

# PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

T R E Ś Ć: Kiła z punktu widzenia lekarza internisty;—Ostry gościec stawowy u dzieci;—  
Drzewo leczące trąd; — Przypadek ciężkiej niedokrwistości złośliwej z przemijającymi zaburzeniami [psychicznymi, leczony Panhepanem; — Działalność Kas Chorych; — Kronika; — Referaty z czasopism; — Nowy środek do miejscowego znieczulania Perkalina „Cipa”; — Ogłoszenia.

Dr. K. DĄBROWSKI.

Zakopane.

## Kiła z punktu widzenia lekarza internisty.

W czasach dzisiejszych kiła przestała być specjalnością lekarzy wenerologów, gdyż stykają się z nią ginekolodzy, neuropatolodzy, laryngolodzy, a szczególnie interniści, zmuszeni są ją rozpoznać i leczyć.

Lekarz wewnętrznik z racji swej specjalności musi być obeznany trochę ze wszystkimi specjalnościami. Musi orientować się we wszystkich działach medycyny. Codziennie prawie spotyka się internista w godzinach ordynacyjnych z kiłą, która tkwi dyskretnie w organizmie, łudząc pacjenta, a czasem i lekarza pozorami innych chorób. Niema przesady w powiedzeniu, że medycyna wewnętrzna oscyluje między gruźlicą i kiłą. Znamy przecież postacie gruźlicy, imitujące dur brzuszny, wrzód żołądka i chorobę Basedowa. A kiła również wycisnęła swe piętno na medycynie wewnętrznej, stanowiąc moment etiologiczny wielu chorób serca, nerek, wątroby, płuc, przewodu pokarmowego, systemu nerwowego i t. d. Nie myślimy w tej chwili o kile trzeciorzędnej, późnej, objawiającej się w postaci kilaków, ale o kile wczesnej. Kiła wczesna ma charakter nacieków i mięsz organów nie jest jeszcze zniszczony. Takie formy należy leczyć intensywnie, by nie dopuścić do zniszczenia tkanki mięszowej. Tak więc w okresie wczesnym kiły (II rz.) znaleźć możemy w moczu krętki blade—zjawić się może białkomocz, znikający po leczeniu specyficznem.

Wczesny okres kiły dotknąć może wątrobę, wywołując żółtaczkę (odróżnić od żółtaczki, wywołanej zastrzykami salwarsanu), albo chorobę, przeważnie śmiertelną: ostry, żółty zanik wątroby. Kilowe zapalenie opon mózgowych może klinicznie być podobnem do zapalenia opon nagminnego i gruźliczego.

Okres III rzędny — objawia się guzami kilakowemi, albo rozlaniami zapaleniami, niszczącemi mięszs organów. Procesy te pozostawiają po sobie rozległe blizny i zniekształcenia, których leczenie specyficzne powstrzymać nie może.

Taki proces syfilityczny może usadowić się w płucu, tworząc naciek z gorączką, dochodzącą do 39° i wyżej. W wypadkach takich myśli się nieraz o zapaleniu płuc, o gruźlicy, o nowotworze. Rentgen wykazuje duże zaciemnienie. Dopiero obserwacja kliniczna, dodatni odczyn Wassermana, wyjaśni sprawę chorobową. Leczenie przeciwkiłowe daje w przeciągu krótkiego czasu znaczną poprawę.

W niektórych wypadkach kiła III rzędna objawia się symptomami wrzodu dwunastnicy. Dieta przeciwwrzodowa nic w takich wypadkach nie pomaga. Sondowanie żołądka wykrywa niedokwaśność, rendgen negatywny, Wasserman dodatni. Leczenie przeciwkiłowe usuwa dolegliwości.

Syfilis wątroby przebiegać może z napadami bólów, żółtaczką, powiększeniem wątroby, czyniąc wrażenie cholangitis, wzgl. cholnystis. W innych wypadkach wyczuwa się guzy i wówczas można pomieszać z nowotworem, echinacoccus, cysta, wyleczonym zanikiem ostrym. W przewlekłym przebiegu III rzędnej kiły wątroby może przyjść do zakrzepu w jednej z gałęzi naczyniowych wątrobnych i do ascites (przesięku) w jamie brzusznej.

W nerkach kiła III rzędna może wywołać nefrozę z dużemi ilościami białka do 30<sup>0</sup>/<sub>00</sub> bez zwiększonego ciśnienia. W innych wypadkach kiła atakuje tętniczki nerkowe, powodując powstanie w nich zmian sklerotycznych. Wówczas możemy spotkać się z nerką marską luetyczną, dającą zwiększenie krwi i w stadjach końcowych mocnicę.

Powszechnie wiadomo, że kiła przyczynia się do wczesnego powstania zmian sklerotycznych w naczyniach krwionośnych, szczególnie w tętnicy głównej. W tę sprawę chorobową wciągnięte zostają i tętnice wieńcowe serca. Następstwem tego jest gorsze ukrwienie mięśnia sercowego, który wyrodnieje. W miarę rozwoju sklerozy naczyń wieńcowych przy obecności momentów sprzyjających może przyjść do napadów dusznicy bolesnej (angina pectoris). W wypadkach dusznicy bolesnej na tle kiłowym leczenie salwarsanowe przeprowadzać należy bardzo ostrożnie. Po wstrzyknięciu większej dawki salwarsanu może przyjść do odczynowego obrzęku płytek sklerozowych w miejscu wyjścia naczyń wieńcowych, a tem samem do zamknięcia tętnic wieńcowych, co prowadzi oczywiście do zgonu.

Z innych chorób haemoglobinuria parosysmalis ma najczęściej tło kiłowe.

Syfilis może dotknąć wreszcie stawy. W stadjum ostrem wystąpi często z resztką wysypki jako polyarth. syphil. acuta; może wystąpić schorzenie

stawów w formie podostrej ze stawami podgorączkowymi albo z gorączką zwalniającą (*felris remittens*); w kile dziedzicznej spostrzec możemy w wieku pokwitania wysięk w stawach kolanowych. Wreszcie w przebiegu tabes mogą się zjawiać ostre schorzenia stawów z silnym stanem zapalnym, tak że robi to często wrażenie phlegmony albo fungus.

Zbyt daleko doprowadziłoby nas rozważanie kiłowych spraw systemu nerwowego. Koniecznym jest jednak zwrócenie uwagi na *bezwzględną konieczność badania na odczyn Wassermanna nie tylko krwi ale i płynu mózgowo-rdzeniowego*.

Stwierdzono, że początek wszystkich kiłowych schorzeń nerwowych jak paraliż postępowy, tabes, lues cerebri, tkwi już we wczesnym stadium kiły i los tkanki nerwowej tych chorych rozstrzyga się tuż po zakażeniu. Sygnałem, że infekcja dotarła w pobliże tkanki nerwowej, jest dodatni odczyn płynu mózgowo-rdzeniowego. Gdzie odczyn płynu dodatni, tam jest meningitis luetica, a gdzie meningitis, tam groza zajęcia tkanki nerwowej. Kiedy wystąpi schorzenie, nie wiemy, ale wiemy, że pozytywny odczyn płynu to groźne memento i pod grozą przyszłej kiły nerwowej należy wziąć się intensywnie do leczenia, choćby nawet odczyn krwi był ujemny, choćby nawet i płyn mózgowo-rdzeniowy później wykazał reakcję ujemną. Bo płyn m-rdz. może w pierwszym roku po zakażeniu mieć odczyn dodatni, w drugim roku, nawet bez leczenia, może zniknąć ale niestety, zjawia się w końcu trzeciego roku i już na stałe. Czwarty rok po zakażeniu to ważny termin dla badania płynu i każdy chory luetyczny niezależnie od tego, czy leczył się, czy nie, czy ma we krwi odczyn Wasserm. dodatni, czy ujemny, musi, bezwzględnie musi, przeprowadzić kontrolę płynu mózgowo-rdzeniowego. Oczywiście, że w II stad. kiły, zwłaszcza po przeprowadzonych kuracjach, płyn powinien być często badany dla kontroli efektów terapeutycznych. Zważmy, że kiła tk. nerwowej może wystąpić w kilkanaście lat po stwierdzeniu dodatniego odczynu płynu mózgowo-rdzeniowego. Badanie wczesne płynu ma więc wartość profilaktyczną, odpowiedni bowiem leczeniem np. szczepieniem malarji, można zapobiec wystąpieniu kiły nerwowej.

Każdy lekarz powinien jak najczęściej posługiwać się badaniami serologicznymi, a więc i analizą krwi na O.W. Wass. dodatni pozwoli w niejasnych chorobach wykryć etiologję luetyczną. O. W. daje również cenne wskazówki co do efektów leczniczych. Dawni sifilidolodzy byli skazani na orjentowanie się w/g obecności wykwitów. Wcierano rtęć, dopóki wykwit trwał—zaczynano zpowrotem, gdy się zjawiały. Dziś leczymy kiłę II rzędnej nie do czasu zniknięcia wykwitów, ale dopóki odczyn Wass. nie stanie się ujemnym. Tylko w kile III rzędnej zadawaliśmy się zniknięciem objawów, polepszeniem stanu ogólnego, bo gdybyśmy chcieli leczyć aż do zniknięcia „plusów“, zatrulilibyśmy pacjenta salwarsanem i rtęcią.

Musimy jednak pamiętać, że w organizmie tkwić może kiła, a O.W. wypada ujemnie. Dzieje się to w I okresie kiły, a więc od czasu zakażenia aż do zjawienia się objawów kiły II rzędnej (wysypka). *Odczyn Wass. staje się dodatnim dopiero na początku okresu II, a więc w jakie 72 dni po zarażeniu.* Badanie krwi na O. W. w chwili, gdy pacjent ma owrzodzenie pierwotne, albo gdy „podejrzewa, że się podczas stosunku zaraził“, — jest bezcelowe. Wass. wypadnie wtedy ujemnie, mimo że wrzód jest sifiliczny. Gdy jest owrzodzenie, należy zbadać treść owrzodzenia; pod mikroskopem szukać krętków białych. Względnie nakłuć okoliczne powiększone gruczoły i strzykawką wyciągnąć treść, która może zawierać krętki, widoczne pod mikroskopem. Zaniedbanie badania mikroskopowego jest karygodnym niedbalstwem, czekanie 2 i 1/2 miesiąca na odczyn Wassermana jest zbrodnią, bo kiłę najlepiej można leczyć właśnie w I okresie.

Odczyn Wass. może wypaść ujemnie także w kilakach skórnych, w lues ulcerosa i nerwowych schorzeniach kiłowych (tabes). Z prób krwi, jak już wyżej podkreśliłem, nie można nic powiedzieć o stanie zakażenia opon mózgowych, dlatego też krew może być ujemna, a płyn mózg.-rdz. wybitnie dodatni. Wyjątkowo tylko w paraliżu postępowym i reakcja krwi, i płynu wypada dodatnio.

Chcę poruszyć jeszcze jedną ważną sprawę, mianowicie zaraźliwość kiły. Często się nas pytają, czy chory na lues jest zakaźny?

Do 1906 r. stano na stanowisku, że tylko objawy kiły I i II rzędnej, o ile posiadają obnażoną powierzchnię i wytwarzają wydzielinę — a więc wrzód pierwotny i papulae błony śluzowej — mogą zarażać. Sądono, że wydzieliny kilaków (III rz.) oraz fizjologiczne i patologiczne wydaliny syfilityków są niezaraźliwe. Dziś wiemy, że tak nie jest. W wydzielinach kilaka krętków rzeczywiście nie znajdziemy, ale fizjologiczne i patologiczne wydaliny syfilityków w pierwszych latach po zakażeniu i zwłaszcza u ludzi nieleczonych zawierają krętki, a więc są zakaźne. Dotyczy to szczególnie spermy (nasienia męskiego). Udowodniono, że mężczyźni, którzy nie wykazywali żadnych zmian kiłowych, zarażali swe żony; nie można więc dowierzać starym luetykom, zwłaszcza nieleczonym. Nawet u syfilityków, chorych od 3 lat i leczonych, stwierdzono zaraźliwość.

U kobiet w wypadkach nieleczonych może być zaraźliwe mleko, normalna wydzielina szyjki macicznej, śluz normalnej cewki, nawet normalny moczu.

Stąd wniosek, że każdy świeży sifilityk, zanim przejdzie energiczną kurację, albo nawet w czasie niej, zwłaszcza o ile nie używano salwarsanu, jest zaraźliwy, może zakażać różnymi drogami, szczególnie przez stosunek płciowy. Luetyk w 2 lata po zakażeniu nie powinien się żenić, nawet, choćby dzięki energicznym kuracjom nie było nawrotów i Wass. był negatywny.

Czy taka matka może karmić? Wiadomo, że kobiety, zarażone kiłą w czasie ciąży, mogą nierzadko urodzić dziecko zdrowe, i zdrowo się chowające. Wiemy jednak, że stan kliniczny dodatni i odcz. Wass. ujemny nie wskazują pewnie na to, czy dziecko jest zdrowe. Jeśli dziecko jest zdrowe, może zarazić się od chorej matki przez karmienie. Jeśli jest chore, może zarazić zdrową mamkę, zanim u dziecka wystąpią oznaki kiły. Takie więc dziecko nie powinno być karmione ani przez mamkę, ani przez matkę, lecz albo odżywiane ściąganiem mechanicznie pokarmem zdrowej kobiety, albo racjonalnie mieszankami sztucznymi.

## Ostry gościec stawowy u dzieci.

Podał *J. Bogdanowicz.*

### Kliniczny przebieg gościa.

Rozpatrując przebieg gościa u dzieci w szpitalu Karola i Marji należy podkreślić fakty następujące.

<sup>10</sup> W 28 przyp. na 131 dało się stwierdzić ścisły związek wystąpienia ataku ostrego gościa po anginie, jednakże prawdopodobnie dane te są nieścisłe — u małych bowiem dzieci angina mogła przebiegać w postaci lekkiej, niespostrzeżona przez rodziców.

<sup>20</sup> Początek choroby bywał ostry z wysoką temperaturą, nieraz dreszczami i z występowaniem bóli w różnych stawach — zwykle symetrycznie — najczęściej w stawach łokciowych, garstkowych, kolanowych i stopach.

<sup>30</sup> Bóle stawowe rzadko były b. intensywne, połączone z silnym zaczerwienieniem, obrzękiem i wysiękiem (b. rzadko), częściej łagodne, mało charakterystyczne i zmieniające dość szybko lokalizację.

<sup>40</sup> Temperatura nie była zbyt wysoka, samopoczucie niezłe.

<sup>50</sup> Zwracała uwagę charakterystyczna barwa skóry blado-żółtej — czemu odpowiadała pewna, zresztą nieznaczną niedokrwistość, obracająca się w granicach 3,5 — 4 milj. cz. c. i 60 — 70 Hb — oraz leukocytoza (nieznaczną — wyższą w przypadkach cięższych), niższa w lżejszych, obracająca się w liczbach — 10-18.000 bc. z pewną przewagą obojętno-chłonnych i z obecnością komórek kwasochłonnych.

<sup>60</sup> Pocenie się było nieznaczące — wybitnie występował dermografizm i żywa gra naczyń skórnych (łatwe rumieńce, blednienie i t. d.). Na zaburzenie w sferze układu autonomicznego wskazywały często dodatnie odczyny Aschnera (oczny) i uciskowy na okolicę plexus solarj.

<sup>70</sup> Brak zmian ze strony nerek. Badanie moczu czasem wykazywało ślady białka i nieco zwiększoną ilość c. ropnych.

8<sup>o</sup> Groźnym i specjalnie ważnym powikłaniem gościa dziecięcego było schorzenie serca — przybierające różną postać — czy to zapalenia wsierdzia, czy osierdzia czy mięśnia sercowego.

W materiale szpitalnym na 131 przyp. gościa 84 były powikłane zap. wsierdzia, a 5 zapaleniem wsierdzia i osierdzia — z których 2 przyp. skończyły się śmiertelnie. Jednocześnie przez szpital przeszło 176 przyp. schorzeń serca na tle reumatycznym — które przyszły jako zaostrzenia sprawy starej — czy też jako ostre sprawy po świeżo przebytych reumatyzmie. Wśród tych 176 przyp. było 39 przyp. zapalenia wsierdzia i osierdzia — wszystkie zakończone zgonem. W materiale sekcyjnym w 10 przypadkach stwierdzono kompletny zrost serca z osierdziem.

Ta niezwykle wysoka śmiertelność u dzieci na tle schorzeń serca po gościcu oraz częstość zapadania na schorzenia serca przy gościcu (według autorów niemieckich, francuskich, angielskich i amerykańskich — liczby wahają się między 70 — a 90% (Tecz — 90%, Gassicourt 81%, Barbier 91%, Weil 80%, Barthner 87% i t. d. — dla zap. osierdzia 38 — 30) — przy zdradliwym, niespodziewanem występowaniu pierwszych objawów — często już po spadku temperatury i uspokojeniu się sprawy zapalnej stawów, stanowi specjalną własność tej choroby w wieku dziecięcym i główne niebezpieczeństwo w chorobie.

Gościec atakuje serce nawet w najmłodszym wieku (praca Gaigera), lecz specjalne żniwo zbiera głównie od lat 5-ciu.

Pewną pociechą jest możliwość wyrównania wady serca z wiekiem — co stwierdzili na niewielkim materiale w 26% — John i Nobel.

Groźbą zarówno przebytego gościa jak i schorzenia serca u dzieci jest niezwykła skłonność do recydywy. Zebranego materiału szpitalnego wynika:

O ile podawane dane były ściśle — na 131 przyp. gościa ostrego do szpitala z pierwszym atakiem przyszło — 90  
 „ „ z powtórny lub parokrotnym — 41  
 przyczem w tym samym szpitalu poraz drugi leżało — 8  
 poraz 3-ci — 1

Na 176 przyp. zap. wsierdzia, osierdzia lub mięśnia sercowego podano, że po raz pierwszy zgłoszono się 88  
 drugi „ 76  
 trzeci „ 8  
 czwarty lub więcej 4

do szpitala dwukrotnie wracało 22-gi, trzykrotnie 7 czterokrotnie 3—6 krotnie 1  
 na 102 przyp. płasawicy — po raz pierwszy przybyło 45  
 drugi 39  
 trzeci 15  
 czwarty 3

Przebieg przytem cierp. goścowego ulegał zmianom: raz był gościec, potem płasawica, potem znów gościec ewent. zaostreniem zap. wsierdzia i td. W efekcie ostatecznym często powtarzającego się cierpienia, pojawiała się ciężka niedomoga serca i zgon.

10<sup>0</sup> Z innych powikłań schorzeń goścowych mieliśmy w szpitalu

18 przyp. zap. oskrzelowego płuc

7 „ „ nerek

5 „ „ pęcherza moczowego

7 „ „ ropnego ucha

10 „ „ suchego lub wysiękowego zapal. opłucnej

6 „ „ anginy

3 „ „ erythema annulare Leinera

1 „ „ morbus Basedovi

1 „ „ hemiplegji.

Z powyższego wynika, że inne powikłania — poza zap. płuc, związanym zresztą z ogólnem osłabieniem i utrudnieniem krążenia i obrzękiem płuc na tle niedomogi serca, występują względnie rzadko.

11<sup>0</sup> Nieustalonym jest dotychczas stosunek gościca ostrego do gruźlicy — temat tem ciekawszy, że mamy jednostkę chorobową o której przynależność do jednej czy drugiej dziedziny dotąd toczą się spory — jest to rumień guzowaty (erythema nodosum). Z materiału zebranego w szpitalu wynika i dla gościca bliższy jakiś związek cierpienia. Wskazują na to następujące fakta:

1<sup>0</sup> Niezwykle częste występowanie dodatniego odczynu Pirqueta u chorych na gościec i płasawicę. Wynosił on dla chorych między 7 a 12 życia 85% a od 2 — 12 r. — 71% (142 odcz. dodatnich, 58 ujemnych) gdy przerobione próby Pirqueta i Trambusti na różnym materiale szpitalnym dały między 5—15 r. życia—63%. Należy przytem zaznaczyć, że większość ujemnych odczynów Pirqueta wypadła u chorych z obrzękami w okresie wyraźnego pogorszenia ewent. wyniszczenia. W 2 takich przyp. mimo Pirquetu (—) sekcja stwierdziła zmiany gruźlicze.

2<sup>0</sup> W 6-ciu przyp. pierwotnie odczyn ujemny (na początku choroby) — później stawał się dodatnim w jedynym przyp. mieliśmy następujące wyniki.

Pirquet (—) Mantoux (1:100) (—) w 10 dni potem Pirquet (—) Mantoux (—) 1:10 w parę dni potem Pirquet (+).

3<sup>0</sup> Na 400 przyp. cytowanych rozpoznano 27 razy gruźlicę gruczolową, w 44 przyp. gruźlicę płuc (11%). W nieznaczonej liczbie, ze względu na ograniczoną liczbę wykonanych sekcji stwierdzono na stole sekcyjnym zmiany gruźlicze w płucach.

4<sup>0</sup> Opisy dziecka t. zw. przedreumatycznego dziwnie przypominają opisy dzieci t. zw. „skłonnych do gruźlicy“.

5<sup>0</sup> Ze względu na małą liczbę i źle opracowanych przypadków trudno jest stwierdzić pogorszenie sprawy gruźliczej przy gościcu — sprawa tak jednak w paru przyp. zdaje się nie ulegać wątpliwości.

6<sup>0</sup> Również braki w wywiadach — nie pozwalają na ustalenie częstości gruźlicy u rodziców dzieci reumatycznych. Z powyższego wynika, że gościec stawowy — podobnie jak odra zdaje się mieć wyraźny wpływ na aktywowanie procesu gruźliczego (wbrew utartemu mniemaniu).

Co się tyczy terapii — to najlepsze wyniki dawały duże dawki salicylu do 5—6 gr. na dobę nawet u małych dzieci — przeważnie dobrze znoszone.

Zgodnie z poglądami badaczy francuskich kurację tę utrzymywaliśmy przez czas dłuższy — nawet po wypisaniu ze szpitala dając do stosowania w domu — przyczem w miarę poprawy stanu zdrowia obniżaliśmy dawkę do 1—2 gr. na oobę.

### Pląsawica.

1. Kliniczny przebieg pląsawicy był (materiał szpitala im. Karola i Marii) najrozmaitszy — od względnie łagodnych — do b. ciężkich postaci. Przyp. zgonu był tylko jeden — związany zresztą z jednoczesnym ostrym zap. wśierdzia i osierdzia.

2. W wywiadach często dał się stwierdzić uprzednio przebyty gościec — w 5 zaś przyp. świeżo przebyta angina. Wraz z pojawieniem się pląsawicy często występowały i bóle stawowe.

3. W 46 przyp. na 102 stwierdzono powikłania ze strony serca. Innych powikłań przeważnie nie było.

4. Próba Wassermana wykonana 19 razy w 5 przyp. wypadła dodatnio. O ile przy gościcu terapia była stale jednakowa o tyle przy pląsawicy spotykamy już w ciągu ostatnich 15 lat różne metody lecznicze.

a) leczenie enteroantygennem Danysza — „Jali“.

b) stosowanie salwarsanu i neosalwarsanu.

c) stosowanie t. zw. masła arsenikowego.

d) stosowanie zastrzyków Hemtysalu Spiessa.

Zdaje się, że te 2 ostatnie próby — dały wyniki najlepsze. Naturalnie stosowano też, salicyn, brom, zawijane w koce i t. d.

### Profilaktyka chorób gościcowych w okresie dziecięcym.

Fakt, że przebieg gościca i pląsawicy w wieku dziecięcym jest znacznie groźniejszym w następstwach niż zachorowanie w późniejszych latach skłaniać nas powinien do bardziej wzmożonej akcji zapobiegawczej.

Trudności są bardzo znaczne:

1<sup>0</sup> Nie wiemy dotychczas napewno — co jest przyczyną gościca.

2<sup>0</sup> Nie jesteśmy pewni jakie warunki otoczenia ułatwiają wybuch choroby.



3<sup>o</sup> Nie wiemy z całą pewnością — czy gościec jest chorobą udzielającą się.

4<sup>o</sup> Nie znamy typu dzieci predysponowanych do gościca.

5<sup>o</sup> Nie jesteśmy w stanie przy obecnym stanie terapii zapobiec powikłaniom zwłaszcza ze strony serca.

Opierając się jednak na dzisiejszym stanie wiedzy, możemy choć w pewnej mierze podjąć walkę z chorobami gościcowemi. Możliwości byłyby tu następujące:

1<sup>o</sup> Dziećmi bardziej narażonymi na zachorowanie na gościec byłyby:

a) dzieci z rodzin, gdzie albo rodzeństwo albo rodzice chorowali na gościec.

b) dzieci o prawdopodobnym typie gościcowym — charakteryzujące się wyżej wspomnianymi cechami. Na dzieci te należałoby zwrócić szczególną uwagę.

2<sup>o</sup> Należy zwracać uwagę na stan zębów, migdałków, schorzenia wyrostka robaczkowego i t. p. czyli t. zw. ogniska infekcyjne.

Pogląd punktu wyjścia zakażenia zwłaszcza z ognisk ropnych jamy ustnej (oral sepsis) specjalnie popierany był przez szkołę amerykańską. Prowadziło to do radykalnego leczenia zębów, oraz usuwania migdałków i wyrosła odenoidalnych. Poglądy te przyjęły się częściowo w Anglii. Mimo jednak częstego usuwania migdałków u dzieci — procent (badanie przeprowadzono w szkole w Eton) zachorowań wśród tych dzieci na gościec był również wysoki — jak wśród innych. Zanotowano przytem częstsze występowania płasawicy u dzieci z wyluszczonej migdałkami.

3. Ponieważ nie ulega wątpliwości, że wyjściem dla gościca może być przebyta angina — ta ostatnia powinna być uważana za chorobę poważną i wymagającą dłuższego okresu rekonwalescencji. Pożądaniem byłoby stosowanie dla młodzieży szkolnej — dłuższego terminu okresu izolacji chorego po anginie z czasem conajmniej 2 tygodni — co wpłynęłoby zapewne na dłuższe zatrzymanie w łóżku chorego i nieposyłania przedwczesnego do szkoły.

4. Leczenie dzieci chorych na gościec odbywa się dotychczas w szpitalach — w sposób o tyle nieracjonalny, — że ze względu na koszt leczenia i na tendencję rodziców jaknajwcześniejszego zabrania chorego do domu — wypisuje się zaraz po ustaniu ostrych objawów. W rezultacie chory nie wyleczony jedzie do domu i albo sprawa się zaostrza — albo w czasie jakiś zaczyna się „wracanie“ co pewien okres czasu do szpitala z coraz groźniejszymi komplikacjami. W projektach lekarzy angielskich — uważany jest czas pobytu chorego na gościec w szpitalu na minimum 6 tygodni, a potem 6 miesięcy ścisłej obserwacji sanatoryjnej i 9 miesięcy domowej. Chory na gościec powinien być możliwie energicznie i dość długo leczony.

ny — przyczem pewną miarą wyleczenia może służyć — poza objawami klinicznymi, morfologiczne badanie krwi i czas opadania krwinek.

5. Dzieci z rozwiniętą wadą serca i ze skłonnością do niedomogi — powinny być umieszczone w odpowiednich zakładach naukowych — sanatorjach — gdzie nauka byłaby pobierana przy jednoczesnem uwzględnieniu racjonalnego trybu życia.

6. Naturalnie w profilaktyce gościca muszą być uwzględniane i postulaty najtrudniej dające się urzeczywistnić: wśród nich na pierwszym miejscu: dostarczanie zdrowych, słonecznych, suchych mieszkań i zapewnianie dzieciom rok rocznie dłuższego pobytu na wsi w zdrowych warunkach — w celu odpowiedniego zahartowania organizmu.

Na zakończenie—dołączony zostaje projekt badań prowadzenia karty i metod badania dziecka chorego na gościec oraz historia chorego dziecka która dobitnie wykazuje nam — wspomniane powyżej trudności w stawianiu prognozy co do stanu zdrowia przy reumatyzmie.

## DRZEWO LECZĄCE TRĄD.

Niejeden z leczniczych środków, który medycyna Zachodu dopiero obecnie poznaje i zaczyna stosować, był już oddawna znany w medycynie Dalekiego Wschodu—gdzie, jak wiadomo, sztuka leczenia, doszła do wysokiego stopnia rozwoju. Skutkiem tego słowo „chaulmoogra“ w krajach zachodniej cywilizacji nie mówi nic laikom, a także większości lekarzy; natomiast w medycynie Wschodu ma ono duże znaczenie od zgorą dwudziestu wieków.

Kroniki hinduskie łączą z „chaulmoogra“ piękną legendę. Na długi czas przed naszą erą panował w Birmie król, który wstawił się swą wielką mądrością, dobrocią i miłosierdziem. Władca ten został jednak dotknięty trądem, jak zwyczajny parjas. Zrozpaczony, uciekł od ludzi i schronił się w głębi dżungli. Tam dobrzy bogowie, nagradzając jego szlachetne uczynki, nakłonili go do spożycia owoców nieznanego mu drzewa. Natychmiast zniknęły ślady trądu, a dobry król, zupełnie wyleczony, powrócił na tron swych przodków.

Ten król birmański miał być pierwszym pionierem leczenia trądu. Europa uczyniła to odkrycie dopiero po upływie dwudziestu wieków. Jeden z podróżników zauważył

w Indochinach szereg uleczeń wypadków trądu dzięki używaniu napoju, pomieszanego z olejem, wyciskany z drzewa „Tarakotogenos Kurzii“.

Odkryciem zainteresowali się żywo zwłaszcza amerykanie, ponieważ na archipelagu Hawajskim trąd sroży się straszliwie. Jak wiadomo, na wyspie Molokai urządzono przeciw olbrzymi, specjalny lazaret dla trędowatych hawajczyków; tam też zmarł z końcem ubiegłego wieku szlachetny męczennik, ojciec Damiens, misjonarz francuski, który nabawił się straszej choroby, pielęgnując pacjentów lazaretu.

Za cenę złota sprowadzono na Hawaj olej drzewa „chaulmoogra“, a przeprowadzone próby dowiodły, że jest to jedyne i niezawodnie skuteczne lekarstwo na trąd. Ale ilości, jakie można było nabywać, były znikomo małe. Wtedy rząd amerykański postanowił założyć na Hawaj własne plantacje „chaulmoogry“. Waszyngtońskie ministerstwo rolnictwa wysłało uczonego podróżnika p. J. F. Rocka po nasiona drzewa. Ekspedycja wyruszyła w dziewicze lasy Siamu i Birmy, przepętlone kwiożerczemi tygrysami i niebezpiecznymi węzami. Przez kilka miesięcy przebiegano dżunglę w roz-

małych kierunkach, szukając dojrzałych owoców, bo tylko dojrzałe ziarna nadawały się do hodowli. Na każdym kroku walczone z niebezpieczeństwami, wdzierano się na góry, pokryte nieprzebitym gąszczem roślinności, ale wszędzie znajdowano bądź drzewa, dopiero kwitnące, bądź zielone jeszcze owoce.

Nareszcie w pobliżu miejscowości Kyokta znalezione to, czego daremnie szukano od ośmiu miesięcy: u stóp drzew „chaulmoogra“ leżały opadłe owoce, pełne dojrzałych nasion. Napelniono worki kosztownym skarbem. Tu spotkała wyprawę ostatnia przygoda. Olbrzymi tygrys skradający się śladami karawany, gdy dochodziła do Kyokta, wpadł w nocy do jednego z domów i zabił trzy kobiety i dwoje dzieci. Tubylcy zajęli groźną postawę wobec cu-

dzoziemców, im przypisując winę napadu. Rock postanowił wówczas pomścić zbrodnię, zorganizował wielkie łowy na tygrysa i ubił groźnego pożeracza ludzi, czem zaszkodził sobie ogólną życzliwość.

Zdobyte wśród takich trudów i przygód nasiona przewieziono do Ameryki, a wydelegowani przez rząd ogrodnicy założyli na wyspach Hawaj plantację „chaulmoogra“. Rozwijają się one bardzo pomyślnie i niedaleki już dzień, kiedy medycyna rozporządzać będzie dostatecznym zapasem lekarstwa, mogącego uzdrowić nieprzeliczoną liczbę nieszczęśliwych, skazanych dzisiaj na powolną nieuniknioną śmierć. Jedyńcy ci wybrańcy losu, którym na Malokai zastosowano iniekcje oleju „chaulmoogra“, opuścili lazaret zupełnie zdrowi.

*Z oddz. chorób wew. III B Szpit. Dziec. Jezus  
(Ordynator Dr. W. Starkiewicz).*

Dr. S. MUSZKAT.

## Przypadek ciężkiej niedokrwistości złośliwej z przemijającymi zaburzeniami psychicznymi, leczony Panhepanem\*).

(referat z Nr. 21 Medycyny Warszawskiej)

\*) Polski wyciąg wątrobowy w stanie płynnym, wyrabiany przez Tow. Akc. Fr. Karpiński. 100 gr. preparatu ma odpowiadać 1 kg. świeżej wątroby wołowej.

Na Oddz. Chor. Wewn. III B Szpitala Dziec. Jezus przyjęto p. U. F. lat 44, żonę farmaceuty z objawami bardzo ciężkiej niedokrwistości złośliwej, w stanie zamroczenia i krańcowego wyniszczenia. Rodzina chorej podaje, że pacjentka przed miesiącem zaczęła się źle czuć, wystąpiło szybko ogólne, stale wzmacniające się osłabienie oraz szum w uszach. Prawie codziennie wymiotowała płynną treścią, bez smaku i innych cech szczególnych. Stolce miewała to wolne to zaparte, moczu oddawała mniej niż przed chorobą. Okazywała wielką senność, brak łaknienia, niechęć do jedzenia i duże pragnienie. Przed 2-ma laty i przed rokiem przechodziła rzekomo podobną chorobę. Pozatem miała być zawsze zdrowa. I-szy perjod w 16 r. życia, odtąd co 4 tygodnie po 4—5 dni, niebolesne, nieobfite; ostatni perjod przed 3 laty; dwa razy rodziła 1 poronienie.

Na 3 dni przed przybyciem na oddział badanie morfologiczne krwi chorej (Dr. Fruskowski) wykazywało m. in.

|                                      |               |
|--------------------------------------|---------------|
| Czerwonych ciałek krwi w 1 mm        | — 856.000     |
| Białych ciałek                       | „ „ „ — 2.800 |
| Hemoglobiny                          | 14%           |
| Wskaźnik barwny                      | — 0,8         |
| Wybitna poikilocytoza i anizocytoza. |               |
| Wzajemny stosunek b. c. k.:          |               |
| Eozynofil.                           | 1%            |
| Pałeczkowatych                       | 2%            |
| Segmentowanych                       | 41%           |
| Limfocytów                           | 56%           |

Stan obecny: Chora apatyczna, sprawia wrażenie bardzo ciężko chorej, nie interesuje się zupełnie otoczeniem. Na zadawane pytania i nie pytana powtarza: „odwieźcie mnie do Żytomierza“. Stolec i mocz oddaje pod siebie. Wzrostu średniego, budowy prawidłowej, o odżywianiu wybitnie podupadłem; prawie zupełny zanik gruczołów piersiowych. Skóra woskowo-żółta, sucha; na kończynach, w okolicy kostek, nieznaczne obrączki. Czerwień warg pod względem zabarwienia, niewiele się różni od otaczającej je skóry. Żrenice wąskie, równe, okrągłe, reagują na światło i zbieżność w sposób prawidłowy. Język wilgotny, drżący nieobłożony w części przedniej, bliżej wierzchołka wygładzony, brodawki nitkowate i grzybowate niewidoczne; brzegi języka gładkie. (Obraz charakterystyczny dla t. zw. zaniku gładkiego śluzówki języka). Stan uzębienia zły brak wielu zębów, reszta przeważnie zajęta procesem próchnicy. Gruczoły chłonne niewyczuwalne. Gruczoł tarczowy niepowiększony. T. 38° C. Z odchyień od normy w zakresie narządów klatki piersiowej, jamy brzusznej i układu naczyniowego stwierdza się: żywe obustronne tętnienie naczyniowe, w obu szczytach przytłumienie z nieznacznym osłabieniem szmeru oddechowego pęcherzykowego. U wierzchołka serca krótki szmer skurczowy.

Tętno 140 na min. miarowe, słabo wypełnione i napięte. Brzuch zapadnięty. Wątroba wystaje o 1,5 palca z pod łuku żebrowego, podczas obmacywania bolesna. Prawa nerka wyczuwalna, podczas palpacji przesuwana się łatwo, wrażliwa na ucisk. Osłabienie odruchów kolanowych.

W moczu wyraźnie wzmożenie urobilinogenu i urobiliny.

Wobec bardzo ciężkiego stanu ogólnego, próbowano początkowo energicznej terapii arsenowej tudzież naserkowej, atoli bezskutecznie, gdyż chora żadnych leków nie znosiła. Dopiero z chwilą zastosowania Panhepanu Krpińskiego (płynny wyciąg z wątroby zwierzęcej) w dawkach po 2 łyżki 3 razy dziennie, chora z każdym niemal dniem zaczęła przychodzić do siebie. Zaczęła się jakby interesować otoczeniem, stawała się

silniejsza i żwawsza, temp. wykazywała stan podgorączkowy, tętno lepiej wypełnione i napięte, nieco wolniejsze, zabarwienie skóry powoli traci żółtawy odcień. Liczba czerwonych ciałek krwi wzrosła już po kilku dniach do 1.045.000 a% hemoglobiny do 37% (przedtem 12%).

Dnia 8.VIII 1930 r. chora opuściła łóżko a dnia 19.VIII to jest ledwie po 6 tygodniach leczenia liczba krwinek wynosiła już 3.730.000 a% hemoglobiny 90%.

Dnia 23.VIII 30 r. chrą można już było wypisać ze szpitala, przy czym zalecono jej jednakże dalszą kurację Panhepanową.

Ogółem pacjentka zażyła 14 flakonów Panhepanu.

*Dr. H. S.*

## Działalność Kas Chorych

### SPRAWOZDANIA ZA ROK 1929

#### **Powiatowa Kasa Chorych w Kielcach.**

Działalność Powiatowej Kasy Chorych w Kielcach w roku 1929 przedstawiają następujące cyfrowe dane:

W dniu 1 stycznia 1929 r. Powiatowa Kasa Chorych w Kielcach liczyła 13.909 ubezpieczonych i 18.627 członków rodzin. Do dnia 31 grudnia tegoż roku liczba ubezpieczonych nieznacznie zmalała do 13.479, zaś członków rodzin — do 17.380.

Przeciętna liczba roczna ubezpieczonych w Powiatowej Kasie Chorych w Kielcach wynosiła w roku sprawozdawczym 14.474, liczba zaś członków rodzin — 19.636.

Wysokość przypisu składek za rok 1929 wynosiła w Kieleckiej Kasie Chorych 15.158,23 zł. 60 gr., a wysokość inkasowanej kwoty ze składek — 1.513.807 zł. 64 gr.

Powiatowa Kasa Chorych w Kielcach mieści się w budynku własnym. Biura Kasy składają się z 8 pokoi i 2 poczekalni.

Kasa posiada 4 oddziały biurowe a mianowicie: w Białogonie, Chęcinach, Suchedniowie i Zagnańsku.

W Suchedniowie oddział Kasy mieści się we własnym budynku, gdzie na biura przeznaczone są dwie ubikacje.

W Białogonie, Chęcinach i Zagnańsku oddziały są umieszczone w budynkach odnajętych.

Powiatowa Kasa Chorych w Kielcach zatrudniała w roku sprawozdawczym 31 urzędników, 3 inkasentów, 1 kontrolera chorych i 1 kontrolera pracodawców.

Kasa posiada w centrali 2 ambulatorja: jedno w budynku własnym, drugie — w odnajętym.

W budynku własnym Kasy jest 9 gabinetów i 3 duże poczekalnie, w budynku odnajętym — 3 gabinety i 2 poczekalnie. W tym ostatnim budynku mieści się przychodnia przeciwgruźlicza; ambulatorjum we własnym budynku ma charakter polikliniczny i ogólny, bowiem chorzy przyj-

mowani w niem również przez specjalistów: neurologa, dwu okulistów, dwu chirurgów, czterech ginekologów, dwu wenerologów i jednego laryngologa.

Leczenie odbywa się przez lekarzy miejscowych.

Powiatowa Kasa Chorych w Kielcach posiadała w roku sprawozdawczym 5 oddziałów ambulatoryjnych, a mianowicie: w Białogonie, Chęcinach, Daleszycach, Suchedniowie i Zagnańsku.

W Suchedniowie Oddział posiada jedną poczekalnię i dwa gabinety, w innych miejscowościach Oddziały mają po jednym gabinecie i jednej poczekalni.

Lekarze tych Oddziałów mieszkają w Białogonie, Chęcinach, Suchedniowie i Zagnańsku.

Kasa posiada pozatem jeden punkt felczerski, istniejący w Strawczynie.

W roku sprawozdawczym Kasa zatrudniała ogółem 27 lekarzy następujących specjalności: 1 neurologa, 2 chirurgów, 4 ginekologów, 2 okulistów, 1 laryngologa, 2 wenerologów i 15 internistów, z tego 22 lekarzy pracowało w centrali, a 5 — w Oddziałach.

Pozatem Kasa zatrudniała 7 lekarzy-dentystów, 3 felczerów, 5 pielęgniarek, w tem 2 higienistki, oraz 32 zakontraktowane akuszerki.

Kasa posiada własną aptekę, która znajduje się w lokalu ambulatorjum i składa się z 3 pokoi. Apteka ta posiada własne podręczne laboratorjum farmaceutyczne. W aptece Kasa zatrudniała 7 sił farmaceutycznych, t.j. kierownika i 6 pomocników.

W roku sprawozdawczym koszt 1 recepty wynosił z apteki własnej 2 zł. 19 gr., a z apteki publicznej—4 zł. 45 gr., koszt zaś jednego lekarstwa—z apteki własnej—1 zł. 27 gr., a z apteki publicznej—2 zł. 39 gr. Przy aptece Kasa prowadzi materjalnię (jeden pokój). Materjalnia ta jest pod zarządem kierownika apteki.

Działalność lecznicza Kasy przedstawiała się w roku sprawozdawczym następująco: Kasa miała godzin ordynacyjnych (licząc 300 dni). 600 neurologicznych, 850 chirurgicznych, 1.500 ginekologicznych, 600 okulistycznych, 65 laryngologicznych, 1.200 wenerologicznych, 6.900 internistycznych i pediatrycznych, 5.700 dentystycznych — w centrali, oraz 3.000 ogólnych w Oddziałach.

O pomoc lekarską zgłosiło się do Kasy w roku sprawozdawczym: członków Kasy 8.232, rodzin—13.244.

Członkom Kasy w roku sprawozdawczym udzielono porad:

|                 | ambulatoryjnych | domowych |
|-----------------|-----------------|----------|
| u internistów — | 45.587          | 6.972    |
| u ginekologów — | 1.989           | 423      |
| u wenerologów — | 11.941          | 102      |
| u laryngologa — | 2.118           | 79       |
| u chirurgów —   | 7.103           | 159      |
| u okulistów —   | 2.020           | 12       |
| u dentystów —   | 18.887          | 27       |
| u neurologa —   | 490             | 57       |
| u felczerów —   | 42.483          | 1.018    |

Członkom rodzin w tymże okresie udzielono porad:

|                 | ambulatoryjnych | domowych |
|-----------------|-----------------|----------|
| u internistów — | 41.720          | 9.814    |
| u ginekologów — | 7.642           | 708      |
| u wenerologów — | 4.965           | 33       |
| u laryngologa — | 1.450           | 69       |

|               |        |     |
|---------------|--------|-----|
| u okulistów — | 4.652  | 24  |
| u dentystów — | 13103  | 12  |
| u neurologa — | 208    | 49  |
| u felczerów — | 33,063 | 819 |

Koszt jednej porady lekarskiej wynosił w roku sprawozdawczym 1 zł. 75 gr. Ogół wydatków na jednego członka w stosunku rocznym wyniósł 94 zł. 67 gr.

W roku 1929 zanotowano u członkiń Kasy 67 porodów i 84 poronienia, a u członkiń rodzin — 1.046 porodów i 224 poronienia.

Wypadków śmierci w tym okresie było wśród członków Kasy — 105, a wśród członków rodzin — 443.

Kasa posiada dwa gabinety dentystryczne w centrali, oraz jeden — w oddziale w Suchedniowie. Kasa zatrudniała ogółem w dziale lecznictwa dentystrycznego 6 lekarzy-dentystów. Godzin ordynacyjnych w dziale tym było w roku sprawozdawczym 20.800. Po pomoc dentystryczną w tym okresie zgłosiło się do Kasy 6.167 członków Kasy i 4.619 członków rodzin. Plomb założono w tym czasie 3.263.

Niezdolnych do pracy było w roku 1929 — 2.759, zwolnionych na 71.966 dni.

Do leczenia szpitalnego przesłano w tym okresie 620 członków Kasy i 961 członków rodzin.

Celem rozpoznania choroby wysłano 120 osób, celem leczenia specjalistycznego — 240 osób.

Do sanatorium dla chorych na gruźlicę Kasa wysłała w roku spr-

wozdawczym 16 członków Kasy i 3 członków rodzin. Ilość dni pobytu w sanatorium członków Kasy wyniosła 896, członków rodzin — 196 dni. Przeciętnie jeden członek Kasy bawił w sanatorium 56 dni, zaś członek rodziny — 66 dni.

Do innych zakładów leczniczych Kasa wysłała w tymże okresie 62 osoby, w tem 40 ubezpieczonych. Przeciętna ilość dni zarówno ubezpieczonych, jak i członków rodzin, wynosiła w tych zakładach 40.

Na kolonie letnie Kasa wysłała w 1929 r. 61 dzieci. Przeciętnie jedno dziecko bawiło na kolonjach 45 dni. Pobyt na kolonji dał bardzo dodatnie wyniki. Przyrost wagi wynosił 2 kg, Koszt utrzymania jednej osoby na kolonji letniej wynosił 5 zł. 50 gr. dziennie.

W siedzibie Kasy istnieją:

Poradnia przeciwgruźlicza, prowadzona i zorganizowana wspólnie z Towarzystwem Przeciwgruźliczem.

Stacja Opieki nad matką i dzieckiem oraz żłobek dla dzieci przy fabryce „Ludwików“. Połowę kosztów poradni pokrywa Kasa.

Stację Opieki nad matką i dzieckiem — Kasa subsyduje kwotą 100 zł. miesięcznie.

W okresie sprawozdawczym Naczelny Lekarz Kasy, dr. Piltz, zgłosił bezinteresownie 12 odczytów higienicznych.

Na terenie działalności Kasy istnieją 3 szpitale.

## Działalność Kasy Chorych M. Warszawy w 1929 roku

Ukazało się w drukur sprawozdanie Kasy Chorych m. Warszawy z działalności w 1929 r. Zawiera ono wyczerpujące dane, dotyczące pracy tej instytucji.

Działalność Kasy Chorych m. Warszawy w 1929 roku zaznacza się dalszym wydatnym rozwojem, który uwidacznia się nie tylko w zewnętrznym powiększeniu agend Kasy, polegającym na pomnażaniu zakładów leczniczych, ale sięga w głąb podstaw organizacyjnych, które ulegają stopniowej reorganizacji i doskonaleniu.

W roku sprawozdawczym Kasa Chorych m. Warszawy oddała do użytku ubezpieczonych nowe, we własnym gmachu urządzone Wielkie Ambulatorjum przy ul. Wolskiej 52, przeznaczone dla dzielnicy Wolskiej, stanowiące właściwie szereg poliklinik i zakładów leczniczych.

Otwarcie wielkiego ambulatorjum dzielnicowego przy ul. Wolskiej 52 zostało dokonane przez Komisarza Kasy, K. Rożnowskiego, dn. 4 lipca 1929 r., w obecności przedstawicieli władz rządowych, samorządowych, prasy, instytucji społecznych, związków zawodowych i licznie zgromadzonych ubezpieczonych.

Doświadczenie wykazało, że Ambulatorjum to, wyposażone we wszelkie najnowsze urządzenia, oddaje nieocenione usługi ubezpieczonym, którzy chętnie przejeżdżają tam nawet z innych dzielnic, zachęceni

udogodnieniami, jakie zastosowano w nowym gmachu, wybudowanym specjalnie na Ambulatorjum, celowo urządzonym i rozplanowanym.

Prowadzona jednocześnie budowa drugiego wielkiego Ambulatorjum, przy ul. Jagiellońskiej 34, dla dzielnicy Praskiej, nie pozwoliła na dokonanie większych inwestycji, tem niemniej przeniesiono dwie apteki do odpowiednich lokali i urzędowo trzecią, nową, w Alejach Jerozolimskich 20, oraz przeniesiono Ambulatorjum Oddziału II na Solcu do nowego lokalu, specjalnie przystosowanego do tego celu.

W początkach roku przeniesiono również biura Zarządu i Centrali Kasy, które mieściły się częściowo przy ul. Wiejskiej 16 i przy ul. Solca 93, do wynajętego lokalu przy ul. Polnej 30, dzięki czemu możliwe było przeprowadzenie reorganizacji tych biur, mającej na celu usprawnienie ich pracy.

Fakt ten posiada bardzo doniosłe znaczenie, gdyż z jednej strony Kasa zyskała na swe biuro odpowiednie pomieszczenia, z drugiej zaś strony interesanci Kasy poświęcają obecnie znacznie mniej czasu na załatwienie wszelkich spraw w Kasie Chorych.

Dokonane prace reorganizacyjne polegały na uproszczeniu i zmniejszeniu manipulacji biurowych, które obecnie przeprowadzane są bez żadnego udziału ze strony ubezpieczonych.



nych, oraz na ułatwieniu chorym dostępu do lekarza.

W roku sprawozdawczym Kasa Chorych posiada ogółem: 16 przychodni ogólnych, 14 przychodni dentystycznych, 2 zamiejskie, 40 fabrycznych, 11 zakładów specjalistycznych i 9 aptek.

W roku sprawozdawczym nastąpiła również zmiana na stanowisku Naczelnego Lekarza Kasy Chorych m. Warszawy, a mianowicie z dn. 31 sierpnia 1929 r. ustąpił dr. Czesław Wroczyński, a Naczelnym Lekarzem Kasy Chorych został z końcem października dr. Józef Bakun.

Jako pierwsze i najgłówniejsze zadanie — nowy Naczelnny Lekarz postawił sprawę reorganizacji Działu Lekarskiego, przez:

- a) skoncentrowanie administracji lekarskiej w rękach lekarzy,
- b) zorganizowanie Referatu Propagandy,
- c) wprowadzenie w życie stałych Komisyj Lekarskich.

W tym celu zaangażowano dwóch inspektorów lekarskich, zadaniem których było nie tylko przeprowadzenie inspekcji przychodni i zakładów leczniczych Kasy Chorych, ale i opracowanie projektów reorganizacyjnych udzielania pomocy ubezpieczonym, tak pod względem uproszczeń techniki, jak i leczniczym.

Uruchomiony Referat Propagandowy przystąpił do pracy przez zorganizowanie odczytów popularnych z zakresu nie tylko chorób, występujących masowo, ale również były

uwzględnione tematy z zakresu ubezpieczeń społecznych. Przy tymże referacie stworzona została Sekcja Kolonij Letnich.

Zwiększająca się ilość zwolnień od pracy ubezpieczonych zmusiła Zarząd Kasy do rozciągnięcia należytej kontroli nad udzielaniem niezdolności do pracy i racjonalnem kwalifikowaniem ich. W tym celu uruchomiono dwie stałe Komisje, przy ul. Wolskiej i Zielnej.

Jedną z pierwszych prac, podjętych przez Komisarza K. Rożnowskiego bezpośrednio po objęciu kierownictwa Kasy, było doprowadzenie do końca przewlekłych pertraktacyj z lekarzami o nową umowę, której brak w sposób dotkliwy odczuwała zarówno Kasa, jak i ubezpieczeni.

W wyniku wszczętej przez Komisarza akcji, już dnia 28 czerwca 1929 r., Zarządem Kas Chorych m. Warszawy, w osobie jej Komisarza — p. K. Rożnowskiego, a Zrzeszeniem Lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy, w osobach Doktorów: Stefańskiego Wacława, Klimaszewskiego Władysława i Jaworskiego Czesława, została zawarta nowa, umowa regulująca warunki pracy i płacy lekarzy i ich stosunek do Kasy.

Nadto, na zasadzie statutu powołana została do życia Rada Lekarska, jako organ doradczo - opiniodawczy w zakresie organizacji lecznictwa, do której weszli wybitni lekarze warszawscy co zapewnia opinjom Rady Lekarskiej odpowiedni autorytet.

Dalszy rozwój Kasy Chorych m. Warszawy charakteryzuje poniższe cyfry:

Liczba ogólna uprawnionych do świadczeń wzrosła do 499.045, w tej liczbie ubezpieczonych — 263,645 i członków rodzin około 235,400.

Składki członkowskie przyniosły sumą zł. 50.854,944 70.

Na świadczenia wydatkowano sumę zł. 43.660.798,92, w tem na zasiłki pieniężne — zł. 13.707.985,34, na leczenie w szpitalach, zakładach i ambulatorjach — zł. 10.997.489,21, na środki lecznicze i opatrunkowe — złotych 7.420.843 21.

W związku z przyrostem liczby uprawnionych do świadczeń, wzrosła również wydatnie frekwencja chorych, a mianowicie:

W przychodniach ogólnych Kasy na mieście w domu chorego lekarze Kasy udzielili ogółem 3.674.673 porady, w tej liczbie w przychodniach — 3.158.434 porady, na co lekarze poświęcili 471.184 godzin pracy; lekarze rejonowi udzielili — 493.019 porad, lekarze ambulatoryjni specjaliści — 20.120 porad, w przychodniach fabrycznych — 175.584, w przychodniach dentystycznych udzielono 593.443 porady, w Insty-

tucie chirurgiczno - stomatologicznym — 17.398 porad w zakładach przyrodoleczniczych 27.194 osobom wykonano 372.755 zabiegów, w zakładach rentgenowskich wykonano zabiegów rozpoznawczych — 25.601 i leczniczych — 44.096, w laboratorium chemiczno - bakterjologicznym wykonano analiz — 129.932.

Pogotowie Kasy udzieliło — 45.487 porad.

Apteki Kasy wyrobiły — 5.329.643 recepty.

Przekazów do szpitali ogólnych wydano — 27.650, przekazów do zakładów położniczych wydano — 5.338, przekazów do akuserek wydano — 7.791, zastrzyków wykonano 371.907, masaży wykonano — 36.476, opatrunków wykonano — 26.889, innych zabiegów wykonano — 67.624, kąpeli solankowych wydano — 32.658, okularów wydano — 20.311, nie mówiąc o innych środkach pomocniczych.

Przytoczone powyżej cyfry mówią wiele zarówno o zakresie, jak i o rozmiarach działalności leczniczej Kasy Chorych m. Warszawy, której rozwój ma na celu, stale i wyłącznie, dobro ubezpieczonych.

---

*Szanownym Kolegom i Czytelnikom, Zarząd Główny  
i Redakcja Składają serdeczne życzenia z okazji Świąt  
i Nowego Roku!*

---

## K r o n i k a.

### Udział Polski w Międzynarodowym Kongresie Medycyny Pracy.

W początkach roku przyszłego odbędzie się w Genewie VI międzynarodowy Kongres medycyny wypadkowej i medycyny pracy.

Program obrad Kongresu przewiduje szereg referatów na zasadnicze tematy z zakresu medycyny wypadkowej i medycyny pracy. Poza referatami głównymi, wygłoszone będą w czasie Kongresu 10-minutowe komunikaty z całego zakresu obu tematów.

Obrady prowadzone będą w językach: francuskim, angielskim, włoskim i niemieckim.

Dla przygotowania udziału w kongresie grupy polskiej utworzył się komitet organizacyjny, w skład którego weszli m. in. Komisarz Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce, b. Minister Zdrowia, dr. Chodźko, prof. Grzywo-Dąbrowski, oraz szereg wybitnych przedstawicieli świata naukowego.

### Uformowanie stosunków w świecie lekarskim.

Naczelna Izba Lekarska kończy obecnie prace nad kodeksem deontologicznym, projektem nowelizacji Ustawy o Izbach Lekarskich i praktyce lekarskiej, oraz nad regulaminem wewnętrznym.

Dla przyspieszenia tempa pracy, z projektami temi zaznajomione zostały poszczególne terytorjalne Izby Lekarskie, celem wypowiedzenia się w zasadniczych punktach projektów. Po przyjęciu projektów przez Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej, zostaną one rozesłane Izbom, dla ostatecznego przyjęcia.

Prace powyższe mają na celu zasadnicze unormowanie stosunków w świecie lekarskim, oczekiwane już oddawna przez sfery zainteresowane.

### Zwalczanie nielegalnego lecznictwa.

Podług posiadanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych informacji, coraz

częściej zdarzają się wypadki wykonywania praktyki lekarskiej przez osoby, nieposiadające do tego uprawnień.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, uznając za wskazane podjęcie energicznej walki z tym niepożądanym objawem, zwróciło się z pismem okólnem do wojewodów i do Komisarza Rządu m. st. Warszawy o zarządzenie, aby sprawy karno-administracyjne, wynikające na tle przekroczeń przepisów omawianej Ustawy, załatwiane były możliwie szybko, wymierzane zaś kary odpowiadały względem celowości.

O ile więc stwierdzone będzie, że wymierzone kary grzywny nie powstrzymują skazanych od wykonywania praktyki lekarskiej, należy wykorzystać w całej pełni sankcje karne.

### Organizacja drogowego pogotowia sanitarnego P. C. K.

Polski Czerwony Krzyż rozpoczął już akcję organizowania drogowego pogotowia sanitarnego, mającego nieść pomoc na wypadek katastrof samochodowych.

Akcja ta została zapoczątkowana przez Okręg Lubelski P. C. K., który postanowił już w najbliższym czasie pokryć cały teren dróg bitych w dziesięciu południowych powiatach województwa lubelskiego siecią punktów sanitarnych.

Narazie, na punktach tych ustawione będą wzdłuż dróg tablice orientacyjno-informacyjne, na których umieszczony będzie adres najbliższego lekarza, komisariatu policji, najbliższej stacji kolejowej i t. d.

Pozatem Zarząd Główny P. C. K. zakupuje już w najbliższym czasie samochód sanitarny, który nieść będzie pomoc w razie poważniejszych katastrof samochodowych na szosach.

### Działalność Ligi Narodów w dziedzinie higieny społecznej

W roku bieżącym mija 10 lat od chwili, gdy Liga Narodów rozpoczęła swoją działalność na polu higieny społecznej.

Bezpośrednim powodem do jej podjęcia była obawa przed zawleczeniem z Rosji do

Europy chorób zakaźnych, zwłaszcza tyfusu, przez napływające stamtąd rzesze uciekinierów i reemigrantów.

Liga wyznaczyła specjalną Komisję, przez którą jednak, już w toku tej akcji, stanęło nowe zadanie. Oto, po ukończeniu wojny grecko-tureckiej, zaczęły powracać miliony Greków z zarażonej tyfusem i cholera Azji Mniejszej.

Z obu tych zadań wywiązała się Komisja znakomicie, tak, iż w roku 1924 ustanowiona została już stała Sekcja Higieny, mająca podobnie jak i inne Sekcje Ligi Narodów, do pomocy organ gospodarczy, oraz Komitet Higieniczny.

Zatem o działalności higienicznej Ligi postanawia Komitet, złożony z wybitnych przedstawicieli nauki, wykonuje zaś Liga, za pośrednictwem swej Sekcji, której dyrektorem jest Polka — dr. Rajchman.

Ciałem doradczym jest, istniejący jeszcze przed wojną Międzynarodowy Urząd Zdrowia w Paryżu. Urząd ten powstał w roku 1908, zrazu jako międzynarodowe biuro informacyjne dla spraw higieny, gdy mu się jednak udało doprowadzić do pierwszej międzynarodowej umowy sanitarnej z r. 1912, działalność jego uległa znacznemu rozszerzeniu. Dzisiaj jest ta instytucja do pewnego stopnia zbyteczna, jej bowiem funkcje przyjęła Liga Narodów.

Sekcja Higieny wydaje biuletyn informacyjny o stanie chorób zakaźnych na całym świecie. Dla walki z epidemjami ma to doniosłe znaczenie. Podstawą bowiem wszelkiej akcji musi być dokładna znajomość faktów. Tu jednak natrafiła Sekcja na trudności w zdobyciu odpowiednich informacji, zwłaszcza z odwiecznych ognisk tyfusu, cholery i innych chorób zaraźliwych mianowicie z krajów Dalekiego Wschodu. Zwolano więc oddzielną dla tych terytoriów konferencję, w wyniku której utworzono jakgdyby filję Sekcji, mianowicie biuro w Singapoore, z własnym ciałem doradczym, złożonym z reprezentantów tych azjatyckich i australijskich krajów.

Na wzór biura w Singapoore, założono jeszcze jedno, dla zachodniej Afryki, z siedzibą, narazie w Algierze.

Trzecie z kolei podane biuro planowane jest dla Ameryki Południowej.

Pozatem Sekcja Higieny oraz jej filje prowadzą statystykę medyczną, ostatnio np. rozpoczęło intensywną pracę nad statystyką przyczyn śmierci, śmiertelności niemowląt, wszystko, oczywiście, w skali światowej.

Bada ona również choroby społeczne, jak gruźlicę, choroby weneryczne, oraz alkoholizm, dalej malarję, raka, przyczem dla każdej z tych chorób powołano osobne Komisje, z których najbardziej znaną jest Komisja do walki z opium, jako jedniem ze źródeł fatalnego stanu zdrowia ludów azjatyckich.

Sekcja prowadzi intensywną akcję za organizowaniem studjów z zakresu higieny, nauczania higieny w szkołach i na uniwersytetach. Dla tego celu zwolano, z okazji uruchomienia Instytutu Higieny w Warszawie, tamże międzynarodową konferencję, która opracowała program nauczania w tej nowoczesnej dziedzinie wiedzy ludzkiej.

### Zarodki paraliżu dziecięcego żyją w wodzie

Według ostatnich dowodzeń kierownika szwedzkiego Państwowego Laboratorium Bakteryjologicznego, profesora Karola Klinga, bakcyle paraliżu dziecięcego (Heine Medine) pochodzą przeważnie z wody.

Profesor Karol Kling twierdzi, że doszedł do tego przekonania po wielu poczynionych doświadczeniach i uważa, że największa ilość zarodków tej strasznej choroby znajduje się właśnie w wodzie źródlanej.

Zdaniem jego teoria ta potwierdza się nagłym wybuchem epidemji paraliżu dziecięcego w zupełnie izolowanych częściach Szwecji, gdzie nie mogła być przeniesiona z dalszych okolic, zarażonych tą chorobą.

### Z Głównego Urzędu Miar.

Wszystkie termometry maksymalne lekarskie do mierzenia temperatury ciała ludzkiego są wyworowane według legalnej skali stu stopniowej, to jest Celsjusza. Natomiast spotyka się nieraz jeszcze termo-

metry kąpielowe według Réaumura, stosowanie których przy zabiegach wo oieczniczych nie jest niczem uzasadnione i opiera się tylko na przyzwyczajeniu.

Wobec tego, że w myśl rozporządzenia Ministra Przemysłu i Handlu z dniem 1 stycznia 1931 r. sprzedaż termometrów ze skalą Réaumura lub Fahrenheita będzie wzbroniona, nastąpi stopniowo, z powodu wyłącznego nabywania termometrów Celsjusza, wycofanie z użycia termometrów ze skalą Réaumura.

Spółistnienie w tym okresie przejściowym dwóch różnych skal może wywoływać przykre, a nawet dla zdrowia szkodliwe nieporozumienia np. ordynowanie kąpeli w stopniach C i aplikowanie jej w tychże stopniach ale R, lub też naodwrot. Główny Urząd Miar zwraca się do pp. lekarzy o współdziałanie w eliminowaniu podziałki Réaumura przez ordynowanie temperatury kąpeli wyłącznie w stopniach Celsjusza. Współdziałanie takie przyczyni się w znacznym stopniu do szybkiego usunięcia niedogodności okresu przejściowego, a tem samem do ujednostajnienia termometrii medycznej. Stopień Celsjusza równy jest, jak wiadomo czterem piątym stopnia R, więc np. temperatura kąpeli 28° R wynosi w skali Celsjusza 35°.

### **Przepisy o urządzeniu ludowych zakładów kąpielowych.**

Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych rozesłał do województw okólnik, w którym określa niezbędne w ludowych zakładach kąpielowych urządzenia, oraz podstawowe wymagania sanitarno - techniczne, jakim powinny te uzdrowiska odpowiadać.

Okólnik zawiera m. in. przepisy w sprawie pomieszczenia zakładu kąpielowego, w sprawie urządzenia poczekalni, rozbieralni, parni kąpielowej, natrysków, wanien, kotłowni i. t. d.

Pozatem rozporządzenie zawiera szereg obowiązujących dla ludowych zakładów kąpielowych przepisów sanitarnych, o dezynfekcji, usuwaniu nieczystości, kanalizacji, zaopatrywaniu budynków w wodę i. t. p.

### **Z żałobnej karty.**

Dnia 23 października 1930 r. zginął tragiczną śmiercią b. prenumeratorem naszego pisma b. p.

**HERMAN MICHALSKI.**

Pokój jego duszy!

Ś. p. **JAN ZAMMEL**,  
długoletni członek Oddz. I C.Z.F.R.P.  
zmarł w listopadzie 1930 r.

Cześć Jego pamięci!

Zarząd Oddz. I C.Z.F.R.P.

### **Wydawnictwa nadesłane.**

Dr. Wiktor Proszowski: *Sprawozdanie z pierwszego sezonu zimowego w Truskawcu 1929/30.*

Za przykładem innych uzdrowisk poszedł Zarząd uzdrowiska Truskawiec i urządził w okresie od 1 grudnia 1929 do 1930 sezon zimowy dla kuracjuszy. Zdaje o tem sprawę, w osobnej broszurze lekarz zdrojowy Dr. Proszowski, kreśląc piórem fachowca korzyści i dodatnie wyniki leczenia w sezonie zimowym w Truskawcu.

**Czyż opłacił już prenumeratę „Przeglądu” za okres bieżący?**

# Referaty z czasopism.

(Warsz. Czas. Lek.).

GOORMAGHTIGH i A. AMERLINCK. **Wywoływanie doświadczalne choroby Réclus u myszy.** (Bull. du cancer R. XIX, № 7, 1930).

Badania lat ostatnich zwróciły uwagę na związek, istniejący między czynnością jajników i rozwojem sutków, na wpływ wywierany przez hormony jajnika na gruczoł piersiowy. Chcąc zbadać działanie follikuliny (nie jednego prawdopodobnie hormonu pęcherzykowego jajnika), stosowanej przez czas dłuższy autorzy wykonali doświadczenia na trzech serjach myszy, którym zastrzykiwano codziennie pod skórę grzbietu 6 jednostek follikuliny bezlipoidowej (niemieckiej lub holenderskiej) w ciągu 6 — 9 miesięcy. Do doświadczeń użyto: I) samice dojrzałe, których niedopuszczono do parzenia się, II) samice dojrzałe, lecz bez okresów płciowych (jajniki niedorozwinięte), III) samice wytrzebione.

W grupach II i III zmiany w sutkach sprowadzały się do równomiernego rozszerzenia się przewodów mlecznych (w grupie III także nieznacznego rozszerzenia niektórych pęcherzyków) i zaniku pęcherzyków, bądź częściowego (grupa III), bądź całkowitego (grupa II).

W grupie I następowało również rozszerzenie niektórych gron i przewodów mlecznych, lecz nierównomierne, z wytwarzaniem drobnych torbielek wypełnionych gęstym płynem kwasochłonnym. Jednocześnie w niektórych odcinkach nabłonek gruczołowy ulegał zanikowi, w innych natomiast rozplemowi w kierunku od światła, powodując jego zwężenie lub całkowite zamknięcie. Torbiełki otoczone były tkanką łączną włóknistą. Tkanka tłuszczowa w otoczeniu ulegała zmianom wstecznym. Opisanie zmiany były zawsze ogniskowe i ściśle ograniczone. Dookoła ognisk skupiały się nacieki drobnokomórkowe. Rzadziej spotykało się postaci rozlane, w których przeważały rozrost gruczołów oraz rozplem nabłonka gruczołowego bez rozszerzenia światła.

Zmiany w gruczole piersiowym u myszy, powstałe pod wpływem zastrzyknięć follikuliny, mają być podobne do zmian w chorobie Réclus w gruczole mlecznym kobicym. Analizując je, autorzy przychodzą do wniosków następujących:

I. Zmiany w gruczołach mlecznych myszy, rozwijające się w następstwie codziennych zastrzykiwań follikuliny bezlipoidowej, stosowanych przez 6 — 9 miesięcy, odpowiadają obrazom, spostrzeganym w chorobie Réclus.

II. Follikulina wzmacnia wydzielanie płynu białkowego, charakterystyczne dla pierwszego okresu choroby. Pobudzony w swem działaniu okresowy hormon rzekomego ciała żółtego wywołuje w gr. mlecznych bardziej długotrwałe sprawy rozrostowe, niż u zwierząt kontrolnych. Objawy zaniku są najprawdopodobniej, następstwem długotrwałego działania follikuliny.

III. Choroby Réclus nie można wywołać ani u myszy wytrzebionych, ani u zwierząt z jajnikami niedorozwiniętymi, nie przechodzących zmian okresowych, a więc nie posiadających ciała żółtego rzekomego.

IV. Choroba Réclus zależy od wspólnego działania dwu hormonów jajnika; są one wytwarzane w nadmiarze wskutek nieprawidłowego okresu jajnikowego, w którym przedłuża się czas trwania ciała żółtego.

S. Półtorzycka.

P. OSHIMA i F. SIEBERT. **Przewlekłe doświadczalne zatrucie miedzią.** (Zieglers Beiträge zur pathol. Anat. T. 84, z. 1, 1930).

Celem doświadczenia było wywołanie marskości i zmian barwników w wątrobie. Autorowie podawali doustnie 9 królikom po 300 mg. octanu miedzi i 3 po tyleż octanu cynku p. d. Doświadczenie trwało około 8 m.

W komórkach wątrobowych znaleziono obficie nagromadzony barwnik. Jednak rodzaju barwnika bliżej określić nie udało się (nie była to hemofuscyna, nie rozpuszczała się bowiem w zasadach i nie bar-

wiła wybiórczo fuksyną). Martwicy komórek wątrobowych nie spostrzegano. Nie udało się również autorom wywołać marskości wątroby, której powstanie zdaniem autorów, zależy nie tylko od działania miedzi (lub cynku), lecz od jakiegoś bliżej dotychczas nieznanego czynnika.

K. Chodkowski.

**OTTO. Uwagi w sprawie czynnego szczepienia błonicy.** (D. m. W. 27. 1930).

Doświadczenia z czynnem uodpornieniem przeciw błonicy wykazują nieszkodliwość tego zabiegu. Jednak nie można wysuwać dalekoidących wniosków z powodu małej liczby dokonanych szczepień.

Znaczne zmniejszenie się liczby przypadków błonicy w szkołach w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i Kanadzie oraz spadek liczby chorych spostrzegano dopiero od czasu poddania szczepieniom 83%—85% dzieci. Jednak i tam nie zostały poddane szczepieniu dzieci w wieku przedszkolnym.

Dla ścisłej kontroli konieczne jest przeprowadzenie kontroli w zakładach zamkniętych. Badania ustaliły, iż z wiekiem liczba zachorowań na błonicę zmniejsza się znacznie, zaś we krwi zjawiają się przeciwciała w większej ilości, nawet u ludzi, którzy nigdy nie chorowali na błonicę. Powstawanie przeciw ciał jest rzeczą swoistą, czego dowodzi ich wysokie miano we krwi nosicieli zarazków jak również i u personelu szpitalnego.

Z licznych statystyk wynika, iż w tych krajach, gdzie panuje błonica, przeciwciała zjawiają się we krwi w 16 r. życia, natomiast stwierdzono brak lub ich b. małe miano w Grenlandji, wolnej od błonicy.

W Ameryce powszechnie jest stosowana metoda szczepienia zapomocą T.R. W praktyce b. rzadko wystarczy jednorazowe szczepienie.

Zdaniem autora, czynnościowe uodpornienie przeciw błonicy, jest potężnym środkiem dla zmniejszenia liczby zakażeń i wynikającego stąd ryzyka choroby. Błędem byłoby przerwać wszczęte w tej dziedzinie doświadczenie. Sprawa ta wymaga jaknajprędszego rozwiązania dla dobra dzieci. Już

dziś można polecić szczepienia, w razie konieczności u dzieci z dodatnim odczynem Schicka.

St. Luxemburg.

**Ellsabeth JRBÄNITZKY, W sprawie zapobiegania błonicy w zakładach zamkniętych zapomocą wcierania maści podług Loewensteina** (D. m. W. N. 32 1930).

Wszelkie metody zapobiegawcze winny być: 1) absolutnie nieszkodliwe, 2) łatwe do przeprowadzenia i 3) skuteczne.

Autorka, wychodząc z tego założenia, jak również doceniając znaczenie skóry w wytwarzaniu odporności, zastosowała, celem uodpornienia dzieci, maść w/g wskazań Loewensteina.

Technika zabiegu polega na wcieraniu w uprzednio oczyszczoną wodą, mydłem i eterem skórę, 1 cm<sup>3</sup> maści przy pierwszym wcieraniu, 2 cm<sup>3</sup> — na drugim i 3 cm<sup>3</sup> — na trzecim posiedzeniu. Wcieranie dokonywano co 2 miesiące.

Żadnych objawów szkodliwych nie zauważono. Największe nasilenie odporności otrzymano w 4—6 miesiącu. Odczyn Schicka stał się ujemny u osesków i dzieci w wieku 1 — 2 roku życia w 100%, u dzieci starszych i dorosłych w 87,5—63,4%. Wcieranie maści jest uodpornieniem czynnem, trwającym około 1 roku i najbardziej nadającym się do stosowania na szeroką skalę.

St. Luxemburg.

**F. MANDL. W sprawie leczenia wrzodu dwunastnicy za pomoca jego wycięcia.** (Wien. kl. Woch. № 31-1930).

Na zasadzie analizy materiału operacyjnego, odnoszącego się do wrzodu dwunastnicy, dochodzi autor do następujących wniosków:

Również ważnem, jak wskazanie do zabiegu chirurgicznego jako takiego, jest wskazanie do zabiegu na żołądku podczas laparatomji.

Bez wyraźnego wrzodu nie należy wykonywać żadnego zabiegu, również i wycięcia żołądka.

Wycięcie (rezekcja) wrzodu dwunastnicy jest dzisiaj najlepszą metodą, gdyż wraz z usunięciem wrzodu zapobiega ono krwa-

wieniu i przedziurawieniu. Nie zapobiega ono jednak z całkowitą pewnością wystąpieniu wrzodu trawiennego jelit czczych.

Zgodnie z teoretycznymi podstawami fizjologii i chemii żołądka okazuje się celowym usuwanie jamy oddźwiernikowej i oddźwiernika przy każdym wycianiu wrzodu.

Wycięcie żołądka wraz z wyłączeniem wrzodu (operacja Finsterera) wprawdzie przyspiesza gojenie się wrzodu dwunastnicy, ale nie daje całkowitej pewności wyleczenia. Operacja ta nie chroni przed późniejszym krwawieniem, ani też przed wystąpieniem wrzodu trawiennego jelita czczego. Ustępuje ona wycięciu wrzodu dwunastnicy, a nie można jeszcze twierdzić, czy należy ją przekładać nad zespolenie żołądkowo — jelitowe.

Henryk J. Landau.

**F. HOFFSCHULTE. Leczenie odmą gruźlików rozedmowych.** (Wien. klin. Woch. № 34/1930).

W jednym przypadku obustronnej gruźlicy płuc (po jednej stronie włóknistej, po drugiej rozpadowej) z rozedmą wyrównawczą próba założenia odmy sztucznej doprowadziła do powstania odmy podskórnej tak silnego stopnia, że cierpienia chorego trzeba było łagodzić ciagliem zastrzyknięciami pantoponu. Dopiero po upływie 4 tygodni otwór w tkance płucnej się zamknął, i odma podskórna stopniowo się cofnęła, ale próba nałożenia odmy została okupiona morfinizmem. Odma była robiona w tym przypadku tępą igłą Denckego z bocznym otworem, i być może, gdyby użyto ostrej igły Sangmana, otwór w tkance płucnej byłby mniejszy i prędzejby się zasklepił.

W drugim przypadku marskiej gruźlicy całego lewego płuca z licznymi jamami i licznymi ognisk w prawym szczyście i prawym dolnym płacie, przyszło do pęknięcia pęcherza rozedmowego, wskutek czego powstała samoistna odma wentylowa, powodująca objawy duszenia się chorego. Próby wyssania powietrza za pomocą odpowiednio zestawionego aparatu do odmy nie powiodły się. Dopiero wstawienie trój-

grańca, który umocowano nastale przyklep-  
cem, doprowadziło do wyrównania ciśnienia  
wewnętrzznego i zewnętrznego i do ustąpienia  
groźnych objawów. Zamknięcie się wentyla  
płucnego nastąpiło po 28 godzinach.

Na zasadzie doświadczenia z temi przypadkami przestrzega autor przed zakładaniem odmy u gruźlików z wyrównawczą rozedmą.

Henryk J. Landau.

**REICHE i REYE. W sprawie stosowania ilości przeciwciał w błonicy.** (D. m. W. Nr. 28. 1930).

Spostrzeżenia ze szpitala w Hamburgu — Barmbeck dotyczą zmniejszenia się śmiertelności z błonicy wśród dorosłych i dojścia do wyleczenia przypadków błonicy z objawami skazy krwotocznej wskutek stosowania dużych dawek surowicy uodparniającej Behringa. Tymczasem w drugim szpitalu w Hamburgu przebieg przypadków błonicy był podobny, pomimo stosowania znacznie mniejszych ilości surowicy uodparniającej. Ciekawe to spostrzeżenie rzuca nowe światło na leczenie błonicy. Dla rokowania kolosalne znaczenie ma jaknajwcześniejsze stosowanie surowicy uodparniającej.

Wanda Franzówna.

**SCHOTTMÜLLER. O znaczeniu zapobiegawczego szczepienia przeciw szkarlatynie.** (D. m. W. Nr. 28. 1930).

Autor opisuje przebieg endemji szkarlatyny w szpitalu dziecięcym w Hamburgu, która zahamowana została po przeprowadzeniu uodpornienia biernego i czynnego. Dzieciom zdrowym wstrzyknięto 10 cm. surowicy paciorkowcowej odpornościowej Behringa i jednocześnie 1 cm. toksyny Gabryczewskiego. II-e wstrzyknięcie toksyny wykonano dopiero 14 dnia zamiast 8 z powodu trudności technicznych. 4 i 5 wstrzyknięcia nie uskuteczniiono. Po 1-szem wstrzyknięciu surowicy zachorowało dwoje dzieci nieszczepionych, które jakoby błonicy nie przechodzili, a w 18 dni od dokonania szczepienia zachorowało dwoje dzieci pomimo jednorazowego otrzymania suro-



wicy. Więcej przypadków płonicy nie zanotowano. Odczyn Dicka przed szczepieniem był dodatni w 70%, po III-iejm wstrzyknięciu toksyny w 8 dni był dodatni tylko w 36%. Zahamowanie endemji należy odnieść do szczepienia ochronnego i szusznem byloby wprowadzenie tego szczepienia drogą ustawy. Zapobiegawczo szczepienie ma znaczenie nietylko w płonicy, ale we wszelkich stanach chorobowych gdzie istnieje możliwość zakażenia paciorkowcem

hemolizującym. Uodpornienie bierne lub czynne chroni przed zachorowaniem. Szczepienie surowicą wysokowartościową na początku choroby może znacznie zmniejszyć okres toksyczny, ale na powikłania nie ma już wpływu. Rezultaty szczepień surowicą paciorkowczą przemawiają za wywoływaniem płonicy przez paciorkowce homolizujące.

Wanda Franzówna.

## Nowy środek do miejscowego znieczulania Perkaina „Ciba“

Potrzeba środka do miejscowego znieczulania, pozbawionego wad alkaloidów i ich pochodnych, używanych do tego celu już oddawna była odczuwana przez chirurgów, a zwłaszcza otolaryngologów.

Jadowność, krótkotrwałe działanie, spowodowanie nawyknięcia wzgl. powstawanie narkomanji wzbudziły zainteresowanie chemików i po wieloletnich pracach i doświadczeniach udało się drogą syntetyczną otrzymać lek, który zaraz po pojawieniu się na rynku zyskał sobie niebywałe zainteresowanie i dzisiaj już rozporządza nadzwyczaj obszerną literaturą, prawie na całej linii potwierdzającą użyteczność w praktyce i otwierającą mu coraz to szersze pole zastosowania.

Perkaina „Ciba“ nie jest narkotykiem wydzielonym z substancji roślinnych, a ściśle oznaczonym związkem chemicznym, pochodnym chinoliny; chlorowodanem dwuetylo-etyleno-dwuamidu kwasu alfa-butyl-oksycynchoninowego.

Sól ta jest nadzwyczaj wrażliwa na alkalkja i dlatego dla przyrządzenia i przechowywania roztworów używać należy najlepszej wody przekropionej oraz najlepszego nie oddzielającego alkalkji szkła, od których mętnieją roztwory, Roztwory Perkainy zmętniałe można poprawić, dodając minimalne ilości bardzo rozcieńczonego kwasu solnego. Wielką zaletą Perkainy jest odporność na ciepło, dzięki której nie rozkłada się przy wyjaławianiu przez gotowanie roztworów.

Ponieważ roztwory Perkainy rozszerzają naczynia, to dla zapobieżenia obfitym krwawieniom zaleca się nieznaczny dodatek roztworu Adrenaliny 1 : 1000. Dodatek ten skuteczniejsza się po przyrządzeniu i wyjaławieniu gotowych roztworów. Najlepiej jest stosować roztwory Perkainy na fizjologicznym roztworze soli kuchennej bez dodatku dwuwęglanu sodu, któryby powodował mętnienie.

Używa się bardzo słabe roztwory, przaważnie 1 : 1000, a nawet 1 : 2000. Przyjmując pod uwagę potrzebę zużycia na zabieg po 20 — 40 ccm. oraz bardzo niską cenę Perkainy, to koszt znieczulenia wobec innych wydatków nie wchodzi w rachubę.

W tak wielkiem rozcieńczeniu również i toksyczność nie odgrywa roli, natomiast najwybitniejszą zaletą omawianego przetworu jest długotrwałe działanie. Niebolesność po laparotomjach notowano w ciągu 6 — 12, a nawet i 20 godzin. Przez ten czas zdążą już dostosować się do nowych warunków pooperacyjnych pod względem krwiobiegu i stanu nerwów podrażnionych zabiegiem.

Perkaina stosowana była do wszelkiego rodzaju znieczulania miejscowego, jak: nasiękowe, przewodnicze, lędźwiowe, krzyżowe, przykręgowe. Znieczulenie powierzchni, w oparzeniach, odleżyn i. t. d. Błony śluzowe znieczulone Perkainą przez czas dostatecznie długi mogą być traktowane chirurgicznie. Znieczulenie pęcherza, cewki moczowej, w uretroskopji, słowem, w odróżnieniu od innych, dotychczas stosowanym środków do podobnych celów, Perkaina znajduje jaknajrozmaitszą możliwość zastosowania.

Długotrwałość działania niektórych autorowie przypisują alkaliczności osocza i tkanek, wskutek czego roztwory Perkainy, wprowadzone do ustroju wytrącają zawartą w nich nierozpuszczalną w wodzie zasadę, wskutek czego resorpcja się utrudnia i przedłuża.

W zakończeniu wypada przytoczyć kilka przypadków formułek dla stosowania omawianego przetworu poza jego opakowaniem oryginalnem, czy to w proszku, tabletkach czystej Perkainy, lub z dodatkiem Adrenaliny dla przyrządzania roztworów, czy też w ampułkach, zawierających już gotowe do użycia roztwory o stężeniu 1:1000 i 1:500.

W oparzeniach, wypryskach, na rozległe rany:

Rp. Percaini „Ciba“ 0, 0,25 — 0,05  
Aquae destillatae ad 100,0  
M D S do płukania lub dla wilgotnych okładów.

Świad, róża, wypryski bolesne:

Rp. Percaini „Ciba“ 0,5 — 1,0  
Olei Olivae 10,0  
Pastae Zinci ad 100,0

M D S Maść cynkowa z Perkainą.

Rozmiękczenie strupów i opatrunków:

Rp. Percaini „Ciba“ 0,3  
Acidi salicylici 1,5  
Waselini ad 30,0

M D S Maść.

Znieczulenie błon śluzowych jamy ustnej, gardła, krtani:

Rp. Percalini „Ciba“ 0,5  
Adrenalini hydrochlor.

„Ciba“ 1: 1000 2,0 — 4,0  
M f. solutio. D S Do pędzlowania.

Ból gardła:

Rp. Percaini „Ciba“ 0,1  
Acidi salicylici 0,4  
Aquae destillatae ad 200,0

M D S Do płukania.

G. A. Rosner,

# ANALIZY

moczu, krwi (na syfilis, tyfus brzuszny, plamisty, powrotny),  
 płwociny, zawartości żołądka,

kału, nalotu na dyfteryt. Badania na gonokokki. Określenie cukru, wapnia, kwasu moczowego we krwi i t. p.

LABORA-  
 TORJUM  
 D-ra med.

## A. ELSONA

LESZNO 6  
 TELEFON Nr. 348-83.

Dla P.P. Felczerów i ich bliższych rodzin  
 analizy wykonywane są **bezpłatnie**.

# PANHEPAN

(WYPRÓBOWANY KLINICZNIE PŁYNNY  
 WYCIĄG Z WĄTROBY ZWIERZĘCEJ)

Wskazania lecznicze:

1. Choroby krwi, nie wyłączając niedokrwistości złośliwej.
2. Gruźlica.

Sposób użycia:

3 razy dziennie po 1—2 łyżeczki z lemoniadą 100 gr. preparatu równa się 1 Kłg. świeżej wątroby zwierzęcej.

CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNE  
 ZAKŁADY PRZEMYSŁOWE

**F r. K A R P I Ń S K I**  
 W W A R S Z A W I E, S P. A K C.

## LABORATORJUM

# Analityczne i Chemiczno-Bakterjologiczne D-ra med. ADOLFA ELSONA

LESZNO 6 m. 3.

WARSZAWA

TELEF. 348-83.

Wszelkie analizy lekarskie: moczu, kału, zawartości żołądka, nalotu (dyfteryt), nasienia krwi na malarję, syfilis (podług Wassermann'a, Kahn'a i inne) typhus brzuszny, powrotny i plamisty. Badanie na gonokoki. Ultra mikroskopja i odnajdywanie żywych krętków syfilitycznych. Określenie cukru, wapnia, kwasu moczowego we krwi. Badanie produktów spożywczych, domieszek, trucizn ect.

**Pracownia otwarta codziennie od 8 rano do 8 wieczór.**

## „DERMOPLAST”

„Biały” plaster kauczukowy przewyższający pod względem jakości podobne wyroby zagraniczne



„DERMOPLAST” jest wyrabiany w następujących rozmiarach: na szpulk. dług. 5 metr., szer. 1 $\frac{1}{4}$  do 10 cm. w blaszank. „ 1 „ „ 1 do 5 „

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Zastępca na Warszawę:  
**EDWARD ZALESKI, telef. 648-96.**

Wytwórnia „Chemergon” Fabryka Chemiczno-Farmac. — Poznań.

## ZAKŁAD ORTOPEDYCZNY J. ZAWODNIKA

WARSZAWA, LESZNO 25, FRONT, I p., TEL. 796-14.

ISTNIEJE OD ROKU 1910.

WYKONYWA:

Aparaty lecznicze (system Hessinga), ręce i nogi sztuczne najnowszych systemów, gorsety prostujące, także bandarze rupturowe, pasy brzuszne i t.p. Specjalny dział obuwia leczniczego.

Wszystko wykonywa się według ostatnich  
◆ ◆ wymagań ortopedji chirurgicznej. ◆ ◆

# BIOCALCOL KLAWE



Nr. Reg. 1241.

Preparat odżywczo - leczniczy oparty na wynikach najnowszych badań w zakresie mineralnej przemiany materji, zawiera **wapń i witaminy**.

Wskazania :

**KRZYWICA,  
WSZELKIE POSTACIE  
GRUŻLICY,**

zaburzenia gruczołów dokrewnych i układu  
wegetatywnego, astenja i wszelkie stany  
wyczerpania ustroju.

Flakony c-a 100,0 proszku.

# M I D Y

**PIPERAZINE**

DNA — GOŚCIEC

**PROVEINASE**

ŻYLAKI — KRWAWNICE

**P O M M A D E**

i

**C A S C A R A**

ZATWARDZENIE

**SUPPOSITOIRES**

KRWAWNICE — PRZETOKI

Próby i literaturę wysyła na żądanie W. PP. lekarzy  
firma „ASMIDAR”, Warszawa, Złota 14, tel. 224-27

# EUTIRSOL

Nr. Nr. Reg. 1323, 1324 1325

**Bezbarwny preparat zawierający  
połączenie siarki tiofenowej**

**EUTIRSOL** otrzymuje się z oleju szyfrowego, z którego wydobywa się Ichtiol. Jest to gęsty bezbarwny płyn nie posiadający przykrego zapachu, łatwo rozpuszczający się w wodzie. Eutirsol w składzie swym zawiera około 50% organicznie związanej siarki w postaci ciał tiofenowych.

**EUTIRSOL** jest lekiem wybitnie **keratoplastycznym, przeciwzapalnym i odkażającym**. Stosuje się przeważnie w leczeniu chorób **skórnych i kobiecych**.

**Eutirsol wyrabia się w postaci:**

**Eutirsol** — sol. 10%  
„ — ung. 10%  
„ — glob. vaginal. 10%

## PREPARATY

# JODIMIN

Nr. Nr. reg. 802, 1102 i 1289

**JODIMIN** jest połączeniem dwuetyleno dwuiminu z jodowodorem.  
„ zaw. ok. 60% czystego jodu (J) łatwo odszczepialnego.  
„ nie wywołuje jodzicy.

**Opakowanie, zestawienie i sposób stosowania:**

**JODIMIN CRYST.** Słoik zawiera 5g. Dogodna postać do indywidualnego dawkowania preparatu.

**JODIMIN INJECT.** Pudełko zawiera 3 amp. płynu po 5cm.<sup>3</sup> (1cm.<sup>3</sup> = 0,0593g. J).  
Wstrzykiwania śródmięśniowe, dożylnie lub podskórne.

**JODIMIN TABUL.** Rurka zawiera 20 tabl. po 0,1 g.  
Wewnątrz: 2 — 3 razy dziennie po 1 tabletkę.

**JODIMIN SUPPOSIT.** Pudełko zawiera 12 czopków. 1 czopek zawiera: Jodimin 0,5 g. Anaesthosal 0,1 g. oraz Butyr-Cacao q. s.  
3 sztuki dziennie wprowadzać do odbytnicy.

**Wskazanie:** Wszelkie przypadki, gdzie wskazana jest kuracja jodowa.

**PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE ZAKŁADY CHEMICZNE  
LUDWIK SPIESS i SYN  
SP. AKC. — WARSZAWA.**