

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

T R E Ś Ć: Ś. P. Dr. med. Kazimierz Zieliński; — Uodpornienie przeciw błonicy; — Masaż jako zabieg leczniczy; — Homeoterapia w praktyce; — Referaty z czasopism; — Felczerzy w Kasach Chorych.

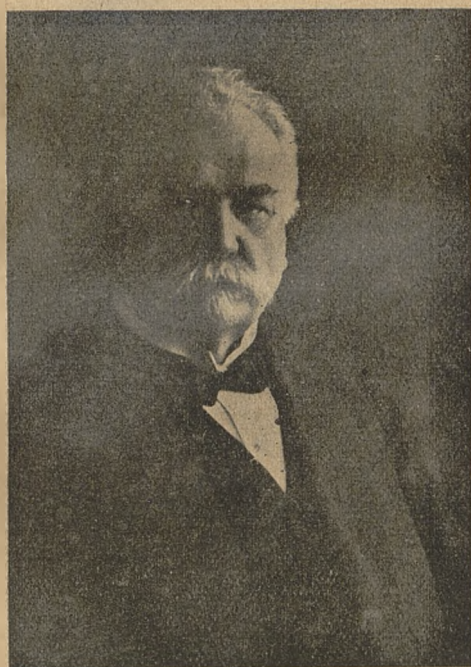
Ś. P. Dr. med. KAZIMIERZ ZIELIŃSKI

Smutna mi rola przypadła w udziale: pisać wspomnienie pośmiertne o Drogim moim Szefie i Przewodniku, pod Którego przewodnictwem pracowałem lat przeszło 20, a Który dla współpracowników swych był zawsze szczerym przyjacielem i doradcą. Nagle nam Go zabrakło dn. 18 stycznia r. b. ku rozpacz wszystkich tych co Go znali, z nim się stykali lub współpracowali. Był bowiem ś. p. Dr. Kazimierz Zieliński człowiekiem tak wyjątkowej dobroci

i skromności, takiego taktu i prawości, iż życie Jego i czyny Jego jeno

przyjaciół zjednywać Mu mogły. Sprawiedliwy, przez wszystkich szanowany, nieustający do ostatniej chwili w swej ciężkiej a owocnej pracy, ś. p. Dr. Kazimierz Zieliński słusznie wielkimi był obdarzony honorami i stanowiskami w świecie lekarskim.

Lekarz Naczelny Szpitala Przemienienia Pańskiego, długoletni ordynator tegoż szpitala, były Lekarz Naczelny Tramwajów



Miejskich w Warszawie, Prezes Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, były Przewodniczący Związku Lekarzy Polskich, Wice-przewodniczący Koła im. Marcinkowskiego, Wice-prezes Towarzystwa Internistów Polskich i wiele, wiele innych zaszczytnych zajmował stanowisk.

Żywot ś. p. D-ra Kazimierza Zielińskiego był nierozłącznie związany z Pragą. Jej to poświęcił swą praktykę lekarską, przeszło czterdziestoletnią; na Pradze w roku 1892 założył pierwsze do dziś dnia istniejące ambulatorjum szpitalne i ambulatorjum to sam prowadził. W Praskim Szpitalu jako ordynator, a później jako lekarz Naczelnny zyskiwał rozgłos daleko idący, o rozbudowę tegoż Szpitala się troszczył i mimo wielu przeszkód rozbudowę tę w czyn wprowadzał. A gdy nadeszła burza dziejowa w 1915 roku, wówczas ś. p. Kazimierz Zieliński znów na Pradze, chronił ją od epidemii, organizując i stojąc na czele szpitali zakaźnych, początkowo szpitala dla cholerycznych przy ul. Lubelskiej następnie zaś szpitala Św. Wojciecha dla chorych na dur plamisty przy ul. Brzeskiej.

Również w okresie okupacji niemieckiej zasłynął ś. p. Dr. Kazimierz Zieliński ze swej wielkiej bezinteresowności względem zubożałej ludności bez różnicy wyznania, przyjmował bowiem bezpłatnie 30 — 40 dzieci dziennie i wyjednywał dla nich lekarstwa i mleko.

Na Pradze był ś. p. Dr. Kazimierz Zieliński jedną z najbardziej popularnych postaci i dziecku każdemu niemal znany był jego wzrost wysoki, twarz szlachetna i pogodna i łagodne dobrotliwe spojrzenie. Dzieciatki tysięcy chorych przeszły przez uzdrawiające dłonie ś. p. D-ra Kazimierza Zielińskiego i wśród chorych tych napewno niejedna łza spadła i niejedno wydarło się westchnienie na wieść o Jego Zgonie.

A z westchnieniami temi napewno się łączy i żal szczery wśród naszej braci felczerskiej, której spraw słusznych ś. p. Zmarły często bywał rzecznikiem, mimo iż Sam się nieraz na przykrości narażał.

Cześć Jego czystej pamięci, Niech mu ziemia lekką będzie.

A. Roliński.

Uodpornienie przeciw błonicy.

W związku z propagandą rozwijaną przez Państwowy Zakład Higieny, propagandą popieraną wydatnie przez najpoważniejszych pedjatrów polskich, a dotyczącą sprawy szczepień przeciwbłoniczych, pragnę podać czytelnikom garść wiadomości z tej dziedziny.

Wiemy dobrze jak ciężką chorobą, zwłaszcza w wieku dziecięcym jest błonica, wiemy jak groźne dla życia powikłania jej towarzyszą. Nerki układ nerwowy, serce, nieje dnokrotnie legają w walce z lasecznikiem bło-

nicy dając bardzo niebezpieczne dla życia zapalenie nerek, osłabienia mięśnia sercowego, oraz porażenia pobłonicze. Nie mówię, oczywiście, już o błonicy przebiegającej pod postacią krupu, gdzie, nie tak znów rzadko, dla uratowania życia, konieczna jest natychmiastowa operacja chirurgiczna.

Istnieje idealny środek leczniczy na błonicę — surowica przeciw-błonicza. Surowica ta wstrzyknięta wcześniej i w niezamalej ilości zazwyczaj natychmiast usuwa objawy błonice i najczęściej chroni przed toksycznymi następstwami. Surowica jest i pozostanie najlepszym środkiem leczniczym antydyfterytycznym, lecz moglibyśmy już dziś poczynić w tej materji pewne zastrzeżenia.

Przedewszystkiem na czoło zagadnienia wysuwają się trudności rozpoznawcze. Pewną ddiagnozę błonicy można postawić w klasycznym przypadku, gdzie mamy naloty błoniaste, kaszel „szczekający“, duszność i t. p., lecz takich przypadków jest bardzo mało. Zwłaszcza w ostatnich czasach mnożą się nadzwyczaj nietypowe zespoły objawów.

Wprawdzie doświadczony i ostrożny lekarz stwierdziwszy anginę mając choćby minimalne podejrzenie na błonicę, nie waha się przed zastrzykiem surowicy i posyła naloty do badania bakteriologicznego, lecz są typowe anginy, czasem nawet bez nalotów kataralne, które w rezultacie są zamaskowanemi dyfterjami.

Niedawno w klinice dziecięcej U. W. demonstrowano troje dzieci u których rozpoznano na mieście anginę. W krótkim czasie po tej „anginie“ wystąpiły porażenia pobłonicze.

I nie jest to nawet kwestja mniejszego, lub większego doświadczenia badającego, gdyż jak podaje jeden z wybitniejszych znawców błonicy *Lereboullet* czasem zwyczajne zaczerwienienie śluzówki gardzieli może być błonicą; a przecież nikt nawet najdoświadczeńszy lekarz, z powodu zaczerwienienia gardła, nie będzie zastrzykiwał surowicy.

Drugie „ale“ to ciężkie przypadki choroby posurowiczej, która dla wielu dzieci stanowi bardzo silny wstrząs. Wysoka temperatura, silnie swędząca pokrzywka, ogólne „połamanie“, bóle stawowe, to nowa ciężka praca dla schorzałego, z powodu cierpienia zasadniczego, organizmu, to ciężki krzyż dla błoniczych dzieci.

Ostatnie równie ważne „ale“, to fakt, że w ostatnich latach zanotowano, nieliczne wprawdzie, ale pewne, wypadki niedziałania surowicy. Znany jest przypadek, gdzie pomimo natychmiastowego zastrzyknięcia, bardzo dużej ilości, bezwzględnie dobrej surowicy wystąpiło zapalenie nerek i porażenia błonice.

Zaznaczam mimo to ponownie, że z chwilą wybuchu choroby surowica jest narazie jedynym środkiem skutecznym, lecz zapytuję jednocześnie: czy nie lepiej choroby tej wogóle uniknąć?

Czy wobec dużej możliwości nierozpoznania dyfterji, wobec ciężkich objawów choroby posurowiczej, wobec, choćby nielicznych, lecz tak tragicznych, przypadków niedziałania surowicy, nie warto przyklasnąć inicjatywie Państwowego Zakładu Higjeny i rozpocząć masowe, w całej Polsce uodpornianie przeciw błonicy.

P. Z. H. wyrabia szczepionkę, która jest anatoksyną błoniczą w formalinie. Szczepionką taką we Francji zaszczepiono już milion dzieci z doskonałemi wynikami. Nie było tam wypadków śmierci ani zachorowania na błonicę wśród dzieci szczepionych.

Miljon dzieci — jakaż to wielka statystyka?

Czyż można na nią zamknąć oczy?

Mamy wprawdzie głosy przeciwne, opierają się one jednak na wynikach szczepień w Niemczech.

Skąd ta rozbieżność wyników zależna od terytorjum?

Otóż Niemcy posiadają szczepionki o innej budowie, w szczepionkach ich mamy przewagę toksyny nad anatoksyną.

Wyniki niemieckie na znacznie mniejszej ilości dzieci otrzymane, wyniki jak dotąd niezbyt dobre w porównaniu z wynikami francuskimi, a nawet z polskimi, dowodzą tylko zbyt wielkiej zjadliwości szczepionki niemieckiej, nie zbijają jednak samej metody.

Podnoszą się też i u nas głosy coraz liczniejsze przeciw szczepieniom. Jednak są to głosy zupełnie niepoważne.

Jak zwykle przy powstaniu rzeczy nowej podnosi się opozycja. Nie jest to opozycja naukowa, uzasadniająca swoje veto, poprostu przedstawicielom jej nie chce się uczyć rzeczy nowych, no i jak zwykle, metodą najłatwiejszą, sposobem ośmieszenia starają się nowe metody zdyskredytować.

Rozprawiwszy się w ten sposób z przeciwnikami metody szczepień ochronnych przeciwbłoniczych zacytuję parę danych co do sposobu szczepienia i wskazań co do wieku.

Niektórzy szczepią już półroczne niemowlęta, sądzą jednak, że właściwiej jest zaczynać od ukończenia roku. Takie jest zdanie większości lekarzy bliżej tą sprawą zajmujących się.

Najpierw wykonywuje się odczyn próbny, tak zwany *Schick'a*, który wykazuje, czy dziecko jest odporne, czy nie w stosunku do błonicy, Odczyn ten wykonywuje się doskórnie na przedramieniu.

Wrazie dodatniego odczynu *Schick'a* dziecko jest podatne na dyfterję i należy je uodparniać *bezwzględnie*.

Odczyn ujemny dowodzi, że dziecko w obecnej chwili jest odporne, lecz nie przesądza to kwestji czy za rok odporności tej nie straci i czy nie będzie miało wówczas *Schick'a* dodatniego. Z tego względu warto

szczepić również dzieci z ujemnym odczynem *Schick'a* gdyż w przeciwnym wypadku należałoby przynajmniej co rok odczyn ten przerabiać.

Przy masowych szczepieniach można wobec tego odczynu *Schick'a* wogóle nie robić.

Samo szczepienie rozkłada się na 3 raty.

I szczepienie — $\frac{1}{2}$ cm³ szczepionki podskórnie.

II szczepienie (w dwa tygodnie po pierwszym) — 1 cm³ szczepionki.

Po sześciu tygodniach od pierwszego szczepienia sprawdza się się jeszcze raz podatność na dyfterję i wrazie wystąpienia odczynu dodatniego szczepi się III raz 1 cm³ szczepionki.

Materiał do szczepień i do odczynów *Schick'a* wyrabia Państwowy Zakład Hygieny w Warszawie.

Uzyskana odporność trwa wg. wielu powag w tej dziedzinie całe życie.

Po szczepieniu, zwłaszcza po powtórnem wystąpią czasem, niedługo trwające, przypadłości jak: nieznaczne podniesienie temperatury, ból głowy, wymioty, czasem swędząca pokrzywka, są to jednak krótkotrwałe jak zaznaczyłem i niegroźne objawy pewnej idiosynkrazji, których to objawów absolutnie się obawiać nie należy, dla pewności jednak lepiej o ich możliwości uprzedzić rodziców.

Górnej granicy wieku dzieci szczepionych nie podam, bo jej niema. w każdym razie można śmiało twierdzić, że dzieci do lat 14 winny być szczepione wszystkie, dzieci starsze i dorośli o tyle, o ile mają kontakt ze stałemi ogniskami błonicy (lekarze, felczerzy, pielęgniarki na oddziałach błonicych).

Szczepić najlepiej w okresie kiedy niema epidemji.

Hasło masowych szczepień należy rozpowszechniać jaknajszerzej.

Akcja musi objąć nietylko wielkie miasta, gdyż najsilniej odczuwa jej potrzebę wieś.

Na wsi pomoc lekarska jest dziś jeszcze bardzo słabo zorganizowana i tam właśnie niebezpieczeństwo błonicy jest największe.

Przez masowe szczepienie błonicy uratujemy wielkie ilości skazanych na śmierć chłopskich dzieci, gdyż wiele z nich w razie wybuchu choroby napewno surowicy nie otrzyma.

Lecz i dla będących w lepszych warunkach pod tym względem dzieci miejskich szczepionka jest wielkiem dobrodziejstwem chroniącem je przed ciężką chorobą z jej powikłaniami i wcale nierzadkiem zejściem śmiertelnem.

Dr. C. H.

Masaż jako zabieg leczniczy.

(Ciąg dalszy)

Przystępujemy do opisu masażu poszczególnych części ciała.

Jest jasnem, jest zupełnie oczywistem, że rodzaj zabiegu, siła zabiegu, sposób jego wykonywania zmieniać się winny i zmieniają się zależnie od takich czy innych warunków anatomicznych części mięśniowych.

Jest zrozumiałem, że także takie lub inne postępowanie lecznicze obierzemy zależnie od indykacji, wskazań leczniczych, wskazań terapeutycznych.

Zabieg musi być wykonany zręcznie, dokładnie, umiejętnie i tylko taki zabieg jest rękozysem wartościowym, tylko takie mięsienie jest skuteczne.

Każdy kto chce uprawiać masaż winien wgłębić się w najdrobniejsze, pozornie najmniej znaczące szczegóły techniki masażu.

Masażysta musi umieć wykonać technicznie doskonale zarówno głaskanie, jakoteż rozcieranie, ugniatać, jak i oklepywanie i wibrację.

Zacniemy omawiać najpierw masaż kończyn górnych i dolnych.

Wciąż podkreślam i jeszcze raz pragnę to uczynić, że postępowanie masażysty w masażu tej ot chociażby kończyny górnej będzie inne gdy zmiany chorobowe są w ścięgnach, będzie inne, gdy zmiany są w nerwach, no i będzie inne gdy schorzenie ma swe ognisko w naczyniach i kościach.

Może najczęstszą patologją to cierpienia stawowe.

Tło zmian stawowych jest decydującem w obiorze metody postępowania leczniczego.

Oczywista, zabiegu w żadnym razie nie stosuje się tylko na miejsce schorzałe, należy go stosować na całą chorą kończynę.

Stosuje się to zwłaszcza do leczenia wszystkich kontuzji, stłuczeń.

Jest to bardzo ważne bo właśnie po kontuzji, po stłuczeniu w pewnych odcinkach ciała naszego są zaburzenia w krążeniu krwi i chłonki.

Masaż umiejętnie, racjonalnie stosowany i ostatecznie wczesnie rozpoczęty wpływa na to, iż functio leza, upośledzenie w czynności jest małe i nieznacznie odbiega od normalnej ruchomości stawów.

Siła mięśniowa, tonus, napięcie mięśni mało lub wcale nie ulega upośledzeniu, bo odżywianie mięśni jest prawidłowe.

Wspaniałym pomocniczym środkiem leczniczym, terapeutycznym jest także gimnastyka lecznicza.

Gimnastyka dąży do harmonijnego rozwoju organizmu, do wzmożenia sił odpornościowych organizmu drogą planowo i systematycznie ułożonych i dobranych ćwiczeń cielesnych.

Natomiast gimnastyka lecznicza—to planowo i systematycznie ułożone ćwiczenia celem leczenia pewnych zmian chorobowych zmian patologicznych, które tkwią jak jakie ciernie w ustroju, w organizmie.

Założenie gimnastyki jako czynnej metody postępowania, jako metody ćwiczącej ma to uzasadnienie (znane z fizjologii i patologji), że narząd który pracuje, który ma pewne bodźce rozwija się, kształci.

Narząd beczynny zanika, podlega atrofji postępującej.

Każdy zresztą z doświadczenia wie, że o ile dokonywujemy jakichś ćwiczeń mięśniowych to masa mięśniowa powiększa się, narasta.

Każdy z nas wie z doświadczenia, że o ile nie dokonywujemy wysiłków mięśniowych, ćwiczeń mięśniowych, słowem gdy dane grupy mięśni są prawie beczynne to mięśnie ulegają zanikowi.

Rozróżniamy gimnastykę leczniczą bierną i czynną.

Gimnastyka lecznicza bierna polega na tym, że ruchy chorego dokonywują się za pomocą siły obcej.

Gimnastyka lecznicza czynna polega na tym, że chory dzięki własnym wysiłkom dokonywuje skurczów mięśni.

Gimnastyka lecznicza może być ręczną bądź t. zw. maszynową.

Jest jeszcze jedna postać biernych ruchów są to t. zw. ruchy oporowe.

Sprawa polega na tym, że stwarzamy sztuczny opór.

Niektórzy nazywają to przeciwoopór.

Najczęściej w tym celu używa się ruchu przeciwniczego dokonywanego przez drugą osobę.

Można też dokonać pewnej odmiany ruchów z oporem, a mianowicie: iżby masażysta pokonywał opór chorego.

Jest zrozumiałem, że ruchy mogą być zarówno odśrodkowe jakoteż i dośrodkowe.

Do odśrodkowych należy wyprostowanie, odwodzenie czyli abdukcja oraz skrócenie na zewnątrz.

Do ruchów dośrodkowych należy flexia czyli zgięcie, a także addukcja czyli przywodzenie no i skrócenie nawewnątrz.

Jeśli dokonywujemy gimnastyki miejscowej t. zn., że chcemy, że się tak wyrażę wyizolować pracę poszczególnej jakiejś grupy mięśni to musimy dokonać ustalenia kończyny chorego stawu.

Jest stanowczo niezbędne, gdyż jak słusznie zauważa Kosiński otrzymamy wtedy ruchy pozorne, w których biorą udział także i inne stawy, stawy sąsiednie.

A przecież właśnie tego pragnęliśmy uniknąć.

Jeszcze o jednym chcę powiedzieć o t. zw. ruchach zastępczych.

Są ruchy, które wyrabiamy gdy w pewnym schorzałym stawie ruchy są bezwzględnie niemożliwe, gdy ruchy są bezapelacyjnie stracone.

Wiadomem jest z patologji, że o ile pewna grupa (o powiedzmy sobie dla przykładu grupa ekstensorów to jest mięśni wyprostnych) ulega paraliżowi t. j. porażeniu, to wtedy mięśnie antagonistyczne (w danym przypadku flexory czyli zginacze) podlegają przykurczowi.

No i oczywiście jest, że dana kończyzna ulega takiemu lub innemu ustawieniu, ułożeniu.

I właśnie drogą ruchów biernych, drogą racjonalnie poprowadzonej gimnastyki leczniczej biernej przeciwdziałać można bardzo wybitnie, bardzo silnie dalszemu procesowi przykurczenia.

I to jest wielką zasługą gimnastyki leczniczej biernej.

Ruchy czynne są także bardzo wartościowe, niemniej wartościowe od ruchów biernych.

Ruchy czynne przez zwiększone ukrwienie mięśni, przez wzmożony dopływ krwi wzmacniają mięśnie,

Jeśli chodzi o stawy to pod wpływem gimnastyki miejscowej rozciągają się zrosty torebki stawowej i to zapobiega kurczeniu się, jest profilaktyką przeciw retrakcji torebki.

A przykurczenie torebki byłoby niebezpieczne, bo utrudniłoby, a nawet uniemożliwiłoby ruchy w stawach.

Jeśli chodzi o gimnastykę ogólną, to ma ona wpływ przeogromny na całokształt organizmu.

Jest jedną z najlepszych metod do osiągnięcia lub polepszenia zdrowia i wzmożenia samopoczucia.

To też winna być o wiele częściej zalecana niż się to czyni.

Ale pamiętać trzeba, że musi być ona umiejętnie dawkowana, a to właśnie u nas przy nieznanomości metod wychowania fizycznego jest trudnością największą.

Przystępujemy do omówienia techniki masażu kończyn.

Najpierw omówimy masaż kończyn górnych.

Opierać się będę na polskich podręcznikach Zaorski, Kosiński, oraz na rosyjskich prof. Buma i Słitowa.

Zaczynamy od obwodu, od palców rąk.

Chory winien być ułożony (vel ułożona) w ten sposób, by znajdował się naprzeciwko masażysty i by ręka, a raczej dłoń spoczywała na dłoni fewej masażysty.

Głaskanie przeprowadzać należy palcami po stronie dorsalnej, po stronie grzbietowej bądź końcem kciuka, bądź palcem wskazującym i środkowym.

Głaskanie i wogóle mięsienie przeprowadzamy powyżej paznokcia no i posuwamy się centralnie, dosercowo ku śródreczu.

Następnie przystępujemy do rozcierania stawów i to zarówno między-falangowych jakoteż i członkowo-śródręcznych.

Rozcieranie najlepiej dokonywać po stronie grzbietowej, ponieważ tylko wtedy działamy (na stawy i ich torebkę) skutecznie.

Zresztą torebka stawowa jest po stronie grzbietowej cieńsza niż po stronie dłoniowej.

Następnie przechodzimy do mięsienia śródreżca.

Także rozpoczynamy rzecz oczywista od głaskania.

Głaskanie przeprowadzamy powierzchnią dłoniową obu kciuków.

Można także wykonywać głaskanie kłębem kciuka.

Potem dokonywujemy ugniatanie, a to przez przyciskanie podstaw mięśni międzykostnych.

Następnie rozcieramy ścięgna, a raczej ścięgień extensorów.

Rozcieranie przeprowadzamy: albo 1) palcem dużym i wskazującym; albo 2) wskazującym i średnim; albo 3) kciukami obu rąk; albo 4) kłykciami.

Potem prowadzimy ruchy tarte kości śródreżca.

Wreszcie ruchy czynne, bierne i z oporem (dwojakiego typu, ale o tem wyżej).

Nareszcie po tych zabiegach wolno przystąpić do mięsienia stawu garstkowego.

Głaskanie przeprowadzamy razem z mięsieniem grzbietu ręki.

Potem stosujemy friction (rozcieranie), zaczynamy od obwodu z pomocą kciuka, który powinien być ustawiony prostopadle i powinien być zgięty w stawie końcowym.

Gdy zabieramy się do mięsienia przedramienia to przedramię winno być ustawione w postawie między pronacją a supinacją, (między nawracaniem a odwracaniem).

Mięśnie winny być absolutnie rozluźnione, to jest bardzo (ale to ze szczególnym naciskiem podkreślam) ważne.

Najpierw jak zwykle zresztą prowadzimy głaskanie (efflenrage).

Zaczynamy od nadgarstka no i dochodzimy do łokcia, oddzielnie prowadzimy masaż flexorów (zginaczy, no i oddzielnie masaż extensorów (mięśni wyprostnych).

Następnie należy dokonać ugniatania.

Technika ugniatania już była omówiona to też nie potrzebujemy tu nic dodawać.

Stosujemy ruch obręczkowy.

Po dokonaniu ugniatania wykonywujemy klepanie.

Robimy je jedną ręką uderzając opuszkami palców.

Sila oklepywania zależna od indykacji i warunków anatomicznych w których się je dokonywuje.

Zakończamy ruchem głaskającym dla po 1) złagodzenia nieprzyjemnego wrażenia jakie daje oklepywanie, po 2) przepchnięcia krwi i limfy.

Potem przeprowadzamy mięsienie stawu łokciowego.

Pamiętać należy, że torebka stawu łokciowego obejmuje trzy stawy.

Kończyna winna być w ułożeniu między zgięciem, a rozgięciem.

Głaskanie, rozcieranie i wreszcie mięsienie czyli ugniatanie mięśni sąsiednich przyczepionych do okolicy stawu oto porządek postępowania.

No, a potem ruchy bierne, ruchy czynne i ruchy z oporem.

O tej gimnastyce leczniczej biernej i czynnej nie wolno nam zapominać.

Gdy przystępujemy do masażu ramienia, to chory winien być w pozycji siedzącej z opartymi plecami.

Masażysta winien stać z boku. Masażysta może siedzieć naprzeciwko chorego.

Dzielimy sobie pracę na dwie grupy: grupę zginaczy (flexorów) i grupę extensorów (prostowników).

Prowadzimy najpierw głaskanie w myśl tych zasad, o których mówiliśmy, następnie głaszczemy grupę mięśnia trójgłowego.

Dopiero potem wolno przystąpić do ugniatania i to bądź to dwuręcznego jakoteż jednoręcznego.

Stosujemy też nierzadko wałkowanie. Zasady wałkowania omówiliśmy już powyżej.

Przypominamy jednak: zapomocą dłoni napłask przyłożonych i pracujących szybko w kierunkach przeciwnych dokonywujemy tego zabiegu.

W niektórych wypadkach stosujemy rozcieranie (blizny kostne, blizny łącznotkankowe i t. d.).

Następnie stosujemy klepanie lub siekanie.

Można stosować także i ruch miotełkowy.

Wreszcie przystępujemy do mięsienia barku.

Mięsienie barku jest szczególnie ważne ze względu na to, iż każde unieruchmienie stawu barkowego łatwo doprowadza do zaniku, do atrofji mięśni barkowych.

Postawa: chory siedzi, ręka zwisa (bezwładnie!!).

Dokonywuje się mięsienia ręką jednoimienną.

Mięsień trójkątny masujemy oburącz.

Przeprowadzamy głaskanie mięśnia naramiennego wzdłuż przebiegu włókien.

Ugniatanie mięśnia naramiennego (delfoideus można wykonać bądźto jednoręcznie bądźto dwuręcznie.

Prowadzimy ruchy faliste jedne w kierunku ku grzebieniowi łopatki, drugie w kierunku ku obojczykowi.

Następnie przystępujemy do oklepywania i palce winny padać poprzecznie do przebiegu włókien mięsnych.

Starajmy się streszczać.

Przejdźmy do omówienia masażu kończyn dolnych.

Ogólne zasady są te same co w masażu kończyn górnych.

Chory winien leżeć na plecach, brzuchu lub na prawym ewentl. lewym boku.

Chory winien być całkowicie obnażony na co trzeba kłaść szczególny nacisk. Jest to kwestja niepomiernej wagi.

Mięsienie rozpoczynamy od stopy i palców.

Masaż trzeba prowadzić mocniej niż przy zabiegach na kończynach górnych.

Głaskanie śródstopia przeprowadzamy w ten sposób, że najlepiej gdy oprzemy stopę o palce obu naszych rąk, a kciukami głaszczemy jak na grzbiecie ręki zaciskając się opuszkami kciuków pomiędzy kości śródstopia.

Podeszwę można głaszać chwytem grzebieniowym.

Głaskanie należy przeprowadzić w okolicy stawu skokowego.

Następnie przeprowadzamy rozcieranie kciukiem lub częścią dłoniową opuszek pozostałych palców.

Mięsienie podudzia dokonywujemy rzecz oczywista z przodu oddzielnie no i z tyłu oddzielnie.

Najpierw od tyłu:

- 1) Głaskanie od pięty ścięgna Achillesa;
- 2) Głaskanie całego podudzia, aż do dołu podkolanowego;
- 3) Ugniatanie. Ruch obręczkowy;
- 4) Oklepywanie. Siekanie. Ruch miotełkowy;
- 5) Głaskanie oburącz lub jednoręcznie.

Mięśnie łydkowe wraz z tylnym mięśniem goleniowym, dużym flexorem paluch i zginaczem palców można bądźto masować jako całość bądźto rozbić na fragmenty.

Jest zrozumiałem, że u osób z małym rozwojem mięśni łydki zabieg będziemy prowadzili jednoręcznie.

Jeśli chodzi o ugniatanie to czynimy je w ten sposób, iż dokonywujemy je kolejno na poszczególnych grupach mięśni.

Należy uchwycić między palec wskazujący i środkowy, oraz kciuk fałd skóry z mięśniami i posuwać od części obwodowych ku centrum.

Gdy chory leży na brzuchu (masaż tyłu, nogi) to pamiętać należy, że ręce masażysty winny być równoległe do osi podudzia.

Następnie przystępujemy do mięsienia stawu kolanowego.

Wiadomem jest, że tocząca się sprawa zapalna w stawie może rozszerzyć, rozdać jamę stawową i to nawet w stopniu bardzo znacznym.

Zdarza się często, że na skutek sprawy chorobowej następuje całkowita (fatalna bądź częściowa (partialna) fanctioleza to jest nieczynność.

Zwykle przytem następuje zanik i to także zależy od powyższej sprawy chorobowej; zanik mięśnia czterogłowego uda.

Gdy przystępujemy do masażu stawu mięśnie nogi muszą być rozluźnione.

Ruch głaskania nawet (nie mówię już o rozcieraniu) winien być dokonywany bardzo delikatnie, bezbolesnie, lekko.

Dopiero po głaskaniu jako zabiegu wstępnym wolno nam przystąpić do rozcierania.

Rozcieranie należy prowadzić od górnego uchyłka (recessus) torebki.

Kończymy masaż ruchem głaskania.

Dopiero teraz wolno nam przystąpić do masażu uda.

Musimy najpierw uświadomić sobie stosunki anatomiczne; są tu następujące grupy mięśni:

- 1) Grupa mięśni przywodzących (adductorów);
- 2) Grupa mięśni czterogłowy i krawiecki;
- 3) Grupa mięśni napinających powięź szeroką;
- 4) Mięsień dwugłowy oraz mięsień półbłoniasty, półścięgnisty i mięsień smukły.

Kolejność postępowania jest następująca:

- Najpierw 1) Głaskanie; Potem 2) Rozcieranie; 3) Ugniatanie. Ruch obręczkowy. Wałkowanie; 4) Oklepywanie. Siekanie. Ruch miotełkowy;
- 5) Głaskanie oburęczne.

Kolejność ta dotyczy każdej przedtem wymienionej grupy mięśniowej.

Następnie dokonywujemy masaż stawu biodrowego.

Właściwie wykonanie jego jest niemożliwe to też właściwie masujemy nie sam staw biodrowy lecz jego otoczenie.

Omówmy teraz niezwykle ważną kwestję.

Kwestję masażu brzucha.

Szczególnie dokładnie przed przystąpieniem do tego zabiegu trzeba uprzytomnić sobie stosunki anatomiczne, które są tu bardzo złożone, bardzo skomplikowane.

W przeciwnym razie można wyrządzić wielką krzywdę choremu.

Niektórzy lekarze idą tak daleko, że właściwie felczerowi winno być wzbronione przeprowadzanie masażu brzucha.

To twierdzenie (wydaje mi się) jest jednak zbyt krańcowe.

Najczęstszą indykacją, najczęstszym wskazaniem do mięsienia brzucha jest obstipatio habitualis.

Jest nawykowe zaparcie stolca.

Drogą masażu pobudzamy ruchy robaczkowe jelit, z jednej strony, a także rozluźniamy zalegające masy kałowe z drugiej strony.

Najpierw trzeba jednak powiedzieć o najczęstszych kontrindykacjach, o najczęstszych przeciwwskazaniach do mięsienia brzucha.

Są to: 1) Ciąża i sprawy zapalne w narządach rodnych;

2) Zapalenie wyrostka robaczkowego;

3) Żywa bolesność w jamie brzusznej czy to spowodowane przez wrzód żołądka, czy też inne przyczyny jak kamica żółciowa i t. p.

Kolejność postępowania:

1) Głaskanie okrężne dzięki któremu przyzwyczajamy chorego do zabiegu wpływając na obniżenie oporu mięśniowego;

2) Głaskanie wzdłuż przebiegu od kątnicy poprzez jelito grube wstępujące, poprzecznicę no i zstępujące i esicę).

3) Ugniatanie łańcuszkowate;

4) Ruch szponowy;

5) Ruch sprężynowy;

6) Ruch wstrząsający wibracyjny (najlepiej wykonać wibratorem mechanicznym);

7) Głaskanie.

Sprawę masażu głowy i szyi dla krótkości tutaj pominiemy.

A przejdziemy do omówienia masażu grzbietu.

Indykacje, wskazania są następujące:

1) Osłabienie lub nieomoga mięśni grzbietowych;

2) Stany pourazowe, wylewy krwawe, pęknięcia włókien mięsnych.

3) Lekkie kyphosis et scoliosis spowodowane osłabieniem mięśni.

Ułożenie brzuszne. Głaskanie prowadzimy odpowiednio do przebiegu mięśni grzbietowych.

Ugniatanie tego typu cośmy wykonywali na kończynach zarówno dolnych jakoteż górnych tu wykonać nie możemy.

Musimy dokonać t. zw. fałdowania.

Następnie stosujemy oklepywanie miotełkowe.

A potem głaskanie.

Wreszcie możemy przystąpić do masażu klatki piersiowej od przodu.

Ułożenie chorego grzbietowe.

Głaskanie. Rozcieranie. Fałdowanie (jedyna metoda ugniatania, którą tu można zastosować).

Oklepywanie łyżkowate. Głaskanie jako ruch zakończający.

Doktor R-ski.

Homeoterapia w praktyce.

Gdy w styczniu roku ubiegłego rozpoczęły się na szerszą skalę w Polsce próby praktyczne nad skutecznością preparatów homeoterapeutycznych, posiadających już zagranicą ustaloną markę, zdawać się mogło większości Lekarzy, że leki te nie mogą konkurować z lekami przepisywanymi w dawkach maksymalnych.—Zasadniczą rolę w tem mniemaniu grało przede wszystkim przyzwyczajenie do dawek maksymalnych, których działanie lecznicze ogólnie już było znane. Drobinowe dawki—zdawało się na pierwszy rzut oka—nie mogą przecież działać tak pewnie i tak skutecznie jak dawki duże, już chociażby z racji swej drobinowości. Jednakże kilkumiesięczne doświadczenie dowiodło rzeczy wręcz rewelacyjnych: Kombinacje dawek drobinowych działają nie tylko pewnie, lecz nawet o wiele szybciej i skuteczniej od dawek maksymalnych.

W fakcie tym, jeśli rozpatrywać go będziemy z naukowego punktu widzenia niema właściwie niczego nadzwyczajnego. Abstrahując już nawet od samej zasady leczniczej uwzględniającej w pierwszym rzędzie terapię konstytucyjną, oprzeć się musimy na zasadzie Prof. Doktora Buergiego, który sprawę dawek drobinowych określa następująco:

Odpowiednie kombinacje dawek drobinowych posiadają zdolność potęgowania własności leczniczej poszczególnych składników, o ile takowe posiadają nieco odmienne od siebie działanie farmakologiczne.

Profesor Buergi, jeden z najwybitniejszych farmakologów doby obecnej, oparł powyższą zasadę na wieloletnich swoich doświadczeniach nad działaniem kombinacji rozmaitych środków leczniczych. Jednakowoż samo określenie Profesora Dr. Buergiego jest może zbyt ogólnem, by dać możność praktykowi oceny spotęgowania się skuteczności któregośkolwiek z leków w kombinacji. Sprawę tę zilustruje praktycznie najlepiej przykład:

Przyjmijmy, że ilość strofantyny, potrzebnej do wstrzymania systolicznego ruchu serca wynosi cyfrę 1. — Jeśli do tej ilości strofantyny dodamy nieznaczną dawkę saponiny (która per se nie wywiera niemal zupełnie działania na mięsień sercowy), również w ilości równej cyfrze 1, wtedy skuteczność tej mieszaniny określi się nie sumą 2, lecz cyfrą około 50, czyli, że do wywołania śmierci wystarcza zaledwie jedna pięćdziesiąta część poprzedniej dawki strofantyny. Spotęgowanie jest dla każdego środka i w każdej niemal mieszance zupełnie inne. Długoletnie jednak badania nad tą sprawą pozwoliły na dokładne wreszcie ustalenie wysokości dawki czynnej, a równocześnie nieszkodliwej dla wszelkich kombinacji lekarstwowych, dając tem samem trwałe podstawy naukowe zasadzie oligopleksów dynamicz-

nych, oraz tych preparatów homeoterapeutycznych, które wytwarzane są na zasadzie kombinowania dawek drobinowych. Ogólnie stwierdzona skuteczność tych preparatów świadczy dobitnie o ich wartości leczniczej.

W szeregu artykułów przejdę szczegółowo te preparaty homeoterapeutyczne, co do których posiadam specjalnie obszerną literaturę, oraz dane ze strony Ordynatorów tak naszych, jakoteż i zagranicznych, a przegląd taki ułatwi każdemu z pośród nas możliwość wybrania odpowiedniego, pewnie działającego leku. W pierwszym rzędzie chciałbym słów parę poświęcić preparatowi **Aurokard**.

Nie będę przechodził szczegółowo działalności poszczególnych składników tego preparatu, gdyż sprawa ta została już wyjaśnioną tak w „Podręczniku receptowym Dr. Madausa“, jakoteż w oddzielnej broszurce naukowej rozesłanej wszystkim Lekarzom polskim. Postaram się jedynie przedstawić szczegółowo wskazania, w których zastosowanie tego preparatu wykazało wybitny wpływ leczniczy. Aurokard jest wybitnie, chociaż nie wyłącznie lekiem nasercowym. Dzięki zawartości chlorku złoto-sodowego wywiera on niewątpliwy wpływ leczniczy na gruźlicę w każdym jej okresie, oraz przy wszelkich stanach chorobowych, których powodem jest przekrwienie naczyń i narządów.

Chlorek złoto-sodowy działa ponadto dobroczynnie na wszelkie stany depresji umysłowej i apatii, usuwa takowe, a temsamem „nastawia“ organizm w kierunku wyzdrowienia. Fakt ten nie jest dla leczącego obojętnym i być nim stanowczo nie powinien. Chory apatyczny oraz zwątpiony jest podwójnie chorym, a organizm jego nie reaguje niekiedy zupełnie na najskuteczniejsze nawet leki. Zawartość zatem w Aurokardzie złota nadaje preparatowi specyficzną wartość leczniczą i to w kierunku terapii swoistej, jakoteż w kierunku pobudzenia organizmu.

Wyłącznie przeciw chorobom mięśnia sercowego zwracają się ogólne znane leki nasercowe, a mianowicie strophantus, digitalis i camphora, zawarte w tym preparacie. Mieszanaka drobinowych dawek tych środków działa niezwykle skutecznie, pozostając równocześnie nieszkodliwą dla zdrowia, oraz nie wykazując wcale wpływu kumulatywnego. Do szczególnych wskazań dla tych środków zaliczamy wszelkie wady serca tak organiczne, jakoteż i czynnościowe, z zaburzeniami kompensacji, z sinicą i brakiem oddechu, a równocześnie wszelkie osłabienia i niewydolność mięśnia sercowego. Ponieważ środki te posiadają ponadto własności zapobiegawcze, może i powinien Aurokard być stosowany w każdej chorobie zakaźnej i gorączkowej, które zawsze pośrednic lub bezpośrednio działają ujemnie na sprawność mięśnia sercowego.

Specjalne wskazania lecznicze pokrywa sobą kombinacja kamfory z wyciągiem z otągu wielkiego (Cactus grandiflorus). Do nich należą wszel-

kie zapalenia, zwłaszcza zapalenia wsierdza i osierdza, jak również zapalenia płuc i opłucnej, gdyż otąg działa niemal swoiście na pneumokoki.

Następny składnik preparatu Aurokard—Ignatia—działa w połączeniu z wyżej wymienionymi składnikami leczniczo na wszelkie porażenia wywołane stanem gorączkowym, usuwa podniecenia i stany manjakkalne, wywołane wysoką temperaturą, oraz zmniejsza do pewnego stopnia samą gorączkę. Do specyficznych wskazań Aurokardu zaliczyć należy ponadto ostre oraz przewlekłe zatrucia alkoholem i nikotyną, a zatem stany grożące chorym niebezpiecznymi komplikacjami.

Zbytecznem byłoby wykazywanie wszelkich dalszych wskazań leczniczych Aurokardu, tembardziej, że praktyka i osobiste obserwacje wielu Lekarzy zaświadczyły najdobitniej, że przy łożu chorego Aurokard jest lekiem koniecznym i niezastąpionym.

W. M.

Referaty z czasopism.

(Przedr. z Warsz. Czas. Lek.

P. Z. CORLLOS i G. Z. BIRNBAUM. **Wielkość naciezonego płuca w zapaleniu płuc.** (Am. J. Med. Sc. T. 118 N 1 1820).

Ogólne jest mniemanie, że w zapaleniu płuc objętość schorzonego płata jest powiększona. W rzeczywistości nie jest to słuszne. Przy otwarciu bowiem klatki piersiowej zdrowe płuco się zapada i zajmuje mniejszą przestrzeń, zaś chore wydaje się powiększone. Ażeby uniknąć tego zniekształcenia stosunków — należy podwiązać tchawicę i wówczas dopiero rzeczywiste stosunki stają się widoczne. Zmniejszenie objętości płuca w pneumonji i niedodmie wskazywać mają na wspólną ich etiologię.

B. G.

H. PELVA. **Leczenie syfilityków wodami siarczanymi.** (Progres medical 19. 1929).

Kwestja ta przed bardzo wielu laty stała w polskim piśmiennictwie lekarskim przez długi czas na porządku dziennym, wywołując namiętną polemikę (D y m n i c k i E l z e n b e r g), gdy zaczęto się zastanawiać, czy znoszą się frykcje rtęciowe z jednoczesnem stosowaniem źródeł siarczanych (Busk). Pelva wznawia tę sprawę, uważając, że ogół lekarzy zasadniczo zbyt

lekceważy stosowanie kąpieli siarkowych w przymiocie.

Są one wskazane, gdy chory nie znosi rtęci i bizmutu w zwykłych dawkach oraz w razie intolerancji niezbędnego w dużych dawkach arsenniku lub skłonności do nawrotów. Również wskazane są w złośliwych postaciach, gdy zagrożony jest układ nerwowy przy upośledzonym stanie ogólnym po ukończeniu dłuższej kuracji swoistej wreszcie w kile dziecięcej wrodzonej. Jako przeciwwskazanie uważa autor stany kongestyjne wątroby i nerek i u syfilityków, towarzyszące kardjopatje nieskompensovane i przypadkowo tworzące zachorzenia rakowe.

H. Higier.

L. FILLOL. **W sprawie leczenia żółtaczek „paraterapeutycznych” w przebiegu leczenia kiły.** (Monde Méd. 760. 1929).

Żółtaczka w przebiegu leczenia kiły preparatami arsenowemi występuje w 7, 77 proc. przypadków. Przyczyny tych żółtaczek są rozmaite: 1) zatrucie lekowe, 2) zmiany kiłowe wątroby, występujące mimo leczenia, 3) przyczyny biodropowe, polegające

na podrażnieniu ukrytego zarazka przez salwarsan. Żółtaczkę paraterapeutyczną są prawie wyłącznie pochodzenia wątrobowego, hemolityczne należą do wyjątków. W każdym przypadku żółtaczki należy zaprzestać podawania środka, który ją wywołał.

Jeśli przyczyną żółtaczki jest zatrucie lekowe, podaje się doustnie lub dożylnie podsiarczany sodowy. W razie żółtaczki infekcyjnej wskutek biodropizmu stosuje się ogólne środki dyżenfekcyjne. np. uroforminę. W przypadkach odczynu Herxheimera zastępuję się nowarsenobenzol zastrzyknięciami rtęci. Jeśli pochodzenie kiłowe żółtaczki wydaje się prawdopodobne, lub myśli się o jej mieszanem pochodzeniu („konflikt terapeutyczny”), zamiast salwarsanu daje się preparaty bizmutu, zwłaszcza jego sole nierozpuszczalne.

Henryk Landau.

M. EINHORN. O leczeniu nieżytu wrzodziejącego jelit grubych za pomocą przepłukiwania zgłębnikowego drogą ustną. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 45 N 1/2).

Autor ogłosił w 1921 roku pracę o leczeniu nieżytów jelit za pomocą przepłukiwania zgłębnikowego drogą ustną. Od tego czasu stwierdził wszystkiego jedno doniesienie Gaultiera o podobnem postępowaniu. W pracy obecnej autor donosi o szeregu przypadków, wyleczonych rzeczoną metodą.

Wprowadzenie zgłębnika odbywało się bez większych trudności, stopniowa w ciągu kilku dni. Niekiedy dolny koniec zgłębnika wychodził przez odbytnicę, wówczas trzeba było go obcinać i ewent. dosztukować od strony ust dalsze kawałki.

Jeżeli zmierzyć długość rurki gumowej, która potrzebna jest do osiągnięcia jelita grubego podczas spokoju, to wyniesie ona 3-4 metry lub więcej, podczas gdy w czasie silnej perystaltyki zmniejsza się do 2 1/2 metra, co należy tłumaczyć obkurczeniem się pęteli jelitowych dookoła gumy.

Zazwyczaj leczenie obejmowało codzienne przepłukiwanie merkurochromem, jatre-nem lub rozczynem węglanu wapnia przez 2 — 3 tygodnie.

Krwawienia i bóle poprawiały się bardzo szybko i najczęściej nawet ostatecznie, niekiedy jednakże zdażyły się i nawroty.

Naogół autor jest zadowolony z wyników tego postępowania i zaleca je we wszystkich uporczywych przypadkach *colitis ulcerosa* a nawet i gruźlicy jelit.

B. Golstein.

E. BUCKA. O leczeniu szczepionkowem wrzodziejących nieżytków jelit grubych. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 42, N 5, r, 1928).

Autor przytacza 4 przypadki wrzodziejącego nieżytu jelita grubego, leczonego szczepionkami, przygotowanymi z wydzieliny chorego jelita. Na 4 chorych dwu doznało znacznej poprawy. Jeden dostał nawrotu już po 4 miesiącach. W przypadku czwartym poprawy nie stwierdzono.

Ze względu na wielką częstość nawrotów w nieżytach tego typu ocena krytyczna wyników leczniczych metody wskazanej wymagać będzie dłuższego czasu.

Pomimo to uważa autor, że w cierpieniu tak uporczywym, jak wrzodziejący nieżyt jelita grubego, próba leczenia auto-szczepionką jest co najmniej wskazana.

B. Goldstein

SATTLE. Przemijające zaburzenia wzrokowe po kąpielach świetlnych głowy. (Klin. Monatsbl. fur Augenhk. sierpień — wrzesień 1928).

30-letnia chora bezpośrednio po kąpielach świetlnych głowy skarżyła się na znaczne obniżenie ostrości wzroku. Już po poprzednich kąpielach świetlnych zauważyła zaburzenia wzrokowe. Ostrość wzroku pr. ok. — 5,35, lewego 4.60. Gałki zupełnie bez objawów podrażnienia. Przy badaniu wzornikiem ukazały się w obrębie czerwonej źrenicy ciemne linie, które przebiegały częściowo łukowato, częściowo promienisto. Lampą szczelinową stwierdzono pofałdowania na tylnej powierzchni rogówki. Dno bez zmian. W 3 kwadransie zmiany na rogówce znikły; ostrość wzroku obustronnie zrównała się 5.5. Następnego dnia badano chorą przed kąpielą świetlną. Stwier-

dzono normalną ostrość wzroku i normalny stan oczu. W 5 minut po kąpieli stwierdzono te same zmiany co dnia poprzedniego, które już po $\frac{1}{2}$ godz. ustąpiły. Kąpiele świetlne za pomocą aparatu o nieświecącym źródle ciepła nie powodowały ani zaburzeń wzrokowych ani też wyżej podanych zmian na rogówce. Okazało się, że zmiany na rogówce wywołane były przez ucisk kłap skórzanych, które służyły jako zasłona przed światłem. Z powodu gorąca i pocenia się podczas kąpieli kłapy uwy pukwały się w stronę rogówki i uciskały ją. Opatrunek uciskowy przy odklejeniu siatkówki daje podobne objawy.

I. Hammer.

Werner FORSSMANN. Sondowanie prawego serca.

Autor podaje opracowaną przez siebie metodę sondowania prawego serca.

Warunki anatomiczne układu żylnego przedstawiają się w ten sposób, że głębokie, włożony do układu żylnego, w kierunku prądu krwi, nie natrafia na żadne opory ani ze strony zastawek żylnych, które są skierowane w odwrotnym kierunku, ani też przy rozgałęzieniach. Jako miejsce włożenia głębokiego najlepiej nadaje się *vena cephalica* lub *v. brachialis*. Pierwsze próby wykonał autor na zwłokach, badając wyniki przy pomocy sekcji, następnie na sobie samym. Użył w tym celu cewnika moczowodowego, dobrze naoliwionego, który, po zastosowaniu wenesekcji na lewym łokciu został wpuszczony do żyły.

Bez oporów i bez żadnych przykrych wrażeń dla eksperymentatora (z wyjątkiem lekkiego uczucia gorąca podobnego do tego, jakie odczuwa się przy zastrzykiwaniu wapnia) cewnik został wpuszczony do żyły na głębokość 65 cm. następnie zaś sprawdzono jego położenie przy pomocy prom. Roentgena. Zdjęcie wykazało, że cewnik dał się przesłedzić aż do prawego przedsionka.

Sondowanie serca autor wykonał również na pacjentce będącej w stanie bezna dziejnym, po sekcji stwierdzono, że ko-

niec cewnika znajdował się w dolnej żyłce głównej.

Powyższa metoda powinna, zdaniem autora, znaleźć zastosowanie tam, gdzie stan chorego wymaga nader szybkiej pomocy i wprowadzenia środków leczniczych do samego serca.

Niewielkie niebezpieczeństwo i łatwość tego zabiegu dają mu znaczną przewagę nad zastrzykiwaniami dosercowymi, na które lekarz zdobywa się dopiero w ostateczności. Szczególniej przy słabym krwiotoku, gdy chodzi o szybkie działanie wprowadzonych środków, metoda ta może być nader pomocną.

Pozatem może ona mieć zastosowanie, jeżeli chodzi o szybki upust krwi z prawej komory oraz w celu badania działalności serca.

J. K.

E. M. ENERY i J. BRENNEMAN. O leczeniu ropniaków płucnych za pomocą aspiracji. (J. Am. Med. Ass. Tom 93 N 5 1929).

Postępowanie w ropniakach płucnych nie powinno nigdy być szablonowe. We wszystkich przypadkach należy przed przystąpieniem do rezekcji wypróbować leczenie aspiracyjne.

Zabieg ten autorzy zalecają wykonać po uprzednim znieczuleniu miejscowem. Zazwyczaj potrzeba kilku takich zabiegów dla osiągnięcia trwałych wyników, czasem jednak wystarczy 1 lub 2.

Ropniak niekoniecznie musi być usunięty w całości, dość znaczne bowiem ilości ropy mogą ulec wessaniu. Podobnie złoży włókienka nie są tak groźną rzeczą jak się ogólnie mniema.

Powikłanie w postaci odmy samoistnej także nie jest wcale groźnym objawem, szczególnie jeżeli powstało drogą przebicia się ropy przez oskrzele, kiedy jest ono raczej zjawiskiem pożądanem, leczniczem.

Nie jest także ściśle twierdzenie, że z pośród rozmaitych ropniaków tylko te poddają się leczeniu za pomocą aspirowania, które należą od zakażenia pneumokokami. Tak bynajmniej nie jest: — autorzy

niejednokrotnie otrzymywali dobre wyniki przy zachowawczem leczeniu, mimo obecności gronkowców.

Należy traktować każdy przypadek indywidualnie, a kierować się przede wszystkim wiekiem pacjenta.

B. G.

FÜHNER. Próby zmniejszenia działania trującego uśpienia chloroformowego. (D. m. W. Nr. 32, 1929).

Chloroform i eter są dotąd najwięcej stosowane do narkozy, pomimo wynalezienia już wielu innych środków. Zaburzeń w krążeniu, jakie niekiedy występują przy uśpieniu chloroformem, można uniknąć przez podanie uprzednie naparstnicy lub chininy. Zmiany tłuszczowe w poszczególnych narządach po uśpieniu chloroformem należy uzależnić od produktów rozpadu, jakie powstają w organizmie przy utlenianiu. Dodatek 1 proc. alkoholu przeszkadza rozpadowi chloroformu *in vitro*. Dla ustroju ilość ta jednak jest niewystarczająca. Autor proponuje podawać chloroform z dodatkiem 10 proc. alkoholu, który chro-

ni chloroform od nadmiernego utleniania się. W tym samym celu można podawać przed uśpieniem 20 proc. roztwór alkoholu. Autor przekonał się na, białych myszach, iż karmienie owsem, poprzedzające narkozę zmniejsza szkodliwe utlenianie się chloroformu. Uważa on, iż również u ludzi należałoby skontrolować wpływ odpowiedniej diety w tym kierunku.

Wanda Franzówna.

A. GALLINEK. Narkoza awertynowa w neurologii i psychiatrii. (Monatss. für Psychiatrie. T 73 Z. 1. 1929).

Dla zapobieżania przykrym objawom towarzyszącym rentgenowskiemu badaniu encefalograficznemu lub przetrwającym o kilka godzin odemę czaszkową autor zastosował u 19 dorosłych i 6 dzieci lekką narkozę awertyną z dość dobrym skutkiem. Metoda ta okazała się pomocniczą w leczeniu płasawicy, podnieceń i *status epilepticus*.

H. Higier.

Felczerzy w Kasach Chorych.

W styczniu r.b. Centralny Związek Felczerów Rzeczypospolitej odbył dwie ważne dla zawodu felczerskiego konferencje. Obie dotyczyły udziału felczerów w Kasach Chorych. Wobec zapowiadanego przez rząd szybkiego wniesienia do sejmu ustawy emerytalnej dla robotników z którą to ustawą złączona jest organizacyjnie ubezpieczenie chorobowe, niezbędnem było zaznajomienie się przez nas z tekstem tej ustawy. Jak się spodziewaliśmy felczerzy znowu zostali obdarzeni milczeniem. Wobec tego Zarząd Główny opracował memoriał, w którym wskazuje się na konieczność wyliczenia w

ustawie felczerów, jako jednego z zawodów pomocniczo-lekarskich w ustawie, gdyż pominięcie felczerów otwiera pole do nadużyć, do otwartego zupełnie zastępowania nas przez osoby niewykwalifikowane co sprzeczne jest z życiem i przepisami prawnymi które wyróżniają felczerów z pośród pomocniczego personelu lekarskiego.

Odbyto więc konferencję jedną w Departamencie Ubezpieczeń Społecznych. Na konferencji tej złożono memoriał i ustnie uzasadniono nasze stanowisko. Delegacja została przyjęta przez dyr. dep. p. Dreckiego i nacz. wydz. p. Wysłoucha. P. dyr. Drecki przyznał słuszość naszemu

stanowisku i obiecał postulaty felczerów w projekcie ustawy uwzględnić.

Druga konferencja odbyła się w Dep. Zdrowia u Radcy P. Dr. Sęczyca, który sprawuje z ramienia Departamentu Zdrowia nadzór nad lecznictwem w Kasie Chorych. Pana Dr. Sęczyca zaznajomiliśmy z treścią na-

szego memoriału złożonego w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej i prosiliśmy o ich poparcie, gdyż tekst ustawy o Kasach Chorych w dziale lecznictwa jest wspólnie opracowywany przez Departament Zdrowia i Departament Ubezpieczeń Społecznych. I tu uzyskaliśmy cenną obietnicę poparcia.

Zarząd Główny Związku

uprasza Sz. Kolegów, którzy otrzymali swego czasu

**„Zbiór przepisów prawnych”
i „Spis Felczerów”**

a dotychczas opłaty w sumie

3 zł. 20 gr. i 1 zł. 50 gr.

nie uiścili, by zechcieli jaknajrychlej
to uskutecznić.

Społeczne Biuro Pośrednictwa Pracy

pr z y

ZARZĄDZIE GŁÓWNYM ZWIĄZKU FELCZERÓW

przyjmuje zgłoszenia na posady

p o l e c a

felczerów z długoletnią praktyką.

Warszawa, Złota 30.

Telefon Nr. 230-54.