni wodnej pół godziny, aby z niej całkowicie wyekstrahować cukier.

Tablica V.

Nr.	Analiza zwykła	Bibuła wrzucona na mokro do wodzianu cynku		
		Po 6 minut.	Po 15 minut.	Po 30 minut.
1	0.087	0.085	0.097	0.095
2	0.071	0.063	0.065	0.069
3	0.077	0.066	0.067	0.071

Tablica VI.

Nr.	Analiza zwykła	Bibuła wysuszona po 30 minutach ekstrakcji
1	0.073	0.070
2	0.063	0.060
3	0.090	0.087

Natomiast, jeśli krew wypuszczamy z pipetki wprost do próbówki, to przy odbiałczaniu należy ogrzewać nie trzy minuty, jak podaje Hagedorn, nie pół godziny, jak twierdzi Dresel, ale 6 minut wystarcza.

Stwierdziłyśmy to na szeregu prób.

Tablica VII.

Czas ogrzewania przy odbiałczaniu	% cukru	
3 minuty	0.071	0.060
6 minut	0.084	0.071
10 minut	0.084	0.069
15 minut	0.086	0.071
20 minut	0.087	0.069
25 minut	0.082	0.072
30 minut	0.085	0.071

Bibułę z krwią suszy się, poruszając ją na szpilce w powietrzu przez kilka minut, a następnie zatyka się szpilką na korku.

Chciałyśmy się przekonać, jak długo można przechowywać krew, wysuszoną na bibule, a więc,

czy czas nie wpływa ujemnie na zawartość cukru. (tablica VIII).

Tablica VIII.

Nr.	% cukru oznaczony metodą zwykłą	Oznaczenie % cukru bibuły z krwią wysuszoną			
		1-go dnia	2-go dnia	3-go dnia	4-go dnia
1	0.093	0.090	0.089	0.092	0.092
2	0.071	0.069	0.073	0.073	0.075
3	0.088	0.088	0.085	0.087	0.090

Z doświadczeń tych wynika, że wahania są w granicach błędu, i że bez obawy możemy krew na bibułce analizować dopiero po upływie kilku dni. Fakt ten ma bardzo doniosłe znaczenie praktyczne, gdyż lekarz nawet prowincjonalny, nierozporządzający odpowiednim laboratorium może pobrać krew od pacjenta i przesłać do zbadania.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Maclean Biochem. Journ. July 1919.
- 2) Folin and Wu J. biol. Chem. 1919, 38, 81; 1920, 41, 367.
- 3) Hagedorn u Jensen Biochem. Ztschr. 135 46, 1922.
- 4) Kunt Dresel Biochem. Ztschr. 194, 1928.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Z oddziału wewnętrznego „B” Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
(Ordynator Doc. Dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI).

O hormonie sercowym.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

(Dokończenie).

Pojęcie swoistości hormonu sercowego, wytwarzanego w sercu dla wpływu na serce, zostało zachwiane przez prace Zwaardemakera z Utrechtu, Ashera z Bernu i Zuelzera z Berlina, którzy znaleźli substancje czynne o działaniu nasercowem również we krwi, w mięśniach i w wątrobie. Otrzymane przez nich substancje okazały się istotnie obdarzone określoną nasercową właściwościami biologicznymi i farmakodynamicznymi, nie można ich jednak wyłącznie na tej podstawie uznać za hormon sercowy w dzisiejszem tego słowa znaczeniu, a to ze względu na ich pochodzenie z innych narządów. Hormonom nadajemy nazwy w zależności od miejsca ich powstawania, a nie od miejsca uchwytu. Nikt nie nazywa np. adrenaliny hormonem serca pomimo tak wybitnego wpływu na serce. Z tego względu nie wolno, jak na to słusznie zwraca uwagę Haberlandt, nazywać hormonem sercowym wyciągu z wątroby, chociaż okazuje on określony wpływ na serce. Takich „hormonów sercowych” możnaby znaleźć znacznie więcej (nawet mocz np. może w doświadczeniach na żabach okazywać pewne właściwości, pobudzające akcję serca).

Prace Zwaardemakera, Ashera i Zuelzera wprowadziły zamęt do pojęcia hormonu sercowego i wywołały w zagranicznej prasie lekarskiej ożywioną dyskusję.

Zwaardemaker wyodrębnił z okolicy przedsionkowo-komorowej substancję czynną, będącą

nosicielem właściwości nasercowych, którą nazwał automatyną. Substancja ta powstaje pod wpływem promieni potasu ze swego nieczynnego związku macierzystego automatynogenu, znajdującego się w bardzo małej, co prawda, ilości również i w mięśniu komorowym, we krwi i w mięśniach poprzecznie prążkowanych. Zwaardemaker uważa za prawdopodobne, że automatynogen powstaje przeważnie poza sercem, że wiąże się wybiórczo w tkance węzłowej serca i zostaje przez fizjologiczną radjoczynność potasu tkankowego zamieniony w automatynę. W tkance węzłowej znajduje się zawsze pewna ilość tego związku, wystarczająca do utrzymania prawidłowej akcji serca. Ilość potasu w płynie Ringera okazuje się dostateczna do wytwarzania z automatynogenu niezbędnej ilości związku czynnego.

Działanie automatyny na serce jest bardzo zbliżone do działania substancji czynnej Demora i hormonu sercowego Haberlandta.

Asher zauważył, że roztwór Ringera po dłuższym i dokładnem przemywaniu nim wątroby wypłukuje z niej związki o działaniu nasercowem i nabiera dzięki temu właściwości pobudzających w stosunku do częstości i siły uderzeń serca żab. Podobny efekt wywołują również i dializaty z wyciągów wątroby. Asher uważa jednak za prawdopodobne, że czynnik, pobudzający serce, przedstawiają w jego doświadczeniach minimalne ilości soli kwasów żółciowych, okazują one bowiem identyczne działanie nasercowe, co i wyciągi z wątroby.

Zuelzer otrzymał z wątroby substancję o silnym wpływie na akcję serca, którą uznał za hormon sercowy i nazwał eutonon. Na preparatach serc żab, psów i kotów eutonon powodował wzmożenie i przyspieszenie akcji serca z jednoczesnem rozszerzeniem tętnic wieńcowych. 1 — 2 krople 1% roztworu eutononu były w stanie przywrócić miarową czynność nawet już zupełnie niebijących serc żabich. Zuelzer jest zdania, że eutonon

wpływa w sposób swoisty na przemianę materji serca i poprawia tą drogą osłabienie jego czynności. Fisher, Müller i Zuelzer stwierdzili doświadczalnie, że z wątroby można otrzymać niezawierające białka, ani soli ciepłostale związki, które rozszerzają naczynia wieńcowe i wzmacniają napięcie mięśnia sercowego.

Na tej podstawie Zuelzer uważa swój wyciąg z wątroby za hormon, rządzący fizjologiczną akcją serca, i przeciwstawia go otrzymanemu z okolicy węzłowej hormonowi sercowemu Haberlandta.

Zapatorywanie to jest stanowczo niedostateczne uzasadnione, wydaje się bowiem zupełnie niewłaściwem nadanie nazwy hormonu sercowego wyciągowi z wątroby jedynie na tej podstawie, że posiada on pewne właściwości farmakodynamiczne, przejawiające się na skurczach serca i naczyniach wieńcowych. Zupełnie tak samo nie są hormonem trzustkowym obniżające poziom cukru we krwi wyciągi z owsa lub tkanki gruczliczej, i nazwa ta winna dotyczyć wyłącznie otrzymanej z trzustki insuliny. Z dotychczasowych prac na nazwę hormonu sercowego w ścisłym tego słowa znaczeniu zasługują tylko otrzymane ze swoistej tkanki węzłowej i pęczka przewodzącego i nie znajdujące nigdzie poza niemi substancje czynne Demoor'a i hormon ruchu sercowego Haberlandta.

Pomimo olbrzymiej pracy, włożonej w sprawę poznania, co to jest właściwie za substancja o powyżej opisanych szczególnych właściwościach nasercowych, istota chemiczna hormonu pozostaje jeszcze nieznana. Fakt, że istnieje liczny szereg związków o właściwościach, mniej lub więcej zbliżonych do hormonu sercowego, bynajmniej nie przemawia przeciwko jego swoistości. W związku np. z otrzymaniem ciał czynnych z wyciągów wątroby Asher uważał, że hormonem tym może być glikocholan sodu lud cholina, z którymi nawet w minimalnych ilościach można otrzymać w doświadczeniach wyniki pobudzające serce — ściśle podobne do otrzymywanych za pomocą stosowania wyciągów wątrobowych. Okazuje się jednak, że wszystkie powyżej opisane wyciągi glikocholanu, ani choliny nie zawierają wcale.

Nową hipotezę wysunął ostatnio Rigler z Wiednia. Badał on zwłaszcza skład chemiczny i właściwości biologiczne związków czynnych i doszedł do wniosku, że niczem się one nie różnią od właściwości histaminy, i że wszystkie omawiane związki zawierają swe działanie obecności w nich histaminy. Zwaardemacker potwierdził poglądy Riglera i powtórzył z histaminą swe doświadczenia, dokonywane uprzednio z automatyną, i otrzymał jednakowe wyniki.

Zwaardemacker uważa pozatem, że automatyna jest bardzo zbliżona do witaminy B., której brak powoduje ciężkie zaburzenia sercowe w chorobie beri-beri. Jansen i Donath wykazali z kolei, że witamina B jest z chemicznego punktu widzenia bardzo zbliżona do histaminy, co tłumaczy nam podobieństwo ich działania nasercowego.

Na tej podstawie Rigler uważa za prawdopodobne, że histamina przedstawia jeden z czynników niezbędnych do regulacji automatyzmu ser-

cowego, że serce wogóle bez niej bić nie może, i że w tem znaczeniu histaminę można nazwać hormonem sercowym.

Poza swą znaczną wartością teoretyczną nowe zdobycze zaczynają już znajdować również i swe zastosowanie praktyczne. Dotychczasowe doświadczenia nad stosowaniem klinicznym preparatów hormonu sercowego są jednak jeszcze nieliczne i mało zgodne.

Wyciągów z całkowitego serca, używanych przez Renona i Martineta, którzy jakoby osiągnęli przy ich pomocy pomyślne wyniki, obecnie, jako wytwarzanych bez żadnej kontroli biologicznej, nie używa się wcale.

Haberlandt wytworzył z serca byka czynny fizjologicznie preparat. Singer, który wypróbował ten preparat w 15 przypadkach, nie przypisuje mu jednak żadnej wartości leczniczej.

Zuelzer stosował swój wątrobowy hormon sercowy (eutonon) w około 100 przypadkach i był bardzo zadowolony z osiągniętych wyników. Uważa, że działanie eutononu polega na pomyślnym wpływie ogólnym na osłabioną akcję serca. Hormon wstrzykiwano domięśniowo. Okazał się doskonale znoszonym przez chorych i zupełnie nieszkodliwym. Sinica i duszność zmniejszały się znacznie. Szczególnie zaś efektowny był jego wpływ na objawy podmiotowe: uczucie duszności, a zwłaszcza bicie serca oraz bóle w dusznicy bolesnej ustępowały przy stosowaniu eutononu bardzo szybko. Dobroczynny wpływ eutononu na napady bólowe anginy piersiowej Zuelzer tłumaczy sobie jego zdolnością rozszerzania naczyń wieńcowych, wykazaną doświadczalnie na zwierzętach.

Hormon sercowy Zuelzera różni się od leków grupy naparstniczej dwiema zasadniczymi cechami. Po pierwsze działa wyłącznie na serce i nie posiada żadnego wpływu na stan naczyń obwodowych; z tego względu, stosując go w przypadkach, przebiegających z obrzękami, należy dla zmniejszenia oporów obwodowych usuwać je za pomocą środków moczopędnych. Druga różnica polega na zupełnym braku właściwości kumulacyjnych: hormon można więc i należy stosować w sposób nieprzerwany w dawce od 1 do 5 wstrzykiwań dziennie. Wielkość dawki pozostaje jeszcze do rozstrzygnięcia.

Zuelzer nie podaje zresztą swych wyników pod postacią dokładnych spostrzeżeń. Stosowanie eutononu powodowało zarówno wzmożenie, jak i obniżenie parcia tętniczego, zarówno przyspieszenie, jak i zwolnienie tętna, odpowiednio do tego co w danym poszczególnym przypadku wydawało się celowym z leczniczego punktu widzenia. Przedewszystkiem zaś rzucała się w oczy szybka i znaczna poprawa dolegliwych podmiotowych.

Opinia Zuelzera wydaje się raczej jego osobistym wrażeniem, niż dowodem przedmiotowym.

Pal i Winterberg stosowali Zuelzerowski eutonon w przypadkach niedomogi sercowej, wyników jednak zadawalających, o których pisze wynalazca preparatu, nie otrzymali.

Wenkebach jest zdania, że istnieje wiele związków, będących w stanie przyspieszyć czynność wolno bijącego serca, i dlatego trudno jest obecnie mówić o swoistości tego lub innego prepa-

ratu. Wiemy, że również i niebijące serce zachowuje nadal swój automatyzm, czyli że utrzymuje się on bez jakiegokolwiek przejawiania się nazewnątr; nie wiemy jednak, co jest powodem tej pozornej martwoty serca, będącego w pełnym posiadaniu swego automatyzmu, i nie wiemy również, co właściwie przywraca znowu serce do życia. Działanie danego preparatu, polegające na przywróceniu czynności niebijącego już serca, nie jest jeszcze dowodem, że ta właśnie substancja warunkuje czynność serca. O wartości preparatów hormonu sercowego nie można jeszcze nic powiedzieć, wskazania bowiem pozostają nieustalone. Wydaje się, że preparaty hormonalne serca znajdują swe właściwe wskazanie w tych przypadkach, w których rozchodzi się o zaburzenia w wytwarzaniu podniet. Rozstrzygające o istotnej wartości preparatów mogą być jedynie te spostrzeżenia, w których znane leki nasercowe zawiódą, a preparaty hormonalne okażą się skutecznymi.

Wprowadzenie przeto wyciągów sercowych

do leczenia wydaje się jeszcze przedwczesne. Pomimo jednak punktów spornych i ciemnych, dotychczasowe badania doświadczalne pozwalają na dokładne poznanie czynników hormonalnych, wpływających na mechanizm akcji serca, umożliwiając bliższe wejrzenie w tak mało dotychczas wyjaśnioną sprawę powstawania bodźców sercowych. Hormonalne ujęcie automatyzmu sercowego może będzie również w stanie wyjaśnić niektóre szczegóły z patologii serca. Jak daleko zaś zostaną rzeczywistnie teoretyczne możliwości, i w jakim stopniu hormon sercowy znajdzie zastosowanie kliniczne okaże dopiero przyszłość.

Obszerne piśmiennictwo jest szczegółowo przytoczone w pracach:

Haberlandt. *Das Hormon der Herzbe-
wegung*. Urban & Schwarzenberg 1927.

Mouzon. *La Presse Médicale*. 1928. Nr. 37.
oraz w sprawozdaniu z posiedzenia Towarzystwa Internistów Wiedeńskich. *Medizinische Klinik*. 1928, Nr. 15.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

H. LAWACZEK. O zachowaniu się kwasu heksozofosforowego krwi w ustroju normalnym wobec adrenaliny. (*Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin* Tom 159 Zeszyt 5/6).

Według badań autora ilość kwasu heksozofosforowego we krwi pod wpływem adrenaliny zmniejsza się.

Po pierwotnym zmniejszeniu się kwasu heksozofosforowego, spowodowanym adrenaliną, następuje wtórne zwiększenie się, mniej więcej równe spadkowi; jest to jednakże nie skutek działania samej adrenaliny, lecz raczej odczyn ustroju.

Przebieg reakcji z kwasem heksozofosforowym jest znacznie przyspieszony w porównaniu z odwrotnie przebiegającym ruchem cukru we krwi.

Adrenalina, dodana do krwi poza ustrojem, na składniki krwi nie wpływa.

B. Goldstein.

H. LAWACZEK. O zachowaniu się kwasu heksozofosforowego krwi w ustroju normalnym wobec insuliny. (*Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin* Tom 159 Zeszyt 5/6).

Według autora ilość kw. heksozofosforowego we krwi pod wpływem insuliny zwiększa się.

Po pierwotnym zwiększeniu się ilości kw. heksozofosforowego następuje wtórne zmniejszenie się, jako przeciwozyczny ustroju.

Przebieg reakcji jest przyspieszony wobec odwrotnego ruchu cukru we krwi.

Insulina, dodana poza ustrojem, jest bezskuteczna.

Autor również zauważył zwiększenie stężenia krwi pod wpływem insuliny stwierdzony już przez innych.

B. Goldstein.

K. CHACHOVITCH i V. ARNOVLEJEVITCH. O wpływie splenektomji na szybkość opadania krwinek. (*Cmpt. rend. de l'Ac. de Biol.* Nr. 33—1927).

Mechanizm opadania krwinek czerwonych nie jest jeszcze w zupełności wyjaśniony. Wiadomo, że zjawisko to zależy od bardzo wielu czynników. Badano zmiany szybkości opadania w różnych stanach chorobowych i pod wpływem pewnych

związków chemicznych. Ale wszystkie te prace nie zdołały ustalić istotnego mechanizmu opadania krwinek.

Autorzy postawili sobie za zadanie zbadać, czy śledziona wywiera wpływ na szybkość opadania, i wykonali szereg doświadczeń na królikach, u których badali szybkość opadania przed i po usunięciu śledziony.

Z przytoczonej w oryginale tablicy wynika, że usunięcie śledziony wywiera wyraźny wpływ na szybkość opadania krwinek, która ulega znacznemu zmniejszeniu. Po upływie pewnego czasu, różnego w poszczególnych doświadczeniach, szybkość opadania okazuje skłonność do powrotu do stosunków normalnych.

Na podstawie swych doświadczeń autorzy dochodzą do wniosku, że śledziona odgrywa w zjawisku opadania krwinek ważną rolę.

J. Typograf.

H. BAUR i G. LOEWE. O działaniu tyroksyny syntetycznej u człowieka z normalną tarczycą. (*Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin* Tom 159 Zeszyt 5/6).

Tyroksyna syntetyczna (Hoffman-La Roche), zastosowana u człowieka z normalną tarczycą podskórną czy doustnie, wykazuje takie same działanie, jak 100 krotna dawka suszonego gruczołu tarczycznego. Jednorazowe dawki podskórne 2 mgr tyroksyny prowadzą do zwiększenia się przemiany podstawowej o 10—30 proc., trwającego przez 1—2 dni. Przy dłuższym stosowaniu działanie to nie potęguje się, raczej można już mniejszymi dawkami podtrzymywać działanie pierwotne. Po dłuższym stosowaniu można wprowadzić przerwy 2—3 tygodniowe, gdyż działanie tyroksyny pozostaje przez taki czas nawet po odstawieniu. Zbyt duże dawki tyroksyny mogą wywołać nieprzyjemne skutki ze strony serca i układu nerwowego bez niepokojącego wzrostu przemiany podstawowej. Tyroksyna posiada, poza działaniem, zwiększającym procesy utleniania, pełne działanie substancji swoistej gruczołu tarczycznego t. j. może przy nadmiernym stosowaniu wywołać zatrucie z objawami bicia serca, niepokoju, drżenia, pocenia, utraty apetytu, biegunki oraz wypadania włosów.

U zdrowych dawka toksyczna przewyższa znacznie dawkę leczniczą (t. j. podnoszącą przemianę podstawową), ze względu

jednak na różnice osobnicze należy przeprowadzić dla kontroli badanie przemiany podstawowej.

Kuracje t. zw. odtłuszczające, przeprowadzone bez kontroli i bez ograniczenia jedzenia, są bezskuteczne, gdyż wzmożonemu rozkładowi towarzyszy wzmożony apetyt, który znosi działanie tyroksyny. Natomiast w przypadkach nerczyc osiągnięto za pomocą tyroksyny zdumiewające nieraz wyniki (wypędzono do 30 litrów wody), przyczem woda wydalone została głównie drogą parowania i pocenia, jakoteż przez jelita.

B. Goldstein.

Choroby zakaźne.

JURGENS. O profilaktyce duru brzuszego. (Ther. der Geg. Nr. 4 r. 1928).

Autor podkreśla znaczenie ogólnie higienicznych warunków zapobiegawczych. Przesadzone, co najmniej, jest znaczenie, przypisywane dawniej t. zw. nosicielom zarazków. Również przesadzone mocno jest znaczenie szczepień ochronnych, nie dają one bowiem wcale tej ochrony, jaką im przypisywano.

Ponadto szczepienia, dokonane podczas epidemii, mogą spowodować tem łatwiejsze zapadanie szczepionych na dur, że zakażenie może przypaść na okres obniżonej odporności, jaki występuje w przebiegu szczepienia,

B. Goldstein.

W. SCHLIEPS. Odżywianie a płonica. (Jahrb. für Kinderh. 70 tom. $\frac{3}{4}$ zeszyt).

Punktem wyjścia dla pracy niniejszej było spostrzeżenie Czernego, że dzieci ze skazą wysiękową nieprawidłowo odżywiane zachorowują częściej i ciężiej na płonicę, niż inne dzieci. Odwrotnie, zapomocą racjonalnego odżywiania można wpłynąć na wrażliwość i odporność względem płonicy. Autor pragnąc ustalić związek między odżywianiem a płonicą, prowadził badania swe w sposób następujący: 1) W każdym przypadku płonicy zbierał dokładne wywiady, dotyczące sposobu odżywiania oraz zestawiał sposób odżywiania z ciężkością płonicy i jej powikłań. 2) śledził dalszy los prowadzonych przez siebie dzieci i odżywianych w myśl szkoły Czernego zarówno w praktyce prywatnej, jak w szpitalach i na stacjach opieki, 3) specjalną uwagę poświęcał rodzinom, w których starsze dzieci odżywiane były wdg. dawnych metod, młodsze zaś w myśl zasad nowoczesnych. Materiał swój, obejmujący 2023 przypadki, spostrzegane w ciągu 17 lat przeważnie w Rosji i na Łotwie, dzieli na następujące 4 grupy w zależności od ciężkości przebiegu płonicy: 1. B. lekka płonica. 2. Lekka poronna aż do kłajycznej płonicy. 3. Klasyczna płonica. 4. Ciężka toksyczna i septyczna płonica.

Nie mogąc przytoczyć szczegółowiej obszernych wywodów autora, popartych licznymi przykładami z praktyki, ograniczę się do podania jego ostatecznych wniosków.

Odporność względem płonicy jest w znacznej mierze zależna od odżywiania.

Warunkami, sprzyjającymi zakażeniu się płonicą, są powtarzające się uprzednio często schorzenia jamy nosowo-gardzieliowej i patologiczny stan błony śluzowej narządów wyżej wspomnianej jamy.

Ponieważ warunkom tym dzieci ze skazą wysiękową stale odpowiadają, zachorowują one łatwiej niż inne na płonicę.

Dzieci ze skazą wysiękową, odżywiane nieprawidłowo, zapadają z reguły na ciężką, aż do najcięższej płonicy stale z powikłaniami.

Dzieci ze skazą wysiękową, odżywiane prawidłowo nie zachorowują wcale, albowiem na lekką płonicę, przeważnie bez powikłań.

Dzieci bez skazy wysiękowej, nieprawidłowo odżywiane mogą zachorować na lekką, do średniociężkiej płonicy, przeważnie bez powikłań.

Dzieci bez skazy wysiękowej, prawidłowo odżywiane, nie zachorowują nigdy na płonicę.

Najbardziej niezawodną profilaktyką płonicy i jej powikłań jest profilaktyka odżywiania.

M. Stopnicka.

A. SANDELS. Badania nad zmianami, zachodzącymi w obojętnochłonnej ziarnistości w przebiegu chorób zakaźnych. (Jahrb. für Kinderh. 70 tom. $\frac{3}{4}$ zeszyt).

W celu wyodrębnienia patologicznej ziarnistości od normalnej obojętnochłonnej, autorka posługiwała się metodą Mommsena, polegającą na tem, że przy barwieniu preparatów barwnikiem kwaśnym o stężeniu jonów wodorowych p. H. = 5,35, barwi się jedynie ziarnistość patologiczna i można wtedy obliczyć liczbę leukocytów wielojądrzastych, zawierających ziarnistość patologiczną (leukocyty te oznaczamy w skróceniu p. z.). W preparatach, barwionych metodą Mommsena, zaródki zdrowych leukocytów obojętnochłonnych jest bladoróżowa i jednolita, w preparatach krwi chorych osobników odcinają się od zarodki drobne lub większe, ciemno fioletowe aż do czarnych punkciki — ziarnistość patologiczna. W badaniach swych autorka określała wzór białych ciałek, liczbę komórek, zawierających ziarn. patol. oraz przesunięcie wdg. Arnetha-Schillinga. Autorka badając wzrost i spadek ilości p. z. w przebiegu chorób zakaźnych, jak w płonicy, odrze, ospie wietrznej, kurze, grypie i anginie, wykazała, że najwyższy punkt krzywej przypada nie na początek choroby, lecz na dni następne. Jednocześnie ze wzrostem ilości p. z. spada absolutna liczba leukocytów obojętnochłonnych. W przypadkach, zakończonych zejściem śmiertelnym, ilość p. z. spadała raptownie przed śmiercią. Aby ustalić związek pomiędzy przesunięciem obrazu białych ciałek a ilością p. z., autorka obliczała odsetek p. z., przypadający na leukocyty segmentowane i pałeczkowate. Okazało się, że segmentowane biorą raczej większy, w każdym razie nie mniejszy udział w tworzeniu ziarnistości patologicznej, tworzenie zatem ziarnistości patol. nie jest wyłącznie cechą młodych postaci leukocytów, wbrew zdaniu niektórych autorów. Zmiany, zachodzące w obojętnochłonnej ziarnistości, są procesem nieswoistym; spostrzega się je poza szeregiem chorób zakaźnych. W przebiegu złośliwych nowotworów i po naświetlaniu prom. Rentgena. Tworzenie się p. z. jest wynikiem procesów fizyczno-chemicznych. Autorka sądzi, że ziarnistość patologiczna wypada z uszkodzonej, wskutek różnych czynników, zarodki, nie jest zaś produktem rozpadu komórek. Zdaniem autorki, znaczenie praktyczne powyższej pracy jest następujące:

1. Powolne opadanie lub nagły spadek krzywej p. z. mogą być brane pod uwagę przy rokowaniu.

2. Wysokość krzywej p. z. posiada znaczenie w diagnostyce różniczkowej chorób zakaźnych, gdyż naogół daje się zauważyć wpływ rodzaju choroby na ilość p. z. W przypadkach wątpliwych duża ilość p. z. przemawiać będzie za płonicą, mała ilość za odrę, brak zupełny za kurem.

M. Stopnicka

H. MOMMSEN. O wpływie leczenia płonicy surowicą na zmianę ziarnistości obojętnochłonnej; przyczynek do istoty działania surowicy. (Jahrb. für Kinderh. 70 tom. $\frac{3}{4}$ zeszyt.).

Autor badał w poprzednich pracach zachowanie p. z. w przebiegu płonicy i znalazł, że szczyt krzywej p. z. przypada na 7-my dzień od wystąpienia wysypki. Obecnie interesuje go zagadnienie, czy surowica, która, zastosowana w porę i w dostatecznej ilości, niejako przecina proces chorobowy, ma wpływ również na ilość p. z. Autor zbadał w 14 przypadkach płonicy, z których 11 były leczone surowicą, liczbę leukocytów, wzór białych ciałek, przesunięcie wdg. Arnetha-Schillinga i odsetek p. z. Badania te wykazały, że:

1. Zmiany w ziarnistości obojętno-chłonnej w płonicy zachodzą również i przy leczeniu surowicą. Tworzenie się patologicznej ziarnistości jest na początku opóźnione, po kilku dniach jednak krzywa p. z. osiąga tę samą wysokość, jakaby miała bez stosowania surowicy.

2. Powyższy wynik badania jest dowodem, że raz rozpoczęta reakcja pomiędzy ustrojem a zarazkiem płonicy nie zostaje przez zastosowanie surowicy natychmiast zatrzymana, lecz proces chorobowy toczy się dalej. W zgodzie z tem stoi doświadczenie kliniczne, że surowica nie zapobiega powikłaniom

M. Stopnicka

Choroby kobiet i położnictwo.

P. TRILLAT i J. ROUSSET. Reakcja Bordet-Wassermanna we krwi pępowiny. (Gyn. et Obst. T. XVII Nr. 4 1928 r.).

Badając dużą liczbę kobiet ciężarnych, autorowie przyszli do wniosku, że krew matki jest identyczna z krwią pępowiny. Niektórzy autorowie przypuszczają, że we krwi pępowiny surowica krwi jest nienormalna i dlatego powoduje hemolizę. Fakt ten nie został dotychczas naukowo potwierdzony. Na 935 obserwacji autorowie znaleźli 5,24% BW. dodatnich we krwi pępowiny.

W większości przypadków zdrowa matka i zdrowe dziecko mają BW. ujemne. Przeciwnie zaś, w razie reakcji dodatniej autorowie zawsze znajdowali albo u matki, albo u dziecka ślady syfilisu. Słowem, reakcja BW. pozytywna we krwi pępowiny świadczy o dziedzicznym syfilisie i nakazuje energiczne leczenie.

L. Ebin

A. LAFFONT et A. MÉLE. Reakcja Bordet-Wassermanna u kobiety ciężarnej. (Gyn. et Obst. T. XVII Nr. 4 1928)

Autorowie badali kilkakrotnie krew u kobiet ciężarnych w ambulatorjum i w szpitalu. Jako antygen był wzięty spirytusowy wyciąg z wątroby zmacerowanego syfilitycznego dziecka.

Technikę autorowie stosowali dla odczynu Wassermanna Calmettea, a dla odczynu Hechta sposób Levadiego. Autorowie zbadali około 500 kobiet ciężarnych i przyszli do wniosku, że znaczenie reakcji BW. jest wątpliwe u kobiet, które przedtem rodziły dzieci martwe lub zmacerowane (35% zamiast 56), jakby z powodu t. zw. anergji syfili tyznej.

U tych też kobiet reakcja BW. jest ujemna, gdy krew, wzięta z pępowiny dziecka, daje odczyn dodatni.

Poza temi szczególnymi przypadkami reakcja BW. u kobiet ciężarnych ma takie same znaczenie, co i u nieciężarnych. Pozwala ona wykryć syfilis u 10% kobiet, które napozór są zdrowe.

Sposób Hechta jest według autorów niepewny, gdy nie daje się potwierdzić ani reakcją BW., ani objawami klinicznymi.

L. Ebin

SERDUKOFF. Sztuczne poronienie jako uraz biologiczny i jego skutki. (Gyn. et Obst. T. XVII. Nr. 3. 1928).

Jak wiadomo, sztuczne poronienie jest w Rosji dozwolone. Wobec tego obserwacje nad kobietami, u których wywołano takie poronienie, autor mógł przeprowadzić bardzo skrupulatnie, a w szczególności dlatego, że do tych sztucznych poronień są przeznaczone specjalne szpitale. Okazało się z wywiadów, że kobiety, które przechodziły sztuczne poronienie, są narażone trzy razy więcej na gorączkowanie po porodzie, poród trwa zwykle trzy razy dłużej, niż normalnie, trzy i pół razy częściej spotyka się u tych właśnie kobiet przyrośnięte łożyska lub dolne usadowienie tegoż. Wnioski:

1. Liczba sztucznych poronień progresywnie zwiększa

się w Moskwie. W 1926 roku było ich 25.593. Progresywnie też zmniejsza się procent poronień niekompletnych, których większą część stanowią poronienia kryminalne.

2. Powiększająca się liczba sztucznych poronień nie zmniejsza liczby porodów, która się powiększa w stosunku do powiększania się liczby mieszkańców Moskwy.

3. Z punktu widzenia biologicznego sztuczne poronienie wstrzymuje działanie troficzne hormonów ciała żółtego, łożyska, płodu i wewnętrznego wydzielania macicy.

Z powodu tego urazu u kobiet typu astenicznego, dzieciennego zauważono zanik organów rodnych.

4. Macica po poronieniu zmienia się na macicę mięśniakowo-atroficzną, dziecienną.

5. Wczesne sztuczne poronienie u młodych kobiet wywołuje nawet bez zapalenia następczą niepłodność.

L. Ebin.

M. R. LE BLAYE. Zapalenie sromu i pochwy, wywołane grzybkami „*Monilla albicans*”. (Gyn. et Obst. T. XVII. Nr. 1. 1928).

Lokalizacja tego grzybka w pochwie była oddawna znana, jako rzadki objaw u kobiet dotkniętych cukrzycą. Badania autorów wykazały, że grzybek ten można znaleźć u kobiet bardzo często, w szczególności u tych, które się skarżą na swędzenie. Grzybek ten jest zupełnie podobny do pleśniawek „*saccharomyces albicans*”. Do badania trzeba używać metody Grama z barwieniem podwójnym.

Objawy chorobowe są różne. Czasami lekkie swędzenie przechodzi w tak silne palenie, że niesposób jest nawet zrobić płukania pochwy, gdyż wszystko co dotyka warg. pochwy, parzy i boli. Jedynym leczeniem tego zakażenia są płukania zasadowe, które trzeba dłuższy czas stosować.

L. Ebin.

M. REEB. Placenta accreta. (Gyn. et Obst. T. XVII. Nr. 2. 1928).

Prawdziwe przyrośnięcie łożyska do macicy po porodzie jest bardzo niebezpieczne dla chorej w szczególności dlatego, że rozpoznanie to można postawić li tylko podczas samego zabiegu. Placenta accreta zdaje się po większej części u kobiet, które przeszły kilka ręcznych odklejań łożyska, kilka skrobanek, u kobiet, które mają mięśniaki maciczne, lub u których ciąża nastąpiła po kilku miesiącach braku periodu.

Autor przychodzi do wniosku, że podczas zabiegu, gdy akuszer widzi, że łożysko jest przyrośnięte, i gdy ma uczucie, że ręka wchodzi w samą ścianę macicy, trzeba natychmiast wytamponować macicę i zrobić hysterektomię nadpochwową. Gdy się za dużo manipuluje wewnątrz macicy, chora może stracić za dużo krwi i zabieg operacyjny ma mało szans powodzenia. Z 25 obserwacji, które autor zebrał, 19 kobiet umarło. Dlatego też autor jest za radykalną operacją i to jaknajrychlej.

L. Ebin.

M. JOB. Zielone wydzieliny z piersi kobiety nieciężarnej. (Bull d'Obst. et Gyn. Nr. 4. 1928).

Autor ogłasza przypadek, nigdzie i nigdy nie spotykany, u kobiety, która się zgłosiła do autora z powodu bólu w sutkach, autor zauważył przy naciskaniu obydwuch sutek zieloną wydzielinę. Przy badaniu drobnowidowem nie charakterystycznego oprócz ciałek tłuszczowych nie znaleziono. Żadnych leukocytów. Wydzielina jałowa. Pigment nieokreślony. Od sześciu tygodni wydzieliny się zmniejszają. Sutki zupełnie miękkie, bez stwardnień.

L. Ebin.

Choroby dróg moczowych.

PATCH i RABINOWICZ. O zawartości mocznika i kreatyniny we krwi w cierpieniach nerek. (J. Am. Med. Ass. 1928 Nr. 14).

Autorzy przeprowadzali badania na bardzo dużym materiale (ok. 5000 przypadków) celem ustalenia zależności między koncentracją mocznika i kreatyniny we krwi chorych na nerki.

W szeregu przypadków znaleziono wysokie wartości mocznika przy prawie normalnych ilościach kreatyniny.

Ustalono, że wbrew wysokiej zawartości mocznika objawy mocznicy nie występowały, o ile kreatynina nie była wyraźnie zwiększona.

Stwierdzono również, że t.zw. dwuazowy odczyn we krwi był dodatni w przypadkach hiperkreatynemii, natomiast niezawsze występował w przypadkach zwiększenia ilości tylko mocznika.

Nadmienić należy, że nerka koncentruje mocznik do 50 razy, zaś kreatyninę do 100 razy, czyli że zawartości tych ciał w moczu mogą wynosić 50, względnie 100-krotną ilość ich w tej samej objętości krwi.

Wynika stąd, że zaburzenia w wydalaniu kreatyniny zjawiają się wówczas, gdy miąższ nerki jest bardzo uszkodzony.

Co do t. zw. kreatyniny, to obejmuje ona cały szereg ciał, które z chemicznie czystą kreatyniną właściwie bardzo mało mają wspólnego.

Z powyższych danych autorzy wyciągają wniosek, że badanie wydolności nerek winno się opierać na zdolności wydzielniczej wobec t. zw. „kreatyniny”, oraz na odczynie dwuazowym. Od nich zależy także rokowanie, które jest tem gorsze, im większa jest ilość kreatyniny i silniejszy odczyn dwuazowy w surowicy krwi.

B. Goldstein

R. L. DOURMASHKIN. Zespół moczowo - wątrobowy (Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 12 r. 1928.).

Autor opisuje kilka przypadków współistnienia zwężenia cewki oraz marskości zanikowej wątroby, w których po zabiegu forsownego zgłębnikowania cewki rozszerzaczem nastąpiły fatalne objawy choleemii.

Autopsja, dokonana w takim przypadku, wykazała, poza zwężeniem cewki, marskość zanikową wątroby oraz zwyrodnienie śródbłonna nerkowego.

W innych przypadkach zabiegu na cewce moczowej u osobnika z marskością wątroby wystąpiła lekka żółtaczką.

Autor zwraca uwagę na konieczność oględnego postępowania z chorymi na wątrobę i szczegółowego badania czynnościowego wątroby w przypadkach zamierzonego zabiegu na drogach moczowych.

B. Goldstein

W. SEMENING. Znaczenie trzustki i jej schorzeń w urologji. (Ztschrft. f. Urologie Bd. 21 H. 8).

Autor podaje anatomję topograficzną trzustki i zaznacza, że przylega ona zarówno do prawej, jak i do lewej nerki. Urazy lewej połowy brzucha powodują czasami jednocześnie uszkodzenie lewej nerki i ogona trzustki.

Powstające na skutek urazu trzustki torbiele rzekome bywają mylnie rozpoznawane, jako wodonercze. Liczni autorowie opisali przypadki torbieli trzustki, którym towarzyszyły objawy schorzenia narządów moczowych: parcie na moc, bóle przy urynowaniu i t. d. Rozpoznanie różniczkowe w takich przypadkach napotyka trudności, gdyż nawet nakłucie próbne i badanie otrzymanego płynu na mocznik nie jest miarodajne, ponieważ mocznik może się znajdować również i w zawartości torbieli trzustki.

Guzy torbielowe nerek często mylnie bywają rozpoznawane, jako torbiele trzustki. Ropnie, wychodzące z główki trzustki, opuszczają się pozaotrzewnowo w okolicę prawej nerki,

wychodzące z ogona w okolicę lewej i dlatego mogą być mylnie rozpoznane, jako ropnie okołonerkowe. Opisane są przypadki, w których zdjęcie rentgenowskie wykazało kamień w okolicy nerki, były to jednak złogi wapnia w trzustce.

J. Lewinson

W. S. MAC CANN. Działanie moczopędne gruczołów przytarczycznych w niektórych postaciach obrzęków. (Journ. Amer. Med. Ass. 1928. Nr. 4).

Autor podaje opis 3 przypadków obrzęków na tle schorzenia nerek. Wszystkie 3 przypadki wykazywały niskie wartości białka w surowicy krwi. Jeden z przypadków nie wykazywał hipokalcemji, zaś dwa pozostałe wyraźnie zmniejszenie ilości wapnia we krwi. U wszystkich 3 chorych wyciąg z gruczołów przytarczycznych spowodował silny moczopęd i wzrost zawartości wapnia we krwi.

Wyciągi przytarczyczne wykazały działanie także w przypadkach innego rodzaju obrzęków oraz w chorobie surowiczej. Natomiast u osobników nieobrzęklących żadnego działania moczopędnego nie można było stwierdzić.

B. Goldstein.

Choroby nerwowe i psychiczne.

M ROSE. Allocortex u zwierząt i ludzi. (Journ. f. Psych. u Neur. T. 34.).

Ogromna, żmudna i świetna praca, poświęcona budowie kory mózgowej. Szczegółowo została zbadana okolica *quasi* węchowa, a więc *bulbus olfactorius*, *regio praepyramidalis*, *periamygdalaris*, *endorhinalis*, *cornu Ammonis*.

Badania były prowadzone porównawczo, poczynwszy od niższych kręgowców poprzez drabinę rozwojową, aż do człowieka włącznie.

Embryo-histologia układu nerwowego wykazuje, że zarówno kora jak i prążkowie są wytworem ściany wtórnego pęcherzyka mózgowego. Korę cechuje obecność komórek piramidowych oraz uwarstwienie poziome (nigdy przytem nie brak warstwy pasowej—Zonalschicht).

Do określenia prążkowie można użyć tylko terminów negatywnych: brak mu uwarstwienia, cechującego korę, brak warstwy pasowej i brak płytki korowej (*proptotyx*).

Najprostszy sposób powstawania obu ciał: kory i prążkowie jest ten, przy którym rodzą się one z tego samego odcinka tkanki macierzystej.

Ponieważ na wytworzenie takiej kory zużywa się tylko połowa tkanki macierzystej, więc też nosi ona nazwę *cortex semiparietinus* (albo *striatalis* od *striatum*) w odróżnieniu od *c. totoparietinus*, na którą składa się cała ściana pęcherzyka mózgowego. Do rzędu formacji *semiparietina* w obrębie sfery węchowej należą: *regio praepyramidalis*, *regio periamygdalaris*, *tuberculum olfactorium*, *septum pellucidum* i *area diagonalis*.

Cortex totoparietinus dzieli się na dwie grupy: do pierwszej należą te okolice, które tworzą się w sposób następujący: w pewnym momencie rozwojowym powstają 4 warstwy: 1) macierzysta (*matrix*), 2) pośrednia, 3) płytka korowa (*proptotyx*) oraz 4) warstwa obrzeżna (*Randschleir*). Komórki z warstwy macierzystej (*matrix*) wędrują do *proptotyx*. Dopiero tu odbywa się właściwe uwarstwienie kory. Stąd typ ten nosi nazwę *cortex holoprototychos*.

W drugiej grupie *cortex totoparietinus* sposób uwarstwienia jest inny: początkowo, podobnie jak w poprzedniej, zjawiają się 4 warstwy, lecz do *proptotyx* udaje się tylko część komórek z *matrix*, dlatego też warstwa ta pozostaje wąską. Reszta komórek, wywędrowując z *matrix*, zbiera się pod *proptotyx*, pozostając oddzieloną od niej warstwą jasną, prawie bezkomórkową. Komórki te stanowią jakby dodatkową *proptotyx*, stąd nazwa *cortex schizoprototychos* (*schizo* = podzielona). Obie warstwy *proptotychos* mogą znów dzielić się i tworzyć coraz to nowe warstwy.

Jeśli *cortex semiparietinus* stanowi najniższy stopień rozwoju, to *schizoprototypochos* — jest najwyższym jego wyrazem.

Do kategorii *cortex totoparietinus schizoprototypochos* należą: *area praesubicularis*, *area parasubicularis*, *area perirhinalis* i *regio entorhinalis*.

Do kategorii *cortex totoparietinus holoprototypochos* należą: *cornu Ammonis*, *subiculum*, *taenia tecta*, *fascia dentata*, *area retrobulbaris*, wykazujące dwie warstwy; dalej *area limbica anterior*, *area retrosplenialis granularis*, *area retrosplenialis agranularis* — o pięciu warstwach i wreszcie — *isocortex euradiatus* — o siedmiu warstwach.

Z badań porównawczych nad budową wewnętrzną rozmaitych okolic mózgu, które u szeregu zwierząt i u ludzi noszą tę samą nazwę, autor wysnuwa szereg wniosków co do identity lub też różnorodności ich funkcji.

N. Z. Z.

TINEL. Przypadek pocenia się połowy twarzy po urazie ramienia. (Rev. Neur. 1928 Nr. 2.).

Po zwichnięciu lewego stawu barkowego wystąpiło obfite pocenie się pod lewą pachą. Powoli obszar skóry, ulegającej poceniu się, zwiększał się, a po 8 mieś. obejmował już lewą połowę twarzy. Ruch lub wzruszenie gwałtowne potęgują wydzielanie potu. Twarz po stronie lewej jest przytem zaczerwieniona a żrenica silnie rozszerzona.

O ile pocenie się i rozszerzenie źrenicy można przypisać podrażnieniu układu współczulnego, to zaczerwienienie twarzy i nagrzanie jej należy uzależnić od porażenia tego układu.

Autor przypuszcza, iż istnieje tu podrażnienie nerwu współczulnego z rozszerzeniem naczyń pochodzenia nieporażennego, lecz raczej podrażnieniowego w obrębie włókien, rozszerzających ściany naczyń.

Zapuszczenie kropli adrenaliny do oczu wywołuje rozszerzenie źrenicy wyłącznie po stronie chorej. Mniej wyraźny odczyn występuje po zastrzyknięciu podskórnem 1 miligr. adrenaliny.

Próba ergotaminowa niweczy wszystkie objawy podrażnienia nerwu współczulnego.

Całokształt zjawisk autor tłumaczy podrażnieniem ośrodków współczulnych obwodowych, które odpowiadają samoistnie tak intensywnie, iż maskują odpowiedzi przeciwne ośrodków autonomicznych.

(N. Z. Z.)

DE JONG. Zjawiska rytmiczne ze strony układu nerwowego normalnego i chorego. (Rev. Neur. 1928 Nr. 3.).

Autor zastanawia się nad zjawiskiem drżenia u ludzi zdrowych i chorych. Przychodzi on do wniosku, że drżenie jest wyrazem nadmiernego podrażnienia komórki ruchowej, która, nie będąc w stanie pomieścić w sobie całego bodźca, pozwala mu się przenieść na komórki sąsiednie.

W stanach chorobowych pobudliwość komórek jest wzmożona, i dlatego najmniejszy bodziec jest w stanie wywołać nadmiar pobudzenia w danej komórce, i dać w rezultacie drżenie mięśni.

N. Z. Z.

VAN BOGAERT i BERTRAND. O mioklonjach skojarzonych, synchronicznych i rytmicznych, wywołanych przez zmiany ogniskowe w układzie nerwowym. (Rev. Neur. 1928 № 2).

Opis przypadku niedowładu prawostronnego wskutek zmian kiłowych w mózgu. Pozatem chora wykazywała skurcze miokloniczne w prawej połowie miękkiego podniebienia, w gardzieli, w obrębie prawych strun głosowych, prawej połowy twarzy, ust, mięśni szyi oraz oczopląs w prawą stronę. Mioklonje we wszystkich tych mięśniach były synchroniczne, bardzo szybkie, wykazywały 144 skurcze na minutę.

Badanie drobnovidowe ustaliło zmiany: w obrębie torbeki wewnętrznej i jądra ogoniastego po stronie prawej oraz zanik masowy szarych jąder po stronie lewej.

Na poziomie jąder czerwonych istniało zwyrodnienie lewego jądra.

Dalsze cięcia poprzez wzgórki czworacze, most i rdzeń przedłużony stwierdziły niezmierną rozległość zmian chorobowych: w obrębie *pes pedunculi* po stronie prawej istniało zwyrodnienie pęczka piramidowego, w czepcu — *commissura Vernecki* uległa zanikowi; dalej pęczek podłużny tylny również wykazywał zmiany. W moście istniało ognisko we wstępie po stronie lewej.

Wreszcie w opuszcze uderzał zanik lewej oliwki dolnej.

Autorzy podkreślają zanik rozległy w obrębie prawej połowy czepca oraz brak zmian w pęczku środkowym czepca (*fasciculus centralis tegminis*) to jest w obrębie, który Foix uważa za odpowiedzialny przy powstawaniu mioklonij.

Szukając wytłumaczenia dla tych ostatnich, autorzy powołują się na pracę Haenela i Bielschowskiego, którzy opisali w padaczce — mioklonji zwyrodnienie oliwek obok zaniku komórek Purkiniego. Podobne zmiany w obrębie układu oliwkowego znajdowali Gans, Marinesco, Pręćchtel w przypadkach mioklonij.

W konkluzji autorzy wypowiadają mniemanie, że mioklonje zależą od uszkodzenia pewnego układu anatomicznego, w którego skład wchodzi niewątpliwie oliwki opuszkowe i jądra zębate. (NB. Badania nasze nad czynnością oliwek opuszkowych sprzeciwiają się takiemu mniemaniu autorów).

N. Z. Z.

Choroby oczu.

DWORJETZ M. O uzasadnieniu nazwy „*Atrophie nervi optici*“. (Klin Monatsbl. f. Augenh. Styczeń 1928).

Autor zastanawia się nad sprawą nazwy „zanik narządu“ wtedy, gdy czynności tego narządu są dobitnie zachowane. Nazwa taka wydaje się autorowi nieodpowiednia. W szczególności porusza on sprawę zaników nerwów wzrokowych i przytacza 9 przypadków, w których mimo całkowicie zachowanej ostrości wzroku, tarcze nerwów wzrokowych były porcelanowo blade i rozpoznano ich zanik. Z tych przypadków 5 należało do grupy zaników prostych, 3 poneurytycznych i 1 po tarczy zastoinowej. Pole widzenia w większości przypadków było zwężone.

Autor wnioskuje, że w tych przypadkach giną jedynie włókna obwodowe nerwów, natomiast włókna środkowe są niezmienione. Kolor tarczy może zależeć i od innych czynników, naprz. wielkości fizjologicznego zagłębienia tarczy, barwy krwi, rozrostu gleju. Autor proponuje wreszcie dla tych przypadków nazwę „*hypotrophie n. optici*“.

W. Arkin

E. ASMUS. Prosty sposób określania porażenia mięśni, poruszających gałkę oczną w kierunku pionowym. (Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde, grudzień 1-27).

Opierając się na radzie Bielschowskiego, ażeby posługiwać się linią świetlną poziomą przy badaniu dwojenia, spowodowanego porażeniem mięśni poruszających gałkę oczną w kierunku pionowym, autor każe pacjentom patrzeć na deseczkę poziomą, na której umieszczone są dwie lampy podłużne, jakie obecnie często używane są do oświetlenia wystaw sklepowych. Chory zakłada okulary z czerwonym i zielonym szkłem, a lekarz trzyma w ręku kartkę na której wykreślone są cztery krzyżujące się linie, w postaci dwóch X, jednego u góry, drugiego na dole. Każde z ramion X opatrzone jest napisem, a mianowicie: górne ramiona górnego X odpowiadają mięśniom prostym górnym, a dolne mięśniom skośnym dolnym, a w dolnym X górne ramiona odpowiadają m. skośnym górnym, a dolne — prostym dolnym. Lewa połowa odpowiada gałce lewej, a prawa prawej. Przedewszystkiem więc określa się, które oko ma rzutowanie fałszywe. Jest to oko, którego obraz

umiejszcawia się wyżej przy patrzeniu w górę, lub niżej przy patrzeniu w dół.

Do notowania służy zwykła spinaczka biurowa, którą przymocowujemy do kartki zależnie od odpowiedzi chorego. Jeśli np. dwojenie występuje przy patrzeniu w dół, oznacza to, że porażony jest jakiś mięsień opuszczający. Umieszczamy spinaczkę na dolnej krawędzi kartki. Obraz, niżej położony należy, dajmy na to, do oka prawego. Przesuwamy wówczas spinaczkę do prawego rogu kartki. Teraz zapytujemy chorego, jak obraz jest pochylony. Jeśli podaje nam, że kierunek obrazu odpowiada np. dolnemu prawemu ramieniu litery X, (umieszczenie spinaczki w dolnym prawym rogu wskazuje nam, że mamy się kierować prawą połową dolnego X), odczytujemy: m. prawy prosty dolny.

Następnie dla pewności sprawdzamy, czy odległość pionowa obrazów powiększa się przy obdukcji, co odpowiada porażeniu mięśni prostych. Jeśli tak jest, rozpoznanie nie ulega już żadnej wątpliwości.

Biorąc pod uwagę, jak łatwo jest się pomylić i zaplątać przy rozpoznawaniu porażań mięśni, poruszających gałkę pionowo, autor zaleca ten tak prosty przyrząd do szybkiego orientowania się w przypadkach dwojenia. A. Z a m e n h o f.

BESELIN. Zapalenie tęczówki z powodu ropnych czopów w migdałach i schorzeń zębów. (Klin. Monatsbl. f. Aug. Kwiecień 1928).

Autor miał okazję przekonać się o zależności zapalenia tęczówki od zropiałych czopów na migdałach, zarówno jak

i od schorzeń zębów. Związek ten może istnieć nawet wtedy, gdy chory jest obarczony kiłą lub gruźlicą.

Przytacza się kilka przypadków długotrwałego stanu zapalnego tęczówki, gdzie, zarówno leczenie specyficzne, jak i proteinoiterapia zawiodły, natomiast nacięcie migdałków lub usunięcie zęba, nawet nie bólałego dały szybkie wyleczenie. Autor przypuszcza, że toksyny zropiałych czopów powodują zapalenie tęczówki. Z zabiegów na migdałkach autor tu najbardziej poleca nacięcia. Należy częściej myśleć o wymienionych ogniskach chorobotwórczych, nie wpadając jednak w przesadę na metodę Amerykan.

S. Katz-Silbersteinowa

H. LACAZE i R. BIDAULT. Pourazowe śródmiaższowe zapalenie rogówki na tle syfilitycznym. Znaczenie w tym wypadku wylewu krwawego podspojówkowego. (Archives d'ophtalmologie, tom 45, Nr 2, luty 1928 r.).

Autorzy opisują cztery przypadki śródmiaższowego zapalenia rogówki po urazie gałki ocznej. We wszystkich tych przypadkach chorzy byli luetykami. Zazwyczaj poprzedzały objawy zapalne rogówki wylew krwawy podspojówkowy. Podobnie u luetyków ma się rzecz w razie urazu w kolano; wtedy występują w kolanie specyficzne objawy. Inni autorzy, jak Terrien, Duterger, opisali podobne przypadki. Dodać należy, że wyżej opisane zapalenia śródmiaższowe są typowe dla kiły, zapalenie zaś czysto traumatycznego pochodzenia nie mają unaczynienia i są umiejscowione tylko w głębokich warstwach rogówki. S. Hindes

Wskazówki praktyczne.

— J. P o r a s zaleca w *sprawach zapalnych dróg oddechowych* stosowanie pozajelitowe *supersanu* (roztwór eukaliptolu i mentolu w oliwie z dodatkiem małej ilości antyfebryny i antypiryny). Zastrzykuje się domięśniowo z początku 1—1,5 ctm.³, potem co 2 dzień 2 ctm.³ lub co 3 dzień 3 ctm.³. W razie potrzeby — środek narkotyczny lub nasercowy.

(Med. Klin. 1928 Nr. 38).

— Croft potwierdza dane z piśmiennictwa, dowodzące skuteczności *amylnitritu* w ciężko przebiegających porodach z powodu *zbyt silnych kurczów macicy*. W jednym przypadku wdychanie 6 kropel amylnitritu usunęło kurcz w ciągu 1 minuty i doprowadziło do ukończenia porodu w ciągu 3 minut.

(Lancet. 1928 Nr. 5474).

— Według E. V o g t a *naświetlanie piersi lampą kwarcową* bardzo wybitnie podnosi ich *wydajność u karmiących*, co ułatwia karmienie bez uciekania się do pokarmów dodatkowych.

(D. M. Woch. 1928 Nr. 33).

— Gordonoff w badaniach swoich nad *somnacetyną* twierdził, że składniki tego środka — veronal, kodeina i fenacetyna, wzgl. antypiryna — w kombinacji powyższej zyskują na sile działania. Somnacetyna wywołuje lekkie *o'niżenie ciśnienia krwi*, co z niej czyni właśnie środek pożądaný w leczeniu dolegliwości arterjosklerotycznych. Jeżeli poprzedzić stosowanie somnacetyny kilkudniowym podawaniem kofeocytryny, to jej działanie jest jeszcze skuteczniejsze. Sen po somnacetynie jest spokojny i głęboki, a chory po przebudzeniu się nie doznaje żadnych przykrych sensacji.

(Ther. d. Gegenw. 1928 z. 3).

— Long poleca związek srebra z arsenem — *metarseno argenticum*, — który nie uszkadza tkanek ustrojowych i dlatego może być zastrzykiwany *domięśniowo*, czyniąc w ten sposób zbyt rzadkim wstrzykiwanie dożylnie. Przetwór ten zawiera 14⁰/₀ srebra i 16—17⁰/₀ arsenu. Liczne próby na zwierzętach i ludziach dowiodły, że środek ten nie drażni tkanek.

(Lancet. 1928 Nr. 5463).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Z Towarzystw Lekarskich Polskich.

Na posiedzeniu lwowskiego Tow. Lek. d. 30.III r. b. Groer odczytał rezolucję w sprawie szczepienia przeciw gruźlicy.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu dnia 23.III, 1929 r., po wysłuchaniu referatu D-ra L. Węgrzynowskiego w sprawie *szczepień ochronnych przeciwko gruźlicy sposobem Calmette* i przeprowadzonej dyskusji powzięło następującą rezolucję:

1. Odkrycie szczepu prątków gruźlicy o znacznie zmniejszonej jadowitości uważać należy za doniosłą zdobycz naukową,

otwierającą nowe widoki dla możliwości uodparniania przeciwko gruźlicy. To też należy dążyć wszelkimi siłami do umożliwienia polskim pracownikom naukowym podjęcia własnych dalszych badań w tym kierunku na szeroką skalę, które przyczyniłyby się do ukształtowania polskiej opinii naukowej w sprawie doniosłości praktycznej odkrycia Calmette, oraz do rozwiązania całego szeregu wątpliwości.

2. Zastosowanie dotychczasowych wyników szczepień Calmetteowskich w szerokiej praktyce i bez ścisłej naukowej kontroli, należy uważać za przedwczesne. Do doświadczeń na człowieku nadają się narazie jedynie noworodki żyjące w otoczeniu otwartej gruźlicy i to takie, które z tych czy innych powodów nie mogą być stale odosobnione.

3. Tem więcej zasługuje na poparcie zorganizowanie naukowo przeprowadzonych szczepień ochronnych metodą Calmettea wśród bydła rogatego i to na możliwie najszerszą skalę.

Wniosek jednomyślnie przyjęto.

Węgłowski pokazał preparat żyły podskórnej, przeszczepionej do tętnicy w 5 lat po operacji. Prelegent miał sposobność przedstawić w Towarzystwie kilka przypadków po operacji przeszczepienia żyły do tętnicy przy ubytkach tej ostatniej. Klinicznie dawno już są stwierdzone dobre wyniki po tej operacji. Doświadczenia na zwierzętach także dowiodły, że przeszczepiona żyła bardzo dobrze przystosowuje się do swojej nowej czynności, mięśniówka jej ulega znacznemu przerostowi i wreszcie powstają liczne włókna tkanki sprężystej. Jak się zachowuje przeszczepiona żyła w ustroju ludzkim dotychczas nie było jeszcze stwierdzonym anatomicznie. Preparat, który przedstawia T-wu, jest jedyny w świecie, dotychczas takie przypadki nie były jeszcze opisane. Dotyczy ten preparat chorego, który był zraniony kulą karabinową w górną część lewego uda, w lecie 1919 roku. Wkrótce wytworzył się w tem miejscu duży tętniak t. udowej z przetoką do żyły udowej. W marcu 1922 roku chory był operowany przez prelegenta. Po usunięciu tętniaka w tętnicy powstał ubytek w 17 cm. do którego przeszczepiono *v. saphena magna*. Chory całkowicie wyzdrowiał i w ciągu 5 lat pełnił ciężką służbę, pozostając na nogach 10 do 12 godzin dziennie. Tętno i ciśnienie tętnicze na lewej kończynie było prawie takie same jak i na prawej. W roku 1926 chory zapadł na ciężką formę gruźlicy płuc, od której zmarł w kwietniu 1927 roku. Na wyciętym preparacie tętnicy widzimy, że przeszczepiona żyła tak idealnie zrosła się z tętnicą, że miejsce zeszczenia niczem prawie się nie różni od innych części tętnicy. Jednakże przy dokładniejszym badaniu widzimy, że granica pomiędzy tętnicą a żyłą występuje dość wyraźnie, że żyła, mimo to, że wykonywała w ciągu 5 lat czynności tętnicy, nie utraciła swoich cech żyły. Oglądając preparat z wewnątrz na rozciętym preparacie widzimy że tętnica tak powyżej żyły, jako też poniżej tejże ma dobrze widoczne poprzeczne prążkowanie; natomiast żyła ma składki podłużne, bądź nieprawidłowe wałeczkowate. Cała przeszczepiona żyła otoczona jest pochwą z bardzo mocnej zbitej tkanki łącznej, która dość ściśle zrosnięta jest z żyłą. Światło żyły jest tego samego wymiaru co światło tętnicy. Badanie mikroskopowe wskazuje, że w ścianie przeszczepionej żyły powstały dość liczne nowe włókna tkanki sprężystej. Powyższy przypadek niezbitnie potwierdza prawidłowość wniosków prelegenta, który niejednokrotnie zaznaczał, że przeszczepienie żyły do tętnicy jest operacją bardzo cenną, a w pewnych przypadkach — jedyną, która może całkowicie przywrócić normalną czynność kończyny. Przeszczepiona żyła idealnie zrasta się z tętnicą i bez zarzutu wykonuje czynności tej ostatniej.

(Polska Gaz. Lek., 1928 Nr. 38).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Lange omawiał w czerwcu na posiedz. lipskiego Towarzystwa lekarskiego sprawę leczenia nerwobólów zastrzykivaniami pod wysokim ciśnieniem. Statystyka jego obejmuje w ciągu 25 lat 2000 przypadków. Metoda omawiana różni się zasadniczo od wszelkich innych, posilujących się wstrzykiwaniem medykamentów. Zdaniem Lange'go, wstrzykiwanie dużej ilości płynu obojętnego izotonicznego pod wysokim ciśnieniem zdąża do regeneracji a nie zniszczenia włókien czuciowych, jak to ma na celu wstrzykiwanie wysoku. Leczenie winno odbywać się nie ambulatoryjnie, trwa niedługo i daje zazwyczaj szybki skutek.

Bardzo interesujące szczegóły, dotyczące *cholecystografii* znajdziemy w odczycie Kirklin-Rochestera rentgenologa kliniki Mayo, wygłoszonym w Monachjum 4 lipca r. b. Dane obejmowały 5705 chorych z roku 1917. Z liczby tej u 1967 stwierdzono obraz nieprawidłowy u 3738 — prawidłowy. 869 osób operowano i w 778 przypadkach zabieg potwierdził dane cholecystografii. W 422 przypadkach, podczas zabiegu stwierdzono kamienie. cholecystografia zaś wykazała zupełne zniszczenie czynności pęcherzyka. W klinice stosowana była prawie wyłącznie metoda doustna, gdyż przewaga dożylna wynosiła zaledwie 1—2%. Chory dostaje wieczorem w wilę badania środek rozpoznawczy z 240—300 cmt.³ soku winogronowego, poczem po upływie 6—8 godzin daje mu się obfite w tłuszcz jedzenie. W dyskusji podnoszono nadzwyczajne wyniki, otrzymane w Ameryce metodą doustną, i akcentowano potrzebę używania dobrych i świeżych barwników. Kirklin-Rochester zaznacza, że codziennie bierze świeży preparat; przygotowuje świeży roztwór.

W lipskim Towarzystwie Lekarskim Payr, mówiąc w maju o *współczesnym leczeniu choroby Basedowa*, zwraca uwagę na wzrost niewątpliwy w ostatnich czasach t. zw. jod-basedowa, co, zdaniem jego, jest skutkiem terapii jodowej wola, choroby Basedowa a także zbyt wielkich dawek zapobiegawczych jodu. Przygotowanie do zabiegu z pomocą wielkich dawek, jak to zalecają Plummer i Boothby, jest obosieczne, gdyż może spowodować pogorszenie, wyłączając możliwość dokonania zabiegu. Ten ostatni, o ile jest rozdzielony na części, usuwa niebezpieczeństwo bezpośrednie. Wyniki są bardzo dobre pod warunkiem, że zabieg dokonano bez błędów i że zastosowano odpowiednie leczenie następce. Podobnie wielkie znaczenie posiada dobre przygotowanie chorego do zabiegu. Ladwig poparł wywody powyższe liczbowo, wykazując 40% śmiertelności, co szczególnie obarcza jednoczesną resekcję dwustonną. Zasadniczo operacji w klinice lipskiej dokonywa się w znieczuleniu miejscowym lub w uśpieniu awertynowem.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce¹⁾.

Podali

Dr. Witold PRZYWIĘCZERSKI, Inż. Felicjan RAKIEWICZ i Dr. Rudolf SIKORSKI (Warszawa).

I. Przewodnie zasady rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych,

W olbrzymiej pracy obecnego Rządu na polu organizacji administracji państwowej, której wyrazem jest około 400 wydanych rozporządzeń Prezy-

denta Rzeczypospolitej, wzięło również udział Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, w którym Departament Służby Zdrowia przygotował około 12-tu projektów rozporządzeń w zakresie sanitarnym. Część projektów powyższych została już ogłoszona w Dzienniku Ustaw, a między nimi i rozporządzenie z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. Nr. 38 poz. 382).

Ostatnie rozporządzenie zakończyło prace w tej dziedzinie, rozpoczęte jeszcze w r. 1917, które kilkakrotnie były przedmiotem krytycznych badań ze strony naczelnich reprezentacji związków lekarskich, urzędów fachowych jak i przedstawicieli nauki. Tezy do powyższego rozporządzenia rozpatrywała w jesieni roku ubiegłego Państwowa Rada Samorządowa i przyjęła je naogół przychylnie.

Równocześnie opracowało Ministerstwo Spraw Wewnętrznych projekt ustawy o opiece nad osobami psychicznie chorymi, który w czerwcu p.

¹⁾ Referat przedstawiony w ogólnym zarysie na VI-yh Zjeździe Polskich Lekarzy Higienistów we Lwowie w dniu 8-yh lipca 1928 r.

został oddany do Rady Ministrów, celem przesłania go po przyjęciu do Sejmu.

Rozporządzenie o zakładach leczniczych weszło w życie od 26 czerwca b. r. i obowiązywać będzie na całym obszarze Rzeczypospolitej z wyjątkiem Śląska. Termin, od którego rozporządzenie powyższe wejdzie w życie na obszarze Małopolski, określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

Prace nad rozporządzeniem o zakładach leczniczych odbywały się w trudnych warunkach, gdyż należało nietylko objąć przepisami ustawowymi ważny i rozległy dział administracji publicznej, który dotyczy nader żywotnych interesów ludności i którego sposób urządzenia jest świadectwem kultury Państwa i jego mieszkańców, ale ponadto należało wydać rozporządzenie w czasie, kiedy jeszcze nie było centralnych ustaw samorządowych ani ostatecznego uregulowania finansów komunalnych i kiedy w poszczególnych dzielnicach Państwa istniały odrębne przepisy i od długiego czasu budowane urządzenia w zakresie szpitalnictwa.

Przyzwyczajania władz lokalnych i ludności do przepisów i urządzeń dzielnicowych utrudniają pracę zarządu centralnego, która jest niezbędną we własnym Państwie, a która z podanych powodów niezawsze jest dostatecznie rozumiana i popierana, zwłaszcza w wypadkach, kiedy urządzenia lokalne były wynikiem długoletniej pracy uważanej do ostatnich czasów za wzorową i której towarzyszy przekonanie, że ta właśnie praca i urządzenia powinny być na całe Państwo rozszerzone, albo, że przepisy lokalne i urządzenia powinny ze względu na ich wypróbowane wyrobienie i wartość być conajmniej zachowane jako odrębne, a żadną miarą nie powinny być poddawane jednolitym przepisom ogólnym na równi z dzielnicami zaniedbanymi i gorzej urządzonymi.

Interesy państwowe wymagają jednak wyjścia z innego założenia. Państwo musi być rządzone jednolitymi przepisami, a jeżeli nawet Państwa o wysokiej kulturze i wielkiej zamożności, jak np. Prusy, dotąd nie wydały centralnej ustawy szpitalnej, tylko poprzestają na regulowaniu tej dziedziny administracji publicznej rozporządzeniami ministerjalnymi i nadzorem państwowym, to postępują w ten sposób dlatego, że inicjatywa prywatna i samopomoc społeczna wyręcza państwo w tym zakresie działania, u nas natomiast ubóstwo kraju i potrzeba rychłego uporządkowania sprawy szpitalnictwa wymaga nieodzownie energicznej inicjatywy ze strony Państwa, inaczej bowiem rozbieżna, nierównomierna i niedostatecznie wyposażona działalność samorządu i społeczeństwa nie wyda pożądaných rezultatów, ludność nie otrzyma tej opieki szpitalnej, jaka jej się należy. Państwo zaś nie obejmie całokształtu omawianego zagadnienia i nie będzie w stanie ocenić, kiedy i w jakiej mierze musi się przyczynić do poparcia spraw szpitalnictwa powszechnego.

Powyższe względy wymagają innego traktowania omawianej sprawy u nas niż za granicą i w tej myśli Rząd od kilku lat ujął w swe ręce inicjatywę ustawodawczą w zakresie odbudowy i rozbudowy publicznej administracji na podstawie udzielonych Rządowi przez Sejm pełnomocnictw,

i to jest podstawą kilkoletniej olbrzymiej pracy Rządu nad wprowadzeniem w życie w szybkim tempie w stosunkach wewnętrznych Państwa doniosłej zasady praworządności, którą kierownicy ościennych Państw z całą energią i bezwzględnością przeprowadzali przez setki lat swej działalności. Mylne jest zdanie, że nie można jedną ustawą urządzać stosunków okolic o odrębnej kulturze lub zamożności. Tak bowiem jak jednym termometrem można mierzyć i badać temperatury niskie i wysokie, wspólna ustawa może objąć wszelkie stosunki danej dziedziny w Państwie i umożliwić ich dalszy rozwój, nie obniżając stanu doskonałości istniejących już urządzeń, a dając zarazem podstawę i wytyczając kierunek działania dla okolic, które aczkolwiek bez własnej winy zaniedbane, jednak w zakresie zdrowia publicznego rozwijają działalność publiczną i społeczną z energią i żywotnością, która przewyższa także działalność przedwojenną i powojenną dzielnic, które same siebie uważają za jedyny wzór do naśladowania. Samo przez się jest zrozumiałe, że Rząd, przystępując do działalności ustawodawczej w pewnej dziedzinie, bada dokładnie urządzenia istniejące i wartość przepisów dla nich wydanych, czynność zaś ta, wykonywana porównawczo, doprowadza często do wręcz przeciwnych wyników, aniżeli te, które się wyprowadza z jednostronnych badań i ustalonych przekonań wyłączanie w obrębie jednej dzielnicy. Utrzymanie urządzeń i przepisów dobrych, wytrzymujących wszelką krytykę, jest tylko prostym wskazaniem zdrowego rozsądku.

W pracy nad rozporządzeniem o zakładach leczniczych należało baczną uwagę zwrócić na zasady przedostatniego, 3-go z rzędu, projektu ustawy szpitalnej, który w r. 1927 został przez Rząd z Sejmu wycofany, a który przyjmował typ szpitali taki, jaki istnieje w b. Galicji, gdzie ostatnia ustawa szpitalna z r. 1897 wprowadziła typ szpitala fundowanego przez miasta lub powiaty albo inne korporacje lub osoby publiczne albo prywatne, a który następnie, o ile jego budynek i urządzenia zostały uznane za odpowiednie, w drodze ustawy uzyskiwał prawo publiczności i powszechności, stając się samoistną osobą prawną, wyodrębnioną ze samorządu, który był jego fundatorem i od tej chwili szpital przechodził pod bezpośredni zarząd Wydziału Krajowego. Wydział Krajowy zatwierdzał budżet tych szpitali, ustanawiał tukę leczniczą, obsadzał stanowisko dyrektora szpitala, ordynatorów i innego personelu i wykonywał nad nimi władzę dyscyplinarną. Przy każdym szpitalu publicznym i powszechnym była rada szpitalna której skład przepisowała ustawa.

Dalszą ważną podstawą powyższego systemu szpitala była ustawa z r. 1875, która koszty leczenia ubogich, przynależnych do jednej z gmin Galicji, przerzucała na fundusz krajowy, z którego à conto tych kosztów leczenia za ubogich każdy szpital publiczny i powszechny otrzymywał z funduszu krajowego z początkiem roku zaliczkę do wyrachowania, przewyższającą niejednokrotnie cały budżet administracyjny szpitala. Gdy zaszła potrzeba odbudowy szpitala, winien ją był szpital

w zasadzie przeprowadzić z własnych funduszków, a to czego brakło, winien był w połowie pokryć z pożyczki, gwarantowanej przez kraj, a w połowie musiał się do tej odbudowy przyczynić związek komunalny, a więc miasto lub powiat, który dany szpital fundował.

Dla celów szpitalnictwa utworzono przy Wydziale Krajowym osobny departament szpitalny, a nad funkcjonowaniem szpitali tak krajowych (4 szpitale: powszechny we Lwowie, św. Łazarza w Krakowie i 2 zakłady dla chorych psychicznie: dawny w Kulparkowie pod Lwowem i zbudowany tuż przed wielką wojną w Kobierzynie pod Krakowem); jak i nad 38 szpitalami publicznymi i powszechnymi na prowincji czuwało dwóch krajowych inspektorów szpitalnych.

System powyższy szpitalnictwa, oparty o silny finansowo Wydział Krajowy, który zarządzał funduszem krajowym, stanowił zwartą, harmonijnie zmontowaną całość, uważaną za najlepszy dział administracji krajowej, którego naruszenie lub choćby sam zamiar naruszenia nową ogólną ustawą szpitalną, o ileby ona takich samych nie przyjęła zasad, uważane było za krzywdę i niepoczytalny cios ze strony Rządu.

Powyższy system szpitalnictwa uważały i naczelne sfery lekarskie Królestwa za twór wzorowy, w którym za wybitną wartość poczytywano: wyodrębnienie szpitali ze związków komunalnych, które szpitale te fundowały i usamodzielnienie szpitala przez utworzenie z niego samodzielnej jednostki prawnej, na kształt fundacji, bezpośrednio zarządzanej przez organ centralny, jakim był Wydział Krajowy.

Zarząd szpitali publicznych przez organ centralny i wyodrębnienie ich ze związków komunalnych lub organów administracji państwowej to były, zdaniem Królestwa, swoiste zalety szpitalnictwa krajowego, które jego rozwojowi najlepiej sprzyjały, zaś samodzielność szpitali w postaci jednostek prawnych miały zapewniać kierownictwu szpitali niezależność od ujemnych wpływów postronnych, dobór najlepszych sił na te stanowiska i możliwie najlepsze urządzenie szpitali.

Pierwsze zasady miały oddźwięk w Królestwie, w którym rusyfikacyjna i bezwzględna, a w szczególności ujemna polityka rządu rosyjskiego pozostawiła po sobie smutną pamięć, i gdzie czasy względnej niezależności od wpływów rządu pozwalały społeczeństwu na twórczą, swoistą działalność, o której pamięć dodadnia do dziś dnia się przechowywała do tego stopnia, że zasłoniła fakt istnienia obecnie własnego już Rządu, a pozostawiła jeszcze dziś znaczne ślady nieufności do władzy państwowej wogóle i zamiłowania niezależności od niej w szczególności.

Jakżeż, zapytać się należy, przedstawia się galicyjski system szpitalnictwa po krytycznym rozbiórze jego zalet i wad, jakie czas okazał.

1. Otóż z porównawczego centralnego poglądu okazuje się, że galicyjski system szpitalnictwa przedewszystkiem był zmałym społecznym i zbyt ociążałym, a przez to już nieodpowiednim do wprowadzenia go na obszarze całego Państwa.

Wydział Krajowy przejął w r. 1869 pod

swój nadzór 21 istniejących szpitali, przeważnie miejskich, które uznane były wówczas za publiczne i powszechne, a których, stan był ujemny. Ponadto objął Wydział Krajowy pod swój zarząd 2 krajowe szpitale powszechne i zakład dla umysłowo chorych w Kulparkowie. W czasie od r. 1869 uporządkował Wydział Krajowy te 21 przejętych pod swój nadzór szpitali i w ciągu 58 lat—do r. 1928 uznał tylko 19 nowych szpitali za publiczne i powszechne, które zbudowały powiaty lub miasta za inicjatywą Wydziału Krajowego, (od roku 1870 — 1897 = 5 szpitali; od r. 1897 — 1927 = 14 szpit., czyli przeciętnie od r. 1897 co 2 lata jeden szpital), z których dwa w czasie wojny uległy zniszczeniu, sam zaś Wydział zbudował tylko zakład dla chorych psychicznie w Kobierzynie pod Krakowem. Dotąd jednak 42 powiaty b. Galicji nie posiadają szpitali ogólnych. Gdyż w Królestwie w r. 1906 na 87 powiatów, 29 powiatów nie miało jeszcze szpitali, odczuwano to boleśnie. Z wielu więc okolic musi się dotąd w b. Galicji do najbliższych szpitali wozić chorych czasem i po kilkadziesiąt kilometrów. Słusznie przeto zarzucić się musi systemowi galicyjskiemu szpitalnictwa brak rysu społecznego i ociążałość w twórczości, mimo woli bowiem uznawał Wydział Krajowy rozbudowę szpitali za cel dla siebie — a nie kierował się dostatecznie potrzebą ludności, która w wielu okolicach Galicji dotąd jest pozbawiona opieki szpitalnej. Wydział Krajowy wprowadził wprawdzie pewną opiekę lekarską dla ludności przez wprowadzenie lekarzy okręgowych, ale ci nie są w stanie zastąpić brakujących szpitali. Dopiero od kilku ostatnich lat zamyślał Tymczasowy Wydział Samorządowy o dalszej rozbudowie szpitali, przyczem 16 powiatów gotowych było je fundować, nowe te szpitale, wprawdzie z powodu niesprzyjających okoliczności, dotąd jednak nie powstały.

W krótszym czasie i o wiele dawniej, gdyż od r. 1832 — 1870, a więc w ciągu 38 lat, zbudowały w Królestwie, mając Niemce więcej ludności, niż Galicja, Rady Opiekuńcze 47 nowych szpitali, przebudowały blisko taką samą liczbę szpitali i przygotowały budowę około 15 nowych szpitali, z których po roku 1870 niezycielniwy dla kraju rząd po wprowadzeniu rządowych Rad dobroczynności publicznej tylko część założył, a fundusze dla innych szpitali zgromadzone bądź zabrał bądź też użył na inne cele.

W samych województwach wschodnich b. zaboru rosyjskiego od r. 1866 powstało 17 szpitali, założonych przez ziemstwa i około 12 szpitali, założonych przez rząd rosyjski z funduszków ziemstw lub przez Rady opiekuńcze publiczne (Prkaz obščestwiennawo prizrenja), a więc więcej niż powstało w Galicji pod kierownictwem Wydziału Krajowego i to w czasie jego największego rozwoju.

2. Galicyjski system szpitalnictwa prowadził następnie do osłabienia samodzielnej działalności komunalnej, obywatelskiej i społecznej.

Rady szpitalne przy szpitalach publicznych i powszechnych były prawie zupełnie bezczynne, nie miały bowiem nic do roboty, wszelki zarząd szpitali był sprawowany przez Wydział Krajowy

Obecnie jest w b. Galicji poza 43 szpitalami publicznymi (4 dawniej krajowe, 1 państwowy i 38 prowincjonalnych) tylko 8 szpitali komunalnych o 666 łóżkach i 36 szpitali społecznych o 1829 łóżkach, oraz 7 zakładów leczniczych prywatnych o 241 łóżkach.

Licząc publiczne szpitale krajowe (4 szpitale) i prowincjonalne (38 szpitali) do komunalnych, mamy obecnie na obszarze b. Galicji 50 szpitali komunalnych o 8785 łóżkach, podczas gdy na obszarze b. zaboru pruskiego jest 78 szpitali komunalnych o 12.048 łóżkach, a w tem 7 dużych zakładów psychiatrycznych, które razem mają 6138 łóżek, a więc około 80 proc. tej liczby łóżek ile posiadają wszystkie szpitale publiczne w Galicji razem.

Na obszarze b. Królestwa Polskiego było z końcem roku 1927 163 szpitali komunalnych o 12.736 łóżkach, a na kresach wschodnich 63 szpitali komunalnych, posiadających 2712 łóżek.

Królestwo więc przeszło trzykrotnie przewyższa liczbę galicyjskich szpitali komunalnych, którą nawet przewyższa liczba takich szpitali w 4 województwach wschodnich b. zaboru rosyjskiego, a przeszło o 50 proc. przewyższa liczbę komunalnych szpitali galicyjskich liczba szpitali Wielkopolski i Śląska. Pod względem liczby łóżek szpitalnych przewyższa tak Królestwo jak i b. zabór pruski b. Galicję okrągło o 50 proc.

I w zakresie działalności społecznej oraz prywatnej przewyższają b. Galicję inne dzielnice Państwa, Królestwo bowiem posiada 58 szpitali społecznych, liczących razem 3829 łóżek, zaś ziemie b. zaboru pruskiego mają 83 szpitale społeczne, które razem posiadają 9968 łóżek, a więc o 372 łóżka więcej, niż wszystkie szpitale publiczne b. Galicji razem (9596 łóżek).

Prywatnych zakładów leczniczych ma b. zabór pruski 25 (472 łóżka), a b. zabór rosyjski 38 o 638 łóżkach.

Daty podane wykazują, że galicyjski system szpitalnictwa działa ograniczająco na inicjatywę prywatną, w zakresie szpitalnictwa, a system — centralnego zarządu wyodrębnionych ze samorządu i usamodzielnionych szpitali pod względem społecznym i twórczym pozostaje daleko w tyle za systemem szpitali, tworzonych przez związki komunalne i przez nie zarządzanych.

3. Dużo wątpliwości nasuwa następnie system galicyjski wynagradzania kierowników szpitali i ordynatorów. Przed wojną otrzymywali dyrektorzy prowincjonalnych szpitali wynagrodzenie zaledwie w wysokości 1800 — 2000 koron rocznie. Mimo woli narzuca się pytanie, jak dyrektorzy ci mogli żyć z wynagrodzenia, które pobierały najniższe klasy urzędników kancelaryjnych, a jakie pobory pobierali wobec tego ordynatorzy? Siłą rzeczy musiało się dojść do przekonania, że dyrektor szpitala i ordynariusze byli skazani na życie ze szpitala. A więc musieli wśród pacjentów szpitala szukać swoich klientów. System ten jest bardzo względny i niebezpieczny. Łatwo można przy tym systemie przekroczyć właściwe granice, gdyż nawet pacjenci II i I klasy mają w zasadzie prawo, aby otrzymywali należyte świadczenia lekar-

skie w granicach takś ustanowionych, a nie jeszcze ponadto za osobne opłaty. Możliwość skłaniania i pacjentów III klasy do oddawania się lekarzom szpitalnym w ciężkich przypadkach w charakterze pacjentów prywatnych, aby uzyskać możliwie staranną opiekę i leczenie, mogło zupełnie spacyfikować cel i zadania szpitala, osłabić zaufanie do jego normalnych świadczeń, w każdym zaś razie nie mogło przyczynić do rozwoju szpitalnictwa. Przy tym systemie lekarze szpitalni, aby móc się utrzymać, musieli swoich pacjentów umieszczać w szpitalu, a nie tyle dbać o to, aby szpital był powszechnie dla chorych przystępny. Przykłady takie źle także wpływały na służbę szpitala, która z pominięciem właściwego celu szpitala mogła nabyć skłonności do dbania raczej o swój interes osobisty.

Niedopowiedzenia w tym względzie były dużą wadą systemu galicyjskiego szpitalnictwa i wyższe od niego były stosunki w byłym zaborze pruskim, gdzie lekarze szpitalni mieli jawne prawo praktykowania wśród pacjentów I i II klasy.

Trudny ten temat wymaga jednak jasnego wypowiedzenia się. System galicyjski dozwala krążyć koło zasad w tym względzie i czyni nawet wątpliwym tak doskonały nadzór nad szpitalami, jaki był w b. Galicji, szczegóły bowiem takie trudno skontrolować, chyba; gdy ktoś wystąpi ze skargą, co się rzadko zdarzyć mogło.

Lekarzom, łącznie z dyrektorami należy się niewątpliwie odpowiednie wynagrodzenie za pracę. Wynagrodzenie to prócz odpowiednich poborów, które dla dyrektora już od 80-o łóżkowego szpitala winno wynosić VI grupę poborów urzędników państwowych, powinno obejmować i prawo do ustalenia, zaopatrzenia emerytalnego tak dla lekarza jak i dla członków rodzin, a ponadto odpowiednio do natury zajęcia: wolne mieszkanie, dodatek za kierownictwo, dodatki funkcyjne za pracę więcej odpowiedzialną lub trudną, dodatki za dyżury nocne, odpowiednie urlopy i prawo do uzyskania w krótszym niż normalnym czasie emerytury w zakładach psychiatrycznych, w szpitalach zakaźnych i t. d.

Ponadto należy mieć na uwadze, że aby ściągnąć na prowincję specjalistów trzeba obmyśleć warunki ich utrzymania, a do nich należy możliwość pobierania od zamożnych chorych umieszczonych w najwyższej klasie na rzecz szpitala i lekarzy szpitalnych specjalnych opłat za wykonywanie specjalnych życzeń i zabiegów lekarskich.

Zasady powyższe są w tej mierze, jak to możliwe było przy pierwszym ujęciu rzeczy, uwzględnione w rozporządzeniu o zakładach leczniczych w ostatnim ustępie art. 29-go i będą w miarę wydania ustaw samorządowych więcej jeszcze rozbudowywane.

Przy organizacji publicznego szpitalnictwa, które zwłaszcza po olbrzymim przewrocie społecznym, wywołanym przez wielką wojnę, musi się na czoło wysunąć jako dogmat: udzielanie pełnej i wzorowej pomocy lekarskiej dla chorych ściśle w granicach takś leczenia, a także mieć na oku rozwój prywatnych zakładów leczniczych, które działalnością swą w specjalnych gałęziach szpitalnictwa

uzupełniają działalność szpitali publicznych, te bowiem do takiej specjalizacji się nie nadają.

Przykładem potężnego rozwoju szpitalnictwa w krajach wolnych, uporządkowanych i zamożnych mogą być Prusy, w których związki dobroczynne, społeczne i samorządowe oraz inicjatywa prywatnych lekarzy ogromny postęp w zakresie różnych działów leczenia w intensywnym tempie uczyniły udziałem szerokich warstw społeczeństwa, do tego stopnia, że Państwo pozostawiło sobie troskę dbania tylko o kliniki uniwersyteckie, których Niemcy posiadały w r. 1922 — 67. Natomiast w okresie od r. 1876—1900 wzrosła w Prusiech liczba zakładów leczniczych wszelkiego rodzaju z 1502 (o 73091 łózek) na 3900 (214,320 łózek) czyli przeszło o 150%.

W r. 1907 posiadały Niemcy na 3862 szpitali i lecznic o charakterze ogólnym: 2222 szpitali publicznych a 1577 lecznic prywatnych, zaś ponadto 505 zakładów psychiatrycznych, posiadających razem 131,119 łózek; 161 zakładów dla chorób ocznych (5024 łózek) i 116 zakładów położniczych (4010 łózek).

W r. 1919 miały Niemcy 250 publicznych lub uniwersyteckich zakładów psychiatrycznych (127.000 łózek), a 220 takich zakładów prywatnych (30.000 łózek), podczas gdy obecnie w Polsce jest zaledwie 6 psychiatrycznych lecznic prywatnych, które razem posiadają tylko 127 łózek.

Daty ostatnie potwierdzają to, co powyżej o systemie galicyjskiego szpitalnictwa powiedziano, a w szczególności, że urzędowa działalność w tym zakresie nie może być wyłączna, lecz poza nią wielką rolę odgrywać winna samopomoc społeczna i inicjatywa prywatna.

4) Galicyjski system szpitalnictwa opierał się o cenioną w Galicji dotąd zasadę, że koszty leczenia ubogich ponosić winien fundusz krajowy lub w jego miejsce fundusze podobne wyższych związków samorządowych t. j. fundusze wojewódzkie.

Zasadę powyższą wypowiedziała ustawa z r. 1875. I ta zasada nasuwa już obecnie poważne wątpliwości, których nie odczuwał Wydział Krajowy, gdyż nawet zaległe koszty leczenia, jako należitości publiczno-prawne, ściągają starostwa. (D. c. n.).

Wiadomości bieżące.

KOMITET BUDOWY POMNIKA DLA UCZCZENIA PAMIĘCI CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA POLEGŁYCH ZA OJCZYZNĘ Warszawa, Szpital Ujazdowski. Tel. 522-30. Konto P.K.O. 14.111 nadesłał nam z prośbą o wydrukowanie następującą

O d e z w ę.

Jak długą jest historia walk o wolność naszej Ojczyzny, tak długą jest lista tych, co w służbie zdrowia wojsk polskich spłacili daniny życia i krwi na jej ołtarzu.

Byli to lekarze, farmaceuci, felczerzy, były siostry-sanitarjuszki i prości sanitariusze, były też wolontariuszki i wolontariusze, dla których głosem sumienia i obowiązku była pomoc walczącym.

Ginęli oni za czasów napoleońskich, ginęli w walkach powstańczych, a później w Legjonach i różnych farmacjach ochotniczych.

Dziesiątki i setki ich ginęły w zapomnieniu na oddalonych lądach i morzach, w mrocznych więzieniach Sybiru do końca swych dni służąc współbraciom swą wiedzą i pomocą.

A iluż ich poległo w ostatnich bojach?

Niewiele ich nazwisk zna historia.

Większość poległa tak cicho i niepostrzeżenie, jak cichą była ich praca i poświęcenie dla cierpiących współbraci.

Któż zliczy te imiona, kto oceni ich ofiarność?

Nie społeczeństwo, bo ich nie zna i nic o nich nie wie Wielkie zadanie sanitariatu nie zawsze znajduje zrozumienie w społeczeństwie. Ludzi bardziej przekonywa i olśniewa jeden wielki czyn, jeden odruch męstwa, niż długa, cicha i nieefektywna choć ofiarna i pełna niebezpieczeństw praca.

My tylko sami, służba zdrowia winniśmy to ocenić. Rzucony projekt uczczenia pamięci poległych winien znaleźć szerokie echo.

Chcemy wzniesić im pomnik.

Stanie on w stolicy Odrodzonej Ojczyzny, gdzie będzie widomym znakiem, że nie zginęła pamięć o poległych bojownikach. Będzie on dla przyszłych pokoleń drogowskazem jak należy żyć i umierać dla Ojczyzny.

Komitet zwraca się z gorącym apelem do wszystkich, związanych w jakikolwiek sposób ze służbą zdrowia. Poprzyjcie nas. Nawet drobny, ale zbiorowy wysiłek tysięcy ludzi stworzy dzieło godne pamięci tych, których uczcić chcemy.

Komitet Budowy Pomnika

Dla Uczczenia Pamięci Członków Służby Zdrowia Poległych Za Ojczyznę.

Następują podpisy przedstawicieli Ministerstw, Magistratu m. Warszawy, Medycyny Wojskowej, Profesorów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warsz., Przewodniczących Instytucyj Stowarzyszeń i Związków Lekarskich i Farmaceutycznych i t. d.

— Towarzystwo Wzajemnej Pomocy Uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie ostrzega ponownie byłych członków dłużników T-wa, że ogłosi następną imienną listę dłużników, o ile ci, nie będą sami spłacać swych pożyczek zaciągniętych na studia.

Skutkiem braku zrozumienia i uznania palących potrzeb materialnych dzisiejszych członków Bratniej Pomocy ze strony bardzo wielu dawnych członków, w szeregi studjującej młodzieży akademickiej zakrada się nędza i niedostatek, gdyż Towarzystwo nie jest w stanie podołać wszystkim potrzebom członków bez wpływów gotówki z dawnych pożyczek, których zalegająca suma przekracza dziś złotych 200.000. Wobec tego krytycznego stanu rzeczy, Zarząd Towarzystwa będzie zmuszony odwołać się do ogółu społeczeństwa celem zorganizowania wspólnej akcji w tej piekającej sprawie.

WYKAZ GMIN

w których odbyło się głosowanie w sprawie zakazu
sprzedaży napojów alkoholowych na podstawie art. 4
ustawy przeciwalkoholowej.

Dokończenie — p. Nr. 32).

POWIAT	G M I N A	Uchwalono	Wprowa- dzono	Odrzucono	UWAGI
Strzyżów	128. Szufnarowa	"	"		
	129. Tropie	"	"		
	130. Tutkowice	"	"		
	131. Gwierzda	"	"		
	132. Widacz	"	"		
	133. Wiśniowa	"	"		
	134. Wysoka	"	"		
	135. Wyżne	"	"		
	136. Zaborów	"	"		
	137. Nawadka	"	"		
	138. Żyznów	"	"		
	139. Żarnowa	"	"		
Żółkiew	140. Biatycze	"	"		
	141. Bojaniec	"	"		
	142. Derewnia	"	"		
	143. Żółtańce	"	"		
	144. Bytyny	"	"		
	145. Rekliniec	"	nie		wadliwe postępo- wanie
	146. Mokratyn wieś	"	"		
	147. Przysań	"	"		"
II. Wojew. Lubelskie					
Sokołów	148. Kosów			"	
	149. Sterdyń			"	
III. Wojew. Tarnopolskie					
Buczacz	150. Dwinogród	"	tak		
	151. Dolina	"	"		
Czortków	152. Bazar	"	"		
	153. Bajkowce	"	"		"
Tarnopol	154. Białoskórka	"	"		"
	155. Chodaczków Wielki	"	"		"
Trembowla	156. Borki Wielkie	"	"		"
	157. Kurowce	"	"		"
Złoczów	158. Baryczówka	"	"		"
	159. Folwarki			"	
	160. Strutyn			"	
	161. Woroniaki			"	
	162. Wicyń	"	"		

POWIAT	G M I N A	Uchwalono	Wprowa- dzono	Odrzucono	UWAGI
Brzeżany	163. Krasne	"	"		
	164. Wierzbów	"			Nie wpro- wadzano, sprawa w toku
IV. Wojew. Stanisławow- skie					
Kałusz	165. Dzierków	"			Nie wprow — odwoła- nie.
	166. Tyszkowce	"			
	167. Babin Zarzeczny	"	"		
	168. Dołpotów	"	"		
	199. Siwka Kałuska	"	"		
	170. Dolna Kałuska	"	"		
	171. Seredne	"	"		
	172. Moszkowce	"	"		
	173. Siwka Wojnił.	"	"		
	174. Ćwitawa	"	"		
	175. Luka	"	"		
	176. Dubowica	"	"		
	177. Dąbrowa	"	"		
	178. Dołżka	"	"		
	179. Perekosy	"	"		
	180. Wistawa	"	"		
	181. Podnówki	"	"		
	182. Pójo	"	"		
	183. Berłohy	"	"		
	184. Bereśnica Szlach.	"	"		
	185. Dobrowlany	"	"		
	186. Landestreń	"	"		
	187. Nowica	"	"		
	188. Podmichale	"	"		
	189. Uhrynów Stary	"	"		
Kołomyja	190. Oskrześnice	"	"		wniesiono rekurs
	191. Jabłonica		"	"	
Nadwórna	192. Hawryłówka			"	
	193. Hward	"		"	
	194. Jaremcze	"	"	"	
	195. Nazawizów	"	"		
	196. Pniów		"		Głosowa- nie unie- ważniono z powodu małej licz- by głosu- jących
	197. Zielona			"	Wniesio- no protest
Peczeniżyn	198. Berezów Niżny	"			
	199. Kosmacz	"			
Rohatyn	200. Doliniany	"	"		
	201. Jezierzany	"	"		

POWIAT	G M I N A	Uchwalono	Wprowa- dzono	Odrzucono	UWAGI
Śniatyn	202. Widynów			"	
Stanisławów	203. Radcza	"	"		
Stryj	204. Chromohorby	"	"		
	205. Daszawa	"			Nie wpro- wadzano z przy- czyn for- malnych
	206. Dzieduszyce Małe	"	"		
	207. Dzieduszyce Małe	"	"		
	208. Dołhe	"	"		
	209. Komarów	"	"		
	210. Łukawica Wyżna	"	"		
	211. Morszyn	"	"		
	212. Wola Dołhołucka	"	"		
Tłumacz	213. Delawa	"	"		
	214. Tyśmienica	"	"		
V. Wojew. Białostockie					
Sokółka	215. Kuźnica	"	"		
VI. Wojew. Kieleckie					
Będzin	216. Ożarówce	"	"		
Kozienice	217. Sieciechów			"	
Radom	218. Kuczki	"	"		
VII. Wojew. Poznańskie					
Jarocin	219. Golina			"	
Żnin	220. Rogowo				Głosowa- nie nie- ważne, mało gło- sujących (26 osób)
VIII. Wojew. Pomorskie					
Tuchola	221. Minikowa			"	
	222. Płazewo	"	"		
	223. Koślinka	"	"		
	224. Bładowo	"	"		

POWIAT	G M I N A	Uchwalono	Wprowa- dzono	Odrzucono	UWAGI
	225. Słupy	"	"		
	226. Jeleńcy			"	
	227. Brzozie			"	
	228. Krąg			"	
IX. Wojew. Warszawskie					
Kutno	229. Rdutów	"			
Nieszała	230. Czamanin			"	
Błonie	231. Pruszków m.				Sprawa w toku
X. Wojew. Krakowskie					
Brzesko	232. Biesiadki	"	"		
	233. Iwkwie			"	
	234. Łęki	"	"		
	235. Łaniowy	"	"		
	236. Olszowa	"	"		
Tarnów	237. Rzychowa	"	"		
Wieliczka	238. Krzyszkowice	"	"		
Pilzno	239. Zagórze	"	"		

U w a g a: W Województwie Krakowskim poza wymie-
nionymi gminami odbyły się głosowania w 33 gminach. Wyniki
nieznane — sprawy w toku.

ZMARLI.

— Gromadzki Jan, ginekolog, były naczelny lekarz
przytułku położniczego na Pradze — w Warszawie.

— Bondy Ludwik, b. dyrektor domu podrzutków —
w Warszawie.

— Kulikowska Wanda, lekarz sanitarny — w War-
szawie.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

— Prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowski. Regularność,
a samobójstwo u kobiet. Warszawa 1928.

— Tenże. Lekarz — biegły według nowego kodeksu po-
stępowania karnego Bibl. Gaz. Admin. i Policji Państw. T. XIV.

— Jakób Puterman. „Adovern” — nowy przetwór go-
rzykwiatu wiosennego. Odb. z „Nowin Lekarsk.”. 1928, Z. XIV.

TREŚĆ: Z. SREBRNY. O tracheotomii nagłej i o rurek tracheotomijnych. (Dok.) — A. JĘDRZEJOWSKA i Z. KOŁO-
DZIEJSKA. — Kilka uwag co do sposobu oznaczania cukru we krwi mikrometodą Hagedorna i Jensena. — J. TYPOGRAF. O hormonie
sercowym (Str. zbior. dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekar-
skich. — W. PRZYWIECZERSKI, F. RAKIEWICZ, i R. SIKORSKI. Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby
szpitalnictwa w Polsce. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. SREBRNY. Sur la trachéotomie urgente et sur les canules trachéotomi-
ques. (fin.) — A. JĘDRZEJOWSKA et Z. KOŁODZIEJSKA. Quelques remarques sur l'indication du sucre dans le sang par la mi-
crométhode de Hagedorn et Jensen. — J. TYPOGRAF. Sur le hormone cardiaque. (Rév. gén. fin.) — W. PRZYWIECZERSKI,
F. RAKIEWICZ et R. SIKORSKI. L'état actuel de la législation hospitalière et les besoins des hôpitaux en Pologne.