

PRZEGLĄD FELCZERSKI

Apel do własnych sumień.

Nasz piąty zjazd powziął ważną decyzję w zakresie obrony praw naszego zawodu. Powziął mianowicie uchwałę w sprawie formy naszej obrony. Uchwalono pojedyncze wysiłki poszczególnych korporacji naszego zawodu połączyć w jedno ciało, a więc, mówiąc innym językiem, postanowiono założyć jeden związek centralny.

Ten związek centralny to konkretny rezultat prac naszego zjazdu. Odtąd już do instancji rządowych i ustawodawczych będzie w naszym imieniu występować jednolita reprezentacja. Tak różne stanowiska poszczególnych Związków felczerskich miejscowych będą się uzgadniać w łonie związku centralnego, nie uzewnętrzniając się. Odtąd nie będzie już tych smutnych rzeczy, że jeden związek w danej kwestji zajmuje takie stanowisko a drugi zajmuje inne. A jakież rezultaty tego? Jak władze miały iść po linii naszych interesów, gdy sami różnie ujmowaliśmy własne życzenia i pod różnym kątem widzenia ujmowaliśmy obronę naszego zawodu. Dziś zaś, gdy życie nastarczy jakąś kwestję do rozstrzygnięcia, to wyrównanie zdań nastąpi wśród nas samych, a tylko zdanie większości ujawni się wobec władz i społeczeństwa przez jednolite wystąpienie naczelnego organu naszego związku centralnego. I władze więc będą miały sytuację ułatwioną. I nie będą w naszą stronę mogły być rzucane słowa. Jakże chcecie, żeby uwzględniać wasze stanowisko, kiedy sami nie macie jednolitego poglądu?

Przeciwko związkowi centralnemu w duchu tej koncepcji, jaka została przyjęta na Zjeździe, odzywały się tu i owdzie zarzuty. Że, zgadzając się na definicję felczera w ujęciu rozporządzenia ministerstwa nie podporządkowujemy się całkowicie poszczególnym, następnym, krzywdzącym nas paragrafom, jest tak jasne, o tem i mówić nie trzeba. Podobnym argumentem, jako zarzut przeciw związkowi centralnemu, gdyż nazywa felczerem tego, kto został objęty ustawą i rozporządzeniem, może operować tylko laik albo człowiek o złej woli. I zarzut niepodporządkowania się uchwałom piątego zjazdu o centralnym związku z tego powodu można tylko tłómaczyć niezrozumieniem istoty rzeczy albo warcholstwem, a w żadnym razie nie możemy uznać pobudek rzekomo wyższego rządu t. j. lepsze-

go zrozumienia dobra sprawy felczerskiej. Mamy wrażenie, że wszyscy nasi rzekomi przyjaciele radują się, iż felczerzy są dotychczas niezorganizowani w jeden związek i każdy felczer, który jest zwolennikiem dotychczasowej decentralizacji, albo nie rozumie własnego interesu, albo pracuje wyraźnie dla tego trzeciego „pour le roi de prusse”.

Sądzimy dalej, iż nawet ci koledzy, którzy z początku zajmowali chwiejne stanowisko względem Związku centralnego, doceniając jego znaczenie dla nas bez wyjątku poprą usiłowania, wyłonionego komitetu wykonawczego na zjeździe i z całych sił będą pracować nad zjednoczeniem wszystkich felczerów w Polsce. Jest to sprawa poważna i pierwszorzędna. Zanim nie przeprowadzimy zjednoczenia, nie może być mowy o nowych wystąpieniach do władz centralnych, gdyż zawsze będziemy w obawie, by jakiś związek lokalny nie pchnął nas „nożem z tyłu” t. j. nie uwzględniając interesów całego felczerstwa, a tylko punkt widzenia miejscowy, nie wystąpił z niepoważnym projektem, paraliżującym nasze zamiary.

Sądzimy więc, iż koledzy rozumieją solidarność zawodową w najlepszym tego słowa znaczeniu i ufając kolegom, wybranym na zjeździe do komitetu wykonawczego, zgłoszą akces do ogólnego Związku. Sprawa pod względem formalnym przedstawia się w ten sposób, iż poszczególne związki zgłaszają akces do centrali, stając się oddziałami ogólnego związku i mają wpływ na bieg życia w związku przez udział w zjeździe dorocznym, na którym zostają wybrane władze związku centralnego na przeciąg trzech lat.

Obecnie centrala przystąpiła do zlikwidowania spornych spraw na różnych terenach naszego zawodu. Celem fachowego opracowania naszych wniosków zaangażowaliśmy specjalnie adwokata. Z drugiej strony słyszymy, iż władze skłonne są do pertraktowania z jednolitą instancją zawodu felczerskiego i by wreszcie skończyć z ciągłymi nieporozumieniami, pragną wspólnie dla wspólnego dobra te sprawy uregulować. Nie chcemy na razie wymieniać charakteru kwestyj, które są przedmiotem dyskusji, aby nie być w sytuacji łowcy wróbla na dachu. Ale dyskusje z władzami toczą się i miejmy nadzieję wydadzą pomyślne rezultaty.

W takiej więc przełomowej dla nas chwili nie powinno być ani jednego felczera poza Związkiem, ani też, ani jednego związku miejscowego, któryby nie chciał się przyłączyć do centrali. Takie zjednoczenie wszystkich felczerów doda nam autorytetu i zapewni pomyślne rezultaty naszych wystąpień.

Hasło więc nasze dziś brzmi:

„Każdy felczer musi być w Związku!”

„Każdy Związek musi należeć do Centrali!”

Nowe sposoby leczenia cukrzycy.

W ostatnich latach zjawił się na horyzoncie terapii klinicznej nowy środek leczniczy przeciw cukrzycy, zwany insuliną. Środek ten powitany został przez świat lekarski ze zrozumiałym entuzjazmem ponieważ na cukrzycę miała medycyna jeden tylko sposób, tak często zawodny: leczenie dietą tłuszczowo-białkową. Dieta ta i dziś jest aktualną; insulina gra rolę jej pomocnika. Nim jednak o niej zacznę, chcę pokrótce przypomnieć czem właściwie jest cukrzyca.

Cukrzycą (diabetes mellitus) nazywamy zaburzenia w spalaniu cukru w ustroju. Zaburzenie to przejawia się zwiększeniem ilości cukru we krwi (hyperglycaemia) następstwem zaś tego jest przenikanie cukru do moczu (glycosuria) w ilościach nieraz olbrzymich (do 500 gr. na dobę). Następstwem przecukrzenia krwi jest i reszta objawów klinicznych spostrzeganych w tej chorobie. Na czoło objawów choroby wybija się zwiększone łaknienie i równoczesne chudnięcie. Cukier bowiem, który stanowi główną część pożywienia, nie spala się w komórkach organizmu, nie daje więc odpowiedniej ilości energii. Chorego męczy szalone pragnienie a równoległe do tego idzie obfita ilość moczu (czasem 10 l.) w którym znaleźć można cukier (próba Trommera, Böttgera, Moora). W narządzie pokarmowym powstają: owrzodzenia dziąseł, wypadanie zębów, biegunka lub zatwardzenie. W narządzie oddechowym bardzo częste powikłania w postaci gruźlicy, zgorzeli płuc niecuchnącej lub też zapalenia płuc. Serce cierpi stosunkowo nieznacznie; czasami zwolnienie tętna, czasami przyśpieszone. Osłabienie serca towarzyszy ostatniemu aktowi cukrzycy: śpiączce (coma diabeticum). Nerki ulegają często stanom zapalnym (nephritis). Łatwo powstaje schorzenie miedniczek i pęcherza (pyelitis i cystitis). Słodki mocz drażni otwory płciowe i powstać może zapalenie żołądki (balanitis) lub stulejka (phimosi).

Skóra ulega często furunculozie; rany goją się wolno; częsta zgorzel palców wymaga natychmiastowej interwencji sumiennego chirurga. Dokuczliwy świąd daje się chorym we znaki.

System nerwowy ulega również zaburzeniom: pojawiają nerwobóle (kulszowy—ischias, nerwu trójdzielnego i t. d.). Wreszcie najstraszniejszy objaw, przed wynalezieniem insuliny beznadziejny,—to śpiączka (coma diabeticum). Śpiączka jest wynikiem przekwaszenia ustroju. W ciężkich przypadkach cukrzycy ogranicza się nie tylko ilość węglowodanów lecz i ilość białka; na miejsce tego dodaje się dużo tłuszczów, których ustrój spalić nie jest w stanie. Z tłuszczów powstaje kwas beta-oxymasłowy i ciała acetonowe prowadzące do zatrucia. O zaburzeniach innych wspominać nie będę. Po skreśleniu obrazu objawów, chciałbym streścić dzisiejsze poglą-

dy na owo wybijające się w cukrzycy przecukrzenie krwi i cukromocz. W warunkach prawidłowych znajduje się w surowicy krwi niewielka ilość cukru (do 0,1%). Gdy doprowadzamy z pożywieniem obfitą ilość węglowodanów, zostają one magazynowane w wątrobie w postaci glikogenu nigdy jednak ilość ich we krwi nie wzrośnie. Z chwilą zwiększonego zapotrzebowania, glikogen przemienia się w glukozę, która ulega spalaniu w komórkach ciała dając dwutlenek węgla i wodę. Według nowych poglądów istnieją 3 rodzaje glukozy α β i γ i tylko ta ostatnia może być przez komórki spalana. Wszystkie te czynności, a więc magazynowanie glikogenu w wątrobie, przemiana α i β glukozy w γ glukozę i spalanie jej w komórkach, odbywają się dzięki obecności pewnej substancji wytwarzanej przez trzustkę. Substancję tę nazywamy hormonem trzustkowym i powiedzmy już teraz — insuliną. Hormon trzustkowy znajduje się w każdej zdrowej trzustce, wytwarza się zaś w pewnych miejscach trzustki: w komórkach wysp Langerhansa. Hormon wydziela się nie na drodze przewodu trzustkowego do dwunastnicy, ale wprost do krwi. Badania stwierdziły, że zaczyny trzustkowe (trypsyna) płynące do dwunastnicy mogą ten hormon zniszczyć. We wszystkich więc wypadkach, w których są zniszczone komórki wysp Langerhansa, czy to wszystkie, czy też ich większość (kiła, zmiany zwyrodnieniowe komórek) ustaje magazynowanie cukrów w wątrobie, ustaje przemiana α i β glukozy w γ — cukru jest we krwi nadmiar a jako nieużyteczny zostaje wydalony z moczem. Mała uwaga: nie każde pojawienie się cukru w moczu jest cukrzycą; może się on zjawić po zastrzyknięciu adrenaliny, w zatruciach rtęcią, morfiną, tlenkiem węgla, w chorobach zakaźnych, w malarji, w chorobach mózgu, stanach epileptycznych, chorobie Basedowa i t. d. Cukrzycą nie jest więc cukromocz ale cały obraz biologiczny i kliniczny nakreślony powyżej. Dzieje nauki o hormonie trzustkowym sięgają tych czasów (1889) kiedy Mehring i Minkowski po wycięciu trzustki u zwierząt stwierdzili objawy cukrzycy; po wszczepieniu trzustki objawy te zniknęły. Dalsze badania anatomo-patologiczne stwierdziły u diabetów zaniki wysp Langerhansa. W ten sposób ugruntowała się teoria, której następstwem jest odkrycie insuliny. Już na początku tego wieku uczeni próbowali wydobyć z trzustek zwierzęcych ten cenny hormon, rozumując, że doprowadzenie hormonu do ustroju diabetyka przewróci zachwianą lub zniszczoną przemianę węglowodanów. Miażdżono więc trzustki i wyciągano hormon przy pomocy wody, płynu Ringera. Jednak wyciąg ten nie ziścił pokładanych nadziei. Zastrzykiwanie diabetekom-zwierzętom nie wiele pomagało a równocześnie występowały groźne objawy uboczne—wstrząsu, płyn bowiem prócz hormonu zawierał obcogatunkowe białka. Dopiero w r. 1921 uczeni amerykańscy Banting i Best, lekarze uniwersytetu w Toronto zdołali wydzielić przy pomocy wyciągu alkoholowego hormon bez białka. Podwiązywali przewód

wydzielniczy trustki a w następstwie tego ginął jej miąższ wytwarzający sok trustkowy. Wysepki Langerhausa nie ginęły, stwierdzono nawet ich przerost (Rosenberg). Wyciąg z takich trustek okazał się leczniczym. Wstrzykiwanie wyciągu śródżylnie czy śródmięśniowo obniżało u zwierząt cukrzyczych ilość cukru we krwi, znikał cukromocz; u zwierząt zdrowych wyciąg ten powodował obniżenie cukru we krwi poniżej normy i groźne stany hypoglikemiczne. Co do wydobywania hormonu insuliny niema do dziś jednej ustalonej metody, tak jak niema jednostki insuliny. Za jednostkę uważają $1/3$ część tej dawki insuliny, która jest w stanie 2 kilogramowego królika głodzonego 24 h już po 4 godzinach doprowadzić do stanu hypoglikemicznego (cukier we krwi poniżej normy $0.5^{0/100}$). Na opakowaniach insuliny jest zaznaczona ilość jednostek insuliny, znajdujących się w 1 cm^3 danego preparatu. (Jest to bardzo ważne dla praktyki!) Zwykle w 1 cm^3 znajduje się 10—20 jednostek.

Insulina jest cieczą bezbarwną (londyńska jest żółtawa) pozbawiona białka. Wstrzykuje się śródżylnie lub śródmięśniowo z zachowaniem najsurowszych zasad aseptyki, (dokładne gotowanie igły, strzykawkki, odkażenie miejsca ukłucia i umycia rąk!!) diabetyk bowiem jest niesłychanie skłonny do zakażenia.

W miejscu zastrzyknięcia uczuwa chory piekący ból.

W niektórych wypadkach u chorych z b. osłabionem sercem następowała nagle śmierć. Stwierdzono też w niektórych wypadkach obrzęki. Powikłaniem przerażającym chorego i otoczenie są wspomniane powyżej stany hypoglikemiczne, gdy ilość cukru we krwi spada poniżej normy. Stan taki łatwo rozpoznać: objawia się drgawkami, niepokojem, uczuciem trwogi, ustawianiem serca; zjawić się może bredzenie, nieświadome moczenie i oddawanie stolca; gdy choremu nie udzieli się pomocy ginie z powodu porażenia ośrodka oddechania. Ratunek bardzo łatwy. Daje się do wypicia trochę soku owocowego albo ocukrzanej wody. Gdyby chory był nieprzytomny — doprowadzić dożylnie roztwór cukru (aseptyka!). Wypadki jednak takie zdarzają się rzadko ponieważ zapobiegawczo daje się choremu $\frac{1}{2}$ g. przed zastrzyknięciem insuliny pewną ilość węglowodanów. Dawkę dobową obliczoną przez lekarza dzieli się na 3 zastrzyknięcia.

Jakież zmiany zachodzą po zastosowaniu insuliny? Przedewszystkiem stwierdza się odcukrzenie krwi, w ciągu krótkiego czasu znika z moczu cukier. W wątrobie stwierdzamy nagromadzenie się glikogenu. O ile była kwasica — po insulinie znika, a przemiana tłuszczowa wybitnie się poprawia. Równocześnie stan ogólny chorego poprawia się, samopoczucie staje się znacznie lepszym, znikają ze skóry wrzodziańki, o ile była rana, — goi się szybko. Działanie insuliny jest zdumiewająco szybkie. Dr. Rosenberg

cytuje w swym artykule o działaniu insuliny wypadek, w którym u młodego człowieka będącego w stanie śpiączki zastosował 100 jednostek insuliny.

Po kilku godzinach przytomności wróciła. Również przy powikłaniach takich jak gruźlica płuc, w sprawach septycznych przy operacjach, przy stosowaniu narkozy gra insulina pierwszorzędną rolę. Jaki jest mechanizm działania insuliny dotychczas nie wyjaśniono dostatecznie.

Mimo dość wielu prac poświęconych insulinie, mimo wielu doświadczeń, nie opracowano dotychczas pewnej metody leczniczej, pewnego schematu, któryby umożliwił stosowanie insuliny w praktyce prywatnej. Stosowanie insuliny wymaga bardzo sumiennej obserwacji, częstego badania krwi, zwłaszcza przed i po zastosowaniu insuliny. Leczenie insuliną prowadzi się równolegle z leczeniem dietetycznym, trzeba więc uważać, by chory ufny w moc insuliny nie przeholował w spożywaniu węglowodanów. Wreszcie leczenie insuliną dotyczy przypadków cięższych, a te potrzebują koniecznie stałej opieki lekarskiej.

Jak się więc prowadzi leczenie insuliną? Przedewszystkiem określa się tolerancję chorego względem węglowodanów. Gdy chory niema zbyt osłabionej tolerancji, insuliny się nie stosuje tylko dietę tłuszczowo-białkową. W wypadkach cięższych stosuje się wpiery dietę.

Gdy mimo diety cukier się wydziela stosuje się insulinę w ilości 1 jednostki na 2 gr. cukru. Np. chory mimo diety tł. białk. wydziela z moczem 30 gr. cukru. Dodaje się do diety 40 gr. węglowodanów. Razem cukru wydzieli 70. Na każde 2 gr. wypada jednostka insuliny. Powinno się więc zastosować 35 jednostek insuliny. Z obawy przed stanem hypoglykemicznym stosuje się mniej, np. 25 jednostek insuliny, rozdzielonych na 3 porcje. Dla bezpieczeństwa w ½ g. po zastrzyknięciu daje się choremu węglowod. Dawka taka, w wypadku tym okazać się może niedostateczną. Należy je stopniowo powoli, powiększać aż się diabetyka odcukrzy. Gdy odcukrzenie nastąpiło dodaje się powoli cukru coraz więcej aż się zjawi w moczu. Wtedy znów dodaje się więcej jednostek insuliny. Tak dochodzi się aż do pewnej granicy węglowodanów i insuliny. Należy jednak wystrzegać się przekarmiania chorego, tuczenia. Należy stosować dni czystej diety tłuszcz.-białkowej bez insuliny i znów drugie dni z dodatkiem węglowodanów i insuliny. Przy takim postępowaniu stan chorego poprawia się o tyle, że może pracować. Zwykle nie odcukrzy się chorego zupełnie, ale pozostawia się lekki cukrzomocz. Prawdopodobnie w czasie kuracji insulinowej, chore wyspy Langerhansa odpoczywają. Bardzo prawdopodobnym jest, że odradzają się. Dlatego też w wielu wypadkach po ukończeniu kuracji insulinowej były diabetyk cukru nie wydziela mimo diety stosunkowo zasobnej w węglowodany. Tak się zdarza, jednak pa-

miętać trzeba, że insulina jest środkiem objawowym, a nie przyczynowym; niszczy objawy choroby, ale nie niszczy ich przyczyny.

W ciężkich wypadkach śpiączki stosuje się znaczne ilości na dobę ponad 100 jednostek naturalnie rozdzielonych na 5 porcji po 20 lub więcej. Dotychczas stosuje się insulinę w postaci zastrzyków dożylnych lub śródmięśniowych. Wcieranie w postaci maści, wacchanie, wlewianie per rectum i t. d. były bez rezultatów. Idealnym sposobem byłoby zażywanie per os. Niestety, pod wpływem trypryny, insulina rozkłada się. Próbowano podawać rozpuszczoną w alkoholu. Alkohol wsysa się bowiem już w żołądku unika się więc w ten sposób zetknięcia insuliny z trypryną. W ostatnich miesiącach udało się stosować insulinę przez język. Śluzówka języka chłonie chlorek insuliny, tylko że ilość insuliny musi być prawie 3-krotnie większa i działanie jest mniej stałe. Działanie trwa od 18—20 godzin. Język przed nasypaniem sproszkowanej insuliny powinien być wilgotny, jeśli zaś stosuje się roztwór insuliny, powinien być stężony i dokładnie oczyszczony.

Na zakończenie chciałbym przytoczyć historję choroby podaną przez D-ra Groedela i Hüberta w Münch. med. Wochenschrift № 43, 1923. Chory lat 63. Od 29 lat chory na cukrzycę. Mimo diety od 4 lat wydziela 70—40 gr. cukru na dobę. Wychudnienie, znaczne osłabienie serca, z ust wydobywa się zapach acetonu. Mocz bez białka cukru 66.4 gr. We krwi 0,176. Po 1 iniekcji $2\times$ po 10 jedn. $\frac{1}{4}$ g. przed obiadem cukier w moczu spadł na 39.7 gr. Codziennie wstrzykiwano 20 jedn. przez dni 8. Cukier znikł zupełnie. W ciągu następnych 12 dni bez-insulinowych cukier pojawił się znów w większej ilości. Następną serją zastrzyków po 60 jednostek spowodowała zniknięcie cukru i objawy hypoglikemiczne. Powrócono do dawek pierwszych (20 jedn. Cukier się zjawił w bardzo nieznacznych ilościach. We krwi było 0,138% więc nie norma.

W innych wypadkach działanie insuliny okazało się również takie samo. W każdym razie zawsze następuje od cukrzyca.

Badania nad wydobywaniem insuliny dowiodły że hormon ten znajduje się nie tylko w trzustce, lecz też w wątrobie, tarczycy mięśniach w moczu ludzi zdrowych (zwłaszcza u kobiet ciężarnych). Czy narządy te wytwarzają same hormon, czy też są przepojone hormonem trzustkowym niewiadomo.

W czasopiśmie lekarskiem niemieckim pojawiła się wzmianka o leczeniu cukrzycy promieniami nadfioletowymi. Sposób ten podał duńczyk dr. Andersen. Po naświetlaniach stwierdził u swych chorych zniknięcie cukromoczu i wzrost tolerancji względem węglowodanów z 24 gr. na 120 gr.

Mimo, że leczenie insuliną nie wchodzi dziś w zakres prywatnej praktyki lekarskiej i felczerskiej, podałem ten szkic, wierząc, że nie samem chlebem praktyki powinien żyć lekarz ale i myślą teorji.

K. D.

Patologia i terapia obrzęków w świetle poglądów obecnych.

Podał

Dr. Marceli LANDSBERG

Stan obrzękowy, t. j. stan chorobowy, odznaczający się nadmiernym zgromadzeniem się płynu w przestrzeniach międzytkankowych: w stanach patologicznych ilość płynu tego zwiększa.

Płyn międzytkankowy, zarówno jak i krew, jest mieszaniną ciał, które wędrują z komórek w stronę krwi, jakoteż substancyj odżywczych, dążących do tkanek z krwiobiegu.

W stanach prawidłowych płyn międzytkankowy poza składnikami kryształoidowymi (cukier, sole, produkty rozpadu białkowego, gazy), zawiera także i białko, lecz tylko w ilości minimalnej (Rzetkowski). W sprawach obrzękowych płyn międzytkankowy zmienia się nie tylko ilościowo, lecz i jakościowo, wykazując mniejszą lub większą domieszkę białka.

Klinika rozróżnia już oddawna najrozmaitsze typy obrzęków. Mówimy o obrzękach nerkowych, które klinicznie nawet różnią się znacznie od obrzęków, t. zw. sercowych. Znamy obrzęki naczyniowonerwowe (Quincke), charłacze, głodowe.

Wspomnieliśmy wyżej o płynie międzytkankowym, zaznaczając, że zawiera on jednocześnie ciała, wędrujące z krwi do tkanek, i wydzieliny swoiste i nieswoiste tych tkanek, podążające, do naczyń chłonnych, oraz włosowatych żylnych. Otóż wychodząc z tego założenia, już a priori musimy dopuścić, chociażby tylko schematycznie, 3 typy powstawania obrzęków. Przedewszystkiem możemy mieć do czynienia z wzmożoną przepuszczalnością tętniczek włosowatych, dzięki czemu wzrośnie ilość przesączu z krwi do przestrzeni międzytkankowych. Taki typ tworzenia się obrzęków spostrzegamy np. w stanach naczyniowych, jak np. obrzęki Quinckego.

Daleko ważniejszą rolę, aniżeli wzmożone przesączenie płynu ze krwi, odgrywają w sprawie nadmiernego zbierania się płynów międzytkankowych upośledzenie wchłaniania tego płynu do naczyń chłonnych, oraz do żyłek włosowatych. W stanach niedomogi serca, kiedy wskusek osłabienia prądu tętniczego maleje również vis a tergo, pędząca krew żylną do serca, żyłki włosowate są przepełnione krwią i wskutek tego nie wchłaniają utworzonego płynu międzytkankowego. Płyn ten zbiera się ustawicznie i wreszcie rozpięra tkanki, uciskając i na naczynia chłonne, co pogarsza jeszcze bardziej ów stan rzeczy. Wszystkie czynniki, powodujące osłabienie prądu krwi w żyłach, doprowadzają wskutek tego do obrzęku.

Podczas kiedy w omawianych sprawach naczyńiowonerwowych mieliśmy do czynienia z obrzękiem czynnym, nazwiemy drugi typ powstawania obrzęków, typem biernym, żylnym. Nie wszystkie jednak sprawy obrzękowe dają się rozsegregować w ten sposób. Badania lat ostatnich każą przypuszczać, że oprócz wspomnianych tutaj 2 czynników, wchodzi w rachubę i inne, zatrzymujące nadmierne ilości płynów w szczelinach międzytkankowych. Początkowo przypuszczano, że w obrzękach nerkowych płyny pozostają w ustroju dlatego, że schorzała nerka nie przypuszcza soli kuchennej; sól ta posostaje w tkankach i, dzięki swej wodochłonności, zatrzymuje wielkie ilości wody, nie oddając jej naczyniom. Późniejsze badania wykazały jednak, że nie tylko schorzenie nerki, jako spraw chorobowych, jak obrzęki charłaczce oraz głodowe, żadnych zmian chorobowych w nerkach nie stwierdzono. Wykazano, że i nawet w obrzękach nerkowych, poza samem niewydzielaniem prawidłowej liczby chlorków przez nerki, istnieje jeszcze cały szereg czynników, powodujących zmiany nie tylko ilościowe, lecz i jakościowe w płynach obrzękowych. Według tego poglądu, retencja soli oraz wody jest tylko sprawą wtórną, rolę zaś pierwszorzędną w procesie powstawania pewnego typu obrzęków odgrywa jakościowo zmieniony płyn międzytkankowy.

Badania przeprowadzone w klinice Prof. Rzętkowskiego nad zawartością soli kuchennej w ślinie w stanach hydrotencji, wyjaśniły dostatecznie, iż retencja soli kuchennej w ustroju jest nie tylko zależna od zaburzeń w wydzielaniu jej przez nerki, i że jest ona spowodowana raczej przez aktywne zatrzymywanie jej przez płyny i tkanki ustroju. Dlatego też, zdaniem naszym stwierdzenie zmniejszenia się ilości NaCl w ślinie jest poniekąd dowodem istnienia 3-go typu obrzęków, mianowicie typu, który nazwiemy tkankowym.

Jakiż jest mechanizm powstawania obrzęków? Prawidłowy płyn międzytkankowy zawiera tylko bardzo nieznaczne ilości białka. Kiedy działalność proteolityczna tkanek ulega osłabieniu, komórki zamiast końcowych produktów rozpadu białkowego typu peptonów lub kwasów aminowych, wyrzucają do przestrzeni międzytkankowych większe ilości nierozłożonego białka. Białko to, jako koloid, — wiąże, dzięki swej pęczliwości, większe ilości wody, i ponieważ właśnie, jako ciało koloidalne, niełatwo przedostaje się poprzez błonę naczyń do krwiobiegu, pozostaje in loco. Białko to (badania własne), a może i kompleksy białkowo-tłuszczowate w celach hydratacyjnych wiąże większe ilości soli. W ten sposób ani wzmożony dopływ wody, ani zwiększona retencja samej tylko soli nie może wywołać obrzęku, o ile tkanki lub płyny ustroju nie zawierają ciał wiążących pożądlwie ową „słoną wodę”.

W niektórych stanach obrzękowych nagromadzenie się płynu między-

tkankowego może być spowodowane nie tylko przez jeden ze wspomnianych przez nas czynników. Tak np. w sprawach sercowych obrzęk pierwotny jest bezsprzecznie wywołany przez czynniki typu „biernego”. Po pewnym czasie, kiedy stan chorobowy doprowadza do charłactwa, w rachubę wchodzi również i zmieniona, osłabiona proteoliza tkanek (jak i we wszystkich stanach charłacznych), t. j. występuje tutaj typ, nazwany przez nas tkankowym. Wspominaliśmy, że typ pierwszy, czynny, poza stanami naczyniowo-nerwowymi odgrywa pewną rolę w obrzękach nefrytycznych, podczas kiedy w nefrozach mamy litylko do czynienia z typem tkankowym.

Jakież to tkanki i jakie płyny zatrzymują największe ilości wody? Z badań Eppigera, Lewa i ostatnio Picka wiemy, że i wątroba odgrywa tutaj rolę bardzo znaczną. Co się tyczy substancyj, które ową słoną wodę wiążą, to, jakieśmy się starali udowodnić w naszej pracy o patogenezie obrzęków, wchodzi tu w rachubę przedewszystkiem globuliny, które, jak to wykazały badania nasze, Kollerta, Starlingera i Rusznyaka, występują w stanach tych we krwi w ilości nadmiernie wzmożonej.

Co się tyczy kliniki stanów obrzękowych, to typ pierwszy odgrywa tutaj stosunkowo niewielką rolę. Obrzęki naczyniowowe, jak np. obrzęk zapalny (do tego typu zalicza Volhard obrzęk nefrytyczny), obrzęk Quinckego, są tak charakterystyczne, że trudno je wziąć za obrzęki innego pochodzenia. Leczenie tych stanów powinno polegać na usunięciu przyczyn owej wzmożonej przepuszczalności kapilarów lub też na „uszczipieniu” chorobowo zwiększonych szparek w śródbłonku przez podawanie dużych ilości wapnia, w postaci CaCl, w roztworze 10% (3 łyżki stołowe dziennie) lub też Ca lact. kilka razy dziennie po jednym gramie.

W leczeniu obrzęków pochodzenia sercowego wchodzi przedewszystkiem w rachubę te czynniki, które usuwają zastoinę żylną, t. j. wzmagają i regulują działalność serca. Jednocześnie z tonizowaniem serca przez odpowiednie dawki naparstnicy czy strofantu, należy zastosować wszystkie te zabiegi, które mechanicznie usuwają obrzęki. Zbiorowiska płynu w opłucnie, w jamie brzusznej, w osierdziu, bardzo wielkie anasarca dolnych kończyn powinny być usunięte przez nakłucie, względnie zastosowanie sączków. Upust krwi, który może być zastosowany w dość szerokim zakresie, zmniejszając napełnienie naczyń, powoduje przez to odpływ płynu obrzękowego z tkanek do krwiobiegu. Wytwarza się hydremja, która działa tutaj, jako jeden z potężniejszych środków moczopędnych. Co do ilości wypuszczonej krwi, to, zdaniem naszym, wystarczą tutaj i nie tak wielkie masy krwi, jak to radzi Volhard: upust 200 do 300 cm. sz. jest do tego celu zupełnie wystarczający.

Niemniej ważnym czynnikiem, jak leki i zabiegi mechaniczne, jest tutaj odpowiednie zastosowanie diety. Ograniczamy wodę, redukujemy admi-

nimum sól kuchenną, przez zastosowanie 2-dniowego postu, czy też Karel-
lowskiej diety mlecznej wygładzamy niejako ustrój, co również odwadnia
ustrój. To zbawienne nieraz działanie odmładzające Karrelowskiej diety
mlecznej, kartoflanej Rosenfelda, owocowej lub czysto wodnej, da się wy-
tłómaczyć przez wzmoczoną diurezę, którą spostrzegamy również w pierw-
szych kilku dniach głodzenia u głodomorów. W późniejszym okresie głó-
dzenia występuje sprawa wręcz odwrotna, mianowicie uwodnienie ustroju,
i dlatego, aby uniknąć wręcz przeciwnych skutków, dietę głodową stosu-
jemy nie dłużej, niż 3 — 4 dni. O ile po upływie tego czasu zastosowana
dieta nie sprowadza spodziewanej diurezy, należy zmienić ją w kierunku
wzocogacenia jej w białka i węglowodany. Jednocześnie z zastosowaniem
jednej z tych półgłodowych diet wskazane jest (w celu szyszego odwod-
nienia ustroju) podawanie środków moczopędnych, na których czele znaj-
dują się połączenia ksantynowe, a więc diuretyna, jako związek, najłatwiej
rozpuszczający się w wodzie, jednakże jest ona podawana przeważnie
w zbyt małych dawkach. Diuretyna w obrzędkach sercowych powinna być
podawana (łącznie z preparatami grupy naparstnicy) w ilości 3 — 4 godz.
dziennie. O ile po 3 — 4 dniach nie odnosi skutku, należy przez jakiś
przeczekać i znowu zastosować te same dawki diuretyny. Teobromina po-
winna być podawana po 0,3 trzy razy dziennie. W tych przypadkach, kiedy
doustne podawanie tych środków nie jest dobrze znoszone (wymioty, bóle
w żołądku lub w okolicy wątroby), najlepiej skutkują czopki po 0,4 eufil-
liny (2 razy dziennie). Z przyczyn niewyjaśnionych spotykamy się często
z obrzękami, które ustępują pod wpływem jednego z tych środków, zacho-
wując się opornie względem drugich. O ile jednakże, pomimo wybróbowania
wszystkich tych środków, diureza nie występuje, jak to widzimy w za-
starzałych obrzędkach, należy spróbować podawania rozpuszczalnych soli
rtęciowych. Wchodzą tu w rachubę: kalomel oraz novasurol. Kalomel
stosujemy 3 razy dziennie po 0,1 oraz z 0,01 opium przez 3 dni. Co się
tyczy novasurolu, to związek ten, zawierający około 34% rtęci, jest jednym
z najpotężniejszym i najszybciej działających środków moczopędnych. Wada
novasurolu polega na tem, że działanie jego jest przemijające, i, częstokroć
po 5 — 6 zastrzyku, ustrój przestaje nań reagować. Novasurol podajemy
dożylnie lub domięśniowo w ilości 1 — 2 cm. sz. 10% rozbzynu raz albo
i dwa razy dziennie, zrana i wieczorem. Stosowanie preparatów rtęcio-
wych jest stanowczo przeciwwskazane w zapaleniu nerek, co się zaś tyczy
obrzęków nefrytycznych, to novasurol może być stosowany bezkarnie i nie-
raz z wielkim pożytkiem dla chorego.

Obrzęki nerkowe, jako zależące od cierpienia nerek i, jak wyżej
wspomnialiśmy, wynikające przeważnie wskutek zmian w chemizmie płynu
międzytkankowego, są o wiele trudniej dostępne dla leczenia, aniżeli ob-

rzęki typu sercowego. I tutaj odżywianie odgrywa dominującą rolę. Djeta powinna być sucha, bezsolna, obfitująca w węglowodany, a uboga w tłuszcze i białka. Zresztą, co do tych ostatnich, to spierają się ciągle jeszcze poglądy stronników bezbiałkowej diety z poglądami tych autorów, którzy ograniczają białka tylko w przypadkach azotemji, w stanach zaś nefretycznych podają nawet wielkie ilości białka (Epstein). Zdaniem naszym dietę bezbiałkowa (a więc i bez mleka) może być zalecana tylko na przeciąg kilku dni w postaci owocowo-jarzynowej lub kartoflanej; dłuższe zaś stosowanie takiej diety może w pewnych przypadkach wywołać wręcz przeciwny efekt, powodując w osłabionym przez zasadniczą chorobę ustroju, dalsze wyniszczenie, a przez to dalszą retencję wody. Dla tego też w obrzękach nefrotycznych (bez azotemji) białko nie powinno być usunięte z diety, szczególnie zaś, kiedy obrzęki trwają przez czas dłuższy. Mówiąc o białku nie identyfikujemy go z mięsem, gdyż doświadczenie, wykazuje, że mięso, t. j. białko zwierzęce, wpływa ujemnie na pracę nerek. Dlatego też w obrzękach nefrotycznych, należy raczej podawać białko roślinne (groch, pszenica, orzechy zawierają spore ilości białka) oraz mleko i jaja. Co się tyczy leków, to rolę pierwszorzędną odgrywają tutaj preparaty ksantynowe, stosowane tak samo, jak i w obrzękach pochodzenia sercowego. Podawanie ich powinno być energiczne i krótkotrwałe.

Opierając się na spostrzeżeniu, że wypicie litra wody w celach próby wodnej powoduje czasem diurezę, Volhard stosuje w przypadkach uporczywych obrzęków nerkowych t. zw. Wasserstoss, t. j. podaje naraz 1 litr lekkiej słodzonej herbaty. Rzeczywiście, że czasami, po takim, prawie że heroicznym zabiegu, obrzęki zaczynają znikać, czasami jednakże, jak to się stało w jednym z naszych przypadków, ta próba wodna fatalnie pogarsza stan zdrowia chorego. Mało praktyczna jest również rada Volharda, co do podawania większych ilości mocnika, jako środka moczopędnego: spożycie białkowej potrawy jest daleko smaczniejsze i tańsze i tem sam wywołuje efekt.

W niektórych przypadkach obrzęków nefrotycznych kiedy zawiodą preparaty purynowe, a nie może być stosowany novasurol, doskonałe wyniki daje stosowanie tyreoidyny (Eppinger) w ilości 0,1 such. subst. 3 razy dziennie. W jednym przypadku ciężkiej nefrozy, kiedy już nawet novasurol nie działał, 2-tygodniowe leczenie tyreoidyną Mercka usunęło zupełnie obrzęki, i chory stracił na wadze 33 K.

Naturalnie, tyreoidyny nie można uważać za diureticum par excellence, jednakże w niektórych przypadkach nefroz oraz obrzęków niewiadomego pochodzenia (Eppingera „tak zwane” zwyrodnienie mięśnia sercowego), w obrzękach hypotyreotycznych tyreoidyna jest jedynym skutecznym środkiem moczopędnym.

Według Eppingera tyreoidyna działa w ten sposób, że, przyspieszając rozpad własnego, ustrojowego białka, powoduje również i wzmożoną proteolizę białka płynów międzykankowych. Zamiast pęczliwych koloidów zjawiają się w płynie międzykankowym związki krystaloidowe typu peptonów i aminokwasów. Przedostają się one z łatwością do krwiobiegu, dzięki osmotycznemu ciśnieniu pociągają za sobą wodę i sole, oddając je nerkom. Jak wykazał Hildebrand, nietylko sucha substancja tarczycy (tyreoidyna), ale i tyroksyna, która według Kendalla jest istotą czynną tego gruczołu, już w dawkach miligramowych działa wybitnie moczopędnie. Szczególnie dobre wyniki leczenia tyreoidyną otrzymujemy w obrzękach pochodzenia hypotyreotycznego (Hypothyroidie genigne (Hertoghe). Przeciwwskazaniem do stosowania tyreoidyny jest niedomoga serca oraz występujące podczas leczenia tyreoidyną biegunki.

Mówiąc o leczeniu stanów obrzękowych, wskazywaliśmy tylko te środki, które działają moczopędnie, t. j. usuwają nadmiar płynów ustrojowych przez nerki. Ów efekt diuretyczny jest wynikiem zadziałania wszystkich tych leków bądź wprost na nerki (preparaty purynowe), bądź też na czynniki tkankowe (novasuroł, tyreoidyna). W leczeniu stanów obrzękowych posługujemy się i innymi sposobami wydalania płynów z ustroju, mianowicie przez gruczoły potowe (kąpiele gorące, koce, pilokarpina) oraz przez kiszki (drastica). Naturalnie obadwa te sposoby leczenia nie odgrywają roli pierwszorzędnej w sprawie usuwania obrzęków, jednakże nie powinniśmy zapominać o tem, że przez gruczoły potowe i przez kiszki ustrój może wydzielić znaczne ilości „słonej wody” i mocznika.

Jak wynika z wyżej wspomnianego, leczenie obrzęków powinno i musi być uzależnione od przyczyny samego obrzęku, i dlatego rozróżnianie trzech typów patogenezy stanów obrzękowych, mianowicie: 1) obrzęków czynnych, polegających na nadmiernej przepuszczalności tętniczek włosowatych, 2) biernych, spowodowanych przez zastoinę żylną, i 3) tkankowych, wywołanych przez zmieniony chemizm płynu międzykankowego, oprócz wartości teoretycznej, posiada pewne znaczenie kliniczne.

Streszcz. artyk. z Warsz. Czas. Lek. № 7.

Różne wiadomości.

O wydobywaniu ciał obcych z gardzieli i przelyku.

opracował Z. SREBRNY.

Naczelną zasadą powinno tu być unikanie wszelkiego postępowania na ślepo. Wiele ciężkich uszkodzeń przelyku i zejść śmiertelnych bywa następstwem takiego postępowania. Dlatego też zgłębniki, koszyki, gąbki,

chwytacze monet i t. p. narzędzia powinny być zarzucone. Wydobywać. ciało obce należy pod kierunkiem palca lub oka.

W części ustnej gardzieli ciało obce (ość, kostka, szczecinka) zazwyczaj zatrzymuje się w migdałku, poza nim w tylnobocznej ścianie gardzieli lub w nasadzie języka. Usuwamy je bezpośrednio pod kontrolą oka lub przy pomocy lusterka. Jeżeli ciało obce tkwi w gardzieli niżej (w części kraniowej) i daje się wyczuć palcem lub dostrzedz w lusterku kraniowym, to wydobywamy je za pomocą odpowiednio zaigętych szczypczyków. W przełyku ciała obce zatrzymują się prawie zawsze na samym jego początku (w cieśni lub t. zw. ustach przełyku). Wszelkie przepychania ciała obcego, zwłaszcza ostrego, zgłębnikiem lub połykanymi pokarmami twardymi, jakoteż usiłowania wydostania ich przy pomocy koszyków lub chwytaczy monet, a nawet dawane w tym celu środki wymiotne mogą spowodować opłakane skutki (aż do przedziurawienia przełyku, zapaleń śródpiersia i płucny, krwotoków i t. d.). Jedynie racjonalne i bezpieczne jest ostrożne wprowadzenie ezofagoskopu i usunięcie ciała obcego pod kontrolą oka. Jeżeli przedtem nie były wykonywane żadne manipulacje na ślepo, to w 90% przypadków znajdziemy ciało obce w ustach przełyku i z łatwością je wydobędziemy. Jeżeli lekarz, do którego się w takim przypadku zwrócono, nie umie ezofagoskopować, to powinien chorego odesłać do odpowiedniego specjalisty.

Nie należy jednak nigdy upierać się przy ezofagoskopji, jeżeli wydobyć ciała obcego tą drogą napotyka trudności (zaklinowanie, poszarpanie błony śluzowej przełyku po manipulacjach dokonanych na ślepo, krwawienia, grożące krwotokiem). W takim razie daleko bezpieczniejszym rękoczynem będzie faryngotomia, ezofagotomia, względnie gastrotomia, jeżeli ciało obce tkwi bardzo nisko. W niektórych razach wystarcza obnażenie przełyku z następczem wygnieceniem ciała obcego do ust.

Jeden z niezujących już lekarzy warszawskich, dr. Polikier, podał nader prosty, a w niektórych razach skuteczny sposób usuwania ciał obcych gładkich (monet) z przełyku u dzieci za pomocą wygniatania ich ku górze palcem przez powłoki szyjne. Uśpienie chorego, sprowadzające zwiótczenie mięśni, znakomicie ułatwia ten rękoczyn.

Warsz. Czas. Lek. № 8.

Z życia obłąkanych.

Pisma francuskie podają bardzo ciekawe szczegóły, dotyczące życia artystów obłąkanych, przebywających w zakładzie Ville Evrard.

W tym zakładzie odbywają się koncerty dla obłąkanych. Całą prawą stronę wielkiej sali wypełniają miejsca dla obłąkanych. Wzrok obserwatora spotyka się ze wzrokiem tych najniezwyklejszych; jedni patrzą bezymyślnie, jakby szklanemi, lub jakąś zasłoną zasnutemi oczyma, inni nerwowo, na wszystkie strony rzucają wzrokiem nie zatrzymując go dłużej na jednym przedmiocie; inni ponuro mierzą nieznanne twarze gości; niektórzy wreszcie posyłają melancholijne spojrzenia, nie wskazujące wcale obłądu. Wszyscy zachowują się spokojnie w oczekiwaniu urządzonej dla nich uczt artystycznej, którą rozpoczyna trio: fortepian, skrzypce i wiolonczela. Muzyka widocznie na nich działa. Po chwili jakiś młody jeszcze mężczyzna

ukrywa twarz w dłoniach i płacze, gdy sąsiad jego z widocznym zadowoleniem wybija takt, tak zgodnie, że najlepszy kapelmistrz mógłby mu fego pozastrościć. Innego muzyka usposobiła do modlitwy, żegna się i szepcze pacierze, a obok siedzący śmieje się z płynących z estrady smutnych tonów melodji. Niektórzy zachowują się zupełnie obojętnie, nie zdając sobie widocznie sprawy z tego, co się wokoło nich dzieje.

Trio i solo skrzypcowe skończone. Obląkani na równi z publicznością biją oklaski i wołają „brawo”, najgłośniej zaś woła ów, wybierający takt... kapelmistrz.

Z kolei wchodzi na estradę cytrzystka. Rzecz dziwna: cichy ten, jękliwy instrument sprawia na nieszczęśliwych niezwykle wrażenie: wstają z miejsc, stają na ławkach i z widocznym natężeniem wsłuchują się w grę. Głośne brawo z ich strony jest podzięką za sprawioną przyjemność.

Następuje antrakt. Na sali poczyna się ruch, publiczność zaczyna się zbliżać do chorych, rozmawia z nimi, częstuje papierosami, za które biedacy uprzejmie dziękują.

Droga, prowadząca do opanowania ciągłego wydalania bakterji tyfusowych z moczem chorego.

K. Sick i H. Deist.

Chora lat 20, 15.X 1920 r. zachorowała na tyfus brzuszny. Objawy ze strony jamy brzusznej były bardzo znikome, natomiast w moczu od początku choroby wystąpiło białko, leukocyty w obfitej ilości i wałeczki szkliste. W okresie nasilonej gorączki chora samoistnie poroniła. W 3 im tygodniu choroby t. spadła do normy, chora przestała wydalać bakterje tyfusowe z kałem, jednakże wydalanie bakterji z moczem utrzymywało się. Dokładne badanie wykazało, iż tylko mocz z prawej nerki zawierał bakterje tyfusowe. Leczenie środkami podawanymi do wewnątrz nie dało żadnej poprawy, dopiero zastosowano przepłukiwanie prawej miedniczki nerkowej 1% roztw. urotropiny, dało na początku marca 1921 r. w wyniku jałowość moczu. Jednakże w maju 1921 r. badanie bakterjologiczne moczu wykazało znowu obecność bakterji tyfusowych. U chorej świadomej tego, iż jest nosicielką bakterji tyfusowych, wystąpiły objawy ciężkiej hysterji. Ponieważ wydalanie bakterji utrzymywało się, chorą poddano leczeniu chirurgicznemu i 15.V 1922 r. dokonano wycięcia prawej nerki wraz z moczowodem. Posiew z wyciętej nerki wykazał czystą hodowlę bakterji tyfusowych.

Badanie anatomo-patologiczne wykazało, nerkę płatową i w kilku miejscach wciągnięcia przypominając blizny po zawałach, mikroskopowo stwierdzono miąższ nerki zwyrodniałą wodniczkowo i wokoło tych miejsc i innych miejscach miąższu nerki, nacieki drobnokomórkowe. Moczowość bez zmian.

Badany w kilka miesięcy po zabiegu operacyjnym, przy zupełnie dobrym stanie ogólnym, mocz okazał się jałowym. Zastanawiając się nad

etjologją wyżej opisanego przypadku, autorowie przychylają się do hipotezy, że każdy narząd niedorozwinięty lub chorobowo zmieniony, a więc mniej odporny, może zatrzymywać bakterje tyfusowe, które przez długi czas mogą być wydalone na zewnątrz. Dlatego też tak częste wydalanie bakterji tyfusowych z kałem, zdarza się u ludzi z kamicą żółciową, gdzie pęcherzyk żółciowy jako schorzały, mniej odporny, zatrzymuje bakterje. Przypadki wydalania bakterji z moczem w ciągu ½ do 1-go roku po przebyciu duru brzuszego, z jednej tylko nerki, przy niepomysłnych objawach ogólnych, jak u omawianej chorej, dają wystarczający powód do leczenia chirurgicznego.

Rokowanie w takich przypadkach jest bezwzględnie lepsze, niż w przypadkach wycięcia pęcherzyka żółciowego przy długotrwałym wydalaniu bakterji drogą przewodu pokarmowego.

Polska Gazeta Lekarska 1924 r. № 16 i 17. A. Skotnicki.

Do wszystkich felczerów kolejowych.

O D E Z W A.

W dniu 5 października r. b. w lokalu Z. Z. P. w Warszawie, odbył się Zjazd Felczerów Kolejowych z Dyrekcji: Warszawskiej, Wileńskiej i Radomskiej, na którym powzięto uchwałę utworzenia przy Związku Kolejarzy Zjednoczenia Zawodowego Polskiego (ZZP) Sekcji Felczerów Kolejowych dla obrony naszej egzystencji, wskutek reorganizacji pomocy lekarskiej na kolejach.

Na zebraniu tem wybrano Zarząd w składzie następującym:

- Kol. Frejdlich Maurycy, prezes — Grodzisk
- „ Chojnowski Henryk, I vice-prezes — Kielce
- „ Gabryelski Jan, II vice-prezes — Kalisz
- „ Krawczyk Aleksander, sekretarz — Warszawa
- „ Sawicki Mieczysław, skarbnik — Radom
- „ Witomski Antoni, czł. Zarządu — Brześć
- „ Jakimiński Bronisław, czł. Zarz. — Lublin
- „ Orłowski Stanisław „ „ — Platerów
- „ Szewczyk Ludwik „ „ — Baranowicze.

W myśl powziętej na Zjeździe uchwały, wzywamy wszystkich bez wyjątku kolegów-kolejowców do solidarnego zapisania się do Sekcji Fachowej, gdyż tego wymaga dobrze zrozumiany interes własny. Zarząd Sekcji czuwać będzie nad biegiem spraw naszych i uczyni wszystko, aby do uszczuplania posiadanych przez nas praw nie dopuścić.

Pierwszy Zjazd Felczerów Kolejowych powołał do życia Sekcję Fachową przy Związku Kolejarzy Z. Z. P., ponieważ Związek ten stanął w obronie naszych praw i nadal wspólnie z nami o utrzymanie tych praw walczyć będzie: program tego Związku całkowicie odpowiada naszym wymaganiom, dając nam przedstawicielstwo w kierowniczych organach Zw.

Centralna Sekcja Fel. Kol. przy Zw. Kol. Z. Z. P. Warszawa, Al. Jerozolimska 101. Prezes M. Frejdlich, Sekretarz A. Krawczyk.

List do Redakcji.

Szanowny Panie Redaktorze!

Choć nie jestem członkiem Waszej szanownej korporacji, lecz w imię sprawiedliwości jedynie pragnę podnieść głos swój na szpaltach waszego pisma. Zgóry zaznaczam z całą stanowczością, że, pisząc te słowa, powoduje się jedynie sprawiedliwością i bezstronnością, że nie wiążą mnie żadne bliższe stosunki z zawodem felczerskim.

Śledząc od dłuższego czasu bacznie życie felczerskich korporacji, a tem bardziej u nas w Łodzi i znając dużo szczegółów z życia felczerów, z prawdziwą radością przeczytałem wiadomość o odbytym zjeździe felczerów w Warszawie i o zamierzonej organizacji centralnej.

Tak panowie! Ja robotnik związkowiec i pracownik społeczny znam bardzo dobrze dusze robotnicze, dążenia ich i sympatje i śmiało powiadam wam, że ich sympatje są po waszej stronie panowie felczerzy!

Tylko na Boga organizujcie się i podtrzymujcie solidarność zawodową, a przy poparciu naszym wy nie zginiecie, nie jedną burzę wytrzymacie i zwyciężycie swych wrogów, których macie bardzo dużo, lecz nie między nami, podkreślam to. Lud roboczy wie komu ma ufać, a on wam ufa, ufa, zapewniam Was, zato, że w cierpieniu pierwszego znajduje przy sobie najczęściej — felczera. Czy w dzień, czy w nocy stajecie na nasze wołanie, nie pytając się jaką otrzymacie zapłatę, a bywają wypadki, że i bezpłatnie udzielacie pomoc. Robotnik biedny to pamięta. Pamięta i to, że Wy felczerzy jesteście mu więcej bliżcy niż lekarz, którego się najczęściej lęka i musi mu drogo płacić.

Racz przyjąć Sz. Panie wyrazy czci i szacunku.

K. Pawlikowski.

Koledzy prenumeratorzy którzy nie wpłacili prenumeraty za I półrocze, będą mieli „Przeгляд” wstrzymany.

K r o n i k a.

Kongres neurologów w Brukseli.

Kongres neurologów i psychiatrów, odbyty w sierpniu r. b. w Brukseli, miał charakter wybitnie międzynarodowy.

Na kongresie reprezentowaną była również i Polska. Niestety miała ona tylko jednego przedstawiciela w osobie dr. Kazimierza Orzechowskiego, profesora neurologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Prof. K. Orzechowski, którego przemówienie na inauguracyjnym zabrananiu Kongresu powitano żywymi oklaskami, poruszył na Kongresie dwa tematy, a mianowicie; „Działanie przeciwbolowe leków wegetatywnych” oraz „Guzy przysadki i guzy trzeciej komory”.

Z Sosnowca.

Od wybitnego specjalisty lekarza dowiadujemy się że w grodzie naszym niesłychanie wzrosła liczba poronień. Bez przesady można twierdzić, że na sto kobiet ciężarnych, zaledwie dwadzieścia pięć rodzi, pozostałe zaś siedemdziesiąt pięć w różnych

okresach ciąży macierzyństwa się pozbywają. W ostatnich miesiącach zwłaszcza wśród ludu pracującego, który do niedawna jeszcze tak potężnie przyczyniał się do tego, że Polska górowała nad innymi krajami przyrostem ludności, obecnie wśród tego właśnie ludu, bardzo są rozpowszechnione poronienia. Ronią dziewczęta, kobiety zameżne, młode, stare. Często króć płacą za to życiem, gdyż zabiegi te wyłącznie wykonują tutejsze akuszerki niemające elementarnych pojęć o zasadach niezbędnej w takich okolicznościach czystości. Walka z wymienionem złem jest utrudniona, wskutek braku odpowiednich przepisów prawnych. Można by do pewnego stopnia umniejszyć wypadki poronień, gdyby ująć w karby rozhułkane dzięki bezkarności akuszerki.

Praktykujące w Sosnowcu akuszerki pod względem przygotowania do swego zawodu nie przekraczają poziomu zwykłych babek wiejskich. Pojęcia niezbędnej czystości w praktycznym zastosowaniu dla tych pań nie egzystują. Wiedzy akuszerki posiadają tak mało, iż we wszystkich odbiegających od normy przypadkach położniczych powodują, dzięki ignorancji i brakowi czystości bardzo ciężkie powikłania, które niejednokrotnie kończą się kalectwem jeśli już nie śmiercią rodzącej. Władza, która kontroluje i nadzoruje działalność akuszerek jest powiatowy Urząd zdrowia względnie lekarz powiatowy. Sądzymy, że wskazaniem jest, aby wymieniony urząd co rychlej zajął się sprawdzeniem dyplomów praktykujących na terenie Zagłębia akuszerki, przy pomocy lekarzy fachowców zorganizował rodzaj komisji egzaminacyjnej, któraby sprawdziła poziom wiedzy tych opiekunek naszych kobiet w najpoważniejszej chwili ich życia, i co zatem idzie, pozbawiła czy też zawiesiła w urzędowaniu te akuszerki, które wykazały zbyt rażącą ignorancję, dla innych zaś urządziła kurs dokształcający. Takie postawienie tej niesłychanie, ważnej sprawy, położyło by może okres wzmagającej się fali poronień i rosnącej liczby śmierci wskutek zakażenia krwi po porodzie.

W.

Ś. p. dr. Teofil Żera.

Wspomnienie pośmiertne.

Niedawno temu zmarł w Warszawie, po dłuższej chorobie na serce, ś. p. dr Teofil Żera, jeden z nestorów naszych lekarzy, a nielicznych już uczniów b. Szkoły Główniej. Praktykował przez lat 50, jako specjalista dermatolog, używający zasłużonej powagi wśród kolegów, a uznania wśród licznych pacjentów.

Był to człowiek ze wszech miar zasłużony, zarówno jako lekarz, jak obywatel. gorącą kraj kochający. Należy mu się uczczenie i wdzięczna pamięć za półwiekową owocną pracę, zawsze ku szlachetnym celom zmierzającą.

Liga Obrony Powietrznej Państwa.

Granice strategiczne Polski stawiają nas, jako państwo w nadzwyczaj ciężkiem położeniu. Tak niekorzystnych granic nie posiada żadne państwo w Europie. Zważywszy jeszcze, iż otoczeni jesteśmy państwami, które nie należą do Ligi Narodów i nie uznają podstawowych zasad pokojowego współżycia narodów, będziemy mieli obraz stosunków, które zmuszają nas do ciągłego pogotowia i technicznego udoskonalenia środków wojennych.

Wojna Europejska podkreśliła ważność wojny powietrznej. Nasza flotyła powietrzna jest dopiero w zarodku. Społeczeństwo całe musi tutaj poprzeć rząd, który niezależnie od swego charakteru politycznego, będzie musiał czuwać nad dostatecznym przygotowaniem obrony powietrznej.

Felczerzy, jak w wielu innych sprawach, tak i w tej nie mogą zostawać w tyle. Składajmy więc jednorazowe ofiary na Ligę Obrony Powietrznej. Zapisujemy się gromadnie na jej członków.

Dwa razy daje, kto prędko daje.

Do p. Przewodniczącego Sejmiku pow. Wołóżyńskiego.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (generalna Dyrekcja Śl. Zdrowia) na memorjał, złożony przez delegatów Sejmiku w sprawie punktów felczerskich, udzieliło następującej odpowiedzi:

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, Warszawa, dnia 29 sierpnia 1924 r. № Z. O, 5683, 3/24. Sejmik Wołczyński — w sprawie punktów felczerskich, Panu Wojewodzie w Nowogródku — odstępuje się z poleceniem zawiadomienia Wydziału Powiatowego w Wołoczynie, iż Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia), aprobując zarządzenie Pana Wojewody z dnia 11 lipca 1924 r. № 291 (Woj. Urz. Zdr.), zgadza się na powoływanie przez Sejmik resp. Wydział Powiatowy w Wołoczynie felczyerów do udzielania ludności pierwszej pomocy tylko pod tym warunkiem, iż zakres sprawowany przez umówionych felczyerów czynności nie będzie przekraczał zakresu uprawnień, nadanych im ustawą z dnia 1 lipca 1921 roku o uprawnieniach do wykonywania czynności felczyerskich (Dz. U. Rz. P. Nr. 64 poz. 396) i rozporządzenia wykonawczego tej ustawy z dnia 22 marca 1922 r. (Dz. U. Rz. P. Nr. 29 poz. 233). Za ministra — Adamski — Zastępca Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia.

Udzielając powyższą decyzję do wiadomości, polecam spowodować wykonanie pisma Urzędu Wojewódzkiego z dnia 11 lipca r. b. № 291 biorąc pod uwagę i powyższe wyjaśnienie Gen. Dyrekcji Służby Zdrowia i o wydanych przez Pana zarządzeniach powiadomić Wojew. Urząd Zdrowia. Za Wojewodę Dyrektor — Chrzanowski.

Ruch związkowy.

Komitet Wykonawczy Centrali. K. W. ukonstytuował się w sposób następujący przewodniczący kol. Krawczyk, wiceprzewodniczący kol. Salamon, sekretarz kol. Ga luba. Posiedzeń odbyto 7, w każdą środę. Przedmiotem obrad była realizacja rezolucyj zjazdowych. Do fachowego opracowania realizacji zaangażowano doradcę prawnego.

Ogólne Zebranie Felczyerów m. st. Warszawy i okolic. W Związku Felczyerów m. st. Warszawy i okolic odbyło się ogólne nadzwyczajne zebranie w dn. 24.X, na którym to zebraniu uchwalono kol. kol. *Bednarskiemu, Salomonowi i Wągrowskiemu* za nadzwyczajne zasługi, położone w obronie praw zawodu felczyerskiego nadać tytuły członków honorowych. Między innymi uchwalono również podnieść składkę do kasy: pogrzebowej do wysokości 5 zł.

Odczyty. Związek warszawski postanowił zorganizować tygodniowe odczyty. Uproszono na prelegentów najwybitniejsze siły lekarskie. Zapisy, pragnących słuchać powyższe odczyty, przyjmuje kancelarja Związku w godzinach zwykłych. Początek 1-go grudnia r. b.

W Kielcach odbyło się walne zebranie członków Związku Felczyerów ziemi Kieleckiej, na którym do zarządu Związku zostali powołani: na prezesa zarządu p. Birenzstok, na wiceprezesa p. Chojnowski Henryk, na sekretarza p. Fiszer, na gospodarza p. Krauze, na zastępcę pp. Kajdorowicz Piotr i Wójcik Piotr i do Komisji rewizyjnej p. p. Majewski Jan, Szeptel i Mittelman.

Związek klasowy Felczyerów. W Łodzi grupa felczyerów utworzyła Związek klasowy Felczyerów pod protektoratem okręgowej komisji klasowych związków zawodowych. Ponieważ liczba felczyerów, zwolenników klasowego związku w Łodzi była nieznaczna, połączono nowopowstały Związek felczyerów z klasowym Związkiem pracowników farmaceutów, który to związek rzekomo oderwał się od ogólnokrajowego Związku farmaceutów, gdyż według posiadanych przez nas wiadomości w Związku farmaceutów, tym klasowym, jest tylko jedna osoba.

Bilety teatralne. Związek felczyerów m. st. Warszawy uzyskał możliwość udzielania swym członkom kartek, uprawniającym do korzystania z ulg do teatru Bogusławskiego. Odtąd więc członkowie nasi będą mogli wraz z rodzinami korzystać z dobrodziejstw tej rozrywki duchowej. Kwity ulgowe zawsze można dostać w kancelarji Związku, Złota 30, w godzinach urzędowych.

O s o b i s t e.

Kolega nasz Michał Duńczyk, felczyer z Zagłębia Dąbrowskiego został redaktorem „Lokatora Zagłębia”.

Do komisji zjazdowego wkradła się pomyłka. Do komisji wniosków wybrany został kol. Huptich z Białegostoku, co zostało pominięte w protokule i co niniejszym prostujemy.

Z żałobnej karty.

Zmarł kolega nasz ś. p. Józef Mazurowski, lat 36, st. felczer m. Lututowa, członek Stowarzyszenia Felczerów m. Wielunia i okolic.

We wrześniowym numerze mylnie umieściliśmy nekrolog kol. ś. p. Wajdenfelda, co niżej prostujemy.

Wydawnictwa nadesłane.

„Lokator Zagłębia” Nr. 42, pismo tygodniowe poświęcone sprawom mieszkaniowym i społecznym pod redakcją Michała Duńczyka. Sosnowiec.

„Wiadomości Farmaceutyczne” № 38, 39, 40, 41, oficjalny organ Polskiego Państwowego Towarzystwa Farmaceutycznego pod redakcją Fr. Heroda. Warszawa.

„Kronika Farmaceutyczna” № 10, organ Związku Zawodowego Farmaceutów Pracowników pod redakcją Kazimierza Wicherta. Warszawa.

„Przegląd Polityczny” № 11—12, dwutygodnik informacyjny.

„Warszawskie Czasopismo Lekarskie” № 8, 9, pod redakcją Z. Srebrnego. Warszawa.

„Pra Patria” № 8, 9, organ niezależnych pod redakcją Henryka Olszewskiego.

„Lekarz Wojskowy” № 8, 9, pod redakcją ppłk. Dr. Osmólskiego.

„Przegląd Polityczny” (zeszyt 11—12). Ukazał się w sprzedaży.

Każdy zeszyt tego wydawnictwa wnosi do naszej szczupłej literatury z zakresu zagadnień polityki zagranicznej prawdziwie cenne i głęboko przeanalizowane materiały, których udostępnienie społeczeństwu polskiemu jest dużą zasługą tego czasopisma.

W ostatnim zeszycie znajdujemy artykuły: prof. Marcelego Handelsmana o ostatnim Zgromadzeniu Ligi Narodów, prof. Jana Dąbrowskiego o stosunku Włoch do Polski i prof. Stanisława Kutrzeby o układzie polsko-niemieckim w sprawie obywatelstwa (decyzje arbitrażowe prof. Kaeckenbecka).

Na specjalne wyróżnienie zasługuje dodanie do tego zeszytu, jako załącznika, pełnego tekstu Układu londyńskiego (w sprawie wykonania planu Dawesa), wraz z objaśnieniem przebiegu Konferencji londyńskiego, pióra d-ra Tomasza Bielskiego.

Bogata kronika polityczna i bibliograficzna uzupełniają treść tego zeszytu.

Odpowiedzi Redakcji.

Kol. Benedyktowi Jaworskiemu w Królewskiej Hucie. — Nad treścią Waszego listu mocno ubolewamy. Oto do czego doprowadza doktrynerskie stanowisko nie liczące się z życiem. Felczerów się nie uznaje, toleruje się natomiast różnych przyrodolekarzy. Nie lepiej uznać życiową konieczność egzystencji pomocnika lekarskiego i ulegalizować go. Ale cóż, na upór niema lekarstwa. Z faktu podanego przez Was skorzystamy przy wystąpieniu do władz.

Związkowi Felczerów w Kowlu. — Protokołu zebrania z dnia 3-go września nie umieszczamy, jako już nieaktualnego.

Komitet Redakcyjny: R. Biernacki, St. Galuba, A. Krawczyk, S. Langfier
i A. Rosiak.

Redaktor odpowiedzialny: A. Kurkowski, Wydawca: Związek Felczerów m. st. Warszawy i okolic