



1002787309

Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem.

№ 1.

Warszawa, Styczeń 1927 r.

Rok XXIII.

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYSPOLITEJ POLSKIEJ.

TREŚĆ: Rok 1927; — O niedozwolonym leczeniu; — Czy zawsze wolno szczepić ospe; — Leczenie tasiemca u dzieci; — O leczenie suchot płucnych; — Przegląd ustawodawczy; — Wśród prasy; — Pijawki w medycynie; — Krynica przyszłości; — Oceny i sprawozdania; — Ruch związkowy.

Rok 1927.

Rozpoczynamy nowy rok. Niewiadomo co on nam przyniesie. Jest on dziewiątym rokiem istnienia Państwa Polskiego. W kraju stosunki ustabilizowały się. Złoty od dłuższego czasu stoi w miejscu. Ilość bezrobotnych nie wzrasta, lecz przeciwnie zmniejsza się. Wywóz nasz wzmaga się.

Czy to samo da się powiedzieć o stosunkach w zawodzie felczerskim. Zaiste. Gdyby tak było. Rok 1927 jest siódmym rokiem wyjścia ustawy, regulującej uprawnienia felczerskie. Zdawałoby się, że 6 lat istnienia ustawy, to dostateczny czas, by ugruntowała prawa felczerskie, by wpoila ona w tych, którzy ją stosować winni, t. j. władze i urzędy, że jest *suprema lex*.

Niestety tak nie jest. Nasza ustawa, to — śpiąca królewna. Bóg wysoko, cesarz daleko, a urzędnik blisko. A najbliżej znajduje się ten urzędnik przy felczerze, badając czy nie przekroczył on — Broń Boże! — nie przepisów ustawy, ale prawa lekarza do praktyki lekarza, którego w pobliżu niema i nie będzie. Nic to jednak nie szkodzi; władze pragną podnieść poziom higieniczny ludności i podnoszą w ten sposób, że miast zmuszać lekarzy do osiedlania się na prowincji, zabraniają leczyć felczerom, by w ten sposób zmusić ludność do szukania pomocy u lekarzy, oddalonych o kilkanaście, a czasami nawet o kilkadziesiąt kilometrów.

Mamy prawo coś podobnego powiedzieć. Nie jest to żaden frazes noworoczny. W ostatnim miesiącu 12 felczerów było pociągniętych do odpowiedzialności sądowej za przekroczenie uprawnień. Sprawy te rozstrzygnięto ze zmiennem szczęściem dla felczerów. Ale ilość ich świadczy o jednym. O pewnej metodzie i o wzmożeniu akcji planowej przeciw felczerom.

A jednocześnie szerzy się w zastraszający sposób klęska znachorstwa. Szarańcza znachorów leczy na prowincji, na wsi, w osadzie, w miasteczku, w mieście powiatowem, czy wojewódzkim. Ba, leczy nawet w stolicy państwa. Znachorzy ci wywieszają szyldy, ogłaszają się w pismach, posiadają bilety wizytowe, świadczące o ich zawodzie, posiadają też tysiące pacjentów.

A władze cóż na to? Nic. Nieostrzegają tej groźnej sytuacji. Nieostrzegają może dlatego, że walka ze znachorstwem jest bardzo trudna i nieuchwytna. Ale to nie może znaczyć, by walki tej zaniechać.

Wyjście z tego jest takie, że należy jaknajszybciej opracować przepisy walki z niedozwolonem leczeniem.

Nie jest to naszą rzeczą. Zrzeszenia lekarskie winno wystąpić z odpowiednim projektem. Lekarze zaś idą po linii najmniejszego oporu. Zubożenie ogólne społeczeństwa, a szczególnie warstwy średniej, głównej klienteli lekarzy, odbiło się bardzo na stanie materialnym lekarzy. Lekarze walczą o swój byt, bijąc w Kasy Chorych i... felczerów.

Rok 1927 będzie też trzecim rokiem istnienia Centralnego Związku Felczerów. Te dwa lata istnienia związku, to czujny pobyt Zarządu Głównego na strażnicy związkowej, by w każdej chwili móc dzwonić na alarm. Dzwoniliśmy na alarm dość często. I dzwonić zawsze będziemy, chyba śmierć nam wytrąci ten sygnał z ręki.

Odzewu żądamy od Was wszyscy felczerzy. Bo tylko zespoleni, jednością silni, karnością wzmocnieni — możemy wytrwać na placówce.

Tembardziej, że w roku ubiegłym w szeregach naszych znów brakło kilku kolegów, którzy odeszli w krainę snu wiecznego.

Szlusuj, wołamy po ich ustąpieniu. Wołamy do tych, którzy są w naszych szeregach. Jak zaś zawołać mamy do tych, których dotychczas brak w naszych szeregach. Może nie wiedzą o tym „mieczu Domoklesowym“, wiszącym ciągle nad naszymi głowami.

Czas wielki ich o tem poinformować. Tylko w Związku wielkim, a silnym spoczywa ocalenie egzystencji felczerów. Inaczej niezadługo dla każdego felczera może zbraknąć kawałka chleba!

Wszyscy felczerzy do — Centralnego Związku.

O niedozwolonym leczeniu.

Od Zarządów oddziałów naszego Związku i od poszczególnych kolegów otrzymujemy setki listów w sprawie osób leczących bez żadnych upoważnień t. zw. znachorów, pseudo-felczerów i t. p. Podobny stan rzeczy, wywołany oczywiście niezbyt energiczną interwencją Gen. Dyr. Służby Zdrowia w zakresie osiedlania się lekarzy, bądź co bądź o rozpaczliwym stanie leczniczym ludności. Ten stan rzeczy wymaga energicznych środków ze strony władz państwowych, którym my felczerzy przedewszystkiem winniśmy pomóc.

Co do nas to wzywamy wszystkich kolegów, by nie zwracali się w pierwszym stadium do nas, do Warszawy, ale do miejscowych władz sanitarnych. Im trzeba zwrócić na anormalne stosunki. Zwracać się na piśmie, aby pozostał ślad naszej interwencji, no i ewent. bezczynności władzy. Dopiero gdy władze, mimo waszego przedstawienia nic nie uczynią, możecie do nas pisać w tej sprawie, załączając wszystkie w tej sprawie dokumenty, a my zwrócimy się wówczas do władz centralnych.

Z drugiej strony sprawa ta wymaga uporządkowania rzeczy od góry. Izby lekarskie winny opracować przepisy o osiedleniu się lekarzy, tak, by wszystkie części Państwa były obsadzone przez lekarzy równomiernie. Rząd winien wydać przepisy o karaniu osób nieprawnie leczących.

Jednak nic się w tej sprawie nie robi. Gen. Dyrekcja Służby Zdrowia zajęta opracowywaniem noweli do ustawy felczerskiej i ustawy aptekarskiej nie zwróciła uwagi na znacznie ważniejszą, naszym zdaniem, sprawę, jak karanie znachorów, tembardziej, że dotychczasowy kodeks karny z r. 1903, obow. w b. zab. ros. zbyt ogólnikowo tę sprawę ujmuje.

Interesujący nas artykuł 194 tego kodeksu brzmi:

„Nie mający prawa zajmować się praktyką lekarską lub pozbawiony tego prawa, winny leczenia substancjami trującymi lub gwałtownie działającymi, będzie karany aresztem na czas do 3 mies. lub grzywną do 600 złotych. Kary nie stosują się do osoby, która udzieliła pomocy lekarskiej bezpłatnie.”

Jak widzimy z brzmienia powyższego artykułu nie zabronione jest w b. zaborze rosyjskim leczenie niedozwolone. I dopiero jeżeli nieuprawniona do leczenia osoba, zastosuje środki silnie działające lub trujące, to podlegać będzie karze z art. 194, ale też tylko wówczas, jeśli pobrała wynagrodzenie. Jeżeli zaś nie pobrała wynagrodzenia, to karze nie podlega.

Jak widzimy w zaborze rosyjskim przepisów w sprawie walki z paractwem leczniczym tak, jakby wcale nie było. Pewne postanowienia lecz niezadawalające, wprowadziła ustawa o praktyce lekarskiej, karząc administracyjnie za nieprawne wykonywanie praktyki lekarskiej.

W tej sprawie winni zabrać głos lekarze, organizacje lekarskie. Ostatnio Dr. Pełczyński w № 11 „Lekarza Polskiego” umieścił o powyższej sprawie artykuł, w którym konkluduje:

Nowy polski kodeks karny powinien uwzględnić następujące postulaty:

1) nieograniczone prawo leczenia i stosowania wszelkich metod leczniczych mają wyłącznie lekarze zgodnie z polską ustawą o ordynacji lekarskiej.

2) lekarze-dentyści, dentyści i felczerzy mają prawo ograniczone podawania pomocy chorym, zgodnie z odpowiednimi ustawami, przyczem pożądane jest ustawowe ściślejsze określenie zakresu ich działalności.

3) ponieważ wszelkie sposoby i metody lecznicze nieodpowiednio lub nieumiejętnie stosowane, mogą być szkodliwe dla chorych, więc do stosowania chorym zabiegów wchodzących w zakres wodolecznictwa, masażu, leczenia elektrycznością, światłem (kąpiele słoneczne, sollux, lampa kwarcowa, promienie Rentgena i t. p.) mogą być uprawnione pod kontrolą lekarzy tylko te osoby, które wykażą się odpowiednimi zaświadczeniami, wydanymi przez odpowiednie władze lub szkoły i stwierdzającymi ich umiejętność i uprawnienie.

4) wszelkie przekroczenia legalnych uprawnień muszą być karane grzywnami pieniężnymi, zaś za wynikłą z powodu leczenia szkodę na zdrowiu, lub śmierć chorego winni odpowiadają kryminalnie.

Możnaby się zgodzić z wywodami Dr. Pełczyńskiego z tem przypomnieniem, że odnośnie do felczerów, to ustawa z dn. 1 lipca 1911 r. dostatecznie jasno określiła uprawnienie felczerskie. Lekarze chcą odebrać uprawnienia felczerom i dlatego uważają tekst naszej ustawy za niejasny. Ale ten powód jest jeszcze niedostateczny, by odbierać nam ustawę.

Co do stanowiska Dr. Pełczyńskiego względem nowego kodeksu karnego, to uważamy, „zanim słońce wszędzie rosa oczy wyje.“ Uważamy, że Polski Kodeks Karny, znajdujący się na warsztacie Komisji Kodyfikacyjnej, to muzyka przyszłości. *A tymczasem uregulowanie niedozwolonego leczenia, to sprawa niezwyklej wagi i niecierpiąca zwłoki i, nie czekając kodeksu karnego, winien rząd jaknajszybciej wydać ustawę o niedozwolonym leczeniu.*

Czy zawsze wolno szczepić ospę?

Dr. J. Puterman (Sosnowiec) podaje w № 48, 1926 r. w „Polskiej Gazecie Lekarskiej” przedruk z „Münchener Medizinische Wochenschrift“ (Dr. Groth, № 26, 1926); Przeciwwskazania do pierwszych i powtórnych szczepień ospowych.

„Mając na względzie możliwość zakażenia krostek szczepieniowych, lub wpływu ujemnego na stan zdrowia małowartościowego ustroju dziecięcego, obciążonego tą lub ową skazą, autor (Groth) uzależnia przeciwwskazanie do szczepień ospowych, względnie wskazania do ich odroczeń.

1°. od spraw chorobowych osobników, otaczających, a zwłaszcza pielęgnujących dziecko;

2°. od stanu zdrowia samego dziecka.

Quo ad I — odroczyć należy szczepienie, jeżeli osobniki otaczające lub pielęgnujące dziecko, chorują na sprawy zakaźne, lub ropne, (róża, płonica, błonica, ropnie, zanokcica, czyraczność, pryszczycza sącząca, liszajec zaraźliwy).

Quo ad II — do odroczenia kwalifikują się dzieci:

1. ze sprawami chorobowymi ostreimi w połączeniu z zaburzeniami odżywczemi, zapaleniem płuc, nerek, przewodu pokarmowego.

2. z konstytucjonalnemi zaburzeniami przemiany materji, do jakich zaliczyć należy:

a) Ciężką postać krzywicy (częstość owrzodzeń krostek szczepieniowych, wraz z ropnem zapaleniem okolicznych gruczołów). Odroczyć szczepienie do końca 1-go roku życia dziecka.

b) Skazę wysiękową. Wyzwolenie się z objawów skazy wysiękowej (*intertrigo*, *blepharitis eczematosa*, *eczema faciei et capiliti*) najczęściej przypada na drugie półrocze życia dziecka — na czas dokonywanego się zazwyczaj szczepienia ospowego. Natomiast osutki pokrzywkowe, jako słabszy wyraz skazy wysiękowej (*licheu urficatus scrophulus*)—bez oznak liszajcowatych, krostkowatych i pryszczykowatych) nie stanowią przeciwwskazania do szczepienia.

c) Skazę limfatyczną ze znacznem upośledzeniem odżywiania i wyczerpaniem sił dziecka.

d) Skazę kurczową — *spasmophilla*. (Możliwość wyzwolenia się drgawek pod wpływem gorączki poszczepieniowej — odroczyć należy szczepienie do 3—4 roku życia.)

3. Choroby skórne, bez podłoża konstytucjonalnego: rybia skóra, łuszczycza, świerzp, wszawica w połączeniu z podrażnieniem zapalnym skóry, dalej rozległe rany zgorzelinowe, ropne zapalenie skóry i tkanki podskórnej (ropień, ropowica, czyraczność, zanokcica, liszajec zaraźliwy).

4. Następstwa po sprawach mózgowo—rdzeniowych (*post polioencephalitem*, *poliomyelitidem*) stanowią względne tylko przeciwwskazanie z powodu kłopotliwego nieraz pielęgnowania takich dzieci.

5. Choroby chroniczne: kiła, gruźlica zamknięta przy stanie gorączkowym. Natomiast *adenopathia afebrilis* nie stanowi przeszkody do szczepienia.

6. Choroby oczne i uszne (prócz wzmiankowanej *blepharitis eczematosa*, *keratitis parenchymatoza et phlyctaenuloza*, *conjunctivitis phlyctacnuloza*, *otorrhoea*).

Zupełnie zaniechać należy szczepienia:

1. W ciężkiej postaci limfatycznej — status lymphaticus, (nagła nieraz śmierć pod wpływem małoznacznych przyczyn).

2. W zбочeniach ze strony składu krwi: (krwawiączka, niedokrwistość złośliwa.
3. W sprawie epileptycznej, jak i w skazie skurczowej, (łatwość wyzwala się drgawek.
4. W niezrównoważonych wadach serca, znacznej dychawicy oskrzelowej.
5. W otwartej gruźlicy płuc, kości, stawów.

Leczenie tasiemca u dzieci.

Dużą trudność sprawia leczenie tasiemca u dzieci, które nie chcą połykać i łatwo wymiotują lekarstwo.

Djeta lekka w przeddzień. Rano daje się lewatywę z wody przegotowanej i lekarstwo:

a) kapsułki z ekstraktu eterowego paproci Extr. Filic. mar. aeth. po 0.50 centygrama, licząc na każdy rok dziecka.

b) lub dla dziecka 10-cio letniego:

Rp. Extr. aether. filic. mar.	5.	gr.
Syr. Glycyrrhiza globra	10.	gr.
Aq. menthae	50.	gr.
Syr. flor. aurant q. s. ad.	90.	cc.

c) w dwie godziny po daniu poprzedniego lekarstwa stosuje się kalomel jako środek przeczyszczający (0,03 na rok dziecka) lub inny środek czyszczący, nawet olej rycynowy.

d) należy do nocnika nalać wody ciepłej.

W razie niepowodzenia daje się ziarna dyni (5 gramów na rok wieku) bez skorupki zmielone na proszek z cukrem, wszystko zmieszane z mlekiem lub syropem.

Przed podaniem tego lekarstwa dziecko dostaje syropu eterowego (stosownie do wieku). Po godzinie—olej rycynowy.

Jeżeli i to nie uda się, należy powtórzyć to samo lekarstwo po 2 — 3 dniach.

Radzę też tymol jak najdrobniej sproszkowany w dawce od 0,05 gr. na 1 rok wieku z nieznaczną ilością wody,

Daje się 3 dni z rzędu lub dwa razy w tygodniu.

Podczas leczenia dziecko pozostaje na pół djecie; niewolno dawać wina, alkoholu, oliwy lub gliceryny.

Siarżan sodu (natr, sulfuricum) ordynuje się w pięć godzin po spożyciu, o ile nie nastąpiły wypróżnienia.

Leczenie glistnicy robaczkowej (oxyuris).

Podczas dziesięciu dni stosuje się co wieczór lewatywę z łyżki octu na 200 gramów ciepłej wody przegotowanej.

Podczas następnych dziesięciu dni takie same lewatywy z łyżki stołowej cukru sproszkowanego lub lewatywa z 200 gramów aqua sulfuris.

Na 21 dzień leczenia zaleca się brać rano naczczo w dziesięciominutowych odstępach z łyżką mleka dwa następujące proszki:

Santonini 0,005 à 0,008 miligramów na rok wieku,

Calomel 0,01 centigr. na rok wieku.

Sacchari lactis 0,20 centygr.

Jeżeli dziecko nie miało stolca w ciągu czterech godzin następnych, należy dać lewatywę z oliwy.

Unikać santoniny do 2 letniego wieku!

Po ukończeniu tego leczenia, należy go wznawiać trzy razy po okresie uspokojenia, który trwać powinien od 15 do 40 dni.

Niektórzy radzą chloroformu czystego dwa gramy w celu anestezji, w ilości dowolnej oleju rycynowego w trzech dawkach (1-go, 15 i 30 dnia w miesiącu). Nigdy nie było objawów toksycznych.

Leczenie glistnicy (Ascaris lunbricoides).

a) Bierze się trzy dni pod rząd codziennie rano dwa proszki santoniny z calomelem, jak przy oxyuris.

b) olej z migdałów słodkich, jest doskonałym vehiculum santoniny.

Santonini q. s. stosownie do wieku. Ol. amarum dulcium 5 gr.

Rozpuścić i dodać

Syrupi gummi arabici 20 gr. — 30 gr.

Aqual. aurant . . . 40 gr. — 60 gr.

Przyjąć trzy razy w pięciominutowych przerwach. W dwie godziny po ostatniej dawce daje się kalomel.

2^o stosuje się też ol. chenopodii 1 kropla na rok wieku w wodzie bardzo ocukrzoney w dwóch porcjach. Dla poprawy smaku daje się gorące mleko, następnie olej rycynowy.

K. S.

Dr. Med. K. DĄBROWSKI.

O leczeniu suchot płucnych.

Sprawa leczenia gruźlicy wogóle, a szczególnie suchot płucnych, jest niezmiernie aktualna. Statystyki wykazały silny wzrost zapadnień na tę chorobę, co ma swą przyczynę w powojennym kryzysie ekonomicznym. Dziś z gruźlicą spotykamy się wszędzie; w każdym mieście, miasteczku i wsi; nie

oszczędza ona ani dzieci, ani dorosłych. Najniebezpieczniejszą formą gruźlicy są suchoty płuc, w tej bowiem formie, najczęściej otwartej, chory zakaża otoczenie, o ile nie przestrzega zasad higieny, o których będzie niżej mowa.

Chorego na gruźlicę otwartą płuc należy, o ile to tylko możliwe, odesłać do sanatorium—sanatorjów, niestety, jest w Polsce mało, są bardzo kosztowne, w szpitalu miejsca dla gruźlicy nieliczne. Jeśli więc chorego wysłać nie można, należy go odosobnić. Każdy leczący, zetknąwszy się z gruźlicą, nie może poprzestać na wygodnym i bezcelowym zapisaniu jednego z preparatów kreozotowych i ...odejść. Leczący musi postawić kwestję otwarcie, powiedzieć choremu, że jest chory na gruźlicę, zaznaczyć jednak, że gruźlica jest klinicznie wyleczalna, tylko że leczenie jest długie, mozolne, a wynik zależy w wielkiej mierze od cierpliwości chorego. Należy drobiazgowo pouczyć chorego (o ile nie można go wysłać, do sanatorium) i otoczenie, jak ma postępować, jak ma zachować konieczne ostrożności. To pouczenie chorego i otoczenia oraz dodania otuchy jest bodaj-że najważniejszą rzeczą w domowym leczeniu gruźlicy płuc.

Cóż więc należy powiedzieć?

1. Chory musi mieć osobny, obszerny, jasny, suchy, słoneczny, najlepiej południowy pokój. W pokoju tym nie powinno być żadnych firanek, dywanów—podłoga powinna być szczelna, pokostowana lub froterowana, a w razie gdy jest z desek, musi być szorowana ługiem przynajmniej raz w tygodniu, a codziennie zamiatana na mokro.

2. W pokoju powinno być stale świeże, czyste powietrze, a w tym celu, dniem i nocą uchylony lufcik, zamykany jedynie w czasie ubierania się chorego, podczas silniejszych mrozów, zimnej mgły i w dniach dżdżystych. Nie znaczy to jednak by pokój miał być zimny, przeciwnie, temperatura powinna wynosić 14—15° C. Pedantyczne wietrzenie jest rzeczą niezmiernie ważną. Do pokoju chorego dzieciom wchodzić nie wolno.

3. Choremu wolno odpłukać tylko do spluwaczki, wypełnionej w części roztworem jakiegokolwiek środka dezynfekcyjnego (4⁰/₀ roztwór karbolu 1⁰/₀₀ sublimatu etc.). Chorzy chodzący powinni mieć przy sobie spluwaczki kieszonkowe, najlepiej z impregnowanego papieru, które po zużyciu należy spalać w piecu. Płwociny ze spluwaczek nie wolno wylewać gdziekolwiek np. do zlewów wodociągowych czy na podwórze. Powinno się je zawsze spalać, a w braku odpowiednich urządzeń wylewać ostrożnie w klozecie. Choremu nie wolno pluć do chusteczki, a już w żadnym wypadku na podłogę. Na ulicy nie pluć na trotuary czy chodniki, tylko do rynsztoku. Podczas kaszlu należy zasłonić usta chusteczką, lub grzbietem lewej ręki. Należy pamiętać, że drobniuczne niewidzialne kropki rozpylają się na odległość 1 m. o ile usta nie są zasłonięte. W domu, zwłaszcza o ile znajdują się w niem dzieci, chory powinien kasłać tylko w swoim pokoju.

Choremu nie wolno całować nikogo, a zwłaszcza dzieci w usta. Jest to bardzo przykre dla matek i dla ojców, ale trzeba ten zakaz podkreślić, bo przy takim dowodzie miłości rodzicielskiej wszczepia się dziecku tę straszną chorobę. Niepożądane jest również całowanie rąk.

4. Chory gruźliczy powinien mieć własne naczynia stołowe, (talerze, szklanki, widelce, noże, łyżki, łyżeczki), które, o ile nie można wygotować za każdym użyciem, musi być zmywane osobno, obcierane osobną ściereczką.

5. Bieliznę chorego musi się prać osobno. Przed praniem należy wygotować we wrzącej wodzie z sodą i mydłem przez minut 15. Chusteczki przez minut 20. Mniej pewny sposób to zamoczenie bielizny w roztworze 4% karbolu na przeciąg 24 g. przed praniem. Pranie nieodkażonej bielizny jest wysoce niebezpieczne, zwłaszcza dla praczki, która się może nabawić w ten sposób gruźlicy skóry.

6. Chory winien mieć osobną miednicę, naczynie nocne. Książki, które czyta obłożyć należy czystym papierem — który przy oddaniu książki trzeba spalić. Podczas kaszlu książkę należy odsunąć. Po napadzie kaszlu, zwłaszcza po odpłuciu należy usta przepłukać—słowem nie wolno połykać.

W razie śmierci chorego, lub jego wyjazdu, należy pokój odkazić, podłogę umyć, ściany wybielić, łóżko wyszorować i obmyć roztworem sublimatu. Później dokładnie wietrzyć przez kilka dni.

Te drobiazgowo pouczenia mogą się wydać komuś, że są one niepotrzebne lub nawet śmieszne, ja jednak uważam je za bardzo ważne, w nich bowiem zawarte jest całe **zapobieganie** gruźlicy. Wiem z doświadczenia, że osoby nawet inteligentne posiadają bardzo skromne wiadomości z higieny. Cóż można mówić o tej ogromnej rzeszy ludzi niewykształconych, czasem analfabetów, dla których suchoty są tylko wynikiem „przeziębienia“ a całą filozofją tępa rezygnacja „co ma być to będzie, jak ma zachorować to zachoruje“. Felczerzy muszą być siewcami kultury higienicznej na szerokich obszarach ojczyzny naszej, nie przeoranej jeszcze pługiem kultury.

A teraz przejdziemy do omówienia właściwego leczenia gruźlicy które dzielimy na:

- I leczenie klimatyczno dietetyczne.
- II „ preparatami farmaceutycznymi.
- III „ operacyjne (sztuczna odma piersiowa, thoracoplastyka fhremicotonia etc.)
- IV „ energią promienistą.

I.

Mimo wysiłków czynionych w celu szybkiego leczenia suchot na drodze chemoterapii, pozostało nadal pewnikiem, że najlepszym lekarstwem na gruźlicę płuc jest czyste, świeże powietrze, najlepszą metodą leczenia klimatyczno-dietetyczne.

Przez pojęcie klimatu rozumiemy oddziaływanie na nasz organizm powietrza, a więc jego składników, ciśnienia, wilgotności, prądów (wiatrów), wahań dobowych ciepłoty, ozonizacji i t. p. W skład czynników klimatycznych wchodzi jeszcze nasłonecznienie, czynnik niesłychanie ważny, ilość i jakość opadów klimatycznych, przepuszczalność gruntu, gęstość zaludnienia, bliskość ośrodków fabrycznych, stopień i jakość zalesienia.

Zależnie od ustosunkowania się tych najróżniejszych składników różniamy klimaty: górski, podgórski, nizinny, nadmorski, pustynny i stepowy. Żaden z nich niema „cudownych” własności leczniczych, jakkolwiek w pewnych klimatach pewne formy suchot płucnych leczą się lepiej, inne gorzej. Przy wysyłaniu chorych do miejscowości klimatycznych trzeba mieć na uwadze nie tylko formę gruźlicy ale też i rozległość zmian, konstytucję chorego, pobudliwość systemu nerwowego, stan narządu krwionośnego, stan krwistości i t. d. Nieracjonalnym, wydaje mi się, stereotypowe wysyłanie chorych do Zakopanego lub na południe, jak to się niestety bardzo często zdarza. Zapomnienie o indywidualizacji odbija się fatalnie na chorym. Znam wypadki, gdy przysyłano do Zakopanego chorych z dużym rozpadem, gorączką hektyczną, osłabionych, których naturalnie trzeba było z powrotem odsyłać na niziny, klimat bowiem górski był dla nich niestosowny.

Omówmy więc poszczególne klimaty.

a) Klimat górski cechuje się: 1) niezmierną czystością powietrza- 2) obniżeniem ciśnienia atmosferycznego, dzięki czemu pogłębiają się i zwalniają oddechy, a więc wzmacnia się wentylacja płuc, a równocześnie ułatwione zostaje praca serca (wzmoczenie przysysania krwi), 3) silnem nasłonecznieniu, działającym nie tylko jako ciepło, ale też chemiczne, przez promienie ultrafioletowe, które wzmagają przemianę materji i siły odpornościowe ustoję, 4) suchością powietrza, zwłaszcza jesienią i zimą, co przyczynia się znów do lepszego oddawania wody przez skórę, (brak potów) i przez płuca, a to sprzyja wysychaniu zmian wilgotnych mięśnia płucnego, a temsamem ich gojeniu, bliznowaceniu, 5) własnością konserwującą (człowiek w górach czuje się jakby odmłodzony, a ludzie, którzy na nizinach nie pożyliby długo, w klimacie górskim żyją długie lata).

Wskazania do leczenia w klimacie górskim: lżejsze postaci gruźlicy płuc t. zw. nieżyty szczytów płucnych, nacieki bez rozpadu lub z nieznacznym rozpadem, stany podgorączkowe, wysięki opłucnowe nieropne, powiększenia gruczołów i gruźlica chirurgiczna (kości, stawów).

Przeciwwskazania: ciężkie przypadki suchot płucnych ze znacznym rozpadem, z gorączką hektyczną, powikłanie nieżytem oskrzeli, rozedmą płuc, cięższe przypadki gruźlicy krtani; gruźlica kiszek, nerek, zły stan odżywienia, wybitne osłabienie oraz znaczna niedokrwistość.

Nigdy nie można przewidzieć jak organizm będzie reagował na czynniki klimatyczne. Na jednych chorych klimat górski działa zbawiennie, znikają

poty, gorączka, tętno zwalnia się, na wadze przybywa, wzrasta ilość hemoglobiny, ciałek czerwonych krwi i odkrztuszanie płwociny staje się łatwiejsze, a ilość jej zmniejsza się.

W innych jednak wypadkach, rzadkich zresztą, ciepłota, która na nizinach nie przekracza stanów podgorączkowych, wzmaga się, zjawia się niepokój nerwowy, bezsenność, (zwłaszcza podczas wiatrów halnych). Chorzy ci do leczenia klimatem górskim nie nadają się.

Miejscowością klimatyczną wysokogórską jest Zakopane z okolicą oraz Worochta w Karpatach we wschodniej Małopolsce (800 m. n. poziomem morza). W Zakopanem posiadamy szereg Sanatorjów jak: Sanat. im. Br. i K. Dłuskich, Sanat. Polskiego Związku Nauczyc. Szkół Powsz., Sanat. Czerwonego Krzyża, Sanat. „Odrodzenia” (dla niezamożnej młodzieży katolickiej), San. „Bratniej Pomocy” dla młodzieży akademickiej, San. dra Hawranka, szpital klimatyczny.

W Worochcie znajduje się san. Kas Chorych stanisławowskiej i drohobyckiej.

b) Klimat podgórski (300—800 m.) jest łagodniejszy, lekko pobudzający, nadaje się do leczenia porą letnią, (skombinowanego z leczeniem wodami). Wskazania: lekka gruźlica płuc, gr. włóknista powikłana rozedmą lub nieżytami górnych dróg oddechowych, niedokrwistość, gruźlica gruczołowa dziecięca (Rabka). Miejscowości posiadające klimat podgórski: Krynica, Szczawnica, Rabka. Miejscowości te nie posiadają jednak sanatorjów dla chorych piersiowo,

c) Klimat nizinny. Na nizinach można leczyć gruźlicę, o ile miejscowość dana jest sucha, posiada czyste powietrze, jest odpowiednio zalesiona drzewami szpilkowemi i nasłoneczniona. Do leczenia w klimacie nizinym nadają się chorzy z poważniejszymi zmianami w płucach i krtani; osobniki osłabione, niedokrwiste, nerwowe, dla których klimat górski jest za ostry. Miejscowości klimat. nizinne: Otwock sanat. Magistr. Warszawy, Rudka posiadająca sanat dla niezamożnej inteligencji, Rajcza, Oborniki w poznańskim i Smukała pod Bydgoszczą.

d) Klimat nadmorski odznacza się nadzwyczajną czystością powietrza, intensywnością nasświetlenia, nieznaczniemi wahaniami dobowemi temperatury oraz perjodycznymi prądami wiatrów. W klimacie nadmorskim, zależnie od szerokości geograficznej możemy odróżnić odcienie: klimat zimno-suchy, zimno-wilgotny, ciepło-suchy, ciepło-wilgotny. Nad naszym wybrzeżem bałtyckiem możnaby leczyć gruźlicę płuc, o ileby istniały odpowiednie urządzenia. Klimat nadm. wywiera wpływ nadzwyczaj dodatni na serce, system nerwowy, na formę gruczołową gruźlicy. W latach wilgotnych klimat nad Bałtykiem nie nadaje się do leczenia gruźlicy płuc powikłanej wilgotnymi katarami oskrzeli.

e) Klimat pustynny cechuje się czystością powietrza, b. silną insolacją, dużemi wahaniami dobowemi temp., suchymi wiatrami, dużą ilością ozonu

i nadzwyczajną suchością. Działa uspakajająco, wzmacniająco, obniża ciśnienie krwi. Do leczenia nadaje się gruźlica powikłana wilgotnymi nieżytami lub też sprawami nerkowymi, skłonnością do białkomoczu. Źle się leczą sprawy powikłane suchymi nieżytami, gruźlicą krtani, choroby serc. Klimat pustynny znajdujemy w Egipcie (Helnan) i w Algierze (Biskra).

f) Klimat stepowy znajdujemy na Uralu, stepach Kirgiskich, w guberniach południowo-wschodniej Rosji; oznacza się czystością i suchością pow., znaczniejszymi wahaniami dobowymi i rocznymi temp. Kurację klimatyczną łączą tu z kumysową.

Co się tyczy klimatu południowego, zaznaczyć należy, że mamy tu miejscowości klimatyczne wysokogórskie, podgórskie, nizinne i nadmorskie. W klim. poł. działa południowe słońce wpływające zbawiennie nie tylko na ciało, ale i na psychikę chorego. Umożliwia ono ciągłe przebywanie chorego na świeżem powietrzu. Zła strona to znaczna odległość i ogromne koszty. Do leczenia nadają się: niedaleko posunięta gruźlica płuc, niedokrwiistość, zaburzenia w krążeniu, rozedma płuc, białkomocz, gruźlica krtani niezbyt zaawansowana. Nie wymieniam szeregu miejscowości klimat. połudn., ponieważ wybrać odpowiednią, może po uprzednim zbadaniu i pewnej obserwacji jedynie wytrawny lekarz-specjalista.

Z powyższego widzimy, że niema specyficznego klimatu do leczenia suchot, że można je leczyć w klimacie ojczystym o ile gdzieś znajdują się te podstawowe warunki: czystość i suchość powietrza oraz nasłonecznienie i zadrzewienie. Jakie warunki posiada wiele okolic Polski, wiele wsi, jednak nie znaczy to, by wszędzie można wysyłać chorych, (zwłaszcza początkujących), ponieważ leczenie gruźlicy musi odbywać się według pewnego planu, pod nadzorem lekarskim, muszą istnieć odpowiednie mieszkania, kanalizacja, racjonalne uiszczenie plwocin, w przeciwnym bowiem razie chory się nie wyleczy, a zarazi otoczenie, rozsieję zarazę po wsi.

Jedynie racjonalne leczenie suchot odbywa się w sanatorjach i dlatego należy wysłać tam każdego chorego przynajmniej na krótki czas.

Nie trzeba się łudzić by sanatorjum mogło poważniej chorego wyleczyć za 3 czy 6 miesięcy. San. ma go nauczyć leczenia,, które trwa zwykle... całe życie. San. ma być szkołą higjenu, a w przychodni przeciwgruźliczej mają choremu przypominać wyuczoną lekcję.

Każdy felczer powinien wiedzieć jak się odbywa sanatoryjne leczenie gruźlicy, by, w miarę możności, urządzić podobnie niezamożnego chorego, który nie może się leczyć w sanat.

Chorzy spędzają możliwie największą ilość godzin na świeżem powietrzu leżakując zimą i latem na werandzie otwartej (zasłoniętej jednak od wiatru) zimą, naturalnie, należy się ciepło ubrać, mieć worek futrzany na nogi. Chory leży spokojnie, nie wykonuje żadnych gwałtowniejszych ruchów, hamuje oddech kaszlowy, jednak nie wstrzymuje kaszlu gdy musi odpluć, nie rozmawia

Leczenie zimnicy polega na podawaniu chininy, ale, jak to stwierdzono już niezbitcie, w dawkach większych; dorosłym podajemy lek ten po 0,6 3 r. dziennie, lub po 1,0 — 2 razy dziennie z dodatkiem coffeini natrio benzoici 0.1 — 0,06, co wpływa na zmniejszenie szumu w uszach.— Chinina w tak znacznych dawkach nie powinna budzić obawy i zniechęcać wobec narzekañ na oszłomienie i niepokój, gdyż chorzy zwykle przystosowują się dość szybko do tego leku.—Podawać chininę w okresie napadów należy w ciągu dni kilkunastu w dawkach powyższych, a następnie w ciągu kilkunastu dni — połowę tej ilości w dawce jedno lub dwurazowej.

Nadmienić tu należy, że nie zawsze chorzy znoszą chininę, która u pewnej kategorii ludzi już w dawkach stosunkowo małych sprowadza objawy zatrucia: wymioty, pokrzywkę, uderzenia krwi do głowy i t. p. Nie zawsze jednak i chinina jest środkiem niezawodnym w zimnicy, gdyż zdarzyć się mogą przypadki, gdzie lek ten stosowany nawet w powyższych dawkach nie wywiera skutku. Prócz stosowania wewnątrz stosujemy także podskórnie rozpuszczalny przetwór chininy bimuriatici, a niektórzy (we Włoszech) stosują w cięższych przypadkach wstrzykiwania dożylnie w dawkach (1.5—3.0).

W ostatnich czasach zaczęto stosować dożylnie wstrzykiwania neosalvarsanu tam, gdzie chinina nie działała i to z wybitnym wynikiem, a także zastrzykiwanie śródmięśniowe w pośladki — Hectine Naline — preparatu francuskiego, do którego również wchodzi arsenik (ampułki po 1.2).

Oprócz chininy stosować można do wewnątrz błękit metylowy (met-hylenblau) Mercka po 0.3—0.5 dwa razy dziennie z podawaniem jednocześnie na końcu noża magnesia carbonicae lub pulv. nucis moschatae po 0,1 — 0,2 w celu zapobieżenia objawom częstego i bolesnego oddawania moczu. Niestety, ani chinina, ani błękit metylowy nie zawsze gwarantują przed nawrotami zimnicy, które mogą ujawnić się po paru — kilku miesiącach, wobec czego nieraz przez lata całe zmuszeni jesteśmy ponawiać kurację od czasu do czasu.

Błednicę zimniczą leczymy podawaniem przetworów żelaza i arseniku.

ZAKAŻENIE SEPTYCZNE (SEPTICOPYAEMIA).

Zakażeniem septycznym nazywamy sprawę ogólnego zakażenia ustroju, powstałą przez przedostawanie się do krwiobiegu w pierwszym rzędzie paciorkowców i gronkowców, a rzadziej dwoinek Fraenkla, laseczek okrężnicy i gonokoków. Ponieważ najwięcej rozpowszechnione są gronkowce i paciorkowce, jako typowe drobnoustroje, spowodujące wszelkie sprawy ropne, więc, omawiając zakażenie septyczne, będziemy wyłącznie mieć na widoku te dwa gatunki drobnoustrojów.

W sprawach chirurgicznych i poporodowych, gdzie są widoczne wrota wejścia dla tych zarazków w okolicy zakażonej rany, głosu tu zabierać nie będziemy, a omówimy te postacie ogólnego zakażenia septycznego, które spotykają się bez widocznych uszkodzeń ciała, t.j. przy przedostawaniu się do ustroju zarazka przez najdrobniejsze nadżarcia, zdrapania lub powierzchowne ranki skóry i błon śluzowych, oraz z ukrytych ognisk ropnych w narządach wewnętrznych.

Najczęściej spotykamy zakażenia septyczne powstające przy anginach, gdzie przez złuszczenie się nabłonka wskutek stanu zapalnego błony śluzowej gardzieli zarazki ropotwórcze przedostać się mogą do drobnych naczyń krwionośnych, a pozatem do krwiobiegu.

Na drugim miejscu, jako źródło septycznego zakażenia postawić należy sprawy przewlekłego zapalenia w uchu środkowym, a potem kolejno: ogniska ropne w płucach, owrzodzenia w kiszkiach (tyfus, dyzenterja), drogach moczowych i narządach płciowych kobiecych.

W przebiegu klinicznym na pierwszym planie postawić należy gorączkę, która niema ścisłego typu i bywa ciągłą lub mocno zwalnającą i o rozmaitem natężeniu. Przy gorączce przepuszczającej nasilenia poprzedzane bywają mocnymi dreszczami, a przy spadkach występują obfite poty; przy gorączce ciągłej dreszcze występują na początku, a poty zdarzają się często przez czas jej trwania.

Dość często widzujemy w zakażeniu septycznym wysypkę o rozmaitym wyglądzie: pęcherzykową, wysiękową, różycową. Od zlewania się poszczególnych plamek formują się nieraz czerwone place, które nie-wprawne oko może przyjąć za różę.

Czasami występuje rozlane poczerwienienie skóry, ogromnie przypominające wysypkę szkarłatnową, a w przypadkach ciężkich widzujemy wysypkę pstociową, w nawet obszerne wybroczyny podskórne przy jednoczesnych krwotokach z narządów wewnętrznych.

W przewlekłych przypadkach występuje niedokrwistość wskutek zmniejszenia ilości hemoglobiny.

W ostrych ciężkich przypadkach spotykamy nieraz żółtaczkę o słabym natężeniu.

Z miejscowych objawów nadmienić należy powiększenie śledziony, powiększenie i bolesność najbliższych do źródła zakażenia — gruczołów chłonnych, zapalenie wsierdza i opłucnej.

Najczęstszym objawem w szeregu objawów miejscowych jest zapalenie stawów: surowicze lub ropne z zajęciem kilku lub kilkunastu stawów. Również często spotykamy wrzodziejące zapalenie wsierdza. Pod względem natężenia objawów chorobnych odróżniamy: postacię piorunującą z narastającym upadkiem sił i wyczerpaniem serca, kiedy w ciągu paru—kilku dni następuje zgon; postacię przewlekłą o ciężkim przebiegu, postaci lekkie i poronne.

Lekkie postaci zakażenia septycznego występują przeważnie u dzieci jako powikłania przy anginach i najczęściej wskutek pędzlowań gardzieli.

Rozpoznawanie zakażenia septycznego bywa często bardzo trudne wobec zupełnego nieraz braku i niemożliwości wykrycia źródła zakażenia. Najczęściej uciekać się musimy do sposobu wykluczania w podobnych przypadkach; jedynie tylko postaci ropnicowej z przerzutami nie napotyka my trudności rozpoznawczych.

Zależnie od przebiegu, trzeba nieraz wykluczyć zimnicę lub zapalenie opon mózgowych, a nawet badanie krwi nie zawsze rozstrzyga sprawę.

Zapobieganie polega na utrzymywaniu w czystości i ochranianiu od zakażenia każdej najdrobniejszej ranki, gdyż doświadczenie poucza, że

najbagatelniejsze nieraz uszkodzenia mogą spowodzić zakażenie septyczne. Z tego względu we wszelkich pracowniach, warsztatach, fabrykach, szkołach powinny zawsze znajdować się stosowne środki opatrunkowe i nalewka jodowa (jodyna), aby natychmiast nałożyć odpowiedni opatrunek. — Należy nie zaniedbywać przewlekłego ropienia z ucha, nie bagatelizować najmniejszego zapalenia gardzieli (angina) i nie stosować pędzlowań żadnych przy anginach.

Zachowywanie wzorowej czystości ciała, odzieży jest najlepszą rekojmią od zarażenia septycznego.

Leczenie polega na możliwie doszczętnem usunięciu źródła zakażenia czy to drogą chirurgiczną tam, gdzie to jest możliwe, czy też przez stosowanie środków odkażających na te źródła zakażenia (płukania przy anginach, przepłukiwania pęcherza i t. p.)

Tam gdzie leczenie miejscowe nie może być stosowane wobec zagojenia się pierwotnego źródła zakażenia (ranka zagojona, angina już przeszła i t. p.) lub niemożności tego ustalenia stosujemy środki, działające na drobnoustroje lub ich toksyny we krwi. W tym celuznaczamy wcierania szarej maści rtęciowej, maść srebra colloidolnego (unguentum crede), stosujemy wstrzykiwania podskórne lub dożylnie elektragołu, podajemy przetwory salicylowe (N. salicylicum.)

Tam, gdzie stwierdzone być może drogą badania krwi zakażenie paciorkowcami zastosować należy surowicę przeciwpaciorkowcową, które jednak nie zawsze daje niezawodne wyniki.

Pozatem stosownie do objawów stosujemy środki odpowiednie, a na pierwszym planie, nasercowe przy osłabieniu mięśnia sercowego (kamfora, cofeina, naparstnica).

Chorzy w najłżejszych przypadkach winni bezwzględnie pozostawać w łóżku w celu uniknięcia zapaleń przerzutowych, oraz być stosownie odżywiani (płynne, pożywne i łatwo strawne pokarmy).

ZAKAŻENIE WĄGLIKOWE, CZARNA KROSTA (ANTHRAX, PUSTULA MALIGNA, CARBUNCULUS MALIGNUS).

Nazwa wąglika, (carbunculus, anthrax) pozostała na tle porównania sprawy zgorzelinowej na skórze z węglem, do którego podobny bywa z wyglądu zgorzelinowy czarny strup.

Wąglik jest chorobą zakaźną, którą ludzie zarażają się od chorych zwierząt trawożernych (bydło rogate, owce, konie), które często padają ofiarą tej choroby.

Sprawcą tej choroby jest lasecznik wąglikowy o wyglądzie pałeczki o nieco zaokrąglonych końcach; laseczniki układają się zwykle w postaci łańcuszków (po kilka, kilkanaście i kilkadziesiąt osobników).

Laseczniki wąglikowe wytwarzają zarodniki, ukazujące się w postaci błyszczącej kulki w środku lasecznika i występujące b. widocznie przy zabarwieniu. Zarodniki wąglikowe posiadają nadzwyczajną odporność tak, że przy gotowaniu giną dopiero po 2-ch godzinach, a w 5% roztworze kwasu karbolowego — po 30—40 dniach.

Laseczki wąglikowe z padłych lub ćwiartowanych zwierząt (mięso, skóry, zanieczyszczona krwią sierść) mogą stać się źródłem zarazy dla

innych zwierząt, a również i dla ludzi.— Zwierzęta trawożerne najczęściej zarażają się wąglikiem przez spożywanie suchej i świeżej paszy, zawierającej zarodniki wąglikowe, przedostające się za pomocąć żdźownic (glist) na powierzchnię ziemi z zakopanych padłych na tę chorobę zwierząt; nie wykluczonem jest przedostawanie się zarazków do przewodu pokarmowego zwierząt przez pojenie ich zakażoną wodą, lub przez spożywanie paszy, pochodzącej z łąk, które były zalane wodą zawierającą zarodniki.

Rzadziej zwierzęta zarażają się drogą przedostawania się zarazka przez zranioną skórę, kiedy nawet uprząż, pochodząca ze skóry padłych na wąglik zwierząt, może wywołać tę chorobę.

U człowieka zakażenie wąglikowe powstaje przeważnie przez zranioną skórę, wobec czego zapadają na tę chorobę najczęściej osobnicy, mający do czynienia ze zwierzętami, ich trupami i wyrobami skórzanymi (koniusi, pastusi, rzeźnicy, garbarze). Wyjątkowo rzadko zdarza się zarażenie wąglikowe u człowieka przez przewód pokarmowy, gdyż gotowanie lub smażenie, a następnie działanie soku żołądkowego zwykle zabija zarazki w mięsie, pochodzącem ze zwierząt chorych na wąglik.

Możliwem jest również zakażenie i przez drogi oddechowe u ludzi mających do czynienia z zawierającą zarodniki wełną lub gałganami, kiedy zarazek wraz z kurzem może przedostać się do płuc.

Przeniesienie zarazka z człowieka chorego na wąglikowe zakażenie— na człowieka zdrowego również jest możliwe.

Zmiany anatomiczne polegają na wytwarzaniu się na skórze czarnej krosty z powstającą w środku zgorzelą i zapalnym nacieczeniem na obwodzie; zgorzel w środku wciąż się powiększa, zmiany zapalne też postępują. — Czasami cała sprawa ogranicza się do obrzęku zapalnego bez wytwarzania się typowej czarnej krosty.

W większości przypadków sprawa ogranicza się do zmian miejscowych, ale nieraz rozwija się zakażenie ogólne, drogą przedostania się laseczników do naczyń i gruczołów chłonnych, a w przypadkach cięższych do krwiobiegu: laseczniki gromadzą się w naczyniach włoskowych rozmaitych narządów i skóry, gdzie mogą wytworzyć się wtórne czarne krosty.

Na błonie śluzowej kiszek i żołądka mogą powstać podobne ogniska zgorzelinowe, z których wytwarzają się owrzodzenia, co ma miejsce również i przy pierwotnem umiejscowieniu się zarazka w przewodzie pokarmowym. Najwięcej laseczników przy zakażeniu ogólnem umiejscawia się w śledzionie.

Objawy kliniczne. Wąglik skóry spotykamy najczęściej na kończynach górnych, twarzy i karku, a rzadziej na kończynach dolnych i tułowiu. Zwykle spotykamy pojedynczą krostę czarną, ale może być ich parę i kilka. Okres wylegania trwa od kilkunastu godzin do 2 — 3 dni. Początkowo występuje drobna plamka, podobna do ukąszenia pchły, a po upływie kilkunastu godzin na miejscu plamki pokazuje się pęcherzyk z surowiczą zawartością; pęcherzyk ten mocno swędzi i bywa zwykle zdrapwany z tego powodu: pod nim formuje się zagłębienie ciemno-fioletowe, na którem powstaje czarny strupek; naokoło strupa powstaje nacieczenie skóry w postaci wałka, usianego drobnymi wtórnymi pęcherzykami.—Taki obraz widzimy na 2-gi i 3-ci dzień choroby, a potem strup i otaczający go wałek powiększają się, zajmując coraz większą przestrzeń.

Najbliższe gruczoły chłonne obrzmiewają i są bolesne, a naczynia chłonne w kierunku ku kroście są w stanie zapalnym i przeświecają w postaci czerwonych pasemek. Sprawie powyższej towarzyszy niewysoka gorączka o typie zwalniająca, bólów miejscowych niema, a stan ogólny bywa zwykle mało upośledzony. W sprawach przebiegających pomyślnie na 6—7 dzień w okolicy strupa pokazuje się ropienie, a około 10-go dnia strup opada, a wrzodziejąca powierzchnia powoli zabliznia się.

Inaczej ma się sprawa tam, gdzie zakażenie miejscowe uogólnia się, co ma miejsce zwykle na 5—6 dzień choroby. Rozwija się ono drogą przedostawania się laseczników do systemu limfatycznego, a stąd do krwiobiegu. Przez przedostawanie się zarazka do naczyń włoskowatych powstają drobne wybroczyny na skórze i w narządach wewnętrznych, a, o ile chory nie umiera, formują się wtórne czarne krosty na skórze a na błonie śluzowej żołądka i kiszek — owrzodzenia. Śledziona przy takim uogólnieniu zarazka bywa widocznie powiększona i przekrwiona. Wynaczynienia drobne spotykamy wtedy we wszystkich narządach.

Zmiany ogniskowe w płucach spotykamy przy zakażeniu przez drogę oddechową i są one wtedy zmianami pierwotnymi (gałganiarze, sortownicy wełny).

O ile wąglik umiejscowiony skóry przebiega pomyślnie, sprawa cała nie odbija się prawie na ustroju, widzimy zwykle pojedyncze krosty, ale może zdarzyć się i kilka ognisk pierwotnych. Najczęściej wąglik skóry bywa na twarzy, karku i kończynach górnych, a rzadziej na tułowiu i kończynach dolnych.

Przy uogólnieniu wąglika następuje mocny upadek sił, bóle głowy, wymioty, zaparcie stolca, a następnie biegunka i upadek tętna od porażenia mięśnia sercowego. Zajście śmiertelne następuje zwykle po paru — kilku dniach, ale zdarzają się przypadki lżejsze, kiedy chory powraca do zdrowia.

Najczęstszem powikłaniem wąglika bywa zakażenie septyczne, która przyłącza się zwykle na 7—9 dzień choroby.

Zapobieganie polega na bacznej obserwacji za najdrobniejszymi rankami skóry i smarowaniu ich jodyną tam, gdzie człowiek ma styczność z chorymi na wąglik zwierzętami, a głównie na łepieniu wąglika u zwierząt domowych drogą szczepień ochronnych.

Leczenie wąglika skóry w początkowym okresie polega na wypaleniu krosty lub wycięciu jej w granicach zdrowej skóry ze starannym omijaniem ogniska chorobowego. — W okresie późniejszym choroby stosujemy zastrzykiwanie 2,5% roztworu kwasu karbolowego, zastrzykując po 1/2 szpryczki gramowej w odstępach dwucentymetrowych dookoła krosty (4—5 szpryczek na raz) i postępujemy tak codziennie, zanim obrzęk nie rozejdzie się i strup nie zacznie oddzielać się.

Przy zakażeniu wąglikowym ogólnym stosujemy kwas karbolowy i jod czy to do wewnątrz, czy podskórne, lub dożylnie, ale wynik podobnego leczenia jest zawsze wątpliwy i najczęściej do celu nie prowadzi. Karbol podajemy w pigułkach do 1 pro die; jod — w roztworze 0,3 (jodi puri) na dobę

NOSACIZNA (MALLEUS).

Nosacizna jest chorobą w pierwszym rzędzie zwierząt jednokopytowych (koń, muł, osioł) i z tych zwierząt może być przeniesiona na ustroj ludzki.

W roku 1882 odkryty został zarazek nosacizny w postaci lasecznika gruźliczego.

Zarazki te znajdują się stale w wydzielinach patologicznych nosa i w ropie wrzodów, a najliczniej występują w układzie limfatycznym chorych zwierząt.

Zwierzęta zarażają się tą chorobą przez styczność ze sobą, przez używanie wspólnych wiader do pojenia, przez wspólne łąby, a nawet przez drogi oddechowe, przez wchłanianie rozpylonych przy parszaniu zakażonych wydzielin. Tą ostatnią drogą zarażają się ludzie od chorych zwierząt przez błony śluzowe nosa, jamy ustnej, spojówki oczne, a także przez najdrobniejsze zranienie skóry stykające się z zarazkiem.

Najczęściej zapadają na nosaciznę ludzie, mający styczność z choremi zwierzętami: weterynarze, parobcy stajenni, kawalerzyści i t. p.

Od chorych ludzi nosacizna przenosić się może na zdrowych.

Zmiany anatomiczne polegają na wytwarzaniu się nacieczeń drobnonokomurkowych podobnych do gruzelków gruźliczych. W gruzelkach tych z czasem następuje zgorzel i rozmiękczenie, i ogniska drobne zamieniają się w ropne, a nakoniec — w owrzodzenia. Czasami zdarzają się rozlane, obszerniejsze nacieczenia, spowodujące powstanie większych ropni i owrzodzeń.

U ludzi chorych na nosaciznę spotykamy zwykle zmiany na skórze w postaci stwardnień guzikowatych, krost z ropną zawartością i owrzodzeń. Większe nacieczenia powstają w tkance podskórnej; z czasem nacieczenia te przechodzą w ropnie i odkrywają się na zewnątrz.—Pozatem u ludzi często spotykamy zajęcie kości i stawów: próchnienie kości i wydzielanie się sekwestrów (czaszka, nos) oraz sprawy zapalne okołostawowe. — Gruzoły chłonne zwykle obrzmiewają, a nawet mogą uleść zropieniu. Przy przedostawaniu się zarazka do układu limfatycznego i do krwi może nastąpić uogólnienie się nosacizny z powstaniem licznych przerzutów w różnych narządach.

W przebiegu klinicznym odróżniamy przypadki ostre, kończące się zejściem śmiertelnym po upływie paru—kilku dni i przypadki przewlekłe, trwające nieraz całe lato.

W przypadkach ostrych widzimy zwykle wysoką gorączkę o typie ciągłym, z małemi wahaniami; w przypadkach przewlekłych — gorączkę o typie nieprawidłowym. Nasileniom gorączki towarzyszą dreszcze, a spadkom — obfite poty.

Jednocześnie z gorączką, a nieraz i wcześniej powstają bóle w stawach i mięśniach.

Zmiany zapalne i owrzodzenia błony śluzowej nosa nie zawsze widzimy na początku choroby. — Przy objawach zatkania nosa zaczynają wydelać się śluzowo—ropne wydzieliny z domieszką krwi; przy badaniu wziernikiem widzimy poza poczerwienieniem i obrzękiem błony śluzowej

guziczkowe żółtawe nacieczenia i owrzodzenia, mogące z czasem spowodować przedziurawienie przegrody nosowej.

Opisane wyżej zmiany w skórze i tkance podskórnej powstają zwykle na 6—7 dzień choroby w przypadkach ostrych; w przewlekłych wypadkach widzujemy tylko pojedyncze krostki. Początkowo powstają tylko plamki, które przekształcają się szybko w grudki, a następnie w ropne krostki, co odbywa się w ciągu doby. Krosty te, choć podobne do ospowych, nie posiadają nigdy pępka i są otoczone czerwonym rąbkim. Krosty te zasychają i pokrywają się strupami, ale często pozostają trudne do zabliznienia owrzodzenia. Z nacieków obszerniejszych w tkance podskórnej lub w mięśniach powstają ropiejące głębokie przetoki; w okolicy stawów powstają ropnie okołostawowe. — Śledziona bywa stale obrzmiała i powiększona.

W przypadkach ostrych ogólny stan chorych bywa zwykle ciężki: utrata przytomności, bredzenie i upadek sił. W przypadkach przewlekłych przebiegu burzliwego nie widzujemy, ale następuje tu wzrastające wciąż wychudzenie wskutek ciągłego ropienia i zaburzenia w kanale pokarmowym.

Okres wylegania w nosaciznie trwa od kilku dni do 3-ch tygodni.

Przy rozpoznawaniu nosacizny, zwłaszcza w przypadkach ostrych, nieraz trudności bywają znaczne, gdyż wobec braku objawów w nosie i na skórze na początku możliwe jest zmieszanie tej choroby z tyfusem lub ciężkim reumatyzmem. W przypadkach przewlekłych możliwe jest przyjęcie nosacizny za zakażenie septyczne, a nieraz za przymiot.

Nie należy nigdy zapominać o zajęciu chorego i otoczeniu (garbarz, koniuch, fornał, kawalerzysta, weterynarz, pastuch), ale rozstrzygającym będzie zawsze badanie bakterjologiczne na laseczniki nosacizny, wydzielini z nosa i ropy z króst i owrzodzeń.

Rokowanie w nosaciznie bywa zwykle niepomysłne, zwłaszcza w przypadkach ostrych; w przewlekłych — notują około 50% wyzdrowień.

Zapobieganie polega na tępieniu oraz odosobnieniu chorych zwierząt i zachowywaniu ogromnych ostrożności u ludzi, którzy mają do czynienia z chorymi na nosaciznę koźmi, a zwłaszcza przy sekcjach padłych na nosaciznę zwierząt (ranki i przypadkowe skałeczenia). Ludzie chorzy na nosaciznę powinni być odosobnieni, jako mogący udzielić tę chorobę najbliższemu otoczeniu.

Leczenie w przypadkach ostrych zwykle nie daje żadnych wyników i polega na podawaniu środków nasercowych przeciwgorączkowych (kamfora, naparstnica, przetwory salicylowe). W przypadkach przewlekłych stosujemy przetwory jodowe i rtęciowe; jod do wewnątrz w postaci nalewki jodowej (od 2 do 15 krop. dziennie) i pigulek jodoformowych (0,15—0,25 dziennie). Rtęć — w postaci wcierań maści szarej, lub w postaci zastrzykiwań śródmięśniowych. Obok kuracji ogólnej stosujemy leczenie miejscowe: opatrunki jodoformowe, otwieranie i wyskrobywanie ostrą łyżeczką owrzodzeń, przestrzykiwanie owrzodzeń w nosie za pomocą rozczywnów odkażających.

Usilne odżywianie chorych za pomocą pożywnych, łatwo przyswajalnych pokarmów (mleko, mięso, jaja, tłuszcze) ma też wielkie znaczenie, wobec narastającego wycieńczenia chorych na przewlekłą nosaciznę.

WŚCIEKLIZNA (LYSSA, HYDROPHOBIA) WODOWSTRĘT.

Wścieklizna jest chorobą zwierząt domowych i dzikich, najczęściej zapadają na tę chorobę psy, pozatem koty, konie, krowy, nierogacizna owce; ze zwierząt dzikich — wilki, lisy, jelenie, daniele.

Człowiek zapada na tę chorobę przez przedostawanie się do ustroju nieustalonego jeszcze z zupełną pewnością zarazka (ciałka Negri'ego?), który przy ukąszeniu chorych na wściekliznę zwierząt zostaje zaszczipiony za pomocą przedostającej się do ran śliny, lub przez wypadkowe przedostawanie się śliny do istniejących już uszkodzeń naskórka. Znane są przypadki zarażenia się wścieklizną przez skaleczenie się przy sekcji chorych zwierząt.

Zarażenia się wścieklizną od chorych na tę chorobę ludzi, aczkolwiek nie notowano dotychczas, ale takowe nie może być wykluczone.

Najczęściej, oczywiście, ludzie padają ofiarą pokąsania przez chore psy (95%), nie wszyscy jednak pokąsani zapadają na wściekliznę i ma tu wielkie znaczenie liczba, miejsce i głębokość zadanych ran oraz obecność i grubość warstw odzieży.

Najniebezpieczniejsze są rany twarzy, a potem rąk i nakoniec nóg; odzież w znacznym stopniu utrudnia przedostawanie się jadu do ran.

W naszym klimacie najwięcej wypadków wścieklizny bywa w lecie.

Największe zasługi w badaniu wścieklizny położył Pasteur, który za pomocą szeregu doświadczeń na zwierzętach dowiódł, że zarazek wścieklizny koncentruje się w układzie nerwowym.

Światło słoneczne i wysuszenie zabijają jad wścieklizny w ciągu paru—kilku godzin, a nagrzewanie do 60° unieszkodliwia jad ten bardzo szybko.

Na podstawie całego szeregu doświadczeń na zwierzętach ustalono, że jad wścieklizny szerzy się wzdłuż nerwu w kierunku ośrodkowym, (rdzeń, mózg) i stąd dopiero przechodzi do wychodzących z ośrodków tych nerwów.

Zmiany anatomiczne dotyczą przy wściekliznie wyłącznie układu nerwowego i polegają na przekrwieniu opon i tkanki mózgu oraz rdzenia z powstawaniem licznych ognisk rozmiękczenia krwotocznego, wskutek zmian w naczyniach krwionośnych.

Pozatem zmiany widoczne występują w gruczołach ślinowych, a zwłaszcza podjęzykowych, gdzie najczęściej widzimy przekrwienie i nacieczenie drobnokomórkowe.

Okres wylęgania wścieklizny trwa od 14 — 60 dni, a wyjątkowo dłużej, a opisywane są przypadki, gdzie okres wylęgania trwał przeszło 1/2 roku. Okres 30 — 60 dni dotyczy połowy wypadków.— W okresie tym nie widzimy nieraz żadnych objawów chorobowych, lecz nieraz na kilkanaście dni przed wybuchem choroby występują t. zw. zwiastuny w postaci rażącej zmiany w usposobieniu chorego i bóli w pokąsanej okolicy. Chory staje się apatycznym, unika towarzystwa, i ucuwa bóle w okolicy uszkodzonej (najczęściej już w bliźnie) lub też promieniejące bóle w kierunku dośrodkowym.

Jeżeli zarazek postępuje po nerwach ruchomych, to występuje wte dy bezwład, który staje się coraz wyraźniejszym.

głośno. W pewnych godzinach, zwykle po obiedzie, panuje tu „cisza”, w czasie której rozmowy są bezwzględnie wzbronione i chorzy powinni wtedy spać. Lżej chorzy leżą 3 — 4 godzin dziennie, chorzy z naciekami i rozpadem do 10 g. i o ile temp. ich ciała nie przekracza $37^{\circ}6$ — $38^{\circ}C$. Stan gorączkowy zmusza do leżenia w łóżku przez czas tak długi, dopóki nie opadnie do stanów podgorączkowych.

W czasie katarów, bronchitów, suchych zapaleń opłucnej obowiązuje również łóżko. Mgła, dżdżysta pogoda i silny wiatr powinna zatrzymać chorych w pokojach (okna otwarte lub uchylone).

Lżej chorzy mogą odbywać nie męczące przechadzki, o ile po spacerach nie podnosi się temp. Obowiązuje zasada Brehmera, że: zdrowy siada gdy jest zmęczony, gruźlik aby się nie „zmęczyć”.

Lekko chorzy i rekonwalescenci mogą zająć się nienużąca pracą fizyczną np. ogrodnictwem.

Leżenie ma na celu uspokojenie oddychania; (co sprzyja gojeniu się płuc) oszczędzanie serca i kaloryj, które idą na korzyść odbudowy ustroju.

Leczenie dietetyczne polega na obfitem odżywianiu i ma na celu odbudowanie zniszczonych i ciągle niszczonej tkanek, wzmożenie odporności ustroju, wzmocnienie go do walki z chorobą oraz wprowadzenie większej ilości kaloryj, które gruźlik traci w stanach gorączkowych. Należy dostarczyć organizmowi 4 — 5 tysięcy kaloryj licząc, że gram białka daje — 4,1 kal. gr. tłuszczu 9,3 kal. gr. węglow. 4,1 kal. (według Rubnera).

Odżywiając obficie, nie trzeba znów przekarmiać, nadmierne bowiem tuczenie odbija się niekorzystnie na pracy serca.

Przedewszystkiem doprowadzamy znaczne ilości białka, do 200 gr. dziennie a więc mięso (najlepiej smażone) jaja w każdej postaci, sery i t.d. Mleko, o ile chorzy znoszą, można podawać w ilości $\frac{3}{4}$ — 1 l.

W drugim rzędzie doprowadzamy tłuszcz (150 — 200 gr.) najlepiej masło, śmietankę, smalec. Unikać trudno strawnych margaryn, kune-rolów etc.

Nie należy natomiast podawać wielkiej ilości węglowodanów (300 — 400 gramów) jak kartofli, klusek, chleba, nie oszczędzać jednak cukru.

Owoce są b. pożądane nie tylko ze względu na zawartość witamin, lecz także jako pokarm regulujący trawienie.

Alkohol w jakiegokolwiek postaci jest wzbroniony; jedynie w czasie długo trwającej gorączki można do mleka dodawać $\frac{1}{2}$ kieliszka koniaku lub czystego spirytusu (jako środki wysoko-kaloryczne).

PRZEGLĄD USTAWODAWCZY.

Jesteśmy w przededniu uregulowania prawnego położenia pracowników umysłowych. Oto w drodze rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej mają wyjść ustawy: o ubezpieczeniu emerytalnem prywatnych pracowników umysłowych oraz o najmie pracy pracowników umysłowych. Obie ustawy *dotyczą również felczerów*, gdyż pomocniczy personel lekarski zaliczony jest do kategorii pracowników, których położenie regulują powyższe ustawy.

Ustawa o ubezpieczeniu na starość przewiduje emerytury po 480 mies. składkowych. Składkę mają płacić pracodawcy i pracownicy. Ustawa ta naogół, zabezpieczając starość pracownika, a więc zapelniając bardzo ważną dotychczasową lukę w zakresie ubezpieczeń, nie zadawała jednak we wszystkim pracowników. Związki zawodowe pracowników umysłowych zgłosiły do ustawy o ubezpieczeniu na starość cały szereg poprawek, których los atoli jest jeszcze nieznanym. Przewszystkiem więc organizacje pracownicze uważają, że termin ustawowy do osiągnięcia pełnej renty starczej 40 lat składkowych jest zbyt długi i domagają się przyznania pełnej renty już po 30 latach. Następnie związki pracowników domagają się, by składkę pracodawca płacił w wysokości $\frac{3}{5}$, a pracownik w wys. $\frac{2}{5}$ oraz zupełnie słusznie domagają się by Zakładem Pensyjnym t. j. instytucją zbierającą i rozporządzającą

funduszami mogli rządzić pracownicy, gdy tymczasem projekt przewiduje zarząd, składający się w połowie z pracodawców w połowie z pracowników.

Taki skład członków Zarządu nie odpowiadał charakterowi instytucji ściśle pracowniczej.

Ustawa o najmie pracowników umysłowych posiada swoją długą, a smętną historję. Ta dziedzina stosunków t. j. umowa pracy, zawarta pomiędzy pracodawcą, a pracownikiem nie jest u nas zupełnie uregulowana, gdyż Kodeks Napoleona poświęca jej zaledwie jeden artykuł. Archaiczne postanowienia w tej mierze zawiera rozporządzenie X. Namiestnika z 1815 r. o urządzeniu kupiectwa, z którego to postanowienia na mocy wykładni, uświęconej przez jednolite orzecznictwo sądowe w ciągu stu lat, wywodzi się prawo 3 miesięcznego wymówienia posady pracownikowi przez pracodawcę.

Otóż długa a smętna historia ustawy o najmie pracowników umysłowych polega na tem, że pierwotny tekst tej ustawy był gotów już w 1921 r. Przez pięć lat nie doczekała ta ustawa światła dziennego. A dziś w przededniu jej wyjścia została tak zniekształcona w swych podstawowych założeniach, iż robi wrażenie jakiegoś karykaturalnego potworka, a nie ustawy, mającej przecież bronić pracowników umysłowych. Zniesiono więc odprawy, które winien pracodawca uiścić pracownikowi w

stosunku do przepracowanych lat po rozwiązaniu stosunku pracy. Zagwarantowano pracodawcy prawo wypowiedzenia posady pracownikowi bez wypowiedzenia 3 miesięcznego w całym szeregu wypadków, które samą zasadę sprowadzają do zera. I wreszcie Minister Przemysłu i Handlu zakwestjonował samą zasadę 3 mies. wypowiedzenia, względnie odszkodowania za 3 mies., pragnąc na to miejsce wprowadzić 6 tygodniowy termin wypowiedzenia.

Wobec takiego zniekształcenia ustawy i zlekceważenia postulatów pracowniczych przedstawiciele związków pracowniczych oświadczyli, że zrzekają się ustawy, gdyż dzisiejszy stan rzeczy, nieoparty wprawdzie na literze prawa, ale na zwyczaju, gwarantuje pracownikowi lepszą obronę ich interesów.

Jaki będzie dalszy los tej ustawy niewiadomo.

Prawnik.

W ŚRÓD PRASY.

„Głos Prawdy”, codzienne pismo warszawskie, przystąpił do wydawania dodatków p. n. „Zdrowie i Higijena społeczna”. Dodatek ten zapoczątkowano, między innymi, ankietą na temat: „Jak się czułem w szpitalu”. P. Józef Szarski, zabierając głos w ankiecie, maluje w jaknajbardziej czarnych kolorach pobyt w szpitalu. Cytujemy jego słowa:

„Jestem zdania, że niejednokrotnie należałoby nad wrotami niektórych szpitali umieścić napis: „Rzućcie nadzieję, wy, co tu wchodzicie!”. Ciężkie to oskarżenie, ale, niestety, sprawiedliwe. Postaram się je uzasadnić dowodami.

Na klinice położniczej lwowskiej są profesorowie i ich asystenci ludźmi wiedzy i obchodzą się z chorymi dobrze. Inaczej się ma rzecz z większością zajętych tam sióstr miłosierdzia i ze służbą żeńską. T. zw. pielęgniarki prześcigają siostry miłosierdzia w niemilosierdnym traktowaniu chorych (położnic). Naigranie się z chorych, ordynarne odnośnienie się do położnic jest tam na porządku dziennym.

Na klinice chirurgicznej nie panują lepsze stosunki. Zamiast ciężko chorych

przygotować w sposób ludzki do operacji, mówi im się wprost: „pan idzie do operacji”, tak, jakby się mówiło: „pan pójdzie do sali jadalnej lub sypialnej”. Sądźmy, że pielęgniarka znać powinna psychikę chorego mieć pewny wzgląd na jego nerwy. W pawilonie zakaźnym nie dzieje się lepiej, mimo to, że kierownicy oddziałów czynią wszystko, co w ich mocy, aby skłonić służbę do ludzkiego obchodzenia się z chorymi.

Proszę się przeto nie dziwić, że pobyt w szpitalach uważany jest za największe nieszczęście, jakie może spotkać chorego i że nastroj panujący na sali pogarsza częstokroć jego stan zamiast go polepszyć.

Jakie braki zauważyłem w szpitalu?

- 1) Złe, niedelikatne obchodzenie się służby.
- 2) Zbyt wielka ilość chorych w jednej sali.
- 3) Stykanie się chcących żyć i mających nadzieję uzdrowienia z umierającymi. Nie masz dla chorego straszniejszego widoku, jak obraz konającego towarzysza cierpień. Wskazanem byłoby izolowanie skazanych na zagładę, bo wszak widok ich nie jest chyba lekarstwem dla tych, którzy z choroby wydzwignąć się mogą i chcą. Na miejscu byłyby także parawaniki pomiędzy poszczególnymi łózkami.

Wkońcu powinien się znajdować przy łóżku każdego chorego dzwonek lub inny przyrząd alarmujący służbę, gdyż zdarzyć się może, że chory nie jest w stanie tak głośno mówić, aby zwrócić na siebie uwagę pielęgniarce.

Najważniejszą zaś rzeczą jest mniejsza obojętność i większa życzliwość dla chorego. Wszak dla przyjemności nikt nie odwiezda tych strasznych domów. O tem powinni pamiętać i lekarze i pielęgniarki.

Jak wielkie jest uprzedzenie do szpitali, tego dowodem słowa, które słyszałem ongiś: „Wolę umrzeć u siebie w domu, jak wracać do zdrowia w szpitalu”.

„Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”, organ Państwowego Związku Kas Chorych, w artykule Dr. Henryka Kłuszyńskiego, umieszczonym w Nr. 8 p. t. „Zagadnienia Lekarskie w Kasach Chorych” analizuje stosunek lekarzy do Kas Chorych i przyczynę dzisiejszego stosunku widzi w istnieniu 2-ch poglądów na rolę lekarzy: jeden pogląd — zawodowy, długi pogląd — społeczny. Argumentuje w sposób następujący:

„Istota tego wielkiego konfliktu między obozem lekarskim a Kasami Chorych, tkwi głęboko w dzisiejszych warunkach społecznych. Wielki rozkwit nauki lekarskiej w ostatnich dziesiątkach lat, łatwość dostępu do wyższych szkół sprowadziły wielki napływ w zawodzie lekarskim. Przez uruchomienie przemysłu, wzrosła liczba pacjentów, szukających pomocy lekarskiej. Ci wprawdzie skromnie płacili, ale lekarze mogli sobie odbić na pacjentach ze średniego stanu, drobnomieszczaństwa, wolnych zawodów i wyższych urzędników. Ale ten okres nie trwał długo. Warstwy średnie coraz bardziej ubożały i położenie lekarskie stawało się coraz krytyczniejsze. Stan lekarski, jak trafnie określił dr. Kautsky, podzielił się na dwie warstwy: na tych, którzy bardzo wiele zarabiają, nie dlatego, że są tężsi i zdolniejsi, lecz dlatego, że, będąc

finansowo silni, mogli się lepiej wykształcić i wytrzymać walkę konkurencyjną i na misera plebs medicorum, zdzierający zdrowie z powodu nadmiernej pracy, bez nadziei uzyskania pewnej egzystencji, lub zabezpieczenia na starość dla siebie i swojej rodziny. W tem ciężkiem położeniu widzą lekarze jedyny ratunek w beznadziejnej walce przeciwko Kasom Chorych.

Należy zwrócić uwagę jeszcze na jedną okoliczność, mającą wielkie znaczenie w ocenie naszego zagadnienia. Rozkwit medycyny, a zwłaszcza rozwój techniki w djaagnostyce i w leczeniu operacyjnem sprowadził w następstwie rozbudowę rozmaitych specjalności. Nie negując ważności i korzyści takiej specjalizacji, należy jednak pamiętać, że tworzy się mimowoli jednostronność w pojmowaniu istoty choroby — specjalista widzi w człowieku tylko część organizmu ludzkiego, w którym się wyspecjalizował, ale człowiek, jako całość zgiął się. A zapomniano, że istnieje dyspozycja społeczna do wywołania wielu chorób, u których nie można znaleźć żadnych zmian anatomicznych. Są to choroby, które powstają w następstwie przeciążenia pracą, wskutek nieustannej troski, co jutrzejszy dzień przyniesie, nieodpowiednich stosunków seksualnych, złego mieszkania i odżywiania i wielu jeszcze czynników społecznych. Wyleczenie tych cierpień jest tylko możliwe przez zmianę społecznego środowiska, przez stworzenie więcej szczęścia i wygodę życiowych. Ale tego choremu dostarczyć nie można. Medycyna społeczna, ta najnowsza gałąź nauki lekarskiej wskazała na te czynniki. Nauka ta powstała jako dzieło lekarzy-praktyków, którzy ułoża chorego poznali jego warunki życia, otoczenie, jego cierpienie, i wszystko, co jest związane z jego życiem. Nauka ta rozwijała się i rozwija się nadal w ostrem przeciwieństwie do panującej nauki. Dzisiejsze uczelnie wyższe nie uznają jeszcze czynnika społecznego. Lekarz wychowuje się na terapeutę indywidualnego, chorego w szpitalach to tylko materiał naukowy. Według sławnego zdania Virchowa, lekarze powinni być naturalnymi obrońcami biednych, tymcza-

sem stają się adwokatami kapitalistów i przeciwnikami Kas Chorych. Nauka o higienie społecznej jest jeszcze kopciuszkim na wydziałach lekarskich, jest tylko tolerowana, ale nie uznawana. Musi przeto nastąpić zupełna zmiana w wychowaniu lekarza, w ustosunkowaniu się jego do zdrowego i chorego człowieka. *Lekarz indywidualista o charakterze drobnomieszczanina, zainteresowany jest, by było jaknajwięcej chorób, lekarz społecznik przeciwnie, ma za zadanie chronić zdrowie i zapobiegać chorobom*, Kasy Chorych są tą wielką organizacją, które mają to zadanie przeprowadzić. Ogół lekarski nie był zatem duchowo przygotowany, gdy się ukazała ustawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby i dlatego Związek lekarski tak łatwo mógł go wyprowadzić do walki przeciw Kasom Chorych. Nie ulega wątpliwości, że Kasy Chorych, dla należytego spełnienia swego wielkiego zadania, potrzebują zgodnej współpracy lekarzy, jako fachowych doradców. Nietylko leczyc ma Kasa Chorych ubezpieczonych, ale także musi zapobiegać chorobom i w ten sposób podnosić zdrowotność ludności i ją wzmacniać. Lekarze mają wskazywać drogi prowadzące do tego celu”.

Jako ilustracja stosunku lekarzy nietylko da Kas Chorych, ale również do felczerów mogą służyć cyfry. Cyfry wykazują coraz bardziej wzrastającą liczbę lekarzy w Polsce. Gdy niedawno było ich 5,000, dziś jest już 8,000. Lekarze ci osiedlają się przeważnie w miastach, jak to wykazuje statystyka, podana w **Polskiej Gazecie Lekarskiej**.

„W państwie polskiem jest około 8 tysięcy lekarzy, 2 tysiące dentyistów, 2.350 felczerów i 6.500 akuserek. W Warszawie lekarzy wolno-praktykujących 1.664, rządowych 52, Woj. Warszawskie 291 (wp.), 27 (rz.), woj. Łódzkie 572 (wp.), 18 (rz.); woj. Kieleckie 343 (wp.), 23 (rz.); Lubelskie 301 (wp.), 25 (rz.); Białostockie 236 (wp.), 22 (rz.); Wileńskie 313 (wp.), 12 (rz.); Nowogrodzkie 84 (wp.), 13 (rz.); Poleskie 125 (wp.), 15 (rz.);

Wolyńskie 106 (wp.), 13 (rz.); Poznańskie 454 (wp.), 41 (rz.); Pomorskie 138 (wp.), 22 (rz.); Krakowskie 694 (wp.), 30 (rz.); Lwowskie 998 (wp.), 35 (rz.); Tarnopolskie 180 (wp.), 20 (rz.); Stanisławowskie 239 (wp.), Śląskie 288 (wp.), 15 (rz.)”

Inaczej argumentuje „Lekarz Kas Chorych”. Dla niego sprawa lecznicza w Kasach Chorych to nietylko sprawa obchodząca lekarzy, ale sprawa szerokiego ogółu ubezpieczonych. Pisze on w swym Nr. 14:

„Ubezpieczenie społeczne osłabiło wpływ lekarza. W oczach chorego lekarz jest urzędnikiem Kasy. W podświadomości ubezpieczonego istnieje sugestia, że lekarzem kieruje nietylko troska o niego, że wzgląd na interes Kasy prowadzi do upośledzenia leczenia. Niepożądanemu pod tym względem stosunkowi między lekarzem, a ubezpieczonym można zapobiec i stan taki poprawić tylko drogą wolnego wyboru lekarza i utrzymania wolnego stanu lekarskiego w ubezpieczeniach społecznych.

Żądanie wolnego wyboru lekarza stawiają zatem lekarze nie we własnym interesie, w. w. l. jest warunkiem nieodzownym zdrowej formy ubezpieczenia społecznego, mającym na względzie dobro ubezpieczonej ludności. Zaufanie chorego do lekarza polega na przeświadczeniu, że lekarz kieruje się tylko swemi wiadomościami naukowemi. To też lekarz musi tu sam rozważać i rozstrzygać, i żadna Kasa, żadna władza i żaden związek zawodowy nie może i nie ma prawa odbierać mu tych kompetencji, tak samo jak i w praktyce prywatnej lekarz nie pozwoli narzucić sobie innej metody leczenia niż ta, którą on uważa za wskazaną u danego chorego. A tymczasem Kasy Chorych próbują wywierać wpływ na sprawy leczenia przez lekarzy Kasowych.

Należy życzyć by na dążeniu lekarzy do tego, aby lecznictwo w Kasach Chorych odzyskało znowu ten autorytet, jakiego wprost wymaga dobro całego narodu, zwrócono więcej uwagi zarówno ze strony Zarządów Kas, jak i przy nowelizacji o ubezpieczeniu społecznem”.

A co felczerzy mają w tej sprawie powiedzieć. My jesteśmy neutralni. Zarówno jak przy absolutnie wolnym wyborze lekarza w Kasach Chorych felczer nie miałby nic do powiedzenia, tak i dzisiaj felczerów w Kasach Chorych jest bardzo mało. W stosunku do Kas Chorych świat lekarski się rozdziwił, w stosunku zaś do felczerów jest z pewnymi wyjątkami zgodny. Lekarze współpracujący z Kasami Chorych są może jeszcze bardziej wrogo usposobieni do felczerów, niż inni. A na dobitkę organizatorzy Kas Chorych pochodzący przeważnie z innych dzielnic Pol-

ski nie znają felczerów i stosunek ich jest do nas negatywny. Czasami tylko stosunek ich jest do nas życzliwy, to podczas.... strajku lekarzy. My, felczerzy w stosunku do Kas Chorych mamy jedno skromne żądanie: żądamy zastosowania względem felczerów, pracujących w Kasach Chorych, ustawy z dn. 1 lipca o czynnościach felczerskich.

Ta ustawa, to prawa felczera, które on z sobą niejako nosi, i wszędzie tam, gdzie on pracuje, muszą być stosowane doń przepisy, nie innej, a felczerskiej ustawy.

PIJAWKI w MEDYCYNIE.

Jakkolwiek w ostatnich czasach bańki wyrugowały z medycyny tak rozpowszechnione dawniej pijawki, nie wyszły one jednak całkowicie z użycia jako środek leczniczy i są zalecane zwłaszcza przez lekarzy angielskich i amerykańskich. Tam, gdzie należy puścić krew w jednym tylko miejscu ciała, a gdzie zdrowie chorego nie będzie w stanie znieść ostrzejszego podrażnienia, wywoływanego przez bańki, stosują doktorzy zamorscy ten środek niezbyt może estetyczny, ale pewny i wypróbowany przez wiele pokoleń naszych przodków. To też apteki amerykańskie stanowią stałą klientelę kilku firm paryskich, które zmonopolizowały ten dziwny przemysł. W jednej z piwnic największego z tych przedsiębiorstw znajduje się ni mniej ni więcej tylko *500,000 pijawek!* „Zwierzyna“ ta czeka w piwnicach na chwilę, kiedy zostanie wytransportowana za ocean. Wogóle, w ciągu niedługiego swego żywota, odbywa pijawka podróże, których niejeden, żądny wrażeń i zwiedzenia świata człowiek, mógłby jej pozazdrościć.

Ojczyzną pijawek są błota węgierskie, tureckie i greckie. W obecnych czasach

są to jedyne miejsca połowu pijawek, w innych krajach nie zbiera się ich już zupełnie, gdyż zostało stwierdzone, że gatunkiem różniłą się one od tamtych i nie nadają się do celów leczniczych. Połów pijawek odbywa się dwa razy do roku — na wiosnę i na jesieni. Sposób łapania pijawek jest prosty: nie wabi ich się na żadną przynętę, tylko w określonych porach roku zmienia się poziom błota, w którym przebywają. Tak więc w lecie, w okresie wykluwania się młodych pijawek, poziom błota zostaje sztucznie podniesiony, bowiem pijawki, zamieszkując zasadniczo w wodzie, składają swe kokony na brzegu, nieco powyżej poziomu wody. Kiedy młode pijawki, wykluwają się z kokonów, opuszczają swe więzienie, (wyklują się zwykle 6 do 8 z jednego kokona), są one mocno wygłodniałe i śpieszą do wody, w której znajdują pożywienie. Wtedy też najłatwiej można je wylapać używając do tego bądź gęstych siatek, bądź koszyków.

Najobfitszemi w pijawki miejscowościami są okolice miasta Scissek w Kroacji, Fort-Opus i Metkowicz (Dalmacja) i Saloniki. Budapeszt centralizuje całą „pro-

dukję“ węgierską, którą wysyła następnie do Paryża, do wielkich hurtowni, prowadzących handel z Ameryką.

Ekspedycja pijawek odbywa się albo koleją, albo statkiem. Do ekspedycji kolejowej pijawki wsypuje się do worków, mieszczących 3 kilogr. Następnie workami takimi napełnia się koszyki, wysłane liśćmi paproci, zapelniając puste miejsca trawą i wilgotnym sianem, aby uczyniły podróż tych dziwnych pasażerek możliwie znośną. Gorzej jest z podróżami morskimi, trwającymi nieraz po kilka tygodni. Wówczas pijawki przewozi się w pudełkach drewnianych, wysłanych mokrym torfem, znakomicie zabezpieczającym je przed upałem w czasie długiej podróży.

Co się tyczy pośredników paryskich, którzy przechowują swój „żywy towar” przez długie tygodnie, to muszą oni również obchodzić się z nim bardzo ostrożnie i pieczołowicie. Otrzymany transport pijawek poddaje się przedewszystkiem szczegółowemu przeglądowi, odrzucając te, które ucierpiały podczas podróży i niezdatne do użytku. Reszta po dokładnym obmyciu i oplukaniu, zostaje wrzucona do beczki z wodą, gdzie przebywa czas jakiś, w celu ostatecznego oczyszczenia. Przez ten czas robotnicy przygotowują im stałe locum, w którym pijawki znajdować się mają aż do chwili zapotrzebowania ich przez pacjenta—jest to rodzaj cebrzyków drewnianych, napełnionych do połowy płynną, gęstą masą błotnistej ziemi rozmieszanej z wodą. Po wpuszczeniu do takiego cebrzyka przepisowej ilości pijawek, przy-

krywa się go grubem gęstem płótnem i zanosi do piwnicy, gdzie już rzędami stoją podobne cebrzyki z żywym lekarstwem.

Czasami używa się również do przechowania pijawek skrzynek drewnianych, których górne części ścian są kratkowane, dla przepuszczania powietrza, zamykają się za to metalową pokrywą z góry. Skrzynki takie, podobnie jak owe cebrzyki, umieszcza się w ciemnych piwnicach mieszkancom zaś ich nie dostarcza się żadnego pożywienia, aby na wypadek nagłego zapotrzebowania do chorych mogły godnie spełnić swe zadanie. Zresztą, pijawki zupełnie dobrze znoszą régime głodowy, gdyż po kilku miesiącach kompletnego głodu bardzo rzadko zdarza się znaleźć którą martwą—przeciwnie, są jeszcze zwykle bardziej ruchliwe i żwawe. Dawniej pijawki były nieodzownym medykamentem w każdej aptece. Każda niemal wystawa apteczna miała na najbardziej honorowym miejscu flaszkę z pijawkami, albo przynajmniej anons, że tu można nabyć pijawki. Dzisiaj niektóre z nich tylko trzymają w piwnicy trochę pijawek na wypadek zapotrzebowania ich przez któregoś z bardziej konserwatywnych lekarzy. Wkrótce prawdopodobnie bańki suche i cięte wyrugują całkowicie z medycyny pijawki. Dla których nastaną dobre czasy w ich błotach ojczystych. Lekarze angielscy i amerykańscy zmuszeni będą pogodzić się ze środkami nowoczesnymi, wprowadzonymi przez ich bardziej postępowych kolegów. (Naokoło Świata № 29. — B.)

KRYNICA PRZYSZŁOŚCI.

Krynica należy już dziś do najpoważniejszych zdrojowisk Polski, a po rozbudowie zajmie niewątpliwie jedno z naczelných miejsc w światowej hierarchji uzdrowisk, o-wych różnych „badów”, „kurortów”. Że Krynica jeszcze dziś jest in statu nascendi, to jest tylko przyrky spadek po rządach zaborczych, w których polityce nie leżał rozwój tego zdrojowiska, aby nie robiło kon-

kurencji innym austrijackim „badom”. Bowiemy Krynica mogłaby stać się potężną rywalką, a przecież nie chodziło Austriji o to, by Małopolska pozyskiwała nową siłę gospodarczą przez fakt posiadania wielkiego zdrojowiska. Dopiero rządy polskie energicznie wzięły się do pracy, otworzyły skar-bony państwowe na ten cel i dzięki temu Krynica się rozrasta.

Co posiada Krynica, prócz górskiego, nader ożywczego klimatu. Posiada Krynica liczne źródła szczerw alkalicznych wapniowo-żelazistych, bardzo bogatych w bezwodnik węglowy, służących zarówno do picia jak i do kąpeli. Woda ze źródła głównego, słotwińskiego, Jana i Józefa, jakoteż z otworu № 1 i ze źródła Dobrodzieja należy do szczerw alkalicznych ziemno-żelazistych, woda ze źródła Karola przedstawia czystą szczerwę alkaliczno-ziemną; woda wreszcie z otworu wiertniczego № 2 (t. zw. woda Zuberka) jest najsilniejszą z dotychczas znanych w Europie szczerw alkalicznych (polskie Vichy.)

Picie wód krynickich jest wskazane w chorobach: krwi i narządów krwiotwórczych, osłabienia ogólnego po przebytych chorobach ostrych, w chorobach nerwowo czynnościowych, przewodu pokarmowego, pęcherza i miedniczek nerkowych, przy zaburzeniach w przemianie materji, osłabieniach płciowych, krzywicy i zolży u dzieci.

Krynickskie kąpiele mineralne wskazane są w następujących grupach chorób: w chorobach krwi i narządów krwiotwórczych, w osłabieniu ogólnem i płciowem, w chorobach nerwowych czynnościowych, w chorobach kobiecych, narządu krążenia, w zaburzeniach wydzielania wewnętrznego (choroba Basedowa).

Krynickskie kąpiele borowinowe są wskazane w chorobach kobiecych (zaburzenia w miesiączkowaniu, białe upławy, obrzęki macicy, jajników, wysięki i sprawy rozpalne tkanki okołomaciczej, niepłodność i t. p.), następnie kąpiele borowinowe są wskazane na: gościec przewlekły, skaza moczanowa czyli dna (artrytyzm), nerwobóle i porażenia nerwów, obrzęki wątroby i śledziony, osłabienia płciowe. Jak widzimy skala lecznicza Krynicy jest bardzo obszerna i tem się tłumaczy troskliwość ogólna o jej pomyslny rozwój.

Rozbudową Krynicy kieruje rektor Politechniki Lwowskiej Nadolski, którego także energii zawdzięcza Krynica tak szybkie i świetne rozprzestrzenianie się i dochodzenie do wyżyn uzdrowisk zachodnio-europejskich. Plan rozbudowy Krynicy opracował sam wykonawca. Dzieło jest zakrojone

na szeroką skalę. Korzystając z uprzejmości p. rektora Nadolskiego, piszący mógł przyjrzeć się planom i już wykończonemu dziełu.

Przedtem jeszcze kilka słów przeszłości Krynicy. Właśnie w roku bieżącym upłynęło 60 lat od chwili otwarcia w Krynicy pierwszych łaźniek mineralnych. Łazienki te o 74 wannach otwarto przy ówczesnej frekwencji 940 osób. Frekwencja wzrastała stale, lecz ilość wanien dało się tylko z trudem powiększyć do 105, a za polskich już rządów o dalsze 12. Na przeszkodzie stał brak pomieszczenia. Stary gmach zdrojowy nie można było powiększać. Nic dziwnego, że zakład, otwarty w 1866 r. i lak nieznacznie rozszerzony później nie mógł wystarczyć w czasie, gdy frekwencja Krynicy doszła do 20.000 osób rocznie.

Rządy Polski Niepodległej w miarę możliwości starały się rozwój Krynicy popierać. Owocem tego poparcia jest nowy olbrzymi gmach łaźnikowy, który stanowi złotą kartę w historii Krynicy. Nowe łaźienki są naprawdę imponujące. Wyposażono je we wszystkie nowoczesne zdobycze techniczne, przystosowując całość do wygody kuracjuszków. Koszt budowy samego gmachu wyniósł 1.335.240 zł., urządzenia mechaniczne i instalacje z wannami 562.097 Zł., meble i urządzenia wewnętrzne 225.000 Zł., a więc razem 2.121.357 Zł. Ta cyfra daje wyobrażenie o rozmiarach nowych łaźniek. Nawiasowo zaznaczę, że w związku z otwarciem nowych łaźniek zwołany był do Krynicy kongres lekarski, aby w ten sposób zadokumentować, jaką wagę przywiązuje medycyna do rozwoju źródeł krynickich.

Z opracowanego przez rektora Nadolskiego planu rozbudowy dokonano rzeczy następujących: uregulowano łóżyisko rzeczki Kryniczanki, ujmując jej wody w kamienne ściany. Dom zdrojowy został znacznie powiększony. W starych łaźniakach zmieniono przestarzałe urządzenia na nowoczesne, redukując w ten sposób wydatnie koszta opalu i przyczyniając się jednocześnie do bardziej higienicznego korzystania z dobrodziejstw kąpielowych. Kompleks obiektów klinicznych został, jak można się wy-

razić, poniekąd uprzemysłowiony przez za-
instalowanie najnowszych w tym zakresie
zdobyczy technicznych. Dbając o wygląd estetyczny Krynicy, urządzono bulwar wzdłuż
Krynicańskiej; także na miejscu starego kiosku dla orkiestry postawiono nowy, żelazo-
betonowy, który upiększa najbardziej od-
wiedzany przez kuracjuszków zakątek uzdro-
wiska. Oczywiście, najpokazniejszym kro-
kiem w dziedzinie realizacji projektu roz-
budowy krynickiego zdrojowiska było wznie-
sienie nowych łazienek.

Już przystąpiono do zakładania funda-
mentów pod nowy olbrzymi gmach, który
będzie służył za nowy dom zdrojowy. Gmach
ten będzie jedną z najpiękniejszych budowli
uzdrowiskowych. Długa kolumnada ozdobi
fronton. Na parterze mają znaleźć pomiesz-
czenie sklepy, na piętrze będą mieszkania
dla kuracjuszków.

Po wybudowaniu nowego domu zdrojo-
wego przystąpi się do wzniesienia gmachu
hydropatycznego. Znajdą w nim zastosowa-

nie wszystkie nowoczesne zdobycze medycyny i higieny.

Na dalszym planie jest budowa sanato-
rium dla ciężko chorych. Stanie ono poza
centrum dzisiejszej Krynicy, aby leczącym
się zapewnić spokój. Rurociągi będą do-
starczały wodę kryniczną; nic więc sanato-
rium nie straci na oddaleniu od źródeł kry-
nicznych, tylko pozyska.

Przebudowa łazienek borowinowych,
wzniesienie domów mieszkalnych dla lekarzy i personelu pomocniczego zakończy
dotychczasowy projekt rozbudowy tego
miejsca klimatycznego. Doświadczenie jed-
nak lat ostatnich, a szczególnie roku bie-
żącego, mówi, że frekwencja będzie wzra-
stała nadal, więc trzeba będzie Krynice
przystosować do przyjęcia 40.000 kuracju-
szków. Jeśli sytuacja gospodarcza Polski się
nie pogorszy, wykończenia rozbudowy Kry-
nicy należy się spodziewać w ciągu sied-
miu lat.

(W.)

Oceny i sprawozdania.

Prof. dr. med. W. Grzywo-Dąbrowski—
„Przerwanie ciąży z punktu widzenia spo-
łecznego, prawnego i lekarskiego.

(Wykładów lekarskich Nr. 5—6).

W pierwszym rozdziale swej pracy cy-
tuje prof. G.-D. artykuły prawne, dotyczące się
przerwania ciąży, obowiązujące na ziemiach
polskich (kodeksy: rosyjski, austriacki i nie-
miecki), jak też i nowsze kodeksy innych
narodów.

Naogół wszystkie kodeksy karzą przer-
wanie ciąży bardzo surowo, a niektóre *nie
uznają nawet wskazań lekarskich*.

Na uznanie wskazań lekarskich do przer-
wania ciąży zdobyły się jedynie: nowy ko-
deks rosyjski i nowy projekt kodeksu au-
striackiego.

Kodeksy obowiązujące na ziemiach pol-
skich nie uznają wskazań lek. do przerwania
ciąży, tak, że lekarz robiąc poronienie, czy-
ni to zawsze, de facto, bezprawnie. Natu-
ralnie, poronienia są robione i muszą być
robione i wtedy lekarz powołuje się na art.
497 K. K. z 1903 r., który mówi o koniecz-

ności udzielenia pomocy lek. w przypadkach
niebezpiecznych dla życia.

W każdym razie *nigdy nie wolno robić
poronienia ani przerwania ciąży akuszerce
i felczerowi*, a lekarzowi tylko po odbytem
konsylium i po pewnej obserwacji pacjentki.

Jak załatwi sprawę przerwania ciąży
nowy kodeks polski—nie wiadomo.

Liczba poronień wzrasta z roku na rok
w sposób zatrważający. Przyczyny tego są
liczne: według jednych, obniżenie pojęć
etyczno-religijnych, a według autora, ciężkie
warunki ekonomiczne doby powojennej,
walka o byt, w której bierze obecnie udział
kobieta, mogąca dawniej oddać się niepo-
dzielnie domowi i dzieciom, gdy zarobek
męża doskonale wystarczał na utrzymanie
rodziny.

Nędza mieszkaniowa komplikuje całą
sprawę, a nietolerancyjny i barbarzyński
stosunek społeczeństwa do niezamężnej
matki, pcha zastępy młodych kobiet na drogę,
wchodzącą w konflikt z prawem.

Skutki poronień zależą od sposobu w
jaki starano się je wywołać. Tak więc

środki wewnętrzne, nie wywołując poronienia mogą wywołać zatrucie (chinina, sporysz, fosfor, arsenik, kwas azotowy). Gorące یرyacje mogą wywołać oparzenia a następnie blizny. Różne manipulacje szpilkami i t. p. „narzędziami“ mogą doprowadzić do przebicia macicy, a gdy są wykonywane brudno do zakażenia miejscowego, ogólnego i śmierci.

Zakażenie dołączające się do poronienia, jest prawie zawsze dowodem że poronienie było kryminalne.

W kwestji poronień sztucznych wypowiedziało się szereg osób ze świata prawniczego i lekarskiego. Cytowanie ich poglądów zaprowadziłoby za daleko. W każdym razie daje się zauważyć u jednych kierunek że tak się wyrażę, liberalny, który uznaje nief tylko wskazania lekarskie, ale i społeczne jak: (zgwałcenie, warunki ekonomiczne rodziny) i eugeniczne. Przedstawicielami tego kierunku są dr. M. Grzywo-Dąbrowska, dr. Kaszubski, Zakrzewski i inni.

Wskazania jedynie lekarskie uznają: Wachholz, Sieradzki, Wygodzki, Bodewski i inni.

Wśród społeczeństwa dają się wyczuć również podobne dwa prądy. Bardzo ciekawe i liberalne wnioski uchwalilo tow. Kryminologiczne w W-wie w 1923 r.

Jakkolwiek felczerom nie wolno wykonywać poronień, należy wymienić jakie sprawy chorobowe są wskazaniem lekarskiem do przerwania ciąży,—zauważywszy bowiem taką chorobę, może felczer skierować pacjentkę do lekarza uprawnionego do wykonywania poronień.

1) *Wskazania eugeniczne*, mające na celu dobro rasy, przeciwdziałanie czynnikom zwyrodniającym.

Wiadomo, że niektóre choroby mogą się dziedziczyć albo w następnem zaraz pokoleniu, albo później. Do takich chorób dziedziczących się lub wpływających ujemnie na zdrowie przyszłych pokoleń należą: zanik nerwów wzrokowych, retinitis pigmentosa, głuchoniemota, krwawiczka, alkoholizm, kokainizm, kiła, gruźlica.

2) *Wskazania lekarskie:*

Gruźlica płuc czynna, gdy daje jeszcze

nadzieje zalecenia, gruźlica krtani, gruźlica nerki — są wskazaniami do przerwania ciąży.

Wady serca, zwłaszcza wady zastawki dwudzielnej, wady serca prawego, schorzenia mięśnia sercowego dalej, anemja złośliwa, leukemja, krwawiczka. Choroby nerek połączone z obrzękami, bólami głowy, osłabieniem serca i białkococzem, kamienie nerkowe, uporczywe zapalenie miedniczek nerkowych, rzucawka porodowa — upoważniają do przerwania ciąży.

Dalej wskazaniami są: ciężkie formy cukrzycy, wrzód żołądka, nieustające wymioty ciężarnych, zimnica.

Ze wskazań ginekologicznych.

Wymiar przednio-tylny 7 — 8 cm. przy płaskiej, a 8 — 8^{1/2} h przy ogólnej zwężonej miednicy,

Rak szyjki macicznej.

Wypadnięcie macicy, tyłozgięcie, czasem także rozmiękczenie kości.

Wskazania psechjatryczne i neurologiczne. Psychoza maniakalno-depresyjna o tępienie wczesne, psychoza korsakowa (naturalnie tylko w pewnych warunkach). To samo można odnieść do płasawicy, tężyczki, hysterji i padaczki (epilepsji), stwardnienia rozsianego, stanów zapalnych rdzenia.

Wskazania z punktu widzenia okulistyki: retinitis albuminurica, wypuklenie rogówki, odklejenie siatkówki, schorzenia nerwu wzrokowego (obrzęk i zapalenie).

Z chorób uszu wskazaniem jest: postępująca głuchota (otorelerosis), a z chorób skórnych impetigo herpetiformis, pęcherzyca przewlekła a czasem, według niektórych autorów—wilk (lupus).

k. d.

* * *

Encyklopedia podręczna prawa publicznego pod redakcją prof. Dr. Zygmunta Cybińskiego. Tom I zes. III. Warszawa-1926. Instytut Wydawniczy „Biblioteka Polska”.

Nowy zeszyt tej Encyklopedji wyszedł świeżo z pod prasy i zawiera artykuł o felczerach pióra Tadeusza Hilarowicza. Naogół prof. Hilarowicz streszcza przepisy ustawy z dn. 1 lipca 1921 r. i rozporządzenia wykonawczego Ministra Zdrowia Publiczne-

go z dn. 20 marca 1922 r. Ze streszczenia tych przepisów dowiadujemy się jednak poważnie tylko o tem, kto może być felczerem, jaka jest wymagana procedura przy rejestracji i na jakich terenach Rz. Polskiej wolno felczerom praktykować.

Bliższej analizy uprawnień felczerów w artykule tym nie znajdujemy, z wyjątkiem przytoczonego par. 12 rozporządzenia, wyliczającym zabiegi z zakresu „małej chirurgji” prof. Hilarowicz stwierdza prawo felczerów do zapisywania lekarstw w/g farmakopei spisu B.

Najciekawszem jest końcowy ustęp artykułu. Prof. Hilarowicz pisze:

„W praktyce powstało pytanie, czy w wypadku przekroczenia przez felczera dozwolonego mu zakresu czynności, zastrzeżonej dla lekarza ma on być karany za przekroczenie ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w państwie polskiem z r. 1921 (sankcja administracyjno-karna za bezprawną praktykę lekarską), czy też za przekroczenie ustawy z dn. 1 lipca 1921 r. o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich (sankcja sądowo-karna). Słuszniejszym wydaje się ten ostatni pogląd, a to ze względu na to, że ustawa specjalna ma w zastosowaniu pierwszeństwo przed ustawą ogólną”.

Bardzo się cieszymy, że prof. Tadeusz Hilarowicz, radca prawny Gen. Dyr. Służby Zdrowia, doszedł do wniosku, że nie można dziś felczerów karać administracyjnie. Chcielibyśmy atoli usłyszeć z ust prof. Hilarowicza wogóle potępienie dla systemu kar administracyjnych, dobrych może w państwie absolutnem, ale nie w demokratycznej Polsce tembardziej, iż w lonie Gen. Dyrekcji Służby Zdrowia istnieje tendencja poddania felczerów oficjalnie drakańskiemu systemowi kar administracyjnych, któryby np. zezwalał lekarzowi powiatowemu przy powtórnie nałożonej karze na felczera, na odebranie mu uprawnień na przeciąg 2-u lat.

Miscellanea.

Czy lekarz Kasy Chorych należy uważać za urzędnika w rozumieniu cz. 4 art. 639 Kodeksu Karnego?

Lekarz Kasy Chorych za odmowę udzie-

lenia pomocy lekarskiej, bez usprawiedliwionej przyczyny, osobie ubezpieczonej w tej Kasie Chorych jest odpowiedzialny przed Sądem Okręgowym jako urzędnik z art. 639 Kodeksu Karnego z r. 1903 za bezczynność władzy bądź umyślną, bądź zawinioną przez niedbalstwo. (Orzecz, Kompletu Izby Sądu Najwyższego z dnia 22.IV. r. 1926 w sprawie № 2130/25).

Przed stu laty. Jedno z pism warszawskich w r. 1826 umieściło takie ogłoszenie. — „Wyczytawszy w doniesieniach onegdajszego Kurjera, że w Razurze przy ulicy Piwnej pod № 116 każdego czasu nabyć można Pijawek sztuka po groszy 6, upraszam o ponowienie tegoż doniesienia, aby ułatwić nabycie tego lekarstwa, tak powszechnie teraz w rozmaitych dolegliwościach używanego, zwłaszcza że ja (i zapewne wielu innych) kupowaliśmy nieraz Pijawki po 3, 4 i więcej razy drożej, niż za teraz ogłoszoną cenę”.

* * *

Cui bono? Dr. Jan W-i pod tytułem „Cui bono” zamieścił w „Lekarzu Polskim” streszczenie ankiety naszej o felczerach, obiecując później omówić rolę felczerów w lecznictwie. Jednak narazie słowa nie dotrzymał. Pytamy się poco w takim razie p. Dr. Jan W-i wysyłał się na te streszczenie, zaopatrując je uwagami na temat felczerów, podnosząc dawno przesądzoną kwestję potrzeby istnienia felczerów, czego nawet my się nie domagamy. Jednem słowem poco walczy z urojonem niebezpieczeństwem, a zapominając, jak wszyscy nasi polemiści, że felczerzy domagają się tylko uczciwego zastosowania do nich ustawy felczerskiej.

Tedy my się pytamy. Cui bono? Medice, cura te ipsum.

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

Śp. Zborowski Ignacy urodził się w 1875 r. w Wieluniu. Szkoły ukończył w Kaliszu, szkołę felczerską ukończył w Taszkenie w 1900 r. Po ukończeniu służby wojskowej objął posadę na kolei, na st. Sieradz. W 1914 r. wyjechał do Rosji

i pracował w różnych punktach opatrunkowych, oraz na pociągach sanitarnych. Do kraju wrócił w 1918 r. i objął dawną posadę felczera kolejowego na st. Sieradz. Członkiem Związku był od 28 maja 1920 r.

Śp. Rynas Jan urodził się w 1894 r. Szkołę felczerską ukończył w 1902 roku. Po ukończeniu szkoły objął posadę w szpitalu dzieciennym. Później kolejno pracował: w szpitalu świętego Ducha przez lat 3, w Hucie Bankowej — 1 rok, w Szpitalu Ś-go Łazarza — 7 lat, w szpitalu Ś-go Stanisława — 6 lat. W ostatnich latach zajmował się wolną praktyką.

Roczny zjazd delegatów Centralnego Związku.

W dn. 27 lutego r. b. odbędzie się doroczny zjazd delegatów Oddziałów Centralnego Związku Felczerów Rz. Polskiej. Porządek dzienny zjazdu przewiduje się następujący:

- 1) Zagajenie.
- 2) Odczytanie protokołu z poprzedniego zjazdu.
- 3) Referat na temat „Zawód felczerski w świetle przepisów prawnych.
- 4) Referat na temat „Aktualne bolączki zawodowe”.
- 5) Sprawozdanie Zarządu Głównego.
- 6) Sprawozdanie kasowe.
- 7) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.
- 8) Budżet.
- 9) Zmiana statutu.
- 10) Wnioski Zarządu Głównego.
- 11) Wnioski delegatów.

TERMINY ROCZNYCH ZEBRAŃ.

Oddział w Radomiu. Dn. 9.I-27 r. o godz. 8 w. w lokalu (kol. Wolskiego) Lubelska 20.

Oddział w Lublinie. Dn. 9.I-27 r. o godz. 4 po poł. w lokalu Z. Z. P.

Oddział w Łodzi. Dn. 9.I-27 r. o godz. 4 po poł. w lokalu, Piotrkowska 92.

Oddział w Wilnie. Dn. 9. I-1927 r. o godz. 12-iej w lokalu przy ul. Sadowej 7 hotel „Wilno”.

Oddział I w Warszawie. Dnia 14.I-27 r. o godz. 8 wiecz. w lokalu ul. Żłota 30.

Oddział w Kaliszu. Dn. 16.I-27 r. o godz. 12-iej w lokalu Związku, Marjańska 1.

Oddział w Częstochowie. W dn. 16.I-27 r. o godz. 3 p. p. w lokalu Związku — I Aleja 14.

Oddział II w Warszawie. W dn. 10.I-27 r. o godz. 8-iej w lokalu Zw.— Żłota 30.

Co należy zrobić, aby zostać członkiem Centralnego Związku.

Chcąc zostać członkiem Centralnego Związku Felczerów należy złożyć następujące dokumenty:

- 1) Wypełnienie dwóch deklaracji ściśle według rubryk.
- 2) Odpis dyplomu poświadczony przez rejenta, policję lub gminę, ewentualnie przez zarząd oddziału do którego zwrócił się petent.
- 3) Odpis zaświadczenia o zarejestrowaniu się w Urzędzie Zdrowia.
- 4) Podpisy na deklaracjach 2-ch członków wprowadzających.
- 5) 2 fotografie.

Niezależnie od tego nowowstępujący członek składa odpowiednie zobowiązanie, iż podporządkuje się wszelkim wymaganiom zarządu danego oddziału.

Felczer na posadzie kolejowej na Kresach pragnie zamienić się na posadę kolejową w okolicy Warszawy ze względu na konieczność kształcenia dzieci. — Wolna praktyka zapewniona.

Wiadomość w Administracji „Przeglądu Felczerskiego”.

Kupię zakład fryzjerski z mieszkaniem na prowincji w miasteczku.

Wiadomość w Administracji „Przeglądu Felczerskiego”.