

# ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK · URZĘDOWY  
IZBY · ZDROWIA  
W · GENERALNYM  
GUBERNATORSTWIE



KRAKÓW

---

# Recorsan

środek uspakajający serce

w postaci: maści, kropli  
i pigulek lukrowanych  
(Cod. 0,002 pr. drag.)

Wskazania: częstoskurcz na-  
padowy serca, nerwica serca,  
nerwowa dusznica bolesna itd.

# Vermedical

czopki

z Alumin. acet. i Bism. subjo-  
dogallic. Suwerenny środek  
dla zwalczania glistnicy ro-  
baczkowej (owsika) u dzieci  
i dorosłych. **Bez drastycz-  
nego działania.**

Rp. 1 op. oryg. Vermedical à 10  
lub 30 czopków.

**Próbki i literaturę wysyła bezpłatnie wyłączny wytwórca:**

Chem. Fabrik

„Bavaria“

Apotheker Martin Reinhard  
Würzburg 2

Broszurowe wydanie

## URZĘDOWEJ ORDYNACJI OPŁAT LEKARSKICH

W czasopiśmie naszym zamieściliśmy dla  
użytku P.T. Lekarzy w mniejszych odcinkach  
Urzędową Ordynację opłat lekarskich.

Ponieważ korzystanie z ordynacji tej ze  
względu na rozmieszczenie jej w większej  
ilości numerów czasopisma nastręcza znacz-  
ne trudności, postanowiło Wydawnictwo na-  
szego czasopisma wydać ją oddzielnie w for-  
mie książeczki, względnie broszury, której  
cena wyniesie około Zł. 2.—.

Dla zorientowania się co do ilości wydru-  
kować się mających egzemplarzy, prosimy  
uprzejmie o zgłaszanie zamówień,  
które przyjmować będziemy do dnia 15.  
stycznia 1941.

# ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 1 (18). Rocznik II.

Kraków, 5. 1. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — Pressekonto przy Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3. — miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie“, Kraków, Krupnicza 11a. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Część redakcyjna: Rękopisy należy nadsyłać w języku niemieckim i polskim. Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

## Zagadnienie ambulatoriów lekarskich

Napisał Dr. med. Werner Kroll, stały zastępca Kierownika Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie, Kraków.



Już przed obecną wojną istniały zwłaszcza w większych miastach tzw. ambulatoria. Ambulatoria te miały spełniać dwa zadania: po pierwsze gromadziła się pewna określona liczba lekarzy i lekarzy-specjalistów, aby w określonych porach dnia udzielać tam swej lekarskiej pomocy ludności po innych stawkach aniżeli to zwykle bywało. Przy kasie pobierano jednolitą stawkę od pacjentów i w zamian za tę jednolitą stawkę wspomniany pacjent miał sposobność zasięgnięcia porady u mniej czy więcej znanego lekarza-specjalisty, a także przeprowadzenia określonych czynności leczniczych. Pod tym względem więc ambulatoria lekarskie były do pewnego stopnia urządzeniami w założeniu wybitnie społecznymi, które dawały mniej zamożnym kołom ludności możliwość korzystania z pomocy lekarzy-specjalistów za całkiem dostępnymi opłatami. Z drugiej strony jednakże lekarze-specjaliści, a szczególnie ci lekarze-specjaliści, którzy osiedlili się mniej czy więcej niedawno, wskutek większego napływu chorych do ambulatorium mieli sposobność dać się poznać przez wyniki swej pracy, osiągnąć pewną reklamę, a przez to osiągnąć też pewną korzyść dla swej pozostałej praktyki prywatnej. Pożytek dla szerokiej rzeszy ludności i pożytek dla poszczególnego lekarza czynnego w ambulatorium utrzymywały się więc nawzajem w całkowitej równowadze. Ambulatoria wskutek swej zdolności pracy miały stosunkowo duży napływ pacjentów i dlatego były znowu do pewnego stopnia uważane za nielojalną konkurencję przez innych lekarzy, którzy nie zjednoczyli się w ambulatoriach.

Z początkiem r. 1940 skutkiem następstw wydarzeń wojennych zapanowały całkiem szczególne stosunki także i w odniesieniu do lekarzy. Duża część lekarzy utraciła utrzymanie i musiała teraz usiłować zapewnić sobie byt na obszarze Generalnego Gubernatorstwa. Właśnie poszukując utrzymania cały szereg lekarzy wpadł na pomysł ponownego łączenia się w ambulatoriach, aby tą drogą wyrzucić

większą podniętę na ludność, a sobie zapewnić szczególnie znaczny udział w opiece lekarskiej z odpowiednimi korzyściami gospodarczymi. Przy kierowanych do nas zapytaniach staliśmy przed zagadnieniem, czy można dopuścić do dalszego rozwoju ambulatoriów, albo czy też raczej nie powinno się spróbować obecnie zahamowania dalszego rozwoju ambulatoriów, a może ponad to usiłować teraz stopniowo doprowadzić do rozwiązania ambulatoriów, które istniały już od lat, a po części nawet od dziesiątków lat. Po bardzo troskliwym rozważaniu i badaniu całego związanego z tym kompleksu zagadnień p. Gesundheitsführer i ja powzięliśmy postanowienie na razie nie zawieszać rozwoju ambulatoriów, lecz dawać zezwolenia na urządzenie ambulatoriów, choćby już dlatego, iż droga ta dawała możliwość pewnej określonej liczbie lekarzy, którzy dotychczas nie mieli możliwości utrzymania się, stworzenia sobie w ten sposób nowych warunków bytu. Przez szczegółowe oględziny usiłowałem sobie wyrobić obraz dotychczasowej pracy ambulatoriów tak, jak one istniały. Przy tym w przybliżeniu okazało się co następuje:

Na ogół chodziło o poczekalnię dla pacjentów, dokoła której w mniej czy bardziej szczęśliwym sposobie umieszczono mniejszą czy większą liczbę pokoiów ordynacyjnych różnych lekarzy-specjalistów. Przez to uproszczono i potaniono tok pracy lekarskiej, a ponadto przez ten jednolity system bonów postarano się, ażeby i rozrachunek możliwie uprościć w drodze zapłaty gotówkowej, a wpływy z praktyki możliwie równomiernie ulegały rozdziałowi pomiędzy czynnych w ambulatoriach lekarzy. Na pierwszym planie rozważań, które doprowadziły do założenia tego rodzaju ambulatoriów, stały więc jednak rozważania gospodarcze. Przez wspólne ujęcie większej ilości lekarzy w wielu pokojach ordynacyjnych dokoła jednolitej poczekalni tok pracy lekarskiej stał się bardziej gospodarny. Można było pracować taniej. Czynsz za pomieszczenia dla wykonywania praktyki

Biblioteka Jagiellońska



obniżono odpowiednio, a przez to działalność poszczególnego lekarza z uwagi na obniżenie kosztów reklamy można było wynagradzać w stosownej mierze. Był to też ten sam moment, który zmusił lekarzy czynnych poza takimi ambulatoriami — co stanowiło, oczywiście, olbrzymią większość lekarzy — do wrogiemu nastawienia wobec tych ambulatoriów; **albowiem w sposobie prowadzenia tego rodzaju pracy ambulatoryjnej dopatrywano się pewnego rodzaju niegodnego stanu lekarskiego** obniżania ceny usług. Urzędniom tym przyjrzałem się bardzo szczegółowo z tego punktu widzenia, czy celowym jest teraz właśnie, ze względu na niepożądaną konkurencję wewnątrz stanu lekarskiego, znieść te ambulatoria. Jednakże doszedłem do poglądu, że — zwłaszcza w obecnym czasie — korzyści, jakie daje ta droga zaopatrzenia ludności w pomoc lekarską, o wiele bardziej przeważają, niż strony ujemne, które właśnie musiały być wzięte pod uwagę wskutek tego rodzaju niepożądanych zjawisk konkurencyjnych. Faktem jest, że w takich ambulatoriach można ofiarować stosunkowo dobrą pomoc zwłaszcza lekarzy-specjalistów. A ponieważ ludność szczególnie tu w większych miastach przywykła do urzędzenia i istnienia tego rodzaju ambulatoriów, nie było żadnego poważnego powodu do znoszenia teraz tych urzędzeń.

Z drugiej strony mam wrażenie, że chociaż te gospodarcze rozważania o toku pracy ambulatoriów stoją tak bardzo na pierwszym planie, to nie mniej dotychczas jeszcze żaden inny sposób nie może dać dalszego rozwoju w sensie poprawienia pomocy lekarskiej, nie mówiąc już o ułatwieniach gospodarczych. Jednakże wydaje mi się, że zwłaszcza w obecnych czasach wskazane jest, aby urządzanie takich ambulatoriów, jeżeli już one mają raz pozostać nadal, musi się także rozszerzyć dalej do jakiejś bardziej celowej postaci. Myślę tu o tym, że obecnie poszczególni czynni w ambulatoriach lekarze-specjaliści pracują po prostu obok siebie, że jednakże dotychczas jeszcze dla dobra pacjenta nie rozpoczęto współpracy, w znaczeniu wzajemnego wspomagania się odnośnie do diagnostyki itd. To jednakże, moim zdaniem, musi być celem, jeżeli nie powinniśmy wcześniej czy później przeprowadzić jednakże zmiany z tymi ambulatoriami w interesie lekarzy wolno-praktykujących.

Powstaje pytanie, czy wolna działalność lekarska jest na stałe bardziej wydajna, aniżeli połączenie wielu lekarzy, zwłaszcza wielu lekarzy-specjalistów, w jednolicie kierowanym ambulatorium. Otóż wierzę, że przy całym wysokim ocenieniu lekarza domowego, bez którego nigdy się nie da obejść, z jego szczególną znajomością szczegółów życia rodzinnego powierzono mu pacjenta, jednakże i ambulatorium może utrzymać swoje specyficzne uzasadnienie, ba, że raczej może sobie zdobyć nawet stanowisko, w którym poza niezbędną działalnością lekarza domowego może mu właśnie jeszcze nieść pomoc w ciężkich przypadkach. To jednakże musiałyby się odbywać w sposób następujący, który w innych krajach częściowo już wykazał bardzo poważne wyniki dodatnie. **Z gospodarczej organizacji ambulatorium musiałby powstać kierowany ze świadomością celu organizm pracy.** Funkcja tego rodzaju organicznego ambulatorium dałaby się najlepiej ustalić z następujących rozważań:

Rozwój wiedzy lekarskiej z mniejszą czy większą koniecznością pociągnął za sobą to, że dla wyjaśnienia

jakiegoś przypadku chorobowego stosuje się całkiem znaczny aparat diagnostyczny. **Współczesny lekarz właśnie opanowaniem subtelnych metod diagnostycznych wyróżnia się od poziomu zwykłych leczących.** Celem lekarskiej sztuki leczniczej jest i pozostanie leczenie możliwie etiotropowe. Jego warunkiem wstępnym jest możliwie jasne poznanie przyczyny choroby. Nagrodą za ten nakład diagnostyczny jest świadoma celu, a przez to prosta, a z tym i gospodarna postać leczenia. Dobry lekarz, leczący etiotropowo, wzdyga się przed polipragmazją w jej wszystkich postaciach przejawiania się, a wyraz „polipragmatyk“ oznacza, jeżeli się go używa w odniesieniu do lekarza, wyraźnie słowo obraźliwe i odczuwany też jest jako takie. Właśnie oznaką konowalskich metod leczenia jest to, że one nie troszczą się o jasne poznanie istoty choroby, a puszczają w ruch wobec chorego możliwie kłopotliwy i obszerny aparat leczniczy. Istnieje przy tym nadzieja, że z wielości metod leczniczych ten czy inny zastosowany środek metodnie jądra choroby i przez to doprowadzi ją do wyleczenia. „Kto wiele przynosi, każdemu coś przyniesie“. Lecz w istocie tego rodzaju kurfuszerek w najszerszym znaczeniu tego słowa leży to, że właśnie przez zastosowanie niezliczonych metod leczniczych bez jasnej diagnostyki nigdy nie mogą one dojść do naukowego poglądu na to, który środek pomógł właśnie w poszczególnym wypadku. Tak więc dochodzi do tego, że takie kurfuszarki właściwie kręcą się ciągle w kółko i nigdy nie mogą dojść do rzeczywistego postępu naukowego. Metody lecznicze, które już przed setkami i tysiącami lat, bez jasnego wglądu w istotę choroby, okazywały się wypróbowane w poszczególnych przypadkach, wyciąga się w modnych falach od czasu do czasu ponownie z rupieciarni prahistorii medycyny, zachwala jako stare i czcigodne, a po pewnym czasie znowu zarzuca. Z drugiej strony jest to oznaką tak często i tak chętnie obgadywanej medycyny szkolnej, że punkt ciężkości swej pracy w wzrastającej mierze przesunęła na jasne rozpoznanie. Przez tę metodykę stwierdzono cały szereg rzeczywiście etiotropowych postaci leczenia, które zawsze wytrzymały próbę. Tak więc stało się możliwe ujmowanie terapii w coraz to ciaśniejsze ramy, a z wielości stojących do rozporządzenia metod leczniczych wybieranie całkiem dyskretnej liczby takich, które zawsze okazują się skuteczne w działaniu przyczynowym. Dla postronnego powstał tak więc obraz **po-zornej niewspółmierności między potężnym diagnostycznym aparatem medycyny szkolnej a wąską przestrzenią poświęconą terapii.** Przypominam sobie wybitnego klinicystę w dziedzinie medycyny wewnętrznej, który w swoich wykładach ograniczał się tak wyłącznie do zagadnień diagnostyki, że przez to poprostu wywołał niechęć swych słuchaczy, którzy pewnego dnia prosili go o poświęcenie w swych odczytach więcej miejsca dla metod leczniczych. Wielki internista śmiał się z tego wniosku, wprawdzie zastosował się do niego, ale powiedział: „Moi panowie, jeżeli panowie postawicie pewną diagnozę, to właściwe leczenie, jakie należy zastosować, jest prawie zbyt zrozumiałe samo przez się, abym musiał jeszcze o tym wygłaszać rozwlekłe wykłady“. Postępy medycyny istnieją przede wszystkim głównie w dziedzinie wglądu w rzeczywiste zdarzenia chorobowe. Z tych jasnych poznań rozwija się następnie zawsze zdumiewająco skuteczny system współczesnego leczenia.

Jednakże musi się przyznać, że wielce zatrudniony lekarz w praktyce swej znowu odstępuje mniej czy więcej od ścisłej diagnostyki w ujęciu klinicznym. Tylko bardzo niewielu lekarzy może się zdobyć na nabycie i utrzymanie współczesnego laboratorium z odpowiednim personelem leczniczym i pozostałymi kosztownymi aparatami rozpoznawczymi. A chociażby nawet jakiś lekarz rzeczywiście miał gospodarczą możliwość tego rodzaju kosztownych nabytków, które n. b. w kupieckim ujęciu nigdy nie zwykły się opłacać nawet z dobrze idącej praktyki lekarskiej, to właśnie bardzo zajęty lekarz nie byłby jednak w stanie rzeczywiście w pełni i całkowicie wyzyskać tych skomplikowanych aparatów diagnostycznych, ponieważ przeprowadzenie takich klinicznych metod badania wymaga o wiele więcej czasu, niż ma lekarz do rozporządzenia. Dlatego też nawet przy posiadaniu odpowiednich urządzeń dochodzi z rozwojem praktyki coraz to bardziej do bardzo skróconego postępowania rozpoznawczego. Wielokrotnie wykonywanie praktyki zastępuje metodyczne badanie mniej pewną naukowo, a raczej opartą na podstawie doświadczeń diagnostyką. **Punkt ciężkości działalności przesuwa się znowu na leczenie, a rozpoznawanie opiera się w mniejszym czy większym rozmiarze „ex juvantibus“ na wnioskach, tj. na dobrych skutkach czy też niepowodzeniach środków leczniczych.** Z wyrzeczeniem się jasnej diagnostyki dochodzi równocześnie do braku przyczynowych metod leczniczych, a z tym do stoczenia się z wyżyn współczesnej sztuki lekarskiej do różnych postaci polipragmazji, która ze swej strony przedstawia nie tylko niegospodarczą postać leczenia, ale też poprzez wyrzeczenie się jasnej diagnostyki znowu prowadzi do tego, że nawet „dobrzy“ lekarze nie rozpoznają w ogóle albo należycie wcześniej poszczególnych chorób. Ale skutkiem tego nie dające na siebie czekać **nieudane próby sztuki leczniczej prowadzą znowu do zmniejszenia się poważania całego stanu lekarskiego.** Obniżenie zdolności diagnostycznych przy przejściu z toku pracy klinicznej do ogólnej praktyki, które po części wynika z przyczyn tkwiących w naturze rzeczy, miało jednakże i **niekorzystne oddziaływanie na ocenianie medycyny szkolnej przez opinię publiczną;** chociaż właśnie wyniki medycyny szkolnej, zwłaszcza w dziedzinie zwalczania chorób zakaźnych, są dostępne nawet dla każdego laika. Powstaje pytanie, czy nie właśnie w ambulatoriach istnieje możliwość usunięcia braków w diagnostyce lekarskiej przez uporządkowaną współpracę lekarzy-specjalistów, a przez to otworzenia równocześnie pola działania wśród najszerzszych kół ludowych etiologicznym metodom leczenia z ich większą gospodarnością i osiąganiem lepszych wyników. Tok pracy byłby następujący:

Za stosowną opłatą, pacjenta będzie badać po kolei mniejsza czy większa ilość lekarzy i lekarzy-specjalistów, tak, iż wedle możliwości wykluczy się niedostrzeżenie ważnych objawów. Na podstawie wywodów badań różnych lekarzy-specjalistów stawia się jasne rozpoznanie, a w wyniku tego lekarz, szczególnie wyszkolony terapeutycznie, ustanowi plan leczenia i przeprowadzi je. Tak więc każdy chory musiałby przebiec wiele działów, zanim by mu zaproponowano jakieś określone leczenie. Jest rzeczą zrozumiałą samo przez się, że u każdego chorego przeprowadzi się kontrolę pulsu i ciepłoty, a krew i wydaliny będą zbadane możliwie przy pomocy całego aparatu współczesnej techniki laboratoryjnej. Niestety, musi się

jednak powiedzieć, że lekarz praktykujący w nawale pracy odpowiada tym wymogom tylko w mniej czy więcej skromnym rozmiarze. Systematyczne badanie jest jedynym środkiem uniknięcia błędnych rozpoznań. **Tok badań klinicznych ze swymi wielu korzystnymi stronami daje się także nietrudno przeprowadzić w ambulatorium.**

Po tych przygotowaniach dla pobrania materiału, których laboratoryjne badanie zawsze zabiera więcej czasu, powinien by jeden lekarz przeprowadzić możliwie dokładne i systematyczne wywiady, zaznaczyć na wydrukowanej kartce obiegowej wszystkie istotne punkty wywiadów, przyjmując do wiadomości szczególne skargi chorego i zamieścić je w ich najistotniejszych punktach na druku. Już ten pierwszy badający lekarz powinien by na podstawie swoich ustaleń spowodować przeprowadzenie szczególnie specjalnych badań. Następnie chorego przedstawionoby kolejno różnym lekarzom-specjalistom dla zbadania specjalnego. Np. lekarz chorób oczu jednym rzutem oka na przedłożone wywiady przekona się o skargach pacjenta co do tego wszystkiego, co interesuje jego specjalność. W razie potrzeby rozszerzy on już posiadane dane i w związku z tym przeprowadzi dokładne badanie specjalne łącznie z badaniem dna oka i zaznaczy wszystkie widoczne chorobowe objawy w swej dziedzinie. W następnym oddziale powtórzy się ten tok badania dla ściślejszej specjalności uszu, nosa, gardła łącznie z narządami równowagi, narządami oddychania i trawienia, o ile dotyczą one tej specjalności. Opierając się na tych badaniach wstępnych na następnym oddziale internista zbada chorego w zakresie swej specjalności, zwłaszcza szczególnie interesujące go narządy, a tymczasem będzie miał już do rozporządzenia z laboratorium wynik badania wydalin itd. Ponadto mogłyby się jeszcze przyłączyć wyniki elektrokardiogramu, badań rentgenologicznych itp. Dalej można by na dalszym oddziale włączyć dermatologa, jak na innym oddziale, zwłaszcza dla badania pacjentek, mógłby być czynny ginekolog.

Po obejściu oddziałów badawczych, które zależnie od wielkości ambulatorium mogłyby być odpowiednio rozszerzone, specjalny wyszkolony diagnostyk stawiłby na podstawie całości wywodów badań lekarzy-specjalistów możliwie jasne rozpoznanie, albo dla dalszego wyjaśnienia mógłby powodować jeszcze dalsze badania, dopóki obraz nie jest całkowicie wyjaśniony. Zaopatrzony w jasne rozpoznanie dalszy oddział ambulatorium albo ustalałby odpowiedni plan leczenia i przeprowadzał jego wykonanie, albo też kierowanoby celowo pacjenta znowu do lekarza praktykującego, który teraz, opierając się na rozpoznaniu według wszelkich reguł współczesnej diagnostyki, powinien by przejąć leczenie swego chorego z możliwie najlepiej dającym się pomyśleć widokiem na szybki i pomyślny przebieg leczenia.

Ta przemiana ambulatoriów na tego rodzaju instytucji rozpoznawcze istotnie wzmogłaby zdolność pracy ambulatoriów w dziedzinie ogólnej opieki zdrowotnej. Z drugiej strony w tej postaci ambulatoria nie rozwinęłyby się na urządzenia, które zacieśniają działalność praktykujących lekarzy. Lekarz praktykujący, tak jak przedtem, upatrywałby punkt ciężkości swego działania w dziedzinie leczenia. Wskutek współpracy między tego rodzaju laboratoriami i wolno praktykującymi lekarzami leczenie lekarzy praktykujących, wsparte na jasnej diagnostyce takich instytucji, wywarłoby o wiele bardziej błogosławione

skutki dla ludności niż to jest w przypadku, gdy różne czynniki lecznicze pracują przeciw sobie, zamiast wzajemnie wspierać się w swym wysiłku pracy w pełnej błogosławieństwa współpracy. Aby umożliwić tę współpracę na najszerszej podstawie według jednolitych punktów widzenia, Izba Zdrowia wypracuje dla swych Rad Zdrowia „książeczkę stanu zdrowia“, która będzie dawana do rozporządzenia na żądanie poszczególnych lekarzy, by ci wydawali ją swym pacjentom. Z biegiem czasu powinno się osiągnąć to, aby każdy chory, jeżeli odwiedza lekarza, przynosił swą książeczkę stanu zdrowia i przedkładał lekarzowi. W tej książeczce stanu zdrowia należy wpisywać wszystkie dane dotyczące zdrowia jej właściciela. Tak więc przy różnych występujących z biegiem lat badaniach raz na zawsze będzie się miało pełną anamnezę. Szczegółowe badania w klinikach czy ambulatoriach pozostawiają swój osad i przy późniejszych badaniach okażą się podstawą dla osądzenia całokształtu sprawy. Poszczególne chorey będzie miał swą książeczkę stanu zdrowia zawsze do rozporządzenia. Będzie ona istotnym środkiem pomocniczym przy ocenianiu zdolności zatrudnienia, a także dla osądzenia zachodzącego inwalidztwa.

Zawsze jednakże zostawi się do uznania chorego, czy ma on tę książeczkę wręczyć dla ułatwienia rozpoznania lekarzom, do których się zwraca, tzn. czy przez to chce on, czy też nie, zwolnić od obowiązku dochowania tajemnicy lekarzy, którzy leczyli go poprzednio, do pewnego stopnia w swym własnym interesie. Rzecz oczywista, że wpisy do tej książeczki stanu zdrowia będzie się robić w języku zrozumiałym tylko dla lekarzy, aby wykluczyć nadużycie książeczki stanu zdrowia, jeśli by wskutek nieuwagi właściciela została zgubiona i popadła w niepowołane ręce.

Chciałbym prosić kierowników Rad Zdrowia o przestrzeganie nakreślonych tutaj zasad współpracy między lekarzami i ambulatoriami i oddziaływanie w tym celu, ażeby rozpocząć i przygotować właśnie także i rozwój ambulatoriów w tym kierunku. Proszę Panów Lekarzy, którzy mają doświadczenie w dziedzinie pracy w ambulatoriach, o nadesłanie do Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie zarówno swych zastrzeżeń przeciw moim projektom, jak również własnych projektów w związku z moimi zachętami. Dziennik Urzędowy Izby Zdrowia chętnie też otworzy swe łamy dla wypowiedzenia się o poruszonych tu zagadnieniach.

---

## Naturalne siły lecznicze państwowego zdrojowiska Krynica

Napisał: Dr. med. Geyer, główny referent w Wydziale Zdrowia i opieki zdrowotnej Urzędu Generalnego Gubernatora, Kraków.

Jeżeli poniżej mówi się o naturalnych siłach leczniczych, to winno się przez to wskazać, że nie bierze się pod uwagę klimatycznych czynników tego kąpieliska, oraz że także i pozostałe urządzenia do leczenia światłem i elektrycznością, jak też wszystkie inne dodatkowe środki lecznicze nie będą objęte tym rozważaniem. Nie oznacza to, iż ich uzupełniające zastosowanie przy pewnych schorzeniach jest rzeczą uboczną dla dobrego wyniku leczenia. Zajmiemy się tylko zdrojami i borowiną Krynicy.

Zdroje lecznicze Krynicy wykazują tak różny skład chemiczny, że konieczne jest podzielenie ich na grupy, jeżeli ma się należycie ocenić ich fizyczne, chemiczne i farmakologiczne własności.

Tak więc w wymienionym kąpielisku państwowym mamy następujące grupy wód mineralnych:

### 1. Proste szczyawy.

Odznaczają się one obfitą zawartością wolnego kwasu węglowego, nie posiadając poza tym innych wybitnych własności chemicznych. Te źródła stosowane do leczenia picciem wód, wzmagają wydzielanie kwasu solnego przez śluzówkę żołądka i przyspieszają perystaltykę. Wynik leczniczy polega na powiększeniu apetytu i wzmożeniu trawienia. Poza tym wpływem na narządy trawienia znana jest ich wybitna siła moczopędna. Do tej grupy należy przede wszystkim „Zródło Karola“, odpowiadający w Rzeszy Giesshüblerowi i Krondorferowi. Pije się go przy braku apetytu i katarze żołądka wskutek braku kwasu solnego

i przy atonii ściany żołądka. Ponadto używa się go jako przyjemnej w smaku, gazującej wody stołowej.

Przy tej sposobności należy też wskazać na **lecznicze działanie kwasu węglowego**, zastosowanego w kąpeli, albowiem wszystkie źródła Krynicy zawierają CO<sub>2</sub> w mniejszej czy większej ilości i są stosowane do leczenia kąpielami. W czasie kąpeli istnieje możliwość wchłonięcia kwasu węglowego przez oddychanie i oddziaływanie na ośrodki naczynioruchowe i wydzielanie potu. Istnieje ponadto możliwość resorbowania go przez skórę, czy to skutkiem tego, że CO<sub>2</sub> jest w stanie rozpuszczać lipidy skóry, czy też przez to, że uszczelniające działanie CO<sub>2</sub> na skórę utrudnia drogą pośrednią oddawanie CO<sub>2</sub> w czasie kąpeli, przez co dochodzi do nagromadzenia się CO<sub>2</sub> na organizmie.

Kąpiele kwaso-węglowe stoją na pierwszym planie w leczeniu niedomogi serca i schorzeń naczyń. Jeżeli wówczas obok kwasu węglowego występuje też jessze jod, choćby tylko jego ślady, to zastosowanie tych kąpeli jest uzasadnione szczególnie przy miażdżycowej niedomodze i oddziałuje korzystnie na zdolność pracy serca. Musi się przy tym naturalnie uwzględnić ciepłotę kąpeli, albowiem jest wiadome, że ciepła kąpiel z CO<sub>2</sub> wywiera na serce wpływ uspakajający, zimna kąpiel z CO<sub>2</sub> ma wpływ pobudzający. Znana jest również rzeczą, że CO<sub>2</sub> w kąpeli posiada daleko idące działanie naczynioruchowe, że obok zmian wewnętrznego oddychania następuje też zwiększenie ilości krwi, wypychanej

jednorazowo do tętnicy głównej przy jednym skurczu serca.

Z wyjątkiem chorych na ciężką dusznicę bolesną (angina pectoris) zalecone jest wszystkim chorym na miażdżycowe zwyrodnienie mięśnia sercowego, a także na zwyrodnienie naczyń mózgu i nerek korzystanie z tych kąpiel.

## 2. Źródle alkaliczne.

Zawierają one jako aniony głównie jon kwasu węglowego, jako kationy jon zasadowy. Jeżeli jeszcze znajdzie się poza tym i wolny  $\text{CO}_2$  w określonym stężeniu, wówczas mówi się o szczawach alkalicznych. Do tej grupy należy słynny „Zdrój Zuber“, który jest **najsilniejszą szczawą alkaliczną Europy** i poza tym zawiera jeszcze w znacznych ilościach lit, jod i brom, a równocześnie też stanowi słabą solankę. **Zdrój Zuber jest więc szczawą alkaliczno-słoną ze znaczną zawartością litu, jodu i bromu.** Odpowiada on wodom leczniczym Neuenahru, Salzschieferu, Fachingen i Karlsbadu. Zawarte w tym źródłu jony litu odgrywają znaczną rolę w rozpuszczaniu kwasu moczowego. Jony jodu i bromu mają specyficzne działanie na układ naczyniowy i wegetatywny. Działanie obu jonów wchodzi w rachubę tylko przy leczeniu pićm wód, podczas gdy przy leczeniu kąpielami może być uważane za całkiem nieznaczące. Czy działanie jonu jodu odbywa się poprzez tarczycę, czy też przez zwykłe wchłonięcie przez śluzówkę żołądka, jest rzeczą nie rozstrzygniętą. W każdym razie wywołuje to zwiększoną działalność komórek i wywiera szczególne działanie na lepkość krwi. Do tej samej grupy należy Zdrój „Słotwinka“ podobny do źródła „Zuber“ w składzie i działaniu; odpowiada ona wodom leczniczym Wildungen i Bilina. Trzecim przedstawicielem tej grupy jest **źródło „Jana“**, szczawa hypotoniczna.

**Alkaliczne wody lecznicze, stosowane do leczenia pićm, posiadają najdalej idące znaczenie w leczeniu chorób żołądka.** Rozpuszczają one nagromadzony w żołądku i w jelicie cienkim śluz i zobojętniają nadmierny kwas. Przy tym jest pożądane, ażeby wody te pito podgrzane, ponieważ wówczas działają one kojąco i szybciej opuszczają żołądek niż wody zimne, a więc posiadają silniejszą zdolność przepłukiwania. **Tak samo skuteczne są alkaliczne wody lecznicze przy schorzeniach narządów oddychania.** Przy chronicznych katarach oskrzeli i rozdęciach oskrzeli rozpuszczają one śluz i działają wykrztuszająco, chociaż stosuje się je tylko w postaci leczenia pićm wód, czy ziewania. Przede wszystkim źródło Zuber, a następnie także Słotwinka i źródło Jana stosuje się do leczenia pićm wód w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego, wątroby i dróg żółciowych, dalej dla leczenia chorób przemiany materii, jak otyłości chorobowej, cukrzycy i dny. Jako kąpiele służą one do leczenia krzywicy i chorób krwi. **Zdrój Jana i Słotwinka służą dalej do leczenia zapalnych i niezapalnych schorzeń dróg moczowych.** Jak powiedziano, źródło Jana jest szczawą hypotoniczną. Ta właściwość fizyczna większości wód mineralnych, mianowicie posiadanie punktu zamarzania powyżej minus  $0.55^\circ \text{C}$  (tj. punkt zamarzania surowicy krwi) posiada jak najdalej idące działanie na komórki ciała ludzkiego. Każdy płyn hypotoniczny powoduje pęcznienie. To pęcznienie komórek ciała powoduje w następstwie podrażnienie i uszkodzenie. Uszkodzenie polega na szybkim rozpadzie starych, chorych i słabych ele-

mentów komórkowych, po którym to rozpadzie jednakże natychmiast następują żywe objawy regeneracyjne, oznaczające odmłodzenie i poprawę odnośnego narządu. Osmotycznemu działaniu wód leczniczych przy leczeniu pićm wód należy przypisać też występujące zwiększenie wydzielania azotu i siarki, jako wypłukiwanie niedopałów. Niedopały te zaś nie są niczym innym jak produktami rozpadu wspomnianych powyżej przestarzałych i chorych elementów narządowych. Tak rozumiemy więc działanie hypotonicznych szczaw alkalicznych na schorzenia żołądka, wątroby czy jelit, czy też na schorzenie narządów przemiany materii.

## 3. Źródle żelaziste.

Należą do nich źródła „Józefa“ i „Główny“, stanowiące szczawy żelaziste i odpowiadające źródłu Ambrożego w Marienbadzie, źródłom Karlsbadu, Kudowej, Pyrmontu i Franzensbadu. Te wody lecznicze w ich charakterze szczaw alkalicznych stosuje się jako kąpiele i leczenie pićm przy niedokrewności i blednicy, przy krzywicy, a także przy schorzeniach przewodu pokarmowego. **Skuteczną częścią składową jest tutaj jon żelazawy**, który może być stosowany jako węglan żelazawy tylko w obecności wolnego kwasu solnego w żołądku, aby zapobiec strąceniu. Jon żelazawy wchłania śluzówka jelita cienkiego, a zostaje on zużyty do tworzenia hemoglobiny.

## 4. Suche kąpiele gazowe.

Są one **specjalnością Krynicy.** Odbywa się to w ten sposób, że wypływający z szybów zdrojowych w wielkich ilościach  $\text{CO}_2$  ujmuje się i doprowadza do przeznaczanego na ten cel pawilonu kąpielowego. Tam unosi się on nad podłogą mniej więcej do wysokości kolan; dokoła przy ścianach pawilonu umieszczone są ławki dla kuracjuszy, którzy tu mają sposobność do brania suchych kąpiel kwaso-węglowych w pełnym ubraniu. Kąpielom tym przypisuje się szczególnie wzmacniające i pobudzające działanie na gruczoły płciowe obu płci.

## 5. Borowinowe kąpiele i okłady.

Obok wyżej wymienionych wód mineralnych wielką rolę leczniczą odgrywa również występująca tam borowina. **Dobrocią swą krynicka borowina mineralna przewyższa borowinę w Dax, Elster i Franzensbadzie.** Borowiny te należy uważać za borowiny roślinne i mineralne, a są one pozostałością zamarłego pokładu vegetacyjnego, powstałą przez humifikację. Borowiny zawierają organiczne i nieorganiczne części składowe. Z pierwszych należy wymienić żywice, wosk, humus, kwasy huminowe i kwas mrówkowy. Z drugich: kwas krzemowy, węglany żelazawe, węglan wapnia, a w głębszych pokładach często obficie siarczki.

Aby przerwać zjawiska gnilne tych ziem borowinowych, które mają być zastosowane leczniczo, poddaje się je najpierw procesowi wietrzenia, polegającemu głównie na zjawiskach utleniania.

Dla **działania borowiny**, czy to w postaci kąpiel borowinowych czy okładów częściowych, należy przede wszystkim brać pod uwagę zjawiska fizyczne. Są to: ciepłota, którą one oddają bardzo powoli, dalej spoistość, ciężar, ucisk i tarcie, które to zjawiska wywierają nie dający się dotychczas jeszcze określić wpływ na przekrwienie na powierzchni

i w głębi. Wspomniane powyżej organiczne i nie-organiczne dodatki wywołują pewne podrażnienia skóry, które uważa się przeważnie za „ściągające“ i które należy przypisać istniejącym w borowinie połączeniom żelaza i kwasów garbnikowych.

Działanie kąpeli borowinowych i okładów borowinowych wyraża się w podniesieniu ciepłoty, w znacznym przyspieszeniu przemiany materii, a także i w obniżeniu ciśnienia krwi. **Stosuje się je przy następujących schorzeniach:** gościec stawowy i mięśniowy, dna i dnawe zmiany w stawach, zniekształcające zapalenia stawów, nerwobóle, różne zapalne i niezapalne schorzenia kobiecych narządów rodnych.

Z wywodów powyższych widoczna jest szeroka dziedzina zastosowania naturalnych czynników leczniczych Krynicy. Poniżej podaję jeszcze **przejrzyste zestawienie leczonych w Krynicy chorób i odpowiadających im wód leczniczych względnie borowiny:** jednakże musi się tu zaznaczyć, że zestawienie poniższe jest tylko schematem, bowiem każdy wprawny balneolog musi indywidualnie zestawić środki lecznicze dla każdego ze swych pacjentów, w myśl zasady, że leczy się nie choroby, lecz chorych ludzi.

#### Zestawienie wskazań:

##### 1. Choroby krwi:

niedokrwistość i blednica      Zdroje Józefa i Główny do kąpeli i picia.

##### 2. Choroby serca i naczyń:

wyrównane i lekko niewyrównane wady zastawkowe, miażdżycowa niedomoga mięśnia sercowego, miażdżycza naczyń mózgu i nerek

Zdroje Zuberera i Józefa jako kąpiele i suche kąpiele gazowe.

##### 3. Choroby przemiany materii:

cukrzyca, dna, otyłość chorobowa, Basedow

Zdroje Zuberera, Jana.

##### 4. Choroby narządów trawienia:

katary żołądka kwaśne i chroniczne, owrzodzenia, choroby wątroby i dróg żółciowych

Zdroje Zuberera, Jana i Karola, borowinowe kąpiele i okłady.

##### 5. Zapalne schorzenie nerek i dróg moczowych, kamica żółciowa i moczowa

Zdroje Słotwinka i Zuber.

##### 6. Zapalne i niezapalne schorzenia kobiecych narządów rodnych

Kąpiele borowinowe i kwaso-węglowe, suche kąpiele gazowe.

##### 7. Gościec i zapalenia nerwów, schorzenia stawów

Borowinowe kąpiele i okłady, zdroj Zuberera do kąpeli i picia.

## Przyczynek do zagadnień położniczych Rozwiązanie w domu, czy w klinice?

Napisał: Dr. med. Werner Kroll, stały Zastępca Kierownika Izby Zdrowia w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa, Kraków.

(Dokończenie)

Ponieważ jednak stan położnych ze swym specjalnym wyszkoleniem może się utrzymać gospodarczo tylko wówczas, jeżeli odda mu się opiekę nie tylko nad tymi może 10% poniekąd patologicznymi przypadkami rozwiązań, to przepisy ustawodawcze muszą dbać o to, aby wszystkie badania i cała opieka mogły być wykonywane tylko przez położne czy lekarzy. Pod takim tylko warunkiem może się utrzymać stan dobrze wyszkolonych położnych. Wystarczająca ilość położnych należycie rozmieszczona po wsiach jest niezbędna do tego, aby w przypadkach rozwiązań przebiegających niezupełnie normalnie, a których też nie można na czas przekazać do zakładów położniczych, w razie potrzeby móc uzyskać konieczną pomoc. Do zajęcia takiego stanowiska wobec powyższych zagadnień skłonił nas nie jakiś prywatny interes stanu położnych, czy osiedlonych na wsi lekarzy, lecz całkiem jasny i zrozumiały interes publiczny. W Rzeszy Wielkoniemieckiej doniesienia do urzędów stanu cywilnego o narodzinach mogą składać tylko położne czy lekarze, przez co państwo i jego organy mogą czuwać nad tym, aby położnictwem zajmowały się w każdym przypadku tylko takie osoby, które otrzymały w tym celu pod nadzorem państwowym niezbędne wykształcenie i przez to uzyskały uprawnienie do swej działalności.

Koniecznym jest, aby też i w Generalnym Gubernatorstwie wydano ustawowe postanowienie, które by zastrzegło działalność położniczą wyłącznie dla położnych i lekarzy a innym osobom zakazało jej, przy zagrożeniu karą jako partactwa.

Tak więc musimy się liczyć z tym, że znaczne koło osób, chociażby tylko z powodów gospodarczych, będzie odbywać porody w domu, mimo że obecnie tyle jeszcze wypowiada się na rzecz rozwiązania klinicznego, używając do tego środków propagandowych. Poza tym jest jednak rzeczą stwierdzoną doświadczalnie, że skłonność do odbywania rozwiązań w klinice wzrasta nieomal proporcjonalnie do napływu ludności ze wsi do miasta. Te części ludności, które z powodów zarobkowych zmuszone są do spędzania swego życia więcej czy mniej wyłącznie w miastach, wskutek szczególnych stosunków życia miejskiego tracą coraz bardziej więzy z owym naturalnym trybem życia ludzkiego, jakie przede wszystkim utrzymało się po przez tysiące lat w osiedlach ludzkich. Zdrowe poczucie rodzinne uważa poród za równie samo przez się zrozumiałe jak radosne zjawisko rozgrywające się w rodzinnym domostwie. Istnieje niezliczona ilość nie dających się bliżej zanalizować duchowych imponderabiliów, które zdrowo odczuwającą



kobietę skłaniają do przeżycia jej ciężkiej godziny w kole domowym. Uczucia swojskości zamieszkiwanego domostwa nie może dla takiej kobiety zrównoważyć najwyszukańszy nawet komfort współczesnego pokoju kliniki położniczej. Mogłbym powiedzieć, że nawet w najbardziej umiastowionych częściach Europy, a zwłaszcza we wschodnio-europejskim obszarze życiowym istnieje jeszcze wielka ilość ludzi, dla których niezłomne uczucie rodzinne bardziej rozstrzygająco wpływa na ogólną postawę wobec zagadnień życiowych, aniżeli wywody z punktu widzenia przeczulonej higieny czy też względy gospodarcze. Spotykałem w życiu tego rodzaju niezłomne kobiety, namiętnie występujące przeciwko przypuszczeniu, iż mogłyby tę największą godzinę swego życia przeżyć z dala od własnego domostwa, w obcej i dla nich mimo wszystko zimnej atmosferze klinicznej. Będzie się więc musiało liczyć także z tym, że większa część takich kobiet o silnym uczuciu mimo wszystko będzie wołała odbywać porody w domu. Z tego punktu widzenia byłoby raczej gruboskórnością wypowiedzanie się za przenoszeniem amerykańizmów w dziedzinę położnictwa i to w rozmiarach, które noszą charakter kolonizatorski, a przez to pod wielu względami parweniuszowski i snobistyczny, jak to właśnie ma miejsce u zamieszkującej w znacznej mierze miasta części ludności Ameryki Północnej z jej objawami przerosłów cywilizacji we wszystkich dziedzinach.

Europejskie obszary życiowe mają poza sobą nieprzerwany po przez wiele tysięcy rozwój kulturalny. Żyjąca tu ludzkość po większej części nigdy nie była wyrwana z korzeniami, lecz faktycznie a zatem także i uczuciowo utrzymała łączność z życiodajną ziemią. Prastare obyczaje utrzymały się z pokolenia na pokolenie i wpływają jak najwyraźniej, wynikając prosto z roli, na całe życie narodowe i strzegąc go przed niebezpieczeństwem wyrwania z korzeniami i umiastowienia. **Do tych prastarych obyczajów należy też to, że normalnie poród odbywa się w kole domowym** i to nastawienie opanowuje uczuciowo ludzi tego obszaru życiowego tym bardziej, im ściślej związani są oni z rolą swą codzienną pracą. W tym stanie rzeczy nie można zagadnienia ująć jako: „zastąpienie rozwiązania w domu przez rozwiązanie w klinice“. **Rozwój kulturalny może wynikać po przez rozwiązanie domowe** tylko z takiego stanu rzeczy, iż dla tych wszystkich przypadków, które pod jakimkolwiek względem nie przebiegają normalnie, da się w szpitalach i klinikach możliwość jak najbardziej bezpiecznego i szczęśliwego zakończenia nawet najcięższych przypadków położniczych. W tym znaczeniu nie można odmówić wysokiego wewnętrznego uprawnienia odbywania rozwiązań w szpitalach i klinikach. Jest też zupełnym przeholowaniem ubieranie tego zagadnienia celowego rozwiązania w postać: „albo rozwiązanie domowe, albo rozwiązanie kliniczne“. Rozwiązanie zagadnienia nie może przynieść surowe: „albo — albo“, lecz celowo rozważone: „zarówno — jak też“. Zarówno rozwiązanie domowe ma tak jak przedtem swe 100%-owe uzasadnienie we wszystkich mniej czy więcej normalnie przebiegających przypadkach porodów, jak też rozwiązanie kliniczne, które jest niezbędne, aby w patologicznych i nienormalnie przebiegających przypadkach móc przeciw nieść pomoc. Ponieważ ponadto też niemożliwością jest całkowite wykluczenie rozwiązań domowych i wprowadzenie w ich miejsce powszechnego rozwiązania klinicznego, musi się też dbać o to, aby dla pomocy przy rozwiązaniach w domu zaw-

# Osterbergs Tropfen



przy Laryngitis • Tracheitis • Bronchitis • Bronchiolitis  
Angina • Tonsillitis  
usuwiają najprędzej początkowe zjawiska zaziębienia  
Próby i literatura przez:

LABORATORIUM OSTERBERG+Co • CHEM-FABRIK-HANNOVER

sze istniała dostateczna ilość dobrze. wyszkolonych położnych, celowo rozmieszczonych, aby uniknąć szkód, które mogłyby wystąpić przy rozwiązaniach w domu.

Dla gospodarki narodowej nie może to być obojętne czy rozwiązanie, zwłaszcza zaś rozwiązanie w domu, odbywają się w obecności fachowo i celowo wyszkolonej położnej czy też nie. Błędy, jakie w czasie porodu popełniają niedoświadczone „babki“, mogą nie tylko w większym czy mniejszym rozmiarze szkodliwie wpłynąć na zdrowie a z tym i zdolność do pracy matki, lecz szczególnie też i u dzieci z tego powodu pojawić się trwałe uszkodzenia, które uczynią je kalekami i przez to zrobią na całe życie ciężarem dla najbliższej rodziny, a ponadto obciążą też ogół dodatkowymi ciężarami opieki społecznej. Jeśli się zważy, że wskutek nieprzeprowadzenia we właściwym czasie zabiegu metodą Credé'go ciągle spotyka się rzeżączkowe zakażenie oczu, prowadzące do całkowitej ślepoty, to już to jedno jest dostatecznym powodem, skłaniającym do przekazania opieki nad każdym porodem wyłącznie fachowo wykształconym po temu siłom. Jeśli się dalej zważy, jakie straszliwe trwałe uszkodzenia występowały wciąż na skutek fałszywego wydobycia za rączkę ze złamaniami i uszkodzeniem nerwów oraz wynikającymi stąd porażeniami, to można ocenić, co za zasób potencjału pracy marnuje się przez niecelowe zabiegi położnicze. Przy tym jeszcze zupełnie nie uwzględniono niewypowiedzianego nieszczęścia i cierpienia, które przez takie przypadki wyrządzono niewinnym ludziom na ich całe życie. Niedołęstwo kół nieświadomych rzeczy przeważnie nie jest w stanie rozróżnić, czy nieszczęście zostało spowodowane przez błąd położniczy czy też chodzi tu o rzeczywiście nie dające się uniknąć zrządzenie losu. Właśnie niewykształcone i półwykształcone koła laików tego obszaru życiowego są jeszcze tak całkowicie wdrożone w fatalistyczne nastawienie umysłowe, w którym je wychowano, że po prostu każde występujące cierpienie przyjmują jako zrządzenie boskie, bez wewnętrznego porywu do współpracy w walce przeciwko temu rzekomo nie dającemu się uniknąć nieszczęściu. Tutaj między innymi mamy jedno z najistotniejszych zadań lekarzy obwodowych jako kierowników Obwodowych Rad Zdrowia. Nie mogą oni nigdy ustać w oświatowej pracy w swym obwodzie i muszą zawsze wywierać swój cały wpływ w tym kierunku, aby właśnie na wsi wytepić grasowanie „babelek“, aby wszystkie normalne porody odbywały się wyłącznie w obecności wyszkolonych położnych, by przez to położne w należytym im dziedzinie pracy mogły zdobyć również konieczne podstawy swej gospodarczej egzystencji i uczciwą pracę. Ale również i w widocznym interesie poszczególnych gmin leży przygotowanie środków dla zapewnienia położnym czynnym na ich obszarze minimum egzystencji, a za to zabezpieczenie mogą gminy nałożyć na położne zobowiązanie do bezpłatnej pomocy położniczej dla uprawnionych do korzystania z opieki społecznej na terenie gminy.

### Próchnica zębów — tragedia człowieka kulturalnego

*W związku z ogłoszonym w numerze 6 czasopisma „Zdrowie i Życie“ pod tytułem „Próchnica zębów — tragedia człowieka kulturalnego“, napisanym przez Dra Krolla, pisze nam Dr. C. Vieweg, lekarz naczelny Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie:*

Zaproponowane w Pańskim artykule pt. „Próchnica zębów — tragedia człowieka kulturalnego“ leczenie czynnościowe szczęki nie nasuwa mi wątpliwości tym bardziej, że leczenie funkcjonalne uzębienia, zębów i dziąseł przez spożywanie chleba z pełnego ziarna, zucie twardych skórek chleba itd. jest temu równoznaczne.

Ale w Pańskim artykule razi mnie twierdzenie, jakoby murzyni i szczepy pierwotne mieli posiadać lepsze zęby od nas, Europejczyków. To twierdzenie słyszałem bardzo często. Występowałem jednakże stale przeciw temu, ponieważ w ciągu dwuletniej działalności w Brazylii mogłem stwierdzić, iż Brazylijczycy i murzyni po wsiach i w puszczy, którzy nie pielęgnują zębów, mają uzębienie przeważnie wiele gorsze od Europejczyków. Ci, którzy twierdzą, jakoby szczepy pierwotne miały lepsze uzębienie niż Europejczycy, dotychczas zawsze odpierali mój zarzut tym, że murzyni przez zetknięcie się z kulturalnymi narodami Europy przyjęli sposób odżywiania się i błędy w odżywianiu białych, co przypłacili utratą dzielności czynnościowej swego uzębienia.

Bez dowodów naukowych, to znaczy bez systematycznie przeprowadzonych badań i podstaw, uważam empirycznie za słuszne co następuje:

Murzyni i szczepy pierwotne mają przeciętnie gorsze zęby niż Europejczycy. Jeżeli jednak czasem ciemno-skóry czy murzyn posiada rzeczy-

wiście dobre zęby, to na skutek kontrastu barw jest to o wiele bardziej uderzające aniżeli u rasy białej.

Reklama i propaganda środków leczniczych do zębów zapewne nie stoi w należyтым stosunku do tego, co te środki faktycznie osiągają, nawet przy regularnym, systematycznym stosowaniu. Przedstawiane na obrazach reklamowych pociągające rzędy zębów młodych dziewcząt są przecież w rzeczywistości dane przez naturę. Jeżeli nie są takimi, to takich białych zębów nie można uzyskać żadnymi wychwalanymi środkami pielęgnacji zębów i jamy ustnej.

W mniej czy więcej ciemnej barwie szkliva zębowego nie można dopatrywać się związku z przyczyną powstawania próchnicy zębów, albowiem ciągle spotyka się ciemniejsze zęby bez uszkodzeń aż do późnego wieku. Próchnica zębów powstaje wskutek uwarunkowanego konstytucjonalnie, czy następującego z innych powodów zaniku dziąseł, który udostępnia nie chronioną szklivem część zęba bakteriom gnilnym. W tych przestrzeniach międzyzębowych i międzydziąsłowych oraz uchyłkach dziąseł zbierają się resztki pokarmów, których bakterie gnilne niszczą zęby. Te resztki pokarmów nie dają się usunąć ani najlepiej ukształtowaną szczotką do zębów, ani najlepszymi pastami do zębów, proszkami, czy wodami do płukania ust z dodatkami chemicznymi czy bez nich. Można je usunąć tylko narzędziami, przy których niezręcznym użyciu istnieje znowu niebezpieczeństwo uszkodzenia zębów.

Tak więc po dziś dzień nie ma jeszcze jednolitego zapatrywania na przyczyny powstawania psucia się zębów, a tym bardziej o sposobie utrzymania zębów w dobrym stanie.

Chociaż rozważania powyższe nie wskazują drogi dla rozwiązania zagadnienia samego, to jednak powinny one być podstawą do zastanowienia się, czy przy przypuszczeniu, jakoby szczepy pierwotne miały lepsze zęby niż rasa biała, nie wychodzi się z fałszywych założeń.

---

Poszukuję technika dentystycznego spoza Warszawy. Lekarz dentysta Świdorski, Warszawa, Złota 14.

## Wszelkie reklamacje

*zamówienia i wpłaty, jak również zmiany adresu należy kierować do właściwego (doreczeniowego) urzędu pocztowego.*

# ZDROWIE I ŻYCIE

Dziennik urzędowy Izby Zdrowia w Generalnym  
Gubernatorstwie ukazuje się co tydzień.

PRENUMERATA MIESIĘCZNA ZŁ. 3—

Zamówienia należy kierować nie do wydawnictwa, lecz  
wprost do właściwego urzędu pocztowego.

Artykuły i ogłoszenia należy nadsyłać  
do redakcji względnie do wydawnictwa:

**GESUNDHEITSKAMMER, KRAKÓW**  
**KRUPNICZA 11a.**

Ostatni termin nadsyłania ogłoszeń każdorazowo:  
7 dni przed ukazaniem się numeru.

Wpłaty na prenumeratę naszego  
czasopisma, uiszczanych wprost  
do Izby Zdrowia, nie będzie się  
odtąd przyjmować.

# C E N N I K   O G Ł O S Z E Ń

KOLUMNA OGŁOSZENIOWA: wysokość 280 mm, szerokość 186 mm.  
1 kolumna obejmuje 2.240 wierszy mm, 1 łam ma szerokość 22 mm.

## C E N A   Z A S A D N I C Z A D L A   O G Ł O S Z E Ń:

1/1 kolumna . . . . . Zł 537·60  
1 mm w 1 łamie . . . . . 0·24

## O P U S T Y:

przy wielokrotnym ogłoszeniu:

3 krotne . . . . . 3%  
6 . . . . . 5%  
12 . . . . . 10%  
24 . . . . . 15%  
52 . . . . . 20%

zależnie od wielkości ogłoszenia:

1000 mm . . . . . 3%  
3000 . . . . . 5%  
5000 . . . . . 10%  
10000 . . . . . 15%  
20000 . . . . . 20%

## D O P Ł A T Y:

2 strona okładki . . . . . 75%  
3 i 4 strona okładki . . . . . 50%  
ogłoszenie pod tekstem . . . . . 75%  
na miejscu zastrzeżonym . . . . . 25%

## P O S Z U K I W A N I E   P R A C Y:

za słowo . . . . . Zł. 0·20  
słowo tłustym drukiem . . . . . 0·40

## W O L N E   P O S A D Y:

za słowo . . . . . Zł 0·40  
słowo tłustym drukiem . . . . . 0·80

Przy szyfrowanych ogłoszeniach prywatnych i poszukiwaniu pracy pobiera się Zł 1·50, opłaty manipulacyjnej.